

Ρύθμιση του σωματικού βάρους στο διαβήτη τύπου II Παρεμβάσεις αγωγής υγείας

Αγορίτσα Γ. Κουλούρη

Νοσηλεύτρια ΤΕ Ψυχικής Υγείας, Υποψήφια MSc «Πρωτοβάθμια
Φροντίδα Υγείας» Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας, Εργαστηριακός Συνεργάτης
Νοσηλευτικής Β', ΤΕΙ Αθηνών, Αθήνα

Κέντρο Υγείας Σαλαμίνας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) είναι μια χρόνια μεταβολική νόσος με αυξανόμενη επίπτωση παγκοσμίως. Στην Ευρώπη υπολογίζεται ότι μέχρι το 2010 περίπου 33 εκατομμύρια άνθρωποι θα προσβληθούν από την ασθένεια. Η νοσογόνος παχυσαρκία είναι επίσης ένα σοβαρό ιατρικό πρόβλημα που συνεχώς αυξάνεται. Αυτές οι δύο καταστάσεις μαζί ευθύνονται για την εμφάνιση μιας νέας καταστρεπτικής ασθένειας, του "diabesity" (αυξημένο σωματικό βάρος και διαβήτης σχετιζόμενος με την παχυσαρκία). Απαιτείται πολυπαραγοντική προσέγγιση για τον επιτυχή έλεγχο του σωματικού βάρους σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, η σωματική άσκηση και η τροποποίηση της συμπεριφοράς κρίνονται απαραίτητες. Η ποιότητα και η ποσότητα του φαγητού («τι» και «πόσο» τρώμε) είναι άκρως σημαντικές για τον ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη. Για την προσαρμογή στις συνήθειες του «πρέπει» είναι απαραίτητο ο διαβητικός ασθενής να γνωρίζει το «γιατί» και το «πώς». Αυτό αποτελεί τον στόχο μιας επαγγελματικά εκπαιδευμένης ομάδας

Body weight control in type II diabetes Health-education interventions

Agoritsa G. Koulouri

RMN, Candidate MSc "Primary Health Care", Health Centre of Salamina
Laboratory Collaborator Nursing Department B', Technological Institute
of Athens, Athens, Greece

Health Centre of Salamina

ABSTRACT Diabetes mellitus is a chronic metabolic disease with increasing incidence all over the world. In Europe it is estimated that until 2010, 33 million people will be affected by the disease. Morbid obesity is also a serious medical problem which is continuously expanding. These two conditions together are responsible for the emergence of a new devastating disease, "diabesity" (increased body weight and obesity-related diabetes). A multifactor approach is warranted to successfully control body weight in patients suffering from diabetes mellitus. Changes in the dietary habits, physical exercise as well as behavioral changes may be needed. The quality and amount of food intake ("what" and "how much" we eat) are of great importance for the diabetic patient. Coming to an accommodation to the "must" the diabetic should know "why" and "how". This is a specific task of a professionally trained group of experts, incorporating a variety of medical and health-related specialties (Health Professionals). The advantages of physical exercise are well known since the era of Aristotle.

ειδικών, σε συνεργασία με μια ποικιλία ιατρικών και σχετικών με την υγεία ειδικοτήτων (Επαγγελματίες Υγείας). Τα πλεονεκτήματα της σωματικής άσκησης είναι ευρέως γνωστά από την εποχή του Αριστοτέλη. Η καθημερινή άσκηση βελτιώνει την καλή διάθεση, τον αυτοσεβασμό και μειώνει την πρόωρη θνησιμότητα, την παχυσαρκία, την υπέρταση και τον μη ινσουλινο-εξαρτώμενο διαβήτη. Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη μεταχείριση των ασθενών με "diabetes". Με την παρέμβασή τους στον ασθενή και στον οικογενειακό τρόπο ζωής, μπορούν να αυξήσουν το χρόνο εκδήλωσης των επιπλοκών του διαβήτη, καθώς και το εύ ζειν των ασθενών τους. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στο ρόλο της οικογένειας. Τα μέλη της μπορούν να υποστηρίξουν τον ασθενή κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης, και το πιο σημαντικό, να τον πείσουν να ακολουθήσει τις αυστηρές οδηγίες και την ιατρική περίθαλψη που προτείνεται από τους επαγγελματίες υγείας.

Λέξεις-λειδιά:

- Σακχαρώδης διαβήτης • Διατροφή • Άσκηση
- Συμβουλευτική παρέμβαση • Τροποποίηση συμπεριφοράς
- Επικοινωνία

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Αγορίτσα Γ. Κουλούρη
Μ. Ζερβού 3, 189 00 Σαλαμίνα
Τηλ: 210-46 40 583, 6948 579 784
E-mail: ritsa_koulouri@yahoo.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια μεταβολική νόσος που χαρακτηρίζεται από αδυναμία του οργανισμού να μεταβολίσει τη γλυκόζη και διακρίνεται σε τύπο I και τύπο II (αδυναμία του οργανισμού να παράγει την απαιτούμενη ινσουλίνη). Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II είναι μία κλινική οντότητα με ολοένα μεγαλύτερη επίπτωση παγκοσμίως. Το 90% των διαβητικών τύπου II είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, γεγονός που καταδεικνύει τη σημαντικότητα των παρεμβάσεων Αγωγής Υγείας με στόχο τον αποτελεσματικό έλεγχο του σωματικού βάρους.^{1,2} Ο νοσηλευτής ως μέλος της διεπιστημονικής επαγγελματικής ομάδας υγείας καλείται να σχεδιάσει και να υλοποιήσει ένα πρόγραμμα παρέμβασης με σκοπό να προσεγγίσει, να διδάξει, να συμβουλευθεί και να βοηθήσει το άτομο με σακχαρώδη διαβήτη και την οικογένειά του να τροποποιήσουν τη

Performed on a regular basis, exercise improves personal emotion, self-respect and decreases the incidence of premature mortality, obesity, hypertension and insulin-independent diabetes mellitus. Health Professionals possess a central role in the treatment of patients with "diabetes". With their intervention to the patients' and their families' life-style they may increase the time for the complications to supervene, and as a consequence they may increase the well-being duration for these patients. The family role should be specifically emphasized. Family members can support the patient during convalescence and more importantly may persuade the patient to follow the strict instructions and medical treatment suggested by the health professional.

