



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ & ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ  
ΤΡΟΦΙΜΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**

**Θέμα:**

**Αξιολόγηση διαιτολογικών μεθόδων για διαχείριση  
απώλειας βάρους & αλλαγή/βελτίωση διατροφικής  
συνείδησης & συμπεριφοράς.**

**Φοιτήτριες:**

**Κοντορινάκη Τριανταφυλλιά**

**Σοϊλεντάκη Εμμανουέλα**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μπορμπουδάκη Λένα**

**Σητεία, Ιούλιος 2014**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ευχαριστούμε θερμά, την επιβλέπουσα καθηγήτρια Μπορμπουδάκη Λένα για τη βοήθεια και την καθοδήγησή της.

Επίσης, τους απόφοιτους Διαιτολόγους-Διατροφολόγους του ΑΤΕΙ Σητείας που δέχτηκαν να συνεργαστούν και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο για τη διεξαγωγή της έρευνας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
---------------	---

SUMMARY.....	7
--------------	---

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- Προσδιοριστές της υγείας & Δημόσια Υγεία.....9
- Δημόσια Υγεία & Διατροφή.....13

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### 1. Διατροφική Αγωγή

1.1 Τί ορίζεται διατροφική αγωγή.....	16
---------------------------------------	----

1.2 Οι παράγοντες που διαμορφώνουν την διατροφική συμπεριφορά.....	17
--	----

- Επίδραση της οικογένειας.....17
- Επίδραση του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος.....19
- Επίδραση των ΜΜΕ.....21
- Η πρόσβαση και η διαθεσιμότητα των τροφίμων.....23
- Έμφυτες διατροφικές προτιμήσεις.....25
- Καταναλωτικά πρότυπα.....26
- Αντίληψη του βάρους και διαίτα.....27
- Κρατικός παράγοντας στη διαμόρφωση διατροφικής συνείδησης.....28

1.3 Δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας σε ότι αφορά τη διατροφική αγωγή.....	28
--	----

1.4 Βασικά χαρακτηριστικά του επαγγελματία διαιτολόγου ως παράγοντα παροχής διαιτολογικών και διατροφικών υπηρεσιών.....	33
--	----

#### 2. Διαιτολογικές μέθοδοι απώλειας βάρους & αλλαγής διατροφικής συμπεριφοράς/ συνείδησης

2.1 Μέθοδοι απώλειας βάρους απο τον επαγγελματία διαιτολόγο.....	37
--	----

2.2 Μέθοδοι διαφοροποίησης & βελτίωσης της διατροφικής συμπεριφοράς.....	39
--	----

2.3 Παχυσαρκία και τροποποίηση διατροφικής συμπεριφοράς.....	41
--	----

2.4 Διαιτολογικές Στρατηγικές με στόχο την απώλεια βάρους.....	44
--	----

2.5 Διαιτολογικές Στρατηγικές με σκοπό την προώθηση της Υγιεινής Διατροφής....	46
2.6 Η σημασία του αυτοελέγχου.....	49
2.7 Μέθοδοι Υποκίνησης Αλλαγής και Βελτίωσης της Διατροφικής Συνείδησης.....	51

### **3. Θεωρίες & Μοντέλα που χρησιμοποιούνται για την εξήγηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και την Προαγωγή Υγείας**

3.1 Θεωρίες Αλλαγής της Συμπεριφοράς.....	53
3.2 Μοντέλα επεξήγησης της συμπεριφοράς σε θέματα Δημόσιας Υγείας.....	69
3.3 Ο ρόλος της αυτο-αποτελεσματικότητας.....	76
3.4 Σχεδιασμός Αποτελεσματικών Διατροφικών Παρεμβάσεων.....	79
3.5 Εργαλεία & πρακτικές επιτυχούς απώλειας βάρους και αλλαγής/ βελτίωσης διατροφικής συμπεριφοράς ατόμων σε στάδιο συντήρησης.....	96

### **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

4.1 Μεθοδολογία Έρευνας.....	107
• 4.1.1 Καθορισμός του αντικειμενικού σκοπού.....	107
• 4.1.2 Πληθυσμός.....	107
• 4.1.3 Ερευνητικό Εργαλείο.....	108
• 4.1.4 Ανάλυση Αποτελεσμάτων.....	109
• 4.1.5 Δυσκολίες & Περιορισμοί κατά την έρευνα.....	109
4.2 Παρουσίαση Αποτελεσμάτων Έρευνας.....	109
4.3 Συζήτηση.....	137
4.4 Συμπεράσματα.....	139

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....140**

### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....145**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Η παχυσαρκία κατατάσσεται σήμερα ανάμεσα στα νοσήματα με τη μεγαλύτερη συχνότητα στο σύγχρονο πληθυσμό. Σύμφωνα με την Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σήμερα υπάρχουν πάνω από ένα δισεκατομμύριο υπέρβαροι ενήλικες και πάνω από 300 εκατομμύρια παχύσαρκοι σε όλο τον κόσμο. Η βασική εκπαίδευση διατροφής είναι ζωτικής σημασίας στους κατοίκους όλων των χωρών όσον αφορά την υγεία και τις διατροφικές τους συνήθειες, για αυτό και η αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς (διατροφική αγωγή) καθίσταται επιτακτικής ανάγκης. Τον ρόλο αυτόν, της αλλαγής διατροφικών συνηθειών ,έρχεται να διαδραματίσει ο διαιτολόγος- διατροφολόγος μέσω διαφόρων τεχνικών και μοντέλων αλλαγής διατροφικής συμπεριφοράς.

Στόχος: Σκοπός της παρούσας μελέτης, ήταν να μελετηθεί η συχνότητα χρήσης και εφαρμογής διαιτολογικών πρακτικών και μεθόδων στις αρχές διαχείρισης βάρους, απο τους απόφοιτους διαιτολόγους-διατροφολόγους του ΑΤΕΙ Κρήτης, με σκοπό την διατήρηση της επιτευγμένης απώλειας βάρους και της αλλαγής/βελτίωσης της διατροφικής συνείδησης/συμπεριφοράς.

Μεθοδολογία: Στην έρευνα πήραν μέρος 75 απόφοιτοι διαιτολόγοι-διατροφολόγοι, στους οποίους χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο, για τη διερεύνηση των τεχνικών και μεθόδων που χρησιμοποιούν για την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών των πελατών. Ακολούθησε περιγραφική ανάλυση των δεδομένων και στη συνέχεια μια πολυπαραγοντική ανάλυση για τη συσχέτιση τους. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 2007.

Αποτελέσματα: Έπειτα απο την ανάλυση γίνεται φάνερο ότι: το μεγαλύτερο ποσοστό των διαιτολόγων, για να προσδιορίσει τις ανάγκες των πελατών του, συλλέγει πληροφορίες για την πρόσληψη τροφίμων και θρεπτικών στοιχείων. Επικεντρώνεται στα άμεσα προβλήματα του πελάτη και όχι σε συναφή θέματα και δίνει οδηγίες για την εκπαίδευση των μεμονομένων πελατών του. Άνω του 80% των διαιτολόγων χρησιμοποιεί τουλάχιστον συχνά για την εκπαίδευση των πελατών, τα λεκτικά μέσα. Κοντά στο 50% των διαιτολόγων αναφέρουν ότι οι πελάτες διατηρούν ημερολόγιο ή ένα πλάνο δράσης ενώ σε μικρότερα ποσοστά κάτω του 40% εφαρμόζουν ένα σχέδιο

δράσης, για την εκμάθηση των πελατών. Το 72% των διαιτολόγων χρησιμοποιεί ως μοντέλο αλλαγής συμπεριφοράς των πελατών του τον καθορισμό στόχων, ενώ μόλις το 8% χρησιμοποιεί την κοινωνική γνωσιακή θεωρία. Ποσοστό άνω του 90% τουλάχιστον, συμφωνεί ότι επιδεικνύει ενσυναίσθηση και κατανόηση και ενισχύει την αυτοπεποίθηση των πελατών.

Συμπεράσματα: Στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκε ότι οι διαιτολόγοι για την εκπαίδευση των πελατών τους χρησιμοποιούν απλές μεθόδους και τεχνικές. Αυτό ίσως οφείλεται στην ελλιπή γνώση τους γύρω από εξειδικευμένους τρόπους αλλαγής συμπεριφοράς.

Λέξεις κλειδιά: διαιτολόγοι, διατροφική εκπαίδευση, απώλεια βάρους, διατήρηση βάρους.

## SUMMARY

### Background:

In our days, obesity is classified amongst the diseases with the highest occurrence in modern world. According to World Health Organisation, today there are more than a billion obese adults and more than 300 million obese people around the globe. It is of vital importance to ensure the citizens of the world possess elementary education on dietary habits and health. Hence, a shift in their dietary behaviour is imperative. Dietitians and Nutritionists are the milestone of this dietary change; using various techniques and models to shift bad nutritional habits.

### Aim:

The main purpose of the present research was to study the frequency of the use and application of diet practices and methods in order to manage weight. Dietitian and Nutritionist graduates of Technological Educational Institution of Crete, conducted the research towards the maintenance of weight loss as well as the change and improvement of dietary perception and behaviour.

### Methodology:

75 Dietitian and Nutritionist graduates took part in the research. They were provided with questionnaires in order to research on the techniques and methods they use in order to shift the dietary habits of their clients. At a later stage a descriptive analysis of the facts follows and then a multifactorial analysis for their correlation. The statistical analysis that took place, was used in the form of the statistical programme SPSS 2007.

### Outcome:

After the analysis has been conducted, the results prove that: most Dietitians in order to identify the client's needs, collect information on food and nutrient intake. In addition to that, they focus on the immediate problems the client might face and not the less relevant problems and they provide instructions for the training of their client as an individual. Over 80% of dietitians, use verbal means to inform and educate their

clients. Approximately 50% of dietitians mentioned that their clients keep a diary or an action plan while even less of them, under 40%, implement the action plan to educate the clients. 75% of Dietitians in order to change the clients habits uses the model of setting targets, while 8% uses the social cognitive theory. Finally, over 90% of dietitians agree that they demonstrate empathy and understanding and boosts their clients' confidence.

Conclusion: At the present research we observe that dietitians use simple methods and techniques to educate their clients. That might be caused due to their lack of knowledge to apply specialised methods for the change of behavior.

Key words: dietitians, nutrition education, weight loss, weight maintenance.



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### Προσδιοριστές της Υγείας & Δημόσια Υγεία

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Η Δημόσια Υγεία στοχεύει στην πρόληψη ασθενειών και κλάδο της αποτελεί η Αγωγή Υγείας η οποία είναι μια δυναμική δραστηριότητα που έχει ως στόχο την αντικατάσταση συμπεριφορών που θίγουν την Δημόσια Υγεία με αυτές που την προάγουν. Υπάρχουν ωστόσο κάποιοι παράγοντες οι οποίοι είναι επιτακτική ανάγκη να αποτελέσουν την πρώτη προτεραιότητα όσον αφορά στην άσκηση πολιτικής υγείας στην χώρα μας και αυτοί είναι οι **Προσδιοριστές της Υγείας** (WHO 2003 , 2004).

Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- ❖ **Άγχος-Εργασιακό στρες - Ανεργία**
- ❖ **Φυσικό περιβάλλον**
- ❖ **Εθισμός**
- ❖ **Διατροφή**
- ❖ **Ατομικοί παράγοντες**
- ❖ **Βιοτικό επίπεδο**
- ❖ **Πολιτικό περιβάλλον**
- ❖ **Πολιτιστικοί παράγοντες**

#### **Άγχος-Εργασιακό στρες-Ανεργία**

Αποτελούν παράγοντες που προκαλούν συνεχόμενη ανησυχία, ανασφάλεια για την εργασία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση και έλλειψη ελέγχου στην εργασιακή και οικογενειακή ζωή (Theorell T et al , 1996). Όλα τα παραπάνω δρουν

συνεργικά, συσσωρεύονται κατά την διάρκεια της ζωής του ατόμου και αυξάνουν τις πιθανότητες πλημμελούς ψυχικής υγείας και πρόωρων θανάτων. Σε πιεστικές καταστάσεις, ο μηχανισμός του οργανισμού ενεργοποιεί μια σειρά από ορμόνες, οι οποίες επηρεάζουν το καρδιαγγειακό και ανοσοποιητικό σύστημα. Ως αποτέλεσμα η προκαλούμενη αύξηση της αρτηριακής πίεσης αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης καρδιακού και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (Brunner EJ. 1997 , Marmot MG, et al 1997).

### **Φυσικό περιβάλλον**

Είναι ευρέως γνωστό ότι η ατμοσφαιρική ρύπανση επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη ζωή και την υγεία του συνόλου του πληθυσμού. Ο όρος ατμοσφαιρική ρύπανση περιλαμβάνει την μόλυνση του αέρα από διάφορους ρύπους αλλά ταυτόχρονα και την μόλυνση του νερού πόσιμου και μη, με πολύ σοβαρές συνέπειες για την δημόσια υγεία του πληθυσμού (Ritter L, et al 2002). Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μεγάλη αύξηση στα επίπεδα μόλυνσης του αέρα και των φυσικών πόρων λόγω της αύξησης του διοξειδίου του άνθρακα και άλλων χημικών ρύπων, ιδιαίτερα στις μεγάλες πόλεις (Symeonidis P, et al 2003).

### **Εθισμός**

Η κατανάλωση αλκοόλ τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα έχει παρουσιάσει μια από τις μεγαλύτερες αυξήσεις ανάμεσα στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, χωρίς όμως να είναι ακόμα ιδιαίτερα ανησυχητική (Pazarlis P, et al 2006).

Για την περίοδο 1987-1993 το 3-9% όλων των θανάτων από κίρρωση του ήπατος οφειλόταν στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Το ποσοστό αυτό κατατάσσεται ανάμεσα στα χαμηλότερα στην Ευρώπη και συγκεκριμένα για τις γυναίκες είναι το χαμηλότερο μεταξύ όλων των ευρωπαϊκών χωρών. Έτσι σε πρόσφατη μελέτη διαπιστώθηκε ότι το 42,5% των ανδρών και το 82,5% των γυναικών δεν κάνουν καθόλου χρήση αλκοολούχων ποτών, ενώ σε αυτούς που κάνουν χρήση, η ημερήσια κατανάλωση ανερχόταν σε 28,5 γραμμάρια/ημέρα και 9,85 γραμμάρια/ημέρα, για άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα (Norstrom T, et al 2002).

Παράλληλα μελανό σημείο για την χώρα μας παραμένει η πολύ υψηλή κατανάλωση τσιγάρων, αφού η Ελλάδα κατέχει την πρώτη θέση πανευρωπαϊκά. Επιπλέον μετά την χειραφέτηση της γυναίκας, τα ποσοστά των καπνιστριών αυξήθηκαν δραματικά. Συγκεκριμένα το 2000 οι Έλληνες κατανάλωσαν κατά 56% περισσότερα τσιγάρα από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι 56% και 39%, για άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα, ποσοστό συνεχώς αυξανόμενο. Αντίθετα ο επιπολασμός του καπνίσματος για άνδρες 15 ετών μειώθηκε το διάστημα 1987-1995 και είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο (Ministry of Health, 1992).

Τέλος, ο τρόπος ζωής σε ότι αφορά τη χρήση αλκοόλ και καπνού επηρεάζουν τη συχνότητα τροχαίων και εργατικών ατυχημάτων όπως και τη συχνότητα καρδιοπαθειών και καρκίνου (Αντωνοπούλου, 1987).

### **Διατροφή**

Η διατροφή που φτάνει σήμερα στα επίπεδα υπερσιτισμού κακής ποιότητας (οι σύγχρονες διατροφικές συνήθειες απέχουν πολύ από μια υγιεινή διατροφή) σε συνδυασμό με την καθιστική ζωή ενοχοποιούνται για την αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων (Αντωνοπούλου, 1987). Οι διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων τα τελευταία χρόνια έχουν υποστεί αλλαγές και συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί μια μεταστροφή από την παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή (πλούσια σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, φρούτα, λαχανικά και αντιοξειδωτικά) προς το δυτικοευρωπαϊκό μοντέλο διατροφής (πλούσια σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, νάτριο και διττανθρακικά). Ως αποτέλεσμα στην Ελλάδα το 28% των ανδρών και το 30% των γυναικών είναι παχύσαρκοι, ποσοστό πολύ υψηλότερο από το αντίστοιχο των άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Αυτό οφείλεται στην διατροφική μετάβαση που συνδέεται με υπερβολική κατανάλωση λιπών, ζάχαρης και γενικά πλούσιων ενεργειακά τροφών και υδατανθράκων, η οποία οδηγεί σε αύξηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας, των καρδιαγγειακών νοσημάτων, του σακχαρώδους διαβήτη και του καρκίνου (Robertson A et al, 2004).

### **Ατομικοί παράγοντες**

Οι ατομικοί παράγοντες σχετίζονται με την κληρονομικότητα και την προδιάθεση του ατόμου προς συγκεκριμένες ασθένειες, αλλά και με τα ίδια του τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τον τρόπο ζωής του. Για παράδειγμα, άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν στατιστικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν επιβαρημένη υγεία σε σχέση με τα άτομα ανώτερου μορφωτικού επιπέδου (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

Οι συνθήκες εργασίας αποτελούν έναν από τους δυσμενέστερους παράγοντες διαμόρφωσης του επιπέδου υγείας που επηρεάζει σημαντικά τις κοινωνικές ανισότητες μπροστά στο θάνατο (πχ. εργατικά ατυχήματα, έκθεση σε ανθυγιεινό περιβάλλον ) (Αντωνοπούλου, 1987).

### **Βιοτικό επίπεδο**

Το βιοτικό επίπεδο των ανθρώπων καθορίζει άμεσα το επίπεδο υγείας. Το επίπεδο εισοδήματος θεωρείται σημαντικός παράγοντας αφού απ' αυτό εξαρτώνται οι περισσότερες μεταβλητές. Έχει διαπιστωθεί ότι μεταξύ ατόμων με χαμηλά και υψηλά εισοδήματα υπάρχει μια διαφορά 7 ετών στο προσδόκιμο επιβίωσης καθώς και σημαντικές διαφορές στη βρεφική θνησιμότητα μεταξύ των χαμηλότερων και υψηλότερων κοινωνικά τάξεων (Υφαντόπουλος, 1986). Το κοινωνικό επίπεδο επηρεάζει και αυτό με τη σειρά του το επίπεδο υγείας. Επίσης το μορφωτικό επίπεδο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση του επιπέδου υγείας. Όσο περισσότερο μορφωμένος είναι κάποιος, τόσο περισσότερο αποδέχεται την πρόληψη και έτσι μειώνει και τις πιθανότητές του να αρρωστήσει (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

### **Πολιτικό περιβάλλον**

Το πολιτικό περιβάλλον επηρεάζει και αυτό με τη σειρά του το επίπεδο υγείας μέσα από τις νομοθετικές ρυθμίσεις που λαμβάνει άμεσα ή έμμεσα. Για παράδειγμα η απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, η απαγόρευση κατανάλωσης

αλκοόλ σε ανήλικους, η βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007) .

### **Πολιτιστικοί παράγοντες**

Οι πολιτιστικοί παράγοντες σε μεγάλο βαθμό καθορίζουν τον τρόπο ζωής των ατόμων και ο οποίος συνδέεται άμεσα και με το επίπεδο της υγείας των. Τα ήθη και έθιμα κάθε τόπου, η ποιότητα του εκπαιδευτικού συστήματος, οι συνήθειες, οι τάσεις και οι στάσεις απέναντι στην υγεία και την αρρώστια παίζουν σημαντικό ρόλο στο επίπεδο της υγείας κάθε ατόμου (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

## **ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**

Συγκλίνουσες ενδείξεις από επιδημιολογικές κλινικές και πειραματικές έρευνες ενοχοποιούν διατροφικούς παράγοντες για μεγάλο μέρος του σύγχρονου νοσολογικού φάσματος των αναπτυγμένων χωρών, το οποίο καλύπτει μεταξύ άλλων αρκετές κακοήθειες νεοπλασίες και τα συχνότερα εμφανιζόμενα νοσήματα του κυκλοφοριακού συστήματος. Η διατροφή σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες του τρόπου ζωής, σχετίζεται με αρκετά διαδεδομένες ασθένειες όπως είναι η παχυσαρκία, ο διαβήτης, ορισμένες μορφές καρκίνου και οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Η συσχέτιση αυτή έχει φέρει τη διατροφή και τις διατροφικές συνήθειες στο άμεσο ενδιαφέρον της δημόσιας υγείας και την έχει αναδείξει σε μια από τις πρώτες προτεραιότητες για την προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Οι τροφές και γενικότερα η διατροφή μας μπορεί να έχουν μια μακροχρόνια επίδραση στην υγεία μας, να την κάνουν καλύτερη ή ακόμα και να την προφυλάξουν από παθολογικές καταστάσεις (μερικές από αυτές χρόνιες ή και θανατηφόρες). Όλοι λίγο-πολύ γνωρίζουν πόσο στενά συνδεδεμένη είναι η διατροφή με την υγεία. Για να χτιστεί το οικοδόμημα αυτό που λέγεται υγεία, θα πρέπει να συνυπάρχουν σχετικά με την τροφή οι σωστές αναλογίες ποιότητας και ποσότητας τροφής (Πολυχρονόπουλος, κα., 2007).

Η υγιεινή διατροφή συμβάλει στη διατήρηση της υγείας και στην πρόληψη και αντιμετώπιση πολλών ασθενειών. Η υγιεινή διατροφή μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση της χοληστερόλης σε κανονικά επίπεδα και στη καλύτερη λειτουργία του εντέρου, μειώνοντας τους παράγοντες που συντείνουν σε προβλήματα υγείας όπως ο καρκίνος. Ακόμα, η σωστή διατροφή βοηθά τους ανθρώπους να διατηρήσουν το βάρος τους στα κανονικά επίπεδα, απομακρύνοντας έτσι την πιθανότητα παχυσαρκίας. Ένα άτομο για να εξασφαλίσει μια υγιεινή ζωή πρέπει να αρχίσει από τα πρώτα χρόνια της ζωής του να αποκτήσει σωστές διατροφικές συνήθειες (Γεωργίου κα., 2010).

Η σωστή διατροφή συνδέεται με το σύνολο της υγείας και της καλής ζωής και περιλαμβάνει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά που είναι αναγκαία στον οργανισμό για την ανάπτυξη, την αντικατάσταση και τη διατήρηση των ιστών. Αν το σώμα προσλάβει λιγότερο ή περισσότερο τότε αυτό μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά προβλήματα υγείας (Barr and Schumacher, 2003). Το ενδιαφέρον στη διατροφή και τη δημόσια υγεία έχει στραφεί από τα προβλήματα των διατροφικών ανεπαρειών, σε προβλήματα διατροφικής υπερεπάρκειας και ανισορροπίας στη λήψη των τροφίμων καθώς και στην ιδέα της ιδανικής διατροφής, αυτής δηλαδή που μπορεί να προλαμβάνει την εκδήλωση χρόνιων νοσημάτων. Η σχέση μεταξύ διατροφής και χρόνιων παθήσεων έχει γίνει πλέον σαφής.

Τις τελευταίες δεκαετίες πολυάριθμες έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχουν αρκετοί διατροφικοί παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη συγκεκριμένων παθήσεων. Για παράδειγμα, η υπερκατανάλωση συγκεκριμένων κατηγοριών λιπών (κορεσμένων) έχει συσχετιστεί με τη συχνότητα εμφάνισης παθήσεων της καρδιάς και των αγγείων αλλά και συγκεκριμένων μορφών καρκίνου και διάφορων άλλων παθήσεων. Επίσης, η υπερκατανάλωση αλατιού έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση της υπέρτασης (Γεωργίου και συν., 2010).

Παραδοσιακά διατροφικά πρότυπα, όπως είναι η Μεσογειακή διατροφή, έχουν συσχετιστεί με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων και ορισμένων τύπων καρκίνου. Παρόλο τις θετικές αλλαγές που παρατηρήθηκαν σχετικά με τη διατροφή και τη δημόσια υγεία τις τελευταίες δεκαετίες, υπάρχει μία τεράστια αύξηση στις χρόνιες ασθένειες οι οποίες σχετίζονται σε κάποιο βαθμό με τη διατροφή

και με τον τρόπο ζωής γενικότερα. Πιο συγκεκριμένα διαιτητικοί παράγοντες και αναποτελεσματικοί τρόποι ζωής ενοχοποιούνται για:

- 30-40% των καρκίνων
- Τουλάχιστον για το 1/3 των πρόωρων θανάτων από καρδιαγγειακές παθήσεις στην Ευρώπη
- Την ευρεία διάδοση της “επιδημίας” της παχυσαρκίας στην Ευρώπη, που φαίνεται ότι διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στον σακχαρώδη διαβήτη, αποτελεί υψηλό παράγοντα κινδύνου στις καρδιαγγειακές παθήσεις και σε ορισμένες μορφές καρκίνου, και στους πρόωρους θανάτους
- Την οστεοπόρωση με τις συνέπειες της, περιλαμβανομένου και του αυξημένου αριθμού καταγμάτων στους ηλικιωμένους (382000 στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 1996)
- Πολλές μορφές ανεπάρκειας βιταμινών, μετάλλων και ιχνοστοιχείων ειδικότερα σιδήρου και ιωδίου (Αρβανίτη κα., 2006).

## **1. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

### **1.1 Τι ορίζεται διατροφική αγωγή:**

Η διατροφική αγωγή ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι έχουν την ικανότητα να παρακολουθήσουν, να λάβουν και να κατανοήσουν βασικές διατροφικές πληροφορίες. Η βασική εκπαίδευση διατροφής είναι ζωτικής σημασίας στους κατοίκους όλων των χωρών όσον αφορά την υγεία και τις διατροφικές τους συνήθειες (Jamie Zoellner et al, 2009).

Η σωστή διατροφή είναι σημαντική για τη σωματική και ψυχική υγεία και την ποιότητα της ζωής. Επιστημονικές έρευνες έχουν δείξει ότι η εκμάθηση της πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν σε μικρότερη ηλικία. Η υιοθέτηση ισορροπημένων διατροφικών συνηθειών είναι πρωταρχικής σημασίας για όλους τους ανθρώπους, αφού μία τέτοια διατροφή, σε συνδυασμό με καθημερινή άσκηση και μείωση των καθιστικών δραστηριοτήτων, επιφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία και την ευεξία (Χασαπίδου Μ. και Φαχατίδου Α., 2002). Για να αποκτήσει όμως κάποιος ισορροπημένες διατροφικές συνήθειες, πρέπει να εκπαιδευτεί και, μάλιστα, από την παιδική ηλικία, ώστε οι γνώσεις του να αποτελέσουν παρακαταθήκη για την ενήλικη ζωή του. Ο καλύτερος τρόπος εκπαίδευσης των παιδιών δεν έγκειται στην παροχή πληροφοριών και θεωρητικών γνώσεων, αλλά στην ενασχόληση τους με διαδραστικά εκπαιδευτικά προγράμματα (Μανιός Γ., 2007). Οπότε κεντρικός άξονας της Διατροφικής Αγωγής είναι όχι μόνο να βγάλει το άτομο από την άγνοια, την αδιαφορία ή την πλάνη, αλλά να το κάνει υπεύθυνο, έτσι που να ορίζει μόνο του και ελεύθερα έναν ορθότερο τρόπο διατροφής που θα του διασφαλίζει την υγεία του.

Κύριοι λόγοι για Διατροφική Αγωγή σε παιδιά και νέους (Μανιός Γ., 2007):

1) Η συμπεριφορά του ατόμου διαμορφώνεται τα πρώτα χρόνια της ζωής και κάθε αλλαγή είναι δύσκολη στη συνέχεια.



2) Τα περισσότερα από τα συχνά σήμερα νοσήματα προκαλούνται από την επίδραση παραγόντων που δρουν από τις μικρές ηλικίες και επιδέχονται διόρθωση. Ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες ελέγχονται απόλυτα από την ατομική ευθύνη.

3) Οι νέοι γίνονται φορείς μηνυμάτων προς την οικογένεια και την κοινότητα.

4) Το σχολείο παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων και της συμπεριφοράς του ατόμου, αφού αποτελεί τον κυριότερο φορέα μετάδοσης της γνώσης στους νέους.

## **1.2 Οι παράγοντες που διαμορφώνουν τη διατροφική συμπεριφορά:**

Η αύξηση της παχυσαρκίας οφείλεται σε μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση περιβαλλοντικών, κοινωνικών, οικονομικών παραγόντων, λαμβάνοντας πάντα υπόψη τη γενετική προδιάθεση του κάθε ατόμου. Σε κάθε δεδομένο περιβάλλον, δεν είναι βέβαιο ότι ένα άτομο θα γίνει παχύσαρκο, αλλά μπορεί να συμβεί με κάποια πιθανότητα. Μερικά άτομα μπορούν να αποφύγουν την παχυσαρκία διατηρώντας ένα μοτίβο υγιεινών συμπεριφορών. Η γενετική διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο, δεδομένου ότι καθορίζει τη δύναμη της φυσιολογικής άμυνας του ατόμου κατά την απόκτηση και διατήρηση ενός επιπέδου σωματικού λίπους. Οι γενετικοί παράγοντες είναι κρίσιμης σημασίας για τον καθορισμό του τρόπου με τον οποίο διαφορετικά άτομα ανταποκρίνονται σε ένα δεδομένο περιβάλλον. Αυτό φαίνεται καλύτερα από τις διαφορές στο σωματικό βάρος μεταξύ των ατόμων που ζουν στο ίδιο περιβάλλον. Για να μειωθεί και να ανατραπεί η επιδημία της παχυσαρκίας, θα πρέπει να "θεραπευτεί" το περιβάλλον (Spiegel and Alving, 2005).

### **Επίδραση της οικογένειας:**

Οι διατροφικές συνήθειες που αποκτώνται νωρίς στη ζωή του ανθρώπου υπό τις οικογενειακές και πολιτιστικές επιρροές πιθανώς κατοικούν για πάντα στο υποσυνείδητο. Σε πολλούς ανθρώπους, το υποσυνείδητο υπερισχύει έναντι της

συνειδητής συμπεριφοράς που καθορίζει πόσα και ποια είδη τροφίμων θα καταναλώσουν.

Αν ένα παιδί μεγαλώνει σε μια οικογένεια όπου ενθαρρύνεται η υπερβολική κατανάλωση τροφής, αυτή η συνήθεια πιθανότατα θα παραμείνει, και οι συνήθειες αυτές θα είναι απείθαρχες αργότερα στη ζωή τους, όταν θα έχει μικρότερες ενεργειακές ανάγκες (Grundy, 1998). Σύμφωνα με την Κοινωνική Γνωσιακή Θεωρία, το περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση συμπεριφορών υποστηρίζοντας ή παρεμποδίζοντας συμπεριφορές που συμβαίνουν μέσα σε αυτό. Το περιβάλλον αποτελείται από την οικογένεια, το σχολείο, την κοινωνική, οικονομική και πολιτική κατάσταση.

Ο κίνδυνος της παχυσαρκίας μεταξύ των παιδιών με δύο παχύσαρκους γονείς είναι πολύ υψηλότερος από ότι των παιδιών με γονείς φυσιολογικού βάρους.

Οι διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών μπορεί να διαμορφωθούν με την παρατήρηση των επιλογών τροφίμων και διατροφικής συμπεριφοράς των γονιών τους. Οι Oliveria και συνεργάτες (1992) ανέφεραν ότι οι διατροφικές συνήθειες των γονιών έχουν σημαντική επίδραση στη πρόσληψη των θρεπτικών συστατικών στα μικρά παιδιά. Δηλαδή, τα παιδιά των οποίων οι γονείς κατανάλωναν τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά, παρατηρήθηκε ότι κατανάλωναν επίσης τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά.

Ακόμα, έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά που τρώνε γεύματα μαζί με άλλα μέλη της οικογένειας καταναλώνουν πιο υγιεινά τρόφιμα και πλούσια σε θρεπτικά συστατικά. Σε έρευνα (Neumark-Sztainer D et al, 2003) διαπιστώθηκε ότι η συχνή κατανάλωση των γευμάτων ως οικογένεια σχετίζεται θετικά με την πρόσληψη φρούτων, λαχανικών, δημητριακών, πρωτεϊνών καθώς και με τρόφιμα πλούσια σε ασβέστιο, σίδηρο, φυλλικό οξύ, φυτικές ίνες και βιταμίνες A, C, E, και B6. Αντίθετα, η συχνή κατανάλωση των γευμάτων ως οικογένεια σχετίστηκε αρνητικά με τη κατανάλωση αναψυκτικών. Στους εφήβους, η παρουσία της οικογένειας στο γεύμα έχει συσχετισθεί θετικά με την κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και γαλακτοκομικών προϊόντων και με μικρότερη πιθανότητα παράλειψης του πρωινού γεύματος.

Οι γονείς, επίσης, προσπαθούν να προωθήσουν τις υγιείς διατροφικές συμπεριφορές στα παιδιά τους χρησιμοποιώντας διάχυτα μηνύματα που αφορούν τους τρόπους με τους οποίους η διατροφή μπορεί να βελτιώσει την υγεία (Leann L., Birch and Jennifer

O. Fisher 1998). Οι οδηγίες των γονιών με σκοπό να ενθαρρύνουν ή να περιορίσουν την κατανάλωση διαφόρων τροφίμων από τα παιδιά, μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την ανάπτυξη των σωστών διατροφικών προτιμήσεων των παιδιών και τη ρύθμιση της ενεργειακής πρόσληψης. Οι γονείς τείνουν να ενθαρρύνουν τα παιδιά να καταναλώνουν περισσότερα φρούτα και λαχανικά και να περιορίζουν τα τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε ενέργεια, ζάχαρη και λίπος. Αυτή η τεχνική όμως μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τις προτιμήσεις των παιδιών γι' αυτά τα τρόφιμα, διδάσκοντάς τους να αντιπαθούν τα τρόφιμα που θέλουμε να καταναλώνουν και να προτιμούν εκείνα που πρέπει να καταναλώνονται σε σχετικά περιορισμένες ποσότητες (Pearson, Biddle and Gorely, 2008).

Η οικογένεια είναι ζωτικής σημασίας στην κοινωνικοποίηση των παιδιών και είναι ένα σημαντικό στοιχείο του κοινωνικού περιβάλλοντος όπου θεσπίζει και μαθαίνει τις διαιτητικές συμπεριφορές στα παιδιά. Αυτό έχει φανεί σε αρκετές έρευνες, όπως για παράδειγμα οι Rasmussen et al. (2006) διαπίστωσαν ότι οι διατροφικές συνήθειες των γονιών, η διαθεσιμότητα και η προσβασιμότητα ήταν οι πιο καθοριστικοί παράγοντες για την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών στα νεαρά άτομα.

### **Κοινωνικό οικονομικό περιβάλλον:**

Η προσωπική στάση για το σωματικό βάρος και λίπος ποικίλει σημαντικά μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικών και πολιτισμικών ομάδων. Σε ορισμένες αναπτυσσόμενες χώρες, η παχυσαρκία είναι σύμβολο της ευημερίας, οι πιο εύποροι άνθρωποι είναι οι πιο παχύσαρκοι. Αντίθετα, στις Ηνωμένες Πολιτείες και τη Δυτική Ευρώπη, οι εύποροι άνθρωποι συνήθως προσπαθούν να αποφεύγουν την παχυσαρκία. Στις χώρες αυτές, οι υψηλές κοινωνικές θέσεις αντιμετωπίζουν την παχυσαρκία ως ανεπιθύμητη. Επίσης, στα ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, υπάρχουν οι κοινωνικές πιέσεις οι οποίες βρίσκονται εναντίον της παχυσαρκίας στην εφηβεία και την αύξηση του σωματικού βάρους με τη γήρανση. Πράγματι, ο υψηλός επιπολασμός των διατροφικών διαταραχών (νευρογενής ανορεξία και βουλιμία) μεταξύ των εφήβων στις εύπορες ομάδες του πληθυσμού μπορεί να οφείλεται στις κοινωνικές πιέσεις. Οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να επιδεινωθούν από το φόβο της κοινωνικής απόρριψης (Grundy, 1998). Η δημόσια υγεία υποστηρίζει ότι τρώμε με παρόμοιο

τρόπο με εκείνους με τους οποίους είμαστε συνδεδεμένοι κοινωνικά, έτσι στα άτομα που συνδέονται κοινωνικά η υγεία τους είναι συνδεδεμένη. Στην περίπτωση που οι διατροφικές επιλογές των ανθρώπων επηρεάζονται από τις επιλογές των προσώπων με τα οποία είναι συνδεδεμένα, δεν ισχύει μόνο το ότι "είσαι ό, τι τρως» αλλά μπορεί επίσης να ισχύει το ότι «είσαι ό, τι τρώνε τα άτομα του κοινωνικού σου περιβάλλοντος» (Mark et al, 2011).

Το κοινωνικό περιβάλλον των παιδιών, όπως οι γονείς τους και το προσωπικό του σχολείου, επηρεάζουν σημαντικά το φάσμα των επιλογών τροφίμων. Το φυσικό περιβάλλον τους, όπως το μέρος που ζουν ή που πάνε σχολείο, κυρίως επηρεάζει ποια τρόφιμα είναι διαθέσιμα και προσιτά σε αυτά (Brug et al, 2008).

Τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού περιβάλλοντος, συμπεριλαμβανομένων των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών και κοινωνικό-πολιτισμικών παραγόντων, όπως η εκπαίδευση των γονέων, ο περιορισμένος χρόνος και η εθνικότητα επηρεάζουν τα είδη των τροφίμων που επιλέγουν να καταναλώσουν τα παιδιά.

Σήμερα, οι γονείς πρέπει να βρίσκονται περισσότερες ώρες μακριά από το σπίτι λόγω της εργασίας τους. Επίσης, πολλές οικογένειες αποτελούνται μόνο από τον ένα γονέα ή δύο γονείς που και οι δύο εργάζονται έξω από το σπίτι. Έτσι, οι γονείς καταφεύγουν όλο και περισσότερο στη γρήγορη και εύκολη λύση των έτοιμων γευμάτων (Heather and Nicklas, 2005).

Σε μία εθνική αντιπροσωπευτική έρευνα, η NPD Group (2000) αναφέρει ότι ο χρόνος προετοιμασίας των γευμάτων μειώθηκε περισσότερο από 10% από το 1994 έως το 1999, ενώ τα γεύματα στο σπίτι αντικαταστάθηκαν από τα εστιατόρια και τα συσκευασμένα τρόφιμα που γίνονται ολοένα και πιο δημοφιλή.

Εκτός από περιορισμένο χρόνο, υπάρχουν διάφοροι άλλοι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφική ποιότητα των παιδιών και των εφήβων συμπεριλαμβανομένου του επιπέδου εκπαίδευσης των γονέων και του οικογενειακού εισοδήματος. Οι γονείς οι οποίοι είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης παρουσιάζουν μεγαλύτερη συνείδηση στην επιλογή των τροφίμων που σχετίζονται θετικά με την υγεία (North K. and Emmett P., 2000). Οι έφηβοι των οποίων οι γονείς ήταν σχετικά πιο μορφωμένοι κατανάλωναν μεγαλύτερη ποσότητα υδατανθράκων, πρωτεϊνών,

ινών, φυλλικού οξέος, βιταμίνης Α και ασβεστίου. Επίσης, μεγαλύτερη κατανάλωση λαχανικών και μεγαλύτερη πιθανότητα να καταναλώνουν τις συνιστώμενες μερίδες γαλακτοκομικών προϊόντων (Xie et al, 2003). Το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων ήταν αντιστρόφως ανάλογο με την αυξημένη πρόσληψη ζάχαρης παιδιών προσχολικής ηλικίας και την πρόσληψη ενέργειας των εφήβων μέσω του λίπους (Crawford et al 1995, Kranz S and Siega-Riz 2002 ). Η αποκλειστική κατανάλωση του πλήρους γάλακτος ήταν υψηλότερη σε οικογένειες στις οποίες το μορφωτικό επίπεδο των γονιών έφτανε μέχρι τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ η κατανάλωση γάλακτος με μειωμένη περιεκτικότητα σε λιπαρά ήταν υψηλότερη μεταξύ των παιδιών με γονείς με πανεπιστημιακή εκπαίδευση (Kranz S and Siega-Riz, 2002).

Το οικογενειακό εισόδημα είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας της διαμόρφωσης των διατροφικών συνηθειών. Οι δίαιτες των ατόμων από σχετικά χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες τείνουν να χαρακτηρίζονται από υψηλότερη πρόσληψη προϊόντων κρέατος, πλήρους γάλακτος, λιπών, σακχάρων, κονσερβοποιημένων τροφίμων, πατάτας, δημητριακών και από σχετικά χαμηλή πρόσληψη λαχανικών, φρούτων, και ολικής αλέσεως ψωμί . Τα παιδιά και οι έφηβοι που προέρχονται από σχετικά υψηλότερου εισοδήματος οικογένειες, καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα πολυακόρεστων λιπαρών, πρωτεϊνών, φυλλικού οξέος, ασβεστίου, σιδήρου και έχουν περισσότερες πιθανότητες να καταναλώσουν τις συνιστώμενες ημερήσιες μερίδες γαλακτοκομικών προϊόντων (James WP, 1997).

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε με θέμα τις διαχρονικές τάσεις και κοινωνικές διαφορές στις συνήθειες διατροφής του πληθυσμού της Λιθουανίας (Vilma Kriaucioniene et al, 2012): 1994-2010, παρατηρήθηκε ότι σε γενικές γραμμές, τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο ακολουθούσαν πιο υγιεινές συνήθειες διατροφής από εκείνους με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Αυτό φαίνεται να οφείλεται στη σωστή εκπαίδευση των ατόμων σε θέματα διατροφής και προαγωγής της υγείας.

### **Επίδραση των ΜΜΕ:**

Η χρήση των μέσων μαζικής ενημέρωσης είναι, δυστυχώς, ολοένα και πιο αναξιόπιστο μέσο της εκπαίδευσης του κοινού για θέματα υγείας και διατροφής. Το

κοινό βομβαρδίζεται από ποικίλα αντικρουόμενα μηνύματα υπό τη μορφή ειδήσεων. Μερικές από τις παλαιότερες ενέργειες για την ευαισθητοποίηση του κοινού φαίνεται να έχουν διαβρωθεί από μια πληθώρα αντιφατικών αναφορών που σχετίζονται με την υγεία και τη διατροφή (Scott M, 1998).

Η συχνή παρακολούθηση τηλεόρασης κατά τη διάρκεια των γευμάτων σχετίζεται με μεγαλύτερη ενεργειακή πρόσληψη η οποία προέρχεται κυρίως από την κατανάλωση πίτσας, αλμυρών σνακ και αναψυκτικών και μικρότερη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και χυμών. Επίσης, η συνεχόμενη παρακολούθηση προγραμμάτων της τηλεόρασης συσχετίστηκε με χαμηλότερη κατανάλωση υδατανθράκων και μεγαλύτερη κατανάλωση καφεΐνης. Οι γονείς των οποίων τα παιδιά βλέπουν περισσότερη τηλεόραση τείνουν να επιλέγουν γεύματα για τα παιδιά, τα οποία είναι εύκολο να ετοιμαστούν αλλά είναι χαμηλής θρεπτικής αξίας, επειδή τα τρώνε χωρίς να παραπονεθούν (D Benton, 2004).

Πολλοί παράγοντες μπορεί δυνητικά να οδηγήσουν στη σύνδεση αυτή. Όσοι παρακολουθούν τηλεόραση, εκτίθενται σε περισσότερες διαφημίσεις, και έτσι ενθαρρύνεται η κατανάλωση τροφίμων που ετοιμάζονται γρήγορα όπως αλμυρά ή γλυκά σνακ με μεγάλες ποσότητες λίπους και θερμίδων και όχι η ετοιμασία πιο χρονοβόρων αλλά περισσότερο θρεπτικών γευμάτων.

Όσο κι αν δεν θέλουμε να το παραδεχτούμε η διαφήμιση μας επηρεάζει και αυτό που μας προβάλλει είναι όμορφοι άνθρωποι που απολαμβάνουν με εκφράσεις έκστασης λαχταριστά χάμπουργκερ και γιγαντιαίες πίτσες - όχι μια μερίδα φασολάκια, ούτε ένα πιάτο σπανακόρυζο. Κι όσο πιο συχνά βρισκόμαστε εκτεθειμένοι σε διαφημίσεις με σοκολάτες, αναψυκτικά, πίτσες κ.ο.κ., τόσο περισσότερο τα λαχταράμε.

Η τηλεόραση αποτελεί το πιο σημαντικό μέσο για την προώθηση των προϊόντων διατροφής, ιδιαίτερα για τα μικρότερα παιδιά αλλά και για τα μεγαλύτερα. Οι έμποροι τροφίμων ενδιαφέρονται για τη νεολαία ως καταναλωτές, λόγω της αγοραστικής τους δύναμης, λόγω του ότι επηρεάζουν την αγοραστική συμπεριφορά των γονιών τους και επίσης αποτελούν τους μελλοντικούς ενήλικους καταναλωτές. Τα μέσα προώθησης τροφίμων περιλαμβάνουν τις τηλεοπτικές διαφημίσεις, την τοποθέτηση προϊόντων, το διαδίκτυο, τα παιχνίδια και τα προϊόντα με λογότυπα.

Τα τρόφιμα που διατίθενται στην αγορά για τα παιδιά είναι κατά κύριο λόγο υψηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη και λίπος, και ως εκ τούτου δεν συνάδουν με τις εθνικές διατροφικές συστάσεις.

Το 1987, σε μια ανάλυση (Cotugna N, 1988) του περιεχομένου των διαφημίσεων τροφίμων που προβαλλόταν στην τηλεόραση κατά τη διάρκεια ενός 12-ωρου, διαπίστωσε ότι το 80% των διαφημίσεων αποτελούσαν τρόφιμα με χαμηλή θρεπτική αξία, συμπεριλαμβανομένων δημητριακά πρωινού με υψηλή περιεκτικότητα σε απλά σάκχαρα και πρόχειρα φαγητά με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη, λίπος και αλάτι.

Μια σειρά από έρευνες έχουν παρατηρήσει ότι τα τρόφιμα που ζητούσαν τα παιδιά είχαν σχέση με τη συχνότητα με την οποία τα έβλεπαν να διαφημίζονται στην τηλεόραση (Galst JP, White MA. 1976, Taras HL et al, 1989). Οι Goldberg et al (1978) παρατήρησαν ότι τα παιδιά που είχαν εκτεθεί σε διαφημίσεις επέλεγαν περισσότερο τρόφιμα με μεγάλη ποσότητα ζάχαρης από τα παιδιά που δεν είχαν δει καμία διαφήμιση. Έτσι, η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε διαφημίσεις τροφίμων για συγκεκριμένα είδη τροφίμων μπορεί να ενισχύσει τις προτιμήσεις των παιδιών για τροφές πλούσιες σε ενέργεια και φτωχές σε θρεπτικά συστατικά (Mary Story and Simone French, 2004).

### **Πρόσβαση και διαθεσιμότητα τροφίμων:**

Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει το περιβάλλον που προάγει συμπεριφορές οι οποίες προκαλούν τη παχυσαρκία. Σε γενικές γραμμές, η παχυσαρκία μπορεί να προκύψει μόνο όταν η πρόσληψη ενέργειας υπερβαίνει την κατανάλωση ενέργειας. Το σημερινό περιβάλλον μας χαρακτηρίζεται από μια κατ' ουσίαν απεριόριστη διαθεσιμότητα εύκολων, σχετικά φθηνών, εξαιρετικά εύγευστων, υψηλής ενεργειακής πυκνότητας τροφίμων που είναι διαθέσιμα σχεδόν παντού, σε συνδυασμό με ένα τρόπο ζωής που απαιτεί μόνο χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας. Ένα τέτοιο περιβάλλον προωθεί την υψηλή ενεργειακή πρόσληψη και την χαμηλή κατανάλωση ενέργειας, οπότε και προάγει την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Η πρόωμη και επαναλαμβανόμενη έκθεση σε τρόφιμα με υψηλή

περιεκτικότητα σε ενέργεια, ζάχαρη και λίπος αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, που επηρεάζουν την υιοθέτηση προτιμήσεων απέναντι στα τρόφιμα αυτά. Τα παιδιά μαθαίνουν να προτιμούν τροφές υψηλής ενεργειακής πυκνότητας, έναντι άλλων με μικρή θερμιδική αξία, και να συνδέουν τις τροφές αυτές με τη γεύση τους. Είναι γεγονός, όμως, ότι τα τρόφιμα μεγάλης ενεργειακής πυκνότητας, και μάλιστα αυτά με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος, είναι και τα πιο κοινά στην κουζίνα μας, καθώς τα προτιμούν και οι ενήλικες. Επίσης, τρόφιμα όπως γλυκά, αναψυκτικά και παγωτά καταναλώνονται, κυρίως, σε κοινωνικές εκδηλώσεις και χρησιμοποιούνται ως επιβράβευση ή ως τιμωρία (όταν αποτρέπεται η κατανάλωσή τους). Έτσι, τα παιδιά μαθαίνουν να συνδυάζουν την κατανάλωση των παραπάνω τροφών με συγκεκριμένες καταστάσεις.

