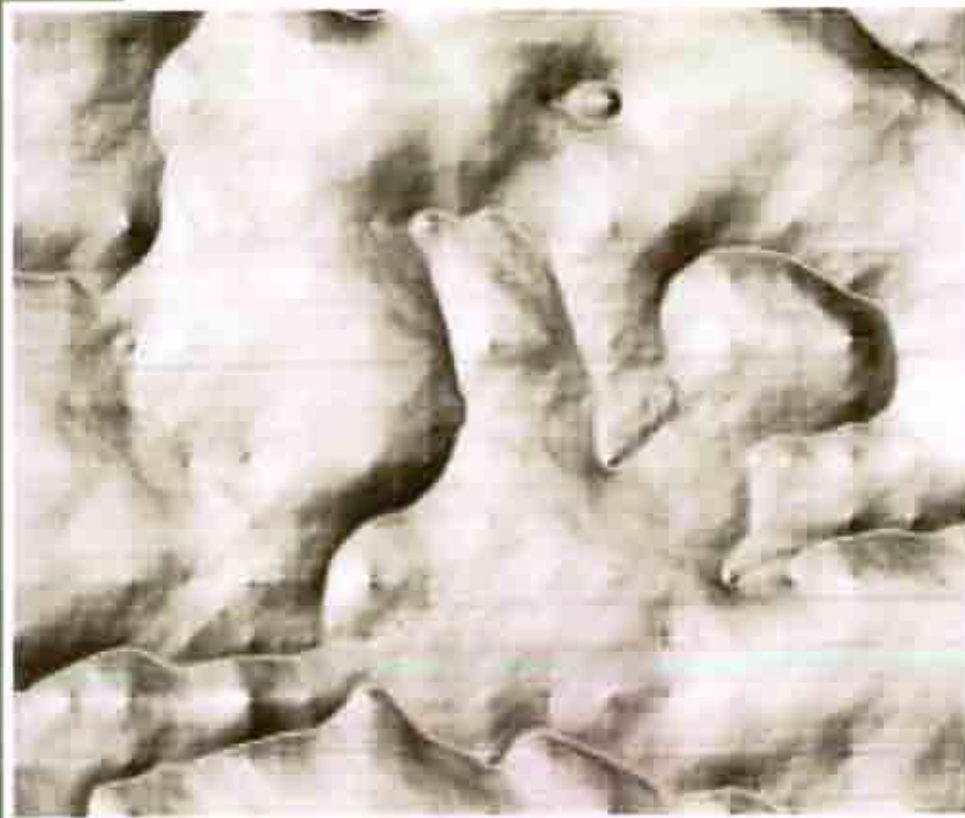


ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

ΕΝΑ ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
Μίχα Βαΐα
Ρίζου Αλεξάνδρα

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
κ. Γεωργούση

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	6983
----------------------	------

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Πρόλογος	1
Εισαγωγή	2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

1. Η σύνθεση του ανθρώπινου σώματος	4
2. Ενεργειακή ισορροπία	8
2.1. Ενεργειακή πρόσληψη	9
2.2. Ενεργειακή δαπάνη	11
3. Ο λιπώδης ιστός του ανθρώπου	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

1. Ορισμός	17
2. Μονάδες μέτρησης και δείκτες	17
3. Ταξινόμηση παχυσαρκίας	20
3.1. Ανατομική ταξινόμηση	20
3.2. Ανάλογα με την κατανομή του λίπους	20
3.3. Ανάλογα με το χρόνο εμφάνισης	21
3.4. Κλινική ταξινόμηση με βάση το δείκτη μάζας σώματος	21
4. Ταξινόμηση της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας	22
5. Άμεσοι μέθοδοι υπολογισμού του σωματικού λίπους	26
6. Επιδημιολογία της παχυσαρκίας	26
6.1. Επιδημιολογία της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας	33
6.2. Επιδημιολογία των συνοδών νόσων της παχυσαρκίας	34
7. Παχυσαρκία και ψυχολογικές διαταραχές	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

1. Εισαγωγικά	36
2. Οι προϊστορικοί χρόνοι	37
3. Οι Ελληνικοί και Ρωμαϊκοί χρόνοι	39
4. Οι Βυζαντινοί και Μεσαιωνικοί χρόνοι	41
5. Ο 17 ^{ος} - 18 ^{ος} - 19 ^{ος} αιώνας	42
6. Η παχυσαρκία στον 20 ^ο αιώνα	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

1. Θεωρίες γένεσης της παχυσαρκίας	47
1.1. Η θεωρία του ενεργειακού ισοζυγίου	47
1.2. Η ψυχογενής θεωρία	49
1.3. Η θεωρία της κληρονομικότητας	50
2. Παράγοντες που συμβάλλουν στην παχυσαρκία	51
2.1. Γενετικοί παράγοντες	51
2.2. Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες	52
2.3. Η ενεργειακή πρόσληψη	52
2.4. Η ενεργειακή δαπάνη	54
2.5. Η ηλικία και το φύλο	56
2.6. Εμβρυϊκές, νεογνικές και παιδικές επιδράσεις	57
2.7. Εθνολογικοί παράγοντες	57
2.8. Ορμονικοί και μεταβολικοί παράγοντες	58
2.9. Το μορφωτικό επίπεδο	59
2.10. Η κοινωνική και οικονομική κατάσταση του ατόμου	59
2.11. Οι κοινωνικές και πολιτικοοικονομικές αλλαγές	59
2.12. Οι συνήθειες της οικογένειας	61
2.13. Η εγκυμοσύνη	62
2.14. Η εμμηνόπαυση	62
2.15. Ψυχογενείς παράγοντες	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

1. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της παχυσαρκίας που επηρεάζουν τα όργανα και τα συστήματα	64
1.1. Η έναρξη της νόσου	64
1.2. Η διάρκεια της νόσου	65
1.3. Ο δείκτης μάζας σώματος	65
1.4. Η μορφή της νόσου	66
1.5. Η περίμετρος μέσης και η σχέση μέση/περιφέρεια	67
1.6. Η ενδοκοιλιακή πίεση	67
1.7. Η διατήρηση σταθερού του βάρους σώματος	68
2. Επιπτώσεις της παχυσαρκίας στα όργανα και τα συστήματα	68
2.1. Καρδιαγγειακό σύστημα	69
2.1.1. Καρδιά	69
2.1.2. Μυοκαρδιοπάθεια	69
2.1.3. Στεφανιαία νόσος	71
2.1.4. Αρτηρίες	72
2.1.5. Φλέβες	72
2.1.6. Αρτηριακή υπέρταση	73
3. Αναπνευστικό σύστημα	74
3.1. Σύνδρομο Υπνικής Άπνοιας	75
4. Πεπτικό σύστημα	78
5. Ουροποιογεννητικό σύστημα	78
6. Νευρικό σύστημα	79
7. Μυοσκελετικό σύστημα και αρθρώσεις	79
7.1. Οστεοαρθρίτιδα	79
7.2. Ρευματοειδής αρθρίτιδα	80
7.3. Ουρική αρθρίτιδα	81
7.4. Άλλες παθήσεις οστών και αρθρώσεων	81
8. Δέρμα και υποδόριο	81
9. Ενδοκρινείς αδένες	82
10. Παχυσαρκία και κύηση	84
11. Παχυσαρκία και άλλες παθήσεις	86

11.1. Κήλες	86
11.2. Καρκίνος	86
11.3. Διαγνωστικές δυσχέρειες άλλων νόσων	87
12. Ψυχολογικές επιπτώσεις	88
12.1. Η ψυχογενής θεωρία της παχυσαρκίας σήμερα	88
12.2. Βουλιμία, άγχος και κατάθλιψη	89
12.3. Προσωπικότητα και αυτοεκτίμηση	91
12.4. Εικόνα εαυτού	92
12.5. Ποιότητα ζωής	92
12.6. Ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές	93
12.7. Κοινωνικά στερεότυπα, προκαταλήψεις και διακρίσεις	94
13. Οικονομικές επιπτώσεις	95

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

1. Εισαγωγή	101
2. Πρόληψη και αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας	102
2.1. Η αλλαγή της διατροφής	102
2.2. Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας	103
2.3. Η οικογένεια	104
2.4. Το σχολείο	105
2.5. Τα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης	106
3. Πρόληψη της παχυσαρκίας των ενηλίκων	107
3.1. Ατομικά προγράμματα	107
3.2. Ομαδικά προγράμματα	108
3.3. Εθνικά προγράμματα	109
3.4. Γενικά προγράμματα	109
3.5. Επιλεκτικά προγράμματα	110
3.6. Ειδικά προγράμματα	110
3.7. Αξιολόγηση προγραμμάτων πρόληψης	110
3.8. Διεθνής εμπειρία από τα προγράμματα πρόληψης	111
3.9. Αιτίες αποτυχίας προγραμμάτων πρόληψης	114
3.10. Τα ΜΜΕ στην πρόληψη της παχυσαρκίας	115

3.11. Οι «ειδικοί» και τα «κέντρα αδυνατίσματος»	115
3.12. Πρακτικά μέτρα πρόληψης της παχυσαρκίας	117
3.13. Προώθηση προγραμμάτων «υγιεινής διατροφής»	118
3.14. Προώθηση προγραμμάτων βελτίωσης της φυσικής δραστηριότητας	119
3.15. Μελλοντική στρατηγική πρόληψης της παχυσαρκίας	120
4. Η παραδοσιακή ελληνική διατροφή και ο τρόπος ζωής ως «Πρότυπο» για την πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας	121
4.1. Η παραδοσιακή κρητική ή μεσογειακή διατροφή	121
4.2. Η καθημερινή διατροφή και ο παραδοσιακός τρόπος ζωής των Ελλήνων	123
4.3. Σημερινή ελληνική πραγματικότητα και μελλοντικές προοπτικές	127
5. Συντηρητική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας	129
5.1. Εκτίμηση παχύσαρκου ασθενή	130
5.2. Στρατηγική αντιμετώπισης της παχυσαρκίας	133
5.3. Παρακολούθηση ασθενών και εκτίμηση αποτελεσμάτων	133
5.4. Υποστήριξη ασθενή	133
5.5. Μέθοδοι συντηρητικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας	136

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΑΠΟΨΕΙΣ & ΚΡΙΣΕΙΣ

1. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που προσδιορίζουν το βάρος	144
1.1. Σχέση του άγχους και άλλων ψυχολογικών προβλημάτων στη διατήρηση του βάρους	147
1.2. Ο αρνητικός τρόπος σκέψης και πώς ακριβώς επηρεάζει τον αυτοέλεγχο στη λήψη τροφής	148
1.3. Ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων στη συμμετοχή σε σωματική άσκηση και σπορ	150
1.4. Κοινωνικές αιτίες της παχυσαρκίας	151
2. Οι ψυχολογικές συνέπειες των περιττών κιλών και της παχυσαρκίας	152
2.1. Οι συνέπειες στην ερωτική ζωή	154

2.2. Ψυχολογικές διαταραχές ως συνέπεια της παχυσαρκίας	156
2.3. Οι κοινωνικές συνέπειες της παχυσαρκίας	157
3. Οι ψυχολογικές τεχνικές για τη μείωση του βάρους	158
3.1. Θέτοντας ρεαλιστικούς στόχους	159
3.2. Συνηθίζοντας την αυτο-καταγραφή	160
3.3. Μαθαίνοντας να αντιστέκεστε στους πειρασμούς	161
3.4. Τροποποιώντας τις δυσλειτουργικές σας σκέψεις	161
3.5. Βελτιώνοντας τη σωματική σας εικόνα	163
3.6. Τεχνικές χαλάρωσης και διαχείρισης του άγχους	164
Βιβλιογραφία	166

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η παχυσαρκία, νόσος γνωστή από την εποχή του Ιπποκράτη, τείνει να λάβει στις μέρες μας τη μορφή επιδημίας. Στις χώρες της Δύσης οι παχύσαρκοι αποτελούν το 20-30% του πληθυσμού, ενώ και στις χώρες του τρίτου κόσμου ανευρίσκεται συχνά και συνυπάρχει με τον υποσιτισμό και την υποθρεψία.

Τα τελευταία 30 χρόνια εντατικοποιήθηκε η έρευνα πάνω στην αιτιολογία-παθογένεια της παχυσαρκίας και επινοήθηκαν νέες τεχνικές αντιμετώπισης της. Σ' αυτό συνέβαλλε και η πρόσφατη αναγνώρισή της από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ως «νόσου». Η πρόσφατη χαρτογράφηση του ανθρώπινου DNA δημιουργεί περισσότερες ελπίδες για την οριστική λύση του προβλήματος της παχυσαρκίας, όπως επίσης και άλλων νοσημάτων.

Η φαρμακευτική βιομηχανία δαπανά τεράστια ποσά για την παρασκευή νέων φαρμάκων, αλλά και η χειρουργική της παχυσαρκίας, ένας καινούργιος κλάδος της χειρουργικής του πεπτικού, λύνει ικανοποιητικά αρκετά από τα προβλήματα των ασθενών με βαρεία παχυσαρκία, πάθηση που αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς σε πολλές χώρες του κόσμου σήμερα.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η ανάπτυξη σε βάθος του θέματος «παχυσαρκία», η θεώρηση του από πολλές οπτικές γωνίες καθώς επίσης και η εύκολη κατανόηση του περιεχομένου του. Φιλοδοξούμε η εργασία αυτή να ικανοποιήσει τους αναγνώστες τους και κάθε ενδιαφερόμενο, παχύσαρκος και μη, θα βρει στοιχεία χρήσιμα για τον εαυτό του.

Τέλος, θερμές ευχαριστίες οφείλουμε στην εισηγήτρια μας κ. Γεωργούση για την πολύτιμη βοήθεια της και σε όλους όσους βοήθησαν για την συγγραφή της παρούσης εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παχυσαρκία ένα πρόβλημα ιδιαίτερα πολύπλοκο τόσο ως προς την αντιμετώπισή του όσο και ως προς τα παράπλευρα προβλήματα που δημιουργεί. Πάνω από 300 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλον τον κόσμο χαρακτηρίζονται παχύσαρκοι, ενώ υπολογίζεται ότι τέσσερις στους δέκα υπερβαίνουν σήμερα το φυσιολογικό επιθυμητό βάρος κατά 15 κιλά (μέσος όρος).

Σε μάλιστα του 21ου αιώνα αναδεικνύεται η παχυσαρκία. Σύμφωνα με τους ειδικούς επιστήμονες, τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε αλματώδης αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας σε όλο τον κόσμο. Τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας εμφανίζονται στην Ελλάδα. Στις ΗΠΑ, παχυσαρκία παρατηρείται στο 37% των ανδρών και στο 20% των γυναικών, ενώ στη Βόρεια Ευρώπη εμφανίζεται στο 15% των ανδρών και στο 10% των γυναικών. Στις μεσογειακές χώρες, το 30% των ανδρών και το 10% των γυναικών είναι παχύσαρκοι. Τα ποσοστά αυτά είναι πολύ υψηλότερα για την Ελλάδα, όπου το 35,4% των ανδρών και το 30,8% των γυναικών είναι παχύσαρκοι.

Για τις κοινωνίες του δυτικού κόσμου, η παχυσαρκία αποτελεί πολύ σημαντικό πρόβλημα υγείας, αφού συνδυάζεται με αύξηση της νοσηρότητας και της θνητότητας. Είναι αποτέλεσμα της αφθονίας, προκαλείται, δηλαδή από αυξημένη πρόσληψη και ελαττωμένη κατανάλωση θερμίδων. Η αφθονία τροφής, η γευστικότητα και η ποικιλία των τροφίμων, η ελαττωμένη σωματική δραστηριότητα και η άνεση και ευχαρίστηση της καθιστικής ζωής έχουν καταστήσει την παχυσαρκία μια πραγματική επιδημία.

Η παχυσαρκία θεωρείται νόσος και μακροπρόθεσμα προκαλεί σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, αρθροπάθειες,

χολολιθίαση και αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου και ορισμένων μορφών καρκίνου. Η αντιμετώπιση είναι δύσκολη, καθώς το πρόβλημα είναι σύνθετο και δεν υπάρχουν απλές λύσεις. Ο παχύσαρκος ασθενής πρέπει να συνεργασθεί με το γιατρό και να προσπαθήσει να αλλάξει τις αιτίες που τον οδήγησαν στην αύξηση του βάρους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

1. Η σύνθεση του ανθρώπινου σώματος

Για να κατανοήσουμε καλύτερα τη σχέση ανθρώπινου σώματος και παχυσαρκίας θα πρέπει αρχικά να αναλύσουμε την σύνθεση του ανθρώπινου σώματος και ποια είναι εκείνα τα στοιχεία δημιουργούν το βάρος μας. Έτσι η σύνθεση του ανθρώπινου σώματος, μπορεί να γίνει καλύτερα κατανοητή με βάση τέσσερα πρότυπα: το στοιχειακό, το μοριακό, το κυτταρικό και το ιστικό.

Το στοιχειακό πρότυπο: Σύμφωνα με το πρότυπο αυτό, το 99% του βάρους σώματος αποτελούν τα έξι στοιχεία και συγκεκριμένα το οξυγόνο, ο άνθρακας, το υδρογόνο, το ασβέστιο και ο φώσφορος, τα οποία είναι και τα βασικά.

Το μοριακό πρότυπο: Ο ανθρώπινος οργανισμός αποτελείται από τέσσερα κυρίως συστατικά: το νερό, τις πρωτεΐνες, τα λιπίδια και τα άλατα, οι αναλογίες των οποίων μεταβάλλονται ανάλογα με το φύλο.

Το νερό αποτελεί το πλέον άφθονο συστατικό του σώματος και η κατανομή του στα διάφορα διαμερίσματα. Στην ηλικία των 40 ετών αποτελεί το 60% περίπου του βάρους σώματος του άνδρα και το 50% της γυναίκας. Η μεγαλύτερη ποσότητα νερού βρίσκεται στον ενδοκυττάριο χώρο (55%), ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (20%) υπάρχει στο διάμεσο χώρο. Νερό επίσης, σε άλλοτε άλλη ποσότητα, συνδέεται με τις πρωτεΐνες

των ιστών, το γλυκογόνο, τα μέταλλα των οστών και άλλα χημικά στοιχεία.

Το ολικό ποσό των πρωτεϊνών στον ενήλικα ανέρχεται σε ποσοστό 17-19%. Η μεγαλύτερη ποσότητα των πρωτεϊνών περιέχεται στους μύς (45%), ενώ σημαντική ποσότητα αποτελεί και το κολλαγόνο του συνδετικού ιστού. Οι πρωτεΐνες, παρά τη μεγάλη τους μάζα, δεν αποτελούν αποθηκευτική μονάδα ενέργειας του οργανισμού.

Το λίπος αποτελεί την κύρια εστία αποθηκευμένης ενέργειας του οργανισμού και το 14-18% του βάρους αυτού.

Τέλος τα άλατα δεν παρέχουν θερμιδική ενέργεια στον οργανισμό, είναι όμως απαραίτητα στις διάφορες μεταβολικές λειτουργίες των κυττάρων.

Το κυτταρικό πρότυπο: Σύμφωνα με το κυτταρικό πρότυπο, διακρίνουμε τρία κύρια στοιχεία τα εξωκυτάρια υγρά, τα εξωκυτάρια στερεά και την κυτταρική μάζα.

Το ιστικό πρότυπο: Οι ιστοί, με βάση το πρότυπο αυτό, αποτελούν ξεχωριστές μονάδες. Από τους διάφορους ιστούς, σημαντικότερη συμμετοχή στο βάρος σώματος έχουν οι σκελετικοί μύς, ο λιπώδης ιστός, τα οστά και το αίμα.

Το βάρος του ανθρώπινου σώματος αναλύεται επιπλέον σε δύο επιμέρους στοιχεία: την ελεύθερη λίπους μάζα και το λίπος.

Επομένως το βάρος του σώματός μας είναι:

$$\text{Βάρος Σώματος} = \text{Ελεύθερη λίπους μάζα} + \text{Λίπος}$$

Η ελεύθερη λίπους μάζα μπορεί να αναλυθεί στα συστατικά της που είναι: το νερό, τα άλατα των οστών, τα άλατα των κυττάρων, οι πρωτεΐνες και το γλυκογόνο.

Επομένως το βάρος σώματος προκύπτει από τη σχέση:

$$\text{Βάρος Σώματος} = \text{Λίπος} + \text{νερό} + \text{άλατα οστών} + \text{άλατα κυττάρων} + \text{πρωτεΐνη} + \text{γλυκογόνο}$$

Η έλλειψη τεχνικών άμεσης μέτρησης των πρωτεϊνών, του λίπους και των αλάτων σήμερα καθιστά δύσκολο έως αδύνατο τον προσ-

διορισμό των επιμέρους συστατικών του σώματος και επομένως και το σωστό υπολογισμό του σωματικού βάρους στην ελεύθερη μάζα λίπους.

Για το λόγο αυτό και για την αποφυγή λαθών και παρερμηνειών για τη μελέτη του ανθρώπινου οργανισμού και των αναγκών του, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Γεωργίας και Τροφίμων (FAO) έχει δημιουργήσει έναν «πρότυπο άνθρωπο», με βάση τον οποίο μπορεί να γίνουν συγκρίσεις τόσο μεταξύ ατόμων όσο και μεταξύ πληθυσμών.

Πίνακας 1

Ο «πρότυπος άνθρωπος» του FAO		
Χαρακτηριστικά	Άνδρας	Γυναίκα
Ηλικία	25 ετών	25 ετών
Βάρος	65kg	55Kg
Εργασία	8 ώρες, μέτριας βαρύτητας	8 ώρες, οικιακά
Υγεία	Υγιής	Υγιής
Αναψυχή και εξωεργασιακή απασχόληση	8 ώρες	8 ώρες
Ύπνος	8 ώρες	8 ώρες
Κλίμα	Εύκρατο με μέση ετήσια θερμοκρασία 10° C	Εύκρατο με μέση ετήσια θερμοκρασία 10° C
Μέσες θερμικές απαιτήσεις	3200 Kcal	2300 Kcal

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι από τα έξι και πλέον δισεκατομμύρια άτομα του πλανήτη μας, πολύ λίγα μπορούν να ταυτιστούν με το παραπάνω πρότυπο και τις διατροφικές του ανάγκες. Για την εκτίμηση όμως των πληθυσμιακών θερμιδικών απαιτήσεων και τον προγραμματισμό σε τρόφιμα ενός λαού η μονάδα αυτή είναι πολύτιμη.

Η ενέργεια που απαιτείται για το σύνολο των λειτουργιών του οργανισμού παράγεται από την οξείδωση υδατανθράκων, πρωτεϊνών και λίπους. Τα τρόφιμα πρέπει να περιέχουν σε αρμονικές αναλογίες νερό, υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λίπη, βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία, ώστε τα μεταβολικά συστήματα να εφοδιάζονται πλήρως με την απαραίτητη ενέργεια. Η ενεργειακή κατανάλωση αυξάνει σημαντικά μετά από γεύμα ή σωματική άσκηση. Η αύξηση αυτή είναι σχετικά μικρή (περίπου 5%)

για τους υδατάνθρακες και τα λίπη, πολύ μεγαλύτερη όμως για τις πρωτεΐνες (20-40% περίπου). Αυτό εξηγείται από την ενέργεια που καταναλώνεται για το έργο των αδένων και των μυών του πεπτικού συστήματος, καθώς επίσης και από την ενέργεια που απαιτείται για τη σύνθεση της ουρίας και, ίσως, την ενεργοποίηση του μεταβολισμού μέσω του νευρικού συστήματος.

Οι ενεργειακές ανάγκες ενός υγιούς ενήλικα εργαζόμενου άνδρα, υπολογίζονται από τον FAO σε 3200 Kcal/ημέρα ή σε 2,05 Kcal/Kg/ώρα.

Ο «πρότυπος» άνθρωπος του FAO καλύπτει τις θερμιδικές του ανάγκες με πρωτεΐνες, λίπη και υδατάνθρακες σε ποσοστά 15, 40 και 45% αντίστοιχα.

Όσον αφορά τις πρωτεΐνες:

Η συνολική ποσότητα των πρωτεϊνών που συντίθεται από έναν υγιή ενήλικα είναι περίπου 300 mg/ημέρα, ενώ η ημερήσια υποχρεωτική απώλεια είναι περίπου 30-90 mg, εκ των οποίων ποσοστό 80-90% επαναχρησιμοποιείται. Αυτό σημαίνει ότι οι ημερήσιες ανάγκες σε πρωτεΐνες είναι περίπου 0.8 mg/Kg βάρους σώματος (30-55 gr) και μεταβάλλονται ανάλογα με την ηλικία και το φύλο.

Από το σύνολο των πρωτεϊνών αυτών, το 20% πρέπει να περιέχουν απαραίτητα αμινοξέα που δεν συντίθενται από τον ανθρώπινο οργανισμό και πρέπει να λαμβάνονται σε επαρκείς ποσότητες με την τροφή. Οι ζωικής προέλευσης πρωτεΐνες είναι καλύτερης ποιότητας σε σύγκριση με τις φυτικές. Για το λόγο αυτόν, άτομα που διατρέφονται μόνο με πρωτεΐνες φυτικής προέλευσης (π.χ. χορτοφάγοι, υγιεινιστές) μπορεί να παρουσιάσουν σύνδρομο πρωτεϊνικής ανεπάρκειας.

Όσον αφορά τους υδατάνθρακες:

Οι υδατάνθρακες αποτελούν την κύρια ενεργειακή πηγή του ανθρώπινου οργανισμού και περιλαμβάνουν τα σάκχαρα και τα παράγωγα του αμύλου. Η ποσότητα υδατανθράκων που πρέπει να λαμβάνεται από ένα άτομο πρέπει να ισούται με το 45% των ημερήσιων θερμιδικών αναγκών, που σημαίνει ότι στον άνθρωπο του FAO αναλογούν 1440 Kcal/ημέρα.

Οι υδατάνθρακες είναι απαραίτητοι για τη διατροφή, αφού δύο ιστοί, το αίμα και το κεντρικό νευρικό σύστημα, χρησιμοποιούν για τις ενεργειακές τους ανάγκες αποκλειστικά τη γλυκόζη. Οι υδατάνθρακες, όπως και τα λίπη, όταν διασπώνται, απελευθερώνουν ενέργεια η οποία συντελεί στην εξοικονόμηση ενέργειας από πρωτεΐνες. Όταν στο διατολόγιο περιέχεται μεγάλη ποσότητα υδατανθράκων και λιπών, όλη σχεδόν η ενέργεια του οργανισμού αντλείται από τις δύο αυτές κατηγορίες ουσιών και πολύ λίγη από πρωτεΐνες. Για το λόγο αυτόν θεωρείται ότι οι υδατάνθρακες και το λίπος προστατεύουν τις πρωτεΐνες. Σε περιπτώσεις όπου υπάρχει σχεδόν πλήρης στέρηση τροφής (π.χ. απεργία πείνας), μετά την εξάντληση των υδατανθράκων και των λιπών, τα αποθέματα των πρωτεϊνών του σώματος για να αποδώσουν ενέργεια καταναλίσκονται γρήγορα και, σε μερικές περιπτώσεις, με ρυθμό μερικών εκατοντάδων gr το 24ωρο, ο οποίος είναι πολύ μεγαλύτερος από το φυσιολογικό ρυθμό των 30-55 gr.

Όσον αφορά τα λίπη:

Τα λίπη ή λιπίδια χαρακτηρίζονται από την ικανότητα να περιέχουν μεγάλες ποσότητες ενέργειας στο μικρότερο δυνατό όγκο. Για το λόγο αυτόν είναι υπεύθυνα κυρίως για την αποθήκευση ενέργειας στον οργανισμό. Η ποσότητα λιπιδίων που πρέπει να προσλαμβάνεται από ένα άτομο πρέπει να ισούται με το 40% το πολύ των ημερήσιων θερμιδικών αναγκών, που σημαίνει ότι στον «πρότυπο άνθρωπο του FAO» αντιστοιχούν το πολύ 1280 Kcal/ημέρα. Τα λιπίδια που λαμβάνονται με τη διατροφή του ανθρώπου χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τα ακόρεστα και τα κορεσμένα λίπη εκ των οποίων οι ημερήσιες θερμικές ανάγκες του ανθρώπου, ανάλογα με την ηλικία και το φύλλο είναι το 11% να είναι κορεσμένα και το υπόλοιπο 89% ακόρεστα.

2. Ενεργειακή ισορροπία

Με τον όρο ενεργειακή ισορροπία, εννοούμε τη δυναμική ισορροπία που υπάρχει ανά πάσα στιγμή στον ανθρώπινο οργανισμό ανάμεσα στην πρόσληψη και στην κατανάλωση ενέργειας. Εξ ορισμού, συνεπώς, η ενεργειακή ισορροπία αποτελείται από τρία επιμέρους

σκέλη, το ενεργειακό απόθεμα που είναι σταθερό σε άτομα με σταθερό βάρος, την ενεργειακή πρόσληψη που γίνεται με την πρόσληψη φαγητού και την ενεργειακή δαπάνη που αποτελεί το σύνολο της ενέργειας που καταναλώνει ο οργανισμός για οποιοδήποτε λόγο.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η ενεργειακή ισορροπία ισούται:

$$\text{ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΟ ΑΠΟΘΕΜΑ} = \text{ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ} - \text{ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗ ΔΑΠΑΝΗ}$$

Σε άτομα με σταθερό βάρος η εξίσωση είναι απόλυτα αληθινή, γιατί μικρές μόνο αλλαγές στη σύνθεση του σώματος μπορεί να συμβούν, χωρίς παράλληλη μεταβολή του βάρους. Σε άτομα, όμως, που παρουσιάζουν μεταβολές των ενεργειακών τους αποθεμάτων η εξίσωση είναι άκυρη.

Η αυξημένη πρόσληψη ενέργειας σε συνδυασμό με μειωμένη κατανάλωση έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του βάρους σώματος, ενώ μειωμένη πρόσληψη σε συνδυασμό με αυξημένη κατανάλωση έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια βάρους.

Ο εγκέφαλος θεωρείται ότι αποτελεί το κέντρο ελέγχου της ενεργειακής ισορροπίας. Αυτός αναγνωρίζει ένα πλήθος από σήματα, τα οποία προκαλούν τέτοιες μεταβολές στην προσλαμβανόμενη και αποβαλλόμενη ενέργεια, ώστε η ενεργειακή ισορροπία να ρυθμίζεται πλήρως.

2.1. Ενεργειακή πρόσληψη

Ως ενεργειακή πρόσληψη ορίζεται η ενέργεια που προσλαμβάνεται με τις τροφές (υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λίπη). Η ενέργεια αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως «καύσιμη ύλη» ή να αποθηκευτεί με τη μορφή λίπους, γλυκογόνου ή πρωτεΐνης.

Η πρόσληψη τροφής αποτελεί φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπου και ρυθμίζεται με μηχανισμούς που ελέγχουν την ποσότητα και την ποιότητα του φαγητού και τείνουν να ικανοποιήσουν τις διατροφικές και ενεργειακές του ανάγκες. Οι μηχανισμοί αυτοί αποτελούν εξαιρετικής σημασίας ρυθμιστικά συστήματα διαρκούς τροφοδοσίας του σώματος με ενέργεια.

Με τον όρο πείνα περιγράφεται η φυσιολογική επιθυμία για φαγητό, η οποία κάνει το άτομο να το αναζητήσει. Έχει σχέση με ορισμένα υποκειμενικά αισθήματα ευχαρίστησης ή δυσαρέσκειας καθώς επίσης και με τις έντονες ρυθμικές συσπάσεις του στομάχου.

Ο όρος όρεξη έχει συχνά την ίδια έννοια με την πείνα, αφορά όμως και την επιθυμία ειδικού φαγητού και τη συνεχή τάση αναζήτησης του. Η όρεξη βοηθάει το άτομο να επιλέξει το είδος και την ποιότητα του φαγητού που προσλαμβάνει.

Ο κορεσμός είναι το αποτέλεσμα ενός πλήρους γεύματος και σημαίνει ότι το άτομο έλαβε την ποσότητα και το είδος της τροφής που επιζητούσε και ικανοποιήθηκε πλήρως.

Η διαιτητική συμπεριφορά του ανθρώπου αποτελεί τη συνισταμένη πλήθους ψυχοβιολογικών, αισθητικών, συναισθηματικών και μεταβολικών παραγόντων. Η διαδικασία της πρόσληψης τροφής περιλαμβάνει τις εξής φάσεις:

(α) Τη φάση της πείνας πριν από τη λήψη φαγητού, κατά την οποία κυριαρχεί το αίσθημα της πείνας. Χαρακτηρίζεται από διέγερση του ατόμου καθώς επίσης και ενεργητική έρευνα για την ανεύρεση τροφής.

(β) Τη φάση λήψης φαγητού, η οποία χαρακτηρίζεται από μεγάλο ή μικρό μέγεθος μπουκιών, γρήγορη ή αργή κατάποση αυτών καθώς επίσης και από μικρότερο ή μεγαλύτερο χρόνο μάσησης. Η φάση αυτή κυριαρχείται από το αίσθημα της όρεξης καθώς επίσης και από την ευχαρίστηση ή όχι που προκαλούν οι διάφορες τροφές. Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν λίγο ή πολύ την επιλογή του φαγητού, ενώ το αίσθημα του κορεσμού σηματοδοτεί την ολοκλήρωση της φάσης αυτής.

(γ) Τη φάση κορεσμού, η οποία επέρχεται μετά την ολοκλήρωση του γεύματος και χαρακτηρίζεται από την εξαφάνιση του αισθήματος της πείνας και την αντικατάσταση του από μία ευχάριστη αίσθηση γαστρικής πλήρωσης, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από ευφορία καθώς επίσης και από υπνηλία (αίσθημα κορεσμού).

Η διατροφική συμπεριφορά του ατόμου προκύπτει από τη συνισταμένη των αλληλοεπιδράσεων διαφόρων παραγόντων που ρυθμίζουν

την έναρξη και το πέρας των γευμάτων, το μέγεθος και τη σύνθεση τους, τη συχνότητα και τη διάρκεια τους καθώς επίσης και την πρόσληψη τροφής μακροπρόθεσμα. Αισθητικές πληροφορίες για την όψη, τη γεύση και την οσμή του φαγητού επιδρούν σε συνδυασμό με εσωτερικά σήματα της ενεργειακής κατάστασης του οργανισμού, με αποτέλεσμα τον προσδιορισμό του είδους, της διάρκειας, του μεγέθους και της σύνθεσης των γευμάτων.

Αισθητικές πληροφορίες για την όψη, τη γεύση και την οσμή των τροφών επιδρούν μαζί με εσωτερικά σήματα που έχουν σχέση με την ενεργειακή κατάσταση του οργανισμού, με αποτέλεσμα τον προσδιορισμό του είδους, της διάρκειας, του μεγέθους και της σύνθεσης των γευμάτων. Η γεύση και η όσφρηση παρέχουν τα αρχικά ερεθίσματα των τροφών στα αισθητήρια συστήματα. Οι βασικές γεύσεις είναι τέσσερις και διακρίνονται σε γλυκιά, αλμυρή, πικρή και ξινή. Η γευστική απόλαυση συμβάλλει στην αύξηση της πρόσληψης τροφής, ενώ η δυσαρέσκεια στη μείωση.

Τέλος η επιλογή του φαγητού κατά τη διάρκεια ενός 24ώρου γίνεται με ειδικούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς. Η ποσότητα και το είδος του φαγητού μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια ενός ημερήσιου διατροφικού κύκλου και μπορεί να επηρεάζεται από σειρά ορμονών. Πιστεύεται ότι γενετικοί και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες επηρεάζουν επίσης την επιλογή του φαγητού μακροπρόθεσμα και πως υπάρχει μία νευροχημική βάση για τη ρύθμιση της πρόσληψης κάθε είδους φαγητού ξεχωριστά.

2.2. Ενεργειακή δαπάνη

Με τον όρο ενεργειακή δαπάνη, περιγράφεται η ενέργεια που καταναλώνει ο ανθρώπινος οργανισμός για τις βασικές λειτουργίες των ιστών και των οργάνων του, για τη φυσική του δραστηριότητα καθώς επίσης και εκείνη που αποβάλλεται με τη μορφή θερμότητας.

Η ενέργεια που προσλαμβάνεται με την τροφή χρησιμοποιείται για τις κυτταρικές, μεταβολικές και μηχανικές λειτουργίες του οργανισμού. Τα βασικά στοιχεία της τροφής οξειδώνονται και απελευθερώνουν

διοξειδίου του άνθρακα, νερό και θερμότητα. Η απελευθέρωση και μεταφορά της ενέργειας αυτής γίνεται μέσω αυστηρά καθορισμένων μεταβολικών μονοπατιών. Αυτό σημαίνει ότι ο οργανισμός τροφοδοτείται βαθμιαία και συνεχώς με ενέργεια, η οποία είναι προτιμότερο να αποθηκευτεί παρά να απελευθερωθεί γρήγορα.

Η ενεργειακή δαπάνη μπορεί να μετρηθεί με την άμεση και έμμεση θερμιδομετρία. Η άμεση θερμιδομετρία, η οποία επινοήθηκε από τον Lavoisier, μετρά ευθέως την παραγόμενη θερμότητα με τη βοήθεια θερμιδόμετρων.

Η έμμεση θερμιδομετρία καταγράφει εμμέσως την παραγωγή ενέργειας με τη μέθοδο της ανάλυσης των αερίων της αναπνοής. Η τεχνική αυτή βασίζεται στη μέτρηση του προσλαμβανόμενου οξυγόνου και του αποβαλλόμενου διοξειδίου του άνθρακα.

Οι όροι που χρησιμοποιούνται σήμερα και σχετίζονται με την ενεργειακή δαπάνη περιγράφονται στη συνέχεια.

Με τον όρο μεταβολισμός, περιγράφεται το σύνολο των χημικών αντιδράσεων των ιστών και οργάνων του σώματος.

Ως μεταβολικός ρυθμός, ορίζεται ο ρυθμός απελευθέρωσης θερμότητας κατά τη διάρκεια των αντιδράσεων αυτών. Για τη σύγκριση του μεταβολικού ρυθμού διαφόρων ατόμων, η μέτρηση γίνεται το πρωί στο κρεβάτι του ασθενούς, κάτω από τις καλούμενες βασικές συνθήκες, δηλαδή το άτομο να είναι νηστικό και ήρεμο.

Βασικός μεταβολισμός ονομάζεται η ενέργεια που καταναλώνει το άτομο κάτω από τις βασικές συνθήκες. Υπολογίζεται σε Kcal/ώρα και η μέση τιμή του είναι 60 Kcal/ώρα για το νέο άνδρα και 53 Kcal/ώρα για τη νεαρή γυναίκα.

Βασική ενεργειακή δαπάνη ονομάζεται η ενεργειακή δαπάνη του ατόμου που είναι ξυπνητό, έχει γευματίσει και αναπαύεται.

Ενεργειακή δαπάνη σε ανάπαυση που ονομάζεται επίσης και μεταβολικός ρυθμός σε ανάπαυση καλείται η ενεργειακή δαπάνη του ατόμου το πρωί στο κρεβάτι του, νηστικό και μετριέται με την έμμεση θερμιδομετρία.

Συνολική ενεργειακή δαπάνη ονομάζεται το σύνολο της ενέργειας που δαπανάται από τον οργανισμό σε μία χρονική περίοδο, συνήθως ένα ολόκληρο εικοσιτετράωρο. Εκπροσωπεί τη μετατροπή της ενέργειας που προσλαμβάνεται με τις τροφές, καθώς επίσης και της αποθηκευμένης (λίπος, γλυκογόνο και πρωτεΐνες), με τη βοήθεια του οξυγόνου, σε έργο, θερμότητα, διοξείδιο του άνθρακα και νερό.

Η συνολική ενεργειακή δαπάνη, κάτω από κανονικές συνθήκες διαβίωσης και διατροφής, αποτελείται από τα εξής επιμέρους στοιχεία: Το βασικό μεταβολικό ρυθμό και την ενεργειακή δαπάνη της φυσικής δραστηριότητας.

Βασικός μεταβολικός ρυθμός: Ο όρος περιγράφει την ενεργειακή δαπάνη του ατόμου που είναι νηστικό, το πρωί, στο κρεβάτι του καθώς επίσης και την ενεργειακή δαπάνη της αφύπνισης και καλύπτει επαρκώς τη δυναμική του ανθρώπινου οργανισμού.

Ενεργειακή δαπάνη της φυσικής δραστηριότητας: Καλείται και θερμική επίδραση της άσκησης και περιλαμβάνει την ενέργεια που δαπανά ο οργανισμός για κάθε επιμέρους στοιχείο της φυσικής δραστηριότητας, ενεργητικής ή παθητικής.

Με τον όρο φυσική δραστηριότητα περιγράφεται κάθε κίνηση, ενεργητική ή παθητική του ανθρώπου, η οποία προκαλεί ουσιαστική αύξηση της ενεργειακής δαπάνης. Η φυσική δραστηριότητα παίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της ενεργειακής ισορροπίας και του βάρους σώματος και περιέχει τρία επιμέρους στοιχεία:

(α) Την επαγγελματική δραστηριότητα, που περιλαμβάνει τις σωματικές δραστηριότητες (πήγαινε-έλα στη δουλειά, σωματική εργασία κλπ.), κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής ενασχόλησης του ατόμου.

(β) Την οικιακή ενασχόληση, η οποία περιλαμβάνει κάθε σωματική εργασία στο σπίτι.

(γ) Τη φυσική δραστηριότητα κατά τον ελεύθερο χρόνο (άθληση σε εξωτερικούς χώρους ή στο σπίτι, διάφορα χόμπι όπως κυνήγι, ψάρεμα, εθελοντική εργασία, κλπ.), που έχει ως σκοπό τη διατήρηση ή και τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης.

Με τον όρο καθιστική συμπεριφορά, περιγράφεται η κατάσταση εκείνη κατά την οποία οι κινήσεις του σώματος είναι οι λιγότερες δυνατές. Στον όρο αυτόν περιλαμβάνονται και διάφορες παθητικές λειτουργίες, όπως η παρακολούθηση τηλεόρασης, το διάβασμα, η εργασία στο κομπιούτερ, οι παρατεταμένες τηλεφωνικές συνομιλίες, η οδήγηση, η πολύωρη περισυλλογή κλπ.

Τα κύρια στοιχεία της σωματικής άσκησης είναι η μορφή, η διάρκεια, η ένταση και η συχνότητα. Η ήπιας έντασης και μεγάλης διάρκειας αερόβια σωματική άσκηση αυξάνει το μεταβολισμό 5-8 φορές και μπορεί να εφαρμόζεται επί ώρες και από αγύμναστα άτομα. Η μορφή αυτή άσκησης πλεονεκτεί της υψηλής έντασης και μικρής διάρκειας.

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ενεργειακή δαπάνη είναι:

(α) Το βάθος και η διάρκεια τον ύπνου.

(β) Η ηλικία.

(γ) Το φύλο. Οι άνδρες έχουν υψηλότερη ενεργειακή δαπάνη από τις γυναίκες, επειδή έχουν λιγότερο λίπος και περισσότερη μάζα ιστών.

(δ) Οι ορμόνες.

(ε) Οι σκελετικοί μύς.

(στ) Διάφορες παθήσεις, προκαλούν μείωση της πρόσληψης τροφής και μείωση της ενεργειακής δαπάνης. Η παραπληγία παρουσιάζει μείωση της ενεργειακής δαπάνης κατά 10% και η τετραπληγία κατά 30% σε σχέση με ίδιας ηλικίας υγιή άτομα.

(ζ) Η φαρμακευτική θεραπεία.

3. Ο λιπώδης ιστός του ανθρώπου

Ο λιπώδης ιστός είναι τμήμα του συνδετικού ιστού και αποτελεί το 15-20% του βάρους των ανδρών και το 20-30% των γυναικών. Περιέχει 80% λίπος, 2% πρωτεΐνες και 18% περίπου νερό.

Η κυρία λειτουργία του λιπώδη ιστού είναι η αποταμίευση και η απελευθέρωση ενέργειας. Η ενέργεια είναι χημική, αποθηκεύεται με τη μορφή τριγλυκεριδίων στα λιποκύτταρα και απελευθερώνεται από τις

ενεργειακές αποθήκες υπό την επίδραση νευρικών, ενδοκρινικών και μεταβολικών σημάτων. Ένα άτομο κανονικού βάρους έχει 10-20 Kg λίπους, το οποίο αντιπροσωπεύει 90.000 - 180.000 Kcal αποθηκευμένης ενέργειας. Η ποσότητα αυτή του λίπους επιτρέπει στο άτομο αυτό να ζήσει χωρίς τροφή, θεωρητικά τουλάχιστον, για χρονικό διάστημα 40-60 ημερών.

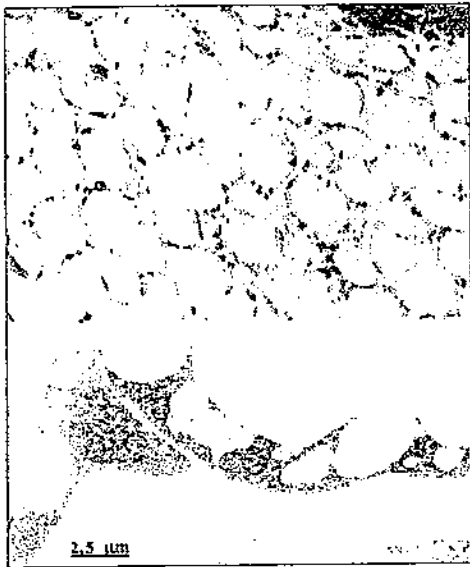
Ο λιπώδης ιστός έχει πολλές και ποικίλες λειτουργίες, οι σπουδαιότερες από τις οποίες είναι οι εξής:

1. Η κύρια λειτουργία του, όπως προαναφέρθηκε, είναι η αποταμίευση και η απελευθέρωση ενέργειας.
2. Αποτελεί μηχανικό υπόστρωμα που προστατεύει το ανθρώπινο σώμα από εξωτερικές πλήξεις και αμβλύνει τις τριβές ανάμεσα στα όργανα.
3. Συμβάλλει στην εξωτερική διαμόρφωση του σώματος και στην ύπαρξη αισθητών διαφορών από άτομο σε άτομο.
4. Συμβάλλει στη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος.
5. Αποτελεί αποθήκη λιποδιαλυτών βιταμινών, φαρμάκων και διαφόρων άλλων ουσιών.
6. Ο λιπώδης ιστός αποτελεί μέρος του ενδοκρινικού συστήματος

Το λιποκύτταρο αποτελεί το κύτταρο του λιπώδη ιστού και έχει ως κύρια λειτουργία του την αποθήκευση και την αποταμίευση ενέργειας, αποτελώντας παράλληλα μέρος του ενδοκρινικού συστήματος. Το λιποκύτταρο είναι γεμάτο τριγλυκερίδια. Το λιποκύτταρο είναι ευμετάβλητο σε όγκο και η διάμετρος του, σε περιόδους πλούσιας διατροφής, μπορεί να αυξηθεί μέχρι και 100 φορές, ανάλογα με την περιεκτικότητα του σε τριγλυκερίδια, ενώ αντίθετες μεταβολές μπορεί να συμβούν σε περιόδους νηστείας.

Ο μεγαλύτερος αριθμός λιποκυττάρων σχηματίζεται λίγο πριν από τη γέννηση μέχρι και το τέλος της εφηβικής ηλικίας. Αύξηση του μεγέθους των λιποκυττάρων επέρχεται κατά το πρώτο έτος της ζωής, ενώ λαμβάνουν το κανονικό τους μέγεθος λίγο πριν το τέλος της εφηβικής ηλικίας. Από την ηλικία αυτή και ύστερα τα λιποκύτταρα συμπεριφέρονται ομοιόμορφα σε ολόκληρο το σώμα, εκτός εξειδικευμένων περιοχών όπου απαιτείται να έχουν δομική και λειτουργική ευελιξία.

Το λιποκύτταρο μετέχει ενεργά στη ρύθμιση της ενεργειακής ισορροπίας, μέσω ενός πολύπλοκου συστήματος ενδοκρινικών, σημάτων. Η ενδοκρινική λειτουργία του, του επιτρέπει να είναι ρυθμιστής και συντονιστής της ενεργειακής ισορροπίας ανάλογα με τις υπάρχουσες μεταβολικές συνθήκες. Πρόσφατες έρευνες αποκάλυψαν τις σημαντικές λειτουργίες του λιποκυττάρου ως ενδοκρινή αδένου, ο οποίος παράγει πλήθος ορμονών, ενώ αποτελεί και κύτταρο-στόχο πλήθους άλλων.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

1. Ορισμός

Με τον όρο παχυσαρκία περιγράφεται η υπερβολική ή και η ανώμαλη συσσώρευση λίπους στο σώμα ή σε ορισμένες περιοχές του, σε βαθμό τέτοιο που να επηρεάζεται δυσμενώς η υγεία του ατόμου.

Η παχυσαρκία, εντέλει, είναι το αποτέλεσμα ενός συνεχούς, παρατεταμένου και ανεπιθύμητου θετικού ενεργειακού ισοζυγίου, που έχει ως συνέπεια την αποταμίευση ενέργειας με τη μορφή λίπους και την αύξηση του βάρους σώματος του ατόμου.

2. Μονάδες μέτρησης και δείκτες

Οι πλέον συνηθισμένες μονάδες μέτρησης και οι δείκτες της παχυσαρκίας καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα 2 και περιγράφονται αναλυτικά στη συνέχεια.

Πίνακας 2

Δείκτες παχυσαρκίας και μονάδα μέτρησης

Δείκτης	Μονάδα μέτρησης
Ιδανικό βάρος σώματος	Kg
Βάρος σώματος	Kg
Υπέρβαρο, επιπλέον ή πλεονάζον βάρος	Kg
Εκατοστιαίο υπέρβαρο	Kg %
Δείκτης μάζας σώματος	Kg/m ²

Περίμετρος μέσης	cm
Περίμετρος λεκάνης-γλουτών	cm
Σχέση μέσης προς περιφέρεια	-
Πάχος δερματικών πτυχών	cm
Ολικό λίπος σώματος	Kg
Έλεγχος κατανομής του λίπους	-

«Ιδανικό βάρος» σώματος (kg): Ως τέτοιο ορίζεται το βάρος που πρέπει να έχει ένας υγιής ενήλικας ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, το ύψος και το μέγεθος του σκελετού του. Εκφράζεται σε Kg. Άτομα με ιδανικό βάρος σώματος παρουσιάζουν τη χαμηλότερη θνητότητα, σύμφωνα με τις στατιστικές των ασφαλιστικών οργανισμών και των εθνικών στατιστικών υπηρεσιών των διαφόρων χωρών του κόσμου.

Βάρος σώματος: Το βάρος σώματος μετριέται σε Kg και αποτελεί το βάρος γυμνού ατόμου στη δεδομένη στιγμή.

Υπέρβαρο, επιπλέον ή πλεονάζον βάρος: Ως τέτοιο ορίζεται το βάρος σε Kg πάνω από το ιδανικό, που έχει τη δεδομένη στιγμή ένα άτομο.

Εκατοστιαίο υπέρβαρο: Ορίζεται έτσι η εκατοστιαία αναλογία του πλεονάζοντος βάρους του ατόμου. Αποτελεί έναν από τους πλέον αξιόπιστους δείκτες της παχυσαρκίας και χρησιμοποιείται ευρέως σήμερα.

Δείκτης μάζας σώματος: Ως δείκτης μάζας σώματος ορίζεται το πηλίκιο του βάρους σώματος σε Kg δια του τετραγώνου του ύψους του ατόμου σε μέτρα (Kg/m^2).

Ο δείκτης μάζας σώματος αποτελεί τον πλέον αξιόπιστο δείκτη και χρησιμοποιείται ευρύτατα από όλους τους ασχολούμενους με την παχυσαρκία σήμερα. Θεωρείται ότι παρέχει τις πλέον χρήσιμες μετρήσεις του βαθμού της παχυσαρκίας και η σημασία του είναι πολύ μεγάλη.

Περίμετρος μέσης: Η μέση αποτελεί νοητή περιμετρική γραμμή ανάμεσα στα κάτω όρια των πλευρών και στα ανώτερα σημεία των πρόσθιων άνω λαγόνιων ακάνθων και δείχνει τη συγκέντρωση λίπους στην κοιλιά και στα σπλάχνα. Η περίμετρος μέσης ή μέση, όπως λέγεται

στην καθημερινή πράξη, αποτελεί απλή και εύκολη μονάδα μέτρησης της παχυσαρκίας, η οποία χωρίς να έχει σχέση με το ύψος του ατόμου σχετίζεται πολύ με τον δείκτη μάζας σώματος. Η περιμέτρος μέσης θεωρείται ότι βρίσκεται σε παραδεκτά όρια όταν είναι για μεν τους άνδρες <94 cm, για δε τις γυναίκες <80 cm.

Σχέση μέσης προς περιφέρεια: Η περιφέρεια αποτελεί νοητή περιμετρική γραμμή που περιβάλλει τους γλουτούς και τη λεκάνη του ατόμου λίγο κάτω από τις πρόσθιες άνω λαγόνιες άκανθες και δείχνει πρακτικά τη συγκέντρωση λίπους στους γλουτούς και τους μηρούς. Ο δείκτης αυτός αντανακλά το μέγεθος της εναπόθεσης λίπους στην κοιλιά και στα σπλάχνα και είναι χρήσιμος για την αναγνώριση παχύσαρκων ατόμων «υψηλού κινδύνου», για την εμφάνιση μεταβολικών και άλλων νόσων. Ο δείκτης θεωρείται ότι βρίσκεται σε παραδεκτά όρια όταν είναι για μεν τους άνδρες <1.0, για δε τις γυναίκες <0.85.

Μέτρηση του πάχους των δερματικών πτυχών: Η εκατοστιαία αναλογία του λίπους σώματος μπορεί να υπολογιστεί με τη μέτρηση, με ειδικό πτυχόμετρο, του πάχους συγκεκριμένων πτυχών του δερμολιπώδη ιστού. Για τον υπολογισμό αυτόν απαιτούνται δύο μετρήσεις των τεσσάρων δερματικών πτυχών της περιοχής του δικέφαλου, του τρικέφαλου, του υποπλατίου και του άνω γλουτιαίου μυός. Οι εξισώσεις και οι πίνακες που υπάρχουν είναι χρήσιμοι για τη μετατροπή του πάχους των πτυχών σε σωματικό λίπος.

Η κυριότερες δυσκολίες υπολογισμού του λίπους σώματος από το πάχος των δερματικών πτυχών οφείλονται στη διαφορετική κατανομή του από άτομο σε άτομο καθώς επίσης και στην άσκηση διαφορετικής πίεσης στη σύλληψη της πτυχής. Οι δυσκολίες είναι μεγαλύτερες σε άτομα με βαρεία παχυσαρκία στα οποία η σύλληψη των πτυχών είναι σχεδόν αδύνατη, ακόμη και όταν η μέτρηση γίνεται με το ειδικό πτυχόμετρο.

Παρόλα όμως τα μειονεκτήματα αυτά, η μέτρηση του πάχους των δερματικών πτυχών αποτελεί χρήσιμη εξέταση για τον έλεγχο μεγάλων πληθυσμιακών ομάδων.

3. Ταξινόμηση παχυσαρκίας

Η ταξινόμηση της παχυσαρκίας γίνεται με διάφορους τρόπους και είναι χρήσιμη για τους εξής θεωρητικούς και πρακτικούς λόγους:

Επιτρέπει εξαιρετικής σημασίας συγκρίσεις του βαθμού παχυσαρκίας ανάμεσα σε άτομα και πληθυσμιακές ομάδες.

Επιτρέπει την αναγνώριση ατόμων και ομάδων υψηλού κινδύνου ανάπτυξης διαφόρων παθήσεων.

