



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ»**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση της διατροφικής γνώσης και της συμβουλευτικής σε
παχύσαρκους ασθενείς από ιατρικό προσωπικό νοσοκομείου**

ΠΡΙΓΚΟΥ ΙΟΥΛΙΑ-ΜΑΡΙΑ

**ΑΠΟΦΟΙΤΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ
ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Σγάντζος Μάρκος , Αναπληρωτής Καθηγητής Ανατομίας- Ιστορίας, Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιβλέπων Καθηγητής

Παφίλη Ζωή, RD, PhD- Κλινικός Διαιτολόγος, Γ.Ν.Α «Ο Ευαγγελισμός», Μέλος Τριμελούς
Επιτροπής

Καψωριτάκης Ανδρέας, Καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας, Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2020



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ»



**Nutritional knowledge and counseling in obese patients: A
research in hospital medical staff.**

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές μου Μάρκο Σγάντζο και Ζωή Παφίλη για την πολύτιμη καθοδήγηση και βοήθεια τους καθ' όλη την διάρκεια της εργασίας καθώς και τους γιατρούς του νοσοκομείου που συμμετείχαν στην έρευνα μου, δίχως τη βοήθεια των οποίων αυτή η εργασία δεν θα έφτανε στο τέλος της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
1.1 Ορισμός Παχυσαρκίας.....	8
Επιπολασμός Παχυσαρκίας.....	9
1.2 Παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας.....	11
1.3 Συνέπειες του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας στην υγεία των ενηλίκων και των παιδιών.....	12
1.4 Οφέλη για την υγεία από την απώλεια βάρους	12
1.5 Πρόληψη και αντιμετώπιση του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας.....	13
1.6 Οι θεραπείες και η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας που εφαρμόζονται μέχρι σήμερα από τους γιατρούς της δημόσιας υγείας.....	14
1.7 Η ύπαρξη διατροφικών γνώσεων από τους γιατρούς και άλλων παραϊατρικών επαγγελματιών.....	15
1.8 Συμβουλευτική της παχυσαρκίας και κατά πόσο εφαρμόζεται από τους γιατρούς	17
2. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	19
2.1 Ερευνητική Υπόθεση.....	19
Σκοπός.....	20
Πληθυσμός της μελέτης και μεθοδολογία της έρευνας.....	20
Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	20
2.2 Χαρακτηριστικά Νοσοκομείου-Στατιστική Ανάλυση.....	22
Στατιστική Ανάλυση.....	23
Συζήτηση.....	55
Περιορισμοί της έρευνας.....	57
Συμπεράσματα.....	58
Βιβλιογραφία.....	59
Παράρτημα.....	62

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παχυσαρκία και το υπερβολικό βάρος θεωρούνται κρίσιμοι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση χρόνιων παθήσεων (σακχαρώδη διαβήτη, μερικοί τύποι καρκίνου, καρδιαγγειακά κ.α.). Αίτια της παχυσαρκίας θεωρούνται διάφοροι βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Οι γιατροί είναι από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι έρχονται σε συχνή επαφή με τέτοιους ασθενείς και πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν συμβουλές σε αυτούς τους ανθρώπους σχετικά με την απώλεια κιλών.

Σκοπός: Η διερεύνησης της εφαρμογής ή μη της συμβουλευτικής σε παχύσαρκους ασθενείς από γιατρούς ενός Δημόσιου Νοσοκομείου καθώς και αξιολόγηση σχετικά με την διατροφική τους εκπαίδευση, την παθοφυσιολογία και την θεραπεία της νόσου.

Μεθοδολογία: Το δείγμα αποτέλεσαν 72 γιατροί που εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο (40 άνδρες και 32 γυναίκες) διαφόρων ειδικοτήτων ειδικοί και ειδικευόμενοι. Στο σχετικό ερωτηματολόγιο καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, ερωτήσεις σχετικά με την διατροφική τους εκπαίδευση και μία ερώτηση για το οικογενειακό τους ιστορικό. Ενώ συνεχίστηκε με την αξιολόγηση διαφόρων παραγόντων που συμβάλουν στην δυσκολία ενός παχύσαρκου να χάσει κιλά ή να διατηρήσει το απολεσθέν του βάρους και την αξιολόγηση του τρόπου θεραπείας της νόσου που εφαρμόζεται μέχρι σήμερα. Τέλος ακολούθησαν ερωτήσεις σχετικά με την συμβουλευτική της παχυσαρκίας για την αξιολόγηση της εφαρμογής της ή μη.

Αποτελέσματα: Παρατηρήθηκε ότι το 50,0% συμφωνεί με την άποψη ότι είναι υποχρέωση τους να συζητούν για την διατροφή με τους ασθενείς τους ενώ επίσης ένα μεγάλο ποσοστό 45,8% συμφώνησε ότι οι συμβουλές από γιατρούς είναι ένας καλός τρόπος για να αρχίσουν οι ασθενείς αλλαγές στην διατροφή για απώλεια κιλών. Αυτό που προέκυψε είναι ότι δεν διαθέτουν χρόνο (27,8%) και έχουν ελλειπείς γνώσεις γύρω από την διατροφή με το 37,5% και 31,9% να μην συμφωνούν στο ότι μπορούν να ακολουθήσουν κατευθυντήριες οδηγίες για να παρέχουν διατροφικές συμβουλές, αλλά και σε θέματα που αφορούν την άσκηση όπου το 38,9% και το 26,4% δεν ένιωθαν σίγουροι και δεν συμφώνησαν στο ότι μπορούν να κατευθύνουν έναν ασθενή σχετικά με την σωματική δραστηριότητα.

Συμπεράσματα: Οι γιατροί φαίνεται ότι αναγνωρίζουν την αξία της συμβουλευτικής αλλά καθώς έχουν ελλειπείς γνώσεις γύρω από θέματα κυρίως της διατροφής αλλά και για σωματική δραστηριότητα αυτήν δεν εφαρμόζεται. Επίσης καθώς η παχυσαρκία είναι μια πολυπαραγοντική νόσος οι γιατροί θα πρέπει να ασχοληθούν πιο λεπτομερώς με το θέμα της. Ωστόσο είναι αναγκαίο να γίνει περαιτέρω διερεύνηση του θέματος.

Λέξεις – κλειδιά: παχυσαρκία, συμβουλευτική της παχυσαρκίας, διατροφική γνώση

ABSTRACT

Introduction: Obesity and overweight are considered critical risk factors for the development of chronic diseases (diabetes, some types of cancer, cardiovascular disease, etc.). Causes of obesity are considered various biological and environmental factors. Doctors are health professionals who come into frequent contact with such a patient and should be able to advise these people on weight loss.

Purpose: Investigation of counseling or not in obese patient by doctors of a Public Hospital as well as evaluation on their nutritional education, pathophysiology and treatment of the disease.

Methodology: The sample consisted of 72 physicians working in a public hospital (40 men and 32 women) of various specialties and specialists. The questionnaire recorded participants' demographics, questions about their nutritional education, and a question about their family history. While continuing with the evaluation of various factors that contribute to the difficulty of an obese person to lose weight or maintain his or her lost weight and to evaluate the treatment of the disease that is being applied to date. Finally, there were questions about obesity counseling to evaluate its implementation or not.

Results: 50.0% of participants agreed that it is their duty to discuss for the nutrition with their patients while a 45.8% agreed that advice from physicians is a good way to start the patients to doing diet changes for weight loss. However, they do not have the time (27.8%) and have poor nutrition knowledge with 37.5% and 31.9% disagreeing that they can follow guidelines to provide nutrition advice and exercise with 38.9% and 26.4% were unsure and did not agree that they could direct a patient about physical activity.

Conclusions: Doctors seem to recognize the value of counseling but as they lack knowledge about nutrition and physical activity it does not apply. Also, as obesity is a multifactorial disease, physicians should consider all the factors that contribute to the disease. However, further investigation is needed.

Key words: obesity, obesity counseling, nutritional knowledge

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παχυσαρκία και γενικότερα το υπερβάλλον σωματικό βάρος θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση χρόνιων παθήσεων. Ο WHO (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) το 1997, λόγω του ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας αυξάνονταν δραματικά και ταυτόχρονα αυξάνονταν και οι επιπλοκές στην υγεία, αναγκάστηκε να συμπεριλάβει το πρόβλημα της παχυσαρκίας στα μεγάλα ζητήματα της διατροφής [1].

Οι διατροφολόγοι είναι οι υπεύθυνοι για την διαχείριση της διατροφής αυτών των ασθενών ωστόσο οι περισσότεροι από αυτούς φαίνεται να εμπιστεύονται περισσότερο τους γιατρούς για μια πρώτη πληροφόρηση σχετικά με την διατροφή και το τι πρέπει να κάνουν.

Οι ιατροί είναι από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι έρχονται σε συχνή επαφή με τους παχύσαρκους ασθενείς και έτσι πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν ενημέρωση σχετικά για την απώλεια βάρους [2].

Έρευνες που έχουν διεξαχθεί σχετικά με το θέμα της διαχείρισης της παχυσαρκίας καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ενασχόληση των ιατρών με την απώλεια κιλών των παχύσαρκων ασθενών γίνεται μόνο σε περιπτώσεις σοβαρού βαθμού παχυσαρκίας και ειδικά όταν σχετίζεται και με άλλες νοσηρότητες [2].

Στο επίπεδο της συμβουλευτικής των παχύσαρκων ασθενών από ιατρούς, έρευνες που έχουν διεξαχθεί, καταδεικνύουν ότι δεν εφαρμόζεται συμβουλευτική. Σε μια από αυτές τις έρευνες η μη εφαρμογή της συμβουλευτικής φαίνεται να αποδίδεται στο γεγονός ότι οι περισσότεροι από τους ιατρούς δεν διαθέτουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με τη διατροφή αλλά και τη σωματική δραστηριότητα. Κατά αυτό τον τρόπο δε νιώθουν προετοιμασμένοι για να ασκήσουν συμβουλευτική για αυτά τα ζητήματα. Επίσης ποσοστό των συμμετεχόντων της ίδιας μελέτης θεωρούσαν ότι αλλαγές στον τρόπο ζωής αυτών των ατόμων δε θα συμβάλλουν και ιδιαίτερα στη προσπάθεια τους να χάσουν κιλά, ενώ άλλο ποσοστό δήλωναν ότι δεν τους ενδιαφέρει σημαντικά στο να ασκήσουν συμβουλευτική [3]. Ωστόσο οι άνθρωποι που πάσχουν από αυτήν την ασθένεια θεωρούν τους γιατρούς ως μια αξιόπιστη πηγή πληροφοριών σχετικά με τη διατροφή [3].

Τα επόμενα χρόνια οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης προβλέπεται να επικεντρωθούν στην πρόληψη και διαχείριση χρόνιων νοσημάτων [4]. Οι έρευνες που έχουν ασχοληθεί με το ζήτημα της συμβουλευτικής καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει αυξημένη αναγκαιότητα οι γιατροί να διαθέτουν μια σχετική επάρκεια για τις διατροφικές συστάσεις. Στις ΗΠΑ σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ιατρούς τα αποτελέσματα ήταν ενθαρρυντικά, καθώς μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων αντιλαμβάνονταν το σημαντικό ρόλο της διατροφής με αποτέλεσμα να έχουν θετική

στάση ως προς την άσκηση της συμβουλευτικής. Ωστόσο αυτό που παρατηρήθηκε ήταν η έλλειψη των απαραίτητων γνώσεων προκειμένου να κατευθύνουν σωστά τους ασθενείς τους [3].

1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 Ορισμός-Επιδημιολογία της Παχυσαρκίας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία ορίζονται ως η μη φυσιολογική ή υπερβολική συσσώρευση λίπους η οποία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία του ανθρώπου [5].

Ήδη από το 2004 η παχυσαρκία θεωρείται μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας με τα ποσοστά της στον Δυτικό κόσμο να αυξάνονται συνεχώς [6]. Σαν αιτιολογία της νόσου, η παχυσαρκία αποδίδεται τόσο σε παράγοντες γενετικούς όσο και περιβαλλοντικούς ενώ τουλάχιστον 300 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο θεωρούνται κλινικά παχύσαρκοι [7]. Στοιχεία ωστόσο από την Αμερικάνικη Ένωση Παχυσαρκίας στις Ηνωμένες Πολιτείες οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η παχυσαρκία είναι ο αιτιολογικός παράγοντας για περισσότερους από 300.000 θανάτους κατ' έτος [6].

Η εμφάνιση της αγγλικής ορολογίας «Globesity» η οποία προέρχεται από την σύνδεση των λέξεων «global» και «obesity» καταδεικνύει την έκταση και την σοβαρότητα του προβλήματος [7].

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος είναι ο πιο συχνός δείκτης που χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση των ενηλίκων σε υπέρβαρους και παχύσαρκους. Ορίζεται ως το βάρος του ατόμου σε χιλιόγραμμα διαιρούμενο με το τετράγωνο του ύψους του σε μέτρα (kg/m^2) [5]. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας όταν ο ΔΜΣ είναι μεγαλύτερος ή ίσος του $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ τότε το άτομο είναι υπέρβαρο ενώ όταν ο ΔΜΣ είναι μεγαλύτερος ή ίσος του $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ το άτομο είναι παχύσαρκο [5].

Η κατάταξη ενός ατόμου με βάση τον ΔΜΣ φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί:

Πίνακας 1:

Κατηγορίες	Κριτήρια Κατάταξης
Ελλιποβαρής	$\Delta\text{Μ}\Sigma \leq 18,5$
Φυσιολογικό Βάρος	18,5-24,9
Υπέρβαρος	25,0-29,9
Παχυσαρκία Τύπου I	30,0-34,9
Παχυσαρκία Τύπου II	35,0-39,9
Παχυσαρκία Τύπου III	$\geq 40,0$

Για την διάκριση των παιδιών σε φυσιολογικού βάρους, υπέρβαρα και παχύσαρκα χρησιμοποιούνται οι καμπύλες ανάπτυξης. Η 85^η εκατοστιαία θέση υποδεικνύει για ένα παιδί ότι είναι υπέρβαρο ενώ 97^η εκατοστιαία θέση δηλώνει την παχυσαρκία [8]. Τα τελευταία χρόνια για την καλύτερη εκτίμηση του ΔΜΣ έχουν υιοθετηθεί τα κριτήρια της Διεθνούς Ομάδας Δράσης για την Παχυσαρκία (International Obesity Task Force) τα διαγράμματα της οποίας προτείνονται για την καλύτερη εκτίμηση του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας [8,9].

Επιπολασμός της Παχυσαρκίας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2016 πάνω από 1,9 δισεκατομμύρια των ενηλίκων ηλικίας 18 ετών και άνω ήταν υπέρβαροι δηλαδή με ΔΜΣ μεγαλύτερο από 25 kg/m², ενώ από αυτόν τον αριθμό υπολογίζετε ότι τα 650 εκατομμύρια ήταν παχύσαρκοι δηλαδή με ΔΜΣ μεγαλύτερο από 30 kg/m². Αναλυτικότερα, παρουσιάζοντας ποσοστά κατά το έτος 2016 ένα 39% των ενηλίκων ηλικίας 18 ετών και άνω ήταν υπέρβαροι ενώ συνολικά περίπου το 13% του ενήλικου πληθυσμού στον κόσμο ήταν παχύσαρκοι. Ο οργανισμός εκτιμά ότι η παγκόσμια επικράτηση της παχυσαρκίας σχεδόν τριπλασιάστηκε μεταξύ των ετών 1975-2016 [10].

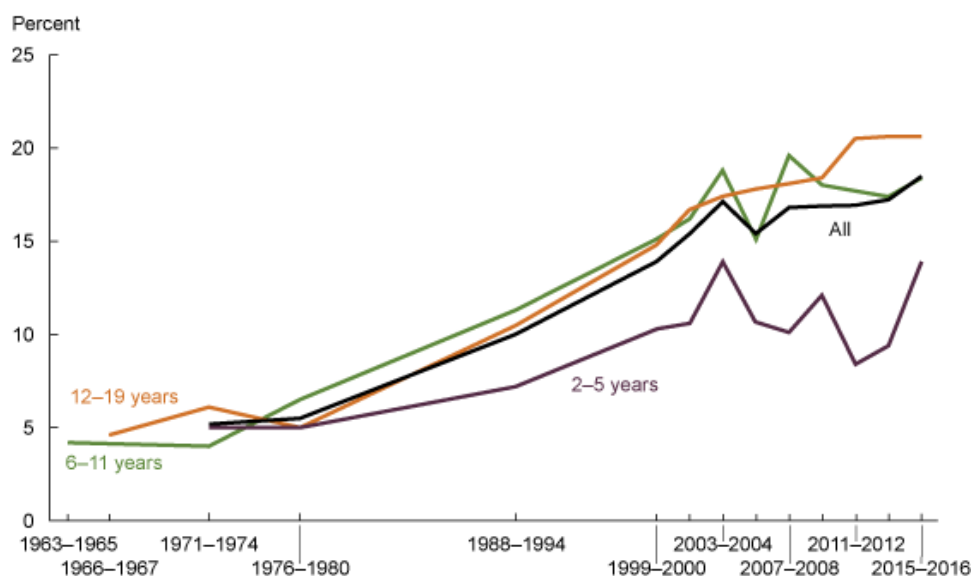
Σχετικά με την παιδική παχυσαρκία και το υπερβολικό βάρος το 2016 περίπου 41 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Ενώ κατά το ίδιο έτος πάνω από 340 εκατομμύρια παιδιά και έφηβοι ηλικίας 5-19 ετών ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Ο επιπολασμός του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας παιδιών και εφήβων ηλικίας 5-19 ετών πήρε δραματική αύξηση, από το 4% που βρισκόταν το 1975 το ποσοστό αυξήθηκε λίγο πιο πάνω από το 18% κατά το 2016. Η αύξηση αυτή παρατηρήθηκε τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια [10].

Αυτό που παρατηρήθηκε επίσης είναι ότι τα ποσοστά τόσο των υπέρβαρων όσο και των παχύσαρκων αυξάνονται σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα αλλά και σε αστικές περιοχές. Στην Αφρική περίπου από το 2000 ο αριθμός των υπέρβαρων παιδιών ηλικίας κάτω των 5 ετών έχει αυξηθεί κατά περίπου 50% [10].

Στις ΗΠΑ, τα δυο τρίτα του πληθυσμού είναι υπέρβαρα και οι μισοί απ αυτούς είναι παχύσαρκοι, τα δεδομένα για τον επιπολασμό της παχυσαρκίας προέρχονται κυρίως από δυο πηγές [11]. Η πρώτη είναι η Έρευνα Παρακολούθησης Παράγοντα Κινδύνου Συμπεριφοράς (Behavioral Risk Factor Surveillance Survey) ενώ η δεύτερη πηγή είναι η Εθνική Υπηρεσία Μελέτης Υγείας και Διατροφής, National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES) [12].

Η συνεχιζόμενη μελέτη NHANES χρησιμοποιεί άμεσα μετρημένα ύψη και βάρη σε ένα μικρό δείγμα για να περιγράψει την επικράτηση της παχυσαρκίας στις Ηνωμένες Πολιτείες [12]. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα αποτελέσματα της μελέτης το 2015-2016 έδειξαν ότι το 39,8% των ενηλίκων των ΗΠΑ

ηλικίας 20 ετών και άνω είναι παχύσαρκοι συμπεριλαμβανομένου του 7,6 % με σοβαρή παχυσαρκία και το 31,8% υπέρβαροι [13].

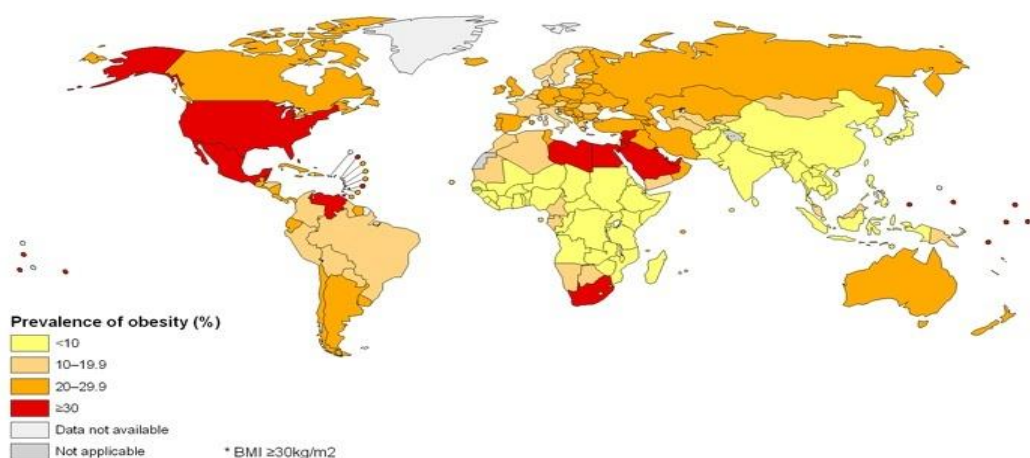


Εικόνα 1. Τάσεις στην παχυσαρκία μεταξύ παιδιών και εφήβων ηλικίας 2-19 ετών, κατά ηλικία: Ηνωμένες Πολιτείες, 1963-1965 έως 2015-2016 [13].

Σε παγκόσμιο επίπεδο μελέτη που διερεύνησε τον επιπολασμό τόσο της παχυσαρκίας όσο και του υπερβολικού βάρους σε παιδιά και ενήλικες μεταξύ των περιόδων 1980-2013 κατέδειξε, ότι το ποσοστό των ενηλίκων με ΔΜΣ 25 kg/m^2 και άνω αυξήθηκε μεταξύ των ετών 1980-2013 από 28,8% σε 36,9% στους άνδρες και από 29,8% σε 38% στις γυναίκες. Επίσης παρατηρήθηκε αύξηση του επιπολασμού τόσο της παχυσαρκίας όσο και της υπερβαρότητας σε εφήβους των ανεπτυγμένων χωρών συνολικά το 23,8% των αγοριών και το 22,6% των κοριτσιών ήταν υπέρβαροι και παχύσαρκοι. Καθώς και στις αναπτυσσόμενες χώρες με ποσοστά 12,9% για τα αγόρια και 13,4% για τα κορίτσια [14].

Σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί στην χώρα μας μια απ' αυτές που έγινε με δείγμα 17.341 άτομα που διεξήχθη το 2006 με συμμετέχοντες άτομα ηλικίας μεταξύ 20-70 ετών βρέθηκε ότι η επίπτωση της παχυσαρκίας ήταν 22,5% (26% στους άνδρες και 18,2% στις γυναίκες) ενώ οι υπέρβαροι ήταν το 35,2% του πληθυσμού. Ωστόσο από τα αποτελέσματα αυτό που φάνηκε ήταν ότι τα ποσοστά παχυσαρκίας ήταν παρόμοια στους άνδρες σε όλες τις ηλικιακές ομάδες ενώ αυξανόταν ελαφρά με την αύξηση της ηλικίας στις γυναίκες. Ενώ η κεντρική παχυσαρκία ήταν συχνότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες 35,8% έναντι 26,6% και αυτό παρατηρούνταν ειδικότερα στις γυναίκες άνω των 50 [15].

