

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: Διερεύνηση παραγόντων διαταραχής σωματικού βάρους
στο νοσηλευτικό προσωπικό.**



ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ

Dr Παπαδημητρίου Μαρία
Καθηγήτρια

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

Κλάδη Ανδριανή
Κλαδούχου Βασιλική
Πασχάλη Σοφία
Σπουδάστριες

ΠΑΤΡΑ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	4
Εισαγωγή.....	5

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ορισμός – Ιστορική Αναδρομή	10
1.2 Σύσκεψη Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) για την παχυσαρκία..	13
1.3 Η παχυσαρκία στον 21 ^ο αιώνα – επιδημιολογικά στοιχεία.....	13
1.4 Οικονομικό κόστος παχυσαρκίας	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Ψυχοβιολογία της όρεξης	17
2.2 Παθοφυσιολογία της παχυσαρκίας	18
2.2.1 Σύσταση του σώματος.....	19
2.2.2 Μεταβολισμός – Βασικός μεταβολικός ρυθμός.....	20
2.3 Τύποι παχυσαρκίας	21
2.4 Αιτιοπαθογένεια της παχυσαρκίας.....	23
2.5 Διαγνωστική προσέγγιση της παχυσαρκίας.....	28
2.5.1 Κλινική σταδιοποίηση της παχυσαρκίας	35
2.6 Θεραπεία παχυσαρκίας	36
2.6.1 Τροποποίηση της συμπεριφοράς	37
2.6.2 Ειδικές δίαιτες και σωματική δραστηριότητα	38
2.6.3 Φυσιοθεραπεία	39
2.6.4 Φαρμακοθεραπεία	40
2.6.5 Θεραπεία με ορμόνες	45
2.6.6 Χειρουργική θεραπεία.....	46
2.7 Η ζωή μετά το χειρουργείο.....	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Επιπτώσεις παχυσαρκίας.....	58
---------------------------------	----

3.2 Πρόληψη της παχυσαρκίας	66
3.2.1 Διατροφή και παχυσαρκία.....	70
3.2.2 Σωματική άσκηση και παχυσαρκία	73
3.3 Η ψυχολογία της παχυσαρκίας	76
3.4 Αλήθειες και ψέματα για την παχυσαρκία	82
3.5 Τι πρέπει να γνωρίζετε για μια διαίτα.....	87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ενημέρωση του παχύσαρκου ατόμου.....	91
4.2 Νοσηλευτική προσέγγιση σε ασθενείς με κλινικά σοβαρή παχυσαρκία ...	92
4.3 Η συμβολή της νοσηλευτικής στη μετεγχειρητική αποκατάσταση ασθενών με κλινικά σοβαρή παχυσαρκία	92
4.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογία του αρρώστου	94

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Υλικό και μέθοδος.....	97
2. Αποτελέσματα	100
3. Συζήτηση	159
Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	163
Βιβλιογραφία.....	166
Παράρτημα	172

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κοινωνικές αλλά και οι οικονομικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας είναι σημαντικές αφού αφορούν σε ένα συνεχώς αυξανόμενο τμήμα του πληθυσμού, καθώς η νόσος έχει λάβει διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας.

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των παραγόντων που οδηγούν το νοσηλευτικό προσωπικό στη νόσο της παχυσαρκίας, με απώτερο σκοπό την συμβολή στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ίδιας της νόσου και των επιπλοκών της.

Υλικό και Μέθοδος: Αυτή η μελέτη πραγματοποιήθηκε στους νομούς Αχαΐας και Ζακύνθου σε δείγμα 154 ατόμων νοσηλευτικού προσωπικού, ηλικίας 20 έως 60 ετών. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 39 παραμέτρων και το πρόγραμμα για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και την στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS χ^2 .

Τα **αποτελέσματα** της παρούσας μελέτης αποδεικνύουν ότι το βάρος των ερωτηθέντων σχετίζεται άμεσα με το επάγγελμα του νοσηλευτή ($p < 0,01$), καθώς ένα μεγάλο ποσοστό 65,6% και 50% των παχύσαρκων και υπέρβαρων ατόμων, πιστεύει ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση του βάρους. Αποδεικνύεται επίσης ότι οι άνδρες νοσηλευτές φαίνεται να είναι περισσότερο υπέρβαροι (45,5%) από τις γυναίκες νοσηλεύτριες (14,7%).

Η συλλογή και η επεξεργασία των στοιχείων της μελέτης μας οδήγησαν σε **συμπεράσματα**. Φαίνεται πως η μέθοδος αναφοράς για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι η διατροφή και η σωματική άσκηση. Επιπροσθέτως, η κληρονομικότητα, τα ακανόνιστα γεύματα, οι ψυχολογικοί (άγχος – stress) και οι γενετικοί παράγοντες καθώς και τα κυκλικά ωράρια εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού αναφέρονται ως οι σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παχυσαρκία είναι θέμα από τα πιο δημοφιλή που απασχολεί σχεδόν όλο τον κόσμο, τόσο εκείνους που είναι υπέρβαροι όσο και τους άλλους που προβληματίζονται για την υγεία και την αισθητική του παχύσαρκου. Διαχρονικά ρεπορτάζ της μορφής: «Γιατί παχαίνουμε;», «Αδυνατίστε με μια πρωτεΐνη», «Χάπι εντ για την παχυσαρκία» και πολλά άλλα σχετικά έχουν δώσει την εντύπωση ότι το πρόβλημα ηττήθηκε. Την προηγούμενη δεκαετία πολλοί ήλπιζαν ότι για χιλιάδες παθήσεις του ανθρώπου μπορεί να υπάρχει και αντίστοιχο ένοχο γονίδιο, το οποίο αναζητούσαν όπως οι χρυσοθήρες το χρυσάφι. Και κατά καιρούς «δεκάδες γονίδια» παχυσαρκίας ενοχοποιήθηκαν και παρήλασαν από τις σελίδες των επιστημονικών περιοδικών. Ωστόσο, το πρόβλημα παραμένει άλυτο καθώς και το αναζητούμενο κυρίαρχο γονίδιο δεν βρισκόταν. (Σ. Αλαχιώτης 2005)

Η παχυσαρκία λοιπόν, είναι αναμφίβολα η κυριότερη διατροφική διαταραχή του προηγμένου κόσμου. Η επίδραση στην ψυχική και σωματική νοσηρότητα, θνησιμότητα, αλλά και στην ποιότητα ζωής καθιστούν την παχυσαρκία νόσο και μάλιστα με χρόνια εξέλιξη. Τα τελευταία χρόνια σημειώθηκαν σημαντικές πρόοδοι ιδιαίτερα στην κατανόηση των μηχανισμών της όρεξης και του κορεσμού στον καθορισμό του ρόλου της κληρονομικότητας, στη σχέση ψυχολογίας και διατροφικής συμπεριφοράς, αλλά και στην εφαρμογή διαφόρων φαρμάκων. Παρόλες τις προόδους, η παχυσαρκία θεραπεύεται δύσκολα και η αντιμετώπισή της προϋποθέτει πολύπλευρη συμμετοχή διαφόρων ειδικών, όπως γιατρού, διαιτολόγου, ψυχολόγου ή ψυχιάτρου, γυμναστή κ.ά. Χωρίς όμως κινητοποίηση του ίδιου του ασθενή, τα αποτελέσματα είναι απογοητευτικά. (Α. Αναγνωστόπουλος - Λ. Παπαδόπουλος 2004)

Σε όλο τον δυτικό κόσμο η παχυσαρκία ($BMI > 30 \text{ kg/m}^2$) αυξάνεται σε όλες τις ηλικίες, από την προσχολική μέχρι την ενήλικη και ιδιαίτερα συναντάται στα κοινωνικό - οικονομικά στρώματα του πληθυσμού. Υπολογίζεται ότι στις Η.Π.Α. 26 εκατομμύρια ανδρών και 36 εκατομμύρια γυναικών είναι παχύσαρκοι. Σύμφωνα με μια επιδημιολογική μελέτη το χρονικό διάστημα 1988-91, (National Health and Nutrition Examination Survey III), σε δείγμα 8260 ενηλίκων ηλικίας 20 ετών και άνω, προέκυψε ότι 31,4% των ανδρών και 35,3% των γυναικών είναι παχύσαρκοι. Σε φυλετικό επίπεδο τα μεγαλύτερα ποσοστά συγκέντρωσαν οι γυναίκες της μαύρης φυλής (49,1%) και οι Μεξικανές (48,1%). Συγκρίνοντας την μελέτη αυτή με την

αντίστοιχη προηγούμενη κατά μια δεκαετία (NHANES II, 1976-80), προκύπτει μια αύξηση του ποσοστού της παχυσαρκίας κατά 31% καθώς και μια αύξηση της μέσης τιμής του δείκτη σωματικής μάζας από το 25,3 στο 26,3. Η τελευταία αντιπροσωπεύει μια μέση αύξηση του σωματικού βάρους κατά άτομο περίπου 3,6 kg. Το ποσοστό της νοσογόνου παχυσαρκίας (BMI > 40kg/m²) κυμαίνεται στο 3%. Στην Αγγλία κατά την χρονική περίοδο 1980-1993, το ποσοστό της παχυσαρκίας αυξήθηκε από 6% στο 13% για τους άνδρες και από 8% στο 16% για τις γυναίκες. Στην Γαλλία και στην Ιταλία το ποσοστό κυμαίνεται στο 6% και 6,5% αντίστοιχα.

Η παχυσαρκία δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν μια αισθητική ιδιομορφία ή πρόβλημα, αλλά ως νόσος, η οποία απαιτεί ολοκληρωμένη θεραπεία. Η απώλεια σωματικού βάρους 5-10% μπορεί να μειώσει τους παράγοντες κινδύνου.

Ενώ το κόστος της ιατρικής μέριμνας των πολιτών που πάσχουν από παχυσαρκία ανέρχεται στα ύψη (στις Η.Π.Α. υπολογίζεται περίπου στα 100 δις \$) οι κρατικοί οργανισμοί υγείας χρηματοδοτούν με λιγότερο από 1% του συνολικού τους προϋπολογισμού την έρευνα σε αυτόν τον τομέα. Έτσι, λόγω της έλλειψης πόρων, η έρευνα είναι περιορισμένη. (Γ. Σρέκας 2005)

Παρόλα αυτά στη χώρα μας, λόγω των διαστάσεων του προβλήματος, γίνεται μεγάλη προσπάθεια τα τελευταία χρόνια ώστε να ευαισθητοποιηθεί ο κόσμος για το μέγεθος του προβλήματος.

Ευχαριστούμε θερμά την κ. Παπαδημητρίου Μαρία, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Πατρών και τον κ. Κουτσογιάννη Κωνσταντίνο, Στατιστικολόγο, για την πολύτιμη βοήθειά τους, καθώς και όλους όσους συνέβαλλαν στην πραγμάτωση της παρούσας μελέτης.

Και σοφίαν αναπόδεκτον και τέχνην άδηλον και ισχύν αναγώνιστον και πλούτον
άχρειον και λόγον αδύνατον ΥΓΙΕΙΑΣ απούσης.

Ηρόφιλος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

- ✓ Ορισμός – Ιστορική Αναδρομή
- ✓ Σύσκεψη Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) για την παχυσαρκία
- ✓ Η παχυσαρκία στον 21^ο αιώνα – επιδημιολογικά στοιχεία
- ✓ Οικονομικό κόστος παχυσαρκίας

1.1 Ορισμός – Ιστορική αναδρομή

Ορισμός: Ως παχυσαρκία ορίζεται η υπερβολική αποταμίευση ενέργειας στον οργανισμό με τη μορφή λίπους. Είναι αποτέλεσμα μιας μακροχρόνιας διαταραχής του μεταβολισμού που προκαλείται απ' την υπερκατανάλωση τροφής και την υπερβολική πρόσληψη θερμίδων. Θεωρείται δηλαδή μια νόσος του ενεργειακού ισοζυγίου. (Γ. Σρέκας 2005)

2500 χρόνια πριν, ο Ιπποκράτης, αλλά και η μετέπειτα συνάδελφοι του ανά τους αιώνες θεωρούσαν την παχυσαρκία νόσο και χρησιμοποιούσαν θεραπευτικές μεθόδους παρεμφερείς με τις σημερινές για την αντιμετώπισή της. Παρόλαυτά στην πατρίδα του Ιπποκράτη, σήμερα, δεν είναι επίσημα αναγνωρισμένη ως νόσος.

Αν και είναι πλέον κοινώς αποδεκτό ότι η επιδημική μορφή της παχυσαρκίας είναι απόρροια του σύγχρονου τρόπου ζωής, η παρουσία της ήταν εντονότατη από αρχαιοτάτων χρόνων. Μεγάλος αριθμός ειδωλίων της παλαιολιθικής εποχής (23.000-25.000 χρόνια πριν), που έχουν βρεθεί σε όλη την Ευρώπη και απεικονίζουν γυναικείες θεότητες (όπως η Αφροδίτη του Villendorf), έχουν στεατοπυγική μορφή, δηλαδή παρουσιάζουν σπλαγχνική παχυσαρκία και έχουν υπερβολικά μεγάλο στήθος και φαρδείς γλουτούς. Οι μορφές αυτές, που σήμερα θα τις κατατάσσαμε, από πλευράς Δ.Μ.Σ στις σοβαρά παχύσαρκες, αποτελούν θεότητες της γονιμότητας και της αφθονίας της γης.



Εικόνα 1. Αφροδίτη του Villendorf.(Γ. Ζαμπάκος 1989)

Αλλά και στην νεολιθική εποχή και αργότερα μέχρι την εποχή του Χαλκού (μέχρι το 3000 π.Χ.), βρίσκουμε πολλές Μητέρες – Θεές με την ίδια στεατοπυγική μορφή (μεγάλο, χαλαρό στήθος και μεγάλη περιφέρεια). Τα περισσότερα ευρήματα

προέρχονται από την περιοχή της Ανατολίας και χρονολογούνται γύρω στο 5000-6000 π.Χ.

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 υπάρχουν στην κινεζική, την θιβετιανή και την ινδική Ιατρική, αλλά και στην ιατρική των Μάγια και των Αζτέκων, καταδεικνύοντας έτσι ότι η παχυσαρκία αποτελούσε ιατρικό πρόβλημα ακόμα και στο μακρινό παρελθόν.

Φτάνοντας στους Ελληνορωμαϊκούς χρόνους, ο πατέρας της ιατρικής, Ιπποκράτης, στα γραπτά του υποστηρίζει ότι «ο αιφνίδιος θάνατος είναι πιο συνηθισμένος στα παχύσαρκα άτομα από ότι στα αδύνατα» όπως επίσης ότι η παχυσαρκία προκαλεί γυναικεία στειρότητα και πως οι παχύσαρκες γυναίκες παρουσιάζουν «ακανόνιστη συχνότητα έμμηνο ρύση». Ο Γαληνός σημαντικός ιατρός των Ρωμαϊκών χρόνων, είχε κατατάξει την παχυσαρκία σε 2 κατηγορίες: μέτρια (moderate) και υπερβολική (immoderate), όπου η πρώτη θεωρείται φυσιολογική και δεύτερη νοσογόνος. Επίσης από τους Ρωμαϊκούς χρόνους, υπάρχουν περιγραφές που συνδέουν την παχυσαρκία με υπνηλία και την άπνοια του ύπνου και αναφέρονται περιπτώσεις ανθρώπων που πέθαναν από υπερβολικό βάρος. Από το 400 μ.Χ., τη σκυτάλη παίρνει η αραβική ιατρική.

Ο Πέρσης ιατρός Αβικέννας, ο οποίος ασχολήθηκε εντατικά με την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, στον «Κανόνα της Ιατρικής» περιγράφει τη «μέθοδο μείωσης βάρους για τι υπέρβαρα άτομα», η οποία απαιτεί:

- Ø έντονη άσκηση
- Ø συχνό μπάνιο πριν το φαγητό
- Ø κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού, φτωχού όμως σε θρεπτική αξία
- Ø ταχεία κάθοδος της τροφής από το στομάχι και το έντερο, έτσι ώστε να εμποδίζεται η ολοκλήρωση της απορρόφησης από το μεσεντέριο.

Το κοινό σημείο αναφοράς όλων των θεραπευτικών προσεγγίσεων, όσον αφορά στην παχυσαρκία στην αρχαιότητα, είναι η διαίτα και η άσκηση. Τόσο ο Ιπποκράτης τον 5^ο αιώνα π.Χ., όσο και ο Γαληνός και ο Αβικέννας πολύ αργότερα, παρά τις διαφορές που υπάρχουν στις θεραπείες τους, προτείνουν με τον έναν ή με τον άλλον τρόπο σχεδόν τα ίδια πράγματα:

- Ø σκληρή δουλειά
- Ø σκληρή άσκηση

- Ø γρήγορο τρέξιμο
- Ø λιτή διατροφή και εγκράτεια
- Ø όχι τσιμπολογήματα! (Γ. Ζαμπάκος 1989)

Εκτός από τους προαναφερθέντες πολλοί ακόμη ασχολήθηκαν ανά τους αιώνες με το πρόβλημα της παχυσαρκίας όπως, ο J. Tweedy τον 18^ο αιώνα, ο Γάλλος πολιτικός Jean Anthelme Brillat – Jacques Quetelet το 1835 και ο William Banting το 1863, όπου έκανε την πρώτη σοβαρή προσπάθεια προτεινόμενης διατροφής, για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.

Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα πλήθος άλλων ειδικών πρότειναν, μέσα από τα βιβλία τους δίαιτες για απώλεια βάρους. Μέσα στον 20^ο αιώνα όμως και άλλες παράμετροι ήρθαν να προστεθούν στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Έτσι λοιπόν, το τρίπτυχο της σύγχρονης ιατρικής για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αποτελείται από:

- Ø υγιεινή διατροφή
- Ø τροποποίηση διατροφικής συμπεριφοράς
- Ø σωματική δραστηριότητα.

Σήμερα όμως, 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 προσπαθούσαν να αντιμετωπίσουν το φαινόμενο όταν αυτό είχε πλέον εμφανιστεί. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι δίνονται οδηγίες ή συμβουλές για να μην γίνει κάποιος παχύσαρκος.

Στις μέρες μας αυτό είναι κάτι παραπάνω από απαραίτητο. Οι στρατηγικές πρόληψης στο γενικό πληθυσμό στηρίζονται κυρίως στην προσπάθεια συνολικής εκπαίδευσης και ενημέρωσης των πολιτών σε θέματα διατροφής και σωματικής δραστηριότητας. Πριν από οτιδήποτε άλλο, πρέπει να περάσει στη συνείδηση του κάθε πολίτη, ότι η παχυσαρκία είναι μια χρόνια νόσος με σοβαρές επιπλοκές, η οποία ευκολότερα προλαμβάνεται παρά αντιμετωπίζεται. (www.eiep.gr)

1.2 Σύσκεψη Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) για την παχυσαρκία

Η σύσκεψη του Π.Ο.Υ έγινε στη Γενεύη από 3-5 Ιουνίου του 1997. Η σύσκεψη αυτή ήταν το αποκορύφωμα μιας διετούς διαδικασίας προετοιμασίας, στην οποία συμμετείχαν περισσότεροι από 100 ειδικοί απ' όλο τον κόσμο.

Ο γενικός στόχος της σύσκεψης ήταν η σύνοψη των πρόσφατων επιδημιολογικών πληροφοριών γύρω απ' την παχυσαρκία και η πρόταση οδηγιών για την ανάπτυξη προγραμμάτων και μέτρων δημόσιας υγείας, με σκοπό τη βελτίωση των τρόπων πρόληψης και αντιμετώπισης της παχυσαρκίας. Οι επιμέρους στόχοι της σύσκεψης ήταν:

- Ø Να συνοψίσει την επικρατούσα κατάσταση και την τάση για παχυσαρκία ανάμεσα στα παιδιά και στους ενήλικες, τους παράγοντες που συντελούν στην δημιουργία της παχυσαρκίας και τις συνοδές επιπτώσεις της, όπως είναι οι χρόνιες μη μεταδοτικές νόσοι.
- Ø Να εξετάσει τις επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην υγεία και στην οικονομία και την επίδρασή της στην ανάπτυξη.
- Ø Να αναπτύξει κατευθυντήριες οδηγίες, που θα βοηθήσουν τις χώρες στην ανάπτυξη στρατηγικών δημόσιας υγείας για την βελτίωση των τρόπων πρόληψης και αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.
- Ø Να εντοπίσει τα θέματα που απαιτούν περαιτέρω έρευνα. (Ν. Κατσιλάμπρος - Κ. Τσίγκος 2003)

1.3 Η παχυσαρκία στον 21ο αιώνα- επιδημιολογικά στοιχεία

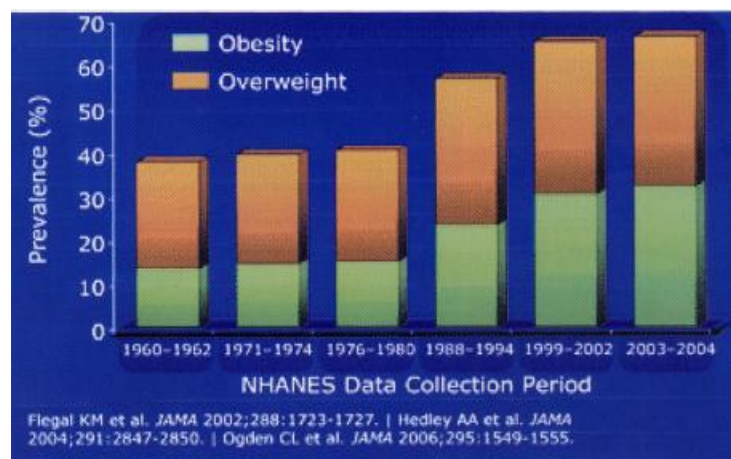
Από το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου, το πρόβλημα της παχυσαρκίας έχει γίνει έντονο σε όλο το δυτικό κόσμο. Τα στοιχεία που μας δίνει η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Μελέτης της παχυσαρκίας (EASO) είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά. Στατιστικά, φαίνεται ότι παγκοσμίως οι υπέρβαροι αγγίζουν το 1 δις, οι παχύσαρκοι 300 εκατομμύρια και τα παχύσαρκα παιδιά δυστυχώς τα 150 εκατομμύρια αριθμοί που προκαλούν δέος αλλά είναι αληθινοί. (Α. Κόκκαλη)

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα διεθνώς αναγνωρισμένο παράγοντα κινδύνου για τη δημόσια υγεία, που στις μέρες μας έχει λάβει διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας. Χαρακτηριστικό είναι ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες η επίπτωσή της παχυσαρκίας

αυξήθηκε την τελευταία δεκαετία κατά 37%. Οι Μεσογειακές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, έχουν τα υψηλότερα ποσοστά στην παχυσαρκία στην Ευρώπη.

Η σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και θνητότητας είναι γνωστή από την εποχή ακόμη του Ιπποκράτη. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, κάθε χρόνο πεθαίνουν πρόωρα 300.000 Αμερικανοί από αιτίες που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την παχυσαρκία. (Γ. Σρέκας 2005)

Στις Η.Π.Α το ποσοστό των παχύσαρκων ανδρών ανέρχεται σε 37% ενώ των γυναικών στο 20% ενώ δυο στους τρεις ενήλικες στη χώρα αυτή χαρακτηρίζονται υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ενώ στη δεκαετία του 1960 η αναλογία ήταν 1 στους 4,1. Η αύξηση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική και τα τελευταία χρόνια. Έτσι με βάση τα στοιχεία της NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) το 1999 έως το 2000 στις Η.Π.Α το 65% των ενηλίκων είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το διάστημα των ετών 1988-1994 (σύμφωνα με στοιχεία της NHANES III) ήταν 56%. Για το ίδιο διάστημα η αύξηση για τα παιδιά και τους εφήβους ήταν 36%. Στην εικόνα που ακολουθεί φαίνεται το ποσοστό υπέρβαρων και παχύσαρκων Αμερικανών που σταθεροποιήθηκε σε υψηλά ποσοστά τα τελευταία χρόνια. Στους άνδρες μάλιστα παρατηρήθηκε μια αύξηση της παχυσαρκίας μεταξύ 1999-2000 (27,5%) και 2003-2004 (33,2%). Η συχνότητα των νοσογόνων παχύσαρκων ήταν την διετία 2003-2004 2,8% στους άνδρες και 6,9% στις γυναίκες.



Εικόνα 2. Ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων Αμερικανών από το 1960 έως σήμερα. (Α. Μελιδώνης 2007)

Σε απόλυτο αριθμό αυτό σημαίνει ότι 100 εκατομμύρια άνθρωποι στις Η.Π.Α είναι παχύσαρκοι ή υπέρβαροι. Τα αντίστοιχα ποσοστά στην Ευρώπη είναι λίγο

χαμηλότερα και στις βόρειες χώρες ανέρχονται σε 16% και 13% για άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα. (Α. Μελιδώνης 2007)

Η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας (Ε.Ι.Ε.Π) πραγματοποίησε μεγάλη πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη με σκοπό την ακριβή καταγραφή του μεγέθους του προβλήματος. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι το ποσοστό των παχύσαρκων Ελλήνων ήταν 22,5% (26% των ανδρών και 18,2% των γυναικών) ενώ των υπέρβαρων ήταν 35,2% (41,1% των ανδρών και 29,9% των γυναικών). Οι προβλέψεις για το μέλλον είναι εξαιρετικά δυσοίωνες. Αν βασιστούμε σε μελέτες επίπτωσης από το 1960-1991, υπολογίζουμε ότι το 2030 το 100% των ενηλίκων ατόμων στις Η.Π.Α θα είναι υπέρβαρο.

Σημαντικό μέρος του προβλήματος αποτελεί η σημαντική αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας. Σε τυχαίοποιημένο δείγμα σχολείων από όλη την επικράτεια το οποίο περιλάμβανε 18045 παιδιά και εφήβους, ηλικίας 2-19 ετών η Ε.Ι.Ε.Π αναφέρει ότι στα παιδιά ηλικίας 7-12 ετών, τα ποσοστά του υπέρβαρου και τον παχύσαρκου ήταν 12,7% και 10% για τα αγόρια και 7,2%, αντίστοιχα, για κορίτσια. Η παραπάνω έρευνα καταδεικνύει τη σοβαρότητα και την έκταση του προβλήματος της παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα. (Αθήρωμα 2007)

1.4 Οικονομικό κόστος παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία πέραν των προβλημάτων υγείας που προκαλεί έχει ως συνέπεια και άλλα ανεπιθύμητα. Ένα από αυτά είναι το τεράστιο κόστος που συνεπάγεται. Η παχυσαρκία καταναλώνει το 5,5%-7,8% των πόρων για τα συστήματα υγείας στις ανεπτυγμένες κοινωνίες μετατρέποντας το πρόβλημα και σε κόστος συχνά δυσβάσταχτο για τις οικονομίες και τα συστήματα υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

- ✓ Ψυχοβιολογία της όρεξης
- ✓ Παθοφυσιολογία της παχυσαρκίας
- ✓ Σύσταση του σώματος
- ✓ Μεταβολισμός – Βασικός μεταβολικός ρυθμός
- ✓ Τύποι παχυσαρκίας
- ✓ Αιτιοπαθογένεια της παχυσαρκίας
- ✓ Διαγνωστική προσέγγιση της παχυσαρκίας
- ✓ Κλινική σταδιοποίηση της παχυσαρκίας
- ✓ Θεραπεία παχυσαρκίας
- ✓ Τροποποίηση της συμπεριφοράς
- ✓ Ειδικές δίαιτες και σωματική δραστηριότητα
- ✓ Φυσιοθεραπεία
- ✓ Φαρμακοθεραπεία
- ✓ Θεραπεία με ορμόνες
- ✓ Χειρουργική θεραπεία
- ✓ Η ζωή μετά το χειρουργείο

Το οικονομικό κόστος της παχυσαρκίας στις αναπτυσσόμενες χώρες, η αυξανόμενη οικονομική επιβάρυνση από τα χρόνια μη μεταδοτικά νοσήματα μεταξύ των ενηλίκων σε αυτές τις χώρες έχει ήδη γίνει αντιληπτή από αρκετούς διεθνείς οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένων του Π.Ο.Υ και της Παγκόσμιας Τράπεζας. Το πραγματικό κόστος θεραπείας στις αναπτυσσόμενες χώρες ξεπερνάει εκείνο των ανεπτυγμένων χωρών, λόγω των επιπλέον εξόδων για την εισαγωγή ακριβών φαρμάκων και συσκευών, καθώς και για την ανάγκη της ειδικής εκπαίδευσης του προσωπικού. (N. Κατσιλάμπρος - Κ. Τσίγκος 2003)

Ενδεικτικά τα έξοδα που συνδέονται άμεσα με την παχυσαρκία στις Η.Π.Α ανέρχονται σε 51,6 δις \$ (5,7% ολικών εξόδων για την υγεία στις Η.Π.Α). Επιπλέον, 47,6 δις \$ είναι το έμμεσο κόστος της παχυσαρκίας ενώ 33 δις \$ καταναλώνονται σε προγράμματα απώλειας βάρους. Στο έμμεσο κόστος προσμετρώνται και οι χαμένες μέρες εργασίας, οι οποίες ανέρχονται σε 39 εκατομμύρια χαμένες ημέρες εργασίας και σε 239 εκατομμύρια ημέρες περιορισμένης εργασίας. Συνολικά εκτιμάται ένα επιπλέον κόστος της τάξεως των 300 εκατομμυρίων \$ ανά εκατομμύριο ενηλίκων ατόμων. (Α. Μελιδώνης 2007)

2.1 Η ψυχοβιολογία της όρεξης

Πρόσληψη τροφής είναι η λειτουργία όλων των ζώντων οργανισμών που σκοπό έχει τον προσπορισμό υλικών για την οικοδόμηση και την συντήρηση του «οχήματος» που θα μεταφέρει το κάθε είδος στην επόμενη γενεά. Ακόμα και η εξέλιξη των ειδών, μέσα στα εκατομμύρια χρόνια, φαίνεται να έχει ως κύριο σκοπό την βελτίωση των δυνατοτήτων του κάθε είδους για την εξεύρεση τροφής ή και την ανάπτυξη αμυντικών μηχανισμών προς τους βιολογικούς του αντιπάλους.

Στον σύγχρονο άνθρωπο πλέον των βιολογικών μηχανισμών που ευνοούν την αναζήτηση τροφής, θα πρέπει να αναγνωριστούν και άλλα φαινόμενα από το περιβάλλον που επιδρούν στην διαιτητική τους συμπεριφορά.

Οι παράγοντες αυτοί είναι κυρίως “γνωσιακού τύπου” και περιλαμβάνουν συνήθειες της οικογένειας, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, τρόπο ζωής, θρησκεία κ.α. (Α. Μόρτογλου 2001)

Θα πρέπει από την αρχή να διακριθούν οι δύο έννοιες: πρόσληψη τροφής και διαιτητική συμπεριφορά.

Πρόσληψη τροφής

Είναι βιολογικό φαινόμενο που σκοπό έχει τη διατήρηση του ενεργειακού ισοζυγίου και αναφέρεται στο “τι τρώμε”.

Διαιτητική συμπεριφορά

Είναι ο “τρόπος που τρώμε”. Περιβαλλοντολογικό φαινόμενο που όμως επιδρά δευτερογενώς στο βιολογικό υπόστρωμα και το ενεργειακό ισοζύγιο. Αναφέρεται στην ποιότητα της τροφής, στις διαιτητικές προτιμήσεις αλλά και τις αποστροφές, καθώς και στην ηδονική δράση των τροφών. Στον άνθρωπο, η ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής είναι διαφορετική από μέρα σε μέρα αλλά και μεταξύ μεγάλων ή μικρότερων χρονικών περιόδων. (C. Broberger 1998)

Η σίτιση του ανθρώπου γίνεται κατά ώσεις που ονομάζονται «γεύματα». Επομένως, η ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής εξαρτάται από τον αριθμό, το μέγεθος και την ενεργειακή περιεκτικότητα των γευμάτων.

Το γεύμα λοιπόν, αποτελεί την βασική μονάδα της διαιτητικής συμπεριφοράς του ανθρώπου και σε αυτό θα πρέπει να επικεντρωθεί η ανάλυσή της. Για κάθε γεύμα μπορεί να διακρίνουμε τρεις φάσεις:

- Ø Έναρξη: είναι η πείνα για πρόσληψη τροφής γενικώς ή η όρεξη για κατανάλωση συγκεκριμένης τροφής.
- Ø Διάρκεια
- Ø Τέλος: (κορεσμός). (M. Courtney - Moore 2000)

2.2 Παθοφυσιολογία της παχυσαρκίας

Η παθογένεια της παχυσαρκίας είναι πολυπαραγοντική. Σε αυτή συμμετέχουν οι γενετικοί, μεταβολικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Ανεξάρτητα όμως από αυτούς τους παράγοντες και τους μηχανισμούς τους οποίους συμμετέχουν, το κύριο αίτιο εμφάνισης της παχυσαρκίας είναι η αυξημένη πρόσληψη ενέργειας σε σχέση με τη δαπανώμενη (θετικό ενεργειακό ισοζύγιο). Για παράδειγμα αν ένα άτομο αυξήσει μόνο κατά 5% το ποσό των προσλαμβανομένων θερμίδων, αυτό θα έχει σαν

αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού βάρους κατά 5-6 kg σε διάστημα μιας πενταετίας. (Αθήρωμα 2007)

Το κύριο ρυθμιστικό όργανο είναι ο εγκέφαλος μολονότι και άλλα οργανικά συστήματα συμμετέχουν σε αυτή τη διαδικασία. Κυκλοφορούντα σήματα λίπους (λιπώδη σήματα) συγκροτούν ενιαίο σύνολο με αυτά που προέρχονται από το γαστρεντερικό (σύστημα σήματα κορεσμού) με σκοπό τον έλεγχο της ενεργειακής ομοιόστασης. Τα σήματα από τον λιπώδη ιστό εισέρχονται στον εγκέφαλο, στο επίπεδο του υποθαλάμου. Νευρικά επίσης σήματα από το γαστρεντερικό σύστημα και το ήπαρ παρέχουν πληροφορίες για την ποσότητα αλλά και την ποιότητα της τροφής που προσλαμβάνεται. Με αυτόν τον τρόπο τα σήματα κορεσμού καταλήγουν στον οπίσθιο εγκέφαλο. Η απάντηση στα ορμονικά αυτά ερεθίσματα διαμέσου «μονοπατιών», στα οποία συμμετέχουν νευροπεπτίδια, επιφέρει μεταβολές που συνδέονται άμεσα με την ενεργειακή ομοιόσταση όπως:

- ∅ Η νευροενδοκρινική διέγερση της υπόφυσης
- ∅ Η διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος (Α.Ν.Σ)
- ∅ Η δραστηριοποίηση (άσκηση, πρόσληψη τροφής κ.τ.λ). (C. Woods – J. Seeley 2002)

Τα τελευταία χρόνια όλο και επιβεβαιώνεται η σημαντική επίδραση του Α.Ν.Σ σε βασικές διαδικασίες του μεταβολισμού όπως η λιπόλυση, η έκκριση ινσουλίνης και γλυκαγόνης από το πάγκρεας και η παραγωγή – έκκριση γλυκόζης από το ήπαρ. Είναι αξιοσημείωτο ότι ενώ η ενεργειακή κατανάλωση μειώνεται με την πάροδο των ετών, κυρίως λόγω απουσίας ή μείωσης της σωματικής δραστηριότητας, η ενεργειακή πρόσληψη δεν παρουσιάζεται παρόμοια τάση μείωσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την προοδευτική αύξηση του σωματικού βάρους. (Εγκ. Εσωτερική Παθολογία 2001)

2.2.1 Σύσταση του σώματος

Η εκτίμηση της σύστασης του σώματος συμβάλλει στην κατανόηση πολλών φυσιολογικών και παθολογικών καταστάσεων, όπως του γήρατος, της άθλησης, των καταστάσεων απίσχνασης, του Ca, της παχυσαρκίας, του σακχαρώδους διαβήτη κ.λ.π. (Ε. Καπάνταης 2004)

Οι ανθρώπινοι ιστοί αποτελούνται από 5 βασικά συστατικά: νερό, πρωτεΐνες, άλατα, γλυκογόνο και λίπος. Οι κύριοι ιστοί που συνθέτουν το ανθρώπινο σώμα και εκτιμώνται συχνά στην κλινική πράξη, είναι ο λιπώδης ιστός, οι σκελετικοί μύες, τα οστά και τα σπλάχνα (π.χ. ήπαρ, νεφροί, καρδιά κ.λ.π.). Για κάθε ιστό, αλλά και για το νερό του σώματος χρησιμοποιείται συγκεκριμένη ορολογία, η οποία είναι κοινή στις περισσότερες σωματομετρικές εφαρμογές. (Γ. Ζαμπάκος 1989)

Λιπώδης ιστός υπάρχει σε όλα τα μέρη του σώματος του ανθρώπου, είτε με τη μορφή του αποταμιευτικού λίπους (λιπαποθήκες) είτε του δομικού λίπους που γεμίζει τις νεκρές γωνίες κοιλοτήτων του σώματος και τα μεταξύ των οργάνων κενά, καθώς και περιοχές που υφίστανται έντονες πιέσεις όπως τα πέλματα. (Ε. Τσαούλα 1995)

Το λίπος στο ανθρώπινο σώμα αυξάνει φυσιολογικά με την ηλικία και είναι περισσότερο στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Ένας φυσιολογικού βάρους άνδρας περιέχει 12 – 20% λίπος, ενώ μια γυναίκα 20 – 30%. Πάνω από αυτά τα όρια πρόκειται για παχυσαρκία. (Τ. Ellrott – V. Pudiel 2002)

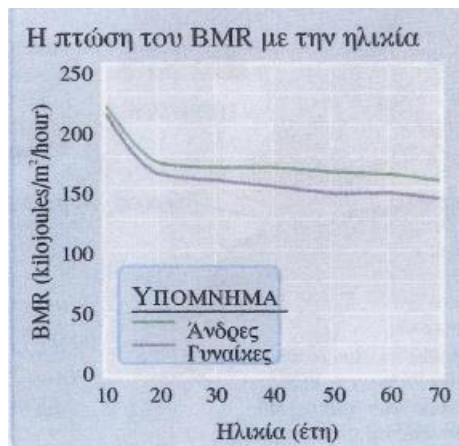
2.2.2 Μεταβολισμός – Βασικός μεταβολικός ρυθμός

Χιλιάδες βιοχημικές αντιδράσεις και ενεργειακές μεταμορφώσεις πραγματοποιούνται συνεχώς στα σωματικά κύτταρα προκειμένου το σώμα να κρατηθεί ζωντανό και υγιές. «Μεταβολισμός» είναι ο γενικός, περιληπτικός όρος για όλες αυτές τις βιοχημικές διαδικασίες του οργανισμού. Είναι δηλαδή η μετατροπή της ενέργειας των τροφίμων, σε χημική ενέργεια του ανθρώπινου σώματος και σε θερμότητα. Η «ανθρώπινη» πλέον χημική ενέργεια χρησιμοποιείται για:

- Ø Μηχανικό έργο. Για την πραγματοποίηση δηλαδή των συσπάσεων των γραμμωτών και λείων μυικών ινών
- Ø Την συντήρηση και την ανάπτυξη των ιστών
- Ø Την σωματική αύξηση. (Γκούμας – Κωτσιόπουλος 2000)

Ο βασικός μεταβολικός ρυθμός (BMR) είναι το συνολικό ποσό της ενέργειας που χρειάζεται ο οργανισμός για να διατηρήσει όλες τις βασικές λειτουργίες του ώστε να διατηρηθεί στη ζωή. Ο βασικός μεταβολισμός αποτελεί το 50 – 75% της συνολικά δαπανώμενης ενέργειας και επηρεάζεται από το σωματικό βάρος, την σύσταση του σώματος, την ηλικία, το φύλο, γενετικούς παράγοντες, ορμονικές λειτουργίες,

φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογικούς παράγοντες. Το BMR μειώνεται φυσιολογικά με την πάροδο της ηλικίας και αυξάνεται βραχυπρόθεσμα από παράγοντες όπως ασθένεια, κύηση, θηλασμός και εμμηνόρροια. Η φυσική άσκηση αυξάνει την χρησιμοποίηση ενέργειας από το σώμα με ρυθμό που ξεπερνά το BMR (Γκούμας – Κωτσιόπουλος 2000). Τα παχύσαρκα άτομα είναι δυνατό να έχουν πολύ μικρή ταχύτητα βασικού μεταβολισμού ή να χρειάζονται λιγότερες θερμίδες λόγω μικρότερης σωματικής δραστηριότητας. (Α. Αγγελόπουλος και συν. 2001)



Εικόνα 3. Ο βασικός μεταβολικός ρυθμός μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας και τείνει να είναι χαμηλότερος στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες. Ο BMR μετριέται σε κατάσταση ηρεμίας και εκφράζεται συχνά σε κιλοτζάουλ ανά τετραγωνικό μέτρο επιφάνειας σώματος ανά ώρα. (Εγκ. Ιατρική στον 21^ο αιώνα 2000)

2.3 Τύποι παχυσαρκίας

Σημαντικό ρόλο στην παχυσαρκία παίζει η κατανομή του σωματικού λίπους. Ο Vague ήταν ο πρώτος που απέδωσε προγνωστική σημασία στους δύο τύπους παχυσαρκίας. Περιέγραψε την παχυσαρκία σε ανώτερη (ανδροειδή) και κατώτερη (γυναικοειδή) παχυσαρκία. (Α. Μελιδώνης 2007)

A. Ανδροειδής παχυσαρκία

Πρόσφατες έρευνες κατέστησαν σαφές, ότι σε άτομα με ανδρικού τύπου παχυσαρκία συνυπάρχει αύξηση του ενδοκοιλιακού λίπους (μείζον επίπλουν, μεσεντέριο κ.λ.π.), εκτός από την εμφανή αύξηση του λίπους στο άνω ήμισυ του σώματος, στο επιγάστριο και την περιομφαλική χώρα. Συνοδεύεται από τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας (καρδιοπάθειες, αθηροσκλήρωση και μεταβολικές επιπλοκές). Στη μορφή αυτής της παχυσαρκίας το σώμα των ανδρών αποκτά σχήμα «μήλου». (Α. Αναγνωστόπουλος – Λ. Παπαδόπουλος 2004)

B. Γυναικοειδής παχυσαρκία

Εμφανίζεται όταν το λίπος συγκεντρώνεται κυρίως στα ισχία, τους γλουτούς και τους μηρούς (περιφέρεια). Η κατανομή αυτή λίπους είναι λιγότερο σοβαρή σε σχέση με την συσσώρευση λίπους στην κοιλιά και εγκυμονεί λιγότερους κινδύνους για την υγεία. Το σώμα αποκτά σχήμα «αχλαδιού» (Μ. Αμερικάνος – Β. Καρμίρη 2000). Είναι βέβαια γνωστό ότι ορισμένες γυναίκες παρουσιάζουν ανδρικού τύπου κατανομή του λίπους, όπως αντίστροφα ορισμένοι άνδρες εμφανίζουν κατανομή γυναικείου τύπου. Ασφαλώς, παρατηρούνται και ενδιάμεσες μορφές. Έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη λιποσυνθετική ικανότητα στο επίπεδο των μηρών. Το γεγονός αυτό εξηγεί γιατί στις γυναίκες το λίπος εναποτίθεται περισσότερο στο κατώτερο ήμισυ του σώματος. (Ν. Κατσιλάμπρος και συν. 2004)



Εικόνα 4. Οι δύο τύποι παχυσαρκίας ως παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγεακό κίνδυνο. (Α. Μελιδώνης 2007)

Εκτός από την παχυσαρκία των ενηλίκων, η οποία χαρακτηρίζεται ως υπερτροφική γιατί συνοδεύεται από διόγκωση των λεμφαδένων, υπάρχει η παιδική παχυσαρκία που χαρακτηρίζεται υπερπλαστική γιατί συνοδεύεται από αύξηση του αριθμού των λιποκυττάρων. Η χώρα μας κατέχει μια απαισιόδοξη πρωτιά: τα Ελληνόπουλα είναι τα πιο παχύσαρκα παιδιά στην Ευρώπη! Το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας είναι σημαντικό γιατί είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε παχυσαρκία κατά την ενηλικίωση, καθώς το 30% των παχύσαρκων παιδιών γίνονται παχύσαρκοι ενήλικες. (Μ. Αμερικάνος και συν. 2000)

Η πρόωρη ή παιδική παχυσαρκία αναπτύσσεται τα πρώτα χρόνια της ζωής είτε είναι συνέπεια γενετικής προδιάθεσης είτε οφείλεται σε υπερσιτισμό. Στην διάρκεια αυτής της περιόδου της ζωής διαμορφώνονται οι διατροφικές συνήθειες, για αυτό είναι αρκετά σύνηθες η παχυσαρκία που εμφανίζεται αυτή την περίοδο να έχει την τάση να παραμένει σε όλη την διάρκεια της ζωής εάν δεν αλλάξει ο τρόπος διατροφής. (Εγκ. Χρυσή Υγεία 2002)

Τέλος, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι υπάρχει καλή και κακή παχυσαρκία. Η παχυσαρκία διακρίνεται σε απλή (όταν το βάρος του ατόμου ξεπερνά κατά λίγα κιλά το ιδανικό) και κακοήθη (όταν το σωματικό βάρος είναι τουλάχιστον 45 κιλά πάνω από το κανονικό), γεγονός που συνοδεύεται από αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.



Εικόνα 5. Παιδική παχυσαρκία.

2.4 Αιτιοπαθογένεια της παχυσαρκίας

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ιατρικοί εμπειρογνώμονες, δεν βρίσκουν ούτε μια αιτία για ανθρώπινη παχυσαρκία. Σύμφωνα με τις αρχές της ενεργειακής ισορροπίας, το σώμα κερδίζει το λίπος όταν έχει μια υπερβολή της ενέργειας. Χάνει

το βάρος του όταν η προσλαμβανόμενη ενέργεια δεν ικανοποιεί τις ανάγκες του. Κατά συνέπεια, οι άνθρωποι να μπορούν να είναι σε θέση να αποφύγουν να γίνουν υπέρβαροι με το να περιορίζουν συνειδητά τη λήψη τροφής τους καθώς επίσης και να αυξήσουν τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητάς τους. Εντούτοις, το κέρδος βάρους είναι το αποτέλεσμα των σύνθετων αλληλεπιδράσεων μεταξύ των βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Οι ακόλουθες πληροφορίες εξετάζουν πως αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν την ανάπτυξη και τη συντήρηση του υπερβολικού λίπους σώματος. (S. Alters - W. Schiff 1998)

Γενετικοί Παράγοντες

Η παχυσαρκία εμφανίζεται συχνά σε διάφορες οικογένειες. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι όταν ο ένας ή και οι δύο γονείς είναι παχύσαρκοι, είναι πιθανότερο να έχουν υπέρβαρο απόγονο, σε σχέση με τους γονείς που έχουν κανονικό βάρος. (M. Courtney – Moore 2000)

Μια νέα έρευνα του University College London, έδειξε ότι η γενετική και η κληρονομικότητα είναι υπεύθυνες για το 77% των περιστατικών παχυσαρκίας. Οι μελέτες με ομοζυγωτικούς διδύμους είναι ο καλύτερος τρόπος για την αξιολόγηση της επίδρασης διάφορων περιβαλλοντικών παραγόντων καθώς τα άτομα αυτά μοιράζονται το ίδιο γενετικό υλικό, ενώ η επίδραση των γονιδίων μπορεί να αξιολογηθεί με σύγκριση διζυγωτικών διδύμων, οι οποίοι έχουν μόνο το μισό αριθμό γονιδίων ίδιο.

Οι ερευνητές μέτρησαν το ΔΜΣ και την περιφέρεια μέσης σε 5092 ζευγάρια διδύμων, ηλικίας 8 – 11 ετών, τα οποία έχουν γεννηθεί το 1884 – 1996. Τα αποτελέσματα της έρευνας, είναι ότι οι συσχετίσεις στους μονοζυγωτικούς διδύμους ήταν παρόμοια σε αγόρια και κορίτσια και ήταν πολύ μεγαλύτερες από αυτές που μετρήθηκαν στους διζυγωτικούς διδύμους, γεγονός που υποδεικνύει ισχυρή γενετική επίδραση. Οι επιστήμονες κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι η κληρονομικότητα ως προς την λιπαροποίηση αντιστοιχεί σε ποσοστό 77% για το ΔΜΣ και 76% για την περιφέρεια μέσης.

Ο συγγραφέας της μελέτης αναφέρει ότι: «Παρόλο που το σύγχρονο περιβάλλον έχει κάνει τα σημερινά παιδιά πιο χοντρά από ότι ήταν 20 χρόνια πριν, η ποικιλομορφία που παρατηρείται στον πληθυσμό οφείλεται – και τότε και σήμερα – στις γενετικές διαφορές ανάμεσα στο κάθε παιδί». (Ε. Ιωάννου 2008)

Κοινωνικοοικονομικοί – Μορφωτικοί Παράγοντες

Το βάρος και η παχυσαρκία αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά του ανθρώπινου όντος. Ανθρωπολογικός, θα έπρεπε να εξηγηθούν τρία βασικά προβλήματα: ο φυλετικός διμορφισμός (γυναίκες – άνδρες), η αύξηση της παχυσαρκίας στον σύγχρονο κόσμο και η θετική συσχέτιση με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. (Ε. Γεωργιάδης και συν. 1993)

Είναι γνωστό ότι άτομα χαμηλού κοινωνικοί, οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό βαριά παχυσαρκία. Αλλά και άτομα με έντονη κοινωνική ζωή είναι συχνά υπέρβαρα και μάλιστα εμφανίζουν και σωρεία άλλων διατροφικών νόσων, αφού κάθε κοινωνική εκδήλωση αρχίζει και τελειώνει με γεύμα. (T. Ellrott – V. Pudal 2002)

Παρόλα αυτά σε μελέτες επί γυναικείων πληθυσμών, τα αποτελέσματα αναδεικνύουν ισχυρή αρνητική συσχέτιση της παχυσαρκίας με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, οι αντίστοιχες συσχετίσεις στους άνδρες ποικίλουν από ασθενώς αρνητικές μέχρι ασθενώς θετικές ενώ σε ορισμένες μελέτες αναδεικνύονται διαφορετικές συσχετίσεις, αναλόγως τους μελετώμενους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. (Ε. Γεωργιάδης και συν. 1993)

Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Μελέτες σε μεγάλα τμήματα πληθυσμών έχουν δείξει ότι η επίδραση του περιβάλλοντος είναι ισχυρότατη στην εμφάνιση και επιδείνωση της νόσου της παχυσαρκίας. Η έννοια «περιβάλλον» περικλείει τον τρόπο ζωής του ατόμου, τις διαιτητικές του συνήθειες, την γενική σωματική δραστηριότητα, την επαγγελματική σωματική δραστηριότητα, και το επίπεδο άσκησης του, με κύρια σημεία της έννοιας αυτής να είναι οι διαιτητικές συνήθειες και η σωματική δραστηριότητα. (Γ. Βεσκούκη και συν. 2003)

Το περιβαλλοντικό μοντέλο εξήγησης της αυξημένης συχνότητας της παχυσαρκίας είναι το επικρατέστερο. Η πρόσκτηση σωματικού βάρους και η αποθήκευση λίπους σε περιόδους αφθονίας τροφής έδινε πλεονέκτημα επιβίωσης σε εποχές όπου ο άνθρωπος ήταν ακόμα κυνηγός και δεν υπήρχε συνεχώς διαθέσιμη τροφή.

Έτσι, τα παχύσαρκα άτομα, δεν μπορούν να ελέγξουν περισσότερο το σωματικό τους βάρος σένα περιβάλλον που προάγει την αυξημένη πρόσληψη τροφής και την έλλειψη σωματικής άσκησης από ότι μπορούν να ελέγξουν τα γονίδια τους.

Ο ρόλος των γονιδίων δεν είναι άμεσα αιτιολογικός αλλά περισσότερο αφορά σε αυξημένη επιδεκτικότητα στις περιβαλλοντικές επιδράσεις. Φαίνεται πως «τα γονίδια οπλίζουν το όπλο άλλα το περιβάλλον παρά την σκανδάλη»! (Α. Μελιδώνης 2007)

Μεταβολικές Διαταραχές

Ο βασικός μεταβολικός ρυθμός ορισμένων ατόμων είναι χαμηλότερος και δεν αυξάνεται με την πρόσληψη τροφής ή ορμονικές διεργασίες, με αποτέλεσμα να μην δαπανάτε ενέργεια και να συσσωρεύετε στο σώμα ως λίπος.

Σε περιπτώσεις παθήσεων του θυρεοειδή αδένα (υποθυρεοειδισμός) εμφανίζεται παχυσαρκία ως αποτέλεσμα της μείωσης του βασικού μεταβολικού ρυθμού. (Μ. Αμερικάνου και συν. 2000) Εν τούτοις μόνο ένα μικρό ποσοστό υποθυρεοειδικών ασθενών είναι αληθινά παχύσαρκοι και ένα ακόμη μικρότερο ποσοστό παχύσαρκων ασθενών είναι υποθυρεοειδικοί. Η ανεξέλεγκτη χρήση θυρεοειδικής ορμόνης στη θεραπεία της παχυσαρκίας πρέπει να αποφεύγεται και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται αν δεν υπάρχουν αποδείξεις ελαττωμένης θυρεοειδικής λειτουργίας. (R. Harrison 1994)

Εκτός από τον υποθυρεοειδισμό και άλλες παθήσεις προκαλούν παχυσαρκία όπως: νόσος Cushing: χαρακτηριστικό στρογγυλό ή σωληνοειδές πρόσωπο και εναπόθεση λίπους στον τράχηλο ή στην υπερκλείδια χώρα. Υπερσουλιναιμία: μερικές φορές προκαλεί παχυσαρκία πιθανός λόγω αυξημένης πρόσληψης θερμίδων δευτεροπαθούς σε υποτροπιάζουσα υπογλυκαιμία. Υποθαλαμικές διαταραχές: αυτές περιλαμβάνουν σύνδρομο Froehlich. Το σύνδρομο αυτό περιλαμβάνει πιθανός έναν αριθμό επικαλυπτόμενων ανωμαλιών με κοινή υποθαλαμική βλάβη που προκαλεί πολυφαγία και υπογοναδοτροφισμό. Σύνδρομο Laurence – Moon – Biedl, που χαρακτηρίζεται από μελαχρωματική αμφιβληστροειδήτιδα, πνευματική καθυστέρηση, δυμορφία του κρανίου, πολυδακτυλία και συνδακτυλία. Το σύνδρομο Prader- Wille, που συνοδεύεται από υποτονία, πνευματική καθυστέρηση και προδιάθεση για Σακχαρώδη Διαβήτη. Και στις δυο αυτές καταστάσεις παρατηρείται παχυσαρκία. (Ι. Γκρέκ 1992)

Ψυχολογικοί Παράγοντες

Ένας βασικός παράγοντας, που μπορεί σε μεγάλο βαθμό να επηρεάσει τις συνήθειες κατανάλωσης τροφής είναι ο ψυχολογικός παράγοντας. Πρόσφατη έρευνα αποκάλυψε ότι το 70% των ανθρώπων, όταν αγχώνονται, καταφεύγουν στο ψυγείο καταναλώνοντας μεγαλύτερη ποσότητα τροφίμων από ότι έχει το σώμα τους ανάγκη. Ο μεταβολισμός όπως οι και όλες οι άλλες αυτόνομες βιολογικές λειτουργίες ελέγχεται σε μεγάλο βαθμό από το κομμάτι εκείνο που λειτουργεί ασυνείδητα.