Key words:

- Diabetes mellitus • Diet • Exercise
- Advisory intervention
- Modification of behavior • Communication

Corresponding author

Agoritsa G. Koulouri
3 M. Zervou street, GR-189 00 Salamina, Greece
Tel: (+30) 210-46 40 583, 6948 579 784
E-mail: ritsa_koulouri@yahoo.gr

συμπεριφορά τους και τις συνήθειές τους, διατροφικές, άσκησης και διαβίωσης, ώστε να επιτύχουν μείωση του σωματικού βάρους, μείωση των επιπλοκών και αύξηση της «καλής υγείας». Η προσέγγιση του ατόμου και της οικογένειάς του θα γίνει με βάση τις κοινωνικοπολιτικές, πολιτισμικές και περιβαλλοντικές συνιστώσες που ισχύουν στο συγκεκριμένο περιβάλλον, ενώ μέσα από τη διεργασία της επικοινωνίας θα διοχετευτούν μηνύματα υποστήριξης, διδαχής και συμβουλευτικής.³

Η σημασία της άσκησης αναγνωρίζεται από την εποχή του Αριστοτέλη μέχρι και τη σύγχρονη. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) υποστηρίζει ότι «η σωματική άσκηση βοηθά και συμβάλλει στην καλή διάθεση, την αυτοεκτίμηση, τη βελτίωση της εμφάνισης και στάσης του σώματος, τη μείωση της πρόωρης θνησιμότητας, της παχυσαρκίας, της υπέρτασης και του μη ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη».⁴ Αυτά τα

«υγειακά οφέλη» πρέπει να χρησιμοποιήσει ο επαγγελματίας υγείας ως θέλητρο προκειμένου να εφαρμόσει προγράμματα Αγωγής και Προαγωγής Υγείας, να μεταφράσει γνώσεις σε ουσιαστικές παρεμβάσεις και στρατηγικές με στόχο την ενδυνάμωση, τη βελτίωση της υγείας, την πρόληψη της νόσου και την αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων όπως ο διαβήτης.⁵

Η ΦΥΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια μεταβολική νόσος, χαρακτηρίζεται δε από διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης, των υδατανθράκων, των λιπών και των αμινοξέων και από βλάβη της υφής και της λειτουργίας των κυττάρων του σώματος και κυρίως των αγγείων. Διακρίνεται σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου I ή νεανικό διαβήτη, όπου το πάγκρεας δεν παράγει καθόλου ινσουλίνη, αφορά το 5–10% των διαβητικών και έχει αιφνίδια και θορυβώδη έναρξη στην παιδική ηλικία.⁶ Στο διαβήτη τύπου II το πάγκρεας παράγει λιγότερη ινσουλίνη απ' ό τι χρειάζεται ο οργανισμός ή η παραγόμενη έχει μειωμένη δράση.⁷

Τα συμπτώματα του σακχαρώδη διαβήτη

Είναι η αυξημένη όρεξη (πολυφαγία), η αυξημένη δίψα (πολυδιψία), η συχνή και μεγάλη σε ποσότητα ούρηση (πολυουρία), η απώλεια βάρους και μερικές φορές διαταραχές στην όραση. Άλλες συνέπειες της υπεργλυκαιμίας είναι η διαταραχή της ανάπτυξης στα παιδιά και η ευαισθησία στις λοιμώξεις. Οι οξείες επιπλοκές του αρρυθμισμού διαβήτη είναι η υπεργλυκαιμία με κετοξέωση και το μη κετωτικό υπερωσμωτικό σύνδρομο. Μακροχρόνιες επιπλοκές του διαβήτη είναι η αμφιβληστροειδοπάθεια με απώτερη επιπλοκή την τύφλωση, η νεφροπάθεια που μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια, η περιφερική νευροπάθεια με τον κίνδυνο ελκών των κάτω άκρων και ακρωτηριασμών και η αυτόνομη νευροπάθεια που προκαλεί γαστρεντερικά, ουρογεννητικά και καρδιαγγειακά συμπτώματα όπως επίσης και σεξουαλική δυσλειτουργία.^{8,9}

Άτομα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου II¹⁰

- Άτομα ηλικίας άνω των 45 ετών
- Οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι
- Όσοι έχουν συγγενή πρώτου βαθμού με διαβήτη
- Όσοι κάνουν καθιστική ζωή
- Όσοι ανήκουν σε ορισμένες εθνικότητες (Αφρο-Αμερικανοί–Λατίνοι)

- Σε όσους είχε διαπιστωθεί προ-διαβήτης τα προηγούμενα χρόνια
- Γυναίκες που παρουσίασαν διαβήτη της κύησης ή γέννησαν παιδί με βάρος πάνω από τέσσερα κιλά
- Οι υπερτασικοί (ΑΠ>140/90 mmHg) και άτομα με ιστορικό αγγειακής νόσου
- Όσοι έχουν χαμηλή HDL χοληστερόλη είτε αυξημένα τριγλυκερίδια
- Οι γυναίκες που έχουν σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών.

Παρεμβάσεις αναγκαίες για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη μπορούν να εφαρμοστούν μέσω των υπηρεσιών της ΠΦΥ απευθυνόμενες στο γενικό πληθυσμό σε άτομα υψηλού κινδύνου και σε πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου II.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παχυσαρκία ορίζεται η συσσώρευση λίπους στο ανθρώπινο σώμα πέραν της ποσότητας που είναι απαραίτητη για την αρμονική του λειτουργία. Ο καλύτερος δείκτης της παχυσαρκίας είναι ο δείκτης μάζας σώματος (Body Mass Index, BMI) που εκφράζεται ως το πηλίκο του βάρους σε χιλιόγραμμα διά του ύψους σε μέτρα υψωμένα στο τετράγωνο. Με βάση το BMI 20–25 είναι το όριο του φυσιολογικού, μεταξύ 25–30 τα άτομα θεωρούνται υπέρβαροι, η παχυσαρκία ορίζεται μεταξύ 30–40 και άνω του 40 οριοθετείται η κακοήθης παχυσαρκία.^{12–15}

Η παχυσαρκία αναγνωρίζεται σήμερα ως ο σημαντικότερος τροποποιησιμος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση του διαβήτη.¹⁶ Μελέτες τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες έδειξαν καθαρά τη σύνδεση μεταξύ παχυσαρκίας και σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Εκτός από το βαθμό και τη διάρκεια της παχυσαρκίας, που είναι οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, και η συνεχής αύξηση του βάρους αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου ανεξάρτητα από το BMI.²

Η υπεραφθονία των καταναλωτικών αγαθών αλλά κυρίως των τροφίμων και των βιομηχανοποιημένων προϊόντων σίτισης οδηγεί σε υπερκατανάλωση θερμίδων και στην υπερφόρτωση του οργανισμού με θερμίδες, επικίνδυνες ουσίες και συστατικά. Αποτέλεσμα αυτής της υπερκατανάλωσης είναι η έξαρση τόσο της

παχυσαρκίας, όσο και του σακχαρώδη διαβήτη, και η εμφάνιση του όρου “diabetes” (διαβητο-παχυσαρκία) που δείχνει τη στενή σχέση των δύο αυτών παθολογικών καταστάσεων.

