



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**« Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ »**

ΘΕΜΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

**«Η ΑΠΗΧΗΣΗ ΤΗΣ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΣΤΗ**  
**ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ»**

ΤΖΗΜΑΓΙΩΡΓΗ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ-ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΣ

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Ζαχαρούλης Δημήτριος, Γενικός Χειρουργός.....Επιβλέπων Καθηγητής

Τζοβάρας Γεώργιος, Γενικός Χειρουργός.....Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Πουλτσίδα Αντιγόνη, Γενική Χειρουργός..... Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα, 2017**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**« Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ »**

**«THE PENETRATION OF BARIATRIC SURGERY IN THE  
DIETETIC COMMUNITY»**

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	4
Ελληνική Περίληψη .....	5
Αγγλική Περίληψη (Abstract) .....	6
Εισαγωγή .....	7
Γενικό Μέρος .....	9
Ειδικό Μέρος.....	14
Υλικό και Μέθοδος .....	14
Στατιστική Ανάλυση .....	15
Αποτελέσματα.....	15
Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	15
Γνώσεις και πρακτικές.....	18
Συζήτηση.....	28
Συμπεράσματα.....	31
Βιβλιογραφία .....	32

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή μου, δόκτορα Ζαχαρούλη Δημήτριο, τόσο για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, όσο και για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή του κατά την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

Ακόμα, θα ήθελα να απευθύνω τις ευχαριστίες μου στους γονείς μου, οι οποίοι στήριξαν τις σπουδές μου με διάφορους τρόπους, φροντίζοντας για την καλύτερη δυνατή μόρφωση μου.

## Ελληνική Περίληψη

### Σκοπός

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η αξιολόγηση των γνώσεων, των αντιλήψεων και της τρέχουσας πρακτικής των διαιτολόγων σε θέματα αντιμετώπισης της παχυσαρκίας και χειρουργικής επέμβασης της παχυσαρκίας.

### Υλικό –Μέθοδος

Δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο 25 ερωτήσεων, το οποίο δόθηκε ή/και στάλθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σε 528 διαιτολόγους σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Ο πληθυσμός μελέτης πάρθηκε από 3 διαφορετικούς νομούς της Ελλάδας (Λάρισα, Θεσσαλονίκης και Αττικής).

### Αποτελέσματα

Το ποσοστό απόκρισης ήταν 25%. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (66,7%) ήταν ιδιώτες διαιτολόγοι-ελεύθεροι επαγγελματίες. Αν και το 97% από τους συμμετέχοντες μπορούσαν να ορίσουν την παχυσαρκία, φαίνεται ότι οι διαιτολόγοι είχαν μικρή γνώση των διαφόρων τύπων βαριατρικής διαδικασίας. Περίπου οι μισοί από τους διαιτολόγους (54,5%) δε γνώριζαν την ύπαρξη κέντρου βαριατρικής χειρουργικής στην περιοχή τους. Μια μειοψηφία των διαιτολόγων (18,2%) έχουν παραπέμψει ασθενή τους σε κέντρο βαριατρικής χειρουργικής. Οι λόγοι μη παραπομπής περιελάμβαναν την έλλειψη γνώσεων όσον αφορά την βαριατρική χειρουργική (36,4%), την άρνηση του ασθενούς παρά τις συστάσεις των ιατρών (24,2%), το αυξημένο κόστος επέμβασης (19,7%), την έλλειψη εμπιστοσύνης στη βαριατρική χειρουργική (17,4%) και τέλος, την έλλειψη πρόσβασης σε κοντινό κέντρο βαριατρικής χειρουργικής (2,3%). Η πλειοψηφία των διαιτολόγων (88,6%) θα ενδιαφερόταν να ενημερωθεί για τη βαριατρική χειρουργική και κυρίως για τις κατευθυντήριες οδηγίες της μακροχρόνιας μετεγχειρητικής παρακολούθησης των ασθενών (65,5%).

### Συμπεράσματα

Η διεύθυνση της βαριατρικής χειρουργικής στη διαιτολογική κοινότητα παραμένει περιορισμένη, παρά την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητά της σε μεγάλη συνεχή απώλεια βάρους και στη βελτίωση αρκετών συννοσηροτήτων που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Είναι σκόπιμο να γίνει μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να ενημερωθούν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με την εξέλιξη των βαριατρικών διαδικασιών, τα πιθανά οφέλη και την ύπαρξη πιστοποιημένων βαριατρικών κέντρων, παρέχοντας έτσι, τη βέλτιστη υγειονομική περίθαλψη στους ασθενείς που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από τη βαριατρική χειρουργική επέμβαση.

### Λέξεις-Κλειδιά

Bariatric surgery, obesity, dietitians, attitudes, weight management

## Αγγλική Περίληψη (Abstract)

### **Purpose**

The purpose of this study was to evaluate knowledge, current perceptions and practices of dietitians regarding obesity and bariatric surgery.

### **Material-Method**

A self-administered survey of 25 questions was administered to 532 dietitians in public and private practice. The study population was taken from three different countries of Greece (Larissa, Thessaloniki, and Athens).

### **Results**

The response rate was 25%. Most participants (66.7%) were private dietitians-freelancers. Although 97% of the participants could define obesity, it appears that dietitians had little knowledge of the different types of bariatric processes. 45.5% of dietitians were acquainted with the existence of a Bariatric Center in their area. Only a minority of the dietitians (18.2%) have referred their patient to a bariatric center. The reasons for non-referral included lack of knowledge on bariatric surgery (36.4%), patient refusal despite doctors' recommendations (24.2%), increased operative costs (19.7%), lack of confidence in bariatric surgery (17.4%) and lack of access to a nearby bariatric center (2.3%). The majority of dietitians (88.6%) would be interested in familiarizing with bariatric surgery and endorsing the guidelines for long-term postoperative follow-up of patients (65.5%).

### **Conclusions**

The penetration of bariatric surgery in the dietetic community remains limited, despite its proven effectiveness in great, sustained weight loss and resolution of several obesity-related co-morbidities. A great effort should be attempted in order to inform health care providers on the evolution of bariatric procedures, the potential benefits and the existence of certified bariatric centers, thus providing optimum health care to the patients that could benefit from bariatric surgery.

## Εισαγωγή

Η παχυσαρκία είναι μια επιδημία που εξαπλώνεται ραγδαία, με επικράτηση πάνω από 36% παγκοσμίως Συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο διάφορων συννοσηροτήτων, γνωστών ως παθήσεων που σχετίζονται με την παχυσαρκία, όπως είναι η υπέρταση, η υπερτροφική καρδιομυοπάθεια, η υπερλιπιδαιμία, ο διαβήτης, η χολολιθίαση, η αποφρακτική άπνοια ύπνου, το σύνδρομο υποαερισμού, η εκφυλιστική αρθρίτιδα και η ψυχοκοινωνική βλάβη [3, 2]. Η δραματική αύξηση του επιπολασμού του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας, που παρατηρείται σε ολόκληρο τον κόσμο, η αναγνώρισή τους ως παράγοντες κινδύνου για νοσηρότητα και θνησιμότητα, οι οποίοι μπορούν να προληφθούν, καθώς και η πολυπλοκότητα της πρόληψης και της διαχείρισης αυτών των χρόνιων παθήσεων συνδυάζονται για να κάνουν το υπέρβαρο και την παχυσαρκία αναμφισβήτητα το πιο συναρπαστικό ζήτημα διατροφής για τη δημόσια υγεία του άμεσου μέλλοντος. Η αντιμετώπιση αυτής της κλιμακούμενης επιδημίας αναγνωρίζεται ευρέως ως ο τομέας της δράσης με την μεγαλύτερη προτεραιότητα στον τομέα της δημόσιας υγείας, ενώ οι υγειονομικές αρχές σε ορισμένες χώρες αναγνωρίζουν τη σημασία της ανατροπής της αύξησης του επιπολασμού του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας, με εστίαση στην πρόληψη [1].

Ενώ η πρόληψη είναι σαφώς σημαντική, στην πραγματικότητα ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού παραμένει υπέρβαρο ή παχύσαρκο, και συνεπώς, είναι πιθανόν να αναπτύξει συννοσηρότητες ή να κινδυνεύει από περαιτέρω αύξηση του σωματικού βάρους με την πάροδο του χρόνου. Η διαχείριση αυτών των ομάδων παραμένει προτεραιότητα, ανεξάρτητα από τις δραστηριότητες πρωτογενούς πρόληψης [1].

Σήμερα υπάρχουν τρεις βασικοί τρόποι θεραπείας της παχυσαρκίας: α) τροποποιήσεις στον τρόπο ζωής, που περιλαμβάνουν άσκηση, δίαιτα, συμβουλευτική και συνδυασμό αυτών, β) φαρμακοθεραπεία και γ) χειρουργική επέμβαση.

Μπροστά σε αυτήν την αυξανόμενη επιδημία, το αυξανόμενο ιατρικό κόστος και τους απογοητευτικούς περιορισμούς στην αλλαγή του τρόπου ζωής, η βαριατρική χειρουργική επέμβαση διαπιστώθηκε ότι οδηγεί σε σημαντική απώλεια βάρους και βελτίωση των παθήσεων που σχετίζονται με την παχυσαρκία σε σύγκριση με τις μη χειρουργικές παρεμβάσεις. Μερικοί επαγγελματίες υγείας έχουν εκφράσει ανησυχίες σχετικά με τη θνησιμότητα και τις επιπλοκές μετά από βαριατρική χειρουργική επέμβαση. Ωστόσο, οι βαριατρικές χειρουργικές επεμβάσεις έχουν παρόμοια ποσοστά θνησιμότητας με τις συνήθεις γενικές χειρουργικές επεμβάσεις. Επιπλέον, μειώνουν τη θνησιμότητα, μέσω της βελτίωσης και της απαλλαγής από τις παθήσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία [2, 3].

Αρκετές μελέτες έχουν περιγράψει τις στάσεις και τις πρακτικές των διαιτολόγων σχετικά με τη διαχείριση βάρους. Ωστόσο, μέχρι σήμερα δεν έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες που να εξετάζουν τις στάσεις και τις πρακτικές των διαιτολόγων όσον αφορά τις βαριατρικές χειρουργικές επεμβάσεις, οι

οποίες οδηγούν σε μεγαλύτερη απώλεια βάρους σε σχέση με τις συμβατικές θεραπείες βραχυπρόθεσμα. Αυτό είναι περίεργο, δεδομένου ότι οι διαιτολόγοι είναι το μόνο επάγγελμα για το οποίο η διαχείριση βάρους αποτελεί κεντρικό στοιχείο της κατάρτισης και της επαγγελματικής τους πρακτικής. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι διαιτολόγοι κατατάσσονται ως μία από τις πιο δημοφιλείς πηγές επαγγελματικής συμβουλής για το κοινό, όσον αφορά την παχυσαρκία, ότι θεωρούνται ως οι πιο αποτελεσματικοί πάροχοι συμβουλών για τη διαχείριση βάρους σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας και ότι αποτελούν την ομάδα στην οποία οι ιατροί συχνότερα παραπέμπουν τους υπέρβαρους ασθενείς τους [1].

Υπάρχει κενό στη βιβλιογραφία σχετικά με τις γνώσεις και τις αντιλήψεις των διαιτολόγων σχετικά με τις βαριατρικές χειρουργικές επεμβάσεις. Η συμβουλευτική και η συμπεριφορά παραπομπής μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα της υγείας μπορεί να καθοριστεί από προσωπικές απόψεις για τη χειρουργική επέμβαση. Η κοινωνική αποδοχή μιας θεραπευτικής στρατηγικής, όπως η βαριατρική χειρουργική επέμβαση, μπορεί να επηρεάσει την προθυμία του ατόμου να υποβληθεί στη διαδικασία και μπορεί να αυξήσει την συμπεριφορά προ- και μετεγχειρητικής προσκόλλησης [2].

