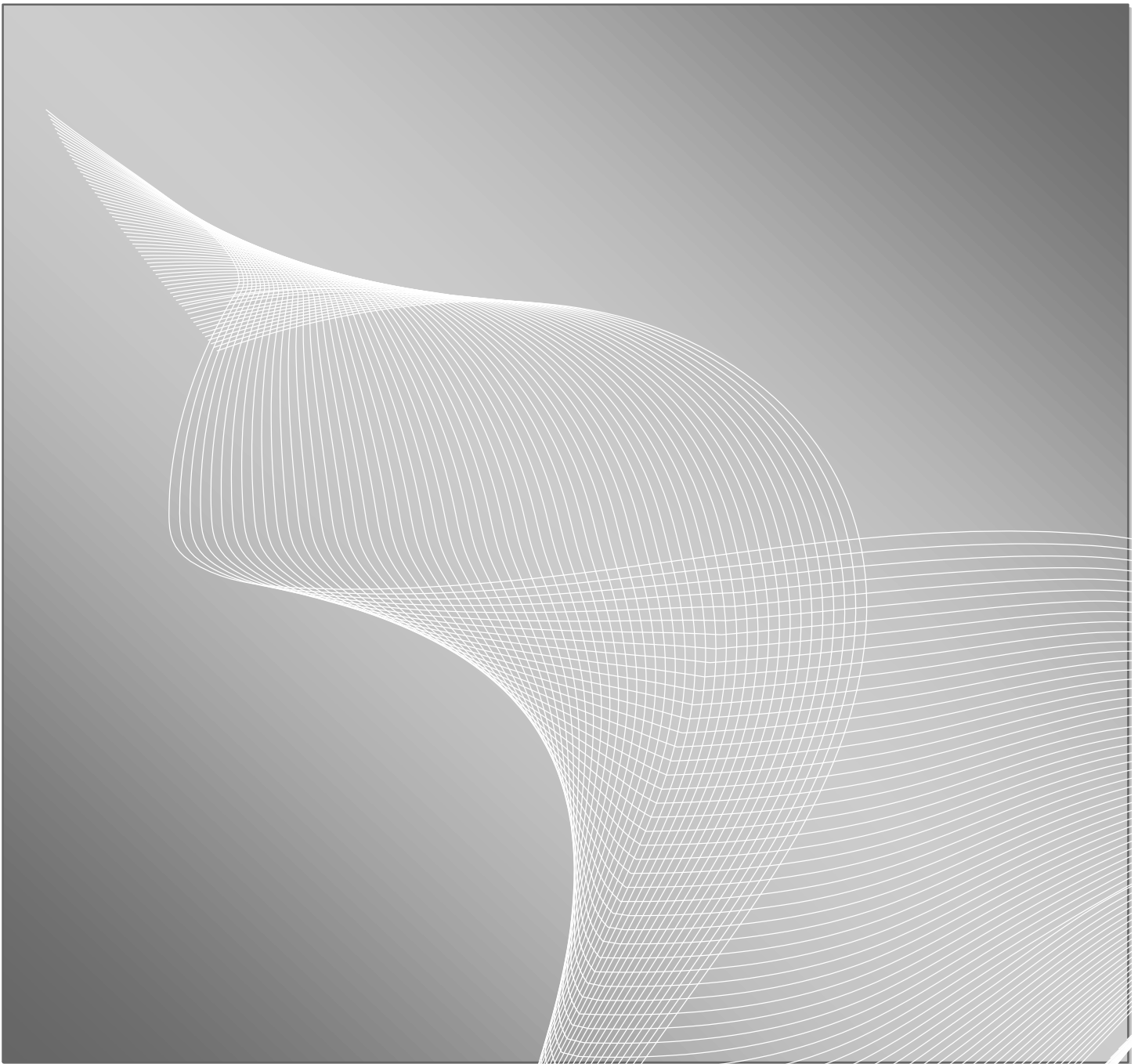


# Διατροφική Συμβουλευτική και Συμπεριφορά

Μαίρη Γιαννακούλια  
Ευαγγελία Φάππα



ΜΑΙΡΗ ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΙΑ  
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Διατροφής και Διαιτητικής Συμπεριφοράς  
Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής,  
Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΦΑΙΠΠΑ  
Διαιτολόγος – Διατροφολόγος, PhD

# *Διατροφική Συμβουλευτική και Συμπεριφορά*



Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά  
Συγγράμματα και Βοηθήματα  
[www.kallipos.gr](http://www.kallipos.gr)

# Διατροφική Συμβουλευτική και Συμπεριφορά

## Συγγραφή

Μαίρη Γιαννακούλια  
Ευαγγελία Φάππα

## Κριτικός αναγνώστης

Καλλιόπη – Άννα Πούλια

## Συντελεστές έκδοσης

ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: Κωστής Σιδέρης  
ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ: Χρήστος Μουρίκης

ISBN: 978-960-603-000-0

Copyright © ΣΕΑΒ, 2015



Το παρόν έργο αδειοδοτείται υπό τους όρους της άδειας Creative Commons Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Όχι Παράγωγα Έργα 3.0. Για να δείτε ένα αντίγραφο της άδειας αυτής επισκεφτείτε τον ιστότοπο <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/gr/>

ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΩΝ

Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο

Ηρώων Πολυτεχνείου 9, 15780 Ζωγράφου

[www.kallipos.gr](http://www.kallipos.gr)

## Πίνακας περιεχομένων

Πίνακας αντιστοίχισης ελληνικών με ξένους όρους .....	7
1. Διατροφικές παρεμβάσεις – Η σημασία της προσκόλλησης στην παρέμβαση .....	8
1.1. Διατροφή και υγεία.....	8
1.2. Διατροφικές παρεμβάσεις .....	8
1.3. Συμμόρφωση – προσκόλληση.....	9
1.3.1. Ορισμοί.....	9
1.3.2. Μέθοδοι αξιολόγησης της προσκόλλησης στις διατροφικές συστάσεις.....	11
1.3.3. Προσκόλληση στις διατροφικές συστάσεις (γενικού πληθυσμού και ασθενών).....	14
1.3.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την προσκόλληση στις διατροφικές συστάσεις .....	15
Βιβλιογραφία.....	18
2. Ο ρόλος του διαιτολόγου στην τροποποίηση των διαιτητικών συνηθειών και συμπεριφορών .....	24
2.1. Διαιτολόγος: Ορισμοί.....	24
2.2. Ο διαιτολόγος στη διαδικασία διατροφικής φροντίδας: ικανός βοηθός και προπονητής .....	24
2.3. Γνωρίσματα του καλού διαιτολόγου.....	26
Βιβλιογραφία.....	28
3. Τροφικές επιλογές και διαιτητικές προτιμήσεις.....	29
3.1. Παράγοντες που επηρεάζουν την τροφική επιλογή .....	29
3.2. Φύλο και τροφική επιλογή: Γυναίκα και τροφή.....	31
Βιβλιογραφία.....	33
4. Τροφικές επιλογές — Διαιτητικές προτιμήσεις παιδιών .....	35
4.1. Γενετικοί παράγοντες .....	35
4.1.1. Νεοφοβία και επιλεκτικότητα/«μιζέρια»/«γκρίνια» σχετικά με το φαγητό .....	35
4.2. Πρόσβαση σε τρόφιμα και διαθεσιμότητα τροφίμων .....	36
4.3. Η επίδραση του γονέα και των πρακτικών που εφαρμόζει.....	36
4.4. Άλλες επιδράσεις από το εξωτερικό περιβάλλον .....	38
Βιβλιογραφία.....	39
5. Τροφικές επιλογές — Διαιτητικές προτιμήσεις ατόμων άνω των 65 ετών .....	42
5.1. Εισαγωγή.....	42
5.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τις τροφικές επιλογές ατόμων > 65 ετών.....	42
5.3. Πρακτικές που ακολουθούν οι ηλικιωμένοι και αφορούν την τροφική τους επιλογή.....	43
Βιβλιογραφία.....	45
6. Θεωρίες Ερμηνείας της Διαιτητικής Συμπεριφοράς.....	46
6.1. Εισαγωγή.....	46
6.2. Υπόδειγμα Σταδίων Αλλαγής ή Διαθεωρητικό Υπόδειγμα (Stages of Change Model or Transtheoretical Model) και Αξιολόγηση της Ετοιμότητας.....	46

6.2.1. Στάδια αλλαγής συμπεριφοράς .....	46
6.2.2. Αξιολόγηση σταδίων αλλαγής συμπεριφοράς.....	48
6.2.3. Άλλα στοιχεία του Διαθεωρητικού Υποδείγματος .....	49
6.2.4. Εφαρμογές υποδείγματος σταδίων αλλαγής στις διατροφικές παρεμβάσεις .....	51
Πριν τη σκέψη .....	51
6.3. Άλλες θεωρίες αλλαγής διαιτητικής συμπεριφοράς.....	54
6.3.1. Γνωσιακή Κοινωνική Θεωρία.....	54
6.3.2. Υπόδειγμα Πεποίθησης Υγείας .....	55
6.3.3. Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς .....	55
Βιβλιογραφία.....	57
7. Θεραπευτικές συμβουλευτικές προσεγγίσεις στην αλλαγή διαιτητικής συμπεριφοράς .....	60
7.1. Συνέντευξη Κινητοποίησης .....	60
7.1.1. Θεωρητικό πλαίσιο – Γενικές αρχές.....	60
7.1.2. Προσεγγίσεις κινητοποίησης.....	61
7.1.3. Τεχνικές της Συνέντευξης Κινητοποίησης .....	63
7.1.4. Εφαρμογή μιας προσαρμογής της Συνέντευξης Κινητοποίησης στην πρακτική του διαιτολόγου .	64
7.1.5. Σύντομη Συνέντευξη Κινητοποίησης.....	66
7.1.6. Αποτελεσματικότητα της Συνέντευξης Κινητοποίησης.....	68
7.2. Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία.....	68
7.2.1. Θεωρητικό πλαίσιο – Γενικές αρχές.....	68
7.2.2. Στοιχεία της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας στην πρακτική του διαιτολόγου .....	69
7.2.3. Αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας .....	73
Βιβλιογραφία.....	74
8. Τα στάδια της διαιτολογικής παρέμβασης.....	75
8.1. Εισαγωγή.....	75
8.2. Στάδια παρέμβασης.....	75
8.3. Στάδια παρέμβασης και συνθήκες συνεδριών .....	77
Βιβλιογραφία.....	79
9. Ειδικά θέματα κατά τη διάρκεια της διαιτολογικής συνεδρίας: Λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία — Μείωση της αντίστασης του ασθενούς .....	80
9.1. Εισαγωγή.....	80
9.2. Μη λεκτική επικοινωνία .....	80
9.3. Λεκτική επικοινωνία .....	81
9.4. Μείωση της αντίστασης του ασθενούς .....	84
Βιβλιογραφία.....	85
10. Παρεμβάσεις αλλαγής διαιτητικής συμπεριφοράς και συμβουλευτικής σε διάφορες παθήσεις.....	86
10.1. Εισαγωγή.....	86

10.2. Διαταραχές λήψης τροφής .....	87
10.3. Παχυσαρκία.....	87
10.4. Καρδιαγγειακά νοσήματα .....	89
10.5. Σακχαρώδης Διαβήτης.....	90
Βιβλιογραφία.....	92
11. Νέες προσεγγίσεις παρέμβασης: Τηλεφωνικές παρεμβάσεις και παρεμβάσεις μέσω διαδικτύου .....	97
11.1. Εισαγωγή.....	97
11.2. Τηλεφωνικές συνεδρίες.....	97
11.2.1. Αποτελεσματικότητα τηλεφωνικών παρεμβάσεων στην τροποποίηση του τρόπου ζωής (δίαιτα και άσκηση) .....	97
11.2.2. Τρόπος εφαρμογής τηλεφωνικών συνεδριών.....	99
11.3. Διατροφική παρέμβαση μέσω διαδικτύου.....	99
11.3.1. Αποτελεσματικότητα και τρόπος εφαρμογής διατροφικής παρέμβασης μέσω διαδικτύου .....	100
Βιβλιογραφία.....	102

## Πίνακας αντιστοίχισης ελληνικών με ξένους όρους

Ελληνικός όρος	Αγγλικός όρος
Αμερικανική Ακαδημία Διατροφής και Διαιτολογίας	American Academy of Nutrition and Dietetics
Ανατροφοδότηση	Feedback
Αντιστάθμιση	Counter-conditioning or countering
Αποχώρηση – παραίτηση	Attrition
Αυτοαπελευθέρωση ή Δέσμευση ή Υπόσχεση	Self-liberation or commitment
Αυτοαποτελεσματικότητα	Self-efficacy
Αυτοεπαναξιολόγηση	Self re-evaluation
Αφύπνιση συνείδησης	Consciousness raising
Βοηθητικές σχέσεις	Helping relationships
Γνωσιακή Κοινωνική θεωρία	Social Cognitive Theory
Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία	Cognitive Behavior Therapy
Διαθεωρητικό Υπόδειγμα	Transtheoretical model
Διατήρηση	Maintenance
Διαχείριση ενίσχυσης ή επιβράβευση	Reinforcement management or reward
Δραματική ανακούφιση ή Συναισθηματική εξέγερση	Dramatic relief or emotional arousal
Δράση	Action
Επιλεκτικότητα/«μιζέρια»/«γκρίνια» σχετικά με το φαγητό	Picky/fussy eating
Ζυγαριά αποφάσεων	Desicional balance
Θεραπευτική συμμαχία	Therapeutic alliance
Θεωρία Κοινωνικής Μάθησης	Social Learning Theory
Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς	Theory of Planned Behavior
Κοινωνική απελευθέρωση	Social liberation
Κορεσμός που σχετίζεται με τις αισθήσεις	sensory-specific satiety
Ολίσθηση («γύρισμα») της αντίστασης	Rolling with resistance
Ομάδα Δράσης Προληπτικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ	US Preventive Services Task Force
Ομάδα Εργασίας για τις Συμβουλευτικές και Συμπεριφορικές Παρεμβάσεις	Counseling and Behavioral Interventions Work Group
Παρακολούθηση	Attending
Περιβαλλοντικός έλεγχος ή έλεγχος ερεθισμάτων	Environmental control or stimulus control
Περιβαλλοντική επαναξιολόγηση	Environmental reevaluation
Πολλαπλών-περασμάτων ανάκληση 24ώρου	Multiple pass 24h recall
Πριν τη σκέψη ή Πριν την ενατένιση	Precontemplation
Προετοιμασία	Preparation/Determination
Προσκόλληση	Adherence
Σκέψη ή Ενατένιση	Contemplation
Συνέντευξη Κινητοποίησης	Motivational Interviewing
Συνταύτιση	Concordance
Συμμόρφωση	Compliance
Υπόδειγμα Πεποίθησης Υγείας	Health Belief Model
Υπόδειγμα Σταδίων Αλλαγής	Stages of change model
Υποτροπή	Relapse
Υπουργείο Γεωργίας των ΗΠΑ	United States Department of Agriculture

# 1. Διατροφικές παρεμβάσεις – Η σημασία της προσκόλλησης στην παρέμβαση

## Σύνοψη

*Ο σημαντικός ρόλος της υιοθέτησης και διατήρησης ισορροπημένων διαιτητικών συνηθειών, τόσο σε επίπεδο πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης όσο και σε επίπεδο θεραπείας, είναι πλέον επαρκώς τεκμηριωμένος. Παρά, όμως, τις σημαντικές ερευνητικές και κοινωνικές προσπάθειες υιοθέτησης ενός υγιεινού διατροφικού προτύπου από τα μεμονωμένα άτομα και τους πληθυσμούς, τα ποσοστά επιπολασμού και επίπτωσης αρκετών νοσημάτων που σχετίζονται με τη διατροφή δεν μειώνονται, αλλά αντιθέτως αυξάνονται. Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστεί μια σύντομη ανασκόπηση τόσο των παρεμβάσεων που έχουν υλοποιηθεί, ανάλογα με το περιβάλλον στο οποίο διεξήχθησαν και τον αποδέκτη τους, όσο και των πιθανών παραγόντων που συμβάλλουν στη σχετική αναποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων αυτών μέχρι σήμερα. Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί σε θέματα που αφορούν τη συμμόρφωση ή και προσκόλληση του ατόμου στην παρέμβαση, καθώς και τη συνεργασία του με τον επιστήμονα της διατροφής.*

## 1.1. Διατροφή και υγεία

Σε σχέση με την επίδραση που έχει η διατροφή στην πρόληψη διάφορων νοσημάτων υπάρχει εκτενής τεκμηρίωση. Για παράδειγμα, περίπου 30–40% όλων των τύπων καρκίνου μπορούν να προληφθούν με μια ισορροπημένη διαίτα, με επαρκή φυσική δραστηριότητα και με έλεγχο του σωματικού βάρους (Glade, 1999). Αντίστοιχα, η διαίτα αποτελεί σημαντικό τροποποιήσιμο παράγοντα για την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων (Eckel, et al., 2014; ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension, 2013; Kromhout, Menotti, Kesteloot, & Sans, 2002), ενώ και οι συστάσεις για την πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη αλλά και της παχυσαρκίας εστιάζουν πρωτίστως σε διατροφικούς στόχους, αναδεικνύοντας τη σπουδαιότητα της τροποποίησης της διαιτητικής πρόσληψης και των διαιτητικών παρεμβάσεων (Bantle, et al., 2008; Seagle, Strain, Makris, & Reeves, 2009).

Εξίσου σημαντικός είναι ο ρόλος της διατροφής και στη διαχείριση και θεραπεία διάφορων χρόνιων νοσημάτων. Οι διαιτητικές αλλαγές αποτελούν βασικό συστατικό της αντιμετώπισης των καρδιαγγειακών νοσημάτων, του σακχαρώδους διαβήτη, της παχυσαρκίας και της υπέρτασης (Evert, et al., 2014; Jensen, et al., 2014; Mancía, et al., 2013). Οι συστάσεις προτείνουν την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, καθώς και την επίτευξη και διατήρηση του προβλεπόμενου για καλή υγεία σωματικού βάρους (Bantle, et al., 2008; National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel, 2002; Seagle, et al., 2009). Επίσης, οι αλλαγές στη διαιτητική πρόσληψη έχουν χρησιμοποιηθεί και ως μέσο για τη βελτίωση των συμπτωμάτων και για τον έλεγχο των συνοδών βιοχημικών προβλημάτων διάφορων ασθενειών, όπως το AIDS, οι νευρολογικές παθήσεις (π.χ. ασθένεια του Parkinson), οι νεφροπάθειες, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, νοσημάτων, δηλαδή, για τα οποία οι διατροφικές οδηγίες συμπεριλαμβάνονται στις συστάσεις αντιμετώπισης της νόσου, χωρίς να αποτελούν την κύρια οδό αντιμετώπισης (Adam, et al., 2003; Fields-Gardner & Fergusson, 2004; Hafstrom, et al., 2001; Hirata, Asanuma, Kondo, & Ogawa, 1992; Horstink, et al., 2006; Ikizler, et al., 2013; Kjeldsen-Kragh, et al., 1991; Pincus & Barry, 1987; Skoldstam, Hagfors, & Johansson, 2003).

## 1.2. Διατροφικές παρεμβάσεις

Πλήθος παρεμβάσεων έχουν γίνει για την προώθηση και τη βελτίωση των διαιτητικών συνηθειών των ανθρώπων, όπως προκύπτει από τον όγκο των σχετικών δημοσιεύσεων. Παρόλα αυτά, τα ποσοστά εμφάνισης των ασθενειών που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με τη διατροφή δεν μειώνονται σημαντικά, ενώ σε μερικές, μάλιστα, περιπτώσεις αυξάνονται. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι, σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, συνεχίζει να είναι υψηλό το ποσοστό (περίπου το 1/3) των θανάτων παγκοσμίως που οφείλεται σε νοσήματα σχετιζόμενα με τη διατροφή, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης και διάφορες μορφές καρκίνου (World Health Organization, 2012). Στις χώρες, μάλιστα, υψηλού εισοδήματος το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο (περίπου 40%). Οι λόγοι είναι πολλοί και σχετίζονται τόσο με τους αιτιολογικούς παράγοντες και τους παράγοντες κινδύνου που αφορούν τις συγκεκριμένες ασθένειες, όσο και με τους τύπους των παρεμβάσεων που έχουν εφαρμοσθεί μέχρι σήμερα, καθώς και με τη μειωμένη προσκόλληση των ασθενών στις συστάσεις.



Κάνοντας μια ανασκόπηση των παρεμβάσεων που έχουν γίνει μέχρι σήμερα για την αλλαγή των διαιτητικών συνηθειών, αυτές θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής (Glanz, 1997):

α. Ανάλογα με το περιβάλλον στο οποίο διεξήχθησαν, διακρίνονται διατροφικές παρεμβάσεις:

- σε διαιτολογικά γραφεία, νοσοκομεία, κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (κέντρα υγείας, ιδιωτικά ιατρεία),
- σε σχολεία,
- σε χώρους εργασίας,
- σε διάφορες οργανώσεις και ομάδες,
- στην αγορά.

β. Ανάλογα με τον αποδέκτη της παρέμβασης, διακρίνονται:

- διατροφικές παρεμβάσεις σε επίπεδο κοινωνίας, π.χ.:
  - διατροφική πολιτική του κράτους,
  - νομοθετικό πλαίσιο,
  - οικονομικές και άλλες παροχές στον τομέα της υγείας.
- διατροφικές παρεμβάσεις σε επίπεδο μικρών ομάδων, π.χ.:
  - προγράμματα διατροφικής αγωγής σε σχολεία,
  - εκστρατείες για τη μείωση παραγόντων κινδύνου,
  - κινητοποίηση και συνεισφορά του ιατρικού κόσμου,
  - προσπάθειες να βελτιωθεί το περιβάλλον εργασίας,
  - διατροφικές παρεμβάσεις σε σημεία της αγοράς (εστιατόρια, σούπερ-μάρκετ).
- διατροφικές παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο, π.χ.:
  - από διαιτολόγους και γιατρούς σε επίπεδο πρόληψης και θεραπείας, με τη μορφή ατομικών συνεδριών ή παροχής ενημερωτικών φυλλαδίων,
  - βιβλία, ιστοσελίδες & εφαρμογές σε κινητό τηλέφωνο αυτοβοήθειας.

Αρκετές από τις παρεμβάσεις αυτές έχει αποδειχθεί ότι έχουν βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα στις διαιτητικές συνήθειες, αν και οι περιπτώσεις στις οποίες έγινε μακροπρόθεσμη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης είναι λίγες. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι οι περισσότερες παρεμβάσεις αναφέρονται και, τελικά, καταγράφουν τις αλλαγές στα κινητοποιημένα άτομα, αγνοώντας συνήθως την πορεία άλλων ατόμων, τα οποία είτε αμφιταλαντεύονται είτε αρνούνται να προχωρήσουν στις απαιτούμενες διαιτητικές αλλαγές (κάποια αδρά στοιχεία για το θέμα αυτό μπορεί κανείς να αντλήσει αν αξιολογήσει τα ποσοστά αποχώρησης που καταγράφονται στις διάφορες παρεμβάσεις).

### 1.3. Συμμόρφωση – προσκόλληση

Η αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης δεν εξαρτάται μόνο από το είδος αυτής καθαυτής της παρέμβασης, αλλά και από το κατά πόσο οι ασθενείς την εφαρμόζουν. Ένας από τους λόγους «αποτυχίας» της πρόληψης και θεραπείας των νοσημάτων αυτών εκτιμάται ότι είναι η χαμηλή προσκόλληση των ασθενών στις συστάσεις, συμπεριλαμβανομένων και των διατροφικών συστάσεων. Η σημασία της μη προσκόλλησης είναι μεγάλη, αφού ακόμα και «οι πιο καλά τεκμηριωμένες θεραπευτικές αγωγές είναι άχρηστες, εάν ο ασθενής επιλέξει να μην προσκολληθεί σ' αυτές», δηλαδή, να μην τις ακολουθήσει (Dracup & Meleis, 1982). Πληθώρα ερευνητικών δεδομένων υποστηρίζουν αυτήν τη θέση. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι, ανεξάρτητα από το είδος της δίαιτας που ακολούθησαν υπέρβαροι/παχύσαρκοι άνθρωποι στην προσπάθεια απώλειας σωματικού βάρους, η μείωση του βάρους ήταν μεγαλύτερη σε εκείνους που πέτυχαν μεγαλύτερη προσκόλληση, συγκριτικά με εκείνους που είχαν μικρότερη προσκόλληση σε διάστημα ενός έτους (Alhassan, Kim, Bersamin, King, & Gardner, 2008). Στη συνέχεια θα γίνει αναλυτική αναφορά στο θέμα της προσκόλλησης στις διατροφικές συστάσεις που αφορούν κάθε νόσημα.

#### 1.3.1. Ορισμοί

Ο βαθμός εφαρμογής/υιοθέτησης των συστάσεων των επαγγελματιών υγείας από τους ασθενείς αποδίδεται στην επιστημονική βιβλιογραφία με διάφορους όρους, όπως *συμμόρφωση (compliance)*, *προσκόλληση (adherence)*, *συνταύτιση (concordance)*, *θεραπευτική συμμαχία (therapeutic alliance)*. Οι όροι *συμμόρφωση* και *προσκόλληση* περιγράφουν σχετικά «κοντινές» έννοιες αλλά με μια ουσιαστική διαφορά μεταξύ τους.

Ο αγγλικός όρος «compliance» προέρχεται από την λατινική λέξη *complire*, η οποία σημαίνει «συμπληρώνω» και έτσι «ολοκληρώνω» μια δράση, ενέργεια, ή διαδικασία, και «εκπληρώνω» μια υπόσχεση (Aronson, 2007). Σύμφωνα με τους Heynes και Sackett η συμμόρφωση ορίζεται ως ο βαθμός κατά τον οποίο η συμπεριφορά ενός ατόμου (αναφορικά με τη λήψη φαρμάκων, εφαρμογή διαιτητικού προτύπου ή άλλων αλλαγών στον τρόπο ζωής) συμπίπτει με την ιατρική οδηγία (Haynes, Taylor, & Sackett, 1979). Ο όρος αυτός άρχισε να χρησιμοποιείται ευρέως στη δεκαετία του '70, με σκοπό να καταργηθούν οι όροι *ανυπακοή* και *απάθεια που* χρησιμοποιούνταν μέχρι τότε στον χαρακτηρισμό της συμπεριφοράς των ασθενών (Lerner, 1997). Η συμμόρφωση υποδηλώνει ότι οι ασθενείς ενδίδουν ή υπακούν στις οδηγίες του επιστήμονα υγείας (Lutfey & Wishner, 1999). Πρόκειται για μια έννοια η οποία δίνει έμφαση σε μια πατερναλιστική προσέγγιση του υπεύθυνου υγείας προς τον ασθενή (Aronson, 2007; Trostle, 1988): δεν λαμβάνει, δηλαδή, υπόψη το γεγονός ότι η ίδια συμπεριφορά του ασθενούς μπορεί να είναι αποτέλεσμα διάφορων διαδικασιών, συμπεριλαμβανομένων του εξαναγκασμού ή της θεραπευτικής συμμαχίας.

Από την άλλη, η λέξη προσκόλληση, η οποία συχνά χρησιμοποιείται αντί της λέξης συμμόρφωση με το ίδιο νόημα, προέρχεται από τη λατινική λέξη *adhaerere*, που σημαίνει «γαντζώνομαι σε», «κολλάω», «είμαι κοντά» ή «παραμένω αμετάβλητος» (Aronson, 2007). Η προσκόλληση αντικατοπτρίζει την αυξανόμενη πολυπλοκότητα της ιατρικής φροντίδας, προτείνοντας την άποψη ότι οι ασθενείς είναι ανεξάρτητα και αυτόνομα άτομα, με ενεργό και εκούσιο ρόλο στον προσδιορισμό και την αναζήτηση στόχων για την ιατρική τους θεραπεία (Lutfey & Wishner, 1999). Όπως και η συμμόρφωση, αναφέρεται στο αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ασθενούς – επαγγελματία υγείας (Madden, 1990). Ωστόσο, οι δύο έννοιες διαφέρουν σημαντικά (Brawley & Culos-Reed, 2000). Συγκεκριμένα, η έννοια της προσκόλλησης υπονοεί ότι οι άνθρωποι επιλέγουν ελεύθερα να διεκπεραιώσουν προγράμματα αλλαγών συμπεριφοράς, συμβάλλουν σ' αυτά και έχουν ενεργητικό ρόλο στην ανάπτυξη και προσαρμογή των παραμέτρων τους, σε ένα πλαίσιο αλληλεπίδρασης και συνεργασίας με τον θεράποντα. Αντίθετα, η συμμόρφωση υποδηλώνει μια συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από έναν περισσότερο παθητικό ρόλο του ασθενούς ή του συμμετέχοντα, που ακολουθεί πιστά τις συμβουλές του ειδικού χωρίς αντίρρηση. Τελικά, η συμμόρφωση αφορά μια ιατροκεντρική προσέγγιση και αναφέρεται στον βαθμό κατά τον οποίο η συμπεριφορά ενός ατόμου «συμπίπτει» με τις ιατρικές οδηγίες —τις διατροφικές συστάσεις στην περίπτωση μας— ενώ η προσκόλληση προϋποθέτει μια ασθενοκεντρική προσέγγιση, με μεγαλύτερη έμφαση στην ελεύθερη βούληση του ασθενούς και, επομένως, στη συνεργασία μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Στις διατροφικές παρεμβάσεις είναι διαπιστωμένο ότι το επίπεδο της προσκόλλησης στις διατροφικές οδηγίες αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την αποτελεσματικότητα της διατροφικής θεραπείας (Desroches, et al., 2011).

Ο όρος *συνταύτιση* δεν αναφέρεται στη συμπεριφορά του ασθενούς απέναντι στη θεραπεία αλλά στη σχέση του με τον επαγγελματία υγείας. Συγκεκριμένα, η συνταύτιση ορίζεται ως η συμφωνία στην οποία φτάνουν, μετά από διαπραγμάτευση, ο ασθενής και ο επαγγελματίας υγείας, με τον τελευταίο να σέβεται τις πεποιθήσεις και τις επιθυμίες του ασθενούς, προκειμένου να προσδιοριστεί το εάν, τότε και πώς θα ληφθεί η φαρμακευτική αγωγή (Horne, Weinman, Barber, Elliott, & Morgan, 2007). Ο όρος αυτός υπονοεί ότι ο επαγγελματίας υγείας και ο ασθενής πρέπει να έρθουν σε συμφωνία, σχετικά με την αγωγή που θα λάβει ο ασθενής (Aronson, 2007). Πρόκειται, δηλαδή, για μια «διαπραγμάτευση» μεταξύ τους, η οποία καταλήγει σε κάποιο αποτέλεσμα (Newell, 2006). Επίσης, υπονοεί ότι ο ασθενής αναλαμβάνει μεγαλύτερη ευθύνη για τη διαχείριση του προβλήματός του, αν και ενδέχεται να μην είναι όλοι οι ασθενείς διατεθειμένοι να κάνουν κάτι τέτοιο —αλλά και όσοι είναι κάποια στιγμή διατεθειμένοι, ενδέχεται να μην είναι συνεχώς στον ίδιο βαθμό.

Λιγότερο συχνά χρησιμοποιείται ο όρος *θεραπευτική συμμαχία*. Αναφέρεται, κυρίως, στην εργασιακή σχέση μεταξύ του ασθενούς και του θεραπευτή, και χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά στην ψυχαναλυτική βιβλιογραφία από την Zetzel το 1956 (Zetzel, 1956). Μετέπειτα, οι Hatcher και Barends όρισαν τη θεραπευτική συμμαχία ως «τον βαθμό στον οποίο η θεραπευτική δυάδα δεσμεύεται σε συνεργατικής φύσης δουλειά που έχει κάποιον σκοπό» (Hatcher & Barends, 2006). Η θεραπευτική σχέση και η συμμαχία δεν είναι συνώνυμες έννοιες, ωστόσο, η συμμαχία μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της σχέσης μεταξύ του θεραπευόμενου και του θεραπευτή. Σε μια σχέση στην οποία η συμμαχία είναι ισχυρή, οι ασθενείς θα νιώθουν ασφαλείς και άνετοι να συζητήσουν τις ανησυχίες τους και να δεσμευτούν στο θεραπευτικό σχήμα που θα τους ζητηθεί. Από την άλλη, ο ιατρός ή ο οποιοσδήποτε ειδικός σε θέματα υγείας θα είναι ανοικτός, δεκτικός και μη επικριτικός. Αυτού του είδους η συνεργασία ενσωματώνει τις προτιμήσεις και τους στόχους του ασθενούς και σκιαγραφεί τις μεθόδους για την επίτευξη των στόχων.

Τέλος, κυρίως στα ερευνητικά πρωτόκολλα, καταγράφεται και ο όρος *αποχώρηση – παραίτηση* (*attrition*). Η αποχώρηση αναφέρεται, κυρίως, στο αν και κατά πόσο το άτομο «μένει» σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, με την έννοια της παρακολούθησης των συνεδριών, της συνέπειας ως προς την προσέλευση στις

συνεδρίες κ.λπ. Από όλους τους προαναφερθέντες όρους, αυτοί που συχνά χρησιμοποιούνται είναι η προσκόλληση και η συμμόρφωση, πολλές φορές και χωρίς εννοιολογική διαφοροποίηση. Αυτό το τελευταίο έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργείται πρόβλημα και στην αξιολόγησή τους, αφού δεν υπάρχουν κατάλληλα εργαλεία που να αποτιμούν την ουσία του ενός ή του άλλου όρου. Στο παρόν σύγγραμμα θα χρησιμοποιηθεί, κυρίως, ο όρος προσκόλληση, λόγω του ότι περιγράφει τη συνεργατική σχέση του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς και την ενεργή συμμετοχή του τελευταίου στη θεραπευτική διαδικασία, χαρακτηρίζοντας έτσι καλύτερα τον ασθενοκεντρικό χαρακτήρα ο οποίος διέπει τα θεωρητικά υποδείγματα που θα περιγραφούν παρακάτω, σε αντίθεση με τον όρο συμμόρφωση που περιγράφει καλύτερα, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, το αποτέλεσμα της θεραπευτικής σχέσης ενός ιατροκεντρικού υποδείγματος συνεργασίας (Delamater, 2006).

### 1.3.2. Μέθοδοι αξιολόγησης της προσκόλλησης στις διατροφικές συστάσεις

Η αξιολόγηση της προσκόλλησης είναι απαραίτητη για τον σχεδιασμό μιας αποτελεσματικής και αποδοτικής θεραπείας. Επίσης, οι αποφάσεις, σχετικά με την όποια αλλαγή των συστάσεων αλλά και του στυλ επικοινωνίας, που στοχεύουν στο να προάγουν την εμπλοκή του ασθενούς στη θεραπεία, εξαρτώνται από την έγκυρη και αξιόπιστη μέτρηση της προσκόλλησης. Σε ιατρικές ή συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις, η αξιολόγηση της προσκόλλησης γίνεται συνήθως έμμεσα, με δείκτες κατάστασης της υγείας, εκτιμήσεις από τον επαγγελματία υγείας, παρατηρήσεις από τις συμπεριφορές του ασθενούς και αυτοαναφορές ασθενών (Johnson, 1992).

Οι δείκτες κατάστασης της υγείας χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της προσκόλλησης στις διατροφικές παρεμβάσεις σε νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και οι υπερλιπιδαιμίες, για την αντιμετώπιση των οποίων η διαίτα συμβάλλει σημαντικά, τροποποιώντας τους βιοχημικούς δείκτες. Για παράδειγμα, η διατροφική προσκόλληση έχει συσχετιστεί θετικά με τον γλυκαιμικό έλεγχο, όπως αυτός αντικατοπτρίζεται στις τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (Howteerakul, Suwannapong, Rittichu, & Rawdaree, 2007; Strychar, et al., 1998). Επίσης, η αύξηση της προσκόλλησης στις διατροφικές συστάσεις για την πρόσληψη κορεσμένων λιπιδίων και χοληστερόλης έχει φανεί ότι μειώνει τις συγκεντρώσεις της Low Density Lipoprotein (LDL) χοληστερόλης (Burke, Dunbar-Jacob, Orchard, & Sereika, 2005). Όμως, στις περιπτώσεις αυτές πολύ συχνά χορηγείται ταυτόχρονα φαρμακευτική αγωγή, η οποία, επίσης, επηρεάζει τους βιοχημικούς δείκτες, με αποτέλεσμα οι αλλαγές στους δείκτες αυτούς να μην αποτελούν αξιόπιστο δείκτη της προσκόλλησης στις διατροφικές συστάσεις, αλλά να αντανακλούν την προσκόλληση στο συνολικό θεραπευτικό σχήμα, χωρίς να είναι εφικτός ο διαχωρισμός του βαθμού προσκόλλησης μεταξύ των εμπλεκόμενων παραμέτρων (δίαιτα, άσκηση, φαρμακευτική αγωγή).

Έτσι, στις διατροφικές παρεμβάσεις ή στις παρεμβάσεις του τρόπου ζωής, οι μέθοδοι που πιο συχνά χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της διατροφικής προσκόλλησης περιλαμβάνουν —εκτός από τους δείκτες υγείας— τα εργαλεία διατροφικής αξιολόγησης, με τα οποία η αξιολόγηση της προσκόλλησης είναι άμεση, αφού αξιολογούν τις διατροφικές συνήθειες και όχι το αποτέλεσμα της τροποποίησής τους (όπως συμβαίνει με τους κλινικούς και βιοχημικούς δείκτες υγείας) (Vitolins, Rand, Rapp, Ribisl, & Sevick, 2000). Στα εργαλεία αυτά ανήκουν η ανάκληση 24ωρου, τα ημερολόγια καταγραφής τροφίμων και τα ερωτηματολόγια συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Αντίστοιχα, για την αξιολόγηση της προσκόλλησης σε αλλαγές στη φυσική δραστηριότητα οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι η άμεση και έμμεση θερμιδομετρία, η μέθοδος του διπλά σημασμένου νερού, καθώς και μια ποικιλία μεθόδων αυτοαναφοράς. Και στις δύο περιπτώσεις, οι μέθοδοι θα πρέπει να είναι έγκυρες, αξιόπιστες και ευαίσθητες στην αλλαγή. Ένα από τα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο επιστήμονας υγείας είναι ότι καμία από τις παραπάνω μεθόδους δεν αποτελεί «ιδανική μέθοδο», με αποτέλεσμα να επιλέγεται η καταλληλότερη κάθε φορά, βάσει της συμπεριφοράς που μελετάται. Όλες οι μέθοδοι έχουν αδυναμίες και πλεονεκτήματα, γι' αυτό και προτείνεται να χρησιμοποιούνται δύο ή και περισσότεροι τρόποι αξιολόγησης της προσκόλλησης, προκειμένου να αλληλοσυμπληρώνονται στις πληροφορίες που συλλέγονται. Ένα άλλο πρόβλημα της αξιολόγησης της προσκόλλησης είναι ότι αυτή δεν αποτελεί μια δίτιμη μεταβλητή, έτσι ώστε να θεωρηθεί ότι ένα άτομο προσκολλάται ή όχι, αλλά πρόκειται για μια πολυδιάστατη μεταβλητή με ένα εύρος αλλαγών και με σοβαρές πιθανότητες το άτομο να προσκολλάται σε μια διατροφική συμπεριφορά σε κάποιο βαθμό, ενώ σε μια άλλη καθόλου (Delamater, 2006). Ομοίως, ενδέχεται το άτομο να έχει τροποποιήσει τη συμπεριφορά του προς την επιθυμητή κατεύθυνση της εκάστοτε σύστασης, αλλά όχι στον βαθμό που απαιτείται, οπότε και δεν είναι δυνατό να χαρακτηριστεί ως προσκολλημένος αλλά ούτε και ως μη προσκολλημένος. Παρακάτω, παρουσιάζονται αναλυτικότερα οι μέθοδοι αξιολόγησης της προσκόλλησης που χρησιμοποιούνται στις διατροφικές παρεμβάσεις.

## **Ανάκληση 24ώρου**

Αναφορικά με την ανάκληση 24ώρου, το άτομο καλείται να θυμηθεί και να αναφέρει όλα τα τρόφιμα και ποτά που κατανάλωσε τις προηγούμενες 24 ώρες ή την προηγούμενη ημέρα (Thompson & Byers, 1994). Η ανάκληση τυπικά πραγματοποιείται μέσω προσωπικής συνέντευξης, είτε με τη μέθοδο χρήσης χαρτιού-στυλό είτε μέσω τηλεφώνου ή διαδικτύου. Η συνέντευξη συνήθως έχει συγκεκριμένη δομή, προκειμένου να βοηθήσει τον ερωτώμενο να θυμηθεί όλα τα τρόφιμα που κατανάλωσε την προηγούμενη ημέρα. Η επιμελής διερεύνηση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη τόσο στη συλλογή των απαραίτητων λεπτομερειών, όπως ο τρόπος παρασκευής των τροφίμων, όσο και στην ανάκληση τροφίμων τα οποία σε πρώτη φάση παραλείπονται —όπως συνήθη προστιθέμενα τρόφιμα (π.χ. το βούτυρο στο τοστ)— αλλά ακόμα και γευμάτων τα οποία, επίσης, παραβλέπονται (π.χ. μικρογεύματα ή ροφήματα). Ενδεικτικά, αναφέρεται πως στη μελέτη των Karvetti και Knuts φάνηκε ότι κάποια από τα τρόφιμα που είχαν καταναλωθεί δεν αναφέρθηκαν: για παράδειγμα, σπανίως σημειώθηκε παράλειψη της κατανάλωσης ψαριού, ενώ συχνότερα εμφανίστηκε παράλειψη της κατανάλωσης μαγειρεμένων λαχανικών (Karvetti & Knuts, 1985). Προτείνεται, λοιπόν, η χρήση τυποποιημένων ουδέτερων ερωτήσεων, προκειμένου να αποφευχθεί η καθοδήγηση του αποκρινόμενου προς συγκεκριμένες απαντήσεις, τις οποίες στην πραγματικότητα ενδέχεται να μη γνωρίζει ή να μη θυμάται (Thompson & Byers, 1994).

Η μέθοδος έχει αρκετά πλεονεκτήματα, όπως το ότι δεν απαιτείται γνώση ανάγνωσης και γραφής από τον αποκρινόμενο, αφού το εργαλείο συμπληρώνεται από τον ερευνητή. Ο συνήθης χρόνος για την ανάκληση της διαιτητικής πρόσληψης του προηγούμενου 24ώρου είναι 20 λεπτά. Έτσι, λόγω του μικρού φόρτου του αποκρινόμενου, όσοι δέχονται να δώσουν ανάκληση 24ωρου είναι πιθανότερο να αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού, συγκριτικά με όσους δέχονται να τηρήσουν ημερολόγια καταγραφής τροφίμων. Επίσης, λόγω της αμεσότητας της ανακαλούμενης περιόδου, οι αποκρινόμενοι είναι συνήθως σε θέση να ανακαλέσουν σε μεγάλο βαθμό τη διαιτητική τους πρόσληψη, ενώ λόγω του ότι η ανάκληση συμβαίνει μετά την κατανάλωση της αναφερόμενης τροφής, είναι λιγότερο πιθανό να επηρεάσει η μέθοδος αξιολόγησης τη διατροφική συμπεριφορά.

Αδυναμίες της μεθόδου αποτελούν το ότι οι αποκρινόμενοι ενδέχεται να μην αναφέρουν με ακρίβεια τη διαιτητική τους πρόσληψη, και άρα και την προσκόλλησή τους, για διάφορους λόγους που σχετίζονται με τη μνήμη ή τις συνθήκες της συνέντευξης, καθώς και το ότι, λόγω της διακύμανσης από μέρα σε μέρα, μπορεί σε μεμονωμένα άτομα να υπάρχει σημαντικό λάθος εκτίμησης (Thompson & Byers, 1994; Willett, 1998a). Επιπρόσθετα, άτομα που βρίσκονται στα χαμηλότερα επίπεδα πρόσληψης τείνουν να υπερεκτιμούν την περασμένη κατανάλωση τροφής, ενώ άτομα που βρίσκονται στα υψηλότερα επίπεδα πρόσληψης τείνουν να την υποαναφέρουν, με αποτέλεσμα να προκύπτει μια πλασματική εικόνα της πρόσληψης και, κατά συνέπεια, του βαθμού προσκόλλησης στις διατροφικές συστάσεις.

Προκειμένου να παρέχει ο αποκρινόμενος πληρέστερες πληροφορίες σχετικά με την καταναλισκόμενη τροφή, κατά την ανάκληση του 24ώρου, αναπτύχθηκε η πολλαπλών-περασμάτων ανάκληση 24ώρου (multiple pass 24h recall), η οποία χρησιμοποιήθηκε από το Υπουργείο Γεωργίας των ΗΠΑ (United States Department of Agriculture, USDA) (Guenther, Cleveland, & Ingwersen, 1998). Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, μια πρώτη ομάδα ερωτήσεων αποσκοπεί στο να καταγράψει το άτομο σε μια λίστα τα τρόφιμα που κατανάλωσε κατά την περασμένη ημέρα. Η επόμενη ομάδα ερωτήσεων στοχεύει στο να περιγραφούν τα καταγεγραμμένα τρόφιμα, ενώ μια τρίτη ομάδα ερωτήσεων περιλαμβάνει τον έλεγχο της πληρότητας του τι έχει ήδη αναφερθεί. Εξέλιξη της παραπάνω μεθόδου αποτελεί η 5-βημάτων πολλαπλών-περασμάτων ανάκληση 24ώρου (Moshfegh, Borrud, B., & LaComb, 1999; Moshfegh, et al., 2001). Η μέθοδος αυτή περιλαμβάνει, εκτός από τα παραπάνω, και δύο ακόμη βήματα: α) τη δημιουργία λίστας ξεχασμένων τροφίμων, η οποία εξετάζει κατά πόσο έχει καταναλώσει το άτομο τρόφιμα για τα οποία έχει παρατηρηθεί ότι συχνά παραλείπεται να αναφερθούν, και β) την καταγραφή του χρόνου και των συνθηκών κάτω από τις οποίες καταναλώθηκαν τα τρόφιμα.

## **Ημερολόγια καταγραφής τροφίμων**

Στα ημερολόγια καταγραφής τροφίμων ο ασθενής καλείται να καταγράψει τα τρόφιμα και τα ποτά (είδος και ποσότητα) που έχει καταναλώσει για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Με τον τρόπο αυτόν, μπορεί να αξιολογηθεί η προσκόλλησή του στις προτεινόμενες κάθε φορά διατροφικές αλλαγές (Thompson & Byers, 1994). Οι καταναλισκόμενες ποσότητες ζυγίζονται και καταγράφονται ή υπολογίζονται με τη χρήση οικιακών μεζούρων ως υποδειγμάτων (π.χ. φλιτζάνι, κουταλιές της σούπας) ή/και με τη βοήθεια προπλασμάτων, φωτογραφιών, αλλά συχνά και χωρίς καμία συγκεκριμένη βοήθεια από υποδείγματα. Συνήθως δεν καταγράφονται παραπάνω από 3 ή 4 συνεχόμενες μέρες. Η καταγραφή για περισσότερες από 7 ημέρες δεν δίνει αξιόπιστα αποτελέσματα, λόγω της κόπωσης του αποκρινόμενου και της μη ακριβούς καταγραφής της

πρόσληψης (Gersovitz, Madden, & Smiciklas-Wright, 1978). Θεωρητικά, η αναφορά πρέπει να γίνεται τη στιγμή της κατανάλωσης. Η μέθοδος αυτή απαιτεί την εκπαίδευση του αποκρινόμενου, σχετικά με το επίπεδο της πληροφόρησης που πρέπει να δώσει, έτσι ώστε να περιγράψει επαρκώς τα τρόφιμα και τις ποσότητες που καταναλώνει (το όνομα του τροφίμου και το όνομα μάρκας, τη μέθοδο παρασκευής, τις συνταγές και τα μεγέθη μερίδων) (Willett, 1998a). Στο τέλος της περιόδου καταγραφής προτείνεται η διενέργεια μιας ανασκόπησης του ημερολογίου από τον διαιτολόγο, προκειμένου να διευκρινισθούν ασάφειες ή να συμπληρωθούν τρόφιμα που έχουν παραλειφθεί.

Ανάμεσα στα πλεονεκτήματα της μεθόδου ίσως το πιο σημαντικό είναι το γεγονός ότι προσφέρει τη δυνατότητα παροχής ακριβούς πληροφόρησης, σχετικά με τα τρόφιμα που καταναλώθηκαν κατά την περίοδο καταγραφής. Για τον λόγο αυτόν, τα ημερολόγια καταγραφής τροφίμων θεωρούνται συχνά μέθοδος αναφοράς για την αξιολόγηση της διαιτητικής πρόσληψης και πιθανώς και της προσκόλλησης σε διατροφικές συστάσεις και παρεμβάσεις. Καταγράφοντας τα τρόφιμα ενώ καταναλώνονται, το πρόβλημα της παράλειψης ελαχιστοποιείται και τα τρόφιμα περιγράφονται πληρέστερα. Επίσης, η μέτρηση των ποσοτήτων των καταναλισκόμενων τροφίμων παρέχει πιο ακριβή στοιχεία για το μέγεθος των μερίδων, σε σχέση με τη μέθοδο της ανάκλησης, κατά την οποία ο αποκρινόμενος ανακαλεί ποσότητες τροφίμων που έχουν καταναλωθεί προγενέστερα.

Αδυναμία της μεθόδου αποτελεί το ότι απαιτείται ο αποκρινόμενος να είναι κινητοποιημένος και γνώστης γραφής και ανάγνωσης (εάν η καταγραφή είναι στο χαρτί), γεγονός που μπορεί να καθιστά ανέφικτη τη χρήση της μεθόδου σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Η ανάγκη, εξάλλου, για συνεργασία στην τήρηση καταγραφής ενδέχεται να περιορίσει τη γενίκευση των ευρημάτων για τον γενικότερο πληθυσμό, από τον οποίο λήφθηκε το δείγμα. Όταν το άτομο καταγράφει όλα όσα κατανάλωσε μια φορά την ημέρα, η μέθοδος προσεγγίζει αυτήν της ανάκλησης 24ωρου, λόγω του ότι βασίζεται στη μνήμη και όχι στην άμεση καταγραφή της καταναλισκόμενης τροφής. Από την άλλη, όταν τα τρόφιμα καταγράφονται τη στιγμή που καταναλώνονται, ενδέχεται να επηρεάζεται η διαιτητική πρόσληψη (κόπος από τη συνεχή καταγραφή), οπότε και να καταγράφεται μια «πλασματική» προσκόλληση. Και στη μέθοδο αυτή παρατηρείται υποκαταγραφή, η οποία αποδίδεται είτε στην ανολοκλήρωτη καταγραφή είτε στην επίδραση που έχει η καταγραφή στις διατροφικές επιλογές (Rebro, Patterson, Kristal, & Cheney, 1998). Για παράδειγμα, έχει διαπιστωθεί ότι με τη μέθοδο αυτή υπερεκτιμάται ο βαθμός προσκόλλησης σε δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπίδια (συγκριτικά με τις επαναλαμβανόμενες ανακλήσεις 24ώρου) (Buzzard, et al., 1996).

### **Ερωτηματολόγια συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων**

Στα ερωτηματολόγια συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, το άτομο καλείται να αναφέρει τη συνήθη συχνότητα κατανάλωσης κάθε τροφίμου από μια λίστα τροφίμων και για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (Thompson & Byers, 1994). Οι πληροφορίες που συλλέγονται σχετίζονται μόνο με τη συχνότητα (και μερικές φορές με την ποσότητα) της λίστας τροφίμων, ενώ λίγες λεπτομέρειες αφορούν άλλα χαρακτηριστικά των καταναλισκόμενων τροφίμων, όπως είναι οι τρόποι μαγειρέματος ή οι συνδυασμοί των τροφίμων στα γεύματα (Willett, 1998b). Προκειμένου να εκτιμηθεί η σχετική ή απόλυτη πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, πολλά εργαλεία συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων ενσωματώνουν ερωτήσεις μεγέθους μερίδας ή προσδιορίζουν το μέγεθος της μερίδας μέσω ανοικτών ερωτήσεων.

Υπάρχουν πολλά ερωτηματολόγια συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, τα οποία αναπτύχθηκαν για διαφορετικούς πληθυσμούς ή για διαφορετικούς σκοπούς. Έχουν το πλεονέκτημα ότι αντικατοπτρίζουν τη συνήθη διαιτητική πρόσληψη και, συνεπώς, μπορούν να αξιολογήσουν την προσκόλληση που αφορά την κατανάλωση συγκεκριμένων τροφίμων. Επίσης, αποκτώντας πληροφορίες για τη δίαιτα μιας ολόκληρης χρονικής περιόδου, δίνεται η δυνατότητα να μην καταγραφεί μόνο η τρέχουσα δίαιτα (η οποία μπορεί να έχει επηρεαστεί με οξύ τρόπο από κάποια ασθένεια) αλλά και η συνήθης διαιτητική πρόσληψη. Τα περισσότερα ερωτηματολόγια συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων είναι αυτοσυμπληρούμενα και απαιτούν λίγο χρόνο για τη συμπλήρωσή τους, ενώ, αν είναι οπτικά σαρώσιμα, μπορεί να μειωθεί σημαντικά το κόστος επεξεργασίας των αποτελεσμάτων τους.

Η μεγαλύτερη αδυναμία της μεθόδου αυτής είναι ότι πολλές λεπτομέρειες της διαιτητικής πρόσληψης δεν καταμετρώνται, και η ποσοτικοποίηση της πρόσληψης δεν είναι το ίδιο ακριβής μ' αυτήν των ημερολογίων καταγραφής τροφίμων ή των ανακλήσεων, οπότε και, υπό αυτήν την έννοια, δεν αποτυπώνεται με ακρίβεια η προσκόλληση στις προτεινόμενες αλλαγές στις διαιτητικές συμπεριφορές. Για τον λόγο αυτόν, τα ερωτηματολόγια συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων χρησιμοποιούνται περισσότερο για την κατάταξη των ατόμων σύμφωνα με την πρόσληψη τροφίμων ή θρεπτικών συστατικών, παρά για τον υπολογισμό της απόλυτης

τιμής της πρόσληψης των θρεπτικών συστατικών (Block, et al., 1986; Cade, Burley, Warm, Thompson, & Margetts, 2004).

#### **Δείκτες συνολικής αξιολόγησης των διατροφικών συνηθειών ή/και των αλλαγών**

Οι δείκτες αξιολόγησης διαιτητικών συνηθειών ή βαθμού υιοθέτησης ή προσκόλλησης σε συγκεκριμένα διατροφικά πρότυπα αποτελούν έναν ακόμα τρόπο εκτίμησης της προσκόλλησης στη διαιτητική παρέμβαση και, μάλιστα, με έναν πιο ολιστικό τρόπο (Hu, 2002; Kant, 1996). Και αυτό διότι οι διαιτολόγοι, αλλά και οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας, σπάνια ζητούν από τους ασθενείς αλλαγές σε ένα μεμονωμένο θρεπτικό συστατικό ή τρόφιμο, αλλά συνήθως συστήνουν μια σειρά αλλαγών που οδηγούν σε αλλαγή του συνολικού διατροφικού προτύπου. Οι ερευνητές αρχικά, αλλά, με τον καιρό, και οι επαγγελματίες στην καθημερινή πρακτική τους εφαρμόζουν τους διατροφικούς δείκτες για την αποτίμηση των διατροφικών συνηθειών και της προσκόλλησης. Στη βιβλιογραφία συναντώνται διάφορες προσεγγίσεις κατασκευής τέτοιων δεικτών (Hu, 2002). Οι περισσότεροι απ' αυτούς έχουν δημιουργηθεί με στόχο να αξιολογήσουν την προσκόλληση σε διατροφικές συστάσεις (π.χ. διατροφικές οδηγίες για τον πληθυσμό στις ΗΠΑ, συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας) (Kennedy, Ohls, Carlson, & Fleming, 1995) ή την προσκόλληση σε πρότυπα τα οποία έχουν ευεργετική επίδραση στην υγεία, όπως το πρότυπο της Μεσογειακής δίαιτας (Panagiotakos, Pitsavos, & Stefanadis, 2006; Trichopoulou, Costacou, Bamia, & Trichopoulos, 2003).

#### **Εργαλεία αξιολόγησης προσκόλλησης σε διατροφικές συστάσεις για συγκεκριμένα νοσήματα**

Με βάση την ίδια λογική, δηλαδή, τη λογική της συνολικής αξιολόγησης της προσκόλλησης στις διατροφικές συστάσεις, έχουν αναπτυχθεί εξειδικευμένα ερωτηματολόγια για χρήση σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών, για τους οποίους η διατροφή αποτελεί σημαντικό κομμάτι της θεραπείας τους. Στις περιπτώσεις αυτές, τα ερωτηματολόγια αξιολογούν την προσκόλληση στη διατροφική και την ιατρική θεραπεία συνολικά. Συνεπώς, τμήμα των ερωτηματολογίων αφορά τη διατροφική προσκόλληση. Τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν, μεταξύ άλλων, το *Renal Adherence Attitudes Questionnaire* και το *Renal Adherence Behaviour Questionnaire*, τα οποία είναι δύο αυτοσυμπληρούμενα εργαλεία αξιολόγησης της προσκόλλησης νεφροπαθών ασθενών τελικού σταδίου στις συστάσεις διατροφής και υγρών (Rushe & McGee, 1998), καθώς και το *Diabetes Self-Management Profile* που εκτιμά την προσκόλληση στη διατροφική και ιατρική θεραπεία έφηβων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (Harris, et al., 2000).

#### **Εργαλεία αξιολόγησης αλλαγών συγκεκριμένων διατροφικών συμπεριφορών ή/και συνηθειών μετά από παρέμβαση**

Αρκετά εργαλεία έχουν δημιουργηθεί με αποκλειστικό στόχο την αξιολόγηση του βαθμού αλλαγής της διαιτητικής συμπεριφοράς των ατόμων που συμμετείχαν σε διατροφικές παρεμβάσεις, και, κατ' επέκταση, με στόχο την αξιολόγηση της προσκόλλησης σε συμπεριφορές-στόχους. Για παράδειγμα, στη μελέτη των Perri και συνεργατών δημιουργήθηκε ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της προσκόλλησης σε στρατηγικές διαχείρισης σωματικού βάρους που περιλαμβάνονταν στην παρέμβαση (Perri, Nezu, Patti, & McCann, 1989). Κατά τον ίδιο τρόπο, οι Bihan και συνεργάτες δημιούργησαν έναν δείκτη αξιολόγησης της προσκόλλησης των ασθενών τους στις συστάσεις της δικής τους παρέμβασης (Bihan, et al., 2009). Η μεθοδολογική διαφορά των δύο δεικτών είναι ότι, ενώ στον πρώτο η προσκόλληση σε κάθε σύσταση βαθμολογήθηκε με μια 7-βαθμια κλίμακα, στον δεύτερο η προσκόλληση σε κάθε σύσταση αξιολογήθηκε ως «ναι» ή «όχι».

### **1.3.3. Προσκόλληση στις διατροφικές συστάσεις (γενικού πληθυσμού και ασθενών)**

Η έρευνα σχετικά με την προσκόλληση του γενικού πληθυσμού στις διατροφικές συστάσεις είναι ελλιπής. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι η αξιολόγηση της προσκόλλησης στις διατροφικές συστάσεις από τους Fogli-Cawley και συνεργάτες ανέδειξε ότι λιγότερο από το 1/5 του πληθυσμού στις ΗΠΑ ακολουθεί τις διατροφικές οδηγίες σε ικανοποιητικό βαθμό (Fogli-Cawley, et al., 2006). Επίσης, η προσκόλληση στο πρότυπο της Μεσογειακής δίαιτας μειώθηκε την περίοδο 2000–2003, συγκριτικά με την περίοδο 1961–1965, τόσο παγκόσμια όσο και στις μεσογειακές χώρες (da Silva, et al., 2009). Παράλληλα, η προσκόλληση σε υγιεινές συνήθειες τρόπου ζωής φαίνεται να φθίνει με το πέρασμα των χρόνων (King, Mainous, Carnemolla, & Everett, 2009). Συγκεκριμένα, μεταξύ του 1988 και του 2006 το ποσοστό ενηλίκων ηλικίας 40–74 ετών με δείκτη μάζας σώματος  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  αυξήθηκε από 28 σε 36%, με φυσική δραστηριότητα 12 ή περισσότερες φορές το μήνα

μειώθηκε από 53 σε 43%, με κατανάλωση 5 μερίδων φρούτων και λαχανικών ημερησίως μειώθηκε από 42 σε 26% και με μέτρια κατανάλωση αλκοόλ αυξήθηκε από 40 σε 51%, ενώ οι συνήθειες καπνίσματος δεν μεταβλήθηκαν. Συνολικά, η προσκόλληση στους 5 αυτούς στόχους μειώθηκε το 2006, συγκριτικά με το 1988, από 15 σε 8%.