Μόνο στην Ευρώπη, υπολογίζεται ότι το 2010 περίπου 33 εκατομμύρια ενήλικες θα είναι ασθενείς με ΣΔ ενώ η παχυσαρκία αυξάνεται επίσης με υψηλούς ρυθμούς συμβάλλοντας στην επιδημία του “diabetes” ή αλλιώς του “obesity-dependent diabetes” (διαβήτη εξαρτώμενου από το υψηλό σωματικό βάρος και την παχυσαρκία).^{15,17}

Δύο μεγάλες μελέτες, οι Nurses Health Study & Physicians Health Study, εκτός από την επιβεβαίωση των προηγούμενων, τεκμηρίωσαν και την αύξηση του κινδύνου για διαβήτη ακόμη και από τα ανώτερα επίπεδα του φυσιολογικού βάρους.¹⁸

Πρόσφατη έρευνα που έγινε στην Ελλάδα (MEDICAL EXPRESS 2002), έδειξε ότι ο επιπολασμός του γνωστού σακχαρώδη διαβήτη σχετίζεται ισχυρά εκτός από την ηλικία, με το φύλο (σημαντικά υψηλότερος στους άνδρες), με το ιστορικό γνωστού σακχαρώδη διαβήτη στην οικογένεια, τους υπέρβαρους και τους παχύσαρκους.^{19,20}

Η απώλεια βάρους στην πρόληψη και αγωγή του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II

Ο αποτελεσματικός έλεγχος του σωματικού βάρους (ΣΒ) αποτελεί ουσιαστικό κρίκο στην αλυσίδα της μακροχρόνιας θεραπείας του σακχαρώδη διαβήτη. Μελέτες έχουν δείξει ότι απώλεια 5–10% του σωματικού βάρους μπορεί να συνοδευτεί από ποικίλες θετικές επιδράσεις στις διάφορες συνιστώσες του μεταβολικού συνδρόμου.

Οι Lean et al²¹ συμπέραναν εκτιμώντας τα δεδομένα μελετών τους, ότι κάθε kg απώλειας βάρους σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης κατά 3–4 μήνες.²¹ Άλλες σημαντικές μελέτες επικυρώνουν την υπόθεση αυτή. Η Σουηδική προοπτική πολυκεντρική μελέτη SOS (Swedish Obese Subjects) διερεύνησε την επίδραση της χειρουργικά προκαλούμενης απώλειας βάρους στη νοσηρότητα και θνησιμότητα ατόμων με σοβαρή (γ' βαθμού) παχυσαρκία.²² Τα αποτελέσματά της όπως επίσης και της μελέτης DPP (Diabetes Prevention Program) επιβεβαίωσαν την ωφέλιμη επίδραση της μέτριας απώλειας βάρους στην εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου II.²³ Παρόμοια εντυπωσιακά αποτελέσματα έδειξε και η Φινλανδική μελέτη DPS (Diabetes Prevention Study) σε υπέρβα-

ρα άτομα με μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη (Impaired Glucose Tolerance, IGT). Η διάρκεια παρακολούθησης στη μελέτη αυτή ήταν 6 έτη και η ομάδα της υγιεινο-δαιτικής παρέμβασης (με μέση απώλεια βάρους 4 kg) παρουσίασε κατά 58% μείωση της επίπτωσης του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II έναντι της ομάδας ελέγχου (μέση απώλεια βάρους 0,5 kg).²⁴

Ο σακχαρώδης διαβήτης, και ιδιαίτερα τύπου II, είναι μία κλινική οντότητα με ολοένα μεγαλύτερη επίπτωση και επιπολασμό. Ο πενταπλασιασμός παγκοσμίως του επιπολασμού την τελευταία δεκαετία και ο αριθμός των 160–170 εκατομμυρίων ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη το 2001, καθώς και η αναμενόμενη αύξηση το 2025 σε 300 εκατομμύρια καταδεικνύουν απτών το μέγεθος του προβλήματος.²⁵

Στις ΗΠΑ ο σακχαρώδης διαβήτης είναι η 4η πιο κοινή αιτία για την οποία ο ασθενής συμβουλευτεί το γιατρό και είναι η κύρια αιτία πρώιμης αναπηρίας και θνησιμότητας. Είναι το πρώτο αίτιο τύφλωσης σε άτομα που ανήκουν στο εργατικό δυναμικό, νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου και μη τραυματικών ακρωτηριασμών των κάτω άκρων.²⁶ Σχεδόν το 90% των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη χαρακτηρίζονται ως διαβητικοί τύπου II και εξ αυτών το 90% είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι.¹

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι στόχοι στους οποίους αποβλέπουν τα προγράμματα αγωγής υγείας είναι αφενός η προφύλαξη της ζωής του ασθενούς και η υποχώρηση των συμπτωμάτων του και αφετέρου η επίτευξη της καλύτερης δυνατής ρύθμισης του διαβήτη, λαμβάνοντας υπόψη την ικανότητα του διαβητικού για φυσιολογική κοινωνική ζωή.

Οι προσπάθειες πρόληψης επικεντρώνονται σε τρία επίπεδα:

- α. *Επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης.* Πρόληψη της νόσου πριν από την εμφάνιση των ανοσολογικών δεικτών σε άτομα με γενετική προδιάθεση.
- β. *Επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης.* Παρεμβάσεις μετά την εμφάνιση ανοσολογικών δεικτών σε άτομα υψηλού κινδύνου και πριν την εμφάνιση της νόσου.
- γ. *Επίπεδο τριτογενούς πρόληψης.* Παρεμβάσεις με στόχο την αναχαίτιση της ανοσολογικής διεργασίας ή την παράταση του «μήνα του μέλιτος» μετά την κλινική εμφάνιση της νόσου και όταν ο μεγαλύτερος αριθμός των Β-κυττάρων έχει καταστραφεί.²

Στην πρωτογενή πρόληψη περιλαμβάνεται η μεταμόσχευση παγκρέατος και νησιδίων παγκρέατος και η

γονιδιακή θεραπεία (οι δύο τελευταίες αποτελούν ερευνητικές θεραπείες).⁹ Παρεμβάσεις δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης αποτελούν η διαίτα, η άσκηση –υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση– και η φαρμακευτική αγωγή (υπογλυκαιμικά δισκία, ινσουλίνη).^{14,27} Με την εφαρμογή τέτοιων παρεμβάσεων γίνεται προσπάθεια για τη ρύθμιση της μεταβολικής διαταραχής και όχι την ίαση, δεδομένου ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια νόσος.¹⁴

Είναι αποδεκτό ότι ο διαβήτης είναι μια μόνο παράμετρος του μεταβολικού συνδρόμου όπου η παχυσαρκία, η δυσλιπιδαιμία, η υπέρταση, εκτός από τις επιμέρους επιπλοκές, αποτελούν πιθανά εκφράσεις μιας κοινής μεταβολικής διαταραχής που οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά επεισόδια με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Οφείλουμε να στοχεύσουμε σε όλες τις παθολογικές καταστάσεις που συγκροτούν το μεταβολικό σύνδρομο, καθώς η αποτελεσματική αντιμετώπιση μιας παραμέτρου θα μειώσει τον κίνδυνο που ενέχουν και οι άλλες.^{2,14}

ΥΓΙΕΙΝΟΔΙΑΙΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Παρέμβαση πρώτης γραμμής και εκλογής στους υπέρβαρους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II είναι η διαίτα και η άσκηση.^{14,27} Ο Dr Arnold Bloom έλεγε χαρακτηριστικά ότι: «όταν είσαι παχύσαρκος διαβητικός, δεν έχει σημασία τι τρως όσο δεν το τρως». Η διαιτητική αγωγή αποσκοπεί στην τροποποίηση της διαίτας των παχύσαρκων διαβητικών ατόμων ώστε να επιτευχθεί μείωση της θερμιδικής πρόσληψης.²⁸ Κατά τον προγραμματισμό του διαιτολογίου του διαβητικού ατόμου θα πρέπει να υπολογίζονται με ακρίβεια τρεις παράγοντες:

- Ποσότητα τροφής
- Ποιότητα-σύνθεση τροφών
- Κατανομή γευμάτων.