Υπό το πρίσμα της τρέχουσας έλλειψης δεδομένων, οι πληροφορίες σχετικά με τις στάσεις και τις πρακτικές των διαιτολόγων είναι σημαντικές. Αυτά τα στοιχεία θα αναδείξουν τα σημεία πρακτικής αδυναμίας, θα βοηθήσουν στην ενημέρωση για την κατάρτιση των διαιτολόγων, θα εντοπίσουν ζητήματα που τους περιορίζουν στην παροχή υπηρεσιών διαχείρισης βάρους και θα δώσουν μια εικόνα των απόψεων των διαιτολόγων σχετικά με το ρόλο τους στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας μέσω βαριατρικών χειρουργικών επεμβάσεων.

Η παρούσα μελέτη, λοιπόν, σχεδιάστηκε για να εκτιμηθούν οι γνώσεις και οι αντιλήψεις των διαιτολόγων σχετικά με τις βαριατρικές χειρουργικές επεμβάσεις. Επιπλέον, επιδιώξαμε να διευκρινίσουμε τους πιθανούς προβληματισμούς σχετικά με την παραπομπή ασθενών για βαριατρική χειρουργική επέμβαση και να προσδιορίσουμε την προθυμία για περαιτέρω εκπαίδευση και παρέμβαση στη βαριατρική χειρουργική [2].



## Γενικό Μέρος

Η παχυσαρκία ορίζεται ως η ανώμαλη ή υπερβολική συσσώρευση λίπους, η οποία μπορεί να βλάψει την υγεία και οι μελέτες δείχνουν ότι, χωρίς παρέμβαση, η αναστροφή της παχυσαρκίας είναι ασυνήθιστη. Ο πιο συχνός χρησιμοποιούμενος δείκτης για την ταξινόμηση της παχυσαρκίας είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), που υπολογίζεται ως το σωματικό βάρος σε χιλιόγραμμα διαιρούμενο ανά το ύψος σε τετραγωνικά μέτρα ( $\text{kg/m}^2$ ). Στους ενήλικες ένας επιθυμητός ΔΜΣ είναι μεταξύ τους 18,5 και 25 και το υπέρβαρο ορίζεται ως ΔΜΣ μεταξύ 25 και 30. Η παχυσαρκία ορίζεται ως ΔΜΣ άνω των 30, ενώ η νοσογόνος παχυσαρκία ορίζεται ως ΔΜΣ άνω των 40. Ένας δείκτης μάζας σώματος 30 είναι ισοδύναμος με ένα άτομο που ζυγίζει 97,5 kg και έχει ύψος 1,80m ή με ένα άτομο που έχει βάρος 77kg και ύψος 1,60m. Ωστόσο, οι διαφορετικοί πληθυσμοί έχουν διαφορετικές συσχετίσεις μεταξύ ΔΜΣ, ποσοστού σωματικού λίπους και κινδύνου για την υγεία. Ένας επιθυμητός ΔΜΣ είναι χαμηλότερος σε ορισμένους ασιατικούς πληθυσμούς, για παράδειγμα. Τα αρχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έδειξαν ότι σε παγκόσμιο επίπεδο το 2005 τουλάχιστον 400 εκατομμύρια ενήλικες ήταν παχύσαρκοι. Σε ορισμένες χώρες, συμπεριλαμβανομένων των ΗΠΑ, του Ηνωμένου Βασιλείου και της Αυστραλίας, τα ποσοστά παχυσαρκία έχουν υπερδιπλασιαστεί τα τελευταία 25 χρόνια [4].

Ο επιπολασμός των ατόμων που είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι αυξάνεται ραγδαία στο Δυτικό Κόσμο. Οι έρευνες του γαλλικού πληθυσμού που πραγματοποιήθηκαν σε συνεργασία με το Γαλλικό Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Ιατρικών Ερευνών (INSERM) έδειξαν ότι το ποσοστό των υπέρβαρων ενηλίκων αυξήθηκε από 36,7% σε 41,6% σε 6 έτη ενώ η νοσογόνος παχυσαρκία ( $\text{BMI} > 40 \text{kg} / \text{m}^2$ ) έχει διπλασιαστεί, επιβεβαιώνοντας την ταχύτερη αύξηση της νοσογόνου παχυσαρκίας σε σχέση με την παχυσαρκία που έχει ήδη αναφερθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες [6].

Οι κύριες σοβαρές συνέπειες για την υγεία που σχετίζονται με την παχυσαρκία σε ενήλικες περιλαμβάνουν τον διαβήτη τύπου 2, καρδιαγγειακές παθήσεις, μυοσκελετικές διαταραχές όπως οστεοαρθρίτιδα και κάποιες μορφές καρκίνου. Ορισμένες από τις συνέπειες στην υγεία μπορεί να αποτελέσουν την κύρια αιτία της καρδιακής νόσου, του εγκεφαλικού επεισοδίου, κάποιων καρκίνων, ενώ άλλες συνέπειες όπως ο διαβήτης τύπου 2 οδηγούν σε μειωμένο προσδόκιμο ζωής. Άλλες σημαντικές συνέπειες στην υγεία, που έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, είναι η αποφρακτική άπνοια ύπνου, η στειρότητα, οι μαιευτικές επιπλοκές και η ψυχιατρική ανισορροπία [4].

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2000 διαπίστωσε ότι οι σχετικοί κίνδυνοι συγκεκριμένων ασθενειών σε παχύσαρκους ανθρώπους σε σύγκριση με τους ισχνούς ανθρώπους είναι αρκετά όμοιοι ανά τον κόσμο και έχουν ταξινομηθεί σε τρεις ευρείες κατηγορίες:

- Κατηγορία 1 - αυξημένος κίνδυνος (σχετικός κίνδυνος πολύ μεγαλύτερος από 3):  
Περιλαμβάνεται ο τύπου 2 διαβήτης, η δυσλιπιδαιμία, η αντίσταση στην ινσουλίνη, η δύσπνοια, η αποφρακτική άπνοια ύπνου και οι ασθένειες της χοληδόχου κύστης.
- Κατηγορία 2 - μέτρια αυξημένος κίνδυνος (σχετικός κίνδυνος 2 έως 3):  
Περιλαμβάνεται η καρδιαγγειακή νόσος, η υπέρταση, η οστεοαρθρίτιδα των γόνατων, η υπερουριχαιμία και η ουρική αρθρίτιδα.
- Κατηγορία 3 - ελαφρώς αυξημένος κίνδυνος (σχετικός κίνδυνος 1 έως 2):  
Περιλαμβάνεται ο καρκίνος του παχέος εντέρου, ο καρκίνος του μαστού σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ο καρκίνος του ενδομητρίου, ανωμαλίες στις αναπαραγωγικές ορμόνες, της μειωμένης γονιμότητας, του χαμηλού πόνου στην πλάτη και του κινδύνου επιπλοκών αναισθησίας [4].

Καθώς η παχυσαρκία επηρεάζει ένα τόσο μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού και δημιουργεί επακόλουθους κινδύνους για την υγεία, είναι σημαντικό οι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας να αντιμετωπίζουν την παχυσαρκία και να συμβουλεύουν την διατήρηση υγιούς βάρους στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Όσον αφορά τη μοναδική του θέση, ο γενικός ιατρός συμβάλλει σημαντικά στη θεραπεία και την πρόληψη της παχυσαρκίας. Ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού έρχεται καθημερινά σε επαφή με το γιατρό του. Υπάρχουν αναμφισβήτητες αποδείξεις ότι η παροχή συμβουλών από τους γιατρούς και η διαχείριση της παχυσαρκίας μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική στο να βοηθήσουν τους ασθενείς να αναλάβουν και να διατηρήσουν ένα πρόγραμμα διαχείρισης βάρους [6,7].

Ωστόσο, παρά την υψηλή επίγνωση της παχυσαρκίας ως ιατρικό θέμα, σε σχετική μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε σε ιατρούς στο Μπαχρέιν, βρέθηκε ότι το σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης δεν χρησιμοποιείται επαρκώς για την παροχή συμβουλών για την παχυσαρκία και η ικανότητά του περιορίζεται συνήθως από ορισμένους παράγοντες, όπως ο σύντομος χρόνος διαβούλευσης, η χαμηλή συμμόρφωση των ασθενών, το ανεπαρκές διδακτικό υλικό και η έλλειψη διαιτολόγων. Οι ανεπαρκείς γνώσεις για τη διατροφή έχουν επίσης αναφερθεί από τους ίδιους τους ιατρούς ή έχουν τεκμηριωθεί αντικειμενικά [7].

Ακόμη, βρέθηκε ότι παρά τη μακροπρόθεσμη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, η χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιείται λιγότερο, ακόμη και στις ανεπτυγμένες χώρες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γιατροί είναι λιγότερο ενημερωμένοι για τα δυνητικά οφέλη, για την έλλειψη προσβάσιμων χειρουργών ή για το φόβο των πιθανών κινδύνων. Ως εκ τούτου, παρόλο που οι γενικοί ιατροί είναι σε θέση να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και τη διαχείριση της παχυσαρκίας, τα υπάρχοντα δεδομένα υποδεικνύουν ότι η πρακτική των ιατρών σε αυτόν τον τομέα μπορεί να περιοριστεί επειδή δεν διαθέτουν τις κατάλληλες δεξιότητες. Ωστόσο, επί του παρόντος

υπάρχουν διαθέσιμες μόνο περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με τις στάσεις και τις πρακτικές των ιατρών σχετικά με την πρόληψη και τη διαχείριση της παχυσαρκίας και μέχρι σήμερα δεν έχει πραγματοποιηθεί καμία μελέτη αξιολόγησης αυτών των ζητημάτων στην ηπειρωτική Ευρώπη [6].

Οι γιατροί έχουν μεγάλο κινητήριο ρόλο, αλλά περιορίζονται περισσότερο στις κλινικές τους, γεγονός που καθιστά τη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας μια προτεραιότητα που πρέπει να εξεταστεί χωρίς δισταγμό. Θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην πρόσληψη περισσότερων διαιτολόγων ή / και άλλων εκπαιδευμένων εργαζομένων στον τομέα της υγείας οι οποίοι μπορούν να παρέχουν σε βάθος συμβουλευτική και να παρέχουν τακτική μακροπρόθεσμη παρακολούθηση, είτε να συνδέονται με τις πρακτικές των γιατρών είτε να εργάζονται ανεξάρτητα μέσω εύκολα προσβάσιμων κλινικών ειδικότητας [7].

Η κατάρτιση σχετικά με τις οδηγίες για τον τρόπο ζωής και τις δεξιότητες προσαρμογής της συμπεριφοράς αποτελεί αναγκαιότητα που αναγνωρίστηκε από μια μελέτη που έγινε σε ιατρούς στο Μπαχρέιν, και έχει βρεθεί ότι βελτιώνει τη συχνότητα και την ποιότητα της παροχής συμβουλών σε παχύσαρκους ασθενείς και οδηγεί στη μείωση των αρνητικών αντιλήψεων για την αντιμετώπιση του προβλήματος της παχυσαρκίας [7].

Η χειρουργική επέμβαση για την παχυσαρκία οδηγεί σε μεγαλύτερη απώλεια βάρους σε σχέση με τις συμβατικές θεραπείες βραχυπρόθεσμα (π.χ. έως δύο χρόνια μετά τη χειρουργική επέμβαση). Επιπλέον, η απώλεια βάρους μετά από βαριατρική χειρουργική επέμβαση σχετίζεται με μεγάλη βελτίωση στις συννοσηρότητες της παχυσαρκίας, συμπεριλαμβανομένου του διαβήτη τύπου 2, της υπέρτασης, της δυσλιπιδαιμίας, της αποφρακτικής άπνοιας ύπνου και της ποιότητας ζωής. Μια μετα-ανάλυση που έγινε από ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές, η οποία σύγκρινε τις βαριατρικές χειρουργικές επεμβάσεις σε σχέση με τις μη χειρουργικές επεμβάσεις, έδειξε ότι οι επεμβάσεις της παχυσαρκίας σχετίζονται με μειωμένη πιθανότητα κινδύνου από θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, ανά τον κόσμο. Από τις συννοσηρότητες που μπορούν να βελτιωθούν, ο ρόλος της βαριατρικής χειρουργικής στην πρόληψη και αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 2 έχει συγκεντρώσει τη μεγαλύτερη προσοχή [5,4].

