



## ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Χρήστος Λιονής,<sup>i</sup> Ιορδάνης Καπάντας,<sup>ii</sup> Ευάγγελος Φραγκούλης,<sup>iii</sup> Ανάργυρος Μαριόλης,<sup>iv</sup> Αλέξιος Σωτηρόπουλος,<sup>v</sup> Αρετή Λάγιου<sup>vi</sup>

Το κεφάλαιο προσαρμόστηκε από: Campbell-Scherer D, Walji S, Kemp A, Piccinini-Vallis H, Vallis TM. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Primary Care and Primary Healthcare in Obesity Management (version 1, 2020). Available from: <https://obesitycanada.ca/healthcare-professionals/adult-clinical-practice-guideline>. © 2020 Obesity Canada

- <sup>i</sup> Ομότιμος Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Chair Working Party on Mental Health (WONCA)
- <sup>ii</sup> Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελητής Β', Π.Ι. Αγίας Παρασκευής Λέσβου, SCOPE-certified in obesity management by World Obesity Federation, Μετεκπαιδευθείς στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική
- <sup>iii</sup> Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Αν. Αρχίατρος ΕΔΟΕΑΠ, Γενικός Γραμματέας Ελληνικής Ακαδημίας Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- <sup>iv</sup> Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής Κέντρου Υγείας Αρεόπολης Μάνης, Πρόεδρος Ελληνικής Ακαδημίας Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- <sup>v</sup> Διαβητολόγος, Ειδικός Παθολόγος, τ. Διευθυντής Γ' Παθολογικού Τμήματος και Διαβητολογικού Κέντρου, Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά
- <sup>vi</sup> Καθηγήτρια Επιδημιολογίας, Πρόληψης Νοσημάτων, Δημόσιας Υγείας, Μέλος Συμβουλίου Διοίκησης, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Διευθύντρια Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

### Παραθέστε αυτό το κεφάλαιο:

Πρωτοβάθμια περίθαλψη και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη διαχείριση της παχυσαρκίας. Προσαρμογή Κατευθυντήριων Οδηγιών Κλινικής Πρακτικής για τη Διαχείριση της Παχυσαρκίας στους Ενήλικες (Συμμαχία για την Καταπολέμηση της Παχυσαρκίας, έκδοση 1, 2025) από: Λιονής Χ, Καπάντας Ι, Φραγκούλης Ε, Μαριόλης Α, Σωτηρόπουλος Α, Λάγιου Α. Το κεφάλαιο προσαρμόστηκε από: Campbell-Scherer D, Walji S, Kemp A, Piccinini-Vallis H, Vallis TM. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Primary Care and Primary Healthcare in Obesity Management (version 1, 2020). Available from: <https://obesitycanada.ca/healthcare-professionals/adult-clinical-practice-guideline>. © 2020 Obesity Canada. Διαθέσιμο στο: <https://www.action4obesity.gr/guidelines>. Πρόσβαση στις [Ημ/νία].

### ΒΑΣΙΚΑ ΜΗΝΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΡΟΧΟΥΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

- Οι κλινικοί γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) θα πρέπει να ξεκινούν εστιασμένες στον ασθενή συνομιλίες με τους ασθενείς τους σχετικά με το υπέρβαρο ή την παχυσαρκία. Η προσέγγιση των 5As για την διαχείριση της παχυσαρκίας (Ask, Assess, Advise, Agree, Assist, δηλαδή Ρώτα, Εκτίμηση, Συμβούλευσε, Συμφώνησε, Βοήθησε), που θα πρέπει να ξεκινά με τη συναίνεση του ασθενούς για να συζητήσετε για το βάρος του, είναι μια κατάλληλη τεχνική προσέγγισης.
- Οι κλινικοί γιατροί της ΠΦΥ θα πρέπει να προωθούν μια ολιστική προσέγγιση για το βάρος και την υγεία, με επίκεντρο τις συμπεριφορές υγείας και την αντιμετώπιση των βαθύτερων αιτιών αύξησης του βάρους, με προσοχή στην αποφυγή του σιγματισμού

και της χρήσης υπερβολικά απλοϊκών αφηγήσεων, όπως «τρώτε λιγότερο και κινηθείτε περισσότερο».

- Οι κλινικοί γιατροί που συνταγογραφούν θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τα φάρμακα που οδηγούν σε παχυσαρκία και να εξετάζουν εναλλακτικές λύσεις για άτομα που ζουν με υπέρβαρο και παχυσαρκία. Όταν πρέπει να χρησιμοποιηθούν τέτοιου είδους φάρμακα, οι γιατροί θα πρέπει να συζητούν τους κινδύνους με τους ασθενείς και να εισάγουν παρακολούθηση για την αύξηση βάρους.
- Οι πάροχοι υγειονομικής φροντίδας και οι ασθενείς πρέπει να είναι ενήμεροι για τους κινδύνους του «weight cycling» (κυκλική απώλεια και επαναπρόσληψη βάρους ξανά και ξανά) και να υιοθετούν στρατηγικές που να εστιάζουν σε βιώσιμες μεταβολές, για τη διατήρηση των υγιεινών συνηθειών με την πάροδο του χρόνου.

## ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Για κλινικούς γιατρούς:

1. Συνιστούμε στους κλινικούς γιατρούς της ΠΦΥ να εντοπίζουν τα άτομα με υπέρβαρο ή παχυσαρκία και να ξεκινούν εστιασμένες στον ασθενή συνομιλίες μαζί τους, με επίκεντρο την υγεία (Επίπεδο στοιχείων 3, Σύσταση βαθμού C).<sup>1</sup>
2. Συνιστούμε στους παρόχους υγειονομικής φροντίδας να διασφαλίζουν ότι ζητούν τη συναίνεση των ασθενών για να συζητήσουν για το βάρος τους ή να λάβουν ανθρωπομετρικές μετρήσεις (Επίπεδο στοιχείων 3, Σύσταση βαθμού C).<sup>2</sup>
3. Οι παρεμβάσεις της ΠΦΥ θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για την αύξηση του εγγραμματισμού υγείας των ατόμων αναφορικά με τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους για τη διαχείριση του βάρους τους, ως μια αποτελεσματική παρέμβαση διαχείρισης βάρους (Επίπεδο στοιχείων 1a, Σύσταση βαθμού A).<sup>3</sup> Η σύσταση αυτή γίνεται περισσότερο αναγκαία σε άτομα με κοινωνικο-οικονομική ευαλωτότητα μια και αυτά παρουσιάζουν χαμηλό επίπεδο εγγραμματισμού υγείας και διατροφής.<sup>4</sup>
4. Οι κλινικοί γιατροί της ΠΦΥ θα πρέπει να παραπέμπουν τα άτομα με υπέρβαρο ή παχυσαρκία σε πολυδιάστατα προγράμματα ΠΦΥ, με εξατομικευμένες στρατηγικές διαχείρισης της παχυσαρκίας, ως μια αποτελεσματική μέθοδο υποστήριξης της διαχείρισης της παχυσαρκίας (Επίπεδο στοιχείων 1b, Σύσταση βαθμού B).<sup>5-9</sup>
5. Οι κλινικοί γιατροί της ΠΦΥ μπορούν να χρησιμοποιήσουν συνεργατική συζήτηση, με χρήση της παρακινήτικης συνέντευξης («motivational interviewing»), για να προσαρμόσουν τα σχέδια δράσης τους στο πλαίσιο διαβίωσης των ατόμων με τρόπο διαχειρίσιμο και βιώσιμο, έτσι ώστε να ενισχύσουν τη βελτιωμένη σωματική και συναισθηματική τους υγεία και τη διαχείριση του βάρους τους (Επίπεδο στοιχείων 2b, Σύσταση βαθμού C).<sup>10</sup> Η χρήση της παρακινήτικης συνέντευξης συστήνεται και για την προσαρμογή των σχεδίων των ατόμων αυτών για άλλα συνοδά νοσήματα, όπως η μεταβολική δυσλειτουργία που σχετίζεται με στεατική νόσο του ήπατος.<sup>11</sup>

Χαρακτηριστικά των παρεμβάσεων της ΠΦΥ και της βασισμένης στην κοινότητα πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας, για κλινικούς γιατρούς και προγραμματιστές:

6. Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν σε μια συγκεκριμένη εθνοτική ομάδα θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τη διαφορετικότητα των ψυχολογικών και κοινωνικών πρακτικών αναφορικά με το υπερβολικό βάρος, τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα, καθώς και τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, καθώς μπορεί να διαφέρουν μεταξύ και εντός διαφορετικών εθνοτικών ομάδων (Επίπεδο στοιχείων 1b, Σύσταση βαθμού B).<sup>12</sup>
7. Οι μακροχρόνιες παρεμβάσεις ΠΦΥ θα πρέπει να επικεντρώνονται σε σταδιακές, εξατομικευμένες,

μικρές αλλαγές συμπεριφοράς (η «προσέγγιση της μικρής αλλαγής») για να είναι αποτελεσματικές στην υποστήριξη των ατόμων για τη διαχείριση του βάρους τους (Επίπεδο στοιχείων 1b, Σύσταση βαθμού B).<sup>13</sup>

8. Τα πολυδιάστατα προγράμματα της ΠΦΥ θα πρέπει να εξετάζουν εξατομικευμένες στρατηγικές διαχείρισης της παχυσαρκίας ως έναν αποτελεσματικό τρόπο υποστήριξης των ατόμων που ζουν με παχυσαρκία (Επίπεδο στοιχείων 1b, Σύσταση βαθμού B).<sup>8,9,13</sup> Η συνεξέταση της πολλαπλής νοσηρότητας και των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών που συνοδεύουν την παχυσαρκία είναι απαραίτητη στον σχεδιασμό μιας αποτελεσματικής στρατηγικής διαχείρισής της.<sup>14</sup>
9. Οι παρεμβάσεις της ΠΦΥ που βασίζονται στη συμπεριφορά (διατροφή, άσκηση, τρόπος ζωής), μόνες ή σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για τη διαχείριση του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας (Επίπεδο στοιχείων 1a, Σύσταση βαθμού A).<sup>15-17</sup> Μπορεί να γίνει σύσταση για φαρμακοθεραπεία κατά της παχυσαρκίας από γιατρούς της ΠΦΥ σε ενήλικες με υπέρβαρο ή παχυσαρκία, αφού πρώτα έχουν ξεκινήσει και αξιολογηθεί προσεγγίσεις διαιτητικές, άσκησης και συμπεριφορικές. Όλα τα φάρμακα κατά της παχυσαρκίας πρέπει να χρησιμοποιούνται παράλληλα με δίαιτα μειωμένων θερμίδων και αυξημένη σωματική δραστηριότητα.<sup>18</sup> Συστήνεται επίσης η παρέμβαση από ιατρούς της ΠΦΥ εκπαιδευμένους στη διακοπή του καπνίσματος, καθώς το κάπνισμα σε συνδυασμό με την παχυσαρκία αυξάνει την πιθανότητα καρδιαγγειακής νόσου.<sup>11,19</sup>
10. Οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν την τεχνολογία για να αυξήσουν την ασύγχρονη πρόσβαση σε μεγαλύτερο αριθμό ατόμων θα πρέπει να αποτελούν μια δυναμικά βιώσιμη χαμηλού κόστους παρέμβαση σε ένα περιβάλλον που βασίζεται στην κοινότητα (Επίπεδο στοιχείων 1b, Σύσταση βαθμού B).<sup>20</sup>

Εκπαιδευτικές συστάσεις για την υποστήριξη της ανάπτυξης δεξιοτήτων διαχείρισης της παχυσαρκίας στο υγειονομικό προσωπικό της ΠΦΥ:

11. Οι εκπαιδευτές προπτυχιακών, μεταπτυχιακών προγραμμάτων και προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για επαγγελματίες της ΠΦΥ θα πρέπει να παρέχουν μαθήματα και κλινικές εμπειρίες για να καλύψουν τα κενά στις δεξιότητες, στη γνώση της τεκμηρίωσης και στις συμπεριφορές που είναι απαραίτητες για να υποστηρίξουν με αυτοπεποίθηση και αποτελεσματικότητα τα άτομα που ζουν με παχυσαρκία (Επίπεδο στοιχείων 1a, Σύσταση βαθμού A).<sup>21</sup> Στα μαθήματα που οι εκπαιδευτές θα πρέπει να παρέχουν συστήνεται να συμπεριλαμβάνονται επίσης γνώσεις και δεξιότητες διαχείρισης και συμβουλευτικής στην οικογένεια.

