

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΣΘΗΤΙΚΗΣ – ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ



**ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ
ΑΣΚΗΣΗ
ΔΙΑΙΤΑ**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΜΕΧΜΕΤ ΑΛΗ ΣΕΛΔΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΕΓΑΚΛΗ ΘΕΟΓΝΩΣΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2009

Το αφιερώνω στους γονείς μου, στην αδερφή
μου, στη γιαγιά μου, στο συντροφό μου
και στις φίλες μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛ.

-ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... 6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

‘ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ‘

- ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	8
- ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	9
- ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ(πως δημιουργείται, κατανομή λίπους).....	10
- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΕΞΑΠΛΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ (Το περιβάλλον που ζει, οικονομική ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός, τροποποίηση των διατροφικών συνηθειών, υποσιτισμός κατά τη νεογνική ηλικία,επάγγελμα, αλλαγή της διατροφικής σύνθεσης του πληθυσμού,διακοπή του καπνίσματος).....	11
- ΑΙΤΙΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ (Ταξινόμηση Α, Ταξινόμηση Β, Ταξινόμηση Γ, Ταξινόμηση Δ).....	12
- ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΜΑΖΑΣ	18
- ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	18
- ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	20
- ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ (καρδιακό σύστημα, σακχαρώδης διαβήτης, καρκίνος, γαστρεντερικό σύστημα, αναπνευστικό σύστημα, επιπτώσεις στις αρθρώσεις, δερματικά προβλήματα,ενδοκρινικό σύστημα, ψυχικές παθήσεις)	20
-ΤΟ 20% ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΕΙΝΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΙ.....	22
- ΕΙΝΑΙ Η ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	23
- ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....	24
- ΠΑΡΕΛΘΟΝ, ΜΕΛΛΟΝ, ΠΑΡΟΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	25
- ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	27
➤ Αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες	27
➤ Τροποποίηση συμπεριφοράς.....	28
➤ Σωματική άσκηση.....	30
➤ Φαρμακευτική αγωγή	31
➤ Χειρουργική αντιμετώπιση.....	32
- ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΠΕΡΙΤΤΩΝ ΚΙΛΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	33
- ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΜΑΣ	33
- ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΙΚΗ ΖΩΗ.....	34
- ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΩΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	35
- ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	36
- ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥ	37
- ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ.....	38
- ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	39
- ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ	39
- ΚΑΝΟΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΩΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	41
- ΚΟΥΙΖ	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

‘ ΑΣΚΗΣΗ ’

- ΓΕΝΙΚΑ.....	43
- ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	45
- Η ΑΣΚΗΣΗ ΧΑΡΙΖΕΙ ΧΡΟΝΙΑ	45
- ΠΙΘΑΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ	47
- ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	47
- ΠΟΙΟΙ ΟΦΕΛΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ.....	48
- ΠΡΙΝ ΑΡΧΙΣΟΥΝ ΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΗΣ.....	49
-ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΠΡΟΠΟΝΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	49
- ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΜΕΤΡΙΑΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	52
- ΓΙΑΤΙ Η ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΑΔΥΝΑΤΙΖΕΙ	52
- ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΟ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ. ΤΙ ΑΠΟΔΙΔΕΙ	53
- ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ.....	53
- ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΣΚΗΣΕΩΝ (περπάτημα και γρήγορο περπάτημα, αεροβική, τρέξιμο, ποδηλασία, κολύμβηση)	54
- ΔΥΝΑΜΗ-ΑΝΤΟΧΗ- ΕΥΛΥΓΙΣΙΑ	55
- ΠΕΡΠΑΤΑ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ- ΖΗΣΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ.....	56
- Η ΔΙΑΙΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥ ΕΙΝΑΙ Η ΔΙΑΙΤΑ ΤΟΥ ΑΘΛΗΤΗ.....	56
- ΑΣΚΗΣΗ: Η ΛΥΣΗ ΓΙΑ ΜΟΝΙΜΟ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑ.....	57
- ΑΣΚΗΣΕΙΣ	57
- ΤΖΟΚΙΝΓΚ ΜΕ ΜΕΘΟΔΟ ΚΑΙ ΜΕΤΡΟ	58
- ΠΟΣΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΞΟΔΕΥΟΥΜΕ ΜΕ ΤΙΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ.....	59
- ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ	59
- ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ	60
-ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΜΕ ΑΣΚΗΣΗ ΜΟΝΟ	61
- ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΛΙΠΟΥΣ	61
- ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ	62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

‘ ΔΙΑΙΤΑ ’

- ΓΕΝΙΚΑ	64
- ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΡΥΘΜΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΕΙΝΑ	64
- ΒΑΣΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ- ΘΡΕΠΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ	67
- 14 ΔΙΑΙΤΕΣ ΠΟΥ ΥΠΟΣΧΟΝΤΑΙ ΓΡΗΓΟΡΟ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑ	68
- ΥΠΟΘΕΡΜΙΔΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ.ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	72
- ΦΥΤΙΚΕΣ ΙΝΕΣ: Η ΠΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	74
- ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ	75
- ΧΗΜΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ.....	78
- ΔΙΑΙΤΑ ΓΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ (No 1)	78
- ΔΙΑΙΤΑ ΓΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ (No 2).....	79
- ΠΟΣΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΠΑΙΡΝΟΥΜΕ ΜΕ ΤΙΣ ΤΡΟΦΕΣ.....	79
- 10 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΜΙΑΣ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ.....	80
- ΤΡΩΝΕ ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΠΑΧΑΙΝΟΥΝ.....	80
- 5 ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΑ ΛΑΘΗ ΣΤΗ ΔΙΑΙΤΑ.....	80
- ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΤΙ ΤΡΩΜΕ ΑΛΛΑ ΠΩΣ ΤΟ ΤΡΩΤΕ	81
- ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	81
- ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΩΣ ΤΡΩΜΕ	82
- ΔΙΑΙΤΑ: ΜΕΓΑΛΟ, ΠΛΟΥΣΙΟ ΚΑΙ ΙΣΟΖΥΓΙΣΜΕΝΟ ΠΡΟΓΕΥΜΑ ΓΙΑ ΑΠΩΛΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΚΑΝΟΝΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	83
- ΤΟ ΝΕΡΟ ΣΤΗ ΔΙΑΙΤΑ	84
- ΜΕΡΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ ΣΤΗ ΔΙΑΙΤΑ	84
- ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ	86
- ΚΑΝΟΝΕΣ ΣΩΣΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	86
- ΠΩΣ ΧΑΝΟΥΜΕ ΚΙΛΑ ΤΡΩΓΟΝΤΑΣ ΧΩΡΙΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥΣ	87
- ΣΗΝΤΗΡΗΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΤΑ	88
- ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΒΑΡΟΥΣ	91

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

‘ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑ’

- ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΜΕ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΑ	92
- ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	92
- ΜΕΘΟΔΟΣ ASTRAND	96
-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	101
-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	102

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι επιδημιολογικές μελέτες αποδεικνύουν ότι η παχυσαρκία αποτελεί ένα διαρκώς αυξανόμενο πρόβλημα, κυρίως των ανεπτυγμένων και κατά δεύτερο λόγο, των αναπτυσσόμενων κοινωνιών. Είναι πολύ πιθανό η αύξηση του βάρους να προκύπτει από την αντανάκλαση των κοινωνικών και πολιτισμικών διαφοροποιήσεων, σε ένα δεδομένο γενετικό υλικό. Οι σύγχρονες διατροφικές συνήθειες και, οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας ευνοούν, αυτό που λένε σήμερα «καθιστική ζωή». Η φυσική δραστηριότητα, δυστυχώς, δεν είναι πια μέρος της καθημερινότητάς μας.

Είτε την άσκηση, είτε προγράμματα μείωσης του βάρους με δίαιτες απίσχνανσης είτε γενικότερες προσπάθειες μεταβολής της συμπεριφοράς του σε συνδυασμό με τα δύο προαναφερόμενα. Πίσω από τις προσπάθειες αυτές, κρύβεται η θεμελιωμένη προϋπόθεση ότι η τακτική άσκηση ανεβάζει την ολική ημερήσια ενεργειακή δαπάνη. Στο μέτρο που η αυξημένη αυτή ενεργειακή δαπάνη δεν αντισταθμίζεται από μία αύξηση της ενεργειακής πρόσληψης, αναμένεται η απώλεια βάρους ή τουλάχιστον η διατήρηση σταθερού βάρους μετά την επίτευξη του επιθυμητού βάρους.

Σαν άσκηση ή καλύτερα σαν φυσική δραστηριότητα ορίζεται κάθε ρυθμική δραστηριότητα που αυξάνει τον καρδιακό ρυθμό πάνω από τα επίπεδα ανάπαυσης, με τη χρήση μιας μεγάλης ομάδας μυών ή με τη συγχρονισμένη λειτουργία πολλών μυϊκών ομάδων (όπως π.χ. περπάτημα, τρέξιμο, αεροβική γυμναστική, κολύμβηση, συμμετοχή σε ομαδικά αθλήματα, γυμναστήριο, κ.α.).

Οι δίαιτες έχουν σαν στόχο την απώλεια βάρους θέτοντας περιορισμούς στην πρόσληψη τροφής. Ως μέθοδος θεραπείας, η δίαιτα ενδείκνυται περισσότερο στη μέτρια παχυσαρκία, όταν δηλαδή το πλεονάζον βάρος δεν ξεπερνά τα 20 με 25 κιλά. Είναι επίσης κατάλληλη για την αντιμετώπιση και τον έλεγχο ορισμένων παθήσεων του μεταβολισμού, όπως ο διαβήτης, η υπέρταση ή η υπερλιπιδαιμία.

Οι δίαιτες διαχωρίζονται σε δύο κύριες κατηγορίες: α) αυτές που βασίζονται στη μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων και λιπών (ολιγοθερμιδικές ή υποθερμιδικές και άλιπες) και β) σ' εκείνες που βασίζονται στην εκλεκτική στέρηση ή υπερκατανάλωση ορισμένων από τα βασικά διατροφικά συστατικά (λίπος, πρωτεΐνη ή υδατάνθρακες).

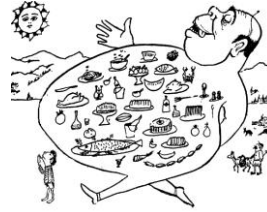
Σε όλες σχεδόν τις μελέτες παρατηρήθηκε μεγαλύτερη απώλεια βάρους όταν η δίαιτα απίσχνανσης συνδυαζόταν με κάποιου βαθμού αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Η αύξηση αυτή όμως, ήταν σχετικά μικρή. Πολύ ερευνητές έχουν θέσει το ερώτημα: «Εάν σε αυστηρά περιοριστικές δίαιτες προσθέσουμε άσκηση, μειώνεται ή προλαμβάνεται το σύννηθες ανεπιθύμητο αποτέλεσμα των διαιτών αυτών, που είναι η ελάττωση της μυϊκής μάζας;». Οι περισσότερες παρατηρήσεις δείχνουν ότι πράγματι αυτό συμβαίνει. Φαίνεται ότι η δυνατότητα απώλειας βάρους με την προσθήκη άσκησης, εξαρτάται και από την περιεκτικότητα της δίαιτας σε λίπος. Η τακτική άσκηση αυξάνει τον αριθμό των θερμίδων που καταναλώνονται από το λίπος. Εάν οι χορηγούμενες ως λίπος θερμίδες μειωθούν ενώ

αυξάνεται η απώλεια λίπους με την άσκηση, το τελικό ισοζύγιο θα είναι σαφώς αρνητικό και το συνολικό σωματικό λίπος θα μειωθεί ταχύτερα. Συγχρόνως η χορήγηση αντίστοιχα μεγαλύτερου ποσού θερμίδων από υδατάνθρακες, θα ελαττώσει το αίσθημα της χρόνιας κόπωσης που εκτός των άλλων μειώνει και τη διάθεση των παχύσαρκων για άσκηση. Παρά το γεγονός ότι η παραπάνω υπόθεση δεν έχει υιοθετηθεί από όλους τους ερευνητές, δεν παύει να είναι μια δελεαστική πρόταση που χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση. Παρά λοιπόν το μικρό συνολικά κέρδος σε απόλυτα μεγέθη, ο συνδυασμός δίαιτας και άσκησης είναι πολλαπλά ωφέλιμος, ιδίως όσο αφορά τη διατήρηση της μυϊκής μάζας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ



Το πρόβλημα της παχυσαρκίας απειλεί όλο και περισσότερους ανθρώπους. Περίπου 97 εκατομμύρια στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι με αποτέλεσμα να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να καταλήξουν από υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, παθήσεις της χοληδόχου κύστεως, οστεοαρθρίτιδα, άπνοια ύπνου και αναπνευστικά προβλήματα. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι οι άνθρωποι αυτοί προσβάλλονται συχνότερα από διάφορους τύπους καρκίνου. Ακόμη τα παχύσαρκα άτομα γίνονται συχνά θύματα κοινωνικού αποκλεισμού.

Ένα άτομο ονομάζεται υπέρβαρο αν ο δείκτης σωματικής του μάζας (BMI) κυμαίνεται από 25 kgf/ m² έως 29,9 kgf/m². Αντίστοιχα ένα άτομο ονομάζεται παχύσαρκο αν ο δείκτης σωματικής του μάζας (BMI) υπερβαίνει τα 30 kgf/ m². Ωστόσο πρέπει να έχουν υπόψη μας ότι όταν ένα άτομο είναι παχύσαρκο, είναι ταυτόχρονα και υπέρβαρο, χωρίς παράλληλα να ισχύει το αντίστροφο. Ο αριθμός των παχύσαρκων και υπέρβαρων ατόμων έχει αυξηθεί σημαντικά από τη δεκαετία του 1960. Έτσι έχουμε φτάσει την τελευταία δεκαετία, στην κατάσταση περίπου το 55% των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 20 ετών να χαρακτηρίζονται από μικρότερα οικονομικά εισοδήματα και χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, αντιμετωπίζουν συχνότερα και σε μεγαλύτερο βαθμό το πρόβλημα της παχυσαρκίας.

Η παχυσαρκία είναι μια σύνθετη πολυπαραγοντική χρόνια νόσος η οποία αναπτύσσεται μέσω αλληλεπίδρασης των γενετικών πληροφοριών κάθε ατόμου με το περιβάλλον. Ο μηχανισμός παθογένεσης της παχυσαρκίας δεν έχει γίνει ακόμη πλήρως κατανοητός, ωστόσο γίνεται παραδεκτό ότι ενέχονται παράγοντες κοινωνικοί, πολιτισμικοί, φυσιολογικοί, μεταβολικοί και γενετικοί.

Ενώ έχει γίνει ευρέως αποδεκτό ότι η παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την υγεία μας, δεν έχει επέλθει ακόμη γενική συμφωνία όσον αφορά τον τρόπο ιατρικής και παραϊατρικής αντιμετώπισης της. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι δεν πρέπει να προσπαθούν καν να θεραπεύουν τη παχυσαρκία λόγω αφενός της δυσκολίας διατήρησης μακροχρόνιων σημαντικών αποτελεσμάτων και αφετέρου των πιθανών σημαντικών διαταραχών υγείας που μπορεί να προκαλέσει μια συνεχώς επαναλαμβανόμενη απώλεια και πρόσληψη κάποιων κιλών. Άλλοι πάλι υποστηρίζουν ότι οι κίνδυνοι μιας πιθανής θεραπείας είναι σημαντικά περισσότεροι από τους κινδύνους της ίδιας της παχυσαρκίας.

Όλοι οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι ενήλικες με δείκτη σωματικής μάζας μεγαλύτερο από 25 kg/ m² θεωρούνται ότι κινδυνεύουν περισσότερο να νοσήσουν από ασθένειες όπως υπέρταση, υπερχοληστερολαιμία, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, στεφανιαία καρδιοπάθεια κτλ. Άτομα με δείκτη σωματικής μάζας από 25 kg /m² έως 29.9 kg/ m² θεωρούνται παχύσαρκα. Σε απλά υπέρβαρα άτομα, η θεραπεία για το αυξημένο βάρος τους συστήνεται μόνο για εκείνους οι οποίοι έχουν οικογενειακό ιστορικό ή πάσχουν από τουλάχιστον δύο από τις προαναφερθείσες ασθένειες ή έχουν αυξημένη περίμετρο οσφύος. Η προτεινόμενη θεραπεία αφορά σε τροποποίηση του διαιτολογίου και αύξηση της καθημερινής σωματικής δραστηριότητας. Η θεραπεία της παχυσαρκίας πρέπει να αποσκοπεί στην απώλεια σημαντικού ποσοστού του σωματικού βάρους για όσο δυνατόν πιο μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η παχυσαρκία αυτή καθαυτή συσχετίζεται με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας. Υπάρχουν σημαντικές ιατρικές έρευνες οι οποίες έχουν αποδείξει ότι η απώλεια σωματικού βάρους από παχύσαρκους και υπέρβαρους ασθενείς μειώνει σημαντικά την πιθανότητα των ατόμων αυτών να νοσήσουν από τις ασθένειες που έχουν ήδη αναφερθεί παραπάνω και ειδικότερα από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και καρδιαγγειακά νοσήματα. Σε άλλες ιατρικές έρευνες έχουν αποδειχθεί ότι η μείωση του σωματικού βάρους μειώνει την αρτηριακή πίεση (τόσο σε υπερτασικούς όσο σε μη υπερτασικούς ασθενείς), μειώνει τα επίπεδα τριγλυκερίδιων του ορού και αυξάνει τα επίπεδα της λεγόμενης <<καλής>> χοληστερίνης του ορού (LDL). Επίσης μειώνεται τα επίπεδα γλυκόζης στον ορό μη διαβητικών ατόμων.

Μια μεγάλη ποικιλία θεραπευτικών μεθόδων έχουν χρησιμοποιηθεί έως σήμερα για τη θεραπεία της παχυσαρκίας, όπως δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε θερμίδες και σε λίπος, αύξηση της καθημερινής σωματικής δραστηριότητας, τεχνικές θεραπείας της συμπεριφοράς, φαρμακευτική αγωγή και χειρουργικές μέθοδοι. Η θεραπεία της παχυσαρκίας περιλαμβάνει καταρχήν την εκτίμηση του υπάρχοντος προβλήματος και στη συνέχεια το σχεδιασμό της θεραπείας η οποία πρέπει να εξατομικεύεται κατά περίπτωση. Η εκτίμηση της παχυσαρκίας περιλαμβάνει την εξατομικευμένη βαθμονόμηση της και τη συνεκτίμηση όλων των συνοδών προδιαθεσιακών παραγόντων κινδύνου. Η θεραπεία πάλι με τη σειρά της από τη μια στοχεύει στη μείωση του σωματικού βάρους και από την άλλη στον έλεγχο των συνοδών προδιαθεσιακών παραγόντων κινδύνου. Επίσης δίνεται σημασία στο να ελεγχθεί κατά πόσο ο ασθενής έχει ισχυρή εσωτερική δύναμη για να ακολουθήσει το συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η παχυσαρκία είναι το πιο συχνό πρόβλημα διατροφής στο δυτικό κόσμο. Περίπου 250.000.000 άνθρωποι, δηλαδή το 7% του τρέχοντος παγκόσμιου πληθυσμού είναι παχύσαρκοι. Δύο με τρεις φορές

περισσότεροι άνθρωποι είναι υπέρβαροι. Περίπου 14-15% όλων των 15χρονων στις ΗΠΑ κατηγοριοποιούνται ως παχύσαρκοι. Σύγκριση των δεδομένων από μελέτες που διεξάχθηκαν σε σχολεία το 1997 και 1998 δείχνουν ότι οι ΗΠΑ, η Ιρλανδία, η Ελλάδα και η Πορτογαλία είχαν τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας. Η παχυσαρκία στα παιδιά και τους εφήβους ραγδαία εξελίσσεται σε μια παγκόσμια επιδημία με τεράστιες προεκτάσεις στη δημόσια υγεία καθώς τα υπέρβαρα παιδιά γίνονται υπέρβαροι ενήλικες. Το 8% του ενήλικου πληθυσμού είναι υπερβολικά παχύσαρκοι όπως ορίζεται από το $\Delta\text{M}\Sigma > 30$ και 25% των παιδιών και εφήβων είναι υπέρβαροι.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Παχυσαρκία μπορεί να θεωρηθεί η κατάσταση εκείνη κατά την οποία συσσωρεύετε υπερβολική ποσότητα λίπους στον ανθρώπινο λιπώδη ιστό, σε βαθμό τέτοιο ώστε να απειλείται η ίδια η υγεία του ασθενούς. Επειδή ωστόσο η απευθείας μέτρηση του σωματικού λίπους είναι δύσκολη και ακριβή ως μέθοδος, προτιμάται η χρήση του δείκτη σωματικής μάζας (BMI).

ΠΩΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙΤΑΙ Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται από υπερβολική εναπόθεση λίπους στις λιπαποθήκες του σώματος. Φυσιολογικά το λίπος, στο σύνολό του, αποτελεί το 15-20% του σωματικού βάρους για τον άνδρα και το 20-25% για τη γυναίκα. Στην παχυσαρκία το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει το 40%, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις και το 70% (κακοήθης παχυσαρκία). Η κατανομή αυτού του λίπους είναι γενετικά καθορισμένη (δομικό λίπος) και διαφέρει ανάλογα με το φύλο. Διαφοροποιείται κατά τη διάρκεια της ήβης, κατά την εποχή δηλαδή που αναπτύσσονται τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά του φύλου.

Κατανομή του λίπους

Όταν το σωματικό λίπος ενός ατόμου είναι περισσότερο στον κορμό σε σχέση με τα άκρα, τότε αυτά τα άτομα έχουν σημαντική πιθανότητα εμφάνισης διαφόρων νοσημάτων. Στα παιδιά η κατανομή του λίπους είναι ομοιόμορφη, σφαιρική, ενώ στους ενήλικες συναντώνται 2 τύποι άνισης κατανομής: της ενδοκοιλιακής και της γλουτομηριαίας συγκέντρωσης του λίπους. Ο ενδοκοιλιακός τύπος (μήλο) συχνά υποδηλώνει κίνδυνο για υπερινσουλιναιμία, ινσουλινοαντοχή, δυσλιπιδαιμία (ελάττωση HDL και αύξηση τριγλυκεριδίων) και δημιουργεί 10 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο σακχαρώδη διαβήτη από ό, τι στον γλουτομηριαίο τύπο (αχλάδι). Ο τελευταίος δημιουργεί στις γυναίκες προδιάθεση για κακοήθες νεόπλασμα των γεννητικών οργάνων, λόγω της παραγωγής εξωθηκικών οιστρογόνων στο λίπος. Αυτή η κατανομή υπάρχει συνήθως στην εμμηνόπαυση. Οι παχύσαρκοι, σε έρευνες που έγιναν, είχαν κατά μέσο όρο 2,7 φορές περισσότερο συνολικό λίπος και 4 φορές σπλαχνικό λίπος από ό, τι τα άτομα με φυσιολογικό βάρος. Το σπλαχνικό λίπος επηρεάζει τον

μεταβολισμό των λιποπρωτεϊνών (ή σύνθεση γλυκόζης).Επομένως, το σπλαχνικό λίπος είναι αιτία ανάπτυξης των παραγόντων παχυσαρκίας.Το σπλαχνικό λίπος πάντως συρρικνώνεται ταχύτερα από το επιφανειακό υποδόριο λίπος σε περιπτώσεις απώλειας βάρους.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΕΞΑΠΛΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

<< ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΠΟΥ ΑΛΛΑΖΕΙ >>

Παρότι οι πρόσφατες έρευνες έχουν εστιαστεί στη συμμετοχή της λεπτίνης και άλλων μοριακών γενετικών παραγόντων στην παθογένεση της παχυσαρκίας, οι τελευταίοι δεν μπορούν από μόνοι τους να εξηγήσουν την σύγχρονη <<επιδημία>> της παχυσαρκίας.Η ταχύτητα εξάπλωση του φαινομένου της παχυσαρκίας έχει συντελεστεί σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα για να μπορεί να αποδοθεί σε κάποιες γενετικές τροποποιήσεις.Έτσι η προσοχή τους πρέπει αναγκαστικά να εστιαστεί σε κάποιες αλλαγές του περιβάλλοντος (φυσικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και οικονομικές,) οι οποίες έχουν συντελεστεί ακριβώς την τελευταία εικοσαετία.Ο εκσυγχρονισμός του τρόπου ζωής,η αστικοποίηση, η αύξηση του ατομικού εισοδήματος, η μετάβαση στην κοινωνία της αγοράς, αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις και η παγκοσμιοποίηση της αγοράς τροφίμων έχουν συντελέσει σημαντικά στην εξάπλωση της παχυσαρκίας.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ

Οι οικονομική ανάπτυξη που έχει παρατηρηθεί παγκοσμίως τα τελευταία χρόνια, έχει οδηγήσει σε γρήγορη αστικοποίηση, αλλαγή των εργασιακών σχέσεων, επιμήκυνση του προσδοκώμενου χρόνου ζωής και μείωση της γονιμότητας.Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά το δείκτη σωματικής μάζας και άρα να προκαλέσουν παχυσαρκία.

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ

Σε γενικές γραμμές, η αύξηση του εισοδήματος και η αστικοποίηση, οδήγησε σε στροφή του καθημερινού διαιτολογίου προς δίαιτες με υψηλότερη περιεκτικότητα σε λίπη και σάκχαρα , πράγμα το οποίο βοήθησε στην εξάπλωση της παχυσαρκίας.

ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΕΟΓΝΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Έχει αποδειχτεί ότι τα νεογνά, τα οποία δεν σιτίστηκαν επαρκώς κατά την ενδομήτρια ζωή, έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Τα επαγγέλματα εκείνα τα οποία εκ φύσεως απαγορεύουν τη σωματική άσκηση, ασφαλώς προδιαθέτουν για ανάπτυξη παχυσαρκίας. Τέτοια επαγγέλματα είναι εξ' αντικειμένου τα περισσότερα από εκείνα που χαρακτηρίζουν το σύγχρονο αστικό τρόπο ζωής.

ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΣΥΝΘΕΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Η παρατηρούμενη παράταση του προσδόκιμου χρόνου ζωής σε συνδυασμό με τη μείωση της γονιμότητας, οδήγησαν τις σύγχρονες κοινωνίες σε δημογραφική αλλοίωση με επικράτηση μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων, οι οποίες εξ' αντικειμένου εμφανίζουν συχνότερα το πρόβλημα της παχυσαρκίας. Έτσι τα μετρούμενα ποσοστά της παχυσαρκίας αφορούν πλέον σημαντικά <<γερασμένους>> πληθυσμούς και πιθανόν να είναι παραπλανητικά όταν συγκρίνονται με αντίστοιχα ποσοστά παλαιότερων μετρήσεων.

ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Το κάπνισμα είναι σοβαρός προδιαθεσικός παράγοντας για εκδήλωση καρδιοπνευμονικών ασθενειών. Η διακοπή του καπνίσματος είναι πολύ σημαντικός παράγοντας, ιδιαίτερα για τα άτομα εκείνα, των οποίων η υγεία είναι επιβαρυσμένη. Η διακοπή του καπνίσματος συνοδεύεται από αύξηση του σωματικού βάρους, περίπου κατά 2 κιλά στους άνδρες και κατά 3 κιλά στις γυναίκες. Η αύξηση αυτή του σωματικού βάρους είναι σχετικά ανθεκτική σε πιθανή θεραπευτική παρέμβαση (πρόγραμμα αδυνατίσματος). Πρέπει ωστόσο να υποθεί ότι η διακοπή του καπνίσματος από μόνη της έχει απείρως μεγαλύτερα θετικά αποτελέσματα στην υγεία του παχύσαρκου ατόμου εν συγκρίσει προς τα πιθανά αρνητικά αποτελέσματα που θα προκύψουν από τη συνοδό πρόσληψη 2 έως 3 επιπλέον κιλών.

ΑΙΤΙΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία είναι νόσος του ενεργειακού ισοζυγίου. Για να παχύνει δηλαδή ένας άνθρωπος, θα πρέπει απαραίτητα να πάρει περισσότερη ενέργεια (δηλ. θερμίδες μέσω της τροφής) από αυτή που καταναλώνει. Οι διάφορες αιτίες που θα αναφερθούν παρακάτω επιδρούν είτε μειώνοντας τις καύσεις, είτε αυξάνοντας πάνω από το φυσιολογικό την επιθυμία για φαγητό, είτε τέλος δημιουργώντας εκλεκτικές γευστικές επιθυμίες προς τροφές που ευνοούν την αύξηση του σωματικού βάρους όπως είναι κυρίως τα λιπαρά και λιγότερο η ζάχαρη.

Εκείνο όμως που θα πρέπει από την αρχή να γίνει κατανοητό είναι ότι η αιτία της παχυσαρκίας δεν είναι μία αλλά πολλές, ακόμα και για το ίδιο άτομο. Θα πρέπει τις πιο πολλές φορές να συνδυαστούν περισσότεροι από

έναν παράγοντες για την εμφάνιση αλλά και διαιώνιση της. Για την ταξινόμηση της παχυσαρκίας υπάρχουν διάφοροι τρόποι.

Ταξινόμηση Α

Πρωτοπαθής

Δεν υπάρχουν δηλαδή κάποια άλλα νοσήματα, τουλάχιστον γνωστά, που να προδιαθέτουν στην αύξηση του σωματικού βάρους. Αλλά και στις περιπτώσεις αυτές έχουν βρεθεί παρά πολλές "χημικές" διαφορές μεταξύ υπέρβαρων και αδύνατων ατόμων, κυρίως όσον αφορά τη λειτουργία ενός εγκεφαλικού σχηματισμού, του υποθαλάμου, που ρυθμίζει την όρεξη και τον κορεσμό (χόρτασμα), όπως και σε διάφορες ορμόνες που παράγονται από το γαστρεντερικό σύστημα. Στις πρωτοπαθείς μορφές περιλαμβάνονται και τα άτομα με μειωμένη γενετήσια λειτουργία καθώς και οι γυναίκες που παχαίνουν κατά την εμμηνόπαυση.

Δευτεροπαθής

Δηλαδή αποτέλεσμα άλλων νόσων, συνήθως ενδοκρινικών και κληρονομικών. Στην δευτεροπαθή μορφή περιλαμβάνονται περιπτώσεις με μειωμένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος που έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση των καύσεων και επομένως την αύξηση του σωματικού βάρους.

Χαμηλή δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος παρατηρείται σε:

α. Δίαιτα πλούσια σε λίπη. Όταν ο άνθρωπος καταναλώνει υπερβολικές ποσότητες λιπαρών τροφών, δεν παχαίνει μόνο γιατί παίρνει πολλές θερμίδες αλλά και γιατί μειώνονται από το λίπος και οι καύσεις του.

β. Νηστεία. Πολλά άτομα, κυρίως νέες γυναίκες, στην προσπάθεια τους να μην παχύνουν, καταναλώνουν μακροχρόνια πολύ μικρές ποσότητες φαγητού. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την πολύ μεγάλη μείωση των καύσεων του οργανισμού. Έτσι, μόλις αρχίσουν να τρώνε, έστω και κανονικά, το σωματικό τους βάρος αυξάνει πολύ πιο εύκολα από αυτό που θα δικαιολογούσε η ποσότητα της τροφής που καταναλώνουν.

γ. Κληρονομική παχυσαρκία. Έχει βρεθεί ότι ένα ποσοστό ατόμων με παχύσαρκους γονείς εμφανίζει μειωμένες καύσεις ακόμα και πριν παχύνει. Στις περιπτώσεις αυτές, η εμφάνιση παχυσαρκίας είναι ο κανόνας, εκτός αν με κατάλληλη εκπαίδευση κατορθώσουν να ελαττώσουν σε μακροχρόνια βάση και την ποιότητα της προσλαμβανόμενης τροφής.

δ. Αύξηση της κορτιζόνης στο αίμα. Είναι γνωστό ότι άτομα με μακροχρόνια θεραπεία με κορτιζόνη αυξάνουν πολύ συχνά το βάρος τους. Αυτό βέβαια δεν είναι αιτία να αρνηθούν μία ανάλογη θεραπεία, αλλά θα πρέπει σε όλη τη διάρκειά της να μειωθεί παράλληλα και η ποσότητα της τροφής που καταναλώνουν και έτσι θα αποφύγουν οπωσδήποτε την εμφάνιση της παχυσαρκίας. Αύξηση της κορτιζόνης όμως είναι δυνατόν να υπάρχει και σε παθήσεις των επινεφριδίων. Αν και είναι πολύ σπάνιες, θα πρέπει να τις υποψιαστούν και να καταφύγουν στον γιατρό, όταν δούν ένα

στρογγυλό πρόσωπο με υπερβολικά παχιά και κόκκινα μάγουλα, δυσανάλογα παχιά κοιλιά σε σχέση με τα πόδια και κατακόκκινες ραβδώσεις σε όλο το σώμα.

ε. Παθήσεις του θυρεοειδούς. Οι παθήσεις του θυρεοειδούς σαν μοναδική αιτία παχυσαρκίας είναι εξαιρετικά σπάνιες. Συνήθως ευνοούν μικρές μόνο μεταβολές του σωματικού βάρους (2-10 κιλά) και δεν είναι πρακτικά ποτέ αποκλειστικές αιτίες βαρείας παχυσαρκίας. Αλλά πολύ συχνά, στην κλινική πράξη, παρατηρούνται άτομα με υπολειτουργία του θυρεοειδούς που θα έπρεπε να παχαίνουν, να χάνουν βάρος λόγω της μεγάλης μείωσης της όρεξης της τους από την νόσο. Αλλά και άτομα με υπερλειτουργία του θυρεοειδούς που θα έπρεπε να χάνουν πολύ βάρος λόγω των αυξημένων καύσεων, χάνουν ελάχιστο ή και καθόλου λόγω της πολυφαγίας που παρουσιάζουν και η οποία αντισταθμίζει τον υπερμεταβολισμό τους. Το πρόβλημα βάρους για αυτούς αρχίζει από τη στιγμή που θα αρχίσουν θεραπεία για τον υπερθυρεοειδισμό. Τα φάρμακα μειώνουν ταυτόχρονα και η ποσότητα της καταναλισκόμενης τροφής, το αποτέλεσμα θα είναι το σωματικό βάρος να βρεθεί σε ψηλότερα επίπεδα από αυτά πριν την εμφάνιση της νόσου.

Εκείνο που ίσως έχει την μεγαλύτερη σημασία, όσον αφορά τη σχέση θυρεοειδούς και παχυσαρκίας, είναι οι αποκλίσεις των θυρεοειδικών ορμονών στα φυσιολογικά πλαίσια, χωρίς δηλαδή την ύπαρξη νόσου. Έχει βρεθεί ότι, όσο ψηλότερη είναι μία ορμόνη του θυρεοειδούς που λέγεται Τριιωδοθυρονίνη (T3), τόσο περισσότερες είναι και οι καύσεις του συγκεκριμένου ατόμου. Μπορεί οι διαφορές αυτές να είναι μικρές σε ημερήσια βάση, αλλά αν υπολογίσουν το φαινόμενο μακροχρόνια και αθροιστικά, τότε μπορεί να φτάσουν ακόμα και σε μεγάλες αποκλίσεις του σωματικού βάρους. Να τονιστεί εδώ ότι οι λιπαρές τροφές μειώνουν την παραγωγή της T3 ενώ οι υδατανθρακούχες (άμυλο) την αυξάνουν. Να λοιπόν ένας ακόμα λόγος που κάνει απαραίτητη την μείωση των λιπαρών από το διαιτολόγιο σε μακροχρόνια βάση.

στ. Υψηλή θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Στα θερμά κλίματα ή τις θερμές εποχές του χρόνου, οι ανάγκες σε θερμίδες, και επομένως οι ανάγκες σε τροφή, είναι μειωμένες. Αυτός βέβαια είναι ένας πολύ σοφός μηχανισμός της φύσης για να αποφευχθεί η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος και επομένως η θερμοπληξία. Οι κίνδυνοι λοιπόν είναι δύο όταν υπάρχει πολυφαγία το καλοκαίρι: ευκολότερη αύξηση του βάρους και δυσκολότερη προσαρμογή του οργανισμού στην ζέστη μέχρι και θερμοπληξίας όταν υπάρχει καύσωνας.

ζ. Γαλουχία. Κατά το θηλασμό, οι καύσεις της γυναίκας είναι λίγο μειωμένες. Αυτό γίνεται για να εξοικονομηθεί ενέργεια (τροφή) η οποία μέσω του μαστού και του μητρικού γάλακτος θα θρέψει το παιδί της. Θα ήταν βέβαια έξω από κάθε λογική να στερηθεί το παιδί της από τα ευεργετικά οφέλη του μητρικού θηλασμού για να μην παχύνει η ίδια. Απλά, να αποφύγει τις διαιτητικές υπερβολές που πολλές μητέρες, πεθερές αλλά και γιαγιάδες συστήνουν. Να μην ενδίδουν σε υπερβολικές επιθυμίες με τη

δικαιολογία του θηλασμού και να φροντίζουν να τρώνε για ΔΥΟ αλλά όχι ...όσο ΔΥΟ.

Ταξινόμηση Β

Συγγενής (Κληρονομική) παχυσαρκία

Η επίδραση της κληρονομικότητας στην εμφάνιση ή όχι παχυσαρκίας είναι σήμερα αναμφισβήτητη. Μελέτες που έγιναν σε παιδιά παχύσαρκων γονέων υιοθετημένα από λεπτόσωμα άτομα (θετοί γονείς), έδειξαν ότι όσο τα παιδιά μεγάλωναν, αποκτούσαν πιο συχνά τα χαρακτηριστικά σωματικού βάρους των φυσικών τους γονέων παρά των θετών. Το αντίθετο ακριβώς παρατηρείται όταν οι φυσικοί γονείς είναι λεπτόσωμοι και οι θετοί παχύσαρκοι. Αλλά και μελέτες σε δίδυμους έδειξαν ότι: όταν οι δίδυμοι είναι μονοωγενείς, δηλαδή προέρχονται από ένα wάριο και επομένως είναι ακριβώς ίδιοι, εφ' όσον ο ένας από τους δύο παχύνει σε νεαρή ηλικία, θα παχύνει και ο άλλος με πιθανότητες 81%. Αντίθετα, όταν οι δίδυμοι προέρχονται από διαφορετικά wάρια και ο ένας παχύνει, τότε έχει πιθανότητες μόνο 42% να παχύνει και ο άλλος. Το ενδιαφέρον είναι ότι αν ένας μονοωγενής δίδυμος παχύνει στην ενήλικη ζωή, ο άλλος έχει πιθανότητες να παχύνει 67% και όχι 81% δηλαδή το διαφορετικό περιβάλλον που συνήθως ζουν μετά την ενηλικίωση αποτρέπει, έστω και μερικά, την εμφάνιση ισχυρότατων κληρονομικών χαρακτηριστικών.

Ένα άλλο στοιχείο που ενισχύει την κληρονομική προδιάθεση για εμφάνιση παχυσαρκίας είναι και η αύξηση του ποσοστού παχύσαρκων ατόμων σε όλες τις φυλές και όλα τα έθνη. Αυτό έχει τη παρακάτω εξήγηση: Σε περιόδους έλλειψης τροφίμων, τα άτομα που παρουσιάζουν λίγες καύσεις, δηλαδή μικρές ανάγκες σε τροφή, επέζησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό από άτομα που είχαν πολλές καύσεις. Αυτοί επομένως μετέφεραν και τα κληρονομικά αυτά χαρακτηριστικά, δηλαδή των μειωμένων αναγκών σε τροφή, και στους απογόνους τους.

Επίκτητη παχυσαρκία

Είναι η παχυσαρκία που εμφανίζεται σε άτομα χωρίς κληρονομικές καταβολές για την νόσο. Μελέτες σε μεγάλα τμήματα πληθυσμών έχουν δείξει ότι η επίδραση του περιβάλλοντος είναι πιο ισχυρή από την επίδραση ακόμα και της κληρονομικότητας. Η δύναμη αυτή αναφέρεται όχι μόνο στην δημιουργία (ή αποτροπή) εμφάνισης παχυσαρκίας σε άτομα χωρίς γονιδιακό υπόστρωμα αλλά και σε αυτά ακόμα τα άτομα με ισχυρές κληρονομικές καταβολές. Τρία παραδείγματα που ενισχύουν την άποψη αυτή είναι:

α. Η ύπαρξη παχύσαρκης μητέρας σε υπέρβαρα άτομα είναι πολύ πιο συχνή από την ύπαρξη παχύσαρκου πατέρα. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι η νόσος παχυσαρκία μεταδίδεται από την μητέρα αλλά ότι αυτή είναι υπεύθυνη για το διατροφικό περιβάλλον της οικογένειας στο οποίο τα

παιδιά γεννιούνται, μεγαλώνουν και αποκτούν τις διαιτητικές συνήθειες που ευνοούν την αύξηση του σωματικού βάρους.

β. Τα σκυλιά που ανήκουν σε άτομα φυσιολογικού βάρους είναι παχύσαρκα σε ποσοστό μόνο 25%, ενώ σκυλιά που ανήκουν σε παχύσαρκα άτομα είναι και αυτά παχύσαρκα σε ποσοστό 56%. Είναι κατανοητή λοιπόν η δύναμη του περιβάλλοντος, αφού επηρεάζει δυσμενώς και αυτά ακόμα τα ζώα.

γ. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής υπάρχει μία φυλή Ινδιάνων, οι Pima, οι οποίοι εμφανίζουν σε πολύ μεγάλο ποσοστό παχυσαρκία και διαβήτη, γι' αυτό και αποτελούν ερευνητικά πρότυπα για την μελέτη της νόσου. Πρόσφατα, ένας κλάδος της ίδιας ακριβώς φυλής ανακαλύφθηκε στο ορεινό Μεξικό όπου ζουν σαν αγρότες. Στα άτομα αυτά, με εντελώς διαφορετικό τρόπο ζωής και διατροφής από αυτόν της Αμερικής, τα ποσοστά παχυσαρκίας και διαβήτη ήταν μηδενικά, και να σκεφτεί κανείς ότι έχουν ακριβώς το ίδιο γενετικό υπόστρωμα.

Όταν αναφέρονται στο 'περιβάλλον' εννοούν τον τρόπο ζωής του ατόμου, τις διαιτητικές του συνήθειες, την γενική σωματική δραστηριότητα και το επίπεδο άσκησής του. Τα κύρια σημεία της έννοιας 'περιβάλλον' που θα πρέπει να σταθούν είναι: οι διαιτητικές συνήθειες και η σωματική δραστηριότητα.

Όσον αφορά τις διαιτητικές συνήθειες, είναι βέβαιο σήμερα ότι τα παχύσαρκα άτομα ή τρώνε περισσότερο από το φυσιολογικό για τα προσωπικά τους δεδομένα και το υπο-εκτιμούν ή τρώνε, αναλογικά με τα λεπτόσωμα άτομα, μεγαλύτερες ποσότητες λιπαρών ουσιών, έστω και με φυσιολογικές συνολικά ποσότητες τροφής. Και αυτή όμως η εσωτερική 'επιθυμία' για μεγαλύτερες ποσότητες τροφής ή και για περισσότερες λιπαρές ουσίες, φαίνεται ότι οφείλεται σε μεταβολές του χημισμού του οργανισμού των παχύσαρκων ατόμων σε επίπεδο ορμονών και νευρομεταβιβαστών.