Σημαντικό ρόλο παίζει φυσικά και το ότι σε μικρή ακτίνα από το σπίτι μας έχουμε πρόσβαση σε κάθε είδους ‘γρήγορου φαγητού’, αυξάνοντας την πιθανότητα να τα βάλουμε για τα καλά στις συνήθειες και την καθημερινότητά μας (James O. Hill and John C. Peters, 1998).

Σε γενικές γραμμές, τα παιδιά επιλέγουν να φάνε τα τρόφιμα που σερβίρονται πιο συχνά, και τείνουν να προτιμούν τα τρόφιμα που είναι εύκολα διαθέσιμα στο σπίτι (Birch LL, Marlin DW, 1982). Για παράδειγμα, όταν τα φρούτα και τα λαχανικά είναι διαθέσιμα, τα παιδιά είναι πιο πιθανό να τρώνε φρούτα και λαχανικά (Hearn M. et al, 1998).

Οι έφηβοι, επίσης, αναφέρουν ότι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες στην επιλογή των τροφίμων τους είναι η διαθεσιμότητα (Story M. et al, 2002). Επειδή οι γονείς είναι υπεύθυνοι για την παρασκευή των τροφίμων που παρέχονται σε παιδιά και εφήβους, αυτό μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στις προτιμήσεις και, ως εκ τούτου, στη κατανάλωση.

Άλλες έρευνες έχουν αποδείξει τη σημασία όχι μόνο της διαθεσιμότητας αλλά και της προσβασιμότητας των υγιεινών τροφίμων. Δηλαδή, όταν τα τρόφιμα είναι εύκολα προσβάσιμα και έτοιμα να καταναλωθούν, τα παιδιά είναι πιο πιθανό να τα φάνε. Για παράδειγμα, ο Baranowski (1999) και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι, μεταξύ των παιδιών στο σχολείο, η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών είναι υψηλότερη



όταν αυτά τα τρόφιμα παρέχονται σε προσιτές περιοχές (δηλαδή, εύκολο για το παιδί να πάρει) και σε προσιτά μεγέθη (π.χ., μήλο, καρότο σε φέτες). Έτσι, παρόλο που τα παιδιά δεν είναι ιδιαίτερα πιθανό να πάρουν ένα ολόκληρο καρότο από μια τσάντα, είναι πιο πιθανό να τα φάνε όταν έχουν καθαριστεί και είναι κομμένα σε κατάλληλα μεγέθη.

### **Έμφυτες διατροφικές προτιμήσεις:**

Έχει παρατηρηθεί ότι ο άνθρωπος έχει μία έμφυτη προτίμηση προς τις γλυκές γεύσεις και μία αποστροφή προς τις πικρές. Αυτό συμβαίνει διότι στη φύση η γλυκύτητα παραπέμπει σε τρόφιμο υψηλής ενεργειακής αξίας, ενώ οι πικρές γεύσεις προμηνύουν την παρουσία τοξικότητας στο τρόφιμο. Μετά τη γέννηση προτιμάται η γλυκιά γεύση, ενώ η πικρή και ξινή γεύση απορρίπτονται. Οι προδιαθέσεις, για προτίμηση συγκεκριμένων γεύσεων και απόρριψη άλλων από τα παιδιά, τροποποιούνται μέσα από την πρώιμη εμπειρία τους με τα τρόφιμα.

Ο Δαρβίνος (1877) παρατήρησε, ότι μερικά παιδιά έχουν αυξημένες προτιμήσεις για το ξινό σε σύγκριση με τους ενήλικες. Επίσης, με βάση την εξέταση της έκφρασης του προσώπου των βρεφών κατά τη δοκιμή διάφορων γεύσεων, φαίνεται να υπάρχει μια έμφυτη προτίμηση για γλυκές και αλμυρές γεύσεις ενώ αποστροφή για πικρές και ξινές γεύσεις. Κατά τη γέννηση, το αλάτι δεν προκαλεί κάποια συγκεκριμένη έκφραση του προσώπου ή επιθυμία για μεγαλύτερη κατανάλωση νερού, αν και κατά τον 4<sup>ο</sup> μήνα αναπτύσσεται μια προτίμηση για αλμυρή γεύση (Μανιός, 2007).

Να μην ξεχνάμε, επίσης, ότι τα παιδιά προτιμούν γλυκές γεύσεις, γιατί έχουν μικρότερη ευαισθησία στην αντίληψη της γλυκιάς γεύσης, σε σχέση με τους εφήβους και τους ενήλικες και επιθυμούν μεγαλύτερη ποσότητα ζάχαρης, για να νιώσουν το ίδιο αίσθημα ευχαρίστησης με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Djin Gie Liem και Julie A. Mennella, 2002 και 2003).

Τέλος, πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι η γεύση των τροφίμων αποτελεί ένα μόνο παράγοντα διατροφικών προτιμήσεων. Είναι επίσης σημαντικός ο συνδυασμός των οπτικών, οσφρητικών και απτικών ερεθισμάτων (Benton, 2004).

### **Καταναλωτικά πρότυπα:**

Δεδομένου ότι κάθε άνθρωπος είναι εξ' ορισμού καταναλωτής, είναι πολύ λογικό να αναζητηθούν διάφορες καταναλωτικές συμπεριφορές και πρότυπα, δηλαδή να αναζητηθούν τα κίνητρα που ωθούν τους ανθρώπους να ψωνίζουν από τα διάφορα καταστήματα αλλά και τι αγοράζουν. Σύμφωνα με τις διαφορές που εντοπίζονται στις ανάγκες και τα «θέλω» των καταναλωτών, αυτοί δείχνουν διαφορετικά καταναλωτικά πρότυπα. Τα πρότυπα αυτά είναι κάτι παραπάνω από εμφανή και η βάση τους βρίσκεται στην προσωπικότητα του κάθε καταναλωτή, στις προηγούμενες εμπειρίες του και τις διαθέσιμες πληροφορίες (Bae, 2004).

Επιπλέον, λόγω των διαφορών που υφίστανται μεταξύ διαφορετικών ατόμων, όπως η οικονομική τους κατάσταση, η κοινωνική τους θέση και το περιβάλλον τους, κάθε καταναλωτής αναπτύσσει ένα μοναδικό αγοραστικό-καταναλωτικό πρότυπο. Για παράδειγμα, κάποιοι καταναλωτές αγοράζουν ακριβές μάρκες προϊόντων ή προϊόντα υψηλής ποιότητας, ενώ άλλοι στρέφονται σε πιο φτηνά προϊόντα, λιγότερο επώνυμα ή ακόμη και αμφίβολης ποιότητας. Γίνεται λοιπόν φανερό, ότι πολλοί παράγοντες, όπως η επωνυμία του προϊόντος, η τιμή, η ποιότητα και προσωπικά χαρακτηριστικά του καταναλωτή, συνδυάζονται για να καθορίσουν τις ξεχωριστές και μοναδικές καταναλωτικές συνήθειες κάθε ατόμου (Sproles and Kendall, 1986).

Το καταναλωτικό πρότυπο του μέσου ελληνικού νοικοκυριού διαμορφώνεται εκτός των οικονομικών παραγόντων (τιμές, εισόδημα) από μια σειρά κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών. Πιο συγκεκριμένα, η έντονη συμμετοχή της γυναίκας στην αγορά εργασίας, η ηλικιακή διάρθρωση του πληθυσμού, η ανεργία και οι επιπτώσεις της στις επιμέρους ηλικιακές ομάδες κ.ά. διαμορφώνουν ένα πρότυπο κατανάλωσης, όπου για παράδειγμα, το έτοιμο φαγητό και το φαγητό εκτός οικίας καταλαμβάνουν όλο και υψηλότερη θέση σε μερίδιο δαπάνης των νοικοκυριών με άμεση μείωση της κατανάλωσης τροφίμων εντός οικίας.

## **Αντίληψη του βάρους και διαίτα:**

Στις δυτικές κοινωνίες, η δυσαρέσκεια για το σώμα αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός, με τα κορίτσια της εφηβικής ηλικίας να εκδηλώνουν, κυρίως, τέτοιου είδους συμπεριφορές. Η δυσαρέσκεια αυτή οδηγεί τις περισσότερες φορές εφαρμογή προγραμμάτων απώλειας βάρους από τα παιδιά, στην προσπάθειά τους να αποκτήσουν καλύτερη εικόνα του εαυτού τους, τροποποιώντας με αυτό τον τρόπο τις διαιτητικές συνήθειες και επιλογές (Hill, 2002).

Μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο κατέδειξε ότι πάνω από το 50% των κοριτσιών γνώθουν ότι έχουν υπερβάλλον σωματικό βάρος και επιθυμούν την απώλειά του (Wardle J. και Marsland L., 1990).

Η ενασχόληση με το βάρος αποδεικνύεται από το ότι τα παιδιά της προεφηβικής ηλικίας επιλέγουν τρόφιμα χαμηλά σε λιπαρά και θερμίδες, προκειμένου να διατηρήσουν μία αδύνατη σιλουέτα. Σχετική μελέτη έδειξε ότι όταν αγόρια και κορίτσια ηλικίας 10 ετών είχαν πληροφορηθεί για την περιεκτικότητα λιπών σε μπισκότα, επέλεξαν αυτά με τη χαμηλότερη σύσταση σε λιπαρά. Τα ευρήματα υποστηρίζουν ότι η ενημέρωση για τη σύσταση των τροφίμων σε λιπαρά, μπορεί να επηρεάσει τις διατροφικές προτιμήσεις και κατά συνέπεια τη διατροφική πρόσληψη στα παιδιά (Engell et al, 1998).

Ανησυχία προκαλεί, ωστόσο, το φαινόμενο της εφαρμογής ανορθόδοξων πρακτικών με στόχο την απώλεια βάρους, όπως η παράλειψη γευμάτων, η χρήση χαπιών αδυνατίσματος, η πρόκληση εμετού. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω οι ειδικοί καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι έφηβοι θέτουν ως προτεραιότητα τη διατήρηση μιας αδύνατης σιλουέτας και με βάση την πεποίθηση αυτή, καθορίζουν τις διατροφικές τους επιλογές (Story et al, 1998).

## **Κρατικός Παράγοντας στη διαμόρφωση διατροφικής συνείδησης:**

Η κατανάλωση των τροφίμων που πωλούνται στο σχολικό κυλικείο, σχετίζεται με υψηλή πρόσληψη συνολικών και κορεσμένων λιπαρών, ζάχαρης και νατρίου, αλλά και με χαμηλή πρόσληψη βιταμινών και μεταλλικών στοιχείων (Griffith et al, 2000), αφού η πλειονότητά τους είναι ζαχαρώδη και σοκολατοειδή προϊόντα (Wechsler et al, 2000). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επηρεάζονται και να κατευθύνονται οι διατροφικές επιλογές των παιδιών, τα οποία αυξάνουν την πρόσληψη ανθυγιεινών τροφίμων, έναντι άλλων πιο υγιεινών επιλογών (Drewnowski, 2000). Αν και έχουν θεσπισθεί κριτήρια και κανόνες λειτουργίας των σχολικών κυλικείων, η τήρησή τους είναι αβέβαιη. Τα κίνητρα που υποκινούν την πολιτική των σχολικών κυλικείων, όσον αφορά την διάθεση των τροφίμων, δεν έχουν σχέση με διατροφικά ζητήματα. Τα κυλικεία προωθούν την πώληση και την διάθεση τροφίμων όπως συσκευασμένα σνακ, σοκολάτες, γλυκίσματα και έτοιμα φαγητά, καθώς αυτά αποδίδουν μεγαλύτερο κέρδος, από άλλα πιο υγιεινά τρόφιμα. Έτσι καθίσταται απαραίτητη η δημιουργία ενός πιο αυστηρού νομικού πλαισίου και η πραγματοποίηση πιο εντατικών ελέγχων, έτσι ώστε να προστατευτούν τα παιδιά από την έκθεση σε ανθυγιεινά τρόφιμα, σε ένα χώρο όπως το σχολείο, στο οποίο περνούν το μεγάλο μέρος της καθημερινότητάς τους.

### **1.3 Δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας σε ότι αφορά τη διατροφική αγωγή**

#### **ΕΜΠΟΔΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ**

Όσον αφορά στα εμπόδια που εμφανίζονται κατά την απώλεια βάρους, στην έρευνα των Egger και Mowbray φαίνεται ότι η κυριότερη δυσκολία στους άντρες εθελοντές είναι η αίσθηση της στέρησης λόγω της μείωσης της ποσότητας του φαγητού, το μειωμένο ενδιαφέρον για φυσική δραστηριότητα και η έλλειψη χρόνου (Egger G, 1993).

Με βάση μία άλλη έρευνα, τα κυριότερα εμπόδια που ανέφεραν οι άντρες εθελοντές

ήταν η έλλειψη κινήτρων αλλά και η επιθυμία για άμεση και εύκολη απώλεια των κιλών. Περαιτέρω ανασταλτικοί παράγοντες αποτελούσαν η αίσθηση ότι έπρεπε να προβούν σε περιορισμό συγκεκριμένων τροφίμων (μείωση του κρέατος και αύξηση των λαχανικών) καθώς και στον περιορισμό του αλκοόλ, όπως κρασιού ή μύρας. Τέλος, άλλες δυσκολίες αποτέλεσαν η έλλειψη χρόνου για το μαγείρεμα, καθώς και η περιορισμένη οικονομική δυνατότητα για συνδρομή στο γυμναστήριο (Roos, G., et al 2001).

Κατά τη φάση της απώλειας, τα εσωτερικά αλλά και εξωτερικά ερεθίσματα στα οποία υπόκεινται τα άτομα, μπορούν να δυσχεράνουν την προσπάθειά τους. Στα εσωτερικά εμπόδια μπορούν να συμπεριληφθούν η έλλειψη θέλησης για αλλαγή και η αδυναμία αντιμετώπισης προβλημάτων, ενώ στα εξωτερικά ο πειρασμός της κατανάλωσης τροφής κατά τις διακοπές ή σε άλλες κοινωνικές εκδηλώσεις (Charpman, K. and J. Ogden, 2009).

Στα εμπόδια μπορούν να ενταχθούν επίσης η επιρροή από τις διαφημίσεις, καθώς και η οικονομική κατάσταση που μπορεί να περιορίζει την δυνατότητα συμμετοχής σε προγράμματα απώλειας βάρους (Reyes, N.R., et al., 2012).

Επιπροσθέτως, το υψηλό κόστος των υγιεινών τροφίμων και η δυσκολία υιοθέτησης φυσικής δραστηριότητας φαίνεται ότι αποτελούν σημαντικά εμπόδια. Άλλες δυσκολίες που μπορούν να αναφερθούν είναι η έλλειψη ηθικής υποστήριξης από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, η απουσία ελεύθερου χρόνου λόγω φροντίδας του νοικοκυριού και των παιδιών, το στρες, τα προβλήματα υγείας, καθώς και το δέλεαρ που δημιουργεί η παρουσία τροφίμων στο σπίτι ( Young, D.R., et al, 2012).

Υπάρχουν πολλές πτυχές στη “διατροφική ένδεια” αλλά τρία από τα κύρια εμπόδια στην κατανάλωση μιας ισορροπημένης υγιεινής διατροφής (στα οποία και θα εστιάσουμε) είναι το **κόστος, η προσβασιμότητα και η γνώση**. Αυτοί οι παράγοντες οδήγησαν στην ανάπτυξη περιοχών γνωστών ως “έρημοι τροφίμων”. Το επίπεδο εκπαίδευσης και το εισόδημα καθορίζουν τις επιλογές τροφίμων και τις συμπεριφορές που μπορούν τελικά να οδηγήσουν σε ασθένειες που σχετίζονται με τη διατροφή. Η προέλευση πολλών από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι με χαμηλό

εισοδήμα υπογραμμίζει την ανάγκη για διεπιστημονική προσέγγιση όταν στοχεύουμε στις ανάγκες και τη βελτίωση των ανισοτήτων υγείας.

## ΚΟΣΤΟΣ-ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ

Το να συνίσταται η διαίτα από τρόφιμα ενεργειακά πλούσια, φτωχά σε θρεπτικότητα είναι συνέπεια της έλλειψης χρημάτων για την αγορά θρεπτικών τροφίμων. Η υψηλή τιμολόγηση στα υγιεινά τρόφιμα φαίνεται να είναι μεγαλύτερη στις περιοχές χαμηλού εισοδήματος. Επιπλέον η έλλειψη κατάλληλων εγκαταστάσεων μαγειρέματος στο σπίτι αυξάνει την ανάγκη κατανάλωσης εύκολων ή μεταφερόμενων κατ οίκον γευμάτων, τα οποία έχουν ενδεχομένως υψηλότερη ενεργειακή πυκνότητα. Ο πειραματισμός με το μαγείρεμα είναι μια πολυτέλεια, που οι ομάδες χαμηλού εισοδήματος δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά. . Οι ομάδες χαμηλού εισοδήματος αντιμετωπίζουν συγκεκριμένες προκλήσεις κατά την προσπάθειά τους για διαιτητική αλλαγή και οι λύσεις πρέπει να έχουν συγκεκριμένο στόχο. Ο πληθυσμός εν γένει αντιμετωπίζει, επίσης, πολυάριθμα εμπόδια στη διαιτητική αλλαγή, τα οποία μπορεί να αντιμετωπιστούν με τη βοήθεια “ εργαλείων” δανεισμένων από την κοινωνική ψυχολογία.

## ΕΛΛΕΙΨΗ ΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η έλλειψη γνώσης για τη σημασία της υγιεινής διατροφής δεν θεωρείται από τους καταναλωτές ως μεγάλο εμπόδιο στη διαιτητική αλλαγή, αν και είναι. Επιπλέον οι καταναλωτές αντιμετωπίζουν δυσκολία στην κατανόηση των ετικετών στις συσκευασίες των τροφίμων και του τι αποτελεί μια μερίδα ενός τροφίμου και δεν γνωρίζουν πώς να έχουν μια ισορροπημένη διαίτα. Γι αυτό τον λόγο, οι πρωτοβουλίες διατροφικής αγωγής μπορεί να βοηθήσουν στη σωστή ενημέρωση των καταναλωτών για τη λήψη αποφάσεων.

Η έλλειψη γνώσης ή οι πολλές αντικρουόμενες πληροφορίες για τη διατροφή και την υγεία, η έλλειψη κινήτρου και η απώλεια των δεξιοτήτων μαγειρέματος μπορούν να

αποτελέσουν εμπόδιο στην αγορά βασικών συστατικών και την προετοιμασία γευμάτων από αυτά .

Θεωρείται ότι ένας από τους υπεύθυνους παράγοντες για την έναρξη της διαιτητικής αλλαγής είναι η αντιλαμβανόμενη ανάγκη να γίνει αυτό. Εντούτοις, υπάρχει μια κοινή εσφαλμένη εκτίμηση της ίδιας της συμπεριφοράς μας, η οποία συνδέεται συχνά με την πεποίθηση ότι τα μηνύματα υγιεινής διατροφής στοχεύουν σε ανθρώπους πιο ευάλωτους από εμάς. Αυτό το φαινόμενο της ‘‘αισιόδοξης προκατάληψης’’ έχει σημαντικές πρακτικές επιπτώσεις στην υγεία και την προώθηση της διαιτητικής αλλαγής, καθώς η έλλειψη συνειδητοποίησης της προσωπικής συμπεριφοράς συνδέεται με χαμηλό κίνητρο για αλλαγή. Μια πιο βαθιά ματιά στον τρόπο που οι άνθρωποι κάνουν τις διαπροσωπικές συγκρίσεις σχετικά με τη δίαιτά τους μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση της διαιτητικής πρόσληψης και των παραγόντων που την επηρεάζουν, καθώς επίσης και να παρέχει προτάσεις για παρεμβάσεις διατροφικής εκπαίδευσης.

Μόλις αναγνωριστεί η ανάγκη για αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες από το άτομο, τότε ένα άλλο σημαντικό εμπόδιο στην υγιεινή διατροφή είναι **οι γευστικές προτιμήσεις**. Οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν τις υγιεινές δίαιτες μονότονες, άγευστες ή μη ικανοποιητικές. **Η έλλειψη χρόνου** αναφέρεται συχνά ως αιτία για τη μη συμμόρφωση με τις διατροφικές συμβουλές, ιδιαίτερα από τους νέους και τους μορφωμένους. **Η έλλειψη θέλησης** καθώς και το γεγονός ότι θα πρέπει κανείς να εγκαταλείψει τα αγαπημένα του τρόφιμα αναφέρονται επίσης ως εμπόδια.

Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών αποτελεί μια δύσκολη υπόθεση για τον γενικό πληθυσμό, παρά τα αναφερόμενα οφέλη. Πρακτικές πτυχές όπως το κόστος, η προετοιμασία και η μικρή διαθεσιμότητα στο χώρο εργασίας αποτελούν κοινά εμπόδια στις συνιστώμενες αλλαγές. Ως λύση έχει προταθεί η εκπαίδευση στον τρόπο αντικατάστασης των τροφίμων που συνήθως αγοράζουμε με φρούτα και λαχανικά, έτσι ώστε να μην κάνουμε καμία παραπάνω δαπάνη ούτε σε χρήματα ούτε σε προσπάθεια. Οι προσπάθειες των κυβερνήσεων , των αρχών δημόσιας υγείας, των παραγωγών και των λιανοπωλητών να προωθήσουν τα προϊόντα φρούτων και λαχανικών ως «καλή σχέση ποιότητας και τιμής» μπορούν, επίσης, να συμβάλλουν θετικά στη διαιτητική αλλαγή.

Η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που καθιστά εφικτές τις υγιεινές επιλογές τρόπου ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική για εκείνους που βρίσκονται αντιμέτωποι με ανεπαρκείς ή υπερβολικά υψηλού κόστους ψυχαγωγικές εγκαταστάσεις και περιβάλλον επικίνδυνο για περπάτημα, τρέξιμο ή ποδηλασία. Θα πρέπει να δημιουργηθούν συμμαχίες μεταξύ της κυβέρνησης, των τοπικών αρχών και των αρχών δημόσιας υγείας,, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον που να διευκολύνει τις αλλαγές του τρόπου ζωής και να συμπληρώνει τα μηνύματα διατροφής και τις πρωτοβουλίες εκπαίδευσης.

### ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ

Αντίστοιχα με τα κίνητρα, τα άτομα που έχουν κατορθώσει να διατηρήσουν με επιτυχία την απώλεια βάρους τους, αντιμετωπίζουν και εμπόδια που δυσχεραίνουν την προσπάθειά τους.

Τέτοια εμπόδια αποτελούν ο διαρκής φόβος επαναφοράς στην πρότερη κατάσταση, καθώς και ο περιορισμένος χρόνος ενασχόλησης με το βάρος, λόγω οικογενειακών και εργασιακών υποχρεώσεων (Befort, C.A., et al.,2008 , Chambers, J.A. et al ,2012).

Επιπλέον, ως δυσκολίες αναφέρονται η μειωμένη υποστήριξη από το φιλικό και κοινωνικό περιβάλλον, καθώς και η δυσκολία διατήρησης του αυτοελέγχου μακροπρόθεσμα, λόγω της καθημερινής πειθαρχίας που απαιτεί (Reyes, N.R., et al, 2012).

Παράλληλα, το κόστος συμμετοχής σε δραστηριότητες σχετικές με άσκηση, ο πειρασμός λόγω διαρκούς έκθεσης σε τρόφιμα αλλά και το στρες της καθημερινότητας δυσκολεύουν τις προσπάθειες διατήρησης (Barnes, A.S., et al., 2007).

Είναι προφανές ότι η απώλεια βάρους και η διατήρησή του είναι δύο τελείως διαφορετικές διαδικασίες, καθώς η πρώτη είναι βραχυπρόθεσμη και η άλλη είναι μακροχρόνια και συνεχή. Επιπλέον, το πρώτο διάστημα της απώλειας ενισχύει και επιβραβεύει τα άτομα, μέσω των αλλαγών της εμφάνισης και του μεγέθους των ρούχων, ωστόσο αυτές μακροπρόθεσμα θεωρούνται δεδομένες και οδηγούν τα άτομα στην σταδιακή απώλεια του ελέγχου και της πειθαρχίας (Reyes, N.R., et al., 2012).



Συμπερασματικά, η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών ενός ατόμου, χωρίς την παράλληλη ύπαρξη προγράμματος άσκησης ή ενίσχυσης της προσωπικής προσπάθειας, μπορεί να ανατρέψει τα οφέλη της απώλειας με την πάροδο του χρόνου (Tate, D.F., 2006). Η υιοθέτηση περισσότερων στρατηγικών επιτυχίας από τα άτομα που κατάφεραν να διατηρήσουν το χαμένο βάρος τους, συγκριτικά με τα άτομα τα οποία επανέκτησαν και πάλι τα κιλά που είχαν χάσει, καθώς επίσης και οι επανειλημμένες αποτυχημένες προσπάθειες απώλειας και οι εναλλαγές βάρους στους δεύτερους, μπορεί να αιτιολογήσει σε κάποιο βαθμό τη δυσκολία διατήρησης του βάρους (Chambers, J.A. et al 2012).

#### **1.4 Βασικά χαρακτηριστικά του επαγγελματία διαιτολόγου ως παράγοντα παροχής διαιτολογικών και διατροφικών υπηρεσιών**

Η υγιεινή διατροφή και η σωστή επιλογή τροφίμων αποτελούν τα κυριότερα συστατικά που βοηθούν στην προαγωγή υγείας και στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων. Η προαγωγή υγείας και η πρόληψη πρέπει να αποτελούν σημαντικά μέρη κάθε είδους αγωγής υγείας, όπως της κοινότητας, της δημόσιας υγείας και των επαγγελματικών προγραμμάτων κατά την διάρκεια του κύκλου της ζωής (Gassi A, 2001).

Οι διαιτολόγοι σε όλους τους τομείς της πρακτικής, θα πρέπει να έχουν ένα καθοριστικό ρόλο στα προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας. Ο ρόλος των διαιτολόγων αλλά και όλων των επαγγελματιών υγείας δεν επικεντρώνεται μόνο στην πρόληψη και την προώθηση του μοντέλου <<καλής υγείας>>. Στόχος τους επίσης είναι και η παρηγορητική και υποστηρικτική αγωγή, τόσο στους ίδιους τους ασθενείς όσο και στις οικογένειές τους. Φροντίζουν επομένως, για την καλύτερη υγεία των ασθενών, για την καλύτερη δηλαδή της ποιότητας ζωής τους. Η παρηγορητική αγωγή στο σύνολό της οικογένειας την καθιστά λειτουργική, συνεκτική και πιο ικανή στην προσαρμογή και στην αντιμετώπιση της τελικής διάγνωσης (Ortman et al, 2010).

Οι διαιτολόγοι διευκολύνουν τους ασθενείς στην αλλαγή των διατροφικών τους συνθηκών, ως μέτρο προσέγγισης για την προαγωγή υγείας και την πρόληψη των χρόνιων ασθενειών. Όταν η κοινωνία, η οικογένεια και ο ιδιωτικός τομέας συμμετέχουν μαζί με τους διαιτολόγους στο σχεδιασμό, την υλοποίηση, τη διανομή και την αξιολόγηση προγραμμάτων διατροφής, οι στρατηγικές αλλαγής της διατροφικής συμπεριφοράς είναι πιο αποτελεσματικές. Οι δραστηριότητες που αναφέρονται στη μόρφωση, στην πρακτική και έρευνα θα πρέπει να περιλαμβάνουν ευρείες προσεγγίσεις για να βελτιώσουν τη συμπεριφορά του ατόμου στον τομέα διατροφής και υγείας. Αυτό θα επιτευχθεί προάγοντας πρότυπα που θα βελτιώσουν την υγεία στην κοινότητα, στοχεύοντας σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες, χρησιμοποιώντας διάφορες στρατηγικές πρόληψης. Οι διαιτολόγοι θα πρέπει να αναπτύξουν και να χρησιμοποιήσουν τις ικανότητές τους στην διευκόλυνση των προγραμμάτων συμβουλών, μόρφωσης, επικοινωνίας, αξιολόγησης και ανάπτυξης τακτικής. Αυτό περιλαμβάνει την ανάπτυξη θεωριών και μοντέλων που ερμηνεύουν την αλλαγή της συμπεριφοράς. Επιπρόσθετα οι διαιτολόγοι πρέπει να είναι σε θέση να κατανοούν και να συμμετέχουν σε διάφορα προγράμματα παρέμβασης και να ενημερώνονται για τις εξελίξεις στον τομέα της υγείας, για την αποτελεσματικότερη σχέση με τους ασθενείς (WHO: Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 2004).

Η υγιεινή διατροφή και η σωστή επιλογή τροφίμων είναι τα κυριότερα συστατικά προαγωγής υγείας και μείωσης του κινδύνου εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων. Ο διαιτολόγος οφείλει να καταβάλλει προσπάθειες στην πρόληψη, αλλά είναι εξίσου σημαντικός ο ρόλος του και στην αντιμετώπιση διαφόρων ασθενειών όπως για παράδειγμα ο καρκίνος. Είναι σημαντική η σωστή διατροφική υποστήριξη των ασθενών, γιατί θα τους βοηθήσει έτσι ώστε να ανταπεξέλθουν στη θεραπεία και να αναρρώσουν γρήγορα (Τούντας Γ.).

Ο ρόλος λοιπόν του διαιτολόγου στη θεραπευτική ομάδα είναι πολύ σημαντικός, καθώς είναι σε θέση να αναγνωρίζει τους διατροφικούς παράγοντες κινδύνου και να αξιολογεί το βαθμό συμμετοχής καθενός από αυτούς στην εμφάνιση διαφόρων νοσημάτων. Συγκεκριμένα (Kirk et al ,1994):

1. Καταγράφει τις ανάγκες και την κατάσταση του ασθενή
2. Καθιερώνει ένα διατροφικό πλάνο για την φροντίδα του ασθενή, το οποίο

βασίζεται σε πληροφορίες από τη συνήθη διατροφή του. Αξιολογεί προηγούμενες διατροφικές οδηγίες, τη γνώση περί διατροφής και θέτει ένα ρεαλιστικό στόχο μαζί με το θεράποντα ιατρό.

3. Λαμβάνει πληροφορίες από το διατροφικό διάγραμμα
4. Δίνει συμβουλές και διατροφικές συστάσεις, όποτε κρίνεται αναγκαίο. Δίνει τον ορισμό της δίαιτας και εξηγεί τη σχέση μεταξύ διατροφής και ασθενειών. Είναι υπεύθυνος για την προαγωγή υγιούς συμπεριφοράς.
5. Συμβουλεύει τον ιατρό αλλά και συμβουλευέται από αυτόν για τις ειδικές ανάγκες και επιθυμίες του ασθενή.
6. Διατηρεί την επικοινωνία της ιατρικής ομάδας με την ενεργό συμμετοχή του στις συγκεντρώσεις του υγειονομικού προσωπικού.
7. Επικοινωνεί με ομάδες εξωτερικών ασθενών διδάσκοντας τα στάδια αλλαγής του τρόπου ζωής.
8. Παρακολουθεί τη διατροφική πρόοδο του ασθενή: τον έλεγχο της μερίδας, την ποιότητα των γευμάτων.
9. Ελέγχει τη διατροφική πρόοδο των ασθενών με τον επανέλεγχο και την αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης του επιθυμητού στόχου.
10. Συμμετέχει στη διαχείριση και την αξιολόγηση πηγών, σχεδιαγραμμάτων και αποτελεσμάτων.
11. Οφείλει να επικοινωνεί με τον ασθενή, να τον ακούει, για την καλύτερη δυνατή φροντίδα του.

Σύμφωνα με το DAA (Σύλλογος Διαιτολόγων Αυστραλίας) οι ρόλοι και οι αρμοδιότητες ενός διαιτολόγου περιλαμβάνουν:

- Τη συλλογή, οργάνωση και αξιολόγηση των δεδομένων που αφορούν στην υγεία και τη διατροφική κατάσταση των ατόμων, ομάδων και πληθυσμών.
- Την ερμηνεία επιστημονικών πληροφοριών και την κοινοποίηση πληροφοριών, συμβουλών, εκπαίδευσης και επαγγελματικής γνώμης σε άτομα, ομάδες και κοινότητες.
- Τη διαχείριση πελατοκεντρικής διατροφικής αγωγής με τον σχεδιασμό κατάλληλων διαιτών και γευμάτων, και την εκπαίδευση σύμφωνα με τις ατομικές διατροφικές ανάγκες και του τρόπου πρόσβασης και προετοιμασίας

του φαγητού.

- Τον σχεδιασμό, υλοποίηση και αξιολόγηση προγραμμάτων διατροφής με ομάδες, κοινότητες, ή πληθυσμούς ως μέρος μιας ομάδας. Αυτό μπορεί να ενταχθεί σε ένα περιβάλλον μιας κοινότητας, δημόσιας υγείας ή βιομηχανίας.
- Τη διαχείριση των συστημάτων παροχής υπηρεσιών εστίασης για την παροχή ασφαλών και θρεπτικών τροφίμων από το σχεδιασμό διατροφικά κατάλληλων γευμάτων και το σχεδιασμό και εφαρμογή διατροφικών πολιτικών (nutrition policies)
- Την ανάληψη έρευνας των τροφίμων και της διατροφής.(IDA ,2008)

Τα καθήκοντα του διαιτολόγου χωρίζονται σε τρεις κλάδους και είναι οι εξής:

i. Κλινικός διαιτολόγος

Ο κλινικός διαιτολόγος, εκτός από τα καθήκοντα του ως Διαιτολόγος, βοηθά άτομα με προβλήματα υγείας που έχουν σχέση με την κλινική Διαιτολογία να βελτιώσουν την κατάστασή τους, σχεδιάζοντας για αυτά το κατάλληλο διαιτολόγιο και την κατάλληλη διατροφική/διαιτολογική θεραπευτική αγωγή. Δρα σαν μέλος της Ομάδας Επαγγελματιών Υγείας και θεωρείται μέλος των παραϊατρικών επαγγελμάτων ή άλλων ιατρικών υπηρεσιών. Μπορεί επίσης να ασχοληθεί με έρευνα ή με την εκπαίδευση, την νομοθεσία και την πολιτική σε σχέση με τα τρόφιμα και την διατροφή.

ii. Διαιτολόγος

Αναγνωρίζεται ως υπεύθυνος για τη διατροφή του ατόμου. Βοηθά μεμονωμένα άτομα, αλλά και σύνολα ατόμων να επιλέγουν τα σωστά τρόφιμα (ποσοτικά και ποιοτικά), σχεδιάζοντας το κατάλληλο διαιτολόγιο με σκοπό την προμήθεια του ανθρώπινου οργανισμού με κατάλληλες θρεπτικές ουσίες για την εξασφάλιση μιας υγιεινής ζωής και την πρόληψη και αντιμετώπιση ορισμένων καταστάσεων που σχετίζονται με την διατροφή. Μπορεί επίσης να ασχοληθεί με την έρευνα, την εκπαίδευση ή με την νομοθεσία και την πολιτική σε σχέση με τα τρόφιμα και την διατροφή. Θεωρείται μέλος των παραϊατρικών επαγγελμάτων ή άλλων ιατρικών υπηρεσιών. Μπορεί να έχει κατεύθυνση στην κοινοτική ή/και διοικητική διαιτολογία.

iii. Διατροφολόγος

Ο διατροφολόγος ή/και κλινικός διαιτολόγος δικαιούται να δώσει γενικές συμβουλές σε μεμονωμένες ομάδες από υγιή άτομα, σε σχέση με την υγιεινή διατροφή και την πρόληψη χωρίς να σχεδιάζει ατομικά διαιτολόγια. Μπορεί να συμμετάσχει στην έρευνα ή στην εκπαίδευση ή στην νομοθεσία και την πολιτική σε σχέση με τα τρόφιμα και την διατροφή. Μπορεί να έχει κατεύθυνση στην κοινοτική διαιτολογία (Charman , 2001).

## **2.ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΒΑΡΟΥΣ & ΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ/ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ:**

### **2.1 Μέθοδοι Απώλειας Βάρους από τον επαγγελματία διαιτολόγο**

Η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT) είναι τεχνική που αποσκοπεί στο να βοηθήσει έναν ασθενή να τροποποιήσει την ενόραση του και την κατανόηση των σκέψεων και πεποιθήσεων σχετικά με τη ρύθμιση βάρους, την παχυσαρκία και των συνεπειών της. Επίσης, αντιμετωπίζει άμεσα τις συμπεριφορές που απαιτούν αλλαγή για την επιτυχή απώλεια βάρους και συντήρησής του (Karger, 2008).

Η CBT περιλαμβάνει διάφορα στοιχεία, όπως η αυτό-παρακολούθηση, τεχνικές έλεγχου της κατανάλωσης τροφίμων, τον έλεγχο των ερεθισμάτων, καθώς και την εκ νέου ενίσχυση. Η CBT θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της διαιτητικής αντιμετώπισης, ως ένα πληρέστερο, δομημένο πρόγραμμα, και να αποτελεί τη βάση της παρέμβασης. Η CBT πρέπει να παρέχεται όχι μόνο από ψυχολόγους, αλλά και από άλλους εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας, όπως γιατροί, διαιτολόγοι, φυσιολόγοι άσκησης ή ψυχίατροι (Karger, 2008).

Συμπεριφορικά προγράμματα διαχείρισης βάρους συχνά ενθαρρύνουν τους ασθενείς να επιβραβεύουν τις μικρές θετικές αλλαγές συμπεριφοράς με ευχάριστες δραστηριότητες ή με υλικά αγαθά. Για παράδειγμα, ένας ασθενής ο οποίος αγωνίζεται να κρατήσει τις θερμίδες του κάτω από το στόχο θα μπορούσε να

ανταμείψει τον εαυτό του στο τέλος της κάθε ημέρας με 15 λεπτά διαβάζοντας ένα νέο αγαπημένο μυθιστόρημα. Άλλες ανταμοιβές μπορεί να περιλαμβάνουν νέα ρούχα, ένα βράδυ έξω για μια παράσταση, ένα Σαββατοκύριακο μακριά ή το χρόνο που δαπανάται σε ένα αγαπημένο χόμπι.

Ένα πράγμα που όλοι οι γιατροί και οι επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να έχουν κατά νου στην προσπάθειά τους να βοηθήσουν τους ασθενείς με το βάρος τους είναι ότι η μακροπρόθεσμη αλλαγή σωματικού βάρους απαιτεί αλλαγές σε συμπεριφορές που καθορίζουν το ενεργειακό ισοζύγιο, το φαγητό, και την άσκηση. Ενώ υπάρχουν ακόμα πολλά ερωτήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν στον τομέα αυτό, προς το παρόν, εκτός από τη χειρουργική επέμβαση, η θεραπεία της συμπεριφοράς είναι η πιο τεκμηριωμένη και πιο καθιερωμένη μέθοδος για την επίτευξη μεμονωμένης αλλαγής συμπεριφοράς για την απώλεια βάρους και τη συντήρηση (Levy et al.,2007).

Έτσι, προτείνεται η ακόλουθη προσέγγιση για τη θεραπεία της παχυσαρκίας:

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει αρχικά να αξιολογούν ό, τι έχει δοκιμάσει ο ασθενής στο παρελθόν για απώλεια βάρους. Αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει την εξέταση της "μανίας" για δίαιτες, τις δίαιτες από Internet, από γνωστούς κλπ. Ένα καλό πρώτο βήμα θα ήταν να κάνει απλώς συστάσεις για υγιεινή διατροφή και άσκηση στους ασθενείς. Ειδικά, θα πρέπει να δοθούν επίπεδα στόχων για την πρόσληψη θερμίδων και την άσκηση, ξεκινώντας με μικρά, εφικτά βήματα, και συνεχή έλεγχο για την εκτίμηση της προόδου. Πιστεύεται ότι αυτό το σημείο εκκίνησης είναι κατάλληλο για όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από το αρχικό σωματικό βάρος, το ιστορικό παχυσαρκίας, ή προηγούμενες προσπάθειες απώλειας βάρους. Όπως συμβαίνει και με άλλες παθήσεις, η παχυσαρκία απαιτεί πιο σκληρή θεραπεία σε άτομα που πάσχουν από υψηλού βαθμού παχυσαρκίας και για μεγάλο χρονικό διάστημα, αλλά ακόμη και εκείνοι με παρατεταμένο ιστορικό παχυσαρκίας και συνυπάρχουσες παθήσεις επιτυγχάνουν συχνά, κλινικά σημαντικό ιατρικό όφελος από αυτή την προσέγγιση (Levy et al.,2007).

## 2.2 Μέθοδοι Διαφοροποίησης και Βελτίωσης της Διατροφικής Συμπεριφοράς

Για κάθε συμπεριφορά και ιδιαίτερα γι' αυτές που σχετίζονται με τη διατροφή, υπάρχουν στο περιβάλλον ερεθίσματα που την πυροδοτούν, δηλαδή συνθήκες που διευκολύνουν τη συχνότερη εμφάνισή της. Είναι σίγουρο ότι εάν με κάποιο τρόπο μπορούσε να παρέμβει κάποιος ώστε να περιορίσει τα ερεθίσματα και τις συνθήκες αυτές, θα υπήρχε και αντίστοιχη μείωση της συχνότητας εμφάνισης της συγκεκριμένης ανεπιθύμητης συμπεριφοράς.

Για παράδειγμα μερικές από τις οδηγίες που εφαρμόζονται σε προγράμματα διαχείρισης βάρους είναι οι ακόλουθες:

- Προσπαθήστε να τρώτε μόνο τις προκαθορισμένες ώρες και στους προκαθορισμένους χώρους
- Μη συνδυάζετε το φαγητό με άλλες δραστηριότητες
- Μη φέρνετε στο σπίτι τρόφιμα τυποποιημένα που τρώγονται χωρίς προετοιμασία
- Να τοποθετείτε τα τρόφιμα σε ορισμένους χώρους και όχι σε κοινή θέα
- Να αγοράζετε τρόφιμα μόνο όταν έχετε φάει

Η αναφορά των σημαντικών παραγόντων (π.χ. η διαθεσιμότητα τροφίμων υψηλής θερμιδικής αξίας, το μεγάλο μέγεθος των μερίδων, η πείνα που προκύπτει από την παράλειψη γευμάτων) και των συνεπειών της σωστής διατροφής (π.χ. η αγορά καινούργιων ρούχων σε μικρότερα μεγέθη, η καλή υγεία), δημιουργούν ένα ευνοϊκό περιβάλλον επιλογής υγιεινών συμπεριφορών διατροφής και άσκησης.

Η ανάλυση της συμπεριφοράς της διαχείρισης βάρους περιλαμβάνει τις εξής βασικές συνιστώσες: τον αυτοέλεγχο, τον καθορισμό στόχων, τον έλεγχο των ερεθισμάτων, την κοινωνική υποστήριξη και ενίσχυση των προσπαθειών (Levy et al., 2007). Για τον καλύτερο έλεγχο της αλλαγής συστήνεται ο καθορισμός μικρών στόχων (π.χ. άσκηση 10 λεπτά την ημέρα, μία μικρή φρυγανιά για πρωινό). Κάθε μικρός στόχος

ανταμείβεται και οι στόχοι σταδιακά γίνονται μεγαλύτεροι και πιο πολύπλοκοι μέχρι να επιτευχθεί η συμπεριφορά στόχος. Οι μικροί στόχοι οδηγούν στην πρόωρη επιτυχία, η οποία δημιουργεί αύξηση της αυτο-αποτελεσματικότητας και ενίσχυση του κινήτρου. Τέλος, το επίκεντρο της ρύθμισης του στόχου είναι η αύξηση των ερεθισμάτων που προωθούν την επίτευξη του στόχου και η μείωση των ερεθισμάτων τα οποία αποθαρρύνουν την επίτευξη του στόχου. Οι περισσότεροι ασθενείς ξέρουν ότι πρέπει να τρώνε λιγότερο και να γυμνάζονται περισσότερο, αλλά αναφέρουν ότι τους είναι δύσκολο να το πραγματοποιήσουν. Καταλαβαίνουμε λοιπόν ότι ο καθορισμός στόχων και η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που ευνοεί την απώλεια βάρους είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχία (Catania, 1973).

Οι ασθενείς πρέπει να ενθαρρύνονται να αυξήσουν τον αριθμό των ερεθισμάτων που προωθούν την υγιεινή διατροφή και την άσκηση (π.χ. μπουλ με φρέσκα φρούτα στο τραπέζι ή αξεσουάρ άσκησης κοντά σε πόρτα) και να μειώσουν τον αριθμό των ερεθισμάτων που προωθούν την υπερκατανάλωση τροφής και την αδράνεια (π.χ. βάζο μπισκότων ή τηλεόραση). Για να κρατηθούν οι ασθενείς επικεντρωμένοι στις προσπάθειες ελέγχου του βάρους τους, καλούνται συχνά να κρατήσουν ένα γράφημα της προόδου τους ή ένα μικρότερου μεγέθους ρούχο σε ορατή θέση. Συνιστάται οι ασθενείς να αποφεύγουν τους μπουφέδες, ορισμένα τμήματα των super markets, καθώς και άλλες τοποθεσίες υψηλού κινδύνου. Τρόφιμα υψηλής θερμιδικής αξίας δεν θα πρέπει να αγοράζονται, αλλά αν αυτό δεν είναι δυνατόν, αυτά τα τρόφιμα πρέπει να αποθηκεύονται στο πίσω μέρος του ντουλαπιού, σε μη ορατή θέση.

Ένας άλλος λόγος υπερκατανάλωσης τροφής και μειωμένης άσκησης είναι ο "λάθος" τρόπος σκέψης. Σκέψεις όπως, «Είχα μια άσχημη μέρα, γι 'αυτό αξίζω μια απόλαυση», «Θέλω να αγοράσω αυτήν την καραμέλα για την επίσκεψη στα εγγόνια μου», ή «Ηξερα ότι ποτέ δεν θα τα καταφέρω να χάσω βάρος» συχνά προηγούνται των περιόδων υπερκατανάλωσης τροφής ή αδράνειας. Τυχόν αρνητικός, λοιπόν, τρόπος σκέψης, πρέπει να αξιολογείται εκ νέου και να προωθούνται σκέψεις που θα είναι ευνοϊκές για την απώλεια βάρους, όπως "αξίζω μια απόλαυση, έτσι νομίζω ότι θα κάνω ένα ζεστό μπάνιο", "Τα εγγόνια μάλλον δεν χρειάζεται να τρώνε γλυκά, είτε ίσως μπορώ να τους πάρω κάποιο άλλο αντικείμενο και όχι τρόφιμο" ή "Παρόλο που



παρασύρθηκα και αυτή τη φορά, μπορώ να μάθω από αυτό και θα τα πάω καλύτερα την επόμενη φορά."

Τα απτά οφέλη της απώλειας βάρους (π.χ. το να φοράνε ρούχα μικρότερου μεγέθους, η βελτίωση της κινητικότητας, η μείωση των κινδύνων για την υγεία, οι φιλοφρονήσεις από τους άλλους) μπορεί να ενισχύουν την απώλεια βάρους κατά τα πρώτα στάδια, αλλά η δυσκολία της διατήρησης της απώλειας βάρους υποδηλώνει ότι απαιτείται επιπλέον θετική ενίσχυση (Levy et al., 2007).

### **2.3 Παχυσαρκία και τροποποίηση Διατροφικής Συμπεριφοράς**

Η παχυσαρκία κατατάσσεται σήμερα ανάμεσα στα νοσήματα με τη μεγαλύτερη συχνότητα στο σύγχρονο πληθυσμό. Σύμφωνα με την Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σήμερα υπάρχουν πάνω από ένα δισεκατομμύριο υπέρβαροι ενήλικες και πάνω από 300 εκατομμύρια παχύσαρκοι σε όλο τον κόσμο. Αν και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας δεν υπάρχει θεραπεία της παχυσαρκίας, ωστόσο υπάρχουν κάποιες μέθοδοι που μπορούν να οδηγήσουν στην απώλεια βάρους. Βέβαια, πρέπει πάντοτε να υπάρχει συνδυασμός των θεραπευτικών μέτρων. Αυτά τα θεραπευτικά μέτρα είναι τα εξής (Yoshiko Adachi, 2005):

#### **Αλλαγή τρόπου διατροφής.**

- Στην πλειοψηφία πρόκειται για διόρθωση της υπερβολικής ενεργειακής πρόσληψης, αλλά και της ποιότητας της τροφής. Στόχος είναι η βοήθεια του ασθενούς έτσι ώστε να βρει μία διατροφική ισορροπία.