## ΒΑΣΙΚΑ ΜΗΝΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

- Η πρόληψη της αύξησης βάρους είναι κρίσιμη και ρεαλιστική. Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολη, ανάλογα με τους παράγοντες που επηρεάζουν το βάρος ενός ατόμου. Ο καθορισμός ενός λειτουργικού στόχου που βασίζεται σε αξίες μετατοπίζει την προσοχή από το βάρος στην υγεία και στην ποιότητα ζωής και μπορεί να βοηθήσει με βιώσιμες αλλαγές.
- Η εξατομικευμένη διατροφική συμβουλευτική μπορεί να οδηγήσει σε μέτριες μειώσεις του βάρους και της περιμέτρου μέσης.
- Οι θεραπείες ενσυνειδητότητας, αποδοχής και δέσμευσης, όταν προστίθενται σε πολυδιάστατες συμπεριφορικές παρεμβάσεις, μπορούν να ληφθούν

## Εισαγωγή

Η παχυσαρκία είναι μια χρόνια, πολυσύνθετη νόσος που συνδέεται με την περίπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ ενός ευρέος φάσματος βασικών αιτιών που σχετίζονται με βιολογικές επιδράσεις, κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, κοινωνικο-πολιτισμικές πρακτικές και πεποιθήσεις, περιβαλλοντικές επιπτώσεις, δημόσια πολιτική και ψυχολογικούς παράγοντες. Επί του παρόντος, υπάρχουν ευρέως διαδεδομένες σημαντικές παρερμηνείες σχετικά με τη φύση τόσο της αιτιολογίας όσο και της αποτελεσματικής διαχείρισης αυτής της κατάστασης, που περιπλέκεται από παγιωμένη προκατάληψη και στιγματισμό του βάρους στην κοινωνία. Για την αλλαγή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) για άτομα που ζουν με παχυσαρκία, με σκοπό την επίτευξη μιας συνεπούς και υψηλής ποιότητας ανθρωποκεντρικής φροντίδας, απαιτούνται αλλαγές στις γνώσεις, τις δεξιότητες και τα πρότυπα πρακτικής των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και βελτίωση της οργάνωσης της φροντίδας. Σε άλλα κεφάλαια έχουμε επικεντρωθεί στην κατάσταση της τεκμηρίωσης σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαφόρων μεθόδων θεραπείας της παχυσαρκίας.

Σε αυτό το κεφάλαιο, θα συνθέσουμε την τεκμηρίωση σχετικά με την αποτελεσματικότητα ή τον τρόπο με τον οποίο οι παρεμβάσεις λειτουργούν στον πραγματικό κόσμο. Θα επικεντρωθούμε στις παρεμβάσεις που παρέχονται στην ΠΦΥ. Η ΠΦΥ αφορά τα ιατρεία και τους οργανισμούς ΠΦΥ και η πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα αφορά τις παρεμβάσεις στην ευρύτερη κοινότητα. Επιπλέον, θα συζητήσουμε τι

υπόψη στην ανάπτυξη μιας προσωπικής στρατηγικής διαχείρισης της παχυσαρκίας.

- Πολλά ιατρικά ζητήματα, όπως οι διαταραχές ύπνου, ο πόνος, τα μηχανικά προβλήματα, οι μεταβολικές διαταραχές και οι ψυχιατρικές διαταραχές, μπορούν να αυξήσουν τις προκλήσεις σχετικά με τη διαχείριση της παχυσαρκίας. Οι ασθενείς θα πρέπει να αναζητούν ιατρική βοήθεια, εάν αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τη διατήρηση ή την αύξηση του βάρους τους.
- Όταν συνταγογραφείται ένα νέο φάρμακο για τη θεραπεία μιας ιατρικής πάθησης, ιδιαίτερα εάν το φάρμακο αυτό προορίζεται για μακροχρόνια χρήση, οι ασθενείς με παχυσαρκία θα πρέπει να ζητούν πληροφορίες σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις του στο βάρος τους.

είναι γνωστό σχετικά με το πώς πρέπει να εξοπλίζουμε τους εργαζόμενους της ΠΦΥ για την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών, με στόχο τη βελτίωση της περίθαλψής τους. Οι παρεμβάσεις που παρέχονται μέσω εμπορικών δομών συζητούνται στο [Κεφάλαιο 16 «Εμπορικά προϊόντα και προγράμματα στη διαχείριση της παχυσαρκίας»](#) αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών.

Το μεγαλύτερο μέρος της εργασίας σε αυτόν τον τομέα επικεντρώνεται στην αξιολόγηση σύνθετων παρεμβάσεων. Μια σύνθετη παρέμβαση (π.χ., μια συμπεριφορική ή εκπαιδευτική παρέμβαση) περιλαμβάνει αλληλεπιδρώντα στοιχεία, όπου τα άτομα συνδυάζονται σε συλλογική δράση για την εκτέλεση αντικειμενικών στοιχείων. Επομένως, σε διαφορετικά πλαίσια τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται. Για να γίνει κατανοητό πώς και γιατί υιοθετείται μια παρέμβαση απαιτείται να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τα εξής:

- Τη δυνατότητα των εμπλεκόμενων να συμμετέχουν στην παρέμβαση
- Τα προσωπικά εμπόδια και τις παραμέτρους που διευκολύνουν τα άτομα να συμμετάσχουν στην παρέμβαση
- Το κατά πόσο η διαδικασία υλοποίησης ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ενδιαφερομένων
- Το κατά πόσο η ίδια η παρέμβαση ήταν αποτελεσματική στην επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.

Οι Maxim De Jong και συν.,<sup>22</sup> σε μια συστηματική ανασκόπηση που δημοσιεύθηκε στο *Obesity Reviews* το 2023, ανέλυσαν ενδελεχώς τα προσωπικά εμπόδια

και τους διευκολυντές που συνάντησαν τα άτομα – παιδιά και ενήλικες– με υπέρβαρο ή παχυσαρκία προκειμένου να υλοποιήσουν τις παρεμβάσεις απώλειας βάρους στην ΠΦΥ. Η συγκεκριμένη ανασκόπηση συμπεριέλαβε 28 μελέτες και εστίασε σε 9 θεματικές κατηγορίες εμποδίων ή διευκολυντών: 1. υποστήριξη, 2. ψυχικοί παράγοντες, 3. προσωπική υγεία, 4. ρόλος του γενικών οικογενειακών ιατρών, 5. ρόλος του προσωπικού του προγράμματος, 6. δομή του προγράμματος, 7. επιμελητεία, 8. υγεία μέσω διαδικτύου και 9. εμπόδια / διευκολυντές ειδικά για παιδιά και/ή γονείς και ανέδειξε ότι τα συχνότερα εξ αυτών ήταν τα: 1, 6, 7, 4, 2.

Η συγκεκριμένη ανασκόπηση αναδεικνύει τη σημασία ύπαρξης ενός ισχυρού προγράμματος υποστήριξης και ενός προσωποποιημένου προγράμματος παρεμβάσεων αλλαγής τρόπου ζωής.<sup>22</sup>

Επιπλέον, για βιώσιμη αλλαγή του συστήματος, η παρέμβαση θα πρέπει να θεωρείται από τους ενδιαφερόμενους ως χρήσιμη και εφικτή εντός των υφιστάμενων δομών περίθαλψης μόλις ολοκληρωθεί η χρηματοδότηση της έρευνας. Η επίτευξη αυτής της κατανόησης απαιτεί πολυδιάστατες μελέτες με πλούσια ποιοτική αξιολόγηση για την αποσαφήνιση των αρχών που είναι βασικές για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος. Η συγκέντρωση δεδομένων από διάφορες παρεμβάσεις είναι απαιτητική. Ωστόσο, η κατανόηση των βασικών αρχών μπορεί να επιτρέψει τη μεταβιβασιμότητα.

Σε αυτό το κεφάλαιο, θα εξετάσουμε τις παρεμβάσεις στις δομές της ΠΦΥ και το ευρύτερο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας στην κοινότητα, απαντώντας σε ερωτήματα σχετικά με την οργάνωση της φροντίδας για τα άτομα που ζουν με παχυσαρκία και για τη διαχείριση της παχυσαρκίας στην ΠΦΥ. Αναγνωρίζουμε ότι η ετερογένεια των παρεμβάσεων, των πλαισίων, των πληθυσμών και των αποτελεσμάτων περιορίζει την ικανότητα εξαγωγής ισχυρών συμπερασμάτων σχετικά με τον «ιδανικό» τρόπο βοήθειας των ασθενών. Ωστόσο, εκτιμούμε ότι οι κλινικοί ιατροί, που έρχονται σε επαφή με ένα τσουνάμι ανθρώπων που αναζητούν βοήθεια, θα πρέπει να διαθέτουν κάποιες γνώσεις στις οποίες να μπορούν να βασιστούν για να παρέχουν και να οργανώνουν την κλινική φροντίδα. Το κενό στην έρευνα για σαφείς οδηγίες σε αυτόν τον τομέα θα πρέπει να τονίσει την ανάγκη να αναλογιστούν οι χρηματοδότες έρευνας γιατί η πιο διαδεδομένη χρόνια νόσος των Ελλήνων έχει λάβει τόσο περιορισμένη συστηματική προσοχή.

## Διαχείριση της παχυσαρκίας στην ΠΦΥ και στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη

### 1. Ποια είναι η φύση του κενού φροντίδας που πρέπει να αντιμετωπιστεί;

Σε μια πρόσφατη δημοσίευση στο *The Lancet*, οι Dietz και συν. τόνισαν ότι η παχυσαρκία δεν αντιμετωπίζεται καλά στα σημερινά συστήματα υγείας.<sup>23</sup> Αναφέρουν ανησυχίες σε αρκετούς τομείς: εκπαίδευση του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, αβάσιμες υποθέσεις για τα άτομα που ζουν με παχυσαρκία, έλλειψη εμπειρίας στη συνεργασία σε διεπιστημονικές ομάδες και έλλειψη εκπαίδευσης σε στρατηγικές αλλαγής συμπεριφοράς.<sup>23</sup> Υπάρχει ένα τεράστιο κενό μεταξύ των συστάσεων που βασίζονται σε αποδείξεις και της τρέχουσας κλινικής πρακτικής. Οι Fitzpatrick και συν. υποστήριξαν ότι, παρά τις αναδυόμενες εθνικές συστάσεις και πολιτικές από το 2008, η διαχείριση της παχυσαρκίας στην ΠΦΥ εξακολουθεί να είναι υποβέλτιστη.<sup>24</sup> Πράγματι, μια εθνική έρευνα στον Καναδά το 2009, στην οποία οι μισοί από τους ερωτηθέντες είχαν υπέρβαρο ή παχυσαρκία, έδειξε ότι μόνο το ένα τρίτο των ενηλίκων είχαν συμβουλευτεί ποτέ επαγγελματία υγείας σχετικά με την απώλεια βάρους.<sup>25</sup> Από αυτούς, περίπου τα τρία τέταρτα συμβουλευτήκαν τον οικογενειακό τους γιατρό, το ένα τέταρτο διαιτολόγο και το ένα έβδομο διατροφολόγο, νοσηλεύτη-νοσηλεύτρια ή κάποιον άλλο επαγγελματία υγείας. Ορισμένοι είχαν συμβουλευτεί πολλούς επαγγελματίες. Λιγότεροι από το ένα τρίτο των ατόμων με υπέρβαρο ή παχυσαρκία είχαν δεχτεί ποτέ συμβουλή από γιατρό για απώλεια βάρους χωρίς να έχουν ρωτήσει οι ίδιοι σχετικά με την αύξηση του βάρους τους.

Επιπλέον, η πρόσβαση στη βariatρική περίθαλψη παραμένει πολύ περιορισμένη σε πολλές χώρες στον κόσμο, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας.<sup>26</sup> Οι Torti και συν. διεξήγαγαν μια ποιοτική μελέτη για να εξετάσουν τις αντιλήψεις των ασθενών με παχυσαρκία που επισκέπτονται τις δομές ΠΦΥ σχετικά με τον ρόλο των παρόχων ΠΦΥ.<sup>1</sup> Οι ασθενείς είχαν σαφείς προσδοκίες ότι ο κλινικός τους ιατρός θα ξεκινήσει τη συζήτηση γύρω από τα προβλήματα βάρους, στο πλαίσιο μιας συντονισμένης, εστιασμένης στον ασθενή προσέγγισης φροντίδας, που θα αντιμετωπίζει τις διάφορες καταστάσεις και τους παράγοντες που σχετίζονται με το βάρος και την υγεία τους.<sup>1</sup> Καθώς οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν να συζητήσουν τις ανησυχίες τους για το βάρος με τον γιατρό τους,

υπάρχει ανάγκη για επανασχεδιασμό της παροχής ΠΦΥ, έτσι ώστε να διευκολύνεται, αντί να εμποδίζεται, η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας των ασθενών από τους ιατρούς τους. Μέρος αυτού του επανασχεδιασμού είναι η ενίσχυση των δεξιοτήτων των γιατρών στο να ξεκινούν με ευαισθησία τη συζήτηση για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας με έναν ασθενή. Δεν είναι ρεαλιστικό να περιμένουμε από τους γιατρούς της ΠΦΥ να παρέχουν εντατικοποιημένη συμπεριφορική συμβουλευτική για τη διαχείριση της παχυσαρκίας σε όλους τους ασθενείς τους με παχυσαρκία.