Όσον αφορά τη σωματική δραστηριότητα, όλοι γνωρίζουν σήμερα το πόσο πολύ έχει μειωθεί, όχι μόνο σε επίπεδο άσκησης αλλά και σε επίπεδο επαγγελματικής ενασχόλησης. Η ελάττωση αυτή του βαθμού σωματικής άσκησης έχει πολλαπλές επιπτώσεις στο ενεργειακό ισοζύγιο του οργανισμού. Δεν είναι μόνο οι θερμίδες που καίγονται κατά τη διάρκεια της άσκησης, αλλά και μετά από αυτήν υπάρχει κάποιος βαθμός υπερμεταβολισμού. Επί πλέον, άτομα που ασκούνται συστηματικά, αυξάνουν την ποσότητα και βελτιώνουν την ποιότητα του μυϊκού τους ιστού και έτσι έχουν αυξημένο ακόμα και το βασικό τους μεταβολισμό, αφού ο ενεργός μεταβολικά ιστός είναι ο μυϊκός και όχι ο λιπώδης.

Ταξινόμηση Γ

Μεταβολική παχυσαρκία

Πρόκειται για άτομα τα οποία παρουσιάζουν μειωμένες καύσεις σε σχέση με αυτές που θα έπρεπε να έχουν, αναλογικά πάντα με το φύλο, την ηλικία, το σωματικό βάρος, το σωματικό ύψος και το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητας.

Υπερφαγική παχυσαρκία

Είναι οι περιπτώσεις εκείνες που κάποιες μη ομαλές συνθήκες του περιβάλλοντος ή και κάποιο διαταραγμένο νευρο-ορμονικό υπόστρωμα ή και κάποιες ψυχολογικές αποκλίσεις κάνουν το άτομο να μην μπορεί να έχει έλεγχο στο τι και πόσο τρώει. Η διάκριση της παχυσαρκίας σε μεταβολική και υπερφαγική είναι χρήσιμη για την καλύτερη δυνατή θεραπευτική προσπέλαση της νόσου, αφού στις περιπτώσεις με μεταβολικό πρόβλημα θα πρέπει να εφαρμόζονται μέθοδοι που αυξάνουν τις καύσεις, ενώ στις περιπτώσεις με υπερφαγία θα πρέπει να εφαρμόζονται μέθοδοι που μειώνουν την επιθυμία για πρόσληψη τροφής ή που φέρνουν κορεσμό της όρεξης μετά από την λήψη φυσιολογικής ποσότητας τροφής.

Ταξινόμηση Δ

Βιολογική παχυσαρκία

Είναι το σύνολο των περιπτώσεων με παθολογικά μειωμένες καύσεις ή με παθολογικά αυξημένη επιθυμία για λήψη τροφής ή με αδυναμία εμφάνισης κορεσμού της πείνας μετά λήψη φυσιολογικών ποσοτήτων τροφής.

Κοινωνική παχυσαρκία

Είναι σήμερα γνωστό ότι άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό βαρεία παχυσαρκία. Αλλά και άτομα με έντονη κοινωνική ζωή, είναι συχνά υπέρβαρα και μάλιστα εμφανίζουν και σωρεία άλλων διατροφικών νόσων, αφού κάθε κοινωνική εκδήλωση αρχίζει και τελειώνει με γεύμα, το οποίο βέβαια δεν είναι ...ντοματοσαλάτα.

Ψυχολογική παχυσαρκία

Τα ψυχολογικά προβλήματα των υπέρβαρων ατόμων είναι συχνά και πολλά, πολλές φορές δεν είναι και καθοριστικά για όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του (οικογενειακές, επαγγελματικές, κοινωνικές, προσωπικές, σεξουαλικές). Εκείνο που είναι δύσκολο να απαντηθεί είναι το αν οι ψυχολογικές διαταραχές προκάλεσαν την παχυσαρκία ή αν η παχυσαρκία αυτές. Πάντως, είτε είναι αίτιο, είτε είναι αποτέλεσμα, χωρίς σωστή ψυχολογική προσπέλαση του υπέρβαρου ατόμου και χωρίς τροποποίηση

της διαιτητικής του συμπεριφοράς, οι πιθανότητες μόνιμης αντιμετώπισης του προβλήματος θα παραμείνουν όνειρο.

ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΜΑΖΑΣ

Ο ΔΜΣ προκύπτει όταν διαιρεθεί το βάρος με το τετράγωνο του ύψους, σύμφωνα με τον εξής τύπο:

$\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{Βάρος} / \text{Ύψος}^2$ (Kg/m²). Οι φυσιολογικές τιμές του δείκτη αυτού είναι μεταξύ του 20 και του 25. Ένα αποτέλεσμα μεταξύ του 25 και του 29,9 καταδεικνύει υπέρβαρο άτομο, ενώ αποτέλεσμα πάνω από 30 καταδεικνύει άτομο παχύσαρκο, υποδεικνύοντας πρακτικά την υπέρβαση του φυσιολογικού βάρους κατά 20 τουλάχιστον κιλά. Όταν ο ΔΜΣ ξεπερνά το 40, η υπέρβαση του βάρους φτάνει τα 50 με 60 επιπλέον κιλά και η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται με το προσωνύμιο νοσογόνος. Χαρακτηριστικό μιας τέτοιας κατάστασης είναι η απορρύθμιση του μεταβολισμού και η επίμονη τάση για ακόμη μεγαλύτερη αύξηση του βάρους. Στην κλίμακα αυτή δεν λαμβάνονται υπόψη οι ανατομικές ιδιαιτερότητες όπως το βάρος του μυϊκού ιστού και των οστών, αλλά στην πράξη ο ΔΜΣ αποτελεί ένα χρήσιμο επιστημονικό εργαλείο που βοηθά στην σύγκριση και την κατάταξη των ασθενών σε ομάδες.

Πίνακας 1. Δείκτης σωματικής μάζας και παχυσαρκία.

Δείκτης Σωματικής Μάζας και παχυσαρκία	
Βάρος / Ύψος ²	Χαρακτηρισμός
< 19	Ελλειποβαρής
19 - 25	Φυσιολογικό βάρος
25 - 30	Υπέρβαρος
30 - 35	Παχύσαρκος
35 - 40	Σοβαρή παχυσαρκία
40 - 50	Νοσογόνος παχυσαρκία
> 50	Υπερνοσογόνος(κακοήθης) παχυσαρκία

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ύπαρξη ενός ποσοστού λίπους στο σώμα είναι απαραίτητη για την ικανοποίηση των αναγκών του ανθρώπινου οργανισμού. Κατά γενική ομολογία, οι γυναίκες διαθέτουν περισσότερα ποσοστά λίπους απ' ότι οι άνδρες. Οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν ότι οι γυναίκες με ποσοστό λίπους που ξεπερνά το 30% και οι άνδρες με ποσοστό μεγαλύτερο του 25%, είναι παχύσαρκοι. Η ακριβής μέτρηση της ποσότητας του λίπους ενός ατόμου με επιστημονικό τρόπο απαιτεί μηχανήματα που συναντούνται μόνο σε εξειδικευμένα εργαστήρια. Ωστόσο, κυκλοφορούν στο εμπόριο μερικές απλουστευμένες συσκευές - λιπομετρητές, που υπολογίζουν το πάχος του στρώματος λίπους που βρίσκεται κάτω από το δέρμα. Οι μετρητές αυτοί δεν

έχουν τη δυνατότητα υπολογισμού ακριβείας και έτσι τα αποτελέσματά τους δεν θεωρούνται ιδιαίτερα αξιόπιστα. Για το λόγο αυτό οι ειδικοί συνηθίζουν να χρησιμοποιούν άλλες μεθόδους μέτρησης. Μια απλή μέθοδος είναι οι πίνακες βάρους - ύψους.

Πίνακας 2. Είμαι υπέρβαρος

Ιδανική σχέση Ύψους – Βάρους για γυναίκες και άνδρες		
Ύψος σε εκ.	Βάρος σε κιλά (γυναίκες)	Βάρος σε κιλά (άντρες)
152	41 – 50	45 – 57
155	43 - 52	47 – 60
157	45 - 54	48 – 61
160	47 - 57	51 – 64
162	49 - 59	53 – 65
165	51 - 62	55 – 68
167	53 - 64	58 – 71
170	55 - 67	59 – 72
172	57 - 69	60 – 74
175	59 - 72	61 – 76
177	61 - 74	63 – 79
180	63 - 77	64 – 81
183	65 - 79	67 – 84
185	67 - 82	70 – 86
188	69 - 84	72 – 89
190	71 - 87	74 – 91

Ένα πρόβλημα με τους πίνακες αυτούς είναι ότι κυκλοφορούν σε πολλές διαφορετικές μεταξύ τους εκδόσεις. Ένα δεύτερο πρόβλημα είναι ότι δεν κάνουν διάκριση μεταξύ του λίπους και των μυών. Ένα υπερβολικά μυώδες άτομο είναι δυνατόν να χαρακτηριστεί από έναν τέτοιο πίνακα ως παχύσαρκο. Έτσι, τα τελευταία χρόνια, ο Δείκτης Σωματικής Μάζας (ΔΜΣ) / Body Mass Index (BMI), φαίνεται να επικρατεί ανάμεσα στους κύκλους των γιατρών και των διαιτολόγων ως ένας κοινά αποδεκτός τρόπος μέτρησης της παχυσαρκίας.

ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η σοβαρή παχυσαρκία ενέχει κινδύνους για την υγεία καθώς παρουσιάζει επιπλοκές. Η συσσώρευση λίπους γύρω από την κοιλιά, η οποία παρατηρείται συνήθως στους άνδρες, προκαλεί πολύ συχνά εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσο, αρτηριοσκλήρυνση κλπ. Αντίθετα, η συσσώρευση λίπους στους μηρούς και τους γλουτούς, η οποία παρατηρείται συνήθως στις γυναίκες, προκαλεί κυρίως αγγειακά προβλήματα από τα κάτω άκρα, όπως φλεβική ανεπάρκεια κάτω άκρων (κίρσους) κλπ.

Παρακάτω φαίνονται οι κυριότερες επιπλοκές της παχυσαρκίας.



Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, 61%

Καρκίνος ενδομητρίου, 34%

Χολολιθίαση, 30%

Οστεοαρθρίτιδα, 24%

Αύξηση χοληστερίνης

Υπέρταση

Αρτηριακή υπέρταση, 17%

Ηπατοπάθειες

Ενδοκρινικές διαταραχές

Στεφανιαία νόσος, 17%

Καρκίνος μαστού, 11%

Καρκίνος παχέως εντέρου, 11%

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Η παχυσαρκία είναι ένα χρόνια νόσημα του οποίου η διάδοση αυξάνεται τα τελευταία χρόνια και το οποίο εγκυμονεί κινδύνους για την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη, υπέρτασης, καρδιοπάθειας, χολοκυστοπάθειας, ορισμένων μορφών καρκίνου καθώς και ήπιων ψυχικών διαταραχών.

Σημαντικά προγνωστικά στοιχεία για την εκδήλωση των αρχικών νοσημάτων που αναφέρθηκαν είναι τόσο η παχυσαρκία όσο και η τοπογραφία του λίπους στον παχύσαρκο ασθενή. Για παράδειγμα ένα άτομο με αυξημένη εναπόθεση σπλαχνικού και κοιλιακού λίπους έχει αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσει καρδιοπάθεια, σακχαρώδη διαβήτη, υψηλή πίεση αίματος, χολοκυστοπάθεια και καρκίνο του μαστού. Στη συνέχεια αναφέρονται πιο λεπτομερώς οι πιθανές δυσμενείς συνέπειες της παχυσαρκίας.

Καρδιαγγειακό σύστημα

Η παχυσαρκία επιβαρύνει την καρδιά με αυξημένο φόρτο εργασίας, αυξάνει την συχνότητα υπέρτασης, καθώς και την πιθανότητα αιφνίδιου θανάτου πιθανώς λόγω αρρυθμιών, ενώ επίσης αυξάνει τον κίνδυνο δημιουργίας αθηροσκλήρωσης. Η αύξηση της χοληστερίνης και των τριγλυκεριδίων στο αίμα επιταχύνει την αθηρωματική επεξεργασία η οποία οδηγεί στις μεγαλύτερες ηλικίες σε έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Σακχαρώδης Διαβήτης

Η εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης) σχετίζεται με την παχυσαρκία η οποία βοηθά στην εκδήλωσή του. Αντίθετα τα άτομα με σταθερό BMI κάτω από 22 kg/m² παρουσιάζουν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2.

Καρκίνος

Μορφές καρκίνου που σχετίζονται με τον βαθμό της παχυσαρκίας είναι ο καρκίνος του προστάτη στους άντρες, ο καρκίνος του κόλου και του ορθού στους άντρες και στις γυναίκες, ο καρκίνος του ενδομητρίου μετά την εμμηνόπαυση στις γυναίκες, ενώ η σπλαχνική παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού μετά την εμμηνόπαυση στις γυναίκες ανεξάρτητα από τον βαθμό της παχυσαρκίας.

Γαστρεντερικό Σύστημα

Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες η χολολιθίαση εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα σε παχύσαρκα άτομα, κάτι που οφείλεται στην αύξηση της ηπατικής σύνθεσης της χοληστερόλης. Επίσης αυξημένη είναι και η συχνότητα κήλης, σκωληκοειδίτιδας και εντερικής απόφραξης.

Αναπνευστικό Σύστημα

Σε πολύ παχύσαρκα άτομα μπορεί να παρατηρηθεί άπνοια κατά τον ύπνο η οποία μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρή ασθένεια. Τα αποφρακτικά επεισόδια της άπνοιας αν δεν αντιμετωπιστούν μπορεί να οδηγήσουν σε δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια. Άλλες επιπτώσεις στην πνευμονική λειτουργία μπορεί να είναι: ανύψωση ημιδιαφραγμάτων, λιπώδης διήθηση αναπνευστικών μυών, διαταραχές σχέσης αερισμού-αιμάτωσης, υπερερυθραιμία, πνευμονική αρτηριακή υπέρταση, χρόνια πνευμονική καρδιά..

Επιπτώσεις στις αρθρώσεις

Η παχυσαρκία συμβάλλει στην εμφάνιση παραμορφωτικής (εκφυλιστικής) αρθροπάθειας, ουρικής αρθρίτιδας και βλαιογονίας.

Δερματικά προβλήματα

Νοσήματα που σχετίζονται με την παχυσαρκία είναι η ακανθωτική μελλανοδερμία που εκδηλώνεται με σκοτεινό χρώμα δερματικών πτυχών σε λαιμό, αγκώνες και ραχιαίες μεσοφαλαγγικές περιοχές, η σπαργή και η ευθρυπτότητα του δέρματος τα οποία πιθανώς να εμφανιστούν αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο για λοιμώξεις από μύκητες και ζυμομύκητες στις δερματικές πτυχές, καθώς και η φλεβική στάση η οποία εμφανίζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα στο παχύσαρκο άτομο.

Ενδοκρινικό σύστημα

Στους άντρες τα επίπεδα της ελεύθερης τεστοστερόνης ελαττώνονται μόνο σε σημαντική παχυσαρκία. Στις γυναίκες η παχυσαρκία μπορεί να προκαλέσει πρόωμη εμφάνιση εμμηναρχής, μεγαλύτερη συχνότητα ανώμαλων και ανωογενών κύκλων, και νωρίτερη εμμηνόπαυση. Οι γυναίκες με σπλαχνικό ή κεντρικό λίπος έχουν υψηλότερη παραγωγή τεστοστερόνης, ενώ οι γυναίκες με γλουτομηριαία παχυσαρκία έχουν αυξημένα επίπεδα οιστρονης.

Ψυχικές παθήσεις

Τα παχύσαρκα άτομα πολύ συχνά διακατέχονται από αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, αίσθημα ντροπής για την σωματική τους εικόνα που μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωσή τους, ενώ είναι επιρρεπή και στην εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψη.

ΤΟ 20% ΤΩΝ ΕΥΡΩΠΑΙΩΝ ΕΙΝΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΙ

Αύξηση του ήδη υψηλού ποσοστού των παχύσαρκων αναμένεται μελλοντικά αν οι άνθρωποι δεν αλλάξουν τρόπο ζωής και διατροφικές συνήθειες. Το ποσοστό των παχύσαρκων στην Ευρώπη υπολογίζεται σε 20%, ενώ σε κάποιες χώρες το φτάνει στο 50% του πληθυσμού τους. Η Ελλάδα, Γερμανία, Αγγλία και Τσεχία συγκαταλέγονται μεταξύ των χωρών με τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας στην Ευρώπη, ενώ οι σκανδιναβικές χώρες και η Ολλανδία καταγράφουν τα μικρότερα ποσοστά παχύσαρκων.

Αυτά επισήμανε μιλώντας στο ΑΠΕ-ΜΠΕ, στο περιθώριο του διεθνούς συνεδρίου «Ποιότητα στην Ιατρική Πρακτική», ο πρόεδρος της Πανευρωπαϊκής Εταιρείας Παχυσαρκίας, Vojtech Hainer.

Ο κ. Hainer υπογράμμισε ότι δύο τρόποι υπάρχουν για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, η πρόληψη και η διαχείριση-θεραπεία και

πρόσθεσε: «Η πρόληψη επιτυγχάνεται με αλλαγή διατροφικών συνηθειών και άσκηση αλλά για τη διαχείριση-θεραπεία της παχυσαρκίας θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα δίκτυο, που θα περιλαμβάνει Κέντρα Παιδικής Παχυσαρκίας, ώστε με τη συμβολή των εξειδικευμένων γιατρών, τη δίαιτα, την άσκηση και τη χρήση φαρμάκων σε προχωρημένες περιπτώσεις παχυσαρκίας, να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα».

Παράλληλα, επισήμανε ότι μελλοντικά θα κυκλοφορήσουν πολλά φάρμακα κατά της παχυσαρκίας, τα οποία θα διευκολύνουν τους παχύσαρκους στην προσπάθειά τους να αδυνατίσουν.

Ο κ.Hainer αναφέρθηκε ακόμη σε έρευνα για τα γονιδιακά αίτια της παχυσαρκίας, τα οποία δίνουν απάντηση στο ερώτημα γιατί ορισμένοι άνθρωποι αδυνατίζουν ευκολότερα και άλλοι δυσκολότερα. Έρευνα που διενήργησε σε μονοζυγωτικούς διδύμους υποβάλλοντας τους σε δίαιτα αδυνατίσματος έδειξε ότι έχαναν περίπου το ίδιο βάρος, το οποίο κυμαινόταν από 5 έως 13 κιλά. Έρευνα για τους γονιδιακούς παράγοντες που προκαλούν την παχυσαρκία, την υπέρταση και το διαβήτη θα πραγματοποιείται στο μοναδικό, στη Βόρεια Ελλάδα, εξωτερικό ιατρείο διερεύνησης παραγόντων των καρδιαγγειακών νοσημάτων, που αναμένεται να λειτουργήσει το προσεχές εξάμηνο στο νοσοκομείο Γεννηματάς της Θεσσαλονίκης.

Όπως ανέφερε στο ΑΠΕ-ΜΠΕ ο διευθυντής της καρδιολογικής κλινικής του Γεννηματάς, Δημήτρης Ψυρρόπουλος, στο ιατρείο αυτό θα γίνεται διερεύνηση των παραγόντων που προκαλούν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, όπως π.χ. η παχυσαρκία η υπέρταση και ο διαβήτης και θα αναζητηθούν οι γονιδιακοί παράγοντες, που ευθύνονται γι' αυτά.

ΕΙΝΑΙ Η ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Τι άλλο θα μπορούσε να είναι όταν ο τηλεθεατής παραμένει καθηλωμένος σε μια πολυθρόνα, χωρίς να κινείται και συνήθως δίπλα του βρίσκεται ένα μπουκάλι μπύρα κι ένα δισκάκι με ξηρούς καρπούς ή άλλα snacks! Και βέβαια η τηλεόραση είναι παράγοντας παχυσαρκίας.

Για του λόγου το αληθές, ιδού τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών: "Μέτρησαν τη σχέση ανάμεσα στο χρόνο τηλεθέασης και τη παχυσαρκία σε 4.771 ενήλικες γυναίκες. Αφού υπολόγισαν την ηλικία, την εκπαίδευση, το κάπνισμα, το χρόνο εργασίας και τις ώρες άσκησης, οι γυναίκες που ανέφεραν ότι παρακολουθούσαν τρεις με τέσσερις ώρες την ημέρα τηλεόραση παρουσίαζαν περίπου διπλάσια τάση παχυσαρκίας (βάρος σώματος μεγαλύτερο από 30% του φυσιολογικού)." Η καθιστική ζωή λόγω της τηλεόρασης και της χρήσης υπολογιστών, αποτελεί ένα σοβαρό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Οι γονείς και οι επιστήμονες πρέπει να ενθαρρύνουν τα παιδιά να αποφεύγουν τη καθιστική ζωή και να ασχολούνται με φυσικές δραστηριότητες. Τα παιδιά που παρακολουθούν πολύ τηλεόραση γίνονται απρόθυμα και δεν συμμετέχουν σε φυσικές δραστηριότητες με αποτέλεσμα να γίνονται παχύσαρκα. Ακόμη, η συχνή έκθεση στα εμπορικά προγράμματα που

αφορούν σε τρόφιμα είναι δυνατόν να αλλάξουν τις διατροφικές τους συνήθειες με αποτέλεσμα τη περαιτέρω ώθησή τους στη παχυσαρκία. Σε έρευνα (μέρος μεγάλης έρευνας του National Health and Nutrition Examination Survey III) που έγινε από το 1988 έως το 1994 σε 4063 παιδιά ηλικίας από 8 μέχρι 16 ετών σημειώθηκαν τα εξής: Αγόρια και κορίτσια που παρακολουθούσαν καθημερινά περισσότερες από 4 ώρες τηλεόραση παρουσίαζαν αυξημένο σωματικό λίπος και αυξημένο σωματικό βάρος, από εκείνα που παρακολουθούσαν λιγότερο από 2 ώρες. Τα παιδιά που παρακολουθούν φανατικά τηλεόραση δεν είναι δραστήρια και ενεργητικά."

ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Οι άνθρωποι στην προσπάθειά τους να βρουν γρήγορες και εύκολες λύσεις στο πρόβλημά τους, υιοθετούν την κάθε άποψη που εορείται γύρω από αυτό το θέμα. Σύμφωνα όμως με το βιβλίο του Μόρτογλου Α. η πραγματικότητα απέχει κατά πολύ από τους μύθους.

ΜΥΘΟΣ: "Αν θέλεις να χάσεις βάρος, απλά κάνεις μία δίαιτα"

ΑΛΗΘΕΙΑ: Οι σύντομες δίαιτες δεν έχουν σταθερά αποτελέσματα. Η απώλεια των κιλών ανατρέπεται γρήγορα. Οι δίαιτες γιο-γιο (χάνεις-κερδίζεις βάρος) είναι επικίνδυνες για την καρδιά και η επανάληψή τους κάνει όλο και πιο δύσκολη την απώλεια βάρους. Ο καλύτερος τρόπος για να παραμείνει κάποιος αδύνατος είναι να υιοθετήσει ένα μόνιμο, υγιεινό τρόπο ζωής.

ΜΥΘΟΣ: "Ο καλύτερος τρόπος να χάσεις λίπος είναι να περιορίσεις τους υδατάνθρακες σε πολύ χαμηλό επίπεδο "

ΑΛΗΘΕΙΑ: Μία πολύ χαμηλή σε υδατάνθρακες δίαιτα οδηγεί σε απώλεια κιλών, αλλά δεν συνιστάται. Αυξάνοντας την πρόσληψη λίπους και πρωτεΐνης, αυξάνεις την πιθανότητα για καρδιακές παθήσεις, νεφροπάθεια και άλλα σοβαρά προβλήματα υγείας.

ΜΥΘΟΣ: "Ένας εύκολος τρόπος να χάσεις βάρος είναι να παραλείπεις γεύματα"

ΑΛΗΘΕΙΑ: Παραλείποντας γεύματα κανείς, μειώνει την μεταβολική δραστηριότητα του οργανισμού και ανατρέπει την ισορροπία της γλυκόζης στο αίμα. Επιπλέον παραλείποντας γεύματα δύσκολα ελέγχει την κατανάλωση του φαγητού στα υπόλοιπα γεύματα παίρνοντας τις θερμίδες που δεν πήρε στο γεύμα που άφησε. Να τρώει μικρά γεύματα κατά την διάρκεια της ημέρας που συμπεριλαμβάνουν ποικιλία θρεπτικών συστατικών, χαμηλών θερμίδων και χαμηλών λιπαρών.

ΜΥΘΟΣ: "Μπορείς να χάσεις κιλά τρώγοντας ότι θέλεις"

ΑΛΗΘΕΙΑ: Είναι όντως πιθανό να τρώει ότι θέλει και να χάσει βάρος. Αλλά πρέπει να περιορίσει τον αριθμό των θερμίδων που λαμβάνει καθημερινά, τρώγοντας μικρότερες ποσότητες φαγητού. Μπορεί να τρώει τα αγαπημένα του φαγητά προσέχοντας το σύνολο της τροφής που καταναλώνει. Για να

χάσει το βάρος πρέπει να "κάψει" περισσότερες θερμίδες από αυτές που τρώει.

ΜΥΘΟΣ: "Αν τρως το βράδυ (μετά τις 8:00) βάζεις κιλά"

ΑΛΗΘΕΙΑ: Δεν έχει σημασία η ώρα που θα φάει αλλά το πόσο τρώει κατά την διάρκεια της ημέρας και πόσο γυμνάζεται. Για το σώμα ο χρόνος δεν έχει σημασία, οι επιπλέον θερμίδες έτσι κι αλλιώς θα αποθηκευτούν σε αυτό ως λίπος. Αν θέλει όμως να φάει το βράδυ πρέπει να αναλογιστεί πρώτα τι έχει καταναλώσει όλη την ημέρα.

ΜΥΘΟΣ: "Μπορώ να τρώω λιγότερο αλλά να πίνω αλκοολούχα ποτά. Έτσι δεν αυξάνω το βάρος μου"

ΑΛΗΘΕΙΑ: Το αλκοόλ περιέχει 7 θερμίδες /γραμμάριο αλλά δεν είναι θρεπτικό συστατικό συνεπώς δεν προσφέρει στην ανάπτυξη, συντήρηση ή επισκευή των ιστών. Μπορεί να προκαλέσει σημαντικές βλάβες αν καταναλώνεται σε μεγάλες ποσότητες ή για μεγάλη χρονική περίοδο. Μπορεί να μετατραπεί σε λίπος όταν η ημερήσια πρόσληψη θερμίδων από τις τροφές και το αλκοόλ υπερβεί τις ανάγκες του οργανισμού.

ΜΥΘΟΣ: "Δεν πρέπει να τρως ξηρούς καρπούς αν θέλεις να αδυνατίσεις"

ΑΛΗΘΕΙΑ: Αν και έχουν αρκετές θερμίδες και λίπος οι περισσότεροι ξηροί καρποί έχουν χαμηλό ποσοστό κορεσμένων λιπαρών οι ξηροί καρποί είναι καλή πηγή πρωτεϊνών και ινών και δεν έχουν χοληστερόλη. Σε μικρές ποσότητες οι ξηροί καρποί μπορούν να αποτελέσουν μέρος μιας υγιεινής διατροφής.

ΠΑΡΕΛΘΟΝ, ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.

Μόλις τα τελευταία 30 χρόνια πέρασε η παχυσαρκία στα εδάφη της επιστήμης. Στο διάστημα αυτό, ακολουθήθηκαν πολλές και ποικίλλες θεραπευτικές στρατηγικές τα αποτελέσματα των οποίων ήταν τις περισσότερες φορές πολύ καλά, αλλά μόνο κατά την αρχική φάση. Η κύρια αδυναμία όλων των θεραπευτικών μεθόδων ήταν η σταθεροποίηση του βάρους σε επίπεδα αν όχι φυσιολογικά, αλλά τουλάχιστον σε αυτά που δεν έχουν επιπτώσεις στην νοσηρότητα και θνησιμότητα του υπέρβαρου ατόμου. Η σύντομη αυτή αναδρομή κρίθηκε απαραίτητη γιατί η καλή γνώση των αποτυχιών του παρελθόντος θα βοηθήσει στην αποφυγή παρομοίων σφαλμάτων στο παρόν και το μέλλον.

Το παρελθόν: Χαρακτηριστικό των θεραπευτικών προσπαθειών του παρελθόντος ήταν η μεγάλη επιθετικότητα για την επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων σε μικρό χρονικό διάστημα.

Πριν από 30 χρόνια άρχισε να εφαρμόζεται διεθνώς η "Πλήρης νηστεία". Η μέθοδος αυτή είχε πολύ καλά αρχικά αποτελέσματα αλλά μετά τα 2 χρόνια από την αρχική απώλεια βάρους, η υποτροπή ξεπερνούσε το 90%. Η

μέθοδος αυτή χαρακτηριζόταν από έντονο αρνητικό ισοζύγιο αζώτου, δηλαδή οι ασθενείς έχαναν πολύ μυικό ιστό, όταν μάλιστα ανακοινώθηκε και ο πρώτος θάνατος ενός 18χρονού στην Μεγάλη Βρετανία, που πέθανε έχοντας πλησιάσει το...ιδανικό βάρος, η μέθοδος εγκαταλείφθηκε.

Σχεδόν ταυτόχρονα με την πλήρη νηστεία, εισήχθη από τους Payne και DeWind, η χειρουργική μέθοδος των 'εντερικών αναστομώνσεων', ένωναν δηλαδή χειρουργικά την αρχή του εντέρου με το τέλος του, οι τροφές που έτρωγε το παχύσαρκο άτομο δεν απορροφούνταν και έτσι αδυνατίζε. Μετά τον πρώτο ενθουσιασμό, η εμφάνιση σωρείας επιπλοκών στο μεγαλύτερο μέρος των χειρουργημένων, έκαναν την μέθοδο να εγκαταλειφθεί προοδευτικά. Οι χειρουργικοί χειρισμοί όμως δεν σταμάτησαν, αλλά αντικαταστάθηκαν από επεμβάσεις στο στομάχι (Mayson και Ito). Και εδώ, οι διάφορες τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν και χρησιμοποιούνται, αποδεικνύουν ότι καμιά δεν είναι ιδανική.

Το ενδογαστρικό μπαλόνι έδωσε αρχικά πολλές ελπίδες και εφαρμόστηκε ακόμα και από νοσοκομεία που θεωρούνται πηγές για την ιατρική έρευνα και γνώση. Ήταν πραγματικά ακίνδυνη, αναίμακτη και ανώδυνη η τοποθέτησή του μέσα στο στομάχι ώστε να μειωθεί η χωρητικότητα του και έτσι να περιορισθεί η ποσότητα της καταναλισκομένης τροφής. Δυστυχώς, απεδείχθη αναποτελεσματικά και έτσι δεν εφαρμόζεται πλέον.

Μία άλλη μέθοδος, με ευτυχώς 'μικρή ζωή', ήταν η 'περίδεση των σιαγόνων' με σύρμα, ώστε η δυνατότητα διανοίξεως του στόματος και μάσησης να περιορίζονται τόσο πολύ που το άτομο μπορούσε να τραφεί μόνο με υδαρείς τροφές, συνήθως γάλα.

Στο πεδίο της φαρμακευτικής θεραπείας, η συνταγογραφία μειώθηκε διεθνώς δραματικά τα τελευταία 20 χρόνια, κυρίως από το φόβο των γιατρών για τους κινδύνους εθισμού στις αμφεταμίνες και τα παράγωγα τους. Αλλά και τα ευνοϊκά αποτελέσματα της φαρμακευτικής θεραπείας διαρκούσαν όσο ε χορηγείτο το φάρμακο μετά το... χάος.

Το Παρόν: Οι αποτυχίες των τελευταίων 25 ετών δεν άλλαξαν τους στρατηγικούς στόχους αλλά μετέβαλαν την τακτική στη θεραπεία της παχυσαρκίας.

Αυτός που πιστεύει ότι ο κύριος στόχος του θεραπευτή είναι η απώλεια βάρους, αυτός θεραπεύει τις κλίμακες της παχυσαρκίας και όχι τον παχύσαρκο ασθενή. Οι κύριοι στόχοι πρέπει να είναι:

α. Η ανακούφιση από τις επιπλοκές της παχυσαρκίας

β. Η πρόληψη αύξησης του βάρους στο γενικό πληθυσμό αλλά και στους ήδη υπέρβαρους

γ. Η δημιουργία ευνοϊκών προϋποθέσεων για απώλεια βάρους σε τρίτη φάση.

Το Μέλλον: Είναι πραγματικά δύσκολο να καθοριστούν μελλοντικοί στόχοι για τη θεραπεία της δυσίατης και πολυπαραγοντικής αυτής νόσου, αλλά θα επιχειρηθεί μία σύντομη αναφορά με μερικές μόνοι σκέψεις.

Πρώτη σκέψη είναι η μακροχρόνια χρήση θερμογενετικών ή και ανορεκτικών φαρμάκων που τουλάχιστον δεν έχουν αποδεδειγμένες παρενέργειες.

Δεύτερη σκέψη είναι η εφαρμογή ορμονικών χειρισμών, αφού χιλιάδες επιστημονικές μελέτες αποδεικνύουν τις ορμονικές και νευρο-ενδοκρινικές αποκλίσεις που χαρακτηρίζουν τους παχύσαρκους(Ινσουλίνη, Κατεχολαμίνες, Αυξητική ορμόνη, Κορτιζόλη κ.α.)

Τρίτη σκέψη είναι η επίδραση στον γενετικό κώδικα του ανθρώπου, ώστε να μειωθούν τα άτομα με τα γενετικά εκείνα χαρακτηριστικά που συνοδεύουν την παχυσαρκία.Πιστεύουν κάτι τέτοιο να μην γίνει ποτέ αφού η ανθρώπινη επίδραση στις επιλογές που κάνει μέσα στις χιλιετηρίδες η φύση, μόνο δεινά μπορεί να προσθέσει στο ανθρώπινο είδος.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Αλλάγη στις διατροφικές συνήθειες

Κύριος στόχος της θεραπευτικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας παραμένει η απώλεια βάρους, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μόνο με τη δημιουργία αρνητικού ισοζυγίου ενέργειας, με τη μείωση του ποσού της προσλαμβανομένης τροφής σε 500-1000 Kcals λιγότερο από τις ημερήσιες ανάγκες.Έτσι ,οι νέες οδηγίες,δίνουν έμφαση σε γενικές δίαιτες,χωρίς ιδιαίτερη αναφορά σε ποσοστά και αριθμούς.Σκοπός της δίαιτας είναι η διατήρηση κανονικού σωματικού βάρους,η διατροφή με υγιεινές τροφές,η διατήρηση χαμηλών επιπέδων χοληστερίνης και η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.Προτείνονται δύο γεύματα την εβδομάδα με παχιά ψάρια,όπως τόνο ή σολωμό, ή κονσερβοποιημένα ψάρια, όπως σαρδέλλες ή τόνο.Η πρόταση αυτή στηρίζεται στα ευρήματα ερευνών, σύμφωνα με τις οποίες, η αυξημένη ποσότητα ω-3 λιπαρών οξέων που περιέχουν ορισμένα ψάρια, μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο καρδιακών παθήσεων. Ημερήσια πρόσληψη χοληστερόλης καθορίζεται στα 300 mg για τους περισσότερους ανθρώπους, ενώ για όσους παρουσιάζουν καρδιολογικά προβλήματα ή αρτηριακή υπέρταση, η πρόσληψη χοληστερόλης, καθορίζεται στα 200 mg την ημέρα.Επιτρέπεται στους υγιείς ενήλικες, την κατανάλωση ενός αυγού την ημέρα, εφ' όσον η υπόλοιπη πρόσληψη χοληστερίνης είναι περιορισμένη, αφού σύμφωνα με άλλες έρευνες, η κατανάλωση αυγών και ιδιαίτερα του κρόκου, δεν προκαλεί αύξηση των επιπέδων της χοληστερίνης του αίματος σε όλους. Άλλες προτάσεις αφορούν τον περιορισμό του λίπους περιέχουν επεξεργασμένες τροφές όπως μπισκότα, κράκερς ή μαργαρίνες, τον περιορισμό του αλατιού σε 6 gr(περίπου ένα κουταλάκι του γλυκού) την ημέρα και τον περιορισμό του αλκοόλ σε ένα ποτό την ημέρα για τις γυναίκες και δύο για τους άνδρες .Επισημαίνεται επίσης ότι το μέγεθος των μερίδων, παίζει σημαντικό ρόλο για την ανάπτυξη παχυσαρκίας, ενώ οι τροφές που περιέχουν μικρές ποσότητες λίπους, δεν έχουν απαραίτητα και λίγες θερμίδες, Τέλος, προτείνεται γρήγορο βάδισμα

τουλάχιστον 30 λεπτών την ημέρα, με σκοπό τόσο τη σωματική άσκηση όσο και την κατανάλωση θερμίδων.

Τροποποίηση συμπεριφοράς

Ο κύριος στόχος της τροποποίησης συμπεριφοράς είναι η βελτίωση των συνηθειών διατροφής ,καθώς και τα επίπεδα της σωματικής δραστηριότητας.Η τροποποίηση της συμπεριφοράς αποτελεί απαραίτητο στοιχείο οποιουδήποτε ολοκληρωμένου προγράμματος αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.

Μέθοδοι αντιμετώπισης

Η τροποποίηση της συμπεριφοράς χαρακτηρίζεται από έναν αριθμό βασικών χαρακτηριστικών:

Αυτοπαρακολούθηση:Η λεπτομερής, σε ημερήσια βάση , καταγραφή της πρόσληψης τροφίμων, καθώς και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες συμβαίνει αυτή , παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες για την επιλογή και εφαρμογή στρατηγικών παρέμβασης.Επίσης, αποτελεί μέρος της διαδικασίας τροποποίησης της συμπεριφοράς μέσω της εκτίμησης της προόδου και της αναγνώρισης των προσωπικών και περιβαλλοντικών επιδράσεων που ρυθμίζουν την πρόσληψη τροφής και τη σωματική δραστηριότητα.

Έλεγχος ερεθισμάτων:Περιορισμός της έκθεσης σε ερεθίσματα που παράγουν την υπερβολική κατανάλωση τροφών.Για παράδειγμα, οι ασθενείς συμβουλεύονται να διαχωρίζουν το φαγητό από άλλες δραστηριότητες, έτσι ώστε να γνωρίζουν καλά τι ακριβώς κάνουν.

Έμφαση στη βελτίωση της διατροφής:Αποφεύγετε η αυστηρή δίαιτα, ενώ προωθούνται οι ισορροπημένες και ευέλικτες επιλογές τροφίμων.

Γνωσιακή επαναδόμηση:Μια μέθοδος αναγνώρισης και τροποποίησης δυσλειτουργικών σκέψεων και αντιλήψεων σχετικά με τη ρύθμιση του βάρους.

Μελέτη των διαπροσωπικών σχέσεων:Βοηθάει στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων ερεθισμάτων για πολυφαγία ,καθώς και στην αύξηση της κοινωνικής υποστήριξης για τον έλεγχο του βάρους.

Πρόληψη υποτροπής:Μια συνεχιζόμενη διαδικασία, σχεδιασμένη να προωθεί τη διατήρηση της απώλειας βάρους που επιτεύχθηκε με τη θεραπεία.

Αξιολόγηση του αποτελέσματος της θεραπείας

Η τροποποίηση της συμπεριφοράς έχει μελετηθεί αναλυτικότερα και οι επιδράσεις της έχουν καταγραφεί λεπτομερέστερα, συγκριτικά με οποιαδήποτε άλλη παρέμβαση στην παχυσαρκία. Είναι αποτελεσματική για τη βραχυχρόνια αλλαγή της συμπεριφοράς και συνήθως επιφέρει σημαντική μείωση βάρους σε ασθενείς με ελαφρά έως μέτρια παχυσαρκία. Όμως, η μακροπρόθεσμη έκβαση δεν είναι ικανοποιητική, με σχέση όλους τους ασθενείς να επιστρέφουν στην αρχική τους κατάσταση μέσα σε 5 έτη. Αντίθετα, τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στα παιδιά είναι σαφώς περισσότερο ενθαρρυντικά, φαίνεται δε ότι οι αλλαγές της συμπεριφοράς που προέρχονται από θεραπείες που στοχεύουν όλη την οικογένεια διατηρούνται για 10 ή και περισσότερα έτη. Χρειάζεται περισσότερη έρευνα σχετικά με τους τρόπους βελτίωσης της αποτελεσματικότητας των τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς.

Περιορισμοί της συμπεριφορικής θεραπείας

Πιστεύεται ότι η τροποποίηση της συμπεριφοράς είναι μη αποτελεσματική σε μακροχρόνια βάση, γιατί οι ασθενείς αποτυγχάνουν να διατηρήσουν τις στρατηγικές αυτορρύθμισης που μαθαίνουν κατά τη θεραπεία. Μερικοί ερευνητές υπογραμμίζουν, λοιπόν, την ανάγκη για διάβιου θεραπεία. Η παχυσαρκία είναι μία χρόνια κατάσταση και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, είτε αφορούν αλλαγές συμπεριφοράς, είτε διατροφικές και φαρμακολογικές θεραπείες, δεν είναι αποτελεσματικές όταν δεν χρησιμοποιούνται.

Άλλα πλεονεκτήματα της συμπεριφορικής θεραπείας

Παρά τους περιορισμούς της στην επίτευξη μακροχρόνιας μείωσης του βάρους, η τροποποίηση της συμπεριφοράς είναι πολύτιμη για τις επιδράσεις της στις διάφορες επιπτώσεις της παχυσαρκίας στη σωματική και ψυχική υγεία, χωρίς υποχρεωτικά να προκαλεί απώλεια βάρους στους παχύσαρκους ασθενείς. Μπορεί, ακόμα, να καλλιεργήσει έναν τρόπο ζωής που επηρεάζει άμεσα την υγεία, όπως για παράδειγμα ελάττωση της πρόσληψης λίπους και αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, αν και υπάρχουν επίσης προβλήματα στη διατήρηση αυτών των συνηθειών μακροχρόνια. Τέλος, η τροποποίηση της συμπεριφοράς μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει τους παχύσαρκους ασθενείς να γίνουν πιο ισχυροί στην αντιμετώπιση των αρνητικών κοινωνικών συνεπειών που ακολουθούν την παχυσαρκία, να ενισχύσουν την αυτοπεποίθησή τους και να μειώσουν την απογοήτευσή τους σχετικά με την εικόνα του σώματός τους, ανεξάρτητα από την επιτυχία ή όχι στη μείωση του βάρους τους.