Αναφορικά με την προσκόλληση ασθενών στις συστάσεις τρόπου ζωής, οι Neuhouser και συνεργάτες έδειξαν ότι 42% των ατόμων που έπασχαν από νοσήματα σχετιζόμενα με τη διατροφή, όπως σακχαρώδη διαβήτη, δυσλιπιδαιμία, καρδιαγγειακά νοσήματα ή υπέρταση, είχαν μη ικανοποιητικές διατροφικές συνήθειες και συνήθειες άσκησης (Neuhouser, Miller, Kristal, Barnett, & Cheskin, 2002). Ωστόσο, τα ποσοστά προσκόλλησης των ασθενών στις διατροφικές οδηγίες διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των διάφορων νοσημάτων ή και στο ίδιο νόσημα, ανάλογα με τις παρεμβάσεις που υλοποιούνται. Αναφορικά με τον σακχαρώδη διαβήτη, έχουν καταγραφεί ποσοστά προσκόλλησης στις διατροφικές συστάσεις από 31% έως 77% (Hanko, et al., 2007; Howteerakul, et al., 2007; Serour, Alqhenaei, Al-Saqabi, Mustafa, & Ben-Nakhi, 2007; Shobhana, Begum, Snehaltha, Vijay, & Ramachandran, 1999). Υπάρχουν βασικές διαφορές μεταξύ των αποτελεσμάτων των μελετών που πιθανόν σχετίζονται, μεταξύ άλλων, με τους διαφορετικούς πληθυσμούς αναφοράς, καθώς και με το γεγονός ότι σε κάποιες μελέτες η αξιολόγηση γίνεται με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου από τον ίδιο τον ερωτώμενο, ενώ σε άλλες από συνεντευκτή. Σημαντική διαφορά, επίσης, αποτελεί ο τρόπος αξιολόγησης. Σε γενικές γραμμές, οι διαβητικοί ασθενείς φαίνεται να καταναλώνουν περισσότερη ενέργεια και κορεσμένα λιπίδια, και λιγότερες διαιτητικές ίνες σε σχέση με τις συστάσεις (Ahola, et al., 2012; Eilat-Adar, et al., 2008; Rivellese, et al., 2008). Τα ποσοστά συμμόρφωσης με τις διατροφικές συστάσεις ποικίλουν και μεταξύ υπερτασικών ασθενών (Serour, et al., 2007; Uzun, et al., 2009). Πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν την προσκόλληση σ' αυτούς τους ασθενείς είναι το επίπεδο εισοδήματος, η ενημέρωση του ασθενούς για τη σχέση διατροφής και υπέρτασης, η απαίτηση κατανάλωσης διαφορετικής διαίτας απ' αυτήν της υπόλοιπης οικογένειας και οι κοινωνικές συναναστροφές. Αναφορικά με τους δυσλιπιδαιμικούς ασθενείς, περίπου το 50% των ασθενών με υπερχοληστερολαιμία βρέθηκε να προσκολλάται στις διατροφικές συστάσεις, ενώ η προσκόλληση στη διαίτα σχετίστηκε με τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή (Fournier, Bruckert, Czernichow, Paulmyer, & Poulain, 2011). Αντίθετα, χαμηλότερα ποσοστά προσκόλλησης καταγράφηκαν σε αντίστοιχη ομάδα ασθενών, αναφορικά με τις διατροφικές συστάσεις και τις συστάσεις για φυσική δραστηριότητα (Leon-Munoz, Guallar-Castillon, Graciani, Rodriguez-Artalejo, & Banegas, 2009). Τέλος, όσον αφορά την παχυσαρκία, το γεγονός ότι η πλειονότητα των ασθενών επανακτά το βάρος που έχασε μέσα στα επόμενα 5 χρόνια (Crawford, Jeffery, & French, 2000; National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity & National Institutes of Health, 1993) καταδεικνύει αδυναμία διατήρησης της προσκόλλησης στις συστάσεις μακροπρόθεσμα.

### **1.3.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την προσκόλληση στις διατροφικές συστάσεις**

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την προσκόλληση των ασθενών (και των υγιών ατόμων) στις συστάσεις μπορούν να ταξινομηθούν στις εξής γενικές κατηγορίες: 1) παράγοντες που σχετίζονται με το άτομο, 2) παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια, και 3) παράγοντες που σχετίζονται με τους επαγγελματίες και τα συστήματα υγείας (Glanz, 1980).

#### **Παράγοντες που σχετίζονται με το άτομο**

Στην ομάδα αυτήν εντάσσονται δημογραφικά, κοινωνικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Αναφορικά με τα πρώτα, στην πλειονότητα των μελετών η ηλικία έχει συσχετιστεί θετικά με την προσκόλληση στην προτεινόμενη διαίτα και άσκηση (Bame, Petersen, & Wray, 1993; Bautista-Castano, Molina-Cabrillana, Montoya-Alonso, & Serra-Majem, 2004; Evangelista, et al., 2003; Safdar, Baakza, Kumar, & Naqvi, 1995). Για παράδειγμα, ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, άνω των 65 ετών, ήταν περισσότερο προσκολλημένοι στη συνιστώμενη διαίτα και τις οδηγίες άσκησης από όσο άτομα μικρότερης ηλικίας (Evangelista, et al., 2003). Αντίστοιχα, οι μεγαλύτερης ηλικίας υπέρβαροι/παχύσαρκοι ασθενείς είχαν συνεπέστερη προσκόλληση σε πρόγραμμα διαχείρισης σωματικού βάρους, συγκριτικά με τους νεότερους (Bautista-Castano, et al., 2004). Επίσης, σε υπερτασικούς ασθενείς ηλικία μεγαλύτερη από 60 έτη συσχετίστηκε θετικά με την προσκόλληση σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής (συμπεριλαμβανομένης της διαίτας) (Heymann, Gross, Tabenkin, Porter, & Porath, 2011). Ωστόσο, αναφορικά με την προσκόλληση αιμοκαθαιρόμενων ασθενών στις διατροφικές συστάσεις, τα δεδομένα είναι αντικρουόμενα, με κάποιους ερευνητές να υποστηρίζουν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς ακολουθούν σε μεγαλύτερο βαθμό τις συστάσεις (Bame, et al., 1993; Park, Choi-Kwon, Sim, & Kim, 2008),

ενώ άλλους να έχουν βρει ότι η μεγαλύτερη ηλικία αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει δυσμενώς την προσκόλληση (Safdar, et al., 1995).

Οι γυναίκες φαίνεται να προσκολλώνται περισσότερο στις διατροφικές συστάσεις, συγκριτικά με τους άνδρες. Δεδομένα από μελέτες σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (Chung, et al., 2006), καρδιαγγειακά νοσήματα (Aggarwal, Liao, Allegrante, & Mosca, 2010), σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Babwah, et al., 2006), αλλά και σε ασθενείς σε αιμοκάθαρση (Safdar, et al., 1995) έδειξαν ότι οι γυναίκες ακολουθούν σε μεγαλύτερο βαθμό τις εκάστοτε διατροφικές συστάσεις, συγκριτικά με τους άνδρες. Εντούτοις, όταν η προσκόλληση αξιολογήθηκε ως η ολοκλήρωση προγράμματος παρέμβασης για απώλεια σωματικού βάρους, με τελική έκβαση την επίτευξη της αρχικά στοχευόμενης απώλειας, οι άνδρες ήταν αυτοί που βρέθηκαν πιο αποτελεσματικοί (Bautista-Castano, et al., 2004).

Ένας άλλος δημογραφικός παράγοντας που επιδρά ευεργετικά στον βαθμό προσκόλλησης είναι το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου, όπως αυτό αξιολογείται βάσει των ετών εκπαίδευσης (Link & Jacobson, 2008; Rambod, Peyravi, Shokrpour, & Sareban, 2010; Safdar, et al., 1995). Αντίθετα, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και το πολιτισμικό υπόβαθρο δυσκολεύουν την προσκόλληση, είτε γιατί απαιτείται η κατανάλωση συγκεκριμένου τροφίμου είτε γιατί η μεγάλη διάρκεια γεύματος (σε ορισμένες πολιτισμικές παραδόσεις) οδηγεί στην κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού (Bentley, De Jong, Moser, & Peden, 2005; Nthangeni, et al., 2002; Orzech, Vivian, Huebner Torres, Armin, & Shaw, 2013). Ομοίως, η χαμηλή οικονομική κατάσταση του ατόμου δυσχεραίνει την προσκόλληση (Vinter-Repalust, Petricek, & Katic, 2004).

Πληθώρα μελετών έχει αξιολογήσει την επίδραση της οικογενειακής κατάστασης, χωρίς, ωστόσο, να έχει αναδεχθεί ακριβής τρόπος συσχέτισης. Οι επαναλαμβανόμενες προσπάθειες απώλειας σωματικού βάρους και ο αρχικά υψηλότερος δείκτη μάζας σώματος έχουν συσχετιστεί θετικά με μεγαλύτερη εγκατάλειψη προγραμμάτων διαχείρισης του βάρους υπέρβαρων/παχύσαρκων ασθενών και μικρότερη προσκόλληση στις διατροφικές συστάσεις με στόχο την πρόληψη του καρδιαγγειακού κινδύνου (Aggarwal, et al., 2010; Bautista-Castano, et al., 2004).

Συμπεριφορικοί και ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η έλλειψη κινητοποίησης και αυτοελέγχου του ατόμου, επιδρούν αρνητικά στη διατροφική προσκόλληση (Evangelista, et al., 2003). Επίσης, όπως είναι αναμενόμενο, το να βρίσκεται ο ασθενής σε στάδιο αλλαγής συμπεριφοράς προηγούμενο απ' αυτό της δράσης συνεπάγεται και μη ικανοποιητική προσκόλληση στις διατροφικές οδηγίες (Aggarwal, et al., 2010). Ένας άλλος παράγοντας που έχει συσχετιστεί θετικά με την προσκόλληση στη διατροφική θεραπεία είναι η αυτοαποτελεσματικότητα (Aljasem, Peyrot, Wissow, & Rubin, 2001; Link & Jacobson, 2008) και, μάλιστα, έχει χαρακτηριστεί ως ένας από τους παράγοντες-κλειδιά που διευκολύνουν την προσκόλληση στη διαδικασία της αλλαγής συμπεριφοράς (Bandura, 2004; Schwarzer & Renner, 2000). Η προσδοκώμενη αυτοαποτελεσματικότητα σε συνδυασμό με την υποστήριξη από το περιβάλλον είναι καλύτεροι προβλεπτικοί παράγοντες για την αλλαγή συμπεριφοράς, συγκριτικά με τη γνώση και τις ικανότητες (McCaul, Glasgow, & Schafer, 1987). Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας προτάθηκε το 1977 από τον Bandura ως κυρίαρχο συστατικό της αλλαγής συμπεριφοράς και της αυτορρύθμισης (Bandura, 1977). Ορίζεται ως η εμπιστοσύνη που έχει το άτομο στις ικανότητές του να οργανώσει και να επιτελέσει μια σειρά δράσεων που απαιτούνται για τη διαχείριση πιθανών καταστάσεων (Bandura, 1995).

Διαταραχές της ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη, επιδρούν αρνητικά στην προσκόλληση (Wing, Phelan, & Tate, 2002). Αξιοσημείωτο είναι ότι το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται σε πολλά νοσήματα, όπως τα καρδιαγγειακά, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία και η νεφρική ανεπάρκεια (Aggarwal, et al., 2010; Ciechanowski, Katon, & Russo, 2000; Garcia Valderrama, Fajardo, Guevara, Gonzales Perez, & Hurtado, 2002; Violante, Santoro, & Gonzalez, 2011).

Σημαντική φαίνεται να είναι και η επίδραση της κοινωνικής στήριξης (υποστήριξη από το φιλικό ή οικογενειακό περιβάλλον), η έλλειψη της οποίας επηρεάζει αρνητικά την προσκόλληση στις διατροφικές συστάσεις (Aggarwal, et al., 2010; Bentley, et al., 2005; Schlundt, Rea, Kline, & Pichert, 1994; Thomas, et al., 2001; Vijan, et al., 2005; Vinter-Repalust, et al., 2004). Αυτό συμβαίνει είτε λόγω του ότι ο ασθενής νιώθει απομονωμένος (μια και η υπόλοιπη οικογένεια καταναλώνει τρόφιμα που ο ίδιος δεν επιτρέπεται να καταναλώσει) είτε λόγω του προβλήματος που δημιουργείται στην οικογένεια, αφού το άτομο δεν μπορεί να λάβει ενεργό μέρος σε όλες τις κοινωνικές εκδηλώσεις (Bentley, et al., 2005). Η συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις, οι διακοπές, το φαγητό εκτός σπιτιού, καθώς και η ανάγκη άρνησης φαγητού, όταν το προσφερόμενο είναι ακατάλληλο, αποτελούν καταστάσεις που δυσκολεύουν τους ασθενείς (Fournier, et al., 2011; Schlundt, et al., 1994; Vermeire, et al., 2007; Vijan, et al., 2005).

Τέλος, όσον αφορά τις διατροφικές γνώσεις, έχει φανεί ότι αυτές είτε έχουν ευεργετική επίδραση (Tsartsali, Thompson, & Jago, 2009) είτε καμία επίδραση στην προσκόλληση στη διατροφική παρέμβαση



(Evangelista, et al., 2003; Lee & Molassiotis, 2002), με τη διαφοροποίηση αυτή να εντοπίζεται ακόμη και εντός του ίδιου νοσήματος. Ωστόσο, ειδικά σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς φαίνεται ότι η αυξημένη γνώση σχετικά με την κατάλληλη για τη νόσο δίαιτα αυξάνει την προσκόλληση στους διαιτητικούς περιορισμούς (Stamatakis, Pecora, & Gunel, 1997; Thomas, et al., 2001).

### **Παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια και τη θεραπεία της**

Η σοβαρότητα της νοσηρότητας της ασθένειας έχει συσχετιστεί θετικά με την προσκόλληση στη διατροφική θεραπεία, ενώ η ποιότητα ζωής που αφορά τη φυσική κατάσταση του ατόμου έχει συσχετιστεί αρνητικά (Link & Jacobson, 2008). Σημαντικός παράγοντας φαίνεται, επίσης, να είναι το διάστημα που έχει μεσολαβήσει από τη διάγνωση. Για παράδειγμα, στους διαβητικούς ασθενείς η προσκόλληση στη δίαιτα επηρεάζεται θετικά από τη χρονιότητα της νόσου (Garay-Sevilla, et al., 1995). Πιθανότατα, καθώς περνά ο χρόνος μετά την εμφάνιση του διαβήτη, οι συμπεριφορές άρνησης μειώνονται και οι ασθενείς, σταδιακά, αποδέχονται τη θεραπεία. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και για τους ασθενείς με κοιλιοκάκη (Hogberg, Grodzinsky, & Stenhammar, 2003). Αντίθετα και πάλι, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς όσο περισσότερα χρόνια βρίσκονται σε αιμοκάθαρση τόσο λιγότερο πιθανό είναι να επιτυγχάνουν προσκόλληση στους προτεινόμενους διαιτητικούς περιορισμούς (Brown & Fitzpatrick, 1988).

Τα οφέλη που βιώνει ο ασθενής λόγω της προσκόλλησης στη διατροφική θεραπεία, όπως η βελτίωση της ποιότητας ζωής του και των συμπτωμάτων της ασθένειας (π.χ. οίδημα λόγω κατακράτησης ύδατος), έχουν επίδραση στον βαθμό που υιοθετεί τις συστάσεις για τροποποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς (van der Wal, et al., 2006). Από την άλλη πλευρά, στην περίπτωση που η προσκόλληση στις διατροφικές συστάσεις δεν συνεπάγεται και την ίαση του νοσήματος, όπως στο σακχαρώδη διαβήτη, αυτό εμποδίζει την προσκόλληση (Nagelkerk, Reick, & Meengs, 2006).

### **Παράγοντες που αφορούν τους επαγγελματίες και τα συστήματα υγείας**

Η σχέση του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή παίζει καθοριστικό ρόλο στην επίτευξη της προσκόλλησης στις διατροφικές συστάσεις. Η υποστήριξη σε συνδυασμό με τις συμβουλές, η χρονιότητα της σχέσης, αλλά και πρότερες επιτυχημένες θεραπείες είναι παράμετροι που συμβάλλουν στην προσκόλληση του ασθενούς στις διατροφικές συστάσεις (Vinter-Repalust, et al., 2004).

Σ' αυτό το πλαίσιο, οι συγκεχυμένες πληροφορίες που δέχεται ο ασθενής από διάφορες πηγές, συμπεριλαμβανομένων και των διαφοροποιήσεων των απόψεων των διάφορων επαγγελματιών υγείας, όσον αφορά το είδος και την ποσότητα των τροφίμων που επιτρέπεται να καταναλώνει, εμποδίζουν την προσκόλληση (Hancock, Bonner, Hollingdale, & Madden, 2012). Πραγματικά, οι διατροφικές πληροφορίες διαφέρουν σημαντικά από πηγή σε πηγή, ενώ σε μερικές περιπτώσεις είναι λανθασμένες, μη ξεκάθαρες ή και ελλιπείς (Bentley, et al., 2005; Vermeire, et al., 2007; Yannakoulia, 2006).

Τέλος, το κόστος της δίαιτας, το μέγεθος της μερίδας, η δυσαρέσκεια για τρόφιμα που προτείνονται προς κατανάλωση και, σε κάποιες περιπτώσεις, το αυστηρό χρονοδιάγραμμα των γευμάτων αποτελούν παράγοντες που συσχετίζονται αρνητικά με τη διατροφική προσκόλληση (Bentley, et al., 2005; Nthangeni, et al., 2002; Vijan, et al., 2005). Όταν οι επιλογές τροφίμων περιορίζονται κατά πολύ, όπως για παράδειγμα, όταν ο ασθενής πάσχει ταυτόχρονα από διάφορα νοσήματα, η δυσκολία στην προσκόλληση γίνεται μεγαλύτερη (Bentley, et al., 2005). Από την άλλη, η εξατομικευμένη παρέμβαση φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική στη βελτίωση διατροφικών παραμέτρων, σε σύγκριση με τη μη εξατομικευμένη (Campbell, et al., 1994). Αναφορικά με τις παρεμβάσεις που πραγματεύονται τη σχέση του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή, εκτενής αναφορά γίνεται στα επόμενα κεφάλαια.

## Βιβλιογραφία

- Adam, O., Beringer, C., Kless, T., Lemmen, C., Adam, A., Wiseman, M., et al. (2003). Anti-inflammatory effects of a low arachidonic acid diet and fish oil in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int*, 23(1), 27-36.
- Aggarwal, B., Liao, M., Allegrante, J. P., & Mosca, L. (2010). Low social support level is associated with non-adherence to diet at 1 year in the Family Intervention Trial for Heart Health (FIT Heart). *J Nutr Educ Behav*, 42(6), 380-388.
- Ahola, A. J., Mikkila, V., Makimattila, S., Forsblom, C., Freese, R., & Groop, P. H. (2012). Energy and nutrient intakes and adherence to dietary guidelines among Finnish adults with type 1 diabetes. *Ann Med*, 44(1), 73-81.
- Alhassan, S., Kim, S., Bersamin, A., King, A. C., & Gardner, C. D. (2008). Dietary adherence and weight loss success among overweight women: results from the A TO Z weight loss study. *Int J Obes (Lond)*, 32(6), 985-991.
- Aljaseem, L. I., Peyrot, M., Wissow, L., & Rubin, R. R. (2001). The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *Diabetes Educ*, 27(3), 393-404.
- Aronson, J. K. (2007). Compliance, concordance, adherence. *Br J Clin Pharmacol*, 63(4), 383-384.
- Babwah, F., Baksh, S., Blake, L., Cupid-Thuesday, J., Hosein, I., Sookhai, A., et al. (2006). The role of gender in compliance and attendance at an outpatient clinic for type 2 diabetes mellitus in Trinidad. *Rev Panam Salud Publica*, 19(2), 79-84.
- Bame, S. I., Petersen, N., & Wray, N. P. (1993). Variation in hemodialysis patient compliance according to demographic characteristics. *Soc Sci Med*, 37(8), 1035-1043.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*.: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*, 31(2), 143-164.
- Bantle, J. P., Wylie-Rosett, J., Albright, A. L., Apovian, C. M., Clark, N. G., Franz, M. J., et al. (2008). Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 31 Suppl 1, S61-78.
- Bautista-Castano, I., Molina-Cabrillana, J., Montoya-Alonso, J. A., & Serra-Majem, L. (2004). Variables predictive of adherence to diet and physical activity recommendations in the treatment of obesity and overweight, in a group of Spanish subjects. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28(5), 697-705.
- Bentley, B., De Jong, M. J., Moser, D. K., & Peden, A. R. (2005). Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 4(4), 331-336.
- Bihan, H., Takbou, K., Cohen, R., Michault, A., Boitou, F., Reach, G., et al. (2009). Impact of short-duration lifestyle intervention in collaboration with general practitioners in patients with the metabolic syndrome. *Diabetes Metab*, 35(3), 185-191.
- Block, G., Hartman, A. M., Dresser, C. M., Carroll, M. D., Gannon, J., & Gardner, L. (1986). A data-based approach to diet questionnaire design and testing. *Am J Epidemiol*, 124(3), 453-469.
- Brawley, L. R., & Culos-Reed, S. N. (2000). Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. *Control Clin Trials*, 21(5 Suppl), 156S-163S.
- Brown, J., & Fitzpatrick, R. (1988). Factors influencing compliance with dietary restrictions in dialysis patients. *J Psychosom Res*, 32(2), 191-196.
- Burke, L. E., Dunbar-Jacob, J., Orchard, T. J., & Sereika, S. M. (2005). Improving adherence to a cholesterol-lowering diet: a behavioral intervention study. *Patient Educ Couns*, 57(1), 134-142.
- Buzzard, I. M., Faucett, C. L., Jeffery, R. W., McBane, L., McGovern, P., Baxter, J. S., et al. (1996). Monitoring dietary change in a low-fat diet intervention study: advantages of using 24-hour dietary recalls vs food records. *J Am Diet Assoc*, 96(6), 574-579.
- Cade, J. E., Burley, V. J., Warm, D. L., Thompson, R. L., & Margetts, B. M. (2004). Food-frequency questionnaires: a review of their design, validation and utilisation. *Nutr Res Rev*, 17(1), 5-22.
- Campbell, M. K., DeVellis, B. M., Strecher, V. J., Ammerman, A. S., DeVellis, R. F., & Sandler, R. S. (1994). Improving dietary behavior: the effectiveness of tailored messages in primary care settings. *Am J Public Health*, 84(5), 783-787.

- Chung, M. L., Moser, D. K., Lennie, T. A., Worrall-Carter, L., Bentley, B., Trupp, R., et al. (2006). Gender differences in adherence to the sodium-restricted diet in patients with heart failure. *J Card Fail*, 12(8), 628-634.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med*, 160(21), 3278-3285.
- Crawford, D., Jeffery, R. W., & French, S. A. (2000). Can anyone successfully control their weight? Findings of a three year community-based study of men and women. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 24(9), 1107-1110.
- da Silva, R., Bach-Faig, A., Raimo Quintana, B., Buckland, G., Vaz de Almeida, M. D., & Serra-Majem, L. (2009). Worldwide variation of adherence to the Mediterranean diet, in 1961-1965 and 2000-2003. *Public Health Nutr*, 12(9A), 1676-1684.
- Delamater, A. M. (2006). Improving patient adherence. *Clinical Diabetes*, 24(2), 71-77.
- Desroches, S., Lapointe, A., Ratte, S., Gravel, K., Legare, F., & Thirsk, J. (2011). Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults: a study protocol. *BMC Public Health*, 11, 111.
- Dracup, K. A., & Meleis, A. I. (1982). Compliance: an interactionist approach. *Nurs Res*, 31(1), 31-36.
- Eckel, R. H., Jakicic, J. M., Ard, J. D., de Jesus, J. M., Houston Miller, N., Hubbard, V. S., et al. (2014). 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*, 63(25 Pt B), 2960-2984.
- Eilat-Adar, S., Xu, J., Zephier, E., O'Leary, V., Howard, B. V., & Resnick, H. E. (2008). Adherence to dietary recommendations for saturated fat, fiber, and sodium is low in American Indians and other U.S. adults with diabetes. *J Nutr*, 138(9), 1699-1704.
- ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. (2013). 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC) *J Hypertens*, 31(10), 1925-1938.
- Evangelista, L., Doering, L. V., Dracup, K., Westlake, C., Hamilton, M., & Fonarow, G. C. (2003). Compliance behaviors of elderly patients with advanced heart failure. *J Cardiovasc Nurs*, 18(3), 197-206; quiz 207-198.
- Evert, A. B., Boucher, J. L., Cypress, M., Dunbar, S. A., Franz, M. J., Mayer-Davis, E. J., et al. (2014). Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 37 Suppl 1, S120-143.
- Fields-Gardner, C., & Ferguson, P. (2004). Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition intervention in the care of persons with human immunodeficiency virus infection. *J Am Diet Assoc*, 104(9), 1425-1441.
- Fogli-Cawley, J. J., Dwyer, J. T., Saltzman, E., McCullough, M. L., Troy, L. M., & Jacques, P. F. (2006). The 2005 Dietary Guidelines for Americans Adherence Index: development and application. *J Nutr*, 136(11), 2908-2915.
- Fournier, T., Bruckert, E., Czernichow, S., Paulmyer, A., & Poulain, J. P. (2011). The THEMA study: a sociodemographic survey of hypercholesterolaemic individuals. *J Hum Nutr Diet*, 24(6), 572-581.
- Garay-Sevilla, M. E., Nava, L. E., Malacara, J. M., Huerta, R., Diaz de Leon, J., Mena, A., et al. (1995). Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *J Diabetes Complications*, 9(2), 81-86.
- Garcia Valderrama, F. W., Fajardo, C., Guevara, R., Gonzales Perez, V., & Hurtado, A. (2002). [Poor adherence to diet in hemodialysis: role of anxiety and depression symptoms]. *Nefrologia*, 22(3), 244-252.
- Gersovitz, M., Madden, J. P., & Smiciklas-Wright, H. (1978). Validity of the 24-hr. dietary recall and seven-day record for group comparisons. *J Am Diet Assoc*, 73(1), 48-55.
- Glade, M. J. (1999). Food, nutrition, and the prevention of cancer: a global perspective. American Institute for Cancer Research/World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research, 1997. *Nutrition*, 15(6), 523-526.
- Glanz, K. (1980). Compliance with dietary regimens: its magnitude, measurement, and determinants. *Prev Med*, 9(6), 787-804.
- Glanz, K. (1997). Dietary Change. *Cancer Causes Control*, 8 Suppl 1, S13-16.
- Guenther, P. M., Cleveland, L. E., & Ingwersen, L. A. (1998). Questionnaire Development and Data Collection procedures. In K. S. Tippet & Y. S. Cypel (Eds.), *Design and Operation: The Continuing Survey of*

- Food Intakes by Individuals and the Diet and Health Knowledge Survey, 1994–96. U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service, Nationwide Food Surveys Report No. 96–1.* (pp. 42–63).
- Hafstrom, I., Ringertz, B., Spangberg, A., von Zweigbergk, L., Brannemark, S., Nylander, I., et al. (2001). A vegan diet free of gluten improves the signs and symptoms of rheumatoid arthritis: the effects on arthritis correlate with a reduction in antibodies to food antigens. *Rheumatology (Oxford)*, *40*(10), 1175–1179.
- Hancock, R. E., Bonner, G., Hollingdale, R., & Madden, A. M. (2012). 'If you listen to me properly, I feel good': a qualitative examination of patient experiences of dietetic consultations. *J Hum Nutr Diet*, *25*(3), 275–284.
- Hanko, B., Kazmer, M., Kumli, P., Hragyel, Z., Samu, A., Vincze, Z., et al. (2007). Self-reported medication and lifestyle adherence in Hungarian patients with Type 2 diabetes. *Pharm World Sci*, *29*(2), 58–66.
- Harris, M. A., Wysocki, T., Sadler, M., Wilkinson, K., Harvey, L. M., Buckloh, L. M., et al. (2000). Validation of a structured interview for the assessment of diabetes self-management. *Diabetes Care*, *23*(9), 1301–1304.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*(3), 292–299.
- Haynes, B. R., Taylor, W. R., & Sackett, D. L. (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins Univers. Press.
- Heymann, A. D., Gross, R., Tabenkin, H., Porter, B., & Porath, A. (2011). Factors associated with hypertensive patients' compliance with recommended lifestyle behaviors. *Isr Med Assoc J*, *13*(9), 553–557.
- Hirata, H., Asanuma, M., Kondo, Y., & Ogawa, N. (1992). [Influence of protein-restricted diet on motor response fluctuations in Parkinson's disease]. *Rinsho Shinkeigaku*, *32*(9), 973–978.
- Hogberg, L., Grodzinsky, E., & Stenhammar, L. (2003). Better dietary compliance in patients with coeliac disease diagnosed in early childhood. *Scand J Gastroenterol*, *38*(7), 751–754.
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., & Morgan, M. (2007). Concordance, Adherence and Compliance in Medicine Taking. Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R & D (NCCSDO). from [http://www.nets.nihr.ac.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/81394/ES-08-1412-076.pdf](http://www.nets.nihr.ac.uk/__data/assets/pdf_file/0007/81394/ES-08-1412-076.pdf)
- Horstink, M., Tolosa, E., Bonuccelli, U., Deuschl, G., Friedman, A., Kanovsky, P., et al. (2006). Review of the therapeutic management of Parkinson's disease. Report of a joint task force of the European Federation of Neurological Societies (EFNS) and the Movement Disorder Society-European Section (MDS-ES). Part II: late (complicated) Parkinson's disease. *Eur J Neurol*, *13*(11), 1186–1202.
- Howteerakul, N., Suwannapong, N., Rittichu, C., & Rawdaree, P. (2007). Adherence to regimens and glycemic control of patients with type 2 diabetes attending a tertiary hospital clinic. *Asia Pac J Public Health*, *19*(1), 43–49.
- Hu, F. B. (2002). Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. *Curr Opin Lipidol*, *13*(1), 3–9.
- Ikizler, T. A., Cano, N. J., Franch, H., Fouque, D., Himmelfarb, J., Kalantar-Zadeh, K., et al. (2013). Prevention and treatment of protein energy wasting in chronic kidney disease patients: a consensus statement by the International Society of Renal Nutrition and Metabolism. *Kidney Int*, *84*(6), 1096–1107.
- Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., et al. (2014). 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation*, *129*(25 Suppl 2), S102–138.
- Johnson, S. B. (1992). Methodological issues in diabetes research. Measuring adherence. *Diabetes Care*, *15*(11), 1658–1667.
- Kant, A. K. (1996). Indexes of overall diet quality: a review. *J Am Diet Assoc*, *96*(8), 785–791.
- Karvetti, R. L., & Knuts, L. R. (1985). Validity of the 24-hour dietary recall. *J Am Diet Assoc*, *85*(11), 1437–1442.
- Kennedy, E. T., Ohls, J., Carlson, S., & Fleming, K. (1995). The Healthy Eating Index: design and applications. *J Am Diet Assoc*, *95*(10), 1103–1108.
- King, D. E., Mainous, A. G., 3rd, Carnemolla, M., & Everett, C. J. (2009). Adherence to healthy lifestyle habits in US adults, 1988–2006. *Am J Med*, *122*(6), 528–534.

- Kjeldsen-Kragh, J., Haugen, M., Borchgrevink, C. F., Laerum, E., Eek, M., Mowinkel, P., et al. (1991). Controlled trial of fasting and one-year vegetarian diet in rheumatoid arthritis. *Lancet*, 338(8772), 899-902.
- Kromhout, D., Menotti, A., Kesteloot, H., & Sans, S. (2002). Prevention of coronary heart disease by diet and lifestyle: evidence from prospective cross-cultural, cohort, and intervention studies. *Circulation*, 105(7), 893-898.
- Lee, S. H., & Molassiotis, A. (2002). Dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients. *Int J Nurs Stud*, 39(7), 695-704.
- Leon-Munoz, L. M., Guallar-Castillon, P., Graciani, A., Rodriguez-Artalejo, F., & Banegas, J. R. (2009). Self-reported adherence to nonpharmacological treatment and association with mortality over 6 years: population-based study in older persons with hypercholesterolemia. *J Am Geriatr Soc*, 57(12), 2287-2292.
- Lerner, B. H. (1997). From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of noncompliance. *Soc Sci Med*, 45(9), 1423-1431.
- Link, L. B., & Jacobson, J. S. (2008). Factors affecting adherence to a raw vegan diet. *Complement Ther Clin Pract*, 14(1), 53-59.
- Lutfey, K. E., & Wishner, W. J. (1999). Beyond "compliance" is "adherence". Improving the prospect of diabetes care. *Diabetes Care*, 22(4), 635-639.
- Madden, B. P. (1990). The hybrid model for concept development: its value for the study of therapeutic alliance. *ANS Adv Nurs Sci*, 12(3), 75-87.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Bohm, M., et al. (2013). 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 34(28), 2159-2219.
- McCaul, K. D., Glasgow, R. E., & Schafer, L. C. (1987). Diabetes regimen behaviors. Predicting adherence. *Med Care*, 25(9), 868-881.
- Moshfegh, A. J., Borud, L., B., P., & LaComb, R. (1999). Improved method for the 24-hour dietary recall for use in national surveys. *FASEB J*, 13, A603.
- Moshfegh, A. J., Raper, N., Ingwersen, L., Cleveland, L., Anand, J., Goldman, J., et al. (2001). An improved approach to 24-hour dietary recall methodology. *Ann Nutr Metab*, 45(suppl 1), 156.
- Nagelkerk, J., Reick, K., & Meengs, L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *J Adv Nurs*, 54(2), 151-158.
- National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel. (2002). Third Report of the NCEP Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation*, 106(25), 3143-3421.
- National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, & National Institutes of Health. (1993). Very low-calorie diets. *JAMA*, 270(8), 967-974.
- Neuhouser, M. L., Miller, D. L., Kristal, A. R., Barnett, M. J., & Cheskin, L. J. (2002). Diet and exercise habits of patients with diabetes, dyslipidemia, cardiovascular disease or hypertension. *J Am Coll Nutr*, 21(5), 394-401.
- Newell, K. (2006). Concordance with asthma medication: the nurse's role. *Nurs Stand*, 20(26), 31-33.
- Nthangeni, G., Steyn, N. P., Alberts, M., Steyn, K., Levitt, N. S., Laubscher, R., et al. (2002). Dietary intake and barriers to dietary compliance in black type 2 diabetic patients attending primary health-care services. *Public Health Nutr*, 5(2), 329-338.
- Orzech, K. M., Vivian, J., Huebner Torres, C., Armin, J., & Shaw, S. J. (2013). Diet and exercise adherence and practices among medically underserved patients with chronic disease: variation across four ethnic groups. *Health Educ Behav*, 40(1), 56-66.
- Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., & Stefanadis, C. (2006). Dietary patterns: a Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 16(8), 559-568.
- Park, K. A., Choi-Kwon, S., Sim, Y. M., & Kim, S. B. (2008). Comparison of dietary compliance and dietary knowledge between older and younger Korean hemodialysis patients. *J Ren Nutr*, 18(5), 415-423.
- Perri, M. G., Nezu, A. M., Patti, E. T., & McCann, K. L. (1989). Effect of length of treatment on weight loss. *J Consult Clin Psychol*, 57(3), 450-452.

- Pincus, J. H., & Barry, K. M. (1987). Dietary method for reducing fluctuations in Parkinson's disease. *Yale J Biol Med*, 60(2), 133-137.
- Rambod, M., Peyravi, H., Shokrpour, N., & Sareban, M. T. (2010). Dietary and fluid adherence in Iranian hemodialysis patients. *Health Care Manag (Frederick)*, 29(4), 359-364.
- Rebro, S. M., Patterson, R. E., Kristal, A. R., & Cheney, C. L. (1998). The effect of keeping food records on eating patterns. *J Am Diet Assoc*, 98(10), 1163-1165.
- Rivellese, A. A., Boemi, M., Cavalot, F., Costagliola, L., De Feo, P., Miccoli, R., et al. (2008). Dietary habits in type II diabetes mellitus: how is adherence to dietary recommendations? *Eur J Clin Nutr*, 62(5), 660-664.
- Rushe, H., & McGee, H. M. (1998). Assessing adherence to dietary recommendations for hemodialysis patients: the Renal Adherence Attitudes Questionnaire (RAAQ) and the Renal Adherence Behaviour Questionnaire (RABQ). *J Psychosom Res*, 45(2), 149-157.
- Safdar, N., Baakza, H., Kumar, H., & Naqvi, S. A. (1995). Non-compliance to diet and fluid restrictions in haemodialysis patients. *J Pak Med Assoc*, 45(11), 293-295.
- Schlundt, D. G., Rea, M. R., Kline, S. S., & Pichert, J. W. (1994). Situational obstacles to dietary adherence for adults with diabetes. *J Am Diet Assoc*, 94(8), 874-876, 879; quiz 877-878.
- Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychol*, 19(5), 487-495.
- Seagle, H. M., Strain, G. W., Makris, A., & Reeves, R. S. (2009). Position of the American Dietetic Association: weight management. *J Am Diet Assoc*, 109(2), 330-346.
- Serour, M., Alqhenaei, H., Al-Saqabi, S., Mustafa, A. R., & Ben-Nakhi, A. (2007). Cultural factors and patients' adherence to lifestyle measures. *Br J Gen Pract*, 57(537), 291-295.
- Shobhana, R., Begum, R., Snehalatha, C., Vijay, V., & Ramachandran, A. (1999). Patients' adherence to diabetes treatment. *J Assoc Physicians India*, 47(12), 1173-1175.
- Skoldstam, L., Hagfors, L., & Johansson, G. (2003). An experimental study of a Mediterranean diet intervention for patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*, 62(3), 208-214.
- Stamatakis, M. K., Pecora, P. G., & Gunel, E. (1997). Factors influencing adherence in chronic dialysis patients with hyperphosphatemia. *J Ren Nutr*, 7(3), 144-148.
- Strychar, I. M., Blain, E., Rivard, M., Gelinias, M. D., Radwan, F., & Crawhall, J. C. (1998). Association between dietary adherence measures and glycemic control in outpatients with type 1 diabetes mellitus and normal serum lipid levels. *J Am Diet Assoc*, 98(1), 76-79.
- Thomas, L. K., Sargent, R. G., Michels, P. C., Richter, D. L., Valois, R. F., & Moore, C. G. (2001). Identification of the factors associated with compliance to therapeutic diets in older adults with end stage renal disease. *J Ren Nutr*, 11(2), 80-89.
- Thompson, F. E., & Byers, T. (1994). Dietary assessment resource manual. *J Nutr*, 124(11 Suppl), 2245S-2317S.
- Trichopoulou, A., Costacou, T., Bamia, C., & Trichopoulos, D. (2003). Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med*, 348(26), 2599-2608.
- Trostle, J. A. (1988). Medical compliance as an ideology. *Soc Sci Med*, 27(12), 1299-1308.
- Tsartsali, P. K., Thompson, J. L., & Jago, R. (2009). Increased knowledge predicts greater adherence to the Mediterranean diet in Greek adolescents. *Public Health Nutr*, 12(2), 208-213.
- Uzun, S., Kara, B., Yokusoglu, M., Arslan, F., Yilmaz, M. B., & Karaeren, H. (2009). The assessment of adherence of hypertensive individuals to treatment and lifestyle change recommendations. *Anadolu Kardiyol Derg*, 9(2), 102-109.
- van der Wal, M. H., Jaarsma, T., Moser, D. K., Veeger, N. J., van Gilst, W. H., & van Veldhuisen, D. J. (2006). Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*, 27(4), 434-440.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Ratsep, A., Levasseur, G., Petek, D., van Dam, H., et al. (2007). Obstacles to adherence in living with type-2 diabetes: an international qualitative study using meta-ethnography (EUROBSTACLE). *Prim Care Diabetes*, 1(1), 25-33.
- Vijan, S., Stuart, N. S., Fitzgerald, J. T., Ronis, D. L., Hayward, R. A., Slater, S., et al. (2005). Barriers to following dietary recommendations in Type 2 diabetes. *Diabet Med*, 22(1), 32-38.
- Vinter-Repalust, N., Petricek, G., & Katic, M. (2004). Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life: qualitative study. *Croat Med J*, 45(5), 630-636.

- Violante, R., Santoro, S., & Gonzalez, C. (2011). [Prevalence of depression and anxiety in a cohort of 761 obese patients: impact in adherence to therapy and its outcome]. *Vertex*, 22(96), 85-93.
- Vitolins, M. Z., Rand, C. S., Rapp, S. R., Ribisl, P. M., & Sevick, M. A. (2000). Measuring adherence to behavioral and medical interventions. *Control Clin Trials*, 21(5 Suppl), 188S-194S.
- Willett, W. C. (1998a). 24-Hour Dietary Recall and Food Record Methods. In W. C. Willett (Ed.), *Nutritional Epidemiology. Monographs in Epidemiology and Biostatistics*. (2nd ed., pp. 55 - 73). New York: Oxford University Press.
- Willett, W. C. (1998b). Food Frequency Methods. In W. C. Willett (Ed.), *Nutritional Epidemiology. Monographs in Epidemiology and Biostatistics*. (2nd ed., pp. 74 - 100). New York: Oxford University Press.
- Wing, R. R., Phelan, S., & Tate, D. (2002). The role of adherence in mediating the relationship between depression and health outcomes. *J Psychosom Res*, 53(4), 877-881.
- World Health Organization. (2012). The 10 leading causes of death by broad income group. Retrieved 4 February 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
- Yannakoulia, M. (2006). Eating Behavior among Type 2 Diabetic Patients: A Poorly Recognized Aspect in a Poorly Controlled Disease. *Rev Diabet Stud*, 3(1), 11-16.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *Int J Psychoanal*, 37(4-5), 369-376.

## 2. Ο ρόλος του διαιτολόγου στην τροποποίηση των διαιτητικών συνηθειών και συμπεριφορών

### Σύνοψη

Ο ρόλος του διαιτολόγου στις παρεμβάσεις που περιέχουν διατροφικό μέρος γίνεται όλο και πιο σημαντικός τις τελευταίες δεκαετίες. Ο ρόλος του μπορεί να είναι από «εκπαιδευτής» και «πάροχος συμβουλών» μέχρι «συντονιστής» ή/και «προπονητής». Η σύγχρονη τάση είναι να εξελιχθεί ο επιστήμονας του χώρου της διατροφής από απλό εκπαιδευτή σε προπονητή και ικανό βοηθό του ασθενούς. Επίσης, η σχέση μεταξύ ασθενούς και διαιτολόγου μπορεί να έχει ποικίλες μορφές και να διαφοροποιείται ανάλογα με τη μεθοδολογία που χρησιμοποιείται. Σκοπός του κεφαλαίου είναι να παρουσιάσει τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα για το θέμα αυτό, καθώς και να προσδιορίσει τον ρόλο του διαιτολόγου στη διαδικασία διατροφικής φροντίδας, πάντα στο πλαίσιο μιας ομαδικής και διεπιστημονικής προσέγγισης, προσαρμοσμένης στις ανάγκες του ασθενούς.

### Προαπαιτούμενη γνώση

Έννοιες «συμμόρφωση» και «προσκόλληση» - Κεφάλαιο 1.  
Διαδικασία Διατροφικής Φροντίδας.

### 2.1. Διαιτολόγος: Ορισμοί

Ως διαιτολόγος ορίζεται το άτομο που έχει ειδικευση στη Διαιτολογία και Διατροφή, και αναγνωρίζεται από μια εθνική αρχή (Academy Quality Management Committee and Scope of Practice Subcommittee of the Quality Management Committee, 2013; International Confederation of Dietetic Associations, 2004; Olstad, Raine, & McCargar, 2013). Ο διαιτολόγος εφαρμόζει την επιστήμη της διατροφής για τη σίτιση και την εκπαίδευση ομάδων ανθρώπων και μεμονωμένων ατόμων, τόσο στην περίπτωση υγείας όσο και ασθένειας.

Αναλυτικότερα, διαιτολόγος είναι ο επιστήμονας υγείας που είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος να παρέχει διατροφικές συμβουλές στο πλαίσιο της πρόληψης και της θεραπείας. Είναι ο μόνος που έχει τα προσόντα να μεταφράσει την επιστημονική διατροφική γνώση σε πρακτικές διατροφικές συμβουλές και να τις εφαρμόσει μέσω διατροφικών παρεμβάσεων, προάγοντας την υιοθέτηση ισορροπημένων διαιτητικών προτύπων τόσο σε ασθενείς όσο και στο πλαίσιο δράσεων δημόσιας υγείας, μειώνοντας το φορτίο των ασθενειών που μπορούν να προληφθούν. Πρόκειται για υψηλής εξειδίκευσης επιστήμονα του χώρου της υγείας, ο οποίος υποστηρίζει και ενισχύει το άτομο στο να προβεί σε ισορροπημένες διατροφικές επιλογές, λαμβάνοντας υπόψη προσωπικές πεποιθήσεις, προτιμήσεις, τον τρόπο ζωής και την ικανότητα και διάθεση του ατόμου να αλλάξει.

Στην πράξη, φαίνεται ότι η διατροφική θεραπεία που παρέχεται από διαιτολόγους μπορεί να βελτιώσει την υγεία των ατόμων, αλλά και να μειώσει το κόστος υγείας. Αποτελέσματα συστηματικής ανασκόπησης έδειξαν ότι η παροχή διατροφικής θεραπείας από διαιτολόγο, συγκριτικά με άλλους επαγγελματίες υγείας, έχει χαμηλότερο κόστος και είναι πιο αποτελεσματική στη διαχείριση του σωματικού βάρους υπέρβαρων ή παχύσαρκων ατόμων (Ciliska, et al., 2006). Επιπλέον, η διατροφική θεραπεία που παρέχεται από διαιτολόγο παρουσιάζει θετικό ισοζύγιο κόστους-οφέλους, συγκριτικά με φαρμακευτική αγωγή ή καμία παρέμβαση, στην πρόληψη εμφάνισης διαβήτη σε άτομα με προδιαβήτη, στην αντιμετώπιση του διαβήτη και στη μείωση παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων (Knowler, et al., 2002; Lindstrom, et al., 2006).

### 2.2. Ο διαιτολόγος στη διαδικασία διατροφικής φροντίδας: ικανός βοηθός και προπονητής

Αναφορικά με τη διαδικασία της διατροφικής φροντίδας, ο διαιτολόγος αποτελεί βασικό πρόσωπο αυτής: συντονίζει και επιβλέπει την ανίχνευση του διατροφικού κινδύνου και προωθεί τις διαδικασίες για την εφαρμογή της διατροφικής παρέμβασης, όπου κρίνεται απαραίτητη (Lacey & Pritchett, 2003). Έχει τις γνώσεις και τις δεξιότητες για να αξιολογήσει τη διατροφική κατάσταση του ασθενούς, να προσδιορίσει τις ανάγκες του σε θρεπτικά συστατικά, να κάνει την κατάλληλη διατροφική διάγνωση, να καθορίσει τους στόχους και να



διαμορφώσει τα συστατικά της διατροφικής παρέμβασης, να εκπαιδεύσει και να καθοδηγήσει τον ασθενή και να τον επαναξιολογήσει, όπως και να αξιολογήσει όλη τη διαδικασία διατροφικής φροντίδας.

Πολλοί ρόλοι έχουν προταθεί για τον διαιτολόγο στις διατροφικές παρεμβάσεις:

- Να εκπαιδεύει τον ασθενή (ρόλος εκπαιδευτή - *educator*).
- Να οργανώνει και να κατευθύνει τον ασθενή (*manager*).
- Να δίνει συμβουλές (*advisor*).
- Να είναι σύμβουλος (*counselor*), δηλαδή, να προχωρά πέρα από την απλή παροχή οδηγιών και να μιλά και για τις διαδικασίες.
- Να καθοδηγεί και να συντονίζει τον ασθενή, όπως ο προπονητής τον αθλητή του (*coach*).
- Να είναι ικανός βοηθός (*skilled helper*), δηλαδή, το άτομο που έχει τις γνώσεις και τις δεξιότητες για να βοηθήσει τον ασθενή να κάνει την αλλαγή.

Στην πράξη, ο διαιτολόγος θα χρειαστεί να εφαρμόζει κατά περίπτωση όλα τα παραπάνω. Η σύγχρονη τάση είναι να διευρύνει όλο και περισσότερο τον παραδοσιακό του ρόλο και να είναι, πέρα από εκπαιδευτής, συντονιστής της προσπάθειας του ασθενούς να αλλάξει τις διαιτητικές του συνήθειες και συμπεριφορές: ένας «ικανός βοηθός» και «προπονητής».

Προφανώς, αυτός ο ρόλος έχει δυσκολίες, μιας και οι ασθενείς αντιδρούν με ποικίλους τρόπους σε προτεινόμενες διαιτητικές παρεμβάσεις. Άρα, και ο διαιτολόγος καλείται να αντιμετωπίσει τους λόγους που οδηγούν έναν ασθενή να μην αλλάξει τη διαιτητική του συμπεριφορά, να αντιμετωπίσει την αμφιταλάντευσή του και την άμεση ή έμμεση άρνηση να κάνει τις αλλαγές που του προτείνονται. Μέθοδοι και διαδικασίες μπορεί να υπάρξουν πολλές. Η σύγχρονη προσέγγιση είναι να εφαρμόσει ο διαιτολόγος μια ασθενοκεντρική πρακτική, δηλαδή, να αναζητήσει περισσότερο την προσκόλληση και τη συνεργασία του ασθενούς και λιγότερο τη συμμόρφωση, όπως αναφέρθηκε στο Κεφάλαιο 1. Στον Πίνακα 2.1 αναφέρονται διάφορες μέθοδοι και διαδικασίες και, τελικά, το πώς καθορίζεται η σχέση μεταξύ ασθενούς και διαιτολόγου.

Μέθοδος	Διαδικασία	Σχέση
Παροχή πληροφοριών.	Ομιλία από τον «ειδικό», ο οποίος χρησιμοποιεί, κυρίως, επιστημονικά δεδομένα για τη σχέση διατροφής και υγείας.	Μονόδρομη, «ατροκεντρική» – απαιτείται συμμόρφωση του ασθενούς.
Παροχή συμβουλών.	Ομιλία για τα βήματα που πρέπει να γίνουν.	Κυρίως μονόδρομη, πειστική.
Καθοδήγηση.	Συζήτηση με αναφορά και στις διαδικασίες και στο πώς νιώθει ο ασθενής για τις αλλαγές.	Αμφίδρομη, ενθαρρυντική.
Καθοδήγηση-υποστήριξη.	Συζήτηση με έμφαση στο πώς νιώθει ο ασθενής, στις σκέψεις και στις δράσεις, στις δυσκολίες και στις δυνατότητες αντιμετώπισης.	Αμφίδρομη, υποστηρικτική.

**Πίνακας 2.1** Η μέθοδος, η σχέση και η διαδικασία στην επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και διαιτολόγου.

Η διαφοροποίηση των ποικίλων μεθόδων επικοινωνίας σχετίζεται, κυρίως, με τον βαθμό ελέγχου που έχει ο διαιτολόγος. Η μέχρι πριν από μερικά χρόνια εκπαίδευση των διαιτολόγων περιλάμβανε μεθόδους επικοινωνίας με υψηλό βαθμό ελέγχου από τη μεριά τους, όπως μεταφορά γνώσεων, προτάσεις και ιδέες για αλλαγές στη δίαιτα. Τα τελευταία χρόνια, όμως, η σύγχρονη προοπτική, και σε εναρμόνιση με την έννοια της προσκόλλησης, καλεί τον διαιτολόγο να χρησιμοποιεί σε μεγαλύτερο βαθμό, και ανάλογα με την περίπτωση του ασθενούς, προσεγγίσεις στις οποίες ασκεί μικρότερο έλεγχο, αλλά, κυρίως, βοηθά και υποστηρίζει τον ασθενή στην προσπάθειά του. Τελικά, αλλάζει συνολικά η προσέγγιση στην παρέμβαση του διαιτολόγου σε όλα τα στάδια, από την αξιολόγηση (εντάσσοντας την αξιολόγηση της ετοιμότητας του ασθενούς αλλά και του συστήματος υποστήριξής του) μέχρι την ενεργή παρακολούθησή του μετά το τέλος της εντατικής παρέμβασης (Πίνακας 2.2).

Παραδοσιακή διατροφική εκπαίδευση	Σύγχρονη, επικεντρωμένη στον ασθενή, διατροφική παρέμβαση
--------------------------------------	--

Η επικοινωνία μεταξύ διαιτολόγου και ασθενούς είναι μονόδρομη και περιορισμένη.	Αναπτύσσεται θεραπευτική σχέση και συνεργασία μεταξύ διαιτολόγου και ασθενούς.
Θεωρείται ότι ο ασθενής είναι έτοιμος για αλλαγή.	Αξιολογείται η ετοιμότητα του ασθενούς και τροποποιείται η παρέμβαση με ανάλογο τρόπο.
Ο χρόνος είναι περιορισμένος τόσο για την αξιολόγηση όσο και για την «εκπαίδευση» του ασθενούς στις νέες τεχνικές.	Αφιερώνεται επαρκής χρόνος στον ασθενή.
Η διατροφική παρέμβαση στηρίζεται αποκλειστικά στη συνταγογράφηση διαιτολογικού προγράμματος.	Η διατροφική παρέμβαση μπορεί να πάρει και άλλες μορφές, πέρα από τη συνταγογράφηση διαιτολογικού προγράμματος.
Δίνεται λίστα με «επιτρέπεται» και «απαγορεύεται».	Ενισχύεται η προσωπική επιλογή μεταξύ διάφορων εναλλακτικών.
Ο διαιτολόγος έχει την «εξουσία» («αυθεντία») και ο ασθενής εξαρτάται από τον διαιτολόγο.	Διαιτολόγος και ασθενής είναι συνεργάτες.
Η παρακολούθηση είναι περιορισμένη ή αποσπασματική.	Η παρακολούθηση αποτελεί τμήμα της διατροφικής παρέμβασης.
Η συνεργασία με άλλες ειδικότητες είναι μικρή.	Δίνεται έμφαση στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση από ομάδα ειδικών. Προωθείται η συνεργασία με άλλους επιστήμονες υγείας και γίνεται παραπομπή, όποτε απαιτείται.

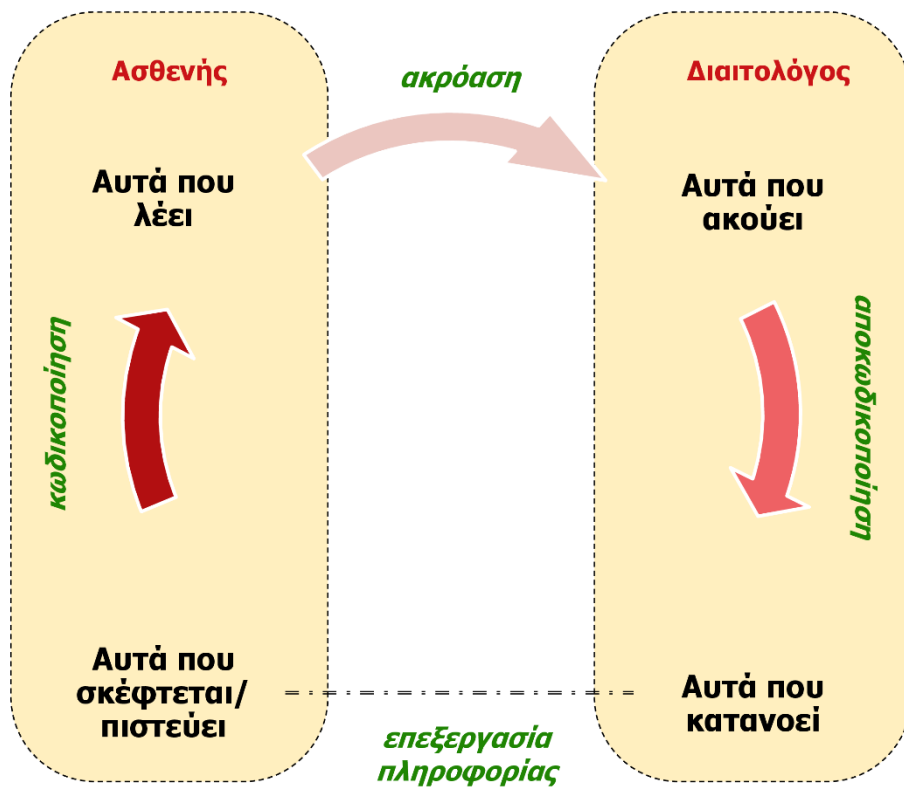
**Πίνακας 2.2** Παραδοσιακή και σύγχρονη προσέγγιση στην παρέμβαση του διαιτολόγου.

### 2.3. Γνωρίσματα του καλού διαιτολόγου

Ο διαιτολόγος, ως μέλος μιας διεπιστημονικής ομάδας, έχει κεντρικό ρόλο τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση νοσημάτων που σχετίζονται με τη διατροφή (EFAD 2912). Είναι σημαντικό να έχει έγκυρες γνώσεις και τεκμηριωμένες θέσεις ως προς τα θέματα διατροφής/υγείας/ασθένειας, αλλά και συνεχή, έγκυρη και επικαιροποιημένη ενημέρωση, παρακολουθώντας τις τρέχουσες επιστημονικές εξελίξεις και συζητήσεις.

Προς αυτήν την κατεύθυνση, η Αμερικανική Ακαδημία Διατροφής και Διαιτολογίας (American Academy of Nutrition and Dietetics) δημοσίευσε το 2014 και 2015 πρότυπα πρακτικής και επαγγελματικής απόδοσης για τους διαιτολόγους-διατροφολόγους, τα οποία έχουν ως στόχο να προάγουν την παροχή ασφαλούς, αποδοτικής και αποτελεσματικής διατροφικής υποστήριξης σε διάφορους τομείς (διαχείριση βάρους, παιδιατρική διατροφική φροντίδα, διατροφή νεφροπαθών, αθλητική διατροφή), και αναφέρονται σε θέματα, όπως η ποιότητα της πρακτικής, η επικοινωνία και εφαρμογή της γνώσης, η εφαρμογή της έρευνας, η χρήση και η διαχείριση των πόρων, η αρμοδιότητα και υπευθυνότητα του διαιτολόγου (Brantley, et al., 2014; Jortberg, et al., 2015; Kent, et al., 2014a, 2014b; Nevin-Folino, et al., 2015; Steinmuller, et al., 2014).

Σχετικά μ' αυτά τα πρότυπα και με τη σχέση ασθενούς-διαιτολόγου, όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια τονίζεται η ανάγκη για ενεργή επικοινωνία (Σχήμα 2.1). Ο διαιτολόγος, πέρα όλων των άλλων, καλείται να εμπνέει εμπιστοσύνη στον ασθενή, να μπορεί να ακούει αυτά που λέει ο ασθενής και να κατανοεί αυτά που εννοεί. Έχει ενδιαφέρον ότι οι ίδιοι οι ασθενείς (οι περισσότεροι τουλάχιστον) προτιμούν την εστιασμένη στον ασθενή προσέγγιση, όπως, επίσης, την ικανότητα του διαιτολόγου «να τους ακούει» (Hancock, Bonner, Hollingdale, & Madden, 2012). Η καλή επικοινωνία και η σχέση με τον διαιτολόγο αποτελούν σημαντικό κομμάτι της παρέμβασης, συμβάλλοντας στο να αισθάνεται ο ασθενής ότι ο διαιτολόγος κατανοεί τις ανάγκες του, αντιλαμβάνεται την κατάσταση του και προσπαθεί να τον βοηθήσει να λύσει τα προβλήματά του, παρέχοντάς του εξατομικευμένη αποδοχή και υποστήριξη.



**Σχήμα 2.1** Πρότυπο επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και διαιτολόγου.  
Προσαρμογή από: Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (Eds.). (1999). *Health Behavior Change: A Guide for Practitioners*. London: Churchill Livingstone.