Επομένως, η διαδικασία έκδοσης παραπεμπτικών και ασφαλιστικής κάλυψης για ειδικούς στη διαχείριση της παχυσαρκίας (π.χ. εγγεγραμμένοι διαιτολόγοι, ψυχολόγοι) και για προγράμματα που βασίζονται στην κοινότητα θα πρέπει να γίνει ευκολότερη, ώστε να αυξηθούν οι επιλογές παραπομπής για τους γιατρούς και η πρόσβαση στη φροντίδα για τους ασθενείς.<sup>27</sup> Η συστηματική ανασκόπηση των Tsai και Wadden για τη διαχείριση της παχυσαρκίας στα ιατρεία ΠΦΥ υπογραμμίζει πόσο λίγη έρευνα έχει γίνει σε αυτόν τον τομέα.<sup>28</sup> Βρήκαν ότι η συμβουλευτική από γιατρό ΠΦΥ από μόνη της έχει περιορισμένη ικανότητα να επιτύχει κλινικά σημαντική απώλεια βάρους.<sup>28</sup> Περισσότερα οφέλη παρατηρούνται με τη συμβουλευτική από γιατρό ΠΦΥ σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή ή με την εντατική συμβουλευτική από διαιτολόγο ή νοσηλεύτη μαζί με θεραπεία αντικατάστασης γευμάτων. Δεδομένης της επιδημίας της παχυσαρκίας και του αυξημένου κινδύνου για χρόνιες ασθένειες, ο εντοπισμός των πρακτικών στρατηγικών που υποστηρίζουν την εφαρμογή βασισμένων σε αποδείξεις θεραπευτικών υπηρεσιών στην ΠΦΥ θα πρέπει να αποτελεί υψηλή προτεραιότητα στη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης.

Η αλλαγή της διαχείρισης της παχυσαρκίας στην ΠΦΥ αντιπροσωπεύει μια προσαρμοστική πρόκληση που απαιτεί αλλαγή στις πεποιθήσεις και τις πρακτικές των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει την αντιμετώπιση της προκατάληψης και του στιγματισμού για το βάρος στις κλινικές επισκέψεις και στις δομές φροντίδας. Επιπλέον, υπάρχει ανάγκη κατάλληλης διάρθρωσης των κλινικών συναντήσεων, ώστε να αντιμετωπίζεται η αυτοπροκατάληψη των ασθενών (εσωτερικευμένο στίγμα), μέσω αποτελεσματικών προσεγγίσεων σε εξατομικευμένες διαβουλεύσεις, με στόχο τις συνεχείς αλλαγές στις συμπεριφορές και τις ενέργειες και την κλιμάκωση αυτών ανάλογα με το μέγεθος του προβλήματος.

Οι Lindeman και συν. δημοσίευσαν πρόσφατα μια μελέτη που αφορούσε ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία (EMRs) 707.819 Καναδών ενηλίκων ασθενών ηλικίας 40 ετών και άνω (μέσης ηλικίας 61 ετών), από τους οποίους το 55,4% ήταν γυναίκες και το 81,3% διέμενε σε αστικές περιοχές.<sup>29</sup> Η συχνότερη χρόνια νόσος τους ήταν η αρτηριακή υπέρταση (29,9%, n=211.937), ακολουθούμενη από την οστεοαρθρίτιδα (16,1%, n=113.990) και τον σακχαρώδη διαβήτη (14,1%, n=99.636). Από αυτούς, λιγότεροι από τους μισούς (48,7%) είχαν τουλάχιστον 1 μέτρηση δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και μόλις το 11,5% είχαν τουλάχιστον μία μέτρηση περιμέτρου μέσης, ενώ από όσους βρέθηκαν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι κατηγορίας I (ΔΜΣ 30-34,9), μόλις το 23,7% είχαν τουλάχιστον μία μέτρηση περιμέτρου μέσης. Από αυτούς τους ασθενείς, τις περισσότερες μετρήσεις περιμέτρου μέσης τις είχαν οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα (σακχαρώδης διαβήτης: 36,8%, αρτηριακή υπέρταση: 26,1% και οστεοαρθρίτιδα: 25,3%). Η μελέτη αυτή ανέδειξε το γεγονός ότι οι γιατροί δεν χρησιμοποιούν συχνά μετρήσεις περιμέτρου μέσης στους ασθενείς τους. Επίσης, συνιστάται η χρήση στην κλινική πρακτική εργαλείων που συνδέουν τον ΔΜΣ με χρόνια νοσήματα, όπως η ταξινόμηση της βαρύτητας της παχυσαρκίας κατά Edmonton (EOSS-Edmonton Obesity Staging System).

## **2. Ποιες είναι οι συνέπειες της προκατάληψης και του στιγματισμού για το βάρος στο σύστημα ΠΦΥ και πώς μπορούν να διορθωθούν;**

Όπως τονίζεται στο [Κεφάλαιο 1 «Διαχείριση, κλινική πρακτική και πολιτική κατά της παχυσαρκίας: Στρατηγικές μείωσης της προκατάληψης σχετικά με το βάρος»](#) αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών, υπάρχουν αποδείξεις ότι τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι ασθενείς που ζουν με παχυσαρκία ενστερνίζονται προκατειλημμένες στάσεις και πεποιθήσεις για την παχυσαρκία. Οι μελέτες δείχνουν επίσης ότι οι ασθενείς με παχυσαρκία αντιλαμβάνονται προκατειλημμένη μεταχείριση στον χώρο της υγειονομικής φροντίδας και αυτό επηρεάζει την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας για την παχυσαρκία, καθώς και για άλλα προβλήματα υγείας τους. Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι οι περισσότεροι ασθενείς με παχυσαρκία θα έχουν βιώσει προκατάληψη και στιγματισμό σε περιβάλλοντα φροντίδας υγείας και αυτό μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά των ασθενών και τις αντιδράσεις τους στις παρεμβάσεις φροντίδας υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αποφεύγουν να

κάνουν υποθέσεις ή κρίσεις σχετικά με την υγεία και τις συμπεριφορές των ασθενών με βάση το βάρος τους.

Οι Kirk και συν. διεξήγαγαν μια ποιοτική μελέτη για τη διαχείριση της παχυσαρκίας, όπου επισημαίνουν: «την κατηγορία ως μια καταστροφική σχέση εξουσίας, τις εντάσεις στην αντιμετώπιση και πρόληψη της παχυσαρκίας και την επικρατούσα συζήτηση στην ιατρική αντιμετώπιση».<sup>2</sup> Τόνισαν ότι τα κλινικά μηνύματα «φάε λιγότερο και κινήσου περισσότερο», που προωθούνται από τους επαγγελματίες υγείας, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και την κοινωνία, ρίχνουν την ευθύνη στους ασθενείς και συμβάλλουν στον εσωτερικευμένο στιγματισμό. Αυτή η σύγκρουση μεταξύ της ζωντανής πραγματικότητας των περίπλοκων βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την παχυσαρκία από τη μία μεριά και των απλοϊκών, αναποτελεσματικών μηνυμάτων από την άλλη μεριά οδηγεί σε βαθιά απογοήτευση τους ασθενείς, εν μέρει επειδή οι κλινικοί γιατροί φαίνεται να αγνοούν όσα έχουν κάνει για να διαχειριστούν το βάρος τους.<sup>2</sup> Τονίζουν επίσης τις δυσκολίες των επαγγελματιών υγείας στο να γνωρίζουν πώς να βοηθήσουν, καθώς και τα συναισθήματα αναποτελεσματικότητας όταν η φροντίδα επικεντρώνεται αποκλειστικά και μόνο στο σωματικό βάρος. Η ευαισθησία του θέματος επίσης εμποδίζει τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να το θίξουν με αυτοπεποίθηση στους ασθενείς.<sup>2</sup> Η Thille διεξήγαγε μια αξιόπιστη ποιοτική μελέτη, χρησιμοποιώντας τη θεωρία του διαδραστικού στίγματος, για να αναλύσει ηχογραφημένους διαλόγους στην ΠΦΥ σχετικά με το βάρος.<sup>30</sup> Εκτός από την έμφαση στη σημασία του να ζητάς την άδεια για να συζητήσεις για το βάρος, πρότεινε αρκετές ενέργειες για τη μείωση του στίγματος κατά της παχυσαρκίας στη συμβουλευτική της ΠΦΥ:

1. Αναγνωρίστε λεπτομερώς τους πολλαπλούς παράγοντες που επηρεάζουν το βάρος, όπως γίνεται με τις υπόλοιπες βιομετρικές μετρήσεις, ώστε να καταρρίψετε τα στερεότυπα προσωπικής αποτυχίας/επιτυχίας που συνδέονται με τη σύσταση του σώματος.
2. Πριν από τη συζήτηση των αποτελεσμάτων, αξιολογήστε ξεχωριστά τις υγιείς συνήθειες συμπεριφοράς που επηρεάζουν την υγεία, ώστε να προσδιορίσετε τον βαθμό στον οποίο οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της συνολικής υγείας.
3. Επαναπροσδιορίστε την επιτυχία ως μια συνεχή μεταβολή συμπεριφοράς που αφορά την υγεία

(π.χ. αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών), ανεξαρτήτως του μεγέθους ή του βάρους σώματος.<sup>30</sup>

Ακολουθεί μια λίστα με μερικές πρακτικές στρατηγικές μείωσης της προκατάληψης για το βάρος που οι πάροχοι πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορούν να χρησιμοποιήσουν στην πρακτική τους:

- Αξιολογήστε τις δικές σας στάσεις και πεποιθήσεις σχετικά με την προκατάληψη για το βάρος.<sup>31</sup>
- Λάβετε υπόψη τις προηγούμενες εμπειρίες προκατάληψης που έχει βιώσει ο ασθενής σχετικά με το βάρος του και αξιολογήστε πιθανή εσωτερικευμένη προκατάληψη για το βάρος του.
- Αναγνωρίστε ότι η παχυσαρκία είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων.
- Αποσυνδέστε το βάρος από την υγεία – εξερευνήστε όλες τις αιτίες εμφάνισης προβλημάτων, όχι μόνο το βάρος.
- Τονίστε τη σημασία των στόχων που εστιάζουν στη συμπεριφορά, έναντι των στόχων που εστιάζουν στην απώλεια βάρους.
- Αφαιρέστε από την αίθουσα αναμονής κάθε υλικό που δημιουργεί στερεότυπα για τα άτομα με παχυσαρκία.
- Να έχετε ενδύματα, περιχειρίδες μέτρησης αρτηριακής πίεσης και οποιονδήποτε άλλο διαγνωστικό εξοπλισμό σχεδιασμένο έτσι ώστε να ταιριάζει σε μεγαλύτερα σώματα, και
- Εγκαταστήστε χειρολαβές στις τουαλέτες και παρέχετε καθίσματα που θα δύνανται να φιλοξενήσουν/υποστηρίξουν μεγαλύτερα μεγέθη και σχήματα σώματος.

### **3. Ποιοι είναι οι βασικοί προβληματισμοί για την αναγνώριση των βαθύτερων αιτιών της παχυσαρκίας και τη μείωση των ιατρογενών αιτιών αύξησης βάρους από ιατρικές θεραπείες, καθώς και για την υποστήριξη της ικανότητας των ατόμων να συμμετέχουν στη φροντίδα;**

Όπως έχει επισημανθεί στο [Κεφάλαιο 6 «Αξιολόγηση των ατόμων με παχυσαρκία»](#) αυτών των οδηγιών, τα βαθύτερα αίτια της παχυσαρκίας είναι πολλαπλά. Ιδιαίτερη σημασία έχουν τα ψυχολογικά και διανοητικά προβλήματα υγείας, ο χρόνιος πόνος, οι μηχανικές δυσκολίες, συμπεριλαμβανομένου του ύπνου και των μεταβολικών καταστάσεων, και το πολιτισμικό, κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο. Είναι σημαντικό ότι η αυξημένη χρήση φαρμάκων για τη θεραπεία διαφόρων ιατρικών καταστάσεων έχει συμβάλει στην αύξηση των ποσοστών υπέρβαρου και παχυσαρκίας που παρατηρούνται. Ως εκ τούτου, είναι

επιτακτική ανάγκη για τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης να είναι εξοικειωμένοι με τις επιπτώσεις που έχουν τα συνήθη συνταγογραφούμενα φάρμακα στο βάρος. Θα εξετάσουμε τα αντιψυχωσικά και τα αντισυλληπτικά φάρμακα.

Στο πλαίσιο μιας μετα-ανάλυσης που είχε στόχο να παρέχει τεκμηριωμένες ιεραρχίες της συγκριτικής αποτελεσματικότητας, των παρενεργειών και του κινδύνου διακοπής 15 διαφορετικών αντιψυχωσικών φαρμάκων, ο Leucht και οι συνάδελφοί του συμπεριέλαβαν μια αξιολόγηση των επιπτώσεών τους στο βάρος.<sup>32</sup> Εκτός από την αλοπεριδόλη, τη ζιπρασιδόνη και τη λουρασιδόνη, όλα τα άλλα φαίνεται να προκαλούν μεγαλύτερη αύξηση βάρους από ό,τι το εικονικό φάρμακο – η ολανζαπίνη προκαλεί σημαντικά μεγαλύτερη αύξηση βάρους από τα υπόλοιπα. Αυτή είναι μια σημαντική παρατήρηση, που πρέπει να σταθμίζεται έναντι της ψυχιατρικής αποτελεσματικότητας και αναγκαιότητας κατά τη συνταγογράφηση αυτών των φαρμάκων. Αυτά τα φάρμακα είναι σε μεγάλο βαθμό υπεύθυνα για την αυξανόμενο επιπολασμό των μεταβολικών διαταραχών σε ασθενείς με συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές.

Υπάρχει κάποια χαμηλότερης ποιότητας τεκμηρίωση ότι η μετφορμίνη μπορεί να είναι χρήσιμη για την αντιστάθμιση της αύξησης βάρους που προκαλείται από τα αντιψυχωσικά φάρμακα σε ενήλικες.<sup>33</sup> Απαιτείται περισσότερη έρευνα για στρατηγικές μείωσης αυτής της αύξησης βάρους που προκαλείται από φάρμακα.