Επιτρέπει την αναγνώριση προτεραιοτήτων για παρέμβαση σε άτομα ή ομάδες.

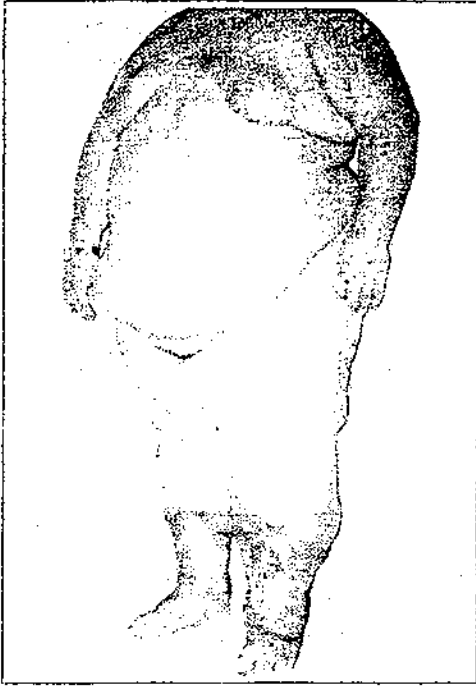
Αποτελεί σημαντικό μέτρο εκτίμησης του βαθμού της παχυσαρκίας και προσδιορίζει το είδος της παρέμβασης που θα ακολουθήσει.

3.1. Ανατομική ταξινόμηση

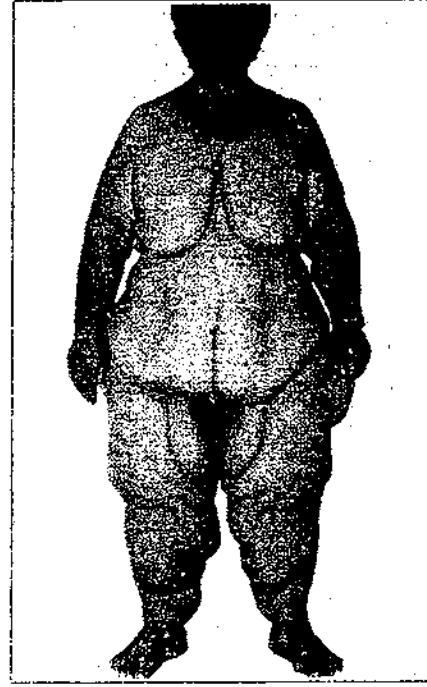
Η παχυσαρκία από ανατομική άποψη διακρίνεται σε δύο μορφές, την υπερπλαστική και την υπερτροφική. Η υπερπλαστική μορφή χαρακτηρίζεται από μεγάλη αύξηση του αριθμού των λιποκυττάρων, αρχίζει από τα πρώτα στάδια της ζωής, είναι σοβαρότερη και δύσκολα αναστρέψιμη με συμβατικές μεθόδους. Η υπερτροφική μορφή χαρακτηρίζεται από αύξηση κυρίως του μεγέθους των λιποκυττάρων, εμφανίζεται σε ενήλικες, είναι συνήθως μέσης βαρύτητας και αντιμετωπίζεται ευκολότερα.

3.2. Ανάλογα με την κατανομή του λίπους

Η παχυσαρκία, ανάλογα με την κατανομή του λίπους στο σώμα, διακρίνεται σε κεντρική, σπλαχνική ή ανδρικού τύπου και σε περιφερική, υποδόρια ή γυναικείου τύπου. Η κεντρική ή σπλαχνική ή ανδρικού τύπου παχυσαρκία χαρακτηρίζεται από αυξημένη εναπόθεση λίπους στην κοιλιά, στο θώρακα και στα σπλάχνα (άνω ήμισυ του σώματος), ενώ η περιφερική ή υποδόρια ή γυναικείου τύπου χαρακτηρίζεται από ομαλότερη κατανομή του λίπους σε ολόκληρο το σώμα και κυρίως στο υποδόριο, τους γλουτούς και τους μηρούς.



Κεντρική ή ανδρικού τύπου παχυσαρκία



Περιφερειακή ή γυναικείου τύπου

3.3. Ανάλογα με το χρόνο εμφάνισης

Η παχυσαρκία, ανάλογα με το χρόνο εμφάνισης, ταξινομείται σε πρόωμη (παιδική ή εφηβική) και σε όψιμη (ενηλίκων). Γενικά, μπορούμε να πούμε, ότι όσο πιο νωρίς εγκαθίσταται η παχυσαρκία τόσο πιο βαρεία είναι και τόσο δυσκολότερη είναι η αντιμετώπιση της.

3.4. Κλινική ταξινόμηση με βάση το δείκτη μάζας σώματος

Η κλινική ταξινόμηση του πληθυσμού με βάση το δείκτη μάζας σώματος είναι η πλέον αξιόπιστη, γι' αυτό και υιοθετήθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

Η ταξινόμηση αυτή της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας θέτει ως κατώτερο όριο ορισμού της παχυσαρκίας τον Δείκτη μάζας σώματος = 30 Kg/m^2 . Σύμφωνα με την ταξινόμηση αυτή, άτομα με Δείκτη μάζας σώματος = $30-34.9$ ανήκουν στην κατηγορία I (ήπια παχυσαρκία), άτομα με Δείκτη μάζας σώματος = $35-39.9$ ταξινομούνται στην κατηγορία II (μέτρια παχυσαρκία) και άτομα με Δείκτη μάζας σώματος >40 ανήκουν

στην κατηγορία III (βαρεία ή νοσογόνος παχυσαρκία). Τέλος, για πρακτικούς λόγους, στη βαρεία ή νοσογόνο παχυσαρκία μπορούμε να διακρίνουμε μία υποκατηγορία, η οποία μπορεί να ονομαστεί υπερνοσογόνος παχυσαρκία και περιλαμβάνει παχύσαρκους με Δείκτη μάζας σώματος > 53.

Ως μειονέκτημα της ταξινόμησης της παχυσαρκίας με βάση το Δείκτη μάζας σώματος θεωρείται το γεγονός ότι ο δείκτης δεν μπορεί να διακρίνει εάν η αύξηση του βάρους οφείλεται σε αύξηση του λίπους ή της μυϊκής μάζας ή και των δύο μαζί. Η κατανομή του λίπους στο σώμα μπορεί να επηρεάζει τη σχέση Δείκτης μάζας σώματος /λίπος σώματος. Υπολογισμοί βασισμένοι στο πηλίκο του ύψους όρθιου ατόμου προς το ύψος καθήμενου επιτρέπουν τη διόρθωση του Δείκτη μάζας σώματος, αφού έτσι λαμβάνεται υπόψη το ασύνηθες, σε μερικά άτομα, ύψος των κάτω άκρων. Για του λόγου το αληθές, έχει βρεθεί ότι ψηλοί και λεπτοί Αυστραλοί έχουν χαμηλό Δείκτη μάζας σώματος, με φυσιολογικά όρια που κυμαίνονται από 17 έως 22 Kg/m². Στους ανθρώπους αυτούς, όπως είναι φυσικό, το κατώτερο όριο της παχυσαρκίας είναι Δείκτης μάζας σώματος = 25 Kg/m², όριο σημαντικά χαμηλότερο από εκείνο του υπόλοιπου πληθυσμού.

4. Ταξινόμηση της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας

Η ταξινόμηση της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας δεν είναι εύκολη, αφού τα κριτήρια δεν είναι ξεκαθαρισμένα και παραδεκτά από όλους σήμερα. Η στενή σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο βάρος του παιδιού και στο ύψος, σημαίνει ότι ο Δείκτης μάζας σώματος θα μπορούσε να παρέχει μία απλή, έστω, εκτίμηση της παχυσαρκίας. Στα παιδιά, ο Δείκτης μάζας σώματος μεταβάλλεται. Αυξάνει απότομα στη νεογνική ηλικία, βαίνει μειούμενος στην προσχολική και αυξάνει ξανά στην εφηβική.

Μερικές χώρες (Αγγλία, Ιταλία και Σουηδία) σχεδίασαν πίνακες Δεικτών μάζας σώματος για κάθε ηλικία, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο του Cole, η οποία προσαρμόζει το Δείκτη μάζας σώματος με τις εκάστοτε παρεκκλίσεις και επιτρέπει σε αυτόν να εκφράζεται με σχετική ακρίβεια ή,

έσω, με σταθερή εκατοστιαία απόκλιση. Η Παγκόσμια Οργάνωση υγείας επιχείρησε το σχεδιασμό πινάκων για τα νεογνά και τα παιδιά ηλικίας μέχρι 5 ετών καθώς επίσης και για τα μεγαλύτερα παιδιά και τους εφήβους, που βασίζονται σε δείγμα υγιούς βρεφικού και παιδικού πληθυσμού από διάφορα μέρη του κόσμου. Οι πίνακες αυτοί, όμως, έχουν το μειονέκτημα ότι αντανακλούν το μέγεθος του παιδικού σώματος (μικρό ή μεγάλο) και όχι την περιεκτικότητα του σε λίπος.

Πίνακας βάρους και ύψους της Metropolitan Life Insurance Company

Ύψος (cm)	Άνδρες		
	Βάρος σώματος (Kg)		
	Ελαφρύς σκελετός	Μέσος σκελετός	Βαρύς σκελετός
158	58.3 - 61.0	59.6 - 64.2	62.8 - 68.3
159	58.6 - 61.3	59.6 - 64.5	63.1 - 68.8
160	59.0 - 61.7	60.3 - 64.9	63.5 - 68.4
161	59.3 - 62.0	60.6 - 65.2	63.6 - 69.9
162	59.7 - 62.4	61.0 - 65.6	64.2 - 70.5
163	60.0 - 62.7	61.3 - 66.0	64.5 - 71.1
164	60.4 - 63.1	61.7 - 66.5	64.9 - 71.8
165	60.8 - 63.5	62.1 - 67.0	65.3 - 72.5
166	61.1 - 63.8	62.4 - 67.6	65.6 - 73.2
167	61.5 - 64.2	62.8 - 68.2	66.0 - 74.0
168	61.8 - 64.6	63.2 - 68.7	66.4 - 74.7
169	62.2 - 65.2	63.8 - 69.8	67.0 - 75.4
170	62.5 - 65.7	64.3 - 69.8	67.5 - 76.1
171	62.9 - 66.2	64.8 - 70.3	68.0 - 76.8
172	63.2 - 66.7	65.4 - 70.6	68.5 - 77.5
173	63.6 - 67.3	65.9 - 71.4	69.1 - 78.2
174	63.9 - 67.8	66.4 - 71.9	69.6 - 78.9
175	64.3 - 68.3	66.9 - 72.4	70.1 - 79.6
176	64.7 - 68.9	67.6 - 73.0	70.7 - 80.3
177	65.0 - 69.5	68.1 - 73.5	71.3 - 81.0
178	65.4 - 70.0	68.6 - 74.0	71.8 - 81.8
179	65.7 - 70.5	69.2 - 74.6	72.3 - 82.5
180	66.1 - 71.0	69.7 - 75.1	72.8 - 83.3
181	66.6 - 71.6	70.2 - 75.8	73.4 - 84.0
182	67.1 - 72.1	70.7 - 76.5	73.9 - 84.7
183	67.7 - 72.7	71.3 - 77.2	74.5 - 85.4
184	68.2 - 73.4	71.8 - 77.9	76.2 - 86.1
185	68.7 - 74.1	72.4 - 78.6	75.9 - 86.8
186	69.2 - 74.8	73.0 - 79.3	76.6 - 87.6
187	69.8 - 75.5	73.7 - 80.0	77.3 - 88.5
188	70.3 - 76.2	74.4 - 80.7	78.0 - 89.4
189	70.9 - 76.9	74.9 - 81.5	78.7 - 90.3
190	71.4 - 77.6	75.4 - 82.2	79.4 - 91.2
191	72.1 - 78.4	76.1 - 83.0	80.3 - 92.1
192	72.8 - 79.1	76.8 - 83.9	81.2 - 93.0
193	73.5 - 79.8	77.6 - 84.8	82.1 - 93.9

Πίνακας βάρους και ύψους της Metropolitan Life Insurance Company.

Ύψος (cm)	Γυναίκες		
	Βάρος σώματος (Kg)		
	Ελαφρύς σκελετός	Μέσος σκελετός	Βαρύς σκελετός
148	46.4 - 50.6	49.6 - 55.1	53.7 - 59.8
149	46.6 - 51.0	50.0 - 55.5	54.1 - 60.3
150	46.7 - 51.3	50.3 - 55.9	54.4 - 60.9
151	46.9 - 51.7	50.7 - 56.4	54.8 - 61.4
152	47.1 - 52.1	51.1 - 57.0	55.2 - 61.9
153	47.4 - 52.5	51.5 - 57.5	55.6 - 62.4
154	47.8 - 53.0	51.9 - 58.0	56.2 - 63.0
155	48.1 - 53.6	52.2 - 58.6	56.8 - 63.6
156	48.5 - 54.1	52.7 - 59.1	57.3 - 64.1
157	48.8 - 54.6	53.2 - 59.6	57.8 - 64.6
158	49.3 - 55.2	53.6 - 60.2	58.4 - 65.3
159	49.8 - 55.7	54.3 - 60.7	58.9 - 66.0
160	50.3 - 56.2	54.9 - 61.2	59.4 - 66.7
161	50.8 - 56.7	55.4 - 61.7	59.9 - 67.4
162	51.4 - 57.3	55.9 - 62.3	60.5 - 68.1
163	51.9 - 57.8	56.4 - 62.8	61.0 - 68.8
164	52.5 - 58.4	57.0 - 63.4	61.5 - 69.5
165	63.0 - 58.9	57.5 - 63.9	62.0 - 70.2
166	53.6 - 59.5	58.1 - 64.5	52.6 - 70.9
167	54.1 - 60.0	58.7 - 65.0	63.2 - 71.7
168	54.6 - 60.5	59.2 - 65.5	63.7 - 72.4
169	55.2 - 61.1	59.7 - 66.1	64.3 - 73.1
170	55.7 - 61.6	60.2 - 66.6	64.8 - 73.6
171	56.2 - 62.1	60.7 - 67.1	55.3 - 74.5
172	56.8 - 62.6	61.3 - 67.6	65.8 - 75.2
173	57.3 - 63.2	61.8 - 68.2	66.4 - 75.9
174	57.8 - 63.7	62.3 - 66.7	66.9 - 76.4
175	58.3 - 64.2	62.8 - 69.2	67.4 - 76.9
176	58.9 - 64.6	63.4 - 69.8	68.0 - 77.6
177	59.5 - 65.4	64.0 - 70.4	68.5 - 78.1
178	60.0 - 65.9	64.5 - 70.9	69.0 - 78.6
179	60.5 - 66.4	65.1 - 71.4	69.6 - 79.1
180	61.0 - 66.9	65.6 - 71.9	70.1 - 79.6
181	61.6 - 67.5	66.1 - 72.5	70.7 - 80.2
182	62.1 - 68.0	66.6 - 73.0	71.2 - 80.7
183	62.6 - 68.5	67.1 - 73.5	71.7 - 81.2

5. Άμεσοι μέθοδοι υπολογισμού του σωματικού λίπους

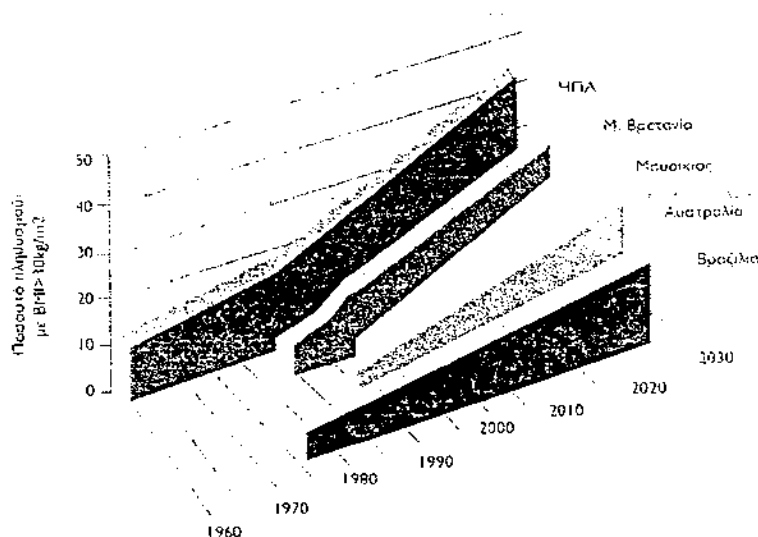
Εκτός από τις έμμεσες τεχνικές υπολογισμού του σωματικού λίπους που περιγράφηκαν προηγουμένως, έχουν επινοηθεί αρκετές άμεσες τεχνικές, μερικές από τις οποίες έχουν εφαρμογή στην κλινική πράξη, ενώ άλλες είναι ερευνητικές. Οι τεχνικές αυτές περιλαμβάνουν:

- Τη μέτρηση της πυκνότητας του λίπους
- Τον υπολογισμό του ολικού ύδατος του σώματος
- Τον υπολογισμό του ολικού καλίου του σώματος
- Τη μέτρηση της βιοηλεκτρικής αντίστασης των ιστών.
- Τη μέτρηση της δραστηριότητας των ουδετερονίων
- Τη μέτρηση απορρόφησης της δυαδικής φωτοακτινοβολίας

Άλλες λιγότερο εφαρμόσιμες στην πράξη μέθοδοι, όπως η αζονική και η μαγνητική τομογραφία περιοχών με αυξημένη περιεκτικότητα λίπους.

6. Επιδημιολογία της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία αποτελεί πρόβλημα για όλες σχεδόν τις χώρες του κόσμου, το οποίο με την πάροδο των ετών γίνεται ακόμη μεγαλύτερο. Σε όλες τις χώρες, αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες, η νόσος αυξάνει ραγδαία και έχει φθάσει σε «επίπεδα συναγερμού». Το παρακάτω σχήμα δείχνει την πορεία της νόσου από το 1960 έως σήμερα καθώς επίσης και αυτή που αναμένεται να έχει μέχρι το τέλος 2030 στις ΗΠΑ, στην Αγγλία, στην Αυστραλία, στα νησιά στο Αγίου Μαυρικίου και στη Βραζιλία.



Η παχυσαρκία είναι ασυνήθης στις φτωχές χώρες της Αφρικής και της Ασίας καθώς επίσης και σε χώρες όπως η γειτονική μας Αλβανία, αλλά και εκεί ανευρίσκεται σε μεγαλύτερα ποσοστά στις αστικές από ότι στις αγροτικές περιοχές. Το φαινόμενο μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι ο μέσος πληθυσμιακός δείκτης μάζας σώματος εξαρτάται και από περιβαλλοντολογικούς παράγοντες, όπως είναι η ανεργία, η οικονομική δυσπραγία και η φτώχεια, που διαφέρουν στις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, καθώς επίσης και στις αστικές και αγροτικές περιοχές των διαφόρων χωρών.

Έρευνες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας έδειξαν ότι κατά την περίοδο 1993-2003, οι ενήλικες 35-64 ετών των προηγμένων χωρών του κόσμου ήταν σε ποσοστό 50-70% υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, διαπίστωση που σημαίνει ότι η πλειονότητα του πληθυσμού των ενηλίκων των αναπτυγμένων χωρών της γης αποτελεί ομάδα αυξημένου κινδύνου εμφάνισης συνοδών νόσων της παχυσαρκίας. Οι παχύσαρκες γυναίκες παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα, ενώ οι υπέρβαροι άνδρες είναι σαφώς περισσότεροι από τις γυναίκες. Η νόσος βαίνει αυξανόμενη επίσης και στα παιδιά, γι' αυτό και στο άμεσο μέλλον πρέπει οι υπηρεσίες υγείας των χωρών του κόσμου να ασχοληθούν πολύ σοβαρά με το πρόβλημα. Είναι χαρακτηριστικό επίσης το γεγονός ότι σε πολλές χώρες του τρίτου κόσμου η παχυσαρκία συνυπάρχει με την πείνα και την καχεξία.

Οι επιδημιολογικές μελέτες, αν και ελλιπείς, μπορούν να φανούν χρήσιμες για την αναγνώριση κοινωνικών ομάδων που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως «υψηλού κινδύνου» για την εμφάνιση της παχυσαρκίας και των συνοδών της νόσων. Οι μελέτες αυτές μπορούν επίσης να φανούν χρήσιμες και για τον υπολογισμό των οικονομικών επιπτώσεων της νόσου στα άτομα και στις χώρες που ζουν. Μπορούν επίσης να βοηθήσουν εκείνους που έχουν την πολιτική ευθύνη της υγείας και σχεδιάζουν τα πλάνα των επόμενων δεκαετιών, να αναγνωρίσουν και να κινητοποιήσουν τις δυνάμεις που θα συμβάλλουν στην ανάσχεση και στον έλεγχο της νόσου. Τέλος, μπορούν να συμβάλλουν στην εκτίμηση της απόδοσης των εθνικών προγραμμάτων ελέγχου της παχυσαρκίας.

Με βάση το Δείκτη μάζας σώματος = 30 Kg/m^2 , που προτείνεται από τη Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ως το κατώτερο όριο παχυσαρκίας, οι στατιστικές μελέτες που έγιναν σε διάφορες χώρες του πλανήτη μας κατέληξαν σε πολύ ενδιαφέροντα συμπεράσματα.

Οι μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κατά το διάστημα 1993-2003 υπολόγισαν τα ποσοστά της παχυσαρκίας του συνόλου των Ευρωπαίων για μεν τους άνδρες σε 10-20%, για δε τις γυναίκες σε 10-25%. Η υψηλότερη συχνότητα της νόσου βρέθηκε στη Λιθουανία (άνδρες 22%, γυναίκες 45%). Πρόσφατη απογραφή των παχύσαρκων των χωρών του πρώην ανατολικού κόσμου (2003) κατέγραψε τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων σε υψηλότερα από πριν επίπεδα.

Συχνότητα παχυσαρκίας στις χώρες του πρώην ανατολικού συνασπισμού			
Χώρα	Πληθυσμός	Υπέρβαροι(%)	Παχύσαρκοι(%)
Βουλγαρία	8.000.000	62.6	10.8
Τσεχία	10.500.000	41.9	26.0
Ουγγαρία	10.500.000	41.0	16.5
Πολωνία	38.500.000	43.5	25.0
Ρουμανία	23.400.000	52.4	32.5
Ρωσία	149.200.000	42.0	23.5
Σλοβακία	5.500.000	40.6	21.3
Ουκρανία	52.200.000	43.0	22.5

Οι μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έδωσαν μία πολύ χρήσιμη ανάλυση του βάρους σώματος πληθυσμών από 52 χώρες. Οι μελέτες αυτές ανέλυσαν τις διαφορές του μέσου δείκτη βάρους σώματος διαφόρων πληθυσμών ενηλίκων και μελέτησε τη σχέση τους με την παχυσαρκία. Όταν ο μέσος δείκτης βάρους σώματος του πληθυσμού ήταν <23 , υπήρχαν μόνο λίγες περιπτώσεις παχύσαρκων με Δείκτη βάρους σώματος >30 . Καθώς αυξανόταν ο μέσος δείκτης βάρους σώματος του πληθυσμού παρατηρούνταν αύξηση του αριθμού των παχύσαρκων. Μεγαλύτερη σημασία έχει η αύξηση της αναλογίας των παχύσαρκων ενηλίκων στο συνολικό πληθυσμό, που έχει ταχύτερο ρυθμό από την αύξηση του μέσου δείκτη βάρους σώματος. Για κάθε μονάδα αύξησης του μέσου

πληθυσμιακού δείκτη βάρους σώματος πάνω από 23 διαπιστώθηκε αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας της τάξεως του 4.66%, γεγονός που σημαίνει ότι υπάρχει ισχυρή συγγένεια ανάμεσα στο μέσο πληθυσμιακό δείκτη βάρους σώματος και στην αναλογία των παχύσαρκων.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο κατά τα έτη 1993-2003 ο μέσος δείκτης σώματος αυξήθηκε από 24.3 σε 25.9 για τους άνδρες και από 23.9 σε 25.7 για τις γυναίκες. Την ίδια περίοδο ο αριθμός των υπέρβαρων αυξήθηκε κατά 30% και των παχύσαρκων κατά 50%.

Στις ΗΠΑ, μελέτες που έγιναν σε διάφορες χρονικές περιόδους έδειξαν τις έντονα αυξητικές τάσεις της νόσου. Έτσι, τα ποσοστά της παχυσαρκίας κατά την τελευταία καταμέτρηση ανήλθαν σε 20% για τους άνδρες και σε 25% για τις γυναίκες, από 10% και 15% αντίστοιχα.

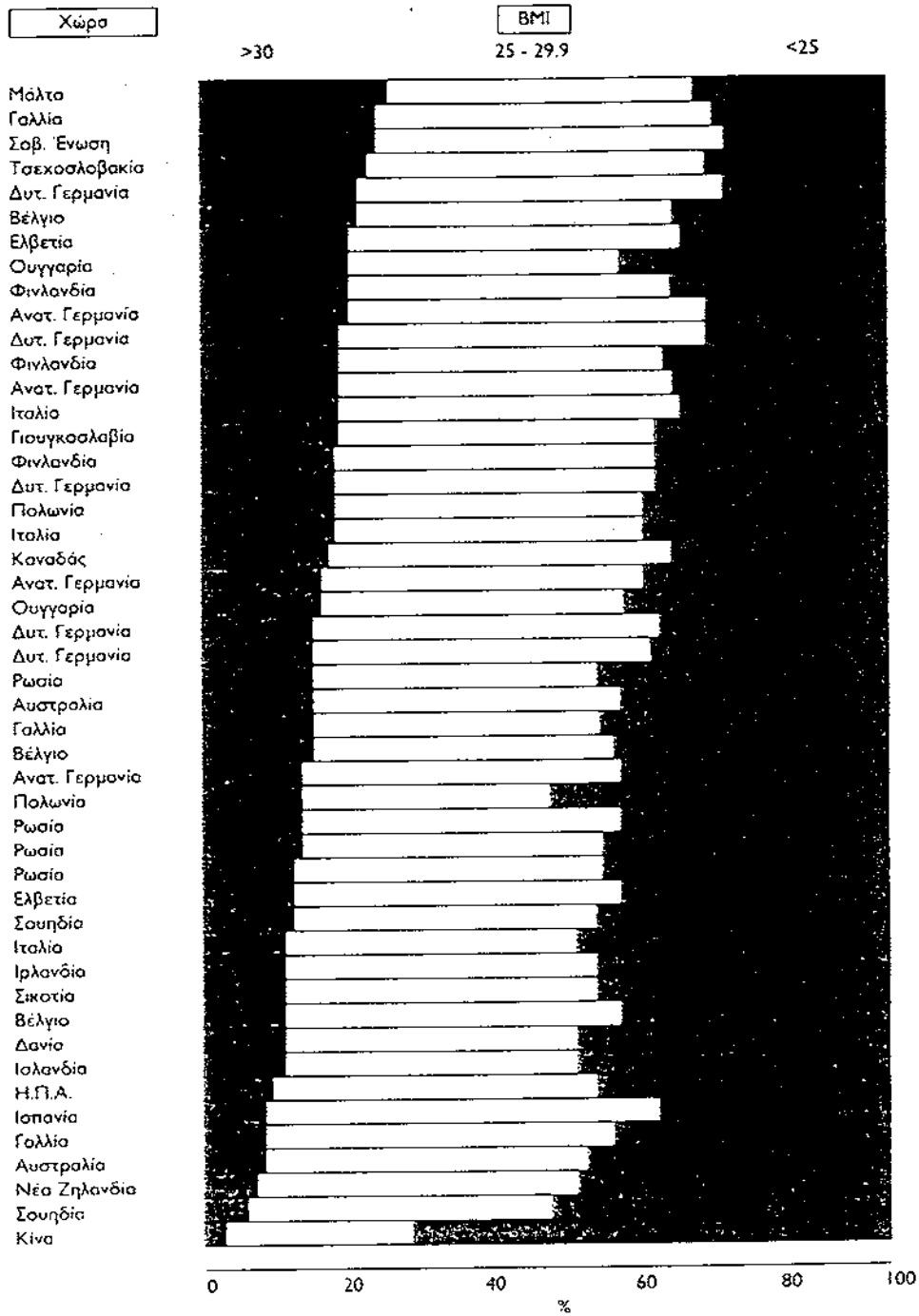
Τα ποσοστά αυτά αντιπροσωπεύουν αύξηση της τάξεως του 100% και 66% αντίστοιχα σε 30 περίπου χρόνια. Η παρατήρηση αυτή επιβεβαιώνει την άποψη ότι μία μεγάλη αύξηση του μέσου δείκτη βάρους σώματος συνεπάγεται πολύ μεγαλύτερη αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας. Τα δύο σχήματα που ακολουθούν δείχνουν την πληθυσμιακή αναλογία ανδρών και γυναικών από 48 πληθυσμιακές ομάδες (κυρίως από την Ευρώπη), που έλαβαν μέρος στη μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και ταξινομήθηκαν ως παχύσαρκοι, υπέρβαροι και κανονικού βάρους.

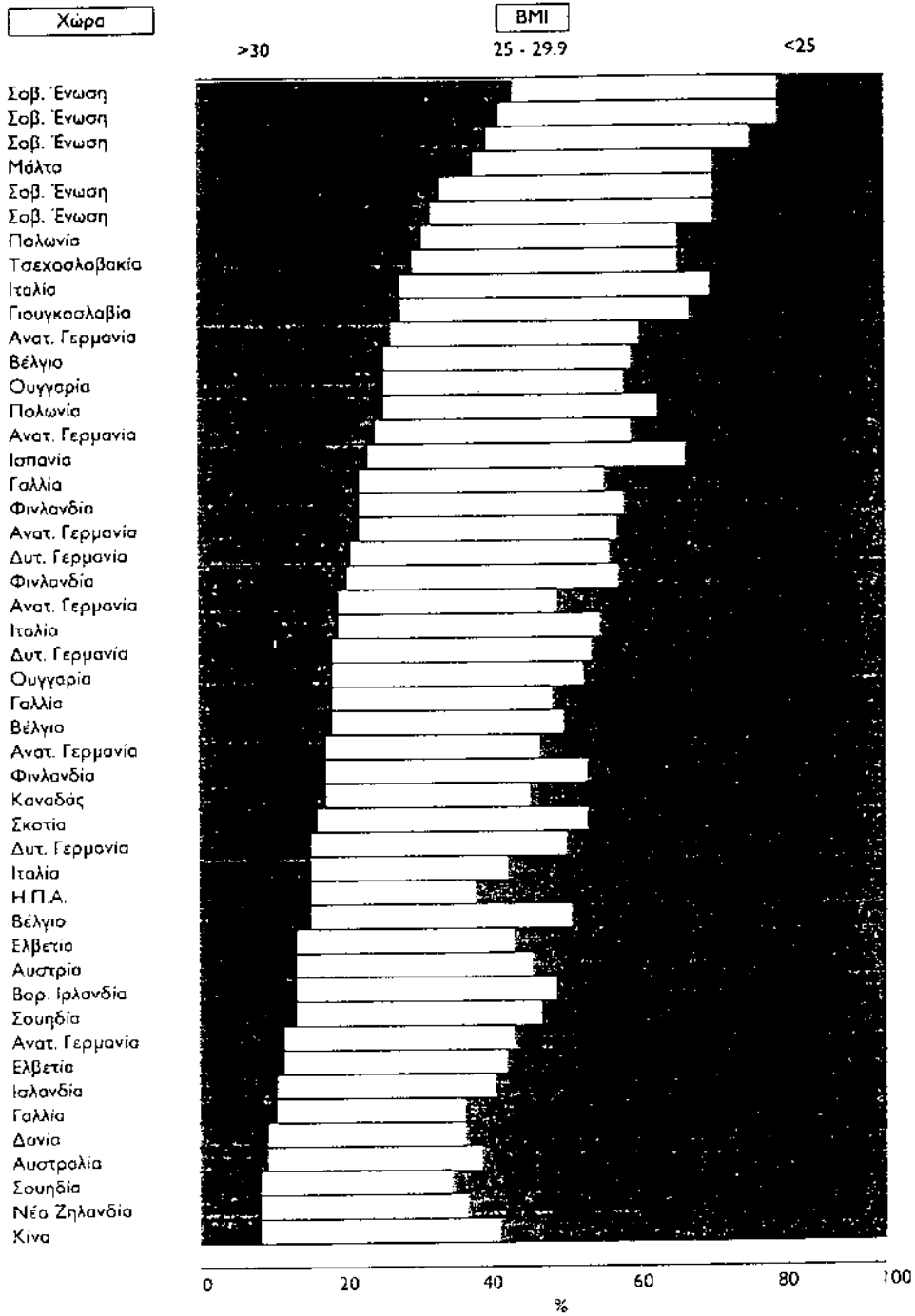
Στις χώρες της νοτιοανατολικής Ασίας καθώς επίσης στην Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία, τα ποσοστά διαφέρουν πολύ μεταξύ τους. Η Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία έχουν τα ίδια περίπου ποσοστά παχύσαρκων με τις Ευρωπαϊκές χώρες, ενώ στην Ιαπωνία και Κίνα τα ποσοστά είναι μικρά και δεν ξεπερνούν το 1-3%. Τέλος, η Μαλαισία και η Πολυνησία παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά στον κόσμο. Στην Πολυνησία το ποσοστό της παχυσαρκίας για μεν τους άνδρες είναι 50% περίπου του συνολικού πληθυσμού, για δε τις γυναίκες 65%.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν αξιόπιστες στατιστικές μελέτες. Εάν υποθέσουμε όμως ότι τα ποσοστά της χώρας μας είναι περίπου ίδια με εκείνα της Κύπρου (19% για τους άνδρες και 24% για τις γυναίκες), ση-

μαίνει ότι οι Έλληνες ηλικίας 35-64 ετών, παρουσιάζουν πολύ υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας.

Τα ποσοστά της νοσογόνου και υπερνοσογόνου παχυσαρκίας στις ΗΠΑ υπολογίζονται σε 3-5% του συνόλου του πληθυσμού (από 1% έως και 15% σε ορισμένες πολιτείες) και στις πλούσιες Ευρωπαϊκές χώρες σε 1-3%. Στην Ελλάδα, έρευνες που έγιναν έδειξαν ότι το ποσοστό των ασθενών αυτών είναι ένα από τα χαμηλότερα της Ευρώπης και υπολογίστηκε σε 1-2%. Αυτό σημαίνει ότι στη χώρα μας με πληθυσμό ενηλίκων περίπου 12.000.000, ο συνολικός αριθμός των ατόμων με βαρεία παχυσαρκία υπολογίζεται σε 8.000-16.000 άτομα. Μπορούμε με βεβαιότητα να πούμε, όμως, ότι τα ποσοστά αυτά παρουσιάζουν έντονα αυξητικές τάσεις και, εφόσον οι ρυθμοί παραμείνουν οι ίδιοι, σε λίγα χρόνια θα φθάσουμε τα επίπεδα των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών.



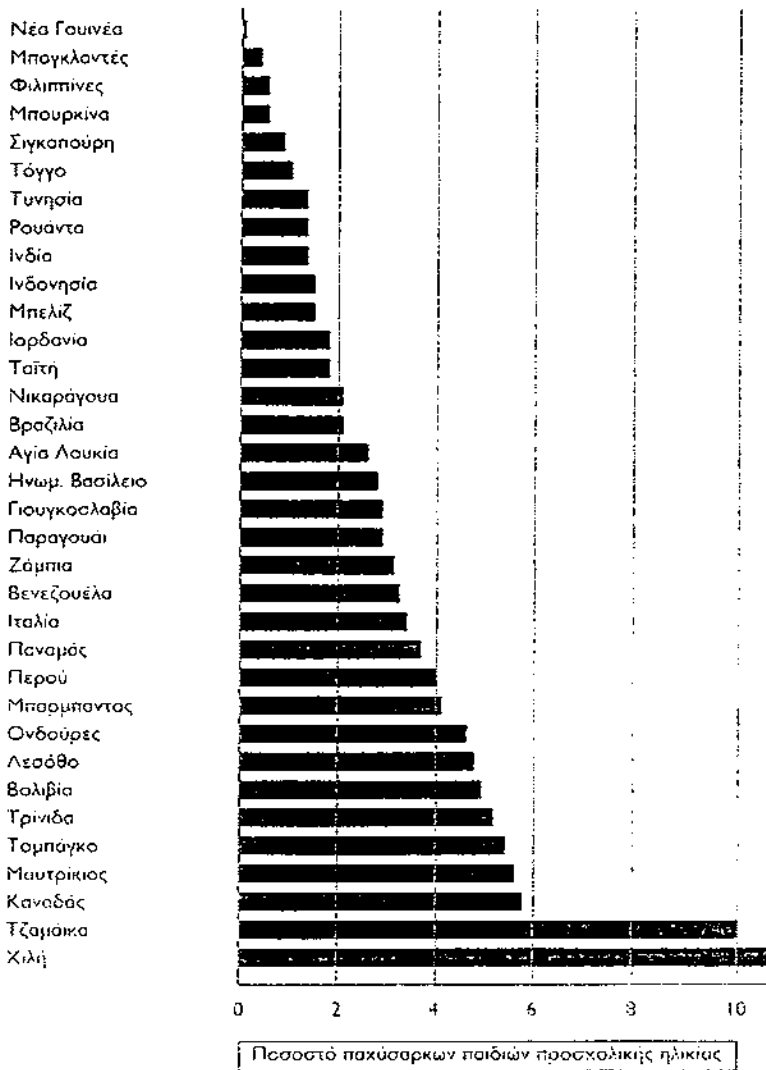


6.1. Επιδημιολογία της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας

Η ασυμφωνία που υπάρχει στον ορισμό και στον υπολογισμό της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας καθιστά δύσκολη την επιδημιολογική της έρευνα. Σε κάθε περίπτωση όμως, οι επιδημιολογικές έρευνες σε παιδικούς και εφηβικούς πληθυσμούς δείχνουν αυξημένη συχνότητα της νόσου με έντονα αυξητικές τάσεις. Η έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας διαφόρων χωρών με βάση τη σχέση του βάρους προς το ύψος, έδειξε ότι τα ποσοστά της παχυσαρκίας κυμαίνονται από μηδέν έως και πάνω από 10%.

Στη Λουϊζιάνα των Η.Π.Α., η συχνότητα των υπέρβαρων και παχύσαρκων σε 11.564 παιδιά και εφήβους, παρουσίασε πραγματική αύξηση ανάμεσα στα έτη 1994 και 2003 της τάξεως του 50%. Τα ίδια περίπου αποτελέσματα παρουσίασαν και Ιαπωνικές εργασίες, όπου το ποσοστό των παχύσαρκων παιδιών ηλικίας 6-14 ετών αυξήθηκε από το 1994 έως το 2003 από 5% σε 10% και εκείνο των παιδιών με βαρεία παχυσαρκία από 1% σε 2%. Η αύξηση ήταν μεγαλύτερη στα κορίτσια ηλικίας 9-11 ετών.

Η παιδική και εφηβική παχυσαρκία δεν αποτελεί προνόμιο μόνο των ανεπτυγμένων χωρών, αφού υψηλή συχνότητα παρατηρείται και σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Στην Ταυλάνδη, η συχνότητα της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας αυξήθηκε από 12.2% το 2001 σε 15.6% το 2003 και σε μία πρόσφατη έρευνα στη Σαουδική Αραβία σε αγόρια ηλικίας 6-18 ετών, το ποσοστό της παχυσαρκίας ανήλθε σε 15.



Συχνότητα παχυσαρκίας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας από επιλεγμένες χώρες

6.2. Επιδημιολογία των συνοδών νόσων της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου παθήσεων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιοαγγειοπάθειες, η υπέρταση, η πνευμονική δυσλειτουργία, ο καρκίνος κλπ., ενώ συχνά οι παχύσαρκοι έχουν και ψυχολογικά, κοινωνικά, επαγγελματικά και σεξουαλικά προβλήματα. Οι πιθανότητες ανάπτυξης των νόσων αυτών είναι τρεις φορές περισσότερες από εκείνες των λεπτών ατόμων. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου και οστεοαρθρίτιδας είναι δύο με τρεις

φορές μεγαλύτερος και ο κίνδυνος εμφάνισης ορμονικών διαταραχών και καρκίνου είναι περίπου διπλάσιος

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της παχυσαρκίας στα όργανα και συστήματα συνδέονται στενά με το βάρος. Τέλος, υπάρχουν κίνδυνοι που συνοδεύουν και τους ελλειποβαρείς, οι οποίοι παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαφόρων νοσημάτων, ενώ και η εργασιακή τους απόδοση είναι μειωμένη.

7. Παχυσαρκία και ψυχολογικές διαταραχές

Είναι σήμερα παραδεκτή η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην παχυσαρκία και στην ψυχική κατάσταση του ατόμου. Είναι όμως αδιευκρίνιστο εάν και κατά πόσο οι ψυχικές διαταραχές των παχύσαρκων οφείλονται στην παχυσαρκία ή η παχυσαρκία οφείλεται, εν μέρει τουλάχιστον, σε αυτές. Αρκετές μελέτες, με τη χρησιμοποίηση των ψυχολογικών tests, έδειξαν ότι οι παχύσαρκοι παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στην ψυχοσύνθεση τους από τους λεπτούς.

Οι παχύσαρκοι έχουν σε σχέση με τους λεπτούς πολύ περισσότερα προβλήματα σε αρκετές πτυχές της ζωής τους, στην κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση, στο γάμο, στο επάγγελμα, στη μόρφωση καθώς επίσης και στην αντιμετώπιση των διαφόρων ασθενειών. Εξάλλου, είναι γεγονός ότι οι υγειονομικοί αποφεύγουν να ασχοληθούν με την αντιμετώπιση της βαρείας παχυσαρκίας, αφού θεωρούν τον άνθρωπο αυτόν ως «χαμένη υπόθεση» και άτομο στο οποίο οι συμβουλές, οι υποδείξεις και οι διάφορες θεραπείες δεν ωφελούν.

Η παιδική και εφηβική παχυσαρκία, τέλος, συνοδεύεται από σοβαρές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις που συντελούν στη διατήρηση της νόσου και στη μετεφηβική ηλικία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΕΩΣ

ΣΗΜΕΡΑ

1. Εισαγωγικά

Η παχυσαρκία ορίζεται ως η περίσσεια του λίπους στο σώμα και είναι νόσος η οποία συνοδεύεται από σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στα πάσχοντα άτομα. Ίσως ο Ιπποκράτης και οι μετέπειτα συνάδελφοι του ανά τους αιώνες να μην έδιναν ακριβώς αυτό τον ορισμό για την Παχυσαρκία, τη θεωρούσαν όμως νόσο, αφού προσπαθούσαν να τη θεραπεύσουν και μάλιστα με μεθόδους που παραμένουν εντυπωσιακά ίδιες μέχρι σήμερα.

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

Μπορεί η παχυσαρκία να έχει λάβει επιδημική μορφή στις μέρες μας και να θεωρείται παγκοσμίως νόσος της σύγχρονης εποχής και απόρροια του σύγχρονου τρόπου ζωής, παρ' όλα αυτά η παρουσία της ήταν εντονότατη από αρχαιωτάτων χρόνων.

Η παχυσαρκία είναι γνωστή εδώ και χιλιάδες χρόνια με διάφορα ονόματα, όπως ευσαρκία, πολυσαρκία κλπ. Σε πολλές κοινωνίες, ιδιαίτερα των ανεπτυγμένων χωρών της δύσης, προκαλεί ακόμα και στις μέρες μας αισθήματα ενοχής, ενώ οι ασθενείς με βαρεία παχυσαρκία

εξακολουθούν να είναι στιγματισμένοι από το κοινωνικό σύνολο. Αντίθετα, σε άλλες κοινωνίες, στις θεωρούμενες σήμερα τριτοκοσμικές, αναγνωρίζονται στην παχυσαρκία στοιχεία υγείας, ομορφιάς και γονιμότητας.

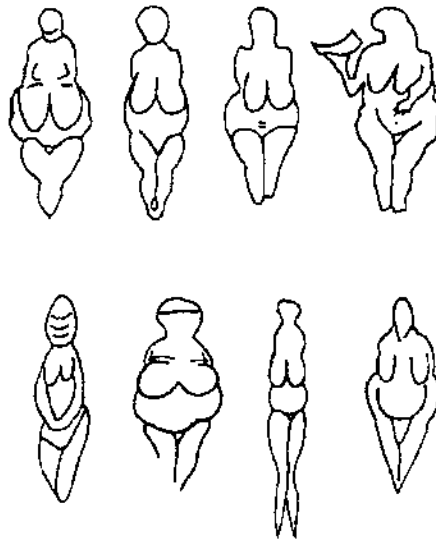
2. Οι προϊστορικοί χρόνοι

Τα πρώτα γλυπτά που ανακαλύφθηκαν και απεικονίζουν παχύσαρκες γυναικείες μορφές ανάγονται στη λίθινη εποχή. Το πιο γνωστό από όλα είναι η Αφροδίτη του Willendorf, ένα μικρό πέτρινο άγαλμα ύψους 10,5 cm που κατασκευάστηκε 25.000 χρόνια πριν, έλαβε το όνομα του από το ομώνυμο χωριό της Αυστρίας όπου βρέθηκε και σήμερα βρίσκεται στο Μουσείο Φυσικής Ιστορίας της Βιέννης. Αναπαριστά γυναίκα με βαρεία, κεντρική παχυσαρκία, με μεγάλη κοιλιά και μεγάλους κρεμάμενους μαστούς. Ένα δεύτερο παρόμοιο άγαλμα υπάρχει στο ίδιο μουσείο και δείχνει μία καθιστή έγκυο γυναίκα, έντονα παχύσαρκτη στην κοιλιά και στους γλουτούς, ενώ άλλα έξη αγάλματα με ίδιας μορφής παχυσαρκία βρέθηκαν στη Ρουμανία. Αρκετά αγαλματίδια της νεολιθικής εποχής (8000-5500 π.Χ) βρέθηκαν στην Ισπανία, τη Γιουγκοσλαβία, την Τσεχία, τη Βουλγαρία, τη Γαλλία, τη Ρωσία κλπ., και όλα παριστάνουν γυναικείες μορφές με ποικίλου βαθμού και μεγέθους παχυσαρκία.

Στη χώρα μας, παρόμοια αγάλματα βρέθηκαν στη Μακεδονία, στη Θεσσαλία και στην Κρήτη. Η πλέον αληθοφανής ερμηνεία που δίδεται για τα αγαλματίδια αυτά είναι εκείνη που υποστηρίζει ότι είναι «μητέρες θεότητες» και αποτελούν σύμβολα γονιμότητας (εποχή του Χαλκού 3000 π.Χ.). Το επίπεδο ανάπτυξης των κοινωνιών της εποχής εκείνης και οι δυσκολίες ανεύρεσης τροφής θα μπορούσαν εύκολα να συσχετιστούν με αυτά των φτωχών χωρών του κόσμου σήμερα, στις οποίες η γυναικεία παχύσαρκία ταυτίζεται με την ομορφιά, τη σεξουαλικότητα και τη γονιμότητα.



Η Αφροδίτη του Willendorf. Βρέθηκε το 1908 στο ομώνυμο χωριό της Αυστραλίας



Σχηματική απεικόνιση παλαιολιθικών ειδωλίων «Αφροδίτης» που βρέθηκαν σε διάφορες περιοχές της Ευρώπης και ανήκουν στη Γκραβιτιανή περίοδο



Είδωλα της νεολιθικής εποχής (4.000-6000π.Χ) που βρέθηκαν στην Καρδίτσα και συμβολίζουν τη Θεά της γονιμότητας (μητέρα Θεά)

3. Οι Ελληνικοί και Ρωμαϊκοί χρόνοι

Προχωρώντας προς το σήμερα (2900-1500 π.Χ.), παρόμοιες μορφές υπάρχουν σε αγαλματίδια στη Μεσοποταμία αλλά και σε μούμιες Φαραώ και σε τοιχογραφίες τάφων στην Αίγυπτο. Ανάλογες αναφορές, που καταδεικνύουν ότι η παχυσαρκία αποτελούσε ιατρικό πρόβλημα ακόμα και στο μακρινό παρελθόν, υπάρχουν στην κινέζικη, τη θιβετιανή και την ινδική ιατρική, αλλά και στην ιατρική των Μάγια και των Αζτέκων.

Φτάνοντας τους Ελληνορωμαϊκούς χρόνους διαπιστώνουμε ότι η παχυσαρκία ήταν γνωστή στους Αρχαίους Έλληνες και Ρωμαίους γιατρούς. Η κλασική εποχή, η οποία λάτρευε το μέτρο και την αρμονία του ανθρώπινου σώματος, θεωρούσε την παχυσαρκία νόσο.

Ο Ιπποκράτης, όπως είναι γνωστό, εξηγούσε θεωρητικά τις διαφορές παθήσεις με βάση τα τέσσερα «στοιχεία» (αέρας, γη, φωτιά και νερό), στα οποία αντιστοιχούσε και μία φυσική ιδιότητα (ψυχρό, θερμό, στερεό, υγρό). Ο Ιπποκράτης δεχόταν ότι οι «χυμοί» του ανθρώπινου οργανισμού είναι τέσσερις (αίμα, φλέγμα, κίτρινη χολή, μαύρη χολή). Η ισόρροπη και αρμονική αναλογία των τεσσάρων χυμών συντηρεί και προστατεύει την υγεία του ανθρώπινου οργανισμού και ονομάζεται «ευ-

κρασία», ενώ κάθε διαταραχή αυτής προκαλεί διάφορες ασθένειες και ονομάζεται «δυσκρασία».

Ο Ιπποκράτης υπήρξε μελετητής και θεραπευτής της παχυσαρκίας. Ο ίδιος θεωρούσε την παχυσαρκία ως μία από τις συνηθέστερες αιτίες υπογονιμότητας και στειρότητας των γυναικών. Όσον αφορά τη θεραπεία της, ο Ιπποκράτης στο «*Περί Διαιτης Υγιεινής*» κεφάλαιο αναφέρει τα εξής (σε ελεύθερη μετάφραση): «Οι παχύσαρκοι, άνθρωποι πλαδαροί και ροδαλοί, πρέπει σχεδόν όλον το χρόνο να τρώνε ξηρό φαγητό, αφού η φύση τους είναι υγρή... Οι παχύσαρκοι, αλλά και οι υπέρβαροι που θέλουν να γίνουν λεπτοί πρέπει να δουλεύουν νηστικοί και να τρώνε αφού κουραστούν και είναι ακόμα λαχανιασμένοι, προτού κρυώσουν, έχοντας πάντως πει λίγο δροσερό κρασί αναμειγμένο με νερό. Τα γεύματα να περιέχουν σουσάμι, καρυκεύματα ή άλλα παρόμοια δεν πειράζει να είναι λιπαρά για να χορταίνει το άτομο, ευκολότερα και με ελάχιστη ποσότητα τροφής. Οι παχύσαρκοι να τρώνε μόνο μία φορά την ημέρα, να μη κάνουν μπάνιο, να κοιμούνται σε σκληρό κρεβάτι και να περπατούν ελαφρά ντυμένοι όσο το δυνατό περισσότερο. Όσοι είναι λεπτοί και θέλουν να παχύνουν, πρέπει γενικά να κάνουν τα αντίθετα από αυτά που είπα και να μη κάνουν καμία εργασία νηστικοί».

Ο Διοκλής, σύγχρονος του Αριστοτέλη, τόνιζε τη μεγάλη σημασία της διατροφής στην υγεία του ανθρώπου και δημιούργησε το πρώτο διαιτολόγιο, μέσα στο οποίο κατέγραψε επακριβώς τα κρέατα των διαφόρων ζώων και τη σημασία τους.

Ο Γαληνός, σημαντικός ιατρός των Ρωμαϊκών χρόνων, το δεύτερο μ.Χ. αιώνα, ακολουθώντας τις παραδόσεις της Ιπποκρατικής ιατρικής έγραψε πάνω από 125 ιατρικά βιβλία και διέκρινε δύο μορφές παχυσαρκίας, μια μέτρια και μια βαρεία, τις οποίες θεωρούσε ως φυσική και νοσογόνο αντίστοιχα και πίστευε ότι η νόσος οφειλόταν σε ανεπάρκεια της προσωπικότητας του ατόμου. Η θεραπεία την οποία εφαρμόζε έμοιαζε πολύ με εκείνη του Ιπποκράτη. Λέει ο Γαληνός: «Έκανα έναν παχύσαρκο ασθενή λεπτό σε σύντομο χρονικό διάστημα αναγκάζοντας τον να τρέχει γρήγορα, σκουπίζοντας του τον ιδρώτα με ένα μαλακό ύφασμα και μαλάσσοντας τον σε διαφορετικές περιοχές του σώματος.

Μετά το εξαντλητικό μασάζ, δεν έτρωγε τίποτε, ούτε ξεκουραζόταν, αλλά τον έβαζα να κάνει μία δουλειά που δεν ήξερε. Ύστερα, αφού έκανε μπάνιο έτρωγε φαγητό τέτοιο που να γεμίζει πολύ το στομάχι του, αλλά να μπαίνει λίγη τροφή μέσα στο σώμα του». Οι απόψεις αυτές τους Γαληνού κυριάρχησαν στην ανθρωπότητα για 1300 περίπου χρόνια.

Από τους ρωμαϊκούς χρόνους ακόμη, υπάρχουν περιγραφές που συνδέουν την παχυσαρκία με την υπνηλία και την άπνοια ύπνου και αναφέρονται περιπτώσεις ανθρώπων που πέθαναν από υπερβολικό βάρος.

4. Οι Βυζαντινοί και Μεσαιωνικοί χρόνοι

Στα χρόνια του Βυζαντίου και του Μεσαίωνα η ιατρική έχει τρεις περιόδους: τη βυζαντινή, την αραβική και τη δυτική. Κατά τη βυζαντινή εποχή κυριαρχεί ο Ιπποκρατικός Γαληνισμός και η ιατρική ασκείται σε ειδικά νοσοκομεία τους «ξενώνες», συνήθως μέσα σε μοναστήρια. Ο Ορειβάσιος είναι ο πλέον γνωστός γιατρός της εποχής αυτής. Η εποχή του δυτικού μεσαίωνα δεν έχει τίποτα να προσθέσει πάνω στη θεώρηση και την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, παρά την ίδρυση διαφόρων ιατρικών σχολών από τον 8^ο-9^ο αιώνα. Η παχυσαρκία την εποχή αυτή, αλλά και μέχρι περίπου τον 17^ο αιώνα, ανάλογα με τη βαρύτητα της αλλά και το μέγεθος της βουλιμίας του ατόμου, θεωρούνταν ως μικρότερη ή μεγαλύτερη «αμαρτία». Η επίδραση του μοναχισμού με τη λιγώσαρκτη, ισχνή και εικαστική μορφή των αγίων, των οσίων, των μαρτύρων και των αναχωρητών επιβάλλεται ως κυρίαρχη αισθητική αντίληψη για πολλούς αιώνες. Η θεραπεία στην οποία υποβάλλονταν τα άτομα με βαρεία παχυσαρκία ήταν ένα μίγμα Ιπποκρατικού Γαληνισμού, θρησκευτικών αφορισμών και δεισιδαιμονιών της εποχής.