Άλλη μελέτη που διεξάχθηκε επίσης στην Ελλάδα, και συγκεκριμένα στην Κεντρική στην περιοχή της Θεσσαλίας το 2010 The Argos Study οι συμμετέχοντες ήταν 852 άτομα ηλικίας 18-79 ετών. Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας ήταν 26,6% (27,8% στους άνδρες, και 25,6% στις γυναίκες) ενώ ο επιπολασμός του υπέρβαρου ήταν 39,4% με τους άντρες να υπερέχουν. Επίσης ένα 3,5% βρέθηκε με νοσογόνο παχυσαρκία με το γυναικείο φύλο να υπερέχει. Βρέθηκε θετική συσχέτιση της παχυσαρκίας και της κεντρικής παχυσαρκίας με την ηλικία. Ενώ τέλος αυτό που παρατηρήθηκε ήταν ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας και του υπέρβαρου στην ηλικιακή ομάδα 18-29 ετών σχεδόν διπλασιάστηκε μέσα στην επόμενη δεκαετία [16].



Εικόνα 2: Adult obesity rates 2008

World Health Organization

1.2 Παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία αποτελεί μια πολυπαραγοντική νόσο και είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στον γονότυπο και το περιβάλλον. Ωστόσο διάφοροι άλλοι παράγοντες ενοχοποιούνται όπως κοινωνικοί, συμπεριφορικοί, πολιτισμικοί και οικονομικοί [8]. Επίσης για την εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας συντελούν όχι μόνο το γενετικό υπόβαθρο και οι προαναφερθέντες παράγοντες αλλά κυρίως η ύπαρξη θετικού ενεργειακού ισοζυγίου αλλά και η μειωμένη σωματική δραστηριότητα [8].

Η ρύθμιση του σωματικού βάρους και η διατήρηση του σε φυσιολογικά επίπεδα βασίζεται σε τρεις παράγοντες που σχετίζονται μεταξύ τους: πρόσληψη τροφής, κατανάλωση ενέργειας και λιπογένεση. Υπάρχουν όμως και άλλοι παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στη ρύθμιση της ενεργειακής ισορροπίας του οργανισμού και στην ομοιοστασία του. Η παγκόσμια αύξηση της παχυσαρκίας έχει αποδοθεί στον σύγχρονο τρόπο ζωής και στην βιομηχανοποίηση της. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής χαρακτηρίζεται από

καθιστική ζωή και από αύξηση των καταναλισκόμενων από τρόφιμα θερμίδων, το οποίο έχει ως αντίκτυπο ένα θετικό ενεργειακό ισοζύγιο με το πλεονάζων των θερμίδων να αποθηκεύονται τελικά στον λιπώδη ιστό [17].

Το κλειδί για την διατήρηση του σωματικού βάρους είναι η διατήρηση του ενεργειακού ισοζυγίου του σώματος που εξαρτάται από τη σχέση που επικρατεί μεταξύ της προσλαμβανόμενης ενέργειας μέσω της τροφής και της ενέργειας που καταναλώνεται μέσω του μεταβολισμού και της φυσικής δραστηριότητας ενώ επίσης ρυθμίζεται και από ένα σύνθετο δίκτυο νευρικών και ορμονικών διεργασιών [18, 8]. Το ενεργειακό ισοζύγιο μπορεί να είναι είτε αρνητικό είτε θετικό [18]. Αρνητικό ισοζύγιο χαρακτηρίζεται όταν η ενεργειακή δαπάνη υπερβαίνει την πρόσληψη οδηγώντας σε μείωση του σωματικού βάρους ενώ θετικό ισοζύγιο είναι όταν η πρόσληψη ενέργειας υπερέρχει το οποίο μακροπρόθεσμα οδηγεί τελικά στην παχυσαρκία [18].

Ορισμένα επίσης φάρμακα ενδέχεται να προκαλούν αύξηση του βάρους ή αλλαγές στην σωματική σύνθεση. Στα φάρμακα αυτά συγκαταλέγονται: φαινοθειαζίνες, άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα, αντικαταθλιπτικά, μερικά είδη ορμονικών αντισυλληπτικών κ.α. [19, 20].

1.3 Συνέπειες του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας στην υγεία των ενηλίκων και των παιδιών

Συχνά ένας αυξημένος ΔΜΣ (BMI) είναι η αιτία για μια προοδευτική αύξηση του κινδύνου εκδήλωσης διαφόρων χρόνιων και μη νοσημάτων. Σε παιδιά αλλά και σε ενήλικους το υπερβολικό βάρος και κατ' επέκταση η παχυσαρκία οδηγεί σε επιπλοκές διαφόρων συστημάτων του οργανισμού οι οποίες καταλήγουν σε ασθένειες. Μερικές από αυτές είναι: ενδοκρινικές διαταραχές (σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, πρόωμη εφηβεία, σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, υπογοναδισμός στα αγόρια), υπογονιμότητα, καρδιαγγειακά νοσήματα (δυσλιπιδαιμία, υπέρταση, υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, χρόνια φλεγμονή, ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, κίνδυνος για στεφανιαία νόσο), πνευμονικές (άσθμα, υπνική άπνοια, δυσανοχή στην άσκηση), ψυχολογικές (χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη), νεφρικές (σκλήρυνση σπειράματος, πρωτεинуρία), γαστρεντερικές διαταραχές, στεατοηπατίτιδα, ηπατική ίνωση, πέτρες στη χολή, κίνδυνος για κίρρωση, μυοσκελετικές παθήσεις, κίνδυνος για εκφυλιστικές παθήσεις αρθρώσεων, αλλά και πολλοί τύποι καρκίνου (ενδομητρίου, παχέος εντέρου, μαστού, προστάτη, θυρεοειδούς, ήπατος, νεφρού, οισοφάγου, χοληδόχου κύστης, μη Hodgking λεμφώματος και πολλαπλού μυελώματος) [6,21].

1.4 Οφέλη για την υγεία από την απώλεια βάρους

Οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι ενήλικες διατρέχουν τον κίνδυνο να αναπτύξουν καρδιαγγειακά νοσήματα γι αυτό και πρέπει να είναι ενήμεροι ότι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής οι οποίες οδηγούν σε

μία σταθερή απώλεια βάρους της τάξης 3-5% του σωματικού βάρους, παράγουν σημαντικά οφέλη για την υγεία (μείωση των τριγλυκεριδίων, ελάττωση της γλυκόζης αίματος, μείωση πιθανοτήτων για εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2). Ενώ μια επιπλέον απώλεια κιλών προσφέρει ακόμα μεγαλύτερα οφέλη όπως: μείωση της αρτηριακής πίεσης, βελτίωση της LDL και της HDL, μείωση σε τυχόν φαρμακευτική αγωγή που απαιτείται σε περιπτώσεις που πρέπει να ρυθμίζεται η αρτηριακή πίεση, μείωση γλυκόζης και λιπιδίων αίματος [22].

Ακόμα και μια μείωση 5% του σωματικού βάρους ενός ανθρώπου είναι πάρα πολύ σημαντική. Αυτό το ποσοστό μπορεί ακόμα και να μειώσει τις πιθανότητες για καρκίνο. Σε αυτό το συμπέρασμα οδηγήθηκε μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν μόνο γυναίκες μεσήλικες οι οποίες όταν έχασαν 5 % του σωματικού τους βάρους οι πιθανότητες για εμφάνιση καρκίνου του μαστού μειώθηκαν κατά 12% [23].

Γενικά τα άτομα τα οποία είναι υπέρβαρα όταν χάσουν κιλά μειώνονται τα επίπεδα διαφόρων ορμονών που συνδέονται με τον καρκίνο όπως τα οιστρογόνα, ινσουλίνη, ανδρογόνα [23]. Επίσης επειδή η παχυσαρκία είναι μια κατάσταση η οποία μπορεί να οδηγήσει και σε καταστάσεις οστεοαρθρίτιδας του γόνατος, γι αυτόν τον λόγο οι ειδικοί σε τέτοιες περιπτώσεις συνιστούν μία μείωση της τάξης του 10% του σωματικού τους βάρους προκειμένου να βελτιώσουν την υγεία τους [24].

1.5 Πρόληψη και αντιμετώπιση του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας

Σχετικά με την πρόληψη της παχυσαρκίας η πρωτογενής της πρόληψη εξαρτάται από το ίδιο το άτομο [25]. Οι άνθρωποι σε ατομικό επίπεδο μπορούν να προσπαθήσουν τόσο για την πρόληψη της όσο και για την μείωση του φαινομένου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization) η πρόληψη και η μείωση της παχυσαρκίας μπορεί να επιτευχθεί κάνοντας ο καθένας αλλαγές στον τρόπο ζωής του και στις διατροφικές του συνήθειες όπως να περιορίσει την πρόσληψη ενέργειας από λιπαρές ουσίες και σάκχαρα να αυξήσει την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών καθώς και οσπρίων, δημητριακών και καρπών και να εντάξει καθημερινή σωματική δραστηριότητα (60 λεπτά την ημέρα για παιδιά και 150 λεπτά/βδομάδα για τους ενήλικες). [5]. Ένα άτομο όταν γίνεται με τα χρόνια υπέρβαρο και στη συνέχεια παχύσαρκο χωρίς να υπάρχουν άλλα αίτια που να τον οδηγούν σε κάτι τέτοιο τότε οφείλεται στο γεγονός ότι υπήρχε για μήνες έως και χρόνια θετική ενεργειακή κατανάλωση σε συνδυασμό με μειωμένη ενεργειακή δαπάνη [25].

1.6 Οι θεραπείες και η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας που εφαρμόζονται μέχρι σήμερα από τους γιατρούς της δημόσιας υγείας

Η συμβουλευτική ως μέσω αντιμετώπισης και μείωσης της παχυσαρκίας από τους ιατρούς είναι σπάνια παρόλη την ύπαρξη κλινικών οδηγιών για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της [26]. Μια ολοκληρωμένη θεραπεία της παχυσαρκίας μπορεί να επιτευχθεί μόνο αν υπάρχει μια πολυεπιστημονική ομάδα διαχείρισης της. Ωστόσο οι καταστάσεις νοσηρής παχυσαρκίας ως θεραπεία συνήθως συστήνονται οι χειρουργικές επεμβάσεις ενώ σε πολλές περιπτώσεις συστήνεται και η φαρμακοθεραπεία [27].

Η Παγκόσμια Οργάνωση Χειρουργικής της Παχυσαρκίας (International Federation Surgery of Obesity, IFSO) και οι οδηγίες του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας (National Institute of Health) των ΗΠΑ συνιστούν για την μεταβολική και βαρειατρική χειρουργική να εφαρμόζεται σε ασθενείς με ΔΜΣ $>40 \text{ m}^2/\text{kg}$ ή $>35 \text{ m}^2/\text{kg}$ με σοβαρό συνοδό νόσημα (πχ σακχαρώδης διαβήτης, καρδιομυοπάθεια, σοβαρής μορφής άπνοια ύπνου) οι οποίοι έχουν κάνει επανειλημμένες προσπάθειες για απώλεια κιλών μέσω άλλων θεραπειών οι οποίες ήταν ανεπιτυχείς και επιπλέον να πληρούν κριτήρια όπως: να μην νοσούν από ψυχιατρικής φύσεως νοσήματα που να οδηγούν στην παχυσαρκία όπως η βουλιμία, να μην έχουν κατάθλιψη και προβλήματα αλκοολισμού και γενικότερα να μην διατρέχουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Ενώ τέλος ο ασθενής πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος τόσο για την επέμβαση όσο και για τις ακόλουθες επιπλοκές που μπορούν να εμφανιστούν [28, 29]. Οι τρεις χειρουργικές επεμβάσεις που αποτελούν την συντριπτική πλειοψηφία των βαρειατρικών χειρουργείων παγκοσμίως είναι: η γαστρική παράκαμψη Roux-en-Y (RYGB), ο ρυθμιζόμενος γαστρικός δακτύλιος (AGB) και η κάθετη γαστρεκτομή (VSG). Ενώ λιγότερο συχνά διεξαγόμενες χειρουργικές επεμβάσεις αποτελούν η χολοπαγκρεατική εκτροπή (BPD) και η χολοπαγκρεατική δωδεκαδακτυλική εκτροπή (BPD/DS) [29].

Σχετικά με την φαρμακοθεραπεία αυτή πρέπει να συστήνεται σε ασθενείς με σοβαρή ή μέτρια παχυσαρκία δηλαδή με ΔΜΣ $\geq 30 \text{ m}^2/\text{kg}$ ή $\geq 27 \text{ m}^2/\text{kg}$ με τουλάχιστον 2 συνοσηρότητες που σχετίζονται με την παχυσαρκία (πχ υπέρταση, άπνοια ύπνου, σακχαρώδη διαβήτη) ή και χωρίς αυτές οι οποίοι έχουν αποτύχει στην επίτευξη του στόχου τους μέσω άλλων θεραπειών [27].

Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτής θα πρέπει να αξιολογείται μετά τους πρώτους 3 μήνες. Σε περιπτώσεις που υπάρχει ικανοποιητική απώλεια κιλών δηλαδή $>5 \%$ σε μη διαβητικούς ασθενείς και $>3\%$ σε διαβητικούς η θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται, ενώ σε περιπτώσεις που ο ασθενής δεν συμμορφώνεται ή δεν υπάρχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα σχετικά με την απώλεια κιλών τότε πρέπει να διακόπτεται η χορήγηση τους [27].

Τα εγκεκριμένα φάρμακα για την διαχείριση της παχυσαρκίας είναι τα εξής: Ορλιστάτη (Orlistat/εμπορική ονομασία Xenical), Λορκασερίνη (Lorcaserine), Φαιντερμίνη/Τοπιραμάτη (PHEN/TPMER), Βουπροπιόνη/ναλτρεξόνη (εμπορική ονομασία Mysimba), Λιραγλουτίδη (Liraglutide/εμπορική ονομασία Saxenda) [27].

Έρευνες ωστόσο που έχουν γίνει σε φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας (Primary Care Providers) φαίνεται να έχουν αρνητική αντίληψη για την φαρμακοθεραπεία με αποτέλεσμα να μην την συστήνουν, παρόλη την αποτελεσματικότητά της. Τα συμπεράσματα μιας τέτοιας μελέτης καταλήγουν στο ότι υπάρχει ανάγκη για συμπληρωματική εκπαίδευση αυτών για την αποτελεσματική και ασφαλή χρήση φαρμάκων και ότι μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης θα γίνεται καλύτερη ενημέρωση στους ασθενείς οι οποίοι θα μπορούν και αυτοί να συμμετάσχουν στην λήψη αποφάσεων σχετικά με την πορεία της θεραπείας [30]

Η παχυσαρκία είναι μια χρόνια ασθένεια, έτσι οι γιατροί δεν θα πρέπει να ξεχνάνε ότι απαιτείται η συνεχής παρακολούθησή της. Σχετικά με την παροχή συμβουλών για την απώλεια κιλών που πρέπει να δίνονται σε αυτούς τους ανθρώπους πρέπει να είναι ρεαλιστικές, εξατομικευμένες και μακροπρόθεσμες. Μια απώλεια κιλών 5-15% από το αρχικό σωματικό βάρος μέσα σε 6 μήνες είναι ένας εφικτός στόχος και έχει αποδεδειγμένα οφέλη για την υγεία ενώ για άτομα με υψηλότερο βαθμό παχυσαρκίας ($\Delta\text{ΜΣ} \geq 35 \text{ kg}^2/\text{m}^2$) μπορεί αυτή η απώλεια κιλών να φτάσει και στο 20%. Μια ολοκληρωμένη θεραπεία της παχυσαρκίας θα πρέπει να εμπεριέχει δίαιτα και σωστή διατροφή, κάποιες κατευθυντήριες οδηγίες για την σωματική άσκηση, ψυχολογική υποστήριξη αλλά και πρακτικές όπως η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία ώστε να βοηθηθεί ο ασθενής να κατανοήσει το τι σημαίνει παχυσαρκία ποιες οι αρνητικές της συνέπειες και τέλος τι θετικό θα προκύψει από την απώλεια κιλών [30].

Κάποιες γενικές συμβουλές που μπορούν επιπλέον να δίνονται σε παχύσαρκους ασθενείς είναι: η μείωση των ενεργειακά πυκνών τροφίμων και ποτών, η μείωση του μεγέθους των μερίδων, αποφυγή κατανάλωσης σνακ μεταξύ των γευμάτων, η αξία της κατανάλωσης πρωινού γεύματος και αποφυγή κατανάλωσης βραδινού, τρόποι διαχείρισης επεισοδίων απώλειας ελέγχου φαγητού [30].

1.7 Η ύπαρξη διατροφικών γνώσεων από τους γιατρούς και άλλων παραϊατρικών επαγγελματιών

Η ανάγκη για διατροφική εκπαίδευση και ειδικά στους γιατρούς είναι πιο επείγουσα από ποτέ. Οι ασθενείς θεωρούν τους γιατρούς ως την πιο αξιόπιστη πηγή πληροφοριών σχετικά με την διατροφή. Η παροχή συμβουλών ωστόσο σχετικά με την διατροφή σε ασθενείς όπως είναι οι παχύσαρκοι απαιτεί την κατάλληλη εκπαίδευση πάνω σε τέτοια θέματα που όπως φαίνεται είναι ελλιπής σε πολλά προγράμματα σπουδών της ιατρικής [3]. Συγχρονική μελέτη που διεξήχθη σε 9 νοσοκομεία κατά την οποία πήραν μέρος στο σύνολο 89 γιατροί, 81 νοσοκόμοι και 28 διατροφολόγοι προκειμένου να

αξιολογηθούν οι γνώσεις τους για θέματα κλινικής διατροφής τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι όλες οι ομάδες κατείχαν ελλιπείς γνώσεις. Τα συμπεράσματα της μελέτης τονίζουν τον ρόλο της διατροφικής φροντίδας των ασθενών που είναι πολύ σημαντικός και οι ειδικότητες ειδικά των ιατρών και των διατροφολόγων πρέπει να δίνουν μεγαλύτερη σημασία σε αυτήν ενισχύοντας με αυτό τον τρόπο την κλινική περίθαλψη [31].

Οι γιατροί παρόλο που αντιλαμβάνονται την αναγκαιότητα και την προτεραιότητα που έχουν τα θέματα που σχετίζονται με την διατροφή, οι ίδιοι όπως φαίνεται ότι δεν έχουν εμπιστοσύνη στις γνώσεις τους με αποτέλεσμα να μην παρέχονται από αυτούς διατροφικές οδηγίες [3].

Στην Ελλάδα ύστερα από εκτεταμένη αξιολόγηση των προγραμμάτων σπουδών των ιατρικών σχολών αυτό που διεξάχθηκε ως συμπέρασμα ήταν ότι οι πλειοψηφία των φοιτητών ιατρικών και οδοντιατρικών σχολών και όχι μόνο αλλά και των επαγγελματιών όπως νοσηλευτές και φαρμακοποιοί κατά την διάρκεια των σπουδών τους δεν έχουν διδαχθεί ποτέ μαθήματα σχετικά με την διατροφή [32].

Η ESPEN όπως και διάφοροι άλλοι οργανισμοί αναγνωρίζουν το ζήτημα της ανεπαρκούς γνώσης πάνω σε διατροφικά ζητήματα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και προσπαθούν μέσω πρωτοβουλιών να επιλυθεί το ζήτημα αυτό. Η εισαγωγή υποχρεωτικών μαθημάτων κατά την διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών όλων των επαγγελματιών του τομέα της υγείας θα μπορούσε να είναι μια πρακτική που θα οδηγούσε στην μετέπειτα πορεία στην καλύτερη διαχείριση του ασθενούς όσο αφορά την διατροφική τους αγωγή [32].

Αποτελέσματα άλλων ερευνών σε γιατρούς για να αξιολογηθεί τόσο η στάση τους απέναντι σε διατροφικά θέματα όσο και οι γνώσεις τους σχετικά με την διατροφή κατέδειξε και αυτή ότι επικρατεί έλλειψη γνώσης σε θέματα όπως: η διατροφική αξιολόγηση των παχύσαρκων ασθενών, θέματα διατροφής που σχετίζονται με ενδοκρινικές ασθένειες, αλλά και σε θέματα διατροφής σε σχέση με καρδιαγγειακά νοσήματα. Λιγότερο από το ένα τρίτο των συμμετεχόντων φαίνεται να έχουν εμπιστοσύνη στις ικανότητες τους για να αξιολογούν τόσο την διατροφική κατάσταση των ασθενών όσο και να συζητούν θέματα γενικά για την διατροφή. Ενώ οι περισσότεροι δηλώνουν ικανοί να παρέχουν συμβουλές για πιο γενικά θέματα σχετικά με τον τρόπο ζωής όπως είναι τα οφέλη της συστηματικής άσκησης και οι επιπτώσεις στην υγεία από την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ [3].

Η παροχή διατροφικών συμβουλών είναι απαραίτητες στην διαχείριση οποιασδήποτε κατάστασης αλλά και για την παχυσαρκία όπου και εκεί διαφαίνεται ότι οι γιατροί έχουν σημαντικά κενά [2].

Ο αριθμός των μελετών που έχουν διεξαχθεί σε γιατρούς για την αξιολόγηση τους στις διατροφικές τους γνώσεις είναι περιορισμένος. Όπως επίσης περιορισμένες είναι και οι μελέτες με δείγμα άλλες ειδικότητες πχ νοσηλευτές [31].

Στην Ελλάδα μια σχετική μελέτη κατά την οποία πήραν μέρος 115 γιατροί φάνηκε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων είχε ανεπαρκής γνώσεις σχετικά με την κλινική διατροφή. Τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν ότι η εκπαίδευση των γιατρών σε θέματα σχετικά με την κλινική διατροφή θα πρέπει να ενισχυθεί είτε μέσω της παρακολούθησης κλινικών διατροφικών μαθημάτων κατά την διάρκεια των προπτυχιακών τους σπουδών είτε αργότερα σε ειδική συνεχή ιατρική εκπαίδευση σχετικά με την διατροφή ή και τα δύο [33].

Οι αναφορές από τις έρευνες που έχουν γίνει υποδεικνύουν την ανεπαρκή γνώση των γιατρών ως προς την διατροφή. Η βελτίωση ωστόσο της διατροφικής φροντίδας είναι κάτι που μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσω εκπαίδευσης και κατάρτισης σε θέματα διατροφικά σε όλο το προσωπικό που εμπλέκεται στην φροντίδα του ασθενή [31].