Σε κάθε διαβητικό ασθενή πρέπει να δίνεται ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα διαίτας. Η σημασία του «πόσο και τι θα τρώμε» –σωστή ποσότητα τροφής και κατανομή σε κύρια και ενδιάμεσα μικρά γεύματα– αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα για το διαβητικό άτομο σε σχέση με το «τι θα τρώμε». Για την προσαρμογή στις συνήθειες του «πρέπει» απαιτείται γνώση του «γιατί» και καθοδήγηση στο «πώς» από εξειδικευμένο επιτελείο επαγγελματιών αποτελούμενο από ιατρό, διαιτολόγο και ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας.^{29,30} Με την καθοδήγηση της ομάδας θα ενημερωθεί ο διαβητικός για τη σημασία που έχει η σωστή διατροφή στη ρύθμιση

της νόσου και στην πρόληψη των συνεπειών της, ενώ ταυτόχρονα θα διδαχθεί πως οι κανόνες της διατροφής είναι απαραίτητο να εξατομικεύονται και να προσαρμόζονται ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία, την ηλικία, την ατομική και κοινωνική ζωή του κάθε διαβητικού.³¹

Η σωματική άσκηση αποτελεί σημαντική συνιστώσα της θεραπευτικής προσπάθειας για απώλεια βάρους. Η άσκηση στο σακχαρώδη διαβήτη αναγνωρίζονταν μεταξύ των ελάχιστων μέσων θεραπείας στο σακχαρώδη διαβήτη από την εποχή του Αριστοτέλη, όπου και παρατηρήθηκε ότι τα συμπτώματα του διαβήτη βελτιώνονταν μετά από σωματική άσκηση. Αυτό τεκμηριώθηκε τα τελευταία χρόνια από δεδομένα μελετών όπως η Nurses Health Study και η Harvard Alumni Health Study, τα οποία αποκαλύπτουν τις ευεργετικές συνέπειες που έχει η άσκηση για τους διαβητικούς ασθενείς.^{32–34} Πράγματι η προγραμματισμένη τακτική σωματική άσκηση βελτιώνει την ιστική ινσουλινοευαισθησία, τις λιπιδαιμικές διαταραχές, τη γλυκαιμική ρύθμιση, ενώ συμβάλλει σε απώλεια βάρους που προέρχεται από λιπώδη και όχι μόνον από μυϊκό ιστό και ταυτόχρονα προστατεύει από την εμφάνιση των χρόνιων επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη. Επιπλέον αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης των ασκούμενων, ιδιαίτερα όταν συνεπικουρείται με την διακοπή του καπνίσματος και με την κατανάλωση μέτρων ποσοτήτων αλκοόλ.^{10,35} Η συνιστώμενη σωματική άσκηση θα πρέπει να είναι βαθμιαία, αυξανόμενης έντασης και εξατομικευμένη. Μια άσκηση που επιτυγχάνει μέτρια κατανάλωση ενέργειας (150 kcal/ημέρα) μπορεί να επιτευχθεί με ποικιλία τρόπων, ενώ ο ασθενής σε συνεργασία με την ομάδα των επαγγελματιών υγείας που τον παρακολουθεί μπορεί να επιλέξει την άσκηση που ταιριάζει στο επίπεδο της φυσικής του κατάστασης και στις ατομικές του προτιμήσεις και διασφαλίζει συνθήκες ασφάλειας και ευχάριστης αποδοχής.⁶

Σκοποί της άσκησης²

Η άσκηση προσφέρει δυνατότητα στο διαβητικό να απολαμβάνει εξίσου, όπως και ο μη διαβητικός, οφέλη και ικανοποίηση από ένα τακτικό πρόγραμμα δραστηριοτήτων.

- Διατήρηση ή βελτίωση της κατάστασης του καρδιαγγειακού συστήματος ώστε να προλαμβάνονται ή να ελαχιστοποιούνται οι απώτερες επιπλοκές.
- Βελτίωση μυϊκής ευκαμψίας
- Βελτίωση μυϊκής ισχύος
- Ψυχολογική ευεξία
- Μείωση του άγχους

- Αίσθημα αισιοδοξίας
- Βελτίωση του μεταβολισμού της γλυκόζης αλλά και των πρωτεϊνών και λιπών.

Στρατηγική της άσκησης σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II

Ο στόχος κάθε προγράμματος απώλειας βάρους θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 30 min μέτριας έντασης σωματικής δραστηριότητα 5–7 φορές την εβδομάδα. Παρότι η μέτρια άσκηση προκαλεί σχετικά περιορισμένη απώλεια βάρους 2 έως 3,5 kg μακροπρόθεσμα είναι απολύτως αναγκαίο και υψηλής προτεραιότητας συστατικό κάθε προγράμματος τροποποίησης βάρους.^{36–38}

Καλό θα είναι ο ασθενής να εκμεταλλεύεται ευκαιρίες για αύξηση της σωματικής του δραστηριότητας, όπως το να χρησιμοποιεί σκάλες και όχι το ασανσέρ, να παρκάρει το αυτοκίνητό του όχι έξω ακριβώς από το χώρο εργασίας του, αλλά πιο μακριά, και τέλος να περπατά 10–20 min μετά τα γεύματα.^{39–42} Η αυτοκαταγραφή του τύπου και της διάρκειας της φυσικής άσκησης είναι επίσης σημαντική. Πρέπει να δίδεται έμφαση στη σημασία που έχει η επαρκής πρόσληψη νερού, αλλά θα πρέπει να αποφεύγεται η λήψη του από ασθενείς με καρδιακές ή νεφρικές διαταραχές. Είναι απαραίτητο όλοι οι ασθενείς να μπορούν να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν παθολογικές αντιδράσεις εξαιτίας της άσκησης. Οι διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να έχουν πληροφορηθεί από τη διεπιστημονική ομάδα που τους παρακολουθεί όλα τα προειδοποιητικά σημεία της ασθένειάς τους, τα οποία μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της άσκησης, καθώς και να συνειδητοποιήσουν τη μεγάλη σημασία που έχει η άριστη κατάσταση των ποδιών.

Προγράμματα για την άσκηση παχύσαρκων και μη διαβητικών ασθενών πρέπει να εκπονούνται με τη συνεργασία ειδικού ιατρού ή εργοφυσιολόγου, να είναι προσαρμοσμένα στις ανάγκες του καθενός και να αρχίζουν αφού προηγουμένως έχει εξασφαλιστεί ιατρική έγκριση.^{43–45}

Εκτίμηση του ατόμου με διαβήτη πριν από την άσκηση

Πριν από την έναρξη οποιουδήποτε προγράμματος φυσικής άσκησης, ο διαβητικός θα πρέπει να υποβληθεί σε λεπτομερή ιατρική εξέταση, καθώς και στις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις. Είναι αναγκαίο να σχεδιαστεί και να προταθεί ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα άσκησης που θα μειώνει, για το συγκεκριμένο άτομο, τον κίνδυνο εμφάνισης ή εξέλιξης των όποιων