Το πρόβλημα της παχυσαρκίας, όπως και οι διαταραχές ελέγχου πρόσληψης τροφής, οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στις επιδράσεις που έχει δεχτεί το ασυνείδητο κομμάτι του νου μας δηλαδή σε ψυχολογικούς προγραμματισμούς, οι οποίοι εξυπηρετούν στόχους που δεν είναι ακόμα συνειδητοί από εμάς, και με βάση τους οποίους αυτόματα τόσο ο ρυθμός και οι λειτουργίες του μεταβολισμού, όσο και οι συνήθειες κατανάλωσης τροφής. (Α. Μόρτογλου 2001)

Μερικοί απ' τους ψυχολογικούς παράγοντες που οδηγούν ασυνείδητα τα άτομα στην υπερφαγία την πρόληψη κα διατήρηση του υπερβολικού βάρους είναι οι εξής:

- Ø Προσπάθεια αποφυγής ή και αντιμετώπισης του συναισθηματικού πόνου.
- Ø Ανασφάλεια
- Ø Απόρριψη
- Ø Πλήρη μοναξιά
- Ø Κατάθλιψη
- Ø Το αίσθημα ματαιώσης
- Ø Υπεραναπλήρωση ή αποφυγή του σεξ. (Σ. Παπουτσάκης 2004)

Άλλοι Παράγοντες

Άλλοι παράγοντες που οδηγούν στην παχυσαρκία είναι:

- Ø Νηστεία. Πολλά άτομα κυρίως νέες γυναίκες στην προσπάθεια τους να μην παχύνουν καταναλώνουν μακροχρόνια πολύ μικρές ποσότητες φαγητού. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την πολύ μεγάλη μείωση των καύσεων του οργανισμού.
- Ø Αύξηση της κορτιζόνης στο αίμα. Είναι γνωστό ότι άτομα σε μακροχρόνια θεραπεία με κορτιζόνη αυξάνουν πολύ συχνά το βάρος τους. Αυτό βέβαια δεν είναι αιτία να αρνηθούν μια ανάλογη θεραπεία αλλά θα πρέπει σε όλη την διάρκειά της να μειωθεί παράλληλα η ποσότητα της τροφής που καταναλώνουν

και έτσι θα αποφύγουν οπωσδήποτε την εμφάνιση της παχυσαρκίας. (Α. Μόρτογλου 1996)

- Ø Γαλουχία. Κατά τον θηλασμό, οι καύσεις της γυναίκας είναι λίγο μειωμένες. Αυτό γίνεται για να εξοικονομηθεί ενέργεια (τροφή) η οποία μέσω του μαστού και του μητρικού γάλακτος θα θρέψει το παιδί. Τέλος σημαντικό ρόλο στην αύξηση του σωματικού βάρους παίζει η εμμηνόπαυση, λόγω διαταραχής των ορμονών, καθώς και η λήψη αντισυλληπτικών δισκίων στις γυναίκες κ. α. (M. Stoppard 1996)

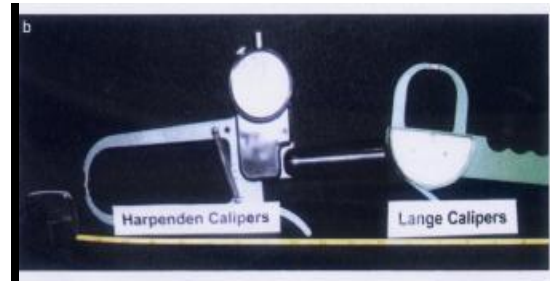
2.5 Διαγνωστική προσέγγιση της παχυσαρκίας

Η εκτίμηση για το αν ένα άτομο είναι παχύσαρκο ή απλώς υπέρβαρο θα πρέπει να βασίζεται τόσο στην εκτίμηση του σωματικού του βάρους, της κατανομής, του λίπους στο σώμα, όσο και στο αν παρουσιάζονται προβλήματα υγείας, που συνδέονται με την παχυσαρκία. Η σωστή όμως διάγνωση απαιτεί συνδυασμό μεθόδων αλλά και βιοχημικές - εργαστηριακές εξετάσεις. (Χ. Τούντας 2003)

Υπάρχουν αρκετές μέθοδοι ανάλυσης του σωματικού βάρους όπως:

Μέτρηση δερματικών πτυχών

Η μέτρηση του υποδόριου λίπους γίνεται με ειδικά πτυχόμετρα, τα οποία ασκούν σταθερή πίεση στις υπό μελέτη επιφάνειες. Η μέτρηση, σε χιλιοστά γίνεται από τον δικέφαλο, τον τρικέφαλο, την ωμοπλάτη και την λαγόνιο άκανθα, από τα οποία τα συνηθέστερα είναι του τρικέφαλου και της ωμοπλάτης. Αν μετρηθούν οι περιοχές του δικεφάλου και των λαγονίων, από το άθροισμα των τεσσάρων περιοχών, είναι δυνατόν να υπολογιστεί με ειδικές εξισώσεις το συνολικό λίπος. Αν και θεωρείται αξιόπιστος δείκτης, δεν είναι αντιπροσωπευτικός παρά μόνο σε περιπτώσεις ομότιμης κατανομής του λίπους. Τροποποιείται δε, ανάλογα με τη ηλικία, το φύλο και την εθνότητα. Στους άνδρες τιμές μεγαλύτερες από 45 χιλ. και στις γυναίκες μεγαλύτερες από 69 χιλ., είναι ενδεικτικές παχυσαρκίας. (Χ. Τούντας 2003)



Εικόνα 6. Δερματικά πτυχόμετρα. (C. Woods 2002)

Αναλυτικότερα, οι δερματικές πτυχές μετρούνται στην αριστερή πλευρά του σώματος. Η δερματική πτυχή του τρικέφαλου λαμβάνεται στο μέσο της οπίσθιας επιφάνειας του αριστερού βραχίονα μεταξύ ωλεκράνου και ακρωμίου. Η δερματική αυτή πτυχή πιάνεται μεταξύ δείκτη και αντιχείρα, ώστε να είναι παράλληλα με τον επιμήκη άξονα του βραχίονα. Η δερματική πτυχή του δικεφάλου μετριέται στο πλέον προέχον σημείο του δικεφάλου μύος, παράλληλα με τον επιμήκη άξονα του βραχίονα.

Η δερματική πτυχή της αριστερής ωμοπλάτης μετριέται από το αριστερό άνω άκρο να κρέμεται χαλαρά, κάτω από το χείλος της κάτω γωνίας της ωμοπλάτης σε γωνία 45° με την κατακόρυφο.

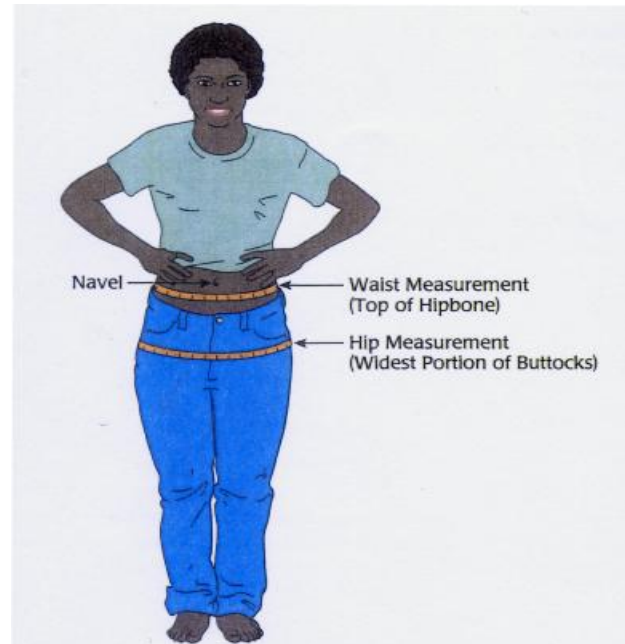
Η λαγόνιος δερματική πτυχή μετριέται από τη λαγόνιο ακρολοφία κατά τη μέση μασχαλιαία γραμμή. Η δερματική αυτή πτυχή είναι κάθετη με τον κατά μήκος άξονα του σώματος. Όλες οι μετρήσεις παίρνονται τρεις φορές και μετά υπολογίζεται ο μέσος όρος.

Οι τελικές τιμές από την μέτρηση καθεμιάς από τις τέσσερις δερματικές πτυχές του \geq λίπους σώματος από πίνακες για τους άνδρες και τις γυναίκες. (Σ. Ράπτης 1998)

Η μέτρηση των δερματικών πτυχών απαιτεί επιδεξιότητα και εμπειρία. Στα ιδιαίτερα παχύσαρκα άτομα η μέθοδος έχει κάποιους περιορισμούς. Οι δερματικές πτυχές τους είναι συχνά πολύ παχύτερες από το διαμέτρημα του παχυμέτρου, ενώ είναι δύσκολη η επακριβώς ταυτοποίηση, του σωστού ανατομικού σημείου. Στα άτομα αυτά συνήθως υποτιμάται η ποιότητα του σωματικού λίπους. (M. Αμερικάνος και συν. 2000)

Αναλογία μέσης – περιφέρειας (Waist to Hip Ratio) WHR

Η αναλογία περιμέτρου μέσης – ισχύων αφορά στην κατανομή του λίπους. Το λίπος συσσωρεύεται στον τράχηλο, τον κορμό και την κοιλία (σπλαγγνικό και υποδόριο), αποτελεί κεντρική ή ανδροειδή κατανομή. Στην περιφερική ή γυναικοειδή κατανομή, το λίπος αποθηκεύεται στους γλουτούς και τους μηρούς. Η αναλογία W/H, είναι το πηλίκο της περιμέτρου μέσης (μεταξύ κατώτερης πλευράς και λαγονίου ακρολοφίας) προς την περίμετρο γλουτών – ισχύων (στο ύψος των τροχαντήρων) και σχετίζεται στενά με την ενδοκοιλιακή μάζα λίπους. Για να θεωρηθεί η παχυσαρκία ανδροειδής, η αναλογία W/H πρέπει να είναι $\geq 0,95$ στους άνδρες και $\geq 0,85$ στις γυναίκες. Έχει υποστηριχθεί, ότι η μέτρηση της περιφέρειας των γλουτών δεν προσθέτει επιπλέον πληροφορίες και επομένως, αρκεί η μέτρηση της μέσης που έχει καλή συσχέτιση με το ποσό του ενδοκοιλιακού λίπους. Με BMI > 30 kg / m², όταν η περίμετρος μέσης είναι ≥ 102 εκ. στους άνδρες και ≥ 88 εκ. στις γυναίκες, ο κίνδυνος για την εμφάνιση των μεταβολικών διαταραχών είναι σημαντικός και επιβάλλεται θεραπευτική παρέμβαση. (P. Bjorntorp 2001)



Εικόνα 7. Αναλογία μέσης – περιφέρειας. (C. Woods 2002)

Υδροπυκνομετρία (ζύγιση μέσα σε νερό)

Οι επιστήμονες στηρίζονται συχνά στις σύγχρονες τεχνικές μέτρησης, για να καθοριστεί το ποσοστό λίπους του σώματος ενός ατόμου. Το υδροστατικό ζύγισμα είναι μια από τις πιο αξιόπιστες μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό της ποσότητας του λίπους του σώματος και των χωρίς λίπος διαμερισμάτων. Το λίπος σώματος είναι λιγότερο από τους αδύνατους ιστούς ή το νερό του οργανισμού. Το υποβρύχιο ζύγισμα, εντούτοις, δεν είναι ένας πρακτικός ή κατάλληλος τρόπος για τον υπολογισμό του ποσοστού λίπους ενός ατόμου. (S. Alters – W. Schiff 1998)

Το υποβρύχιο ζύγισμα είναι μια μέθοδος μέτρησης, η οποία είναι ευρύτατα αποδεκτή και συχνά χρησιμοποιείται ως πρότυπο για να αξιολογηθεί η ισχύς άλλων μεθόδων μέτρησης. Δυστυχώς όμως, η συσκευή της μέτρησης είναι ογκώδης και ακριβή, και δεν είναι ο καθένας πρόθυμος να καταδυθεί. (M. Grodner και συν. 1996)

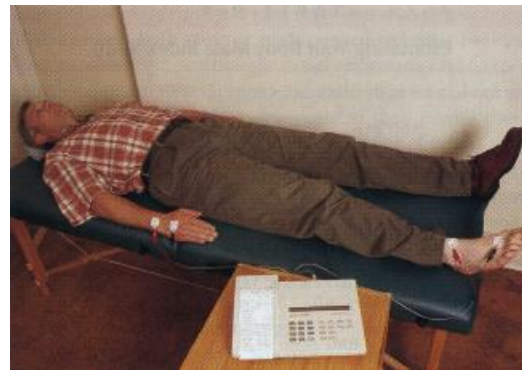


Εικόνα 8. Ζύγιση μέσα σε νερό. (C. Woods 2002)

Σύνθετη βιοηλεκτρική αντίσταση

Αυτή η μέθοδος είναι διαδεδομένη κυρίως σε εκθέσεις υγείας και κέντρα αδυνατίσματος. Χρησιμοποιεί τα ηλεκτρόδια που τοποθετούνται στους καρπούς και τους αστραγάλους για να ελέγξουν την ευκολία της μετάβασης ενός πολύ ήπιου ηλεκτρικού ρεύματος. Το λίπος είναι ένας φτωχός αγωγός της ηλεκτρικής ενέργειας.

Η αγωγιμότητα εμφανίζεται κυρίως σε μέρη του σώματος που έχουν λιγότερο λίπος. Όσο περισσότερος λιπώδης ιστός υπάρχει τόσο περισσότερη αντίσταση συναντά η ροή του ηλεκτρικού ρεύματος. (Τ. Πλέσσα 1994) Με τη βιοηλεκτρική αντίσταση υπολογίζεται το ποσό αδυνατίσματος της μάζας σώματος και η ποσότητα του λίπους υπολογίζεται από τη διαφορά μεταξύ της αδύνατης μάζας σώματος και του συνολικού βάρους. Η βιοηλεκτρική αντίσταση είναι μια μέθοδος ασφαλής, ανέξοδη, εύκολη και ακριβής, αλλά δεν θεωρείται αρκετά ικανή να ανιχνεύσει τις καθημερινές αλλαγές του σώματος κάποιου ατόμου που προσπαθεί να κερδίσει ή να χάσει λίπος. (C. Chen 2002)



Εικόνα 9. Σύνθετη βιοηλεκτρική αντίσταση. (C. Woods 2002)

Απορρόφηση διπλής ενέργειας ακτίνων X (DEXA)

Επιτρέπει τον προσδιορισμό αλλά και την κατά περιοχές εντόπισή του με αρκετά μεγάλη ακρίβεια, ειδικά όταν χρησιμοποιούνται συσκευές τελευταίας γενιάς. Μειονέκτημα της μεθόδου είναι το υψηλό κόστος του απαιτούμενου εξοπλισμού και επομένως το υψηλό κόστος ανά εξέταση, καθώς η επιβάρυνση του εξεταζόμενου με ακτινοβολία, έστω και μικρής δόσης. (Α. Μόρτογλου 1996)

Στη μέθοδο αυτή, ακτίνες Rontgen χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό του ολικού σωματικού λίπους. Σε σύγκριση με την υδροπυκνομετρία, η μέθοδος DEXA έχει μεγαλύτερη ακρίβεια για τη μέτρηση του σωματικού λίπους με ποσοστό σφάλματος περίπου 4%. (Τ. Ellrott – V. Pudiel 2002)



Εικόνα 10. Μέθοδος DEXA. (C. Woods 2002)

Απεικονιστικές μέθοδοι

Αξονική τομογραφία (CT): Η μέθοδος αυτή προσεγγίζει σχεδόν ανατομικά την επιμέρους σύσταση του σώματος και παρέχει ικανότητα διάκρισης κατά ιστούς, περιοχές και όργανα. Ο διαχωρισμός των ιστών γίνεται σύμφωνα με την καταγραφή του ποσοστού απορρόφησης των εκπεμπόμενων ακτινών Χ. Μπορεί να ελεγχθούν λεπτές τομές, της τάξης του 1 εκ., με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται ακρίβεια λιγότερο από 1% για το σωματικό λίπος. Όμως, λόγω του υψηλού βαθμού ακτινοβολίας, οι περισσότεροι εξεταστές σήμερα προτιμούν την διενέργεια μόνο μιας τομής στο ύψος Ο4 – Ο5 στο επίπεδο δηλαδή, όπου απεικονίζεται κυρίως το ενδοκοιλιακό λίπος. Συγκρίσεις με χημικές αναλύσεις σε πτώματα έδειξαν ισχυρή συσχέτιση ($CV=0.9\%$) σε ότι αφορά στην εκτίμηση του ποσοστού του λιπώδους ιστού. Η μέθοδος χρησιμοποιείται κυρίως για την εκτίμηση κατανομής του σωματικού λίπους και αποτελεί πλέον την μέθοδο αναφοράς. Ωστόσο, δεν χρησιμοποιείται στην καθημερινή κλινική πράξη λόγω της εκπεμπόμενης ακτινοβολίας και του υψηλού κόστους. (Ε. Καπάνταης 2004)

Μαγνητική τομογραφία: Αποτελεί μια βελτιωμένη εναλλακτική λύση της CT, αλλά με πολύ μεγαλύτερο απαιτούμενο χρόνο εξέτασης. Η MRI καταγράφει το λιπώδη ιστό σε σχέση με τους άλλους ιστούς, ανάλογα με το χρόνο χάλασης, ο οποίος είναι μικρότερος στο λιπώδη ιστό.

Οι CT και MRI αποτελούν ιδανικές μεθόδους για την παρακολούθηση της περιοχικής απώλειας λιπώδους ιστού στα παχύσαρκα άτομα. (R. Harrison 2005)

Εργαστηριακές μέθοδοι

Υποχρεωτικές εξετάσεις για την παχυσαρκία είναι επίσης το λιπιδεμικό προφίλ (χοληστερόλη, HDL και LDL –χοληστερόλη, τριγλυκερίδια), η δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη, η μέτρηση της Αρτηριακής Πίεσης και ο προσδιορισμός του ουρικού οξέος και της βασικής έκκρισης της TSH. Σε περίπτωση θετικών ευρημάτων ή ενοχλημάτων του ασθενούς, η διαγνωστική διαδικασία θα πρέπει να επεκταθεί. Η προσεκτική λήψη ιστορικού, οικογενειακού, ψυχολογικού και κοινωνικού, καθώς και του σχετιζόμενου με τις διατροφικές συνήθειες αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για το προγραμματισμό της θεραπείας. (T. Ellrott – V. Pudiel 2002)

Άλλες διαγνωστικές μέθοδοι

Ø Μέτρηση ολοσωματικού Καλίου

Το Κάλιο είναι ενδοκυττάριο ιόν, το οποίο εντοπίζεται αποκλειστικά στην άλυπη μάζα. Η μέτρηση της συγκέντρωσης του ολοσωματικού Καλίου με τη βοήθεια ραδιοσημασμένου Κ(⁴⁰K) παρέχει την δυνατότητα υπολογισμού της άλυπης μάζας. Ο CV της μεθόδου είναι 2-3%. Οι περιορισμοί της μεθόδου οφείλονται στο γεγονός ότι το Κάλιο υπάρχει σε μεγαλύτερες ποσότητες στους μύς από ότι στους άλλους ιστούς της άλυπης μάζας, καθώς και στο ότι η συγκέντρωσή του μεταβάλεται με την πάροδο της ηλικίας. Ιδιαίτερα στους παχύσαρκους έχει βρεθεί ότι η συγκέντρωση του Κ είναι μικρότερη από ότι στα άτομα φυσιολογικού βάρους. Επίσης, κατά την αρχική φάση απώλειας βάρους χάνονται αναλογικά μεγάλες ποσότητες Καλίου. (G. Bray 2003)

Ø Διατροφικό και ειδικό ιστορικό παχυσαρκίας

Οι περισσότερες από τις μεθόδους που θα αναφερθούν παρακάτω χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό της ενεργειακής πρόσληψης και της πρόσληψης θρεπτικών συστατικών, δηλαδή για τον προσδιορισμό της διαιτητικής

πρόσληψης και των διατροφικών συνηθειών. Οι μέθοδοι αυτές χωρίζονται ως εξής: μέθοδοι από μνήμης δηλαδή διαιτολογικό ιστορικό προηγούμενου 24ώρου, ερωτηματολόγιο συχνότητας πρόσληψης συγκεκριμένων τροφών και διαιτολογικό ιστορικό που αποσκοπεί στη συγκέντρωση όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών για τη διαιτητική πρόσληψη του ατόμου.

Μέθοδοι καταγραφής, δηλαδή καταγραφή ή ημερολόγιο ζυγισμένης πρόσληψης τροφίμων, απλή καταγραφή πρόσληψης τροφίμων και καταγραφή σε ηλεκτρονική συσκευή.

Συνδυασμός μεθόδων, που δίνει καλύτερα αποτελέσματα. (Μ. Χάϊδα 2007)

2.5.1 Κλινική σταδιοποίηση της παχυσαρκίας

Για να εκτιμήσουμε τη θρεπτική κατάσταση του οργανισμού και να σταδιοποιήσουμε την παχυσαρκία, χρησιμοποιούμε συνήθως το δείκτη Quetelet ή Δείκτη Σωματικού Βάρους (ΔΣΒ – στα Αγγλικά BMI= Body Mass Index). Ο ΔΣΒ προκύπτει όταν διαιρεθεί το βάρος με το τετράγωνο του ύψους σύμφωνα με τον τύπο:

$$\Delta.Μ.Σ = \text{Βάρος} / \text{Ύψος}^2 \text{ (kg/m}^2\text{)}$$

Με το ΔΣΒ γίνεται η παρακάτω κλινική σταδιοποίηση της θρεπτικής κατάστασης. Οι φυσιολογικές τιμές είναι μεταξύ 20-25 kg/m². Στην παχυσαρκία ο ΔΣΒ είναι μεγαλύτερος από 30 kg/m². Αυτό πρακτικά σημαίνει υπέρβαση του φυσιολογικού βάρους (πλεονάζον βάρος) κατά 20 τουλάχιστον κιλά (Δ. Γαλανός 2001).

Θα πρέπει να μάθετε λοιπόν εάν είστε ή όχι υπέρβαρος ή παχύσαρκος και εάν ναι, κατά πόσο. Υπολογίστε τον δικό σας ΔΜΣ:

ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΗΣ		ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ			ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ		ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΣ		ΝΟΣΟΓΟΝΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ			
ΒΑΡΟΣ	ΥΨΟΣ											
	KG	1,42μ.	1,47μ.	1,52μ.	1,57μ.	1,63μ.	1,68μ.	1,73μ.	1,78μ.	1,83μ.	1,88μ.	1,93μ.
45,4	22,4	20,9	19,5	18,3	17,2	16,1	15,2	14,3	13,6	12,8	12,2	11,6
47,6	23,5	21,9	20,5	19,2	18,0	16,9	16,0	15,1	14,2	13,5	12,8	12,1
49,9	24,7	23,0	21,5	20,1	18,9	17,8	16,7	15,8	14,9	14,1	13,4	12,7
52,2	25,8	24,0	22,5	21,0	19,7	18,6	17,5	16,5	15,6	14,8	14,0	13,3
54,4	26,9	25,1	23,4	21,9	20,6	19,4	18,2	17,2	16,3	15,4	14,6	13,9
56,7	28,0	26,1	24,4	22,9	21,5	20,2	19,0	17,9	17,0	16,0	15,2	14,4
59,0	29,1	27,2	25,4	23,8	22,3	21,0	19,8	18,7	17,6	16,7	15,8	15,0
61,2	30,3	28,2	26,4	24,7	23,2	21,8	20,5	19,4	18,3	17,3	16,4	15,6
63,5	31,4	29,3	27,3	25,6	24,0	22,6	21,3	20,1	19,0	18,0	17,0	16,2
65,8	32,5	30,3	28,3	26,5	24,9	23,4	22,0	20,8	19,7	18,6	17,6	16,8
68,0	33,6	31,3	29,3	27,4	25,7	24,2	22,8	21,5	20,3	19,3	18,3	17,3
70,3	34,7	32,4	30,3	28,3	26,6	25,0	23,6	22,2	21,0	19,9	18,9	17,9
72,6	35,9	33,4	31,2	29,3	27,5	25,8	24,3	23,0	21,7	20,5	19,5	18,5
74,8	37,0	34,5	32,2	30,2	28,3	26,6	25,1	23,7	22,4	21,2	20,1	19,1
77,1	38,1	35,5	33,2	31,1	29,2	27,4	25,8	24,4	23,1	21,8	20,7	19,6
79,4	39,2	36,6	34,2	32,0	30,0	28,2	26,6	25,1	23,7	22,5	21,3	20,2
81,6	40,4	37,6	35,2	32,9	30,9	29,1	27,4	25,8	24,4	23,1	21,9	20,8
83,9	41,5	38,7	36,1	33,8	31,8	29,9	28,1	26,5	25,1	23,8	22,5	21,4
86,2	42,6	39,7	37,1	34,8	32,6	30,7	28,9	27,3	25,8	24,2	23,1	22,0
88,5	43,7	40,8	38,1	35,7	33,5	31,5	29,6	28,0	26,4	25,0	23,7	22,5
90,7	44,8	41,8	39,1	36,6	34,3	32,3	30,4	28,7	27,1	25,7	24,3	23,1
93,0	46,0	42,8	40,0	37,5	35,2	33,1	31,2	29,4	27,8	26,3	25,0	23,7
95,3	47,1	43,9	41,0	38,4	36,0	33,9	31,9	30,1	28,5	27,0	25,6	24,3
97,5	48,2	44,9	42,0	39,3	36,9	34,7	32,7	30,8	29,2	27,6	26,2	24,8
99,8	49,3	46,0	43,0	40,2	37,8	35,5	33,5	31,6	29,8	28,2	26,8	25,4
102,1	50,4	47,0	43,9	41,2	38,6	36,3	34,2	32,3	30,5	28,9	27,4	26,0
104,3	51,6	48,1	44,9	42,1	39,5	37,1	35,0	33,0	31,2	29,5	28,0	26,6
106,6	52,7	49,1	45,9	43,0	40,3	37,9	35,7	33,7	31,9	30,2	28,6	27,2
108,9	53,8	50,2	46,9	43,9	41,2	38,7	36,5	34,4	32,5	30,8	29,2	27,7
111,1	54,9	51,2	47,8	44,8	42,1	39,5	37,3	35,2	33,2	31,5	29,8	28,3

ΔΜΣ=kg/m²

Κατηγοριοποίηση	Υπερβαρος	Παχυσαρκία τύπου I	Παχυσαρκία τύπου II	Νοσογόνος παχυσαρκία
ΔΜΣ	= 25 - 29.9	= 30 - 34.9	= 35 - 39.9	≥ 40

Εικόνα 11. Πίνακας Δείκτη Μάζας Σώματος.

Παλαιότερα θεωρούνταν ως φυσιολογικές τιμές ΔΜΣ οι μεταξύ 21-29 kg/m². Τώρα πιστεύετε ότι τα άτομα με ΔΜΣ 20-25 kg/m² ζουν περισσότερα χρόνια. (Δ. Γαλανός 2001)

2.6 Θεραπεία παχυσαρκίας

Το βασικό μέλημα είναι ο παχύσαρκος να σταματήσει να αυξάνει το βάρος του. Επόμενο βήμα είναι να μάθει να σταθεροποιείται στο βάρος που έφτασε μετά από προηγούμενη μείωση ή ακόμη και αύξηση του σωματικού βάρους, ενώ βέβαια θα πρέπει να αντιμετωπίζονται συνυπάρχουσες παθήσεις και τέλος, αφού δημιουργηθεί η σωστή υποδομή, ο παχύσαρκος θα επιχειρήσει απώλεια βάρους με αυξημένες έτσι τις πιθανότητες επιτυχίας. Τα παραπάνω περιγράφουν και τη στρατηγική

αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, όπως αυτή σχεδιάστηκε από τον Π.Ο.Υ. (Γ. Βεσκούκη και συν. 2003)

Παρόλα αυτά η προσπάθεια για απώλεια βάρους είναι δύσκολη, επίπονη και χρονοβόρα. Αυτός είναι και ο λόγος που ένα μεγάλο ποσοστό των παχύσαρκων ατόμων, ανεξάρτητα με τη μέθοδο που ακολουθεί αν και χάνει βάρος το ξαναπαίρνει σε ένα με δύο χρόνια. Οι πιο πολλοί ζητούν να συνεχίσουν να προσλαμβάνουν, αλλά και να χάνουν βάρος και τότε καταφεύγουν στην ανεύρεση διαφόρων τρόπων αδυνατίσματος, δηλαδή τροποποίηση συμπεριφοράς, ειδικές δίαιτες, στη σωματική δραστηριότητα, στη λήψη ειδικών φαρμάκων και σε ορισμένες περιπτώσεις σε χειρουργική θεραπεία. (Εγκ. Υγεία 1987)

Οι στόχοι μιας σωστής θεραπευτικής προσέγγισης της παχυσαρκίας συνοψίζονται:

- Ø Στην αργή και σταθερή απώλεια βάρους
- Ø Στη διατήρηση του νέου σωματικού βάρους
- Ø Στην πρόληψη των επιπλοκών
- Ø Στη διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας του ατόμου.

Παρόλα αυτά σε παιδιά και εφήβους η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι τελείως διαφορετική από εκείνη των ενηλίκων. Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στη σωστή επιλογή τροφίμων, στην αύξηση της σωματικής άσκησης και στη στενή παρακολούθηση της ανάπτυξης παιδιών και εφήβων. (Μ. Αμερικάνου και συν. 2000)

2.6.1 Τροποποίηση της συμπεριφοράς

Με την αναγνώριση των σχετικών προβλημάτων οι τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς, έχουν επινοηθεί για να θεραπεύσουν ανώμαλους τρόπους διατροφής. Η τροποποίηση της συμπεριφοράς στηρίζεται στην αρχή της γνωστικής – συμπεριφορικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, η οποία υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά μας μαθαίνεται και είναι αποτέλεσμα γνωστικών διεργασιών, στάσεων και συναισθημάτων. (R. Harrison 1994) Είναι δηλαδή η αλλαγή στην αντίδραση σε εξωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν το ενεργειακό ισοζύγιο δηλαδή, στη διατροφή και στη σωματική δραστηριότητα. Χρησιμοποιούνται τεχνικές, όπως η καταγραφή διαιτητικών συνηθειών, διατροφική εκπαίδευση, τεχνικές αυτοελέγχου και κοινωνική υποστήριξη. Μέσω της συμπεριφορικής προσέγγισης βοηθούμε τα παχύσαρκα άτομα υιοθετήσουν ρεαλιστικούς στόχους, να στραφούν από τα

αισθητικά κίνητρα σε κίνητρα υγείας και να απαλλαγούν από την εμμονή του βάρους. Τελικά δηλαδή να αλλάξουν στάση ζωής. Η τροποποίηση συμπεριφοράς είναι η μόνη μέθοδος που μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά στην μακροχρόνια διατήρηση του βάρους, αλλά απαιτεί εξειδικευμένη γνώση από ειδικό, συνεργασία και μεγάλη προσπάθεια από τον ασθενή. (Α. Αναγνωστόπουλος – Α. Παπαδόπουλος 2004)

2.6.2 Ειδικές δίαιτες και σωματική δραστηριότητα

Τα τελευταία χρόνια έχουν σημειωθεί αρκετές πρόοδοι στη θεραπεία της παχυσαρκίας. Ακρογωνιαίος λίθος παραμένει παρόλα αυτά η ολιγοθερμιδική δίαιτα μαζί με την τακτική σωματική άσκηση. (Ι. Ιωαννίδης – Ν. Κατσιλάμπρος 2001)

Βασικός στόχος της αντιμετώπισης του παχύσαρκου ατόμου, είναι να διδαχθεί να τρώει λιγότερο και σωστά, με παράλληλη αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, για να ελαττωθεί η περίσσεια του λίπους με όσο το δυνατόν μικρότερη απώλεια μυϊκού ιστού. Τα αποτελέσματα είναι καλύτερα στην παχυσαρκία με ανδροειδή κατανομή του λίπους αφού κινητοποιείται ευκολότερα το λίπος από τις κοιλιακές αποθήκες. Με δίαιτα και αεροβική γυμναστική, παρατηρείται ελάττωση του ΔΜΣ και της αναλογίας μέσης – περιφέρειας και βελτίωση της αντίστασης στην ινσουλίνη. (Χ. Τούντας 2003)

Οι δυνατότητες που προσφέρει η δίαιτα και η κατάλληλη σωματική άσκηση είναι:

- Ø Αλλαγή της διατροφής με ελαττωμένη ποσότητα λίπους, πολλές φυτικές ίνες και δυσασπορόφηση των υδατανθράκων που βελτιώνουν την ευαισθησία των ιστών στην ινσουλίνη και έχουν ευεργετική επίδραση στα λιπίδια και την αρτηριακή πίεση. Θα πρέπει να αποφεύγονται δίαιτες με πολύ χαμηλές θερμίδες, αφού είναι αδύνατη η μακροχρόνια εφαρμογή τους. (Ε. Βαρσάμης 1996)
- Ø Αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, η οποία παράλληλα με τη δίαιτα, παράγει την απώλεια λίπους από την κοιλιακή αποθήκη και προφυλάσσει από την απώλεια μυϊκού ιστού. Το βάδισμα παριστά την πιο εύκολη αποτελεσματική άσκηση, 45 λεπτά κάθε μέρα. Ο συνδυασμός δίαιτας – άσκησης προκαλώντας μια μέτρια απώλεια βάρους (π.χ 10%) οδηγεί σε έκδηλη κλινική βελτίωση πολλών από τις δυσμενείς παραμέτρους. (Σ. Παπουτσάκης 2004)

Η απώλεια βάρους πρέπει να γίνεται σταδιακά. Ο περιορισμός του φαγητού χωρίς κριτήριο σημαίνει έλλειψη ενέργειας, εξασθένηση του οργανισμού, ανικανότητά του

να αμυνθεί στις ασθένειες. Πράγματι μετά από κάποιο σημείο, ο οργανισμός αρχίζει να καίγεται ο ίδιος, ενώ δεν καταφέρνει να διατηρήσει πλέον την κατάλληλη ισορροπία, γιατί οι οργανικές του ανάγκες δεν ικανοποιούνται. Επιπλέον συχνά εμφανίζονται δυσάρεστες παρενέργειες. Τα μαλλιά γίνονται πολύ πιο λεπτά και πέφτουν πιο εύκολα, εμφανίζεται διάρροια, μείωση της αιμοσφαιρίνης και των λευκών αιμοσφαιρίων, ενώ παρατηρούνται και οργανικές επιπλοκές που συνδέονται συχνά με την αλλαγή της διάθεσης και με τάση στην κατάθλιψη. (S. McPhee και συν. 1995) Γι' αυτό λοιπόν πρέπει να ακολουθούν τις οδηγίες και τις συμβουλές κάποιου ειδικού.

2.6.3 Φυσιοθεραπεία

Επιστημονικό πρόγραμμα ειδικής φυσιοθεραπείας έχει θεσπιστεί και ενταχθεί στο όλο πρόγραμμα απώλειας βάρους. Το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει:

- Ø Ειδική γυμναστική σε μηχάνημα δονήσεων με πρόγραμμα που αλλάζει σταδιακά με την προσοχή του ειδικευμένου προσωπικού.
- Ø Ειδικό μασάζ σε μηχάνημα με επιλογή προγραμμάτων από τον πλαστικό χειρουργό.
- Ø Πρόγραμμα παθητικής γυμναστικής με συσπάσεις μυών που προκαλούνται με τη χρήση γαλβανικών ρευμάτων.

Ύστερα από αυτά τα προγράμματα λίγοι ασθενείς χρειάζονται πλαστική χειρουργική.

Στόχοι της Φυσιοθεραπείας

- Ø Αύξηση της μάζας των μυών.
- Ø Σύσφιξη των περιτονιών.
- Ø Καλύτερη αιμάτωση των ιστών και του δέρματος.
- Ø Καλύτερη λεμφική ροή.

Το πρόγραμμα διαρκεί 6 εβδομάδες δύο φορές την εβδομάδα και επαναλαμβάνεται μία φορά το μήνα. Αυτό συνίσταται μετά από γυμναστική 10 λεπτών σε παλμικό έδαφος μηχανήματος. Στη συνέχεια, γίνεται ειδικό μασάζ που διαρκεί 35 λεπτά και τέλος η παθητική γυμναστική. (A. Guyton – J. Hall 2006)

2.6.4 Φαρμακοθεραπεία

Τις τελευταίες δεκαετίες καταβάλλονται προσπάθειες για την ανεύρεση ουσιών κατά της παχυσαρκίας και αυτό οφείλεται κυρίως στα μη ικανοποιητικά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των υπολοίπων συντηρητικών μεθόδων. (Λ. Φωτόπουλος 2003)

Παρόλα αυτά πολλοί ασθενείς θα προτιμούσαν να μην θεραπευτούν με τα φάρμακα, καθώς όσο η θεραπεία προχωρά είναι πιθανά τα προβλήματα με την αποδοχή της θεραπείας και με τη συμμόρφωση του ίδιου του ασθενή. Υπάρχει επίσης πάντα η παρούσα δυνατότητα ότι η μακροπρόθεσμη χρήση φαρμάκων θα συνδεθεί με τα δυσμενή φυσικά αποτελέσματα. Τέλος υπάρχουν καταστάσεις στις οποίες η μακροχρόνια θεραπεία θα ήταν ακατάλληλη, π.χ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στοιχεία μελέτης δείχνουν, ότι μια απώλεια βάρους 5-10% μπορεί να έχει πραγματοποιηθεί και με συμπεριφοριστικές και με φαρμακολογικές θεραπείες για την παχυσαρκία και ότι αυτή η απώλεια αξίζει πιθανόν να πραγματοποιηθεί από άποψη φυσικής υγείας. Το πρόβλημα είναι ότι όταν μία θεραπεία σταματά, το χαμένο βάρος επανακτάται. (D. Hawker 2003)

Αρχές φαρμακοθεραπείας

Σε οποιαδήποτε συζήτηση για την ορθολογική χρήση φαρμάκων στην θεραπεία της παχυσαρκίας είναι πολύ σημαντικό να κατανοηθούν τα εξής:

- Ø Τα σημερινά διαθέσιμα φάρμακα είναι καλύτερα να χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με δίαιτα και αλλαγή στον τρόπο ζωής. Τα φάρμακα αυτά βοηθούν τους ασθενείς να συμμορφώνονται με τις δίαιτες, την σωματική άσκηση και τις αλλαγές της συμπεριφοράς.
- Ø Τα φάρμακα για τον έλεγχο του βάρους θα πρέπει να χρησιμοποιούνται κάτω από ιατρική παρακολούθηση.
- Ø Τα φάρμακα για τον έλεγχο του βάρους δεν ωφελούν εάν δεν λαμβάνονται. Θα πρέπει να αναμένεται επαναπρόσληψη βάρους όταν η φαρμακευτική αγωγή διακόπτεται.
- Ø Η φαρμακοθεραπεία θα πρέπει να θεωρείται ως μέρος μιας μακροχρόνιας στρατηγικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, εξατομικευμένης για τον κάθε ασθενή. Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την φαρμακοθεραπεία θα πρέπει να εξισσοροπούνται με εκείνους της επιμένουσας παχυσαρκίας.

- ∅ Η φαρμακοθεραπεία θα πρέπει να παρατείνεται μόνο εάν θεωρηθεί ασφαλής και αποτελεσματική για κάποιον ασθενή. (N. Κατσιλάμπρος – Κ. Τσίγκος 2003)
- Φαρμακοθεραπεία για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας μπορεί να αποφασιστεί όταν οι ασθενείς:
- ∅ Έχουν ΔΜΣ > 30 και η αντιμετώπιση με δίαιτα, σωματική άσκηση και αλλαγή συμπεριφοράς έχει αποδειχθεί αναποτελεσματική.
 - ∅ Παρουσιάζουν σοβαρές παθολογικές καταστάσεις, σε συνδυασμό με έναν ΔΜΣ > 25, οι οποίες επιμένουν παρά την βελτίωση της διατροφής, τη σωματική άσκηση και την αλλαγή της συμπεριφοράς. Τα φάρμακα αδυνατίσματος δεν συστήνονται για παιδιά, επειδή δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την επίδρασή τους στην διατροφική συμπεριφορά κατά την παιδική και εφηβική ηλικία ή ακόμα και μακροχρόνια. (D. Hawer 2003)

Τα φάρμακα κατατάσσονται σε τρεις ομάδες, ανάλογα με τον μηχανισμό με τον οποίο επιφέρουν απώλεια βάρους.

Θυροξίνη – Νικοτίνη

Η 1^η ομάδα εκπροσωπείται από φάρμακα τα οποία αυξάνουν την ημερήσια ενεργειακή δαπάνη μέσω της αύξησης του μεταβολικού ρυθμού. Στην ομάδα αυτή ανήκουν η θυροξίνη και η νικοτίνη. Η πρώτη που έχει χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν κατά της παχυσαρκίας επιφέρει απώλεια βάρους σε υψηλές δόσεις και εις βάρος του μυϊκού ιστού, ενώ σημαντικές είναι οι επιπλοκές, κυρίως από το καρδιαγγειακό σύστημα. Για τους λόγους αυτούς η θυροξίνη δεν έχει σήμερα θέση στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Η νικοτίνη, έχει ανάλογο τρόπο δράσης. Υπολογίζεται ότι ένα τσιγάρο αυξάνει την δαπανώμενη ενέργεια κατά 8 θερμίδες. Έτσι, ένας μέσος καπνιστής καταναλώνει περίπου 160 θερμίδες ημερησίως. Ωστόσο σε καμία περίπτωση δεν μπορεί το κάπνισμα να αποτελέσει θεραπεία κατά της παχυσαρκίας. (G. Bray 2003)

Φάρμακα που έχουν εγκριθεί για μακροχρόνια χρήση από τον Αμερικανικό Οργανισμό Φαρμάκων – Τροφίμων (FDA) είναι η συμπουτραμίνη, η ορλιστάτη και το rimonabant. (A. Μελιδώνης 2007)



Εικόνα 12.

Ανορεξιογόνα φάρμακα

Η 2^η ομάδα αποτελείται από τα ανορεξιογόνα φάρμακα. Αυτά επιφέρουν απώλεια βάρους μειώνοντας την πρόσληψη τροφής μέσω του υποθαλάμου. Το 1997 οι παθολόγοι ειδοποίησαν το κοινό για τους κινδύνους που συνδέονται με τη χρήση της φενφλουραμίνης (fenfluramine) και της δεξιφενφλουραμίνης (dexfenfluramine). Μετά τη σύσταση αυτή οι κατασκευαστές του Redux και του Fen – Phen απέσυραν εθελοντικά τα φάρμακα από την αγορά. Η ομάδα αυτή πλέον των φαρμάκων εκπροσωπείται από ένα φάρμακο πρόσφατης κυκλοφορίας (1998), την σιβουτραμίνη (sibutramine) – Reductil για τη χώρα μας και Meridia για τις Η.Π.Α. Πρόκειται για έναν αναστολέα επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, που προάγει το αίσθημα κορεσμού. Η δοσολογία είναι 10-15 mg ημερησίως. Κοινές ανεπιθύμητες ενέργειες αποτελούν η ξηροστομία, η αϋπνία, η ζάλη, η δυσκοιλιότητα και η νευρική κατάσταση, ενώ παράλληλα παρατηρείται μικρή αύξηση της Αρτηριακής Πίεσης (1-3 mmHg) και του καρδιακού ρυθμού. Το φάρμακο αντενδείκνυται στα υπέρτασικά άτομα. Ωστόσο δεν υπάρχουν σήμερα ενδείξεις ότι η συμπουτραμίνη προκαλεί βαλβιδοπάθεια. (Εγκ. Εσωτερική Παθολογία 2001)

Από μελέτες αξιολόγησης προκύπτει ότι σε χρονικό διάστημα ενός έτους, 39% των ασθενών που έλαβαν συμπουτραμίνη απώλεσαν 10% του αρχικού τους βάρους, σε σχέση με 9% των ασθενών που έλαβαν placebo. Από μια άλλη μελέτη αξιολόγησης του φαρμάκου, σε διαβητικούς παχύσαρκους ασθενείς, διάρκειας 12 εβδομάδων, προέκυψε απώλεια βάρους μεγαλύτερη κατά 2.3 kg, σε σχέση με την ομάδα που ελάμβανε placebo. (Ι. Ιωαννίδης – Ν. Κατσιλάμπρος 2001)

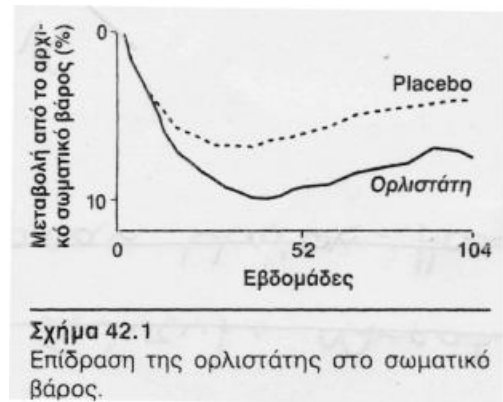
Φάρμακα δυσαπορρόφησης λίπους

Η 3^η ομάδα εκπροσωπείται από φάρμακα που προκαλούν απώλεια βάρους λόγω δυσαπορρόφησης λίπους. Στην ομάδα αυτή ανήκει ένα μόνο φάρμακο, επίσης πρόσφατης κυκλοφορίας, ή ορλιστάτη (Orlistat – Xenical). Πρόκειται για έναν αναστολέα της γαστρικής και της παγκρεατικής λιπάσης που μειώνει την υδρόλυση των τριγλυκεριδίων και κατά συνέπεια των ελεύθερων λιπαρών οξέων. Η απορρόφηση λίπους μειώνεται κατά 30% περίπου. Η συνήθης δοσολογία είναι 120 mg ανά γεύμα και ο χρόνος δράσης της είναι περίπου 90 λεπτά. Σαν ανεπιθύμητες ενέργειες εμφανίζονται γαστρεντερικά ενοχλήματα που μπορεί να εμφανιστούν κατά την διάρκεια της χρήσης του φαρμάκου, και που πιθανός συμβάλλουν στην μειωμένη πρόσληψη τροφής. (Α. Μελιδώνης 2007)

Η ορλιστάτη ενδείκνυται σε άτομα με ΔΜΣ > 30 ή σε όσους έχουν ΔΜΣ > 27 σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες κινδύνου όπως η Α.Π, η υπερχοληστεριναιμία και ο Σ.Δ.

Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες της ορλιστάτης είναι ενοχλήματα από το γαστρεντερικό, όπως λέρωμα με κηλίδες λίπους, μετεωρισμός με αυξημένη αποβολή αερίων, αίσθημα έπειξης προς αφόδευση και αύξηση του όγκου των κοπράνων. Η ορλιστάτη παρεμποδίζει την απορρόφηση των λιποδιαλυτών, των βιταμινών, της β – καροτίνης και των καροτενοειδών. Για τον λόγο αυτό, ίσως πρέπει να χορηγούνται συμπληρώματα βιταμινών 90 λεπτά μετά τη λήψη του φαρμάκου. Η χρήση της αντενδείκνυται σε ασθενείς με σύνδρομο δυσαπορρόφησης ή χολόσταση. (Λ. Φωτόπουλος 2003)

Σε κλινικές μελέτες που έγιναν η ομάδα παχύσαρκων ατόμων σε αγωγή με ορλιστάτη έχασε κατά μέσο όρο 10% του σωματικού βάρους μέσα σε 1 χρόνο (ενώ στην ομάδα ελέγχου η μείωση του σωματικού βάρους ήταν 6%). Η ολική χοληστερίνη και η LDL μειώθηκαν περισσότερο στην ομάδα υπό θεραπεία με ορλιστάτη από ότι στην ομάδα ελέγχου. (R. Harvey και συν. 2003)



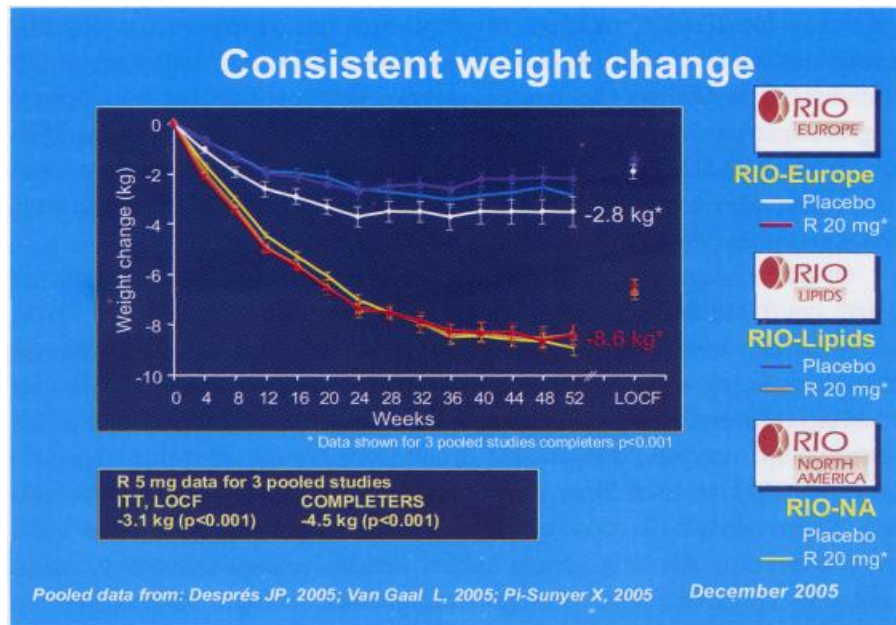
Εικόνα 13. Επίδραση της Ορλιστάτης στο σωματικό βάρος. (R. Harvey και συν. 2003)

Rimonaband (Acomplia)

Το Acomplia ενδείκνυται ως επιπρόσθετο στη δίαιτα και την άσκηση για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των παχύσαρκων ασθενών ή των υπέρβαρων ασθενών με σχετιζόμενους παράγοντες κινδύνου, όπως ο διαβήτης τύπου 2 ή η δισλιπιδαιμία. Η δόση είναι ένα δισκίο των 20 mg ημερησίως ως εφάπαξ δόση που λαμβάνεται πριν το πρωγεύμα. Σε μελέτες που έγιναν RIO – Europe, RIO – North America και RIO – Lipid, μετά από ένα χρόνο χορήγησης ημερήσιας δόσης 20 mg διαπιστώθηκε ίδιου σημαντικού βαθμού μείωση του βάρους και βελτίωση των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου.

Οι παρενέργειες του φαρμάκου στις μελέτες RIO ήταν λίγες και ήπιες. Οι πιο σημαντικές ήταν ναυτία, έντονο άγχος, κατάθλιψη.

Το φάρμακο αυτό κυκλοφορεί σε πολλές χώρες της Ευρώπης, με ένδειξη παχυσαρκία με συνυπάρχοντες παράγοντες καρδιακού κινδύνου και κυκλοφόρησε στη χώρα μας στις αρχές του 2007. (Α. Μελιδώνης 2007)



Εικόνα 14. Μείωση του σωματικού βάρους μετά 1 χρόνο χορήγησης Rimonabant έναντι εικονικού. (Α. Μελιδώνης 2007)

Φάρμακα ακατάλληλα για τη θεραπεία της παχυσαρκίας

Παρόλα αυτά ένας αριθμός φαρμάκων έχουν αναγνωριστεί ιατρικά ως ακατάλληλα και επικίνδυνα για την προαγωγή της απώλειας βάρους. Τα διουρητικά, η ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη (HCG), η αμφεταμίνη και η δεξαμφεταμίνη δεν αποτελούν θεραπευτικά μέσα έναντι της παχυσαρκίας και δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για αδυνάτισμα. Η θυροξίνη θα πρέπει να συνταγογραφείται προσεκτικά και μόνο σε περιπτώσεις βιοχημικά αποδεδειγμένου υποθυρεοειδισμού. Η μετφορμίνη και η ακαρβόζη μπορεί αν φανούν χρήσιμες στην αντιμετώπιση του NIDDM (μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης), αλλά δεν έχουν αποδεδειγμένες θετικές δράσεις στην παχυσαρκία. (Ν. Κατσιλάμπρος – Κ. Τσίγκος 2003)

2.6.5 Θεραπεία με ορμόνες

Αν και η αρχική θεραπεία της παχυσαρκίας πρόκειται να προκαλέσει μια αρνητική ενεργειακή ισορροπία, η πρόγνωση της διαιτητικής θεραπείας είναι ανεπαρκής με

ένα υψηλό ποσοστό υποτροπής. Παρόλα αυτά δεν υπάρχει αυτή την περίοδο καμία συγκεκριμένη θεραπεία της σπλαγχνικής παχυσαρκίας εκτός από την χειρουργική επέμβαση η οποία παρουσιάζει μερικές ελπίδες, αλλά μέχρι τώρα προσφέρεται περισσότερο στα πιο παχύσαρκα άτομα. Παρόλο τις παρεκλήσεις ανάμεσα στις φυλετικές στερωειδής ορμόνες που φαίνεται ότι είναι σημαντικής σπουδαιότητας στην παθογένεια της σπλαγχνικής παχυσαρκίας, μελέτες έχουν πρόσφατα εστιαστεί στην επίδραση της ορμονικής θεραπείας.

Ο Marin θεράπευσε τα παχύσαρκα άτομα με χαμηλές τιμές τεστοστερόνης βασικών γραμμών με 2 τύπους ανδρογόνων, τεστοστερόνη και δυδροτεστοστερόνη (DHT) για 8 μήνες. Η αντικατάσταση της τεστοστερόνης ακολουθήθηκε από μια μείωση της σπλαγχνικής παχιάς μάζας, χολιστερόλης, συστολικής και διαστολικής πίεσης, γλυκόζης αίματος και μια αύξηση στην ευαισθησία ινσουλίνης, όπου η θεραπεία με DHT δεν οδήγησε σε κανένα τέτοιο ευεργετικό αποτέλεσμα. Αντίθετα, υπήρξε ακόμη μια αύξηση στην σπλαγχνική παχιά μάζα με την αντικατάσταση της DHT. Η λογική για την δοκιμή της DHT ήταν ότι αυτό το ανδρογόνο θεωρείται η ορμόνη που ενεργεί στους ιστούς στόχους.