Οι Gallo και συν. διεξήγαγαν μια περιεκτική συστηματική ανασκόπηση αξιολογώντας την πιθανή συσχέτιση μεταξύ της χρήσης συνδυαστικών αντισυλληπτικών και των μεταβολών στο βάρος.<sup>34</sup> Από τις 42 μελέτες που αξιολογήθηκαν, μόνο τέσσερις περιλάμβαναν ομάδα εικονικού φαρμάκου ή μη παρέμβασης. Αυτές οι μελέτες, αν και παρωχημένες, δεν παρουσίασαν στοιχεία που να υποστηρίζουν συσχέτιση μεταξύ της χρήσης συνδυαστικών αντισυλληπτικών και της αλλαγής βάρους.<sup>34</sup> Αυτή η έλλειψη συσχέτισης μπορεί να οφείλεται στον περιορισμένο αριθμό αντισυλληπτικών που αξιολογήθηκαν. Πραγματοποιήθηκαν και άλλες συγκρίσεις σχετικά με την αλλαγή βάρους, οι οποίες αξιολόγησαν δύο συνδυαστικά αντισυλληπτικά φάρμακα: επτά από αυτές έδειξαν διαφορά στη μέση αλλαγή βάρους ή στο ποσοστό των γυναικών που έχασαν ή πήραν ένα συγκεκριμένο ποσό βάρους. Οι

περισσότερες συγκρίσεις δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές στην αλλαγή βάρους.<sup>34</sup> Πάνω από το 25% των δοκιμών είχε υψηλό κίνδυνο μεροληψίας, με τη συντριπτική πλειοψηφία να έχει ασαφή κίνδυνο μεροληψίας λόγω έλλειψης πληροφοριών σχετικά με την τυχαιοποίηση ή την απόκρυψη της κατανομής.<sup>34</sup> Προς το παρόν δεν υπάρχουν επαρκή διαθέσιμα στοιχεία για να καθοριστεί η επίδραση των συνδυαστικών αντισυλληπτικών στο βάρος. Ωστόσο, οι Gaudet και συν. βρήκαν, σε μια καναδική έρευνα σε γυναίκες που λαμβάνουν από του στόματος συνταγογραφούμενα αντισυλληπτικά, ότι 68% έλαβαν συμβουλές από τον γιατρό τους σχετικά με την πιθανότητα αύξησης βάρους με το χάπι.<sup>35</sup> Από αυτές, το 36% ανέφερε ότι το βάρος τους παρέμεινε το ίδιο. Απαιτούνται καλά διεξαγόμενες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές με εικονικό φάρμακο για να αξιολογηθεί σωστά η σύνδεση μεταξύ των συνδυαστικών αντισυλληπτικών και της αλλαγής βάρους.<sup>35</sup>

Όσον αφορά τις επιλογές αντισύλληψης μόνο με προγεστίνη, οι Lopez και συν. αξιολόγησαν την επίδραση της χρήσης τους στο σωματικό βάρος.<sup>36</sup> Από τις 15 μελέτες που εξετάστηκαν, τέσσερις έδειξαν διαφορές στην αύξηση βάρους, όταν μια επιλογή αντισύλληψης μόνο με προγεστίνη συγκρίθηκε με την απουσία ορμονικής αντισύλληψης. Υπήρχαν λίγα στοιχεία για αύξηση βάρους λόγω χρήσης αντισυλληπτικού χαπιού μόνο με προγεστίνη. Το ενέσιμο Depo-Provera παρουσίασε μεγαλύτερη αύξηση του σωματικού λίπους στους έξι μήνες, σε σύγκριση με μια ομάδα χωρίς ορμονική αντισύλληψη, καθώς και μείωση της άλιπης μάζας σώματος. Σε μια άλλη μελέτη, το ενέσιμο Depo-Provera έδειξε μεγαλύτερη αύξηση βάρους σε ένα, δύο και τρία χρόνια, σε σύγκριση με μια ομάδα που χρησιμοποίησε σπείραμα (IUD).<sup>36</sup> Οι ανησυχίες σχετικά με την αύξηση βάρους μπορεί να αποθαρρύνουν την έναρξη της χρήσης αντισυλληπτικών και η αύξηση βάρους είναι ο πιο συχνά αναφερόμενος λόγος πρόωρης διακοπής.

Αυτά είναι μόνο μερικά από τα φάρμακα που εμπλέκονται στην αύξηση βάρους. Οι Wharton και συν. παρουσίασαν μια πιο ολοκληρωμένη επισκόπηση των φαρμάκων που είναι διαθέσιμα στον Καναδά και έχουν υψηλότερη προδιάθεση να προκαλέσουν αύξηση βάρους, με εκτιμήσεις για την επίδρασή τους στο βάρος, καθώς και εναλλακτικές επιλογές που προωθούν πιο ευνοϊκά αποτελέσματα σχετικά με το βάρος.<sup>37</sup> Οι κατηγορίες φαρμάκων σε αυτήν την ανασκόπηση περιλαμβάνουν αντιψυχωσικά, σταθεροποιητές διάθεσης, αντικαταθλιπτικά,

αντιυπεργλυκαιμικά, αντιυπερτασικά και κορτικοστεροειδή. Οι συγγραφείς παροτρύνουν τους γιατρούς να συζητούν με τους ασθενείς τις σχετιζόμενες με το βάρος παρενέργειες των διαφόρων επιλογών φαρμάκων, ώστε να διευκολύνουν τις θεραπευτικές αποφάσεις που επικεντρώνονται στον ασθενή (κοινή λήψη αποφάσεων), καθώς και να διαχειρίζονται τις προσδοκίες που σχετίζονται με το βάρος.<sup>37</sup> Οι συγγραφείς συνιστούν ότι, όπου είναι δυνατόν, οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να προσπαθούν να επιλέγουν εκείνα τα φάρμακα που σχετίζονται με πιο ευνοϊκή απόκριση του σωματικού βάρους ή να κάνουν αλλαγές στη φαρμακευτική αγωγή σε περίπτωση που οι ασθενείς εμφανίσουν παρενέργειες που προκαλούν αύξηση βάρους. Το αρχικό βάρος θα πρέπει να μετράται πριν από την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής και το βάρος θα πρέπει να παρακολουθείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Μια αύξηση βάρους >2,0 kg εντός τεσσάρων εβδομάδων, χωρίς αλλαγές στη συμπεριφορά, θα δικαιολογούσε παρέμβαση. Όταν τα φιλικά προς το βάρος φάρμακα δεν αποτελούν επιλογή, μπορεί να εξεταστούν παρεμβάσεις συμπεριφοράς υγείας, με ή χωρίς συμπληρωματική θεραπεία, για να μετριαστεί η αύξηση βάρους.<sup>37</sup>

## Υποστήριξη της ικανότητας των ατόμων να συμμετέχουν στη φροντίδα

Η εγγραματοσύνη υγείας είναι ένας κρίσιμος παράγοντας στην ικανότητα των ανθρώπων να ασχολούνται με την αυτοφροντίδα για τη διαχείριση της παχυσαρκίας. Η μείωση του βάρους απαιτεί τόσο την κατανόηση του τι απαιτείται για τη διαχείριση του βάρους, όσο και γνώση των παραγόντων που εμποδίζουν την απώλεια βάρους και αυτών που προάγουν την επαναφορά του βάρους.

Οι Faruqi και συν. πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση για να εκτιμήσουν τις παρεμβάσεις σε επίπεδο ΠΦΥ που στοχεύουν στην εγγραματοσύνη υγείας και τις επιπτώσεις τους στην απώλεια βάρους.<sup>3</sup> Προσδιόρισαν 13 μελέτες που εξέτασαν παρεμβάσεις που εστιάζουν στην εκπαίδευση σχετικά με τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα, καθώς και ψυχολογικές προσεγγίσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση των γνώσεων και δεξιοτήτων που απαιτούνται για την απώλεια βάρους σε ενήλικες. Λόγω του υψηλού βαθμού κλινικής ετερογένειας μεταξύ των μελετών, δεν πραγματοποιήθηκε μετα-ανάλυση. Εντοπίστηκαν επτά τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, εκ των οποίων οι τέσσερις ήταν μεθοδολογικά ισχυρές. Αν και τα επίπεδα

εγγραματοσύνης για την υγεία δεν μετρήθηκαν με ακρίβεια πριν και μετά την παρέμβαση, σημειώθηκαν σημαντικές μειώσεις βάρους σε 11 από τις 13 μελέτες. Σε δύο από τις 11, η απώλεια βάρους δεν διατηρήθηκε στις περιόδους παρακολούθησης και σε μια τρίτη μελέτη διατηρήθηκε σε άνδρες αλλά όχι σε γυναίκες συμμετέχουσες. Σημειώθηκε ότι οκτώ από τις 13 μελέτες που εντοπίστηκαν είχαν ποσοστά διατήρησης >80%. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπήρχε τεκμηρίωση για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που εστιάζουν στη βελτίωση της γνώσης και των δεξιοτήτων (δηλαδή, στην εγγραματοσύνη υγείας) για την απώλεια βάρους.<sup>3</sup>

Ως γενική αρχή, οι παρεμβάσεις διαχείρισης της παχυσαρκίας θα πρέπει να είναι πολιτισμικά προσαρμοσμένες ώστε να μεγιστοποιούν την υποστήριξη προς τα άτομα που ασχολούνται με την αυτοφροντίδα. Με αυτό εννοούμε ότι οι παρεμβάσεις που στοχεύουν μια συγκεκριμένη εθνοτική ομάδα θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την ποικιλομορφία των ψυχολογικών και κοινωνικών πρακτικών όσον αφορά το υπερβολικό βάρος, τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα και τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, καθώς αυτές μπορεί να διαφέρουν μεταξύ και εντός διαφορετικών εθνοτικών ομάδων.

Οι Perez και συν. διεξήγαγαν μια συστηματική ανασκόπηση 22 θεραπευτικών παρεμβάσεων που απευθυνόταν σε ενήλικες λατινοαμερικανικής καταγωγής στις ΗΠΑ, οι οποίες αξιολογήθηκαν ως άτομα με υπέρβαρο ή παχυσαρκία.<sup>12</sup> Σημαντικά αποτελέσματα βρέθηκαν σε 13 από τις 22 μελέτες που εντοπίστηκαν. Οι ερευνητικές μελέτες που φάνηκαν να είναι πιο επιτυχημένες σε σχέση με την κουλτούρα ήταν αυτές που περιλάμβαναν βασικά μέλη της κοινότητας, όπως οι *προαγωγοί υγείας* (εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας της κοινότητας), και οι παρεμβάσεις που υλοποιήθηκαν εντός της κοινότητας και εφάρμοσαν πολιτισμικά κατάλληλες στρατηγικές (π.χ., χρήση μεταφρασμένων υλικών και κοινωνική υποστήριξη εντός της κοινότητας).<sup>12</sup> Σε αυτήν την ανασκόπηση, οι παρεμβάσεις που απέδωσαν μεγάλα μεγέθη αποτελέσματος πραγματοποιήθηκαν όλες σε διαφορετικά περιβάλλοντα (υγειονομική περίθαλψη, κέντρο της κοινότητας, οικία, εκκλησία). Οι περισσότερες παρεμβάσεις διεξήχθησαν από δίγλωσσους/ διπολιτισμικούς επαγγελματίες.<sup>12</sup> Παρόλο που αυτή η ανασκόπηση επικεντρώθηκε σε πληθυσμούς λατινοαμερικανών στις ΗΠΑ, υπάρχει εκτενής τεκμηρίωση στις κοινωνικές επιστήμες για τη σημασία της κουλτούρας και έχουν διατυπωθεί

κρίσιμης σημασίας απόψεις για έννοιες όπως η πολιτισμική ικανότητα ή η πολιτισμική ασφάλεια.

