

«Έρευνα στο Νομό Αττικής σε ηλικίες
18 έως 64 ετών σχετικά με τη
συχνότητα υιοθέτησης ανορθόδοξων
διαιτών, την αποτελεσματικότητα τους
και την αξιολόγηση τους από το
δείγμα».

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΧΑΣΑΠΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

ΕΡΓΑΣΙΑ

Ανορθόδοξες δίαιτες

ΜΥΛΩΝΑ ΑΙΜΙΛΙΑ (2826)

Α.Τ.Ε.Ι.Θ

Σχολή Τεχνολογίας Τροφίμων και
Διατροφής

Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας
Θεσσαλονίκη 2014

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
1. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.....	7
1.1 Ορισμός παχυσαρκίας.....	7
1.2 Μέθοδοι εκτίμησης της παχυσαρκίας.....	7
1.3 Επιπολασμός της παχυσαρκίας.....	8
1.4 Αιτίες της παχυσαρκίας.....	10
1.5 Επιπτώσεις της παχυσαρκίας.....	11
1.6 Στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.....	13
2. ΑΝΟΡΘΟΔΟΞΕΣ ΔΙΑΙΤΕΣ.....	16
2.1 Ορισμός ανορθόδοξων διαιτών.....	16
2.2 Κατηγορίες ανορθόδοξων διαιτών.....	17
2.2.1 Δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακα.....	17
2.2.2 Δίαιτες μονοφαγίας- υποθερμιδικές.....	29
2.2.3 Δίαιτες με βάση το γλυκαιμικό δείκτη.....	33
2.2.4 Δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος.....	42
2.2.5 Άλλες δίαιτες.....	46
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	64
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	66
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	92
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	95

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία αυτή έχει ως θέμα τις ανορθόδοξες δίαιτες. Αποτελείται από δύο μέρη, ένα θεωρητικό και ένα ερευνητικό μέρος.

Στο θεωρητικό μέρος γίνεται μία συνοπτική αναφορά στο φαινόμενο της παχυσαρκίας. Συγκεκριμένα δίνεται ο ορισμός, οι μέθοδοι εκτίμησής της, αναλύεται ο επιπολασμός, μελετούνται οι αιτίες και τονίζονται οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας. Επιπλέον παρουσιάζονται οι προτεινόμενες στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισής της. Στη συνέχεια αναλύονται εκτενώς οι ανορθόδοξες δίαιτες. Δίνεται ο ορισμός τους και κατηγοριοποιούνται ανάλογα με τα κοινά τους χαρακτηριστικά σε: δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακα, δίαιτες μονοφαγίας-υποθερμιδικές, δίαιτες με βάση το γλυκαιμικό δείκτη, δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος και άλλες δίαιτες, κάθε μία απ' τις οποίες έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και δεν είναι δυνατή η περεταίρω ομαδοποίησή της. Από κάθε κατηγορία επιλέγονται δημοφιλείς δίαιτες (Atkins, ζώνης, Dukan, λαχανόσουπας, γκρέιπφρουτ, Montignac, South Beach, Scarsdale, ομάδας αίματος, Dr Hay, νηστείας, 17 ημερών), οι οποίες και αναλύονται ως προς τη φιλοσοφία τους, τους κανόνες τους, τα ενδεικτικά τους διαιτολόγια και αξιολογούνται ως προς την αποτελεσματικότητα και τη διατροφική τους αξία. Το θεωρητικό μέρος στηρίζεται σε βιβλιογραφία, που περιλαμβάνει δημοσιευμένα άρθρα και βιβλία.

Το ερευνητικό μέρος περιλαμβάνει τη μεθοδολογία της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο νομό Αττικής με τη χρήση ερωτηματολογίου, την περίοδο Οκτώβριος 2013- Ιούνιος 2014, σε δείγμα 139 ατόμων, ηλικίας 18 έως 64 ετών με στόχο να διαπιστωθεί η συχνότητα χρησιμοποίησης ανορθόδοξων διαιτών και η αξιολόγησή τους. Στη συνέχεια παραθέτονται τα αποτελέσματα της έρευνας, όπως αυτά προέκυψαν με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα, που προκύπτουν από τη σύγκριση της βιβλιογραφικής έρευνας και των αποτελεσμάτων της στατιστικής ανάλυσης των ερωτηματολογίων, καθώς και με προτάσεις αντιμετώπισης του φαινομένου παχυσαρκίας και της υιοθέτησης ανορθόδοξων διατροφικών προγραμμάτων.

SUMMARY

The topic of the current Bsc Thesis is ‘fad diets’. It consists of two parts: one theoretical and one researching part.

According to the first part, we present the phenomenon of obesity. Especially, we state the official definition of obesity, we study its causes as well as its effects and we analyze the notion of prevalence. Moreover, we present the proposed strategies of prevention and the way which one could face it. Furthermore, we refer diverse categories of fad diets such as low carb diets, single-low calorie diets, low glykaimic index diets, low fat diets and other diets choosing known diets from each category (Atkins diet, the zone diet, Dukan diet, cabbage soup diet, grapefruit diet, Montignac method, South Beach diet, Scarsdale diet, Blood type diet, Dr Hay diet, The fast diet, The 17 day diet.). The above diets are analyzed with respect to their philosophy, rules, indicative diet programmes and they are evaluated according to their nutritional value.

The researching part is based on a sample of 139 people with age range from 18 up to 64 years old, in Attiki area, from October 2013 to June 2014. In this section, we present the questionnaire and the characteristics of research such as the size of sample, the age range and the methodology of results collection. We proceed with the statistical analysis with SPSS software tool.

We conclude with our deductions that arise from the contrast of the research which is based on bibliography and the results of the statistical analysis of questionnaire. Finally, the suggestions of how we could fight the obesity and the programs of fad diet play an essential role in the last part.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παχυσαρκία είναι μία νόσος που μαστίζει τις σύγχρονες κοινωνίες και έχει συνδεθεί με πολλές εκφυλιστικές παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Τις τελευταίες δεκαετίες πραγματοποιούνται συνεχώς έρευνες ώστε να διευκρινιστούν πλήρως τα αίτια της παχυσαρκίας καθώς και οι συνέπειες της στην υγεία του ατόμου. Γίνονται προσπάθειες να βρεθούν οι κατάλληλες μέθοδοι για την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπισή της. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας οργανώνει εκστρατείες ενημέρωσης του πληθυσμού σε θέματα διατροφής και δημοσιεύει συστάσεις με στόχο τον περιορισμό του φαινομένου. Στα πλαίσια αντιμετώπισης της παχυσαρκίας δημιουργούνται συνεχώς καινούργια διατροφικά προγράμματα. Κάποια από αυτά δε συμμορφώνονται με τις παραπάνω συστάσεις και συνεπώς χαρακτηρίζονται ως «ανορθόδοξα». Οι ανορθόδοξες δίαιτες που κυκλοφορούν στην αγορά είναι ποικίλες και έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά μεταξύ τους. Ακολουθούνται από μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού και διαφημίζονται έντονα από τα Μ.Μ.Ε. Ωστόσο υπάρχουν ανησυχίες για το κατά πόσο τα συγκεκριμένα διατροφικά πλάνα είναι ασφαλή και αποτελεσματικά, ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.

Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι: Η βιβλιογραφική ανάλυση των ανορθόδοξων διαιτών και η έρευνα σε τυχαίο δείγμα σε σχέση με την συχνότητα υιοθέτησης ανορθόδοξων διαιτών, την αποτελεσματικότητά τους και την αξιολόγησή τους από το δείγμα που συμμετείχε.

Η εργασία δομείται σε 5 κεφάλαια και κάποια από αυτά χωρίζονται περαιτέρω στις αναγκαίες ενότητες και υποενότητες.

Το 1^ο κεφάλαιο αναφέρεται στο φαινόμενο της παχυσαρκίας. Στην ενότητα 1.1 δίνεται ο ορισμός της παχυσαρκίας όπως έχει καθοριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και στη συνέχεια, στην ενότητα 1.2 αναλύεται με ποιες μεθόδους εκτιμάται η παχυσαρκία. Στην ενότητα 1.3 γίνονται αναφορές σε σχέση με τη συχνότητα εμφάνισής της σε παγκόσμιο επίπεδο. Στις ενότητες 1.4 και 1.5 αναλύονται αντίστοιχα οι αιτίες και οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας, ενώ στην ενότητα 1.6 παρουσιάζονται οι στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης της όπως έχουν διαμορφωθεί από τις υπηρεσίες στον τομέα της υγείας.

Στο 2^ο κεφάλαιο πραγματοποιείται εκτενής ανάλυση των ανορθόδοξων διαιτών. Στην ενότητα 2.1 δίνεται ο ορισμός των ανορθόδοξων διαιτών και περιγράφονται τα χαρακτηριστικά τους. Στην ενότητα 2.2 αναφέρονται οι κατηγορίες των ανορθόδοξων διαιτών. Η υποενότητα 2.2.1 περιλαμβάνει την ανάλυση των διαιτών χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακα, η υποενότητα 2.2.2 τις δίαιτες μονοφαγίες-υποθερμιδικές, η υποενότητα 2.2.3 τις δίαιτες με βάση το γλυκαιμικό δείκτη, η

υποενότητα 2.2.4 τις δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος και η υποενότητα 2.2.5 άλλες δίαιτες που έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και δεν είναι δυνατόν να κατηγοριοποιηθούν περαιτέρω. Σ' όλες τις παραπάνω υποενότητες αναφέρονται τα χαρακτηριστικά κάθε κατηγορίας και οι δημοφιλείς δίαιτες ανά κατηγορία, οι οποίες και αναλύονται ως προς τους κανόνες τους και την αποτελεσματικότητά τους.

Στο 3^ο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της εργασίας. Συγκεκριμένα γίνονται αναφορές σε σχέση με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε, το στόχο της, το δείγμα που συμμετείχε, την χρονική περίοδο διεξαγωγής της και αναλύονται τα χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε ως μέσο συλλογής.

Το 4^ο κεφάλαιο περιλαμβάνει την παρουσίαση και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, όπως αυτά προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων με το πακέτο SPSS.

Στο 5^ο κεφάλαιο τέλος, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της εργασίας όπως αυτά διαμορφώθηκαν συγκρίνοντας το θεωρητικό μέρος και τα αποτελέσματα του ερευνητικού μέρους.

1.ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

1.1 Ορισμός παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία είναι μία χρόνια νόσος που έχει σαν αποτέλεσμα τον στιγματισμό των ατόμων που υποφέρουν από αυτήν. Η αντιμετώπιση της χαρακτηρίζεται από αυξημένο οικονομικό κόστος. Παρόλα αυτά η θεραπεία της είναι συνήθως ανεπιτυχής, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται και αύξηση στη συχνότητα εμφάνισής της. Πλέον η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται ως «επιδημία» και παρουσιάζει μεγαλύτερο επιπολασμό απ' ό,τι η ασιτία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ως παχυσαρκία ορίζεται η κατάσταση στην οποία υπάρχει μη φυσιολογική ή υπερβολική συσσώρευση λίπους στο λιπώδη ιστό, σε σημείο τέτοιο ώστε να αποτελεί κίνδυνο για την υγεία. [58,54, 2]

1.2 Μέθοδοι εκτίμησης της παχυσαρκίας

Για την εκτίμηση της παχυσαρκίας συνήθως χρησιμοποιείται ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)-αν και δεν αποτελεί δείκτη της λιπώδους μάζας. Ο ΔΜΣ ορίζεται ως το πηλίκο του βάρους σε κιλά (Kg) προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα (Kg/m^2). Οι γυναίκες, για την ίδια τιμή ΔΜΣ, έχουν μεγαλύτερο ποσοστό σωματικού λίπους από τους άνδρες. Όταν ο ΔΜΣ είναι μεγαλύτερος του $30 \text{ Kg}/\text{m}^2$ το άτομο θεωρείται παχύσαρκο. Μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι όταν η τιμή του ΔΜΣ είναι πάνω από 25 υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου και καρδιαγγειακών παθήσεων. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι ίσως απαιτείται ελάττωση των ορίων του ΔΜΣ για την εκτίμηση της παχυσαρκίας. Όταν ο ΔΜΣ είναι μεταξύ του 25 και του 30 το άτομο χαρακτηρίζεται ως υπέρβαρο. Σε περίπτωση που το αυξημένο βάρος συνδυάζεται και με άλλους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων που σχετίζονται με την παχυσαρκία, κρίνεται αναγκαία η ιατρική παρακολούθηση του ατόμου. Παρόλο που θεωρείται ότι όταν η τιμή του ΔΜΣ είναι ίση ή μεγαλύτερη του 30, υπάρχει συσσωρευμένο σωματικό λίπος, ο ΔΜΣ δεν δίνει πληροφορίες που αφορούν στην κατανομή του λίπους, καθώς δεν μπορεί να διαχωρίσει το βάρος που σχετίζεται με μύες από το βάρος που σχετίζεται με λίπος. Ωστόσο, θεωρείται ότι αποτελεί μια χρήσιμη μέθοδο για την εκτίμηση της παχυσαρκίας σε επίπεδο πληθυσμού.[2, 54, 18]

Η κατανομή του λίπους, στις διάφορες ανατομικές θέσεις εναπόθεσης του θεωρείται πιο κρίσιμη για την πιθανότητα εμφάνισης παθήσεων που συνδέονται με την

παχυσαρκία, απ' ότι το αυξημένο σωματικό λίπος από μόνο του. Συγκεκριμένα, το ενδοκοιλιακό λίπος είναι πιο σημαντικό από το λίπος των γλουτών και των κάτω άκρων. Για τη διάκριση αυτή χρησιμοποιείται ο λόγος μέσης/ισχύων (WHR). Γενικά ένας υψηλός WHR (μεγαλύτερος του 1 στους άνδρες και του 0.85 στις γυναίκες) δείχνει την ύπαρξη συσσωρευμένου κοιλιακού λίπους. Στην περίπτωση αυτή η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται ως κοιλιακή ή κεντρικού τύπου. [2,18]

Εκτός από το λόγο μέσης/ισχύων, μια ακόμα μέθοδος με την οποία μπορεί να εκτιμηθεί το σωματικό και ενδοκοιλιακό λίπος είναι η περίμετρος μέσης. Η μέτρηση της περιμέτρου μέσης, είναι ένας εύκολος και απλός τρόπος εκτίμησης της κατανομής του λίπους και των προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με αυτήν, και θεωρείται πιο πρακτική, απ' ότι ο λόγος μέσης/ισχύων. Η ύπαρξη μεταβολών στην περίμετρο μέσης είναι αλληλένδετη με μεταβολές στους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα και χρόνιες παθήσεις.[2]

Άλλες μέθοδοι για την αξιολόγηση της παχυσαρκίας είναι η ανθρωπομετρία (πάχος δερματικών πτυχών), η πυκνομετρία (μέτρηση του βάρους μέσα στο νερό), η αξονική τομογραφία, η μαγνητική τομογραφία και η ηλεκτρική αντίσταση. Ωστόσο οι παραπάνω τεχνικές χρησιμοποιούνται μόνο για ερευνητικούς σκοπούς, καθώς σχετίζονται με αυξημένο κόστος και πρακτικές δυσκολίες στην χρησιμοποίησή τους. [18, 2]

1.3 Επιπολασμός της παχυσαρκίας

Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας αυξάνεται παγκοσμίως με πολύ γρήγορους ρυθμούς. Παρ' ότι παλαιότερα η παχυσαρκία παρατηρούνταν σε αυξημένα ποσοστά κυρίως στις χώρες με υψηλό εισόδημα, πλέον η συχνότητα εμφάνισής της αυξάνεται και στις χώρες με μεσαίο και χαμηλό εισόδημα. Ακόμα, απ' τη στιγμή που τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση της παχυσαρκίας και στα παιδιά και τους εφήβους, οι πραγματικές συνέπειες στην υγεία θα γίνουν αντιληπτές μέλλον. [2, 54]

Η παχυσαρκία είναι η Πέμπτη αιτία θανάτου στον κόσμο. Εκτιμάται ότι περίπου 2.8 εκατομμύρια ενήλικες πεθαίνουν κάθε χρόνο εξαιτίας του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) το 2008:

[54]

- πάνω από 1.4 δισεκατομμύρια ενήλικες 20 ετών και άνω ήταν υπέρβαροι.
- πάνω από 300 εκατομμύρια γυναίκες και 200 εκατομμύρια άνδρες ήταν παχύσαρκοι.

- Συνολικά πάνω από 10% του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού ήταν παχύσαρκοι.

Το 2011 πάνω από 40 εκατομμύρια παιδιά κάτω των πέντε ετών ήταν υπέρβαρα.

Η παχυσαρκία ευθύνεται για μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων παγκοσμίως απ' ό τι η ασιτία. Το 65% του παγκόσμιου πληθυσμού κατοικεί σε χώρες όπου η παχυσαρκία προκαλεί περισσότερους θανάτους απ' ό τι η ασιτία. [54]

➤ ΗΠΑ

Η μελέτη NHANES II (1976-1980) έδειξε ότι περίπου 34 εκατομμύρια άνθρωποι στις ΗΠΑ ηλικίας 20 έως 75 ετών ήταν υπέρβαροι. Επιπλέον στην έρευνα αυτή παρατηρήθηκε ό τι η παχυσαρκία έπληττε κυρίως μειονότητες, άτομα με χαμηλό εισόδημα και γυναίκες. Σε επόμενη μελέτη (NHANES III), που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ από το 1988 μέχρι το 1994 βρέθηκε ό τι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας ($\Delta\text{ΜΣ} \geq 30$) αυξήθηκε περίπου 8%, ενώ ήταν σταθερός από το 1960 έως το 1980. Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε ό τι το 20% των ανδρών και το 25% των γυναικών στην Αμερική ήταν παχύσαρκοι. Τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες τα ποσοστά των παχύσαρκων ατόμων έχουν αυξηθεί δραματικά σε όλες τις δυτικές χώρες. Το σημερινό ποσοστό παχυσαρκίας στις ΗΠΑ ανέρχεται σε 30% [47,15, 2]

➤ ΕΥΡΩΠΗ

Σύμφωνα με την μελέτη MONICA του ΠΟΥ από το 1983 έως το 1986 ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στην Ευρώπη ήταν 15% για τους άνδρες και 22% για τις γυναίκες. Επιπλέον στοιχεία από μεμονωμένες εθνικές μελέτες τις δεκαετίες '80 και '90 έδειξαν ό τι υπήρξε αύξηση της παχυσαρκίας κατά 10-40% στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες και συγκεκριμένα βρέθηκε ό τι το 10-25% των γυναικών και 10-20% των ανδρών ήταν παχύσαρκοι. Σύμφωνα με στοιχεία (ΠΟΥ), εκτιμάται ό τι το 2008 πάνω από το 50% των γυναικών και των ανδρών στην Ευρωπαϊκή Ήπειρο ήταν υπέρβαροι και περίπου το 23% των γυναικών και 20 % των ανδρών ήταν παχύσαρκοι. [2, 54]

➤ ΕΛΛΑΔΑ

Τα στοιχεία για τη συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας στην Ελλάδα είναι περιορισμένα. Παλαιότερα δεδομένα από μελέτες είχαν δείξει ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού αποτελούταν από υπέρβαρα ή παχύσαρκα άτομα. Σε μια πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε εθνικό επίπεδο διαπιστώθηκε ό τι το 22.5% των ενηλίκων στην Ελλάδα είναι παχύσαρκοι, ποσοστό αρκετά υψηλότερο από αυτό που βρέθηκε σε δύο έρευνες που διεξήχθησαν τοπικά στην Αττική και στη Βόρειο Ελλάδα αντίστοιχα. Επιπλέον στην έρευνα αυτή βρέθηκε ό τι το 35.2% των ενηλίκων

είναι υπέρβαροι ενώ τα ποσοστά κοιλιακής παχυσαρκίας αντιστοιχούν σε 26.6% για τους άνδρες και 35.8% για τις γυναίκες. Τα ποσοστά παχυσαρκίας και κεντρικού τύπου παχυσαρκίας στην Ελλάδα, είναι από τα υψηλότερα στη δυτική Ευρώπη. Παρότι οι αιτίες του αυξημένου επιπολασμού της παχυσαρκίας στην Ελλάδα είναι άγνωστες, εκτιμάται ότι η αλλαγή στις διαιτητικές συνήθειες των Ελλήνων έχει συμβάλλει σημαντικά σ' αυτό. [23, 19]

1.4 Αιτίες της παχυσαρκίας

Το πρόβλημα της παχυσαρκίας είναι σύνθετο και οφείλεται σε ένα συνδυασμό γενετικών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων που δρουν μέσω της φυσιολογικής ρύθμισης της ενεργειακής πρόσληψης και δαπάνης. Οι πιθανότητες να γίνει ένα άτομο παχύσαρκο μπορεί να εξαρτώνται από τη γενετική του προδιάθεση, ανεξάρτητα με το περιβάλλον στο οποίο ζει. Ωστόσο η «γενετική δεξαμενή» αλλάζει με πολύ αργούς ρυθμούς, με την πάροδο χιλιάδων ετών και συνεπώς οι ταχύτεροι ρυθμοί με τους οποίους αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας παγκοσμίως δεν μπορούν να αποδοθούν αποκλειστικά σε γενετικές αλλαγές. Αντίθετα το περιβάλλον και ο τρόπος ζωής έχουν αλλάξει αισθητά τις τελευταίες δεκαετίες, και επομένως θεωρείται ότι ρόλος τους στην αύξηση της παχυσαρκίας είναι καθοριστικός. [49, 8, 21, 22]

Γενετικοί παράγοντες:

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα και οι κυκλοφορούσες ορμόνες (ινσουλίνη, κορτιζόλη, αυξητική ορμόνη) επηρεάζουν την μεταβολική απόκριση της πρόσληψης τροφής, γονίδια (πρωτεΐνες αποσύζευξης, λεπτίνη και υποδοχέας της λεπτίνης), γενετική προδιάθεση, διαταραχές του μηχανισμού της ενεργειακής πρόσληψης και ενεργειακής δαπάνης, δυσλειτουργία του μηχανισμού ελέγχου της όρεξης, το σύνδρομο Prader-Willi, που χαρακτηρίζεται από κεντρικού τύπου παχυσαρκία, χαμηλό ανάστημα, νοητική υστέρηση και υπογοναδισμό, το σύνδρομο Bardet-Bierd, που είναι αρκετά σπάνιο και χαρακτηρίζεται από υπερφαγία, παχυσαρκία και υπογοναδισμό, σύνδρομο Cushing, που χαρακτηρίζεται από κεντρικού τύπου παχυσαρκία, υπέρταση, δυσανεξία στη λακτόζη, ο υποθυρεοειδισμός, ο χαμηλός μεταβολικός ρυθμός ηρεμίας, ο χαμηλός ρυθμός οξειδωσης, η ευαισθησία στην ινσουλίνη. [25, 18, 49, 22]

Περιβαλλοντικοί-ψυχολογικοί παράγοντες:

Αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, αύξηση της κατανάλωσης επεξεργασμένων τροφίμων, πλούσιων σε θερμίδες και λίπος, μείωση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, μείωση της φυσικής δραστηριότητας, που οφείλεται στην καθιστική εργασία, στην αλλαγή στους τρόπους μεταφοράς, στην αστικοποίηση αλλά και στην έλλειψη σωματικής άσκησης, λήψη φαρμάκων, ψυχολογικοί λόγοι. [54, 49]

1.5 Επιπτώσεις της παχυσαρκίας

❖ Επιπτώσεις στην υγεία

Η παχυσαρκία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση μιας σειράς σοβαρών και χρόνιων παθήσεων. Οι επιπλοκές που σχετίζονται με την παχυσαρκία είναι:

[49, 21, 22, 24, 23, 47, 18, 53]

- Δυσλιπιδαιμία.
- Στεφανιαία νόσος, υπέρταση, εγκεφαλικό.
- Μεταβολικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από συνδυασμό των εξής νοσημάτων: υπέρταση, αντίσταση στην ινσουλίνη, διαβήτης τύπου 2, υπερλιπιδαιμία, κυρίως σε ενδοκοιλιακή παχυσαρκία.
- Διαταραχή της πνευμονικής λειτουργίας.
- Υπνική άπνοια.
- Μη ινσουλινοεξαρτόμενος σακχαρώδης διαβήτης (διαβήτης τύπου 2).
- Μυοσκελετικές παθήσεις και ιδίως οστεοαρθρίτιδα .
- Παθήσεις της χοληδόχου κύστης.
- Ορισμένα είδη καρκίνου.
- Στειρότητα (κυρίως στις γυναίκες).

Από έρευνες έχει βρεθεί ότι υπάρχει αναλογική σχέση μεταξύ της νοσηρότητας και της θνησιμότητας και της αύξησης του βάρους. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 44% της εκδήλωσης διαβήτη και το 23% της εμφάνισης ισχαιμικής καρδιοπάθειας σχετίζονται με την παχυσαρκία. Επιπλέον από έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Διεθνή Οργανισμό Ερευνών Για Τον Καρκίνο(IARC) το 2002, βρέθηκε ότι η παχυσαρκία

ήταν υπεύθυνη για το 11% των καρκίνων παχέος εντέρου, το 9% των καρκίνων του στήθους σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, το 39% των καρκίνων του ενδομητρίου, το 25% των καρκίνων των νεφρών και το 37% των καρκίνων του οισοφάγου. Συνολικά εκτιμάται ότι η παχυσαρκία προκαλεί το 20% όλων των περιπτώσεων καρκίνου. [54, 55]

❖ Επιπτώσεις στην ψυχολογία

Η παχυσαρκία είναι στενά συνδεδεμένη με την επιβαρυνόμενη ψυχική κατάσταση του ατόμου. Οι δυτικές κοινωνίες έχουν διαμορφώσει πρότυπα ομορφιάς που εστιάζουν σε μεγάλο βαθμό στην αδύνατη σιλουέτα. Πολλές φορές υπάρχει η λανθασμένη αντίληψη ότι τα υπέρβαρα άτομα είναι λαίμαργα και δεν είναι δραστήρια και ενεργά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να αντιμετωπίζονται με προκατάληψη στην εργασία, το σχολείο και τα κοινωνικές συναναστροφές. Έχει παρατηρηθεί ότι τα παχύσαρκα άτομα έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, λιγότερες ευκαιρίες στον εργασιακό χώρο και μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση. Μία μελέτη έδειξε ότι, σε σχέση με τις γυναίκες με φυσιολογικό βάρος, οι παχύσαρκες γυναίκες είναι πιθανότερο να μην έχουν παντρευτεί, να έχουν χαμηλότερο εισόδημα και χαμηλότερη αυτοπεποίθηση. Εξαιτίας όλων των παραπάνω, αισθήματα απόρριψης, ντροπής ή κατάθλιψης είναι συχνά μεταξύ των παχύσαρκων ανθρώπων. [53, 49]

❖ Οικονομικό κόστος της παχυσαρκίας

Μια άλλη συνέπεια της επιδημίας της παχυσαρκίας είναι η μεγάλη οικονομική επιβάρυνση των κρατών και των αντίστοιχων συστήματος υγείας, εξαιτίας των τεράστιων ποσών που δαπανώνται στην προσπάθεια πρόληψης και αντιμετώπισης της καθώς και των νοσημάτων που σχετίζονται με αυτήν. Οι δαπάνες αυτές διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, τις άμεσες δαπάνες που αφορούν υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας της παχυσαρκίας (επισκέψεις σε γιατρούς, νοσηλεία σε νοσοκομεία, ιατρική περίθαλψη στο σπίτι) και τις έμμεσες δαπάνες, που σχετίζονται με οικονομικές απώλειες λόγω της αδυναμίας ατόμων να εργαστούν εξαιτίας ασθένειας ή αναπηρίας καθώς και με μελλοντικά κέρδη που εκτιμάται ότι θα χαθούν λόγω πρόωρου θανάτου. Σύμφωνα με τη Διεθνή Ομάδα Δράσης Έναντι της Παχυσαρκίας (IOTF), τα ποσά που δαπανώνται σε ανεπτυγμένες χώρες για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αντιστοιχούν στο 2-8% του συνολικού προϋπολογισμού στον τομέα της υγείας. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο μέρος των χρημάτων δαπανάται για την ιατρική περίθαλψη των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, υπέρταση και στεφανιαία νόσο. [53, 49, 22]

1.6 Στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία είναι μια χρόνια νόσος. Τις περισσότερες φορές οι προσπάθειες που καταβάλλονται για τη θεραπεία της έχουν σαν αποτέλεσμα την προσωρινή μείωση του σωματικού βάρους, γεγονός που μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας και στην αντιμετώπιση νοσημάτων, όπως ο διαβήτης και η υπέρταση. Ωστόσο η οριστική θεραπεία της παχυσαρκίας σπάνια επιτυγχάνεται στην πράξη. Παρόλο που ένα σημαντικό μέρος των κρατικών προϋπολογισμών παγκοσμίως προσφέρονται για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, τα αποτελέσματα είναι απογοητευτικά. Είναι πολύ λίγες οι περιπτώσεις μόνιμης μείωσης του σωματικού βάρους και διατήρησής του σε φυσιολογικά επίπεδα. [18]

Ωστόσο η πρόληψη της παχυσαρκίας και η μείωση του κινδύνου εμφάνισης των χρόνιων νοσημάτων που σχετίζονται με αυτή είναι δυνατή και μπορεί να επιτευχθεί. Για να υπάρξει αλλαγή των διατροφικών συνηθειών και βελτίωση της ποιότητας ζωής των παχύσαρκων ατόμων, απαιτείται στήριξη από το περιβάλλον τους και την κοινωνία γενικότερα. Οι τακτικές για την πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας περιλαμβάνουν: τροποποίηση της συμπεριφοράς, αλλαγή των διατροφικών συνηθειών, αύξηση της σωματικής άσκησης, χορήγηση φαρμάκων και χειρουργικές επεμβάσεις.[54, 18]

➤ Τροποποίηση της συμπεριφοράς

Για να υπάρξει η επιθυμητή απώλεια βάρους, είναι αναγκαία η τροποποίηση της συμπεριφοράς των παχύσαρκων ατόμων. Κάτι που βοηθάει προς αυτή την κατεύθυνση είναι να παρατηρήσει ο ασθενής σε ποιες συνθήκες νιώθει την ανάγκη να καταναλώνει μεγαλύτερη ποσότητα φαγητού. Ακόμα μπορεί να υπάρξουν κάποιες επιβραβεύσεις που πιθανόν να βελτιώνουν την ψυχολογία του ατόμου και να το αποτρέπουν από το να επιστρέψει στις παλιές του συνήθειες. Έχει παρατηρηθεί ότι η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης μπορεί έχει θετικά αποτελέσματα για τα παχύσαρκα άτομα και γι' αυτό πολλές φορές συνεχίζουν να συμμετέχουν σ' αυτές ακόμα και μετά την ολοκλήρωση της δίαιτας.[18]

➤ Διατροφή

Στα πλαίσια της μείωσης των κλασικών παραγόντων κινδύνου που συνδέονται με την παχυσαρκία, κρίνεται απαραίτητη η μείωση του σωματικού βάρους κατά 5-10%. Για την ελάττωση του σωματικού βάρους συνήθως συστήνονται δίαιτες χαμηλών θερμίδων (800-1500 θερμίδες/24ωρο). Συγκεκριμένα οι παγκόσμιες συστάσεις

περιλαμβάνουν τη μείωση της ενεργειακής πρόσληψης, της κατανάλωσης λίπους και επεξεργασμένων τροφίμων και την υιοθέτηση ενός ισορροπημένου διατροφικού πλάνου που να καλύπτει τις ανάγκες του οργανισμού σε ενέργεια, θρεπτικά συστατικά, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Η κατανομή των μακροθρεπτικών συστατικών είναι επίσης πολύ σημαντική. Η ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη θα πρέπει να καλύπτεται κατά 50-55% από υδατάνθρακες, 15-20% από πρωτεΐνες και 30% από λίπος. [52, 21]

Σε ατομικό επίπεδο είναι αναγκαία (ΠΟΥ):

[54]

- Η μείωση της πρόσληψης ζάχαρης και λιπαρών τροφίμων.
- Η ελάττωση της πρόσληψης κορεσμένων λιπαρών και η αύξηση της πρόσληψης μονοακόρεστων και πολυακόρεστων λιπαρών οξέων.
- Η αύξηση της κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, προϊόντων ολικής άλεσης και ξηρών καρπών.