Επί του παρόντος δεν υπάρχουν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές που να εξετάζουν τις μακροπρόθεσμες επιδράσεις της χειρουργικής επέμβασης σε σύγκριση με τη συμβατική θεραπεία στην απώλεια βάρους, τις συννοσηρότητες (συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης των επιπλοκών του διαβήτη) και την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Συνεπώς δεν είναι σαφές εάν διατηρούνται τα οφέλη στο πέρασμα του χρόνου. Επιπλέον, η χειρουργική επέμβαση και η συμβατική θεραπεία συνδυάστηκαν και με τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Στην περίπτωση της χειρουργικής επέμβασης, είναι πιθανό να ληφθούν υπόψη τα πιθανά οφέλη από την ποιότητα ζωής που σχετίζεται

με την υγεία, ενάντια στους κινδύνους επανάληψης της χειρουργικής επέμβασης και της πιθανότητας μετεγχειρητικής θνησιμότητας [4].

Οι χειρουργικές επεμβάσεις για την παχυσαρκία αποσκοπούν στη μείωση του βάρους και στη διατήρηση οποιασδήποτε απώλειας, περιορίζοντας την πρόσληψη τροφής ή προκαλώντας δυσαπορρόφηση των τροφών ή συνδυασμό αυτών. Οι βαριατρικές διαδικασίες εμπίπτουν σε τρεις βασικές κατηγορίες: διαδικασίες περιοριστικού τύπου, δυσαπορροφητικού τύπου και διαδικασίες που συνδυάζουν τόσο περιοριστικούς όσο και δυσαπορροφητικούς μηχανισμούς [4, 3].

Όλοι οι ασθενείς οι οποίοι σκέφτονται την χειρουργική επέμβαση για απώλεια βάρους θα πρέπει να υποβάλλονται σε μια συνολική αξιολόγηση από μια πολυεπιστημονική ομάδα παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, η οποία περιλαμβάνει ιατρό, διαιτολόγο και πάροχο ψυχικής υγείας. Κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής διαδικασίας, οι ασθενείς τυπικά λαμβάνουν οδηγίες για τα πρότυπα υγιεινής διατροφής και φυσικής δραστηριότητας και συμπεριφορικές στρατηγικές για να εφαρμόσουν τις αλλαγές στον τρόπο ζωής. Οι διατροφικές επιπλοκές, οι οποίες είναι αποτέλεσμα της αλλαγμένης ανατομίας πρέπει να προληφθούν με διατροφικές αλλαγές [5].

Αναμένεται ότι ως εκ τούτου η συμπεριφορά της διατροφής θα τροποποιηθεί, με τους ασθενείς να καταναλώνουν μικρότερες ποσότητες τροφής πιο αργά. Εκτός από την τροποποίηση των διατροφικών συνηθειών, οι ασθενείς ενθαρρύνονται να δεσμεύονται σε καθημερινή άσκηση ως μέρος μιας ευρύτερης αλλαγής στον τρόπο ζωής. Ενώ η επιτυχία των παρεμβάσεων απώλειας βάρους εκφράζεται συχνά σε όρους απώλειας βάρους, οι βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής που σχετίζονται με την υγεία και τις συννοσηρότητες είναι γενικά πιο σημαντικές ενδείξεις επιτυχίας για τα άτομα. Μια συστηματική ανασκόπηση των μακροχρόνιων επιπτώσεων της θεραπείας της παχυσαρκίας στο βάρος σώματος, τους παράγοντες κινδύνου και τις ασθένειες, αποκάλυψε ότι η απώλεια βάρους από χειρουργικές και μη χειρουργικές επεμβάσεις για άτομα που πάσχουν από παχυσαρκία, συσχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη και μείωση της χοληστερόλης χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών, της ολικής χοληστερόλης και της αρτηριακής πίεσης, μακροπρόθεσμα. Οι επιδράσεις της βαριατρικής χειρουργικής επέμβασης (απώλεια βάρους) στο βάρος και τον διαβήτη τύπου 2 έχουν επίσης αναθεωρηθεί. Οι συγγραφείς ανέφεραν ότι η βαριατρική χειρουργική επέμβαση όχι μόνο οδήγησε σε μείωση του βάρους, αλλά υπήρξε και επίλυση του προεγχειρητικού διαβήτη μετά το χειρουργείο, σε περισσότερο από το 75% των περιπτώσεων [4].

Σύμφωνα με το συνέδριο ανάπτυξης συμφωνίας του NIH το 1991 για τις βαριατρικές χειρουργικές επεμβάσεις, ασθενείς με ΔΜΣ > 40 kg/m<sup>2</sup> ή ασθενείς που έχουν ΔΜΣ > 35 kg/m<sup>2</sup> και οι οποίοι έχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο συννοσηροτήτων, όπως είναι η καρδιαναπνευστική ασθένεια ή ο διαβήτης τύπου 2, μπορούν να θεωρούνται κατάλληλοι για χειρουργική επέμβαση της παχυσαρκίας. Αν και ο

FDA έχει εγκρίνει την ένδειξη για γαστρική παράκαμψη για άτομα τα οποία έχουν  $\Delta\text{ΜΣ}\geq 30$  και κάποια συννοσηρότητα, η ιατρική κοινότητα και οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν έχουν ακολουθήσει ακόμα τα κριτήρια αυτά στις αποζημιώσεις τους [5].

Ο ρόλος της χειρουργικής στη διαχείριση της παχυσαρκίας πρέπει να τονιστεί. Ο εντοπισμός καλά καταρτισμένων χειρουργικών ομάδων για την αναφορά ασθενών είναι ένα βασικό βήμα που πρέπει να ληφθεί υπόψη για την εξασφάλιση της πληρότητας της περίθαλψης [7].

## Ειδικό Μέρος

### Σκοπός

Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο την εκτίμηση των γνώσεων και των αντιλήψεων των διαιτολόγων σχετικά με τις βαριατρικές χειρουργικές επεμβάσεις. Ακόμα, σκοπός μας ήταν ο εντοπισμός των πιθανών προβληματισμών των διαιτολόγων σχετικά με την παραπομπή ασθενών για βαριατρική χειρουργική επέμβαση, καθώς και ο προσδιορισμός της προθυμίας για περαιτέρω εκπαίδευση και παρέμβαση στη βαριατρική χειρουργική [2].

### Υλικό και Μέθοδος

Ο πληθυσμός της μελέτης περιλαμβάνει διαιτολόγους - μέλη της Ένωσης Διαιτολόγων-Διατροφολόγων Ελλάδας (ΕΔΔΕ), οι οποίοι δραστηριοποιούνται στους νομούς της Θεσσαλονίκης, της Λάρισας και της Αττικής. Ένα ερωτηματολόγιο αυτό-συμπλήρωσης 25 ερωτήσεων χρησιμοποιήθηκε για να εξάγει πληροφορίες σχετικά με τις στάσεις και τις τρέχουσες πρακτικές των διαιτολόγων στον τομέα της βαριατρικής χειρουργικής. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, τροποποιήθηκε μερικώς, καθώς είχε χρησιμοποιηθεί σε παρόμοια έρευνα που αφορούσε την απήχηση την βαριατρικής χειρουργικής στην ιατρική κοινότητα της Θεσσαλίας, και χρησιμοποιήθηκε για τους σκοπούς της έρευνας. Οι κύριοι τομείς που εξετάστηκαν στην έρευνα περιελάμβαναν αυτοαναφερόμενες γνώσεις σχετικά με τις βαριατρικές χειρουργικές επεμβάσεις, την ευαισθητοποίηση για τα υπάρχοντα βαριατρικά κέντρα και τα κριτήρια παραπομπής των παχυσάρκων για βαριατρική χειρουργική επέμβαση. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια περιγράφονται αναλυτικά στα αποτελέσματα. Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε για να ολοκληρωθεί σε λιγότερο από 10 λεπτά. Χρησιμοποιήθηκαν, επίσης, κλίμακες Likert 3 και 5 βαθμών, στις οποίες οι συμμετέχοντες έπρεπε να δηλώσουν το επίπεδο εξοικείωσής τους με κάθε δήλωση, επιλέγοντας μια από τις επιλογές «Καθόλου – λίγο - πολύ εξοικειωμένος» για τις κλίμακες των 3 σημείων και «Καθόλου – Λίγο – Αρκετά – Πολύ - Πάρα πολύ» για τις κλίμακες των 5 σημείων. Στη συνέχεια, με βάση τις συμβουλές ενός βιοστατιστικολόγου συμβούλου, ένα αρχικό δείγμα 5 συμμετεχόντων εξετάστηκε ως προς την εγκυρότητα του περιεχομένου, τη σαφήνεια των ερωτήσεων και την καταλληλότητα των κατηγοριών απόκρισης της παρούσας μελέτης. Στη συνέχεια, το ερωτηματολόγιο της έρευνας δόθηκε και στάλθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στους διαιτολόγους, μαζί με μια συνοδευτική επιστολή που τους εξηγεί τους σκοπούς της μελέτης και τους προσκαλεί να συμμετάσχουν.

## Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση διεξήχθη χρησιμοποιώντας κοινό στατιστικό λογισμικό (IBM SPSS Statistics, version 23, x86). Δεδομένου ότι ο πρωταρχικός στόχος αυτής της μελέτης ήταν να περιγράψει τις στάσεις και τις τρέχουσες πρακτικές, χρησιμοποιήθηκαν κυρίως περιγραφικά στατιστικά στοιχεία (π.χ. μετρήσεις συχνότητας, διασταυρώσεις). Για την ανάλυση του δείγματος, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση συχνοτήτων ή αλλιώς έλεγχος Χ<sup>2</sup>. Πραγματοποιήθηκαν διασταυρώσεις για να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των πρακτικών των διαιτολόγων και του νομού εργασίας (Νομός Θεσσαλονίκης, νομός Λάρισας και νομός Αττικής). Συσχέτιση πραγματοποιήθηκε επίσης μεταξύ των φύλων και των επιλογών εργασίας. Ο μέσος όρος και η ανάλυση της διακύμανσης πραγματοποιήθηκαν για να εξετάσουν την ηλικία των συμμετεχόντων. Οι συσχετίσεις των χαρακτηριστικών των διαιτολόγων με τις απαντήσεις σε κάθε ερώτηση εξετάστηκαν με τη χρήση χ<sup>2</sup> δοκιμών. Το P <0,01 θεωρήθηκε στατιστικά σημαντικό.