επιπλοκών του.^{43–45} Εκτός από την προσεκτική λήψη ιστορικού, η φυσική εξέταση θα πρέπει να εστιάζει στα συμπτώματα και τα φυσικά σημεία που τεκμηριώνουν επιπλοκές από την καρδιά, τα αγγεία, τους οφθαλμούς, τους νεφρούς και το νευρικό σύστημα.^{34,46} Είναι σημαντικό να έχει υπόψη του ο διαβητικός ότι:^{2,45}

- Πρέπει να γίνεται προοδευτική αύξηση της άσκησης σε ένταση και διάρκεια
- Η έντονη προσπάθεια στην άσκηση δεν είναι απαραίτητη
- Σε ειδικές καταστάσεις, όπως η παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια, καλό είναι να αποφεύγεται η έντονη άσκηση για τον κίνδυνο πιθανής αιμορραγίας
- Η γενική κατάσταση της υγείας του πρέπει να ελέγχεται σχολαστικά και να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη τα νοσήματα του καρδιαγγειακού και του αναπνευστικού συστήματος
- Η περιφερική νευροπάθεια μπορεί να συμβάλει στην απώλεια της προστατευτικής αίσθησης (επιπολής και εν τω βάθει) στα κάτω άκρα
- Αξιοσημείωτη περιφερική νεφροπάθεια αποτελεί ένδειξη περιορισμού της άσκησης
- Η σχεδίαση της άσκησης γίνεται ώστε η ενασχόληση να είναι ευχάριστη και σύμφωνα με τις σωματικές δυνατότητες.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Η επιτυχής αντιμετώπιση του υπερβάλλοντος βάρους στο σακχαρώδη διαβήτη απαιτεί πολυπαραγοντική προσέγγιση, που εκτός των άλλων θα δίνει έμφαση και στις αλλαγές της συμπεριφοράς του παχύσαρκου διαβητικού.^{12,47}

Οι ασθενείς πρέπει να καταστούν ικανοί να εκτιμήσουν και να τροποποιήσουν διατροφικές συνήθειες, συνήθειες που αφορούν τη σωματική τους δραστηριότητα καθώς και τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις σχετικά με το βάρος τους.⁴⁸ Χρήσιμο θα ήταν να διενεργούνται συνεδρίες εβδομαδιαίες ή τουλάχιστον μηνιαίες, οι οποίες θα στηρίζονται σ' ένα πρόγραμμα μακροχρόνιας παρακολούθησης και τακτικής επικοινωνίας με τους θεράποντες.⁴⁹

Ένα πρόγραμμα αλλαγής του τρόπου ζωής πρέπει να στηρίζεται στον αυτοέλεγχο. Οι ασθενείς πρέπει να κρατούν καθημερινές σημειώσεις όσον αφορά τη φυσική τους δραστηριότητα, τη λήψη τροφής και τα

προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Τα ημερολόγια αυτά, τα οποία πρέπει να ελέγχονται κατά τις κλινικές συνεδρίες, βοηθούν τον ιατρό, τον ειδικευμένο νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας και τον διαιτολόγο να εντοπίσουν συμπεριφορές που πρέπει να τροποποιηθούν. Ο έλεγχος των προκλήσεων βοηθά τον ασθενή να ταυτοποιεί και να αποφεύγει τις προκλήσεις του περιβάλλοντος που σχετίζονται με μη υγιεινή διατροφή και καθιστική ζωή, όπως διακοπές, φαγητό εκτός του σπιτιού, ταξίδια κ.ά. Οι στρατηγικές για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων περιλαμβάνουν ορισμένους προορισμούς, όπως το γεύμα σε ορισμένα μόνο μέρη και σε συγκεκριμένες ώρες, να μην αγοράζουν φαγητό όταν δεν πεινούν και να φορούν συχνά ρούχα γυμναστικής ώστε να ενθαρρύνονται και να συμμετέχουν ενεργά στη φυσική άσκηση.⁵⁰

Είναι απαραίτητο στην όλη προσπάθεια να περιλαμβάνονται ανταμοιβές για επίτευξη θετικών αλλαγών στον τρόπο ζωής, όπως όταν μειώνονται τα γραμμάρια του λίπους στη δίαιτα ή όταν αυξάνονται τα λεπτά της καθημερινής δραστηριότητας. Μία άλλη πλευρά της θεραπείας, η αντιμετώπιση του άγχους περιλαμβάνει φαρμακευτική θεραπεία, τεχνικές χαλάρωσης και καθημερινή φυσική δραστηριότητα ώστε να αντεπεξέλθουν στο stress. Γνωσιακές-συμπεριφορικές μέθοδοι, όπως η θετική νοερή απεικόνιση, βοηθούν τον ασθενή να αλλάξει τις πεποιθήσεις και τις απόψεις του για την εικόνα του σώματος και για κάποιες μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Η Krook A (2003) σε μελέτη της έδειξε ότι ο συνδυασμός της εκπαίδευσης, της επιβλεπόμενης φυσικής δραστηριότητας και της κοινωνικής υποστήριξης στους ασθενείς, βοηθά ώστε να πραγματοποιηθούν μόνιμες αλλαγές στον τρόπο ζωής.⁵¹ Η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης για την απώλεια βάρους τείνει να μειώνει την αβεβαιότητα και την έλλειψη αυτοσεβασμού.³⁶

Στοιχεία κλειδιά της συμπεριφοριστικής παρέμβασης είναι:¹³

- α. Το εξατομικευμένο πρόγραμμα.
- β. Η αμφίδρομη σχέση επικοινωνίας ιατρού και ασθενούς.
- γ. Η υποστήριξη στην πρώιμη φάση.
- δ. Οι ρεαλιστικοί στόχοι για τον κάθε ασθενή.
- ε. Οι αλλαγές της συμπεριφοράς.
- στ. Η ενθάρρυνση του ασθενούς.
- ζ. Η ψυχολογική υποστήριξη.

Στη χρήση τέτοιων προσεγγίσεων παρατηρήθηκε ποσοστό επιτυχίας 50% στη διατήρηση της απώλειας του σωματικού βάρους για διάρκεια 5 ετών.⁵²

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ

Οι ανθρώπινες σχέσεις βασίζονται στο πεδίο της επικοινωνίας. Οι κοινωνίες, οι ομάδες, οι οικογένειες, τα άτομα διατηρούνται και αναμορφώνονται με την επικοινωνία. Αποτελεί κοινή γνώμη, ότι όλες οι μορφές εκπαίδευσης καθώς και οι αλλαγές της συμπεριφοράς, των πεποιθήσεων και των αξιών επιτυγχάνονται με διαπροσωπικές επικοινωνίες διαφόρων τύπων.⁵³ Η επικοινωνία ικανοποιεί εσωτερικές μας ανάγκες, τη φυσική και την κοινωνική μας επιβίωση. Μέσα από την επικοινωνία προσπαθούμε να αισθανθούμε ασφαλείς, να έχουμε αξία για τους άλλους, να σχετιστούμε, να δώσουμε και να πάρουμε πληροφορίες, να εκφραστούμε, να κατανοήσουμε τον κόσμο.⁵⁴ Κάθε επικοινωνία περιλαμβάνει έναν αποστολέα, ένα ή πολλά μηνύματα, ένα διαβιβαστικό μέσο, ένα λήπτη και την ανατροφοδότηση- την πληροφόρηση του αποστολέα για την επίδραση του μηνύματος του.⁵⁵