Το Συμβούλιο της Ευρώπης σε μια έκθεση σχετικά με την κλινική διατροφή και την περίθαλψη των ασθενών αποκάλυψε ότι η ανεπαρκής εκπαίδευση και γνώση σχετικά με την διατροφή μεταξύ όλων των ομάδων προσωπικού που εμπλέκονται στις διατροφικές υπηρεσίες αλλά και σε αυτούς που εμπλέκονται στην διαχείριση των ασθενών αποτελεί το δεύτερο σημαντικό εμπόδιο για την μη σωστή διατροφική φροντίδα των ασθενών [34].

1.8 Η συμβουλευτική της παχυσαρκίας και κατά πόσο εφαρμόζεται από τους γιατρούς

Οι συμβουλές από γιατρούς είναι ένας τρόπος που ενθαρρύνει την προσπάθεια των ασθενών για απώλεια κιλών και ενώ υπάρχουν αρκετές κατευθυντήριες οδηγίες που μπορούν να δίνονται κατά την άσκηση της συμβουλευτικής, η εφαρμογή της από τους γιατρούς είναι αρκετά μέτρια [2]. Παρόλο όμως που γίνεται μέτρια χρήση της οι ίδιοι αντιλαμβάνονται πως αλλαγές στον τρόπο ζωής είναι σημαντική για την θεραπεία της παχυσαρκίας [35].

Όπως φαίνεται σε έρευνα που διεξήχθη σε συνέδριο συνεχούς ιατρικής εκπαίδευσης οι ιατροί που πήραν μέρος αξιολόγησαν την τροποποίηση της συμπεριφοράς των ασθενών ως περισσότερο αποτελεσματική για την θεραπεία της παχυσαρκίας σε σχέση με τα φάρμακα και την χειρουργική επέμβαση ακόμα και σε σύγκριση με βιολογικούς παράγοντες. Βέβαια οι ανησυχητικές απαντήσεις σχετικά με τον ρόλο των βιολογικών παραγόντων σε καταστάσεις παχυσαρκίας υπογραμμίζουν την ανάγκη καλύτερης εκπαίδευσης των γιατρών στα θέματα της παχυσαρκίας [35].

Το θέμα της εφαρμογής ή μη συμβουλευτικής από τους γιατρούς είναι περιορισμένης έρευνας. Μια εξ αυτών των ερευνών διεξήχθη στο Οχάιο με την συμμετοχή μικρού δείγματος κατοίκων γιατρών της

περιοχής τριών ειδικοτήτων: οικογενειακών ιατρών, ειδικών παθολόγων, μαιευτήρες-γυναικολόγοι. Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμήσει τον βαθμό της ετοιμότητας των γιατρών για την παροχή συμβουλευτικής σε θέματα όπως της παχυσαρκίας, της διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας. Στην συγκεκριμένη μελέτη αξιολογήθηκαν οι γνώσεις τους, οι συμπεριφορές, η αυτό-αποτελεσματικότητα τους και ο επαγγελματικός τους ρόλος ενώ επίσης εξετάστηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά αλλά και πληροφορίες σχετικά με τα εκπαιδευτικά ιδρύματα των ιατρικών σχολών από τα οποία έχουν φοιτήσει γιατί ενδεχομένως να συνδέονται με την διαφορά επιπέδου σχετικά με την ετοιμότητα του καθενός [2].

Οι γνώσεις τους σχετικά για την παχυσαρκία, τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα αξιολογήθηκαν με την χρήση δυο περιπτωσιολογικών μελετών με συναφή ερωτήματα. Τα ερωτήματα εστίαζαν κυρίως στους κινδύνους της παχυσαρκίας και ζητούσαν αξιολόγηση και θεραπεία των περιπτώσεων [2].

Τα αποτελέσματα της κατέδειξαν ότι οι συμμετέχοντες δεν ήταν καταλλήλως εκπαιδευμένοι ώστε να παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες. Κατά μέσο όρο οι απαντήσεις τους στις μισές από τις ερωτήσεις ήταν εσφαλμένες υποδεικνύοντας ότι η γνώση σχετικά με τις συνιστώμενες οδηγίες και τεχνικές για την συμβουλευτική της παχυσαρκίας είναι περιορισμένη. Τα εμπόδια της μη παροχής συμβουλών σε παχύσαρκους ασθενείς σχετίζονται με την ανεπαρκή εκπαίδευση των γιατρών σε τέτοια θέματα. Ωστόσο κρίνεται απαραίτητη η ενίσχυση των δεξιοτήτων τους με τέτοιες γνώσεις προκειμένου να παρέχεται αποτελεσματική συμβουλευτική και να προλαμβάνονται οι κίνδυνοι για την υγεία που συνδέονται με την παχυσαρκία [2].

Σε άλλη μελέτη που διεξάχθηκε για να διερευνηθεί κατά πόσο εφαρμόζεται συμβουλευτική από τους γιατρούς, αυτή έγινε με την συμμετοχή ασθενών. Οι ασθενείς σε τηλεφωνική συνέντευξη ανέφεραν τις εμπειρίες τους μετά από τις επισκέψεις τους σε γιατρούς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η έρευνα έγινε με την συμμετοχή ασθενών από τις ΗΠΑ και την Σουηδία και είχε ως στόχο να ποσοτικοποιήσει αλλά και να συγκρίνει την ύπαρξη της συμβουλευτικής από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε θέματα όπως το βάρος, την διατροφή, φυσική δραστηριότητα, το αλκοόλ και το κάπνισμα [36].

Οι ασθενείς με ανθυγιεινές συνήθειες κάπνισμα, κακή διατροφή, έλλειψη φυσικής δραστηριότητας φαίνεται να θέλουν από τον γιατρό τους να τους παρέχει συμβουλές για υγιεινές συνήθειες όμως οι αναφορές που υπάρχουν υποδεικνύουν ελλείψεις στην συμβουλευτική του τρόπου ζωής [36].

Στην εν λόγω μελέτη εντοπίστηκαν σημαντικά κενά μεταξύ των προσδοκιών που είχαν οι ασθενείς από τους γιατρούς σχετικά με την συμβουλευτική και τι τελικά οι γιατροί τους παρείχαν ως συμβουλές. Ενώ αυτό που φάνηκε από την σύγκριση των δύο χωρών ήταν ότι οι επαγγελματίες

Αμερικανοί εφάρμοζαν πολύ περισσότερο την συμβουλευτική από ότι στη Σουηδία. Μια εξήγηση για αυτήν την διαφορά μπορεί να είναι το γεγονός ότι οι Αμερικανοί ασθενείς βιώνουν περισσότερους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής σε σύγκριση με τους Σουηδούς ασθενείς [36].

Τα συμπεράσματα της μελέτης κατέδειξαν από την πλευρά των ασθενών την μέτρια εφαρμογή της συμβουλευτικής από τους γιατρούς, με τους Αμερικανούς επαγγελματίες να εμφανίζουν λίγο μεγαλύτερα ποσοστά και την ανάγκη τους να λαμβάνουν από αυτούς περισσότερες συμβουλές. Ενώ κρίθηκε σκόπιμο η περαιτέρω διερεύνηση των διαφορών που εμφανίζουν οι δύο χώρες μεταξύ τους ως προς αυτό το θέμα με συνεντεύξεις από ιατρούς [36].

Σε άλλη μελέτη κατά την οποία πήραν μέρος 2458 ενήλικες παχύσαρκοι για να εξεταστεί ο τρόπος αντιμετώπισης και περίθαλψης της παχυσαρκίας από τους ιατρούς τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι μόνο το ένα τρίτο των παχύσαρκων ενηλίκων έλαβε διάγνωση της παχυσαρκίας και περίπου μόνο το ένα πέμπτο έλαβε συμβουλευτική για απώλεια κιλών, διατροφή και άσκηση [37].

Η εν λόγω μελέτη έθεσε το θέμα για περαιτέρω έρευνα σχετικά για τη συμβουλευτική της παχυσαρκίας από τους ιατρούς προκειμένου να εξεταστούν και άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στα μειωμένα ποσοστά της. Μάλιστα αναφορά σε αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών δείχνουν ότι τα μειωμένα ποσοστά της συμβουλευτικής σχετίζονται με ανεπαρκή εκπαίδευση, με πεποιθήσεις ότι οι συμβουλές θα έχουν ελάχιστη επίδραση στη συμπεριφορά των ασθενών ή ότι οι ασθενείς δεν ενδιαφέρονται ούτε είναι έτοιμοι για την θεραπεία, αλλά και με τις στάσεις που έχουν οι ίδιοι οι γιατροί απέναντι στην παχυσαρκία η οποία μπορεί να είναι αρνητική ή ακόμα και να πιστεύουν ότι η θεραπεία της είναι κάτι που εξαρτάται από τον ίδιο τον ασθενή [37].

2. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 Ερευνητική υπόθεση

Η παχυσαρκία τα τελευταία χρόνια έχει πάρει την μορφή της επιδημίας. Οι γιατροί θεωρούνται από τις πιο αξιόπιστες πηγές προκειμένου να πληροφορήσουν τους παχύσαρκους ασθενείς σχετικά με αλλαγές στον τρόπο ζωής τους.

Κατά πόσο οι γιατροί εφαρμόζουν την συμβουλευτική στους παχύσαρκους ασθενείς; Παρόλη την ύπαρξη κλινικών οδηγιών οι περιορισμένες έρευνες που έχουν γίνει σε αυτό το θέμα καταδεικνύουν ότι δεν γίνεται τόσο συχνά άσκηση της συμβουλευτικής από τους γιατρούς.

Σκοπός

Η ανάγκη για παροχή συμβουλών στη πρωτοβάθμια υγεία είναι επείγουσα. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί κατά πόσο οι γιατροί θεωρούν χρήσιμο αλλά και κατά πόσο αφιερώνουν χρόνο για να ασκήσουν συμβουλευτική για θέματα όπως, η διατροφή και η άσκηση σε παχύσαρκους ασθενείς αλλά και κατά πόσο αξιολογούν παθοφυσιολογικούς παράγοντες (πχ ο ρόλος των ορμονών) στην επίδραση της νόσου, αξιολόγηση της θεραπείας της, και τέλος κατά πόσο διαθέτουν τις κατάλληλες γνώσεις προκειμένου να δίνουν κάποιες συστάσεις ως προς την διατροφή και την σωματική άσκηση για την απώλεια κιλών.

Πληθυσμός της μελέτης και μεθοδολογία της έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δημόσιο Ελληνικό Νοσοκομείο και διεξήχθη κατά την χρονική περίοδο Αύγουστο 2018 με Μάιο 2019 μετά από έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου για την χορήγηση άδειας διανομής ερωτηματολογίων. Στην έρευνα πήραν μέρος το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου τόσο οι ειδικευόμενοι όσο και οι ειδικοί ιατροί και τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίων.

Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο που συστάθηκε για την συλλογή των δεδομένων περιείχε στο σύνολο του 43 ερωτήσεις με το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτήσεων να είναι κλειστού τύπου (βλ. παράρτημα).

Πιο συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν αρχικά δημογραφικά στοιχεία, και έπειτα καλούνταν να απαντήσουν σε ερωτήσεις για την διατροφική τους εκπαίδευση, οικογενειακό ιστορικό, ερωτήσεις για την παθοφυσιολογία της παχυσαρκίας, την θεραπεία της και τέλος για την άσκηση της συμβουλευτικής.

Η δομή του ήταν η εξής:

Δημογραφικά στοιχεία: 12 ερωτήσεις

Διατροφική εκπαίδευση: 2 ερωτήσεις

Ύπαρξη μελών στις οικογένειες τους με σοβαρή ασθένεια που να χρειάζονται μεγαλύτερη προσοχή στην διατροφή: 1 ερώτηση

Αξιολόγηση παθοφυσιολογικών παραγόντων που συμβάλλουν στην ύπαρξη της παχυσαρκίας: 7 ερωτήσεις

Θεραπεία της παχυσαρκίας: 4 ερωτήσεις

Συμβουλευτική της παχυσαρκίας: 17 ερωτήσεις

Αναλυτικότερα το ερωτηματολόγιο:

- Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (ειδικότερα τα στοιχεία που έπρεπε να συμπληρώσουν: φύλο, έτος γέννησης, ύψος, βάρος, ειδικότητα, έτος κτήσης ειδικότητας, έτος κτήσης βασικού πτυχίου, μεταπτυχιακοί τίτλοι σπουδών/ Phd, έτος κτήσης μεταπτυχιακού τίτλου).
- Ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με την εκπαίδευση τους στην διατροφή (η ύπαρξη ή όχι μαθημάτων στην σχολή τους σχετικά με την διατροφή, ή κάποιες γνώσεις σχετικά με την διατροφή που να ήταν ενσωματωμένες σε κάποιο μάθημα).
- Ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με την ύπαρξη μελών στην οικογένεια τους με σοβαρές ασθένειες που να απαιτούν μεγαλύτερη προσοχή στην διατροφή.
- Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο μεταφρασμένο στα Ελληνικά που έχει χρησιμοποιηθεί σε ανάλογη έρευνα: *Tsai A, G, Histon T, Kyle T, K, Rubenstein N, Donahoo W, T. Evidence of a gap in understanding obesity among physicians. 2017 doi: 10.1002/osp4.146*, κατά το οποίο έπρεπε με βάση μια κλίμακα από το 1 έως το 10 να αξιολογήσουν παθοφυσιολογικούς παράγοντες της νόσου στο κατά πόσο αυτοί επιδρούν στην προσπάθεια ενός παχύσαρκου για απώλεια βάρους είτε στην διατήρηση του απολεσθέντος βάρους. Οι αριθμοί που ήταν πιο κοντά στο νούμερο 1 αντιστοιχούσε στο ότι ένας παράγοντας είναι λιγότερο σημαντικός ενώ όσο πιο κοντά στο 10 τόσο πιο σημαντικός ήταν.
- Από την παραπάνω μελέτη επιλέχθηκαν ερωτήσεις για την αξιολόγηση της θεραπείας της παχυσαρκίας. Οι απαντήσεις δίνονταν και αυτές βάση κλίμακας από το 1 μέχρι το 10.
- Τέλος χρησιμοποιήθηκε, επίσης μεταφρασμένο στα Ελληνικά, μέρος του ερωτηματολογίου της έρευνας: *Smith S, Seeholzer EL, Gullett H, Jackson B, Antognoli E, Krejci SA, et al. Primary Care Residents' Knowledge, Attitudes, Self-Efficacy, and Perceived Professional Norms Regarding Obesity, Nutrition, and Physical Activity Counseling. J Grad Med Educ.2015;7(3):388-394*, για να εκτιμηθεί κατά πόσο οι ίδιοι θεωρούν χρήσιμο να ασκούν συμβουλευτική στους παχύσαρκους ασθενείς και κατά πόσο τελικά νιώθουν ικανοί βάση των γνώσεων τους να την εφαρμόσουν. Οι ερωτήσεις για την διερεύνηση της άσκησης της συμβουλευτικής ήταν στο σύνολο τους 17 και οι συμμετέχοντες έπρεπε ανάλογα με το τι ίσχυε να κυκλώσουν αριθμούς από το 1 μέχρι το 5 που αντιστοιχούσαν σε απαντήσεις: συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ, ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, διαφωνώ, διαφωνώ απόλυτα.

2.2 Χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου-Στατιστική Ανάλυση

Στο νοσοκομείο που επιλέχθηκε να γίνει η εν λόγω έρευνα λειτουργούν τα εξής τμήματα:

Παθολογικός Τομέας:

- Α΄ Παθολογικό
- Β΄ Παθολογικό
- Καρδιολογικό
- Παιδιατρικό
- Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας (ΜΜΑ)
- Γαστρεντερολογικό
- Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (ΜΤΝ)
- Νευρολογικό
- Μονάδα Χημειοθεραπείας
- Χειρουργικό
- Ορθοπαιδικό
- Ωτορυνολαρυγγολογικό
- Οφθαλμολογικό
- Ουρολογικό
- Μαιευτικό-Γυναικολογικό
- Αναισθησιολογικό
- Οδοντιατρικό
- Νευροχειρουργικό
- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)

Εργαστηριακός Τομέας:

- Μικροβιολογικό
- Αιματολογικό
- Κυτταρολογικό
- Ακτινολογικό
- Παθολογοανατομικό
- Αιμοδοσία

Τομέας Ψυχικής Υγείας:

- Ψυχιατρικό
- Παιδοψυχιατρικό

- ΚΨΥ
- Γενικής Ιατρικής
- Ιατρική της Εργασίας

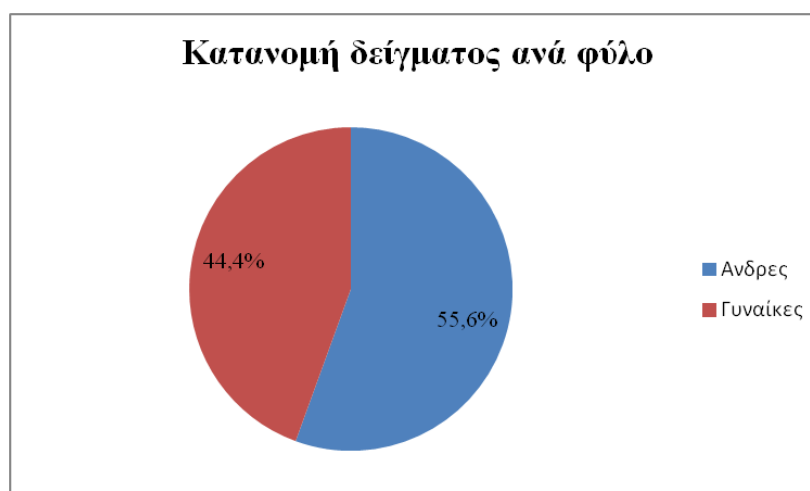
Επιπλέον αξίζει να αναφερθεί και σύμφωνα με το οργανόγραμμα του νοσοκομείου την λειτουργία τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας όπου οι αρμόδιοι διαιτολόγοι είναι υπεύθυνοι για την παροχή διατροφικών συμβουλών.

Το σύνολο των εργαζομένων ιατρών στο νοσοκομείο με ειδικευμένους και ειδικούς είναι 180 γιατροί. Από αυτούς μόνο οι 72 δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Κάποιοι από τους λόγους για τους οποίους δεν συμμετείχε το υπόλοιπο προσωπικό:

- ❖ Έλλειψη χρόνου
- ❖ Δεν έρχονται σε επαφή με τέτοιους ασθενείς με αποτέλεσμα να μην τους ενδιαφέρει να συμμετέχουν στην έρευνα
- ❖ Ελλιπείς γνώσεις πάνω στο θέμα με αποτέλεσμα να μην μπορούν να απαντήσουν στις ερωτήσεις

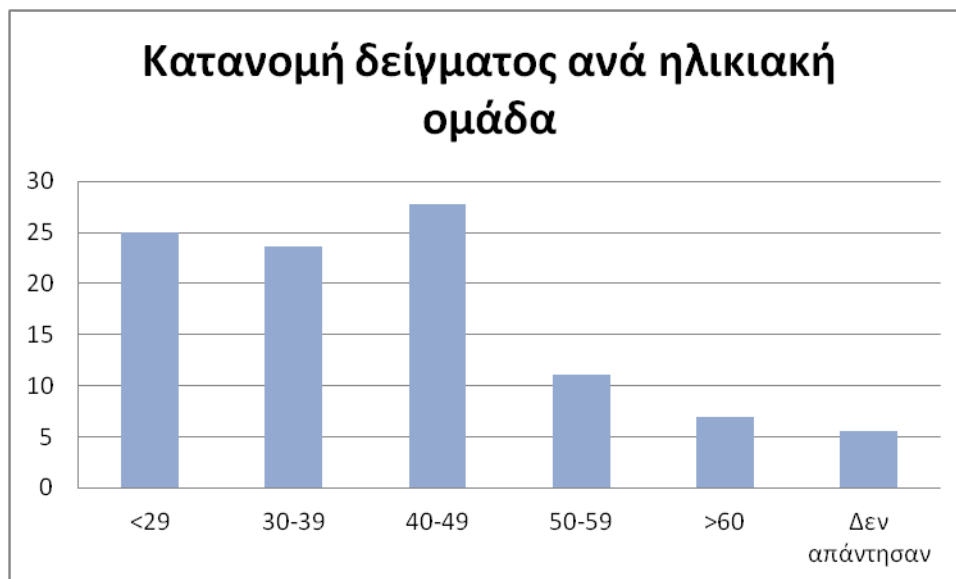
Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση έγινε μέσω του προγράμματος στατιστικής ανάλυσης SPSS έκδοση 18. Έγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση. Όπως προαναφέρθηκε στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 72 άτομα από τους οποίους οι 40 ήταν άνδρες και οι 32 ήταν γυναίκες. Μέσω της ανάλυσης μέση τιμής συχνοτήτων (Frequencies) βρέθηκε ότι το 55,6% ήταν άνδρες και το 44,4% γυναίκες.



Οι συμμετέχοντες ήταν διαφόρων ηλικιών. Οι χρονολογίες γέννησης τους κυμαίνονται από 1970-1994. Μέσω της ανάλυσης μέσης τιμής συχνοτήτων (Frequencies) οι ηλικιακές ομάδες με τα

μεγαλύτερα ποσοστά ήταν μεταξύ 40-49 ετών (28%) και ηλικίας κάτω των 29 ετών (25%) αντίστοιχα. Οι υπόλοιπες κυμάνθηκαν σε ποσοστά 11% και 7% ενώ 4 άτομα δηλαδή ένα ποσοστό 5,6% δεν απάντησε καθόλου σε αυτή την ερώτηση. Η μέση τιμή του έτους γέννησης των συμμετεχόντων είναι το έτος 1978 (Mean= 1978,74) και η τυπική απόκλιση Std Deviation = $\pm 11,25$.



Για τις μεταβλητές του ύψους και του βάρους έγινε στατιστική περιγραφική ανάλυση (descriptive) για να βρεθεί η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση. Η μέση τιμή του ύψους των συμμετεχόντων ήταν 1,73 μέτρα (Mean= 1,7317) και τυπική απόκλιση Std Deviation= $\pm 0,07953$. Ενώ η μέση τιμή του βάρους των συμμετεχόντων ήταν 75,8 κιλά (Mean= 75,819) και η τυπική απόκλιση Std Deviation= $\pm 15,6473$.

Παρακάτω παρουσιάζεται πίνακας συχνοτήτων της ειδικότητας των γιατρών του συνολικού μας δείγματος, δηλαδή οι 72 γιατροί που πήραν μέρος.