## Βιβλιογραφία

- Academy Quality Management Committee and Scope of Practice Subcommittee of the Quality Management Committee. (2013). Academy of Nutrition and Dietetics: Scope of Practice for the Registered Dietitian. *J Acad Nutr Diet*, 113(6 Suppl), S17-28.
- Brantley, S. L., Russell, M. K., Mogensen, K. M., Wooley, J. A., Bobo, E., Chen, Y., et al. (2014). American Society for Parenteral and Enteral Nutrition and Academy of Nutrition and Dietetics: revised 2014 standards of practice and standards of professional performance for registered dietitian nutritionists (competent, proficient, and expert) in nutrition support. *J Acad Nutr Diet*, 114(12), 2001-2008 e2037.
- Ciliska, D., Thomas, H., Catallo, C., Gauld, M., Kingston, D., Cantwell, B., et al. (2006). *The Effectiveness of Nutrition Interventions for Prevention and Treatment of Chronic Disease in Primary Care Settings: A Systematic Literature Review*. Toronto: Dietitians of Canada.
- Hancock, R. E., Bonner, G., Hollingdale, R., & Madden, A. M. (2012). 'If you listen to me properly, I feel good': a qualitative examination of patient experiences of dietetic consultations. *J Hum Nutr Diet*, 25(3), 275-284.
- International Confederation of Dietetic Associations. (2004). International Definition of Dietitian. Retrieved 24 Aug 2015, from <http://www.internationaldietetics.org/International-Standards/International-Definition-of-Dietitian.aspx>
- Jortberg, B., Myers, E., Gigliotti, L., Ivens, B. J., Lebre, M., Burke March, S., et al. (2015). Academy of nutrition and dietetics: standards of practice and standards of professional performance for registered dietitian nutritionists (competent, proficient, and expert) in adult weight management. *J Acad Nutr Diet*, 115(4), 609-618 e640.
- Kent, P. S., McCarthy, M. P., Burrowes, J. D., McCann, L., Pavlinac, J., Goeddeke-Merickel, C. M., et al. (2014a). Academy of Nutrition and Dietetics and National Kidney Foundation: revised 2014 Standards of Practice and Standards of Professional Performance for registered dietitian nutritionists (competent, proficient, and expert) in nephrology nutrition. *J Ren Nutr*, 24(5), 275-285 e245.
- Kent, P. S., McCarthy, M. P., Burrowes, J. D., McCann, L., Pavlinac, J., Goeddeke-Merickel, C. M., et al. (2014b). Academy of Nutrition and Dietetics and National Kidney Foundation: revised 2014 standards of practice and standards of professional performance for registered dietitian nutritionists (competent, proficient, and expert) in nephrology nutrition. *J Acad Nutr Diet*, 114(9), 1448-1457 e1445.
- Knowler, W. C., Barrett-Connor, E., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Lachin, J. M., Walker, E. A., et al. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*, 346(6), 393-403.
- Lacey, K., & Pritchett, E. (2003). Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. *J Am Diet Assoc*, 103(8), 1061-1072.
- Lindstrom, J., Ilanne-Parikka, P., Peltonen, M., Aunola, S., Eriksson, J. G., Hemio, K., et al. (2006). Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet*, 368(9548), 1673-1679.
- Nevin-Folino, N., Ogata, B. N., Charney, P. J., Holt, K., Brewer, H. L., Sharrett, M. K., et al. (2015). Academy of nutrition and dietetics: revised 2015 standards of practice and standards of professional performance for registered dietitian nutritionists (competent, proficient, and expert) in pediatric nutrition. *J Acad Nutr Diet*, 115(3), 451-460 e435.
- Olstad, D. L., Raine, K. D., & McCargar, L. J. (2013). The role of registered dietitians in health promotion. *Can J Diet Pract Res*, 74(2), 80-83.
- Steinmuller, P. L., Kruskall, L. J., Karpinski, C. A., Manore, M. M., Macedonio, M. A., & Meyer, N. L. (2014). Academy of nutrition and dietetics: revised 2014 standards of practice and standards of professional performance for registered dietitian nutritionists (competent, proficient, and expert) in sports nutrition and dietetics. *J Acad Nutr Diet*, 114(4), 631-641 e643.

### 3. Τροφικές επιλογές και διαιτητικές προτιμήσεις

#### Σύνοψη

Οι τροφικές προτιμήσεις, επιλογές και, τελικά, οι διαιτητικές συνήθειες αποτελούν το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ποικίλων παραγόντων, γενετικών και περιβαλλοντικών. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την τροφική επιλογή και τις διαιτητικές προτιμήσεις έχουν αποτελέσει το αντικείμενο μελέτης διάφορων επιστημονικών κλάδων, οι οποίοι, ανάλογα με τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντά τους, έχουν προτείνει αντίστοιχα υποδείγματα. Στο παρόν κεφάλαιο θα παρουσιαστούν οι παράγοντες αυτοί, μέσα από τη μελέτη των αντίστοιχων υποδειγμάτων, με σκοπό να κατανοήσει ο αναγνώστης αφενός την πολυπλοκότητα της διαιτητικής επιλογής και αφετέρου τους παράγοντες που μπορούν να τροποποιηθούν, με ή χωρίς τη βοήθεια του επιστήμονα υγείας. Ενδεικτικά, θα γίνει πιο εκτενής αναφορά στους παράγοντες που επηρεάζουν τις διαιτητικές επιλογές των γυναικών στις σύγχρονες κοινωνίες.

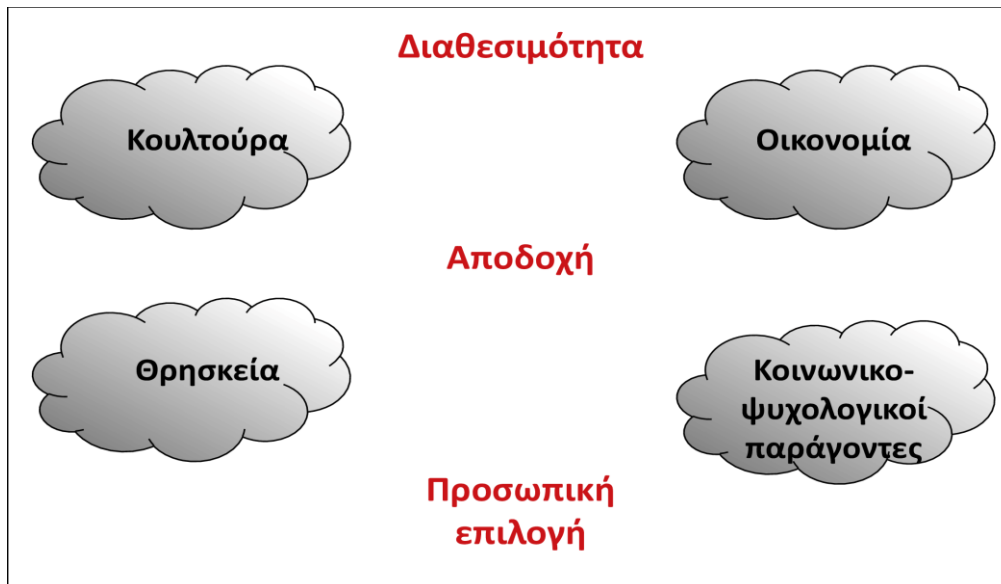
#### Προαπαιτούμενη γνώση

Βασικές γνώσεις Ανθρωπολογίας της διατροφής.

#### 3.1. Παράγοντες που επηρεάζουν την τροφική επιλογή

Οι διαιτητικές προτιμήσεις και επιλογές του ανθρώπου αποτελούν το τελικό αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών, πολιτισμικών, οικονομικών και κοινωνικών παραμέτρων. Μεταξύ αυτών, η επίδραση των γενετικών παραγόντων στις γευστικές προτιμήσεις είναι πλέον αποδεδειγμένη. Για παράδειγμα, είναι γνωστό το γενετικό υπόβαθρο της προτίμησης του ανθρώπου για τη γλυκιά γεύση. Αρκετές μελέτες έχουν αναδείξει την προτίμηση των νεογέννητων για τα γλυκά διαλύματα, είτε μέσω των εκφράσεων που παίρνει το πρόσωπό τους είτε μέσω της ποσότητας που καταναλώνουν (Logue, 1986). Επίσης, ισχυρό γενετικό υπόβαθρο υπάρχει στις προτιμήσεις όχι μόνο σε γεύσεις, αλλά και σε συγκεκριμένα τρόφιμα (ίσως και πέρα από τις γεύσεις), στην πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, στην ενεργειακή πυκνότητα και στην υιοθέτηση διατροφικών συμπεριφορών (Birch, 1999; Faith, Rhea, Corley, & Hewitt, 2008; Hasselbalch, Heitmann, Kyvik, & Sorensen, 2008). Η έρευνα σ' αυτό το πεδίο αναπτύσσεται συνεχώς.

Πέρα, όμως, από τη γενετική, το περιβάλλον, με την ευρύτερη έννοια του όρου, καθορίζει σημαντικά τις διαιτητικές συνήθειες. Όπως εύστοχα τονίζει ο Fieldhouse (Fieldhouse, 1986), το περιβάλλον επιδρά τόσο στη διαθεσιμότητα των τροφίμων όσο και στην αποδοχή κάποιων απ' αυτά από το άτομο (Σχήμα 3.1.). Το τι είναι διαθέσιμο εξαρτάται από γεωγραφικούς και κλιματικούς παράγοντες, αλλά και από μια σειρά πολιτικών και οικονομικών παραμέτρων (αγροτικές και άλλες πολιτικές, νομοθεσία, δυνατότητες μεταφοράς και διάθεσης, τιμή, εισόδημα, καταναλωτικά πρότυπα κ.ά.). Στη συνέχεια, προσωπικοί, κοινωνικο-οικονομικοί και ψυχολογικοί παράγοντες έρχονται να επιδράσουν στην αποδοχή των τροφίμων (ιδεολογία, ήθη, έθιμα, πεποιθήσεις, κοινωνική κατάσταση, αξίες κ.ά.). Αλλά και από τα τρόφιμα που είναι διαθέσιμα και αποδεκτά το άτομο δεν επιλέγει «ελεύθερα», μιας και πλήθος εσωτερικών (ως προς το άτομο) και εξωτερικών παραγόντων θα επηρεάσουν τις διαιτητικές προτιμήσεις και συνήθειες. Τελικά, το ότι τα άτομα επιλέγουν μόνο τους την τροφή τους και καταναλώνουν τα τρόφιμα που τους αρέσουν αποτελεί μια ψευδαίσθηση.



**Σχήμα 3.1** Υπόδειγμα προσωπικής επιλογής στην τροφή.

Τροποποίηση από: Fieldhouse, P. (1986). *Food and Nutrition: customs and culture*. London: Chapman & Hall.

Την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης τροφικής επιλογής έχουν προσπαθήσει πολλοί ερευνητές να την αποδώσουν με πολύπλοκα υποδείγματα, στα πιο εξελιγμένα από τα οποία διαφαίνονται και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των παραγόντων. Για παράδειγμα, οι Randall και Sanjur διαμόρφωσαν το 1981 ένα θεωρητικό υπόδειγμα το οποίο αντανακλά σε μεγάλο βαθμό την οικολογική θεωρία (Randall & Sanjur, 1981). Σύμφωνα μ' αυτό, η κατανάλωση τροφής επηρεάζεται από τις τροφικές προτιμήσεις, οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζονται από τρεις κατηγορίες παραγόντων:

- α) χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το άτομο: ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, εισόδημα, γνώσεις διατροφής, ικανότητες μαγειρικής, στάσεις του ατόμου σχετικά με την υγεία και τη σχέση της με τη διατροφή,
- β) χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το τρόφιμο: γεύση, εμφάνιση, υφή, σχήμα, κόστος, μέθοδοι παρασκευής, περιεκτικότητα σε μπαχαρικά-αρωματικά, συνδυασμοί με άλλα τρόφιμα,
- γ) χαρακτηριστικά της κοινωνίας: εποχή, εργασιακές σχέσεις, κινητικότητα και αστικοποίηση, μέγεθος νοικοκυριού, οικογενειακό στάδιο.

Δεν εκφράζονται, όμως, στο παραπάνω υπόδειγμα οι αλληλεπιδράσεις τις οποίες τόσο ο Khan, επίσης το 1981, όσο και ο Shepherd λίγο αργότερα, το 1985 (Khan, 1981; Shepherd, 1985), ανέδειξαν στα δικά τους υποδείγματα. Πιο συγκεκριμένα, μια σειρά από εσωτερικούς παράγοντες του τροφίμου (ποιότητα, μέγεθος μερίδας, θερμοκρασία κ.ά.) επιδρούν στις τροφικές προτιμήσεις και αλληλεπιδρούν με τους εξωτερικούς παράγοντες (το περιβάλλον, τη διαφήμιση, τις συνθήκες κατανάλωσης, τον χρόνο). Οι τελευταίοι επηρεάζουν και επηρεάζονται από βιολογικές (π.χ. ηλικία, φύλο), φυσιολογικές και ψυχολογικές παραμέτρους, και αυτές με τη σειρά τους από προσωπικούς (προσωπικότητα, όρεξη, σημασία των τροφίμων), κοινωνικο-οικονομικούς (εισόδημα, κόστος, κοινωνικές αξίες) και θρησκευτικούς, πολιτισμικούς και τοπικούς (παραδόσεις, κουλτούρα, γεωγραφικός τόπος, θρησκεία) και, τέλος, από εκπαιδευτικούς παράγοντες, οι οποίοι δεν περιλαμβάνουν μόνο τη διατροφική εκπαίδευση αλλά, κυρίως, το γενικότερο εκπαιδευτικό επίπεδο του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου στο οποίο εντάσσεται.

Τελικά, για το ανθρώπινο είδος η τροφή είναι πολιτική και πολιτισμική οντότητα, ενώ η αναζήτηση, η προετοιμασία της και η κατανάλωσή της σε γεύματα είναι κοινωνικές στιγμές ή μορφές κοινωνικής συναναστροφής. Εκτός από τις επιλογές των τροφίμων, ο συνδυασμός, η σειρά, ο χρόνος και ο τόπος κατανάλωσής τους αποτελούν κοινωνικά προσδιοριζόμενες παραμέτρους. Κατανάλωση τροφής σημαίνει ότι ένα προϊόν από τον εξωτερικό κόσμο, κουβαλώντας όχι μόνο τη χημική του σύσταση, αλλά και την ιστορία του, τη σημασία και το κοινωνικό μήνυμά του, εισέρχεται στον ανθρώπινο οργανισμό, επηρεάζοντάς τον ποικιλοτρόπως. Η τροφή αποτελεί ένα οργανικό σύστημα, ενσωματωμένο σε έναν ορισμένο τύπο κοινωνικο-οικονομικού σχηματισμού. Είναι σημαντικό για τον διαιτολόγο να κατανοήσει τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές προτιμήσεις ενός ατόμου και να δομήσει την παρέμβασή του με τέτοιο τρόπο, ώστε να αλλάξει αυτούς που μπορούν να τροποποιηθούν —πιθανότατα και με αρκετή ευελιξία για κάθε άτομο.

### 3.2. Φύλο και τροφική επιλογή: Γυναίκα και τροφή

Οι τροφικές επιλογές και προτιμήσεις των γυναικών διαφέρουν από τις αντίστοιχες των ανδρών τόσο για βιολογικούς όσο και για κοινωνικο-πολιτισμικούς λόγους. Οι διαφορές είναι σημαντικές, σε βαθμό μάλιστα να υπάρχουν τρόφιμα που θεωρούνται «ανδροπρεπή» και άλλα «θηλυπρεπή» (Barthes, 1998). Για παράδειγμα, το κρέας, ιδιαίτερα το κόκκινο κρέας, αποτελεί χαρακτηριστικό «ανδροπρεπές» τρόφιμο, όπως και οι καυτερές πιπεριές, ενώ και οι μεγάλες μερίδες και οι αλμυρές γεύσεις χαρακτηρίζουν, επίσης, τις διαιτητικές συνήθειες των ανδρών. Από την άλλη, τρόφιμα που συνήθως αρέσουν στις γυναίκες είναι αυτά που κατηγοριοποιούνται ως «ελαφριά», γλυκά, γαλακτώδη, με μαλακή υφή, επεξεργασμένα και εκλεπτυσμένα. Έτσι, η σοκολάτα, η ζάχαρη και τα γλυκά γενικότερα, το άσπρο κρέας (πουλερικά), τα ζυμαρικά, τα φρούτα, οι σαλάτες και τα λαχανικά εμπίπτουν στη λεγόμενη «γυναικεία σφαίρα» τροφίμων (Barthes, 1998; Shiferaw, et al., 2012).

Υπάρχει αρκετή βιβλιογραφία για τους τρόπους με τους οποίους και τους λόγους για τους οποίους το φύλο, βιολογικό και κοινωνικό, επηρεάζει τις τροφικές προτιμήσεις και επιλογές. Συγκεκριμένα, για τη γυναίκα η τροφή αποτελεί σημαντικό σύμβολο και έγνοια στη ζωή της. Η σχέση της με την τροφή περιλαμβάνει τόσο την κάλυψη των δικών της προσωπικών διατροφικών αναγκών όσο και τη φροντίδα για την κάλυψη των αναγκών άλλων ατόμων, και πιο συγκεκριμένα νεότερων, κυρίως, μελών της οικογένειας. Και οι δύο αυτές συνιστώσες μένουν σταθερές στον χρόνο και στον χώρο, η έντασή τους, όμως, και η επακόλουθη επίδραση στη σχέση γυναίκας και τροφής μεταβάλλονται τόσο μεταξύ των διάφορων σταδίων ζωής της γυναίκας όσο —και ίσως πιο σημαντικά— από κοινωνία σε κοινωνία (Γιαννακούλια, 2005).

Οι διαιτητικές συνήθειες και συμπεριφορές των γυναικών επηρεάζονται σημαντικά από τη σχέση τους με το σώμα τους και την πρόθεσή τους για έλεγχο του βάρους τους (Wardle, et al., 2004). Το τελευταίο αποτελεί βιολογική οντότητα, συνδέεται, όμως, και με την πολιτισμική και πολιτική ταυτότητα του ατόμου. Τα γυναικεία σωματικά πρότυπα άλλαξαν σημαντικά από τη δεκαετία του '60 στις δυτικές κοινωνίες: η προτίμηση για έναν «στρογγυλό», στεατοπυγικό τύπο γυναίκας έδωσε τη θέση της στο πρότυπο του αδύνατου γυναικείου σώματος, με διάφορες παραλλαγές, στα χρόνια που ακολούθησαν (Katzmarzyk & Davis, 2001). Πιθανοί λόγοι για τη στροφή προς το αδύνατο σώμα ήταν οι αλλαγές στον κοινωνικό ρόλο της γυναίκας, η επιθυμία ή ο ανταγωνισμός για την ανέλιξη σε υψηλότερη κοινωνική τάξη, το ενδιαφέρον για θέματα υγείας και ο φόβος για τις ιατρικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας, μια συνεχής ενασχόληση με την εικόνα σώματος και την αναζήτηση της νεότητας, καθώς και η απόδοση υπέρμετρης αξίας στο αίσθημα προσωπικού ελέγχου ή στο ασκητικό ιδεώδες (Polivy, Garner, & Garfinkel, 1986). Αναμενόμενο αποτέλεσμα της στροφής στα «νέα» σωματικά πρότυπα είναι η δυσαρέσκεια για οποιοδήποτε σώμα δεν εντάσσεται στις αυστηρές αναλογίες του ιδανικού. Η δυσαρέσκεια αυτή έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις στις σύγχρονες δυτικού τύπου κοινωνίες και τείνει πια να θεωρείται ως φυσιολογικό γνώρισμα των γυναικών (Fiske, Fallon et al. 2014), ιδιαίτερα των νεότερων ηλικιών. Ο δρόμος της επίτευξης του «λεπτού» σώματος είναι δύσκολος και η τροφή αποτελεί απαραίτητο συνεργό σ' αυτήν την προσπάθεια. Πράγματι, αγωνιώντας να αποκτήσουν το ιδανικό ισχνό σώμα, εκατομμύρια γυναίκες σε όλον τον κόσμο στρέφονται κατά καιρούς σε διάφορους τρόπους αδυνατίσματος, με τον περιορισμό της διαιτητικής πρόσληψης να αποτελεί τη συχνότερη μέθοδο επιλογής. Ο περιορισμός της διαιτητικής πρόσληψης μπορεί να περιλαμβάνει από την αποφυγή συγκεκριμένων τροφίμων ή/και θρεπτικών συστατικών έως την πλήρη νηστεία (French, Jeffery, & Murray, 1999). Στην εφηβεία το φαινόμενο είναι πιο έντονο (Flynn, 1997). Η συνειδητή αποφυγή του κρέατος από τις γυναίκες —και ιδίως η αποφυγή του κόκκινου κρέατος—, επίσης, σχετίζεται με την πεποίθηση ότι το τρόφιμο αυτό είναι παχυντικό και, επομένως, δεν βοηθά στον δια βίου έλεγχο της διαιτητικής πρόσληψης (Ryan, 1997). Μια τέτοια διαιτητική συμπεριφορά επηρεάζει σημαντικά, όμως, την πρόσληψη και την επάρκεια μικροθρεπτικών συστατικών (Fayet, Flood et al. 2014). Ωστόσο, όταν η προσπάθεια για έλεγχο του σωματικού βάρους συνδυάζεται με θετική αντίληψη σχετικά με τη σημασία της ισορροπημένης διατροφής, τότε φαίνεται ότι οι γυναίκες αποφεύγουν περισσότερο τα υψηλής περιεκτικότητας σε λιπίδια τρόφιμα, ενώ καταναλώνουν περισσότερα φρούτα και διαιτητικές ίνες συγκριτικά με τους άνδρες (Wardle, et al., 2004).

Από την άλλη μεριά, και ήδη από την περίοδο της εγκυμοσύνης, η γυναίκα είναι υπεύθυνη για τη σίτιση του εμβρύου τόσο μέσω των δικών της τροφικών επιλογών όσο και μέσω προσαρμοστικών αλλαγών στο σώμα της. Στην αρχή της ζωής του νέου οργανισμού, η γυναίκα-μητέρα είναι υπεύθυνη για την παροχή της μοναδικής πηγής θρεπτικών συστατικών, του μητρικού γάλακτος. Μεταξύ των πλεονεκτημάτων του θηλασμού είναι και η παροχή αντισωμάτων, που θωρακίζει το ανοσοποιητικό σύστημα του νεογνού, καθώς και η ενδυνάμωση του συναισθηματικού δεσμού μεταξύ μητέρας και παιδιού (Azema & Callahan, 2003). Καθώς το βρέφος απογαλακτίζεται, η γυναίκα καλείται να διατηρήσει τον ρόλο της τροφού, επιλέγοντας την τροφή,

μαγειρεύοντάς την και ετοιμάζοντας τα καθημερινά γεύματα για την οικογένεια. Ακόμα κι αν η ευθύνη της γυναίκας αφορά μόνο την προμήθεια της τροφής και τη σίτιση, και όχι τον έλεγχο αυτής, ο οποίος μπορεί να ανήκει στο άνδρα, η επίδρασή της είναι καθοριστική για τις διαιτητικές συνήθειες των άλλων μελών της οικογένειας. Η μητέρα επηρεάζει σημαντικά τη διαθεσιμότητα τροφίμων και στη συνέχεια την έκθεση των μελών της οικογένειας στα τρόφιμα και την εξοικείωσή τους μ' αυτά. Αποτελεί φορέα και μεταδότη γνώσεων-πεποιθήσεων για τα τρόφιμα αλλά και κοινωνικών κανόνων, ενώ οι τροφικές της επιλογές και, κυρίως, η διαιτητική της συμπεριφορά λειτουργούν ως πρότυπο για το παιδί (Gregory, Paxton, & Brozovic, 2011; Johnson, Sharkey, Dean, Alex McIntosh, & Kubena, 2011; Prichard, Hodder, Hutchinson, & Wilson, 2012; Rosenkranz, Bauer, & Dzewaltowski, 2010). Ομοίως, σημαντική επίδραση έχουν και οι πρακτικές που ακολουθεί για να διαμορφώσει τις διαιτητικές συνήθειες των παιδιών, όπως ο περιορισμός, η επιβράβευση, η ενίσχυση, η τιμωρία (Birch, Fisher, & Davison, 2003; Fisher & Birch, 1999; Lloyd, Lubans, Plotnikoff, Collins, & Morgan, 2014).

Ο σχεδιασμός και η ετοιμασία των γευμάτων απαιτούν αρκετό χρόνο και ενέργεια από τη μεριά των γυναικών, στοιχεία που σπάνια υπολογίζονται στον συνολικό χρόνο εργασίας τους. Στις βιομηχανοποιημένες κοινωνίες ο ρόλος αυτός θεωρείται δεδομένος, αν και σημαντικές αλλαγές έχουν σημειωθεί τα τελευταία εκατό χρόνια, με τη μέση γυναίκα να αφιερώνει λιγότερο από 10 ώρες την εβδομάδα στο φαγητό της οικογένειας και την ενασχόληση με τις δουλειές του σπιτιού (Bowers, 2000). Στις μέρες μας η γυναίκα συνεχίζει να ασχολείται σε μεγαλύτερο ποσοστό και βαθμό με την προετοιμασία του φαγητού σε σχέση με τον άνδρα, αν και φαίνεται ότι και αυτός συχνά μοιράζεται ένα μέρος του φορτίου. Επίσης, στον καταμερισμό τροφής οι γυναίκες δίνουν προτεραιότητα στα παιδιά και στον σύντροφο, ενώ πιο σπάνια μαγειρεύουν μόνο για τον εαυτό τους. Στην περίπτωση που οι τροφικές τους προτιμήσεις είναι διαφορετικές από εκείνες των συντρόφων, τις περισσότερες φορές οι γυναίκες ετοιμάζουν γεύματα που ικανοποιούν, κυρίως, τις γευστικές προτιμήσεις των τελευταίων (Murcott, 1995). Ανεξάρτητα από το τι σκέφτεται προσωπικά η γυναίκα για την παραχώρηση αυτήν, ουσιαστικά, αποτελεί εκδήλωση φροντίδας και εντάσσεται στην προσπάθειά της να διατηρεί την ισορροπία και την ηρεμία μέσα στο σπίτι.

Συνοπτικά, εξετάζοντας συνολικά τη σχέση της γυναίκας με την τροφή, αντιλαμβάνεται κανείς ότι από τη μια αναμένεται να περιορίζει τις τροφικές αρέσκειες και να αρνείται μέρος της τροφής, προκειμένου να διατηρήσει ένα αδύνατο και νεαρό σώμα, και από την άλλη να ασχολείται με την προετοιμασία της τροφής, προκειμένου να σιτίσει τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας με υγιεινά και θρεπτικά γεύματα. Σε κάθε περίπτωση, η ενασχόληση με την τροφή καταλαμβάνει μεγάλο μέρος του ενεργού της χρόνου (Hill, 2002). Στη γυναίκα με οικογένεια η προσπάθεια περιορισμού της τροφής συμβαίνει ταυτόχρονα με την καθημερινή προετοιμασία του φαγητού και την προσπάθειά της να σιτίσει, να καλύψει, δηλαδή, τις διατροφικές ανάγκες των υπόλοιπων μελών της οικογένειας. Περιορίζει για τον εαυτό της και δίνει στους άλλους. «Παρέχει και περιορίζει»: αυτά τα δύο ρήματα θα μπορούσαν να περιγράψουν γενικά τη σχέση της με το φαγητό στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες. Ανάλογη είναι η εικόνα και για την έφηβη. Στην περίπτωση της εφηβείας, η τροφή χρησιμοποιείται για τη χειραφέτηση της γυναίκας από τον παραδοσιακό κλοιό της οικογένειας. Ταυτόχρονα, όμως, περιορίζει τη διατροφική της αυτονομία, κλείνοντάς την σε έναν φαύλο κύκλο υπερκαταναλώσεων, τύψεων και επαναλαμβανόμενων προσπαθειών μείωσης του σωματικού βάρους —χωρίς να γίνει αναφορά στα αισθήματα από την αναμονή του ρόλου της ενήλικης γυναίκας.

Τελικά, μήπως η σχέση της γυναίκας με την τροφή αναφέρεται άμεσα και στον ρόλο που έχει στη μικρή (οικογένεια) ή στη μεγαλύτερη (κοινωνία) κοινωνική ομάδα; Η γυναίκα βιώνει και άλλες αντικρουόμενες καταστάσεις στη σύγχρονη κοινωνία: αντίθετα με τα παραδοσιακά πρότυπα που δίνουν έμφαση στην υποχωρητικότητα, την παθητικότητα και την εξάρτηση, η ανεξαρτησία, η φιλοδοξία και η διεκδικητικότητα συγκαταλέγονται στα γνωρίσματα που πρέπει να χαρακτηρίζουν τις σύγχρονες γυναίκες. Οι προσπάθειες να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του σύγχρονου ρόλου της και να συμβιβάσει τις διαφορές ανάμεσα σ' αυτόν και τον παραδοσιακό της ρόλο, κάνουν δύσκολο για τη γυναίκα το να νιώθει ασφαλής (Mennel, Murcott, & van Otterloo, 1992). Ομοίως και με την τροφή: όσο οι ρόλοι της είναι ή βιώνονται αντικρουόμενοι τόσο θα συνεχίζει να είναι συγκρουσιακή η σχέση της με την τροφή. Πιθανότατα η λύση θα έρθει μέσα από τον επαναπροσδιορισμό της σχέσης της με την τροφή, που θα περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την αγάπη για το σώμα της με τις ιδιαιτερότητές του και την ευχαρίστηση από το φαγητό με τις δικές του ιδιαιτερότητες.



## Βιβλιογραφία

- Azema, E., & Callahan, S. (2003). Breast milk donors in France: a portrait of the typical donor and the utility of milk banking in the French breastfeeding context. *J Hum Lact*, 19(2), 199-202.
- Barthes, R. (1998). Ψυχο-κοινωνιολογία της διατροφής (μετάφραση Ε. Φουρναράκη). In Α. Ματθαίου (Ed.), *Ιστορία της Διατροφής. Θεωρία και Μελέτες Ιστορίας 17*. Αθήνα: Ε.Μ.Ν.Ε.-Μνήμων.
- Birch, L. L. (1999). Development of food preferences. *Annu Rev Nutr*, 19, 41-62.
- Birch, L. L., Fisher, J. O., & Davison, K. K. (2003). Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girls' eating in the absence of hunger. *Am J Clin Nutr*, 78(2), 215-220.
- Bowers, D. E. (2000). Cooking trends echo changing roles of women. *Food Reviews*, 23(1), 23-29.
- Faith, M. S., Rhea, S. A., Corley, R. P., & Hewitt, J. K. (2008). Genetic and shared environmental influences on children's 24-h food and beverage intake: sex differences at age 7 y. *Am J Clin Nutr*, 87(4), 903-911.
- Fieldhouse, P. (1986). *Food and Nutrition: customs and culture*. London: Chapman & Hall.
- Fisher, J. O., & Birch, L. L. (1999). Restricting access to foods and children's eating. *Appetite*, 32(3), 405-419.
- Flynn, M. A. (1997). Fear of fatness and adolescent girls: implications for obesity prevention. *Proc Nutr Soc*, 56(1B), 305-317.
- French, S. A., Jeffery, R. W., & Murray, D. (1999). Is dieting good for you?: Prevalence, duration and associated weight and behaviour changes for specific weight loss strategies over four years in US adults. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 23(3), 320-327.
- Gregory, J. E., Paxton, S. J., & Brozovic, A. M. (2011). Maternal feeding practices predict fruit and vegetable consumption in young children. Results of a 12-month longitudinal study. *Appetite*, 57(1), 167-172.
- Hasselbalch, A. L., Heitmann, B. L., Kyvik, K. O., & Sorensen, T. I. (2008). Studies of twins indicate that genetics influence dietary intake. *J Nutr*, 138(12), 2406-2412.
- Hill, A. J. (2002). Developmental issues in attitudes to food and diet. *Proc Nutr Soc*, 61(2), 259-266.
- Johnson, C. M., Sharkey, J. R., Dean, W. R., Alex McIntosh, W., & Kubena, K. S. (2011). It's who I am and what we eat. Mothers' food-related identities in family food choice. *Appetite*, 57(1), 220-228.
- Katzmarzyk, P. T., & Davis, C. (2001). Thinness and body shape of Playboy centerfolds from 1978 to 1998. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 25(4), 590-592.
- Khan, M. A. (1981). Evaluation of food selection patterns and preferences. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 15(2), 129-153.
- Lloyd, A. B., Lubans, D. R., Plotnikoff, R. C., Collins, C. E., & Morgan, P. J. (2014). Maternal and paternal parenting practices and their influence on children's adiposity, screen-time, diet and physical activity. *Appetite*, 79, 149-157.
- Logue, A. W. (1986). *The psychology of eating and drinking: an introduction*. New York: WH Freeman and Company.
- Mennel, S., Murcott, A., & van Otterloo, A. (1992). *The Sociology of food: eating, diet and culture*. London: Sage Publication.
- Murcott, A. (1995). Social influences on food choice and dietary change: a sociological attitude. *Proc Nutr Soc*, 54(3), 729-735.
- Polivy, J., Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1986). Causes and consequences of the current preference for thin female physiques. In H. C.P., M. P. Zanna & E. T. Higgins (Eds.), *Physical appearance stigma and social behavior: The Third Ontario Symposium in Personality and social Psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Prichard, I., Hodder, K., Hutchinson, A., & Wilson, C. (2012). Predictors of mother-daughter resemblance in dietary intake. The role of eating styles, mothers' consumption, and closeness. *Appetite*, 58(1), 271-276.
- Randall, E., & Sanjur, D. (1981). Food preferences - their conceptualization and relationship to consumption. *Ecology of Food and Nutrition*, 11(3), 151-161.
- Rosenkranz, R. R., Bauer, A., & Dziewaltowski, D. A. (2010). Mother-daughter resemblance in BMI and obesity-related behaviors. *Int J Adolesc Med Health*, 22(4), 477-489.
- Ryan, Y. M. (1997). Meat avoidance and body weight concerns: nutritional implications for teenage girls. *Proc Nutr Soc*, 56(1B), 519-524.
- Shepherd, D. (1985). Dietary salt intake. *Nutrition & Food Science*, 85(5), 10-11.

- Shiferaw, B., Verrill, L., Booth, H., Zansky, S. M., Norton, D. M., Crim, S., et al. (2012). Sex-based differences in food consumption: Foodborne Diseases Active Surveillance Network (FoodNet) Population Survey, 2006-2007. *Clin Infect Dis*, 54 Suppl 5, S453-457.
- Wardle, J., Haase, A. M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K., & Bellisle, F. (2004). Gender differences in food choice: the contribution of health beliefs and dieting. *Ann Behav Med*, 27(2), 107-116.
- Γιαννακούλια, Μ. (2005). Γυναίκες και τροφή. In Α.-Λ. Ματάλα & Α. Χουλιάρας (Eds.), *Η Γεωγραφία της Διατροφής στον 21ο αιώνα: οι μεγάλες προκλήσεις*. Αθήνα: Εκδ. Παπαζήση.

## 4. Τροφικές επιλογές — Διαιτητικές προτιμήσεις παιδιών

### Σύνοψη

Οι διαιτητικές επιλογές και προτιμήσεις των παιδιών έχουν αποτελέσει αντικείμενο εντατικής μελέτης. Οι παράγοντες που επιδρούν σ' αυτές είναι ίδιοι με τους παράγοντες που επιδρούν στις διαιτητικές επιλογές και προτιμήσεις των ενηλίκων, όμως, η σχετική συνεισφορά τους είναι διαφορετική. Στην περίπτωση των παιδιών, εξάλλου, και σε σχέση με το περιβάλλον τους, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν η οικογένεια, το σχολείο και οι φίλοι. Το κεφάλαιο αυτό, σε αντίθεση με το προηγούμενο, δεν θα εστιάσει σε θεωρητικά υποδείγματα αλλά σε κάποιους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν τις διαιτητικές επιλογές των παιδιών, όπως αυτοί καταγράφονται στη σύγχρονη επιστημονική βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, θα γίνει αναφορά στους γενετικούς παράγοντες, στη νεοφοβία, στη διαθεσιμότητα τροφίμων, στις πρακτικές του γονέα και σε επιλεγμένες επιδράσεις από το περιβάλλον, όπως επιδράσεις του σχολείου και των διαφημίσεων.

### Προαπαιτούμενη γνώση

Κεφάλαιο 3. Τροφικές επιλογές και διαιτητικές προτιμήσεις.

### 4.1. Γενετικοί παράγοντες

Όπως παρουσιάστηκε αναλυτικά και στο Κεφάλαιο 3, οι διατροφικές επιλογές και συνήθειες αποτελούν το τελικό αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ποικίλων παραγόντων, που σχετίζονται τόσο με το άτομο και το περιβάλλον του όσο και με τα ίδια τα τρόφιμα. Ειδικά για τα παιδιά, ενδιαφέρον παρουσιάζει ο ρόλος των γονιδίων στη διαμόρφωση των γευστικών τους προτιμήσεων. Μελέτες σε νεογνά έχουν δείξει ότι προσλαμβάνουν μεγαλύτερη ποσότητα υγρών, όταν σ' αυτά περιέχεται ζάχαρη, σε σύγκριση με το σκέτο νερό, ενώ στο πρόσωπό τους εκφράζεται ικανοποίηση και ευχαρίστηση μετά την κατανάλωση γλυκών διαλυμάτων, σε αντίθεση με τις εκφράσεις που παίρνουν, όταν εκτίθενται σε πικρά ή ξινά διαλύματα (Steiner, 1977). Η αρέσκεια αυτή θεωρείται ότι αποτελεί μια εξελικτική προσαρμογή, καθώς στη φύση η γλυκιά γεύση συνήθως σημαίνει και διαθέσιμη ενέργεια μέσω υδατανθράκων (σακχάρων), ενώ η πικρή γεύση την ύπαρξη τοξινών και τοξικών ουσιών. Επίσης, η εξελικτική προσαρμογή πιθανότατα εξηγεί και την αρέσκεια προς την αλμυρή γεύση: το αλάτι είναι σημαντικό για τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού, από την άλλη, όμως, δεν είναι τόσο εύκολα διαθέσιμο στη φύση (πριν τη εκβιομηχάνιση οι άνθρωποι αντιμετώπιζαν προβλήματα για να βρουν αρκετό αλάτι) (Logue, 1986). Υπάρχουν, επίσης, αρκετά στοιχεία για την ύπαρξη γονιδίων που σχετίζονται με την ευαισθησία σε συγκεκριμένες γεύσεις —όπως στην πικρή γεύση, οδηγώντας κάποια παιδιά να αποδέχονται περισσότερο ή λιγότερο πικρά λαχανικά, όπως το μπρόκολο ή το σπανάκι (Negri, et al., 2012).

Στα παιδιά η επίδραση των γενετικών παραγόντων είναι περισσότερο εμφανής, λόγω της βραχύβιας δράσης των περιβαλλοντικών παραγόντων. Με την πάροδο της ηλικίας, οι γενετικές επιδράσεις τροποποιούνται ανάλογα με τις εμπειρίες που αποκτώνται. Τελικά, το κατά πόσο η γενετική προδιάθεση θα οδηγήσει στην υιοθέτηση ή όχι υγιεινών διατροφικών συνηθειών εξαρτάται από το πώς αυτή θα αλληλεπιδράσει με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Feeney, O'Brien, Scannell, Markey, & Gibney, 2011).

#### 4.1.1. Νεοφοβία και επιλεκτικότητα/«μιζέρια»/«γκρίνια» σχετικά με το φαγητό

Κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού, καθώς αυτό απογαλακτίζεται και μεταβαίνει από μια μονοφαγική (γάλα) σε μια πολυφαγική δίαιτα, οι διαιτητικές προτιμήσεις του καθορίζονται σημαντικά από τις εγγενείς προτιμήσεις ή απέχθειες για συγκεκριμένες γεύσεις και από έναν, επίσης, εγγενή φόβο για τα νέα τρόφιμα (Birch, 1999). Τόσο οι άνθρωποι όσο και τα ζώα εμφανίζουν «νεοφοβία», δηλαδή φόβο για τα νέα πράγματα και καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων και των τροφίμων (Logue, 1986). Άρα, με εξαίρεση τα γλυκά και τα αλμυρά τρόφιμα, η αποδοχή των υπόλοιπων «νέων» τροφίμων δεν είναι δεδομένη ούτε συμβαίνει αυτόματα: υπάρχει αρχικά απόρριψη και απαιτείται επαναλαμβανόμενη έκθεση στο νέο τρόφιμο, προκειμένου να ξεπεραστεί ο φόβος. Για παράδειγμα, έρευνες έχουν δείξει ότι στα βρέφη αυξάνεται η αποδοχή τους για ένα νέο λαχανικό (κάτι που εκφράζεται τόσο μέσω των εκφράσεων του προσώπου τους όσο και μέσω της καταναλισκόμενης ποσότητας) μετά από 10 επαναλαμβανόμενες εκθέσεις σ' αυτό, σε περίοδο 10 ημερών (Sullivan & Birch, 1994). Η απόρριψη δεν αφορά μόνο τη γεύση αλλά και την παρουσίαση του τροφίμου. Έτσι, σε μεγαλύτερα παιδιά (2-5 ετών), ενώ η οπτική έκθεση βελτιώνει την οπτική προτίμηση, αυτή δεν είναι ικανή

να επηρεάσει τη γευστική προτίμηση· η βελτίωση της τελευταίας απαιτεί επαναλαμβανόμενη έκθεση στη γεύση 5-10 φορές (Birch, McPhee, Shoba, Pirok, & Steinberg, 1987).

Σε κάθε περίπτωση, η νεοφοβία μειώνεται με την ηλικία: ενώ είναι σε χαμηλά επίπεδα από τη γέννηση μέχρι τον απογαλακτισμό, κατόπιν αυξάνει απότομα, με την οξεία της φάση να εντοπίζεται μάλλον στην ηλικία 2-6 ετών, ενώ στη συνέχεια, γενικά, μειώνεται μέχρι την ενήλικη ζωή (Cashdan, 1994; Dovey, Staples, Gibson, & Halford, 2008; Nicklaus, Boggio, Chabanet, & Issanchou, 2005). Αξίζει να σημειωθεί ότι, αν και η νεοφοβία μειώνεται με την ηλικία, η σχετική νεοφοβία ενός ατόμου σε σχέση με άλλα άτομα ίδιας ηλικίας παραμένει σταθερή, δηλώνοντας ότι υπάρχει και ένας γενετικός προσδιοριστής στη νεοφοβία. Οπότε, μετά και τις επιδράσεις του περιβάλλοντος, κάθε άτομο στην ενήλικη ζωή του είναι περισσότερο ή λιγότερο νεοφοβικό σε σχέση με άλλους ενήλικες, ως αποτελέσματα της αλληλεπίδρασης γενετικών παραγόντων και περιβαλλοντικών εμπειριών.

Από την άλλη μεριά, η επιλεκτικότητα/«μίζερια»/«γκρίνια» σχετικά με το φαγητό (“picky/fussy eating”) είναι ένα χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς, θεωρητικά ξεχωριστό από τη νεοφοβία. Τα παιδιά που το έχουν σε μεγάλο βαθμό, καταναλώνουν μια μη επαρκή ποικιλία τροφίμων, απορρίπτοντας τρόφιμα με τα οποία είναι εξοικειωμένα (αλλά και αυτά με τα οποία δεν είναι εξοικειωμένα) (Dovey, et al., 2008; Galloway, Lee, & Birch, 2003). Επίσης, αντίθετα με τη νεοφοβία, αυτό το χαρακτηριστικό αναφέρεται και στην απόρριψη υφής τροφίμων, η οποία γίνεται αντιληπτή μέσα στο στόμα των παιδιών. Τελικά, η νεοφοβία θα μπορούσε να εξηγήσει μέρος της επιλεκτικότητας ενός παιδιού, αλλά από την άλλη, η επιλεκτικότητα/«μίζερια»/«γκρίνια» του παιδιού μπορεί να μην σχετίζεται με τη νεοφοβία. Θεωρητικά, ένα παιδί μπορεί να μην έχει πρόβλημα να δοκιμάσει ένα νέο τρόφιμο, αλλά να το απορρίπτει κάθε φορά που του παρουσιάζεται. Αντιστοίχως, ένα άλλο παιδί μπορεί να είναι νεοφοβικό στα νέα τρόφιμα, αλλά από τη στιγμή που ξεπερνιέται η νεοφοβία του, τότε να τα αποδέχεται. Γενικά, αυτός ο τελευταίος τύπος παιδιού είναι πιο συχνός και η συγκριμένη συμπεριφορά θεωρείται φυσιολογική στο πλαίσιο της αναπτυξιακής προόδου. Το πρώτο παιδί που περιγράφηκε είναι το επιλεκτικό, «μίζερο», «γκρινιάρικο» σε σχέση με το φαγητό του, και αποτελεί πραγματική πρόκληση για τους διαιτολόγους ή/και τους ψυχολόγους. Ενδέχεται να έχει διατροφικές ελλείψεις και, γενικά, ανταποκρίνεται λιγότερο σε παρεμβάσεις (Dovey, et al., 2008).

Οι «λύσεις» που προτείνονται για τα παιδιά με περιορισμένες διαιτητικές επιλογές, τα οποία αρνούνται ή φοβούνται να διευρύνουν τη διαίτά τους με νέα τρόφιμα, είναι οι παρακάτω (Anzman-Frasca, Savage, Marini, Fisher, & Birch, 2012; Birch, Gunder, Grimm-Thomas, & Laing, 1998; Fildes, van Jaarsveld, Wardle, & Cooke, 2014; Laureati, Bergamaschi, & Pagliarini, 2014; Perikkou, Gavrieli, Kougioufa, Tzirkali, & Yannakoulia, 2013):

- Επαναλαμβανόμενη έκθεση νέων τροφίμων χωρίς πίεση δοκιμής (5-10 ή και περισσότερες φορές).
- Χρησιμοποίηση του δασκάλου ή του γονέα ως προτύπου κατανάλωσης, όποτε μπορεί να συνδυαστεί με την επαναλαμβανόμενη έκθεση.
- Συναναστροφή με άτομα που αποδέχονται τα νέα τρόφιμα ή/και πίεση από συνομήλικα παιδιά (“peer pressure”).
- Συνδυασμός του νέου τροφίμου με κάποιο ήδη οικείο τρόφιμο.

## 4.2. Πρόσβαση σε τρόφιμα και διαθεσιμότητα τροφίμων

Τα παιδιά θα προτιμήσουν τα τρόφιμα στα οποία έχουν πρόσβαση και τα οποία είναι διαθέσιμα με εύκολο τρόπο. Συχνά, αυτό συμβαίνει για τρόφιμα πλούσια σε ενέργεια, ζάχαρη και λιπίδια (Hill, 2002). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι τα παιδιά τρώνε περισσότερα φρούτα και λαχανικά, όταν αυτά είναι διαθέσιμα στο σχολείο ή στο σπίτι τους (Domel, et al., 1993; Jago, Baranowski, & Baranowski, 2007). Η διαθεσιμότητα και η εύκολη πρόσβαση στο τρόφιμο μπορούν να αυξήσουν την αποδοχή του τροφίμου από τα παιδιά, καθώς σημαίνουν επαναλαμβανόμενη έκθεση σ’ αυτό. Εάν σ’ αυτήν την έκθεση στο οπτικό ερέθισμα προστεθεί και η έκθεση στη γεύση, δηλαδή, εάν το παιδί δοκιμάσει, τελικά, το τρόφιμο, η προτίμηση για το τρόφιμο αυξάνει περισσότερο.

## 4.3. Η επίδραση του γονέα και των πρακτικών που εφαρμόζει

Οι γονείς επηρεάζουν ποικιλοτρόπως τη διαιτητική πρόσληψη του παιδιού, καταρχάς, μέσω της λειτουργίας τους ως πρότυπα και της διαδικασίας μίμησής τους από τα παιδιά (Birch & Fisher, 1998). Τα παιδιά μιμούνται

συνήθειες του κοινωνικού τους περιβάλλοντος: όσο πιο σημαντικό είναι το πρότυπο, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των γονέων, τόσο μεγαλύτερη η επίδραση. Για παράδειγμα, παιδιά προσχολικής ηλικίας αποδέχονται καλύτερα ένα νέο τρόφιμο, όταν ο ενήλικας που το προσφέρει το καταναλώνει και ο ίδιος, πολύ, δε, περισσότερο όταν ο ενήλικας αυτός είναι η μητέρα τους (Harper & Sanders, 1975). Μέσω της μίμησης μπορεί να τροποποιηθεί ακόμα και η προτίμηση σε απολύτως δυσάρεστες εγγενώς γεύσεις, όπως, αυτή των καυτερών φαγητών, αλλά και να υιοθετηθούν μη ισορροπημένες διαιτητικές συμπεριφορές (Abramovitz & Birch, 2000; Snoek, van Strien, Janssens, & Engels, 2009).

Οι γονείς είναι, επίσης, σε μεγάλο βαθμό υπεύθυνοι τόσο για τη διαθεσιμότητα όσο και για την οργάνωση της διαδικασίας του φαγητού (Gillman, et al., 2000; Santiago-Torres, Adams, Carrel, LaRowe, & Schoeller, 2014). Τουλάχιστον στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού είναι υπεύθυνοι και για την κατανομή των γευμάτων. Και κατά την εφηβεία, όμως, όταν το παιδί εκδηλώνει την τάση για αυτονομία και μέσω της κατανάλωσης γευμάτων εκτός σπιτιού —ιδιαίτερα στη σύγχρονη κοινωνία, όπου τα παιδιά, κυρίως εξαιτίας των συνθηκών εργασίας των γονέων τους, καταναλώνουν ολοένα και περισσότερο γεύματα μόνα τους—, η κατανάλωση έστω ενός γεύματος μαζί με την οικογένεια έχει συσχετιστεί με καλύτερη ποιότητα διατροφής των παιδιών και των εφήβων (Gillman, et al., 2000; Rockett, 2007). Η παρουσία των γονέων στα γεύματα μπορεί να επηρεάσει το τι και πόσο θα καταναλωθεί μέσω των τροφίμων που θα σερβιριστούν αλλά και μέσω της γενικότερης θετικής ατμόσφαιρας που μπορεί να δημιουργηθεί. Από την άλλη, η παρακολούθηση τηλεόρασης κατά τη διάρκεια του γεύματος αναιρεί τις θετικές επιδράσεις που έχει η κατανάλωση γεύματος μαζί με την οικογένεια στην ποιότητα της δίαιτας των παιδιών (Fitzpatrick, Edmunds, & Dennison, 2007).

Συχνά οι γονείς παρεμβαίνουν και εφαρμόζουν ποικίλες μεθόδους, προσπαθώντας να ελέγξουν συνειδητά τη διαιτητική πρόσληψη του παιδιού τους, περιορίζοντας τρόφιμα που θεωρούν «επιβλαβή» για την υγεία του ή ενισχύοντας τροφικές προτιμήσεις για «υγιεινά» τρόφιμα (Birch & Fisher, 1998). Παρόλο που ο στόχος τους είναι να προάγουν τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες, με τις τεχνικές ή τις μεθόδους που εφαρμόζουν συχνά καταλήγουν σε αντίθετα αποτελέσματα. Γενικά, ενώ οι συστάσεις για υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή δίνουν έμφαση στο μέτρο, την ποικιλία και τον ελαστικό έλεγχο της διαιτητικής πρόσληψης, πολλοί γονείς κατηγοριοποιούν τα τρόφιμα σε «καλά» και «κακά» για την υγεία, και προσπαθούν ποικιλοτρόπως να ενισχύσουν την κατανάλωση των «καλών» και να περιορίσουν την κατανάλωση των «κακών» τροφίμων από τα παιδιά τους. Μια από τις πιο δημοφιλείς μεθόδους για να πετύχουν τη μείωση της κατανάλωσης των θεωρούμενων ως «κακών» τροφίμων —τα οποία είναι συνήθως σνακ υψηλής περιεκτικότητας σε ενέργεια, ζάχαρη, λιπίδια και αλάτι— είναι ο περιορισμός ή η απαγόρευσή τους. Ο περιορισμός, όμως, ενός τροφίμου φαίνεται να το καθιστά πιο ελκυστικό και, όταν αρθεί ο περιορισμός, αυξάνει, τελικά, η κατανάλωσή του (Fisher & Birch, 1999; Rollins, Loken, Savage, & Birch, 2014). Όταν σε παιδιά παρουσιάστηκε ένα γλύκισμα, αρχικά με ελεύθερη πρόσβαση και στη συνέχεια υπό περιορισμό, τα παιδιά στην κατάσταση του περιορισμού έκαναν θετικά σχόλια για το τρόφιμο, ζητούσαν και προσπαθούσαν να το φάνε και, στο τέλος, κατανάλωσαν μεγαλύτερη ποσότητα απ' αυτό (Birch & Fisher, 1998). Επίσης, ο περιορισμός συγκεκριμένων τροφίμων από την πλευρά των γονέων φαίνεται ότι συσχετίζεται με αύξηση της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης των παιδιών και αύξηση του σωματικού βάρους (Faith, Scanlon, Birch, Francis, & Sherry, 2004).

Σε άλλες περιπτώσεις οι γονείς χρησιμοποιούν τα τρόφιμα ως δώρο ή ως τιμωρία, για να ελέγξουν διάφορες συμπεριφορές των παιδιών τους, ενισχύοντας ή περιορίζοντάς τες. Είναι ενδιαφέρον ότι τον ρόλο του δώρου συχνά παίζουν τρόφιμα την κατανάλωση των οποίων οι γονείς προσπαθούν να περιορίσουν, όπως είναι τα γλυκίσματα και τα συναφή σνακ. Όντως, η επιβράβευση μπορεί να καταφέρει να αυξήσει βραχυχρόνια την κατανάλωση των τροφίμων για τα οποία δίνεται η επιβράβευση. Το πώς, όμως, θα διαμορφωθεί η τελική προτίμηση του παιδιού, αυτό εξαρτάται από διάφορους παράγοντες. Για παράδειγμα, σε μελέτες όπου χρησιμοποιήθηκε ένα τρόφιμο ως «δώρο» για να καταναλωθεί κάποιο άλλο («μέσο»), η προτίμηση των παιδιών για το «δώρο» αυξήθηκε, ενώ για το «μέσο» μειώθηκε, ακόμα κι όταν η προτίμηση για τα δύο τρόφιμα πριν τη μελέτη δεν διέφερε (Birch, Marlin, & Rotter, 1984; Newman & Taylor, 1992). Φαίνεται, δηλαδή, ότι τα παιδιά αναμένουν ότι αυτό που τους παρουσιάζεται ως «δώρο» θα είναι πιο ελκυστικό απ' αυτό που τους παρουσιάζεται ως «μέσο» για να αποκτηθεί το «δώρο». Οι γονείς, αποδίδοντας στα τρόφιμα τους ρόλους «μέσου» και «δώρου», αυτομάτως δέχονται την υπόθεση ότι το «δώρο» είναι ελκυστικό και νόστιμο, ενώ το «μέσο» δεν είναι, και προδιαθέτουν αντίστοιχα τα παιδιά. Σε γενικές γραμμές, η επιβράβευση θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση των διαιτητικών συνθηκών, αρκεί, όμως, να πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις (Eisenberg & Cameron, 1996):

- Να είναι λεκτική παρά υλική επιβράβευση (και σίγουρα να μην περιλαμβάνει την κατανάλωση ενός άλλου τροφίμου ως «δώρο»).

- Να είναι μικρή παρά μεγάλη.
- Να αφορά την ποιότητα παρά την ποσότητα της συμπεριφοράς.

Στο ίδιο πλαίσιο, η πίεση για κατανάλωση των θεωρούμενων ως «καλών» τροφίμων οδηγεί στο αντίθετο από το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, η πίεση για κατανάλωση φρούτων και λαχανικών αποθαρρύνει τα παιδιά να τα καταναλώσουν (Fisher, Mitchell, Smiciklas-Wright, & Birch, 2002). Η πίεση των γονέων δεν αφορά μόνο την ποιότητα αλλά και την ποσότητα του φαγητού. Παιδιά που πιέζονται για να «τελειώσουν το φαγητό τους» καταναλώνουν, τελικά, μικρότερη ποσότητα και κάνουν περισσότερα αρνητικά σχόλια για το φαγητό, σε σχέση με παιδιά στα οποία δεν ασκείται πίεση (Galloway, Fiorito, Francis, & Birch, 2006). Επίσης, όταν ασκηθεί πίεση στο παιδί να φάει παραπάνω από όσο θα ήθελε, το παιδί μπορεί να καταναλώσει περισσότερη τροφή απ' αυτήν που πραγματικά χρειάζεται, οπότε, έτσι, μειώνεται η ικανότητά του να αυτορρυθμίζει τη διατητική του πρόσληψη (Orlet Fisher, Rolls, & Birch, 2003; Rolls, Engell, & Birch, 2000). Η λύση βρίσκεται στην υιοθέτηση από τους γονείς ενός απλού ελέγχου, σε σύγκριση με τον υπερβολικό έλεγχο και την πίεση σχετικά με τη διατητική πρόσληψη του παιδιού.

#### 4.4. Άλλες επιδράσεις από το εξωτερικό περιβάλλον

Εδώ εντάσσονται όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες που ασκούν ιδιαίτερη επίδραση στις διατητικές συνήθειες των παιδιών, όπως το σχολείο, τα καταναλωτικά και σωματικά πρότυπα της κοινωνίας, οι διαφημίσεις, οι κοινωνικές και πολιτιστικές αξίες (Birch & Fisher, 1998; Savage, Fisher, & Birch, 2007).

Το σχολείο είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες του ευρύτερου περιβάλλοντος που επηρεάζει τις διατητικές συνήθειες των παιδιών: παρέχει γενική και ειδική εκπαίδευση στα παιδιά και αποτελεί κέντρο για την κοινωνική τους ζωή (Fox, Cooper, & McKenna, 2004; Patton, Bond, Butler, & Glover, 2003). Στις περισσότερες σχολικές κοινότητες παρουσιάζονται ευκαιρίες για να εφαρμοστούν στην πράξη νέες συμπεριφορές. Τα σχολεία λειτουργούν ως δίοδοι μεταφοράς σημαντικών μηνυμάτων υγείας, όχι μόνο προς τους μαθητές, αλλά και προς τους δασκάλους, τους γονείς και την τοπική κοινότητα (Lee, 2002). Όσον αφορά τους δασκάλους, αυτοί μπορούν ποικιλοτρόπως να επηρεάσουν ή/και να διαμορφώσουν συμπεριφορές υγείας των μαθητών, συμπεριλαμβανομένων και των διατητικών συμπεριφορών (Levin, 1997). Έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν γνώσεις διατροφής σε έναν μεγάλο αριθμό μαθητών ποικίλων κοινωνικοοικονομικών και πολιτιστικών υποβάθρων (Baranowski, et al., 1997; Rossiter, Glanville, Taylor, & Blum, 2007). Τα παιδιά περνούν περισσότερο χρόνο με τον δάσκαλό τους παρά με τους γονείς τους (Myers-Clack & Christopher, 2001), οπότε οι δάσκαλοι λειτουργούν ως πρότυπα και μέσω της μίμησης αλλά και της έκθεσης (Kubik, Lytle, & Story, 2005; Perikkou, et al., 2013).

Το σχολικό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών και μέσω των σχολικών κυλικείων (Gordon, Crepinsek, Briefel, Clark, & Fox, 2009; Wechsler, Brener, Kuester, & Miller, 2001). Τα τελευταία παρέχουν καθημερινά στα παιδιά εύκολη πρόσβαση σε συγκεκριμένα είδη τροφίμων (Kant & Graubard, 2003). Συνήθως, όμως, τα κυλικεία προωθούν λανθασμένες διατροφικές επιλογές, λόγω της παρουσίας σε αυτών τροφίμων χαμηλής διατροφικής αξίας που προτιμώνται από τα παιδιά και είναι πλούσια σε ενέργεια, λιπίδια και ζάχαρη. Μελέτες που έχουν γίνει στις ΗΠΑ δείχνουν ότι τα συνήθη τρόφιμα των σχολικών κυλικείων είναι τα αναψυκτικά, τα ενεργειακά ποτά, οι σοκολάτες, τα μπισκότα και τα διάφορα αλμυρά σνακ, χαμηλής περιεκτικότητας σε διατητικές ίνες, ανόργανα στοιχεία και βιταμίνες (Kann, Grunbaum, McKenna, Wechsler, & Galuska, 2005; Kubik, Lytle, Hannan, Perry, & Story, 2003).

Τέλος, τα παιδιά και οι έφηβοι αποτελούν σημαντική ομάδα-στόχο για τις διαφημίσεις, εξαιτίας της πίεσης και της επιρροής που ασκούν στους γονείς τους, της αγοραστικής τους δύναμης και της μελλοντικής τους ιδιότητας ως καταναλωτές. Μελέτες έχουν δείξει πως η έκθεση ενός παιδιού σε μια διαφήμιση τροφίμου αυξάνει τόσο το αίτημα του παιδιού στους γονείς του για αγορά του προϊόντος όσο και την κατανάλωσή του (Halford, Gillespie, Brown, Pontin, & Dovey, 2004). Οι περισσότερες διαφημίσεις που προβάλλονται στην παιδική ζώνη αφορούν τρόφιμα η ποιότητα των οποίων δεν φαίνεται να συμφωνεί με τις γενικές συστάσεις για ισορροπημένη διατροφή (Μπαθρέλλου, et al., 2006).