Απαραίτητη προϋπόθεση για να πετύχει η ατομική προσπάθεια, είναι ο υγιεινός τρόπος ζωής να μπορεί να υιοθετηθεί από όλους. Γι αυτό είναι σημαντικό, οι υγιεινές διατροφικές επιλογές να είναι διαθέσιμες και οικονομικά προσιτές σε όλο τον πληθυσμό, και ιδιαίτερα σε άτομα με χαμηλότερο εισόδημα. Επομένως κρίνεται απαραίτητη η υποστήριξη των ατόμων που ακολουθούν τις παραπάνω συστάσεις, τόσο από το κράτος όσο και από τους ιδιωτικούς φορείς που εμπλέκονται στις εκστρατείες πρόληψης και αντιμετώπισης της παχυσαρκίας και γενικότερα των προβλημάτων υγείας. [54]

Στην προσπάθεια αυτή μπορεί να συμβάλλει σημαντικά και η βιομηχανία τροφίμων, βελτιώνοντας ποιοτικά τα προϊόντα που κυκλοφορούν στην αγορά. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη μείωση της περιεκτικότητας των τροφίμων σε λίπος, ζάχαρη και αλάτι, με την αύξηση της κυκλοφορίας υγιεινών τροφών και την σωστή προώθηση των προϊόντων, κυρίως αυτών που απευθύνονται σε παιδιά και εφήβους. [54]

➤ Σωματική άσκηση

Η φυσική δραστηριότητα παίζει ουσιαστικό ρόλο στον έλεγχο του σωματικού βάρους. Η 30λεπτη σωματική άσκηση, ήπιας έντασης, πέντε φορές την εβδομάδα, συνδέεται με τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης. Ωστόσο νεότερα δεδομένα φανερώνουν ότι η άσκηση για 45-60 λεπτά την ημέρα θεωρείται περισσότερο αποτελεσματική για την απώλεια βάρους και τη διατήρησή του σε φυσιολογικά επίπεδα. Τέλος ιδιαίτερα σημαντική για τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και της ενεργειακής δαπάνης σε παιδιά και νέους, είναι η μείωση των καθιστικών δραστηριοτήτων. [21]

➤ Φάρμακα

Άλλος ένας τρόπος αντιμετώπισης της παχυσαρκίας είναι η χορήγηση συγκεκριμένων φαρμάκων που οδηγούν σε μείωση του σωματικού βάρους. Ωστόσο η μείωση αυτή είναι βραχυχρόνια, ενώ επιπλέον έχει παρατηρηθεί αύξηση του βάρους μετά τη διακοπή της λήψης τους. Πολλά τέτοια φάρμακα προκαλούν σοβαρές παρενέργειες και έχουν συνδεθεί με φαινόμενα κατάχρησης και εξάρτησης από αυτά. Κάποια σκευάσματα που χρησιμοποιούνται με σκοπό την απώλεια βάρους περιέχουν τις εξής ουσίες: αμφεταμίνη, φεντερμίνη, υδροχλωρική φενυλοπροπανολαμίνη, συνδυασμός φενφλουραμίνης με φεντερμίνη, ανασυνδυασμένη λεπτίνη κ.α. [18]

➤ Χειρουργικές επεμβάσεις

Στις περιπτώσεις που υπάρχει αδυναμία θεραπείας της παχυσαρκίας με κλασικές μεθόδους, όπως η διατροφή και η σωματική άσκηση, χρησιμοποιούνται οι χειρουργικές επεμβάσεις. Οι προϋποθέσεις για να θεωρηθεί ένα άτομο κατάλληλο για να υποβληθεί σε μία τέτοια επέμβαση είναι οι εξής: ΔΜΣ>35 και μια συνυπάρχουσα διαταραχή ή ΔΜΣ>40, επαναλαμβανόμενη αποτυχία άλλων μεθόδων, αυξημένο σωματικό βάρος για 3-5 έτη, ικανότητα υποβολής στη συγκεκριμένη χειρουργική επέμβαση, απουσία αλκοολισμού, χρήσης άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών και ψυχοπαθολογικής κατάστασης και εκτίμηση από ψυχίατρο. Οι δύο μέθοδοι που χρησιμοποιούνται συχνότερα σήμερα είναι η γαστροπλαστική με δακτύλιο και η γαστρική παράκαμψη τύπου Roux-en-y. Οι παραπάνω επεμβάσεις μπορεί να προσφέρουν: μεγάλη απώλεια βάρους και βελτίωση της υπέρτασης, του διαβήτη, της υπνικής άπνοιας, της στηθάγχης και της υπερλιπιδαιμίας. [18]

Τις τελευταίες δεκαετίες στα πλαίσια της δυσκολίας αντιμετώπισης του φαινομένου τα παχυσαρκίας, δημιουργούνται συνεχώς καινούριες δίαιτες, οι οποίες δεν ακολουθούν τις συστάσεις των οργανισμών υγείας και διαφέρουν μεταξύ τους ως προς το θερμιδικό περιεχόμενο αλλά και τη μορφή. Οι δίαιτες τέτοιου τύπου προωθούνται έντονα στα Μ.Μ.Ε και γίνονται γρήγορα δημοφιλείς, καθώς υπόσχονται γρήγορη και ανώδυνη απώλεια βάρους. Κάποιες απ' αυτές κερδίζουν το ενδιαφέρον του πληθυσμού για μικρό χρονικό διάστημα και στη συνέχεια εξαφανίζονται από την αγορά, ενώ άλλες έχουν καταφέρει να επιβιώσουν και να παραμείνουν δημοφιλείς για αρκετά χρόνια. Οι δίαιτες τέτοιου τύπου συνήθως χαρακτηρίζονται ως «ανορθόδοξες».

2. ΑΝΟΡΘΟΔΟΞΕΣ ΔΙΑΙΤΕΣ

2.1 Ορισμός ανορθόδοξων διαιτών

Ως ανορθόδοξες δίαιτες χαρακτηρίζονται οι δίαιτες εκείνες που δεν ακολουθούν τις διεθνείς συστάσεις σε σχέση με την σωστή αναλογία των μακροθρεπτικών συστατικών στη διατροφή και την ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη. Συνήθως υπόσχονται γρήγορη και εύκολη απώλεια βάρους μέσω της κατανάλωσης απολαυστικών γευμάτων. Πολλές φορές όμως, περιορίζουν την κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών, ακόμα και ολόκληρων ομάδων τροφίμων. Αρκετές από τις ανορθόδοξες δίαιτες βασίζονται στη θεωρία ότι η κατανάλωση ενός συγκεκριμένου τροφίμου ή μιας ομάδας τροφίμων μπορεί να είναι υπεύθυνη για τη μείωση του σωματικού βάρους και σε κάποιες περιπτώσεις περιλαμβάνουν λίστες απαγορευμένων και επιτρεπόμενων τροφίμων. Οι εμπνευστές αυτών των διατροφικών πλάνων είναι σε αρκετές περιπτώσεις άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, όπως για παράδειγμα γιατροί, χωρίς ωστόσο να είναι διαιτολόγοι και στηρίζουν τις θεωρίες τους σε δεδομένα τα οποία δεν είναι επιστημονικά τεκμηριωμένα. Οι δίαιτες αυτές είναι συνήθως αποτελεσματικές, καθώς περιορίζουν σημαντικά τη θερμιδική πρόσληψη. Όπως έχει αποδειχθεί ο μόνος τρόπος για να χάσει κανείς βάρος είναι να μειώσει τις θερμίδες που καταναλώνει. Αρά ο ισχυρισμός ότι οι ανορθόδοξες δίαιτες είναι επιτυχημένες εξαιτίας των «μαγικών» συστατικών και των ιδιαίτερων συνδυασμών τροφίμων που περιλαμβάνουν δεν ευσταθεί. Τέλος παρότι κάποιες ανορθόδοξες δίαιτες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μικρά χρονικά διαστήματα με ασφάλεια, κάποιες άλλες είναι επικίνδυνες για την υγεία και θα πρέπει να αποφεύγονται. [48, 30]

2.2 Κατηγορίες ανορθόδοξων διαιτών

2.2.1 Δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες

Οι δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες έχουν προωθηθεί έντονα και συνεπώς είναι ιδιαίτερα δημοφιλείς. Παρόλα αυτά, δεν έχει εξακριβωθεί πλήρως πότε ένα διατροφικό πλάνο θεωρείται χαμηλό σε υδατάνθρακες.

Διακρίνουμε τις εξής κατηγορίες:

1. Υψηλό ποσοστό υδατανθράκων 50-70%
2. Μέτριο ποσοστό υδατανθράκων 40-50%
3. Χαμηλό ποσοστό υδατανθράκων 25-39%
4. Πολύ χαμηλό ποσοστό υδατανθράκων 0-25%

Ωστόσο, επειδή σύμφωνα με τις παγκόσμιες συστάσεις οι υδατάνθρακες θα πρέπει να καλύπτουν το 50-55% της ημερησίας θερμιδικής πρόσληψης, όλες οι δίαιτες που περιέχουν ποσοστό υδατανθράκων μικρότερο του 50-60% χαρακτηρίζονται ως δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες. [32]

Κάποιες έρευνες δείχνουν ότι οι δίαιτες αυτές προκαλούν γρήγορη απώλεια βάρους ενώ παράλληλα βελτιώνουν την υγεία καθώς μειώνουν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων, της ολικής χοληστερόλης, της γλυκόζης του αίματος και αυξάνουν τη συγκέντρωση της HDL χοληστερόλης. Επιπλέον υποστηρίζεται ότι στα άτομα που καταναλώνουν γεύματα πλούσια σε πρωτεΐνες μειώνεται το αίσθημα της πείνας σε σχέση με τα άτομα που καταναλώνουν γεύματα πλούσια σε υδατάνθρακες. [46, 14, 12]

Ωστόσο έχει τεκμηριωθεί από μελέτες ότι η μειωμένη πρόσληψη υδατανθράκων, η οποία συνήθως συνδυάζεται με αυξημένη πρόσληψη πρωτεϊνών, δεν σχετίζεται με αυξημένη μείωση του σωματικού λίπους και δεν ασκεί επίδραση στην όρεξη και την ψυχολογία του ατόμου. Σε αντίθεση, προκαλεί απώλεια των σωματικών υγρών, μείωση της μυϊκής μάζας καθώς και πτώση του μεταβολισμού. Οι πιθανές παρενέργειες της μακροχρόνιας υιοθέτησης τέτοιων διατροφικών πλάνων περιλαμβάνουν: τον σχηματισμό χολόλιθων και νεφρικών λίθων, τη μείωση της οστικής μάζας, την αύξηση των επιπέδων της LDL χοληστερόλης και την επιβάρυνση της νεφρικής λειτουργίας σε κάποιους ασθενείς. Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι η γρήγορη απώλεια βάρους, που παρατηρείται τις πρώτες μέρες εφαρμογής τέτοιων διατροφικών πλάνων, οφείλεται κυρίως στην απώλεια των υγρών του σώματος, ενώ η συνολική μείωση του σωματικού βάρους σχετίζεται κυρίως με τη διάρκεια της δίαιτας και τη μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας και όχι με τον περιορισμό

των υδατανθράκων. [5, 20, 10, 48, 42] Διάσημες δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακα είναι η δίαιτα Atkins, η δίαιτα της ζώνης και η δίαιτα Dukan.

Η δίαιτα Atkins

A. Η Φιλοσοφία της Δίαιτας

Η δίαιτα Atkins, που είναι γνωστή και ως βιοχημική, χημική ή κετογονική, είναι η πιο δημοφιλής δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες. Βασίζεται στο βιβλίο του Dr. Atkins «The new diet revolution», που εκδόθηκε το 1972. Πρόκειται για ένα διατροφικό πλάνο πλούσιο σε κρέας και λίπος, που περιορίζει σημαντικά την πρόσληψη υδατανθράκων. Πιο συγκεκριμένα, η ενεργειακή πρόσληψη καλύπτεται κατά 27% από πρωτεΐνες, κατά 68% από λίπος και 5% από υδατάνθρακες. Σύμφωνα με τον Atkins, η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας υδατανθράκων, ιδιαίτερα ζάχαρης και άσπρου αλευριού, οδηγεί σε υπερβολική έκκριση ινσουλίνης με αποτέλεσμα την αύξηση του βάρους, την πρόκληση διαβήτη και άλλων χρόνιων παθήσεων. Αναφέρει, ότι ο αυστηρός περιορισμός των υδατανθράκων στη διατροφή ωθεί τον οργανισμό στη χρησιμοποίηση των λιπών σαν καύσιμο. Έτσι, όταν το λίπος υδρολύεται, διασπάται σε γλυκερόλη και άλλα λιπαρά οξέα, τα οποία με τη σειρά τους διασπώνται σε παραπροϊόντα που ονομάζονται κετόνες. Οι κετόνες είναι ουσίες που μειώνουν το αίσθημα της όρεξης. Η μειωμένη κατανάλωση υδατανθράκων οδηγεί σε αυξημένη διούρηση, με αποτέλεσμα τη μείωση του σωματικού βάρους. [1, 9]

B. Οι Τέσσερις Φάσεις της Δίαιτας Atkins

Η δίαιτα Atkins έχει τέσσερις φάσεις, όλες με πολύ προσεχτικό έλεγχο της πρόσληψης υδατανθράκων. [26]

- Φάση πρώτη

Ονομάζεται φάση «ενεργοποίησης» και στοχεύει στο να οδηγήσει τον οργανισμό από την καύση υδατανθράκων στην καύση λίπους για την παραγωγή ενέργειας, στην σταθεροποίηση των επιπέδων της γλυκόζης του αίματος και στην καταπολέμηση των εξαρτήσεων από τρόφιμα όπως η ζάχαρη, το αλκοόλ, τα προϊόντα σιταριού, ο καφές, τα δημητριακά κ.α. Η φάση αυτή διαρκεί τουλάχιστον δύο εβδομάδες και επιτρέπει την κατανάλωση 20 γραμμαρίων υδατάνθρακα την ημέρα, αποκλείοντας από τη διατροφή τα φρούτα, τα αμυλώδη λαχανικά, τα σιτηρά και το ψωμί. [9, 1, 26]

Τα επιτρεπόμενα τρόφιμα: [1, 9]

Καταναλώνονται ελεύθερα: Ψάρια, πουλερικά, θαλασσινά, κρέας, αυγά.

Καταναλώνονται σε συγκεκριμένες ποσότητες: *Τυριά:* τσένταρ, γκούντα, μοτσαρέλα, ροκφόρ, αγελαδινά, πρόβια ή κατσικίσια τυριά.

Λαχανικά: ρόκα, σέλινο, ραδίκι, αγγούρι, αντίδια, μαρούλι, μανιτάρια, μαϊντανός, πιπεριές, ραπανάκια, αγκινάρες, σπαράγγια, μπρόκολο, λαχανάκια Βρυξελλών, λάχανο, κουνουπίδι, σελινόριζα, σέσκουλα, μελιτζάνα, πράσο, μπάμιες, κρεμμύδια, κολοκύθα, σπανάκι, ντομάτα, κολοκύθια, φρέσκα κρεμμυδάκια.

Γαρνιτούρες σαλάτας: ξεροψημένο μπέικον, τριμμένο τυρί, μανιτάρια, κρέμα γάλακτος, μπαχαρικά χωρίς προσθήκη ζάχαρης, βασιλικός, πιπέρι καγιέν, κόλιαντρος, άνηθος, σκόρδο, τζίντζερ, ρίγανη, δενδρολίβανο, φασκόμηλο, θυμάρι

Λίπη και έλαια: βούτυρο, ελαιόλαδο και φυτικά έλαια, αποφυγή μαργαρίνης και γενικότερα υδρογονωμένων λιπών

Γλυκαντικές ύλες: σουκραλόζη, σακχαρίνη, κυκλαμίδιο κ.α, αποφυγή γλυκαντικών με κατάληξη -όζη τα φρουκτόζη, μαλτόζη κ.α

Ροφήματα: σόδα, τσάι, μεταλλικό νερό, νερό πηγής, νερό βρύσης

- Φάση δεύτερη

Πρόκειται για τη φάση της «σταθερής απώλειας βάρους», στην οποία συνεχίζεται η διαδικασία της λιπόλυσης, τα άτομα εκπαιδεύονται στο να επιλέγουν πιο υγιεινές τροφές, ενώ πραγματοποιείται σκόπιμη μείωση του ρυθμού απώλειας βάρους ώστε να τεθούν οι βάσεις για μόνιμο έλεγχο του σωματικού βάρους. Στη φάση αυτή υπάρχει σταδιακή αύξηση της πρόσληψης υδατανθράκων και συγκεκριμένα προστίθενται 5 γραμμάρια υδατάνθρακα την εβδομάδα μέχρι να παρατηρηθεί διακοπή της απώλειας κιλών. [9, 1, 26]

Επιτρεπόμενα τρόφιμα:

Στη δεύτερη φάση επιτρέπεται η κατανάλωση όλων των τροφίμων της φάσης ενεργοποίησης καθώς και η ελεγχόμενη προσθήκη άλλων τροφών όπως φρέσκα τυριά, ξηροί καρποί, κρασί και άλλα οινοπνευματώδη χαμηλά σε υδατάνθρακες, όσπρια, βατόμουρα,

φράουλες, πεπόνι, χυμός λεμόνι, χυμός ντομάτας, χυμός λάιμ και κάποια προϊόντα ολικής άλεσης. [9, 1]

- Φάση τρίτη

Η φάση αυτή είναι η φάση της «προ-συντήρησης». Στο στάδιο αυτό έχουν χαθεί σχεδόν όλα τα περιττά κιλά και ξεκινά η προετοιμασία για τη φάση της συντήρησης. Η πρόσληψη υδατανθράκων αυξάνεται σε βαθμό τέτοιο ώστε η απώλεια βάρους να είναι λιγότερο από ένα κιλό την εβδομάδα. Συγκεκριμένα προστίθενται 10 γραμμάρια υδατανθράκων την εβδομάδα. Οποιοδήποτε νέο τρόφιμο παρατηρηθεί ότι προκαλεί αύξηση βάρους θα πρέπει να αποφεύγεται. Η φάση αυτή έχει ως στόχο να διδάξει τον υπολογισμό της ποσότητας υδατανθράκων που οδηγεί σε αργή μείωση των κιλών καθώς και των υδατανθράκων που απαιτούνται για διατήρηση του σωματικού βάρους. Ουσιαστικά συνδυάζει την απώλεια βάρους με την προσπάθεια σταθεροποίησής του. Ιδανικά το άτομο θα πρέπει να μείνει σ αυτό το στάδιο τουλάχιστον ένα μήνα. [9, 1, 26]

Επιτρεπόμενα τρόφιμα:

Επιτρέπονται όλα τα τρόφιμα των προηγούμενων φάσεων αλλά δίνεται η δυνατότητα πρόσθεσης και επιπλέον τροφίμων όπως καρότα, γλυκοπατάτες, παντζάρια, πατάτες, δημητριακά ολικής άλεσης, ρύζι καστανό, καλαμπόκι, βρώμη, ζυμαρικά από σπανάκι, ψωμί ολικής άλεσης, όλα τα όσπρια καθώς και περισσότερα φρούτα. Τα παραπάνω τρόφιμα θα πρέπει να εντάσσονται στο διαιτολόγιο σταδιακά. [9, 1]

- Φάση τέταρτη

Αποτελεί τη φάση της «συντήρησης». Στο στάδιο αυτό έχουν χαθεί τα περιττά κιλά και το άτομο εκπαιδεύεται στο πως θα διατηρήσει το βάρος του σε φυσιολογικά επίπεδα. Εδώ οι επιλογές τροφών είναι περισσότερες και η πρόσληψη υδατανθράκων υψηλότερη. Το κάθε άτομο γνωρίζει ήδη από τη φάση της προ-συντήρησης, πόση ποσότητα υδατανθράκων πρέπει να καταναλώνει ώστε να διατηρήσει το βάρος του. Συνεπώς ο κύριος στόχος της συντήρησης είναι η παραμονή σε αυτήν την ποσότητα. [9]

Επιτρεπόμενα τρόφιμα:

Επιτρέπεται η κατανάλωση όλων των τροφίμων των προηγούμενων φάσεων αρκεί η πρόσληψη υδατανθράκων να μην ξεπερνάει το επιτρεπτό όριο. [9]

Σε όλες τις φάσεις της δίαιτας Atkins προτείνεται η λήψη διατροφικών συμπληρωμάτων, η τακτική σωματική άσκηση και η αποφυγή επεξεργασμένων τροφίμων.

Ενδεικτικό διαιτολόγιο με 20 γρ. υδατάνθρακα

[9]

Πρωινό: Ομελέτα με 3 αυγά και αβοκάντο, τυρί μοτσαρέλα με ντομάτα, καφές χωρίς καφεΐνη με κρέμα

Μεσημεριανό: 225 γρ μοσχαρίσια μπριζόλα, σαλάτα με πράσινα φυλλώδη λαχανικά, σπανάκι, μανιτάρια, κρεμμύδι, σέλινο και τυρί παρμεζάνα.

Βραδινό: 225 γρ σολομό ψητό στη σχάρα, λάχανο συνοδευμένο με σκόρδο, λεμόνι και σουσάμι

Σωματική άσκηση:

Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, παράλληλα με τη δίαιτα, θεωρείται αναγκαία.

Απώλεια βάρους:

Η δίαιτα Atkins εγγυάται γρήγορη απώλεια βάρους. Κατά την πρώτη εβδομάδα εφαρμογής του προγράμματος μπορεί να παρατηρηθεί μείωση του βάρους κατά 4 κιλά. [1]

Γ. Αξιολόγηση της Δίαιτας

Σε απάντηση της έντονης αρνητικής κριτικής που δέχτηκε από κάποιους το πρόγραμμα αυτό, η ομάδα Atkins τροποποίησε το 2010 τη δίαιτα ώστε να συμβαδίζει με έναν πιο υγιεινό τρόπο διατροφής και την ονόμασε «Η νέα δίαιτα Άτκινς για μια νέα ζωή». Στο τέλος του 2013 αναθεώρησε και πάλι τη δίαιτα με την έκδοση του βιβλίου «Η νέα δίαιτα Άτκινς το έκανε πιο εύκολο». Έτσι η νέα αυτή εκδοχή δίνει μεγαλύτερη έμφαση στις μερίδες και τον έλεγχο των θερμίδων, τονίζει τη σημασία των «καλών» λιπαρών στη διατροφή και προωθεί την κατανάλωση άπαχων πρωτεϊνούχων τροφίμων, δημητριακών ολικής άλεσης, φρέσκων λαχανικών και φρούτων. Ωστόσο παραμένει ένα διατροφικό πλάνο με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες που εστιάζει στην

μεγάλη κατανάλωση κρέατος, πουλερικών και ψαριών και στον περιορισμό της πρόσληψης υδατανθράκων. Από μια συγκριτική μελέτη διάρκειας ενός έτους, βρέθηκε ότι η δίαιτα Atkins οδήγησε σε μείωση της πίεσης του αίματος, των τριγλυκεριδίων και της ινσουλίνης βραχυπρόθεσμα, αλλά δεν κατάφερε να διατηρήσει σταθερή τη συγκέντρωση της ινσουλίνης σε χαμηλά επίπεδα μετά το πέρας του ενός έτους. Επιπλέον έχει βρεθεί ότι εξαιτίας της μεγάλης ποσότητας κορεσμένων λιπαρών που συνιστά το συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα υπάρχει πιθανότητα αύξησης της ολικής και της LDL χοληστερόλης και συνεπώς του κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου. Όπως αναφέρει η Χριστίνα Φοντώρ, κλινικός διαιτολόγος-διατροφολόγος: «Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται με την παραγωγή κετονών που αποτελεί μια σοβαρή παθολογική κατάσταση που διαταράσσει τη χημική ισορροπία του οργανισμού. Η παρουσία κετονών μπορεί να προκαλέσει πονοκεφάλους, ζαλάδες, κόπωση, αναγούλα και άσχημη οσμή στο στόμα». Επιπλέον τονίζει πως τροφές όπως το κρέας, τα θαλασσινά και το αυγό, που καταναλώνονται σε μεγάλες ποσότητες στη δίαιτα Atkins, είναι πλούσιες σε πουρίνες, οι οποίες μεταβολίζονται σε ουρικό οξύ που δημιουργεί οστική αρθρίτιδα, ειδικότερα σε άτομα με προδιάθεση. Θεωρεί πως η αυξημένη καταναλώση πρωτεϊνούχων τροφίμων, μπορεί να προκαλέσει απώλεια της νεφρικής λειτουργίας, ιδιαίτερα σε άτομα που πάσχουν ήδη από ήπια νεφρική ανεπάρκεια, ενώ ο αποκλεισμός τροφών όπως τα όσπρια, τα δημητριακά ολικής άλεσης και ορισμένα λαχανικά αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης δυσλειτουργίας του εντέρου, εξαιτίας της μειωμένης πρόσληψης φυτικών ινών. Η δίαιτα Atkins είναι διατροφικά ελλιπής, δεν καλύπτει τις ανάγκες του οργανισμού σε θρεπτικά συστατικά και βιταμίνες, και συνεπώς είναι επικίνδυνη για την υγεία.[26, 11, 48, 1, 10]

Η δίαιτα της ζώνης

A. Η φιλοσοφία της Δίαιτας

Δημιουργός της δίαιτας της ζώνης είναι ο Barry Sears, ο οποίος ήταν ερευνητής του αμερικανικού ιδρύματος MIT στον τομέα της φαρμακευτικής και έχει εκδώσει πολλά βιβλία που αφορούν στη συγκεκριμένη δίαιτα. Βασίζεται στην θεωρία ότι η παχυσαρκία οφείλεται στην αυξημένη έκκριση ινσουλίνης. Σύμφωνα με τον Sears, οι πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και λίπη επηρεάζουν διαφορετικά τις ορμόνες. Συγκεκριμένα, αναφέρει πως οι υδατάνθρακες διεγείρουν την παραγωγή ινσουλίνης, οι πρωτεΐνες επηρεάζουν τη γλυκαγόνη, ενώ τα λίπη επηρεάζουν μια άλλη ομάδα ορμονών, τα εικοσανοειδή. Η αυξημένη πρόσληψη υδατανθράκων διεγείρει την έκκριση ινσουλίνης. Από την άλλη πλευρά οι πρωτεΐνες διεγείρουν την απελευθέρωση γλυκαγόνης, μιας ορμόνης που προκαλεί απελευθέρωση υδατανθράκων στο συκώτι ώστε να αναπληρωθούν τα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος για τον

εγκέφαλο. Αν τα επίπεδα της γλυκαγόνης είναι μειωμένα, αυξάνεται το αίσθημα της πείνας και της πνευματικής κούρασης, εξαιτίας του ότι ο εγκέφαλος δεν προσλαμβάνει αρκετή γλυκόζη. Η έκκριση ινσουλίνης είναι αντιστρόφως ανάλογη μη την έκκριση γλουκαγόνης. Τέλος τα λίπη επηρεάζουν τα εικοσανοειδή, τα οποία με τη σειρά τους συμβάλλουν στη ρύθμιση των επιπέδων της ινσουλίνης. Έτσι προτείνει μία δίαιτα που αποτελείται 40% από πρωτεΐνες, 30% από υδατάνθρακες και 30% από λίπος(40:30:30). Η φόρμουλα 40:30:30 θα πρέπει να ακολουθείται σε κάθε γεύμα. Η δίαιτα της ζώνης υπόσχεται απώλεια βάρους, μείωση των κινδύνων εμφάνισης χρόνιων παθήσεων όπως καρδιακή νόσο, διαβήτη και καρκίνο, βελτίωση της πνευματικής και σωματικής απόδοσης και μεγαλύτερη διάρκεια ζωής. Η βασική δίαιτα διαρκεί δύο εβδομάδες, αλλά ο Barry Sears προτείνει την δια βίου υιοθέτηση της δίαιτας της ζώνης, με την προϋπόθεση να υπάρξει σταδιακή αύξηση των προσλαμβανόμενων θερμίδων. [1, 51, 39, 50]

B. Τα τρία στάδια της Δίαιτας της Ζώνης:

[1, 50]

- Α στάδιο

Στο στάδιο αυτό σταματάει η αύξηση του σωματικού βάρους. Η διατροφή περιλαμβάνει πολλά φρούτα και λαχανικά, πόση 8 ποτηριών νερού την ημέρα και μείωση της κατανάλωσης αμυλούχων τροφίμων. Θεωρείται πολύ σημαντικό να υπάρχουν σνακ μεταξύ πρωινού, μεσημεριανού και βραδινού, ώστε να μειώνεται το αίσθημα της πείνας και να καταναλώνεται λιγότερη τροφή στα βασικά γεύματα. Εδώ επιτρέπεται να καταναλώνονται μικρές ποσότητες άπαχων πρωτεϊνούχων τροφίμων.

- Β στάδιο

Στο στάδιο αυτό ενεργοποιείται η διαδικασία καύσης του λίπους, καθώς το σώμα αρχίζει να συνηθίζει την ποσοστιαία σύσταση των γευμάτων. (40:30:30)

- Γ στάδιο

Στη φάση αυτή ξεκινά η μεγάλη απώλεια βάρους. Εδώ οι υδατάνθρακες προέρχονται κυρίως από φρούτα και λαχανικά. Ωστόσο επιτρέπεται και η περιορισμένη κατανάλωση υδατανθράκων από άλλες πηγές, όπως ψωμί, σαν συνοδευτικό των γευμάτων.

Πρέπει να τονισθεί όμως ότι οι υδατάνθρακες αυτοί, δεν πρέπει να ξεπερνούν το ¼ των συνολικών υδατανθράκων κάθε γεύματος.