Η εξήγηση για αυτά τα διαφορετικά αποτελέσματα είναι ασαφής, αλλά μια προφανής υπόθεση είναι ότι η τεστοστερόνη έχει άλλες σημαντικές φυσιολογικές λειτουργίες στο σώμα, από το να ενεργήσει μόνο σαν φυλετικό στεροειδές στα όργανα στόχους του. Μπορεί να υποτεθεί ότι συγκεκριμένη ρυθμιστική επίδραση της τεστοστερόνης στο σπλαγχνικό λιπαρό είναι ένας σημαντικός μηχανισμός για την βελτίωση στους μεταβολικούς παράγοντες κινδύνου από την επίδραση των φυλετικών στεροειδών στους διαφορετικούς ιστούς στόχους. Αυτή η υπόθεση υποστηρίζεται από τον πρόσφατο προσδιορισμό των δεκτών τεστοστερόνης και διδροτεστοστερόνης στο ενδογαστρικό λιπαρό ιστό του ατόμου. (P. Bjorntor 2001)

2.6.6 Χειρουργική θεραπεία

Με τις σημερινές υπάρχουσες ιατρικές δυνατότητες, η χειρουργική αποτελεί τη μόνη μέθοδο θεραπείας που μπορεί να επιτύχει σε μεγάλο αριθμό ασθενών ικανοποιητική απώλεια βάρους που διατηρείται σε επιθυμητά επίπεδα μακροχρόνια με σχετική ασφάλεια και αποδεκτούς κινδύνους. Η χειρουργική αντιμετώπιση της κλινικά σοβαρής παχυσαρκίας άρχισε πριν 50 περίπου χρόνια. Από τότε έχει σημειωθεί

μεγάλη πρόοδος στις χειρουργικές τεχνικές με αποτέλεσμα να μειωθούν σημαντικά οι επιπλοκές και ο κίνδυνος να πεθάνει κανείς από την εγχείρηση. Ο κίνδυνος θανάτου είναι πολύ μικρός και περίπου ίδιος με τον κίνδυνο που υπάρχει για κάθε χειρουργείο που θα χρειαστεί να κάνει ένα άτομο με κλινικά σοβαρή παχυσαρκία (π.χ. χολοκυστεκτομή, κολεκτομή). Σε αυτό έχει συμβάλει η μεγάλη πρόοδος που έχει σημειωθεί στις μεθόδους της αναισθησίας και την παρακολούθηση των ασθενών πριν και μετά το χειρουργείο. Η σύγχρονη χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας περιλαμβάνει διαφορετικές τεχνικές εγχειρήσεων που είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές στο να μειώσουν την καθημερινή πρόσληψη της τροφής και να την διατηρήσουν σε χαμηλά επίπεδα που θα ελέγξουν ικανοποιητικά το βάρος του σώματος. (A. Shikora και συν. 1994)

Διατροφικό και ειδικό ιστορικό παχυσαρκίας

Αρχικά, ο διατροφολόγος προσδιορίζει την συνολική ενεργειακή πρόσληψη, καθώς και την πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, για τον προσδιορισμό της διαιτητικής πρόσληψης και των διατροφικών συνηθειών του ασθενούς. Η μέθοδος του διαιτολογικού ιστορικού είναι αρκετά ακριβής, καθώς αποσκοπεί στην συγκέντρωση όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών για την διαιτητική πρόσληψη του ατόμου, με ερωτήσεις σχετικά με τα γεύματα, τα καταναλισκόμενα τρόφιμα, την συχνότητα κατανάλωσης καθώς και τις ποσότητες των εκάστοτε τροφίμων. Κύριος σκοπός της μεθόδου είναι να σχηματίσει ο διατροφολόγος μια πλήρη εικόνα της διαιτητικής πρόσληψης του ατόμου για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα και να επέμβει στις συνήθειες του ασθενούς. Αλλά και να ενημερώσει τις υπόλοιπες ειδικότητες για τους ασθενείς «υψηλού κινδύνου» όσον αφορά στις διατροφικές τους συνήθειες. Ο διατροφολόγος αφού ενημερωθεί πλήρως για το διατροφικό και ιατρικό ιστορικό του ασθενή, αναλύει και προτείνει την κατάλληλη χειρουργική επέμβαση ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή (M. Χάϊδα 2007)

Κριτήρια χειρουργικής θεραπείας

Η χειρουργική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας εφαρμόζεται σε ασθενείς που πληρούν κριτήρια, που καθορίστηκαν από την Παγκόσμια Οργάνωση Χειρουργικής της Παχυσαρκίας (I.F.S.O.), και είναι τα εξής:

- ∅ ΔΜΣ > 40 ή σωματικό βάρος > 60% του ιδανικού.
- ∅ Επανειλημμένες ανεπιτυχείς προσπάθειες με δίαιτες και άλλες συντηρητικές μεθόδους.
- ∅ Συνοδός νοσηρότητα που απειλεί άμεσα την ζωή του παχύσαρκου.
- ∅ Να μην υπάρχει ορμονικό ή μεταβολικό νόσημα και η παχυσαρκία να οφείλεται στην πολυφαγία.
- ∅ Έντονα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα οφειλόμενα στην παχυσαρκία.
- ∅ Πλήρης ενημέρωση του αρρώστου για την εγχείρηση και τις επιπλοκές και πλήρης αποδοχής αυτών. (R. Steinbrook 2004)

Μέθοδοι χειρουργικών επεμβάσεων

√ Περιοριστικού τύπου επεμβάσεις

A. Περίδεση στομάχου: είναι η απλούστερη περιοριστικού τύπου επέμβαση που χρησιμοποιείται για την απώλεια βάρους. Αυτό που επιτυγχάνεται είναι η μείωση της χωρητικότητας του στομάχου για κάθε γεύμα. Ένα πλεονέκτημα αυτής της τεχνικής είναι ότι το στομάχι δεν κόβεται, δεν συρράπτεται, ούτε διανοίγεται. Έτσι, ο κίνδυνος ενδοκοιλιακών λοιμώξεων είναι μικρότερος και δεν υπάρχει πιθανότητα διάσπασης της γραμμής συρραφής, όπως μπορεί να συμβεί σε άλλη περιοριστικού τύπου επέμβαση. Η επέμβαση αυτή είναι εύκολα αναστρέψιμη. Αν αυτό είναι αναγκαίο αφαιρείται ο δακτύλιος και το στομάχι επανέρχεται στην αρχική του κατάσταση. Κάποιες από τις γαστρικές περιδέσεις γίνονται με έναν ρυθμιζόμενο γαστρικό ιμάντα σιλικόνης. Το μειονέκτημα είναι ότι αν ο ιμάντας μετακινηθεί από τη θέση του προς τον οισοφάγο προκαλεί απόφραξη. Τότε ο ασθενής παρουσιάζει πόνους και εμέτους. Αντίθετα, αν ο ιμάντας χαλαρώσει μπορεί να μην περιορίζει τη λήψη τροφής, με αποτέλεσμα την ανεπιτυχή απώλεια βάρους στο χρόνο. Επίσης άλλα μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι ότι η επέμβαση δεν γίνεται σε σοβαρές μορφές παχυσαρκίας, ότι κοστίζει και θα πρέπει να προστεθεί η ανάγκη για επανειλημμένη έκθεση των ασθενών σε ιονίζουσα ακτινοβολία προκειμένου να ρυθμιστεί η συσκευή. (Φ. Καλφαρέντζος και συν. 2007)

B. Κάθετη γαστροπλαστική: είναι η πιο δοκιμασμένη και αποτελεσματική επέμβαση. Η ανοιχτή επέμβαση γίνεται με μία μέση τομή 10-12 εκατ. στο επιγάστριο. Το

ανώτερο τμήμα του στομάχου συρράπτεται κάθετα σε μήκος 4-6 εκατ., έτσι ώστε να δημιουργηθεί ο μικρός γαστρικός θύλακας που επικοινωνεί με τον υπόλοιπο στομάχο με ένα στόμιο διαμέτρου 1.2 εκατ. Για να μην υπάρξει διεύρυνση του στομίου το σημείο αυτό ενισχύεται με ένα εξωτερικό δακτύλιο από συνθετικό υλικό ή μη απορροφήσιμα ράμματα. Όταν το στόμιο είναι αρκετά μεγάλο, υπάρχει ταχεία κένωση του θυλάκου με αποτέλεσμα να επιτρέπεται η κατανάλωση μεγαλύτερης ποσότητας τροφής και να μην επιτυγχάνεται η αναμενόμενη απώλεια βάρους. Αντίθετα, όταν είναι στενότερο από όσο πρέπει προκαλούνται εύκολα έμετοι με τη λήψη τροφής. Η μέση απώλεια βάρους 3 χρόνια μετά την επέμβαση είναι 55-75%. Αν και στο 70% των περιπτώσεων υπάρχει κάποια σταδιακή ανάκτηση βάρους τα επόμενα χρόνια, η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών θεωρεί το αποτέλεσμα ικανοποιητικό. Το πλεονέκτημα είναι ότι οι ασθενείς δεν χρειάζονται μακροχρόνια παρακολούθηση και θρεπτική υποστήριξη. Η επέμβαση είναι καλά ανεκτή με ελάχιστο μετεγχειρητικό πόνο. Η συνολική νοσηλεία είναι 4-5 μέρες. Από πλευράς κόστους είναι η φθηνότερη επέμβαση. Πάντως οι ασθενείς που δε νιώθουν ικανοποιημένοι από την επέμβαση είναι λίγοι (4-6%) και υπάρχει η δυνατότητα αναστροφής της επέμβασης. (Γ. Σρέκας 2005)

Γ. Γαστρική παράκαμψη κατά Roux – en – Y: παρέχει περιορισμό του στομάχου σε συνδυασμό με πρόκληση συμπτωμάτων dumping και δυσαπορρόφηση ορισμένων μικροθρεπτικών συστατικών. Είναι η πιο συνηθέστερη επέμβαση για κλινικά σοβαρή παχυσαρκία στις Η.Π.Α. Η κατά μέσο όρο απώλεια βάρους το χρόνο είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με άλλες επεμβάσεις του ίδιου τύπου. Παρατηρείται όμως απορρόφηση βιταμινών, σιδήρου και ασβεστίου καθώς παρακάμπτεται το δωδεκαδάκτυλο και είναι δυνατό να αναπτυχθεί μία προδιάθεση για εκδήλωση σιδηροπενικής αναιμίας. Η δυσαπορρόφηση του ασβεστίου μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια του ασβεστίου από τα οστά με μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη οστεοπόρωσης στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση και σε γυναίκες με φυσιολογικό πεπτικό σωλήνα. Συνεπώς, τόσο ο σίδηρος όσο και το ασβέστιο πρέπει να αναπληρώνονται με επιπλέον διαιτητική πρόσληψη. Ένα άλλο μειονέκτημα είναι ότι τα τμήματα που παρακάμπτονται δεν μπορούν να ελεγχθούν εύκολα ακτινολογικά αν μελλοντικά παρουσιαστεί ένα παθολογικό πρόβλημα όπως γαστρεντερική αιμορραγία. (Φ. Καλφαρέντζος και συν. 2007)

Δ. Κάθετη γαστρική παράκαμψη με δακτύλιο σιλικόνης κατά Roux – en – Y: είναι μία τεχνική παραλλαγή της γαστρικής παράκαμψης κατά Roux-en-Y. Η απώλεια βάρους που επιτυγχάνεται μπορεί να είναι μεγαλύτερη από την προηγούμενη αλλά οι κίνδυνοι ανάπτυξης μεταβολικών επιπλοκών είναι οι ίδιοι όπως και για την γαστρική παράκαμψη χωρίς δακτύλιο σιλικόνης. (P. Bjorntor 2001)

▼ Δυσασποροφητικού τύπου επεμβάσεις

A. Χολοπαγρεατική εκτροπή (εγχείρηση Scopinaro): στην κλασική χολοπαγκρεατική εκτροπή γίνεται κάθετη γαστρεκτομή έτσι ώστε να περιορίζεται η χωρητικότητα του στομάχου. Στην επέμβαση αυτή δημιουργείται σοβαρή δυσασπορρόφηση λίπους και σχετικά μικρότερη δυσασπορρόφηση υδατανθράκων και πρωτεΐνης. Το αποτέλεσμα της επέμβασης είναι η απώλεια βάρους 75-85% του πλεονάζοντος βάρους σε διάστημα 2-3 χρόνων. Σύμφωνα με τον Scopinaro η απώλεια βάρους με την επέμβαση αυτή είναι σημαντικά μεγαλύτερη σε σχέση με αυτή της γαστρικής παράκαμψης. Οι ασθενείς διατηρούν την απώλεια βάρους για 15 χρόνια μετά την επέμβαση. Οι επιπλοκές της χολοπαγκρεατικής εκτροπής είναι ίδιες με αυτές της γαστρικής παράκαμψης. Οι μεταβολικές συνέπειες είναι σοβαρότερες. Η επέμβαση δημιουργεί δυσασπορρόφηση όλων σχεδόν των βιταμινών και επιπλέον δυσασπορρόφηση υδατανθράκων και πρωτεΐνης, γι' αυτό οι ασθενείς θα πρέπει να καταναλώνουν τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες. (Γ. Σρέκας 2005)

B. Χολοπαγκρεατική εκτροπή με διατήρηση πυλωρού: η επέμβαση αυτή είναι μία παραλλαγή της χολοπαγκρεατικής εκτροπής. Η διαφορά έγκειται στο ότι εκτελείται πλάγια επιμήκης γαστρεκτομή κατά τον άξονα το στομάχου, διατηρώντας τον πυλωρό και τη νεύρωσή του. Το πλεονέκτημα είναι ότι η πεπτική λειτουργία είναι φυσιολογικότερη. Η πιθανότητα υποθρεψίας και πρωτεϊναιμίας είναι 20 φορές μικρότερη. Μικρότερη είναι η πιθανότητα αναστομοτικού έλκους. Τα μειονεκτήματα είναι ίδια με αυτά της χολοπαγκρεατικής εκτροπής. (A. Shikora και συν. 1994)

Γ. Χολοπαγκρεατική εκτροπή κατά Roux – en – Y με διατήρηση του γαστρικού άντρου: το πλεονέκτημα είναι ότι στην επέμβαση αυτή δεν γίνεται γαστρεκτομή. Η επέμβαση είναι αναστρέψιμη με λιγότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές. (A. Shikora και συν. 1994)

✓ Λαπαροσκοπική χειρουργική της παχυσαρκίας

Η λαπαροσκοπική επέμβαση είναι μία χειρουργική τεχνική που επιτρέπει τη διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων μέσα από πολύ μικρές τομές με τη χρήση ειδικών εργαλείων. Αυτή η τεχνική είναι ελάχιστα τραυματική και περιορίζει το μετεγχειρητικό πόνο και τους κινδύνους των επιπλοκών που σχετίζονται με το χειρουργικό τραύμα όπως είναι η διαπύση του τραύματος, η διάσπαση και η ανάπτυξη κηλών. Συνήθως η ανάρρωση είναι ταχύτερη και καλύτερο το αισθητικό αποτέλεσμα. Ο ασθενής παραμένει μικρότερο διάστημα στο νοσοκομείο . Παρόλα αυτά το κόστος είναι υψηλότερο. Μειονέκτημα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής είναι ο υψηλός βαθμός τεχνικής δυσκολίας, καθώς οι επεμβάσεις εκτελούνται μόνο από χειρουργούς που έχουν μεγάλη εμπειρία, και το υψηλό κόστος, Στις σχετικές αντενδείξεις συμπεριλαμβάνονται οι προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις στην κοιλιά, η ηπατομεγαλία και η κακοήθης παχυσαρκία. Οι καταστάσεις αυτές μπορεί να δημιουργήσουν σοβαρές τεχνικές δυσκολίες. Οι χειρουργοί που διενεργούν τέτοιου είδους επεμβάσεις οφείλουν να ακολουθούν τους ίδιους ακριβώς χειρουργικούς χρόνους όπως και στις ανοιχτές επεμβάσεις χωρίς παραλήψεις και τροποποιήσεις για λόγους διευκόλυνσης. Όπως συμβαίνει με κάθε νέα χειρουργική τεχνική χρειάζεται να περάσει χρόνος για να αποδειχθεί αν οι λαπαροσκοπικές επεμβάσεις κατά της παχυσαρκίας είναι το ίδιο ασφαλείς και αποτελεσματικές με τις αντίστοιχες ανοιχτές. (Κ. Κωνσταντινίδης 2007)

Οι συνηθέστερες επιπλοκές είναι οι εξής (για όλα τα είδη των επεμβάσεων):

- Ø Πνευμονική εμβολή
- Ø Ισχαιμία μυοκαρδίου
- Ø Θρομβοφλεβίτιδα
- Ø Ατελεκτασία ή πνευμονία
- Ø Αιμορραγία
- Ø Διαφυγή από αναστόμωση
- Ø Στένωση αναστόμωσης
- Ø Ειλεός
- Ø Λοίμωξη τραύματος
- Ø Μετεγχειρητική κοίλη
- Ø Διάρροιες

- Ø Έλλειψη βιταμινών
- Ø Αναιμία
- Ø Εσωτερική κοίλη
- Ø Ρήξη σπλαγχνός
- Ø Διάγνωση από υλικό
- Ø Μετατόπιση υλικού
- Ø Διάταση γαστρικού θυλάκου
- Ø Αναστομωτικά έλκη
- Ø Χολολιθίαση
- Ø Ηπατική και νεφρική βλάβη
- Ø Άλλες επιπλοκές

Ορισμένες επιπλοκές μπορεί να συμβούν ανεξάρτητα από το πόσο καλά έγινε μια επέμβαση γι' αυτό η στενή παρακολούθηση των ασθενών είναι κεφαλαιώδους σημασίας. (Μ. Χαΐδα 2007)

Αποτελέσματα χειρουργικών επεμβάσεων σε κλινικά σοβαρή παχυσαρκία

Η αποτελεσματικότητα των επεμβάσεων για την κλινικά σοβαρή παχυσαρκία πρέπει να κρίνεται με βάση την απώλεια βάρους και τη διατήρησή της σε βάθος χρόνου, καθώς και με τη βελτίωση των συνοδών της παχυσαρκίας νόσων.

Μετά την εγχείρηση το βάρος αρχίζει να χάνεται γρήγορα τους πρώτους 6 μήνες, πιο αργά μέχρι να συμπληρωθεί ο χρόνος και σταθεροποιείται στο χαμηλότερο σημείο ανάλογα με το είδος της επέμβασης σε δύο χρόνια. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς χάνουν ένα ικανοποιητικό ποσοστό του βάρους τους, αν και κάποια κιλά επανακτώνται με την πάροδο του χρόνου.

Ακόμα και αν αυτό συμβεί ο ασθενής πρέπει να έχει κατά νου ότι το χειρουργείο σταθερά αποτρέπει από μεγαλύτερη αύξηση βάρους από εκείνο που είχε όταν χειρουργήθηκε μιας και αυτό συμβαίνει στους περισσότερους ανθρώπους με την αύξηση της ηλικίας. Η εγχείρηση θεωρείται πλήρως επιτυχημένη εάν απολεσθεί το 25% του αρχικού ή το 50% του υπερβάλλοντος βάρους και διατηρηθεί αυτό μακροπρόθεσμα. Παρόλα αυτά σε ασθενείς με κλινικά σοβαρή παχυσαρκία και Δ.Μ.Σ≥50, φαίνεται πως το παραπάνω όριο δεν είναι απαραίτητο να επιτευχθεί προκειμένου να θεωρηθεί μια επέμβαση επιτυχής. Εάν η επέμβαση έχει οδηγήσει σε βελτίωση ή ακόμα και θεραπεία των συνοδών νόσων της παχυσαρκίας και σε

συνολική βελτίωση της ποιότητας ζωής, μικρότερη απώλεια βάρους δεν πρέπει να θεωρείται αποτυχία της επέμβασης. (Ε. Αγγελοπούλου και συν. 2007)

✓ Πλαστική χειρουργική

Μέθοδοι πλαστικής χειρουργικής για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

A. Κοιλιοπλαστική : είναι η επέμβαση , η οποία θα πρέπει να γίνεται ταυτόχρονα με την επέμβαση της παχυσαρκίας σε όλες τις περιπτώσεις εκτός από τη περίπτωση που ο δακτύλιος παχυσαρκίας είναι πιθανό να μην είναι αρκετός για την πλήρη απώλεια κιλών. Στην περίπτωση αυτή, η επέμβαση της κοιλιοπλαστικής αναβάλλεται για ένα εξάμηνο , ώστε να αποφασιστεί ή όχι η ανάγκη εντερικής παράκαμψης. Τα ο αποτέλεσμα της κοιλιοπλαστικής διατηρείται μετά την απώλεια των κιλών. Από τις παρατηρήσεις των περιστατικών αυτών, η άμεση κοιλιοπλαστική έχει καλύτερο αποτέλεσμα στο τέλος του προγράμματος απώλειας κιλών, παρά όταν αυτή γίνει αργότερα. (www.aisthitekixeirourgiki.gr 2007)

B. Μείωση ή ανόρθωση μαστών: είναι επέμβαση που συχνά χρειάζεται μία παχύσαρκτη ασθενής. Η επέμβαση αυτή πάντα αναβάλλεται για το τέλος του προγράμματος. Μετά την απώλεια των κιλών οι μαστοί ατροφούν και χαλάρωση είναι εξεσημασμένη. Η απόφαση του χειρουργού να επέμβει πριν την απώλεια των κιλών μπορεί να τον αναγκάσει στο τέλος του προγράμματος να υποβάλει την ασθενή του σε αύξηση μαστού. (Ι. Δουλουφάκης)

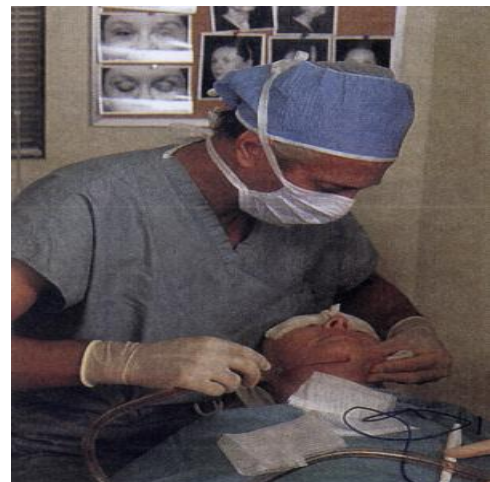
Γ. Αντιμετώπιση χαλάρωσης σε ανδρικούς μαστούς: η γυναικομαστία σε παχύσαρκους ασθενείς είναι σχεδόν κανόνας. Η απώλεια των κιλών φέρνει μεγάλη χαλάρωση και αισθητικό αποτέλεσμα καθόλου ευχάριστο. Η αντιμετώπιση είναι μόνο χειρουργική και τα προγράμματα φυσιοθεραπείας που έχουν θεσπιστεί βοηθούν ελάχιστα. Η ανόρθωση των μαστών στον άνδρα αφήνει ουλές οι οποίες δεν είναι τόσο ευχάριστες, αφού δεν μπορούν να κρυφτούν όπως στη γυναίκα. Παρατηρώντας τα περιστατικά διαπιστώνεται ότι πολύ μικρότερη χαλάρωση υπάρχει μετά την απώλεια κιλών, όταν ο ασθενής ταυτόχρονα με την τεχνική της παχυσαρκίας έχει υποστεί λιποαναρρόφηση στην περιοχή των μαστών. Τουλάχιστον

το 60% τέτοιων ασθενών θα αποφύγουν στο τέλος χειρουργική επέμβαση για ανόρθωση μαστών. (B. Sarwer και συν. 1998)

Δ. Αποκατάσταση χαλάρωσης των βραχιόνων: η επέμβαση αυτή αφήνεται για το τέλος και μπορεί να αντιμετωπιστεί κατά τον ίδιο χειρουργικό χρόνο με την ανόρθωση ή μείωση μαστού. Η χαλάρωση των βραχιόνων δεν είναι νομοτέλεια της απώλειας κιλών, γι' αυτό είναι σημαντική η τακτική παρακολούθηση των ασθενών από τον πλαστικό χειρουργό κατά τη διάρκεια της απώλειας του βάρους. (www.aisthitikixeirourgiki.gr 2007)

Ε. Αποκατάσταση χαλάρωσης των μηρών και γλουτών: η επέμβαση αυτή αφήνεται για το τέλος. Η χαλάρωση αυτή επίσης δεν είναι νομοτέλεια της απώλειας των κιλών και πολλά μπορούν να γίνουν για την πρόληψή της ή έστω για να επιτευχθεί η μικρότερη χαλάρωση που μπορεί να είναι αποδεκτή από τον ασθενή. (www.aisthitikixeiroyrgiki.gr 2007)

ΣΤ. Η λιποαναρρόφηση στη χειρουργική της παχυσαρκίας: λίγα μπορεί ο πλαστικός χειρουργός να μαντέψει για το σχήμα του ασθενούς πριν αυτός παχύνει. Τα ιστορικά και οι πληροφορίες που θα πάρει από τον ασθενή βοηθούν το χειρουργό μετά την απώλεια των κιλών να προτείνει λιποαναρρόφηση στα σημεία του σώματος που κρίνεται ότι χρειάζονται την επέμβαση. Προτείνεται ταυτόχρονη λιποαναρρόφηση με τις τεχνικές της παχυσαρκίας, γιατί έχει αποδειχθεί ότι η χαλάρωση είναι πολύ μικρότερη στα σημεία αυτά αν η λιποαναρρόφηση έχει προηγηθεί. (E. Losee και συν. 1997)



Εικόνα 15. Μέθοδος λιποαναρρόφησης. (S. Alters – W. Schiff 1998)

Z. Πλαστική προσώπου: το τελευταίο που υφίσταται συνέπειες από την απώλεια κιλών είναι το πρόσωπο. Μικρό ποσοστό των ασθενών θα χρειαστεί face lift, και κυρίως οι πιο ηλικιωμένοι ασθενείς. Εκτός τούτου έχει δημιουργηθεί η εντύπωση ότι όσοι είχαν πρόβλημα χαλάρωσης του προσώπου μετά την απώλεια των κιλών και ζήτησαν face lift, ενδεχομένως θα το είχαν ζητήσει έστω και αν δεν υφίσταντο τη διαδικασία αύξησης – απώλεια βάρους. (E. Losee και συν. 1997)

2.7 Η ζωή μετά το χειρουργείο

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση περιλαμβάνει τον περιοδικό έλεγχο ότι βάρους και ορισμένες εξετάσεις αίματος. Μετά το 2^ο μήνα η απώλεια βάρους δεν θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 10 κιλά το μήνα. Οι εξετάσεις θα αποκαλύψουν τυχών διατροφικά ελλείμματα σε βιταμίνες σίδηρο και ασβέστιο. Σε περίπτωση ελλειμμάτων θα πρέπει να χορηγούνται οι ανάλογες δόσεις σε συμπληρώματα διατροφής. Ο έλεγχος γίνεται για 1^η φορά ένα μήνα μετά την επέμβαση και μετά κάθε 3 μήνες για όλο το χρόνο. Στη συνέχεια γίνεται ανά εξάμηνο για τα επόμενα 2 χρόνια για να σταθεροποιηθεί το βάρος. (Γ. Σρέκας 2005)

Οι επισκέψεις στο τακτικό ιατρείο κλινικά σοβαρής παχυσαρκίας για την μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών

Οι επισκέψεις περιλαμβάνουν:

- Ø Πλήρη εργαστηριακό έλεγχο.
- Ø Λήψη αρτηριακής πίεσης.
- Ø Μέτρηση βάρους σώματος – σύνθεσης σώματος – βασικών ενεργειακών αναγκών ηρεμίας.
- Ø Εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης και οδηγίες για σωστές διατροφικές συνήθειες από τον διαιτολόγο.
- Ø Εκτίμηση συνεργαζόμενων ιατρών, όπου αυτό κριθεί αναγκαίο.
- Ø Χορήγηση βιταμίνης I.M B12 (εφόσον χρειαστεί).
- Ø Επανεκτίμηση της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών με συνοδές παθήσεις (π.χ υπέρταση) από ιατρούς ανάλογης ειδικότητας.

Αφού συνεκτιμηθούν τα αποτελέσματα των πιο πάνω παραμέτρων ο ασθενής λαμβάνει νέες οδηγίες και ημερομηνία για το επόμενο ραντεβού. (Ε. Αγγελοπούλου και συν. 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

- ✓ Επιπτώσεις παχυσαρκίας
- ✓ Πρόληψη της παχυσαρκίας
- ✓ Διατροφή και παχυσαρκία
- ✓ Σωματική άσκηση και παχυσαρκία
- ✓ Η ψυχολογία της παχυσαρκίας
- ✓ Αλήθειες και ψέματα για την παχυσαρκία
- ✓ Τι πρέπει να γνωρίζετε για μια δίαιτα

3.1 Επιπτώσεις παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία επιβαρύνει σημαντικά τη νοσηρότητα του γενικού πληθυσμού, μέσω ενός μεγάλου αριθμού παθήσεων που προκαλεί. Παθήσεις που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την παχυσαρκία είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2, η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία, (σύνδρομο του μεταβολισμού) που έχουν ως αποτέλεσμα το έμφραγμα του μυοκαρδίου και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Επίσης, εκφυλιστικές αρθροπάθειες, παθήσεις των χοληφόρων, διαταραχές της αναπνοής και του ύπνου, φλεβικές παθήσεις και ορισμένες μορφές καρκίνου συσχετίζονται με την παχυσαρκία.



Εικόνα 16. Επιπτώσεις παχυσαρκίας στα διάφορα συστήματα. (Ε. Αγγελοπούλου και συν. 2007)

Επιπτώσεις παχυσαρκίας στο καρδιαγγειακό σύστημα

Α. Καρδιαγγειακή νόσος. Η μελέτη Framingham αποκάλυψε ότι η παχυσαρκία ήταν ανεξάρτητος παράγων κινδύνου για την 26ετή επίπτωση της καρδιαγγειακής νόσου

σε άντρες και γυναίκες (συμπεριλαμβανομένης της στεφανιαίας νόσου, του εγκεφαλικού αγγειακού επεισοδίου και της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας). Η αναλογία μέσης – ισχίου ίσως είναι ο καλύτερος προγνωστικός παράγων αυτών των κινδύνων. Όταν συμπεριληφθούν οι επιπρόσθετες επιδράσεις της υπέρτασης και της δυσανεξίας στη γλυκόζη που συνδέονται με την παχυσαρκία, ο δυσμενής αντίκτυπος της παχυσαρκίας είναι ακόμα πιο εμφανής. Η επίδραση της παχυσαρκίας στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα των γυναικών μπορεί να παρατηρηθεί με ΔΜΣ μόλις 25. η παχυσαρκία, και ιδιαίτερα αυτή της κοιλιάς, συνδέεται με αθηρογόνο λιπιδικό προφίλ, με υψηλά επίπεδα λιποπρωτεϊνών χαμηλής πυκνότητας (LDL), λιποπρωτεϊνών πολύ χαμηλής πυκνότητας και τριγλυκεριδίων και με χαμηλά επίπεδα λιποπρωτεϊνών υψηλής πυκνότητας. (R. Harrison 2005)

Η εμφάνιση θρομβοεμβολικών επεισοδίων είναι συχνή σε παχύσαρκα άτομα από θρόμβους φλεβών των κάτω άκρων, γιατί τα άτομα αυτά δεν κινούνται πολύ και έτσι έχουμε φλεβική στάση με οίδημα στα κάτω άκρα και κίρσους. (Α. Αβραμίδης 2007)

B. Υπέρταση. Η παχυσαρκία συχνά συνδυάζεται με υπέρταση, γιατί με την υπερβολική πρόσληψη τροφής λαμβάνεται και μεγαλύτερη ποσότητα αλατιού και ζωικού λίπους από ό, τι χρειάζεται καθημερινά. Από πολλές μελέτες έχει φανεί θετική σχέση υπερβολικού βάρους και υπέρτασης, όχι μόνο στους ενήλικες αλλά επίσης και σε παιδιά. Μια αύξηση στο ΜΣΒ από 100% - 110% προκαλεί αύξηση της συστολικής πίεσης κατά 7mmHg. Η παχυσαρκία μαζί με την υπέρταση, λόγω δυναμικής συνεργασίας, αυξάνουν τον κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις. Με την ελάττωση του βάρους του σώματος ελαττώνεται ταυτόχρονα και η αρτηριακή πίεση. Έτσι σε παχύσαρκους ενήλικες, που είναι σε δίαιτα αδυνατίσματος, για κάθε 10% ελάττωση βάρους αναμένεται μείωση της συχνότητας των εμφραγμάτων κατά 20%, γιατί ελαττώνεται η πίεση, η χοληστερόλη και η γλυκόζη του αίματος. Επιπρόσθετες μελέτες έδειξαν ότι μία μέση απώλεια βάρους 8.3kg συνδεόταν με μέση μείωση της πίεσης της τάξης των 14/13mmHg, σε σύγκριση με μείωση 12/8mmHg στην ομάδα που έπαιρνε φαρμακευτική αγωγή και 9/4mmHg μείωση στην ομάδα που έπαιρνε ομοίωμα φαρμάκων. Πολλοί ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι μία απώλεια βάρους 5kg χαμηλώνει σημαντικά την πίεση αίματος των υπέρτασικών ατόμων, αλλά δεν έχουν εξακριβώσει τον τρόπο δράσης στον ανθρώπινο μεταβολισμό.

Η παχυσαρκία είναι ο κυριότερος παράγοντας για την υπέρταση. Αλλαγές στο βάρος σώματος σε χρονικό διάστημα 8 χρόνων, σχετίζονταν με μεταβολές τόσο στη

συστολική όσο και στη διαστολική πίεση. Πολύ παχύσαρκες γυναίκες στη 4^η δεκαετία της ζωής τους είχαν επτά φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν υπέρταση σε σύγκριση με ισχνές γυναίκες της ίδιας ηλικίας. Επίσης άνδρες με κεντρική παχυσαρκία έχουν μεγαλύτερη τάση προς υπέρταση σε σύγκριση με εκείνους που έχουν περιφερική παχυσαρκία. (Σ. Ράπτης 1998)

Διαταραχές αναπνευστικού συστήματος λόγω παχυσαρκίας

A. Πνευμονική νόσος. Η παχυσαρκία μπορεί να συνοδεύεται από διάφορες πνευμονικές ανωμαλίες. Αυτές περιλαμβάνουν την ελαττωμένη ενδοτικότητα του θωρακικού τοιχώματος, την αύξηση του έργου της αναπνοής, την αύξηση του κατά λεπτό αερισμού οφειλόμενη στον αυξημένο μεταβολικό ρυθμό και την ελάττωση της ολικής πνευμονικής χωρητικότητας και της λειτουργικής υπολειπόμενης χωρητικότητας. Η σοβαρή παχυσαρκία μπορεί να συνοδεύεται από αποφρακτική υπνική άπνοια και από το “Σύνδρομο Υποαερισμού της Παχυσαρκίας”. Η υπνική άπνοια μπορεί να είναι αποφρακτική (συνηθέστατα), κεντρογενής ή μεικτή. Η απώλεια βάρους (10 – 20 kg) μπορεί να επιφέρει ουσιαστική βελτίωση όπως μπορεί και η σημαντική απώλεια βάρους μετά από γαστρική παράκαμψη ή περιοριστική χειρουργική επέμβαση. Η συνεχής θετική πίεση του αεραγωγού έχει χρησιμοποιηθεί με κάποια επιτυχία. (Θ. Ντολάτζας 2001)

B. Σύνδρομο υποαερισμού (Σύνδρομο Pickwick). Το σύνδρομο παχυσαρκίας – υποαερισμού είναι μία ετερογενής ομάδα νόσων με διάφορες κλινικές εκδηλώσεις. Η υπερυπνηλία που μπορεί να παρατηρηθεί σε παχυσαρκία είναι μια εκδήλωση νυχτερινής άπνοιας. Στα άτομα αυτά, μόλις επέλθει ο ύπνος, η απόφραξη των ανώτερων αναπνευστικών οδών προκαλεί υποξαιμία και υπερκαπνία, με αποτέλεσμα αφύπνιση, με επιστροφή της φυσιολογικής αναπνοής. Κάθε νύχτα συμβαίνουν πολλά τέτοια επεισόδια, που οδηγούν σε χρόνια στέρηση ύπνου και υπνηλία στη διάρκεια της ημέρας. Ο συνδυασμός της ιδιοσυστασίας του παχύσαρκου μαζί με την χαλάρωση των φαρυγγικών μυών λόγω του ύπνου πιστεύετε ότι είναι η αιτία της διαλείπουσας απόφραξης των ανώτερων αναπνευστικών οδών. Μερικές φορές τα επεισόδια αυτά είναι επικίνδυνα για τη ζωή (προκαλούν σοβαρές καρδιακές αρρυθμίες) και απαιτούν μακροχρόνια θεραπεία με τραχειοστομία. Ο χρόνιος υποαερισμός κατά τη διάρκεια της ημέρας συνήθως δεν

είναι τόσο σοβαρός όσο εκείνος που παρατηρείται κατά τον ύπνο και που οφείλεται σε ανωμαλίες των αναπνευστικών κέντρων. Ασθενείς με υποαερισμό εμφανίζουν βραδεία ανταπόκριση υποαερισμού σε υπερκαπνία και υποξία και αναπτύσσουν συχνά υπερκαπνία και υποξαιμία λόγω ελαττωμένου βασικού αερισμού. Επιπρόσθετα, από μηχανικούς παράγοντες μπορεί να προκύψει διαταραχή αερισμού – αιμάτωσης. Σε σοβαρές περιπτώσεις πολυκυτταραιμίας μπορεί να εμφανιστεί πνευμονική υπέρταση και πνευμονική καρδιά. Η ελάττωση του σωματικού βάρους αναστρέφει τις ανωμαλίες αυτές αν αρχίσει πριν αναπτυχθεί μόνιμη καρδιακή βλάβη. Μερικοί παχύσαρκοι ασθενείς με άπνοια ύπνου και υπερβολική υπνηλία δεν εμφανίζουν ημερήσιο υποαερισμό και έχουν φυσιολογική ανταπόκριση αερισμού στην υποξία και την υπερκαπνία. Θεραπευτικά, στο σύνδρομο παχυσαρκίας – υποαερισμού έχουν χρησιμοποιηθεί προγεσταγόνα, επειδή αυτά διεγείρουν την ανταπόκριση αερισμού στην υπερκαπνία και την υποξία σε φυσιολογικά άτομα. Η μεδροξυπρογεστερόνη αυξάνει τον αερισμό και βελτιώνει την καρδιακή ανεπάρκεια και την ερυθροκυττάρωση στους ασθενείς αυτούς, αν και η αποφρακτική άπνοια του ύπνου συνεχίζεται. (Λ. Φωτόπουλος 2003)

Ηπατοχολιφόρο σύστημα – η συχνότητα της χολολιθίασης στα παχύσαρκα άτομα

Σύμφωνα με μελέτη που έγινε από τον τομέα Ενδοκρινολογίας – Διαβήτη – Μεταβολισμός, του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, με σκοπό τη εύρεση της επίδρασης της παχυσαρκίας στον επιπολασμό της χολολιθίασης, καθώς και εάν η απώλεια βάρους αυξάνει την συχνότητά της ή ευνοεί την εμφάνισή της, τα αποτελέσματα ήταν τα εξής: η συχνότητα γνωστής χολολιθίασης στο σύνολο ήταν 6.28% (χολοκυστεκτομή & γνωστή χολολιθίαση χωρίς ιστορικό χολοκυστεκτομής), με ποσοστό στους άνδρες 3.81% και στις γυναίκες 6.88%. σε άτομα με ΔΜΣ < 30, η συχνότητα ήταν 4.5%, παρόμοια για άνδρες και γυναίκες, ενώ σε αυτά με ΔΜΣ > 30 ήταν 7.8%, με ποσοστά στους άνδρες 3.2% και τις γυναίκες 9.23%. η συχνότητα χολολιθίασης στις μη παχύσαρκες γυναίκες χωρίς παιδιά ήταν 2.0%, με ένα παιδί 4.3%, με δύο παιδιά 6.4%, με τρία παιδιά 7.1%, ενώ στις παχύσαρκες 6.6%, 7.6%, 12.6% και 7.8%, αντίστοιχα. Η χολολιθίαση στα παχύσαρκα άτομα συσχετίζεται με το γυναικείο φύλο, την ηλικία, τον αριθμό των τοκετών, το ΔΜΣ και το ποσό του σωματικού λίπους. Στα μη παχύσαρκα άτομα σχετίζεται με την ηλικία, των αριθμό

των κυήσεων, το λόγο περιμέτρων μέσης / ισχίων και το ποσό του περιτοναϊκού λίπους. Παχύσαρκα άτομα που δεν προσπάθησαν ποτέ να χάσουν βάρος, είχαν συχνότητα χολολιθίασης 5.74%, ενώ απώλεια < του 10 κιλών στο παρελθόν αυξάνει την συχνότητα σε 6.24% και απώλεια > 10 κιλών σε 7.09%.

Συμπεράσματα. Η συχνότητα της χολολιθίασης είναι μεγαλύτερη στους παχύσαρκους, στις γυναίκες, στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και στις πολύτοκες. Η θεραπευτική απώλεια ικανού βάρους αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισής της. (Χ. Κανδηλώρος και συν. 1999)

Μία άλλη επιπλοκή είναι η λιπώδης διήθηση του ήπατος. Στην παχυσαρκία με πιο σοβαρή εκδήλωση παρουσιάζεται η «μη αλκοολική στεανονέκρωση» που μοιάζει πολύ με την μη αλκοολική ηπατίτιδα. Το ενδιαφέρον είναι ότι, όταν το σωματικό βάρος πλησιάσει στο φυσιολογικό, το ήπαρ αποκαθίσταται πλήρως, κάτι που δεν συμβαίνει με άλλες ηπατοπάθειες. (Α. Μόρτογλου 1996)

Ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές – πώς επιδρά η παχυσαρκία στην ανάπτυξη του Σ.Δ τύπου II;

Ο κίνδυνος ανάπτυξης ΣΔ 2 αναφέρεται αυξημένος, τουλάχιστον κατά δύο φορές, στην ήπια παχυσαρκία, πέντε φορές στη μέτρια και δέκα φορές στην παθολογική. Με την τεχνική της «ευγλυκαιμικής υπερινσουλιναϊας» (euglycaemic hyperinsulinaemic clamp) σε παχύσαρκα άτομα, έχει διαπιστωθεί θετική συσχέτιση BMI και επιπέδων ινσουλίνης νηστείας. Παρακολούθηση παχύσαρκων μέχρι και δέκα χρόνια, έδειξε στο τέλος της μελέτης, ότι ποσοστό 70% των ατόμων παρουσίασε επιδείνωση της ομοιοστασίας της γλυκόζης (παθολογική ενοχή στη γλυκόζη ή ΣΔ 2). Οι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ενήλικες 20 - 44 χρονών, που διατηρούν σταθερό το βάρος τους, έχουν σχετικό κίνδυνο εκδήλωση ΣΔ 2 σε μεγαλύτερη ηλικία 3.8 φορές υψηλότερο, συγκριτικός με άτομα της ίδιας ηλικίας, αλλά φυσιολογικού βάρους. Όταν η παχυσαρκία εμφανίζεται σε μεγαλύτερη ηλικία, φαίνεται πως ο κίνδυνος είναι μικρότερος. Από τα δεδομένα αυτά φαίνεται, ότι για την εμφάνιση ΣΔ 2, σημαντικό ρόλο παίζει η χρονική διάρκεια και όχι μόνο η σοβαρότητα της παχυσαρκίας. (Χ. Τούντας 2003)

Άλλες επιπλοκές της παχυσαρκίας στο ενδοκρινικό και μεταβολικό σύστημα είναι: η ουρική αρθρίτιδα ή μόνο υπερουριχαιμία καθώς και οι υπερλιπιδαιμίες

(υπερτριγλυκεριδαιμία και υπερχολιστεριναιμία). Τέλος, εμφανίζονται διαταραχές στη λειτουργία των επινεφριδίων (νόσος Cushing). (C. Fairburn 1999)

Πώς η παχυσαρκία καταπονεί το μυοσκελετικό μας σύστημα;

Η παχυσαρκία βλάπτει και τη σπονδυλική μας στήλη, που ως γνωστόν είναι ουσιαστικής σημασίας λειτουργικό σύστημα του οργανισμού μας. Η σπονδυλική στήλη είναι η βάση ολόκληρου του σώματός μας και χάρη σε αυτή μπορούμε να στεκόμαστε όρθιοι, να εκτελούμε διάφορες απλές ή πολυπλοκότερες κινήσεις και κατά συνέπεια πρέπει να φροντίσουμε να τη διατηρούμε σε άριστη κατάσταση. Δυστυχώς, όμως, ανάμεσα στα τόσα άλλα προβλήματα με τα οποία την επιβαρύνουμε, ξεχωρίζει η καταπόνηση στην οποία την υποβάλλουμε έχοντας πάνω μας περισσότερα κιλά από ότι θεωρείται σαν ιδανικό βάρος.

Το υπερβολικό βάρος αναγκάζει τους δίσκους που βρίσκονται ανάμεσα στους σπονδύλους να πιέζονται, να φθείρονται και να δημιουργούν τόσα προβλήματα και μαζί με αυτά πόνους, που δεν είναι και μικρή υπόθεση. Για να καταλάβουμε το πόσο κακό κάνει στη σπονδυλική μας στήλη το υπερβολικό βάρος θα πρέπει να αναλογισθούμε τον εαυτό μας φορτωμένο με δύο βαριές τσάντες όταν γυρίζουμε από την αγορά με ψώνια. Οι κινήσεις μας ζορίζονται, κουραζόμαστε πιο γρήγορα και όταν πια γυρίσουμε σπίτι το πρώτο πράγμα που σκεφτόμαστε είναι να αφήσουμε τις τσάντες και να καθίσουμε σε μια καρέκλα να αναπαυθούμε.

Το κακό της υπόθεσης του βάρους είναι ότι δεν το παίρνουμε απότομα και συνολικά όπως στην περίπτωση του παραδείγματός μας. Το βάζουμε πάνω μας ή μάλλον το φορτώνουμε στη σπονδυλική μας στήλη αργά αργά και σταδιακά, ώστε να μην το καταλαβαίνουμε. Το πόσο κακό όμως μας κάνει αυτή η αδιαφορία μας, το καταλαβαίνουμε όταν πλέον το βάρος που έχει συσσωρευτεί είναι σημαντικό (Ε. Μανωλίδης 1987)

Η παχυσαρκία όμως οδηγεί στην αλλαγή της θέσεως κάποιων σπονδύλων, με αποτέλεσμα τη συμπίεση των νεύρων που διέρχονται ανάμεσα από τις αρθρώσεις των σπονδύλων. Αυτή η συμπίεση οδηγεί με τη σειρά της στην παροχή μη κανονικής νευροηλεκτρομηχανικής ενέργειας προς τα διάφορα όργανα του οργανισμού που νερώνονται από αυτά. Παρατεταμένη αμέλεια σε μια τέτοια κατάσταση μπορεί να έχει πολύ δυσάρεστα αποτελέσματα. Οι πόνοι είναι σίγουροι. Οι βλάβες στα διάφορα

όργανα αναπόφευκτες. Αποτέλεσμα όλων αυτών των ανωμαλιών είναι η καταστροφή της υγείας μας. (D. Grant – J. Joici 1995)

Η λύση στο πρόβλημα αυτό είναι η ταχτική οστεοπαθητική θεραπεία, η οποία βοηθάει στην επαναφορά της δομοστατικής ισορροπίας της σπονδυλικής μας στήλης και απομακρύνει τους πόνους, και τον κίνδυνο. Είναι επομένως εμφανές ότι η παχυσαρκία δεν ωφελεί αλλά βλάπτει και γι' αυτό θα πρέπει να φιντίσουμε να διατηρούμαστε στα επίπεδα του ιδεώδους βάρους. (Α. Αγγελόπουλος και συν. 2001)

Αλλαγές δέρματος λόγω αυξημένου βάρους

Στο δέρμα λόγω της παχυσαρκίας προκαλούνται ραβδώσεις, κάλοι του πέλματος καθώς και πολλαπλά θηλώματα. (Σ. Ράπτης 1998)

Παχυσαρκία και νεοπλάσματα

Ο μηχανισμός ή οι μηχανισμοί με τους οποίους το επιπλέον βάρος αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο δεν είναι γνωστοί σύμφωνα με τη Διεθνή Επιτροπή Έρευνας του καρκίνου αλλά και την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Μελέτης της παχυσαρκίας του Π.Ο.Υ, η παχυσαρκία συσχετίζεται θετικά και σταθερά με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού, του ενδομήτριου, του παχέος εντέρου και του νεφρού. Μακροπρόθεσμη μελέτη της Αμερικανικής Εταιρείας για τον καρκίνο έδειξε ότι η θνησιμότητα από καρκίνο ήταν αυξημένη ανάμεσα σε αυτούς που είχαν σωματικό βάρος αυξημένο κατά 40% ή και περισσότερο. Επίσης αυτή η μελέτη έδειξε ότι ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του ορθού ήταν οι κύριες αιτίες για αυξημένη θνησιμότητα ανάμεσα στους άνδρες, ενώ ο καρκίνος του μαστού, του τραχήλου, ότι ενδομήτριου, της μήτρας και των ωοθηκών ήταν οι κύριες αιτίες αυξημένης θνησιμότητας ανάμεσα στις γυναίκες. (Κ. Τσαβδαρίδης 1999)

Αναπαραγωγικές και σεξουαλικές δυσλειτουργίες

Η παχυσαρκία προκαλεί προβλήματα κατά την κύηση και τον τοκετό καθώς αυξάνει ο κίνδυνος εμφάνισης οιδήματος, υπέρτασης και προεκλαμψίας. Συνδέεται επίσης και με την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη κατά την εγκυμοσύνη. Προκαλεί ανωμαλίες στην έμμηνο ρύση και συχνά οι κύκλοι είναι χωρίς ωορρηξία. Στα παχύσαρκα άτομα

εμφανίζεται μειωμένη γονιμότητα και όπως έχει παρατηρηθεί γυναίκες με βάρος άνω των 59 kg αντιμετωπίζουν το φαινόμενο της εμμηνόπαυσης σε μεταγενέστερη ηλικία σε σχέση με αυτές που είναι πιο αδύνατες. (M. Stoppard 1996)

Κοινωνικές – ψυχολογικές επιπτώσεις

Οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας είναι πολλαπλές. Είναι πάθηση που εκτός του ότι συντομεύει τη ζωή, καταστρέφει και την ποιότητα της ζωής. Συνοδεύεται από προβλήματα πλυσχιδή π.χ αισθητικά (ηθοποιοί που χάνουν την αίγλη τους), κοινωνικά (μοναξιά, απομόνωση, αποστροφή), επαγγελματικά (δυσκολία σε ανεύρεση εργασίας) κ.λ.π.

Συχνά στα παχύσαρκα παιδιά και στους ενήλικες προκαλούνται ψυχολογικά προβλήματα, όπως αίσθημα μειονεκτικότητας και τάση για κοινωνική απομόνωση. Τα βασικά χαρακτηριστικά είναι ακατάστατες διαιτητικές συνήθειες, διακυμάνσεις του βάρους του σώματος και πολύ συχνά το σύνδρομο της βραδινής και νυχτερινής υπερφαγίας. Το σύνδρομο αυτό είναι αποφυγή προγεύματος και γεύματος με υπερφαγία στο δείπνο και αργότερα τη νύχτα και συχνά με ταυτόχρονη παρακολούθηση τηλεόρασης. Στις πιο σοβαρές μορφές παχυσαρκίας παρατηρείται κοινωνική απομόνωση, αρνητική στάση, κατάθλιψη, αδράνεια, απάθεια, έλλειψη πρωτοβουλίας, αδιαλλαξία, άγχος (άσχημη αντίληψη για το σώμα και τα διάφορα μέρη του). Η παχυσαρκία επηρεάζει ακόμη και τη σχολική απόδοση στα παιδιά. (Θ. Ντολάτζας 2001)

Άλλες επιπλοκές

Άλλες επιπλοκές που προκαλούνται στα παχύσαρκα άτομα είναι ο αυξημένος κίνδυνος στις χειρουργικές επεμβάσεις καθώς και στην αναισθησία που γίνεται πριν από αυτές. Τα παχύσαρκα άτομα έχουν μειωμένη σωματική ευκινησία, η οποία προκαλεί αυξημένη επιρρέπεια σε δυστυχήματα. Η διάγνωση ασθενειών στα παχύσαρκα άτομα καθίσταται δύσκολη. Ως γνωστόν η θνησιμότητα είναι αυξημένη. Η παχυσαρκία μπορεί να επηρεάσει την έκβαση νοσηλευόμενων ασθενών . Όπως έχει αποδειχθεί οι παχύσαρκοι ασθενείς παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα μετεγχειρητικών επιπλοκών, δηλαδή διαπύηση τραυμάτων και κηλών σε σχέση με αδύνατους ασθενείς.

Οι αναπνευστικές επιπλοκές παρουσιάζονται σε παχύσαρκους σε στατιστικά σημαντικά αυξημένα επίπεδα σε σχέση με τους μη παχύσαρκους ασθενείς . Η συχνότητα της φλεβοθρόμβωσης είναι 4 – 5 % σε παχύσαρκους ασθενείς και μόνο 0.5 – 1 % σε μη παχύσαρκους. Ανάλογα στοιχεία υπάρχουν και για την εμφάνιση θανατηφόρου πνευμονικής εμβολής. Το συμπέρασμα λοιπόν είναι ότι όσο πιο παχύσαρκος είναι ένας ασθενής τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος των επιπλοκών μετεγχειρητικά σε σχέση μ' έναν μη παχύσαρκο ασθενή. (Φ. Καλφαρέντζος 1989)

3.2 Πρόληψη της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία δημιουργεί προβλήματα υγείας και κοινωνικών σχέσεων και στα παιδιά και στους ενήλικες. Η δοξασία ότι τα παχύσαρκα παιδιά μπορούν να χάσουν εύκολα τα κιλά τους όταν αρχίσουν να προβληματίζονται για την εμφάνισή τους δεν έχει την ελάχιστη δόση αλήθειας. Γι' αυτό και η πρόληψη της παχυσαρκίας είναι η μόνη λύση. Αυτή πρέπει να έχει την αφετηρία της στην παιδική ηλικία. Ξεκινώντας νωρίς είναι σημαντικό για δύο λόγους: κατ' αρχήν, γιατί η παχυσαρκία κατά την παιδική ηλικία τις περισσότερες φορές συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή του ατόμου. Το 70% των παχύσαρκων παιδιών ηλικίας 10-13 ετών εξελίσσονται σε παχύσαρκους ενήλικες. Αντίθετα, ελάχιστα παιδιά με κανονικό βάρος εξελίσσονται σε παχύσαρκους ενήλικες.

Ο άλλος λόγος που επιβάλλει την πρόληψη της παχυσαρκίας είναι η αποτροπή της δημιουργίας κυττάρων λίπους που δημιουργούνται κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Οι παχύσαρκοι ενήλικες που ξεκίνησαν παχύσαρκοι από παιδιά, έχουν να αντιμετωπίσουν το διπλό πρόβλημα του μεγάλου αριθμού και του μεγάλου μεγέθους των κυττάρων λίπους που διαθέτουν.

Σε επίπεδο πρόληψης, τα περισσότερα παιδιά δεν χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα και προσπάθεια για να ελέγξουν το βάρος τους. Αυτά που χρειάζονται κάποια ιδιαίτερη μεταχείριση είναι όσα έχουν στην οικογένεια ιστορικό παχυσαρκίας, ή όσα ήδη είναι παχύσαρκα. Στην περίπτωση αυτή η προσπάθεια πρέπει να επικεντρωθεί στην βελτίωση της διατροφής τους και την άσκηση, ενώ είναι απόλυτα απαραίτητο να συμπεριληφθούν στο προληπτικό αυτό πρόγραμμα και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. (Σ. Πιπεράκης 2002)

Μορφές πρόληψης

Γενικά, τρεις προσεγγίσεις υπάρχουν όσον αφορά στην πρόληψη της παχυσαρκίας: η γενική πρόληψη, η επιλεκτική και η εξειδικευμένη.

Τα μέτρα γενικής πρόληψης, που απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού, πρέπει να αποβλέπουν στη σταθεροποίηση του επιπέδου παχυσαρκίας και τελικά στη μείωση της επίπτωσης και του επιπολασμού της. Η επιλεκτική πρόληψη αποβλέπει στην εκπαίδευση τμημάτων του πληθυσμού με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας, έτσι ώστε να είναι σε θέση να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τους παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι και λειτουργούν ενισχυτικά στην εγκατάσταση της νόσου. Η εξειδικευμένη πρόληψη προσδοκά την αποφυγή πρόσληψης βάρους από τα άτομα εκείνα που ήδη υπέρβαρα και έχουν βιολογικούς δείκτες αυξημένης εναπόθεσης λίπους στο σώμα τους, χωρίς ακόμη όμως να θεωρούνται παχύσαρκα. (Γ. Βεσκούκη και συν. 2003)

Προληπτικές προσεγγίσεις

Απαραίτητη είναι η ανάπτυξη στρατηγικών δημόσιας υγείας, στο πλαίσιο και με τη συμβολή:

- ∅ Του κράτους, που θα προωθεί ευνοϊκές για τον πολίτη περιβαλλοντικές ρυθμίσεις και πολιτικές προστασίας από τα διατροφικά «σκουπίδια» και θα στηρίζει θεσμικά και οικονομικά προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας.
- ∅ Της τοπικής αυτοδιοίκησης, που θα είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη κοινοτικών προγραμμάτων, επικεντρωμένων στον μαζικό αθλητισμό και στην ανάδειξη της σωματικής δραστηριότητας ως αναπόσπαστου στοιχείου της καθημερινότητας όλων των ατόμων.
- ∅ Του σχολείου, που θα διδάσκει την υγεία μέσα από εμπειριστατωμένα προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας και θα ελέγχει την ποιότητα των παρεχόμενων διατροφικών προϊόντων εντός αυτού.
- ∅ Των γονέων, που θα συμμετέχουν στα σχολικά και κοινωνικά προγράμματα και θα συμβάλλουν στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού «περιβάλλοντος» για τα παιδιά τους.

Καθοριστικό και τελικό μέρος οποιασδήποτε προληπτικής παρέμβασης είναι η αξιολόγηση, η οποία απαιτεί ενδεικτικές επισκοπήσεις όχι μόνο για να μετράται η

επίπτωση του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας, αλλά και να προσδιορίζεται ο βαθμός κατά τον οποίο η ανάγκη για αλλαγή του τρόπου ζωής έχει αναγνωρισθεί και έχει γίνει συνείδηση στον πληθυσμό – στόχο.

Πρόληψη υποτροπής της παχυσαρκίας

Έχει βρεθεί ότι, όταν στο πλαίσιο της παχυσαρκίας λαμβάνονται υπόψη ορισμένοι γνωστικοί συμπεριφορικοί παράγοντες, τα μακροχρόνια αποτελέσματα είναι καλύτερα. Τέτοιοι παράγοντες είναι:

- Ø Υιοθέτηση «συμβολαίου» ρεαλιστικών στόχων απώλειας βάρους.
- Ø Μεταστροφή προτύπων από αισθητικά σε πρότυπα υγείας.
- Ø Προειδοποίηση περί πιθανής υποτροπής.
- Ø Έμφαση στην αλλαγή του τρόπου ζωής.
- Ø Ενίσχυση τεχνικών αυτοελέγχου.
- Ø Αποδοχή του γενετικού παράγοντα και της χρονιότητας της νόσου.
- Ø Τακτική επικοινωνία παχύσαρκου με θεράποντα ιατρό.

Η δεύτερη σημαντική παράμετρος, πλην της γνωστικής – συμπεριφορικής, είναι αυτή της σωματικής δραστηριότητας. Οι περισσότερες μέχρι σήμερα μελέτες συνηγορούν υπέρ της συσχέτισης μεταξύ σωματικής δραστηριότητας και μικρότερης υποτροπής βάρους. Πλην των επιβεβαιωμένων μεταβολικών μεταβολών, πιθανολογείται ότι ουσιώδη ρόλο διαδραματίζει η σωματική δραστηριότητα στη διατροφική συμμόρφωση, καθώς και σε ψυχολογικούς παράγοντες, όπως τη διάθεση, στο αίσθημα ευεξίας και αυτοεκτίμησης.

Η πρόληψη υποτροπής της παχυσαρκίας συνιστά εφόρου ζωής προσπάθεια, μια διαδικασία ιδιαίτερα επίπονη κατά την οποία πρέπει να στέκονται αρωγοί το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του ατόμου. (A. Prentice 1998)

Υποχρεώσεις της πολιτείας και της επιστημονικής κοινότητας

Η πολιτεία πρέπει και μπορεί να είναι ο κύριος αρωγός στην πρόληψη της παχυσαρκίας, με μια σειρά θεσμοθετημένες ενέργειες, όπως:

- Ø Προώθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στα σχολεία, με έμφαση στη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα και τις γενικές αρχές υγείας.

- Ø Ανάπτυξη κέντρων άθλησης σε περιοχές με εύκολη προσπέλαση από το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.
 - Ø Εξασφάλιση πλήρους και υγιεινής διατροφής για το σύνολο του πληθυσμού.
 - Ø Δημιουργία υποδομής στους κρατικούς φορείς για την αποτελεσματική και γρήγορη αντιμετώπιση εκείνων των κοινωνικών ομάδων που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας.
 - Ø Η επιστημονική κοινότητα δύναται να συμβάλλει θετικά στον τομέα της πρόληψης, δραστηριοποιούμενη προς:
 - Ø Την προώθηση στο κοινωνικό σύνολο της γνώσης ότι η παχυσαρκία είναι ισχυρότατος προδιαθεσικός παράγοντας για την εμφάνιση και επιδείνωση καρδιαγγειακών και άλλων παθήσεων, ακόμη και όταν είναι μέτριας βαρύτητας.
 - Ø Τον σχεδιασμό και την εκτέλεση βασικής έρευνας, που τα αποτελέσματά της θα μπορούν να εφαρμόζονται σε προληπτικά προγράμματα ευρείας απήχησης.
 - Ø Τη συνεχή συνεχή επιστημονική κατάρτιση αλλά και ανάπτυξη κάθε επιστημονικής δραστηριότητας, με βασικό κριτήριο την κατανόηση, τον σεβασμό στην προσωπικότητα και τις ανάγκες του παχύσαρκου ατόμου.
 - Ø Την ανάπτυξη δεξιοτήτων διεπιστημονικής συνεργασίας και ομοψυχίας, με στόχο το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για το άτομο που αντιμετωπίζει το πρόβλημα.
- (Α. Μόρτογλου 1996)

Συμπεράσματα – στρατηγικές πρόληψης της παχυσαρκίας

Από τις μελέτες που αναφέρονται ενδεικτικά παραπάνω, καθώς και από το σύνολο της δραστηριότητας στον τομέα των διατροφικών παρεμβάσεων σε παιδιά, είτε στο χώρο του σχολείου είτε και εκτός αυτού, προκύπτουν καταρχήν σημαντικές προκλήσεις για το μέλλον, όπως ότι χρειάζεται να δοκιμαστούν αποτελεσματικότερες προσεγγίσεις σε αγόρια. Επιπλέον, χρειάζεται να υπάρξουν περισσότερες παρεμβάσεις στο σπίτι και την τοπική κοινωνία και να μην περιορίζονται μόνο στο σχολικό χώρο. Απαιτούνται δηλαδή περισσότερα προγράμματα που θα αφορούν τον πληθυσμό ως σύνολο και λιγότερο το άτομο ως μονάδα, καθότι η ιδιαιτερότητες κάθε ατόμου δεν μπορούν να προσεγγίσουν το ίδιο αποτελεσματικά από ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας.