- Συνιστάται να εκπαιδευθεί ο πάσχων, δηλαδή, να μπορεί να εκτιμά τη διατροφική του πρόσληψη, γνωρίζοντας το ενεργειακό περιεχόμενο των τροφών, και να μπορεί να αναλύει τη σημασία των ενδιάμεσων γευμάτων και των καταστάσεων που τις προκαλούν. Η τήρηση διατροφικού ημερολογίου είναι ένα χρήσιμο εργαλείο.

- Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η θεραπεία των διαταραχών της διατροφικής συμπεριφοράς, διότι η επεισοδιακή υπερφαγία, η νυχτερινή υπερφαγία και τα συχνά

ενδιάμεσα γεύματα, είναι πηγές σημαντικής θερμιδικής πρόσληψης και ο έλεγχός τους μπορεί να είναι αρκετός για τη μείωση του υπερβάλλοντος βάρους.

· Για την επίτευξη των παραπάνω είναι σημαντική η συνεργασία με τους ειδικούς σε θέματα διατροφής και άθλησης, επιστήμονες διαιτολόγους και καθηγητές φυσικής αγωγής αντίστοιχα, για την αρτιότερη και επιστημονικότερη καθοδήγηση του κοινού.

### **Τροποποίηση διατροφικής συμπεριφοράς.**

· Ο ενεργός αυτοέλεγχος της διατροφικής συμπεριφοράς και της σωματικής δραστηριότητας, είναι το κύριο σημείο αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης, η οποία στηρίζεται στις μεθόδους ελέγχου των ερεθισμάτων, τη θετική ενδυνάμωση του ατόμου και την αναζήτηση οικογενειακής και κοινωνικής υποστήριξης.

· Η ψυχολογική υποστήριξη αποτελεί απαραίτητο τμήμα της θεραπείας συμπεριφοράς, ιδίως όταν το αίτημα του ασθενούς για απώλεια βάρους δεν είναι πραγματικό και οφείλεται σε ψυχικά αίτια.

· Ψυχοθεραπεία ενδείκνυται σε περιπτώσεις κατάθλιψης, διαταραχής της εικόνας του σώματος και όταν οι διαταραχές της διατροφικής συμπεριφοράς σχετίζονται με ψυχολογικά προβλήματα.

### **τεχνικές συμπεριφοράς για την παχυσαρκία:**

- έλεγχος ερεθισμάτων (περιορισμός των ερεθισμάτων που οδηγούν στο φαγητό)
- αργή κατανάλωση τροφής (μάσηση κάθε μπουκιάς 20 φορές και να τρώνε σκληρές τροφές)
- καθορισμός στόχων (αλλαγή συμπεριφοράς και απώλεια βάρους)
- αυτο-παρακολούθηση (καταγραφή βάρους, γευμάτων και συμπεριφοράς-στόχου)
- ενίσχυση προόδου (πρακτική βαθμολόγησης συμπεριφοράς, ανταμοιβές)
- διαχείριση του άγχους

- επίλυση προβλημάτων των μεθόδων αλλαγής συμπεριφοράς
- γνωσιακή αναδόμηση (αλλαγή στερεότυπων σκέψεων)
- κοινωνική υποστήριξη (οικογένεια, φίλοι, χώρος εργασίας)

Βασικά συστατικά ενός ολοκληρωμένου προγράμματος τροποποίησης του τρόπου ζωής για να επιτευχθεί και να διατηρηθεί ένα 7% έως 10% απώλεια βάρους σε 1 χρόνο ή περισσότερο (Wadden, 2012):

Εργαλεία	Απώλεια Βάρους	Διατήρηση Απώλειας Βάρους
Συχνότητα και Διάρκεια συνεδρίας	Εβδομαδιαία επαφή, αυτοπροσώπως ή τηλεφωνικά, για 20-26 εβδομάδες, το διαδίκτυο αποδίδει μικρότερη απώλεια βάρους	Επαφή κάθε 2 <sup>η</sup> εβδομάδα για 52 εβδομάδες ή και περισσότερο (η μηνιαία συνεδρία μπορεί να είναι επαρκής σε κάποιες περιπτώσεις)
	Ομαδικά ή ατομική επαφή	Ομαδικά ή ατομική επαφή
Διαιτητική Αντιμετώπιση	Δίαιτα χαμηλών θερμίδων	Ισοθερμιδική δίαιτα για διατήρηση απώλειας βάρους
	Τυπική σύνθεση μακροθρεπτικών: ≤30% λίπος (≤7% κορεσμένο), 15%-25% πρωτεΐνη, το υπόλοιπο υδατάνθρακες	Τυπική σύνθεση μακροθρεπτικών: παρόμοια με εκείνη για την απώλεια βάρους.
Συμπεριφοριστική Θεραπεία	Καθημερινή παρακολούθηση της πρόσληψης τροφής και της σωματικής δραστηριότητας με τη χρήση καταγραφής σε	Περιστασιακή παρακολούθηση της πρόσληψης τροφής και της σωματικής δραστηριότητας με τη χρήση παρόμοιων

ημερολόγιο	ημερολογίων.
Εβδομαδιαία παρακολούθηση του βάρους	Παρακολούθηση του βάρους δύο φορές την εβδομάδα.

## 2.4 Διαιτολογικές Στρατηγικές με στόχο την απώλεια βάρους

Οι ασθενείς θα πρέπει να κατανοήσουν ότι, δεδομένου ότι η παχυσαρκία είναι μια χρόνια ασθένεια, η διαχείριση βάρους θα πρέπει να γίνεται εφ' όρου ζωής. Οι στόχοι της απώλειας βάρους θα πρέπει να (Karger, GmbH και Freiburg, 2008):

- είναι ρεαλιστικοί,
- είναι εξατομικευμένοι,
- αποσκοπούν στην μακροπρόθεσμη διατήρηση βάρους.

Πρακτικοί στόχοι της απώλειας βάρους είναι οι εξής (WHO, 1997 και Poirier et al., 2006):

- 15% απώλεια βάρους σε διάστημα 6 μηνών είναι ρεαλιστικός στόχος και έχει αποδεδειγμένο όφελος για την υγεία
- Μία μεγαλύτερη (20% ή περισσότερο) απώλεια βάρους μπορεί να θεωρηθεί εφικτή για τα άτομα με μεγαλύτερο βαθμό παχυσαρκίας (ΔΜΣ. 35 kg/m<sup>2</sup>).
- Η διατήρηση της απώλειας βάρους και η πρόληψη και θεραπεία της συννοσηρότητας είναι τα βασικά κριτήρια για την επιτυχία.

Οι διατροφικές συμβουλές θα πρέπει να ενθαρρύνουν την υγιεινή διατροφή και να τονίζουν την ανάγκη να αυξηθεί η κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης, φυτικών ινών, λαχανικών και φρούτων, καθώς και να αντικατασταθούν τα

γαλακτοκομικά και κρέατα υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, με χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά (Dansinger et al., 2007 και Hainer et al., 2008).

Η κατάλληλη διαιτητική αγωγή μπορεί να επιτευχθεί με διάφορους τρόπους:

Γενικές συμβουλές (Karger, GmbH και Freiburg, 2008):

- Μείωση ενεργειακής πυκνότητας των τροφίμων και των ποτών.
- Μείωση του μεγέθους των μερίδων φαγητού.
- Αποφυγή 'τσιμπολογήματος' μεταξύ των γευμάτων.
- Να μη γίνεται παράλειψη του πρωινού και αποφυγή κατανάλωσης φαγητού κατά τη διάρκεια της νύχτας.
- Διαχείριση και μείωση των επεισοδίων απώλειας του ελέγχου ή υπερφαγίας.

Ειδικές συμβουλές:

Η χορήγηση υποθερμιδικής δίαιτας θα πρέπει να εξατομικεύεται και να λαμβάνει υπόψη τις ατομικές διατροφικές συνήθειες, τη φυσική δραστηριότητα, τη συννοσηρότητα, τις προηγούμενες προσπάθειες διαχείρισης βάρους και να μην προκαλεί μεγάλες στερήσεις. Οι ελαφρώς υποθερμιδικές δίαιτες έχουν καλύτερα, μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, λιγότερες παρενέργειες, επιτρέπουν ποικιλία στη διατροφή και καλύτερη κοινωνική ζωή (Karger, GmbH και Freiburg, 2008). Πρακτικά, η διαιτητική προσέγγιση συνιστάται σε μείωση κατά 15-30% της λήψης τροφής ή πρόσληψη περίπου των 2/3 της ημερήσιας ενεργειακής δαπάνης όπως αυτή υπολογίστηκε από την ηλικία, το φύλο, το βάρος και το σύνηθες επίπεδο σωματικής δραστηριότητας. Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε τακτική και μακροπρόθεσμη βάση δίαιτες χαμηλών ή πολύ χαμηλών θερμίδων.

Για τη διαχείριση του βάρους θα πρέπει να εξασφαλιστεί ότι οι δίαιτες είναι ασφαλείς, δηλαδή ότι θα αποφευχθεί η πρόκληση υψηλών επιπέδων της μεταγευματικής γλυκόζης και των λιπιδίων στον ορό του αίματος, ότι προκαλούν τη βέλτιστη σύνθεση των λιπιδίων του ορού του αίματος για την πρόληψη της στεφανιαίας νόσου, ότι δεν αυξάνουν τον κίνδυνο υπέρτασης ή καρκίνου, περιέχουν επαρκή πρόσληψη θρεπτικών συστατικών και διατηρούν την απώλεια βάρους.

Χαμηλές σε υδατάνθρακες δίαιτες και δίαιτες με υψηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά δεν συνιστώνται (Strychar, 2006).

Η έμφαση που δίνεται στην αναλογία μακροθρεπτικών συστατικών στα διάφορα διαιτολόγια (χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, χαμηλή σε υδατάνθρακες, υψηλή σε πρωτεΐνες κτλ.) δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματικότερη από ένα κλασικό υποθερμιδικό διαιτολόγιο, εκτός από αυτό με χαμηλό γλυκαιμικό φορτίο (περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες της δίαιτας X γλυκαιμικό δείκτη) (Nordmann et al., 2006).

Οι διαιτητικές παρεμβάσεις παραμένουν ο ακρογωνιαίος λίθος των προσπαθειών για απώλεια βάρους. Αυτό συμβαίνει επειδή τα παχύσαρκα άτομα συνήθως βρίσκουν ευκολότερο να μειώσουν την τροφική πρόσληψη παρά το να αυξήσουν τη φυσική τους δραστηριότητα προκειμένου να παράγουν ένα αρνητικό ισοζύγιο ενέργειας. Πολλές δίαιτες για την απώλεια βάρους είναι διαθέσιμες αλλά όλες διαφέρουν σε δύο βασικές διαστάσεις: στο ενεργειακό περιεχόμενο και την ισορροπία μακροθρεπτικών συστατικών. Το θερμιδικό περιεχόμενο μιας δίαιτας είναι μέχρι στιγμής ο πιο σημαντικός παράγοντας για την απώλεια βάρους. Όσο χαμηλότερη είναι η θερμιδική πρόσληψη, τόσο μεγαλύτερο το ενεργειακό έλλειμμα και ως αποτέλεσμα και η απώλεια βάρους. Εάν ένα άτομο βρίσκεται σε αρνητικό ενεργειακό ισοζύγιο, η σχετική ισορροπία υδατανθράκων και λίπους έχει μικρή επίδραση στην απώλεια βάρους. Οι δίαιτες για την απώλεια βάρους συνήθως κατηγοριοποιούνται με βάση το θερμιδικό τους περιεχόμενο. Οι δίαιτες πολύ χαμηλών θερμίδων παρέχουν λιγότερες από 800 kcal/ημέρα, ενώ οι δίαιτες χαμηλών θερμίδων περιέχουν από 800 έως και 1500 kcal/ημέρα. Ο όρος «υποθερμιδική ισορροπημένη δίαιτα» χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει υποδείγματα διαιτολογίων που παρέχουν περισσότερες από 1500 kcal/ημέρα από συμβατικές τροφές, με μία κατάλληλη ισορροπία μακροθρεπτικών συστατικών (Wadden et al., 2006).

Το τελικό όφελος μιας δίαιτας για την απώλεια βάρους θα πρέπει να κριθεί σε μακροχρόνιο επίπεδο, όχι βραχυχρόνια, όσον αφορά τις αλλαγές στο βάρος και στην υγεία (Wadden et al., 2006).

## **2.5 Διαιτολογικές Στρατηγικές με σκοπό την προώθηση της Υγιεινής Διατροφής**

1. Στη γεωργική πολιτική, η γεωργία και άλλες πτυχές της αλυσίδας εφοδιασμού τροφίμων πρέπει να είναι συνεπείς με το στόχο της δημόσιας υγείας. Η σημερινή πολιτική των κινήτρων για τη παραγωγή τροφίμων με υψηλή περιεκτικότητα ζάχαρης και λίπους θα πρέπει να αναθεωρηθεί και να επανεξεταστεί. Θα πρέπει να ενθαρρύνεται η βιώσιμη τοπική παραγωγή.

2. Οι παραγωγοί πρωτογενών προϊόντων (όπως οι αγρότες και κτηνοτρόφοι) θα πρέπει να ενθαρρύνονται και να τους δοθούν κίνητρα για την αναθεώρηση των χαρακτηριστικών των προϊόντων τους, δηλαδή να μειώσουν τα συνολικά λιπαρά, τα κορεσμένα λιπαρά, τη ζάχαρη και το αλάτι.

3. Τα οικονομικά μέτρα θα διευκολύνουν την πιο υγιεινή επιλογή τροφίμων και θα περιορίσουν την κατανάλωση λιπαρών και ζάχαρης. Δηλαδή, θα ήταν καλό να πραγματοποιηθεί αύξηση της τιμής των υψηλά ενεργειακών προϊόντων και ποτών και μείωση της τιμής των φρούτων και των λαχανικών, λαμβάνοντας υπόψη τις επιπτώσεις τους σε ομάδες χαμηλού εισοδήματος.

4. Οι πολεοδόμοι και οι τοπικές κυβερνήσεις θα πρέπει να εξετάσουν τη θέση των καταστημάτων τροφίμων. Θα πρέπει να υποστηριχθούν οι τοπικές αγορές και να εξασφαλίζεται η ομοιόμορφη κατανομή των διαφόρων τύπων των καταστημάτων τροφίμων. Οι έμποροι λιανικής πώλησης θα πρέπει να ενθαρρύνονται να διαθέτουν πιο υγιεινά τρόφιμα τα οποία θα διατίθενται σε όλα τα σημεία πώλησης, σε προσιτές τιμές για τις ομάδες χαμηλού εισοδήματος. Τα σημεία προώθησης προϊόντων θα πρέπει να δημιουργούνται για υγιεινές επιλογές και να αποθαρρύνονται για λιγότερο υγιεινές επιλογές.

5. Ο ιδιωτικός τομέας πώλησης τροφίμων θα πρέπει να ενθαρρύνεται να παρέχει επιλογές τροφίμων συμβατές με τη διατροφή με βάση τις κατευθυντήριες γραμμές. Καταστήματα λιανικής πώλησης τροφίμων και έτοιμων γευμάτων θα πρέπει να αποθαρρύνονται να προωθούν τρόφιμα υψηλής ενεργειακής πυκνότητας.

6. Στη διαφήμιση και προώθηση τροφίμων, ο όγκος της εμπορικής προώθησης των τροφίμων και μη αλκοολούχων ποτών στα παιδιά θα πρέπει να μειωθεί τόσο μέσω

της αυτορρύθμισης της βιομηχανίας και του νόμου. Η προώθηση πρέπει να ορίζεται σε όλες τις μορφές επικοινωνίας συμπεριλαμβανομένων των διαγωνισμών, το σημείο της προώθησης πωλήσεων, τη συσκευασία, τις κληρώσεις, τα δώρα, την τοποθέτηση προϊόντων, τη χορηγία, τη χρήση χαρακτήρων κινουμένων σχεδίων, τα νέα μέσα, όπως τα κινητά τηλέφωνα και το Διαδίκτυο, και μαζική διαφήμιση των μέσων ενημέρωσης.

7. Οι ετικέτες τροφίμων πρέπει να είναι υποχρεωτικές για τα προϊόντα που περιέχουν υψηλές ποσότητες λίπους, ζάχαρης, αλατιού και ενέργειας. Οι ετικέτες πρέπει να είναι εύκολα κατανοητές, τυποποιημένες, και με βάση ενός συμφωνημένου συστήματος θρεπτικών χαρακτηριστικών.

8. Η παροχή τροφίμων στα σχολεία και νηπιαγωγεία θα πρέπει να βελτιωθεί με την εξασφάλιση ότι οι υπηρεσίες εστίασης βελτιώνουν τη διατροφή με βάση τις κατευθυντήριες γραμμές υγιεινής διατροφής, παρέχοντας φρούτα και λαχανικά και δροσερό νερό και αποφυγή πώλησης τροφίμων και ποτών υψηλής ενεργειακής πυκνότητας και χαμηλής θρεπτικής αξίας από μηχανήματα αυτόματης πώλησης.

9. Στους χώρους εργασίας θα πρέπει να παρέχεται μια ποικιλία από υγιεινές επιλογές τροφίμων .

10. Δεν θα πρέπει να βρίσκονται στα νοσοκομεία Fast foods και μηχανήματα αυτόματης πώλησης που παρέχουν υψηλής ενεργειακής πυκνότητας και χαμηλής θρεπτικής αξίας τρόφιμα.

11. Όσον αφορά την πληροφόρηση και την εκπαίδευση, θα πρέπει να εκτελούνται τακτικά κοινωνικές διαφημιστικές εκστρατείες για την ενθάρρυνση του υγιούς τρόπου ζωής και την ενημέρωση του κοινού σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία ενός υπέρβαρου ατόμου. Ένας υγιής τρόπος ζωής θα πρέπει να προωθηθεί με την ενσωμάτωση θετικών μηνυμάτων αλλαγής συμπεριφοράς σε τηλεοπτικά προγράμματα και σε περιοδικά. Επίσης, θα πρέπει να υποστηριχτεί η διατροφική εκπαίδευση μαθητών στα σχολεία.

12. Όσον αφορά το θηλασμό και τη συμπληρωματική διατροφή, θα πρέπει να προωθείται ο αποκλειστικός θηλασμός, η επιβολή του διεθνούς κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, και η ανάπτυξη πολιτικών απασχόλησης των



γυναικών που επιτρέπουν αρκετά μεγάλη άδεια μητρότητας και υποστήριξη από τον χώρο εργασίας.

## **2.6 Η σημασία του αυτοελέγχου**

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον στα πλαίσια του γνωστικού συμπεριφορισμού προκαλεί το θέμα του αυτοελέγχου. Πρόκειται για συστηματικά προγράμματα-τεχνικές αλλαγής της συμπεριφοράς- τα οποία εφαρμόζει ο ίδιος ο ασθενής. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν λεπτομερείς οδηγίες για την ανάλυση και περιγραφή της συμπεριφοράς, στρατηγικές για αυτοκαθοδήγηση, τρόπους αυτό-ενίσχυσης κ.α. Τα αυτοδιαχειριζόμενα αυτά προγράμματα εφαρμόζονται για τη θεραπεία πολλών ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς, όπως είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία κλπ.

Ένα συμπεριφοριστικό πρόγραμμα αυτοελέγχου περιλαμβάνει τα εξής συστατικά στοιχεία (Παρασκευόπουλος, 1988):

- Αυτοπαρατήρηση και καταγραφή της συμπεριφοράς.
- Έλεγχος των ερεθισμάτων που προκαλούν την εκδήλωση της συμπεριφοράς
- Παρεμβολή εναλλακτικών-ασυμβίβαστων δραστηριοτήτων / Ανάπτυξη “θετικών σκέψεων”
- Αυτό-ενίσχυση / Ανταμοιβή
- Αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου
- Πρόληψη υποτροπής / Σχεδιασμός διατήρησης

Όσον αφορά τον αυτοέλεγχο, με σκοπό την τροποποίηση της διαιτητικής συμπεριφοράς στα προγράμματα διαχείρισης βάρους, οι παρακάτω τεχνικές μπορούν να εφαρμοστούν προκειμένου να μειωθεί ο ρυθμός κατανάλωσης των εδεσμάτων, χωρίς να μειωθεί η αισθησιακή απόλαυση (Παρασκευόπουλος, 1988):

- Μετά από κάθε πιρουνιά-κουταλιά να αφήνετε τα μαχαιροπίρουνα κάτω και να τα ξαναπαίρνετε όταν έχει αδειάσει τελείως το στόμα

- Να τρώτε αργά και να δίνετε την προσοχή σας σε αυτό που κάθε φορά τρώτε
- Να αρχίζετε 2 λεπτά μετά το σερβίρισμα και αφού είναι όλα στη θέση τους
- Να κάνετε 3λεπτες διακοπές κατά το φαγητό, ώστε να μην καταναλώνετε τροφές καθ' όλη τη διάρκεια του γεύματος.
- Η ποσότητα που βάζετε κάθε φορά στο στόμα να είναι μικρή
- Να μασάτε καλά όλες τις τροφές

Έχει πλέον καλά μελετηθεί και καθιερωθεί ο αυτοέλεγχος καθώς προβλέπει, μεταξύ άλλων, την απώλεια βάρους (Guare et al, 1989). Μεταξύ των τεχνικών που χρησιμοποιούνται προκειμένου να τροποποιηθεί η συμπεριφορά, ο τακτικός αυτοέλεγχος του βάρους έχει συσταθεί ως συστατικό-κλειδί της αυτορρύθμισης του σωματικού βάρους στη συμπεριφορική θεραπεία (National Institute of Health, 1998). Μία από τις πιο απλές στρατηγικές που θεωρείται ότι δυνητικά αντιστρέφει την απόκτηση βάρους είναι το να διδάξει κανείς τα άτομα να ζυγίζονται συχνά και να χρησιμοποιούν αυτή την πληροφορία έτσι ώστε να προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους όπως χρειάζεται (Linde et al, 2005). Το τακτικό ζύγισμα φαίνεται να είναι μια συνήθης στρατηγική για τα άτομα που έχουν επιτύχει την απώλεια βάρους και τη διατήρηση αυτής της απώλειας. Το συχνό ζύγισμα θεωρείται ότι λειτουργεί μέσω της αυτορρύθμισης (Kanfer και Karoly, 1972). Συγκεκριμένα, η αυτορρύθμιση σε αυτό το πλαίσιο περιλαμβάνει αυτοπαρατήρηση (τακτικό ζύγισμα), αυτοεκτίμηση (σύγκριση του βάρους με το επιθυμητό εύρος βάρους) και αυτοενίσχυση (ενίσχυση προσπαθειών για απώλεια ή διατήρηση βάρους) ή προσαρμογές στη συμπεριφορά (πραγματοποίηση αλλαγών στη θερμιδική πρόσληψη ή στην ποσότητα της φυσικής δραστηριότητας) (Linde et al, 2005).

Ειδικότερα, ένα άτομο που ζυγίζεται συχνά πιστεύεται ότι μένει συγκεντρωμένο και ευαίσθητοποιημένο σε αλλαγές στο σωματικό του βάρος. Επίσης το συχνό ζύγισμα παρέχει έναν μηχανισμό που επιτρέπει στα άτομα να δουν το πώς επιδρούν οι συμπεριφορές τους (π.χ. η αυξημένη λήψη αλκοόλ και το γρήγορο φαγητό) στο βάρος τους και μπορεί να τους παρακινήσει ώστε να αντιδράσουν με κατάλληλες

τροποποιήσεις στη συμπεριφορά προτού συσσωρευτεί η απόκτηση βάρους με τον καιρό. Ωστόσο, παραμένει αξιόλογη διαμάχη όσον αφορά τη χρησιμότητα του τακτικού ζυγίσματος στα πλαίσια της διαχείρισης βάρους. Μερικοί ερευνητές συνιστούν προσοχή στη χρήση του συχνού ζυγίσματος, τουλάχιστον σε κάποια άτομα, επειδή πιστεύεται ότι προωθεί αρνητικές ψυχολογικές καταστάσεις όπως κατάθλιψη, ανησυχία είτε αγωνία και άγχος που σχετίζεται με το σωματικό βάρος. Αυτά τα συναισθήματα με τη σειρά τους επηρεάζουν αρνητικά την εικόνα σώματος και μπορεί να αυξήσουν τη μη συμμόρφωση σε ένα πρόγραμμα διαχείρισης βάρους (Linde et al, 2005).

Τέλος αρκετοί πελάτες «μπαίνοντας» σε μια θεραπευτική σχέση νιώθουν αδύναμοι και επιθυμούν να ακουμπήσουν κάπου το πρόβλημα τους. Παρερμηνεύοντας το ενδιαφέρον και την ενσυναίσθηση του θεραπευτή και, ενδεχομένως, απωθώντας τις εκκλήσεις του θεραπευτή τους προς συνεργασία εφησυχάζονται ότι κάποιος άλλος, «ειδικός» θα τους λύσει το πρόβλημα εύκολα, γρήγορα και ανώδυνα. Η διαρκής προτροπή για αυτοέλεγχο, λοιπόν, αποτρέπει τον πελάτη από τη δημιουργία μιας τέτοιας άνισης και εξαρτημένης σχέσης. Ο πελάτης μαθαίνει να ελέγχει τις φυσιολογικές, συναισθηματικές, λεκτικές και κινητικές του εκδηλώσεις, να κατανοεί τις προσδοκίες του, να ιεραρχεί τις ανάγκες του και τους στόχους του, να κινητοποιεί τον εαυτό του προς το δρόμο της ωριμότητας.

Ο αυτοέλεγχος είναι ένα από τα μεγαλύτερα οφέλη που αποκομίζει ο πελάτης όχι μόνον κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας αλλά και «βγαίνοντας» από αυτή. Χάριν σε αυτόν κατορθώνει να διατηρεί την επιθυμητή συμπεριφορά, χωρίς την παρέμβαση του θεραπευτή.

Καθώς μαθαίνει να γνωρίζει, να εμπιστεύεται και να ελέγχει τον εαυτό του μπορεί να επιλέγει το είδος και το βαθμό εμπλοκής του σε καταστάσεις-ακόμη και σε ανεπιθύμητες- με το μικρότερο δυνατό κόστος.

## **2.7 Υποκίνηση Αλλαγής και Βελτίωσης της Διατροφικής Συνείδησης**

Ένα πρόγραμμα για να βοηθήσει τα άτομα να συνειδητοποιήσουν τη συμπεριφορά τους και να ξεκινήσουν μια διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς πρέπει να περιλαμβάνει την εκπαίδευση, τα κίνητρα, την ενεργοποίηση του ατόμου και την προσοχή σε καταστάσεις όπου είναι απαραίτητη η επιπλέον υποστήριξη. Η ευαισθητοποίηση και η αναγνώριση είναι σημεία εκκίνησης, δηλαδή τα πρώτα βήματα για τον εντοπισμό των συνηθειών που είναι πιο εύκολο να αλλάξουν (Faith et al, 2000; Melin et al, 2003).

Οι Foster et al (1997) τονίζουν ότι είναι σημαντικό να δοθούν ακριβείς πληροφορίες της θεραπείας και να τεθούν ρεαλιστικοί στόχοι για τη μείωση του βάρους, σε συνεργασία με τους ασθενείς, πριν από την ένταξή τους σε πρόγραμμα θεραπείας, για να αποφευχθεί η πιθανή απογοήτευση που θα μπορούσε να οδηγήσει σε υποτροπή.

Η χρήση της καταγραφής ημερολογίου τροφίμων επιτυγχάνει μια ποιοτική εκτίμηση της διαίτας. Επιπλέον, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να βοηθήσει τον ασθενή να εντοπίσει τις αντιλήψεις του και τις πεποιθήσεις του σχετικά με τη συναισθηματική διατροφική συμπεριφορά και τις διατροφικές συνήθειες (Karger και Freiburg, 2008).

Σε μια μελέτη (Jeffery et al, 1998), οι συμμετέχοντες πλήρωναν μικρά χρηματικά ποσά για τη συμμετοχή τους σε συνεδρίες αλλαγής συμπεριφοράς, το οποίο είχε σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της συμμετοχής. Σε μια άλλη φάνηκε ότι οι χρηματικές ανταμοιβές μετά την επίτευξη κάποιων στόχων αλλαγής συμπεριφοράς ήταν εξίσου αποτελεσματικές με την επιβράβευση «αλλαγή βάρους» στην ενθάρρυνση της επιτυχίας απώλειας βάρους. Τα πιο αποτελεσματικά κίνητρα έχουν προκύψει από τις χρηματικές διαπραγματεύσεις στις οποίες οι συμμετέχοντες καταθέτουν τα χρήματά τους και στο τέλος κάποιας περιόδου λαμβάνουν πίσω κάποιο ποσό ανάλογα με την απώλεια βάρους. Οι ανταμοιβές αυτές είναι αποτελεσματικές μόνο στην παροχή κινήτρων αλλαγής συμπεριφοράς, ενώ είναι σε ισχύ. Για μακροπρόθεσμο όφελος, οι ασθενείς θα πρέπει να καθοδηγούνται ώστε να δημιουργήσουν το δικό τους σύστημα ανταμοιβής που θα μπορούσε να συνεχισθεί επ' αόριστον (Jeffery et al, 1983).

Είναι επίσης χρήσιμο οι ασθενείς να ορίσουν σταδιακά τους στόχους τους. Η υπερβολική κατανάλωση ή ο υποσιτισμός μπορεί να οδηγήσει σε συνοσηρότητα και σε αποτυχία. Οι ασθενείς θα πρέπει να συμβουλευούνται να αναπτύξουν ένα σύστημα γεμάτο με ερεθίσματα για σωστές συμπεριφορές υγιεινής διατροφής και άσκησης. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τον προγραμματισμό σωματικής δραστηριότητας μέσα στην ημέρα, ζητώντας από τους φίλους ή τα μέλη της οικογένειας τους να τους υπενθυμίσουν τη δέσμευσή τους για υγιεινές συμπεριφορές. Για την περαιτέρω ενίσχυση της συμμόρφωσης, είναι σημαντικό να καθιερωθούν κάποιες στιγμές ελέγχου του ασθενή. Ζητήστε από τον ασθενή να προγραμματίσετε μια επίσκεψη παρακολούθησης εντός καθορισμένου χρονικού πλαισίου ή επικοινωνία σε λίγες εβδομάδες με ένα τηλεφώνημα. Αυτές οι πρόσθετες επαφές ενισχύουν τις θετικές αλλαγές, παρέχουν υποστήριξη ή περαιτέρω πληροφορίες, καθώς και επίλυση πιθανόν προβλημάτων με τον ασθενή (Levy et al, 2007).

### **3.ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΗΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ**

- **3.1 Θεωρίες Αλλαγής της Συμπεριφοράς**

Οι θεωρίες είναι η βάση των διαδικασιών που χρησιμοποιούνται για τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των παρεμβάσεων προαγωγής της υγείας. Δίνουν απαντήσεις σχετικά με το γιατί τα άτομα δεν ακολουθούν μια επιθυμητή συμπεριφορά, πως θα οδηγηθούν στην αλλαγή της συμπεριφοράς αυτής και ποιοι είναι οι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την αξιολόγηση της επίτευξης ή μη των στόχων ενός προγράμματος.

Ωστόσο η χρησιμοποίηση μιας θεωρίας έχει σημαντικά μειονεκτήματα. Ένα από αυτά είναι η παράλειψη παραγόντων, που δεν αποτελούν μέρος της θεωρίας, η ύπαρξή τους όμως διαπιστώνεται εμπειρικά και είναι εξίσου σημαντικοί.

Η σημασία των θεωριών στο σχεδιασμό των παρεμβάσεων προαγωγής της υγείας, καταδεικνύεται από τον μεγάλο αριθμό των προγραμμάτων προαγωγής υγείας που σχεδιάστηκαν για να διευκολύνουν την αλλαγή συμπεριφοράς στον πληθυσμό-στόχο.

Η επίτευξη της αλλαγής της συμπεριφοράς αποτελεί μια περίπλοκη και επίπονη διαδικασία, ακόμη και κάτω από τις καλύτερες συνθήκες. Χωρίς τις κατευθύνσεις που παρέχουν οι θεωρίες, οι ειδικοί μπορούν εύκολα να παραλείψουν σημαντικούς παράγοντες, στην προσπάθειά τους να επιτύχουν την επιθυμητή αλλαγή της συμπεριφοράς.

Η αλλαγή της διαιτητικής συμπεριφοράς βασίζεται σε θεωρίες και μεθόδους που εξηγούν την συμπεριφορά. Απώτερος στόχος για την επίτευξη αλλαγής είναι η κατανόηση της διαιτητικής συμπεριφοράς και ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση προγραμμάτων παρέμβασης. Σκοπός των εκάστοτε παρεμβάσεων είναι η επίδρασή τους σε μια ή περισσότερες μεταβλητές, η τροποποίηση των οποίων θα επιφέρει την αλλαγή της διαιτητικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων περιορίζεται από δυο παράγοντες: (1) την ικανότητα των μεταβλητών να προβλέπουν την συμπεριφορά και (2) την ικανότητα των παρεμβάσεων να επιφέρουν αλλαγές στις μεταβλητές αυτές.

Πολλές θεωρίες της Κοινωνικής Επιστήμης έχουν χρησιμοποιηθεί για να εξηγήσουν την αλλαγή της συμπεριφοράς, γεγονός που υπογραμμίζει την πολυπλοκότητα της αλλαγής της διατροφικής συμπεριφοράς( διατροφική αγωγή). Ωστόσο οι κύριες θεωρίες και τεχνικές αλλαγής διατροφικής συμπεριφοράς περιλαμβάνουν το **Μοντέλο Πεποίθησης για την Υγεία**, το **Μοντέλο Επεξεργασίας Πληροφοριών Καταναλωτή**, την **Κοινωνική Γνωσιακή Θεωρία** και τα **Στάδια Αλλαγής** ή αλλιώς **Διαθεωρητικό Μοντέλο** ( το οποίο θα αναλυθεί στο επόμενο κεφάλαιο).

Παρά το γεγονός ότι ένα ενιαίο μοντέλο χρησιμοποιείται συχνά σε διατροφικές παρεμβάσεις, ο συνδυασμός των κατάλληλων μοντέλων φαίνεται ότι προσφέρει μια πιο ολοκληρωμένη εκτίμηση. Δεν υπάρχει καμία θεωρία η οποία να εξηγεί/

προβλέπει με ακρίβεια το πλήρες σύνολο των συμπεριφορών που σχετίζονται με τις διατροφικές επιλογές. Ωστόσο μια πιο μακροπρόθεσμη διατήρηση κυμαίνεται σε ποσοστό 20-80%, με υψηλά ποσοστά υποτροπής ή/και επαναπρόσληψης βάρους σε διάστημα 3-5 χρόνων μετά την θεραπεία απώλειας βάρους. Μικρά ποσοστά των ατόμων έχουν καταφέρει να αλλάξουν επιτυχώς την διατροφή τους και να διατηρήσουν την αλλαγή για διάστημα πάνω από ένα χρόνο.

Το ερώτημα που τίθεται είναι: Τι είναι αυτό που κάνει τις συγκεκριμένες ομάδες ατόμων να προβούν στην επιτυχία; Μια πιο προσεκτική ματιά στα στοιχεία δείχνει ότι αυτό το οποίο διευκολύνει την διαιτητική αλλαγή συνδέεται στενά με ένα πολυποίκιλο και πολύπλοκο πλέγμα κοινωνικών, συμπεριφορικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Με τη σειρά τους οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν την υιοθέτηση και την συντήρηση ενός πιο υγιεινού τρόπου διατροφής.

### **Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία**

Το Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία αποτελεί ένα πλαίσιο μελέτης συμπεριφοράς του ατόμου σε θέματα πρόληψης. Βάσει του μοντέλου αυτού:

όταν ένα άτομο καλείται να τροποποιήσει τη στάση ή τη συμπεριφορά του σε θέματα υγείας, δεν αρκεί μόνο να διαθέτει πληροφορίες σχετικά με την απειλή της υγείας του. Θα πρέπει να είναι έτοιμο προκειμένου να πάρει ορισμένα προληπτικά μέτρα. Η ετοιμότητα στη λήψη μέτρων καθορίζεται από:

α) την υποκειμενική αντίληψη του ατόμου σχετικά με την πιθανότητα προσβολής του από την ασθένεια και την επιδεκτικότητά του σε αυτήν. Όσο πιο τρωτό θεωρεί τον εαυτό του απέναντι στην ασθένεια ή στην αλλαγή της συμπεριφοράς, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να πάρει κάποια δραστικά μέτρα.

β) την αντίληψη του ατόμου για την σοβαρότητα της ασθένειας και των συνεπειών της. Όσο πιο σοβαρές πιστεύει ότι θα είναι οι συνέπειες του προβλήματος υγείας σε οργανικό και κοινωνικό επίπεδο, τόσο πιο πιθανό είναι να λάβει κάποια μέτρα.

Επιπρόσθετα, τρεις άλλοι παράγοντες εμπλέκονται στη διαμόρφωση της υποκειμενικής αντίληψης για την απειλή και μπορούν να επηρεάσουν έμμεσα την εμφάνιση της προληπτικής συμπεριφοράς. Αυτοί οι τροποποιητικοί παράγοντες αφορούν τις δημογραφικές μεταβλητές του ατόμου (ηλικία, φύλο, εθνικότητα, φυλή), τις κοινωνικό-ψυχολογικές μεταβλητές (κοινωνική τάξη, πιέσεις από τον κοινωνικό περίγυρο, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας) καθώς και τις δομικές μεταβλητές (γνώσεις γύρω από ένα πρόβλημα υγείας, ιστορικό και προηγούμενη εμπειρία σχετικά με αυτό).

Για παράδειγμα, το ηλικιωμένο άτομο, του οποίου κάποιοι στενοί φίλοι πάσχουν από ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας, είναι πιθανότερο να αντιληφθεί ότι απειλείται από μια ασθένεια απ' ό,τι ο νέος του οποίου οι φίλοι είναι υγιείς.

Ορισμένα ερεθίσματα που παρακινούν σε δράση, εσωτερικά (πχ κάποιο σύμπτωμα) ή εξωτερικά (μηνύματα από τα ΜΜΕ, συμβουλές από γιατρό, εμφάνιση αρρώστιας σε κάποιο φιλικό συγγενικό πρόσωπο), επηρεάζουν σημαντικά την εκδήλωση των προληπτικών συμπεριφορών.

Το Μοντέλο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί στη μελέτη της προληπτικής συμπεριφοράς έναντι του καρκίνου του μαστού (Calnan & Rutter 1986), του AIDS (Montgomery et al, 1986), της παχυσαρκίας (Becker et al, 1977), του καπνίσματος (Clarke & Johnston, 1986), τον καρκίνο παχέος εντέρου (Macrae et al, 1984) κλπ.

**(Σαχίνη Καρδάση, <<Εφαρμογές στο χώρο της υγείας>>, Γ' έκδοση)**

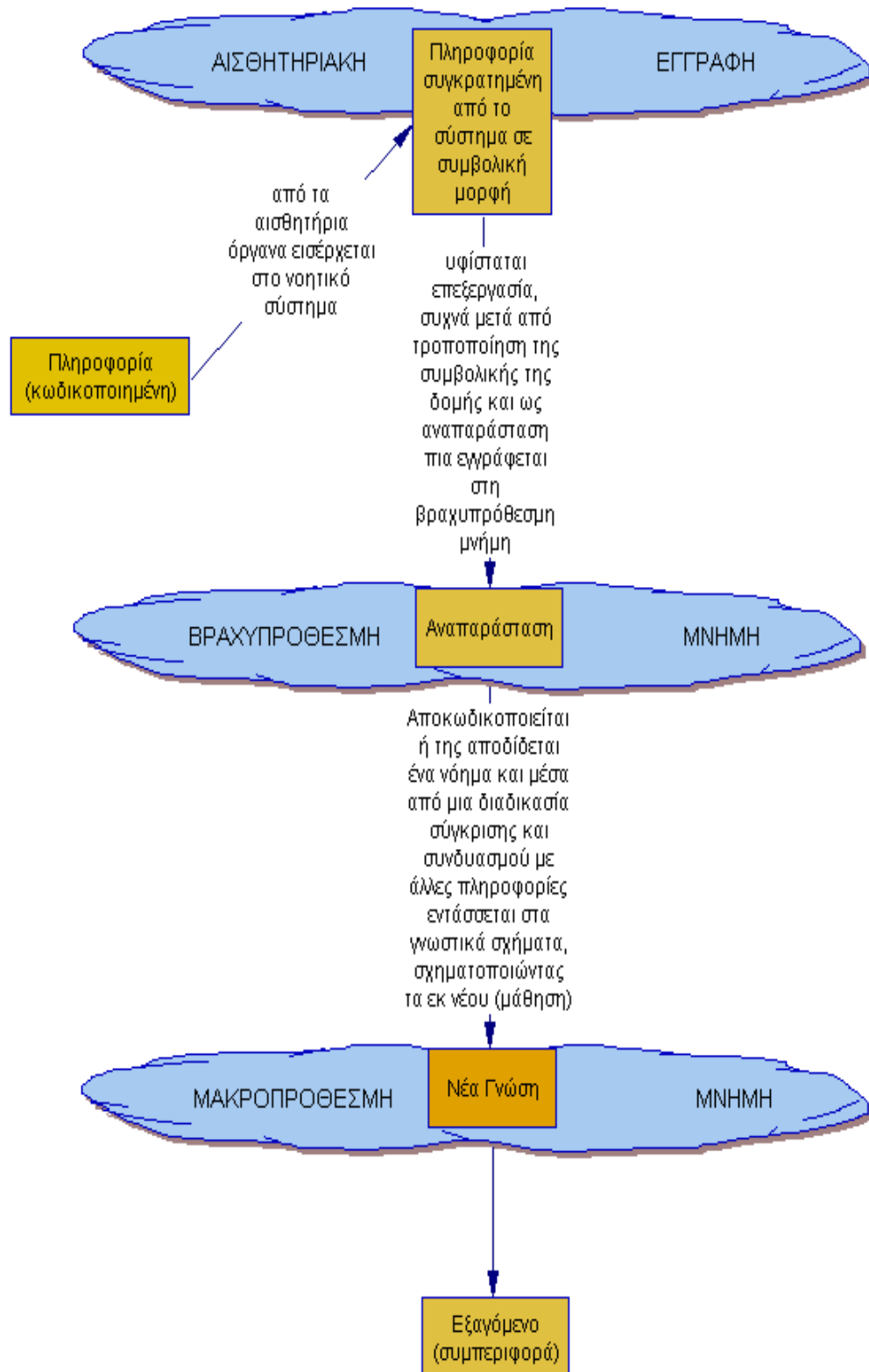
### **Η θεωρία της επεξεργασίας της πληροφορίας**

Η θεωρία της επεξεργασίας της πληροφορίας αντιμετωπίζει τη σκέψη ως μέσο επεξεργασίας της πληροφορίας και αναπτύχθηκε παράλληλα με την ανάπτυξη των επιστημών της πληροφορικής, σχηματοποιώντας ένα μοντέλο λειτουργίας του εγκεφάλου όμοιο με αυτό της λειτουργίας των ηλεκτρονικών υπολογιστών.



Όπως και στους υπολογιστές, έτσι και στο ανθρώπινο νοητικό σύστημα, υπάρχουν "είσοδοι" (αισθήσεις), "επεξεργασίες" και "αναπαραστάσεις" (στον εγκέφαλο) και "έξοδοι" (συμπεριφορά). Η "επεξεργασία" και οι "αναπαραστάσεις" συνιστούν τη γνωστική επεξεργασία. Οι γνώσεις (ανεξάρτητα από την εγκυρότητά τους) είναι δομές σταθεροποιημένες στη "μακροπρόθεσμη μνήμη". Ο διαρκής αυτός χαρακτήρας τους, τις διακρίνει από τις αναπαραστάσεις οι οποίες είναι περιστασιακές δομές που δημιουργήθηκαν σε μια συγκεκριμένη κατάσταση και για συγκεκριμένους στόχους και βρίσκονται αποθηκευμένες στη "βραχυπρόθεσμη μνήμη" ή μνήμη εργασίας (Κόμης 2004, σελ. 89).

Ένα γενικό σχήμα για το πώς λαμβάνει χώρα η διαδικασία της μάθησης σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, μπορεί να αναπαρασταθεί κάπως έτσι:



(Ράπτης, Ράπτη, 2007, σελ. 136)

Πέρα από τις παραπάνω "τοπολογικές" αντιλήψεις αναπτύχθηκε και μια περισσότερο λειτουργική θεωρία , όπου αποδίδεται περισσότερη σημασία στο επίπεδο επεξεργασίας των πληροφοριών. Σύμφωνα με αυτή, σε όσο πιο περίπλοκο και βαθύτερο επίπεδο επεξεργασίας εισάγουμε τις πληροφορίες (π.χ. εξετάζοντας όχι μόνο τα μορφολογικά, αλλά και τα χρηστικά χαρακτηριστικά ενός αντικειμένου και σε επόμενο επίπεδο και τις σχέσεις αυτού του αντικειμένου με άλλα) τόσο πιο πολύ διάστημα θα συγκρατηθούν. Αν δε, οι έννοιες "μεταφραστούν" σε νοήματα και συσχετιστούν με προγενέστερες γνώσεις, αποκτήσουν δηλαδή σημασία για μας, τόσο πιο σταθερή θα είναι η διατήρησή τους. Και από αυτή την πολύ συνοπτική περιγραφή ακόμη, είναι φανερό η μεγάλη διαφορά της θεωρίας αυτής, με τις συμπεριφοριστικές αντιλήψεις περί διατήρησης της γνώσης μέσω της ενίσχυσης (Atkinson & Shiffrin, 1968 και Newell & Simon, 1972, Craik & Lockhart, 1972 και Craik & Tulving, 1975).

Τέλος, σε ένα πιο εξειδικευμένο επίπεδο και συγκεκριμένα όσον αφορά την εξελικτική διάσταση του φαινομένου της μάθησης, η αυξανόμενη με την ηλικία γνωστική ικανότητα επιτυγχάνεται χάρη (Case & Fischer) :

- στην ωρίμανση του εγκεφάλου
- στη μακρόχρονη άσκηση ανάπτυξης και χρήσης γνωστικών στρατηγικών
- στη διαμόρφωση κεντρικών εννοιολογικών δομών, δηλαδή δικτύων και διασυνδέσεων

### **Κοινωνική Γνωσιακή Θεωρία**

Η Κοινωνική Γνωσιακή Θεωρία που διατυπώθηκε από τον Bandura το 1997, η οποία αναφέρεται επίσης ως κοινωνική θεωρία μάθησης, είναι μια θεωρία πρόβλεψης συμπεριφοράς που αποτελεί μια κλινική προσέγγιση της αλλαγής της συμπεριφοράς υγείας. Έχει εφαρμοστεί ευρέως σε συμπεριφορές υγείας όσον αφορά την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας, και την τροποποίηση των ανθυγιεινών τρόπων ζωής για πολλές διαφορετικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου.

Συνδυάζει τη θεωρία ερεθίσματος-απάντησης και τις γνωστικές θεωρίες. Οι υποστηρικτές της θεωρίας αναφέρουν ότι η ενίσχυση αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της μάθησης, δίνοντας παράλληλα έμφαση στο ρόλο των υποκειμενικών προσδοκιών του ατόμου. Με άλλα λόγια, η ενίσχυση συμβάλλει στην διαδικασία της μάθησης, αλλά η ενίσχυση σε συνδυασμό με τις προσωπικές προσδοκίες των αποτελεσμάτων της συμπεριφοράς, καθορίζουν τελικά τη συμπεριφορά. Στην εν λόγω θεωρία, η σχέση μεταξύ της συμπεριφοράς, του πρόσωπου, και του περιβάλλοντος είναι διαδραστική. Εδώ κυριαρχεί ο τύπος της προσωπικότητας αυτού του ατόμου που επηρεάζει αρνητικά τη συμπεριφορά του. Έτσι, αυτό το άτομο είναι λιγότερο πιθανό να αφιερώσει χρόνο να αποκτήσει τις γνωστικές και συμπεριφοριστικές δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την επιτυχή εκτέλεση κάθε κίνδυνου αλλαγής συμπεριφοράς (διακοπή του καπνίσματος, διαχείριση του άγχους, κλπ.).

Στην κοινωνική γνωσιακή θεωρία, οι αντιλήψεις του ατόμου από το περιβάλλον αναφέρονται ως καταστάσεις. Αυτή η βασική μεταβλητή μπορεί να διευκολύνει ή να αναστείλει τη συμπεριφορά. Το περιβάλλον και η εμπειρία του παρελθόντος για μια συγκεκριμένη συμπεριφορά μπορεί να προκαλέσει ενίσχυση για να ενεργήσει με έναν ιδιαίτερο τρόπο. Ωστόσο η Κοινωνική Γνωσιακή Θεωρία όπως και η Θεωρία της Πεποίθησης στην Υγεία, προτείνουν ότι τα μηνύματα που θα πρέπει να φθάνουν στους αντιλαμβανόμενους δέκτες θα αντηχούν πιο έντονα εάν ο δέκτης έχει τη δυνατότητα να τα ακούει και να τα βλέπει (Bandura 1977,1986).