Μετά τους Έλληνες και τους Ρωμαίους οι Άραβες ήταν εκείνοι που ασχολήθηκαν με την παχυσαρκία, αφού πήραν τις γνώσεις τους. Ο Αβικέννας και ο Ραζής είναι οι πιο διάσημοι γιατροί της εποχής αυτής. Ο Αβικέννας, τέλειος γνώστης του Ιπποκρατικού Γαληνισμού, υποστηρίζει τις αντιλήψεις της χυμοπαθολογίας του Ιπποκράτη. Στο πεντάτομο βιβλίο του ο Κανών της Ιατρικής περιγράφει τον τρόπο αντιμετώπισης της

νόσου, δίδοντας τις εξής συγκεκριμένες οδηγίες: «Δώσε στο σώμα φαγητό που να περνάει γρήγορα το στομάχι και τα έντερα, ώστε να μη προλαβαίνει να το απορροφά το μέσο έντερο. Μαγείρευε φαγητό που να έχει όγκο, αλλά όχι και θρεπτική αξία. Κάνε συχνά μπάνιο πριν από το φαγητό. Ασκήσου σκληρά...».

5. Ο 17^{ος} – 18^{ος} – 19^{ος} αιώνας

Οι πρώτες μονογραφίες για την παχυσαρκία γραμμένες στα λατινικά, εμφανίστηκαν στο τέλος του 16ου και στις αρχές του 17ου αιώνα, επηρεασμένες όλες από τον Ιπποκράτη και το Γαληνό καθώς επίσης και από τις σύγχρονες ανακαλύψεις της φυσικής και της χημείας. Η Ιατρομηχανική σχολή, που ιδρύθηκε στη Ιταλία από τον Borelli, εξέδωσε δύο διατριβές με θέμα την παχυσαρκία, οι οποίες είχαν ως κύρια χαρακτηριστικά την αποποίηση της προσωπικής ευθύνης του παχύσαρκου, την τοποθέτηση της παχυσαρκίας σε ιατρομηχανική βάση με σαφώς λιγότερα ηθικολογικά στοιχεία από εκείνα που επικρατούσαν τους προηγούμενους αιώνες. Ο Sydenham ήταν ο επιφανέστερος κλινικός αυτόν τον αιώνα και θεωρούνταν ως ο σύγχρονος Ιπποκράτης. Οι απόψεις του ήταν παράδοξες, αφού έβλεπε την κάθε πάθηση, ανάμεσα τους και την παχυσαρκία, ως ιδιαίτερη με χαρακτήρες λουλουδιών ή ζώων.

Ο 18ος αιώνας, στο πρώτο μισό του, χαρακτηρίζεται από την κυριαρχία των διδασκόντων του Boerhaave στο Leiden, οι οποίες αποτελούν ανάμειξη των διδασκόντων του Ιπποκράτη, του Γαληνού, των Ιατροχημικών και των Ιατρομηχανικών, πιστεύοντας γενικά στο δόγμα ότι η νόσος οφείλεται σε ασύμμετρη αλληλοεπίδραση των αγγείων και των υγρών. Τον αιώνα αυτόν, 34 τουλάχιστον διδακτορικές διατριβές είχαν ως θέμα την παχυσαρκία και επισήμαναν με πειστικότητα την αυξητική τάση του αριθμού των παχύσαρκων. Στο πρώτο μισό του αιώνα αυτού παρουσιάζεται και η πρώτη μονογραφία στην Αγγλική γλώσσα με θέμα την παχυσαρκία. Ως σημαντικές αιτίες της νόσου θεωρούνταν την εποχή αυτή ο τύπος του εισπνεόμενου αέρα, το είδος και η ποσότητα της τροφής και των υγρών που εισέρχονταν στον οργανισμό, ο τύπος των κενώσεων, η ξεκούραση και η άσκηση, ο συναισθηματικός κόσμος του ατόμου και η

διάρκεια και ποιότητα του ύπνου, που όλα μαζί αποκαλούνταν «αφύσικα». Η θεραπεία στηριζόταν στη διόρθωση των αφύσικων και συνίστατο σε νηστεία, εισπνοή καθαρού και φρέσκου αέρα, στη χορήγηση υπακτικών κλπ.

Ο Thomas Short (1727) πίστευε πως η αρχική αιτία της ενσάρκιας, όπως αυτή αποκαλείται την εποχή αυτή, ήταν η μεγάλη επάρκεια ελαιώδους αίματος, πυκνού και άδειου από ιδρώτα και η θεραπεία ήταν η πρόκληση αυξημένης εφίδρωσης. Το λίπος, όπως πίστευαν, ήταν τελείως ξεχωριστό από το αίμα, αποθηκευμένο σε μικρούς οργανικούς σάκκους με τη μορφή σφαιριδίων. Ο ίδιος υποστήριζε την προσωπική ευθύνη του ατόμου για την ενσάρκια χρεώνοντας την αποκλειστικά στους τεμπέληδες και στους αργόσχολους. Ως θεραπεία, συνιστούσε άσκηση, ελαφρά διαίτα, λίγο ύπνο, κάπνισμα και υπακτικά.

Στα μέσα του 18ου αιώνα η ιατρική μεταφέρθηκε από το Leiden στο Εδιμβούργο, το οποίο στα τέλη του αιώνα αυτού ήταν το σπουδαιότερο ιατρικό κέντρο της Ευρώπης με αντικατάσταση της Λατινικής γλώσσας, μερικώς τουλάχιστον, από την Αγγλική. Είχε ως κύριο εκπρόσωπο της τον William Cullen, ο οποίος το 1769 ταξινομήσε τις διάφορες παθήσεις, τοποθετώντας την ενσάρκια ή πολυσάρκια ή παχυσάρκια, όπως αναφερόταν την εποχή αυτή, ανάμεσα στις καχεξίες. Η διατριβή του Malcolm Flemyng το 1760 στο Εδιμβούργο, τοποθέτησε την παχυσάρκια ανάμεσα στις νόσους και ως κύριες αιτίες της θεώρησε: την πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων πλούσιας και λαδερής τροφής, τη λαιμαργία και τη χαλαρή σύνδεση των τροφών με τη λιπώδη μεμβράνη, η οποία είχε το χαρακτηριστικό να επιτρέπει στα αγγεία και στα κύτταρα να φουσκώνουν. Άλλες αιτίες θεωρήθηκαν η διαταραχή του αίματος που διευκολύνει την αποθήκευση λίπους στα αγγεία και η διαταραχή του ισοζυγίου στερεών και υγρών του σώματος. Ως θεραπεία της νόσου, ο Flemyng συνιστούσε διαίτα μέτρια σε ποσότητα, φαγητό που να μη λαμβάνεται στο κρεβάτι και να αποτελείται κυρίως από φρούτα, κόκκινο κρέας και γλυκό κρασί σε καθορισμένα και περιορισμένα γεύματα, σωματική άσκηση, κρύο μπάνιο, αύξηση του αριθμού των κενώσεων με τη βοήθεια σαπουνιού καθώς επίσης και των ούρων με τσάι.

Πριν από το τέλος του 18ου αιώνα, το 1785, ο Rigby έδωσε μία εξήγηση της αιτιολογίας της παχυσαρκίας, πολύ κοντά στα σημερινά δεδομένα. Είπε ότι: «η παχυσαρκία οφείλεται σε πρόσληψη μεγάλων ποσοτήτων τροφής από βουλιμία του ασθενούς και την τροφή αυτή ο οργανισμός αδυνατεί να την κάψει με αποτέλεσμα να την αποθηκεύει».

Μετά το Εδιμβούργο, σειρά είχε το Παρίσι να γίνει το κέντρο της ιατρικής, η οποία άνθισε ιδιαίτερα μετά τη γαλλική επανάσταση, τις πρώτες δεκαετίες του 19ου αιώνα και διήρκησε πάνω από 30 χρόνια. Την εποχή αυτή ο Laennec εισήγαγε το στηθοσκόπιο, εξετάζοντας για πρώτη φορά ένα παχύσαρκο κορίτσι και ο Bichat διατύπωσε την «ιστική θεωρία των παθήσεων». Η παχυσαρκία την εποχή αυτή ονομάζεται πολυσαρκία και οι διδακτορικές διατριβές με το θέμα αυτό είναι λίγες. Την εποχή της Ιατρικής των Παρισίων περιγράφεται για πρώτη φορά από τον Charman και αργότερα από τους Rayer και Mohr η υποφυσιογενής παχυσαρκία.

Η νόσος αποδίδεται κυρίως στην υπερφαγία, στο φλεγματικό ταμπεραμέντο του ασθενούς, στην παντελή έλλειψη σωματικής άσκησης και στη δυσκοιλιότητα. Η θεραπεία που συστήνεται είναι η μείωση της πρόσληψης τροφής και η αύξηση της σωματικής άσκησης, ο λιγότερος ύπνος, η υποβοήθηση των εκκριτικών λειτουργιών και, σε βαρείες περιπτώσεις, η χορήγηση ιωδίου.

Η Γερμανική ιατρική ακολούθησε τη Γαλλική και στα πρώτα 65 χρόνια του 19ου αιώνα αναπτύχθηκαν μία σειρά από Πανεπιστήμια που συναγωνίζονταν μεταξύ τους, δημιουργώντας τη λεγόμενη Γερμανική Εργαστηριακή Ιατρική. Η πρώτη ανάλυση της σύνθεσης των λιπαρών οξέων έγινε την περίοδο αυτή και ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η τοποθέτηση του Hassal, σύμφωνα με την οποία «η παχυσαρκία προέρχεται από αύξηση του αριθμού των λιποκυττάρων». Η πειραματική μελέτη και το μικροσκόπιο επέτρεψαν στους Γερμανούς ερευνητές της εποχής να επανατοποθετήσουν τον παχύσαρκο με βαρεία παχυσαρκία από τη θέση του «μυάσματος» του προηγούμενου αιώνα στη θέση του «ασθενούς». Την ίδια εποχή οι Γερμανοί εφευρίσκουν και χρησιμοποιούν τα πρώτα ενδοσκόπια. Ο Hetmhotz μελέτησε τη λειτουργία των μυών και συμπέρανε ότι:

όταν οι μύς λειτουργούν καταναλώνεται μάζα και ενέργεια. Αυτό αποτέλεσε την αρχή της εφαρμογής της θερμιδομετρίας και τη σοβαρή μελέτη της παθογένειας της παχυσαρκίας. Οι μελέτες σε βελγικό πληθυσμό και κατόπιν οι δημοσιεύσεις του Quetelet έδειξαν τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο βάρος του σώματος και στο ύψος του ανθρώπου και πρότεινε τη σχέση kg/m^2 . Πολύ σύντομα δημοσίευσε το πρώτο εγχειρίδιο ανθρωπομετρίας.

6. Η παχυσαρκία στον 20^ο αιώνα

Ο 20^{ος} αιώνας χαρακτηρίζεται από μία μεγάλη και συνεχή προσπάθεια διελεύκανσης της παθογένειας και την ανεύρεση τρόπων και μεθόδων αντιμετώπισης της παχυσαρκίας. Οι όροι «ευσαρκία» και «πολυσαρκία», που συχνά χρησιμοποιούνταν μέχρι τότε, αντικαταστάθηκαν από τον όρο «παχυσαρκία». Στον 20^ο αιώνα κυριαρχεί η αμερικανική ιατρική και η αντίληψη ότι η παχυσαρκία αποτελεί νόσο με πολλούς αιτιολογικούς παράγοντες, έχει γίνει ευρύτατα αποδεκτή. Πειραματικές και βιοχημικές εργασίες καθώς επίσης και έρευνες της φυσιολογίας των ιστών και των οργάνων, έδωσαν τη δυνατότητα σχεδόν πλήρους κατανόησης των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της νόσου. Οι μελέτες πάνω στους μηχανισμούς πρόσληψης τροφής και στον έλεγχο της από τον εγκέφαλο υπήρξαν καθοριστικές για την κατανόηση της παθογένειας της παχυσαρκίας.

Μεγάλη ανάπτυξη παρουσίασε η έρευνα της αιτιολογίας και της παθογένειας, καθώς επίσης και της αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, ιδιαίτερα στις Η.Π.Α., κατά το δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνα. Η συστηματική προσέγγιση της παθογένειας της νόσου, η σοβαρή ενασχόληση από πολλούς επιστήμονες με το πρόβλημα, η επινόηση νέων τεχνικών σωφιατικής άσκησης, η ανακάλυψη νέων φαρμάκων και εγχειρητικών τεχνικών, καθώς επίσης και η μεταβολή των απόψεων της κοινωνίας για τη νόσο, δημιούργησαν βάσιμες ελπίδες επίλυσης του προβλήματος.

Η ανάπτυξη ενός νέου κλάδου της χειρουργικής του πεπτικού, η χειρουργική της παχυσαρκίας, δημιούργησε πολλές ελπίδες επίλυσης του προβλήματος της βαρείας παχυσαρκίας. Η πρώτη εγχείρηση έγινε το

1956 από τους Payne και De Wind και άνοιξε νέους ορίζοντες στην αντιμετώπιση της νόσου. Από τότε και μέχρι σήμερα, όλο και περισσότεροι χειρουργοί με σύγχρονες τεχνικές που επινοούνται ασχολούνται με την αντιμετώπιση της νόσου.

Η μεγάλη ανάπτυξη της μοριακής βιολογίας τις τελευταίες δεκαετίες του 20ου αιώνα άνοιξε, με την ανακάλυψη από τον Zhang το 1994 της ορμόνης λεπτίνης, καινούργιους δρόμους στην έρευνα της παχυσαρκίας και δημιούργησε πολλές ελπίδες, όχι μόνο για την κατανόηση της παθογένειας της νόσου αλλά και για την αντιμετώπιση της.

Η ίδρυση πολλών επιστημονικών εταιρειών, εθνικών και διεθνών, που ασχολούνται με το πρόβλημα της παχυσαρκίας αναμένεται να συμβάλλει σημαντικά στην καλύτερη κατανόηση και, ίσως, στην επίλυση του προβλήματος. Ο καινούργιος αιώνας που ήρθε καλπάζοντας με την αποκωδικοποίηση του ανθρώπινου DNA, προοιωνίζει μεγάλες αλλαγές στην ιατρική σκέψη και πράξη. Η έρευνα που γίνεται εντατικά σε διάφορα ερευνητικά κέντρα του κόσμου, αναμένεται να δώσει λύσεις σε πολλά από τα υπάρχοντα προβλήματα. Ωστόσο, οι υπάρχουσες σήμερα επιστήμες (χειρουργική, βιοχημεία, φαρμακολογία, φυσική αγωγή, διατροφολογία κλπ.) φαίνεται ότι έχουν πολλά ακόμα να δώσουν.

Η ειδιοποιός διαφορά σήμερα, σε αντίθεση με το παρελθόν, η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη και με την πρόληψη. Είναι φανερό ότι στην αρχαιότητα οι ιατροί και οι κάθε είδους επιστήμονες – θεραπευτές προσπαθούν να αντιμετωπίσουν το φαινόμενο όταν αυτό είχε πλέον εμφανιστεί. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι δίνονταν οδηγίες ή συμβουλές για να μην εμφανίσει κάποιος παχυσαρκία. Στις μέρες μας αυτό είναι κάτι απαραίτητο.

Η εκπαίδευση των ασθενών, που είναι ένας από τους βασικότερους παράγοντες της θεραπείας της παχυσαρκίας, αποτελεί και το βασικό παράγοντα της πρόληψης. Η εκπαίδευση γύρω από τα θέματα της φυσιολογίας της διατροφής, της διατροφικής συμπεριφοράς και της σωματικής δραστηριότητας μπορούν να συμβάλλουν στην προσαρμογή των συνθηκών της καθημερινότητας σε ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

1. Θεωρίες γένεσης της παχυσαρκίας

Η παθογένεια της παχυσαρκίας είναι λίγο-πολύ άγνωστη μέχρι σήμερα. Κατά καιρούς διατυπώθηκαν διάφορες θεωρίες, οι οποίες δεν εξηγούν από μόνες τους την παθογένεια της νόσου. Ο συνδυασμός, όμως, στοιχείων από όλες τις γνωστές θεωρίες θα μπορούσε να προσφέρει μία ικανοποιητική ερμηνεία. Σε κάθε περίπτωση, τα αίτια και οι μηχανισμοί που συμβάλλουν στη γένεση της παχυσαρκίας δεν είναι πλήρως γνωστά και η νόσος χαρακτηρίζεται ως πολυπαραγοντική.

1.1. Η θεωρία του ενεργειακού ισοζυγίου

Η πιο απλή, δημοφιλής και αληθοφανής θεωρία γένεσης της παχυσαρκίας είναι εκείνη που υποστηρίζει ότι η πρόσληψη με την τροφή περισσότερων θερμίδων από εκείνες που το άτομο καταναλώνει προκαλεί την εμφάνιση της νόσου. Το θερμιδικό αυτό πλεόνασμα αποταμιεύεται στον οργανισμό, κυρίως με τη μορφή λίπους, προκαλώντας αύξηση του βάρους σώματος.

Σε άτομα με κυμαινόμενο βάρος, όπως είναι εκείνα που αρχίζουν να γίνονται παχύσαρκα, ισχύει η εξίσωση που ήδη προαναφέραμε:

αυξομείωση ενεργειακών αποθεμάτων = αυξομείωση ενεργειακής πρόσληψης - αυξομείωση ενεργειακής δαπάνης.

Το βάρος σώματος ρυθμίζεται από μία σειρά φυσιολογικών μηχανισμών που τείνουν να το διατηρήσουν σταθερό. Ένα μικρό θετικό ενεργειακό ισοζύγιο δεν οδηγεί ποτέ σε αύξηση του βάρους, αφού η αύξηση αυτή ακολουθείται από ανάλογη αύξηση της ενεργειακής δαπάνης που αποκαθιστά την ενεργειακή ισορροπία, έστω και με ελαφρώς μεγαλύτερη αποθηκευμένη ενέργεια. Η παχυσαρκία, συνεπώς, δεν οφείλεται στις μικρές διαφορές ενεργειακής πρόσληψης και δαπάνης, αλλά σε μία δυναμική και μακροχρόνια απορύθμιση του ενεργειακού ισοζυγίου. Θετικό ενεργειακό ισοζύγιο δημιουργείται όταν η ενεργειακή πρόσληψη είναι σταθερά και επί μονίμου βάσεως μεγαλύτερη της ενεργειακής δαπάνης, γεγονός που οδηγεί σε αύξηση του βάρους. Έτσι, αν η ενεργειακή πρόσληψη υπερέχει της ενεργειακής δαπάνης συστηματικά και για μεγάλο χρονικό διάστημα, ένα φυσιολογικού βάρους άτομο θα γίνει αρχικά υπέρβαρο και στη συνέχεια παχύσαρκο. Αντίθετα, το αρνητικό ενεργειακό ισοζύγιο οδηγεί σε μείωση του βάρους σώματος του ατόμου.

Από όλα τα στοιχεία που συμμετέχουν στην παθογένεια της παχυσαρκίας, μεγαλύτερη σημασία φαίνεται ότι έχει η αυξημένη πρόσληψη θερμίδων με το φαγητό. Ένας τυπικός παχύσαρκος με επιπλέον βάρος 20 Kg για περισσότερα από 10 χρόνια προσλαμβάνει από την έναρξη αύξησης του βάρους του και κάθε μέρα 30-40 Kcal παραπάνω από αυτές που καταναλώνει. Στην πράξη, τα μεγέθη αυτά είναι πολύ μικρά και αντιστοιχούν σε ενεργειακή πρόσληψη που παρέχει μισό σάντουιτς ή σε ενεργειακή δαπάνη που προκαλεί περπάτημα μισής ώρας την ημέρα. Για το λόγο αυτόν, η ημερήσια ενεργειακή αποταμίευση γίνεται δύσκολα αντιληπτή από το ίδιο το άτομο. Το κακό είναι ότι όλοι γνωρίζουν ότι «το πάχος είναι κακό πράμα», όμως οι περισσότεροι αδυνατούν να αντισταθούν στο καλό φαγητό, στο ποτό και στην καλοπέραση με αποτέλεσμα την έναρξη της παχυσαρκίας.

Οι ασθενείς με νοσογόνο και υπερνοσογόνο παχυσαρκία προσλαμβάνουν με την τροφή πολύ μεγάλο αριθμό θερμίδων, οι οποίες συνηθίζουν ή και αυξάνουν το βάρος σώματος. Στην πράξη, για έναν παχύσαρκο βάρος 160 Kg απαιτούνται κατά μέσο όρο 4.500 Kcal/ 24ωρο,

ποσότητα περίπου διπλάσια εκείνης που χρειάζεται ένας ενήλικας άνδρας βάρους 80 Kg.

Η αύξηση του αριθμού των παχύσαρκων και του βαθμού της παχυσαρκίας τους εξαρτάται ευθέως από τον καθιστικό τρόπο ζωής των περισσότερων ανθρώπων σήμερα. Η μείωση της ενεργειακής δαπάνης, λόγω μείωσης της φυσικής δραστηριότητας του σύγχρονου ανθρώπου, οφείλεται κυρίως στη μεγάλη τεχνολογική ανάπτυξη και στην αστικοποίηση της ζωής του. Το ίδιο ισχύει και για τα παχύσαρκα παιδιά τα οποία, στις περισσότερες περιπτώσεις, έχουν λιγότερη φυσική δραστηριότητα από ότι τα λεπτά. Η μείωση της φυσικής δραστηριότητας αποτελεί έναν από τους σπουδαιότερους παθογενετικούς παράγοντες της παχυσαρκίας. Οι παχύσαρκοι δαπανούν κατά τη διάρκεια ενός 24ωρου πολύ λιγότερη ενέργεια από τους λεπτούς, έστω και αν για κάποια σωματική τους εργασία χρειάζεται να δαπανήσουν πολύ περισσότερη ενέργεια από εκείνη που δαπανούν για την ίδια εργασία οι λεπτοί.

Η πλεονάζουσα ενέργεια του οργανισμού είναι χημική και αποταμιεύεται με τη μορφή τριγλυκεριδίων στα λιποκύτταρα. Όσο μεγαλύτερη είναι η αποθηκευμένη ενέργεια τόσο μεγαλύτερο είναι το βάρος του λιπώδη ιστού και του σώματος του ανθρώπου.

Η αποθηκευμένη ενέργεια ενός ατόμου κανονικού βάρους επιτρέπει θεωρητικά το άτομο αυτό να ζήσει, κάτω από συνθήκες πλήρους στέρξης τροφής και μόνο με τη λήψη νερού και βιταμινών για 40-60 ημέρες. Η επιβίωση αυτή αυξάνει ανάλογα με το μέγεθος του λιπώδη ιστού και σε ασθενείς με βαρεία παχυσαρκία. Η αποθηκευμένη αυτή ενέργεια επιτρέπει στον παχύσαρκο να επιβιώσει, θεωρητικά έστω, έως και 12 μήνες.

1.2: Η ψυχογενής θεωρία

Η παχυσαρκία, σύμφωνα με την ψυχογενή θεωρία, είναι αποτέλεσμα συναισθηματικής διαταραχής κατά την οποία η υπερβολική πρόσληψη τροφής αντικαθιστά ή αντικατοπτρίζει το άγχος, την πίεση και την κατάθλιψη στα οποία οι παχύσαρκοι είναι επιδεκτικοί. Οι ψυχαναλυτές απέδωσαν την αυξημένη πρόσληψη τροφής στο παρατεταμένο στο-

ματικό στάδιο της libido. Η μακροχρόνια παραμονή της libido στο στάδιο αυτό καθιστά τους παχύσαρκους ευαίσθητους σε πρώιμες συναισθηματικές αποστερήσεις, οι οποίες επανεργοποιούνται στην ενήλικη ζωή τους. Όταν οι ενήλικοι παχύσαρκοι επαναβιώσουν τις συναισθηματικές αυτές μεταβολές, έχουν αυξημένες πιθανότητες επιστροφής στο στοματικό στάδιο της libido και στην αύξηση πρόσληψης τροφής. Τα άτομα αυτά σε κάθε περίπτωση δυσκολίας, άγχους ή stress καταφεύγουν στο φαγητό. Ένα άτομο του οποίου η ζωή είναι γεμάτη προβλήματα (π.χ. επαγγελματικά, οικογενειακά, οικονομικά, θάνατος προσφιλών προσώπων, αρρώστιες κλπ.) ρέπει στο φαγητό και στην παχυσαρκία.

Είναι γεγονός, ωστόσο, ότι η διατροφική συμπεριφορά διδάσκεται από τη νεογνική και την παιδική ηλικία. Η αύξηση του βάρους των παιδιών μπορεί και να οφείλεται στο γεγονός ότι πολλές οικογένειες χρησιμοποιούν τα διατροφικά προϊόντα (καραμέλες, σοκολάτες, παγωτά, πατατάκια κλπ.) ως μέσο αμοιβής ή τιμωρίας του παιδιού. Η αποφυγή πολλών γονέων να ασχολούνται περισσότερο χρόνο με τα παιδιά τους, σε συνδυασμό με την αφθονία των προϊόντων αυτών στις μέρες μας, έχει ως αποτέλεσμα την απλόχερη προσφορά τους από τους γονείς και την αυξημένη πρόσληψη θερμίδων από αυτά.

Υπολογίζεται ότι το 30-50% των παχύσαρκων παρουσιάζουν συμπτώματα βουλιμίας, η βαρύτητα της οποίας συνδέεται ευθέως με συμπτώματα και συναισθήματα όπως η κατάθλιψη, το άγχος, τα επαγγελματικά προβλήματα, η οργή, η αποξένωση, η παρορμητικότητα, η υπερευαίσθησία και η κοινωνική απομόνωση. Σημεία όπως η αυτουποτίμηση, ο ψυχαναγκασμός, η τελειομανία και το άγχος ανευρίσκονται σε πολλούς ασθενείς με βουλιμία, που οδηγεί ευθέως στην παχυσαρκία.

1.3: Η θεωρία της κληρονομικότητας

Η κληρονομικότητα ως αιτία παχυσαρκίας εξηγεί, σε αρκετές περιπτώσεις, την εμφάνιση της νόσου. Ωστόσο, παρά την ανακάλυψη του γονιδίου των παχύσαρκων ποντικών, στον άνθρωπο δεν απομονώθηκε μέχρι σήμερα γονίδιο στο οποίο να αποδίδεται ευθέως η κληρονομικότητα της νόσου. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι ποσοστό 48% ασθενών,

ανδρών και γυναικών, με βαρεία παχυσαρκία είχαν έναν τουλάχιστον γονέα με το ίδιο πρόβλημα, ενώ ποσοστό 79% αυτών είχαν έναν στενό συγγενή (πατέρα, μητέρα, αδελφό, αδελφή, αδελφούς γονέων ή παππούδες) παχύσαρκο. Τα αντίστοιχα ποσοστά του γενικού πληθυσμού είναι μόλις 6% και 16%. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών έδειξαν επίσης ότι η συχνότητα της βαρείας παχυσαρκίας σε οικογένειες παχύσαρκων είναι 8 φορές μεγαλύτερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού, αποδεικνύοντας έτσι τη στενή σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην κληρονομικότητα και στη νόσο.

2. Παράγοντες που συμβάλλουν στην παχυσαρκία

Είναι πολύ απλό και εύκολα λέγεται ότι η παχυσαρκία οφείλεται στο συνδυασμό υπερφαγίας και μειωμένης φυσικής δραστηριότητας. Η αιτιολογία της δεν είναι τόσο απλή και πολλοί παράγοντες φαίνεται ότι συμβάλλουν στη γένεση της. Σε κάθε περίπτωση το ενεργειακό ισοζύγιο απορυθμίζεται, αλλά για την εμφάνιση της νόσου ενοχοποιείται ένα πλήθος από κληρονομικούς, περιβαλλοντολογικούς και άλλους παράγοντες που περιγράφονται στη συνέχεια αναλυτικά.

2.1. Γενετικοί παράγοντες

Η έρευνα της γενετικής στην κατανόηση και αντιμετώπιση των διαταραχών του βάρους σώματος παρουσίασε σημαντικές προόδους τα τελευταία χρόνια.

Για τη μελέτη των μεταβολών του βάρους και της παχυσαρκίας έχουν επινοηθεί και εφαρμοστεί νέες γενετικές τεχνικές σε ανθρώπινους πληθυσμούς και σε φυλές ποντικών με διαφορές στη σωματική τους σύνθεση. Οι μελέτες αυτές οδήγησαν στη διαμόρφωση των πρώτων γενετικών χαρτών της παχυσαρκίας των ποντικών και των ανθρώπων και επιβεβαίωσαν την άποψη ότι η παχυσαρκία ρυθμίζεται σε μεγάλο βαθμό από γενετικούς παράγοντες.

Η σχέση κληρονομικότητας και βαρείας παχυσαρκίας είναι προφανής. Το υψηλό ποσοστό παχύσαρκων παιδιών με παχύσαρκους γονείς (συχνότητα 8 φορές μεγαλύτερη από εκείνη του γενικού πληθυ-

σμού) είναι γεγονός αναμφισβήτητο και αποτελεί μία επιπλέον ένδειξη της επίδρασης της κληρονομικής προδιάθεσης της νόσου.

Όταν και οι δύο γονείς είναι λεπτοί, ο δείκτης μάζας σώματος των παιδιών θα κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Η παχυσαρκία του ενός εκ των δύο γονέων συνεπάγεται αύξηση του δείκτη μάζας σώματος των τέκνων 5 μονάδες πάνω από το δικό τους, ενώ όταν και οι δύο γονείς είναι παχύσαρκοι η αύξηση του δείκτη μάζας σώματος των τέκνων είναι πάνω από 10 μονάδες. Οι διαπιστώσεις αυτές σημαίνουν ότι ο ρόλος της κληρονομικότητας είναι περισσότερο σημαντικός σε περιπτώσεις βαρείας παχυσαρκίας από ότι σε περιπτώσεις μέτριας ή ήπιας και σε απλά υπέρβαρα άτομα.

2.2. Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες

Ο ανθρώπινος οργανισμός έχει τη δυνατότητα να ρυθμίζει το ενεργειακό του ισοζύγιο. Ο ενήλικας καταναλώνει περίπου 1.000.000 Kcal/έτος και μία θετική ενεργειακή διαφορά της τάξεως του 5% προκαλεί αύξηση του βάρους σώματος κατά 5-6 Kg. Ωστόσο, πολλοί άνθρωποι με τέτοια ενεργειακή διαφορά διατηρούν το βάρος τους σταθερό για πολλά χρόνια, χωρίς ιδιαίτερη προσπάθεια. Από την άλλη μεριά, μελέτες σε άτομα που τους χορηγούνταν υπερθερμιδική διατροφή για ημέρες ή και εβδομάδες, έδειξαν ότι μετά τη διακοπή της επανέρχονταν γρήγορα στο προηγούμενο βάρος τους. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν παράγοντες που αντιδρούν στην αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και συμβάλλουν στη σταθερότητα του ενεργειακού ισοζυγίου. Οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες, που με τον έναν ή τον άλλο τρόπο παίζουν ρόλο στην παθογένεια της παχυσαρκίας, περιγράφονται στη συνέχεια αναλυτικά.

2.3. Η ενεργειακή πρόσληψη

Η αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη αποτελεί το σημαντικότερο, ίσως, παράγοντα απορρύθμισης του ενεργειακού ισοζυγίου. Ωστόσο, πλήθος άλλων παραγόντων, συμβάλλουν στη δημιουργία του θετικού ενεργειακού ισοζυγίου. Η ποσότητα, η συχνότητα, η σύνθεση, η νοστιμιά και το κόστος του γεύματος παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στη διατα-

ραχή της ενεργειακής ισορροπίας, συμβάλλοντας στη γένεση της παχυσαρκίας.

Η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού αποτελεί σημαντικό αιτιολογικό παράγοντα της παχυσαρκίας. Οι μεγάλες μερίδες που σερβίρονται στα περισσότερα φαστφουντάδικα, ταβέρνες, πιτσαρίες κλπ., συντελούν τα μέγιστα στην αυξημένη πρόσληψη θερμίδων. Η γαρνιτούρα δε με την οποία σερβίρονται τα φαγητά, τα κάνει περισσότερο ελκυστικά και προάγει την κατανάλωση. Εφόσον η μεγάλη μερίδα αποτελείται και από φαγητό υψηλής ενεργειακής πυκνότητας τότε η πρόσληψη θερμίδων είναι ακόμη μεγαλύτερη.

Η σχέση ανάμεσα στη συχνότητα των γευμάτων και την παχυσαρκία δεν έχει τεκμηριωθεί πλήρως. Είναι, ωστόσο, λογικό να υποθέσει κανείς ότι όσο πιο συχνά τρώει ένας άνθρωπος τόσο περισσότερες θερμίδες προσλαμβάνει και τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει να γίνει παχύσαρκος. Οι πιθανότητες αυξάνονται όταν το άτομο τρώει και τη νύχτα, όπως συμβαίνει σε αρκετές περιπτώσεις ασθενών με βουλιμία. Οι ασθενείς με βαρεία παχυσαρκία τρώνε όσο μπορούν, όσο πιο συχνά μπορούν και ότι βρουν. Όσον αφορά την ώρα των γευμάτων, έχει αποδειχθεί ότι η θερμογένεση τις πρωινές ώρες είναι μεγαλύτερη και μειώνεται με την πάροδο των ωρών. Αυτό, στην πράξη, σημαίνει ότι ένα πλούσιο πρωινό αποδίδει στον οργανισμό λιγότερες θερμίδες από ένα μεσημεριανό, ενώ ένα πλούσιο βραδυνό αποδίδει τις περισσότερες από όλα τα γεύματα θερμίδες.

Η σύνθεση του γεύματος επηρεάζει σημαντικά όχι μόνο την ενεργειακή πρόσληψη αλλά και την ενεργειακή αποταμίευση. Οι ουσίες που έχουν χαμηλή αποταμιευτική ικανότητα οξειδώνονται ευκολότερα όταν η ενεργειακή πρόσληψη υπερβαίνει τις ενεργειακές ανάγκες. Ιδιαίτερη σημασία έχουν τα φαγητά υψηλής ενεργειακής πυκνότητας, αφού όσο υψηλότερη είναι η ενεργειακή πυκνότητα τόσο αυξημένη είναι η πρόσληψη θερμίδων. Σε ολόκληρο το δυτικό κόσμο, η διατροφή με την πάροδο των ετών έγινε πλουσιότερη σε λίπος και φτωχότερη σε υδατάνθρακες, γεγονός που αποτελεί σοβαρό επιβαρυντικό παράγοντα παχυσαρκίας.

Τα βασικά στοιχεία της διατροφής (πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη) έχουν ξεχωριστές ικανότητες να αυξάνουν ή να καταστέλλουν την πρόσληψη φαγητού, συνεισφέροντας ανάλογα και στη ρύθμιση της ενεργειακής ισορροπίας.

Η νοστιμιιά ενός φαγητού παίζει σημαντικό ρόλο στη διατροφική συμπεριφορά και συμβάλλει πάρα πολύ στη δημιουργία θετικού ενεργειακού ισοζυγίου. Η νοστιμιιά του φαγητού αυξάνει τη συχνότητα των γευμάτων και το αίσθημα της πείνας και κατά τη διάρκεια και ανάμεσα στα γεύματα. Η παρουσία λίπους στο φαγητού είναι ευχάριστη για τον περισσότερο κόσμο και προκαλεί ευχάριστη γευστική αίσθηση, γι' αυτό και η βιομηχανία τροφίμων εκμεταλλεύεται το φαινόμενο αυτό και παρασκευάζει φαγητά πλούσια σε λίπος.

Η «γλύκα» είναι ισχυρή και ευχάριστη γεύση, γι' αυτό και από καταβολής κόσμου επινοήθηκαν και παρασκευάστηκαν πλήθος από γλυκά. Η ζαχαροπλαστική αποτελεί παγκόσμια βιομηχανία, ενώ κάθε καλή νοικοκυρά παρασκευάζει αρκετές φορές του χρόνου τα δικά της γλυκά. Τα γλυκά και τα άλλα σκευάσματα που περιέχουν ζάχαρη και λίπος συμβάλλουν σημαντικά στην αυξημένη θερμιδική πρόσληψη, αφού η ευχαρίστηση παρέχεται διπλή με τη γλυκεία γεύση και με το ευχάριστο αίσθημα της πλούσιας σε λίπος μπουκιάς. Η προτίμηση γλυκών και λιπαρών παρασκευασμάτων είναι εμφανής στις παχύσαρκες γυναίκες, στις οποίες αποτελεί σημαντικό παράγοντα αύξησης του βάρους τους.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι όσο φθηνότερο είναι ένα φαγητό τόσο περισσότερο καταναλώνεται και τόσο συχνότερα τρώγεται. Ωστόσο, δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα σοβαρές μελέτες που να προσδιορίζουν επακριβώς τη σχέση κόστους φαγητού και παχυσαρκίας.

2.4. Η ενεργειακή δαπάνη

Η ενεργειακή δαπάνη την οποία αποτελούν, όπως είναι γνωστό, ο βασικός μεταβολισμός ρυθμός, η δαπάνη της φυσικής δραστηριότητας και η θερμογένεση παίζει βασικό ρόλο στην παθογένεια της παχυσαρκίας.

Τα υπέρβαρα άτομα δαπανούν περισσότερη ενέργεια από ότι τα κανονικού βάρους, γεγονός που σημαίνει ότι η παχυσαρκία δύναται να αποδοθεί και στο χαμηλό βασικό μεταβολισμό ρυθμό. Στην πράξη, ένα άτομο ανεξαρτήτως βάρους μπορεί να έχει χαμηλό, κανονικό ή υψηλό βασικό μεταβολισμό ρυθμό, γι' αυτό και το ερώτημα το οποίο γεννιέται είναι εάν ένα άτομο με χαμηλό βασικό μεταβολισμό ρυθμό έχει περισσότερες πιθανότητες να γίνει παχύσαρκο από ένα άλλο με κανονικό ή υψηλό. Ωστόσο, ο χαμηλός βασικός μεταβολισμός ρυθμός θεωρείται, γενικά, ως παράγοντας υψηλού κινδύνου και ευθύνεται για το 40% περίπου του βάρους που αποκτήθηκε. Ο βασικός μεταβολισμός ρυθμός γίνεται κανονικός ή και υψηλός μόλις το βάρος σώματος σταθεροποιηθεί σε υψηλότερα επίπεδα.

Το ολικό λίπος σώματος, η μάζα ισχνών ιστών, η ηλικία και το φύλο ευθύνονται για το 80% περίπου των μεταβολών του βασικού μεταβολισμού ρυθμού, ενώ μερικές ανεξήγητες μεταβολές του σχετίζονται με έναν οικογενή παράγοντα, γεγονός που σημαίνει ότι ο βασικός μεταβολισμός ρυθμός είναι, μερικά έστω, γενετικά ορισμένος. Οι περισσότεροι από τους παραπάνω παράγοντες συμβάλλουν στις διακυμάνσεις του βασικού μεταβολισμού ρυθμού σε ποσοστό όχι πάνω από 10-15%.

Από τις διάφορες μελέτες που έγιναν μέχρι σήμερα και αφορούν τη σχέση του βασικού μεταβολισμού ρυθμού με την παχυσαρκία μπορούμε να συμπεράνουμε ότι τα άτομα που αρχίζουν να γίνονται παχύσαρκα (προπαχυσαρκιακή και δυναμική φάση παχυσαρκίας) χαρακτηρίζονται από χαμηλό βασικό μεταβολικό ρυθμό. Ο οργανισμός του παχύσαρκου, σε μία προσπάθεια να μειώσει το βάρος του, προκαλεί αύξηση του βασικού μεταβολικού ρυθμού και όταν το βάρος σταθεροποιηθεί ο βασικός μεταβολικός ρυθμός αποκαθίσταται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Ο παχύσαρκος παρουσιάζει μικρότερη φυσική δραστηριότητα από το λεπτό, χωρίς όμως και να έχει αποδειχτεί εάν είναι και λιγότερο δραστήριος λόγω του πάχους του ή η μειωμένη δραστηριότητα του ευθύνεται για τη νόσο. Οι αθλητές δεν είναι παχύσαρκοι όσο είναι εν ενεργεία, αλλά γίνονται συχνά μόλις εγκαταλείψουν τον αθλητισμό. Παλαιό-

τερες και πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι η παρακολούθηση τηλεόρασης για πολλές ώρες συμβάλλει σημαντικά στην εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας, ενώ η συστηματική χρήση του αυτοκινήτου συμβάλλει στην εμφάνιση της παχυσαρκίας των ενηλίκων.

Η ενεργειακή δαπάνη έχει στενή σχέση με τη φυσική δραστηριότητα (ενεργητική ή παθητική) και είναι γενικά παραδεκτό ότι όσο μεγαλύτερα είναι τα επίπεδα της φυσικής δραστηριότητας ενός ατόμου τόσο μικρότερος είναι ο κίνδυνος παχυσαρκίας και αντίστροφα. Κατόπιν τούτου, η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας αποτελεί σπουδαίο προστατευτικό παράγοντα εναντίον της παχυσαρκίας.

Η συνολική ημερήσια ενεργειακή δαπάνη εξαρτάται από τη δαπάνη της σωματικής δραστηριότητας του ατόμου, από τα χαρακτηριστικά της σωματικής άσκησης (μορφή, ένταση, διάρκεια και συχνότητα) και από τα ιδιαίτερα σωματικά χαρακτηριστικά του ατόμου (μέγεθος σώματος, επίπεδο συστηματικής άσκησης και σταθερότητα εφαρμογής προγράμματος).

Υπάρχει η κοινή και λαθεμένη αντίληψη ότι η σωματική εργασία ή άσκηση αυξάνει την όρεξη και οδηγεί σε ενεργειακή πρόσληψη πολύ μεγαλύτερη από την ενεργειακή κατανάλωση που προκαλεί. Η μέτριας έντασης και μακράς διάρκειας αερόβια σωματική άσκηση καταστέλλει προσωρινά το αίσθημα της πείνας και προκαλεί καθυστέρηση στην πρόσληψη φαγητού. Όσον αφορά την επίδραση της στην επιλογή του φαγητού αυτή παραμένει αδιευκρίνιστη. Η υψηλής έντασης και μικρής διάρκειας αερόβια άσκηση αυξάνει τη μέγιστη αερόβια ισχύ πάνω από 75% και προκαλεί μείωση πρώτα των αποθηκών του γλυκογόνου και κατόπιν του λίπους.

2.5. Η ηλικία και το φύλο

Η σχέση της παχυσαρκίας με την ηλικία και το φύλο είναι στενή. Οι περισσότεροι άνθρωποι γίνονται παχύσαρκοι την τρίτη με έκτη δεκαετία της ζωής τους και αυτό οφείλεται, μεταξύ των άλλων, και στη χαμηλή ενεργειακή δαπάνη των ηλικιών αυτών. Τις πρώτες δεκαετίες της ζωής, οι άρρενες παχύσαρκοι είναι μάλλον περισσότεροι από τους θή-

λεις. Στην ηλικία των 30 ετών η αναλογία ανδρών/γυναικών είναι περίπου ίδια, ενώ στην 5η και 6η δεκαετία οι γυναίκες υπερτερούν συντριπτικά των ανδρών. Η συντριπτική αυτή υπεροχή των παχύσαρκων γυναικών έναντι των ανδρών μετά τα 50 αντανakλά και τη μεγαλύτερη, φυσιολογικά, περιεκτικότητα του γυναικείου σώματος σε λίπος (20-30% έναντι 15-20% των ανδρών).

2.6. Εμβρυϊκές, νεογνικές και παιδικές επιδράσεις

Οι παχύσαρκες γυναίκες γεννούν, κατά κανόνα, παιδιά βαρύτερα από ότι οι λεπτές. Η κύηση και το βάρος που αποκτούν οι μέλλουσες μητέρες κατά τη διάρκεια της έχουν στενή σχέση με την παιδική παχυσαρκία, η οποία συμβάλλει και στην εμφάνιση της παχυσαρκίας των ενηλίκων. Η σημασία της αύξησης του αριθμού των λιποκυττάρων κατά την εμβρυϊκή ζωή, τη νεογνική και την παιδική ηλικία φαίνεται ότι είναι μεγάλη, αφού η αύξηση στις κρίσιμες αυτές ηλικίες έχει ως αποτέλεσμα την παχυσαρκία των ενηλίκων ή, τουλάχιστον, την προδιάθεση σε αυτήν. Σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε ότι παχύσαρκο παιδί σημαίνει, πιθανότατα, ενήλικα με βαρεία παχυσαρκία.

2.7. Εθνολογικοί παράγοντες

Οι μαύροι των ΗΠΑ, ιδίως οι γυναίκες, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας σε σύγκριση με τους άλλους Αμερικανούς και αυτό θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα του γεγονότος ότι η παχυσαρκία στις κοινωνίες των μαύρων είναι περισσότερο αποδεκτή από ότι στις κοινωνίες των λευκών. Οι Ινδιάνοι της φυλής Pima που ζουν στις νοτιοδυτικές πολιτείες των ΗΠΑ παρουσιάζουν, στην πλειοψηφία τους, παχυσαρκία. Υπάρχει η άποψη ότι η παχυσαρκία των Ινδιάνων αυτών οφείλεται στο ότι οι περιοχές αυτές των ΗΠΑ ήταν οι πιο πλούσιες σε παλαιότερες εποχές και αποτελούσαν αποθήκες όλων των αγαθών. Οι άνθρωποι που ζούσαν εκεί συνήθισαν την καλοπέραση και με το πέρασμα των αιώνων διατήρησαν τις συνήθειες τους. Ενισχυτική της άποψης αυτής είναι η παρατήρηση ότι όσοι από τους Ινδιάνους αυτούς μετανάστευσαν σε άλλες

περιοχές και προσαρμόστηκαν σε καινούργιο τρόπο ζωής, δεν είναι πλέον παχύσαρκοι.

Αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας παρουσιάζουν και οι εθνικές μειονότητες που δημιουργήθηκαν σε πολλές χώρες τον 20ο αιώνα από τη νόμιμη ή παράνομη μετανάστευση. Το γεγονός αυτό εξηγείται, πιθανόν, από τις διαιτητικές συνήθειες που απέκτησαν στις νέες τους πατρίδες, τις καινούργιες γεύσεις που τις αποδέχτηκαν ευχάριστα καθώς επίσης και τη μεγαλύτερη οικονομική άνεση που τους επέτρεψε να σιτίζονται καλύτερα από ότι στην πρώτη τους πατρίδα.

2.8. Ορμονικοί και μεταβολικοί παράγοντες

Πολλοί παχύσαρκοι έχουν υψηλά επίπεδα ινσουλίνης στον ορό και αυτό οφείλεται στην αντίσταση σε αυτήν και στην υπεργλυκαιμία που παρουσιάζουν, λόγω της υπερφαγίας. Έχει πλέον αποδειχθεί ότι τα αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης μπορεί να αποτελέσουν παθογενετικούς παράγοντες παχυσαρκίας. Ασθενείς με υψηλά επίπεδα ινσουλίνης πλάσματος και επιδεινούμενη ανοχή στη γλυκόζη που απώλεσαν το πλεονάζον βάρος με χειρουργική επέμβαση, παρουσιάζουν βελτίωση των επιπέδων ινσουλίνης μετά από νηστεία καθώς επίσης και μετά τη δοκιμασία χορήγησης γλυκόζης. Τα ευρήματα αυτά σημαίνουν ότι η ινσουλίνη δεν αποτελεί πρωτογενή αιτιολογικό παράγοντα στη γένεση της παχυσαρκίας.

Πλήθος από ενδοκρिनοπάθειες συνοδεύονται από παχυσαρκία και, μερικές φορές, αυτές δύσκολα αναγνωρίζονται από τη μη ενδοκρινική μορφή της νόσου. Ο υποθυρεοειδισμός δεν αποτελεί πραγματική αιτία παχυσαρκίας, αφού η αύξηση του βάρους είναι αποτέλεσμα κατακράτησης υγρών και οιδήματος των ιστών. Οι ασθενείς, για να αποφεύγουν τα ανεπιθύμητα υπογλυκαιμικά επεισόδια, μαθαίνουν να τρώνε και αυτό προκαλεί παχυσαρκία. Ο υπογοναδισμός, ποικίλης αιτιολογίας, λόγω της αναβολικής δράσης της τεστοστερόνης μπορεί να έχει κάποια σχέση με την εναπόθεση λίπους και την παχυσαρκία, ενώ το σύνδρομο των πολυκυστικών ωθηκών συνοδεύεται από παχυσαρκία ως αποτέλεσμα αυξημένης θερμιδικής πρόσληψης, χωρίς εμφανή ορμονική βάση.

2.9. Το μορφωτικό επίπεδο

Ο ρόλος του μορφωτικού επιπέδου στην παθογένεια της νόσου δεν είναι απόλυτα εξακριβωμένος και η παχυσαρκία, ιδίως η βαρεία, μπορεί να υπάρχει σε άτομα οποιουδήποτε μορφωτικού επιπέδου. Φαίνεται, όμως, ότι άτομα χαμηλού επιπέδου είναι σαφώς πιο επιρρεπή στην πολυφαγία και την παχυσαρκία. Το γεγονός αποδίδεται, θεωρητικά τουλάχιστον, στη μεγαλύτερη ευκολία με την οποία τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο και γνώση της νόσου και των επιπλοκών της εφαρμόζουν προγράμματα απώλειας βάρους. Ωστόσο, αν και είναι σε όλους γνωστά τα διατροφικά προϊόντα που συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου, οι περισσότεροι άνθρωποι, όποιο μορφωτικό επίπεδο και αν έχουν, τα καταναλώνουν με ευχαρίστηση.

2.10. Η κοινωνική και οικονομική κατάσταση του ατόμου

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου και της οικογένειάς του φαίνεται ότι παίζει κάποιο ρόλο στην παθογένεια της νόσου. Σε αναπτυγμένες κοινωνίες άτομα χαμηλών εισοδημάτων και χαμηλής κοινωνικής τάξης έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκα, σε σύγκριση με εκείνα υψηλών εισοδημάτων και κοινωνικών τάξεων. Αντίθετα, στις χώρες του τρίτου κόσμου υπάρχουν περισσότερα παχύσαρκα άτομα με υψηλά εισοδήματα από ότι με χαμηλά.

2.11. Οι κοινωνικές και πολιτικοοικονομικές αλλαγές

Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, ως συνέπεια της βελτίωσης της οικονομικής κατάστασης του σύγχρονου ανθρώπου, έχει και τις συνέπειές της. Οι κοινωνικές και πολιτικές αλλαγές του αιώνα που πέρασε δημιούργησαν καινούργια προβλήματα, όπως η ανεργία, η συγκέντρωση του πληθυσμού στις πόλεις, η χαλάρωση των οικογενειακών και κοινωνικών δεσμών καθώς επίσης και η απομάκρυνση από τον παραδοσιακό τρόπο ζωής. Η κοινωνική αυτή απεξάρθρωση συνοδεύτηκε, σε πολλές περιπτώσεις, από μεγάλη μείωση του ντόπιου πληθυσμού και της παραγωγικής διαδικασίας. Η διατροφική αλυσίδα άλλαξε, εκσυγχρονίστηκε και οι αγρότες χρησιμοποιούν βιομηχανικές μεθόδους παραγωγής, φρο-

ντιζοντας πάντα να υπάρχει περίσσεια προϊόντων και για πούλημα. Η κατάσταση αυτή, ενώ βοήθησε σημαντικά στην επάρκεια αγαθών και προϊόντων και στην αύξηση του αγροτικού εισοδήματος, δεν βοήθησε στην ποιοτική βελτίωση των προϊόντων διατροφής καθώς επίσης και στη βελτίωση της διατροφής των χωρών του τρίτου κόσμου. Η παγκοσμιοποίηση δε της παραγωγής ειδών διατροφής επέβαλλε στο καταναλωτικό κοινό νέα προϊόντα και νέες γεύσεις αρεστές από τους περισσότερους νέους, ιδίως, ανθρώπους, με αποτέλεσμα την αύξηση κυρίως της πρόσληψης πρωτεϊνών και λίπους και λιγότερο των υδατανθράκων.

Η ενεργειακή δαπάνη του σύγχρονου ανθρώπου ακολούθησε και αυτή το σύγχρονο τρόπο ζωής, που χαρακτηρίζεται από τη χρήση του αυτοκινήτου για κάθε μετακίνηση, την αυτοματοποίηση πολλών εργασιών στο σπίτι και στο χώρο δουλειάς, τη χρήση των σύγχρονων μέσων επικοινωνίας, την αλλαγή του τρόπου παιχνιδιού κλπ. που συνέβαλλαν εκ των πραγμάτων στη μείωση της φυσικής δραστηριότητας και στην εμφάνιση παχυσαρκίας σε νεώτερα της μέσης ηλικίας άτομα (νεαροί ενήλικες, έφηβοι και παιδιά). Ο ελεύθερος χρόνος, αν και αυξήθηκε, καλύπτεται με δραστηριότητες όπως η παρακολούθηση τηλεόρασης, τα ηλεκτρονικά παιχνίδια, το διάβασμα, η κατάχρηση του ηλεκτρονικού υπολογιστή, η παραμονή στο κρεβάτι για πολύ χρόνο κλπ. Από την άλλη μεριά, είναι απόλυτα ξεκαθαρισμένο ότι άνθρωποι που ζουν, κινούνται και διατρέφονται με τον παραδοσιακό τρόπο, ελάχιστα ή καθόλου κινδυνεύουν να γίνουν παχύσαρκοι.

Η μετάπτωση από την παραδοσιακή οικονομία στην οικονομία της αγοράς είχε ως αποτέλεσμα το κλείσιμο πολλών τοπικών επιχειρήσεων, που συνοδεύτηκε με μείωση των θέσεων εργασίας και υποαπασχόληση του πληθυσμού, γεγονός που αποτέλεσε αιτία μείωσης της φυσικής δραστηριότητας του συνόλου του πληθυσμού. Οι άνθρωποι είναι πλέον ψηλότεροι, βαρύτεροι και απαιτητικότεροι, ενώ η ζωή τους εξαρτάται άμεσα από τις σύγχρονες μηχανές. Η συμμετοχή της γυναίκας στην παραγωγική διαδικασία την απομάκρυνε από τον παραδοσιακό ρόλο της νοικοκυράς (ψώνισμα, ένδυση, υπόδυση, νοικοκυριό, μαγείρεμα κλπ.), με αποτέλεσμα τη μείωση της ποιότητας της διατροφής των μελών της

οικογένειας, τη μείωση της φυσικής δραστηριότητας της ίδιας και την αύξηση των πιθανοτήτων εμφάνισης της νόσου. Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με την όλο και μεγαλύτερη απομάκρυνση από την παραδοσιακή διατροφή, συντελούν στην αύξηση του βάρους του σύγχρονου ανθρώπου.

2.12. Οι συνήθειες της οικογένειας

Οι συνήθειες της οικογένειας, διαιτητικές και άλλες, παίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της παχυσαρκίας, κυρίως των παιδιών. Ο στοματικός προσανατολισμός, όπως λέγεται στην ψυχοπαθολογία, μιας οικογένειας που έχει αναγάγει το φαγητό σε τρόπο ζωής συντελεί τα μέγιστα στην εμφάνιση της νόσου σε περισσότερα του ενός μέλη της. Το γεγονός γίνεται εύκολα αντιληπτό και στη σύγχρονη ελληνική οικογένεια, η οποία προσανατολίζεται όλο και περισσότερο στο σύγχρονο, αμερικάνικο τρόπο διατροφής.

Σε περίπτωση που και οι δύο γονείς εργάζονται, η οικογένεια καταναλώνει περισσότερα έτοιμα φαγητά από τα φασιφουντάδικα, τις πιτσαρίες και τις ταβέρνες. Τα φαγητά αυτά πολύ απέχουν από την παραδοσιακή ελληνική διατροφή, που θεωρείται η καλύτερη του κόσμου, αφού μαγειρεύονται γρήγορα και έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε ζωικό και κακής ποιότητας λίπος. Η προσαρμογή της σύγχρονης ελληνικής οικογένειας στον τρόπο αυτόν διατροφής συντελεί όχι μόνο στην εμφάνιση μεγαλύτερου αριθμού παχύσαρκων, αλλά και στην εμφάνιση πλήθους ασθενειών π.χ. φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, που ήταν στον ελληνικό πληθυσμό σχεδόν άγνωστες μέχρι σήμερα.