Η επικοινωνία δεν είναι μια απλή μεταβίβαση πληροφοριών ή νοημάτων. Είναι επίσης διαδικασία επαφής, αλληλοκατανόησης και αλληλοεπηρεασμού μεταξύ των ανθρώπων ή ομάδων, διαδικασία που την καθιστά ζωτικής σημασίας για τους οργανισμούς. Η επικοινωνία επιδρά σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο με σκοπό την επίτευξη συντονισμένης δράσης, τη διανομή της πληροφορίας και την έκφραση συναισθημάτων.⁵⁴ Απαιτείται εκπαίδευση των συμμετεχόντων της ομάδας σε διαπροσωπικές δεξιότητες, συμβουλευτικές δεξιότητες και δεξιότητες προσέγγισης. Η British Association of Counseling ορίζει ότι: «Σκοπός της συμβουλευτικής είναι να δώσει στον πελάτη μια ευκαιρία να διερευνήσει, να ανακαλύψει και να αποφασηθεί τρόπους που θα τον βοηθήσουν να ζει πιο ικανοποιητικά και πιο αποτελεσματικά».⁵⁶

Στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και τις οικογένειές τους που χρειάζεται να γίνει συμβουλευτική παρέμβαση ώστε να τροποποιήσουν συμπεριφορές και τρόπο ζωής προκειμένου να ελαττώσουν την εμφάνιση των επιπλοκών και να αυξήσουν το διάστημα στο οποίο θα έχουν ένα υψηλό ή ικανοποιητικό επίπεδο υγείας. Ο επαγγελματίας υγείας που θα εμπλακεί μαζί τους οφείλει να γνωρίζει ότι: Η χρόνια ασθένεια ενός μέλους μιας οικογένειας επηρεάζει τις σχέσεις μεταξύ των μελών της

οικογένειας, επιφέροντας συσσώρευση προβλημάτων τα οποία σε συνδυασμό με τα καθημερινά στρεσογόνα ερεθίσματα μπορεί να οδηγήσουν σε κρίση.⁵⁷

Οικογένειες που έχουν στους κόλπους τους ένα χρονίως πάσχον μέλος πρέπει:

- Να αποδεχθούν και να υιοθετήσουν αλλαγές στον τρόπο ζωής τους. Να μάθουν τρόπους αντιμετώπισης της χρόνιας ασθένειας και των επακόλουθών της (συναισθηματικά, οικονομικά, κοινωνικά)
- Να αναζητήσουν πληροφόρηση για την ασθένεια (συμπτώματα, φάσεις ασθένειας, επιπλοκές, τρόποι θεραπείας και φροντίδας, εναλλακτικές μορφές θεραπείας και φροντίδας)
- Προσαρμογή και υιοθέτηση ενός τρόπου ζωής που αντιμετωπίζει τη χρόνια ασθένεια.³ Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να έχει επίγνωση των επιθυμιών και των αναγκών του ασθενούς και της οικογένειάς του, να παρέμβει για να ενδυναμώσει το υποστηρικτικό δίκτυο του χρονίως πάσχοντα και της οικογένειάς του.

Ο νοσηλευτής ή ο επισκέπτης υγείας που θα συνεργαστεί με την οικογένεια πρέπει να θέσει βασικούς στόχους προς κατάκτηση οι οποίοι μπορούν να επιτευχθούν σε μακρό χρονικό διάστημα (απώλεια 10–15 kg, αλλαγή συμπεριφοράς διατροφής) και στόχους που πρέπει να «κατακτηθούν» σε μικρή, βραχυχρόνια περίοδο, των οποίων τα ευεργετικά αποτελέσματα όταν αυτοί πραγματοποιούνται θα φαίνονται σιγά-σιγά πριν επιτευχθούν οι μακροπρόθεσμοι στόχοι.

Ο επαγγελματίας υγείας που θα συνεργαστεί με την οικογένεια πρέπει να:^{3,58}

- Μοιραστεί με σαφήνεια τους στόχους μαζί της
- Διακρίνει τους στόχους σε εύκολα και προσιτά βήματα
- Διδάξει την οικογένεια τι να κάνει για τον εαυτό της, την πρόοδο και την εξέλιξή της
- Μην έχει υψηλές προσδοκίες
- Είναι ικανοποιημένος με την επιτυχία και την επίτευξη μικρών αλλά σημαντικών αλλαγών
- Είναι ελαστικός και όχι άκαμπτος.

Οφείλει να λάβει υπόψη του στο σχεδιασμό της φροντίδας ότι η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας των μελών της, στη διαδικασία της ανάρρωσης και της συμμόρφωσης στις συνιστώμενες θεραπείες και πρακτικές. Οι παρεμβάσεις υγείας και φροντίδας πρέπει να υπόκεινται σε συστη-

ματική αξιολόγηση με χρήση αμερόληπτων μεθόδων και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει συνεχώς να αναθεωρούν και να αξιολογούν το επίπεδο των γνώσεών τους. Ωστόσο, για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι αναγκαίο οι νοσηλευτικές και ιατρικές θεραπευτικές εφαρμογές να βασίζονται σε έγκυρη, τεκμηριωμένη ερευνητικά γνώση. Η τεκμηριωμένη γνώση δίνει τη δυνατότητα της ενσυνείδητης και με ακρίβεια χρήσης των αποτελεσμάτων έγκυρων ερευνών για τη λήψη κλινικών αποφάσεων αναφορικά με τη θεραπεία και φροντίδα των ασθενών.⁵⁹ Ο βαθμός ικανοποίησης του αρρώστου και της οικογένειάς του εξαρτάται από την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που παρέχει ο επαγγελματίας υγείας, το ενδιαφέρον, την κατανόηση αλλά και τη σχέση που αναπτύσσει μαζί τους. Η αποτελεσματική επικοινωνία προϋποθέτει την κατανόηση του αρρώστου και των εμπειριών που εκφράζει, και απαιτεί δεξιότητες προσέγγισης μέσα από την επανάληψη (restatement), την παράφραση (paraphrase), την αντανάκλαση του συναισθήματος (reflection) και τη σύνοψη του περιεχομένου της συζήτησης και της προτεινόμενης παρέμβασης.⁶⁰

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν τις κοινωνικοπολιτικές, πολιτισμικές και περιβαλλοντικές συνιστώσες που επηρεάζουν την υγεία προκειμένου να είναι επιτυχείς οι στρατηγικές αγωγής υγείας. Να γνωρίζουν ότι «η μάθηση είναι μια διαρκής μεταβολή που μπορεί να περιλαμβάνει την τροποποίηση της αυτογνωσίας, της συμπεριφοράς, των αντιλήψεων ή των κινήτρων».⁶¹ Χρησιμοποιώντας ως βάση τη θεωρία αυτή να βοηθήσουν τα άτομα στη διαμόρφωση στρατηγικών ενδυνάμωσης που θα τα οπλίσουν αυτά και τις οικογένειές τους με γνώσεις και ικανότητες για την εξεύρεση υγιεινών περιβαλλόντων και τρόπων ζωής.⁶²

ΕΠΙΛΟΓΟΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη αυξάνεται παγκοσμίως. Τα κράτη-μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας οφείλουν να εναρμονίσουν τη στάση τους και να χαράξουν πολιτικές πρόληψης και αντιμετώπισης των επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη για να μειώσουν το οικονομικό και κοινωνικό φορτίο.⁶³ Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να ευαισθητοποιηθούν, να ενημερωθούν για την ασθένειά τους και να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, με στόχο την κατάκτηση της ευημερίας και της ποιότητας στην καθημερινότητά τους. Οι υπεύθυνοι χάραξης της πολιτικής υγείας να γνωρίσουν σε τοπικό επίπεδο την έκταση των προβλημάτων

των ατόμων που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και το μέγεθος των επιπλοκών του.⁶⁴ Να είναι πρόθυμοι να υποστηρίξουν την οργανωτική δομή που επιτρέπει τη λειτουργία ομάδων ειδικών στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και τη ρύθμιση του βάρους σε διαβητικούς. Εάν ένας από τους βασικούς στόχους είναι οι πληθυσμοί υψηλού κινδύνου ανάπτυξης επιπλοκών, η χρήση των πόρων θα γίνει πιο αποτελεσματική.