Η συγκεκριμένη θεωρία υποθέτει ότι στις περισσότερες συμπεριφορές γίνονται γνωστά τα αποτελέσματα και έτσι μπορούν να τροποποιηθούν. Έτσι, η μάθηση μέσω της παρατήρησης της συμπεριφορά των άλλων είναι πολύ σημαντική για την θεωρία. Η κοινωνική γνωσιακή θεωρία δίνει επίσης μεγάλη έμφαση στη μάθηση των γνωστικών και συμπεριφοριστικών δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση των καταστάσεων και την πραγματοποίηση αλλαγών στη συμπεριφορά υγείας. Έτσι, παραδείγματος χάρι, ένα άτομο που θέλει να κόψει το κάπνισμα, αλλά δεν έχει τις γνωστικές και συμπεριφοριστικές δεξιότητες να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις στρεσογόνες καταστάσεις χωρίς το τσιγάρο, είναι λιγότερο πιθανό να αλλάξει με επιτυχία την καπνιστική συμπεριφορά, παρά το κίνητρο. Η Κοινωνική Γνωσιακή Θεωρία περιγράφει τη διαδικασία της μάθησης ως μια αμοιβαία αλληλεπίδραση

ανάμεσα στο περιβάλλον του ατόμου, τις γνωστικές διαδικασίες και τη συμπεριφορά. Τα συνθετικά μέρη της Κοινωνικής Γνωσιακής Θεωρίας, που χρησιμοποιούνται συχνότερα στο σχεδιασμό παρεμβάσεων είναι τα εξής:

- ❖ Η ενίσχυση (reinforcement)
- ❖ Η ικανότητα συμπεριφοράς (behavioral capability)
- ❖ Οι προσδοκίες και οι προβλέψεις (expectations and expectancies)
- ❖ Ο αυτοέλεγχος (self-control)
- ❖ Η αυτο-αποτελεσματικότητα (self-efficacy)
- ❖ Η διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων (emotional coping responses)
- ❖ Ο αμοιβαίος καθορισμός της συμπεριφοράς (reciprocal determinism)
- ❖ Η αντίληψη του ελέγχου (locus of control).

### **Θεωρία Στόγων**

Η Θεωρία της στοχοθέτησης του Locke (1976) βασίζεται στη διαπίστωση πως κάθε ανθρώπινη ενέργεια είναι απαραίτητο να κατευθύνεται προς κάποιο στόχο, να έχει δηλαδή κάποιο σκοπό έτσι ώστε να παρακινείται το άτομο.

Προκειμένου όμως να γίνει αυτό διατύπωσε δυο βασικές αρχές:

α) Ο στόχος θα πρέπει να είναι σαφής και συγκεκριμένος, ώστε το άτομο να είναι σε θέση να πράξει κατάλληλα για την επίτευξη του. Θετική συμβολή σε αυτό έχει η συμμετοχή του ατόμου στον καθορισμό του στόχου, η αποδοχή του στόχου καθώς και η πληροφόρηση σχετικά με την πορεία της επίτευξής του.

β) Τα άτομα θα πρέπει να διαθέτουν τις κατάλληλες ικανότητες για τη σωστή και ολοκληρωμένη επίτευξη του στόχου. Σημαντικό παράγοντα σε αυτή την αρχή παίζει και η αυτοαντίληψη του ατόμου σχετικά με τις ικανότητές του. Συνεπώς η εκπαίδευση του ατόμου και η οριοθέτηση της δυσκολίας του στόχου μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην επίτευξή του.

Εφόσον πληρούνται οι δυο παραπάνω αρχές το άτομο κινητοποιείται και τα αποτελέσματα αυτής της επίδρασης συνεπάγονται υψηλές αποδόσεις. Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι οι υψηλοί στόχοι κινητοποιούν περισσότερο τα άτομα γιατί:

- Αυξάνουν το συναίσθημα της αυτο-ικανοποίησης του ατόμου.
- Είναι συγκεκριμένοι όσον αφορά στις επιδόσεις που επιθυμούνται.
- Συνεπάγονται υψηλότερης αξίας αποτελέσματα.
- Οδηγουν το άτομο σε μεγαλύτερη προσπάθεια.
- Αυξάνουν την επιμονή του ατόμου.
- Οξύνουν την προσοχή και δράση του ατόμου προς μια προσανατολισμένη κατεύθυνση.
- Οδηγούν το άτομο σε χρήση της κριτικής του ικανότητας και στην ανάπτυξη πρωτοβουλιών έτσι ώστε να επιλέξει τη βέλτιστη δυνατή στρατηγική για την επίτευξη του στόχου (Locke 1981, 1990).

- **ΆΛΛΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ**

### **Θεωρία Ερεθίσματος- Απάντησης**

Μια από τις θεωρίες που χρησιμοποιούνται για να εξηγήσουν και να τροποποιήσουν την συμπεριφορά, είναι η θεωρία ερεθίσματος-απάντησης. Η θεωρία αυτή εξηγεί τη μάθηση, ως μια διαδικασία που βασίζεται στις σχέσεις ανάμεσα στο ερέθισμα, την απάντηση και την ενίσχυση.

Ο συμπεριφοριστής B.F Skinner υποστήριζε ότι η συχνότητα της συμπεριφοράς καθορίζονταν από τον αριθμό των ενισχύσεων που ακολουθούσαν την συμπεριφορά αυτή. Σύμφωνα με την άποψή του, η απλή χρονική σχέση ανάμεσα σε μια συμπεριφορά και την επακόλουθη εμφάνιση της ενίσχυσης είναι αρκετή ώστε να αυξήσει την πιθανότητα επανάληψης αυτής της συμπεριφοράς. Τέτοιου είδους συμπεριφορές λέγονται **λειτουργικές** (operants) και εκδηλώνονται μετά από την πρόκληση ορισμένου ερεθίσματος. Επιδρούν με τέτοιο τρόπο στο περιβάλλον, ώστε

να προκαλούν αλλαγές και να καταλήγουν σε επιβράβευση ή ενίσχυση. Με άλλα λόγια, οι συμπεριφορές αυτές δρουν στο περιβάλλον, ώστε να παράγουν συγκεκριμένα αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα αυτά με την σειρά τους είτε ενισχύουν είτε όχι τη συμπεριφορά που προηγήθηκε.

Τα αποτελέσματα μιας συμπεριφοράς είναι δυνατόν να προκαλέσουν είτε ενίσχυση είτε τιμωρία. Τα άτομα μαθαίνουν και από τα δυο. Η ενίσχυση σύμφωνα με τον BF Skinner, είναι κάθε γεγονός που ακολουθεί μια συμπεριφορά, το οποίο αυξάνει την πιθανότητα η ίδια συμπεριφορά να επαναληφθεί στο μέλλον. Η ενίσχυση έχει ενδυναμωτική επίδραση. Μια συμπεριφορά έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανιστεί στο μέλλον (α) αν η ενίσχυση είναι συχνή και (β) αν η ενίσχυση παρέχεται αμέσως μετά την επιθυμητή συμπεριφορά.

Ενώ η ενίσχυση αυξάνει τη συχνότητα παρουσίας μιας συμπεριφοράς, η τιμωρία μειώνει την συχνότητα αυτή. Όμως τόσο η ενίσχυση όσο και η τιμωρία μπορούν να είναι είτε θετικές είτε αρνητικές. Αν τα άτομα δρουν με συγκεκριμένο τρόπο, ώστε να παράγουν ένα αποτέλεσμα με το οποίο νιώθουν καλά ή είναι ευχάριστο, τότε η ενίσχυση είναι θετική. Οι ευχάριστες εμπειρίες, είτε αυτές προέρχονται από εσωτερικά συναισθήματα, είτε από εξωτερικούς παράγοντες, που εμφανίζονται αμέσως μετά από μια συμπεριφορά, αυξάνουν τις πιθανότητες η συμπεριφορά αυτή να επαναληφθεί.

Παρόλο που η θετική ενίσχυση συντελεί στην διαδικασία της μάθησης και στην διαμόρφωση μιας συμπεριφοράς, η συμπεριφορά που αποτρέπει την τιμωρία συμβάλλει επίσης στην διαδικασία της μάθησης. Όταν συμβαίνει αυτό τότε μιλάμε για αρνητική ενίσχυση. Στην περίπτωση αυτή μια συμπεριφορά ενισχύεται από την απομάκρυνση ενός στοιχείου από μια κατάσταση. Παραδείγματα θετικής και αρνητικής ενίσχυσης αποτελούν η ενθάρρυνση ενός ατόμου που ακολουθεί ένα πρόγραμμα απώλειας για την πρόοδο του, από την πλευρά του διαιτολόγου που τον παρακολουθεί και η κατάργηση της καταβολής χρημάτων σε ένα άτομο που έχει επιτύχει το σωματικό βάρος αντίστοιχα.

Υπάρχει η λανθασμένη αντίληψη ότι η αρνητική ενίσχυση αποτελεί μορφή τιμωρίας, γεγονός όμως που δεν ισχύει. Η θετική ενίσχυση αυξάνει την πιθανότητα της επανάληψης μιας συμπεριφοράς, ενώ η τιμωρία έχει ως αποτέλεσμα την αποτροπή

της. Η τιμωρία έχει συνδεθεί με δυσάρεστη εμπειρία και μειώνει τη συχνότητα εκδήλωσης μιας συμπεριφοράς.

### **Θεωρία της Αιτιολογημένης δράσης**

Η Θεωρία της αιτιολογημένης δράσης( ή αλλιώς θεωρία εκλογικευμένης συμπεριφοράς), η οποία διατυπώθηκε από τους Fishbein και Ajzen το 1975 είναι μία ευρέως χρησιμοποιούμενη θεωρία αλλαγής συμπεριφοράς που αντιπροσωπεύει μια κοινωνικο-ψυχολογική προσέγγιση για την κατανόηση και την πρόβλεψη των παραγόντων που επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας. Η Θεωρία της Αιτιολογημένης Δράσης τονίζει ότι μια συμπεριφορά προβλέπεται από τις προθέσεις της.

Οι Fishbein και Ajzen διακρίνουν τις έννοιες στάση, αντίληψη, τάση για μια συμπεριφορά και μελετούν την σχέση τους. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η τάση για την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς είναι μια διαδικασία που καθορίζεται από την στάση που έχει το άτομο απέναντι σε αυτήν και από τις αντικειμενικές αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου, σε σχέση με το ποια θεωρείται μια επιθυμητή συμπεριφορά. Η τάση για την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς καταδεικνύει την πιθανότητα που υπάρχει, ώστε να παρουσιαστεί η συγκεκριμένη συμπεριφορά. . Για παράδειγμα, μία στάση θα μπορούσε να είναι: το ότι μια υγιεινή διατροφή είναι ένας καλός τρόπος για την πρόληψη της καρδιακής νόσου και / ή του καρκίνου.

Η θεωρία της εκλογικευμένης συμπεριφοράς διαθέτει ένα στοιχείο που την διαφοροποιεί από τις άλλες θεωρίες, που προσπαθούν να εξηγήσουν τη διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Είναι το στοιχείο που αναφέρεται στις κοινωνικές αντιλήψεις και στο τι θεωρούν οι άλλοι μια ενδεδειγμένη συμπεριφορά. Η τάση των ατόμων για εμφάνιση ορισμένης συμπεριφοράς, εξαρτάται εν μέρει από την αντίληψή τους για το πώς επιθυμούν τα άτομα του περιβάλλοντος τους να συμπεριφέρονται και εν μέρει από το γεγονός ότι θέλουν να γνωρίζουν τι σκέφτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά τους. Το στοιχείο αυτό λέγεται κοινωνικό πρότυπο. Για την



διαμόρφωση των συμπεριφορών, κοινωνικά πρότυπα αποτελούν οι γονείς, οι κοντινοί φίλοι, οι συνάδελφοι καθώς και ειδικοί όπως οι γιατροί.

Με την πάροδο των ετών, έχει εφαρμοστεί σε πολλές διαφορετικές συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, όπως: η απώλεια βάρους, το κάπνισμα, η κατάχρηση αλκοόλ. Η θεωρία της αιτιολογημένης δράσης αναφέρει ότι η πρόθεση να εκτελεσθεί μια συγκεκριμένη συμπεριφορά έχει άμεση σχέση με την πραγματική επίδοση της εν λόγω συμπεριφοράς. Δύο βασικές παραδοχές που αποτελούν τη βάση της θεωρίας είναι το ότι:

- 1) η συμπεριφορά πραγματοποιείται υπό τον έλεγχο της θέλησης, και
- 2) οι άνθρωποι είναι λογικά όντα.

Σύμφωνα με τη θεωρία της αιτιολογημένης δράσης, συμπεριφερόμαστε με ένα συγκεκριμένο τρόπο, διότι εμείς επιλέγουμε να δράσουμε και να χρησιμοποιούμε μια ορθολογική διαδικασία λήψης αποφάσεων όσον αφορά την επιλογή και το σχεδιασμό ενεργειών μας (Ajzen and Fishbein 1979,1980).

### **Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς**

Η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς αποτελεί προέκταση της θεωρίας της εκλογικευμένης συμπεριφοράς. Αναπτύχθηκε από τον Ajzen το 1985, στην προσπάθεια του να εξηγήσει τις συμπεριφορές που δεν υπόκεινται απόλυτα στη βούλησή μας, αλλά χαρακτηρίζονται ως παρορμητικές. Η κύρια διαφορά ανάμεσα στη θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς και στη θεωρία της εκλογικευμένης συμπεριφοράς είναι η προσθήκη ενός τρίτου ανεξάρτητου παράγοντα για τον καθορισμό της τάσης.

Σύμφωνα με την θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, η τάση για την εκτέλεση μιας συμπεριφοράς αποτελεί τον καλύτερο προγνωστικό δείκτη εκδήλωσης της ίδιας της συμπεριφοράς. Η τάση, με τη σειρά της, διαμορφώνεται από δυο στοιχεία: την προσωπική στάση του ατόμου ( πχ αν το άτομο βλέπει την συμπεριφορά ως καλή, ωφέλιμη ή ευχάριστη) και την κοινωνική πίεση που δέχεται το άτομο, ώστε να συμπεριφέρεται με συγκεκριμένο τρόπο (κοινωνικά πρότυπα) . Σε

αυτά προστίθεται η αντίληψη ελέγχου της συμπεριφοράς, που σε συνδυασμό με τα άλλα δυο στοιχεία ασκούν επίδραση στη σχέση τάσης-συμπεριφοράς.

Η αντίληψη ελέγχου της συμπεριφοράς αναφέρεται στην ευκολία ή τη δυσκολία που αντιμετωπίζει κάποιος, για να εκδηλώσει μια συμπεριφορά. Αντανακλά εμπειρίες του παρελθόντος και αναμενόμενες δυσχέρειες και εμπόδια. Κατά κανόνα, όσο πιο ευνοϊκά είναι η στάση και τα κοινωνικά πρότυπα και ισχυρότερη η αντίληψη ελέγχου της συμπεριφοράς, τόσο πιο έντονη θα είναι και η τάση του ατόμου να εκδηλώσει συγκεκριμένη συμπεριφορά. Δυο είναι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της θεωρίας: 1) εμπλέκεται σημαντικά στην εκδήλωση των τάσεων και χωρίς αυτήν οι τάσεις επηρεάζονται ελάχιστα, ακόμα και αν οι στάσεις απέναντι στη συμπεριφορά και τα κοινωνικά πρότυπα ασκούν ισχυρή επίδραση και 2) είναι δυνατόν να υπάρχει απευθείας σύνδεση ανάμεσα στην αντίληψη ελέγχου της συμπεριφοράς και στη συμπεριφορά.

Η συμπεριφορά δεν εξαρτάται μόνο από την κινητοποίηση των άλλων, αλλά και από τον έλεγχο του ατόμου. Για το λόγο αυτό η αντίληψη ελέγχου της συμπεριφοράς μπορεί να προβλέψει την επίτευξη στόχων, ανεξάρτητα από την τάση.

Προεκτείνοντας τη θεωρία, η στάση διαμορφώνεται από το σύνολο των πεποιθήσεων σχετικά με τα αποτελέσματα της συμπεριφοράς και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αυτών από το άτομο ως καλά ή κακά. Τα κοινωνικά πρότυπα, με τη σειρά τους, διαμορφώνονται από το σύνολο των κανονιστικών πεποιθήσεων. Αυτό αποτελείται από την κοινωνική πίεση συγκεκριμένων ατόμων ή ομάδων (πχ οικογένεια, γιατροί) και τη θέληση του ατόμου να συμμορφωθεί με τις απαιτήσεις της κοινωνίας. Με παρόμοιο τρόπο, η αντίληψη ελέγχου της συμπεριφοράς καθορίζεται από συγκεκριμένες πεποιθήσεις για τον έλεγχό της.

Η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς, αποτελεί καλό προγνωστικό εργαλείο της συμπεριφοράς. Ωστόσο, για την καλύτερη εφαρμογή της έχουν προταθεί μια σειρά από τροποποιήσεις και επεκτάσεις, ανάμεσα στις οποίες συγκαταλέγονται οι ηθικές ανησυχίες. Υπάρχουν ορισμένες συμπεριφορές, όπου οι ηθικές αντιλήψεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, επηρεάζοντας κυρίως τις στάσεις. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η κατανάλωση γενετικά τροποποιημένων τροφίμων και η επιλογή τροφίμων για τρίτους.

## Θεωρία της Αυτοδιάθεσης

Πολλοί άνθρωποι που βρίσκονται σε κίνδυνο της υγείας τους σκοπεύουν να βελτιώσουν την κατάσταση τους, υποθέτοντας ότι είναι πρόθυμοι να δράσουν (Silva et al, 2008) . Στην πραγματικότητα, η αποτυχία πολλών ανθρώπων να προσκολληθούν σε υγιεινές συμπεριφορές αντιπροσωπεύει ένα κοινό πρόβλημα υγείας, που έχει διάφορες αιτίες, αλλά για το οποίο ένα αξιοσημείωτο μέρος οφείλεται το κίνητρο. Το κίνητρο οφείλεται στις ψυχολογικές δυνάμεις είτε τις ενέργειες που ωθούν ένα άτομο προς ένα συγκεκριμένο στόχο. Εισάγοντας την έννοια της ποιότητας των κινήτρων, οι Deci and Ryan ανέπτυξαν τη Θεωρία της Αυτοδιάθεσης (Deci, 1985; Ryan 2000) . Η συγκεκριμένη Θεωρία είναι η μοναδική εμπειρικά προερχόμενη θεωρία του κινήτρου που διατυπώνει ως αρχή ότι η αντιλαμβανόμενη αυτονομία (αυτοδιάθεση) είναι αναγκαία για τη διατήρηση της αλλαγής στη συμπεριφορά (Silva et al, 2008).

Η Θεωρία της Αυτοδιάθεσης κάνει διάκριση μεταξύ της έλλειψης κινήτρου (έλλειψη οποιασδήποτε πρόθεσης να εφαρμοστεί μια συμπεριφορά), του κινήτρου όπου η συμπεριφορά εφαρμόζεται με σκοπό να επιτύχει αποτελέσματα που διαχωρίζονται από την ίδια τη συμπεριφορά, και του εγγενούς κινήτρου ( όπου η συμπεριφορά εφαρμόζεται για την ευχαρίστηση και την ικανοποίηση που εμπεριέχονται στη διαδικασία της αλλαγής) . Το κίνητρο είναι αυτόνομο στο βαθμό που η αντιλαμβανόμενη θέση της αιτιολογίας είναι εσωτερική (η αντιλαμβανόμενη πηγή της εισαγωγής και της ρύθμισης για συμπεριφορές παρακινούμενες από κίνητρα απορρέει από τον εαυτό του ατόμου) . Το κίνητρο ελέγχεται στο βαθμό που το άτομο δρα επειδή αισθάνεται πεισμένο ή εξαναγκασμένο να το κάνει, είτε από άλλους είτε από τον εαυτό του, κι αυτό αφορά την κατοχή μιας εξωτερικής αντιλαμβανόμενης θέσης της αιτιολογίας.

Σύμφωνα με τη Θεωρία της Αυτοδιάθεσης, οι συμπεριφορές που παρακινούνται από αυτόνομα κίνητρα είναι πιο πιθανό να οδηγήσουν σε εποικοδομητικές μακροχρόνιες αλλαγές. Αντίθετα, συμπεριφορές που ελέγχονται από ανταμοιβές και τιμωρίες είτε από αυτό-επιβαλλόμενες πιέσεις προβλέπεται να διαρκέσουν μόνο για όσο τα απρόβλεπτα αυτά είτε οι πιέσεις παραμείνουν στο προσκήνιο.

Πάντως, σύμφωνα με τη Θεωρία της Αυτοδιάθεσης, πρώην ελεγχόμενα κίνητρα μπορούν να ενσωματωθούν και να μετατραπούν σε αυτόνομα κίνητρα (εσωτερικής φύσεως), εάν υπάρχουν υποστηρικτικές συνθήκες. Ο τρόπος που ένα άτομο δρά σε ένα συγκεκριμένο χώρο δε μπορεί να αποδοθεί μόνο σε ατομικές διαφορές, παρακείμενες αξίες επίσης ασκούν μια σημαντική επίδραση. Επομένως, η Θεωρία της Αυτοδιάθεσης λαμβάνει επίσης υπ όψιν την επιρροή του κοινωνικού περιβάλλοντος στα κίνητρα.

Οι Deci and Rian προτείνουν μέσα από τη θεωρία τους ότι ένα άτομο θα αναπτύξει και θα διατηρήσει πιο αποφασιστικά κίνητρα όταν το προσωπικό πλαίσιο γύρω του είναι αυτόνομα υποστηρικτικό. Η ιδέα της αυτόνομης υποστήριξης αναφέρεται στην εκμαίευση (απόσπαση) και την αναγνώριση (παραδοχή) των απόψεων των ατόμων, στην υποστήριξη των πρωτοβουλιών τους, στην προσφορά επιλογών/ εναλλακτικών δυνατοτήτων και στην παροχή σχετικών πληροφοριών, παράλληλα με την ελαχιστοποίηση της πίεσης και του ελέγχου.

Σύμφωνα με τα βασικά δόγματα της Θεωρίας της Αυτοδιάθεσης, επιτυχημένη διατήρηση της μείωσης σωματικού βάρους θα συμβεί όταν τα άτομα επιλέγουν συμπεριφορές διατροφής άσκησης επειδή προσωπικά εκτιμούν τη διατήρηση της απώλειας βάρους και τα οφέλη αυτής στην υγεία τους. Οι αλλαγές της συμπεριφοράς που διαρκούν και είναι απαραίτητες για τη διατήρηση της απώλειας βάρους εξαρτώνται όχι από τη συμμόρφωση με τις απαιτήσεις για αλλαγή αλλά μάλλον από την αποδοχή της ρύθμισης για αλλαγή ως κτήμα του άλλου. Επίσης επιτυχημένη απώλεια βάρους και μακρόχρονα διατήρηση αυτής δε θα επιτευχθεί εάν οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτή ήταν ως επί το πλείστον ελεγκτικοί. Η αυτονομία στις σχετικές πράξεις του ατόμου, δηλαδή η ύπαρξη μιας εσωτερικής αντιλαμβανόμενης θέσης της αιτιολογίας, είναι ο κρίσιμος προγνωστικός δείκτης όσον αφορά τη διατήρηση της αλλαγής στη συμπεριφορά.

Ο ρόλος της άσκησης στη διαχείριση του σωματικού βάρους έχει επίσης αναλυθεί σε σχέση με τη Θεωρία της Αυτοδιάθεσης. Ένα σημαντικό θέμα που αναδύεται από το πρόβλημα της προσκόλλησης στα διάφορα προγράμματα φυσικής δραστηριότητας αφορά το ρόλο των ατομικών αιτιών για την άσκηση (κίνητρα συμμετοχής) στον

προσδιορισμό της προσκόλλησης στην τακτική φυσική δραστηριότητα σε μακροχρόνιο επίπεδο. Τα εγγενή κίνητρα, όπως το να ασκείται κάποιος προς ευχαρίστησή του μπορεί να αντιλαμβάνονται ως πληροφοριακά, ενισχύοντας τις απόψεις της αυτοδιάθεσης, προτείνοντας ότι ο έλεγχος των ρυθμίσεων της άσκησης μπορεί να οδηγήσει σε ένα μεγαλύτερο αριθμό υποτροπών προς την άσκηση συγκρινόμενα με τα πιο αυτο-καθοριζόμενα χαρακτηριστικά των ρυθμίσεων της άσκησης. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι οι ασκούμενοι που βρίσκονται στη φάση διατήρησης της αλλαγής παρουσιάζουν περισσότερο αυτο-καθοριζόμενα κίνητρα για την άσκηση από αυτούς που βρίσκονται στα στάδια της προετοιμασίας και της δράσης. Σε γενικές γραμμές, η ευχαρίστηση, οι αντιλήψεις σχετικά με τις ικανότητες και εγγενείς λόγοι για τη συμμετοχή στην άσκηση φαίνεται να διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη διατήρηση των συμπεριφορών που σχετίζονται με τη φυσική δραστηριότητα.

Κεντρική θέση στο μοντέλο της Αυτοδιάθεσης για αλλαγές προς περισσότερο υγιεινές συμπεριφορές κατέχει η αυτόνομη ρύθμιση της αλλαγής της συμπεριφοράς. Η αυτόνομη υποστήριξη, όπως ελέγχεται πειραματικά και όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς και επιπλέον ένας γενικά αυτόνομος προσανατολισμός του συμμετέχοντος προβλέπεται να ενισχύσουν την αυτόνομη ρύθμιση και την αντίληψη των ικανοτήτων. Η αυτόνομη ρύθμιση και η αντίληψη των ικανοτήτων με τη σειρά τους αναμένεται να αυξήσουν τη διατήρηση της αλλαγής των συμπεριφορών που σχετίζονται με αυξημένους κινδύνους για την υγεία των ατόμων (Thogersen-Ntoumani et al, 2006).

### **3.2 Μοντέλα επεξήγησης της συμπεριφοράς σε θέματα Δημόσιας Υγείας**

#### **ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

Το Διαθεωρητικό Μοντέλο ή αλλιώς Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής αναπτύχθηκε από τους Prochaska & Diclemente το 1983 και τον Prochaska το 1992. Αποτελεί ένα πλαίσιο μελέτης για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα σημειώνουν πρόοδο κατά την υιοθέτηση ή διατήρηση των αλλαγών συμπεριφοράς σε θέματα υγείας και είναι από τα πιο ελπιδοφόρα μοντέλα σήμερα.

Αφορά στην κατανόηση και την προώθηση της αλλαγής συμπεριφοράς. Ενσωματώνει συναισθηματικές, γνωστικές και συμπεριφορικές διαδικασίες καθώς και την αρχή από τις βασικές θεωρίες της ψυχολογίας και της ψυχοθεραπείας (Jordan et al,2000). Είναι μια χρήσιμη βάση για την αξιολόγηση και την παρακολούθηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής βασίζεται στην ιδέα ότι όταν τα άτομα αλλάζουν μια συμπεριφορά, τότε διέρχονται από μια σειρά σταδίων κατά το πέρασμα του χρόνου, από το ένα στάδιο στο άλλο. Για κάθε στάδιο λαμβάνουν χώρα διαφορετικές διαδικασίες. Το διαθεωρητικό μοντέλο χρησιμοποιεί όλα τα στάδια αλλαγής συμπεριφοράς, ώστε να συμπεριλάβει όλες τις διαδικασίες που μεσολαβούν μέχρι την πραγματοποίηση της αλλαγής.

Τα κύρια συνθετικά μέρη του διαθεωρητικού μοντέλου περιλαμβάνουν

- 1) Στάδια αλλαγής συμπεριφοράς
- 2) Διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς
- 3) Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της αλλαγής συμπεριφοράς
- 4) Αυτο-αποτελεσματικότητα
- 5) Πειρασμό

### **-Στάδια αλλαγής συμπεριφοράς**

Η αλλαγή δεν επιτυγχάνεται αμέσως. Για αυτό και τα στάδια αυτά αποτελούν σημαντικό τμήμα του Δ.Μ, γιατί αντιπροσωπεύουν το χρονικό διάστημα για την επίτευξη των αλλαγών συμπεριφοράς. Τα στάδια αυτά περιλαμβάνουν

- 1) Το στάδιο πριν την σκέψη
- 2) Το στάδιο κατά την διάρκεια της σκέψης
- 3) Το στάδιο της προετοιμασίας
- 4) Το στάδιο της δράσης
- 5) Το στάδιο της διατήρησης
- 6) Το στάδιο τερματισμού

Κάθε στάδιο αντιπροσωπεύει ένα χρονικό διάστημα, καθώς και ένα σύνολο εργασιών που απαιτούνται για την μετακίνηση στο επόμενο στάδιο. Παρά το γεγονός ότι ο χρόνος που ένα άτομο μεταβαίνει σε κάθε στάδιο μπορεί να ποικίλλει, οι εργασίες που πρέπει να επιτευχθούν υποτίθεται πως είναι αμετάβλητες.

**Στάδιο πριν την σκέψη:** Δεν υπάρχει συνειδητοποίηση για αλλαγή της συμπεριφοράς για τους επόμενους έξι μήνες. Το άτομο δεν σκέφτεται σοβαρά να προβεί στην αλλαγή αυτή και δεν αναγνωρίζει την ανάγκη για αλλαγή. Το στάδιο αυτό διακρίνεται από αποφυγή ενημέρωσης από το άτομο ακόμα και σκέψης, ενώ υπάρχει αγνόηση του προβλήματος. Η αντίσταση για την αναγνώριση ή την τροποποίηση ενός προβλήματος συμπεριφοράς είναι το σήμα κατατεθέν στο στάδιο αυτό.

Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά και ο Gx Chesterton «δεν είναι ότι δεν μπορούν να δουν την λύση. Δεν είναι ότι δεν μπορούν να δουν το πρόβλημα». Συνήθως αισθάνονται εξαναγκασμό στο να προβούν στην αλλαγή συμπεριφοράς, από τον σύζυγο ο οποίος απειλεί να φύγει, από τον εργοδότη ο οποίος απειλεί με απόρριψη, από τους γονείς οι οποίοι απειλούν να τους αποκηρύξουν ή ακόμη και από το δικαστήριο που απειλεί με τιμωρία. Μπορούν να προβούν στην αλλαγή όσο είναι έντονη η πίεση. Ωστόσο όταν δεν υπάρχει πίεση επιστρέφουν στις παλιές τους συνήθειες.

Μερικές απαντήσεις ασθενών που δόθηκαν στην ερώτηση : «Σκοπεύετε να αλλάξετε την συμπεριφορά σας στο εγγύς μέλλον, δηλαδή μέσα στους επόμενους 6 μήνες;» ήταν η εξής : «Σε ότι αφορά εμένα δεν έχω κανένα πρόβλημα που να χρειάζεται αλλαγή.» «Υποθέτω ότι έχω ελαττώματα, αλλά δεν υπάρχει τίποτα που έχω ανάγκη πραγματικά να αλλάξω».

**Στάδιο σκέψης:** Τα άτομα μένουν κολλημένα στο στάδιο συνειδητοποίησης για μεγάλη χρονική περίοδο. Σε μία μελέτη αυτο-αλλαγής έγινε παρακολούθηση 200 καπνιστών που βρίσκονταν στο στάδιο ΣΚΕΨΗΣ για 2 χρόνια (Declemente & Prochaska, 1985).

Μια άλλη σημαντική πτυχή στο στάδιο συνειδητοποίησης είναι η στάθμιση πλεονεκτημάτων-μειονεκτημάτων. Το κεντρικό στοιχείο του σταδίου αυτού είναι το άτομο να λαμβάνει σοβαρά υπόψιν του την επίλυση του προβλήματος.

Συγκριτικά πάντως με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο πριν την σκέψη, τα άτομα αυτά είναι περισσότερο ανοιχτά σε πληροφορίες σχετικά με την προβληματική τους συμπεριφορά. Υπάρχει αντίληψη του μεγέθους του προβλήματος και σκέφτονται σοβαρά πλέον την εφαρμογή αλλαγής της συμπεριφοράς, δίχως όμως αυτό να τους δεσμεύει να λάβουν δράση.

**Στάδιο προετοιμασίας:** Στο στάδιο αυτό βρίσκονται τα άτομα που έχουν πρόθεση να λάβουν δράση τον επόμενο μήνα, ενώ ανεπιτυχώς έλαβαν δράση κατά την διάρκεια του προηγούμενου έτους. Ωστόσο υπάρχει και η περίπτωση κάποιου να έχουν κάνει κάποια μικρά άλματα προσπάθειας δράσης, χωρίς όμως να έχει αποτέλεσμα και ιδιαίτερη απόδοση. Το στάδιο αυτό είναι ένας συνδυασμός τάσης-συμπεριφοράς. Μερικοί ερευνητές προτιμούν το στάδιο αυτό να γίνει αντιληπτό από το άτομο ως «τα πρώτα βήματα του σταδίου δράσης».

**Στάδιο δράσης:** Το στάδιο αυτό εστιάζει στην συμπεριφορά και είναι περισσότερο αποδεκτό και αναγνωρίσιμο από το άτομο. Όταν το άτομο βρίσκεται στο στάδιο αυτό, συνεπάγεται την πραγματοποίηση αλλαγών στην συμπεριφορά του, στις εμπειρίες και στο περιβάλλον του, με σκοπό να ξεπεράσει τα προβλήματά του.

Πρέπει ωστόσο να σημειωθεί πως αν η αλλαγή συμπεριφοράς έχει συντελεστή πολύ υψηλό, τότε θα πρέπει να δοθεί προσοχή για τυχόν κίνδυνο υποτροπής. Τέλος εάν αυτά τα άτομα καταφέρνουν να διατηρήσουν τις αλλαγές στις οποίες έχουν προβεί, τότε περνούν στο στάδιο της συντήρησης. Τα άτομα κατατάσσονται στο στάδιο δράσης αν έχουν μεταβάλλει την εθιστική συμπεριφορά επιτυχώς για ένα χρονικό διάστημα 1 ημέρας- 6μήνες. Τα κύρια χαρακτηριστικά της δράσης είναι η τροποποίηση συμπεριφοράς που στοχεύει σε ένα αποδεκτό κριτήριο καθώς επίσης και οι σημαντικές εμφανείς προσπάθειες αλλαγής συμπεριφοράς

**Στάδιο διατήρησης:** Είναι το στάδιο στο οποίο τα άτομα εργάζονται για την πρόληψη της υποτροπής. Παραδοσιακά η συντήρηση θεωρείται ως μία στατική



φάση. Ωστόσο η συντήρηση είναι μια συνέχεια και όχι η απουσία της αλλαγής. Εκτείνεται από 6 μήνες έως αόριστο χρονικό διάστημα. Για να μείνει κάποιος στο στάδιο αυτό πρέπει να πληρούνται 2 βασικά κριτήρια : 1) το άτομο να είναι σε θέση να παραμένει ελεύθερο από την εθιστική συμπεριφορά και 2) να είναι σε θέση να συμμετάσχει σε μια νέα ασυμβίβαστη συμπεριφορά για περισσότερο από 6 μήνες. Η αποφυγή υποτροπής και η σταθεροποίηση της αλλαγής συμπεριφοράς είναι τα βασικά χαρακτηριστικά της συντήρησης. Τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο αυτό, έχουν επιτύχει την επιθυμητή συμπεριφορά για τουλάχιστον έξι μήνες και είναι πεπεισμένα πως θα συνεχίσουν τις αλλαγές. Οι αλλαγές της συμπεριφοράς τους αποτελούν πλέον τρόπο ζωής, ενώ ο κίνδυνος αποφυγής της υποτροπής αλλοιώνεται σε σημαντικό βαθμό, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως δεν εξακολουθεί να χρήζει ιδιαίτερης προσοχής.

**Στάδιο τερματισμού:** Στο στάδιο αυτό καταλήγουν ελάχιστα άτομα με συγκεκριμένη συμπεριφορά, όπως είναι για παράδειγμα ο αλκοολισμός. Στο στάδιο αυτό οδηγούνται τα άτομα αυτά που έχουν επιτύχει την επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς και η πιθανότητα για επιστροφή στις παρελθοντικές συνήθειες έχει μηδενιστεί. Ωστόσο το ποσοστό της αυτο-αποτελεσματικότητας εμφανίζεται στο μέγιστο βαθμό (100%). Ακολουθώντας το Διαθεωρητικό Μοντέλο των Prochaska and Diclemente (Prochaska & Diclemente, 1983) που έχει δοκιμαστεί σε έναν αριθμό συμπεριφορών (Prochaska & Velicer, 1997) ο σχεδιασμός του Διαθεωρητικού Μοντέλου σε διατροφικές παρεμβάσεις προβλέπει ότι, η προθυμία για διαιτητικές αλλαγές είναι πιθανόν να αξιολογούνται κατά μήκος μιας συνεχόμενης ροής που ακολουθεί την εξής πορεία: ΛΗΨΗ (το άτομο δεν σχεδιάζει να προβεί σε κάποια αλλαγή ), ΠΕΡΙΣΥΛΛΟΓΗ (αόριστα σχέδια για την αλλαγή, το άτομο δεν κάνει προσπάθειες για να αλλάξει την συμπεριφορά του), ΔΡΑΣΗ (το άτομο ακολουθεί μια δίαιτα χαμηλών λιπαρών για χρονικό διάστημα λιγότερο των έξι μηνών) και ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ (το άτομο ακολουθεί μια δίαιτα σε χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά για έξι μήνες και άνω.) (Kristal et al, 1999).

## - Διαδικασία αλλαγής συμπεριφοράς

Αποτελεί το δεύτερο συνθετικό μέρος του Διαθεωρητικού Μοντέλου και συμπεριλαμβάνει όλες τις φανερές και κρυφές διαδικασίες που χρησιμοποιούν τα άτομα, με σκοπό να σημειώσουν πρόοδο κατά την διέλευση τους από το ένα στάδιο στο άλλο.

Αντιπροσωπεύουν μια χρονική διάσταση που μας επιτρέπει να καταλάβουμε, όταν εμφανίζονται αλλαγές και κυρίως στις στάσεις, στις προθέσεις και τις συμπεριφορές. Κάθε διαδικασία είναι μια ευρεία κατηγορία που περιλαμβάνει πολλαπλές τεχνικές, μεθόδου και παρεμβάσεις που παραδοσιακά συνδέονται με διαφορετικές θεωρητικές κατευθύνσεις. Αυτές οι διαδικασίες αλλαγής μπορούν να χρησιμοποιηθούν μέσα από συνεδρίες θεραπείας, μεταξύ των συνεδριών θεραπείας ή και χωρίς συνεδρίες θεραπείας. Εντοπίστηκαν για πρώτη φορά θεωρητικά σε μία συγκριτική ανάλυση των κορυφαίων συστημάτων της ψυχοθεραπείας (Prochaska 1979).

Οι διαδικασίες που επιλέγονται εξετάζουν τις συνιστώμενες τεχνικές αλλαγής, σε διαφορετικές θεωρίες, γεγονός που εξηγεί τον όρο << Διαθεωρητικό >>.

Διαδικασίες όπως η δημιουργία συνείδησης, η επινόηση, η προσωπική επαναξιολόγηση, η επαναξιολόγηση του περιβάλλοντος και η κοινωνική απελευθέρωση, είναι μερικά παραδείγματα επιστημονικά τεκμηριωμένων (σύμφωνα με μελέτες), όπου χρησιμοποιούνται στα πρώτα στάδια (πριν την σκέψη- σκέψη - προετοιμασία) και έχουν σκοπό τη αύξηση της τάσης και κινητοποίησης.

Από την άλλη πλευρά, διαδικασίες όπως οι βοηθητικές σχέσεις, η υποκατάσταση, η διαχείριση απροόπτων, ο έλεγχος ερεθισμάτων και η προσωπική απελευθέρωση είναι διαδικασίες που εφαρμόζονται στα επόμενα στάδια αλλαγής. Σημαντικές διαφορές σημειώθηκαν πάντως ως προς την συχνότητα της χρήσης διαδικασιών αλλαγής της συμπεριφοράς.

### **- Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα**

Η αλλαγή μιας συμπεριφοράς ωστόσο αμφιταλαντεύεται ανάμεσα στα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που προκύπτουν από την αλλαγή. Πιο συγκεκριμένα τα πλεονεκτήματα που προκύπτουν από την υιοθέτηση μιας υγιούς συμπεριφοράς είναι στα πρώτα στάδια λίγα και αυξάνονται καθώς προχωράει το άτομο στα επόμενα στάδια, ενώ με τα μειονεκτήματα συμβαίνει το αντίθετο.

### **-Αυτοαποτελεσματικότητα**

Η αυτοαποτελεσματικότητα, δηλαδή η αίσθηση του ατόμου ότι κάνει κάτι με επιτυχία και φέρνει αποτελέσματα, αποτελεί το τέταρτο συνθετικό μέρος του Διαθεωρητικού Μοντέλου (έχει γίνει ανάλυση σε άλλο κεφάλαιο).

### **- Πειρασμός**

Ο πειρασμός αποτελεί το πέμπτο συνθετικό μέρος του μοντέλου και ορίζεται ως η ελκυστική κατάσταση στην οποία μπορεί να υποπέσουν τα άτομα στην προσπάθειά τους για αλλαγή συμπεριφοράς και υιοθέτηση υγιεινότερων συνηθειών. Μειώνεται κατά την διέλευση από το ένα στάδιο στο άλλο, ωστόσο ακόμα και στο στάδιο της διατήρησης χρήζει προσοχής καθώς είναι ακόμα παρών και είναι δυνατόν να οδηγήσει σε υποτροπή.

Το Διαθεωρητικό Μοντέλο βοηθάει τους ειδικούς αγωγής υγείας να κατανοήσουν ότι όλα τα άτομα δεν είναι στην ίδια θέση ετοιμότητας προκειμένου να επιτύχουν μια αλλαγή . Τα άτομα σημειώνουν πρόοδο καθώς μεταβαίνουν από το ένα στάδιο αλλαγής στο άλλο, με απώτερο σκοπό να προσεγγίσουν το στάδιο δράσης. Αρχικά εφαρμόστηκε στο πλαίσιο των προσπαθειών για διακοπή του καπνίσματος, σύντομα όμως χρησιμοποιήθηκε και σε άλλους τομείς. Το ίδιο μοντέλο αλλαγής ανακαλύφθηκε για όλα τα στάδια που αφορούν ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων (Prochaska, 1994, Prochaska et al, 1994).

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι το Μοντέλο Σταδίων Αλλαγής μπορεί να εφαρμοστεί για την θεραπεία διατροφικών διαταραχών και για την απώλεια βάρους (Wilson & Schlam, 2004).

Η εφαρμογή του έχει εξαπλωθεί και σε διάφορα άλλα θέματα που σχετίζονται με την παχυσαρκία όπως για παράδειγμα η κατανάλωση τροφίμων χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, ο έλεγχος και η διαχείριση του βάρους, η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών καθώς επίσης και η φυσική δραστηριότητα. (Milunpalo et al, 2000, Siero et al, 2000, Steptoe et al 2000, Feinstein, 2001, Church et al, 2001).

Τα στάδια και οι διαδικασίες αλλαγής σε συνδυασμό με την λήψη των αποφάσεων αποτελούν μέτρο ισορροπίας και αυξάνουν την ακρίβεια της εφαρμογής της αλλαγής συμπεριφοράς. Επομένως εάν εφαρμοστούν συνδυαστικά θεωρούνται ως ο καλύτερος τρόπος αλλαγής μιας διατροφικής συμπεριφοράς.

### **3.3 Ο ρόλος της αυτο-αποτελεσματικότητας**

Η αυτο-αποτελεσματικότητα (self-efficacy) αποτελεί ένα από τα συνθετικά μέρη της Κοινωνικής Γνωσιακής Θεωρίας, τα οποία χρησιμοποιούνται συνήθως στον σχεδιασμό παρεμβάσεων προαγωγής υγείας. Το μοντέλο της Κοινωνικής Γνωσιακής Θεωρίας περιγράφει τη διαδικασία της μάθησης ως μια αμοιβαία αλληλεπίδραση περιβάλλοντος-ατόμου (δηλαδή καθώς το άτομο ξεκινάει να ασκεί έλεγχο στο περιβάλλον του, άλλες δυνάμεις ενεργούν από κοινού με σκοπό να επηρεάσουν την συμπεριφορά του) και εξετάζει τις έννοιες της γνωστικής διαδικασίας και της συμπεριφοράς (διατυπώθηκε από τον Bandura το 1997). Εκτός από την αυτο-αποτελεσματικότητα, άλλα αντικείμενα χρήσης του μοντέλου για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων προαγωγής υγείας είναι και η ενίσχυση, η ικανότητα συμπεριφοράς, ο αυτοέλεγχος, η διαχείριση αρνητικών συναισθημάτων, ο αμοιβαίος καθορισμός συμπεριφοράς και η αντίληψη του ελέγχου (Γ. Μανιός, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, ως αυτο-αποτελεσματικότητα ορίζεται η εσωτερική κατάσταση στην οποία τα άτομα νιώθουν την ικανότητα της επιτυχής πραγματοποίησης

συγκεκριμένων επιθυμητών στόχων ή την εκδήλωση ορισμένης συμπεριφοράς. Ένας άλλος ορισμός που θα μπορούσε επίσης να δοθεί και που μάλιστα είναι περισσότερο συνδεδεμένος με την διατροφική συμπεριφορά είναι και αυτός του βαθμού ικανότητας του ατόμου να εκτελέσει συγκεκριμένη δράση, η οποία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κατανόηση και τροποποίηση των συμπεριφορών υγείας και κατ' επέκταση της διαιτητικής συμπεριφοράς. Η αυτο-αποτελεσματικότητα θα μπορούσε να ταυτιστεί και με το στοιχείο της προσδοκίας, αφού είναι πιο πιθανό κάποιος ο οποίος προσδοκά ένα αποτέλεσμα να αναπτύξει το αίσθημα αυτό (Rimal R, 2000).

Για τη μέτρηση της αυτο-αποτελεσματικότητας (Bandura, 1977) μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε η Κλίμακα Πειρασμού “Temptation scales” , είτε ένα ερωτηματολόγιο Αυτοπεποίθησης “Confidence”. Η έννοια της Αυτοπεποίθησης αντικατοπτρίζει την πεποίθηση ότι τα άτομα μπορούν να ανταπεξέλθουν σε καταστάσεις αυξημένου κινδύνου χωρίς να υποτροπιάσουν. Η Κλίμακα του Πειρασμού (Di Clemente, 1981, 1986, Velicer et al, 1990) αντικατοπτρίζει την ένταση της παρόρμησης του ατόμου για μία συγκεκριμένη συμπεριφορά όταν βρίσκεται σε κάποια δύσκολη κατάσταση (Parcel G, et al , 1995-1996).

Βέβαια είναι δυνατόν τα άτομα να μην εμφανίσουν την συγκεκριμένη συμπεριφορά παρόλο που διαθέτουν το αίσθημα της αυτο-αποτελεσματικότητας διότι ίσως θεωρούν πως τα αποτελέσματα ύστερα από την εκδήλωση της συμπεριφοράς δεν θα τους προσφέρουν κανένα όφελος. Για τον λόγο αυτό δημιουργείται η ανάγκη να γίνει αναφορά στους τρόπους οι οποίοι αποτελούν διαύλους στην ανάπτυξη του αισθήματος της αυτο-αποτελεσματικότητας. Τέσσερις είναι οι βασικοί τρόποι και είναι οι εξής:

- 1) Μέσω προσωπικής επίτευξης κάποιου στόχου
- 2) Μέσω παρακολούθησης άλλων ατόμων για την επίτευξη κάποιου στόχου
- 3) Μέσω κινητοποίησης-προτροπής από τρίτους για την επίτευξη κάποιου στόχου
- 4) Μέσω συναισθηματικής προσωπικής διέγερσης για την επίτευξη κάποιου στόχου

Επιπλέον αξιοσημείωτο είναι να γίνει αναφορά και στις διαδικασίες εκείνες οι οποίες αποτελούν ‘‘ενεργοποιητές’’ του στοιχείου της αυτοπεποίθησης, οι οποίες είναι:

- 1) Γνωσιακές διαδικασίες (δημιουργία στόχων ή επίλυση προβλημάτων)
- 2) Δημιουργία κινήτρων (δεδομένες πεποιθήσεις σχετικά με τα πιθανά αποτελέσματα και την αξία των αποτελεσμάτων μιας συμπεριφοράς)
- 3) Δημιουργία επιρροών (αντιλήψεις για ενδεχόμενες απειλές και ανταπόκριση του περιβάλλοντος όπως για παράδειγμα κοινωνική ενίσχυση και υποστήριξη)
- 4) Επιλογές (σε σχέση με το περιβάλλον)

Σύμφωνα με έρευνες, άτομα τα οποία έχουν υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα αντιμετωπίζουν μια κατάσταση ως πρόκληση και όχι ως απειλή, επιμένουν όταν οι προσπάθειές τους αποτυγχάνουν, ελέγχουν πιθανούς παράγοντες στρες και διατηρούν τις δεσμεύσεις για την εκπλήρωση των στόχων τους. Επομένως υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να διατηρήσουν την αλλαγή μιας συμπεριφοράς, καθώς εκλαμβάνουν τα εμπόδια ως μια πρόκληση η οποία πρέπει να υπερνικηθεί. Για τον λόγο αυτό η έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας χρησιμοποιείται συχνά σε μελέτες που αφορούν την πρόβλεψη της διαιτητικής συμπεριφοράς και θεωρείται ένας καλός προγνωστικός δείκτης της διατροφικής αγωγής καθώς επίσης και μια ιδιαίτερα κρίσιμη παράμετρος στην έναρξη απόκτησης δεξιοτήτων.