Τα προγράμματα, όπως εφαρμόζονται σήμερα, δίνουν ικανοποιητικά βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα, συνεπώς πρέπει να συνεχιστούν και να

αναπτυχθούν περαιτέρω, εφόσον συγκεντρώνεται όλο και περισσότερη εμπειρία που μπορεί στο μέλλον να χρησιμοποιηθεί για την κατάρτιση ενός οδηγού καλής πρακτικής (Αθήρωμα 2007).

Η πρόληψη της παχυσαρκίας γίνεται με την εφαρμογή ορισμένων πολύ απλών κανόνων υγιεινής διατροφής και τη σωματική άσκηση. Στην πραγματικότητα οι κανόνες αυτοί βοηθούν αποφασιστικά και στην πρόληψη ενός μεγάλου φάσματος παθήσεων. (Δ. Βελέντζας – Δ. Τριάδη 2002)

3.2.1 Διατροφή και παχυσαρκία

Βασικό μέλημα επομένως στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι απλά ο περιορισμένος των προσλαμβανόμενων θερμίδων. Συγκεκριμένα το λίπος είναι το συστατικό της τροφής που κατέχει σημαντικό ρόλο στην αύξηση του σωματικού βάρους και είναι το πρώτο που πρέπει να μειωθεί. Το λίπος δεν προκαλεί κορεσμό, δεν απαιτεί πολύ μάσηση και έχει ευχάριστη γεύση, αποθηκεύεται στον οργανισμό μας πιο εύκολα και 1 γρ. λίπους περιέχει 9 θερμίδες , ενώ 1 γρ. υδατάνθρακες ή πρωτεΐνες περιέχουν 4 θερμίδες. Είναι φανερό, λοιπόν, ότι ο περιορισμός του λίπους είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που οδηγεί σε απώλεια βάρους. Επίσης, συνίσταται η αύξηση κατανάλωσης σύνθετων υδατανθράκων, δηλαδή ψωμί και δημητριακά ολικής άλεσης με παράλληλη αποφυγή κατανάλωσης απλών υδατανθράκων, π.χ ζάχαρη. Οι υδατάνθρακες είναι απαραίτητοι σε ένα πρόγραμμα απώλειας βάρους καθώς είναι τα συστατικά εκείνα που προσδίδουν ενέργεια στο σώμα. Σε ό, τι αφορά στις πρωτεΐνες, συνιστώνται εκείνες με τα λιγότερα λιπαρά. Άπαχα γαλακτοκομικά προϊόντα, άπαχο κρέας, αυγά και ψάρια, είναι επίσης απαραίτητα καθώς περιέχουν τα απαραίτητα αμινοξέα που χρειάζεται ο ανθρώπινος οργανισμός. (Κ. Cook 2005) Τα φρούτα και τα λαχανικά πρέπει να υπάρχουν καθημερινά στο διαιτολόγιο. Αυτές οι τροφές έχουν χαμηλή θερμιδική αξία, πολλές βιταμίνες και ιχνοστοιχεία και είναι πλούσιες σε φυτικές ίνες. Συνιστάται η κατανάλωση τουλάχιστον 5 μερίδων φρούτων και λαχανικών ημερησίως. Μόνο έτσι καλύπτονται οι ημερήσιες ανάγκες του ανθρώπινου οργανισμού σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία, συστατικά απαραίτητα για την προαγωγή της υγείας και τη σωστή λειτουργία του οργανισμού. Πρόκειται δηλαδή για διόρθωση της υπερβολικής ενεργειακής πρόσληψης, αλλά και της ποιότητας της τροφής. Στόχος είναι πάντα η

βοήθεια του ασθενή έτσι ώστε να βρει μια διατροφική ισορροπία. Συνιστάται να βοηθηθεί ο παχύσαρκος ώστε να εκτιμά την διατροφική του πρόσληψη, γνωρίζοντας το ενεργειακό περιεχόμενο των τροφών. Συμπληρωματικά, η τήρηση διατροφικού ημερολογίου είναι ένα αρκετά χρήσιμο εργαλείο. Απαραίτητη προϋπόθεση επίσης, είναι η θεραπεία των διαταραχών της διατροφικής συμπεριφοράς, διότι τα επεισόδια υπερφαγία, η νυχτερινή υπερφαγία και τα συχνά ενδιάμεσα γεύματα, είναι πηγές σημαντικής θερμιδικής πρόσληψης και ο έλεγχός τους μπορεί να είναι αρκετός για τη μείωση του υπερβάλλοντος βάρους. (S. Abraham – D. Jones 1990)

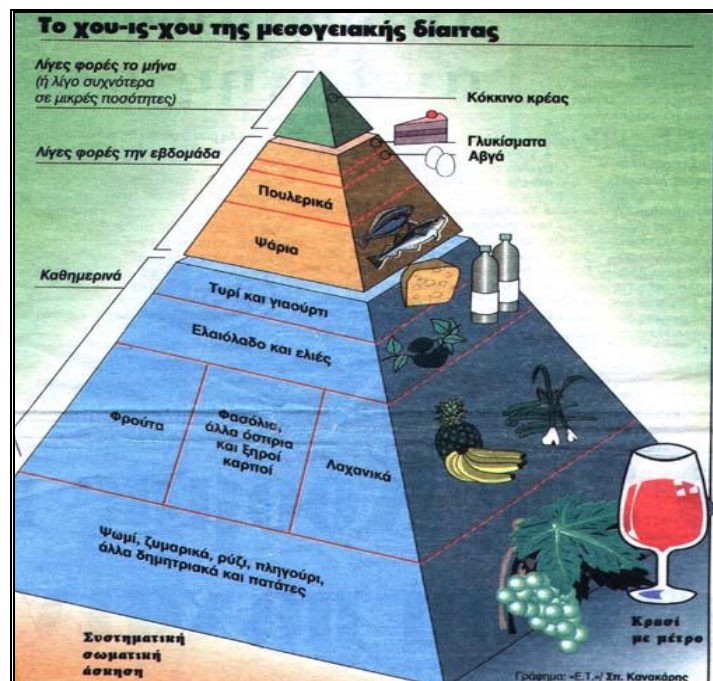
Μεσογειακή Δίαιτα

Η Μεσογειακή δίαιτα έχει αναγνωρισθεί από πολλούς επιστήμονες έπειτα από συνεχείς έρευνες, θεωρείται ο ιδανικότερος και πιο ισορροπημένος τρόπος διαίτας για τη σωματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου αλλά και για την πρόληψη της παχυσαρκίας. Η Μεσογειακή δίαιτα δρα προληπτικά κατά του καρκίνου, της καρδιοπάθειας, της παχυσαρκίας, του διαβήτη και άλλων παθήσεων. Δυστυχώς όμως η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας, οι αλλαγές στη ζωή της οικογένειας και γενικά ο σύγχρονος πολιτισμός άλλαξε το ελληνικό διαιτολόγιο. Η κατανάλωση άφθονων κρεάτων, η κατάχρηση λιπαρών και γλυκαντικών ουσιών, τα οινοπνευματώδη, η μείωση των δημητριακών, των οσπρίων, των φρούτων, των χορταρικών, του ελαιόλαδου είναι τα κύρια χαρακτηριστικά περισσότερο της σύγχρονης διατροφής. Ως αποτέλεσμα, η αύξηση των θανάτων που έχουν σημειωθεί από πρόσφατες στατιστικές μελέτες αποδίδονται κατά ένα μέρος στην εγκατάλειψη της Μεσογειακής διαίτας. (C. Townsend – R. Roth 2000)

Η Μεσογειακή δίαιτα συστήνει:

- Ø Σωστές και υγιεινές διατροφικές συνήθειες.
- Ø Σπιτικό φαγητό.
- Ø Ισορροπημένη διατροφή.
- Ø Καθημερινά πρωινό.
- Ø Να μην παραλείπονται τα γεύματα.
- Ø Τον παραδοσιακό τρόπο διατροφής ως οδηγό.
- Ø Προτίμηση σε όσπρια, δημητριακά, φρούτα, χορταρικά και νωπό ελαιόλαδο.

- ∅ Περισσότερες φορές ψάρι αντί κρέας.
- ∅ Την κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε φυτικές ίνες.
- ∅ Την αντικατάσταση του άσπρου ψωμιού με μαύρο.
- ∅ Την προτίμηση τροφίμων βραστών ή ψητών.
- ∅ Την αποφυγή των τηγανιτών, του αλατιού και άλλων πρόσθετων.
- ∅ Την αποφυγή της υπερκατανάλωσης γλυκών και αναψυκτικών.
- ∅ Την αποφυγή των οινοπνευματωδών.
- ∅ Τη συχνή χρήση νερού και την αποφυγή ροφημάτων με καφεΐνη. Το νερό είναι ο καλύτερος διαλύτης.
- ∅ Το ήρεμο και ευχάριστο κλίμα την ώρα του φαγητού.
- ∅ Την αργή και καλή μάσηση της τροφής.
- ∅ Τη συστηματική και καθημερινή άσκηση που εξασφαλίζει το κανονικό βάρος και την υγεία.
- ∅ Την καλλιέργεια καταναλωτικής και περιβαλλοντικής συνείδησης. (S. Renaud 1996)



Εικόνα 17. Πυραμίδα Μεσογειακής Διατροφής. (Δ. Βελέντζας – Δ. Τριάδη 2002)

Η θέση των προϊόντων light στην παχυσαρκία

Σε άρθρο του με τίτλο «Too much of a good thing» ο καθηγητής Allred του Πανεπιστημίου του Οχάιο, τονίζει ότι τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα στην Αμερική

δόθηκε πολύ μεγάλη έμφαση στη μείωση της κατανάλωσης λιπών με αποτέλεσμα την αύξηση της κατανάλωσης προϊόντων light. Παρόλα αυτά, οι ειδικοί τονίζουν ότι τα προϊόντα αυτά μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας και την πρόληψη των ασθενειών εφόσον καταναλώνονται σωστά.

Σημαντικό ρόλο παίζει η ενημέρωση και η σωστή επισήμανση των τροφίμων. Ο καταναλωτής πρέπει να γνωρίζει τη θερμιδική περιεκτικότητα των τροφίμων light. Υπάρχουν τέτοια τρόφιμα που παρόλο που περιέχουν λιγότερο λίπος και θερμίδες από τα κανονικά προϊόντα, εξακολουθούν να είναι τρόφιμα υψηλής θερμιδικής αξίας και μπορούν να χρησιμοποιούνται μόνο σε μικρές ποσότητες και μόνο στα πλαίσια μιας σωστής και ισορροπημένης διατροφής.

Για να μπορέσουν να χρησιμοποιηθούν σωστά τα προϊόντα light στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας θα πρέπει:

- ∅ Να επιλέγονται προϊόντα που εκτός από χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπη και ζάχαρη είναι και μειωμένης θερμιδικής περιεκτικότητας.
- ∅ Να καταναλώνονται σε ίσες και όχι μεγαλύτερες ποσότητες από ότι τα αντίστοιχα πλήρους περιεκτικότητας τρόφιμα.
- ∅ Να μην αυξάνεται η κατανάλωση άλλων τροφίμων σαν αποτέλεσμα της χρήσης προϊόντων light.
- ∅ Να συμπεριλαμβάνονται σε μια πλήρη θρεπτικά ισοζυγισμένη μακροχρόνια δίαιτα. (Μ. Χασαπίδου 2007)

3.2.2 Σωματική άσκηση και παχυσαρκία

Η αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας παγκοσμίως, εκτός από την αυξημένη πρόσληψη τροφής, οφείλεται και στη σημαντική μείωση της σωματικής δραστηριότητας. Η καθημερινή δραστηριότητα αποτελούσε τμήμα της καθημερινής ζωής στο παρελθόν και περιελάμβανε το περπάτημα, τη χειρονακτική εργασία και τις οικιακές εργασίες χωρίς τους σημερινούς αυτοματισμούς.

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, με τους αυτοματισμούς και την καθιστική ζωή, οδήγησε σε σημαντική μείωση της αναγκαστικής σωματικής δραστηριότητας. Είναι ανάγκη

τόσο για την πρόληψη όσο και για τη θεραπεία της παχυσαρκίας, να υποκατασταθεί η δραστηριότητα αυτή με καθημερινή σωματική άσκηση.

Η σωματική άσκηση έχει αναμφισβήτητη συνεισφορά στη καλή υγεία και τον έλεγχο του σωματικού βάρους, ωστόσο οι δυσκολίες για την συστηματική ενασχόληση με αυτήν είναι πολλές (έλλειψη χώρου, χρόνου και υποδομών, καθώς και της ανάλογης παιδείας). (Σ. Καραγιαννόπουλος 1997)

Οι μεθοδικές ασκήσεις και το σωστό διαιτολόγιο επιτυγχάνουν μείωση του βάρους και σωστή διαμόρφωση του σώματος του παχύσαρκου.

Όλα τα παχύσαρκα άτομα χαρακτηρίζονται από νωθρότητα. Αυτό οφείλεται στο αυξημένο βάρος και όγκο του σώματός τους, πράγμα που τους περιορίζει την ελευθερία των κινήσεων. Η έλλειψη άσκησης κάνει τους μύες ολόκληρου του σώματος να ατροφίσουν. Αν ένα παχύσαρκο άτομο ακολουθήσει μόνο μία διαιτητική αγωγή σίγουρα θα μειώσει τον όγκο του λιπώδη ιστού του, αλλά θα δημιουργήσει χαλάρωση του δέρματος και ατροφία των μυών, ιδιαίτερα σε άτομα κάποιας ηλικίας. (Ε. Τσαούλα 1995)

Ενεργειακή κατανάλωση κατά την άσκηση

Η ενεργειακή κατανάλωση με τη σωματική δραστηριότητα δεν είναι τόσο υψηλή, όσο συνήθως πιστεύεται. Παρόλα αυτά, αθροιστικά και μακροπρόθεσμα τα αποτελέσματα της άσκησης είναι σημαντικά. Για παράδειγμα αν ένας άνθρωπος μέσου σωματικού βάρους ανεβαίνει και κατεβαίνει τα σκαλιά ενός διώροφου κτιρίου καθημερινά, θα χάσει σε ένα χρόνο περίπου 3 κιλά. Για ουσιαστική μείωση βάρους, η άσκηση θα πρέπει να γίνεται 4 – 5 φορές εβδομαδιαίως και να διαρκεί 45 λεπτά έως 1 ώρα κάθε φορά. Είναι σημαντικό η σωματική άσκηση να μη συνοδεύεται από την παράλληλη αύξηση της ενεργειακής πρόσληψης.

Η συστηματική άσκηση συμβάλλει στη διατήρηση του μυϊκού ιστού κατά τη φάση της απώλειας βάρους και μειώνει σημαντικά την επανάκτηση του βάρους. Η κολύμβηση και η ήπια σωματική άσκηση αποτελούν την καλύτερη άσκηση για τα παχύσαρκα άτομα. Το περπάτημα και το τρέξιμο θα πρέπει να προτείνονται. Η ανταγωνιστική άσκηση και τα παιχνίδια με μπάλα εμπεριέχουν αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού για τα παχύσαρκα άτομα. Τέλος στην απώλεια βάρους σημαντικά συμβάλλουν οι αλλαγές στην καθημερινή ζωή, όπως η χρήση κλίμακας αντί ανελκυστήρα κ.λ.π.

Τα 30 λεπτά μέτριας έντασης σωματικής δραστηριότητας τις περισσότερες μέρες της εβδομάδας προσφέρουν σημαντικό όφελος στην υγεία του παχύσαρκου ατόμου. Υπάρχουν όμως σημαντικές ενδείξεις ότι απαιτείται μεγαλύτερη σωματική δραστηριότητα προκειμένου να επιτευχθεί σημαντική απώλεια βάρους. Έτσι 60-80 λεπτά καθημερινής άσκησης ή 2000 θερμίδες σε μέσης ή μεγάλης έντασης άσκησης εξασφαλίζουν την απώλεια και κυρίως τη διατήρηση σημαντικού ποσού από το απολεσθέν βάρος. (C. Chen 2002)

Οφέλη σωματικής άσκησης

Γενικά με την άσκηση βελτιώνεται η κυκλοφορία του αίματος και η λειτουργία του καρδιακού μυός, αιματώνονται οι μύες και αυξάνει ο μυϊκός τόνος, το λίπος συρρικνώνεται, το νευρικό σύστημα χαλαρώνει, διοχετεύεται περισσότερο οξυγόνο στους ιστούς και ελαττώνεται η αρτηριακή πίεση. Με την άσκηση μειώνεται η τυχόν παθολογική υπερτρυγλυκεριδαιμία του παχύσαρκου ατόμου και αυξάνεται το ποσοστό της HDL – χοληστερόλης. Αντιθέτως, μειώνεται η αναλογία LDL – χοληστερόλης. Τέλος η άσκηση επιδρά θετικά στην καρδιακή λειτουργία.

Οι έντονες ασκήσεις ενισχύουν το καρδιαγγειακό σύστημα και συμβάλουν σημαντικά στην ελάττωση του σωματικού βάρους. Όταν το άτομο είναι αρκετά υπέρβαρο, θα πρέπει να ξεκινά με ελαφρότερες ασκήσεις όπως έντονο βάδισμα. (S. Alters – W. Schiff 1998)

Γιατί πρέπει να γυμναζόμαστε

- Ø Από κατασκευής του το σώμα μας είναι τέτοιο, που χρειάζεται κίνηση και συνεχή δράση. Η ακινησία και η αδιαφορία θα μας «σκουριάσει».
- Ø Η καθημερινή άσκηση μας κρατάει σε φόρμα. Σώμα που γυμνάζεται, δύσκολα αρρωσταίνει και γρήγορα επανέρχεται στην κατάσταση της πλήρους υγείας.
- Ø Η γυμναστική θα σας δώσει ζωντάνια, ενεργητικότητα, διάθεση, πνευματική ηρεμία και σωματική ακεραιότητα.
- Ø Η γυμναστική θα σας βοηθήσει να ζήσετε περισσότερα χρόνια και πιο ευτυχισμένα.
- Ø Η γυμναστική σας διώχνει την κούραση, την μονοτονία, την ανία, το στρες.

- ∅ Η γυμναστική βοηθάει στη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού και δεν αφήνει τις περιττές ουσίες να μείνουν μέσα του ή να χειροτερέψουν την κατάστασή του.
- ∅ Η γυμναστική βοηθάει σε μία γενική τόνωση του μυοσκελετικού μας συστήματος, επαναφέρει στο φυσιολογικό της αδρανοποιημένες λειτουργίες του οργανισμού μας, διώχνει από πάνω μας το πάχος και δίνει μια πιο ευχάριστη εμφάνιση.
- ∅ Η γυμναστική είναι κίνηση. Κίνηση σημαίνει ζωή. Ακίνησία σημαίνει θάνατος. (Ε. Μανωλίδης 1987)

Κίνδυνοι από την υπερβολική άσκηση

Η υπερβολική άσκηση θέτει σε κίνδυνο την υγεία όχι μόνο του παχύσαρκου ατόμου αλλά και του υγιούς. Η παρατεταμένη σωματική άσκηση προκαλεί κόπωση στον οργανισμό από το σχηματισμό γαλακτικού οξέος και προκαλεί μυϊκούς πόνους, αϋπνία, ελάττωση της όρεξης και καρδιακές διαταραχές.

3.3 Η ψυχολογία της παχυσαρκίας

Τα παχύσαρκα άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα. Πιστεύουν ότι τους λείπει η θέληση, ως πρόσωπο χάνουν το κουράγιο τους και εν πάση περιπτώσει παρουσιάζουν έλλειμμα. Για συντροφιά προτιμούν τους λεπτούς αν και μερικοί επιθυμούν παρέα παχύσαρκων ίσως για να ενισχύονται στο αίτημα συγνώμης. Ως προς τα συναισθηματικά το πράγμα είναι δύσκολο και έτσι αναπτύσσεται η ζήλια που μπορεί να έχει μέσα της το φθόνο. Ο παχύσαρκος ζει σε αυτόν τον κόσμο και προσπαθεί να κινηθεί από τη μια πλευρά όπου βασιλεύει η σύγχυση, καμιά φορά και η κόλαση και από την άλλη πλευρά όπου βασιλεύει η χαρά και η υπερηφάνεια. Στην δεύτερη περίπτωση γίνεται άνθρωπος που κερδίζει τον παράδεισο επειδή στο τέλος τα κατάφερε, έχασε βάρος και αδυνάτισε.

Το πάχος διεθνώς είναι ένα στίγμα. Στιγματίζεται το παχύσαρκο άτομο και ενώ αυτά είναι δεδομένα ο Γ. Ανδρικόπουλος σύμβουλος του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. (Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας), πληροφορεί ότι η παιδική παχυσαρκία στην Ελλάδα έχει λάβει απειλητικές διαστάσεις καθώς το 30% των παιδιών είναι υπέρβαρα εκ των οποίων 14% είναι παχύσαρκα. Και αυτό παρά το γεγονός ότι το στιγματισμό αισθάνονται

όλοι οι υπέρβαροι, συμπεριλαμβανομένων και των νέων ομολογούν μέσα τους ότι δεν ήθελαν να γίνουν υπέρβαροι, ότι αισθάνονται σαν να μην έχει ο άλλος ενδιαφέρον για εκείνους, ότι δεν είναι αγαπητοί. Μπορεί κανείς να συμπεράνει ότι ο στιγματισμός της παχυσαρκίας δεν δίνεται από τρίτο πρόσωπο αλλά από τον εσωτερικό κόσμο του παχύσαρκου. Η στεναχώρια του παχύσαρκου αυξάνεται από την δήλωση αδυναμίας να χάσει βάρος.

Αλλά η λύση του προβλήματος έχει μόνο έναν δρόμο, το αδυνάτισμα. Ολιγοθερμιδική τροφή και καθημερινή σωματική άσκηση π.χ. με βάδισμα μισή-μία ώρα την ημέρα. Τότε όλα αρχίζουν να χαμογελούν και ο υπέρβαρος μπαίνει στη σφαίρα της υπερηφάνειας, η καρδιά χτυπάει πιο ήρεμα, η υψηλή πίεση υποχωρεί, στο αίμα το σάκχαρο βρίσκεται σταθερά κάτω από 100 και η χοληστερίνη κατεβαίνει κάτω από 200. Στους ηλικιωμένους η αναπνοή γίνεται καλύτερη και ο άνθρωπος ανεβαίνει τους τρεις ορόφους του γραφείου χωρίς να δυσφορεί με τα πόδια. Ακούει το βήμα του χωρίς να έχει πόνο στις αρθρώσεις και μετά τα 70 και 80 εμφανίζεται κομψός στους δρόμους και όχι να ζει στο παρασκήνιο από αδυναμία, καρδιά ή κάποιο εγκεφαλικό. (Κ. Τούτουζας 2006)

Ποιες οι σκέψεις λοιπόν και τα συναισθήματα ενός παχύσαρκου ατόμου; Τα άτομα με παχυσαρκία έχουν στο ιστορικό τους πολλές αποτυχημένες απόπειρες δίαιτας, για αυτό και είτε προσπαθούν να απωθήσουν το πρόβλημα και δεν ασχολούνται καθόλου με το βάρος τους, είτε ασκούν έντονη κριτική στον εαυτό τους για την ανικανότητά του να ελέγξει την παρόρμησή του για φαγητό. Επίσης τα άτομα με παχυσαρκία συνήθως αποφεύγουν να μιλούν για θέματα που σχετίζονται με βάρος, δίαιτες ή μόδα. Πολλές φορές αισθάνονται ενοχές και τύψεις για το υπερβολικό τους βάρος, ενώ συχνά παρουσιάζουν καταθλιπτική διάθεση. Εντούτοις υπάρχουν και αρκετές περιπτώσεις ατόμων με παχυσαρκία που το περιβάλλον τους φαίνεται ότι ενισχύει την αδυναμία τους για το φαγητό (λ.χ. οικογένειες παχύσαρκων ατόμων), γεγονός που τα ενθαρρύνει να ακολουθήσουν αυτό το μοντέλο ζωής. (Γ. Βασιλειάδης)

Η κοινωνική συμπεριφορά ενός παχύσαρκου ατόμου και ο κοινωνικός ρατσισμός που αντιμετωπίζει

Η κοινωνική συμπεριφορά των ατόμων με παχυσαρκία ποικίλει ανά περίπτωση. Αρκετά άτομα με παχυσαρκία εμφανίζουν ιδιαίτερα χαμηλή αυτοεκτίμηση και

ικανότητα διεκδικητικότητας στις κοινωνικές τους σχέσεις, γεγονός που τα κάνει να καταφεύγουν αντισταθμιστικά στην υπερβολική κατανάλωση τροφής, για να πάρουν ενίσχυση και ευχαρίστηση. Παρόλα ταύτα υπάρχει και μια μεγάλη μερίδα παχύσαρκων ατόμων που το υπερβολικό βάρος φαίνεται ότι δεν αποτελεί εμπόδιο στην κοινωνική τους ζωή, αφού χαρακτηρίζονται από αυξημένη κοινωνικότητα και διατηρούν πολύ καλές διαπροσωπικές σχέσεις.

Οι άνθρωποι που πάσχουν από παχυσαρκία αντιμετωπίζουν καθημερινά την αποδοκιμασία των συνανθρώπων τους. Η σύγχρονη έμφαση στο αθλητικό, λεπτό και νεανικό σώμα έχει καθορίσει σε μεγάλο βαθμό όχι όνο τι θεωρούμε όμορφο και αποδεκτό, αλλά και τα μεγέθη των ρούχων, αντικειμένων κ.λ.π., που είναι διαθέσιμα στην αγορά.

Η παχυσαρκία δεν κρύβεται. Έτσι οι παχύσαρκοι άνθρωποι αποτελούν μια περιθωριοποιημένη μειονότητα. Με την αύξηση του καταναλωτισμού η εξωτερική εμφάνιση παίζει όλο και σημαντικότερο ρόλο στη ζωή μας. Η ομορφιά -με τη συμβατική έννοια- προβάλλεται σαν μια από τις βασικές μορφές κοινωνικής ισχύος που μπορεί να έχει το άτομο. Έτσι η κοινωνική απόρριψη και η ψυχολογική πίεση που βιώνουν οι άνθρωποι που πάσχουν από παχυσαρκία συνεχώς εντείνεται.

Η ομαδική θεραπεία δίνει περεταίρω την ευκαιρία να μοιραστεί κανείς παρόμοιες ανησυχίες με συμπάσχοντες αλλά και αντλήσει κουράγιο από τη συλλογική προσπάθεια όπως και γνώση από την εμπειρία των συνανθρώπων του.

Για όσους δεν είναι έτοιμοι να μοιραστούν, η εχεμύθεια της προσωπικής επαφής σε μια δυαδική θεραπεία δίνει την ευκαιρία να διερευνηθούν τα προσωπικά ίσως συναισθήματα.

Η απόφαση να δώσει κανείς σφαιρική απάντηση στην πολύπλοκη νόσο της παχυσαρκίας εγγυάται όχι μόνο καλύτερα αλλά και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. (Σ. Χατζηδημητρίου 2006)

Σχέση ασθενή – ιατρού

Για να εφαρμοστεί μια ικανοποιητική θεραπεία η σχέση του αρρώστου με το γιατρό είναι καθοριστικής σημασίας.

Το παχύσαρκο άτομο είναι πράγματι πολύ ευαίσθητο στη συμπεριφορά, στην κάθε λεπτομέρειά της, του γιατρού που εμπιστεύεται. Επομένως ο γιατρός δεν πρέπει να υποτιμήσει τα σημεία που μπορούν να του φανούν χρήσιμα για να δημιουργήσει ένα

κατάλληλο κλίμα επαφής αυτού και του παχύσαρκου, μια «γέφυρα» ταύτισης και εμπιστοσύνης.

Χωρίς αυτή την ευτυχή σύνδεση ο παχύσαρκος μπορεί να χάσει βάρος αλλά σίγουρα θα επαναποκτήσει το ίδιο ή περισσότερο από πριν. Δεν θα ξαναβρεί το κουράγιο να εμφανιστεί και πάλι μπροστά στο θεράποντα ιατρό, ούτε θα ψάξει άλλον και θα ξαναρχίσει από την αρχή τις εξετάσεις, τις δίαιτες και τις διάφορες θεραπείες.

Αυτή η παλινδρόμηση μεταξύ επιτυχίας και αποτυχίας είναι τυπική στο άτομο που δεν κατόρθωσε να αναπτύξει μια ικανοποιητική σχέση με το περιβάλλον που βρίσκεται (ιατρό, ιατρείο, νοσοκομείο κ.τ.λ.). Το πιο συχνό λάθος σε αυτή την κατεύθυνση είναι να «τιμωρηθεί» ο παχύσαρκος γιατί ακριβώς είναι τέτοιος ή γιατί αδυνατεί να χάσει βάρος παρόλη τη θεραπεία. Η συμπεριφορά της τιμωρίας του θεραπευτή, διαιωνίζει στον ασθενή μια αίσθηση κατωτερότητας και υποδούλωσης που τον βγάζει από τις ευθύνες εκτός του ότι του ξαναξυπνάει τις επιθετικές τάσεις προς την θεραπεία και το θεράποντα ιατρό.

Έτσι ένα ικανοποιητικό κλίμα μεταξύ γιατρού και ασθενή καθιστά πιο εύκολη και αποτελεσματική τη θεραπεία. (Εγκ.Υγεία 1987)

Η σχέση του ασθενή και του ιατρού στην περίπτωση «δεν τρώω τίποτε και παχαίνω»

Η περίπτωση αυτή είναι μία από τις δυσκολότερες καταστάσεις στη σχέση ιατρού και ασθενούς, γιατί περιγράφει κάτι που βιολογικά είναι αδύνατο, στο οποίο όμως ο ασθενής πιστεύει έντονα, με βάση την υποκειμενική γνώση που έχει για τον εαυτό του. Κάθε επιστημονικό επιχείρημα κατά της πεποίθησης αυτής του ασθενούς, προκαλεί την αντίδρασή του, γιατί αισθάνεται μία αμφισβήτηση της αξιοπιστίας του από τον ιατρό. Έτσι προσπαθεί να υποστηρίξει την τοποθέτησή του με περαιτέρω επιχειρήματα.

Φυσικά, μπορεί να γίνει μία προσπάθεια να επιτευχθεί μεγαλύτερη αντικειμενικότητα μέσω ενός ημερολογίου διατροφής. Αν όμως ο ασθενής εξακολουθεί να αυξάνει το σωματικό του βάρος, ο ιατρός γίνεται δύσπιστος και προσπαθεί να τον ελέγξει μόνο μέσω του ημερολογίου τα αποτελέσματα του οποίου πολλές φορές δικαιώνουν τον ασθενή. Σήμερα γνωρίζουμε ότι τα ημερολόγια διατροφής και η παρατήρηση της διατροφικής συμπεριφοράς είναι δυνατό να οδηγήσουν, σε μεγάλο βαθμό, σε εσφαλμένες εκτιμήσεις.

Τα άτομα που κάνουν τέτοιου είδους σφάλματα περιγράφονται ως «Small Eaters» χωρίς να έχει ακόμη ξεκαθαριστεί πώς και γιατί εμφανίζονται αυτά τα λάθη στις εκτιμήσεις. Οι άνθρωποι αυτοί έχουν την υποκειμενική αίσθηση ότι κυριολεκτικά τρώνε λίγο και όποιος αμφισβητεί το γεγονός αυτό τους αδικεί.

Ένας τρόπος αποφυγής τέτοιου είδους αδιέξοδων καταστάσεων είναι η αποδοχή των πεποιθήσεων του ασθενούς. Προσλαμβάνει τις θερμίδες αλλά αξιοποιεί καλά το λίπος και γι' αυτό δεν μπορεί να χάσει βάρος. Με αυτή τη χωρίς ελπίδα προοπτική, ο ιατρός μπορεί να αντιμετωπίσει τον ασθενή. Έτσι στην επικέντρωση στον ασθενή στη συζήτηση που θα ακολουθήσει, ο ασθενής θα συνειδητοποιήσει τις ευθύνες του και θα προσπαθήσει ο ίδιος να σκεφτεί τις πιθανές λύσεις.

Ο ιατρός μπορεί να προτείνει μία διευκρίνιση κατάστασης συστήνοντας ένα ημερολόγιο διατροφής προκειμένου να γίνει ανάλυση των βιταμινών και των μεταλλικών στοιχείων. Μετά την αποδοχή των ισχυρισμών του ασθενούς ο ιατρός μπορεί να συμφωνήσει στην εφαρμογή για μία εβδομάδα Τυποποιημένης Δίαιτας με ακριβή περιορισμό της προσλαμβανόμενης ενέργειας με σκοπό να πραγματοποιηθεί μια 'κλινική δοκιμασία της κατάστασης των θρεπτικών ουσιών του ασθενούς'. Σε αυτές τις περιπτώσεις έχει νόημα η σύσταση ενός διαιτητικού προγράμματος με προτεινόμενες τροφές και θρεπτικά συστατικά. Το αποτέλεσμα είναι να επανέρχεται καταρχάς μία βελτίωση της παρατήρησης του ασθενούς για τον εαυτό του, δεδομένου ότι δεν μπορεί να του δοθεί κίνητρο για να χάσει βάρος, αν επιμένει ότι το σωματικό του βάρος αυξάνεται χωρίς να τρώει καθόλου. (T.Ellrott – V.Pudel 2002)

Ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή και της ομαδικής θεραπείας

Σε μια θεραπευτική σχέση –ομαδική ή δυαδική- το άτομο έχει την ευκαιρία να διερευνήσει σε βάθος τις ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις της νόσου του και απαλλαγμένο από τα συναισθήματα ενοχών και το γνωστό κοινωνικό στιγματισμό να βοηθηθεί αντλώντας από τον δικό του πλούτο ψυχικών δυνάμεων, με τη σωστή πάντα καθοδήγηση, στο να βρει τη δύναμη να επιφέρει μεγάλες αλλαγές στην υγεία και τη ζωή του.

Σε μια περίοδο τέτοιων μεγάλων αλλαγών και συναισθηματικών προκλήσεων ο ψυχοθεραπευτής είναι εκεί να προσφέρει το ουδέτερο και εμπιστευτικό περιβάλλον και τη γνώση του στο άτομο που τα χρειάζεται.

Η ομαδική θεραπεία δίνει περαιτέρω την ευκαιρία να μοιραστεί κανείς παρόμοιες ανησυχίες με συμπάσχοντες αλλά και αντλήσει κουράγιο από τη συλλογική προσπάθεια όπως και γνώση από την εμπειρία των συνανθρώπων του.

Για όσους δεν είναι έτοιμοι να μοιραστούν, η εχεμύθεια της προσωπικής επαφής σε μια δυαδική θεραπεία δίνει την ευκαιρία να διερευνηθούν τα προσωπικά ίσως συναισθήματα.

Η απόφαση να δώσει κανείς σφαιρική απάντηση στην πολύπλοκη νόσο της παχυσαρκίας εγγυάται όχι μόνο καλύτερα αλλά και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. (Σ. Χατζηδημητρίου 2006)

Ψυχολογικά οφέλη από την απώλεια βάρους

Τα ψυχολογικά οφέλη των χειρουργικών μέτρων για τη μείωση του βάρους είναι τόσο σαφή όσο τα σωματικά. Καθώς προχωράει η απώλεια βάρους, οι ασθενείς βλέπουν πιο ευνοϊκά το σώμα τους και αποκτούν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση σχετικά με την προσωπικότητά τους. Οι περισσότερες γυναίκες βλέπουν τον εαυτό τους περισσότερο θηλυκό και πιο ελκυστικό σεξουαλικά. Δεν υπάρχει όμως αλλαγή στη συχνότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας ή στη σεξουαλική απόλαυση. Έχουν λιγότερες μεταβολές στη διάθεσή τους και νιώθουν πιο σίγουρες, εκδηλωτικές και άνετες. γίνονται πιο κοινωνικές, ασχολούνται λιγότερο με το βάρος τους και είναι λιγότερο πιθανό να τρώνε περισσότερο από όσο σκόπευαν στα γεύματα ή μεταξύ των γευμάτων. Παρά τα θετικά αυτά ευρήματα, πολλές άλλες νιώθουν πως εξακολουθούν να είναι μεγάλωσες και στις ψυχολογικές εξετάσεις έχουν την τάση να υπερτιμούν το μέγεθος του σώματός τους.

Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι οι πολύ παχύσαρκες γυναίκες που δεν μπόρεσαν να μειώσουν σημαντικά το βάρος τους με δίαιτα ή ίσως με σωματική άσκηση, ή δεν μπορούν να διατηρήσουν το μειωμένο βάρος, μπορεί να ωφεληθούν σωματικά και ψυχολογικά από την εγχείρηση αλλά πρέπει να σταθμίσουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των εγχειρήσεων. (Σ. Πιπεράκης 2002)

3.4 Αλήθειες και ψέματα για την παχυσαρκία

Στα δέκα περίπου χρόνια που ασχολούμαι ως γιατρός με την παχυσαρκία, σε κλινικό και ερευνητικό επίπεδο, κατανάλωσα πολύ περισσότερο χρόνο για να βγάλω από το μυαλό των ασθενών μου δεκάδες λανθασμένες γνώσεις και αντιλήψεις για το πρόβλημα “παχυσαρκία”, παρά για να τους μεταβιβάσω μερικές σωστές. Αυτό οφείλεται στο ότι έχουν έντεχνα περάσει στον κόσμο ιδέες που η μοναδική τους σκοπιμότητα είναι ο κακός εννοούμενος επαγγελματισμός. Αυτός είναι και ο λόγος που με έκανε να συμπεριλάβω ένα τέτοιο κεφάλαιο στο βιβλίο αυτό.

Ένας μεγάλος αριθμός “μαγικών” διαιτολογίων (ή διαιτολογίων του συρμού, όπως ονομάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία) που υπόσχονται γρήγορη και μόνιμη απάλλαγή από τα περιττά κιλά, έχει συσσωρευτεί τα τελευταία 20 χρόνια. Ίσως το μόνο εντυπωσιακό στις δίαιτες αυτές είναι τα ονόματα τους, οι παράδοξοι συνδυασμοί που προτείνουν, η ακόμα πιο παράδοξη αλληλουχία των τροφών που συστήνουν ή ακόμα και η “μονοφαγία”. Πολλές φορές επίσης άκουσα για δίαιτες που έλεγαν: 3 μέρες μόνο γιαούρτι, 2 μέρες μόνο κρέας, 1 μέρα μόνο ανανά, 2 μέρες μόνο αυγά και 2 μέρες μόνο ...προσευχή για να συγχωρεθεί η ψυχή τους. Αλλά και οι δίαιτες μόνο με ρύζι σε απεριόριστη ποσότητα ή μόνο με σταφύλια είναι, σε όλους που ασχολούνται με το πρόβλημα, αρκετά γνωστές.

Στα διαιτολόγια αυτά δεν υπάρχει καμία απολύτως επιστημονική βάση. Η απώλεια βάρους στηρίζεται πάντα στη μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας, στην προκαλούμενη οξέωση από την μεγάλη μείωση των υδατανθράκων ή αποστροφή που προκαλεί η “μονοφαγία”. Το μεγαλύτερο όμως πρόβλημα από αυτά τα διαιτολόγια, αν εξαιρέσουμε τις επιπτώσεις στην υγεία, είναι ο αποπροσανατολισμός από την ορθόδρομη αντιμετώπιση της νόσου “παχυσαρκία” αλλά και η μετέπειτα απογοήτευση των παχύσαρκων για κάθε σοβαρή προσπάθεια απώλειας βάρους αφού τους κάνουν να πιστεύουν ότι η ευθύνη της αποτυχίας είναι αποκλειστικά δική τους.

Θα προσπαθήσω στις παρακάτω γραμμές να ξεδιαλύνω μερικές έννοιες από αυτές που κυκλοφορούν ευρύτατα στο μέρος εκείνο του πληθυσμού που ασχολείται με την “δίαιτα”, είτε σαν θεραπευόμενος είτε όμως και σαν ...αυτοδίδακτος θεραπευτής. (Α. Μόρτογλου 1996)

«Είμαι δυσκοίλιος»

Πολλοί άνθρωποι αποδίδουν την ευκολία με την οποία, κατά την γνώμη τους, αυξάνει το σωματικό τους βάρος, σε προϋπάρχουσα ή πρόσφατα εγκατεστημένη δυσκοιλιότητα. Αυτό είναι απόλυτα αναληθές. Τα υπολείμματα των τροφών που καταλήγουν στο παχύ έντερο και από τα οποία σχηματίζονται τα κόπρανα, δεν έχουν καμία απολύτως θρεπτική αξία και έτσι όσο χρόνο και να μείνουν μέσα σε αυτό δεν πρόκειται να προσφέρουν περισσότερη ενέργεια στον οργανισμό και μέσω αυτής να αυξηθεί το βάρος.

Το σημείο αυτό πρέπει να γίνει καλά αντιληπτό γιατί δυστυχώς μεγάλος αριθμός ατόμων προσπαθεί να χάσει ή να διατηρήσει το βάρος του κάνοντας χρόνια χρήση καθαρτικών φαρμάκων. Το τελικό αποτέλεσμα στις περιπτώσεις αυτές είναι όχι μόνο να μην χάνει κανείς βάρος, και αν χάσει θα είναι μόνο νερό, αλλά επιπλέον δημιουργείται μεγάλη έλλειψη υγρών και ηλεκτρολυτών με αποτέλεσμα και βλάβη της υγείας, και μεγάλη μείωση των καύσεων του οργανισμού αλλά και μονιμοποίηση της δυσκοιλιότητας αφού το έντερο μαθαίνει να λειτουργεί μόνο με φάρμακα.

«Κάνω κατακράτηση υγρών»

Είναι η έκφραση με την μεγαλύτερη κυκλοφορία ακόμα και από το...καλημέρα μεταξύ του γυναικείου κυρίως πληθυσμού. Χρησιμοποιείται και από τους “πάσχοντες” για να δικαιολογήσουν την αύξηση του βάρους τους χωρίς να τρώνε πολύ, αλλά και από τους “θεραπευτές” για να δικαιολογήσουν την αποτυχία της εφαρμοζόμενης μεθόδου απώλειας βάρους.

Η αλήθεια είναι ότι γίνονται κάποιες μεταβολές στο ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών ανάλογα με τη φάση του κύκλου- αύξηση υγρών στο δεύτερο μισό του, δηλαδή προεμμηνορρυσιακά – αλλά επέρχεται άμεση αποκατάσταση μετά την εμφάνιση της περιόδου. Οι μεταβολές λοιπόν αυτές δεν έχουν ποτέ αθροιστικό χαρακτήρα αλλά καθαρά κυκλικό και έτσι δεν δικαιολογούν ποτέ προοδευτικά αυξανόμενη μεταβολή του σωματικού βάρους.

Ξεχάστε λοιπόν το φαινόμενο αυτό σαν πιθανή αιτία παχυσαρκίας και προπαντός ξεχάστε τη χρήση διουρητικών που πιθανώς κάνατε ή σκέφτεστε να κάνετε. Τα διουρητικά, όταν δεν υπάρχει ιατρική ένδειξη, αποτελούν μεγάλο κίνδυνο για τη σωματική αλλά και την ψυχική υγεία του ατόμου αφού είναι γνωστό ότι η χρήση τους,

σε συνδυασμό με καθαρτικά, είναι πολύ διαδεδομένη σε άτομα με βουλιμία αλλά και άτομα με ψυχογενή ανορεξία.

«Δεν τρώω πολύ και παχαίνω»

Θα πρέπει από την αρχή να γίνει σε όλους συνείδηση ότι ατομικές διαφορές που μας ξεχωρίζουν από τους άλλους ανθρώπους, ισχύουν πολύ περισσότερο στα θέματα διατροφής, αφού εδώ θα πρέπει να συνυπολογίσουμε και τις ενεργειακές ανάγκες του καθενός από εμάς που αναφέρονται στις καθημερινές σωματικές δραστηριότητες. Αυτό σημαίνει ότι το λίγο και το πολύ είναι έννοιες σχετικές. Το πολύ φαγητό για τον ένα είναι κανονικό ή και λίγο για τον άλλο και αντίστροφα. Η ποσότητα λοιπόν τροφής που είναι για σας πρέπει να είναι αυτή που διατηρεί το βάρος σας σε κανονικά επίπεδα. Αν με τις διαιτητικές συνήθειες που σας χαρακτηρίζουν το βάρος σας αυξάνει, αυτό σημαίνει ότι τρώμε περισσότερο από αυτό που εσείς προσωπικά χρειάζεστε. (T. Ellrott – V. Pudiel 2002)

«Μπορεί να αλλάξει ο μεταβολισμός μου;»

Είναι μια κλασική ερώτηση με έντονη απόχρωση βαθιάς επιθυμίας σχεδόν από το σύνολο των παχύσαρκων ατόμων. Η ιδέα αυτή έχει περάσει στο μυαλό των ενδιαφερομένων από καθαρά κερδοσκοπικούς λόγους των “Βιομηχανιών της Δίαιτας”.

Ο μεταβολισμός δεν αλλάζει, εκτός από τις πολύ λίγες εκείνες περιπτώσεις που υποκρύπτεται κάποια ενδοκρινική νόσος. Αλλά και στις περιπτώσεις αυτές, είναι τόσο πολλά τα γενικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο πάσχων, ώστε συνήθως επιζητά ιατρική βοήθεια για εκείνα και όχι για την παχυσαρκία του. Θα πρέπει εδώ να τονίσω ότι, κατά αλλά και μετά την οποιαδήποτε δίαιτα απώλειας βάρους, οι ενεργειακές ανάγκες του ατόμου-δηλαδή ο μεταβολισμός του- είναι πολύ μικρότερες από τις αρχικές. Αυτό σημαίνει ότι μετά την επίτευξη του επιθυμητού βάρους δεν μειώσει κανείς την ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής σταθερά και μόνιμα, η υποτροπή της παχυσαρκίας είναι ο κανόνας.

«Μόνο υγρά για αποτοξίνωση»

Πολλοί...σοφοί θεραπευτές της παχυσαρκίας συστήνουν για το ξεκίνημα μιας προσπάθειας απώλειας βάρους να προηγηθεί μια ή περισσότερες μέρες λήψη μόνο υγρών προκειμένου να... αποτοξινωθεί ο οργανισμός.

Είναι τουλάχιστον αστεία μια τέτοια άποψη αφού για την αποτοξίνωση του οργανισμού φροντίζουν κάθε δευτερόλεπτο το συκώτι και τα νεφρά μας. Αντίθετα, η παντελής στέρηση τροφής, αυξάνει την παραγωγή τοξινών, αφού καταβολίζονται οι ιστοί μας. Επιπλέον, η παρατηρούμενη μείωση του βάρους οφείλεται στην κατανάλωση του γλυκογόνου του ήπατος και των μυών, του οποίου κάθε γραμμάριο συγκρατεί 3 γραμμάρια νερού. Έτσι έχουμε απώλεια πρακτικά μόνο νερού, το οποίο βεβαίως αποκαθίσταται αμέσως μετά την επανασίτιση.

Την μέθοδο αυτή εφαρμόζουν δυστυχώς μόνες τους και πολλές νέες γυναίκες προκειμένου να επιτύχουν μεγάλη απώλεια σε μικρό χρονικό διάστημα. Το αποτέλεσμα; πρακτικά μηδενική πραγματική απώλεια, δηλαδή απώλεια λίπους και, επιπλέον, καταστροφή της υφής των ιστών και κατακρήμνιση της μεταβολικής τους δραστηριότητας με αποτέλεσμα την περαιτέρω αύξηση του βάρους τους σε δεύτερο χρόνο.

«Χημικές δίαιτες»

Πρόκειται για έναν απόλυτα παραπλανητικό όρο. Όλες οι τροφές είναι χημικές ουσίες και επομένως, με την ευρεία έννοια του όρου, όλες οι δίαιτες είναι χημικές. Στην πράξη χημικές δίαιτες είναι αυτές ελάχιστους ή καθόλου υδατάνθρακες (πατάτες, μακαρόνια, ψωμί, όσπρια, φρούτα κ.τ.λ.) με αποτέλεσμα τη δημιουργία οξέωσης (κέτωσης). Η οξέωση είναι ανεπιθύμητη κατάσταση, κάτι δηλαδή σαν μεταβολική δυσλειτουργία, στην προσπάθειά του δε ο οργανισμός να αποβάλλει την οξόνη από τα ούρα, δημιουργεί έντονη διούρηση και επομένως αφυδάτωση. Για αυτό και η απώλεια βάρους που παρατηρείται με τις δίαιτες αυτές είναι οτιδήποτε άλλο εκτός από λίπος. Έχει βρεθεί ότι μόνο ένα 10% της συνολικής απώλειας βάρους που προκύπτει από τις χημικές δίαιτες είναι λιπώδης ιστός. Σκεφτείτε δηλαδή ότι σε κάποιον που έχασε 20 κιλά, πραγματική απώλεια ήταν μόνο τα δυο. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους της ταχύτατης επανάκτησης του βάρους μετά την διακοπή της δίαιτας: είναι επανυδάτωση.

«Έλεγχος καύσεων με τα ούρα»

Είναι πολύ συνηθισμένη πρακτική στα κέντρα αδυνατίσματος, να παίρνουν δείγμα ούρων και να σου λένε μετά από 15 δευτερόλεπτα αν κάνεις ή όχι καύσεις και αν τηρείς ή όχι τις διαιτητικές οδηγίες.

Η αλήθεια είναι η εξής: βουτάνε μέσα στα ούρα μια ταινία που ανιχνεύει την οξόνη, αυτό δηλαδή που παρακολουθούν στα ούρα τους οι διαβητικοί και που όταν είναι θετικό μπαίνουν συνήθως για νοσηλεία στο νοσοκομείο. Στις περιπτώσεις όμως των διαιτολογικών κέντρων, αυτό που θεωρείται επιπλοκή για τους διαβητικούς, είναι μεγάλη επιτυχία για αυτούς. Σε συγχαίρουν όταν έχεις πολύ οξόνη και σε επικρίνουν όταν δεν έχεις. Αυτό δηλαδή που πρακτικά είναι επιπλοκή, θεωρείται από αυτούς επιτυχία.

Σκόπιμο είναι λοιπόν να ελέγχονται τα ούρα αλλά για τον ακριβώς αντίθετο λόγο. Αν υπάρχει σε αυτά οξόνη, θα πρέπει να αυξάνεται το ποσοστό των υδατανθράκων του διαιτολογίου ώστε να μηδενίζεται η παραγωγή οξονικών σωμάτων. Με τον τρόπο αυτό, η προκύπτουσα απώλεια βάρους είναι πρακτικά μόνο λιπώδης ιστός.

Θα πρέπει πάντως εδώ να τονιστεί ότι, τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν συχνά αντοχή στην οξέωση, δηλαδή εμφανίζουν πολύ πιο δύσκολα οξόνη, ακόμα και μετά στέρηση, από ότι τα λεπτόσωμα άτομα.

«Συνδυασμοί τροφών»

Τα τελευταία χρόνια, μια πολύ δημοφιλής μέθοδος απώλειας βάρους είναι ο συνδυασμός των τροφών, συστήνεται δηλαδή να μην καταναλώνει κανείς κατά την διάρκεια του ίδιου γεύματος πρωτεΐνες μαζί με υδατάνθρακες ή λίπος. Λέγεται π.χ. ποτέ να μην τρώτε κρέας με πατάτες ή μακαρόνια με κιμά αλλά μπορείτε να φάτε σε άλλο γεύμα το κρέας και σε άλλο τις πατάτες.

Η αλήθεια είναι ότι αν κανείς εφαρμόσει κάτι ανάλογο σε μακροχρόνια βάση, θα χάσει βάρος. Η απώλεια όμως αυτή οφείλεται όχι σε κάποιο μεταβολικό ή χημικό μηχανισμό αλλά στο ότι λόγω της μονοτονίας του γεύματος, η τελικά προσλαμβανόμενη ποσότητα τροφής θα είναι μικρότερη και έτσι η απώλεια βάρους θα προκύψει από το αρνητικό ενεργειακό ισοζύγιο. Θα πούμε βέβαια: αφού η μέθοδος λειτουργεί, άσχετα με το μηχανισμό, γιατί να μην την εφαρμόσουμε; Γιατί απλούστατα, η οποιαδήποτε θεραπευτική μέθοδος θα πρέπει να έχει εκπαιδευτικό

χαρακτήρα και πιθανότητα ισόβιας εφαρμογής, διαφορετικά η υποτροπή της παχυσαρκίας είναι ο κανόνας. Θα μπορέσετε σε ισόβια βάση να τρώτε σκέτο κρέας ή σκέτο ψωμί;

«Τοπικό αδυνάτισμα»

Πολλές, νέες κυρίως γυναίκες, τις απασχολεί η συγκέντρωση μεγαλύτερου ποσού λίπους σε ορισμένα σημεία του σώματός τους και συγκεκριμένα στους γλουτούς, προσπαθούν δε να το χάσουν εφαρμόζοντας σωρεία μεθόδων, οι οποίες βέβαια είναι και χρηματοβόρες και χρονοβόρες αλλά και ψυχοφθόρες αφού το τελικό αποτέλεσμα είναι συνήθως μηδαμινό.

Θα πρέπει να γίνει από την αρχή κατανοητό ότι δεν υπάρχει, μέχρι σήμερα τουλάχιστον, συντηρητική μέθοδος απώλειας τοπικού λίπους και αυτό για το που θα μοιραστεί το λίπος του σώματος είναι συνήθως γενετικά προκαθορισμένο, δηλαδή γραμμένο στον γενετικό μας κώδικα.

Η μόνη αποτελεσματική μέθοδος είναι η χειρουργική αφαίρεση του πλεονάζοντος λίπους, αλλά και αυτή έχει περιορισμένες μόνο ενδείξεις. Θα πρέπει το συνολικό ποσό του λίπους του σώματος να είναι φυσιολογικό και το προς αφαίρεση λίπος να έχει μικρή μόνο έκταση, διαφορετικά το μόνο που θα επιτευχθεί θα είναι μερικές ωραίες...λακκούβες.

Θα πρέπει να τονίσουμε πάντως ότι είναι φυσιολογικό να έχει η γυναίκα περισσότερο λίπος στο κάτω μέρος του σώματος. Η κατανομή αυτή δεν έχει επιπτώσεις στη γενική υγεία, είναι ένδειξη γονιμότητας, σεξουαλικότητας και είναι κάθε άλλο παρά αντιαισθητική, αν κοιτάξουμε τη σιλουέτα ανεπηρέαστοι από τα «ιδανικά μοντέλα» που μας πλασάρουν ο κινηματογράφος και η τηλεόραση.

3.5 Τι πρέπει να γνωρίζετε για μια δίαιτα

Πολύ συχνά άτομα καταφεύγουν σε ειδικές δίαιτες και χάνουν και ένα σύντομο χρονικό διάστημα 5 ή 10 κιλά για να τα ξαναπάρουν μετά από λίγο. Ωραία, μετά από μια τάλαιπωρία, σωματική και ψυχική, χάνει κανείς 5, 10, 15 κιλά σε λίγους μήνες και μετά; Το πιο δύσκολο είναι να διατηρήσεις το βάρος σου στο επιθυμητό επίπεδο και

αυτό γίνεται τρώγοντας από όλα, αλλά μειωμένη μερίδα. Αρχίζοντας μια δίαιτα πρέπει να ξέρετε ότι:

- Ø Πρέπει να τρώει κανείς πριν πεινάσει. Το να τρως είναι το καλύτερο ανορεξιογόνο, πρέπει να παίρνει πρωινό και να μην παραλείπει τα γεύματα. Αντιθέτως, πρέπει να υπάρχουν 5 γεύματα τη μέρα, πρωινό, δεκατιανό, μεσημεριανό, απογευματινό και βραδινό. Φυσικά, αυτά τα 5 γεύματα να έχουν σχετικά λίγες θερμίδες.
- Ø Τρώτε αργά και μασάτε καλά.
- Ø Μην τρώτε πολλά μια μέρα λέγοντας ότι αύριο δεν θα φάω καθόλου.
- Ø Κάθε μέρα να τρώτε κάτι από όλες τις 5 ομάδες τροφίμων που είναι:
- Ø Κρέας, ψάρι, αυγά, πουλερικά, πρωτεΐνες.
- Ø Ψωμί, δημητριακά, όσπρια (αμυλώδη).
- Ø Γάλα, γαλακτοκομικά προϊόντα (γαλακτοκομικά).
- Ø Φρούτα, λαχανικά (ίνες – βιταμίνες- μέταλα).