Ένα γεύμα της ζώνης:

Σε κάθε γεύμα στη δίαιτα της ζώνης θα πρέπει το 1/3 του πιάτου να αποτελείται από μια πηγή πρωτεΐνης, (όχι περισσότερο από μία παλάμη), τα 2/3 να αποτελούνται από λαχανικά και φρούτα και τέλος να προστίθεται μια πολύ μικρή ποσότητα μονοακόρεστων ή πολυακόρεστων λιπαρών όπως ελαιόλαδο, αμύδαλα ή γουακαμόλε).[51]

Τροφές που συνιστώνται:

Κοτόπουλο χωρίς δέρμα, γαλοπούλα, ψάρι, πολύ άπαχα μέρη κρέατος, ασπράδια αυγών, γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά, τόφου, υποκατάστατα κρέατος από σόγια, υδατάνθρακες με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, όπως τα περισσότερα λαχανικά και φρούτα καθώς και η βρώμη και το κριθάρι, και καλά λιπαρά, όπως ελαιόλαδο, αβοκάντο, αμύγδαλα και ιχθυέλαιο. [51]

Τροφές που πρέπει να αποφεύγονται:

Υδατάνθρακες με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη όπως ζυμαρικά, ψωμί, πατάτες, δημητριακά, καλαμπόκι, καρότο, μπανάνες και σταφίδες και τρόφιμα με κορεσμένα και τρανς λιπαρά οξέα (λιπαρά κρέατα, εντόσθια, κρόκοι αυγών κ.α). [51]

Στη δίαιτα της ζώνης τονίζεται η σημασία του ωραρίου κατανάλωσης των τροφών . Συγκεκριμένα, το πρωινό πρέπει να λαμβάνεται μία ώρα μετά το πρωινό ξύπνημα κ έπειτα ανάμεσα στα γεύματα να μεσολαβούν περίπου 4-5 ώρες. [1]

Ενδεικτικό διαιτολόγιο:

[1]

Πρωινό: Ομελέτα με 30 γραμμάρια άπαχο μπέικον και ασπράδια από 4 αυγά, 1 μήλο

Μεσημεριανό: 60 γραμμάρια γαλοπούλα χωρίς πέτσα, ½ φέτα ψωμί σικάλεως, σαλάτα με ½ πράσινη πιπεριά και 1 ντομάτα, 1 μήλο

Σνακ: Ομελέτα με 1 ασπράδι και 3 τριμμένα αμύγδαλα, ½ κούπα φράουλες

Βραδινό: 100 γραμμάρια σολομός, σαλάτα με ½ φλ βραστά κολοκυθάκια, 1 ντομάτα,, 2 κουταλιές λάδι, μισό πορτοκάλι

Σνακ: 30 γραμμάρια γαλοπούλα, 1 μήλο

Σωματική άσκηση:

Προτείνεται μιας μέτριας έντασης σωματική άσκηση παράλληλα με την εφαρμογή της δίαιτας. [51]

Απώλεια βάρους:

Η δίαιτα της ζώνης εγγυάται απώλεια 2-4 κιλών κατά τα 7 πρώτες μέρες. [1, 50]

Γ. Αξιολόγηση της Δίαιτας

Η δίαιτα της ζώνης έχει υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη και αποδεδειγμένα οδηγεί σε γρήγορη μείωση του σωματικού βάρους και συνεπώς είναι πολύ δημοφιλής. Πρόκειται για ένα διατροφικό πρόγραμμα που σε γενικές γραμμές ενθαρρύνει την κατανάλωση μονοακόρεστων λιπαρών και την μείωση της πρόσληψης κορεσμένων και τρανς λιπαρών οξέων. Σύμφωνα με τη Σταματάκη Αυγερία, διαιτολόγο- διατροφολόγο: «Ένα από τα θετικά της στοιχεία είναι ότι προτείνει κάθε γεύμα να περιλαμβάνει όλα τα μακροθρεπτικά συστατικά, δηλαδή πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και λίπη. Ωστόσο τα μειονεκτήματά της είναι περισσότερα από τα πλεονεκτήματά της. Αρχικά η κατανομή των θρεπτικών συστατικών που συστήνεται (40% πρωτεΐνες, 30% υδατάνθρακες, 30% λίπη), απέχει πολύ από τα παγκόσμιες συστάσεις (15-20% πρωτεΐνες, 50-55% υδατάνθρακες, 30% λίπος). Η μακροχρόνια συστηματική λήψη κρέατος επιβαρύνει τη λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος. Η αυξημένη κατανάλωση ζωικής πρωτεΐνης ίσως να μειώνει το αίσθημα της πείνας, αλλά προκαλεί αύξηση της ουρίας και του ουρικού οξέως, επιβαρύνοντας τα νεφρά και το ήπαρ». Το διαιτολόγιο δεν επιτρέπει την κατανάλωση πολλών θρεπτικών τροφών, όπως τα ζυμαρικά, οι πατάτες, το ψωμί και τα δημητριακά, και συνεπώς μπορεί να προκαλέσει ελλείψεις βιταμινών και ιχνοστοιχείων. Επιπλέον, είναι αρκετά χαμηλό σε θερμίδες γεγονός που μπορεί να προκαλέσει σωματική και πνευματική εξάντληση. Η εφαρμογή της δίαιτας είναι αρκετά περίπλοκη και απαιτεί πολλούς υπολογισμούς, καθιστώντας πρακτικά δύσκολη της υιοθέτησή της. Η δίαιτα της ζώνης είναι αποτελεσματική όταν ακολουθείται για σύντομο χρονικό διάστημα, ωστόσο η μακροχρόνια υιοθέτησής της συστήνεται να αποφεύγεται. [1, 39]

Η Δίαιτα Dukan

A. Η φιλοσοφία της δίαιτας

Η δίαιτα Dukan δημιουργήθηκε τον Γάλλο διαιτολόγο και γιατρό, Pierre Dukan και έχει γίνει ιδιαίτερα δημοφιλής τα τελευταία χρόνια. Στηρίζεται στην κατανάλωση μεγάλης ποσότητας πρωτεϊνών και στον περιορισμό τροφίμων που περιέχουν υδατάνθρακες, όπως φρούτα, αμυλούχα τρόφιμα, όσπρια και προϊόντα ολικής άλεσης. Σε αντίθεση με τη δίαιτα Atkins που χαρακτηρίζεται από αυξημένη πρόσληψη λίπους, η δίαιτα Dukan εστιάζει στην πρόσληψη πρωτεϊνών τροφίμων με χαμηλά λιπαρά όπως ψάρι, πουλερικά και άπαχα γαλακτοκομικά. Σύμφωνα με τον Dukan, οι υδατάνθρακες διεγείρουν την έκκριση ινσουλίνης κάτι που οδηγεί σε παραγωγή και αποθήκευση λίπους στο σώμα. Η αυξημένη πρόσληψη πρωτεϊνών από την άλλη μεριά, έχει ως αποτέλεσμα, σύμφωνα πάντα με τον ίδιο, την καύση θερμίδων, τη μείωση της όρεξης, την ενίσχυση του οργανισμού και τη μείωση του βάρους χωρίς να υπάρξει απώλεια μυϊκής μάζας. Στη δίαιτα Dukan θεωρείται απαραίτητη η αυξημένη πρόσληψη υγρών και η χαμηλή πρόσληψη αλατιού. Δεν απαιτεί υπολογισμό των θερμίδων που προσλαμβάνονται και κρίνει αναγκαία την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής, ακόμα και όταν δεν υπάρχει το αίσθημα της πείνας. [13, 29]

B. Οι τέσσερις φάσεις της δίαιτας Dukan:

[13,29]

- Η φάση της επίθεσης

Πρόκειται για μια φάση που περιλαμβάνει μία καθαρά πρωτεϊνική διατροφή. Συγκεκριμένα επιτρέπονται πρωτεϊνούχα τρόφιμα, τα οποία μπορούν να συνοδευτούν μόνο από αρτύματα και σάλτσες, που δεν περιέχουν λίπος ή υδατάνθρακες, όπως ξύδι, μουστάρδα, αλάτι, βότανα και μπαχαρικά. Η φάση αυτή έχει μέση διάρκεια 5 ημέρες. Μπορεί να παρατηρηθεί δυσάρεστη αναπνοή και ξηροστομία κατά τη διάρκεια της φάσης. [13, 29]

Επιτρεπόμενα τρόφιμα : Άπαχα κρέατα: βοδινό, μοσχάρι ψητό χωρίς λάδι ή άλλη λιπαρή ύλη, νεφρά, συκώτι, βοδινή γλώσσα., όλα τα πουλερικά, εκτός από πάπια και χήνα, χωρίς το δέρμα., όλα τα ψάρια, λιπαρά ή άπαχα, ωμά ή μαγειρεμένα, όλα τα οστρακοειδή, ζαμπόν με χαμηλά λιπαρά, άπαχο κοτόπουλο σε φέτες και χοιρινό, αυγά, άπαχα γαλακτοκομικά, 1 μιση κουταλιά πίτουρο βρώμης στο γάλα ή σε άλλο γαλακτοκομικό προϊόν, καφές, τσάι, ξίδι, αρτύματα, μπαχαρικά, βότανα, πίκλες, λεμόνι, αλάτι, μουστάρδα (με προσοχή). [13]

Ενδεικτικό διαιτολόγιο:

[29]

Πρωινό: 230 γραμμάρια άπαχο τυρί κότατζ, 1 φέτα γαλοπούλα, καφές ή τσάι με αποβουτυρωμένο γάλα και γλυκαντική ουσία

Δεκατιανό: 120 γραμμάρια άπαχο γιαούρτι

Μεσημεριανό: Τόνος με πιπεριές, γεμιστάμανιτάρια, καφές με κρέμα

Απογευματινό: 1 φέτα ζαμπόν, κέικ βρώμης (φτιαγμένο με 2 κουταλιές βρώμη)

Βραδινό: Βοδινό κεμπάπ, κολοκυθόσουπα, Γαλλικό γλυκό floating island

- Η Φάση της κρουαζιέρας:

Σ' αυτό το στάδιο επιτρέπεται η κατανάλωση όλων των τροφίμων από τη φάση της επίθεσης με επιπλέον προσθήκη κάποιων λαχανικών.

Πρόκειται για μια φάση κατά την οποία ημέρες κατανάλωσης πρωτεΐνης μαζί με λαχανικά εναλλάσσονται με ημέρες κατανάλωσης πρωτεΐνης χωρίς λαχανικά, μέχρι να αποκτηθεί το επιθυμητό βάρος.

[13, 29]

Τρόφιμα που προστίθενται : Ντομάτες, αγγούρια, ραπανάκια, σπανάκι, σπαράγγια, πράσο, φασολάκια, λάχανο,μανιτάρια, σέλινο, μάραθος, όλα τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά και μελιτζάνες, κολοκυθάκια, πιπεριές. Ακόμα μπορούν να προστεθούν καρότα, παντζάρια και αγκινάρες, αρκεί να μην καταναλώνονται σε κάθε γεύμα. [13]

- Η Φάση της συντήρησης:

Η φάση αυτή ξεκινάει αφού έχει υπάρξει η αναγκαία απώλεια βάρους. Εδώ επιτρέπονται όλα τα πρωτεϊνούχα τρόφιμα από τη φάση της επίθεσης, τα λαχανικά από τη φάση της κρουαζιέρας και επιπλέον μια μερίδα φρούτου (εκτός από μπανάνες, σταφίδες και κεράσια), δύο φέτες ψωμί ολικής αλέσεως και 40 γρ τυρί την ημέρα. Ακόμα μπορούν να καταναλώνονται δύο μερίδες αμυλούχων τροφίμων την εβδομάδα καθώς και ψητό αρνί και χοιρινό (άπαχα μέρη). Κατά τη διάρκεια της φάσης συντήρησης επιτρέπεται ένα ελεύθερο γεύμα την εβδομάδα. Τέλος, κρίνεται απαραίτητο μια συγκεκριμένη μέρα την εβδομάδα να ακολουθείται το διαιτολόγιο από τη φάση της επίθεσης. [13, 29]

- Η Φάση της σταθεροποίησης:

Η φάση αυτή περιλαμβάνει επιστροφή στις παλιές διατροφικές συνήθειες έξι ημέρες την εβδομάδα και καθαρά πρωτεϊνική διατροφή μία συγκεκριμένη μέρα την εβδομάδα. Συστήνεται η κατανάλωση τριών κουταλιών πίτουρου βρώμης την ημέρα. Ουσιαστικά επιτρέπει ελεύθερη διατροφή αρκεί να λαμβάνονται υπ' όψιν οι κατευθυντήριες οδηγίες της φάσης συντήρησης. [13]

Σωματική άσκηση:

Σύμφωνα με τον Dukan όσοι ακολουθούν τη συγκεκριμένη διαίτα θα πρέπει απαραίτητως να εντάξουν στην καθημερινότητά τους τη σωματική άσκηση. Θεωρείται απαραίτητο το περπάτημα για 20 λεπτά την ημέρα στη φάση της επίθεσης και αυξάνεται σε 30 λεπτά την ημέρα στη φάση της κρουαζιέρας. [13, 29]

Απώλεια βάρους:

Με τη διαίτα Dukan μπορεί να υπάρξει απώλεια της τάξης των 3.5 με 5 κιλών, κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης (επίθεση) και 1 κιλού την εβδομάδα, κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης (κρουαζιέρα). [29]

Γ. Αξιολόγηση της διαίτας

Η διαίτα Dukan στηρίζεται στην κατανάλωση πρωτεϊνικών τροφίμων και αποκλείει από τη διατροφή σχεδόν όλα τα τρόφιμα που περιέχουν υδατάνθρακες, εκτός από τα λαχανικά. Ιδιαίτερα στις πρώτες δύο φάσεις δεν επιτρέπονται καθόλου τρόφιμα όπως όσπρια, ζυμαρικά, δημητριακά και φρούτα, ενώ στην Τρίτη φάση μπορούν να καταναλώνονται σε αμελητέες ποσότητες. Είναι πολύ αυστηρή και μονότονη και μπορεί να προκαλέσει πλήξη στα άτομα που την ακολουθούν. Η έλλειψη υδατανθράκων μπορεί να προκαλέσει πονοκεφάλους, δυσκοιλιότητα, ατονία και εναλλαγές της διάθεσης. Δεν επιτρέπεται η υιοθέτησή της από άτομα με ιστορικό αρθρίτιδας, υψηλής χοληστερόλης, νεφρικής νόσου ή διατροφικών διαταραχών. Οδηγεί σε ικανοποιητική απώλεια βάρους, η οποία εν μέρει οφείλεται στην απουσία πολλών ομάδων τροφίμων από το διαιτολόγιο και στην απώλεια υγρών κατά τις πρώτες μέρες εφαρμογής της. Πρόκειται για μία διαίτα που δεν εκπαιδεύει τα παχύσαρκα άτομα ώστε να αποκτήσουν σωστές διατροφικές συνήθειες, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλος κίνδυνος αύξησης του σωματικού τους βάρους μετά τη λήξη της διαίτας και την επιστροφή στις παλιές τους συνήθειες. [29, 48]

2.2.2 Δίαιτες μονοφαγίας-υποθερμιδικές

Οι δίαιτες μονοφαγίας είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες. Κάποιες, ξεκινούν με κατανάλωση μόνο φρούτων ή μόνο λαχανικών με στόχο την αποτοξίνωση του οργανισμού, ενώ άλλες προτείνουν την κατανάλωση ενός μόνο είδους τροφής, όπως αυγά, γιαούρτι, κοτόπουλο, σούπες για κάποιες μέρες. Έτσι οι δίαιτες μονοφαγίας χαρακτηρίζονται από μειωμένη θερμιδική (λιγότερες από 1000 θερμίδες/ημέρα) και πρωτεϊνική πρόσληψη. Οι δίαιτες τέτοιου τύπου δεν στηρίζονται σε επιστημονικά δεδομένα και μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα στην υγεία του ανθρώπου. Στην πλειοψηφία τους, είναι διατροφικά πλάνα που δεν είναι ισορροπημένα και ενθαρρύνουν την υιοθέτηση κακών διατροφικών συνηθειών. Οι περισσότερες οδηγούν σε γρήγορη απώλεια βάρους λόγω της μειωμένης ενεργειακής πρόσληψης και όχι εξαιτίας της κατανάλωσης συγκεκριμένων ομάδων τροφίμων. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν για πολύ μικρό χρονικό διάστημα και δεν δίνουν μόνιμη λύση στο πρόβλημα της παχυσαρκίας. Τέτοιες δίαιτες είναι η δίαιτα της λαχανόσουπας και η δίαιτα γκρέιπφρουτ. [5, 48]

Η δίαιτα της λαχανόσουπας

A. Η φιλοσοφία της δίαιτας

Η δίαιτα της λαχανόσουπας είναι ένα διαιτητικό πλάνο 7 ημερών που χρησιμοποιείται όταν υπάρχει ανάγκη για γρήγορη απώλεια βάρους. Δημιουργήθηκε με σκοπό τη μείωση του βάρους σε παχύσαρκα άτομα που επρόκειτο να εγχειρηθούν. Όπως γίνεται αντιληπτό και από το όνομα της, η δίαιτα αυτή περιλαμβάνει την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων λαχανόσουπας. Επιπλέον, επιτρέπει την κατανάλωση και κάποιων άλλων τροφών, όπως φρούτα, λαχανικά, μοσχάρι, κοτόπουλο και καστανό ρύζι. Προκαλεί γρήγορη απώλεια βάρους, αλλά δεν συμβάλλει στη μόνιμη διατήρησή του. [57, 28]

Διατροφικό πλάνο 7 ημερών:

[28]

Ημέρα 1^η: Σπιτική λαχανόσουπα μαζί με οποιοδήποτε φρούτο εκτός από μπανάνα

Ημέρα 2^η: Σπιτική λαχανόσουπα, μαζί με άλλα λαχανικά συν μία πατάτα με βούτυρο για δείπνο

Ημέρα 3^η: Σπιτική λαχανόσουπα μαζί με φρούτα και λαχανικά

Ημέρα 4^η:Σπιτική λαχανόσουπα μαζί με μέχρι 6 μπανάνες και γάλα χωρίς λιπαρά

Ημέρα 5^η:Σπιτική λαχανόσουπα μαζί με 6 ντομάτες και μέχρι 450 γρ κρέας ή ψάρι

Ημέρα 6^η:Σπιτική λαχανόσουπα μαζί με μοσχάρι και λαχανικά

Ημέρα 7^η:Σπιτική λαχανόσουπα μαζί με μαύρο ρύζι, φυσικό χυμό φρούτων και λαχανικά.

Συνταγή της λαχανόσουπας:

6 μεγάλα πράσινα κρεμμυδάκια, 2 πράσινες πιπεριές, 1-2 κονσέρβες ντομάτας, 1 ματσάκι σέλινο, μισό λάχανο, ζωμός κρέατος, 1 κύβος λαχανικών, αλάτι, πιπέρι, μαϊντανός, κάρυ, σκόρδο σε σκόνη. [28]

Σωματική άσκηση:

Η έντονη σωματική άσκηση παράλληλα με τη δίαιτα θεωρείται επικίνδυνη, εξαιτίας του χαμηλού θερμιδικού της περιεχομένου. [28]

Απώλεια βάρους:

Ακολουθώντας το συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα μπορεί κανείς να χάσει 4,5 κιλά την εβδομάδα.

B. Αξιολόγηση της δίαιτας

Η δίαιτα της λαχανόσουπας θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική όσον αφορά στη γρήγορη απώλεια βάρους. Ωστόσο η απώλεια αυτή οφείλεται κυρίως στη δραστική μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων και όχι στην κατανάλωση λαχανόσουπας. Επιπλέον, επειδή η διαδικασία καύσης του λίπους δεν είναι δυνατόν να ενεργοποιηθεί σε τόσο μικρό χρονικό διάστημα, η μείωση του σωματικού βάρους οφείλεται κυρίως στην απώλεια υγρών. Η δίαιτα της λαχανόσουπας είναι φτωχή σε σύνθετους υδατάνθρακες, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία και έτσι δεν θα πρέπει να ακολουθείται για περισσότερο από 7 ημέρες. Ανάλογα με την συνταγή της λαχανόσουπας, μπορεί να έχει υψηλή συγκέντρωση σε νάτριο, ενώ οι μεγάλες ποσότητες λάχανου που καταναλώνονται μπορεί να προκαλέσουν μετεωρισμό. Ακόμα είναι χαμηλή σε πρωτεΐνη, ασβέστιο και λιπαρά οξέα και συνεπώς δεν καλύπτει τις ανάγκες του οργανισμού. Μετά την λήξη της δίαιτας είναι εύκολο να αυξηθεί και πάλι το σωματικό βάρος. Η διατήρηση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω της απόκτησης υγιεινών διατροφικών συνηθειών και της τακτικής σωματικής άσκησης. Συνεπώς η υιοθέτηση διαιτών σαν αυτή, όχι μόνο δεν μπορεί να δώσει λύση στο πρόβλημα της παχυσαρκίας, αλλά αντίθετα μπορεί να δημιουργήσει

συναισθήματα απελπισίας και απογοήτευσης στα άτομα που προσπαθούν να χάσουν βάρος και να τα ωθήσει στην εγκατάλειψη κάθε προσπάθειας. [57, 28]

Η διαίτα του γκρέιπφρουτ

A. Η φιλοσοφία της διαίτας

Η διαίτα του γκρέιπφρουτ υπάρχει από τη δεκαετία του 30', και έχει μεγάλη απήχηση μέχρι και σήμερα, κανείς ωστόσο δεν έχει διεκδικήσει την κυριότητά της. Βασίζεται στην θεωρία ότι το γκρέιπφρουτ περιέχει κάποια ευεργετικά συστατικά και όταν συνδυάζεται με πρωτεΐνες, ενεργοποιεί την καύση του λίπους και οδηγεί σε απώλεια βάρους. Η κλασική διαίτα με γκρέιπφρουτ ακολουθείται για 7 με 21 μέρες. Σ' αυτή μισό γκρέιπφρουτ καταναλώνεται στο πρωινό, μεσημεριανό και βραδινό γεύμα. Συνήθως το συγκεκριμένο διαιτητικό πλάνο ακολουθείται για 12 συνεχόμενες μέρες και αν κάποιος επιθυμεί να το συνεχίσει για περισσότερο διάστημα, θα πρέπει να κάνει διακοπή για 2 ημέρες και στη συνέχεια να αρχίσει να ακολουθεί και πάλι τη διαίτα. Παρότι η διαίτα του γκρέιπφρουτ προκαλεί γρήγορη μείωση του σωματικού βάρους, δεν υπάρχουν επιστημονικές μελέτες που να αποδεικνύουν ότι το γεγονός αυτό οφείλεται στην κατανάλωση γκρέιπφρουτ. [56, 31]

Ενδεικτικό διαιτολόγιο:

[56, 31]

Πρωινό: ½ γκρέιπφρουτ ή 120 ml χυμό γκρέιπφρουτ (άγλυκο), 2 αυγά (μαγειρεμένα με οποιοδήποτε τρόπο), 2 φέτες μπίκον

Μεσημεριανό: ½ γκρέιπφρουτ ή 120 ml χυμό γκρέιπφρουτ (άγλυκο), κρέας (οποιοδήποτε είδος, μαγειρεμένο με οποιοδήποτε τρόπο), σαλάτα (με οποιοδήποτε είδος ντρέσινγκ)

Βραδινό: 1/2 γκρέιπφρουτ ή 120 ml χυμό γκρέιπφρουτ (άγλυκο), κρέας (οποιοδήποτε είδος, μαγειρεμένο με οποιοδήποτε τρόπο), λαχανικά (πράσινα, κίτρινα ή κόκκινα λαχανικά, μαγειρεμένα σε βούτυρο)

Σνακ προ ύπνου: 1 ποτήρι χυμό ντομάτας ή 1 ποτήρι αποβουτυρωμένο γάλα

Λαχανικά που επιτρέπονται: Κόκκινα κρεμμύδια, πράσινα κρεμμύδια, πιπεριές (καμπάνα), ραπανάκια, αγγούρια, μπρόκολο, σπανάκι, μαρούλι, λάχανο, καρότα, μπιζέλια. [31]

Λαχανικά που απαγορεύονται: Άσπρα κρεμμύδια, πατάτες, σέλινο. [31]

Οδηγίες:

[31]

- Σ' όλα τα γεύματα θα πρέπει να καταναλώνεται τροφή μέχρι το σημείο κορεσμού.
- Δεν επιτρέπεται η παράλειψη κανενός τροφίμου από τη δίαιτα και ειδικά του μπέικον στο πρωινό και τις σαλάτες. Σύμφωνα με τη θεωρία της δίαιτας είναι ένας συνδυασμός τροφίμων που καίει το λίπος.
- Το γκρέιπφρουτ είναι σημαντικό στη διατροφή, γιατί ενεργοποιεί τη διαδικασία καύσης του λίπους
- Μείωση της καφεΐνης σε ένα φλιτζάνι καφέ ανά γεύμα.
- Δεν επιτρέπεται η κατανάλωση τροφής ανάμεσα στα γεύματα.
- Η δίαιτα αποκλείει τη ζάχαρη και το άμυλο, υποστηρίζοντας ότι αποθηκεύονται στο σώμα με τη μορφή λίπους. Δεν αποκλείει το λίπος, αφού θεωρείται ότι το λίπος δεν σχηματίζει λίπος, αλλά αντίθετα βοηθά στην καύση του. Επιτρέπεται το τηγάνισμα σε βούτυρο και η ελεύθερη προσθήκη βουτύρου στα λαχανικά.
- Απαγορεύονται τα γλυκά, το ψωμί, τα άσπρα λαχανικά και οι γλυκοπατάτες. Επιτρέπεται ο διπλασιασμός ή και τριπλασιασμός της ποσότητας του κρέατος και των λαχανικών.

Σωματική άσκηση:

Σε κάποιες εκδοχές της δίαιτας του γκρέιπφρουτ συστήνεται η παράλληλη σωματική άσκηση και σε άλλες όχι. [56]

Απώλεια βάρους:

Οι περισσότερες εκδοχές της δίαιτας γκρέιπφρουτ εγγυώνται μείωση του σωματικού βάρους κατά 4,5 κιλά μέσα σε 12 ημέρες.[56]

B. Αξιολόγηση της δίαιτας

Το γκρέιπφρουτ είναι ένα πολύ θρεπτικό φρούτο, με υψηλή περιεκτικότητα σε βιταμίνη C και φυτικές ίνες και θα πρέπει να περιέχεται στη διατροφή. Ωστόσο δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι έχει την ιδιότητα να καίει το λίπος. Η δίαιτα του γκρέιπφρουτ χαρακτηρίζεται από χαμηλό θερμιδικό περιεχόμενο, μειωμένη πρόσληψη υδατανθράκων και αυξημένη πρόσληψη πρωτεΐνης. Είναι ουσιαστικά ένα αυστηρά υποθερμιδικό διατροφικό πλάνο στο οποίο έχει προστεθεί η κατανάλωση γκρέιπφρουτ. Οι περισσότεροι άνθρωποι θα χάσουν βάρος ακολουθώντας ένα πρόγραμμα τόσο χαμηλό σε θερμίδες, με ή χωρίς την κατανάλωση γκρέιπφρουτ. Ο χαμηλός γλυκαιμικός

δείκτης και οι φυτικές ίνες που περιέχονται στο γκρέιπφρουτ ίσως να βοηθάνε στην αύξηση του αισθήματος κορεσμού και συνεπώς στην κατανάλωση λιγότερων θερμίδων. Ωστόσο η απώλεια βάρους οφείλεται κυρίως στην απώλεια υγρών και στην μειωμένη ενεργειακή πρόσληψη. Η διαίτα αυτή δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μόνιμη απώλεια βάρους. Οι επιλογές τροφίμων είναι πολύ περιορισμένες, με αποτέλεσμα να μην συμβάλλουν στην βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και να δημιουργούν πολλές φορές αποστροφή στα παχύσαρκα άτομα. [56, 31]

2.2.3 Δίαιτες με βάση το γλυκαιμικό δείκτη

Ο γλυκαιμικός δείκτης σχεδιάστηκε με στόχο να συμβάλλει στη διατροφική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη. Ο δείκτης αυτός προσδιορίζει τον βαθμό στον οποίο αυξάνονται τα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος μετά από την κατανάλωση κάποιου συγκεκριμένου τροφίμου. Η γλυκόζη κρατά τον δείκτη 100. Έτσι ο γλυκαιμικός δείκτης κάθε τροφίμου συγκρίνεται με αυτόν της γλυκόζης και όσο πιο κοντά βρίσκεται σε αυτόν, τόσο υψηλότερος θεωρείται. Η μέτρηση αυτή αντικατοπτρίζει την ταχύτητα με την οποία η τροφή μετατρέπεται σε σάκχαρα και κατά συνέπεια το ρυθμό με τον οποίο αυξάνεται η γλυκόζη του αίματος. Τα τρόφιμα με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη απορροφώνται με πιο αργούς ρυθμούς και συμβάλλουν στην διατήρηση της γλυκόζης του αίματος σε σταθερά επίπεδα. Οι περισσότερες δίαιτες με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη έχουν χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπος, υψηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες και περιορίζουν την κατανάλωση τροφίμων με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη. Ωστόσο η εκτίμηση του γλυκαιμικού δείκτη είναι αρκετά πολύπλοκη. Ο γλυκαιμικός δείκτης προσδιορίζεται με βάση το είδος του τροφίμου, χωρίς δίνεται έμφαση στην ποσότητα που καταναλώνεται. Όμως, η υπερβολική πρόσληψη ενός τροφίμου με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη μπορεί να έχει την ίδια επίδραση στην συγκέντρωση της γλυκόζης του αίματος με την φυσιολογική κατανάλωση ενός τροφίμου με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη. Ακόμα, ο γλυκαιμικός δείκτης μεταβάλλεται ανάλογα με την επεξεργασία που μπορεί να έχει υποστεί το τρόφιμο. Συνεπώς είναι αρκετά δύσκολο να εκτιμηθεί με βεβαιότητα ο γλυκαιμικός δείκτης του κάθε τροφίμου. Οι δίαιτες αυτές οδηγούν σε μείωση του βάρους, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι συμβάλλουν στη μακροχρόνια διατήρησή του. Σε γενικές γραμμές συστήνουν την πρόσληψη μη επεξεργασμένων υδατανθράκων, ταυτόχρονα όμως περιορίζουν την κατανάλωση πολλών αμυλούχων τροφίμων, γεγονός που μπορεί μελλοντικά να προκαλέσει προβλήματα και ελλείψεις στον οργανισμό. [34, 43, 1, 42] Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η μέθοδος Montignac και η διαίτα South Beach.

Η μέθοδος Montignac

A. Η φιλοσοφία της δίαιτας

Η μέθοδος Montignac δημιουργήθηκε από τον Γάλλο Michel Montignac. Στηρίζεται στη θεωρία ότι η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται όταν καταναλώνονται τροφές με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη. Ενθαρρύνει την κατανάλωση υδατανθράκων με πολύ χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, που συμβάλλουν στη μείωση των επιπέδων της γλυκόζης του αίματος και της ινσουλίνης. Αυτό, όπως υποστηρίζει ο Montignac, οδηγεί σε απώλεια βάρους και σε βελτίωση της υγείας. Η μέθοδος Montignac δεν απαιτεί μείωση της ποσότητας φαγητού που καταναλώνεται. Οι διατροφικές επιλογές γίνονται με βάση την διατροφική αξία των τροφίμων και τη δυνατότητα τους να διατηρούν το σώμα υγιές. Οι υδατάνθρακες διακρίνονται στους «κακούς», που περιλαμβάνουν όλες τις μορφές λευκής ζάχαρης, τα τρόφιμα από λευκό αλεύρι (άσπρο ψωμί, ζυμαρικά), το λευκό ρύζι, τα προϊόντα πατάτας και καλαμποκιού που έχουν υποστεί βιομηχανική επεξεργασία ή μαγείρεμα και γενικότερα όλους τους υδατάνθρακες με γλυκαιμικό δείκτη πάνω από 50, και στους «καλούς» υδατάνθρακες όπως τα προϊόντα ολικής αλέσεως, το καστανό ρύζι, ορισμένα όσπρια, όπως οι φακές και τα αποξηραμένα φασόλια, και τα περισσότερα φρούτα και λαχανικά. Συστήνεται η κατανάλωση μονοακόρεστων και πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, η αποφυγή κορεσμένων λιπαρών οξέων και η επιλογή των πρωτεϊνών με βάση την επιρροή που ασκούν στο μεταβολισμό της ινσουλίνης. [43, 35]

B. Οι δύο φάσεις της μεθόδου Montignac:

- Φάση πρώτη: απώλεια Βάρους

Στη φάση αυτή, επιλέγονται υδατάνθρακες με γλυκαιμικό δείκτη 50 και κάτω. Μ' αυτό τον τρόπο καταναλώνονται τρόφιμα που δεν αυξάνουν τη συγκέντρωση της γλυκόζης του αίματος. Η σωστή επιλογή τροφίμων θεωρείται ότι αποτρέπει τη συσσώρευση λίπους και ενεργοποιεί την καύση λίπους για την παραγωγή ενέργειας. Κάποιος που πρέπει να χάσει λιγότερο από 5 κιλά πρέπει να παραμείνει σ' αυτή τη φάση τουλάχιστον για τρεις μήνες. Αυτό σύμφωνα με τον Montignac, είναι απαραίτητο ώστε να δοθεί αρκετός χρόνος για την επαναφορά του μεταβολισμού σε φυσιολογικά επίπεδα. Κάποιος που πρέπει να χάσει περισσότερα κιλά, προτείνεται να παραμείνει στην πρώτη φάση ακόμα ένα μήνα, αφού έχει χάσει φτάσει στο επιθυμητό βάρος. Θα πρέπει απαραίτητα να καταναλώνονται τρία γεύματα την ημέρα και ένα μικρό σνακ το απόγευμα. Συγκεκριμένα επιβάλλεται να καταναλώνεται ένα πλούσιο πρωινό, ένα φυσιολογικό μεσημεριανό

και ένα ελαφρύ βραδινό. Η κατανάλωση ψωμιού θα πρέπει να αποφεύγεται στο μεσημεριανό και βραδινό γεύμα. [43, 35]

Κανόνας: δύο τύποι γευμάτων είναι πιθανοί
[43,35]

1. Ένα γρήγορο και πρωτεϊνικό γεύμα, συνδυασμένο με υδατάνθρακες με γλυκαιμικό δείκτη 35 ή χαμηλότερο.
2. Ένα γεύμα πλούσιο σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες, χωρίς κορεσμένα λίπη, με προαιρετική τη προσθήκη μιας μικρής ποσότητας πολυακόρεστων ή μονοακόρεστων λιπαρών οξέων. Ο γλυκαιμικός δείκτης των υδατανθράκων θα πρέπει να είναι κάτω του 50.