Προχωρώντας σε επίπεδο πρακτικό και όχι μόνο στην θεωρία πέντε είναι οι τρόποι για βελτίωση του στοιχείου της αυτο-αποτελεσματικότητας, οι οποίοι θα ήταν χρήσιμοι σε προγράμματα παρέμβασης και είναι οι παρακάτω:

- 1) Εκπαίδευση και καθοδήγηση των ατόμων του πληθυσμού-στόχου στην υλοποίηση των δραστηριοτήτων
- 2) Σταδιακή οριοθέτηση στόχων
- 3) Προφορική ενίσχυση
- 4) Παρουσίαση επιθυμητών συμπεριφορών

## 5) Μείωση συναισθηματικής φόρτισης

Όλα τα παραπάνω μαρτυρούν το γεγονός ότι τα προγράμματα προαγωγής υγιεινής διατροφής θα πρέπει να στοχεύουν στην βελτίωση του βαθμού αποτελεσματικότητας, ώστε να οδηγούν με πιο αποτελεσματικό τρόπο τον πληθυσμό-στόχο να προβεί σε αλλαγή της διαιτητικής του συμπεριφοράς. Επιπλέον οι μελλοντικές προσπάθειες για την προαγωγή της σωστής διατροφής, οφείλουν να δημιουργήσουν την αυτο-αποτελεσματικότητα χρησιμοποιώντας ως γνώμονα τη σχέση γνώσεων-συμπεριφοράς (Rimal R, 2000).

### **3.4 Σχεδιασμός Αποτελεσματικών Διατροφικών Παρεμβάσεων**

Η τροποποίηση της συμπεριφοράς έχει εδώ και αρκετό καιρό θεωρηθεί ως απαραίτητο συστατικό στοιχείο οποιουδήποτε επαρκούς προγράμματος για τη θεραπεία της παχυσαρκίας. Ένα πρόγραμμα διαχείρισης βάρους για να είναι αποτελεσματικό και επιτυχημένο, θα πρέπει να βασιστεί σε μια σωστή αξιολόγηση της συμπεριφοράς των ατόμων στα οποία απευθύνεται.

Ο στόχος της εκτίμησης της συμπεριφοράς είναι διπλός: ο πρώτος στόχος είναι ο προσδιορισμός των συμπεριφορών που σχετίζονται με τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα οι οποίες μπορούν να προωθούν την ανισορροπία στην ενέργεια και που μπορούν να τροποποιηθούν (Barlow et al, 2007). Ο δεύτερος στόχος είναι η εκτίμηση της ικανότητας όσο και της ετοιμότητας του ασθενή ή/ και της οικογένειας του ασθενή να αλλάξουν κάποιες από όλες αυτές τις συμπεριφορές. Επίσης, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η παχυσαρκία, όπως όλες οι ασθένειες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, σχετίζονται στενά με μια ψυχολογική πίεση και ένα έντονο άγχος (Saito et al, 2009).

Οπότε είναι αναγκαίο να εκτιμηθεί η ψυχολογική κατάσταση των παχύσαρκων ασθενών και να τους προσφερθεί κατάλληλη ψυχολογική στήριξη για αυτό το λόγο η παρέμβαση στη συμπεριφορά πραγματοποιείται συνήθως από έναν ψυχολόγο, έναν συμπεριφορικό θεραπευτή, και έναν διαιτολόγο ή ειδικό της άσκησης (Wilbom. Et al, 2005).

Εφ' όσον γίνει η αξιολόγηση των συμπεριφορών των ατόμων πριν την παρέμβαση, θα πρέπει να τεθούν κατάλληλοι στόχοι.

Αυτοί οι στόχοι έχουν μεν μια κοινή κατεύθυνση (την αλλαγή της συμπεριφοράς προς την τροφή και τη φυσική δραστηριότητα, που οδηγούν τελικά σε μείωση του βάρους) αλλά διαφοροποιούνται κατά ένα βαθμό ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα των ασθενών στους οποίους απευθύνεται.

Επομένως το κλειδί για επιτυχημένες παρεμβάσεις είναι ο δυναμικός εντοπισμός του σταδίου στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής και κατόπιν ο σχεδιασμός και υλοποίηση της παρέμβασης που είναι η καταλληλότερη για το συγκεκριμένο στάδιο αλλαγής στο οποίο βρίσκεται τη δεδομένη χρονική στιγμή (Prochaska et al, 1992). Έτσι ενώ οι γενικές οδηγίες είναι χρήσιμες μπορεί να ειπωθεί ότι πριν το υπέρβαρο ή παχύσαρκο άτομο τεθούν σε παρέμβαση, είναι σημαντικό να κατανοηθεί το κίνητρο των ατόμων και η πρόθεσή τους να χάσουν βάρος (Chang et al, 2007).

Οι ολοκληρωμένες παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν **συμπεριφορική θεραπεία** μαζί με αλλαγές στη διατροφή και στη φυσική δραστηριότητα είναι οι πιο προσεκτικά και εντατικά μελετημένες και φαίνεται να είναι οι πιο επιτυχημένες προσεγγίσεις για τη βελτίωση της μακροχρόνιας κατάστασης βάρους και υγείας (Spear et al, 2007). Τα προγράμματα συμπεριφορικής θεραπείας που βασίζονται στην οικογένεια του ασθενή και περιλαμβάνουν πολλούς επαγγελματίες ταυτόχρονα θεωρούνται ως η καλύτερη μέθοδος θεραπείας.

Η συμπεριφορική θεραπεία της παχυσαρκίας έχει μελετηθεί πιο εντατικά και τα αποτελέσματά της έχουν τεκμηριωθεί πιο διεξοδικά από οποιαδήποτε άλλη παρέμβαση για την παχυσαρκία (Wilson et al, 2007). Συνεπώς η συμπεριφορική θεραπεία έχει ευρέως διαδοθεί και έχει γίνει αποδεκτή.



Πιο συγκεκριμένα τα στάδια σχεδιασμού μιας αποτελεσματικής παρέμβασης βασισμένης στις αρχές της Συμπεριφορικής ανάλυσης είναι τέσσερα και είναι τα παρακάτω:

*A) Στο πρώτο στάδιο θεραπευτής και πελάτης ορίζουν τους στόχους.*

Σύμφωνα με τις αρχές της συμπεριφορικής ανάλυσης: στόχος κάθε παρέμβασης είναι η απαλλαγή του πελάτη από το πρόβλημα εκείνο που δυσχεραίνει την προσαρμογή του στο συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Δηλαδή στόχος είναι η καλύτερη λειτουργικότητα του ατόμου, η καλύτερη ανταπόκριση στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής.

Αφού επιβεβαιωθεί η δέσμευση του πελάτη για αλλαγή και έχουν ξεκαθαριστεί οι προβληματικές διαστάσεις γίνεται διαπραγμάτευση για συγκεκριμένους, αντικειμενικούς στόχους και τις προτεραιότητες ανάμεσα σε αυτούς. Σε όλη τη φάση αυτού του σταδίου ο θεραπευτής βεβαιώνεται ότι ο πελάτης του έχει κάποιες επιλογές και έλεγχο πάνω στους αντικειμενικούς στόχους και στις σχετικές θεραπευτικές τεχνικές.

### **Επιλογή των στόχων αλλαγής**

Σκόπιμο είναι για την επιλογή των στόχων:

- α) να μην επιλέγεται μια συμπεριφορά για αλλαγή που βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο άλλων ανθρώπων, τους οποίους ο θεραπευτής δεν μπορεί να επηρεάσει .
- β) να επιλέγονται στόχοι που έχουν άμεση σχέση με την καθημερινή ζωή του ασθενή και που θα εξακολουθούν να παίζουν ρόλο στη ζωή του και μετά το τέλος της θεραπείας .
- γ) να επιλέγονται στόχοι που έχουν πιθανότητα επιτυχίας .
- δ) να επιλέγεται μερικές φορές, κάποιος δευτερεύων στόχος για έναρξη της θεραπείας, ακόμα κι αν υπάρχει άλλος πρωτεύων και κυριαρχικός, γιατί

μετριάζοντας αμέσως την ένταση του δευτερεύοντος στόχου, ο ασθενής ενθουσιάζεται με την αλλαγή και αρχίζει να πιστεύει στη θεραπεία. Προκειμένου να έχουμε αυτό το αποτέλεσμα, απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο επιμέρους στόχος να γίνει αντιληπτός ως τέτοιος χωρίς να μειωθεί η σημασία του πρώτου: και για να γίνει αυτό πρέπει να είναι ξεκάθαρο το κυρίαρχο πρόβλημα, να έχει γίνει σωστή εκτίμηση του προβλήματος, να μην υπάρχει αμφιβολία από την πλευρά του θεραπευτή ότι ο πελάτης κάτι τού αποκρύπτει.

- ε) να γίνεται προσπάθεια σε ορισμένες καταστάσεις να εγκατασταθεί καινούργια συμπεριφορά και όχι να εξαιρεθεί η προηγούμενη παθολογική π.χ. σε έναν ομοφυλόφιλο, στόχος δεν θα είναι η εξάλειψη της ομοφυλοφιλικής του συμπεριφοράς αλλά το να μάθει να μην φοβάται την ετεροφυλοφιλική συμπεριφορά.

**B) Στο δεύτερο στάδιο γίνεται ο σχεδιασμός της θεραπευτικής παρέμβασης**

### **Ο σχεδιασμός της θεραπευτικής επέμβασης περιλαμβάνει τέσσερα στάδια**

#### 1<sup>ο</sup> Εκτίμηση των κινήτρων του πελάτη

Ο θεραπευτής προκειμένου να εξασφαλίσει τις καλύτερες προϋποθέσεις για την εφαρμογή της τεχνικής ελέγχει και ενισχύει τα κίνητρα του πελάτη του. Η πιο συνηθισμένη τεχνική αναγνώρισης τους είναι η ανάθεση στον πελάτη δραστηριοτήτων για το σπίτι, όπως η συμπλήρωση ερωτηματολογίων, και η καταγραφή των αποτελεσμάτων της αυτοπαρατήρησης του.

#### 2<sup>ο</sup> Εκτίμηση των ικανοτήτων του πελάτη

Μερικά από τα ερωτήματα που βοηθούν τον θεραπευτή να κατανοήσει τον πελάτη και να διαμορφώσει ανάλογα την θεραπευτική συμμαχία είναι: ποιες είναι οι γνωστικές του ικανότητες, ποια είναι τα διανοητικά και φυσικά του όρια, ποιες είναι

οι προσδοκίες του από τον θεραπευτή στον οποίο απευθύνθηκε, ποιες είναι οι επιθυμίες του για συνεργασία κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ποιες είναι οι ενισχύσεις και οι τιμωρίες από το περιβάλλον του, ποιος είναι ο βαθμός αυτοελέγχου του πελάτη.

### 3<sup>ο</sup> Επιλογή της θεραπευτικής τεχνικής

Η επιλογή της θεραπευτικής τεχνικής που θα χρησιμοποιηθεί θα εξαρτηθεί από τους παρακάτω παράγοντες:

- i) από την διάγνωση του προβλήματος. Συγκεκριμένα εξετάζεται αν το πρόβλημα γίνεται αντιληπτό ως ελλειμματική ή ως υπερβολική συμπεριφορά,
- ii) από το είδος του προβλήματος, και από τη φύση και τις πηγές των ελεγχόμενων μεταβλητών του
- iii) από την εξοικείωση του θεραπευτή με τη συγκεκριμένη τεχνική
- iv) από την διαθεσιμότητα της τεχνικής
- v) από την ευκολία χειρισμού αυτής της διαδικασίας, από το μέγεθος και την ποιότητα των απαιτήσεων της.
- vi) από τις ικανότητες του πελάτη τα κίνητρα και τον αυτοέλεγχο του που θα καθορίσουν τη δυνατότητα ανταπόκρισης του στις απαιτήσεις της συγκεκριμένης τεχνικής
- vii) από τις επιθυμίες, τις αξίες του πελάτη, του θεραπευτή και ενδεχομένως κάποιων άλλων προσώπων που θα συμμετέχουν
- viii) από τις ενδείξεις και αντενδείξεις της τεχνικής.

Ανάμεσα σε εκείνες που πληρούν τις παραπάνω προϋποθέσεις επιλέγουμε εκείνη ή εκείνες που είναι περισσότερο απλοϊκή, λιγότερο απαιτητική, και όσο το δυνατόν λιγότερο κουραστική και ενοχλητική για τον πελάτη, εκείνη η οποία ταιριάζει στον τρόπο με τον οποίο ο πελάτης δέχεται και λύνει το πρόβλημα του. Συνήθως απαιτούνται κάποιοι συνδυασμοί θεραπευτικών παρεμβάσεων συμπεριφερειολογικού τύπου με άλλου είδους όπως οι φαρμακευτικές ή φυσικές.

#### 4<sup>ο</sup> Η τελική διαπραγμάτευση

Στο τελευταίο στάδιο ο θεραπευτής ανακεφαλαιώνει συνοπτικά στον πελάτη τα αποτελέσματα της -μέχρι εκείνης της στιγμής- συνεργασίας τους: την φύση του προβλήματός του, το πώς δημιουργήθηκε, πώς συντηρείται τις συνέπειές του. Στη συνέχεια του εξηγεί τι είδους τεχνικές θα εφαρμοστούν, τού ζητά τη συγκατάθεση και πολύ περισσότερο τη συνεργασία του μέχρι το τέλος των συναντήσεων τους.

#### Σχεδιασμός των συνεδριών.

Ο αριθμός και η κατανομή των συνεδριών μέσα στην εβδομάδα σχετίζεται με το είδος τού προβλήματος του κάθε ασθενή, με το βαθμό του κινήτρου που έχει για να απαλλαγεί από το πρόβλημα, τις οικονομικές δυνατότητες ώστε να αντιμετωπίσει τη δαπάνη της θεραπείας, τον τόπο κατοικίας του, τον τύπο της τεχνικής που θα εφαρμοστεί, και τον χρόνο που διαθέτει ο θεραπευτής.

Σκόπιμο είναι οι αρχικές συνεδρίες να είναι συχνές (2-3 φορές την εβδομάδα) ώστε να επιτευχθεί κάποια ορατή αλλαγή στον πελάτη που θα τού αυξήσει το κίνητρο για την περαιτέρω ενεργό του συμμετοχή στη θεραπεία.

#### *Γ) Στο τρίτο στάδιο εφαρμόζονται οι τεχνικές.*

Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου εφαρμόζεται ένα εντατικό, επικεντρωμένο στο στόχο πρόγραμμα. Ποικίλες τεχνικές που περιγράφονται σε εγχειρίδια της συμπεριφοριστικής θεραπείας και της γνωστικής – συμπεριφοριστικής θεραπείας χρησιμοποιούνται προκειμένου να αλλάξουν επιλεγμένες συμπεριφορές-στόχους

Στις περιπτώσεις εκείνες όπου η συμμετοχή του γνωσιακού παράγοντα είναι κυριαρχική (φοβική, αγχώδης νευρώση), τότε η θεραπεία με γνωσιακή αναδόμηση ή η προσπάθεια που γίνεται να βελτιώσει ο ασθενής τις δεξιότητες του ώστε να διευθετεί (να χειρίζεται) π.χ. το άγχος του είναι οι πιο ενδεδειγμένες.

Στις περιπτώσεις όπου οι περιβαλλοντικές συνθήκες επηρεάζουν ή ελέγχουν την συμπεριφορά του ατόμου σε μεγάλο βαθμό ακολουθούνται τεχνικές συμπεριφοριστικού τύπου.

Στη συνέχεια θα αναφερθούν οι πιο συχνά εφαρμοζόμενες στην κλινική πράξη τεχνικές, και οι περιπτώσεις για τις οποίες ενδείκνυνται καθεμία από αυτές. Οι πρώτες οχτώ είναι τεχνικές συμπεριφοριστικού χαρακτήρα ενώ οι επτά τελευταίες είναι γνωσιακού-συμπεριφοριστικού χαρακτήρα.

### 1) Εξάσκηση στην ικανότητα ελέγχου (controllability)

Ο πελάτης μαθαίνει να ελέγχει τις καταστάσεις που επηρεάζουν ή ελέγχουν τη συμπεριφορά του και τον ίδιο του τον εαυτό (αυτοέλεγχος). Η αναγκαιότητα του αυτοελέγχου προήλθε από την αδυναμία του θεραπευτή να παρατηρεί όλων των ειδών τις συμπεριφορές του πελάτη του. Οι σκέψεις, οι φαντασίες, οι ψευδαισθήσεις αλλά και πιο σύνθετες συμπεριφορές όπως η σεξουαλική λειτουργία, οι συζυγικοί καβγάδες, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ή φαγητού ή άλλων ουσιών είναι αναγνωρίσιμες μόνον σε αυτόν στον οποίο συμβαίνουν αρκεί μόνον να ξέρει και να θέλει να τις παρατηρεί. Υπάρχουν **πέντε τεχνικές** που τον βοηθούν στην διαδικασία ελέγχου. Αυτές είναι:

α. Έλεγχος του ερεθίσματος (stimulus control): ο θεραπευτής έχει ήδη εξηγήσει στον πελάτη τον τρόπο με τον οποίο κάποια ερεθίσματα ελέγχουν την συμπεριφορά του. Για παράδειγμα έχει εξηγήσει στον βουλιμικό πελάτη του που θέλει να απαλλαγεί από την παχυσαρκία ότι η παρουσία του σε ένα ζαχαροπλαστείο συνδέεται με μια ανεπιθύμητη απάντηση δηλαδή την κατανάλωση γλυκισμάτων. Ο πελάτης καλείται να ελέγξει το ερέθισμα-εφόσον ακόμη δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του, μέσω της αυτοσυγκράτησης. Πιο συγκεκριμένα καλείται να μειώσει την παρουσία του στα ζαχαροπλαστεία. Αυτό μπορεί να το κατορθώσει με μικρά βήματα: για πρώτη φορά μπορεί να περάσει μπροστά από ένα ζαχαροπλαστείο όταν είναι κλειστό, τη δεύτερη φορά όταν είναι πολύ βιαστικός, την τρίτη να περάσει από μακριά, την τέταρτη να περάσει ενώ έχει προηγηθεί ένα χορταστικό γεύμα. Έτσι θα εξασθενίσει ο

δεσμός ανάμεσα στο ερέθισμα και την ανεπιθύμητη απάντηση.

β. Αυτό-παρατήρηση (self-observation): Ο πελάτης παρατηρώντας τον εαυτό του συνειδητοποιεί τη συμπεριφορά του και τις συνέπειές της. Καθώς προχωρά η θεραπεία, κάθε αλλαγή που θα παρατηρεί θα την αντιλαμβάνεται πιο εύκολα και θα λειτουργεί ως ένα είδος αυτοενίσχυσης ή αυτοτιμωρίας.

γ. Αυτοενίσχυση και αυτοτιμωρία (self-reinforcement & self-punishment): Χρησιμοποιείται σε μια μεγάλη γκάμα συμπεριφορών που περιλαμβάνει μαθησιακές δυσκολίες παιδιών, σεξουαλικές δυσλειτουργίες ενηλίκων, υπερβολική χρήση αλκοόλ, ουσιών και φαγητού, έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων. Ο ίδιος ο πελάτης αφού μάθει να παρατηρεί τη συμπεριφορά του, θέτει μαζί με τον θεραπευτή του κριτήρια για το πότε θα δέχεται ενισχύσεις και πότε τιμωρίες. Σημασία δεν έχει τόσο το ποιος θα δίνει τις ενισχύσεις και τις τιμωρίες, όσο το πότε και για ποιες συμπεριφορές.

δ. Εκμάθηση εναλλακτικών απαντήσεων (alternate response training): Σε καταστάσεις άγχους, φοβιών, αϋπνίας ο θεραπευτής οδηγεί τον πελάτη να αντικαταστήσει μια απάντηση με μια άλλη, μαθαίνοντας του να βρίσκει μόνος τις εναλλακτικές συμπεριφορές και να τις διεκδικεί, μαθαίνοντάς του παράλληλα να χαλαρώνει και να σκέπτεται θετικά

ε. Διαδικασίες βασισμένες στην φαντασία (imagery-based procedures): Ο πελάτης καλείται να φανταστεί διάφορες καταστάσεις προκειμένου να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του. Οι πιο συνηθισμένες διαδικασίες είναι δύο. Η πρώτη λέγεται «κλειστή ευαισθητοποίηση» (covert sensitisation). Χρησιμοποιείται για την μείωση τού άγχους ή την τροποποίηση σεξουαλικών δυσλειτουργιών και αντικοινωνικών συμπεριφορών. Ο πελάτης ενεργοποιεί την φαντασία του προκειμένου να «δει» τον εαυτό του εμπλεκόμενο σε μια δυσάρεστη κατάσταση (π.χ. κατάχρηση αλκοόλ). Όταν η εικόνα αυτή είναι πολύ ζωντανή τότε τού ζητείται να περιγράψει τις συνέπειες που έχει αυτή η συμπεριφορά (π.χ. ναυτία). Συνειδητοποιώντας τις συνέπειες της συμπεριφοράς του συνειδητοποιεί και την αναγκαιότητα ελέγχου αυτής. Η δεύτερη διαδικασία λέγεται «κλειστή μίμηση» (covert modelling). Σε αυτή ο πελάτης φαντάζεται κάποιον άλλον (π.χ. τον θεραπευτή του) να εμπλέκεται σε μια ευχάριστη αλλά ακατόρθωτη για τον πελάτη κατάσταση (π.χ. διεκδίκηση από τον εργοδότη της νόμιμης άδειας του). Παρατηρεί και περιγράφει λεπτομερώς τη συμπεριφορά του

θεραπευτή – πρότυπο, έπειτα τον μιμείται σε ένα role-play και στη συνέχεια in vivo.  
στ. Βιο-ανάδραση (biofeedback): Η τεχνική αυτή έχει ως στόχο να μάθει στον πελάτη να ελέγχει τις φυσιολογικές του αντιδράσεις. Χρησιμοποιείται σε υπερτασικούς, ασθματικούς, σε άτομα που έχουν προβλήματα με την καρδιά τους, με τον ύπνο ή προβλήματα χρόνιου άγχους και φοβιών.

## 2) Σύστημα των ανταλλάξιμων αμοιβών (token economy)

Πρόκειται για ένα ενισχυτικό σύστημα με το οποίο ο πελάτης κερδίζει κουπόνια (αμοιβές) επειδή εκδήλωσε τις ικανοποιητικές συμπεριφορές. Έπειτα ο πελάτης χρησιμοποιεί τα κουπόνια για να τα ανταλλάξει με διάφορα επιθυμητά προϊόντα. Η τεχνική αυτή εφαρμόζεται κυρίως σε χρόνια νοσηλεύμενους σε ψυχιατρικά τμήματα, ασθενείς. Εκεί οι ασθενείς ενθαρρύνονται να ασχοληθούν με δραστηριότητες του τύπου «σερβίρισμα του γεύματος», ή «καθαρισμός του χώρου» και γενικά να κάνουν οτιδήποτε θέλουν μέσα στα πλαίσια αυτών που η διεύθυνση του τμήματος ορίζει ως επιθυμητή συμπεριφορά. Με το σύστημα αυτό ενισχύονται συμπεριφορές όπως: η κοινωνική αλληλεπίδραση, η ατομική φροντίδα, η ερασιτεχνική ενασχόληση με ένα επάγγελμα.

Η θεραπευτική αυτή τεχνική φάνηκε αποτελεσματική στον περιορισμό της παιδικής επιθετικότητας και στην μείωση των οικογενειακών συγκρούσεων.

## 3) Συστηματική απευαισθητοποίηση στη φαντασία (disensitization in fantasy)

Χρησιμοποιείται σε ασθενείς με φοβικές αντιδράσεις. Έχοντας, ήδη μάθει ο πελάτης να χαλαρώνει, καθορίζει σε συνεργασία με τον θεραπευτή του κάθε φοβικό ερέθισμα και τον βαθμό άγχους που τού προκαλεί και κατασκευάζουν τις αγχογόνες κλίμακες. Στη συνέχεια αρχίζει η απευαισθητοποίηση ακολουθώντας την εξής διαδικασία: ζητείται από τον πελάτη να φανταστεί μία σκηνή που τού προκαλεί το λιγότερο άγχος για 20–40 δευτερόλεπτα. Κάθε φορά δηλώνει στο θεραπευτή του το ποσοστό άγχους που τού προκαλεί η συγκεκριμένη κατάσταση. Αυτή η διαδικασία επαναλαμβάνεται έως ότου ο πελάτης δηλώσει ότι το ερέθισμα δεν τού προκαλεί πλέον άγχος. Τότε ο θεραπευτής του ζητά να φανταστεί ότι βρίσκεται εκτεθειμένος

στο δεύτερο κατά ιεραρχική σειρά φοβικό ερέθισμα. Όταν περάσει και το δεύτερο με επιτυχία ο θεραπευτής εισάγει το τρίτο κ.λπ. μέχρι να παρουσιασθεί στον ασθενή το ερέθισμα που βρίσκεται στο υψηλότερο μέρος της κλίμακας.

#### 4) Κατακλυσμός στην φαντασία (flooding in fantasy)

Ο πελάτης χωρίς να έχει προηγηθεί χαλάρωση, φαντάζεται ότι τού συμβαίνει το χειρότερο δυνατό καθώς έρχεται αντιμέτωπος με την κατάσταση που φοβάται. Μετά από παρακίνηση του θεραπευτή, συνεχίζει να φαντάζεται έτσι τον εαυτό του μέχρι να αισθανθεί καλύτερα.

#### 5) Κατακλυσμός στην πραγματικότητα (flooding in vivo)

Ο πελάτης βιώνει απότομα και χωρίς να έχει την δυνατότητα να υποχωρήσει την περισσότερο επώδυνη αγχογόνα κατάσταση στη μεγαλύτερη δυνατή έντασή της. Με το να βιώσει το άτομο ένα τέτοιο κατακλυσμικό άγχος γίνεται απόσβεση του αρχικού άγχους.

#### 6) Έκθεση στην πράξη (exposure in vivo)

Ο πελάτης έρχεται σε επαφή με την πραγματική κατάσταση που τού προκαλεί δυσφορία, χωρίς να έχει κάνει ασκήσεις χαλάρωσης. Η έκθεση μπορεί να γίνει με τον θεραπευτή του (therapist – assisted exposure), να έχει τη μορφή της αυτόκατευθυνόμενης (self-directed), της καθοδηγούμενης (guided), της παρατεταμένης (prolonged exposure), και της βαθμιαίας έκθεσης (graded exposure).

#### 7) Μίμηση προτύπων (modeling)

Στην κλασσική της μορφή αυτή η τεχνική περιλαμβάνει την παρουσίαση στον πελάτη ενός προτύπου που επιδεικνύει έναν τρόπο συμπεριφοράς τον οποίο πρέπει να μιμηθεί ο πελάτης. Ο θεραπευτής εξασκεί τον πελάτη στην εκτέλεση της πρότυπης συμπεριφοράς. Η μίμηση προτύπων χρησιμοποιείται με διάφορες παραλλαγές. Άλλες φορές το πρότυπο είναι ζωντανό ή βρίσκεται σε εικονική αναπαράσταση ή σε



συμβολική μορφή. Το πρότυπο μπορεί να είναι ένα άτομο ή πολλά άτομα που κάνουν επίδειξη. Άλλοτε δίνεται έμφαση στην παρατήρηση του προτύπου κι άλλοτε στην εκτέλεση της πρότυπης συμπεριφοράς. Κάποιες φορές ο πελάτης εξασκείται από τον θεραπευτή του για τον τρόπο εκτέλεσης της συμπεριφοράς κι άλλες εξασκείται μόνος του. Οι περισσότερο γνωστές τεχνικές στην ψυχοθεραπευτική πράξη είναι: η μίμηση προτύπων με καθοδηγούμενη συμμετοχή (modelling with guided performance), η μίμηση προτύπων σε εικονιστική μορφή( covert modelling), ή κλιμακωτή μίμηση προτύπων (gradual modelling), και η μίμηση προτύπων με ενισχυόμενη καθοδηγούμενη συμμετοχή (modelling with reinforced guided performance).

#### 8) Βιο-ανάδραση ή βιο-επανατροφοδότηση (biofeedback)

Πρόκειται για διαδικασίες που δίνουν στο άτομο πληροφορίες για τις συνεχώς μεταβαλλόμενες φυσιολογικές του λειτουργίες οι οποίες καθορίζονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα όπως είναι η υπέρταση, οι σφυγμοί, ο βασικός μεταβολισμός, η κατανάλωση οξυγόνου κ.α.

Οι διαδικασίες αυτές γίνονται σε τρεις φάσεις: Στην πρώτη, προσδιορίζεται κάποια φυσιολογική λειτουργία που προκαλεί το φαινόμενο (π.χ. τον πονοκέφαλο). Στη δεύτερη, γίνεται συνεχής μέτρηση των αλλαγών στη φυσιολογική λειτουργία (π.χ. στην πίεση του αίματος) για να επισημανθεί ένας μέσος όρος. Στην τρίτη, ο ασθενής πληροφορείται (οπτικά ή ακουστικά) για τη λειτουργία αυτή και το συσχετισμό της με το φαινόμενο.

Ψυχογενείς παράγοντες όπως το άγχος παίζουν σημαντικό ρόλο στη γένεση, συντήρηση και επιδείνωση πολλών παθολογικών και ψυχοσωματικών καταστάσεων. Το άγχος μειώνει το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού, προκαλεί πονοκεφάλους, υπέρταση κ.α. Ο ηλεκτρομυογράφος είναι ένα εργαλείο που βοηθά στον έλεγχο του άγχους, και στη μυϊκή χαλάρωση για την αντιμετώπιση των πιο πάνω και πολλών άλλων ασθενειών όπως: παράλυση, ημικρανίες, χρόνιοι πόνοι, επιληψίες, καρδιακή αρρυθμία, μυϊκές δυσλειτουργίες φοβίες, ακράτεια κοπράνων, σεξουαλικά προβλήματα, γαστρίτιδα, μυωπία, αϋπνία, άσθμα, κ.λ.π.

#### 9) Διαδοχική διαμόρφωση της συμπεριφοράς (shaping)

Με αυτή την τεχνική ακόμη και δύσκολες μορφές μάθησης μπορούν να αποκτηθούν με ενδιάμεσα, συνεχή στάδια, σε καθένα από τα οποία επιτυγχάνεται μια μερικότερη μάθηση.

#### 10) Γνωσιακή αναδόμηση (cognitive restructuring)

Στόχος αυτής της τεχνικής είναι η αλλαγή των διαστρεβλωμένων, αρνητικών γνωστικών σχημάτων του πελάτη τα οποία ευθύνονται για την δημιουργία και συντήρηση της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς. Ο πελάτης μαθαίνει μέσω της φαντασίας και της ενεργού συμμετοχής του θεραπευτή πώς να αντικαθιστά δυσπροσαρμοστικές ιδέες και σκέψεις με πιο ρεαλιστικές εκτιμήσεις γύρω από την κατάσταση που τον απασχολεί.

#### 11) Γνωσιακή πρόβα (cognitive rehearsal)

Στην τεχνική αυτή ο θεραπευτής ζητά από τον πελάτη να φανταστεί και να αναπαράγει νοερά, βήμα προς βήμα όλες τις διαδικασίες που είναι απαραίτητες για την εκτέλεση ενός έργου. Ενδείκνυται σε καταστάσεις άγχους, πανικού, φοβίας. Τα βήματα που ακολουθούνται είναι τα ακόλουθα:

α) εντοπίζονται οι δυσχέρειες καθώς το άτομο φαντάζεται πως εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες,

β) το άτομο καλείται να προσέξει τις ουσιαστικές λεπτομέρειες και δυσχέρειες στην παραγωγή και εκτέλεση ενός έργου. Έτσι το άτομο συγκεντρώνεται και λειτουργεί δημιουργικά χωρίς να μηρυκάζει και να περιπλανιέται,

γ) καθώς εκτελεί το έργο στη φαντασία του απολαμβάνει κάποια αμοιβή, ευχαρίστηση ή ανακούφιση. Έτσι αυξάνει το κίνητρο του για την πραγματική εκτέλεση.

#### 12) Τεχνική επαναπροσδιορισμού (retribution technique)

Οι εξηγήσεις, οι αποδόσεις και οι αιτιοπροσδιορισμοί ενός ατόμου που επινοεί

για να ερμηνεύσει διάφορα γεγονότα, είναι δυνατόν σε ορισμένες περιπτώσεις να προξενήσουν ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις. Η πιο συνηθισμένη είναι η κατάθλιψη όπου το άτομο αποδίδει με μη ρεαλιστικό τρόπο αρνητικές εκβάσεις σε προσωπικά μειονεκτήματα και παραλείψεις.

Οι θεραπευτικές προσπάθειες στοχεύουν στην τροποποίηση αυτών των γνωσιών. Ο πελάτης μαθαίνει να αναγνωρίζει, να καταγράφει και στη συνέχεια να ελέγχει τις δυσλειτουργικές του γνώσεις καθώς και όλους εκείνους τους παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση της προβληματικής συμπεριφοράς.

### 13) Παίξιμο ρόλου (role-play)

Ο ρόλος τον οποίο θα παίξει ο πελάτης υιοθετείται από τον θεραπευτή ή και από τους δύο. Βασικές προϋποθέσεις για την επιλογή του ρόλου είναι: να είναι τέτοιος που να περιστρέφεται γύρω από τις βασικές δυσλειτουργικές γνώσεις, να μην προκαλεί στον πελάτη μεγάλη απειλή, να ταιριάζει στην πραγματικότητα ώστε να μοιάζει σαν ένα φυσικό ρόλο και να μην φαίνεται τεχνητός ή επίπλαστος. Η πολλή λεπτομέρεια και ασάφεια είναι προτιμότερο να αποφεύγεται.

### 14) Εξάσκηση στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων (social skills training)

Εφαρμόζεται σε άτομα που έχουν δυσκολίες κατά την καθημερινή τους διαπροσωπική επικοινωνία η οποία μπορεί να υστερεί ή να είναι αναποτελεσματική. Είναι δυνατό για παράδειγμα να έχουν δυσκολίες να ζητήσουν πληροφορίες, να αρνηθούν τα «παράλογα» αιτήματα των άλλων, να εκφράσουν φιλία ή στοργή ή θυμό ή δυσαρέσκεια με κατάλληλο τρόπο στις διάφορες κοινωνικές καταστάσεις.

Ο θεραπευτής μαθαίνει στον πελάτη του -βήμα προς βήμα- με την τεχνική της μίμησης ρόλου, της βιοανάδρασης, της γνωσιακής πρόβας, τις βασικές αρχές της επικοινωνίας: τού μαθαίνει να ακούει προσεχτικά τον συνομιλητή του, να προσέχει και να κατανοεί τα εκφερόμενα στο λόγο τού άλλου. Σε ο,τι αφορά τον εαυτό του, τού μαθαίνει να ελέγχει τις παρορμητικές ή διστακτικές κινήσεις που δυσχεραίνουν την επικοινωνία. Να μην καταπιέζει τα συναισθήματά του, τις σκέψεις του και τις επιθυμίες του αλλά να τα εκφράζει με ειλικρίνεια και ευθύτητα σεβόμενος πάντα τον

συνομιλητή του. Τέλος, τού μαθαίνει να είναι διεκδικητικός χωρίς να γίνεται επιθετικός

#### 15) Τεχνικές επίλυσης προβλήματος (problem solving techniques)

Πρόκειται για τεχνικές που προορίζονται για άτομα που χωλαίνουν ή υπολείπονται όταν βρίσκονται ενώπιον καταστάσεων ή προβλημάτων που απαιτούν τη λήψη αποφάσεων.

- Στην πρώτη φάση (του γενικού προσανατολισμού) ο θεραπευτής και ο πελάτης θα καταγράψουν τις στάσεις και τις σκέψεις του τελευταίου σχετικά με το πώς βλέπει τα προβλήματα της ζωής και τις διάφορες προβληματικές καταστάσεις.
- Στη δεύτερη φάση (του προσδιορισμού του προβλήματος) η συνεργασία τους εστιάζεται στον ακριβή προσδιορισμό του προβλήματος πάνω στις εξής διαστάσεις: να διακριθεί το υποκειμενικό από το αντικειμενικό, το σχετικό από το άσχετο, το επείγον από εκείνο που μπορεί να περιμένει, το επιδεχόμενο επίλυση από εκείνο που δεν επιδέχεται, να καθορισθεί αυτό που αποτελεί πρόβλημα του πελάτη από εκείνο που αποτελεί πρόβλημα των άλλων, και να οριστούν οι αντικειμενικές και οι ατομικές επιπτώσεις του προβλήματος.
- Στην τρίτη φάση (της παραγωγής των εναλλακτικών) ο πελάτης ενθαρρύνεται να βρει όσο το δυνατόν πιο πολλές εναλλακτικές οι οποίες να είναι σχετικές και συγκεκριμένες. Στην τέταρτη φάση (της λήψης της απόφασης) ο πελάτης ενθαρρύνεται να δοκιμάσει νοερά (γνωστική πρόβα, παίξιμο ρόλου) την πιο κατάλληλη από τις εναλλακτικές λύσεις που βρήκε. Στη συνέχεια προσπαθεί με τις καθοδηγητικές ερωτήσεις του θεραπευτή να εντοπίσει τα πιθανά εμπόδια και τις πιθανές συνέπειες (βραχυπρόθεσμες/μακροπρόθεσμες).
- Στην τελευταία φάση (της εκτέλεσης και επαλήθευσης συνεπειών και παραλείψεων) ο πελάτης εκτελεί την επιλεγείσα πρόταση, παρατηρεί και καταγράφει την απόδοσή του αλλά και τα αποτελέσματα των λύσεων που εφαρμόζει. Αξιολογεί τα αποτελέσματα: αν κρίνει την εκτέλεση ικανοποιητική τότε ενθαρρύνεται να αμείψει τον εαυτό του. Σε διαφορετική περίπτωση η όλη διαδικασία επαναλαμβάνεται από κάποια φάση και έπειτα ή από την αρχή.

### **Ποικιλομορφία των τεχνικών**

Οι ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή και η φύση του προβλήματος του καθορίζουν τον τύπο της θεραπείας ή το πακέτο των τεχνικών που θα εφαρμοστεί. Για αυτό ο θεραπευτής πρέπει να είναι ευέλικτος και να μπορεί να αλλάζει τεχνικές, ακόμη και στο μέσο της θεραπείας, αν είναι αναγκαίο

-που πολλές φορές είναι-, διότι η παροχή νέων πληροφοριών από τον πελάτη κατά τη διάρκεια της θεραπείας του, η παρεμβολή απροσδόκητων γεγονότων στη ζωή του, η εκδήλωση και άλλης ψυχοπαθολογικής ή και αμιγούς σωματικής συμπτωματολογίας αναγκάζουν τον θεραπευτή να αλλάζει τεχνικές και στόχους ή ακόμη και να απευθυνθεί σε συναδέλφους της ψυχικής υγείας με αποτέλεσμα να επιβραδύνεται η συμπεριφορική θεραπεία.

*Δ) Στο τέταρτο στάδιο εφαρμόζονται τεχνικές που αποσκοπούν στην ενίσχυση και παράταση των αποτελεσμάτων της θεραπευτικής επέμβασης.*

Ο θεραπευτής ενισχύει την αυτοπεποίθηση και τον αυτοέλεγχο του πελάτη του, υπενθυμίζοντάς του την πορεία του και τις προόδους που έκανε. Αναγνωρίζει στον πελάτη του την εκμάθηση δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης και την εκμάθηση ενός κανόνα συμπεριφοράς: εφόδια απαραίτητα για την αναγνώριση, ανάλυση και επίλυση πιθανών προβληματικών συμπεριφορών του στο υπόλοιπο της ζωής του.

Για τη συμβουλευτική που αφορά θέματα διατροφής, αλλά και θέματα που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (πχ αντικαπνιστική παρέμβαση), ο θεραπευτής χρειάζεται να έχει κατά νου ένα δομημένο πρότυπο παρέμβασης, με αρχή, μέση και τέλος (Γιαννακούλια,. Παπουτσάκη, 2007).

Έτσι στην πράξη οι συνεδρίες διέπονται από συγκεκριμένη λογική και παραγωγική εξέλιξη.

Πρότυπα παρέμβασης στα οποία διαγράφεται η ανατομία της συνεδρίας έχουν

προταθεί και εφαρμοστεί κατά καιρούς με μεγάλη επιτυχία (Berg et al, 1999) Αυτά συνδυάζουν γνωστά πρότυπα και θεωρίες, όπως τα στάδια αλλαγής συμπεριφοράς και τη συνέντευξη κινητοποίησης.

Επιπλέον τα διάφορα θεραπευτικά πρωτόκολλα που έχουν σχεδιαστεί προκειμένου να εφαρμοστούν σε προγράμματα διαχείρισης βάρους και περιγράφονται στη συνέχεια, βασίζονται στις αρχές της συμπεριφορικής θεραπείας, περιλαμβάνοντας τις συγκεκριμένες οδηγίες και συστάσεις που έχουν προτείνει διεθνείς οργανισμοί και ερευνητές κι έχουν ήδη αναφερθεί.

Μερικές από τις πιο γνωστές μελέτες που εκτιμούν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων παρέμβασης είναι οι ακόλουθες:

- Η τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη Hunter Illawarra Kids Challenge Using Parents Support-(HIKCUPS), η οποία σχεδιάστηκε για την θεραπεία της παιδικής παχυσαρκίας (Jones et al, 2007), έχει μια περίοδο παρακολούθησης 2 χρόνων και σκοπός της είναι η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας τριών στρατηγικών παρέμβασης σε υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά 5-9 ετών (γονεοκεντρικό πρόγραμμα τροποποίησης διατροφής-πρόγραμμα ανάπτυξης δεξιοτήτων φυσικής δραστηριότητας με κέντρο το παιδί-συνδυασμός και των δυο προγραμμάτων).
- Η μελέτη SWITCH η οποία έχει οργανωθεί σε 4 φάσεις και έχει ως στόχο να αλλάξει τις συμπεριφορές κλειδιά (φυσική δραστηριότητα, θέαση τηλεόρασης και διατροφή) που σχετίζονται με την παιδική παχυσαρκία και βασίζεται στην κοινότητα, το σχολείο, αλλά και την οικογένεια( Eisenmann et al, 2008).
- Η τυχαιοποιημένη μελέτη Loozit, που αφορά τους υπέρβαρους και παχύσαρκους εφήβους και χρησιμοποιεί ένα συνδυασμό μεθόδων ώστε να παρέχει επιπρόσθετη θεραπευτική επαφή ως μια προσαρμογή σε ένα πρόγραμμα υγιούς τρόπου ζωής το οποίο θα είναι δυνητικά διατηρητέο προκειμένου να εφαρμοστεί σε κοινοτικές δομές. Λειτουργεί σε μια περίοδο μεγαλύτερη των 24 μηνών, αποτελείται από 7 ομαδικές συνεδρίες σε πρώτη φάση και περαιτέρω 7 ομαδικές συνεδρίες που ονομάζονται αναμνηστικές σε δεύτερη φάση. Βασίζεται σε μια γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση.

- Η τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη μελέτη ALIFE@Work η οποία περιλαμβάνει ένα διετές πρόγραμμα παρακολούθησης και έχει ως στόχο την εκτίμηση ανάμεσα σε έναν υπέρβαρο εργαζόμενο πληθυσμό, την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος παρέμβασης στον τρόπο ζωής, στο σωματικό βάρος, στη φυσική δραστηριότητα και στις διατροφικές συνήθειες. Δευτερεύοντες στόχοι της μελέτης είναι α) να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα της χρήσης δυο διαφορετικών τεχνολογιών επικοινωνίας πχ τηλέφωνο και διαδίκτυο και β) να εκτιμήσει τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας αυτού του προγράμματος. Το πρόγραμμα παρέμβασης βασίζεται στη Γνωσιακή Κοινωνική Θεωρία.
- Η μελέτη Look AHEAD, (Action for Health in Diabetes) η οποία ξεκίνησε το 2001 από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας στην Αμερική, ούτως ώστε να παρέχει μια οριστική εκτίμηση των μακροχρόνιων συνεπειών στην υγεία της σκόπιμης απώλειας βάρους (Wadden et al, 2006). Εξετάζει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα για διάστημα 12 χρόνων σε άτομα με διαβήτη τύπου II. Οι δυο κύριοι στόχοι της παρέμβασης είναι η επιτυχία μέσης απώλειας περίπου 7% του αρχικού βάρους και η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων σε 175 λεπτά/εβδομάδα.

Εν κατακλείδι, μια παρέμβαση που στηρίζεται στη συμπεριφορική θεραπεία θεωρείται επιτυχημένη αρχικά: εφόσον καταφέρει να εγκαθιδρύσει μακροχρόνιες είτε μόνιμες αλλαγές στη συμπεριφορά που θα επιφέρουν και κάποια απώλεια σωματικού βάρους εντέλει. Εξάλλου, οι απλές διαιτητικές παρεμβάσεις έχουν υψηλό ποσοστό αποτυχίας, με την αρχική απώλεια βάρους να ακολουθείται από απογοητευτική επανάκτηση αυτού ή επιμονή του υπέρβαρου και αύξηση αυτού (Tanas et al, 2007).

Όμως δίχως ειδική μέριμνα για τη διατήρηση της απώλειας του βάρους, η πλειοψηφία των ατόμων ρισκάρει μια σταδιακή αύξηση του βάρους που αγγίζει, κατά μέσο όρο, τα 0,8 κιλά ετησίως (Winnet et al, 2005).

Ωστόσο, οι κλινικές μελέτες που εξετάζουν αυτές τις παρεμβάσεις έχουν περιορισμένη δυνατότητα ώστε να προσδιορίσουν τη σχετική αποτελεσματικότητα των μεμονωμένων στρατηγικών.

Αυτό φαίνεται και από την αδυναμία των θεραπειών να αντιμετωπίσουν οριστικά την παχυσαρκία (Westenhofer, 2001).

Τα φτωχά αποτελέσματα σε μακροχρόνιο επίπεδο που αφορούν τη θεραπεία της παχυσαρκίας τονίζουν το γεγονός ότι η επιστημονική κοινότητα δε κατανοεί το ποια συμπεριφορική στρατηγική είναι υποσχόμενη και επιτυχημένη στη μακροχρόνια διατήρηση του βάρους .

### **3.5 Εργαλεία και πρακτικές επιτυχούς απώλειας βάρους και αλλαγής/βελτίωσης διατροφικής συμπεριφοράς ατόμων σε στάδιο συντήρησης**

Η απώλεια βάρους βελτιώνει τους δείκτες υγείας και την ποιότητα ζωής. Για να διατηρηθούν όμως τα ευεργετικά αποτελέσματα θα πρέπει να διατηρηθεί η απώλεια βάρους ή τουλάχιστον μέρος αυτής. Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί με σκοπό την αναγνώριση των παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με την επιτυχή διατήρηση είναι λίγες και αποσπασματικές. Η μελέτη διατροφικών συμπεριφορών σε παραδοσιακά μεσογειακούς πληθυσμούς όπως αυτού της Ελλάδας, θα μπορούσε να φέρει στο φως στοιχεία του τρόπου ζωής που αποτελούν παράγοντες επιτυχούς διατήρησης της απώλειας βάρους

Η διατήρηση της απώλειας του βάρους αποτελεί την μεγαλύτερη πρόκληση στην προσπάθεια θεραπείας της παχυσαρκίας, καθώς το φαινόμενο υποτροπής είναι αρκετά μεγάλο. Υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα σχετικά με την επιτυχημένη διατήρηση βάρους στον γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με μελέτη της French και των συνεργατών της το 1996, μόλις το 1,6% του δείγματος της μελέτης μπορούσε να θεωρηθεί επιτυχημένο στην διατήρηση του βάρους. Οι περισσότερες προσπάθειες διατήρησης που καταλήγουν σε επαναπρόσληψη των κιλών, συμβαίνουν τα πρώτα χρόνια από



την απώλεια βάρους και ειδικότερα τον πρώτο χρόνο, όπου τα 2/3 του βάρους που έχουν χάσει οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι ασθενείς, συνήθως επανακτούνται. Για το 80% περίπου αυτών που θα επαναπροσλάβουν το βάρος τους (επανακτήσαντες), η επαναπρόσληψη μπορεί να είναι ίδια με την απώλεια ή να αυξηθεί και άλλο, σε διάστημα 5 χρόνων, ενώ με βάση την ίδια μελέτη από τους Stunkard και McLaren-Hume's το 1959, από τους 100 παχύσαρκους εθελοντές που συμμετείχαν στο πρόγραμμα απώλειας βάρους, 2 χρόνια μετά την θεραπεία, μόνο το 2% κατόρθωσε να διατηρήσει μία απώλεια μεγαλύτερη ή ίση των 9,1 kg (Stunkard, A. and L.-H.M. Mc, 1999).