Σωματική άσκηση

Οι επιδημιολογικές μελέτες αποδεικνύουν ότι η παχυσαρκία αποτελεί ένα διαρκώς αυξανόμενο πρόβλημα, κυρίως των ανεπτυγμένων και κατά δεύτερο λόγο, των αναπτυσσόμενων κοινωνιών. Είναι πολύ πιθανό η αύξηση του βάρους να προκύπτει από την αντανάκλαση των κοινωνικών και πολιτισμικών διαφοροποιήσεων, σε ένα δεδομένο γενετικό υλικό. Οι σύγχρονες διατροφικές συνήθειες και, οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας ευνοούν, αυτό που λέμε σήμερα «καθιστική ζωή». Η φυσική δραστηριότητα, δυστυχώς, δεν είναι πια μέρος της καθημερινότητάς μας. Έχει διαπιστωθεί ότι το 40% των γυναικών και το 24% των ανδρών, σε κάποια φάση της ζωής τους προσπαθούν να χάσουν βάρος. Τα άτομα που θέλουν να χάσουν βάρος χρησιμοποιούν ως μέσο επίτευξης του σκοπού τους έναν από τους ακόλουθους τρεις τρόπους. Είτε την άσκηση, είτε προγράμματα μείωσης του βάρους με δίαιτες απίσχνασης είτε γενικότερες προσπάθειες μεταβολής της συμπεριφοράς του σε συνδυασμό με τα δύο προαναφερόμενα. Πίσω από τις προσπάθειες αυτές, κρύβεται η θεμελιωμένη προϋπόθεση ότι η τακτική άσκηση ανεβάζει την ολική ημερήσια ενεργειακή δαπάνη. Στο μέτρο που η αυξημένη αυτή ενεργειακή δαπάνη δεν αντισταθμίζεται από μία αύξηση της ενεργειακής πρόσληψης, αναμένεται η απώλεια βάρους ή τουλάχιστον η διατήρηση σταθερού βάρους μετά την επίτευξη του επιθυμητού βάρους. Σαν άσκηση ή καλύτερα σαν φυσική δραστηριότητα ορίζεται κάθε ρυθμική δραστηριότητα που αυξάνει τον καρδιακό ρυθμό πάνω από τα επίπεδα ανάπαυσης, με τη χρήση μιας μεγάλης ομάδας μυών ή με τη συγχρονισμένη λειτουργία πολλών μυϊκών ομάδων (όπως π.χ. περπάτημα, τρέξιμο, αεροβική γυμναστική, κολύμβηση, συμμετοχή σε ομαδικά αθλήματα, γυμναστήριο, κ.α.). Είναι λοιπόν κρίσιμο, να διευκρινισθεί το κατά πόσο μπορεί η άσκηση να έχει κάποιον ρόλο και λόγο στην προσπάθεια πρόληψης ή καταπολέμησης της παχυσαρκίας και πως μπορούν να ενταχθούν, στη ζωή των παχύσαρκων προγράμματα άσκησης, πόσο συχνά και εντατικά θα πρέπει να είναι καθώς επίσης και τι προγράμματα θα πρέπει να είναι αυτά.

Φαρμακευτική αγωγή

Η φαρμακευτική αγωγή της παχυσαρκίας θα πρέπει να αποτελεί το δεύτερο βήμα για την αντιμετώπισή της. Το παχύσαρκο άτομο θα πρέπει να καταφεύγει σε χρήση φαρμάκων μόνο όταν η διαιτολογική αντιμετώπιση έχει αποδεδειγμένα αποτύχει στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Η χρήση των φαρμάκων, για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας συνδυάζεται με πληθώρα ανεπιθύμητων ενεργειών. Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι η χρήση φαρμάκων κατά της παχυσαρκίας δεν απαλλάσσει το παχύσαρκο άτομο από την ανάγκη να υποβληθεί σε δίαιτα και σωματική άσκηση. Απλά

βοηθάει περισσότερο στην απώλεια βάρους αλλά και στην αποφυγή υποτροπής.

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

Σεροτονινεργικά: Ντεξφενφλουραμίνη, Φενφλουραμίνη, Φλουοξετίνη, Σιμπουτραμίνη κ.α. Επιδρούν στην πρόσληψη ειδικότερα των υδατανθράκων και μειώνουν τον αριθμό και την ποσότητα των ενδιάμεσων γευμάτων.

Ναλτρεξόνη: Ανταγωνιστής ενδογενών οπιοειδών. Μείωση επιθυμίας για πρόσληψη τροφής.

Χολοκυστοκινίνη: Οκταπεπτίδιο με κεντρική και περιφερική δράση. Αυξάνει το αίσθημα κορεσμού και επιβραδύνει την κένωση του στομάχου. Αναστολείς ή ανταγωνιστές ορμονών και νευρομεταβιβαστών που διεγείρουν την όρεξη (β-Ενδορφίνη, Εγκεφαλίνη, Δινורφίνη, Γαλανίνη, GRH, MSH).

Διεγέρτες ή μιμητές ορμονών και νευρομεταβιβαστών που επιφέρουν κορεσμό (Μπομπεναΐνη, Νευροτεναΐνη, Καλσιτονίνη, Γλυκαγόνη, CRH, Ανορεκτίνη).

Άλλα κεντρικώς δρώντα φάρμακα, Αμφεταμίνες, Διεθυλπροπιόνη, Μαζιντόλη, Φεντερμίνη. Δρουν μέσω των αδρενεργικών υποδεχέων. Εξ αυτών, οι αμφεταμίνες και τα παράγωγά τους δεν πρέπει ποτέ πλέον να χρησιμοποιούνται, ενώ τα υπόλοιπα έχουν σχετική ένδειξη την υπερφαγική παχυσαρκία με ιστορικό σημαντικής κατάθλιψης στο παρελθόν. Χλωροκιτρικό οξύ. Μειώνει την ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής και αναστέλλει την κένωση του στομάχου.

Φυτικές ίνες: Πρόκειται για φυτικά παρασκευάσματα τα οποία δεν διασπώνται και δεν απορροφώνται από το έντερο του ανθρώπου. Με τον μηχανισμό αυτό δημιουργούν κάποιο αίσθημα πληρότητας και κορεσμού και έτσι μειώνεται ο όγκος της προσλαμβανόμενης τροφής. Η δράση τους σαν φάρμακα κατά της παχυσαρκίας είναι ασθενής αλλά πρακτικά ακίνδυνη.

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

Σχετικές ενδείξεις είναι: BMI πάνω από 30 με κεντρική κατανομή λίπους, ανάγκη επείγουσας απώλειας βάρους για ιατρικούς λόγους (π.χ. χειρουργική επέμβαση), οικονομικούς λόγους (π.χ. πρόσληψη σε εργασία) ή και κοινωνικούς λόγους (π.χ. γάμος). Από τις παραπάνω ουσίες η τα περισσότερα υποσχόμενη και περισσότερο χρησιμοποιούμενη τα τελευταία χρόνια, είναι η Ντεξφενφλουραμίνη. Ο κύριος μηχανισμός δράσης της είναι η αύξηση της έκκρισης και η μείωση επαναπρόσληψης της Σεροτονίνης. Επί πλέον φαίνεται ότι ασκεί άμεση επίδραση στο μεταβολισμό της γλυκόζης. Η ανορεκτική της δράση είναι εντονότερη στις υδατανθρακούχες τροφές και μειώνει την επιθυμία για πρόσληψη ενδιάμεσων γευμάτων. Δυστυχώς, η

δράση της είναι ασθενέστερη στην αναστολή της επιθυμίας για πρόσληψη ζάχαρης. Η δόση είναι 30 mg/ημ και είναι αρκετά ασφαλές φάρμακο αφού δεν προκαλεί εθισμό και ουσιαστικά στερείται παρενεργειών πλην σπανίων περιπτώσεων πνευμονικής υπέρτασης που δεν έχει ακόμα διευκρινισθεί αν οφείλονται στην βαρεία παχυσαρκία ή στο φάρμακο. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που συνοδεύουν την λήψη της είναι ήπιες και τις περισσότερες φορές υποχωρούν με τη πάροδο του χρόνου (κόπωση, διάρροια, συχνουρία και υπνηλία). Η κύρια αντένδειξη για την χορήγησή της είναι το γλαύκωμα.

Η αποτελεσματικότητα της Ντεξφεωφλουραμίνης κρίνεται μέχρι σήμερα ικανοποιητική αφού σε μακροχρόνια πολυκεντρική διπλή τυφλή μελέτη 800 περίπου ατόμων, αναφέρεται διακοπή στο 33% έναντι 45% με εικονικό φάρμακο και τουλάχιστον οι διπλάσιοι από τους λαμβάνοντες placebo, έχασαν >10% του αρχικού τους βάρους μετά 6 μήνες.

Δύο ουσιαστικά ερωτήματα που χρειάζονται περαιτέρω επιστημονική έρευνα είναι: ποια θα πρέπει να είναι η διάρκεια θεραπείας με ανορεκτικά φάρμακα; (χρόνια; ισόβια;) και ποια είναι η υποομάδα παχύσαρκων που θα ευνοηθεί από μία τέτοια θεραπεία; Διότι άσχετα από τις ενδείξεις και τις αντενδείξεις για τη χορήγηση ανορεκτικών φαρμάκων, δεν βλέπουμε τα ίδια αποτελέσματα σε όλους τους θεραπευμένους με αυτά.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Η χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας εφαρμόζεται σε επιλεγμένους ασθενείς με σωματικό βάρος υπερδιπλάσιο του ιδανικού, στους οποίους δεν απέδωσαν οι 106 συντηρητικές θεραπείες και θεωρούνται άτομα αυξημένου κινδύνου. Με τη θεραπεία αυτή επιτυγχάνεται μόνιμη ελάττωση του σωματικού βάρους, με παράλληλη ανακούφιση του ασθενή από πολλές ανωμαλίες οφειλόμενες στην παχυσαρκία. Όμως, η χειρουργική θεραπεία συνοδεύεται με πολλές επιπλοκές, όπως εντερική δυσαπορρόφηση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, υποασβεστιαμία, οστεοπενία, νεφρική ανεπάρκεια, βαρεία αρθροπάθεια, ψυχικές διαταραχές, ηπατική δυσλειτουργία και, ακόμη, κίρρωση του ήπατος, ενώ δεν είναι γνωστές οι μακροχρόνιες ανεπιθύμητες επιδράσεις της.

Η χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας περιλαμβάνει, κυρίως, διάφορες παρακάμψεις όπως:

- τη γαστρική παράκαμψη που αποκλείει το στόμαχο, με αποτέλεσμα η τροφή να διοχετεύεται κατ' ευθεία στο έντερο και
- τη γαστροπλαστική που μειώνει τη χωρητικότητα του στομάχου. Αυτά τα είδη της χειρουργικής παράκαμψης εκ πρώτης όψεως φαίνεται να είναι περισσότερο φυσιολογικές αντιμετώπισεις της παχυσαρκίας, με τις λιγότερες επιπλοκές και χρησιμοποιούνται σε πολλές περιπτώσεις σε αντικατάσταση της νηστιδοειλεακής παράκαμψης. Η τελευταία μειώνει το μήκος του λεπτού εντέρου και συνοδεύεται με μειωμένη απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών, κάτι που αποτελεί βασικό μειονέκτημά της. Ακόμη εφαρμόζεται και η

τοποθέτηση στο στομάχο ειδικού μπαλονιού, που δημιουργεί αίσθημα κορεσμού και πληρότητας. Τονίζεται και πάλι ότι η χειρουργική θεραπεία της παχυσαρκίας πρέπει να περιορίζεται σε ασθενείς αυξημένου κινδύνου, οι οποίοι πρέπει να ενημερώνονται πλήρως για τους κινδύνους και τα αβέβαια αποτελέσματά της, αλλά και για τα δυνητικά θετικά οφέλη της.

ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΝ ΚΙΛΩΝ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΜΑΣ

Πολλοί, αν όχι οι περισσότεροι, παχύσαρκοι είναι δυσαρεστημένοι με την εμφάνιση του σώματός τους. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει τέτοια αντίληψη για τη σωματική εικόνα που το άτομο μπορεί να αηδιάζει με τον ίδιο του τον εαυτό, να τον θεωρεί αποκρουστικό και να αποφεύγει και την παραμικρή έκθεση του σώματός του. Παιδιά με πρόβλημα παχυσαρκίας μπορεί να ταπεινώνονται από συμμαθητές τους ή καθηγητές τους και να γίνονται αντικείμενο χλευασμού και κοροϊδίας, ιδιαίτερα όσον αφορά τις αθλητικές δραστηριότητες, στις οποίες είναι αναγκαίο να αποκαλύψουν την αδυναμία τους. Κάποιοι άλλοι ενήλικες αποφεύγουν, όπως έχει ήδη αναφερθεί, τις αθλητικές δραστηριότητες ή ακόμη τις πιο στενές επαφές με τους ανθρώπους (συμπεριλαμβανομένων των ερωτικών) και έτσι συμβάλλουν ακόμη περισσότερο στη χειροτέρευση της ποιότητας ζωής τους. Το παράδοξο είναι ότι ακόμη και επαγγελματίες υγείας θεωρούν μερικές φορές τις αντιλήψεις αυτές απόλυτα ορθές, αφού και οι ίδιοι μπορεί να αηδιάζουν με την εικόνα ενός παχύσαρκου ατόμου.

Παλιότερα θεωρούταν ότι η άσχημη εικόνα του σώματος ήταν μια αποκλειστική συνέπεια των περιπτώσεων κιλών και της παχυσαρκίας. Περισσότερα κιλά σήμαινε και χειρότερη εικόνα για το σώμα. Για τον λόγο αυτό η άσχημη σωματική εικόνα χρησιμοποιούταν στα διάφορα προγράμματα μείωσης βάρους ως κίνητρο για την έναρξη δίαιτας ή διατήρησής της. Μερικές φορές ευνοούταν ακόμη και η συνεχής αυτομομφή και αυτοϋποτίμηση.

Κατοπινές έρευνες ωστόσο έδειξαν ότι η εικόνα που έχουμε για το σώμα μας δεν είναι κατ' ανάγκην αντίστοιχη των κιλών μας. Άτομα κοντά στο ιδανικό βάρος είχαν πολύ πιο άσχημη εικόνα για το σώμα τους, και αυτή η αντίληψη είχε σχέση με κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες, αλλά και τις πεποιθήσεις του ίδιου του ατόμου σχετικά με το 'ωραίο' σώμα. Αποτέλεσμα αυτών των ερευνών ήταν να αρχίζει να θεωρείται η άσχημη σωματική εικόνα όχι μόνο συνέπεια αλλά και μέρος του προβλήματος, υπό την έννοια ότι η 96ο παγιδεύει το άτομο σε έναν φαύλο κύκλο απογοήτευσης, ο οποίος πολλές φορές δεν έχει καν σχέση με την πραγματικότητα, αφού άτομα κοντά στο ιδανικό βάρος περιόριζαν πολύ τη ζωή τους λόγω των λανθασμένων αντιλήψεών τους. Σήμερα, λοιπόν, γίνεται μια προσπάθεια να αντιμετωπιστεί και η αρνητική εικόνα του σώματος σαν να ήταν και η ίδια μέρος του προβλήματος. Πώς όμως εξηγείτε άνθρωποι που κατά γενική

ομολογία δεν έχουν 'ιδιαίτερο' πρόβλημα πάχους να θεωρούν τους εαυτούς τους παχείς; Η δυσαρμονία αυτή αποτελεί εν μέρει συνέπεια της έλλειψης συμφωνίας μεταξύ της εικόνας του σώματος και της αντίληψης του κάθε ανθρώπου για το ιδανικό σώμα. Στον δυτικό κόσμο, που όπως αναφέρθηκε επικρατεί το πρότυπο του λεπτού σωματότυπου, πολλοί άνθρωποι, ιδιαίτερα γυναίκες, κρίνουν το σώμα τους με ιδιαίτερα αρνητικό τρόπο.

Ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον χαρακτηριστικό, που δείχνει τη σημασία των προτύπων στην αξιολόγηση του σώματος, αποτελεί και το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μειώνεται η αρνητική αντίληψη για τη σωματική εικόνα, ακόμη και σε γυναίκες που πριν έκριναν με αυστηρό τρόπο το σώμα τους. Αυτό δείχνει με τον πιο εύγλωπτο τρόπο πόσο οι αντιλήψεις που έχουμε για το τι είναι ιδανικό σώμα επηρεάζουν τη σωματική μας εικόνα. Η σωματική εικόνα, ανεξάρτητα πώς θα την δει κανείς, ως συνέπεια δηλαδή ή και αιτία της παχυσαρκίας, είναι πάρα πολύ σημαντικό να τροποποιηθεί στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου προγράμματος μείωσης του βάρους.

ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΙΚΗ ΖΩΗ

Αν και οι συνέπειες της παχυσαρκίας ή γενικότερα του αυξημένου βάρους στη σωματική εικόνα προσδιορίζουν κατά ένα μέρος και τις αρνητικές παρενέργειες στον έρωτα, γίνεται ειδική αναφορά σε αυτό το θέμα λόγω του μεγάλου ενδιαφέροντος που παρουσιάζει. Συχνά λένε ότι ο καλός έρωτας αρχίζει από το στομάχι, φαίνεται όμως ότι για κάποιους ανθρώπους το φαγητό σκοτώνει τον έρωτα! Βέβαια το φαγητό δεν έχει κάποια άμεση επίδραση (εξαιρώντας φυσικά το γεγονός ότι μετά από ένα καλό γεύμα μάλλον έχουν τάση για ύπνο παρά για σεξ!), αλλά οι παρενέργειες στη σωματική εικόνα που αναφέρθηκαν προηγουμένως επηρεάζουν πρωτίστως και αυτόν τον τομέα με διάφορους τρόπους που δεν είναι δύσκολο να φανταστούν. Μια αρνητική εικόνα για το σώμα θα έχει ως συνέπεια την αποφυγή της ερωτικής ζωής.

Πολλοί άνθρωποι νιώθουν τόσο άσχημα όταν εκθέτουν το σώμα τους, που και η παραμικρή σκέψη ότι θα υποστούν τη δοκιμασία αυτή και μάλιστα κάτω από την (υποτιθέμενη) εξονυχιστική παρατήρηση του ερωτικού τους συντρόφου, τους κάνει να χάνουν κάθε ενδιαφέρον γι' αυτό. Άλλοι άνθρωποι δεν αποφεύγουν τον έρωτα, αλλά παίρνουν τέτοιες προφυλάξεις (κλείνουν τα φώτα, δεν γδύνονται κ.λπ.) που περιορίζουν τελικά την ευχαρίστηση τόσο των ίδιων όσο και του συντρόφου τους. Θα έλεγε κανείς ότι μια σημαντική μερίδα ανθρώπων με προβλήματα στην ερωτική ζωή, που ζητούν βοήθεια από ψυχιάτρους και άλλους ειδικούς, έχουν ως πρωταρχικό τους πρόβλημα την αδυναμία να θεωρήσουν το σώμα τους ως πηγή ερωτικής ευχαρίστησης. Όταν οι ίδιοι 'αηδιάζουν' μπροστά στον καθρέπτη, πώς είναι δυνατόν κάποιος άλλος να δει το σώμα αυτό ως πηγή ερωτικής ικανοποίησης; Είναι σαφές ότι οι περισσότεροι δεν θα συμφωνήσουν με την αντίληψη ότι ο έρωτας περιορίζεται μόνο στη σωματική επαφή, αυτό δεν ισχύει ούτε ακόμη και για τον αγοραίο

έρωτα. Αντίθετα, αποτελεί ένα περίπλοκο σωματοψυχικό φαινόμενο, που καλεί να ξεχάσουν τις όποιες προκαταλήψεις για τον δυϊσμό ψυχής και σώματος που μπορεί να έχουν στο μυαλό τους. Στην ουσία, ο έρωτας δίνει τη μοναδική ευκαιρία να νιώσουν ως ενιαία οντότητα, που όλα τα μέρη της συμβάλλουν στο τελικό αποτέλεσμα, χωρίς όμως να μπορούν να τα ξεχωρίσουν. Για κάποιους ανθρώπους όμως αυτό δεν είναι αυτονόητο.

Σε μια εποχή που συχνά θέλει να διαχωρίζει τον άνθρωπο τεχνητά στα συστατικά του, διότι έτσι είναι πιο εύκολο να κερδοσκοπήσει επάνω του, φαίνεται λογικό πώς είναι δυνατόν κάποιος να ανάγει τη μαγική στιγμή του έρωτα σε μια απλή συνεύρεση δύο σωμάτων, σε έναν ανταγωνισμό για την ανάδειξη του καλύτερου σώματος. Βέβαια, θα πρέπει να αναφερθεί ότι μια μερίδα σημαντικά υπέρβαρων ατόμων μπορεί να αντιμετωπίζουν πρακτικά προβλήματα στην ερωτική τους ζωή. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι είναι αδύνατη η ερωτική ικανοποίηση. Μερικές μάλιστα φορές συναντά κανείς το παράδοξο, άνθρωποι με σημαντικό πρόβλημα παχυσαρκίας να είναι καλύτερα προσαρμοσμένοι από ανθρώπους που θεωρητικά δεν θα έπρεπε να παρουσιάζουν κανένα πρόβλημα.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΩΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Κλασικά, οι ψυχίατροι θεωρούσαν ότι η σχέση αυξημένου βάρους και ψυχικών διαταραχών ήταν αδιαμφισβήτητη. Πιο σύγχρονες έρευνες ωστόσο έχουν περιπλέξει τα πράγματα. Σε μια έρευνα στις Η.Π.Α. μεταξύ 400 κοριτσιών στην εφηβεία, οι ερευνητές δεν μπόρεσαν να βρουν σχέση μεταξύ άγχους, κατάθλιψης και βάρους. Τα υπέρβαρα κορίτσια ωστόσο ήταν λιγότερο ικανοποιημένα με το σώμα τους, όπως αναμενόταν. Σε μια άλλη μελέτη που έγινε στην Σουηδία, φάνηκε ότι το αυξημένο βάρος είχε σημαντική συσχέτιση με ψυχολογικές διαταραχές. Η μελέτη όμως αυτή συμπεριέλαβε

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

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι σε γενικές γραμμές οι υπέρβαροι άνθρωποι δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα ως προς την ψυχική σφαίρα. Βέβαια, για μια μερίδα σημαντικά υπέρβαρων αυτό μπορεί να ισχύει, και μάλιστα με διάκριση του φύλου, αλλά και πάλι οι περισσότεροι άνθρωποι συνεχίζουν να δείχνουν καλή προσαρμογή, παρά τις αντιξοότητες που αντιμετωπίζουν.

ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Πάρα πολλά στοιχεία συνηγορούν στην άποψη ότι η κοινωνία κάνει διακρίσεις εναντίον των υπέρβαρων ατόμων. Αυτό έχει επιβλαβείς συνέπειες στη ψυχική υγεία ιδιαίτερα των παχύσαρκων παιδιών, για τα οποία οι συμμαθητές τους μπορεί να πιστεύουν ότι είναι τεμπέληδες, βρώμικοι, χαζοί και ψεύτες, όπως απέδειξε σχετική έρευνα στις Η.Π.Α. Οι κοινωνικές διακρίσεις συνεχίζονται όμως και στην ενήλικη ζωή. Αρκετές έρευνες έχουν δείξει πόσα εμπόδια συναντούν οι παχύσαρκοι στη διάρκεια της ζωής τους, από την απόκτηση καλής εκπαίδευσης, την ανάληψη υψηλών θέσεων στην ιεραρχία κ.λπ. Να σημειωθεί βεβαίως ότι αυτά δεν αφορούν όλους τους παχύσαρκους. Είναι όμως σαφές από τις διάφορες έρευνες ότι σε γενικές γραμμές οι παχύσαρκοι συναντούν πολύ περισσότερα εμπόδια στην εξέλιξή τους απ'ότι οι μη παχύσαρκοι. Μια άλλη σημαντική παρενέργεια αποτελεί ο γάμος, ιδιαίτερα για τις γυναίκες. Οι παχύσαρκες γυναίκες έχουν μικρότερη πιθανότητα να παντρευτούν και μεγαλύτερη πιθανότητα να χωρίσουν. Είναι σαφές από τα προηγούμενα ότι στην κοινωνία είναι πολύ λίγο προετοιμασμένοι να δεχτούν τη διαφορετικότητα. Αυτό ισχύει για ότι αποκλίνει από αυτό που θεωρούν 'φυσιολογικό'. Στα πλαίσια αυτά και η παχυσαρκία αντιμετωπίζεται με τον ίδιο ειρωνικό και χλευαστικό τρόπο, δημιουργώντας έναν ιδιότυπο κοινωνικό στιγματισμό. Θα έλεγε δε κανείς, ότι στην παχυσαρκία ο στιγματισμός αυτός είναι πιο ισχυρός από άλλες περιπτώσεις, επειδή συνεχίζουν να θεωρούν την απώλεια ελέγχου στο φαγητό ως μια εκδήλωση 'αδυναμίας' με ηθικές προεκτάσεις. Αυτό φυσικά δεν μπορεί να γίνει αποδεκτό. Η μεγάλη πρόκληση που αντιμετωπίζουν ως κοινωνία είναι να μάθουν να δέχονται τον απέναντί τους όπως είναι με τα προτερήματα και τα μειονεκτήματά του.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥ

Το παχύσαρκο άτομο νιώθει ενοχικά, διαθέτει χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσκολεύεται να διαχειριστεί τα θέλω και τα συναισθήματά του. Χαμηλή αυτοπεποίθηση με πολλές ενοχές και το συναίσθημα του αδιεξόδου, συμβάλλουν σε έναν αρνητικό φαύλο κύκλο, όπου η πολυφαγία χρησιμοποιείται ως διέξοδος στο πρόβλημα, το οποίο αρχικά προκαλεί. Ο στιγματισμός από το ευρύτερο κοινωνικό αλλά και το στενότερο συγγενικό περιβάλλον ενισχύει την αρνητική εικόνα του παχύσαρκου ατόμου για τον εαυτό του. Το παχύσαρκο άτομο μέσα από τη σχέση του με το φαγητό,

εκφράζεται και εκφράζει τη συναισθηματική του κατάσταση. Εκτονώνει τις εντάσεις, τα άγχη και τα προβλήματα του. Το φαγητό αποτελεί γι' αυτό καταφύγιο όλων των εσωτερικών και εξωτερικών του συγκρούσεων, ενώ διατηρεί την ψευδαίσθηση ότι πρόκειται για μια σχέση από την οποία δεν πρόκειται ποτέ να προδοθεί. Όπως για κάποιους ανθρώπους η κατανάλωση αλκοόλ ή άλλων ουσιών προσφέρει γι' αυτούς καταφύγιο, έτσι και το φαγητό λειτουργεί για τον παχύσαρκο ως μέσο που καταναλώνοντας το καταχρηστικά, αντλεί από αυτό ανακούφιση και ηρεμία. Όπως και με άλλες εξαρτήσεις, έτσι και με το φαγητό, το άτομο μπαίνει σε έναν φαύλο κύκλο. Αρχικά, μπορεί το φαγητό να καταπραΰνει κάποια του άγχη, του δημιουργεί όμως πολύ περισσότερα, από τη στιγμή που καταναλώνεται υπέρμετρα.

Οι επιπτώσεις στον οργανισμό και στην εξωτερική εμφάνιση του ατόμου είναι σαφείς και το άτομο δεν μπορεί παρά να τις βιώνει και μάλιστα τραυματικά. Η σχέση του με το φαγητό μετατρέπεται τελικά σε μια σαδομαζοχιστική σχέση, που το εγκλωβίζει σε ένα φαύλο κύκλο στεναχώριας και άγχους. Ενώ γνωρίζει ότι κακοποιεί και στιγματίζει τον εαυτό του, αρνείται ή αδυνατεί να αντιμετωπίσει την κατάσταση, νιώθοντας περισσότερο άγχος και εγκλωβισμό. Το σώμα, από τη μια μετατρέπεται σε αρένα εκτόνωσης των προβλημάτων του και από την άλλη, η όποια προβληματική κατάσταση εντείνεται, αφού προστίθεται σ' αυτήν και το πρόβλημα της παχυσαρκίας με όλα τα συνεπακόλουθα του προβλήματα στην εικόνα, την υγεία και την φυσική κατάσταση του ατόμου.

Από την άλλη πλευρά, το φαγητό σαν συνήθεια και τρόπος διαχείρισης συναισθημάτων, καταλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος της καθημερινότητας του παχύσαρκου. Το περιβάλλον του διαμορφώνεται σύμφωνα με τη νόσο, δημιουργώντας ισορροπίες που όσο 'αρρωστημένες' και να είναι δεν παύουν να πιέζουν για τη διατήρησή τους. Με άλλα λόγια, το παχύσαρκο άτομο, συχνά ενδόμυχα, φοβάται να διαταράξει τις γνώριμες συνθήκες της ζωής του. Όσο λοιπόν επιθυμητή και να είναι μια ριζική αλλαγή από τον ασθενή - εξωτερική και εσωτερική - δεν παύει να απειλεί τις υπάρχουσες ισορροπίες της ζωής του.

ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

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

κιλά. Ένα άλλο στοιχείο που έχει μελετηθεί είναι το άγχος. Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι υπάρχει μια σημαντική σχέση μεταξύ άγχους και αύξησης βάρους.

Πειράματα επίσης που έχουν γίνει απέδειξαν ότι κάτω από καταστάσεις άγχους οι άνθρωποι έχουν την τάση να προτιμούν την κατανάλωση τροφών υψηλότερης περιεκτικότητας σε λίπος, άρα και θερμιδικής αξίας. Επίσης, η ορμόνη κορτιζόνη που κυκλοφορεί σε υψηλότερα επίπεδα σε αγχώδεις ανθρώπους φαίνεται να ευνοεί την εναπόθεση λίπους στον οργανισμό και να εμποδίζει την καταστροφή του.

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

Σχετικά με την κατάθλιψη και το βάρος θα πρέπει να αναφερθούν τα ακόλουθα: Τις περισσότερες φορές η κατάθλιψη προκαλεί μείωση του βάρους, και αυτό άλλωστε είναι ένα από τα πιο χαρακτηριστικά της γνωρίσματα. Έχει κλείσει το στομάχι μου', λένε οι περισσότεροι άνθρωποι όταν στεναχωριούνται. Ωστόσο, σε μια σημαντική μειοψηφία που μπορεί να ξεπερνά και το 20% η κατάθλιψη έχει το αντίθετο αποτέλεσμα, προκαλεί δηλαδή αύξηση της όρεξης και υπερφαγία. Είναι σαν να προσπαθούν οι άνθρωποι να περάσουν τη στενοχώρια τους με το φαγητό, αν και, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, μπορεί να υπάρχουν και άλλοι λόγοι. Ακόμη και μια μικρή στενοχώρια (χωρίς δηλαδή να πάθουν κατάθλιψη), π.χ. μετά από έναν χωρισμό, μπορεί να τους δείξει σε ποια από τις δύο κατηγορίες ανήκουν, αν δηλαδή αντιδρούν με μείωση ή αύξηση της όρεξης. Να σημειωθεί τέλος ότι στην Ψυχιατρική u960 περιγράφεται και μια συγκεκριμένη ασθένεια, που ονομάζεται επεισοδιακή υπερφαγία, η οποία προκαλεί επεισόδια ανεξέλεγκτης και υπερβολικής κατανάλωσης τροφής μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα. Αυτό το πρόβλημα μπορεί να βρίσκεται ακόμη και στο 20% των παχύσαρκων και είναι απαραίτητο να αντιμετωπίζεται. Δεν είναι πάντως γνωστό εάν το πρόβλημα αυτό είναι εντελώς διακριτό ή απλώς αποτελεί την ακραία κατάσταση μιας συμπεριφοράς που λιγότερο ή περισσότερο έχουν όλοι παρουσιάσει κάποια στιγμή στη ζωή τους.

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

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

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

Συνοπτικά θα έλεγε κανείς ότι υπάρχουν πολλές ψυχολογικές τεχνικές με τις οποίες κάποιος μπορεί να βοηθηθεί και να χάσει βάρος. Θα πρέπει πάντως να σημειωθεί ότι η διατήρηση του βάρους σε ανεκτά επίπεδα είναι δύσκολη και απαιτεί μακρόχρονη προσπάθεια και επιμονή. Βραχυπρόθεσμες λύσεις μπορεί να φαίνονται ότι έχουν αποτέλεσμα, αλλά με την πρώτη υποτροπή φέρνουν μεγαλύτερη απογοήτευση. Ο άνθρωπος που έχει τάση να παχαίνει πρέπει να γνωρίζει ότι θα εξακολουθεί να την έχει και στο μέλλον. Γι' αυτό χρειάζεται συνεχής επαγρύπνηση. Εκεί ακριβώς είναι που οι ψυχολογικές μέθοδοι που αναφέρθηκαν και ιδιαίτερα η τροποποίηση των αρνητικών σκέψεων μπορεί να προσφέρουν τα μεγαλύτερα οφέλη.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ

Ένας από τους κύριους λόγους των υψηλών ποσοστών αποτυχίας σε πρόγραμμα απώλειας βάρους αλλά και των ακόμα υψηλότερων ποσοστών υποτροπής, είναι η ανάληψη θεραπευτικής πρωτοβουλίας από άτομα ή οργανισμούς που δεν έχουν καμιά επιστημονική υποδομή για την αντιμετώπιση της χρονιάς και δυσκολοθεράπευτης αρρώστιας που λέγεται παχυσαρκία. Εκτός αυτού, ο παχύσαρκος μετά από μία αποτυχημένη προσπάθεια, έστω και αν η ευθύνη δεν είναι δική του, χάνει την εμπιστοσύνη προς τον εαυτό του και έτσι μειώνονται δραματικά οι πιθανότητες για κάποια μελλοντική επιτυχία.

Το κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνει δύο σημεία:

- Πώς θα κρίνετε μία διαφήμιση ινστιτούτου παχυσαρκίας;
- Ποια κριτήρια θα πρέπει να πληρεί ένα τέτοιο ινστιτούτο για να αποφασίσετε να εμπιστευτείτε την τύχη σας σε αυτό.

Η Διαφήμιση

Ο παχύσαρκος βομβαρδίζεται καθημερινά από το σύνολο των μέσων μαζικής ενημέρωσης (περιοδικά, εφημερίδες, τηλεόραση) με διαφημίσεις που όχι απλώς είναι ψευδείς αλλά πολλές φορές προσβάλλουν την νοημοσύνη και του πιο απλού ανθρώπου. Τα πόσα που αφιερώνει η βιομηχανία της δίαιτας κάθε χρόνο για να διαφημίσει το προϊόν της

φτάνουν τα μερικά δισεκατομμύρια ευρώ και βέβαια η πολιτεία να παίρνει κάποια μέτρα προστασίας τους.

Μελετήστε προσεκτικά τους παρακάτω κανόνες διαφήμισης που έχει θεσπίσει το υπουργείο υγείας του Καναδά και κατευθυνθείτε προς τα εκεί που τα κριτήρια αυτά περισσότερο ή τουλάχιστον λιγότερο τηρούνται.

α. Η διαφήμιση δεν πρέπει να απευθύνεται σε παιδιά, εφήβους, εγκυμονούσες, ή θηλάζουσες γυναίκες και χρονίως πάσχοντες. Οι κατηγορίες αυτές πρέπει να βρίσκονται υπό άμεση ιατρική παρακολούθηση αν πρέπει να χάσουν βάρος.

β. Η διαφήμιση δεν πρέπει να υπόσχεται απώλειες βάρους που δεν είναι εφικτές.

γ. Τα διαφημιζόμενα προγράμματα απώλειας βάρους θα πρέπει να αναφέρουν αναλυτικά όλες τις παραμέτρους που το αποτελούν: Ποιος αντιμετωπίζει άμεσα τους υπέρβαρους πελάτες; ποιο είναι το κόστος των επιπλέον προσφερόμενων υπηρεσιών (αν υπάρχουν), όπως ειδικών τροφών, φαρμάκων, μηχανημάτων.

δ. Δεν πρέπει να αποδίδεται η απώλεια βάρους σε συσκευές, μηχανήματα κλπ., η οποία όμως προέκυψε από δημιουργία αρνητικού ενεργειακού ισοζυγίου (δίαιτα και άσκηση) και όχι από αυτά καθ' αυτά τα μηχανήματα.

ε. Η διαφήμιση δεν πρέπει να υπόσχεται παρακολούθηση των πελατών από κάποιους ειδικούς επιστήμονες αυτοί συνεχώς και άμεσα παρακολουθούν όλους τους υπέρβαρους ασθενείς.

στ. Οι διαφημιζόμενες μέθοδοι απώλειας βάρους πρέπει με επιστημονικά κριτήρια να έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές και ασφαλείς.

ζ. Όλα τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα, τροφές, μηχανήματα κτλ. πρέπει να πληρούν τους κανόνες χρήσης και να έχουν έγκριση λειτουργίας από τις ανάλογες αρχές και για τους συγκεκριμένους σκοπούς.

ΚΑΝΟΝΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΩΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Τουλάχιστον για προστασία πολιτών, κάθε ευνοούμενη πολιτεία αλλά και κάθε επιστημονική κοινότητα πρέπει να θεσπίζει κριτήρια που θα πρέπει να διέπουν την λειτουργία των ειδικών κέντρων, ιατρείων και κλινικών που ασχολούνται με το αντικείμενο αυτό. Θα σας περιγράψω τις συστάσεις του Frances Stern Nutrition Centre του New England Medical Centre Hospital, για τους πολίτες της Μασαχουσέτης της Ηνωμένες πολιτείες που έχουν ανάγκη απώλειας βάρους και θέλουν να παρακολουθήσουν κάποιο ανάλογο πρόγραμμα.

Συγκρίνουμε τις συστάσεις αυτές με αυτά που μας προσφέρονται και κάνουμε τις επιλογές μας.

α. Ασφάλεια προγράμματος απώλειας βάρους. Ιατρική παρακολούθηση και περιοδικοί κλινικοί και παρακλινικοί έλεγχοι από γιατρούς κατάλληλων ειδικοτήτων.

β. Ύπαρξη υποδομής για κάποιας μορφής άσκηση.

γ. Ικανοποιητική απώλεια βάρους (0.5-1 κιλό την εβδομάδα, σε σταθερή όμως βάση)

δ. Αποφυγή των πολύ περιοριστικών διαιτολογίων.

ε. Ισορροπημένο διαιτολόγιο αναφορικά με τα μακροστοιχεία της διατροφής. Αποφυγή διαιτολογίων που περιέχουν υδρογονωμένα φυτικά έλαια.

στ. Αν χρησιμοποιούνται τυποποιημένες υγρές ή άλλες δίαιτες αντί για συνήθεις τροφές, να λαμβάνονται οι κατάλληλες προφυλάξεις και να χρησιμοποιούνται σκευάσματα που με επιστημονικά κριτήρια είναι διαιτολογικώς επαρκή.

ζ. Αποφυγή ανορεκτικών φαρμάκων που η ασφάλεια και αποτελεσματικότητά τους δεν είναι επιστημονικά αποδεδειγμένη.

η. Το συστηνόμενο διαιτολόγιο να μπορεί να εφαρμοσθεί.

θ. Αποφυγή μεθόδων που έχουν προκαλέσει την κοινή γνώμη ή την επιστημονική κοινότητα.

ι. Προτίμηση προγραμμάτων τα οποία: α) είναι προσαρμοσμένα στις φυσιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες ενός εκάστου ατόμου. β) περιλαμβάνουν συμπεριφερσιολογικές εκπαιδευτικές τεχνικές και βοηθούν στην συναισθηματική προσαρμογή που προϋποθέτει η απώλεια βάρους.

ιβ. Λογικό κόστος

ιγ. Πρόβλεψη παρακολούθησης προς αποφυγή υποτροπής, μετά το τέλος του προγράμματος απώλειας βάρους.

ιδ. Το είδος της δίαιτας θα πρέπει να επιτρέπει στον παχύσαρκο να ασκεί και προσωπικό έλεγχο.

ΚΟΥΙΖ

Παρακάτω προβάλλεται ένα ερωτηματολόγιο γι' αυτούς που έχουν την πεποίθηση πώς είναι παχύσαρκοι. Η κάθε καταφατική απάντηση δίνει δύο βαθμούς.

Υποφέρεεις από φανταστικό πάχος;

Νομίζεις ότι είσαι χοντρή, αλλά οι γονείς σου σου λένε ότι είσαι αδύνατη.

Φαίνεσαι πιο χοντρή όταν αλλάζεις ρούχα για να κάνεις γυμναστική ή όταν φοράς καθημερινά απλά ρούχα.

Νομίζεις ότι είσαι χοντρή, αλλά τις περισσότερες φορές σου κάνουν τα ρούχα με κανονικό μέγεθος.

Νομίζεις ότι είσαι χοντρή, γιατί τρως πολλά πατατάκια και σοκολάτες.

Νομίζεις ότι είσαι χοντρή, γιατί κάποτε κάποιος σε αποκάλεσε έτσι.

Μιλάς συνέχεια στις φίλες σου για το βάρος σου, αλλά αυτές έχουν αρχίσει να χτυπούν ανυπόμονα το πόδι τους κάτω ή να κοιτάνε το ταβάνι όταν το κάνεις.

Νομίζεις ότι είσαι χοντρή, γιατί μπορείς να πιάσεις λίγο πάχος πάνω από τη μέση σου – και δεν το έχεις μετρήσει.

Νομίζεις ότι είσαι χοντρή, γιατί δε μοιάζεις καθόλου με τα κορίτσια της ηλικίας σου στην τηλεόραση.

Νομίζεις ότι είσαι χοντρή, γιατί τα ρούχα που φορούσες πέρυσι δε σου κάνουν πλέον.

Νομίζεις ότι είσαι χοντρή, γιατί η μητέρα σου νομίζει ότι είναι χοντρή κι εσύ της μοιάζεις.

Αποτέλεσμα

14-20

Σχεδόν όλο το πάχος σου είναι φανταστικό. Εξέτασε με πολλή προσοχή τον εαυτό σου. Οι περισσότερες έφηβες θα έκαναν τα πάντα για να σου μοιάζουν. Μην καταστρέφεις τη ζωή σου χωρίς λόγο. Πραγματικά, δε χρειάζεται να ανησυχείς.

8-12

Φαίνεται πως έχεις την τάση να ανησυχείς για το βάρος σου περισσότερο απ' όσο χρειάζεται. Πρόσεξε μήπως σου γίνει έμμονη ιδέα η εμφάνιση σου. Απόλαυσε καθετί που τρως – ακόμη κι όταν σε πιάνει κρίση λαιμαργίας.

0-6

Πολύ καλά! Σε απασχολεί κάπως το πάχος σου, πράγμα που είναι φυσιολογικό, αλλά φαίνεται πως έχεις αίσθηση του μέτρου.

(Ξεχάστε το βάρος σας).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2



ΑΣΚΗΣΗ

ΓΕΝΙΚΑ

Όλο και περισσότερες έρευνες δείχνουν πλέον ότι τα άτομα που γυμνάζονται ή/και ακολουθούν γενικά έναν πιο δραστήριο τρόπο ζωής έχουν λιγότερες πιθανότητες να είναι παχύσαρκα και κινδυνεύουν σε μικρότερο βαθμό από διάφορα προβλήματα υγείας. Βέβαια, έχει βρεθεί ότι τα παχύσαρκα άτομα υποτιμούν την κατανάλωση τροφής τους κατά 30% αλλά ακόμη και σε πιο ακριβείς έρευνες το μόνο στοιχείο διατροφής που φαίνεται να διαπιστώνεται είναι η αυξημένη κατανάλωση λίπους. Σε έρευνες που έγιναν φάνηκε ότι τα παχύσαρκα άτομα δεν καταναλώνουν περισσότερη τροφή από τα φυσιολογικά άτομα αλλά αντίθετα είχαν χαμηλή ενεργειακή κατανάλωση αλλά φυσιολογικό σωματικό λίπος. Θα ήταν λοιπόν παράλογο, παρόλα αυτά, η προσπάθεια για αδυνάτισμα, να στηρίζεται μόνο σε περιορισμό τροφής, όταν τα παχύσαρκα άτομα δεν υπερβάλλουν σε σχέση με τα φυσιολογικά και να μην στηρίζεται στην αυξημένη ενεργειακή κατανάλωση που φαίνεται ότι λείπει.