Αδυνατίστε σε μεγάλο χρονικό διάστημα, όχι απότομα. Όσο πιο αργά αδυνατίζουμε, τόσο πιο σταθερή θα είναι η μείωση του βάρους, γιατί έτσι αποκτούμε σωστές διατροφικές συνήθειες. Ένα με δύο κιλά το μήνα είναι το βάρος που πρέπει να χάνει κανείς σε μια δίαιτα, έτσι ούτε σωματικά, ούτε ψυχολογικά κουράζεται. Σκεφτείτε, 1 με 2 κιλά το μήνα σημαίνει 12 με 24 κιλά το χρόνο. (Θ. Ντολάντζας 2001)

Η Νοσηλευτική ως επιστήμη υγείας ποτέ πριν στο παρελθόν δεν αντιμετώπιζε τόσες προκλήσεις όσες σήμερα στην εποχή της υψηλής τεχνολογίας, της εξειδίκευσης και των συνεχών αμφισβητήσεων και μεταρρυθμίσεων των συστημάτων φροντίδας υγείας. Ωστόσο, το γνωστικό αντικείμενο της Νοσηλευτικής παραμένει ο άνθρωπος σε όλα τα στάδια της εξέλιξής του τόσο στα φυσιολογικά φαινόμενα της ζωής όσο και στη νόσο. Η Νοσηλευτική Επιστήμη μελετά και προσεγγίζει θεραπευτικά τις αντιδράσεις του ατόμου/οικογένειας/κοινότητας σε υπαρκτά ή και δυνητικά προβλήματα υγείας, ενώ η νοσηλευτική πρακτική είναι θεραπευτική διαπροσωπική διεργασία που στοχεύει στην πρόληψη και θεραπεία της ασθένειας, στην αποκατάσταση της υγείας, την προαγωγή της ευεξίας και την ομαλή προσαρμογή των ατόμων σε κρίσιμες καταστάσεις.

Επίσης, αν και τις τελευταίες δεκαετίες οι νοσηλευτές βιώνουν μια συναρπαστική περίοδο ταχύτατης επέκτασης του ρόλου τους τόσο στο χώρο του νοσοκομείου όσο και της κοινότητας, οι θεμελιώδεις αρχές της επιστήμης και τέχνης της Νοσηλευτικής

φροντίδας εξακολουθούν να αποτελούν τον πυρήνα για την άσκηση της Νοσηλευτικής σε οποιοδήποτε περιβάλλον. (C. Taylor και συν. 2002)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

- ✓ Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ενημέρωση του παχύσαρκου ατόμου
- ✓ Νοσηλευτική προσέγγιση σε ασθενείς με κλινικά σοβαρή παχυσαρκία
- ✓ Η συμβολή της νοσηλευτικής στη μετεγχειρητική αποκατάσταση ασθενών με κλινικά σοβαρή παχυσαρκία
- ✓ Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογία του αρρώστου

4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ενημέρωση του παχύσαρκου ατόμου

Η παχυσαρκία επιβαρύνει ή δημιουργεί πολλές παθολογικές καταστάσεις στον οργανισμό (διαβήτη, καρδιακή ανεπάρκεια, ισχαιμική καρδιοπάθεια, υπέρταση, χολολιθίαση, οστεοαρθρίτιδα κ.α.). ο νοσηλευτής-τρία ενημερώνει το παχύσαρκο άτομο ότι:

- Ø Πρέπει να μειώσει την πρόσληψη θερμίδων και να επιδείξει ιδιαίτερη προσοχή στην επιλογή των τροφών ώστε να μην δημιουργηθεί έλλειψη στα άλλα θρεπτικά στοιχεία.
- Ø Σκοπός της δίαιτας πρέπει να είναι η προσφορά λιγότερων θερμίδων από εκείνες που απαιτούνται για τις θερμιδικές ανάγκες του ατόμου.
- Ø Πρέπει να έχει μερικές βασικές γνώσεις σχετικά με την διατροφή και επίσης να έχει αποφασίσει να κάνει μακροχρόνια δίαιτα. Πριν αρχίσει την διαιτητική θεραπεία να μάθει πιο είναι το ιδανικό χάσιμο βάρους. Ως ιδανική απώλεια βάρους θεωρείται τα 1 με 2 κιλά το μήνα. Το χάσιμο 6 – 10 κιλών βάρους το μήνα που θέλουν οι περισσότεροι άρρωστοι προκαλεί μεταβολικές διαταραχές και προσαρμογές πολύ δύσκολες.
- Ø Σκοπός είναι όχι μόνο να αδυνατίσει το παχύσαρκο άτομο αλλά το πιο ουσιώδες είναι να διατηρήσει το φυσιολογικό βάρος.

Η γρήγορη απώλεια βάρους συνοδεύεται από την γρήγορη επανάκτησή του.

Ειδικότερα ο νοσηλευτής-τρία επισημαίνει στο παχύσαρκο άτομο τα εξής:

- Ø Να αποφεύγεται η ζάχαρη ή τα παρασκευάσματα με ζάχαρη.
- Ø Να μειώσει στο ελάχιστο τα λίπη και τα έλαια.
- Ø Να είναι περιορισμένη η χρήση αμυλούχων τροφών (μακαρόνια, πατάτες, ψωμί).
- Ø Η δίαιτα του πρέπει να αποτελείται κατά μεγάλο μέρος από πρωτεΐνες και πράσινα χόρτα.
- Ø Το αποβουτυρωμένο γάλα, η γιαούρτι και το άπαχο τυρί, να παίρνουν μέρος στη διατροφή του.
- Ø Επιτρέπονται τα χορταρικά ελεύθερα αρκεί να τα παίρνει με λεμόνι.
- Ø Επιτρέπονται τα χυμώδη φρούτα χωρίς κανένα περιορισμό.
- Ø Τα άπαχα κρέατα μαζί με τα χορταρικά, σαλάτα και φρούτα να αποτελούν την βάση της τροφής. (Σ. Διμπινούδη – Μ. Καραφυλλίδου 1998)

4.2 Νοσηλευτική προσέγγιση σε ασθενείς με κλινικά σοβαρή παχυσαρκία

Η φροντίδα ασθενών με κλινικά σοβαρή παχυσαρκία αποτελεί πρόκληση για τα άτομα που παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε τέτοιους ασθενείς. Η φροντίδα που παρέχεται είναι πολύπλευρη ώστε να ικανοποιηθούν όσο γίνεται καλύτερα οι εξειδικευμένες απαιτήσεις των ατόμων αυτών.

Από νοσηλευτικής πλευράς, παραμονή της επέμβασης από το απόγευμα πραγματοποιείται προεγχειρητική ετοιμασία. Το μεσημέρι ο ασθενής λαμβάνει δίαιτα ελαφρά. Το απόγευμα γίνεται υψηλός υποκλεισμός και στους άνδρες εγχειρητικό πεδίο. Αφού καθαρίσει το έντερο ο ασθενής κάνει μπάνιο με ειδικό αντιμικροβιακό διάλυμα, το οποίο βοηθά στο να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης μολύνσεων μετεγχειρητικά. Λαμβάνει δίαιτα υδρική το απόγευμα, ενώ μετά τις 12μμ δεν λαμβάνει τίποτα από το στόμα.

Προληπτικά χορηγείται υποδορίως αντιπηκτική αγωγή της οποίας η δόση καθορίζεται από το BMI (Body Mass Index) του κάθε παχύσαρκου ασθενή.

Ανήμερα της επέμβασης και κατά την διάρκειά της λαμβάνουν χώρα στο χειρουργείο μια σειρά ιατρικών-νοσηλευτικών πράξεων με απώτερο σκοπό να μειωθούν στο ελάχιστο οι μετεγχειρητικές επιπλοκές και να υπάρξει μια ομαλή μετεγχειρητική πορεία. (Ε. Αγγελοπούλου και συν. 2007)

4.3 Η συμβολή της νοσηλευτικής στη μετεγχειρητική αποκατάσταση ασθενών με κλινικά σοβαρή παχυσαρκία

Α. Οδηγίες Εξόδου: μερικές εβδομάδες μετά το χειρουργείο μπορεί ο ασθενής να νιώσει αδυναμία και ανορεξία. Αυτό είναι αναμενόμενο και θα περάσει σιγά-σιγά. Η φυσική δραστηριότητα μπορεί να αυξηθεί σταδιακά. Συστήνεται η αποφυγή άρσης μεγάλου βάρους για ένα εξάμηνο τουλάχιστον (ανάλογα με το είδος του χειρουργείου). Μετά από ένα μήνα ο ασθενής συνήθως είναι σε θέση να επιστρέψει στη δουλειά του και στις καθημερινές του δραστηριότητες. Γίνεται σύσταση στις γυναίκες για αποφυγή εγκυμοσύνης πριν τον 1^ο χρόνο μετεγχειρητικά. Δίνονται διαιτολογικές οδηγίες (θα αναφερθούν παρακάτω διεξοδικότερα), καθώς επίσης οδηγίες για τη λήψη βιταμινών και φαρμάκων. Εάν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος

χορήγησης αντιπηκτικής αγωγής υποδωρίως, γίνεται εκμάθηση του τρόπου έγχυσης από τη νοσηλεύτρια της ομάδας. (Ε. Αγγελοπούλου και συν. 2007)

Β. Διατροφή: η επανασίτηση του ασθενή είναι προοδευτική. Τον 1^ο μήνα πίνει υγρά και τρώει μόνο πολτοποιημένες τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνη. Οι ποσότητες τροφής που προσλαμβάνει είναι αρχικά πολύ μικρές. Για το λόγο αυτό χορηγούνται ορισμένα συμπληρώματα διατροφής (π.χ. πρωτεϊνούχα συμπληρώματα, βιταμίνες, μεταλλικά άλατα) για κάποιο χρονικό διάστημα ή εφόρου ζωής ανάλογα με το είδος του χειρουργείου. Στην συνέχεια, εάν το φαγητό γίνει καλά ανεκτό προχωρεί η σίτιση και προστίθενται μαλακές τροφές όπως μελάτο αυγό, τυρί, ψάρι ψητό, κοτόπουλο χωρίς πέτσες, κιμάς, βραστή πατάτα, ορισμένα βραστά λαχανικά, ώριμα φρούτα, χωρίς φλούδα και σπόρους, κομπόστες (χωρίς ζάχαρη), φρυγανιές. Εάν γίνουν καλά ανεκτά τα παραπάνω, προστίθενται διάφορα φαγητά της προτίμησής του. Ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει, ότι ορισμένες τροφές μπορεί να μην γίνουν ανεκτές από τον οργανισμό του για αρκετό καιρό ή για πάντα και πρέπει να αποφεύγονται. Τέτοιου είδους τροφές είναι το κρέας με πολλά λιπαρά, η μεμβράνες των πορτοκαλιών, οι σπόροι τα περιβλήματα των φρούτων και λαχανικών. Ορισμένα άτομα επίσης έχουν δυσκολία και με άλλες τροφές όπως το φρέσκο ψωμί, που μπορεί να παραμείνει σε μορφή σβώλου ακόμη και μετά από καλό μάσημα, τα μακαρόνια και τα τηγανιτά φαγητά. Σε ορισμένα άτομα παρατηρείται δυσανεξία στο γάλα πριν το χειρουργείο. Επειδή το γάλα είναι σημαντικό στοιχείο της μετεγχειρητικής δίαιτας, γιατί χορηγεί πρωτεΐνες και ασβέστιο, θα πρέπει να ενημερωθεί ο διαιτολόγος της ομάδας ώστε να ανευρεθούν εναλλακτικές λύσεις. (Φ. Καλφαρέντζος 2005)

Γ. Τρόπος Διατροφής: Ο ασθενής πρέπει να τρώει και να μασάει καλά το φαγητό του. Αν τρώει μεγάλες μπουκιές είναι πιθανόν αυτές να φράξουν το στόμιο του θυλάκου και να εμποδίσουν το φαγητό να προχωρήσει στο υπόλοιπο πεπτικό σύστημα. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να καταπιεί κάτι που δεν είναι καλά μασημένο.

Πρέπει να σταματήσει το φαγητό μόλις νιώσει φούσκωμα ή βάρος στο πάνω μέρος της κοιλιάς, στην καρδιά ή στην πλάτη, δυσφορία ή τάση για έμετο ανεξάρτητα αν τρώει στερεές ή πολτοποιημένες τροφές.

Τον 1^ο μήνα θα τρώει 5-6 μικρά γεύματα την ημέρα που θα αποτελούνται από υγρά και πολτώδεις τροφές. Μετά μπορεί να τρώει και στερεές τροφές σε μικρή ποσότητα. Δεν πρέπει να τρώει στα ενδιάμεσα διαστήματα εκτός από τις συγκεκριμένες τροφές που έχουν οριστεί γι' αυτόν, για να καλυφθούν οι θρεπτικές ανάγκες του.

Υγρά θα πίνει μόνο μεταξύ των τριών κυρίων γευμάτων. Η ποσότητα των υγρών (κυρίως νερό) είναι 6-8 ποτήρια κάθε μέρα μεταξύ των γευμάτων και η λήψη τους είναι απαραίτητη ώστε να αντικαταστήσει τις καθημερινές απώλειες νερού του σώματος και να προλάβει την αφυδάτωση. Υγρά που επιτρέπονται εκτός από νερό είναι σόδα, τσάι και καφές (χωρίς ζάχαρη), αναψυκτικά διαίτης. Επιτρέπονται φυσικοί χυμοί φρούτων (χωρίς ίνες) σε μικρή ποσότητα. Να σημειωθεί ότι τον πρώτο καιρό δεν πρέπει να πίνει υγρά που περιέχουν ανθρακικό

Οι πιο κάτω οδηγίες πρέπει να ακολουθούνται για τη λήψη υγρών:

- Ø Να πίνει υγρά 30 λεπτά πριν και 30-60 λεπτά μετά τη λήψη στερεών. Το στομάχι είναι τόσο μικρό που δεν μπορεί να χωρέσει μαζί τα στερεά και τα υγρά.
- Ø Να μην πίνει υγρά με πολλές θερμίδες χωρίς θρεπτική αξία. Αν όμως πίνει αυτά τα υγρά δεν θα έχει την επιθυμητή απώλεια βάρους, δεν θα παίρνει τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και στην περίπτωση κατανάλωσης οινοπνευματοδών ποτών θα έχει όλα τα αρνητικά αποτελέσματα που γενικότερα προκαλεί το οινόπνευμα στον οργανισμό. (Ε. Αγγελοπούλου και συν. 2007)

Ο ασθενής αν ακολουθεί τις πιο πάνω οδηγίες δεν θα έχει σημαντικά προβλήματα, θα χάσει σταθερά το επιπλέον βάρος που έχει και το σημαντικότερο δεν θα πεινάει. Τέλος, για όποια απορία υπάρχει θα πρέπει να επικοινωνεί με το διαιτολόγο.

4.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ψυχολογία του αρρώστου

Σημαντικό ρόλο παίζει και η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών με κλινικά σοβαρή παχυσαρκία κατά τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο, από την πλευρά των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας που έρχονται σε επαφή μαζί τους. Συνήθως τα άτομα αυτά βιώνουν τον κοινωνικό στιγματισμό από πολύ μικρή ηλικία με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν ψυχολογικές διαταραχές, κυρίως κατάθλιψη τις περισσότερες φορές και να παρακολουθούνται από ψυχίατρο

συστηματικά. Η αρνητική συμπεριφορά απέναντι στα άτομα αυτά ενισχύει τα ψυχολογικά τους προβλήματα και δυσχεραίνει την κατάσταση. Συμπάθεια και σεβασμός είναι τα βασικά στοιχεία που πρέπει να διαθέτουν οι νοσηλευτές και οι επαγγελματίες υγείας.

Όπως όλοι οι ασθενείς, έτσι και τα άτομα με κλινικά σοβαρή παχυσαρκία, αισθάνονται την ανάγκη να αποτελούν το επίκεντρο της προσοχής της ομάδας που ασχολείται με το πρόβλημά τους. Οι θεραπευτές και το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλουν να καταλάβουν ότι, η απουσία διάκρισης και προκατάληψης απέναντι στα άτομα αυτά θα επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην όλη προσπάθεια.

Το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και όλοι όσοι έχουν σχέση με αρρώστους, δηλαδή με ανθρώπους που υποφέρουν και περνούν δύσκολες, ίσως και τις πιο κρίσιμες ώρες της ζωής τους, πρέπει να έχουν εκπαιδευτεί ειδικά και να συμπεριφέρονται σωστά. Ας μην ξεχνάμε ότι όπως μια σωστή συμπεριφορά μπορεί να έχει ικανοποιητικότερο αποτέλεσμα ακόμα και από το καλύτερο φάρμακο, μια ανάρμοστη συμπεριφορά και ένας αδιέξοδος ψυχολογικός χειρισμός μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση. Συνήθως αυτό δημιουργείται από έλλειψη γνώσεων ψυχολογίας των γιατρών, διαιτολόγων, νοσηλευτών.

Όπως λέει και ο καθηγητής Παπανούτσος: «Να μπορεί να μπαίνει στην ψυχή των αρρώστων του και να καταλαβαίνει τι γίνεται εκεί στα σκοτεινά, πίσω από κάποιες απατηλές επιφάνειες». Είναι αποτυχημένοι οι γιατροί, νοσηλευτές και διαιτολόγοι που προσπαθούν να κατατάξουν τον κάθε άνθρωπο σε ορισμένη κατηγορία αρρώστων και βάσει αυτής της κατηγορίας να του καθορίζουν τη θεραπευτική, φαρμακευτική ή διαιτολογική αγωγή. Πρέπει να ξέρουν ότι σκοπός τους δεν είναι η θεραπεία της αρρώστιας αλλά του αρρώστου.

Ο άρρωστος είναι πρώτα από όλα άνθρωπος με δική του προσωπικότητα, ιστορικό και οντότητα. Αυτά πρέπει ιδιαίτερα να προσέξουν και να εξερευνήσουν οι αρμόδιοι, για να μπορέσουν να τον θεραπεύσουν. Σε κάθε πάθηση δεν υπάρχει μόνο διαταραχή της σωματικής ισορροπίας αλλά και της ψυχικής και δεν πρέπει ποτέ να απομονώνουμε το ένα από το άλλο, μάλιστα, πρέπει να προσέχουμε πιο πολύ τον ψυχολογικό τομέα. (Δ. Βελεντζάς - Δ. Τριάδη 2002)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή. (Α. Σαχίνη – Καρδάση 1991)

B. Πληθυσμός – Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε 154 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού (άνδρες, γυναίκες) ηλικίας 20- 60 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 39 ερωτήσεις εκ των οποίων 5 ήταν ανοικτού τύπου. Από τις υπόλοιπες 34 ερωτήσεις οι 13 ήταν διχοτομικές και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Φεβρουάριο του 2008 μέχρι τον Ιούλιο του 2008 στους νομούς Αχαΐας και Ζακύνθου.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

Αποκλειστικά το νοσηλευτικό προσωπικό.

Κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

Μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφή έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (ανοιχτού τύπου, διχοτομικές με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και το φορέα της έρευνας – σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσα έρευνας.

Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον Η/Υ σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μια ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS χ^2 .

✓ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης, αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Οι μεταβλητές παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

✓ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (R) (Spearman correlation coefficient). Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα $[-1, +1]$. Οι τιμές $+1$, -1 αντιστοιχούν σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μια μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητες $p < 0,01$ και $p < 0,05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 154 άτομα ηλικίας 20 – 60 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

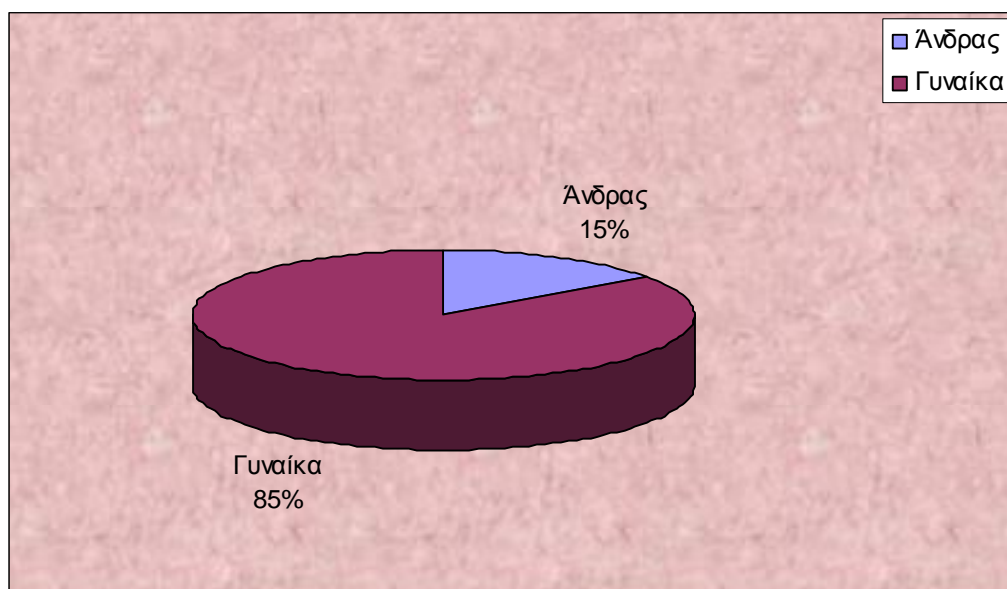
Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Όσον αφορά στο φύλο από τα 154 άτομα των ερωτηθέντων το 14,9% (23 άτομα) ήταν άνδρες και το 85,1% (131 άτομα) ήταν γυναίκες (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

Φύλο	N=154	Percent (%)
Άνδρας	23	14,9
Γυναίκα	131	85,1

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

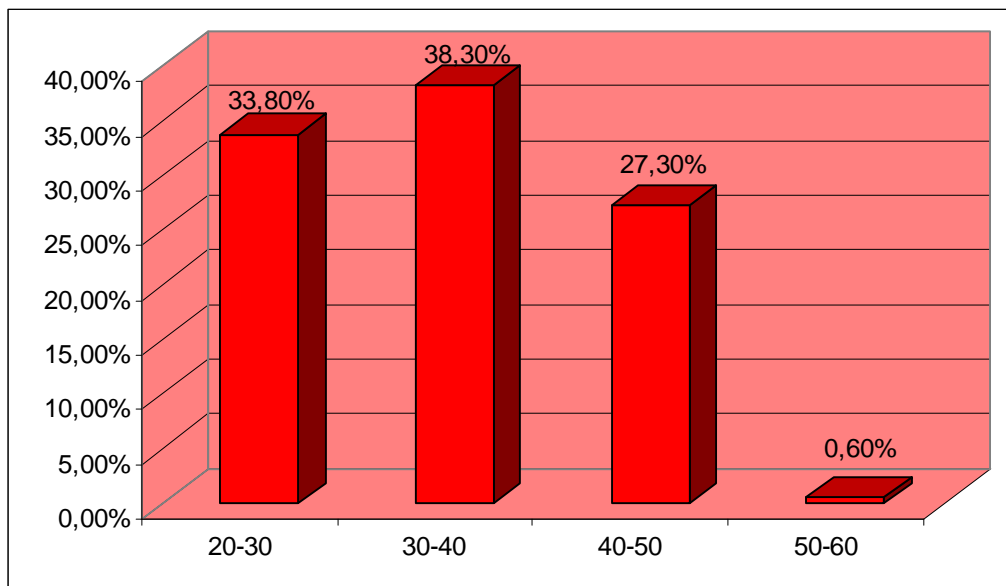


Η ηλικιακή κατανομή των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 20 και 60 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (59 άτομα – ποσοστό 38,3%) αντιστοιχούσε στις ηλικίες 30-40 ετών (Πίνακας 2, Σχήμα 2).

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.

Ηλικία	N=154	Percent %
20-30 ετών	52	33,8
30-40 ετών	59	38,3
40-50 ετών	42	27,3
50-60 ετών	1	0,6

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.

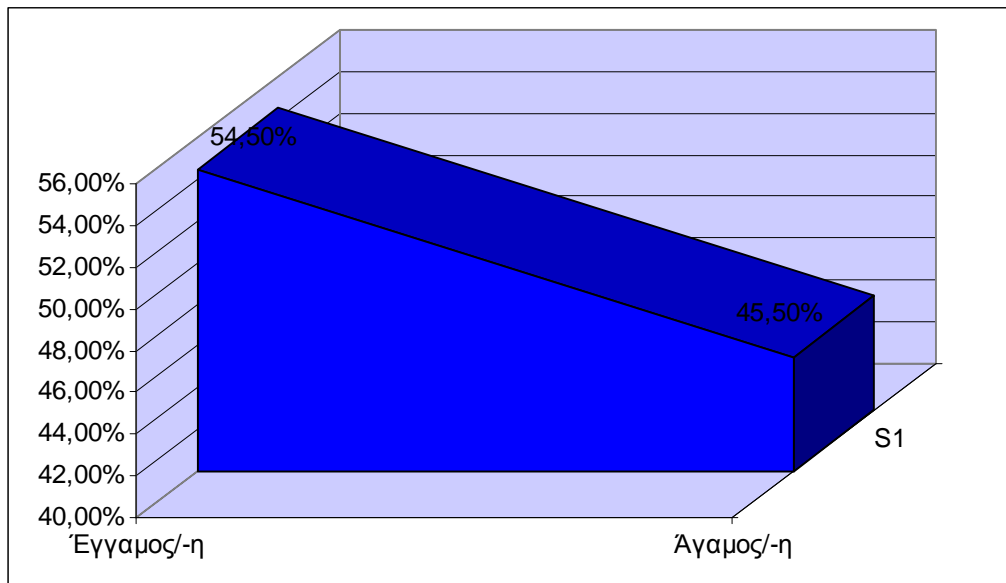


Από τα 154 άτομα των ερωτηθέντων τα 84 (54,5%) ήταν έγγαμοι, ενώ τα 70 (45,5%) ήταν άγαμοι (Πίνακας 3 Σχήμα 3).

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση.

Οικογενειακή Κατάσταση	N=154	Percent %
Έγγαμος/-η	84	54,5
Άγαμος/-η	70	45,5

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση.

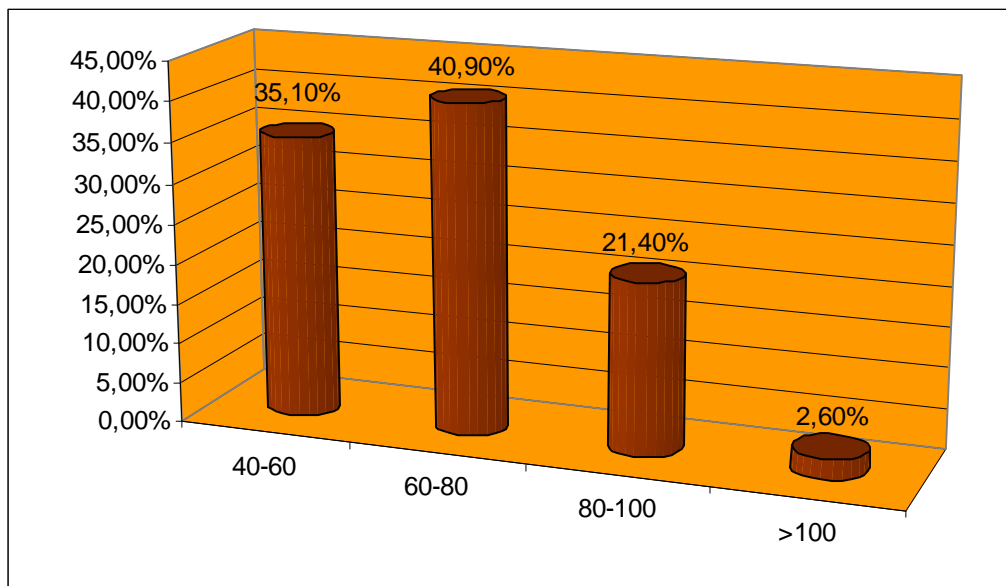


Το 35,1% (54 άτομα) των ερωτηθέντων κυμαίνεται από 40-60 κιλά, το 40,9% (63 άτομα) από 60-80 κιλά, το 21,4% (33 άτομα) από 80-100 κιλά ενώ πάνω από 100 κιλά κυμαίνεται το 2,6% (4 άτομα) (Πίνακας 4, Σχήμα 4).

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το βάρος τους.

Βάρος	N=154	Percent %
40-60 κιλά	54	35,1
60-80 κιλά	63	40,9
80-100 κιλά	33	21,4
>100 κιλά	4	2,6

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το βάρος τους.

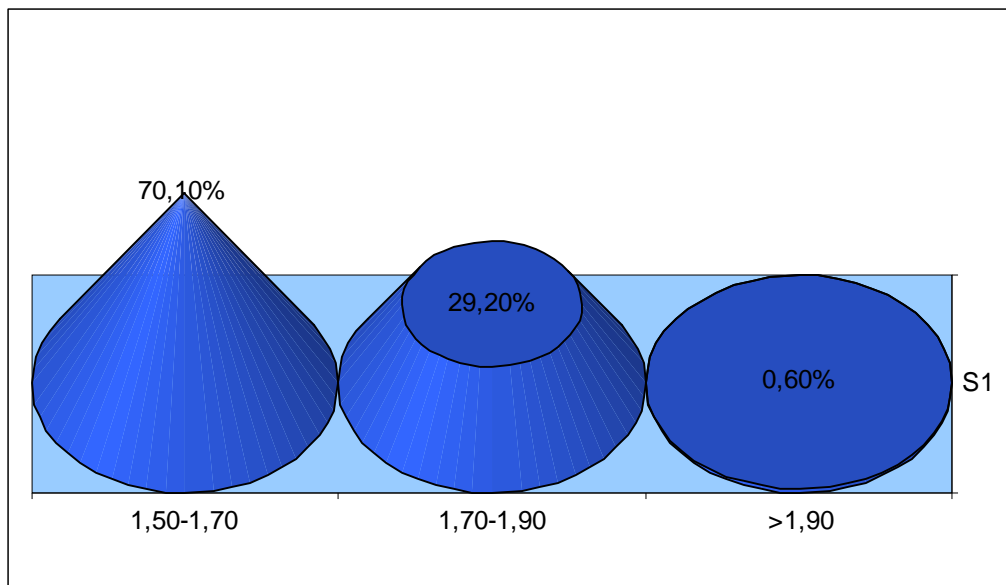


Το 70,1% (108 άτομα) των ερωτηθέντων είχαν ύψος από 1,50-1,70cm, το 29,2% (45 άτομα) από 1,70-1,90cm και ένα μικρότερο ποσοστό (1 άτομο – ποσοστό 0,6%) μεγαλύτερο από 1,90cm (Πίνακας 5, Σχήμα 5).

Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ύψος τους.

Ύψος	N=154	Percent %
1,50-1,70	108	70,1
1,70-1,90	45	29,2
>1,90	1	0,6

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ύψος τους.

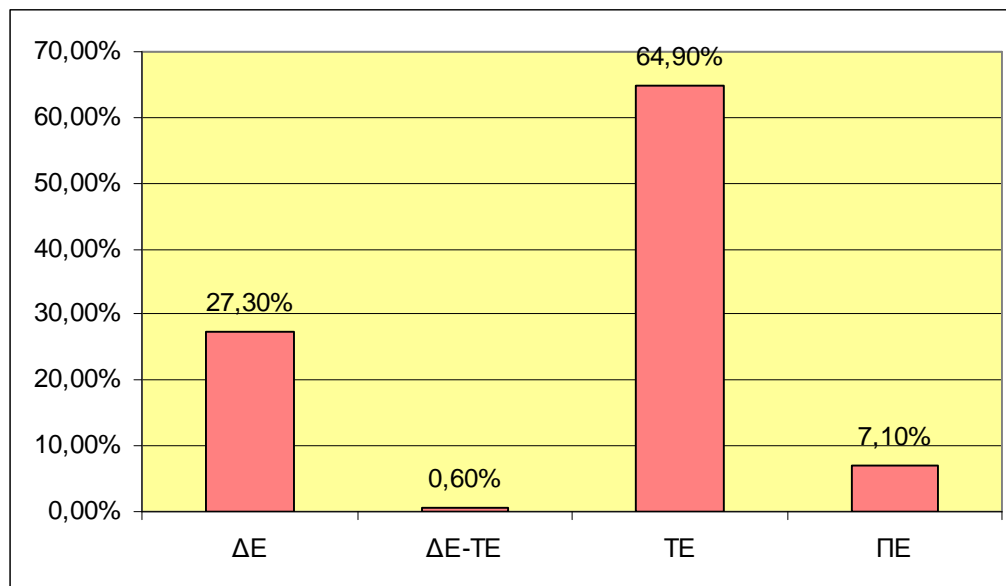


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (100 άτομα – ποσοστό 64,9%) είναι απόφοιτοι Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ), το 27,3% αυτών (42 άτομα) είναι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ), το 7,1 αυτών (11 άτομα) είναι απόφοιτοι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ). Τέλος, το 0,6% (1 άτομο) είναι απόφοιτος και ΔΕ και ΤΕ 9 (Πίνακας 6, Σχήμα 6).

Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη σχολή αποφοίτησης τους.

Σχολή αποφοίτησης	N=154	Percent %
ΔΕ	42	27,3
ΔΕ-ΤΕ	1	0,6
ΤΕ	100	64,9
ΠΕ	11	7,1

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη σχολή αποφοίτησης τους.

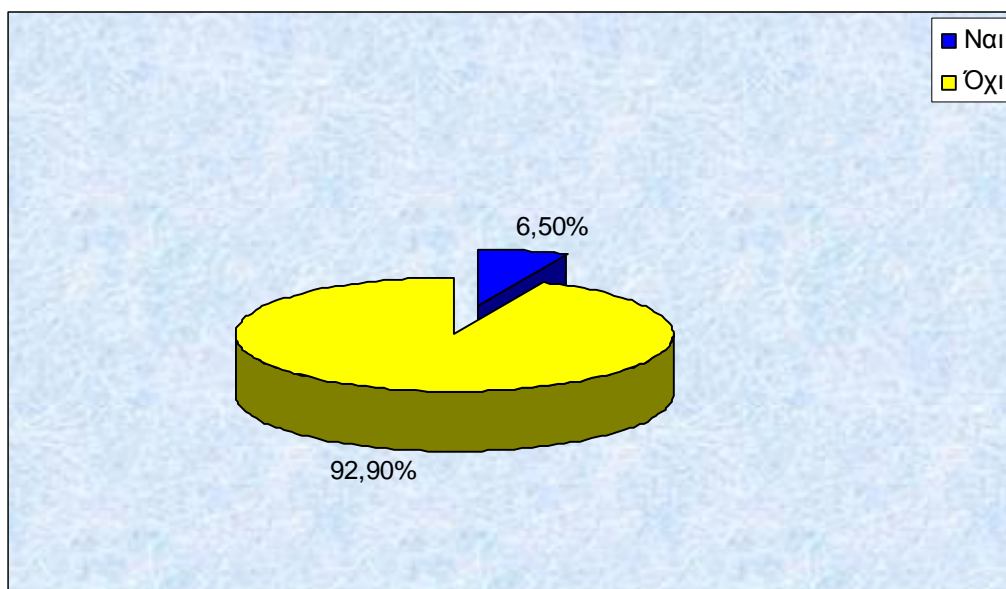


Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (143 άτομα – ποσοστό 92,9%) δεν έχει παρακολουθήσει μεταπτυχιακές σπουδές, ενώ μόλις το 6,5% αυτών (10 άτομα) έχουν παρακολουθήσει. Τέλος το 0,6% (1 άτομο) δεν έχει δώσει απάντηση (Πίνακας 7, Σχήμα7).

Πίνακας 7: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τις μεταπτυχιακές τους σπουδές.

Μεταπτυχιακές Σπουδές	N=153	Percent %
Ναι	10	6,5
Όχι	143	92,9

Σχήμα 7: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τις μεταπτυχιακές τους σπουδές.

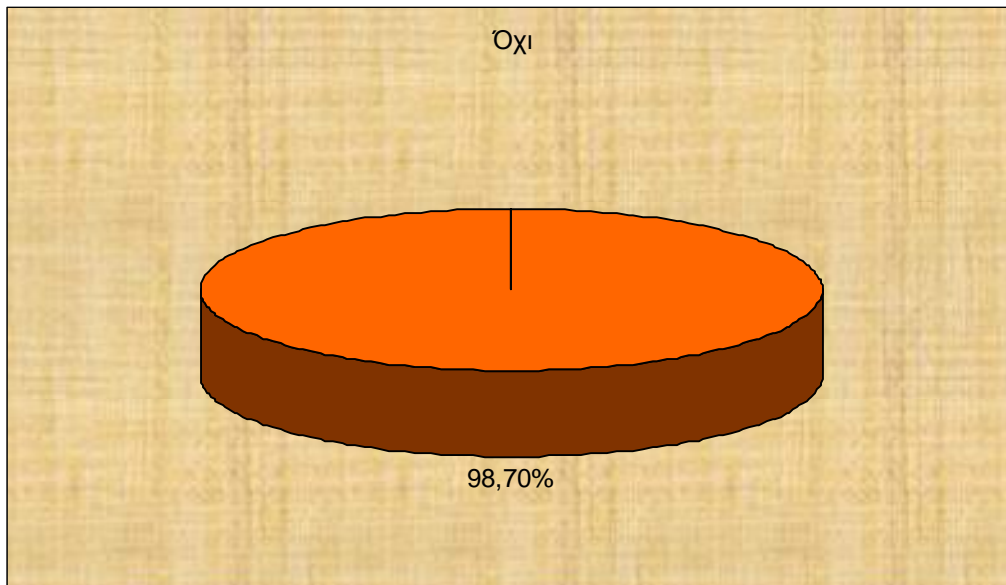


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (152 άτομα – ποσοστό 98,7%) δεν έχει προχωρήσει σε διδακτορικό, ενώ 2 άτομα (ποσοστό 1,3%) δεν απάντησε στο ερώτημά μας (Πίνακας 8, Σχήμα 8).

Πίνακας 8: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το διδακτορικό.

Διδακτορικό	N=152	Percent %
Όχι	152	98,7

Σχήμα 8: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το διδακτορικό.

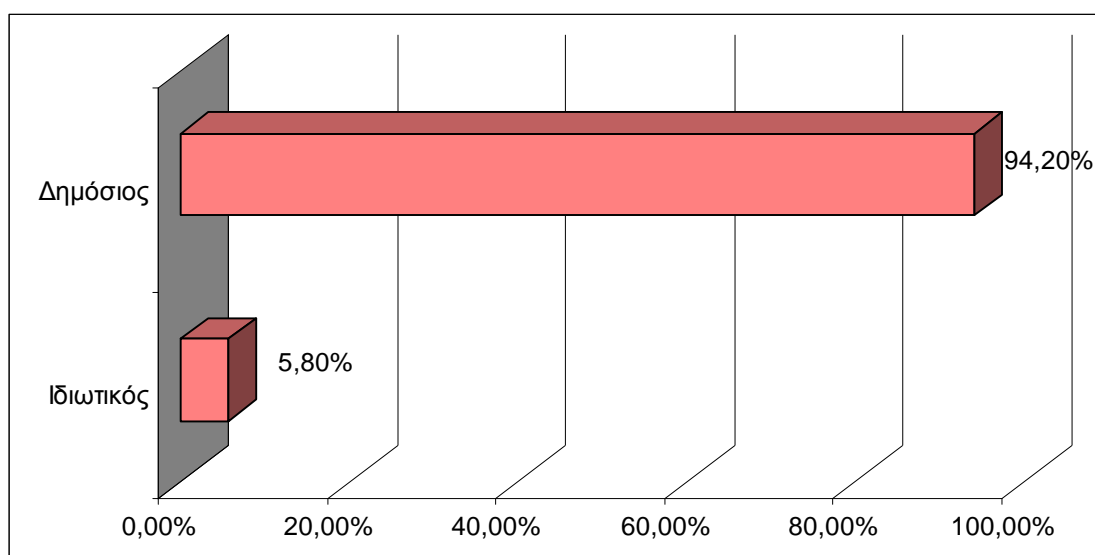


Όσον αφορά τον τομέα εργασίας το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (145 άτομα – ποσοστό 94,2%) εργάζονται στον δημόσιο τομέα, ενώ μόλις 9 άτομα (ποσοστό 5,8%) εργάζονται στον ιδιωτικό (Πίνακας 9, Σχήμα 9).

Πίνακας 9: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον τομέα εργασίας τους.

Τομέας Εργασίας	N=154	Percent %
Ιδιωτικός Τομέας	9	5,8
Δημόσιος Τομέας	145	94,2

Σχήμα 9: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον τομέα εργασίας τους.

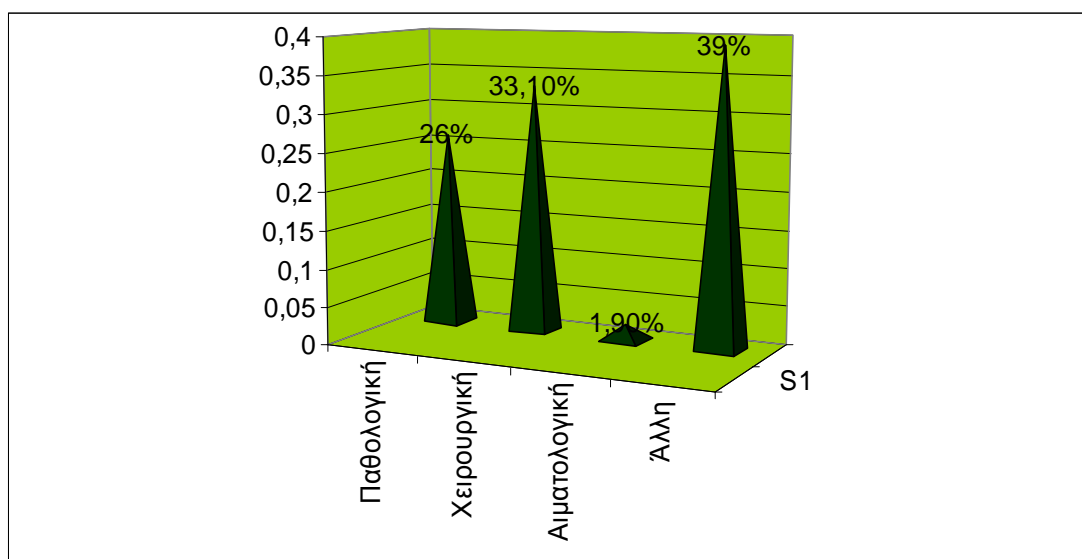


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (60 άτομα – ποσοστό 39%) εργάζονται σε κάποια άλλη από τις παρακάτω κλινικές, 51 άτομα (ποσοστό 33,1%) σε Χειρουργική κλινική, το 26% αυτών (40 άτομα) σε Παθολογική κλινική, ενώ ένα μικρό ποσοστό 1,9% (3 άτομα) εργάζονται σε Αιματολογική κλινική (Πίνακας 10, Σχήμα 10).

Πίνακας 10: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την μονάδα εργασίας τους.

Μονάδα Εργασίας	N=154	Percent %
Παθολογική	40	26,0
Χειρουργική	51	33,1
Αιματολογική	3	1,9
Άλλη	60	39,0

Σχήμα 10: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την μονάδα εργασίας τους.

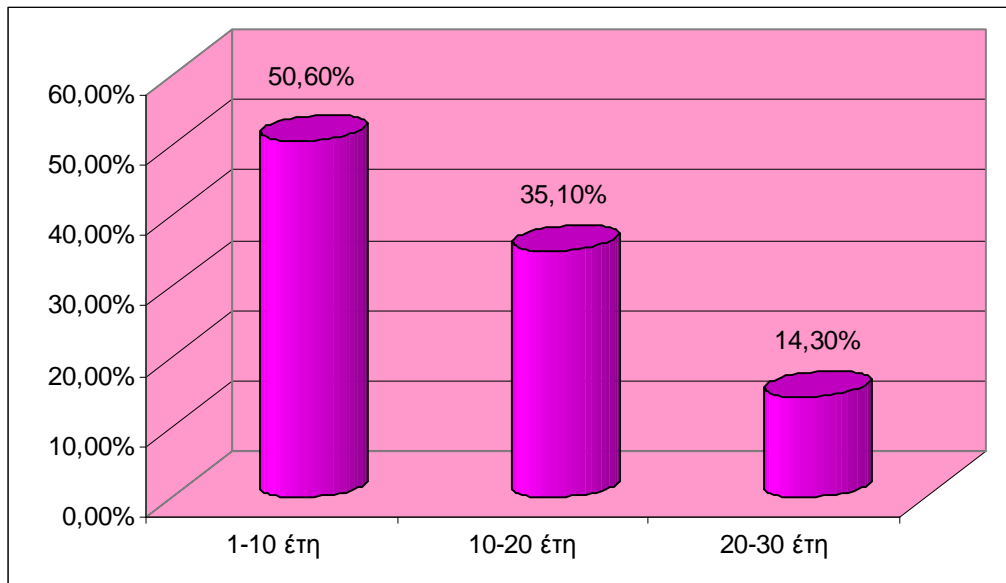


Το 50,6% (78 άτομα) ασκεί το επάγγελμα του νοσηλευτή 1 – 10 έτη, το 35,4% (54 άτομα) 10 – 20 έτη ενώ το 14,3% (22 άτομα) ασκεί το επάγγελμα του νοσηλευτή 20 - 30 έτη (Πίνακας 11, Σχήμα 11).

Πίνακας 11: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τα έτη άσκησης του επαγγέλματός τους.

Έτη άσκησης επαγγέλματος	N=154	Percent%
1 – 10	78	50,6
10 – 20	54	35,1
20 – 30	22	14,3

Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα έτη άσκησης του επαγγέλματός τους.

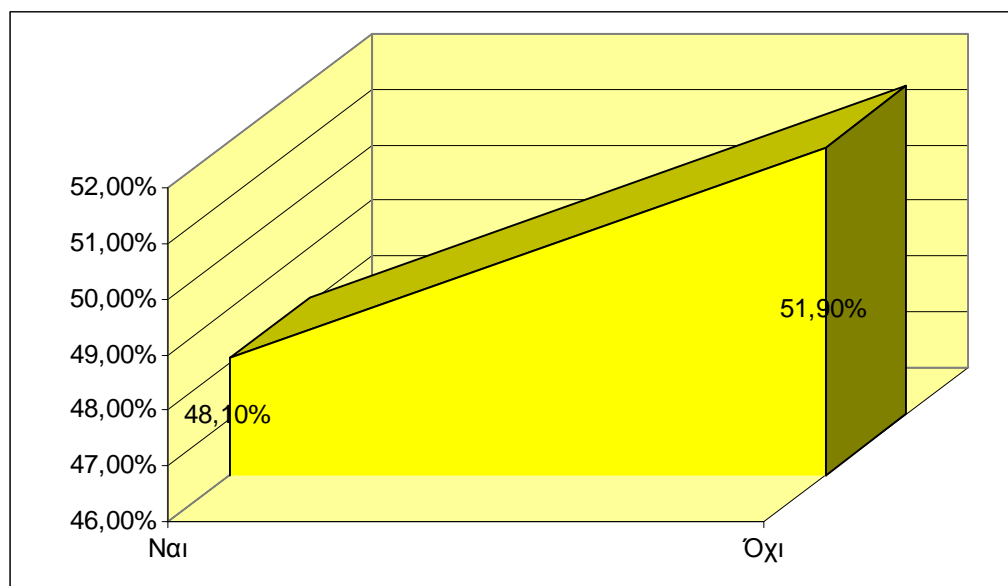


Από το σύνολο των ερωτηθέντων το 48,1% (74 άτομα) πιστεύει ότι η ενημέρωση σχετικά με την παχυσαρκία είναι επαρκής στον 21^ο αιώνα ενώ το 51,3% (80 άτομα) το αντίθετο (Πίνακας 12, Σχήμα 12).

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την ενημέρωση για την παχυσαρκία στον 21^ο αιώνα.

Πιστεύετε ότι η ενημέρωση σχετικά με την παχυσαρκία είναι επαρκής στον 21 ^ο αιώνα;	N=154	Percent%
Ναι	74	48,1
Όχι	80	51,9

Σχήμα 12: Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με την ενημέρωση για την παχυσαρκία στον 21^ο αιώνα.

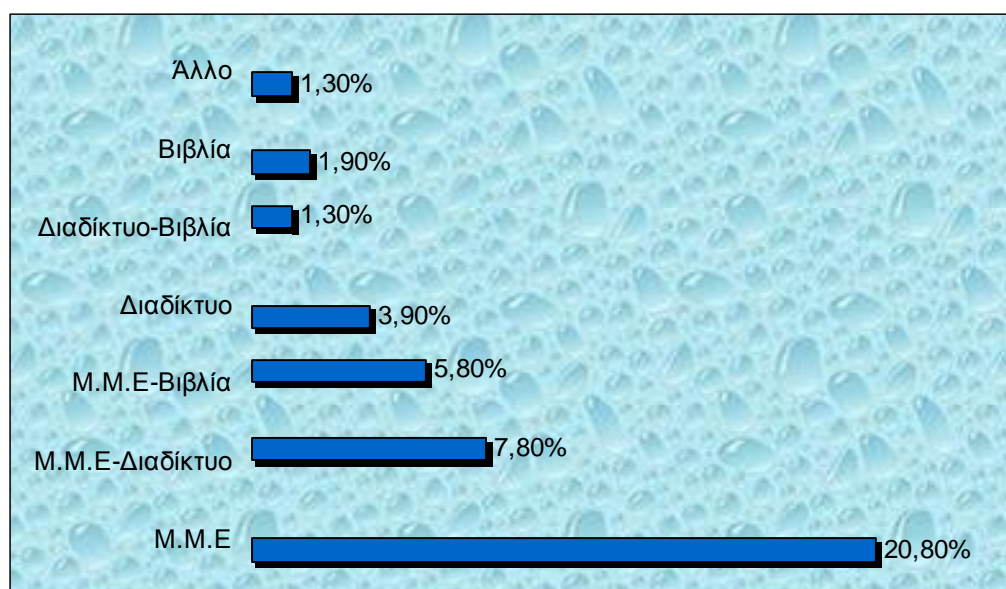


Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το ποια μέσα αποτελούν πηγές ενημέρωσης της παχυσαρκίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 13, Σχήμα 13. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών (32 άτομα – ποσοστό 20,8%) πιστεύει ότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε) είναι το βασικό μέσο ενημέρωσης της παχυσαρκίας και το 7,8% αυτών (12 άτομα) τα Μ.Μ.Ε και το Διαδίκτυο. Ακολουθούν άλλες πηγές με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 13, Σχήμα 13).

Πίνακας 13: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το ποιες πιστεύουν ότι είναι οι πηγές ενημέρωσης για την παχυσαρκία.

Από ποια μέσα η ενημέρωση σχετικά με την παχυσαρκία είναι επαρκής στον 21 ^ο αιώνα;	N=154	Percent%
Μ.Μ.Ε	32	20,8
Μ.Μ.Ε – Διαδίκτυο	12	7,8
Μ.Μ.Ε – Βιβλία	9	5,8
Διαδίκτυο	6	3,9
Διαδίκτυο – Βιβλία	2	1,3
Βιβλία	3	1,9
Άλλο	2	1,3

Σχήμα 13: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το ποιες πιστεύουν ότι είναι οι πηγές ενημέρωσης για την παχυσαρκία.

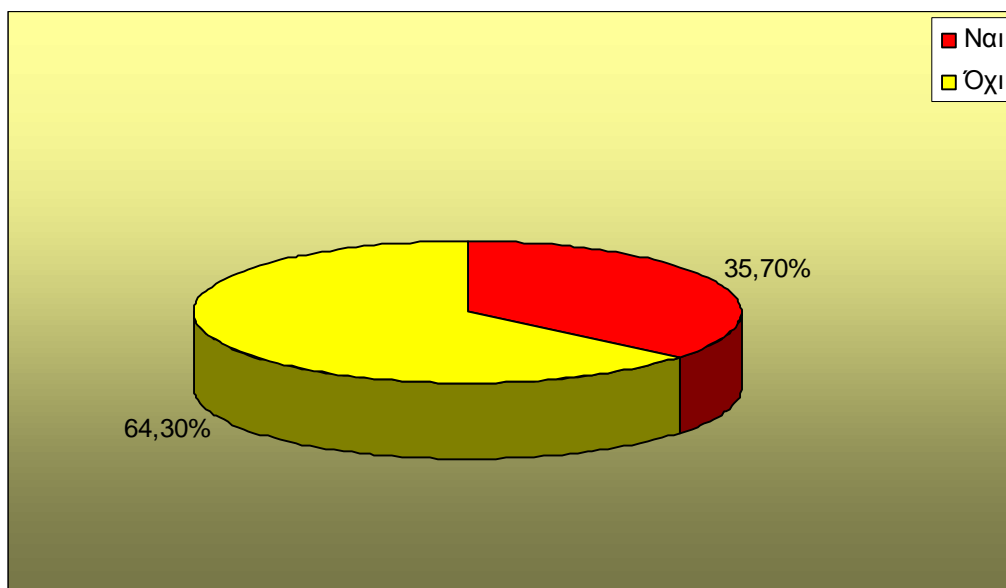


Στην ερώτηση των ερωτηθέντων στο αν νομίζουν ότι είναι υπέρβαροι ή όχι το 35,7% (55 άτομα) πιστεύουν ότι είναι ενώ το 64,3% (99 άτομα) ότι δεν είναι υπέρβαροι (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

Πίνακας 14: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν νομίζουν ότι είναι υπέρβαροι ή όχι.

Νομίζετε ότι είστε υπέρβαρος;	N=154	Percent%
Ναι	55	35,7
Όχι	99	64,3

Σχήμα 14: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν νομίζουν ότι είναι υπέρβαροι ή όχι.

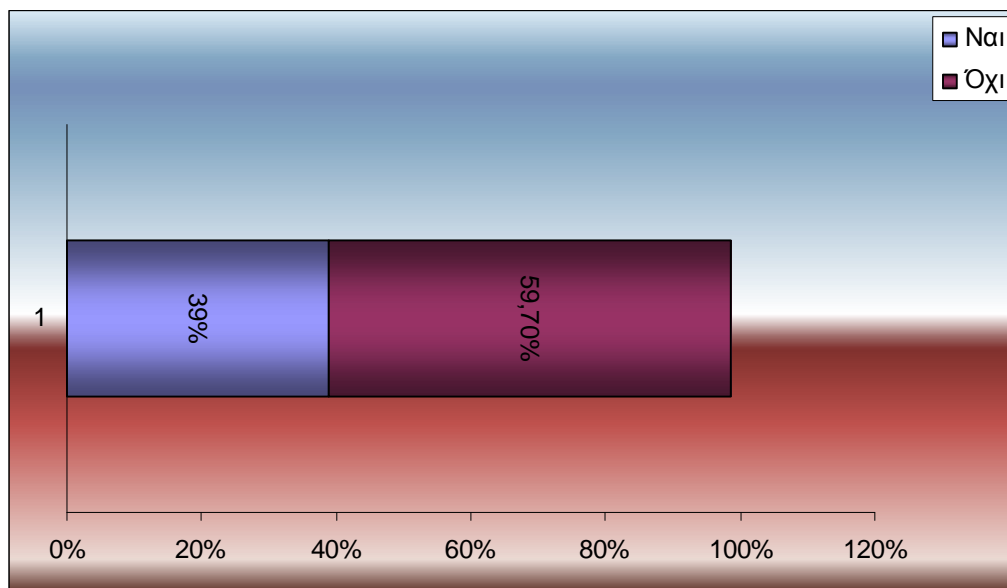


Το 59,7% (82 άτομα) των ερωτηθέντων πιστεύει ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή δεν είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση του βάρους και το 39% (60 άτομα) πιστεύει το αντίθετο, ενώ το 1,3% (2 άτομα) δεν απάντησε καθόλου (Πίνακας 15, Σχήμα 15).

Πίνακας 15: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την γνώμη τους για το αν το επάγγελμά τους είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση του βάρους.

Πιστεύετε ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση βάρους;	N=154	Percent%
Ναι	60	39,0
Όχι	92	59,7

Σχήμα 15: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την γνώμη τους για το αν το επάγγελμά τους είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση του βάρους.

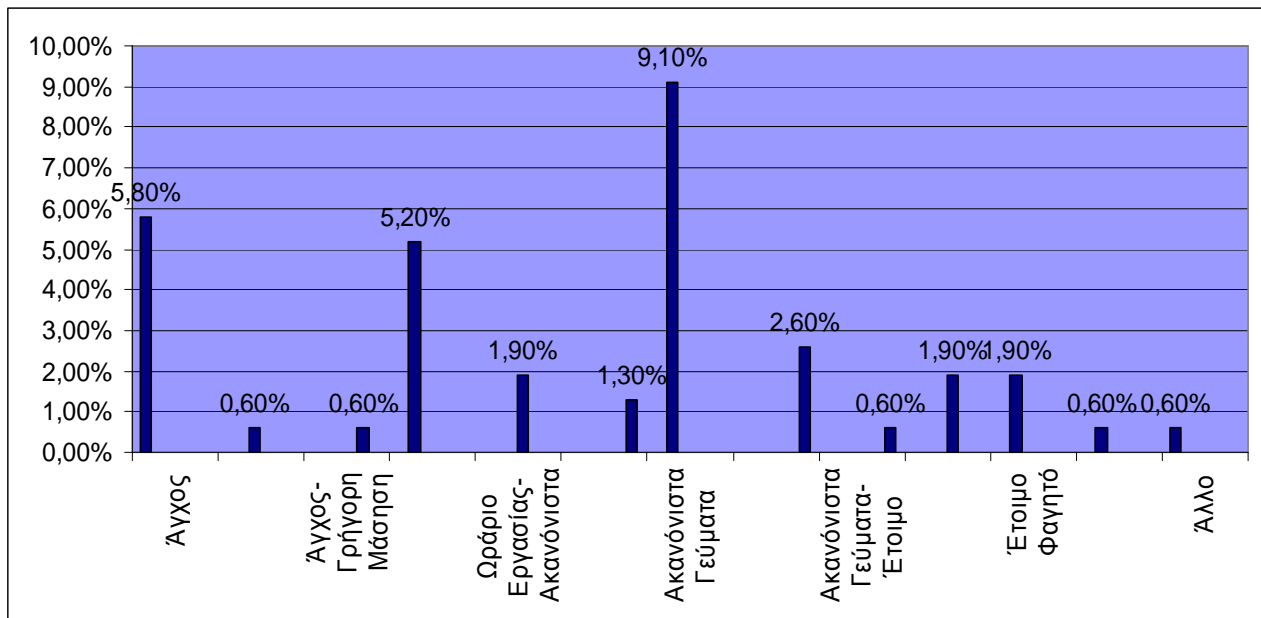


Το 9,1% (14 άτομα) των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι το επάγγελμα τους βοηθά στην αύξηση του βάρους λόγω ακανόνιστων γευμάτων, το 5,8% (9 άτομα) λόγω άγχους, το 5,2% λόγω ωραρίων εργασίας και ακολουθούν άλλοι λόγοι με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 16, Σχήμα 16).