Ωστόσο, έρχονται κάποια νεότερα δεδομένα από την μελέτη της de Zwaan και των συνεργατών της, που ήταν οι πρώτοι που διεξήγαγαν τηλεφωνική έρευνα για την αξιολόγηση του επιπολασμού της διατήρησης της απώλειας βάρους σε ευρωπαϊκό πληθυσμό και πιο συγκεκριμένα στην Γερμανία, να υποδείξουν ότι η επιτυχημένη διατήρηση της απώλειας βάρους στον γενικό πληθυσμό είναι εφικτή, αφού το 1/3 των παχύσαρκων εθελοντών της μελέτης διατήρησε επιτυχώς την απώλεια του βάρους για 1 χρόνο, ενώ το 11,7% των παχύσαρκων εθελοντών για διάστημα 5 χρόνων (Zwaan,M, et al., 2008).

Δεκαετίες έρευνας έχουν αναμφισβήτητα αφιερωθεί στην ανάπτυξη στρατηγικών με στόχο την απώλεια βάρους σε ενήλικες. Όσον αφορά όμως τη διατήρηση της απώλειας βάρους, το συνολικό έργο φαίνεται να βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο τουλάχιστον σύμφωνα με τα μέχρι σήμερα δεδομένα.

## **ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΙΤΥΧΟΥΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΒΑΡΟΥΣ**

Σύμφωνα με τον ορισμό των Wing και Hill, ως επιτυχημένη διατήρηση της απώλειας βάρους, θεωρείται η σκόπιμη απώλεια βάρους, μεγαλύτερη ή ίση με το 10% του αρχικού σωματικού βάρους, η οποία μπορεί να επιφέρει πολλαπλά οφέλη για την υγεία και η οποία διατηρείται για τουλάχιστον ένα χρόνο (Wing, R.R 2005).

Σύμφωνα με μία άλλη κλινική μελέτη από τον Stevens και τους συνεργάτες του, ένας πιο αυθαίρετος ορισμός για απώλεια βάρους που μπορεί να επιφέρει οφέλη για την υγεία, είναι μία απώλεια >5% του βάρους, ενώ με βάση την ίδια μελέτη αλλαγές στο

σωματικό βάρος μικρότερες της τάξης του 3%, αποτελούν ένδειξη επιτυχημένης διατήρησης. Ο ορισμός προϋποθέτει ότι η απώλεια βάρους θα πρέπει να γίνεται σκοπίμως, διότι πολλές νέες έρευνες δείχνουν ότι η μη σκόπιμη απώλεια βάρους, οφείλεται σε διαφορετικά αίτια και μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση προβλημάτων υγείας. Ο καθορισμός του τι εννοείται με τον όρο διατήρηση σωματικού βάρους θα αποτελέσει ώθηση για την έρευνα ενισχύοντας την συγκρισιμότητα μεταξύ των μελετών αλλά και εννοιολογικά αποσαφηνίζοντας τα σχετικά μεταξύ των ερευνητών (Stevens, J., et al. 2005).

Το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ όρισε την επιτυχή διατήρηση της απώλειας ως απώλεια  $\geq 5\%$  του αρχικού σωματικού βάρους ή μείωση του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) τουλάχιστον κατά μία μονάδα για διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους. Άλλοι ερευνητές κατέληξαν στο ότι απώλεια ίση ή μεγαλύτερη του 10% του αρχικού σωματικού βάρους των ατόμων και διατήρηση για ένα έτος πιθανόν να αποτελεί πιο συνετό ορισμό της επιτυχούς διατήρησης (Wing, R.R. and J.O. Hill, 2001).

Ακόμα και οι κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την αξιολόγηση και θεραπεία του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας στους ενήλικες κατέληξαν σε διαφορετική προσέγγιση, ορίζοντας την επιτυχή διατήρηση της απώλειας ως επαναπρόσληψη βάρους 3 κιλών εντός δύο ετών και μία σταθερή μείωση της περιφέρειας μέσης τουλάχιστον (Clinical Guidelines on the Identification, 1998). Οποιαδήποτε σύσταση συγκεκριμένων ορίων για τον ορισμό της διατήρησης βάρους θα είναι αυθαίρετη έως κάποιο βαθμό. Ωστόσο υπάρχουν ορισμένες ιδιότητες οι οποίες θα ήταν επιθυμητές να εμπλέκονται στον τελικό ορισμό. Θα ήταν χρήσιμο ο ορισμός να μπορεί να εφαρμοστεί σε άτομα ενός εύρους φάσματος διαφορετικών σωματικών μεγεθών, να είναι εύκολος στην εφαρμογή του από ερευνητές και επιστήμονες υγείας, αλλά και κατανοητός από το γενικό πληθυσμό.

Η διατήρηση του σωματικού βάρους οριζόμενη ως η μεταβολή του βάρους η οποία δεν ξεπερνά το 3% ενός καθορισμένου βάρους υπό σταθερές συνθήκες αποτελεί ένα πρώτο βήμα στον ορισμό της επιτυχούς διατήρησης. Επιπρόσθετα, αλλαγές του σωματικού βάρους που αγγίζουν το 3% αλλά είναι μικρότερες του 5% πιθανόν να πρέπει να θεωρούνται ως διακυμάνσεις του σωματικού βάρους, ενώ μεταβολές ίσες ή που ξεπερνούν το 5% πιο πιθανόν να πρέπει να θεωρούνται κλινικά σχετικές

(Stevens, J., et al. 2005).

Το πρόβλημα αυτό μάλλον αντιμετώπισαν και οι ερευνητές του Εθνικού Μητρώου Ελέγχου Βάρους (National Weight Control Registry-NWCR), της μεγαλύτερης ίσως μέχρι τώρα μελέτης ατόμων με επιτυχία στη μακροχρόνια διατήρηση της απώλειας βάρους. Αναγνωρίζοντας το έργο του NWCR το οποίο έχει ήδη συμβάλει σημαντικά στην κατανόηση του ερευνητικού αυτού τομέα, ενστερνιζόμαστε τις απόψεις των ερευνητών του Μητρώου αυτού, οι οποίοι ορίζουν όπως έχει ήδη αναφερθεί την επιτυχή διατήρηση βάρους, ως την απώλεια τουλάχιστον 10% του σωματικού βάρους και διατήρηση κατά ελάχιστον της απώλειας αυτής για τουλάχιστον ένα έτος (Klem, M.L., et al., 1997).

## **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΤΥΧΟΥΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ**

Οι παράγοντες εκείνοι οι οποίοι σχετίζονται με την αλλαγή στο σωματικό βάρος συζητούνται στο σημείο αυτό. Η κατάσταση υγείας του ατόμου, δηλαδή άτομα και με άλλους παράγοντες κινδύνου πέραν του υπερβάλλοντος σωματικού βάρους, το φύλο, οι διατροφικοί παράγοντες όπως η μεσογειακή διατροφή, η απομάκρυνση από το πρότυπο αυτό και η στροφή προς δυτικά διατροφικά πρότυπα και τέλος η σωματική δραστηριότητα και η μείωση αυτής που παρατηρείται στα άτομα, φαίνεται να αποτελούν τους κύριους άξονες στους οποίους στηρίζεται η αύξηση του σωματικού βάρους. Σίγουρα στην προσπάθεια ορισμού της επιτυχούς διατήρησης της απώλειας βάρους θα πρέπει να συνυπολογιστούν διάφορες παράμετροι όπως οι διακυμάνσεις του σωματικού βάρους, λόγω μεταβολών στην υδατική ισορροπία του σώματος, αλλά και η κλινική σημασία της αλλαγής του σωματικού βάρους που θα αναμένουμε να διατηρηθεί, με το τελευταίο να συμφωνεί τουλάχιστον με τις γνώμες εθνικών και διεθνών επιτροπών ειδικών.

Παρά τις αρνητικές πεποιθήσεις που προκύπτουν σχετικά με την δυσκολία διατήρησης της απώλειας του βάρους, η έρευνα έχει αποδείξει ότι το 20% περίπου των υπέρβαρων ατόμων κατορθώνει να διατηρήσει επιτυχώς την απώλεια.

Έχουν γίνει πλήθος ποσοτικών μελετών σχετικά με τη διατήρηση της απώλειας του βάρους, αλλά πολύ λίγες ποιοτικές μελέτες έχουν εστιάσει στη διατήρηση της

απώλειας, χρησιμοποιώντας συνεντεύξεις, ομάδες εστίασης (focus groups) ή και συνδυασμό τους. Αυτές αποτελούν και τις καταλληλότερες μεθόδους, οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν στην επιτυχή διατήρηση του σωματικού βάρους

### **Τεχνικές για τη διατήρηση της απώλειας**

#### **Ενισχυτικές Συνεδρίες**

Τεχνικές στα πλαίσια συμπεριφορικών παρεμβάσεων με στόχο τη διατήρηση της απώλειας βάρους, αν και αρκετά υποσχόμενες εντούτοις δεν φαίνεται να παράγουν ουσιαστικά αποτελέσματα, αν και τα δεδομένα που αφορούν τη μελέτη τέτοιων τεχνικών σπανίζουν. Σε μία μελέτη 75 παχύσαρκων γυναικών οι οποίες ομαδοποιήθηκαν σε πέντε διαφορετικές καταστάσεις ύστερα από 8 εβδομαδιαίες συνεδρίες ομαδικών συμπεριφορικών θεραπειών, τα αποτελέσματα δεν έδειξαν σημαντική επίδραση είτε του περιεχομένου των ενισχυτικών συνεδριών είτε της συχνότητας αυτών. Όλες οι ομάδες μέχρι και τους 3 μήνες κατά την περίοδο παρακολούθησης συνέχισαν να προσλαμβάνουν βάρος και είτε συνέχισαν να προσλαμβάνουν βάρος μέχρι τους 12 μήνες είτε διατήρησαν την απώλεια που είχε προηγουμένως επιτευχθεί. Οι ερευνητές κατέληξαν ότι τα δεδομένα που παρουσίασαν δεν υποστηρίζουν ότι οι ενισχυτικές συνεδρίες προάγουν τη διατήρηση βάρους (Ashby, W.A. and G.T. Wilson, 1977).

#### **Χρήση Διαδικτύου**

Η αποτελεσματική προσέγγιση που αφορά τη ρύθμιση του σωματικού βάρους και εγγυάται τη μακροχρόνια διατήρηση της απώλειας δεν έχει ακόμα αποσαφηνιστεί και διερευνηθεί διεξοδικά (Levy, R.L., et al., 2007). Αυτό σε συνδυασμό με το γεγονός της έλλειψης αποτελεσματικών αλλά ταυτόχρονα και φθηνών παρεμβάσεων οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν με στόχο την καταπολέμηση της πανδημίας της παχυσαρκίας, δίνουν όπως έχει ήδη προαναφερθεί, πρόσφορο έδαφος για χρήση του διαδικτύου ως αναπτυξιακό μέσο, λογικό και εφικτό, το οποίο μπορεί να

χρησιμοποιηθεί ως μέσο για τη διαχείριση μεγάλων αριθμών ατόμων υπέρβαρων και παχύσαρκων στα πλαίσια ολοκληρωμένων προγραμμάτων διαχείρισης του σωματικού τους βάρους.

Αρκετά είναι τα δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητα τέτοιων παρεμβάσεων οι οποίες βασίζονται στο διαδίκτυο, με τα δεδομένα να δείχνουν ότι παρεμβάσεις για την απώλεια βάρους και διατήρηση βάρους βασιζόμενες στη χρήση του διαδικτύου, επιτυγχάνουν αποτελέσματα παρόμοια με άλλες παρεμβάσεις (κατά πρόσωπο παρεμβάσεις) στον τρόπο ζωής του ατόμου. Ταυτόχρονα όμως, ενώ φαίνεται να υπάρχουν ενδείξεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα αυτού του τύπου των παρεμβάσεων, εντούτοις δεν μπορεί να συσταθεί ένα σύνολο συστατικών τέτοιων διαδικτυακών παρεμβάσεων, συστατικά εκ των οποίων το καθένα ξεχωριστά ενισχύει την απώλεια βάρους (Neve, M., et al., 2010).

### **Κοινωνική υποστήριξη**

Αν και ο όρος κοινωνική υποστήριξη αποτελεί ένα μεγάλο κεφάλαιο που αναμένεται να σχετίζεται με την επιτυχή ρύθμιση του σωματικού βάρους, εντούτοις τα δεδομένα σχετικά με το ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης είναι ακόμα ασαφή. Πάντως, σε μία μελέτη στην οποία αξιολογήθηκε αν ο αριθμός ή η επιτυχία στην απώλεια βάρους των συντρόφων επηρεάζει την έκβαση των αποτελεσμάτων των συμμετεχόντων στα πλαίσια της συμπεριφορικής θεραπείας απώλειας βάρους, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η υποστήριξη των συντρόφων φαίνεται να καθίσταται ευεργετική στην θεραπεία μόνο όταν τα άτομα έχασαν από μόνα τους βάρος. Τα υπέρβαρα άτομα που έλαβαν μέρος στη μελέτη αυτή ενθαρρύνονταν να καλέσουν μέχρι 3 συντρόφους οι οποίοι θα τους ακολουθούσαν στη θεραπεία. Οι απώλειες βάρους στους 6, 12 και 18 μήνες δεν σχετίστηκαν με τον αριθμό των συντρόφων αλλά με την επιτυχή απώλεια των 54 συντρόφων. Οι εθελοντές με έναν τουλάχιστο σύντροφο με επιτυχία (απώλεια βάρους μεγαλύτερη ή ίση με 10% στους 6 μήνες), παρουσίασε σημαντικά μεγαλύτερη απώλεια σε σχέση με τα άτομα με κανένα σύντροφο ή σύντροφο χωρίς επιτυχία (Gorin, A., et al., 2005).

## Προσδοκίες

Κατά την έναρξη της θεραπείας η οποία αφορά την απώλεια βάρους, αρκετά συχνά εάν όχι πάντα, τα άτομα φαίνεται να ξεκινούν με πολύ υψηλές ελπίδες σχετικά με την απώλεια βάρους αλλά και το ιδανικό σώμα, καθώς επίσης και μεπραγματοποιητά αποτελέσματα που πιθανόν να προκύψουν σε επίπεδο λειτουργικότητας των ατόμων στο κοινωνικό, ψυχολογικό και φυσικό περιβάλλον. Οι προτάσεις που αφορούν την πιθανότητα σχέσης μεταξύ προσδοκιών και αποτελεσμάτων παρέμβασης απώλειας βάρους φαίνεται να μην συμφωνούν, καταλήγοντας σε ασυνεπή αποτελέσματα. Ενώ κάποιες ενδείξεις φαίνεται να υποστηρίζουν τα άτομα τα οποία εισάγονται σε θεραπεία απώλειας βάρους με πιο μη ρεαλιστικούς στόχους φαίνεται να παρουσιάζουν καλύτερα μακροχρόνια αποτελέσματα, εντούτοις άλλα δεδομένα αναφέρουν καλύτερα αποτελέσματα σε άτομα με πιο ρεαλιστικές προσδοκίες ή και καμία σχέση μεταξύ προσδοκιών και απώλειας βάρους. Το να αντιληφθεί το άτομο ότι είναι απίθανο να πετύχει τους ήδη καθορισμένους του στόχους, πιθανόν να το οδηγήσει σε απογοήτευση κατά τη διάρκεια της όλης διαδικασίας και επομένως να τεθεί ως τροχοπέδη στην πρόοδο και αλλαγή της συμπεριφοράς, τα απαιτούμενα για τη μακροχρόνια διατήρηση της απώλειας. Ο Gorin και οι συνεργάτες του το 2007 μελέτησαν το κατά πόσο οι προσδοκίες του ατόμου καθώς και η απώλεια βάρους σχετίζονται με την διατήρηση βάρους και κατέληξαν στο ότι οι παράγοντες που αφορούν τις προσδοκίες ατόμων, τα οποία κατέγραψαν επιτυχία στην απώλεια βάρους, καθώς και η επιθυμητή περαιτέρω απώλεια βάρους δεν σχετίζονται με την διατήρηση της απώλειας βάρους που ακολουθεί (Gorin.,A, et al, 2007). Επομένως, μήπως οι θεραπευτές που ασχολούνται με τη ρύθμιση του σωματικού βάρους δεν θα πρέπει τελικά να αποθαρρύνουν τους ασθενείς τους όταν οι δεύτεροι θέτουν υψηλούς στόχους και φιλοδοξίες σχετικά με τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από την απώλεια βάρους;

Αργότερα, σε μία συστηματική ανασκόπηση τα αποτελέσματα όπως ανέφεραν οι ερευνητές, φαίνεται να μην είναι ξεκάθαρα. Η σχέση μεταξύ προσδοκιών και απώλειας βάρους φαίνεται να αλλάζει με την πάροδο του χρόνου, ενώ τα δεδομένα

από μελέτες που αφορούν την πρόσληψη βάρους προτείνουν την μη ύπαρξη κάποιας συσχέτισης (Rochelle et al , 2012). Όσον αφορά το μεσοπρόθεσμο διάστημα (6 έως 12 μήνες) τα δεδομένα που παρουσίασαν οι ερευνητές επικαλούνται την ύπαρξη πιθανής σχέσης μεταξύ υψηλότερων προσδοκιών και απώλειας βάρους αλλά και ένα ακόμη μεγάλο μέρος να επικαλείται καμία συσχέτιση μεταξύ αυτών. Σίγουρα όμως όσον αφορά μακροπρόθεσμα διαστήματα (12 μήνες και άνω) δεν υπάρχει ξεκάθαρη εικόνα της πιθανής αυτής σχέσης.

### **Παράγοντες μεσολαβητές**

Για τα άτομα τα οποία έχουν επιτυχώς χάσει βάρος, το να διατηρήσουν το βάρος στα καινούρια επίπεδα εάν και πολλά υποσχόμενο ως στόχος αποτελεί ταυτόχρονα μία δοκιμασία εφ' όρου ζωής. Η κατανόηση και η εξήγηση του γιατί και πώς μερικά άτομα καταφέρνουν να διατηρήσουν τις τροποποιημένες πλέον σχετικά με το σωματικό βάρος τους συμπεριφορές, οι οποίες συμπεριφορές φαίνεται να μην παρουσιάζονται στην πλειοψηφία ατόμων αποτελεί το κλειδί για την ενδεδεγμένη ερευνητική επιτυχία. Έτσι λοιπόν η αναγνώριση των παραγόντων εκείνων που φαίνεται να προβλέπουν την μακροχρόνια επιτυχία της διατήρησης της απώλειας του σωματικού βάρους, θέτει αυτόματα την όλη διαδικασία σε ένα πιο κρίσιμης σημασίας επίπεδο.

Με στόχο την αξιολόγηση των παρεμβάσεων σχετιζόμενων με αλλαγές σε πολλαπλές ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που αφορούν την άσκηση και τη διατροφική συμπεριφορά, ως μηχανισμούς που υποκινούν τελικά την απώλεια βάρους και τη διατήρηση της απώλειας βάρους μετά από προγράμματα απώλειας, οι ενδείξεις εάν και ελάχιστες, αποτελούν αναδυθέντα στοιχεία μεγάλου ενδιαφέροντος. Η πλειοψηφία των μεταβλητών και ειδικότερα οι σχετιζόμενες με τη διατροφική συμπεριφορά όπως ο ελαστικός περιορισμός, η κατανάλωση τροφής ως απάντηση σε συναισθηματικά ερεθίσματα και η αυτο-αποτελεσματικότητα φαίνεται να προβλέπουν την αλλαγή βάρους ακριβώς μετά την παρέμβαση. Η μακροχρόνια όμως αλλαγή σε διάστημα περίπου 2 ετών φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με μεταβολές σε μεταβλητές που αφορούν τη συμπεριφορά ατόμων ως προς την άσκηση, όπως η αυτο-αποτελεσματικότητα, η μείωση των αντιλαμβανόμενων εμποδίων και η κινητοποίηση για άσκηση. Συμπερασματικά, ο ελαστικός περιορισμός

και η μείωση της τροφής ως απάντηση σε συναισθηματικά ερεθίσματα φαίνεται να συνεισφέρουν στο βραχυπρόθεσμο διάστημα, και η αύξηση της αυτο-αποτελεσματικότητας και της κινητοποίησης στο μακροπρόθεσμο διάστημα.. Οι θετικές μεταβολές στην ανακλώμενη εικόνα του σώματος κατά τη διάρκεια της παρέμβασης δεν φαίνεται να προβλέπουν τη μακροχρόνια ρύθμιση του σωματικού βάρους ως επιπρόσθετος παράγοντας.

Αφού έχουν συζητηθεί οι κύριοι άξονες στους οποίους περιλαμβάνονται και συστατικά του τρόπου ζωής σε σχέση με την αλλαγή στο σωματικό βάρος, στο σημείο αυτό γίνεται μία προσπάθεια αναλυτικότερης διερεύνησης και ανάδειξης των συστατικών του τρόπου ζωής και της συμβολής αυτών ως τροποποιητικές μεταβλητές, με στόχο τη διατήρηση της απώλειας του σωματικού βάρους (Teixeira, et al., 2010).

### **Η διαίτα στη διατήρηση της απώλειας βάρους**

Παρά το γεγονός ότι αρκετά άτομα επιτυγχάνουν με τη βοήθεια διαιτητικών παρεμβάσεων να χάσουν βάρος, στη συνέχεια τα περισσότερα άτομα καταλήγουν στο να προσλάβουν μέρος της απώλειας ή και όλο το βάρος που έχουν προηγουμένως επιτύχει να χάσουν. Το γεγονός της μείωσης της ενεργειακής δαπάνης που παρατηρείται από την απώλεια σωματικού βάρους καθώς και η μακροχρόνια προσκόλληση σε μία διαίτα ενισχύει τη δυσκολία της επιτυχούς διατήρησης της απώλειας σωματικού βάρους.

Πάντως, δεν φαίνεται να υπάρχει ομοφωνία σχετικά με τον βέλτιστο συνδυασμό μακροθρεπτικών συστατικών, με τη βοήθεια του οποίου θα επιτευχθεί τελικά η διατήρηση της απώλειας βάρους. Η επίδραση των υψηλοπρωτεϊνικών, χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη διαιτών στο αίσθημα κορεσμού έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον των μελετητών, μεταβάλλοντας την πρωτεϊνική σύνθεση και τον γλυκαιμικό δείκτη στις δίαιτες διατήρησης της απώλειας βάρους. Σε μία μελέτη πέντε διαιτών με στόχο την πρόληψη της πρόσληψης βάρους για διάστημα 26 εβδομάδων, 773 εθελοντές οι οποίοι είχαν προηγουμένως επιτύχει απώλεια 8% του σωματικού τους βάρους μέσω χαμηλής σε θερμίδες δίαιτας (800-1000kcal/ημέρα), τυχαιοποιήθηκαν σε μία υψηλή ή



χαμηλή σε πρωτεΐνες δίαιτα (25% και 13% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης), υψηλού ή χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη ή σε μία δίαιτα ελέγχου (μέτριου πρωτεϊνικού περιεχομένου). Όλες οι δίαιτες περιείχαν μέτριο ποσοστό από λίπος (25% έως 30% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης) και το πρωτεϊνικό περιεχόμενο ήταν 5 ποσοστιαίες μονάδες υψηλότερο στην ομάδα υψηλής σε σχέση με τη χαμηλή σε πρωτεΐνη δίαιτα, ενώ ο μέσος γλυκαιμικός δείκτης ήταν 5 μονάδες χαμηλότερος στη χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη ομάδα παρά στην υψηλού.

Η πρόσληψη βάρους κατά τη διάρκεια της μελέτης ήταν μέτρια όμως σημαντικά μεγαλύτερη στη χαμηλή παρά στην υψηλή σε πρωτεΐνη ομάδα (μέση διαφορά 0,93 kg) και στην υψηλού σε σχέση με την χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη ομάδα (μέση διαφορά 0,95 kg). Μόνο τα άτομα στην υψηλή σε πρωτεΐνη, χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη ομάδα συνέχισαν να χάνουν βάρος (μέση διαφορά -0,38 kg). Περιορισμοί της μελέτης αποτέλεσαν το μέτριο ποσοστό εγκατάλειψης (29%) και η βραχυπρόθεσμη παρακολούθηση (6 μήνες) (Larsen, T.M., et al., 2010).

Το εάν η σύσταση σε μακροθρεπτικά συστατικά μίας δίαιτας, ανεξάρτητα από τη συνολική ενεργειακή πρόσληψη έχει κάποια επίδραση στη μακροχρόνια διατήρηση, παραμένει άγνωστο. Όπως έχει ήδη αναφερθεί η μακροχρόνια προσκόλληση σε μία δίαιτα διατήρησης πιθανόν να αποτελεί τον πιο καθοριστικό παράγοντα της επιτυχίας και επομένως η βέλτιστη δίαιτα με στόχο τη διατήρηση της απώλειας εξαρτάται από τις προτιμήσεις και άλλους εξατομικευμένους παράγοντες.

## **ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ**

Τα χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας σχετίζονται με την αύξηση του σωματικού βάρους τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες (Williamson, D.F., et al., 1993). Σε νεαρούς ενήλικες, υψηλά συγκριτικά με χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας για πάνω από 20 έτη σχετίστηκαν με μικρότερες αυξήσεις του σωματικού βάρους. Σε αυτόν τον πληθυσμό, τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας που άγγιζαν τα 150 λεπτά μέτριας δραστηριότητας ανά εβδομάδα ήταν επαρκή ώστε να επιτευχθεί η πρόληψη της αύξησης στο σωματικό βάρος (Hankinson, A.L., et al.,

2010).

Παρόλα αυτά, σε μεγαλύτερα σε ηλικία ή παχύσαρκα άτομα, πιθανόν να απαιτούνται υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας για την απώλεια σωματικού βάρους και τη διατήρηση αυτής. Σε μία μελέτη 34.000 γυναικών (μέσος όρος ηλικίας ίσος με 54,2 έτη), οι οποίες υιοθετούσαν μία συνήθη δίαιτα και οι οποίες μελετήθηκαν για περίπου 13 έτη, παρουσιάστηκε μία μέση αύξηση στο σωματικό βάρος της τάξης των 2,6 Kg (Lee, I.M., et al., 2010). Συγκριτικά με τις γυναίκες οι οποίες παρουσίαζαν >420 λεπτά άσκησης ανά εβδομάδα, οι γυναίκες οι οποίες παρουσίασαν δραστηριότητα <150 και 150 με <420 λεπτά ανά εβδομάδα, αύξησαν περισσότερο το σωματικό βάρος τους (0,12 και 0,11 Kg αντίστοιχα). Η φυσική δραστηριότητα σχετίστηκε αντιστρόφως με την αύξηση στο σωματικό βάρος μόνο στα άτομα φυσιολογικού σωματικού βάρους ( $\Delta\text{ΜΣ} < 25 \text{ Kg/m}^2$ ).

Η καθιστική ζωή στους ενήλικες μπορεί επίσης να σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα. Σε μία προοπτική μελέτη 17.013 Καναδών ενηλίκων, παρατηρήθηκε μία σταδιακή αύξηση του κινδύνου για κάθε αιτία και καρδιαγγειακή θνησιμότητα μεταξύ υψηλών επιπέδων καθιστικής ζωής (Katzmarzyk, P.T., et al., 2009).

Μεταξύ παιδιών, η παχυσαρκία σχετίζεται επίσης με την καθιστική ζωή. Φαίνεται να υπάρχει μία διαβαθμισμένη αύξηση στο Δείκτη Μάζας Σώματος ( $\Delta\text{ΜΣ}$ ) καθώς οι ώρες οι οποίες αφιερώνονται στην θέαση τηλεόρασης αυξάνονται (Swinburn, B. and A. Shelly, 2008). Σε μία κλινική δοκιμή στην οποία στόχος ήταν η μείωση των επιπέδων θέασης χωρίς κάποια παρέμβαση, βρέθηκε ότι ο  $\Delta\text{ΜΣ}$  μπορεί να μειωθεί σημαντικά καθώς μειώνονται οι δαπανώμενες ώρες θέασης (Robinson, T.N., 1999).

Πολύ πιθανόν, η φυσική δραστηριότητα να αναδεικνύεται ως ένας σημαντικότερος παράγοντας διατήρησης της απώλειας βάρους ύστερα από κάθε ενδεχόμενη απώλεια βάρους. Σε μία μετά-ανάλυση 493 μελετών οι οποίες περιελάμβαναν αερόβια άσκηση για μικρά διαστήματα (μέσος όρος 15,6 εβδομάδες), δίαιτα ή συνδυασμό αυτών σε άτομα υπέρβαρα (μέσος όρος  $\Delta\text{ΜΣ} 33,4 \text{ kg/m}^2$ ), η ομάδα της δίαιτας και της άσκησης διατήρησε 8,6 kg απώλειας βάρους ύστερα από ένα έτος συγκριτικά με τη διατήρηση 6,6 kg στην ομάδα της δίαιτας μόνο. Σε μία μεταγενέστερη μελέτη, η διατήρηση της

απώλειας βάρους παρουσίασε μία διαβαθμισμένη σχέση με το ποσό της άσκησης που οι συμμετέχοντες ακολούθησαν μετά την αρχική παρέμβαση. Ομοίως, σε μία προοπτική μελέτη 4.500 προ-εμμηνοπαυσιακών γυναικών, οι γυναίκες οι οποίες υιοθέτησαν  $\geq 30$  λεπτά/ημέρα για άσκηση φάνηκε ότι ήταν λιγότερο πιθανό να ανακτήσουν την απώλεια βάρους από τις γυναίκες οι οποίες υιοθετούσαν έναν καθιστικό τρόπο ζωής.

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **4.1 Μεθοδολογία έρευνας**

#### **4.1.1 Καθορισμός του Αντικειμενικού Σκοπού Έρευνας.**

Η διερεύνηση της εφαρμογής διαιτολογικών πρακτικών και μεθόδων στις αρχές διαχείρισης βάρους , με σκοπό την διατήρηση της επιτευγμένης απώλειας βάρους και της αλλαγής/ βελτίωσης της διατροφικής συνείδησης/ συμπεριφοράς.

#### **4.1.2 Πληθυσμός.**

Ο πληθυσμός, στον οποίο απευθύνεται η έρευνά μας, είναι οι απόφοιτοι του Τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας του ΑΤΕΙ Σητείας. Ο αριθμός του πληθυσμού των απόφοιτων δαιτολόγων που ολοκλήρωαν τις σπουδές τους απο το 1990- 2014 ανέρχεται στους 300, ενώ μόλις ένα δείγμα των 75 ατόμων δέχτηκε να συνεργαστεί.

#### **4.1.3 Ερευνητικό εργαλείο.**

Το μέσο έρευνας που επιλέχθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο περιείχε κλειστές και ανοιχτές ερωτήσεις , που αφορούσαν στις εξής θεματικές ενότητες:

- α) δημογραφικά στοιχεία και εργασιακή εμπειρία του ερωτώμενου.
- β) τρόποι προσδιορισμού αναγκών των πελατών τους.
- γ) μέθοδοι εκπαίδευσή των πελατών τους και συχνότητα χρησιμοποίησης αυτών των μεθόδων.

δ) Ποιο απο τα μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς χρησιμοποιούν για να βοηθήσουν τους πελάτες τους.

ε)Χρήση πρόσθετων δεξιοτήτων συμβουλευτικής και αξιολογησή τους απο τους διαιτολόγους, πάνω σε θέματα διατροφής.

ζ)Χρήση μετρήσεων και συχνότητα εφαρμογής τους, καθώς και αντίληψη σπουδαιότητάς τους απο τους διαιτολόγους.

η)Άποψη διαιτολόγων σχετικά με τη σημαντικότητα της επικοινωνίας και των διαπροσωπικών σχέσεων.

Η δημιουργία του ερωτηματολογίου της παρούσας μελέτης αποτελεί σύνθεση ερωτημάτων, από ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στις έρευνες των CANT και ARONI «Dietitians in Nutrition Education (DINE) Questionnaire» στην Αυστραλία (2009) και των Rapoport και Nicholson, στη Βρετανία (2000).

Η αποστολή των ερωτηματολογίων σε κάθε απόφοιτο έγινε μέσω Η/Υ ( σε ηλεκτρονική μορφή) , όπως επίσης και η συμπληρωσή τους απο τους ερωτηθέντες.

Πρίν ξεκινήσουν οι απόφοιτοι να συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο, τους είχε επισυναφθεί και ένα σχετικό κείμενο πιο πάνω στο οποίο γίνονταν σαφές και πλήρως αντιληπτό ποιο είναι το περιεχόμενο της έρευνας και τι ακριβώς ζητάμε απο αυτούς.

#### 4.1.4 Ανάλυση αποτελεσμάτων

Σε πρώτο στάδιο έγινε χρήση των μεθόδων της περιγραφικής στατιστικής. Κωδικοποιήσαμε όλες τις απαντήσεις των ερωτώμενων προκειμένου να διευκολυνθούμε κατά την στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Καταχωρήσαμε όλες τις κωδικοποιημένες απαντήσεις στη βάση δεδομένων που φτιάξαμε με τη χρήση του προγράμματος SPSS 2007. Στη συνέχεια βγάλαμε τους πίνακες συχνοτήτων αποτελεσμάτων της έρευνας όπου έγινε μια περιγραφική στατιστική σε κάθε ένα από αυτούς, για την καλύτερη κατανόηση τους και ακολούθησε μια πολυπαραγοντική ανάλυση για την συσχέτισή τους.

#### 4.1.5 Δυσκολίες και περιορισμοί κατά την έρευνα.

Ανασταλτικός παράγοντας της έρευνας και ίσως και ο πιο σημαντικός, ήταν η άρνηση και η έλλειψη θέλησης συνεργασίας από τους απόφοιτους διαιτολόγους, με αποτέλεσμα το δείγμα να μην είναι ιδιαίτερα αντιπροσωπευτικό, αφού μόνο το 25% του πληθυσμού συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο ( 75 άτομα από τα 300).

### **4.2 Παρουσίαση Αποτελεσμάτων Έρευνας**

Στην συνέχεια παρατίθενται οι πίνακες συχνότητας των αποτελεσμάτων της έρευνας, παράλληλα εμφανίζουμε συσχετίσεις στατιστικά σημαντικές. Από τους πίνακες που προέκυψαν παρουσιάζονται εκείνοι που θεωρήθηκαν πιο σημαντικοί ως προς την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά την έρευνα.

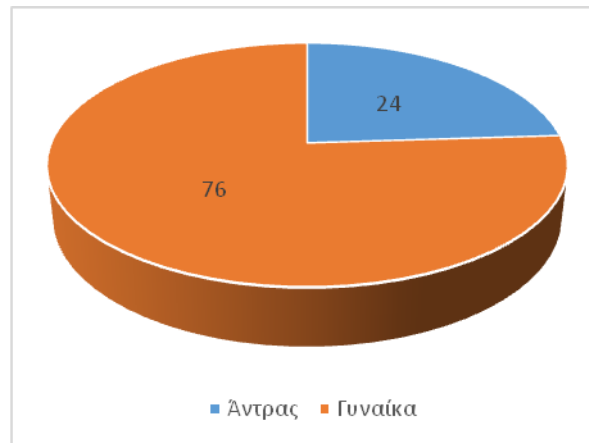
## Αποτελέσματα Ερευνητικού

Πίνακας 1

### Φύλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άντρας	18	24,0	24,0	24,0
	Γυναίκα	57	76,0	76,0	100,0
Total		75	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 1 η αναλογία ανδρών και γυναικών είναι 24% και 76% αντίστοιχα. Ακόμα το 53,4% (40) των διαιτολόγων απέκτησε το πτυχίο του κατά την διάρκεια 1990-2009 και το υπόλοιπο 46,6%(35) από το 2010 έως το 2014.



Πίνακας 2

**Στην αρχή της καριέρας σας ως διαιτολόγος, πώς θα αξιολογούσατε τη δική σας εκπαιδευτική προετοιμασία για το νέο σας ρόλο στη διατροφική εκπαίδευση και συμβουλευτική;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άριστη	2	2,7	2,7	2,7
	Δεν είμαι βέβαιος/α	3	4,0	4,0	6,7
	Καλή	48	64,0	64,0	70,7
	Πολύ φτωχή	2	2,7	2,7	73,3
	Φτωχή	20	26,7	26,7	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα το 66,7% των διαιτολόγων αξιολογεί την καριέρα του στο ξεκίνημα ως καλή ή άριστη, το 29,4% ως φτωχή ή πολύ φτωχή και το 4% δεν είναι σε θέση να την αξιολογήσει.

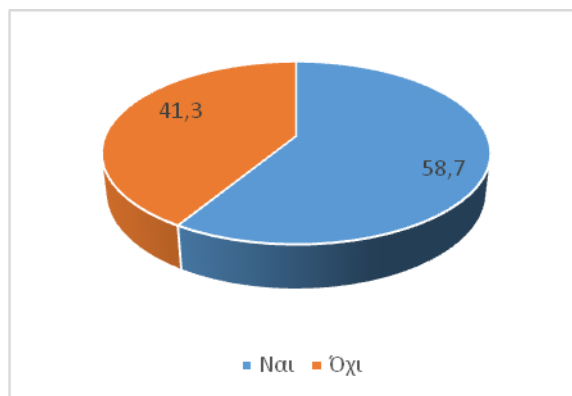
Πίνακας 3

**Από όταν γίνετε διαιτολόγος, έχετε παρακολουθήσει άλλα μαθήματα ή έχετε λάβει άλλη εκπαίδευση σχετικά με την εκπαίδευση του πελάτη ή την παροχή συμβουλών;(Σύντομα μαθήματα, σεμινάρια, CPD )**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	44	58,7	58,7	58,7
	Όχι	31	41,3	41,3	100,0
	Total	75	100,0	100,0	



Σύμφωνα με τον πίνακα 3 το 58,7% των διαιτολόγων έχει παρακολουθήσει άλλα μαθήματα ή έχει λάβει άλλη εκπαίδευση σχετικά με την εκπαίδευση του πελάτη ή την παροχή συμβουλών (κυρίως σεμινάρια, ημερίδες και μεταπτυχιακά).

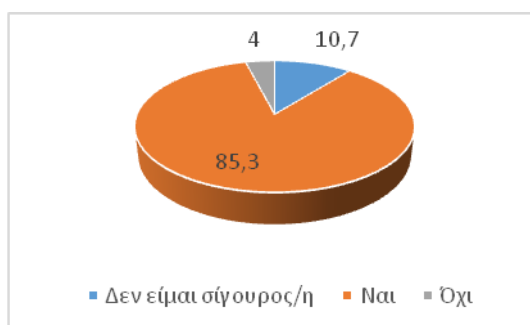


Πίνακας 4

**Πιστεύετε ότι η περαιτέρω μελέτη των δεξιοτήτων συμβουλευτικής (πέρα από το εισαγωγικό διαιτητικό επίπεδο) θα πρέπει να είναι υποχρεωτική για τη συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη των διαιτολόγων στην κλινική πράξη;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν είμαι σίγουρος/η	8	10,7	10,7	10,7
	Ναι	64	85,3	85,3	96,0
	Όχι	3	4,0	4,0	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 4 το 85,3% των διαιτολόγων πιστεύει ότι η περαιτέρω μελέτη των δεξιοτήτων συμβουλευτικής (πέρα από το εισαγωγικό διαιτητικό επίπεδο) θα πρέπει να είναι υποχρεωτική για τη συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη των διαιτολόγων στην κλινική πράξη.



## Πίνακας 5

### Περιοχή

Αθίνα	24	33,8%
Χανιά	5	7,0%
Ρόδος	2	2,8%
Αγρίνιο	1	1,4%
Αλεξανδρούπολή	1	1,4%
Άμφισσα	1	1,4%
Έβρος	1	1,4%
Κόρινθος	2	2,8%
Ναύπακτος	1	1,4%
Αργοςτόλι	1	1,4%
Θεσσαλονικη	6	8,5%
Ερμούπολη	1	1,4%
Ζάκυνθος	1	1,4%
Ηράκλειο	7	9,9%
Σητεία	2	2,8%
Χαλκίδα	1	1,4%
ΠΑΡΟΣ	1	1,4%
Ρεθυμνο	1	1,4%
Κύπρος	2	2,8%
Κύμη	1	1,4%
Σκωτία	1	1,4%
Ελλάδα	7	9,9%
Λιβαδειά	1	1,4%

Σύμφωνα με τον πίνακα 5 το 33,8% των διαιτολόγων προέρχεται από την περιοχή της Αθήνας, το 8,5% από την Θεσσαλονίκη, το 9,9% από το Ηράκλειο Κρήτης, το 7% από τα Χανιά και το υπόλοιπο 40,8% από διάφορες περιοχές.

Επίσης το 81,3% (62) των διαιτολόγων εργάζεται αποκλειστικά ως ελεύθερος επαγγελματίας.

**Πίνακας 6****Εργάζεστε με πλήρες ωράριο ή με μερική απασχόληση;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μερική απασχόληση- λιγότερο από 19 ώρες την εβδομάδα	30	40,0	40,0	40,0
	Μερική απασχόληση- πάνω από 20 ώρες την εβδομάδα	19	25,3	25,3	65,3
	Πλήρες ωράριο	26	34,7	34,7	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 6 το 34,7% των διαιτολόγων εργάζεται με πλήρες ωράριο, το 40% με μερική απασχόληση, λιγότερο από 19 ώρες την εβδομάδα και το υπόλοιπο 25,3% με μερική απασχόληση αλλά πάνω από 20 ώρες την εβδομάδα.

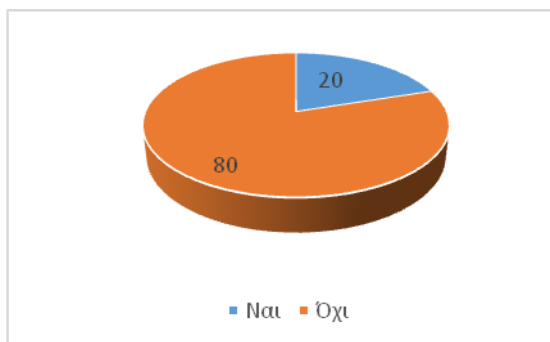
Επιπλέον να τονίσουμε ότι το σύνολο σχεδόν των διαιτολόγων δαπανάει κατά μέσο όρο από 30' έως 90' για την εκπαίδευση των μεμονομένων πελατών τους σε κάθε επίσκεψη.

Ακόμα το 48% (36) των διαιτολόγων απασχολείται ως επαγγελματίας διαιτολόγος από 4-10 έτη και το υπόλοιπο 52% (39) λιγότερο από 3 έτη.

**Πίνακας 7****Έχετε ολοκληρώσει ή παρακολουθείτε κάποιο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	15	20,0	20,0	20,0
	Όχι	60	80,0	80,0	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

Σύμφωνα με τον πίνακα 7 το 20% των διαιτολόγων έχει ολοκληρώσει κάποιο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών. Επίσης το 41,3% των διαιτολόγων έχει διαβάσει τον κώδικα δεοντολογίας, το 18,7% τον κώδικα επαγγελματικής συμπεριφοράς, το 1,3% και τα δύο και το υπόλοιπο 2,6% κανένα.



## Πίνακας 8

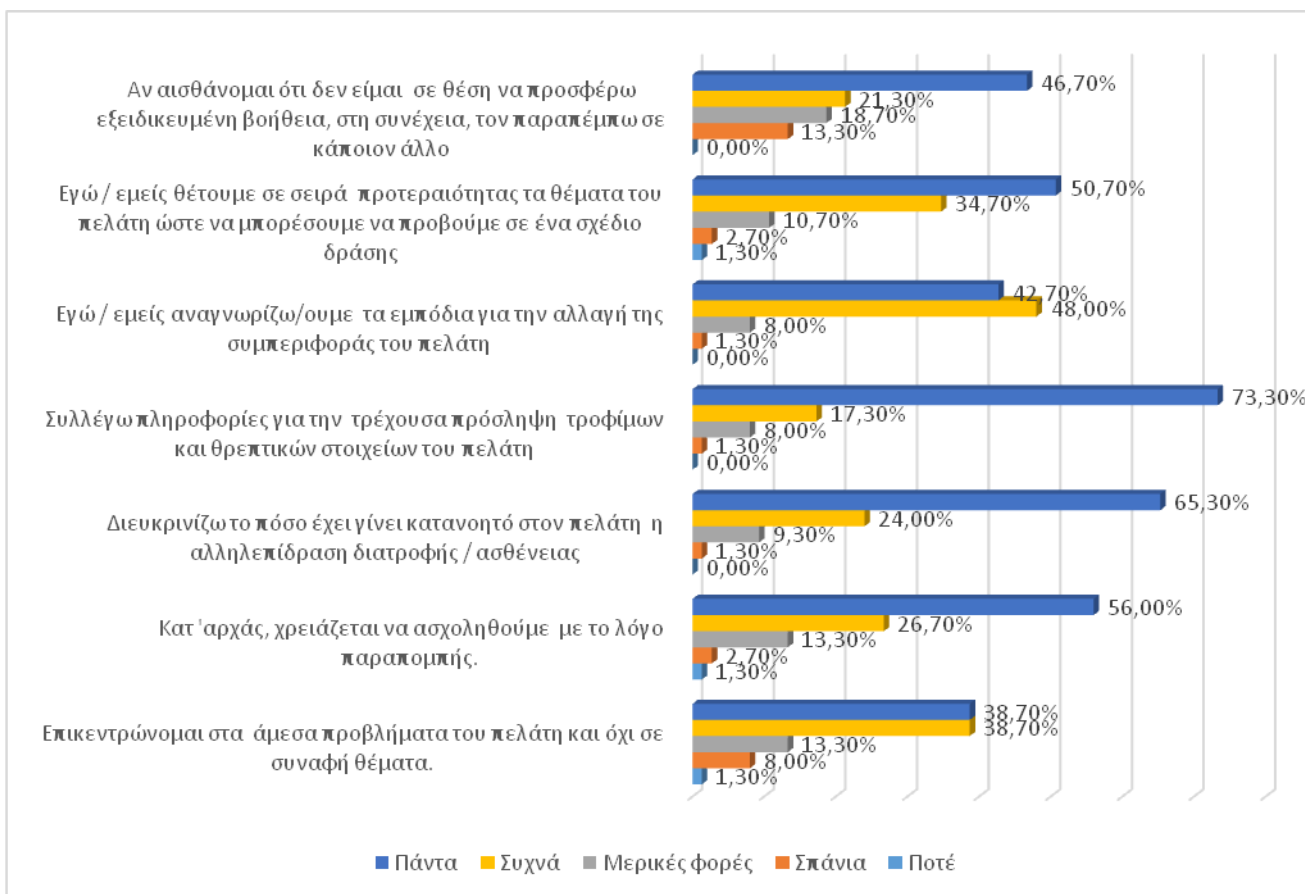
### Προσδιορισμός αναγκών των πελατών:

	Μερικές									
	Ποτέ		Σπάνια		Μερικές φορές		Συχνά		Πάντα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Επικεντρώνομαι στα άμεσα προβλήματα του πελάτη και όχι σε συναφή θέματα.	1	1,3%	6	8,0%	10	13,3%	29	38,7%	29	38,7%
Κατ'αρχάς, χρειάζεται να ασχοληθούμε με το λόγο παραπομπής.	1	1,3%	2	2,7%	10	13,3%	20	26,7%	42	56,0%
Διευκρινίζω το πόσο έχει γίνει κατανοητό στον πελάτη η αλληλεπίδραση διατροφής / ασθένειας	0	,0%	1	1,3%	7	9,3%	18	24,0%	49	65,3%
Συλλέγω πληροφορίες για την τρέχουσα πρόσληψη τροφίμων και θρεπτικών στοιχείων του πελάτη	0	,0%	1	1,3%	6	8,0%	13	17,3%	55	73,3%
Εγώ / εμείς αναγνωρίζω/ουμε τα εμπόδια για την αλλαγή της συμπεριφοράς του πελάτη	0	,0%	1	1,3%	6	8,0%	36	48,0%	32	42,7%

Εγώ / εμείς θέτουμε σε σειρά προτεραιότητας τα θέματα του πελάτη ώστε να μπορέσουμε να προβούμε σε ένα σχέδιο δράσης	1	1,3%	2	2,7%	8	10,7%	26	34,7%	38	50,7%
Αν αισθάνομαι ότι δεν είμαι σε θέση να προσφέρω εξειδικευμένη βοήθεια, στη συνέχεια, τον παραπέμπω σε κάποιον άλλο	0	,0%	10	13,3%	14	18,7%	16	21,3%	35	46,7%

---

Σύμφωνα με τον πίνακα 8 ποσοστό άνω του 90% των διαιτολόγων για να προσδιορίσει τις ανάγκες των πελατών συλλέγει πληροφορίες για την τρέχουσα πρόσληψη τροφίμων και θρεπτικών στοιχείων του πελάτη, αναγνωρίζει τα εμπόδια για την αλλαγή της συμπεριφοράς του πελάτη, διευκρινίζει το πόσο έχει γίνει κατανοητό στον πελάτη η αλληλεπίδραση διατροφής / ασθένειας. Ακόμα ποσοστό άνω του 70% επικεντρώνεται στα άμεσα προβλήματα του πελάτη και όχι σε συναφή θέματα, ασχολείται με το λόγο παραπομπής, θέτει σε σειρά προτεραιότητας τα θέματα του πελάτη ώστε να μπορέσουν να προβούν σε ένα σχέδιο δράσης και αν αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να προσφέρει εξειδικευμένη βοήθεια, στη συνέχεια, τον παραπέμπει σε κάποιον άλλο.