Πίνακας 1: Παρουσίαση του δείγματος σύμφωνα με την ειδικότητα τους

Ειδικότητα	Συχνότητα	Ποσοστό (Valid Percent)
Νεφρολόγοι	4	5,6 %
Γενικοί Ιατροί	5	6,9%
Ειδικευόμενοι Γενικής Ιατρικής	1	1,4%
Παθολόγοι	10	13,9 %
Ειδικευόμενοι παθολόγοι	4	5,6%
Παθολόγοι-Διαβητολόγοι	1	1,4 %
Γυναικολόγοι-μαιευτήρες	3	4,2%
Ειδικευόμενοι γυναικολόγοι-μαιευτήρες	2	2,8%

Καρδιολόγοι	3	4,2%
Ειδικευόμενοι καρδιολογίας	1	1,4%
Κυτταρολόγοι	1	1,4 %
Νευροχειρουργοί	1	1,4 %
Ουρολόγοι	2	2,8%
Ειδικευόμενοι Ουρολόγοι	1	1,4 %
Ωτορυνολαρυγγολόγοι	1	1,4 %
Αναισθησιολόγοι	1	1,4%
Χειρουργοί	8	11,1 %
Ψυχίατροι	2	2,8 %
Ειδικευόμενοι Ψυχιατρικής	2	2,8 %
Γαστρεντερολόγοι	2	2,8%
Ορθοπαιδικοί	3	4,2 %
Παιδίατροι	5	6,9 %
Ειδικευόμενοι Παιδιατρικής	4	5,6 %
Βιοπαθολόγοι	2	2,8 %
Ειδικευόμενοι βιοπαθολόγοι	3	4,2 %

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα μεγάλη συμμετοχή υπήρχε από τους παθολόγους με ποσοστό 13,9% ενώ ακολουθούν οι χειρουργοί με ποσοστό 11,1%, οι γενικοί ιατροί και παιδίατροι με 6,9% και οι νεφρολόγοι με ποσοστό 5,6 %. Όσον αφορά στους ειδικευόμενους, μεγάλη συμμετοχή υπήρχε από ειδικευόμενους παθολόγους και παιδίατρους με ποσοστό 6,9 %.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται αναλυτικά το ποσοστό των ανδρών και των γυναικών με βάση την κάθε ειδικότητα.

Πίνακας 2: Παρουσίαση του ποσοστού κάθε φύλου με βάση την κάθε ειδικότητα ως προς το συνολικό δείγμα

Ειδικότητα	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο Total
Νεφρολόγοι	3 (4,2%)	1 (1,4%)	n=4 (5,6%)
Γενικοί Ιατροί	4 (5,5%)	1 (1,4%)	n=5 (6,9%)
Ειδικευόμενοι Γενικής Ιατρικής	1 (1,4%)	0 (0%)	n= 1 (1,4%)
Παθολόγοι	6 (8,3%)	4 (5,6%)	n= 10 (13,9%)
Ειδικευόμενοι Παθολόγοι	3 (4,2%)	1 (1,4%)	n= 4 (5,6%)

Παθολόγος-Διαβητολόγος	1 (1,4%)	0 (0%)	n=1 (1,4%)
Γυναικολόγοι-Μαιευτήρες	2 (2,8%)	1 (1,4%)	n=1 (4,2%)
Ειδικευόμενοι γυναικολόγοι-μαιευτήρες	0 (0%)	2 (2,8%)	n= 2 (2,8%)
Καρδιολόγοι	2 (2,8%)	1 (1,4%)	n= 3 (4,2%)
Ειδικευόμενοι Καρδιολόγοι	1 (1,4%)	0 (0%)	n= 1 (1,4%)
Κυτταρολόγοι	0 (0%)	1 (1,4%)	n= 1 (1,4%)
Νευροχειρουργοί	1 (1,4%)	0 (0%)	n= 1 (1,4%)
Ουρολόγοι	1 (1,4%)	1 (1,4%)	n= 2 (2,8%)
Ειδικευόμενοι Ουρολόγοι	0 (0%)	1 (1,4%)	n= 1 (1,4%)
Ωτορρινολαρυγγολόγοι	0 (0%)	1 (1,4%)	n= 1 (1,4%)
Αναισθησιολόγοι	0 (0%)	1 (1,4%)	n = 1 (1,4%)
Χειρουργοί	6 (8,3%)	2 (2,8%)	n= 8 (11,1%)
Ψυχιάτροι	0 (0%)	2 (2,8%)	n=2 (2,8%)
Ειδικευόμενοι Ψυχιατρικής	1 (1,4%)	1 (1,4%)	n= 2 (2,8%)
Γαστρεντερολόγοι	1 (1,4%)	1 (1,4%)	n= 2 (2,8%)
Ορθοπαιδικοί	2 (2,8%)	1 (1,4%)	n= 3 (4,2%)
Παιδίατροι	0 (0%)	5 (6,9%)	n= 5 (6,9%)
Ειδικευόμενοι Παιδιατρικής	3 (4,2%)	1 (1,4%)	n= 4 (5,6%)
Βιοπαθολόγοι	1 (1,4%)	1 (1,4%)	n= 2 (2,8)
Ειδικευόμενοι Βιοπαθολόγοι	1 (1,4%)	2 (2,8%)	n= 3 (4,2%)

Σχετικά με τις ερωτήσεις που αφορούσαν τις σπουδές τους στην ερώτηση σχετικά με το έτος κτήσης της ειδικότητας από τους 72 συμμετέχοντες απάντησαν μόνο οι 41. Ο μέσος όρος του έτους κτήσης της ειδικότητας ισούται με το έτος 2007 (Mean=2007,39) και η τυπική απόκλιση S.D.= ± 8,846. Αξίζει να αναφερθεί ωστόσο ότι ένα ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν και ειδικευόμενοι επομένως δικαιολογείται να μην έχουν απαντήσει όλοι οι συμμετέχοντες σε αυτήν την ερώτηση.

Σχετικά με την ερώτηση για το έτος κτήσης του βασικού τους πτυχίου επίσης δεν δόθηκε απάντηση από όλους τους συμμετέχοντες. Συγκεκριμένα από τους 72 συμμετέχοντες απάντησαν μόνο οι 61. Ο

μέσος όρος του έτους του βασικού τους πτυχίου ήταν το έτος 2003 (Mean= 2003,92) και η τυπική απόκλιση S.D. = $\pm 10,757$.

Το 100% των συμμετεχόντων απάντησε ότι έχουν πτυχίο Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης. Αναφορικά με την απόκτηση μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών/ Phd 15 συμμετέχοντες (21,7%) απάντησαν ότι κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, 5 συμμετέχοντες (7,2%) απάντησαν ότι είναι κάτοχοι διδακτορικών τίτλων σπουδών (Phd), 4 συμμετέχοντες (5,8%) δήλωσαν ότι κατέχουν και μεταπτυχιακό και διδακτορικό, 4 συμμετέχοντες (5,8%) δήλωσαν ότι είναι διδάκτορες ενώ τέλος 1 συμμετέχων (1,4%) δήλωσε ότι είναι υποψήφιος για Phd. Τέλος το 58% του συνολικού δείγματος δηλαδή 40 άτομα δεν έδωσε καμία απάντηση σε αυτήν την ερώτηση.

Τέλος, στην ερώτηση για το έτος κτήσης των μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών απάντησαν μόνο 27 άτομα από τους συμμετέχοντες με μέσο όρο το έτος 2009 (Mean= 2009,22) και τυπική απόκλιση S.D. = $\pm 10,020$.

Πίνακας 3: Παρουσίαση ποσοστού ιατρών ανά ειδικότητα και φύλο με βάση την κατοχή ή όχι μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών/Phd ως προς το συνολικό δείγμα

Ειδικότητα	Ανδρες	Γυναίκες
Νεφρολόγοι	1(1,4%) Υποψήφιος Phd 1(1,4%) Phd 1(1,4%) MSc και Phd	1 (1,4%) Phd
Γενικοί Ιατροί	2(2,8%) καμία απάντηση 1(1,4%) Phd	0 (0%)
Ειδικευόμενοι γενικής ιατρικής	1 (1,4%) MSc	0 (0%)
Παθολόγοι	4 (4,1%) καμία απάντηση 2 (2,8%) Διδάκτωρ	1 (1,4%) καμία απάντηση 2 (2,8%) MSc και Phd 2 (2,8%) Διδάκτωρ
Ειδικευόμενοι παθολόγοι	2 (2,8%) καμία απάντηση 1 (1,4%) MSc	1 (1,4%) καμία απάντηση
Παθολόγος-Διαβητολόγος	1 (1,4%) MSc	0 (0%)
Γυναικολόγοι- Μαιευτήρες	1 (1,4%) καμία απάντηση 1 (1,4%) Phd	1 (1,4%) καμία απάντηση
Ειδικευόμενοι γυναικολόγοι-μαιευτήρες	0 (0%)	2 (2,8%) καμία απάντηση
Καρδιολόγοι	1 (1,4%) καμία απάντηση	1 (1,4%) καμία απάντηση

Ειδικευόμενοι καρδιολογίας	1 (1,4%) MSc	0 (0%)
Νευροχειρουργοί	1 (1,4%) MSc	0 (0%)
Ουρολόγοι	1 (1,4%) καμία απάντηση	1 (1,4%) καμία απάντηση
Ειδικευόμενοι ουρολόγοι	0 (0%)	1 (1,4%) καμία απάντηση
Ωτορρινολαρυγγολόγοι	0 (0%)	1 (1,4%) MSc
Αναισθησιολόγοι	0 (0%)	1 (1,4%) MSc
Χειρουργοί	3 (4,2%) καμία απάντηση 1 (1,4%) MSc 2 (2,8%) MSc και Phd	1 (1,4%) καμία απάντηση 1 (1,4%) MSc
Ψυχίατροι	0 (0%)	2 (2,8%) καμία απάντηση
Ειδικευόμενοι ψυχιατρικής	1 (1,4%) καμία απάντηση	1 (1,4%) καμία απάντηση
Γαστρεντερολόγοι	1 (1,4%) MSc	1 (1,4%) MSc
Ορθοπαιδικοί	1 (1,4%) καμία απάντηση 1 (1,4%) MSc	1 (1,4%) καμία απάντηση
Παιδίατροι	0 (0%)	3 (4,1%) καμία απάντηση 1 (1,4%) Phd 1 (1,4%) MSc
Ειδικευόμενοι παιδίατροι	2 (2,8%) καμία απάντηση 1 (1,4%) MSc	1 (1,4%) καμία απάντηση
Βιοπαθολόγοι	1 (1,4%) MSc	1 (1,4%) MSc
Ειδικευόμενοι βιοπαθολόγοι	1 (1,4%) καμία απάντηση	0 (0%)

Διατροφική εκπαίδευση των συμμετεχόντων:

Σχετικά με τις ερωτήσεις για την διατροφική τους εκπαίδευση στην ερώτηση για το αν θυμούνται να είχαν κατά την διάρκεια των σπουδών τους στην Ιατρική σχολή κάποια εκπαίδευση σχετικά με την διατροφή είτε διαλέξεις σε μαθήματα είτε έννοιες της διατροφής ενσωματωμένες σε κάποιο μάθημα, από τις απαντήσεις που δόθηκαν, 26 άτομα δηλαδή ποσοστό 36,1 % απάντησε ότι ναι θυμάται να έχουν αναφορές σε έννοιες της διατροφής στα μαθήματα τους, 3 άτομα δηλαδή 4,2 % απάντησαν ότι ναι είχαν αναφορές σχετικά με την διατροφή στα μαθήματα όπως παθολογία, θεραπευτική και ενδοκρινολογία. Άλλες απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες 1,4% απάντησε ότι είχε αναφορές στην διατροφή σε μαθήματα της παιδιατρικής και διατροφή του βρέφους, άλλο ένα ποσοστό 1,4% απάντησε ότι είχε κάποια εκπαίδευση από το μάθημα της φυσιολογίας, 1,4 % δήλωσε σαν μάθημα τη γενική χειρουργική και 1,4% δήλωσε ότι έχει εκπαίδευση από συνέδρια. Τέλος το 54,1% δηλαδή 39

άτομα δηλώσαν πως όχι δεν θυμούνται αν υπήρχαν μαθήματα στο πρόγραμμα σπουδών της σχολής τους που να έκαναν αναφορά στην διατροφή.

Στην ερώτηση σχετικά με την ύπαρξη κάποιου μαθήματος επιλογής σχετικό με την διατροφή 2 άτομα δηλαδή ένα 2,8% απάντησε ότι δεν θυμάται, 8 άτομα δηλαδή το 11,1% απάντησε πως ναι υπήρχε μάθημα επιλογής σχετικό με την διατροφή χωρίς όμως να αναφέρει το τίτλο του μαθήματος ενώ τέλος 50 άτομα 69,4% δήλωσαν πως όχι.

Οι υπόλοιπες απαντήσεις που ανέφεραν και τον τίτλο του μαθήματος 2 άτομα (2,8%) ανέφερε ότι υπήρχε μάθημα επιλογής η διατροφή του βρέφους, 1 άτομο (1,4%) ανέφερε το μάθημα διατροφή στην εγκυμοσύνη, 1,4% ανέφερε το μάθημα ιατρική διατροφολογία, 5 άτομα (6,9 %) δήλωσαν ότι είχαν μάθημα επιλογής κλινική διατροφή, 1,4% δήλωσε το μάθημα της υγιεινής, 1,4% ανέφερε μάθημα επιλογής διατροφή, ενώ τέλος άλλο ένα ποσοστό 1,4% ανέφερε 2 επιλεγόμενα μαθήματα κλινική διατροφή και βιοχημεία της άσκησης.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η ύπαρξη ή όχι μαθήματος επιλογής σχετικό με την διατροφή ανά φύλο και ειδικότητα ως προς το συνολικό δείγμα.

Πίνακας 4: Παρουσίαση αποτελεσμάτων της ύπαρξης ή όχι μαθήματος επιλογής στην ιατρική σχολή με βάση την ειδικότητα και το φύλο ως προς το συνολικό δείγμα

Ειδικότητες	Άνδρες Ναι/Όχι	Γυναίκες Ναι/Όχι	Σύνολο
Νεφρολόγοι	n= 0 (0%)/ n= 3 (4,2%)	n= 1 (1,4%)/ n= 0 (0%)	n= 4 (5,6%)
Γενικοί Ιατροί	n=1 διατροφή του βρέφους (1,4%), n=1 διατροφή στην εγκυμοσύνη (1,4%)/ n= 2 (2,7%)	n= 0 (0%)/ n= 1 (1,4%)	n= 5 (6,9%)
Ειδικευόμενοι Γενικής Ιατρικής	n= 0 (0%)/n=1 (1,4%)	n=0 (0%)/n=0 (0%)	n = 1 (1,4%)
Παθολόγοι	n=2 (2,8%)/n=4 (5,5%)	n= 0 (0%)/n= 4 (5,6%)	n= 10 (13,9%)
Ειδικευόμενοι Παθολόγοι	n= 1 δεν θυμάμαι (1,4%) / n= 2 (2,8%)	n= 1 (1,4%)/ n= 0 (0%)	n= 4 (5,6%)
Παθολόγος Διαβητολόγος	n= 0 (0%)/n= 1 (1,4%)	n=0 (0%)/n=0 (0%)	n=1 (1,4%)
Γυναικολόγοι-Μαιευτήρες	n=0 (0%)/ n= 2 (2,8%)	n=0 (0%)/n= 1 (1,4%)	n= 3 (4,2%)
Ειδικευόμενοι γυναικολόγοι-μαιευτήρες	n= 0 (0%)/ n= 0 (0%)	n=1 (1,4%)/ n= 1 (1,4%)	n= 2 (2,8%)

Καρδιολόγοι	n= 0 (0%)/ n=2 (2,8%)	n= 0 (0%)/ n=1 (1,4%)	n= 3 (4,2%)
Ειδικευόμενοι Καρδιολόγοι	n=1 (1,4%)/ n= 0 (0%)	n= 0 (0%)/ n= 0 (0%)	n= 1 (1,4%)
Κυτταρολόγοι	n= 0 (0%)/ n=0 (0%)	n=0 (0%)/n=1 (1,4%)	n=1 (1,4%)
Νευροχειρουργοί	n= 0 (0%)/ n=1 (1,4%)	n=0(0%)/n=0(0%)	n=1 (1,4%)
Ουρολόγοι	n= 0 (0%)/n=1 (1,4%)	n=1(1,4%)/n=0(0%)	n=2 (2,8%)
Ειδικευόμενοι Ουρολόγοι	n=0 (0%)/n=0(0%)	n=0 (0%)/n=1 (1,4%)	n=1 (1,4%)
Ωτορινολαρυγγολόγοι	n=0(0%)/n=0(0%)	n=0(0%)/n=1 (1,4%)	n=1 (1,4%)
Αναισθησιολόγοι	n=0(0%)/n=0(0%)	n=0(0%)/n=1(1,4%)	n=1 (1,4%)
Χειρουργοί	n=1 (1,4%), n=1 Ιατρική διατροφολογία (1,4%)/n=4 (5,5%)	n=1 (1,4%) Δεν θυμάμαι/n= 1(1,4%)	n= 8 (11,1%)
Ψυχίατροι	n= 0 (0%)/n= 0 (0%)	n=1 (1,4%) κλινική διατροφή/ n=1 (1,4%)	n= 2 (2,8%)
Ειδικευόμενοι Ψυχιατρικής	n=1 κλινική διατροφή και βιοχημεία της άσκησης (1,4%)/ n=0 (0%)	n=1 (1,4%) κλινική διατροφή/ n=0 (0%)	n=2 (2,8%)
Γαστρεντερολόγοι	n=0(0%)/n=1 (1,4%)	n=0(0%)/n=1 (1,4%)	n=2 (2,8%)
Ορθοπαιδικοί	n=0(0%)/n=2(2,8%)	n=0(0%)/n=1(1,4%)	n=3(4,2%)
Παιδιάτροι	n=0 (0%)/n=0(0%)	n=1 διατροφή του βρέφους (1,4%), n=1 υγιεινή (1,4%)/n=3(4,2%)	n= 5 (6,9%)
Ειδικευόμενοι Παιδιατρικής	n=3 κλινική διατροφή (4,1%)/ n=0 (0%)	n=1 διατροφή (1,4%)/ n=0 (0%)	n=4 (5,5%)
Βιοπαθολόγοι	n=0(0%)/n=1(1,4%)	n=0(0%)/n=1(1,4%)	n=2 (2,8%)
Ειδικευόμενοι Βιοπαθολόγοι	n=0(0%)/n=1(1,4%)	n=0(0%)/n=2(2,8%)	n=3 (4,2%)

Οικογενειακό Ιστορικό:

Σχετικά με τις ερωτήσεις που αφορούν την ύπαρξη μελών στις οικογένειες τους με σοβαρή ασθένεια που να απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή στη διατροφή 40 άτομα δηλαδή το 55,5% απάντησαν πως όχι δεν έχουν, 11 άτομα δηλαδή το 15,3% απάντησε πως ναι έχουν χωρίς να αναφερθεί η ασθένεια συγκεκριμένα, ενώ τέλος οι υπόλοιποι απάντησαν θετικά κάνοντας αναφορά και στην ασθένεια (29,1%).

Ειδικότερα, από το ποσοστό αυτό (29,1%) ένα μεγάλο ποσοστό 8,3 % του συνολικού δείγματος απάντησε ότι έχουν άτομο στην οικογένεια με Σακχαρώδη Διαβήτη χωρίς να προσδιορίζουν τον τύπο,

ενώ το 8,3% απάντησε ότι έχουν άτομο στην οικογένεια τους με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Οι υπόλοιπες απαντήσεις αντιστοιχούν σε ποσοστό 1,4% του συνολικού δείγματος δίνοντας ως απάντηση διάφορες ασθένειες όπως καρκίνος του παχέος εντέρου, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, παχυσαρκία, νοσογόνο παχυσαρκία κ.α.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων με βάση το φύλο και την ειδικότητα τους,

Πίνακας 5: Παρουσίαση αποτελεσμάτων της ύπαρξης ή όχι μελών στις οικογένειες των συμμετεχόντων με σοβαρή ασθένεια που να απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή στη διατροφή με βάση το φύλο και την ειδικότητα.