Η μείωση του αποθηκευμένου σωματικού λίπους στηρίζεται στο αρνητικό ισοζύγιο που θα πρέπει να υπάρχει μεταξύ της πρόσληψης τροφής και της κατανάλωσης ενέργειας. Στις περισσότερες προσπάθειες για αδυνάτισμα προτιμάται η μείωση της πρόσληψης τροφής με ποικίλα προγράμματα διαίτης και υποτιμάται η σημασία της αύξησης της ενεργειακής κατανάλωσης. Σε πολλές έρευνες όμως έχειδειχθεί ότι με τη μείωση της πρόσληψης τροφής μόνο, η απώλεια βάρους είναι προσωρινή. Το 95% των ατόμων που κάνουν δίαιτα χάνουν βάρος αλλά επιστρέφουν σε αυτό μέσα σε έναν χρόνο.

Η απώλεια βάρους στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό σε απώλεια μυϊκού ιστού και προκαλεί περισσότερο από το αναμενόμενο μείωση του βασικού μεταβολισμού (ειδικά όταν η απώλεια μυϊκού ιστού είναι μεγαλύτερη του 25-30% της συνολικής απώλειας). Η πτώση του μεταβολισμού (κατά μέσο όρο γύρω στο 15%) που συνοδεύει ένα πρόγραμμα αδυνατίσματος σε συνδυασμό με την απώλεια μυϊκής μάζας που συμβαίνει με την ηλικία, κάνουν πολύ δύσκολη την απώλεια βάρους μετά από ένα διάστημα. Κάθε δεκαετία ένας ενήλικας χάνει 220g της μυϊκής του μάζας, πράγμα που αναλογεί σε μείωση του μεταβολισμού κατά 1-3% κάθε δεκαετία. Αντίθετα, για κάθε κιλό μυϊκής μάζας που είναι σε θέση να προσθέσει ένα άτομο, καταναλώνονται 77περίπου Kcal και σε 3,5 μήνες αυτό αντιστοιχεί στην κατανάλωση ενός κιλού λίπους. Η άσκηση, όταν μπορεί να επιδράσει πάνω

στη μυϊκή μάζα και τον μεταβολισμό, ευνοεί καθοριστικά τη διατήρηση της απώλειας βάρους για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Αντίθετα, ο συνδυασμός ενός ισορροπημένου προγράμματος διατροφής με ένα πρόγραμμα άσκησης και ανεβασμένη κινητική δραστηριότητα έχει πολύ πιο γρήγορα αποτελέσματα και πολύ περισσότερη διατηρησιμότητα.

Βέβαια, η άσκηση από μόνη της δεν προκαλεί δραματική μείωση του σωματικού λίπους και απαιτείται προσπάθεια μεγάλης διάρκειας και με αρκετή ένταση για να υπάρξουν αποτελέσματα. Έτσι, σε ερευνητικά προγράμματα με άσκηση 3 φορές την εβδομάδα βρέθηκε μείωση σωματικού λίπους 4 κιλών μετά από έναν χρόνο, ενώ στο ίδιο διάστημα με δίαιτα επιτεύχθηκε μείωση 7,3 κιλών. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι δεν είναι πάντοτε εφικτό να ακολουθήσει ένα παχύσαρκο άτομο ένα έντονο πρόγραμμα άσκησης και έρευνες που έχουν δείξει αποτελέσματα μείωσης σωματικού λίπους μόνο με άσκηση, στηρίζονται σε προγράμματα πολύ μεγάλης έντασης που είναι ανεφάρμοστα στο ευρύτερο κοινό.

Ακόμη, τα προγράμματα άσκησης δεν έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα στις γυναίκες όπως έχουν στους άνδρες, χωρίς να έχουν διαπιστωθεί οι αιτίες που προκαλούν τη διαφορά αυτή, αν πρόκειται για φυσιολογικές διαφορές, όπως για παράδειγμα επίπεδα ορμονών, ή για θέματα συμπεριφοράς. Ακόμη, τα άτομα με λίπος συσσωρευμένο στην περιοχή της κοιλιάς ευνοούνται περισσότερο το λίπος στην περιοχή αυτή από ό, τι στην γλουτομηριαία περιοχή.

Ο συνδυασμός όμως άσκησης και σωστής διατροφής μπορεί να επιφέρει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα και μάλιστα με τη μεγαλύτερη δυνατή διατηρησιμότητα. Η απώλεια βάρους είναι πολύ μεγαλύτερη όταν συνδυάζεται άσκηση και διατροφή και σε έρευνες με μεγάλη διάρκεια, όταν στο πρόγραμμα συμπεριλαμβάνεται και άσκηση, η απώλεια αυτή διατηρείται πολύ περισσότερο. Ενδιαφέρον είναι μάλιστα πως τα αποτελέσματα που προκύπτουν όταν σε ένα πρόγραμμα αδυνατίσματος συνδυάζεται άσκηση και διατροφή, είναι πολύ μεγαλύτερα από το άθροισμα που δίνει το καθένα μόνο του, η δίαιτα και η άσκηση δηλαδή όταν εφαρμόζονται ξεχωριστά.

Τέλος, η άσκηση θεωρείται ιδανικός τρόπος απώλειας σωματικού λίπους, όταν ο στόχος είναι σχετικά χαμηλός, ενώ σε περιπτώσεις σοβαρής παχυσαρκίας, χρειάζεται να εξεταστεί προσεκτικά αν μπορεί κανείς να συμμετέχει σε πρόγραμμα άσκησης και σε τι είδους πρόγραμμα είναι ασφαλές να συμμετέχει. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η άσκηση μπορεί να θεωρείται η στοιχειώδης κινητοποίηση του ατόμου και γίνεται περισσότερο με τη μορφή κινησιοθεραπείας και πάντα με την επίβλεψη γιατρού.

Ανάμεσα στα οφέλη της άσκησης στην προσπάθεια για απώλεια λίπους, όπως αναφέρεται και παρακάτω είναι και η δυνατότητα για μικρότερη απώλεια αν όχι διατήρηση μυϊκής μάζας. Πρέπει να σημειωθεί βέβαια ότι μόνο άσκηση ικανοποιητικής έντασης, όπως η προπόνηση με αντιστάσεις, μπορεί να επιτευχθεί κάτι τέτοιο. Η κλασική αερόβια προπόνηση χαμηλής έντασης μπορεί να βοηθάει στην κατανάλωση θερμίδων, να βελτιώνει την ικανότητα του οργανισμού να χρησιμοποιεί

λίπος αλλά δεν μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση της μυϊκής μάζας και του βασικού μεταβολισμού.

ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Είναι κοινή παρατήρηση, αλλά και πολλές μελέτες έχουν δείξει σαφή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας και της σωματικής μάζας. Από παλαιότερες μελέτες, έχει διαπιστωθεί ότι παχύσαρκα παιδιά σχολικής ηλικίας συγκρινόμενα με παιδιά συνομήλικά τους, αδύνατα και του ίδιου ύψους, έτρωγαν λιγότερο και ήσαν σαφώς λιγότερο δραστήρια. Τα ίδια ευρήματα υπήρχαν και σε ενήλικες όπου διαπιστώθηκε η μειωμένη φυσική δραστηριότητα στους παχύσαρκους. Τα ευρήματα όμως αυτά, δεν απαντούσαν στο ερώτημα εάν η μειωμένη δραστηριότητα είναι αίτιο ή αποτέλεσμα της παχυσαρκίας. Από τις υπάρχουσες μελέτες, παρά τις δυσκολίες αξιοπιστίας των μετρήσεων της φυσικής δραστηριότητας, προκύπτει ότι ένα υψηλό επίπεδο δραστηριότητας παίζει προστατευτικό ρόλο έναντι της αύξησης του βάρους και της παχυσαρκίας και πρέπει να συνιστάται ανεπιφύλακτα. Με τα στοιχεία που υπάρχουν στη διάθεση αυτή, δεν μπορούν να συμπεράνουν με βεβαιότητα ότι το χαμηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας είναι και το αίτιο της παχυσαρκίας ή ότι αυτή συμμετέχει στη διατήρησή της. Η παχυσαρκία αναπτύσσεται μόνο εφόσον η ενεργειακή πρόσληψη είναι υψηλή σε σχέση με την ενεργειακή δαπάνη, για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η ΑΣΚΗΣΗ ΧΑΡΙΖΕΙ ΧΡΟΝΙΑ

Τον τελευταίο καιρό όλο και περισσότερες έρευνες οι οποίες ασχολούνται με το πώς ο άνθρωπος θα νικήσει τον χρόνο βλέπουν το φως της δημοσιότητας. Η αλήθεια είναι ότι πάντοτε ο άνθρωπος ενδιαφερόταν για την μακροημέρευση, μόνο που τις τελευταίες δεκαετίες πληθαίνουν οι φωνές που λένε ότι μέχρι τα μέσα του αιώνα θα υπάρχει τρόπος να ζουν παραγωγικά μέχρι τα ογδόντα έτη και συνολικά πάνω από εκατό χρόνια. Ανεξάρτητα πάντως από ειδικότητα, όλοι οι επιστήμονες χαρακτηρίζουν την άσκηση ως τον υπ' αριθμό ένα σύμμαχο στη βελτίωση τόσο της ποιότητας όσο και της διάρκειας της ζωής όλων μας. Μιλώντας για άσκηση θα πρέπει να εξηγήσουν ότι δεν αναφέρονται στον αγωνιστικό αθλητισμό αλλά σε ασκήσεις που μπορεί να κάνει ο καθένας, χωρίς τις περισσότερες φορές να απαιτείται ειδικός χώρος. Τρεις είναι οι σημαντικότεροι παράμετροι μιας τέτοιας προσπάθειας: το είδος της άσκησης, η ένταση και η διάρκεια. Οι ασκήσεις που επιλέγονται θα πρέπει να κινητοποιούν μεγάλες μυϊκές ομάδες, να επαναλαμβάνονται τουλάχιστον τρεις έως πέντε φορές την εβδομάδα και να πραγματοποιούνται με το 60-70% της μέγιστης ικανότητας του ατόμου.

Μέσα από ένα τέτοιο πρόγραμμα άσκησης, τα οφέλη που προκύπτουν αφορούν κυρίως τους εξής τομείς:

Τη βελτίωση του μυϊκού συστήματος.Αυξάνοντας κάποιος τη μυϊκή του μάζα, διατηρεί τον μεταβολισμό του σε υψηλά επίπεδα, δεν παίρνει βάρος εύκολα και κατά συνέπεια κινδυνεύει λιγότερο από παχυσαρκία και ότι αυτή συνεπάγεται (σακχαρώδης διαβήτης, καρδιοπάθειες κ.α).Εκτός αυτού όμως, η αύξηση ή η διατήρηση του μυϊκού ιστού έχει ως αποτέλεσμα να επιβαρύνονται λιγότερο τα οστά του σώματός μας και κυρίως η σπονδυλική στήλη και τα οστά της λεκάνης, να απαιτείται λιγότερη ενέργεια για την πραγματοποίηση μιας προσπάθειας και να αποφεύγονται οι τραυματισμοί.Υπάρχουν εκατοντάδες ασκήσεις που μπορούν να γίνουν, αλλά οι κάμψεις, οι κοιλιακοί,οι έλξεις σε μονόζυγο συστήνονται για τους αρχάριους.Στο γυμναστήριο βέβαια υπάρχουν πάρα πολλές άλλες, ανάλογα με το επίπεδο και τους στόχους του κάθε ανθρώπου.Τη βελτίωση του καρδιοαναπνευστικού συστήματος.Άτομα που ασκούνται τακτικά έχουν έως και 50% μικρότερες πιθανότητες να εμφανίσουν υπέρταση,ενώ έως 30% μικρότερες πιθανότητες για καρδιακό επεισόδιο.

Αυτό όμως που είναι εντυπωσιακό είναι η συμβολή της άσκησης στην οικονομία των παλμών της καρδιάς και κατ' επέκταση στην προστασία της.Σε ένα μέσο άνθρωπο ο καρδιακός μυς χτυπάει με συχνότητα 70 παλμούς ανά λεπτό.Σε έναν αθλητή μπορεί να φτάσει ακόμη και τους 50 παλμούς ανά λεπτό.Αντιλαμβάνεται κανείς πόσο λιγότερη φθορά έχει η καρδιά ενός αθλητή μετά από χρόνια.Ασκήσεις που μπορούν να βοηθήσουν εδώ είναι το τζόκινγκ (ακόμη και η πεζοπορία), το ποδήλατο, το κολύμπι ή ο συνδυασμός αυτών.Αυτού του είδους οι δραστηριότητες είναι ιδανικές για τη μείωση του λίπους, και αν συνδυαστούν με ένα πρόγραμμα απώλειας βάρους φέρνουν θεαματικά αποτελέσματα.

Τη διάθεση.Είναι φανερό ότι μετά από άσκηση μέτριας έντασης η διάθεση αυξάνεται και κυριαρχεί ένα ευχάριστο συναίσθημα.Αυτό συμβαίνει ίσως λόγω της έκκρισης κάποιων ορμονών αλλά και λόγω της αποβολής του άγχους που κυριαρχεί κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Εξάλλου οι άνθρωποι που ασκούνται συστηματικά παραμένουν περισσότερο χρόνια ενεργοί και μάλιστα φαίνεται ότι έχουν και περισσότερο ποιοτική σεξουαλική ζωή.Ένα φαινόμενο που παρατηρείται ιδιαίτερα στις γυναίκες είναι η παραίτηση από την ενεργή σεξουαλική ζωή όταν αυξηθεί πολύ το βάρος τους.Από την άλλη πλευρά, πολλοί άνδρες μειώνουν με τα χρόνια τις σεξουαλικές επαφές καθώς αντιμετωπίζουν μυϊκή κόπωση και προβλήματα δύσπνοιας, αποτέλεσμα της καθιστικής ζωής και της μηδαμινής άσκησης. Δραστηριότητες που μπορούν βοηθήσουν εδώ είναι οι διατάσεις (αυξάνουν την ελαστικότητα των μυών), η σουηδική γυμναστική αλλά και το τένις, οι αθλοπαιδιές (μπάσκετ, βόλεϊ, ποδόσφαιρο 5Χ5), η κολύμβηση κ.α. Επίσης δραστηριότητες που έχουν να κάνουν με τη φύση (πεζοπορία, κηπουρική) μπορούν να συμβάλουν στην καλή διάθεση.Πρέπει να γίνει σαφές ότι τα οφέλη που προαναφέρθηκαν παρατηρούνται μόνο όταν γυμνάζεται κάποιος συστηματικά.Έρευνες δείχνουν ότι πρωταθλητές οι οποίοι μετά από κάποια ηλικία σταμάτησαν να γυμνάζονται είχαν τον ίδιο μέσο όρο ζωής με άλλους μη αθλητές.Αντίθετα,αυτοί που εξακολούθησαν

και μετά το πέρας της αθλητικής τους καριέρας να ασκούνται είχαν πιθανότητες να ζήσουν μέχρι και επτά χρόνια περισσότερο.

Τελειώνοντας,θα έλεγε κανείς ότι δεν υπάρχει απαγορευτική ηλικία προκειμένου κάποιος να αρχίσει να ασκείται.Φαίνεται ότι άσκηση στην τρίτη ηλικία μπορεί να συμβάλει στη διατήρηση λειτουργιών όπως η όραση, η αφή και η ακοή,που συνήθως μειώνονται, ενώ ακόμη και τότε μπορεί να επιτευχθεί αύξηση της μυϊκής μάζας. «Σηκωθείτε λοιπόν από τον καναπέ και επιλέξτε ότι σας εκφράζει».Η ανταμοιβή θα είναι όχι μόνο περισσότερα χρόνια, αλλά κυρίως πιο όμορφες μέρες.

ΠΙΘΑΝΗ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΤΑ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Η έντονη άσκηση μπορεί να προκαλέσει προβλήματα υγείας και ειδικά όταν η θερμοϊδική πρόσληψη είναι χαμηλότερη από τον βασικό μεταβολισμό (κάτω από 1.200 θερμίδες για τις γυναίκες και 1.400 για τους άνδρες) και δεν καλύπτονται οι βασικές ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά.Γι' αυτό τον λόγο πολλοί γιατροί δεν συστήνουν άσκηση σε σοβαρή μορφή παχυσαρκίας. Οι πιθανοί κίνδυνοι που υπάρχουν κατά την άσκηση παχύσαρκων ατόμων είναι:

- Εμφάνιση ισχαιμικού πόνου, στηθάγχης και προβλήματα στην αιμάτωση του μυοκαρδίου.
- Υπερβολική άνοδος της αρτηριακής πίεσης.
- Επιδείνωση και αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης οστεοαρθρίτιδας και άλλων μυοσκελετικών προβλημάτων.
- Αυξημένος κίνδυνος τραυματισμών από απώλεια ισορροπίας και πτώσεις.
- Μειωμένη ικανότητα θερμορύθμισης: υπερβολική εφίδρωση, αφυδάτωση, μείωση όγκου αίματος αλλά και θερμοπληξία.

ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

- Αυξάνει το αρνητικό ισοζύγιο ενέργειας και ευνοεί στην κατανάλωση λίπους.
- Είναι ο αποδοτικότερος τρόπος για ενεργοποίηση λίπους σε ηρεμία και σε άσκηση.
- Μειώνει την απώλεια μυϊκής μάζας, βοηθάει στη διατήρησή της και κάτω από ειδικές συνθήκες μπορεί και να προκαλέσει αύξηση μυϊκής μάζας.
- Αυξάνει τη θερμογένεση μετά την άσκηση και μετά την κατανάλωση τροφής. Σε εντατικά προγράμματα η άσκηση μπορεί να επιφέρει ελαττωμένη μείωση, διατήρηση και πιθανή αύξηση του βασικού ρυθμού του μεταβολισμού (όταν το αρνητικό ισοζύγιο είναι πολύ

μικρό, ο ρυθμός απώλειας βάρους χαμηλός και η συνολική απώλεια βάρους μικρή).

- Μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο για συγγενή προβλήματα υγείας (βελτιώνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη, αυξάνει τις λιποπρωτεΐνες υψηλής πυκνότητας, μπορεί να μειώσει την αρτηριακή πίεση και τα τριγλυκερίδια στο αίμα, περιορίζει το στρες).
- Μπορεί να μειώνει την 'όρεξη'. Άμεσα, μετά τη λήξη της άσκησης μειώνεται η κατανάλωση τροφής, ενώ μακροπρόθεσμα δεν έχει βεβαιωθεί κάτι τέτοιο. Διαφοροποιείται όμως η διάθεση για πιο υγιεινές επιλογές, όπως, για παράδειγμα, παρατηρείται αυξημένη κατανάλωση υδατανθράκων σε άτομα που γυμνάζονται.
- Βελτιώνει τη φυσική κατάσταση (αύξηση της πρόσληψης οξυγόνου κ.ά.) και την ικανότητα του οργανισμού να χρησιμοποιεί το λίπος σαν πηγή ενέργειας σε άσκηση αλλά και σε ηρεμία.
- Βελτιώνει την λειτουργική ικανότητα και την ανεξαρτησία σε άτομα με υψηλό βαθμό παχυσαρκίας. Μειώνει την αίσθηση κόπωσης με τις καθημερινές δραστηριότητες.
- Βελτιώνει την νευρομυϊκή συναρμογή και μειώνει τον κίνδυνο των πτώσεων.
- Μειώνει την επιβάρυνση στο μυοσκελετικό σύστημα.
- Βελτιώνει την ψυχολογική κατάσταση και δύναμη αυτού που γυμνάζεται. Βελτιώνει την αυτοπεποίθηση και αυξάνει τη θετική διάθεση του ατόμου.
- Είναι συνδεδεμένη με πιο μακροχρόνια διατήρηση του βάρους από ό, τι σε προγράμματα μόνο με δίαιτες.

ΠΟΙΟΙ ΩΦΕΛΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ

-Ελαφρά ή μέτρια παχύσαρκοι.

-Αυτοί που έγιναν παχύσαρκοι σε μεγαλύτερη ηλικία.

-Όσοι το θέλουν πραγματικά και είναι ψυχολογικά έτοιμοι να ακολουθήσουν ένα πρόγραμμα αδυνατίσματος.

-Όσοι δεν έχουν προσπαθήσει να χάσουν κιλά νωρίτερα.

-Όσοι είναι σε θέση να ακολουθήσουν οδηγίες.

-Όσοι δεν έχουν κάποια ασθένεια με συγγενείς επιπτώσεις ή άλλο σημαντικό πρόβλημα υγείας.

ΠΡΙΝ ΑΡΧΙΣΟΥΝ ΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΗΣ

Είναι αποδεκτό γενικότερα ότι, όσο συχνότερη και εντονότερη -σε λογικά πλαίσια- είναι η άσκηση, τόσο μεγαλύτερη προστατευτική δράση ασκεί στο καρδιαγγειακό σύστημα, αλλά και στη γενικότερη υγεία του ατόμου. Έχει ακόμη αποδειχθεί ότι ένα αδρανές άτομο, αν αποφασίσει να ασκηθεί, μπορεί να αποκομίσει τεράστιο όφελος και με μέτρια άσκηση. Πριν

όμως ξεκινήσουν, πρέπει να είναι σίγουροι ότι το σώμα τους μπορεί να ανταποκριθεί στη δραστηριότητα που επέλεξαν. Γιατί, εκτός από την πιθανότητα τραυματισμών, που όμως μπορούν να αποφευχθούν με τη σωστή εφαρμογή της άσκησης, μία σπάνια αλλά πολύ σοβαρή παρενέργεια της άσκησης είναι ο αιφνίδιος θάνατος (καρδιακή ανακοπή). Από μελέτες προκύπτει ότι παρατηρείται περίπου ένας αιφνίδιος θάνατος ανά 200.000 ασκούμενους κάτω των 35 ετών και περίπου 6 θάνατοι ανά 100.000 αθλούμενους άνω των 35 ετών. Το αίτιο θανάτου για τους πρώτους (κάτω των 35) είναι συνήθως η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και για τους άνω των 35 η στεφανιαία νόσος.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΠΡΟΠΟΝΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Σύμφωνα με την τελευταία επίσημη ανακοίνωση του Αμερικανικού Κολέγιου Αθλητιατρικής (ACMS), ο καλύτερος τρόπος για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας καθορίζεται από τους παρακάτω παραμέτρους προπόνησης.

Αερόβια προπόνηση: Είναι ιδανικός τρόπος για κατανάλωση ενέργειας. Κατά την άσκηση αλλά και για ένα χρονικό διάστημα μετά από αυτή, υπάρχει αυξημένη συγκέντρωση λιπαρών οξέων στο αίμα και αυξημένη λιπόλυση. Μετά από χρόνια αερόβια προπόνηση αυξάνεται ο αριθμός των μιτοχονδρίων αλλά και η πυκνότητα σε ένζυμα του αερόβιου μεταβολισμού και ανάλογα με την προπόνηση, σε ένζυμα που επιταχύνουν τη λιπόλυση.

Αυξάνεται ακόμη η αιμάτωση των μυών που ασκούνται, με αποτέλεσμα μεγαλύτερη δυνατότητα για παροχή λιπαρών οξέων στα μυϊκά κύτταρα. Όλα τα παραπάνω είναι μερικές από τις φυσιολογικές μεταβολές που έχουν σαν αποτέλεσμα την αυξημένη χρησιμοποίηση λίπους κατά την άσκηση αλλά και στην ηρεμία σε άτομα που έχουν προπονηθεί αερόβια. Έτσι, αν σε ηρεμία ένα άτομο καταναλώνει περίπου 1 θερμίδα το λεπτό και 60-75% προέρχεται από καύσεις λίπους, ένα άτομο προπονημένο αερόβιο θα έχει το πλεονέκτημα να εξαντλήσει την ποσοστιαία χρησιμοποίηση λόγω των παραπάνω προσαρμογών. Ακόμη, κατά την άσκηση, ένα άτομο προπονημένο αερόβιο μπορεί να στηρίζεται περισσότερο στον αερόβιο μεταβολισμό στην ίδια υπομέγιστη άσκηση αλλά και να καθυστερεί την ενεργοποίηση του αναερόβιου μεταβολισμού, ώστε να εξοικονομείται γλυκογόνο και να χρησιμοποιείται το περιττό σωματικό λίπος.

Σύμφωνα με το ACSM, η προτεινόμενη κατανάλωση είναι 300-400 Kcal σε μια ή περισσότερες προπονητικές μονάδες την ημέρα ή 1.000-2.000 Kcal την εβδομάδα. Όλο και περισσότεροι επιστήμονες διαπιστώνουν πλέον ότι η απαραίτητη κατανάλωση ενέργειας για την απώλεια σωματικού λίπους δεν είναι απαραίτητο να γίνεται σε μια προπόνηση αλλά μπορεί να μοιραστεί σε δύο ή τρεις που είναι πιο προσιτό για μια μερίδα κόσμου. Η κατανάλωση 300 θερμίδων ημερησίως μπορεί σε 12 μέρες να σημαίνει απώλεια 0.45 κιλών και σε ένα χρόνο 13,6 κιλών, χωρίς κανέναν θερμιδικό

περιορισμό. Έχει δειχθεί ότι η άσκηση με τη μορφή οργανωμένης δραστηριότητας μπορεί να έχει οφέλη, αλλά ο ρόλος της τυχαίας κινητικής δραστηριότητας με τις καθημερινές ασχολίες μπορεί να είναι πιο σημαντικός για τη συνολική κατανάλωση ενέργειας. Έτσι, το έντονο περπάτημα, το ανέβασμα της σκάλας, η μεταφορά φορτίων και άλλες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής μπορεί να είναι πιο αποδοτικές από την έντονη άσκηση 3 φορές την εβδομάδα όταν η υπόλοιπη ημέρα καταναλώνεται μπροστά στην τηλεόραση. Παραδοσιακά, για την απώλεια σωματικού λίπους χρησιμοποιήθηκε ιδιαίτερα η αερόβια άσκηση χαμηλής έντασης. Μετά από την έναρξη της άσκησης που χρησιμοποιείται ο αναερόβιος μεταβολισμός, ενεργοποιούνται αερόβια οι υδατάνθρακες και προοδευτικά αυξάνει η χρησιμοποίηση του λίπους. Σε παρατεταμένη άσκηση χαμηλής έντασης (μικρότερη από 50%), η χρησιμοποίηση του λίπους μπορεί να φτάσει και στο 90%, γεγονός που προκαλεί μείωση του αναπνευστικού πηλίκου (από 0.8 με 0.85 σε ηρεμία να φτάσει στο 0.7).

Αντίθετα, σε ένταση 70% αυξάνει ιδιαίτερα η χρησιμοποίηση του γλυκογόνου και το αναπνευστικό πηλίκο μπορεί να φτάσει στο 1.00. Ένα προπονημένο άτομο είναι σε θέση να χρησιμοποιεί ακόμη περισσότερο εκλεκτικά το λίπος και, όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της άσκησης, να αυξάνει αντίστοιχα και η κατανάλωση λίπους. Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η προπόνηση μεγάλης διάρκειας και χαμηλής έντασης είναι η ιδανική για την απώλεια λίπους. Παρόλα αυτά, τελευταίες έρευνες έδειξαν ότι μπορεί αυτή να μην είναι η μόνη επιλογή και σε περιπτώσεις ούτε και η καλύτερη, απλά μερικές φορές, η πιο εφικτή.

Συγκεκριμένα, όσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα έντασης της άσκησης τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό χρησιμοποίησης λίπους ως πηγή ενέργειας αλλά τόσο λιγότερες οι θερμίδες που καταναλώνονται μεγαλύτερες ποσότητες ενέργειας, μόνο που είναι μικρότερο το ποσοστό που προέρχεται από τις λιποαποθήκες. Το αποτέλεσμα τελικά μπορεί να είναι ότι η συνολική κατανάλωση ενέργειας και λίπους μπορεί να δώσει τα ίδια αποτελέσματα και με χαμηλή αλλά και με υψηλή ένταση με διαφορετική όμως διάρκεια. Ένα πρόγραμμα υψηλό σε ένταση προκαλεί μεγαλύτερη χρησιμοποίηση λίπους μετά τη λήξη της άσκησης.

παχύσαρκα άτομα, όμως που δεν έχουν προγενέστερη εμπειρία με άσκηση δεν συστήνεται υψηλή ένταση λόγω των προβλημάτων υγείας που μπορεί να προκαλέσει και έτσι προτιμάται η χαμηλή ένταση και μεγαλύτερη διάρκεια για μεγαλύτερη ασφάλεια.

Διάρκεια 20-60 λεπτά: Η διάρκεια της άσκησης είναι πολύ σημαντική και συνήθως είναι αντιστρόφως ανάλογη της έντασης.

Συχνότητα: Είναι προτιμότερη η μεγάλη συχνότητα άσκησης μέχρι και δύο φορές την ημέρα αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις προτείνεται κάθε μέρα, ενώ το ελάχιστο που προτείνεται είναι 3-5 φορές /βδομάδα. Η χρησιμοποίηση του λίπους ξεκινάει μετά τα πρώτα 3-5 λεπτά άσκησης αλλά δεν αυξάνεται σημαντικά πριν τα 15-20 λεπτά. Θεωρητικά, για να υπάρχει σημαντική χρησιμοποίηση λίπους, πρέπει να περάσουν 20 λεπτά, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η πιο έντονη άσκηση με μικρότερη διάρκεια δεν

μπορεί να υπερβαίνει τα 40-50 λεπτά για τον μέσο αθλητή ούτε και η συνολική διάρκεια της προπονητικής μονάδας να μην είναι πάνω από 1,5 ώρες.

Είδος άσκησης: Η αερόβια άσκηση για παχύσαρκα άτομα δεν πρέπει να έχει πολλούς κραδασμούς, πρέπει να είναι απλή, ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος από πτώση ή τραυματισμούς (περπάτημα, ποδήλατο, κολύμπι), γενικά κάτι που να είναι ήπιο στις αρθρώσεις και να μπορεί να κρατηθεί στα απαιτούμενα επίπεδα έντασης και διάρκειας. Ακόμη, είναι καλό να υπάρχει εναλλαγή στο είδος της άσκησης για να μην επιβαρύνονται τα ίδια σημεία του σώματος.

Προπόνηση με αντιστάσεις/βάρη: Σημαντική για τη διατήρηση της άλιπης σωματικής μάζας και την πιθανή αύξηση του βασικού μεταβολισμού.

Δεν καταναλώνονται πολλές θερμίδες, υπάρχει όμως διατήρηση του μεταβολισμού σε υψηλά επίπεδα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μετά τη λήξη της άσκησης. Η κατανάλωση ενέργειας μπορεί να είναι χαμηλότερη σε μια προπόνηση με αντιστάσεις από ένα συνεχόμενο και ρυθμικό πρόγραμμα αερόβιας άσκησης, όμως στην προπόνηση με αντιστάσεις παρατηρείται μεγαλύτερη αύξηση του βασικού μεταβολισμού και για μεγαλύτερο διάστημα μετά τη λήξη της άσκησης. Η άσκηση μεγαλύτερης έντασης ενεργοποιεί την έκκριση αυξητικής ορμόνης και τεστοστερόνης ευνοώντας τη μυϊκή σύνθεση και τον καταβολισμό των λιπών. Η αναερόβια προπόνηση ενεργοποιεί σε μεγαλύτερο βαθμό τη διατήρηση του μεταβολισμού. Η προπόνηση δύναμης προστατεύει από τους κινδύνους τραυματισμού του μυοσκελετικού συστήματος που είναι αυξημένοι στα παχύσαρκα άτομα. Η προπόνηση με αντιστάσεις δεν μπορεί να έχει καμία επίδραση στην άλιπη μάζα σώματος ούτε στον βασικό ρυθμό μεταβολισμού, όταν το αρνητικό ισοζύγιο είναι πάνω από 800 Kcal/ημέρα.

Είδος ασκήσεων: Προτείνεται ασκήσεις για μεγάλες μυϊκές ομάδες για τη μέγιστη έκκριση αυξητικής ορμόνης. Η ένταση είναι ανάλογη με το προπονητικό στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο αθλούμενος αλλά πρέπει να είναι ικανή να προκαλέσει μυϊκή υπερτροφία. Γενικά, προτείνονται 70-85% 1RM, 8-12% επαναλήψεις και διάλειμμα 30"-90" αντιστρόφως ανάλογα της έντασης. Η προτεινόμενη συχνότητα είναι 2 φορές την εβδομάδα για την κάθε μυϊκή ομάδα.

Συνολικά, είναι απαραίτητο να αναφέρουμε πως μεγάλη σημασία έχει τελικά η συνολική κατανάλωση θερμίδων, ο συνολικός όγκος προπόνησης. Όταν η συχνότητα είναι 3 φορές την εβδομάδα και η διάρκεια 20 λεπτά, η ένταση πρέπει να είναι τέτοια που να καταναλώνουμε τουλάχιστον 300 Kcal, ενώ όταν η συχνότητα είναι πάνω από 4 φορές την εβδομάδα με την ίδια διάρκεια, η ένταση μπορεί να είναι χαμηλότερη (200 Kcal/ προπόνηση).

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΜΕΤΡΙΑΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Το πλύσιμο και το κέρωμα του αυτοκινήτου ή το πλύσιμο των παραθύρων ή του πατώματος για 45 λεπτά

Την κηπουρική, το χορό (σε κοινωνικές εκδηλώσεις), τη χρήση φτυαριού στον κήπο για 30 λεπτά

Το βάδισμα 2,5 χλμ. για 35 λεπτά

Το σπρώξιμο στο καροτσάκι του μωρού για 2,5 χλμ. ή η την ποδηλασία για 8 χλμ. για 30 λεπτά

Τη χρησιμοποίηση της σκάλας, το φτυάρισμα του χιονιού ή το σχοινάκι για 15 λεπτά

Η άσκηση δεν πρέπει να είναι εξαντλητική αλλά αναζωογονητική και να αυξάνει την καρδιακή συχνότητα. Τα άτομα γυμνάζονται στο σωστό επίπεδο έντασης για να μπορούν να μιλήσουν χωρίς να λαχανιάζουν αλλά η αναπνοή τους δεν επαρκή για να τραγουδήσουν (ζωηρό βάδισμα για 4-5 χλμ./ώρα, όπως όταν προσπαθούμε να προλάβουμε το λεωφορείο). Για τους ασθενείς που μπορούν και είναι πρόθυμοι να παίρνουν το σφυγμό τους, ένας λογικός στόχος είναι να ασκούνται μέχρι να φτάσουν στο 60-80% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας (220-ηλικία σε χρόνια).

Επιπρόσθετα, η άσκηση δεν χρειάζεται να γίνεται όλη μια φορά κατά τη διάρκεια της ημέρας για να αποκομίσουμε οφέλη για την υγεία. Είναι σημαντικό η σωματική δραστηριότητα να γίνεται σε μέτρια επίπεδα για 30 λεπτά την ημέρα, όλες ή τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας (και μπορεί σε 3 δεκάλεπτα). Τα οφέλη για την υγεία μεγιστοποιούνται με την κατανάλωση 3500 Kcal/εβδομάδα, που είναι το ισοδύναμο μέτριας έντασης τρεξίματος ή ποδηλασίας για 1 ώρα την ημέρα.

ΓΙΑΤΙ Η ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΑΔΥΝΑΤΙΖΕΙ

Γιατί μας αναγκάζει να κάψουμε και άλλες θερμίδες.

Γιατί βελτιώνει την εμφάνιση του σώματος

Καίμε λίπος

Φτιάχνουμε μυς

Καίμε το επικίνδυνο λίπος που συσσωρεύεται στην κοιλιά.

Γιατί περιορίζει την όρεξη.

Γιατί αυξάνει τον ρυθμό των καύσεων (μεταβολισμός)

Γιατί ρίχνει την χοληστερίνη.

Γιατί ρυθμίζει την πίεση.

Γιατί είμαστε σε φόρμα.

Γιατί βελτιώνει την ψυχική μας διάθεση.

ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΟ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ.ΤΙ ΑΠΟΔΙΔΕΙ

Να μην περιμένει κανείς να δει το κορμί του να αλλάζει στις πρώτες επισκέψεις.Ακόμη κι αν χάσει 2 κιλά μέσα στις πρώτες μέρες, το περισσότερο είναι νερό, όχι λίπος, και θα επιστρέψει. Η γυμναστική όμως θα τους ανταμείψει:

Σε 3-5 επισκέψεις, η δύναμη και η αντοχή σας θα αυξηθούν αισθητά.Τα χέρια και τα πόδια δεν θα πονάνε με τις καινούργιες ασκήσεις.Μετά από 4 εβδομάδες θα νιώθουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση.Θα έχουν εξοικειωθεί με τον χώρο και τα πρόσωπα και η βελόνα στη ζυγαριά θα μετακινηθεί.Κάτι που θεωρούσαν ακατόρθωτο.Σε 5-8 εβδομάδες το καρδιαγγειακό σύστημα(καρδιά και πνεύμονες)θα βελτιώσει τη λειτουργία του.Η πίεση, αν ήταν υψηλή θα υποχωρήσει.

Μετά από 3 μήνες θα έχουν τη χαρά να δούν το βάρος τους να μειώνεται σημαντικά(3-5 κιλά).Θα χάνουν λίπος πια και όχι νερό.Το σημαντικότερο είναι ότι η απώλεια θα είναι συνολικά εμφανής: στην κοιλιά, στην περιφέρεια, στα πόδια.

Αν επιμείνουν να επισκεφτούν το γυμναστήριο επί 12 μήνες,το πιθανότερο είναι να έχουν ήδη πλησιάσει το ιδανικό – για το ύψος σας-βάρος, με την προϋπόθεση ότι προσέχουν τη διατροφή σας.

ΣΥΝΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑΤΡΟΥ

Αν χρόνια η ζωή τους ήταν καθιστική ή πάσχουν από κάποιο νόσημα, έχει μεγάλη σημασία να συμβουλευτούν τον γιατρό τους προτού αρχίσουν ένα συστηματικό πρόγραμμα γυμναστικής.Να παρατηρηθεί ο πίνακας που ακολουθεί:

Χρειάζεται να χάσει περισσότερα από 40 κιλά;

Έχει περάσει τα 45 και έχει χρόνια να ασχοληθεί με τη γυμναστική;

Είναι καρδιοπαθείς;

Παίρνει αντιυπερτασικά ή αγχολυτικά χάπια ;

Νιώθει πόνους στο στήθος όταν γυμνάζεται ;

Βρίσκεται σε φάση ανάρρωσης μετά από βαριά αρρώστια ή εγχείρηση;

Έχει τύχει να ζαλιστεί και να χάνει τις αισθήσεις του;Λαχανιάζει εύκολα;

Έχει κάποιο πρόβλημα με τα οστά ή τις αρθρώσεις; Πόνους στη μέση ή πρόσφατο τραυματισμό;

Έχει διαβήτη;

Καπνίζει;

Είναι έγκυος;

Υπάρχει ιστορικό στεφανιαίας ανεπάρκειας στην οικογένεια;

Αν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας είναι σκόπιμο να κάνουν τεστ κοπώσεως. Κατά τη διάρκειά του το σώμα τους υποβάλλεται σε μια σειρά ασκήσεων προοδευτικής έντασης (π.χ. περπάτημα σε διάδρομο που επιταχύνεται).Την ίδια στιγμή οι παλμοί της καρδιάς τους καταγράφονται σε ειδικό μηχάνημα που παρακολουθεί ο γιατρός.Παράλληλα, τους παίρνει την πίεση.

Η άσκηση δεν κρύβει κινδύνους για την υγεία. Είναι όμως φρόνιμο να μην το παρακάνουν. Ιδίως στις πρώτες ημέρες, που ο οργανισμός είναι ακόμη ασυνήθιστος. Μόλις αισθανθούν ζαλάδα ή εξάντληση να σταματήσουν. Αν τα συμπτώματα επιμένουν, να συμβουλευτούν τον γιατρό τους. Άτομα που έχουν μείνει αγύμναστα επί χρόνια πρέπει να αποφύγουν τις πολύ έντονες ασκήσεις και τις πολλές επαναλήψεις.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΣΚΗΣΕΩΝ

Περπάτημα και γρήγορο περπάτημα

Πλεονεκτήματα: Καλό για οποιονδήποτε ξεκινά ένα πρόγραμμα γυμναστικής. Πολύ χαμηλό ποσοστό τραυματισμού. Πρωτίστως γυμνάζει τους μύς των ποδιών, ενώ το έντονο περπάτημα γυμνάζει το κατώτερο μέρος του σώματος. Μπορεί να γίνει παντού, οποιαδήποτε στιγμή.

Εξοπλισμός: Κατάλληλα παπούτσια.

Μειονεκτήματα: Το επίπεδο των καρδιακών παλμών δεν ανεβαίνει τόσο εύκολα, όσο σε άλλες ασκήσεις.

Έτσι, λοιπόν, απαιτείται περισσότερος χρόνος για να έχουν τα ίδια οφέλη.

Θερμίδες: Ανά ½ ώρα, με 4 χλμ./ώρα: 105, με 7 χλμ./ώρα :200, με 10χλμ./ώρα:370.

Αεροβική

Πλεονεκτήματα: Καλή άσκηση, που μπορεί να γίνει σε αίθουσα με πολλά άτομα ή στο σπίτι. Μπορεί να γυμνάσει όλα τα μέλη του σώματος. Η μουσική προσθέτει περισσότερη ευχαρίστηση.

Εξοπλισμός: Παπούτσια για αεροβική κι ένα χαλί ή τα κατάλληλο δάπεδο.

Μειονεκτήματα: Σχετικά υψηλό ποσοστό τραυματισμών στην κνήμη και στο πόδι. Όταν η άσκηση δεν γίνεται σε έντονο ρυθμό, δύσκολα αυξάνεται το επίπεδο των καρδιακών παλμών.

Θερμίδες: Ανά ½ ώρα, ήπια: 120, μέτρια: 200, έντονα:300.

Τρέξιμο

Πλεονεκτήματα: Πολύ αποτελεσματική άσκηση. Χρειάζεται λιγότερος χρόνος για να έχουν τα ίδια αποτελέσματα με το περπάτημα. Μπορούν να τρέξουν οπουδήποτε.

Εξοπλισμός: Κατάλληλα αθλητικά παπούτσια.

Μειονεκτήματα: Επίπονο για ορισμένους ανθρώπους, ενώ είναι συνηθισμένο φαινόμενο οι τραυματισμοί.

Θερμίδες: Ανά ½ ώρα, με 9 χλμ./ώρα :320 , με 10 χλμ./ώρα:350.

Ποδηλασία

Πλεονεκτήματα: Αν γίνεται έντονα εξασκεί το πάνω και το κάτω μέρος του σώματος. Το ποσοστό τραυματισμών είναι μικρότερο. Μπορεί να γίνει έξω από το σπίτι ή και στο δωμάτιο με στατικό ποδήλατο.

Μειονεκτήματα: Ακριβός εξοπλισμός. Υπάρχει περίπτωση τραυματισμού από σύγκρουση. Ο δρόμος πρέπει να είναι ομαλός.

Θερμίδες: Ανά ½ ώρα, με 9 χλμ./ ώρα :130, με 16 χλμ./ώρα :220.

Κολύμβηση

Πλεονεκτήματα: Εξαιρετική άσκηση για όλο το σώμα και ιδιαίτερα για το πάνω μέρος του σώματος, όταν γίνεται έντονα. Χαμηλό ποσοστό τραυματισμού. Μπορούν να ασχοληθούν και άτομα με ορθοπεδικά προβλήματα ή αναπηρίες.