Η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας. Η γιαγιά, η μαμά ή άλλο στενό συγγενικό πρόσωπο που έχει βάλει σκοπό της ζωής του το «τάισμα του παιδιού», παίζει μεγάλο ρόλο στην εμφάνιση της νόσου. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τις πολλές ώρες που το παιδί περνάει στην τηλεόραση και τις αντικειμενικές δυσκολίες που έχει να παίζει και να αθλείται σε ανοιχτό χώρο, αποτελούν βασικούς παράγοντες δημιουργίας παιδικής παχυσαρκίας. Με το δεδομένο ότι παχύσαρκο παιδί σημαίνει, σχεδόν σίγουρα, μελλοντικό ενήλικα με βαρεία παχυσαρκία, ο ρόλος της οικογένειας από την

αρχή της γέννησης του παιδιού μέχρι και την ημέρα που θα γίνει παχύσαρκο είναι σημαντικός.

2.13. Η εγκυμοσύνη

Αποτελεί παράγοντα που δυνητικά μπορεί να αποτελέσει αιτία έναρξης της παχυσαρκίας, αφού κατά τη διάρκεια της αυξάνεται το λίπος του σώματος. Πολλές γυναίκες μετά τη γέννηση του παιδιού τους χάνουν το επιπλέον βάρος, για άλλες όμως η εγκυμοσύνη αποτελεί το έναυσμα για τη γένεση της νόσου. Προφανείς αιτίες στις περιπτώσεις αυτές είναι η αύξηση της πρόσληψης φαγητού κατά την εγκυμοσύνη και η μείωση της φυσικής δραστηριότητας, σε συνδυασμό με ορμονικούς παράγοντες (οιστρογόνα, προλακτίνη), που συμβάλλουν στην αύξηση του λίπους του σώματος.

2.14. Η εμμηνόπαυση

Η εμμηνόπαυση συμβάλλει στην αύξηση του λίπους και του βάρους σώματος, φυσιολογικά κατά 10%. Σε πολλές γυναίκες η αύξηση αυτή είναι πολύ μεγαλύτερη, επέρχεται κυρίως κατά την προεμμηνόπαισιακή φάση της ζωής τους και μπορεί να αποτελέσει την αφετηρία της παχυσαρκίας.

2.15. Ψυχογενείς παράγοντες

Ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων, που σχετίζονται με την ψυχική κατάσταση του ατόμου καθώς επίσης και άλλοι που σχετίζονται με τη συμπεριφορά, συμβάλλουν στη γένεση της παχυσαρκίας. Οι παράγοντες αυτοί παίζουν τόσο μεγάλο ρόλο ώστε πολλοί ερευνητές να θεωρούν την ψυχογενή θεωρία της παχυσαρκίας ως απολύτως πειστική στη γένεση της νόσου.

Τα χαρακτηριστικά στοιχεία που αποτελούν τη λεγόμενη «συμπεριφορά του ατόμου» μπορεί να έχουν άμεσο και έμμεσο ρόλο στη γένεση της παχυσαρκίας, ενώ και διαφορετικοί παράγοντες της συμπεριφοράς μπορεί να παίξουν ρόλο σε διαφορετικές φάσεις της απόκτησης και της σταθεροποίησης του βάρους. Η μεγάλη ποσότητα φαγητού, σε

συνδυασμό με την ταχύτητα που αυτό προσλαμβάνεται συμβάλλουν στη γένεση της νόσου, ενώ η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας συμβάλλει στη σταθεροποίηση του βάρους σε υψηλά επίπεδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

1. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της παχυσαρκίας που επηρεάζουν τα όργανα και τα συστήματα

Οι επιδράσεις της παχυσαρκίας στα όργανα και τα συστήματα του ανθρώπου είναι σημαντικές και εξαρτώνται από τα εξής ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της νόσου:

- Την πρόιμη ή όπιμη έναρξη της
- Τη διάρκεια της
- Το δείκτη μάζας σώματος
- Τη μορφή
- Την περίμετρο μέσης
- Τη σχέση μέση/περιφέρεια
- Την ενδοκοιλιακή πίεση
- Τη διατήρηση σταθερού του βάρους σώματος

1.1. Η έναρξη της νόσου

Η έναρξη της παχυσαρκίας κατά την παιδική, εφηβική και μετεφηβική ηλικία αποτελεί σημαντικό παράγοντα ανάπτυξης διαφόρων παθήσεων, όπως ο διαβήτης, η υπέρταση και η στεφανιαία νόσος. Η πρόιμη έναρξη της νόσου συνδέεται άμεσα με τη βαρεία παχυσαρκία των ενηλίκων και αποτελεί σημαντικό παράγοντα χαμηλού προσδόκιμου επιβίωσης των ασθενών αυτών. Μελέτες έχουν δείξει ότι άνδρες και γυναίκες που απόκτησαν 10 Kg βάρους στην ηλικία των 18 ετών, παρου-

σιάζουν αυξημένο κίνδυνο θνητότητας από καρδιοαγγειακή νόσο. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος όσο υψηλότερος είναι ο αρχικός δείκτης μάζας σώματος.

1.2. Η διάρκεια της νόσου

Η μικρής διάρκειας παχυσαρκία ουδεμία σχεδόν επίδραση έχει στα όργανα και τα συστήματα του οργανισμού. Η μεγάλη διάρκεια νόσος προκαλεί σημαντικές επιβαρύνσεις στον οργανισμό και, μακροπρόθεσμα, αποτελεί παράγοντα εμφάνισης διαφόρων παθήσεων σε συνδυασμό και με άλλες επιβλαβείς συνήθειες, όπως π.χ. το κάπνισμα. Η βαρεία παχυσαρκία που είναι και μεγάλης διάρκειας, προκαλεί σοβαρή επιβάρυνση στα όργανα και τα συστήματα και ο μέσος όρος ζωής των ασθενών είναι πολύ μικρότερος εκείνου του υπόλοιπου πληθυσμού, ενώ και ο κίνδυνος πρόιμου θανάτου είναι αυξημένος. Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της νόσου τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες εμφάνισης διαφόρων νοσημάτων και πρόιμου θανάτου.

1.3. Ο δείκτης μάζας σώματος

Ο δείκτης μάζας σώματος αποτελεί τον πλέον αξιόπιστο και περισσότερο συχνά χρησιμοποιούμενο δείκτη παχυσαρκίας. Μπορούμε να πούμε γενικά ότι όσο υψηλότερος είναι ο δείκτης μάζας σώματος ενός ατόμου τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος εμφάνισης διαφόρων παθήσεων.

Η αυξημένος δείκτης μάζας σώματος ενέχει τον ίδιο σχετικό κίνδυνο θνητότητας με τη χοληστερόλη και τη διαστολική αρτηριακή πίεση. Ωστόσο, σε ασθενείς με κεντρική παχυσαρκία ο δείκτης μάζας σώματος δεν ανταποκρίνεται πλήρως στον υπολογισμό του σχετικού κινδύνου θνητότητας. Για το λόγο αυτόν προτείνεται ο συνυπολογισμός στο δείκτη μάζας σώματος και άλλων παραμέτρων, όπως η χοληστερόλη και η αρτηριακή πίεση, η κάθε μία από τις οποίες έχει και τους ανάλογους βαθμούς. Τελικά, όσο περισσότεροι βαθμοί συγκεντρωθούν τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος πρόιμου θανάτου των παχύσαρκων.

1.4. Η μορφή της νόσου

Η μορφή της παχυσαρκίας παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των διαφόρων παθήσεων. Άτομα με κεντρική ή ανδρικού τύπου παχυσαρκία αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για διαβήτη, υπέρταση, στεφανιαία και θρομβοεμβολική νόσο, καθώς επίσης και για άλλες παθήσεις, ενώ άτομα με περιφερική ή γυναικείου τύπου παχυσαρκία παρουσιάζουν μικρότερο κίνδυνο.

Ο πίνακας που ακολουθεί καταγράφει τις παθήσεις εκείνες που συνδέονται με την κεντρική παχυσαρκία.

Παθήσεις που συνδέονται με τη σπλαχνική κατανομή λίπους
Μεταβολικές παθήσεις
Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2
Δυσλιπιδαιμία
Υπερουρικαμία
Χολολιθίαση
Παθήσεις του κυκλοφορικού
Στεφανιαία νόσος
Μυοκαρδιοπάθεια
Υπέρταση
Επιπλοκές καρδιοχειρουργικών επεμβάσεων
Παθήσεις του αναπνευστικού
Ροχαλητό
Σύνδρομο υποαερισμού των παχυσάρκων (ΣΥΠ)
Σύνδρομο υπνικής άπνοιας (ΣΥΑ)
Μυοσκελετικό σύστημα και αρθρώσεις
Οστεοαρθρίτιδα
Ρευματοειδής αρθρίτιδα
Ουρική αρθρίτιδα
Οστεοπάθεια
Ουροποιογεννητικό
Απώλεια ούρων
Ανικανότητα
Υπογονιμότητα, στειρότητα
Διαταραχές εμμήνου ρήσεως
Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
Καρκίνωμα ενδομητρίου και μαστού
Μη ειδικές φλεγμονές
Χολοκυστίτιδα
Παγκρεστίτιδα
Κυτταρίτιδα
Δυσκολίες στη διάγνωση ενδοκοιλιακών φλεγμονών
Διασύνδεση κοιλιακών τραυμάτων

1.5. Η περίμετρος μέσης και η σχέση μέση/περιφέρεια

Η περίμετρος μέσης και η σχέση της με την περίμετρο περιφέρειας αποτελούν δείκτες κατανομής λίπους και το μέγεθος τους συνδέεται στενά με τις παθήσεις που έχουν σχέση με την κεντρική παχυσαρκία. Υποστηρίζεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η περίμετρος μέσης τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης διαφόρων παθήσεων που έχουν σχέση με τη σπλαχνική κατανομή λίπους. Περίμετρος μέσης >94 cm για τους άνδρες και >80 cm για τις γυναίκες συνεπάγεται ετοιμότητα για ιατρική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και των συνοδών της νόσων. Περίμετρος μέσης >102 cm για τους άνδρες και >88 cm για τις γυναίκες σημαίνει ότι η παχυσαρκία και τα νοσήματα που τη συνοδεύουν χρειάζονται πλέον ιατρική αντιμετώπιση.

Τα τελευταία 10 χρόνια, ένας υψηλός δείκτης περιμέτρου μέσης (> 1.0 για τους άνδρες και >0.85 για τις γυναίκες) έχει γίνει αποδεκτός ως κλινική μέθοδος αναγνώρισης ασθενών με συσσώρευση σπλαχνικού λίπους, που αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου στεφανιαίας νόσου.

1.6. Η ενδοκοιλιακή πίεση

Η ενδοκοιλιακή πίεση των παχύσαρκων είναι πολύ υψηλότερη εκείνης των συνομήλικων τους με κανονικό βάρος και παίζει σπουδαίο ρόλο στην εμφάνιση διαφόρων παθήσεων. Όσο μεγαλύτερου βαθμού είναι η παχυσαρκία τόσο υψηλότερη είναι η ενδοκοιλιακή πίεση, η οποία σε ασθενείς με βαρεία παχυσαρκία είναι 2-3 φορές πάνω από τη φυσιολογική. Πολλές παθήσεις που συνυπάρχουν με την παχυσαρκία, όπως η πνευμονική δυσλειτουργία, η υπέρταση, η απώλεια ούρων και άλλες, έχουν άμεση σχέση με την αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση. Ο πίνακας που ακολουθεί περιγράφει τις σπουδαιότερες παθήσεις των παχύσαρκων που συνδέονται στενά με την αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση.

Παθήσεις που συνδέονται με την αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση

- Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση
- Κίρσοι κάτω άκρων, φλεβικά έλκη
- Φλεβοθρόμβωση, πνευμονική εμβολή
- Σύνδρομο υποαερισμού των παχύσαρκων
- Σύνδρομο υπνικής άπνοιας
- Ακράτεια ούρων, έπειξη προς ούρηση
- Νεφρωσικό σύνδρομο
- Κήλες
- Προεκλαμψία
- Εγκεφαλικός ψευδοόγκος

1.7. Η διατήρηση σταθερού του βάρους σώματος

Η διατήρηση σταθερού του βάρους σώματος ενός ατόμου, έστω και πάνω από το ιδανικό, αποτελεί σημαντικό αποτρεπτικό παράγοντα εμφάνισης πολλών παθήσεων. Το φαινόμενο της εναλλαγής, απώλειας και ανάκτησης βάρους, το οποίο παρατηρείται μετά από επανειλημμένες αποτυχημένες προσπάθειες εφαρμογής διαιτολογικών προγραμμάτων, έχει ως αποτέλεσμα τη μεγάλη καταπόνηση του οργανισμού με σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του. Οι αυξομειώσεις του βάρους συνεπάγονται την αύξηση των πιθανοτήτων καρδιοαγγειακής νόσου, χολολιθίασης και άλλων παθήσεων και του κινδύνου πρόιμου θανάτου, ιδιαίτερα σε καπνιστές.

2. Επιπτώσεις της παχυσαρκίας στα όργανα και τα συστήματα

Η παχυσαρκία, ιδίως η κεντρική, συνυπάρχει με αρκετές και σοβαρές παθήσεις. Στις ΗΠΑ, σε παλαιότερη έρευνα που έγινε και αφορούσε μεγάλο μέρος του πληθυσμού, οι υπέρβαροι βρέθηκε να αποτελούν ομάδα υψηλότερου κινδύνου υπέρτασης και σακχαρώδη διαβήτη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Σε πρόσφατη έρευνα που έγινε στη Σουηδία σε ασθενείς με μέσο Δείκτη μάζας σώματος=38 Kg/m², βρέθηκε υπέρταση σε ποσοστό 15% και σακχαρώδη διαβήτη 7.8%.

Στη συνέχεια περιγράφονται αναλυτικά οι δυσμενείς επιπτώσεις της παχυσαρκίας στα όργανα και τα συστήματα του οργανισμού καθώς επίσης και οι ψυχοκοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της νόσου.

2.1. Καρδιαγγειακό σύστημα

Ο δείκτης μάζας σώματος θεωρείται σήμερα ο τρίτος σημαντικός παράγοντας εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Σύμφωνα με μελέτες, ο βαθμός παχυσαρκίας έχει ευθέως ανάλογη σχέση με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Ο κίνδυνος γίνεται μεγαλύτερος στην πρώιμης έναρξης και στην κεντρική παχυσαρκία.

Η αύξηση του βάρους ακολουθείται από αύξηση της μάζας ισχνών ιστών και του λίπους. Η συνολική κατανάλωση οξυγόνου αυξάνεται, λόγω της δυσμενούς επίδρασης του μεταβολικά ενεργού λιπώδη ιστού. Ο ολικός όγκος αίματος αυξάνει και έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του όγκου παλμού και του όγκου αίματος προς τον εγκέφαλο.

Η αύξηση των αγγειακών αντιστάσεων που παρατηρείται σε μερικούς παχύσαρκους, προκαλεί παρατεταμένη αύξηση της αρτηριακής πίεσης και συγκεντρική πλέον υπερτροφία της αριστερής κοιλίας. Με την πάροδο του χρόνου, ο κόλπος και οι κοιλίες αρχίζουν να ανεπαρκούν και εγκαθίσταται καρδιακή ανεπάρκεια.

2.1.1. Καρδιά

Η καρδιοπάθεια των παχύσαρκων, όταν υπάρχει, έχει συνήθως τη μορφή της μυοκαρδιοπάθειας και σπανιότερα της στεφανιαίας νόσου. Η παχυσαρκία, για να επιδράσει δυσμενώς στην καρδιά και στα αγγεία, πρέπει να υφίσταται τουλάχιστον για 15 χρόνια. Η θνητότητα των παχύσαρκων με καρδιακό νόσημα είναι αυξημένη, έστω και αν το βάρος σώματος είναι μόνο κατά 10% πάνω από το φυσιολογικό.

2.1.2. Μυοκαρδιοπάθεια

Οι παθολογοανατόμοι της Βικτωριανής εποχής πίστευαν ότι η διήθηση του μυοκαρδίου από λίπος ευθυνόταν για την αύξηση του μεγέθους της καρδιάς και την πρόκληση διαφόρων καρδιακών παθήσεων.

Σήμερα, πιστεύεται ότι το μέγεθος της καρδιάς είναι ευθέως ανάλογο του μεγέθους του σώματος και αυτό οφείλεται σε υπερτροφία της. Η εναπόθεση λίπους είναι κυρίως επικαρδιακή, ενώ το λίπος των τοιχωμάτων των καρδιακών κοιλοτήτων παραμένει σε φυσιολογικά επίπεδα. Λιπώδης διήθηση της καρδιάς παρατηρείται μόνο σε άτομα με βαρεία παχυσαρκία, σε ποσοστό 3% περίπου του συνόλου. Η λιπώδης αυτή διήθηση, όταν αφορά το τοίχωμα του δεξιού κόλπου, μπορεί να προκαλέσει διαταραχές του καρδιακού ρυθμού, αρρυθμίες και αιφνίδιο θάνατο.

Η παχυσαρκία, πλην της καρδιομεγαλίας, συνοδεύεται συχνά και από έκπτωση της λειτουργικότητας της αριστερής κοιλίας, σπανιότερα της δεξιάς και ακόμα σπανιότερα και των δύο κοιλιών. Η έκκεντρη τοιχωματική υπερτροφία της καρδιάς προκαλεί αύξηση της κωρητικότητας, πάχυνση του τοιχώματος και αύξηση του βάρους της. Η εικόνα αυτή της καρδιάς είναι η τυπική εικόνα ατόμων με μακροχρόνια παχυσαρκία και είναι όμοια σε παχύσαρκους με ή χωρίς υπέρταση. Σε μερικές περιπτώσεις παρατηρούνται συχνά και έκτακτες συστολές που αυξάνουν τον κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου.

Υπερηχοτομογραφικές μελέτες έδειξαν τη θετική συσχέτιση του δείκτη μάζας σώματος με τη μάζα της καρδιάς, το πάχος του τοιχώματος της και το μέγεθος των κοιλοτήτων της. Αύξηση του μεγέθους της αριστερής κοιλίας ανευρίσκεται με το υπερηχογράφημα σε ποσοστό 8-40% του συνόλου των παχύσαρκων, πάχυνση του τοιχώματος σε 6% - 56% και αύξηση της μάζας της καρδιάς σε 64-87%. Αύξηση του μεγέθους του αριστερού κόλπου ανευρίσκεται σε ποσοστό 10-40% και αύξηση του μεγέθους της δεξιάς κοιλίας σε ποσοστό 30% περίπου.

Οι αιμοδυναμικές μεταβολές των παχύσαρκων παρουσιάζουν σημαντικό ενδιαφέρον και οφείλονται στις αυξημένες μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού λόγω του λίπους. Η αύξηση του όγκου παλμού και του ολικού όγκου αίματος είναι ευθέως ανάλογα του δείκτη μάζας σώματος. Η αύξηση του ολικού όγκου αίματος είναι αποτέλεσμα της αύξησης του αγγειακού υποστρώματος του λιπώδη ιστού και απαιτεί ανάλογη αύξηση της καρδιακής παροχής. Ο καρδιακός δείκτης παραμένει σε φυσιολογικά επίπεδα, οι αγγειακές αντιστάσεις της συστηματικής κυκλοφο-

ρίας μειώνονται στους παχύσαρκους και ανέρχονται σε φυσιολογικά επίπεδα σε περίπτωση που αυτοί είναι υπέρτασικοί.

Η αρτηριακή πίεση, η πίεση στην πνευμονική αρτηρία, η πνευμονική πίεση είναι σαφώς υψηλότερες από εκείνες των ατόμων με κανονικό βάρος. Η πνευμονική υπέρταση, όταν υπάρχει, είναι αποτέλεσμα της αυξημένης διαστολικής πίεσης της αριστερής κοιλίας. Η κατανάλωση οξυγόνου αυξάνει ανάλογα με το βάρος σώματος, ενώ η αρτηριοφλεβική διαφορά οξυγόνου παραμένει σε φυσιολογικά επίπεδα.

Η αιματική ροή και ο όγκος παλμού ενός παχύσαρκου άνδρα βάρους 170 Kg είναι περίπου διπλάσια ενός άνδρα βάρους 70 Kg. Η σπλαχνική αιματική ροή ανευρίσκεται ελαφρώς αυξημένη, ενώ η εγκεφαλική και νεφρική είναι στα φυσιολογικά επίπεδα.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η μυοκαρδιοπάθεια των παχύσαρκων χαρακτηρίζεται από πνευμονική ή και συστηματική κυκλοφορική συμφόρηση, υπερτροφία των κοιλιών καθώς επίσης και έκκεντρη υπερτροφία ολόκληρης της καρδιάς.

2.1.3. Στεφανιαία νόσος

Η δυσμενής επίδραση της παχυσαρκίας στα στεφανιαία αγγεία δεν είναι μέχρι σήμερα επαρκώς τεκμηριωμένη. Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν μία σαφή σχέση ανάμεσα στην κεντρική παχυσαρκία και στη στεφανιαία νόσο. Οι μελέτες αυτές έδειξαν επίσης ότι όσο πιο πρόωμη είναι η έναρξη της παχυσαρκίας τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες στεφανιαίας νόσου, ενώ η βαρύτητα της παχυσαρκίας δεν αξιολογείται ιδιαίτερα.

Συμπτώματα στεφανιαίας νόσου σε παχύσαρκους, χωρίς ιδιαίτερα αγγειογραφικά ευρήματα, παρουσιάζονται συχνά μετά από σωματική άσκηση. Πρόκειται για λειτουργική ισχαιμία τόν μυοκαρδίου και παρατηρείται σε περιπτώσεις καρδιακής υπερτροφίας, όπου η αύξηση της μυϊκής μάζας οδηγεί σε οριακή ροή αίματος στα στεφανιαία αγγεία και σε αύξηση των μεταβολικών απαιτήσεων του μυοκαρδίου.

Η ανικανότητα της αριστερής κοιλίας των παχύσαρκων να διατηρήσει επαρκή λειτουργικότητα προδιαθέτει σε συμφορητική καρδιο-

πάθεια με ποικίλη πρόγνωση, αφού η συστολική υπέρταση σε συνδυασμό με τον υψηλό όγκο παλμού επιβαρύνουν την καρδιά και προκαλούν πρόωμη δυσλειτουργία της αριστερής κοιλίας και καρδιακή ανεπάρκεια.

Ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων που έχουν σχέση με τη θρόμβωση, συνδέονται στενά με την παχυσαρκία. Οι μέχρι σήμερα παρατηρήσεις και μελέτες της σχέσης παχυσαρκίας και στεφανιαίας νόσου δεν είναι επαρκείς, γι' αυτό και με ενδιαφέρον αναμένονται τα αποτελέσματα ερευνών που γίνονται σε παγκόσμιο επίπεδο στις μέρες μας.

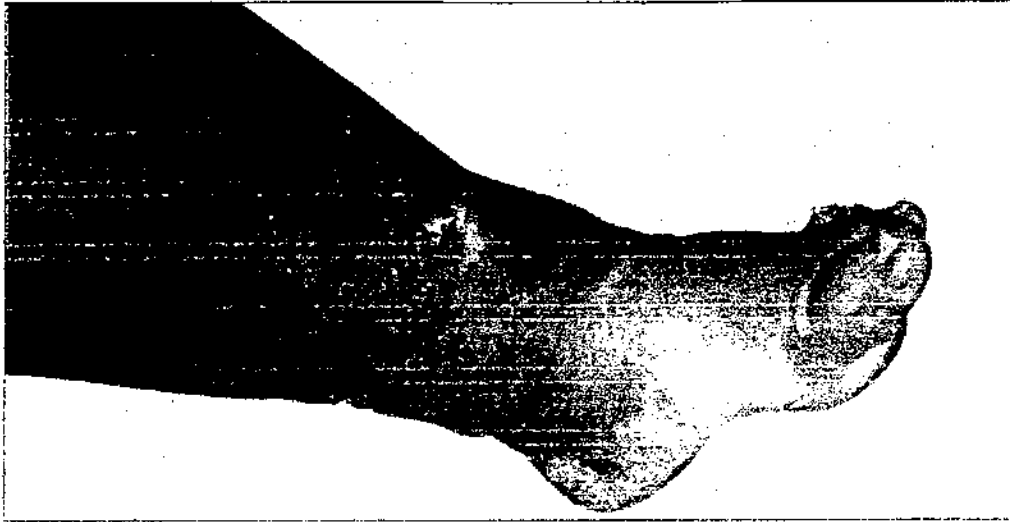
2.1.4. Αρτηρίες

Πρόσφατες υπερηχοτομογραφικές μελέτες σε άτομα με βαρεία παχυσαρκία έδειξαν αύξηση της διαμέτρου της αορτής και των μεγάλων αρτηριών, ενώ και η ελαστικότητα των αγγείων αυτών φαίνεται να είναι μειωμένη.

2.1.5. Φλέβες

Οι συχνότερες φλεβικές παθήσεις αφορούν το φλεβικό δίκτυο των κάτω άκρων και διακρίνονται σε φλεβίτιδα, κίρσους και θρόμβωση του φλεβικού δικτύου. Τα χαμηλά επίπεδα της αντιθρομβίνης που παρατηρούνται στα άτομα με βαρεία, ιδίως, παχυσαρκία ευνοούν την ανάπτυξη θρόμβων αίματος, ενώ η αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση αυξάνει την πίεση της κάτω κοίλης φλέβας και μειώνει τη φλεβική επαναφορά. Το αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση οιδήματος των κάτω άκρων, κίρσων του φλεβικού δικτύου και θρόμβωσης του φλεβικού δικτύου των κάτω άκρων. Ένας παρόμοιος μηχανισμός μπορεί να ευθύνεται και για την αυξημένη συχνότητα πνευμονικής εμβολής των παχύσαρκων με δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια.

Οι φλεβικές παθήσεις των κάτω άκρων αντιμετωπίζονται δύσκολα, αφού υπάρχει και αδυναμία εφαρμογής ελαστικών καλτσών, ελαστικών επιδέσμων και ειδικών υποδημάτων στους ασθενείς αυτούς. Ειδικότερα, τα άτομα έλκη είναι συχνά εκτεταμένα και αντιστέκονται πεισματικά στη θεραπεία.



2.1.6. Αρτηριακή υπέρταση

Η σχέση παχυσαρκίας και αρτηριακής υπέρτασης έχει μελετηθεί και αποδειχθεί επαρκώς, εδώ και πολλά χρόνια. Η αρτηριακή πίεση αυξάνει ανάλογα με το δείκτη μάζας σώματος, αλλά και τη διάρκεια της νόσου.

Ερευνες στις Η.Π.Α. έδειξαν ότι η υπέρταση σε υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα είναι 3 φορές συχνότερη από ότι σε άτομα κανονικού βάρους. Στις ίδιες μελέτες βρέθηκε ότι η υπέρταση είναι 6 φορές συχνότερη σε παχύσαρκους ηλικίας 20-40 ετών από ότι σε παχύσαρκους ηλικίας 45-74 ετών.

Το αιμοδυναμικό προφίλ των υπερτασικών παχύσαρκων εξαρτάται, σε γενικές γραμμές, από το βαθμό της παχυσαρκίας. Τα άτομα με ήπια και μέτρια παχυσαρκία δεν παρουσιάζουν εμφανείς διαφορές από τα άτομα φυσιολογικού βάρους.

Μελέτες μη υπερτασικών παχύσαρκων έδειξαν ότι αυτοί είχαν υψηλότερη ροή και όγκο αίματος και χαμηλότερες αγγειακές αντιστάσεις από ότι οι μη παχύσαρκοι. Σε άτομα με βαρεία παχυσαρκία οι διαφορές είναι μεγαλύτερες και σοβαρότερες.

Οι μηχανισμοί με τους οποίους προκαλείται η υπέρταση των παχύσαρκων είναι από ασαφείς έως τελείως άγνωστοι.

Σήμερα, πιστεύεται ότι η υπέρταση των παχύσαρκων συνδέεται στενά με την αυξημένη ενδοκοιλιακή τους πίεση.

Η σχέση αρτηριακής πίεσης και βάρους σώματος στα παιδιά είναι όμοια με εκείνη των ενηλίκων. Η αύξηση της μάζας σώματος του παιδιού συνοδεύεται από αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Το φαινόμενο αυτό δεν παρατηρείται, παραδόξως, σε παιδιά ηλικίας 2-6 ετών και εξηγείται, ίσως, από το γεγονός ότι οι νεφροί των παιδιών της ηλικίας αυτής έχουν τη δυνατότητα αύξησης της απορροφητικής τους επιφάνειας.

3. Αναπνευστικό σύστημα

Οι διαταραχές του αναπνευστικού συστήματος σε περιπτώσεις ήπιας παχυσαρκίας δεν είναι σημαντικές. Σε ασθενείς με μέτρια και, κυρίως, βαρεία παχυσαρκία είναι βαρείες και, μερικές φορές, επικίνδυνες για τη ζωή τους.

Η αναπνευστική λειτουργία των παχύσαρκων χαρακτηρίζεται, γενικά, από συχνές και επιπόλαιες αναπνοές, χαμηλή λειτουργική υπολειπόμενη χωρητικότητα και χαμηλό εκπνευστικό όγκο, ενώ η μέγιστη εκπνευστική ροή είναι χαμηλή στους άνδρες αλλά όχι και στις γυναίκες.

Ο παχύσαρκος χαρακτηρίζεται από αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση και μειωμένη λειτουργικότητα των αναπνευστικών μυών, η οποία οφείλεται αφενός στη μεγάλη ποσότητα λίπους του θώρακα και αφετέρου στο αυξημένο αναπνευστικό έργο των πνευμόνων. Οι αναπνευστικές διαταραχές του παχύσαρκου είναι περισσότερο εμφανείς κατά τον ύπνο, γι' αυτό και συχνά καλούνται αναπνευστικές διαταραχές του ύπνου.

Η επίδραση της παχυσαρκίας στο αναπνευστικό σύστημα εκδηλώνεται κλινικά ως αναπνευστική δυσλειτουργία καθώς επίσης και με τη μορφή ηπιότερων διαταραχών (ροχαλητό, υπνοβασία, νυχτερινοί εφιάλτες κλπ.).

Σε ασθενείς με βαρεία παχυσαρκία η αναπνευστική δυσλειτουργία είναι πολύ συχνή και σε πολλές περιπτώσεις, οφείλεται όχι μόνο στην παχυσαρκία αλλά και στη συνύπαρξη της με άλλες πνευμονικές παθήσεις, καθώς επίσης και στο κάπνισμα. Σε πρόσφατη έρευνα ποσο-

στό 12,5% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου, είχαν αναπνευστική δυσλειτουργία.

3.1. Σύνδρομο Υπνικής Άπνοιας

Το Σύνδρομο Υπνικής Άπνοιας αποτελεί σοβαρή και δυνητικά, θανατηφόρα επιπλοκή της παχυσαρκίας. Αφορά, για άγνωστους λόγους, συχνότερα τους άνδρες και οι πιθανότητες εμφάνισης του είναι ανάλογες του βαθμού παχυσαρκίας και της ταχείας αύξησης του βάρους σώματος. Το σύνδρομο αφορά το 1-4% του συνόλου του ενήλικου ανδρικού πληθυσμού, το 60% των οποίων είναι παχύσαρκοι και από αυτούς το 30% πάσχει από βαρεία παχυσαρκία.

Η παθογένεια τον συνδρόμου δεν είναι απόλυτα γνωστή. Το Σύνδρομο Υπνικής Άπνοιας παρατηρείται κυρίως σε άτομα με κοντό και παχύ λαιμό και κεντρική παχυσαρκία.

Κατά τη διάρκεια του ύπνου, οι παχύσαρκοι με Σύνδρομο Υπνικής Άπνοιας παρουσιάζουν προοδευτικά αρνητική ρινοφαρυγγική πίεση, που οφείλεται στις ανωμαλίες και στη μείωση της δραστηριότητας των μυών του ανώτερου αναπνευστικού, στη μικρή φαρυγγική κοιλότητα, στη μεγάλη ελαστικότητα του φάρυγγα και στην αυξημένη αντίσταση στο ρεύμα αέρα. Η διαταραχή αυτή της λειτουργίας της αναπνοής οδηγεί σε συστηματική και πνευμονική υπέρταση και συχνά σε καταστολή της εγκεφαλικής λειτουργίας.

Η κλινική εικόνα των ασθενών με Σύνδρομο Υπνικής Άπνοιας κατά τη διάρκεια της νύχτας αποτελείται από επαναλαμβανόμενα αποφρακτικά επεισόδια του ανώτερου αναπνευστικού κατά τη διάρκεια του ύπνου και εκδηλώνεται με βαρύ, δυνατό και γρήγορο ροχαλητό, που φοβίζει τους οικίους του ασθενούς (ροχαλίζει σαν δράκος). Οι ασθενείς ξυπνούν συχνά τη νύχτα με κόπμμένη την ανάσα, κάνουν ανεξέλεγκτες κινήσεις των άκρων και του σώματος, μπορεί να χτυπήσουν τη ή το σύντροφο τους, να τη ή το ρίξουν από το κρεβάτι χωρίς να το καταλάβουν, να υποβοηθήσουν και να έχουν απώλεια ούρων. Άλλα συμπτώματα του συνδρόμου είναι το αίσθημα πνιγμού, οι νυχτερινές επιδρώσεις, η απώλεια της ακοής και το παραμιλητό.

Κατά τη διάρκεια της ημέρας οι ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλη υπνηλία, που αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα συμπτώματα του συνδρόμου. Οι ασθενείς μπορεί να κοιμούνται ενώ διαβάζουν εφημερίδα, στη συζήτηση με άλλα άτομα, ακόμα και όταν τρώνε. Είναι πολύ σημαντικό το γεγονός ότι οι περισσότεροι παχύσαρκοι με Σύνδρομο Υπνικής Άπνοιας έχουν επίγνωση του προβλήματος τους και αποφεύγουν τις εργασίες που απαιτούν εγρήγορση. Έτσι, οι περισσότεροι αποφεύγουν συστηματικά την οδήγηση, επειδή γνωρίζουν ότι ο κίνδυνος να κοιμηθούν στο τιμόνι και να αποτελέσουν αιτία τροχαίου ατυχήματος είναι πολύ μεγάλος. Άλλα συμπτώματα είναι ο πονοκέφαλος, ιδιαίτερα κατά το πρωινό ξύπνημα, η απώλεια μνήμης, η νευρικότητα, η κατάθλιψη, η μειωμένη σεξουαλική ικανότητα ή και η πλήρης ανικανότητα, η ψύχωση και η πνευμονική και συστηματική υπέρταση.

Οι ασθενείς με Σύνδρομο Υπνικής Άπνοιας αποτελούν άτομα υψηλού κινδύνου αιφνιδίου θανάτου. Λόγω της οξείας απόφραξης των ανώτερων αναπνευστικών οδών μπορεί να προκληθεί αναπνευστική ανακοπή και θάνατος. Οι ασθενείς αυτοί διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου και σε περίπτωση που θα χρειαστεί να υποβληθούν σε γενική αναισθησία για οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση. Αιτία αιφνιδίου θανάτου αποτελούν επίσης οι συχνές κοιλιακές αρρυθμίες, οι οποίες κατά τη διάρκεια ενός απνοϊκού επεισοδίου μπορεί να οδηγήσουν σε καρδιακή ανακοπή.

Η διάγνωση του Συνδρόμου Υπνικής Άπνοιας είναι εύκολη και γίνεται από το ιστορικό και την κλινική εικόνα (υπνηλία, βαρύ ροχαλητό, συχνές αναπνευστικές ανακοπές κατά τον ύπνο, πρωινός πονοκέφαλος κλπ.) και επιβεβαιώνεται με τις δοκιμασίες ύπνου με τις οποίες απεικονίζονται, εκτός από το κλασσικό εγκεφαλογράφημα, οι διαταραχές της νυχτερινής αναπνοής και των αερίων αιμάτος.

Η θεραπεία τον συνδρόμου αυτού των παχύσαρκων είναι, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η θεραπεία της παχυσαρκίας. Η απώλεια βάρους αποτελεί την κύρια μέθοδο αντιμετώπισης του συνδρόμου. Στους ασθενείς συστήνεται η αποφυγή του οινοπνεύματος και των διαφόρων υπνωτικών και ηρεμιστικών φαρμάκων.

Πολλοί ασθενείς για να ζήσουν χρειάζονται ειδικό αναπνευστικό μηχάνημα, το οποίο κρατάει ανοικτές τις αεροφόρους οδούς και παρέχει αέρα σε όλη τη διάρκεια της νύχτας και, σε αρκετές περιπτώσεις, και της ημέρας. Με τον τρόπο αυτόν, ο αέρας περνάει το ρινοφάρυγγα, απωθεί τη γλώσσα προς τα εμπρός και προλαβαίνει τα αποφρακτικά επεισόδια σε ποσοστό 70-90% των περιπτώσεων. Σε μερικές πολύ δύσκολες περιπτώσεις (π.χ. ασθενείς με καρδιακές αρρυθμίες, βαρεία υποξία κλπ.), η τραχειοστομία θεωρείται απαραίτητη, έστω και αν υπάρχουν σοβαρές δυσκολίες στην εκτέλεση της λόγω κατασκευής του λαιμού καθώς επίσης και λόγω ανάγκης ειδικών τραχειόστομων, αφού τα υπάρχοντα στην αγορά σήμερα ελάχιστα ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των ασθενών αυτών.

Τέλος, σε ασθενείς με Σύνδρομο Υπνικής Άπνοιας και βαρεία παχυσαρκία, η χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αποτελεί τη θεραπεία του Συνδρόμου Υπνικής Άπνοιας. Οι παχύσαρκοι ασθενείς, μόλις χάσουν 10-15 Kg από το βάρος τους, παρουσιάζουν θεαματική βελτίωση, μέχρι και πλήρη ίαση του συνδρόμου.

Συμπτωματολογία Συνδρόμου Υπνικής Άπνοιας

1. Συμπτώματα κατά τη διάρκεια του ύπνου

Ροχαλητό, παθολογική κινητικότητα, γαστροοισοφαγική πολινδρόμηση, νυχτερινή ενούρηση και απώλεια ούρων, αίσθημα πνιγμού, εφιδρώσεις, υποβοσμία, παραμιλητό.

2. Συμπτώματα κατά τη διάρκεια της ημέρας

Πρωινός πονοκέφαλος, σοβαρού βαθμού υπνηλία, απώλεια μνήμης, μεταβολές της προσωπικότητας, καταθλιψη, ανικονότητα, απώλεια ακοής.

3. Συστηματική και πνευμονική υπέρταση

4. Πεπτικό σύστημα

Η παχυσαρκία αποτελεί προδιαθετικό παράγοντα πλήθους καλοήθων και κακοήθων παθήσεων του γαστροεντερικού σωλήνα, όπως είναι η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, η οισοφαγίτιδα, η γαστρίτιδα και το καρκίνωμα του παχέος εντέρου.

Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με μέτρια και βαρεία παχυσαρκία παρουσιάζει αυξημένη εναπόθεση λίπους στο ήπαρ, το οποίο στις περιπτώσεις αυτές ονομάζεται λιπώδες ήπαρ. Η λιπώδης διήθηση του ήπατος μπορεί να είναι αποτέλεσμα διατροφικών, μεταβολικών, τοξικών και φαρμακευτικών παραγόντων. Η διήθηση είναι εξελικτική και μπορεί να έχει σχέση με το βαθμό και τη διάρκεια της παχυσαρκίας, αλλά και να αποτελεί ξεχωριστή οντότητα. Η συνύπαρξη με την παχυσαρκία πλήθος άλλων παθήσεων, όπως ο διαβήτης, η υπέρταση καθώς επίσης και βλαπτικές συνήθειες όπως το κάπνισμα και ο αλκοολισμός, καθιστούν δύσκολη την απόδοση ευθύνης για το λιπώδες ήπαρ αποκλειστικά και μόνο στην παχυσαρκία.

Το πρόβλημα που ανακύπτει στους ασθενείς με βαρεία παχυσαρκία είναι τεχνικό και συνίσταται στην αδυναμία του αξονικού τομογράφου να δεχτεί άτομα τόσο μεγάλου βάρους και όγκου σώματος. Τέλος, η βιοψία με βελόνη αποτελεί χρήσιμη εξέταση για τη διάγνωση του λιπώδους ήπατος, καθώς επίσης και για την παρακολούθηση ασθενών που αντιμετωπίζονται χειρουργικά, αφού είναι γνωστό ότι η λιπώδης διήθηση αναστρέφεται πλήρως μετά την απώλεια του πλεονάζοντος βάρους.

5. Ουροποιογεννητικό σύστημα

Οι ασθενείς (γυναίκες και άνδρες) με βαρεία, κεντρική κυρίως, παχυσαρκία παρουσιάζουν συχνά τάση προς ούρηση, νυχτερινή ενούρηση και ακράτεια ούρων. Αυτό αποδίδεται στη μεγάλη πίεση που δέχεται η ουροδόχος κύστη από την αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση των ασθενών αυτών.

Στους παχύσαρκους άνδρες ο κίνδυνος καρκίνου του προστάτη και της ουροδόχου κύστης είναι αυξημένος και αποδίδεται στα αυξημένα επίπεδα των γεννητικών ορμονών. Οι παχύσαρκες γυναίκες συχνά πα-

ρουσιάζουν σεξουαλική δυσλειτουργία, η οποία είναι αποτέλεσμα αύξησης των επιπέδων της ανδροστενεδιόνης. Αυτό μπορεί να προκαλέσει αδυναμία σύλληψης, υπερτριχώση, πολυκυστικές ωθήκες, αμηνόρροια, υπερμηνόρροια και να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού και του ενδομητρίου.

6. Νευρικό σύστημα

Οι ασθενείς με βαρεία παχυσαρκία μπορεί να εμφανίσουν υπέρταση. Η νόσος σχεδόν πάντοτε παρουσιάζεται σε γυναίκες και η συμπτωματολογία της αποτελείται από σοβαρές κεφαλαλγίες που επιδεινώνονται τις πρωινές ώρες και περιορισμό του οπτικού πεδίου. Σε μερικές περιπτώσεις, μπορεί να προκληθεί και τύφλωση.

7. Μυοσκελετικό σύστημα και αρθρώσεις

Ο ρόλος της παχυσαρκίας στην παθογένεια, την κλινική εικόνα και την εξέλιξη ορισμένων παθήσεων του μυοσκελετικού συστήματος είναι λίγο πολύ γνωστός και παραδεκτός από όλους σήμερα. Οι επιδράσεις του λιπώδη ιστού, ειδικά στο μεταβολισμό των οιστρογόνων, επηρεάζουν σαφώς και το μεταβολισμό των οστών. Η παχυσαρκία ακολουθείται συχνά από την εμφάνιση οστεοαρθρίτιδας, ουρικής αρθρίτιδας και λιπώδους επώδυνης παρααρθρίτιδας (πόνος στην εσωτερική επιφάνεια του γόνατος), σε μέσης ηλικίας γυναίκες κατά ή αμέσως μετά την εμμηνόπαυση.

7.1. Οστεοαρθρίτιδα

Η παχυσαρκία αυξάνει όχι μόνο τη συχνότητα αλλά και τη βαρύτητα της οστεοαρθρίτιδας. Υπολογίζεται ότι η οστεοαρθρίτιδα σε παχύσαρκους (συνηθέστερα των γονάτων και των αστραγάλων) είναι διπλάσια σε συχνότητα από ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό. Μελέτες έδειξαν ότι οι πιθανότητες εμφάνισης οστεοαρθρίτιδας των γονάτων ήταν σαφώς περισσότερες στους παχύσαρκους και κυρίως στις γυναίκες. Επιπλέον βρέθηκε να υπάρχει σημαντική συγγένεια ανάμεσα στην οστεοαρθρίτιδα των γονάτων και στο επιπλέον βάρος καθώς επίσης και στο επάγγελμα του

ατόμου. Η σχέση αυτή ήταν μεγαλύτερη σε άτομα ηλικίας 55-64 ετών, ενώ δεν βρέθηκε καμμία σχέση ανάμεσα στην οστεοαρθρίτιδα των παχύσαρκων και σε εκείνη που προκαλείται από το ρευματικό πυρετό.

Η παθογένεια της οστεοαρθρίτιδας των παχύσαρκων δεν είναι πλήρως γνωστή. Φαίνεται ότι γενετικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην εμφάνιση της νόσου. Ωστόσο, η πλέον αληθοφανής εξήγηση δημιουργίας οστεοαρθρίτιδας είναι εκείνη που υποστηρίζει ότι η νόσος είναι αποτέλεσμα τριβής και φθοράς των επιφανειών των αρθρικών χόνδρων από τη φυσική καταπόνηση και μεταβολικών διαταραχών, που οδηγούν σε βλάβη της δομής των. Με την πάροδο του χρόνου, η επιφάνεια των χόνδρων καθίσταται ανώμαλη, ραγίζει και λεπταίνει καθώς η φθορά προκαλεί απώλεια χόνδρινου ιστού. Η μείωση του πάχους των αρθρικών χόνδρων προκαλεί στένωση του αρθρικού διαστήματος, το οποίο απεικονίζεται και στην απλή ακτινογραφία της άρθρωσης.

Η θεραπεία της νόσου δεν είναι εύκολη. Η χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων ανακουφίζει τον ασθενή από τα συμπτώματα της νόσου, η απώλεια όμως του πλεονάζοντος βάρους τον απαλλάσσει σε μεγάλο βαθμό και επιτρέπει την καλύτερη χειρουργική αποκατάσταση της κατεστραμμένης άρθρωσης.

7.2. Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η πιο συνηθισμένη φλεγμονώδης αρθρίτιδα, οφείλεται κυρίως σε ανοσοβιολογικά αίτια. Οι βλάβες της άρθρωσης συνίστανται σε φλεγμονή, πάχυνση του αρθρικού υμένα και, μερικές φορές, καταστροφικές και παραμορφωτικές αλλοιώσεις που συνιστούν τη συστηματική φλεγμονώδη νόσο. Η παχυσαρκία δεν φαίνεται να επηρεάζει ιδιαίτερα τον παθογενετικό μηχανισμό της νόσου, ενώ οι επιδημιολογικές μελέτες που έχουν γίνει απέτυχαν να αποδείξουν οποιαδήποτε σχέση ανάμεσα στο βάρος σώματος, στη βαρύτητα και στη συχνότητα της νόσου. Ωστόσο, η παχυσαρκία έμμεσα μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Οι ίδιοι ασθενείς εμφάνισαν επίσης σημαντική απώλεια οστίτη ιστού, που αποδόθηκε στην αυξημένη απορρόφηση ασβεστίου.

7.3. Ουρική αρθρίτιδα

Η ουρική αρθρίτιδα αποτελεί μία άλλη μορφή αρθρίτιδας που έχει σχέση με την κεντρική, ιδίως, παχυσαρκία.

7.4. Άλλες παθήσεις οστών και αρθρώσεων

Η επίδραση της παχυσαρκίας στα οστά μελετήθηκε αρκετά καλά. Η αύξηση του βάρους επιδρά θετικά στην αύξηση της οστικής μάζας. Οι παχύσαρκες γυναίκες έχουν περισσότερη οστική μάζα από τις λεπτές, ενώ η οστεοπόρωση και τα κατάγματα της κεφαλής του μηριαίου είναι λιγότερα. Αυτό σημαίνει ότι τα οστά και οι αρθρώσεις της παχύσαρκης εμμηνοπαυσιακής γυναίκας είναι περισσότερο ανθεκτικά στις τριβές και στα φορτία που δέχονται. Σε ασθενείς με βαρεία παχυσαρκία, τα αυξημένα φορτία που δέχονται οι αρθρώσεις οδηγούν σε βλάβες των αρθρώσεων των γονάτων, των ισχίων και της σπονδυλικής στήλης και πολλοί ορθοπεδικοί συστήνουν την ολική αρθροπλαστική του ισχίου σε κάθε περίπτωση που το βάρος υπερβαίνει τα 100 Kg. Ωστόσο, ο κίνδυνος των επιπλοκών της εγχείρησης είναι μεγάλος και πρέπει πάντοτε να επικρατεί η σύνεση.

8. Δέρμα και υποδόριο

Η παχυσαρκία συνοδεύεται συχνά από ορισμένες παθήσεις και παθολογικές αλλοιώσεις του δέρματος και του υποδορίου.

Οι ραβδώσεις του δέρματος είναι συνήθεις και αντανακλούν την τάση του δέρματος από την αυξημένη εναπόθεση υποδόριου λίπους.

Η υπερτρίχωση των γυναικών, που παρατηρείται σε αρκετές περιπτώσεις, μπορεί να εξηγηθεί από την αυξημένη παραγωγή τεστοστερόνης που συνοδεύει τη σπλαχνική κατανομή λίπους.

Οι μυκητιάσεις του δέρματος, είναι συχνές στους παχύσαρκους, ιδίως σε εκείνους με βαρεία παχυσαρκία. Η δυσκολία εφαρμογής σωστής υγιεινής των ατόμων αυτών, αλλά και η δυσκολία φαρμακευτικής αγωγής βοηθούν στην εμφάνιση των μυκητιάσεων αυτών.

Οι φλεγμονές του δέρματος είναι συχνότερες στους παχύσαρκους και οφείλονται κυρίως στην κακή ατομική υγιεινή, ενώ παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης ευνοούν την εμφάνισή τους.

Η κυτταρίτιδα των κοιλιακών τοιχωμάτων αποτελεί οξεία φλεγμονή του υποδορίου λίπους της κοιλιάς από διάφορα κοινά μικρόβια. Η μεγάλη ποσότητα και το οίδημα του υποδορίου λίπους προκαλούν το σχηματισμό της κρεμάμενης κοιλιάς των παχύσαρκων. Η κατάσταση αυτή σε συνδυασμό με την πλημμελή ατομική καθαριότητα των ασθενών δημιουργούν ιδανικές συνθήκες ανάπτυξης βακτηριδίων. Η κυτταρίτιδα είναι συχνά σοβαρή φλεγμονή και η αντιμετώπιση της, ιδιαίτερα σε ασθενείς με βαρεία παχυσαρκία, δεν είναι πάντοτε εύκολη.



9. Ενδοκρινείς αδένες

Η παχυσαρκία συνοδεύεται από ενδοκρινικές διαταραχές, οι περισσότερες από τις οποίες είναι δευτεροπαθείς και προκαλούνται από την αυξημένη πρόσληψη τροφής, γι' αυτό και αποκαθίστανται εύκολα με την απώλεια βάρους.

Ο θυρεοειδής αδένας αποτελεί, ίσως, τον καλύτερα μελετημένο αδένα των παχύσαρκων, αφού η λειτουργία του έχει στενή σχέση με τις

διαταραχές του μεταβολισμού. Τα επίπεδα των θυρεοειδικών ορμονών είναι φυσιολογικά στους παχύσαρκους, έστω και αν σε ορισμένες περιπτώσεις παρατηρείται αύξηση των επιπέδων της T_3 , η οποία οφείλεται πιθανότατα σε αυξημένη πρόσληψη υδατανθράκων.

Με το δεδομένο ότι οι θυρεοειδικές ορμόνες προάγουν τη λιπόλυση, αποτέλεσαν στο παρελθόν ένα από τα φάρμακα για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Οι υψηλές δόσεις που απαιτούνται για την απώλεια βάρους σε συνδυασμό με τις σοβαρές παρενέργειες που προκαλούν, καθιστούν τις ορμόνες αυτές αποτρεπτικές και επικίνδυνες για την αντιμετώπιση της νόσου.

Οι παχύσαρκες γυναίκες, εκτός από τις διαταραχές της εμμήνου ρήσεως, παρουσιάζουν συχνά δυσκολία στη σύλληψη, υπερτριχώση, σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και αυξημένη συχνότητα καρκίνου μήτρας και μαστού. Οι γυναίκες με βαρεία παχυσαρκία και κανονική έμμηνο ρύση παρουσιάζουν μείωση των ορμονών που συνδέονται με το σεξ, ενώ εκείνες που παρουσιάζουν ολιγομηνόρροια παρουσιάζουν περισσότερο εκσεσημασμένες διαταραχές των ανδρογόνων. Οι γυναίκες αυτές έχουν χαμηλή, φυσιολογική ή και αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα που αποδίδεται περισσότερο στον ψυχισμό τους και λιγότερο στις ορμονικές διαταραχές. Επιπλέον οι χρόνιες διαταραχές των οιστρογόνων μπορεί επίσης να οδηγήσουν σε αμμηνόρροια και στειρότητα.

Ατομα με ήπια και μέτρια παχυσαρκία δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα σεξουαλικά προβλήματα. Η σεξουαλική λειτουργία όμως ατόμων με βαρεία παχυσαρκία, ανδρών και γυναικών, είναι γενικά προβληματική. Οι περισσότεροι άνδρες με βαρεία παχυσαρκία έχουν μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα και αυτή δεν μπορεί να αποδοθεί μόνο στις ορμονικές διαταραχές που προαναφέρθηκαν. Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας φαίνεται ότι επιδρούν αρνητικά, ενώ και οι δυσκολίες στη σεξουαλική απόλαυση που προέρχονται από τον όγκο και το βάρος του σώματος φαίνεται ότι αποτελούν επιπρόσθετους επιβαρυντικούς παράγοντες. Η σεξουαλική ζωή των γυναικών με βαρεία παχυσαρκία ποικίλλει. Σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται υπερδραστηριότητα, σε άλλες η δραστηριότητα είναι φυσιολογική και σε αρκετές περιπτώσεις

υπάρχει πλήρης αδιαφορία. Η αδυναμία σεξουαλικής απόλαυσης πολλών παχύσαρκων γυναικών αποδίδεται, εκτός από τις ενδοκρινικές διαταραχές, στα ιδιαίτερα ψυχολογικά προβλήματα και στις διαταραχές που παρουσιάζουν καθώς επίσης και στον όγκο και το βάρος του σώματος που συχνά είναι αποτρεπτικά για τη σεξουαλική πράξη.

10. Παχυσαρκία και κύηση

Οι παχύσαρκες γυναίκες, που άλλοτε ταυτιζόνταν με τη γονιμότητα, αποτελούν σήμερα μεγάλη ομάδα γυναικών με προβλήματα εγκυμοσύνης. Στις Η.Π.Α., το 10% του συνόλου των εγκύων είναι παχύσαρκες και οι μισές από αυτές έχουν βάρος >150% του «ιδανικού» τους.

Τα προβλήματα της παχύσαρκης εγκύου είναι ανάλογα του βαθμού παχυσαρκίας της. Σε γυναίκες με ήπια παχυσαρκία, ελάχιστα ή καθόλου διαφέρει η εγκυμοσύνη τους από εκείνες με κανονικό βάρος. Οι γυναίκες με βαρεία παχυσαρκία παρουσιάζουν δυσκολίες στη σύλληψη, επιπρόσθετα προβλήματα κατά την κύηση την οποία με δυσκολία θα φέρουν εις πέρας και δυσκολίες κατά τον τοκετό, ο οποίος γίνεται συνήθως με καισαρική τομή. Οι επιπρόσθετες θερμιδικές ανάγκες μιας εγκύου υπολογίζονται συνολικά σε 60.000-80.000 Kcal, ενώ οι επιπλέον ημερήσιες θερμιδικές απαιτήσεις, λόγω μείωσης της φυσικής δραστηριότητας μετά τον 5ο μήνα, δεν υπερβαίνουν τις 100 Kcal. Οι αυξημένες αυτές, έστω και λίγο, θερμιδικές ανάγκες προορίζονται για την αύξηση του λιπώδη ιστού (περίπου 5-6 Kg στο τέλος της εγκυμοσύνης), για το αυξημένο καρδιακό έργο καθώς επίσης και για την ανάπτυξη του κυήματος.