Ειδικότητες	Άνδρες Ναι/Όχι	Γυναίκες Ναι/Όχι	Σύνολο
Νεφρολόγοι	n=2 (2,8%)/ n=1(1,4%)	n=1Ναι Σακχαρώδη Διαβήτη 2 (1,4%)	n=4 (5,6%)
Γενικοί Ιατροί	n=1(1,4%)/ n=3(4,1%)	n=0 (0%)/n=1(1,4%)	n=5 (6,9%)
Ειδικευόμενοι Γενικής Ιατρικής	n=1 Ναι Σ. Δ. 2 (1,4%)/n=0 (0%)	n=0 (0%)/n=0 (0%)	n=1 (1,4%)
Παθολόγοι	n=1Ναι Σ.Δ. 2 (1,4%), n=1 (1,4%), n=1 (1,4%) /n=3(4,1%)	n=1(1,4%)Σ.Δ./ n=3 (4,2%)	n=10 (13,9%)
Ειδικευόμενοι Παθολογίας	n=1 (1,4%)Ναι Σ.Δ.2/ n=2(2,8%)	n=1 (1,4%) Ναι Σ.Δ.	n=4 (5,6%)
Παθολόγος-Διαβητολόγος	n=0(0%)/n=1(1,4%)	n=0(0%)/ n=0(0%)	n=1 (1,4%)
Γυναικολόγοι/Μαιευτήρες	n=0(0%)/ n=2(2,8%)	n=0(0%)/n=1(1,4%)	n=3 (4,2%)
Ειδικευόμενοι Γυναικολόγοι/ Μαιευτήρες	n=0(0%)/ n=0(0%)	n=1 (1,4%), n=1 (1,4%) Ναι Σ.Δ. 2/ n=0 (0%)	n=2 (2,8%)
Καρδιολόγοι	n=0(0%)/n=2(2,8%)	n=0 (0%)/n=1(1,4%)	n=3 (4,2%)
Ειδικευόμενοι Καρδιολογίας	n=0(0%)/n=1(1,4%)	n=0(0%)/n=0(0%)	n=1 (1,4%)
Κυτταρολόγοι	n=0(0%)/n=0(0%)	n=1(1,4%)/ n=0(0%)	n=1 (1,4%)

Νευροχειρουργοί	n=0(0%)/n=1(1,4%)	n=0(0%)/n=0(0%)	n=1 (1,4%)
Ουρολόγοι	n=0(0%)/n=1(1,4%)	n=1(1,4%)Ναι καρκίνο του παχέος εντέρου/ n=0(0%)	n=2 (2,8%)
Ειδικευόμενοι Ουρολόγοι	n=0(0%)/n=0(0%)	n=1(1,4%)/n=0(0%)	n=1 (1,4%)
Ωτορρινολαρυγγολόγοι	n=0(0%)/n=0(0%)	n=0(0%)/n=1(1,4%)	n=1 (1,4%)
Αναισθησιολόγοι	n=0(0%)/n=0(0%)	n=1(1,4%)Ναι γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση/n=0(0%)	n=1 (1,4%)
Χειρουργοί	n=1(1,4%),n=4(5,5%) Σ.Δ./n=1(1,4%)	n=0(0%)/n=2(2,8%)	n=8 (11,1%)
Ψυχίατροι	n=0(0%)/n=0(0%)	n=0(0%)/n=2(2,8%)	n=2 (2,8%)
Ειδικευόμενοι Ψυχιατρικής	n=1(1,4%) Ναι ΣΔ2/n=0(0%)	n=1 (1,4%) Ναι προδιαβήτη/n=0(0%)	n=2 (2,8%)
Γαστρεντερολόγοι	n=0(0%)/n=1(1,4%)	n=0(0%)/n=1(1,4%)	n=2 (2,8%)
Ορθοπαιδικοί	n=1(1,4%),n=1 (1,4%) Ναι ΣΔ/ n=0(0%)	n=1(1,4%) Ναι σπειραματονεφρίτιδα/n=0 (0%)	n=3 (4,2%)
Παιδιάτροι	n=0(0%)/n=0(0%)	n=1(1,4%)Ναι στεφανιαία νόσο, n=1 (1,4%) Ναι έμφραγμα του μυοκαρδίου, n=1 (1,4%) Ναι ΣΔ, ουρική αρθρίτιδα, υπέρταση/ n=2 (2,7%)	n= 5 (6,9%)
Ειδικευόμενοι Παιδιάτροι	n=0(0%)/n=3(4,2%)	n=0(0%)/n=1(1,4%)	n=4 (5,5%)
Βιοπαθολόγοι	n=0(0%)/n=1(1,4%)	n=1(1,4%) Ναι νοσογόνο παχυσαρκία/n=0(0%)	n=2 (2,8%)
Ειδικευόμενοι Βιοπαθολόγοι	n=1 Ναι παχυσαρκία (1,4%)/n=0 (0%)	n=1(1,4%)/n=1(1,4%)	n=3 (4,2%)

Αξιολόγηση παραγόντων που συμβάλουν στην ύπαρξη της παχυσαρκίας

Αναφορικά με τις ερωτήσεις που αφορούσαν την αξιολόγηση παραγόντων που δυσκολεύουν την προσπάθεια ενός παχύσαρκου στην απώλεια κιλών ή στην διατήρηση του απολεσθέντος βάρους:

Ερώτηση 1:

Στην πρώτη ερώτηση για την αύξηση των ορμονών που επιδρούν στην όρεξη (πχ γκρελίνη) το 25,0% δηλαδή τα 18 άτομα του συνολικού δείγματος σημείωσαν στην κλίμακα τον αριθμό 8 που σημαίνει ότι αξιολόγησαν τον παράγοντα ως σημαντικό (εφόσον ο αριθμός 8 είναι κοντά στο 10). Το 16,7% δηλαδή 12 άτομα του συνολικού δείγματος σημείωσαν ως απάντηση το νούμερο 7 που επίσης σημαίνει ότι αξιολογούν πως παίζει σημαντικό ρόλο αυτός ο παράγοντας, ενώ το 15,1% δηλαδή 11 άτομα που σημείωσαν το νούμερο 5 έκριναν τον παράγοντα μέτρια προς λιγότερο σημαντικό.

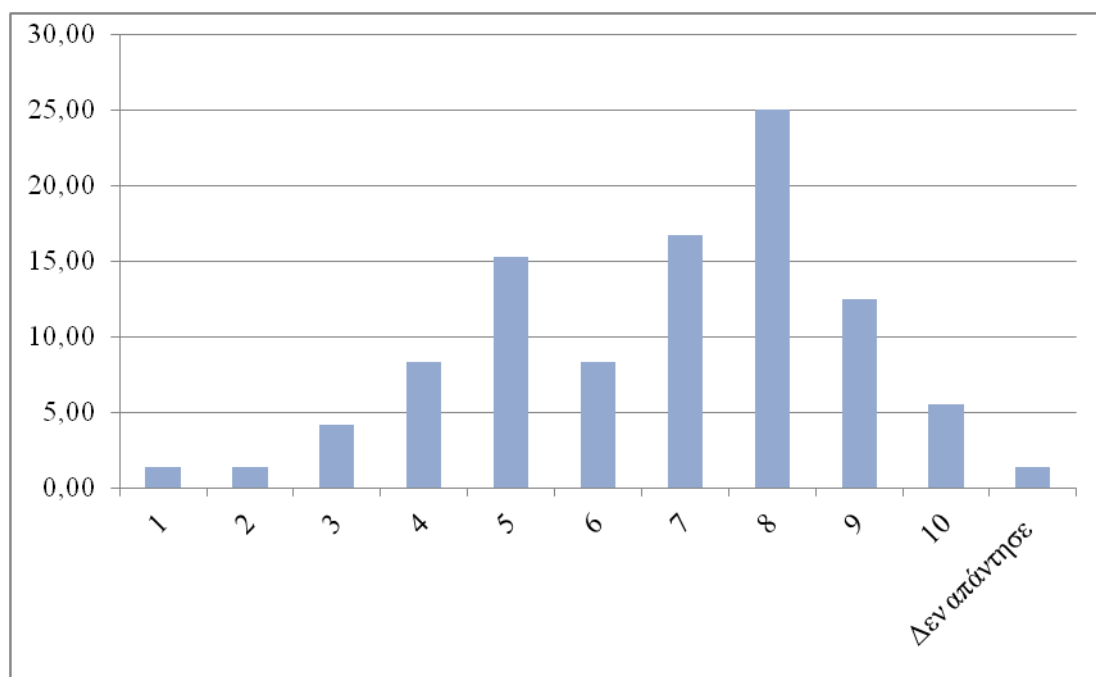
Όσοι σημείωσαν το νούμερο 9 δηλαδή 9 άτομα 12,5% φάνηκε ότι αξιολόγησαν αρκετά σημαντικό τον παράγοντα, ενώ 6 άτομα 8,3% που σημείωσαν το νούμερο 4 έκριναν λιγότερο σημαντικό τον παράγοντα και ένα ακόμα ποσοστό 8,3% που σημείωσαν ως απάντηση τον αριθμό 6 σημαίνει ότι τον αξιολόγησαν μέτρια σημαντικό τον παράγοντα.

Αξίζει να αναφερθεί ότι οι συγκεκριμένες απαντήσεις δίνονται με βάση κλίμακας από το 1 μέχρι το 10. Όσο πιο κοντά είναι ένας αριθμός στο 1 ο παράγοντας κρίνεται ως λιγότερο σημαντικός ενώ όσο πιο κοντά στο 10 τόσο πιο σημαντικός κρίνεται.

Ακολουθούν τα ποσοστά 5,6% δηλαδή 4 άτομα που σημείωσαν ως απάντηση το 10 που σημαίνει ότι τον θεωρούν πολύ σημαντικό τον παράγοντα, 4,2% 3 άτομα που απάντησαν τον αριθμό 3 δηλαδή λιγότερο σημαντικό και τέλος 1,4% και 1,4% που έδωσαν ως απάντηση το 2 και το 1 αντίστοιχα αξιολογώντας τον επίσης λιγότερο σημαντικό.

Τέλος πρέπει να αναφερθεί ότι ένα ποσοστό 1,4% δηλαδή 1 άτομο δεν απάντησε στην ερώτηση.

Σχήμα 1: Αξιολόγηση του παράγοντα της αύξησης των ορμονών που επιδρούν στην όρεξη (πχ γκρελίνη)



Ερώτηση 2:

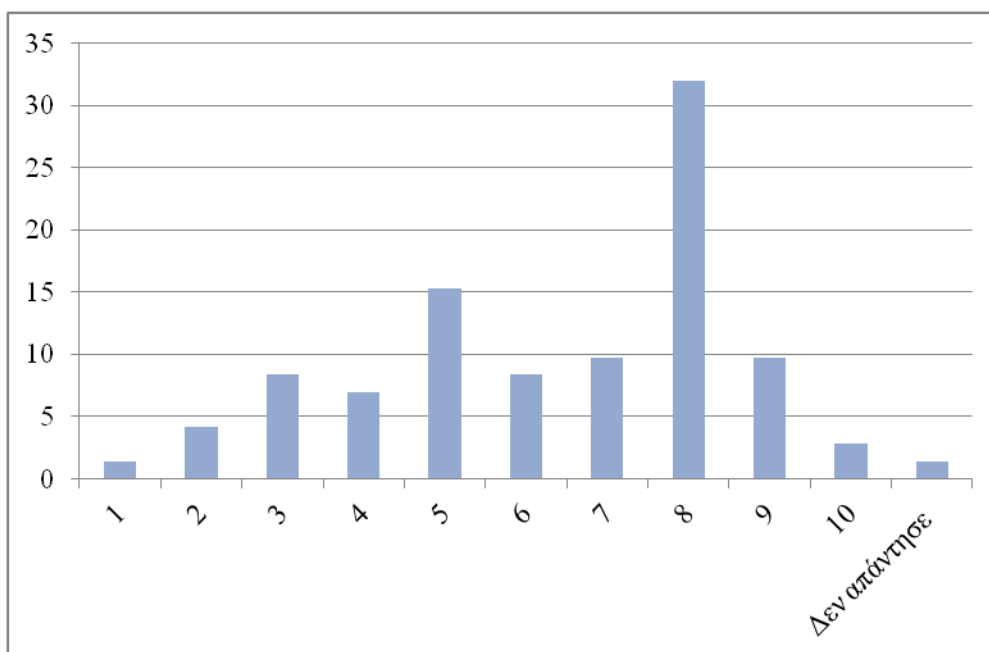
Στην δεύτερη ερώτηση σχετικά με την μείωση ορμονών που συμβάλουν στην πληρότητα (π.χ. λεπτίνη) το 31,9% δηλαδή 23 άτομα του συνολικού δείγματος έδωσαν ως απάντηση το 8 δηλαδή στο ότι είναι σημαντικό, 15,3% δηλαδή 11 άτομα σημείωσαν το νούμερο 5 μέτρια προς λιγότερο σημαντικό, ενώ ποσοστά των 9,7% και 9,7% δηλαδή στο σύνολο 14 άτομα έδωσαν ως απάντηση τους αριθμούς 7 και 9 αντίστοιχα δηλαδή σημαντικό και αρκετά σημαντικό.

Άλλες απαντήσεις κυμάνθηκαν στα ποσοστά 8,3% σημειώνοντας το νούμερο 6 μέτρια σημαντικός, 8,3% τον αριθμό 3 λιγότερα σημαντικός και ένα 6,9% δηλαδή 5 άτομα απάντησαν το νούμερο 4 επίσης λιγότερο σημαντικό.

Ένα 4,2% δηλαδή 3 άτομα έδωσαν ως απάντηση το νούμερο 2 που σημαίνει ότι έκριναν τον παράγοντα ότι παίζει μικρό ρόλο άρα λιγότερο σημαντικό, ενώ 2,8% δηλαδή 2 άτομα απάντησαν το νούμερο 10 που σημαίνει ότι τον αξιολόγησαν ως αρκετά σημαντικό, 1,4% δηλαδή 1 άτομο τον αριθμό 1 δηλαδή λιγότερο σημαντικό.

Τέλος 1,4% δηλαδή 1 άτομο δεν απάντησε καθόλου σε αυτήν την ερώτηση.

Σχήμα 2: Αξιολόγηση του παράγοντα της μείωσης ορμονών που συμβάλουν στην πληρότητα (πχ λεπτίνη)



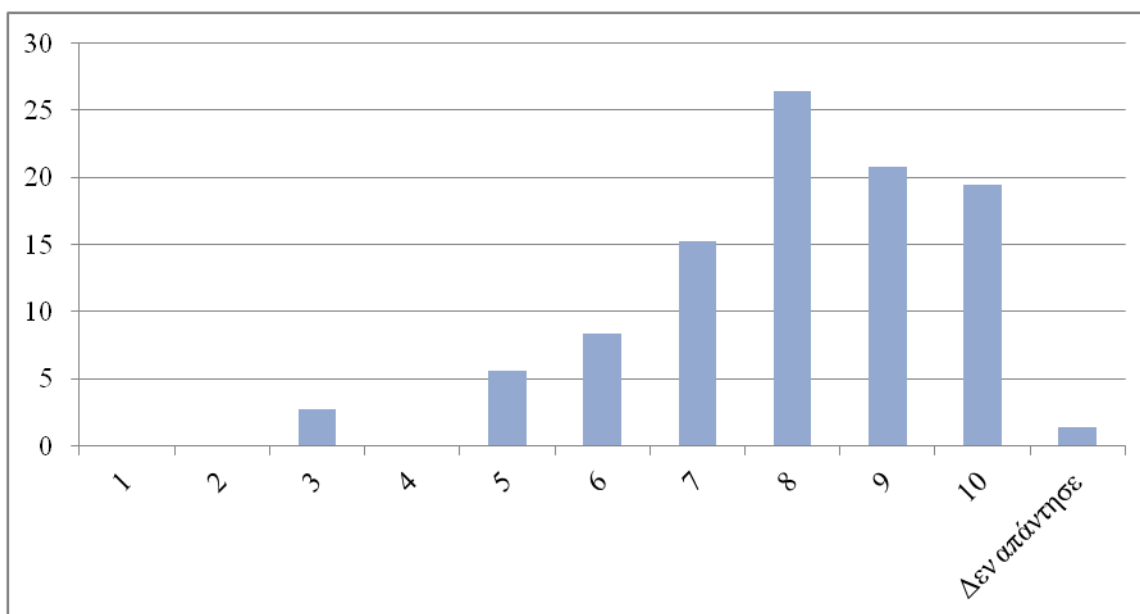
Ερώτηση 3:

Στην συνέχεια στην τρίτη ερώτηση που αφορούσε την μείωση της 24ώρης ενεργειακής δαπάνης (αυξημένη μεταβολική αποτελεσματικότητα στην αποθήκευση θερμίδων) ένα 26,4% δηλαδή 19 άτομα απάντησαν το νούμερο 8 δηλαδή το έκριναν ως σημαντικό παράγοντα, το 20,8% δηλαδή 15 άτομα απάντησαν το νούμερο 9 αρκετά σημαντικό, το 19,4% δηλαδή 14 άτομα απάντησαν το νούμερο 10 πολύ σημαντικός ενώ ένα 15,3% 11 άτομα απάντησαν το νούμερο 7 δηλαδή σημαντικό.

Άλλα ποσοστά κυμάνθηκαν στο 8,3% δηλαδή 6 άτομα δίνοντας ως απάντηση τον αριθμό 6 μέτρια σημαντικός, 5,6% δηλαδή 4 άτομα έδωσαν ως απάντηση τον αριθμό 5 μέτρια προς λιγότερο σημαντικός ενώ 2,8% δηλαδή 2 άτομα απάντησαν τον αριθμό 3 δηλαδή λίγο σημαντικός.

Τέλος ένα ποσοστό 1,4% δηλαδή 1 άτομο δεν απάντησε καθόλου σε αυτήν την ερώτηση.

Σχήμα 3: Αξιολόγηση του παράγοντα της μείωσης της 24ώρης ενεργειακής δαπάνης (αυξημένη μεταβολική αποτελεσματικότητα στην αποθήκευση θερμιδών)



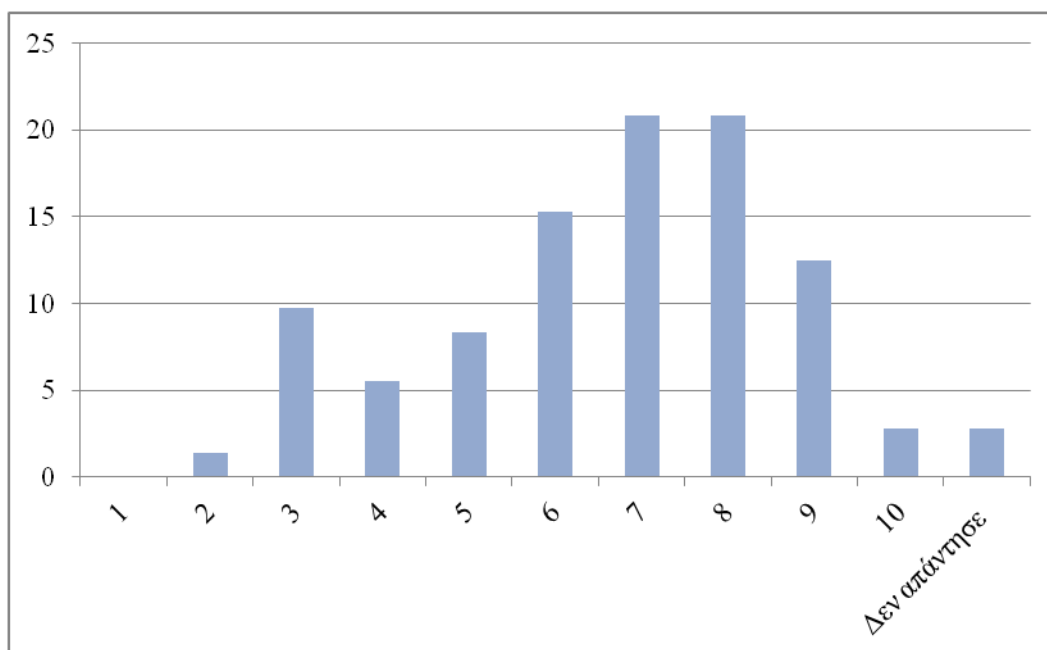
Ερώτηση 4:

Στην τέταρτη ερώτηση που αφορούσε την αυξημένη μεταφορά μηνυμάτων από νευροδιαβιβαστές στον εγκέφαλο, ως απάντηση στα ερεθίσματα της τροφής ποσοστά των 20,8% και 20,8% δηλαδή 15 και 15 άτομα απάντησαν της αριθμούς 7 και 8 αντίστοιχα αξιολογώντας τον δηλαδή ως σημαντικό. Το 15,3% δηλαδή 11 άτομα απάντησαν τον αριθμό 6 μέτρια σημαντικό, 12,5% 9 άτομα απάντησαν τον αριθμό 9 αρκετά σημαντικό ενώ το 9,7% δηλαδή 7 άτομα απάντησαν τον αριθμό 3 δηλώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο ότι τον αξιολογούν αυτόν τον παράγοντα ως λιγότερο σημαντικό.

Άλλα ποσοστά κυμάνθηκαν στο 8,3 % δηλαδή 6 άτομα έδωσαν ως απάντηση τον αριθμό 5 μέτρια της λιγότερο σημαντικό και ένα 5,6% δηλαδή 4 άτομα έδωσαν ως απάντηση τον αριθμό 4 λιγότερο σημαντικό.

Τέλος το 2,8% δηλαδή 2 άτομα απάντησαν το νούμερο 10 δηλαδή πολύ σημαντικό ενώ ένα ποσοστό της τάξης 1,4% δηλαδή 1 άτομο έδωσε ως απάντηση τον αριθμό 2 δηλαδή λιγότερο σημαντικό. 2 άτομα δηλαδή το 2,8% δεν απάντησε καθόλου σε αυτή την ερώτηση.

Σχήμα 4: Αξιολόγηση του παράγοντα της αυξημένης μεταφοράς μηνυμάτων από νευροδιαβιβαστές ως απάντηση στα ερεθίσματα τροφής



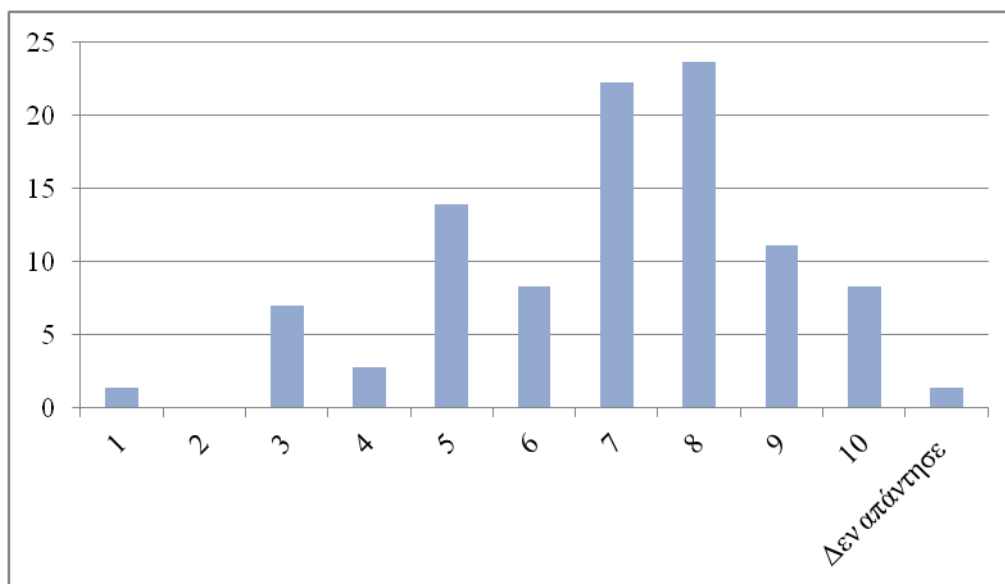
Ερώτηση 5:

Στην επόμενη ερώτηση που αφορούσε την αύξηση των κυττάρων του λιπώδους ιστού ένα ποσοστό 23,6% δηλαδή 17 άτομα απάντησαν τον αριθμό 8 δηλαδή σημαντικό παράγοντα, το 22,2% (16 άτομα) απάντησαν το νούμερο 7 που σημαίνει επίσης ότι τον έκριναν σημαντικό, ένα 13,9% δηλαδή 10 άτομα απάντησαν το νούμερο 5 μέτρια προς λιγότερο σημαντικό, ενώ όσοι έδωσαν ως απάντηση το νούμερο 9 δηλαδή ένα 11,1% 8 άτομα αξιολόγησαν τον παράγοντα ως αρκετά σημαντικό.

ποσοστά 8,3% και 8,3% απάντησαν τους αριθμούς 10 πολύ σημαντικό και 6 αντίστοιχα μέτρια προς σημαντικό ένα 6,9% 5 άτομα απάντησαν τον αριθμό 3 λιγότερο σημαντικός και ένα 2,8% δηλαδή 2 άτομα απάντησαν τον αριθμό 4 λιγότερο σημαντικός, και τέλος 1 άτομο δηλαδή 1,4% απάντησε τον αριθμό 1 λιγότερο σημαντικός.