Ενδεικτικό διαιτολόγιο πρώτης φάσης:

[43]

Πρωινό: Φρεσκοστυμμένος χυμός γκρέιπφρουτ, 1 αχλάδι, 1 ακτινίδιο, ψωμί ολικής άλεσης, μαρμελάδα φρούτων χωρίς γλυκαντικές ύλες

Μεσημεριανό: Ωμό αγγούρι ,καρότο, μοσχάρι με μπρόκολο, τυρί

Σνακ: 1 μήλο

Βραδινό: Σούπα λαχανικών, ζυμαρικά ολικής αλέσεως μεμανιτάρια, άπαχο γιαούρτι

- Φάση δεύτερη: σταθεροποίηση του σωματικού βάρους

Στο στάδιο αυτό συνεχίζεται η επιλογή υδατανθράκων με βάση τον γλυκαιμικό τους δείκτη. Ωστόσο στη φάση αυτή οι επιλογές τροφίμων είναι περισσότερες. Επιτρέπεται η κατανάλωση όλων των υδατανθράκων-ακόμα και αυτών με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη- μέσω της εφαρμογής ενός καινούριου σχεδίου που ονομάζεται «γλυκαιμικό αποτέλεσμα». Αυτό στηρίζεται στο συνδυασμό του γλυκαιμικού δείκτη, της ποσότητας υδατανθράκων και του βαθμού στον οποίο ανεβαίνουν τα επίπεδα της γλυκόζης μετά το γεύμα. Έτσι, στη δεύτερη φάση επιτρέπονται, ως συνοδευτικά του ψαριού και του κρέατος, τροφές με σχετικά υψηλό γλυκαιμικό δείκτη. Τα φρούτα πρέπει απαραίτητα να τρώγονται με άδειο στομάχι. Και εδώ, όπως και στην πρώτη φάση, συστήνεται η αποφυγή του ψωμιού στα δύο

βασικά γεύματα. Το ψωμί θα πρέπει να καταναλώνεται σε ελεύθερες ποσότητες στο πρωινό. [43, 35]

Εξαιρέσεις:

Αν μέθοδος ακολουθείται πιστά, επιτρέπεται να γίνονται περιστασιακά και κάποιες εξαιρέσεις, οι οποίες συνήθως αφορούν στο επιδόρπιο. Γενικά οι εξαιρέσεις δεν πρέπει να βγαίνουν εκτός ελέγχου και να οδηγούν σε σταδιακή επιστροφή στις παλιές συνήθειες. Οι εξαιρέσεις χωρίζονται σε μεγάλες και σε μικρές. Για παράδειγμα η κατανάλωση δύο ποτηριών κρασί μαζί με το γεύμα ή μιας φέτας ψωμιού ολικής άλεσης με τυρί θεωρείται μικρή εξαίρεση. Αντίθετα η κατανάλωση ενός απεριτίφ και τριών ποτηριών κρασί στο ίδιο γεύμα ή ενός ορεκτικού με μεγάλη περιεκτικότητα σε «κακούς» υδατάνθρακες θεωρείται μεγάλη εξαίρεση. [43]

Ενδεικτικό διαιτολόγιο δεύτερης φάσης:

[43]

Πρωινό: Φρούτα, ψωμί ολικής άλεσης, μαρμελάδα χωρίς γλυκαντικές ύλες, μαργαρίνη χαμηλών λιπαρών, καφές ντεκαφεϊνέ, αποβουτυρωμένο γάλα

Μεσημεριανό: Μπριζόλα με πράσινα φασολάκια, κρέμα καραμελέ, 2 ποτήρια κρασί

Βραδινό: Σούπα λαχανικών, ομελέτα μεμανιτάρια, μαρούλι, ανθότυρο

Σωματική άσκηση:

Στη μέθοδο Montignac δεν προτείνεται αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, παράλληλα με την υιοθέτηση τα δίαιτας. [35]

Απώλεια βάρους:

Σύμφωνα με τον Montignac: «η απώλεια βάρους εξαρτάται από το φύλο, την ηλικία, το χαρακτήρα, τις διατροφικές συνήθειες του κάθε ατόμου, καθώς και τις δίαιτες που έχει ακολουθήσει στο παρελθόν. Άλλοι μπορεί να χάνουν ένα κιλό την εβδομάδα το πολύ και άλλοι περισσότερο. Ο κάθε οργανισμός είναι διαφορετικός». [43]

Γ. Αξιολόγηση της δίαιτας

Η μέθοδος Montignac είναι μια δίαιτα που ενθαρρύνει την κατανάλωση μη επεξεργασμένων τροφών, προϊόντων ολικής άλεσης, καλών λιπαρών και άπαχων πρωτεϊνών. Από αυτή την άποψη συμβαδίζει με τα πρότυπα της σωστής, υγιεινής διατροφής. Η κατανάλωση τροφίμων με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με διαταραχές της γλυκόζης, και η μειωμένη πρόσληψη λίπους και ιδιαίτερα κορεσμένων λιπαρών να συμβάλλει στη μείωση του κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις. Ωστόσο στην πρώτη φάση η πρόσληψη υδατανθράκων είναι μειωμένη καθώς δεν επιτρέπεται η κατανάλωση τροφίμων με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη. Η απώλεια βάρους οφείλεται εν μέρει στον αποκλεισμό πολλών τροφών από τη διατροφή και κατ' επέκταση στη μειωμένη θερμοϊδική πρόσληψη. Καθώς το άτομο προχωράει στην επόμενη φάση, στην οποία υπάρχουν περισσότερες επιλογές, το σωματικό βάρος μειώνεται με πιο αργούς ρυθμούς. Επιπλέον η δίαιτα αυτή προωθεί την εσφαλμένη αντίληψη ότι η θερμοϊδική πρόσληψη δεν παίζει ουσιώδη ρόλο στην απώλεια και τη διατήρηση του σωματικού βάρους, καθώς δεν υπάρχει περιορισμός στην ποσότητα των τροφών που καταναλώνονται. Η υπερβολική κατανάλωση οποιουδήποτε είδους τροφής και η αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη οδηγεί αναπόφευκτα σε αύξηση του βάρους. Ο αποκλεισμός τροφίμων από τη διατροφή δεν έχει λογική βάση, καθώς δεν υπάρχουν τροφές που μεμονωμένα προκαλούν αύξηση του βάρους. Η ιδανική αντιμετώπιση του προβλήματος της παχυσαρκίας είναι η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας σε συνδυασμό με την τροποποίηση των διατροφικών συνηθειών ώστε να υπάρχει μια ισορροπημένη ενεργειακή πρόσληψη. [35, 1, 48]

H δίαιτα South Beach

A. Η φιλοσοφία της δίαιτας

Η δίαιτα South Beach δημιουργήθηκε από τον καρδιολόγο Arthur Agatston , με σκοπό τη μείωση του σωματικού βάρους σε ασθενείς με καρδιολογικά προβλήματα. Όπως αναφέρει ο ίδιος, «οι ασθενείς αυτοί παρουσίασαν εξαιρετικά αποτελέσματα όχι μόνο όσον αφορά στην συνολική υγεία αλλά και σε σχέση με την απώλεια βάρους». Έτσι , ο γιατρός Agatston ξεκίνησε να την προωθεί στο γενικό πληθυσμό μέσω της έκδοσης του βιβλίου του «Η δίαιτα South Beach». Όπως αναφέρει, η δίαιτα South Beach δεν έχει χαμηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες και λίπος, αλλά βασίζεται στους «καλούς» υδατάνθρακες και στα «καλά» λίπη. Επιτρέπει τα τρόφιμα με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, δηλαδή τα φρούτα, τα λαχανικά και τα πλήρη σιτηρά και περιορίζει πολύ τα τρόφιμα με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη και γενικότερα τους

επεξεργασμένους υδατάνθρακες, οι οποίοι έχουν υποστεί αφαίρεση των φυτικών ινών. Με τον τρόπο αυτό θεωρεί ότι συμβάλλει σημαντικά στην βελτίωση της υγείας και στη μείωση του σωματικού βάρους. Περιλαμβάνει τρεις φάσεις, από τις οποίες η πρώτη είναι η πιο αυστηρή, ενώ η Τρίτη η πιο ελαστική. [37, 1, 7]

B. Οι τρεις φάσεις της διαίτας South beach

- Φάση πρώτη: έναρξη της απώλειας βάρους

Η διαίτα ξεκινάει με μία αυστηρή φάση που διαρκεί δύο εβδομάδες. Στη φάση αυτή απαγορεύεται η κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε υδατάνθρακες, όπως ρύζι, ζυμαρικά και ψωμί. Περιλαμβάνει τρία γεύματα και σνακ ημερησίως. Το διαιτολόγιο περιέχει κρέας, οστρακοειδή, κοτόπουλο, γαλοπούλα και ψάρι καθώς και ξηρούς καρπούς, τυρί (άπαχο), αυγά, σαλάτες και λαχανικά. Στη φάση αυτή δεν επιτρέπεται η κατανάλωση φρούτων. [37, 1]

Επιτρεπόμενα τρόφιμα:

[1,7]

- Βοδινό κρέας (φιλέτο, στρογγυλό, άλλα άπαχα μέρη).
- Πουλερικά (μπέικον γαλοπούλας (2 φέτες την ημέρα), στήθος κοτόπουλου και γαλοπούλας).
- Θαλασσινά (όλων των ειδών τα ψάρια και οστρακοειδή).
- Χοιρινό (άπαχο μπέικον, βραστό ζαμπόν, μπον φιλέ).
- Μοσχάρι (μπριζόλα, κοτολέτα, μπούτι, στρογγυλό).
- Τυριά με χαμηλά λιπαρά ή άπαχα (τσένταρ, κότατζ 1-2% ή άπαχο, φέτα, μοτσαρέλα, παρμεζάνα, προβολόνη, ρικότα, τυρί κρέμα light).
- Ξηροί καρποί (φυστικοβούτυρο 1 κουταλάκι του γλυκού, φιστίκια αράπικα 20 μικρά, πεκάν 15 μισά, φιστίκια Αιγίνης 30).
- Αυγά.
- Τόφου (μαλακό, light).
- Λαχανικά και όσπρια (αγκινάρες, σπαράγγια, φασόλια όλα τα είδη, φακές, ρεβύθια, μπρόκολο, λάχανο, κουνουπίδι, σέλινο, λαχανίδες, μελιτζάνα, μαρούλι, μανιτάρια τα οι ποικιλίες, μπιζέλια, σπανάκι, γογγύλια, κάστανα, κολοκύθι).
- Λίπη (ελαιόλαδο).
- Μπαχαρικά και καρυκεύματα (όλα τα μπαχαρικά χωρίς προσθήκη ζάχαρης, ζωμοί, εκχυλίσματα βανίλιας, αμυγδάλου κ.α).

- Γλυκά, αρκεί να καταναλώνονται μέχρι 75 θερμίδες την ημέρα (καραμέλες σκληρές χωρίς ζάχαρη, σκόνη κακάο, σκόνη σοκολάτας χωρίς ζάχαρη, τσίχλες χωρίς ζάχαρη, υποκατάστατα ζάχαρης, ζελατίνη χωρίς ζάχαρη, γρανίτες χωρίς ζάχαρη).

Απαγορευμένα τρόφιμα:

[1, 7]

- Μοσχάρι (στήθος, συκώτι, παιδάκια, άλλα λιπαρά μέρη).
- Πουλερικά (φτερούγες και μπούτι από κοτόπουλο, πάπια, χήνα, επεξεργασμένα προϊόντα πουλερικών).
- Χοιρινό (ζαμπόν ψημένο με μέλι).
- Μοσχάρι (στήθος).
- Τυριά (ένταμ, μπρι, πλήρη σε λιπαρά).
- Λαχανικά (παντζάρια, καρότα, καλαμπόκι, πατάτες, ντομάτα, γλυκοπατάτες).
- Φρούτα (απαγορεύονται όλα τα φρούτα και οι φρουτοχυμοί).
- Αμυλώδη τρόφιμα (ψωμί όλα τα είδη, δημητριακά, βρώμη, ρύζι, ζυμαρικά, είδη αρτοποιίας).
- Γαλακτοκομικά (απαγορεύονται όλα συμπεριλαμβανομένων γιαούρτι, παγωτό, γάλα, γάλα σόγιας).
- Αλκοόλ.

Ενδεικτικό διαιτολόγιο πρώτης φάσης:

[1, 37]

Πρωινό: 150 ml ντοματοχυμό, αυγά ανακατεμένα με φρέσκα μυρωδικά και μανιτάρια, 2 φέτες άπαχο μπέικον, καφές ή τσάι με αποβουτυρωμένο γάλα και υποκατάστατο ζάχαρης.

Σνακ: 1 κομμάτι τυρί με λίγα λιπαρά.

Μεσημεριανό: Σαλάτα του Καίσαρα με κοτόπουλο, χωρίς κρουτόν, 2 κουταλιές σάλτσα σαλάτας του Καίσαρα.

Σνακ: 100 γρ. τυρί κότατζ με λίγα λιπαρά και 50 γρ. ψιλοκομμένες ντομάτες με αγγούρι.

Βραδινό: Ξιφίας, ψητά λαχανικά, σαλάτα με ρόκα και 2 κουταλιές βινεγκρέτ με βαλσάμικο ή σάλτσα σόγιας με λίγη ζάχαρη.

Επιδόρπιο: Κρέμα ρικότα με ξύσμα λεμονιού.

- Φάση δεύτερη: κατάκτηση του στόχου

Στη δεύτερη φάση προστίθενται σε περιορισμένες ποσότητες κάποια από τα τρόφιμα που απαγορεύονται στην πρώτη φάση. Έτσι μπορούν να καταναλώνονται κάποια φρούτα και μικρές ποσότητες σύνθετων υδατανθράκων. [37, 1]

Τρόφιμα που εισάγονται στη διατροφή :

[7]

- Φρούτα (μήλα, βερίκοκα φρέσκα και αποξηραμένα, μύρτιλα, πεπόνι, κεράσια, γκρέιπφρουτ, σταφύλια, ακτινίδιο, μάνγκο, πορτοκάλια, ροδάκινο, αχλάδι, δαμάσκηνα, φράουλες).
- Γαλακτοκομικά (γάλα σόγιας light, γάλα 0% ή 1% λιπαρά, Γιαούρτι άπαχο ή με χαμηλά λιπαρά).
- Αμυλώδη (ψωμί πολύσπορο, σικάλεως, ολικής άλεσης, δημητριακά με φυτικές ίνες, βρώμη, ζυμαρικά ολικής άλεσης, μπιζέλια, ποπκορν, γλυκοπατάτες, ρύζι καστανό, άγριο, πίτες ολικής άλεσης).
- Λαχανικά και όσπρια (κριθάρι, φασόλια μαυρομάτικα).
- Διάφορα (σοκολάτα υγείας όχι συχνά, κόκκινο κρασί).

Τρόφιμα που πρέπει να αποφεύγονται ή να καταναλώνονται σπάνια: [7]

- Αμυλώδη (ψωμί άσπρο, μπισκότα, νιφάδες καλαμποκιού, άσπρα ζυμαρικά, πατάτες άσπρες ψητές, άσπρο ρύζι, πουρές στιγμής).
- Λαχανικά (παντζάρια, καρότα, καλαμπόκι, πατάτες).
- Φρούτα (μπανάνες, κομπόστες, χυμοί φρούτων, ανανάς, σταφίδες, καρπούζι).
- Διάφορα (μέλι, παγωτό, μαρμελάδα).

Ενδεικτικό διαιτολόγιο δεύτερης φάσης:

[37]

Πρωινό: Σμούθι από μούρα (240 ml γιαούρτι χαμηλό σε λιπαρά, ½ φλιτζάνι μούρα, ½ φλιτζάνι τριμμένος πάγος, αναμειγμένα), καφές ή τσάι χωρίς καφεΐνη με άπαχο γάλα και υποκατάστατο ζάχαρης

Σνακ: 1 σφιχτό αυγό

Μεσημεριανό: Κοτόπουλο λεμονάτο με κους κους, ντομάτα και αγγούρι σε φέτες

Σνακ: 120 γρ γιαούρτι light

Δείπνο: Ρόλο κιμά, σπαράγγια στον ατμό, μανιτάρια σωτέ σε ελαιόλαδο, κρεμμύδια και ντομάτες σε φέτες ραντισμένα με ελαιόλαδο

Επιδόρπιο: Πεπόνι σε φέτες με 2 κουταλιές τα σούπας τυρί ρικότα

- Φάση Τρίτη: διατροφή για μια ζωή

Η Τρίτη φάση στοχεύει στην εκπαίδευση των ατόμων ώστε να τρέφονται σωστά και να καταφέρουν να διατηρήσουν το βάρος τους σε φυσιολογικά επίπεδα. Επιτρέπει την κατανάλωση όλων σχεδόν των υγιεινών τροφών, αλλά συστήνει την αποφυγή τροφίμων, όπως το πλούσιο σε υδατάνθρακες ψωμί, τα ζυμαρικά καθώς και τα επεξεργασμένα τρόφιμα. [37, 1]

Σωματική άσκηση:

Στη δίαιτα South Beach προτείνεται ήπιας έντασης σωματική άσκηση, όπως 20 λεπτά περπάτημα την ημέρα, παράλληλα με την υιοθέτησή της.[51]

Απώλεια βάρους:

Με το συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα η απώλεια βάρους είναι 3-6 κιλά την εβδομάδα κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης και 0,5-1 κιλό την εβδομάδα κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης. [37, 1]

Γ. Αξιολόγηση της δίαιτας

Παρόλο που θεωρείται ότι η συγκεκριμένη δίαιτα έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με τη δίαιτα Atkins ή τη δίαιτα της ζώνης, ο Dr. Agatston ισχυρίζεται ότι δεν πρόκειται για μια δίαιτα που χαρακτηρίζεται από αυστηρό περιορισμό των υδατανθράκων. Η φιλοσοφία της βασίζεται κυρίως στην ισορροπημένη πρόσληψη των «καλών» και «κακών» υδατανθράκων. Αν και, στην πρώτη φάση περιορίζεται σημαντικά η κατανάλωση υδατανθράκων. Ωστόσο στη δίαιτα South Beach οι επιλογές τροφών στηρίζονται κυρίως στο γλυκαιμικό δείκτη. Σύμφωνα με τον Παρασκευά Παπαχρήστο, διαιτολόγο-διατροφολόγο: «Η πρόταση της δίαιτας για αποφυγή επεξεργασμένων υδατανθράκων καθώς και για κατανάλωση 6 γευμάτων, σωστά κατανεμημένων μες την ημέρα, είναι σωστή και ενδείκνυται από την επιστημονική κοινότητα. Με αυτόν τον τρόπο διατηρούνται σταθερά τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα, οπότε και τροφοδοτείται ο οργανισμός συνέχεια με ενέργεια και αποφεύγονται οι έντονες υπεργλυκαιμικές και υπογλυκαιμικές κρίσεις, υπεύθυνες για την κούραση και την υπερφαγία ή τις λανθασμένες διατροφικές επιλογές» Εντούτοις, το συγκεκριμένο διατροφικό

πλάνο περιορίζει κυρίως την ποσότητα των υδατανθράκων με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη και επιτρέπει την απεριόριστη κατανάλωση των υπόλοιπων τροφίμων και ιδιαίτερα των πρωτεϊνών. Συνεπώς δεν συμμορφώνεται με τα παγκόσμιες συστάσεις όσον αφορά την κατανομή των θρεπτικών συστατικών και την θερμιδική πρόσληψη. Η γρήγορη απώλεια βάρους που υπόσχεται η συγκεκριμένη δίαιτα, την κάνει ιδιαίτερα ελκυστική στα άτομα που θέλουν να χάσουν κιλά. Η απώλεια αυτή όμως, σε πρώτο στάδιο οφείλεται στην απώλεια υγρών από το σώμα, ενώ προχωρώντας στις επόμενες φάσεις, η μείωση του σωματικού βάρους γίνεται με αισθητά πιο αργούς ρυθμούς. Η δίαιτα αυτή έχει αρκετά θετικά στοιχεία και θα μπορούσε να υιοθετηθεί, αφού πρώτα τροποποιηθεί από κάποιον επαγγελματία διαιτολόγο. [37, 1]

2.2.4 Δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος

Τα τελευταία 20 χρόνια συστήνεται η μείωση της κατανάλωσης λίπους στη διατροφή. Είναι δεδομένο ότι η ελάττωση του προσλαμβανόμενου λίπους προκαλεί μείωση του σωματικού βάρους. Ωστόσο υπάρχουν ενστάσεις για το αν η μείωση της ποσότητας του λίπους στη διατροφή είναι η καλύτερη λύση για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Νεότερες έρευνες δείχνουν ότι ίσως είναι σημαντικότερο να υπάρχει διάκριση ως προς το είδος των λιπαρών οξέων που καταναλώνονται. [33]

Οι δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος διακρίνονται σε:

[33]

Χαμηλές σε λιπαρά: το 20-30% των ημερήσιων θερμίδων προέρχεται από λίπος

Πολύ χαμηλές σε λιπαρά: το 0-19% των ημερήσιων θερμίδων προέρχεται από λίπος

Σ αυτή την κατηγορία ανήκει η δίαιτα Scarsdale.

Η δίαιτα Scarsdale

A. Η φιλοσοφία της δίαιτας

Η δίαιτα Scarsdale είναι μία δίαιτα αυστηρή, που χαρακτηρίζεται από μειωμένη πρόσληψη λίπους και αυξημένη κατανάλωση πρωτεϊνών. Έχει πολύ χαμηλό θερμιδικό περιεχόμενο και περιορισμένες επιλογές τροφίμων κυρίως στο πρωινό και στα ενδιάμεσα σνακ. Ο θεμελιωτής της δίαιτας, Dr. Herman Tarnower, θεωρούσε ότι μια δίαιτα για να θεωρηθεί επιτυχημένη θα πρέπει να

περιλαμβάνει γευστικές επιλογές τροφίμων, να είναι ασφαλής για την υγεία και να είναι απλή στην εφαρμογή της. Ισχυριζόταν ότι πρέπει να έχει γρήγορα αποτελέσματα με μεγάλη διάρκεια. Η διαίτα αυτή έχει μία ιδιόμορφη κατανομή θρεπτικών συστατικών. Συγκεκριμένα, περιέχει 43% πρωτεΐνες, 22.5% λίπος και 34.5% υδατάνθρακες. Ο Dr. Tarnower ισχυρίζεται ότι αυτή η κατανομή ενεργοποιεί τη διαδικασία της κέτοσης. [3, 1, 36]

B. Οι δύο φάσεις της Δίαιτας Scarsdale

Η διαίτα Scarsdale αποτελείται από δύο φάσεις:

- Φάση πρώτη: 14 ημέρες ιατρικής δίαιτας Scarsdale

Η φάση αυτή περιλαμβάνει ένα εβδομαδιαίο υποθερμιδικό διαιτολόγιο (περίπου 1000 θερμίδων), που επαναλαμβάνεται δύο φορές κατά τη διάρκεια των δύο εβδομάδων. Χαρακτηρίζεται από πολύ αυστηρούς κανόνες. Το καλαμπόκι, τα μπιζέλια, οι φακές, οι πατάτες και όλων των ειδών τα φασόλια (εκτός από τα πράσινα φασολάκια) απαγορεύονται κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης. [36]

Ενδεικτικό διαιτολόγιο:

[1, 36, 3]

Πρωινό: Καφές ή τσάι χωρίς γάλα, ζάχαρη ή καϊμάκι, ½ γκρέιπφρουτ, 1 φέτα πρωτεϊνούχο ψωμί ψημένο χωρίς βούτυρο ή μαρμελάδα

Σνακ: Καρότο ή σέλινο

Μεσημεριανό: Τόνο ή σολομό σαλάτα (αφού αφαιρεθεί προηγουμένως το λάδι) με ξίδι και λεμόνι, γκρέιπφρουτ ή πεπόνι ή φρούτα εποχής, καφές ή τσάι

Σνακ: Καρότο ή σέλινο

Βραδινό: Φέτες ψητό αρνί χωρίς λίπος, σαλάτα με μαρούλι, ντομάτα, αγγούρι, σέλινο, καφές ή τσάι

Σνακ: Καρότο ή σέλινο

- Δεύτερη φάση: διατήρηση

Στο στάδιο αυτό υπάρχει μία μικρή αύξηση στις προσλαμβανόμενες θερμίδες. Δεν επιτρέπεται η επιστροφή στην πρώτη φάση, αν δεν υπάρξει παραμονή τουλάχιστον δύο εβδομάδων στη δεύτερη φάση, ακόμα και αν δεν έχει επιτευχθεί ο επιθυμητός στόχος.

Θα πρέπει να ακολουθηθεί το πλάνο δύο εβδομάδες διαίτα- δύο εβδομάδες διατήρηση μέχρι να πραγματοποιηθεί η αναγκαία απώλεια κιλών. [36]

Επιτρεπόμενα τρόφιμα:

[1, 3]

- Επιτρέπεται ένα ποτό ημερησίως αρκεί να μην είναι γλυκό.
- Όλα τα κρέατα αρκεί να μην έχουν λίπος.
- Κοτόπουλο και γαλοπούλα χωρίς λίπος και δέρμα.
- Όλα τα νωπά και κατεψυγμένα ψάρια μαγειρεμένα χωρίς λίπος και βούτυρο.
- Όλα τα θαλασσινά.
- Τα αυγά (μέχρι 3 /βδομάδα).
- Όλα τα άπαχα τυριά.
- Τα οι σούπες με λαχανικά, κρέας, πουλερικά ή ψάρια, χωρίς κρέμες, βούτυρο ή λίπος.
- Όλα τα φρούτα.
- Όλα τα λαχανικά.
- Οι φυσικοί χυμοί φρούτων ή λαχανικών χωρίς προσθήκη ζάχαρης.
- Οι ξηροί καρποί (όχι συχνά).
- Το ψωμί, αρκεί να είναι πρωτεϊνούχο και να μην καταναλώνεται σε μεγαλύτερη ποσότητα από δύο φέτες ημερησίως.
- Οι μαρμελάδες και οι ζελέδες χωρίς ζάχαρη και με μέτρο.
- Οι σαλάτες, με ξίδι ή λεμόνι.
- Τα καρυκεύματα, με μέτρο.
- Όλα τα μη ζαχαρούχα αφεψήματα.

Απαγορευμένα τρόφιμα:

[1, 3]

- Η ζάχαρη.
- Οι κρέμες.
- Το πλήρες γάλα.
- Τα παγωτά, οι κρέμες-καραμελέ .
- Οι πατάτες, το ρύζι, τα φασόλια και το αβοκάντο.
- Τα ζυμαρικά.
- Τα αλλαντικά και τα λιπαρά κρέατα.
- Τα επιδόρπια με ζάχαρη.
- Η μαγιονέζα και τα ντρέσινγκ.
- Το φιστικοβούτυρο.
- Το λίπος και το βούτυρο στο μαγείρεμα.
- Το αλκοόλ.

Σωματική άσκηση:

Η δίαιτα δεν περιλαμβάνει συστάσεις για αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.

Απώλεια βάρους:

Η απώλεια βάρους με τη δίαιτα Scarsdale είναι μισό κιλό την ημέρα. Κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης μπορεί να υπάρξει μείωση του βάρους μέχρι και 9 κιλά. [1, 3, 36]

Γ. Αξιολόγηση της δίαιτας

Η δίαιτα Scarsdale χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα μειωμένη πρόσληψη λίπους, θερμίδων καθώς και υδατανθράκων. Ένα από τα θετικά της στοιχεία είναι ότι συνιστά μείωση της κατανάλωσης αλατιού, αλκοόλ, ζάχαρης και λιπαρών τροφίμων. Κατά αυτόν τον τρόπο είναι πιθανό να οδηγεί στη μείωση της χοληστερίνης και στην προστασία από καρδιαγγειακά νοσήματα. Ωστόσο είναι άλιπη και αυστηρά υποθερμιδική, ενώ η απώλεια βάρους τις πρώτες δύο εβδομάδες πραγματοποιείται με ανησυχητικά γρήγορους ρυθμούς. Σύμφωνα με τον Καζή Αβραάμ, κλινικό διαιτολόγο-διατροφολόγο: «Η δίαιτα Scarsdale απαιτεί αυστηρή τήρηση του διαιτολογίου χωρίς να επιτρέπει την παραμικρή παρασπονδία. Υπάρχει περίπτωση να προκαλέσει αδυναμία, απώλεια αντοχής και ενεργητικότητας. Αποκλείει σημαντικές ομάδες τροφίμων από τη διατροφή, όπως το ελαιόλαδο, τα γαλακτοκομικά, τα ζυμαρικά, το ρύζι, τα όσπρια, με αποτέλεσμα να μην καλύπτει τις ανάγκες του οργανισμού σε φυτικές ίνες, ασβέστιο, ψευδάργυρο και βιταμίνες κ.α». Τέλος η αυξημένη κατανάλωση πρωτεϊνών μπορεί να προκαλέσει αφυδάτωση, να μειώσει την οστική πυκνότητα και να επιβαρύνει την νεφρική λειτουργία. Συμπερασματικά, η δίαιτα Scarsdale δεν είναι ισορροπημένη, είναι ελλιπής διατροφικά και δεν ακολουθεί τις διεθνείς συστάσεις και ως εκ τούτου θα πρέπει να αποφεύγεται. [10, 1, 36]

2.2.5 Άλλες δίαιτες

Η Δίαιτα της Ομάδας Αίματος

A. Η φιλοσοφία της δίαιτας

Η δίαιτα της ομάδας αίματος έγινε δημοφιλής με την κυκλοφορία του βιβλίου του Αμερικανού Φυσιοπαθολόγου Peter D' Adamo «Eat right 4 your type». Σύμφωνα με τον Adamo: η ομάδα αίματος αντικατοπτρίζει την εσωτερική χημεία του οργανισμού και οι τροφές που βελτιώνουν την υγεία μας, διαφέρουν ανάλογα με την ομάδα αίματός μας. Όπως υποστηρίζει, μία χημική αντίδραση πραγματοποιείται ανάμεσα στο αίμα και τις τροφές που προσλαμβάνονται. Αυτή η αντίδραση είναι μέρος της γενετικής κληρονομιάς του ανθρώπου. Έτσι, ακόμα και σήμερα το ανοσοποιητικό και πεπτικό σύστημα του ανθρώπου εκφράζει μια προτίμηση στα τρόφιμα που οι πρόγονοι του, με την ίδια ομάδα αίματος, κατανάλωναν. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε μία ομάδα πρωτεϊνών που βρίσκονται στα τρόφιμα και ονομάζονται λεκτίνες. Οι λεκτίνες που περιέχονται στα τρόφιμα έχουν χαρακτηριστικά που είναι παρόμοια με τα αντιγόνα μιας ομάδας αίματος, με αποτέλεσμα να ανταγωνίζονται μεταξύ τους. Έτσι μόλις καταναλώνεται μία τροφή με λεκτίνες μη συμβατές με την αντίστοιχη ομάδα αίματός, ο οργανισμός αντιμετωπίζει τις ουσίες αυτές ως ξένες με αποτέλεσμα να προσπαθεί να τις εξουδετερώσει. Οι τροφές που είναι μη συμβατές με την ομάδα αίματός δημιουργούν, σύμφωνα πάντα με τον εμπνευστή της δίαιτας, προβλήματα στην πέψη, στην έκκριση ινσουλίνης και γενικά στην διατήρηση της ισορροπίας των ορμονών του οργανισμού, επιβραδύνοντας ταυτόχρονα τον μεταβολισμό. Γενικά το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου, τον προστατεύει από τις λεκτίνες. Το 95% των λεκτινών που απορροφώνται μέσω της διατροφής, αποβάλλονται από το σώμα. Αλλά το υπόλοιπο 5% περνάει στο πλάσμα του αίματος και αντιδράει καταστρέφοντας λευκά και ερυθρά αιμοσφαίρια. Ο Adamo ισχυρίζεται ότι η δίαιτα με βάση την ομάδα αίματος προστατεύει από ιώσεις και μολύνσεις, προκαλεί απώλεια βάρους, συμβάλλει στην αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών, όπως ο καρκίνος, ο διαβήτης και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, και επιβραδύνει τη διαδικασία της γήρανσης. [27, 6, 1]

Σε κάθε ομάδα αίματος τα τρόφιμα χωρίζονται σε:

[6]

- Ευεργετικά :τρόφιμα που λειτουργούν σαν φάρμακα.
- Ουδέτερα: τρόφιμα που λειτουργούν σαν τρόφιμα.

- Απαγορευμένα: τρόφιμα που λειτουργούν σαν δηλητήριο.

B. Ομάδες αίματος

- Ομάδα αίματος O

Τα άτομα που έχουν αυτή την ομάδα αίματος χαρακτηρίζονται ως κυνηγοί, κρεατοφάγοι και θεωρείται ότι έχουν δυνατό ανοσοποιητικό και πεπτικό σύστημα. Είναι ευαίσθητοι σε διατροφικές και περιβαλλοντικές αλλαγές και ανταποκρίνονται καλά στο στρες με έντονη σωματική άσκηση. Η διατροφή που συστήνεται για όσους έχουν τη συγκεκριμένη ομάδα αίματος περιλαμβάνει κυρίως κρέας, ψάρι και πράσινα φυλλώδη λαχανικά. [1, 27, 6]

Τρόφιμα που ευνοούν την πρόσληψη βάρους:

Γλουτένη, καλαμπόκι, φασόλια, φακές, λάχανο, λαχανάκια Βρυξελλών, κουνουπίδι, σινάπι. [1, 6]

Τρόφιμα που ενθαρρύνουν την απώλεια βάρους:

θαλασσίνα, ιωδιούχο αλάτι, συκώτι, κόκκινο κρέας, σπανάκι, μπρόκολο. [1,6]

Συμπληρώματα διατροφής:

Βιταμίνες του συμπλέγματος B, βιταμίνη K, ασβέστιο, ιώδιο, μαγγάνιο. [6]

Σωματική άσκηση:

Αεροβική, κολύμπι, τζόκιν, πολεμικές τέχνες, ποδηλασία, χορός. [6]

Ενδεικτικό διαιτολόγιο:

[1]

Πρωινό: Πράσινο τσάι με 1 κ. γλυκού μέλι, 1 βραστό αυγό, 1 μήλο, 2 καρύδια, 1 κριθαρένιο παξιμάδι

Σνακ: 1 μήλο, 2 καρύδια

Μεσημεριανό: Ψητό σκουμπρί ή σαρδέλες στη σχάρα ή στο φούρνο με ρίγανη, καυτερή πιπεριά και λεμόνι, σαλάτα με ντομάτα, αγγούρι, πιπεριά, μαϊντανό και παρθένο ελαιόλαδο., 1 κούπα βραστό μπρόκολο

Σνακ: 1 μήλο

Βραδινό: ¼ φλ. Φασόλια μαυρομάτικα με σπανάκι, μπρόκολο στον ατμό, 90 γρ. ψητό κοτόπουλο

- Ομάδα αίματος A

Όσοι έχουν ομάδα αίματος A χαρακτηρίζονται ως χορτοφάγοι. Έχουν ευαίσθητο πεπτικό σύστημα, ανθεκτικό ανοσοποιητικό σύστημα, προσαρμόζονται καλά σε διατροφικές και κλιματολογικές αλλαγές και ανταποκρίνονται καλύτερα στο στρες με ήπια φυσική δραστηριότητα. Προτείνεται να καταναλώνουν λιγότερο κρέας και γαλακτοκομικά και περισσότερα λαχανικά και ψάρια. [1, 6, 27]

Τρόφιμα που ευνοούν την πρόσληψη βάρους:

Κρέας, γαλακτοκομικά, φασόλια, γίγαντες, σιτάρι. [1, 6]

Τρόφιμα που ενθαρρύνουν την απώλεια βάρους:

Φυτικά έλαια, προϊόντα σόγιας, λαχανικά, ανανάς. [1, 6]

Συμπληρώματα διατροφής:

Βιταμίνες B, C, E, ασβέστιο, σίδηρος, ψευδάργυρος, σελήνιο, χρώμιο. [6]

Σωματική άσκηση:

Τάι τσι, γιόγκα, γκολφ, ποδηλασία, στρέτσινγκ, αεροβική (χαλαρός ρυθμός), κολύμπι, χορός. [6]

Ενδεικτικό διαιτολόγιο:

[1]

Πρωινό: Αφέψημα από πράσινο τσάι με 1 κ. γλυκού μέλι, 2 ακτινίδια, 2 κ. σούπας ωμό κολοκυθόσπορο, 1 φέτα ψωμί σικάλεως

Σνακ: 1 φρούτο, 3-4 αμύγδαλα

Μεσημεριανό: Κοτόπουλο ελευθέρας βοσκής στη σχάρα ή στο φούρνο, σαλάτα με μαρούλι, αγγούρι, κρεμμύδι, καρότο, λεμόνι και ελαιόλαδο., κολοκυθάκια στον ατμό

Σνακ: 1 μήλο, 3 καρύδια

Βραδινό: Φακές σούπα με κρεμμύδι, σέλινο, καρότο, πράσο, σκόρδο, ρίγανη και ελαιόλαδο, μπρόκολο στον ατμό, 2-3 καρύδια, 1 σταρένιο παξιμάδι

- Ομάδα αίματος Β

Όσοι ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία θεωρούνται ισορροπημένοι και δημιουργικοί. Έχουν δυνατό ανοσοποιητικό και ανθεκτικό πεπτικό σύστημα. Αντιδρούν καλύτερα στο στρες μέσω της δημιουργικότητας και απαιτούν ισορροπία μεταξύ της σωματικής και πνευματικής δραστηριότητας ώστε να παραμείνουν αδύνατοι και δραστήριοι. Συστήνεται να καταναλώνουν κρέας, λαχανικά και φρούτα. [6, 27, 1]

Τρόφιμα που ευνοούν την πρόσληψη βάρους:

Καλαμπόκι, φακές, φιστίκια, σουσάμι, σίκαλη. [6]

Τρόφιμα που ενθαρρύνουν την απώλεια βάρους:

Πράσινα λαχανικά, κρέας, συκώτι, αυγά, τσάι. [6]

Συμπληρώματα διατροφής:

Μαγνήσιο. [6]

Σωματική άσκηση:

Αεροβική, τένις, πολεμικές τέχνες, ποδηλασία, κολύμπι, γκολφ, τσί, χάθα γιόγκα, τζόκιν. [6]

Ενδεικτικό διαιτολόγιο:

[1]

Πρωινό: Τσάι του βουνού με 1 κ. γλυκού μέλι, 1 βραστό αυγό, 2 αχλάδια, 1 κριθαρένιο παξιμάδι

Σνακ: 1 μήλο, 3-4 ωμά αμύγδαλα

Μεσημεριανό: Αρνί ψητό με καυτερή πιπεριά και λεμόνι, πράσινη σαλάτα, 1 κούπα βραστά ραδίκια

Σνακ: 1-2 ακτινίδια, 3 καρύδια

Βραδινό: 1 κούπα αρακά με σπανάκι, πατάτα, πράσο, σκόρδο, τόνο σε νερό

- Ομάδα αίματος ΑΒ

Η ομάδα αυτή θεωρείται ότι αποτελεί μια συγχώνευση των ομάδων Α και Β. Όσοι έχουν τη συγκεκριμένη ομάδα αίματος προσαρμόζονται πολύ καλά σε διατροφικές και περιβαλλοντικές αλλαγές, έχουν

ευαίσθητο πεπτικό σύστημα, ανθεκτικό ανοσοποιητικό σύστημα και αντιδρούν καλύτερα στο στρες με φυσική ζωντάνια και δημιουργική ενέργεια. Η ιδανική διατροφή γι' αυτά τα άτομα περιλαμβάνει φρούτα, λαχανικά και θαλασσινά. [6, 1]

Τρόφιμα που ευνοούν την πρόσληψη βάρους:

Φασόλια, γίγαντες, σπόροι, καλαμπόκι, σίκαλη. [6, 1]

Τρόφιμα που ευνοούν την απώλεια βάρους:

Τόφου, θαλασσινά, πράσινα λαχανικά, γαλακτοκομικά, αλκαλικά φρούτα, ανανάς. [6, 1]

Συμπληρώματα διατροφής:

Βιταμίνη C , ψευδάργυρος, σελήνιο. [6]

Σωματική άσκηση Τάι τσι, χάθα γιόγκα, αϊκίντο, γκολφ, ποδηλασία, αεροβική (χαμηλός ρυθμός), στρέτσιγκ, χορός, κολύμπι.[6]

Ενδεικτικό διαιτολόγιο:

[1]

Πρωινό: Αφέψημα πιπερόριζας με 1 κ. γλυκού μέλι, 2 ακτινίδια, 30 γρ κατσικίσια φέτα

Σνακ: 1 αχλάδι, 3 καρύδια

Μεσημεριανό: Φρέσκος τόνος ή μπακαλιάρος στη σχάρα, σαλάτα με μαρούλι, αγγούρι και μαϊντανό, 1 κούπα βραστά φασολάκια

Σνακ: 1 μήλο, 4 αμύγδαλα

Βραδινό: 90 γρ ψητή γαλοπούλα, ραδίκια στον ατμό, ψητή μελιτζάνα, σαλάτα με ντομάτα και αγγούρι.