Πίνακας 16: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τους λόγους που πιστεύουν ότι οδηγούν στην αύξηση του βάρους λόγω του επαγγέλματος.

Γιατί πιστεύετε ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή βοηθά στην αύξηση του βάρους;	N=154	Percent%
Άγχος	9	5,8
Άγχος – Ακανόνιστα Γεύματα	1	0,6
Άγχος – Γρήγορη Μάσηση Λόγω Έλλειψης Χρόνου	1	0,6
Ωράρια Εργασίας	8	5,2
Ωράρια Εργασίας – Ακανόνιστα Γεύματα	3	1,9
Ωράρια Εργασίας – Γρήγορη Μάσηση Λόγω Έλλειψης Χρόνου	2	1,3
Ακανόνιστα Γεύματα	14	9,1
Ακανόνιστα Γεύματα – Γρήγορη Μάσηση Λόγω Έλλειψης Χρόνου	4	2,6
Ακανόνιστα Γεύματα – Έτοιμο Φαγητό	1	0,6
Γρήγορη Μάσηση Λόγω Έλλειψης Χρόνου	3	1,9
Έτοιμο Φαγητό	3	1,9
Έτοιμο Φαγητό – Άλλο	1	0,6
Άλλο	1	0,6

Σχήμα 16: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τους λόγους που πιστεύουν ότι οδηγούν στην αύξηση του βάρους λόγω του επαγγέλματος.

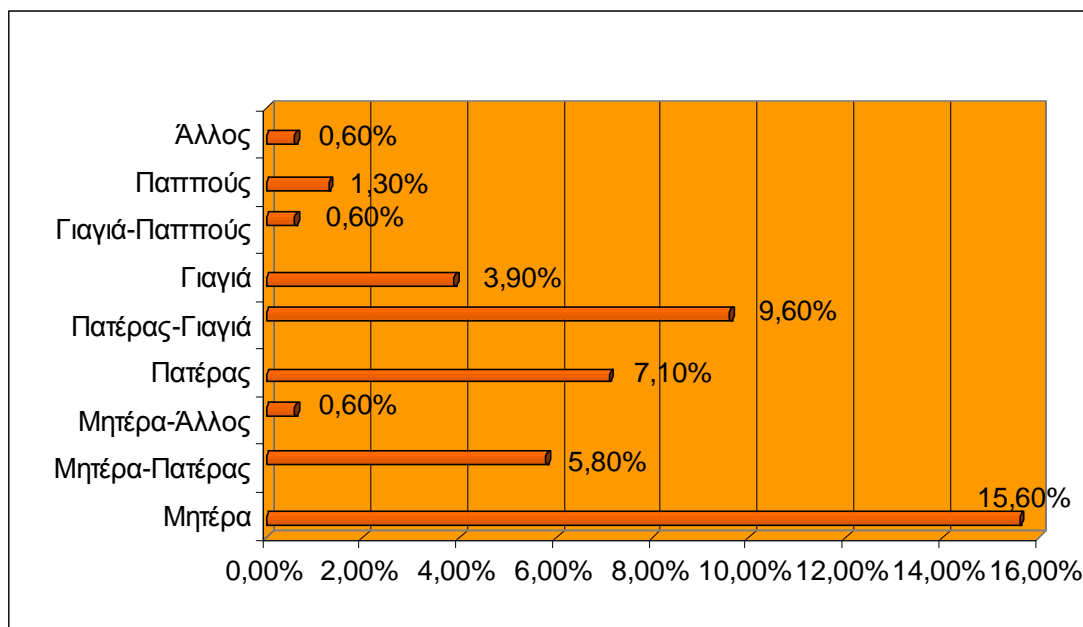


Το 15,6% (24 άτομα) των ερωτηθέντων έχει κληρονομικότητα από την μητέρα του, το 7,1% (11 άτομα) από τον πατέρα του και ακολουθούν μικρότερα ποσοστά που έχουν κληρονομικότητα από άλλα άτομα (Πίνακας 17, Σχήμα 17).

Πίνακας 17: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν κληρονομικότητα για την αύξηση του βάρους τους.

Υπάρχει κληρονομικότητα από:	N=154	Percent%
Μητέρα	24	15,6
Μητέρα – Πατέρας	9	5,8
Μητέρα – Άλλος	1	0,6
Πατέρας	11	7,1
Πατέρας – Γιαγιά	1	0,6
Γιαγιά	6	3,9
Γιαγιά – Παππούς	1	0,6
Παππούς	2	1,3
Άλλος	1	0,6

Σχήμα 17: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν έχουν κληρονομικότητα για την αύξηση του βάρους τους.

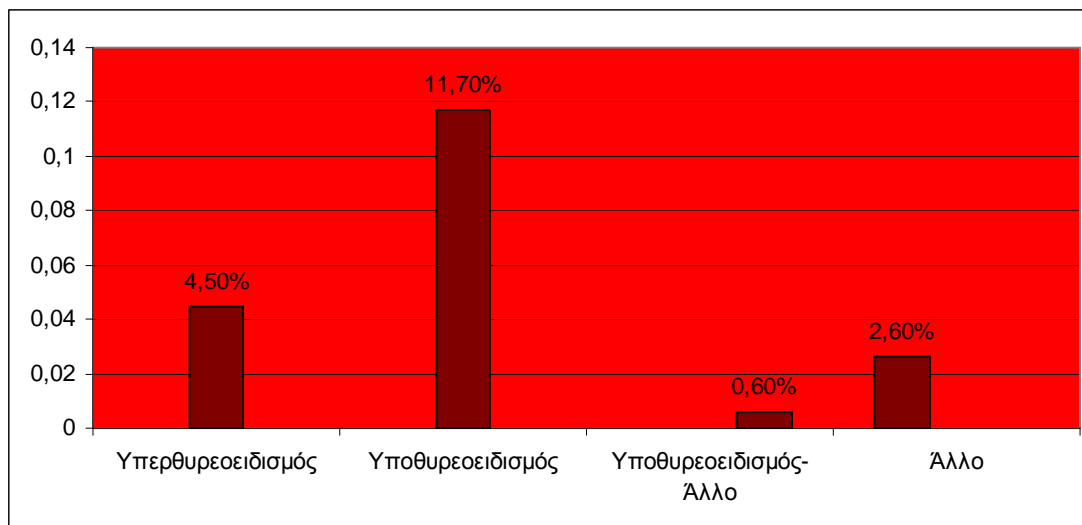


Το 11,7% (18 άτομα) πάσχουν από υποθυρεοειδισμό, το 4,5% (7 άτομα) από υπερθυρεοειδισμό, το 2,6% (4 άτομα) από κάποιο άλλο νόσημα και το 0,6 (1 άτομο) πάσχει και από υπερθυρεοειδισμό και από κάποιο άλλο νόσημα (Πίνακας 18, Σχήμα 18).

Πίνακας 18: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν πάσχουν από κάποιο νόσημα.

Πάσχετε από κάποιο νόσημα;	N=154	Percent%
Υπερθυρεοειδισμό	7	4,5
Υποθυρεοειδισμό	18	11,7
Υποθυρεοειδισμό – Άλλο	1	0,6
Άλλο	4	2,6

Σχήμα 18: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν πάσχουν από κάποιο νόσημα.

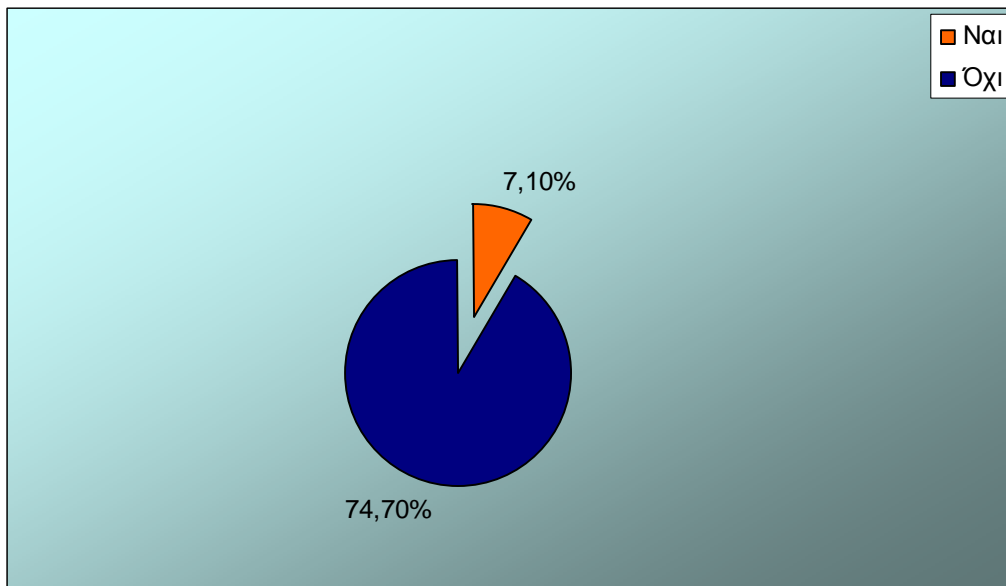


Το 7,1% (11 γυναίκες) έχει μπει στην περίοδο της εμμηνόπαυσης ενώ το 74,7% (115 γυναίκες) δεν έχει μπει (Πίνακας 19, Σχήμα 19).

Πίνακας 19: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν μπει στη περίοδο της εμμηνόπαυσης.

Εάν είστε γυναίκα, έχετε μπει στην περίοδο της εμμηνόπαυσης;	N=154	Percent%
Ναι	11	7,1
Όχι	115	74,7

Σχήμα 19: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν μπει στη περίοδο της εμμηνόπαυσης.

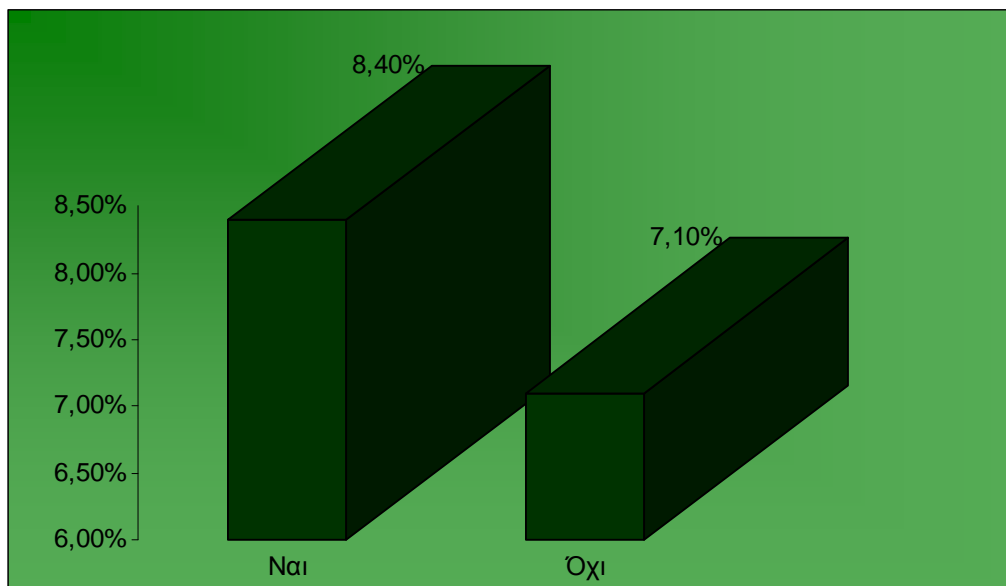


Το 8,4% (13 γυναίκες) των ερωτηθέντων έχουν παρατηρήσει αύξηση του βάρους τους κατά την εμμηνόπαυση ενώ το 7,1% (11 γυναίκες) δεν έχουν παρατηρήσει αύξηση (Πίνακας 20, Σχήμα 20).

Πίνακας 20: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την αύξηση του βάρους τους κατά την εμμηνόπαυση.

Έχετε παρατηρήσει αύξηση του βάρους σας κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης;	N=154	Percent%
Ναι	13	8,4
Όχι	11	7,1

Σχήμα 20: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την αύξηση του βάρους τους κατά την εμμηνόπαυση.

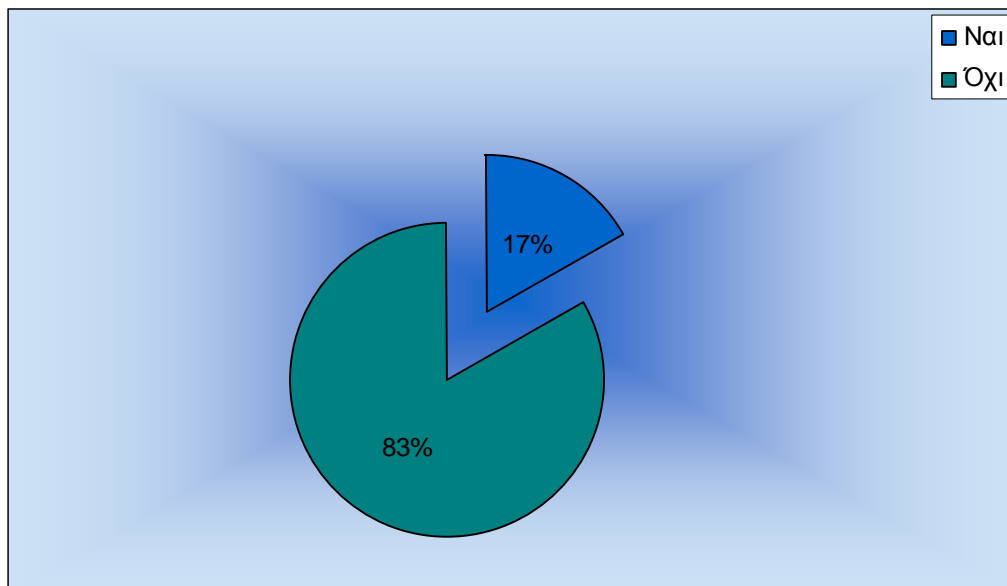


Το 16,2% (25 άτομα) των ερωτηθέντων ακολούθησαν θεραπεία κορτικοστεροειδών ενώ το 79,25 (122 άτομα) δεν ακολούθησαν. Το 4,5% (7 άτομα) δεν απάντησαν καθόλου (Πίνακας 21, Σχήμα 21).

Πίνακας 21: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν ακολούθησαν ποτέ θεραπεία κορτικοστεροειδών.

Ακολουθήσατε ποτέ θεραπεία κορτικοστεροειδών;	N=154	Percent%
Ναι	25	17
Όχι	122	83

Σχήμα 21: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν ακολούθησαν ποτέ θεραπεία κορτικοστεροειδών.

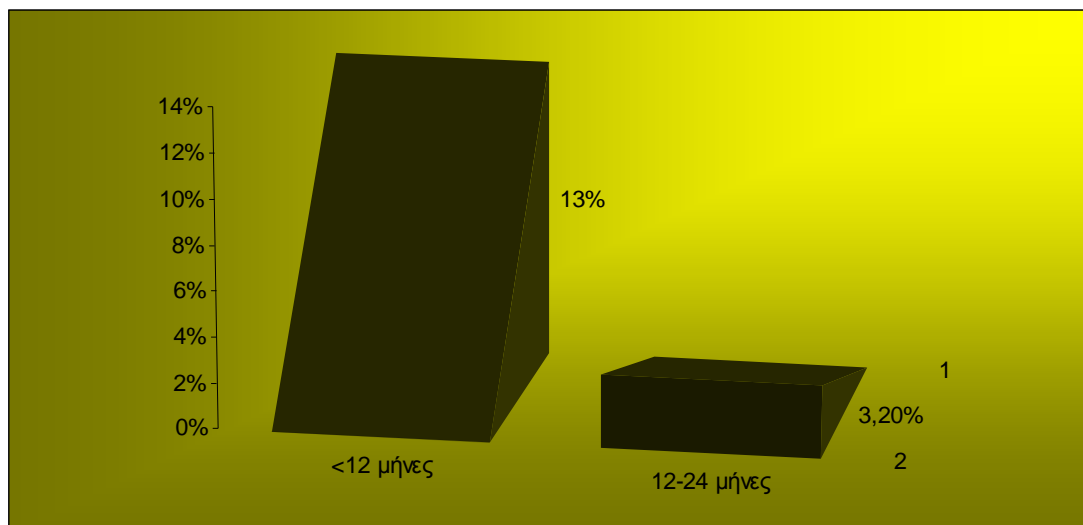


Το 13% (20 άτομα) των ερωτηθέντων ακολούθησε θεραπεία κορτικοστεροειδών λιγότερο από 12 μήνες ενώ το 3,2% (5 άτομα) περισσότερο από 12 μήνες (Πίνακας 22, Σχήμα 22).

Πίνακας 22: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το χρονικό διάστημα που ακολούθησαν θεραπεία κορτικοστεροειδών.

Για πόσο χρονικό διάστημα ακολουθήσατε θεραπεία κορτικοστεροειδών;	N=154	Percent%
Έως 12 μήνες	20	13,0
Πάνω από 12 μήνες	5	3,2

Σχήμα 22: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το χρονικό διάστημα που ακολούθησαν θεραπεία κορτικοστεροειδών.

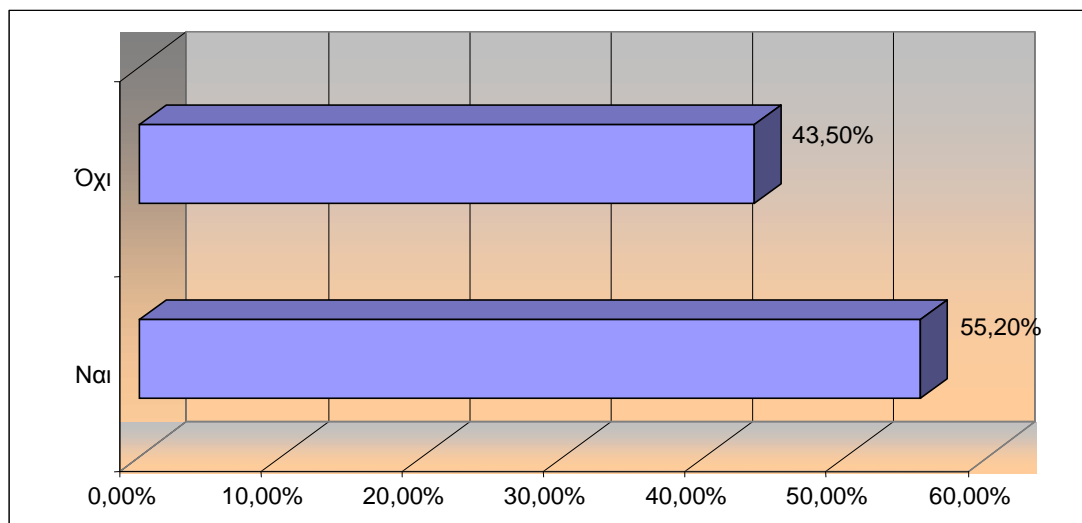


Το 55,2% (85 άτομα) των ερωτηθέντων πιστεύει ότι ψυχολογικοί παράγοντες το οδήγησαν στην αύξηση του βάρους ενώ το 43,5% (67 άτομα) πιστεύει ότι δεν το οδήγησαν. Το 1,3% (2 άτομα) δεν απάντησε καθόλου (Πίνακας 23, Σχήμα 23).

Πίνακας 23: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν ψυχολογικοί παράγοντες τους οδήγησαν στην αύξηση του βάρους.

Πιστεύετε ότι ψυχολογικοί παράγοντες σας οδήγησαν στην αύξηση βάρους;	N=154	Percent%
Ναι	85	55,2
Όχι	67	43,5

Σχήμα 23: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το εάν ψυχολογικοί παράγοντες τους οδήγησαν στην αύξηση του βάρους.

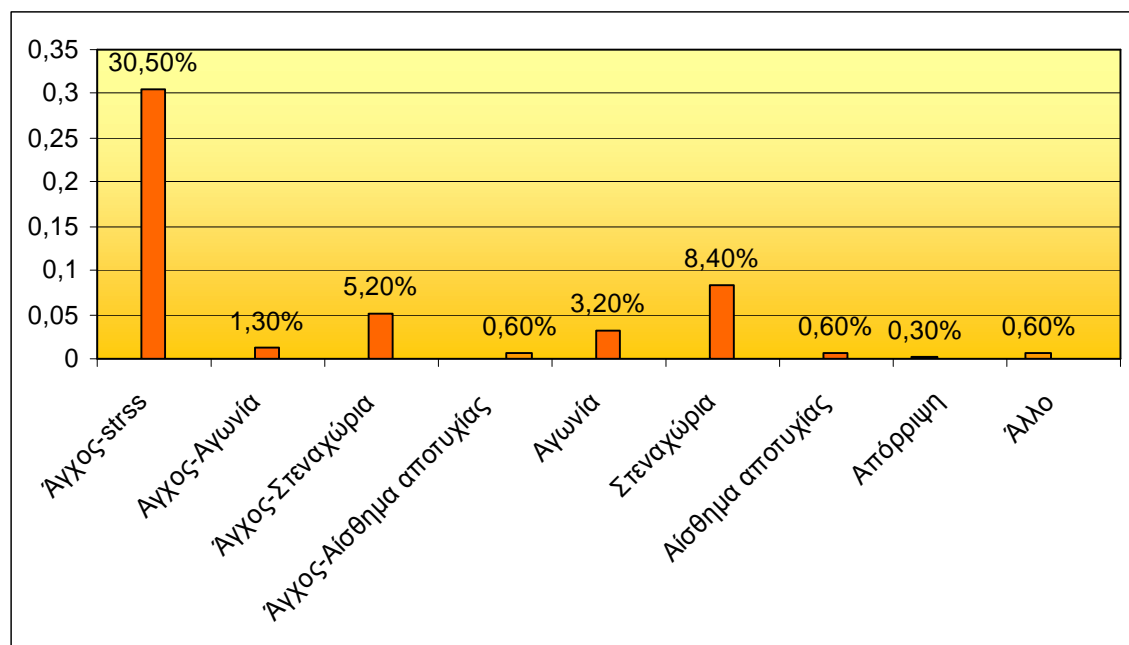


Στο 30,5% (47 άτομα) των ερωτηθέντων αυξήθηκε το βάρος λόγω άγχους – stress, στο 8,4% (13 άτομα) λόγω στεναχώριας. Ακολουθούν άλλοι λόγοι με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 24, Σχήμα 24).

Πίνακας 24: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τους ψυχολογικούς παράγοντες που τους οδήγησαν στην αύξηση βάρους.

Ποιός από τους ψυχολογικούς παράγοντες σας οδήγησε στην αύξηση βάρους;	N=154	Percent%
Άγχος – Stress	47	30,5
Άγχος – Stress, Αγωνία	2	1,3
Άγχος – Stress, Στεναχώρια	8	5,2
Άγχος – Stress, Αίσθημα Αποτυχίας	1	0,6
Αγωνία	5	3,2
Στεναχώρια	13	8,4
Αίσθημα Αποτυχίας	1	0,6
Απόρριψη	2	1,3
Άλλο	1	0,6

Σχήμα 24: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τους ψυχολογικούς παράγοντες που τους οδήγησαν στην αύξηση βάρους.

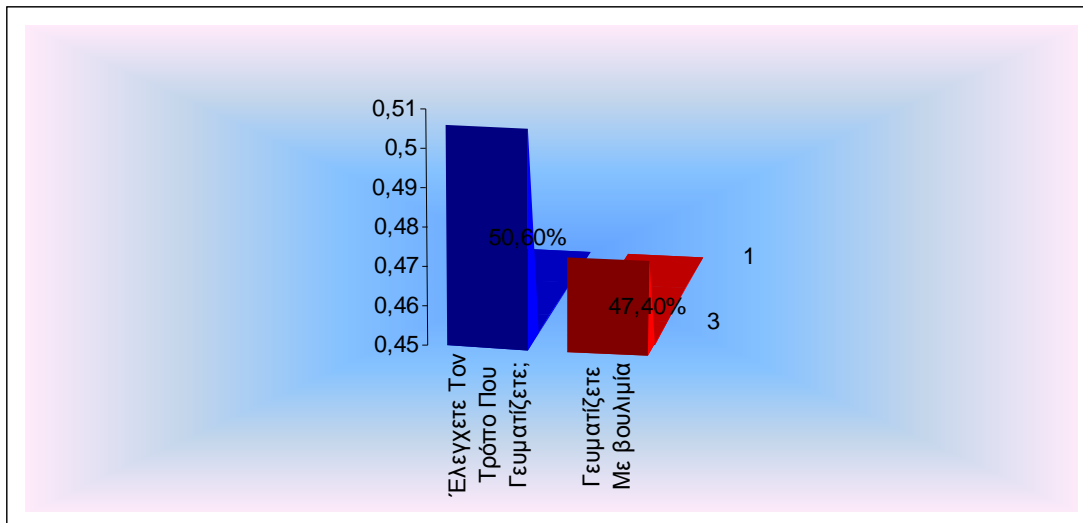


Το 50,6% (78 άτομα) των ερωτηθέντων ελέγχει τον τρόπο που γευματίζει ενώ το 47,7% (73 άτομα) γευματίζει με βουλιμία. Το 1,9% δεν απάντησε καθόλου (Πίνακας 25, Σχήμα 25).

Πίνακας 25: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον τρόπο που γευματίζουν.

Όταν πεινάτε:	N=154	Percent%
Ελέγχετε τον τρόπο που γευματίζετε	78	50,6
Γευματίζετε με βουλιμία	73	47,4

Σχήμα 25: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον τρόπο που γευματίζουν.

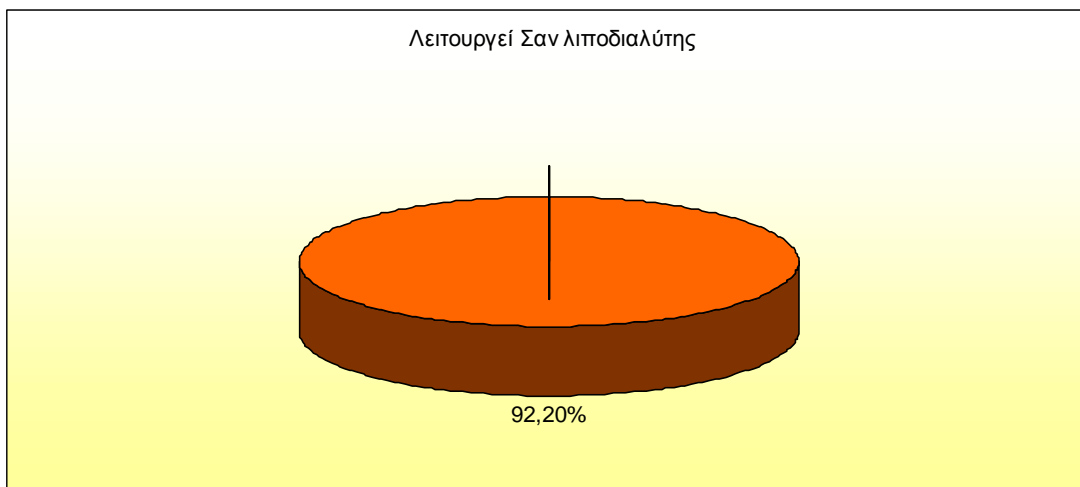


Το 92,2% (142 άτομα) των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι το νερό λειτουργεί σαν λιποδιαλύτης ενώ το 5,2% (8 άτομα) ότι αυξάνει το βάρος. Ένα ποσοστό 2,6% (4 άτομα) δεν απάντησε καθόλου (Πίνακας 26, Σχήμα 26).

Πίνακας 26: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την γνώμη τους για την λειτουργία του νερού.

Ποιά πιστεύετε ότι είναι η λειτουργία του νερού;	N=154	Percent%
Λειτουργεί σαν λιποδιαλύτης	142	92,2
Αυξάνει το βάρος	8	5,2

Σχήμα 26: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την γνώμη τους για την λειτουργία του νερού.

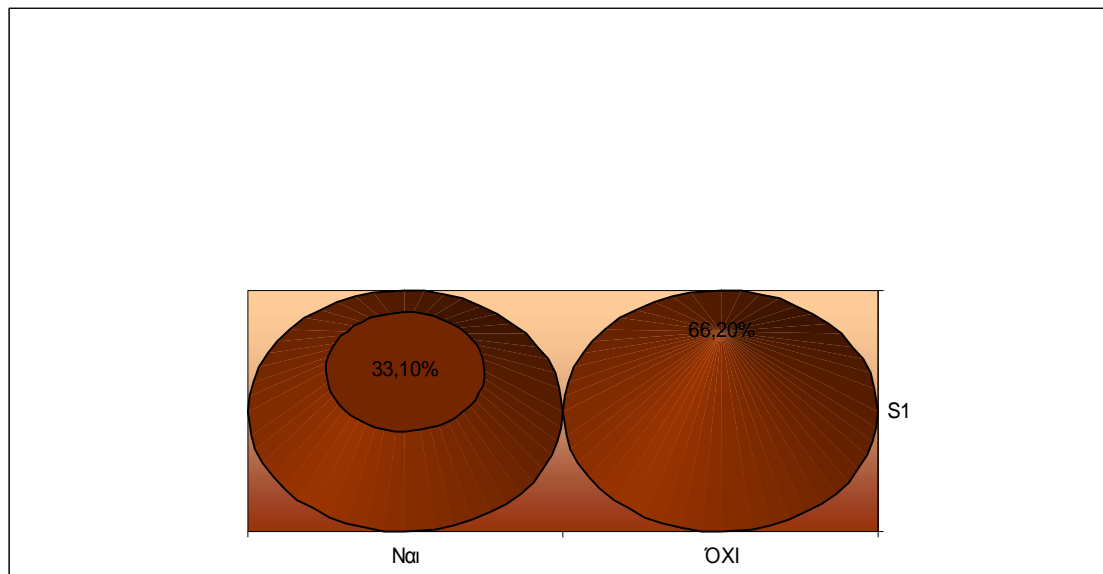


Το 66,2% (102 άτομα) των ερωτηθέντων πίνουν οινοπνευματώδη ποτά ενώ το 33,1% (51 άτομα) δεν πίνουν οινοπνευματώδη. Ένα μικρό ποσοστό 0,6% (1 άτομο) δεν απάντησε καθόλου (Πίνακας 27, Σχήμα 27).

Πίνακας 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πίνουν οινοπνευματώδη ποτά.

Πίνετε οινοπνευματώδη;	N=154	Percent%
Ναι	51	33,1
Όχι	102	66,2

Σχήμα 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πίνουν οινοπνευματώδη ποτά.

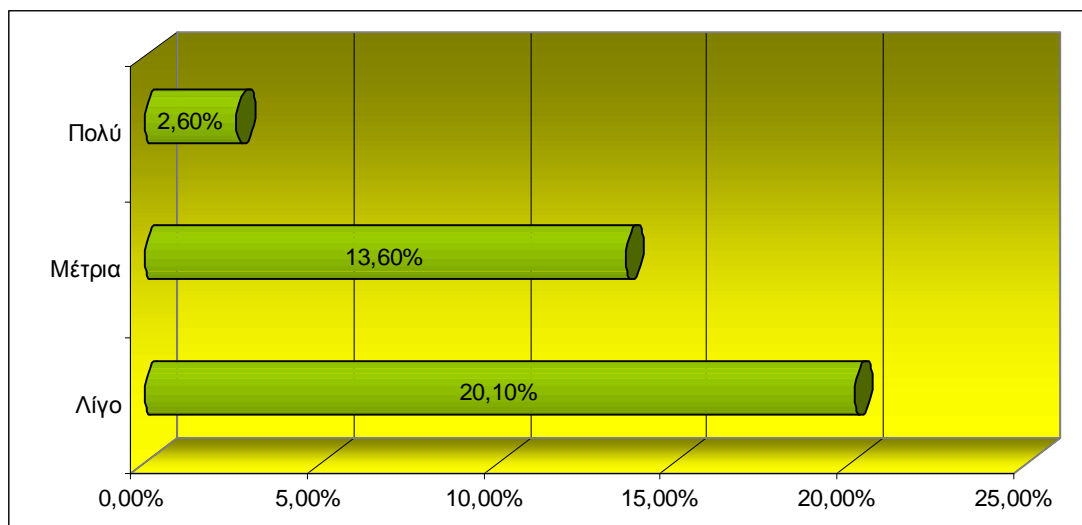


Το 20,1% (31 άτομα) των ερωτηθέντων καταναλώνουν μικρή ποσότητα οινοπνευματωδών ποτών, το 13,6% (21 άτομα) καταναλώνουν μέτρια ποσότητα ενώ μόλις 2,6% (4 άτομα) καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα (Πίνακας 28, Σχήμα 28).

Πίνακας 28: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ποσότητα των οινοπνευματωδών ποτών που καταναλώνουν.

Πίνετε μεγάλη ποσότητα οινοπνευματωδών ποτών;	N=154	Percent%
Λίγο	31	20,1
Μέτρια	21	13,6
Πολύ	4	2,6

Σχήμα 28: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ποσότητα των οινοπνευματωδών ποτών που καταναλώνουν.

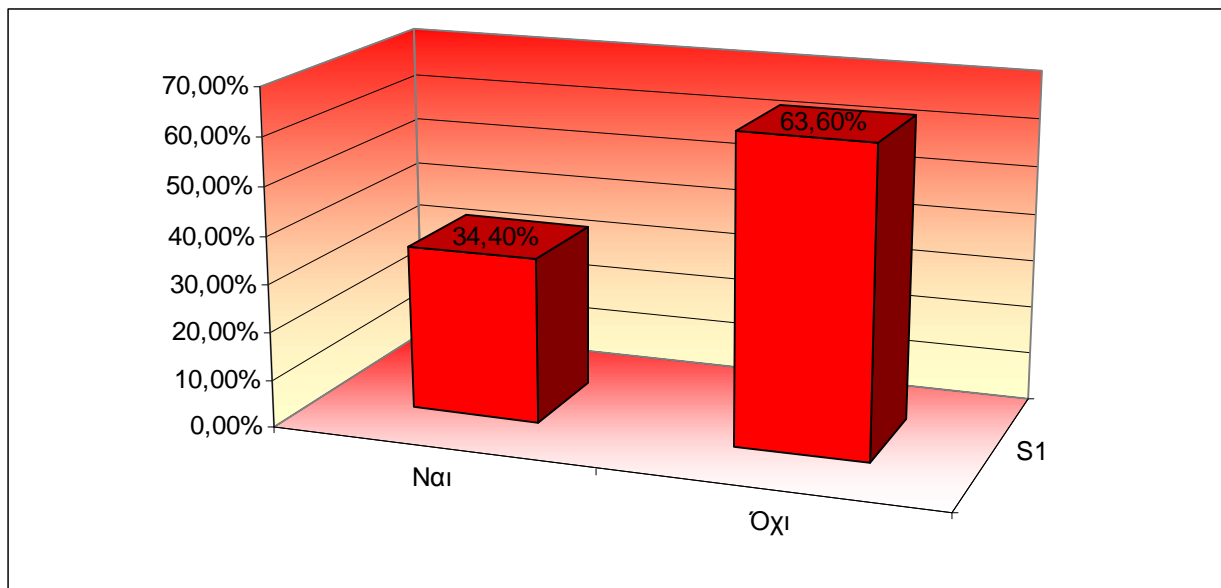


Το 34,4% (53 άτομα) των ερωτηθέντων συνηθίζει να αθλείται ενώ το 63,6% (98 άτομα) δεν αθλείται. Ένα ποσοστό 1,9% (3 άτομα) δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση (Πίνακας 29, Σχήμα 29).

Πίνακας 29: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν αθλούνται.

Αθλείστε;	N=154	Percent%
Ναι	53	34,4
Όχι	98	63,6

Σχήμα 29: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν αθλούνται.

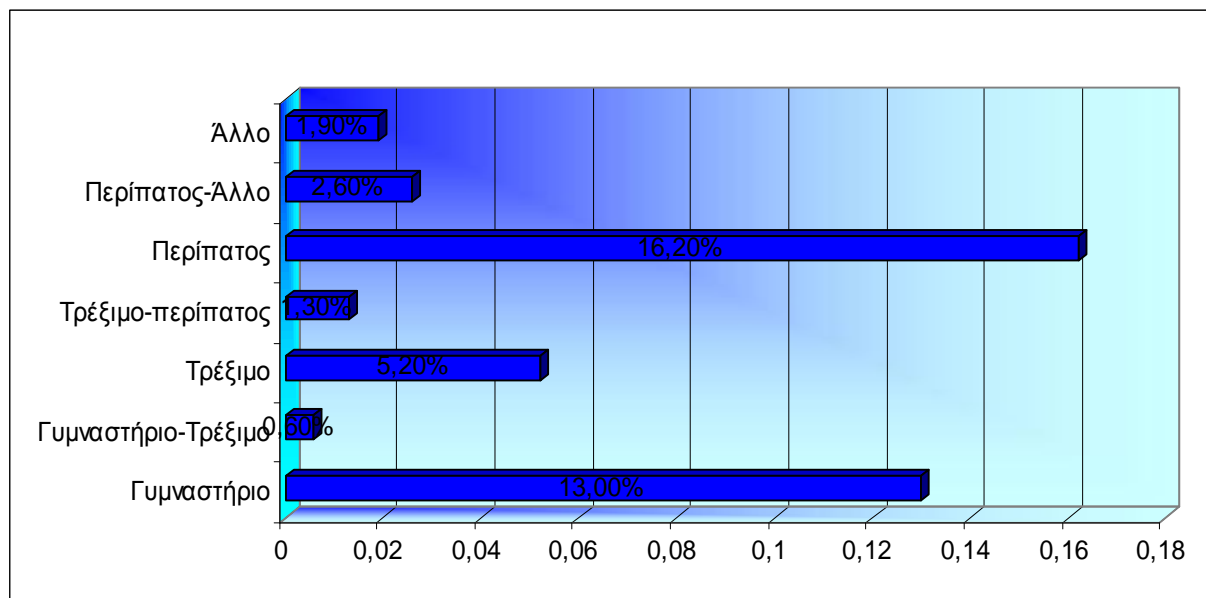


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (16,2% - 25 άτομα) αθλείται με την μέθοδο του περίπατου, ακολουθεί ένα ποσοστό 13% (20 άτομα) που αθλείται ακολουθώντας την μέθοδο του γυμναστηρίου. Ακολουθούν άλλοι τρόποι με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 30, Σχήμα 30).

Πίνακας 30: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον τρόπο άθλησης που ακολουθούν.

Με ποιο τρόπο αθλείστε;	N=154	Percent%
Γυμναστήριο	20	13,0
Γυμναστήριο – Τρέξιμο	1	0,6
Τρέξιμο	8	5,2
Τρέξιμο – Περίπατος	2	1,3
Περίπατος	25	16,2
Περίπατος - Άλλο	4	2,6
Άλλο	3	1,9

Σχήμα 30: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον τρόπο άθλησης που ακολουθούν.

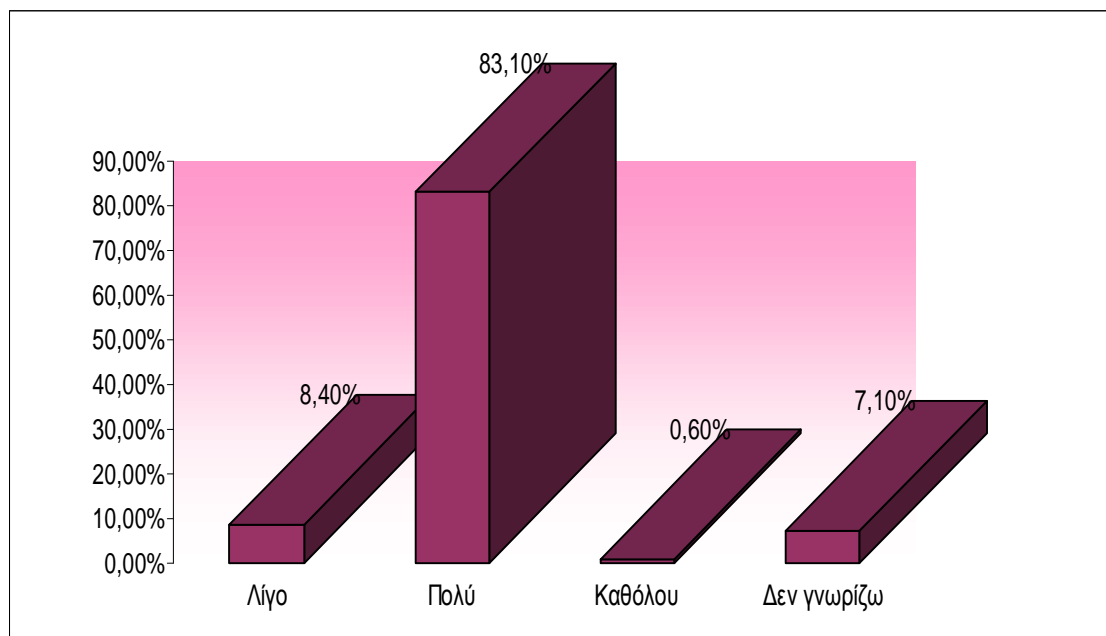


Το 83,1% (128 άτομα) των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι η μεσογειακή διαίτα και η σωματική άσκηση βοηθούν πολύ στην διατήρηση μιας καλής φυσικής κατάστασης, το 8,4% (13 άτομα) πιστεύουν ότι βοηθούν λίγο, 11 άτομα (ποσοστό 7,1%) δεν γνωρίζουν ενώ 1 άτομο (ποσοστό 0,6%) πιστεύει ότι δεν βοηθούν καθόλου. Ένα ποσοστό 0,6% (1 άτομο) δεν απάντησε καθόλου (Πίνακας 31, Σχήμα 31).

Πίνακας 31: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την άποψή τους για το αν βοηθούν η μεσογειακή διαίτα και η σωματική άσκηση στην διατήρηση μιας καλής φυσικής κατάστασης.

Η μεσογειακή διαίτα και η σωματική άσκηση βοηθούν στην διατήρηση μιας καλής φυσικής κατάστασης;	N=154	Percent%
Λίγο	13	8,4
Πολύ	128	83,1
Καθόλου	1	0,6
Δεν γνωρίζω	11	7,1

Σχήμα 31: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την άποψή τους για το αν βοηθούν η μεσογειακή διαίτα και η σωματική άσκηση στην διατήρηση μιας καλής φυσικής κατάστασης.

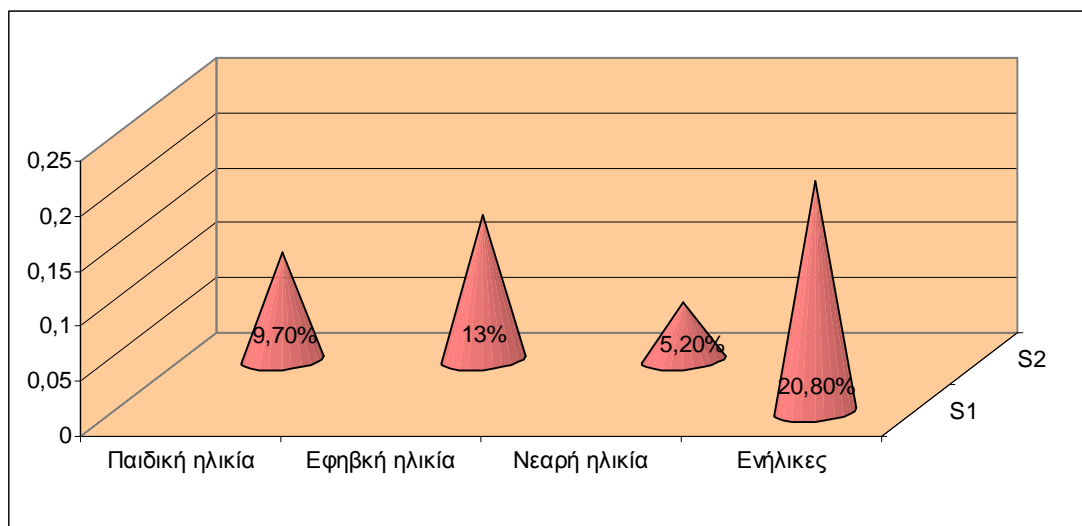


Το 20,8% (32 άτομα) των ερωτηθέντων αντιμετώπισαν προβλήματα βάρους ως ενήλικες, το 13% (20 άτομα) από την εφηβική ηλικία, 15 άτομα (ποσοστό 9,6%) από την παιδική τους ηλικία και το 5,2% (8 άτομα) από την νεαρή τους ηλικία (Πίνακας 32, Σχήμα 32).

Πίνακας 32: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το σημείο εκείνο της ζωής τους που ξεκίνησε η αύξηση του βάρους τους.

Εάν ήδη αντιμετωπίζετε προβλήματα βάρους από ποιο σημείο της ζωής σας ξεκίνησε η αύξηση του βάρους σας;	N=154	Percent%
Παιδική ηλικία	15	9,7
Εφηβική ηλικία	20	13,0
Νεαρή ηλικία	8	5,2
Ενήλικες	32	20,8

Σχήμα 32: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το σημείο εκείνο της ζωής τους που ξεκίνησε η αύξηση του βάρους τους.

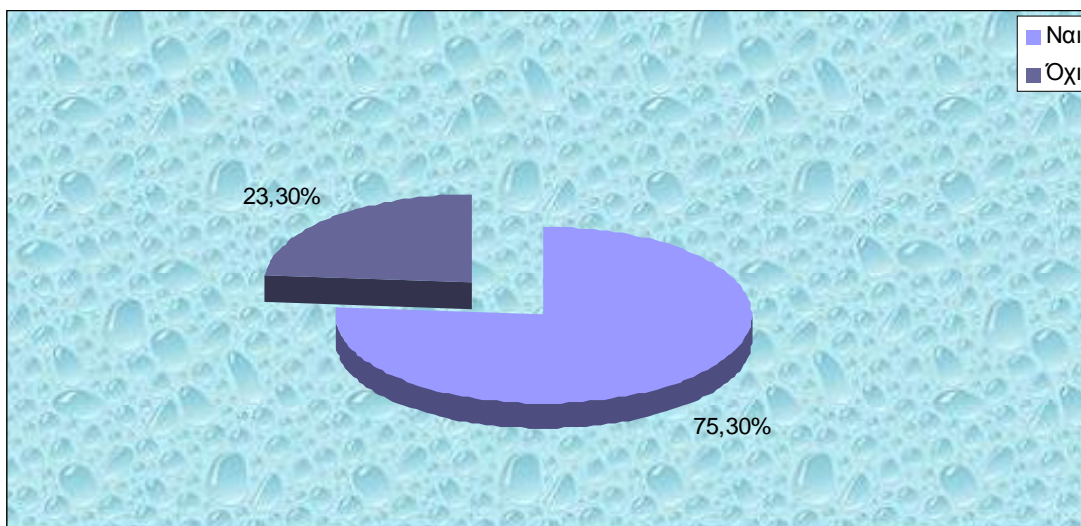


Το 75,3% (116 άτομα) των ερωτηθέντων παρακολουθούν τακτικά το βάρος τους ενώ το 23,6% (36 άτομα) δεν το παρακολουθούν τακτικά. Το 1,3% (2 άτομα) δεν απάντησε καθόλου σε αυτήν την ερώτηση (Πίνακας 33, Σχήμα 33).

Πίνακας 33: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν παρακολουθούν τακτικά το βάρος τους.

Παρακολουθείτε τακτικά το βάρος σας;	N=154	Percent%
Ναι	116	75,3
Όχι	36	23,3

Σχήμα 33: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν παρακολουθούν τακτικά το βάρος τους.

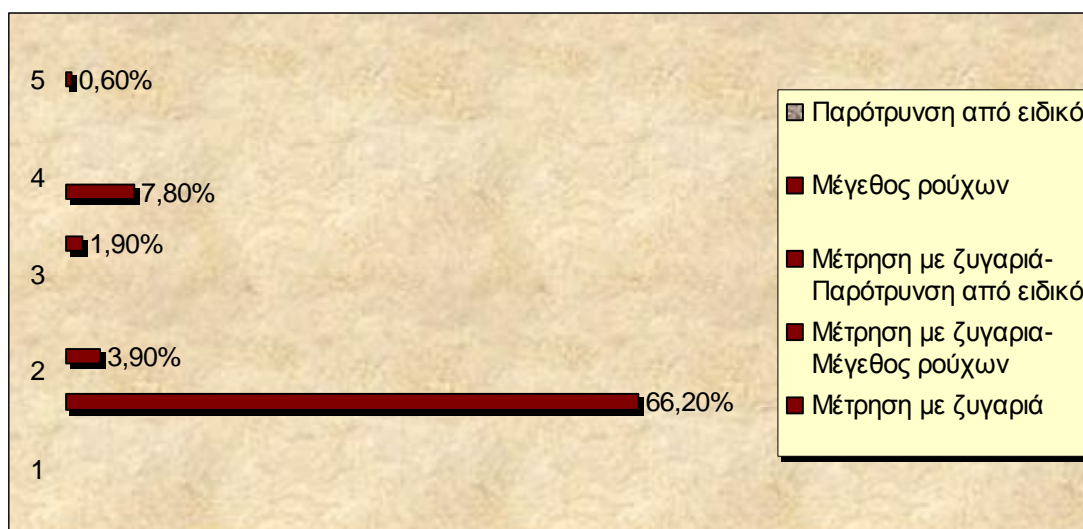


Το 66,2% (102 άτομα) των ερωτηθέντων μετρούν το βάρος τους με ζυγαριά, το 7,8% (12 άτομα) με μέτρηση με ζυγαριά και από το μέγεθος των ρούχων. Ακολουθούν άλλοι τρόποι με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 34, Σχήμα 34).

Πίνακας 34: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον τρόπο με τον οποίο παρακολουθούν τακτικά το βάρος τους.

Με ποιον τρόπο παρακολουθείτε τακτικά το βάρος σας;	N=154	Percent%
Μέτρηση με ζυγαριά	102	66,2
Μέτρηση με ζυγαριά – Μέγεθος ρούχων	12	7,8
Μέτρηση με ζυγαριά – Παρότρυνση από ειδικό	1	0,6
Μέγεθος ρούχων	6	3,9
Παρότρυνση από ειδικό	3	1,9

Σχήμα 34: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον τρόπο με τον οποίο παρακολουθούν τακτικά το βάρος τους.

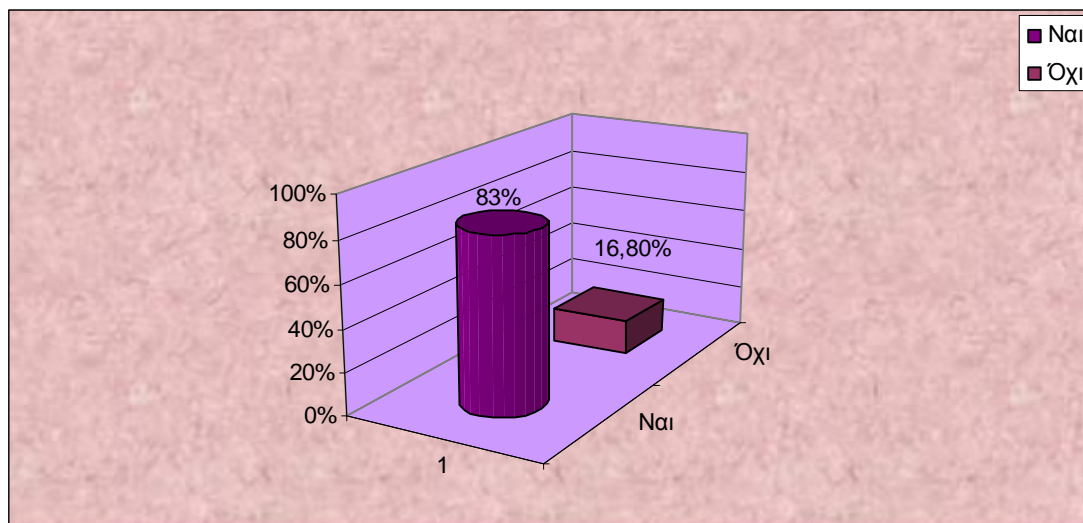


Το 83,1% (128 άτομα) των ερωτηθέντων το απασχολεί η αύξηση του βάρους του ενώ αντίθετα το 16,8% (26 άτομα) δεν το απασχολεί η αύξηση του βάρους του (Πίνακας 35, Σχήμα 35).

Πίνακας 35: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν τους απασχολεί η αύξηση του βάρους τους.

Σας απασχολεί η αύξηση του βάρους σας;	N=154	Percent%
Ναι	128	83,1
Όχι	26	16,8

Σχήμα 35: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το αν τους απασχολεί η αύξηση του βάρους τους.

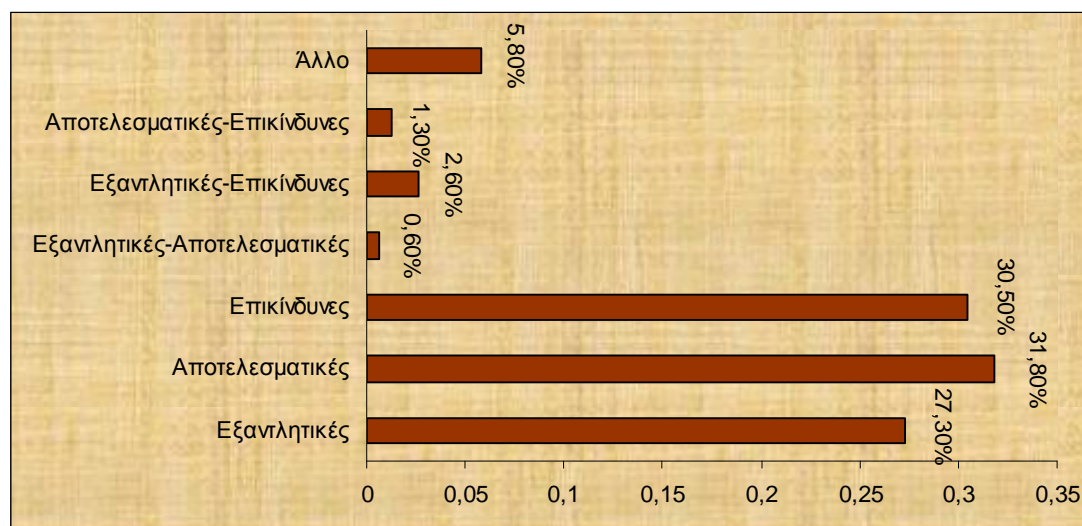


Το 31,8% (49 άτομα) των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι οι δίαιτες είναι αποτελεσματικές, το 30,5% (47 άτομα) των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι οι δίαιτες είναι επικίνδυνες, το 27,3% (42 άτομα) ότι είναι εξαντλητικές και ακολουθούν άλλες απόψεις με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 36, Σχήμα 36).

Πίνακας 36: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την άποψή τους για τις δίαιτες.

Θεωρείτε ότι οι δίαιτες είναι:	N=154	Percent%
Εξαντλητικές	42	27,3
Εξαντλητικές – Αποτελεσματικές	1	0,6
Εξαντλητικές – επικίνδυνες	4	2,6
Αποτελεσματικές	49	31,8
Αποτελεσματικές – Επικίνδυνες	2	1,3
Επικίνδυνες	47	30,5
Άλλο	9	5,8

Σχήμα 36: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την άποψή τους για τις δίαιτες.

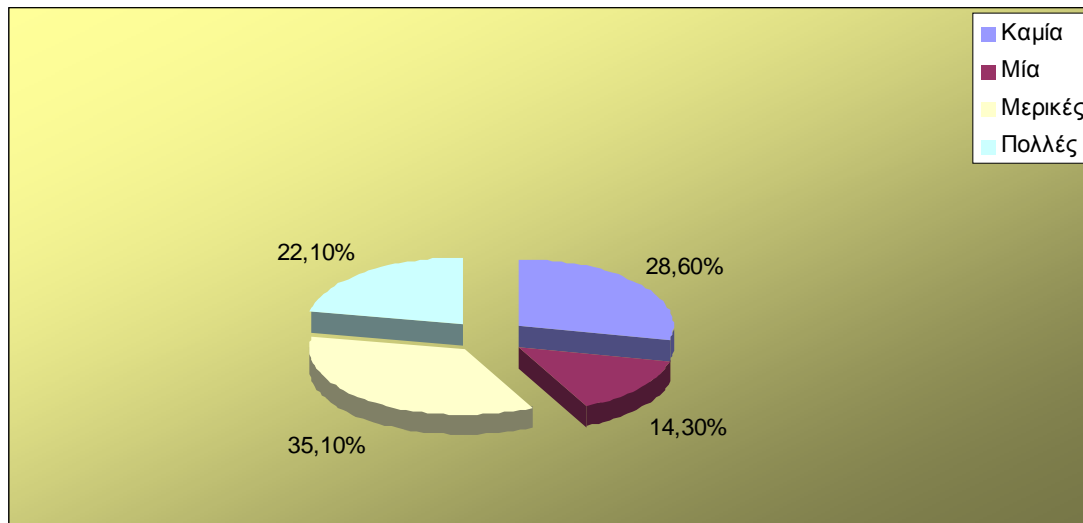


Το 35,1% (54 άτομα) των ερωτηθέντων πήραν μερικές φορές την απόφαση για την μείωση του βάρους τους, το 29,9% (46 άτομα) καμία, το 22,1% (34 άτομα) πολλές φορές και το 13% (20 άτομα) μία φορά (Πίνακας 37, Σχήμα 37).