Ο βασικός μεταβολικός ρυθμός παρουσιάζει, κατά τη διάρκεια της κύησης, μεγάλες διακυμάνσεις ανάμεσα στις έγκυες γυναίκες. Σε ορισμένες μειώνεται το πρώτο τρίμηνο και αυξάνεται στη συνέχεια, ενώ σε άλλες παρουσιάζει συνεχή αύξηση σε όλη τη διάρκεια της κύησης. Η θερμογένεση ποικίλλει επίσης σημαντικά από άτομο σε άτομο και αποτελεί σημαντικό παράγοντα διατήρησης του ενεργειακού ισοζυγίου των εγκύων. Οι παχύσαρκες έγκυες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα μεταβολισμού ηρεμίας και χαμηλότερη κατανάλωση ενέργειας με τη φυσική

δραστηριότητα, σε σύγκριση με εκείνη που είχαν πριν από την εγκυμοσύνη τους.

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να υπάρξουν αρκετές και σοβαρές μεταβολικές διαταραχές, με κυριότερες το σακχαρώδη διαβήτη της κύησης και την υπέρταση. Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης ανέρχεται σε ποσοστό 4-18% και εξαρτάται απόλυτα από το βαθμό της παχυσαρκίας. Η πιθανότερη ερμηνεία της αυξημένης εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη στις παχύσαρκες έγκυες είναι ότι στην ήδη υπάρχουσα αντίσταση στην ινσουλίνη της εγκυμοσύνης προστίθεται και εκείνη της παχυσαρκίας. Το μεγαλύτερο ποσοστό παχύσαρκων εγκύων διατηρεί, ωστόσο, φυσιολογικά τα επίπεδα γλυκόζης πλάσματος αυξάνοντας την παραγωγή ινσουλίνης σε πολύ υψηλά επίπεδα. Αν και οι παχύσαρκες είναι περισσότερο ευάλωτες στο σακχαρώδη διαβήτη της κύησης, τα ποσοστά του σε εκείνες χωρίς οικογενειακό ιστορικό της νόσου, δεν είναι σημαντικά υψηλότερα από εκείνα των μη παχύσαρκων.

Η συχνότητα της αρτηριακής υπέρτασης των εγκύων παχύσαρκων είναι 5-23%, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από εκείνο των εγκύων φυσιολογικού βάρους (0.9-9%). Οι παχύσαρκες έγκυες παρουσιάζουν πολύ συχνότερα από εκείνες με κανονικό βάρος υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, παθήσεις των φλεβών των κάτω άκρων και υπερβολική αύξηση του βάρους, που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή της εγκύου και του παιδιού.

Ο τοκετός σε πολλές περιπτώσεις, ιδίως σε γυναίκες με βαρεία παχυσαρκία, γίνεται με καισαρική τομή με όλες τις επιπλοκές που συνεπάγεται η επέμβαση. Η δυσχέρεια του τοκετού μπορεί να προκαλέσει ενδοκοιλιακή αιμορραγία, κατάγματα κλείδας και κακώσεις του προσωπικού και του βραχιονίου πλέγματος του νεογνού. Επιπλέον, η παράταση του τοκετού μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ασφυξία του εμβρύου. Η θνητότητα των παχύσαρκων γυναικών κατά τον τοκετό είναι 2-3 φορές υψηλότερη εκείνης των μη παχύσαρκων. Τα παιδιά των παχύσαρκων γυναικών γεννιούνται με βάρος >4.500 gr και είναι υψηλότερα από τα συνήθη.

Τέλος, η εγκυμοσύνη μπορεί να αποτελέσει, σε αρκετές περιπτώσεις, την αφετηρία έναρξης της παχυσαρκίας.

11. Παχυσαρκία και άλλες παθήσεις

11.1. Κήλες

Η παχυσαρκία ακολουθείται από αυξημένα ποσοστά κηλών όλων των τύπων και αυτό οφείλεται στην αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση που υπάρχει στην κεντρική, κυρίως, παχυσαρκία. Η αυξημένη συχνότητα κηλών αφορά και τις μετεγχειρητικές κοιλιοκήλες, μετά από οποιαδήποτε εγχείρηση, ενώ και η υποτροπή της κήλης σε παχύσαρκους είναι επίσης συχνή. Ο βαθμός δυσκολίας αντιμετώπισης μιας κήλης είναι ευθέως ανάλογος του δείκτη βάρους σώματος, ενώ παχύσαρκοι με μεγάλες κοιλιοκήλες απαιτούν συχνά μετά την εγχείρηση μηχανική υποστήριξη της αναπνοής.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας παρουσιάζουν, λόγω της αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης και της ανατομικής κατασκευής του ασθενούς, μεγαλύτερα ποσοστά μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης από εκείνους που υποβάλλονται σε άλλες μεγάλες εγχειρήσεις κοιλίας (π.χ. κολεκτομή ή γαστρεκτομή). Για το λόγο αυτόν πολλοί χειρουργοί δεν αρκούνται στην απλή συρραφή κατά στρώματα των κοιλιακών τοιχωμάτων, αλλά λαμβάνουν και επιπρόσθετα μέτρα πρόληψης της εκσπλάχνωσης και της δημιουργίας μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης.

11.2. Καρκίνος

Υπάρχει σαφής σχέση παχυσαρκίας και διαφόρων μορφών καρκίνου. Η σχέση αυτή είναι ιδιαίτερα εμφανής σε περιπτώσεις ορμονοεξαρτώμενων όγκων ή και όγκων του πεπτικού συστήματος.

Η αυξημένη συχνότητα καρκίνου του μαστού, του ενδομητρίου, των ωοθηκών και του τραχήλου της μήτρας σε παχύσαρκες έχει πλήρως αποδειχτεί σήμερα, ενώ και η συχνότητα καρκίνου του παχέος εντέρου και του προστάτη σε παχύσαρκους άνδρες φαίνεται ότι είναι αυξημένη. Η αυξημένη επίσης συχνότητα καρκινώματος της χοληδόχου κύστης και του νεφρού έχει υπογραμμιστεί από πολλούς ερευνητές, ενώ πρόσφατα πιθανολογήθηκε ότι η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κιν-

δύνου και για τον καρκίνο της γαστροοισοφα-γικής συμβολής. Η συχνότητα των νεοπλασμάτων αυτών είναι υψηλότερη σε ασθενείς με σπλαχνική εναπόθεση λίπους, γεγονός που τα συνδέει άμεσα με ορμονικές διαταραχές.

Το είδος και η ποσότητα του φαγητού φαίνεται ότι συμβάλλει στην αυξημένη εμφάνιση καρκίνου στους παχύσαρκους. Η αύξηση της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης, η υπερκατανάλωση κορεσμένων λιπαρών οξέων καθώς επίσης και η μείωση της κατανάλωσης φυτικών ινών με το ψωμί, τα φρούτα και τα λαχανικά φαίνεται να σχετίζονται με την αυξημένη συχνότητα των ορμονοεξαρτώμενων καθώς επίσης και των καρκινωμάτων του πεπτικού συστήματος των παχύσαρκων. Μία άλλη πιθανή εξήγηση του αυξημένου κινδύνου καρκίνου του ενδομητρίου, ίσως και του μαστού, σε παχύσαρκες γυναίκες είναι η αυξημένη παραγωγή οιστρογόνων από τα στρωματικά κύτταρα του λιπώδη ιστού. Ο λιπώδης ιστός αποτελεί πηγή οιστρογόνων στις μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και η αυξημένη αυτή παραγωγή τους σχετίζεται με το βαθμό αύξησης του λίπους σώματος.

11.3. Διαγνωστικές δυσχέρειες άλλων νόσων

Ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο παχύσαρκος και ο γιατρός που τον εξετάζει, είναι οι διαγνωστικές δυσκολίες διαφόρων ενδοκοιλιακών, κυρίως, παθήσεων. Το παχύ κοιλιακό τοίχωμα σε συνδυασμό με την αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση, δύσκολα επιτρέπουν την ανεύρεση κλινικών σημείων χαρακτηριστικών ενδοκοιλιακής νόσου. Για το λόγο αυτόν ο γιατρός που θα εξετάσει τον παχύσαρκο πρέπει να είναι ιδιαίτερα έμπειρος και καχύποπτος. Η δυσκολία στην έγκαιρη διάγνωση ενδοκοιλιακών νόσων, κυρίως φλεγμονωδών και νεοπλασματικών, συμβάλλει σημαντικά στην αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα των παχύσαρκων. Ιδιαίτερο πρόβλημα αποτελούν επίσης οι πρακτικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με τις σύγχρονες απεικονιστικές εξετάσεις. Οι ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία κυρίως εκείνοι με υπερνοσογόνο, είναι αδύνατο πρακτικά να υποβληθούν σε αξονική ή μαγνητική

τομογραφία, αφού ο όγκος τους και το βάρος τους είναι αποτρεπτικά για την ασφάλεια των μηχανημάτων.

12. Ψυχολογικές επιπτώσεις

Η παχυσαρκία αποτελεί για πολλούς ανθρώπους αιτία ψυχολογικών, επαγγελματικών, κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων. Στη Σουηδία, για παράδειγμα, οι παχύσαρκοι συνταξιούχοι είναι διπλάσιοι από εκείνους ίδιας ηλικίας και κανονικού βάρους που ασκούν το ίδιο επάγγελμα. Τα ψυχολογικά προβλήματα των παχύσαρκων, ιδίως των γυναικών, είναι μεγαλύτερα από εκείνα που έχουν όταν πάσχουν από χρόνια νοσήματα (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα, καρκίνος) καθώς επίσης και από χρόνιες κακώσεις, π.χ. σπονδυλικής στήλης. Οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας υποτιμούνται σαφώς. Ο ψυχίατρος, ωστόσο, αποτελεί σήμερα σπουδαίο συνεργάτη όλων των θεραπειών της νόσου, συμπεριλαμβανομένων και των περισσότερων χειρουργών. Οι δυσμενείς ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας δεν αποτελούν αναπόφευκτες συνέπειες της, αλλά προάγονται από το μορφωτικό επίπεδο, ανάλογα με το οποίο οι άνθρωποι βλέπουν το λίπος του σώματος σαν άρρωστο και άσχημο πράγμα. Ο κανόνας ότι «όσο μεγαλύτερου βαθμού είναι η παχυσαρκία τόσο περισσότερα είναι τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που δημιουργεί», αποτελεί υπεραπλουστευμένη γενίκευση σήμερα.

12.1. Η ψυχογενής θεωρία της παχυσαρκίας σήμερα

Η ψυχογενής θεωρία της παχυσαρκίας, η οποία ήταν αποδεκτή για πολλά χρόνια, έδωσε μία επαρκή εξήγηση της αιτιοπαθογένειας της νόσου και βοήθησε στην κατανόηση πέντε βασικών προβλημάτων. Τρία από τα προβλήματα αυτά (αδυναμία έναρξης θεραπευτικής αγωγής, αδυναμία εφαρμογής συστηματικής θεραπευτικής αντιμετώπισης και αποτυχία απώλειας βάρους) θεωρήθηκαν ότι ήταν αποτέλεσμα απροθυμίας του παχύσαρκου να διακινδυνεύσει την απώλεια της στοματικής απόλαυσης από την οποία ήταν εξαρτημένος. Το τέταρτο πρόβλημα, η κατάθλιψη, αποδόθηκε στην πλήρη και οριστική απώλεια της στοματι-

κής απόλαυσης, ενώ το πέμπτο, η ανάκτηση του απωλεσθέντος βάρους, θεωρήθηκε ως αποτέλεσμα της αυξημένης πρόσληψης τροφής στην προσπάθεια επαναφοράς του στοματικού σταδίου. Τα νέα δεδομένα που προέκυψαν τα τελευταία χρόνια από τη βιολογία και την καλύτερη μελέτη της φύσης και της έκτασης των ψυχολογικών προβλημάτων των παχύσαρκων, άλλαξαν ριζικά τις απόψεις των ψυχιάτρων για τη νόσο.

12.2. Βουλιμία, άγχος και κατάθλιψη

Μία συνήθης ψυχοπαθολογική κατάσταση που παρατηρείται σε ασθενείς με βαρεία, κυρίως, παχυσαρκία είναι εκείνη που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια βουλιμίας και υπερφαγίας, ιδίως το απόγευμα και τη νύχτα. Η κατάσταση αυτή απαντάται σε ποσοστό 20-30% του συνόλου των ασθενών που πηγαίνουν στο γιατρό για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, αλλά μόνο στο 2% του γενικού πληθυσμού. Ο ασθενής που παρουσιάζει βουλιμία, τρώει μεγάλη ποσότητα τροφής σε λίγο χρόνο, αδιαφορώντας για το είδος και την ποιότητα της (σαβουρώνει).

Για να χαρακτηριστεί ότι ένα άτομο πάσχει από βουλιμία, πρέπει τα επεισόδια να εμφανίζονται με συχνότητα πάνω από 2 φορές την εβδομάδα για χρονικό διάστημα τουλάχιστο 6 μηνών και να συνοδεύονται από συναισθηματική καταπίεση. Σε ασθενείς με βαρεία παχυσαρκία, ποσοστό 25-68% του συνόλου, σύμφωνα με τις διάφορες στατιστικές, παρουσιάζουν τουλάχιστον 2 επεισόδια βουλιμίας την εβδομάδα. Τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία αυτή παρουσιάζουν συχνότερα κατάθλιψη και χαμηλού βαθμού αυτοεκτίμηση, αντιμετωπίζονται δυσκολότερα και ευκολότερα ανακτούν το βάρος που απώλεσαν. Τα διαγνωστικά κριτήρια των ασθενών με βουλιμία περιγράφονται στον παρακάτω πίνακα.

Διαγνωστικά κριτήρια ασθενών με βουλιμία.

A. Υποτροπιάζοντα επεισόδια βουλιμίας με τα εξής δύο χαρακτηριστικά:

1. Λήψη φαγητού σε σύντομα χρονικά διαστήματα (π.χ. σε διάστημα 2 ωρών, σε ποσότητα πολύ μεγαλύτερη από εκείνη που τρώνε οι περισσότεροι άνθρωποι την ίδια ώρα και κάτω από τις ίδιες συνθήκες).
2. Η αίσθηση ότι την ώρα του φαγητού χάνεται τελείως ο έλεγχος (π.χ. το αίσθημα ότι το άτομο αδυνατεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει το πόσο και το τί θα φάει).

B. Τα επεισόδια βουλιμίας συνοδεύονται από τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

1. Να τρώει κάποιος περισσότερο γρήγορα από το κανονικό.
2. Να τρώει κάποιος, έστω και αν αισθάνεται χορτάτος.
3. Να τρώει κάποιος πολύ, έστω και αν δεν αισθάνεται ότι πεινάει πολύ.
4. Να τρώει κάποιος μόνος του, για το φόβο μήπως και οι άλλοι του φάνε το φαγητό.
5. Να αισθάνεται κάποιος ένοχος, στεναχωρημένος ή και απλώς εκνευρισμένος με τον εαυτό του μετά από το πολύ φαγητό.

Γ. Να υπάρχει μεγάλη στενοχώρια, που να οδηγεί στη βουλιμία

Δ. Τα επεισόδια βουλιμίας να παρουσιάζονται τουλάχιστον δύο φορές τη βδομάδα για χρονικό διάστημα 6 μηνών.

E. Η βουλιμία δεν συνοδεύεται από αντισταθμιστικές πράξεις (π.χ. χρήση καθαρτικών, νηστείας, εκτεταμένης άσκησης).

Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων προσφέρει σημαντική βοήθεια και, σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών με βαρεία παχυσαρκία, η βουλιμία μπορεί να χαρακτηριστεί και ως νευρογενής βουλιμία. Οι ασθενείς αυτοί τρώνε τη νύχτα, ενώ παρουσιάζουν ταυτόχρονα και αναπνευστικές διαταραχές κατά τον ύπνο.

Το άγχος και η κατάθλιψη που χαρακτηρίζουν πολλούς από τους παχύσαρκους με βαρεία, ιδίως, παχυσαρκία μελετήθηκαν από πλήθος ερευνητών. Έρευνα στις Η.Π.Α. μελέτησε ασθενείς με βαρεία παχυσαρκία και βρήκε ότι το 20% αυτών είχε ένα τουλάχιστον επεισόδιο βαρείας καταθλιπτικής συνδρομής. Παρόμοια ή και μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης αναφέρουν και άλλοι ερευνητές, τα οποία είναι πολύ υψηλότερα του γενικού πληθυσμού. Αντίθετα, άλλοι έδειξαν ότι τα ποσοστά των ασθενών με βαρεία παχυσαρκία που παρουσιάζουν άγχος και κατάθλιψη, δεν διαφέρουν από εκείνα του γενικού πληθυσμού. Ιδιαίτερη

κατηγορία ασθενών με βαρεία, ιδίως, παχυσαρκία που παρουσιάζουν άγχος και κατάθλιψη, αποτελούν εκείνοι που υπέστησαν σεξουαλική ή άλλης μορφής κακοποίηση κατά την παιδική ή την πρώιμη εφηβική ηλικία, η οποία δημιούργησε ψυχικό τραύμα. Το ποσοστό των ασθενών αυτών υπερβαίνει το 25% του συνόλου και σε σύγκριση με το 6% του γενικού πληθυσμού είναι πολύ υψηλό. Η βιαιοπραγία αλλά και η χρήση πλούσιου υβραιολογίου στους ασθενείς αυτούς ανήλθε σε 30%, έναντι 14% του πληθυσμού-ελέγχου. Τέλος το 50% των ασθενών με βαρεία παχυσαρκία έμεινε με έναν γονέα στην παιδική ή εφηβική ηλικία έναντι 17% της ομάδας ελέγχου, ενώ τα προβλήματα του γάμου παχύσαρκων ήταν τρεις φορές πιο συχνά (54%) σε σχέση με την πληθυσμιακή ομάδα ελέγχου (16%).

12.3. Προσωπικότητα και αυτοεκτίμηση

Ο ρόλος και η σχέση της προσωπικότητας του ατόμου με την παχυσαρκία έχουν ιστορία ανάλογη με εκείνη της ψυχοσωματικής έρευνας. Προσπάθειες που έγιναν για τον εντοπισμό ενός ενιαίου τύπου προσωπικότητας, ο οποίος να προδιέθετε σε παχυσαρκία, οδήγησαν τους παλαιότερους ερευνητές στην ταξινόμηση σε κατηγορίες ποικίλων χαρακτήρων παχύσαρκων. Έτσι, περιγράφηκαν ο αγχώδης, ο κοινωνικά ανεπαρκής, ο κυκλοθυμικός, ο υπερπροστατευόμενος, ο ψυχοπαθητικός χωρίς αναστολές κλπ., όλοι τους με κοινό γνώρισμα την πολυφαγία-υπερφαγία. Μεταγενέστερες μελέτες αμφισβήτησαν τον αιτιοπαθογενετικό ρόλο ειδικών προσωπικοτήτων, υποστηρίζοντας μάλιστα ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν επίπτωση, μάλλον, της παχυσαρκίας παρά αιτία. Το πιθανότερο είναι ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη δομή της προσωπικότητας έχουν τη δική τους συμμετοχή στην αιτιοπαθογένεια, ιδιαίτερα, της βαρείας παχυσαρκίας.

Αποφευκτικότητα, χαμηλή κοινωνικότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κακή εικόνα σώματος και εαυτού, αίσθηση μειωμένης αρρενωπότητας ή θηλυκότητας, παθητικότητα-εξάρτηση, παθητική επιθετικότητα, έλεγχος συναισθημάτων, καχυποψία, αυτοτιμωρητική διάθεση, αδυναμία αναστολής της ικανοποίησης των ενορμήσεων (παρορμητικότητα) είναι τα

στοιχεία που διαπιστώνονται σε πολλές μελέτες. Από τα στοιχεία αυτά, η παθητικότητα-εξάρτηση, η παθητική επιθετικότητα και η παρορμητικότητα ανευρίσκονται συχνότερα σε ασθενείς με βαρεία παχυσαρκία.

12.4. Εικόνα εαυτού

Η χαμηλού βαθμού αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση στην εργασία τους και στις κοινωνικές τους συναναστροφές αποτελεί συχνό εύρημα ασθενών με βαρεία παχυσαρκία, αλλά και πολλών άλλων με νόσο μικρότερου βαθμού. Οι ασθενείς με βαρεία παχυσαρκία που αντιμετωπίζονται χειρουργικά, έχουν υψηλότερου βαθμού κατάθλιψη και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, από εκείνους με μέτρια παχυσαρκία που αντιμετωπίζονται με φάρμακα.

Η κακή εικόνα του εαυτού παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο στην εξέλιξη του χαρακτήρα ενός παχύσαρκου παιδιού. Η εικόνα αυτή είναι σταθερή και δεν βελτιώνεται, ακόμη και αν στην εφηβική ηλικία ή και αργότερα αδυνατίσει. Παιδιά προεφηβικής ηλικίας με παχυσαρκία παρουσιάζουν χαμηλή κοινωνικότητα, μειωμένες επιδόσεις στο σχολείο καθώς επίσης και ανευθυνότητα, ενώ κατά την εφηβική ηλικία επικρατεί η κακή εικόνα του σώματος τους. Όσον αφορά τον ενήλικα πληθυσμό, οι γυναίκες περισσότερο συχνά από τους άνδρες παρουσιάζουν κακή εικόνα εαυτού. Δεν αποτελεί, συνεπώς, έκπληξη ότι η πλειονότητα των ασθενών με βαρεία παχυσαρκία δεν είναι ικανοποιημένη με τη μορφή, το σχήμα και το μέγεθος του σώματος τους. Ωστόσο, η κακή αυτή εικόνα του εαυτού δεν συνοδεύεται από σημαντική, κλινικά, αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης.

12.5. Ποιότητα ζωής

Ο όρος ποιότητα ζωής σημαίνει κυρίως το βαθμό ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του, όχι μόνο από τις ψυχολογικές και σωματικές λειτουργίες αλλά και από τις σχέσεις του με το περιβάλλον. Ο όρος προσδιορίζει τις φυσικές, ψυχολογικές και οικονομικές κατακτήσεις μιας κατάστασης που χαρακτηρίζεται ως υγιής, αποτελεί όμως διακριτή περιοχή που επηρεάζεται από την προσωπική εμπειρία, τα πιστεύω, τις

προσδοκίες και τις αντιλήψεις και αποτελεί μία δυναμική προσωπική αντίληψη που αλλάζει πολύ εύκολα.

Η ήπια και η μέτρια παχυσαρκία ελάχιστα επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Η βαρεία, όμως, παχυσαρκία επηρεάζει αρνητικά πολλές παραμέτρους της, αφού οι παχύσαρκοι πάσχουν συχνά από διάφορα νοσήματα, έχουν προβληματική σεξουαλική ζωή, μειωμένη επαγγελματική και κοινωνική δραστηριότητα και απόδοση. Το μέγεθος του σώματος, ιδίως εκείνων με νοσογόνο και υπερνοσογόνο παχυσαρκία, αποτελεί συχνά ιδιαίτερο πρόβλημα, αφού οι ασθενείς χρειάζονται ειδικό κρεβάτι, ειδικά ρούχα, ειδικούς χώρους υγιεινής και καθαριότητας, ενώ συχνά αντιμετωπίζουν την έχθρα και τη χλεύη ακόμη και του στενού οικογενειακού και κοινωνικού τους περιβάλλοντος.

12.6. Ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές

Ο βαθμός και η έκταση των ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων που συνδέονται με την παχυσαρκία, φαίνεται ότι δεν έχουν πλήρως διευκρινιστεί και η σχετική βιβλιογραφία αναφέρει αντιφατικά αποτελέσματα. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η βαρεία, τουλάχιστον, παχυσαρκία συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά ψυχικών διαταραχών, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι η ψυχιατρική νοσηρότητα είναι ακριβώς ίδια με εκείνη τυχαίου δείγματος πληθυσμού. Συμφωνία, όμως, υπάρχει ως προς την ποιότητα της ψυχοπαθολογίας, που έχει τα χαρακτηριστικά διαταραχών της προσωπικότητας ή της συναισθηματικής διάθεσης, ανεβάζοντας τα ποσοστά των καταθλιπτικών επεισοδίων μέχρι και 50% του συνόλου των παχύσαρκων. Γνωστή κατάσταση αποτελεί η λεγόμενη κατάθλιψη δίαιτας, που αναφέρεται στο ιστορικό πολλών παχύσαρκων κάθε φορά που υποβάλλονται σε εκούσια ή ακούσια στέρηση τροφής. Σε υψηλή σχετικά αναλογία αναφέρεται και η εξάρτηση των παχύσαρκων από ουσίες, ιδίως οινόπνευμα, αν και πρόσφατες έρευνες εκφράζουν τελείως αντίθετη άποψη.

12.7. Κοινωνικά στερεότυπα, προκαταλήψεις και διακρίσεις

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι ακόμη και σήμερα οι παχύσαρκοι αποτελούν στιγματισμένη ομάδα πληθυσμού σε πολλές αναπτυγμένες χώρες, λόγω της κακής σωματικής τους εμφάνισης και του χαρακτήρα που έχουν διαμορφώσει. Παιδιά ηλικίας 5-6 ετών δίδουν στους παχύσαρκους συνομήλικους χαρακτηρισμούς του τύπου «τεμπέληδες, βρομιάρηδες, βλάκες, άσχημοι, ψεύτες και κακοί», πολύ συχνότερα από ότι στους μη παχύσαρκους. Σήμερα, η ψυχοπαθολογία του παχύσαρκου πιστεύεται ότι αποτελεί συνέπεια της κοινωνικής υποτίμησης του. Είναι πολύ δύσκολο να αποκτήσει κάποιος ή, έστω, να συντηρήσει καλή εικόνα του εαυτού του στην σύγχρονη κοινωνία μας, που λατρεύει και εξυμνεί τα λεπτά πρότυπα και υποτιμά πάρα πολύ και απωθεί τους παχύσαρκους.

Οι παχύσαρκοι, ιδίως εκείνοι με βαρεία παχυσαρκία, πρέπει να αγωνίζονται εναντίον των διακρίσεων, τον ρατσισμού και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Αναλύσεις μεγάλων σειρών έδειξαν ότι, σε σύγκριση με μη παχύσαρκους συνομήλικους τους, οι παχύσαρκοι έχουν λιγότερες πιθανότητες να περατώσουν τις σπουδές τους, να γίνουν δεκτοί σε καλά σχολεία και πανεπιστήμια ή να ασκήσουν το επάγγελμα που θα επιθυμούσαν. Επίσης έχει αποδειχτεί ότι οι παχύσαρκες γυναίκες των Η.Π.Α. και της Βρετανίας κερδίζουν λιγότερα χρήματα, όχι μόνο από τις συνομήλικες τους μη παχύσαρκες, αλλά και από εκείνες που έχουν άλλα χρόνια προβλήματα υγείας.

Τα αρνητικά στερεότυπα και η αρνητική διάθεση των ατόμων (συμπεριλαμβανομένων των ιατρών, των φοιτητών της ιατρικής, των διαιτολόγων, των φυσιοθεραπευτών και των νοσηλευτών) που κινούνται γύρω από τον παχύσαρκο, έχουν ιδιαίτερη σημασία. Η αρνητική αυτή διάθεση κάνει τον παχύσαρκο να αποφεύγει να ζητήσει βοήθεια από τους ειδικούς για την επίλυση των προβλημάτων του. Οι γιατροί δείχνουν μικρότερο ενδιαφέρον στην αντιμετώπιση τους πιστεύοντας ότι αυτοί, ιδίως εκείνοι με βαρεία παχυσαρκία, είναι άξιοι της τύχης τους και κάθε συμβολή και φροντίδα είναι άχρηστη. Η άγνοια δε πολλών γιατρών όλων των ειδικοτήτων για τις σύγχρονες δυνατότητες αντιμετώπισης της παχυσαρ-

κίας και οι κακές συμβουλές που δίδουν συχνά, ιδίως για την αποφυγή της χειρουργικής αντιμετώπισης της βαρείας παχυσαρκίας, έχουν ως αποτέλεσμα τη σπατάλη της ζωής των ανθρώπων αυτών και, μερικές φορές, συμβάλλουν ακόμη και στο θάνατο τους. Τέλος, η μη αναγνώριση μέχρι πρόσφατα της παχυσαρκίας ως ξεχωριστής «νόσου» και η μη διδασκαλία της στις ιατρικές σχολές συνέβαλαν σημαντικά στην πλήρη άγνοια του αντικειμένου από τους περισσότερους γιατρούς.

13. Οικονομικές επιπτώσεις

Οι οικονομικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας αφορούν όχι μόνο τους ίδιους τους ασθενείς και το οικογενειακό τους περιβάλλον, αλλά και τις υπηρεσίες υγείας των διαφόρων χωρών καθώς επίσης και εκείνους που ασχολούνται άμεσα ή έμμεσα με τη νόσο. Μέχρι σήμερα, σε αντίθεση με το κάπνισμα και τον αλκοολισμό, λίγες προσπάθειες έγιναν για να υπολογιστούν οι οικονομικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας και των παθήσεων που συνδέονται άμεσα με αυτήν. Λίγες επίσης μελέτες υπάρχουν, που αφορούν τις δαπάνες πρόληψης και θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου.

Οι οικονομικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας συνίστανται σε τρία κύρια οικονομικά μεγέθη:

1.- Τις άμεσες δαπάνες, τα έξοδα δηλαδή των ατόμων και των υπηρεσιών υγείας για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και των παθήσεων που συνδέονται άμεσα με αυτήν.

2.- Τις αφανείς δαπάνες, τις οποίες αποτελούν τα ευκαιριακά έξοδα των ασθενών στην προσπάθεια τους να μετατρέψουν την παθολογική κατάσταση τους σε υγιή και να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους

3.- Τις έμμεσες δαπάνες, οι οποίες προκύπτουν από την απώλεια εργατωρών καθώς επίσης και από τυχόν πρόωρο θάνατο. Σε αυτές υπολογίζονται και η απώλεια του πλούτου και των οικονομικών ωφελειών των άλλων μελών της κοινωνίας από τη μείωση των αγαθών και των παρεχόμενων προς αυτούς υπηρεσιών.

Οι περισσότερες μελέτες των οικονομικών επιπτώσεων της παχυσαρκίας, όσες υπάρχουν μέχρι σήμερα, εστιάζονται στον υπολογισμό των άμεσων και των έμμεσων δαπανών, ενώ λιγότερη προσοχή δίδεται στον υπολογισμό των αφανών που, έτσι και αλλιώς, δύσκολα υπολογίζονται.

Για να είναι αξιόπιστος ο άμεσος υπολογισμός των δαπανών της παχυσαρκίας και των παθήσεων που συνδέονται με αυτήν πρέπει να υπάρχουν οι εξής προϋποθέσεις:

1.- Να αναγνωριστούν επακριβώς οι παθήσεις εκείνες, που συνδέονται άμεσα με το επιπλέον βάρος και τη νόσο.

2.- Να προσδιοριστεί η σχέση της παχυσαρκίας με τη νοσηρότητα και τη θνητότητα των συνυπαρχουσών με αυτήν νόσων, χρησιμοποιώντας ως κριτήρια τους δείκτες κατανομής στον πληθυσμό

3.- Να αναγνωριστούν οι κατηγορίες οικονομικών δαπανών και να κατανεμηθούν ανάλογα.

4.- Να προσδιοριστούν οι συνολικές δαπάνες που συνοδεύουν τις σχετικές με τη διατροφή παθήσεις.

5.- Να αναλυθούν λεπτομερώς οι βασικές επιδημιολογικές και οικονομικές παράμετροι, που παρέχουν μία διακύμανση υπολογισμού της δαπάνης.

Έμμεσος τρόπος υπολογισμού των δαπανών για την παχυσαρκία και τις σύνοδες νόσους είναι το σύνολο των ημερών αναρρωτικής άδειας το χρόνο. Η παράμετρος αυτή παρέχει εκτιμήσεις των επιβαρύνσεων σε περίπτωση θανάτου και ανικανότητας για κάθε πρόβλημα υγείας και δίδει τη δυνατότητα συγκρίσεων πληθυσμών διαφόρων γεωγραφικών διαμερισμάτων και κοινωνικών ομάδων. Με τον τρόπο αυτό, παθήσεις που συνδέονται με την παχυσαρκία μπορούν να εκτιμηθούν όχι μόνο ως προς το πρόσδοκιο επιβίωσης και τη νοσηρότητα των πάσχόντων, αλλά και ως προς την οικονομική επιβάρυνση που προκαλούν.

Μέχρι στιγμής, λίγες μελέτες έχουν υπολογίσει τις οικονομικές επιπτώσεις της νόσου και των παθήσεων που συνδέονται άμεσα με αυτήν. Οι δαπάνες για τη νόσο και τις σύνοδες της παθήσεις κυμαίνονται στις

διάφορες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου από 2% έως 7% του συνόλου των δαπανών για την υγεία.

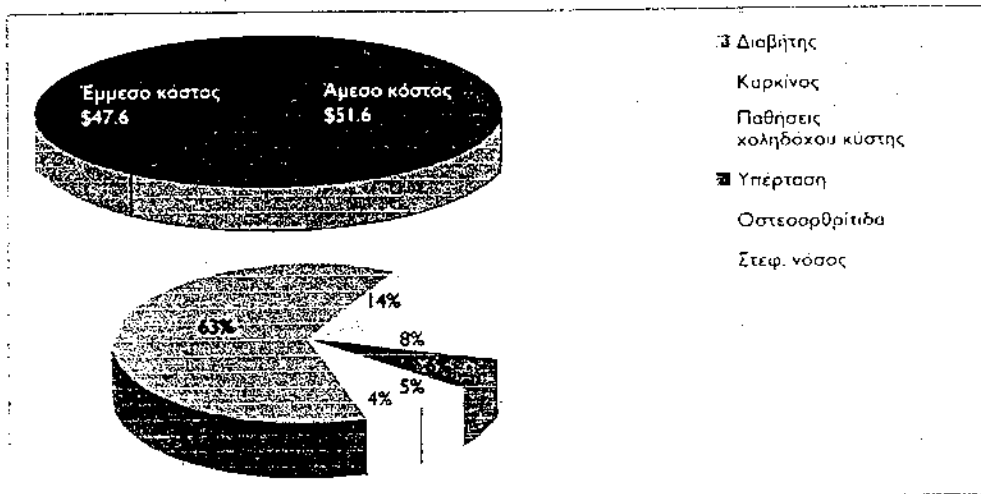
Συγκεκριμένα:

Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

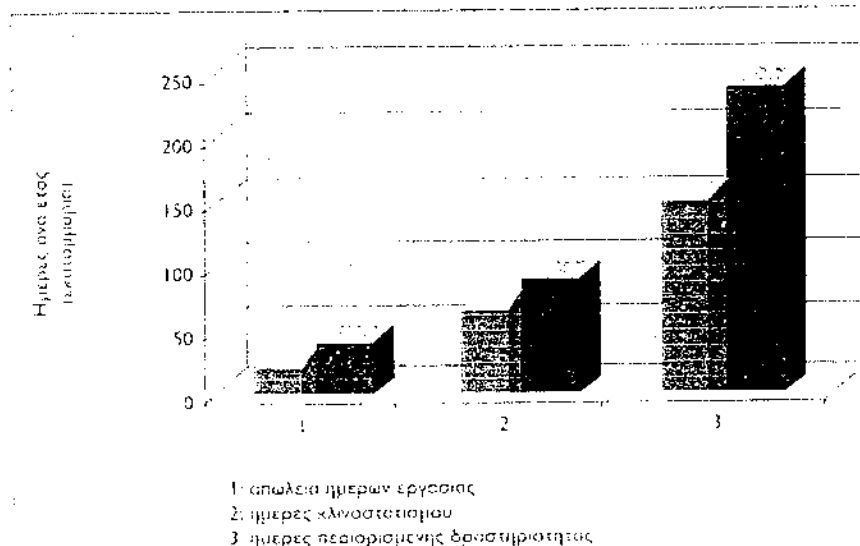
Η πρώτη μελέτη των δαπανών για την παχυσαρκία και τις συνυπάρχουσες με αυτήν νόσους σε εθνικό επίπεδο, η οποία θεωρείται κλασσική, έγινε στις ΗΠΑ πριν από 15 περίπου χρόνια. Η συνολική δαπάνη για την παχυσαρκία, υπολογισμένη με πρόσθεση των άμεσων και των έμμεσων δαπανών για το 1986, ήταν 39.300 εκατομμύρια δολάρια, ποσό που αντιπροσωπεύει το 5.5% του συνόλου των δαπανών για την υγεία στις ΗΠΑ το ίδιο έτος.

Ανάλογη μελέτη, η οποία δύναται να θεωρηθεί πολύ αξιόπιστη, έγινε και το 1990. Σύμφωνα με αυτήν, η συνολική δαπάνη το έτος αυτό για την παχυσαρκία υπολογίστηκε σε 68.800 εκατομμύρια δολάρια. Από το ποσό αυτό, 45.800 εκατομμύρια δολάρια αποτέλεσαν τις άμεσες δαπάνες για την παχυσαρκία και τις συνυπάρχουσες με αυτήν παθήσεις και 23.000 εκατομμύρια τις έμμεσες. Από τα 23.000 εκατομμύρια των έμμεσων δαπανών, ποσό 4.000 εκατομμυρίων δολαρίων υπολογίζεται ως κόστος από την απώλεια 52.591.480 εργάσιμων ημερών και τα υπόλοιπα 19.000 εκατομμύρια δολάρια ως κόστος από θανάτους ατόμων, λόγω των συνυπαρχουσών με την παχυσαρκία παθήσεων.

Το έτος 2003, οι δαπάνες αυτές αυξήθηκαν σημαντικά. Το σχήμα 1 δείχνει τις άμεσες και έμμεσες δαπάνες καθώς επίσης και την εκατοστιαία αναλογία τους για τις σύννοδες της παχυσαρκίας νόσους στις Η.Π.Α. το έτος 1995, ενώ το σχήμα 2 δείχνει συγκριτικά τη διαφορά που υπάρχει κατά τα έτη 1988 και 2003, από τις επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην απώλεια εισοδήματος, λόγω των ημερών νοσηλείας και μείωσης της παραγωγικότητας των παχύσαρκων. Οι παραπάνω δαπάνες, θεωρούνται σήμερα πολύ χαμηλότερες από ότι πραγματικά είναι.



Δαπάνες για την παχυσαρκία και τις συνοδές της νόσους



Αυστραλία

Οι Αυστραλοί επανέλαβαν το 1999 την μελέτη των Αμερικανών και υπολόγισαν τις άμεσες δαπάνες σε 464 εκατομμύρια δολάρια Αυστραλίας και τις έμμεσες σε 272, ποσό που αποτελεί το 10% του συνόλου των δαπανών για την υγεία στην Αυστραλία. Από το σύνολο των δαπανών αυτών, ποσοστό 60% χρεώθηκε στη στεφανιαία νόσο και στην υπέρταση. Για την υπέρταση, το μεγαλύτερο ποσό δαπανήθηκε για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ενώ για τη στεφανιαία νόσο το μεγαλύτερο ποσοστό δαπανήθηκε για νοσοκομειακή περίθαλψη και για την αντιμετώπιση των συνεπειών του αιφνίδιου θανάτου. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η παρατήρηση ότι, ενώ το έτος 1999 που έγινε η μελέτη τα χρήματα που

δαπανήθηκαν στα Κέντρα Αδυνατίσματος υπολογίστηκαν σε 80 εκατομμύρια δολάρια Αυστραλίας, δύο έτη αργότερα, το έτος 2001, η δαπάνη αυτή ανήλθε σε 500 εκατομμύρια. Το γεγονός αυτό και μόνο σημαίνει ότι σήμερα οι δαπάνες για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι πολύ μεγαλύτερες.

Ευρωπαϊκές χώρες

Στην Ολλανδία, κατά τα έτη 1991-1999, υπολογίστηκε ότι οι άμεσες δαπάνες για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αποτέλεσαν το 4% του συνόλου των δαπανών για την υγεία. Το ίδιο ποσοστό δαπανήθηκε στη χώρα αυτή και για την αντιμετώπιση όλων των μορφών καρκίνου κατά το ίδιο χρονικό διάστημα.

Στη Γαλλία, το έτος 2002, η συνολική δαπάνη για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας ανήλθε σε ποσοστό 2% του συνόλου των δαπανών για την υγεία και από το ποσό αυτό το 53% δαπανήθηκε για τον έλεγχο της υπέρτασης, που συνυπήρχε. Το ετήσιο κόστος για κάθε παχύσαρκο υπολογίστηκε σε 8.234 γαλλικά φράγκα, ποσό που είναι μεγαλύτερο κατά 1.883 φράγκα από εκείνα που δαπανήθηκαν για κάθε άτομο φυσιολογικού βάρους.

Στη Σουηδία, οι ημέρες αναρρωτικής άδειας των παχύσαρκων εργαζομένων ήταν 1.4-2.4 φορές περισσότερες από τις αντίστοιχες των ατόμων με κανονικό βάρος, ενώ η συνολική απώλεια του εθνικού εισοδήματος, λόγω της παχυσαρκίας, υπολογίστηκε σε 7% του συνόλου.

Στη χώρα μας, δυστυχώς, δεν υπάρχουν αντίστοιχες μελέτες. Είναι, όμως, γεγονός αναμφισβήτητο ότι τα διάφορα Κέντρα Αδυνατίσματος, με ελκυστικές διαφημίσεις και προσφορές, πληθαίνουν καθημερινά στις πόλεις και στις κομοπόλεις της χώρας μας και τα άτομα, υπεύθυνα και ανεύθυνα, που ασχολούνται επαγγελματικά με το αντικείμενο, αυξάνονται καθημερινά με απίστευτους ρυθμούς. Η μεγάλη αυτή αύξηση του αριθμού των Κέντρων αυτών, σε συνδυασμό με το μεγάλο αριθμό εργαζομένων σε αυτά αντικατοπτρίζει έμμεσα το μεγάλο κύκλο εργασιών τους. Σύμφωνα με δημοσιεύματα του τύπου, τα Κέντρα αυτά δαπάνησαν το 2001, έτος εκλογών, για διαφημίσεις στο γραπτό και ηλεκτρονικό τύπο ποσά μεγαλύτερα από όλους τους διαφημιζόμενους (συμπεριλαμβανομέ-

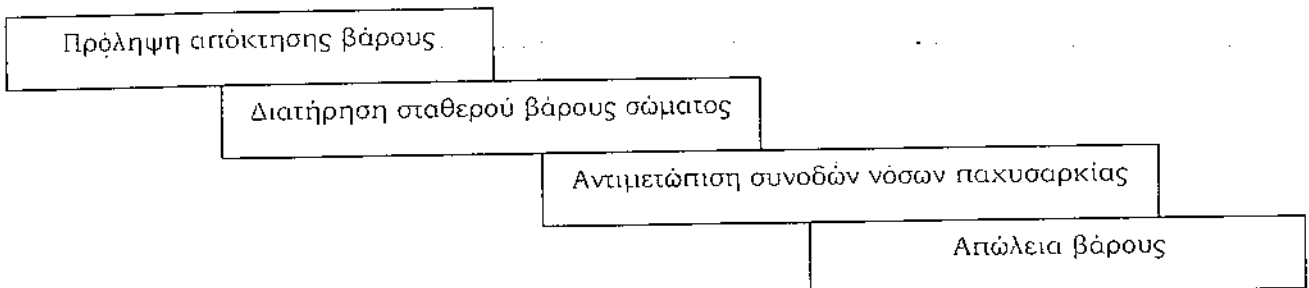
νων και των πολιτικών κομμάτων) στη χώρα μας. Αυτό σημαίνει ότι το τίμημα για την επιτυχημένη ή μη προσπάθεια απώλειας του βάρους των Ελλήνων παχύσαρκων είναι πολύ υψηλό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

1. Εισαγωγή

Με τον όρο πρόληψη περιγράφονται οι προσπάθειες και οι μέθοδοι που εφαρμόζονται σε ατομικό, ομαδικό και εθνικό επίπεδο για να διατηρηθεί το βάρος σώματος σε φυσιολογικά επίπεδα. Στην πρόληψη ανήκουν επίσης τα μέτρα που λαμβάνονται ώστε οι υπέρβαροι να μη γίνουν παχύσαρκοι, καθώς επίσης και εκείνα που στοχεύουν στη μη ανάκτηση του βάρους ατόμων που ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα και κατάφεραν να χάσουν το επιπλέον βάρος τους. Με τον όρο αντιμετώπιση περιγράφονται οι προσπάθειες που στοχεύουν στην απώλεια του πλεονάζοντος βάρους και στην αποκατάσταση του δείκτη μάζας σώματος ενός ατόμου, μιας ομάδας ή και του συνόλου ενός λαού σε φυσιολογικά επίπεδα. Στην αντιμετώπιση υπάγονται και οι προσπάθειες θεραπείας των παθήσεων που συνυπάρχουν με την παχυσαρκία. Το παρακάτω σχήμα απεικονίζει αναλογικά τις βασικές διαδικασίες πρόληψης και αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.



2. Πρόληψη και αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία μπορεί να ευθύνεται για την κακή φυσική κατάσταση του παιδιού, να επηρεάζει δυσμενώς τον ψυχισμό του και να αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου νοσηρότητας και πρόιμου θανάτου στην ενήλικη ζωή του. Εξάλλου, τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά εξελίσσονται συχνά σε ενήλικες με βαρεία παχυσαρκία. Για τους παραπάνω λόγους, επιβάλλεται η εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης της παιδικής παχυσαρκίας σε ατομικό, οικογενειακό και εθνικό επίπεδο.

Τα βασικά στοιχεία κάθε προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης της παιδικής παχυσαρκίας πρέπει να είναι τα εξής:

- Η αλλαγή της διατροφής (υποθερμιδική διαίτα με χαμηλή πρόσληψη λίπους και αυξημένη πρόσληψη πρωτεϊνών), στην οποία πρέπει να συνηθίσει το παχύσαρκο παιδί.
- Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, η οποία συνίστανται στην αλλαγή των δραστηριοτήτων του παιδιού που σχετίζονται με τον καθιστικό τρόπο ζωής του και στην αύξηση της σωματικής του δραστηριότητας.
- Η ουσιαστική συμμετοχή της οικογένειας σε κάθε προσπάθεια αντιμετώπισης της παχυσαρκίας του παιδιού.
- Η συμβολή του σχολείου στην αντιμετώπιση της νόσου.
- Η βοήθεια που πρέπει να λάβει το υπέρβαρο και παχύσαρκο παιδί και οι γονείς του από τους ειδικούς και τα κέντρα πρωτοβάθμιας περιθαλψης.

2.1. Η αλλαγή της διατροφής

Η αλλαγή της διατροφής του παιδιού συνίσταται στη μείωση της ενεργειακής πρόσληψης και στην ποιοτική βελτίωση του φαγητού. Η έγκαιρη επισήμανση της τάσης των βρεφών και παιδιών προς παχυσαρκία πρέπει να έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της ποσότητας γάλακτος και φαγητού. Η μείωση του μεγέθους των μερίδων φαγητού αποτελεί χρήσιμη μέθοδο μείωσης της ενεργειακής πρόσληψης των παιδιών. Η ελαχιστοποίηση της κατανάλωσης φαγητών Fast foods, που έχουν με-

γάλη περιεκτικότητα λίπους και η αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, συμβάλλει σημαντικά στη μείωση της ενεργειακής πρόσληψης. Τα παιδιά πρέπει να μαθαίνουν να τρώνε λιγότερα σάντουιτς, γύρο, μπισκότα, πίτσες κλπ., να αποφεύγουν τα γλυκά, τις σοκολάτες και τα ζαχαρωτά και να προτιμούν να πίνουν φυσικούς χυμούς. Ωστόσο, η πρόληψη και αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας με υποθερμιδική διαίτα ενέχει ορισμένους κινδύνους, όπως είναι η υποθρεψία και η εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, ενώ και η απομόνωση του παιδιού από τον κοινωνικό του περίγυρο δεν είναι σπάνια.

2.2. Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας

Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας επιτυγχάνεται με αλλαγή του καθιστικού τρόπου ζωής του παιδιού σε περισσότερο σωματικά ενεργό, κυρίως με αύξηση της σωματικής του άσκησης. Η αλλαγή του καθιστικού τρόπου ζωής μπορεί να γίνει με μείωση του χρόνου που δαπανά το παιδί σε δραστηριότητες που συνδέονται στενά με τον τρόπο αυτόν ζωής (τηλεόραση, computers, video-παιχνίδια, διάβασμα κλπ.). Η τηλεόραση αποτελεί σήμερα την κύρια αιτία μείωσης της φυσικής δραστηριότητας των περισσότερων παιδιών και εφήβων των ανεπτυγμένων χωρών, συνδέεται στενά με την αυξημένη κατανάλωση έτοιμων φαγητών πλούσιων σε λιπαρά (σάντουιτς, γύρος, πίτσες κλπ.) και συμβάλλει σημαντικά στην εμφάνιση της παχυσαρκίας. Σύγχρονες έρευνες έδειξαν ότι το βάρος σώματος των παιδιών που ο ελεύθερος χρόνος τους αναλώνεται σε παραδοσιακά παιχνίδια και άθληση (κυνηγητό, κρυφτό κλπ.) είναι πολύ λιγότερο σε σχέση με εκείνο των παιδιών που ο ελεύθερος χρόνος τους αναλώνεται στην τηλεόραση και στα ηλεκτρονικά παιχνίδια.

Η σημασία της σωματικής άσκησης στην πρόληψη και αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας μακροπρόθεσμα δεν είναι μέχρι σήμερα καλά μελετημένη. Οι ενδείξεις δείχνουν ότι η σωματική άσκηση μόνη της δεν επαρκεί για την απώλεια του πλεονάζοντος βάρους του παιδιού και ο συνδυασμός της με υποθερμιδική διαίτα είναι περισσότερο ωφέλιμος. Η αύξηση της σωματικής άσκησης συνοδεύεται από αύξηση της συνολικής ημερήσιας ενεργειακής δαπάνης, μείωση του λίπους και

αύξηση της μάζας ισχνών ιστών, ενώ ταυτόχρονα βελτιώνεται η εικόνα εαυτού του παιδιού. Η ενεργειακή δαπάνη αυξάνει περισσότερο με αθλήματα και παιχνίδια που έχουν ανταγωνισμό (π.χ. ποδόσφαιρο, μπάσκετ, στίβος κλπ.), γι' αυτό και τα προγράμματα σωματικής άσκησης πρέπει να είναι τέτοια ώστε να προσφέρουν ευχαρίστηση στο παιδί. Για κάθε παιδί τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας πρέπει να είναι ρεαλιστικά, οι ασκήσεις να επιλέγονται με προσοχή και κάθε φορά που το παιδί προσπαθεί και πετυχαίνει κάτι παραπάνω, να επαινείται και να επιβραβεύεται κατάλληλα.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας έχει, γενικά, ένδειξη μόνο στην ακραία περίπτωση που τίθεται σε κίνδυνο η ζωή του παιδιού, ενώ η χειρουργική αποτελεί μάλλον ιατρικό λάθος.

2.3. Η οικογένεια

Οι οικογενειακές επιδράσεις, όπως τονίστηκε επανειλημμένα, αποτελούν ισχυρό παράγοντα γένεσης της παιδικής παχυσαρκίας και ο ρόλος της οικογένειας είναι καθοριστικός στην προσπάθεια του παιδιού να μη γίνει παχύσαρκο ή, εφόσον είναι, να απολέσει το επιπλέον βάρος του. Είναι σημαντικό να διδάχτούν τα παιδιά και οι γονείς τους τα βασικά στοιχεία της υγιεινής διατροφής και να μάθουν τα πραγματικά οφέλη από το παραδοσιακό παιχνίδι. Η γνώση αυτή θα βοηθήσει στην απόκτηση υγιών διατροφικών συνηθειών από την πρώιμη παιδική ηλικία και θα συνεχίσει μέχρι την εφηβική και την ενηλικίωση. Η προμήθεια τροφίμων με μέτρο και η κατάλληλη τοποθέτηση τους στο σπίτι, οι διατροφικές συνήθειες των γονέων, η φυσική τους δραστηριότητα και η βοήθεια που παρέχουν στο παιδί να αθλείται κατά τον ελεύθερο χρόνο του επηρεάζουν σημαντικά τη διάπλαση του. Οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνουν τα παιδιά να παίζουν στη γειτονιά με τα άλλα παιδιά, να αθλούνται, να μη βλέπουν πολύ τηλεόραση, να μη παίζουν ηλεκτρονικά παιχνίδια και, γενικά, να έχουν έντονη φυσική δραστηριότητα. Υπάρχουν ενδείξεις πως παιδιά που παίζουν πολύ εξελίσσονται σε δραστήριους ενήλικες, γεγονός που σημαίνει ότι το παιχνίδι των παιδιών στη γειτονιά είναι πολύ σημαντικό. Στα όπλα της οικογένειας είναι ο έπαινος και η ανταμοιβή

του παιδιού για τις προσπάθειες που καταβάλλει και που, εντέλει, αυξάνουν την αίσθηση στήριξης.

Ισχυρή απόδειξη του ρόλου της οικογένειας στην αντιμετώπιση των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών αποτελεί ο μεγάλος αριθμός επιτυχών παρεμβάσεων που υπάρχουν, ιδιαίτερα όταν οι γονείς συμμετέχουν στο πρόγραμμα θεραπείας του παιδιού.

2.4. Το σχολείο

Το παιδί κατά τη σχολική ηλικία θα κερδίσει βάρος, άσχετα με τη διατροφή που θα ακολουθήσει. Αρκετά παιδιά σχολικής και προσχολικής ηλικίας, στην εποχή μας, τρώνε στο σχολείο πέντε ημέρες την εβδομάδα ένα με δύο γεύματα, ξεκουράζονται, παίζουν και διαβάζουν εκεί. Το σχολείο, άρα, έχει τη δυνατότητα να διερευνήσει το χαρακτήρα του παιδιού, να δώσει την κατάλληλη διατροφολογική παιδεία, να μεταβάλλει τις διατροφικές του συνήθειες και να αυξήσει τη σωματική του δραστηριότητα. Το σχολείο μπορεί επίσης να επισημάνει τα παιδιά που έχουν αυξημένες πιθανότητες παχυσαρκίας, να αναγνωρίσει τα παχύσαρκα και να συμβάλλει στην έγκαιρη αντιμετώπιση του προβλήματος.