Ένας ηγέτης σε αυτόν τον τομέα είναι ο L. Kirnayer από το Ινστιτούτο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής στο McGill. Αναθεωρεί βασικές έννοιες σε αυτόν τον τομέα, στο άρθρο του «Επανεξετάζοντας την Πολιτισμική Επάρκεια».<sup>38</sup>

Βασικά, υπάρχει ανάγκη να υιοθετηθεί η «πολιτισμική ταπεινότητα». Αυτό συνεπάγεται ειλικρίνεια στην κατανόηση του ατόμου μέσα στην κοινότητά του, με σεβασμό και προβληματισμό για το ποια είναι η θέση των παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικοοικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Οι συζητήσεις πρέπει να είναι ευρύτερες και να μην περιορίζονται στην προσαρμογή των παρεμβάσεων με επιφανειακό τρόπο, χωρίς να κατανοούμε τις κοινωνικοπολιτισμικές ιεραρχίες στις οποίες σχεδιάζονται οι παρεμβάσεις και η παροχή υγειονομικής περίθαλψης.<sup>38</sup> Πρέπει να επιδιώκουμε να κατανοήσουμε πώς τα διάφορα κοινωνικά σύνολα αντιλαμβάνονται τα προβλήματα, ανεξάρτητα από το αν πρόκειται για το μέγεθος του σώματος, τις ασθένειες, την έννοια της υγείας ή τις έννοιες των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Έχει πραγματοποιηθεί επίσης εκτενής εργασία στον τομέα της κουλτούρας και του μεγέθους του σώματος και στα βασικά σημεία εκφράζεται προβληματισμός σχετικά με τα δυτικά ιδανικά περί λεπτού σώματος. Είναι σημαντικό να εστιάζουμε στην υγεία και όχι στο μέγεθος του σώματος.<sup>39</sup>

#### **4. Ποια είναι η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων υγειονομικής περίθαλψης που περιλαμβάνουν εξατομικευμένες στρατηγικές διαχείρισης της παχυσαρκίας;**

Οι πάροχοι ΠΦΥ εντοπίζουν πολλές προκλήσεις στην υποστήριξη των ασθενών για τη διαχείριση της παχυσαρκίας τους. Οι Asselin και συν. πραγματοποίησαν μια ενδελεχή ποιοτική μελέτη στο πλαίσιο του προγράμματος της ομάδας 5As, που είχε ως στόχο να κατανοήσει τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης στην προσπάθειά τους να υποστηρίξουν άτομα με παχυσαρκία.<sup>5-7</sup>

Στο πλαίσιο της ΠΦΥ, η παχυσαρκία ενσωματώνεται σε πολλές διαφορετικές κλινικές καταστάσεις. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης συχνά απέφευγαν να αναφέρουν το βάρος, καθώς το θεωρούσαν ευαίσθητο θέμα· το ανέφεραν έμμεσα όταν συζητούσαν άλλα ιατρικά ζητήματα. Υπήρχε έλλειψη αυτοπεποίθησης

για την αντιμετώπιση του ζητήματος και ανησυχία ότι θα μπορούσε να πάρει πολύ χρόνο.<sup>5</sup> Ανακάλυψαν ότι η φροντίδα παρεμποδιζόταν όταν διαφορετικοί πάροχοι παρείχαν αντικρουόμενα μηνύματα και συστάσεις στους ασθενείς. Αυτό μπορούσε να ξεπεραστεί σε κλινικά περιβάλλοντα με ισχυρές δομές διεπιστημονικών ομάδων με αποτελεσματική επικοινωνία, σχέσεις και κατανόηση των ρόλων. Η παρέμβαση της ομάδας 5As είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της άνεσης των παρόχων για την έναρξη συζητήσεων, την υιοθέτηση μιας προσέγγισης χρόνιων παθήσεων, την αύξηση της χρήσης ανθρωποκεντρικής γλώσσας (people-first language) και, σε πολλές κλινικές, την αύξηση της ομαδικής εργασίας των διεπιστημονικών παρόχων στην υποστήριξη των ασθενών.<sup>7</sup> Οι ασθενείς επιθυμούσαν οι πάροχοί τους να ξεκινούν συζητήσεις και να παρέχουν ολιστικές προσεγγίσεις επικεντρωμένες στον ασθενή, που να αντιμετωπίζουν το προσωπικό τους πλαίσιο και τις συννοσηρότητές τους.<sup>1</sup> Υπάρχει ένα κενό στη φροντίδα όσον αφορά την ικανότητα των παρόχων να ανταποκριθούν σε αυτές τις ανάγκες των ασθενών. Ωστόσο, οι παρεμβάσεις που επικεντρώνονται σε αυτήν την προσέγγιση ήταν αποτελεσματικές.

Σε μια συστηματική ανασκόπηση των αποτελεσματικών παρεμβάσεων διαχείρισης παχυσαρκίας και των συμπεριφορικών παρεμβάσεων, οι Kirk και συν. επισημαίνουν τη σημασία των πολυδιάστατων παρεμβάσεων που ενσωματώνουν τη σωματική δραστηριότητα, τη διατροφή και τις στρατηγικές συμπεριφοράς.<sup>8</sup> Βασισμένοι σε πολλές συστηματικές ανασκοπήσεις, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι πολυδιάστατες παρεμβάσεις οδηγούν σε μεγαλύτερη απώλεια βάρους, ενώ οι παρεμβάσεις μίας μεθόδου είναι πιο αποτελεσματικές στη βελτίωση μίας συγκεκριμένης συμπεριφοράς, για παράδειγμα, της διατροφής ή της σωματικής δραστηριότητας.<sup>8</sup> Η κλινική ετερογένεια στις μελέτες δεν επιτρέπει τη μετα-ανάλυση.

Στη συνέχεια, οι Eaton και συν. επισήμαναν τη σημασία της εφαρμογής αυτών των παρεμβάσεων στην ΠΦΥ στην υψηλής ποιότητας πολυκεντρική τυχαίοποιημένη δοκιμή τους. Αυτή η μελέτη αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης με βάση την οικία για την απώλεια βάρους και τη σωματική δραστηριότητα («Επίλεξε να Χάσεις» - “Choose to Lose”), για ενήλικες χωρίς σωματική δραστηριότητα οι οποίοι εμφανίζουν παχυσαρκία, στο Rhode Island.<sup>9</sup> Οι οικογενειακοί γιατροί εντόπισαν ασθενείς που είχαν κίνητρο ώστε να χάσουν βάρος και να αυξήσουν τη σωματική τους δραστηριότητα και τους παρέπεμψαν

στην παρέμβαση. Οι οικογενειακοί γιατροί εκπαιδεύτηκαν στο να παρέχουν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για την απώλεια βάρους και την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, καθώς και στο να ενσωματώνουν σύντομη υποστήριξη και διδασκαλία στις επισκέψεις τους. Ενημερώνονταν για την πρόοδο κατά τη διάρκεια της μελέτης και υποστήριζαν τη διαχείριση σχετικών συννοσηροτήτων.<sup>9</sup>

Οι ασθενείς έλαβαν ένα πρόγραμμα παρέμβασης στην οικία τους, διάρκειας 12 μηνών, με φάση συντήρησης 12 μηνών. Οι συμμετέχοντες παρέλαβαν ένα δομημένο πλάνο γευμάτων από έναν σύμβουλο συμπεριφοράς, το οποίο περιλάμβανε ένα προδιαγεγραμμένο έλλειμμα θερμίδων, καθώς επίσης και ένα πλάνο για να αυξήσουν τη σωματική δραστηριότητα. Τους ζητήθηκε να παρακολουθούν την πρόδό τους στις φόρμες αυτοελέγχου που έλαβαν. Η παρέμβαση της βασικής ομάδας περιλάμβανε τρεις συναντήσεις πρόσωπο με πρόσωπο, ενώ η παρέμβαση της ενισχυμένης ομάδας περιλάμβανε επίσης τακτικές τηλεφωνικές κλήσεις, αλληλογραφία και ανατροφοδότηση.<sup>9</sup> Απώλεια βάρους σημειώθηκε και στις δύο ομάδες. Ωστόσο, σχεδόν οι μισοί από την ενισχυμένη ομάδα παρέμβασης πέτυχαν κλινικά σημαντική απώλεια βάρους τουλάχιστον 5% του αρχικού σωματικού βάρους σε 12 μήνες (47,8% έναντι 11,6%,  $p < 0,001$ ). Στους 24 μήνες, το 33,3% της ενισχυμένης παρέμβασης και το 24,6% της τυπικής παρέμβασης είχαν >5% απώλεια βάρους, με τις διαφορές μεταξύ των ομάδων να μην είναι πλέον σημαντικές. Σημειώθηκε αύξηση της αυτοαναφερόμενης σωματικής δραστηριότητας, με την ενισχυμένη ομάδα να αναφέρει 126,1 λεπτά μέτριας έως έντονης άσκησης εβδομαδιαίως, έναντι 73,7 λεπτών στην ομάδα ελέγχου ( $p = 0,04$ ). Αν και υπήρξε μείωση σε 101,3 λεπτά στην ενισχυμένη ομάδα στο χρονικό σημείο των 24 μηνών, η σωματική δραστηριότητα παρέμενε περισσότερη από ό,τι στην ομάδα ελέγχου, στην οποία ήταν 75 λεπτά ( $p = 0,04$ ).<sup>9</sup>

Οι συνεντεύξεις με τους συμμετέχοντες μετά την παρέμβαση ανέδειξαν ότι οι μηνιαίες τηλεφωνικές κλήσεις και ο εξατομικευμένος καθορισμός στόχων ήταν οι πιο χρήσιμες πρακτικές. Τα βασικά συμπεράσματα ήταν:

1. Ο ιατρός ΠΦΥ διαδραματίζει αποφασιστικής σημασίας ρόλο στον εντοπισμό ασθενών που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από την υποστήριξη/παρέμβαση για την παχυσαρκία και στην παραπομπή τους σε προγράμματα.

2. Οι εξατομικευμένες παρεμβάσεις στην οικία με ελάχιστη διαπροσωπική επαφή είναι αποτελεσματικές στην επίτευξη κλινικά σημαντικής απώλειας βάρους
3. Οι άνθρωποι εκτιμούν την εξατομικευμένη υποστήριξη.

Οι παρεμβάσεις μπορούν να επιτευχθούν και σε άλλους χώρους, πέραν των κλινικών.<sup>9</sup> Οι Rejeski και συν. διεξήγαγαν μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη σε μια κοινοτική εγκατάσταση YMCA, όπου συνέκριναν τρεις παρεμβάσεις: απώλεια βάρους, απώλεια βάρους και άσκηση με αντιστάσεις και απώλεια βάρους και αερόβια άσκηση.<sup>14</sup> Οι συμμετέχοντες ήταν ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (60-75 ετών) που έκαναν λιγότερο από 60 λεπτά μέτριας έως έντονης άσκησης κάθε εβδομάδα, είχαν ΔΜΣ μεταξύ 28 και 42 και είχαν επιβεβαιωμένη καρδιαγγειακή νόσο ή διάγνωση μεταβολικού συνδρόμου. Όλες οι ομάδες έχασαν βάρος σε σύγκριση με το αρχικό: η μέση προσαρμοσμένη μεταβολή ήταν -6,1% (95% CI: -7,5% έως -4,7%).<sup>14</sup>

Μία εποικοδομητική στρατηγική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο της ΠΦΥ για την προώθηση της ικανότητας των ατόμων να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα τους είναι να συνειδητοποιήσουν την αξία της συνεργασίας με ανθρώπους στην προσπάθειά τους να πραγματοποιήσουν μικρές αλλαγές στις υγιεινές τους συνήθειες με την πάροδο του χρόνου. Η προσέγγιση των Μικρών Αλλαγών στη διαχείριση της παχυσαρκίας είναι μια εξατομικευμένη παρέμβαση που ενθαρρύνει τους συμμετέχοντες να θέτουν μικρούς στόχους, που επιλέγουν οι ίδιοι, με βάση τα υπάρχοντα μοτίβα συμπεριφοράς τους ως προς την υγεία.<sup>13</sup> Η προσέγγιση των Μικρών Αλλαγών υποθέτει ότι ένα ενεργειακό έλλειμμα 200-300 kcal την ημέρα μπορεί να είναι αρκετό για να επιφέρει μείωση βάρους και μακροπρόθεσμη διατήρηση της απώλειας βάρους. Υπάρχει η πεποίθηση ότι αυτή η θεραπευτική προσέγγιση μειώνει το αίσθημα της στέρσης, καθώς αυξάνει την αυτο-αποτελεσματικότητα και την ενδυνάμωση, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει θετικά τη συμμόρφωση και τη μακροπρόθεσμη επιτυχία. Η μελέτη *Aspiring to Lifelong Health in VA (ASPIRE-VA)*, που διεξήχθη από τον Lutes και τους συναδέλφους του, είναι η μοναδική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη στην ΠΦΥ που αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα της προσέγγισης των Μικρών Αλλαγών.<sup>13</sup> Η προσέγγιση αυτή συγκρίθηκε σε βετεράνους των ΗΠΑ με το πρόγραμμα MOVE! της Διοίκησης Υγείας των Βετεράνων (VHA) για απώλεια

βάρους. Βετεράνοι με υπέρβαρο ή παχυσαρκία στρατολογήθηκαν από δύο ιατρικά κέντρα του VHA και τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα των Μικρών Αλλαγών (ASPIRE-Group), στην ομάδα των Μικρών Αλλαγών μέσω τηλεφώνου (ASPIRE-Phone) ή στην ομάδα συνήθους φροντίδας (MOVE!). Οι συμμετέχοντες είχαν μέσο ΔΜΣ 36,5, ήταν κυρίως άνδρες και ανέφεραν υψηλό επιπολασμό σωματικών και ψυχικών συννοσηροτήτων. Οι προπονητές υγείας ήταν μη κλινικοί γιατροί που είχαν τουλάχιστον ένα πτυχίο πανεπιστημίου, αλλά καμία εμπειρία σε ψυχολογία, αλλαγή συμπεριφοράς ή προπόνηση. Παρακολούθησαν ένα τριήμερο εκπαιδευτικό σεμινάριο και έλαβαν συνεχή εκπαίδευση και επίβλεψη.<sup>13</sup> Οι συμμετέχοντες και στις δύο ομάδες των Μικρών Αλλαγών είχαν συναντήσεις με τους προπονητές υγείας εβδομαδιαίως για τους πρώτους τρεις μήνες, ανά δύο εβδομάδες από τον τέταρτο έως τον ένατο μήνα και στη συνέχεια μηνιαίως για τους μήνες 10 έως 12. Οι συμμετέχοντες στη συνήθη φροντίδα (MOVE!) είχαν συναντήσεις εβδομαδιαίως για 12 εβδομάδες, με δυνατότητα συνέχισης της παρακολούθησης μετά από αυτό το διάστημα. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ήταν η μεταβολή του βάρους σε σχέση με το αρχικό στους 12 μήνες και τα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία περιλάμβαναν φυσιολογικές, συμπεριφορικές και ψυχοκοινωνικές εκβάσεις, καθώς και τα επίπεδα συμμετοχής και συμμόρφωσης.<sup>13</sup>