Γ. Αξιολόγηση της δίαιτας

Σύμφωνα με τη δίαιτα της ομάδας αίματος, η διατροφή των ανθρώπων θα πρέπει να διαμορφώνεται αποκλειστικά με βάση την ομάδα αίματός τους. Η θεωρία πάνω στην οποία στηρίζεται η δίαιτα αυτή επικεντρώνεται στις λεκτίνες, οι οποίες είναι πρωτεΐνες των τροφίμων που θεωρείται ότι εμφανίζουν εξειδίκευση ως προς την ομάδα αίματος. Έτσι η κατανάλωση τροφών που περιέχουν λεκτίνες μη συμβατές με την ομάδα αίματος έχει

δυσάρεστες συνέπειες στην υγεία του ατόμου. Όπως αναφέρει ο Παρασκευάς Παπαχρήστος, διαιτολόγος- διατροφολόγος: «Οι λεκτίνες, που υπάρχουν στην πλειονότητα των φυτικών τροφών και ιδιαίτερα στα όσπρια, εμφανίζουν πράγματι αλλεργιογόνο δράση. Το μούλιασμα των οσπρίων όμως καταστρέφει τα 2/3 των λεκτινών τους, ενώ το βράσιμό τους εξουδετερώνει κάθε ίχνος λεκτίνης που έχει απομείνει. Συνεπώς, ο ισχυρισμός αυτός καταρρίπτεται». Ένας ακόμα λόγος αμφισβήτησης αυτού του διατροφικού πλάνου είναι το γεγονός ότι άνθρωποι που έχουν την ίδια ομάδα αίματος μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικό μεταβολισμό και διαφορετικές θρεπτικές απαιτήσεις. Ο κάθε οργανισμός έχει τις δίκες του ενεργειακές και διατροφικές ανάγκες. Όταν παράλληλα με το αυξημένο βάρος συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα υγείας, η υιοθέτηση μιας τέτοιας δίαιτας μπορεί να τα εντείνει. Για παράδειγμα τα άτομα με ομάδα αίματος O συστήνεται να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες κόκκινου κρέατος. Αν όμως κάποια από αυτά τα άτομα έχουν αυξημένη χοληστερόλη και καρδιαγγειακά προβλήματα, θα επιβαρύνουν την υγεία τους ακολουθώντας τις συγκεκριμένες συστάσεις. Με τον ίδιο τρόπο όσοι έχουν ομάδα αίματος A και εμφανίζουν έλλειψη ασβεστίου ή σιδήρου, αν αφαιρέσουν από τη διατροφή τους τα γαλακτοκομικά και το κρέας αντίστοιχα, όπως προτείνει η δίαιτα, δε θα μπορέσουν να καλύψουν τις ανάγκες του οργανισμού τους. Ο Adamo προωθεί έντονα τα συμπληρώματα διατροφής, εφ' όσον η συγκεκριμένη δίαιτα αποκλείει πολλές τροφές και συνεπώς δημιουργεί ελλείψεις στον οργανισμό. Ωστόσο ο ενδεδειγμένος τρόπος πρόσληψης των απαραίτητων βιταμινών και ιχνοστοιχείων είναι κυρίως μέσω της διατροφής και όχι μέσω σκευασμάτων. Η δίαιτα της ομάδας αίματος ενθαρρύνει την κατανάλωση μη επεξεργασμένων τροφών και περιλαμβάνει υποθερμικά διαιτολόγια. Συνεπώς, είναι πιθανόν να συμβάλλει στην απώλεια βάρους και στη βελτίωση της υγείας, χωρίς αυτό να συνδέεται με την ομάδα αίματος. Οι ισχυρισμοί του Adamo πως η δίαιτα στηρίζεται σε επιστημονικά στοιχεία δεν είναι τεκμηριωμένοι και το συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα μπορεί να επιβαρύνει την υγεία του ατόμου. [6, 1, 27]

Η δίαιτα του Dr. Hay

A. Η φιλοσοφία της δίαιτας

Η δίαιτα αυτή, που είναι γνωστή και ως συνδυαστική ή διαχωριστική δίαιτα, βασίζεται στη λογική του σωστού συνδυασμού των τροφών, που έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της πέψης και τη μείωση του βάρους. Η συγκεκριμένη δίαιτα απαγορεύει την ταυτόχρονη πρόσληψη υδατανθράκων και πρωτεϊνών, γιατί θεωρείται ότι ο συνδυασμός τους επιβαρύνει τη διαδικασία της πέψης και προκαλεί δυσάρεστες συνέπειες στην υγεία. Εμπνευστής της δίαιτας θεωρείται ο Αμερικανός γιατρός Dr Hay. Σύμφωνα

με τη θεωρία του, που εκδόθηκε το 1907, όλες οι παθήσεις του ανθρώπου οφείλονται στην οξίνιση του οργανισμού. Για το λόγο αυτό διαχώρισε όλα τα τρόφιμα με βάση τις αλκαλικές, ουδέτερες ή όξινες ιδιότητές τους. Ο Dr. Hay, στηρίζει τη θεωρία του στο γεγονός ότι οι πρωτεΐνες για να διαλυθούν στο στομάχι χρειάζονται τη συνδρομή οξέων, ενώ το άμυλο τη συνδρομή αλκαλίων. Έτσι, υποστήριξε ότι οι τροφές αυτές όταν προσλαμβάνονται μαζί επηρεάζουν την πέψη, αφήνοντας υπολείμματα στο στομάχι και τα έντερα, με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της υγείας. Σύμφωνα με τη δίαιτα του διαχωρισμού, « για να έχει ο οργανισμός την καλύτερη δυνατή υγεία και να παρουσιάζει τη μεγαλύτερη δυνατή αντίσταση στις ασθένειες, το διαιτολόγιο πρέπει να αποτελείται από τροφές που σχηματίζουν αλκάλια και τροφές που σχηματίζουν οξέα σε μία αναλογία 4 τα 1». Δεν επιτρέπει τα επεξεργασμένα τρόφιμα, όπως το λευκό αλεύρι, τα ραφινάρισμα έλαια, τη λευκή ζάχαρη κλπ., διότι θεωρούνται οξινωπιοητικά. Επιπλέον στη δίαιτα του Dr. Hay τα φρούτα θα πρέπει να τρώγονται ξεχωριστά και ανάμεσα στα γεύματα με πρωτεΐνες και τα γεύματα με υδατάνθρακες θα πρέπει να μεσολαβούν τέσσερις ώρες. [20, 1, 16]

- *Αναλογία 4 προς 1:*
[1, 16]

Θα πρέπει καθημερινά να καταναλώνεται ένα γεύμα μόνο με πρωτεΐνες, ένα γεύμα μόνο με αμυλούχες τροφές και ποτέ δύο ή τρία γεύματα που να αποτελούνται μόνο από αλκαλικές τροφές. Επίσης, συστήνεται η καθιέρωση μίας μέρα αποτοξίνωσης, που θα περιλαμβάνει μόνο συχνά γεύματα με ένα φρούτο.

Θεωρείται πιο βολικό το πρωινό να αποτελείται κυρίως από αλκαλικές τροφές. Εάν, ωστόσο, το πρωινό περιλαμβάνει αμυλούχες τροφές, το μεσημεριανό ή το βραδινό γεύμα θα πρέπει να περιλαμβάνει αλκαλικές τροφές με σαλάτα, φρούτα και γιαούρτι.

Κατηγορίες τροφών:

[1, 16]

- Αλκαλικές: όλα τα λαχανικά (και οι πατάτες αν είναι με τη φλούδα), όλες οι σαλάτες, όλα τα φρούτα (εκτός από δαμάσκηνα και κούμαρα), τα αμύγδαλα, το γάλα, το λεμόνι, οι σταφίδες, το μέλι, τα μούσλι, το παξιμάδι βρώμης.

- Όξινες: το κρέας, το ψάρι, τα οστρακοειδή, τα αυγά, το τυρί, τα πουλερικά, οι ξηροί καρποί (εκτός από τα αμύγδαλα), τα δημητριακά, το ψωμί, το αλεύρι, η ζάχαρη.

Ομάδες συμβατών τροφών:

[1, 16]

Τα τρόφιμα κάθε ομάδας μπορούν να καταναλώνονται μόνα τους ή σε συνδυασμό με αυτά της ουδέτερης ομάδας (ομάδα Δ). Τα τρόφιμα της ομάδας Γ είναι πρέπει να καταναλώνονται πάντα μόνα τους, καθώς δεν επιτρέπεται ο συνδυασμός τους με τα τρόφιμα καμίας άλλης ομάδας.

Ομάδα Α: ζυμαρικά, ρύζι, πατάτες, καρότα, αβοκάντο

Ομάδα Β: ψάρια, πουλερικά, κυνήγι, κρέας, θαλασσινά, φασόλια, γαλακτοκομικά, ξηροί καρποί.

Ομάδα Γ: μήλα, βερίκοκα, κεράσια, χουρμάδες, μάνγκο, νεκταρίνια, ανανάς, παπάγια, ροδάκινα, σύκα, αχλάδια, μούρα, γκρέιπφρουτ, πορτοκάλι, λεμόνι, καρπούζι, πεπόνι.

Ομάδα Δ: λάχανο, σέλινο, μαρούλι, πράσο, κουνουπίδι, μπρόκολο, λαχανάκια Βρυξελλών, πιπεριές, ντομάτες, αγγούρι, ραδίκια, μαϊντανός, σπαράγγια, αγκινάρες, κρεμμύδια.

Ενδεικτικό διαιτολόγιο:

[1,16]

Πρωινό: Μουσκεμένα ξερά σύκα με φύτρο σταριού και γιαούρτι

Μεσημεριανό: Σαλάτα με μπανάνες και χουρμάδες, ψωμί ολικής αλέσεως και βούτυρο

Βραδινό: Γλώσσα στο φούρνο, μανιτάρια, πράσινη σαλάτα, πουτίγκα με μήλο και βερίκοκο

Σωματική άσκηση:

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες συστάσεις για αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.

Απώλεια βάρους:

Η δίαιτα του Dr. Hay δεν έχει συγκεκριμένη διάρκεια. Ο ίδιος υποστήριζε ότι η διατροφή αυτή μπορεί να ακολουθείται εφ' όρου ζωής, αρκεί να υπάρξει αύξηση των προσλαμβανόμενων θερμίδων. Με τη συγκεκριμένη δίαιτα κάποιος μπορεί να χάσει 3-5 κιλά την εβδομάδα. [1, 16]

B. Αξιολόγηση της δίαιτας

Η συγκεκριμένη διαίτα συστήνει τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες, είναι χαμηλή σε θερμίδες και σε λίπη και συστήνει την αποφυγή επεξεργασμένων τροφίμων και έτοιμων γευμάτων. Απ' αυτή την άποψη συμβαδίζει με τα πρότυπα της ισορροπημένης διατροφής. [20, 1]

Η Ίσαρη Γεωργία, κλινικός διαιτολόγος- διατροφολόγος, αναφέρει: «Η φιλοσοφία της διατροφής αυτής στηρίζεται στην άποψη του Dr. Hay, ότι οι τροφές πρέπει να διαχωρίζονται σε διαφορετικά γεύματα ανάλογα με το είδος τους (πρωτεϊνούχες ή αμυλούχες) και ότι ο συνδυασμός τους είναι αυτός που μας παχαίνει και όχι η ποσότητα τροφής. Δεν υπάρχουν όμως έρευνες που να τεκμηριώνουν την άποψη ότι χωνεύουμε πιο εύκολα όταν τρώμε χωριστά, για παράδειγμα την πατάτα από το κρέας και ότι η κακή χώνεψη οδηγεί στην αύξηση του βάρους. Εξάλλου οι περισσότερες τροφές περιέχουν και λίπος και πρωτεΐνες και υδατάνθρακες σε διαφορετικά ποσοστά. Επομένως το γαστρεντερικό μας σύστημα είναι εκπαιδευμένο να χωνεύει παράλληλα όλες τις ομάδες τροφίμων και ο συνδυασμός τους ούτε μας παχαίνει ούτε μας αρρωσταίνει». Επιπλέον, η θεωρία του Dr. Hay, δεν στηρίζεται σε δημοσιευμένες έρευνες και δεν μπορεί να αποδειχθεί. Το διαιτολόγιο είναι πολύ φτωχό θερμιδικά και συνεπώς είναι λογικό να οδηγεί σε απώλεια βάρους, ακόμα και αν δεν ακολουθείται ο συγκεκριμένος συνδυασμός τροφών. Τα γαλακτοκομικά δεν περιέχονται στη διατροφή, κάτι που μπορεί να προκαλέσει έλλειψη ασβεστίου. Συμπερασματικά η διαίτα του Dr. Hay περιλαμβάνει δύσκολους κανόνες, ιδιόμορφους συνδυασμούς τροφίμων και στηρίζεται σε υποθέσεις και όχι σε αποδείξεις. Η διατροφή πρέπει να περιέχει όλες τις θρεπτικές τροφές, στις σωστές ποσότητες και η ελάττωση του σωματικού βάρους μπορεί να επιτευχθεί μόνο με μείωση της θερμιδικής πρόσληψης και όχι με «περίεργους» συνδυασμούς τροφίμων.[20, 1]

Η διαίτα της νηστείας (5:2)

A. Η φιλοσοφία της δίαιτας

Ο γιατρός Michael Mosley, δημιουργός της δίαιτας της νηστείας, ξεκίνησε να ακολουθεί τη διαίτα 5:2, δηλαδή ελεύθερη διατροφή για 5 ημέρες και νηστεία τις άλλες 2, όταν δέχτηκε να συμμετάσχει σε ένα πείραμα του BBC για την επιστημονική σειρά Horizon. Παρότι υπήρχαν ήδη διάφορες εκδοχές της διαλειμματικής νηστείας, ο Mosley επέλεξε να ακολουθεί ελεύθερη διατροφή 5 ημέρες με την εβδομάδα και τις υπόλοιπες 2 να προσλαμβάνει το 25% των ημερήσιων θερμιδικών του αναγκών. Η σειρά του BBC είχε ευρεία απήχηση και γρήγορα η διαίτα της διαλειμματικής νηστείας έγινε ιδιαίτερα δημοφιλής σ' όλο τον κόσμο. Η θεωρία στην οποία βασίζεται η συγκεκριμένη διαίτα

στηρίζεται στο γεγονός ότι «για τα περισσότερα άγρια ζώα περίοδοι ασιτίας ή αυξημένης κατανάλωσης τροφής είναι φυσιολογικές και ότι οι πρόγονοι μας δεν κατανάλωναν 4 ή 5 γεύματα την ημέρα. Αντιθέτως κυνηγούσαν, καταβρόχθιζαν την τροφή τους και στη συνέχεια περνούσαν μεγάλες περιόδους χωρίς φαγητό. Τα σώματα και τα γονίδια μας διαμορφώθηκαν σε ένα περιβάλλον έλλειψης τροφής που διακοπτόταν από εκρήξεις υπερφαγίας». Σύμφωνα με τον Mosley, οι συστάσεις για κατανάλωση πολλών, συχνών και μικρών γευμάτων μες την ημέρα ουσιαστικά μας οδήγησε στο να καταναλώνουμε περίπου 180 παραπάνω θερμίδες σε σνακ αλλά και γύρω τα 120 θερμίδες παραπάνω στα κυρίως γεύματα μες την ημέρα, ενώ παράλληλα συνηθίσαμε να τρώμε ακόμα και χωρίς υπάρχει το αίσθημα της πείνας εξαιτίας της περίσσειας φαγητού που υπάρχει. [45, 38]

Η δίαιτα της νηστείας περιλαμβάνει ελεύθερη διατροφή τις 5 ημέρες της εβδομάδας και νηστεία τις υπόλοιπες 2. Κατά τη διάρκεια των 2 ημερών νηστείας οι γυναίκες θα πρέπει να προσλαμβάνουν μέχρι 500 θερμίδες και οι άνδρες το πολύ 600 θερμίδες την ημέρα. Οι θερμίδες αυτές μπορούν να καταναλωθούν μαζικά σε ένα γεύμα ή να κατανεμηθούν σε περισσότερα γεύματα. Η νηστεία μπορεί να γίνεται οποιοσδήποτε μέρες της εβδομάδας, αρκεί να τηρείται η αναλογία 5:2. Κατά τη διάρκεια των 5 ελεύθερων ημερών η διατροφή θα πρέπει να είναι σωστή και ισορροπημένη. Επιτρέπονται όλες οι τροφές, αλλά θα πρέπει να δίνεται προσοχή στις θερμίδες που προσλαμβάνονται συνολικά. Οι υποστηρικτές της δίαιτας ισχυρίζονται ότι αυτός ο τρόπος διατροφής αυξάνει το προσδόκιμο ζωής, μειώνει την πίεση και τη χοληστερόλη καθώς και τον κίνδυνο για καρκίνο, διαβήτη και καρδιακή νόσο. [38]

Ενδεικτικό διαιτολόγιο: (ημέρες νηστείας)

[38]

Πρώτο γεύμα:(250 θερμίδες)

1 φλιτζάνι καφές, 1 μέτριο μήλο, 1 βραστό αυγό, 15 αμύγδαλα

Δεύτερο γεύμα:

1 φλιτζάνι πράσινο τσάι, 1 μπανάνα, ½ φλιτζάνι τόνος

Σωματική άσκηση:

Η τακτική σωματική άσκηση συστήνεται, αλλά θα πρέπει να αποφεύγεται τις ημέρες νηστείας. [38]

Απώλεια βάρους:

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι ισχυρισμοί σε σχέση με το ρυθμό απώλειας βάρους κατά την διάρκεια εφαρμογής της συγκεκριμένης δίαιτας.

Παραλλαγές της δίαιτας:

Μία άλλη εκδοχή της δίαιτας της νηστείας, είναι η δίαιτα των 2 ημερών. Δημιουργοί της δίαιτας αυτής είναι η γιατρός Michelle Harvie και ο καθηγητής Tony Howell. Και αυτό το διατροφικό πλάνο στηρίζεται στην ελεύθερη διατροφή για 5 ημέρες και δίαιτα τις υπόλοιπες 2. Η ουσιαστική της διαφορά, από τις δίαιτες τέτοιου τύπου, είναι ότι κατά τη διάρκεια των 2 ημερών δίαιτας η διατροφή δεν στηρίζεται στις θερμίδες που προσλαμβάνονται, αλλά κυρίως στην μειωμένη κατανάλωση υδατανθράκων. Ενώ τις υπόλοιπες 5 ημέρες συστήνεται να ακολουθείται μεσογειακή διατροφή και ενθαρρύνεται γενικά η κατανάλωση τροφίμων όπως λαχανικά, φρούτα, άπαχα κρέατα, γαλακτοκομικά με χαμηλά λιπαρά, προϊόντα ολικής άλεσης, αυγά και ξηροί καρποί. Οι δημιουργοί της υποστηρίζουν ότι η δίαιτα των δύο ημερών συμβάλλει στην γενικότερη βελτίωση της υγείας και μειώνει τα επίπεδα της χοληστερόλης και της ινσουλίνης του αίματος. [40, 17]

Ενδεικτικό διαιτολόγιο για τις ημέρες δίαιτας: (για γυναίκα)

[40]

Πρωινό: 2 αυγά μαγειρεμένα με 2 κουταλάκια ελαιόλαδο, 2 φέτες άπαχο μπέικον

Δεκατιανό: 2 κουταλιές τα σούπας τυρί κότατζ

Μεσημεριανό: 42 γραμμάρια τόνο κονσέρβα με 1 κουταλάκι μαγιονέζα, 1 μπολ μαρούλι, 7 ντοματίνια

Απογευματινό: 1 ροδάκινο

Βραδινό: 30 γραμμάρια στήθος κοτόπουλο χωρίς δέρμα, 2 κουταλάκια ελαιόλαδο, 1 χούφτα αρακά, ½ κολοκύθι, 8 φρέσκα κρεμμυδάκια, Σάλτσα σκόρδου με σόγια για τη γεύση

Σωματική άσκηση:

Στη δίαιτα αυτή η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας θεωρείται πολύ σημαντική. Έτσι, το περπάτημα και η προπόνηση με βάρη συστήνονται για την ενίσχυση της μυϊκής μάζας και την αύξηση της

κινητικότητας του ατόμου. Ωστόσο και σε αυτή την εκδοχή, η έντονη σωματική άσκηση τις ημέρες διαίτας θα πρέπει να αποφεύγεται.[40]

Απώλεια βάρους:

Δεν υπάρχουν αναφορές σε σχέση με το πόσα κιλά και σε πόσο χρονικό διάστημα χάνονται μ' αυτή τη δίαιτα.

Γενικώς υπάρχουν διάφορες εκδοχές αυτού του τρόπου διατροφής, όπως πλήρης αποχή από το φαγητό κάποιες μέρες την εβδομάδα, αλλά όλες στηρίζονται στη θεωρία ότι η διαλλειμματική διατροφή οδηγεί σε απώλεια βάρους και έχει θετικές συνέπειες στην υγεία του ατόμου.

B. Αξιολόγηση της διαίτας

Οι δίαιτες τέτοιου τύπου είναι ιδιαίτερα ελαστικές καθώς επιτρέπουν ελεύθερη διατροφή 5 ημέρες την εβδομάδα. Έτσι είναι πιθανό να διευκολύνουν τα άτομα που τις ακολουθούν, να τις τηρήσουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, εφ' όσον περιορίζουν τη διατροφή τους μόνο κάποιες μέρες την εβδομάδα. Συνεπώς μειώνονται τα αισθήματα στέρησης και πίεσης που είναι συνδεδεμένα με τις περισσότερες δίαιτες. Ωστόσο οι περισσότερες παραλλαγές περιλαμβάνουν χαμηλή θερμιδική πρόσληψη τις ημέρες διαίτας και απεριόριστες θερμίδες τις υπόλοιπες ημέρες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα άτομα που τις υιοθετούν να μην εκπαιδεύονται σωστά στο πώς να ρυθμίζουν την ενεργειακή τους πρόσληψη, αφού δεν ακολουθούν ένα σταθερό και ισορροπημένο πρόγραμμα διατροφής. Φαινόμενα υπερφαγίας, κατά τη διάρκεια των ελεύθερων ημερών, είναι πολύ πιθανόν να εκδηλωθούν με μία τέτοια δίαιτα. Στη δίαιτα της νηστείας λαμβάνεται υπ' όψιν μόνο η θερμιδική πρόσληψη και όχι η θρεπτική αξία των τροφίμων και επιτρέπεται η κατανάλωση τροφών που είναι ανθυγιεινές. Έτσι όσοι την ακολουθούν μαθαίνουν να εστιάζουν στην ποσότητα που προσλαμβάνουν, με αποτέλεσμα να αποπροσανατολίζονται στην προσπάθεια τους να βελτιώσουν το σωματικό τους βάρος. Η απώλεια βάρους είναι πιθανή, όταν η ενεργειακή πρόσληψη είναι τόσο μειωμένη κάποιες μέρες την εβδομάδα, χωρίς αυτό να είναι αποδεδειγμένο ότι συμβαίνει πάντα. Οι ισχυρισμοί για βελτίωση της υγείας είναι υποθετικοί και δε στηρίζονται σε δημοσιευμένες έρευνες. Ιδιαίτερα για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, είναι τεκμηριωμένο πως πρέπει να ακολουθούν μια ισορροπημένη διατροφή με συχνά και μικρά γεύματα. Μια τέτοια ασταθής δίαιτα μπορεί να οδηγήσει σε κρίσεις υπογλυκαιμίας και υπεργλυκαιμίας σε διαβητικά άτομα. Τις ημέρες της νηστείας ενδέχεται να εμφανιστούν ανεπιθύμητα συμπτώματα όπως πονοκέφαλοι, κρυάδες, οξυθυμία, αλλαγές στην πεπτική λειτουργία και κράμπες. Οι δίαιτες τέτοιου τύπου μπορούν να γίνουν επικίνδυνες, ιδιαίτερα για άτομα με προβλήματα υγείας, και θα πρέπει να αποφεύγονται. [4, 38, 40]

Η διαίτα των 17 ημερών

A. Η φιλοσοφία της διαίτας

Δημιουργός της διαίτας των 17 ημερών είναι ένας οικογενειακός γιατρός στην Καλιφόρνια ο Mike Moreno . Πρόκειται για διατροφικό πρόγραμμα που χαρακτηρίζεται από κυκλική πρόσληψη υδατανθράκων. Δηλαδή η πρόσληψη υδατανθράκων προσαρμόζεται ανάλογα με τη φάση. Κάθε κύκλος έχει διάρκεια 17 ημερών. Σε κάποιες φάσεις η κατανάλωση υδατανθράκων είναι πολύ περιορισμένη ενώ σε άλλες καταναλώνονται μεγαλύτερες ποσότητες υδατανθράκων. Σύμφωνα με τον Moreno, «αυτή η διαδικασία έχει σαν αποτέλεσμα να μπερδεύεται ο μεταβολισμός και να εντείνεται ο ρυθμός απώλειας βάρους». Επιπλέον ισχυρίζεται ότι σε αντίθεση με τις μακροχρόνιες δίαιτες, η διαίτα των 17 ημερών δεν προκαλεί αισθήματα απογοήτευσης και ανίας σ' όσους την ακολουθούν. Στηρίζεται σε συγκεκριμένους κανόνες, ένας από τους οποίους είναι να καταναλώνονται τρόφιμα τα οποία διευκολύνουν την καύση του λίπους και είναι φιλικά προς το πεπτικό σύστημα. [41, 44]

B. Οι τέσσερις κύκλοι της διαίτας

- Πρώτος κύκλος: επιτάχυνση

Σ' αυτή τη φάση πραγματοποιείται αυστηρός περιορισμός των υδατανθράκων, ώστε να υπάρξει καύση του λίπους, μείωση της συσσώρευσής του και συνεπώς γρήγορη απώλεια βάρους. [41, 44]

Επιτρεπόμενα τρόφιμα:

[44]

Άπαχες πρωτεΐνες:

- Ψάρια (σολομός, γλώσσα, τόνος σε νερό).
- Πουλερικά(κοτόπουλο στήθος, γαλοπούλα στήθος, αυγά, ασπράδια αυγών).

Λαχανικά:

Κουνουπίδι, λάχανο, μπρόκολο, λαχανάκια βρυξελλών, Σπαράγγια, σπανάκι, ντομάτα, κρεμμύδια, αγκινάρες, πράσινες, κόκκινες, πορτοκαλί πιπεριές, καρότα, σέλινο, αγγούρι, μελιτζάνες, σκόρδο, πράσινα φυλλώδη λαχανικά , πράσο, μαρούλι, μανιτάρια, μπάμιες, μαϊντανός, φρέσκα κρεμμύδια.

Φρούτα (χαμηλά σε σάκχαρα):

Μήλα, μούρα όλα τα είδη, γκρέιπφρουτ, πορτοκάλια, ροδάκινα, αχλάδια, δαμάσκηνα, φραγκόσυκα, κόκκινα σταφύλια..

Προβιοτικά:

Γιαούρτι κάθε τύπου (ελληνικό, χωρίς ζάχαρη, με φρούτα χωρίς ζάχαρη, απλό), κεφίρ.

Καλά λιπαρά:

Ελαιόλαδο

Λινέλαιο

Ενδεικτικό διαιτολόγιο:

[44]

Πρωινό: 2 ασπράδια αυγών ομελέτα, ½ γκρέιπφρουτ ή άλλο φρούτο, 1 φλιτζάνι πράσινο τσάι

Μεσημεριανό: Σαλάτα με πράσινα φυλλώδη λαχανικά με τόνο και 1 κουταλιά τα σούπας ελαιόλαδο ή λινέλαιο ή 2 κουταλιές τα σούπας ξύδι βαλσάμικο, 1 φλιτζάνι πράσινο τσάι

Δείπνο: Αρκετή ποσότητα ψητό κοτόπουλο με απεριόριστη ποσότητα λαχανικά από τη λίστα, ωμά ή στον ατμό, 1 φλιτζάνι πράσινο τσάι

Ενδιάμεσα σνακ: 170 γραμμάρια γιαούρτι απλό χωρίς ζάχαρη με 1-2 κουταλιές μαρμελάδα χωρίς ζάχαρη, ή κάποιο άλλο προβιοτικό τρόφιμο, 1 φρούτο

- Δεύτερος κύκλος: ενεργοποίηση

Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από κυκλική πρόσληψη υδατανθράκων και αυξομείωση των θερμίδων ώστε να υπάρξει αύξηση της καύσης του λίπους. [44, 41]

Επιτρεπόμενα τρόφιμα:

[44]

Εισάγονται:

Πρωτεΐνες:

- Οστρακοειδή (κυδώνια, καβούρι, μύδια, στρείδια, χτένια, γαρίδες).

- Άπαχα κρέατα (βοδινό, μοσχάρι, χοιρινό αρνί, μοσχαρίσια κοτολέτα).

Αμυλώδη:

- Σιτηρά (κριθάρι, καστανό ρύζι, πλιγούρι, κους κους, μακρύκοκκο ρύζι, κεχρί, πίτουρο βρώμης, κινόα).
- Όσπρια (φασόλια όλα τα είδη, φακές, μπιζέλια, φασόλια σόγιας, φάβα, ρεβίθια.).
- Αμυλώδη Λαχανικά (καλαμπόκι, πατάτα, γλυκοπατάτα, κολοκύθα).

Λαχανικά: όπως στον πρώτο κύκλο.

Φρούτα χαμηλά σε σάκχαρα: όπως στον πρώτο κύκλο.