Η πολιτεία να οργανώσει προγράμματα εκπαίδευσης και παρέμβασης ώστε να επιτευχθεί τροποποίηση της συμπεριφοράς των διαβητικών ατόμων. Να ενθαρρύνει τους ασθενείς και τους ειδικούς στο σακχαρώδη διαβήτη, να θέσουν από κοινού ρεαλιστικούς στόχους θεραπείας, που θα ορίζουν την επιτυχία βάσει του μεταβολικού ελέγχου, των επιπλοκών και της ποιότητας ζωής. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τους ατομικούς παράγοντες κινδύνου των διαβητικών ατόμων, να παρέμβουν θεραπευτικά, να προσπαθήσουν να τους τροποποιήσουν και να εκτιμήσουν τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες κάθε κοινότητας ώστε και να εφαρμόσουν τα ενδεικνυόμενα προγράμματα πρόληψης.¹¹

Επαφή και συνεργασία μεταξύ των μελών της ομάδας, συμμετοχή-δέσμευση του ασθενή, προσχεδιασμένος τρόπος δράσης και συνεχιζόμενη εκπαίδευση ασθενών και ομάδας υγείας, απαιτούνται ώστε να επιτευχθεί η παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας.² Η κατάλληλη προσέγγιση του ασθενούς και της οικογένειάς του και η χρήση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, μπορούν να οδηγήσουν σε πιο αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση, προσαρμοσμένη στις ιδιαίτερες οργανικές και συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου και των προτεραιοτήτων που εκείνο θέτει στη ζωή του.⁶⁵ Η χρήση προγραμμάτων Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας μπορεί να μεταφράσει γνώσεις σε ουσιαστικές παρεμβάσεις και στρατηγικές με στόχο τη βελτίωση της υγείας, την πρόληψη της νόσου και την αντιμετώπιση των χρόνιων παθήσεων.⁶⁶

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Lefebvre P, Pierson A. The Global Diabetes Challenge. *Hlth Care* 2004, 40:37–42
- Μελιδώνης Α. Η πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη και των επιπλοκών του. Ηλιότυπο, 2001:9–20, 111–130
- Σαπουντζή-Κρέπια Δ. Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα. Εκδόσεις Έλλην 2004, 11:43, 103–106
- Ζηλίδης Χ. Σημειώσεις Πολιτικής Υγείας. ΠΜΣ Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Λάρισα 2007, 5:160–170
- Τούντας Γ. Κοινωνία και Υγεία. Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία 2006, 2:26–40
- Standards of medical care in diabetes 2007. *Diabetes Care* 2007, 30:4–41
- Katsilambros N, Tentolouris N. Type 2 diabetes: an overview. In: Pickup J, Williams G (eds) *Textbook of Diabetes*. Blackwell Science, UK, 2002:4.1–4.19
- Καμαράτος Α, Κόκκορης Σ, Βράνου Α. Η συντηρητική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στον σακχαρώδη διαβήτη-Ο ρόλος της φυσικής άσκησης. Πρακτικά 8ου Εκπαιδευτικού Σεμιναρίου Διαβητολογικού Κέντρου Τζάνειου ΓΝ, 2003:110–123
- Κακλαμάνος Ι. Γιατί η παχυσαρκία είναι νόσος: Οι οργανικές και συστηματικές επιπτώσεις της. Πρακτικά 9ου Εκπαιδευτικού Σεμιναρίου Διαβητολογικού Κέντρου Τζάνειου ΓΝ, 2004:25–31
- Klein S, Sheard NF, Pi-Sunyer X, Daly A, Wylie-Rosett J, Kulkarni K et al. Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: rationale and strategies. A statement of the American Diabetes Association, the North American Association for the Study of Obesity, and the American Society for Clinical Nutrition. *Am J Clin Nutr* 2004, 80: 257–263
- Tsur A, Harman-Boehm I, Wainstein J, Raz I. Primary care for type 2 diabetes. *Harefuah* 2004, 143:353–354
- Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. The Evidence Report. National Institutes of Health. *Obes Res* 1998, 6:51–209
- Barlow SE, Dietz WH. Obesity evaluation and treatment: Expert Committee recommendation. The Maternal and child Health Resources and Services Administration and the Department of Health and Human Services. *Pediatrics* 1998, 102:E29
- Lyznicki JM, Young D, Davis R. Obesity: assessment and management in primary care. *Am Fam Physician* 2001, 63:2185–2196
- World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. WHO/NUT/98.1, Geneva, Switzerland 1998
- Albu JP, Sunyex F. Obesity and Diabetes In: Bray GA, Buchard C, James WPT (eds) *Handbook of Obesity* 1998:697–707
- <http://www.Eufic.org/index/el/>
- Clan JM, Rimm E, Colditz B. Obesity, fat, distribution and weight gain as, risk factors for clinical diabetes in men. *Diabetes Care* 1994, 17:961–963
- Gikas A, Sotiropoulos A, Panagiotakos D, Peppas T, Skliros E, Pappas S. Prevalence and associated risk