Μειονεκτήματα: Χρειάζεται πισίνα ή θάλασσα. Πρόκειται για μοναχικό σπορ, που πιθανόν να δημιουργήσει προσωρινά προβλήματα στα μάτια και στα αφτιά.

Θερμίδες: Ανά ½ ώρα, με ταχύτητα 25μ./λεπτό:165, με 40 μ. /λεπτό:240.

ΔΥΝΑΜΗ- ΑΝΤΟΧΗ- ΕΥΛΥΓΙΣΙΑ

Δύναμη. Διογκωμένοι μύες δεν είναι απαραίτητα και δυνατοί. Για να δυναμώσουν πραγματικά πρέπει πρώτα να εντοπίσουν τους συγκεκριμένους μυς που χρειάζονται τόνωση. Μετά να βρουν τις κατάλληλες ασκήσεις βαρών και στη συνέχεια να αυξάνουν προοδευτικά τα βάρη. Μισό κιλό κάθε μήνα είναι καλό όριο. Όσο περισσότερα βάρη σηκώνουν οι μύες, τόσο περισσότερο δυναμώνουν και <<φουσκώνουν>>.

Αντοχή. Στη γυμναστική αντοχή αποκτούν όταν βελτιώνουν την ικανότητα τους να παράγουν ενέργεια επί μεγάλο χρονικό διάστημα. Το πετυχαίνουν συνδυάζοντας:

Πνεύμονες ικανούς να εφοδιάσουν τους μυς με αρκετό οξυγόνο και να απομακρύνουν τις τοξικές ουσίες.

Μυς ικανούς να ανταποκριθούν σε επαναλαμβανόμενες συσπάσεις.

Καρδιά που μπορεί να στείλει το αίμα στα διάφορα όργανα. Έτσι μεταφέρεται το απαραίτητο οξυγόνο και οι υδατάνθρακες που χρειάζονται οι μύες και απομακρύνεται το διοξείδιο του άνθρακα, το γαλακτικό οξύ και τα υπόλοιπα τοξικά συστατικά.

Ευλυγισία. Η ευλυγισία έχει περισσότερο να κάνει με τις αρθρώσεις στους ώμους, την περιφέρεια, τα γόνατα, τη μέση, τους αστραγάλους, ακόμη και τα δάχτυλα. Η δυσκαμψία που συνήθως αποδίδουν στην ηλικία είναι περισσότερο αποτέλεσμα καθιστικής ζωής. Οι μύες και οι τένοντες που κρατούν τις αρθρώσεις αδυνατίζουν και μαζεύουν όταν δεν χρησιμοποιούνται. Μπορούν όμως να επανέλθουν με τις κατάλληλες ασκήσεις και stretching (τέντωμα). Το περπάτημα, το ποδήλατο, ο χορός είναι οι καλύτερες.

Το μασάζ βοηθά επίσης πολύ και το ζεστό περιβάλλον είναι απαραίτητη προϋπόθεση. Μπορούν να διαλέξουν μερικές ασκήσεις stretching και να τις κάνουν σε σάουνα. Μπορούν να τυλίξουν τους μυς των ποδιών με γκέτες, όπως κάνουν οι επαγγελματίες του χορού, για να κρατούν το σώμα ζεστό. Στις ασκήσεις ευλυγισίας πρέπει να έχουν υπομονή. Δεν αποκτούν ευλυγισία σε μία εβδομάδα, όσο σκληρά κι αν

προσπαθούν. Να μην το παρακάνουν, μάλιστα, γιατί υπάρχει κίνδυνος να τραυματιστεί τους μυς. Να γυμναστούν με σύστημα, προοδευτικά. Οι ευλύγιστοι μύες προστατεύουν από τους τραυματισμούς, π.χ., θλάσεις. Οι ευλύγιστες αρθρώσεις δεν παθαίνουν εύκολα ακαμψία.

ΠΕΡΠΑΤΑ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ– ΖΗΣΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ

Μία τελευταία μελέτη επιβεβαίωσε αυτό που ήδη η ιατρική ήξερε εδώ κα χρόνια. Καθημερινό περπάτημα 3 χιλιομέτρων μειώνει τον κίνδυνο θανάτου στην τρίτη ηλικία. Η έρευνα κράτησε 12 χρόνια και περιέλαβε 707 άντρες, μη καπνιστές, συνταξιούχους, στις ηλικίες 60, 70 και 80. Όλοι τους ήταν σε φυσική κατάσταση τέτοια ώστε να μπορούν να περπατούν χωρίς πρόβλημα. Από τους άντρες που περπατούσαν 3 χιλιόμετρα καθημερινά, μόνο το 24% πέθανε στη 12ετία της μελέτης, ενώ το ποσοστό θανάτων στους άντρες που περπατούσαν ελάχιστα ή καθόλου έφτασε το 41%. Η έρευνα περιέλαβε μόνο άντρες. Τα ίδια αποτελέσματα ισχύουν και για το γυναικείο φύλο.

Η ΔΙΑΙΤΑ ΤΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥ ΕΙΝΑΙ Η ΔΙΑΙΤΑ ΤΟΥ ΑΘΛΗΤΗ

70% υδατάνθρακες (μαύρο ψωμί, φρούτο, λαχανικά, ζυμαρικά).

20% λευκώματα- όσπρια (ψάρι, κοτόπουλο, γαλοπούλα, άπαχο γάλα, φακές, φασόλια).

10% λιπαρά (ελαιόλαδο).

Η διαφορά είναι στις θερμίδες. Ο αθλητής χρειάζεται 2.500-5.000.

Για τον παχύσαρκο 1.500-1.800 ημερησίως είναι αρκετές.

ΑΣΚΗΣΗ: Η ΛΥΣΗ ΓΙΑ ΜΟΝΙΜΟ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑ

Η καθημερινή άσκηση είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος διατήρησης του σωματικού βάρους κοντά στο ιδανικό.

Η γυμναστική διατηρεί τη νεανική φόρμα του σώματος. Οι καύσεις του γυμνασμένου ενήλικου παραμένουν στα επίπεδα της νεότητάς του. Έτσι κρατάει το παράστημα και το βάδισμα νέου ανθρώπου, όποια κι αν είναι η ηλικία του.

Η κίνηση << λιώνει την κυτταρίτιδα >>, γιατί αναγκάζει το λίπος που κρατάει ο οργανισμός στις λιπαροθήκες του να καεί.

Η άσκηση κόβει την όρεξη (στους ενήλικες, όχι στα παιδιά). Γιατί οι ενήλικοι τρώνε περισσότερο από συνήθεια ή κακή διάθεση και λιγότερο από πείνα.

Δυστυχώς τα θαυματουργά αποτελέσματα κρατάνε όσο διαρκεί ή άσκηση. Μόλις κόψουν τη συνήθεια, το σώμα τους εκδικείται. Έτσι, για να ωφελεί η άσκηση πρέπει να έχει :

Ένταση: Να προκαλεί εφίδρωση.

Διάρκεια: 150-180 λεπτών την εβδομάδα.

Επανάληψη: (4-5 φορές την εβδομάδα).

Ποικιλία:Προτιμότερες είναι οι αεροβικές ασκήσεις (περπάτημα, τρέξιμο, κολύμπι, ποδήλατο, χορός, τένις).

ΑΣΚΗΣΕΙΣ

- Να σταθούν με τα γόνατα λυγισμένα, τα χέρια πίσω απ' το κεφάλι και τους αγκώνες προς τα έξω.Να λυγίσουν τα πόδια ώστε οι μηροί να έρθουν σε σχεδόν οριζόντια θέση.Το στομάχι,οι μηροί και τα οπίσθια πρέπει να είναι σφιγμένα. Να μείνουν στη θέση αυτή επί 5 δευτερόλεπτα.Να επανέλθουν στην αρχική θέση.Στη συνέχεια να ανασηκωθούν στα δάχτυλα των ποδιών, λυγίζοντας τους μηρούς ώστε να έρθουν σε σχεδόν οριζόντια θέση.Να μείνουν στη θέση αυτή επί 5 δευτερόλεπτα.Να επανέλθουν στην αρχική θέση.Να λυγίσουν τώρα τον κορμό πάνω στο αριστερό πόδι και να μείνουν στη θέση αυτή επί 5 δευτερόλεπτα.Να επανέλθουν στην αρχική θέση και να επαναλάβουν λυγίζοντας τον κορμό πάνω στο δεξί πόδι.
- Να σταθούν όρθια στο δεξί τους πόδι με το δεξί χέρι να ακουμπά σε μια καρέκλα. Με το αριστερό πέλμα τεντωμένο και το αριστερό πόδι σε μια γωνία, να αρχίσουν να το ανεβάζουν στην εσωτερική πλευρά του άλλου ποδιού.Η πλάτη πρέπει να είναι σε όρθια θέση και τα οπίσθια σφιγμένα.Να σπρώξουν με το χέρι το πόδι όσο πιο πολύ γίνεται προς τα πίσω. Στη συνέχεια να τεντώσουν το πόδι χωρίς να κινήσουν τον γοφό. Να μείνουν στη θέση αυτή επί 5 δευτερόλεπτα.Να επαναλάβουν με το άλλο πόδι.Να συνεχίσουν με τουλάχιστον πέντε επαναλήψεις για κάθε πόδι, που μπορούν με τον καιρό να αυξηθούν.
- Να γονατίσουν στο έδαφος με τα πόδια ελαφρά ανοιχτά και τους ώμους σε ίσια θέση.Τα οπίσθια πρέπει να είναι και στην άσκηση αυτή σφιγμένα. Να ανασηκώσουν το αριστερό πόδι έτσι ώστε να έχουν μια ευθεία γραμμή απ' το κεφάλι μέχρι το γόνατο.Να απλώσουν σαν να αγγίζουν το ταβάνι με την άκρη του ποδιού. Να μείνουν στη θέση αυτή επί 5 δευτερόλεπτα.Να επαναλάβουν πέντε φορές για κάθε πόδι.Να ανασηκώσουν το αριστερό πόδι με το γόνατο λυγισμένο, έτσι ώστε ο μηρός να είναι παράλληλος με το έδαφος.Να τεντώσουν χωρίς να μετακινήσουν τον γοφό.Να περιστρέψουν το πόδι, ώστε η πατούσα να κοιτάζει μια φορά το πάτωμα και μια φορά την οροφή.Να επαναλάβουν πέντε φορές για κάθε πόδι.

ΤΖΟΚΙΝΓΚ ΜΕ ΜΕΘΟΔΟ ΚΑΙ ΜΕΤΡΟ

Οι στατιστικές δείχνουν ότι το ελαφρό τρέξιμο (τζόκινγκ) αποτελεί τμήμα της καθημερινής ζωής 31 εκατομμυρίων Αμερικάνων.Παρόμοια εξάπλωση έχει και στη Ρωσία.Η <<μανία>> του τρεξίματος και γενικά η λατρεία των ασκήσεων άρχισε τη δεκαετία του '60.Το τζόκινγκ ως άσκηση γυμνάζει περισσότερο τους μυς των ποδιών και λιγότερο τους μυς της κοιλιάς, του στομάχου, της πλάτης και των χεριών.Σωστό,λοιπόν,είναι να συνδυάσουν και με άλλες σωματικές ασκήσεις.Να αρχίσουν το πρόγραμμά τους με αυτοσυγκράτηση,περίσκεψη και μεθοδικότητα.Να μη θελήσουν να

αναπληρώσουν την υποκινητικότητα 10 χρονών στο επόμενο σαββατοκύριακο!

Να ανακαλύψουν τη σωματική τους προσαρμογή στην άσκηση παρακολουθώντας τους παλμούς τους στον καρπό του χεριού. Αν το τζόκινγκ τους προκαλεί ιδιαίτερο λαχάνιασμα, ταχυπαλμία (πάνω από 120 σφυγμούς το λεπτό),υπεριδρωσία και κράμπες,τότε να σταματήσουν.Χρειάζονται πιο μετρημένη προπόνηση.Πρέπει να γνωρίζουν ότι το τζόκινγκ, σε σύγκριση με άλλες ασκήσεις,δραστηριοποιεί περισσότερο τον μεταβολισμό του οργανισμού.Κάθε άτομο, προκειμένου να αρχίσει να ασκείται συστηματικά, οφείλει να υποβληθεί σε ιατρική εξέταση.

Κι αν ακόμη η γυμναστική δεν τους βοηθήσει άμεσα και ιδιαίτερα την εποχή που την κάνουν, αργότερα θα φανεί πόσο καλό τους έκανε.

Να αρχίσουν συνειδητά.Να προχωρήσουν συστηματικά.Να ακολουθήσουν ένα πρόγραμμα που τους ταιριάζει σωματικά και τους ευχαριστεί ψυχικά.

Χρειάζονται παπούτσια με μαλακές παχιές σόλες.Φαρδιά στα νύχια.Εφαρμοστά στις φτέρνες.Να περιποιηθούν τα νύχια τους και να ξεκινούν με καθαρές στεγνές κάλτσες.

Να αρχίσουν περπατώντας.Να συνεχίσουν με περπατοτρέξιμο. Να ρυθμίσουν την ένταση της άσκησης ανάλογα με τις δυνάμεις και τη διάθεση τους .Να αποφεύγουν να γυμνάζονται σε πολύ κρύο ή σε πολλή ζέστη.Μερικές φορές, αν κάνουν έντονη γυμναστική,μπορεί να αισθανθούν πόνο στο γόνατο.Αυτό οφείλεται στην υπερβολική πίεση ανάμεσα στην επιγονατίδα και στο άνω τμήμα της κνήμης.Οφείλεται όμως και στην παλιά υποκινητικότητα μας και στην παχυσαρκία.Πρέπει να μεθοδεύσουν διαφορετικά τις ασκήσεις τους. Αν νιώσουν πόνο στο στήθος την ώρα της άσκησης, καλό είναι να σταματήσουν αμέσως και να επισκεφθούν τον γιατρό τους.

ΠΟΣΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΞΟΔΕΥΟΥΝ ΜΕ ΤΙΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ:

Οι τιμές ισχύουν για 10 λεπτά άσκησης που κάνει ένα άτομο περίπου 70 κιλών.

Ανέβασμα σκάλας44 θερμίδες

Τρέξιμο.....30 θερμίδες

Κολύμπι25 θερμίδες

Χορός14 θερμίδες

Πινγκ-πονγκ.....14 θερμίδες

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ

Η παχυσαρκία, έχει συνδεθεί με τον καθιστικό τρόπο ζωής, εφόσον η άσκηση συμβάλλει στην απώλεια θερμίδων και τα παχύσαρκα άτομα, συνήθως απέχουν από αθλητικές δραστηριότητες για ψυχολογικούς και άλλους λόγους. Στην πρώτη έρευνα που ανασκοπήθηκε, συγκρίθηκε ένα γκρουπ παχύσαρκων (δείγμα= 8) και ένα γκρουπ λεπτών γυναικών (δείγμα= 8) σε έντονη άσκηση σε ένα ποδηλατοεργόμετρο, προκειμένου να αξιολογηθεί η έκδηλη προδιάθεση των παχύσαρκων γυναικών να κουράζονται γρηγορότερα από τις μη παχύσαρκες. Η διαδικασία περιελάμβανε την εισαγωγή ενός σωληνίσκου στο χέρι της εξεταζόμενης, ενώ έπειτα από 15 λεπτά, συνδεόταν με αναλυτή αερίων. Η άσκηση γινόταν σε ένα ποδηλατοεργόμετρο, το οποίο ξεκινούσε με μηδενική αντίσταση και αυξανόταν κάθε τρία λεπτά κατά 30-W. Η άσκηση συνεχιζόταν μέχρι το υποκειμενικό αίσθημα κόπωσης που ανέφερε η ασκούμενη. Τότε, σταματούσε την άσκηση και αξιολογούνταν κατά την διάρκεια της ανάληψης ο Καρδιακός Σφυγμός, η πίεση του αίματος, το ποσοστό συγκέντρωσης της αιμοσφαιρίνης, ο αναπνευστικός ρυθμός. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, διαπιστώθηκε ότι οι παχύσαρκες γυναίκες κουράζονταν ευκολότερα και γρηγορότερα από τις μη παχύσαρκες, προφανώς λόγω εντατικότερης λειτουργίας του καρδιαγγειακού τους συστήματος (Adrevoit et al., 1998). Σε μια άλλη έρευνα (Horwich et al., 2001), μελετήθηκε η σχέση παχυσαρκίας και θνησιμότητας σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Το δείγμα αποτέλεσαν 1203 άτομα, τα οποία χωρίστηκαν σε τέσσερις ομάδες, ανάλογα με τον δείκτη μάζας σώματός τους (BMI): BMI κάτω από το κανονικό επίπεδο- λιπόβαροι, BMI το κανονικό επίπεδο, BMI πάνω από το κανονικό- υπέρβαροι- και BMI πολύ πάνω από το κανονικό- παχύσαρκοι. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, φάνηκε ότι οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι είχαν σε υψηλότερα ποσοστά υπέρταση και διαβήτη, όπως επίσης και υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων και LDL. Μια τρίτη έρευνα (Vettor et al., 1997), μελέτησε τις μεταβολικές και ορμονικές αλλαγές που προκαλούνται από την άσκηση σε παχύσαρκα άτομα. Το δείγμα της έρευνας, αποτέλεσαν 9 παχύσαρκα άτομα και μια ομάδα ελέγχου, η οποία αποτελείτο από 10 άτομα φυσιολογικού βάρους. Η αξιολόγηση έγινε με την βοήθεια ενός ποδηλατοεργόμετρου και μετρήθηκαν η γλυκόζη του αίματος, τα ελεύθερα λιπαρά οξέα, η γλυκερόλη, ο εστέρας του γαλακτικού και του βουτυρικού οξέος, η ινσουλίνη, το γλυκαγόνο, η σωματοτρόπος ορμόνη του πρωτοπλάσματος και τα επίπεδα των κατεχολαμινών του πρωτοπλάσματος, πριν και μετά την άσκηση και μετά την ανάληψη.

Επίσης, καταμετρήθηκε το ενεργειακό κόστος της άσκησης. Από τα αποτελέσματα δεν διαπιστώθηκαν διαφορές ως προς την γλυκόζη και τα ελεύθερα λιπαρά οξέα, αλλά διαφορές υπήρξαν ως προς τα επίπεδα ινσουλίνης, τα οποία ήταν αυξημένα στα παχύσαρκα άτομα, ενώ τα επίπεδα της νορεπινεφρίνης και της σωματοτρόπου ορμόνης του πρωτοπλάσματος, ήταν χαμηλότερα στα παχύσαρκα άτομα.

Συμπερασματικά, τα παχύσαρκα άτομα, παρουσιάζουν συνήθως:

- αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων
- χοληστερόλης, LDL
- ινσουλίνης
- λιπαρών οξέων είναι πιο επιρρεπή στην κόπωση.

ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ

Παρόλο που η άσκηση, από μόνη της ή σε συνδυασμό με δίαιτα, έχει σαν αποτέλεσμα την μέτρια απώλεια βάρους, υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η συστηματική άσκηση παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση του βάρους μετά από την περίοδο της επιτυχούς απώλειάς του. Το μεγαλύτερο πρόβλημα αυτών που έχασαν βάρος με διάφορες μεθόδους, είναι να το διατηρήσουν. Αργά ή γρήγορα οι περισσότεροι επιστρέφουν στα ίδια κιλά που είχαν πριν ξεκινήσουν κάποιο πρόγραμμα απώλειας βάρους ή και μεγαλύτερο από αυτό που είχαν. Σε μια ενδιαφέρουσα μελέτη αναφέρεται ότι 6 μήνες έως 3 χρόνια μετά το τέλος του αρχικού προγράμματος, σε τρεις ομάδες που είχαν συνεχίσει την προσπάθεια τους μόνο με άσκηση, ή μόνο με δίαιτα ή με συνδυασμό και των δύο, η επιπλέον απώλεια βάρους ήταν 4,9kg - 4,0kg - 7,2kg αντίστοιχα. Σε μία άλλη έρευνα που η διάρκειά της ήταν από 18 έως 36 μήνες, μετά το τέλος του προγράμματος, αυτοί που συνέχιζαν μόνο με δίαιτα είχαν επιστρέψει στο αρχικό τους βάρος ενώ αυτό δεν συνέβη σε όσους συνδύαζαν δίαιτα και άσκηση. Στοιχείο που δείχνει ότι ο συνδυασμός άσκησης και δίαιτας είναι πιο αποτελεσματικός στη μακροχρόνια προσπάθεια της διατήρησης του σωματικού βάρους. Τα στοιχεία δείχνουν πως το βάρος είναι πιθανότερο να διατηρηθεί όταν ακολουθείται κάποιο πρόγραμμα συστηματικής άσκησης. Δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας πως ένα πρόγραμμα άσκησης 2-3 φορές την εβδομάδα, το οποίο είναι συνήθως δύσκολο να ακολουθηθεί από έναν παχύσαρκο, γίνεται πολύ ευκολότερο μετά από την αρχική απώλεια βάρους. Προϋπόθεση για την συνέχιση ενός τέτοιου προγράμματος είναι να ενταχθεί στην καθημερινότητά τους, όχι πια σαν αγγαρεία αλλά, ως ουσιαστικό στοιχείο για την σωματική τους ευεξία. Για το φαινόμενο αυτό, δεν υπάρχει ακόμα κάποια πειστική επιστημονική ερμηνεία. Ελκυστική όμως είναι η υπόθεση ότι ο συνδυασμός δίαιτας και άσκησης δίνει μεγαλύτερη ευελιξία παρέχοντας τη δυνατότητα επιλογής μεταξύ της μιας ή της άλλης μεθόδου, ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε περιόδου. Ίσως η δίαιτα κάνει ευκολότερη την άσκηση και η άσκηση κάνει ευκολότερη τη δίαιτα!

ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΜΕ ΑΣΚΗΣΗ ΜΟΝΟ

Πολλά πειραματικά δεδομένα έδειξαν ότι τουλάχιστον βραχυχρόνια, οι ενήλικες χάνουν βάρος όταν αυξάνουν τη φυσική τους δραστηριότητα ασκούμενοι, ακόμα κι αν διατηρούν την πρόσληψη τροφής στα ίδια επίπεδα. Όμως, για να υπάρξει ουσιαστικό αποτέλεσμα η άσκηση θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα εντατική, έντονη και μακροχρόνια. Ήδη προαναφέρθηκε ότι δεν πρέπει να θεωρούνται τα αποτελέσματα της άσκησης ανεξάρτητα από τη συνολική ενεργειακή πρόσληψη. Σε πειραματόζωα είχε από παλιά παρατηρηθεί, ότι μετά από έντονη άσκηση η πρόσληψη τροφής αυξανόταν γραμμικά ανάλογα με τη δαπανούμενη ενέργεια. Το αποτέλεσμα της τροφικής αυτής διαδικασίας, ήταν το σωματικό βάρος να μένει ουσιαστικά σταθερό. Αν πράγματι η άσκηση οδηγεί σε μεγαλύτερη πρόσληψη τροφής, σημασία για το τελικό αποτέλεσμα έχει το εάν η πρόσληψη είναι μικρότερη, ίδια ή μεγαλύτερη της αποβαλλόμενης. Φαίνεται πως η άσκηση σε αδύνατα, υπέρβαρα ή ελαφρά παχύσαρκα άτομα είναι η μεγαλύτερη πρόκληση για τη διατήρηση της ομοιοστασίας από ότι σε ιδιαίτερα παχύσαρκα άτομα όπου το τελικό ισοζύγιο είναι αρνητικό.

ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΛΙΠΟΥΣ

Το ερώτημα που προκύπτει από τα παραπάνω είναι αν η άσκηση μπορεί να επιδράσει θετικά όσον αφορά τη ρύθμιση του ισοζυγίου μεταξύ πρόσληψης και κατανάλωσης λίπους. Στις σχετικές έρευνες, οι επιστήμονες χρησιμοποίησαν διάφορες μεταβλητές που αφορούν το λιπώδη ιστό, για να παρακολουθήσουν για μακρό χρονικό διάστημα το διατροφικό ισοζύγιο. Παράγοντες, οι οποίοι μετρήθηκαν για αυτό το σκοπό ήταν το μέγεθος των λιποκυττάρων, η γλυκερόλη του πλάσματος, η λιπόλυση των λιποκυττάρων και η οξειδωση του λίπους. Η πρόσφατη ανακάλυψη της λεπτίνης αποτέλεσε ένα σημαντικό βήμα προς αυτή την κατεύθυνση. Οι διαπιστωμένες λειτουργίες της λεπτίνης είναι η μείωση του ποσού της προσλαμβανόμενης ενέργειας, η αύξηση της δαπανώμενης ενέργειας, η αύξηση του επιπέδου σωματικής δραστηριότητας, η μείωση του NPY και η αύξηση της δραστηριότητας του συμπαθητικού συστήματος. Οι παραπάνω έρευνες απέδειξαν ότι ο λιπώδης ιστός δεν αποτελεί απλά μια μάζα λίπους αλλά αντιδρά στην αυξημένη ή ελαττωμένη πρόσληψη τροφής ως ένα ενεργό όργανο. Η άσκηση, όπως έχει καταδεχθεί από σχετικές έρευνες, μπορεί να ενεργοποιήσει τη λιπόλυση του λιπώδους ιστού. Επίσης καλά γυμνασμένα άτομα είναι πιο ευαίσθητα στα λιπολυτικά ερεθίσματα των κατεχολαμινών, ενώ παρουσιάζουν μικρότερες συγκεντρώσεις λεπτίνης στο αίμα σε σύγκριση με τα αγύμναστα άτομα.

Συμπερασματικά, τόσο η αύξηση του σωματικού βάρους όσο και η σωματική άσκηση, αποτελούν δύο ανεξάρτητους παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στη ρύθμιση της ισορροπίας του ισοζυγίου ενέργειας και λίπους, στο ανθρώπινο σώμα. Επίσης αποδεικνύεται ότι τα γυμνασμένα

άτομα έχουν κάποια πλεονεκτήματα σε σχέση με τα αγύμναστα, όσον αφορά τη δυνατότητα ρύθμισης της ισορροπίας του ισοζυγίου ενέργειας και λίπους.

Πράγματι, η φυσική άσκηση οδηγεί σε μείωση της αρτηριακής πίεσης, μείωση της περιεκτικότητας του πλάσματος σε γλυκόζη, ινσουλίνη, τριγλυκερίδια και ολική χοληστερόλη καθώς και σε αύξηση του ρυθμού οξειδωσης του λίπους, αύξηση της ικανότητας δαπάνης ενέργειας και αύξηση της δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Η αξία των παραπάνω παραμέτρων γίνεται καταφανής αν αναλογιστούμε ότι η αύξηση της περιεκτικότητας του διαμερίσματος των σπλάχνων σε λίπος και άρα η εμφάνιση παχυσαρκίας έχουν πειραματικά συσχετιστεί με αύξηση της αρτηριακής πίεσης και αύξηση της περιεκτικότητας του πλάσματος σε γλυκόζη και ινσουλίνη.



ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Είναι σημαντικό λοιπόν να μπαίνουν, σε συνεργασία με τον γιατρό, ρεαλιστικοί βραχυχρόνιοι στόχοι, που σταδιακά θα γίνονται πιο απαιτητικοί. Στο βαθμό που ο παχύσαρκος κινητοποιείται, μπορεί να αυξήσει την προσπάθεια για επίτευξη καλύτερου αποτελέσματος. Οι τρέχουσες οδηγίες για τη δημόσια υγεία συνιστούν την άθροιση ενός συνόλου μέτριας έντασης δραστηριοτήτων ημερησίως όπως για παράδειγμα 30 λεπτά γρήγορο βάδισμα ή 15 λεπτά τρέξιμο ή 45 λεπτά βόλει, τα οποία προστίθενται στην καθημερινή δραστηριότητα τις περισσότερες, αν όχι όλες τις ημέρες της εβδομάδας. Για απώλεια βάρους και διατήρησή του, η δραστηριότητα αυτή αθροιστικά πρέπει να φτάνει τα 60 με 80 λεπτά την ημέρα. Ίσως ο χρόνος αυτός φαίνεται μεγάλος, στην πραγματικότητα όμως, δεν είναι, εάν τον δούν σαν τον τελικό στόχο μιας διαδικασίας που μπορεί να αρχίσει με μια μικρή καθημερινή δραστηριότητα που αυξάνεται σταδιακά. Ο ενδιαφερόμενος πρέπει να είναι σε επαφή με το γιατρό του, τουλάχιστον κάθε 2 εβδομάδες, ώστε να συζητώνται οι δυσκολίες και να λύνονται τα πρακτικά προβλήματα.

Σημαντικό στοιχείο είναι η συμμετοχή του ίδιου του παχύσαρκου. Για παράδειγμα, θα πρέπει να μετρά και να σημειώνει ο ίδιος τις δραστηριότητές του ώστε να βλέπει στην πράξη τη βελτίωση των ικανοτήτων του. Η απλούστερη ίσως άσκηση είναι το περπάτημα που περιλαμβάνει και την έννοια του αυτοελέγχου με μία απλή συσκευή μέτρησης βημάτων που προσαρμόζεται στη ζώνη. Έχει υπολογισθεί ότι για τη βελτίωση της γενικής μας υγείας, πρέπει όλοι να κάνουμε 10.000 τουλάχιστον βήματα ημερησίως. Συνήθως αυτό αντιστοιχεί σε περπάτημα 30 - 60 λεπτών την ημέρα επιπροσθέτως των συνηθισμένων ασχολιών μας. Για να χάσει λοιπόν κάποιος βάρος, τα βήματα πρέπει να είναι περίπου 15.000/ημέρα, που αντιστοιχούν σε επιπρόσθετο του συνήθους περπάτημα, δηλαδή 60 - 80 λεπτά την ημέρα. Την πρώτη εβδομάδα στους παχύσαρκους δίνεται η οδηγία να συνεχίσουν την κανονική τους ζωή,

παρατηρώντας όμως και καταγράφοντας τις δραστηριότητές τους ώστε να συνειδητοποιήσουν τη συνηθισμένη τους φυσική δραστηριότητα. Έπειτα ανά 1-2 εβδομάδες μπαίνουν οι στόχοι σταδιακής αύξησης του χρόνου άσκησης. Είναι δε σημαντικό για τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης να υπάρχουν επιτυχείς εμπειρίες αύξησης της δραστηριότητάς τους. Αν π.χ. κάποιος κάνει 3.500 βήματα την ημέρα, είναι απίθανο να κάνει ξαφνικά 8.000. Αντίθετα είναι πολύ πιθανό να πεισθεί να κάνει επιπλέον 500 βήματα την ημέρα.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ-ΣΤΟΧΟΙ	Αρ. ΒΗΜΑΤΩΝ / ΗΜΕΡΑ	ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΑ ΛΕΠΤΩΝ
Ακραία καθιστική ζωή	<3.000	0
Καθιστική ζωή	3.000 - 6.000	15
Στόχοι Φυσικής Υγείας	> 10.000	30
Απώλεια βάρους	12.000 - 15.000	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΙΤΑ

ΓΕΝΙΚΑ

Οι δίαιτες έχουν σαν στόχο την απώλεια βάρους θέτοντας περιορισμούς στην πρόσληψη τροφής.Ως μέθοδος θεραπείας,η δίαιτα ενδείκνυται περισσότερο στη μέτρια παχυσαρκία,όταν δηλαδή το πλεονάζον βάρος δεν ξεπερνά τα 20 με 25κιλά.Είναι επίσης κατάλληλη για την αντιμετώπιση και τον έλεγχο ορισμένων παθήσεων του μεταβολισμού,όπως ο διαβήτης, η υπέρταση ή η υπερλιπιδαιμία.

Θα μπορούσαμε να διαχωρίσουμε τις δίαιτες σε δύο κύριες κατηγορίες:

- α)** αυτές που βασίζονται στη μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων και λιπών (ολιγοθερμιδικές ή υποθερμιδικές και άλιπες) και
- β)**σ' εκείνες που βασίζονται στην εκλεκτική στέρηση ή υπερκατανάλωση ορισμένων από τα βασικά διατροφικά συστατικά (λίπος, πρωτεΐνη ή υδατάνθρακες).

ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΡΥΘΜΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΕΙΝΑ

Τι, άραγε, εξηγεί την αύξηση και τη μείωση της πείνας;Η πείνα ρυθμίζεται, εν μέρει, από σωματικούς και εγκεφαλικούς παράγοντες (εσωτερικοί ή βιολογικοί).Οι υποδοχείς γεύσεις στο στόμα διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στην πείνα, στέλνοντας αισθήσεις γεύσης στον εγκέφαλο, πληροφορώντας τον για το θρεπτικό περιεχόμενο της τροφής που γευτήκαμε. Ο εγκέφαλος επιλέγει τις γεύσεις των φαγητών που περιέχουν θρεπτικές ουσίες που ίσως λείπουν.Αν λείπει πρωτεΐνη, επιθυμείται πολύ μια μπριζόλα. Αν λείπει σάκχαρο, μπορεί να ανακαλύψουν ότι επιθυμείται πολύ αμυλούχα φαγητά όπως το ψωμί..

Αν και οι αισθήσεις που προέρχονται από το στόμα επηρεάζουν την πείνα, δεν αποτελούν τη μόνη πηγή της.Η πείνα επηρεάζεται επίσης και από το στομάχι.Οι επιστήμονες έχουν οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι οι στομαχικές συσπάσεις προκαλούν πείνα.Κύτταρα - υποδοχείς στο στομάχι ανιχνεύουν τόσο την ποσότητα όσο και το είδος τροφής που περιέχει.Αν έχουν φουσκώσει από το φαγητό σε ένα γεύμα,είναι πιθανό τότε να συνειδητοποιήσουν με έντονο τρόπο τη λειτουργία των υποδοχέων διάταξης του στομάχου μας,οι οποίοι αντιδρούν στην παρουσία τροφής.Αυτοί οι υποδοχείς πληροφορούν τον εγκέφαλο για την ποσότητα τροφής στο στομάχι στέλνοντας νευρικές διεγέρσεις κατά μήκος του πνευμονογαστρικού νεύρου στον εγκέφαλο, μειώνοντας την ένταση της πείνας.Οι υποδοχείς στο στομάχι επηρεάζουν επίσης την πείνα,

εντοπίζοντας την παρουσία θρεπτικών ουσιών και μεταβιβάζοντας την πληροφορία αυτή στον εγκέφαλο. Αυτό εξηγεί το γιατί όταν γεμίζουν το στομάχι με μαρουλοσαλάτα δεν είναι τόσο ικανοποιημένοι όπως όταν το γεμίζουν με αρκετά κομμάτια πίτσα. Η πίτσα είναι πλουσιότερη σε θρεπτικές ουσίες.

Όμως οι πληροφορίες σχετικά με το θρεπτικό περιεχόμενο της τροφής στο στομάχι δεν στέλνονται κατά μήκος του πνευμονογαστρικού νεύρου. Αυτό είναι γνωστό χάρη σε μελέτες ζώων στα οποία το πνευμονογαστρικό νεύρο έχει αποσυνδεθεί από το στομάχι. Τα ζώα δεν ρυθμίζουν πλέον την κατανάλωση τροφής τους σύμφωνα με την ποσότητα τροφής στο στομάχι τους, όμως συνεχίζουν να τη ρυθμίζουν συμφωνά με το θρεπτικό περιεχόμενο της τροφής. Μεταγενέστερες έρευνες αποκάλυψαν επίσης ότι το στομάχι και το στόμα δεν είναι οι μόνοι παράγοντες ρύθμισης της πείνας. Η τροφή που είναι αποθηκευμένη στο στομάχι τελικά καταλήγει στο λεπτό έντερο, την κυρία έδρα της πέψης. Η παρουσία τροφής στο λεπτό έντερο το διεγείρει ώστε να εκκρίνει την ορμόνη χοληκυστοκίνη, η οποία, με τη σειρά της, διεγείρει το πνευμονο-γαστρικό νεύρο να στείλει νευρικές διεγέρσεις στον εγκέφαλο, μειώνοντας την ένταση της πείνας.

Ένα ακόμη όργανο που ρυθμίζει την πείνα είναι το συκώτι, που αποθηκεύει γλυκόζη (ένα σάκχαρο) ως γλυκονόνο. Οι υποδοχείς γλυκόζης στο συκώτι στέλνουν νευρικές διεγέρσεις κατά μήκος του πνευμονογαστρικού νεύρου στον εγκέφαλο, πληροφορώντας τον για μεταβολές στο επίπεδο του σακχάρου στο αίμα. Το χαμηλό επίπεδο σακχάρου στο αίμα επιφέρει αίσθημα πείνας, ενώ το υψηλό επίπεδο επιφέρει αίσθημα κορεσμού. Ειδικής σημασίας είναι για τη ρύθμιση της πείνας η ορμόνη ινσουλίνη, που εκκρίνεται από το πάγκρεας. Η ινσουλίνη βοηθάει το σάκχαρο του αίματος να εισχωρήσει στα κύτταρα του σώματος για να χρησιμοποιηθεί στο μεταβολισμό, προωθεί τη μετατροπή της γλυκόζης σε λίπος, κάνει τα γλυκά να έχουν καλύτερη γεύση και επιφέρει αισθήματα πείνας. Στην ουσία, η πείνα εξαρτάται περισσότερο από τα αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης παρά τα μειωμένα επίπεδα σακχάρου στο αίμα. Αυτό είναι επίσης γνωστό από μελέτες στις οποίες το επίπεδο του σακχάρου στο αίμα διατηρούνταν σταθερό με μια συνεχή έγχυση γλυκόζης, ενώ τα επίπεδα ινσουλίνης αυξάνονταν. Τα υποκείμενα στις μελέτες αυτές ανέφεραν αυξημένη ένταση πείνας. Μεταγενέστερες έρευνες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η πείνα επηρεάζεται και από τον υποθάλαμο. Ο νευροδιαβιβαστής νορεπινεφρίνη προωθεί την κατανάλωση τροφής διεγείροντας υποδοχείς στον υποθάλαμο.

Δύο περιοχές του υποθαλάμου είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τη ρύθμιση της πείνας. Ο ηλεκτρικός ερεθισμός του μεσοκοιλιακού υποθαλάμου, μιας περιοχής στο μεσαίο κάτω μέρος του υποθαλάμου, εμποδίζει την κατανάλωση τροφής, ενώ η καταστροφή του προκαλεί κατανάλωση τροφής. Ενώ ο μεσοκοιλιακός υποθάλαμος σχετίζεται με τη μείωση της πείνας, ο πλάγιος υποθάλαμος, που περιλαμβάνει περιοχές και στις δύο πλευρές του υποθαλάμου, σχετίζεται με την αύξηση της. Η

ηλεκτρική διέγερση του τελευταίου προάγει την κατανάλωση τροφής, ενώ η καταστροφή του την εμποδίζει.

Αν και τα πρώτα πειράματα οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι ο πλάγιος υποθάλαμος δρα ως «κέντρο της πείνας» και ο μεσοκοιλιακός ως «κέντρο του κορεσμού» μας, μεταγενέστερα πειράματα έχουν οδηγήσει στη διαπίστωση ότι αυτές οι περιοχές είναι απλώς και μόνο σημαντικά συστατικά στοιχεία του περίπλοκου συστήματος του εγκεφάλου για τη ρύθμιση της πείνας και της κατανάλωσης τροφής. Δεν υπάρχει κανένας απλός διακόπτης που να ανοιγοκλείνει την κατανάλωση τροφής.

Η πείνα, ειδικά στα ανθρώπινα όντα, ρυθμίζεται εκτός από εσωτερικούς και από εξωτερικούς παράγοντες. Η τροφή μπορεί να ενεργήσει ως έναυσμα για να πεινάσουν. Η γεύση, η οσμή, η όψη, ο ήχος και η υφή της τροφής μπορεί να «τραβήξουν» προς αυτήν. Έχετε ποτέ παρακολουθήσει τηλεόραση, χωρίς να αισθάνεστε πείνα, για να πεινάσετε στη συνέχεια μόνο και μόνο επειδή παρακολουθήσατε ένα διαφημιστικό που δείχνει μια ελκυστική βιτρίνα με χάμπουργκερ; Ή, πιθανώς, να έχετε νιώσει χορτάτος έπειτα από ένα γεύμα με ποικιλία πιάτων, επιμένοντας ότι ούτε άλλη μια μπουκιά δεν πάει κάτω, ενώ τελικά κάποιος σας παρασύρει να φάτε ένα απολαυστικό επιδόρπιο με σοκολάτα.

Όμως πώς είναι δυνατόν και μόνον η θέα του φαγητού να επιφέρει αισθήματα πείνας; Ένας τρόπος είναι αυξάνοντας το επίπεδο της ινσουλίνης στο αίμα. Πράγματι, ακόμα κι όταν ονειροπολούν σκεπτόμενοι το φαγητό, είναι δυνατό να διεγερθεί απ' αυτό το πάγκρεας ώστε να εκκρίνει ινσουλίνη, κάνοντας να πεινάσουν και πιθανώς στέλνοντας σε αναζήτηση μιας πάστας ή μιας τυρόπιτας. Δεδομένου ότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες που ρυθμίζουν την πείνα και την κατανάλωση τροφής, γιατί ορισμένοι άνθρωποι γίνονται παχύσαρκοι;

Οι ερευνητές συνέδεσαν την παχύσαρκια με διαφορές στην ευαισθησία αντίδρασης σε εξωτερικές ενδείξεις φαγητού και κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι παχύσαρκοι άνθρωποι επιδεικνύουν μεγαλύτερη ευαισθησία αντίδρασης σ' αυτές τις ενδείξεις. Οι μελέτες που ακολούθησαν παρείχαν, σ' ένα βαθμό, υποστήριξη σ' αυτή την πεποίθηση.

Μία μελέτη διαπίστωσε πως σε αντίθεση με μη-παχύσαρκους ανθρώπους, οι οποίοι βρίσκουν το επιπλέον φαγητό, αφού έχουν ήδη καταναλώσει ένα γεύμα υψηλών θερμίδων, λιγότερο εύγευστο, οι παχύσαρκοι άνθρωποι βρίσκουν το φαγητό εξίσου εύγευστο ύστερα από ένα γεύμα με πολλές θερμίδες. Ίσως ένας λόγος που οι παχύσαρκοι άνθρωποι τρώνε περισσότερο από τους άλλους να είναι ότι το φαγητό συνεχίζει να είναι εύγευστο γι' αυτούς, ακόμη και αφού έχουν χορτάσει.

Σε μιαν άλλη μελέτη, στην οποία χρησιμοποιήθηκε φυσική παρατήρηση, οι ερευνητές παρακολούθησαν ανθρώπους να τρώνε σ' ένα γεύμα. Όταν η σερβιτόρα έκανε μία ορεκτική περιγραφή ενός επιδορπίου, οι παχύσαρκοι άνθρωποι έτειναν περισσότερο να το παραγγείλουν παρά όταν η σερβιτόρα δεν το περιέγραφε. Οι μη-παχύσαρκοι άνθρωποι έμειναν ανεπηρέαστοι από την περιγραφή της. Αν και τέτοιες μελέτες παρέχουν υποστήριξη στην πεποίθηση πως οι παχύσαρκοι άνθρωποι έχουν πιο ευαίσθητη αντίδραση

στις εξωτερικές ενδείξεις φαγητού, αυτό δεν φαίνεται να αποτελεί την κύρια αιτία της παχυσαρκίας τους.