## Βιβλιογραφία

- Abramovitz, B. A., & Birch, L. L. (2000). Five-year-old girls' ideas about dieting are predicted by their mothers' dieting. *J Am Diet Assoc*, *100*(10), 1157-1163.
- Anzman-Frasca, S., Savage, J. S., Marini, M. E., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2012). Repeated exposure and associative conditioning promote preschool children's liking of vegetables. *Appetite*, *58*(2), 543-553.
- Baranowski, T., Smith, M., Hearn, M. D., Lin, L. S., Baranowski, J., Doyle, C., et al. (1997). Patterns in children's fruit and vegetable consumption by meal and day of the week. *J Am Coll Nutr*, *16*(3), 216-223.
- Birch, L. L. (1999). Development of food preferences. *Annu Rev Nutr*, *19*, 41-62.
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, *101*(3 Pt 2), 539-549.
- Birch, L. L., Gunder, L., Grimm-Thomas, K., & Laing, D. G. (1998). Infants' consumption of a new food enhances acceptance of similar foods. *Appetite*, *30*(3), 283-295.
- Birch, L. L., Marlin, D. W., & Rotter, J. (1984). Eating as the "means" activity in a contingency: effects on young children's food preference. *Child Dev*, *55*(2), 431-439.
- Birch, L. L., McPhee, L., Shoba, B. C., Pirok, E., & Steinberg, L. (1987). What kind of exposure reduces children's food neophobia? Looking vs. tasting. *Appetite*, *9*(3), 171-178.
- Cashdan, E. (1994). A sensitive period for learning about food. *Hum Nat*, *5*(3), 279-291.
- Domel, S. B., Baranowski, T., Davis, H., Leonard, S. B., Riley, P., & Baranowski, J. (1993). Measuring fruit and vegetable preferences among 4th- and 5th-grade students. *Prev Med*, *22*(6), 866-879.
- Dovey, T. M., Staples, P. A., Gibson, E. L., & Halford, J. C. (2008). Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review. *Appetite*, *50*(2-3), 181-193.
- Eisenberg, R., & Cameron, J. (1996). Detrimental effects of reward. Reality or myth. *Am Psychol* *51*, 1153-1166.
- Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A., & Sherry, B. (2004). Parent-child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obes Res*, *12*(11), 1711-1722.
- Feeney, E., O'Brien, S., Scannell, A., Markey, A., & Gibney, E. R. (2011). Genetic variation in taste perception: does it have a role in healthy eating? *Proc Nutr Soc*, *70*(1), 135-143.
- Fildes, A., van Jaarsveld, C. H., Wardle, J., & Cooke, L. (2014). Parent-administered exposure to increase children's vegetable acceptance: a randomized controlled trial. *J Acad Nutr Diet*, *114*(6), 881-888.
- Fisher, J. O., & Birch, L. L. (1999). Restricting Access to Foods and Children's Eating. *Appetite*, *32*(3), 405-419.
- Fisher, J. O., Mitchell, D. C., Smiciklas-Wright, H., & Birch, L. L. (2002). Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *J Am Diet Assoc*, *102*(1), 58-64.
- Fitzpatrick, E., Edmunds, L. S., & Dennison, B. A. (2007). Positive effects of family dinner are undone by television viewing. *J Am Diet Assoc*, *107*(4), 666-671.
- Fox, K., Cooper, A., & McKenna, J. (2004). The School and the promotion of children's health-enhancing physical activity: Perspectives from the UK. *Journal of Teaching Physical Education*, *23*, 336-355.
- Galloway, A. T., Fiorito, L. M., Francis, L. A., & Birch, L. L. (2006). 'Finish your soup': counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite*, *46*(3), 318-323.
- Galloway, A. T., Lee, Y., & Birch, L. L. (2003). Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *J Am Diet Assoc*, *103*(6), 692-698.
- Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S. L., Frazier, A. L., Rockett, H. R., Camargo, C. A., Jr., Field, A. E., et al. (2000). Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Arch Fam Med*, *9*(3), 235-240.
- Gordon, A. R., Crepinsek, M. K., Briefel, R. R., Clark, M. A., & Fox, M. K. (2009). The third School Nutrition Dietary Assessment Study: summary and implications. *J Am Diet Assoc*, *109*(2 Suppl), S129-135.
- Halford, J. C., Gillespie, J., Brown, V., Pontin, E. E., & Dovey, T. M. (2004). Effect of television advertisements for foods on food consumption in children. *Appetite*, *42*(2), 221-225.
- Harper, L. V., & Sanders, K. M. (1975). The effect of adults' eating on young children's acceptance of unfamiliar foods. *J Exp Child Psychol*, *20*(2), 206-214.
- Hill, A. J. (2002). Developmental issues in attitudes to food and diet. *Proc Nutr Soc*, *61*(2), 259-266.

- Jago, R., Baranowski, T., & Baranowski, J. C. (2007). Fruit and vegetable availability: a micro environmental mediating variable? *Public Health Nutr*, *10*(7), 681-689.
- Kann, L., Grunbaum, J., McKenna, M. L., Wechsler, H., & Galuska, D. A. (2005). Competitive foods and beverages available for purchase in secondary schools--selected sites, United States, 2004. *J Sch Health*, *75*(10), 370-374.
- Kant, A. K., & Graubard, B. I. (2003). Predictors of reported consumption of low-nutrient-density foods in a 24-h recall by 8-16 year old US children and adolescents. *Appetite*, *41*(2), 175-180.
- Kubik, M. Y., Lytle, L. A., Hannan, P. J., Perry, C. L., & Story, M. (2003). The association of the school food environment with dietary behaviors of young adolescents. *Am J Public Health*, *93*(7), 1168-1173.
- Kubik, M. Y., Lytle, L. A., & Story, M. (2005). Soft drinks, candy, and fast food: what parents and teachers think about the middle school food environment. *J Am Diet Assoc*, *105*(2), 233-239.
- Laureati, M., Bergamaschi, V., & Pagliarini, E. (2014). School-based intervention with children. Peer-modeling, reward and repeated exposure reduce food neophobia and increase liking of fruits and vegetables. *Appetite*, *83*, 26-32.
- Lee, A. (2002). Should school health educators be regarded as professionals and what professional knowledge and skills should they possess: the Hong Kong experience. *Promot Educ*, *9*(1), 3-8.
- Levin, L. (1997). *The European Health Promoting School in the context of social and economic development*. . Paper presented at the The First Conference of the European Network of Health Promoting Schools.
- Logue, A. W. (1986). *The psychology of eating and drinking: an introduction*. New York: WH Freeman and Company.
- Myers-Clack, S. A., & Christopher, S. E. (2001). Effectiveness of a health course at influencing preservice teachers' attitudes toward teaching health. *J Sch Health*, *71*(9), 462-466.
- Negri, R., Di Feola, M., Di Domenico, S., Scala, M. G., Artesi, G., Valente, S., et al. (2012). Taste perception and food choices. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, *54*(5), 624-629.
- Newman, J., & Taylor, A. (1992). Effect of a means-end contingency on young children's food preferences. *J Exp Child Psychol*, *53*(2), 200-216.
- Nicklaus, S., Boggio, V., Chabanet, C., & Issanchou, S. (2005). A prospective study of food variety seeking in childhood, adolescence and early adult life. *Appetite*, *44*(3), 289-297.
- Orlet Fisher, J., Rolls, B. J., & Birch, L. L. (2003). Children's bite size and intake of an entree are greater with large portions than with age-appropriate or self-selected portions. *Am J Clin Nutr*, *77*(5), 1164-1170.
- Patton, G., Bond, L., Butler, H., & Glover, S. (2003). Changing schools, changing health? Design and implementation of the Gatehouse Project. *J Adolesc Health*, *33*(4), 231-239.
- Perikkou, A., Gavrieli, A., Kougioufa, M. M., Tzirkali, M., & Yannakoulia, M. (2013). A novel approach for increasing fruit consumption in children. *J Acad Nutr Diet*, *113*(9), 1188-1193.
- Rockett, H. R. (2007). Family dinner: more than just a meal. *J Am Diet Assoc*, *107*(9), 1498-1501.
- Rollins, B. Y., Loken, E., Savage, J. S., & Birch, L. L. (2014). Effects of restriction on children's intake differ by child temperament, food reinforcement, and parent's chronic use of restriction. *Appetite*, *73*, 31-39.
- Rolls, B. J., Engell, D., & Birch, L. L. (2000). Serving portion size influences 5-year-old but not 3-year-old children's food intakes. *J Am Diet Assoc*, *100*(2), 232-234.
- Rossiter, M., Glanville, T., Taylor, J., & Blum, I. (2007). School food practices of prospective teachers. *J Sch Health*, *77*(10), 694-700.
- Santiago-Torres, M., Adams, A. K., Carrel, A. L., LaRowe, T. L., & Schoeller, D. A. (2014). Home food availability, parental dietary intake, and familial eating habits influence the diet quality of urban Hispanic children. *Child Obes*, *10*(5), 408-415.
- Savage, J. S., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2007). Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law Med Ethics*, *35*(1), 22-34.
- Snoek, H. M., van Strien, T., Janssens, J. M., & Engels, R. C. (2009). Longitudinal relationships between fathers', mothers', and adolescents' restrained eating. *Appetite*, *52*(2), 461-468.
- Steiner, J. E. (1977). Facial expressions of the neonate infant indicate the hedonics of food - related chemical stimuli. In J. M. Weiffenbach (Ed.), *Taste and Development: The Genesis of Sweet Preference*. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Sullivan, S. A., & Birch, L. L. (1994). Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics*, *93*(2), 271-277.



- Wechsler, H., Brener, N. D., Kuester, S., & Miller, C. (2001). Food service and foods and beverages available at school: results from the School Health Policies and Programs Study 2000. *J Sch Health*, 71(7), 313-324.
- Μπαθρέλλου, Ε., Γιαννακούλια, Μ., Βουτζουράκης, Ν., Ζήσης, Π., Ματάλα, Α.-Λ., & Συντώσης, Λ. (2006). Διαφημίσεις τροφίμων στην παιδική ζώνη: Διατροφικά χαρακτηριστικά και τρόποι προσέλκυσης. *Παιδιατρική*, 69, 127-133.

## 5. Τροφικές επιλογές — Διαιτητικές προτιμήσεις ατόμων άνω των 65 ετών

### Σύνοψη

Το γήρας δεν επιφέρει μόνο βιολογικές αλλαγές, αλλά και αλλαγές ως προς τα κοινωνικά, επαγγελματικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Επίσης, στις μεγαλύτερες ηλικίες είναι μεγαλύτερος ο επιπολασμός νοσημάτων φθοράς, συγκριτικά με μικρότερες ηλικίες. Ως εκ τούτου, οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στους ηλικιωμένους, συγκριτικά με τους υπόλοιπους ενήλικες, καθιστούν αναγκαία την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ως προς τη διαχείριση των διατροφικών προβλημάτων των ατόμων αυτών. Στο παρόν κεφάλαιο θα αναλυθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την τροφική επιλογή ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών, καθώς και ιδιαίτερες πρακτικές που χρησιμοποιούν οι γηραιότεροι σχετικά με τη διαιτητική τους πρόσληψη.

### Προαπαιτούμενη γνώση

Κεφάλαιο 3. Τροφικές επιλογές και διαιτητικές προτιμήσεις.

### 5.1. Εισαγωγή

Στον σύγχρονο δυτικό κόσμο αυξάνεται το ποσοστό των ηλικιωμένων στον γενικό πληθυσμό (Kinsella & Velkoff, 2001). Με το γήρας σημειώνεται αύξηση των προβλημάτων υγείας και του επιπολασμού των χρόνιων νοσημάτων που σχετίζονται με τη διατροφή, συγκριτικά με τις μικρότερες ηλικιακές ομάδες. Το γεγονός αυτό όχι μόνο αυξάνει το κόστος περίθαλψης, αλλά υποβαθμίζει και την ποιότητα ζωής των ατόμων (Netuveli & Blane, 2008). Όλα τα παραπάνω δεδομένα καθιστούν αναγκαία την ειδική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων, στους παράγοντες που επηρεάζουν τη διαιτητική τους πρόσληψη, αλλά και στις πρακτικές που ακολουθούν για να επιλέξουν τα τρόφιμα που καταναλώνουν.

### 5.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τις τροφικές επιλογές ατόμων > 65 ετών

Όπως αναφέρθηκε και στο Κεφάλαιο 3, η τροφική επιλογή αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει πολιτισμικούς, κοινωνιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, που ποικίλουν μεταξύ των ατόμων και έχουν διαφορετική ένταση επίδρασης μεταξύ διάφορων ηλικιακών ομάδων, αλλά και μεταξύ ατόμων της ίδιας ηλικίας. Αναφορικά με τις τροφικές επιλογές ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, αυτές επηρεάζονται από βιολογικούς/φυσιολογικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Falk, Bisogni, & Sobal, 1996; Sharpe, Huston, & Finke, 2003). Η οικογενειακή και η εργασιακή κατάσταση αλλάζουν στην ηλικία αυτήν, όπως επίσης οι στάσεις και συμπεριφορές σχετικά με την υγεία τους, παράγοντες που παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στις διαιτητικές προτιμήσεις και επιλογές (Drewnowski & Shultz, 2001).

Στους φυσιολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ηλικία ανήκουν η βραδύτερη κένωση στομάχου, οι αλλαγές στις ορμονικές αντιδράσεις, ο μειωμένος βασικός μεταβολικός ρυθμός και οι μεταβολές στη γεύση και την όσφρηση (Drewnowski & Shultz, 2001). Η μείωση της γεύσης και της όσφρησης οδηγεί σε αλλαγές στις τροφικές προτιμήσεις και επιλογές, προκαλώντας αλλαγές στην ενεργειακή πρόσληψη και την πρόσληψη θρεπτικών συστατικών (Westenhoefer, 2005). Έχει φανεί, για παράδειγμα, ότι γυναίκες με διαταραγμένη ικανότητα όσφρησης έχουν μικρότερη προτίμηση για ξινά ή πικρά τρόφιμα, όπως κάποια φρούτα και λαχανικά, και μεγαλύτερη πρόσληψη γλυκών και λιπών, καθώς και μικρότερο ενδιαφέρον για δραστηριότητες που σχετίζονται με το φαγητό, όπως το μαγείρεμα (Duffy, Backstrand, & Ferris, 1995). Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει την τροφική επιλογή των ηλικιωμένων είναι ο κορεσμός που σχετίζεται με τις αισθήσεις (sensory-specific satiety), δηλαδή, ο κορεσμός που επέρχεται όταν η κατανάλωση ενός συγκεκριμένου τροφίμου προκαλεί μια προσωρινή μείωση της ηδονικής αντίδρασης στη γεύση, οσμή ή υφή αυτού του τροφίμου. Με τον τρόπο αυτό αυξάνει η προτίμηση για άλλα τρόφιμα και προωθείται η ποικιλία στη δίαιτα. Στους ηλικιωμένους, όμως, ο κορεσμός αυτός μειώνεται και αυτό ίσως εξηγεί, γιατί οι ηλικιωμένοι ακολουθούν μονότονες δίαιτες (Rolls, 1993; Westenhoefer, 2005). Ωστόσο, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες (όπως ένα ικανοποιητικό εισόδημα, οι καλές συνθήκες διαβίωσης, η δυνατότητα μετακίνησης) μπορούν να τροποποιήσουν την επίδραση των φυσιολογικών παραγόντων και να βοηθήσουν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να διατηρήσουν ποικιλία στη δίαιτά τους.

Παράγοντες που σχετίζονται με τη φυσική κατάσταση του ατόμου, όπως τα προβλήματα στην πέψη, η φυσική εξασθένιση και αδυναμία και οι περιορισμοί που σχετίζονται με την οδοντοστοιχία, επηρεάζουν

καθοριστικά τις τροφικές επιλογές των ηλικιωμένων (Donini, Savina, & Cannella, 2003; Duffy, et al., 1995; Falk, et al., 1996; Hendy, Nelson, & Greco, 1998; Sahyoun, Zhang, & Serdula, 2005; Sharpe, et al., 2003). Οι δυσκολίες στην πέψη και η κατάσταση της υγείας έχουν περιγραφεί ως μια σταδιακή διαδικασία η οποία περιορίζει τις επιλογές τους όσο περνούν τα χρόνια, αλλά και την όρεξη. Νοσήματα φθοράς, όπως η αρθρίτιδα ή ο σακχαρώδης διαβήτης, όχι μόνο δυσχεραίνουν τη διαδικασία του μαγειρέματος για τους ηλικιωμένους, αλλά περιορίζουν και τις κοινωνικές τους συναναστροφές (για παράδειγμα, στον σακχαρώδη διαβήτη, λόγω των θεωρούμενων περιορισμών στις διαιτητικές επιλογές) Αντίθετα, η καλή σωματική, νοητική και ψυχική κατάσταση δρουν ευεργετικά στη διατήρηση ποικιλίας διατροφικών επιλογών από τα ηλικιωμένα άτομα. Τα προβλήματα δυσφαγίας και, κυρίως, τα συχνά προβλήματα οδοντοστοιχίας περισσότερο εμποδίζουν την κατανάλωση σκληρής τροφής: είναι, για παράδειγμα, ενδεικτικό ότι οι ηλικιωμένοι που δεν έχουν οπίσθια δόντια καταναλώνουν λιγότερα φρούτα και λαχανικά (Sahyoun, et al., 2005).

Τα οικονομικά προβλήματα και η οικονομική ανασφάλεια επιδρούν δυσμενώς στην ποιότητα και την ποσότητα των τροφίμων που αγοράζονται, ειδικά εάν μέρος των εισοδημάτων χρειάζεται να δαπανηθεί για περίθαλψη ή φάρμακα (Falk, et al., 1996; Quinn, Johnson, Poon, Martin, & Nickols-Richardson, 1997). Όσο μεγαλύτερο το εισόδημα τόσο επαρκέστερη η διαιτητική πρόσληψη των ατόμων αυτής της ηλικίας (Sayoun & Basiotis, 2001; Sharpe, et al., 2003). Μάλιστα, η επάρκεια εισοδήματος είναι σημαντικότερος παράγοντας από τις διατροφικές γνώσεις στην επίτευξη κατανάλωσης επαρκούς διαίτας. Τέλος, σημασία έχει και το κόστος του τροφίμου: για παράδειγμα, ανάμεσα σε δύο είδη φρούτων ο ηλικιωμένος έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να επιλέξει το πιο οικονομικό και όχι αυτό που είναι πιο αρεστό, ή ανάμεσα σε δύο γάλατα διαφορετικής λιποπεριεκτικότητας θα αγοράσει, επίσης, το πιο οικονομικό και όχι αυτό που είναι ωφελιμότερο για την υγεία.

Η προσβασιμότητα στην τροφή και, συγκεκριμένα, η δυνατότητα μετακίνησης με αυτοκίνητο, φαίνεται να επηρεάζει την τροφική επιλογή (Duffy, et al., 1995; Sharpe, et al., 2003). Ωστόσο, περιορισμός μπορεί να προκύψει από φυσικά, οικονομικά ή ατομικά αίτια, και οι παράγοντες αυτοί αλληλοσυσχετίζονται (Wilson, Alexander, & Lumbers, 2004). Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν αναγνωριστεί ως μια μη προνομιούχα ομάδα, για την οποία η πρόσβαση σε καταστήματα τροφίμων μπορεί να είναι δύσκολη (Westlake, 1993).

Η απώλεια συντρόφου ή/και φίλων μειώνει το κοινωνικό μέρος της διαδικασίας του φαγητού και την ευχαρίστηση που προκύπτει απ' αυτό (Shifflett & McIntosh, 1984; Walker & Beauchene, 1991). Η κατανάλωση τακτικών γευμάτων και η επάρκεια της διαίτας εξαρτάται κατά ένα μέρος και από την κατανάλωση φαγητού με παρέα (Paquet, et al., 2008; Shifflett & McIntosh, 1984; Walker & Beauchene, 1991). Σημαντικός παράγοντας, επίσης, είναι και το εάν ο ηλικιωμένος μένει μόνος του (Falk, et al., 1996) Στην περίπτωση που μένει μόνος του φαίνεται ότι δεν προτίθεται να μαγειρεύει μόνο για ένα άτομο. Από την άλλη, όταν μένει με κάποιον άλλον, δεν μπορεί να τρώει όπως ακριβώς θέλει ή απαιτείται για την υγεία του, γιατί λαμβάνει υπόψη και τις ανάγκες του άλλου ατόμου. Σχετικά με την επίδραση του αριθμού των κοινωνικών επαφών, ο αριθμός κοινωνικών επαφών συσχετίζεται θετικά με τις διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων ατόμων: όταν ένας ηλικιωμένος έχει περισσότερες κοινωνικές επαφές, υιοθετεί και διατηρεί πιο υγιεινές διαιτητικές συνήθειες, συγκριτικά με τον ηλικιωμένο που ζει απομονωμένος (Sahyoun & Zhang, 2005).

### **5.3. Πρακτικές που ακολουθούν οι ηλικιωμένοι και αφορούν την τροφική τους επιλογή**

Οι πρακτικές που ακολουθούν οι ηλικιωμένοι, για να επιλέξουν τα τρόφιμα που καταναλώνουν, έχουν διαμορφωθεί ως αποτέλεσμα διάφορων παραγόντων και γεγονότων που έχουν συμβεί καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (Falk, et al., 1996). Στόχος τους είναι να απλοποιήσουν τη διαδικασία της τροφικής επιλογής. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες πρακτικές είναι ο αποκλεισμός και η αποφυγή, ο περιορισμός, η υποκατάσταση και η ρουτινοποίηση. Κάθε άτομο ακολουθεί, κατά βάση, μία πρακτική ή κάποιον συνδυασμό πρακτικών, προκειμένου να απλοποιήσει τις διάφορες καταστάσεις στις οποίες καλείται να επιλέξει τροφή. Επιπλέον, η υιοθέτηση μιας πρακτικής φαίνεται να επηρεάζεται από συνθήκες κάτω από τις οποίες γίνεται η κατανάλωση τροφής. Για παράδειγμα, όταν ένα άτομο έχει μια τροφική δυσανεξία που του προκαλεί δυσάρεστα συμπτώματα, ενδέχεται να επιλέξει την αποφυγή του τροφίμου που προκαλεί δυσανεξία όταν βρίσκεται εκτός σπιτιού, ενώ μπορεί να το καταναλώσει όταν βρίσκεται στο σπίτι και αισθάνεται πιο ασφαλής.

Ο αποκλεισμός, η αποφυγή και ο περιορισμός χρησιμοποιούνται συχνά. Ο αποκλεισμός χρησιμοποιείται για την προώθηση τόσο της μακροπρόθεσμης όσο και της βραχυπρόθεσμης καλής κατάστασης. Για παράδειγμα, ένα ηλικιωμένο άτομο, προκειμένου να μην έχει ένα δεύτερο εγκεφαλικό επεισόδιο, αποφεύγει να καταναλώνει τρόφιμα τα οποία πιστεύει ότι μπορεί να το οδηγήσουν σ' αυτό. Ο

περιορισμός αποτελεί μια πρακτική για την αποφυγή «σύγκρουσης» μεταξύ της διατήρησης της καλής κατάστασης της υγείας και της ικανοποίησης αισθήσεων, όπως η γεύση. Όταν ένα τρόφιμο είναι πολύ νόστιμο, αλλά το άτομο πιστεύει ότι είναι καλύτερα να μην καταναλωθεί από άποψη υγείας, τότε καταναλώνει ένα μικρό μέρος από αυτό, παρόλο που λόγω γεύσης θα ήθελε να καταναλώσει πολύ περισσότερο.

Η υποκατάσταση διευκολύνει την απλοποίηση πολλών διλημάτων διατροφικών επιλογών: αποτελεί πρακτική που επιτρέπει την απόδοση προτεραιότητας στην καλή υγεία, έναντι των γευστικών απολαύσεων ή άλλων αξιών, αλλά στη διατήρηση των κοινωνικών/διαπροσωπικών σχέσεων, έναντι της ικανοποίησης των αισθήσεων. Όταν ο ηλικιωμένος δεν αγαπά το νερό, ενώ αντιλαμβάνεται ότι χρειάζεται να προσλαμβάνει κάποια ποσότητα για λόγους υγείας, το υποκαθιστά με άλλα ροφήματα. Επίσης, όταν στον/στη σύζυγο αρέσει ένα γλυκό που δεν αρέσει στον ηλικιωμένο, τότε το υποκαθιστά με ένα παρόμοιο.

Τέλος, η ρουτινοποίηση χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό για να γίνει η τροφική επιλογή και πρόσληψη άνετη και εύκολη. Οι ρουτίνες ακολουθούνται, προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν τα διλήματα μεταξύ αξιών, να εξασφαλισθεί η καλύτερη τιμή και η εύκολη προετοιμασία, να διατηρηθεί η καλή κατάσταση υγείας, να ικανοποιηθούν οι αισθήσεις ή να διατηρηθούν οι κοινωνικές σχέσεις. Η τυποποίηση της επιλογής και της προετοιμασίας της τροφής παρέχει ανακούφιση, απλοποιώντας πολύπλοκες διαδικασίες, έτσι ώστε να είναι εφαρμόσιμες στην καθημερινότητα. Τροφική ρουτίνα μπορεί να είναι η κατανάλωση ενός συγκεκριμένου πρωινού γεύματος, το οποίο είναι εύκολο στην προετοιμασία, νόστιμο, ενώ έχει καλή σχέση κόστους-οφέλους.

## Βιβλιογραφία

- Donini, L. M., Savina, C., & Cannella, C. (2003). Eating habits and appetite control in the elderly: the anorexia of aging. *Int Psychogeriatr*, 15(1), 73-87.
- Drewnowski, A., & Shultz, J. M. (2001). Impact of aging on eating behaviors, food choices, nutrition, and health status. *J Nutr Health Aging*, 5(2), 75-79.
- Duffy, V. B., Backstrand, J. R., & Ferris, A. M. (1995). Olfactory dysfunction and related nutritional risk in free-living, elderly women. *J Am Diet Assoc*, 95(8), 879-884.
- Falk, L. W., Bisogni, C. A., & Sobal, J. (1996). Food choice processes of older adults: A qualitative investigation. *J Nutr Educ*, 28, 257-265.
- Hendy, H. M., Nelson, G. K., & Greco, M. E. (1998). Social cognitive predictors of nutritional risk in rural elderly adults. *Int J Aging Hum Dev*, 47(4), 299-327.
- Kinsella, K., & Velkoff, V. A. (2001). *Health and Disability. An Aging World*. Washington, D.C.
- Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *Br Med Bull*, 85, 113-126.
- Paquet, C., St-Arnaud-McKenzie, D., Ma, Z., Kergoat, M. J., Ferland, G., & Dube, L. (2008). More than just not being alone: the number, nature, and complementarity of meal-time social interactions influence food intake in hospitalized elderly patients. *Gerontologist*, 48(5), 603-611.
- Quinn, M. E., Johnson, M. A., Poon, L. W., Martin, P., & Nickols-Richardson, S. M. (1997). Factors of nutritional health-seeking behaviors. Findings from the Georgia Centenarian Study. *J Aging Health*, 9(1), 90-104.
- Rolls, B. J. (1993). Appetite, hunger, and satiety in the elderly. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 33(1), 39-44.
- Sahyoun, N. R., & Zhang, X. L. (2005). Dietary quality and social contact among a nationally representative sample of the older adult population in the United States. *J Nutr Health Aging*, 9(3), 177-183.
- Sahyoun, N. R., Zhang, X. L., & Serdula, M. K. (2005). Barriers to the consumption of fruits and vegetables among older adults. *J Nutr Elder*, 24(4), 5-21.
- Sayoun, N., & Basiotis, P. (2001). Food insufficiency and the nutritional status of the elderly population *Family Economics and Nutrition Review*, 13, 58-60.
- Sharpe, D. L., Huston, S. J., & Finke, M. S. (2003). Factors affecting nutritional adequacy among single elderly women. *Family Economics and Nutrition Review*, 15, 74-82.
- Shifflett, P. A., & McIntosh, W. A. (1984). Influence of social support systems on dietary intake of the elderly. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 4, 5-18.
- Walker, D., & Beauchene, R. E. (1991). The relationship of loneliness, social isolation, and physical health to dietary adequacy of independently living elderly. *J Am Diet Assoc*, 91(3), 300-304.
- Westenhofer, J. (2005). Age and gender dependent profile of food choice. *Forum Nutr*(57), 44-51.
- Westlake, T. (1993). The disadvantaged consumer: problems and policies. In R. Bromley & C. Thomas (Eds.), *Retail change: Contemporary issues*. London: UCL Press.
- Wilson, L. C., Alexander, A., & Lumbers, M. (2004). Food Access and Dietary Variety Among Older People. *International Journal of Retail & Distribution Management*, 32(2), 109-122.

## 6. Θεωρίες Ερμηνείας της Διαιτητικής Συμπεριφοράς

### Σύνοψη

Τα τελευταία χρόνια μελετώνται εκτενώς οι παράμετροι που συμβάλλουν στην αλλαγή ή/και στη διατήρηση της διαιτητικής συμπεριφοράς του ατόμου. Οι θεωρίες που προσπαθούν να ερμηνεύσουν τη διαιτητική συμπεριφορά είναι αρκετές και συνήθως έχουν πρώτα βρει εφαρμογή σε άλλες συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία (π.χ. το κάπνισμα). Μία από αυτές είναι το Υπόδειγμα Σταδίων Αλλαγής Συμπεριφοράς (Διαθεωρητικό Υπόδειγμα), το οποίο είναι ευρέως χρησιμοποιούμενο και θα αναφερθεί αναλυτικά. Επιπλέον, θα αναφερθούν συνοπτικά και κάποιες άλλες θεωρίες που συναντώνται συχνά στις διατροφικές παρεμβάσεις.

### 6.1. Εισαγωγή

Οι θεωρίες που ερμηνεύουν τη συμπεριφορά του ατόμου απέναντι στην τροφή και στην πράξη του «τρώγειν» είναι αρκετές. Οι περισσότερες προσπαθούν να ερμηνεύσουν τη γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία (health behavior). Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστεί αναλυτικά το Υπόδειγμα Σταδίων Αλλαγής Συμπεριφοράς και συνοπτικά κάποιες θεωρίες που συναντώνται συχνά στην επιστήμη της Διατροφής, όπως η Γνωσιακή Κοινωνική θεωρία, το Υπόδειγμα Πεποίθησης Υγείας και η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

### 6.2. Υπόδειγμα Σταδίων Αλλαγής ή Διαθεωρητικό Υπόδειγμα (Stages of Change Model or Transtheoretical Model) και Αξιολόγηση της Ετοιμότητας

Το Υπόδειγμα Σταδίων Αλλαγής (Stages of change model) χρησιμοποιεί τα στάδια αλλαγής, προκειμένου να ενσωματώσει διαδικασίες και κριτήρια αλλαγής, προερχόμενα από διάφορα θεωρητικά υποδείγματα. Για τον λόγο αυτόν, άλλωστε, ονομάζεται Διαθεωρητικό Υπόδειγμα (Transtheoretical model) (Prochaska & Velicer, 1997). Προέκυψε από μια συγκριτική ανάλυση των θεωριών ψυχοθεραπείας και αλλαγής συμπεριφοράς, που έκαναν ο Prochaska και οι συνεργάτες του σε καπνιστές (DiClemente & Prochaska, 1982). Μέσα από την ανάλυση αυτή προέκυψαν 10 διαδικασίες αλλαγής συμπεριφοράς, οι οποίες προέβλεπαν την επιτυχή διακοπή του καπνίσματος. Σήμερα έχει βρει εφαρμογές σε πλήθος συμπεριφορών, συμπεριλαμβανομένης της δίαιτας και της σωματικής δραστηριότητας (Prochaska et al 1994).

Βασική αρχή του υποδείγματος είναι ότι η αλλαγή συμπεριφοράς δεν αποτελεί ένα συγκεκριμένο γεγονός αλλά μια διαδικασία προόδου μέσα από 6 στάδια (Prochaska & Velicer, 1997). Κεντρική ιδέα του υποδείγματος αποτελεί το ότι η αλλαγή συμπεριφοράς είναι πιθανότερο να συμβεί, όταν το άτομο εμπλέκεται στις κατάλληλες, για το στάδιο που βρίσκεται, διαδικασίες αλλαγής (Spencer, Wharton, Moyle, & Adams, 2007). Συνολικά, το υπόδειγμα αποτελείται από τις ακόλουθες συνιστώσες: 5 στάδια αλλαγής, 10 διαδικασίες αλλαγής και τα κριτήρια αποτελέσματος (ζυγαριά απόφασης, αυτοαποτελεσματικότητα και δελεαστικότητα).

#### 6.2.1. Στάδια αλλαγής συμπεριφοράς

Τα στάδια απεικονίζουν μιαν αλληλουχία γνωσιακών και συμπεριφοριστικών βημάτων προς την επιτυχή αλλαγή συμπεριφοράς (Σχήμα 6.1) (Kristal, Glanz, Curry, & Patterson, 1999). Συγκεκριμένα, για τη διατροφική θεραπεία αναφέρονται στον βαθμό ετοιμότητας ενός ατόμου να υιοθετήσει την προτεινόμενη διαιτητική συμπεριφορά (Spencer, et al., 2007). Αν και η μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο συχνά θεωρείται γραμμική, έχει προταθεί ότι ένα σπирάλ αποτυπώνει καλύτερα, σε επίπεδο γραφικής απόδοσης, τη μετακίνηση μεταξύ των σταδίων, εξαιτίας της δυναμικής φύσης της αλλαγής (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1994). Τα στάδια αλλαγής συμπεριφοράς είναι τα παρακάτω:

1. *Πριν τη σκέψη ή Πριν την ενατένιση (Precontemplation)*: Το άτομο που βρίσκεται στο στάδιο αυτό δεν αναγνωρίζει την ανάγκη αλλαγής και δεν σκοπεύει να αλλάξει στους επόμενους 6 μήνες. Ενδέχεται να βρίσκεται στο στάδιο αυτό είτε επειδή είναι ανεπαρκώς ενημερωμένο ή πλήρως ανενημέρωτο σχετικά με τις συνέπειες της συμπεριφοράς του είτε επειδή έχει προσπαθήσει αρκετές φορές να αλλάξει τη συμπεριφορά του και έχει απογοητευθεί σχετικά με την ικανότητά του να αλλάξει. Και στις δύο περιπτώσεις, το άτομο τείνει να

αποφεύγει να διαβάξει, να μιλάει ή να σκέφτεται για τις συμπεριφορές αυτές. Σε άλλες θεωρίες χαρακτηρίζεται ως άτομο που αντιστέκεται ή δεν είναι κινητοποιημένο ή δεν είναι έτοιμο για θεραπεία.

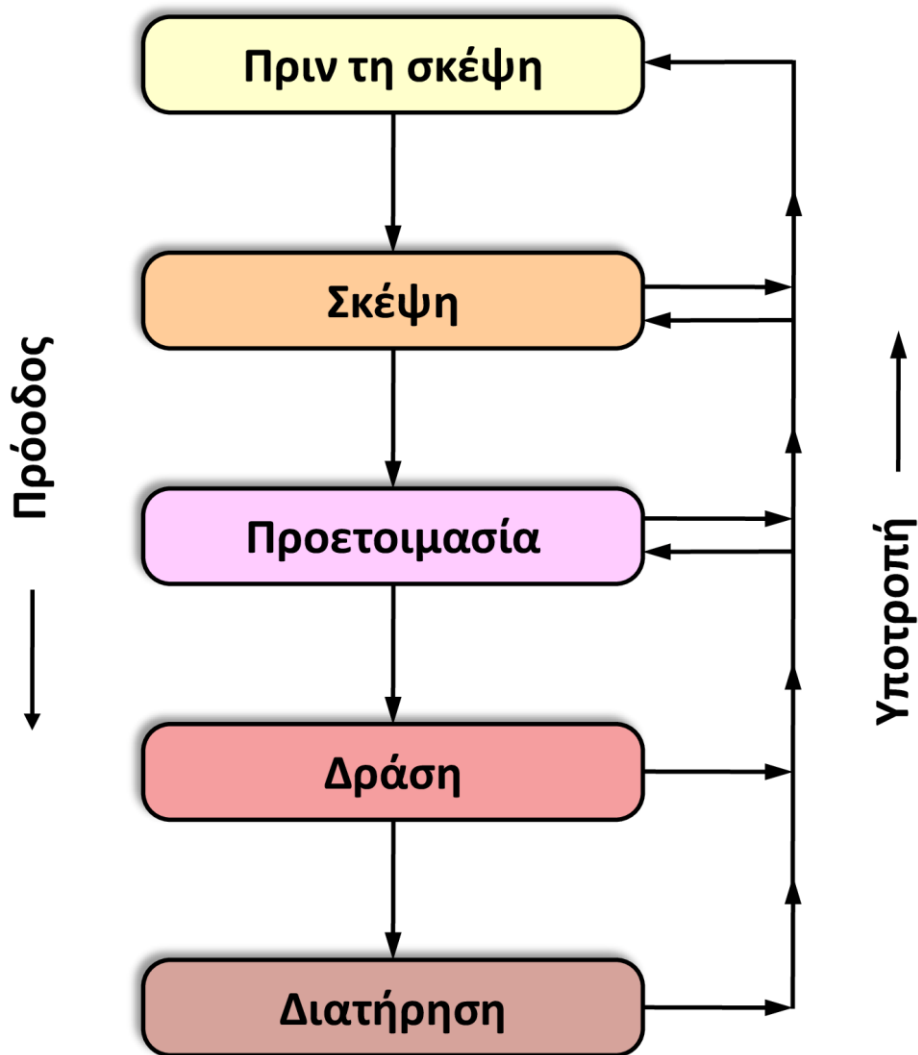
2. *Σκέψη ή Ενατένιση (Contemplation)*: Το άτομο αναγνωρίζει ότι υπάρχει πρόβλημα, θέλει να αλλάξει, σκέφτεται να αλλάξει μέσα στους επόμενους 6 μήνες, αλλά δεν έχει πάρει ακόμα σαφείς δεσμεύσεις ότι θα αλλάξει. Γνωρίζει τα πλεονεκτήματα της αλλαγής, αλλά γνωρίζει, επίσης, και τα μειονεκτήματα, και αυτό οδηγεί σε αμφιταλάντευση, η οποία μπορεί να κρατήσει το άτομο κολλημένο σ' αυτό το στάδιο για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Το φαινόμενο αυτό χαρακτηρίζεται ως χρόνια ενατένιση ή συμπεριφορική αναβλητικότητα. Το άτομο στο στάδιο της σκέψης δεν είναι έτοιμο να δράσει.

3. *Προετοιμασία (Preparation/Determination)*: Το άτομο σκοπεύει να αναλάβει δράση τον επόμενο μήνα και δεσμεύεται προς αυτήν την κατεύθυνση (η δέσμευση είναι σημαντική στοιχείο του σταδίου). Έχει ένα σχέδιο δράσης και ετοιμάζεται για την έναρξη της θεραπείας.

4. *Δράση (Action)*: Σημαντικές αλλαγές έχουν γίνει στη συμπεριφορά του ατόμου. Το στάδιο διαρκεί από την 1η μέρα των αλλαγών μέχρι και 6 μήνες μετά το πέρας αυτών.

5. *Διατήρηση (Maintenance)*: Το άτομο βρίσκεται στο στάδιο αυτό, όταν οι αλλαγές διατηρούνται για περισσότερο από 6 μήνες. Το άτομο προσπαθεί να προλάβει την υποτροπή και δεν εφαρμόζει τεχνικές αλλαγής τόσο συχνά όσο ένα άτομο στο στάδιο της δράσης. Βρίσκεται σε μικρότερο «πειρασμό» για υποτροπή και αυξάνεται, σταδιακά, η σιγουριά ότι μπορεί να συνεχίσει να εφαρμόζει τις αλλαγές που έχει πετύχει.

*Υποτροπή (Relapse)*: Δεν αποτελεί στάδιο. Είναι μια μορφή οπισθοδρόμησης, κατά την οποία το άτομο μετακινείται προς προηγούμενο στάδιο.



Σχήμα 6.1 Η πρόοδος και η υποτροπή στο Υπόδειγμα Σταδίων Αλλαγής.

### 6.2.2. Αξιολόγηση σταδίων αλλαγής συμπεριφοράς

Προκειμένου να είναι εφικτή η εφαρμογή του υποδείγματος αυτού στις διατροφικές παρεμβάσεις, απαιτείται η ανάπτυξη αλγόριθμων οι οποίοι θα κατατάσσουν το άτομο με ακρίβεια σε κάποιο στάδιο αλλαγής συμπεριφοράς (Kristal, et al., 1999; Ling & Horwath, 2000). Οι αλγόριθμοι αυτοί συνήθως περιλαμβάνουν την αξιολόγηση 3 παραμέτρων: α) την αυτοαξιολόγηση ή την αξιολόγηση από διαιτολόγο της συγκεκριμένης διαιτητικής συμπεριφοράς, β) το διάστημα εφαρμογής της παρούσας συμπεριφοράς (στην περίπτωση που η συμπεριφορά συνάδει με το επιθυμητό) ή προηγούμενες απόπειρες αλλαγής συμπεριφοράς (στην περίπτωση που η συμπεριφορά δεν συνάδει με το επιθυμητό), και γ) την πρόθεση αλλαγής της διαιτητικής συμπεριφοράς (στην περίπτωση που η συμπεριφορά δεν συνάδει με το επιθυμητό). Τέτοιοι αλγόριθμοι εφαρμόζονται με τη μορφή συνέντευξης ή δομημένων ερωτηματολογίων και αφορούν συγκεκριμένες παραμέτρους της διαίτας ή θέματα διαιτητικής παρέμβασης, όπως την υιοθέτηση διαίτας χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπίδια, την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, ή την ετοιμότητα για αλλαγές σε συμπεριφορές που σχετίζονται με παραμέτρους του ισοζυγίου ενέργειας (Auld, et al., 1998; Campbell, et al., 1999; Di Noia & Thompson, 2012; Domel, et al., 1996; Giannisi, et al., 2014; Kristal, et al., 1999; Ling & Horwath, 2000; Ounpuu, 1997). Ωστόσο, προκειμένου να αξιολογηθεί το στάδιο, απαιτείται ο προσδιορισμός της συγκεκριμένης συμπεριφοράς, καθώς και του κριτηρίου βάσει του οποίου θα θεωρείται ότι το άτομο δρα ως προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά (Reed, Velicer, Prochaska, Rossi, & Marcus, 1997). Δύο προβλήματα έχουν αναγνωρισθεί μέχρι στιγμής ως προς την αξιολόγηση του σταδίου, ένα μεθοδολογικό και ένα σχετικά με το ποια θεωρείται κλινικά σημαντική διατροφική αλλαγή (Kristal, et al., 1999). Αναφορικά με το πρώτο, έχει φανεί ότι η αυτοαξιολόγηση δεν συμπίπτει με την αξιολόγηση από τον διαιτολόγο, με τη δεύτερη να είναι αυστηρότερη από την πρώτη (Greene



et al 1994). Άρα, πιθανόν η κατηγοριοποίηση σε στάδια να επηρεάζεται από τον διαιτολόγο που κάνει την αξιολόγηση. Σχετικά με την κλινική σημαντικότητα της αλλαγής, ένα άτομο που έχει, για παράδειγμα, αυξήσει την ημερήσια πρόσληψη φρούτων και λαχανικών από 1 μερίδα σε 4 μερίδες ανά ημέρα, αλλά δεν καταφέρνει να φτάσει τις 5, ενδεχομένως να θεωρηθεί ότι δεν μπαίνει ποτέ στο στάδιο της διατήρησης (Snetselaar, 2003). Παραμένει, όμως, μια σημαντική αλλαγή για την υγεία του, για την οποία έχει προσπαθήσει αρκετά.

### 6.2.3. Άλλα στοιχεία του Διαθεωρητικού Υποδείγματος

Τα στάδια αλλαγής αποτελούν μόνο μία παράμετρο του Διαθεωρητικού Υποδείγματος. Το υπόδειγμα καθορίζει, επίσης, τους παράγοντες που προωθούν τη μετάβαση μεταξύ των σταδίων (διαδικασίες αλλαγής), καθώς και τα κριτήρια-μέτρα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να παρακολουθείται η επιτυχία του αποτελέσματος στα διάφορα στάδια (κριτήρια - μέτρα αποτελέσματος) (Prochaska, et al., 1992). Με τον τρόπο αυτόν, το Διαθεωρητικό Υπόδειγμα ενσωματώνει στοιχεία και από άλλες θεωρίες.

#### Διαδικασίες αλλαγής

Οι διαδικασίες αλλαγής είναι 10 —5 γνωσιακές και 5 συμπεριφορικές—, προκειμένου τα άτομα να μετακινηθούν από το ένα στάδιο στο επόμενο (Prochaska, et al., 1992). Σύμφωνα με το υπόδειγμα, οι 5 γνωσιακές διαδικασίες είναι περισσότερο αποτελεσματικές στα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο «Πριν τη Σκέψη» ή στη «Σκέψη», ενώ οι 5 συμπεριφορικές διαδικασίες είναι πιο αποτελεσματικές στα άτομα που βρίσκονται στα στάδια της «Προετοιμασίας», της «Δράσης» ή της «Διατήρησης» (Πίνακας 3).

Πριν τη σκέψη	Σκέψη	Προετοιμασία	Δράση	Διατήρηση
Αφύπνιση συναίσθησης Περιβαλλοντική επαναξιολόγηση	Συναισθηματική εξέγερση Αυτο-επαναξιολόγηση	Δέσμευση	Αντιστάθμιση Βοηθητικές σχέσεις Επιβράβευση ή ενίσχυση Έλεγχος ερεθισμάτων ή περιβαλλοντικός έλεγχος	

**Πίνακας 6.1** Τα στάδια αλλαγής και ποιες συγκεκριμένες διαδικασίες αλλαγής είναι πιο χρήσιμες κάθε φορά.

**Σημείωση:** Η κοινωνική απελευθέρωση δεν έχει ενταχθεί στα παραπάνω στάδια λόγω του ότι δεν σχετίζεται σαφώς με κάποιο απ' αυτά.

Τροποποίηση από: Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*. New York, N.Y.: Quill. και

Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2002). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Rimer & F. M. Lewis (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. (3rd ed., pp. 99-120). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

#### Γνωσιακές διαδικασίες

- *Αφύπνιση συναίσθησης (consciousness raising)*: Αύξηση της κατανόησης και της συνειδητοποίησης του ατόμου για τον εαυτό του και το πρόβλημα.

Η αφύπνιση της συναίσθησης δεν αναφέρεται μόνο στην αποκάλυψη κρυμμένων σκέψεων και προβληματισμών, αλλά και στην παροχή πληροφοριών οι οποίες μπορούν να αυξήσουν τον βαθμό συνειδητοποίησης του προβλήματος. (Πολύ συχνά οι ασθενείς, όταν ενημερώνονται για κάποιες επιπτώσεις των τρεχουσών διαιτητικών τους συνηθειών, αναφέρουν: «Δεν το είχα συνειδητοποιήσει...».)

- *Δραματική ανακούφιση ή Συναισθηματική εξέγερση (dramatic relief or emotional arousal)*: Βίωση και έκφραση συναισθηματικής αντίδρασης στα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον. Εκδήλωση των συναισθημάτων για το πρόβλημα και τις λύσεις του.

Η δραματική ανακούφιση μπορεί να επιτευχθεί μέσα από ταινίες, διαφημιστικά σποτ, αλλά, επίσης, και από δυσάρεστα γεγονότα στη ζωή ενός ατόμου (π.χ. ο θάνατος φιλικού προσώπου από έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να βοηθήσει έναν παχύσαρκο ενήλικα να μεταβεί από το στάδιο της σκέψης στο στάδιο της δράσης, όσον αφορά την απώλεια βάρους).

- *Περιβαλλοντική επαναξιολόγηση (environmental reevaluation)*: Αξιολόγηση του πώς η προβληματική συμπεριφορά του ατόμου μπορεί να επηρεάσει το περιβάλλον.
- *Κοινωνική απελευθέρωση (social liberation)*: Αλλαγές στο κοινωνικό περιβάλλον, ώστε να παρέχονται στο άτομο εναλλακτικές για να ξεκινήσει ή να συνεχίσει την αλλαγή.
- *Αυτοεπαναξιολόγηση (self re-evaluation)*: Αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων που σχετίζονται με την αλλαγή συμπεριφοράς.

Το άτομο αυτοαξιολογείται με και χωρίς την προβληματική συμπεριφορά και κατανοεί τις θετικές αλλαγές για τη ζωή του. Μερικά παραδείγματα ερωτήσεων που μπορούν να βοηθήσουν στην αυτοεπαναξιολόγηση είναι τα παρακάτω: «Πώς θα έβλεπες τον εαυτό σου αν έχανες λίγο βάρος;», «Ποια πλεονεκτήματα και ποια μειονεκτήματα θα είχες, αν προσπαθούσες να αυξήσεις τη σωματική σου δραστηριότητα;».

#### *Συμπεριφορικές διαδικασίες*

- *Βοηθητικές σχέσεις (helping relationships)*: Εμπιστοσύνη και αναζήτηση υποστήριξης από το περιβάλλον.

Σε συνδυασμό με την «Αυτοαπελευθέρωση ή Δέσμευση ή Υπόσχεση», που αναφέρεται παρακάτω, το άτομο αποδέχεται την ευθύνη της αλλαγής, αλλά και τη σημασία της υποστήριξης από σημαντικούς ανθρώπους του περιβάλλοντος (οικογένεια, φίλοι). Η υποστήριξη περιλαμβάνει κατανόηση, αποδοχή, ενίσχυση της προσπάθειας και βοήθεια ή συμπαράσταση σε πρακτικά θέματα ή προβλήματα που ανακύπτουν (π.χ. προετοιμασία γεύματος, συμπαράσταση στα κοινωνικά γεύματα κ.λπ.).

- *Αντιστάθμιση (counter-conditioning or countering)*: Αντικατάσταση προβληματικών συνηθειών με υγιεινότερες εναλλακτικές.

Η διαιτητική συμπεριφορά, όπως και άλλες συμπεριφορές, εκδηλώνεται συχνά «υπό συνθήκες». Για παράδειγμα, κάτω από ορισμένες συνθήκες το άτομο έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να αυξήσει την ενεργειακή του πρόσληψη, όταν υπάρχει ποικιλία φαγητών, όταν τρώει μόνο του, όταν τρώει μπροστά στην τηλεόραση κ.λπ. Επομένως, προσπαθεί με τη βοήθεια του διαιτολόγου να αναγνωρίσει μια «υγιεινή» εναλλακτική, παρά να καταργήσει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά.

- *Διαχείριση ενίσχυσης ή επιβράβευση (reinforcement management or reward)*: Επιβράβευση από το ίδιο το άτομο ή από τους άλλους για την αλλαγή.

Η επιβράβευση, ακόμα και στην πιο απλή της μορφή, μπορεί να βοηθήσει στην αλλαγή, ενισχύοντας το άτομο να συνεχίσει την προσπάθειά του, αρκεί να μην χρησιμοποιείται ως αυτοσκοπός.

- *Περιβαλλοντικός έλεγχος ή έλεγχος ερεθισμάτων (environmental control or stimulus control)*: Αφαίρεση ή αποφυγή ερεθισμάτων και καταστάσεων που οδηγούν στην προβληματική συμπεριφορά.

Το άτομο προσπαθεί να επαναδομήσει το περιβάλλον, ώστε να μειώσει την πιθανότητα να συμβεί η μη επιθυμητή αντίδραση ή να μειώσει τα διατροφικά ερεθίσματα «υψηλού κινδύνου» (αυτά που έχουν μεγάλες πιθανότητες να οδηγήσουν στην προβληματική διατροφική συμπεριφορά και, τελικά, στη μη ενδεδειγμένη διαιτητική πρόσληψη). Ο περιβαλλοντικός έλεγχος μπορεί να έχει πολύ απλές μορφές: για παράδειγμα, το άτομο να μην αγοράζει «προβληματικά» τρόφιμα ή να έχει μια υπενθύμιση μπροστά από το ψυγείο ή την πόρτα του ανελκυστήρα.

- *Αυτοαπελευθέρωση ή Δέσμευση ή Υπόσχεση (self-liberation or commitment)*: Επιλογή και δέσμευση για δράση, ή πεποίθηση για την ικανότητα αλλαγής.

Το άτομο αποδέχεται την ευθύνη του στην προσπάθεια αλλαγής. Είναι, ουσιαστικά, ο μόνος που μπορεί να μιλήσει, να αντιδράσει και να προσπαθήσει για τον εαυτό του, επομένως, πρέπει να δεσμευτεί για την αλλαγή είτε στον εαυτό του (ίσως σε πρώτη φάση) είτε δημόσια (στον διαιτολόγο, στον γιατρό κ.λπ.). Οι «δημόσιες» δεσμεύσεις είναι πιο ισχυρές από τις «ιδιωτικές». Για τον λόγο αυτόν και πολλοί διαιτολόγοι εφαρμόζουν την τεχνική της «σύναψης συμβολαίου» (contracting) με τον ασθενή, προκειμένου να δεσμευτεί για τις αλλαγές.

Να σημειωθεί ότι δεν πρέπει να συγχέονται οι παραπάνω διαδικασίες αλλαγής με τεχνικές αλλαγής. Κάθε διαδικασία μπορεί να περιλαμβάνει ένα εύρος τεχνικών (κάποιες διαδικασίες έχουν περισσότερες τεχνικές και κάποιες λιγότερες).

#### **Κριτήρια – μέτρα αποτελέσματος**

Τα κριτήρια ή αλλιώς μέτρα αποτελέσματος, τα οποία προτείνει το Διαθεωρητικό Υπόδειγμα, είναι βασικά δύο: η *ζυγαριά αποφάσεων* (decisional balance) και η *αυτοαποτελεσματικότητα* (self-efficacy).

Η ζυγαριά αποφάσεων περιγράφει την ισορροπία μεταξύ των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων της υιοθέτησης μιας νέας συμπεριφοράς (Prochaska, et al., 1992). Βασίστηκε στο υπόδειγμα των Janis & Mann (Janis & Mann, 1979) για τη λήψη αποφάσεων και υποθέτει ότι ένα άτομο θα αναγνωρίσει λόγους για να αλλάξει, αλλά και για να μην αλλάξει μια συμπεριφορά. Η αλλαγή της συμπεριφοράς επηρεάζεται από τη σχετική βαρύτητα των θεωρούμενων πλεονεκτημάτων έναντι των μειονεκτημάτων. Για τις περισσότερες συμπεριφορές τα πλεονεκτήματα υπερτερούν των μειονεκτημάτων, καθώς το άτομο μετακινείται από το στάδιο της «Σκέψης» προς το στάδιο της «Προετοιμασίας» (Di Noia & Prochaska, 2010; Prochaska, Velicer, et al., 1994). Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι τα μειονεκτήματα υπερτερούν των πλεονεκτημάτων στο στάδιο «Πριν τη σκέψη», ενώ υπολείπονται στα στάδια της «Δράσης» και της «Διατήρησης».

Η αυτοαποτελεσματικότητα εκφράζει την εμπιστοσύνη του ατόμου στον εαυτό του, ως προς την ικανότητά του να επιδείξει στη συγκεκριμένη κατάσταση συγκεκριμένη συμπεριφορά ή/και να αντεπεξέλθει στις καταστάσεις υψηλού κινδύνου, χωρίς να υποτροπιάσει και να υιοθετήσει εκ νέου την προβληματική συμπεριφορά. Προέρχεται από τη θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας του Bandura (Bandura, 1977) και αποτελεί και συστατικό της *Θεωρίας Κοινωνικής Μάθησης*. Η *δελεαστικότητα* ή *πειρασμός* (*temptation*) αντικατοπτρίζει το αντίστροφο της αυτοαποτελεσματικότητας και εκφράζει την ένταση της διάθεσης που έχει ένα άτομο να υιοθετήσει τη συγκεκριμένη προβληματική συμπεριφορά, κατά τη διάρκεια δύσκολων καταστάσεων (Prochaska, Redding, & Evers, 2002). Γενικά, φαίνεται ότι, καθώς το άτομο μετακινείται στα στάδια, η αυτοαποτελεσματικότητα αυξάνεται και η δελεαστικότητα μειώνεται.

#### 6.2.4. Εφαρμογές υποδείγματος σταδίων αλλαγής στις διατροφικές παρεμβάσεις

Το υπόδειγμα έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς στις παρεμβάσεις διακοπής καπνίσματος με σχετική επιτυχία (Robinson & Vail, 2012). Ωστόσο, αν και στον τομέα της διακοπής του καπνίσματος ο προσδιορισμός του σταδίου είναι σχετικά εύκολος, κάτι τέτοιο δεν ισχύει στα θέματα της διατροφής, όπου η αξιολόγηση του σταδίου αλλαγής ενός ατόμου είναι μια δύσκολη και με προβλήματα διαδικασία, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Για τον λόγο αυτόν, είναι λιγότερες οι διατροφικές μελέτες που έχουν προσπαθήσει να εφαρμόσουν το υπόδειγμα αυτό (Horwath, 1999). Στην πλειονότητά τους είναι συγχρονικές μελέτες που αναζητούν συσχετίσεις μεταξύ των σταδίων αλλαγής και των συμπεριφορών του προς αξιολόγηση πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, το υπόδειγμα έχει βρει εφαρμογή στην κατάταξη των ατόμων σε κάποιο στάδιο σχετικά με τη μείωση των λιπιδίων της δίαιτας, την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, τον έλεγχο του σωματικού βάρους και την αλλαγή διαιτητικών συνηθειών σε διαβητικά άτομα (Greene, et al., 1999; Kasila, Poskiparta, Karhila, & Kettunen, 2003; Kristal, et al., 1999; Vallis, et al., 2003; Van Duyn, et al., 2001).

Σε μια ιδανική εφαρμογή του υποδείγματος προτείνεται ο διαιτολόγος να αξιολογήσει το στάδιο αλλαγής που βρίσκεται το άτομο και, στη συνέχεια, να παρέχει μια κατάλληλα προσδιορισμένη αλληλουχία παρεμβάσεων, προκειμένου να βοηθήσει το άτομο να μετακινηθεί από το ένα στάδιο στο επόμενο (Kristal, et al., 1999). Μια τέτοια περίπτωση αποτελεί η μελέτη των Johnson και συνεργατών, όπου παρέμβαση ανάλογη με το στάδιο που βρίσκεται το άτομο για κάθε διατροφική συμπεριφορά-στόχο οδήγησε σε μεγαλύτερη απώλεια βάρους των συμμετεχόντων συγκριτικά με καμία παρέμβαση (Johnson, et al., 2008). Στον Πίνακα 6.2 παρουσιάζονται οι στόχοι της διαιτητικής παρέμβασης για κάθε στάδιο αλλαγής.

Στάδιο ασθενούς	Στόχοι του διαιτολόγου
Πριν τη σκέψη	Να διεγείρει την αμφιβολία. Να υποψιασθεί ο ασθενής. Να αντιληφθεί τους κινδύνους και τα προβλήματα της υπάρχουσας συμπεριφοράς.
Σκέψη	Να «γείρει τη ζυγαριά». Να διερευνήσει και να συνειδητοποιήσει τους λόγους για αλλαγή συμπεριφοράς και τους κινδύνους από τη μη αλλαγή. Να ενισχύσει το δυναμισμό του ασθενούς να αλλάξει συμπεριφορά.
Προετοιμασία	Να βοηθήσει το άτομο να προσδιορίσει τον καλύτερο τρόπο δράσης για αλλαγή συμπεριφοράς.
Δράση	Να βοηθήσει το άτομο να κάνει σταδιακά βήματα αλλαγής συμπεριφοράς.
Διατήρηση	Να βοηθήσει το άτομο να αναγνωρίσει και να χρησιμοποιήσει στρατηγικές πρόληψης της υποτροπής.

Υποτροπή	Να βοηθήσει το άτομο να επανέλθει στα στάδια της σκέψης, προετοιμασίας, δράσης, χωρίς να «κολλάει» ή να απογοητεύεται εξαιτίας της υποτροπής.
----------	---

**Πίνακας 6.2** Στάδια αλλαγής και στόχοι της παρέμβασης.

Προσαρμογή από: Miller, W., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviors*. New York, N.Y. : Guilford Press.