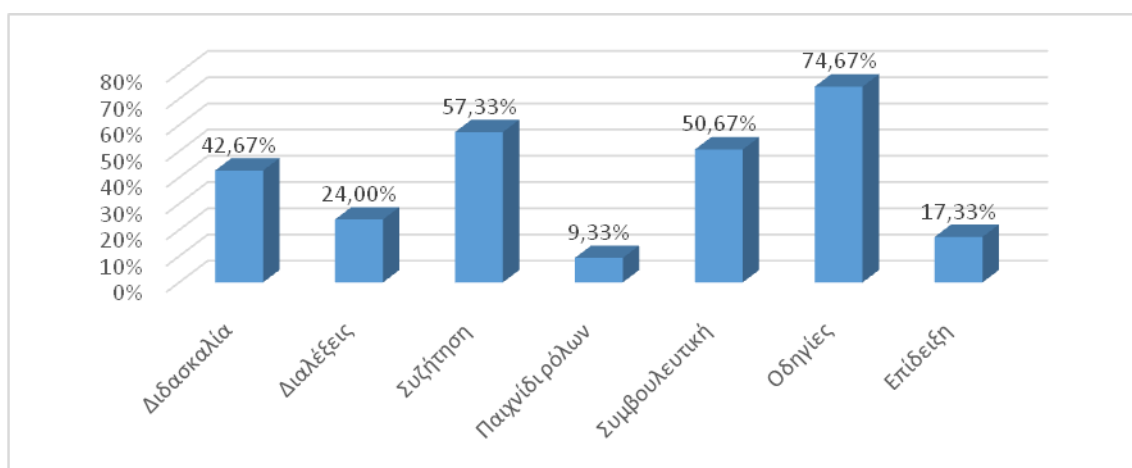
## Πίνακας 9

**Ποιές από αυτές τις μεθόδους εκπαίδευσης χρησιμοποιείτε στην εκπαίδευση των μεμονωμένων πελατών σας;**

Διδασκαλία	32	42,67%
Διαλέξεις	18	24,00%
Συζήτηση	43	57,33%
Παιχνίδι ρόλων	7	9,33%
Συμβουλευτική	38	50,67%
Οδηγίες	56	74,67%

Επίδειξη	13	17,33%
----------	----	--------

Σύμφωνα με τον πίνακα 9 το 74,67% των διαιτολόγων δίνει οδηγίες για την εκπαίδευση των μεμονωμένων πελατών τους, το 57,33% χρησιμοποιεί τη συζήτηση, το 50,67% τη συμβουλευτική, το 42,67% την διδασκαλία, το 24% τις διαλέξεις, το 17,33% την επίδειξη και το 9,3% το παιχνίδι ρόλων.



## Πίνακας 10

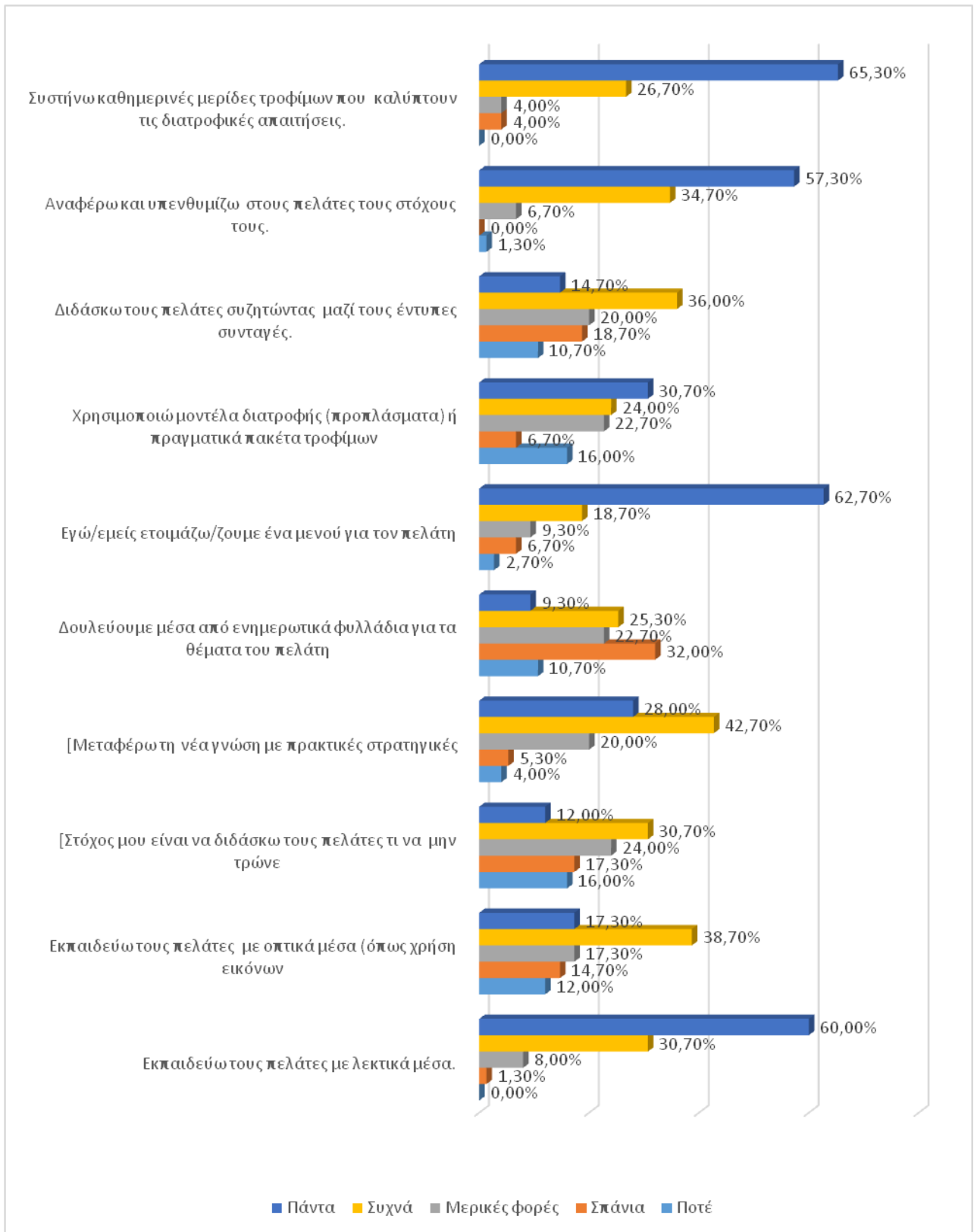
### Εκπαίδευση πελατών

	Μερικές									
	Ποτέ		Σπάνια		Μερικές φορές		Συχνά		Πάντα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Εκπαιδεύω τους πελάτες με λεκτικά μέσα.	0	,0%	1	1,3%	6	8,0%	23	30,7%	45	60,0%
Εκπαιδεύω τους πελάτες με οπτικά μέσα (όπως χρήση εικόνων)	9	12,0%	11	14,7%	13	17,3%	29	38,7%	13	17,3%
[Στόχος μου είναι να διδάσκω τους πελάτες τι να μην τρώνε	12	16,0%	13	17,3%	18	24,0%	23	30,7%	9	12,0%
[Μεταφέρω τη νέα γνώση με πρακτικές στρατηγικές	3	4,0%	4	5,3%	15	20,0%	32	42,7%	21	28,0%
Δουλεύουμε μέσα από ενημερωτικά φυλλάδια για τα θέματα του πελάτη	8	10,7%	24	32,0%	17	22,7%	19	25,3%	7	9,3%

Εγώ/εμείς ετοιμάζω/ζουμε ένα μενού για τον πελάτη	2	2,7%	5	6,7%	7	9,3%	14	18,7%	47	62,7%
Χρησιμοποιώ μοντέλα διατροφής (προπλάσματα) ή πραγματικά πακέτα τροφίμων	12	16,0%	5	6,7%	17	22,7%	18	24,0%	23	30,7%
Διδάσκω τους πελάτες συζητώντας μαζί τους έντυπες συνταγές.	8	10,7%	14	18,7%	15	20,0%	27	36,0%	11	14,7%
Αναφέρω και υπενθυμίζω στους πελάτες τους στόχους τους.	1	1,3%	0	,0%	5	6,7%	26	34,7%	43	57,3%
Συστήνω καθημερινές μερίδες τροφίμων που καλύπτουν τις διατροφικές απαιτήσεις.	0	,0%	3	4,0%	3	4,0%	20	26,7%	49	65,3%

Σύμφωνα με τον πίνακα 10 άνω του 80% των διαιτολόγων χρησιμοποιεί τουλάχιστον συχνά για την εκπαίδευση των πελατών την στρατηγική να εκπαιδεύουν τους πελάτες με λεκτικά μέσα, να ετοιμάζουν ένα μενού για τον πελάτη, αναφέρουν και υπενθυμίζουν τους στόχους του πελάτη και συστήνουν καθημερινές μερίδες τροφίμων που καλύπτουν τις διατροφικές απαιτήσεις. Το 70,7% αναφέρει ότι μεταφέρει τις γνώσεις με πρακτικές στρατηγικές ενώ ποσοστό της τάξης του 50% σχεδόν εκπαιδεύει τους πελάτες με οπτικά μέσα, διδάσκουν στους πελάτες τι να μην τρώνε, διδάσκουν στους πελάτες τους έντυπες συνταγές και χρησιμοποιούν μοντέλα διατροφής. Ακόμα το 34,6% αναφέρει ότι δουλεύει τουλάχιστον συχνά μέσα από ενημερωτικά φυλλάδια για τα θέματα του πελάτη.



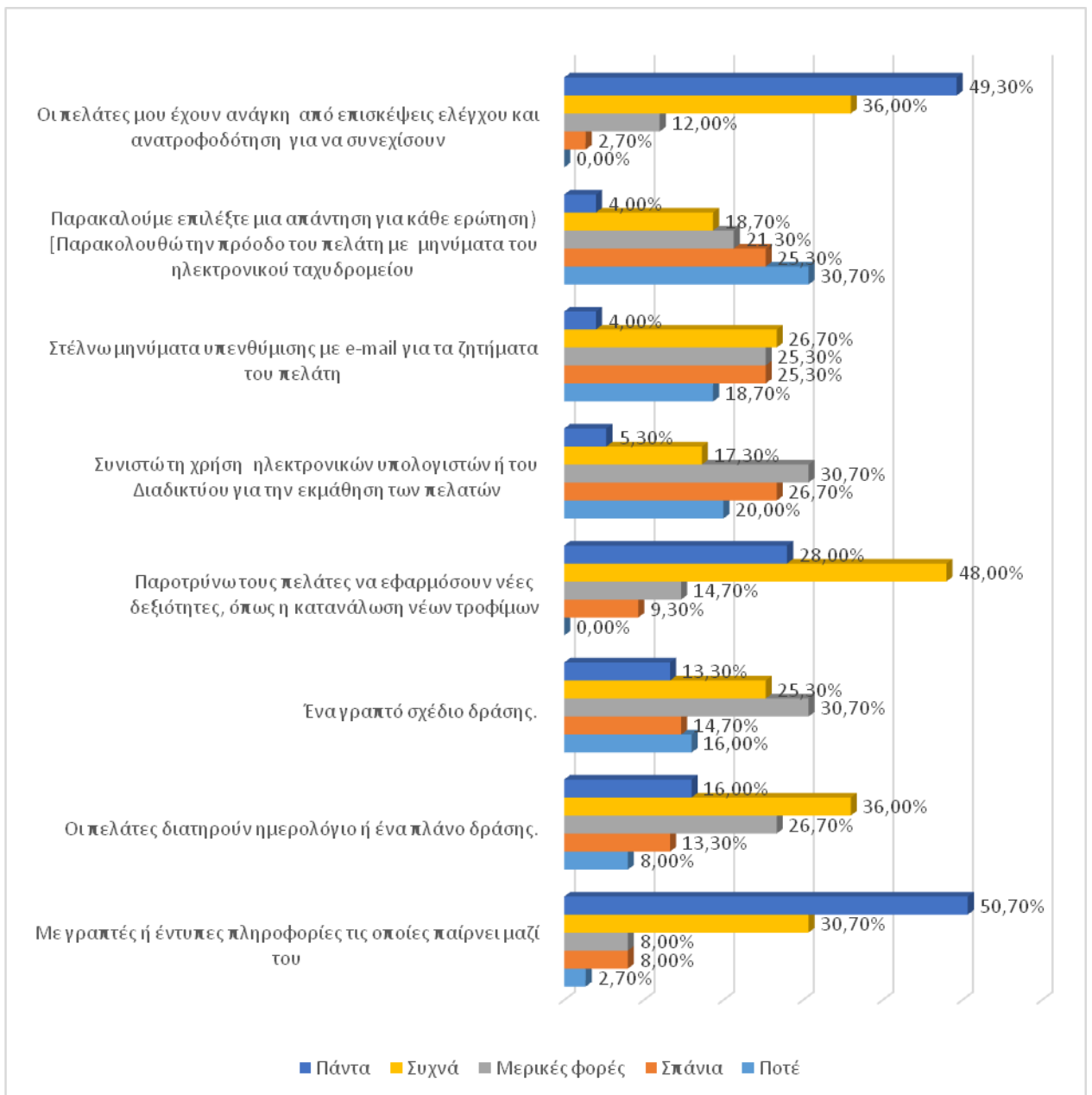


**Πίνακας 11**

**Συχνότητα χρήσης μεθόδων για την εκπαίδευση των πελατών**

	Ποτέ		Σπάνια		Μερικές φορές		Συχνά		Πάντα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Με γραπτές ή έντυπες πληροφορίες τις οποίες παίρνει μαζί του	2	2,7%	6	8,0%	6	8,0%	23	30,7%	38
Οι πελάτες διατηρούν ημερολόγιο ή ένα πλάνο δράσης.	6	8,0%	10	13,3%	20	26,7%	27	36,0%	12	16,0%
Ένα γραπτό σχέδιο δράσης.	12	16,0%	11	14,7%	23	30,7%	19	25,3%	10	13,3%
Παροτρύνω τους πελάτες να εφαρμόσουν νέες δεξιότητες, όπως η κατανάλωση νέων τροφίμων	0	,0%	7	9,3%	11	14,7%	36	48,0%	21	28,0%
Συνιστώ τη χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών ή του Διαδικτύου για την εκμάθηση των πελατών	15	20,0%	20	26,7%	23	30,7%	13	17,3%	4	5,3%
Στέλνω μηνύματα υπενθύμισης με e-mail για τα ζητήματα του πελάτη	14	18,7%	19	25,3%	19	25,3%	20	26,7%	3	4,0%
Παρακαλούμε επιλέξτε μια απάντηση για κάθε ερώτηση) [Παρακολουθώ την πρόοδο του πελάτη με μηνύματα του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου	23	30,7%	19	25,3%	16	21,3%	14	18,7%	3	4,0%
Οι πελάτες μου έχουν ανάγκη από επισκέψεις ελέγχου και ανατροφοδότηση για να συνεχίσουν	0	,0%	2	2,7%	9	12,0%	27	36,0%	37	49,3%

Σύμφωνα με τον πίνακα 11 ποσοστό σχεδόν άνω του 80% των διαιτολόγων χρησιμοποιεί τουλάχιστον συχνά για την εκπαίδευση των πελατών του την μέθοδο των γραπτών ή έντυπων πληροφοριών τις οποίες παίρνει μαζί του ο πελάτης, την παρότρυνση των πελατών να εφαρμόζουν νέες δεξιότητες όπως η κατανάλωση νέων τροφών και τα επισκέψεις ελέγχου για ανατροφοδότηση για να συνεχίσουν. Κοντά στο 50% οι διαιτολόγοι αναφέρουν ότι οι πελάτες διατηρούν ημερολόγιο ή ένα πλάνο δράσης ενώ σε μικρότερα ποσοστά κάτω του 40% εφαρμόζουν ένα σχέδιο δράσης, συνιστούν τη χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών ή του διαδικτύου για την εκμάθηση των πελατών και στέλνουν μηνύματα υπενθύμισης με email για τα ζητήματα του πελάτη.

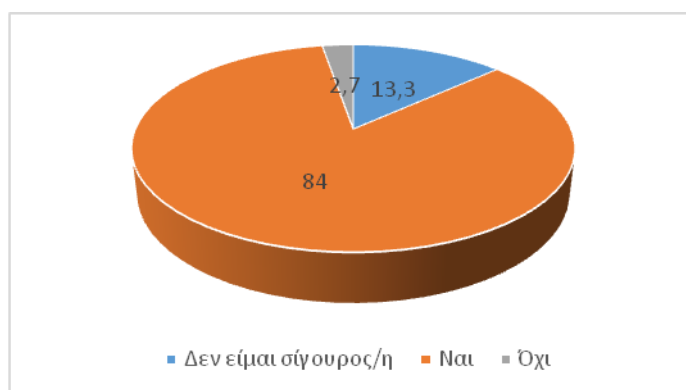


### Πίνακας 12

Έχετε σκοπό να χρησιμοποιήσετε δεξιότητες συμβουλευτικής ( για την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με τους πελάτες), προκειμένου να τους βοηθήσετε να λύσουν τα προβλήματα τους;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν είμαι σίγουρος/η	10	13,3	13,3	13,3
Ναι	63	84,0	84,0	97,3
Όχι	2	2,7	2,7	100,0
Total	75	100,0	100,0	

Το 84% των διαιτολόγων έχει σκοπό να χρησιμοποιήσει δεξιότητες συμβουλευτικής.



### Πίνακας 13

Ποιο από τα παρακάτω μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς χρησιμοποιείτε , για να βοηθήσετε τους πελάτες; (επιλέξτε αυτό/α που χρησιμοποιείτε).

Διαθεωρητικό μοντέλο	32	42,67%
Καθορισμός στόχων	54	72,00%
Κοινωνική γνωσιακή θεωρία	6	8,00%
Μοντέλο επεξεργασίας πληροφοριών καταναλωτή	14	18,67%
Μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία	39	52,00%

Σύμφωνα με τον πίνακα 13 το 72% των διαιτολόγων χρησιμοποιεί ως μοντέλο αλλαγής συμπεριφοράς των πελατών του τον καθορισμό στόχων, το 52% το μοντέλο πεποιθήσεων

για την υγεία, το 42,67% το διαθεωρητικό μοντέλο, το 18,67% το μοντέλο επεξεργασίας πληροφοριών του καταναλωτή και το 8% την κοινωνική γνωσιακή θεωρία.

#### Πίνακας 14

##### Χρήση πρόσθετων δεξιοτήτων συμβουλευτικής

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Επιδεικνύω ενσυναίσθηση και κατανόηση.]	0	,0%	1	1,3%	5	6,7%	38	50,7%	31
Στοχεύω σε μια ισότιμη επαγγελματική σχέση με τους πελάτες	0	,0%	1	1,3%	11	14,7%	35	46,7%	28	37,3%
Ενισχύω την αυτοπεποίθηση των πελατών με τη βελτίωση των γνώσεων /δεξιοτήτων τους	0	,0%	1	1,3%	2	2,7%	29	38,7%	43	57,3%
Χρησιμοποιώ ερωτήσεις, ανάκλαση και παράφραση στα λόγια των πελατών	0	,0%	1	1,3%	28	37,3%	32	42,7%	14	18,7%
Υποδεικνύω στον πελάτη τι πρέπει να κάνει	2	2,7%	7	9,3%	17	22,7%	32	42,7%	17	22,7%
Έρχομαι σε αντιπαράθεση με τον πελάτη όταν χρειάζεται	1	1,3%	11	14,7%	25	33,3%	23	30,7%	15	20,0%
Η χρήση απειλής ωθεί τον πελάτη σε δράση	23	30,7%	20	26,7%	24	32,0%	7	9,3%	1	1,3%
Ενδυναμώνω τους πελάτες με τη διερεύνηση λύσεων για το πρόβλημά τους	0	,0%	2	2,7%	9	12,0%	36	48,0%	28	37,3%
Χρησιμοποιώ θετική ανατροφοδότηση ως λεκτική επιβράβευση	1	1,3%	1	1,3%	6	8,0%	32	42,7%	35	46,7%

Διαπραγματεύομαι ένα σύνολο στόχων καθορισμένων από τον πελάτη	1	1,3%	2	2,7%	21	28,0%	35	46,7%	16	21,3%
Γνωρίζω την κατάλληλη γλώσσα για την παροχή συμβουλευτικής.	0	,0%	2	2,7%	33	44,0%	30	40,0%	10	13,3%
Εξηγώ τις συνέπειες της ανάληψης δράσης ή μη στην υγείας τους	0	,0%	2	2,7%	5	6,7%	42	56,0%	26	34,7%
Παρακινώ μέσω υποστηρικτικού λόγου , επαίνου και ενθάρρυνσης.	0	,0%	1	1,3%	3	4,0%	35	46,7%	36	48,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 14 ποσοστό άνω του 90% τουλάχιστον συμφωνεί ότι επιδεικνύει ενσυναίσθηση και κατανόηση, ενισχύει την αυτοπεποίθηση των πελατών με τη βελτίωση των γνώσεων /δεξιοτήτων τους, χρησιμοποιεί θετική ανατροφοδότηση ως λεκτική επιβράβευση, Εξηγεί τις συνέπειες της ανάληψης δράσης ή μη στην υγείας τους και παρακινεί μέσω υποστηρικτικού λόγου , επαίνου και ενθάρρυνσης. Ακόμα ποσοστό άνω του 80% τουλάχιστον συμφωνεί στοχεύει σε μια ισότιμη επαγγελματική σχέση με τους πελάτες και ενδυναμώνει τους πελάτες με τη διερεύνηση λύσεων για το πρόβλημά τους. Επιπλέον ποσοστό αν ωτου 50% τουλάχιστον συμφωνεί ότι χρησιμοποιεί ερωτήσεις, ανάκλαση και παράφραση στα λόγια των πελατών, υποδεικνύει στον πελάτη τι πρέπει να κάνει, έρχεται σε αντιπαράθεση με τον πελάτη όταν χρειάζεται, διαπραγματεύεται ένα σύνολο στόχων καθορισμένων από τον πελάτη και γνωρίζει την κατάλληλη γλώσσα για την παροχή συμβουλευτικής.

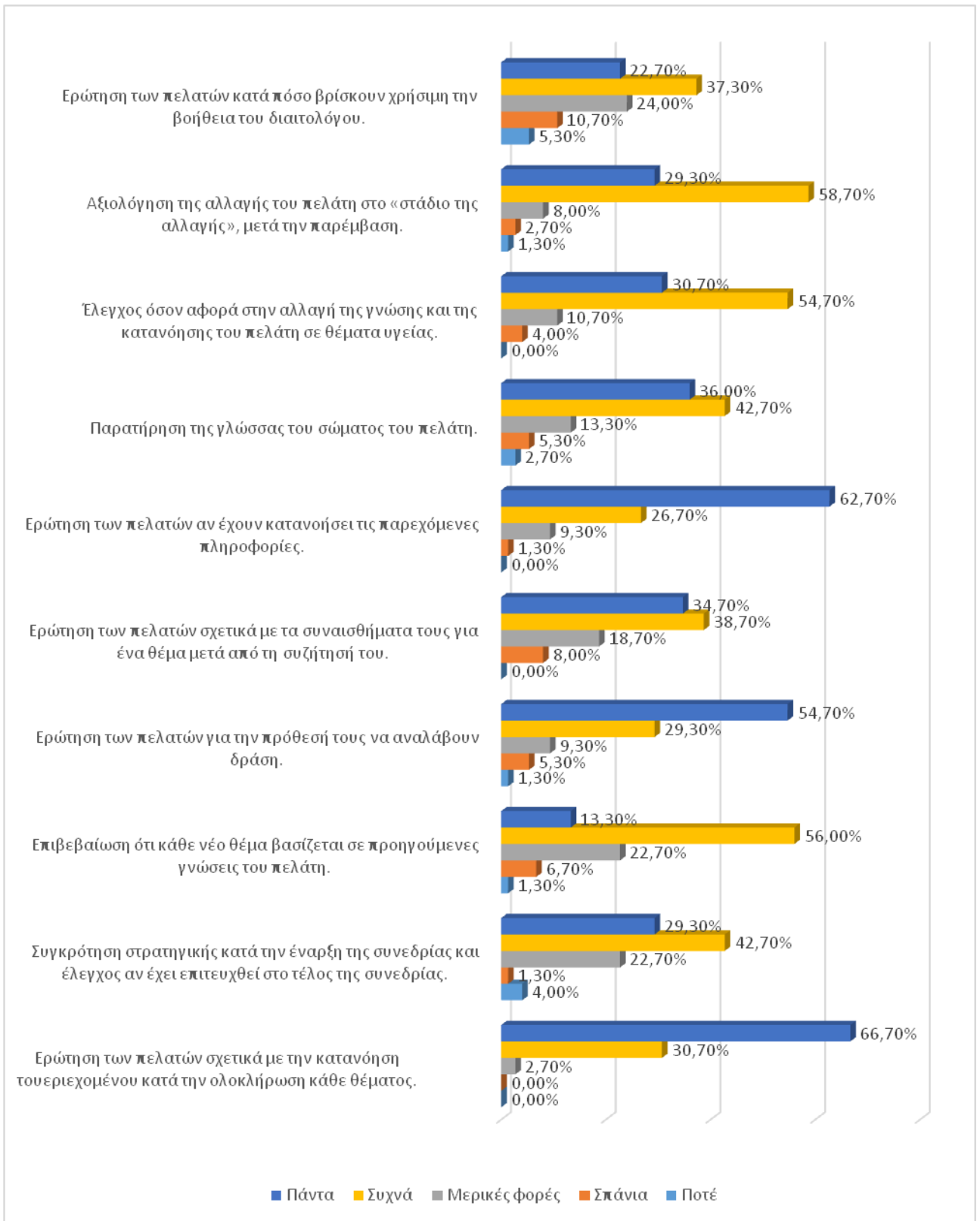
**Πίνακας 15**

**Αξιολόγηση της διαδικασίας εκπαίδευσης και συμβουλευτικής σε θέματα διατροφής**

	Μερικές									
	Ποτέ		Σπάνια		Μερικές φορές		Συχνά		Πάντα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ερώτηση των πελατών σχετικά με την κατανόηση του περιεχομένου κατά την ολοκλήρωση κάθε θέματος.	0	,0%	0	,0%	2	2,7%	23	30,7%	50	66,7%
Συγκρότηση στρατηγικής κατά την έναρξη της συνεδρίας και έλεγχος αν έχει επιτευχθεί στο τέλος της συνεδρίας.	3	4,0%	1	1,3%	17	22,7%	32	42,7%	22	29,3%
Επιβεβαίωση ότι κάθε νέο θέμα βασίζεται σε προηγούμενες γνώσεις του πελάτη.	1	1,3%	5	6,7%	17	22,7%	42	56,0%	10	13,3%
Ερώτηση των πελατών για την πρόθεσή τους να αναλάβουν δράση.	1	1,3%	4	5,3%	7	9,3%	22	29,3%	41	54,7%
Ερώτηση των πελατών σχετικά με τα συναισθήματά τους για ένα θέμα μετά από τη συζήτησή του.	0	,0%	6	8,0%	14	18,7%	29	38,7%	26	34,7%
Ερώτηση των πελατών αν έχουν κατανοήσει τις παρεχόμενες πληροφορίες.	0	,0%	1	1,3%	7	9,3%	20	26,7%	47	62,7%
Παρατήρηση της γλώσσας του σώματος του πελάτη.	2	2,7%	4	5,3%	10	13,3%	32	42,7%	27	36,0%
Έλεγχος όσον αφορά στην αλλαγή της γνώσης και της κατανόησης του πελάτη σε θέματα υγείας.	0	,0%	3	4,0%	8	10,7%	41	54,7%	23	30,7%
Αξιολόγηση της αλλαγής του πελάτη στο «στάδιο της αλλαγής», μετά την παρέμβαση.	1	1,3%	2	2,7%	6	8,0%	44	58,7%	22	29,3%
Ερώτηση των πελατών κατά πόσο βρίσκουν χρήσιμη την βοήθεια του διαιτολόγου.	4	5,3%	8	10,7%	18	24,0%	28	37,3%	17	22,7%

Σύμφωνα με τον πίνακα 15 για την αξιολόγηση της διαδικασίας εκπαίδευσης και συμβουλευτικής σε θέματα διατροφής ποσοστό άνω του 85% των διαιτολόγων χρησιμοποιεί τουλάχιστον συχνά την στρατηγική της ερώτησης των πελατών σχετικά με την κατανόηση του περιεχομένου κατά την ολοκλήρωση κάθε θέματος, της ερώτησης των πελατών για την πρόθεσή τους να αναλάβουν δράση, της ερώτησης των πελατών αν έχουν κατανοήσει τις παρεχόμενες πληροφορίες, τον έλεγχο όσον αφορά στην αλλαγή της γνώσης και της κατανόησης του πελάτη σε θέματα υγείας και την αξιολόγηση της αλλαγής του πελάτη στο «στάδιο της αλλαγής», μετά την παρέμβαση. Ποσοστό άνω του 60% χρησιμοποιεί τουλάχιστον τη συγκρότηση στρατηγικής κατά την έναρξη της συνεδρίας και έλεγχος αν έχει επιτευχθεί στο τέλος της συνεδρίας, την επιβεβαίωση ότι κάθε νέο θέμα βασίζεται σε προηγούμενες γνώσεις του πελάτη, την ερώτηση των πελατών σχετικά με τα συναισθήματα τους για ένα θέμα μετά από τη συζήτησή του, τη παρατήρηση της γλώσσας του σώματος του πελάτη και την ερώτηση των πελατών κατά πόσο βρίσκουν χρήσιμη την βοήθεια του διαιτολόγου.



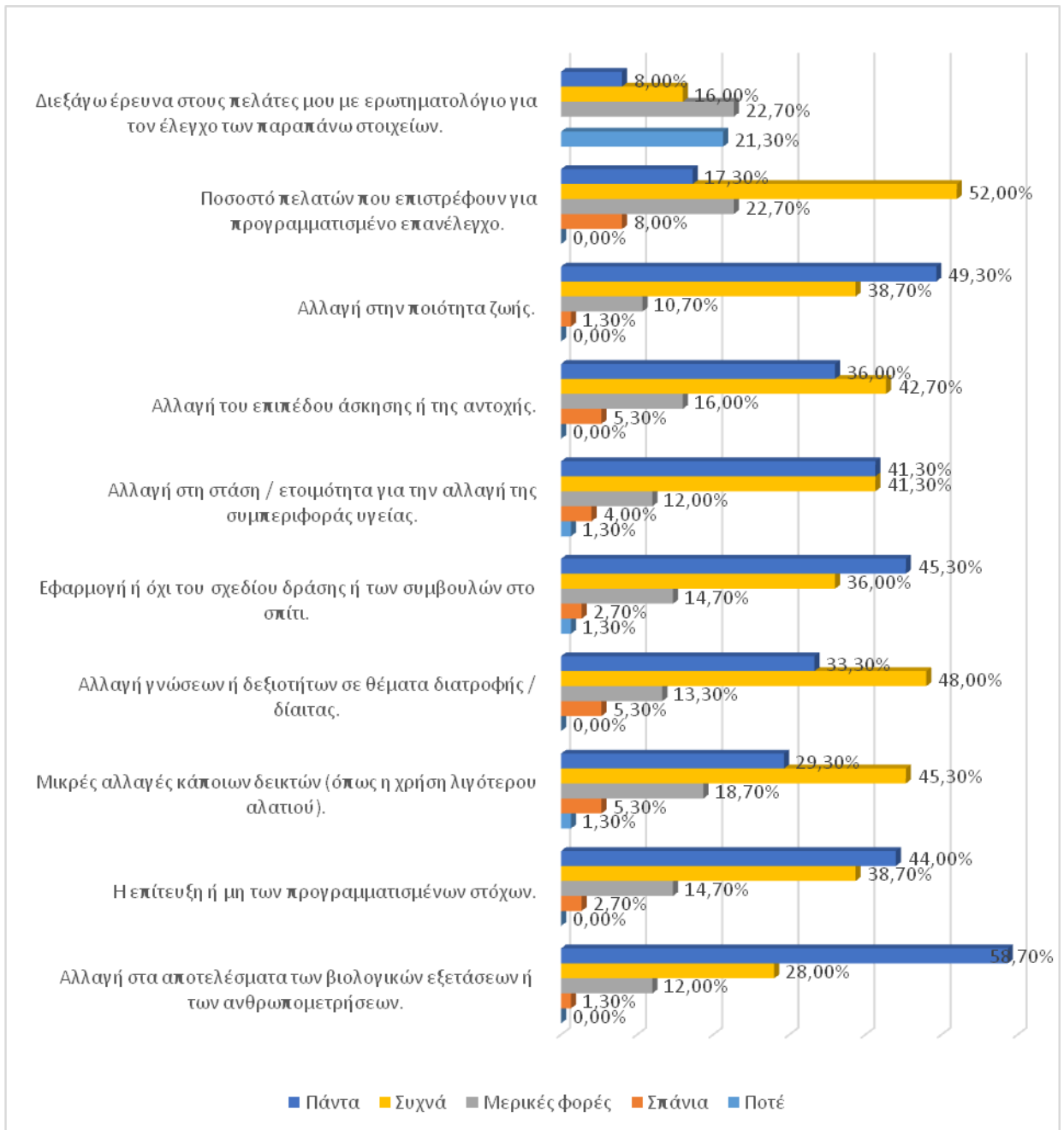


## Πίνακας 16

### Συχνότητα χρήσης μετρήσεων

	Ποτέ		Σπάνια		Μερικές φορές		Συχνά		Πάντα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Αλλαγή στα αποτελέσματα των βιολογικών εξετάσεων ή των ανθρωπομετρήσεων.	0	,0%	1	1,3%	9	12,0%	21	28,0%	44
Η επίτευξη ή μη των προγραμματισμένων στόχων.	0	,0%	2	2,7%	11	14,7%	29	38,7%	33	44,0%
Μικρές αλλαγές κάποιων δεικτών (όπως η χρήση λιγότερου αλατιού).	1	1,3%	4	5,3%	14	18,7%	34	45,3%	22	29,3%
Αλλαγή γνώσεων ή δεξιοτήτων σε θέματα διατροφής / διαίτας.	0	,0%	4	5,3%	10	13,3%	36	48,0%	25	33,3%
Εφαρμογή ή όχι του σχεδίου δράσης ή των συμβουλών στο σπίτι.	1	1,3%	2	2,7%	11	14,7%	27	36,0%	34	45,3%
Αλλαγή στη στάση / ετοιμότητα για την αλλαγή της συμπεριφοράς υγείας.	1	1,3%	3	4,0%	9	12,0%	31	41,3%	31	41,3%
Αλλαγή του επιπέδου άσκησης ή της αντοχής.	0	,0%	4	5,3%	12	16,0%	32	42,7%	27	36,0%
Αλλαγή στην ποιότητα ζωής.	0	,0%	1	1,3%	8	10,7%	29	38,7%	37	49,3%
Ποσοστό πελατών που επιστρέφουν για προγραμματισμένο επανέλεγχο.	0	,0%	6	8,0%	17	22,7%	39	52,0%	13	17,3%
Διεξαγωγή έρευνα στους πελάτες μου με ερωτηματολόγιο για τον έλεγχο των παραπάνω στοιχείων.	16	21,3%	24	32,0%	17	22,7%	12	16,0%	6	8,0%

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα σε ποσοστό άνω του 70% όλες οι παραπάνω μετρήσεις χρησιμοποιούνται τουλάχιστον συχνά από τους διαιτολόγους. Μοναδική εξαίρεση με ποσοστό 24% η διεξαγωγή έρευνας στους πελάτες τους με ερωτηματολόγιο για τον έλεγχο των στοιχείων τους.

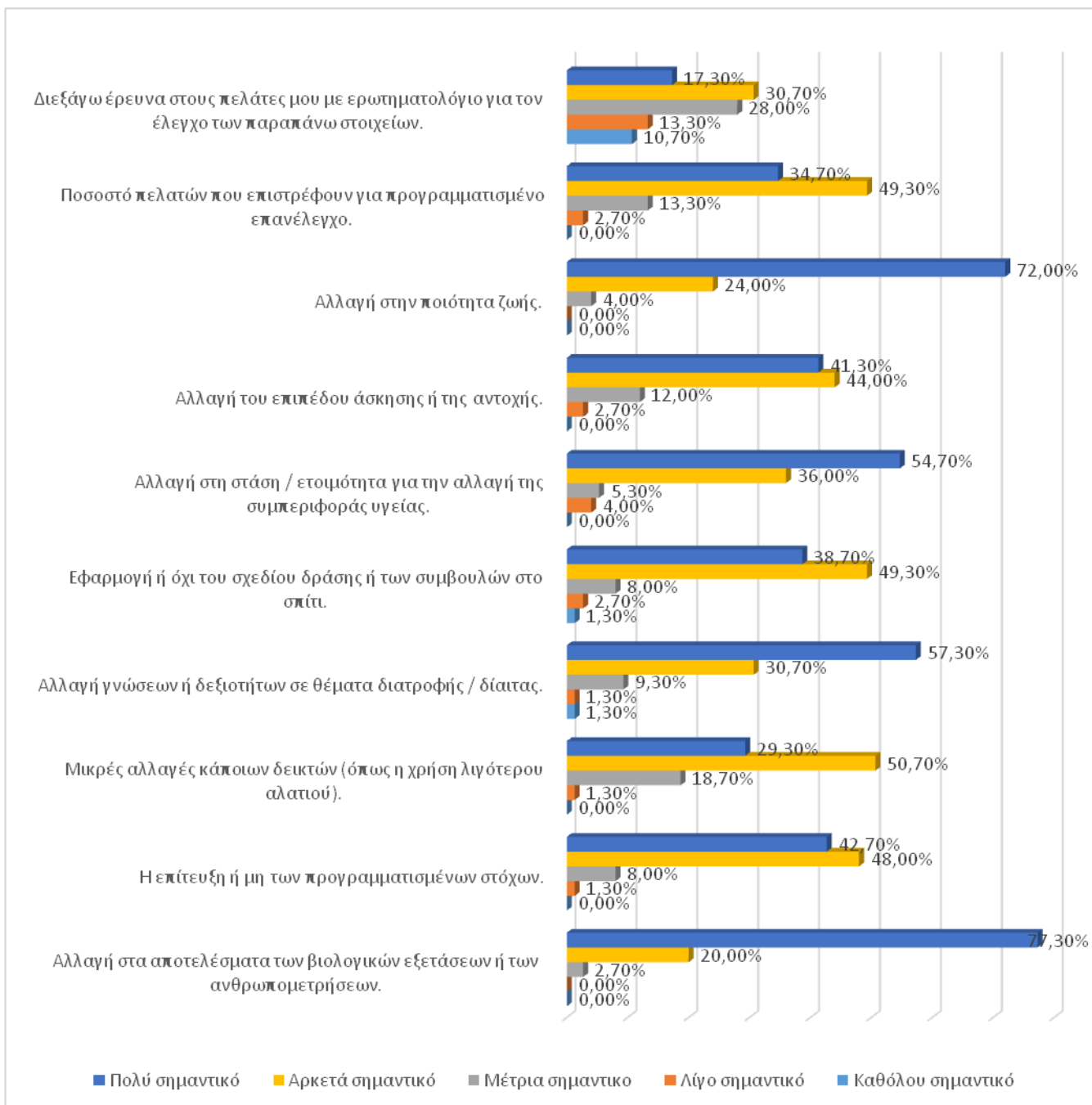


## Πίνακας 17

### Σπουδαιότητα μετρήσεων

	Καθόλου σημαντικό		Λίγο σημαντικό		Μέτρια σημαντικό		Αρκετά σημαντικό		Πολύ σημαντικό	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Αλλαγή στα αποτελέσματα των βιολογικών εξετάσεων ή των ανθρωπομετρήσεων.	0	,0%	0	,0%	2	2,7%	15	20,0%	58	77,3%
Η επίτευξη ή μη των προγραμματισμένων στόχων.	0	,0%	1	1,3%	6	8,0%	36	48,0%	32	42,7%
Μικρές αλλαγές κάποιων δεικτών (όπως η χρήση λιγότερου αλατιού).	0	,0%	1	1,3%	14	18,7%	38	50,7%	22	29,3%
Αλλαγή γνώσεων ή δεξιοτήτων σε θέματα διατροφής / διαίτας.	1	1,3%	1	1,3%	7	9,3%	23	30,7%	43	57,3%
Εφαρμογή ή όχι του σχεδίου δράσης ή των συμβουλών στο σπίτι.	1	1,3%	2	2,7%	6	8,0%	37	49,3%	29	38,7%
Αλλαγή στη στάση / ετοιμότητα για την αλλαγή της συμπεριφοράς υγείας.	0	,0%	3	4,0%	4	5,3%	27	36,0%	41	54,7%
Αλλαγή του επιπέδου άσκησης ή της αντοχής.	0	,0%	2	2,7%	9	12,0%	33	44,0%	31	41,3%
Αλλαγή στην ποιότητα ζωής.	0	,0%	0	,0%	3	4,0%	18	24,0%	54	72,0%
Ποσοστό πελατών που επιστρέφουν για προγραμματισμένο επανέλεγχο.	0	,0%	2	2,7%	10	13,3%	37	49,3%	26	34,7%
Διεξάγω έρευνα στους πελάτες μου με ερωτηματολόγιο για τον έλεγχο των παραπάνω στοιχείων.	8	10,7%	10	13,3%	21	28,0%	23	30,7%	13	17,3%

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα σε ποσοστό άνω του 85% όλες οι παραπάνω μετρήσεις αξιολογούνται ως τουλάχιστον πολύ σημαντικές από τους διαιτολόγους. Μοναδική εξαίρεση με ποσοστό 48% η διεξαγωγή έρευνας στους πελάτες τους με ερωτηματολόγιο για τον έλεγχο των στοιχείων τους.

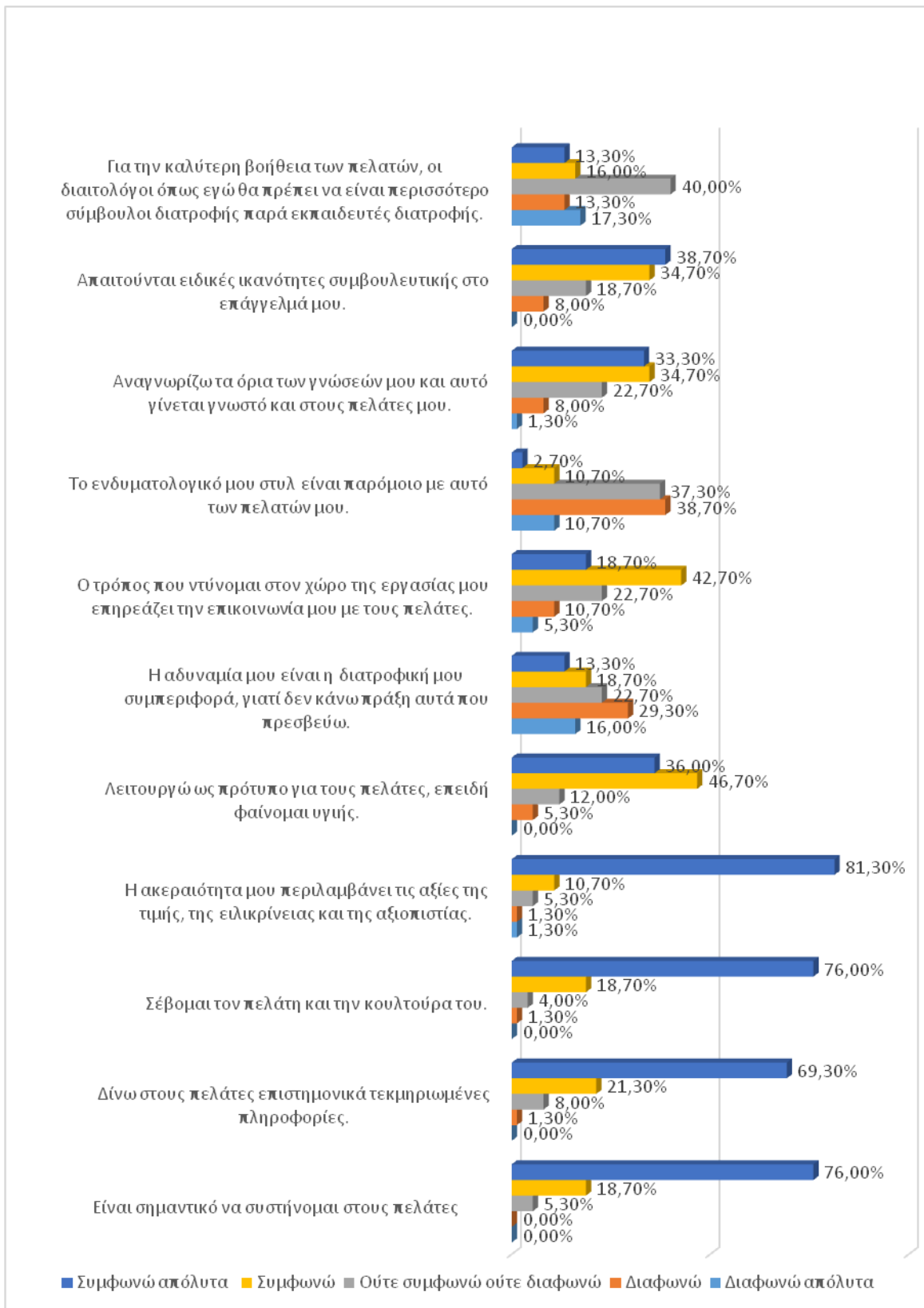


Πίνακας 18

Επικοινωνία και διαπροσωπικές δεξιότητες

	Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ				Συμφωνώ			
	απόλυτα		Διαφωνώ		ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Είναι σημαντικό να συστήνομαι στους πελάτες.	0	,0%	0	,0%	4	5,3%	14	18,7%	57	76,0%
Δίνω στους πελάτες επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες.	0	,0%	1	1,3%	6	8,0%	16	21,3%	52	69,3%
Σέβομαι τον πελάτη και την κουλτούρα του.	0	,0%	1	1,3%	3	4,0%	14	18,7%	57	76,0%
Η ακεραιότητα μου περιλαμβάνει τις αξίες της τιμής, της ειλικρίνειας και της αξιοπιστίας.	1	1,3%	1	1,3%	4	5,3%	8	10,7%	61	81,3%
Λειτουργώ ως πρότυπο για τους πελάτες, επειδή φαίνομαι υγιής.	0	,0%	4	5,3%	9	12,0%	35	46,7%	27	36,0%
Η αδυναμία μου είναι η διατροφική μου συμπεριφορά, γιατί δεν κάνω πράξη αυτά που πρεσβεύω.	12	16,0%	22	29,3%	17	22,7%	14	18,7%	10	13,3%
Ο τρόπος που ντύνομαι στον χώρο της εργασίας μου επηρεάζει την επικοινωνία μου με τους πελάτες.	4	5,3%	8	10,7%	17	22,7%	32	42,7%	14	18,7%
Το ενδυματολογικό μου στυλ είναι παρόμοιο με αυτό των πελατών μου.	8	10,7%	29	38,7%	28	37,3%	8	10,7%	2	2,7%
Αναγνωρίζω τα όρια των γνώσεών μου και αυτό γίνεται γνωστό και στους πελάτες μου.	1	1,3%	6	8,0%	17	22,7%	26	34,7%	25	33,3%
Απαιτούνται ειδικές ικανότητες συμβουλευτικής στο επάγγελμά μου.	0	,0%	6	8,0%	14	18,7%	26	34,7%	29	38,7%
Για την καλύτερη βοήθεια των πελατών, οι διαιτολόγοι όπως εγώ θα πρέπει να είναι περισσότερο σύμβουλοι διατροφής παρά εκπαιδευτές διατροφής.	13	17,3%	10	13,3%	30	40,0%	12	16,0%	10	13,3%

Σύμφωνα με τον πίνακα 18 ποσοστό άνω του 90% των διαιτολόγων τουλάχιστον συμφωνεί ότι είναι σημαντικό να συστήνεται στους πελάτες, να δίνει στους πελάτες επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες και να σέβεται τον πελάτη και την κουλτούρα του. Ποσοστό άνω του 70% τουλάχιστον συμφωνεί ότι πρέπει να λειτουργεί ως πρότυπο για τους πελάτες, επειδή φαίνονται υγιείς, να αναγνωρίζουν τα όρια των γνώσεων τους και αυτό να γίνεται γνωστό και στους πελάτες τους και να απαιτούνται ειδικές ικανότητες συμβουλευτικής στο επάγγελμά τους.