Πίνακας 37: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τις φορές που πήραν την απόφαση να μειώσουν το βάρος τους.

Πόσες φορές πήρατε την απόφαση για την μείωση του βάρους σας;	N=154	Percent%
Καμία	46	29,9
Μία	20	13,0
Μερικές	54	35,1
Πολλές	34	22,1

Σχήμα 37: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τις φορές που πήραν την απόφαση να μειώσουν το βάρος τους.



Στην ερώτηση για το ποιους τρόπους χρησιμοποίησαν οι ερωτηθέντες για τη μείωση του βάρους τους το 24,7% (38 άτομα) απαντούν ότι μείωσαν τη ποσότητα του φαγητού, το 7,8 % (12 άτομα) ισχυρίζονται ότι παρέλειψαν το βραδινό γεύμα και το 6,5 % (10 άτομα) απαντά ότι βελτίωσε την ποιότητα του φαγητού του. Ακολουθεί ένα μικρότερο ποσοστό 5,2% (8 άτομα) που εφαρμόζει σωματική άσκηση και τέλος άλλα ποσοστά από συνδυασμό απαντήσεων (Πίνακας 38, Σχήμα 38).

Πίνακας 38: Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με τους τρόπους που χρησιμοποίησαν για τη μείωση του βάρους τους.

Εάν προσπαθήσατε για τη μείωση του βάρους σας με ποιους τρόπους το κάνατε;	N=154	Percent%
Μείωση της ποσότητας φαγητού	38	24,7
Μείωση της ποσότητας φαγητού-Παράλειψη του βραδινού γεύματος	8	5,2
Μείωση της ποσότητας φαγητού-Βελτίωση ποιότητας φαγητού	4	2,6
Μείωση ποσότητας φαγητού- Σωματική άσκηση	7	4,5
Παράλειψη βραδινού γεύματος	12	7,8
Παράλειψη βραδινού γεύματος-Βελτίωση ποιότητας φαγητού	2	1,3
Παράλειψη βραδινού γεύματος-Σωματική άσκηση	4	2,6
Βελτίωση ποιότητας φαγητού	10	6,5
Βελτίωση ποιότητας φαγητού-Σωματική άσκηση	2	1,3
Σωματική άσκηση	8	5,2

Σχήμα 38: Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με τους τρόπους που χρησιμοποίησαν για τη μείωση του βάρους τους.

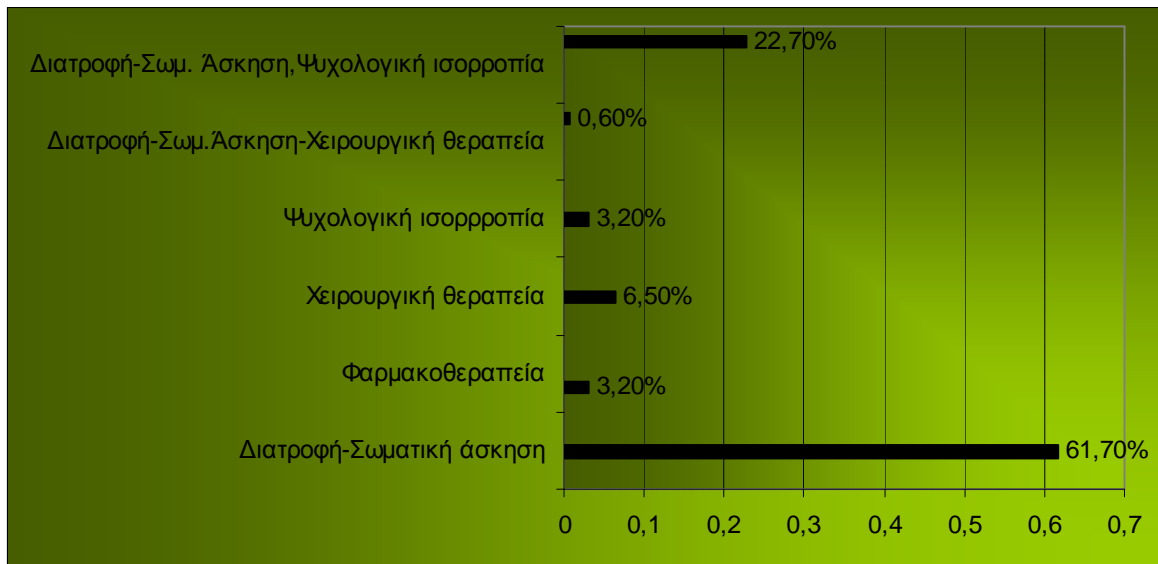


Στην ερώτηση ως προς το ποια πιστεύουν ότι είναι η καταλληλότερη μέθοδος για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, το 61,7% (95 άτομα) απαντούν ότι η πιο κατάλληλη μέθοδος είναι η διατροφή και η σωματική άσκηση, ενώ το 22,7% (35 άτομα) πιστεύουν στη χειρουργική θεραπεία. Ακολουθούν μικρότερα ποσοστά όπως το 3,2% (5 άτομα) που υποστηρίζει ότι κατάλληλη θεραπεία είναι η ψυχολογική ισορροπία και το 0,6% (1 άτομο) η φαρμακοθεραπεία (Πίνακας 39, Σχήμα 39).

Πίνακας 39: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το ποια πιστεύουν ότι είναι η καταλληλότερη μέθοδος για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, σύμφωνα με τις γνώσεις και την εμπειρία τους στο χώρο της Νοσηλευτικής.

Σύμφωνα με τις γνώσεις και την εμπειρία σας στο χώρο της Νοσηλευτικής, ποια πιστεύετε ότι είναι η καταλληλότερη μέθοδος για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας;	N=154	Percent%
Διατροφή-Σωματική άσκηση	95	61,7
Φαρμακοθεραπεία	1	0,6
Χειρουργική θεραπεία	35	22,7
Ψυχολογική ισορροπία	5	3,2
Διατροφή-Σωμ. Άσκηση - Χειρουργική θεραπεία	10	6,5
Διατροφή-Σωμ. Άσκηση, Ψυχολογική ισορροπία	5	3,2

Σχήμα 39: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το ποια πιστεύουν ότι είναι η καταλληλότερη μέθοδος για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, σύμφωνα με τις γνώσεις και την εμπειρία τους στο χώρο της Νοσηλευτικής.

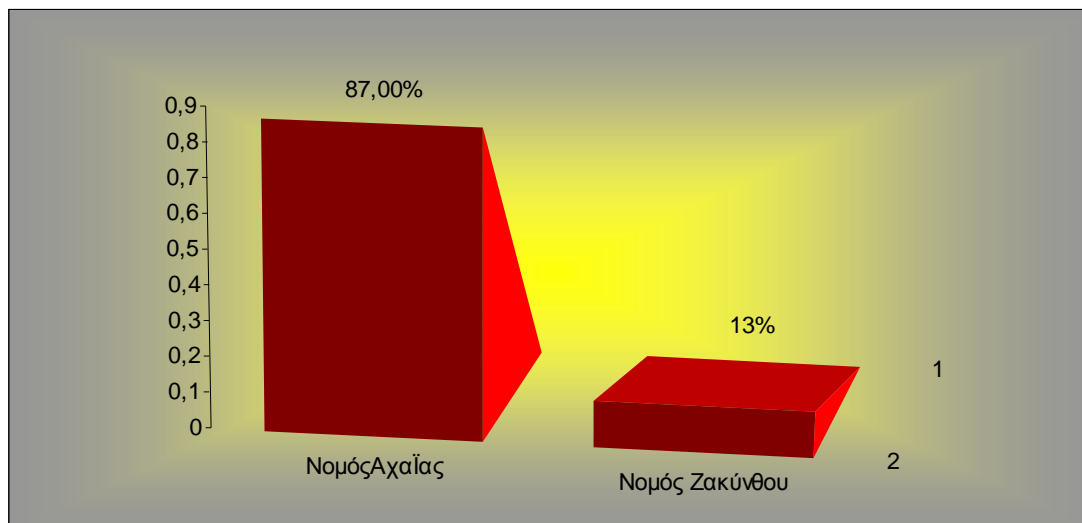


Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον τόπο εργασίας τους έχει ως εξής: 132 άτομα (ποσοστό 85,7%) ερωτήθηκαν στα Νοσοκομεία του Νομού Αχαΐας, και 20 άτομα (ποσοστό 13%) στο Νοσοκομείο του Νομού Ζακύνθου (Πίνακας 40, Σχήμα 40).

Πίνακας 40: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον τόπο εργασίας τους.

Τόπος εργασίας	N=154	Percent%
Νομός Αχαΐας	134	87
Νομός Ζακύνθου	20	13,0

Σχήμα 40: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον τόπο εργασίας τους.

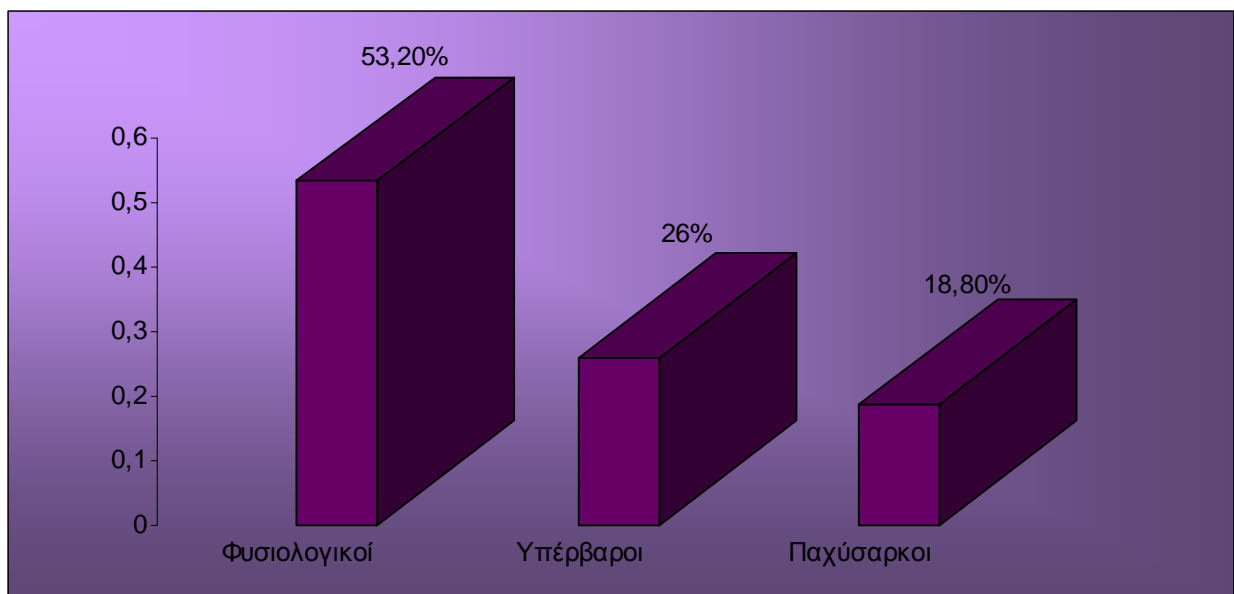


Η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον Δείκτη Μάζας Σώματός τους είναι η εξής: φυσιολογικοί το 53,2% (82 άτομα), υπέρβαροι το 26% (40 άτομα) και παχύσαρκοι το 18,8% (29 άτομα) (Πίνακας 41, Σχήμα 41).

Πίνακας 41: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον Δείκτη Μάζας Σώματός τους.

Δείκτης Μάζας Σώματος	N=154	Percent%
Φυσιολογικοί	82	53,2
Υπέρβαροι	40	26,0
Παχύσαρκοι	29	18,8

Σχήμα 41: Κατανομή των ερωτηθέντων ως προς τον Δείκτη Μάζας Σώματός τους.



3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 154 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού ηλικίας 20-60 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

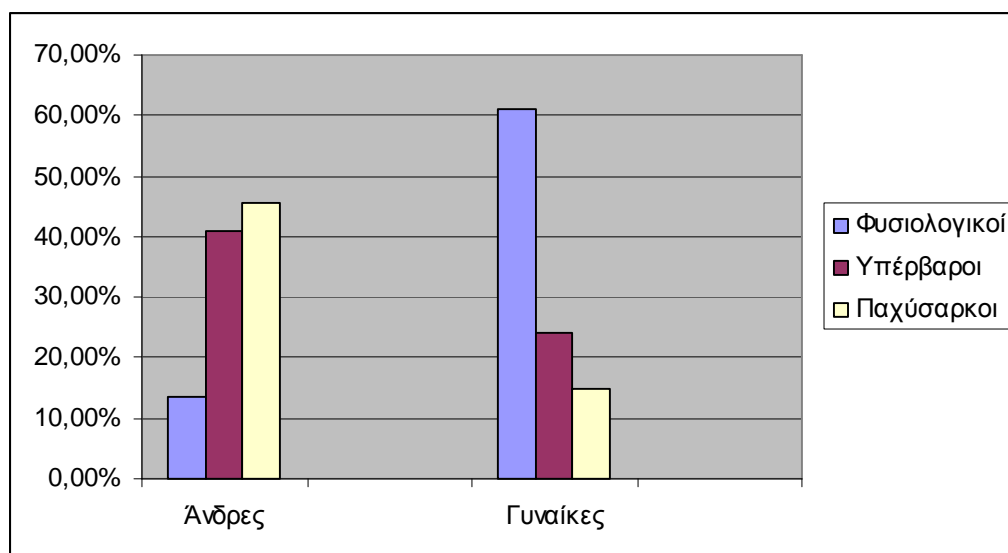
A. Συσχετίσεις με το φύλο

Συγκρίνοντας το φύλο με την κατανομή του βάρους των ερωτηθέντων παρατηρούμε ότι το πρόβλημα της παχυσαρκίας παρουσιάζεται εντονότερα στον ανδρικό πληθυσμό με ποσοστό 45,5%, ενώ το ποσοστό των γυναικών αγγίζει μόλις το 14,7% (Πίνακας 42, Σχήμα 42).

Πίνακας 42: Σχέση φύλου και κατανομής του βάρους των ερωτηθέντων.

Φύλο	Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το βάρος			
	Φυσιολογικοί	Υπέρβαροι	Παχύσαρκοι	
Ανδρες	3 13,6%	9 40,9%	10 45,5%	22 100,0%
Γυναίκες	79 61,2%	31 24,0%	19 14,7%	129 100,0%

Σχήμα 42: Σχέση φύλου και κατανομής του βάρους των ερωτηθέντων.

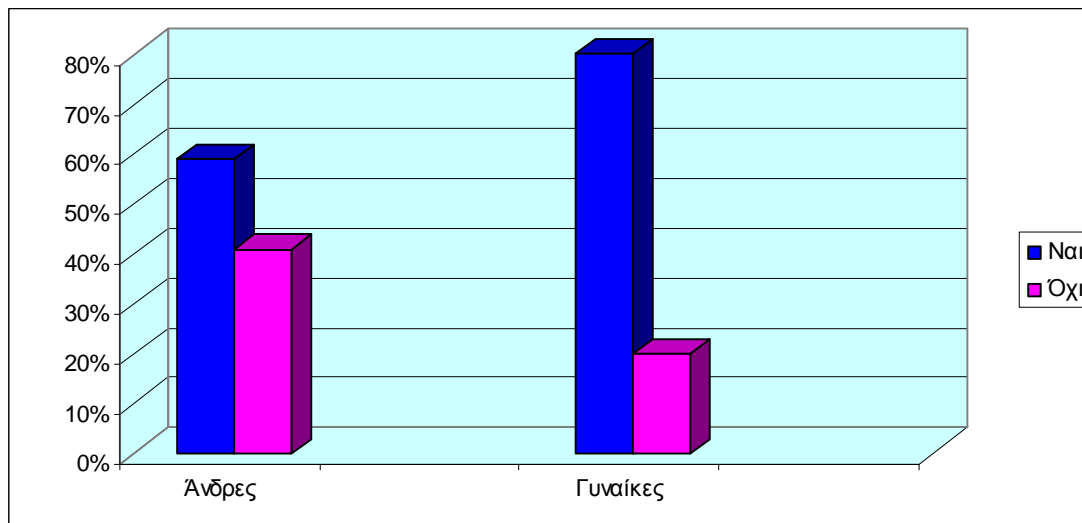


Συγκρίνοντας τη συχνότητα παρακολούθησης του βάρους των δύο φύλων παρατηρούμε ότι, οι γυναίκες παρακολουθούν τακτικότερα το βάρος τους, με ποσοστό 80%, σε αντίθεση με τους άνδρες με ποσοστό 59%. (Πίνακας 43, Σχήμα 43).

Πίνακας 43: Σχέση φύλου με το αν οι ερωτηθέντες παρακολουθούν τακτικά το βάρος τους.

Φύλο	Παρακολουθείτε συχνά το βάρος σας;		
	Ναι	Όχι	
Άνδρες	12 59%	9 40,9%	22 100,0%
Γυναίκες	104 80,0%	26 20,0%	130 100,0%

Σχήμα 43: Σχέση φύλου με το αν οι ερωτηθέντες παρακολουθούν τακτικά το βάρος τους.

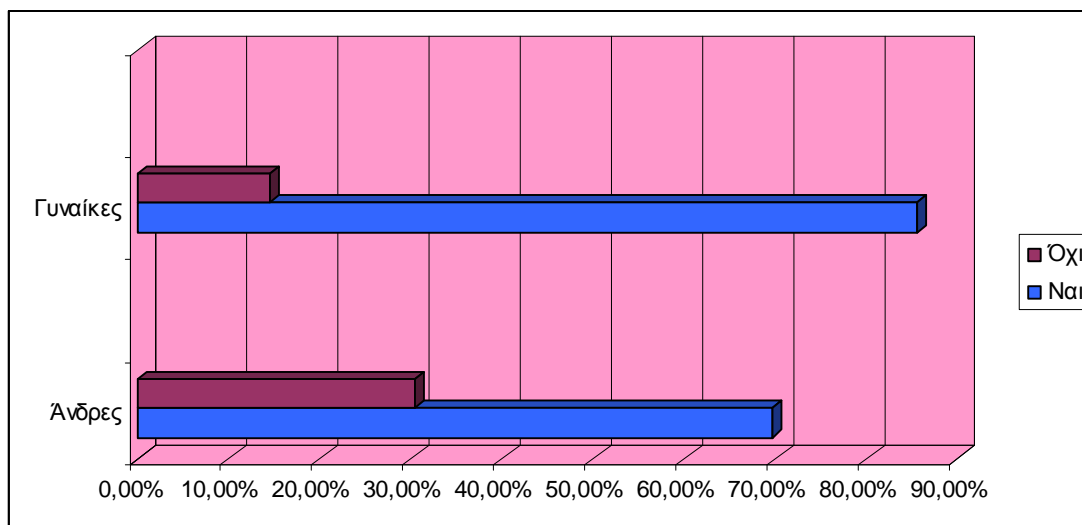


Συσχετίζοντας το φύλο με το αν απασχολεί τους ερωτηθέντες η αύξηση του σωματικού τους βάρους, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι και τα δυο φύλα ανησυχούν για τις μεταβολές του βάρους τους, οι γυναίκες σε ποσοστό 85,5% και οι άνδρες σε ποσοστό 69,6% (Πίνακας 44, Σχήμα 44).

Πίνακας 44: Σχέση φύλου με το αν απασχολεί τους ερωτηθέντες η αύξηση βάρους του σώματός τους.

Φύλο	Σας απασχολεί η αύξηση βάρους του σώματός σας;		
	Ναι	Όχι	
Άνδρες	16 69,6%	7 30,4%	23 100,0%
Γυναίκες	112 85,5%	19 14,5%	131 100,0%

Σχήμα 44: Σχέση φύλου με το αν απασχολεί τους ερωτηθέντες η αύξηση βάρους του σώματός τους.



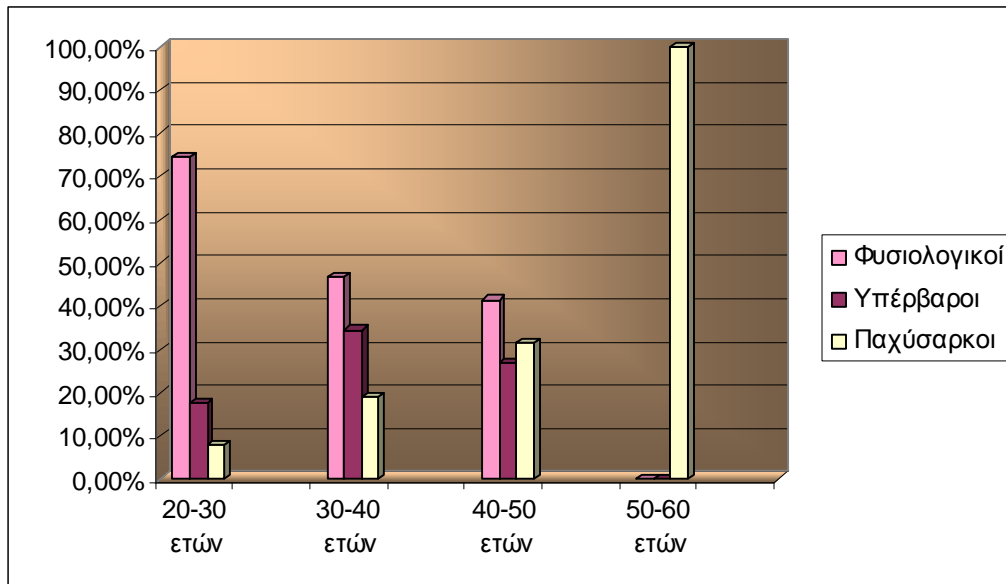
B. Συσχετίσεις με την ηλικία.

Συσχετίζοντας την ηλικία με την κατανομή του βάρους των ερωτηθέντων συμπεραίνουμε ότι στις μικρότερες ηλικίες του νοσηλευτικού προσωπικού, 20-40 ετών, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικά ποσοστά παχυσαρκίας. Αντίθετα, το πρόβλημα φαίνεται να εντείνεται στις μεγαλύτερες ηλικίες, 40-60 ετών καθώς το ποσοστό των παχύσαρκων ατόμων αυξάνεται (Πίνακας 45, Σχήμα45).

Πίνακας 45: Σχέση ηλικίας και κατανομής του βάρους των ερωτηθέντων.

Ηλικία	Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το βάρος			
	Φυσιολογικοί	Υπέρβαροι	Παχύσαρκοι	
20-30 ετών	38 74,5%	9 17,6%	4 7,8%	51 100,0%
30-40 ετών	27 46,6%	20 34,5%	11 19,0%	58 100,0%
40-50 ετών	17 41,5%	11 26,8%	13 31,7%	41 100,0%
50-60 ετών	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%

Σχήμα 45: Σχέση ηλικίας και κατανομής του βάρους των ερωτηθέντων.



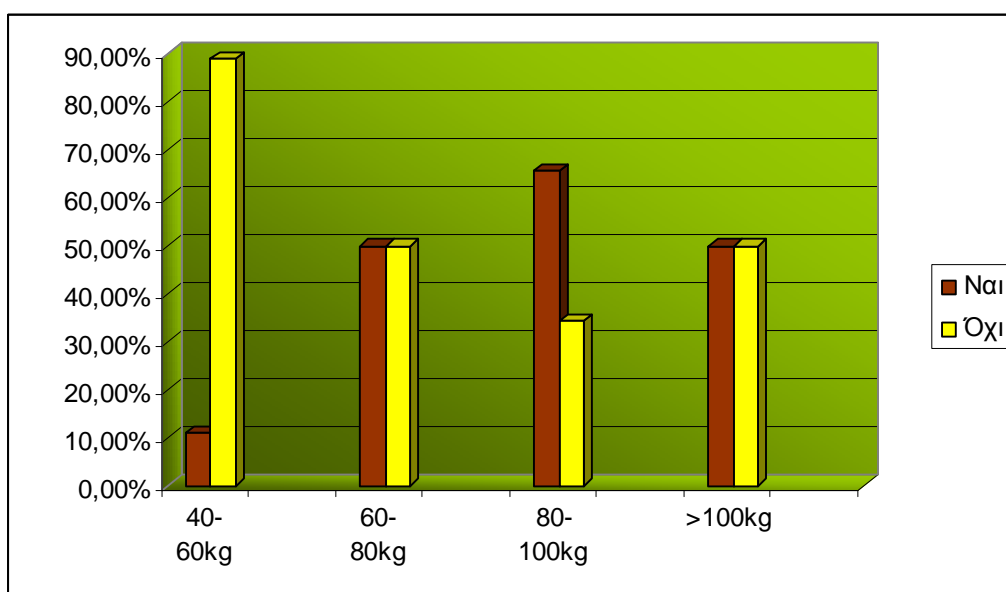
Γ. Συσχετίσεις με το βάρος.

Οι ερωτηθέντες που το βάρος τους κυμαίνεται από 40-80 kg, πιστεύουν ότι το επάγγελμά τους δεν επηρεάζει το βάρος τους. Αντίθετα, τα άτομα που το βάρος τους κυμαίνεται από 80-100kg ισχυρίζονται ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή επηρεάζει σημαντικά στην αύξηση του βάρους τους, σε ποσοστό 65,6% (Πίνακας 46, Σχήμα 46).

Πίνακας 46: Σχέση βάρους με το αν πιστεύουν ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση βάρους.

Βάρος	Πιστεύετε ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση βάρους;		
	Ναι	Όχι	
40-60kg	6 11,1%	48 88,9%	54 100,0%
60-80kg	31 50,0%	31 50,0%	62 100,0%
80-100kg	21 65,6%	11 34,4%	32 100,0%
>100kg	2 50,0%	2 50,0%	4 100,0%

Σχήμα 46: Σχέση βάρους με το αν πιστεύουν ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση βάρους.

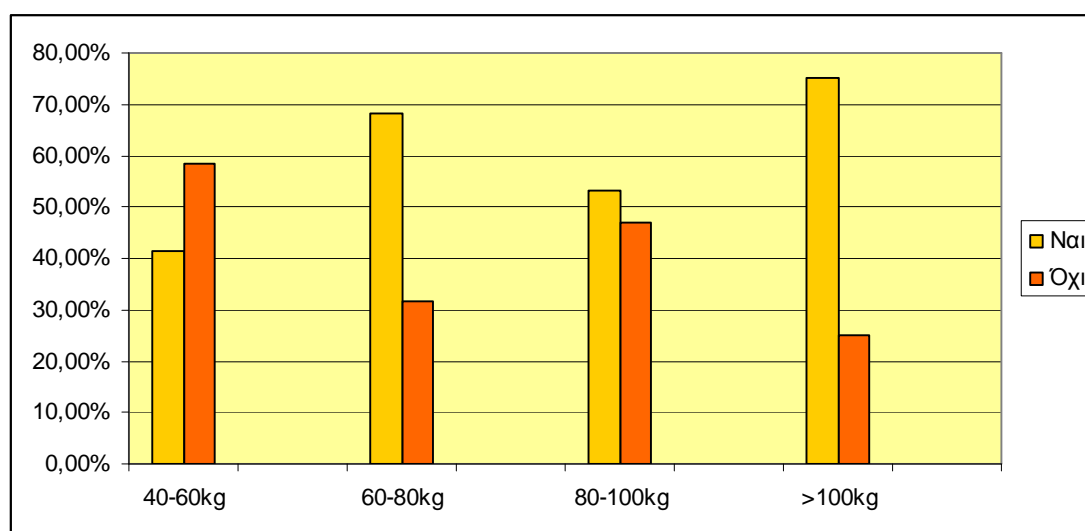


Οι ερωτηθέντες που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της παχυσαρκίας (>100kg) ισχυρίζονται ότι ψυχολογικοί παράγοντες οδήγησαν στην αύξηση του βάρους τους. Από τους ερωτηθέντες που είναι υπέρβαροι (80-100kg) το 17% αυτών οδηγήθηκε στην αύξηση βάρους λόγω ψυχολογικών παραγόντων, ενώ αυτών που ζυγίζουν 60-80kg το 43%. Οι φυσιολογικοί σε βάρος ερωτηθέντες απαντούν ότι οδηγήθηκαν σε αύξηση βάρους από ψυχολογικούς παράγοντες με ποσοστό 22% (Πίνακας 47, Σχήμα 47).

Πίνακας 47: Σχέση βάρους των ερωτηθέντων με το αν ψυχολογικοί παράγοντες τους οδήγησαν στην αύξησή του.

Βάρος	Πιστεύετε ότι ψυχολογικοί παράγοντες σας οδήγησαν στην αύξηση βάρους;		
	Ναι	Όχι	
40-60kg	22 41,5%	31 58,5%	53 100,0%
60-80kg	43 68,3%	20 31,7%	63 100,0%
80-100kg	17 53,1%	15 46,9%	32 100,0%
>100kg	3 75,0%	1 25,0%	4 100,0%

Σχήμα 47: Σχέση βάρους των ερωτηθέντων με το αν ψυχολογικοί παράγοντες τους οδήγησαν στην αύξησή του.

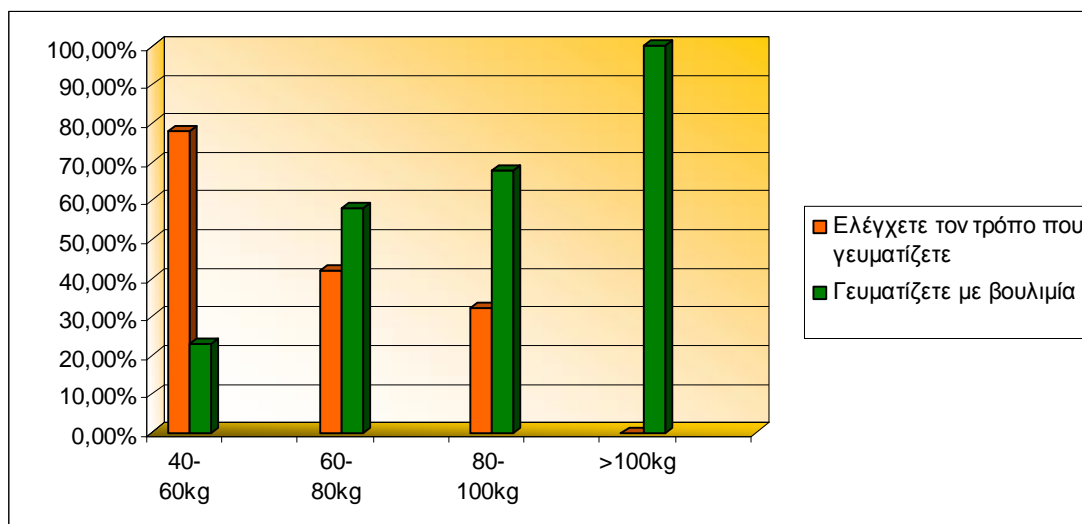


Συσχετίζοντας το βάρος των ερωτηθέντων με τον τρόπο τον οποίο γευματίζουν βλέπουμε ότι τα άτομα που κυμαίνονται πάνω από 100 κιλά σε ποσοστό 100% γευματίζουν με βουλιμία, όπως και τα άτομα που κυμαίνονται από 80-100 κιλά με ποσοστό 67,7%. Οι ερωτηθέντες με βάρος 60-80 κιλά γευματίζουν με βουλιμία με μικρότερο ποσοστό 58,1%, ενώ μόνο τα άτομα με βάρος 40-60 κιλών ελέγχουν τον τρόπο με τον οποίο γευματίζουν με ποσοστό 77,8% (Πίνακας 48, Σχήμα 48).

Πίνακας 48: Σχέση βάρους με τον τρόπο με τον οποίο γευματίζουν οι ερωτηθέντες.

Βάρος	Όταν πεινάτε:		
	Ελέγχετε τον τρόπο που γευματίζετε	Γευματίζετε με βουλιμία	
40-60kg	42 77,8%	12 22,2%	54 100,0%
60-80kg	26 41,9%	36 58,1%	62 100,0%
80-100kg	10 32,3%	21 67,7%	31 100,0%
>100kg	0 0,0%	4 100,0%	4 100,0%

Σχήμα 48: Σχέση βάρους με τον τρόπο με τον οποίο γευματίζουν οι ερωτηθέντες.

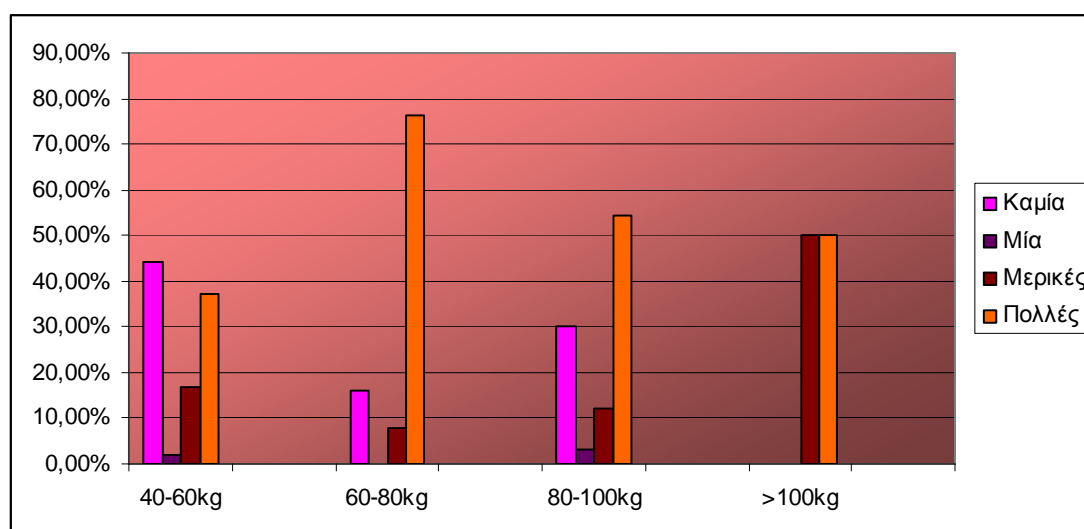


Από τους ερωτηθέντες που αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα με το βάρος τους το 50% αυτών αποφάσισε μερικές φορές να μειώσει το βάρος του και το υπόλοιπο 50% πολλές φορές. Οι ερωτηθέντες με βάρος 80-100 κιλά αποφάσισαν σε ποσοστό 54,5% να μειώσουν το βάρος τους πολλές φορές, ενώ το 30,3% αυτών δεν πήρε καμία φορά αυτή την απόφαση. Το 76,2% των ατόμων που κυμαίνονται από 60-80 κιλά αποφάσισε πολλές φορές να μειώσει το βάρος του ενώ το 44,4% των ερωτηθέντων που κυμαίνονται από 40-60 κιλά δεν σκέφτηκε καμία φορά να χάσει βάρος (Πίνακας 49, Σχήμα 49).

Πίνακας 49: Σχέση βάρους με τον αριθμό των αποπειρών των ερωτηθέντων για την μείωση του βάρους τους.

Βάρος	Πόσες φορές πήρατε την απόφαση για την μείωση του βάρους σας;				
	Καμία	Μία	Μερικές	Πολλές	
40-60kg	24 44,4%	1 1,9%	9 16,7%	20 37%	54 100,0%
60-80kg	10 15,9%	0 ,0%	5 7,9%	48 76,2%	63 100,0%
80-100kg	10 30,3%	1 3,0%	4 12,1%	18 54,5%	33 100,0%
>100kg	0 ,0%	0 ,0%	2 50,0%	2 50%	4 100,0%

Σχήμα 49: Σχέση βάρους με τον αριθμό των αποπειρών των ερωτηθέντων για την μείωση του βάρους τους.

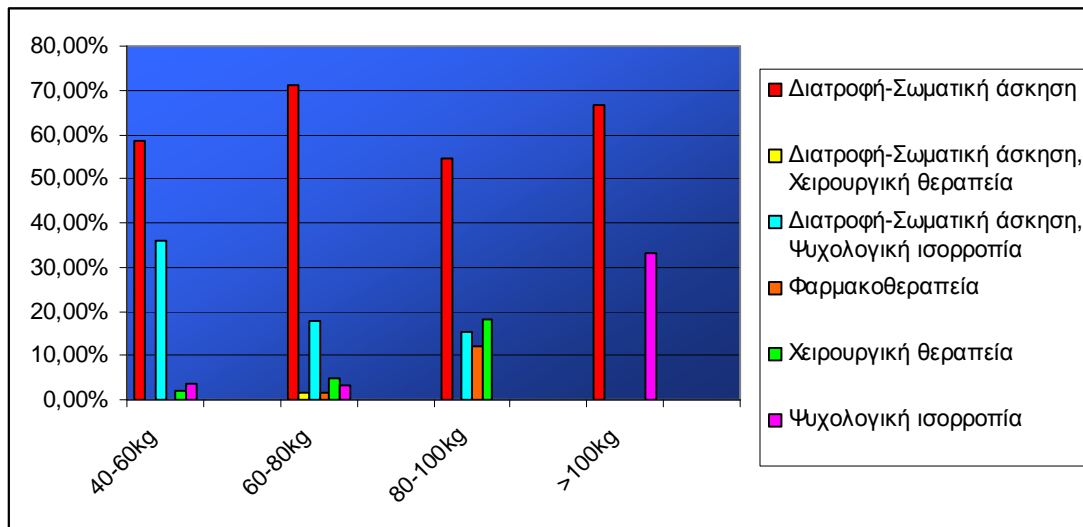


Συγκρίνοντας το βάρος των ερωτηθέντων με το ποια θεωρούν την καταλληλότερη μέθοδο για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, συμπεραίνουμε ότι το 66,7% όσων έχουν βάρος πάνω από 100 κιλά πιστεύουν, ότι η καταλληλότερη μέθοδος είναι η διατροφή και η σωματική άσκηση, καθώς και όσοι κυμαίνονται από 80-100 κιλά, 60-80 κιλά αλλά και 40-60 κιλά με ποσοστό 54,5%, 71%, 58,5% αντίστοιχα (Πίνακας 50, Σχήμα 50).

Πίνακας 50: Σχέση βάρους με το ποια θεωρούν καταλληλότερη μέθοδο οι ερωτηθέντες, για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, με βάση τις γνώσεις και την εμπειρία τους στο χώρο της Νοσηλευτικής.

Βάρος	Ποια πιστεύετε ότι θα ήταν η καταλληλότερη μέθοδος για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας;						
	Διατροφ ή- Σωματικ ή άσκηση	Διατροφ ή- Σωματικ ή άσκηση, Χειρουργική θεραπεία	Διατροφ ή- Σωματικ ή άσκηση, Ψυχολογική ισορροπία	Φαρμακ οθεραπει ία	Χειρουργική θεραπεία	Ψυχολογική ισορροπία	
40-60kg	31 58,5%	0 ,0%	19 35,8%	0 ,0%	1 1,9%	2 3,8%	53 100,0%
60-80kg	44 71,0%	1 1,6%	11 17,7%	1 1,6%	3 4,8%	2 3,2%	62 100,0%
80-100kg	18 54,5%	0 ,0%	5 15,2%	4 12,1%	6 18,2%	0 ,0%	33 100,0%
>100kg	2 66,7%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 33,3%	3 100,0%

Σχήμα 50: Σχέση βάρους με το ποια θεωρούν καταλληλότερη μέθοδο οι ερωτηθέντες, για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, με βάση τις γνώσεις και την εμπειρία τους στο χώρο της Νοσηλευτικής.

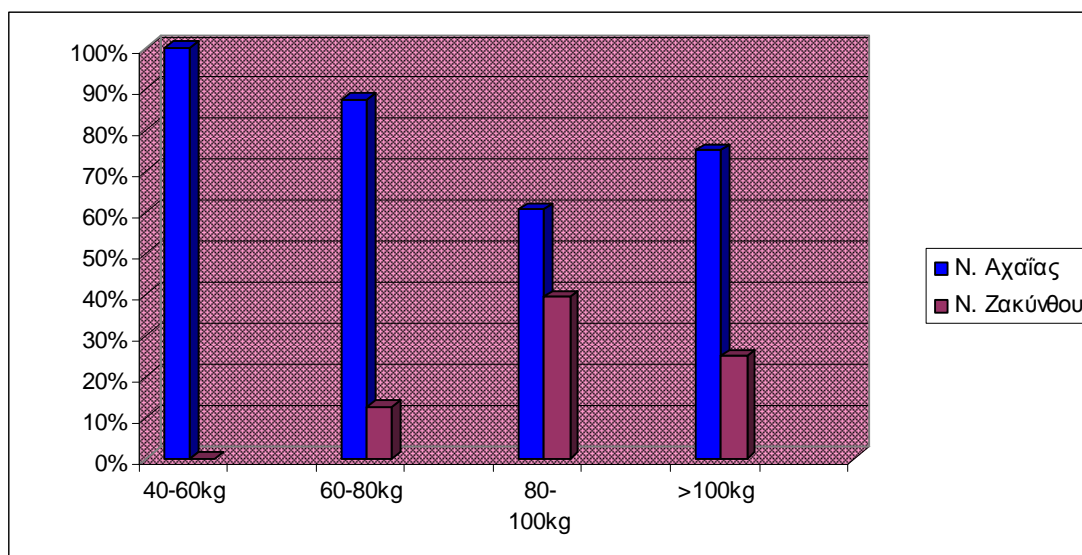


Από τους ερωτηθέντες που κυμαίνονται από 40-60 κιλά το 100% αυτών εργάζονται στον Ν. Αχαΐας, από όσους έχουν βάρος 60-80 κιλά το 87,3% εργάζεται στον Ν. Αχαΐας και το 12,7% στον Ν. Ζακύνθου. Όσοι έχουν βάρος 80-100 κιλά το 60,6% αυτών εργάζεται στον Ν. Αχαΐας και το 39,4% στον Ν. Ζακύνθου, ενώ όσοι έχουν βάρος πάνω από 100 κιλά το 75% αυτών εργάζεται στον Ν. Αχαΐας και το 25% στον Ν. Ζακύνθου (Πίνακας 51, Σχήμα 51).

Πίνακας 51: Σχέση βάρους με τον νομό στον οποίο εργάζονται οι ερωτηθέντες.

Βάρος	Που εργάζεστε;		
	Ν. Αχαΐας	Ν. Ζακύνθου	
40-60kg	54 100,0%	0 ,0%	54 100,0%
60-80kg	55 87,3%	8 12,7%	63 100,0%
80-100kg	20 60,6%	13 39,4%	33 100,0%
>100kg	3 75,0%	1 25,0%	4 100,0%

Σχήμα 51: Σχέση βάρους με τον νομό στον οποίο εργάζονται οι ερωτηθέντες.



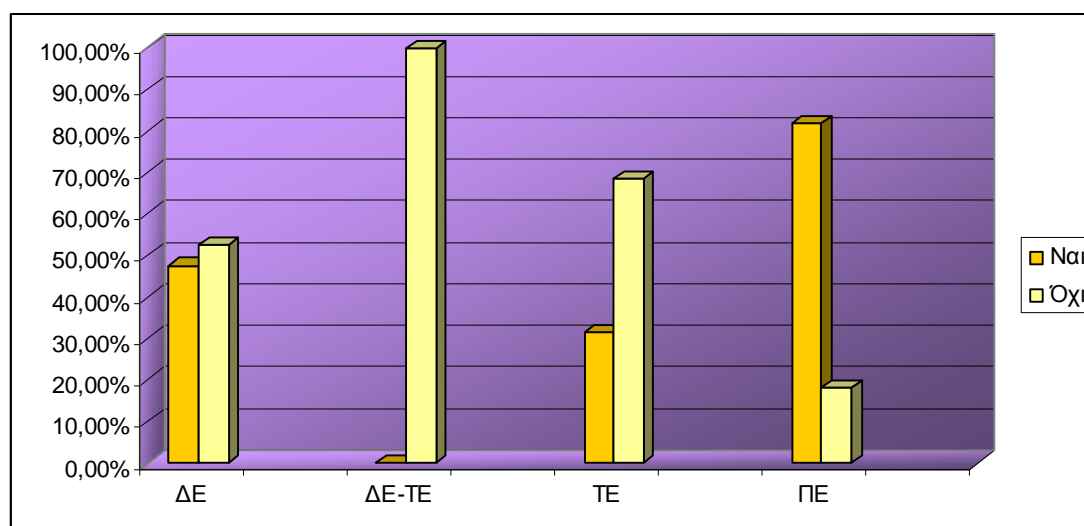
Δ. Συσχετίσεις με την σχολή.

Οι ερωτηθέντες που είναι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ) πιστεύουν με ποσοστό 52,4% ότι το επάγγελμα δεν είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση του βάρους, όπως και οι απόφοιτοι Ανώτερης Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ) με ποσοστό 68,4%. Αντίθετα, οι απόφοιτοι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ) πιστεύουν κατά ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (81,8%) ότι το επάγγελμά τους είναι παράγοντας που βοηθά στη αύξηση βάρους (Πίνακας 52, Σχήμα 52).

Πίνακας 52: Σχέση της σχολής αποφοίτησης των ερωτηθέντων με το αν πιστεύουν ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση του βάρους.

Σχολή Αποφοίτησης	Πιστεύετε ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση του βάρους;		
	Ναι	Όχι	
ΔΕ	20 47,6%	22 52,4%	42 100,0%
ΔΕ-ΤΕ	0 0%	1 100,0%	1 100,0%
ΤΕ	31 31,6%	67 68,4%	98 100,0%
ΠΕ	9 81,8%	2 18,2%	11 100,0%

Σχήμα 52: Σχέση της σχολής αποφοίτησης των ερωτηθέντων με το αν πιστεύουν ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση του βάρους.



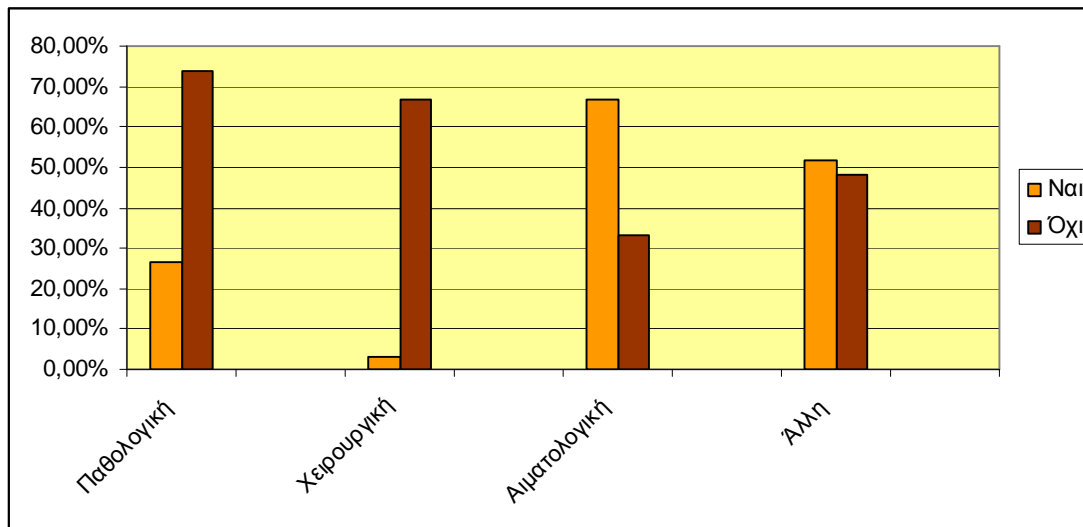
Ε. Συσχετίσεις με την νοσηλευτική μονάδα εργασίας.

Συσχετίζοντας την νοσηλευτική μονάδα εργασίας των ερωτηθέντων με το αν πιστεύουν ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση του βάρους, βλέπουμε ότι όσοι εργάζονται στον παθολογικό τομέα ισχυρίζονται, ότι δεν είναι παράγοντας αύξησης του βάρους τους με ποσοστό 73,7%, καθώς και όσοι εργάζονται στον χειρουργικό τομέα με ποσοστό 66,7%. Αντίθετα όσοι από το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζονται στην αιματολογική μονάδα και σε άλλες κλινικές πιστεύουν ότι το επάγγελμα είναι παράγοντας αύξησης βάρους με ποσοστό 66,7% και 51,7% αντίστοιχα (Πίνακας 53, Σχήμα 53).

Πίνακας 53: Σχέση νοσηλευτικής μονάδας εργασίας των ερωτηθέντων με το αν πιστεύουν ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση του βάρους.

Νοσηλευτική μονάδα	Πιστεύετε ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση βάρους;		
	Ναι	Όχι	
Παθολογική	10 26,3%	28 73,7%	38 100,0%
Χειρουργική	17 33,3%	34 66,7%	51 100,0%
Αιματολογική	2 66,7%	1 33,3%	3 100,0%
Άλλη	31 51,7%	29 48,3%	60 100,0%

Σχήμα 53: Σχέση νοσηλευτικής μονάδας εργασίας των ερωτηθέντων με το αν πιστεύουν ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση του βάρους.

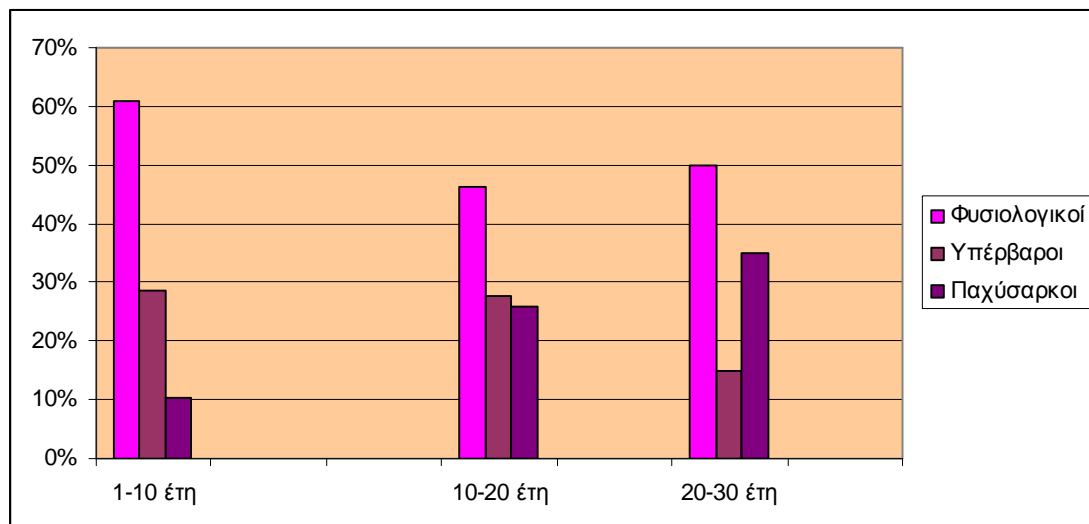


Συσχετίζοντας τα έτη εργασίας των ερωτηθέντων με την κατανομή του βάρους τους παρατηρούμε ότι από τα άτομα που εργάζονται 1-10 έτη το 61% είναι φυσιολογικοί, το 22% υπέρβαροι και το 10,4% παχύσαρκοι. Από τα άτομα που εργάζονται 10-20 έτη το 46,3% είναι φυσιολογικοί, το 27,8% υπέρβαροι και το 25,9% παχύσαρκοι και από τα άτομα που εργάζονται 20-30 έτη το 50% είναι φυσιολογικοί, το 15% υπέρβαροι και το 35% παχύσαρκοι (Πίνακας 54, Σχήμα 54).

Πίνακας 54: Σχέση ετών εργασίας των ερωτηθέντων με την κατανομή του βάρους τους.

Έτη	Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το βάρος			
	Φυσιολογικοί	Υπέρβαροι	Παχύσαρκοι	
1-10	47 61%	22 28,6%	8 10,4%	77 100%
10-20	25 46,3%	15 27,8%	14 25,9%	54 100%
20-30	10 50%	3 15%	7 35%	20 100%

Σχήμα 54: Σχέση ετών εργασίας των ερωτηθέντων με την κατανομή του βάρους τους.



4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παχυσαρκία αποτελεί σε πολλές χώρες του κόσμου, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες, ένα σημαντικό πρόβλημα που προσλαμβάνει χαρακτηριστικά σύγχρονης επιδημίας. Περισσότεροι από το 30% των κατοίκων στις ανεπτυγμένες χώρες είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. (D. Haslam – P. James 2005)

Παχυσαρκία είναι η συσσώρευση λίπους στο ανθρώπινο σώμα πέρα από την ποσότητα που είναι απαραίτητη για την αρμονική του λειτουργία. Η συσσώρευση αυτή σχετίζεται με πολλά νοσήματα και μεταβολικές διαταραχές καθώς και αυξημένη θνητότητα και νοσηρότητα. (JE Manson – SS Basuk 2003)

Ο στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των παραγόντων που οδηγούν το νοσηλευτικό προσωπικό στη νόσο της παχυσαρκίας με απώτερο σκοπό τη συμβολή μας στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου.

Στη έρευνα έλαβαν μέρος 154 άτομα, από το νοσηλευτικό προσωπικό των νομών Αχαΐας και Ζακύνθου, ηλικίας 20 έως και 60 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από την καταγωγή και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 39 παραμέτρων φτιαγμένο έτσι ώστε να προσεγγίζει, όσο το δυνατόν καλύτερα τους παράγοντες που οδηγούν σε διαταραχές σωματικού βάρους το νοσηλευτικό προσωπικό.

Γενετικοί παράγοντες, κοινωνικοοικονομικοί, μορφωτικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες, μεταβολικές διαταραχές, ψυχολογικοί παράγοντες και άλλες παθήσεις αποτελούν αιτία κινδύνου για την εμφάνιση παχυσαρκίας. (AH. Mokdad και συν. 2001)

Σημαντικό ρόλο επιπλέον στη διαταραχή σωματικού βάρους στο νοσηλευτικό προσωπικό παίζει και το επάγγελμα. Πράγματι αυτό προκύπτει και από την παρούσα μελέτη όπου το 39% των ερωτηθέντων ισχυρίζεται ότι το επάγγελμά τους επιδρά θετικά στην αύξηση του σωματικού βάρους, με κυριότερους παράγοντες τα ακανόνιστα γεύματα, το άγχος και το κυκλικό ωράριο εργασίας.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο University Collage London αποδείχθηκε ότι η γενετική και η κληρονομικότητα είναι υπεύθυνες για το 77% των περιστατικών παχυσαρκίας. (E. Ιωάννου 2008)

Πράγματι και από την παρούσα έρευνα το 36,1% των ερωτηθέντων υποστηρίζει ότι υπάρχει ιστορικό παχυσαρκίας, κυρίως από τη μητέρα με ποσοστό 15,6%.

Από την ανάλυση των συσχετίσεων προέκυψε ότι το φύλο σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το βάρος των ερωτηθέντων ($p < 0,01$). Αναλυτικότερα, το 40,9% των ανδρών είναι υπέρβαροι σε αντίθεση με το ποσοστό των γυναικών που αντιστοιχεί στο 24%. Σημαντικό είναι και το ποσοστό των παχύσαρκων ανδρών 45,5%, ενώ των γυναικών μόλις 14,7%. Ομοίως το φύλλο βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το αν οι ερωτηθέντες παρακολουθούν τακτικά το βάρος τους. Από την παρούσα έρευνα προκύπτει ότι οι γυναίκες παρακολουθούν τακτικότερα το βάρος τους με ποσοστό 80 %, ενώ οι άνδρες με ποσοστό 59%.

Μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0,005$) μεταξύ του φύλου με το αν απασχολεί τους ερωτηθέντες η αύξηση του σωματικού τους βάρους, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων που απάντησε θετικά ήταν γυναίκες με ποσοστό 85,5%, ενώ οι άνδρες με μικρότερο ποσοστό 69,6%.

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση είναι και η ηλικία των ερωτηθέντων σε σχέση με την κατανομή τους ως προς το βάρος τους ($p < 0,05$), όπου στις ηλικίες από 20 έως και 40 ετών δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικά ποσοστά παχυσαρκίας, ενώ στις ηλικίες από 40 έως και 60 ετών το ποσοστό των παχύσαρκων ατόμων αυξάνεται.

Επίσης, στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση είναι η κατανομή του βάρους των ερωτηθέντων με το αν πιστεύουν ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση βάρους ($p < 0,01$). Οι ερωτηθέντες που έχουν βάρος από 40-60kg και από 60-80kg απαντούν αρνητικά στην ερώτηση με ποσοστά 88,9% και 50% αντίστοιχα. Οι ερωτηθέντες που έχουν βάρος από 80-100kg και πάνω από 100kg απαντούν θετικά με ποσοστό 65,6% και 50% αντίστοιχα.

Άμεσα βρέθηκε να σχετίζεται το βάρος των ερωτηθέντων με το αν ψυχολογικοί παράγοντες τους οδήγησαν στην αύξησή του ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα τα άτομα που το βάρος τους ξεπερνά τα 100kg πιστεύουν κατά ένα μεγάλο ποσοστό (75%) ότι οι ψυχολογικοί παίζουν σημαντικό ρόλο στην αύξηση του βάρους, όπως επίσης και τα άτομα με βάρος 60-80kg με ποσοστό 68,3%.

Αντίθετη άποψη έχουν τα άτομα που το βάρος τους είναι 40-60kg και 80-100kg με ποσοστό 58,5% και 46,9% αντίστοιχα.