Ένα ποσοστό 1,4% δηλαδή 1 άτομο δεν έδωσε καμία απάντηση

Σχήμα 5: Αξιολόγηση παράγοντα της αύξησης των κυττάρων του λιπώδους ιστού

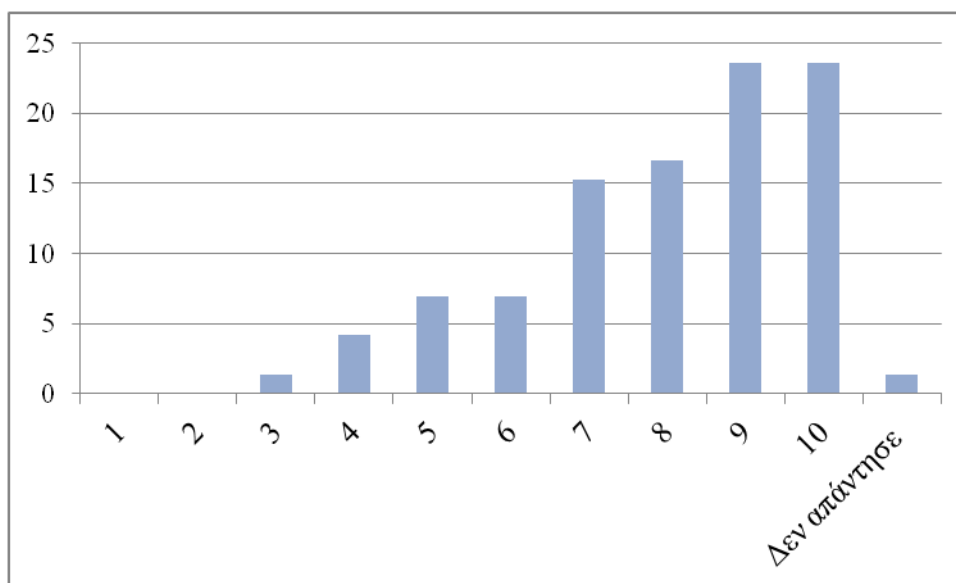


Ερώτηση 6:

Στην ερώτηση σχετικά με την επαναφορά σε προηγούμενα πρότυπα διατροφής και φυσικής δραστηριότητας ποσοστά 23,6% δηλαδή 17 άτομα έδωσαν ως απάντηση τους αριθμούς 9 και 10 αντίστοιχα δηλαδή αρκετά και πολύ σημαντικός παράγοντας. 16,7% δηλαδή 12 άτομα απάντησαν το νούμερο 8 σημαντικός ενώ ένα ποσοστό 15,3% (11 άτομα) έδωσαν ως απάντηση το νούμερο 7 επίσης σημαντικός.

Οι υπόλοιποι συμμετέχοντες με ποσοστό 6,9% απάντησαν τους αριθμούς 5 και 6 αντίστοιχα μέτρια προς λιγότερο σημαντικός και μέτρια προς σημαντικό αντίστοιχα ενώ ένα 4,2% δηλαδή 3 άτομα απάντησαν το 4 λιγότερο σημαντικό. 1 άτομο 1,4% έδωσε ως απάντηση τον αριθμό 3 λιγότερο σημαντικό. Τέλος 1 άτομο δηλαδή 1,4% δεν απάντησε καθόλου σε αυτήν την ερώτηση.

Σχήμα 6: Αξιολόγηση του παράγοντα της επαναφοράς σε προηγούμενα πρότυπα διατροφής και φυσικής δραστηριότητας

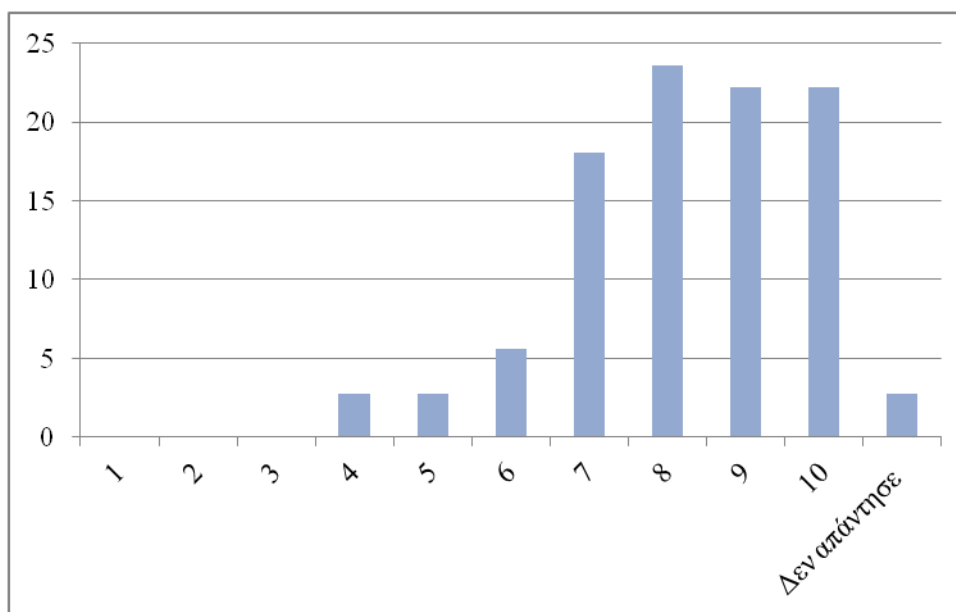


Ερώτηση 7:

Στην τελευταία ερώτηση αυτής της ενότητας του ερωτηματολογίου σχετικά με την κατάθλιψη ή άλλες αρνητικές καταστάσεις διάθεσης η πλειονότητα των συμμετεχόντων το 23,6% δηλαδή 17 άτομα απάντησαν με το νούμερο 8 σημαντικό, ενώ μεγάλα ποσοστά είχαν και οι αριθμοί 9 και 10 αρκετά και πολύ σημαντικό αντίστοιχα με 22,2 % και 22,2% αντίστοιχα.

Ακολουθούν τα ποσοστά 18,1% δηλαδή 13 άτομα όπου αξιολόγησαν τον παράγοντα αυτόν με τον αριθμό 7 σημαντικό, 5,6% δηλαδή 4 άτομα με τον αριθμό 6 μέτρια σημαντικό, και ποσοστά 2,8% και 2,8% με αριθμούς 5 μέτρια προς λιγότερο σημαντικό και 4 λιγότερο σημαντικό αντίστοιχα. Τέλος ένα 2,8% δηλαδή 2 άτομα δεν απάντησαν καθόλου στην ερώτηση αυτή.

Σχήμα 7: Αξιολόγηση του παράγοντα της κατάθλιψης και άλλων αρνητικών καταστάσεων διάθεσης



Θεραπεία της παχυσαρκίας

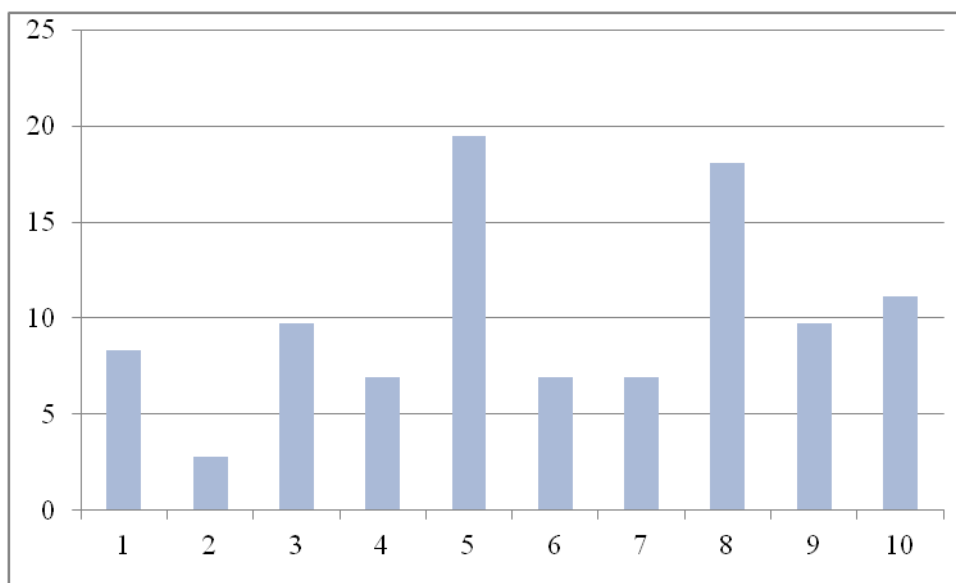
Αναφορικά με τις ερωτήσεις σχετικά με την αξιολόγηση της θεραπείας της παχυσαρκίας:

Ερώτηση 8:

Στην ερώτηση για το αν τους είναι ευχάριστο το να θεραπεύουν την παχυσαρκία στην πρακτική τους ένα 19,4% δηλαδή 14 άτομα απάντησαν τον αριθμό 5 που δηλαδή σημαίνει μέτρια προς λιγότερο σημαντικό, ενώ το αμέσως επόμενο χαμηλότερο ποσοστό το 18,1% δηλαδή 13 άτομα απάντησαν τον αριθμό 8 δηλαδή ότι το θεωρούν σημαντικό. Το 11,1% δηλαδή 8 άτομα απάντησαν τον αριθμό 10 δηλαδή ότι συμφωνούν. 8,3 % δηλαδή 6 άτομα σημείωσαν τον αριθμό 1 δηλαδή λιγότερο σημαντικό και ποσοστά 9,7 % και 9,7% απάντησαν με τους αριθμούς 9 και 3 αντίστοιχα που οι απαντήσεις τους λαμβάνονται ως αρκετά σημαντικό και λιγότερο σημαντικό.

Οι αριθμοί 7 σημαντικό, 6 μέτρια σημαντικό και 4 λιγότερο σημαντικό απαντήθηκαν με ένα ποσοστό 6,9% που αντιστοιχεί στην κάθε απάντηση, ενώ 2 άτομα δηλαδή ένα 2,8% απάντησαν τον αριθμό 2 λιγότερο σημαντικό.

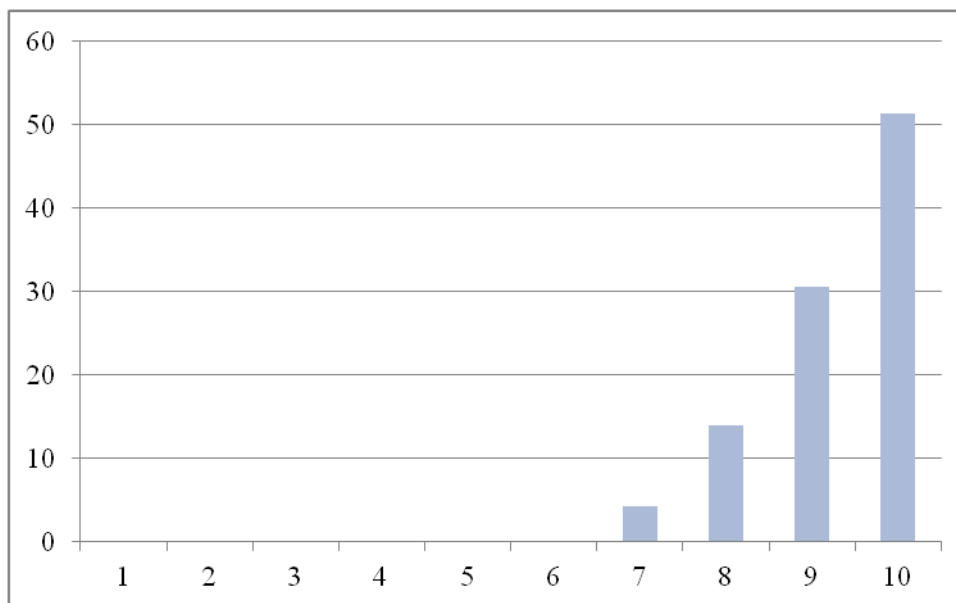
Σχήμα 8: Αξιολόγηση του κατά πόσο τους είναι ευχάριστο να θεραπεύουν την παχυσαρκία στην πρακτική τους



Ερώτηση 9:

Στη συνέχεια στην ερώτηση κατά πόσο πιστεύουν ότι αλλαγές στον τρόπο ζωής (πχ ο συνδυασμός διατροφής, άσκησης, η αλλαγή συμπεριφοράς) είναι αποτελεσματικός για την μακροχρόνια απώλεια βάρους η πλειονότητα των συμμετεχόντων απάντησε με τον αριθμό 10 δηλαδή το πιο σημαντικό με ποσοστό 51,4% 37 άτομα. Και ακολουθούν το 30,6 % 22 άτομα που απάντησαν με τον αριθμό 9 αρκετά σημαντικό, 10 άτομα το 13,9% που έδωσαν ως απάντηση το νούμερο 8 σημαντικό και τέλος 4,2% δηλαδή 3 άτομα που απάντησαν το νούμερο 7 επίσης σημαντικό.

Σχήμα 9: Αξιολόγηση του κατά πόσο θεωρούν ότι αλλαγές στον τρόπο ζωής (συνδυασμός διατροφής και άσκησης, η αλλαγή συμπεριφοράς) είναι αποτελεσματικές για μακροχρόνια απώλεια βάρους

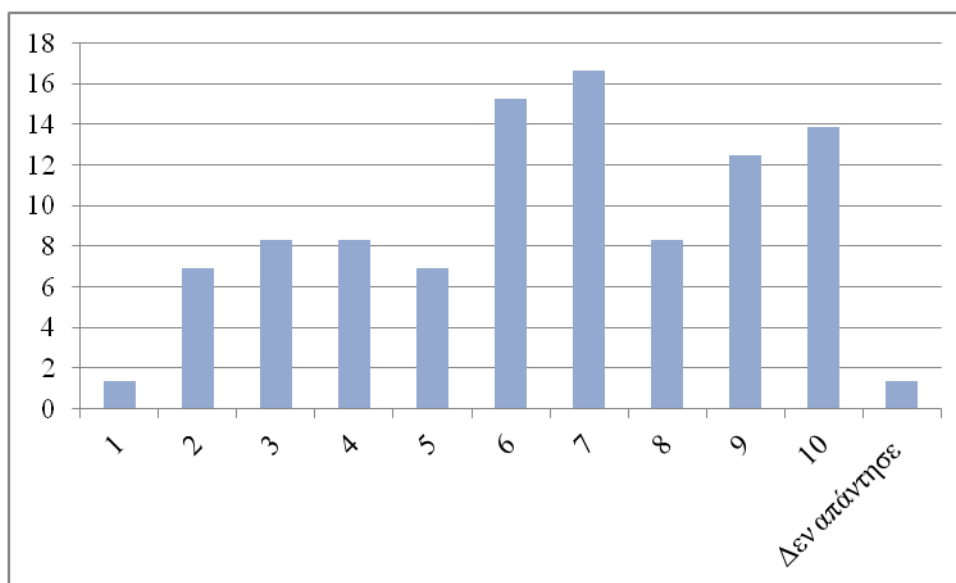


Ερώτηση 10:

Σχετικά με την αξιολόγηση της φαρμακευτικής θεραπείας μαζί με συμπεριφορική στήριξη για το κατά πόσο είναι αποτελεσματική για μακροχρόνια απώλεια βάρους η απάντηση με το μεγαλύτερο ποσοστό δηλαδή το 16,7% 12 άτομα απάντησαν το νούμερο 7 χαρακτηρίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο σημαντική. Ακολουθούν το 15,3% δηλαδή 11 άτομα που αξιολόγησαν αυτόν το μέσω θεραπείας με τον αριθμό 6 μέτρια σημαντική το 13,9% 10 άτομα που απάντησαν τον αριθμό 10 χαρακτηρίζοντας την με αυτόν τον τρόπο την πολύ σημαντική ενώ 9 άτομα δηλαδή το 12,5% απάντησε με τον αριθμό 9 αρκετά σημαντική.

Τα υπόλοιπα ποσοστά κυμάνθηκαν κάτω του 10% ξεκινώντας με το μεγαλύτερο το 8,3% όπου απάντησε τον αριθμό 8 σημαντική ενώ ίδιο ποσοστό 8,3% απάντησε τον αριθμό 4 λιγότερο σημαντική και αντίστοιχα το ίδιο ποσοστό απάντησε τον αριθμό 3 επίσης λιγότερο σημαντική. Με ποσοστό 6,9% και 6,9% απάντησαν τους αριθμούς 5 μέτρια προς λιγότερο σημαντική και 2 λιγότερο σημαντική, ενώ τέλος 1,4% απάντησε τον αριθμό 1 επίσης λιγότερο σημαντική. Ένα άτομο 1,4% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση αυτή.

Σχήμα 10: Αξιολόγηση της φαρμακοθεραπείας μαζί με την συμπεριφορική στήριξη για μακροχρόνια απώλεια βάρους

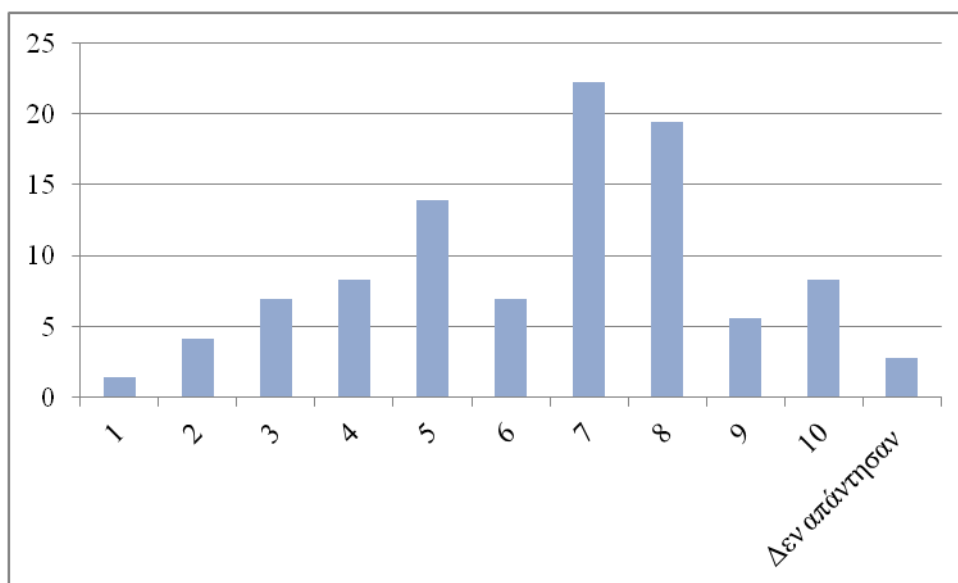


Ερώτηση 11:

Τέλος στην τελευταία ερώτηση που αφορούσε το κατά πόσο αξιολογούν το βαρειατρικό χειρουργείο μαζί με συμπεριφορική στήριξη ότι είναι αποτελεσματική για μακροχρόνια απώλεια βάρους η πλειονότητα των συμμετεχόντων ένα 22,2% δηλαδή 16 άτομα απάντησαν το νούμερο 7 σημαντικό, το 19,4% 14 άτομα απάντησαν το νούμερο 8 δηλαδή σημαντικό ενώ το 13,9% δηλαδή 10 άτομα απάντησαν το νούμερο 5 μέτρια προς λιγότερο σημαντικό.

Άλλα ποσοστά κυμάνθηκαν κάτω του 10%. Με νούμερο 4 λιγότερο σημαντικό και 10 το πιο σημαντικό απάντησαν ποσοστά 8,3% και 8,3% αντίστοιχα, ένα 6,9% και 6,9% απάντησαν τους αριθμούς 6 μέτρια σημαντικό και 3 λιγότερο σημαντικό ενώ ένα 5,6% έδωσαν ως απάντηση τον αριθμό 9 αρκετά σημαντικό. Τέλος ένα 4,2% απάντησαν το νούμερο 2 λιγότερο σημαντικό και 1,4% απάντησε τον αριθμό 1 επίσης λιγότερο σημαντικό. 2 άτομα το 2,8% δεν έδωσαν καμία απάντηση.

Σχήμα 11: Αξιολόγηση του βραϊατρικού χειρουργείου μαζί με συμπεριφορική στήριξη για μακροχρόνια απώλεια βάρους



Συμβουλευτική της παχυσαρκίας

Αναφορικά με τις ερωτήσεις για την συμβουλευτική της παχυσαρκίας οι συμμετέχοντες έδωσαν τις εξής απαντήσεις :

Στην πρώτη ερώτηση που αναφέρονταν στο ότι δεν διαθέτουν αρκετό χρόνο για να παρέχουν επαρκής συμβουλές στους ασθενείς τους σχετικά με την διατροφή σε μια τυπική επίσκεψη γραφείου το 27,8% δηλαδή 20 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν, το 26,4% 19 άτομα ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 20,8% 15 άτομα απάντησαν διαφωνώ, 16,7% 12 άτομα διαφωνώ απόλυτα, ενώ τέλος 5 άτομα 6,9% απάντησαν συμφωνώ απόλυτα. Τέλος 1 άτομο 1,4% δεν έδωσε καμία απάντηση.



Η δεύτερη ερώτηση ήταν πάλι σχετικά με το ότι δεν διαθέτουν χρόνο για να συμβουλευθούν τους ασθενείς επαρκώς για την φυσική δραστηριότητα σε μια τυπική επίσκεψη γραφείου. Τα αποτελέσματα ήταν 20 άτομα δηλαδή 27,8% απάντησαν συμφωνώ, 26,4% δηλαδή 19 άτομα απάντησαν διαφωνώ, το 25% 18 άτομα απάντησαν ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 13,9% δηλαδή 10 άτομα απάντησαν διαφωνώ απόλυτα και τέλος 4 άτομα δηλαδή το 5,6% απάντησε συμφωνώ απόλυτα. Τέλος 1 άτομο δηλαδή το 1,4% δεν έδωσε καμία απάντηση.



Στην συνέχεια του ερωτηματολογίου σχετικά με την συμβουλευτική της παχυσαρκίας είχε για το αν θεωρούν το να συμβουλευθούν τους ασθενείς τους για χάσιμο βάρους δεν εποικοδομητική χρήση του χρόνου τους. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων 45,8% δηλαδή 33 άτομα δήλωσαν ότι διαφωνούν απόλυτα, 34,7% δηλαδή 25 άτομα δήλωσαν ότι διαφωνούν, 12,5% δηλαδή 9 άτομα ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, 4,2% δηλαδή 3 άτομα συμφωνώ απόλυτα ενώ 1 άτομο 1,4% δήλωσε ότι συμφωνώ. Τέλος 1 άτομο 1,4% δεν έδωσε καμία απάντηση σε αυτήν την ερώτηση.



Η επόμενη ερώτηση ήταν για να αξιολογηθεί για το αν γνωρίζουν τι είναι σημαντικό να συμβουλευτούν τους ασθενείς τους ως προς την σωματική δραστηριότητα. Το 47,2% δηλαδή 34 άτομα απάντησαν ότι συμφωνούν, το 30,6% 22 άτομα ότι συμφωνούν απόλυτα, ένα 12,5% δηλαδή 9 άτομα δήλωσαν ως απάντηση ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, ενώ με μικρότερα ποσοστά 2,8% δηλαδή 2 άτομα και 1,4% δηλαδή 1 άτομο δήλωσαν ως απάντηση διαφωνώ και διαφωνώ απόλυτα αντίστοιχα. Τέλος 4 άτομα ένα 5,6% δεν απάντησε καθόλου σε αυτήν την ερώτηση.