Οι συμμετέχοντες και στις τρεις ομάδες της μελέτης έχασαν σημαντικό βάρος στους 12 μήνες ( $p < 0,01$ ). Όσοι ανήκαν στην ομάδα ASPIRE έχασαν σημαντικά περισσότερο βάρος στους 12 μήνες, σε σύγκριση με εκείνους στις άλλες δύο ομάδες θεραπείας (ASPIRE-Group:  $-2,8$  kg, 95% CI:  $-3,8$  έως  $-1,9$ , ASPIRE-Phone:  $-1,4$  kg, 95% CI:  $-2,4$  έως  $-0,5$ , MOVE!  $-1,4$  kg, 95% CI:  $-2,3$  έως  $-0,4$ ). Τα ποσοστά των ατόμων που έχασαν τουλάχιστον 5% του αρχικού τους βάρους στους 12 μήνες ήταν 23,8% στην ομάδα ASPIRE-Group, 21,7% στην ομάδα ASPIRE-Phone και 20,2% στην ομάδα MOVE! ( $p = 0,79$ ). Και τα δύο προγράμματα ASPIRE είχαν υπερδιπλάσιο επίπεδο αφοσίωσης, σε σύγκριση με το πρόγραμμα MOVE!. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυτός ο τύπος εξατομικευμένης προσέγγισης καθορισμού στόχων μπορεί να προωθήσει αποτελεσματικά την απώλεια βάρους και ότι, όταν εφαρμόζεται σε ομαδικό περιβάλλον, είναι ο πλέον αποτελεσματικός για την επίτευξη κλινικά σημαντικής απώλειας βάρους στους 12 μήνες.

## 5. Ποιες είναι οι στρατηγικές για τη δημιουργία παρεμβάσεων πρωτοβάθμιας περίθαλψης που να περιλαμβάνουν εξατομικευμένα σχέδια διαχείρισης της παχυσαρκίας, τα οποία αντιμετωπίζουν το ατομικό πλαίσιο ζωής και τις βαθύτερες αιτίες και υποστηρίζουν τον σχεδιασμό δράσης;

Τα 5As για τη Διαχείριση της Παχυσαρκίας» (5As of Obesity Management™) (Ask, Assess, Advise, Agree, Assist – Ρώτησε, Αξιολόγησε, Συμβούλεψε, Συμφώνησε, Βοήθησε) είναι ένα σύνολο πόρων και βασισμένων σε αποδείξεις εργαλείων για χρήση στην ΠΦΥ. Αυτά τα εργαλεία αναπτύχθηκαν για να συνοψίσουν την τεκμηρίωση σχετικά με τη διαχείριση της παχυσαρκίας, κατόπιν συζητήσεων με ασθενείς, παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και ειδικούς στην παχυσαρκία, μέσω του Obesity Canada, με την υποστήριξη των Καναδικών Ινστιτούτων Έρευνας Υγείας και του Δημόσιου Οργανισμού Υγείας του Καναδά.<sup>40</sup>

Οι Rueda-Clausen και συν., σε μια μη τυχαιοποιημένη μελέτη με σχεδιασμό τύπου «(μετρήσεις) πριν και μετά (την παρέμβαση)», έδειξαν ότι η εφαρμογή του πλαισίου των 5As είχε ως αποτέλεσμα τον διπλασιασμό της έναρξης διαχείρισης της παχυσαρκίας (19% έναντι 39%,  $p = 0,03$ ) και προκάλεσε μια στατιστικά σημαντική αύξηση στις αντιληπτές προσπάθειες παρακολούθησης/συντονισμού (συστατικά της Αυτοαναφερόμενης Αξιολόγησης Ασθενών για τη Φροντίδα Χρόνιων Ασθενειών,  $45 \pm 22$  μονάδες έναντι  $67 \pm 12$  μονάδων,  $p = 0,002$ ), καθώς και σε δύο συστατικά του πλαισίου των 5As: Αξιολόγηση ( $50 \pm 29$  μονάδες έναντι  $66 \pm 15$  μονάδων,  $p = 0,03$ ) και Βοήθησε ( $54 \pm 26$  μονάδες έναντι  $72 \pm 13$  μονάδων,  $p = 0,01$ ).<sup>41</sup>

Ένα εμπόδιο είναι η εμπιστοσύνη των παρόχων στην υιοθέτηση νέων προσεγγίσεων στη φροντίδα της παχυσαρκίας. Η μελέτη της ομάδας των 5As συνδημιούργησε μια παρέμβαση με διεπιστημονικούς παρόχους ΠΦΥ για την αύξηση της φροντίδας της παχυσαρκίας σε ένα περιβάλλον ΠΦΥ. Η ποιοτική ανάλυση από το πρόγραμμα της ομάδας των 5As έδειξε σημαντικές αλλαγές που αντιμετώπισαν τα κενά που αναγνώρισαν οι πάροχοι στην πρακτική τους και αύξησαν την εμπιστοσύνη τους στη διεξαγωγή αξιολογήσεων παχυσαρκίας και διεπιστημονικής συνεργασίας.<sup>6</sup>

Υπήρξε ενδιαφέρον για την ανάλυση της κλινικής συμβουλευτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας για άτομα

που ζουν με παχυσαρκία. Ένα βασικό στοιχείο είναι η υποστήριξη του διαλόγου μεταξύ παρόχου και ασθενούς με τρόπο που να αντιμετωπίζει τις συγκεκριμένες βαθύτερες αιτίες της παχυσαρκίας και τα εμπόδια στη διαχείρισή της και να βοηθά στην αύξηση της αυτο-αποτελεσματικότητας του ασθενούς στη διαχείριση της συνολικής του υγείας.<sup>42</sup> Σε μια εν τω βάθει ποιοτική μελέτη εγγράφηκαν 20 ασθενείς και οι συναντήσεις μεταξύ παρόχων και ασθενών βιντεοσκοπήθηκαν. Τόσο οι ασθενείς όσο και οι πάροχοι έδωσαν επιπλέον συνεντεύξεις χωριστά, και οι επιδράσεις της συνάντησης εξετάστηκαν μέσω ημερολογίων ασθενών και συνεντεύξεων παρακολούθησης ασθενών δύο φορές σε διάστημα περίπου δύο μηνών. Εντοπίστηκαν οκτώ βασικές διαδικασίες που προάγουν τις σχέσεις συμπονετικής φροντίδας και κατάλληλων σχεδίων φροντίδας, οι οποίες τελικά υποστηρίζουν τους ασθενείς στο να κάνουν διαχειρίσιμες αλλαγές ώστε να βελτιώσουν τη συνολική τους υγεία. Αυτές οι διαδικασίες περιλαμβάνουν τα εξής:

1. Συμπονετική και πραγματική ακρόαση.
2. Κατανόηση της ιστορίας.
3. Αναγνώριση των δυνατών σημείων.
4. Αλλαγή πεποιθήσεων για την παχυσαρκία.
5. Εστίαση στη συνολική υγεία του ατόμου.
6. Σχεδιασμός δράσης.
7. Ενθάρρυνση του προβληματισμού
8. Πειραματισμός.<sup>42</sup>

Αυτή η προσέγγιση συλλογικής διαβούλευσης είχε ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να βιώνουν αυξημένη ελπίδα, αυτο-αποτελεσματικότητα, συμπόνοια για τον εαυτό τους, αυτο-αποδοχή και βιώσιμη αλλαγή για τη βελτίωση της υγείας. Οι ασθενείς ανέφεραν επίσης αντιληπτές βελτιώσεις στις διαστάσεις της σωματικής υγείας, συμπεριλαμβανομένου του ύπνου, της αυξημένης δύναμης, ενέργειας και αντοχής και του μειωμένου πόνου και της μειωμένης κόπωσης.<sup>42</sup>

Εντός της θεωρητικής δομής της συλλογικής διαβούλευσης, η παρακινητική συνέντευξη (motivational interviewing) είναι μια προσέγγιση που χρησιμοποιεί υψηλότερα αυτόνομα κίνητρα, αυτο-αποτελεσματικότητα και ευέλικτους διατροφικούς περιορισμούς και συμβάλλει στην μακροπρόθεσμη διατήρηση των αποτελεσμάτων στη διατροφή και την άσκηση. Η παρακινητική συνέντευξη βασίζεται στην ενίσχυση των εγγενών κινητήριων προτύπων και αναγνωρίζεται ως μια αποτελεσματική μέθοδος που συμβάλλει στη μακροπρόθεσμη διατήρηση των αλλαγών στη συμπεριφορά και, ειδικότερα, στη

μακροπρόθεσμη διατήρηση της απώλειας βάρους και της τακτικής σωματικής δραστηριότητας. Επιπλέον, είναι μια στρατηγική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να την εξατομίκευση μιας παρέμβασης σε συγκεκριμένους στόχους για κάθε άτομο, σε αντίθεση με την επιβολή ενός αυστηρού, προκαθορισμένου προγράμματος.

Οι DeVos και συν. αξιολόγησαν τη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα μιας εξατομικευμένης παρέμβασης απώλειας βάρους, η οποία περιλάμβανε αλλαγές στη διατροφή και την άσκηση, χρησιμοποιώντας την προσέγγιση της παρακινητικής συνέντευξης, στην υγεία και τη συμπεριφορά γυναικών που ζουν με υπέρβαρο ή παχυσαρκία.<sup>10</sup> Αυτή η μελέτη ήταν μέρος μιας τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής για την πρόληψη της οστεοαρθρίτιδας του γόνατος, με τίτλο PROOF (Prevention of knee Osteoarthritis in Overweight Females - Πρόληψη της οστεοαρθρίτιδας του γόνατος σε υπέρβαρες γυναίκες). Γυναίκες ηλικίας 50-60 ετών, με ΔΜΣ πάνω από 27 και χωρίς οστεοαρθρίτιδα, σύμφωνα με την Αμερικανική Ρευματολογική Εταιρεία, τυχαιοποιήθηκαν είτε στην ομάδα παρέμβασης είτε στην ομάδα ελέγχου. Οι συμμετέχουσες στην ομάδα παρέμβασης συναντήθηκαν με έναν διαιτολόγο που χρησιμοποίησε παρακινητικές συνεντεύξεις για να θέσει εξατομικευμένους, συγκεκριμένους στόχους συμπεριφοράς, με παρακολούθηση για 2,5 χρόνια. Οι συμμετέχουσες κλήθηκαν επίσης να συμμετάσχουν σε 20 συνεδρίες άσκησης με έναν φυσιοθεραπευτή. Οι συμμετέχουσες στην ομάδα ελέγχου δεν έλαβαν καμία παρέμβαση και αντ' αυτού κλήθηκαν να ακολουθήσουν οποιαδήποτε δραστηριότητα προαγωγής της υγείας από μόνες τους. Τα αποτελέσματα των ασθενών περιλάμβαναν την αλλαγή του βάρους σε σχέση με το αρχικό, την κατηγορηματική απώλεια βάρους, τις αλλαγές στη σωματική δραστηριότητα, στις διατροφικές συνήθειες, στην ποιότητα ζωής και στο ποσοστό σωματικού λίπους και τέθηκαν υπό παρακολούθηση για μια περίοδο 6,6 ετών μετά την τυχαιοποίηση. Η μέση απώλεια βάρους στην ομάδα παρέμβασης στους έξι και 12 μήνες ήταν σημαντικά μεγαλύτερη από ό,τι στην ομάδα ελέγχου, αλλά οι διαφορές στην αλλαγή βάρους ήταν μικρές και όχι σημαντικές μετά από 24 μήνες.<sup>10</sup> Σε 6,6 χρόνια, το 19% της ομάδας παρέμβασης έχασε 5 κιλά ή το 5% του αρχικού του σωματικού βάρους, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα ελέγχου ήταν 22%. Σε 6,6 χρόνια, το 60,7% όλων των συμμετεχόντων συμφώνησε να παρακολουθηθεί, χωρίς σημαντικές διαφορές στις αποχωρήσεις μεταξύ των δύο

τυχαιοποιημένων ομάδων. Αυτή η κοορτή ήταν πιο υγιής, είχε υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση και ακολούθησε πιο πιστά την παρέμβαση στη διατροφή και την άσκηση. Στη συνολική κοορτή με διαθέσιμα δεδομένα παρακολούθησης, 51% των γυναικών είχαν σωματικό βάρος κάτω από το αρχικό τους βάρος και 19% είχαν 5 κιλά ή 5% κάτω από το αρχικό τους βάρος, βάσει των δεδομένων παρακολούθησης. Στα 6,6 χρόνια δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στο βάρος μεταξύ των ομάδων. Υπήρξε ένα μακροχρόνιο, πολύ μέτριο αποτέλεσμα της παρέμβασης στην αλλαγή στη σωματική δραστηριότητα, με σημαντικές διαφορές υπέρ της παρέμβασης σε όλα τα χρονικά σημεία, εκτός από τους 12 μήνες (μέγεθος επίδρασης κατά Cohen  $d = 0,16$  έως  $0,19$  μεταξύ των έξι και 80 μηνών).<sup>10</sup> Επειδή αυτή η παρέμβαση στόχευε ειδικά στη μακροπρόθεσμη διατήρηση των αλλαγών στις συμπεριφορές υγείας, υποστηρίζει ότι μια εξατομικευμένη παρέμβαση για την παχυσαρκία, με χρήση παρακινητικής συνέντευξης, μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στις συμπεριφορές υγείας που διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα.