### 6.2.4.1. Προβλήματα εφαρμογής του υποδείγματος σταδίων αλλαγής

Κατά την εφαρμογή των σταδίων αλλαγής έχουν εντοπισθεί αρκετά προβλήματα, τα οποία αφορούν, κυρίως, την αντικειμενική αξιολόγηση του σταδίου στο οποίο βρίσκεται το άτομο, τη διάρκεια κάθε σταδίου και τα όρια μεταξύ των σταδίων (για πόσο χρονικό διάστημα κατηγοριοποιείται ένα άτομο στο στάδιο της προετοιμασίας ή στο στάδιο της δράσης, πότε μεταβαίνει στο στάδιο της διατήρησης κ.λπ.). Έχει, επίσης, αναγνωριστεί ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις στη διαδικασία μετάβασης (όσον αφορά, για παράδειγμα, τη διάρκεια των σταδίων) τόσο μεταξύ των ατόμων όσο και μεταξύ των συμπεριφορών υγείας.

Ειδικότερα, από την εφαρμογή του υποδείγματος σταδίων σε διαιτητικές συμπεριφορές έχουν προκύψει οι ακόλουθοι προβληματισμοί (Howard, et al., 2006; Kristal, et al., 1999):

- Ο στόχος στις διαιτητικές αλλαγές δεν είναι συνήθως η εξάλειψη (όπως, για παράδειγμα, στο κάπνισμα) αλλά η επίτευξη ενός επιπέδου (μείωση).
- Σε πολλές περιπτώσεις ο στόχος δεν έχει τη μορφή καθαρής συμπεριφοράς αλλά ενός αποτελέσματος – κατάληξης (π.χ. να μειωθούν οι συγκεντρώσεις χοληστερόλης στο αίμα).
- Συχνά οι ειδικοί του χώρου της υγείας ενδιαφέρονται περισσότερο για το αποτέλεσμα, παρά για την αλλαγή συμπεριφοράς.
- Οι συμμετέχοντες μπορεί να μην γνωρίζουν αν έφτασαν τον στόχο τους (π.χ. δεν αντιλαμβάνονται αν τελικά κατάφεραν να μειώσουν επαρκώς τα λιπίδια στη δίαιτά τους, ενώ αντιλαμβάνονται καλύτερα τη διακοπή του καπνίσματος). Το υπόδειγμα μπορεί να είναι καταλληλότερο για πιο απλές, σαφώς καθορισμένες συμπεριφορές (π.χ. κατανάλωση 5 μερίδων φρούτων και λαχανικών την ημέρα ή κατανάλωση ημι-αποβουτυρωμένων γαλακτοκομικών), παρά για πιο σύνθετες διαιτητικές συμπεριφορές (κατανάλωση δίαιτας χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπίδια). Επομένως, μπορεί να έχει ευκολότερα εφαρμογή σε συμπεριφορές που σχετίζονται με τρόφιμα, σε σχέση με συμπεριφορές που στοχεύουν σε θρεπτικά συστατικά.
- Προβλήματα κατηγοριοποίησης (για παράδειγμα, το στάδιο ψευδοδιατήρησης ή η αποτυχία διατήρησης).
- Δεν υπάρχει συναίνεση σχετικά με την καταλληλότερη μέθοδο για τον ορισμό και τη μέτρηση της διαιτητικής αλλαγής.
- Για τις διαιτητικές συμπεριφορές, η έννοια της αλλαγής είναι λιγότερο συγκεκριμένη και ίσως τα άτομα είναι πιο δύσκολο να αντιληφθούν τα χρονικά πλαίσια της διαιτητικής τους αλλαγής, χρησιμοποιώντας τις συγκεκριμένες χρονικές περιόδους που ορίζει το αρχικό υπόδειγμα των Prochaska & Diclemente — διατήρηση της αλλαγής για 6 μήνες, προκειμένου το άτομο να μετακινηθεί στο στάδιο της διατήρησης (Resnicow, McCarty, & Baranowski, 2003).

Ανεξάρτητα από τα προβλήματα που έχουν εντοπιστεί από την εφαρμογή του στη διαιτολογική πρακτική, το υπόδειγμα έχει υποστεί και γενικότερη κριτική (Bunton, Baldwin, Flynn, & Whitelaw, 2000). Συγκεκριμένα:

- Δεν αποτελεί μια γνήσια θεωρία σταδίων.  
Σε μια τέτοια θεωρία, η αλληλουχία των σταδίων είναι αμετάβλητη. Ωστόσο, στην περίπτωση του υποδείγματος δεν ακολουθούν όλα τα άτομα αυτήν τη σειρά. Ενδέχεται, για παράδειγμα, να παραλείψουν στάδια ή να οπισθοδρομήσουν. Επίσης, σε μια τέτοια θεωρία δεν υπάρχει αναστρεψιμότητα, κάτι που δεν ισχύει στην περίπτωση του υποδείγματος.
- Περιγράφει τα στάδια αλλαγής, αλλά δεν προσφέρει επεξηγήσεις σχετικά με τους λόγους για τους οποίους συμβαίνει αυτό.
- Δεν εφαρμόζεται σε όλες τις συμπεριφορές. Σχεδιάστηκε για προβληματικές συμπεριφορές, αλλά όχι για μη τακτικές συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα, το να κάνει το άτομο εξετάσεις αίματος.

- Επικεντρώνεται πολύ στο άτομο. Δεν λαμβάνει υπόψη περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν μια αλλαγή συμπεριφοράς. Εναποθέτει αυξημένη ευθύνη στο άτομο και στοχεύει στην αλλαγή συμπεριφοράς του ατόμου και όχι σε διορθωτικές κοινωνικές αλλαγές, με συνέπεια οι παρεμβάσεις να περιορίζονται σε ατομικό επίπεδο.

#### 6.2.4.2. Χρησιμότητα του υποδείγματος των σταδίων αλλαγής στη διαιτολογική πρακτική — Πρακτικές οδηγίες για εφαρμογή

Η μεγαλύτερη χρησιμότητα του υποδείγματος για τον διαιτολόγο σήμερα είναι ότι εισάγει τον προβληματισμό για τη διαδικασία της αλλαγής και την κατανόηση του ότι η αλλαγή συμβαίνει σε στάδια. Ουσιαστικά, εισάγει την ιδέα της «ετοιμότητας» και δίνει δυνατότητες για παρέμβαση στη διαιτητική συμπεριφορά, προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ατόμου. Απαιτείται, όμως, αξιολόγησή του, ειδικότερα όσον αφορά παραμέτρους της διαιτητικής συμπεριφοράς. Επίσης, λόγω των προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν σχετικά με την εφαρμογή όλων των σταδίων αλλαγής σε διαιτητικές συμπεριφορές, έχει προταθεί από κάποιους ερευνητές η «συμπύκνωση» των 3 πρώτων σταδίων σε ένα «προδράση» στάδιο (Resnicow, et al., 2003).

Στην καθημερινή διαιτολογική πρακτική η ετοιμότητα για αλλαγή, και κατ' επέκταση η κατηγοριοποίηση του ατόμου σε κάποιο από τα στάδια αλλαγής, αποτελεί σημαντικό κομμάτι της αξιολόγησης του ατόμου. Ο χάρακας ή κλίμακα ετοιμότητας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον σκοπό αυτόν (ορισμένοι διαιτολόγοι χρησιμοποιούν το «θερμόμετρο» ετοιμότητας). Συγκεκριμένα, ο διαιτολόγος ζητά από τον ασθενή να αξιολογήσει και να «βαθμολογήσει» τον εαυτό του, σχετικά με το πόσο έτοιμος νιώθει να προχωρήσει σε αλλαγές, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα π.χ. από το 0 ως το 10 (όπου 0 = καθόλου έτοιμος, και 10 = πανέτοιμος). Στη συνέχεια, διερευνά τους λόγους για τους οποίους ο ασθενής δεν δήλωσε μικρότερο ή/και μεγαλύτερο βαθμό ετοιμότητας, προκειμένου να διεγείρει συζήτηση η οποία έχει στόχο να προωθήσει την αλλαγή.

Στον Πίνακα 6.3 παρουσιάζονται γενικές οδηγίες για το πώς θα μπορούσε ο διαιτολόγος να χρησιμοποιήσει αποδοτικά το υπόδειγμα των σταδίων αλλαγής: ποιοι είναι οι στόχοι του σε κάθε στάδιο και τι θα μπορούσε να κάνει και τι όχι, προκειμένου το άτομο να μετακινηθεί σε επόμενο στάδιο.

Στάδιο	Βασικές στρατηγικές για τη μετακίνηση σε επόμενο στάδιο	Τι κάνει ο διαιτολόγος	Τι δεν κάνει ο διαιτολόγος
Πριν τη σκέψη	Αύξηση ή ενίσχυση της ενημέρωσης του ασθενούς και της αντίληψης του προβλήματος. Αποδοχή του προβλήματος.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρέχει πληροφορίες.</li> <li>• Αφήνει τον ασθενή να εκφράσει τους προβληματισμούς του σχετικά με την ασθένεια ή την ανάγκη να προχωρήσει σε αλλαγές στις διαιτητικές του συνήθειες.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν θεωρεί δεδομένο ότι ο ασθενής ξέρει ή ότι, μόλις ο ασθενής μάθει, θα θέλει αμέσως να κάνει αλλαγές.</li> <li>• Δεν αδιαφορεί για το πώς νιώθει ο ασθενής σχετικά με τις αλλαγές που πρέπει να κάνει .</li> </ul>
Σκέψη	Αύξηση της εμπιστοσύνης του ασθενούς ότι μπορεί να υιοθετήσει την προτεινόμενη διαιτητική συμπεριφορά.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συζητά παράγοντες που εμποδίζουν τη διαιτητική αλλαγή.</li> <li>• Ενισχύει υποστηρικτικούς παράγοντες.</li> <li>• Παρέχει θετική ανατροφοδότηση σχετικά με τις δυνατότητες του ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν αγνοεί την πιθανή επίδραση άλλων μελών της οικογένειας ή του φιλικού περιβάλλοντος.</li> <li>• Δεν είναι επικριτικός σχετικά με την αμφιταλάντευση του ασθενούς.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βοηθά τον ασθενή να διερευνήσει την αμφιταλάντευση.</li> </ul>	
Προετοιμασία	Σαφής δέσμευση του ασθενούς και συγκεκριμένο σχέδιο δράσης.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενθαρρύνει τον ασθενή να θέσει συγκεκριμένους εφικτούς στόχους.</li> <li>• Ενισχύει τις μικρές αλλαγές που έχει κάνει ο ασθενής.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν κάνει γενικές συστάσεις (π.χ. «Μείωσε το λίπος στη διαίτά σου»).</li> <li>• Δεν αναφέρεται στις μικρές αλλαγές, π.χ. λέγοντας «Δεν φτάνει τόσο».</li> </ul>
Δράση	Εκπαίδευση σε συμπεριφορές και δεξιότητες, και κοινωνική υποστήριξη.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Βοηθά τον ασθενή να αναπτύξει δεξιότητες αυτοδιαχείρισης, να βρει τρόπους να υλοποιήσει τους στόχους.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν παρέχει μόνο πληροφορίες.</li> </ul>
Διατήρηση	Ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης προβληματικών καταστάσεων και ενίσχυση της κοινωνικής-περιβαλλοντικής υποστήριξης.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενθαρρύνει τον ασθενή να σκεφτεί και να σχεδιάσει τις μελλοντικές πιθανές δυσκολίες.</li> <li>• Ενθαρρύνει τον ασθενή να ξαναγυρίσει σε προηγούμενο στάδιο, αν παρεκτραπεί ή υποτροπιάσει.</li> <li>• Αν ο ασθενής είναι κινητοποιημένος, προτείνει πιο απαιτητικές διαιτητικές αλλαγές.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν υποθέτει ότι η αρχική δράση σημαίνει και μόνιμη αλλαγή.</li> <li>• Δεν είναι επικριτικός σε πιθανή παρεκτροπή ή υποτροπή.</li> </ul>

**Πίνακας 6.3** Γενικές οδηγίες για την εφαρμογή των σταδίων αλλαγής και των διαδικασιών αλλαγής στην πρακτική του διαιτολόγου.

Προσαρμογή από: Kristal, A. R., Glanz, K., Curry, S. J., & Patterson, R. E. (1999). How can stages of change be best used in dietary interventions? *J Am Diet Assoc*, 99(6), 679-684.

## 6.3. Άλλες θεωρίες αλλαγής διαιτητικής συμπεριφοράς

### 6.3.1. Γνωσιακή Κοινωνική Θεωρία

Η *Γνωσιακή Κοινωνική θεωρία* (Social Cognitive Theory), διάδοχος της *Θεωρίας Κοινωνικής Μάθησης* (Social Learning Theory), έχει χρησιμοποιηθεί στην επιστήμη της Διατροφής, προκειμένου να ερμηνεύσει τη διαιτητική συμπεριφορά τόσο παιδιών όσο και ενηλίκων (Glanz & Eriksen, 1993; Reynolds, Hinton, Shewchuk, & Hickey, 1999). Σύμφωνα μ' αυτήν, η συμπεριφορά του ανθρώπου εξηγείται στο πλαίσιο ενός τριαδικού δυναμικού υποδείγματος, βάσει του οποίου συμπεριφορά, προσωπικοί και κοινωνικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν. Ο Bandura, ο οποίος ήταν και ο εμπνευστής της θεωρίας, ξεκινώντας από την κοινωνική μάθηση και τη μίμηση, όρισε τις αλληλεπιδράσεις αυτές ως αμοιβαίο καθορισμό συμπεριφοράς (reciprocal determinism) (Bandura, 1978). Συνοπτικά, οι δομικές αρχές (constructs) της Γνωσιακής Κοινωνικής Θεωρίας είναι οι εξής (Baranowski, Perry, & Parcel, 2002):

- Ο αμοιβαίος καθορισμός συμπεριφοράς (reciprocal determinism).
- Το περιβάλλον και οι καταστάσεις (environments and situations).
- Η ικανότητα συμπεριφοράς (behavioural capability).
- Οι προσδοκίες – προβλέψεις (expectations).
- Τα κίνητρα (incentives - expectancies).
- Η αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς (self – control and performance).

- Η μάθηση μέσω παρατήρησης (observational learning).
- Η ενίσχυση (reinforcement).
- Η αυτοαποτελεσματικότητα (self-efficacy).
- Η ρύθμιση συναισθηματικής διέγερσης (managing emotional arousal).

### 6.3.2. Υπόδειγμα Πεποίθησης Υγείας

Το *Υπόδειγμα Πεποίθησης Υγείας* (Health Belief Model) αναπτύχθηκε αρχικά στη δεκαετία του 1950 από μια ομάδα κοινωνικών ψυχολόγων, προκειμένου να εξηγήσουν τη μεγάλη αποτυχία συμμετοχής των ανθρώπων σε προγράμματα που είχαν σκοπό την πρόληψη και την ανίχνευση ασθένειας. Αργότερα, το υπόδειγμα επεκτάθηκε στην αντίδραση των ανθρώπων στα συμπτώματα και στις συμπεριφορές που αναπτύσσονται (ή διαμορφώνονται) λόγω διαγνωσμένων ασθενειών και, συγκεκριμένα, στην προσκόλληση με τη θεραπευτική αγωγή (Janz & Becker, 1984).

Βασικό συστατικό του Υποδείματος Πεποίθησης Υγείας είναι οι πεπειθήσεις που συνεισφέρουν στην κινητοποίηση του ατόμου να υιοθετήσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά υγείας. Πρόκειται για μια θεωρία αξίας – προσδοκίας. Πρεσβεύει, δηλαδή, ότι η συμπεριφορά προκύπτει λόγω της λόγω της πεποίθησης που έχει το άτομο ότι θα πετύχει ένα αποτέλεσμα και, επίσης, λόγω της προσδοκίας ότι μια συγκεκριμένη πράξη θα οδηγήσει σ' αυτό το αποτέλεσμα. Όσον αφορά την εφαρμογή του στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, τα άτομα υιοθετούν «υγιεινές» συμπεριφορές, όταν αντιλαμβάνονται ότι ο εαυτός τους είναι επιρρεπής στην ασθένεια ή ότι η ασθένεια είναι σοβαρή ή ότι η αλλαγή συμπεριφοράς είναι ευεργετική ή ότι, τέλος, τα οφέλη από την υιοθέτηση υγιεινής συμπεριφοράς υπερσχύουν έναντι των προβλημάτων (Janz et al 2002). Παράγοντες, όπως η εκπαίδευση και οι παρεμβάσεις δημόσιας υγείας θεωρείται ότι προτρέπουν και υποκινούν για δράση.

Το Υπόδειγμα Πεποίθησης Υγείας έχει χρησιμοποιηθεί αφενός για να εξηγήσει την αλλαγή και τη διατήρηση των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία, αφετέρου ως καθοδηγητικό πλαίσιο στις παρεμβάσεις αλλαγής συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, έχει βρει εφαρμογή στη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις υγιεινές διατροφικές επιλογές φοιτητών (Deshpande, Basil, & Basil, 2009), έχει ελεγχθεί η ικανότητά του να προβλέπει την πρόθεση για κατανάλωση «νέων» τροφίμων (π.χ. ενός λειτουργικού ψωμιού) (Vassallo, et al., 2009) και έχει βρει εφαρμογή στην προσπάθεια διερεύνησης συμπεριφορών που σχετίζονται με την υιοθέτηση ισορροπημένων διαιτητικών συνηθειών ηλικιωμένων ατόμων (Hanson & Benedict 2002, Chapman et al 1995).

### 6.3.3. Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς

Σύμφωνα με τη *Θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς* (Theory of Planned Behavior) ή την προκάτοχό της, τη *Θεωρία της Λογικής Δράσης* (Reasoned Action), η συμπεριφορά ενός ατόμου καθορίζεται, κυρίως, από την ενσυνείδητη πρόθεσή του να πραγματοποιήσει (ή να μην πραγματοποιήσει) τη συγκεκριμένη συμπεριφορά (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980). Η πρόθεση συμπεριφοράς με τη σειρά της επηρεάζεται: (α) από τη στάση του ατόμου απέναντι στη συμπεριφορά, (β) από τα προσωπικά πρότυπα ή αλλιώς τις κοινωνικές πιέσεις που αντιλαμβάνεται το άτομο για να εφαρμόσει τη συμπεριφορά, και, τέλος, (γ) από τον έλεγχο της συμπεριφοράς που επίσης αντιλαμβάνεται το άτομο. Το τελευταίο αυτό στοιχείο προστέθηκε για να βελτιωθεί η Θεωρία της Λογικής Δράσης, οπότε και ονομάστηκε Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

Ο όρος «στάση απέναντι στη συμπεριφορά» περιλαμβάνει το αν και κατά πόσο το άτομο θεωρεί τη συμπεριφορά καλή ή κακή, επιζήμια ή ωφέλιμη. Αυτή η στάση είναι το αποτέλεσμα των πεποιθήσεων του ατόμου για το αναμενόμενο αποτέλεσμα της αλλαγής συμπεριφοράς, καθώς και της προσωπικής αξιολόγησης του αναμενόμενου αποτελέσματος. Για παράδειγμα, το άτομο πιστεύει ότι η καθημερινή κατανάλωση μιας μεγάλης σοκολάτας θα το οδηγήσει στην αύξηση του σωματικού βάρους, αλλά, από την άλλη, δεν ενδιαφέρεται καθόλου για το αν θα αυξηθεί το σωματικό του βάρος. Σ' αυτήν την περίπτωση, η πεποίθηση δεν θα επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την πρόθεση και την αλλαγή συμπεριφοράς.

Τα προσωπικά πρότυπα καθορίζονται από την αντίληψη του ατόμου για τις κοινωνικές πιέσεις που του ασκούνται για να συνεχίσει ή να αλλάξει μια συμπεριφορά (από την οικογένεια, τους φίλους, τους ειδικούς της υγείας κ.λπ.), αλλά και από την προσωπική του πρόθεση και τα κίνητρα για να συμμορφωθεί με τις επιθυμίες των άλλων. Τέλος, ο θεωρούμενος έλεγχος της συμπεριφοράς καθορίζεται από πεποιθήσεις ελέγχου σχετικά με την παρουσία ή την απουσία παραγόντων που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν την πραγματοποίηση της

συμπεριφοράς, σταθμισμένες από τη θεωρούμενη δύναμη ή επίδραση που έχει ο κάθε παράγοντας να διευκολύνει ή να εμποδίζει τη συμπεριφορά.

Η Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς έχει χρησιμοποιηθεί σε μια σειρά συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία, μεταξύ των οποίων η διατροφή και η άσκηση, αφού μπορεί να προσφέρει χρήσιμη γνώση για την επίδραση των πεποιθήσεων και των στάσεων στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής (Anderson, et al., 1998; Blanchard, Courneya, Rodgers, & Murnaghan, 2002; Blue, 2007; Conner, Norman, & Bell, 2002; Gardner & Hausenblas, 2005; Kerner, Grossman, & Kurrant, 2001; Kim, Reicks, & Sjoberg, 2003; Lautenschlager & Smith, 2007; Michels & Kugler, 1998; Rah, Hasler, Painter, & Chapman-Novakofski, 2004; Sjoberg, Kim, & Reicks, 2004).



## Βιβλιογραφία

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Org Behav Hum Des Process* 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and social behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Anderson, A. S., Cox, D. N., McKellar, S., Reynolds, J., Lean, M. E., & Mela, D. J. (1998). Take Five, a nutrition education intervention to increase fruit and vegetable intakes: impact on attitudes towards dietary change. *Br J Nutr*, 80(2), 133-140.
- Auld, G. W., Nitzke, S. A., McNulty, J., Bock, M. A., Bruhn, C. M., Gabel, K., et al. (1998). A stage-of-change classification system based on actions and beliefs regarding dietary fat and fiber. *Am J Health Promot*, 12(3), 192-201.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *Am Psychol* 33, 344-358.
- Baranowski, T., Perry, C. L., & Parcel, G. S. (2002). How Individuals, Environments, and Health Behavior Interact: Social Learning Theory. In K. Glanz, B. K. Rimer & F. M. Lewis (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. (3rd ed., pp. 165-184). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Blanchard, C. M., Courneya, K. S., Rodgers, W. M., & Murnaghan, D. M. (2002). Determinants of exercise intention and behavior in survivors of breast and prostate cancer: an application of the theory of planned behavior. *Cancer Nurs*, 25(2), 88-95.
- Blue, C. L. (2007). Does the theory of planned behavior identify diabetes-related cognitions for intention to be physically active and eat a healthy diet? *Public Health Nurs*, 24(2), 141-150.
- Bunton, R., Baldwin, S., Flynn, D., & Whitelaw, S. (2000). The 'stages of change' model in health promotion: Science and Ideology. *Public Health*, 10(1), 55-70.
- Campbell, M. K., Reynolds, K. D., Havas, S., Curry, S., Bishop, D., Nicklas, T., et al. (1999). Stages of change for increasing fruit and vegetable consumption among adults and young adults participating in the national 5-a-Day for Better Health community studies. *Health Educ Behav*, 26(4), 513-534.
- Conner, M., Norman, P., & Bell, R. (2002). The theory of planned behavior and healthy eating. *Health Psychol*, 21(2), 194-201.
- Deshpande, S., Basil, M. D., & Basil, D. Z. (2009). Factors influencing healthy eating habits among college students: an application of the health belief model. *Health Mark Q*, 26(2), 145-164.
- Di Noia, J., & Prochaska, J. O. (2010). Dietary stages of change and decisional balance: a meta-analytic review. *Am J Health Behav*, 34(5), 618-632.
- Di Noia, J., & Thompson, D. (2012). Processes of change for increasing fruit and vegetable consumption among economically disadvantaged African American adolescents. *Eat Behav*, 13(1), 58-61.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav*, 7(2), 133-142.
- Domel, S. B., Baranowski, T., Davis, H. C., Thompson, W. O., Leonard, S. B., & Baranowski, J. (1996). A measure of stages of change in fruit and vegetable consumption among fourth- and fifth-grade school children: reliability and validity. *J Am Coll Nutr*, 15(1), 56-64.
- Gardner, R. E., & Hausenblas, H. A. (2005). Exercise and diet determinants of overweight women participating in an exercise and diet program: a prospective examination of the theory of planned behavior. *Women Health*, 42(4), 37-62.
- Giannisi, F., Pervanidou, P., Michalaki, E., Papanikolaou, K., Chrousos, G., & Yannakoulia, M. (2014). Parental readiness to implement life-style behaviour changes in relation to children's excess weight. *J Paediatr Child Health*, 50(6), 476-481.
- Glanz, K., & Eriksen, M. P. (1993). Individual and community models for dietary behavior change. *J Nutr Educ*, 25, 80-86.
- Greene, G. W., Rossi, S. R., Rossi, J. S., Velicer, W. F., Fava, J. L., & Prochaska, J. O. (1999). Dietary applications of the stages of change model. *J Am Diet Assoc*, 99(6), 673-678.
- Horwath, C. C. (1999). Applying the transtheoretical model to eating behaviour change: challenges and opportunities. *Nutrition Research Reviews*, 12, 281-317.

- Howard, B. V., Van, H. L., Hsia, J., Manson, J. E., Stefanick, M. L., Wassertheil-Smoller, S., et al. (2006). Low-fat dietary pattern and risk of cardiovascular disease: the Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. *JAMA*, *295*(6), 655-666.
- Janis, I., & Mann, L. (1979). *Decision Making. A Psychological Analysis of Conflict, Choice, and Commitment*. New York: The Free Press, A division of Macmillan Inc.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q*, *11*(1), 1-47.
- Johnson, S. S., Paiva, A. L., Cummins, C. O., Johnson, J. L., Dymont, S. J., Wright, J. A., et al. (2008). Transtheoretical model-based multiple behavior intervention for weight management: effectiveness on a population basis. *Prev Med*, *46*(3), 238-246.
- Kasila, K., Poskiparta, M., Karhila, P., & Kettunen, T. (2003). Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment. *J Hum Nutr Diet*, *16*(3), 159-166.
- Kerner, M. S., Grossman, A. H., & Kurrant, A. B. (2001). The theory of planned behavior as related to intention to exercise and exercise behavior. *Percept Mot Skills*, *92*(3 Pt 1), 721-731.
- Kim, K., Reicks, M., & Sjoberg, S. (2003). Applying the theory of planned behavior to predict dairy product consumption by older adults. *J Nutr Educ Behav*, *35*(6), 294-301.
- Kristal, A. R., Glanz, K., Curry, S. J., & Patterson, R. E. (1999). How can stages of change be best used in dietary interventions? *J Am Diet Assoc*, *99*(6), 679-684.
- Lautenschlager, L., & Smith, C. (2007). Understanding gardening and dietary habits among youth garden program participants using the Theory of Planned Behavior. *Appetite*, *49*(1), 122-130.
- Ling, A. M., & Horwath, C. (2000). Defining and measuring stages of change for dietary behaviors: readiness to meet fruit, vegetable, and grain guidelines among Chinese Singaporeans. *J Am Diet Assoc*, *100*(8), 898-904.
- Michels, T. C., & Kugler, J. P. (1998). Predicting exercise in older Americans: using the theory of planned behavior. *Mil Med*, *163*(8), 524-529.
- Ounpuu, S. (1997). *Precontemplation or maintenance? Defining stages of change for lower fat eating.*, University of Guelph, Ontario.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*, *47*(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*. New York, N.Y.: Quill.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2002). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Rimer & F. M. Lewis (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. (3rd ed., pp. 99-120). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot*, *12*(1), 38-48.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol*, *13*(1), 39-46.
- Rah, J. H., Hasler, C. M., Painter, J. E., & Chapman-Novakofski, K. M. (2004). Applying the theory of planned behavior to women's behavioral attitudes on and consumption of soy products. *J Nutr Educ Behav*, *36*(5), 238-244.
- Reed, G. R., Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S., & Marcus, B. H. (1997). What makes a good staging algorithm: examples from regular exercise. *Am J Health Promot*, *12*(1), 57-66.
- Resnicow, K., McCarty, F., & Baranowski, T. (2003). Are precontemplators less likely to change their dietary behavior? A prospective analysis. *Health Educ Res*, *18*(6), 693-705.
- Reynolds, K. D., Hinton, A. W., Shewchuk, R. M., & Hickey, C. A. (1999). Social cognitive model of fruit and vegetable consumption in elementary school children. *J Nutr Educ*, *31*, 23-30.
- Robinson, L. M., & Vail, S. R. (2012). An integrative review of adolescent smoking cessation using the Transtheoretical Model of Change. *J Pediatr Health Care*, *26*(5), 336-345.
- Sjoberg, S., Kim, K., & Reicks, M. (2004). Applying the theory of planned behavior to fruit and vegetable consumption by older adults. *J Nutr Elder*, *23*(4), 35-46.
- Snetselaar, L. (2003). Stages of change and eating behaviors: issues on categorizing. *Diabetes Care*, *26*(5), 1624-1625.
- Spencer, L., Wharton, C., Moyle, S., & Adams, T. (2007). The transtheoretical model as applied to dietary behaviour and outcomes. *Nutr Res Rev*, *20*(1), 46-73.

- Vallis, M., Ruggiero, L., Greene, G., Jones, H., Zinman, B., Rossi, S., et al. (2003). Stages of change for healthy eating in diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes Care*, 26(5), 1468-1474.
- Van Duyn, M. A., Kristal, A. R., Dodd, K., Campbell, M. K., Subar, A. F., Stables, G., et al. (2001). Association of awareness, intrapersonal and interpersonal factors, and stage of dietary change with fruit and vegetable consumption: a national survey. *Am J Health Promot*, 16(2), 69-78.
- Vassallo, M., Saba, A., Arvola, A., Dean, M., Messina, F., Winkelmann, M., et al. (2009). Willingness to use functional breads. Applying the Health Belief Model across four European countries. *Appetite*, 52(2), 452-460.

## 7. Θεραπευτικές συμβουλευτικές προσεγγίσεις στην αλλαγή διαιτητικής συμπεριφοράς

### Σύνοψη

Για να γίνουν πράξη οι διαιτητικές συστάσεις και οδηγίες, θα πρέπει να ενσωματωθούν στην παρέμβαση των διαιτολόγων τόσο συμπεριφορικά στοιχεία, που θα βοηθήσουν το άτομο να πραγματοποιήσει τις αλλαγές που προτείνονται, όσο και τεχνικές κινητοποίησης, που θα ενισχύσουν την προσπάθειά του να αλλάξει διαιτητικές συνήθειες. Τα νέα αυτά στοιχεία παρέμβασης είναι «δανεισμένα» από αντίστοιχες ψυχολογικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Στο παρόν κεφάλαιο θα παρουσιαστούν συνοπτικά οι εν λόγω προσεγγίσεις, με έμφαση στην περιγραφή της εφαρμογής τους κατά τη διατροφική παρέμβαση. Συγκεκριμένα, θα αναπτυχθούν η Συνέντευξη Κινητοποίησης και η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία, με περιγραφή τόσο του θεωρητικού πλαισίου τους όσο και κάποιων από τις προσαρμογές τους στην πρακτική του επιστήμονα του χώρου της διατροφής.

### Προαπαιτούμενη γνώση

Κεφάλαιο 6.

## 7.1. Συνέντευξη Κινητοποίησης

### 7.1.1. Θεωρητικό πλαίσιο – Γενικές αρχές

Η Συνέντευξη Κινητοποίησης (Motivational Interviewing) προσφέρει σε διαιτολόγους και άλλους επιστήμονες του χώρου της υγείας μια σειρά από στρατηγικές και τεχνικές, χρήσιμες στην καθημερινή πρακτική τους. Ξεκίνησε ως μέθοδος θεραπείας ατόμων με προβλήματα αλκοολισμού, όμως, τα τελευταία χρόνια έχει χρησιμοποιηθεί σε ένα εύρος συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία, συμπεριλαμβανομένων και των διαιτητικών συνηθειών και συμπεριφορών (Emmons & Rollnick, 2001).

Δεν έχουν όλοι οι ασθενείς ισχυρά κίνητρα ούτε είναι όλοι ουσιαστικά έτοιμοι να προχωρήσουν σε αλλαγές στη δίαιτά τους αλλά και σε άλλες συνήθειες του τρόπου ζωής τους. Η αμφιταλάντευση και τα αντικρουόμενα συναισθήματα απέναντι στην αλλαγή που τους προτείνεται είναι στοιχεία φυσιολογικά (Rollnick, Kinnnersley, & Stott, 1993). Η Συνέντευξη Κινητοποίησης τους βοηθά να αναγνωρίσουν το πρόβλημά τους και να κάνουν κάτι γι' αυτό. Σκοπός της είναι να ενεργοποιήσει τους ασθενείς να ασχοληθούν με την αμφιταλάντευσή τους, να καταλήξουν και να δεσμευτούν σε μια απόφαση αλλαγής, αν αυτό είναι εφικτό (Miller & Rollnick, 2002)

Το Διαθεωρητικό Υπόδειγμα έπαιξε σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της θεωρίας της Συνέντευξης Κινητοποίησης. Λαμβάνοντας υπόψη τα στάδια αλλαγής συμπεριφοράς, οι στόχοι, οι προσεγγίσεις και οι τεχνικές της Συνέντευξης Κινητοποίησης βοηθούν το άτομο να μεταβεί από ένα στάδιο αλλαγής συμπεριφοράς στο επόμενο. Αποτελεί ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο για άτομα που βρίσκονται πριν το στάδιο της δράσης, δηλαδή, στο στάδιο «Πριν τη σκέψη» ή στο στάδιο της «Σκέψης». Ορισμένοι επιστήμονες πιστεύουν ότι η Συνέντευξη Κινητοποίησης, τελικά, είναι πιο αποτελεσματική σ' αυτά τα άτομα και λιγότερο σε όσους είναι ήδη έτοιμοι για αλλαγή (Resnicow, McCarty, & Baranowski, 2003). Παρόλα αυτά, θα μπορούσε να αποδειχθεί χρήσιμη και κατά τη διαδικασία αλλαγών διαιτητικών συνηθειών, δηλαδή, στο στάδιο της «Δράσης», προσφέροντας το υπόβαθρο κινητοποίησης που είναι συνεχώς απαραίτητο για την εφαρμογή συμπεριφορικών τεχνικών (Miller & Rollnick, 2002) Η Συνέντευξη Κινητοποίησης διαφοροποιείται από άλλες μεθόδους παρέμβασης, κυρίως, στο γεγονός ότι δεν εστιάζει στο «Θα σου αλλάξω τη δίαιτα», αλλά περισσότερο στο «Αν θέλεις, θα σε βοηθήσω να αλλάξεις τη δίαιτά σου».

Στηρίζεται σε πέντε γενικές αρχές. Αυτές παρουσιάζονται παρακάτω, με εφαρμογές και παραδείγματα από τη διαιτολογική πρακτική.

1. Έκφραση ενσυναίσθησης: Ο όρος ενσυναίσθηση σημαίνει συναισθηματική συμμετοχή και κατανόηση, το να έχεις, δηλαδή, την ικανότητα να αντιλαμβάνεσαι τα πράγματα από την πλευρά του άλλου. Ο όρος ο οποίος κρύβεται πίσω από την ενσυναίσθηση είναι η «αποδοχή», η οποία διαφέρει από τη «συμφωνία» ή την «παραδοχή». Μπορεί να αποδέχεται κάποιος τα όσα περιγράφει ο ασθενής, αλλά να μην συμφωνεί μ' αυτά. Η ακρόαση —και η ανακλαστική ακρόαση η οποία περιγράφεται παρακάτω— είναι σημαντική για την έκφραση ενσυναίσθησης. Ο διαιτολόγος εκλαμβάνει όσα λέει ο ασθενής ως κατανοητά, αντιληπτά και, στο πλαίσιο του κάθε ασθενούς, ως αξιόπιστα. Η αμφιταλάντευση του ασθενούς θεωρείται ως φυσιολογικό μέρος μιας διαδικασίας αλλαγής και όχι ως προβληματική κατάσταση. Η ενσωμάτωση της ενσυναίσθησης στην

πρακτική του διαιτολόγου αυξάνει την ικανοποίηση του ασθενούς και βελτιώνει τη συμμετοχή του τελευταίου στη συνεδρία (γίνεται συζήτηση για περισσότερα θέματα και λαμβάνονται περισσότερες αποφάσεις) (Goodchild, Skinner, & Parkin, 2005).

2. *Ανάπτυξη ασυμφωνίας* (μεταξύ της τρέχουσας συμπεριφοράς και των απώτερων στόχων): Στο πλαίσιο της συνέντευξης κινητοποίησης ο ασθενής κατανοεί τις συνέπειες της τρέχουσας συμπεριφοράς και αντιλαμβάνεται την ασυμφωνία μεταξύ αυτής και των απώτερων στόχων του. Σύμφωνα με τον Miller (Miller, 1985), το κίνητρο για την αλλαγή δημιουργείται, όταν τα άτομα αντιλαμβάνονται αυτήν την ασυμφωνία. Ο στόχος είναι να παρουσιάσει ο ίδιος ο ασθενής, και όχι ο διαιτολόγος, τους λόγους για αλλαγή.

3. *Αποφυγή διαφωνίας και διαμάχης*: Η τρίτη βασική αρχή της Συνέντευξης Κινητοποίησης είναι η αποφυγή διαφωνίας και άμεσης αντιπαράθεσης. Είναι από τις πιο ανεπιθύμητες καταστάσεις το να προσπαθεί ο διαιτολόγος να «πείσει» τον ασθενή ότι έχει πρόβλημα, ότι πρέπει να αλλάξει, ενώ ο ασθενής με τη σειρά του να υποστηρίζει ακριβώς το αντίθετο. Η άμεση αντιπαράθεση προκαλεί αντίσταση. Και η έκφραση αντίστασης από την πλευρά του ασθενούς ίσως αποτελεί ένδειξη ότι ο διαιτολόγος πρέπει να αλλάξει τεχνική.

4. *Ολίσθηση («γύρισμα») της αντίστασης (rolling with resistance)*: Αντί η αντίσταση να αντιμετωπίζεται με διαμάχη και αντιπαράθεση, θα πρέπει, σύμφωνα με τις αρχές της Συνέντευξης Κινητοποίησης, να «γυρίζει» και να διοχετεύεται σε πιο αποδοτική για την παρέμβαση εξέλιξη. Ο ασθενής αποτελεί σημαντική πηγή λύσεων, αρκεί να τις αναγνωρίσει και να τις αξιολογήσει. Νέες προοπτικές και λύσεις προτείνονται αλλά δεν επιβάλλονται. Ο διαιτολόγος χρησιμοποιεί τη «φόρα» του ασθενούς, για να δημιουργήσει μια νέα δυναμική. Αυτό δεν σημαίνει ότι ο διαιτολόγος δεν μπορεί να διαφωνεί με τον ασθενή. Με την «ολίσθηση» της αντίστασης τον καλεί να σκεφτεί μια νέα προοπτική και δυνατότητα, χωρίς, ωστόσο, να επιχειρεί να του την επιβάλλει. Σε κάθε περίπτωση, η συνεργασία είναι σημαντική. Η έκφραση αντίστασης και αμφιταλάντευσης αποτελούν φυσιολογικά χαρακτηριστικά της διαδικασίας αλλαγής και ένα σημάδι για τον διαιτολόγο ότι κάτι πρέπει να αλλάξει στον τρόπο παρέμβασής του.

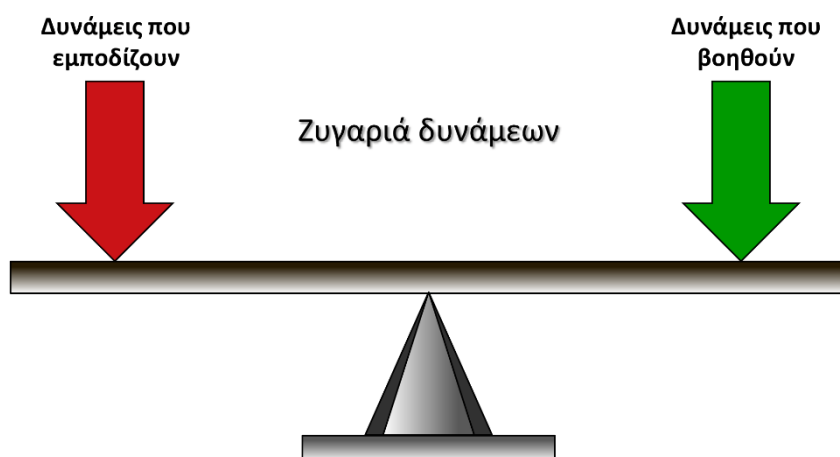
5. *Υποστήριξη της αυτοαποτελεσματικότητας*: Η αυτοαποτελεσματικότητα συνίσταται στην εμπιστοσύνη του ατόμου στον εαυτό του ότι μπορεί να φέρει εις πέρας ένα συγκεκριμένο έργο και/ή να επιτύχει έναν συγκεκριμένο στόχο. Αν και η αυτοαποτελεσματικότητα επηρεάζεται από την αυτοεκτίμηση, η πρώτη είναι αρκετά πιο συγκεκριμένη. Το να πιστέψει ο ασθενής στη δυνατότητα αλλαγής, αποτελεί κίνητρο. Υποστήριξη της αυτοαποτελεσματικότητας δεν σημαίνει ότι ο διαιτολόγος θα αλλάξει τον ασθενή, αλλά ότι θα τον βοηθήσει να αλλάξει, εφόσον το επιθυμεί ο ασθενής. Κι αυτό διότι ο ασθενής είναι υπεύθυνος για να επιλέξει και να διεκπεραιώσει την αλλαγή.

Μεταξύ των ενδείξεων που μπορεί να έχει ο διαιτολόγος για τη μη κινητοποίηση του ασθενούς να προχωρήσει σε αλλαγή συμπεριφοράς, σχετικά με τη διατροφή και άλλες συνήθειες του τρόπου ζωής του (π.χ. κάπνισμα, φυσική δραστηριότητα κ.λπ.), είναι η συνεχής διαφωνία του ασθενούς, η μη αποδοχή της διάγνωσης ή της αξιολόγησης της κατάστασής του, η μη έκφραση επιθυμίας ή ανάγκης για βοήθεια, η απουσία προβληματισμού για την τρέχουσα κατάστασή του, η μη εφαρμογή των συστάσεων που του δίνονται.

### 7.1.2. Προσεγγίσεις κινητοποίησης

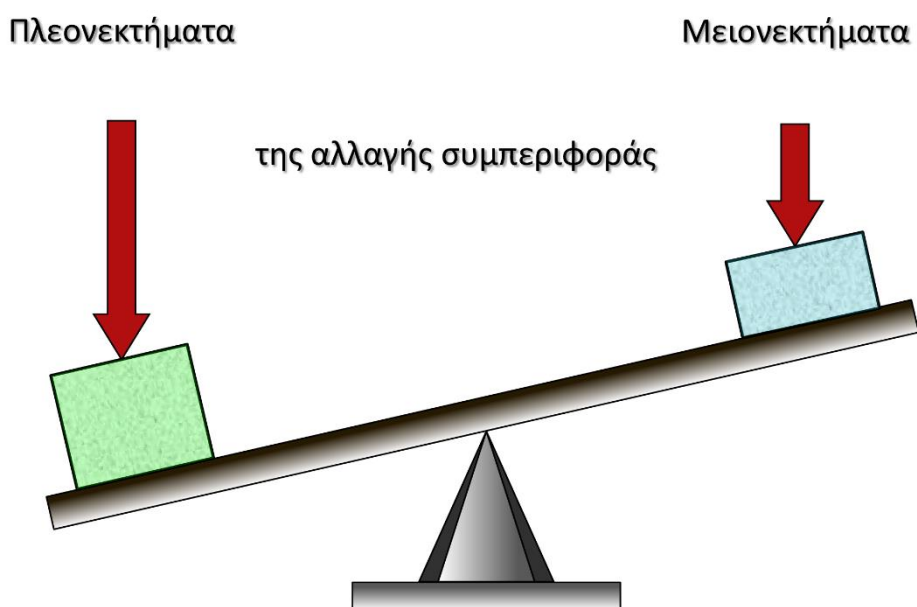
Σύμφωνα με τους εμπνευστές της μεθόδου (Miller & Rollnick, 1991), οι αποδοτικές προσεγγίσεις κινητοποίησης από την πλευρά του θεραπευτή, προσαρμοσμένες στην πρακτική του διαιτολόγου, είναι οι ακόλουθες:

- *Να δίνει συμβουλές*. Μπορεί η παροχή συμβουλών, ως μοναδική μέθοδος παρέμβασης, να μην επιφέρει αλλαγές στη συμπεριφορά των περισσότερων ατόμων, αλλά δεν πρέπει να υποβαθμίζεται η επίδραση που έχουν οι συμβουλές, όταν δίνονται στον κατάλληλο χρόνο, είναι σαφείς, συστηματικές και σύντομες (και όχι αποπροσανατολιστικές και συγκεχυμένες). Τέτοιου είδους συμβουλές μπορούν να παρακινήσουν για αλλαγή.
- *Να απομακρύνει τα εμπόδια*. Ο ασθενής μπορεί να θέλει να ακολουθήσει το θεραπευτικό πρωτόκολλο που του προτείνεται, αλλά να απογοητεύεται ή να αποθαρρύνεται σ' αυτήν την προσπάθειά του λόγω συγκεκριμένων εμποδίων (κόστος, μετακίνηση, άλλα προβλήματα ή έγνοιες, ντροπή, αναμονή, ανασφάλεια κ.λπ.). Ο διαιτολόγος βοηθά τον ασθενή να αναγνωρίσει τα σημαντικότερα εμπόδια που επηρεάζουν την προσπάθειά του και να λύσει πρακτικά προβλήματα. Χρήσιμο εργαλείο για τον σκοπό αυτόν αποτελεί η ζυγαριά θετικών (βοηθητικών) και αρνητικών (παρεμποδιστικών) δυνάμεων (Σχήμα 7.1).



Σχήμα 7.1 Ζυγαριά δυνάμεων.

- *Να παρέχει επιλογές.* Όταν ο ασθενής αντιλαμβάνεται περιορισμό των δυνατοτήτων επιλογών του, τότε είναι αναμενόμενη ως αντίδραση η «αντίσταση» στην αλλαγή. Η εσωτερική κινητοποίηση ενισχύεται από την αντίληψη ότι υπάρχει η δυνατότητα επιλογής, δηλαδή, από το γεγονός ότι ο ίδιος ασθενής μπορεί να «επιλέξει» τη μέθοδο θεραπείας του. Επομένως, του δίνονται εναλλακτικές λύσεις και προτείνεται πρόγραμμα διατροφικής παρέμβασης με εναλλακτικές προσεγγίσεις (όχι ένα τυποποιημένο πρωτόκολλο που να εφαρμόζεται σε όλους). Η εμμονή σε έναν συγκεκριμένο θεραπευτικό στόχο ή θεραπευτικό πρωτόκολλο, ανεξάρτητα από τις προσδοκίες ή τους στόχους του ασθενούς, μειώνει την κινητοποίησή του.
- *Να μειώνει την επιθυμία να διατηρηθεί η τρέχουσα «προβληματική» ή μη υγιεινή συμπεριφορά.* Αν και αυτό είναι το ζητούμενο των περισσότερων διατροφικών παρεμβάσεων, είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί. Ο διαιτολόγος μπορεί να χρησιμοποιήσει για τον σκοπό αυτόν τη ζυγαριά αποφάσεων ή το φύλλο ζυγαριάς αποφάσεων (βλ. Σχήματα 7.2 και 7.3).



Σχήμα 7.2 Ζυγαριά αποφάσεων.

	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Αλλαγή συνηθειών		
Μη αλλαγή συνηθειών (διατήρηση τρέχουσας κατάστασης)		

Σχήμα 7.3 Πίνακας / Φύλλο αποφάσεων.

- *Να δείχνει ενσυναίσθηση.* Η ενσυναίσθηση αποτελεί σημαντική δεξιότητα, στην οποία ο διαιτολόγος χρειάζεται εκπαίδευση. Μέσω της ανακλαστικής ακρόασης (βλέπε παρακάτω), κατανοεί/αντιλαμβάνεται το τι εννοεί ο ασθενής, ανεξάρτητα από το αν είχε ή όχι ο ίδιος στο παρελθόν ανάλογη εμπειρία.
- *Να παρέχει ανατροφοδότηση (feedback).* Η επίγνωση της κατάστασής του, των συνηθειών του και της προόδου του αποτελούν για τον ασθενή σημαντικά στοιχεία για τη συνεχή κινητοποίησή του. Η ανατροφοδότηση μπορεί να είναι αντικειμενική ή υποκειμενική. Ως εργαλεία ανατροφοδότησης χρησιμοποιούνται τα αποτελέσματα εξετάσεων, το σωματικό ζύγισμα, τα ημερολόγια αυτοκαταγραφής της διαιτητικής πρόσληψης ή/και διαιτητικής συμπεριφοράς.
- *Να διευκρινίζει τους στόχους.* Ο ασθενής είναι σε θέση να συγκρίνει τα αποτελέσματα της προσπάθειάς του με κάποιον συγκεκριμένο στόχο, ρεαλιστικό και εφικτό. Αποτελεί διαδικασία αυτοαξιολόγησης της τρέχουσας κατάστασής του σε σχέση με τον στόχο. Ο καθορισμός στόχων και η ανατροφοδότηση (ανάδραση) δρουν από κοινού προς την ίδια κατεύθυνση.
- *Να παρέχει ενεργή βοήθεια.* Αυτή μπορεί να περιλαμβάνει είτε θεραπευτικές πρωτοβουλίες είτε εκδήλωση ενδιαφέροντος προς τον ασθενή. Για παράδειγμα, να πάρει ο διαιτολόγος την πρωτοβουλία να τηλεφωνήσει στον ασθενή, όταν ο τελευταίος δεν έρθει στο ραντεβού του.

### 7.1.3. Τεχνικές της Συνέντευξης Κινητοποίησης

Κάποιες απ' αυτές τις στρατηγικές ή τεχνικές (ανοικτές ερωτήσεις, ανακλαστική ακρόαση, επιβεβαίωση, ανακεφαλαίωση) προέρχονται από θεωρίες «μη καθοδήγησης» και έχουν ως κέντρο τον ασθενή. Άλλες, όπως η εκμείωση ισχυρισμών αυτοκινητοποίησης, χρησιμοποιούνται, κυρίως, στη Συνέντευξη Κινητοποίησης. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες τεχνικές παρουσιάζονται με το ακρωνύμιο OARS:

**Open-ended Question:** Ανοικτή ερώτηση

**Affirmation:** Δήλωση

**Reflection:** Ανακλαστική ακρόαση

**Summary:** Ανακεφαλαίωση

*Ανοικτές ερωτήσεις:* Είναι οι ερωτήσεις στις οποίες ο ασθενής μπορεί να δώσει ευρύτατες απαντήσεις, παρέχοντας πλήθος πληροφοριών, σε αντίθεση με τις κλειστές ερωτήσεις, στις οποίες οι δυνατότητες απαντήσεων είναι συγκεκριμένες (ναι/όχι ή συγκεκριμένη πληροφορία σε ένα θέμα). Αν και οι τελευταίες μπορεί να είναι χρήσιμες για να διευκρινιστούν ή να αποσαφηνιστούν θέματα (π.χ. στη διατροφική

αξιολόγηση), οι ανοικτές ερωτήσεις παρέχουν συχνά το μέσο για να θέσει ο ασθενής τους προβληματισμούς του και να διερευνηθούν κίνητρα και πιθανότητες για αλλαγή.

*Δηλώσεις:* Αποτελούν ισχυρισμούς για τις ικανότητες και, γενικά, για τα δυνατά σημεία του ασθενούς, στην προσπάθεια για την αλλαγή της διατροφικής του συμπεριφοράς. Υποστηρίζουν τη διαμόρφωση σχέσης εμπιστοσύνης και βοηθούν τον ασθενή να δει τον εαυτό του και την επίλυση του προβλήματός του με «άλλο μάτι». Η σωστή χρήση τέτοιων δηλώσεων βοηθά τον ασθενή να σκεφτεί ότι η αλλαγή μπορεί να είναι εφικτή, ακόμα και αν οι προηγούμενες προσπάθειες δεν ήταν επιτυχημένες. Συχνά, αναφέρονται στην αναδιτύπωση του πλαισίου μιας συμπεριφοράς ή ενός προβληματισμού, με την προοπτική να δοθεί στον ασθενή μια θετική ανατροφοδότηση.

*Ανακλαστική ακρόαση:* Η τεχνική της ανακλαστικής ακρόασης έχει τη μορφή ενός ισχυρισμού, με τον οποίο ο διαιτολόγος «ανακλά» τα λεγόμενα του ασθενούς, προσπαθώντας να διευκρινίσει ή να «μαντέψει» αυτό που εννοεί ο ασθενής. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως έκφραση ενσυναίσθησης-κατανόησης ή/και ως έλεγχος για την ενεργή επικοινωνία («ενεργή ακρόαση»). Επίσης, κάνοντας μια δήλωση, έναν ισχυρισμό, δηλαδή αποφεύγοντας την ερώτηση, είναι μικρότερες οι πιθανότητες να εμφανιστεί αντίσταση από τη μεριά του ασθενούς. Ο διαιτολόγος ενισχύει την εσωτερική κινητοποίηση του ασθενούς, ανακλώντας τους ισχυρισμούς αυτοκινητοποίησής του. Η ανακλαστική ακρόαση θα μπορούσε, επίσης, να χρησιμοποιηθεί από τον διαιτολόγο είτε για να «κόψει» σειρά ερωταποκρίσεων είτε για να αποφύγει τις πολλές ανοικτές ερωτήσεις.

Η ανακλαστική ακρόαση μπορεί να έχει τη μορφή της επανάληψης 2-3 λέξεων που είπε ο ασθενής, της επανάληψης «λέξεων-κλειδιών», της παράφρασης των λεγομένων του, της περίληψης ή ανακεφαλαίωσης ή ακόμα και της χρήσης «νέων» λέξεων για τα μη σαφώς εκφρασμένα μηνύματα και θέματα. Μπορεί να αναφέρεται στο περιεχόμενο των όσων είπε ο ασθενής, στο νόημα των λεγομένων του, στα συναισθήματα που υπάρχουν πίσω απ' αυτά ή και στη διαδικασία της παρέμβασης.

*Ανακεφαλαίωση:* Θα μπορούσε να είναι και ένας ειδικός τύπος ανακλαστικής ακρόασης που συμβαίνει κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας, στην αρχή της ή στο τέλος της. Περιλαμβάνει περιοδική ανακεφαλαίωση, σύνδεση ανακεφαλαιώσεων ή/και ενσωμάτωση και άλλων πληροφοριών στην ανακεφαλαίωση. Υποδεικνύει κατανόηση και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένας τρόπος για να αναδειχθούν τα σημαντικά θέματα της συζήτησης. Μπορεί, επίσης, να λειτουργήσει και ως μέσο για να στραφεί το ενδιαφέρον της συζήτησης προς ένα συγκεκριμένο θέμα ή για να προχωρήσει η συζήτηση παρακάτω. Η ανακεφαλαίωση αποτελεί και μια τεχνική για να αναδειχθεί η αμφιταλάντευση του ασθενούς και να αναπτυχθεί η ασυμφωνία μεταξύ της τρέχουσας συμπεριφοράς και των απώτερων στόχων (αρκεί να γίνει προσεκτική επιλογή των όσων θα ανακεφαλαιωθούν).

Τέλος, προκειμένου ο ασθενής να προβάλλει ο ίδιος τα επιχειρήματά του για την αλλαγή, ο διαιτολόγος καλείται να τον βοηθήσει στην έκφραση/διατύπωση των δικών του δηλώσεων κινητοποίησης με διάφορες τεχνικές και μέσα, όπως οι υποβλητικές ερωτήσεις [ερωτήσεις που προκαλούν την κινητοποίηση (evocative questions)], η διερεύνηση, η χρήση των άκρων, η χρήση του παρελθόντος ή η χρήση του μέλλοντος, η χρήση του παράδοξου ή της αντίφασης.

#### **7.1.4. Εφαρμογή μιας προσαρμογής της Συνέντευξης Κινητοποίησης στην πρακτική του διαιτολόγου**

Ο διαιτολόγος που θέλει να εφαρμόσει κάποιες από τις αρχές της Συνέντευξης Κινητοποίησης στην πρακτική του οφείλει (Treasure & Ward, 1997):

- Να αφήνει τον ασθενή να προβάλλει τα επιχειρήματά του για αλλαγή.
- Να ξεκινά με τις ανησυχίες του ασθενούς (και όχι με τις δικές του).
- Να εστιάζει στην εκμείωση των ανησυχιών του ασθενούς.
- Να τονίζει την προσωπική επιλογή και την υπευθυνότητα του ασθενούς να αποφασίζει για τις μελλοντικές του συμπεριφορές.
- Να διαπραγματεύεται τους στόχους και τις στρατηγικές.
- Να διερευνά τις πεποιθήσεις του ασθενούς.
- Να χρησιμοποιεί την ανακλαστική ακρόαση: να ανακλά, μέσω της παράφρασης και της ανακεφαλαίωσης, τα συναισθήματα, τις ανησυχίες και τις δηλώσεις αυτοκινητοποίησης του ασθενούς.
- Να κάνει μια μικρή περίληψη – ανακεφαλαίωση στην αρχή και στο τέλος της κάθε συνάντησης.
- Να προσφέρει συμβουλή και ανατροφοδότηση, όπου το κρίνει απαραίτητο.



- Να χρησιμοποιεί θετικές δηλώσεις και να δίνει θετική ανατροφοδότηση στον ασθενή, για να βελτιώσει την αυτοπεποίθηση και την αποφασιστικότητά του.

Από την άλλη, δεν πρέπει:

- Να επιχειρηματολογεί, να κάνει «μάθημα» ή να προσπαθεί να πείσει με τη λογική.
- Να υιοθετεί τον ρόλο της «αυθεντίας» και να εμφανίζεται απόλυτος στις απόψεις του.
- Να δίνει εντολές, να κατευθύνει, να προειδοποιεί, να τρομοκρατεί.
- Να μονοπωλεί το μεγαλύτερο μέρος της συζήτησης.
- Να αρχίζει διαμάχες/διαφωνίες για θέματα διάγνωσης.
- Να κάνει κρίσεις περί ηθικής, να κάνει κριτική ή «κήρυγμα».
- Να κάνει συνεχώς κλειστές ερωτήσεις.
- Να αποκρίνεται στην απάντηση του ασθενούς σε μια ανοικτή ερώτηση με μια δεύτερη ερώτηση.
- Να κάνει σειρά (τριών ή και περισσότερων) ερωτήσεων, τη μία μετά την άλλη.
- Να λέει στον ασθενή ότι αυτός έχει το πρόβλημα.
- Να δίνει μία μόνο λύση ή συγκεκριμένη πορεία θεραπείας.

*Πρακτικές οδηγίες προς νεαρούς διαιτολόγους, σχετικά με την εφαρμογή της Συνέντευξης Κινητοποίησης.*

Ξεκινώντας να χρησιμοποιεί ένας διαιτολόγος τη Συνέντευξη Κινητοποίησης, η ζυγαριά αποφάσεων (ή το φύλλο αποφάσεων) μπορεί να αποτελέσει πολύ χρήσιμο εργαλείο. Ενδιαφέρουσα προσέγγιση είναι και η χρήση της ζυγαριάς δυνάμεων. Μικρές αλλαγές στις δυνάμεις ή στα μειονεκτήματα-πλεονεκτήματα μπορούν να αλλάξουν την κινητοποίηση του ασθενούς. Δεν απαιτούνται ριζικές αλλαγές. Οι παρακάτω ερωτήσεις ίσως φανούν χρήσιμος οδηγός για την έναρξη ή τη διευκόλυνση της συζήτησης:

«Υπάρχουν κάποιες επιπλέον δυνάμεις που σας βοηθούν στο να κάνετε το X και οι οποίες θα μπορούσαν να προστεθούν στις ήδη υπάρχουσες;».

«Υπάρχουν κάποιες δυνάμεις που σας βοηθούν στο να κάνετε το X και οι οποίες μπορούν να ενισχυθούν;».

«Υπάρχουν κάποιες δυνάμεις που δεν σας βοηθούν και από τις οποίες θα μπορούσατε εύκολα να απαλλαγείτε;».

«Υπάρχουν κάποιες δυνάμεις που δεν σας βοηθούν στο να κάνετε το X και οι οποίες θα μπορούσαν σχετικά εύκολα να μειωθούν;».

Η τακτή ανακεφαλαίωση στην αρχή, στο τέλος και κατά τη διάρκεια της συνεδρίας είναι μια σχετικά εύκολη τεχνική, για να ακούσει ο ασθενής την περίληψη αυτών που έχει πει και να «συμπυκνώνεται η ουσία» (χωρίς, όμως, να πιέζεται σε συμπεράσματα για τα οποία δεν είναι έτοιμος).

«Αν μπορούσα να ανακεφαλαιώσω, θα έλεγα ότι ...».

«Για να δούμε αν κατάλαβα καλά μέχρι εδώ όσα είπατε ...».