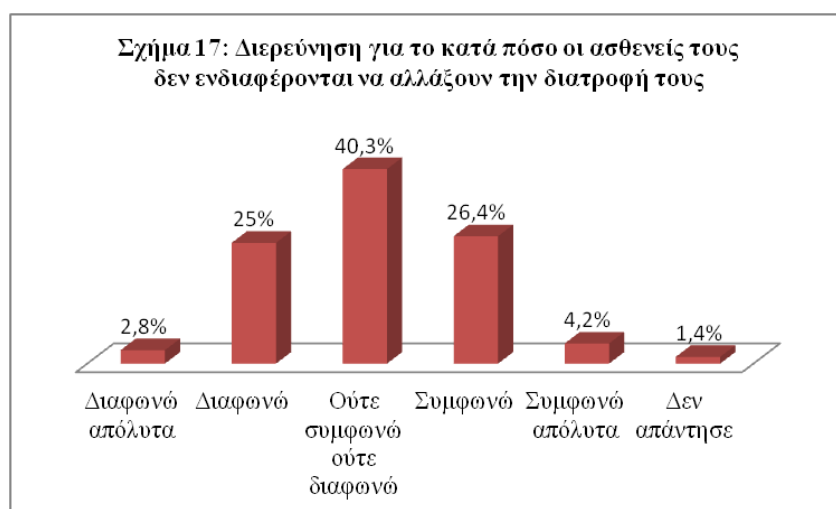


Η επόμενη ερώτηση ήταν για να διερευνηθεί κατά πόσο αξιολογούν την φυσική δραστηριότητα. Η διατύπωση της ερώτησης ήταν: το να συμβουλευώ τους ασθενείς για τη φυσική δραστηριότητα δεν είναι εποικοδομητικό για την χρήση του χρόνου μου. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων δηλαδή 30

άτομα 41,7% δηλώσαν ως απάντηση ότι διαφωνούν απόλυτα, 29,2% δηλαδή 21 άτομα απάντησαν ότι διαφωνούν, 18,1% δηλαδή 13 άτομα απάντησαν ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, ενώ ένα 6,9% 5 άτομα και ένα 2,8% 2 άτομα απάντησαν συμφωνώ και συμφωνώ απόλυτα αντίστοιχα. Τέλος 1 άτομο δηλαδή 1,4% δεν έδωσε καμία απάντηση σε αυτήν την ερώτηση.



Η έκτη ερώτηση αναφέρονταν στους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες έπρεπε να δηλώσουν κατά πόσο συμφωνούν ή όχι το ότι οι ασθενείς τους δεν ενδιαφέρονται οι ίδιοι να αλλάξουν την διατροφή τους. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ με ποσοστό 40,3% δηλαδή 29 άτομα. Ένα 26,4% δηλαδή 19 άτομα απάντησαν πως συμφωνούν, ένα 25,0% απάντησε ότι διαφωνούν, ενώ ένα 4,2% και ένα 2,8% δηλαδή 3 και 2 άτομα αντίστοιχα δήλωσαν ως απαντήσεις το συμφωνώ απόλυτα και διαφωνώ απόλυτα αντίστοιχα. Τέλος 1 άτομο 1,4% δεν έδωσε καμία απάντηση σε αυτήν την ερώτηση.



Η επόμενη ερώτηση ήταν σχετική με το κατά πόσο συμφωνούν ή όχι στο ότι οι συμβουλές από έναν γιατρό είναι ένας από τους καλύτερους τρόπους για να βοηθηθούν οι άνθρωποι και να αρχίσουν να κάνουν αλλαγές στην διατροφή τους. Το 45,8% δηλαδή 33 άτομα δήλωσαν ότι συμφωνούν, ενώ ένα 22,2% δηλαδή 16 άτομα απάντησαν ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ. Το 19,4% δηλαδή 14 άτομα δήλωσαν ότι συμφωνούν απόλυτα και ποσοστά των 6,9% και 4,2% 5 και 3 άτομα αντίστοιχα δήλωσαν ως απάντηση διαφωνώ και διαφωνώ απόλυτα αντίστοιχα. Τέλος 1 άτομο 1,4% δεν έδωσε καμία απάντηση σε αυτήν την ερώτηση.



Η όγδοη ερώτηση ήταν σχετικά με το αν έχουν οι ίδιοι μια στρατηγική καλή που να βοηθά τους ασθενείς τους να θέσουν στόχους απώλειας βάρους. Το 31,9% δηλαδή 23 άτομα απάντησαν πως ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 27,8% δηλαδή 20 άτομα απάντησαν με διαφωνώ ενώ το 20,8% δηλαδή 15 άτομα δήλωσαν ως απάντηση το συμφωνώ. Ένα 11,1% 8 άτομα απάντησαν διαφωνώ απόλυτα ενώ ένα 4,2% δηλαδή 3 άτομα απάντησαν με συμφωνώ απόλυτα. Τέλος 3 άτομα 4,2% δεν απάντησαν καθόλου σε αυτήν την ερώτηση.

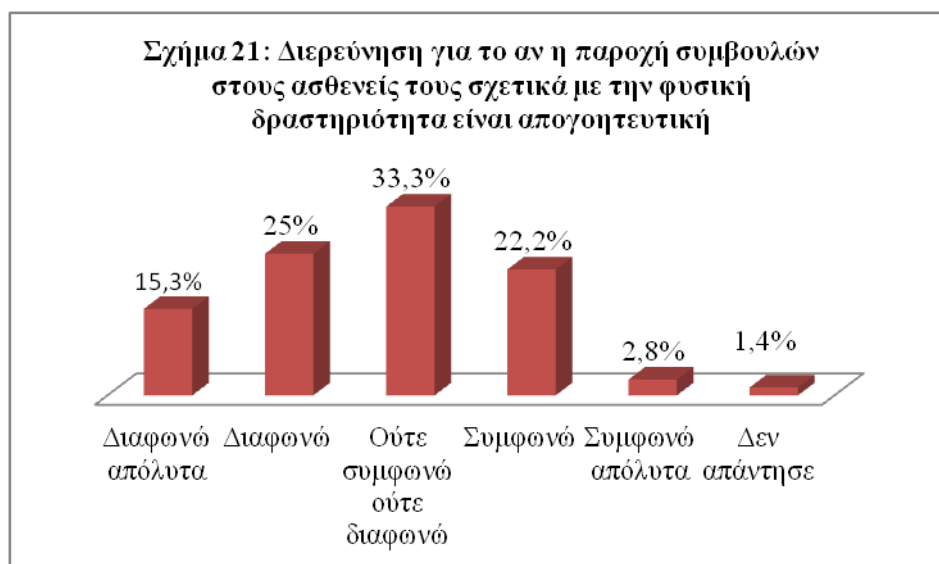


Η ένατη ερώτηση διατυπωνόταν ως εξής: δεν είμαι σίγουρος τι να παρέχω σαν συμβουλή στους ασθενείς σχετικά με την απώλεια βάρους. Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες το 31,9% δηλαδή 23 άτομα δήλωσαν ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 26,4% δηλαδή 19 άτομα απάντησαν διαφωνώ, το 19,4% δηλαδή 14 άτομα απάντησαν το συμφωνώ, το 15,3% δηλαδή 11 άτομα απάντησαν διαφωνώ απόλυτα ενώ το 5,6% δηλαδή 4 άτομα απάντησαν συμφωνώ απόλυτα. Τέλος 1 άτομο 1,4% δεν απάντησε καθόλου σε αυτή την ερώτηση.

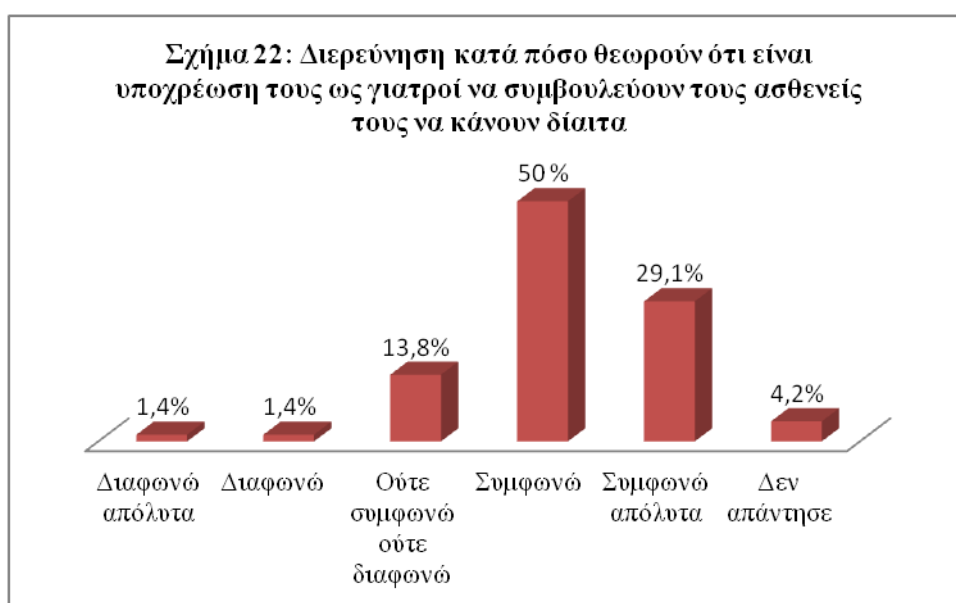


Στη συνέχεια η επόμενη ερώτηση ήταν για το κατά πόσο συμφωνούν ή όχι στο ότι η παροχή συμβουλών στους ασθενείς τους για φυσική δραστηριότητα είναι απογοητευτική. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων δηλαδή το 33,3% 24 άτομα δήλωσαν πως ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 25,0%

δηλαδή 18 άτομα δήλωσαν διαφωνώ ενώ ένα 22,2% δήλωσαν ως απάντηση το συμφωνώ. Τέλος 11 άτομα το 15,3% δήλωσαν ότι διαφωνούν απόλυτα και ένα 2,8% δηλαδή 2 άτομα ότι συμφωνούν απόλυτα. Ένα άτομο 1,4% δεν απάντησε καθόλου σε αυτήν την ερώτηση.



Η ενδέκατη ερώτηση αφορούσε κατά πόσο συμφωνούν ή όχι στο ότι είναι υποχρέωση τους ως γιατροί να συμβουλεύουν τους ασθενείς τους να κάνουν δίαιτα. Το 50,0% των συμμετεχόντων δηλαδή 36 άτομα απάντησε συμφωνώ, 29,2% δηλαδή 21 άτομα απάντησε με συμφωνώ απόλυτα και το 13,9% 10 άτομα δήλωσε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ. Τέλος 1,4% και 1,4% απάντησε διαφωνώ και διαφωνώ απόλυτα αντίστοιχα. Τέλος 3 άτομα 4,2% δεν έδωσαν καμία απάντηση στην ερώτηση αυτή.



Η επόμενη ερώτηση σχετίζονταν αν αισθάνονται βέβαιοι για την ικανότητα τους να βελτιώσουν τις διατροφικές ικανότητες των υπέρβαρων ασθενών. Το 40,3% των συμμετεχόντων δηλαδή 29 άτομα

απάντησαν ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ. Το 25,0% δηλαδή 18 άτομα απάντησαν με διαφωνώ, ενώ 16,7% δηλαδή 12 άτομα απάντησαν συμφωνώ. Τέλος 9,7% δηλαδή 7 άτομα απάντησαν συμφωνώ απόλυτα και το 6,9% δηλαδή 5 άτομα διαφωνώ απόλυτα. 1 άτομο 1,4% δεν απάντησε καθόλου σε αυτήν την ερώτηση.



Στην επόμενη ερώτηση οι συμμετέχοντες έπρεπε να απαντήσουν κατά πόσο συμφωνούν ή όχι στο ότι έχουν ικανότητες οι ίδιοι να βοηθήσουν τους ασθενείς τους να αναπτύξουν σχέδιο για σωματική δραστηριότητα. Το 38,9% 28 άτομα απάντησαν ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 26,4% δηλαδή 19 άτομα απάντησαν με διαφωνώ, ενώ το 18,1% 13 άτομα απάντησαν συμφωνώ. Τέλος το 8,3% δηλαδή 6 άτομα απάντησαν διαφωνώ απόλυτα και 6,9% 5 άτομα συμφωνώ απόλυτα. 1 άτομο 1,4% δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση αυτή.



Η δέκατη-τέταρτη ερώτηση αφορούσε αν νιώθουν καλά προετοιμασμένοι στο να ακολουθήσουν κατευθυντήριες γραμμές για να παρέχουν συμβουλές σε υπέρβαρους ασθενείς για την διατροφή. Το 27,8% 20 άτομα απάντησαν ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 26,4% 19 άτομα δήλωσαν διαφωνώ, ενώ το 23,6% δηλαδή 17 άτομα απάντησαν συμφωνώ. Τέλος 11,1% δηλαδή 8 άτομα απάντησαν διαφωνώ απόλυτα, ενώ το 8,3% 6 άτομα δήλωσαν συμφωνώ απόλυτα. 2 άτομα 2,8% δεν έδωσαν καμία απάντηση σε αυτήν την ερώτηση.



Αξίζει να αναφερθεί ότι στην συγκεκριμένη ερώτηση και με βάση της μεταβλητής της κατοχής μεταπτυχιακών/ διδακτορικών τίτλων σπουδών παρατηρήθηκε στατιστική σημαντική διαφορά $p = 0,044$ (δηλαδή $P < 0,05$).

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε κατά πόσο μπορούν να εντοπίσουν συγκεκριμένους κοινοτικούς πόρους για να υποστηρίξουν την προσπάθεια ενός ασθενούς να χάσει βάρος. Το 37,5% δηλαδή 27 άτομα απάντησαν διαφωνώ, το 31,9% 23 άτομα απάντησαν διαφωνώ απόλυτα ενώ το 22,2% απάντησαν ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ. Τέλος το 5,6% δηλαδή 4 άτομα απάντησαν συμφωνώ. 2 άτομα ένα 2,8% δεν απάντησαν καθόλου σε αυτή την ερώτηση.

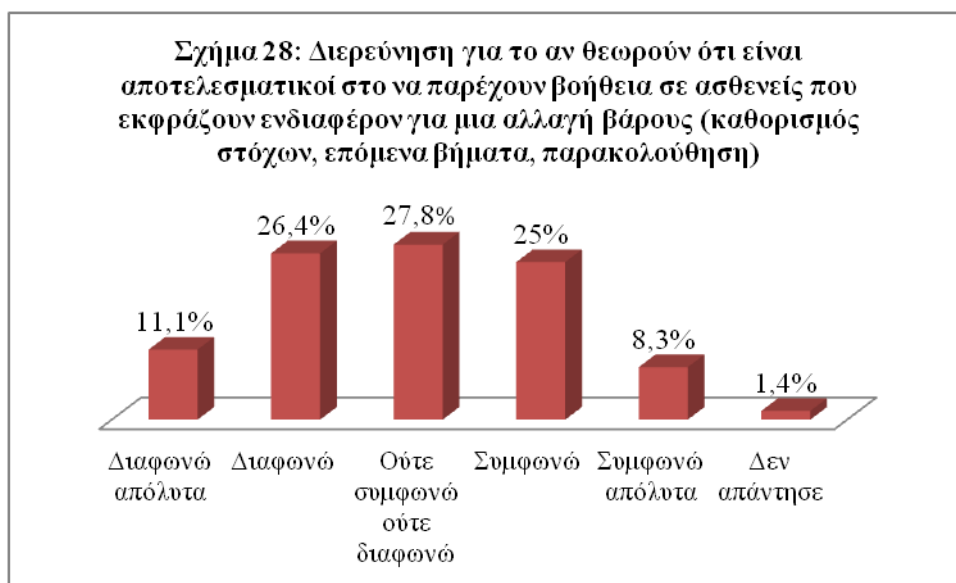


Στην ερώτηση για το αν αισθάνονται βέβαιοι για τον σχεδιασμό ενός προγράμματος σωματικής δραστηριότητας για κάποιον με οστεοαρθρίτιδα γόνατος το 41,7% δηλαδή 30 άτομα απάντησαν διαφωνώ απόλυτα ενώ το 40,3% δηλαδή 29 άτομα απάντησαν διαφωνώ. Τέλος το 6,9% 5 άτομα απάντησαν συμφωνώ ενώ ένα 8,3% δηλαδή 6 άτομα απάντησαν ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ. 2 άτομα δηλαδή 2,8% δεν απάντησαν καθόλου σε αυτήν την ερώτηση.



Η τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου αφορούσε στο αν συμφωνούν ή όχι στο ότι είναι αποτελεσματικοί στο να παρέχουν βοήθεια σε ασθενείς που εκφράζουν ενδιαφέρον για μια αλλαγή βάρους (καθορισμός στόχων, επόμενα βήματα, παρακολούθηση). Το 27,8% δηλαδή 20 άτομα απάντησαν ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, το 26,4% 19 άτομα απάντησαν διαφωνώ, ενώ 18 άτομα δηλαδή το 25,0% απάντησαν συμφωνώ. Τέλος το 11,1% δηλαδή 8 άτομα απάντησαν διαφωνώ

απόλυτα ενώ το 8,3% 6 άτομα απάντησαν συμφωνώ απόλυτα. 1 άτομο 1,4% δεν έδωσε καμία απάντηση σε αυτήν την ερώτηση.



Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι μεταξύ των ειδικοτήτων δεν παρατηρήθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφορές σχετικά με την συμβουλευτική ($P > 0,05$).

Συζήτηση:

Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνήσει το κατά πόσο οι γιατροί ενός δημόσιου νοσοκομείου θέτουν σε εφαρμογή την συμβουλευτική στους παχύσαρκους ασθενείς τους και κατά πόσο διαθέτουν τις κατάλληλες γνώσεις. Αναφορικά με την συμβουλευτική της παχυσαρκίας τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν τα εξής:

Αρχικά μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων συμφώνησαν στο ότι δεν διαθέτουν αρκετό χρόνο να συμβουλεύουν τους ασθενείς τους τόσο για τα θέματα διατροφής (27,8%) όσο και για τα θέματα που αφορούν την σωματική δραστηριότητα (27,8%). Ωστόσο όμως αξίζει να αναφερθεί και ένα άλλο επίσης σχετικά υψηλό ποσοστό 26,4% το οποίο δήλωσε ότι διαφωνεί με το ότι δεν έχουν αρκετό χρόνο να συμβουλεύσουν τους ασθενείς ως προς την σωματική δραστηριότητα σε μια τυπική επίσκεψη γραφείου ενώ και στην πρώτη ερώτηση σχετικά με την διατροφή το ίδιο ποσοστό 26,4% δήλωσαν ως απάντηση ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ.

Οι περισσότεροι (45,8%) διαφώνησαν στο ότι η άσκηση της συμβουλευτικής είναι κάτι το οποίο δεν το εφαρμόζουν λόγω του ότι δεν θα κάνουν με αυτόν τον τρόπο σωστή αξιοποίηση του χρόνου τους. Επιπλέον φαίνεται να συμφωνούν (40,3%) με την άποψη ότι είναι υποχρέωση τους ως γιατροί να συμβουλεύουν τον ασθενή τους για να κάνει δίαιτα.

Οι έρευνες που έχουν γίνει πάνω στο κομμάτι της άσκησης της συμβουλευτικής σε παχύσαρκους ασθενείς από τους γιατρούς, είναι περιορισμένες. Από τις έρευνες που έχουν γίνει μια εξ αυτών καταδεικνύει ότι τελικά οι γιατροί δεν είναι καταλλήλως εκπαιδευμένοι στο να παρέχουν συμβουλές ως προς την διατροφή και την φυσική δραστηριότητα, ενώ παράλληλα δεν έχουν ασχοληθεί λεπτομερώς και με το θέμα της παχυσαρκίας, μιας ασθένειας που εξαρτάται τελικά από πολλούς παράγοντες (Samantha et al., 2015).

Τα παραπάνω συμπεράσματα αποδεικνύονται και στην παρούσα έρευνα. Σε ερωτήσεις σχετικά για το αν νιώθουν βέβαιοι ότι μπορούν να βελτιώσουν τις διατροφικές ικανότητες υπέρβαρων ασθενών τους το 40,3% απάντησε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, που μπορεί να θεωρηθεί ότι δεν αισθάνονται και τόσο σίγουροι, ενώ ένα 25% απάντησε διαφωνώ που δηλαδή σημαίνει ότι δεν νιώθουν βέβαιοι. Παρόμοια αποτελέσματα είχε και η ερώτηση για το αν μπορούν να συμβάλουν στο να βοηθήσουν τον ασθενή τους να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας με το 38,9% να απαντάει ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ και το 26,4% διαφωνώ.

Επίσης σε ερώτηση που αφορούσε αν νιώθουν έτοιμοι να ακολουθήσουν κατευθυντήριες οδηγίες προκειμένου να δώσουν συμβουλές σε υπέρβαρους σχετικά με την διατροφή τους το 27,8% δήλωσε ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, ενώ το 26,4% απάντησε με διαφωνώ. Ωστόσο αξίζει να αναφερθεί ότι το 23,6% των συμμετεχόντων απάντησε συμφωνώ οπού δείχνει ότι κάποιοι νιώθουν ικανοί να παρέχουν αυτές τις συμβουλές σε υπέρβαρους ασθενείς.

Η ανεπάρκεια των γιατρών σε διατροφικές γνώσεις αλλά και άλλων παραϊατρικών επαγγελματιών (νοσηλεύτες, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί κ.α) αποδεικνύονται και στις περιορισμένες έρευνες που έχουν γίνει στη χώρα μας. Οι φοιτητές από αυτές τις σχολές στο μεγαλύτερο ποσοστό φαίνεται ότι δεν έχουν διδαχθεί ποτέ μαθήματα σχετικά με την διατροφή κατά την διάρκεια των προπτυχιακών τους σπουδών (Pafili 2017).

Τα παραπάνω σχετικά με την μη ύπαρξη σχετικού μαθήματος διατροφής στις ιατρικές σχολές αποδεικνύεται και στην παρούσα έρευνα. Στην σχετική ερώτηση του ερωτηματολογίου αν υπήρχε μάθημα επιλογής στην ιατρική σχολή σχετικό με την διατροφή το 69,4% δηλαδή 50 από τους 72 συμμετέχοντες απάντησαν πως όχι δεν υπήρχε ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό δηλαδή 11% 8 άτομα απάντησαν πως ναι υπήρχε μάθημα. Άλλα μικρότερα ποσοστά που έδωσαν και αυτοί θετική απάντηση ανέφεραν και τον τίτλο του μαθήματος. Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι στο ερωτηματολόγιο δεν εξετάζονταν αν οι συμμετέχοντες είναι κάτοχοι πτυχίου ελληνικών ή ξένων ιδρυμάτων Ιατρικών Σχολών ώστε να μπορεί να διεξαχθεί και κάποιο μικρό συμπέρασμα σχετικά με τα ιδρύματα των Ιατρικών Σχολών της χώρας μας.