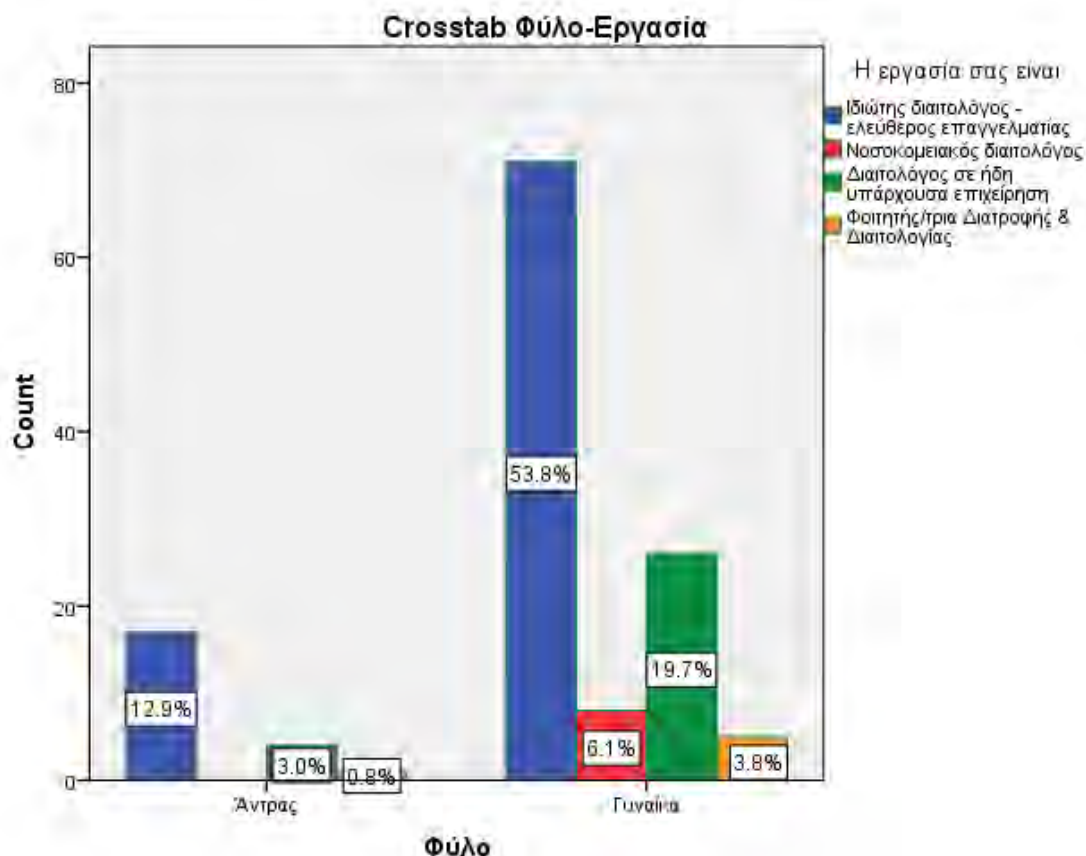
## Αποτελέσματα

### Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Από τα 528 άτομα που προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν σε αυτή την έρευνα, οι 132 επέστρεψαν ένα ολοκληρωμένο ερωτηματολόγιο έρευνας, με αποτέλεσμα το ποσοστό απόκρισης να είναι 25%. Από αυτούς, οι 110/132 (83,3%) ήταν γυναίκες, ενώ 22/132 (16,7%) ήταν άντρες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν  $33 \pm 7$  έτη (εύρος 19-51 ετών).

Το 66,7% των ερωτηθέντων εργάζεται ως ιδιώτης διαιτολόγος-ελεύθερος επαγγελματίας, το 22,7% εργάζεται ως διαιτολόγος σε ήδη υπάρχουσα επιχείρηση, το 6,1% εργάζεται ως νοσοκομειακός διαιτολόγος, ενώ ένα μικρό ποσοστό του δείγματος (4,5%) είναι φοιτητές της επιστήμης της Διατροφής και Διαιτολογίας.

Η πλειονότητα του δείγματος (53,8%) αποτελείται από γυναίκες που εργάζονται ως ιδιώτες διαιτολόγοι-ελεύθεροι επαγγελματίες, όπως φαίνεται στο παρακάτω σχήμα.



Σχήμα 1. Στην εικόνα απεικονίζονται τα % ποσοστά των συσχετίσεων της εργασίας των διαιτολόγων ανά φύλο.

Το 51,5% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι της σχολής Διατροφής και Διαιτολογίας του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης, ενώ οι συμμετέχοντες από υπόλοιπο δείγμα έχουν αποφοιτήσει από το τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου της Αθήνας (18,2%), από το ΤΕΙ Διατροφής και Διαιτολογίας της Σητείας (15,2%), από το ΤΕΙ Διατροφής και Διαιτολογίας της Καρδίτσας (11,4%) και ένα μικρό ποσοστό του δείγματος έχει αποφοιτήσει από Ιδιωτική Σχολή Διατροφής και Διαιτολογίας (3,8%).

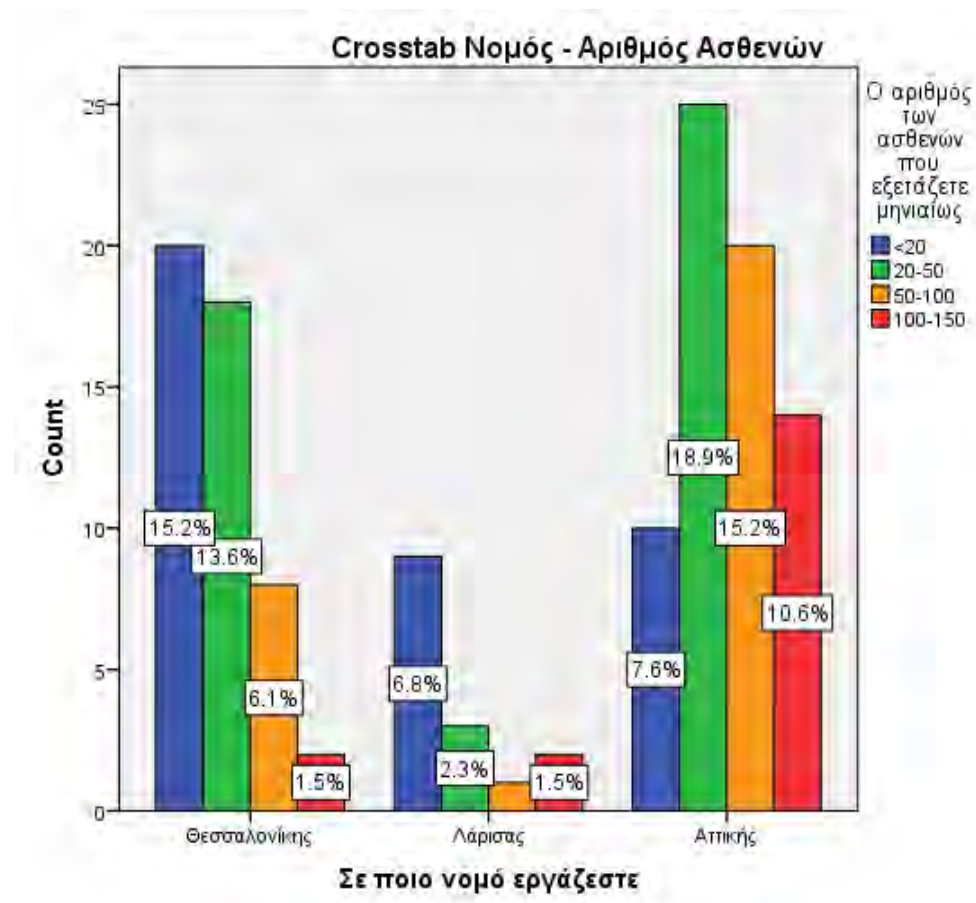
Το 25% του δείγματος ασκεί το επάγγελμα του Διαιτολόγου- Διατροφολόγου για 5-10 έτη, το 19,7% για <2 έτη, άλλο ένα 19,7% του δείγματος για 2-5 έτη, το 18,9% των συμμετεχόντων εργάζονται για 15-20 έτη, ενώ μόλις το 16,7% για πάνω από 15 έτη.

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από Διαιτολόγους-Διατροφολόγους οι οποίοι εργάζονται σε τρεις διαφορετικούς νομούς της Ελλάδας (Νομός Αττικής, νομός Θεσσαλονίκης και νομός Λάρισας). Το 52,3% του δείγματος εργάζεται στο νομό της Αττικής, 36,4% του δείγματος εργάζεται στο νομό Θεσσαλονίκης και μόλις το 11,4% εργάζεται στο νομό της Λάρισας.



Το 34,8% των ερωτηθέντων εξετάζει μηνιαίως 20-50 ασθενής, το 29,5% του δείγματος εξετάζει <20 ασθενείς ανά μήνα, το 22% εξετάζει από 50 έως 100 ασθενείς, ενώ μόνο το 13,6% εξετάζει από 100 έως 150 ασθενής το μήνα.

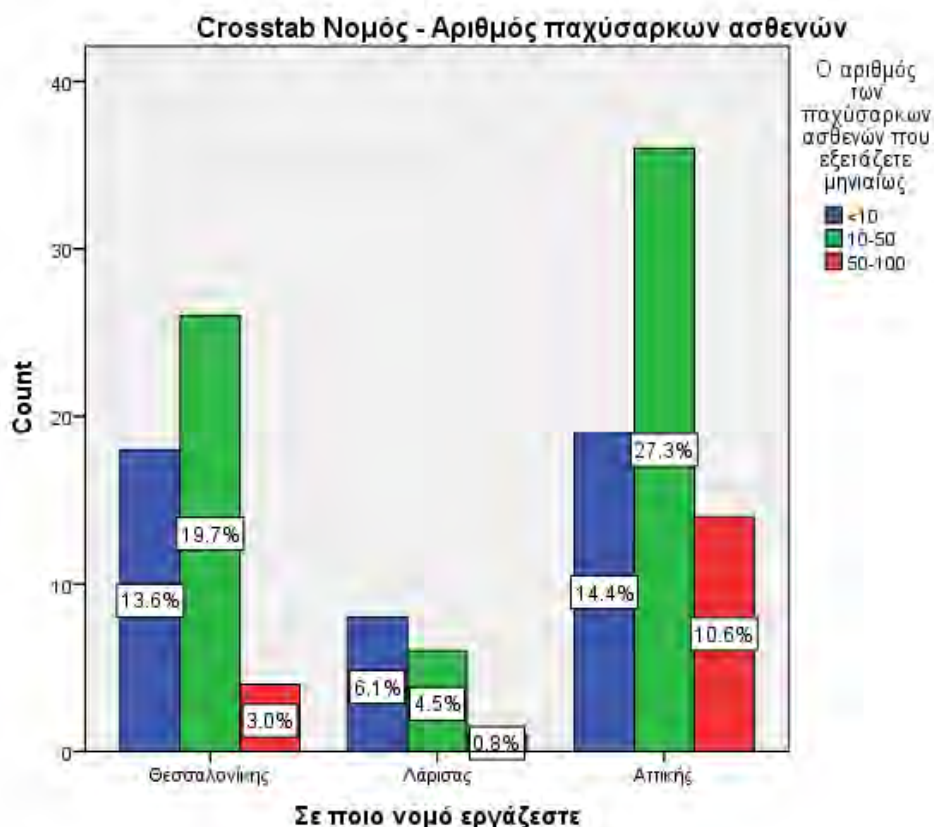
Το 18,9% του δείγματος αποτελείται από διαιτολόγους οι οποίοι εργάζονται στον νομό Αττικής και εξετάζουν μηνιαίως 20-50 ασθενείς, όπως φαίνεται στην παρακάτω εικόνα.



Σχήμα 2. Απεικονίζονται τα % ποσοστά των συσχετίσεων των ασθενών που εξετάζουν μηνιαία ανά τον νομό εργασίας.

Ακόμη, το 51,5% των διαιτολόγων εξετάζει 10-50 παχύσαρκους ασθενής το μήνα, το 14,4% από 50 έως 100, ενώ το 34,1% εξετάζει λιγότερους από 10 παχύσαρκους ασθενής το μήνα.

Το 27,3% του δείγματος αποτελείται από διαιτολόγους οι οποίοι εργάζονται στον νομό Αττικής και εξετάζουν μηνιαίως 10-50 παχύσαρκους ασθενείς, όπως φαίνεται στην παρακάτω εικόνα.