Αντιθέτως, η παχυσαρκία τους ίσως προκαλεί την ανταπόκριση τους σε εξωτερικούς παράγοντες. Γιατί; Διότι πολλοί παχύσαρκοι άνθρωποι βρίσκονται διαρκώς σε δίαιτα, με αποτέλεσμα να στερούνται συχνά γευστικές απολαύσεις, γεγονός που τους καθιστά περισσότερο ευαίσθητους στην αντίδραση απέναντι σε ενδείξεις φαγητού. Επιπλέον, οι παχύσαρκοι άνθρωποι ίσως έχουν χρονίως υψηλά επίπεδα ινσουλίνης, που τους αυξάνουν το αίσθημα της πείνας και κατά συνέπεια, τους καθιστούν πιο ευαίσθητους στο να αντιδράσουν σε ενδείξεις φαγητού.

Επιπλέον, ένας άλλος εξωτερικός παράγοντας, μια αγχώδης κατάσταση, μπορεί να επιφέρει το αίσθημα της πείνας και, σε ορισμένες περιπτώσεις, την υπερβολική κατανάλωση τροφής. Υπό την επήρεια αγχωδών συνθηκών, που είναι πιθανό να προκαλούν αρνητικά συναισθήματα, όπως οργή, ανία, κατάθλιψη ή μοναξιά, οι παχύσαρκοι άνθρωποι τείνουν σε μεγαλύτερο βαθμό από τους μη-παχύσαρκους ανθρώπους να τρώνε υπερβολικά. Όμως πώς το άγχος επιφέρει υπερβολική κατανάλωση τροφής;

Μια υπόθεση είναι ότι διεγείρει τον εγκέφαλο να εκκρίνει ενδορφίνες, οι οποίες υποκινούν την κατανάλωση τροφής. Εξαιτίας του ότι τα επίπεδα ενδορφινών αυξάνουν όταν βρίσκονται υπό την επήρεια άγχους, ίσως συνεισφέρουν στην υπερβολική κατανάλωση τροφής που σχετίζεται με το άγχος. Ίσως οι παχύσαρκοι άνθρωποι τρώνε περισσότερο υπό την επίδραση του άγχους σε σχέση με τους μη-παχύσαρκους, εξαιτίας του ότι το άγχος επιφέρει μεγαλύτερες αυξήσεις στα επίπεδα ενδορφινών τους.

ΒΑΣΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ-ΘΡΕΠΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Θρεπτικές ουσίες είναι αυτές που απαιτούνται για την καλή ανάπτυξη και τη σωστή λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Αυτές οι ουσίες είναι:

- Οι υδατάνθρακες, οι πρωτεΐνες και τα λίπη ή αλλιώς μακρομοριακά θρεπτικά συστατικά. Βασικός τους ρόλος είναι η παραγωγή ενέργειας, αλλά επιπλέον παίζουν σημαντικό ρόλο σε λειτουργίες που καθορίζουν τη δομική και λειτουργική αυτοτέλεια του ανθρώπινου οργανισμού.
- Τα ανόργανα άλατα και οι βιταμίνες, ή αλλιώς μικρομοριακά θρεπτικά συστατικά. Η ύπαρξη τους είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική ρύθμιση όλων των μεταβολικών διεργασιών και για τη διευκόλυνση της μεταφοράς ενέργειας.
- Το νερό. Ένα συστατικό υψηλής ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση της ζωής, αφού συμμετέχει στη μεταφορά των ανωτέρω ουσιών, σε πλήθος χημικών αντιδράσεων, ενώ παίζει σημαντικό ρόλο και στη θερμορυθμιστική ικανότητα του οργανισμού.
 - ✓ Οι υδατάνθρακες
 - ✓ Οι πρωτεΐνες
 - ✓ Τα λίπη
 - ✓ Οι βιταμίνες

- ✓ Μέταλλα και ιχνοστοιχεία
- ✓ Το νερό

14 ΔΙΑΙΤΕΣ ΠΟΥ ΥΠΟΣΧΟΝΤΑΙ ΓΡΗΓΟΡΟ ΑΔΥΝΑΤΙΣΜΑ

Οι δίαιτες υπόσχονται θεαματικά αποτελέσματα. Στην πλειοψηφία τους, όμως, δεν κρατούν τις υποσχέσεις τους. Οι στατιστικές προειδοποιούν. Μετά το τέλος μιας δίαιτας μόνο τα 5 στους 100 διατηρούν το νέο τους βάρος. Το άτομο ξαναπαίρνει τα κιλά που έχασε και μερικά ακόμα.

Ας παραδεχτούν κάθε προσπάθεια να ελαττώσουν το λίπος στο κορμί πάει κόντρα στους νόμους της φύσης. Καθ' όλη τη διάρκεια της ιστορίας του ο άνθρωπος χρειάζεται πολλή τροφή για να επιβιώσει.

Εμείς είμαστε η πιο <<τεμπέλικη>> γενιά που έζησε ποτέ πάνω στον πλανήτη Γη. Περνάμε ατελείωτες ώρες μπροστά στην τηλεόραση. Μετακινούμαστε συνεχώς με αυτοκίνητο. Έχουμε δραματικά μειώσει την κίνησή μας. Γι' αυτό εύκολα καταφεύγουμε σε έτοιμες και κυρίως πρόχειρες λύσεις. Μια απ' αυτές είναι τα ινστιτούτα αδυνατίσματος.

ΔΙΑΙΤΑ ΜΕ ΧΑΜΗΛΑ ΛΙΠΑΡΑ

Επιτρέπονται όλες οι τροφές χωρίς περιορισμό. Αρκεί το λίπος να μην ξεπερνά καθημερινά τα 50-80 γραμμάρια. Χάνουν 2-3 κιλά τον μήνα. Πιθανότητα μειωμένης λήψης βιταμινών Α, D, Κ, Ε.

ΔΙΑΙΤΑ ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΘΕΡΜΙΔΕΣ

Που δεν ξεπερνούν τις 1.000-1.200 καθημερινά. Οι ολιγοθερμιδικές τροφές προτιμώνται. Δεν καλύπτεται όμως ο οργανισμός σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία, αν κρατήσει πολύ.

ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗ ΔΙΑΙΤΑ

Με εβδομαδιαίο ζύγισμα και διαφορετικές συμβουλές. Οι ημερήσιες θερμίδες δεν ξεπερνούν τις 1.300. Χρειάζεται υπομονή και συχνά επαφή με την ομάδα. Την ακολουθούν τα περισσότερα κέντρα αδυνατίσματος.

ΔΙΑΙΤΑ ΜΕ ΜΕΤΡΗΜΕΝΕΣ ΘΕΡΜΙΔΕΣ

Δίνει ποικιλία τροφών (1.300 θερμιδών) σε συχνά γεύματα. Το μειονέκτημα είναι ότι πρέπει κανείς να μετρά καθημερινά τις θερμίδες που καταναλώνει.

ΔΙΑΙΤΑ ΑΛΛΑΓΗΣ

Προσφέρει ποικιλία τροφών. Δίνει όμως έμφαση και στην κίνηση. Με ομάδες υποστήριξης, τα μέλη αλλάζουν προοδευτικά τις διατροφικές τους συνήθειες. Μακροπρόθεσμα έχει πολύ καλά αποτελέσματα.

ΔΙΑΙΤΑ ΤΩΝ ΧΟΡΤΟΦΑΓΩΝ

Συνδυάζει φρούτα, λαχανικά, ζυμαρικά, αβγά και γάλα. Δίνει πολλές φυτικές ίνες και υδατάνθρακες. Είναι χαμηλή σε λιπαρά. Αν την ακολουθήσει κανείς για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι αποτελεσματική. Υπάρχει όμως ο κίνδυνος να παρουσιάσει έλλειψη σε βιταμίνη Β12.

ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΙΤΑ

Περιλαμβάνει τα τυπικά πιάτα της Μεσογείου, με λαχανικά, όσπρια, ψάρια, ελαιόλαδο, φρούτα, λίγο κρασί. Μακροπρόθεσμα έχει πολύ καλά αποτελέσματα. Η δίαιτα που συνιστά η σημερινή ιατρική.

ΔΙΑΙΤΑ ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΩΝ

Δίνει μόνο υδατάνθρακες, που προκαλούν εύκολα αίσθημα κορεσμού (φρούτα, λαχανικά), αλλά και όσπρια και προϊόντα ολικής αλέσεως. Ελάχιστη ζάχαρη, καθόλου αλκοόλ, καθόλου καφές. Δεν είναι αποτελεσματική, επειδή της λείπει το λεύκωμα.

ΔΙΑΙΤΑ ΣΚΟΝΗΣ

Βασίζεται σε βιομηχανοποιημένα προϊόντα σε σκόνη που περιέχουν θρεπτικά συστατικά. Δίνει 200 θερμίδες ανά μερίδα. Ανακατεύουν τη σκόνη με νερό και το γεύμα είναι έτοιμο. Βραχυπρόθεσμα έχει αποτελέσματα. Για μεγάλο διάστημα είναι ανθυγιεινή.

ΔΙΑΙΤΑ ΣΥΝΔΥΑΣΜΩΝ

Απαγορεύει τον συνδυασμό πρωτεϊνών και υδατανθράκων στο ίδιο γεύμα π.χ., κρέας με πατάτες. Δεν έχει αποδειχθεί η επιστημονική της ισχύος. Δεν συνιστάται.

ΔΙΑΙΤΑ ΤΩΝ ΕΣΚΙΜΩΩΝ

Αδυνατίζει κανείς τρώγοντας ψάρια, ρύζι, πατάτες. Δίαιτα καλή για τη λειτουργία της καρδιάς, αλλά μονότονη.

ΔΙΑΙΤΑ ΤΟΥ ΜΙΣΟΥ

Τρώει κανείς το μισό αρπ'όλες τις τροφές που συνήθιζε να τρώει. Δύσκολη η μακροχρόνια εφαρμογή της. Αποτελεσματική.

ΔΙΑΙΤΑ ΤΩΝ ΧΥΜΩΝ

Επιτρέπονται οι χυμοί φρούτων ή λαχανικών, το νερό το τσάι (χωρίς ζάχαρη) τα αναψυκτικά χωρίς θερμίδες. Εκτός απ' το ότι ο οργανισμός στερείται πολύτιμες πρωτεΐνες και φυτικές ίνες, παίρνει κανείς εύκολα τα κιλά που χάνει, μόλις τη διακόψει. Μπορεί όμως να την ακολουθήσει

κάποιος για 2-3 ημέρες, χωρίς ιδιαίτερο κίνδυνο, ως ευκαιρία αποτοξίνωσης. Ακόμη και μία φορά τον μήνα.

ΧΗΜΙΚΕΣ ΜΟΝΟΔΙΑΙΤΕΣ

Δίνουν κάθε ημέρα ένα είδος τροφής ή δύο, π.χ. ρύζι με γιαούρτι. Μπορεί κανείς να καταναλώσει όση ποσότητα θέλει, αλλά μόνο απ' αυτό το είδος. Η δίαιτα κρατά λίγες ημέρες και συχνά προκαλεί τοξίκωση (δηλητηρίαση). Ασφαλώς δεν αποτελεί μακροπρόθεσμη λύση. Συνήθως παίρνει κανείς πάλι τα κιλά που έχασε.



Επιτυχημένη θεωρείται μια δίαιτα αν καταφέρνει να μειώσει το βάρος τουλάχιστον κατά 5% και να το κρατήσει σταθερό για έναν χρόνο, το λιγότερο. Μετά από περίοδο αυστηρής διαίτας το βάρος επιστρέφει σχετικά γρήγορα, παρόλο που τρώνε λιγότερο. Η εξήγηση είναι απλή: ο οργανισμός μειώνει τις καύσεις του για να εξοικονομήσει ενέργεια. Για να προλάβουν την επιστροφή των περιττών κιλών η λύση είναι μία: άσκηση. Η άσκηση είναι ακόμη πιο χρήσιμη μετά το τέλος της διαίτας.

Μια από τις πιο γνωστές μη ισορροπημένες δίαιτες της τελευταίας κατηγορίας είναι η δίαιτα Atkins που βασίζεται στον περιορισμό των υδατανθράκων. Επιτρέπει σχεδόν ελεύθερα την κατανάλωση τροφών με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες και λίπος (κρέας, αυγά, γαλακτοκομικά), περιορίζοντας την κατανάλωση των υδατανθράκων στα 20 με 30 γραμμάρια την ημέρα. Μια τέτοια διαιτητική αγωγή μπορεί πράγματι να πετυχαίνει φαινομενικά μεγάλη απώλεια βάρους, χωρίς ιδιαίτερη προσπάθεια και σε σύντομο χρονικό διάστημα, αλλά τελικά το μόνο που προσφέρει είναι μια σύντομη κυκλική μεταβολή του βάρους, που αποδιοργανώνει το μεταβολισμό δημιουργώντας ταυτόχρονα προβλήματα στην υγεία. Αβιταμίνωση, υψηλή χοληστερίνη, σωματική καταβολή, ζάλη, αφυδάτωση, διάρροιες, πονοκέφαλοι και αίσθημα κόπωσης, είναι μερικά από τα συμπτώματα μιας τέτοιας αγωγής, ενώ όταν διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην καρδιά, δυσλειτουργία των νεφρών και διαβήτη. Οι υποθερμιδικές δίαιτες διακρίνονται ανάλογα με το ποσοστό μείωσης της θερμοδικής πρόσληψης που επιβάλλουν.

Σε μια εξαιρετικά ολιγοθερμιδική δίαιτα (λιγότερο από 800 Kcal/ ημέρα), ο ρυθμός καύσης του λίπους αυξάνεται σταδιακά τις 2-3 πρώτες εβδομάδες, μέχρι περίπου το 1 κιλό ανά εβδομάδα. Με τις δίαιτες αυτές παρατηρείται αρχικά ταχεία απώλεια βάρους που οφείλεται στις συγκριτικά μεγάλες απώλειες νερού και σκελετικής πρωτεΐνης. Η απώλεια βάρους επιβραδύνεται όμως μετά την 4η εβδομάδα, όταν αρχίζει να εμφανίζεται το φαινόμενο της αντίστασης. Το φαινόμενο αυτό, δεν είναι παρά η φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού στην ελαττωμένη πρόσληψη τροφής, που αποσκοπεί στην εξοικονόμηση ενέργειας που προκαλεί η μείωση των καύσεων.

Οι καύσεις του οργανισμού μας ρυθμίζονται από τον θερμοστάτη που βρίσκεται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου. Το όργανο αυτό είναι σε θέση να αυξομειώνει τις καύσεις με σκοπό να αποτρέψει τις αυξομειώσεις του βάρους. Όταν κανείς προσπαθεί να μειώσει το βάρος του κάνοντας αυστηρή (εξαιρετικά υποθερμιδική) δίαιτα, ο θερμοστάτης αντιδρά μειώνοντας τις καύσεις και την κατανάλωση ενέργειας. Οι εταβολές του θερμοστάτη είναι υπεύθυνες για το φαινόμενο της αντίστασης, που συνοδεύεται από εξάντληση, νευρικότητα αλλά και απογοήτευση για την γρήγορη ανάκτηση του βάρους. Το βάρος, παρά την προσπάθεια που κατέβαλλαν, ανακτάται σύντομα μετά την διακοπή της δίαιτας, καθώς ο οργανισμός παραμένει σε κατάσταση μειωμένων καύσεων για αρκετό καιρό (περίπου ένα μήνα μετά).

Όσοι οι περισσότεροι δείχνουν προτίμηση σε αυτού του είδους τις δίαιτες, γιατί εξαπατώνται από τα υποσχόμενα γρήγορα αποτελέσματα, την επίτευξη δηλαδή της όσο το δυνατό ταχύτερης καύσης του λίπους, γεγονός που στην πράξη αποδεικνύεται αδύνατο. Επιπλέον, πρέπει να υποθεί ότι οι επαναλαμβανόμενες εξαιρετικά ολιγοθερμιδικές δίαιτες καθώς και οι συχνές διακυμάνσεις του βάρους (φαινόμενο γιο-γιο ή ασανσέρ), απορυθμίζουν τελικά το μεταβολισμό και δημιουργούν μια νοσηρή κατάσταση που χαρακτηρίζεται από χρόνιες θρεπτικές διαταραχές, μείωση της μυϊκής μάζας και αύξηση του σπλαχνικού λίπους. Με άλλα λόγια, με τις συχνές δίαιτες κινδυνεύουν να προκαλέσουν χαλάρωση του σώματος τους αλλά και μια επίμονη τάση για αύξηση του βάρους. Οι συχνές δίαιτες δημιουργούν θρεπτικές και μεταβολικές διαταραχές, μείωση της μυϊκής μάζας, ελάττωση του βασικού μεταβολισμού και αυξημένη αντίσταση του οργανισμού στην απώλεια βάρους.

Αντίθετα, οι ισορροπημένες ολιγοθερμιδικές δίαιτες (800-1400 Kcal/ ημέρα) που βασίζονται στον περιορισμό του λίπους και των επεξεργασμένων υδατανθράκων (όπως η ζάχαρη) με ταυτόχρονη αύξηση των φυτικών ινών είναι υγιεινές και παρέχουν μακροχρόνια αποτελέσματα. Ο ιατρικώς ενδεδειγμένος ρυθμός απώλειας βάρους είναι περίπου 3-4 κιλά το μήνα. Ένα ιατρικώς αποδεκτό πρόγραμμα απώλειας βάρους διαρκεί περίπου 12 εβδομάδες και έχει στόχο να βελτιώσει τη διατροφική μας συμπεριφορά. Στην αρχή μιας δίαιτας η ημερήσια θερμιδική πρόσληψη δεν πρέπει να μειώνεται περισσότερο από το 15-20%. Το θερμιδικό έλλειμμα αυξάνεται σταδιακά μέχρι την επίτευξη του στόχου. Μετά το πέρας των πρώτων 12 εβδομάδων ακολουθεί συνήθως πρόγραμμα συντήρησης διάρκειας τριών επιπλέον μηνών. Οι ισορροπημένες μέτρια υποθερμιδικές όπως και οι άλιπες δίαιτες, 800-1400 θερμίδων, έχουν τα καλύτερα μακροχρόνια αποτελέσματα, λιγότερες παρενέργειες και επιτρέπουν καλύτερη κοινωνική ζωή και ποικιλία στη διατροφή. Όλοι όμως θέλουν να χάσουν τα επιπλέον κιλά εδώ και τώρα, όσο το δυνατό πιο γρήγορα. Να διορθώσουν κάτι σε μερικές μέρες ή βδομάδες που πήρε μήνες ή και χρόνια για να δημιουργηθεί. Έφτασαν να αξιολογούν θετικά μια δίαιτα ή μια μέθοδο αδυνατίσματος, ανάλογα με την ταχύτητα απώλειας βάρους, αδιαφορώντας για τις συνέπειες που έχει στον οργανισμό μας.

Όπως προκύπτει και από τα παραπάνω, όσο πιο γρήγορα χάσουν βάρος τόσο πιο γρήγορα αυτό θα επανέλθει και μάλιστα ακόμη περισσότερο λόγω της απώλειας υγρών και πολύτιμου για τον μεταβολισμό μας ρυθμό μυϊκού ιστού, ενώ το λίπος μένει και μάλιστα αυξάνεται. Μαγικές λύσεις δεν υπάρχουν. Καμία προσπάθεια απώλειας βάρους δεν πρόκειται να αντέξει στο χρόνο αν δεν συνοδεύεται από μόνιμες αλλαγές στις καθημερινές συνήθειες και επιλογές μας. Κανείς δεν πρόκειται να αδυνατίσει αν δεν αποφασίσει να ζει και να τρέφεται πιο υγιεινά. Αυτό αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι το 80-90% των ατόμων που χάνουν βάρος με δίαιτες, ανακτούν σύντομα τα χαμένα κιλά.

ΥΠΟΘΕΡΜΙΔΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Μετά από την πληθώρα των ανορθόδοξων και στερητικών διαίτων που έχουν κυκλοφορήσει τα τελευταία χρόνια, οι οποίες υπόσχονται δραματική απώλεια σωματικού βάρους με μόνο αποτέλεσμα, όμως να απογοητεύουν τους ανθρώπους, είναι δύσκολο να πιστέψει κάποιος πως θα υπάρξει ποτέ κάποια συνταγή αδυνατίσματος. Στην πραγματικότητα, δεν υπάρχει μία και μοναδική διαίτα αδυνατίσματος, η οποία μπορεί να είναι αποτελεσματική για όλους. Διαφορετικοί άνθρωποι χρειάζονται διαφορετική διαιτολογική προσέγγιση.

Για καλύτερα αποτελέσματα πρέπει να επικεντρωθούν σε μεθόδους που είναι αποτελεσματικές για αυτούς και εξαρτώνται από την αιτιολογία της παχυσαρκίας σας, τη σοβαρότητα του προβλήματός σας και άλλες σχετικές νόσους που ίσως να συνυπάρχουν, όπως σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, κατάθλιψη κ.α. Αυτό που χρειάζεται όμως να προσέξουν είναι η αποφυγή πολύ αυστηρών διαίτων. Σε καμία περίπτωση ένας ενήλικας άνδρας δεν πρέπει να προσλαμβάνει λιγότερες από 1200 θερμίδες την ημέρα και μια ενήλικη γυναίκα αντίστοιχα λιγότερες από 1000 θερμίδες την ημέρα. Μία πολύ αυστηρή διαίτα (υποθερμική), ίση ή / και κάτω των 800 θερμίδων την ημέρα, δεν είναι αποτελεσματική και κρίνεται και ανασφαλής για την υγεία του ατόμου επειδή χαρακτηρίζεται από διατροφική ανισορροπία.

Πιο συγκεκριμένα, τέτοιου είδους διαίτα είναι σημαντικά επιβαρυντική για τον οργανισμό και αν χορηγούν για μακρά χρονικά διαστήματα είναι δυνατόν να χαρακτηριστεί ως αιτία για την πρόκληση σοβαρών παθήσεων του ατόμου. Συνήθως, μια πολύ αυστηρή διαίτα είναι φτωχή σε βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία. Επομένως, συχνά παρατηρείται ανεπάρκεια βιταμινών του συμπλέγματος Β, βιταμίνης Ε, ασβεστίου, σιδήρου, ψευδαργύρου και άλλων σημαντικών μικροθρεπτικών συστατικών. Η μακροχρόνια χορήγηση αυτής της δίαιτας συχνά προκαλεί πολυουρία, αφυδάτωση, οστεοπόρωση, ξηροδερμία, υπερούριχαιμία (αυξημένο ουρικό οξύ αίματος λόγω έντονου καταβολισμού) και αμηνόρροια και μεταλλάξεις. Οι τελευταίες μπορεί να οδηγήσουν σε διάφορους τύπους καρκίνου. Ακόμη, οι στερητική διαίτα συχνά προκαλεί ναυτία, υπόταση και έντονη καταβολή.

Συχνά αυτού του τύπου δίαιτα δεν αποδίδει την απαραίτητη γλυκόζη στον οργανισμό, με συνέπεια αυτός να καταβολιάζει πρωτεΐνες, δομικές και σπλαχνικές, για να πάρει την ενέργεια που χρειάζεται. Με άλλα λόγια, καταβολιάζει τη μυϊκή του μάζα, με αποτέλεσμα να μειώνεται ο βασικός μεταβολισμός του ατόμου και έτσι το χαμένο σωματικό βάρος χάρις σε αυτή τη δίαιτα να επανακτάται πολύ γρήγορα. Μάλιστα, το νεοαποκτηθέν σωματικό βάρος συχνά υπερβαίνει το προ της δίαιτας βάρος. Εάν η αυστηρή δίαιτα προσομοιάζει την χημική ή πρωτεϊνική δίαιτα (δίαιτα πλούσια σε λίπος και πρωτεΐνες και φτωχή σε υδατάνθρακες), τότε αποδίδει πολύ χοληστερόλη και κορεσμένο λίπος, με αποτέλεσμα να είναι επικίνδυνη για την ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης και την εκδήλωση στεφανιαίας νόσου.

Επιπλέον, αυτού του τύπου η δίαιτα προκαλεί μία μη φυσιολογική κατάσταση που λέγεται κέτωση, κατά την οποία το σώμα παράγει κετόνες, χημικά παραπροϊόντα της διαδικασίας καύσης του λίπους. Η κέτωση βραχυπρόθεσμα μπορεί να μη δημιουργήσει προβλήματα, αλλά αν συνεχιστεί περισσότερο από μερικές εβδομάδες, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές στην υγεία του ατόμου. Πρώτα από όλα, μπορεί να προκαλέσει αρθρίτιδα και πέτρα στα νεφρά σε άτομα με προδιάθεση. Δευτερευόντως, όταν οι κετόνες φτάσουν σε ένα συγκεκριμένο επίπεδο, το σώμα προσπαθεί να απαλλαγεί από αυτές απεκκρίνοντας νάτριο και κάλιο. Η απώλεια αυτών των σημαντικών ηλεκτρολυτών μπορεί να επιφέρει αφυδάτωση, καρδιακή αρρυθμία κ.α.

Σύγχρονες μελέτες έχουν δείξει ότι η δραστική μείωση των θερμίδων σε ένα διαιτολόγιο μπορεί να βοηθήσει να χαθεί βάρος βραχυπρόθεσμα και πολλοί το πετυχαίνουν. Μακροπρόθεσμα, όμως, αυτές οι στερητικές δίαιτες είναι καταδικασμένες σε αποτυχία, γιατί οι άνθρωποι δεν μπορούν να τις τηρήσουν για πολύ. Είναι πολύ πιθανόν το άτομο που ακολουθεί μια στερητική δίαιτα να αρχίσει να επιθυμεί τα λεγόμενα "απαγορευμένα" γι' αυτόν φαγητά, όπως ζυμαρικά, ψωμί, γλυκά εδέσματα, λιπαρά τυριά και κρέατα κ.α. Αυτές οι επιθυμίες σταδιακά θα γίνονται πιο έντονες και θα ωθήσουν το άτομο να εγκαταλείψει την υποθερμιδική δίαιτα, και στη συνέχεια, θα ξαναπάρει το χαμένο σωματικό βάρος.

Ένα άλλο σημείο που πρέπει να τονιστεί είναι ότι οποιοδήποτε διατροφικό πλάνο και αν επιλεγεί, αυτό θα πρέπει να είναι αρκετά ελκυστικό, ώστε να μπορεί να ακολουθηθεί. Δυστυχώς, ένα αυστηρό υποθερμικό πρόγραμμα δεν παρέχει μεγάλη ποικιλία τροφίμων, είναι μονότονο και κουραστικό, με αποτέλεσμα να την εγκαταλείπουν αρκετά γρήγορα.

Συμπερασματικά, οι υποθερμιδικές δίαιτες είναι αποτελεσματικές βραχυπρόθεσμα, καθώς οι άνθρωποι χάνουν κατά μέσο όρο 20 κιλά σε 3 μήνες. Αλλά μακροπρόθεσμα, είναι λιγότερο αποτελεσματικές από τις συμβατικές ολιγοθερμιδικές δίαιτες των 1200 και άνω θερμίδων. Μετά από τρία χρόνια, τα άτομα ανακτούν το 95% περίπου του βάρους που έχασαν με την υποθερμιδική δίαιτα. Επιπρόσθετα, οι υποθερμιδικές δίαιτες έχουν συνδεθεί με βιοχημικές αλλαγές το σώμα και καρδιακές αρρυθμίες. Εξαιτίας

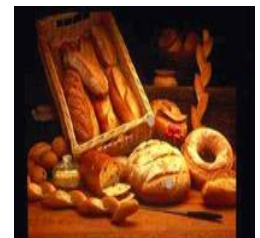
της μέτριας μακροπρόθεσμης επιτυχίας τους και των επιπλοκών τους, οι υποθερμιδικές δίαιτες έπαψαν να είναι δημοφιλείς.

Αντίθετα, τα κλινικά προγράμματα των διαιτολόγων-διατροφολόγων τείνουν πλέον να προτείνουν λιγότερο αυστηρές ολιγοθερμιδικές δίαιτες σε συνδυασμό με κάποιο πρόγραμμα γυμναστικής και αλλαγής στη συμπεριφορά ως προς το φαγητό. Τα κλινικά αυτά προγράμματα διευθύνονται από επαγγελματίες του χώρου της υγείας (διαιτολόγους-διατροφολόγους, ιατρούς εξειδικευμένους ως προς την επιστήμη της διατροφής, είτε σε ιδιωτικά γραφεία, είτε σε νοσοκομειακά κέντρα).

ΦΥΤΙΚΕΣ ΙΝΕΣ: Η ΠΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Οι φυτικές ίνες είναι ο καλύτερος τρόπος για να γλυτώσουν μια για πάντα απ' τη δυσκοιλιότητα. Όταν τρώνε συστηματικά, όμως, τους προσφέρουν κι αλλά οφέλη:

- Προφυλάσσουν από αιμορροΐδες.
- Αποφεύγουν τα εκκολπώματα στο έντερο.
- Προστατεύονται απ' το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.
- Παίρνουν μαζί τους αρκετή χοληστερίνη και την αποβάλλουν απ' το έντερο.
- Βοηθούν στον έλεγχο του διαβήτη, αφού η απορρόφηση ζαχάρου γίνεται πιο αργά.
- Μειώνουν τον κίνδυνο καρκίνου του εντέρου.
- Χτυπούν την παχυσαρκία, γιατί προκαλούν αίσθημα πληρότητας. Επομένως τρώμε λιγότερο.
- Δεν έχουν καθόλου θερμίδες, και περιέχονται σε τροφές με ελάχιστο λίπος. Κυρίως λαχανικά και φρούτα.
- Ρίχνουν την υπέρταση. Όσοι προτιμούν τροφές με πολλές φυτικές ίνες έχουν χαμηλότερη πίεση.
- Η σωστή διατροφή δεν αποκλείει την χαρά του γλυκού. Μια φορά την εβδομάδα μπορούν να τρώνε μία γρανίτα, ένα παγωτό 0% + 0%, μία κρέμα καραμελέ, ένα ρυζόγαλο, έναν ζελέ, λίγο μέλι, κομπόστα



ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Από την αρχή θα πρέπει να τονιστεί και να γίνει απόλυτα κατανοητό ότι δεν υπάρχουν υγιεινά τρόφιμα αλλά υγιεινή διατροφή. Όλες οι τροφές επιτρέπονται και όλες απαγορεύονται, με μέτρο όμως και σωστές αναλογίες, που ωστόσο δεν είναι για όλους τους ανθρώπους τα ίδια.

Εξαρτώνται από το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, τη σωματική δραστηριότητα, τις υπάρχουσες παθήσεις ή την προδιάθεση για παθήσεις, τις ειδικές καταστάσεις όπως είναι η κύηση, ο θηλασμός, η εφηβεία κ.λπ.

Οι παρακάτω γενικές αρχές ισχύουν για όλους και καλό θα είναι να γίνουν τρόπος ζωής:

- Η ποσότητα της τροφής, δηλαδή οι θερμίδες που παίρνουν, πρέπει να είναι τόση ώστε να διατηρείται το βάρος στα επιθυμητά όρια.
- Η διατροφή πρέπει να προσφέρει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά στοιχεία, στις ποσότητες που απαιτούνται για τον καθένα.
- Η συνολική ποσότητα λίπους της διατροφής μας δεν πρέπει να υπερβαίνει το 30% των συνολικών ενεργειακών αναγκών, δηλαδή τα 33 γραμμάρια λιπαρών ουσιών ανά 1.000 θερμίδες. Από αυτά τα λίπη μόνο το 10% μπορεί να είναι ζωικής προέλευσης, δηλαδή 11 γραμμάρια ανά 1.000 θερμίδες.
- Το 55% της διατροφής πρέπει να καλύπτεται από υδατάνθρακες, όπως είναι το ψωμί, το ρύζι, τα ζυμαρικά, οι πατάτες, τα φρούτα, τα χόρτα και τα όσπρια.
- Πρέπει να περιορίσουν το αλάτι.
- Η κατανάλωση καφέ δεν πρέπει ποτέ να ξεπερνά τα τρία φλιτζάνια την ημέρα.
- Από τα οινοπνευματώδη δεν πρέπει να παίρνουν πάνω από το 5% των ημερήσιων θερμίδων μας, δηλαδή δύο ποτά την ημέρα.
- Η ποσότητα χοληστερίνης στην καθημερινή μας διατροφή δεν πρέπει να ξεπερνά τα 250mg, αλλά αυτό δεν είναι πάντα δεσμευτικό. Αν τα ζωικά λίπη (κορεσμένα) είναι σε μόνιμη βάση μειωμένα, μπορούν να πάρουν τροφές με περισσότερη χοληστερίνη χωρίς να διατρέχουν τον κίνδυνο να αυξηθούν τα επίπεδά της στο αίμα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι Ιάπωνες. Μολονότι λαμβάνουν πολλή χοληστερίνη λόγω αυξημένης κατανάλωσης θαλασσινών, εντούτοις η σχεδόν παντελής έλλειψη ζωικών λιπών από τη διατροφή τους συντελεί ώστε να έχουν πολύ χαμηλή χοληστερίνη στο αίμα και βέβαια πολύ χαμηλή συχνότητα καρδιοπαθειών. Αν και για πολλούς η απώλεια του βάρους θεωρείται μια εύκολη διαδικασία τα πράγματα δεν είναι ακριβώς έτσι. Είναι και ψυχοφθόρα διαδικασία που απαιτεί γνώση, ηρεμία και υπομονή.

Για αυτό πριν ξεκινήσει κάποιος ένα πρόγραμμα δίαιτας καλό είναι να σκεφτεί τα παρακάτω:

Να τρώνε 3 γεύματα

Είναι βασικό να μην αφήνουν το στομάχι τους άδειο για μεγάλα διαστήματα και να έχουν μικρά και συχνά γεύματα. Για αυτό:

α) Μην παραλείπουν γεύματα, και ειδικά το πρωινό, που είναι ένα βασικό γεύμα για να ξεκινήσει καλά η μέρα και να δώσει ικανοποιητική ενέργεια για τις πνευματικές και τις σωματικές δραστηριότητες.

β) Να τρώνε από όλες τις ομάδες τροφών (κρέατα, φρούτα, λαχανικά κτλ.), αλλά όσο και όταν πρέπει.

γ) Να μην τρώνε αργά το βράδυ. Να προσπαθήσουν να μην φορτώνουν το στομάχι σας πριν το βραδινό ύπνο.

Να μειώσουν το λίπος.

Το λίπος είναι η υψηλότερη πηγή θερμίδων (δίνει 1γρ=9 θερμίδες- 1 κουταλάκι του γλυκού λάδι δίνει 45 θερμίδες) και για αυτό είναι το διατροφικό εκείνο στοιχείο που θέλει τη μεγαλύτερη προσοχή. Για αυτό:

α) Να αποφύγουν τα τηγανητά φαγητά. Να προτιμήσουν τα βραστά και τα ψητά χωρίς επιπλέον λίπος.

β) Να αποφύγουν τα πολύ λιπαρά τρόφιμα π.χ. κέικ, πάστες και πίτες, μαγιονέζες, κρέμες και ντρέσινγκς.

γ) Να μη χρησιμοποιήσουν βούτυρο ή μαργαρίνες. Να προτιμήσουν ένα αντίστοιχο προϊόν χαμηλών λιπαρών.

δ) Να αποφύγουν τα πλήρη γαλακτοκομικά και τυροκομικά προϊόντα και να προτιμούν όσα είναι αποβουτυρωμένα και χαμηλών λιπαρών.

ε) Να μετράνε πάντα το λάδι που βάζουν στο φαγητό με ένα κουτάλι. Να το προσθέτουν πάντα στο τέλος του μαγειρέματος.

Να μειώσουν τη ζάχαρη.

Η ζάχαρη βρίσκεται "κρυμμένη" σε πολλές τροφές και δίνει πολλές άχρηστες θερμίδες (δίνει 4 θερμίδες ανά γραμμάριο κουταλάκι του γλυκού ζάχαρη δίνει 20 θερμίδες). Για αυτό:

α) Να αποφύγουν τα γλυκά (σοκολάτες, μπισκότα, μαρμελάδες).

β) Να μην προσθέτουν ζάχαρη στον καφέ τους (να χρησιμοποιήσουν με μέτρο τα υποκατάστατα που υπάρχουν στην αγορά).

γ) Να προτιμήσουν τα προϊόντα "χωρίς ζάχαρη" π.χ. αναψυκτικά τύπου light, γάλα και γιαούρτια φρούτων με 0% ζάχαρη κτλ.

Να τρώνε τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες

Οι φυτικές ίνες βοηθούν στη σωστή λειτουργία του εντέρου και δίνουν το αίσθημα πληρότητας στο στομάχι, μειώνοντας έτσι την όρεξη.

α) Να προτιμήσουν το ψωμί ολικής άλεσης και τα μαύρα μακαρόνια και ρύζι.

β) Να τρώνε 1-2 φορές την εβδομάδα όσπρια (φασόλια, φακές, ρεβίθια), μαγειρεμένα με λίγο λάδι.

γ) Να τρώνε περισσότερα φρούτα και λαχανικά. Να προτιμήσουν τα φρέσκα και να προσπαθήσουν να μην τα καταστρέφουν κατά το μαγείρεμα.

Προσοχή στο αλκοόλ

Το αλκοόλ είναι πλούσιο σε θερμίδες (δίνει 1 γρ=7 θερμίδες). Να αποφύγουν την κατάχρηση. Να περιορίσουν σε 1-2 ποτήρια κρασί, όταν θέλουν να πιούν.

Να μειώσουν το αλάτι

Να μη βάζουν επιπλέον αλάτι στο φαγητό τους , στο τραπέζι.Να περιορίσουν στο αλάτι κατά το μαγείρεμα. Να αποφύγουν τα τυποποιημένα προϊόντα και τα διάφορα σνακς τύπου "χάμπουργκερ", που είναι πολύ ψηλά σε αλάτι.

Να πίνουν πολλά υγρά

Μια ποσότητα ίση με 8-10 ποτήρια την ημέρα, πριν και μετά τα γεύματα, είναι απαραίτητη.Βοηθάει στην καλύτερη λειτουργία του μεταβολισμού και προσφέρει ευεξία.

Να αυξήσουν τη φυσική τους άσκηση

Έστω και μισή ώρα δυνατό περπάτημα είναι μία καλή βοήθεια στην προσπάθεια τους για απώλεια βάρους. Αν μπορούν βέβαια μπορούν να κάνουν παράλληλα με τη δίαιτα και πιο οργανωμένη άσκηση, όσο συχνά μπορούν.

Να τρώνε αργά και σωστά

Είναι βασικό να τρώνε αργά και να μασάνε αρκετά την τροφή τους . Για αυτό να μην τρώνε από την κατσαρόλα παρά μόνο από το πιάτο τους, να χρησιμοποιούν ένα μικρότερο πιάτο, να αποφύγουν τα ενδιάμεσα "τσιμπολογήματα" και να αφήσουν το τραπέζι όταν αισθανθούν ακόμα άνετα και να μη βαραίνουν το στομάχι τους.

Να στοχεύουν σε μία φυσιολογική και αργή απώλεια βάρους.

Να μην επιδιώκουν γρήγορα αποτελέσματα.Η φυσιολογική και ανώδυνη απώλεια βάρους είναι 1 με 1.5 κιλά την εβδομάδα (περίπου 7000 λιγότερες προσλαμβανόμενες θερμίδες την εβδομάδα).Μία τέτοια απώλεια είναι αποτέλεσμα απώλειας κυρίως λίπους και δεν προκαλεί καταστροφή μυών ή άλλων οργάνων.Για αυτό να αποφύγουν δίαιτες χημικές ή αυτοσχέδιες που αν και σας υπόσχονται γρήγορη απώλεια τελικά βάζουν σε κίνδυνο την υγεία τους.

ΧΗΜΙΚΗ ΔΙΑΙΤΑ

Οι χημικές δίαιτες δεν περιέχουν καθόλου υδατάνθρακες (ή ελάχιστους), ενώ προεξάρχοντα συστατικά τους είναι οι πρωτεΐνες.Αποτέλεσμα αυτών των διαιτητικών χειρισμών είναι η εμφάνιση οξόνης,την οποία ο οργανισμός προσπαθεί να αποβάλει με τη διούρηση και έτσι δημιουργείται αφυδάτωση.Γι' αυτό το λόγο το μεγαλύτερο ποσοστό του βάρους που χάνει κανείς από τις χημικές δίαιτες αντιστοιχεί σε νερό και, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, μόνο το 10% αντιστοιχεί σε λίπος.

ΔΙΑΙΤΑ ΓΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ (No 1)

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΤΡΩΤΕ ΣΕ ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ:

Λάχανο, κουνουπίδι, μπρόκολο, ραδίκια, πεπόνι, μανιτάρια, μαρούλι, ντομάτες, αγγούρια, σκόρδο, κρεμμύδια.

ΠΡΩΙ: 1 αυγό (βραστό ή τηγανισμένο στο νερό). 1 φέτα ψωμί. 1 φρούτο. Καφές, γάλα.

11 Π.Μ.: Ένα ροδάκινο.

ΜΕΣΗΜΕΡΙ: Φρικασέ με μοσχάρι και ασπράδι αβγού. Ποικιλία λαχανικών σε όλα τα χρώματα. 1 κουταλιά της σούπας ελαιόλαδο.

ΑΠΟΓΕΥΜΑ: 1 φλιτζάνι καφέ με γάλα. Ένα μανταρίνη.

ΒΡΑΔΥ: 1 φέτα ψωμί. Τονοσαλάτα με πράσινα λαχανικά. 1 κουταλιά ελαιόλαδο. 1 φρούτο.

ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΝΟ: 1 μιλκσέικ (άπαχο γάλα+ σόδα+βανίλια).

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ

Μπορούν να τρώνε στις εξής περιορισμένες ποσότητες:

3 φέτες μαύρο ψωμί (30γρ. κάθε φέτα).

3 κουταλιές της σούπας ελαιόλαδο.

2 ποτήρια γάλα αποβουτυρωμένο.

2-3 φρέσκα φρούτα, δηλαδή (2 μήλα και 1 πορτοκάλι)

Τυρί 125γρ.

1 μεγάλη πατάτα.

ΔΙΑΙΤΑ ΓΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ (No 2)

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ

ΠΕΡΙΕΧΕΙ:

- πρωτεΐνη 60γρ. λίπος 40γρ. υδατάνθρακες 100γρ. θερμίδες 1.000

ΕΠΙΤΡΕΠΟΝΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ:

-Γάλα 500γρ.

-Βούτυρο ή μαργαρίνη 30γρ.

Στόχος αυτής της δίαιτας είναι να μειώσουν το βάρος τους, ώστε να πλησιάσουν το ιδανικό σε σχέση με το ύψος τους.

Την ποσότητα της τροφής τους πρέπει να την υπολογίσουν έτσι που να χάσουν κατά προσέγγιση μισό κιλό την εβδομάδα, μέχρι να φτάσουν το ιδανικό για το ύψος τους βάρος.

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ:

- Σωστή διατροφή σημαίνει ποικιλία, και σωστή σαλάτα πολυχρωμία.