Μια ακόμα έρευνα που έχει γίνει στην Ελλάδα καταδεικνύει επίσης αυτό το πρόβλημα και την αναγκαιότητα που υπάρχει για την βελτίωση των γνώσεων των γιατρών είτε με την παρακολούθηση μαθημάτων στην βασική τους εκπαίδευση στην ιατρική σχολή είτε σε ειδική συνεχή ιατρική εκπαίδευση σχετικά με την διατροφή ή και τα δυο (Grammatikopoulou et al., 2019)

Ωστόσο σε άλλες έρευνες που έχουν γίνει σε γιατρούς οι ίδιοι φαίνεται να συμφωνούν ότι η διατροφική αξιολόγηση είναι κάτι το οποίο πρέπει να συμπεριληφθεί κατά τις επισκέψεις των ασθενών και ότι είναι υποχρέωση τους ως γιατροί να συζητούν με τον ασθενή τους για την διατροφή την οποία κάνουν (Marion et al., 2008). Ανάλογη στάση είχαν και οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας (40,3%).

Αναφορικά με την αξιολόγηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην ύπαρξη της παχυσαρκίας, κατά πόσο δυσκολεύουν κάποιον είτε να διατηρήσει τα κιλά που έχασε ή να διατηρηθεί στα κιλά και να μην τα προσλάβει ξανά, οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τους παράγοντες συμπεριφοράς ως του πιο σημαντικούς σε σχέση με βιολογικούς παράγοντες, που κρίθηκαν και αυτοί με την σειρά τους σημαντικοί αλλά όχι στο βαθμό που αξιολογήθηκαν οι παραπάνω παράγοντες.

Επίσης αναφορικά με την θεραπεία της παχυσαρκίας οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν την τροποποίηση της συμπεριφοράς πιο αποτελεσματική σε σχέση με τα φάρμακα και τη χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Η τροποποίηση της συμπεριφοράς ως παράγοντας για μακροχρόνια απώλεια βάρους αξιολογήθηκε από 7 και πάνω με το 51,4% να τη βαθμολογούν στην κλίμακα με 10.

Παρόμοια αποτελέσματα με τα παραπάνω έδωσαν και οι γιατροί σε μια ανάλογη έρευνα. Η εν λόγω έρευνα διερευνούσε τα κενά που υπάρχουν μεταξύ των γιατρών γύρω από το θέμα της παχυσαρκίας. Σε αυτήν την έρευνα οι γιατροί ήταν χωρισμένοι σε δύο κατηγορίες στους γιατρούς Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και στους γιατρούς που ετοιμάζονται για την ιατρική της παχυσαρκίας (Tsai et al., 2017).

Από τα αποτελέσματα της φάνηκε ότι και οι δυο ομάδες έχουν λανθασμένες εντυπώσεις τόσο για τους παράγοντες που ευνοούν την παχυσαρκία όσο και για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Τα συμπεράσματα της εν λόγω έρευνας έκριναν αναγκαία την επιπλέον εκπαίδευση των γιατρών στην διαχείριση της παχυσαρκίας. Η παχυσαρκία αναμένεται να αντιμετωπίζεται ως χρόνια ασθένεια έτσι οι γιατροί πρέπει να δίνουν την ίδια βαρύτητα και στους βιολογικούς παράγοντες αλλά και στους συμπεριφορικούς σε μακροχρόνια βάση (Tsai et al., 2017).

Περιορισμοί της έρευνας:

Ως περιορισμός της έρευνας μπορεί να θεωρηθεί το ότι δεν συμμετείχαν όλοι οι γιατροί από όλες τις ειδικότητες του νοσοκομείου επομένως το δείγμα ήταν περιορισμένο. Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι άτομα τα οποία δεν συμμετείχαν είτε δεν διέθεταν τον κατάλληλο χρόνο για να ασχοληθούν είτε είχαν

ελλιπείς γνώσεις πάνω στο θέμα είτε στην πρακτική τους δεν έρχονται σε επαφή με παχύσαρκους ασθενείς επομένως δεν τους ενδιέφερε η συμμετοχή σε μια τέτοια έρευνα. Ωστόσο αν συμμετείχαν όλοι οι γιατροί του νοσοκομείου σίγουρα θα είχε επιρροή στο αποτέλεσμα. Το θέμα της εφαρμογής ή μη συμβουλευτικής στους παχύσαρκους ασθενείς αλλά και της διατροφικής γνώσης των γιατρών πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω.

Συμπεράσματα:

Όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα και σε σύγκριση με έρευνες που έχουν γίνει τόσο στο εξωτερικό αλλά και στις περιορισμένες που έχουν γίνει στην Ελλάδα, οι γιατροί φαίνεται να αναγνωρίζουν την αξία της συμβουλευτικής αλλά διάφοροι παράγοντες επιδρούν στο να μην εφαρμόζεται τελικά σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον.

Αρχικά φαίνεται να έχουν ανεπαρκείς γνώσεις σχετικά με την διατροφή και κατά δεύτερον γνώσεις γύρω από την φυσική δραστηριότητα, καθώς τα προγράμματα σπουδών των περισσότερων Ιατρικών Σχολών δεν έχουν κάποιο μάθημα σχετικό με την διατροφή με αποτέλεσμα να μην αισθάνονται σίγουροι το τι θα συμβουλεύσουν έναν παχύσαρκο/ υπέρβαρο ασθενή. Ωστόσο όμως όπως φάνηκε λόγω το ότι υπήρχε σημαντική στατιστική διαφορά η κατοχή ενός μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος μπορεί να συμβάλει στο να αποκτήσουν κάποιες βασικές γνώσεις για κατευθυντήριες οδηγίες. Τέλος η έλλειψη χρόνου λόγω του όγκου εργασίας που έχουν να διαχειριστούν ειδικά κάποιες ειδικότητες όπως παθολόγοι, καρδιολόγοι μπορεί να μην τους επιτρέπει το να αφιερώσουν χρόνο και σε αυτό το κομμάτι.

Η διαχείριση της παχυσαρκίας είναι μια κατάσταση την οποία θα κληθούν να διαχειριστούν τα επόμενα χρόνια οι γιατροί. Επομένως κρίνεται αναγκαίο να αποκτήσουν τις κατάλληλες γνώσεις γύρω από τα θέματα της ασθένειας και γνώσεις σχετικά με κλινική διατροφή αλλά και βασικές γνώσεις για την σωματική δραστηριότητα για να μπορούν να συμβουλεύσουν επαρκώς τέτοιους ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπούτσου Χ, Εκπαιδευτική παρέμβαση στα σχολεία της Κύπρου για ελάττωση του επιπολασμού της παχυσαρκίας, (2014). Πανεπιστήμιο Κρήτης Σχολή Επιστημών Υγείας Τμήμα Ιατρικής Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής.
2. Antognoli, E., Gullett, H., Jackson, B., Krejci, S.,A., Seeholzer, E.,L., Smith, S., Flocke, S.,A., (2015) Primary Care Residents’ Knowledge, Attitudes, Self-Efficacy, and Perceived Professional Norms Regarding Obesity, Nutrition, and Physical Activity Counseling. *Journal of Graduate Medical Education*, 2015, 7(3): 388–394.
3. Marion L, V, Sharon J, H, Minisha S, Adina L, K, Nirav R, S. (2008) What Do Resident Physicians Know about Nutrition? An Evaluation of Attitudes, Self-Perceived Proficiency and Knowledge. *Journal of the American College of Nutrition*, 27(2): 287–298.
4. Bar Zeev Y, Malatskey L, Tzuk-Onn A, et al (2017). Lifestyle medicine course for family medicine residents: preliminary assessment of the impact on knowledge, attitudes, self-efficacy and personal health *Postgraduate Medical Journal* 2017; 93:549-554.
5. World Health Organization, “Obesity and Overweight”, Fact sheet N° 311, updated January 2015.
6. Σερέτης Κ, Διερεύνηση της επίδρασης της λιπεκτομής στην ορμονική παραγωγή του λιπώδους ιστού και στους δείκτες φλεγμονής υπέρβαρων και παχύσαρκων ασθενών (2016). Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης ΑΠΘ.
7. Μουρτάκος Σ, Διαχρονική επίδραση καθοριστικών παραγόντων της εγκυμοσύνης (βάρους, διατροφή, άσκηση, παρουσία ασθενειών μητέρας) στον κίνδυνο για ανάπτυξη παιδικής παχυσαρκίας (2015). Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής.
8. Ζαμπέλας Α. Η Διατροφή στα Στάδια της Ζωής : Η διατροφή στη νηπιακή και προσχολική ηλικία. Broken Hill Publishers LTD, Cyprus, Nicosia, Inc. 2017.
9. Υπουργείο Υγείας. Χρήση καμπυλών ανάπτυξης νέου Βιβλιαρίου Υγείας του παιδιού. Available at: <http://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygieinhs/metadotika-kai-mh-metadotika-noshmata/c388-egkykloi/5280-xrhsh-kampylwn-anaptykshs-neoy-bibliariou-ygeias-toy-paidiou> (τελευταία επίσκεψη 9/7/2019).
10. World Health Organization. Obesity and overweight. 16 February 2018. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (τελευταία επίσκεψη 9/7/2019).
11. Bessesen DH. Update on obesity. *J Clin Endocrinol Metab*.2008 Jun;93(6):2027-34.
12. Ogden C,L, Carroll MD, Curtin L,R, McDowell M,A, Tabak C, J, Flegal K,M 2006. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA* 295:1549-1555.

13. Cheryl DF, Margaret DC, and Cynthia LO. Prevalence of overweight, obesity and severe obesity among children and adolescents aged 2-19 years: United States, 1963-1965 through 2015-2016.
14. Fleming Ng M, Robinson M, T, Thomson B, et al. Global, regional and national prevalence of overweight and obesity in children and adults 1980-2013: A systematic analysis. *Lancet*. 2014 August 30; 384 (9945): 766–781. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60460-8.
15. Kapantais E, Tzotzas T, Ioannidis I, et al. First national epidemiological survey on the prevalence of obesity and abdominal fat distribution in Greek adults. *PubMed* 2006: 50(4):330-8.
16. Koukoulis GN, Sakkas C, Katsaros F, Goutou M, Tsirona S, Tsiapali E, et al. High rates of obesity prevalence in adults living in central Greece: data from the ARGOS study. *Hormones*. 2010, 9(3):253-62.
17. Βασίλειος Δ, Η επίδραση της απώλειας βάρους μετά από βαριατρική χειρουργική επέμβαση, στην ποιότητα ζωής σε ασθενείς με σοβαρού βαθμού παχυσαρκία (2014). Πανεπιστήμιο Πατρών Τμήμα Ιατρικής Ενδοκρινολογικό Τμήμα.
18. Mitchell NS, Catenacci VA, Wyatt HR, Hill JO. Obesity: Overview of an epidemic. *Psychiatr Clin North Am*. 2011 Dec;34(4): 717-32.
19. Παπανικολάου Γ. “Σύγχρονη Διατροφή & Διαιτολογία” , 7^η έκδοση , Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα 2009, Κεφάλαιο: Παχυσαρκία, σελ. 521-548.
20. Βικιπαίδεια, Παχυσαρκία. Available at: <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1> (τελευταία επίσκεψη 17/7/2019).
21. Ζαμπέλας Α, “Η Διατροφή στα Στάδια της Ζωής” , 2^η έκδοση Εκδόσεις Broken Hill Publishers 2017 Κεφάλαιο: Διατροφή στην Παιδική Ηλικία σελ 308.
22. Ζαμπέλας Α, “Η Διατροφή στα Στάδια της Ζωής” , 2^η έκδοση Εκδόσεις Broken Hill Publishers 2017 Κεφάλαιο: Διατροφή κατά την Ενήλικη Ζωή σελ 397-453.
23. WebMD. What a 5% weight loss can do for your health. Available at: <https://www.webmd.com/diet/ss/slideshow-five-percent-weight-loss> (τελευταία επίσκεψη: 23/7/19).
24. Institute for Quality and Efficiency in Health Care. "Health benefits of losing weight". Fact sheet, Informed Health Online. Institute for Quality and Efficiency in Health Care. Retrieved 27 June 2013.
25. Bray A, G, MD. Prevention of obesity. 2016.
26. Leverence RR, Williams RL, Sussman A, Crabtree BF. Obesity counseling and guidelines in primary care: a qualitative study. *Am J Prev Med*. 2007 Apr;32(4):334-339.

27. Volkan Y, Constantine T, Martin F, Karin S, Luca B, Dragan M et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. *Obes Facts*. 2015 Dec; 8(6): 402–424. Published online 2015 Dec 5. doi: 10.1159/000442721.
28. Μουτοπούλου Ε, Γενετική μελέτη της Παχυσαρκίας (2013). Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο Σχολή Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών Τομέας Συστημάτων Μετάδοσης Πληροφορίας και Τεχνολογίας Υλικών.
29. Vance L, A, Naji N, A. Surgical treatment of obesity. Version 1. *F1000Res*. 2018; 7: F1000 Faculty Rev-617. Published online 2018 May 21. doi: 10.12688/f1000research.13515.1.
30. Brittany G, Jennifer L. Provider attitudes and practice patterns of obesity management with pharmacotherapy. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. Department of Nursing, College of Nursing and Health Sciences, University of Vermont, Burlington, Vermont. Accepted: 30 April 2017 doi: 10.1002/2327-6924.12481.
31. Morteza A, Anahita H, Mitra A, Mina E, Hamed P, Mohamad R, K, et al. The nutrition knowledge level of physicians, nurses and nutritionists in some educational hospitals. *Journal of Paramedical Sciences*. Vol 4 (Winter 2013) Supplement ISSN 2008-4978.
32. Pafili Z, Undergraduate nutrition education of health professionals in Greek medical, dentistry, pharmacy, nursing and midwifery departments. *Clinical Nutrition* 37 (2018) 400 <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.10.018>.
33. Grammatikopoulou M, G, Katsouda A, Lekka K, Tsantekidis K, Bouras E, Kasapidou E, et al. Is continuing medical education sufficient? Assessing the clinical nutrition knowledge of medical doctors. 2019 Jan;57:69-73. doi: 10.1016/j.nut.2018.05.013. Epub 2018 Jun 19.
34. Beck A, M, Balknas O, H, Camilo M, E, Furst P, Gentile M,E, Hasunen k, et al. Practice in relation to nutritional care and support-report from the Council of Europe. *Clinical Nutrition*. 2002;21(4):351-4.
35. Tsai A, G, Histon T, Kyle T, K, Rubenstein N, Donahoo W, T. Evidence of a gap in understanding obesity among physicians. 2017 doi: 10.1002/osp4.146.
36. Lars J, James D, Helen J, Julie S, Paul J, Lars W. Lifestyle counseling in primary care in the United States and Sweden: a comparison of patients expectations and experiences. *Global Health Action* 2018.Vol 11 1438238, doi.org/10.1080/16549716.2018.1438238.
37. Sara N, B, Octavia P, B, Lisa A, C. Physician Practice Patterns of Obesity Diagnosis and Weight-Related Counseling. *Patient Educ Couns*. 2011 Jan; 82(1): 123–129. Published online 2010 Mar 19. doi: 10.1016/j.pec.2010.02.018.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. ΑΑ:
2. Ημερομηνία:
3. Φύλο:
4. Έτος γέννησης:
5. Ύψος:
6. Βάρος:
7. Ειδικότητα:
8. Έτος κτήσης ειδικότητας (για γιατρούς):
9. Έτος κτήσης βασικού πτυχίου:
10. Είδος πτυχίου (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ):
11. Μεταπτυχιακοί τίτλοι σπουδών (MSc, PhD):
12. Έτος κτήσης μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών:

13. Θυμάστε να έχετε κάποια εκπαίδευση σχετικά με την διατροφή κατά την διάρκεια των σπουδών σας στην ιατρική σχολή; (είτε διαλέξεις σε κάποιο από τα μαθήματα, ή έννοιες της διατροφής ενσωματωμένες στο μάθημα σας) (αναφέρατε τον τίτλο του μαθήματος)

A. Ναι B. Όχι

14. Υπήρχε κάποιο μάθημα επιλογής σχετικό με την διατροφή; (αναφέρατε τον τίτλο του μαθήματος)

A. Ναι B. Όχι

15. Έχετε στην οικογένεια σας μέλη με σοβαρά ιατρικά προβλήματα που να απαιτούν μεγαλύτερη προσοχή στην διατροφή; (π.χ. διαβήτης) (αν ναι κάντε μια αναφορά στην ασθένεια)

A. Ναι B. Όχι

Πόσο σημαντικοί θεωρείτε ότι είναι οι παρακάτω παράγοντες στο να δυσκολεύουν ή να αποτρέπουν την απώλεια και διατήρηση του απολεσθέντος βάρους από παχύσαρκους ασθενείς?

16. Αύξεις των ορμονών που επιδρούν στην όρεξη (για παράδειγμα γκρελίνη) (λιγότερο σημαντικό) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (το πιο σημαντικό)

17. Μειώσεις των ορμονών που συμβάλουν στην πληρότητα (για παράδειγμα λεπτίνη) (λιγότερο σημαντικό) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (το πιο σημαντικό)

18. Μείωση στην 24ώρη ενεργειακή δαπάνη (αυξημένη μεταβολική αποτελεσματικότητα στην αποθήκευση θερμίδων) (λιγότερο σημαντικό) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (το πιο σημαντικό)

19. Αυξημένη μεταφορά μηνυμάτων από νευροδιαβιβαστές στον εγκέφαλο ως απάντηση στα ερεθίσματα της τροφής (λιγότερο σημαντικό) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (το πιο σημαντικό)

20. Αύξηση των κυττάρων του λιπώδους ιστού (λιγότερο σημαντικό) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (το πιο σημαντικό)

21. Επαναφορά σε προηγούμενα πρότυπα διατροφής και φυσικής δραστηριότητας (λιγότερο σημαντικό) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (το πιο σημαντικό)

22. Κατάθλιψη ή άλλες αρνητικές καταστάσεις διάθεσης (λιγότερο σημαντικό) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (το πιο σημαντικό)

Παρακαλώ απαντήστε σε μερικές γενικές ερωτήσεις σχετικά με την θεραπεία της παχυσαρκίας

23. Μου προκαλεί ευχαρίστηση το να θεραπεύω την παχυσαρκία στην πρακτική μου (λιγότερο σημαντικό) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (το πιο σημαντικό)

24. Πιστεύω ότι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής (π.χ. ο συνδυασμός διατροφής, άσκησης, η αλλαγή συμπεριφοράς) είναι αποτελεσματικές για την μακροχρόνια απώλεια βάρους (λιγότερο σημαντικό) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (το πιο σημαντικό)

25. Πιστεύω ότι η φαρμακευτική θεραπεία μαζί με συμπεριφορική στήριξη είναι αποτελεσματική για την μακροχρόνια απώλεια βάρους (λιγότερο σημαντικό) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (το πιο σημαντικό)

26. Πιστεύω ότι το βαριατρικό χειρουργείο μαζί με συμπεριφορική στήριξη είναι αποτελεσματική για την μακροχρόνια απώλεια βάρους (λιγότερο σημαντικό) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (το πιο σημαντικό)

Οι παρακάτω πίνακες αφορούν το κατά πόσο θεωρείτε ότι είναι χρήσιμο να κάνετε συμβουλευτική σε ασθενείς σχετικά με την διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα. Παρακαλώ απαντήστε με βάση τους αριθμούς τι ισχύει:

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ	ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
27. Δεν έχω αρκετό χρόνο για να συμβουλευώ επαρκώς τους ασθενείς σχετικά με την διατροφή στην τυπική επίσκεψη γραφείου	5	4	3	2	1
28. Δεν έχω αρκετό χρόνο για να συμβουλευσω επαρκώς τους ασθενείς σχετικά με την φυσική δραστηριότητα σε μια τυπική επίσκεψη γραφείου	5	4	3	2	1
29. Το να συμβουλευώ τους ασθενείς να χάνουν βάρος δεν είναι μια εποικοδομητική χρήση του χρόνου μου	5	4	3	2	1
30. Γνωρίζω τι είναι σημαντικό να συμβουλευώ τους ασθενείς μου σχετικά με την σωματική δραστηριότητα	1	2	3	4	5
31. Το να συμβουλευώ τους ασθενείς για τη φυσική δραστηριότητα δεν είναι εποικοδομητικό για τη χρήση του χρόνου μου	5	4	3	2	1
32. Οι ασθενείς συνήθως δεν ενδιαφέρονται να αλλάξουν την διατροφή τους	5	4	3	2	1
33. Συμβουλές από έναν γιατρό είναι ένας από τους καλύτερους τρόπους για να βοηθήσετε τους ανθρώπους να αρχίσουν να αλλάζουν τη διατροφή τους	1	2	3	4	5
34. Έχω μια καλή στρατηγική που βοηθά τους ασθενείς να θέσουν στόχους απώλειας βάρους	1	2	3	4	5
35. Δεν είμαι σίγουρος τι να παρέχω σαν συμβουλή στους ασθενείς σχετικά με την απώλεια βάρους	5	4	3	2	1
36. Η παροχή συμβουλών στους ασθενείς σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα είναι πολύ απογοητευτική	5	4	3	2	1
37. Είναι υποχρέωση μου ως γιατρός να συμβουλευώ τους ασθενείς να κάνουν δίαιτα	1	2	3	4	5
38. Αισθάνομαι βέβαιος για την ικανότητα μου να βελτιώσω τις διατροφικές ικανότητες των υπέρβαρων ασθενών	1	2	3	4	5
39. Είμαι βέβαιος για την ικανότητα μου να βοηθήσω τους ασθενείς να αναπτύξουν ένα σχέδιο για τη σωματική άσκηση	1	2	3	4	5
40. Νιώθω ότι είμαι καλά προετοιμασμένος στο να ακολουθήσω κατευθυντήριες γραμμές βασισμένες σε αποδείξεις για την παροχή συμβουλών στους υπέρβαρους ασθενείς μου για την διατροφή	1	2	3	4	5
41. Μπορώ να εντοπίσω συγκεκριμένους κοινοτικούς πόρους για να υποστηρίξω την προσπάθεια ενός ασθενούς να χάσει βάρος	1	2	3	4	5
42. Αισθάνομαι βέβαιος να σχεδιάσω ένα πρόγραμμα σωματικής δραστηριότητας για κάποιον με οστεοαρθρίτιδα γόνατος	1	2	3	4	5
43. Είμαι αποτελεσματικός στο να παρέχω βοήθεια σε ασθενείς που εκφράζουν ενδιαφέρον για μια αλλαγή βάρους (καθορισμός στόχων, επόμενα βήματα, παρακολούθηση)	1	2	3	4	5