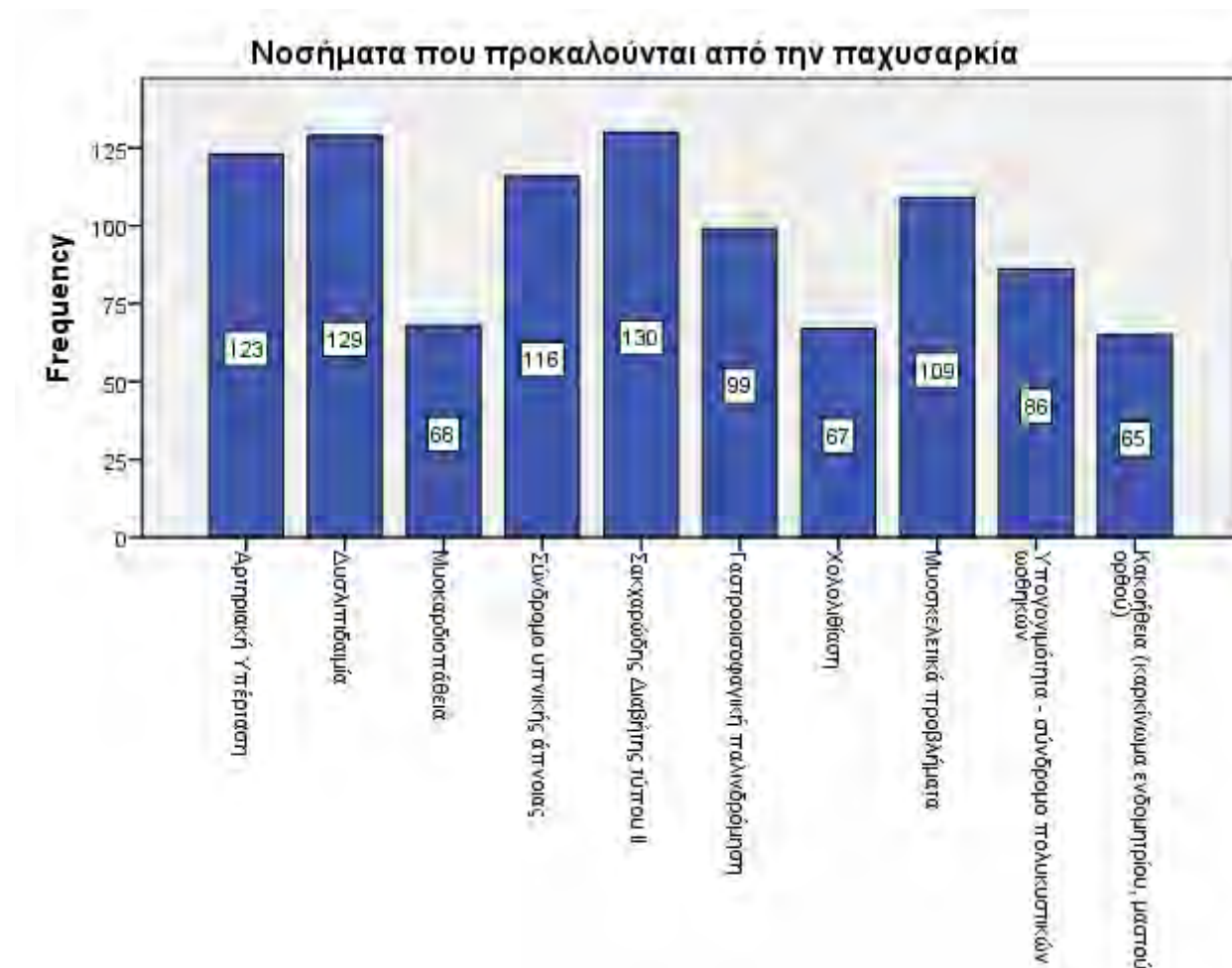
Σχήμα 3. Απεικονίζονται τα % ποσοστά των συσχετίσεων των παχύσαρκων ασθενών που εξετάζουν μηνιαίως ανά νομό εργασίας.

### Γνώσεις και πρακτικές

Ένα σύνολο ερωτήσεων χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογήσει το επίπεδο των αυτοαναφερόμενων γνώσεων της παχυσαρκίας και της βαριατρικής χειρουργικής. Η πλειοψηφία των διαιτολόγων (97%) πέτυχε να αναγνωρίσει την παχυσαρκία σε όρους ΔΜΣ. Επιπλέον, το 57,6% των διαιτολόγων ήταν εξοικειωμένοι με τα κριτήρια για τη βαριατρική χειρουργική σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του NIH.

Ένας κατάλογος συννοσηροτήτων της παχυσαρκίας δόθηκε στους συμμετέχοντες, προκειμένου να αναγνωρίσουν αυτές που σχετίζονται με την παχυσαρκία κατά τη γνώμη τους. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων πέτυχε να καθορίσει τα νοσήματα τα οποία προκαλούνται ή επιδεινώνονται με την παχυσαρκία. Πιο συγκεκριμένα, το 92,5% (123/132) συσχέτισε την αρτηριακή υπέρταση με την παχυσαρκία, το 97,7% (129/132) τη δυσλιπιδαιμία, το 51,5% (68/132) τη μυοκαρδιοπάθεια, το 87,9% (116/132) το σύνδρομο υπνικής άπνοιας, το 98,5% (130/132) το Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, το 75% (99/132) τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, το 50,8% (67/132) τη χολολιθίαση, το 82,6% (109/132) τα μυοσκελετικά προβλήματα, το 65,2% (86/132) την υπογονιμότητα και το σύνδρομο

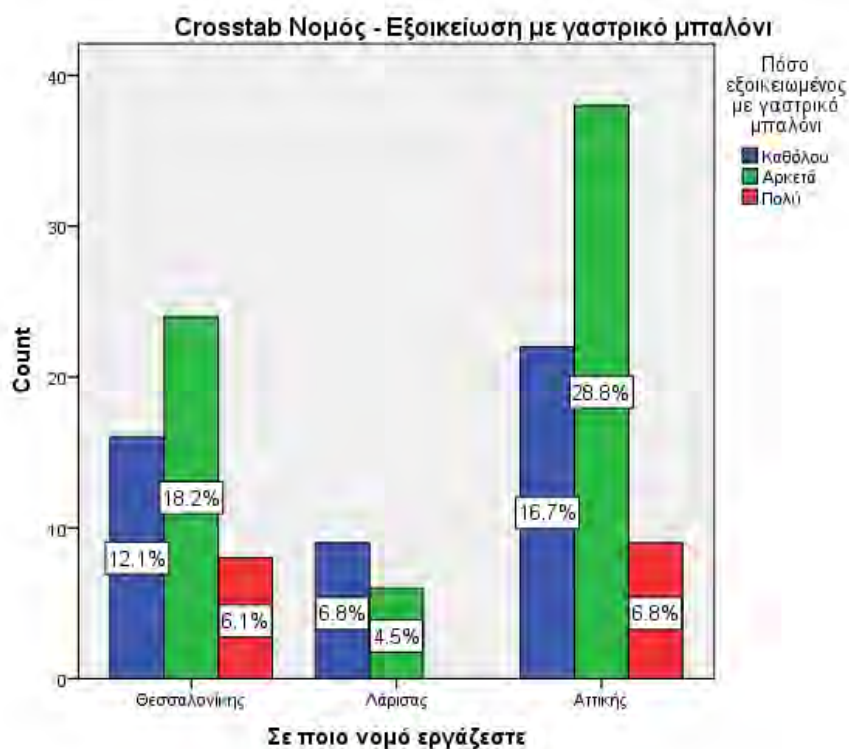
πολυκυστικών ωοθηκών και τέλος, το 49,2% (65/132) την κακοήθεια (καρκίνωμα ενδομητρίου, μαστού, ορθού).



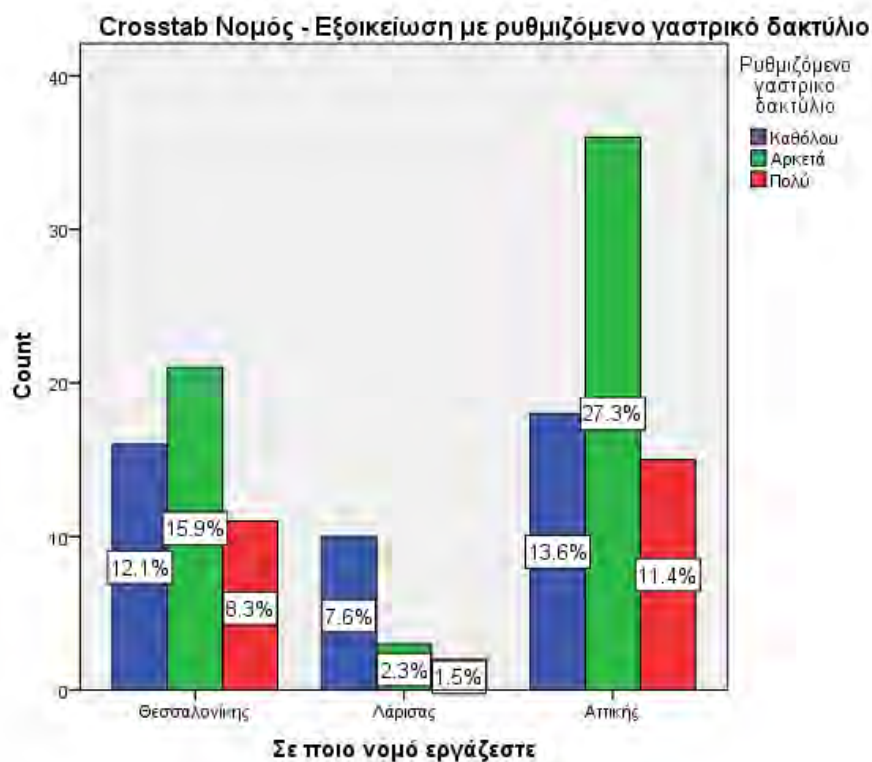
Σχήμα 4. Απεικονίζονται οι συχνότητες των νοσημάτων που προκαλούνται από την παχυσαρκία.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης προέκυψε ότι το η πλειονότητα των διαιτολόγων δεν είναι εξοικειωμένοι με τις βαριατρικές χειρουργικές επεμβάσεις (59,8% καθόλου εξοικείωση με το γαστρικό bypass με Roux-en-Y, 62,1% με το μίνι γαστρικό bypass, 79,5% με τη χολοπαγκρεατική εκτροπή, με ή χωρίς duodenal switch). Η μειοψηφία αυτών θεωρούν τον εαυτό τους πολύ εξοικειωμένο (9,8% αυτών πολύ εξοικειωμένοι με το γαστρικό bypass με Roux-en-Y, 6,8% με το μίνι γαστρικό by pass και 3,8% με τη χολοπαγκρεατική εκτροπή, με ή χωρίς duodenal switch).

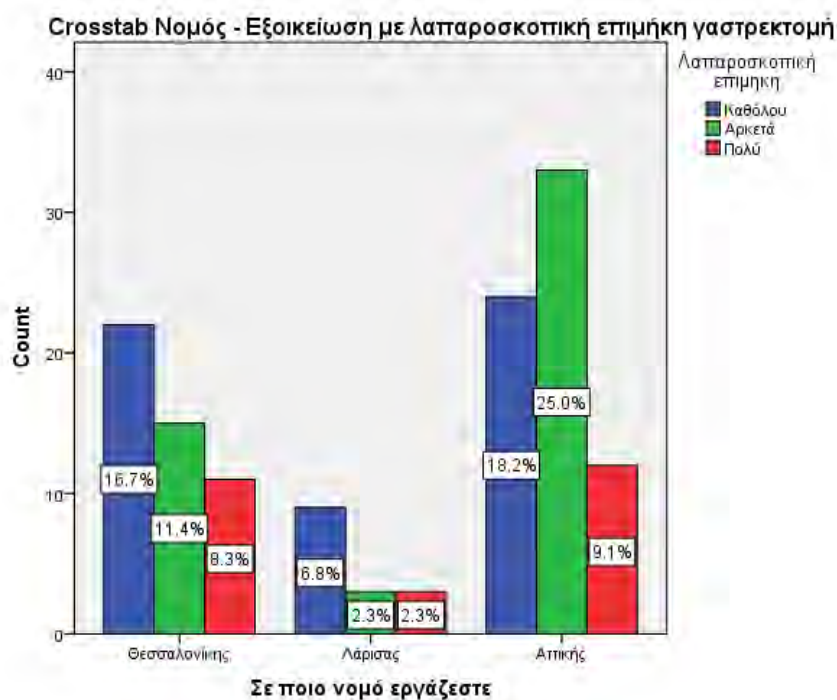
Ο βαθμός εξοικείωσης με τους διάφορους τύπους βαριατρικών διαδικασιών συσχετισμένος ανά νομό, συνοψίζεται στις παρακάτω εικόνες (Σχήμα 5, 6, 7, 8, 9, 10) για την κάθε διαδικασία ξεχωριστά.