- factors, of self-reported diabetes mellitus in a sample of adult urban population in Greece MEDIKAL. Exit poll Research in Salamis (MEDICAL EXPRESS 2002) *BMG Public Health* 2004, 4:2
20. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/4/2>
 21. Lean MEJ, Powriej K, Anderson AS. Obesity weight loss and prognosis in type 2 diabetes. *Diad Med* 1990, 7:228–233
 22. Sjostrom CD, Lissner L, Wedel H. Reduction in incidence of diabetes, hypertension and lipid disturbances after intentional weight loss induced by bariatric surgery. *SOS Intervent Study* 1999, 7:477–484
 23. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or Metformin. *Engl N Med J* 2002, 346:393–403
 24. Lindström J, Mannelin M, Salminen V, Uusitupa M, Tuomilehto J. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 2003, 26:3230–3236
 25. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004, 27:1047–1053
 26. Goldman L, Bennett C. *Text Book of Medicine*. Στο: Ρούσσοσ Χ (επιμ.) Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης Αθήνα 2000:1824–1838
 27. Skender ML Goodrick GK, Del Junco DJ, Reeves RS, Darnell L, Gotto AM et al. Comparison of type 2-year weight loss trends in behavioral treatments of obesity: diet, exercise, and combination interventions. *J Am Diet Assoc* 1996, 96:342–346
 28. Μόρτογλου Τ, Μόρτογλου Κ. *Διατροφή από το σήμερα για αύριο*. Εκδόσεις Γιαλέλη, 2002:315–325
 29. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001, 344:2021–2025
 30. Noel N, Hickner J, Ettenhofer T, Gauthier B. The high prevalence of obesity in Michigan primary care practices. An UPRNet Study. Upper Peninsula Research Network. *J Fam Pract* 1998, 47:39–43
 31. Nestle N. *Diabetes*. Στο: Κατσιλάμπρος Ν (επιμ.) Εκδόσεις Παρισιάνος 1997, 35:269–271
 32. Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA, Hunter DJ, Hankinson SE et al. Body weight and mortality among women. *N Engl J Med* 1995, 333:667–685
 33. Wang SL, Pan WH, Hwu CM, Ho LT, Lo CH, Lin SL, Jong YS. Incidence of NIDDM and the effects of gender, obesity and hyperinsulinaemia in Taiwan. *Diabetologia* 1997:1431–1438
 34. Καμαράτος Α, Μυλωνοπούλου Μ. Σακχαρώδης Διαβήτης και Άσκηση. Στο: Μελιδώνης Α (Επιμ.) «*Η Πρόληψη του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του*». Ηλιότυπο, 2001:133–150
 35. Han TS, Bijnen FCH, Lean MEJ, Seidell JC. Separate associations of waist and hip circumference with lifestyle factors. *Int J Epidemiol* 1998, 27:422–430
 36. Parham ES. Enhancing social support in weight loss management groups *J Am Diet Assoc*, 1993:1152–1156
 37. UK Prospective Diabetes Study 7: response of fasting plasma glucose to diet therapy in newly presenting type II diabetic patients, UK PDS group. *Metabolism* 1990, 39:905–912
 38. Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, Sjöström L. XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care* 2004, 27:856
 39. AHA Nutrition Committee. American Heart Association Guidelines for weight management programs for healthy adults. *Heart Dis Stroke* 1994, 3:221–228
 40. Mayer-Davis EJ, D' Agostino R, Karter AJ, Haffner SM, Rewers MJ, Saad M, Bergman RN. Intensity and Amount of Physical Activity in Relation to Insulin Sensitivity. The Insulin Resistance Atherosclerosis Study. *JAMA* 1998, 279:669–674
 41. Andersen RE, Wadden TA, Bartlett SJ, Zemel B, Verde TG, Franckowiak SC. Effects of Lifestyle Activity vs Structured Aerobic Exercise in Obese Women A Randomized Trial. *JAMA* 1999, 281:335–340
 42. Dunn AL, Marcus BH, Kampert JB, Garcia ME, Kohl HW, Blair SN. Comparison of Lifestyle and Structured Interventions to Increase Physical Activity and Cardio respiratory Fitness. A Randomized Trial. *JAMA* 1999, 281:327–334
 43. Gibbons RG, Balady J, Bricker B, Chaitman G, Fletcher V, Froelicher D et al. ACC/AHA 2002 guideline update for exercise testing: summary article A report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines. *Circulation* 2002, 106:1883–1892
 44. American College of Sport Medicine Position Stand The recommended Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory and Muscular Fitness, and Flexibility in Healthy Adults. *Med Sci Sports Exerc* 1998, 30:975–991
 45. Thompson PD, Buchner D, Pina IL, Balady GJ, Williams MA, Marcus BH et al. Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology and the Council on nutrition, Physical Activity and Metabolism. *Circulation* 2003, 107: 3109–3116
 46. American Diabetes Association: Diabetes Mellitus and Exercise. *Position Statement Diabetes Care*, 1995:118
 47. National Institute of health NH. Lung and Blood Institute and North American Association for the study of obesity. *The practical guide. Identification, evaluation and*

- treatment of overweight and obesity in adults*. Bethesda MD 2000
48. Wadden TA. Treatment of obesity by moderate and severe caloric restriction: results of clinical research trials. *Ann Intern Med* 1993, 119:688–693
 49. Perri MG, McAllister, David A, James J, Randall C, McAdoo W et al. Effects of four maintenance programs on the long-term management of obesity. *J Consult and Clin Psychol* 1988, 56:529–534
 50. Thomas PR. *Weighing the options: Criteria for evaluating weight management progress*. Washington, DC National Academy Press, 1995
 51. Krook A. Reduction of risk factors following lifestyle modification programme in subjects with type 2 (non-insulin dependent) diabetes mellitus. *Clin Physiol Function Imag* 2003, 23:21–30
 52. Foreyt JP, Poston WS 2nd. The challenge of diet, exercise and lifestyle modification in the management of the obese diabetic patient. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999, 7:5–11
 53. Ραγιά Α. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, -Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Έκδοση Δ' 2004, 3:113–120
 54. Βαρδακώστα Ι. Η έννοια της επικοινωνίας και η εφαρμογή της στις Ακαδημαϊκές Βιβλιοθήκες, Μία πρώτη προσέγγιση. Πρακτικά 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, 2001:99–112
 55. Varcarolis E. *Foundations of psychiatric-medical health nursing*. Philadelphia. Saun 1990, 28:114
 56. British Association of Councelling, *Code of Ethics* BAC, Rugby, 1984
 57. Dudley DL, Sitzman J, Rugg M. Psychiatric aspects of patients with COPD. *Adv Psychosom Med* 1985, 14:64–77
 58. Σαπουντζή-Κρέπια Δ. Οικογένεια και Νοσηλευτική φροντίδα στο Σημειώσεις Εισαγωγής στην Κοινωνική Νοσηλευτική Θεσσαλονίκη, 2003:114–134
 59. Νακάκης Κ, Ουζούνη Χ. Πρακτικά Περιλήψεων 29ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου 2002:51 (αρ. περ. 36)
 60. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Ελληνικά Γράμματα, 1999:175–185
 61. Bigge ML. *Learning theories for teachers*. Ed 5 Reading, Mass Addison-Wesley Education Publishers, 1997
 62. Nies M, Mc Ewen M. *Promoting the health of Populations*. Σαπουντζή-Κρέπια Δ (Επιμ.) Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός 2001, 7:126–162
 63. Πέτρου Α, Βελονάκης Ε. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 ως πρόβλημα δημόσιας υγείας: Εκτίμηση των πραγματικών του διαστάσεων στην Ελλάδα. ΠΦΥ 2005, 17:69–79
 64. Διεθνής Ομάδα Εργασίας για το Διαβητικό Πόδι. Διεθνής Συναινετική Συμφωνία για το Διαβητικό Πόδι 1999, 1:16–23
 65. Κουνενού Κ. Οικογένεια και σακχαρώδης διαβήτης: Παρέμβαση με στόχο την πρόληψη. Στο: Μελιδώνης Α (Επιμ.) Η Πρόληψη του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του. Ηλιότυπο, 2001:297–316
 66. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. *Health behavior and healthy educations: theory, research and Practice*. San Francisco, Jossey Bass, 1997

Υποβλήθηκε: 12/09/2007

Επανυποβλήθηκε: 20/06/2008

Εγκρίθηκε: 24/06/2008