Οι ερωτηθέντες που έχουν βάρος 40-60kg φαίνεται να ελέγχουν τον τρόπο με τον οποίο γευματίζουν (77,8%). Στα άτομα με βάρος 60-80kg το ποσοστό αυτών που ελέγχουν τον τρόπο με τον οποίο γευματίζουν και αυτών που γευματίζουν με βουλιμιά δεν έχει στατιστικά σημαντική διαφορά (41,9% και 58,1% αντίστοιχα). Τέλος

το 67,7% ανήκει στα άτομα τα οποία γευματίζουν με βουλιμία και έχουν βάρος 80-100kg. Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα άνω των 100kg. ($p<0,01$).

Η προσπάθειες για την μείωση του σωματικού βάρους των ατόμων που έχουν βάρος 60-80kg ήταν πολλές (76,2%), ενώ τα άτομα που ζυγίζουν από 40-60kg δεν προσπάθησαν καμία φορά (44,4%). Από τα άτομα με βάρος 80-100kg, τα 30,3% δεν προσπάθησε καμία φορά να μειώσει το βάρος του, ενώ το 54,5% αυτών προσπάθησε πολλές φορές. Για τα άτομα που υπερβαίνουν τα 100kg τα ποσοστά αυτών που προσπάθησαν μερικές αλλά και πολλές φορές για την απώλεια κιλών είναι ισότιμο (50-50%). Η συσχέτιση αυτή φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντική ($p<0,05$).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας στην ερώτηση για το ποια πιστεύεται ότι θα ήταν η καταλληλότερη μέθοδος για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας ανάλογα με τα βάρους το κάθε ατόμου, το μεγαλύτερο ποσοστό σε όλες τις κατηγορίες βάρους φαίνεται να κατέχει η διατροφή και η σωματική άσκηση με ποσοστά που κυμαίνονται από 54,5-71%. Στη συνέχεια ακολουθεί ο συνδυασμός των παραπάνω με την ψυχική ισορροπία (35%). Σημαντικό ρόλο για τα άτομα βάρους 80-100kg στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας παίζει η χειρουργική θεραπεία και η φαρμακοθεραπεία, καθώς τις υποστηρίζουν με ποσοστά 18,2% και 12,1% αντίστοιχα. Η συσχέτιση αυτή παρουσιάζεται στατιστικά πολύ σημαντική ($p<0,01$).

Η συσχέτιση βάρους με τον νομό στον οποίο εργάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό που έλαβε μέρος στην έρευνα, φαίνεται να είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($p<0,01$), καθώς για τα άτομα βάρους 60-80kg, το ποσοστό ανέρχεται στο 87,3% για τον Ν. Αχαΐας ενώ για το Ν. Ζακύνθου στο 12,7%. Κάτι ανάλογο ισχύει για τα άτομα βάρους 80-100kg και > 100 kg με σημαντική διαφορά 60,6% και 75% αντίστοιχα για το Ν. Αχαΐας ενώ για το Ν. Ζακύνθου 39,4% και 25% αντίστοιχα.

Την άποψη ότι το επάγγελμα είναι ένας παράγοντας που βοηθά στην αύξηση βάρους υποστηρίζει αρνητικά το 68,4% των αποφοίτων Ανώτερης Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, ενώ αντίθετη άποψη έχουν οι απόφοιτοι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης με ποσοστό 81,8%. Στους απόφοιτους Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης η ποσοστιαία διαφορά μεταξύ των θετικών και των αρνητικών απαντήσεων είναι μικρή (47,6% και 52,4% αντίστοιχα). Η συσχέτιση επαγγέλματος - αύξησης σωματικού βάρους αποδείχθηκε στατιστικά αρκετά σημαντική ($p<0,01$).

Επιπροσθέτως μία στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ νοσηλευτικής μονάδας εργασίας με το αν πιστεύουν ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση του βάρους ($p < 0,05$). Πράγματι, από την παρούσα έρευνα διαπιστώνεται ότι τα άτομα που εργάζονται σε καθιστικά τμήμα όπως πχ η Αιματολογική κλινική, πιστεύουν ότι το επάγγελμά τους είναι παράγοντας αύξησης βάρους με ποσοστό 66,7%. Αντίθετα άτομα που εργάζονται σε λιγότερο καθιστικά τμήματα όπως πχ Παθολογική και Χειρουργική κλινική έχουν αντίθετη άποψη με ποσοστό 73,7% και 66,7% αντίστοιχα.

Συσχετίζοντας τα έτη εργασίας με την κατανομή του βάρους των ερωτηθέντων παρατηρούμε ότι : στο διάστημα από 1-10 έτη εργασίας το 47% των ερωτηθέντων φαίνονται να έχουν φυσιολογικό βάρος, το 28,6% παρουσιάζονται υπέρβαροι και το 10,4% είναι παχύσαρκοι. Από τους ερωτηθέντες που εργάζονται 10-20 έτη το 46,3% αυτών είναι φυσιολογικοί, το 27,8% υπέρβαροι και το 25,9% παχύσαρκοι. Τέλος, από τα άτομα που εργάζονται από 20-30 έτη το 50% αυτών είναι φυσιολογικοί το 15% υπέρβαροι και το 35% παχύσαρκοι. Η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$).

Από την όλη μελέτη, τη σχετική διερεύνηση και από την ανάλυση των συσχετίσεων προέκυψε, ότι το φύλο, τα έτη εργασίας, η μονάδα στην οποία εργάζονται οι ερωτηθέντες, οι ψυχολογικοί παράγοντες (άγχος – στρες λόγω του επαγγέλματος), ο τρόπος με το οποίο γευματίζουν λόγω των ακανόνιστων ωραρίων εργασίας, το εργασιακό περιβάλλον γενικότερα, σε συνδυασμό με γενετικούς – κληρονομικούς παράγοντες, με ασθένειες που σχετίζονται με την παχυσαρκία, με την λήψη φαρμάκων, με την περίοδο εμμηνόπαυσης όσο αφορά τις γυναίκες, οδηγούν στην αύξηση του ποσοστού των παχύσαρκων νοσηλευτών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παχυσαρκία είναι μία χρόνια πολυπαραγοντική νόσος που συνοδεύεται από μη φυσιολογική ή υπερβολική συσσώρευση λίπους. Είναι αποτέλεσμα μιας μακροχρόνιας διαταραχής του μεταβολισμού που προκαλείται απ' την υπερκατανάλωση τροφής και την υπερβολική πρόσληψη θερμίδων. Θεωρείται δηλαδή μια νόσος του ενεργειακού ισοζυγίου. (Α. Μελιδώνης 2007)

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα διεθνώς αναγνωρισμένο παράγοντα κινδύνου για τη δημόσια υγεία, που στις μέρες μας έχει λάβει διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας. Χαρακτηριστικό είναι ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες η επίπτωσή της παχυσαρκίας αυξήθηκε την τελευταία δεκαετία κατά 37%. Οι Μεσογειακές χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, έχουν τα υψηλότερα ποσοστά στην παχυσαρκία στην Ευρώπη.

Η σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και θνητότητας είναι γνωστή από τα χρόνια της αρχαιότητας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, κάθε χρόνο πεθαίνουν πρόωρα 300.000 Αμερικανοί από αιτίες που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την παχυσαρκία. (Γ. Σρέκας 2005)

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ιατρικοί εμπειρογνώμονες, δεν βρίσκουν ούτε μια αιτία για ανθρώπινη παχυσαρκία. Παρόλα αυτά υπάρχουν πολλοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της παχυσαρκίας. Τέτοιοι παράγοντες είναι: οι γενετικοί παράγοντες, που είναι υπαίτιοι για το 77% των περιστατικών παχυσαρκίας, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, οι μεταβολικές διαταραχές (διαταραχές θυρεοειδούς αδένου), καθώς και ψυχολογικοί παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για το 70% των περιπτώσεων. Όσον αφορά στις διαταραχές του σωματικού βάρους του νοσηλευτικού προσωπικού ένας επιπλέον παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση παχυσαρκίας είναι το επάγγελμα.

Συμπερασματικά και βάση των στατιστικών συσχετίσεων, όπως προκύπτει από την παρούσα μελέτη, το επάγγελμα σε σχέση με τη νοσηλευτική μονάδα και τα έτη εργασίας του εργαζομένου, τον τρόπο με τον οποίο γευματίζει (λόγω του κυκλικού ωραρίου κ.λ.π), τον τόπο εργασίας αλλά και την ψυχολογία του εργαζομένου, σχετίζονται σημαντικά με τις διατροφικές διαταραχές του νοσηλευτικού προσωπικού.

- Ø Είναι πολύ σημαντικό η διάγνωση της παχυσαρκίας να γίνεται πριν προχωρήσει η κατάσταση και παρουσιαστούν παθολογικά προβλήματα. Η διάγνωση πρέπει να βασίζεται:
 1. Στην εντόπιση προδιαθεσικών παραγόντων
 2. Στην μέτρηση του Δείκτη Μάζας Σώματος.
- Ø Η πρόληψη και η θεραπεία της παχυσαρκίας απαιτεί σωστή διατροφή και σωματική άσκηση κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, γιατί η παχυσαρκία κατά την παιδική ηλικία τις περισσότερες φορές συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή του ατόμου, καθώς και έγκαιρη διάγνωση της αύξησης του σωματικού βάρους κατά την κρίσιμη μετεμμηνοπαυσιακή περίοδο και αποφυγή καταχρήσεων (αλκοόλ κ.λ.π).
- Ø Επιπλέον τα μέτρα πρόληψης, πρέπει να αποβλέπουν στη σταθεροποίηση του επιπέδου παχυσαρκίας και τελικά στη μείωση της επίπτωσης και του επιπολασμού της. Να αποβλέπουν στην εκπαίδευση τμημάτων του πληθυσμού με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας, έτσι ώστε να είναι σε θέση να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τους παράγοντες κινδύνου.
- Ø Το κράτος θα πρέπει να στηρίζει θεσμικά και οικονομικά προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας, που να επικεντρώνονται στον μαζικό αθλητισμό και στην ανάδειξη της σωματικής δραστηριότητας ως αναπόσπαστου στοιχείου της καθημερινότητας όλων των ατόμων.
- Ø Το σχολείο να διδάσκει την υγεία μέσα από εμπειριστατωμένα προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας και να ελέγχει την ποιότητα των παρεχόμενων διατροφικών προϊόντων εντός αυτού και οι γονείς να συμμετέχουν στα σχολικά και κοινωνικά προγράμματα και να συμβάλλουν στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού «περιβάλλοντος» για τα παιδιά τους.
- Ø Άμεση αξιολόγηση προκειμένου να μετράται η επίπτωση του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας.
- Ø Άμεση έναρξη αγωγής σε άτομα με νοσογόνο παχυσαρκία.
- Ø Ο καλύτερος τρόπος για την μέτρηση του ολικού σωματικού λίπους θεωρείται η απορρόφηση διπλής ενέργειας ακτίνων Χ (DEXA).
- Ø Σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες που παρατήρησαν αύξηση του βάρους τους συνίσταται η τακτική παρακολούθησή του καθώς και η παρακολούθηση από ειδικό.

Ø Ο καλύτερος τρόπος να προλάβετε την παχυσαρκία είναι να έχετε μια ενεργά υγιή ζωή και μια ισορροπημένη διαίτα. Αν αντιμετωπίζετε ήδη το πρόβλημα της παχυσαρκίας υπάρχουν αρκετές θεραπευτικές μέθοδοι που μπορεί να είναι αποτελεσματικές. Τα παραπάνω αποτελούν τρόπους αντιμετώπισης της παχυσαρκίας αλλά δεν μπορούν να προσφέρουν οφέλη όταν δεν τα κάνουμε.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ✚ **Abraham S. and Derekleweellyn – Jones**, Η Αλήθεια για τις Διαταραχές της Διατροφής, Μετάφραση Ταμβάκη Ε., Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα 1990, 76-179.
- ✚ **Αβραμίδης Α.**, Μια Μπουκιά Λιγότερο, Εκδόσεις Τήνος, Αθήνα 2007, 19-20.
- ✚ **Αγγελόπουλος Α.** και συν., Ιατρικό Εγκυκλοπαιδικό Λεξικό, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2005, 1015.
- ✚ **Αγγελοπούλου Ε.** και συν., Νοσηλευτική Χειρουργική Προσέγγιση Ασθενών με Κλινικά Σοβαρή Παχυσαρκία, Εκδόσεις ΕΣ.ΝΕ., Πρακτικά, 9^η Δημερίδα, Πάτρα 2007.
- ✚ **Αθήρωμα**, Πολιτικές Στρατηγικές Πρόληψης της Παχυσαρκίας, Τεύχος 1, Τόμος 2, Εκδόσεις Ελληνική Εταιρεία Λιπιδιολογίας και Αθηροσκλήρωσης (Ε.Ε.ΛΙ.Α.), Αθήνα 2007, 13-14.
- ✚ **Αλαχιώτης Σ.**, Γενετική, Ο Πολύπλοκος Μηχανισμός της Παχυσαρκίας, Εφημερίδα Το Βήμα Science, Αθήνα 2006.
- ✚ **Αλεβίζος Μ.**, Εσωτερική Παθολογία, Τόμος 2^{ος}, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2001, 1091-1093.
- ✚ **Alters S. – Schiff Wendy**, Concepts for Healthy Living, Brooks / Cole Publishing Company 1998, 220-223, 231.
- ✚ **Αμερικάνου Μ. και συν.**, Στοιχεία Ειδικής Διατροφής, Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα 2000, 114, 122.
- ✚ **Αναγνωστόπουλος Α. – Παπαδόπουλος Λ.**, Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός, Εκδόσεις University Studio Press A.E., Θεσσαλονίκη 2004, 50-52.
- ✚ **Βαρσάμης Ε.**, Η Θεραπεία της Υπέρτασης, Έκδοση Β΄ Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Μ., Αθήνα 1996, 52-53.
- ✚ **Βελεντζάς Δ – Τριάδη Δ.**, Θέματα Διατροφής – Διαιτολογίας, Έκδοση Δ΄, Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα 2002, 101.
- ✚ **Βεσκούκη Γ. και συν.**, Παχυσαρκία: Ένα Πολυδιάστατο Πρόβλημα, Περιοδικό Νοσηλευτική, Τεύχος 1, Τόμος 42, Εκδόσεις ΕΣ.ΝΕ., 3^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, 2003, 50-54.
- ✚ **Bjorntorp P.**, International Textbook of Obesity, Wiley Publishing, New York 2001, 51, 473-474.

- ✚ **Bray G.**, An Atlas of Obesity and Weight Control, The Parthenon Publishing Group, USA 2003, 23, 42.
- ✚ **Broberger C και συν.**, The Neuropeptide Y/Agouti Gene-related Protein Brain Circuitry in Normal, Anorectic and Monosodium Glutamate – Treated Mice, USA 1998, 15043-15048.
- ✚ **Γαλανός Δ.**, Η Διατροφή μας Σήμερα, Επιμέλεια Έκδοσης Δημόπουλος Κ., Αθήνα 2001, 181, 197.
- ✚ **Γεωργιάδης Ε. και συν.**, Επίδραση Κοινωνικοοικονομικών Παραγόντων στο Βάρος και την Παχυσαρκία των Ελλήνων, Ιατρική, Τεύχος 6, Τόμος 63, Εκδόσεις Εταιρεία Ιατρικών Σπουδών, Αθήνα 1993, 595.
- ✚ **Γκρεκ Ι.**, Αισθητικά Προβλήματα από Ενδοκρινολογικά Νοσήματα, Εκδόσεις Γενικό και Περιφερειακό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑΣ», Αθήνα 1992, 84.
- ✚ **Chen C. – William H. Dietz**, Obesity in Childhood and Adolescence, Nestle Nutrition Publishing, USA 2002, 175-185.
- ✚ **Cook K.**, Ενισχύστε την Υγεία σας, Μετάφραση Κυριαζής Γ., Αθήνα 2005, 85-87.
- ✚ **Courtney – Moore M.**, Διαιτολογία, Pocket Guide to Nutritional Care, Έκδοση 3^η, Επιμέλεια Έκδοσης Μαγκλάρα Ε. και συν., ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις Μ.Ε.Π.Ε., Αθήνα 2000, 113.
- ✚ **Grant D. – Joice J.**, Συνδυασμοί τροφών, Μετάφραση Μπαρούξης Γ., Εκδόσεις Διόπτρα, Αθήνα 1995, 60-61.
- ✚ **Grodner M. και συν.**, Foundations and Clinical Applications of Nutrition. A Nursing Approach, Mosby USA 1996, 250.
- ✚ **Guyton A. – Hall J.**, Textbook of Medical Physiology, 2th edition, Elsevier Saunders 2006, 872-874.
- ✚ **Διμπινούδη Σ. – Καραφυλλίδου Μ.**, Παχυσαρκία και Υπέρταση, 25^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Πρακτικά, Αθήνα 1998.
- ✚ **Ellrott T. – Pudiel V.**, Θεραπεία της Παχυσαρκίας, Antipositastherapie, Μετάφραση Αλεξάνδρου Κ., Έκδοση 2^η, Επιστημονική Έκδοση Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2002, 2-4, 24-28.
- ✚ **Ζαμπάκος Γ.**, Παχυσαρκία: Ένα Αίνιγμα με Πολλές Λύσεις, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1989, 2-7.

- ✚ **Harrison**, Εσωτερική Παθολογία, Τόμος 1, 16^η Έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνου Γ., Αθήνα 2005, 457.
- ✚ **Harrison**, Εσωτερική Παθολογία, Τόμος 1, 12^η Έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνου Γ., Αθήνα 1994, 462, 544-547.
- ✚ **Harvey R. και συν.**, Φαρμακολογία, Μετάφραση Βαλκνιώτη Ε και συν., 2^η Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2003, 533.
- ✚ **Hawker D. και συν.**, Cognitive Behavioral Treatment of Obesity. A Clinician's Guid, The Guilford Press, London New York 2003, 4-5.
- ✚ **Ιατρική στον 21^ο Αιώνα**, Μεταβολισμός, Επιμέλεια Έκδοσης Γκούμας – Κωτσιόπουλος Ο.Ε., Εκδόσεις Δομική, 2000, 674.
- ✚ **Καλφαρέντζος Φ.**, Τεχνητή Διατροφή, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1986, 212-213.
- ✚ **Καλφαρέντζος Φ.**, Χειρουργική Αντιμετώπιση της Κλινικά Σοβαρής Παχυσαρκίας, Εκδόσεις Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα 2007, 13-20, 31.
- ✚ **Καλφαρέντζος Φ.**, Παχυσαρκία, 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Χειρουργικής της Παχυσαρκίας, Πρακτικά, Εκδόσεις Ε.Ι.Ε.Π., Πάτρα 2007, 21-22.
- ✚ **Κανδηλώρος Χ. και συν.**, Η Χολολιθίαση της Παχυσαρκίας, Περιοδικό Ιατρική, Τεύχος 6, Τόμος 75, Εκδόσεις Βήτα medicalarts, Αθήνα 1999, 509.
- ✚ **Καπάνταης Ε.**, Η Παχυσαρκία στην Κλινική Πράξη, Εκδόσεις Βήτα medicalarts, Αθήνα 2004, 17-22.
- ✚ **Καραγιαννόπουλος Σ.**, Είμαστε ότι Τρώμε, Εκδόσεις Μοντέρνοι Καιροί, Αθήνα 1997, 111.
- ✚ **Κατσιλάμπρος Ν. – Ιωαννίδης Ι.**, Νεότερα Δεδομένα στην Αιτιοπαθογένεια και τη Θεραπεία της Παχυσαρκίας, Περιοδικό Ιατρική, Τεύχος 4, Τόμος 80, Εκδόσεις Εταιρεία Ιατρικών Σπουδών, Αθήνα 2001, 301-302.
- ✚ **Κατσιλάμπρος Ν. και συν.**, Κλινική Διατροφή, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004, 42.
- ✚ **Κατσιλάμπρος Ν. – Τσίγκος Κ.**, Παχυσαρκία: Η Πρόληψη και η Αντιμετώπιση μιας Παγκόσμιας Επιδημίας, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2003, 19, 110, 281-282, 286.
- ✚ **Κόκκαλη Α.**, Παχυσαρκία: Η Διαιτητική Προσέγγιση και η Αντιμετώπιση, Ελληνική Ιατρική Επιθεώρηση, 75-77.

- ✚ **Losee E. και συν.**, Reducation Mammoplasty in Patients with Bulimia Nervosa. Annals of Plastic Surgery, 1997, 39, 443-446.
- ✚ **Μανωλίδης Ε.**, Φυσικό Υγιεινό Αδυνάτισμα, Εκδόσεις Μανωλίδης, Αθήνα 1987, 15-17.
- ✚ **Μελιδώνης Α.**, Καρδιομεταβολικός Ρυθμός, Εκδόσεις Γ.Β. Παρισιάνος, Αθήνα 2007, 133-153, 307.
- ✚ **Μόρτογλου Α.**, Παχυσαρκία, Advance Publishing, Αθήνα 1996, 2-10, 22-24.
- ✚ **Μόρτογλου Α.**, Η Ψυχοβιολογία της Όρεξης, Σύγχρονη Ιατρική Ενημέρωση, Τεύχος 2, Εκδόσεις Ιατρικό Αθηνών, Αθήνα 2001, 41-42.
- ✚ **Ντολάντζας Θ.**, Ο Γιατρός Συμβουλεύει, Προληπτική Ιατρική, Τόμος 4, Εκδόσεις Λίγκας Books, Αθήνα 2001, 621-623.
- ✚ **Παπουτσάκης Σ.**, Ιατρική και Ζωή, Ιατροκοινωνικές Επιφυλλίδες, Εκδόσεις Ιατρική Εταιρεία Δυτικής Ελλάδος – Πελοποννήσου, Πάτρα 2004, 99-100.
- ✚ **Πιπεράκης Σ.**, Τροφή, Διατροφή, Ανατροφή, Εκδόσεις Τυπωθητώ, Αθήνα 2002, 34-39.
- ✚ **Πλέσσα Τ.**, Ειδικές Δίαιτες, Εκδόσεις Φαρμάκων – Τύλος, Αθήνα 1994, 94.
- ✚ **Prentice A.**, Prevention or Treatment: Where Should Our Priorities Lie? Obesity the Inevitable Penalty of Civilization: Obesity Matters 1998, 18-20.
- ✚ **Ράπτης Σ.**, Εσωτερική Παθολογία, Τόμος 4, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Μ., Αθήνα 1998, 23, 43, 2348.
- ✚ **Renaud S.**, Η Μεσογειακή Διατροφή, Μετάφραση Μαντας Ι., Εκδόσεις Τραυλός Π. – Κωσταράκη Ε., Αθήνα 1996, 141-143.
- ✚ **Σαχίνη – Καρδάση Α.** – Πάνου Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 1, Έκδοση Β΄, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2000, 1-2.
- ✚ **Σρέκας Γ.**, Η Χειρουργική Θεραπεία της Νοσογόνου Παχυσαρκίας στην Κλινική Πράξη, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2005, 1-2, 35-53.
- ✚ **Sarwer D. και συν.**, Assesment of Body Image Dissatisfaction in Obese Women: Specificity, Severity and Clinical Signifi Cance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1998, 66, 651-654.
- ✚ **Shikora A. και συν.**, Surgical Treatment of Obesity, G.L. and Kanders, New York 1994, 264-270.
- ✚ **Smolac L. – Thompson J.**, Body Image, Eating Disorders and Obesity in Youth, Assesment, Prevention and Treatment, Published by American Psychological Association, USA 2003, 351-355.

- ✚ **Steinbrook R.**, For Severe Obesity, NEJM 2004, 1075.
- ✚ **Stoppard M.**, Εμμηνόπαυση, Μετάφραση Ναθαναήλ Α., Επιμέλεια Έκδοσης Γκούμας – Κωτσιόπουλος, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1996, 14.
- ✚ **Stoppard M.**, Το γυναικείο Σώμα, Μετάφραση Πρατσίνης Μ – Πρατσίνης Χ., Επιμέλεια Έκδοσης Γκούμας – Κωτσιόπουλος, Εκδόσεις Δομική, Αθήνα 1996, 140.
- ✚ **Τούντας Χ.**, Σακχαρώδης Διαβήτης, Τόμος Β΄, Εκδόσεις Π.Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Αθήνα 2003, 1161-1162, 1168-1174.
- ✚ **Τσαβδαρίδης Κ.**, Παχυσαρκία και Καρκίνος, Πανελλήνιο Συμπόσιο Παχυσαρκίας, Θεσσαλονίκη 1999, 10.
- ✚ **Τσαούλα Ε.**, Αισθητική – Παχυσαρκία, Εκδόσεις Α.Τ.Ε.Ι. Αθηνών, Αθήνα 1995, 1-6, 49-50.
- ✚ **Taylor C. και συν.**, Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής. Η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας, Μετάφραση Λεωνίδου Χ. και συν, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης Π., Αθήνα 2002, 6.
- ✚ **Tierney L. και συν.**, Current Medical Diagnosis and Treatment 34th Edition, Prentice – Hall International, INC, USA 1995, 1075-1076.
- ✚ **Townsend C. – Roth R.**, Υγιεινή Διατροφή και Διαιτητική, Nutrition and Diet Therapie, Μετάφραση – Επιμέλεια Χατήρης Ι., Έκδοση 7^η, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2000, 319.
- ✚ **Υγεία, Τόμος 5**, Επιμέλεια Έκδοσης Γκούμας – Κωτσιόπουλος, Εκδόσεις Δομική 1987, 860.
- ✚ **Φωτόπουλος Λ.**, Πλαστικές Επανορθωτικές Επεμβάσεις Μετά από Επέμβαση για Νοσογόνο Παχυσαρκία και Μεγάλη Απώλεια Σωματικού Βάρους, Διδακτορική Διατριβή, Εκδόσεις Ιατρική Πανεπιστημίου Πατρών, Πάτρα 2003, 18-19, 25-26.
- ✚ **Fairburn C.** Βουλιμία. Ξανακερδίστε τον Έλεγχο, Μετάφραση Χήρα Μ., Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα 1999, 62.
- ✚ **Χρυσή Υγεία της 3^{ης} Χιλιετίας**, Επιμέλεια έκδοσης Γκούμας – Κωτσιόπουλος, Εκδόσεις Δομική 2002, 147.
- ✚ **Woods C. – Seeley J.**, Understanding the Physiology of Obesity. International Journal of Obesity 2002, 8-10.
- ✚ **www.aisthitikixeiroyrgiki.gr/p12/htm**, Πρόγραμμα Αντιμετώπισης Παχυσαρκίας από τον Πλαστικό Χειρουργό, 21/11/07.

- ✚ www.eiep.gr/pages/home.htm, Ιστορική Παραπομπή, 23/05/08.
- ✚ www.kkonstintinidis.com, Κωνσταντινίδης Κ., Λαπαροσκοπικός Γαστρικός Δακτύλιος, 21/11/07.
- ✚ www.mednutrition.gr, Ιωάννου Ε., 2008.
- ✚ www.obesitysurgery.gr/specialties.psychologist.htm, Χάιδα Μ. 2007.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλούμε να απαντηθεί με απόλυτη ειλικρίνεια.
Η βοήθειά σας θα είναι χρήσιμη για την ολοκλήρωση της συγκεκριμένης έρευνας και για την περαιτέρω εξέλιξή μας.

1. Φύλο

Ανδρας Γυναίκα

2. Ηλικία.....

3. Έγγαμος Άγαμος

4. Βάρος.....

5. Ύψος.....

6. Ποιας σχολής είστε απόφοιτος/η;

ΔΕ ΤΕ ΠΕ

7. Μεταπτυχιακό;

Ναι Όχι

8. Διδακτορικό;

Ναι Όχι

9. Σε ποιόν τομέα εργάζεστε;

Ιδιωτικό Δημόσιο

10. Σε ποια νοσηλευτική μονάδα εργάζεστε;

Παθολογική Χειρουργική Αιματολογική

Άλλη.....

11. Πόσα χρόνια ασκείτε το επάγγελμα του νοσηλευτή;

.....

12. Πιστεύετε ότι η ενημέρωση σχετικά με την παχυσαρκία είναι επαρκής στον 21^ο αιώνα;

Ναι Όχι

13. Εάν ναι από ποια μέσα;

M.M.E Διαδίκτυο Βιβλία Άλλο.....

14. Νομίζετε ότι είστε υπέρβαρος;

Ναι Όχι

15. Πιστεύετε ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι παράγοντας που βοηθά στην αύξηση βάρους;

Ναι Όχι

16. Αν ναι γιατί; Λόγω:

Άγχος Ωράρια εργασίας Ακανόνιστα γεύματα

Γρήγορη μάσηση λόγω έλλειψης χρόνου

Έτοιμο φαγητό Άλλο.....

17. Υπάρχει κληρονομικότητα από:

Μητέρα Πατέρας Γιαγιά Παππούς

Άλλος.....

18. Πάσχετε από κάποιο νόσημα;

Υπερθυρεοειδισμό Υποθυρεοειδισμό

Άλλο.....

19. Εάν είστε γυναίκα έχετε μπει στην περίοδο της εμμηνόπαυσης;

Ναι Όχι

20. Εάν ναι έχετε παρατηρήσει αύξηση του βάρους σας κατά την περίοδο αυτή;

Ναι Όχι

21. Ακολουθήσατε ποτέ θεραπεία κορτικοστεροειδών;

Ναι Όχι

22. Αν ναι για πόσο χρονικό διάστημα;.....

.....

23. Πιστεύετε ότι ψυχολογικοί παράγοντες σας οδήγησαν στην αύξηση βάρους;

Ναι Όχι

24. Αν ναι ποιος από τους παρακάτω;

Άγχος-stress Αγωνία Στεναχώρια Αίσθημα

αποτυχίας Απόρριψη Άλλο.....

25. Όταν πεινάτε:

Ελέγχετε τον τρόπο που γευματίζετε Γευματίζετε με βουλιμία

26. Ποια πιστεύετε ότι είναι η λειτουργία του νερού;

Λειτουργεί σαν λιποδιαλύτης Αυξάνει το βάρος

27. Πίνετε οιοπνευματώδη;

Ναι Όχι

28. Αν ναι πόσο;

Λίγο Μέτρια Πολύ

29. Αθλείστε;

Ναι Όχι

30. Αν ναι με ποιο τρόπο;

Γυμναστήριο Τρέξιμο Περίπατος

Άλλο.....

31. Η Μεσογειακή Δίαιτα και η σωματική άσκηση βοηθούν στη διατήρηση μιας καλής φυσικής κατάστασης;

Λίγο Πολύ Καθόλου Δεν γνωρίζω

32. Εάν ήδη αντιμετωπίζετε προβλήματα βάρους από ποιο σημείο της ζωής σας ξεκίνησε η αύξηση του βάρους σας;

Παιδική ηλικία Εφηβική ηλικία Νεαρή ηλικία

Ενήλικες

33. Παρακολουθείτε τακτικά το βάρος σας;

Ναι Όχι

34. Αν ναι πώς;

Μέτρηση με ζυγαριά Μέγεθος ρούχων Παρότρυνση από ειδικό Άλλο.....

35. Σας απασχολεί η αύξηση βάρους του σώματός σας;

Ναι Όχι

36. Θεωρείτε ότι οι δίαιτες είναι:

Εξαντλητικές Αποτελεσματικές Επικίνδυνες

Άλλο.....

37. Πόσες φορές πήρατε την απόφαση για τη μείωση του βάρους σας;

Καμία Μία Μερικές Πολλές

38. Εάν προσπαθήσατε με ποιους τρόπους;

Μείωση ποσότητας φαγητού Παράλειψη του βραδινού γεύματος

Βελτίωση ποιότητας φαγητού Έναρξη καπνίσματος τσιγάρων

Συνέχιση καπνίσματος και αύξηση σιγαρέτων Λήψη

διουρητικών Σωματική άσκηση

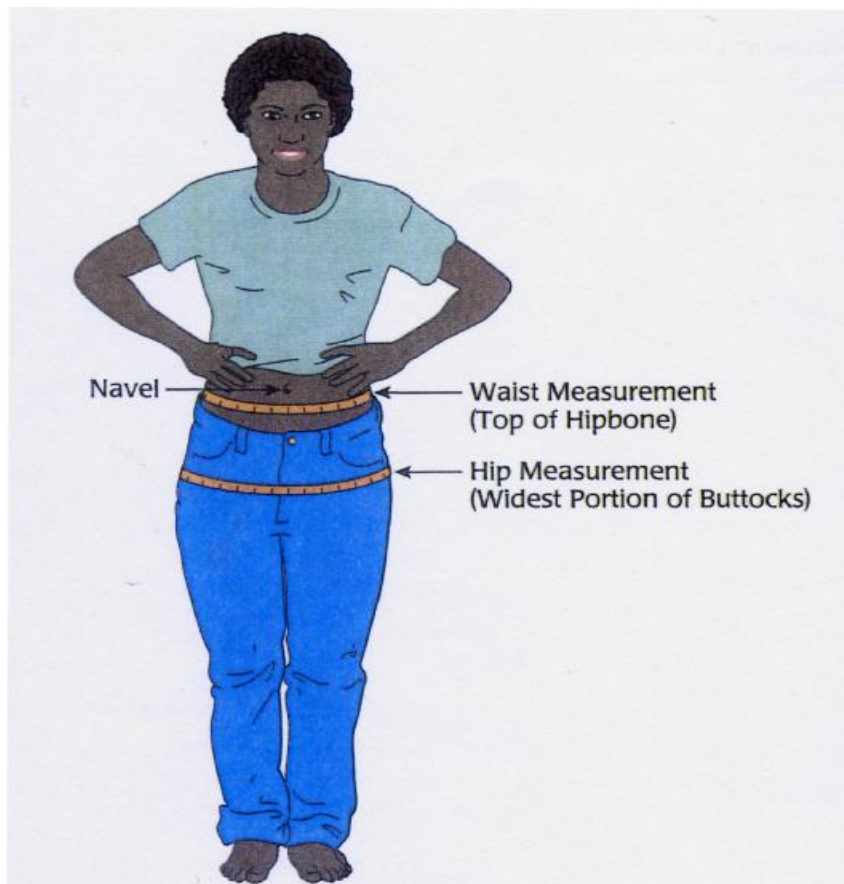
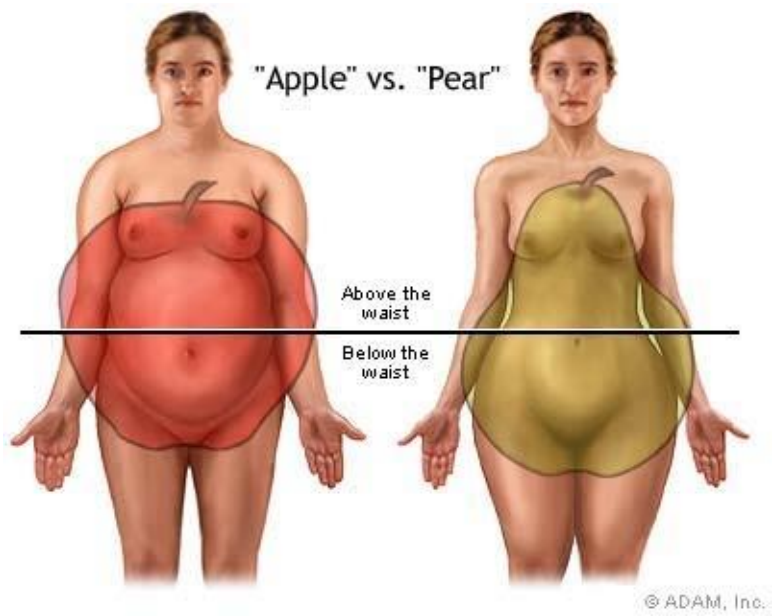
Άλλο.....

39. Σύμφωνα με τις γνώσεις και την εμπειρία σας στο χώρο της Νοσηλευτικής, ποια πιστεύετε ότι θα ήταν η καταλληλότερη μέθοδος για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας;

Διατροφή-Σωματική άσκηση Φαρμακοθεραπεία

Χειρουργική θεραπεία Ψυχολογική ισορροπία

Άλλο.....



Αναλογία Μέσης – Περιφέρειας.

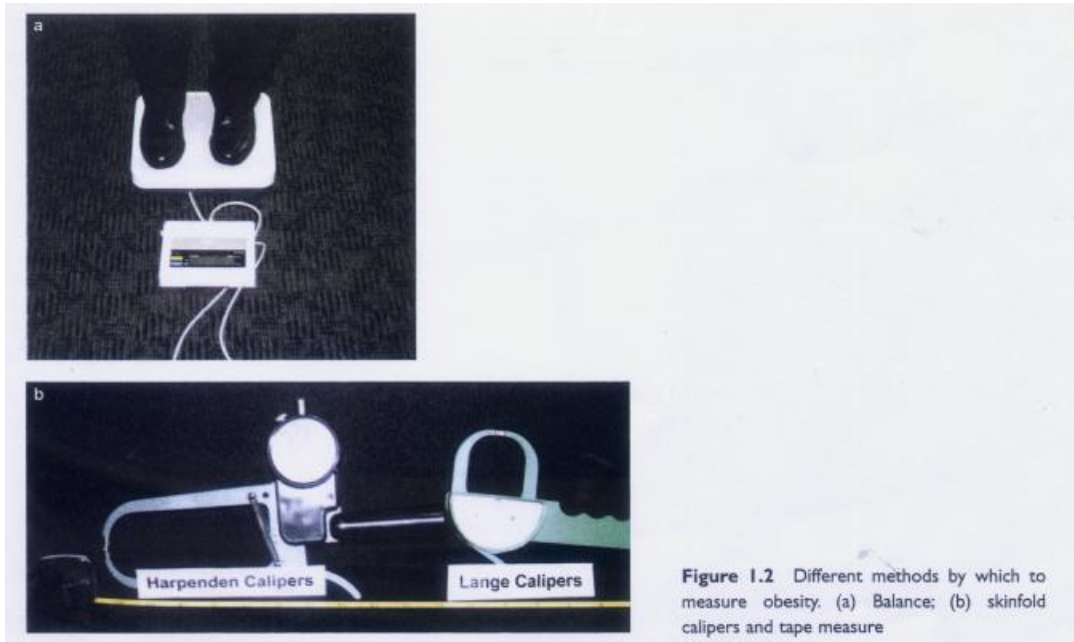
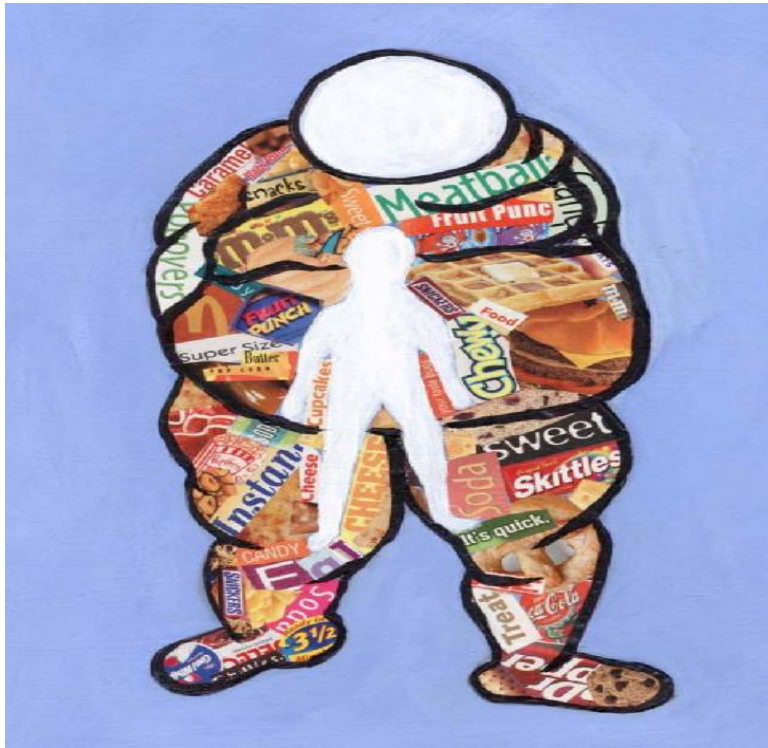
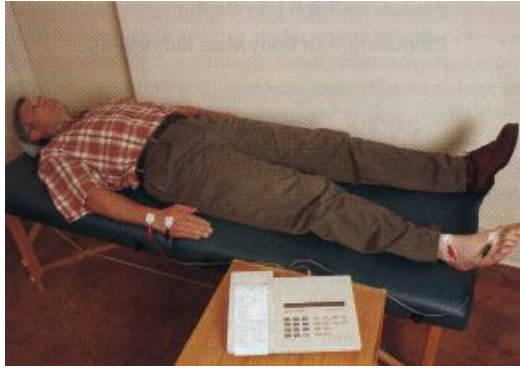


Figure 1.2 Different methods by which to measure obesity. (a) Balance; (b) skinfold calipers and tape measure





Σύνθετη βιοηλεκτρική αντίσταση.



Μέθοδος DEXA.



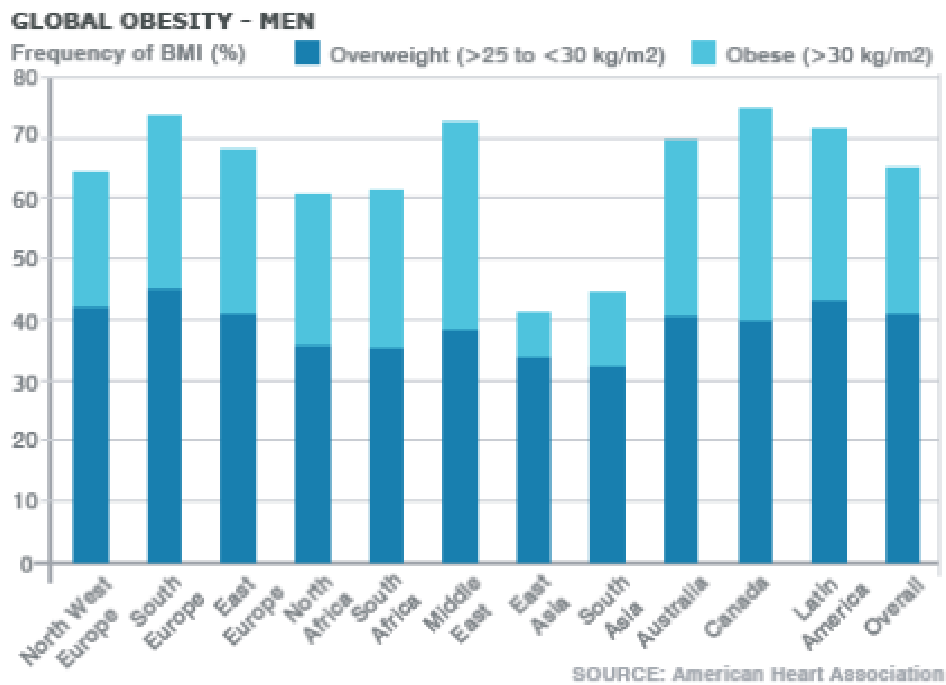
Ζύγιση μέσα σε νερό.

Πριν



Μετά





ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΗΣ		ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ		ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ		ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΣ		ΝΟΣΟΓΟΝΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ				
ΒΑΡΟΣ	ΥΨΟΣ											
	1,42μ.	1,47μ.	1,52μ.	1,57μ.	1,63μ.	1,68μ.	1,73μ.	1,78μ.	1,83μ.	1,88μ.	1,93μ.	1,98μ.
45.4	22,4	20,9	19,5	18,3	17,2	16,1	15,2	14,3	13,6	12,8	12,2	11,6
47.6	23,5	21,9	20,5	19,2	18,0	16,9	16,0	15,1	14,2	13,5	12,8	12,1
49.9	24,7	23,0	21,5	20,1	18,9	17,8	16,7	15,8	14,9	14,1	13,4	12,7
52.2	25,8	24,0	22,5	21,0	19,7	18,6	17,5	16,5	15,6	14,8	14,0	13,3
54.4	26,9	25,1	23,4	21,9	20,6	19,4	18,2	17,2	16,3	15,4	14,6	13,9
56.7	28,0	26,1	24,4	22,9	21,5	20,2	19,0	17,9	17,0	16,0	15,2	14,4
59.0	29,1	27,2	25,4	23,8	22,3	21,0	19,8	18,7	17,6	16,7	15,8	15,0
61.2	30,3	28,2	26,4	24,7	23,2	21,8	20,5	19,4	18,3	17,3	16,4	15,6
63.5	31,4	29,3	27,3	25,6	24,0	22,6	21,3	20,1	19,0	18,0	17,0	16,2
65.8	32,5	30,3	28,3	26,5	24,9	23,4	22,0	20,8	19,7	18,6	17,6	16,8
68.0	33,6	31,3	29,3	27,4	25,7	24,2	22,8	21,5	20,3	19,3	18,3	17,3
70.3	34,7	32,4	30,3	28,3	26,6	25,0	23,6	22,2	21,0	19,9	18,9	17,9
72.6	35,9	33,4	31,2	29,3	27,5	25,8	24,3	23,0	21,7	20,5	19,5	18,5
74.8	37,0	34,5	32,2	30,2	28,3	26,6	25,1	23,7	22,4	21,2	20,1	19,1
77.1	38,1	35,5	33,2	31,1	29,2	27,4	25,8	24,4	23,1	21,8	20,7	19,6
79.4	39,2	36,6	34,2	32,0	30,0	28,2	26,6	25,1	23,7	22,5	21,3	20,2
81.6	40,4	37,6	35,2	32,9	30,9	29,1	27,4	25,8	24,4	23,1	21,9	20,8
83.9	41,5	38,7	36,1	33,8	31,8	29,9	28,1	26,5	25,1	23,8	22,5	21,4
86.2	42,6	39,7	37,1	34,8	32,6	30,7	28,9	27,3	25,8	24,2	23,1	22,0
88.5	43,7	40,8	38,1	35,7	33,5	31,5	29,6	28,0	26,4	25,0	23,7	22,5
90.7	44,8	41,8	39,1	36,6	34,3	32,3	30,4	28,7	27,1	25,7	24,3	23,1
93.0	46,0	42,8	40,0	37,5	35,2	33,1	31,2	29,4	27,8	26,3	25,0	23,7
95.3	47,1	43,9	41,0	38,4	36,0	33,9	31,9	30,1	28,5	27,0	25,6	24,3
97.5	48,2	44,9	42,0	39,3	36,9	34,7	32,7	30,8	29,2	27,6	26,2	24,8
99.8	49,3	46,0	43,0	40,2	37,8	35,5	33,5	31,6	29,8	28,2	26,8	25,4
102.1	50,4	47,0	43,9	41,2	38,6	36,3	34,2	32,3	30,5	28,9	27,4	26,0
104.3	51,6	48,1	44,9	42,1	39,5	37,1	35,0	33,0	31,2	29,5	28,0	26,6
106.6	52,7	49,1	45,9	43,0	40,3	37,9	35,7	33,7	31,9	30,2	28,6	27,2
108.9	53,8	50,2	46,9	43,9	41,2	38,7	36,5	34,4	32,5	30,8	29,2	27,7
111.1	54,9	51,2	47,8	44,8	42,1	39,5	37,3	35,2	33,2	31,5	29,8	28,3

ΔΜΣ=kg/m²

Κατηγοριοποίηση	Υπέρβαρος	Παχυσαρκία τύπου I	Παχυσαρκία τύπου II	Νοσογόνος παχυσαρκία
ΔΜΣ	= 25 - 29.9	= 30 - 34.9	= 35 - 39.9	≥ 40

Επιπτώσεις της παχυσαρκίας

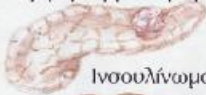




Υψηλή θερμική πρόσληψη



Υπερτροφία ή υπερπλασία των λιποκυττάρων



Ινσουλίνωμα



Διαταραχές στον υποθάλαμο



Σύνδρομο Cushing



Κορτικοστεροειδή



Καρδιομεγαλία



Ηπατομεγαλία

Η καρδιομεγαλία και η ηπατομεγαλία είναι συνηθισμένες στην παχυσαρκία

Η παχυσαρκία ορίζεται σαν μια αύξηση στη μάζα του λίπους και των μυών η οποία υπερβαίνει το 20% του ιδανικού βάρους σώματος

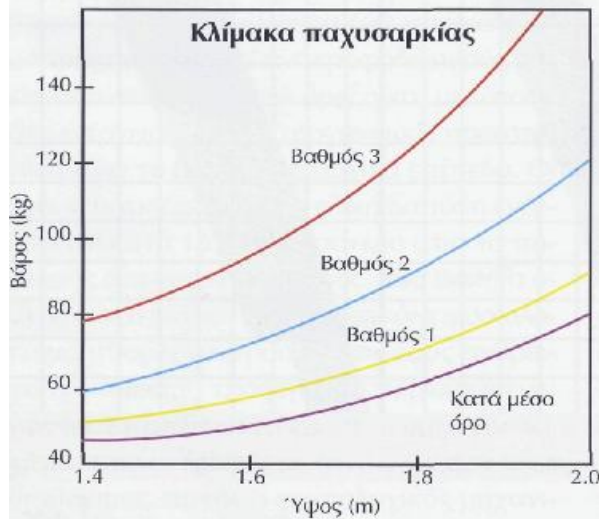
Φυσιολογική περίμετρος μέσης-γοφών στις γυναίκες >0,85

Περίμετρος μέσης

Περίμετρος γοφών

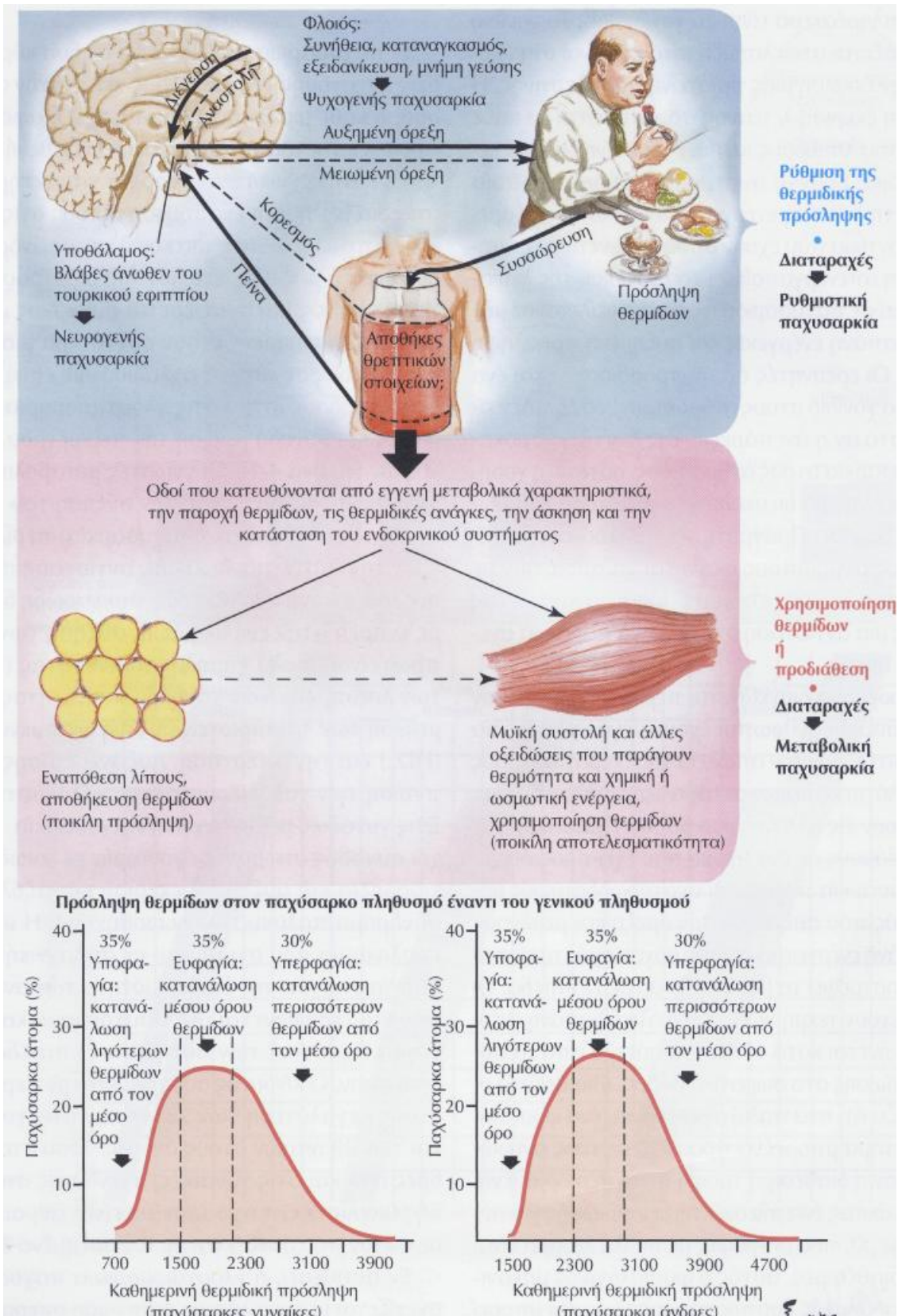
Ύψος (μέτρα)

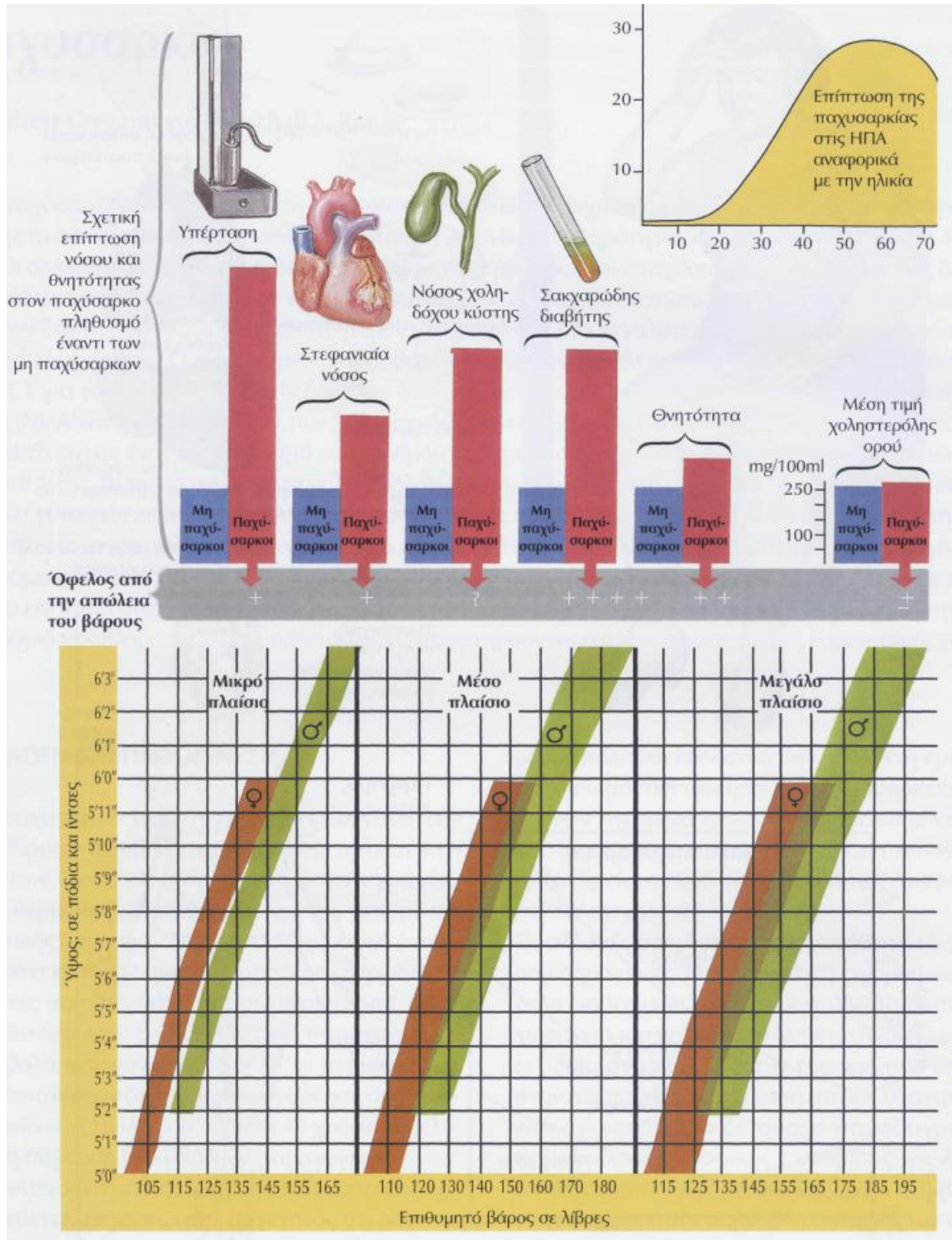
Βάρος (kg)



Ο βαθμός της παχυσαρκίας μπορεί να μετρηθεί με τον δείκτη μάζας σώματος (BMI) = βάρος (kg)/ύψος (m²) και σύγκριση με τυποποιημένους χάρτες

JOHN A. CRAIG MD
with E. Hatton
© IGM
www.igmt.com





ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκέμποντας SOS, αναγκάστηκε να ανακηρύξει την παχυσαρκία ως παγκόσμια επιδημία. Η 24η Οκτωβρίου, που έχει οριστεί ως Παγκόσμια Ημέρα κατά της Παχυσαρκίας, θα βρει φέτος τον κόσμο ακόμη βαρύτερο καθώς, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΠΟΥ, πάνω από το 30% των ενηλίκων ατόμων στις περισσότερες δυτικές κοινωνίες, είναι παχύσαρκα. Εξαιρετικά ανησυχητική είναι εξάλλου η αύξηση της παχυσαρκίας στην παιδική και εφηβική ηλικία.