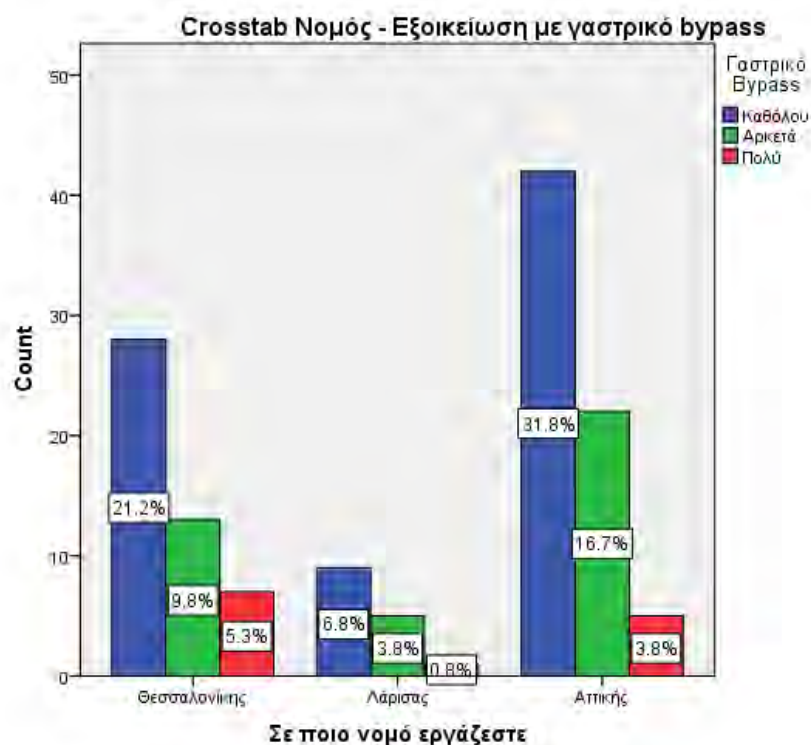
Σχήμα 5. Απεικονίζονται τα % ποσοστά των συσχετίσεων της εξοικείωσης με το γαστρικό μπαλόνι ανά νομό εργασίας.



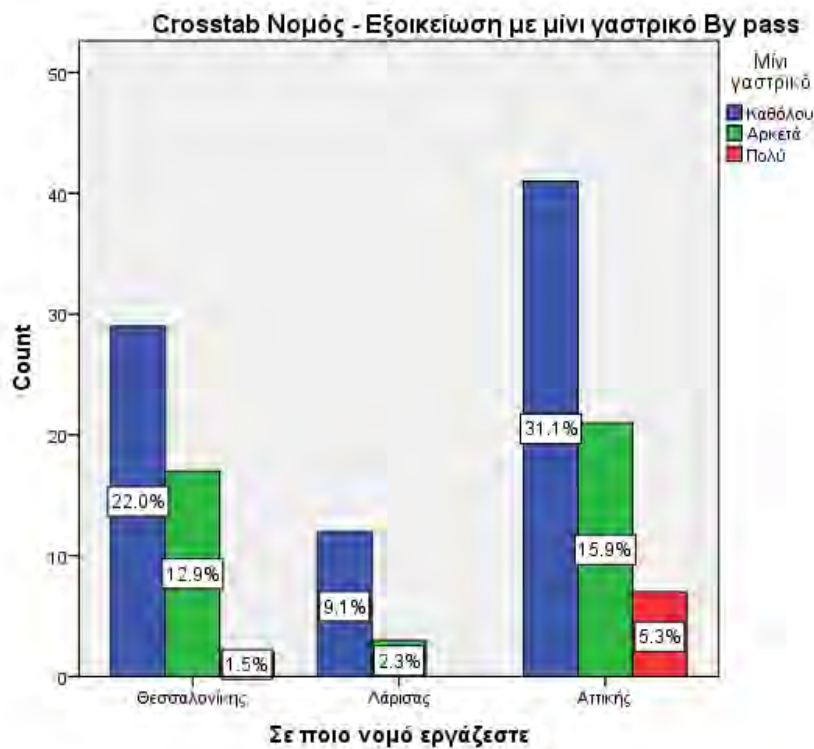
Σχήμα 6. Απεικονίζονται τα % ποσοστά των συσχετίσεων της εξοικείωσης με το ρυθμιζόμενο γαστρικό δακτύλιο ανά νομό εργασίας.



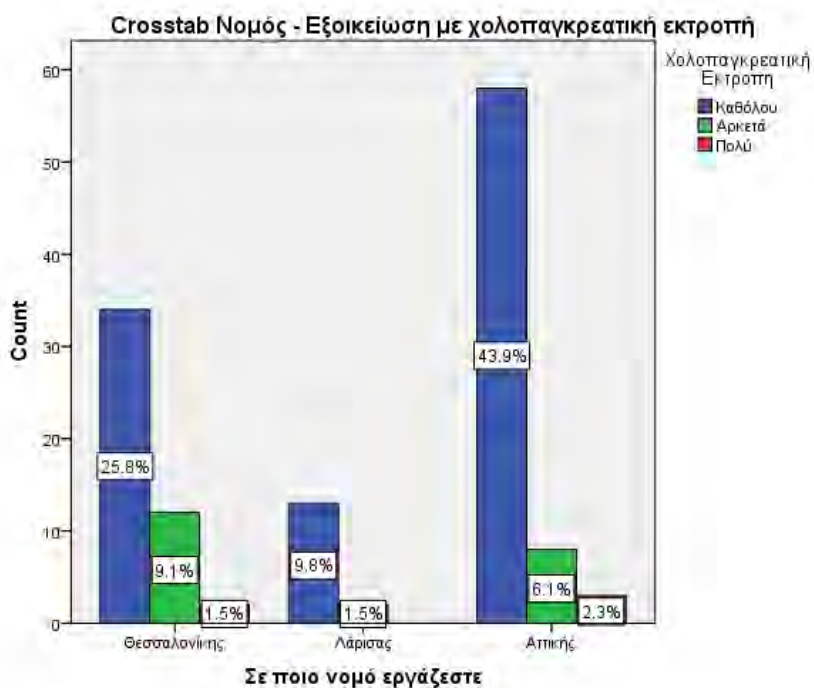
Σχήμα 7. Απεικονίζονται τα % ποσοστά των συσχετίσεων της εξοικείωσης με τη λαπαροσκοπική επιμήκη γαστρεκτομή ανά νομό εργασίας.



Σχήμα 8. Απεικονίζονται τα % ποσοστά των συσχετίσεων της εξοικείωσης με το γαστρικό bypass ανά νομό εργασίας.

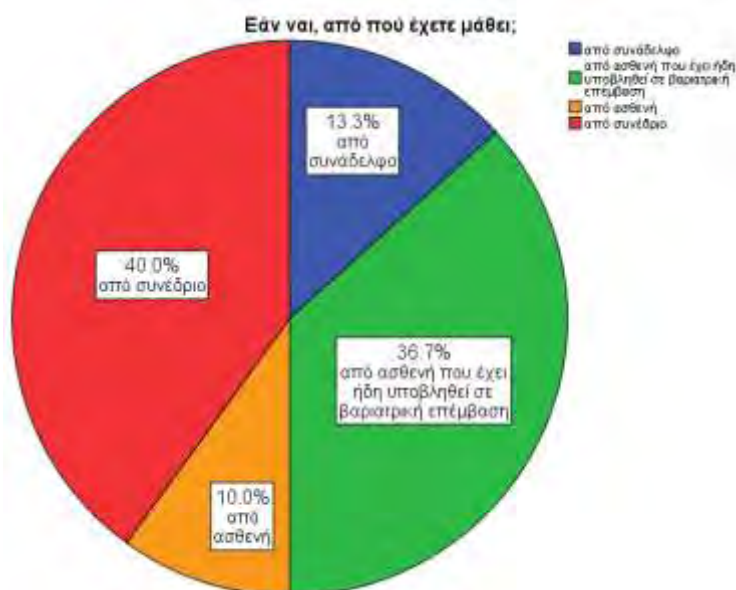


Σχήμα 9. Απεικονίζονται τα % ποσοστά των συσχετίσεων της εξοικείωσης με το μίνι γαστρικό bypass ανά νομό εργασίας.



Σχήμα 10. Απεικονίζονται τα % ποσοστά των συσχετίσεων της εξοικείωσης με τη χολοπαγκρεατική εκτροπή με ή χωρίς duodenal switch, ανά νομό εργασίας.

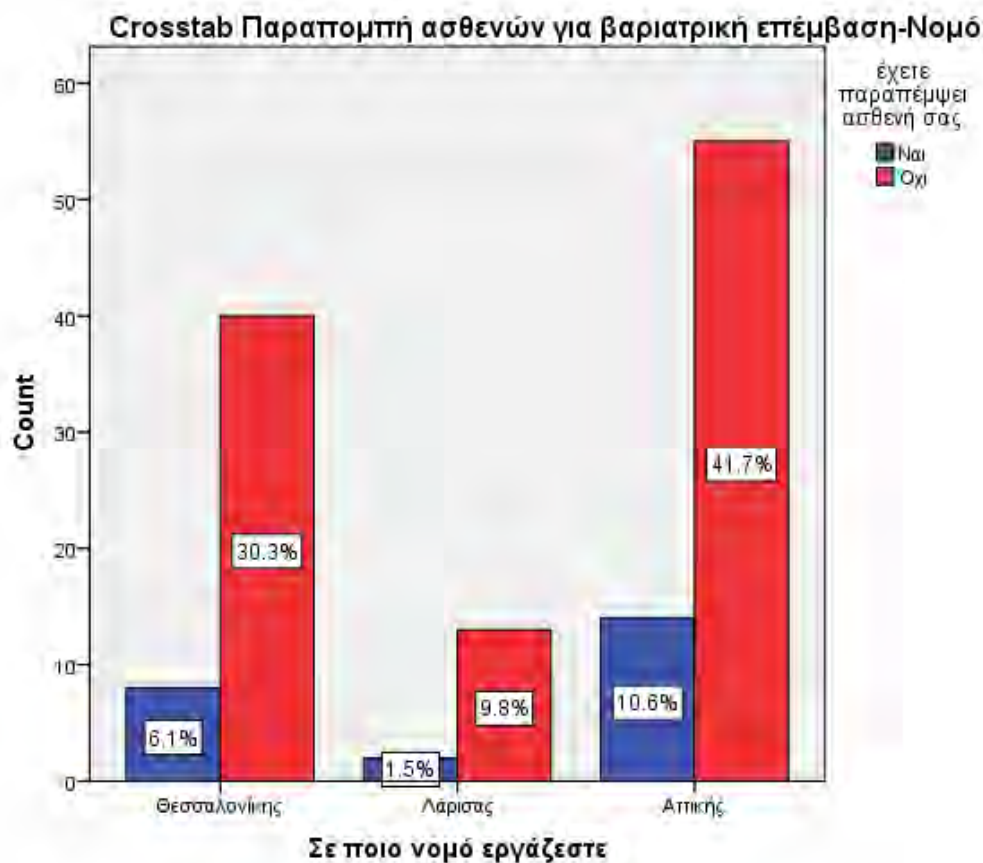
Η πλειονότητα των ερωτηθέντων (54,5%) δε γνώριζε την ύπαρξη κοντινού κέντρου βαριατρικής χειρουργικής στην περιοχή τους. Από αυτούς που είχαν γνώση σχετικά με την ύπαρξη ή μη κοντινού βαριατρικού κέντρου (45,5%), οι περισσότεροι είχαν ενημερωθεί σχετικά με το θέμα από κάποιο συνέδριο (40,0%), άλλοι από ασθενή ο οποίος είχε ήδη υποβληθεί σε βαριατρική επέμβαση (36,7%), κάποιιοι από κάποιο συνάδελφο (13,3%) , ενώ η μειονότητα ενημερώθηκε από κάποιον ασθενή του (10,0%).