Προβιοτικά: όπως στον πρώτο κύκλο.

Καλά λιπαρά: όπως στον πρώτο κύκλο.

Ενδεικτικό διαιτολόγιο:

[44]

Πρωινό: ½ φλιτζάνι πλιγούρι βρώμης μαγειρεμένο, 4 ασπράδια αυγών ομελέτα, 1 φρέσκο ροδάκινο σε φέτες, 1 φλιτζάνι πράσινο τσάι

Μεσημεριανό: Σαλάτα με γαρίδες, 3 κουταλιές τα σουπας κρεμμύδια, φύλλα μαρουλιού, μία μεγάλη ντομάτα και 1 κουταλιά τα σουπας ελαιόλαδο, 1 μέτρια ψητή γλυκοπατάτα, 1 φλιτζάνι πράσινο τσάι

Δείπνο: Χοιρινή κόντρα μπριζόλα, στη σχάρα ή ψητή, λαχανικά στον ατμό, 1 φλιτζάνι πράσινο τσάι

Ενδιάμεσα σνακ: 1 φλιτζάνι βατόμουρα με 170 γραμμάρια γιαούρτι με κομμάτια φρούτων, χωρίς ζάχαρη

170 γραμμάρια γιαούρτι με κομμάτια φρούτων χωρίς ζάχαρη ή 1 φλιτζάνι κεφίρ

Στον κύκλο αυτό εναλλάσσονται οι μέρες και ακολουθείται μία μέρα το πρόγραμμα του δεύτερου κύκλου, μία μέρα το πρόγραμμα του πρώτου κύκλου μέχρι να συμπληρωθούν 17 μέρες.[44]

- Τρίτος κύκλος: κατάκτηση

Σκοπός αυτής της φάσης είναι η ανάπτυξη σωστών διατροφικών συνηθειών, η οποία επιτυγχάνεται μέσω της εισαγωγής νέων τροφίμων.[41, 44]

Επιτρεπόμενα τρόφιμα:
[44]

Προστίθενται:

Αμυλώδη:

- ψωμί (εμπλουτισμένο με φυτικές ίνες, χωρίς γλουτένη, πολύσπορο, από πίτουρο βρώμης, χωρίς ζάχαρη, σικάλεως, πίτα ολικής άλεσης, αραβική πίτα ολικής άλεσης).
- δημητριακά πλούσια σε φυτικές ίνες (all bran , δημητριακά χωρίς γλουτένη, μούσλι χαμηλό σε ζάχαρη)
- ζυμαρικά (ολικής, χωρίς γλουτένη, από λαχανικά, πλούσια σε φυτικές ίνες, νουντλς).

Λαχανικά: πιπεριές τσίλι, κόλιανδρος, μάραθος, ραπανάκια, ραβέντι, γογγύλια, κολοκυθάκια, παντζάρια, σχεδόν όλα τα λαχανικά.

Φρούτα: βερίκοκα, μπανάνες, κεράσια, σταφίδες, σύκα, ακτινίδιο, κουμκουάτ, γκουάβα, μάνγκο, παπάγια, ανανάς, ρόδι, μανταρίνι, σχεδόν κάθε φρούτο.

Προβιοτικά: τυρί κότατζ χαμηλό σε λιπαρά, άπαχα τυριά , τυρί ρικότα χαμηλό σε λιπαρά, υποκατάστατα γάλακτος: γάλα ρυζιού, αμυγδάλου ή σόγιας χωρίς ζάχαρη.

Καλά λιπαρά: αβοκάντο, καρυδέλαιο, μαγιονέζα light, ξηροί καρποί, μαργαρίνες μειωμένων θερμίδων.

Ενδεικτικό διαιτολόγιο:

[44]

Πρωινό: ½ φλιτζάνι τυρί κότατζ άπαχο ή με χαμηλά λιπαρά, 1 φλιτζάνι ανάνα φρέσκο ή κομπόστα στους δικούς του χυμούς, 1 φλιτζάνι πράσινο τσάι

Μεσημεριανό: Σαντουιτς ψημένο με: 2 φέτες τυρί με χαμηλά λιπαρά και 2 φέτες ντομάτα σε 2 φέτες ψωμί ολικής άλεσης , 1 φλιτζάνι καρότα baby ή άλλα φρέσκα λαχανικά, 1 φλιτζάνι πράσινο τσάι

Δείπνο: Κοτόπουλο μπούτι χωρίς δέρμα, λαχανικά στον ατμό, 1 με 2 φλιτζάνια ανάμεικτη σαλάτα με 2 κουταλιές τα σουπας ντρέσινγκ με χαμηλά λιπαρά, 1 φλιτζάνι πράσινο τσάι

- Τέταρτος κύκλος: άφιξη

Στόχος της φάσης είναι η διατήρηση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της κατανάλωσης αγαπημένων τροφίμων το Σαββατοκύριακο και της υγιεινής διατροφής την υπόλοιπη εβδομάδα. Συστήνεται σωματική άσκηση καθ' όλη τη διάρκεια της εβδομάδας και επιτρέπεται η κατανάλωση 2 μερίδων αλκοόλ το Σάββατο και την Κυριακή. [44, 41]

Πράσινο τσάι:

Ο Dr. Moreno πιστεύει ότι το πράσινο τσάι αυξάνει το μεταβολισμό και προσφέρει αντιοξειδωτικά στον οργανισμό. Γι' αυτό το λόγο αυτό συστήνει την συχνή κατανάλωση του. Μπορεί να πίνεται ζεστό ή κρύο αλλά χωρίς ζάχαρη. [41]

Σωματική άσκηση:

Συστήνεται μιας ήπιας μορφής φυσική δραστηριότητα όπως 17 λεπτά περπάτημα την ημέρα. [44]

Απώλεια βάρους:

Η δίαιτα των 17 ημερών εγγυάται απώλεια 4-6 κιλών τις πρώτες 17 ημέρες. [44]

Γ. Αξιολόγηση της δίαιτας

Η δίαιτα των 17 ημερών αρχικά δημιουργήθηκε με στόχο την μείωση του σωματικού βάρους μετά τις διακοπές. Πρόκειται για μια δίαιτα απλή στην εφαρμογή της, που μπορεί να υιοθετηθεί εύκολα. Ενθαρρύνει την κατανάλωση μη επεξεργασμένων τροφίμων και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας παράλληλα με την εφαρμογή της δίαιτας. Σε κάποιες φάσεις της δίαιτας η πρόσληψη υδατανθράκων και θερμίδων είναι ιδιαίτερα μειωμένη. Συνεπώς το συγκεκριμένο πρόγραμμα θα πρέπει να αποφεύγεται από άτομα δραστήρια, με αυξημένες ενεργειακές απαιτήσεις. Επιπλέον δεν είναι κατάλληλο για άτομα με διαβήτη τύπου 1 καθώς και για άτομα με διατροφικές διαταραχές. Σε γενικές γραμμές, η δίαιτα των 17 ημερών

στοχεύει στη γρήγορη απώλεια βάρους και όχι στην απόκτηση σωστών διατροφικών συνηθειών. Ωστόσο, από ένα στάδιο και μετά επιτρέπει την κατανάλωση σχεδόν όλων των υγιεινών τροφών και έτσι μπορεί να υιοθετηθεί για μικρό χρονικό διάστημα με ασφάλεια. [41]

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στα πλαίσια της εργασίας αυτής, πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα, στην περιοχή της Αττικής. Η έρευνα έγινε με την χρήση ερωτηματολογίου και την μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας. Το ερευνητικό ερώτημα αφορούσε στην συχνότητα και την αξιολόγηση της υιοθέτησης ανορθόδοξων διατροφικών προγραμμάτων.

Η έρευνα έγινε τη χρονική περίοδο Οκτώβριος 2013- Ιούνιος 2014. Το δείγμα αποτελούνταν από κατοίκους του δήμου Αττικής ηλικίας 18 έως 64 ετών.

Έγινε διανομή ερωτηματολογίων σε γυμναστήρια, καταστήματα, διαιτολογικά κέντρα και κέντρα αισθητικής. Η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε ταυτόχρονα με τη διανομή τους. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε ατομικά χωρίς καθοδήγηση. Μοιράστηκαν και συλλέχθηκαν συνολικά 139 ερωτηματολόγια.

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 18 ερωτήσεις, οι οποίες μπορούν να ομαδοποιηθούν ως εξής:

- Προϋποθέσεις Διατροφικού Προγράμματος
- Αποτελέσματα Διατροφικού Προγράμματος
- Αξιολόγηση Διατροφικού Προγράμματος

Στην κατηγορία Προϋποθέσεις Δίαιτας, συμπεριλήφθηκαν στοιχεία όπως το εάν έχει ακολουθήσει ο ερωτηθείς κάποια δίαιτα ή κάποια ανορθόδοξη δίαιτα για γρήγορη απώλεια βάρους, εάν αύξησε τη φυσική του δραστηριότητα παράλληλα με το διατροφικό πρόγραμμα, τα αρχικά του κιλά, η διάρκεια και το έτος που την πραγματοποίησε.

Η κατηγορία Αποτελέσματα Δίαιτας περιλαμβάνει αντικειμενικές μετρήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα του ανορθόδοξου διατροφικού προγράμματος, τα τελικά κιλά του ερωτηθέντος, την αύξηση του βάρους μετά το πέρας της δίαιτας, το εάν αισθάνθηκε ατονία ή κόπωση κατά τη διάρκεια και το εάν προέβη σε εξετάσεις αίματος κατά τις οποίες παρατήρησε βελτίωση στους δείκτες αίματος.

Τέλος, στην κατηγορία Αυτοεκτίμηση της Δίαιτας ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν υποκειμενικά το διατροφικό πρόγραμμα που ακολούθησαν σχετικά με το εάν δυσκολεύτηκαν να το ακολουθήσουν και με το κατά πόσο είναι διατεθειμένοι να το υιοθετήσουν ξανά, παραθέτοντας παράλληλα τους λόγους για τους οποίους δυσκολεύτηκαν και θα υιοθετούσαν ξανά το διατροφικό πρόγραμμα ή όχι.

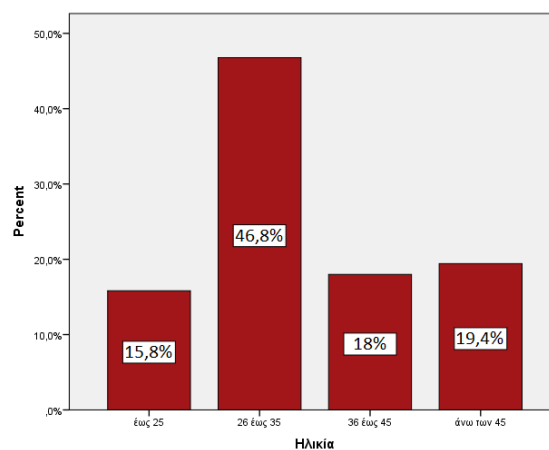
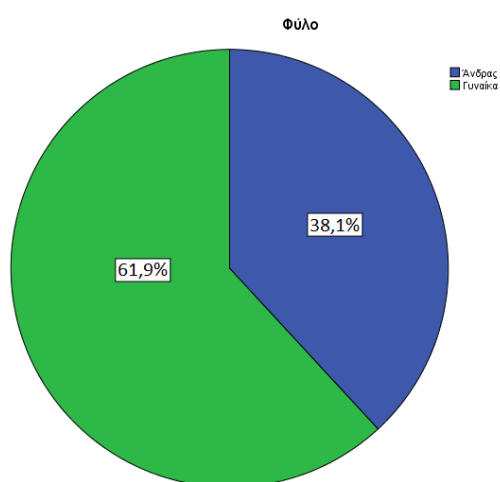
Οι παραπάνω κατηγορίες μελετήθηκαν ως προς τρεις παράγοντες ενδιαφέροντος: Φύλο, Ηλικία και Κατηγορία Διατροφικού Προγράμματος. Στην κατηγορία Διατροφικού προγράμματος παρατηρήθηκε μία φορά η δίαιτα βασισμένη στην ομάδα

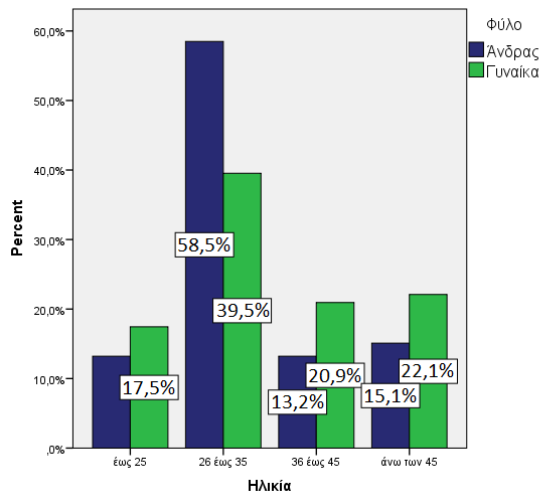
αίματος, η οποία απορρίφθηκε από το τελευταίο στάδιο της ανάλυσης, για να μην επηρεαστούν τα αποτελέσματα. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 21 και η σημαντικότητα των αποτελεσμάτων μελετήθηκε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=5\%$ και $\alpha=10\%$.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

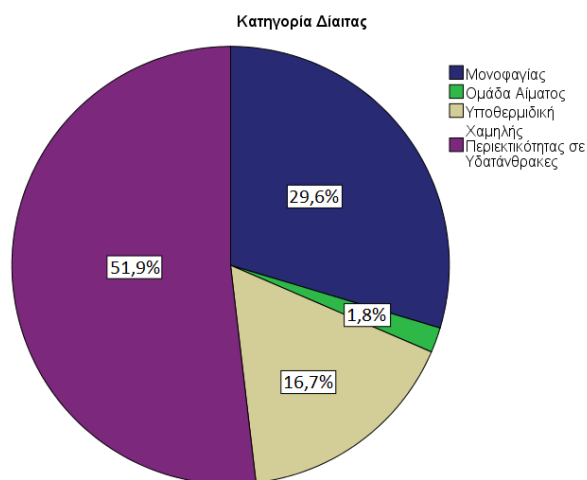
Παράγοντες Ενδιαφέροντος – Συγκεντρωτικά Στοιχεία

Στην έρευνα συμμετείχαν 139 άτομα εκ των οποίων το 61,9% ήταν γυναίκες. Οι ηλικίες που απαντήθηκαν είχαν εύρος από 18 έως 64 έτη, με μέσο όρο τα 35+/- 10 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσαν ηλικίες από 26 έως 35 έτη (46,8%), ενώ το 15,8% δήλωσε ηλικίες έως 25 έτη, με τους άνδρες στην πλειοψηφία τους να εντάσσονται στην ηλικιακή ομάδα 26 έως 35 ετών (58,5%). Ομοίως, το 39,5% των γυναικών δήλωσε ηλικίες από 26 έως 35 ετών, έχοντας όμως μεγαλύτερο ποσοστό απόκρισης στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

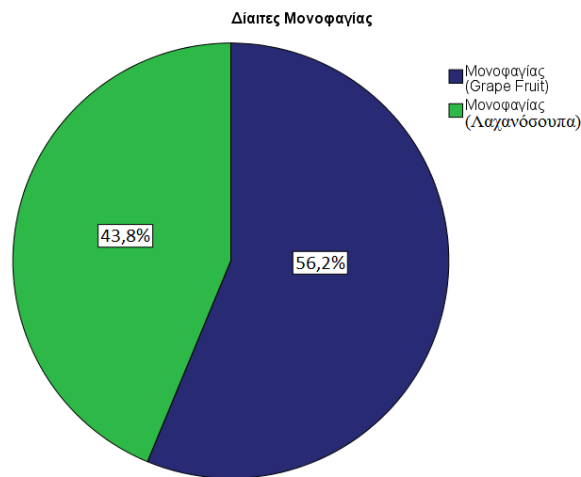
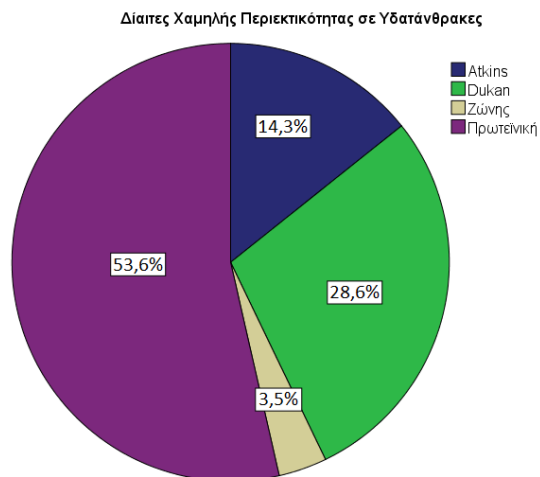




Αναφορικά με τις ανορθόδοξες δίαιτες, απαντήθηκαν 4 κατηγορίες: Μονοφαγίας, Δίαιτα Ομάδας Αίματος, Υποθερμιδικές και Χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες. Οι τελευταίες υιοθετήθηκαν στο μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (51,9%), με τις δίαιτες μονοφαγίας να προτιμούνται σε ποσοστό 29,6%.

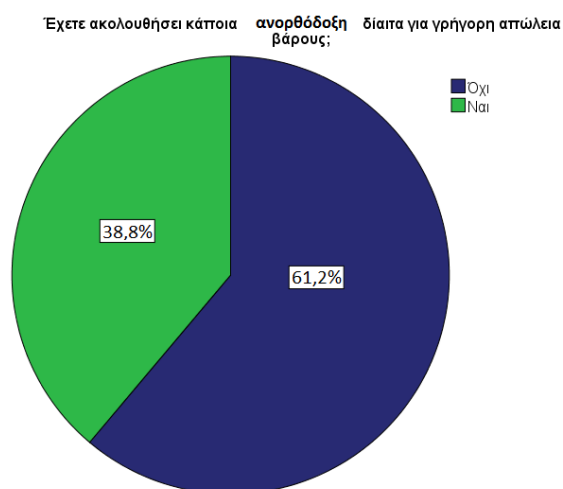


Στις δίαιτες Χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσε ότι ακολούθησε κάποια Πρωτεϊνική (53,6%) ενώ το 28,6% την δίαιτα Dukan και το 14,3% τη δίαιτα Atkins. Αντίστοιχα στις δίαιτες Μονοφαγίας, το 56,2% του δείγματος δήλωσε ότι υιοθέτησε ένα διατροφικό πρόγραμμα αποκλειστικής κατανάλωσης Grape Fruit, ενώ το 43,8% προτίμησε ένα αντίστοιχο βασισμένο στην λαχανόσουπα.



Προϋποθέσεις Διατροφικού Προγράμματος – Συγκεντρωτικά Στοιχεία

Το 61% του δείγματος, δήλωσε ότι έχει ακολουθήσει κάποια δίαιτα στο παρελθόν ενώ το 38,8% δήλωσε ότι έχει ακολουθήσει κάποια ανορθόδοξη δίαιτα για γρήγορη απώλεια βάρους. Από τους ερωτηθέντες, που δήλωσαν ότι έχουν ακολουθήσει κάποια δίαιτα στο παρελθόν, το 63% δήλωσε ότι έχει υιοθετήσει και κάποιο ανορθόδοξο διατροφικό πρόγραμμα για γρήγορη απώλεια βάρους. Αντίθετα, από τους ερωτηθέντες που δεν έχουν ακολουθήσει κάποια δίαιτα στο παρελθόν κανένας δεν προχώρησε στην υιοθέτηση κάποιου αντίστοιχου προγράμματος. ($p < 0.001$). (Πίνακας 1)



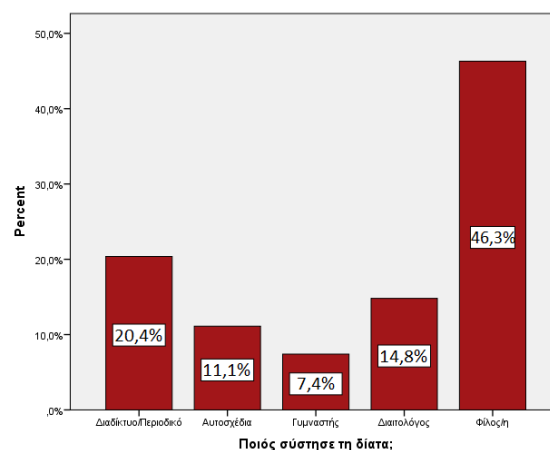
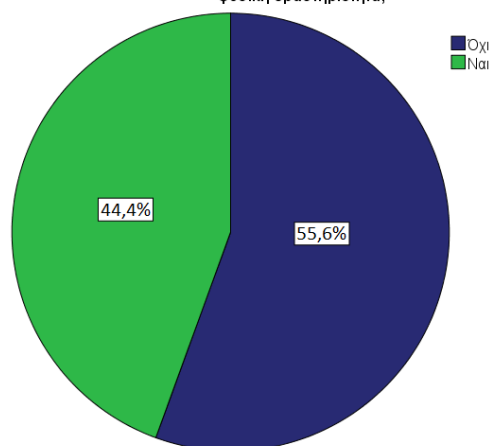
Πίνακας 1: Υιοθέτηση Δίαιτας έναντι Υιοθέτησης ανορθόδοξης δίαιτας

			Έχετε ακολουθήσει κάποια ανορθόδοξη δίαιτα για γρήγορη απώλεια βάρους;		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
Έχετε ακολουθήσει κάποια δίαιτα για απώλεια βάρους;	Όχι	N	54	0	54
		%	100,0%	0,0%	100,0%
	Ναι	N	31	54	85
		%	36,5%	63,5%	100,0%
Σύνολο		N	85	54	139
		%	61,2%	38,8%	100,0%

$p < 0.001$

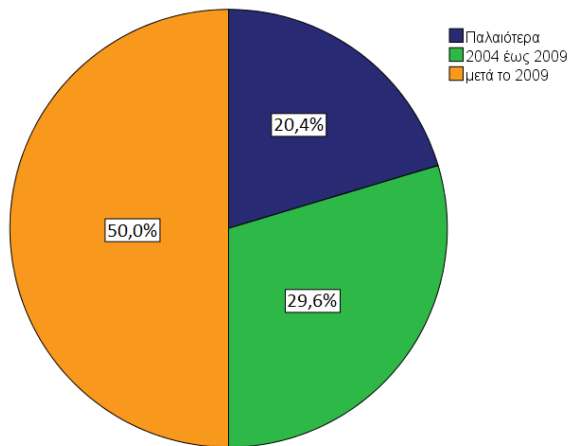
Το 55,6% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν πραγματοποιούσε παράλληλα με την εφαρμογή της ανορθόδοξης δίαιτας κάποια φυσική δραστηριότητα, ενώ αναφορικά με το από ποιόν συστήθηκε το συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα, το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε ότι εμπιστεύτηκε κάποιον φίλο/η για να υιοθετήσει την επιλεγμένη ανορθόδοξη δίαιτα (46,3%), ενώ μόλις το 22,2% βασίστηκε στην σύσταση κάποιου ειδικού (Γυμναστή/Διατροφολόγο)

Κατά τη διάρκεια υιοθέτησης της δίαιτας κάνατε παράλληλα κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα;

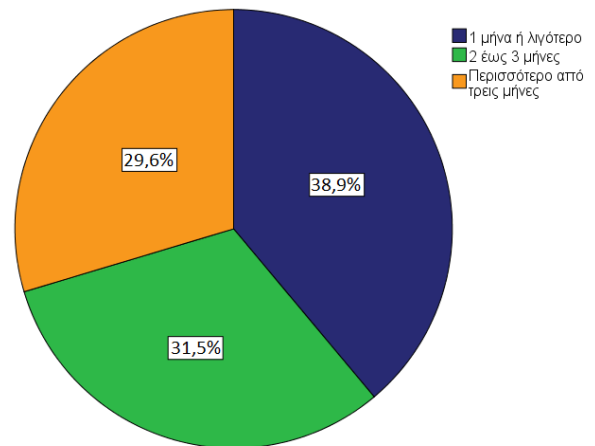


Αναφορικά με το έτος αρχής της δίαιτας, το 50% του δείγματος φέρεται να υιοθέτησε μια ανορθόδοξη δίαιτα για γρήγορη απώλεια βάρους μετά το 2009, υποδεικνύοντας ότι οι συγκεκριμένες δίαιτες έγιναν περισσότερο δημοφιλείς τα τελευταία χρόνια ενώ το 38,9% του δείγματος, υιοθέτησε το διατροφικό πρόγραμμα για λιγότερο από έναν μήνα, επιδιώκοντας ταχεία αποτελέσματα απώλειας βάρους. Τέλος το 81,5% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι υιοθέτησε το διατροφικό πρόγραμμα μόνο μία φορά.

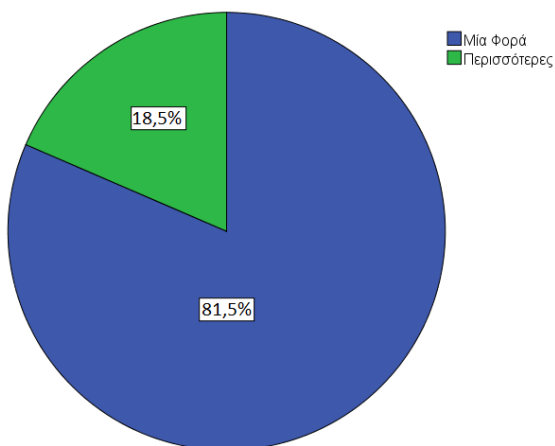
Ποιό έτος ακολουθήσατε το συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα;



Για πόσο καιρό υιοθετήσατε το συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα;

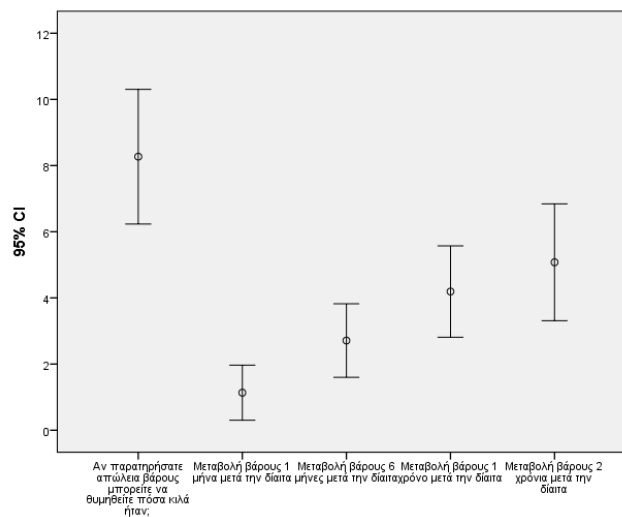
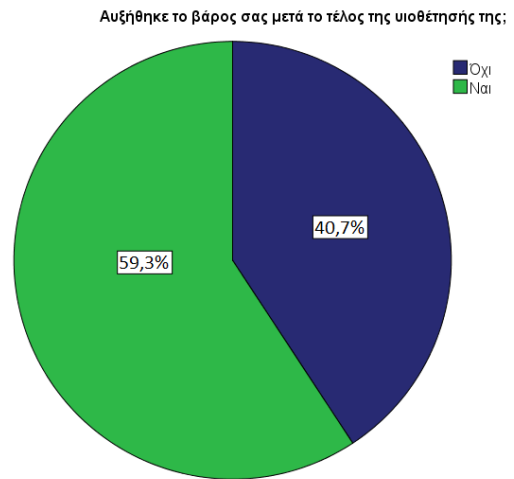
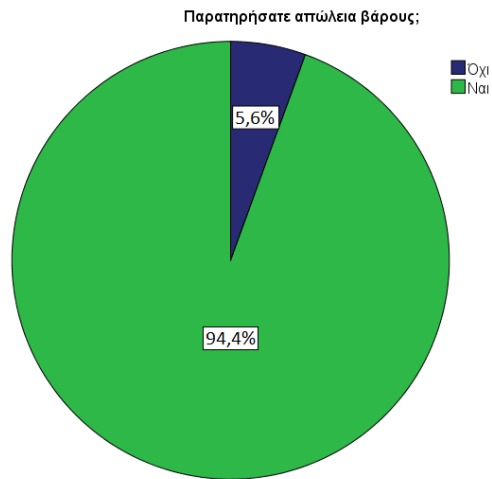


Ακολουθήσατε το πρόγραμμα 1 ή περισσότερες φορές;

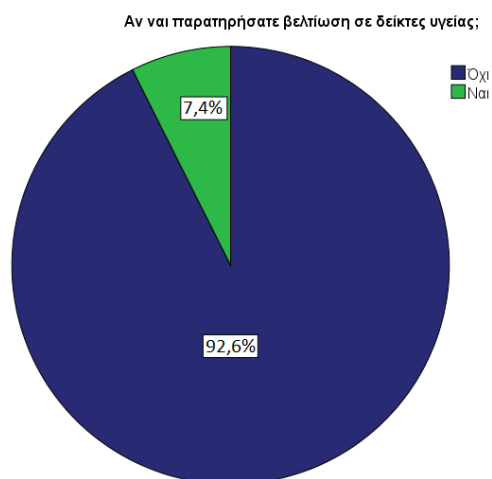
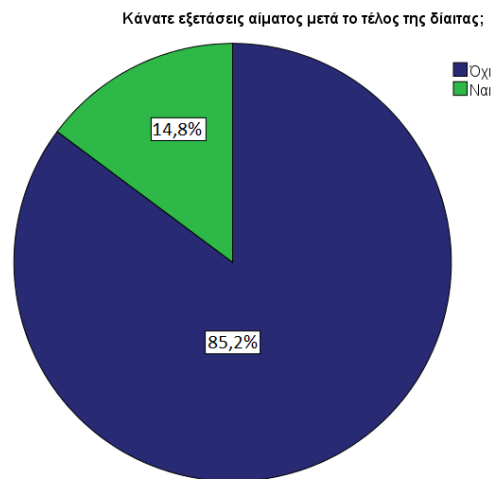
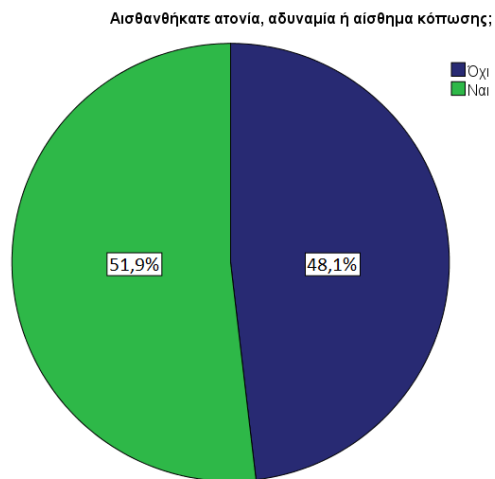


Αποτελέσματα Διατροφικού Προγράμματος – Συγκεντρωτικά Στοιχεία

Από το σύνολο των συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι υιοθέτησαν μία ανορθόδοξη δίαιτα για γρήγορη απώλεια βάρους, το 94,4% δήλωσε ότι παρατήρησε απώλεια βάρους στο τέλος του διατροφικού προγράμματος. Το 59,3% από αυτούς, δήλωσε ότι αυξήθηκε το βάρος του μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Κατά μέσο όρο, οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι έχασαν περίπου 8 κιλά +/- 1 kg, ενώ το βάρος μετά το πέρας 2 χρόνων είχε αυξηθεί κατά μέσο όρο 5 +/- 1 kg.



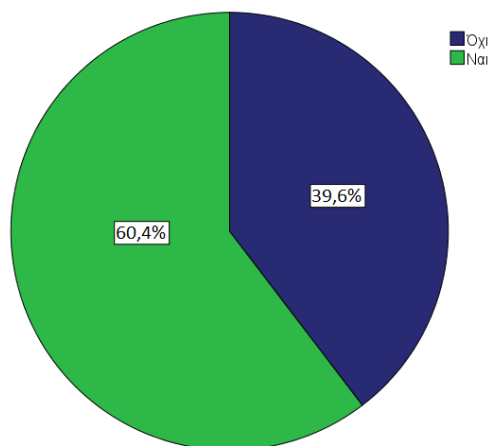
Ενδεικτικό των προβλημάτων που προκαλούν οι ανορθόδοξες δίαιτες, είναι το γεγονός ότι περίπου το 51,9% των ερωτηθέντων, δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν ατονία, αδυναμία ή κόπωση κατά τη διάρκεια του προγράμματος ενώ το 85,2% δεν προέβη σε εξετάσεις αίματος μετά το τέλος του προγράμματος. Από του ερωτηθέντες που έκαναν εξετάσεις μόλις το 7,4% παρατήρησε βελτίωση στους δείκτες υγείας.



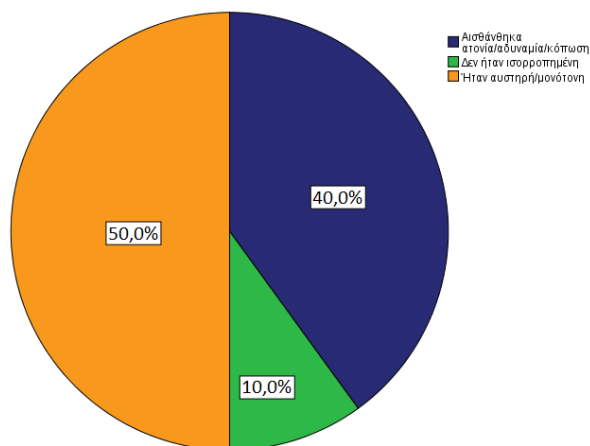
Αξιολόγηση Διατροφικού Προγράμματος – Συγκεντρωτικά Στοιχεία

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δυσκολεύτηκε να ακολουθήσει τη δίαιτα που επέλεξε προβάλλοντας ως κυριότερο λόγο (50%) ότι ήταν αυστηρή ή μονότονη, ενώ το 40% προέβαλε ως λόγο δυσκολίας την αίσθηση ατονίας, αδυναμίας ή κόπωσης κατά τη διάρκεια του προγράμματος.