Πρόσφατες έρευνες στα σχολεία έδειξαν ότι η πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι εφικτή, αφού τα παιδιά που συμμετέχουν σε παρεμβατικά προγράμματα χάνουν πολύ περισσότερο βάρος από άλλα που δεν συμμετέχουν. Η εφαρμογή διηθητικού προγράμματος γυμναστικής 50 λεπτών την ημέρα στην Αυστραλία έδειξε ότι τα παιδιά που μετείχαν στο πρόγραμμα ήταν προσαρμοστικότερα, λεπτότερα, με χαμηλότερη διαστολική αρτηριακή πίεση και μικρότερη ποσότητα λίπους, σε σύγκριση με άλλα που δεν μετείχαν στο πρόγραμμα. Παρόμοια προγράμματα με ίδια περίπου αποτελέσματα εφαρμόστηκαν και στη Σιγκαπούρη, ενώ και σε άλλες χώρες μεταξύ των οποίων και στη δική μας τα αποτελέσματα, βραχυπρόθεσμα τουλάχιστον, ήταν αρκετά καλά. Στις ΗΠΑ, το πρόγραμμα PATH που περιλάμβανε άσκηση διάρκειας 30 λεπτών την ημέρα, μικροδιαλέξεις για τη διατροφή διάρκειας 5-10 λεπτών, γυμναστική, αντιμετώπιση του άγχους και του stress και αποφυγή του καπνίσματος θεωρήθηκε επιτυχές στην αλλαγή του τρόπου ζωής, στην

κατανόηση του προβλήματος της παχυσαρκίας καθώς επίσης και στην κατανόηση των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση καρδιοπάθειας, ενώ δεν απέδωσε δυστυχώς στην αντιμετώπιση αυτής καθ' εαυτής της νόσου, όπως έγινε με τα αντίστοιχα της Αυστραλίας και της Σιγκαπούρης. Το πρόγραμμα CATCH στις ΗΠΑ υπήρξε το εκτενέστερο και περιέλαβε 96 σχολεία (56 για παρέμβαση και 40 για συγκριτικό έλεγχο) και η έρευνα διήρκησε 3 έτη. Το πρόγραμμα αυτό περιέλαβε και την οικογένεια, τα αποτελέσματα όμως ήταν εξίσου απογοητευτικά με εκείνα του προηγούμενου. Στη χώρα μας, μελέτη που έγινε στην Κρήτη με βάση το πρόγραμμα Know Your Body, έδειξε ότι τα παιδιά που συμμετείχαν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές στην απώλεια βάρους, σε σχέση με εκείνα που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου.

Από τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα μπορούμε, σε γενικές γραμμές, να συμπεράνουμε ότι τα βραχυπρόθεσμα προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης της παχυσαρκίας στα σχολεία αποδίδουν σημαντικά οφέλη για τη δημόσια υγεία. Η εφαρμογή μακροπρόθεσμων παρόμοιων προγραμμάτων, όμως, είναι δύσκολη και τα αποτελέσματα αμφιλεγόμενα. Αυτό οφείλεται κυρίως στην ανυπαρξία χρόνου του παιδιού λόγω των πολλών και ποικίλων ασχολιών του και του μεγάλου συναγωνισμού που υπάρχει για την εισαγωγή στα ΑΕΙ και την επαγγελματική του αποκατάσταση.

2.5. Τα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης

Η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης της παιδικής παχυσαρκίας από τα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι σήμερα σχεδόν ανύπαρκτη. Η στελέχωση των κέντρων αυτών από ειδικούς επιστήμονες (π.χ. παιδοδιαιτολόγους) και η συστηματική εφαρμογή προγραμμάτων θα βοηθούσε μαζί με τα παιδιά και τους γονείς να διατρέφονται καλύτερα στο σπίτι.

3. Πρόληψη της παχυσαρκίας των ενηλίκων

Η πρόληψη της παχυσαρκίας των ενηλίκων, ενώ φαίνεται εύκολη υπόθεση, είναι στην πράξη πολύ δύσκολη. Κάθε προσπάθεια πρέπει να στοχεύει στις εξής επιμέρους κατευθύνσεις:

- Στην πρόληψη απόκτησης βάρους από άτομα κανονικού βάρους.
- Στην πρόληψη μετάβασης από την κατάσταση του υπέρβαρου σε εκείνη του παχύσαρκου.
- Στην πρόληψη ανάκτησης του βάρους από άτομα που ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα στο παρελθόν και το είχαν απολέσει.
- Στη γνώση των επιμέρους κοινωνικών, πολιτιστικών, πολιτικών, φυσικών και δομικών στοιχείων του περιβάλλοντος, τα οποία επηρεάζουν το βάρος σώματος.
- Στη συνειδητοποίηση ότι οι μέθοδοι πρόληψης είναι απλούστερες, οικονομικότερες και δυνητικά αποτελεσματικότερες από εκείνες που εφαρμόζονται για τη θεραπεία της ήδη υπάρχουσας παχυσαρκίας.
- Στις μεγάλες δαπάνες που απαιτούνται για την αγορά τεχνολογικού εξοπλισμού για τη θεραπεία της παχυσαρκίας και των συνοδών της νόσων.
- Τέλος, στο μικρότερο αριθμό ενηλίκων παχύσαρκων μετά από επιτυχή πρόληψη της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας.

Τα προγράμματα πρόληψης μπορεί να είναι ατομικά, ομαδικά και εθνικά και να αφορούν τη βελτίωση της διατροφής, την αλλαγή της συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας του ατόμου.

3.1. Ατομικά προγράμματα

Οι μεγάλες αλλαγές στη διατροφή και στον τρόπο ζωής μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο ανέδειξαν σε μεγάλο βαθμό το πρόβλημα της παχυσαρκίας, γι' αυτό και επιβάλλεται η εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης της παχυσαρκίας «λόγω τιμής» από τον καθένα χωριστά, με ή χωρίς τη βοήθεια των ειδικών. Η αυτοσυγκράτηση στο φαγητό αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση, όπως επίσης και η, κατά το δυνατόν, επάνοδος στην παραδοσιακή διατροφή. Η επινόηση τρόπου σωματικής άσκησης

κατά τον ελεύθερο χρόνο από τον κάθε έναν χωριστά που να τον ξεκουράζει και να τον ευχαριστεί, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση αύξησης της φυσικής δραστηριότητας. Η εποχή μας, εκτός από τα αρνητικά στοιχεία της που αφορούν τον αστικό τρόπο ζωής, έχει και πολλά θετικά, όπως είναι η ύπαρξη περισσότερου ελεύθερου χρόνου και η επινόηση πλήθους εργαλείων και μηχανημάτων γυμναστικής που παρέχουν ευχάριστη ασχολία και άθληση στο σπίτι ή σε χώρους και γυμναστήρια κοντά στο σπίτι και συμβάλλουν στην καλύτερη φυσική κατάσταση του ατόμου. Η πεζοπορία, η ποδηλασία, το χαλαρό τρέξιμο, η φροντίδα του κήπου κλπ., αλλά και παραδοσιακά χόμπι του Έλληνα όπως το κυνήγι και το ψάρεμα προστατεύουν από την αύξηση του βάρους. Ο συνδυασμός, συνεπώς, ισορροπημένης διατροφής και σωματικής άσκησης από τον καθέναν αποτελείτο σπουδαιότερο παράγοντα πρόληψης της παχυσαρκίας. Με τον τρόπο αυτόν άτομα κανονικού βάρους θα παραμείνουν πιθανότατα έτσι, ενώ οι υπέρβαροι δεν θα γίνουν παχύσαρκοι και οι παχύσαρκοι δεν θα αποκτήσουν περισσότερο βάρος.

3.2. Ομαδικά προγράμματα

Τα προγράμματα αυτά μπορεί να εφαρμοστούν σε σχολεία, πανεπιστήμια, εργοστάσια και άλλους εργασιακούς χώρους, σε κέντρα επικοινωνίας (ΚΑΠΗ, σύλλογοι κλπ.), σε ειδικά κέντρα αντιμετώπισης της παχυσαρκίας και οπουδήποτε αλλού μπορεί να γίνει. Η σωστή ομαδική επιμόρφωση και άθληση σε συνδυασμό με τη λήψη ατομικών μέτρων πρόληψης συμβάλλουν σημαντικά στην πρόληψη της νόσου. Τα ομαδικά προγράμματα αποφέρουν καλύτερα αποτελέσματα από τα ατομικά και αυτό οφείλεται στο στοιχείο του ανταγωνισμού που έχουν μέσα τους. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αυτών γίνεται με τη βοήθεια των ειδικών περί την παχυσαρκία και απαιτούν ένα *minimum* πρόγραμμα σωματικής άσκησης συνδυασμένο με προσεγμένη διατροφή, ούτως ώστε να υπάρχει ενεργειακή ισορροπία τέτοια που να μη επιτρέπει ενεργειακή αποταμίευση.

3.3. Εθνικά προγράμματα

Τα προγράμματα αυτά εφαρμόζονται σε εθνικό επίπεδο με κύριους κατά το νόμο υπεύθυνους τους πολιτειακούς φορείς, όπως είναι το Εθνικό Σύστημα Υγείας και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί. Οι παρεμβάσεις των κρατικών φορέων για την πρόληψη της παχυσαρκίας μπορούν να ταξινομηθούν σε πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες. Οι πρωτοβάθμιες στοχεύουν στη μείωση μέχρι και πλήρη εξαφάνιση των παχυσάρκων, οι δευτεροβάθμιες στη μείωση του ρυθμού αύξησης του βάρους, ενώ οι τριτοβάθμιες στη σταθεροποίηση ή και στη μείωση της ανικανότητας και αναπηρίας από τη νόσο. Εναλλακτικό και περισσότερο αποτελεσματικό φαίνεται ότι είναι το σύστημα που περιλαμβάνει τρία είδη προγραμμάτων ανάλογα με το επίπεδο πρόληψης:

- Τα γενικά προγράμματα πρόληψης της νόσου, που αφορούν κάθε πολίτη.
- Τα επιλεκτικά προγράμματα, που αφορούν ομάδες πληθυσμού με αυξημένες, πάνω από το μέσο, πιθανότητες εμφάνισης της νόσου.
- Τα ειδικά προγράμματα, που αφορούν άτομα που έχουν ήδη πρόβλημα βάρους.

3.4. Γενικά προγράμματα

Τα γενικά προγράμματα πρόληψης αφορούν όλα τα άτομα και τις πληθυσμιακές ομάδες, με ή χωρίς ορατό κίνδυνο παχυσαρκίας. Σκοπός των προγραμμάτων αυτών είναι η μείωση του μέσου όρου του βάρους του πληθυσμού, η μείωση της νοσηρότητας από παθήσεις που συνδέονται άμεσα με την παχυσαρκία, η βελτίωση της διατροφής και των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας και η μείωση γενικά των πιθανοτήτων του πληθυσμού να γίνει παχύσαρκος. Με τα προγράμματα αυτά η πρόληψη της παχυσαρκίας εστιάζεται στην πρόληψη αύξησης του μέσου πληθυσμιακού δείκτη μάζας σώματος. Ένας Δείκτης μάζας σώματος =21-23 φαίνεται απόλυτα λογικός για τη χώρα μας, με τους αστικούς πληθυσμούς να έχουν μέσο Δείκτη μάζας σώματος=21 και τους αγροτικούς =23. Τα προγράμματα αυτά, λόγω του μεγάλου αριθμού ατόμων, έχουν

μεγάλο οικονομικό κόστος και αποτελούν την πλέον πολυδάπανη μορφή πρόληψης.

3.5. Επιλεκτικά προγράμματα

Τα προγράμματα αυτά αφορούν ομάδες πληθυσμού με αυξημένες, πάνω από το μέσο, πιθανότητες παχυσαρκίας. Ο κίνδυνος για τα άτομα των ομάδων αυτών μπορεί να είναι πρόσκαιρος, συνεχής ή και μόνιμος, όπως συμβαίνει σε περιπτώσεις γενετικής προδιάθεσης της νόσου.

3.6. Ειδικά προγράμματα

Τα ειδικά προγράμματα πρόληψης αφορούν άτομα που είναι υπέρβαρα ή έχουν αυξημένη ποσότητα λίπους και δεν έχουν γίνει ακόμη παχύσαρκα. Τα άτομα αυτά θεωρούνται «υψηλού κινδύνου» και η αποτυχία παρέμβασης στο επίπεδο αυτό έχει συχνά αποτέλεσμα τη βαρεία παχυσαρκία, γι' αυτό και το πρώτο μέλημα στις περιπτώσεις αυτές είναι η παρεμπόδιση περαιτέρω απόκτησης βάρους, καθώς επίσης και η αντιμετώπιση των συνοδών νόσων. Ασθενείς με καρδιοαγγειακό νόσημα, σακχαρώδη διαβήτη και αρθρίτιδα έχουν προτεραιότητα να περιληφθούν στα προγράμματα αυτά, ενώ και η παρεμπόδιση των υπέρβαρων παιδιών να γίνουν παχύσαρκα πιστεύεται ότι μπορεί να επιτευχθεί με τα προγράμματα αυτά.

3.7. Αξιολόγηση προγραμμάτων πρόληψης

Τα προγράμματα πρόληψης της παχυσαρκίας μπορούν να αξιολογηθούν ικανοποιητικά σε ατομικό επίπεδο με την παρακολούθηση των μεταβολών του δείκτη μάζας σώματος και σε εθνικό επίπεδο με τον υπολογισμό του μέσου πληθυσμιακού δείκτη μάζας σώματος. Στην πράξη, οι μικρές μειώσεις του μέσου πληθυσμιακού δείκτη μάζας σώματος δεν αποτελούν σημαντικό και αξιόπιστο δείκτη βελτίωσης της δημόσιας υγείας, γεγονός που σημαίνει ότι η συχνότητα της παχυσαρκίας και των συνοδών της νόσων έχουν μεγαλύτερη αξία ως δείκτες επιτυχίας ή αποτυχίας των προγραμμάτων πρόληψης της νόσου. Πρακτικός και αρ-

κετά αξιόπιστος δείκτης αξιολόγησης των προγραμμάτων πρόληψης είναι ο συνδυασμός των μεταβολών του αριθμού των υπέρβαρων με βραχυπρόθεσμους δείκτες, όπως είναι οι μετρήσεις της θερμιδικής πρόσληψης.

Ένα άλλο ερώτημα το οποίο συχνά τίθεται είναι, εάν τα προγράμματα πρόληψης της παχυσαρκίας μπορεί να οδηγήσουν στην αύξηση των ελλειποβαρών ατόμων και στην αύξηση των περιπτώσεων νευρογενούς ανορεξίας, υποθρεψίας και καχεξίας. Πράγματι, αρκετές μελέτες έδειξαν ότι τα προγράμματα αυτά μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση των διαταραχών αυτών, αφού χώρες με αυξημένη συχνότητα διατροφικών διαταραχών έχουν αρκετά υψηλό μέσο πληθυσμιακό δείκτη μάζας σώματος.

3.8. Διεθνής εμπειρία από τα προγράμματα πρόληψης

Τα προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης της παχυσαρκίας σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες αποτέλεσαν μέρος της πρόληψης και αντιμετώπισης νόσων, όπως π.χ. οι καρδιοπάθειες, των οποίων αιτιολογικός παράγοντας ήταν και η παχυσαρκία. Τα προγράμματα αυτά αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας και προσέφεραν σημαντικές υπηρεσίες στην πρόληψη της παχυσαρκίας.

Προγράμματα πρόληψης της νόσου μακράς διάρκειας μέσα στους εργασιακούς χώρους, όπως το εξαιetés European Collaborative Trial of Multifactorial Prevention of Coronary Heart Disease της WHO, με το οποίο εργάτες εργοστασίων εξετάζονταν κλινικά και παρακολουθούνταν συστηματικά η χοληστερόλη, η αρτηριακή πίεση και το κάπνισμα, έδειξαν ότι η μείωση του δείκτη μάζας σώματος ήταν σχεδόν αδύνατη. Αντίθετα, στο Ηνωμένο Βασίλειο ένα πρόγραμμα παροχής οδηγιών σε έγκυες γυναίκες είχε ως αποτέλεσμα μόνο το 2% των γυναικών αυτών να εμφανίσει παχυσαρκία μετά την εγκυμοσύνη, ποσοστό σημαντικά χαμηλότερο από εκείνο (8%) των γυναικών που δεν μετείχαν στο πρόγραμμα. Η Both Oxcheck Study καθώς επίσης και η Family Heart Study έδειξαν μικρές αλλά στατιστικά σημαντικές διαφορές του βάρους (από 0.5% σε 1.5%) ανάμεσα σε ομάδες στις οποίες εφαρμόστηκε επι-

μορφωτικό πρόγραμμα και αφορούσε την ποιότητα της διατροφής και σε ομάδες ελέγχου.

Το πρόγραμμα The Pound Of Prevention (POP) βασισμένο σε 1200 εθελοντές στηρίχτηκε στην ενημέρωση με μηνιαίες επιστολές και στη σύνταξη προγραμμάτων αύξησης της φυσικής δραστηριότητας που αναθεωρούνταν κάθε 6 μήνες. Τα αποτελέσματα μετά από 3 έτη εφαρμογής του ήταν απογοητευτικά, αφού όλοι σχεδόν οι συμμετέχοντες αύξησαν το βάρος τους. Άλλα επιμορφωτικά προγράμματα που στόχευαν στη βελτίωση της διατροφής, με παράλληλη λήψη και πρακτικών μέτρων, όπως η μείωση των τιμών στα είδη που έπρεπε να καταναλώνονται περισσότερο σε κυλικεία εργασιακών χώρων και σχολείων, έδειξαν ότι η κατανάλωση των ειδών που η τιμή τους μειώθηκε κατά 50% αυξήθηκε κατά 200-300%, χωρίς να παρατηρηθεί μείωση του μέσου βάρους σώματος. Ωστόσο, τα προγράμματα αυτά είναι ενδεικτικά των παρεμβατικών δυνατοτήτων που υπάρχουν.

Η Σιγκαπούρη είναι μία χώρα που εφάρμοσε με μερική, έστω, επιτυχία προγράμματα πρόληψης, τα ονομαζόμενα Trim and Fit. Τα προγράμματα είναι ενταγμένα στο σύστημα υγείας και αφορούν όλες τις ηλικίες (παιδιά, έφηβοι και ενήλικες). Τα προγράμματα Trim and Fit άρχισαν να εφαρμόζονται το 2002 και τα τελευταία αποτελέσματα υποσχονται πολλά ανάμεσα στη μαθητεία νεολαία. Σύμφωνα με τα πρώτα αποτελέσματα, η συχνότητα των παχύσαρκων μαθητών δημοτικού από 14.3% που ήταν το 2002, πριν από την εφαρμογή του προγράμματος, έπεσε στο 10.9% το 2003. Για τους μαθητές γυμνασίου και λυκείου από 14.1% σε 10.9% και για τους φοιτητές από 10.8 % το 2002 σε 6.1% το 2003.

Τα προγράμματα The Stanford Three Community Project και The Stamford Five City Study χρησιμοποίησαν, για την ενημέρωση των ατόμων για τη στεφανιαία νόσο, τα MME, τη διαπροσωπική επαφή και τις κοινωνικές οργανώσεις, διδάσκοντας ταυτόχρονα τρόπους αλλαγής της συμπεριφοράς που να μειώνουν τον κίνδυνο εμφράγματος. Οι δύο μελέτες σύστηναν την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και τη βελτίωση της διατροφής ως μεθόδους μείωσης του βάρους σώματος και, ως εκ

τούτου, των παραγόντων κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Οι προσπάθειες διήρκησαν 2-7 χρόνια και οι μελέτες έδειξαν μείωση της αρτηριακής πίεσης, της χοληστερόλης και του καπνίσματος καθώς επίσης και μικρή μείωση του μέσου βάρους σώματος και του μέσου δείκτη μάζας σώματος.

Η μελέτη The Minnesota Heart Health Program διήρκησε πάνω από 7 χρόνια, έγινε σε 6 πληθυσμιακές ομάδες και υπήρξε, σε γενικές γραμμές, αποτυχημένη στην πρόληψη της ισχαιμικής καρδιακής νόσου και στη βελτίωση των παραγόντων κινδύνου της, μεταξύ των οποίων και η παχυσαρκία. Όσον αφορά το δείκτη μάζας σώματος υπήρξε, σε πείσμα των προγραμμάτων ελέγχου της παχυσαρκίας, αύξηση όλα αυτά τα χρόνια.

Η μελέτη The North Karelia Project εφαρμόστηκε στη Βόρεια Καρέλια της Φιλανδίας και χρησιμοποιήθηκαν τα ΜΜΕ, τα μαθήματα στα σχολεία και στους εργασιακούς χώρους και περιέλαβε μεγάλα κοινωνικά στρώματα του πληθυσμού. Σε πείσμα της μείωσης των παραγόντων κινδύνου της στεφανιαίας νόσου, ο μέσος δείκτης μάζας σώματος παρέμεινε όπως ήταν στην αρχή της μελέτης.

Το πρόγραμμα Mauritius εφαρμόστηκε από το 1997 έως και το 2002 στα ομώνυμα νησιά και αφορούσε παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και άλλες που δεν έχουν πολλά κοινά σημεία μεταξύ τους. Χρησιμοποιήθηκαν τα ΜΜΕ, τα μαθήματα στα σχολεία, οι ομιλίες σε διάφορους συλλόγους, εργασιακούς χώρους κλπ., ενώ τα αποτελέσματα υπολογίζονταν με βάση την καταμέτρηση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, την αύξηση της σωματικής άσκησης, τη μείωση του καπνίσματος και του οινοπνεύματος. Μετά από 5 χρόνια εφαρμογής του προγράμματος, η υπέρταση, τα επίπεδα χοληστερόλης καθώς επίσης και η κατανάλωση τσιγάρων και αλκοολούχων ποτών μειώθηκαν σημαντικά. Όσον αφορά την παχυσαρκία, τα επίπεδα των υπέρβαρων και παχύσαρκων αυξήθηκαν για μεν τους άνδρες κατά 33% και 56% αντίστοιχα, για δε τις γυναίκες κατά 19% και 46%.

3.9. Αιτίες αποτυχίας προγραμμάτων πρόληψης

Οι λόγοι για τους οποίους τα προγράμματα πρόληψης της παχυσαρκίας μέχρι στιγμής απογοητεύσαν μπορεί να αναλυθούν ως εξής:

- Ο εστιασμός των προγραμμάτων έγινε σε άλλες παθήσεις και όχι στην παχυσαρκία και η μείωση του βάρους αντιμετωπίστηκε ως ένας παράγοντας που συμβάλλει στην καλή έκβαση των παθήσεων αυτών και όχι ως κύριος σκοπός.
- Η υπερεπάρκεια αγαθών και η υπερκατανάλωση τους μπορεί να επικαλύψει κάθε παρέμβαση που θα προκάλεσε απώλεια βάρους.
- Οι ισχυροί κοινωνικοί και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες που ευνοούν την παχυσαρκία, αναπτύχθηκαν ταχύτατα σε πολλές κοινωνίες τις τελευταίες δεκαετίες και τα προγράμματα παρέμβασης δεν είναι τόσο ισχυρά να τους υπερνικήσουν.
- Οι παρεμβάσεις δεν άγγιξαν επαρκώς την κοινωνία για να προκαλέσουν ενδιαφέρον σε ευρεία βάση ή σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Ωστόσο, ένα αρκετά μεγάλο μέρος του πληθυσμού ενδιαφέρεται και προσπαθεί να ελέγξει το βάρος του, γεγονός που σημαίνει ότι οι παρεμβάσεις λογικά δεν θα αυξήσουν τον αριθμό των ατόμων που παίρνουν μέρος σε τέτοια προγράμματα.
- Τα προγράμματα προσπαθούν να αλλάξουν πολλά πράγματα με μιας (π.χ. μείωση χοληστερόλης, έλεγχος υπέρτασης, αύξηση φυσικής δραστηριότητας, διακοπή καπνίσματος κλπ.), γεγονός που σημαίνει ότι είναι δύσκολο να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα σε όλες αυτές τις παραμέτρους.
- Ο ανταγωνισμός από εταιρείες με συμφέροντα από την αυξημένη κατανάλωση αγαθών δεν επιτρέπει την επιτυχία των προγραμμάτων. Στις ΗΠΑ δαπανήθηκαν το 2003 για διαφημίσεις από τα φαστφουντάδικα 2.5 δισεκατομμύρια δολάρια (10\$ για κάθε άτομο), ποσό που είναι 10-20 φορές μεγαλύτερο από εκείνο που δαπανήθηκε για την προώθηση προγραμμάτων υγιεινής διατροφής και αύξησης της σωματικής άσκησης.
- Η υψηλή περιεκτικότητα της σύγχρονης διατροφής σε λιπός προεξοφλεί την αποτυχία κάθε πολιτικής στη βελτίωση της ποιότητας δια-

τροφής. Οι διαφημίσεις από τις βιομηχανίες τροφίμων και τα ΜΜΕ φαγητών με υψηλή περιεκτικότητα λίπους, η εύκολη και γρήγορη παραγωγή τους, ο σύγχρονος τρόπος ζωής που ευνοεί τα fast-foods και η αυξημένη γευστική απόλαυση από την προσθήκη στο φαγητό άφθονου λίπους δεν επιτρέπουν τη βελτίωση της διατροφής και συντελούν στην αποτυχία των προγραμμάτων.

3.10. Τα ΜΜΕ στην πρόληψη της παχυσαρκίας

Η προσφορά των ΜΜΕ στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ενδιαφερομένων και της κοινής γνώμης πάνω στο πρόβλημα της παχυσαρκίας είναι σημαντική και πολύ χρήσιμη. Τα τελευταία χρόνια, τα ΜΜΕ παρουσιάζουν συχνά επιστημονικές ενημερωτικές εκπομπές και διάφορες συνεντεύξεις ειδικών και μη. Ένας μεγάλος αριθμός παχύσαρκων επισκέπτεται το γιατρό αφού πρώτα άκουσε κάποια εκπομπή, ενώ εξίσου μεγάλος αριθμός αποφεύγει την επίσκεψη αφού άκουσε κάποιον «ειδήμονα» με σχεδόν πλήρη άγνοια των διαστάσεων και των παραμέτρων του προβλήματος. Αρνητική, σαφώς, προσφορά των ΜΜΕ αποτελεί η κατά καιρούς προβολή διαφόρων μεθόδων αδυνατίσματος που ξεπερνούν και την πλέον οργιώδη φαντασία (ζώνες αδυνατίσματος, φόρμες αδυνατίσματος, σκουλαρίκια αδυνατίσματος, διάφορα περίεργα σκευάσματα κλπ., κλπ.), τα περισσότερα από τα οποία απευθύνονται σε αφελείς, ενώ άλλα ξεπερνούν τα όρια της νομιμότητας. Δυστυχώς, η παρέμβαση με σκοπό την προστασία των πολιτών από τα φαινόμενα αυτά, ακόμη και των συντεταγμένων οργάνων της πολιτείας, είναι πολύ δύσκολη.

3.11. Οι «ειδικοί» και τα «κέντρα αδυνατίσματος»

Αρκετές μελέτες των τελευταίων ετών υποστηρίζουν ότι οι γνώσεις πολλών γιατρών, διαιτολόγων, φυσιοθεραπευτών και λοιπών λειτουργών της υγείας, «ειδικών» και μη που ασχολούνται με την παχυσαρκία είναι, τουλάχιστον, ανεπαρκείς και οι απόψεις τους για την αντιμετώπιση της νόσου λαθεμένες. Η κατάσταση αυτή αντανακλάται σε εγχειρίδια τσέπης και σε ιατρικά βιβλία λαϊκής κατανάλωσης, στα οποία υπάρχουν συγκεκριμένες και αντιφατικές οδηγίες και συμβουλές για την πρόληψη

και αντιμετώπιση της νόσου. Για την κατάσταση αυτή ευθύνεται η ανεπαρκής διδασκαλία στις ιατρικές και παραϊατρικές σχολές του κεφαλαίου «παχυσαρκία», καθώς επίσης και η ανεπαρκής δραστηριότητα των διαφόρων επιστημονικών εταιρειών που σχετίζονται με το αντικείμενο.

Η περισσότεροι επιστήμονες είναι επιφυλακτικοί για την ικανότητα των παχύσαρκων να χάσουν το επιπλέον βάρος τους, ενώ πολλοί θεωρούν τις προσπάθειες για την αντιμετώπιση του προβλήματος «εκ των ουκ άνευ». Πολλοί γιατροί δεν θεωρούν την παχυσαρκία, ακόμα και τη βαρεία, ως νόσο. Η άγνοια αυτή των «ειδικών» οδηγεί τους ασθενείς στην απογοήτευση με αποτέλεσμα τη χαμηλή ποιότητα ζωής, τον κοινωνικό αποκλεισμό, την εμφάνιση άλλων παθήσεων και, μερικές φορές, τον πρόωμο και αιφνίδιο θάνατο. Το πρόβλημα είναι καθημερινό στην Ελλάδα και οι συνέπειες, όχι μόνο στην υγεία αλλά και στην ίδια τη ζωή των ασθενών με βαρεία παχυσαρκία, είναι πολλές φορές, δραματικές. Στη χώρα μας υπάρχει, γενικά, μια αρνητική τοποθέτηση για τη χειρουργική αντιμετώπιση της βαρείας παχυσαρκίας και από πολλούς χειρουργούς, γεγονός που έχει ιδιαίτερη σημασία, αφού υποτίθεται ότι είναι εκείνοι που θα αντιμετωπίσουν τη νόσο. Προβλήματα υπάρχουν, βεβαίως, σε όλες τις χώρες του κόσμου. Στη Γερμανία, για παράδειγμα, που είναι χώρα με μεγάλο αριθμό παχύσαρκων, η διάγνωση και καταγραφή τους γίνεται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και συστηματικά καταγράφονται μόνο οι περιπτώσεις συνύπαρξης της νόσου με άλλες παθήσεις, ενώ οι δαπάνες για την αντιμετώπιση της και ο χρόνος των γιατρών που αφιερώνεται στην παρακολούθηση των ασθενών αυτών είναι ελάχιστος.

Άλλοι επαγγελματίες της υγείας που ασχολούνται με την παχυσαρκία είναι οι νοσηλευτές, οι γυμναστές και οι διαιτολόγοι. Δυστυχώς, οι γνώσεις και οι επαγγελματικές οδηγίες και αυτών ελάχιστα είναι παραγωγικότερες από εκείνες των γιατρών, αφού οι περισσότεροι δεν γνωρίζουν επαρκώς το αντικείμενο και, όσοι το γνωρίζουν, ελάχιστα πιστεύουν στις δυνατότητες αντιμετώπισης του προβλήματος. Φωτεινή εξαίρεση αποτελούν οι Σουηδοί νοσηλευτές, οι οποίοι εκπαιδεύονται ειδικά και

λαμβάνουν ειδικότητα στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, προσφέροντας σημαντικές υπηρεσίες στην ομάδα αυτή του πληθυσμού.

Από τα λεγόμενα κέντρα αντιμετώπισης της παχυσαρκίας ή κέντρα αδυνατίσματος που σαν μανιτάρια ξεφύτρωσαν και ξεφυτρώνουν τα τελευταία χρόνια, αυτά που είναι επαρκώς και σωστά στελεχωμένα προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες στον αγώνα της πρόληψης και αντιμετώπισης της νόσου, ενώ άλλων οι υπηρεσίες μπορούν να χαρακτηριστούν λίαν επιεικώς ανεπαρκείς. Το ερώτημα το οποίο τίθεται κατόπιν τούτου είναι πώς θα βελτιωθεί η κατάσταση. Η βελτίωση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών που ασχολούνται με τη νόσο θα συμβάλλει στη βελτίωση της γνώσης και της εμπειρίας τους στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης. Είναι φανερό ότι η δημιουργία ειδικών ιατρικών κέντρων αντιμετώπισης των υπέρβαρων και παχύσαρκων αποτελεί ανάγκη σε ολόκληρο τον κόσμο. Τα κέντρα αυτά, που είναι κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρέπει να παίζουν τον κύριο ρόλο, ενώ τα νοσοκομεία και τα εξειδικευμένα κέντρα χρειάζονται για τις βαρύτερες περιπτώσεις καθώς επίσης και για την αντιμετώπιση των επιπλοκών. Το μεγάλο όφελος που θα προκύψει από τη μείωση του βάρους θα είναι η βελτίωση ή και η ίαση των συνοδών της παχυσαρκίας νόσων, γι' αυτό και η πρόληψη της νόσου παρέχει μακροπρόθεσμα πολύ περισσότερα οικονομικά οφέλη από τις οικονομικές ζημιές που θα προκαλέσει.

3.12. Πρακτικά μέτρα πρόληψης της παχυσαρκίας

Τα διάφορα προγράμματα πρόληψης (ατομικά, ομαδικά ή εθνικά) για να επιτύχουν πρέπει, πλην των ενδιαφερομένων, να λάβουν ενεργό μέρος οι άλλοι πολίτες, οι βιομηχανίες ειδών διατροφής, τα ΜΜΕ και οι κυβερνήσεις των χωρών του κόσμου. Το σχήμα που ακολουθεί επιμερίζει τις ευθύνες των εμπλεκομένων με την παχυσαρκία (κυβερνήσεις, βιομηχανίες και βιοτεχνίες τροφίμων, γιατροί, διαιτολόγοι κλπ.) και καταγράφει τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται για την πρόληψη και αντιμετώπιση της νόσου.

Φυσιολογικό βάρος για όλους			
Επιμερισμός ευθυνών			
ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ	ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗΣ ΕΜΠΟΡΙΟ	ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ	Μ.Μ.Ε.
Νομολογία, κίνητρα και παράτρηση σε θέματα διατροφής	Γνώση και επιμόρφωση κόσμου	Εκπαιδευμένοι διευθυντές και υπεύθυνοι αγοράς	Υπεύθυνη διαφήμιση
Οδηγίες για βιομηχανία /εμπόριο	Διαχωρισμός και επιλογή καταναλωτών	Κατάλληλη προώθηση αγαθών	Επιμόρφωση σε θέματα υγιεινής διατροφής
Επιμόρφωση και προστασία καταναλωτή	Υγιείς συνήθειες στο σπίτι	Διασφάλιση ποιότητας	Επιχειρηματολογία
Συλλογή πληροφοριών και έρευνα	Κοινωνική συμμετοχή	Ετικέτες με πληροφορίες και ενημέρωση καταναλωτών	Δημοσιοποίηση πληροφοριών
Παροχή υπηρεσιών υγείας	Δραστηριοποίηση καταναλωτικών ομάδων		Αποκάλυψη διεκδικήσεων σε θέματα υγείας

Διαιτητικές οδηγίες

Έλεγχος παχύσαρκων από την πολιτεία

Καθοδήγηση σε θέματα παχυσαρκίας από WHO

3.13. Προώθηση προγραμμάτων «υγιεινής διατροφής»

Η προώθηση της λεγόμενης «υγιεινής διατροφής», η οποία συνίσταται σε διατροφή με λίγο λίπος, περισσότερες πρωτεΐνες και υδατάνθρακες και άφθονα φρούτα και λαχανικά πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα στην προσπάθεια πρόληψης της νόσου. Στην πράξη, αυτό δεν είναι εύκολο να γίνει γιατί οι συνήθειες των ατόμων δεν αλλάζουν εύκολα και το κόστος της διατροφής αυτής είναι υψηλό. Για την προώθηση της υγιεινής διατροφής τα ΜΜΕ πρέπει να προβάλλουν επιμορφωτικά προγράμματα και οι βιομηχανίες τροφίμων να βελτιώσουν την ποιότητα των προϊόντων τους. Οι κυβερνήσεις, τέλος, πρέπει να εκπονήσουν ειδικά προγράμματα, κυρίως για τα άτομα υψηλού κινδύνου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Τροφίμων, εξέδωσε ντοκουμέντα προώθησης της υγιεινής διατροφής που περιλαμβάνουν τα μαθήματα στα σχολεία, την επιμόρφωση των καταναλωτών, την προστασία τους με την αναγραφή οδηγιών συντήρησης και κατανάλωσης τροφίμων και την εκπόνηση διατροφικών προγραμμάτων, που όλα μαζί έχουν σκοπό την αποκατάσταση της αλή-

θειας που κακοποιείται βάνουσα από τις διαφημίσεις. Η Νορβηγία και η Φιλανδία προσπάθησαν να εφαρμόσουν σοβαρά και ευρείας έκτασης προγράμματα υγιεινής διατροφής και μείωσαν τη συνολική πρόσληψη λίπους τα τελευταία 20 χρόνια από 42% σε 34%. Είναι ενθαρρυντικό το γεγονός ότι η προοδευτική αύξηση του αριθμού των παχύσαρκων στη Φιλανδία ακολουθήθηκε από σταθεροποίηση και, σε μερικές περιοχές, από μείωση. Στη Νορβηγία, σε γυναίκες ηλικίας 40-42 ετών η παχυσαρκία μειώθηκε, ενώ οι άνδρες έτσι και αλλιώς δεν παρουσίαζαν σοβαρό πρόβλημα, αφού είναι από τους πλέον λεπτούς της Ευρώπης.

3.14. Προώθηση προγραμμάτων βελτίωσης της φυσικής δραστηριότητας

Ο καθιστικός τρόπος ζωής και η μειωμένη φυσική δραστηριότητα αναγνωρίστηκαν ως παράγοντες που συνεισφέρουν σημαντικά στην αύξηση του βάρους και στην παχυσαρκία. Η σωματική άσκηση μπορεί να γίνει με ατομικά, ομαδικά ή και μαζικά προγράμματα άθλησης για όλες τις ηλικίες. Σε ατομικό επίπεδο, η συνεχής και μακροπρόθεσμη βελτίωση της φυσικής δραστηριότητας επιτυγχάνεται καλύτερα με συστηματική, χαμηλής έντασης και μακράς διάρκειας σωματική άσκηση σε ανοικτό χώρο (αερόβια άσκηση) και όχι με σποραδική αλλά εντατική. Μικρές καθημερινές συνήθειες όπως η βόλτα του σκύλου, το περπάτημα στη γειτονιά, η περιποίηση του κήπου, τα μαστορέματα αποτελούν δημοφιλείς και πολύ επωφελείς τρόπους άσκησης. Η οδοιπορία, η ορειβασία, η ποδηλασία, το κολύμπι και, γενικά, η αερόβια άσκηση υπερτερεί σημαντικά εκείνης που γίνεται με τη χρήση ειδικών μηχανημάτων και οργάνων γυμναστικής στο σπίτι. Το περπάτημα αντί της χρήσης των μεταφορικών μέσων και, ιδίως, του ΙΧ αυτοκινήτου και η μείωση του χρόνου παράκολούθησης τηλεόρασης είναι επίσης σημαντικά για την πρόληψη της νόσου. Οι γειτονιές, οι δήμοι και οι κοινότητες, οι σύλλογοι και τα σχολεία πρέπει να παρέχουν τους αναγκαίους χώρους και μέσα που να επιτρέπουν στα παιδιά και στους ενήλικες να παίζουν και να αθλούνται σε όλη τους τη ζωή. Η άσκηση για να πετύχει το σκοπό της πρέπει να μη καταπονεί το άτομο, να είναι απολαυστική, να επαναλαμβάνεται

με ευχαρίστηση και να μη παρουσιάζεται με ανιαρό τρόπο ως απολύτως αναγκαία. Τέλος, η προβολή του ρόλου της σωματικής άσκησης στη υγεία του ατόμου από τα ΜΜΕ, αποτελεί ουσιαστική παρέμβαση που συμβάλλει στην πρόληψη της παχυσαρκίας.

Τα συστηματικά προγράμματα αύξησης της φυσικής δραστηριότητας του πληθυσμού είναι, δυστυχώς, από ελάχιστα έως ανύπαρκτα. Από τις λίγες μελέτες που έγιναν μέχρι σήμερα, φαίνεται ότι η βελτίωση της φυσικής δραστηριότητας με τα προγράμματα είναι μόνο βραχυπρόθεσμη. Η άποψη αυτή, ιδίως για τους ηλικιωμένους, επιβεβαιώθηκε με πρόγραμμα που εφαρμόστηκε στην Αυστραλία και είχε το σύνθημα «Exercise: make it part of your day» και σύστηνε στον κόσμο το συστηματικό καθημερινό περπάτημα. Δεύτερο πρόγραμμα ένα χρόνο αργότερα, με σύνθημα «Exercise: take another step», που είχε σαν σκοπό την περαιτέρω βελτίωση και σταθεροποίηση των αποτελεσμάτων του πρώτου δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, αφού καμία βελτίωση του επιπέδου φυσικής κατάστασης δεν παρατηρήθηκε. Παρόλα ταύτα, τα προγράμματα αύξησης της φυσικής δραστηριότητας του πληθυσμού μπορεί και πρέπει να προωθηθούν σε πληθυσμιακή βάση στο μέλλον.

3.15. Μελλοντική στρατηγική πρόληψης της παχυσαρκίας

Η παραδοσιακή κουζίνα των περισσότερων χωρών του κόσμου αντικαταστάθηκε από εκείνη με φαγητά υψηλής περιεκτικότητας σε θερμίδες και λίπος που προσφέρονται σε πακέτα, πολυδιαφημισμένα, κακομαγειρεμένα και σημαντικά φθηνότερα. Αυτό αποτελεί και τη μεγαλύτερη απόδειξη ότι οι διαφημίσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στην κατανάλωση συγκεκριμένων φαγητών, ειδικότερα από τα παιδιά και τους εφήβους και τη δημιουργία νέου τρόπου διατροφής σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες. Διεθνείς οργανισμοί, όπως η WHO και ο FAO τονίζουν ότι τα ταχείας παρασκευής και κατανάλωσης φαγητά (fast-foods), έχουν μεγάλη απήχηση στο καταναλωτικό κοινό και κάθε προσπάθεια αποφυγής τους δύσκολα αποδίδει αποτελέσματα. Ωστόσο, η συνεχής και με κάθε τρόπο παρότρυνση της κατανάλωσης παραδοσιακών φαγητών αποτελεί, ίσως, μία ελπίδα αναστροφής της υπάρχουσας κατάστασης.

Η μεγάλη σημασία της σωματικής άσκησης στην πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας τονίστηκε κατά κόρον. Η τηλεόραση, η κατασκευή πολυκατοικιών εκεί όπου υπήρχαν αλάνες και ανοικτοί χώροι παιχνιδιού, οι δρόμοι χωρίς λωρίδες για τους ποδηλάτες, η χρήση ανελκυστήρα αντί για σκάλες, η μείωση των ωρών παιχνιδιού ακόμη και στα σχολεία και οι κίνδυνοι που διατρέχουν τα παιδιά που παίζουν στο δρόμο προκαλούν μείωση της φυσικής δραστηριότητας και συντελούν στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Με τα δεδομένα αυτά, κάθε ευνομούμενη πολιτεία οφείλει να εκπονήσει και να προωθήσει προγράμματα υγιεινής διατροφής, επιμόρφωσης, άθλησης και ψυχαγωγίας του πληθυσμού και να του δώσει ευκαιρίες αύξησης της φυσικής δραστηριότητας κατά τον ελεύθερο χρόνο του. Τα μελλοντικά αυτά προγράμματα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους την αιτία του προβλήματος, τη σοβαρότητα και τις επιπτώσεις του στη δημόσια υγεία και, τέλος, την ανάπτυξη νέων και σύγχρονων μεθόδων αντιμετώπισης.

4. Η παραδοσιακή ελληνική διατροφή και ο τρόπος ζωής ως «Πρότυπο» για την πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

Η παραδοσιακή ελληνική διατροφή, η κουζίνα της γιαγιάς μας, βασισμένη στο ψωμί, το τυρί, το γάλα, το κρασί, το λάδι, το λίγο κρέας και τα πολλά φρούτα και λαχανικά αποτελεί αδιάσπαστη συνέχεια της διατροφής των αρχαίων Ελλήνων που μεταβιβάστηκε στους Βυζαντινούς, διατηρήθηκε με την πάροδο των ετών και έφθασε μέχρι σήμερα στη Μακεδονία, στην Κρήτη, στην Ήπειρο, στην Κύπρο, στη Θράκη, στα νησιά και σε όλη την Ελλάδα.

4.1. Η παραδοσιακή κρητική ή μεσογειακή διατροφή

Η μεσογειακή διατροφή, όπως ονομάζεται διεθνώς η παραδοσιακή κρητική διατροφή, φαίνεται να συγκεντρώνει από αρχαιότατων χρόνων όλα τα χαρακτηριστικά εκείνα που την καθιστούν άριστη. Η διατροφή αυτή έγινε ευρέως γνωστή στη δεκαετία του '70 από τη μελέτη των 7 χωρών, που άρχισε το 1960 και ερεύνησε τη σχέση της στεφανιαίας νόσου με περιβαλλοντικούς παράγοντες σε πληθυσμούς από 7 χώρες του

κόσμου, τις Η.Π.Α., την Ολλανδία, τη Φιλανδία, την Ιαπωνία, τη Γιουγκοσλαβία, την Ιταλία και την Ελλάδα. Η μελέτη αυτή περιέλαβε τη διαχρονική παρακολούθηση μιας ομάδας 700 αγροτών της Κρήτης και έδειξε ότι ο πληθυσμός αυτός ήταν ο μακροβιότερος και είχε τους λιγότερους θανάτους από έμφραγμα και καρκίνο σε σύγκριση με όμοιους πληθυσμούς των άλλων χωρών. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι το 1991, 31ο έτος της μελέτης, οι επιζώντες στην Κρήτη ήταν το 50% περίπου του αρχικού πληθυσμού, ενώ στη Φιλανδία δεν υπήρχαν επιζώντες. Η μελέτη έδειξε επίσης ότι η παραδοσιακή κρητική διατροφή ήταν σχετικά πλούσια σε λίπος, με μεγάλη όμως περιεκτικότητα σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και μικρή σε κορεσμένα και πολυακόρεστα, αλλά και πλούσια σε λαχανικά, όσπρια, ψάρια και κρασί. Η κύρια πηγή μονοακόρεστων λιπαρών οξέων ήταν το ελαιόλαδο, του οποίου η κατανάλωση ήταν πολύ υψηλότερη από εκείνη των άλλων χωρών. Εκτός από τις διαφορές στην κατανάλωση ελαιόλαδου, παρατηρήθηκαν και σημαντικές διαφορές στην κατανάλωση και άλλων τροφίμων. Στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης παρατηρήθηκε υψηλή κατανάλωση γαλακτομικών προϊόντων, στις Η.Π.Α. κρέατος, στην Ιαπωνία δημητριακών, προϊόντων σόγιας και ψαριών. Τα προϊόντα κρέατος συσχετίστηκαν θετικά, ενώ τα λαχανικά (εκτός από τις πατάτες), το ψάρι, το ελαιόλαδο και το οινόπνευμα αρνητικά με τη θνησιμότητα της στεφανιαίας νόσου. Η παραδοσιακή κρητική ή μεσογειακή διατροφή, όπως σήμερα λέγεται, εκτός από τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, είναι πλούσια και σε αντιοξειδωτικές ουσίες προερχόμενες κυρίως από το ελαιόλαδο, τα λαχανικά και τα φρούτα. Πολλές μελέτες έχουν δείξει τον προστατευτικό ρόλο της βιταμίνης Ε. Ωστόσο, τα φλαβονοειδή, τα κορεσμένα λιπαρά οξέα και το κάπνισμα αποτελούν σημαντικότερους παράγοντες ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου από την κατανάλωση βιταμινών Ε, C και καροτινοειδών.

Από το 1960 μέχρι και σήμερα έγιναν αρκετές μελέτες που διερεύνησαν τις επιδράσεις των στοιχείων της μεσογειακής διατροφής και των θρεπτικών συστατικών τους. Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι ασθενείς που επέζησαν από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και ακολούθησαν μεσογειακή διατροφή εμπλουτισμένη με α-λινολενικό οξύ, παρουσίασαν

μείωση των σοβαρών καρδιακών επεισοδίων συγκριτικά με εκείνους της ομάδας ελέγχου που ακολούθησαν τη διαίτα που συστήνει η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία. Το σημαντικό, επομένως, συμπερασματικό στοιχείο της παραδοσιακής κρητικής διατροφής που αφορά σήμερα άμεσα ολόκληρο τον Ελληνικό πληθυσμό και όχι μόνο, είναι ότι η πρόσληψη λίπους μπορεί να είναι σχετικά υψηλή εφόσον προέρχεται κατά 50% από ελαιόλαδο (μονοακόρεστα λιπαρά οξέα). Αν επίσης ληφθεί υπόψη και η αυξημένη πρόσληψη αντιοξειδωτικών ουσιών και φυτικών ινών συνδυασμένη με αυξημένη φυσική δραστηριότητα, δίνονται με τον τρόπο αυτόν, τελικά, τα σημαντικά χαρακτηριστικά και του παραδοσιακού ελληνικού τρόπου ζωής.

4.2. Η καθημερινή διατροφή και ο παραδοσιακός τρόπος ζωής των Ελλήνων

Ο ελληνικός λαός, στην πλειοψηφία του αγροτοκτηνοτροφικός μέχρι τη δεκαετία του '60, άρχιζε τις εργασίες του από το γλυκοχάραμα και τις τελείωνε με το ηλιοβασιλέμα. Η εργασία ήταν καθαρά σωματική και απαιτούσε κόπο και μόχθο. Υπολογίζεται ότι στις αρχές της δεκαετίας του 1960 οι Έλληνες αγρότες περπατούσαν 13-15 χιλιόμετρα κατά μέσο όρο την ημέρα. Σήμερα είναι βέβαιο ότι το 70% και πλέον των Ελλήνων, αγροτών και αστών, περπατά λιγότερο από δύο χιλιόμετρα την ημέρα! Η άριστη υγεία και μακροζωία των Ελλήνων αποδίδεται στη διατροφή και στον απλό τρόπο ζωής τους. Η διατροφή αυτή, λιτή και απεριττή, αποτελούνταν από το ψωμί, το τυρί, το γάλα, το κρασί, το λάδι, τα αυγά, τα όσπρια, τα λαχανικά, τα φρούτα, τους ξηρούς καρπούς και λιγότερο το κρέας, το ψάρι και τα άλλα διατροφικά προϊόντα. Η διατροφή των Ελλήνων δεν είχε μεγάλες διαφορές από περιοχή σε περιοχή, έστω και αν στον Πόντο π.χ. επικρατούσε το γάλα, το γιαούρτι, το ξυνόγαλο κλπ. και στην Κρήτη και στα νησιά το λάδι, το τυρί, τα φρούτα και τα λαχανικά. Στην ορεινή Ελλάδα, όπου το ελαιόλαδο ήταν είδος πολυτελείας (μόνο για το καντήλι), τις ανάγκες σε λίπος τις κάλυπτε το χοιρινό λίπος (λίγδα). Αυτό χρησιμοποιούνταν πάντοτε σε μικρές ποσότητες για το τηγάκι και τις πίτες και πολύ λιγότερο για το φαγητό, τα γλυκά κλπ.

Κάθε οικογένεια αποτελούσε αυτόνομη οικονομική και παραγωγική μονάδα, αφού παρήγαγε τα περισσότερα προϊόντα που χρειαζόταν για όλον το χρόνο, ενώ όσα δεν παρήγαγε τα προμηθεύονταν με τη μέθοδο της ανταλλαγής προϊόντων από άλλη ή και την ίδια περιοχή. Η ανταλλαγή γινόταν κυρίως το φθινόπωρο, αφού ο χειμώνας θεωρούνταν και ήταν η δυσκολότερη εποχή του χρόνου.

Η παραδοσιακή ελληνική κουζίνα διαθέτει πλούσια ποικιλία φαγητών φυτικής και ζωικής προέλευσης, που όμως ελάχιστες ημέρες του χρόνου υπήρχαν στο τραπέζι του Έλληνα τους προηγούμενους αιώνες. Η σκληρή αγροτοποικιμική ζωή, οι πολεμικές συγκρούσεις, η σκλαβιά και οι συνεχείς μετακινήσεις του πληθυσμού εντός και εκτός της χώρας αποτελούσαν αρνητικές προϋποθέσεις για οικονομική άνεση και πλούσια διατροφή. Οι παραδοσιακές συνταγές μαγειρικής διασώθηκαν, όπως ακριβώς και η ελληνική παράδοση, από στόμα σε στόμα και τα περισσότερο πλούσια και πολύπλοκα φαγητά συνδέθηκαν με τις γιορτές και τις κοινωνικές εκδηλώσεις (γάμοι, αρραβώνες, πανηγύρια, κηδείες, κλπ.). Η παράδοση αυτή είναι τόσο ισχυρή, ώστε και σήμερα ταυτίζονται μερικά φαγητά με τις αντίστοιχες γιορτές, όπως συμβαίνει με το ψητό αρνί του Πάσχα και το χοιρινό των Χριστουγέννων.

Στην παραδοσιακή ελληνική αγροτική οικογένεια τα γεύματα χαρακτηρίζονταν από φαντασία, ποικιλία συνθέσεων και λιτότητα. Τα γεύματα τις μεγάλες ημέρες του χρόνου με τις πολλές δουλειές (Μάιος-Σεπτέμβριος) ήταν τέσσερα, ενώ τους υπόλοιπους μήνες τρία. Η ημέρα ξεκινούσε με το πρωινό ή κολατσιό (στη Μακεδονία λεγόταν και καφαλιτί), που ήταν λιτό και αποτελούνταν από ψωμί, ελιές, τυρί ή ψωμί με βούτυρο και μέλι ή αυγά που ήταν άφθονα και συνοδεύονταν συχνά από ένα ποτήρι τσίπουρο (ρακί, σούμα, τσικουδιά κλπ.). Το πρωινό αυτό μας θυμίζει το «ακράτισμα» των αρχαίων Ελλήνων που φαίνεται ότι διασώζεται, έστω και λίγο, ακόμη και στις μέρες μας. Η σημασία που αποδίδονταν στο πρωινό δεν συμπίπτει απόλυτα με τις απόψεις που διατυπώνουν οι σύγχρονοι διαιτολόγοι, που το θέλουν πολύ πλούσιο. Το πρωινό ακολουθούσε πολύωρη εργασία, που ήταν η πλέον αποδοτική της ημέρας και το κύριο γεύμα, γεύμα ή γιόμα, το οποίο τρωγόταν περίπου στις 11η

ώρα πριν το μεσημέρι και ήταν το πλουσιότερο της ημέρας, ιδιαίτερα όταν υπήρχαν και εργάτες στη δούλεψη. Η σαλάτα της εποχής, η πίτα, η κότα, σπανιότερα το πρόβατο και η γίδα, τρώγονταν στο χωράφι, στο αμπέλι ή στο περιβόλι την ώρα αυτή. Πριν από το φαγητό πίνονταν λίγο ρακί, ενώ με το καλό φαγητό το κρασί είχε πάντα τη θέση του. Οι επινοήσεις της νοικοκυράς ήταν πλούσιες για το γεύμα και η ποικιλία των φαγητών με υλικά της εποχής ήταν χαρακτηριστικά της νοικοκυροσύνης της. Το γεύμα ακολουθούσε ξεκούραση λίγης ώρας και στη συνέχεια συνεχιζόταν η εργασία μέχρι περίπου τις 3 μετά το μεσημέρι, οπότε και ακολουθούσε το δειλινό ή δειλί, που οι γεωργοί έτρωγαν μαγειρεμένο φαγητό ή όταν δεν υπήρχε τέτοιο ό,τι περίσσευε από το γεύμα. Σε αρκετές περιπτώσεις ικανοποιούνταν μόνο με παπάρα από ψωμί και ξινόγαλο ή ψωμί και κόκκινο κρασί ή ξύδι. Μετά το δειλινό ακολουθούσε ξεκούραση και ύπνος μιας περίπου ώρας που ήταν πολύ ευεργετικός για την υγεία και κατόπιν εργασία μέχρι τη δύση του ηλίου. Με την επιστροφή στο σπίτι, μετά τη δύση του ηλίου, συγκεντρωνόταν όλη η οικογένεια για το δείπνο, το οποίο ήταν ελαφρύ και εύπεπτο φαγητό για όλη την οικογένεια και για τους άνδρες συνοδευόταν από μία, τουλάχιστον, κούπα κρασί. Το βράδυ γινόταν ο απολογισμός της ημέρας και ο προγραμματισμός της επόμενης. Σε κάθε γεύμα της ημέρας και όχι μόνο, υπήρχαν άφθονα λαχανικά και φρούτα που μαζεύονταν την ημέρα εκείνη και τρώγονταν αμέσως. Το φθινόπωρο και το χειμώνα που οι μέρες ήταν μικρές, τα γεύματα περιορίζονταν σε τρία, το πρωινό, το μεσημεριανό και το βραδινό, όπως περίπου και στις μέρες μας.