Σχήμα 11. Απεικονίζεται σε % ποσοστά , η προέλευση των γνώσεων σχετικά με την ύπαρξη βαριατρικού κέντρου στην κοντινή περιοχή.

Όσον αφορά τις γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τις βαριατρικές χειρουργικές επεμβάσεις, αυτές προέκυψαν κατά 66,7% από συνέδρια και εκπαιδευτικές εκδηλώσεις, κατά 30,3% από το διαδίκτυο και μόλις 3% από τον τύπο.

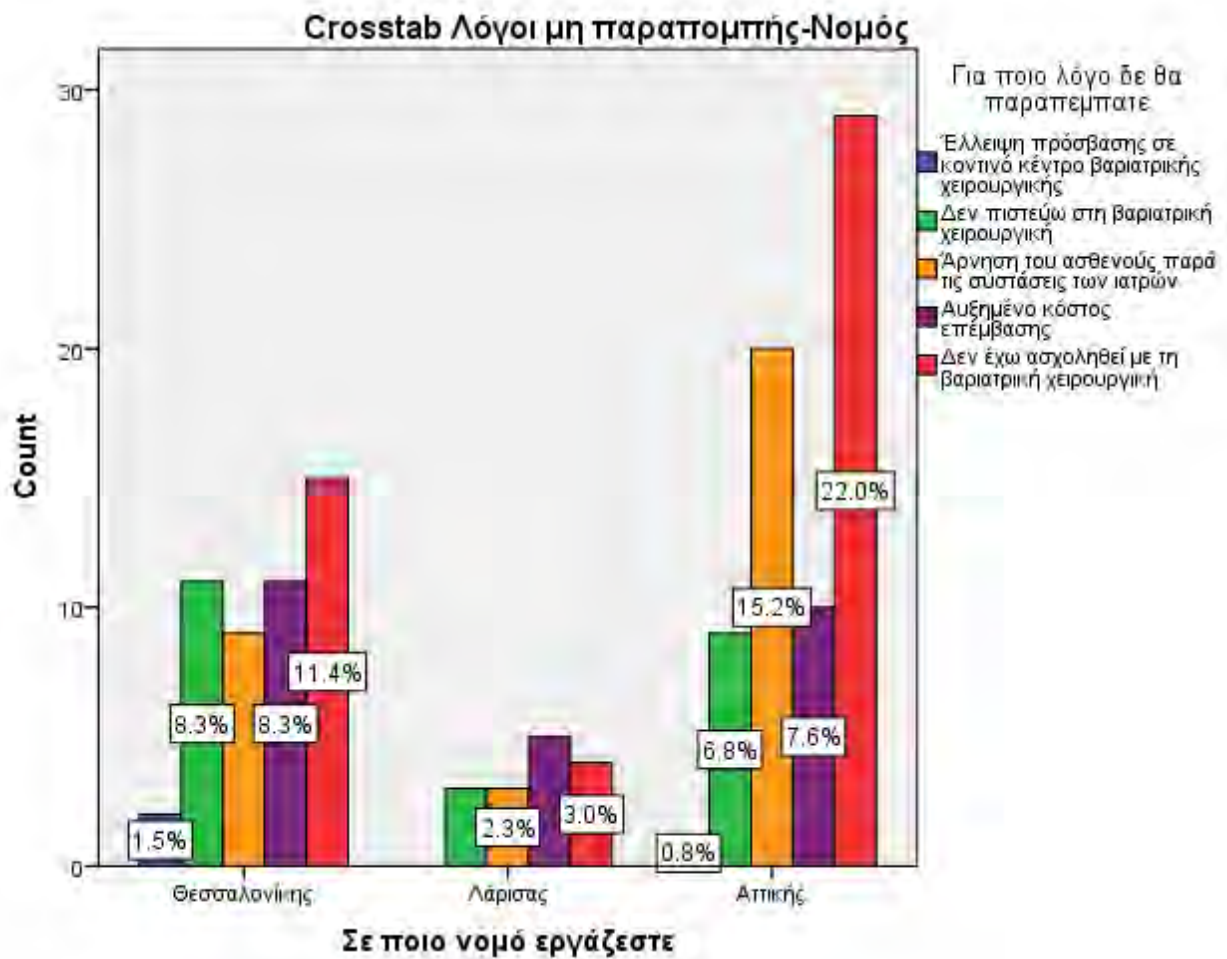
Μόνο το 18,2% των συμμετεχόντων έχει παραπέμψει ασθενή του σε βαριατρική χειρουργική επέμβαση, ενώ το 81,8% απάντησε αρνητικά.



Σχήμα 12. Απεικονίζονται τα % ποσοστά των συσχετίσεων της παραπομπής των ασθενών για βαριατρική επέμβαση ανά νομό εργασίας.

Οι λόγοι μη παραπομπής περιελάμβαναν τη έλλειψη ενασχόληση με τη βαριατρική χειρουργική επέμβαση (36,4%), την άρνηση του ασθενούς παρά τις συστάσεις των ιατρών (24,2%), το αυξημένο κόστος επέμβασης (19,7%), την έλλειψη εμπιστοσύνης στη βαριατρική χειρουργική (17,4%) και τέλος την έλλειψη προσβασιμότητας σε κοντινό κέντρο βαριατρικής χειρουργικής (2,3%).





Σχήμα 13. Απεικονίζονται τα % ποσοστά των συσχετίσεων των λόγων μη παραπομπής ανά νομό εργασίας.

Όταν ερωτήθηκαν να επιλέξουν την κατάλληλη θεραπεία για έναν ασθενή που δεν κατάφερε να χάσει βάρος με δίαιτα και άσκηση, η πλειοψηφία των διαιτολόγων δήλωσε ότι θα επέμενε σε πιο συντηρητικές μεθόδους (αυστηρή δίαιτα 79,5%, φαρμακευτική αντιμετώπιση 4,5%), ενώ μόλις το 15,9% των ερωτηθέντων θα πρότεινε τη βαριατρική χειρουργική επέμβαση.

Όταν ερωτήθηκαν με ποιον τρόπο θα μπορούσε να βελτιωθεί η διαχείριση και θεραπευτική αντιμετώπιση των παχύσαρκων ασθενών, η πλειοψηφία αυτών (61,4%) θεώρησαν σημαντική την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την παχυσαρκία και τη βαριατρική χειρουργική. Το 17,4% θεωρεί σημαντική τη δημιουργία εξειδικευμένων κέντρων μεταβολικών νοσημάτων και συγκρότηση ομάδων οι οποίες θα αποτελούνται από ιατρό, διαιτολόγο και ψυχολόγο για ολιστική διαχείριση των παχύσαρκων ασθενών. Μερικοί, επισήμαναν επίσης την σημαντικότητα της εύκολης πρόσβασης των παχύσαρκων ατόμων στα κέντρα αυτά.

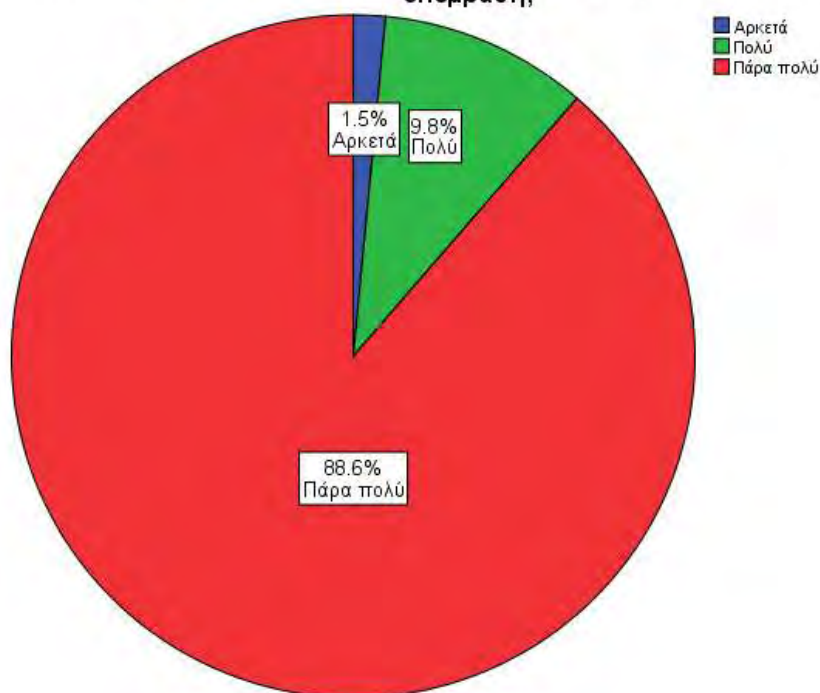
Η πλειονότητα των ερωτηθέντων (88,6%) ενδιαφέρεται να βελτιώσει τις γνώσεις του στη βariatρική χειρουργική.

Από αυτούς, το 65,5% ενδιαφέρεται να εκπαιδευτεί στις κατευθυντήριες οδηγίες μακροχρόνιας μετεγχειρητικής παρακολούθησης παχύσαρκων ασθενών που έχουν υποβληθεί σε βariatρική επέμβαση. Ενδιαφέρον επίσης σημειώθηκε για τις επιπλοκές της χειρουργικής επέμβασης (16,0%) καθώς και για την αποτελεσματικότητά της (11,8%).

Δημιουργήσαμε κλίμακα 5 σημείων Likert (καθόλου-λίγο-αρκετά-πολύ-πάρα πολύ) για να βγάλουμε συμπέρασμα για τον ενδιαφέρον εκπαίδευσης σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη βariatρική χειρουργική και την μετεγχειρητική διαχείριση του ασθενούς. Το 40,2% των ασθενών ήταν πολύ θετικό ενώ μόλις το 5,3% δεν ενδιαφερόταν να εκπαιδευτεί για το θέμα αυτό.

Ακόμη μια κλίμακα 5 σημείων Likert (καθόλου-λίγο-αρκετά-πολύ-πάρα πολύ) μας βοήθησε να συμπεράνουμε πόσο σημαντική θεωρούν τη διατροφική παρακολούθηση του ασθενή μετά από μια βariatρική επέμβαση. Η πλειοψηφία των διαιτολόγων (88,6%) τη θεωρεί πάρα πολύ σημαντική, ενώ το υπόλοιπο 9,8% τη θεωρεί πολύ σημαντική. Μια μειοψηφία (1,5%) έδωσε μια ενδιάμεση απάντηση (αρκετά σημαντική), ενώ καμία συμπλήρωση δε δόθηκε στις αρνητικές απαντήσεις.

**Ποσο σημαντική είναι η διατροφική παρακολούθηση μετά από μια βariatρική επέμβαση;**



Σχήμα 14. Απεικονίζονται τα % ποσοστά της σημαντικότητας της διατροφικής παρακολούθησης μετά από ένα βariatρικό χειρουργείο. Απαντήσεις με κλίμακα 5 σημείων Likert (καθόλου-λίγο-αρκετά-πολύ-πάρα πολύ).

Το 97% των συμμετεχόντων θεωρούν ότι σημαντική για την αποτυχία απώλειας βάρους είναι η βariatρική επέμβαση σε μεγάλο ποσοστό, ενώ παράλληλα ευθύνονται και άλλοι παράγοντες (όπως για παράδειγμα η αδυναμία συμμόρφωσης στη σωστή διατροφική συμπεριφορά). Μόλις το 3,0% θεωρεί ότι ευθύνεται αποκλειστικά η βariatρική χειρουργική επέμβαση.