## **6. Τι ρόλο έχουν η ενσυνειδητότητα και η θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης ως συμπληρωματικές προσεγγίσεις στην πολυδιάστατη συμπεριφορική θεραπεία στις παρεμβάσεις ΠΦΥ;**

Υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης (ACT) και την ενσυνειδητότητα στη διαχείριση της παχυσαρκίας, όπως τονίζεται στο **Κεφάλαιο 10 «Αποτελεσματικές ψυχολογικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις στη διαχείριση της παχυσαρκίας»**. Οι παρεμβάσεις ενσυνειδητότητας εστιάζουν στην καλλιέργεια της επίγνωσης της στιγμής, με περιέργεια και με αποδοχή των σκέψεων, των αντιδράσεων και των εξωτερικών γεγονότων. Αυτό είναι παρόμοιο με τη μη επικριτική αποδοχή των σκέψεων και των συναισθημάτων (ACT), με έμφαση σε συμπεριφορές που καθοδηγούνται από αξίες.<sup>43</sup>

Μια συστηματική ανασκόπηση από τους Rogers και συν. αξιολόγησε την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που εστίαζαν στη βασισμένη στην ενσυνειδητότητα θεραπεία. Μελέτες συμπεριλήφθηκαν εφόσον περιλάμβαναν πολλαπλές συνεδρίες και εφόσον περιλαμβάνονταν συμμετέχοντες ηλικίας 18 ετών και άνω, με ΔΜΣ  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>. Με αυτά τα κριτήρια ένταξης, οι συγγραφείς βρήκαν τρεις τύπους εφαρμογής ενσυνειδητότητας:

πολύπλευρη ενσυνειδητότητα, θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης και ενσυνειδητο διαλογισμό. Οι παρεμβάσεις αυτές διέφεραν σε ένταση, κυμαινόμενες από τέσσερις έως 40 συνεδρίες, και από 20 λεπτά έως ένα ολόημερο εργαστήριο.<sup>10</sup>

Κάτι που είναι αμφιλεγόμενο είναι το γεγονός ότι σε αυτήν τη συστηματική ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν τόσο οι μελέτες παρατήρησης όσο και οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές. Οι συγγραφείς δικαιολόγησαν αυτήν την απόφαση παρουσιάζοντας την ως μια μέθοδο για τη σύγκριση των μεγεθών επίδρασης μεταξύ μη πειραματικών και τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών. Υπήρξε επίσης σημαντική κλινική ετερογένεια μεταξύ των μελετών. Λαμβάνοντας υπόψιν μόνο τα συγκεκριμένα αποτελέσματα των επτά τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών, υπήρξε μία μέση απώλεια βάρους 3,5 kg ( $n=4$ , 0,1-10,1 kg). Τα μεγέθη επίδρασης για το άγχος και τις διατροφικές συμπεριφορές ήταν μέτρια και τα μεγέθη επίδρασης για τις διατροφικές νοοτροπίες και τον ΔΜΣ ήταν μικρά. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικά μεγέθη επίδρασης για την ποιότητα ζωής και τη μεταγνώση. Η ετερογένεια εντός της ομάδας ήταν χαμηλή για όλους τους παράγοντες, εκτός από τις διατροφικές συμπεριφορές, όπου θεωρήθηκε υψηλή.<sup>10</sup>

Οι μοναδικές μελέτες που περιλάμβαναν παρακολούθηση ήταν αυτές για τη θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης. Διαπιστώθηκε ότι, μετά την παρέμβαση, οι περισσότεροι συμμετέχοντες διατήρησαν την απώλεια βάρους τους για τέσσερις και έξι μήνες. Σε αυτά τα ευρήματα συμπεριλήφθηκε μια μελέτη των Forman και συν., που διαπίστωσαν ότι το 64% των συμμετεχόντων ήταν σε θέση να διατηρήσει μια μείωση βάρους 10% έξι μήνες μετά τη θεραπεία.<sup>38</sup> Αυτά τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με μια τυπική συμπεριφορική θεραπεία βασισμένη στο πρόγραμμα DPP όπου μόνο το 46% των συμμετεχόντων κατάφερε να διατηρήσει μείωση βάρους 10%. Η επιτυχία αυτού του προγράμματος μπορεί να οφείλεται στο εντατικό σχέδιο, στο οποίο πραγματοποιήθηκαν 30 ομαδικές συνεδρίες των 75 λεπτών.<sup>44</sup> Ωστόσο, ο Rogers διαπίστωσε ότι οι περισσότερες από 12 ώρες συνολικής θεραπείας δεν είχαν ως αποτέλεσμα υψηλότερα μεγέθη επίδρασης στα ατομικά αποτελέσματα, σε σύγκριση με τις παρεμβάσεις που διαρκούν λιγότερο από 12 ώρες συνολικής θεραπείας.<sup>43</sup>

Οι Palmeira και συν. διεξήγαγαν μια μικρή τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή για να ελέγξουν

την αποτελεσματικότητα μιας συνδυασμένης παρέμβασης ενσυνειδητότητας και αποδοχής και δέσμευσης για τη μείωση του αυτο-στιγματισμού για το βάρος και των ανθυγιεινών διατροφικών προτύπων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε γυναίκες με υπέρβαρο ή παχυσαρκία που παρακολουθούνται στην ΠΦΥ.<sup>45</sup> Υπήρξε σημαντική αύξηση στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και στη σωματική δραστηριότητα και μείωση του αυτο-στιγματισμού για το βάρος, των ανθυγιεινών διατροφικών συμπεριφορών, του ΔΜΣ, της αυτοκριτικής και της αποφυγής σχετικών με το βάρος εμπειριών. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στην αυτοσυμπόνια ή στην επίγνωση.<sup>45</sup> Στο μέλλον θα πρέπει να εξεταστεί εάν αυτές οι αλλαγές θα διατηρηθούν, καθώς αυτή ήταν μια σύντομη διάρκεια παρέμβαση.

### **7. Τι γνωρίζουμε για την αποτελεσματικότητα των πολυδιάστατων συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων, όταν αυτές εφαρμόζονται είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό με αλλαγές συμπεριφοράς υγείας και φαρμακολογικές παρεμβάσεις σε μονάδες ΠΦΥ;**

Οι Peirson και συν. διεξήγαγαν μια συστηματική ανασκόπηση μετα-ανάλυση για την αποτελεσματικότητα των πολυδιάστατων συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων (την οποία ορίζουν ως διατροφή, άσκηση, τρόπο ζωής) και φαρμακολογικών παρεμβάσεων που είναι γενικεύσιμες για την ΠΦΥ στον Καναδά.<sup>15</sup> Ανέπτυξαν την προηγούμενη ανασκόπηση για την Task Force Υγειονομικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ (USPSTF) που είχε γίνει από τους Leblanc και συν.<sup>46</sup> Εντόπισαν 68 μελέτες, εκ των οποίων οι 66 ήταν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, που εξέταζαν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τη θεραπεία του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας σε ενήλικες (ΔΜΣ >25). Στην ανασκόπηση αυτή, τα φάρμακα που συμπεριλήφθηκαν ήταν η ορλιστάτη και η μετφορμίνη.<sup>15</sup> Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, για τους συμμετέχοντες στις παρεμβάσεις, ο σχετικός κίνδυνος (RR) για απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 5% ήταν 1,77 (95% CI: 1,58 έως 1,99, NNT: 5, 95% CI: 4 έως 7). Οι συμμετέχοντες στις παρεμβάσεις με προδιαβήτη είχαν χαμηλότερη επίπτωση διαβήτη τύπου 2 (RR: 0,62, 95% CI: 0,50-0,77, NNT: 17, 95% CI: 13 έως 29). Δεν υπήρξε διαφορά μεταξύ των συμπεριφοριστικών και φαρμακολογικών παρεμβάσεων για οποιοδήποτε αποτέλεσμα βάρους για την ορλιστάτη και τη μετφορμίνη. Νεότερα φάρμακα δεν συμπεριλήφθηκαν σε αυτή την ανασκόπηση του 2014.<sup>15</sup>

Το 2014, οι Booth και συν. διεξήγαγαν μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των πολυδιάστατων συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων που παρέχονται σε μονάδες ΠΦΥ, αναφορικά με την απώλεια βάρους των συμμετεχόντων. Αυτή η ανασκόπηση επικεντρώθηκε σε 15 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές που εξέτασαν τεχνικές αλλαγής συμπεριφοράς που χρησιμοποιήθηκαν στην ΠΦΥ, κάποιες από τις οποίες περιλαμβάνονταν επίσης στην ανασκόπηση του Peirson. Στην ανασκόπηση αυτή, υπήρξε υψηλό επίπεδο ετερογένειας ως προς τους συμμετέχοντες, τις παρεμβάσεις, τα συμπεριφοριστικά στοιχεία και το μοντέλο προσέγγισης, καθώς και ελλιπής αναφορά της μεθοδολογίας και των αποτελεσμάτων.<sup>47</sup>

Οι Lv και συν. ασχολήθηκαν με το ερώτημα σχετικά με το αν οι πολυδιάστατες συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις ήταν αποτελεσματικές για την απώλεια βάρους σε άτομα με ΔΜΣ >35 kg/m<sup>2</sup>.<sup>48</sup> Αυτή η συστηματική ανασκόπηση εντόπισε 12 μελέτες που αξιολόγησαν παρεμβάσεις διατροφής ή/και σωματικής δραστηριότητας με στοιχεία συμπεριφοριστικής τροποποίησης, έναντι μιας συγκριτικής παρέμβασης, με παρακολούθηση πάνω από 6 μήνες και με πρωτεύον καταληκτικό σημείο σχετικό με το βάρος. Υπήρξε σημαντική κλινική και στατιστική ετερογένεια, οπότε δεν πραγματοποιήθηκε μετα-ανάλυση. Ορισμένες παρεμβάσεις οδήγησαν σε υψηλότερο ποσοστό συμμετεχόντων που πέτυχαν κλινικά σημαντική απώλεια βάρους. Αυτές οι παρεμβάσεις ήταν συνήθως πιο εντατικές και με διάρκεια πάνω από ένα έτος. Ορισμένες παρεμβάσεις οδήγησαν σε υψηλά ποσοστά απώλειας βάρους προσφέροντας νοσοκομειακή παραμονή ή παραμονή σε κέντρο αποκατάστασης, κάτι που δεν είναι πρακτικό ή βιώσιμο για την ΠΦΥ.

Σε μια αξιολόγηση μεγαλύτερων μελετών με τουλάχιστον 12 μήνες παρακολούθησης, οι Hartmann-Boyce και συν. πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση της αποτελεσματικότητας των πολυδιάστατων προγραμμάτων διαχείρισης της παχυσαρκίας που περιλάμβαναν παρεμβάσεις διατροφής, σωματικής δραστηριότητας και αλλαγής συμπεριφοράς.<sup>16</sup> Οι τύποι επαφής, η συχνότητα και το περιεχόμενο ήταν ετερογενή· ενδιαφέρον έχει ότι παρόμοια στοιχεία παρατηρήθηκαν μεταξύ των συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων, οι περισσότερες από τις οποίες ήταν αποτελεσματικές. Χρησιμοποίησαν μετα-παλινδρόμηση για να αξιολογήσουν τα χαρακτηριστικά των προγραμμάτων που επηρεάζουν τη μέση απώλεια βάρους. Από τις 37 μελέτες που περιλήφθηκαν, οι 14 αξιολογήθηκαν ως

χαμηλού κινδύνου μεροληψίας. Λίγες μελέτες σε αυτήν την ανάλυση αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα σε καθημερινό γενικό πλαίσιο. Τα συνολικά αποτελέσματα των πέντε παρεμβάσεων που χρησιμοποιήθηκαν από δομές ΠΦΥ δεν έδειξαν επίδραση στο βάρος. Δυστυχώς, τα δεδομένα συνολικά είναι πολύ ανακριβή για να καθορίσουν τα στοιχεία των παρεμβάσεων που αυξάνουν την αποτελεσματικότητα, συμπεριλαμβανομένων της συχνότητας και του τύπου επαφής.