Δυσκολευτήκατε να ακολουθήσετε το διατροφικό πρόγραμμα;



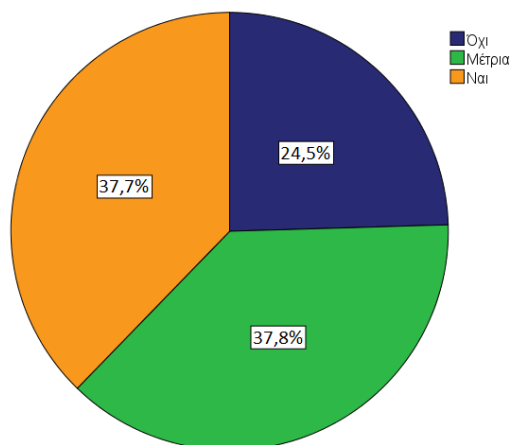
Για ποιό λόγο δυσκολευτήκατε να εφαρμόσετε την δίαιτα;



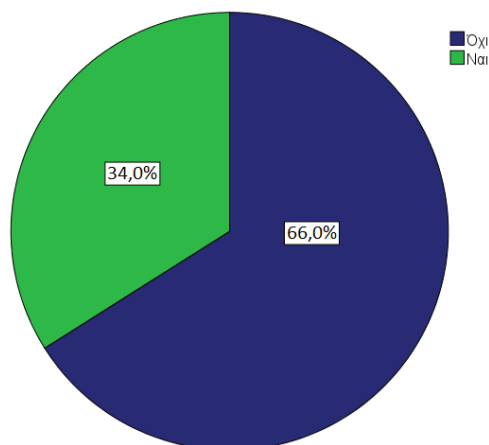
Τέλος, αναφορικά με το κατά πόσο έμειναν ευχαριστημένοι από το αποτέλεσμα, οι ερωτηθέντες σε ποσοστό 62,3% περίπου δήλωσαν ότι δεν έμειναν ή ότι έμειναν μέτρια ευχαριστημένοι από το αποτέλεσμα. Το ίδιο ποσοστό δήλωσε ότι δεν θα ακολουθούσε ξανά το συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα λόγω κυρίως της αίσθησης ατονίας και κόπωσης που αισθάνθηκε κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του (40%).

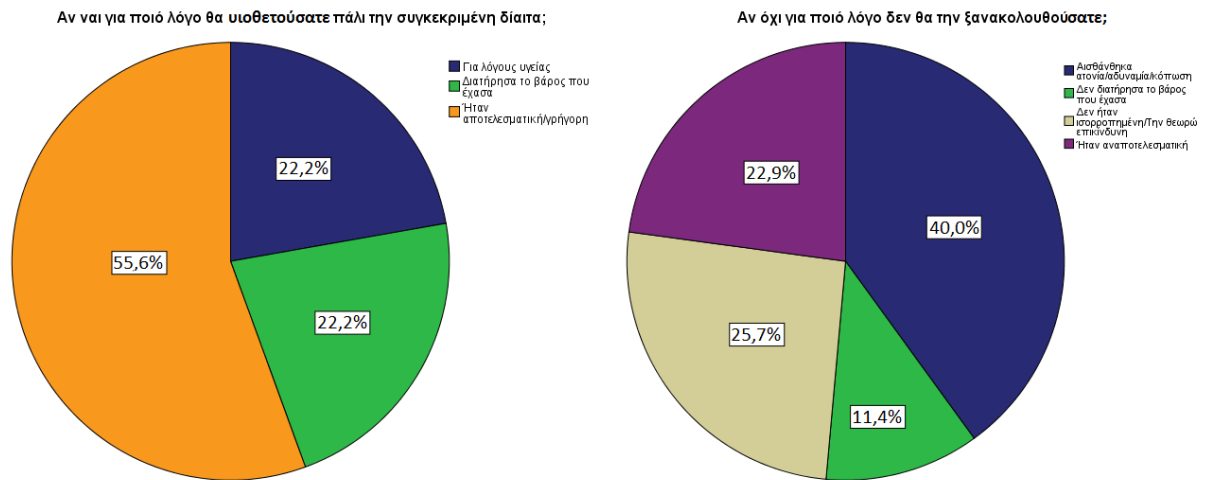
Το 25,7% δεν θα υιοθετούσε ξανά την ίδια ανορθόδοξη δίαιτα επειδή την θεωρεί μη ισορροπημένη ή επικίνδυνη για την υγεία ενώ το 22,9% δήλωσε ότι την βρήκε αναποτελεσματική.

Είστε ευχαριστημένος/η από το αποτέλεσμα;



Θα ξανακάνετε παρόμοια δίαιτα;





Αποτελέσματα ανά Φύλο

• Προϋποθέσεις Διατροφικού Προγράμματος

Οι γυναίκες σε ποσοστό 74,4%, δήλωσαν ότι έχουν ακολουθήσει κάποια διαίτα για απώλεια βάρους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών εμφανίστηκε αισθητά χαμηλότερο (39,6%). Αντίστοιχα, το 50% των γυναικών φαίνεται να έχει ακολουθήσει κάποια ανορθόδοξη διαίτα για γρήγορη απώλεια βάρους, σε αντίθεση με τους άνδρες, των οποίων το αντίστοιχο ποσοστό είναι 20,8%. ($p < 0,01$). (Πίνακας 2)

Πίνακας 2: Υιοθέτηση διαίτας και υιοθέτηση ανορθόδοξης διαίτας για γρήγορη απώλεια βάρους ανά φύλο

Φύλο	N	Έχετε ακολουθήσει κάποια διαίτα για απώλεια βάρους;		Έχετε ακολουθήσει κάποια ανορθόδοξη διαίτα για γρήγορη απώλεια βάρους;		Σύνολο
		Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	
Ανδρας	N	32	21	42	11	53
	%	60,4%	39,6%	79,2%	20,8%	100,0%
Γυναίκα	N	22	64	43	43	86
	%	25,6%	74,4%	50,0%	50,0%	100,0%
Σύνολο	N	54	85	85	54	139
	%	38,8%	61,2%	61,2%	38,8%	100,0%

$p < 0,01$

Αναφορικά με την είδος της ανορθόδοξης διαίτας, αν και δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στο φύλο και την κατηγορία διαίτας, οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό στην υιοθέτηση κάποιας διαίτας μονοφαγίας (32,6%), με το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών να κυμαίνεται στο 18,2%. Αντίθετα, οι άνδρες σε ποσοστό 63,6% επέλεξαν να ακολουθήσουν κάποια διατροφικό

πρόγραμμα χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες, ενώ οι γυναίκες αντίστοιχα σε ποσοστό 48,8%. ($p=0.740$). (Πίνακας 3)

Πίνακας 3: Κατηγορία Διατροφικού Προγράμματος ανά Φύλο

			Κατηγορία Δίαιτας				Σύνολο
			Μονοφαγίας	Ομάδα Αίματος	Υποθερμιδική	Χαμηλής Περιεκτικότητας σε Υδατάνθρακες	
Φύλο	Ανδρας	N	2	0	2	7	11
		%	18,2%	0,0%	18,2%	63,6%	100,0%
	Γυναίκα	N	14	1	7	21	43
		%	32,6%	2,3%	16,3%	48,8%	100,0%
Σύνολο		N	16	1	9	28	54
		%	29,6%	1,9%	16,7%	51,9%	100,0%

$P=0.740$

Σε αντίθεση με τις γυναίκες, ο ανδρικός πληθυσμός φαίνεται να χρησιμοποιεί με ορθότερο τρόπο τα διατροφικά προγράμματα για γρήγορη απώλεια βάρους. Ειδικότερα, το 81,8% των ανδρών δήλωσε ότι παράλληλα με το διατροφικό πρόγραμμα ακολούθησε και κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα, σε αντίθεση με τις γυναίκες, των οποίων το αντίστοιχο ποσοστό ήταν αρκετά χαμηλότερο (34,9%) ($p<0.05$). Επίσης, το 54,5% των ανδρών υιοθέτησε το διατροφικό πρόγραμμα, έπειτα από σύσταση κάποιου ειδικού (Γυμναστή/Διατροφολόγου), σε αντίθεση με τις γυναίκες οι οποίες φαίνεται να βασίστηκαν σε άλλες πηγές, όπως Φίλος ή ΜΜΕ ($p<0.05$).. (Πίνακας 4, 5)

Πίνακας 4: Φυσική δραστηριότητα ανά Φύλο

			Κατά τη διάρκεια υιοθέτησης της δίαιτας κάνατε παράλληλα κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα;		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
Φύλο	Ανδρας	N	2	9	11
		%	18,2%	81,8%	100,0%
	Γυναίκα	N	28	15	43
		%	65,1%	34,9%	100,0%
Σύνολο		N	30	24	54
		%	55,6%	44,4%	100,0%

$p<0.05$

Πίνακας 5: Σύσταση διατροφικού προγράμματος ανά Φύλο

			Ποιος σας σύστησε τη δίαιτα;		Σύνολο
			Άλλο	Ειδικός	
Φύλο	Ανδρας	N	5	6	11
		%	45,5%	54,5%	
	Γυναίκα	N	37	6	43
		%	86,0%	14,0%	100,0%
Σύνολο		N	42	12	54
		%	77,8%	22,2%	100,0%

 $p < 0.05$

• Αποτελέσματα Διατροφικού Προγράμματος

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του διατροφικού προγράμματος, στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση παρατηρήθηκε στα δύο φύλα μόνο στα επίπεδα της αίσθησης κόπωσης ή ατονίας κατά τη διάρκεια της υιοθέτησης του προγράμματος. Ειδικότερα, οι γυναίκες σε ποσοστό 60,5% απάντησαν ότι αισθάνθηκαν κόπωση ή ατονία κατά τη διάρκεια της δίαιτας. Αντίθετα, το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών παρουσιάστηκε αρκετά χαμηλότερο (18,2%). ($p < 0.05$) (Πίνακας 6)

Πίνακας 6: Αίσθηση ατονίας, αδυναμίας ή κόπωσης ανά Φύλο

			Αισθανθήκατε ατονία, αδυναμία ή αίσθημα κόπωσης;		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
Φύλο	Ανδρας	N	9	2	11
		%	81,8%	18,2%	
	Γυναίκα	N	17	26	43
		%	39,5%	60,5%	100,0%
Σύνολο		N	26	28	54
		%	48,1%	51,9%	100,0%

 $p < 0.05$

Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, το ποσοστό που παρατήρησε απώλεια βάρους μετά το τέλος της δίαιτας δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα. ($p = 0.5$).

Ομοίως και στα δύο φύλα παρατηρήθηκε αύξηση βάρους μετά από ένα χρονικό διάστημα μετά το τέλος της δίαιτας. Οι γυναίκες είχαν αύξηση βάρους σε ποσοστό μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών (62,8% έναντι 45,5%). ($p = 0.324$).

Αναφορικά με το εάν προχώρησαν σε εξετάσεις αίματος μετά το τέλος του διατροφικού προγράμματος, το ποσοστό και στα δύο φύλα κυμάνθηκε μόλις στο 15%. ($p = 0.659$).

Τέλος, από τους ερωτηθέντες που προχώρησαν σε εξετάσεις αίματος το ποσοστό που παρατήρησε βελτίωση σε δείκτες υγείας κυμάνθηκε κάτω από το 10% ανεξαρτήτως φύλου. ($p=1$).

• Αξιολόγηση Διατροφικού Προγράμματος

Οι γυναίκες συμμετέχοντες απάντησαν ότι δυσκολεύτηκαν να ακολουθήσουν το πρόγραμμα σε ποσοστό 65,1%, σε αντίθεση με τους άντρες οι οποίοι δήλωσαν ότι δυσκολεύτηκαν σε ποσοστό 40%. ($p=0,160$).

Ο κυριότερος λόγος που οι γυναίκες δυσκολεύτηκαν φαίνεται να είναι η αυστηρότητα της δίαιτας (53,9%), ενώ οι άνδρες προέβαλλαν σαν λόγο το ότι αισθάνθηκαν αδυναμία ή κόπωση (75%). ($p=0,168$).

Οι γυναίκες συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν έμειναν ευχαριστημένες από το αποτέλεσμα σε ποσοστό 28,6%, σε αντίθεση με τους άνδρες των οποίων το ποσοστό εμφανίστηκε μικρότερο του 10%. ($p=0,192$).

Τέλος, οι άνδρες ερωτηθέντες, φαίνεται να είναι περισσότερο διατεθειμένοι να ακολουθήσουν στο μέλλον κάποιο παρόμοιο πρόγραμμα, το οποίο φαίνεται να συνδέεται με τα χαμηλότερα επίπεδα δυσκολίας που αντιμετώπισαν κατά τη διάρκεια του διατροφικού προγράμματος. Συγκεκριμένα, το 50% εξ αυτών δήλωσαν ότι θα ακολουθούσαν στο μέλλον κάποιο παρόμοιο πρόγραμμα, σε αντίθεση με τις γυναίκες, των οποίων το αντίστοιχο ποσοστό παρατηρήθηκε στο 30,2%. ($p=0,160$).

Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες που θα ακολουθούσαν ξανά στο μέλλον, ένα παρόμοιο διατροφικό πρόγραμμα, δήλωσαν σαν κυριότερο λόγο ότι ήταν αποτελεσματικό και σύντομο σε διάρκεια, σε ποσοστό 60% και 53,9% αντίστοιχα. ($p=0,560$).

Αναφορικά με τους ερωτηθέντες που δήλωσαν ότι δεν θα ακολουθούσαν παρόμοιο διατροφικό πρόγραμμα, φαίνεται να υπάρχει οριακά στατιστικά σημαντική σχέση σε επίπεδο 5% μεταξύ των δύο φύλων. Αναλυτικότερα, οι άνδρες σε ποσοστό 60,2% προέβαλλαν σαν κυριότερο λόγο το ότι ήταν αναποτελεσματική η δίαιτα, σε αντίθεση με τις γυναίκες, των οποίων το αντίστοιχο ποσοστό κυμάνθηκε στο 15%. Αντίθετα το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών (40,3%), δήλωσε ότι δεν θα ακολουθούσε ένα παρόμοιο πρόγραμμα λόγω της αίσθησης ατονίας και κόπωσης που αισθάνθηκε κατά τη διάρκειά του. ($p=0,6$).

Αποτελέσματα ανά Ηλικία

- Προϋποθέσεις Διατροφικού Προγράμματος

Ο παράγοντας φύλο, φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη υιοθέτηση κάποιας ανορθόδοξης διαίτας. ($p < 0,05$). Συγκεκριμένα, οι ηλικιακές ομάδες άνω των 36 δήλωσαν ότι έχουν ακολουθήσει κάποια διαίτα σε ποσοστό 77% περίπου σε αντίθεση με τις ηλικιακές ομάδες κάτω των 36 ετών, των οποίων το ποσοστό κυμάνθηκε περίπου στο 50-55%.

($p < 0,05$)

Αντίθετα, το ποσοστό που απάντησε ότι έχει ακολουθήσει κάποια ανορθόδοξη διαίτα κυμάνθηκε στο 35 με 45% ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας.

($p = 0,462$) (Πίνακας 7)

Πίνακας 7: Υιοθέτηση διατροφικού προγράμματος ή ανορθόδοξου διατροφικού προγράμματος για γρήγορη απώλεια βάρους ανά Ηλικία

		Έχετε ακολουθήσει κάποια διαίτα για απώλεια βάρους;		Έχετε ακολουθήσει κάποια ανορθόδοξη διαίτα για απώλεια βάρους;		Σύνολο
		Όχι	Ναι	Όχι	Ναι	
έως 25	N	10	12	12	10	22
	%	45,5%	54,5%	54,5%	45,5%	100,0%
26 έως 35	N	32	33	44	21	65
	%	49,2%	50,8%	67,7%	32,3%	100,0%
36 έως 45	N	6	19	15	10	25
	%	24,0%	76,0%	60,0%	40,0%	100,0%
άνω των 45	N	6	21	14	13	27
	%	22,2%	77,8%	51,9%	48,1%	100,0%
Σύνολο	N	54	85	85	54	139
	%	38,8%	61,2%	61,2%	38,8%	100,0%
<i>p</i>		<0,05		0,462		

Επίσης η κατηγορία ανορθόδοξης διαίτας δεν φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με την ηλικία, αν και τείνει να παρατηρείται διαφοροποίηση ανάμεσα στις προτιμήσεις των ηλικιακών ομάδων. Συγκεκριμένη, η ομάδα 36 έως 45 ετών, δήλωσε σε ποσοστό 80% περίπου ότι ακολούθησε κάποιο διατροφικό πρόγραμμα χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των υπόλοιπων ηλικιακών ομάδων κυμάνθηκε μεταξύ 30% και 52,4%. Η ηλικιακή ομάδα κάτω των 25 ετών σε ποσοστό 50% προτίμησε τα υποθερμιδικές δίαιτες, ενώ η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα, εμφάνισε αυξημένο ποσοστό (46,2%), στα διατροφικά προγράμματα μονοφαγίας. ($p = 0,425$). (Πίνακας 8)

Πίνακας 8: Κατηγορία διατροφικού προγράμματος ανά Ηλικία

		Κατηγορία Δίαιτας				Σύνολο	
		Μονοφαγίας	Ομάδα Αίματος	Υποθερμидική	Χαμηλής Περιεκτικότητας σε Υδατάνθρακες		
Ηλικία	έως 25	N	2	0	5	3	10
		%	20,0%	0,0%	50,0%	30,0%	100,0%
	26 έως 35	N	7	1	2	11	21
		%	33,3%	4,8%	9,5%	52,4%	100,0%
	36 έως 45	N	1	0	1	8	10
		%	10,0%	0,0%	10,0%	80,0%	100,0%
	άνω των 45	N	6	0	1	6	13
		%	46,2%	0,0%	7,7%	46,2%	100,0%
Σύνολο	N	16	1	9	28	54	
	%	29,6%	1,9%	16,7%	51,9%	100,0%	

$p=0,425$

Επιβεβαιώνοντας την τάση που φαίνεται να υπάρχει ανάμεσα στην υιοθέτηση των ανορθόδοξων διαιτών και τις μικρότερες ηλικιακές ομάδες, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και του έτους που ακολούθησαν οι ερωτηθέντες το συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα. Συγκεκριμένα, η ηλικιακή ομάδα άνω των 45 ετών υιοθέτησε μια ανορθόδοξη δίαιτα για γρήγορη απώλεια βάρους πριν από το 2004, σε αντίθεση με τις μικρότερες ηλικιακές ομάδες που επέλεξαν να ακολουθήσουν ένα τέτοιο πρόγραμμα από το 2004. ($p<0,001$). (Πίνακας 9)

Πίνακας 9: Έτος κατά το οποίο υιοθετήθηκε το διατροφικό πρόγραμμα ανά Ηλικία

		Ποιο έτος ακολουθήσατε το συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα;			Σύνολο	
		Παλαιότερα	2004 έως 2009	μετά το 2009		
Ηλικία	έως 25	N	0	3	7	10
		%	0,0%	30,0%	70,0%	100,0%
	26 έως 35	N	2	10	9	21
		%	9,5%	47,6%	42,9%	100,0%
	36 έως 45	N	0	1	9	10
		%	0,0%	10,0%	90,0%	100,0%
	άνω των 45	N	9	2	2	13
		%	69,2%	15,4%	15,4%	100,0%
Σύνολο	N	11	16	27	54	
	%	20,4%	29,6%	50,0%	100,0%	

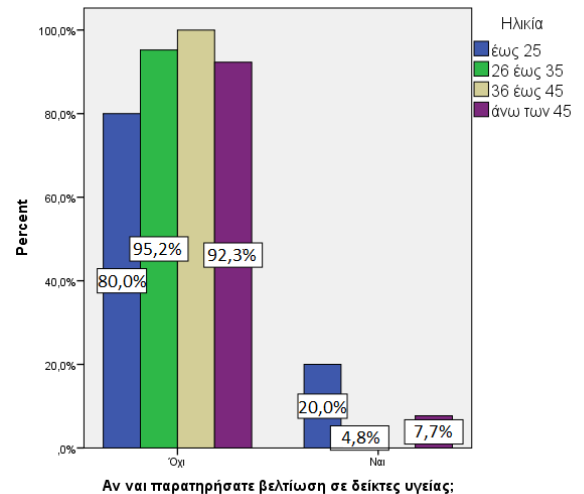
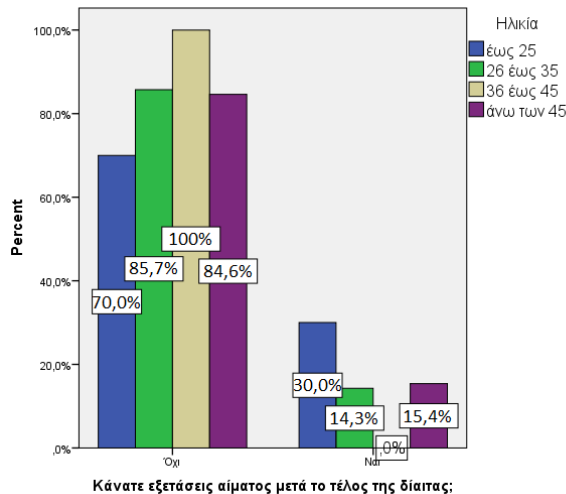
$p<0,001$

Στην πλειοψηφία τους οι ηλικιακές ομάδες δήλωσαν σε ποσοστό άνω του 50% ότι δεν έκαναν παράλληλα κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα, ενώ όλες οι ηλικιακές ομάδες σε ποσοστό περίπου 70% υιοθέτησαν το διατροφικό πρόγραμμα της επιλογής τους έπειτα από σύσταση κάποιου φίλου/ης είτε από σύσταση κάποιου ΜΜΕ. Τέλος, σε ποσοστό 40 με 50% όλες οι ηλικιακές ομάδες ακολούθησαν το διατροφικό πρόγραμμα για 1 μήνα ή λιγότερο, ενώ σε ποσοστό 80 με 90% ακολούθησαν το διατροφικό πρόγραμμα μόνο μία φορά. ($p=0,565$)

• Αποτελέσματα Διατροφικού Προγράμματος

Ο παράγοντας ηλικία φαίνεται να μην σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κατηγορία των αποτελεσμάτων του διατροφικού προγράμματος. Αναλυτικότερα, ανεξάρτητα από την ηλικιακή ομάδα, οι ερωτηθέντες παρατήρησαν απώλεια βάρους σε ποσοστό άνω του 90% όπως επίσης παρατήρησαν αύξηση του βάρους τους σε ποσοστό 40 με 50%. Η ηλικιακή ομάδα 26 έως 35 έτη φαίνεται να διαφοροποιείται από τις υπόλοιπες, δηλώνοντας αυξημένο ποσοστό παρατήρησης αύξησης του βάρους της (81%), αποτέλεσμα που όμως φαίνεται να οφείλεται στην τυχαιότητα του δείγματος. Ακόμα, οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν ατονία, αδυναμία ή κόπωση σε ποσοστό που κυμαίνεται από 40 έως 50% ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας. Τέλος, αν και δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας και του εάν προχώρησαν οι ερωτηθέντες σε εξετάσεις αίματος, η μικρότερη ηλικιακή ομάδα, παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά θετικών αποκρίσεων. Αναλυτικότερα, η ομάδα κάτω των 25 ετών εμφανίζει διπλάσιο ποσοστό σε θετικές αποκρίσεις σχετικά με το εάν έκανε εξετάσεις μετά το τέλος της διαίτας (30%), σε αντίθεση με τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες των οποίων το ποσοστό δεν ξεπέρασε το 15%. Ομοίως, από τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες που προχώρησαν σε εξετάσεις, το ποσοστό που παρατήρησε βελτίωση σε δείκτες υγείας ήταν μόλις 7,7%. Αντίθετα η μικρότερη ηλικιακή ομάδα, δήλωσε σε ποσοστό 20% ότι βελτιώθηκαν οι δείκτες υγείας της, κάτι το οποίο ενδεχομένως να σχετίζεται με την κατηγορία της διαίτας που δήλωσαν ότι επέλεξαν τα άτομα κάτω των 25 ετών (Υποθερμιδικές) .

($p=0,445$)



• Αξιολόγηση Διατροφικού Προγράμματος

Από την ανάλυση δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην κατηγορία Αξιολόγηση διατροφικού προγράμματος και τον παράγοντα ηλικία. Η ηλικιακή ομάδα άνω των 45 ετών, δήλωσε σε ποσοστό 76,9% ότι δυσκολεύτηκε να ακολουθήσει το διατροφικό πρόγραμμα. Το αντίστοιχο ποσοστό των μικρότερων ηλικιακών ομάδων δεν ξεπέρασε το 60%. Ο κυριότερος λόγος που συνάντησε δυσκολία ήταν η αίσθηση ατονίας και κόπωσης κατά τη διάρκεια της υιοθέτησης του προγράμματος. Αντίθετα, οι υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, δήλωσαν σαν κυριότερο λόγο για τον οποίο δυσκολεύτηκαν, την αυστηρότητα του διατροφικού προγράμματος (ποσοστό άνω του 50%). Σε ποσοστό 61,5% τα άτομα άνω των 45 ετών δήλωσαν ότι δεν θα ακολουθούσαν παρόμοιο διατροφικό πρόγραμμα και σαν κυριότερο λόγο (50%) προέβαλλαν το γεγονός ότι θεωρούν την διαίτα επικίνδυνη για την υγεία ή μη ισορροπημένη.

Αντίστοιχα, οι ερωτηθέντες της ηλικιακής ομάδας 36 έως 45 ετών, που σε ποσοστό 80% ακολούθησαν κάποια διαίτα χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες, δήλωσαν σε ποσοστό 60% ότι έμειναν ευχαριστημένοι από το αποτέλεσμα. Συγκριτικά, το ποσοστό θετικών αποκρίσεων των ερωτηθέντων των υπόλοιπων ηλικιακών ομάδων δεν ξεπέρασε το 34%. Οι συμμετέχοντες της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, δήλωσαν ότι θα ακολουθούσαν ξανά παρόμοιο πρόγραμμα σε ποσοστό 50%, συγκριτικά μεγαλύτερο με το αντίστοιχο των υπόλοιπων ηλικιακών ομάδων που δεν ξεπέρασε το 39%. Ο κυριότερος λόγος που προέβαλλαν, σε ποσοστό 60%, ήταν ότι διατήρησαν το βάρος που έχασαν. Τα παραπάνω στοιχεία εκτός από τη φύση της επιλεγμένης διαίτας ενδεχομένως να σχετίζονται και με την διάρκεια της διαίτας, δεδομένου ότι οι ερωτηθέντες της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας δήλωσαν σε ποσοστό 60% ότι την ακολούθησαν 2 με 3 μήνες.

Αποτελέσματα ανά Κατηγορία Διατροφικού Προγράμματος

• Προϋποθέσεις Διατροφικού Προγράμματος

Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, τα διατροφικά προγράμματα εμφάνισαν στατιστικά σημαντική σχέση με την πηγή από την οποία αυτή συστάθηκε, το έτος αρχής και τη συχνότητα που υιοθετήθηκε το πρόγραμμα. ($p < 0,001$). Οριακά σημαντική σχέση εμφανίστηκε μεταξύ της κατηγορίας διατροφικού προγράμματος και της υιοθέτησης φυσικής δραστηριότητας κατά τη διάρκειά της.

($p < 0,1$)

Αναλυτικότερα το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι ακολούθησαν διατροφικό πρόγραμμα μονοφαγίας, δεν ακολούθησε κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα, στοιχείο που ενδεχομένως να σχετίζεται και με την ηλικία, δεδομένου ότι οι συγκεκριμένες δίαιτες δηλώθηκαν από την μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα (άνω των 45 ετών). Οι παραπάνω δίαιτες υιοθετήθηκαν από τους ερωτηθέντες

αποκλειστικά έπειτα από σύσταση κάποιου φίλου ή ΜΜΕ, υιοθετήθηκαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (50%) πριν από το 2004, όπως επίσης δεν ακολουθήθηκαν για περισσότερα από ένα μήνα σε ποσοστό 75%.

Τα διατροφικά προγράμματα χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες, υιοθετήθηκαν στο μεγαλύτερο ποσοστό (71,4%) τα τελευταία 5 χρόνια και οι συμμετέχοντες φαίνεται να τα υιοθέτησαν έπειτα από σύσταση κάποιου ειδικού σε ποσοστό 39,3%. Παράλληλα κατά τη διάρκεια της διαίτας, οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι ακολούθησαν κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα σε ποσοστό υψηλότερο συγκριτικά με τις άλλες κατηγορίες (53,6%) και για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών, σε ποσοστό 35,7%, υποδεικνύοντας ενδεχομένως ένα πληρέστερο μοντέλο διατροφικού προγράμματος. (Πίνακας 10, 11, 12, 13)

Πίνακας 10: Φυσική δραστηριότητα ανά κατηγορία Διατροφικού Προγράμματος

			Κατά τη διάρκεια υιοθέτησης της διαίτας κάνατε παράλληλα κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα;		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
Κατηγορία Δίαιτας	Μονοφαγίας	N	11	5	16
		%	68,8%	31,3%	100,0%
	Υποθερμιδική	N	5	4	9
		%	55,6%	44,4%	100,0%
	Χαμηλής Περιεκτικότητας σε Υδατάνθρακες	N	13	15	28
		%	46,4%	53,6%	100,0%
Σύνολο		N	29	24	53
		%	54,7%	45,3%	100,0%

$p < 0,1$

Πίνακας 11: Σύσταση Διατροφικού Προγράμματος ανά Κατηγορία Διατροφικού Προγράμματος

			Ποιος σας σύστησε τη διαίτα;		Total
			Άλλο	Ειδικός	
Κατηγορία Δίαιτας	Μονοφαγίας	N	16	0	16
		%	100,0%	0,0%	100,0%
	Υποθερμιδική	N	9	0	9
		%	100,0%	0,0%	100,0%
	Χαμηλής Περιεκτικότητας σε Υδατάνθρακες	N	17	11	28
		%	60,7%	39,3%	100,0%
Total		N	42	11	53
		%	79,2%	20,8%	100,0%

$p < 0,05$

Πίνακας 12: Έτος έναρξης Διατροφικού Προγράμματος ανά Κατηγορία Διατροφικού Προγράμματος

			Ποιο έτος ακολουθήσατε τη συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα;			Σύνολο
			Παλαιότερα	2004 έως 2009	μετά το 2009	
Κατηγορία Δίαιτας	Μονοφαγίας	N	8	5	3	16
		%	50,0%	31,3%	18,8%	100,0%
	Υποθερμιδική	N	0	5	4	9
		%	0,0%	55,6%	44,4%	100,0%
	Χαμηλής Περιεκτικότητας σε Υδατάνθρακες	N	3	5	20	28
		%	10,7%	17,9%	71,4%	100,0%
Σύνολο		N	11	15	27	53
		%	20,8%	28,3%	50,9%	100,0%

$p < 0,05$

Πίνακας 13: Διάρκεια Διατροφικού Προγράμματος ανά Κατηγορία Διατροφικού Προγράμματος

			Για πόσο καιρό υιοθετήσατε το συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα;			Σύνολο
			1 μήνα ή λιγότερο	2 έως 3 μήνες	Περισσότερο από τρεις μήνες	
Κατηγορία Δίαιτας	Μονοφαγίας	N	12	4	0	16
		%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	Υποθερμιδική	N	2	2	5	9
		%	22,2%	22,2%	55,6%	100,0%
	Χαμηλής Περιεκτικότητας σε Υδατάνθρακες	N	7	11	10	28
		%	25,0%	39,3%	35,7%	100,0%
Σύνολο		N	21	17	15	53
		%	39,6%	32,1%	28,3%	100,0%

$p < 0,05$

• Αποτελέσματα Διατροφικού Προγράμματος

Ομοίως με τους παράγοντες φύλο και ηλικία, οι συμμετέχοντες ανεξάρτητα από την κατηγορία δίαιτας, παρατήρησαν απώλεια βάρους σε ποσοστό μεγαλύτερο του 90%, αλλά και αύξηση του βάρους τους μετά από κάποιο χρονικό διάστημα μετά το τέλος της δίαιτας σε ποσοστό άνω του 50%, υποδεικνύοντας στατιστικά μη σημαντική σχέση μεταξύ των επιπέδων Κατηγορίας διατροφικού προγράμματος, Απώλειας βάρους και αύξησης βάρους μετά από κάποιο χρονικό διάστημα.

($p=0,799$)

Οι ερωτηθέντες που υιοθέτησαν κάποια υποθερμιδική δίαιτα ή χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες, δήλωσαν ότι έκαναν εξετάσεις μετά το τέλος της δίαιτας σε ποσοστό 21-22% περίπου, σε αντίθεση με τα αντίστοιχους που ακολούθησαν κάποια δίαιτα μονοφαγίας, κανένας από τα οποίους δεν προχώρησε σε διενέργεια εξετάσεων μετά το πέρας του προγράμματος. ($p < 0,05$).