Η παροχή πληροφοριών με ουδέτερο τρόπο, ανάλογα με την ετοιμότητα για αλλαγή του ασθενούς, και όχι με υποτιμητικό τρόπο, είναι σημαντικό εργαλείο στο χέρι του διαιτολόγου. Καλό είναι να αποφεύγονται εκφράσεις, όπως «Δεν ξέρω αν το ξέρετε αυτό ...» ή «Δεν ξέρω τι θα καταφέρετε μ' αυτό, αλλά ...». Η χρήση ανοικτών ερωτήσεων και δηλώσεων – ισχυρισμών μπορεί να βοηθήσει, όπως και η χρήση της ανακλαστικής ακρόασης (ακόμα και για διευκρινίσεις σε συναισθήματα, σκέψεις του ασθενούς κ.λπ.).

*Ασθενής:* «Καλύτερα να μη φάω καθόλου γλυκά. Όταν ξεκινήσω ένα γλυκό, δεν μπορώ να σταματήσω μέχρι να τελειώσει. Δεν ξέρω τι να κάνω μ' αυτό το θέμα».

*Διαιτολόγος:* «Νιώθετε ότι δεν ξέρετε τι να κάνετε, προκειμένου να σταματήσετε στο πρώτο κομμάτι γλυκό».

Ο διαιτολόγος οφείλει να ακούει τον ασθενή προσεκτικά, χωρίς να τον κρίνει, με ενσυναίσθηση, και να τον ενθαρρύνει να συζητήσει με μικρές παροτρύνσεις: «Μμμ...», «Ναι...», «Κατάλαβα...». Επίσης, να εκμαιεύει ισχυρισμούς αυτοκινητοποίησης από τον ασθενή. Για παράδειγμα:

«Τι εννοείτε όταν λέτε ότι δεν είσατε ευχαριστημένος με τη διαίτά σας;» (διερεύνηση).

«Έχετε σκεφτεί ποιο είναι το χειρότερο που μπορεί να σας συμβεί, αν συνεχίσετε να τρώτε με τον ίδιο τρόπο;» (χρήση των άκρων).

«Δηλαδή αν υπήρχαν 20 διαφορετικά είδη γλυκών, θα δοκιμάζατε και από τα 20;» (χρήση του παράδοξου).

«Αν δεν αντιμετωπίσετε την κατάσταση αυτή, ποιες θα είναι οι συνέπειες μετά από X χρόνια;» ή «Σκεφτείτε τον εαυτό σας μετά από X χρόνια. Πώς τον βλέπετε, αν συνεχίζετε να X...;» (χρήση του μέλλοντος).

Η προσφορά διαθέσιμων επιλογών μειώνει την πιθανότητα αντίστασης από την πλευρά του ασθενούς. Αν, όμως, υπάρξει αντίσταση, είναι σημαντικό να μην αντιδράσει και ο διαιτολόγος με αντίσταση, διαφωνία, αντιπαράθεση ούτε να συμφωνήσει με τον ασθενή ότι η κατάστασή του δεν επιδέχεται βελτίωση. Πρόκειται για δύσκολες τεχνικές, απαιτούν ιδιαίτερες δεξιότητες και εμπειρία, και είναι μεγάλος ο κίνδυνος της αποτυχίας. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, προτείνεται η χρήση της ανακλαστικής ακρόασης, η μείωση του ρυθμού της συνέντευξης, η αλλαγή «πορείας» ή συμπεριφοράς-στόχου, ο «ελιγμός» κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και, τέλος, η αποδοχή του ότι το να αλλάξει ο ασθενής τη συμπεριφορά του είναι μια προσωπική του επιλογή. Τα παρακάτω παραδείγματα αναδεικνύουν τους παραπάνω τρόπους χειρισμού της αντίστασης του ασθενούς:

«Είπατε προηγουμένως ότι το Χ είναι πρόβλημα, αλλά, επίσης, αναφέρατε ότι το Υ θα σας βοηθούσε ...».

«Ας αφήσουμε αυτό για την ώρα. Θα μπορούσατε να μου πείτε για το [άλλο θέμα] ...».

«Νομίζω ότι προχωρήσαμε αρκετά γρήγορα μέχρι τώρα. Προηγουμένως, μου είπατε ότι ...».

«Συμφωνώ μ' αυτό που λέτε. Θα ήθελα, επίσης, να προσθέσω ότι ...».

Ο διαιτολόγος πρέπει να δείξει στον ασθενή ότι εκτιμά τα όσα είπε και ότι στηρίζει την προσπάθειά του:

«Σας ευχαριστώ που συζητήσαμε για ...».

«Σας ευχαριστώ για την εμπιστοσύνη που μου δείξατε και την ειλικρίνιά σας».

«Πιστεύω ότι υπάρχει τρόπος να ..., αν και όταν το αποφασίσετε».

«Είναι σημαντική η προσπάθεια που έχετε κάνει μέχρι εδώ ...».

Στο τέλος, βέβαια, οφείλει να είναι έτοιμος να δεχθεί τη μη παρέμβαση. Αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να σταματήσει η επαφή με τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο «Πριν τη σκέψη». Στην πραγματικότητα, με τη Συνέντευξη Κινητοποίησης (ή, ουσιαστικά, με προσαρμογές αυτής στην πρακτική του) μπορεί να βοηθήσει το άτομο να μεταβεί στο επόμενο στάδιο. Συχνά, βέβαια, κάτι τέτοιο δεν είναι αποδεκτό στην καθημερινή πρακτική ή στις συνθήκες εργασίας, αφού από πολλούς δεν θεωρείται «θεραπεία» με τη στενή έννοια του όρου.

### 7.1.5. Σύντομη Συνέντευξη Κινητοποίησης

Σε περιβάλλον φροντίδας υγείας, για παράδειγμα, στο νοσοκομείο, η έλλειψη χρόνου επιβάλλει συχνά τη χρήση σύντομων τροποποιημένων Συνεντεύξεων Κινητοποίησης. Μεταξύ αυτών που έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία, στον Πίνακα 7.1 παρουσιάζεται η *Σύντομη Συνέντευξη Διαπραγματεύσεως*, την οποία μπορεί να εφαρμόσει ο διαιτολόγος στην κλινική του πρακτική, προκειμένου να «διαπραγματευτεί» με τον ασθενή και να βελτιώσει σε σύντομο χρονικό διάστημα την ετοιμότητά του (Emmons & Rollnick, 2001).

Στόχοι του διαιτολόγου	Συστατικά της παρέμβασης	Προτεινόμενες στρατηγικές και ερωτήσεις
Να κατανοήσει τις ανησυχίες του ασθενούς και την κατάστασή του.	Δημιουργείται η σχέση.	Χρησιμοποίησε ανοικτές ερωτήσεις που δείχνουν ενδιαφέρον για τον ασθενή: - «Πώς αισθάνεστε σήμερα; Νιώθετε καλά;».
Να συμφωνήσει ο ασθενής να μιλήσουν για το θέμα.	Τίθεται το θέμα.	Ζήτησε την άδεια για να συζητήσετε για το θέμα: - «Θα σας πείραζε να αφιερώσετε λίγα λεπτά μαζί μου να συζητήσουμε για το X και το πώς επηρεάζει την υγεία σας;».
Να κατανοήσει την ετοιμότητα του ασθενούς για αλλαγή.	Αξιολογείται η ετοιμότητα.	Χρησιμοποίησε κατάλληλες ερωτήσεις, για να αξιολογήσεις την ετοιμότητα, και συζήτησε τα αποτελέσματα με τον ασθενή: - «Πώς νιώθετε σχετικά με το X;». - «Πόσο έτοιμος είστε να αλλάξετε το X;».
Να αυξήσει την ενημέρωση του ασθενούς για τις συνέπειες της τρέχουσας συμπεριφοράς του.	Δίνεται ανατροφοδότηση.	Χρησιμοποίησε αντικειμενικά αποτελέσματα του ιατρικού ή βιοχημικού ελέγχου και διερεύνησε την αντίδραση του ασθενούς: - «Τι σκοπεύετε να κάνετε σχετικά μ' αυτά τα αποτελέσματα;».
Να διασφαλίσει στον ασθενή ότι θα υπάρχει συνεχής ενίσχυση.	Προσφέρεται υποστήριξη, ανάλογα με το στάδιο αλλαγής συμπεριφοράς του ασθενούς.	Για ασθενείς που δεν είναι έτοιμοι για αλλαγή: - «Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να γνωρίζετε σχετικά με το X;». - «Τι θα σας έκανε να σκεφτείτε να αλλάξετε κάτι στη διαίτά σας;». Για ασθενείς που δεν είναι σίγουροι για την αλλαγή: - «Ποια είναι τα πλεονεκτήματα σχετικά με το X; Τι σημαίνουν αυτά για εσάς;». - «Ποια νομίζετε θα ήταν τα αρνητικά σημεία ή τα μειονεκτήματα στην προσπάθειά σας να X; Θέλετε να συζητήσουμε για τις αμφιβολίες που έχετε ή τις σκέψεις που κάνετε;». Για ασθενείς που είναι έτοιμοι για αλλαγή: - «Αυτές είναι οι επιλογές που έχετε. Ποια νομίζετε ότι θα ήταν η καλύτερη λύση για εσάς;». Πρόσφερε συνεχή υποστήριξη και βοήθεια στην προσπάθεια του ασθενούς.

**Πίνακας 7.1** Σύνοψη Συνέντευξη Διαπραγμάτευσης (μια προσαρμογή της σύντομης Συνέντευξης Κινητοποίησης σε περιβάλλον φροντίδας υγείας).

Προσαρμογή από: Emmons, K. M., & Rollnick, S. (2001). Motivational interviewing in health care settings. Opportunities and limitations. *Am J Prev Med*, 20(1), 68-74, και D'Onofrio, G., Bernstein, E., & Rollnick, S. (1996). Motivating patients for change: a brief strategy for negotiation. In E. Bernstein & J. Bernstein (Eds.), *Case studies in emergency medicine and the health of the public*. Boston, MA: Jones and Barlett.

### 7.1.6. Αποτελεσματικότητα της Συνέντευξης Κινητοποίησης

Τα αποτελέσματα ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων δείχνουν ότι η Συνέντευξη Κινητοποίησης (ή καλύτερα η τροποποιημένη μορφή της, η οποία είναι αυτή που εφαρμόζεται στις διαιτητικές παρεμβάσεις) είναι αποτελεσματική μέθοδος για την τροποποίηση διάφορων διαιτητικών συμπεριφορών, τουλάχιστον σε σύγκριση με τη συνήθη παρέμβαση (π.χ. διατροφική εκπαίδευση) ή τη μη παρέμβαση (Armstrong, et al., 2011; Barnes & Ivezaj, 2015; VanWormer & Boucher, 2004). Οι διαιτητικές συμπεριφορές στις οποίες έχει μελετηθεί η αποτελεσματικότητά της είναι η μείωση των λιπιδίων της δίαιτας, η μείωση του αλατιού και η αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών. Επίσης, φαίνεται ότι αποτελεί μια μέθοδο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην πρωτοβάθμια φροντίδα, για να βοηθήσει στην απώλεια βάρους, στη βελτίωση των σχετικών με το βάρος παραμέτρων, όπως η αρτηριακή πίεση, καθώς και στη διαχείριση των συμπεριφορών που σχετίζονται με τον διαβήτη τύπου 1 και 2 (Barnes & Ivezaj, 2015; Christie & Channon, 2014). Τέλος, έχει χρησιμοποιηθεί με θετικά αποτελέσματα στη διαχείριση του σωματικού βάρους υπέρβαρων παιδιών από παιδίατρος και διαιτολόγους (Resnicow, et al., 2015; Schwartz, et al., 2007). Να σημειωθεί, όμως, ότι υπάρχουν και αρκετές παρεμβάσεις, στις οποίες μια τροποποιημένη Συνέντευξη κΚνητοποίησης δεν φάνηκε να είναι πιο αποτελεσματική σε σύγκριση με τη συνήθη διαιτητική παρέμβαση (Mhurchu, Margetts, & Speller, 1998).

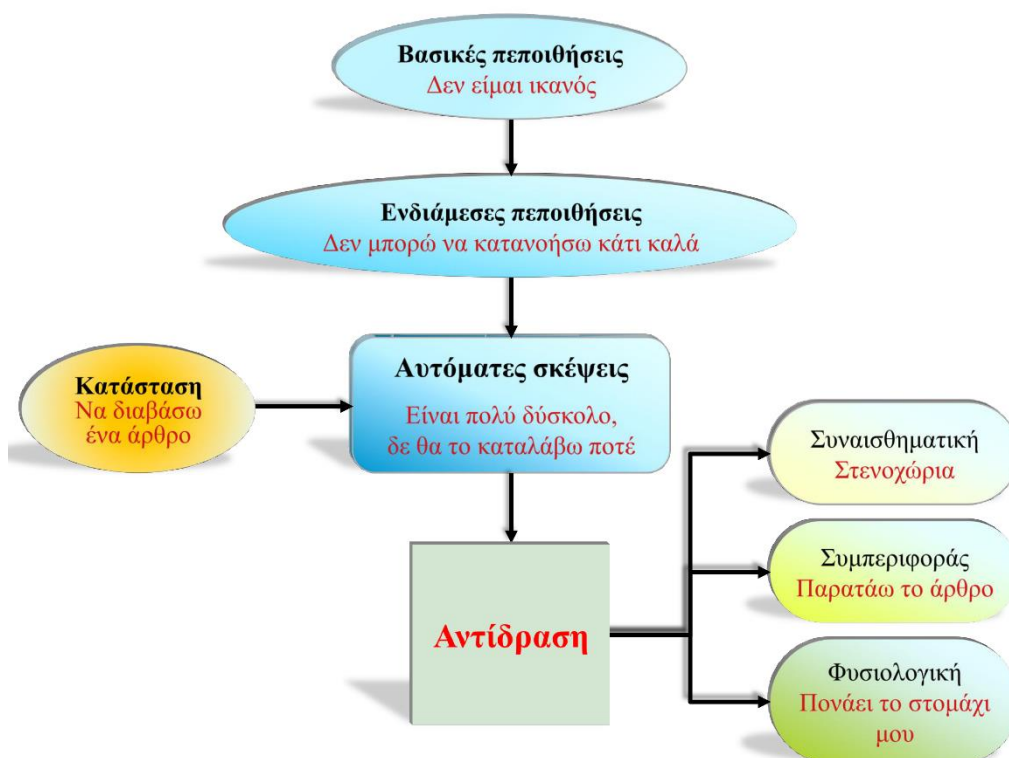
## 7.2. Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία

### 7.2.1. Θεωρητικό πλαίσιο – Γενικές αρχές

Η *Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία* (Cognitive Behavior Therapy) έχει προκύψει ως συγκερασμός στοιχείων και αρχών της Γνωσιακής και της Συμπεριφορικής θεραπείας.

Η Γνωσιακή Θεραπεία αναπτύχθηκε αρχικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης, αλλά στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε εκτενώς στην επίλυση προβλημάτων, καθώς και στην τροποποίηση δυσλειτουργικών σκέψεων. Οι βασικές αρχές και τα συστατικά της είναι (Beck, 1995):

- Βασίζεται στην αναδόμηση του ατόμου και των προβλημάτων του σε γνωσιακό επίπεδο (το άτομο κατανοεί).
- Απαιτεί θεραπευτική συμμαχία.
- Δίνει έμφαση στη συνεργασία και στην ενεργό συμμετοχή.
- Προσανατολίζεται σε συγκεκριμένους στόχους και εστιάζει σε συγκεκριμένα προβλήματα.
- Δίνει έμφαση στο παρόν και στα τρέχοντα προβλήματα.
- Αποτελεί εκπαιδευτική διαδικασία που έχει ως στόχο να διδάξει τον ασθενή να είναι ο ίδιος θεραπευτής του εαυτού του, και δίνει έμφαση στην πρόληψη υποτροπής.
- Αποτελεί θεραπευτική διαδικασία περιορισμένου χρόνου.
- Στηρίζεται σε δομημένες συνεδρίες.
- Διδάσκει τον ασθενή να αναγνωρίζει, να αξιολογεί και να αντιδρά στις δυσλειτουργικές σκέψεις και πεποιθήσεις (βλ. Σχήμα 7.4) (με τις σωκρατικές ερωτήσεις, τον συνεργατικό εμπειρισμό και την κατευθυνόμενη αποκάλυψη).
- Χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές για την τροποποίηση της σκέψης, διάθεσης και συμπεριφοράς.



**Σχήμα 7.4** Το Γνωσιακό Υπόδειγμα.

Τροποποίηση από: Beck J. Cognitive Therapy: basics and Beyond. New York, N.Y.: Guilford Press, 1995.

Από την άλλη, η Συμπεριφορική Θεραπεία στηρίζεται στην αρχή ότι η συμπεριφορά μαθαίνεται (αντί του να κληρονομείται) και, επομένως, όπως κανείς μαθαίνει την προβληματική συμπεριφορά, έτσι μπορεί να μάθει και την επιθυμητή. Η συμπεριφορά μαθαίνεται με τρεις, κυρίως, τρόπους (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1997):

- Την κλασική εξαρτημένη μάθηση:  
Το ερέθισμα και η συμπεριφορά συνδυάζονται μετά από επαναλαμβανόμενη έκθεση (πειράματα του Ρανλον). Ένα συχνό παράδειγμα είναι η συνήθεια του να τρώει κανείς ποπ κορν στο σινεμά, το οποίο συμβαίνει ανεξάρτητα από το αν πεινάει ή όχι.
- Τη συντελεστική μάθηση:  
Για να αποκτήσει κανείς μια νέα συμπεριφορά μέσω της συντελεστικής μάθησης, θα πρέπει η συγκεκριμένη αντίδραση να ακολουθηθεί από ένα ενισχυτικό γεγονός (ενίσχυση – ανταμοιβή) (πειράματα του Skinner). Για παράδειγμα, ορισμένοι άνθρωποι μαθαίνουν ότι το φαγητό μπορεί να «απαλύνει» δυσάρεστα συναισθήματα, κάνοντάς τους να αισθάνονται ευχαρίστηση από την πρόσληψη τροφής, οπότε αυξάνεται η πιθανότητα να τρώνε κάθε φορά που τα πράγματα δεν πάνε καλά.
- Τη μιμητική μάθηση:  
Η συμπεριφορά μαθαίνεται μέσω της παρατήρησης και της μίμησης προτύπων. Ονομάζεται και κοινωνική μάθηση (θεωρία του Bandura).

Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία περιλαμβάνει τόσο γνωσιακές όσο και συμπεριφορικές τεχνικές. Βοηθά τους ασθενείς να αναγνωρίσουν δυσλειτουργικές συμπεριφορές και τρόπους σκέψης (το γνωσιακό κομμάτι), και να αναπτύξουν μεθόδους τροποποίησής τους (το συμπεριφορικό κομμάτι) (Rapoport, 1998).

### 7.2.2. Στοιχεία της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας στην πρακτική του διαιτολόγου

Τα πιο σημαντικά στοιχεία της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας που ενσωματώνονται στην πρακτική του διαιτολόγου είναι τα παρακάτω (Hunt & Hiisdon, 1996; Rapoport, 1998, 2001):

*Επίτευξη προσέγγισης συνεργασίας*

Διαιτολόγος και ασθενής δουλεύουν μαζί για την επίτευξη κοινού στόχου. Ο διαιτολόγος, λόγω εμπειρίας και γνώσης, μπορεί να κάνει προτάσεις στον ασθενή, αλλά ο τελευταίος αποφασίζει για το αν μπορεί να τις ενσωματώσει στο θεραπευτικό του πρωτόκολλο. Ορισμένοι απλοί πρακτικοί τρόποι για την επίτευξη της συνεργασίας είναι:

- ο από κοινού καθορισμός των θεμάτων (agenda) της συνεδρίας αλλά και της ολοκλήρωσης της παρέμβασης,
- ο από κοινού καθορισμός των στόχων της συνεδρίας.
- η από κοινού ανασκόπηση των στόχων και των «εργασιών» της προηγούμενης συνάντησης (π.χ. ανασκόπηση των ημερολογίων καταγραφής της διαιτητικής πρόσληψης και διερεύνηση προβλημάτων),
- η παρότρυνση προς τον ασθενή να βρει ο ίδιος τη λύση,
- η ανακεφαλαίωση από τον ίδιο τον ασθενή στο τέλος της συνάντησης.

#### Στοχοθεσία

Ο καθορισμός εφικτών στόχων είναι σημαντικός παράγοντας για την επιτυχή έκβαση της παρέμβασης.

Οι στόχοι θα πρέπει να είναι:

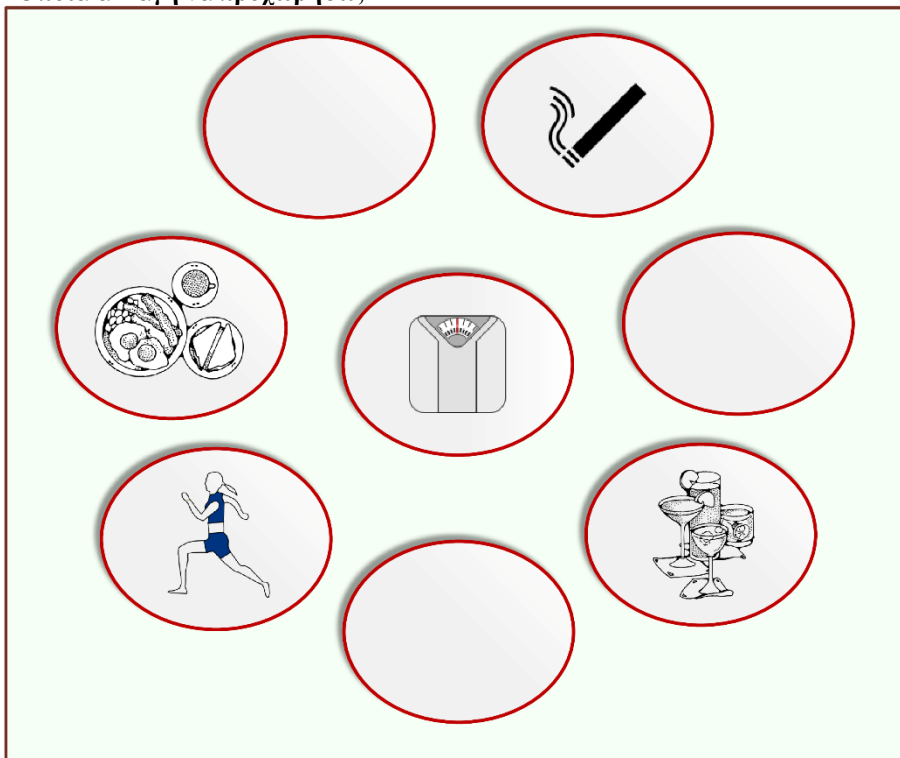
- συγκεκριμένοι,
- μετρήσιμοι (π.χ. όχι γενικά αλλαγή στις διαιτητικές συνήθειες, αλλά συγκεκριμένα κατανάλωση 3 γευμάτων και 2 σνακ κατά τη διάρκεια της ημέρας),
- εφικτοί και ρεαλιστικοί (οι μη ρεαλιστικοί στόχοι οδηγούν τον ασθενή σε υποεκτίμηση των αλλαγών που έχουν επιτευχθεί και σε αρνητικά αισθήματα για τον εαυτό του και την προσπάθειά του),
- σχετικοί με τον συνολικό στόχο της παρέμβασης (όπως αυτός έχει καθορισθεί από ασθενή και διαιτολόγο),
- με συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα.

Ο κύριος στόχος της παρέμβασης μπορεί να διαιρεθεί σε υποστόχους – βήματα για την επίτευξή του (ενθάρρυνση του ασθενούς, μικρές και εφικτές αλλαγές), και να γίνει προγραμματισμός για την εκπλήρωση των υποστόχων. Για τη διερεύνηση των στόχων και των προτεραιοτήτων σ' αυτούς οι Stott και συνεργάτες (Stott, Rees, Rollnick, Pill, & Hackett, 1996) έχουν προτείνει τη χρήση ενός καταλόγου προγραμματισμού στόχων (Σχήμα 7.5). Η αρχική τους ιδέα αφορούσε τη διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, αλλά το συγκεκριμένο εργαλείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη στοχοθεσία και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις που απαιτούν πολυεπίπεδη παρέμβαση.

Για την επιτυχή έκβαση της στοχοθεσίας έχουν αναγνωρισθεί τα παρακάτω βήματα (Cullen, Baranowski, & Smith, 2001):

- αναγνώριση του προβλήματος, άρα της ανάγκης για αλλαγή,
- καθορισμός ενός στόχου,
- προσπάθεια επίτευξης του στόχου και παρακολούθηση των δραστηριοτήτων που σχετίζονται μ' αυτόν (διαμόρφωση στρατηγικής, βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας, ενίσχυση της προσπάθειας μέσω αναγνώρισης των πιθανών πόρων αλλά και των εμποδίων),
- (αυτο)επιβράβευση για την εκπλήρωση του στόχου.

### Σε ποια αλλαγή να προχωρήσω;



Σχήμα 7.5 Κατάλογος προγραμματισμού στόχων.

Προσαρμογή από: Stott, N. C., Rees, M., Rollnick, S., Pill, R. M., & Hackett, P. (1996). Professional responses to innovation in clinical method: diabetes care and negotiating skills. *Patient Educ Couns*, 29(1), 67-73.

#### Ανταμοιβή – επιβράβευση – ενίσχυση θετικών συμπεριφορών

Η επιβράβευση σχετίζεται άμεσα με τον καθορισμό στόχων: ο διατολόγος βοηθά τον ασθενή να βρίσκει τρόπους που δεν σχετίζονται με τη διαίτα, για να ανταμείβει τον εαυτό του μετά από την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων (συντελεστική μάθηση). Μέσω αυτής, μπορεί να δοθεί έμφαση ακόμα και σε μικρά βήματα-στόχους. Στη διαιτητική παρέμβαση η ανταμοιβή δεν αναφέρεται σε τρόφιμα και είναι επιθυμητό να περιλαμβάνει ψυχαγωγικές δραστηριότητες, αγορές πέραν των τροφίμων ή να σχετίζεται με κάποιο χόμπι.

#### Σωκρατικές ερωτήσεις

Οι σωκρατικές ερωτήσεις στηρίζονται στην αρχή «Εσύ ξέρεις, εσύ μου λες». Ο ερωτών είναι φιλικός (δεν χρησιμοποιεί αντιπαράθεση ή κριτική), προτείνει διερευνητικά και χρησιμοποιεί την υπόθεση. Ο ερωτώμενος εκφράζει τις δικές του απόψεις, οδηγείται σε συμπεράσματα που πιστεύει και με τον τρόπο αυτόν προλαμβάνεται η «αντίσταση» από μέρους του.

Ο διατολόγος που χρησιμοποιεί τις σωκρατικές ερωτήσεις εκφράζει «περιέργεια» (δεν γνωρίζει τις εμπειρίες και τη γνώμη του ασθενούς και θέλει να τις μάθει), δείχνει ότι κατανοεί την κατάσταση του ασθενούς, «μεταφράζει» τα λεγόμενά του, ρωτά για τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα μιας κατάστασης ή συμπεριφοράς, δίνει την πληροφορία με σεβασμό στον ασθενή, είναι υπομονετικός και παραμένει εστιασμένος στον στόχο του. Ουσιαστικά, ρωτά με τέτοιο τρόπο, ώστε να οδηγήσει τον ασθενή να φέρει τις δικές του ιδέες. Πιθανές ερωτήσεις «σωκρατικού τύπου» είναι οι παρακάτω:

- Τι θα έκανες σχετικά με ...;
- Τι θα έκανες αν συνέβαινε το... Θα έκανες κάτι διαφορετικό αν ξανασυνέβαινε να ...; Τι σκέφτεσαι να κάνεις με ...; Τι νομίζεις ότι χρειάζεσαι για να ...; Τι άλλο θα σε βοηθούσε να ...; Τι τελικά έμαθες από ...; Πώς σου φαίνεται να ...; Έχεις σκεφτεί να ...; Αναρωτιέμαι πώς θα τα πήγαινες αν ...; Μπορείς να εξηγήσεις για ποιον λόγο ...; Τι εννοείς με το ...; Ποια είναι τα πλεονεκτήματα/μειονεκτήματα του να ...;

#### Αυτοπαρακολούθηση (self-monitoring)

Η αυτοπαρακολούθηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την καταγραφή διαιτητικών συνηθειών, συμπεριφορών ή/και σκέψεων. Με την αυτοπαρακολούθηση ο ασθενής αντιλαμβάνεται τη συμπεριφορά του, προσδιορίζει τις παραμέτρους που επιθυμεί να αλλάξει, προσδιορίζει προβληματικές περιοχές της διαιτητικής συμπεριφοράς, καταστάσεις υψηλού κινδύνου, αρνητικά μηνύματα, ρυθμίζει συνειδητά την πρόσληψη τροφής και παρακολουθεί την πρόοδό του.

Ως εργαλεία αυτοπαρακολούθησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα ημερολόγια καταγραφής τροφίμων (ή της καταγραφής στόχων). Δίνουν τη δυνατότητα να καταγράφονται, εκτός από τη διαιτητική πρόσληψη, και άλλες πληροφορίες, όπως η ώρα και ο τόπος κατανάλωσης, πιθανοί συνδαιτυμόνες, το τι έκανε το άτομο πριν το γεύμα ή το σνακ, αισθήματα και σκέψεις πριν και μετά την κατανάλωση τροφής κ.λπ. Ο διαιτολόγος δεν θα πρέπει να ξεχνά την ανασκόπηση του ημερολογίου σε κάθε συνάντηση, και οφείλει να αναγνωρίζει τον κόπο και τον χρόνο που απαιτεί η αυτοπαρακολούθηση. Μπορεί να αφήνει τον ασθενή να τον καθοδηγεί στο ημερολόγιο και να είναι έτοιμος να δεχθεί πολλές ερωτήσεις (σε περίπτωση που προκύψει σημαντικό ζήτημα, αυτό μπορεί να αποτελέσει θέμα συζήτησης στη συγκεκριμένη ή την επόμενη συνάντηση). Επίσης, τα ημερολόγια αλλαγής βάρους ή άλλων βιολογικών δεικτών (π.χ. γλυκόζης αίματος) αποτελούν εργαλεία αυτοπαρακολούθησης.

#### *Ανατροφοδότηση*

Η ανατροφοδότηση (το πώς τα πήγε, τελικά, ο ασθενής) σχετικά με υποκειμενικές ή αντικειμενικές πληροφορίες, παρατηρήσεις ή μετρήσεις (βιοχημικοί δείκτες, ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά, διαιτητικές συνήθειες ή/και συμπεριφορές από τα ημερολόγια καταγραφής τροφίμων) είναι σημαντική. Ενισχύει την κινητοποίηση του ασθενούς και συνεισφέρει στην επίτευξη στόχων. Για να είναι πιο αποδοτική, η ανατροφοδότηση εστιάζει στις θετικές αλλαγές, ανεξάρτητα από το πόσο μεγάλες ή σημαντικές είναι αυτές.

#### *Γνωσιακή αναδόμηση και ανάπτυξη “θετικών” σκέψεων*

Στη γνωσιακή αναδόμηση περιλαμβάνεται η αναγνώριση των δυσλειτουργικών σκέψεων και η ανάπτυξη κατάλληλων εναλλακτικών. Συνήθεις δυσλειτουργικοί ή αρνητικοί τρόποι σκέψης που σχετίζονται με τη διαίτα είναι οι σκέψεις τύπου «άσπρο – μαύρο» ή «όλα ή τίποτα» και οι αυστηροί διαιτητικοί κανόνες («ή όλο το γλυκό ή καθόλου», «καλά-κακά» τρόφιμα, λίστες με «απαγορεύεται» και «επιτρέπεται»).

Σχετικά με την ανάπτυξη θετικών σκέψεων, φαίνεται ότι όσο πιο συχνά «προλαμβάνει» κανείς την αρνητική σκέψη, τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει, όταν εμφανισθεί η σκέψη στην πράξη, να είναι προετοιμασμένος να την αντιμετωπίσει και να μην οδηγηθεί σε προβληματική συμπεριφορά. Η διαδικασία των «αρνητικών – θετικών σκέψεων» (σκέφτεσαι μια «θετική» συμπεριφορά κάθε φορά που έρχεται μια «αρνητική» σκέψη) χρειάζεται καθημερινή πρακτική και, στα αρχικά στάδια εφαρμογής της μεθόδου, συνεχή εγρήγορση στο να δημιουργεί κανείς θετικές σκέψεις.

#### *Έλεγχος ερεθισμάτων*

Ο έλεγχος ερεθισμάτων αναφέρεται στην τροποποίηση της εμφάνισης ή της συχνότητας των ερεθισμάτων/μηνυμάτων τα οποία ενισχύουν την «προβληματική» συμπεριφορά ή αυξάνουν τις πιθανότητες να εμφανισθεί η νέα επιθυμητή συμπεριφορά. Τα ερεθίσματα μπορεί να είναι εσωτερικά (συναίσθημα, σκέψεις, πεποιθήσεις, αλλά, επίσης, και πείνα, όρεξη, κορεσμός) ή εξωτερικά (γεγονότα, καταστάσεις) και ο ασθενής τροποποιεί την αντίδρασή του σ' αυτά προς όφελός του.

Μερικές στρατηγικές για την τροποποίηση των εξωτερικών ερεθισμάτων μπορεί να είναι οι εξής: περιορισμός της έκθεσης σε τρόφιμα που οδηγούν σε υπερφαγία μόνο στις ώρες των γευμάτων, σταδιακή επανένταξη των «προβληματικών» τροφίμων υπό «ελεγχόμενες συνθήκες», αποφυγή αγοράς τροφίμων ενώ είναι κανείς πεινασμένος, τροποποίηση δρομολογίου, ώστε να μην περνά κανείς μπροστά από το X εξωτερικό ερέθισμα κ.λπ. Αντίστοιχα, στρατηγικές για τη βελτίωση των εσωτερικών ερεθισμάτων θα μπορούσαν να θεωρηθούν οι παρακάτω: να ρωτήσει κανείς τον εαυτό του πριν την πρόσληψη τροφής «πεινάω πραγματικά τώρα;», λίστα με εναλλακτικές δραστηριότητες (για να βγει κανείς από τη δύσκολη κατάσταση ή σκέψη, για να «περάσει το κύμα»), κατανάλωση ενός ποτηριού νερό 20 λεπτά πριν το γεύμα, για να μειώσει το αίσθημα της πείνας και, άρα, να καταναλώσει λιγότερο φαγητό στο γεύμα.

#### *Επίλυση προβλημάτων*

Η διαδικασία επίλυσης προβλημάτων δεν είναι ασαφής και γενική, όπως πολλοί ασθενείς θεωρούν. Αντιθέτως, υπάρχει «πρωτόκολλο» βημάτων, τα οποία περιγράφονται παρακάτω:

Βήμα 1<sup>ο</sup>: Προσδιορισμός του προβλήματος.



- Βήμα 2°: Περιγραφή του προβλήματος και των συνιστωσών του.  
Βήμα 3°: Αναγνώριση όλων των δυνατών επιλογών - λύσεων.  
Βήμα 4°: Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα κάθε λύσης.  
Βήμα 5°: Επιλογή λύσης ή συνδυασμού λύσεων (με τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματά της).  
Βήμα 6°: Προετοιμασία και εφαρμογή της λύσης.  
Βήμα 7°: Αξιολόγηση της διαδικασίας.

*Αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου* (καταστάσεις στις οποίες ο ασθενής μπορεί να συναντήσει δυσκολίες στην εφαρμογή των νέων του επιλογών).

Αρχικό και σημαντικό βήμα είναι να εντοπίσει ο ασθενής ποιες είναι αυτές οι καταστάσεις υψηλού κινδύνου. Για την αντιμετώπισή τους εφαρμόζεται η διαδικασία επίλυσης προβλημάτων, η αναζήτηση υποστήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον ή/και η ενασχόληση με εναλλακτικές δραστηριότητες.

*Πρόληψη υποτροπής – σχεδιασμός διατήρησης*

*Περιλαμβάνει συζήτηση για μελλοντικές καταστάσεις υψηλού κινδύνου, σχεδιασμό σεναρίων και συνεχή αυτοπαρακολούθηση (π.χ. μέσω παρακολούθησης του βάρους, των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων κ.λπ.).* Ο ασθενής πρέπει να κατανοήσει ότι στο καθημερινό διαιτολόγιο συμβαίνουν παρεκτροπές (*lapses*), οι οποίες δεν αποτελούν πρόβλημα, όταν δεν μετατρέπονται σε υποτροπές (*relapses*) (δηλαδή, όταν δεν γίνονται «συνήθεια»). Μια παρεκτροπή δεν πρέπει να απογοητεύει τον ασθενή, γιατί σ' αυτήν την περίπτωση μπορεί να οδηγηθεί σε υποτροπή.

Αποδοτικές στρατηγικές πρόληψης υποτροπής αποτελούν:

- η συζήτηση για μελλοντικές καταστάσεις υψηλού κινδύνου και ο σχεδιασμός σεναρίων (καλούνται και ασκήσεις «προβολής στο μέλλον»),
- η ανασκόπηση γνωσιακών στρατηγικών,
- η συζήτηση για τη σημασία της συνεχιζόμενης αυτοπαρακολούθησης (π.χ. μέσω παρακολούθησης βάρους, εργαστηριακών αναλύσεων κ.λπ.), και
- η αποφυγή του στόχου της «τέλειας» διαίτας.

### **7.2.3. Αποτελεσματικότητα της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας**

Η ανασκόπηση ερευνητικών δεδομένων από παρεμβάσεις αναδεικνύει ότι υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για την αποτελεσματικότητα βραχυχρόνιων και μακροχρόνιων (από 6 έως 12 μήνες διάρκεια) παρεμβάσεων με στοιχεία της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας, που στοχεύουν είτε στην πρόληψη (σε άτομα με παράγοντες κινδύνου) είτε στην καθυστέρηση της εμφάνισης του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 και της υπέρτασης (Sprahn, et al., 2010). Όσον αφορά τη χρήση συγκεκριμένων τεχνικών, ισχυρά δεδομένα υπάρχουν για την αποτελεσματικότητα της αυτοπαρακολούθησης, των υποκατάστατων γεύματος ή/και των δομημένων γευμάτων (ως τεχνικές ελέγχου των ερεθισμάτων), ενώ η στοχοθεσία, η επίλυση προβλημάτων και η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να έχουν κάποια αποτελεσματικότητα —απαιτούνται, ωστόσο, περισσότερα δεδομένα.

## Βιβλιογραφία

- Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S., & Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev*, *12*(9), 709-723.
- Barnes, R. D., & Ivezaj, V. (2015). A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care. *Obes Rev*, *16*(4), 304-318.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond* (1 ed.). New York, N.Y.: The Guilford Press.
- Christie, D., & Channon, S. (2014). The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in paediatric and adult populations: a clinical review. *Diabetes Obes Metab*, *16*(5), 381-387.
- Cullen, K. W., Baranowski, T., & Smith, S. P. (2001). Using goal setting as a strategy for dietary behavior change. *J Am Diet Assoc*, *101*(5), 562-566.
- D'Onofrio, G., Bernstein, E., & Rollnick, S. (1996). Motivating patients for change: a brief strategy for negotiation. In E. Bernstein & J. Bernstein (Eds.), *Case studies in emergency medicine and the health of the public*. Boston, MA: Jones and Barlett.
- Emmons, K. M., & Rollnick, S. (2001). Motivational interviewing in health care settings. Opportunities and limitations. *Am J Prev Med*, *20*(1), 68-74.
- Goodchild, C. E., Skinner, T. C., & Parkin, T. (2005). The value of empathy in dietetic consultations. A pilot study to investigate its effect on satisfaction, autonomy and agreement. *J Hum Nutr Diet*, *18*(3), 181-185.
- Hunt, P., & Hiisdon, M. (1996). *Changing eating and exercise behaviour: a handbook for professionals*. Oxford: Blackwell Science.
- Mhurchu, C. N., Margetts, B. M., & Speller, V. (1998). Randomized clinical trial comparing the effectiveness of two dietary interventions for patients with hyperlipidaemia. *Clin Sci (Lond)*, *95*(4), 479-487.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull*, *98*(1), 84-107.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviors*. New York, N.Y. : Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: preparing people for change*. New York, N.Y.: The Guilford Press.
- Rapoport, L. (1998). Integrating cognitive behavioural therapy into dietetic practice: a challenge for dietitians. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *11*, 227-237.
- Rapoport, L. (2001). Cognitive-behavioural therapy in obesity treatment. In B. Thomas & British Dietetic Association (Eds.), *Manual of Dietetic Practice*. Oxford: Blackwell Science.
- Resnicow, K., McCarty, F., & Baranowski, T. (2003). Are precontemplators less likely to change their dietary behavior? A prospective analysis. *Health Educ Res*, *18*(6), 693-705.
- Resnicow, K., McMaster, F., Bocian, A., Harris, D., Zhou, Y., Snetselaar, L., et al. (2015). Motivational Interviewing and Dietary Counseling for Obesity in Primary Care: An RCT. *Pediatrics*.
- Rollnick, S., Kinnery, P., & Stott, N. (1993). Methods of helping patients with behaviour change. *BMJ*, *307*(6897), 188-190.
- Schwartz, R. P., Hamre, R., Dietz, W. H., Wasserman, R. C., Slora, E. J., Myers, E. F., et al. (2007). Office-based motivational interviewing to prevent childhood obesity: a feasibility study. *Arch Pediatr Adolesc Med*, *161*(5), 495-501.
- Spahn, J. M., Reeves, R. S., Keim, K. S., Laquatra, I., Kellogg, M., Jortberg, B., et al. (2010). State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. *J Am Diet Assoc*, *110*(6), 879-891.
- Stott, N. C., Rees, M., Rollnick, S., Pill, R. M., & Hackett, P. (1996). Professional responses to innovation in clinical method: diabetes care and negotiating skills. *Patient Educ Couns*, *29*(1), 67-73.
- Treasure, J., & Ward, A. (1997). A practical guide to the use of motivational interviewing in Anorexia Nervosa. *Eur Eating Dis Rev*, *5*, 102-114.
- VanWormer, J. J., & Boucher, J. L. (2004). Motivational interviewing and diet modification: a review of the evidence. *Diabetes Educ*, *30*(3), 404-406, 408-410, 414-406 passim.
- Μαλκιάωση-Λοϊζου, Μ. (1997). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

## 8. Τα στάδια της διαιτολογικής παρέμβασης

### Σύνοψη

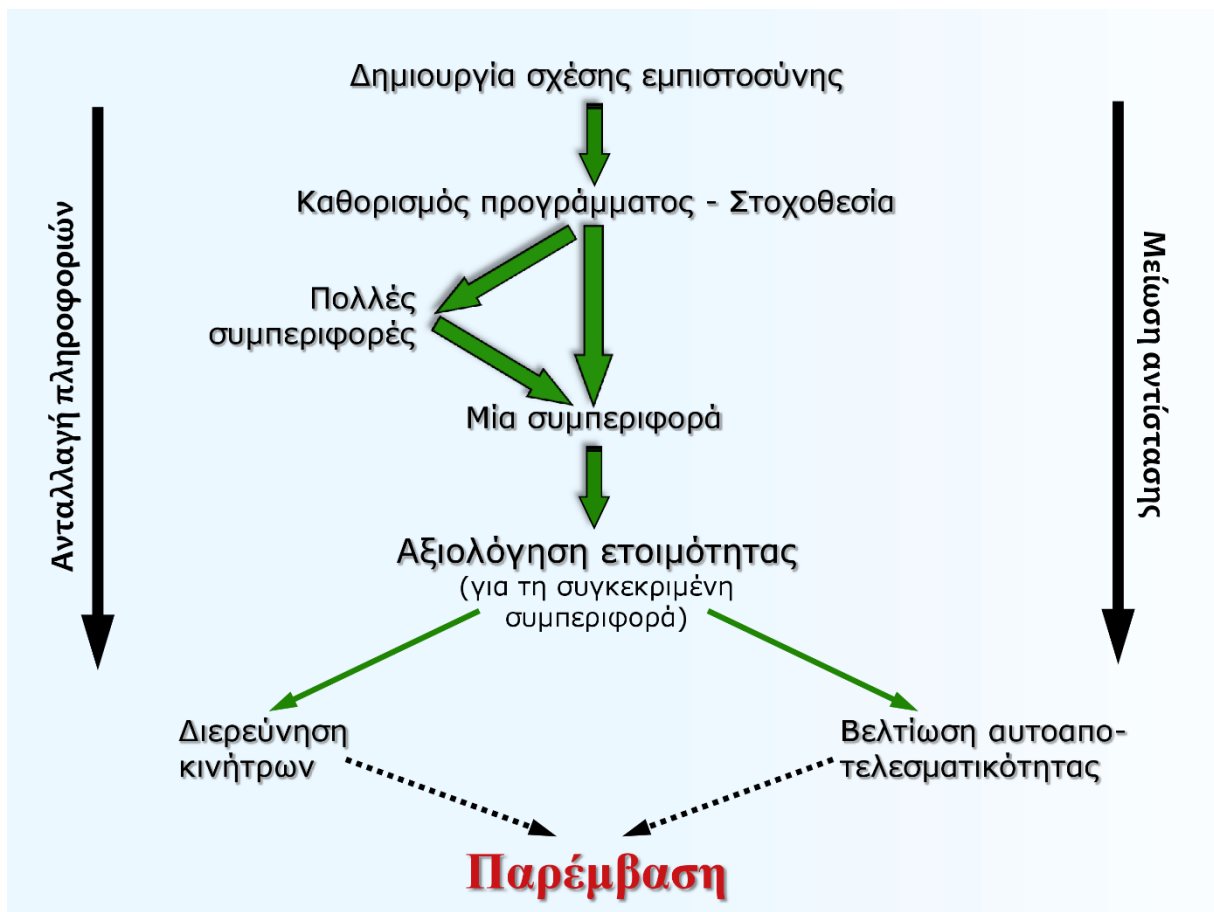
Η αποτελεσματικότητα της διαιτολογικής παρέμβασης εξαρτάται μεταξύ άλλων από τη δομή της, τόσο στο σύνολό της όσο και στο πλαίσιο κάθε ξεχωριστής συνεδρίας. Η δομή αυτή, η οποία πρέπει να είναι συγκεκριμένη, στοχεύει στην ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ επιστήμονα υγείας και ασθενούς, στη μείωση της αντίστασης για αλλαγή και στην ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας του ασθενούς, με τελικό σκοπό τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του. Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν και θα επεξηγηθούν αναλυτικά τα βασικά στάδια της διαιτολογικής παρέμβασης, η δομή κάθε διαιτολογικής συνεδρίας και η επίδραση των συνθηκών των συνεδριών (χώρος, ατμόσφαιρα κ.λπ.) στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.

### Προσπαιτούμενη γνώση

Κεφάλαιο 7.

### 8.1. Εισαγωγή

Η παρέμβαση που αφορά θέματα διατροφής διενεργείται από εξειδικευμένο επιστήμονα υγείας, με τις απαραίτητες γνώσεις για τα θέματα αυτά. Έχει συγκεκριμένη δομή, τόσο στο σύνολό της όσο και στο πλαίσιο κάθε ξεχωριστής συνεδρίας. Στόχος είναι η ανταλλαγή πληροφοριών, η μείωση της αντίστασης και η ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας, με τελικό σκοπό τη βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς (Σχήμα 8.1).



Σχήμα 8.1 Το πλαίσιο διαιτολογικής παρέμβασης

Τροποποίηση από: Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). *Health Behavior Change: A Guide for practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

### 8.2. Στάδια παρέμβασης

Σε γενικές γραμμές, τα βασικά στάδια της διαιτολογικής παρέμβασης είναι (Curry & Jaffe, 1998; Gable, 2007; Hunt & Hiisdon, 1996; Rollnick, Mason, & Butler, 1999; Snetselaar, 2008):

### 1. Εδραίωση επικοινωνίας – Καθορισμός πλαισίου συνεργασίας

Πιο συγκεκριμένα, στο στάδιο αυτό:

- Δημιουργείται «ζεστό» κλίμα μεταξύ ασθενούς και διαιτολόγου.
- Καθορίζεται ο γενικός σκοπός της παρέμβασης και επιδιώκεται συμφωνία για το πλαίσιο συνεργασίας (διάρκεια συνεδρίας, τόπος, εκτίμηση για τη διάρκεια της παρέμβασης).

### 2. Αξιολόγηση της τρέχουσας διαιτητικής συμπεριφοράς και, γενικότερα, της διατροφικής κατάστασης

Το περιεχόμενο του σταδίου αυτού αποτελεί το αντικείμενο άλλων μαθημάτων. Πέρα από τα βασικά συστατικά μιας τυπικής αξιολόγησης της διατροφικής κατάστασης (αξιολόγηση διαιτητικής πρόσληψης, σωματικής δραστηριότητας, ανθρωπομετρικών, κλινικών και βιοχημικών δεδομένων, καθώς και κοινωνικο-οικονομικών παραμέτρων), δεν παραλείπεται η αξιολόγηση των γνώσεων του ασθενούς, καθώς και οι προηγούμενες εμπειρίες αλλαγής διατροφικών συνηθειών (προκλήσεις που αντιμετώπισε σε προηγούμενες προσπάθειες, στρατηγικές που βοήθησαν και που δεν βοήθησαν στις προηγούμενες προσπάθειες). Όλες οι πληροφορίες του σταδίου αυτού συλλέγονται με ανοικτού τύπου ερωτήσεις και ανακλαστική ακρόαση. Επίσης, συνοψίζονται/ανακεφαλαιώνονται σε τακτά διαστήματα όσα έχουν λεχθεί, ως ένδειξη ενεργού επικοινωνίας.

### 3. Παροχή πληροφοριών – Ανατροφοδότηση

Παρέχεται πληροφόρηση σχετικά με τις τιμές αναφοράς οι οποίες μπορούν να συγκριθούν με τα αποτελέσματα μετρήσεων του ασθενούς (ανατροφοδότηση). Επίσης, παρέχεται πληροφόρηση για τους κινδύνους και τα προβλήματα της τρέχουσας συμπεριφοράς. Να σημειωθεί ότι οι πληροφορίες, όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, πρέπει να δίνονται με ουδέτερο τρόπο και να είναι κατανοητές από τον ασθενή. Ο διαιτολόγος δίνει τον χρόνο στον ασθενή να ερμηνεύει τις πληροφορίες, και εκμιαεύει, ακόμα και στο στάδιο αυτό, ισχυρισμούς αυτοκινητοποίησης.

### 4. Αξιολόγηση της ετοιμότητας για αλλαγή – Διερεύνηση κινήτρων

Η αξιολόγηση της ετοιμότητας του ασθενούς για αλλαγή αποτελεί σημαντικό στάδιο της διαιτολογικής παρέμβασης, αφού, ουσιαστικά, καθορίζει την πορεία της. Ο χάρακας ή η κλίμακα ετοιμότητας είναι χρήσιμα εργαλεία προς αυτήν την κατεύθυνση (βλ. Κεφ. 6): ο διαιτολόγος ζητά από τον ασθενή να αξιολογήσει και να «βαθμολογήσει» τον εαυτό του σχετικά με το πόσο έτοιμος νιώθει να προχωρήσει σε αλλαγές, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα π.χ. από το 0 ως το 10 (όπου 0 = καθόλου έτοιμος, και 10 = πανέτοιμος). Σημασία δεν έχει μόνο η κατάταξη στην κλίμακα, αλλά και για ποιον λόγο το άτομο «έδωσε» στον εαυτό του τη συγκεκριμένη βαθμολογία. Ο διαιτολόγος, με αφετηρία την κλίμακα και τη σχετική συζήτηση και με τη βοήθεια μιας ποικιλίας τεχνικών, μπορεί να προσδιορίσει την κατηγορία στην οποία ανήκει ο ασθενής:

- δεν είναι έτοιμος για αλλαγή (Στάδιο «Πριν τη σκέψη»),
- αμφιταλαντεύεται (Στάδιο της «Σκέψης»),
- είναι έτοιμος για αλλαγή (Στάδιο της «Προετοιμασίας»).

### 5. Παρέμβαση ανάλογα με την ετοιμότητα του ασθενούς

Στους Πίνακες 8.1, 8.2 και 8.3 παρουσιάζονται οι στόχοι του διαιτολόγου, οι στρατηγικές και τεχνικές που συστήνονται, ανάλογα με το στάδιο ετοιμότητας που βρίσκεται ο ασθενής.

Στόχοι του διαιτολόγου	Να διεγείρει την αμφιβολία ότι μπορεί η τρέχουσα κατάσταση να έχει και προβλήματα ή αρνητικές συνέπειες. Να διευκολύνει τον ασθενή να αρχίσει να συζητά την πιθανότητα αλλαγής και, τελικά, να μετακινηθεί σε επόμενο στάδιο.
Στρατηγικές	Παροχή πληροφοριών, ενσυναίσθηση, διέγερση συνειδητοποίησης.
Τεχνικές	Προσφορά αντικειμενικών πληροφοριών (στοχευμένων, ουδέτερων), εκφράσεις ενσυναίσθησης, εκμιαύωση ισχυρισμών αυτοκινητοποίησης, χρήση ανοικτών ερωτήσεων, ανακλαστικής ακρόασης, επιβεβαίωσης, ανακεφαλαιώσης.

**Πίνακας 8.1** Άτομα που δεν είναι έτοιμα για αλλαγή (Στάδιο «Πριν τη σκέψη»).

Στόχοι του διαιτολόγου	Να «γείρει τη ζυγαριά» και να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει την αμφιταλάντευση.
Στρατηγικές	Διερεύνηση αμφιταλάντευσης, ενίσχυση αυτοαποτελεσματικότητας, αύξηση συνειδητοποίησης.
Τεχνικές	Χρήση ζυγαριάς / φύλλου πλεονεκτημάτων-μειονεκτημάτων ή ζυγαριάς δυνάμεων, διερεύνηση εναλλακτικών δυνατοτήτων και λύσεων, αναζήτηση βοηθητικών σχέσεων, χρήση ανοικτών ερωτήσεων, ανακλαστικής ακρόασης, επιβεβαίωσης, ανακεφαλαίωσης.

**Πίνακας 8.2** Άτομα που αμφιταλαντεύονται (Στάδιο της «Σκέψης»).

Στόχοι του διαιτολόγου	Κατάρτιση και προγραμματισμός σχεδίου δράσης.
Στρατηγικές	Διερεύνηση επιλογών, ενίσχυση αυτοαποτελεσματικότητας.
Τεχνικές	Παροχή εναλλακτικών, αναζήτηση βοηθητικών σχέσεων, στοχοθεσία, αυτοπαρακολούθηση, έλεγχος ερεθισμάτων, επιβράβευση/ενίσχυση, ανατροφοδότηση, προετοιμασία για αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου, πρόληψη υποτροπής, χρήση ανοικτών ερωτήσεων, ανακλαστικής ακρόασης, επιβεβαίωσης, ανακεφαλαίωσης.

**Πίνακας 8.3** Άτομα που είναι έτοιμα για αλλαγή (Στάδιο της «Προετοιμασίας»).

### 6. Παρακολούθηση

Μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης, ο διαιτολόγος μπορεί να παρακολουθήσει τον ασθενή είτε με τη μορφή απλών συνεδριών αξιολόγησης της κατάστασης (ή/και της προόδου του), σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα (κάθε εξάμηνο, χρόνο κ.λπ.), είτε με τη μορφή ενισχυτικών συνεδριών. Οι ενισχυτικές συνεδρίες μπορεί να γίνονται σε μηνιαία βάση ή αραιότερα, με την πάροδο του χρόνου, ώστε να «αποκόπτεται» σταδιακά ο ασθενής από τον διαιτολόγο, όταν θα έχει ολοκληρωθεί το βασικό μέρος της παρέμβασης. Δίνεται, όμως, ταυτόχρονα η δυνατότητα να ενισχυθούν οι ικανότητες ή οι συνήθειες/συμπεριφορές που έχει αποκτήσει ο ασθενής και να συζητηθούν προβλήματα που προέκυψαν από την υιοθέτηση των νέων συνηθειών και τρόποι αντιμετώπισής τους. Με τον τρόπο αυτόν, μπορεί να προληφθεί η υποτροπή, ένα από τα πιο συχνά προβλήματα στις διατροφικές παρεμβάσεις (Elder, et al., 2006; Hebert, et al., 2001; Kingsley & Wilson, 1977).

Να σημειωθεί ότι τόσο το περιεχόμενο όσο και η αλληλουχία των παραπάνω σταδίων δεν είναι καθορισμένα με απόλυτο τρόπο. Ανάλογα με τον ασθενή, το περιβάλλον και τους στόχους της συνεδρίας, μπορούν και τα δύο να τροποποιηθούν για τη βελτίωση της διαιτητικής παρέμβασης.

## 8.3. Στάδια παρέμβασης και συνθήκες συνεδριών

Ανεξάρτητα από τα παραπάνω στάδια, κάθε διαιτολογική συνεδρία καλό θα ήταν να έχει συγκεκριμένη δομή:

- έναρξη συνεδρίας – καθορισμός θεματολογίας της συνεδρίας,
- αξιολόγηση των προηγούμενων στόχων,
- διερεύνηση προβλημάτων,
- παροχή πληροφοριών,
- καθορισμός νέων στόχων,
- ανακεφαλαίωση,
- ανανέωση συνάντησης,
- λήξη συνεδρίας.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η θερμοκρασία του χώρου, η υγρασία, ο θόρυβος, μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα των συνεδριών. Το είδος και η διαρρύθμιση των επίπλων στο γραφείο του διαιτολόγου, επίσης, επιδρούν στην επικοινωνία. Για παράδειγμα, οτιδήποτε βρίσκεται μεταξύ του διαιτολόγου και του ασθενούς δημιουργεί απόσταση μεταξύ τους και αποτελεί «εμπόδιο» επικοινωνίας. Τα γραφεία, οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές που υπάρχουν σ' αυτά ή συχνά οι στοίβες από βιβλία και χαρτικά μπορούν να «κρύβουν» κάποια από τα σημάδια της μη λεκτικής επικοινωνίας, όπως, για παράδειγμα, το χτύπημα του ποδιού του ασθενούς στο πάτωμα ως ένδειξη άγχους και ανησυχίας (Gable, 2007). Όσο πιο κοντά κάθονται ο διαιτολόγος και ο ασθενής τόσο πιο «ζεστή» είναι η ατμόσφαιρα και τόσο πιο «ανοικτή» είναι η επικοινωνία μεταξύ τους. Όταν η

απόσταση είναι μεγάλη, μπορεί να δημιουργηθούν και προβλήματα ακρόασης, οπότε τα άτομα χρειάζεται να μιλούν πιο δυνατά για να ακούγονται. Από την άλλη, όμως, η μεγάλη εγγύτητα μπορεί να φοβίσει τον ασθενή, παραβιάζοντας τον ιδιωτικό του χώρο. Οι γιατροί, οι οδοντίατροι και οι νοσοκόμοι έχουν πιο εύκολα το δικαίωμα να παραβιάσουν τον ιδιωτικό χώρο του ασθενούς, σε αντίθεση με τους διαιτολόγους, στους οποίους δεν παραχωρούνται εύκολα αντίστοιχα δικαιώματα.

## Βιβλιογραφία

- Curry, K. R., & Jaffe, A. (1998). *Nutrition Counselling and Communication Skills*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company.
- Elder, J. P., Ayala, G. X., Campbell, N. R., Arredondo, E. M., Slymen, D. J., Baquero, B., et al. (2006). Long-term effects of a communication intervention for Spanish-dominant Latinas. *Am J Prev Med*, 31(2), 159-166.
- Gable, J. (2007). *Counselling skills for dietitians* (2nd edition ed.). Oxford: Blackwell Publishing.
- Hebert, J. R., Ebbeling, C. B., Olendzki, B. C., Hurley, T. G., Ma, Y., Saal, N., et al. (2001). Change in women's diet and body mass following intensive intervention for early-stage breast cancer. *J Am Diet Assoc*, 101(4), 421-431.
- Hunt, P., & Hiisdon, M. (1996). *Changing eating and exercise behaviour: a handbook for professionals*. Oxford: Blackwell Science.
- Kingsley, R. G., & Wilson, G. T. (1977). Behavior therapy for obesity: a comparative investigation of long-term efficacy. *J Consult Clin Psychol*, 45(2), 288-298.
- Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (Eds.). (1999). *Health Behavior Change: A Guide for Practitioners*. London: Churchill Livingstone.
- Snetselaar, L. (2008). *Nutrition Counseling Skills For The Nutrition Care Process*. Sudbury, MA: John and Bartlett publishers.