Ο ρόλος της ορθόδοξης παράδοσης στην εξέλιξη των διατροφικών συνηθειών των Ελλήνων υπήρξε πολύ σημαντικός. Οι νηστείες, που χαρακτηρίζονται από αποχή από κρέας, τυρί, γάλα και λοιπά ζωικά προϊόντα εφαρμόζονταν από όλους με ευλάβεια μέχρι τα μέσα του 20ου αιώνα, ενώ ακόμη και σήμερα δεν είναι λίγες οι οικογένειες που εφαρμόζουν τις παραδοσιακές νηστείες της ορθόδοξης πίστης. Οι μικρές μονοήμερες νηστείες της εβδομάδας (κάθε Τετάρτη και Παρασκευή), που η οικογένεια έτρωγε συνήθως όσπρια, συνέβαλλαν ουσιαστικά στην ισορροπημένη εβδομαδιαία διατροφή. Το κρέας (κότα, γίδα ή πρόβατο) κατά

κανόνα τρωγόταν το πολύ μία φορά την εβδομάδα, συνήθως την Κυριακή, ενώ το πλούσιο τραπέζι συνέπιπτε με κάποια μεγάλη γιορτή ή με κάποιο σημαντικό κοινωνικό γεγονός. Κάθε οικογένεια έθρεφε το γουρούνι της, το οποίο σφάζονταν τα Χριστούγεννα και το κρέας του -όσο δεν τρωγόταν τις μέρες αυτές- γινόταν λουκάνικα ή καβουρμάς και τρωγόταν σχεδόν μέχρι το καλοκαίρι. Στις βόρειες περιοχές της χώρας το γουρούνι, εκτός από το κρέας, απέδιδε και το λίπος της χρονιάς. Το βοδινό κρέας κατά παράδοση δεν τρωγόταν, αφού το βόδι ήταν ο κύριος συνεργάτης του γεωργού και τιμούνταν ιδιαίτερα. Το κατσίκι και το αρνί τρωγόταν μόνο το Πάσχα, σουβλιστό, στο φούρνο ή μαγειρευτό, ενώ προτιμούνταν γενικά τα κοτόπουλα και τα μεγαλύτερα ζώα (προβατίνες, ζυγούρια, γίδες, βετούλια) και ψάρια που ήταν άφθονα, όχι μόνο για τους νησιώτες αλλά και για τους στεριανούς, αφού οι λίμνες της Καστοριάς, των Πρεσπών, των Ιωαννίνων, της Βόλβης κλπ. καθώς επίσης και τα ποτάμια της Ελλάδας ήταν πλούσια σε ψάρια. Τα φασόλια, τα ρεβίθια, οι φακές, τα κουκιά, η φάβα, τα χορταρικά και τα ζυμαρικά (κοφτά μακαρόνια, πέτουρα, τραχανάς κλπ.), αλλά και οι ξηροί καρποί (αμύγδαλα, καρύδια, φουντούκια κλπ.) καθώς επίσης το μέλι και το πετιμέζι δεν έλειψαν ποτέ από το διαιτολόγιο του Έλληνα. Τα κρεμμύδια, τα σκόρδα και τα ρεπάνια υπήρχαν σχεδόν πάντα στο ημερήσιο σιτηρέσιο.

Η άνοιξη ξεκινούσε με τη γιορτή του Ευαγγελισμού, ημέρα που ο παστός μπακαλιάρος και τα ψάρια είχαν την τιμητική τους. Το ξύπνημα της γης σηματοδοτούσε την έναρξη πολλών αγροτικών εργασιών και τη διατροφή χαρακτήριζε η λιπότητα και η κατανάλωση αγαθών που έμειναν από τις προμήθειες του χειμώνα μαζί με τα χορταρικά και τα σαλατικά που άφθονα έπαιρναν από τη φύση. Με την πάροδο των ημερών της άνοιξης η διατροφή πλούτιζε με σαλατικά και ζαρζαβατικά, όπως το μάρουλι, τα φασολάκια, οι πιπεριές, οι μελιτζάνες, οι ντομάτες και άλλα πολλά. Το Πάσχα συνδεόταν με το ψητό αρνί, γεμιστό ή μαγειρεμένο με διάφορους, ανάλογα με την περιοχή, τρόπους. Το καλοκαίρι ήταν η εποχή με τις πολλές δουλειές, αλλά και με τη μεγάλη ποικιλία φαγητών, φρούτων και λαχανικών, χαράς ευαγγέλια για την οικογένεια. Το φθινόπωρο, που επίσης είχε πολλές δουλειές, είχε και πολλές σοδειές

και κάθε οικογένεια ετοιμαζόταν να δεχτεί το χειμώνα. Υπήρχαν άφθονα φρούτα και λαχανικά, όσπρια νέας σοδειάς και άλλα προϊόντα που τρωγόταν με τη σχετική οικονομία «για να βγάλουμε και τούτον το χειμώνα». Ο χειμώνας ήταν η πιο δύσκολη εποχή στην ορεινή, ιδίως, Ελλάδα- ο καλός όμως νοικοκύρης είχε τις προμήθειες για την οικογένεια του, τους μουσαφίρηδες και τα ζώα του. Στα νησιά, το μάζεμα της ελιάς άρχιζε τον Οκτώβριο και τελείωνε το Φεβρουάριο και τα νοικοκυριά είχαν χαράς ευαγγέλια την εποχή αυτή. Οι σαλάτες που καταναλώνονταν το χειμώνα ήταν κυρίως λάχανο, διάφορα τουρσιά καθώς επίσης και άγρια χόρτα, ωμά ή βραστά. Τα φρούτα (κυδώνια, μήλα, κάστανα, σταφύλια κλπ.) συντηρούνταν με διάφορους τρόπους (π.χ. μέσα σε κρασί ή θαμμένα στα άχυρα) και πολλά από αυτά ήταν κρεμασμένα στο ταβάνι μέχρι και το Πάσχα. Το ρακί, το κρασί, τα κάστανα, τα αμύγδαλα, τα καρύδια, το μέλι, το πετιμέζι ήταν αγαπημένα συμπληρώματα διατροφής το χειμώνα. Ο χειμώνας, όμως, όσο δύσκολος και αν ήταν, ήταν η εποχή με τις πολλές γιορτές και την παρατεταμένη ξεκούραση για τον κόσμο. Οι περισσότεροι αρραβώνες, γάμοι και διασκεδάσεις γίνονταν το χειμώνα και τα όργανα συχνά έπαιζαν στο μεσοχώρι «για να χορέψει ο κόσμος». Τις μεγάλες νύχτες του μαζεύονταν οι γειτόνοι και οι επιτήδειοι διηγούνταν ιστορίες, πραγματικές και φανταστικές, που αποτελούσαν μεγάλη διασκέδαση για τα παιδιά.

4.3. Σημερινή ελληνική πραγματικότητα και μελλοντικές προοπτικές

Στη χώρα μας, όλο και περισσότεροι Έλληνες πείθονται για τις σοβαρές συνέπειες που έχει η απομάκρυνση από την παραδοσιακή ελληνική διατροφή, όλο και περισσότεροι επισκέπτονται τα λεγόμενα «φαστφουντάδικα» και όλο και λιγότερες νοικοκυρές ασχολούνται με τη μαγειρική. Στην αλλαγή αυτή συνέβαλλαν πολλοί παράγοντες, ο κυριότερος από τους οποίους είναι η απομάκρυνση από τον αγροτοποικιμικό τρόπο ζωής και η αστικοποίηση του Έλληνα. Πολλά από τα παραδοσιακά επαγγέλματα τείνουν προς εξαφάνιση ή και εξέλειπαν τελείως. Η συμμετοχή της γυναίκας στην παραγωγική διαδικασία την απομάκρυνε από τον πα-

ραδοσιακό ρόλο της νοικοκυράς, αφού κουράζεται πολύ στη δουλειά της και αδυνατεί να ανταποκριθεί στα επιπρόσθετα αυτά καθήκοντα. Το φαινόμενο αυτό μπορεί επίσης να συνδεθεί, μερικώς τουλάχιστον, με τη σχεδόν παντελή έλλειψη γνώσης από τους νεοέλληνες της πλούσιας γαστρονομικής κληρονομιάς, που όχι μόνο αποτελεί μία όαση της σύγχρονης δυτικής κουζίνας αλλά υιοθετείται από όλο και περισσότερες επιστημονικές ομάδες που ασχολούνται σοβαρά με το θέμα.

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι η παραδοσιακή ελληνική διατροφή έχει αλλοιωθεί τις τελευταίες δεκαετίες και τα αποτελέσματα είναι πολύ δυσάρεστα για την υγεία του πληθυσμού. Οι πρόωροι θάνατοι από εμφράγματα και κακοήγη νεοπλάσματα έχουν πάρει επιδημικές διαστάσεις, ενώ άγνωστες μέχρι πρότινος παθήσεις όπως τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου και η χρόνια παγκρεατίτιδα, όλο και συχνότερα εμφανίζονται. Η παραδοσιακή ελληνική μαγειρική προσφέρει στο σύγχρονο άνθρωπο πλήθος εναλλακτικών διατροφικών προτάσεων αλλά και ποικιλία γεύσεων και εδεσμάτων που παρασκευάζονται με αγνές και υγιεινές πρώτες ύλες. Η περιοδική, με μέτρο και χωρίς ακρότητες φυτοφαγία, όπως προτείνεται από την ορθόδοξη παράδοση, έχει θετικότερες επιδράσεις στην υγεία και δεν μοιάζει καθόλου με την αυστηρή, συνεχή και επικίνδυνη φυτοφαγία των υγιεινιστών. Ο σύγχρονος Έλληνας έχει τη δυνατότητα να επιλέξει από την πληθώρα των παραδοσιακών φαγητών εκείνα που ανταποκρίνονται στο σημερινό τρόπο ζωής και στις ορέξεις του. Το χοιρινό λίπος χρησιμοποιήθηκε κατά το παρελθόν σε πολλές περιοχές της χώρας. Σήμερα το λίπος αυτό μπορεί, ίσως, να χρησιμοποιείται αραιά και που αντί για μαργαρίνες, που παρασκευάζονται με υδρογόνωση διαφόρων σπορέλαιων και ελαιολάδου και είναι τελείως άγνωστες στην παραδοσιακή ελληνική διατροφή.

Με τα σημερινά, λοιπόν, δεδομένα η προσπάθεια επιστροφής στην παραδοσιακή ελληνική διατροφή δεν είναι καθόλου εύκολη αλλά όχι και τελείως αδύνατη. Η ελληνική οικογένεια δείχνει μεγάλη αντοχή στη διατροφική, και όχι μόνο, λαίλαπα της εποχής μας, αφού μεγάλο μέρος του πληθυσμού διατρέφεται με τον παραδοσιακό τρόπο από τη νοικοκυρά που μαγειρεύει, αυτοσχεδιάζει, ερευνά και δημιουργεί πλή-

θος γευστικών απολαύσεων με παραδοσιακά ελληνικά υλικά. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στον περιορισμό κατανάλωσης κρέατος και άλλων ζωικών προϊόντων. Τα δημητριακά (κυρίως το μαύρο πιτυρούχο ψωμί), τα όσπρια, τα λαχανικά, τα φρούτα και το ελαιόλαδο πρέπει να αποδίδουν περισσότερο από το 85% των θερμίδων του καθημερινού διαιτολογίου μας.

Η χρήση του ελαιόλαδου θα πρέπει να συνεχιστεί και να διαδοθεί σε ολόκληρο τον κόσμο γιατί αποτελεί το μόνο λάδι που προάγει την υγεία και προλαμβάνει τις ασθένειες. Το ελαιόλαδο, σε αντίθεση με τα άλλα έλαια, είναι πλούσιο σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα που είναι ανθεκτικά στην οξείδωση και ελατώνουν την χοληστερόλη. Αντίθετα, τα σπορέλαια, με το μεγάλο ποσοστό πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, είναι ευαίσθητα στην οξείδωση και παράγουν υπεροξειδία. Το ελαιόλαδο περιέχει επιπλέον μεγάλη ποσότητα αντιοξειδωτικών ουσιών, που προφυλάσσουν από τις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου καθώς επίσης και από μερικές μορφές καρκίνου με το μηχανισμό της δέσμευσης των ελευθέρων ριζών. Ενδιαφέρον είναι επίσης το γεγονός ότι η σύνθεση του ελαιόλαδου σε λιπαρά οξέα είναι παρόμοια με εκείνη του λίπους του μητρικού γάλακτος.

Η έντονη φυσική δραστηριότητα των Ελλήνων μέχρι τη δεκαετία του '60 είναι απίθανο να επανέλθει αυτούσια. Ωστόσο, η πλούσια σε ομορφιές ελληνική ύπαιθρος, οι θάλασσες, τα βουνά και τα φαράγγια προσφέρονται για οποιαδήποτε μορφή σωματικής άσκησης (ορειβασία, πεζοπορία, αναρρίχηση, ράφτινγκ, σκι, κολύμπι, κυνήγι, ψάρεμα κλπ.), αρκεί να υπάρξει καλύτερη εκμετάλλευση του ελεύθερου χρόνου του σύγχρονου Έλληνα. Η φυγή από τις μεγαλουπόλεις σχεδόν κάθε σαββατοκύριακο, εφόσον συνδυαστεί με αύξηση της σωματικής άσκησης, μείωση του φαγητού, του ποτού και των τροχαίων ατυχημάτων, μπορεί να εξελιχθεί σε ένα κίνημα πολύ ωφέλιμο για το κοινωνικό σύνολο.

5. Συντηρητική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

Η συντηρητική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στοχεύει συνήθως στη μέτρια μείωση του βάρους σώματος και στη μακροπρόθεσμη

σταθεροποίηση του σε χαμηλότερα από πριν επίπεδα καθώς επίσης και στην αντιμετώπιση των συνοδών νόσων της παχυσαρκίας. Οι ωφέλειες από την απώλεια 5-15% του πλεονάζοντος βάρους είναι μεγάλες, εφόσον αυτή διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η σταθεροποίηση του βάρους σώματος σε επίπεδα χαμηλότερα από πριν για πάνω από 10 χρόνια, με οποιονδήποτε τρόπο και αν επιτευχθεί, αποτελεί καλή τελική έκβαση και έχει ιδιαίτερη αξία σε ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας που συνυπάρχει με άλλες παθήσεις.

Βασικές γνώσεις για όποιον ασχολείται με τη συντηρητική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας θεωρούνται οι εξής:

- Η αποκατάσταση του βάρους σώματος του παχύσαρκου και υπέρβαρου στο ιδανικό δεν είναι εύκολη και δεν πρέπει να αποτελεί τον κύριο και μοναδικό στόχο αντιμετώπισης της νόσου. Αυτή μπορεί να επιτευχθεί μόνο από λίγους ασθενείς που ελέγχουν τον εαυτό τους.
- Μικρή απώλεια βάρους (5-10 Kg σε ένα χρόνο) προσφέρει ουσιαστικά οφέλη, όπως η βελτίωση ή και η ίαση των συνοδών νόσων της παχυσαρκίας και η μείωση της θνητότητας κατά 25%.
- Οι αυστηρές διατροφικές απαγορεύσεις δεν είναι σωστές και, σε μερικές περιπτώσεις, μπορεί να επιφέρουν αντίθετα αποτελέσματα από τα επιδιωκόμενα και να επισπεύσουν την εμφάνιση βουλιμίας.
- Οι επανειλημμένες αποτυχημένες προσπάθειες απώλειας και διατήρησης χαμηλού βάρους σώματος μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη στον ασθενή και να οδηγήσουν σε ανάκτηση του απωλεσθέντος βάρους.
- Κλινικές δοκιμές έδειξαν ότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν μπορούν να συνεχίσουν να χάνουν βάρος για χρονικό διάστημα πάνω από 12-16 εβδομάδες και, εν πάσει περιπτώσει, η απώλεια δεν μπορεί να συνεχιστεί για πάνω από 6 μήνες.

5.1. Εκτίμηση παχύσαρκου ασθενή

Η σωστή εκτίμηση του παχύσαρκου ασθενή περιλαμβάνει τα εξής επιμέρους στοιχεία:

- Τη λήψη του ιστορικού

- Την εκτίμηση της κατάστασης υγείας και των συνοδών νόσων
- Την εκτίμηση των διατροφικών συνηθειών
- Την εκτίμηση της φυσικής δραστηριότητας
- Την εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης και του τρόπου συμπεριφοράς
- Τον κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο

Το ιστορικό

Η σωστή λήψη του ιστορικού είναι σημαντική και πρέπει να γίνεται με συγκεκριμένες ερωτήσεις, όπως το βάρος σώματος και ο δείκτης μάζας σώματος τη δεδομένη στιγμή, το βάρος του ασθενή στην παιδική ηλικία, η ηλικία απόκτησης βάρους, το υψηλότερο και χαμηλότερο βάρος που είχε, ο αριθμός και το είδος των προσπαθειών απώλειας βάρους και οι προηγούμενες μεταβολές του, η σταθεροποίηση του βάρους σώματος, το οικογενειακό ιστορικό. Οι παράμετροι και τα γεγονότα της ζωής (π.χ. εγκυμοσύνη) που σχετίζονται με την απόκτηση βάρους, οι τυχόν βλαβερές συνήθειες όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ καθώς επίσης και η λήψη διαφόρων φαρμάκων (π.χ. ορμονικά σκευάσματα) που ευνοούν την παχυσαρκία πρέπει να καταγράφονται και να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη.

Η κατάσταση της υγείας και οι συνοδές νόσοι

Η εκτίμηση του βαθμού και της μορφής της παχυσαρκίας, η αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του παχύσαρκου, οι παθήσεις που συνυπάρχουν με τη νόσο και η γνώση των κινδύνων από αυτές, η ψυχική κατάσταση του ασθενή και η οικονομική και κοινωνική του κατάσταση θεωρούνται απαραίτητα στοιχεία που θα συμβάλλουν στην καλή έκβαση της νόσου. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται για την αναγνώριση, καταγραφή και εκτίμηση των νόσων (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης) που συνοδεύουν την παχυσαρκία, αφού η βελτίωση ή και η ίαση τους αποτελεί έναν από τους κύριους σκοπούς της απώλειας βάρους.

Η διατροφή

Το είδος της καθημερινής διατροφής και οι διατροφικές συνήθειες του παχύσαρκου, τα ημερήσια γεύματα και οι λόγοι που οδηγούν στην υπερφαγία πρέπει να καταγραφούν λεπτομερώς. Οι ασθενείς με

βουλιμία πρέπει να μελετηθούν λεπτομερώς, να γίνει πλήρως κατανοητή η διαταραχή και να σχεδιαστούν οι μέθοδοι αντιμετώπισης της. Η λεπτομερής καταγραφή της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης των παχύσαρκων είναι αρκετά δύσκολη η καταγραφή των τροφών που καταναλώνονται πρέπει, ωστόσο, να γίνεται με λεπτομέρεια και με βάση πρωτόκολλο το οποίο πρέπει να περιλαμβάνει και ερωτήσεις που να περιγράφουν τα αίσθηματά του ασθενή για κάθε φαγητό που τρώει.

Η φυσική δραστηριότητα

Με απλό ερωτηματολόγιο θα καταγραφούν τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και θα προγραμματιστεί η αύξηση της σωματικής άσκησης μέσα από τις επαγγελματικές του ασχολίες και θα επινοηθούν και θα εφαρμοστούν νέοι τρόποι σωματικής άσκησης κατά τον ελεύθερο χρόνο του παχύσαρκου.

Η ψυχική κατάσταση και συμπεριφορά

Για την επιλογή της καλύτερης θεραπευτικής τακτικής είναι σημαντικό να καταγραφούν και να κατανοηθούν τα ψυχικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του παχύσαρκου. Η εκτίμηση περιλαμβάνει και την καταγραφή των επαγγελματικών δεδομένων, τις οικογενειακές δομές, το βαθμό της οικογενειακής υποστήριξης, τους λόγους που το άτομο θέλει να χάσει βάρος και την παρουσία διαταραχών του θυμικού. Διαταραχές τύπου κατάθλιψης, άγχους, βουλιμίας κλπ. είναι απαραίτητο να αναγνωριστούν και να καταγραφούν επακριβώς.

Η κλινική εξέταση και ο εργαστηριακός έλεγχος

Η κλινική εξέταση, πλην των κλασσικών εξετάσεων, περιλαμβάνει τον υπολογισμό του δείκτη σωματικού βάρους, τη μέτρηση της περιμέτρου μέσης και περιφέρειας, τον υπολογισμό του δείκτη Μέση/Περιφέρεια, τη μέτρηση του πάχους των δερματικών πτυχών και τον υπολογισμό του λίπους σώματος. Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει το συνήθη αιματολογικό, βιοχημικό, ακτινολογικό και καρδιολογικό έλεγχο και σπανιότερα τον έλεγχο των ενδοκρινών αδένων και το λεπτομερή έλεγχο των διαφόρων οργάνων και συστημάτων.

5.2. Στρατηγική αντιμετώπισης της παχυσαρκίας

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγεία κατέστρωσε μία στρατηγική αντιμετώπισης της παχυσαρκίας που βασίζεται στην κλασσική της ταξινόμηση. Σύμφωνα με αυτή, σε υπέρβαρους χωρίς επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου, κύριο μέλημα είναι η διατήρηση σταθερού του βάρους σώματος και εφόσον υπάρχουν και άλλες παθήσεις συστήνεται δίαιτα, άσκηση και αλλαγή του τρόπου ζωής. Σε παχύσαρκους με ήπια και μέτρια παχυσαρκία επιβάλλεται ο προγραμματισμός μέτριας απώλειας βάρους μακροπρόθεσμα και σταθεροποίηση σε χαμηλότερα από πριν επίπεδα. Άτομα με νοσογόνο και υπερνοσογόνο παχυσαρκία, στα οποία η συντηρητική θεραπεία δεν έχει πιθανότητες επιτυχίας, πρέπει να αποστέλλονται σε ειδικό κέντρο χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου.

5.3. Παρακολούθηση ασθενών και εκτίμηση αποτελεσμάτων

Η συστηματική παρακολούθηση των ασθενών αποτελεί σημαντικό στοιχείο της προσπάθειας αντιμετώπισης της παχυσαρκίας και πρέπει να συνεχίζεται ακόμη και όταν ο ασθενής επιτύχει το επιθυμητό βάρος. Η σωστή παρακολούθηση συνίσταται στην παρακολούθηση της απώλειας βάρους, στην παρακολούθηση της εξέλιξης και έκβασης των συνοδών όσων, των τυχόν προβλημάτων που θα δημιουργηθούν από την απώλεια βάρους και στην υποστήριξη του ασθενή. Η αξιολόγηση μιας οποιασδήποτε μεθόδου ή προγράμματος αντιμετώπισης της παχυσαρκίας απαιτεί μακροχρόνια παρακολούθηση των ασθενών και τα αποτελέσματα πρέπει να συγκριθούν με εκείνα των άλλων μεθόδων ή προγραμμάτων.

5.4. Υποστήριξη ασθενή

Για την επιτυχή αντιμετώπιση της νόσου, ο παχύσαρκος πρέπει να θεωρήσει τον εαυτό του ασθενή και να κάνει τις απαραίτητες προσπάθειες για την αντιμετώπιση της. Στην προσπάθεια του αυτή πρέπει να υποστηριχθεί από την οικογένεια του, τον κοινωνικό και επαγγελματικό του περίγυρο, τον ασφαλιστικό του φορέα, το σύστημα υγείας της χώρας του, άλλους οργανισμούς και οργανώσεις, τους ειδικούς επιστήμονες

(γιατρούς, διαιτολόγους, γυμναστές, ψυχολόγους κλπ.), γνώστες του αντικειμένου. Σημαντικό ρόλο μπορούν να παίξουν τα ιατρικά κέντρα αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, στελεχωμένα με εξειδικευμένο ιατρικό και λοιπό επιστημονικό προσωπικό που να πείθει για την επάρκεια, τη σοβαρότητα, την εργατικότητα, την εντιμότητα και την ποιότητα της δουλειά του.

Υποστήριξη από την οικογένεια

Ο ρόλος του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος είναι καθοριστικός. Ο ή η σύντροφος του παχύσαρκου παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του προβλήματος, όχι μόνο στο θεωρητικό και ψυχολογικό επίπεδο αλλά και στην πράξη, αφού είναι ο άνθρωπος που θα επισημάνει, θα μετρήσει, θα ζηήσει το πρόβλημα του/της συντρόφου του και θα συμβάλλει στην αλλαγή του τρόπου ζωής και της διατροφής του. Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι όταν ο/η σύντροφος του παχύσαρκου ενδιαφέρεται πραγματικά για τον άνθρωπο του, πολλά μπορούν να γίνουν στην αντιμετώπιση της νόσου. Παχύσαρκοι με σύζυγο κανονικού βάρους χάνουν περισσότερο βάρος από εκείνους που και ο/η σύζυγος είναι παχύσαρκος, ενώ και οι παχύσαρκοι που έχουν συζύγους πρώην παχύσαρκους που απώλεσαν το βάρος τους, χάνουν περισσότερο και ευκολότερα βάρος.

Αυτοστήριξη και στήριξη από εθελοντικές ομάδες

Τα τελευταία χρόνια μεγάλη σημασία δίδεται στην προσπάθεια αυτοστήριξης του ατόμου καθώς επίσης και στη στήριξη από εθελοντικές ομάδες, τα περισσότερα μέλη των οποίων είναι πρώην παχύσαρκοι. Οι ομάδες αυτές, με μικρό κόστος ή και χωρίς οικονομική επιβάρυνση του ασθενή, παρέχουν τη βοήθεια τους (ψυχολογική, οικονομική κλπ.). Ωστόσο, οι ομάδες αυτές, χρήσιμες και συχνά πολύ δημοφιλείς, στην πράξη ελάχιστα βοηθούν τον ασθενή να μειώσει το βάρος του. Η βοήθεια τους είναι περισσότερο μακροπρόθεσμη και συνεργική εκείνης των επαγγελματιών. Πρόσφατα στην Ευρώπη δημιουργήθηκε ομάδα με την επωνυμία EUROBESITAS με σκοπό να βοηθήσει τους Ευρωπαίους παχύσαρκους.

Υποστήριξη από το Σύστημα Υγείας

Τα εθνικά προγράμματα αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, όταν εφαρμόζονται σωστά και σε μικρές ομάδες αποδίδουν καλά αποτελέσματα. Τα προγράμματα αυτά πρέπει να γίνονται από εκπαιδευμένους επιστήμονες (γιατρούς, νοσηλευτές, διαιτολόγους) και είναι καλύτερα οι επισκέψεις να είναι μικρές και συχνές παρά αραιές και πολύωρες.

Υποστήριξη από τα κέντρα αντιμετώπισης της παχυσαρκίας

Τα τελευταία χρόνια πλήθος από ιδιωτικά κέντρα αδυνατισματος έχουν αναπτυχθεί σε ολόκληρο τον κόσμο καθώς επίσης και στη χώρα μας, με κύριο αντικείμενο την πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Τα κέντρα αυτά παρέχουν οδηγίες, συμβουλές και προγράμματα στήριξης του ασθενή με κοινό σημείο την παροχή υπηρεσιών στον παχύσαρκο με την έννοια του πελάτη. Με την επίσκεψη, ο πελάτης θα λάβει συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής και αύξησης της φυσικής του δραστηριότητας με γυμναστική, συνήθως μέσα στο χώρο των κέντρων και θα γίνει προσπάθεια αλλαγής του τρόπου ζωής με βάση συγκεκριμένο πρόγραμμα. Το κόστος κάθε προγράμματος ποικίλλει και εξαρτάται από το μέγεθος των υπηρεσιών που αρχίζουν από την απλή γυμναστική και τις διατροφικές οδηγίες και φθάνουν μέχρι την πλήρη υποκατάσταση της ημερήσιας διατροφής του ατόμου και, μερικές φορές, ολόκληρης της οικογένειας από φαγητά που ετοιμάζονται από τα κέντρα. Ο κίνδυνος εμπορικής εκμετάλλευσης των ατόμων αυτών είναι προφανής, αφού λειτουργούν υπό την αιγίδα του υπουργείου εμπορίου και για την λειτουργία τους δεν απαιτείται ούτε και το ελάχιστο επίπεδο εκπαίδευσης των θεραπευτών τους. Προσπάθειες εκτίμησης των αποτελεσμάτων των εμπορικών αυτών προγραμμάτων έγιναν σε λίγες μόνο περιπτώσεις, λόγω της εμπιστευτικότητας, της συχνής υποτροπής της νόσου και της έλλειψης ενδιαφέροντος από τα ίδια τα άτομα. Στον αντίποδα όλων αυτών υπάρχουν κέντρα με σωστή υποδομή, ευέλικτα προγράμματα και μεθόδους αντιμετώπισης των υπέρβαρων και παχύσαρκων που είναι αδύνατο να υπάρξουν μέσα στο Σύστημα Υγείας. Η US Food and Nutrition Committee εξέφρασε την πεποίθηση ότι τα κέντρα αυτά πρέπει να λειτουργούν με συγκεκριμένα κριτήρια και καθεστώς και για τη λειτουργία τους

να έχουν τις ελάχιστες εγγυήσεις. Να υπάρχει έλεγχος της λειτουργίας τους και των αμοιβών τους, εκπαιδευμένο προσωπικό και αξιολόγηση των προγραμμάτων τους, πολλά από τα οποία είναι έως και επικίνδυνα για τη δημόσια υγεία.

Στη χώρα μας, τα κέντρα αδυνατίσματος με ελκυστικές επιγραφές, πολυδάπανες διαφημίσεις και ποικίλες υποσχέσεις πυκνώνουν καθημερινά σε ολόκληρη την επικράτεια. Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι ορισμένα από αυτά, σωστά στελεχωμένα με έμπειρο και καλά καταρτισμένο επιστημονικό και βοηθητικό προσωπικό και με τη βοήθεια σύγχρονων μηχανημάτων, προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες στην αντιμετώπιση της νόσου. Αλλά πάλι, χωρίς υποδομή, πείρα και γνώση των ανθρώπων τους, αλλά με βιτρίνες που εύκολα ξεγελούν ταλαιπωρημένους και ευκολόπιστους ασθενείς, μόνο κακές υπηρεσίες προσφέρουν.

Αντιμετώπιση των συνοδών νόσων

Οι παθήσεις που συνυπάρχουν με την παχυσαρκία χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή. Η απώλεια βάρους στοχεύει στην ίαση, στη βελτίωση ή έστω στην ανακούφιση του ασθενή από τα περισσότερα συμπτώματα. Μικρή έστω απώλεια βάρους συμβάλλει στη βελτίωση των περισσότερων παθήσεων που συνυπάρχουν με την παχυσαρκία.

5.5. Μέθοδοι συντηρητικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας

Η συντηρητική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στηρίζεται στη μείωση των θερμίδων που προσλαμβάνονται με το φαγητό και πολύ λιγότερο στην αυξημένη κατανάλωση τους. Η μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων επιφέρει αλλαγές στο ενεργειακό ισοζύγιο και στη σύνθεση του σώματος που οδηγούν στη μείωση του βάρους. Η επιτυχής αντιμετώπιση της παχυσαρκίας με συντηρητικές μεθόδους προϋποθέτει τη γνώση και πλήρη κατανόηση των εξής δεδομένων:

- Η παχυσαρκία είναι χρόνια νόσος και χρειάζεται μακροχρόνια αντιμετώπιση.
- Η μικρή, και σταθερή απώλεια βάρους (<2% του βάρους σώματος την εβδομάδα) που επιτυγχάνεται με δίαιτες χαμηλής θερμιδικής πρόσληψης, είναι ασφαλέστερη από τη μεγάλη και ταχεία απώλεια που

επιτυγχάνεται με δίαιτες πολύ χαμηλής θερμιδικής πρόσληψης. Η μέτρια απώλεια βάρους (5-10% του αρχικού βάρους σώματος) προσφέρει σημαντικά οφέλη και μπορεί να θεωρηθεί μακροπρόθεσμος στόχος για πολλούς ασθενείς.

- Η αλλαγή της συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής του παχύσαρκου είναι απολύτως απαραίτητη και οι προσπάθειες πρέπει να στρέφονται στη μείωση του αριθμού των προσλαμβανόμενων θερμίδων και στην αύξηση των δαπανόμενων.
- Η σωματική άσκηση αποτελεί σημαντικό στοιχείο θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου και προσφέρει μεγάλα οφέλη στο καρδιαγγειακό σύστημα και στην ψυχική υγεία του ατόμου.
- Οι μέθοδοι συντηρητικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας που εφαρμόζονται σήμερα είναι η διαιτητική, η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, η αλλαγή της συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής και η φαρμακευτική. Ο συνδυασμός δύο, τριών ή και όλων των μεθόδων αποτελεί προϋπόθεση επιτυχίας και, στην πράξη, η εφαρμογή μόνο δίαιτας, γυμναστικής ή φαρμακευτικής αγωγής είναι αδύνατο να φέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα απώλειας βάρους.

Μηχανισμός απώλειας βάρους με συντηρητικές μεθόδους

Η εφαρμογή ενός πειθαρχημένου προγράμματος συντηρητικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας έχει ως φυσιολογικό αποτέλεσμα την απώλεια βάρους, η οποία επέρχεται μέσα από μία ενεργό φάση διάρκειας 3-4 μηνών που ακολουθείται από μία παρατεταμένη φάση σταθεροποίησης.

Κατά τη διάρκεια της ενεργού φάσης, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε δίαιτα χαμηλής θερμιδικής πρόσληψης στοχεύουν στην απώλεια 10-20 Kg (10-15% του πλεονάζοντος βάρους), ενώ εκείνοι που υποβάλλονται σε δίαιτα πολύ χαμηλής θερμιδικής πρόσληψης στην απώλεια 15-30 Kg (15-20% του πλεονάζοντος βάρους). Η απώλεια βάρους είναι περισσότερο ταχεία κατά την έναρξη της φάσης αυτής, μειώνεται στη συνέχεια και σταθεροποιείται αργότερα. Η μείωση της ενεργειακής πρόσληψης έχει ως αποτέλεσμα την προσαρμογή του οργανισμού και την

ανάλογη μείωση και της ενεργειακής κατανάλωσης με παράλληλη χρησιμοποίηση για τις μεταβολικές του ανάγκες αποθηκευμένης ενδογενούς ενέργειας. Στη φάση της σταθεροποίησης, ο οργανισμός αποκαθιστά ένα νέο σταθερό ενεργειακό ισοζύγιο του οποίου οι μεταβολές είναι μικρές και δεν επηρεάζουν το βάρος σώματος του ασθενή.

Σε έναν παχύσαρκο που εφαρμόζει διατροφολογικό πρόγραμμα, αρχικά διασπώνται οι υδατάνθρακες με τη μορφή του ηπατικού γλυκόγόνου. Οι αποθήκες του οργανισμού αδειάζουν συνήθως μέσα σε 24 ώρες, η ενδογενής πρωτεΐνη, κυρίως των μυών, οξειδώνεται και τα προϊόντα της κατευθύνονται στο ήπαρ δημιουργώντας έτσι αρνητικό ισοζύγιο αζώτου. Η μείωση της μυϊκής μάζας του σώματος που προκαλείται με τον τρόπο αυτόν, οδηγεί σε μείωση της ενεργειακής δαπάνης σε ανάπαυση, αφού η ελεύθερη λίπους μάζα αποτελεί το σπουδαιότερο παράγοντα που την επηρεάζει. Η πρόληψη της μείωσης της μυϊκής μάζας σε οριακά χαμηλά επίπεδα που θα έθετε σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου είναι σημαντική, γι' αυτό και χρησιμοποιείται ο μεταβολισμός του αποθηκευμένου λίπους ως ένας επιπλέον μηχανισμός προσαρμογής. Με την προϋπόθεση της επαρκούς ενυδάτωσης, ο ανθρώπινος οργανισμός μπορεί να αντέξει στην κατάσταση αυτή για αρκετούς μήνες.

Η ελεύθερη λίπους μάζα παρουσιάζει και αυτή απώλειες κατά την περίοδο του προγράμματος και ο οργανισμός, με την πάροδο του χρόνου, παρουσιάζει φυσιολογικές προσαρμογές. Η απώλεια πρωτεϊνών οδηγεί τον οργανισμό στην αναζήτηση τους, με σκοπό την πρόληψη των διαταραχών των σωματικών λειτουργιών του και την επιδείνωση της περαιτέρω πορείας του (π.χ. απώλεια μάζας σκελετικών μυών, οστών, συμπαγών σπλάχνων). Οι περισσότεροι ασθενείς που υποβάλλονται σε διατροφολογικά προγράμματα χάνουν περίπου 75% λίπος και 25% μάζα ισχνών ιστών.

Ο ενεργειακός μεταβολισμός μειώνεται κατά τη διάρκεια του προγράμματος, υπάρχει δηλαδή μείωση της σωματικής άσκησης και, γενικά, της φυσικής δραστηριότητας.

Η χαμηλού βαθμού αποδοτικότητα των μηχανισμών προσαρμογής στο διατροφολογικό πρόγραμμα ευθύνεται, μερικώς τουλάχιστον, για τη συχνή αποτυχία των διαφόρων διαιτητικών προγραμμάτων.

Η ανάκτηση του βάρους παραμένει ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα, με τους περισσότερους ασθενείς να επιστρέφουν στην προηγούμενη ή και χειρότερη κατάσταση μέσα σε τρία ή το πολύ πέντε χρόνια. Σε άτομα με εμπειρία αυξομείωσης του βάρους τους, η ολική ημερήσια ενεργειακή δαπάνη είναι σημαντικά χαμηλότερη ύστερα από την μείωση του βάρους κατά 10-20%, γεγονός που σημαίνει ότι η μείωση αυτή συνοδεύεται από μεταβολές της ενεργειακής δαπάνης που τείνουν να αντισταθμίσουν τη μεταβολή του βάρους. Αυτό σημαίνει, στην πράξη, ότι πρέπει να παρθούν πρόσθετα μέτρα, όπως είναι η σωματική άσκηση, η οποία αποτελεί σημαντικό ενισχυτικό παράγοντα των προγραμμάτων απώλειας βάρους. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η μέτριοι βαθμού σωματική άσκηση είναι εύκολη για όλους τους ανθρώπους και είναι καλύτερα να γίνεται νωρίς το πρωί.

Διαιτητική αντιμετώπιση

Η μεγάλη σημασία της δίαιτας στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι γνωστή από την εποχή του Ιπποκράτη.

Η μείωση της πρόσληψης τροφής, η δίαιτα, αποτελεί τον τυπικό τρόπο απώλειας βάρους, ενώ και η αλλαγή των διατροφικών συνθηκών του παχύσαρκου που αφορούν τη συχνότητα των γευμάτων, το είδος και την ποσότητα της τροφής καθώς επίσης και τα μεσοδιαστήματα ανάμεσα στα γεύματα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη και να ρυθμίζονται ανάλογα. Η δίαιτα πρέπει να παρέχει επαρκή ποσότητα πρωτεϊνών, βιταμινών και μετάλλων, ενώ η πρόσληψη λίπους πρέπει να είναι μειωμένη.

Τα διατροφολογικά προγράμματα υγιεινής διατροφής, τα οποία περιλαμβάνουν τις υπο-θερμιδικές δίαιτες με χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπος, έχουν καλύτερα μακροχρόνια αποτελέσματα γιατί βασίζονται στη λογική μείωση των προσλαμβανομένων θερμίδων, την οποία οι ασθενείς μπορούν να ανεχτούν επί μακρόν. Η διατροφή που είναι φτωχή σε υδα-

τάνθρακες, πλούσια σε πρωτεΐνες, φτωχή σε λίπος και υψηλή σε περιεκτικότητα φυτικών ινών συζητήθηκε πολύ και προτάθηκε από πολλούς ως μέθοδος αντιμετώπισης της παχυσαρκίας τα τελευταία πενήντα χρόνια και προτείνεται και σήμερα από πολλά δημοφιλή βιβλία διαιτολογίας. Ωστόσο, τα προγράμματα αυτά δεν πρέπει να εφαρμόζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα επειδή προϋποθέτουν την οριακή πρόσληψη βασικών ειδών διατροφής όπως είναι το ψωμί, οι πατάτες και τα ζυμαρικά, ενώ η αυξημένη πρόσληψη πρωτεϊνών συνεπάγεται την υπερκατανάλωση τροφίμων πλούσιων και σε λίπος, που αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης στεφανιαίας νόσου.

Εξατομικευμένη υποθερμιδική διαίτα

Οι δίαιτες αυτές βασίζονται στη μειωμένη πρόσληψη θερμίδων σε σχέση με εκείνες που το άτομο έπαιρνε, γι' αυτό και ονομάζονται υποθερμιδικές εξατομικευμένες. Η μείωση της θερμιδικής πρόσληψης κατά 500-600 Kcal την ημέρα που αντιστοιχεί σε ενέργεια (2000-2500 KJ/ημέρα) για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών, είναι συνήθως καλά ανεκτή από το άτομο και προκαλεί ικανοποιητική απώλεια βάρους. Η θερμιδική πρόσληψη βασίζεται στον υπολογισμό της σταθερής μέχρι τώρα ενεργειακής πρόσληψης του ατόμου, από την οποία αφαιρούνται οι θερμίδες που προγραμματίστηκαν και που ο ίδιος ο ασθενής αποδέχτηκε, δημιουργώντας με τον τρόπο αυτόν ενεργειακό έλλειμμα.

Ο ασθενής πρέπει να μάθει και να αποδεχτεί το δικό του διαιτολογικό πρόγραμμα, σχεδιασμένο και κατάλληλο αποκλειστικά για εκείνον, να διατηρείται η σχέση ανάμεσα στα βασικά στοιχεία της διατροφής και το συνολικό ποσό των προσλαμβανόμενων θερμίδων να είναι λίγο πάνω από 1200 Kcal/ημέρα (5000 KJ/ημέρα).

Με τη διαίτα η απώλεια βάρους που επιτυγχάνεται είναι της τάξεως του 0.5 Kg την εβδομάδα η οποία, αν και θεωρείται ικανοποιητική, απαιτεί περισσότερο χρόνο από άλλες περισσότερο περιοριστικές. Μετά την εφαρμογή του προγράμματος για 6 μήνες, η απώλεια βάρους σταματάει και το πρόβλημα είναι η σταθεροποίηση. Ο γιατρός πρέπει να συνεχίσει την παρακολούθηση του ασθενή μέχρι την οριστική σταθεροποίηση

του βάρους με επισκέψεις, τηλεφωνικές επικοινωνίες, συναντήσεις και e-mail.

Δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος

Το κύριο επιχείρημα των υποστηρικτών της δίαιτας αυτής, η οποία συνίσταται σε μείωση της πρόσληψης λίπους και μερική αντικατάσταση του από υδατάνθρακες είναι ότι, εκτός από την απώλεια βάρους, συμβάλλει και στη μείωση των πιθανοτήτων ανάπτυξης καρδιοαγγειακών παθήσεων. Έχει αποδειχτεί ότι η μείωση της πρόσληψης λίπους κατά 10% για μεγάλο χρονικό διάστημα έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια 5 Kg βάρους, ενώ η αντικατάσταση μέρους του ποσού των προσλαμβανομένων θερμίδων από υδατάνθρακες με θερμίδες από πρωτεΐνες προκαλεί μεγαλύτερη απώλεια βάρους. Ωστόσο, έρευνα που έγινε σε περισσότερες από 300 γυναίκες έδειξε ότι η μείωση των θερμίδων από την πρόσληψη λίπους από 39% που είναι ο μέσος όρος σήμερα σε 20% προκαλεί μείωση του συνόλου των προσλαμβανομένων θερμίδων κατά 25% κατά τη διάρκεια των πρώτων 12 μηνών από την εφαρμογή του προγράμματος και απώλεια βάρους μόλις 2 Kg. Άλλες εργασίες επιβεβαίωσαν τη μικρή απώλεια βάρους με ανάλογες δίαιτες. Είναι σημαντικό να τονιστεί, όμως, το γεγονός ότι οι δίαιτες αυτές βοηθούν σημαντικά στη σταθεροποίηση του βάρους σώματος καθώς επίσης και στην πρόληψη καρδιοαγγειακών νοσημάτων.

Αύξηση της φυσικής δραστηριότητας

Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας αποτελεί σημαντικό παράγοντα, κυρίως, διατήρησης του βάρους σώματος σε χαμηλότερα από πριν επίπεδα. Η δίαιτα αποτελεί αναμφίβολα τον καλύτερο τρόπο απώλειας βάρους, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα και εάν σε αυτή προστεθούν και 30-60 λεπτά σωματικής άσκησης τρεις φορές την εβδομάδα, η απώλεια βάρους ίσως είναι κατά τι μεγαλύτερη. Προγράμματα απώλειας βάρους βασισμένα μόνο στην αύξηση της φυσικής δραστηριότητας δεν απέδωσαν. Ωστόσο, οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι που αθλούνται έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διαβήτη, στεφανιαία νόσο και άλ-

λες παθήσεις και χαμηλότερη νοσηρότητα και θνητότητα σε σχέση με εκείνους που δεν αθλούνται.

Αλλαγή συμπεριφοράς και τρόπου ζωής

Ο αντικειμενικός σκοπός των προγραμμάτων αλλαγής της συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής των παχύσαρκων είναι η βελτίωση των διατροφικών τους συνηθειών (τι θα φάει, που θα φάει, πως θα φάει, πόσο θα φάει), καθώς επίσης και η αλλαγή του τρόπου σκέψης τους. Η αλλαγή της συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής αποκτά ιδιαίτερη σημασία όταν οι παχύσαρκοι μπορούν να γίνουν περισσότερο ανθεκτικοί στους πειρασμούς που προέρχονται από τις κοινωνικές, επαγγελματικές και άλλες υποχρεώσεις τους και τους αναγκάζουν να ενεργούν κατά τρόπο που ευνοεί τη νόσο τους (συχνές δεξιώσεις, γεύματα, καθιστική εργασία, τηλεόραση κλπ.). Η αξία της μεθόδου γίνεται μεγαλύτερη όταν αυξάνει την αυτοεκτίμηση και μειώνει την κακή εικόνα εαυτού, ιδίως εκείνων που αποτυγχάνουν να χάσουν βάρος, συμβάλλει στην ανακούφιση από το άγχος, την κατάθλιψη και τις νευρογενείς διαταραχές. Ωστόσο, είναι γεγονός ότι οι παχύσαρκοι δύσκολα πειθαρχούν σε προγράμματα και ακόμη πιο δύσκολα υπακούουν σε υποδείξεις.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Η φαρμακευτική θεραπεία της παχυσαρκίας αποτελεί ένα μοντέρνο, ταχύτατα αναπτυσσόμενο και πολλά υποσχόμενο, πεδίο αντιμετώπισης της νόσου. Πλήθος από φαρμακευτικές ουσίες δοκιμάστηκαν και χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς, ενώ νέα φάρμακα φαίνονται στον ορίζοντα και γεννούν καινούργιες ελπίδες. Οι ενδείξεις εφαρμογής της φαρμακευτικής θεραπείας της παχυσαρκίας επεκτάθηκαν και σήμερα εφαρμόζεται όχι μόνο για λόγους υγείας αλλά και για λόγους κοσμητικούς, αφού ο παχύσαρκος θεωρείται, γενικά, «άσχημος», ενώ τα άτομα με βουλιμία και βαρεία παχυσαρκία αποτελούν και σήμερα «κοινωνικό στίγμα».

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας θεωρείται, γενικά, «αμφιλεγόμενη» μέθοδος, όχι μόνο γιατί δεν επιφέρει μεγάλη απώ-

λεια βάρους, αλλά και επειδή δημιουργεί στους ασθενείς αυξημένες προσδοκίες τις οποίες ακολουθεί η απογοήτευση. Πριν από την έναρξη της φαρμακευτικής θεραπείας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα εξής δεδομένα:

- Κάθε αντιπαχυσαρκιακό φάρμακο πρέπει να χορηγείται σε συνδυασμό με δίαιτα, αύξηση των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας και αλλαγή της συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής.
- Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας πρέπει να θεωρείται ως μέρος της συνεχούς και μακροχρόνιας προσπάθειας για την αντιμετώπιση της νόσου. Οι κίνδυνοι που τυχόν υπάρχουν από τη φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να αντισταθμίζονται από τους κινδύνους που συνεπάγεται η παράταση της νόσου.
- Τα φάρμακα θα πρέπει να χορηγούνται μακροπρόθεσμα μόνο όταν είναι ασφαλή και αποδοτικά γι' αυτόν που τα παίρνει. Η χρήση αντιπαχυσαρκιακών φαρμάκων για χρονικό διάστημα άνω των τριών μηνών πρέπει να συνεχίζεται μόνο εάν η απώλεια βάρους υπερβαίνει το 10% από την ημέρα έναρξης της θεραπείας.
- Τα φάρμακα δεν θεραπεύουν την παχυσαρκία γι' αυτό και, όταν οι ασθενείς τα διακόψουν, η ανάκτηση του βάρους είναι σχεδόν σίγουρη.
- Τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται από ειδικό γιατρό και ο ασθενής να τίθεται κάτω από αυστηρό ιατρικό έλεγχο.
- Η λήψη των διαφόρων σκευασμάτων πρέπει να γίνεται αυστηρά τις ώρες που πρέπει και οι δόσεις τους να είναι εκείνες που καθορίζονται από το γιατρό. Είναι αυτονόητο ότι όταν ο ασθενής δεν παίρνει τα φάρμακα, αυτά δεν δρουν κιόλας. Η διακοπή των φαρμάκων πριν την ολοκλήρωση της θεραπείας συνεπάγεται, όπως είναι φυσικό, την ανάκτηση βάρους που έχει χαθεί.
- Η φαρμακευτική αγωγή στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας δεν συνιστάται, αφού είναι άγνωστες ακόμη οι επιδράσεις των φαρμάκων στη διατροφική συμπεριφορά, τόσο κατά την παιδική όσο και κατά την εφηβική ή ακόμη και την πρώιμη μετεφηβική ηλικία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΑΠΟΨΕΙΣ & ΚΡΙΣΕΙΣ

1. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που προσδιορίζουν το βάρος

Έχετε ποτέ αναρωτηθεί γιατί κάποιοι άτυχοι άνθρωποι ζουν με τον εφιάλτη των παραπανίσιων κιλών συνεχώς πάνω από το κεφάλι τους; Βρίσκονται συνεχώς σε «δίαιτα», ενώ κάποιοι δίπλα τους δεν γνωρίζουν τι σημαίνει «θερμίδα», πόσο μάλλον να καθίσουν να τις μετρήσουν στο καθημερινό τους φαγητό;

Όλοι μας γνωρίζουμε τι σημαίνει να είναι κάποιος «εξαρτημένος» από μια ουσία. Τσιγάρο, αλκοόλ και καφές είναι οι πιο διαδεδομένες ουσίες και έπονται φυσικά τα παράνομα «ναρκωτικά». Ο καπνιστής μπορεί να παρατήρει τα πάντα και να ψάχνει να βρει τσιγάρο να καπνίσει αν δεν προνόησε να έχει μαζί του αρκετά για να 'βγάλει' την ημέρα. Πολλοί άνθρωποι δεν μπορούν να ξεκινήσουν την ημέρα τους αν δεν πιούν πρώτα τον καφέ τους ή τους καφέδες τους.

Είναι βέβαια πολύ δύσκολο να φανταστούμε ότι η τροφή, ένα βασικό και απαραίτητο αγαθό για την επιβίωσή μας, μπορεί να προκαλέσει τέτοια συμπεριφορά εξάρτησης. Ωστόσο, η παραπανίσια λήψη τροφής, εκείνη που και εμείς αντιλαμβανόμαστε ότι είναι υπερβολική και εν πάση περιπτώσει δεν εξυπηρετεί καμιά ανάγκη επιβίωσης, φαίνεται ότι σαν συμπεριφορά μοιράζεται κάποια από τα στοιχεία της εξάρτησης από ουσίες και κυρίως την έντονη αναζήτηση και επιθυμία για τη λήψη τρο-

φής και την εξαιρετικά μεγάλη δυσκολία για την άσκηση αυτοελέγχου στη λήψη της.

Αναλυτικότερα, τα κοινά στοιχεία είναι:

α) η μεγάλη επιθυμία για περιορισμό της παραπανίσιας τροφής ή οι ανεπιτυχείς προσπάθειες κατά το παρελθόν για διακοπή της ή τουλάχιστον περιορισμό της (ας αντιπαραβάλλει εδώ κανείς τον πόθο του καπνιστή για διακοπή ή τις επανειλημμένες αποτυχημένες προσπάθειες περιορισμού του καπνίσματος),

β) η ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων όπως σιελόρροιας και γενικότερα δυσφορίας όταν δεν μπορεί να ικανοποιηθεί η επιθυμία, στοιχεία που μοιάζουν με τα στερητικά συμπτώματα των εξαρτημένων,

γ) η μεγάλη ενασχόληση σε δραστηριότητες που έχουν σχέση με τη λήψη τροφής, όπως π.χ. αμέτρητο μέτρημα θερμίδων ή ψυχαναγκαστική εμμονή στο super market για την επιλογή 'ελαφρών' τροφών χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά ή ατέλειωτες συζητήσεις με φίλους ή φίλες στο γραφείο και αλλού,

δ) η λήψη της τροφής μπορεί να συνεχίζεται παρά τα αναμφισβήτητα προβλήματα που μπορεί να έχει προκαλέσει ή συνεχίζει να προκαλεί (όπως συμβαίνει π.χ. και με το αλκοόλ ή το τσιγάρο).

Η έντονη αναζήτηση ορισμένων ειδικά τροφών όπως π.χ. η σοκολάτα, αλλά και άλλων που έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες, είναι αρκετά διαδεδομένη στον πληθυσμό και έρευνες έχουν δείξει ότι είναι πιο συχνή στις γυναίκες παρά στους άντρες. Επίσης είναι ιδιαίτερα έντονη όπως όλοι γνωρίζουμε σε ορισμένες περιόδους, όπως πριν από την εμμηνόρροια ή κατά την εγκυμοσύνη.

Η δυσκολία στην άσκηση ελέγχου, στο πόσο πολύ μπορούμε να φάμε, φαίνεται εν μέρει να σχετίζεται με την ενστικτώδη ορμή της «πείνας». Το αίσθημα της πείνας είναι μια πολύ ισχυρή ορμή, η οποία οργανώνει το εξαιρετικά περίπλοκο ρεπερτόριο συμπεριφορών, που αφορούν την αναζήτηση και την κατανάλωση τροφής. Συνεπώς, δεν προξενεί εντύπωση ότι η άσκηση αυτοελέγχου για τη διατήρηση του ενεργειακού ισοζυγίου σε σταθερά επίπεδα για πολλούς ανθρώπους, ανεξάρτητα του βάρους, αποτελεί μια πραγματική ψυχοβιολογική πρόκληση.

Ένα άλλο στοιχείο που συμβάλλει στις «εξαρτησιογόνες» ιδιότητες της τροφής είναι και ότι η πρόσληψη καθεαυτή της τροφής αποτελεί μια εμπειρία μεγάλης «ανταμοιβής» για τον οργανισμό, όχι μόνο γιατί περνά την πείνα, αλλά και λόγω της αισθητηριακής απόλαυσης που προσφέρει το καλό φαγητό. Τέτοιες εμπειρίες «ανταμοιβής» οι άνθρωποι συνήθως έχουν την τάση να «μαθαίνουν» να τις επαναλαμβάνουν με έναν αυτόματο τρόπο.