Η πλειοψηφία των διαιτολόγων (66,7%) είχαν καλό επίπεδο γνώσεων όσον αφορά τις διαταραχές θρέψης-μεταβολισμού, οι οποίες μπορούν να συμβούν σε άτομα που έχουν υποβληθεί σε κάποια βariatρική επέμβαση.

## Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη παρέχει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με το επίπεδο των γνώσεων, των αντιλήψεων αλλά και των πρακτικών των διαιτολόγων σχετικά με την παχυσαρκία και τις βariatρικές χειρουργικές επεμβάσεις. Οι διαιτολόγοι θεωρούνται σημαντικοί πάροχοι συμβουλών για τη διαχείριση του βάρους και τη μακροπρόθεσμη παρακολούθηση μετά από μια βariatρική επέμβαση. Ωστόσο, ενώ υπάρχουν στοιχεία σχετικά με άλλους επαγγελματίες υγείας, αυτή είναι η πρώτη μελέτη στην Ελλάδα που εξετάζει τις στάσεις και τις τρέχουσες πρακτικές των διαιτολόγων όσον αφορά τη χειρουργική επέμβαση της παχυσαρκίας.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (53,8%) είναι γυναίκες οι οποίες εργάζονται ως ιδιώτες διαιτολόγοι-ελεύθεροι επαγγελματίες Ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων (25%) είχε 5-10 χρόνια πρακτικής εξάσκησης του επαγγέλματος. Παρόλο που η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (97%) μπορούσε να ορίσει την παχυσαρκία σε όρους ΔΜΣ, σχεδόν οι μισοί (57,6%) γνώριζαν ποιες συνιστώσες αποτελούν κριτήρια για χειρουργική επέμβαση της παχυσαρκίας, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του NIH.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης, φαίνεται ότι οι διαιτολόγοι δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι σχετικά με την νοσηρή παχυσαρκία και τις συνέπειές της στην υγεία και πιθανόν η παχυσαρκία μπορεί να παραμείνει αθεράπευτη.

Τα φάρμακα απώλειας βάρους και η βariatρική χειρουργική συνιστώνται σπάνια ως προσεγγίσεις για τη διαχείριση της απώλειας βάρους από τους διαιτολόγους. Στη μελέτη μας, η συντριπτική πλειονότητα των ερωτηθέντων πρότεινε συντηρητικές μεθόδους (αυστηρή δίαιτα 79,5%) σε περίπτωση δυσκολίας απώλειας βάρους μετά από δίαιτα και άσκηση, ενώ η μειοψηφία των συμμετεχόντων θα πρότειναν είτε τη βariatρική χειρουργική ως μεθόδους αντιμετώπισης της παχυσαρκίας (15,9%), είτε τη φαρμακευτική αντιμετώπισή της (4,5%).

Οι διαιτολόγοι έχουν χρησιμοποιήσει διαφορετικές προσεγγίσεις στη διαχείριση βάρους, κυρίως με τροποποίηση της συνήθους διατροφής και αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Υπάρχουν, ωστόσο, περιπτώσεις όπου οι παραπάνω οδηγίες δεν οδηγούν σε τροποποίηση της συμπεριφοράς για διάφορους λόγους. Σε τέτοιες περιπτώσεις, θα πρέπει να είναι καλά ενημερωμένοι όσον αφορά τους τύπους των βariatρικών επεμβάσεων που υπάρχουν, έτσι ώστε να μπορούν να καθοδηγήσουν τον κάθε ασθενή εξατομικευμένα.

Φαίνεται ότι υπάρχει ένα κενό γνώσης σχετικά με την αποτελεσματικότητα της βariatρικής χειρουργικής ή ακόμα και του φόβου για τις επιπλοκές και τη θνησιμότητα της βariatρικής

χειρουργικής. Ανάμεσα στους λόγους μη παραπομπής ενός ασθενή για βαριατρική χειρουργική επέμβαση είναι η έλλειψη ασχολίας με τη βαριατρική χειρουργική επέμβαση σε ποσοστό 36,4%.

Οι ερωτηθέντες δεν ήταν εξοικειωμένοι με τους διάφορους τύπους χειρουργικών επεμβάσεων. Η πλειοψηφία των διαιτολόγων γνώριζε λίγα σχετικά με το γαστρικό μπαλόνι και το ρυθμιζόμενο γαστρικό δακτύλιο. Οι συμμετέχοντες δεν ήταν εξοικειωμένοι με τη λαπαροσκοπική επιμήκη γαστρεκτομή (γαστρεκτομή «μανίκι»), το γαστρικό bypass με Roux-en-Y, το μίνι γαστρικό by pass και τη χολοπαγκρεατική εκτροπή, με ή χωρίς δωδεκαδακτυλικό διακόπτη.

Στη μελέτη μας, μόνο το 18,2% των διαιτολόγων έχουν παραπέμψει ασθενή τους σε βαριατρική χειρουργική επέμβαση. Ανάμεσα στους κύριους λόγους μη παραπομπής αποδείχθηκε ότι είναι η έλλειψη ασχολίας με τη βαριατρική χειρουργική επέμβαση σε ποσοστό 36,4%. Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι η σπάνια γνώση σχετικά με τη βαριατρική χειρουργική επέμβαση φαίνεται να είναι ο κύριος λόγος για την περιορισμένη διείσδυση της βαριατρικής χειρουργικής επέμβασης. Η χαμηλότερη γνώση διαπιστώθηκε ότι συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά παραπομπής. Η έλλειψη εμπιστοσύνης σχετικά με τη βαριατρική χειρουργική επέμβαση επηρεάζει τη διαχείριση του παχύσαρκου πληθυσμού. Ως αποτέλεσμα, ο ρόλος της βαριατρικής χειρουργικής στη θεραπεία της παχυσαρκίας παραμένει ελάχιστα κατανοητός.

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (88,6%) εξέφρασαν το ενδιαφέρον τους να ενημερωθούν σχετικά με τις βαριατρικές χειρουργικές επεμβάσεις. Από αυτούς, το 65,5% ενδιαφέρεται να εκπαιδευτεί στις κατευθυντήριες οδηγίες μακροχρόνιας μετεγχειρητικής παρακολούθησης των παχύσαρκων ασθενών που έχουν υποβληθεί σε βαριατρική χειρουργική εκπαίδευση.

Υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω εκπαίδευση των διαιτολόγων σε θέματα χειρουργικής της παχυσαρκίας και κατευθυντήριων γραμμών. Απαιτούνται περαιτέρω πολιτικές για την αύξηση της γνώσης των διαιτολόγων σχετικά με τη διαχείριση αυτής της σύγχρονης επιδημίας, την παχυσαρκία και τη βελτίωση της φροντίδας των βαριατρικών ασθενών προεγχειρητικά ή και μετεγχειρητικά.

Ακόμα, η σημασία της συνεργασίας με άλλους επαγγελματίες υγείας είναι καλά αναγνωρισμένη, αλλά σε βαθμό δεν επαρκεί. Οι χειρουργικές επεμβάσεις κατά της παχυσαρκίας δεν αξιοποιούνται επαρκώς μέχρι στιγμής. Χρειάζεται περαιτέρω μελλοντική εκπαίδευση των διαιτολόγων σε διατροφικά θέματα, έτσι ώστε να υποδεικνύονται στη σωστή στιγμή και στο σωστό ασθενή. Εκτός από τους διαιτολόγους, το θέμα πρέπει να χειριστεί ολιστικά, με συνεργασία του ιατρού με το διαιτολόγο και να τροποποιήσουν συμπεριφοριστικούς παράγοντες και όχι μόνο το βάρος στη ζυγαριά. Η εκπαίδευση στην παροχή συμβουλών για τον τρόπο ζωής και η τροποποίηση της συμπεριφοράς υπογραμμίστηκε ως μια σημαντική ανάγκη και φαίνεται να προβλέπει την εμπιστοσύνη των γιατρών στην εφαρμογή στρατηγικών διαχείρισης βάρους.

Οι περιορισμοί αυτής της μελέτης είναι η υποκειμενικότητα που μπορεί να έχει το ερωτηματολόγιο αυτό-συμπλήρωσης. Επιπλέον, αυτή η μελέτη περιοριζόταν στον πληθυσμό των διαιτολόγων στους νομούς της Αττικής, της Θεσσαλονίκης και της Λάρισας, και έτσι η γενίκευση σε άλλους πληθυσμούς μπορεί να είναι ακατάλληλη.

Τέλος, παρόμοιες μελέτες θα μπορούσαν να γίνουν έτσι ώστε να δημιουργηθεί μεγαλύτερο δείγμα και να βγάλουμε πιο σαφή αποτελέσματα για τη διαχείριση των βαριατρικών επεμβάσεων.

## Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη στην περιοχή η οποία εξέτασε τις στάσεις, τις γνώσεις και τις πρακτικές των διαιτολόγων για το θέμα της απήχησης των βαριατρικών χειρουργικών επεμβάσεων.

Η διείσδυση της βαριατρικής χειρουργικής στη διαιτολογική κοινότητα παραμένει περιορισμένη, παρά την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητά της σε μεγάλη συνεχή απώλεια βάρους και στη βελτίωση αρκετών συννοσηροτήτων που σχετίζονται με την παχυσαρκία.

Υπάρχει ανάγκη για βελτιωμένη κατάρτιση των διαιτολόγων όσον αφορά τις γνώσεις τους για τις βαριατρικές χειρουργικές επεμβάσεις. Είναι ενθαρρυντικό το γεγονός ότι οι διαιτολόγοι είναι διατεθειμένοι να εκπαιδευτούν σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες της βαριατρικής χειρουργικής επέμβασης. Ωστόσο, εκτός από τη βελτίωση των γνώσεων και των πρακτικών των διαιτολόγων, τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη οι υγειονομικές αρχές να αναγνωρίσουν τους περιορισμούς στην παροχή υπηρεσιών διαχείρισης βάρους στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και να υποστηρίξουν την προσπάθεια των διαιτολόγων και άλλων επαγγελματιών υγείας για τη διαχείριση του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας.

Είναι σκόπιμο, λοιπόν, να γίνει μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να ενημερωθούν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με την εξέλιξη των βαριατρικών διαδικασιών, τα πιθανά οφέλη και την ύπαρξη πιστοποιημένων βαριατρικών κέντρων, παρέχοντας έτσι, τη βέλτιστη υγειονομική περίθαλψη στους ασθενείς που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από τη βαριατρική χειρουργική επέμβαση.

Η μελέτη αυτή έχει στόχο να συμβάλει στην επισήμανση ευκαιριών για παρεμβάσεις και στον εντοπισμό εμποδίων που πρέπει να αντιμετωπιστούν, προκειμένου να επιτευχθεί υψηλότερο επίπεδο διαχείρισης της παχυσαρκίας στο σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης

## Βιβλιογραφία

1. Campbell K, Crawford D. Management of obesity: attitudes and practices of Australian dietitians. *International Journal of Obesity*. 2000, 24:701-710.
2. Zacharoulis D, Bakalis V, Zachari E, Sioka E, Tsimpida D, Magouliotis D, Tasiopoulou V, Chatedaki C, Tzovaras G. Current knowledge and perception of bariatric surgery among Greek doctors living in Thessaly. *Asian Japan Endoscopic Surgery*. 2017.
3. Torres-Landa S, Kannan U, Guajardo I, Pickett-Blakely OE, Dempsey DT, Williams NN, Dumor KR. The surgical management of obesity. *Gastroenterol Clin N Am*. 2016. 45 (4): 689-703
4. Colquitt JL, Pickett K, Loveman E, Frampton GK. Surgery for weight loss in adult (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014, 8: 6-48.
5. Kushner R. Weight loss strategies for treatment of obesity. *Progress in Cardiovascular diseases*. 2014, 56: 465-472.
6. Thuan J-F, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *International Journal of Obesity*. 2005, 29 : 1100-1106
7. Al-Ghawi A, Uauy R. Study of the knowledge, attitudes and practices of the physicians towards obesity management in primary health care in Bahrain. *Public Health Nutrition*. 2009, 12(10):1791-1798.