### **4.3. Συζήτηση:**

Έπειτα απο την ανάλυση γίνεται φάνερο ότι: το μεγαλύτερο ποσοστό των διαιτολόγων, για να προσδιορίσει τις ανάγκες των πελατών του, συλλέγει πληροφορίες για την πρόσληψη τροφίμων και θρεπτικών στοιχείων. Επικεντρώνεται στα άμεσα προβλήματα του πελάτη και όχι σε συναφή θέματα και δίνει οδηγίες για την εκπαίδευση των μεμονομένων πελατών του. Άνω του 80% των διαιτολόγων χρησιμοποιεί τουλάχιστον συχνά για την εκπαίδευση των πελατών, τα λεκτικά μέσα. Κοντά στο 50% των διαιτολόγων αναφέρουν ότι οι πελάτες διατηρούν ημερολόγιο ή ένα πλάνο δράσης ενώ σε μικρότερα ποσοστά κάτω του 40% εφαρμόζουν ένα σχέδιο δράσης, για την εκμάθηση των πελατών. Το 72% των διαιτολόγων χρησιμοποιεί ως μοντέλο αλλαγής συμπεριφοράς των πελατών του τον καθορισμό στόχων, ενώ μόλις το 8% χρησιμοποιεί την κοινωνική γνωσιακή θεωρία. Ποσοστό άνω του 90% τουλάχιστον, συμφωνεί ότι επιδεικνύει ενσυναίσθηση και κατανόηση και ενισχύει την αυτοπεποίθηση των πελατών.

Σύμφωνα με έρευνα των Robyn CANT and Rosalie A. ARONI το 2009,(αντίστοιχη έρευνα με τη δική μας, η οποία διεξήχθη στην Αυστραλία) όπου ρωτήθηκαν 258 διαιτολόγοι, παρατηρήθηκε ότι απ' τις μεθόδους εκπαίδευσης των πελατών:

Η Συμβουλευτική χρησιμοποιείται από το 93% των διαιτολόγων, η συζήτηση (εξερεύνηση ενός προβλήματος από τις δύο πλευρές) κατά 86%, η διδασκαλία (μετάδοση της γνώσης) κατά 75%, η διδασκαλία (βοηθώντας τον πελάτη να διερευνήσει τι διαιτολόγος γνωρίζει ήδη) κατά 68% και η διάλεξη (διαβίβαση πληροφοριών) χρησιμοποιήθηκε κατά 23%. Τα αποτελέσματα δείχνουν την προτίμησή τους για την εκπαίδευση ή την παροχή συμβουλών στους πελάτες, αντί πληροφοριών μέσω διαλέξεων ή διδασκαλίας.

Σε σύγκριση με τη μελέτη μας και σύμφωνα με τον πίνακα 9 το 74,67% των διαιτολόγων δίνει οδηγίες για την εκπαίδευση των μεμονωμένων πελατών τους, το 57,33% χρησιμοποιεί τη συζήτηση, το 50,67% τη συμβουλευτική, το 42,67% την διδασκαλία, το 24% τις διαλέξεις, το 17,33% την επίδειξη.

Παρατηρούμε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά, αρχικά στο δείγμα των δύο μελετών και στη συνέχεια στη χρήση της συμβουλευτικής από τους διαιτολόγους για την εκπαίδευση των πελατών.

Παρατηρούνται όμως και κάποιες ομοιότητες, όπου είναι οι παρακάτω: Στην έρευνα των CANT and ARONI, οι διαιτολόγοι κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ανέφεραν ότι: η διατροφική εκπαίδευση προσαρμόζεται στις απαιτήσεις των μεμονωμένων πελατών καθώς επίσης ως εργαλείο για τη θεραπεία τους χρησιμοποιούν την ενθάρρυνση, τον έπαινο και την ενίσχυση με σκοπό να αυξήσουν το αίσθημα της αυτο αποτελεσματικότητας. Ομοίως στην παρούσα έρευνα, σύμφωνα με τον πίνακα 13, ποσοστό άνω του 90% τουλάχιστον συμφωνεί ότι επιδεικνύει ενσυναίσθηση και κατανόηση, ενισχύει την αυτοπεποίθηση των πελατών με τη βελτίωση των γνώσεων /δεξιοτήτων τους, χρησιμοποιεί θετική ανατροφοδότηση ως λεκτική επιβράβευση. Εξηγεί τις συνέπειες της ανάληψης δράσης ή μη στην υγείας τους και παρακινεί μέσω υποστηρικτικού λόγου, επαίνου και ενθάρρυνσης. Ακόμα, ως μέσο εκπαίδευσης χρησιμοποιούν τη διανομή έντυπου υλικού από το αρχείο τους, πράγμα το οποίο παρατηρείται και στην παρούσα έρευνα (πίνακας 11), όπου ποσοστό σχεδόν άνω του 80% των διαιτολόγων χρησιμοποιεί τουλάχιστον συχνά για την εκπαίδευση των πελατών του την μέθοδο των γραπτών ή έντυπων πληροφοριών τις οποίες παίρνει μαζί του ο πελάτης.

Επίσης μια μέθοδος εκπαίδευσης που χρησιμοποιούν οι διαιτολόγοι και στις δύο μελέτες, είναι αυτή της διδασκαλίας στο τι να μην τρώνε. Αυτό διαφαίνεται στον πίνακα 10 όπου οι περισσότεροι (30.7%) διδάσκουν τους πελάτες τι να μην τρώνε.

Σε έρευνα των Rapoport και Nicholson, το 2000 συμμετείχαν 394 διαιτολόγοι από το Ηνωμένο Βασίλειο και το εξωτερικό. Οι ερωτηθέντες θεώρησαν ότι δεν είχαν λάβει επαρκή κατάρτιση σε δεξιότητες αλλαγής της συμπεριφοράς στην εκπαίδευσή τους. Η εκπαίδευση θεωρήθηκε ως ιδιαίτερα φτωχή: στην εφαρμογή της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας (CBT), σε τεχνικές κινήτρων αλλαγής συμπεριφοράς, σε δεξιότητες στην ομαδική εργασία και τόσο στη θεωρία όσο και στις δεξιότητες για την πρόληψη της υποτροπής. Παρά το γεγονός ότι το 40 % των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι έλαβαν σωστή ψυχολογική εκπαίδευση, η εκπαίδευση δεξιοτήτων (κυρίως συμβουλευτική) αναφέρθηκε μόνο κατά 25 %. Σε σύγκριση με τη μελέτη μας και σύμφωνα με τον πίνακα 9, το 50,67% του δείγματος των διαιτολόγων χρησιμοποιεί τη συμβουλευτική ως μέσο διδασκαλίας.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι το δείγμα της παραπάνω έρευνας δεν είναι αντιπροσωπευτικό και τα αποτελέσματα πρέπει να αξιολογηθούν με μεγαλύτερη προσοχή.

#### **4.4. Συμπεράσματα:**

Στη συγκεκριμένη μελέτη παρατηρήθηκε, ότι οι απόφοιτοι διαιτολόγοι για την εκπαίδευση των πελατών τους χρησιμοποιούν περισσότερο απλές μεθόδους, όπως για παράδειγμα οδηγίες, επιδειξη προπλασμάτων, έντυπο υλικό, συζήτηση και συμβουλευτική. Όσον αφορά τα Μοντέλα Αλλαγής Συμπεριφοράς το μεγαλύτερο ποσοστό των διαιτολόγων φαίνεται ότι χρησιμοποιεί το καθορισμό στόχων ενώ η Κοινωνική Γνωσιακή Θεωρία δεν χρησιμοποιείται σχεδόν καθόλου. Αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί από το ότι μόνο το 20 % των ερωτηθέντων έχουν πραγματοποιήσει μεταπτυχιακές σπουδές. Επιπλέον, και οι ίδιοι φαίνεται να αναγνωρίζουν την ελλειπή εκπαίδευσή τους σε θέματα Συμβουλευτικής καθώς ένα μεγάλο ποσοστό πιστεύει ότι η περαιτέρω μελέτη των δεξιοτήτων συμβουλευτικής (πέρα από το εισαγωγικό διαιτητικό επίπεδο) θα πρέπει να είναι υποχρεωτική για τη συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη των διαιτολόγων στην κλινική πράξη.

Γίνεται λοιπόν εμφανής η ανάγκη για περαιτέρω εκπαίδευση για την χρήση πιο σύνθετων μεθόδων αλλαγής διατροφικής συμπεριφοράς πέρα από τις εισαγωγικές γνώσεις. Καλό θα ήταν λοιπόν, να εκπαιδευτούν οι διαιτολόγοι στην παροχή συμβουλών και στρατηγικών για την διατροφική αγωγή των πελατών τους.

Η Βρετανική Ένωση Διαιτολόγων αναγνωρίζει ότι για να προσφέρουν τη βέλτιστη αντιμετώπιση της παχυσαρκίας οι διαιτολόγοι πρέπει να διαθέτουν τις δεξιότητες και την αυτοπεποίθηση για να βοηθήσουν τους πελάτες τους μέσω της διαδικασίας της αλλαγής συμπεριφοράς και να τους εφοδιάσουν για την πρόληψη της υποτροπής (BDA, 1997),

Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι το δείγμα μας ήταν πολύ μικρό και τα συμπεράσματα πιθανόν να μην είναι αντιπροσωπευτικά. Για το λόγο αυτό, προτείνεται η διεξαγωγή και άλλων παρεμφερών μελετών και ερευνών για την μεγαλύτερη εγκυρότητα και αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αρβανίτη Φ, Παναγιωτάκος ΔΒ, Καψοκεφάλου Μ. Δείκτες διατροφικής αξιολόγησης και η συσχέτισή τους με την εκδήλωση χρόνιων νοσημάτων(2006). Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2008 25(3) σς 321-328
- Γ. Μανιός, Διατροφική Αγωγή: Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη 2007
- Γ. Μανιός, Διατροφική Αγωγή: Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη 2009.
- Γεωργίου Χ. Γεωργιάδη Φ, Ιωάννου Σ. Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των φοιτητών του ΤΕΙ Ηρακλείου ως προς τα παχύσαρκα άτομα. ΑΤΕΙ Κρήτης (2010)
- Μανιός Γ., Διατροφική αγωγή: από την θεωρία στην πράξη., Ιατρικές εκδόσεις πασχαλίδη, Αθήνα 2007, σελ. 1-7, 93, 107-10
- Παρασκευόπουλος Ι. Γνωστικός συμπεριφορισμός. 1<sup>η</sup> εκδ. Στο: Παρασκευόπουλος Ι., Κλινική ψυχολογία, Αθήνα, 1988:81-108.
- Πολυχρονόπουλος Ε., Μανιός Ι. & Κωσταρέλη, Β. *Διατροφή και Δημόσια Υγεία*. Αθήνα (2007): Παρισιάνου Α.Ε.
- Τούντας Γ. Ο ρόλος της προαγωγής και αγωγής υγείας στην πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση. Σελ. 97-103. Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων φθοράς. Ελ. Καρκινική Εταιρεία, Μπεσμπέας Σ. Karger GmbH, Freiburg Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines Obesity Facts 2008;1:106–116 S.
- Χασαπίδου Μ., Φαχατίδου Α., Διατροφή και υγεία, άσκηση και αθλητισμός. Επιστημονικές εκδόσεις βιβλίων και περιοδικών university studio press, θεσσαλονίκη 2002, σελ. 19-24.

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ashby, W.A. and G.T. Wilson, *Behavior therapy for obesity: booster sessions and long-term maintenance of weight loss*. Behav Res Ther, 1977. **15**(6): p. 451-63.
- Barnes, A.S., et al., *Weight loss maintenance in African-American women: focus group results and questionnaire development*. J Gen Intern Med, 2007. **22**(7): p. 915-22.
- Baranowski T, Cullen KW, Baranowski J, Annu Rev Psychosocial correlates of dietary intake: advancing dietary intervention Nutr 19:17–40, 1999.
- Barlow S and the Expert Committee. Expert Committee recommendations regarding the Prevention,

assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics* 2007,120:S 164-92

- Barr JT, Schumacher GE. The need for a nutrition related quality of life measure, at *Journal of the American Dietetic Association*, (2003) vol 103, no 2, pp 177-808
- Benton D, Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity, Department of Psychology, University of Wales Swansea, Swansea, Wales, UK *International Journal of Obesity* (2004) 28, 858–869
- Berg-Smith S, Stevens v, Brown K, et al. A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health Educ Res* 1999; 14(3):399-410
- Birch LL, Marlin DW, I don't like it; I never tried it: effects of exposure on two-year old children's food preferences. *Appetite* 3:353–360, 1982
- Chambers, J.A. and V. Swanson, *Stories of weight management: factors associated with successful and unsuccessful weight maintenance*. *Br J Health Psychol*, 2012. **17**(2): p. 223-43.
- Chapman C, (2001), *Nutritionists in Industry: who are we and what do we do*. *Nutrition Bulletin* 26:159-161
- Chapman, K. and J. Ogden, How do people change their diet?: an exploration into mechanisms of dietary change. *J Health Psychol*, 2009. **14**(8): p. 1229-42.
- Cotugna N. TV ads on Saturday morning children's programming: what's new?, *J Nutr Educ*. 1988 ;20:125–127
- Crawford PB, Obarzanek E, Schreiber GB, Barrier P, Goldman S, Frederick MM, Sabry ZI, The effects of race, household income, and parental education on nutrient intakes of 9- and 10-year-old girls. *NHLBI Growth and Health Study*. *Ann Epidemiol* 5:360–368, 1995.
- Dansinger ML, Tatsioni A, Wong JB, Chung M, Balk EM: Meta-analysis: the effect of dietary counseling for weight loss. *Ann Intern Med* 2007;147: 41–50
- Darwin CH., *Kosmos, A biographical study of a young child*. 1877;1:367–376.
- Djin Gie Liem and Julie A. Mennella, Heightened Sour Preferences During Childhood, *Monell Chemical Senses Center*, 3500 Market Street, Philadelphia, PA 19104-3308, USA, 2003
- Djin Gie Liem and Julie A. Mennella., Sweet and Sour Preferences During Childhood: Role of Early Experiences, *Monell Chemical Senses Center* 3500 Market Street Philadelphia, PA 19104–3308, 2002
- Drewnowski, A., Sensory control of energy density at different life stages. *Proc. Nutr. Soc* 2000. 59, 239-244.
- Egger G, M.G., *A qualitative analysis of obesity and at-risk overweight in working men*. *Australian J Nutr Diet*. 50, 10–14., 1993.
- Emundson E, Parcel G, Feldman H, Elder J, Perry C, Johnson C, Williston B, Stone E, Yang M, Lytle L, Webber L, The effects of the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular upon psychosocial determinants of diet and physical activity behavior, *Prev Med* 1996: 25: 442-454
- Engell D, Bordi P, Borja M, Lambert C, Rolls B., Effects of information about fat content on food preferences in pre-adolescent children. *Appetite* 1998; 30: 269-282

- Faith M, Fontaine K, Cheskin L, Allison D. Behavioral approaches to the problems of obesity. *Behav Modif* 2000; 24: 459–493.
- Francesco Branca, Haik Nikogosian and Tim Lobstein, Who 2007 The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: Summary
- Foster GD, Wadden TA, Vogt RA, Brewer G. What is reasonable weight loss? Patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65: 79–85.
- Galst JP, White MA. , *Child Dev*. The unhealthy persuader: the reinforcing value of television and children's purchase-influencing attempts at the supermarket. 1976; 47:1089–1096
- Gassim A. Helping to promote healthy diets and lifestyles: the role of the food industry, *Public Health Nutrition*.2001.(4)1451450
- Goldberg ME, Gorn GJ, Gibson W., TV messages for snack and breakfast foods: do they influence children's preferences? *J Consumer Res*. 1978; 5:73–81
- Gorin, A.A., et al., *Failure to meet weight loss expectations does not impact maintenance in successful weight losers*. *Obesity (Silver Spring)*, 2007. **15**(12): p. 3086-90.
- Gorin, A., et al., *Involving support partners in obesity treatment*. *J Consult Clin Psychol*, 2005. **73**(2): p. 341-3.
- Guare JC, Wing RR, Marcus MD, et al. Analysis of changes in eating behavior and weight loss in type 2 diabetic patients. *Diabetes Care* 1989;12:500-503
- Hainer V, Toplak H, Mitrakou A: Treatment modalities of obesity: What fits whom? *Diabetes Care* 2008; 31(suppl 2):S269–S277.
- Hankinson, A.L., et al., *Maintaining a high physical activity level over 20 years and weight gain*. *JAMA*, 2010. **304**(23): p. 2603-10.
- Hearn M, Baranowski T, Baranowski J, Doyle C, Smith M, Lin LS, Resnicow K, Environmental influences on dietary behavior among children: availability and accessibility of fruit and vegetables enable consumption. *J Health Educ* 29:26–32, 1998.
- Heather Patrick, PhD, Theresa A. Nicklas, Dr PH, A Review of Family and Social Determinants of Children's Eating Patterns and Diet Quality *Journal of the American College of Nutrition*, Vol. 24, No. 2, 83–92 (2005) Published by the American College of Nutrition
- Hill A., Nutrition and behavior Group Symposium on “Evolving attitudes to food and nutrition – Developmental issues in attitudes to food and diet. *Proc Nutr Soc* 2002; 61: 259-266
- Holm, L. and M. Mohl, *The role of meat in everyday food culture: an analysis of an interview study in Copenhagen*. *Appetite*, 2000. **34**(3): p. 277-83.
- IDA, Dietitians Around the World. Their Education and their work, 2008
- James O. Hill and John C. Peters, Environmental Contributions to the Obesity Epidemic, *SCIENCE*, VOL. 280, 29 MAY 1998
- James WP, Nelson M, Ralph A, Leather S, Socioeconomic determinants of health. *BMJ* 314:1545–1549, 1997.
- Jamie Zoellner, PhD, RD; Carol Connell, PhD, RD; Wendy Bounds, PhD, RD; LaShaundra Crook;

Kathy Yadrick, PhD, RD, Nutrition Literacy Status and Preferred Nutrition Communication Channels Among Adults in the Lower Mississippi Delta, VOLUME 6: NO. 4 OCTOBER 2009

- Jeffery RW, Gerber WM, Rosenthal BS, et al. Monetary contracts in weight control: Effectiveness of group and individual contracts of varying size. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:242–8.
- Jeffery RW, Wing RR, Thorson C, et al. Use of personal trainers and financial incentives to increase exercise in a behavioral weight-loss program. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:777–83.
- Johannes Brug, Nannah I. Tak, Saskia J. te Velde, Elling Bere and Ilse de Bourdeaudhuij, Taste preferences, liking and other factors related to fruit and vegetable intakes among schoolchildren: results from observational studies, *British Journal of Nutrition* (2008), 99, Suppl. 1, S7–S14 doi: 10.1017/S0007114508892458 q The Authors 2008
- Kanfer FH, Karoly P. Self-control: a behavioristic excursion into the lion's den. *Behav Ther* 1972;3:398-416
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1965): Behavioural analysis. An alternative to diagnostic classification *Archives of general psychiatry*, 12, 529-538.
- Karger S. GmbH, Freiburg, Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines *Obesity Facts* 2008;1:106–116 S
- Katzmarzyk, P.T., et al., *Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer*. *Med Sci Sports Exerc*, 2009. **41**(5): p. 998-1005.
- Kirk T.R, Looy A.De, Fletcher R,Ruxton C.H. Nutritionists in industry can play a key role in helping to achieve Health of thn Nation targets for Nutrition, *Journal of Human Nutrition and Dietetics*,1994. (7): 295-300
- Klem, M.L., et al., *A descriptive study of individuals successful at long-term maintenance of substantial weight loss*. *Am J Clin Nutr*, 1997. **66**(2): p. 239-46.
- Kranz S, Siega-Riz, Sociodemographic determinants of added sugar intake in preschoolers 2 to 5 years old. *AM J Pediatr* 140:667–672, 2002.
- L. Rapoport & K. Nicholson Perry, Do dietitians feel that they have had adequate training in behaviour change methods ,2000
- Larsen, T.M., et al., *Diets with high or low protein content and glycemic index for weight-loss maintenance*. *N Engl J Med*, 2010. **363**(22): p. 2102
- Lee, I.M., et al., *Physical activity and weight gain prevention*. *JAMA*, 2010. **303**(12): p. 1173-9.
- Leann L. Birch and Jennifer O. Fisher, Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents, *Pediatrics* 1998; 101; 539
- Levy et al. ,Behavioral Intervention for the Treatment of Obesity: Strategies and Effectiveness Data, *American Journal of Gastroenterology* ISSN 0002-9270 C 2007 by Am. Coll. of Gastroenterology doi: 10.1111/j.1572-0241.2007.01342.x Published by Blackwell Publishing
- Levy, R.L., et al., *Behavioral intervention for the treatment of obesity: strategies and effectiveness data*. *Am J Gastroenterol*, 2007. **102**(10): p. 2314-21
- Linde J, Jeffery R, French S, et al. Self-weighting in weight gain prevention and weight loss trials. *Ann Behav Med* 2005;30:210-16.

- Mark A. Pachucki, Paul F. Jacques, Nicholas A. Christakis, Social network concordance in food choice among spouses, friends, and siblings, *Am J Public Health*. 2011 November ; 101(11): 2170–2177. doi:10.2105/AJPH.2011.300282.
- Mary Story and Simone French, Food Advertising and Marketing Directed at Children and Adolescents in the US Published: 10 February 2004 *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2004
- Melin I. et al, Behavioural modification in treatment of obesity. 2003 Nature Publishing Group All rights reserved 0307-0565/03
- Natalie Pearson, Stuart JH Biddle and Trish Gorely, Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review *School of Sport and Exercise Sciences, Loughborough University, Loughborough, Leicestershire LE11 3TU, UK Submitted 22 August 2007: Accepted 16 April 2008: First published online 18 June 2008*
- National Institute of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. *Obes Rev Suppl* 1998;6(suppl):41S-20S.
- Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J, Perry C, Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc* 103:317–322, 2003
- Neve, M., et al., *Effectiveness of web-based interventions in achieving weight loss and weight loss maintenance in overweight and obese adults: a systematic review with meta-analysis*. *Obes Rev*, 2010. **11**(4): p. 306-21.
- Nordmann AJ, Nordmann A, Briel M, et al: Effects of low-carbohydrate vs low-fat diets on weight loss and cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2006;166:285–93
- North K, Emmett P Eur, Multivariate analysis of diet among three-year-old children and associations with socio-demographic characteristics. The Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood (ALSPAC) Study Team *J Clin Nutr* 54:73–80, 2000.
- NPD Group, Inc: *Timelines: How Americans Spent Their Time During the '90s*, 2000.
- Oliveria SA, Ellison RC, Moore LL, Gillman MW, Garrahie EJ, Singer MR, Parent–child relationships in nutrient intake: the Framingham children’s study *Am J Clin Nutr*. 1992;56:593–598
- Ortman D, Mann L, Arsault JF. Perceived roles, benefits and supports for dietetic internship preceptors. *Canadian Journal of Dietetic Practice Res*, 2010, Spring:71(1) 33-8
- Parcel G, Edmundson E, Perry C, Feldman H, O’ Hara Tompkins N, Nader P, Johnson C, Stone E, Measurement of self-efficacy for diet -related behaviors among elementary school children, *J Sch Health* 1995: 65: (1): 23-27
- Poirier P, Giles TD, Bray GA, Hong Y, Stern JS, Pi- Sunyer FX, Eckel RH; American Heart Association; Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism: Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss: an update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease



- from the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*. 2006; 113: 898–918.
- Rachman, S. (1976). The passing of the two-stage theory of fear and avoidance: fresh possibilities. *Behaviour research and therapy*, 14, 125-131
  - Rasmussen M, Krolner R, Klepp KI, Lytle L, Brug J, Bere E & Due P, Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: quantitative studies. (2006), *Int J Behav Nutr Phys Activity* 3, 22.
  - Reyes, N.R., et al., *Similarities and differences between weight loss maintainers and regainers: a qualitative analysis*. *J Acad Nutr Diet*, 2012. **112**(4): p. 499-505.
  - Rimal R, Closing the knowledge-behavior gap in health promotion: the mediating role of self-efficacy. *Health Commun* 2000; 12: (3) : 219-237
  - Robinson, T.N., *Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial*. *JAMA*, 1999. **282**(16): p. 1561-7.
  - Robyn CANT and Rosalie A. ARONI, Validation of performance criteria for Australian dietitians' competence in education of individual clients, 2009
  - Roos, G., R. Prattala, and K. Koski, Men, masculinity and food: interviews with Finnish carpenters and engineers. *Appetite*, 2001. **3**
  - Scott M Grundy, Multifactorial causation of obesity: implications for prevention, *Am J Clin Nutr* 1998; 67(suppl):563S–72
  - Sjoden, P., Bates, S. & Dockens, W. (1079) Trends in behaviour therapy. *Academic Press*. **S7**(1): p. 47-56.
  - Spiegel Allen M and Alving M Barbara , Executive summary of the Strategic Plan for National Institutes of Health Obesity Research, *Am J Clin Nutr* 2005;82(suppl):211S–4S. Printed in USA. © 2005 American Society for Clinical Nutrition Scott M Grundy, Multifactorial causation of obesity: implications for prevention, *Am J Clin Nutr* 1998; 67(suppl):563S–72S
  - Stevens, J., et al., *The definition of weight maintenance*. *Int J Obes (Lond)*, 2006. **30**(3): p. 391-9.
  - Story M, Neumark-Sztainer D, French S, Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J Am Diet Assoc* 102 (3 Suppl):S40–S51, 2002.
  - Story M, Neumark- Sztainer D, Sherwood N, Stang J, Murray D., Dieting status and its relationship to eating and physical activity behaviors in representative sample of US adolescents. *J Am Diet Assoc* 1998; 98: 1127-1135
  - Strychar Irene, Diet in the management of weight loss, *CMAJ* • January 3, 2006 • 174(1) | 56 © 2006 CMA Media Inc. or its licensors
  - Stunkard, A. and L.-H.M. Mc, *The results of treatment for obesity: a review of the literature and report of a series*. *AMA Arch Intern Med*, 1959. **103**(1): p. 79-85.
  - Stunkard, A.J. and S. Messick, *The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger*. *J Psychosom Res*, 1985. **29**(1): p. 71-83.
  - Taras HL, Sallis JF, Patterson TL, Nader PR, Nelson JA. Television's influence on children's diet and physical activity. *Dev Behav Pediatr*. 1989; 10:176–180

- Tate, D.F., E.H. Jackvony, and R.R. Wing, *A randomized trial comparing human e-mail counseling, computer-automated tailored counseling, and no counseling in an Internet weight loss program.* Arch Intern Med, 2006. **166**(15): p. 1620-5.
- Vilma Kriaucioniene Jurate Klumbiene Janina Petkeviciene Edita Sakyte, Time trends in social differences in nutrition habits of a Lithuanian population: 1994-2010 BMC Public Health 2012, 12:218 doi:10.1186/1471-2458-12-218
- Wing, R.R. and J.O. Hill, *Successful weight loss maintenance.* Annu Rev Nutr, 2001. **21**: p. 323-41.
- Williamson, D.F., et al., *Recreational physical activity and ten-year weight change in a US national cohort.* Int J Obes Relat Metab Disord, 1993. **17**(5): p. 279-86.
- WHO: Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3–5 June 1997. WHO/NUT/NCD/ 98.1, 1–276. 1998. Ref Type: Report.
- Wadden TA, Byrne KJ, Ewing S. Obesity: management. 10nd. ed. In: Shils M, ed. Modern nutrition in health and disease. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2006:1029-42
- Wing, R.R. and S. Phelan, *Long-term weight loss maintenance.* Am J Clin Nutr, 2005. **82**(1 Suppl): p. 222S-225S.
- WHO: Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: WHA 57,17, Geneva: World Health Organization,2004
- Wadden Thomas A., PhD, Victoria L. Webb, BA, Caroline H. Moran, BA, and Brooke A. Bailer Lifestyle Modification for Obesity: New Developments in Diet, Physical Activity, and Behavior Therapy, PhD Circulation. 2012 March 6; 125(9): 1157–1170. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.111.039453
- Wardle J, Marsland L., Adolescent concerns about weight and eating: a social- developmental perspective, J Psyc Res 1990; 34: 377-391
- Wechsler, H., Brener, N.D., Kuester, S. C., Miller., J Sch Health, Food service and foods and beverages available at school Results from the School Health Policies and Programs Study 2000, 71, pp. 313-324.
- Wadden, T.A., M.L. Butryn, and K.J. Byrne, *Efficacy of lifestyle modification for long-term weight control.* Obes Res, 2004. **12 Suppl**: p. 151S-62S.
- Xie B, Gilliland FD, Li YF, Rockett HR, Effects of ethnicity, family income, and education on dietary intake among adolescents. Prev Med 36:30–40, 2003.
- Young, D.R., et al., Motivations for exercise and weight loss among African-American women: focus group results and their contribution towards program development. Ethn Health, 2001. **6**(3-4): p. 227-45.
- Yoshiko Adachi, Behavioral therapy of obesity, review article, JMAJ 48(11):539-544, 2005 November 2005\_vol. 48, No. 11
- Zwaan, M., et al., *Weight loss maintenance in a population-based sample of German adults.* Obesity (Silver Spring), 2008. **16**(11): p. 2535-40.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ :

### Ερωτηματολόγιο:

# Ερωτηματολόγιο Συμβουλευτικών Διαιτολογικών Πρακτικών

\* Απαιτείται

### Ερώτηση 1: Προσδιορισμός των αναγκών των πελατών σας \*

Για να προσδιορίσετε τις ανάγκες των πελατών σας, πόσο συχνά χρησιμοποιείτε τις ακόλουθες στρατηγικές; (Παρακαλούμε, επιλέξτε μια απάντηση για κάθε ερώτηση)

	Πάντα	Συχνά	Μερικές Φορές	Σπάνια	Ποτέ
Αφιερώνω χρόνο για να γνωρίσω τον πελάτη μου και τον τρόπο ζωής του.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Επικεντρώνομαι στα άμεσα προβλήματα του πελάτη και όχι σε συναφή θέματα.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κατ 'αρχάς, χρειάζεται να ασχοληθούμε με το λόγο παραπομπής.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Διευκρινίζω το πόσο έχει γίνει κατανοητό στον πελάτη η αλληλεπίδραση διατροφής / ασθένειας.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συλλέγω πληροφορίες για την τρέχουσα πρόσληψη τροφίμων και θρεπτικών στοιχείων του πελάτη.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εγώ / εμείς	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Πάντα	Συχνά	Μερικές Φορές	Σπάνια	Ποτέ
αναγνωρίζω/ουμε τα εμπόδια για την αλλαγή της συμπεριφοράς του πελάτη.					
Εγώ / εμείς θέτουμε σε σειρά προτεραιότητας τα θέματα του πελάτη ώστε να μπορέσουμε να προβούμε σε ένα σχέδιο δράσης.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αν αισθάνομαι ότι δεν είμαι σε θέση να προσφέρω εξειδικευμένη βοήθεια, στη συνέχεια, τον παραπέμπω σε κάποιον άλλο.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Αν θέλετε να αναφέρετε κάτι επιπλέον μπορείτε να σχολιάσετε σύντομα παρακάτω:

**Ερώτηση 2: Πώς εκπαιδεύετε τους πελάτες σας; 2.1. Ποιές από αυτές τις μεθόδους εκπαίδευσης χρησιμοποιείτε στην εκπαίδευση των μεμονωμένων πελατών σας; (Παρακαλούμε επιλέξτε οποιοδήποτε από τα παρακάτω) \***

- Οδηγίες (μετάδοση γνώσεων)
- Διδασκαλία (βοηθάει τον πελάτη να διερευνήσει την ήδη υπάρχουσα γνώση του διαιτολόγου.)
- Συμβουλευτική (βοηθάει στην δόμηση της σχέσης με τον πελάτη)
- Διαλέξεις (διαβιβάζουν πληροφορίες)
- Παιχνίδι ρόλων (από την θεωρία στην πράξη)
- Επίδειξη (για να διδάξεις μια ικανότητα)

- Συζήτηση ( για να διερευνήσετε και οι δύο ένα συγκεκριμένο πρόβλημα)
- Άλλο:

**2.2. Στην εκπαίδευση των μεμονωμένων πελατών, ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ χρησιμοποιείτε τις ακόλουθες εκπαιδευτικές στρατηγικές; (Επιλέξτε μία απάντηση για κάθε ερώτηση.) \***

	Πάντα	Συχνά	Μερικές Φορές	Σπάνια	Ποτέ
Εκπαιδεύω τους πελάτες με λεκτικά μέσα.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εκπαιδεύω τους πελάτες με οπτικά μέσα (όπως χρήση εικόνων).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Στόχος μου είναι να διδάσκω τους πελάτες τι να μην τρώνε.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μεταφέρω τη νέα γνώση με πρακτικές στρατηγικές.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δουλεύουμε μέσα από ενημερωτικά φυλλάδια για τα θέματα του πελάτη.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εγώ/εμείς ετοιμάζω/ζουμε ένα μενού για τον πελάτη.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Χρησιμοποιώ μοντέλα διατροφής (προπλάσματα) ή πραγματικά πακέτα τροφίμων.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Διδάσκω τους πελάτες συζητώντας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Πάντα	Συχνά	Μερικές Φορές	Σπάνια	Ποτέ
μαζί τους έντυπες συνταγές.					
Αναφέρω και υπενθυμίζω στους πελάτες τους στόχους τους.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συστήνω καθημερινές μερίδες τροφίμων που καλύπτουν τις διατροφικές απαιτήσεις.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Το σχόλιό σας

**2.3. Πόσο συχνά ενδέχεται να χρησιμοποιείτε αυτές τις μεθόδους για να υποστηρίξετε την εκπαίδευση των πελατών σας; (Παρακαλούμε επιλέξτε μια απάντηση για κάθε ερώτηση) \***

	Πάντα	Συχνά	Μερικές Φορές	Σπάνια	Ποτέ
Με γραπτές ή έντυπες πληροφορίες τις οποίες παίρνει μαζί του.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Οι πελάτες διατηρούν ημερολόγιο ή ένα πλάνο δράσης.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ένα γραπτό σχέδιο δράσης.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Παροτρύνω τους πελάτες να εφαρμόσουν νέες δεξιότητες,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Πάντα	Συχνά	Μερικές Φορές	Σπάνια	Ποτέ
όπως η κατανάλωση νέων τροφίμων.					
Συνιστώ τη χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών ή του Διαδικτύου για την εκμάθηση των πελατών.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Στέλνω μηνύματα υπενθύμισης με e-mail για τα ζητήματα του πελάτη.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Παρακολουθώ την πρόοδο του πελάτη με μηνύματα του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Οι πελάτες μου έχουν ανάγκη από επισκέψεις ελέγχου και ανατροφοδότηση για να συνεχίσουν.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Το σχόλιό σας

**ΕΡΩΤΗΣΗ 3: Χρήση συμβουλευτικής προσέγγισης. 3.1. Έχετε σκοπό να χρησιμοποιήσετε δεξιότητες συμβουλευτικής ( για την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με τους πελάτες), προκειμένου να τους βοηθήσετε να λύσουν τα προβλήματα τους; \***

- Ναι
- Όχι

- Δεν είμαι σίγουρος/η

Το σχόλιό σας

**3.2. Ποιο από τα παρακάτω μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς χρησιμοποιείτε , για να βοηθήσετε τους πελάτες; (επιλέξτε αυτό/α που χρησιμοποιείτε). \***

- Μοντέλο Πεποιθήσεων για την Υγεία
- Διαθεωρητικό Μοντέλο (τα στάδια της αλλαγής)
- Μοντέλο Επεξεργασίας Πληροφοριών Καταναλωτή
- Κοινωνική Γνωσιακή Θεωρία
- Καθορισμός Στόχων
- Άλλο
- Κανένα από τα παραπάνω

Το σχόλιό σας

**3.3. Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με αυτές τις δηλώσεις σχετικά με τη χρήση των πρόσθετων δεξιοτήτων συμβουλευτικής; (παρακαλείσθε να σημειώσετε μια απάντηση για κάθε δήλωση) \***

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Επιδεικνύω ενσυναίσθηση και κατανόηση.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Στοχεύω σε μια ισότιμη επαγγελματική σχέση με τους	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
πελάτες.					
Ενισχύω την αυτοπεποίθηση των πελατών με τη βελτίωση των γνώσεων /δεξιοτήτων τους.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Χρησιμοποιώ ερωτήσεις, ανάκλαση και παράφραση στα λόγια των πελατών.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Υποδεικνύω στον πελάτη τι πρέπει να κάνει.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έρχομαι σε αντιπαράθεση με τον πελάτη όταν χρειάζεται.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η χρήση απειλής ωθεί τον πελάτη σε δράση.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ενδυναμώνω τους πελάτες με τη διερεύνηση λύσεων για το πρόβλημά τους.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Χρησιμοποιώ θετική ανατροφοδότηση ως λεκτική επιβράβευση.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Διαπραγματεύομαι ένα σύνολο στόχων καθορισμένων από τον πελάτη.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Γνωρίζω την κατάλληλη γλώσσα για την παροχή συμβουλευτικής.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εξηγώ τις	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
συνέπειες της ανάληψης δράσης ή μη στην υγείας τους.					
Παρακινώ μέσω υποστηρικτικού λόγου , επαίνου και ενθάρρυνσης.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Το σχόλιό σας



**ΕΡΩΤΗΣΗ 4: Αξιολόγηση (τρία επιπλέον ερωτήματα πριν το τέλος) 4.1 Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε τις ακόλουθες στρατηγικές για την αξιολόγηση της διαδικασίας εκπαίδευσης και συμβουλευτικής σε θέματα διατροφής;(Σημειώστε μια απάντηση για κάθε δήλωση) \***

	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
Ερώτηση των πελατών σχετικά με την κατανόηση του περιεχομένου κατά την ολοκλήρωση κάθε θέματος.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συγκρότηση στρατηγικής κατά την έναρξη της συνεδρίας και έλεγχος αν έχει επιτευχθεί στο τέλος της συνεδρίας.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
Επιβεβαίωση ότι κάθε νέο θέμα βασίζεται σε προηγούμενες γνώσεις του πελάτη.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ερώτηση των πελατών για την πρόθεσή τους να αναλάβουν δράση.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ερώτηση των πελατών σχετικά με τα συναισθήματά τους για ένα θέμα μετά από τη συζήτησή του.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ερώτηση των πελατών αν έχουν κατανοήσει τις παρεχόμενες πληροφορίες.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Παρατήρηση της γλώσσας του σώματος του πελάτη.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έλεγχος όσον αφορά στην αλλαγή της γνώσης και της κατανόησης του πελάτη σε θέματα υγείας.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αξιολόγηση της αλλαγής του πελάτη στο «στάδιο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
της αλλαγής», μετά την παρέμβαση.					
Ερώτηση των πελατών κατά πόσο βρίσκουν χρήσιμη την βοήθεια του διαιτολόγου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Το σχόλιό σας



**4.2. Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε τα αποτελέσματα αυτών των μετρήσεων; Πόσο σημαντική είναι (ή θα μπορούσε να είναι) η χρήση τους από τους διαιτολόγους προκειμένου να επιδείξουν αποτελεσματική πρακτική; (παρακαλείσθε να σημειώσετε τόσο τη <<συχνότητα>> όσο και την <<σημαντικότητα>> στις στήλες) \***

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
Αλλαγή στα αποτελέσματα των βιολογικών εξετάσεων ή των ανθρωπομετρήσεων.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η επίτευξη ή μη των προγραμματισμένων στόχων.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μικρές αλλαγές κάποιων δεικτών (όπως η χρήση λιγότερου αλατιού).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αλλαγή γνώσεων ή δεξιοτήτων σε θέματα διατροφής / διαίτας.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εφαρμογή ή όχι του σχεδίου δράσης ή	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
των συμβουλών στο σπίτι.					
Αλλαγή στη στάση / ετοιμότητα για την αλλαγή της συμπεριφοράς υγείας.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αλλαγή του επιπέδου άσκησης ή της αντοχής.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αλλαγή στην ποιότητα ζωής.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ποσοστό πελατών που επιστρέφουν για προγραμματισμένο επανέλεγχο.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Διεξάγω έρευνα στους πελάτες μου με ερωτηματολόγιο για τον έλεγχο των παραπάνω στοιχείων.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ \***

	Πολύ σημαντικό	Αρκετά σημαντικό	Μέτρια σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Καθόλου σημαντικό
Αλλαγή στα αποτελέσματα των βιολογικών εξετάσεων ή των ανθρωπομετρήσεων.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η επίτευξη ή μη των προγραμματισμένων στόχων.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μικρές αλλαγές κάποιων δεικτών (όπως η χρήση λιγότερου αλατιού).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αλλαγή γνώσεων ή δεξιοτήτων σε θέματα διατροφής / διαίτας.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εφαρμογή ή όχι του σχεδίου δράσης ή των συμβουλών στο σπίτι.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Πολύ σημαντικό	Αρκετά Σημαντικό	Μέτρια σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Καθόλου σημαντικό
Αλλαγή στη στάση / ετοιμότητα για την αλλαγή της συμπεριφοράς υγείας.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αλλαγή του επιπέδου άσκησης ή της αντοχής.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αλλαγή στην ποιότητα ζωής.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ποσοστό πελατών που επιστρέφουν για προγραμματισμένο επανέλεγχο.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Διεξάγω έρευνα στους πελάτες μου με ερωτηματολόγιο για τον έλεγχο των παραπάνω στοιχείων.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**ΕΡΩΤΗΣΗ 5: Επικοινωνία και διαπροσωπικές δεξιότητες. 5.1. Σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με αυτές τις δηλώσεις για τη δική σας ικανότητα επικοινωνίας και τις διαπροσωπικές σας δεξιότητες; (Σημειώστε μια απάντηση για κάθε δήλωση) \***

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Είναι σημαντικό να συστήνομαι στους πελάτες.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δίνω στους πελάτες επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Σέβομαι τον πελάτη και την κουλτούρα του.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η ακεραιότητα μου περιλαμβάνει τις αξίες της τιμής, της	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
ειλικρίνειας και της αξιοπιστίας.					
Λειτουργώ ως πρότυπο για τους πελάτες, επειδή φαίνομαι υγιής.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η αδυναμία μου είναι η διατροφική μου συμπεριφορά, γιατί δεν κάνω πράξη αυτά που πρεσβεύω.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ο τρόπος που ντύνομαι στον χώρο της εργασίας μου επηρεάζει την επικοινωνία μου με τους πελάτες.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Το ενδυματολογικό μου στυλ είναι παρόμοιο με αυτό των πελατών μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αναγνωρίζω τα όρια των γνώσεών μου και αυτό γίνεται γνωστό και στους πελάτες μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Απαιτούνται ειδικές ικανότητες συμβουλευτικής στο επάγγελμά μου.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Για την καλύτερη βοήθεια των	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Συμφωνώ  
απόλυτα

Συμφωνώ

Ούτε  
συμφωνώ,  
ούτε  
διαφωνώ

Διαφωνώ

Διαφωνώ  
απόλυτα

πελατών, οι  
δαιτολόγοι  
όπως εγώ θα  
πρέπει να είναι  
περισσότερο  
σύμβουλοι  
διατροφής παρά  
εκπαιδευτές  
διατροφής.

**5.2. Θεωρείτε κάποιες από αυτές τις δεξιότητες ή τα γνωρίσματα ως κρίσιμα για την εξάσκηση του επαγγέλματός σας; \***

Παρακαλώ σχολιάστε.

**Έχετε συμπληρώσει τις ΚΥΡΙΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ.**

Τώρα παρακαλώ να μας δώσετε κάποιες πληροφορίες για τον εαυτό σας ώστε να μπορέσουμε να συγκρίνουμε τις απόψεις σας με αυτές των υπόλοιπων συμμετεχόντων.

**ΕΡΩΤΗΣΗ 6: Στοιχεία Συμμετέχοντα. 6.1. Φύλο: \***

- Γυναίκα
- Άντρας

**6.2. Ποιο έτος αποκτήσατε πρώτη φορά την ιδιότητα του δαιτολόγου; (σημειώσετε χρονολογία): \***

**6.3. Στην αρχή της καριέρας σας ως δαιτολόγος, πώς θα αξιολογούσατε τη δική σας εκπαιδευτική προετοιμασία για το νέο σας ρόλο στη διατροφική εκπαίδευση και συμβουλευτική; \***

- Άριστη
- Καλή
- Φτωχή
- Πολύ φτωχή



- Δεν είμαι βέβαιος/α

Το σχόλιό σας

**6.4. Από όταν γίνετε διαιτολόγος, έχετε παρακολουθήσει άλλα μαθήματα ή έχετε λάβει άλλη εκπαίδευση σχετικά με την εκπαίδευση του πελάτη ή την παροχή συμβουλών;(Σύντομα μαθήματα, σεμινάρια, CPD ) \***

- Ναι
- Όχι

**6.5. Εάν ναι, παρακαλούμε δώσετε λεπτομέρειες των σπουδών σας .**

**6.6. Πιστεύετε ότι η περαιτέρω μελέτη των δεξιοτήτων συμβουλευτικής (πέρα από το εισαγωγικό διαιτητικό επίπεδο) θα πρέπει να είναι υποχρεωτική για τη συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη των διαιτολόγων στην κλινική πράξη; \***

- Ναι
- Όχι
- Δεν είμαι σίγουρος/η

Το σχόλιό σας

**6.7. Σε ποια χώρα/πόλη/περιοχή διαμένετε και εργάζεστε αυτή τη στιγμή; \***

**6.8. Σε τι είδους οργανισμό υγείας είστε απασχολημένος/η; (Σημειώστε οποιοδήποτε πλαίσιο) \***

- Κοινωνική Υπηρεσία Υγείας
- Νοσοκομείο / φροντίδα ηλικιωμένων ή αποκατάστασης
- Ιδιωτική άσκηση επαγγέλματος
- Άλλο:

**6.9. Εργάζεστε με πλήρες ωράριο ή με μερική απασχόληση; \***

- Πλήρες ωράριο
- Μερική απασχόληση-πάνω από 20 ώρες την εβδομάδα
- Μερική απασχόληση-λιγότερο από 19 ώρες την εβδομάδα

**6.10. Πόσο χρόνο δαπανάτε για την εκπαίδευση των μεμονωμένων πελατών σας σε κάθε επίσκεψη; (Δεν περιλαμβάνεται ο χρόνος προετοιμασίας) \***

**6.11. Πόσα χρόνια ασχολείστε ως επαγγελματίας διαιτολόγος; \***

**6.12. Έχετε ολοκληρώσει ή παρακολουθείτε κάποιο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών; \***

- Ναι
- Όχι

**Εάν ναι αναφέρετε τον τίτλο και το αντικείμενο του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών.**

**6.13. Έχετε διαβάσει κάποιο από τα ακόλουθα έγγραφα πολιτικής; (Σημειώστε οποιαδήποτε επιλογή)**

- Κώδικα Επαγγελματικής Συμπεριφοράς
- Κώδικα Δεοντολογίας

○  Άλλο:

**6.14. Τέλος έχετε να κάνετε κάποιο σχόλιο σχετικά με το πώς γίνεται ή θα πρέπει να γίνεται η διατροφική εκπαίδευση και συμβουλευτική από τους διαιτολόγους;**



Μην υποβάλετε ποτέ κωδικούς πρόσβασης μέσω των Φορμών Google.