Σε όσους προχώρησαν σε εξετάσεις αίματος, παρατηρήθηκε χαμηλό ποσοστό βελτίωσης των δεικτών υγείας και ίσο με 10%, χωρίς να διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά στις κατηγορίες δίαιτας. ($p=0,376$)

Πίνακας 14: Διενέργεια Εξετάσεων αίματος μετά το τέλος του προγράμματος ανά κατηγορία Διατροφικού Προγράμματος

			Κάνετε εξετάσεις αίματος μετά το τέλος της δίαιτας;		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
Κατηγορία Δίαιτας	Μονοφαγίας	N	16	0	16
		%	100,0%	0,0%	100,0%
	Υποθερμιακή	N	7	2	9
		%	77,8%	22,2%	100,0%
	Χαμηλής Περιεκτικότητας σε Υδατάνθρακες	N	22	6	28
		%	78,6%	21,4%	100,0%
Σύνολο		N	45	8	53
		%	84,9%	15,1%	100,0%

$p < 0,05$

• Αξιολόγηση Διατροφικού Προγράμματος

Αναφορικά με την αξιολόγηση του διατροφικού προγράμματος από τους ερωτηθέντες, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κατηγορίας δίαιτας και δυσκολίας κατά τη διάρκεια του προγράμματος, δεδομένου ότι το ποσοστό θετικών αποκρίσεων κυμάνθηκε σε επίπεδα 55 με 69% ανεξάρτητα από τον τύπο του προγράμματος. Αντίθετα, στατιστικά σημαντική σχέση εμφανίζεται μεταξύ του τύπου προγράμματος και του λόγου για τον οποίο δυσκολεύτηκαν οι ερωτηθέντες. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων που ακολούθησε πρόγραμμα μονοφαγίας (63,6%), δήλωσε ότι δυσκολεύτηκε να ακολουθήσει τη δίαιτα επειδή αισθάνθηκε κόπωση ή ατονία, σε αντίθεση με τους ερωτηθέντες των δύο άλλων κατηγοριών, οι οποίοι προέβαλλαν σαν λόγο την αυστηρότητα της δίαιτας. ($p < 0,05$)

Πίνακας 15: Λόγος δυσκολίας κατά τη διάρκεια του προγράμματος ανά κατηγορία Διατροφικού Προγράμματος

			Για ποιο λόγο δυσκολεύτηκατε να εφαρμόσετε την δίαιτα			Σύνολο
			Αισθάνθηκα ατονία/αδυναμία/κόπωση	Δεν ήταν ισορροπημένη	Ήταν αυστηρή/μονότονη	
Κατηγορία Δίαιτας	Μονοφαγίας	N	7	0	4	11
		%	63,6%	0,0%	36,4%	100,0%
	Υποθερμιακή	N	2	1	2	5
		%	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%
	Χαμηλής Περιεκτικότητας σε Υδατάνθρακες	N	3	2	9	14
		%	21,4%	14,3%	64,3%	100,0%
Σύνολο		N	12	3	15	30
		%	40,0%	10,0%	50,0%	100,0%

$p < 0,05$

Μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης (42,9%), φαίνεται να έχουν οι ερωτηθέντες που ακολούθησαν πρόγραμμα χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες των άλλων κατηγοριών, των οποίων το ποσοστό ήταν χαμηλότερο. Ομοίως, η παραπάνω σχέση φαίνεται να παρατηρείται και στις θετικές αποκρίσεις εκείνων των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι θα ακολουθούσαν ξανά κάποια παρόμοια δίαιτα. Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες που ακολούθησαν πρόγραμμα χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες, δήλωσαν ότι θα ακολουθούσαν ξανά κάποιο παρόμοιο πρόγραμμα σε ποσοστό 44,4%, σχεδόν διπλάσιο από τους ερωτηθέντες των δύο άλλων κατηγοριών. Ως κύριο λόγο, σε ποσοστό 54,6%, δήλωσαν το ότι ήταν αποτελεσματικό και σύντομο το πρόγραμμα, χωρίς να διαφοροποιείται στατιστικά από τις υπόλοιπες κατηγορίες. Τέλος, αναφορικά με τους λόγους που οι ερωτηθέντες δεν θα ακολουθούσαν ξανά ένα παρόμοιο πρόγραμμα οι συμμετέχοντες που υιοθέτησαν κάποιο πρόγραμμα μονοφαγίας προέβαλλαν σαν κυριότερο λόγο (41,7%) το ότι θεωρούν την συγκεκριμένη δίαιτα επικίνδυνη και μη ισορροπημένη.

Συγκεντρωτικά Αποτελέσματα ανά Πηγή Σύστασης Διατροφικού Προγράμματος

Στο τελικό στάδιο τα ανάλυσης επιλέχθηκε να μελετηθεί το κατά πόσο διαφοροποιούνται στατιστικά τα αποτελέσματα στους συμμετέχοντες οι οποίοι απευθύνθηκαν σε κάποιον ειδικό, συγκριτικά με τους υπόλοιπους οι οποίοι παροτρύνθηκαν είτε από κάποιον φίλο είτε από Μέσο Ενημέρωσης.

Αρχικά οι συμμετέχοντες που απευθύνθηκαν σε κάποιον ειδικό, γυμναστή ή διατροφολόγο, ακολούθησαν στο σύνολό τους διατροφικό πρόγραμμα χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες, ενώ αντίθετα οι ερωτηθέντες που βασίστηκαν σε διαφορετική πηγή, ακολούθησαν σε ποσοστό 38,1% δίαιτες μονοφαγίας και σε ποσοστό 40,5% δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες. ($p < 0,001$) Όσοι απευθύνθηκαν σε κάποιον ειδικό, στο μεγαλύτερό τους ποσοστό (72,7%) έκαναν και κάποιου είδους δραστηριότητα παράλληλα με τη δίαιτα, ενδεχομένως ύστερα από καθοδήγηση του γυμναστή ή του διαιτολόγου. Αντίθετα οι ερωτηθέντες της άλλης κατηγορίας, έκαναν κάποια φυσική δραστηριότητα μόλις σε ποσοστό 38,1%. ($p < 0,05$) (Πίνακας 16 & 17)

Πίνακας 16: Πηγή σύστασης του προγράμματος ανά κατηγορία Δίαιτας

			Κατηγορία Δίαιτας			Σύνολο
			Μονοφαγίας	Υποθερμιδική	Χαμηλής Περικτικότητας σε Υδατάνθρακες	
Ποιος σας σύστησε τη δίαιτα;	Άλλο	N	16	9	17	42
		%	38,1%	21,4%	40,5%	
	Ειδικός	N	0	0	11	11
		%	0,0%	0,0%	100,0%	
Σύνολο		N	16	9	28	53
		%	30,2%	17,0%	52,8%	100,0%

p < 0,001

Πίνακας 17: Πηγή σύστασης του προγράμματος ανά φυσική δραστηριότητα

			Κατά τη διάρκεια υιοθέτησης της δίαιτας κάνατε παράλληλα κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα;		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
Ποιος σας σύστησε τη δίαιτα;	Άλλο	N	26	16	42
		%	61,9%	38,1%	
	Ειδικός	N	3	8	11
		%	27,3%	72,7%	
Σύνολο		N	29	24	53
		%	54,7%	45,3%	100,0%

p < 0,05

Αν και δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά, οι ερωτηθέντες που χρησιμοποίησαν κάποια άλλη πηγή για να υιοθετήσουν το διατροφικό πρόγραμμα, εμφάνισαν αυξημένο ποσοστό θετικών αποκρίσεων στο αν αυξήθηκε το βάρος τους μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων που απευθύνθηκαν σε ειδικό κυμάνθηκε στο 45,5%, υποδεικνύοντας σταθερότερα αποτελέσματα. Ομοίως, χαμηλότερο είναι το ποσοστό των συμμετεχόντων οι οποίοι απευθύνθηκαν σε κάποιον ειδικό και αισθάνθηκαν ατονία ή κόπωση κατά τη διάρκεια. Συγκεκριμένα, το 52,4% των ερωτηθέντων που ακολούθησαν κάποιο πρόγραμμα είτε από παρότρυνση φίλου ή ΜΜΕ, αισθάνθηκε ατονία ή κόπωση, έναντι των αντίστοιχων που απευθύνθηκαν σε ειδικό και δήλωσαν ότι αισθάνθηκαν ατονία σε ποσοστό 45,5%. (p=0,132)

Σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στα επίπεδα των δύο ομάδων που προχώρησαν σε εξετάσεις αίματος μετά το πέρας της δίαιτας, αλλά και στα επίπεδα των ατόμων που παρατήρησαν βελτίωση στους δείκτες υγείας. (p < 0,05)

Συγκεκριμένα, οι ερωτηθέντες που απευθύνθηκαν σε ειδικό, προχώρησαν σε εξετάσεις αίματος σε ποσοστό 54,5% ενώ οι ερωτηθέντες της ομάδας που υιοθέτησε το πρόγραμμα ύστερα από παρότρυνση φίλου ή ΜΜΕ, προέβησαν σε εξετάσεις σε ποσοστό μόλις 4,8%. Από τους ερωτηθέντες που προχώρησαν σε εξετάσεις και είχαν απευθυνθεί σε ειδικό, παρατηρήθηκε βελτίωση στους δείκτες υγείας, σε ποσοστό 27,3%. Αντίθετα οι αντίστοιχοι ερωτηθέντες οι οποίοι χρησιμοποίησαν ως πηγή

σύστασης κάποιο άλλο μέσο, παρατήρησαν βελτίωση σε ποσοστό μόλις 2,4%.
(Πίνακας 18 & 19)

Πίνακας 18: Διενέργεια Εξετάσεων μετά το τέλος του προγράμματος ανά Πηγή Σύστασης

			Κάνετε εξετάσεις αίματος μετά το τέλος της δίαιτας;		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
Ποιος σας σύστησε τη δίαιτα;	Άλλο	N	40	2	42
		%	95,2%	4,8%	100,0%
	Ειδικός	N	5	6	11
		%	45,5%	54,5%	100,0%
Σύνολο		N	45	8	53
		%	84,9%	15,1%	100,0%

p < 0,05

Πίνακας 19: Βελτίωση Δεικτών Υγείας ανά Πηγή Σύστασης

			Αν ναι παρατηρήσατε βελτίωση σε δείκτες υγείας;		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
Ποιος σας σύστησε τη δίαιτα;	Άλλο	N	41	1	42
		%	97,6%	2,4%	100,0%
	Ειδικός	N	8	3	11
		%	72,7%	27,3%	100,0%
Σύνολο		N	49	4	53
		%	92,5%	7,5%	100,0%

p < 0,05

Τέλος, οι ερωτηθέντες που ακολούθησαν κάποιο πρόγραμμα έπειτα από σύσταση ειδικού, δήλωσαν ότι δυσκολεύτηκαν να ακολουθήσουν το πρόγραμμα σε ποσοστό 36,4%, αρκετά χαμηλότερο από τους υπόλοιπους, των οποίων το ποσοστό ξεπέρασε το 65%. (p<0,1). Ο μόνος λόγος για τον οποίο δυσκολεύτηκαν ήταν η αυστηρότητα ή η μονοτονία του προγράμματος, σε αντίθεση με τους ερωτηθέντες που δεν απευθύνθηκαν σε ειδικό, οι οποίοι δυσκολεύτηκαν να ακολουθήσουν το πρόγραμμα λόγω ατονίας ή κόπωσης. (p<0,1) (Πίνακας 20 & 21)

Πίνακας 20: Δυσκολία κατά τη διάρκεια του προγράμματος ανά Πηγή Σύστασης

			Δυσκολευτήκατε να ακολουθήσετε το διατροφικό πρόγραμμα;		Σύνολο
			Όχι	Ναι	
Ποιος σας σύστησε τη δίαιτα;	Άλλο	N	13	28	41
		%	31,7%	68,3%	100,0%
	Ειδικός	N	7	4	11
		%	63,6%	36,4%	100,0%
Σύνολο		N	20	32	52
		%	38,5%	61,5%	100,0%

p<0,1

Πίνακας 21: Κυριότερος Δυσκολία δυσκολίας κατά τη διάρκεια του προγράμματος ανά Πηγή Σύστασης

			Για ποιο λόγο δυσκολευτήκατε να εφαρμόσετε την διαίτα			Total
			Αισθάνθηκα ατονία/αδυναμία/κόπωση	Δεν ήταν ισορροπημένη	Ήταν αυστηρή/μονότονη	
Ποιος σας σύστησε τη διαίτα;	Άλλο	N	12	3	11	26
		%	46,2%	11,5%	42,3%	100,0%
	Ειδικός	N	0	0	4	4
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total		N	12	3	15	30
		%	40,0%	10,0%	50,0%	100,0%

p<0,1

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο πρώτο μέρος της **εργασίας** αναλύθηκε το φαινόμενο της παχυσαρκίας και οι ανορθόδοξες δίαιτες. Διαπιστώθηκε ότι η παχυσαρκία παρουσιάζει αυξητικές τάσεις και χαρακτηρίζεται πλέον ως επιδημία. Πρόκειται για μία κατάσταση που δεν αφορά μόνο στην εξωτερική εμφάνιση του ατόμου, αλλά έχει καταστροφικές συνέπειες στην υγεία και την ψυχολογία του ατόμου καθώς και στην παγκόσμια οικονομία. Οι διεθνείς οργανισμοί υγείας καταβάλλουν τεράστιες προσπάθειες στην πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας καθώς και των νοσημάτων που συνδέονται με αυτήν. Επισημαίνουν την αναγκαιότητα αλλαγής των διατροφικών συνηθειών και του σύγχρονου καθιστικού τρόπου ζωής προκειμένου να περιοριστεί το φαινόμενο.

Η αύξηση του ποσοστού παχυσαρκίας και η αδυναμία αντιμετώπισης της με τις ήδη υπάρχουσες μεθόδους οδήγησε στο σχεδιασμό διατροφικών προγραμμάτων που αποκλίνουν από τις συστάσεις του Παγκόσμιου οργανισμού Υγείας. Στην πλειοψηφία τους οι ανορθόδοξες δίαιτες, όπως αποκαλούνται, επικεντρώνονται στη γρήγορη μείωση του σωματικού βάρους χωρίς να εστιάζουν στην εκπαίδευση του ατόμου ώστε να υιοθετήσει έναν ισορροπημένο τρόπο διατροφής. Συνήθως οδηγούν σε βραχυχρόνια απώλεια βάρους, η οποία συνοδεύεται από επανάκτηση των χαμένων κιλών μετά τη λήξη της δίαιτας. Στο σύνολο τους τα προγράμματα αυτά στηρίζονται στη μείωση ή αύξηση της πρόσληψης κάποιων ομάδων τροφών και κάποιες φορές ακόμα και στον αποκλεισμό ολόκληρων κατηγοριών τροφίμων. Κάποιες άλλες κατηγορίες διαιτών, όπως οι δίαιτες μονοφαγίας, περιλαμβάνουν την αποκλειστική κατανάλωση συγκεκριμένων τροφίμων, τα οποία θεωρούνται ότι διαθέτουν συστατικά που προκαλούν γρήγορη μείωση του σωματικού βάρους. Οι περισσότερες ανορθόδοξες δίαιτες δεν έχουν δημιουργηθεί από διαιτολόγους και δεν βασίζονται σε δημοσιευμένα επιστημονικά δεδομένα. Κάποιες από αυτές είναι πιθανό να προκαλέσουν προβλήματα υγείας, αν υιοθετηθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Παρόλα αυτά συνεχίζουν να είναι ιδιαίτερα δημοφιλείς.

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της εργασίας αυτής έγινε προσπάθεια να διαπιστωθεί στην πράξη αν τα συγκεκριμένα διατροφικά πλάνα είναι όντως δημοφιλή και αποτελεσματικά. Από τα αποτελέσματα επιβεβαιώθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων, που συμμετείχαν στην έρευνα, έχει ακολουθήσει τουλάχιστον μια φορά στη ζωή του κάποια ανορθόδοξη δίαιτα. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ότι στο σύνολο των ερωτηθέντων το 61% έχει χρειαστεί να υιοθετήσει κάποιο διατροφικό πρόγραμμα και το 38,8% έχει ακολουθήσει μια ανορθόδοξη δίαιτα για γρήγορη απώλεια βάρους. Σε μεγαλύτερη συχνότητα (51,9%) εμφανίστηκαν οι δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακα και ακολούθως οι δίαιτες μονοφαγίας (29,6%). Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων εφάρμοσε τη δίαιτα χωρίς παράλληλα να αυξήσει και τη φυσική του δραστηριότητα. Ως προς την απώλεια βάρους, διαπιστώθηκε ότι το 94,4% του δείγματος παρατήρησε μείωση του σωματικού του βάρους, γεγονός που δείχνει ότι οι

δίαιτες αυτές έχουν αποτέλεσμα. Ωστόσο το 59,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι υπήρξε αύξηση του βάρους του μετά την ολοκλήρωση της δίαιτας και την επιστροφή στις παλιές του συνήθειες. Συνεπώς επιβεβαιώνεται ότι οι ανορθόδοξες δίαιτες δεν έχουν μακροχρόνια αποτελέσματα και δε συμβάλλουν στη μόνιμη διατήρηση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα. Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι το 46,3% των ατόμων που ακολούθησαν μία ανορθόδοξη δίαιτα, δήλωσαν ότι δεν τους τη σύστησε κάποιος ειδικός αλλά τους την πρότεινε κάποιος φίλος ή συγγενικό πρόσωπο. Μόνο το 22,2% ανέφερε ότι απευθύνθηκε σε διαιτολόγο ή γυμναστή για να του χορηγήσει κάποιο διατροφικό πλάνο. Από τα παραπάνω φαίνεται η τάση που υπάρχει να καταφεύγει ο κόσμος σε πρόσωπα του περιβάλλοντος ή Μ.Μ.Ε προκειμένου να χάσει βάρος. Σχετικά με τον βαθμό δυσκολίας υιοθέτησης μιας τέτοιας δίαιτας ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων ανέφερε ότι δυσκολεύτηκε να την ακολουθήσει γιατί τη θεώρησε αυστηρή ή μονότονη, ενώ το 51,9% δήλωσε ότι αισθάνθηκε ατονία, αδυναμία και κόπωση κατά την εφαρμογή της, κάτι που επιβεβαιώνει ότι οι δίαιτες τέτοιου τύπου δεν είναι ισορροπημένες. Άκρως χαμηλό είναι και το ποσοστό των ατόμων που προέβησαν σε ιατρικές εξετάσεις μετά την ολοκλήρωση της δίαιτας. Συγκεκριμένα μόνο το 14,8% φρόντισε να ελέγξει τους βιοχημικούς του δείκτες, ενώ από αυτούς μόνο το 7,4% παρατήρησε βελτίωση στη συνολική του υγεία. Όσον αφορά στην άποψη του δείγματος για τα συγκεκριμένα προγράμματα, το 62,3% δήλωσε ότι δεν έμεινε ευχαριστημένο ή έμεινε μέτρια ευχαριστημένο, ενώ το 66% δεν θα ακολουθούσε ξανά μια αντίστοιχη δίαιτα. Ωστόσο το 22,9% δεν θα εφάρμοζε ξανά μια τέτοια δίαιτα επειδή τη θεωρεί αναποτελεσματική, ενώ μόνο το 25,7% δήλωσε ότι τη θεωρεί επικίνδυνη για την υγεία. Διαπιστώνεται λοιπόν ότι η ενημέρωση του πληθυσμού όσον αφορά στις ανορθόδοξες δίαιτες και τους κινδύνους που ενέχουν είναι ελλιπής. Σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν και ανάμεσα στα δύο φύλα. Οι γυναίκες δήλωσαν σε ποσοστό 50% ότι έχουν ακολουθήσει ανορθόδοξες δίαιτες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες ανέρχεται μόλις στο 20,8%. Επιπλέον οι γυναίκες στο μεγαλύτερο ποσοστό τους δεν έκαναν κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα παράλληλα με τη δίαιτα, σε αντίθεση με τους άνδρες που συνδύασαν τη δίαιτα με σωματική άσκηση. Τέλος το 54,5% των ανδρών δήλωσε ότι ζήτησε τη συμβουλή ειδικού, σε αντίθεση με τις γυναίκες που στηρίχθηκαν κυρίως σε άτομα του περιβάλλοντος ή στα Μ.Μ.Ε, προκειμένου να επιλέξουν το διατροφικό πρόγραμμα που θα ακολουθούσαν. Αναφορικά με τις κατηγορίες διαιτών σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν ως προς τη δυσκολία υιοθέτησής τους. Συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που ακολούθησε δίαιτες μονοφαγίας δήλωσε ότι δυσκολεύτηκε να τις ακολουθήσει λόγω του ότι αισθάνθηκε ατονία ή κόπωση, ενώ όσοι ακολούθησαν δίαιτες υποθερμιακές ή πρωτεϊνικές τις χαρακτήρισαν αυστηρές και μονότονες. Τέλος πιο ευχαριστημένοι από τα αποτελέσματα εμφανίστηκαν όσοι ακολούθησαν δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες, οι οποίες συγκριτικά με τις υπόλοιπες κατηγορίες διαιτών είναι ίσως οι πιο ισορροπημένες.

Συνδυάζοντας τα δεδομένα της βιβλιογραφικής προσέγγισης και της έρευνας που πραγματοποιήθηκε διαπιστώνεται ότι οι ανορθόδοξες δίαιτες συνεχίζουν να

υιοθετούνται από μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού. Ωστόσο δεν οδηγούν σε μόνιμη μείωση του σωματικού βάρους, δεν είναι διατροφικά ισορροπημένες και δε συμβάλλουν στην βελτίωση των διατροφικών συνηθειών του ατόμου. Πολλές φορές προκαλούν αδυναμία, κόπωση ή απογοήτευση στα άτομα που τις ακολουθούν, ενώ οι μακροχρόνιες συνέπειες τους στην υγεία είναι άγνωστες. Συνεπώς είναι αναγκαίο να υπάρξει εντατική ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα διατροφής και να πραγματοποιηθούν εκστρατείες προς αυτή την κατεύθυνση. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η διατροφή του ανθρώπου συνδέεται άμεσα με την υγεία του και ότι οι μόνο αρμόδιοι για να αντιμετωπίσουν το φαινόμενο της παχυσαρκίας είναι οι πτυχιούχοι διαιτολόγοι. Οι ανορθόδοξες δίαιτες δεν προσφέρουν ουσιαστικές λύσεις, είναι επικίνδυνες για την υγεία και συστήνεται να αποφεύγεται η υιοθέτησή τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βενέτης Α. (2009). Διάσημες δίαιτες. Εκδόσεις Πορφύρα, Αθήνα.
2. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2003). Παχυσαρκία: η πρόληψη και αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας επιδημίας. ΒΗΤΑ ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα.
3. Ταρνόουερ Χ. (1980). Η πλήρης ιατρική δίαιτα Σκαρνταίηλ. Εκδόσεις Κάκτος.
4. Χάρισον Κ. (2014). Η δίαιτα των 2 ημερών. Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα.
5. Χασαπίδου Μ., Φαχαντίδου Α. (2002). Διατροφή για υγεία, άσκηση & αθλητισμό. University studio press, Θεσσαλονίκη.
6. Dr D' Adamo P. J., Whitney C. (1998). Eat right for your type. Century, London.
7. Agatston A. (2003). The south beach diet: The delicious, doctor-designed, foolproof plan for fast and healthy weight loss. Rodale.
8. Apovian C. M. (2010). The causes, prevalence, and treatment of obesity revisited in 2009: what have we learned so far?. Am J Clin Nutr, 91 (suppl):277S-9S.
9. Atkins R. C. (2002). The new diet revolution. Avon books, New York.
10. Clifton P. (2009). High protein diets and weight control. Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases 19, 379-382.
11. Dansinger M. L., MD, Gleason J. A, MS, RD, Griffith J. L., PhD, Selker H. P., MD, MSPH, Schaefer E. J., MD. (2005). Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone diets for weight loss and heart disease risk reduction. JAMA, 293:43-53.
12. Devkota S., M.S. (2011). The multiple metabolic, roles of protein for weight loss. Egg nutrition center, http://www.eggnutritioncenter.org/wp-content/uploads/2012/04/CloseUp_Winter_Spring-2011.pdf
13. Dr Dukan P. (2010). The Dukan diet. Hodder & Stroughton.
14. Eckel R. H., M.D. (2008). Nonsurgical management of obesity in adults. N Engl J Med, 358:1941-50
15. Flegal K. M, PhD, Carroll M. D., MS, Ogden C. L., PhD, Johnson C.L., MSPH. (2002). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. JAMA, 288:1723-1727.
16. Grant D, Joice J. (1990). Συνδυασμοί τροφών. Εκδόσεις Διόπτρα.
17. Harvie M, Howell T. (2013). The 2-Day Diet: Diet two days a week. Eat normally for five. Random house.
18. Jameson J. L. (2007). Ενδοκρινολογία του Harrison. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού, Αθήνα.
19. Kapantais E., Tzotzas T., Ioannidis I., Mortoglou A., Bakatselos S., Kaklamanou M., Lanaras L., Kaklamanos I. (2006). First national epidemiological survey on the prevalence of obesity and abdominal fat distribution in Greek adults. Ann Nutr Metab, 50:330-338.

20. Konrad Biesalski H., Grimm P. (2008). Εγχειρίδιο διατροφής. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης ΕΠΕ, Αθήνα.
21. Kopelman P. (2007). Health risks associated with overweight and obesity. *Obesity reviews* 8 (suppl. 1), 13-17.
22. Kopelman P. G. (2000). Obesity as a medical problem. *Nature*, Vol 404.
23. Koukoulis G. N., Sakka C., Katsaros F., Goutou M., Tsirona S., Tsiapali E., Piterou A., Stefanidis I., Stathakis N. (2010). High rates of obesity prevalence in adults living in Central Greece: data from the ARGOS study. *Hormones*, 9(3):253-262.
24. Kulie T., MD, Slattengren A., DO, Redmer J., MD, MPH, Counts H, MD, Eglash A., MD, Shrager S., MD, MS. (2011). Obesity and women's health: an evidence- based review. *J Am Board Fam Med*, 24:75-85.
25. Martinez J. A. (2000). Body-weight regulation: causes of obesity. *Proceedings of the Nutrition Society*, 59, 337-345.
26. Mizpah Matus B.Hlth.Sc(Hons). Atkins diet. <http://www.everydiet.org/diet/atkins-diet>
27. Mizpah Matus B.Hlth.Sc(Hons). Blood type diet. <http://www.everydiet.org/diet/blood-type-diet>
28. Mizpah Matus B.Hlth.Sc(Hons). Cabbage soup diet. <http://www.everydiet.org/diet/cabbage-soup-diet>
29. Mizpah Matus B.Hlth.Sc(Hons). Dukan diet. <http://www.everydiet.org/diet/dukan-diet>
30. Mizpah Matus B.Hlth.Sc(Hons). Fad diets. <http://www.everydiet.org/fad-diets>
31. Mizpah Matus B.Hlth.Sc(Hons). Grapefruit diet. <http://www.everydiet.org/diet/grapefruit-diet>
32. Mizpah Matus B.Hlth.Sc(Hons). Low carb diets. <http://www.everydiet.org/diet/low-carb-diets>
33. Mizpah Matus B.Hlth.Sc(Hons). Low fat and very low-fat diets. <http://www.everydiet.org/diet/low-fat-diets>
34. Mizpah Matus B.Hlth.Sc(Hons). Low glycemic index diets. <http://www.everydiet.org/diet/glycemic-index>
35. Mizpah Matus B.Hlth.Sc(Hons). Montignac diet method. <http://www.everydiet.org/diet/montignac-method>
36. Mizpah Matus B.Hlth.Sc(Hons). Scarsdale diet. <http://www.everydiet.org/diet/scarsdale-diet>
37. Mizpah Matus B.Hlth.Sc(Hons). South Beach diet. <http://www.everydiet.org/diet/south-beach-diet>
38. Mizpah Matus B.Hlth.Sc(Hons). The Fast diet. <http://www.everydiet.org/diet/fast-diet>
39. Mizpah Matus B.Hlth.Sc(Hons). Zone diet. <http://www.everydiet.org/diet/zone-diet>
40. Mizpah Matus B.Hlth.Sc(Hons). 2 day diet. <http://www.everydiet.org/diet/2-day-diet>

41. Mizpah Matus B.Hlth.Sc(Hons). 17 day diet.
<http://www.everydiet.org/diet/17-day-diet>
42. Mobbs C. V., Mastaitis J., Yen K., Schwartz J., Mohan V., Poplawski M., Isoda F. (2007). Low-carbohydrate diets cause obesity, low-carbohydrate diets reverse obesity: a metabolic mechanism resolving the paradox. *Appetite* 48, 135-138.
43. Montignac M. Τρώτε χάνετε βάρος μένετε αδύνατοι. Εκδόσεις Equinox, Αθήνα.
44. Dr. Moreno M. (2011). The 17 day diet. Simon and Schuster.
45. Mosley M., Spencer M. (2013). The fast diet. Simon and Schuster.
46. Perez-Guisado J., Munoz-Serrano A., Alonso-Moraga A. (2008). Spanish ketogenic Mediterranean diet: a healthy cardiovascular diet for weight loss. *Nutrition Journal*, 7:30.
47. Pi-Sunyer F. X.(1991). Health implications of obesity. *Am J Clin Nutr*, 53:1595S-1603S.
48. Roberts D. C. K. (2001). Quick weight loss: sorting fad from fact. *MJA*, 175:637-640.
49. Rossner S. (2002). Obesity: the disease of the twenty-first century. *International Journal of Obesity* 26, suppl 4, S2-S4.
50. Sears B. (2002). Κατακτώντας τη διατροφική ζώνη. Εκδόσεις Δ.Κ. ΕΠΕ.
51. Sears B. (2000). A week in the zone. Harper Colins e-books.
52. Tzotzas T., Evangelou P., Kiortsis D.N. (2011). Obesity reviews 12, e282-e289.
53. Wellman N. S., PhD, RD, FADA, Friedberg B. (2002). Causes and consequences of adult obesity: health, social and economic impacts in the United States. *Asia Pacific J Clin Nutr* 11(suppl):S705-S709.
54. World Health Organization. (2013). Obesity and overweight.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
55. Wolin K.Y, Carson K., Colditz G.A. (2010). Obesity and cancer. *The oncologist*, 15:556-565.
56. Zelman K.M, MPH, RD, LD. (2012). The grapefruit diet. WebMD, LLC.
57. Zeratsky K., RD, L.D. (2014). What is the cabbage soup diet, and can it help me lose weight?. <http://www.mayoclinic.org/healthy-living/weight-loss/expert-answers/cabbage-soup-diet/faq-20058079>
58. Zimermann-Belsing T., Feldt-Rasmussen U. (2004). Obesity: the new worldwide epidemic threat to general health and our complete lack of effective treatment. *Endocrinology*, Vol 145 issue 4.

**Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της υιοθέτησης «ανορθόδοξων»
διατροφικών προγραμμάτων.**

Φύλο.....

Ηλικία.....

- 1) Έχετε ακολουθήσει κάποια δίαιτα για απώλεια βάρους;
.....
- 2) Έχετε ακολουθήσει κάποια ανορθόδοξη δίαιτα για γρήγορη απώλεια βάρους
(πρωτεϊνική, πολύ χαμηλή σε θερμίδες ,δίαιτα μονοφαγίας π.χ με
λαχανόσουπα, Atkins, Dukan, βασισμένη στην ομάδα αίματος κλπ);
.....
- 3) Αν ναι ,μήπως είχε κάποιο συγκεκριμένο τίτλο;
.....
- 4) Ποιος σας τη σύστησε;.....
- 5) Την ακολουθήσατε μία ή περισσότερες
φόρες;.....
- 6) Πόσα κιλά ήσασταν στην αρχή του προγράμματος;(Kg)
- 7) Ποίο έτος ακολουθήσατε το συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα;
..... (έτος)
- 8) Για πόσο καιρό υιοθετήσατε αυτό το διαιτολόγιο;(μήνες)
- 9) Κατά την εφαρμογή του:
 - α. Παρατηρήσατε απώλεια βάρους;
.....
 - β. Κάνατε εξετάσεις αίματος μετά το τέλος της δίαιτας;
.....
 - β. Αν ναι παρατηρήσατε βελτίωση σε δείκτες υγείας;(αρτηριακή πίεση,
βιοχημικές εξετάσεις κτλ.)
.....
 - γ. Αισθανθήκατε ατονία, αδυναμία ή αίσθημα κόπωσης;
.....

- 10) Αν παρατηρήσατε απώλεια βάρους μπορείτε να θυμηθείτε πόσα κιλά ήταν;
(Kg)
- 11) Αυξήθηκε το βάρος σας μετά το τέλος της υιοθέτησής της;.....
- 12) Πόσα κιλά ήσασταν 1 μήνα (Kg), 6 μήνες (Kg), 1 χρόνο (Kg),
 2 χρόνια (Kg) μετά την εφαρμογή της;
- 13) Κατά την διάρκεια υιοθέτησης της δίαιτας κάνατε παράλληλα κάποιου είδους
 φυσική δραστηριότητα;

- 14) Πόσο εύκολη σας φάνηκε η υιοθέτηση αυτής της δίαιτας;..... (κλίμακα 1-10)
- 15) Δυσκολευθήκατε στο να την ακολουθήσετε και αν ναι γιατί?

- 16) Είστε ευχαριστημένος/η με τα αποτελέσματα; (κλίμακα 1-10)
- 17) Θα ξανακάνατε μια παρόμοια δίαιτα; Αν ναι για ποιο λόγο;

- 18) Αν όχι για ποιο λόγο δε θα ξανακάνατε μια τέτοια δίαιτα;

Ευχαριστώ πολύ!