- Το ψωμί πρέπει να είναι μαύρο ολικής αλέσεως (100% ή 90%)

ΠΡΩΙ	- Ένα μήλο, ένα πορτοκάλι ή γκρέιπ φρουτ - Κορν φλέικς 40γρ. ή 30γρ. μαύρο ψωμί(1 φετά) - Ένα φλιτζάνι γάλα αποβουτυρωμένο - Καφέ με γάλα
ΜΕΣΗΜΕΡΙ	- Γαρίδες ψητές - Κουνουπίδι βραστό 1 κουταλάκι του γλυκού ελαιόλαδο.
ΑΠΟΓΕΥΜΑ	- φρούτο(μήλο ή πορτοκάλι) ή στρογγυλό πεπόνι.
ΒΡΑΔΥ	- Άπαχο κοτόπουλο (60γρ.). Λαχανάκια Βρυξέλλων - 1 κουταλάκι του γλυκού ελαιόλαδο.
ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΝΟ	- 1 φλιτζάνι άπαχο γάλα.

(Νικήστε το πάχος).

ΠΟΣΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΠΑΙΡΝΟΥΝ ΜΕ ΤΙΣ ΤΡΟΦΕΣ:

- Τα λίπη δίνουν 9 θερμίδες ανά γραμμάριο.
- Οι πρωτεΐνες δίνουν 4 θερμίδες ανά γραμμάριο.
- Η ζάχαρη δίνει 4 θερμίδες ανά γραμμάριο.
- Τα δημητριακά δίνουν 4 θερμίδες ανά γραμμάριο.
- Το αλκοόλ δίνει 7 θερμίδες ανά γραμμάριο.
- Να μην ξεχνούν: να κινηθούν, να ασκηθούν, να ενεργοποιηθούν.

ΟΙ 10 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΜΙΑΣ ΕΠΙΤΥΧΗΜΕΝΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ

Οι πιθανότητες να ακολουθήσει κάποιος και να μείνει πιστός, σε μία δίαιτα είναι μεγαλύτερες όταν:

- Υπάρχει ένα ισχυρό κίνητρο.
- Έχει σταθερή διάθεση.
- Έχει μέση νοημοσύνη.
- Το οικογενειακό περιβάλλον στηρίζει σε αυτήν του την απόφαση.
- Ζει μία καλή οργανωμένη ζωή.
- Νιώθει ασφαλής.
- Δεν αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα που του προκαλούν άγχος
- Έχει χρόνο για τον εαυτό του.
- Έχει αυτοπεποίθηση κα γενικότερα καλή σχέση μα τον εαυτό του.
- Έχει ενημερωθεί επαρκώς.

ΤΡΩΝΕ ΑΛΛΑ.....ΔΕΝ ΠΑΧΑΙΝΟΥΝ

Κάποιοι άνθρωποι κάνουν περισσότερες καύσεις χωρίς να γυμνάζονται.

Αν έχετε ποτέ αναρωτηθεί πως γίνεται μερικοί άνθρωποι να τρώνε πολύ κι όμως να μην παχαίνουν, μια τελευταία έρευνα δίνει την απάντηση. Δεκαέξι άνθρωποι μελετήθηκαν επί 8 εβδομάδες. Όλοι τους κατανάλωναν καθημερινά 1.000 θερμίδες παραπάνω απ' όσα χρειαζόνταν, σύμφωνα με συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής. Στο τέλος της μελέτης όλοι τους είχαν πάρει βάρος- από 1 έως 8 κιλά. Εκείνοι που πήραν τα λιγότερα κιλά ήταν αυτοί που είχαν αυξημένο δείκτη θερμογένεσης. Αυτό σημαίνει ότι έκαιγαν περισσότερες θερμίδες για να κάνουν τις απλές καθημερινές τους κινήσεις: να περπατήσουν μέχρι το αυτοκίνητο ή να τεντωθούν.

Με τη μελέτη αυτή επιβεβαιώνεται ότι στ' αλήθεια μερικοί άνθρωποι κάνουν περισσότερες καύσεις χωρίς να γυμνάζονται. Είναι άγνωστο ακόμη γιατί συμβαίνει αυτό και με ποιον τρόπο μπορεί αυτή η διεργασία να εμποδίζει την αύξηση του βάρους.

ΠΕΝΤΕ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΑ ΛΑΘΗ ΣΤΗ ΔΙΑΙΤΑ

1) Να μην αποκλείουν το ψωμί και τα ζυμαρικά από το πιάτο τους , για να χάσουν βάρος. Αν δεν το συνοδέψουν με βούτυρο και βαριές σάλτσες, δεν παχαίνουν. Παχαίνουν τα λίπη και όχι οι υδατάνθρακες, γιατί το σώμα έχει περιορισμένη ικανότητα να μετατρέψει τα ζάχαρα σε λίπος, ενώ η ικανότητα του να αποθηκεύει το λίπος των τροφών είναι απεριόριστη.

2) Να μην κάνουν κατάχρηση στα προϊόντα <<λάιτ>>. Παρασύρουν να φάνε περισσότερο. Τις περισσότερες φορές περιέχουν απλώς λίγο λιγότερες θερμίδες (μπίρες, παγωτά, τυριά). Να διαβάσουν την ετικέτα.

3) Να χρησιμοποιούν με μέτρο τα υποκατάστατα της ζάχαρης. Η φρουκτόζη παχαίνει όσο και η ζάχαρη. Η ζαχαρίνη έχει κατηγορηθεί για καρκινογένεση.

4) Ο συνδυασμός όσπρια- δημητριακά (π.χ. φακές και ψωμί, ρύζι και αρακάς) είναι άριστη επιλογή, γιατί οι δύο τροφές αλληλοσυμπληρώνονται, παρέχοντας στον οργανισμό πολύτιμα αμινοξέα.

5) Μερικές από τις γλυκαντικές ουσίες που χρησιμοποιούνται σε γλυκά και καραμέλες δεν προκαλούν τερηδόνα, έχουν όμως καθαρτική δράση.

Προκαλούν δηλαδή διάρροια. Και παρέχουν την ευκαιρία στις βιομηχανίες να βάζουν στο προϊόν την ένδειξη << χωρίς ζάχαρη >> και να τις λανσάρουν ως υγιεινές, επειδή δεν πειράζουν τα δόντια.

ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΜΟΝΟ ΤΙ ΤΡΩΝΕ ΑΛΛΑ ΠΩΣ ΤΟ ΤΡΩΝΕ

Όταν τρώνε κάνοντας και άλλα πράγματα, για παράδειγμα εργάζονται ή κοιτάζουν τηλεόραση, τότε έχουν τάση να τρώνε μεγαλύτερες ποσότητες. Όμως όταν τρώνε, να προσπαθούν να μην κάνουν τίποτε άλλο παρά μόνο να γεύονται και να απολαμβάνουν κάθε μπουκιά, τότε αντιλαμβάνονται καλύτερα το τι τρώνε και ιδιαίτερα πόση ποσότητα φαγητού καταναλώνουν.

Οποιαδήποτε δίαιτα ή προσπάθεια απώλειας περιττού βάρους σώματος, επιβάλλεται να συνοδεύεται από διαφώτιση όχι μόνο για το τι και πόσο πρέπει να τρώνε αλλά και από το πως πρέπει να τρώνε. Με τους γρήγορους και αγχώδεις ρυθμούς που ζούμε σήμερα, το να φάνε γίνεται πλέον ακόμη μια δουλειά που πρέπει να γίνει γρήγορα όπως όλες οι άλλες. Δεν είναι σπάνιες οι φορές που παίρνουν κάτι στα πεταχτά για να φάνε χωρίς χάσιμο χρόνου γιατί πρέπει να προλάβουν κάτι άλλο που θεωρούν σημαντικότερο. Τα γεύματα εργασίας έχουν γίνει ρουτίνα πλέον. Μπορεί να τρώνε στο χώρο εργασίας δουλεύοντας ή να οδηγούν για να πάνε κάπου και για να μην χάνουν χρόνο τρώνε οδηγώντας. Μπορεί ακόμη σε ένα γεύμα ή δείπνο εργασίας το φαγητό απλά να είναι το δόλωμα ή το πρόσχημα ενώ στην πραγματικότητα είναι εκεί για δουλειές. Ο γρήγορος τρόπος με τον οποίο τρώνε και ο συνδυασμός του φαγητού με άλλες δραστηριότητες δεν παρατηρείται μόνο στους ενήλικες. Το ίδιο συμβαίνει σήμερα και με τα παιδιά μας που ακολουθούν το παράδειγμα και το δικό μας ξέφρενο ρυθμό. Οι περισσότερες οικογένειες όταν τρώνε, κοιτάζουν και τηλεόραση. Είναι πράγματι σπάνιο κάποιος όταν τρώει να συγκεντρώνεται μόνο στο φαγητό του και να το απολαμβάνει χωρίς να κάνει κάτι άλλο.

ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία του απρόσεκτου αυτού τρόπου με τον οποίο τρώνε, είναι σημαντικές. Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του εγκεφάλου και του τρόπου με τον οποίο τρώνε. Εάν κατά τη διάρκεια του φαγητού, το μυαλό τους ασχολείται ταυτόχρονα και με άλλα πράγματα, τότε η διαδικασία της πέψης είναι λιγότερο αποτελεσματική κατά 30% έως 40%. Το αποτέλεσμα είναι πεπτικές αναταραχές με παραγωγή περισσότερων αερίων από τον πεπτικό σωλήνα, φούσκωμα και ενοχλήσεις στο έντερο.

Εκτός από τα υπερβολικά αέρια και το φούσκωμα, οι κυριότερες αρνητικές συνέπειες είναι η υπερφαγία και η παχυσαρκία. Όταν αρχίζουν να τρώνε, ο εγκέφαλος λαμβάνει σήματα από το πεπτικό σύστημα σχετικά με τις ποσότητες που έχουν προσλάβει. Όταν οι ανάγκες τους σε φαγητό κοντεύουν να συμπληρωθούν, τότε κέντρα του εγκεφάλου τους κάνουν να σταματήσουν να παίρνουν και άλλο φαγητό. Ο ρυθμιστικός αυτός μηχανισμός, δεν λειτουργεί κανονικά εάν όταν τρώνε κάνουν και άλλα πράγματα. Η αίσθηση της γεύσης, της ικανοποίησης και της πληρότητας δεν εκλαμβάνονται από το εγκέφαλο όπως θα έπρεπε διότι αυτός είναι

απασχολημένος με άλλες διεργασίες άλλων δουλειών ή πραγμάτων που κάνουν ή σκεφτόνται την ώρα του φαγητού. Το αποτέλεσμα είναι ότι ο εγκέφαλος δεν τους κάνει να σταματούν να τρώνε περισσότερο φαγητό. Η υπερφαγία και η παχυσαρκία που προκύπτουν έχουν ιδιαίτερα αρνητικές συνέπειες στην υγεία μας.

Εκτός από αυτόν τον μηχανισμό, δεν πρέπει να ξεχνούν ότι το στρες, η ψυχική τους διάθεση, η στέρηση ύπνου είναι επίσης παράγοντες που επηρεάζουν τα σήματα που στέλλει ο εγκέφαλος για την ανάγκη πρόσληψης φαγητών.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΩΣ ΤΡΩΜΕ

Το βασικότερο είναι να είναι προσεκτικοί όταν τρώνε να μην κάνουν αλλά πράγματα αλλά να συγκεντρώνονται με γνώση και συναίσθηση στην εμπειρία του φαγητού. Πρέπει όσο το δυνατό καλύτερα να αποφεύγουν να κάνουν άλλα πράγματα, να μην αφήνουν το μυαλό τους να πετά σε πολλές άλλες σκέψεις, διαλογισμούς και προβλήματα αλλά να συγκεντρώνονται στις απολαύσεις, στις γεύσεις, στις μυρωδιές, στο μάσημα και στην κατάποση αυτών που τρώνε.

Συνοπτικά τα μέτρα που θα τους βοηθήσουν στο να τρώνε προσεκτικά είναι:

Όταν τρώνε να αποφεύγουν να κάνουν οποιαδήποτε άλλα πράγματα. Να συγκεντρώνονται στο φαγητό, να απολαμβάνουν την πλούσια εμπειρία που τους προσφέρει και να προσπαθούν να απομακρύνουν οποιουδήποτε άλλους διαλογισμούς και σκέψεις.

Να τρώνε αργά

Να μασούν περισσότερο τις τροφές

Να τρώνε χωρίς να βλέπουν τηλεόραση ή να διαβάζουν εφημερίδες

Να κάθονται όταν τρώνε και να μη στέκονται.

Να βάζουν κανονικές ποσότητες φαγητού στο πιάτο τους και να προσπαθούν να τις τρώνε σε όχι λιγότερο από είκοσι λεπτά

Εάν είναι δεξιόχειρες να τρώνε με το αριστερό χέρι και εάν είναι αριστερόχειρες να τρώνε με το δεξί χέρι

Η σημασία του τρόπου με τον οποίο τρώνε είναι πολύ μεγάλη στην εποχή μας όπου η επιδημία της παχυσαρκίας μας απειλεί με πάρα πολλά δεινά. Κάθε προσπάθεια πρόληψης της υπερφαγίας, της πρόσληψης υπερβολικού βάρους σώματος και της παχυσαρκίας όπως επίσης και κάθε δίαιτα για απώλεια βάρους, πρέπει να συνοδεύονται και από μια διαφώτιση όχι μόνο για το τι τρώνε αλλά και σχετικά με τον ορθό τρόπο με τον οποίο πρέπει να τρώνε.

ΔΙΑΙΤΑ: Μεγάλο, πλούσιο και ισοζυγισμένο πρόγευμα για απώλεια και διατήρηση κανονικού βάρους σώματος

Το πρόγευμα μπορεί να είναι το κλειδί για μια επιτυχημένη δίαιτα. Το μεγάλο, πλούσιο σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες ισοζυγισμένο πρόγευμα μειώνει το αίσθημα της πείνας και της άμεσης ανάγκης για φαγητό ή για κάτι γλυκό κατά τη διάρκεια της ημέρας. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να επιτευχθεί μια σημαντική απώλεια περιττού βάρους σώματος. Το πρωί είναι μεγάλες οι ανάγκες του σώματος και ιδιαίτερα του εγκεφάλου μας σε ενέργεια. Τα επίπεδα αδρεναλίνης και κορτιζόνης είναι ψηλά και ο μεταβολισμός μας επιταχύνεται. Σε περίπτωση που δεν τρώνε ένα καλό πρόγευμα, ο οργανισμός μας ψάχνει να βρει ενέργεια που απαιτείται από το μεταβολισμό και τον εγκέφαλο από άλλη πηγή στο σώμα μας. Ενεργοποιεί εναλλακτικούς μηχανισμούς και αντλεί ενέργεια προκαλώντας καταβολισμό στους μυς γεγονός που δεν είναι ότι καλύτερο για τον όγκο και τη δύναμη τους. Στη συνέχεια κατά τη διάρκεια της ημέρας που δεν έχουν φαει ένα καλό πρόγευμα, οι προηγούμενοι εναλλακτικοί μηχανισμοί τους κάνουν να τρώνε περισσότερο και με προτίμηση στα λιπαρά. Το μεγάλο πρόγευμα με ψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, φρούτα και φυτικές ίνες μας κάνει να νιώθουν πιο γεμάτοι, λιγότερο πεινασμένοι και είναι ένα καλός τρόπος που βοηθά στο να ελέγχουν μακροπρόθεσμα καλά το σωματικό τους βάρος.

Με βάση αυτό το σκεπτικό, ερευνητές από τις Ηνωμένες Πολιτείες και τη Βενεζουέλα, χρησιμοποίησαν μια δίαιτα βασισμένη σε μεγάλο και πλούσιο πρόγευμα. Στην εν λόγω δίαιτα το πρόγευμα προσφέρει περίπου 50% των ημερήσιων αναγκών σε θερμίδες που χρειάζεται το άτομο που θέλει να κάνει δίαιτα. Το πρόγευμα αυτό, πλούσιο σε πρωτεΐνες και υδατάνθρακες, προσφέρει την απαραίτητη ενέργεια που χρειάζεται το σώμα το πρωί. Στο υπόλοιπο της ημέρας, το άτομο που κάνει τη δίαιτα, τρώει φαγητά πλούσια σε πρωτεΐνες και σύνθετους υδατάνθρακες. Λόγω του ότι η πέψη των πρωτεϊνών είναι αργή, το άτομο δεν αισθάνεται πείνα.

Στην έρευνα 94 γυναίκες που ήσαν παχύσαρκες, είχαν καθιστική ζωή και παρουσίαζαν το μεταβολικό σύνδρομο (παχυσαρκία, ψηλή πίεση, ψηλή χοληστερόλη, διαβήτης, αυξημένη περίμετρος κοιλιάς), χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Η πρώτη ομάδα ακολούθησε τη δίαιτα με το πλούσιο πρόγευμα που περιείχε 1.240 θερμίδες. Οι 640 θερμίδες ήσαν στο πρόγευμα. Η δεύτερη ομάδα ακολούθησε μια δίαιτα ψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες, χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες και με μόνο 1.085 θερμίδες. Οι 290 θερμίδες ήσαν στο πρόγευμα. Η διάρκεια της δίαιτας των δύο ομάδων ήταν 8 μήνες. Στους πρώτους 4 μήνες οι γυναίκες της δεύτερης ομάδας είχαν χάσει περισσότερο βάρος σώματος (12,7 κιλά) από τις γυναίκες της πρώτης ομάδας που λάμβαναν το μεγάλο πρόγευμα (10,4 κιλά). Ωστόσο στους 8 μήνες η κατάσταση αντιστράφηκε. Οι γυναίκες της δεύτερης ομάδας (μικρό πρόγευμα) είχαν κερδίσει 8,1 από τα κιλά που είχαν χάσει ενώ οι οι γυναίκες της πρώτης ομάδας (μεγάλο πρόγευμα) συνέχισαν να χάνουν βάρος (περίπου 7,4 κιλά η κάθε μία).

Συνολικά στους 8 μήνες, οι γυναίκες που λάμβαναν πλούσιο μεγάλο πρόγευμα, δήλωσαν ότι ένιωθαν λιγότερο πεινασμένες ιδιαίτερα τα πρωινά και είχαν χάσει 20% του σωματικού τους βάρους ενώ οι άλλες με το μικρό πρόγευμα έχασαν μόνο 5% του σωματικού τους βάρους. Συμπερασματικά βλέπουν ότι το πρόγευμα θα μπορούσε να είναι το σημαντικότερο γεύμα της ημέρας όσον αφορά στη δίαιτα για απώλεια περιττών κιλών και στη διατήρηση ενός κανονικού βάρους σώματος.

ΤΟ ΝΕΡΟ ΣΤΗ ΔΙΑΙΤΑ

Το νερό παρόλο που αποτελεί παράγοντα ζωτικής σημασίας για τον οργανισμό, δεν είναι θρεπτικό συστατικό, δε μεταβολίζεται. Περνά στο στομάχι ως πόσιμο είδος και από κει αναλλοίωτο ως προς τη δομή του, καταλήγει στο λεπτό και έπειτα στο παχύ έντερο. Το νερό δεν αποταμιεύεται στους ιστούς σε φυσιολογικές καταστάσεις (εξαιρείται η εγκυμοσύνη και η έμμηνος ρύση) αλλά διέρχεται από τα κύτταρα και αποβάλλεται από τον οργανισμό σε ποσό όσο εκείνο της πρόσληψής του.

Το νερό που προσλαμβάνει ο οργανισμός σε ένα 24ωρο είναι:

1. Το πόσιμο, σε ποσοστό 50% (1350 κιλ).
2. Αυτό που παρέχεται από τη διάσπαση της γλυκόζης για την ακρίβεια 12 με 14 γραμμάρια ανά 100 θερμίδες (450 λ).
3. Εκείνο που παίρνει από τις τροφές, τα νωπά χόρτα, τα λαχανικά, τα φρούτα και τους χυμούς του δηλαδή 25% (900 κιλ).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι σε συνηθισμένες συνθήκες ο οργανισμός απαιτεί 2700μλ νερό την ημέρα. Το ποσό αυτό μεταβάλλεται ανάλογα με τις κλιματολογικές συνθήκες, την εργασία κτλ. Σε τελική ανάλυση τα προσλαμβανόμενα υγρά πρέπει να είναι σε τέτοια αναλογία με τα αποβαλλόμενα, ώστε να διατηρείται σταθερό το ισοζύγιο νερού του οργανισμού.

Το νερό που αποβάλλεται από τον οργανισμό σε ένα 24ωρο είναι:

1. Εκείνο που αποβάλλεται από τα ούρα, σε ποσοστό 52%
2. Εκείνο που βρίσκεται στα κόπρανα, σε ποσοστό 4-6%
3. Με την εφίδρωση, σε ποσοστό 25%.
4. Το νερό που αποβάλλεται μέσω της εκπνοής που φτάνει το 18-20%.

ΜΕΡΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ ΣΤΗ ΔΙΑΙΤΑ:

- Θα πρέπει να ζυγίζουν ή να χρησιμοποιηθούν "μεζούρες" για τις τροφές έτσι ώστε να μάθουν να υπολογίζουν το μέγεθος της μερίδας.
- Οι τροφές που περιέχουν σύνθετες φυτικές ίνες απαιτούν περισσότερο χρόνο για να καταναλωθούν από τις τροφές που περιέχουν απλές φυτικές ίνες και ο κορεσμός (πληρότητα ή ικανοποίηση) επιτυγχάνεται με λιγότερες θερμίδες όταν κανείς καταναλώνει τροφές με σύνθετες φυτικές ίνες. Ελαττώνεται η κατανάλωση λιπαρών τροφών, οι οποίες αποτελούν την πλέον συγκεντρωμένη πηγή θερμίδων. Επιλέγεται άπαχο κρέας ή

πουλερικά χωρίς πέτσα και δεν τρώγεται περισσότερο από 180 gr. ημερησίως. Χρησιμοποιούνται μπαχαρικά, καρυκεύματα, χυμό λεμόνι ή άλλα πρόσθετα χαμηλών θερμίδων παρά βούτυρο, μαργαρίνη, ζωικό λίπος. Επιλέγεται άπαχο γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα με χαμηλά λιπαρά. Περιορίζεται η κατανάλωση φαγητών με κορεσμένο λίπος, όπως οι λουκουμάδες, το φύλλο της πίτας, τα κρουασάν, τα μπισκότα και άλλα αρτοσκευάσματα. Επιλέγονται φρέσκα φρούτα ή μπισκότα με χαμηλά λιπαρά παρά παγωτό, κέικ, πίτες ή μπισκότα με πολλά λιπαρά.

- Δεν πρέπει να υπάρξει απογοήτευση περιμένοντας γρήγορα και εύκολα αποτελέσματα. Η αύξηση του βάρους αποτελεί συνήθως μια σταδιακή διαδικασία όπως ακριβώς και η μείωση αυτού. Απλά συνεχίζεται το πρόγραμμα της διατροφής παράλληλα με τη γυμναστική, με επιμονή και υπομονή και γρήγορα θα υπάρξουν θετικά αποτελέσματα.

Συμπερασματικά, για την απώλεια βάρους, όταν δεν εμπλέκονται ειδικές παθολογικές αταστάσεις, εξαρτάται από την προσθήκη της φυσικής δραστηριότητας (αερόβια άσκηση) αρκεί ο "ζυγός" της ενεργειακής πρόσληψης από την μία σε σχέση με την ενεργειακή δαπάνη από την άλλη να κλίνει υπέρ του δεύτερου παράγοντα.

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ

Η πράξη δείχνει ότι η δραστική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι υπόθεση δίαιτας. Όλες οι άλλες μέθοδοι (χειρουργική, φάρμακα, ασκήσεις κ.λπ.) αποβλέπουν στο να δημιουργήσουν αρνητικό θερμιδικό ισοζύγιο. Εξάλλου το παχύσαρκο άτομο πολύ πιο εύκολα δέχεται μια υποθερμιδική δίαιτα παρά ένα πρόγραμμα βαριάς σωματικής άσκησης, όπου τα αποτελέσματα είναι πολύ αμφίβολα αν η άσκηση δεν συνδυάζεται με αντίστοιχα μειωμένη πρόσληψη θερμίδων. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι οι παχύσαρκοι προσλαμβάνουν περισσότερες θερμίδες απ' τα φυσιολογικά στο βάρος άτομα, αν και οι περισσότεροι υπερσιτίζονται. Αν ορισμένοι παχύσαρκοι υποστηρίζουν ότι τρώνε λίγο και παχαίνουν σε σύγκριση με άλλους, αυτό εν μέρει είναι αληθινό. Αυτό που πρέπει να καταλάβουν είναι ότι προσλαμβάνουν περισσότερες θερμίδες από εκείνες που χρειάζονται.

Επομένως για να μειώσουν το βάρος τους θα πρέπει να ακολουθήσουν μία δίαιτα υποθερμιδική.

Οι στόχοι της διατροφικής φροντίδας για την απώλεια λίπους είναι οι εξής:

1. Να ελαττωθεί το λίπος του σώματος ώστε να επιτευχθεί ένα βάρος κοντά στο 20% του ιδανικού.
2. Να αναπτυχθούν πιο υγιεινές συνθήκες διατροφής.
3. Να προληφθεί απώλεια μυϊκής μάζας (LMB) κατά την ελάττωση του σωματικού βάρους.

4. Να διατηρηθεί το μειωμένο βάρος του σώματος.

Οι συνιστώμενες δίαιτες πρέπει να περιέχουν όλα τα θρεπτικά συστατικά και να είναι εφαρμόσιμες ξεχωριστά για κάθε περιστατικό. Ούτε η νηστεία, ούτε οι "εύκολες μέθοδοι διαίτας" δεν δίνουν τα επιθυμητά αποτελέσματα για την απώλεια του λίπους του σώματος.

Οι σύγχρονες έρευνες δείχνουν ότι οι δίαιτες για απώλεια βάρους για να είναι ασφαλείς, ουσιαστικές και πραγματικές ως προς το αποτέλεσμα πρέπει:

1. είναι χαμηλές σε θερμίδες αλλά να περιέχουν όλα τα θρεπτικά συστατικά για την σωστή λειτουργία του οργανισμού.
2. Να αποτελούνται από μεγάλες ποικιλίες τροφίμων, κάθε προτίμησης, και να βοηθήσουν την τάση πείνας ανάμεσα στα γεύματα.
3. Να είναι προσαρμοσμένες στο ρυθμό της ζωής του πελάτη / ασθενή, για να υπάρχει εύκολη πρόσληψη τόσο στο σπίτι όσο και εκτός σπιτιού.
4. Να είναι υπολογισμένες προς μια φυσιολογική απώλεια βάρους, 900 – 1000 gr./ εβδομάδα.
5. Να είναι δίαιτες μακροπρόθεσμες (εφόσον εκπληρώνει τα πρώτα 3 παραπάνω στάδια) και να συνεχίζονται και όταν φτάσουμε στο επιθυμητό βάρος.



ΚΑΝΟΝΕΣ ΣΩΣΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Οι διατροφικοί χειρισμοί συνιστούν το σημαντικότερο μέρος της προσπάθειας απώλειας βάρους, καθώς περιλαμβάνουν εκτός από διαιτολόγιο χαμηλής ενεργειακής πρόσληψης και συμβουλές για τους κανόνες διατροφής (π.χ. αριθμός γευμάτων, μέγεθος γευμάτων, συχνότητα γευμάτων, κλπ):

- ✓ Να τρώνε πάντοτε καθιστοί στο τραπέζι
- ✓ Να τρώνε πρωινό κάθε μέρα
- ✓ Να τρώνε σε ατμόσφαιρα ηρεμίας και συντροφικότητας
- ✓ Να τρώνε αργά. Να μην καταβροχθίζουν γρήγορα τα γεύματα τους
- ✓ Να αποφεύγουν να βλέπουν τηλεόραση ταυτόχρονα με τα γεύματα
- ✓ Να οργανώνουν τα γεύματα ανά τακτά σταθερά διαστήματα
- ✓ Να προτιμάνε τρόπους μαγειρέματος χωρίς πολλά λιπαρά
- ✓ Να αποφεύγουν τα πολλά αεριούχα αναψυκτικά
- ✓ Να τρώνε «μεσογειακά», δηλαδή να προτιμούν λαδερά φαγητά, λαχανικά, όσπρια, σούπες, ψωμί
- ✓ Να προετοιμάζουν το κολατσιό των παιδιών στο σχολείο από το σπίτι ώστε να αποφεύγουν τα «έτοιμα» παρασκευάσματα του κυλικείου
- ✓ Να τρώνε συχνά ψάρι
- ✓ Να τρώνε άφθονα φρέσκα λαχανικά, κυρίως εποχής
- ✓ Να τρώνε φρούτα είναι σύμμαχοι της υγείας

- ✓ Να προτιμάνε το ψωμί ολικής άλεσης στα γεύματά τους
- ✓ Να πίνουν πολύ νερό κάθε μέρα
- ✓ Να αποφεύγουν τα σκληρά ποτά (λικέρ, κοκτέιλ), καταναλώνετε με μέτρο το κρασί
- ✓ Να αποφεύγουν τη ζάχαρη και όλα τα προϊόντα που την περιέχουν
- ✓ Να προτιμάνε το ελαιόλαδο στα φαγητά τους, κατά προτίμηση ωμό

ΠΩΣ ΧΑΝΕΤΕ ΚΙΛΑ ΤΡΩΓΟΝΤΑΣ ΧΩΡΙΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΥΣ

Η λέξη δίαιτα έχει γίνει συνώνυμη με στέρηση και τιμωρία. Πρέπει λοιπόν να πάρουν θάρρος από τις παρακάτω στρατηγικές και να χάσουν τα κιλά που θέλουν τρώγοντας ό,τι θέλουν. Η δίαιτα δεν πλησιάζει καθόλου. Το μόνο που ζητείται είναι να συμφωνήσουν να είναι πιο ανοιχτοί στις διατροφικές επιλογές τους. Έρευνες δείχνουν ότι για κάθε απώλεια 1/2κιλού χάνουν 1/2εκατοστό από την κοιλιά.

Κανόνας 1

5 γεύματα την ημέρα

Αυτό σημαίνει 3 κυρίως γεύματα και 2 ενδιάμεσα. Σύμφωνα με έρευνα που δημοσιεύτηκε στο επιστημονικό περιοδικό American Journal of Epidemiology, οι άντρες που κατανάλωναν 4 ή 5 γεύματα την ημέρα είχαν τις μισές πιθανότητες να παρουσιάσουν παχυσαρκία σε σχέση με αυτούς που έτρωγαν 3 φορές την ημέρα. Αυτό δεν σημαίνει όμως 3 τεράστια κυρίως γεύματα και «σνακ» των 900 θερμίδων.

Κανόνας 2

Συμπλήρωμα με φυτικές ίνες

Οι φυτικές ίνες είναι η καλύτερη τροφή που μπορούν να φάνε εάν θέλουν να χάσουν βάρος. Γιατί; Καταρχήν, επιβραδύνουν το ρυθμό της χώνεψης. Αυτό σημαίνει ότι αισθάνονται χορτασμένους για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και μειώνουν την ανάγκη για κάτι γλυκό. Επειδή οι ίνες έχουν την τάση να δεσμεύονται με άλλες τροφές βοηθούν στην απομάκρυνση θερμίδων από τον οργανισμό.

Έρευνα του υπουργείου Γεωργίας των ΗΠΑ (USDA) έδειξε ότι άτομα που καταναλώνουν 24 γραμμάρια φυτικών ινών την ημέρα κερδίζουν 90 θερμίδες. Αυτό σημαίνει ότι τρώγοντας μόνο περισσότερες ίνες χωρίς να αλλάξουμε τίποτε άλλο μπορούμε να χάσουμε σχεδόν 5 κιλά σε έναν χρόνο.

Στόχος: 5 γραμμάρια φυτικών ινών σε κάθε γεύμα. 5 γραμμάρια και πάνω

* 1 φλιτζάνι δημητριακών που να περιέχει πίτουρο. Αν δεν υπάρχει αυτό το συστατικό, κοίταξε τη διατροφική αξία στη συσκευασία. Ένα φλιτζάνι πρέπει να περιέχει 5 γραμμάρια φυτικές ίνες.

* 1 φλιτζάνι μαγειρεμένα όσπρια (όλα τα είδη: μαυρομάτικα, φακές, κόκκινα, κ.λπ.). Μπορεί να είναι κονσέρβας ή βρασμένα. 2-4 γραμμάρια

* 1 μέτριο μήλο, αχλάδι, πορτοκάλι ή μπανάνα.

- * 1 φλιτζάνι φρούτων που τελειώνουν σε μούρο.λ
- * 1/2 φλιτζάνι βρασμένα φασολάκια, καρότα, μπρόκολο, κουνουπίδι, σπαράγγια ή σπανάκι.
- * 30 γραμμάρια(περίπου μία χούφτα) αμύγδαλα, φιστίκια (κι Αιγίνης), κάσιους, ηλιόσπορους.
- * 1 φλιτζάνι βρασμένο μαύρο ρύζι ή 2 φέτες ψωμί ολικής αλέσεως (κοίτα πάλι τη συσκευασία για να βεβαιωθείς).

Κανόνας 3

Να μην μετρούν τις θερμίδες

Η καλή διαίτα γίνεται αβίαστα. Τρώγοντας συχνά τις σωστές τροφές, θα εξαλείψουν την πείνα κι αυτομάτως θα ελέγχουν τις θερμίδες που καταναλώνουν. Να μην περιορίζουν την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών.

Δεν υπάρχει όριο στα φρούτα και τα λαχανικά. Με εξαίρεση τις πατάτες, περιέχουν λίγες θερμίδες, λίγο άμυλο και πολλές ίνες.

Λίγη πρωτεΐνη σε κάθε γεύμα.

Να κάνουν τον κόπο να προσθέτουν 2μερίδες πρωτεΐνης οποιασδήποτε μορφής σε κάθε γεύμα.

Νασυμπεριλάβουνγιαούρτι,γάλα,τυρί,μοσχάρι,κοτόπουλο,γαλοπούλα, ψάρι, χοιρινό,αυγά και ξηρούς καρπούς.Θα πρέπει να λάβουν 8 γραμμάρια λευκίνης κάθε μέρα, ένα αμινοξύ το οποίο είναι απαραίτητο για την ενίσχυση του μεταβολισμού και τη συντήρηση μυϊκής μάζας όσο θα χάνουν βάρος.

Να μην φοβούνται το λίπος

Αμερικανοί ερευνητές του ιατρικού κέντρου City of Hope στην Καλιφόρνια αναφέρουν ότι οι άντρες που ακολούθησαν δίαιτα με μειωμένες θερμίδες και υψηλά λιπαρά έχασαν 68% περισσότερο βάρος σε 6 μήνες σε σχέση με αυτούς που ακολούθησαν δίαιτα με χαμηλά λιπαρά, αλλά με τις ίδιες θερμίδες της πρώτης ομάδας.Όταν αντικαθιστούν μερικά από τα άμυλα με λίπος,τότε ο οργανισμός παίρνει περισσότερο χρόνο να χωνέψει κι έτσι μένουν χορτασμένοι για περισσότερο χρόνο και τρώνε λιγότερο.Να δώσουν έμφαση στα καλά λίπη, όπως ελαιόλαδο και ξηρούς καρπούς.

ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΙΤΑ

Υπάρχουν άνθρωποι -μάλλον δυστυχισμένοι- που βρίσκονται συνεχώς σε δίαιτα.Υπάρχουν όμως και άλλοι -ίσως ευτυχείς- που ναι μεν κάνουν δίαιτα, αλλά για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.Γι' αυτούς η δίαιτα έχει ημερομηνία λήξης.Ύστερα όμως από μία δίαιτα που έχει περιορισμούς στο είδος και στην ποσότητα του φαγητού, ακολουθεί η συντήρηση. Η συντήρηση είναι ένα διάστημα κατά το οποίο αυτός που έκανε δίαιτα μαθαίνει πώς θα ξεκινήσει σιγά-σιγά να τρώει πάλι "κανονικά", δηλαδή να τρώει τα πάντα στις ποσότητες που έχει ανάγκη.Όσο πιο αυστηρή είναι μία δίαιτα, τόσο πιο πολύ κρατάει η συντήρηση.Μία μέση συντήρηση διαρκεί περίπου 1 μήνα.Στο διάστημα της συντήρησης το βάρος αυξάνει λίγο και

στη συνέχεια σταθεροποιείται. Για το λόγο αυτόν, όταν κάποιος κάνει δίαιτα, καλό είναι να χάνει 1-2 κιλά περισσότερα από το ιδανικό του βάρος, γιατί τα κιλά αυτά έτσι κι αλλιώς θα τα πάρει στη συντήρηση. Η επιτυχία μίας δίαιτας δεν κρίνεται από το αποτέλεσμα αλλά από τη μονιμότητα του αποτελέσματος.

Η σημασία της συντήρησης

Το διάστημα της συντήρησης είναι πολύ σημαντικό στη διαδικασία της δίαιτας. Στο διάστημα αυτό το άτομο είναι ικανοποιημένο από την απώλεια του βάρους του και δεν έχει το άγχος της προσπάθειας. Τώρα είναι η κατάλληλη εποχή για να εκπαιδευτεί διατροφικά και να αποκτήσει διατροφική συνείδηση. Αν κάποιος μετά τη δίαιτα αφεθεί ελεύθερος να φάει ότι και όπως νομίζει, τότε η όλη προσπάθεια της δίαιτας θα πάει σίγουρα χαμένη. Μετά τη δίαιτα ο καθένας μπορεί να νιώθει στερημένος και η λαχτάρα του για φαγητό να είναι τέτοια ώστε να ξεκινήσουν να τρώνε χάνοντας κάθε μέτρο. Με τη συντήρηση μπαίνουν κάποια όρια και τίθενται κάποιοι στόχοι. Αν το άτομο πετύχει και πειθαρχήσει στους κανόνες της συντήρησης, τότε θα μπορεί να είναι αισιόδοξο για το μέλλον.

Πως γίνεται η συντήρηση: Τα 5 βασικά στάδια

Η συντήρηση έχει ως απώτερο στόχο να κάνει το άτομο να τρώει σε όλη την υπόλοιπη ζωή του ισορροπημένα. Γι' αυτό γίνεται σε στάδια. Το κάθε στάδιο έρχεται να συμπληρώσει το προηγούμενο. Τα βασικά στάδια της συντήρησης είναι πέντε:

- **Το στάδιο της καθιέρωσης των 5-6 γευμάτων:** Στο στάδιο αυτό όποιος έκανε δίαιτα συνεχίζει να τρώει ότι ακριβώς έτρωγε και κατά το διάστημα της δίαιτάς του, αλλά τώρα πια την ποσότητα του φαγητού του, τη χωρίζει σε 5 γεύματα την ημέρα: πρωινό, ενδιάμεσο, μεσημεριανό, ενδιάμεσο και βραδινό. Τα 5 γεύματα μπορούν να γίνουν και 6, αν μετά το βραδινό προστεθεί ένα ακόμη γεύμα. Το στάδιο αυτό διαρκεί 1 εβδομάδα. Τα 5-6 γεύματα την ημέρα είναι προϋπόθεση για μία ισορροπημένη διατροφή.
Σε αυτό το στάδιο το άτομο τρώει 5-6 φορές την ημέρα.
- **Το στάδιο του πλήρους πρωινού:** Αφού καθιερωθούν τα 5-6 γεύματα την ημέρα, έρχεται η ώρα της οργάνωσης του καλού πρωινού. Το άτομο μαθαίνει να παίρνει πλήρες πρωινό, ενώ την υπόλοιπη μέρα εξακολουθεί να τρώει ό,τι έτρωγε και όταν έκανε δίαιτα. Ένα καλό πρωινό δεν είναι σταθερό σε σύνθεση. Μπορεί -για παράδειγμα- να περιλαμβάνει γάλα ή γιαούρτι, φρυγανιά και φρούτο ή γάλα ή γιαούρτι, ψωμί, μαρμελάδα και αυγό, ή γάλα ή γιαούρτι και τοστ. Το στάδιο του πρωινού διαρκεί 3 ημέρες περίπου.
Σε αυτό το στάδιο το άτομο τρώει 5-6 φορές την ημέρα και έχει ελεύθερο και πλήρες πρωινό.

- **Το στάδιο των ενδιάμεσων γευμάτων:** Ένας ενήλικος χρειάζεται 3 φρούτα την ημέρα. Η καλύτερη λύση είναι η καθιέρωση των φρούτων στις ενδιάμεσες ώρες φαγητού. Το άτομο στο στάδιο αυτό έχει φτάσει να τρώει καλό πρωινό, 3 φρούτα την ημέρα και να καταναλώνει στα κύρια γεύματα της ημέρας ό,τι συνήθιζε να τρώει και όταν έκανε δίαιτα. Το στάδιο αυτό διαρκεί 3-4 ημέρες. Σε αυτό το στάδιο το άτομο τρώει 5-6 φορές την ημέρα, έχει πλήρες πρωινό και τρώει φρούτα στα ενδιάμεσα γεύματα.
- **Το στάδιο του μεσημεριανού:** Εδώ πλέον το άτομο εξακολουθεί να τρώει για βραδινό ότι έτρωγε και όταν έκανε δίαιτα, αλλάζει όμως μεσημεριανό. Το μεσημεριανό φαγητό γίνεται πολύ μικρό σε όγκο, αλλά έχει ποικιλία στη σύνθεση.

Ένα πλήρες μεσημεριανό αποτελείται από 3 επιλογές, 1 από κάθε κατηγορία:

1η κατηγορία σαλάτα, λαδερό

2η κατηγορία ψωμί, ρύζι, πατάτα, ζυμαρικά, όσπρια

3η κατηγορία κρέας, ψάρι, κοτόπουλο, γαλοπούλα, αυγό, τυρί (Παραδείγματα πλήρους μεσημεριανού: Φασολάκια με τυρί και ψωμί ή σαλάτα και κοκκινιστό με μακαρόνια). Το στάδιο αυτό διαρκεί 1 εβδομάδα περίπου και είναι πολύ σημαντικό μέσα στην όλη διαδικασία της συντήρησης.

Σε αυτό το στάδιο το άτομο τρώει πλήρες πρωινό και μεσημεριανό, έχει φρούτα στα ενδιάμεσα γεύματα και τα γεύματά του είναι καθημερινά 5-6.

- **Το στάδιο του βραδινού:** Εδώ έρχεται η ώρα να γίνει και το βραδινό όπως το μεσημεριανό. Το άτομο πλέον έχει 2 πλήρη και ισορροπημένα κύρια γεύματα, τα οποία συνθέτει μόνο του, έχοντας βέβαια υπόψη του να συνδυάζει τις φυτικές ίνες της πρώτης κατηγορίας με το άμυλο της δεύτερης κατηγορίας και τις πρωτεΐνες της τρίτης. Το βραδινό γεύμα είναι μικρό και θα εξακολουθήσει να είναι μικρό μέχρι να ολοκληρωθεί σε 1 εβδομάδα και αυτό το στάδιο της συντήρησης. Στο στάδιο αυτό το άτομο τρώει λίγο, αλλά ισορροπημένα. Μετά το τέλος και της συντήρησης Όταν τελειώσει και η συντήρηση, ο καθένας είναι πλέον ελεύθερος να συνεχίσει να ζει εντελώς ανεξάρτητος και να κάνει ελεύθερα την επιλογή του φαγητού του. Δεν θα πρέπει να ξεχάσει όμως όλα όσα έμαθε στο διάστημα της συντήρησής του. Θα πρέπει επίσης να θυμάται κάποιες βασικές αρχές που αφορούν τη διατροφή του και οι οποίες θα τον βοηθήσουν να παραμείνει αδύνατος και υγιής.