## 9. Ειδικά θέματα κατά τη διάρκεια της διαιτολογικής συνεδρίας: Λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία — Μείωση της αντίστασης του ασθενούς

### Σύνοψη

Το παρόν κεφάλαιο πραγματεύεται ειδικά θέματα που αφορούν τη διαιτολογική συνεδρία και, συγκεκριμένα, τη μη λεκτική (τρόπος και ύφος ομιλίας, οπτική επαφή, στάση σώματος κ.λπ.) και τη λεκτική επικοινωνία. Σχετικά με την τελευταία, θα αναφερθούν οι τύποι των αποκρίσεων και τα είδη των ερωτήσεων. Επίσης, θα αναλυθεί το θέμα της αντίστασης του ασθενούς: το πώς αυτή εκδηλώνεται, καθώς και στρατηγικές που πρέπει να γνωρίζει ο διαιτολόγος, προκειμένου να την αντιμετωπίσει και να βελτιώσει την παρέμβασή του.

### Προαπαιτούμενη γνώση

Κεφάλαιο 8.

### 9.1. Εισαγωγή

Ο διαιτολόγος καλείται να αναπτύξει ικανότητες ουσιαστικής διαπροσωπικής επικοινωνίας κατά την άσκηση της πρακτικής του (Cant & Aroni, 2008). Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η επικοινωνία είναι μια αμφίδρομη διαδικασία «μιλάω και ακούω» (Gable, 2007). Πιο συγκεκριμένα, αν και το να γνωρίζει κανείς τι να πει και να μπορεί να το εκφράσει ξεκάθαρα είναι σημαντικό στην περίπτωση παροχής πληροφοριών, από την άλλη, το να μπορεί ο διαιτολόγος να ακούει τον ασθενή είναι θεμελιώδες συστατικό της σχέσης μεταξύ ασθενούς και διαιτολόγου. Το «ακούω» συχνά θεωρείται μια παθητική διαδικασία, δηλαδή, εκλαμβάνεται ως «χαλαρώνω» την ώρα που ο συνομιλητής προσπαθεί να μεταφέρει τις απόψεις του. Αντίθετα, η ενεργή ακρόαση είναι μια δυναμική διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει το στοιχείο της παρακολούθησης (*attending*). Παρακολούθηση σημαίνει παροχή της πλήρους προσοχής.

Όταν ο διαιτολόγος παρακολουθεί τον ασθενή, εστιάζει σ' αυτόν, σε όσα λέει, αλλά και στη μη λεκτική επικοινωνία, σχηματίζοντας μια συνολική εντύπωση σχετικά με τις συμπεριφορές, τις στάσεις και τα συναισθήματά του. Η παρακολούθηση περιλαμβάνει, επίσης, την επίγνωση από την πλευρά του διαιτολόγου της δικής του μη λεκτικής επικοινωνίας, η οποία αντικατοπτρίζει τις δικές του στάσεις και τα συναισθήματά του. Όσο πιο προκατειλημμένος, φοβισμένος, θυμωμένος είναι είτε ο ασθενής είτε ο διαιτολόγος, τόσο περισσότερο αυτό θα αποτυπωθεί στη μη λεκτική επικοινωνία μεταξύ τους —πολύ συχνά παρά τις προσπάθειες για το αντίθετο.

### 9.2. Μη λεκτική επικοινωνία

Από τους δύο τύπους μηνυμάτων που λαμβάνονται ταυτόχρονα από τον αποδέκτη (λεκτικά και μη λεκτικά) συνήθως το μη λεκτικό έχει μεγαλύτερη επιρροή (Hollis, Calabrese, & O'Sullivan-Maillet, 2003). Η αναγνώριση της σημασίας της μη λεκτικής επικοινωνίας κατά τη διάρκεια της διαιτολογικής συνεδρίας οδηγεί τον διαιτολόγο τόσο στην κωδικοποίηση των μη λεκτικών στοιχείων («έκφραση») όσο και στην αποκωδικοποίηση άλλων που προέρχονται από τον ασθενή («αναγνώριση»), με σκοπό την εποικοδομητική προώθηση της συνεργασίας τους (Πολεμικός & Κοντάκος, 2002).

Η μη λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει το περιβάλλον επικοινωνίας, τον τρόπο και το ύφος επικοινωνίας, και τις εσωτερικές ιδιότητες που ενυπάρχουν στον αποστολέα και τον αποδέκτη, και επηρεάζουν την ερμηνεία των εξωτερικών ερεθισμάτων (Hollis, Calabrese, & O'Sullivan-Maillet, 2003). Πιο απλά, περιλαμβάνει συναισθήματα και σκέψεις οι οποίες δεν διατυπώνονται με λόγια αλλά με τον τόνο της φωνής, το βλέμμα, τη στάση του σώματος, τις εκφράσεις του προσώπου, τις χειρονομίες (Curry & Jaffe, 1998; Gable, 2007).

Η έκφραση του προσώπου είναι συνήθως το πρώτο μη λεκτικό χαρακτηριστικό που παρατηρείται στην αλληλεπίδραση (Hollis, Calabrese, & O'Sullivan-Maillet, 2003). Ένα χαλαρό πρόσωπο με ευχάριστη έκφραση ταυτίζεται με ένα υποστηρικτικό κλίμα. Η επαφή με τα μάτια χρησιμοποιείται συχνά, όταν ο διαιτολόγος ή ο ασθενής στέλνουν ή δέχονται μηνύματα. Κάνει την επικοινωνία πιο ζωντανή, συνεισφέρει στην κατανόηση, μπορεί να αποκαλύψει συναισθήματα, όπως φόβο, άγχος, χαρά, ευχαρίστηση. Τα θετικά συναισθήματα (π.χ. έκπληξη, ευχαρίστηση, ενδιαφέρον) συνδέονται με έντονο βλέμμα και διεσταλμένες κόρες των ματιών, ενώ το



αντίθετο συμβαίνει με τα αρνητικά συναισθήματα (π.χ. αηδία, αδιαφορία, φόβος), στα οποία παρατηρείται αποστροφή του βλέμματος και συστολή της κόρης (Πολεμικός & Κοντάκος, 2002). Η οπτική επαφή υποδηλώνει ενδιαφέρον και επιθυμία για επικοινωνία από τη μεριά του διαιτολόγου (Holli, Calabrese, & O'Sullivan-Maillet, 2003). Δεν πρέπει, όμως, ο διαιτολόγος να ξεχνά ότι η οπτική επαφή μπορεί να μην είναι επιθυμητή σε διάφορες καταστάσεις συναισθηματικής φόρτισης ή όταν υπάρχουν άλλα σημεία στα οποία πρέπει να εστιάσουν με τον ασθενή το οπτικό ενδιαφέρον τους, όπως διάφορες γραπτές οδηγίες ή διαιτολόγια. Επίσης, οι εκφράσεις του προσώπου υποδηλώνουν, ανάλογα με την περίσταση, χαρά, έκπληξη, φόβο, λύπη, θυμό, αηδία, αμφιβολία, ενδιαφέρον.

Η στάση του σώματος κατά τη συνεδρία υποδεικνύει συναισθήματα ή σκέψεις που μπορεί να μην εκφραστούν ποτέ λεκτικά. Η στάση του σώματος υποδεικνύει πόσο ήρεμος ή αγχωμένος είναι ο ασθενής ή πόσο άβολα νιώθει, ενώ οι κινήσεις, από την άλλη, ενισχύουν συχνά ό,τι έχει ειπωθεί, δείχνοντας, τονίζοντας, επεξηγώντας.

Τέλος, η ομιλία, πέρα από τις λέξεις που εκφράζει, συνεισφέρει σημαντικά και στη μη λεκτική επικοινωνία μέσω:

- του ρυθμού της (αγχωμένος, χαλαρός κ.λπ.),
- διάφορων χαρακτηριστικών της φωνής (γέλιο, κλάμα, φωνές, χασμουρητό),
- του ύφους και του τόνου της φωνής (για παράδειγμα, υποστηρικτική είναι η ήρεμη, ελεγχόμενη, ενεργητική και ενθουσιώδης φωνή),
- της έμφασης που δίνεται σε συγκεκριμένες λέξεις ή φράσεις, ή του καταφατικού, αρνητικού ή ερωτηματικού τονισμού μιας πρότασης,
- των παύσεων που χρησιμοποιούνται, των δισταγμών ή διάφορων άλλων διαχωριστικών, όπως «ε,...», «μμ...», «ουφ...» κ.λπ.

Το ακρωνύμιο **S.O.L.E.R.** ή η εξέλιξή του, το **S.U.R.E.T.Y.**, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως λίστες ελέγχου για την καθοδήγηση του διαιτολόγου στη μη λεκτική επικοινωνία κατά τη διάρκεια της συνεδρίας (Stickley, 2011):

#### S.O.L.E.R.:

*Sit squarely:* να στέκεσαι ξεκάθαρα/ντόμπρα, ουσιαστικά απέναντι από τον ασθενή.

*Open posture:* να υιοθετείς ανοικτή στάση σώματος.

*Leaning towards the other:* να γέρνεις ελαφρώς προς τον ασθενή.

*Eye contact:* να διατηρείς οπτική επαφή, χωρίς να κοιτάζεις επίμονα.

*Relax:* να παραμένεις χαλαρός/ή.

#### S.U.R.E.T.Y.:

*Sit at an angle:* να κάθεσαι σε γωνία με τον ασθενή, ως προτιμότερη στάση σε σχέση με το να κάθεσαι απέναντι (αντιπαράθεση) ή δίπλα του (απρόσωπη στάση).

*Uncross legs and arms:* να μη «σταυρώνεις» χέρια και πόδια.

*Relax:* να παραμένεις χαλαρός.

*Eye contact:* να διατηρείς οπτική επαφή, χωρίς να κοιτάζεις τον ασθενή επίμονα.

*Touch:* να αγγίζεις με σεβασμό και ευαισθησία (αν και το στοιχείο αυτό διαφοροποιείται σημαντικά από κοινωνία σε κοινωνία).

*Your intuition:* να εμπιστεύεσαι τη διαίσθησή σου.

Κλείνοντας, ο διαιτολόγος πρέπει να παρατηρεί τα μη λεκτικά ερεθίσματα των ασθενών και να αποκρίνεται σ' αυτά. Για παράδειγμα, εάν ο ασθενής γνέφει καταφατικά, υποδεικνύοντας κατανόηση, αλλά δείχνει προβληματισμένος, ο διαιτολόγος μπορεί να επαληθεύσει την κατανόηση, ζητώντας από τον ασθενή να παραφράσει διατροφικές οδηγίες ή συστάσεις.

### 9.3. Λεκτική επικοινωνία

Η λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει τις λέξεις που επιλέγει ο αποστολέας και τον τρόπο που αυτές οργανώνονται σε ολοκληρωμένες φράσεις. Οι ασθενείς είναι πιο πιθανό να συνεργαστούν με τον διαιτολόγο, όταν εκείνος αποκρίνεται με τρόπο υποστηρικτικό. Αντίθετα, όταν ο τρόπος απόκρισης ενισχύει την ανεπάρκεια του ατόμου, τότε η συνεργασία γίνεται πιο δύσκολη.

Υπάρχουν διάφορα είδη απόκρισης (Gable, 2007). Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα είναι:

- η παροχή συμβουλών,
- η παροχή πληροφοριών/ενημέρωσης,
- η κριτική,
- ο εκφοβισμός,
- η απειλή,
- η διατύπωση ερωτήσεων,
- η ενθάρρυνση,
- η παροχή λύσεων,
- η διερεύνηση/εμβάθυνση,
- η επιβεβαίωση,
- η κατανόηση,
- η παράφραση,
- η ανακεφαλαίωση,
- το συμπέρασμα,
- η ανακλαστική ακρόαση,
- η αντιπαράθεση/διαφωνία,
- ο καθησυχασμός,
- ο έπαινος,
- η επιδοκιμασία,
- η έκφραση θυμού.

Κάποια είδη ενέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να βλάψουν την επικοινωνία και, κατά συνέπεια, τη σχέση μεταξύ διαιτολόγου και ασθενούς. Τέτοια είναι η κριτική, η αντιπαράθεση, η διαφωνία, η απειλή. Αντίθετα, άλλα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προαγάγουν την επικοινωνία και τη συνεργασία. Τέτοια είναι, η διατύπωση ερωτήσεων, η ανακλαστική ακρόαση, η επιβεβαίωση, η ενθάρρυνση. Στον Πίνακα 9.1 παρατίθενται είδη αποκρίσεων ανάλογα με τον κίνδυνο που ενέχουν.

<p><b>Χαμηλού κινδύνου:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ενθάρρυνση,</li> <li>• επιβεβαίωση/κατανόηση,</li> <li>• εναρκτήριες προτάσεις.</li> </ul>
<p><b>Μέτριου κινδύνου:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ερωτήσεις,</li> <li>• παροχή πληροφοριών,</li> <li>• μη ειδικός έπαινος/επιδοκιμασία.</li> </ul>
<p><b>Υψηλού κινδύνου:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• παροχή συμβουλών,</li> <li>• παροχή πληροφοριών,</li> <li>• καθησυχασμός,</li> <li>• παροχή λύσεων/προτάσεων.</li> </ul>
<p><b>Πάρα πολύ υψηλού κινδύνου:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• αντιπαράθεση/διαφωνία,</li> <li>• εκφοβισμός,</li> <li>• κριτική,</li> <li>• αποκρίσεις που εμπεριέχουν ηθικές κρίσεις,</li> <li>• έκφραση θυμού.</li> </ul>

**Πίνακας 9.1** Κατηγοριοποίηση ειδών απόκρισης ανάλογα με τον κίνδυνο βλάβης της επικοινωνίας που ενέχουν.

Αναφορικά με τη διατύπωση των ερωτήσεων, υπάρχουν διάφοροι τύποι:

▪ *Κύριες και δευτερεύουσες ερωτήσεις*

Οι κύριες ερωτήσεις χρησιμοποιούνται, για να εισάγουν ένα νέο θέμα, ενώ οι δευτερεύουσες, για να συλλέγονται πρόσθετες πληροφορίες ή να διευκρινίζονται σημεία.

Κύρια ερώτηση: «Θες να μου πεις τι έφαγες χθες όλη την ημέρα, ξεκινώντας από το πρωί;».

Δευτερεύουσα ερώτηση: «Όταν τρως μπισκότα στο σχολείο, πόσα μπισκότα τρως;».

- *Ανοικτές και κλειστές ερωτήσεις*

Στις ανοικτές ερωτήσεις οι απαντήσεις μπορεί να είναι αρκετά εκτενείς, ενώ στις κλειστές, η απάντηση έχει τη μορφή του «ναι/όχι» ή αναμένεται πολύ συγκεκριμένη πληροφορία. Στις ανοικτές ερωτήσεις ο ασθενής είναι περισσότερο ελεύθερος, υπάρχει, όμως, ο κίνδυνος να ξεφύγει από το θέμα για το οποίο ερωτήθηκε. Αντίθετα, οι κλειστές ερωτήσεις δίνουν στον διαιτολόγο περισσότερο έλεγχο, για να πάρει την πληροφορία που χρειάζεται, από την άλλη, όμως, δεν του δίνεται η δυνατότητα να διερευνήσει άλλες σχετικές πληροφορίες, παρά μόνο ξαναθέτοντας μια κλειστή ερώτηση. Αλληλουχία πολλών κλειστών ερωτήσεων, η μία μετά την άλλη, δίνουν την εντύπωση της «ανάκρισης».

Ανοικτή ερώτηση: «Τι τρως συνήθως για πρωινό;».

Κλειστή ερώτηση: «Βάζεις ζάχαρη στον καφέ σου;».

- *Ουδέτερες και κατευθυνόμενες ερωτήσεις*

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι ουδέτερες ερωτήσεις προτιμώνται έναντι των κατευθυνόμενων. Στις τελευταίες εμπεριέχεται η προσωπική γνώμη/άποψη του διαιτολόγου, ο οποίος, ουσιαστικά, κατευθύνει προς συγκεκριμένη απάντηση τον ασθενή.

Ουδέτερη ερώτηση: «Πόσα γεύματα τρώτε την ημέρα;».

Κατευθυνόμενη ερώτηση: «Τρώτε πρωινό, έτσι δεν είναι;».

- *Καθοδηγητικές προτάσεις*

Οι καθοδηγητικές προτάσεις διακόπτουν τις συνεχείς ερωτήσεις και «προτείνουν» ένα θέμα για το οποίο μπορεί να μιλήσει ο ασθενής.

Καθοδηγητική πρόταση: «Πείτε μου για τα γεύματα που καταναλώνετε στη δουλειά».

Προκειμένου να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, η λεκτική επικοινωνία θα πρέπει: 1) να αναφέρεται σε περισσότερο περιγραφική παρά αξιολογική συζήτηση των προβλημάτων, 2) να είναι περισσότερο προσανατολισμένη στο πρόβλημα παρά στη χειραγώγηση, 3) να προτείνει λύσεις με ευέλικτο παρά με δογματικό τρόπο, 4) να αντιμετωπίζει τον ασθενή ως ίσο, και 5) να εκφράζει περισσότερο ενσυναίσθηση παρά ουδετερότητα ή εγωκεντρισμό (Hollí, Calabrese et al. 2003).

### **Περιγραφική παρά αξιολογική συζήτηση προβλημάτων**

Όταν οι άνθρωποι νιώθουν ότι οι άλλοι κρίνουν τις στάσεις ή τη συμπεριφορά τους, τείνουν να κρατούν αμυντική στάση. Ο πιο ασφαλής τρόπος διαχείρισης ενός ευαίσθητου ζητήματος είναι να περιγραφούν τα γεγονότα όσο πιο αντικειμενικά γίνεται.

### **Περιγραφή καταστάσεων με προσανατολισμό στο πρόβλημα παρά στη χειραγώγηση**

Προσανατολίζοντας έναν ασθενή στο πρόβλημα παρά χειραγωγώντας τον, ο διαιτολόγος προάγει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον επικοινωνίας. Μια συζήτηση με τον ασθενή, η οποία διέπεται από προσέγγιση προσανατολισμένη στο πρόβλημα, φαίνεται να είναι αποδοτική. Παράδειγμα τέτοιας προσέγγισης αποτελεί η παρακάτω λεκτική διατύπωση: «Δεδομένων των διατροφικών αλλαγών που έχουμε συζητήσει, το αναμενόμενο θα ήταν να έχει μειωθεί το βάρος σου κατά X. Αυτό δεν έχει συμβεί. Για ποιον λόγο πιστεύεις ότι έγινε αυτό;».

### **Παροχή λύσεων με ευέλικτο παρά με δογματικό τρόπο**

Ο διαιτολόγος έχει τη δυνατότητα να αλλάξει την οπτική του στην περίπτωση που, για παράδειγμα, προκύψουν και νέα στοιχεία. Ο τρόπος αυτός αφήνει τη δυνατότητα στον ασθενή να προσθέσει στοιχεία. Δογματική επικοινωνία είναι η ακόλουθη: «Αυτό είναι που πρέπει να κάνεις. Αυτός είναι ο τρόπος να λύσεις το πρόβλημά σου». Αντίθετα, η ευέλικτη επικοινωνία θα μπορούσε να ήταν: «Αυτοί είναι κάποιοι τρόποι να χειριστείς το πρόβλημα. Ενδεχομένως, να έχεις κι εσύ κάποιες ιδέες, αλλά σκέψου και αυτά».

### **Αντιμετώπιση ασθενούς ως ίσο**

Στη συζήτηση, ασθενής και διαιτολόγος πρέπει να νοούνται ως ίσοι. Αυτή η προσέγγιση στη λεκτική επικοινωνία είναι πιο αποδοτική σε σχέση με την προσπάθεια του διαιτολόγου να πείσει το άτομο να δράσει σύμφωνα με τις επιταγές του. Ένας συνεργατικός τρόπος λεκτικής επικοινωνίας είναι ο ακόλουθος: «Έχω μελετήσει και ασχοληθεί με το πρόβλημα αυτό και με άλλους ασθενείς, ωστόσο, ενδιαφέρομαι να ενσωματώσω τις δικές σου ιδέες και προτάσεις σε ένα διατροφικό πλάνο (διαιτολόγιο) που σου ταιριάζει».

### **Έκφραση ενσυναίσθησης παρά ουδετερότητας ή εγωκεντρισμού**

Σε μια απόκριση που περιέχει ενσυναίσθηση, ο διαιτολόγος λέει στον ασθενή ότι προσπαθεί να καταλάβει όχι μόνο το περιεχόμενο των όσων εκφράζει, αλλά και όσων δεν εκφράζει λεκτικά, αλλά υπονοεί. Για παράδειγμα, μπορεί ο ασθενής να πει: «Με θυμάμαι να τρώω όλη μου τη ζωή τουρσιά και παστά. Δεν ξέρω πώς θα ήταν η ζωή μου χωρίς αυτά». Ο διαιτολόγος μπορεί να αποκριθεί ως εξής: «Φαίνεται ότι ανησυχείτε ότι θα αλλάξει η ζωή σας λόγω των αλλαγών στις διατροφικές σας συνήθειες». Οι αποκρίσεις που περιέχουν ενσυναίσθηση επιτρέπουν στον διαιτολόγο να μη δώσει συμβουλή, εστιάζοντας, αντίθετα, στην ανάγκη του ατόμου να εκφράσει προβληματισμούς.

#### 9.4. Μείωση της αντίστασης του ασθενούς

Πολύ συχνά οι ασθενείς φαίνεται να «αντιστέκονται» στην προσπάθεια του διαιτολόγου να τους βοηθήσει να αλλάξουν διαιτητικές συνήθειες. Οι 4 ενδειξίες αντίστασης από την πλευρά του ασθενούς είναι:

- Να διαφωνεί και να αμφισβητεί: ο ασθενής αμφισβητεί την ακρίβεια, την εξειδίκευση ή την ακεραιότητα του διαιτολόγου.
- Να διακόπτει: ο ασθενής διακόπτει τον διαιτολόγο με έναν αμυντικό τρόπο.
- Να αρνείται: ο ασθενής αρνείται να αναγνωρίσει ένα πρόβλημα, να αποδεχθεί την ευθύνη του, να συνεργαστεί, να λάβει συμβουλές.
- Να αγνοεί τον διαιτολόγο: ο ασθενής δεν δίνει απάντηση ή μένει σιωπηλός.

Η μη προσέλευση στις συναντήσεις ή η επανειλημμένη καθυστέρηση πιθανόν να είναι, επίσης, μορφές αντίστασης του ασθενούς.

Η αντίσταση μπορεί να προκύπτει είτε από εσωτερική πάλη του ασθενούς («από τη μια θέλω, από την άλλη είναι δύσκολο, πώς να το πετύχω;»), είτε λόγω διαμάχης με άτομο του περιβάλλοντός του, είτε λόγω έντονης προσκόλλησης στις συνήθειες και στον τρόπο ζωής του, που καθιστά πολύ δύσκολη την όποια αλλαγή (Rollnick, Mason, & Butler, 1999).

Η αντίσταση αυτή ανησυχεί τον διαιτολόγο, γιατί σχετίζεται με θεραπευτική αναποτελεσματικότητα και έλλειψη συμμετοχής του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία. Είναι λανθασμένη στάση από την πλευρά του κάθε επιστήμονα υγείας να βλέπει την αντίσταση ως σημάδι αποτυχίας της παρέμβασης ή να την αντιμετωπίζει με αντιπαράθεση (Francis, et al., 2005). Η αλήθεια είναι ότι, σε συνθήκες περιορισμένου χρόνου, αποτελεί εμπόδιο, αλλά ο επαρκής επαγγελματίας οφείλει να μάθει να αντιμετωπίζει. Η Συνέντευξη Κινητοποίησης προσφέρει διάφορες τεχνικές που μπορεί να δοκιμάσει κανείς, και στο αντίστοιχο κεφάλαιο αναφέρθηκαν κάποιες απ' αυτές (Rollnick, et al., 1999). Γενικά, οι πιο απλές στρατηγικές που θα πρέπει να γνωρίζει ο διαιτολόγος, για να μειώσει την αντίσταση του ασθενούς και να βελτιώσει την παρέμβασή του, είναι:

- Να δίνει έμφαση στην προσωπική επιλογή του ασθενούς και στον προσωπικό έλεγχο που έχει ο ασθενής σχετικά με την υγεία του και τον εαυτό του.
- Να (επαν)αξιολογεί την ετοιμότητα του ασθενούς για αλλαγή και την αυτοαποτελεσματικότητά του.
- Να «κάνει πίσω» και να βαδίζει «παράλληλα» με τον ασθενή, ακολουθώντας τον ρυθμό του. Αυτό δεν σημαίνει ότι ακούει παθητικά ό,τι λέει ο ασθενής, αλλά με τη χρήση της ανακλαστικής ακρόασης «έρχεται κοντά του» και κατανοεί το πρόβλημά του ή το πώς νιώθει γι' αυτό.
- Να αλλάζει τον στόχο της παρέμβασης ή το θέμα της συζήτησης.

## Βιβλιογραφία

- Cant, R. P., & Aroni, R. A. (2008). Exploring dietitians' verbal and nonverbal communication skills for effective dietitian-patient communication. *J Hum Nutr Diet*, 21(5), 502-511.
- Curry, K. R., & Jaffe, A. (1998). *Nutrition Counselling and Communication Skills*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company.
- Francis, N., Rollnick, S., McCambridge, J., Butler, C., Lane, C., & Hood, K. (2005). When smokers are resistant to change: experimental analysis of the effect of patient resistance on practitioner behaviour. *Addiction*, 100(8), 1175-1182.
- Gable, J. (2007). *Counselling skills for dietitians* (2nd edition ed.). Oxford: Blackwell Publishing.
- Holli, B. B., Calabrese, R. J., & O'Sullivan-Maillet, J. (2003). *Communication and Education Skills for Dietetics Professionals*. London: Lippincott Williams and Wilkins.
- Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). *Health Behavior Change: A Guide for practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Stickley, T. (2011). From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. *Nurse Educ Pract*, 11(6), 395-398.
- Πολεμικός, Ν., & Κοντάκος, Α. (2002). *Μη λεκτική επικοινωνία: Σύγχρονες θεωρητικές και ερευνητικές προσεγγίσεις στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

## 10. Παρεμβάσεις αλλαγής διατροφικής συμπεριφοράς και συμβουλευτικής σε διάφορες παθήσεις

### Σύνοψη

Η σημασία της δίαιτας και των ισορροπημένων διατροφικών συνηθειών στην υγεία οδήγησε πολλούς Οργανισμούς που σχετίζονται με την υγεία στο να προτείνουν διατροφικές συστάσεις για τη θεραπεία και την πρόληψη συγκεκριμένων ασθενειών. Οι συστάσεις αυτές στην πλειονότητά τους αναφέρονται σε διατροφικούς στόχους ή/και σε στόχους φυσικής δραστηριότητας, οι οποίοι όπως προκύπτει από σειρά επιστημονικών ερευνών, βελτιώνουν την κατάσταση της υγείας του ατόμου. Δεν αναφέρονται, ωστόσο, στον τρόπο επίτευξης των στόχων. Υπάρχει έλλειψη δεδομένων σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο αυτές οι συστάσεις θα υλοποιηθούν· η έλλειψη αυτή είναι σημαντική, δεδομένης και της δυσκολίας των ατόμων να αλλάξουν τις συμπεριφορές που αφορούν τον τρόπο ζωής τους. Στόχος του παρόντος κεφαλαίου είναι η παράθεση ερευνητικών δεδομένων σχετικά με παρεμβάσεις αλλαγής διατροφικής συμπεριφοράς σε διάφορες παθήσεις, δηλαδή, το πώς οι πιο γενικές γνώσεις των προηγούμενων κεφαλαίων εφαρμόζονται ειδικά σε συγκεκριμένους ασθενείς, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες που προκύπτουν από την κάθε νόσο.

### Προαπαιτούμενη γνώση

Κεφάλαια 6 και 7.

### 10.1. Εισαγωγή

Πολλοί Οργανισμοί έχουν προτείνει διατροφικές συστάσεις για τη θεραπεία και την πρόληψη συγκεκριμένων ασθενειών. Υπάρχει, όμως, σημαντική έλλειψη δεδομένων για τον τρόπο με τον οποίο αυτές οι συστάσεις θα υλοποιηθούν, γνωρίζοντας καλά ότι η διατροφική συμπεριφορά και οι συνήθειες των ατόμων δεν αλλάζουν από τη μια μέρα στην άλλη. Οι πρώτες θεραπευτικές συμβουλευτικές προσεγγίσεις για την αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς χρησιμοποιήθηκαν και αξιολογήθηκαν ερευνητικά σε νοσήματα τα οποία έχουν πιο άμεση ή, καλύτερα, πιο προφανή συσχέτιση μ' αυτήν, όπως οι διαταραχές λήψης τροφής και η παχυσαρκία. Τα τελευταία χρόνια, όμως, το ενδιαφέρον όλο και μεγαλώνει σχετικά με τον τρόπο υλοποίησης των διατροφικών συστάσεων και την ενσωμάτωση δεξιοτήτων συμβουλευτικής στη διατροφική παρέμβαση σε άλλα χρόνια νοσήματα, όπως τα καρδιαγγειακά και ο σακχαρώδης διαβήτης. Η Ομάδα Εργασίας για τις Συμβουλευτικές και Συμπεριφορικές Παρεμβάσεις (Counseling and Behavioral Interventions Work Group) της Ομάδας Δράσης Προληπτικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ (US Preventive Services Task Force) καθόρισε τα 5 βασικά συστατικά των συμβουλευτικών και συμπεριφορικών παρεμβάσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Five A's Construct) (Whitlock, Orleans, Pender, & Allan, 2002):

- Αξιολόγησε (Assess).
- Συμβούλεψε (Advise).
- Συμφώνησε (Agree).
- Βοήθησε (Assist).
- Κανόνισε (την παρακολούθηση) (Arrange follow-up).

Τα παραπάνω συστατικά αφορούν και τη συμβουλευτική σε θέματα διατροφής και προώθησης ενός ισορροπημένου τρόπου σίτισης (U.S. Preventive Services Task Force, 2003). Να σημειωθεί ότι ο όρος «συμφώνησε» έχει τη σημασία της συνεργασίας του ασθενούς και του επαγγελματία υγείας για την επίτευξη ενός κοινού στόχου. Το στοιχείο αυτό προστέθηκε σχετικά πρόσφατα στα υπόλοιπα τέσσερα, ακολουθώντας τη στροφή που παρατηρήθηκε τα τελευταία χρόνια στον ιατρικό κόσμο σχετικά με την αναγνώριση της σημασίας της συμφωνίας θεραπευτή και θεραπευόμενου για τον τρόπο παρέμβασης, αφού πρώτα συζητηθούν οι θεραπευτικές επιλογές, οι συνέπειες αυτών και οι προτιμήσεις του ασθενούς. Όπως σημειώνουν και οι Anderson και Funnell για τον σακχαρώδη διαβήτη —με την επισήμανσή τους να βρίσκει εφαρμογή και σε πολλά άλλα νοσήματα—, οι επιστήμονες του χώρου της υγείας θα πρέπει να «μετακινηθούν» από τις έννοιες της «συμμόρφωσης» και της «προσκόλλησης» του ασθενούς στην έννοια της «συνεργασίας» με τον ασθενή (Anderson & Funnell, 2000) (βλ. Κεφάλαιο 1).

Αν και οι βασικές αρχές στη συμβουλευτική παρέμβαση του διαιτολόγου αναφέρονται τόσο σε περιπτώσεις υγιών όσο και ασθενών, και είναι κοινές για όλες τις ασθένειες, θα αναφερθούν σύντομα εδώ τα σημεία στα

οποία απαιτείται ιδιαίτερη έμφαση και επιμονή σε συγκεκριμένα νοσήματα, με απώτερο στόχο τη μεγιστοποίηση της επιτυχίας της διαιτολογικής παρέμβασης.

## 10.2. Διαταραχές λήψης τροφής

Ο διαιτολόγος θα πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τους φόβους των ατόμων με διαταραχές λήψης τροφής (όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαταραγμένη εικόνα σώματος, φόβος πάχους, φόβος απώλειας ελέγχου της πρόσληψης τροφής). Οφείλει, επίσης, να κατανοεί ότι ο υποσιτισμός, όπως στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας, επηρεάζει σημαντικά την πορεία της διατροφικής συμβουλευτικής (Omizo & Oda, 1988). Καθώς τα άτομα με προβλήματα διαταραχών λήψης τροφής εμφανίζουν σε εναλλαγές τόσο επιθυμία όσο και άρνηση για την παρέμβαση, ο διαιτολόγος πρέπει να είναι προετοιμασμένος για να αντιμετωπίσει αυτήν την κατάσταση και την αντίσταση. Η διατροφική συμβουλευτική στα άτομα αυτά αποτελεί ένα απαιτητικό αλλά ταυτόχρονα και πολύ ενδιαφέρον πεδίο για τους διαιτολόγους. Οι τελευταίοι δουλεύουν σε συνεργασία με τους ψυχιάτρους και θέτουν αυστηρά όρια στην παρέμβασή τους, ώστε τα θέματα τα οποία δεν σχετίζονται μ' αυτούς (και τα οποία συχνά «φέρνουν» οι συγκεκριμένοι ασθενείς) να παραπέμπονται στους αρμόδιους για την ψυχιατρική παρέμβαση.

Η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης είναι το πρώτο και ίσως το σημαντικότερο βήμα στη θεραπεία των διαταραχών λήψης τροφής (Brunzell & Hendrickson-Nelson, 2001). Ο διαιτολόγος δημιουργεί το κατάλληλο περιβάλλον, ώστε ο ασθενής να αισθανθεί ασφαλής και να μπορέσει να μιλήσει ειλικρινά για τα θέματα που αφορούν το σωματικό του βάρος και το φαγητό. Είναι φιλικός, μη επικριτικός, ενισχύει τον ασθενή και τον βοηθά να κατανοήσει με ουδέτερο τρόπο τον ρόλο της τροφής και τη διαδικασία της αλλαγής, η οποία θα είναι σταδιακή, με πιθανές παρεκτροπές και λάθη τα οποία θα αντιμετωπίζονται.

Σε άτομα με διαταραχές λήψης τροφής, πριν ξεκινήσει η παρέμβαση για την αλλαγή της διαιτητικής συμπεριφοράς, οι τεχνικές κινητοποίησης βρίσκουν ιδιαίτερη εφαρμογή (Killick & Allen, 1997; Treasure & Ward, 1997). Συγκεκριμένα, προτείνεται η αξιολόγηση της κινητοποίησης ή ετοιμότητας για αλλαγή, μέσω της Συνέντευξης Κινητοποίησης ως μεθόδου συνεργατικής προσέγγισης, προκειμένου να ενισχυθεί η εσωτερική κινητοποίηση για αλλαγή (Ozier & Henry, 2011). Οι ανοικτές ερωτήσεις, οι σωματικές ερωτήσεις, η ανακλαστική ακρόαση, η παράφραση και η ανακεφαλαίωση μπορούν να χρησιμοποιηθούν, για να επιτευχθούν οι παρακάτω στρατηγικές που θα βοηθήσουν τον ασθενή να προχωρήσει στη δράση (Killick & Allen, 1997):

- Διερεύνηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων που έχει για τον ασθενή η ενασχόληση με το αδυνάτισμα («Ποια πλεονεκτήματα σου προσφέρει εσένα το να κάνεις δίαιτα;» ή, από την άλλη, «ποια μειονεκτήματα θεωρείς ότι έχει για σένα το να κάνεις δίαιτα;»).
- Παροχή πληροφοριών («Σκέφτομαι μήπως θα σε ενδιέφερε να μάθεις / να ενημερωθείς καλύτερα σχετικά με ...»).
- Διερεύνηση των όσων συμβαίνουν κατά τη διάρκεια μιας «τυπικής» μέρας (με την πιθανή βοήθεια του ημερολογίου καταγραφής τροφίμων), με σκοπό να συνειδητοποιήσει ο ασθενής με ομαλό τρόπο το περιεχόμενο και το περιβάλλον της διαιτητικής του συμπεριφοράς.

Όταν ο ασθενής είναι ή φτάσει στο στάδιο της «Δράσης», στόχος της διατροφικής συμβουλευτικής είναι να αποκαταστήσει τη φυσιολογική διαιτητική συμπεριφορά και στάση του ατόμου απέναντι στην τροφή, μέσω του σχεδιασμού γευμάτων, του ελέγχου ερεθισμάτων, της «διόρθωσης» λανθασμένων πεποιθήσεων, της ενίσχυσης και της πρόληψης υποτροπών (Beumont & Touyz, 1995).

## 10.3. Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία ήταν το πρώτο, σχετιζόμενο με τη διατροφή, νόσημα στο οποίο εφαρμόστηκαν θεραπευτικές συμβουλευτικές προσεγγίσεις. Στις σύγχρονες συστάσεις, η τροποποίηση της συμπεριφοράς αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά κομμάτια της θεραπείας της παχυσαρκίας, ενσωματώνοντας ένα σύνολο παρεμβάσεων, με σκοπό την αλλαγή συμπεριφοράς τόσο απέναντι στην πρόσληψη τροφής όσο και στην άσκηση (Jensen, et al., 2014).

Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία, στην πιο γενική της μορφή και αντικαθιστώντας και ενισχύοντας την παλαιότερη Συμπεριφορική Θεωρία, αποτελεί ένα από τα πιο συχνά προτεινόμενα και χρησιμοποιούμενα υποδείγματα (Fabricatore, 2007; Raporport, Clark, & Wardle, 2000; Sharma, 2007). Σ' αυτήν έχουν στηριχθεί διάφορες παρεμβάσεις, ακόμα και χωρίς τόσο σαφή θεωρητικό προσανατολισμό, οι οποίες ενσωματώνουν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό κάποια στοιχεία της (Cooper & Fairburn, 2001; Griffiths &

Holliday, 1987; Jeffery, Vender, & Wing, 1978; Jeffrey, Christensen, & Pappas, 1973; Kirschenbaum, Stalonas, Zastowny, & Tomarken, 1985; Melin & Rossner, 2003; Musante, 1974; Rapoport, et al., 2000; Sbrocco, Nedegaard, Stone, & Lewis, 1999). Τα τελευταία χρόνια, βέβαια, εφαρμόζονται αρχές και από άλλα υποδείγματα στη θεραπεία της παχυσαρκίας, όπως το Διαθεωρητικό Υπόδειγμα και η Συνέντευξη Κινητοποίησης (Carels, et al., 2007; Johnson, et al., 2008; Mastellos, Gunn, Felix, Car, & Majeed, 2014), αλλά οι μελέτες για την αξιολόγησή τους είναι ακόμα σε πρώιμο στάδιο.

Μια παρέμβαση τροποποίησης συμπεριφοράς για το παχύσαρκο άτομο έχει τρία βασικά χαρακτηριστικά: είναι εστιασμένη σε συγκεκριμένο στόχο, έχει συγκεκριμένη διαδικασία και προωθεί μικρές, παρά μεγάλες, αλλαγές (Foster, Makris, & Bailer, 2005). Επίσης, πρέπει να είναι ξεκάθαρη στον παχύσαρκο ασθενή η λογική της παρέμβασης που ακολουθείται (το «γιατί» προσπαθεί να αλλάξει), οι συγκεκριμένοι στόχοι (το «τί» επιδιώκει), καθώς και οι παράμετροι που βοηθούν ή εμποδίζουν την αλλαγή (το «πώς» το κάνει).

Οι τεχνικές από τη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία που έχουν πιο συχνά χρησιμοποιηθεί ή αξιολογηθεί σε υπέρβαρα/παχύσαρκα άτομα είναι (Foreyt & Poston, 1998):

- η αυτοπαρακολούθηση της διαιτητικής πρόσληψης, των συμπεριφορών ή/και των συναισθημάτων που σχετίζονται μ' αυτήν, καθώς και της σωματικής δραστηριότητας ή και του σωματικού βάρους (Baker & Kirschenbaum, 1998; Corbalan, et al., 2009; Romanczyk, Tracey, Wilson, & Thorpe, 1973),
- ο καθορισμός ρεαλιστικών στόχων, τόσο όσον αφορά τον απώτερο στόχο, δηλαδή, τη μείωση του σωματικού βάρους, αλλά και όσον αφορά τις ενδιάμεσες συμπεριφορές, δηλαδή, τις αλλαγές στη διαίτα και τη σωματική δραστηριότητα (Dubbett & Wilson, 1984),
- η επίλυση προβλημάτων (Perri, et al., 2001),
- ο έλεγχος ερεθισμάτων που σχετίζονται με την πρόσληψη τροφής, με ποικίλες διαδικασίες, μεταξύ άλλων και με προμήθεια γευμάτων στο σπίτι και δομημένων καταλόγων τροφίμων στα καταστήματα (Wing, et al., 1996),
- η υποστήριξη από το περιβάλλον και, κυρίως, η υποστήριξη από την οικογένεια (Brownell, Heckerman, Westlake, Hayes, & Monti, 1978; Gorin, et al., 2005; Wing & Jeffery, 1999),
- η αναγνώριση και η αντιμετώπιση/τροποποίηση των αρνητικών σκέψεων,
- η επιβράβευση και η ενίσχυση, ακόμα και με τη μορφή οικονομικής ενίσχυσης (Jeffery, Bjornson-Benson, Rosenthal, Lindquist, & Johnson, 1984; Jeffery & Wing, 1995),
- η πρόληψη υποτροπής (Perri, et al., 2001).

Τα θεραπευτικά προγράμματα που έχουν αναπτυχθεί για την παχυσαρκία, με έμφαση στην τροποποίηση συμπεριφοράς, διαρκούν συνήθως 16-20 εβδομάδες (αν και υπάρχει η τάση για εφαρμογή πιο σύντομων και εντατικών παρεμβάσεων) και διενεργούνται σε ατομικό επίπεδο ή σε μικρές ομάδες (Cresci, et al., 2007; Minniti, et al., 2007; Renjilian, et al., 2001), αλλά, επίσης, σε ορισμένες περιπτώσεις, και μέσω βιβλίων/προγραμμάτων αυτοβοήθειας (Latner, Stunkard, Wilson, & Jackson, 2006; Levy, Pierce, Dembecki, & Cripps, 1986; Pezzot-Pearce, LeBow, & Pearce, 1982) ή και διαδικτύου (Micco, et al., 2007).

Παρά το γεγονός ότι όλοι αντιλαμβάνονται τη σπουδαιότητα της τροποποίησης της συμπεριφοράς στη θεραπεία της παχυσαρκίας, και αυτή προτείνεται ως αναπόσπαστο συστατικό της θεραπείας (Seagle, Strain, Makris, & Reeves, 2009; Tsigos, et al., 2008), η αποτελεσματικότητά της ακόμα διερευνάται, ίσως, και παράλληλα με την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων διαχείρισης βάρους γενικότερα. Σε βραχυπρόθεσμη βάση, προγράμματα που περιλαμβάνουν τροποποίηση της συμπεριφοράς οδηγούν σε σημαντική μείωση του σωματικού βάρους, με παράλληλη βελτίωση τόσο βιοχημικών όσο και ψυχολογικών παραμέτρων (Brownell & Kramer, 1994; Foreyt, et al., 1983). Επίσης, πληρούν τα κριτήρια του 5-10% που έχουν θέσει πολλοί Διεθνείς Οργανισμοί για την επιτυχή απώλεια βάρους, και φαίνεται ότι η ενσωμάτωση τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς έχει ως αποτέλεσμα να μειώνονται τα ποσοστά των ασθενών που εγκαταλείπουν το πρόγραμμα (Wadden, Butryn, & Wilson, 2007). Η μακροπρόθεσμη, όμως, αξιολόγησή τους οδηγεί σε λιγότερο ενθαρρυντικά συμπεράσματα, τουλάχιστον όσον αφορά τους ενήλικες (Gotestam, 1979; Kramer, Jeffery, Forster, & Snell, 1989; Lantz, Peltonen, Agren, & Torgerson, 2003; Wadden, Foster, & Letizia, 1994; Wadden, Sternberg, Letizia, Stunkard, & Foster, 1989; Wilson, 1995). Μακροχρονίως, εμφανίζεται επανάκτηση βάρους, η οποία περιγράφεται σε όλες τις παρεμβάσεις που αφορούν την παχυσαρκία. Να σημειωθεί ότι, εξετάζοντας διαχρονικά την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων, φαίνεται ότι στις πιο πρόσφατες παρεμβάσεις αυξάνει η απώλεια του βάρους που επιτυγχάνεται μέσω τροποποίησης συμπεριφοράς· αυξάνει, όμως, και η διάρκεια των παρεμβάσεων, συμπεριλαμβάνοντας και την περίοδο της μακροχρόνιας παρακολούθησης των ασθενών. Επίσης, όταν ενσωματώνονται τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς,



συμπεριλαμβανομένης της επίλυσης προβλημάτων, μειώνεται το ποσοστό των ατόμων που εγκαταλείπουν την προσπάθεια και το ποσοστό της επανάκτησης βάρους (Foster, et al., 2005; Perri, et al., 2001).

Σε κάθε περίπτωση, υπάρχει ανάγκη για βελτίωση των προγραμμάτων. Μεταξύ των προτάσεων που έχουν αναφερθεί είναι η εξατομίκευση της παρέμβασης με την ενσωμάτωση μεθόδων κινητοποίησης, η ανάπτυξη ξεχωριστών πρωτοκόλλων για το κάθε στάδιο ετοιμότητας ή για διάφορες κατηγορίες παχύσαρκων (π.χ. για άτομα που έχουν σύνδρομο αδηφαγίας – binge eaters), η μακροχρόνια παρακολούθηση του ασθενούς και η διατήρηση επαφής με τη θεραπευτική ομάδα για μεγάλο χρονικό διάστημα, ώστε να εδραιωθούν οι συνήθειες. Επίσης, από πολύ νωρίς είχε αναγνωριστεί η ανάγκη της κατάλληλης εκπαίδευσης των επιστημόνων υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των διαιτολόγων, στις τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς (Loro, Levenkron, & Fisher, 1979; Seagle, et al., 2009). Έχει συζητηθεί η σημασία της βοήθειας προς τον ασθενή, ώστε να τροποποιήσει δυσλειτουργικές σκέψεις και πεποιθήσεις που οδηγούν σε προβληματική συμπεριφορά, όπως οι μη ρεαλιστικοί στόχοι μείωσης βάρους και η υποτίμηση της ανάγκης υιοθέτησης νέων συνηθειών τρόπου ζωής (Cooper & Fairburn, 2001). Ωστόσο, τουλάχιστον όσον αφορά τις μη ρεαλιστικές προσδοκίες βάρους, νεότερα δεδομένα υποστηρίζουν ότι δεν έχουν σαφή αρνητική επίδραση στην απώλεια ή την επανάκτηση βάρους (Fabricatore, et al., 2007). Τέλος, η βελτίωση της εσωτερικής κινητοποίησης και της αυτοαποτελεσματικότητας, η απόκτηση δεξιοτήτων αυτορρύθμισης, καθώς και η υιοθέτηση ενός ευέλικτου διατροφικού περιορισμού αναδεικνύονται ως επιτυχημένα συστατικά προγραμμάτων διαχείρισης βάρους για τους ενήλικες (Teixeira, et al., 2015).

Προγράμματα Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας έχουν χρησιμοποιηθεί και για την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας. Από τους πρώτους υποστηρικτές ήταν ο Epstein και οι συνεργάτες του, οι οποίοι εφάρμοσαν τέτοια προγράμματα σε παιδιά ηλικίας 5 έως 12 ετών στα τέλη της δεκαετίας του '80 (Epstein, Wing, Koeske, & Valoski, 1987; Epstein, Wing, Steranchak, Dickson, & Michelson, 1980). Από μία ανασκόπηση 42 τυχαιοποιημένων μελετών, που χρησιμοποίησαν κάποιο γνωσιακό ή/και συμπεριφορικό πρόγραμμα για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας σε παιδιά και εφήβους, φάνηκε ότι τα προγράμματα αυτά ήταν πιο αποτελεσματικά σε σχέση με τις ομάδες ελέγχου (οι οποίες είτε δέχονταν διατροφική συμβουλευτική είτε καμία παρέμβαση) (Jelalian & Saelens, 1999). Η υπεροχή, επίσης, της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας στον τομέα της παιδικής παχυσαρκίας φαίνεται από την ύπαρξη δεδομένων για τη μακροχρόνια αποτελεσματικότητά της. Αρκετές μελέτες πια υποδεικνύουν αισιόδοξα αποτελέσματα, μετά από 5-10 χρόνια παρακολούθησης (Braet & Van Winckel, 2000; Epstein, Valoski, Wing, & McCurley, 1994; Golan, Kaufman, & Shahar, 2006; Nuutinen, 1991).

Τα περισσότερα προγράμματα χρησιμοποιούν έναν συνδυασμό τεχνικών, ανάλογα με τις ανάγκες. Η αυτοπαρακολούθηση και η χρήση συμβολαίων αναφέρονται συχνά, όπως, επίσης, ο έλεγχος ερεθισμάτων και η επίλυση προβλημάτων (Brownell, Kelman, & Stunkard, 1983; Duffy & Spence, 1993; Epstein, McCurley, Wing, & Valoski, 1990; Golan, Weizman, Apter, & Fainaru, 1998; Graves, Meyers, & Clark, 1988; Reinehr, Kersting, Alexy, & Andler, 2003). Κάποιοι εστιάζουν κυρίως σε παραμέτρους αυτορρύθμισης, όπως η στοχοθεσία, οι τεχνικές αυτοπαρακολούθησης, η αυτοαξιολόγηση και η αυτοπαρατήρηση της ακολουθίας γεγονότων (Israel, Guile, Baker, & Silverman, 1994). Υπάρχουν, επίσης, αναφορές σε ειδικότερα θέματα, όπως η χρήση τεχνικών επίλυσης προβλημάτων και το παιχνίδι ρόλων (role-play), η εστίαση στο πείραγμα των παιδιών από τους συνομήλικους, αλλά και αναφορές στη χρήση τεχνικών κινητοποίησης (Braet, 1999; Levine, Ringham, Kalarchian, Wisniewski, & Marcus, 2001). Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι όλα τα προγράμματα που ασχολούνται με την παιδική παχυσαρκία χρησιμοποιούν την αναζήτηση υποστήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον, ειδικά με τη μορφή της συμμετοχής του γονέα ή κηδεμόνα ή όλης της οικογένειας. Όσον αφορά του γονείς που συμμετέχουν στα προγράμματα, αναφέρεται η εκπαίδευσή τους για να λειτουργήσουν ως βοηθοί στο θεραπευτικό πρόγραμμα ή και ως μοναδικοί φορείς των αλλαγών (δηλαδή μέσω των γονέων προσπαθεί η θεραπευτική ομάδα να «περάσει» τις αλλαγές στο παιδί) (Golan & Weizman, 2001).

#### **10.4. Καρδιαγγειακά νοσήματα**

Η Ομάδα Δράσης Προληπτικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ συστήνει ως σημαντική την ενσωμάτωση της συμβουλευτικής για την αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς στις παρεμβάσεις που αφορούν ενήλικες ασθενείς με υπερλιπιδαιμία ή άλλους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (U.S. Preventive Services Task Force, 2003). Οι περισσότερες παρεμβάσεις συμβουλευτικής, όμως, που έχουν πραγματοποιηθεί και αξιολογηθεί για την επιτυχία τους σε άτομα με καρδιαγγειακά νοσήματα έχουν τη μορφή σύντομης παρέμβασης, με στόχο κυρίως την αύξηση της κινητοποίησης, την εκπαίδευση και την ενίσχυση της

αυτοαποτελεσματικότητας. Σε κάθε περίπτωση, παρεμβάσεις που στηρίζονται στα στάδια αλλαγής συμπεριφοράς και στη συστηματική εφαρμογή συμπεριφορικών τεχνικών είναι πιο αποτελεσματικές στη βελτίωση τόσο της διαιτητικής πρόσληψης όσο και άλλων παραγόντων κινδύνου, σε σύγκριση με την παραδοσιακή αντιμετώπιση παροχής συμβουλών για την αλλαγή διαιτητικών συνηθειών (Steptoe, et al., 1999; van der Veen, et al., 2002).

Πιο συγκεκριμένα, έχουν χρησιμοποιηθεί από διαιτολόγους και άλλους επαγγελματίες του χώρου της υγείας, η παροχή πληροφοριών για τη σχέση καρδιαγγειακών νοσημάτων και διαίτας, αλλά, επίσης, και η παροχή επιλογών και εναλλακτικών προσεγγίσεων, η στοχοθεσία, η ανασκόπηση από κοινού (διαιτολόγου και ασθενούς) ημερολογίων καταγραφής τροφίμων, η ενίσχυση για τις θετικές αλλαγές που επιτεύχθηκαν και, τέλος, η συνεχής παρακολούθηση (Kumanyika, et al., 1999; Timlin, Shores, & Reicks, 2002). Οι συμβουλευτικές συνεδρίες μπορούν να εφαρμοσθούν είτε σε ατομικό επίπεδο είτε σε μικρές ομάδες. Μπορούν, επίσης, να χρησιμοποιηθούν τόσο έντυπο υλικό όσο και οπτικοακουστικά μέσα που έχουν αναπτυχθεί.

## 10.5. Σακχαρώδης Διαβήτης

Η διατροφική θεραπεία είναι θεμελιώδες συστατικό της θεραπείας για το σακχαρώδη διαβήτη (Franz, et al., 2002; Franz, Monk, et al., 1995; Franz, Splett, et al., 1995). Ωστόσο, οι ασθενείς θεωρούν ως πιο εύκολη μέθοδο παρέμβασης την αντιδιαβητική αγωγή με δισκία. Ακολουθεί, ως προς τον βαθμό δυσκολίας, η άσκηση, ενώ δυσκολότερες στην εφαρμογή τους θεωρούν τις διατροφικές αλλαγές και την ινσουλινοθεραπεία (Vijan, et al., 2005). Η διαίτα μαζί με την άσκηση αποτελούν το κομμάτι της θεραπείας στο οποίο οι ασθενείς εμφανίζουν τη μικρότερη ικανότητα να ακολουθήσουν τις συστάσεις (Glasgow, Hampson, Strycker, & Ruggiero, 1997; Peyrot, et al., 2005; Vijan, et al., 2005), με τα ποσοστά συμμόρφωσης στη διαίτα να κυμαίνονται από 20–54% (Alvarez Guisasaola, et al., 2008; Howteerakul, Suwannapong, Rittichu, & Rawdaree, 2007; Shobhana, Begum, Snehathatha, Vijay, & Ramachandran, 1999).

Πολλοί λόγοι έχουν προταθεί γι' αυτήν τη χαμηλή συμμόρφωση των διαβητικών στις συστάσεις, μεταξύ των οποίων κάποιοι σχετίζονται με τα «εμπόδια» που συναντούν οι ασθενείς για να ενσωματώσουν τις προτεινόμενες διαιτητικές αλλαγές στην καθημερινότητά τους (ανάγκη για συνεχή προγραμματισμό, λιγότερες διατροφικές επιλογές, αίσθημα διαιτητικού περιορισμού, παραπληροφόρηση ή αντικρουόμενες πληροφορίες από διάφορες πηγές κ.λπ.), ενώ κάποιοι άλλοι με τον τρόπο που υλοποιούνται οι παρεμβάσεις από τους επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των διαιτολόγων (αυστηρά διαιτολογία, έλλειψη εναλλακτικών, εκτενείς πληροφορίες, γενικοί παρά συγκεκριμένοι στόχοι κ.ά.) (Yannakoulia, 2006). Για τη βελτίωση της συμμόρφωσης των διαβητικών ασθενών στη διαίτα εφαρμόστηκαν αρχικά μονόδρομες παρεμβάσεις διδακτικού χαρακτήρα, οι οποίες είχαν σκοπό να αυξήσουν τις γνώσεις του ασθενούς γύρω από τον σακχαρώδη διαβήτη ή/και την απόκτηση ικανοτήτων στον χειρισμό του (Boswell, 1987; Speers & Turk, 1982). Σ' αυτές τις παρεμβάσεις ο επαγγελματίας υγείας ήταν υπεύθυνος για την εκπαιδευτική διαδικασία και είχε εξουσιαστικό ρόλο, ενώ ο ασθενής είχε παθητικό ρόλο και η κύρια συμμετοχή του στη διαδικασία περιοριζόταν στο κατά πόσο θα συμμορφωθεί με τις οδηγίες του επαγγελματία υγείας. Οι παρεμβάσεις αυτές είχαν θετικά αποτελέσματα βραχυπρόθεσμα ( $\leq 6$  μήνες), τα οποία, όμως, δεν διατηρούνταν μακροπρόθεσμα ( $\geq 1$  έτος) (Clement, 1995).

Για τον λόγο αυτόν, και λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση με τη διαίτα, υπήρξε μετατόπιση των παρεμβάσεων περισσότερο προς τον ασθενή. Βασικό άξονα αποτέλεσε η θεωρία της «ενίσχυσης του ασθενούς» (patient empowerment) (Anderson, Funnell, Barr, Dedrick, & Davis, 1991; Anderson, Funnell, Fitzgerald, & Marrero, 2000). Σύμφωνα μ' αυτήν, στόχος είναι η «ενίσχυση», δηλαδή, η παροχή βοήθειας στον ασθενή, προκειμένου να ανακαλύψει και να χρησιμοποιήσει τις δικές του ικανότητες στην προσπάθεια διαχείρισης του διαβήτη. Με τον τρόπο αυτόν, ο επαγγελματίας υγείας καθίσταται βοηθός του ασθενούς: τον ενισχύει όχι μόνο μέσω της παροχής γνώσεων αλλά και διευκολύνοντάς τον στην αλλαγή συμπεριφοράς. Ταυτόχρονα, ο ασθενής, έχοντας ενεργό ρόλο, είναι εκείνος που καθορίζει τον ρυθμό και την κατεύθυνση της θεραπευτικής διαδικασίας (συμπεριλαμβανομένης και της εκπαίδευσης).

Επίσης, η αξιολόγηση του σταδίου αλλαγής σε μη ρυθμισμένους διαβητικούς ασθενείς έχει προταθεί ως σημαντικό βήμα για τη βελτίωση της παρέμβασης (Trigwell, Grant, & House, 1997). Ομοίως, παρεμβάσεις που στηρίζονται στις αρχές, σε στρατηγικές ή εργαλεία της συνέντευξης κινητοποίησης, έχει βρεθεί ότι είναι αρκετά αποδοτικές στο να βελτιώσουν ή να τροποποιήσουν διαιτητικές συμπεριφορές που σχετίζονται με τον σακχαρώδη διαβήτη (VanWormer & Boucher, 2004).

Ειδικά για τους ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο «Πριν τη σκέψη», είναι σημαντικό να χρησιμοποιηθούν στοιχεία της Συνέντευξης Κινητοποίησης, προκειμένου να προχωρήσουν στο στάδιο της «Προετοιμασίας» ή της «Δράσης». Ως εργαλεία έχουν προταθεί η ζυγαριά ή το φύλλο αποφάσεων, ο χάρακας ετοιμότητας, το ημερολόγιο καταγραφής τροφίμων και ο κατάλογος προγραμματισμού στόχων (agenda setting chart) (Stott, Rees, Rollnick, Pill, & Hackett, 1996).