Διάφοροι ερευνητές ανά τον κόσμο έχουν επίσης ασχοληθεί και με την υπόθεση ότι ιδιαίτερα συστατικά που περιέχονται στις τροφές μπορεί να προκαλούν «πραγματική» εξάρτηση. Συστατικά που έχουν ενοχοποιηθεί ιδιαίτερα είναι οι υδατάνθρακες. Υπάρχει η άποψη ότι κάποιοι άνθρωποι καταναλώνουν υπερβολικά υδατάνθρακες (π.χ. καραμέλες, γλυκά, ζάχαρη κ.λ.π.) διότι τους λείπει από το νευρικό σύστημα η ουσία σεροτονίνη. Η έλλειψη αυτής της ουσίας σχετίζεται με την εκδήλωση κατάθλιψης, και έτσι υποστηρίζεται ότι κάποιοι άνθρωποι υπερκαταναλώνουν υδατάνθρακες για να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψή τους, με το τίμημα των περιττών κιλών ή της παχυσαρκίας.

Μια άλλη τροφή που έχει μελετηθεί είναι η σοκολάτα. Όλοι ξέρουμε ότι υπάρχουν άνθρωποι που πραγματικά 'πεθαίνουν' για μια σοκολάτα. Πολλές από τις ουσίες που περιέχονται στην σοκολάτα είναι υποψήφιος για την ερμηνεία αυτού του φαινομένου, όπως η καφεΐνη, η θεοβρωμίνη, η τυραμίνη και φαινυλαιθυλαμίνη, αλλά δεν υπάρχει ομοφωνία. Να σημειωθεί ότι τέτοια εξάρτηση δεν παρατηρείται με την άσπρη σοκολάτα.

Ανεξάρτητα από το τι πραγματικά συμβαίνει, ένα είναι το βέβαιο: για πολλούς ανθρώπους, η λήψη τροφής έχει ξεφύγει από την απλή ικανοποίηση κάποιων βιολογικών ορμών και έχει πάρει τα χαρακτηριστικά εξάρτησης. Η γνώση αυτή είναι πολύ σημαντική, διότι μπορεί να μας βοηθήσει στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την υπερβολική κατανάλωση και στη διατήρηση ενός σταθερού ενεργειακού ισοζυγίου. Αυτό φανερώνει το πόσο σημαντική είναι η πολύπλευρη αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με τα παραπάνω κιλά και εξηγεί τις συχνές αποτυχίες μονόπλευρων προ-

σπαθειών για αδυνάτισμα. Το βάρος μας είναι κάτι περισσότερο από το αποτέλεσμα μιάς απλής ενεργειακής εξίσωσης.

1.1. Σχέση του άγχους και άλλων ψυχολογικών προβλημάτων στη διατήρηση του βάρους

Είναι ευρέως διαδεδομένη η αντίληψη, ιδιαίτερα μεταξύ των μη ειδικών, ότι τα διάφορα ψυχολογικά προβλήματα παίζουν σημαντικό ρόλο στην παχυσαρκία ή γενικότερα στην αύξηση του βάρους. Τι στοιχεία όμως υπάρχουν γι' αυτό; Διάφορες μελέτες έχουν ερευνήσει κατά πόσον υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τα οποία να προδιαθέτουν στην παχυσαρκία. Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών δεν πείθουν ιδιαίτερα. Τα διάφορα ευρήματα, όπως π.χ. η χαμηλή αυτοεκτίμηση, δεν είναι σίγουρο αν αποτελούν αιτίες ή αποτελέσματα της παχυσαρκίας, και οπωσδήποτε δεν αφορούν τους περισσότερους παχύσαρκους, πόσο μάλλον αυτούς τους ανθρώπους με λίγα παραπάνω κιλά.

Ένα άλλο στοιχείο που έχει μελετηθεί είναι το άγχος. Υπάρχουν 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 προτιμούν την κατανάλωση τροφών 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 πάρα πολύ σημαντικό ρόλο στην υπομονή του ανθρώπου να συνεχίσει ένα πρόγραμμα δίαιτας που έχει αρχίσει και έτσι σχετίζεται με τις υποτροπές και την έλλειψη συνεργασίας. Για τον λόγο αυτό θεωρείται σήμερα επιβεβλημένο στα διάφορα προγράμματα μείωσης του βάρους να συμπεριλαμβάνεται και ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης στη 'διαχείριση' του άγχους, το περίφημο «stress management» όπως αναφέρεται ο όρος διεθνώς.

Σχετικά με την κατάθλιψη και το βάρος θα πρέπει να αναφερθούν τα ακόλουθα: Τις περισσότερες φορές η κατάθλιψη προκαλεί μεί-

ωση του βάρους, και αυτό άλλωστε είναι ένα από τα πιο χαρακτηριστικά της γνωρίσματα. «Έχει κλείσει το στομάχι μου», λένε οι περισσότεροι άνθρωποι όταν στεναχωριούνται. Ωστόσο, σε μια σημαντική μειοψηφία που μπορεί να ξεπερνά και το 20% η κατάθλιψη έχει το αντίθετο αποτέλεσμα, προκαλεί δηλαδή αύξηση της όρεξης και υπερφαγία. Είναι σαν να προσπαθούν οι άνθρωποι να περάσουν τη στενοχώρια τους με το φαγητό, αν και, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, μπορεί να υπάρχουν και άλλοι λόγοι. Ακόμη και μια μικρή στενοχώρια (χωρίς δηλαδή να πάθουμε κατάθλιψη), π.χ. μετά από έναν χωρισμό, μπορεί να μας δείξει σε ποια από τις δύο κατηγορίες ανήκουμε, αν δηλαδή αντιδρούμε με μείωση ή αύξηση της όρεξης.

Να σημειωθεί τέλος ότι στην Ψυχιατρική περιγράφεται και μια συγκεκριμένη ασθένεια, που ονομάζεται επεισοδιακή υπερφαγία, η οποία προκαλεί επεισόδια ανεξέλεγκτης και υπερβολικής κατανάλωσης τροφής μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα. Αυτό το πρόβλημα μπορεί να βρίσκεται ακόμη και στο 20% των παχύσαρκων και είναι απαραίτητο να αντιμετωπίζεται. Δεν είναι πάντως γνωστό εάν το πρόβλημα αυτό είναι εντελώς διακριτό ή απλώς αποτελεί την ακραία κατάσταση μιας συμπεριφοράς που λιγότερο ή περισσότερο έχουμε όλοι παρουσιάσει κάποια στιγμή στη ζωή μας.

Συνοπτικά, θα έλεγε κανείς ότι το άγχος αλλά και ειδικές ψυχολογικές διαταραχές φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο στις διακυμάνσεις του βάρους μας και η επιτυχημένη αντιμετώπισή τους συμβάλλει πολύ στη διατήρηση ενός λογικού βάρους.

1.2. Ο αρνητικός τρόπος σκέψης και πώς ακριβώς επηρεάζει τον αυτοέλεγχο στη λήψη τροφής

Ίσως μια από τις πιο σημαντικές συμβολές της σύγχρονης Ψυχιατρικής και ψυχολογίας, ήταν και η αποσαφήνιση του ρόλου που παίζει ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε τα πράγματα και πόσο πολύ επηρεάζει τα συναισθήματα που νιώθουμε και άρα τη γενικότερη συμπεριφορά μας. Μέχρι σχετικά πρόσφατα η επικρατούσα αντίληψη ήταν ότι τα συναισθήματά μας και οι συμπεριφορές μας εξαρτώνται από

βαθιά κρυμμένες στο υποσυνείδητό μας μύχιες σκέψεις που είχαμε απωθήσει εκεί λόγω του δυσάρεστου περιεχομένου τους. Η αντίληψη αυτή, αποτέλεσμα της θεωρίας του Freud, δεν γίνεται σήμερα δεκτή από τους περισσότερους. Αντίθετα, σήμερα πιστεύουμε ότι εύκολα αναγνωρίσιμες και απόλυτα λογικοφανείς και «απλοϊκές» σκέψεις είναι συνήθως η αιτία αυτών που νιώθουμε και άρα καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφερόμαστε. Για παράδειγμα, αν μετά από μια αποτυχία σε εξετάσεις σκεφτούμε 'είμαι αποτυχημένος', τότε θα νιώσουμε (φυσιολογικά) έντονη θλίψη και απογοήτευση. Δεν είναι αναγκαίο όμως να νιώσουν όλοι έτσι. Κάποιος άλλος θα μπορούσε να σκεφτεί «δεν πειράζει, άλλωστε δεν είχα προετοιμαστεί τόσο καλά, την επόμενη φορά θα τα καταφέρω καλύτερα» και να νιώσει ανακούφιση. Κάποιος άλλος θα μπορούσε να σκεφτεί «η καριέρα μου κινδυνεύει» και να νιώσει άγχος και πανικό. Όπως και να έχει, σημασία έχει τι ακριβώς θα σκεφτούμε για να νιώσουμε τα αντίστοιχα συναισθήματα, και βέβαια από τις σκέψεις μας και τη συναισθηματική μας αντίδραση εξαρτάται η συμπεριφορά μας.

Τι σημασία έχουν όλα αυτά για την άσκηση αυτοελέγχου στη λήψη τροφής; Η απάντηση είναι προφανής. Αν η κάθε συμπεριφορά μας εξαρτάται από αυτά που σκεφτόμαστε και νιώθουμε, τότε πολλά θα μπορούσαμε να μάθουμε για τους λόγους που κάποιοι μπορούν και είναι εγκρατείς ενώ κάποιοι άλλοι χάνουν τον έλεγχο και ενδίδουν καταναλώνοντας περισσότερη τροφή απ' όση χρειάζονται.

Με λίγα λόγια, έρευνες δείχνουν ότι άτομα που συχνά χάνουν τον έλεγχο, κατακλύζονται από μια σειρά δυσλειτουργικών αρνητικών αλλά και θετικών σκέψεων που αφορούν τη λήψη τροφής. Συχνές αρνητικές δυσλειτουργικές σκέψεις είναι οι εξής: «δεν θα μπορέσω να αντισταθώ», «πρέπει να φάω κι άλλο, αλλιώς θα σκάσω από το άγχος», «έτσι που έχω γίνει δεν έχει νόημα άλλο ένα κομμάτι» κ.λ.π. Συχνές θετικές δυσλειτουργικές σκέψεις είναι π.χ. και οι ακόλουθες: «άλλο ένα κομμάτι δεν θα με βλάψει», «λίγο παραπάνω θα με κάνει να νιώσω καλύτερα», «αυτό και θα σταματήσω, το έχει ανάγκη ο οργανισμός μου για να λειτουργήσει». Στην ουσία, αυτού του τύπου οι σκέψεις «παγιδεύουν» το ευάλωτο άτομο και το κάνουν να νιώθει είτε αδικαιολόγητα στερημένο (οι

αρνητικές σκέψεις), είτε αδικαιολόγητα άπρωτο από τις συνέπειες της λήψης παραπανίσιας τροφής. Οι συνέπειες των σκέψεων αυτών είναι μια απώλεια ή μια καλάρωση του ελέγχου που ασκείται στη συμπεριφορά λήψης τροφής. Οι σκέψεις αυτές συχνά κατακλύζουν το άτομο με τόσο γρήγορο και φευγαλέο τρόπο, που έχουν ονομαστεί «αυτόματες». Συνήθως εμφανίζονται την κατάλληλη στιγμή, όταν δηλαδή το άτομο βρίσκεται μπροστά σε φαγητό ή σκέφτεται αν θα φάει ή θα τοιμπήσει κάτι.

Το σημαντικό στοιχείο της ανακάλυψης του ρόλου που παίζουν οι αυτόματες δυσλειτουργικές σκέψεις στη συμπεριφορά λήψης τροφής είναι το γεγονός ότι με κατάλληλες τεχνικές το άτομο μπορεί να μάθει να απαντά σε αυτές τις αυθαίρετες σκέψεις και έτσι να επανακτά τον έλεγχο των παθολογικών ενορμήσεών του.

1.3. Ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων στη συμμετοχή σε σωματική άσκηση και σπορ

Είναι γνωστό ότι το χαμηλό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας σχετίζεται με την παχυσαρκία, καθώς και ότι η συμμετοχή σε σπορ, γυμναστική κ.λ.π. παρέχει ένα σημαντικό μέσο το οποίο μπορεί να βοηθήσει στη μείωση ή τη διατήρηση του βάρους. Φαίνεται όμως από τη σχετική έρευνα, ότι η συμμετοχή σε τέτοιες αθλητικές δραστηριότητες σχετίζεται με διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και παράγοντες της προσωπικότητας.

Η συμμετοχή σε δραστηριότητες όπως οι αθλητικές ή η γυμναστική, που απαιτούν την επίδειξη από μέρους μας της φόρμας στην οποία βρισκόμαστε ή της επιδεξιότητάς μας, σχετίζεται με την αντίληψη που έχουμε για την επάρκειά μας σε αυτές. Οι αντιλήψεις αυτές συνήθως σχηματίζονται στην εφηβεία και στη νεαρή ενήλικη ζωή. Εκείνοι που θεωρούν ότι δεν είναι επαρκείς, ότι δεν τα καταφέρνουν σε αυτές τις δραστηριότητες, ορθώνουν ένα ψυχικό φράγμα που εμποδίζει την περαιτέρω εμπλοκή τους σε σωματικές δραστηριότητες και έτσι αυξάνουν πολύ τις πιθανότητες να γίνουν υπέρβαροι σε μεγαλύτερη ηλικία. Μια μεγάλη σχετική έρευνα στη Μ. Βρετανία έδειξε ότι το 36% των αντρών και το

46% των γυναικών ανέφεραν ότι δεν γυμνάζονται διότι απλά 'δεν ήταν τύποι αθλητικοί'!

Ένα άλλο σημαντικό ψυχολογικό εμπόδιο για την άθληση αποτελεί το άγχος που προέρχεται από τη δημόσια επίδειξη του σώματός μας, που είναι απαραίτητη σε τέτοιες δραστηριότητες. Το άγχος αυτό σχετίζεται με το πώς αντιλαμβανόμαστε το σώμα μας και μερικές φορές φτάνει στα επίπεδα της πραγματικής φοβίας. Το αποτέλεσμα είναι η αποφυγή της άθλησης και της γυμναστικής.

Είναι λοιπόν σαφές από τις έρευνες ότι μια σειρά αντιλήψεων, προσδοκιών και πεποιθήσεων σχετικά με την ικανότητά μας για άθληση και τη σωματική μας εικόνα επηρεάζουν άμεσα την πιθανότητα συμμετοχής μας σε αθλητικές δραστηριότητες. Η καταπολέμηση της αποφυγής άθλησης, με τρόπο που περιγράφεται πιο κάτω στο αφιέρωμα, θεωρείται επιβεβλημένη για την εξασφάλιση της συμμετοχής μας σε τέτοιες δραστηριότητες. Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται επίσης και η προληπτική παρέμβαση στην έναρξη της εφηβείας, όταν σχηματίζονται αυτές οι αντιλήψεις μέσω ειδικών προγραμμάτων στα σχολεία.

1.4. Κοινωνικές αιτίες της παχυσαρκίας

Είναι γνωστό ότι οι συνήθειες και προτιμήσεις γύρω από το φαγητό επηρεάζονται ιδιαίτερα από τους κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες που οριοθετούν κάθε ξεχωριστό έθνος. Διαφορετικοί λαοί έχουν και διαφορετική κουζίνα και προτιμήσεις, άρα και αντιλήψεις για την πρόποσα διαίτα και το ιδανικό βάρος. Έχει παρατηρηθεί ότι οι προτιμήσεις αυτές και οι αντιλήψεις είναι οι τελευταίες που χάνονται χρονικά κατά τη μετανάστευση σε άλλη χώρα και κουλτούρα.

Είναι λοιπόν σαφές ότι οι πεποιθήσεις μας σχετικά με το φαγητό, τα υλικά μαγειρέματος, τι τρώγεται και τι όχι, το ιδανικό βάρος, το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας κ.λ.π. εξαρτώνται απόλυτα από πολιτισμικούς παράγοντες, αλλά διαφοροποιούνται ακόμη και μέσα στον ίδιο πολιτισμό, ανάλογα με την κοινωνική ομάδα στην οποία πιστεύουμε ότι ανήκουμε. Αυτό σημαίνει ότι οι επιλογές μας πολλές φορές δεν είναι απόλυτα προϊόν της ελεύθερης βούλησής μας.

Σχετικά με αυτό το θέμα, έχει πολλές φορές γραφτεί πόσο το δυτικό πρότυπο ομορφιάς δίνει τόσο σημασία στο λεπτό σώμα, αποδίδοντας του και μια ηθική χροιά, με την έννοια ότι ο 'άνωτερος' άνθρωπος ελέγχει τις παρορμήσεις του, άρα φροντίζει και το σώμα του. Η καθαρά πολιτισμική αυτή αντίληψη (σε άλλους πολιτισμούς δεν ισχύει αυτό), φορτώνει με άγχος ιδιαίτερα τις γυναίκες και άρα προκαλεί δυσφορία και μερικές φορές συμβάλλει στην εκδήλωση ακόμη και σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών όπως της ψυχογενούς ανορεξίας ή βουλιμίας.

Ιδιαίτερα στη χώρα μας, η διάκριση μεταξύ των δυο φύλων είναι ιδιαίτερα ισχυρή. Για τους άντρες η ανεκτικότητα στα παραπάνω κιλά ακόμη καλά κρατεί, έλκοντας την καταγωγή της από παλιά, όταν ήταν απόδειξη δύναμης και πλούτου. Αυτή όμως η αντίληψη αρχίζει να εξαλείφεται και εναρμονίζεται με τα πρότυπα των οικονομικά αναπτυγμένων χωρών της Δύσης. Στην περίπτωση των γυναικών ωστόσο υπάρχει πλήρης εναρμόνιση: ενώ παλιότερα η γυναίκα με 'πιασίματα' θεωρούνταν γόνιμη και άρα ποθητή για σύζυγο, τώρα η ιδανική σύζυγος είναι η λεπτοκαμωμένη και συνεχώς σε δίαιτα γυναίκα, ένα εικονικό «μοντέλο» στην οικογενειακή πασαρέλα.

Είναι σαφές ότι οι παρενέργειες αυτών των πολιτισμικά καθορισμένων αντιλήψεων είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Το άγχος με το οποίο φορτώνουν ιδιαίτερα τη γυναίκα, όπως αναφέρθηκε πιο πριν, παραλύει και απογοητεύει τη γυναικεία ψυχή που παγιδεύεται σε έναν φαύλο κύκλο δίαιτας - απώλειας ελέγχου, που μόνο αρνητικές επιδράσεις μπορεί να έχει.

2. Οι ψυχολογικές συνέπειες των περιττών κιλών και της παχυσαρκίας

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 ίδιο του τον εαυτό, να τον θεωρεί αποκρουστικό και να αποφεύγει και την παραμικρή έκθεση του σώματός του. 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 (συμπεριλαμβανομένων 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.

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 διαίτας ή διατήρησής της. Μερικές φορές ευνοούταν ακόμη και η συνεχής αυτομορφή και αυτοϋποτίμηση.

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 την πραγματικότητα, αφού άτομα κοντά στο ιδανικό βάρος περιόριζαν πολύ τη ζωή τους λόγω των λανθασμένων αντιλήψεών τους. Σήμερα, λοιπόν, γίνεται μια προσπάθεια να αντιμετωπιστεί και η αρνητική εικόνα του σώματος σαν να ήταν και η ίδια μέρος του προβλήματος.

Πώς όμως εξηγείται άνθρωποι που κατά γενική ομολογία δεν έχουν «ιδιαιτερο» πρόβλημα πάχους να θεωρούν τους εαυτούς τους παχείς; Η δυσαρμονία αυτή αποτελεί εν μέρει συνέπεια της έλλειψης συμ-

φωνίας μεταξύ της εικόνας του σώματος και της αντίληψης του κάθε ανθρώπου για το ιδανικό σώμα. Στον δυτικό κόσμο, που όπως αναφέρθηκε επικρατεί το πρότυπο του λεπτού σωματότυπου, πολλοί άνθρωποι, ιδιαίτερα γυναίκες, κρίνουν το σώμα τους με ιδιαίτερα αρνητικό τρόπο. Ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον χαρακτηριστικό, που δείχνει τη σημασία των προτύπων στην αξιολόγηση του σώματος, αποτελεί και το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μειώνεται η αρνητική αντίληψη για τη σωματική εικόνα, ακόμη και σε γυναίκες που πριν έκριναν με αυστηρό τρόπο το σώμα τους. Αυτό δείχνει με τον πιο εύγλωττο τρόπο πόσο οι αντιλήψεις που έχουμε για το τι είναι ιδανικό σώμα επηρεάζουν τη σωματική μας εικόνα.

Η σωματική εικόνα, ανεξάρτητα πώς θα την δει κανείς, ως συνέπεια δηλαδή ή και αιτία της παχυσαρκίας, είναι πάρα πολύ σημαντικό να τροποποιηθεί στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου προγράμματος μείωσης του βάρους.

2.1. Οι συνέπειες στην ερωτική ζωή

Αν και οι συνέπειες της παχυσαρκίας ή γενικότερα του αυξημένου βάρους στη σωματική εικόνα προσδιορίζουν κατά ένα μέρος και τις αρνητικές παρενέργειες στον έρωτα, γίνεται ειδική αναφορά σε αυτό το θέμα λόγω του μεγάλου ενδιαφέροντος που παρουσιάζει.

Συχνά λέμε ότι ο καλός έρωτας αρχίζει από το στομάχι, φαίνεται όμως ότι για κάποιους ανθρώπους το φαγητό σκοτώνει τον έρωτα! Βέβαια το φαγητό δεν έχει κάποια άμεση επίδραση (εξαιρώντας φυσικά το γεγονός ότι μετά από ένα καλό γεύμα μάλλον έχουμε τάση για ύπνο παρά για σεξ!), αλλά οι παρενέργειες στη σωματική εικόνα που αναφέρθηκαν προηγουμένως επηρεάζουν πρωτίστως και αυτόν τον τομέα με διάφορους τρόπους που δεν είναι δύσκολο να φανταστούμε.

Μια αρνητική εικόνα για το σώμα θα έχει ως συνέπεια την αποφυγή της ερωτικής ζωής. Πολλοί άνθρωποι νιώθουν τόσο άσχημα όταν εκθέτουν το σώμα τους, που και η παραμικρή σκέψη ότι θα υποστούν τη δοκιμασία αυτή και μάλιστα κάτω από την (υποτιθέμενη) εξοχιστική παρατήρηση του ερωτικού τους συντρόφου, τους κάνει να χά-

νουν κάθε ενδιαφέρον γι' αυτό. Άλλοι άνθρωποι δεν αποφεύγουν τον έρωτα, αλλά παίρνουν τέτοιες προφυλάξεις (κλείνουν τα φώτα, δεν γδύνονται κ.λ.π.) που περιορίζουν τελικά την ευχαρίστηση τόσο των ίδιων όσο και του συντρόφου τους. Θα έλεγε κανείς ότι μια σημαντική μερίδα ανθρώπων με προβλήματα στην ερωτική ζωή, που ζητούν βοήθεια από ψυχιάτρους και άλλους ειδικούς, έχουν ως πρωταρχικό τους πρόβλημα την αδυναμία να θεωρήσουν το σώμα τους ως πηγή ερωτικής ευχαρίστησης. Όταν οι ίδιοι 'αηδιάζουν' μπροστά στον καθρέπτη, πώς είναι δυνατόν κάποιος άλλος να δει το σώμα αυτό ως πηγή ερωτικής ικανοποίησης;

Είναι σαφές ότι οι περισσότεροι δεν θα συμφωνήσουμε με την αντίληψη ότι ο έρωτας περιορίζεται μόνο στη σωματική επαφή, αυτό δεν ισχύει ούτε ακόμη και για τον αγοραίο έρωτα. Αντίθετα, αποτελεί ένα περίπλοκο σωματοψυχικό φαινόμενο, που μας καλεί να ξεχάσουμε τις όποιες προκαταλήψεις για τον δυϊσμό ψυχής και σώματος που μπορεί να έχουμε στο μυαλό μας. Στην ουσία, ο έρωτας μάς δίνει τη μοναδική ευκαιρία να νιώσουμε ως ενιαία οντότητα, που όλα τα μέρη της συμβάλλουν στο τελικό αποτέλεσμα, χωρίς όμως να μπορούμε να τα ξεχωρίσουμε. Για κάποιους ανθρώπους όμως αυτό δεν είναι αυτονόητο. Σε μια εποχή που συχνά θέλει να διαχωρίζει τον άνθρωπο τεχνητά στα συστατικά του, διότι έτσι είναι πιο εύκολο να κερδοσκοπήσει επάνω του, μας φαίνεται λογικό πώς είναι δυνατόν κάποιος να ανάγει τη μαγική στιγμή του έρωτα σε μια απλή συνεύρεση δύο σωμάτων, σε έναν ανταγωνισμό για την ανάδειξη του καλύτερου σώματος.

Βέβαια, θα πρέπει να αναφερθεί ότι μια μερίδα σημαντικά υπέρβαρων ατόμων μπορεί να αντιμετωπίζουν πρακτικά προβλήματα στην ερωτική τους ζωή. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι είναι αδύνατη η ερωτική ικανοποίηση. Μερικές μάλιστα φορές συναντά κανείς το παράδοξο, άνθρωποι με σημαντικό πρόβλημα παχυσαρκίας να είναι καλύτερά προσαρμοσμένοι από ανθρώπους που θεωρητικά δεν θα έπρεπε να παρουσιάζουν κανένα πρόβλημα.

2.2. Ψυχολογικές διαταραχές ως συνέπεια της παχυσαρκίας

Οδηγεί το αυξημένο βάρος και η παχυσαρκία σε ψυχολογικές διαταραχές; Κλασικά, οι ψυχίατροι θεωρούσαν ότι η σχέση αυξημένου βάρους και ψυχικών διαταραχών ήταν αδιαμφισβήτητη. Πιο σύγχρονες έρευνες ωστόσο έχουν περιπλέξει τα πράγματα.

Σε μια έρευνα στις Η.Π.Α. μεταξύ 400 κοριτσιών στην εφηβεία, οι ερευνητές δεν μπόρεσαν να βρουν σχέση μεταξύ άγχους, κατάθλιψης και βάρους. Τα υπέρβαρα κορίτσια ωστόσο ήταν λιγότερο ικανοποιημένα με το σώμα τους, όπως αναμενόταν.

Σε μια άλλη μελέτη που έγινε στην Σουηδία, φάνηκε ότι το αυξημένο βάρος είχε σημαντική συσχέτιση με ψυχολογικές διαταραχές. Η μελέτη όμως αυτή συμπεριέλαβε άτομα σημαντικά υπέρβαρα και όχι απλώς με κάποιο ήπιο πρόβλημα. Στη μελέτη αυτή, η μείωση του βάρους συσχετίστηκε με βελτίωση και της ψυχικής διάθεσης.

Σε μια πολύ πρόσφατη έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α., με πολύ καλή μεθοδολογία και πολύ μεγάλο δείγμα, βρέθηκε ότι η επίπτωση του αυξημένου βάρους στην ψυχολογία των ανθρώπων, δεν είναι η ίδια για τα δύο φύλα. Συγκεκριμένα οι ερευνητές βρήκαν ότι το αυξημένο βάρος στις γυναίκες αποτελούσε παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση κατάθλιψης. Αυτό όμως δεν ίσχυε για τους άντρες. Οι τελευταίοι ήταν πιο πιθανό να πάθουν κατάθλιψη αν είχαν μικρότερο βάρος. Η ερμηνεία του φαινομένου αυτού δεν είναι εύκολη. Έχει το αυξημένο βάρος διαφορετικές ψυχολογικές συνέπειες στις γυναίκες από ό,τι στους άντρες; Οι οπαδοί των ψυχοκοινωνικών αιτιολογιών δεν μπορούν να αντισταθούν να μας θυμίσουν ότι η κρατούσα αντίληψη, που μεταδίδεται από τα μίντια, πως η ιδανική γυναίκα είναι λεπτή και όμορφη σαν μοντέλο μόδας, οδηγεί πολύ φυσικά σε χαμηλή αυτοεκτίμηση τις άτυχες εκείνες γυναίκες (δηλαδή σχεδόν όλες!) που δεν ταιριάζουν με αυτό το πρότυπο.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι σε γενικές γραμμές οι υπέρβαροι άνθρωποι δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα ως προς την ψυχική σφαίρα. Βέβαια, για μια μερίδα σημαντικά υπέρβαρων αυτό μπορεί να ισχύει, και μάλιστα με διάκριση του φύλου, αλλά και πάλι οι περισ-

σότερο άνθρωποι συνεχίζουν να δείχνουν καλή προσαρμογή, παρά τις αντιξοότητες που αντιμετωπίζουν.

2.3. Οι κοινωνικές συνέπειες της παχυσαρκίας

Πάρα πολλά στοιχεία συνηγορούν στην άποψη ότι η κοινωνία μας κάνει διακρίσεις εναντίον των υπέρβαρων ατόμων. Αυτό έχει επιβλαβείς συνέπειες στη ψυχική υγεία ιδιαίτερα των παχύσαρκων παιδιών, για τα οποία οι συμμαθητές τους μπορεί να πιστεύουν ότι είναι τεμπέληδες, βρώμικοι, χαζοί και ψεύτες, όπως απέδειξε σχετική έρευνα στις Η.Π.Α.

Οι κοινωνικές διακρίσεις συνεχίζονται όμως και στην ενήλικη ζωή. Αρκετές έρευνες έχουν δείξει πόσα εμπόδια συναντούν οι παχύσαρκοι στη διάρκεια της ζωής τους, από την απόκτηση καλής εκπαίδευσης, την ανάληψη υψηλών θέσεων στην ιεραρχία κ.λ.π. Να σημειωθεί βεβαίως ότι αυτά δεν αφορούν όλους τους παχύσαρκους. Είναι όμως σαφές από τις διάφορες έρευνες ότι σε γενικές γραμμές οι παχύσαρκοι συναντούν πολύ περισσότερα εμπόδια στην εξέλιξή τους απ' ό,τι οι μη παχύσαρκοι.

Μια άλλη σημαντική παρενέργεια αποτελεί ο γάμος, ιδιαίτερα για τις γυναίκες. Οι παχύσαρκες γυναίκες έχουν μικρότερη πιθανότητα να παντρευτούν και μεγαλύτερη πιθανότητα να χωρίσουν.

Είναι σαφές από τα προηγούμενα ότι στην κοινωνία μας είμαστε πολύ λίγο προετοιμασμένοι να δεχτούμε τη διαφορετικότητα. Αυτό ισχύει για ό,τι αποκλίνει από αυτό που θεωρούμε 'φυσιολογικό'. Στα πλαίσια αυτά και η παχυσαρκία αντιμετωπίζεται με τον ίδιο ειρωνικό και χλευαστικό τρόπο, δημιουργώντας έναν ιδιότυπο κοινωνικό στιγματισμό. Θα έλεγε δε κανείς, ότι στην παχυσαρκία ο στιγματισμός αυτός είναι πιο ισχυρός από άλλες περιπτώσεις, επειδή συνεχίζουμε να θεωρούμε την απώλεια ελέγχου στο φαγητό ως μια εκδήλωση 'αδυναμίας' με ηθικές προεκτάσεις. Αυτό φυσικά δεν μπορεί να γίνει αποδεκτό. Η μεγάλη πρόκληση που αντιμετωπίζουμε ως κοινωνία είναι να μάθουμε να δεχόμαστε τον απέναντί μας όπως είναι με τα προτερήματα και τα μειονεκτήματά του.

3. Οι ψυχολογικές τεχνικές για τη μείωση του βάρους

Το να αλλάξει κανείς τη διαίτά του σημαίνει μια μεγάλη μεταβολή στη συμπεριφορά του και άρα στον τρόπο ζωής του. Η δυσκολία του εγχειρήματος και οι συχνές αποτυχίες στο παρελθόν μπορεί να έχουν δημιουργήσει την αντίληψη σε πολλούς ανθρώπους ότι «ποτέ δεν θα μπορέσω να αδυνατίσω». Είναι λοιπόν σημαντικό να γνωρίζει κανείς πώς μπορεί να ξαναβρεί το κίνητρο για διαίτα και αλλαγή.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η αλλαγή της συμπεριφοράς περνά από διάφορα διαδοχικά στάδια, που έχουν ονομαστεί τα 'στάδια της αλλαγής' και τα οποία είναι τα ακόλουθα:

α) το στάδιο της άρνησης της αλλαγής, στο οποίο το άτομο δεν επιθυμεί ούτε συζητάει για κάποια αλλαγή,

β) το στάδιο της πρόθεσης για αλλαγή, όπου το άτομο αρχίζει να σκέφτεται ότι θα ήταν καλό να αλλάξει,

γ) το στάδιο της προετοιμασίας, στο οποίο το άτομο συγκεντρώνει πληροφορίες και μαθαίνει δεξιότητες που θα το βοηθήσουν να αρχίσει να αλλάζει,

δ) το στάδιο της δράσης, όπου το άτομο κάνει πράξη τις αλλαγές στη διαίτά του ή τον τρόπο ζωής του,

ε) το στάδιο της διατήρησης, η περίοδος δηλαδή όπου οι προηγούμενες αλλαγές εδραιώνονται και σταθεροποιούνται στον χρόνο.

Συνήθως προστίθεται και ένα έκτο στάδιο, το στάδιο της υποτροπής, όπου οι αλλαγές που επιτεύχθηκαν κινδυνεύουν, διότι το άτομο βρίσκει έντονες δυσκολίες για να τις διατηρήσει.

Τα στάδια αυτά είναι πολύ σημαντικά όπως έδειξε μια έρευνα, σύμφωνα με την οποία σε ένα πρόγραμμα διαίτης, το ποσοστό της βραχυπρόθεσμης επιτυχίας ήταν 22% για το πρώτο, 44% για το δεύτερο και 80% για το τρίτο στάδιο. Με άλλα λόγια, οι πιθανότητες επιτυχίας να μειώσει κανείς το βάρος του είναι να έχει αληθινή πρόθεση να χάσει βάρος.

Αν και οι περισσότεροι άνθρωποι λένε ότι θέλουν να χάσουν βάρος, αυτό δεν είναι πάντα αληθινό. Ένα βοήθημα για να ανακαλύψετε εάν πραγματικά θέλετε να αρχίσετε να χάνετε βάρος είναι να πάρετε ένα

φύλλο χαρτί, να το χωρίσετε στη μέση, και στη μια πλευρά να γράψετε τα πλεονεκτήματα τού να μείνετε όπως είστε σήμερα, ενώ στην άλλη τα μειονεκτήματα τού να μείνετε όπως είστε σήμερα. Στο τέλος «ζυγίστε» τις δυο πλευρές: αξίζει να αποτολμήσετε την αλλαγή ή θα έχετε να χάσετε περισσότερα πράγματα;

Εκείνοι που πραγματικά έχουν την πρόθεση να χάσουν βάρος, πολλές φορές δεν βρίσκουν το κουράγιο, διότι απογοητεύονται από το τι έχει συμβεί στο παρελθόν ή απλά δεν γνωρίζουν πώς να το κάνουν. Συχνά, αυτό επίσης οφείλεται και στην αδυναμία να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους, όπως αναφέρεται αμέσως πιο κάτω.

3.1. Θέτοντας ρεαλιστικούς στόχους

Οι άνθρωποι συχνά αδυνατούν να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους όσον αφορά τη μείωση του βάρους τους. Αυτό έχει ως συνέπεια να δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο αποτυχιών που ρίχνει ακόμη πιο πολύ την ήδη χαμηλή αυτοεκτίμηση. Λέγοντας ρεαλιστικούς στόχους εννοούμε στόχους με τα παρακάτω συστατικά:

- Θα πρέπει να μπορείτε να τους σχεδιάσετε και να τους φέρετε εις πέρας μόνοι σας, αλλιώς θα εξαρτάστε από τη βοήθεια των άλλων που δεν θα είναι πάντα κοντά σας.
- Θα πρέπει ο στόχος να μπορεί να μετρηθεί και να μην είναι ασαφής, όχι δηλαδή 'θα χάσω βάρος', αλλά πόσο ακριβώς βάρος, τρία, πέντε ή δέκα κιλά.
- Οι στόχοι που θα θέσετε δεν πρέπει να είναι δύσκολο να πραγματοποιηθούν. Θα πρέπει να σας ευχαριστούν αν τους πετύχετε, αλλά όχι να είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν μόνο απο σούπερ - γυναίκες ή άντρες. Παράδειγμα, αν ζυγίζετε 80 κιλά με ιδανικό βάρος τα 60, ο στόχος δεν είναι να γίνετε 55; αλλά ένα 10%, δηλαδή 8 κιλά, φαίνεται πραγματοποιήσιμο και όχι αδύνατο. Όταν χάσετε τα 8 κιλά, μπορείτε εάν θέλετε να ξαναθέσετε και νέο στόχο.
- Οι στόχοι πρέπει να προσδιορίζονται χρονικά, αλλιώς δεν έχουν νόημα. Θέλετε να χάσετε 8 κιλά, αλλά σε πόσο χρονικό διάστημα; Για την εκτίμηση του χρόνου ισχύει ότι και πριν: όχι απίθανες προθε-

σμιές του τύπου, 8 κιλά σε 8 ημέρες. Θα μπορούσατε να πείτε, ότι εάν κάνατε 8 κιλά στη διάρκεια ενός 4μήνου θα ήσασταν χαρούμενοι. Αυτό σημαίνει 2 κιλά ανά μήνα, που δεν ακούγεται εξαιρετικά δύσκολο.

3.2. Συνηθίζοντας την αυτο-καταγραφή

Ας υποθέσουμε ότι έχετε θέσει ρεαλιστικούς στόχους και είστε έτοιμοι να αρχίσετε το πρόγραμμα μείωσης βάρους που έχετε επιλέξει (δεν έχει ιδιαίτερη σημασία ποιο ακριβώς έχετε επιλέξει!). Το επόμενο στάδιο είναι να αρχίσετε την καταγραφή όλων εκείνων των παραμέτρων που θα σας βοηθήσουν να διαπιστώσετε εάν προχωράτε καλά και σύμφωνα με τους στόχους σας. Τα εργαλεία που θα σας βοηθήσουν σε αυτή την καταγραφή είναι ένα μολύβι, χαρτί και βέβαια μια ζυγαριά. Μπορείτε να φτιάξετε δύο τύπους ημερολογίων:

α) Ένα ημερολόγιο βάρους όπου θα σημειώσετε το αρχικό σας βάρος, το βάρος σας κάθε εβδομάδα και το τελικό σας βάρος. Έτσι θα είστε σίγουροι ότι τα πράγματα πάνε όπως τα έχετε σχεδιάσει.

β) Ένα καθημερινό ημερολόγιο «φαγητού». Σε αυτό μπορείτε να σημειώνετε σε διαφορετικές στήλες, την ώρα, τι φάγατε, εάν προηγήθηκε κάτι πριν φάτε. Ένα υπόδειγμα φαίνεται παρακάτω:

ΏΡΑ	Τι έφαγα	Τι προηγήθηκε
8.00	Γάλα 0% Corn Flakes	Τίποτα
12.00	Σάντουιτς	Ήμουν στη δουλειά και δεν μπορούσα να αντισταθώ να βλέπω τους άλλους να τρώνε.

Στόχος είναι να γίνει μια καταγραφή του τι τρώτε, ώστε να μπορείτε να δείτε εάν μένετε σταθεροί στο διαιτολόγιο που έχετε επιλέξει και εάν σε περιπτώσεις που ξεφεύγετε υπάρχουν κάποιοι εξωτερικοί ή εσωτερικοί παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα να χαλάσετε τη διαίτα

σας. Στην τελευταία περίπτωση, και εφόσον επισημάνετε τέτοιους παράγοντες, μπορείτε να τους απομακρύνετε από το περιβάλλον σας, ώστε να βοηθήσετε περισσότερο τον εαυτό σας, ή να είστε ιδιαίτερα προσεκτικοί σε ορισμένες χρονικές περιόδους που καταλαβαίνετε ότι είναι πιο συχνό να «σπάσετε» τη διαίτά σας.

3.3. Μαθαίνοντας να αντιστέκεστε στους πειρασμούς

Αν με το ημερολόγιο φαγητού ανακαλύψετε ότι συγκεκριμένα ερεθίσματα είναι πιο πιθανό να σας δημιουργήσουν επιθυμία να σπάσετε τη διαίτα, τότε μια πολύ δυνατή τεχνική που μπορείτε να χρησιμοποιήσετε είναι η τεχνική της έκθεσης και παρεμπόδισης της απάντησης. Με απλά λόγια, εκτίθεστε σε αυτό που σας κάνει να χάνετε τον έλεγχο, π.χ. η θέα ενός αγαπημένου φαγητού ή κάποιοι άλλοι να τρώνε, και προσπαθείτε όσο περισσότερο χρόνο μπορείτε να μην κάνετε αυτό που ο οργανισμός σας σας σπρώχνει. Θα διαπιστώσετε ότι αν και αρχικά θα αυξηθεί η τάση να ενδώσετε, μέσα σε λίγα λεπτά θα αρχίσει να μειώνεται και σύντομα θα εξαφανιστεί. Αυτό μπορείτε να το δοκιμάσετε και συνειδητά, μπορείτε π.χ. να οργανώσετε να πηγαίνετε να βλέπετε τα φαγητά σε ένα εστιατόριο και συνειδητά να προσπαθείτε να αποφύγετε να παραγγείλετε!

3.4. Τροποποιώντας τις δυσλειτουργικές σας σκέψεις

Η τροποποίηση των δυσλειτουργικών σας σκέψεων, αρνητικών ή θετικών, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα όπλα για την καλύτερη καταπολέμηση του πλεονάζοντος βάρους. Πάρα πολλοί άνθρωποι με προβλήματα πάχους έχουν αναπτύξει ένα σύστημα πεποιθήσεων και ιδεών που τους δημιουργεί προβλήματα στην προσπάθεια ελέγχου του βάρους ή συμμετοχής σε ένα πρόγραμμα μείωσης βάρους. Για να γίνει πιο κατανοητό αυτό, αν κάποιος θέλει να αρχίσει διαίτα αλλά σκέφτεται «ποτέ δεν θα τα καταφέρω να αδυνατίσω», πιστεύει κανείς ότι θα μπορέσει να τα καταφέρει; Και όμως, τέτοιες σκέψεις γυρνάνε συνεχώς στο κεφάλι μας με τέτοια πολλές φορές ταχύτητα, που όπως ήδη αναφέραμε, τις ονομάζουμε «αυτόματες».

Η τροποποίηση των δυσλειτουργικών σκέψεων είναι δυνατή αν ακολουθήσει κανείς συγκεκριμένα βήματα. Συχνά, ένας ψυχοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει στην εκμάθηση αυτών των τεχνικών που μετά μπορεί κανείς να τις εφαρμόσει μόνος του. Εδώ, θα αναφερθούμε απλώς στα βασικά σημεία της τροποποίησης.

Το πρώτο πράγμα που χρειάζεται είναι (πάλι!) χαρτί και μολύβι. Στο χαρτί αυτό καταγράφουμε όλες εκείνες τις σκέψεις που

- α) μας κάνουν να νιώθουμε έντονα αρνητικά συναισθήματα και
- β) προηγούνται ή έπονται της λήψης του φαγητού.

Αφού συνηθίσει κανείς στην ακριβή καταγραφή των «αυτόματων» σκέψεων, που εν πολλοίς είναι υπεύθυνες για τη συμπεριφορά του, μαθαίνει να αναγνωρίζει εάν υπάρχουν κάποια «λάθη» στον μηχανισμό της σκέψης. Για παράδειγμα, πολλοί άνθρωποι μπορεί να σκέπτονται «ή θα είμαι 50 κιλά που είναι το ιδανικό μου βάρος, ή αλλιώς θα είμαι κοιλιά». Η πρόταση αυτή είναι χαρακτηριστική αυτού που ονομάζεται διπολική σκέψη, δηλαδή υπάρχουν μόνο δύο εκδοχές, ενώ στην πραγματικότητα υπάρχουν άπειρες: κανείς θα μπορούσε να είναι και 54 κιλά ή 58 ή 65, και είναι σαφές ότι άλλο να είσαι 58 και άλλο 65.

Έχουν επισημανθεί πολλά τέτοια «λάθη» στη σκέψη, τα οποία μπορεί κανείς να μάθει να αναγνωρίζει. Στη συνέχεια μπορεί να προχωρήσει στην αμφισβήτηση των δυσλειτουργικών σκέψεων. Για τον σκοπό αυτό συνήθως φτιάχνουμε δύο στήλες στις οποίες γράφουμε επιχειρήματα που υποστηρίζουν την αυτόματη σκέψη και επιχειρήματα που την ακυρώνουν. Με τον τρόπο αυτό προσπαθούμε να ανακαλύψουμε εάν η σκέψη που δημιουργεί πρόβλημα είναι αυθαίρετη, εάν στέκει, διότι αλλιώς δεν έχουμε λόγο να την επαναλαμβάνουμε στον εαυτό μας. Αν αποφασίσουμε ότι είναι αυθαίρετη, τότε μπορούμε να την αντικαταστήσουμε με μια άλλη πιο ισορροπημένη.

Ένα μικρό παράδειγμα μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση αυτής της τεχνικής. Ας υποθέσουμε ότι ενώ είστε σε δίαιτα, μια μέρα κάνετε τον έλεγχο και τρώτε τις τηγανητές πατάτες που σας σέρβιραν σαν γαρνιτούρα σε μια έξοδό σας. Αισθάνεστε άσχημα, διότι σκέφτεστε «Αυτό ήταν, χάλασα τη διατά μου. Ό,τι κέρδισα τόσες εβδομάδες, το

έχασα». Αποτέλεσμα της σκέψης αυτής ήταν να παραγγείλετε κι άλλο πιάτο και να φάτε και το γλυκό! Πώς θα μπορούσατε να αντιδράσετε; Κατ' αρχάς, η σκέψη πως «ό,τι κέρδισα το έχασα» είναι σαφώς λανθασμένη. Δεν μπορεί να συμβαίνει αυτό επειδή φάγατε λίγο περισσότερο. Αυτή η σκέψη είναι παράδειγμα διπολικού τρόπου σκέψης. Ούτε αληθεύει ότι χαλάσατε τη διαίτά σας. Στην πραγματικότητα φάγατε απλώς λίγες πατάτες. Μια ισορροπημένη απάντηση στην σκέψη αυτή θα ήταν η εξής: 'Εντάξει, παρασπάτησα λίγο, αλλά δεν ήρθε η καταστροφή. Μετά από τόσες ημέρες που προσπαθώ, μόνο μιά φορά, σήμερα, δεν μπόρεσα να κρατήσω τον έλεγχο. Αυτό δεν σημαίνει ότι τον έχασα οριστικά. Θα συνεχίσω τη διαίτά μου κανονικά αύριο. Σήμερα, αξίζω ένα διάλειμμα!'.

Η τεχνική της αμφισβήτησης των δυσλειτουργικών σκέψεων είναι πολύ δυνατή. Αν και φαίνεται εύκολη, στην πράξη είναι αρκετά δύσκολη και χρειάζεται μεγάλη εξάσκηση και συνήθως βοήθεια από ειδικό στην αρχική εκμάθηση. Διάφορες μελέτες όμως έχουν δείξει ότι μπορεί να κάνει τη διαφορά, ιδιαίτερα όταν άλλα μέτρα απώλειας βάρους έχουν αποτύχει.

3.5. Βελτιώνοντας τη σωματική σας εικόνα

Όπως έχει αναφερθεί, η σύγχρονη τάση σήμερα είναι να γίνονται προσπάθειες και για τη βελτίωση της σωματικής εικόνας, διότι θεωρείται ότι είναι και αυτή ένας από τους παράγοντες που διαιωνίζει το πρόβλημα του πάχους.

Η προσπάθεια συμφιλίωσης με το σώμα γίνεται σε στάδια ως εξής:

- **Πρώτο Στάδιο: Μαθαίνοντας για τις αναλογίες των σωμάτων.** Τις περισσότερες φορές οι άνθρωποι με άσχημη εικόνα για το σώμα τους πιστεύουν ότι η πλειονότητα των άλλων ανθρώπων έχει ένα σώμα κοντά στο ιδανικό. Στόχος αυτού του σταδίου είναι να διαλύσει αυτόν τον μύθο και να δείξει στο άτομο ότι ούτε αποκρουστικό είναι να έχεις κάποια κιλά παραπάνω, ούτε προεξοφλεί το αν θα βρεις σύντροφο ή όχι.

- Δεύτερο στάδιο: Η γνωριμία με το σώμα. Πολλοί άνθρωποι με άσχημη σωματική εικόνα αποφεύγουν ακόμη και να κοιτάζουν το γυμνό τους σώμα στον καθρέπτη. Στόχος του σταδίου αυτού είναι να μπορέσει κανείς να συνηθίσει την εικόνα του σώματός του, αυτή που πραγματικά είναι και όχι η τρομακτική που φαντάζεται.
- Τρίτο στάδιο: Η φροντίδα του σώματος. Αφού κανείς εξοικειωθεί με το γυμνό του σώμα, αρχίζει και τού συμπεριφέρεται όπως ακριβώς θα έκανε αν είχε το σώμα του καλύτερου μοντέλου! Μπορεί να χρησιμοποιήσει ό,τι βρίσκει σωστό, από αρωματικά έλαια και αφρόλουτρα έως μασάζ, χτένισμα, περπάτημα κ.λ.π. Στόχος, η απόλυτη συμφιλίωση με αυτό που είμαστε.
- Τέταρτο στάδιο: Αμφισβήτηση των αρνητικών σκέψεων σχετικά με το σώμα σας με τον τρόπο που αναφέρθηκε προηγουμένως. Αυτό συνδυάζεται και με έκθεση σε καταστάσεις που πριν φοβόσασταν, ακριβώς για να κρύψετε τα παραπανίσια κιλά σας, π.χ. εάν για να πάτε σε πλάζ έπρεπε να φοράτε ολόσωμο μαγιό, τότε μπορείτε να φορέσετε μπικίνι!

3.6. Τεχνικές χαλάρωσης και διαχείρισης του άγχους

Αναφέρθηκε σε προηγούμενο μέρος η μεγάλη σημασία που έχει το άγχος στη διατήρηση της παχυσαρκίας ή των περιττών κιλών. Οι τεχνικές χαλάρωσης μπορούν να βοηθήσουν στο να έχετε λιγότερο άγχος κατά τη διάρκεια της ημέρας και έτσι να είναι λιγότερο πιθανό να ενδώσετε σε μια στιγμή αδυναμίας. Οι τεχνικές αυτές είναι βέβαια πιο βοηθητικές σε άτομα που αντιδρούν στο άγχος με αύξηση της όρεξης. Η εκμάθηση της χαλάρωσης δεν είναι δύσκολη, αλλά γι' αυτό θα χρειαστείτε την βοήθεια κάποιου ειδικού.

Συνοπτικά θα έλεγε κανείς ότι υπάρχουν πολλές ψυχολογικές τεχνικές με τις οποίες κάποιος μπορεί να βοηθηθεί και να χάσει βάρος. Θα πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι η διατήρηση του βάρους σε ανεκτά επίπεδα είναι δύσκολη και απαιτεί μακρόχρονη προσπάθεια και επιμονή. Βραχυπρόθεσμες λύσεις μπορεί να φαίνονται ότι έχουν αποτέλεσμα, αλλά με την πρώτη υποτροπή φέρνουν μεγαλύτερη απογοήτευση. Ο

άνθρωπος που έχει τάση να παχαίνει πρέπει να γνωρίζει ότι θα εξακολουθεί να την έχει και στο μέλλον. Γι' αυτό χρειάζεται συνεχής επαγρύπνηση. Εκεί ακριβώς είναι που οι ψυχολογικές μέθοδοι που αναφέρθηκαν και ιδιαίτερα η τροποποίηση των αρνητικών σκέψεων μπορεί να προσφέρουν τα μεγαλύτερα οφέλη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ**

1. Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας (1999-2001), «Ένας σύντομος ενημερωτικό και συμβουλευτικός οδηγός για τον πολίτη», εκδόσεις ROCHE
2. Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας (2001), «Ένας ενημερωτικός και συμβουλευτικός οδηγός για την οικογένεια». Παιδική Παχυσαρκία, εκδόσεις ROCHE
3. Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας (2001-2003), «Ενημερωτικός και Συμβουλευτικός Οδηγός για τον Πολίτη», εκδόσεις ROCHE
4. Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας (2004), «Ένας ενημερωτικός και συμβουλευτικός οδηγός για την ελληνική οικογένεια - Παιδική παχυσαρκία», εκδόσεις ROCHE
5. Εφημερίδα «Ελεύθερος» (26-2-2001), Παχυσαρκία: «Ο μεγάλος κίνδυνος για την υγεία», άρθρο της Δήμητρας Κ. Μαραγιάννη-Ντόβα
6. Εφημερίδα «Ελεύθερος» (5-3-2001), «Η διατροφή μας», άρθρο της Δήμητρας Κ. Μαραγιάννη-Ντόβα
7. Εφημερίδα «ΝΕΟΙ ΚΑΙΡΟΙ» (1-5-2001), «Η διατροφή μας «Ασπίδα» κατά της παχυσαρκίας και των ασθενών», άρθρο της Δήμητρας Κ. Μαραγιάννη-Ντόβα
8. Καραγκιόζογλου-Λαμπούδη Θ., (1997), «Κλινική Διατροφή II», ΣΤΕΤ-Δ, ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ .
9. Κατσίκας Χ., (1997), «Βιοχημεία II», ΣΤΕΤ-Δ, ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
10. Κατσίκας Χ., (1997), «Βιολογικός Ρόλος Υδατ/κών και Λιπών», ΣΤΕΤ-Δ, ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ.
11. Καφάτος Α., (1998), «Διαιτολογική Αντιμετώπιση της Υπερχοληστερολαιμίας», ΒΕCEL.

12. Καφάτος Α., (1997), «Κλινική Διατροφή και Επιδημιολογία των νοσημάτων Διατροφής», Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
13. Κλεφτούρη Κ., (1997), «Εκτίμηση Θρεπτικής Κατάστασης», ΣΤΕΤ-Δ, ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ. Ευσταθιάδης Π., (1997), «Κλινική Ι», ΣΤΕΤ-Δ, ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ.
14. Μόρτογλου Α. (1996), «Παχυσαρκία. Ένας πρακτικός, ενημερωτικός και θεραπευτικός οδηγός για όλους», εκδόσεις ADVANCE PUBLISHING
15. Παπαβραμίδης Σ. (2002), «Παχυσαρκία. Θεωρία και Πράξη», εκδόσεις Σιώκη
16. Παπανικολάου Γ., 1997, «Σύγχρονη Διατροφή και Διαιτολογία» Εκδ. Θυμάρι.
17. Περιοδικό της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών (1994), Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, «Θεραπευτικές προσεγγίσεις της παχυσαρκίας», εκδόσεις ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΘΗΝΩΝ
18. Stryer L., 1988, «Βιοχημεία», Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. <http://www.dk.com>] [CD-ROM]
2. <http://www.Librocom.gr>
3. <http://www.psixi.gr>
4. <http://www.violetta-anninos.gr>
5. <http://www.iatronet.gr>
6. <http://www.stress.gr>
7. <http://www.users.kor.sch.gr>
8. <http://www.startpoint.gr>
9. <http://www.dimiurgos.gr>
10. <http://www.jeremy-nutrifit.gr>
11. <http://www.startpoint.gr>
12. <http://www.nutr.teithe.gr>
13. <http://www.prevent-hellas.gr>

14. <http://www.news.pathfinder.gr>
15. <http://www.prometheus.telemachos.gr>
16. <http://www.1tee-ampel.thess.sch.gr>