ΔΙΑΙΤΑ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΒΑΡΟΥΣ

Ο καθένας πρέπει να καταλαβαίνει μερικούς όρους που χρησιμοποιούνται πολύ, πριν μιλήσουμε για έλεγχο βάρους. Το κανονικό βάρος μπορεί να μεταφραστεί σαν μέσο, επιθυμητό ή σύνηθες. Κανονικό βάρος είναι αυτό που ταιριάζει για διατήρηση της καλής υγείας ενός συγκεκριμένου ατόμου κάποιο καθορισμένο χρόνο. Υπερβολικό βάρος ορίζεται το βάρος που είναι 10-20% μεγαλύτερο του μέσου.

Παχυσαρκία λέγεται η κατάσταση όπου το υπερβολικό βάρος (λόγο λίπους) υπερβαίνει το 20% του μέσου βάρους. Μειωμένο ή χαμηλό βάρος είναι αυτό που είναι 10-15% κάτω του μέσου. Το βάρος του σώματος αποτελείται από υγρά, όργανα, λίπος, μυς και οστά σε μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ των ατόμων. Ακόμη το ύψος, η ηλικία η φυσική κατάσταση, η κληρονομικότητα, το φύλο και γενικά το μέγεθος του περιγράμματος (μικρό, μέτριο, μεγάλο) είναι όλα συντελεστές στον καθορισμό του βάρους. Για παράδειγμα ένας άντρας με ύψος 6'2'' (1,88m), με θώρακα 44'' (1,12m), με μήκος χεριών 36'' (0,91m) και καρπό 8 1/2'' (0,215m) θα ζυγίζει περισσότερο από έναν άνδρα με ύψος 6'2'' (1,88m), με θώρακα 40'' (1,02m), με μήκος χεριού 35'' (0,89m) και καρπό 7 1/2'' (0,19m), διότι έχει περισσότερο σωματικό ιστό.

Οι επαγγελματίες ποδοσφαιριστές, λόγω του μεγάλου ποσού μυών που αναπτύσσουν, είναι τέτοια παραδείγματα. Όμως όταν αποσύρονται και ελαττώνουν την φυσική τους δραστηριότητα, αυτό οι μύες μπορούν να αλλάξουν προς λίπος. Αν το βάρος παραμείνει το ίδιο θα θεωρηθούν παχύσαρκοι, επειδή η αναλογία σε λίπος θα είναι πολύ μεγάλη. Η μέτρηση του λίπους του σώματος μετράτε με διαβήτη. Επειδή το λίπος κάτω από το δέρμα επάνω στο στομάχι και στον βραχίονα είναι αντιπροσωπευτικά του ποσοστού του λίπους όλου του σώματος, συνήθως αυτά μετράμε αν χρειάζεται να εκτιμήσουμε το ποσοστό του λίπους. Αν είναι περισσότερο από 1 1/2 ίντσας (38mm) κάποιος θεωρείται υπερβολικά βαρύς. Αν είναι κάτω από 1/2 ίντσας (12mm) κάποιος θεωρείται μικρότερου βάρους από το κανονικό. Ένα μέσο ποσό λίπους είναι απαραίτητο συστατικό του σώματος. Αποτελεί εφεδρική ενέργεια, προστατεύει το σώμα από τραυματισμούς και δρα σαν μόνωση. Ο τελικός καθορισμός του επιθυμητού βάρους εξαρτάται από την κοινή λογική. Συνήθως μπορούν να δούν αν κάποιος έχει υπερβολικό βάρος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑ

ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΜΕ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΑ

Σε όλες σχεδόν τις μελέτες παρατηρήθηκε μεγαλύτερη απώλεια βάρους όταν η δίαιτα απίσχνανσης συνδυαζόταν με κάποιου βαθμού αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Η αύξηση αυτή όμως, ήταν σχετικά μικρή. Πολύ ερευνητές έχουν θέσει το ερώτημα: «Εάν σε αυστηρά περιοριστικές δίαιτες προσθέσουμε άσκηση, μειώνεται ή προλαμβάνεται το σύνθητες ανεπιθύμητο αποτέλεσμα των διαιτών αυτών, που είναι η ελάττωση της μυϊκής μάζας;» Οι περισσότερες παρατηρήσεις δείχνουν ότι πράγματι αυτό συμβαίνει.

Φαίνεται ότι η δυνατότητα απώλειας βάρους με την προσθήκη άσκησης, εξαρτάται και από την περιεκτικότητα της δίαιτας σε λίπος. Η τακτική άσκηση αυξάνει τον αριθμό των θερμίδων που καταναλώνονται από το λίπος. Εάν οι χορηγούμενες ως λίπος θερμίδες μειωθούν ενώ αυξάνεται η απώλεια λίπους με την άσκηση, το τελικό ισοζύγιο θα είναι σαφώς αρνητικό και το συνολικό σωματικό λίπος θα μειωθεί ταχύτερα. Συγχρόνως η χορήγηση αντίστοιχα μεγαλύτερου ποσού θερμίδων από υδατάνθρακες, θα ελαττώσει το αίσθημα της χρόνιας κόπωσης που εκτός των άλλων μειώνει και τη διάθεση των παχύσαρκων για άσκηση. Παρά το γεγονός ότι η παραπάνω υπόθεση δεν έχει υιοθετηθεί από όλους τους ερευνητές, δεν παύει να είναι μια δελεαστική πρόταση που χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση.

Παρά λοιπόν το μικρό συνολικά κέρδος σε απόλυτα μεγέθη, ο συνδυασμός δίαιτας και άσκησης είναι πολλαπλά ωφέλιμος, ιδίως όσο αφορά τη διατήρηση της μυϊκής μάζας.

ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Στη σύγχρονη κοινωνία μας, τόσο οι ενήλικοι όσο και τα νεαρά άτομα δεν έχουν ιδιαίτερα μεγάλη μυϊκή δραστηριότητα. Μολαταύτα, κατά την εφηβική και την πρώτη μετεφηβική ηλικία, ο χρόνος που αφιερώνεται σε ελαφρά ως και έντονη μυϊκή δραστηριότητα είναι κάπως μεγαλύτερος σε σύγκριση με εκείνο που διατίθεται για τον ίδιο σκοπό σε μεγαλύτερη ηλικία. Τόσο τα κορίτσια όσο και τα αγόρια εξακολουθούν να διαθέτουν ποσοστό μεγαλύτερο από τα 90% του ελεύθερου χρόνου τους για ύπνο, είτε σε δραστηριότητες που μπορούν να χαρακτηρίζονται ως πολύ ελαφρά μυϊκή δραστηριότητα. Η ικανότητα για εκτέλεση μυϊκού έργου εξαρτάται από διεργασίες που αποδίδουν ενέργεια στους μυς. Για τη λειτουργία τους οι μυς χρειάζονται οξυγόνο που παραλαμβάνεται με τους πνεύμονες από την ατμόσφαιρα και μεταφέρεται στους μυς με το αίμα. Γι' αυτό η ικανότητα για

επιτέλεση μυϊκού έργου περιορίζεται όταν η διεργασία αυτή είναι ελαττωματική σε οποιοδήποτε στάδιό της, όπως συμβαίνει σε πνευμονική ανεπάρκεια, καρδιακή ανεπάρκεια, είτε ελαττωμένη ικανότητα του περιφερικού κυκλοφορικού συστήματος (αγγεία) για την παροχή επαρκούς αίματος στους μυς (αιμάτωση των μυών).

Σε ορισμένες νόσους των πνευμόνων καθώς και σε καπνιστές, ο περιοριστικός παράγων είναι η ικανότητα των πνευμόνων να εμπλουτίζουν το αίμα με οξυγόνο, στις περισσότερες όμως περιπτώσεις ο περιοριστικός παράγων είναι ο βαθμός επάρκειας του κυκλοφορικού συστήματος. Κατά την επιτέλεση μυϊκού έργου, προκαλείται μια εκτροπή αίματος, στο μέγιστο δυνατό βαθμό, από τα διάφορα άλλα όργανα του σώματος προς τους μυς και το μυοκάρδιο (αύξηση της αιμάτωσης των μυών, με παράλληλη σχετική μείωση της αιμάτωσης άλλων ιστών και οργάνων του σώματος).

Με αυτό τον τρόπο, μαζί με την αύξηση του ρυθμού της παροχής αίματος από τη καρδιά, η παροχή αίματος προς τους λειτουργούντες μυς γίνεται ως και τριάντα φορές μεγαλύτερη σε σύγκριση με την αιμάτωση ηρεμίας τους. Η αναιμία περιορίζει την ικανότητα του αίματος για μεταφορά οξυγόνου και κατά συνέπεια περιορίζει σε σημαντικό βαθμό την ικανότητα για την επιτέλεση μυϊκού έργου. Σε φυσιολογικά άτομα, που διάγουν όμως καθιστική ζωή, ο περιοριστικός παράγων συνήθως είναι η περιορισμένη επάρκεια του κυκλοφορικού συστήματος.

Το αποτέλεσμα είναι ότι σε αυτά τα άτομα η καρδιά αναγκάζεται να καταβάλλει σημαντική προσπάθεια για την παροχή αυξημένου ποσού αίματος (αύξηση της αιμάτωσης των ιστών του σώματος), που σε άλλα προπονημένα άτομα, παρέχεται με πολύ μεγαλύτερη ευκολία. Επειδή για την επιτέλεση μυϊκού έργου απαιτείται ενέργεια που προέρχεται από οξειδώσεις ουσιών, το έργο αυτό πάντοτε συσχετίζεται με ανάλογα αυξημένη πρόσληψη και κατανάλωση οξυγόνου από τους μυς, και κατά συνέπεια, και την ανάλογα αυξημένη πρόσληψη οξυγόνου από την ατμόσφαιρα με τους πνεύμονες. Έτσι, η μέγιστη ποσότητα οξυγόνου που μπορεί ένα άτομο να προσλαμβάνει με τους πνεύμονές του, κατά την επιτέλεση βαριάς μυϊκής εργασίας, αποτελεί ένα δείκτη του επιπέδου της φυσικής του κατάστασης. Για τον μέσο μεσήλικα άνδρα, η ποσότητα αυτή είναι κάπου 35 ως 40 κυβικά εκατοστόμετρα οξυγόνου ανά kg σωματικού βάρους ανά λεπτό.

Όμως, σε καλά προπονημένους νεαρούς αθλητές, η μέγιστη αυτή πρόσληψη οξυγόνου είναι δυνατό να φτάνει και στα 70 κυβικά εκατοστόμετρα ανά kg σωματικού βάρους ανά λεπτό. Παρά ταύτα, κατά την επιτέλεση βαριάς μυϊκής εργασίας, παρά τη μεγάλη αύξηση του ποσού του οξυγόνου που μεταφέρεται στους μυς, αυτό δεν επαρκεί για την απελευθέρωση όλης της ενέργειας που απαιτείται για την επιτέλεση αυτού του έργου.

Στις περιπτώσεις αυτές, ένα μέρος από το γλυκογόνο των μυών διασπάται αναερόβια, δηλαδή χωρίς οξειδωτικές διεργασίες, αποδίδοντας επιπρόσθετη ενέργεια, με αποτέλεσμα την παραγωγή γαλακτικού οξέος. Δηλαδή στις περιπτώσεις αυτές δημιουργείται στον οργανισμό μια

κατάσταση που μπορεί να χαρακτηρίζεται ως "χρέος οξυγόνου." Το έργο που επιτελείται με ενέργεια που απελευθερώνεται με αυτό τον τρόπο χαρακτηρίζεται ως αναερόβιο έργο. Μετά το τέλος μιας τέτοιας βαριάς μυϊκής εργασίας, το άτομο εξακολουθεί να αναπνέει έντονα και να προσλαμβάνει και να καταναλίσκει οξυγόνο με ρυθμό μεγαλύτερο από τον συνήθη ρυθμό σε ηρεμία, για αρκετά λεπτά, μέχρις ότου οι μεταβολικές διεργασίες στο σώμα του να επανέλθουν στον πριν από την μυϊκή εργασία ρυθμό. Δηλαδή, κατά το χρονικό αυτό διάστημα πραγματοποιείται η "αποπληρωμή του χρέους οξυγόνου." Όταν το μυϊκό έργο επιτελείται με βραδύτερο ρυθμό, χωρίς την παραγωγή γαλακτικού οξέος, αυτό χαρακτηρίζεται ως αερόβιο έργο. Για τα περισσότερα φυσιολογικά άτομα, το όριο για αερόβιο έργο αντιστοιχεί περίπου στην ενέργεια που απαιτείται για έντονο βάδισμα σε οριζόντιο έδαφος, δηλαδή σε κατανάλωση 5 θερμίδων (Kcal) ανά λεπτό, ή κατανάλωση οξυγόνου λίγο περισσότερο από ένα λίτρο ανά λεπτό. Η κατανάλωση αυτή είναι τέσσερις ως πέντε φορές μεγαλύτερη από εκείνη του βασικού μεταβολισμού. Το έργο που επιτελείται με αυτόν τον χαμηλότερο ρυθμό χαρακτηρίζεται ως έργο σταθερής κατάστασης, γιατί είναι δυνατό να συνεχίζεται σχεδόν απεριόριστα χωρίς να εμφανίζεται κόπωση. Η διάρκεια της επιτέλεσης μυϊκού έργου χωρίς διακοπή εξαρτάται και από το ρυθμό της επιτέλεσής του. Εάν το επιτελούμενο έργο είναι αερόβιο, διαλείμματα ανάπαυσης δεν χρειάζονται.

Αντίθετα, κατά την επιτέλεση αναερόβιου έργου, απαιτείται η παρεμβολή διαλειμμάτων ανάπαυσης, που είναι δυνατό να υπολογίζονται με τον ακόλουθο απλό τρόπο: εάν για το έργο απαιτούνται 7,5 Kcal/min, και η αερόβια ικανότητα του ατόμου είναι μόνο 5 Kcal/min, τότε για κάθε μιας ώρας εργασία απαιτούνται 30 λεπτά ανάπαυσης κατά την οποία βέβαια αποπληρώνεται το "χρέος οξυγόνου." Εάν το έργο απαιτεί 10 Kcal/min, και η αερόβια ικανότητα του ατόμου είναι και πάλι 5 Kcal/min, τότε τα διαλείμματα ανάπαυσης πρέπει να διαρκούν όσο και οι περίοδοι εργασίας. Για μεγαλύτερη απόδοση, πρέπει τόσο οι περίοδοι εργασίας όσο και της ανάπαυσης να είναι βραχείες, π.χ., δέκα λεπτά εργασίας και πέντε λεπτά ανάπαυσης για το πρώτο παράδειγμα, και πέντε λεπτά εργασίας και πέντε λεπτά ανάπαυσης για το δεύτερο παράδειγμα. Η άμεση πηγή της ενέργειας για τη μυϊκή συστολή είναι η τριφωσφορική αδενοσίνη (ATP), που συντίθεται με ενέργεια που προέρχεται με τις συνήθεις μεταβολικές οδούς, ή, βραχυπρόθεσμα, από τη φωσφοκρεατίνη, που περιέχεται μέσα στις μυϊκές ίνες. Η κρεατίνη είναι αζωτούχος ουσία που προέρχεται από αμινοξέα. Συνδέεται με φωσφορική ρίζα, με ενέργεια που απελευθερώνεται από την ATP, οπότε σχηματίζονται φωσφοκρεατίνη και ADP (διφωσφορική αδενοσίνη).

Θεωρητικά, το είδος της ουσίας που μεταβολίζεται στον οργανισμό είναι δυνατό να διαπιστώνεται από την ποσοτική σχέση του διοξειδίου του άνθρακα που παράγεται με τις καύσεις και του οξυγόνου που χρησιμοποιείται γι' αυτές τις καύσεις (CO₂/O₂). Αυτή η σχέση ονομάζεται αναπνευστικό πηλίκο. Έτσι, όταν το αναπνευστικό πηλίκο είναι ίσο με τη μονάδα, οι ουσίες που χρησιμοποιούνται για καύση και απόδοση ενέργειας

είναι υδατάνθρακες (γλυκόζη), ενώ όταν αυτή η σχέση είναι 0,7, οι ουσίες που παρέχουν την ενέργεια είναι λιπαρά οξέα που προέρχονται από λιπίδια. Στην πράξη όμως, η τιμή του αναπνευστικού πηλίκου επηρεάζεται πρόσκαιρα από διάφορους άλλους παράγοντες, και έτσι ο υπολογισμός αυτός δεν αποτελεί αξιόπιστο στοιχείο για τον ακριβή υπολογισμό του είδους της ουσίας από την οποία προέρχεται η ενέργεια για την αποκατάσταση της ATP των μυών.

Παλιότερα πιστεύονταν ότι οι υδατάνθρακες αποτελούσαν τη μοναδική πηγή ενέργειας για την επιτέλεση από τους μυς μηχανικού έργου. Αργότερα όμως διαπιστώθηκε ότι οι υδατάνθρακες διαδραματίζουν πρώτιστο ρόλο μόνο κατά την πολύ έντονη μυϊκή δραστηριότητα. Αντίθετα, κατά τη μυϊκή εργασία με το ρυθμό σταθερής κατάστασης, το μισό περίπου της απαιτούμενης ενέργειας προέρχεται από την οξειδωση λιπαρών οξέων, ενώ όταν η μυϊκή δραστηριότητα παρατείνεται πέρα από τέσσερις ώρες, το ποσοστό αυτό είναι δυνατό να φτάσει στα 60 ως 70%. Τα λιπαρά οξέα που χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις αυτές προέρχονται από τα αποθέματα που βρίσκονται μέσα στο μυϊκό ιστό, καθώς και από κινητοποίησή τους από τον λιπώδη ιστό, οπότε και μεταφέρονται στους μυς με το αίμα.

Παλιότερα πιστεύονταν ότι το λεύκωμα (πρωτεΐνες) δεν αποτελούσε ουσιαστική πηγή ενέργειας για τους μυς. Σήμερα όμως είναι γνωστό ότι τα αμινοξέα (που προέρχονται από τη διάσπαση των πρωτεϊνών), παρέχουν στους μυς, όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας, 10 ως 14% από το σύνολο της απαιτούμενης ενέργειας για το μεταβολισμό τους. Κατά την επιτέλεση όμως μυϊκού έργου, το ποσοστό αυτό περιορίζεται σε 4 ως 5%.

Από πειράματα που έγιναν για να διαπιστωθεί κατά πόσο το είδος της διατροφής, τόσο μακροπρόθεσμα όσο και βραχυπρόθεσμα επηρεάζει τη απόδοση των μυών κατά την επιτέλεση μυϊκού έργου, συμπεραίνονται τα ακόλουθα:

1. Διαιτολόγιο που προσφέρει ενέργεια σε μεγάλο ποσοστό με τη μορφή του λίπους και σε ελάχιστο μόνο ποσοστό με τη μορφή των υδατανθράκων, περιορίζει την ικανότητα για επιτέλεση βαριάς μυϊκής εργασίας στο μισό περίπου του φυσιολογικού.

2. Διαιτολόγιο φτωχό σε λίπος και πλουσιότατο σε υδατάνθρακες αυξάνει την ικανότητα για μυϊκό έργο κατά 25% περίπου.

Μεγάλη σημασία για την απόδοση των μυών έχει η περιεκτικότητά τους σε γλυκογόνο. Σε περιπτώσεις που το άτομο λαμβάνει για τρεις συνεχόμενες μέρες τροφή που δεν περιλαμβάνει υδατάνθρακες, η περιεκτικότητα των μυών σε γλυκογόνο περιορίζεται στο ένα τρίτο περίπου του αρχικού. Αντίθετα, μετά από τρεις μέρες σίτισης με τροφή που περιέχει πολύ υψηλό ποσοστό υδατανθράκων, η περιεκτικότητα των μυών σε γλυκογόνο σχεδόν διπλασιάζεται.

Μια αποτελεσματική μέθοδος για τον εμπλουτισμό των μυών σε γλυκογόνο, κατά την προετοιμασία αθλητών πριν από το άθλημα είναι η μέθοδος Astrand.

ΜΕΘΟΔΟΣ ASTRAND

Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, το γλυκογόνο των μυών εξαντλείται με μυϊκή άσκηση και ακολουθεί για τρεις μέρες διαιτολόγιο πλούσιο σε λίπος και πρωτεΐνες, και πολύ φτωχό σε υδατάνθρακες, με συνέπεια την παραπέρα εξάντλησή του. Στη συνέχεια χορηγείται διαιτολόγιο πλουσιότατο σε υδατάνθρακες για τρεις συνεχόμενες μέρες. Με αυτή τη μέθοδο το γλυκογόνο των μυών είναι δυνατό να φτάσει, ακόμα και να ξεπεράσει τα 4 γραμμάρια ανά 100 γραμμάρια μυϊκού ιστού, δηλαδή να υπερδιπλασιαστεί. (Σημειώνεται ότι η φυσιολογική περιεκτικότητα των μυών σε γλυκογόνο κατά την ηρεμία είναι γύρω στα 1,5 ως 1,75 γραμμάρια ανά 100 γραμμάρια μύος). Από τους παράγοντες που είναι γνωστό ότι επηρεάζουν δυσμενώς την απόδοση των μυών δυο έχουν ιδιαίτερη σημασία: η αφυδάτωση και η στέρηση τροφής.

Από τους δυο αυτούς παράγοντες, εκείνος που εξασκεί άμεση δυσμενή επίδραση είναι βέβαια η αφυδάτωση. Φυσιολογικά, το άτομο αισθάνεται την ανάγκη να πει νερό όταν η περιεκτικότητα του σώματος σε νερό ελαττωθεί κατά 1%, κατά τη διάρκεια όμως της επιτέλεσης μυϊκής εργασίας, ο μηχανισμός αυτός αναστέλλεται, με συνέπεια την αφυδάτωση. Η απόδοση σε μυϊκό έργο αρχίζει να περιορίζεται όταν το έλλειμμα νερού ξεπεράσει τα 3% του σωματικού βάρους, δηλαδή όταν άτομο με σωματικό βάρος 60 kg χάσει κάτι παραπάνω από 1.800 γραμμάρια νερό. Το νερό, κατά την επιτέλεση μυϊκής εργασίας χάνεται βέβαια, κατά κύριο λόγο με τον ιδρώτα, αλλά και με τον εκπνεόμενο αέρα, που είναι σε όλες περιπτώσεις κορεσμένος με υδρατμούς. Κατά την επιτέλεση μέτριας έντασης μυϊκής εργασίας, σε όχι δυσμενές από την άποψη θερμοκρασίας περιβάλλον, η απώλεια νερού είναι δυνατό να φτάσει στα δυο ως τέσσερα λίτρα ανά ώρα (Μαραθωνοδρόμοι).

Όσον αφορά τη στέρηση τροφής, αυτή στις περισσότερες περιπτώσεις εφαρμόζεται προκειμένου να ελαττωθεί το βάρος του σώματος όταν αυτό υπερβαίνει το κανονικό. Με αυτή την έννοια, ο περιορισμός των θερμίδων του διαιτολογίου κατά τρόπον ώστε να χάνεται μόνο το υπερβάλλον λίπος, φαίνεται πως δεν έχει δυσμενή, αλλά μάλλον ευεργετική επίδραση στην απόδοση των μυών. Η εφαρμογή όμως απισχναντικού διαιτολογίου για μεγάλο χρονικό διάστημα δεν συμβιβάζεται με κορυφαία μυϊκή απόδοση. Η βιταμινική ανεπάρκεια επιδρά δυσμενώς στην απόδοση των μυών. Η ανεπάρκεια των βιταμινών του συμπλέγματος Β προκαλεί τα πρωιμότερα συμπτώματα, ενώ η ανεπάρκεια της βιταμίνης Α προκαλεί συμπτώματα μετά από μήνες. Η ανεπάρκεια διαφόρων μεταλλικών στοιχείων, εκτός από το νάτριο και τον σίδηρο, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Επειδή όμως τα διάφορα αυτά στοιχεία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη νευρομυϊκή διαβίβαση των νευρικών ώσεων, ενώ ορισμένα από αυτά χρησιμεύουν και ως συμπαραγοντες σε ενζυμικά συστήματα, η ανεπάρκειά τους αναμένεται να είναι επιβλαβής όσον αφορά στην απόδοση των μυών. Η ανεπάρκεια σιδήρου προκαλεί βέβαια αναιμία, με επακόλουθο την ελάττωση της

ικανότητας του αίματος για μεταφορά οξυγόνου, γεγονός που επιδρά άμεσα δυσμενώς στην απόδοση των μυών.

Επιπρόσθετα όμως, ο σίδηρος είναι απαραίτητος και ως συστατικό της μυοσφαιρίνης, που βρίσκεται στους περισσότερους μυς του σώματος, και χρησιμεύει ως επιτόπια αποθήκη οξυγόνου. Σε περίπτωση ανεπάρκειάς του, η ποσότητα της μυοσφαιρίνης περιορίζεται, με τα ανάλογα δυσμενή αποτελέσματα. Η πλήρης στέρηση πρωτεϊνών για χρονικό διάστημα δυο εβδομάδων, αλλά με επαρκή πρόσληψη ενέργειας με τη μορφή των υδατανθράκων και λιπιδίων, δεν φαίνεται να προκαλεί μείωση της απόδοσης των μυών.

Επίσης, η ημερήσια πρόσληψη μόνο 50 ως 60 γραμμαρίων λευκώματος, ποσού που είναι πολύ μικρότερο από εκείνο που συνήθως λαμβάνεται από αθλητές, και γενικά από άτομα που επιτελούν βαριά χειρωνακτική εργασία, δεν φαίνεται να επηρεάζει δυσμενώς την απόδοση των μυών, εφόσον τα άτομα αυτά είναι ήδη προπονημένα. Η διατροφή αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα σε όλα τα προγράμματα προπόνησης. Γι' αυτό και η ενημέρωση τόσο των προπονητών όσο και των αθλητών, για τις διατροφικές ανάγκες και το ρόλο των διαφόρων τροφών που περιλαμβάνονται στο διαιτολόγιο, είναι απαραίτητη.

Γενικά στους αθλητικούς κύκλους παρατηρείται συχνά η τάση για υπερβολή σχετικά με την πρόσληψη ορισμένων ουσιών και ιδιαίτερα των πρωτεϊνών, του ασβεστίου και της βιταμίνης C. Οι υπερβολές όμως αυτές είναι μάλλον αβλαβείς. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται σε ό,τι αφορά την πρόσληψη της θειαμίνης (βιταμίνη B1), γιατί η δοσολογία της πρέπει να μεταβάλλεται παράλληλα με τον ολικό μεταβολισμό του αθλουμένου. Σε πολλά προγράμματα διατροφής για προπονούμενους και αγωνιζόμενους φαίνεται ότι η δοσολογία της θειαμίνης υπολείπεται των απαιτήσεων, με συνέπεια τον περιορισμό των δυνατοτήτων των αθλητών. Συχνά διατυπώνεται η γνώμη ότι οι αθλητές χρειάζονται αυξημένες ποσότητες πρωτεϊνών στη διατροφή τους, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της προπόνησης.

Αυτό συμπεραίνεται από το γεγονός ότι κατά τα αρχικά στάδια της προπόνησης (12 ως 14 μέρες), και εφόσον ο αθλητής υποβάλλεται σε εξαιρετικά βαριά μυϊκή άσκηση, ενώ το διαιτολόγιό του περιλαμβάνει μόνο ένα γραμμάριο πρωτεΐνης ανά kg σωματικού βάρους ανά 24ωρο (δηλαδή όσο απαιτείται για άτομα που δεν γυμνάζονται έντονα), παρατηρείται αρνητικός ισολογισμός αζώτου. Αυτό σημαίνει ότι το φθειρόμενο λεύκωμα στον οργανισμό είναι περισσότερο από το προσλαμβανόμενο. Ο αρνητικός αυτός ισολογισμός γίνεται λιγότερο αρνητικός, εφόσον η πρωτεΐνη που προσλαμβάνεται είναι 2 γραμμάρια ανά kg σωματικού βάρους ανά 24ωρο. Η περαιτέρω αύξηση των πρωτεϊνών του διαιτολογίου δεν βελτιώνει την απόδοση. Το διαιτολόγιο πρέπει να περιλαμβάνει, σε επαρκείς ποσότητες, όλες τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι η υπερπρόσληψη ορισμένων ουσιών επηρεάζει, κατά οποιοδήποτε θετικό τρόπο, την ικανότητα για επιτέλεση μυϊκού έργου. Κατά καιρούς, διατυπώθηκαν διάφορες θεωρίες για τις "μαγικές" ιδιότητες διαφόρων θρεπτικών ουσιών και δοκιμάστηκε η χορήγηση ουσιών με στόχο την

αύξηση των αποθεμάτων της φωσφοκρεατίνης στους μύς (γλυκίνη, γελατίνη και κρεατίνη), καθώς και η χορήγηση αλάτων ασπαρτικού οξέος (μη απαραίτητο αμινοξύ), με το αιτιολογικό ότι το τελευταίο αυτό αυξάνει τη νευρομυϊκή διεγερσιμότητα. Ούτε μία όμως από αυτές τις ουσίες δεν αποδείχθηκε ότι έχει τις επιδράσεις που της αποδίδονται.

Το συμπέρασμα είναι ότι ένα καλό διαιτολόγιο, που περιλαμβάνει κρέας, γάλα, ψάρι, πουλερικά και αυγά, πλήρη δημητριακά, όσπρια και ξηρούς καρπούς, φυλλώδη πράσινα λαχανικά, καθώς και άλλα λαχανικά και φρούτα, είναι ότι χρειάζεται για τις διαιτητικές ανάγκες των αθλητών και γενικότερα των ατόμων που έχουν έντονη μυϊκή δραστηριότητα. Η πρόσληψη τροφής, και μάλιστα ιδιαίτερα πλούσιας σε υδατάνθρακες, μιάμιση ως δυο ώρες πριν από το αγώνισμα, πρέπει να αποφεύγεται, γιατί η υπεργλυκαιμία που προκαλείται με αυτό τον τρόπο προκαλεί την άμεση έκκριση από το πάγκρεας ινσουλίνης, που με τη σειρά της προάγει την εναπόθεση γλυκογόνου και λίπους, με αποτέλεσμα την υπογλυκαιμία και την αναστολή της κινητοποίησης λιπαρών οξέων και της διάσπασης του γλυκογόνου στους μύς.

Οι συνέπειες μιας τέτοιας κατάστασης είναι η υπογλυκαιμία στην αρχή του αγωνίσματος και η ταχύτερη εξάντληση του γλυκογόνου των μυών, με αποτέλεσμα τον πρώιμο κάματο.

Αντίθετα, η πρόσληψη μικρού, ισορροπημένου γεύματος, με 500 ως 800 θερμίδες (Kcal), τρεις ως τέσσερις ώρες πριν από το αγώνισμα, εξασκεί ευνοϊκή επίδραση στην απόδοση του αθλητή. Η επικρατέστερη άποψη είναι ότι αυτό το γεύμα πρέπει να αποτελείται, κατά κύριο λόγο, από πλήρεις υδατάνθρακες, με λίγο λίπος, και ακόμα λιγότερη είτε και καθόλου πρωτεΐνη. Ο καφές και το τσάι καλύτερα είναι να αποφεύγονται, γιατί προκαλούν διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Το οινόπνευμα είναι απόλυτα καταστροφικό για το συντονισμό των κινήσεων και την κριτική ικανότητα του αθλητή. Σε αγωνίσματα που συνεπάγονται μεγάλη εφίδρωση, είναι απαραίτητη η αναπλήρωση του νερού που χάνεται κατά τη διάρκεια του αγωνίσματος.

Βραχυπρόθεσμα, η απώλεια άλατος με τον ιδρώτα δεν αποτελεί πρόβλημα, και έτσι η αναπλήρωση μπορεί να γίνεται με νερό ή με λεμονάδα που περιέχει και λίγη ζάχαρη. Για τις περιπτώσεις όμως που το αγώνισμα είτε η πολύ έντονη μυϊκή δραστηριότητα συνεχίζεται για πολλή ώρα, η αναπλήρωση του χλωριούχου νατρίου είναι απαραίτητη. Επειδή το αλάτι απορροφάται καλύτερα από το έντερο όταν συγχρόνως γίνεται και απορρόφηση γλυκόζης, συνιστάται η πρόσληψη υδατικού διαλύματος που περιέχει και μικρές ποσότητες ζάχαρης (λιγότερο από 2,5%), και ηλεκτρολύτες (γύρω στο 0,2% αλάτι). Ο αθλητής πίνει 400 ως 500 ml (περίπου δυο ποτήρια νερού) από αυτό το διάλυμα πριν από την έναρξη της άσκησης και στη συνέχεια λαμβάνει μισό περίπου ποτήρι ανά 10 ως 15 λεπτά. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η διατήρηση του όγκου του αίματος σε σταθερά επίπεδα, γεγονός που ευκολύνει την καρδιά να επιτελεί απρόσκοπτα το έργο της. Όσον αφορά ειδικά τις αθλήτριες, εδώ υπάρχουν ορισμένα ειδικά προβλήματα που αναφέρονται στο φύλο τους. Το πρώτο

από αυτά τα προβλήματα είναι η κατά δυο ως τρία χρόνια καθυστέρηση της εμμηναρχής, δηλαδή της εμμηνορρυσίας, που παρατηρείται σε πολλές νεαρές αθλήτριες, δρομείς, κολυμβήτριες, χορεύτριες, κλπ.

Παρατηρείται επίσης ακαταστασία στην εμμηνορρυσία (μη κανονικές περιόδους) είτε και διακοπή της εμμηνορρυσίας (δευτεροπαθής αμηνόρροια) σε μεγαλύτερες γυναίκες, κατά την επίδοσή τους σε αυξημένη μυϊκή δραστηριότητα, πέρα από κάποιο μη καλά καθοριζόμενο όριο. Τα φυσιολογικά αίτια των διαταραχών αυτών δεν είναι επακριβώς γνωστά, Διατυπώθηκε η άποψη ότι αυτές οφείλονται στη μεταβολή της σχέσης της άλιπης προς τη λιπώδη μάζα του σώματος, δεδομένου ότι στην αθλούμενη γυναίκα η μάζα των μυών του σώματος αυξάνεται, ενώ η περιεκτικότητα του σώματος σε λίπος περιορίζεται σε σημαντικό βαθμό. Η ερμηνεία όμως αυτή φαίνεται μάλλον απλοϊκή.

Οι μακροπρόθεσμες επιδράσεις αυτών των εμμηνορρυσιακών διαταραχών δεν έχουν ακόμα εκτιμηθεί πλήρως, σ' αυτές όμως περιλαμβάνονται η απώλεια ασβεστίου από τα οστά (οστεοπόρωση), με συνέπεια την επιρρέπεια σε κατάγματα. Οι εμμηνορρυσιακές αυτές διαταραχές αποκαθίστανται στο φυσιολογικό εφόσον η γυναίκα σταματήσει, ή και απλά περιορίσει την υπέρμετρη μυϊκή της δραστηριότητα. Η ανεπάρκεια σιδήρου αποτελεί πρόβλημα γενικά στη γυναίκα, και οφείλεται, κατά κύριο λόγο στην τακτική απώλεια σιδήρου με την εμμηνορρυσία.

Από μετρήσεις που έγιναν σε αθλήτριες των Ολυμπιακών Αγώνων του 1988 (Αμερικανική ομάδα), διαπιστώθηκε ανεπάρκεια σιδήρου σε ποσοστό 20% των αθλητριών. Συσχέτιση αυτής της ανεπάρκειας με το ύψος του επιτελούμενου έργου δεν διαπιστώθηκε. Εξάλλου, το ίδιο ποσοστό ανεπάρκειας σιδήρου παρατηρείται και στον υπόλοιπο γυναικείο πληθυσμό των ΗΠΑ. Από αυτό συμπεραίνεται ότι η ενασχόληση με έντονη μυϊκή δραστηριότητα, από μόνη της, δεν επηρεάζει δυσμενώς την επάρκεια του σιδήρου στη γυναίκα. Για την καλή όμως επίδοση των αθλητριών, η ανεπάρκεια σιδήρου, όπως διαπιστώνεται, πρέπει να αντιμετωπίζεται με την κατάλληλη αγωγή.

Ένα άλλο πρόβλημα που αφορά τη γυναίκα με την έντονη μυϊκή δραστηριότητα είναι το αν είναι δυνατό ή πρέπει η δραστηριότητα αυτή να συνεχίζεται και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πολλοί ειδικοί αποφαίνονται αρνητικά, χωρίς όμως να υπάρχουν και ασφαλή στοιχεία υπέρ ή κατά αυτής της άποψης. Το γεγονός είναι ότι κατά τους τελευταίους μήνες της κύησης το κυκλοφορικό σύστημα στη γυναίκα επιβαρύνεται σημαντικά. Όταν η έγκυος επιδίδεται σε έντονη μυϊκή δραστηριότητα, οι μύς της ανταγωνίζονται τον πλακούντα αναφορικά με την τροφοδότησή τους με αίμα, με αποτέλεσμα την υπέρμετρη επιβάρυνση της καρδιάς. Το βέβαιο είναι ότι οι γυναίκες με καλή υγεία, και με συστηματική επίδοση σε έντονη μυϊκή δραστηριότητα πριν από την εγκυμοσύνη, μπορούν να συνεχίζουν μια μέτριας έντασης μυϊκή δραστηριότητα και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με την κατάλληλη ιατρική επίβλεψη.

Αντίθετα, οι γυναίκες που επιβαρύνονται με καταστάσεις όπως ο διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, ή που καπνίζουν, είτε δεν επιδίδονται σε

μυϊκή άσκηση πριν από την εγκυμοσύνη, δεν πρέπει να αναλαμβάνουν έντονη μυϊκή δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.Εξάλλου, η έγκυος πρέπει να προσλαμβάνει μεγαλύτερες ποσότητες ενέργειας με την τροφή της, για να καλύπτει όχι μόνο τις αυξανόμενες ανάγκες του αναπτυσσόμενου εμβρύου, αλλά και τις μεγαλύτερες ανάγκες για τη δική της μυϊκή δραστηριότητα, η οποία είναι αυξημένη εξαιτίας του αυξημένου σωματικού της βάρους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παχυσαρκία δεν είναι, πρωταρχικά, και ενδεχομένως καθόλου, το αποτέλεσμα 'αδύναμης θέλησης' ή ' υπερβολικής όρεξης '.Γενετικοί και βιολογικοί μηχανισμοί υπεισέρχονται στη ρύθμιση του σωματικού βάρους, ευνοώντας σε ανθρώπους με την αντίστοιχη προδιάθεση, την εκδήλωση της παχυσαρκίας, ενώ η ίδια διατροφική συμπεριφορά και σωματική δραστηριότητα δεν επιδρά στο σωματικό βάρος άλλων ανθρώπων.

Η παχυσαρκία δεν μπορεί να προληφθεί ή να αντιμετωπιστεί μόνο σε ατομικό επίπεδο. Οι κοινότητες, οι κυβερνήσεις, τα ΜΜΕ και η βιομηχανία τροφίμων θα πρέπει να συνεργαστούν για να αλλάξουν το περιβάλλον, έτσι ώστε να μην ευνοεί την αύξηση του βάρους.Τέτοιου είδους συνεργασίες είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση των αποτελεσματικών και μακροχρόνιων αλλαγών στη διατροφή και στα καθημερινά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας σε όλη την κοινότητα.

Τα παχύσαρκα άτομα που μετέχουν σε διαδικασίες απίσχνανσης, θέλουν να χάσουν μεγάλο μέρος του βάρους τους και να το χάσουν γρήγορα.Όμως, η μεγάλη απώλεια βάρους σε σύντομο χρονικό διάστημα δημιουργεί σημαντικό στρες στους ομοιοστατικούς μηχανισμούς του οργανισμού και μόλις το πρόγραμμα απώλειας βάρους σταματήσει, η τάση του οργανισμού να επανέλθει στην πρότερη κατάσταση του είναι έντονη. Αυτός είναι ο λόγος που εντάσσοντας προγράμματα άσκησης μαζί με τη μείωση της θερμιδικής αξίας των προσλαμβανομένων τροφών, το σωματικό βάρος θα ελαττώνεται σταδιακά αλλά συνεχώς βάρος (ακολουθώντας όσο γίνεται, τον ίδιο τρόπο με τον οποίο το βάρος αυξήθηκε).Θα μειώνεται το συνολικό λίπος του σώματος χωρίς να μειώνεται η μυϊκή μάζα και κυρίως θα διατηρείται το επιθυμητό βάρος.

Ουσιαστική και ορθή παρέμβαση, είναι αυτή με την οποία υιοθετούνται σταδιακά, μακροχρόνιες αλλαγές στις συνήθειες (διατροφικές, καθημερινές δραστηριότητες) των ατόμων, επιτυγχάνοντας όχι μόνο μεγαλύτερη απώλεια βάρους αλλά και προάγοντας την υγεία του ατόμου γενικότερα. Τα τρία βασικά σημεία της θεραπείας της παχυσαρκίας, είναι: ο περιορισμός του λίπους των τροφών, ο ελαστικός χειρισμός της συμπεριφοράς και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας.

Η επιστημονική βάση αυτών των τριών θεραπευτικών επιπέδων είναι αδιαμφισβήτητη σήμερα.Η παχυσαρκία είναι μια χρόνια πάθηση, η οποία όπως και η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και οι υπερλιπιδαιμίες πιθανότατα απαιτεί εφ' όρου ζωής ειδική θεραπεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σερρού Άσγουορθ. Ξεχάστε το βάρος σας. (Fat). Αθήνα: Πατάκη, Αύγουστος, 1999.
2. Μόρτογλου Αναστάσιος. Παχυσαρκία: Ένας πρακτικός, ενημερωτικός Θεραπευτικός οδηγός για όλους. Αθήνα: Advance publishing, 1996.
3. Prof. Erich Menden, Waltraute Aign. Slim. Αθήνα: Βενετία 1998.
4. Στέφανος Καραγιαννόπουλος. Νικήστε το πάχος. Αθήνα: Επιφάνεια, 1999.
5. Rudy Rivera M.D., Roger D. Deutshc. Οι κρυφές διατροφικές αλλεργίες σας κάνουν να παχαίνετε. Αθήνα: Αλκύων, 2000.
6. Markus Hederer. Άσκηση, υγεία, ομορφιά παρά τα παραπανήσια κιλά.
7. Κατσιλάμπρος Κ. Τσίγκος. Παχυσαρκία. (Obesity). Αθήνα: Βήτα, 2003.
8. Thomas Ellrott, Volker Pudiel Geletwort, Peter Shcauder. Θεραπεία της παχυσαρκίας. 2η Έκδοση Παρισιανού. Α.Ε. 2002.
9. Μαρία Χασαπίδου, Άννα Φαχαντίδου. Διατροφή για υγεία, Άσκηση και αθλητισμό. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 1η Έκδοση, 2002.
10. Αναστασιάδης Αντώνης, Γιδάρης Δημήτριος. Η γυμναστική στην εκπαίδευση. Θεσσαλονίκη. 1993
11. Α. Κωσταρίδου-Ευκλείδη. Ψυχολογία Κινήτρων. Αθήνα: Ια' έκδοση. Ελληνικά γράμματα. 1999.
12. Ασπασίας Ηλία Παπαηλίου. Δίαιτα θεωρία και πράξη. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
13. Γιάννης Ζαμπάκος. Παχυσαρκία. Αθήνα: Βήτα. 1989
14. Σκρέκας Γιώργος. http://www.paxysarkia.com/obesity_exer.htm. 17:12.06.02.2009
15. Φαραντζιάν Πωλ. http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=6655. 15:10.21.10.2008
16. Μόρτογλου Αναστάσιος. <http://health.in.gr/diata/Articled=17365&CurrentTopId=17638& IssueTitle=Διατροφή+και+υγεία>. 13:00.27.11.2008