Για όσους βρίσκονται στο στάδιο της «Δράσης», για να μεταφραστεί η κινητοποίησή τους σε παραγωγική δράση, μπορούν να εφαρμοστούν στρατηγικές και τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς. Σ' αυτές συγκαταλέγεται η στοχοθεσία, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της αποτελεσματικής θεραπείας του σακχαρώδους διαβήτη (Miller & Bauman, 2014). Προκειμένου να εφαρμοστεί αποτελεσματικά στον διαβήτη, έχουν προταθεί τα ακόλουθα βήματα, τα οποία παρουσιάζονται κάπως πιο ειδικά σε σχέση με τα αντίστοιχα στο Κεφάλαιο 7:

- 1) Αξιολόγηση της παρούσας συμπεριφοράς σχετικά με τον στόχο, τους διαθέσιμους πόρους, τους περιορισμούς, τις γνώσεις και τις δεξιότητες απόπειρας στόχου. Η εκπαίδευση σχετικά με τη στοχευμένη συμπεριφορά, στην περίπτωση που το άτομο δεν διαθέτει γνώσεις ή δεξιότητες, είναι απαραίτητη. Προτείνεται ο επαγγελματίας υγείας να ξεκινά με έναν στόχο μάθησης, αντί για έναν στόχο εκτέλεσης, όταν οι γνώσεις ή/και οι δεξιότητες είναι λίγες.
- 2) Προσδιορισμός του επιπέδου δέσμευσης σχετικά με την επίλυση του προβλήματος. Στην περίπτωση που είναι χαμηλό, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται η αμφιταλάντευση ή να επιλέγεται μια άλλη συμπεριφορά.
- 3) Ανάλυση των δράσεων που απαιτούνται για την επίτευξη του στόχου. Στην περίπτωση περίπλοκων δράσεων, θα πρέπει να ορίζονται βραχυπρόθεσμοι στόχοι και μια αλληλουχία στόχων. Πολύπλοκες θεωρούνται οι δράσεις που απαιτούν στρατηγική ανάλυση.
- 4) Αξιολόγηση της αυτοαποτελεσματικότητας του ασθενούς σχετικά με τη δέσμευσή του σε μια συμπεριφορά (μπορεί να γίνει με οπτικές κλίμακες). Αν η αυτοαποτελεσματικότητα είναι χαμηλή, θα πρέπει να αναζητηθούν οι λόγοι, όπως, επίσης, να ορισθούν στόχοι ανάλογοι με τη δυσκολία και την αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου.
- 5) Καθορισμός συγκεκριμένων στόχων, σχετικά δύσκολων (που απαιτούν κάποια προσπάθεια) αλλά επιτεύξιμων σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Το επίπεδο δυσκολίας εξαρτάται από τον ασθενή, από τις προηγούμενες εμπειρίες του και τους διαθέσιμους πόρους.
- 6) Ανάπτυξη λεπτομερούς σχεδίου δράσης σχετικά με την επίτευξη του στόχου (τι, πότε, πού, πώς, και πόσο συχνά).
- 7) Παροχή ανατροφοδότησης σε τακτικά διαστήματα και επιβράβευσης στις επιτυχημένες προσπάθειες. Οι δε αποτυχημένες προσπάθειες πρέπει να συζητούνται ως ευκαιρίες μάθησης και ανάπτυξης δεξιοτήτων. Επίσης, η υποτροπή είναι αναμενόμενη και δεν συνιστά αποτυχία.
- 8) Ορισμός σταδιακά δυσκολότερων στόχων, όταν η δέσμευση και οι ικανότητες είναι υψηλές, προκειμένου να ενισχυθεί η ικανοποίηση και η αυτο-αποτελεσματικότητα του ατόμου. Στην περίπτωση του ανέφικτου στόχου, αυτός αναδιαμορφώνεται σε έναν πιο διαχειρίσιμο.

Συμπερασματικά, διαιτολόγοι και άλλοι ειδικοί του χώρου της υγείας απαιτείται να είναι γνώστες και καλοί χειριστές τεχνικών και δεξιοτήτων από διάφορα πρότυπα/θεωρίες αλλαγής διαιτητικής συμπεριφοράς, τις οποίες θα χρησιμοποιούν και θα προσαρμόζουν ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενούς. Η υιοθέτηση αυτών των τεχνικών και των δεξιοτήτων από τους επαγγελματίες της υγείας απαιτεί χρόνο, όπως, επίσης, και η διατήρησή τους, παρά τον αρχικό ενθουσιασμό που ίσως εμφανίζουν όλοι στο να ενσωματώσουν νέα στοιχεία στη διατροφική φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς τους (Pill, Stott, Rollnick, & Rees, 1998).

## Βιβλιογραφία

- Alvarez Guisasola, F., Tofe Povedano, S., Krishnarajah, G., Lyu, R., Mavros, P., & Yin, D. (2008). Hypoglycaemic symptoms, treatment satisfaction, adherence and their associations with glycaemic goal in patients with type 2 diabetes mellitus: findings from the Real-Life Effectiveness and Care Patterns of Diabetes Management (RECAP-DM) Study. *Diabetes Obes Metab*, *10 Suppl 1*, 25-32.
- Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2000). Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *Diabetes Educ*, *26*(4), 597-604.
- Anderson, R.M., Funnell, M.M., Barr, P.A., Dedrick, R.F., Davis, W.K. (1991). Learning to empower patients. Results of professional education program for diabetes educators. *Diabetes Care*, *14*(7), 584-590.
- Baker, R. C., & Kirschenbaum, D. S. (1998). Weight control during the holidays: highly consistent self-monitoring as a potentially useful coping mechanism. *Health Psychol*, *17*(4), 367-370.
- Beumont, P. J. V., & Touyz, S. W. (1995). The nutritional management of anorexia and bulimia nervosa. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: a comprehensive handbook*. New York, N.Y.: The Guilford Press.
- Boswell, E. J. (1987). A team approach. Selecting teaching strategies to promote patient adherence. *Diabetes Educ*, *13*(4), 410-412.
- Braet, C. (1999). Treatment of obese children: a new rationale. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *4*, 579-591.
- Braet, C., & Van Winckel, M. (2000). Long-term follow-up of a cognitive behavioral treatment program for obese children. *Behavior Therapy* *31*(1), 55-74.
- Brownell, K. D., Heckerman, C. L., Westlake, R. J., Hayes, S. C., & Monti, P. M. (1978). The effect of couples training and partner co-operativeness in the behavioral treatment of obesity. *Behav Res Ther*, *16*(5), 323-333.
- Brownell, K. D., Kelman, J. H., & Stunkard, A. J. (1983). Treatment of obese children with and without their mothers: changes in weight and blood pressure. *Pediatrics*, *71*(4), 515-523.
- Brownell, K. D., & Kramer, F. M. (1994). Behavioral management of obesity. In G. L. Blackburn & B. S. Kandors (Eds.), *Obesity: pathophysiology, psychology and treatment*. New York, N.Y.: Chapman & Hall.
- Brunzell, C., & Hendrickson-Nelson, M. (2001). Nutrition Counseling. In J. E. Mitchell (Ed.), *The outpatient treatment of eating disorders*. Minneapolis, MN.: University of Minnesota Press.
- Carels, R. A., Darby, L., Cacciapaglia, H. M., Konrad, K., Coit, C., Harper, J., et al. (2007). Using motivational interviewing as a supplement to obesity treatment: a stepped-care approach. *Health Psychol*, *26*(3), 369-374.
- Clement, S. (1995). Diabetes self-management education. *Diabetes Care*, *18*(8), 1204-1214.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behav Res Ther*, *39*(5), 499-511.
- Corbalan, M. D., Morales, E. M., Canteras, M., Espallardo, A., Hernandez, T., & Garaulet, M. (2009). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on the Mediterranean diet for the treatment of obesity. *Nutrition*, *25*(7-8), 861-869.
- Cresci, B., Tesi, F., La Ferlita, T., Ricca, V., Ravaldi, C., Rotella, C. M., et al. (2007). Group versus individual cognitive-behavioral treatment for obesity: results after 36 months. *Eat Weight Disord*, *12*(4), 147-153.
- Dubbert, P. M., & Wilson, G. T. (1984). Goal-setting and spouse involvement in the treatment of obesity. *Behav Res Ther*, *22*(3), 227-242.
- Duffy, G., & Spence, S. H. (1993). The effectiveness of cognitive self-management as an adjunct to a behavioural intervention for childhood obesity: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, *34*(6), 1043-1050.
- Epstein, L. H., McCurley, J., Wing, R. R., & Valoski, A. (1990). Five-year follow-up of family-based behavioral treatments for childhood obesity. *J Consult Clin Psychol*, *58*(5), 661-664.
- Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R., & McCurley, J. (1994). Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychol*, *13*(5), 373-383.
- Epstein, L. H., Wing, R. R., Koeske, R., & Valoski, A. (1987). Long-term effects of family-based treatment of childhood obesity. *J Consult Clin Psychol*, *55*(1), 91-95.

- Epstein, L. H., Wing, R. R., Steranchak, L., Dickson, B., & Michelson, J. (1980). Comparison of family-based behavior modification and nutrition education for childhood obesity. *J Pediatr Psychol*, 5(1), 25-36.
- Fabricatore, A. N. (2007). Behavior therapy and cognitive-behavioral therapy of obesity: is there a difference? *J Am Diet Assoc*, 107(1), 92-99.
- Fabricatore, A. N., Wadden, T. A., Womble, L. G., Sarwer, D. B., Berkowitz, R. I., Foster, G. D., et al. (2007). The role of patients' expectations and goals in the behavioral and pharmacological treatment of obesity. *Int J Obes (Lond)*, 31(11), 1739-1745.
- Foreyt, J. P., Mitchell, R. E., Garner, D. T., Gee, M., Scott, L. W., & Gotto, A. M. (1983). Behavioral Treatment of Obesity: Results and Limitations. *Behav Ther*, 13, 153-161.
- Foreyt, J. P., & Poston, W. S., 2nd. (1998). The role of the behavioral counselor in obesity treatment. *J Am Diet Assoc*, 98(10 Suppl 2), S27-30.
- Foster, G. D., Makris, A. P., & Bailer, B. A. (2005). Behavioral treatment of obesity. *Am J Clin Nutr*, 82(1 Suppl), 230S-235S.
- Franz, M. J., Bantle, J. P., Beebe, C. A., Brunzell, J. D., Chiasson, J. L., Garg, A., et al. (2002). Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. *Diabetes Care*, 25(1), 148-198.
- Franz, M. J., Monk, A., Barry, B., McClain, K., Weaver, T., Cooper, N., et al. (1995). Effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians in the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized, controlled clinical trial. *J Am Diet Assoc*, 95(9), 1009-1017.
- Franz, M. J., Splett, P. L., Monk, A., Barry, B., McClain, K., Weaver, T., et al. (1995). Cost-effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians for persons with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Am Diet Assoc*, 95(9), 1018-1024.
- Glasgow, R. E., Hampson, S. E., Strycker, L. A., & Ruggiero, L. (1997). Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management. *Diabetes Care*, 20(4), 556-561.
- Golan, M., Kaufman, V., & Shahar, D. R. (2006). Childhood obesity treatment: targeting parents exclusively v. parents and children. *Br J Nutr*, 95(5), 1008-1015.
- Golan, M., & Weizman, A. (2001). Familial approach to the treatment of childhood obesity: conceptual mode. *J Nutr Educ*, 33(2), 102-107.
- Golan, M., Weizman, A., Apter, A., & Fainaru, M. (1998). Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *Am J Clin Nutr*, 67(6), 1130-1135.
- Gorin, A., Phelan, S., Tate, D., Sherwood, N., Jeffery, R., & Wing, R. (2005). Involving support partners in obesity treatment. *J Consult Clin Psychol*, 73(2), 341-343.
- Gotestam, K. G. (1979). A three year follow-up of a behavioral treatment for obesity. *Addict Behav*, 4(2), 179-183.
- Graves, T., Meyers, A. W., & Clark, L. (1988). An evaluation of parental problem-solving training in the behavioral treatment of childhood obesity. *J Consult Clin Psychol*, 56(2), 246-250.
- Griffiths, R. A., & Holliday, J. (1987). An evaluation and follow-up investigation of a behavioural group treatment programme for obesity. *Psychother Psychosom*, 48(1-4), 157-164.
- Howteerakul, N., Suwannapong, N., Rittichu, C., & Rawdaree, P. (2007). Adherence to regimens and glycemic control of patients with type 2 diabetes attending a tertiary hospital clinic. *Asia Pac J Public Health*, 19(1), 43-49.
- Israel, A. C., Guile, C. A., Baker, J. E., & Silverman, W. K. (1994). An evaluation of enhanced self-regulation training in the treatment of childhood obesity. *J Pediatr Psychol*, 19(6), 737-749.
- Jeffery, R. W., Bjornson-Benson, W. M., Rosenthal, B. S., Lindquist, R. A., & Johnson, S. L. (1984). Behavioral treatment of obesity with monetary contracting: two-year follow-up. *Addict Behav*, 9(3), 311-313.
- Jeffery, R. W., Vender, M., & Wing, R. R. (1978). Weight loss and behavior change 1 year after behavioral treatment for obesity. *J Consult Clin Psychol*, 46(2), 368-369.
- Jeffery, R. W., & Wing, R. R. (1995). Long-term effects of interventions for weight loss using food provision and monetary incentives. *J Consult Clin Psychol*, 63(5), 793-796.
- Jeffrey, D. B., Christensen, E. R., & Pappas, J. P. (1973). Developing a behavioral program and therapist manual for the treatment of obesity. *J Am Coll Health Assoc*, 21(5), 455-459.
- Jelalian, E., & Saelens, B. E. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: pediatric obesity. *J Pediatr Psychol*, 24(3), 223-248.
- Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., et al. (2014). 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the

- American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Circulation*, 129(25 Suppl 2), S102-138.
- Johnson, S. S., Paiva, A. L., Cummins, C. O., Johnson, J. L., Dymont, S. J., Wright, J. A., et al. (2008). Transtheoretical model-based multiple behavior intervention for weight management: effectiveness on a population basis. *Prev Med*, 46(3), 238-246.
- Killick, S., & Allen, C. (1997). "Shifting the balance" - motivational interviewing to help behavior change in people with bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 5(1), 33-41.
- Kirschenbaum, D. S., Stalonas, P. M., Jr., Zastowny, T. R., & Tomarken, A. J. (1985). Behavioral treatment of adult obesity: attentional controls and a 2-year follow-up. *Behav Res Ther*, 23(6), 675-682.
- Kramer, F. M., Jeffery, R. W., Forster, J. L., & Snell, M. K. (1989). Long-term follow-up of behavioral treatment for obesity: patterns of weight regain among men and women. *Int J Obes*, 13(2), 123-136.
- Kumanyika, S. K., Adams-Campbell, L., Van Horn, B., Ten Have, T. R., Treu, J. A., Askov, E., et al. (1999). Outcomes of a cardiovascular nutrition counseling program in African-Americans with elevated blood pressure or cholesterol level. *J Am Diet Assoc*, 99(11), 1380-1391.
- Lantz, H., Peltonen, M., Agren, L., & Torgerson, J. S. (2003). A dietary and behavioural programme for the treatment of obesity. A 4-year clinical trial and a long-term posttreatment follow-up. *J Intern Med*, 254(3), 272-279.
- Latner, J. D., Stunkard, A. J., Wilson, G. T., & Jackson, M. L. (2006). The perceived effectiveness of continuing care and group support in the long-term self-help treatment of obesity. *Obesity (Silver Spring)*, 14(3), 464-471.
- Levine, M. D., Ringham, R. M., Kalarchian, M. A., Wisniewski, L., & Marcus, M. D. (2001). Is family-based behavioral weight control appropriate for severe pediatric obesity? *Int J Eat Disord*, 30(3), 318-328.
- Levy, S., Pierce, J. P., Dembecki, N., & Cripps, A. (1986). Self-help group behavioural treatment for obesity. An evaluation of Weight Control Workshops. *Med J Aust*, 145(9), 436-438.
- Loro, A. D., Jr., Levenkron, J. C., & Fisher, E. B., Jr. (1979). Critical clinical issues in the behavioral treatment of obesity. *Addict Behav*, 4(4), 383-391.
- Mastellos, N., Gunn, L. H., Felix, L. M., Car, J., & Majeed, A. (2014). Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD008066.
- Melin, I., & Rossner, S. (2003). Practical clinical behavioral treatment of obesity. *Patient Educ Couns*, 49(1), 75-83.
- Micco, N., Gold, B., Buzzell, P., Leonard, H., Pintauro, S., & Harvey-Berino, J. (2007). Minimal in-person support as an adjunct to internet obesity treatment. *Ann Behav Med*, 33(1), 49-56.
- Miller, C. K., & Bauman, J. (2014). Goal setting: an integral component of effective diabetes care. *Curr Diab Rep*, 14(8), 509.
- Minniti, A., Bissoli, L., Di Francesco, V., Fantin, F., Mandragona, R., Olivieri, M., et al. (2007). Individual versus group therapy for obesity: comparison of dropout rate and treatment outcome. *Eat Weight Disord*, 12(4), 161-167.
- Musante, G. J. (1974). Obesity: a behavioral treatment program. *Am Fam Physician*, 10(6), 95-102.
- Nuutinen, O. (1991). Long-term effects of dietary counselling on nutrient intake and weight loss in obese children. *Eur J Clin Nutr*, 45(6), 287-297.
- Omizo, S. A., & Oda, E. A. (1988). Anorexia nervosa: psychological considerations for nutrition counseling. *J Am Diet Assoc*, 88(1), 49-51.
- Ozier, A. D., & Henry, B. W. (2011). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc*, 111(8), 1236-1241.
- Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L., Renjilian, D. A., & Viegner, B. J. (2001). Relapse prevention training and problem-solving therapy in the long-term management of obesity. *J Consult Clin Psychol*, 69(4), 722-726.
- Peyrot, M., Rubin, R. R., Lauritzen, T., Snoek, F. J., Matthews, D. R., & Skovlund, S. E. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet Med*, 22(10), 1379-1385.
- Pezzot-Pearce, T. D., LeBow, M. D., & Pearce, J. W. (1982). Increasing cost-effectiveness in obesity treatment through use of self-help behavioral manuals and decreased therapist contact. *J Consult Clin Psychol*, 50(3), 448-449.

- Pill, R., Stott, N. C., Rollnick, S. R., & Rees, M. (1998). A randomized controlled trial of an intervention designed to improve the care given in general practice to Type II diabetic patients: patient outcomes and professional ability to change behaviour. *Fam Pract*, *15*(3), 229-235.
- Rapoport, L., Clark, M., & Wardle, J. (2000). Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. *Int J Obes Relat Metab Disord*, *24*(12), 1726-1737.
- Reinehr, T., Kersting, M., Alexy, U., & Andler, W. (2003). Long-term follow-up of overweight children: after training, after a single consultation session, and without treatment. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, *37*(1), 72-74.
- Renjilian, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L., & Anton, S. D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *J Consult Clin Psychol*, *69*(4), 717-721.
- Romanczyk, R. G., Tracey, D. A., Wilson, G. T., & Thorpe, G. L. (1973). Behavioral techniques in the treatment of obesity: a comparative analysis. *Behav Res Ther*, *11*(4), 629-640.
- Sbrocco, T., Nedegaard, R. C., Stone, J. M., & Lewis, E. L. (1999). Behavioral choice treatment promotes continuing weight loss: preliminary results of a cognitive-behavioral decision-based treatment for obesity. *J Consult Clin Psychol*, *67*(2), 260-266.
- Seagle, H. M., Strain, G. W., Makris, A., & Reeves, R. S. (2009). Position of the American Dietetic Association: weight management. *J Am Diet Assoc*, *109*(2), 330-346.
- Sharma, M. (2007). Behavioural interventions for preventing and treating obesity in adults. *Obes Rev*, *8*(5), 441-449.
- Shobhana, R., Begum, R., Snehalatha, C., Vijay, V., & Ramachandran, A. (1999). Patients' adherence to diabetes treatment. *J Assoc Physicians India*, *47*(12), 1173-1175.
- Speers, M. A., & Turk, D. C. (1982). Diabetes self-care: knowledge, beliefs, motivation, and action. *Patient Couns Health Educ*, *3*(4), 144-149.
- Stephoe, A., Doherty, S., Rink, E., Kerry, S., Kendrick, T., & Hilton, S. (1999). Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease: randomised trial. *BMJ*, *319*(7215), 943-947.
- Stott, N. C., Rees, M., Rollnick, S., Pill, R. M., & Hackett, P. (1996). Professional responses to innovation in clinical method: diabetes care and negotiating skills. *Patient Educ Couns*, *29*(1), 67-73.
- Teixeira, P. J., Carraca, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert, J. M., De Bourdeaudhuij, I., et al. (2015). Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Med*, *13*, 84.
- Timlin, M. T., Shores, K. V., & Reicks, M. (2002). Behavior change outcomes in an outpatient cardiac rehabilitation program. *J Am Diet Assoc*, *102*(5), 664-671.
- Treasure, J., & Ward, A. (1997). A practical guide to the use of motivational interviewing in Anorexia Nervosa. *Eur Eating Dis Rev*, *5*(2), 102-114.
- Trigwell, P., Grant, P. J., & House, A. (1997). Motivation and glycemic control in diabetes mellitus. *J Psychosom Res*, *43*(3), 307-315.
- Tsigos, C., Hainer, V., Basdevant, A., Finer, N., Fried, M., Mathus-Vliegen, E., et al. (2008). Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines. *Obesity Facts*, *1*, 106-116.
- U.S. Preventive Services Task Force. (2003). Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet: recommendations and rationale. *Am J Prev Med*, *24*(1), 93-100.
- van der Veen, J., Bakx, C., van den Hoogen, H., Verheijden, M., van den Bosch, W., van Weel, C., et al. (2002). Stage-matched nutrition guidance for patients at elevated risk for cardiovascular disease: a randomized intervention study in family practice. *J Fam Pract*, *51*(9), 751-758.
- VanWormer, J. J., & Boucher, J. L. (2004). Motivational interviewing and diet modification: a review of the evidence. *Diabetes Educ*, *30*(3), 404-406, 408-410, 414-416.
- Vijan, S., Stuart, N. S., Fitzgerald, J. T., Ronis, D. L., Hayward, R. A., Slater, S., et al. (2005). Barriers to following dietary recommendations in Type 2 diabetes. *Diabet Med*, *22*(1), 32-38.
- Wadden, T. A., Butryn, M. L., & Wilson, C. (2007). Lifestyle modification for the management of obesity. *Gastroenterology*, *132*(6), 2226-2238.
- Wadden, T. A., Foster, G. D., & Letizia, K. A. (1994). One-year behavioral treatment of obesity: comparison of moderate and severe caloric restriction and the effects of weight maintenance therapy. *J Consult Clin Psychol*, *62*(1), 165-171.

- Wadden, T. A., Sternberg, J. A., Letizia, K. A., Stunkard, A. J., & Foster, G. D. (1989). Treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination: a five-year perspective. *Int J Obes, 13 Suppl 2*, 39-46.
- Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N., & Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med, 22*(4), 267-284.
- Wilson, G. T. (1995). Behavioral approaches to the treatment of obesity. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: a comprehensive handbook*. New York, N.Y.: The Guilford Press
- Wing, R. R., & Jeffery, R. W. (1999). Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *J Consult Clin Psychol, 67*(1), 132-138.
- Wing, R. R., Jeffery, R. W., Burton, L. R., Thorson, C., Nissinoff, K. S., & Baxter, J. E. (1996). Food provision vs structured meal plans in the behavioral treatment of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord, 20*(1), 56-62.
- Yannakoulia, M. (2006). Eating behavior among type 2 diabetic patients: a poorly recognized aspect in a poorly controlled disease. *Rev Diabet Stud, 3*(1), 11-16.



## 11. Νέες προσεγγίσεις παρέμβασης: Τηλεφωνικές παρεμβάσεις και παρεμβάσεις μέσω διαδικτύου

### Σύνοψη

Παραδοσιακά, η διατροφική παρέμβαση γινόταν μέσω της κατά πρόσωπο επαφής του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή. Ωστόσο, η περιορισμένη υιοθέτηση των ισορροπημένων διαιτητικών συνηθειών που παρατηρείται, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι τα νοσήματα που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (δίαιτα και άσκηση) λαμβάνουν σήμερα διαστάσεις επιδημίας, αναδεικνύουν την ανάγκη να προσεγγιστεί μεγάλο μέρος του πληθυσμού με τρόπο αφενός αποτελεσματικό και αφετέρου οικονομικό (σε κόστος και χρόνο). Η τηλεφωνική επικοινωνία και η επικοινωνία μέσω διαδικτύου αποτελούν μεθόδους παρέμβασης που μπορούν να συμβάλλουν σε μια τέτοιου είδους προσέγγιση. Έχει φανεί ότι παρέχουν ένα πολλά υποσχόμενο μέσο επαναλαμβανόμενων επαφών, αναγκαίων για να επιτευχθεί τροποποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς του ατόμου. Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν και θα αξιολογηθούν παρεμβάσεις για τη βελτίωση της διατροφικής συμπεριφοράς οι οποίες έχουν γίνει μέσω τηλεφώνου ή διαδικτύου.

### Προαπαιτούμενη γνώση

Προσκόλληση (Κεφάλαιο 1).

Συνέντευξη Κινητοποίησης, Συμπεριφορικές Τεχνικές, Γνωσιακή Κοινωνική Θεωρία (Κεφάλαιο 7).

### 11.1. Εισαγωγή

Πέρα από το θεωρητικό υπόβαθρο, το οποίο χρησιμοποιείται και διέπει σε μεγάλο βαθμό τη σχέση του ασθενούς με τον επαγγελματία υγείας, και άλλοι παράγοντες —όπως η δομή της παρέμβασης— επηρεάζουν τον βαθμό προσκόλλησης του πρώτου στις διατροφικές συστάσεις. Τα προβλήματα προσκόλλησης, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι τα νοσήματα που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (δίαιτα & άσκηση) αφορούν πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού, αναδεικνύουν την ανάγκη να βρεθεί ένας τρόπος προσέγγισης μεγάλου μέρους του πληθυσμού, αφενός αποτελεσματικός, αφετέρου οικονομικός σε κόστος και χρόνο. Τέτοιου είδους μεθόδους παρέμβασης αποτελούν η τηλεφωνική επικοινωνία και η επικοινωνία μέσω διαδικτύου, οι οποίες παρέχουν ένα αποτελεσματικό μέσο για συνεχείς επαφές που είναι αναγκαίες για να επιτευχθεί προσκόλληση στις απαιτούμενες αλλαγές συμπεριφοράς (Goode, Reeves, & Eakin, 2012; Kroeze, Werkman, & Brug, 2006).

### 11.2. Τηλεφωνικές συνεδρίες

Το τηλέφωνο αποτελεί ένα από τα πιο προσιτά μέσα επαφής/επικοινωνίας του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή (Goode, et al., 2012). Χαρακτηρίζεται από ευκολία στη χρήση, καλή σχέση κόστους-οφέλους και δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους του πληθυσμού —ακόμα και πληθυσμού με περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας—, ενώ καλύπτει επαρκώς το κενό μεταξύ των επισκέψεων στην κλινική, αναφορικά με την προσκόλληση στις διατροφικές συστάσεις (Goode, et al., 2012; Vanwormer, Boucher, & Pronk, 2006).

#### 11.2.1. Αποτελεσματικότητα τηλεφωνικών παρεμβάσεων στην τροποποίηση του τρόπου ζωής (δίαιτα και άσκηση)

Η τηλεφωνική παρέμβαση έχει χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά ως μέσο τόσο για τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών όσο και για τη βελτίωση των συνηθειών της άσκησης, σε ασθενείς με διάφορα νοσήματα αλλά και σε υγιείς (Eakin, Lawler, Vandelanotte, & Owen, 2007). Για παράδειγμα, έχει εφαρμοσθεί σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, και έχει φανεί ότι αυτός ο τρόπος παρέμβασης βελτιώνει τις διατροφικές συνήθειες και τον γλυκαιμικό έλεγχο, ακόμη και χωρίς να αλλάζει το σωματικό βάρος (Eakin, et al., 2009; Oh, Kim, Yoon, & Choi, 2003; Song & Kim, 2007). Οι αλλαγές αυτές επιτυγχάνονται ακόμη και μόλις μετά 4 εβδομάδων παρέμβαση, ενώ μεγαλύτερης διάρκειας παρέμβαση (12 μήνες) επιφέρει μεγαλύτερες αλλαγές (Goode, et al., 2011). Εντούτοις, σε μία μελέτη η τηλεφωνική παρέμβαση δεν επέφερε επιπλέον βελτίωση στη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη σε σύγκριση με τη συνήθη παρέμβαση (Mons, et al., 2013). Αξίζει να σημειωθεί ότι στη συγκεκριμένη μελέτη η διάρκεια της τηλεφωνικής συνεδρίας ήταν μικρότερη από τις άλλες περιπτώσεις (10 λεπτά) και η συχνότητα της επαφής σπανιότερη (1 το μήνα). Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι όσο

μεγαλύτερη είναι η ένταση της τηλεφωνικής παρέμβασης (αριθμός τηλεφωνικών συνεδριών), τόσο καλύτερο είναι το αποτέλεσμα (Goode, Winkler, Reeves, & Eakin, in press).

Ομοίως, θετική επίδραση αναφορικά με την αλλαγή του τρόπου ζωής (δίαιτα και άσκηση) φαίνεται να έχει η τηλεφωνική παρέμβαση σε ασθενείς με δυσλιπιδαιμία, στεφανιαία νόσο, Μεταβολικό Σύνδρομο ή υπέρταση (Bosworth, et al., 2009; Burke, Dunbar-Jacob, Orchard, & Sereika, 2005; Fappa, et al., 2012; Kim, et al., 2013; Kris-Etherton, et al., 2002; VanWormer, Boucher, Pronk, & Thoenes, 2004). Οι αλλαγές που επιτυγχάνονται στη δίαιτα αφορούν την πρόσληψη μακροθρεπτικών συστατικών και συγκεκριμένων τροφίμων, ή/και τον βαθμό προσκόλλησης σε υγιεινά διαιτητικά πρότυπα. Από την άλλη μεριά, αναφορικά με τη βελτίωση του επιπέδου φυσικής δραστηριότητας, δεν υπάρχει ομοφωνία αποτελεσμάτων, αφού είτε επιτυγχάνεται αύξηση είτε δεν παρατηρείται βελτίωση. Σε κάθε περίπτωση, το σημαντικό εύρημα είναι ότι αλλαγές σε παραμέτρους του τρόπου ζωής που επιτυγχάνονται μέσω τηλεφωνικών παρεμβάσεων απεικονίζονται και σε δείκτες που σχετίζονται με την καρδιαγγειακή υγεία των ασθενών.

Αντίθετα, τα δεδομένα της επίδρασης της τηλεφωνικής παρέμβασης στη διαχείριση του σωματικού βάρους υπέρβαρων ή παχύσαρκων ασθενών δεν είναι τόσο ενθαρρυντικά (Hellerstedt & Jeffery, 1997; Tucker, Cook, Nokes, & Adams, 2008). Το γεγονός αυτό αποτυπώνεται στις επίσημες συστάσεις: αν και συστήνεται η εφαρμογή προγραμμάτων απώλειας σωματικού βάρους μέσω ηλεκτρονικών μέσων ή τηλεφώνου, αυτό ενδέχεται να οδηγήσει σε μικρότερη απώλεια, συγκριτικά με αντίστοιχη κατά πρόσωπο παρέμβαση (Jensen, et al., 2014). Από την άλλη μεριά, η χρήση τηλεφώνου φαίνεται να είναι εξίσου αποτελεσματική στη διατήρηση της απώλειας βάρους με τις κατά πρόσωπο συνεδρίες, όταν οι τηλεφωνικές συνεδρίες πραγματοποιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα (1 φορά το μήνα ή και συχνότερα).

Τηλεφωνικές παρεμβάσεις έχουν, επίσης, χρησιμοποιηθεί σε επιζήσαντες ασθενείς με καρκίνο του μαστού ή με καρκίνο του παχέος εντέρου, με στόχο τη βελτίωση της διαιτητικής πρόσληψης (Hawkes, Gollschewski, Lynch, & Chambers, 2009; Pierce, et al., 2004). Και στις δύο περιπτώσεις η παρέμβαση περιλάμβανε στοχοθεσία και ήταν βασισμένη στη Γνωσιακή Κοινωνική Θεωρία. Ωστόσο, οι παρεμβάσεις διέφεραν ως προς τη διάρκεια και την ένταση. Στην πρώτη περίπτωση εφαρμόστηκαν 6 εβδομαδιαίες τηλεφωνικές συνεδρίες διάρκειας 45 λεπτών. Στη δεύτερη περίπτωση ο αριθμός των τηλεφωνικών συνεδριών καθορίστηκε με βάση τις συγκεκριμένες ανάγκες του ασθενούς για ένα διάστημα 6 μηνών. Στην τελευταία αυτήν περίπτωση οι συνεδρίες ήταν χωρισμένες σε 3 φάσεις: α) φάση αυξημένης έντασης: έμφαση σε εκπαίδευση και ανάπτυξη της αυτοαποτελεσματικότητας, προκειμένου να αντιληφθεί ο ασθενής ότι μπορεί να αλλάξει τη διατροφική του πρόσληψη, β) φάση μικρότερης έντασης: εκπαίδευση ασθενών να αυτοπαρακολουθούν τη διατροφική τους πρόσληψη και να αντιμετωπίζουν τα πιθανά εμπόδια που βρίσκουν στην πρακτική εφαρμογή του διαιτολογίου τους, γ) φάση «ηρεμίας»: κινητοποιητική υπενθύμιση του διαιτολογίου και πρόληψη υποτροπής. Αν και οι δύο παρεμβάσεις βελτίωσαν τη διατροφική πρόσληψη των συμμετεχόντων, η δεύτερη οδήγησε σε περισσότερες διατροφικές αλλαγές.

Τηλεφωνική παρέμβαση για την αλλαγή του τρόπου ζωής έχει εφαρμοστεί και όταν η δίαιτα και η άσκηση δεν αποτελούν συστατικό της θεραπείας ενός νοσήματος, αλλά προλαμβάνουν την εμφάνιση νοσημάτων. Για παράδειγμα, τηλεφωνική παρέμβαση σε ασθενείς διαγνωσμένους με ψυχωτική διαταραχή επέφερε βελτίωση, αυξάνοντας την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, περιορίζοντας την ενασχόληση με την οθόνη, και μειώνοντας το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ (Baker, et al., 2014). Αντίστοιχα, η εφαρμογή της τηλεφωνικής παρέμβασης με στόχο τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών υγείων ατόμων για λόγους πρόληψης χρόνιων νοσημάτων, φαίνεται να βελτιώνει τις διατροφικές συνήθειες - στόχους της εκάστοτε παρέμβασης (Djuric, et al., 2008; Newman, Flatt, & Pierce, 2008).

Συνοψίζοντας, η εφαρμογή της τηλεφωνικής παρέμβασης με οποιονδήποτε τρόπο φαίνεται να είναι αποτελεσματική στην τροποποίηση της διατροφικής συμπεριφοράς και των συνηθειών φυσικής δραστηριότητας σε διάφορους πληθυσμούς ασθενών ή και υγιών ατόμων. Επιπλέον, αύξηση της έντασης της τηλεφωνικής παρέμβασης κατά τις πρώτες εβδομάδες φαίνεται να μεγιστοποιεί το επίπεδο αλλαγής που επιτυγχάνουν οι συμμετέχοντες (Madlensky, et al., 2008). Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι στην πλειονότητα των μελετών αυτών η τηλεφωνική συμβουλευτική έχει συγκριθεί με τη συνήθη πρακτική (Graves, et al., 2009), η οποία αναφέρεται στην ελάχιστη παρέμβαση. Στα ελάχιστα δεδομένα που υπάρχει σύγκριση με την κατά πρόσωπο παρέμβαση, τότε η δεύτερη υπερτερεί της πρώτης, της τηλεφωνικής παρέμβασης (Fappa, et al., 2012). Δεδομένης της ανάγκης εξατομίκευσης της παρέμβασης, προκειμένου να επιτευχθεί η μέγιστη διατροφική προσκόλληση (βλέπε Κεφάλαιο 1), ο διαιτολόγος πρέπει να αξιολογεί κάθε φορά το μέσο επαφής που θα χρησιμοποιήσει. Για παράδειγμα, στην περίπτωση ατόμων που δυσκολεύονται να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες του λόγω δυσμενών ωραρίων εργασίας, οικογενειακών υποχρεώσεων, αδυναμίας μετακίνησης κ.α. συστήνεται η εφαρμογή παρέμβασης μέσω τηλεφώνου (Myers, et al., 2010).

### 11.2.2. Τρόπος εφαρμογής τηλεφωνικών συνεδριών

Ο τρόπος εφαρμογής και η αποτελεσματικότητα των τηλεφωνικών συνεδριών ποικίλλουν ως προς τη συχνότητα, τη διάρκεια αλλά και τη χρήση τους στα διάφορα μέρη/φάσεις της παρεχόμενης διατροφικής φροντίδας. Συγκεκριμένα, Οι τηλεφωνικές συνεδρίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

- ως αποκλειστικό μέσο επικοινωνίας τόσο κατά την αξιολόγηση όσο και κατά την παρέμβαση,
- μόνο κατά την παρέμβαση, με τις αξιολογήσεις να γίνονται σε κατά πρόσωπο συνεδρίες,
- συμπληρωματικά σε κατά πρόσωπο παρέμβαση.

Τα μέχρι σήμερα δεδομένα συνηγορούν υπέρ της κατά πρόσωπο συνεδρίας για την αξιολόγηση, προτείνουν τη χρήση τηλεφωνικών συνεδριών κατά τη διάρκεια της παρέμβασης (αν και οι κατά πρόσωπο συνεδρίες φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερες), και, αναγνωρίζουν τις τηλεφωνικές και τις κατά πρόσωπο συνεδρίες εξίσου αποτελεσματικές για την περίοδο παρακολούθησης. Η διάρκεια των τηλεφωνημάτων κατά τη διάρκεια της παρέμβασης κυμαίνεται από 10 έως 60 λεπτά· στην πλειονότητα, όμως, των περιπτώσεων φαίνεται να απαιτούνται 20 με 25 λεπτά, προκειμένου να εφαρμοστούν οι τεχνικές τροποποίησης διαιτητικής συμπεριφοράς. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα παρέμβασης η οποία χρησιμοποίησε 10λεπτες συνεδρίες: οι συνεδρίες αυτές δεν φάνηκε να συνεισφέρουν κάποιο πλεονέκτημα στη συνήθη πρακτική (όπως αναφέρθηκε και παραπάνω), γεγονός που αποδόθηκε εν μέρει στη μικρή διάρκεια της τηλεφωνικής συνεδρίας (Mons, et al., 2013). Από την άλλη μεριά, όταν πρόκειται για την αξιολόγηση, τότε ο χρόνος που απαιτείται είναι μεγαλύτερος και κυμαίνεται μεταξύ 60 και 90 λεπτών (Baker, et al., 2014; Tucker, et al., 2008). Ποικίλη είναι και η διάρκεια των τηλεφωνικών παρεμβάσεων, χωρίς, όμως, να είναι μικρότερη από εκείνη των κατά πρόσωπο παρεμβάσεων. Συγκεκριμένα, η παρέμβαση διαρκεί 3–6 μήνες και υπάρχει και ένα διάστημα παρακολούθησης μέχρι και τον 12<sup>ο</sup> μήνα από την έναρξη της παρέμβασης. Στο διάστημα της παρέμβασης, η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη συχνότητα επαφής με τον ασθενή είναι το ένα τηλεφώνημα την εβδομάδα, ενώ έχει καταγραφεί και ποικιλία στη συχνότητα, ανάλογα με τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς.

Σχετικά με το περιεχόμενο της παρέμβασης, ενσωματώνονται στοιχεία και τεχνικές διάφορων θεωριών τροποποίησης συμπεριφοράς. Παλαιότερα οι συνεδρίες είχαν ως στόχο την ενίσχυση της αυτοπαρακολούθησης (Djuric, et al., 2008; Hellerstedt & Jeffery, 1997; Kris-Etherton, et al., 2002; Song & Kim, 2007) και της διατροφικής εκπαίδευσης (Oh, et al., 2003; Song & Kim, 2007; Tucker, et al., 2008). Πλέον, ενσωματώνουν και άλλα στοιχεία (Baker, et al., 2014; Eakin, et al., 2009; Eakin, et al., 2013; Fappa, et al., 2012; Hawkes, et al., 2009; Hawkes, Patrao, Green, & Aitken, 2012; Kris-Etherton, et al., 2002; Mons, et al., 2013; Newman, et al., 2008; Pierce, et al., 2004), όπως:

- τεχνικές της Συνέντευξης Κινητοποίησης,
- τεχνικές της Γνωσιακής Κοινωνικής Θεωρίας,
- συμπεριφορικές τεχνικές, και, κυρίως, αναγνώριση εμποδίων και προβλημάτων σχετικά με τη θεραπεία
- στοχοθεσία.

Συμπερασματικά, όταν η τηλεφωνική συνεδρία εφαρμόζεται σε επίπεδο παρέμβασης, ενδείκνυται να γίνεται 1 φορά την εβδομάδα για διάστημα 3–4 μηνών, να έχει διάρκεια τουλάχιστον μεταξύ 20–30 λεπτών και να ενσωματώνει τεχνικές της Συνέντευξης Κινητοποίησης, της Γνωσιακής Κοινωνικής Θεωρίας, συμπεριφορικές τεχνικές, στοχοθεσία και αυτοπαρακολούθηση.

### 11.3. Διατροφική παρέμβαση μέσω διαδικτύου

Το διαδίκτυο αποτελεί ένα διαδεδομένο πλέον μέσο πρόσβασης του πληθυσμού στη γνώση και πληροφορία, ενώ προσφέρει και δυνατότητες επικοινωνίας. Για πολλούς ανθρώπους αποτελεί την κύρια οδό απόκτησης γνώσεων γύρω από την υγεία και τη διατροφή (Patrick, Robinson, Alemi, & Eng, 1999; van Dillen, Hiddink, Koelen, de Graaf, & van Woerkum, 2003; Williams, Rice, Piepho, Lathers, & Burckart, 2002). Για τον λόγο αυτόν, η επιστημονική κοινότητα στράφηκε στη χρήση του υπολογιστή και του διαδικτύου ως μέσου επικοινωνίας, προκειμένου να πετύχει βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και των συνηθειών άσκησης, τόσο σε υγιείς όσο και σε ασθενείς πληθυσμούς.

Στην πλειονότητα των παρεμβάσεων ο εθελοντής συνδέεται σε ιστοσελίδα στην οποία υπάρχει υλικό με γενικές πληροφορίες διατροφής ή/και άσκησης. Στη συνέχεια, μπορεί να ακολουθεί βήματα στοχοθεσίας ή/και αυτοπαρακολούθησης, καταγράφοντας τις προσωπικές του συνήθειες. Παράλληλα, μπορεί να παρέχεται

δυνατότητα σύνδεσης σε χώρο συνομιλίας με άλλους συμμετέχοντες, απόκτησης «φίλου» (άλλου συμμετέχοντα με τον οποίο μπορεί να συνομιλεί) ή και ανατροφοδότησης μέσω ηλεκτρονικών μηνυμάτων. Τα ηλεκτρονικά μηνύματα είτε αποστέλλονται αυτόματα από το σύστημα είτε αποτελούν απόκριση ενός επαγγελματία υγείας. Πιο σπάνια, τουλάχιστον μέχρι σήμερα, παρέχεται εξατομικευμένο διαιτολόγιο ή πρόγραμμα άσκησης.

### 11.3.1. Αποτελεσματικότητα και τρόπος εφαρμογής διατροφικής παρέμβασης μέσω διαδικτύου

Το διαδίκτυο μέχρι σήμερα έχει αξιοποιηθεί ως μέσο επικοινωνίας κατά τη διατροφική παρέμβαση, κυρίως, σε περιπτώσεις διαχείρισης του σωματικού βάρους —σε παρεμβάσεις απώλειας σωματικού βάρους (Neve, Morgan, Jones, & Collins, 2010). Αναμένεται, ωστόσο, άμεσα να επεκταθεί η αξιοποίησή του στην αντιμετώπιση όλων των χρόνιων νοσημάτων. Ως προς την επίδραση των παρεμβάσεων μέσω διαδικτύου στην προσπάθεια απώλειας σωματικού βάρους, σε μετα-ανάλυση που δημοσιεύτηκε το 2011 από τους Kodama και συνεργάτες φάνηκε ότι η χρήση του διαδικτύου οδήγησε σε μια μέτρια αλλά στατιστικά σημαντική επιπλέον απώλεια βάρους, συγκριτικά με τη μη χρήση (Kodama, et al., 2012). Επίσης, φάνηκε ότι η χρήση του διαδικτύου είναι αποτελεσματική, όταν προστίθεται στη συνήθη παρέμβαση, ενώ κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει, όταν υποκαθιστά την κατά πρόσωπο επαφή. Όσο μεγαλύτερη η διάρκεια της παρέμβασης τόσο καλύτερα και τα αποτελέσματα. Αναφορικά με το είδος της παρέμβασης που παρέχεται μέσω διαδικτύου, η εφαρμογή της Συμπεριφορικής Θεραπείας, της Συνέντευξης Κινητοποίησης ή η ανατροφοδότηση με αποστολή ηλεκτρονικού μηνύματος, είτε αυτόματα από τον υπολογιστή είτε από διαιτολόγο «εξ αποστάσεως», φαίνεται να υπερέχει συγκριτικά με την απλή παροχή πληροφοριών ή τη συνήθη φροντίδα στην απώλεια βάρους, ενώ η ένταση της παρέμβασης δεν φαίνεται να επηρεάζει το αποτέλεσμα (Hunter, et al., 2008; Tate, Jackvony, & Wing, 2006; Tate, Wing, & Winett, 2001; Webber, Tate, & Michael Bowling, 2008).

Αρκετές είναι και οι παρεμβάσεις μέσω διαδικτύου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (Ramadas, Quek, Chan, & Oldenburg, 2011). Αυτές εστιάζουν είτε στην αυτοπαρακολούθηση, είτε μόνο στη σωματική δραστηριότητα, είτε και στη διαίτα και στη σωματική δραστηριότητα. Το διαδίκτυο, τουλάχιστον μέχρι σήμερα, δεν έχει αξιοποιηθεί για τις αλλαγές στη διαίτα των διαβητικών, παρά μόνο σε λίγες περιπτώσεις. Ωστόσο, φαίνεται ότι αυτές οι διαδικτυακές παρεμβάσεις καταλήγουν σε σημαντικές βελτιώσεις τόσο σε αντικειμενικούς (π.χ. γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, γλυκόζη νηστείας) όσο και σε υποκειμενικούς δείκτες (π.χ. ποιότητα ζωής, κατάθλιψη).

Η στοχοθεσία, η εξατομικευμένη «προπόνηση», η διαδραστική ανατροφοδότηση, η μεγαλύτερη διάρκεια παρέμβασης και η συμμετοχή σε διαδικτυακή ομάδα υποστήριξης από «συμπάσχοντες» αποτελούν χαρακτηριστικά των επιτυχημένων παρεμβάσεων. Αναφορικά με τις τεχνικές, οι ακόλουθες είναι αποτελεσματικές, όσον αφορά την εφαρμογή τους μέσω διαδικτύου (van Vugt, de Wit, Cleijne, & Snoek, 2013):

- στοχοθεσία,
- παροχή ανατροφοδότησης,
- παροχή πληροφοριών,
- προσδιορισμός εμποδίων, επίλυση προβλημάτων,
- έγκαιρη αυτοπαρακολούθηση του αποτελέσματος συμπεριφοράς ή/και της συμπεριφοράς,
- σχεδιασμός κοινωνικής στήριξης/κοινωνικής αλλαγής.

Μελέτες σε υγιείς ανθρώπους δείχνουν ότι οι περισσότερες παρεμβάσεις μέσω διαδικτύου βελτιώνουν τις διατροφικές συνήθειες (Franko, et al., 2008; Kroeze, Oenema, Campbell, & Brug, 2008; Papadaki & Scott, 2005). Ομοίως, σε ανασκόπηση του 2014 φάνηκε θετική επίδραση της παρέμβασης μέσω διαδικτύου στο 61% των μελετών, όπου μάλιστα ο τρόπος αυτός παρέμβασης βρέθηκε εξίσου αποτελεσματικός με την κατά πρόσωπο παρέμβαση ή με την παροχή έντυπου υλικού (Joseph, Durant, Benitez, & Pekmezi, 2014). Ωστόσο, συστηματική ανασκόπηση διαδικτυακών παρεμβάσεων με στόχο την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας χρονίως πασχόντων ασθενών έδειξε ότι σε μόλις 2 από τις 19 μελέτες βρέθηκε θετική επίδραση (Kuijpers, Groen, Aaronson, & van Harten, 2013). Αν και η μεθοδολογική ετερογένεια των μελετών αυτών είναι μεγάλη, ωστόσο, πιθανοί λόγοι που μπορούν να εξηγήσουν την έλλειψη θετικής επίδρασης είναι είτε το ότι οι συμμετέχοντες δεν χρησιμοποιούν επαρκώς την εκάστοτε εφαρμογή (Hansen, et al., 2012) είτε το ότι ο τρόπος αξιολόγησης είναι στην πλειονότητα των περιπτώσεων υποκειμενικός (Joseph, et al., 2014). Συγκεκριμένα, έχει καταγραφεί περίπτωση μελέτης, όπου, ενώ οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η εφαρμογή τους βοήθησε να αυξήσουν τη φυσική τους δραστηριότητα, αυτό δεν απεικονίστηκε στο ανάλογο ερωτηματολόγιο (Hansen, et

al., 2012). Αντίθετα, όταν χρησιμοποιήθηκαν βηματομετρητές, βρέθηκε βελτίωση των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας (Compernelle, Vandelanotte, Cardon, De Bourdeaudhuij, & De Cocker, 2015).

Συμπερασματικά, η χρήση του διαδικτύου έχει ευεργετική επίδραση τόσο στη διαχείριση του σωματικού βάρους υπέρβαρων ή παχύσαρκων ατόμων όσο και στη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών, καθώς και κλινικών και ψυχολογικών παραμέτρων των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη. Πλέον, έχει φανεί και ποιες από τις τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς είναι αποτελεσματικότερες, όταν εφαρμόζονται μέσω διαδικτύου. Αντίθετα, αν και τα αποτελέσματα αναφορικά με την επίδραση των παρεμβάσεων μέσω διαδικτύου στη βελτίωση των επιπέδων άσκησης υγείων ή ασθενών ατόμων είναι επίσης ενθαρρυντικά, αναμένεται ακόμη να βρεθούν τα χαρακτηριστικά εκείνα που τις καθιστούν αποτελεσματικές.

## Βιβλιογραφία

- Baker, A. L., Turner, A., Kelly, P. J., Spring, B., Callister, R., Collins, C. E., et al. (2014). 'Better Health Choices' by telephone: a feasibility trial of improving diet and physical activity in people diagnosed with psychotic disorders. *Psychiatry Res*, 220(1-2), 63-70.
- Bosworth, H. B., Olsen, M. K., Grubber, J. M., Neary, A. M., Orr, M. M., Powers, B. J., et al. (2009). Two self-management interventions to improve hypertension control: a randomized trial. *Ann Intern Med*, 151(10), 687-695.
- Burke, L. E., Dunbar-Jacob, J., Orchard, T. J., & Sereika, S. M. (2005). Improving adherence to a cholesterol-lowering diet: a behavioral intervention study. *Patient Educ Couns*, 57(1), 134-142.
- Compnolle, S., Vandelanotte, C., Cardon, G., De Bourdeaudhuij, I., & De Cocker, K. (2015). Effectiveness of a web-based, computer-tailored, pedometer-based physical activity intervention for adults: a cluster randomized controlled trial. *J Med Internet Res*, 17(2), e38.
- Djuric, Z., Vanloon, G., Radakovich, K., Dilaura, N. M., Heilbrun, L. K., & Sen, A. (2008). Design of a Mediterranean exchange list diet implemented by telephone counseling. *J Am Diet Assoc*, 108(12), 2059-2065.
- Eakin, E. G., Lawler, S. P., Vandelanotte, C., & Owen, N. (2007). Telephone interventions for physical activity and dietary behavior change: a systematic review. *Am J Prev Med*, 32(5), 419-434.
- Eakin, E. G., Reeves, M., Lawler, S., Graves, N., Oldenburg, B., Del Mar, C., et al. (2009). Telephone counseling for physical activity and diet in primary care patients. *Am J Prev Med*, 36(2), 142-149.
- Eakin, E. G., Reeves, M. M., Winkler, E., Healy, G. N., Dunstan, D. W., Owen, N., et al. (2013). Six-month outcomes from living well with diabetes: A randomized trial of a telephone-delivered weight loss and physical activity intervention to improve glycemic control. *Ann Behav Med*, 46(2), 193-203.
- Fappa, E., Yannakoulia, M., Ioannidou, M., Skoumas, Y., Pitsavos, C., & Stefanadis, C. (2012). Telephone counseling intervention improves dietary habits and metabolic parameters of patients with the metabolic syndrome: a randomized controlled trial. *Rev Diabet Stud*, 9(1), 36-45.
- Franko, D. L., Cousineau, T. M., Trant, M., Green, T. C., Rancourt, D., Thompson, D., et al. (2008). Motivation, self-efficacy, physical activity and nutrition in college students: randomized controlled trial of an internet-based education program. *Prev Med*, 47(4), 369-377.
- Goode, A. D., Reeves, M. M., & Eakin, E. G. (2012). Telephone-delivered interventions for physical activity and dietary behavior change: an updated systematic review. *Am J Prev Med*, 42(1), 81-88.
- Goode, A. D., Winkler, E. A., Lawler, S. P., Reeves, M. M., Owen, N., & Eakin, E. G. (2011). A telephone-delivered physical activity and dietary intervention for type 2 diabetes and hypertension: does intervention dose influence outcomes? *Am J Health Promot*, 25(4), 257-263.
- Goode, A. D., Winkler, E. A., Reeves, M. M., & Eakin, E. G. (in press). Relationship Between Intervention Dose and Outcomes in Living Well With Diabetes-A Randomized Trial of a Telephone-Delivered Lifestyle-Based Weight Loss Intervention. *Am J Health Promot*.
- Graves, N., Barnett, A. G., Halton, K. A., Veerman, J. L., Winkler, E., Owen, N., et al. (2009). Cost-effectiveness of a telephone-delivered intervention for physical activity and diet. *PLoS One*, 4(9), e7135.
- Hansen, A. W., Gronbaek, M., Helge, J. W., Severin, M., Curtis, T., & Tolstrup, J. S. (2012). Effect of a Web-based intervention to promote physical activity and improve health among physically inactive adults: a population-based randomized controlled trial. *J Med Internet Res*, 14(5), e145.
- Hawkes, A. L., Gollschewski, S., Lynch, B. M., & Chambers, S. (2009). A telephone-delivered lifestyle intervention for colorectal cancer survivors 'CanChange': a pilot study. *Psychooncology*, 18(4), 449-455.
- Hawkes, A. L., Patrao, T. A., Green, A., & Aitken, J. F. (2012). CanPrevent: a telephone-delivered intervention to reduce multiple behavioural risk factors for colorectal cancer. *BMC Cancer*, 12, 560.
- Hellerstedt, W. L., & Jeffery, R. W. (1997). The effects of a telephone-based intervention on weight loss. *Am J Health Promot*, 11(3), 177-182.
- Hunter, C. M., Peterson, A. L., Alvarez, L. M., Poston, W. C., Brundige, A. R., Haddock, C. K., et al. (2008). Weight management using the internet a randomized controlled trial. *Am J Prev Med*, 34(2), 119-126.
- Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., et al. (2014). 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the

- American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *J Am Coll Cardiol*, 63(25 Pt B), 2985-3023.
- Joseph, R. P., Durant, N. H., Benitez, T. J., & Pekmezi, D. W. (2014). Internet-Based Physical Activity Interventions. *Am J Lifestyle Med*, 8(1), 42-68.
- Kim, J., Bea, W., Lee, K., Han, J., Kim, S., Kim, M., et al. (2013). Effect of the telephone-delivered nutrition education on dietary intake and biochemical parameters in subjects with metabolic syndrome. *Clin Nutr Res*, 2(2), 115-124.
- Kodama, S., Saito, K., Tanaka, S., Horikawa, C., Fujiwara, K., Hirasawa, R., et al. (2012). Effect of Web-based lifestyle modification on weight control: a meta-analysis. *Int J Obes (Lond)*, 36(5), 675-685.
- Kris-Etherton, P. M., Taylor, D. S., Smiciklas-Wright, H., Mitchell, D. C., Bekhuis, T. C., Olson, B. H., et al. (2002). High-soluble-fiber foods in conjunction with a telephone-based, personalized behavior change support service result in favorable changes in lipids and lifestyles after 7 weeks. *J Am Diet Assoc*, 102(4), 503-510.
- Kroeze, W., Oenema, A., Campbell, M., & Brug, J. (2008). The efficacy of Web-based and print-delivered computer-tailored interventions to reduce fat intake: results of a randomized, controlled trial. *J Nutr Educ Behav*, 40(4), 226-236.
- Kroeze, W., Werkman, A., & Brug, J. (2006). A systematic review of randomized trials on the effectiveness of computer-tailored education on physical activity and dietary behaviors. *Ann Behav Med*, 31(3), 205-223.
- Kuijpers, W., Groen, W. G., Aaronson, N. K., & van Harten, W. H. (2013). A systematic review of web-based interventions for patient empowerment and physical activity in chronic diseases: relevance for cancer survivors. *J Med Internet Res*, 15(2), e37.
- Madlensky, L., Natarajan, L., Flatt, S. W., Faerber, S., Newman, V. A., & Pierce, J. P. (2008). Timing of dietary change in response to a telephone counseling intervention: evidence from the WHEL study. *Health Psychol*, 27(5), 539-547.
- Mons, U., Raum, E., Kramer, H. U., Ruter, G., Rothenbacher, D., Rosemann, T., et al. (2013). Effectiveness of a supportive telephone counseling intervention in type 2 diabetes patients: randomized controlled study. *PLoS One*, 8(10), e77954.
- Myers, E. F., Spence, L. A., Leslie, B., Brauer, P. M., Spahn, J. M., & Snetselaar, L. (2010). Nutrition and Telephone Counseling: Future Implications for Dietitians and Teledietetics. *Topics in Clinical Nutrition*, 25(2), 88-108.
- Neve, M., Morgan, P. J., Jones, P. R., & Collins, C. E. (2010). 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*, 11(4), 306-321.
- Newman, V. A., Flatt, S. W., & Pierce, J. P. (2008). Telephone counseling promotes dietary change in healthy adults: results of a pilot trial. *J Am Diet Assoc*, 108(8), 1350-1354.
- Oh, J. A., Kim, H. S., Yoon, K. H., & Choi, E. S. (2003). A telephone-delivered intervention to improve glycemic control in type 2 diabetic patients. *Yonsei Med J*, 44(1), 1-8.
- Papadaki, A., & Scott, J. A. (2005). The Mediterranean eating in Scotland experience project: evaluation of an Internet-based intervention promoting the Mediterranean diet. *Br J Nutr*, 94(2), 290-298.
- Patrick, K., Robinson, T. N., Alemi, F., & Eng, T. R. (1999). Policy issues relevant to evaluation of interactive health communication applications. The Science Panel on Interactive Communication and Health. *Am J Prev Med*, 16(1), 35-42.
- Pierce, J. P., Newman, V. A., Flatt, S. W., Faerber, S., Rock, C. L., Natarajan, L., et al. (2004). Telephone counseling intervention increases intakes of micronutrient- and phytochemical-rich vegetables, fruit and fiber in breast cancer survivors. *J Nutr*, 134(2), 452-458.
- Ramadas, A., Quek, K. F., Chan, C. K., & Oldenburg, B. (2011). Web-based interventions for the management of type 2 diabetes mellitus: a systematic review of recent evidence. *Int J Med Inform*, 80(6), 389-405.
- Song, M. S., & Kim, H. S. (2007). Effect of the diabetes outpatient intensive management programme on glycaemic control for type 2 diabetic patients. *J Clin Nurs*, 16(7), 1367-1373.
- Tate, D. F., Jackvony, E. H., & Wing, R. R. (2006). A randomized trial comparing human e-mail counseling, computer-automated tailored counseling, and no counseling in an Internet weight loss program. *Arch Intern Med*, 166(15), 1620-1625.
- Tate, D. F., Wing, R. R., & Winnett, R. A. (2001). Using Internet technology to deliver a behavioral weight loss program. *JAMA*, 285(9), 1172-1177.

- Tucker, L. A., Cook, A. J., Nokes, N. R., & Adams, T. B. (2008). Telephone-based diet and exercise coaching and a weight-loss supplement result in weight and fat loss in 120 men and women. *Am J Health Promot*, 23(2), 121-129.
- van Dillen, S. M., Hiddink, G. J., Koelen, M. A., de Graaf, C., & van Woerkum, C. M. (2003). Understanding nutrition communication between health professionals and consumers: development of a model for nutrition awareness based on qualitative consumer research. *Am J Clin Nutr*, 77(4 Suppl), 1065S-1072S.
- van Vugt, M., de Wit, M., Cleijne, W. H., & Snoek, F. J. (2013). Use of behavioral change techniques in web-based self-management programs for type 2 diabetes patients: systematic review. *J Med Internet Res*, 15(12), e279.
- Vanwormer, J. J., Boucher, J. L., & Pronk, N. P. (2006). Telephone-based counseling improves dietary fat, fruit, and vegetable consumption: a best-evidence synthesis. *J Am Diet Assoc*, 106(9), 1434-1444.
- VanWormer, J. J., Boucher, J. L., Pronk, N. P., & Thoennes, J. J. (2004). Lifestyle behavior change and coronary artery disease: effectiveness of a telephone-based counseling program. *J Nutr Educ Behav*, 36(6), 333-334.
- Webber, K. H., Tate, D. F., & Michael Bowling, J. (2008). A randomized comparison of two motivationally enhanced Internet behavioral weight loss programs. *Behav Res Ther*, 46(9), 1090-1095.
- Williams, P. B., Rice, D. C., Piepho, R. W., Lathers, C. M., & Burckart, G. J. (2002). Web-based sharing of cutting-edge teaching strategies. *Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol*, 366(1), 90-95.