Πιο πρόσφατα, οι LeBlanc και συν. ολοκλήρωσαν μια αναθεωρημένη συστηματική ανασκόπηση για την USPSTF εστιάζοντας στις πολυδιάστατες συμπεριφοριστικές και φαρμακολογικές παρεμβάσεις παχυσαρκίας για την πρόληψη της σχετιζόμενης με παχυσαρκία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε ενήλικες.<sup>49</sup> Ακολουθώντας την αρχική τους ανασκόπηση του 2011,<sup>46</sup> ο LeBlanc τόνισε τη μεταβλητότητα στη φύση των παρεμβάσεων, αλλά σημείωσε ότι οι βασισμένες στη συμπεριφορά παρεμβάσεις για την παχυσαρκία, με ή χωρίς φαρμακολογικές παρεμβάσεις, είχαν ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη απώλεια βάρους σε σύγκριση με τις συνήθεις συνθήκες. Παρέχουν μια εξαιρετική σύνοψη των μελετών παρεμβάσεων για την απώλεια βάρους, εξαιρουμένων των μελετών πληθυσμών που επιλέγονται με βάση την παρουσία χρόνιας νόσου στην οποία ενδείκνυται η απώλεια βάρους ή η διαχείριση βάρους για τη διαχείριση της χρόνιας νόσου.<sup>49</sup>

Οι Kanaya και συν. πραγματοποίησαν μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη (RCT) 415 ασθενών ηλικίας  $\geq 21$  ετών με παχυσαρκία και τουλάχιστον έναν καρδιαγγειακό παράγοντα κινδύνου (υπέρταση, διαβήτη ή υπερχοληστερολαιμία).<sup>17</sup> Η μελέτη περιλάμβανε τρία σκέλη: μια συμπεριφορική παρέμβαση απώλειας βάρους με υποστήριξη παρεχόμενη από εκπαιδευτές απώλειας βάρους κυρίως μέσω αυτοπρόσωπων και ομαδικών συναντήσεων (αυτοπρόσωπη ομάδα, n=138), μια συμπεριφορική παρέμβαση απώλειας βάρους με υποστήριξη παρεχόμενη τηλεφωνικώς (απομακρυσμένη ομάδα, n=139) και μια αυτοκατευθυνόμενη προσέγγιση απώλειας βάρους (n=138). Και οι δύο συμπεριφορικές παρεμβάσεις (τόσο η αυτοπρόσωπη όσο και η τηλεφωνική) περιλάμβαναν τακτική επικοινωνία μέσω email, πρόσβαση σε ειδική ιστοσελίδα της μελέτης και συμμετοχή των παρόχων ΠΦΥ για την παρακολούθηση της προόδου των ασθενών (απώλεια βάρους) και την παροχή ενθάρρυνσης (μη καθορισμένης). Μετά από

δύο έτη, αμφότερες οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις παρουσίασαν μεγαλύτερη απώλεια βάρους σε σύγκριση με την αυτοκατευθυνόμενη προσέγγιση. Ωστόσο, οι δύο συμπεριφορικές παρεμβάσεις δεν διέφεραν. Συμπέραναν ότι οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις, παρεχόμενες είτε αυτοπροσώπως είτε από απόσταση, ήταν πιο αποτελεσματικές από την αυτοκατευθυνόμενη προσέγγιση για την απώλεια βάρους σε ασθενείς με παχυσαρκία.<sup>17</sup>

Οι Wadden και συν., σε μια πρόσφατη τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη διπλά τυφλή πολυκεντρική μελέτη με τίτλο «The Satiety and Clinical Adiposity-Liraglutide Evidence in individuals with and without diabetes (SCALE) Intensive Behavioural Treatment (IBT) Randomized Control Trial», που διεξήχθη στις ΗΠΑ από τον Φεβρουάριο του 2017 έως τον Ιούνιο του 2018, ανέδειξαν τη σημασία του συνδυασμού μιας εντατικοποιημένης συμπεριφορικής θεραπείας (IBT) με φάρμακο κατά της παχυσαρκίας (λιραγλουτίδη 3 mg ημερησίως) σε 17 δομές ΠΦΥ σε ασθενείς με παχυσαρκία.<sup>50</sup> Η μελέτη αυτή, διάρκειας 56 εβδομάδων, είχε ως πρωτεύον καταληκτικό σημείο την απώλεια βάρους  $\geq 5\%$  του αρχικού και ανέδειξε απώλεια βάρους 7,5% στην ομάδα της λιραγλουτίδης-IBT (n=142) στις 56 εβδομάδες, έναντι απώλειας βάρους 4% στην ομάδα του εικονικού φαρμάκου-IBT (n=140) στις 56 εβδομάδες (εκτιμώμενη θεραπευτική διαφορά  $-3,4\%$  [95% CI:  $-5,3\%$  έως  $-1,6\%$ ],  $P=0,0003$ ). Επίσης, ως δευτερεύον καταληκτικό σημείο ανέδειξε μια στατιστικά σημαντική βελτίωση των καρδιομεταβολικών παραμέτρων (περίμετρος μέσης, HbA1c, γλυκόζη νηστείας) στην ομάδα της λιραγλουτίδης-IBT. Συμπέραναν λοιπόν ότι συμπεριφορικές παρεμβάσεις σε συνδυασμό με φάρμακο κατά της παχυσαρκίας (λιραγλουτίδη) στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ήταν περισσότερο αποτελεσματικές όσον αφορά την απώλεια βάρους έναντι μεμονωμένων συμπεριφορικών παρεμβάσεων.<sup>50</sup>

## **8. Ποιες είναι οι αποτελεσματικές μορφές διαχείρισης της παχυσαρκίας για τα προγράμματα ΠΦΥ και πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης;**

Αν και δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να καταλήξουμε σε συμπεράσματα σχετικά με τις βέλτιστες μορφές προγραμματισμού, έχει γίνει πολύ σημαντική δουλειά που μπορεί να καθοδηγήσει τις τρέχουσες προσπάθειες σχεδιασμού τέτοιων προγραμμάτων. Σε αυτήν την ενότητα, θα εξετάσουμε διάφορα στοιχεία που μπορούμε να μάθουμε από

υπάρχουσες εργασίες υψηλής ποιότητας που μπορεί να βρουν χρήσιμες οι υπεύθυνοι προγραμμάτων.

## I. Δομή της παρέμβασης

Μία από τις ισχυρότερες παρεμβάσεις στην ΠΦΥ με στόχο την πρόληψη του διαβήτη είναι η εμβληματική μελέτη DPP.<sup>51</sup> Η μελέτη DPP τυχαιοποίησε 3234 ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη σε εντατική συμπεριφορική παρέμβαση διατροφής και άσκησης έναντι φαρμακευτικών θεραπειών ή εικονικού φαρμάκου, δείχνοντας σημαντική μείωση της συχνότητας εμφάνισης διαβήτη και του βάρους.<sup>51</sup> Βασισμένοι σε αυτή την εργασία, οι Ma και συν. διεξήγαγαν μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή για να αξιολογήσουν μια προσαρμοσμένη έκδοση της συμπεριφορικής παρέμβασης DPP για άτομα με υπέρβαρο ή παχυσαρκία. Οι ασθενείς είχαν στρατολογηθεί από μια κλινική ΠΦΥ στο Silicon Valley και περιλήφθηκαν εάν ήταν τουλάχιστον 18 ετών, είχαν ΔΜΣ τουλάχιστον 25 και έδειχναν σημάδια είτε προ-διαβήτη είτε μεταβολικού συνδρόμου. Οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν σε μια παρέμβαση με καθοδήγηση από εκπαιδευτή ή σε ένα αυτοκατευθυνόμενο πρόγραμμα με χρήση DVD ή ανατέθηκαν σε συνήθη φροντίδα. Οι ομάδες παρέμβασης ολοκλήρωσαν μια τριμηνιαία φάση παρέμβασης και μια δωδεκάμηνη φάση συντήρησης. Η φάση παρέμβασης περιλάμβανε 12 εβδομαδιαίες συνεδρίες, που παραδίδονταν είτε από εκπαιδευτή είτε μέσω DVD, καθώς και μια αρχική συνεδρία για την καθορισμό στόχων και την αυτοπαρακολούθηση. Η φάση συντήρησης περιλάμβανε τυποποιημένα μηνύματα παρακίνησης. Ωστόσο, όσοι ήταν στην ομάδα με καθοδήγηση από εκπαιδευτή λάμβαναν εξατομικευμένα μηνύματα σε μηνιαία βάση για ανατροφοδότηση.<sup>52</sup> Και οι δύο παρεμβάσεις οδήγησαν σε κλινικά σημαντικές μειώσεις στο σωματικό βάρος και βελτιώσεις στην περίμετρο μέσης και στη γλυκόζη νηστείας, σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα, κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 15 μηνών. Τον μήνα 15, το βάρος είχε ως εξής: ομάδα με καθοδήγηση από εκπαιδευτή  $-2,2 \text{ kg} \pm 0,3$  έναντι ομάδας συνήθους φροντίδας  $0,9 \text{ kg} \pm 0,3$  ( $p < 0,001$ ) και αυτοκατευθυνόμενη παρέμβαση  $-1,6 \text{ kg} \pm 0,3$ , έναντι της συνήθους φροντίδας ( $p = 0,02$ ). Κλινικά σημαντική απώλεια βάρους 7% επιτεύχθηκε από το 37% των συμμετεχόντων στην ομάδα με καθοδήγηση από εκπαιδευτή και από το 35,9% στην αυτοκατευθυνόμενη ομάδα. Τα ποσοστά αυτά ήταν σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση με το 14,4% που επιτεύχθηκε με τη συνήθη θεραπεία. Ένας περιορισμός αυτής της μελέτης είναι ότι οι

συμμετέχοντες προέρχονταν από μια δημογραφική ομάδα υψηλού εισοδήματος. Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να εξετάσουν αυτή την παρέμβαση σε άτομα με διαφορετική κοινωνικοοικονομική κατάσταση.<sup>52</sup>

Οι Borek και συν. διεξήγαγαν μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών ομαδικών παρεμβάσεων για την παχυσαρκία βασισμένων στη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα, εστιάζοντας σε αξιολογήσεις κατάλληλες για τον γενικό πληθυσμό.<sup>53</sup> Από τις 47 μελέτες που περιλήφθηκαν, το 38% αξιολογήθηκε ως χαμηλού κινδύνου μεροληψίας. Τόνισαν επιπλέον προκλήσεις στην υψηλής ποιότητας αναφορά των παρεμβάσεων.<sup>53</sup> Σημείωσαν ότι οι δοκιμές πιο συχνά ανέφεραν τη διάρκεια της παρέμβασης, τη συχνότητα και τον αριθμό των ομαδικών συνεδριών. Ωστόσο, υπήρχε έλλειψη αναφοράς για την εκπαίδευση των διευκολυντών των ομάδων, την ύπαρξη συνέχειας στην αντιστοίχιση διευκολυντών και ομάδων, την ύπαρξη συνέχειας στη συμμετοχή σε ομάδα και τις λεπτομέρειες για το πώς κατανεμήθηκαν οι συμμετέχοντες στις ομάδες. Υπήρχε ποικιλία στον αριθμό των συνεδριών και τη διάρκειά τους, καθώς και στο περιεχόμενο των παρεμβάσεων. Δεν διαπίστωσαν ότι το περιβάλλον των παρεμβάσεων συνδέεται σημαντικά με την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης, ούτε ήταν σε θέση να προσδιορίσουν αν ο χρόνος επαφής συνδέεται σημαντικά με την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.<sup>53</sup>

Η ανασκόπηση ανέδειξε δύο μελέτες υψηλής ποιότητας, χαμηλού κινδύνου μεροληψίας και με σημαντικές προοπτικές.

1. Η μελέτη "Nutrition and Exercise in Women" (NEW) από τους Foster-Schubert και συν. συνέκρινε την επίδραση της απώλειας βάρους μέσω διατροφής, της μέτριας έως έντονης αερόβιας άσκησης, των συνδυασμένων παρεμβάσεων διατροφής και άσκησης και της συνήθους θεραπείας. Η ποσοστιαία απώλεια βάρους μετρήθηκε μέσω σάρωσης απορρόφησης ακτίνων Χ διπλής ενέργειας (DEXA). Η τελική ανάλυση περιλάμβανε 439 ενήλικες γυναίκες και στους 12 μήνες η συνδυασμένη παρέμβαση διατροφής και άσκησης οδήγησε σε μέση απώλεια βάρους  $-10,8\%$  του συνολικού λίπους, η οποία ήταν σημαντικά υψηλότερη από ό,τι στην ομάδα ελέγχου. Οι αλλαγές στη διατροφή μόνο οδήγησαν σε μέση απώλεια βάρους  $-8,5\%$ , ενώ η άσκηση οδήγησε σε μέση απώλεια βάρους  $-2,4\%$ .<sup>54</sup> Αυτό υποδηλώνει ότι οι ομαδικές παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν

τόσο τη διατροφή όσο και την άσκηση οδηγούν σε κλινικά σημαντική απώλεια βάρους.

2. Η μελέτη "Woman on the Move Through Activity and Nutrition" (WOMAN) από τους Kuller και συν. συνέκρινε μια ομάδα ατόμων που έλαβε υγειονομική εκπαίδευση με μια ομάδα ατόμων που έλαβε παρέμβαση αλλαγής συμπεριφοράς, η οποία περιλάμβανε τόσο διατροφικούς στόχους όσο και στόχους σωματικής δραστηριότητας.<sup>55</sup> Διαπίστωσαν ότι οι συμμετέχουσες απώλεσαν τη μεγαλύτερη ποσότητα βάρους σε διάστημα έξι έως 30 μηνών. Ωστόσο, αυτή η απώλεια βάρους δεν διατηρήθηκε στο τέλος της δοκιμής των 48 μηνών. Η μέση απώλεια βάρους ήταν 3,4 κιλά.<sup>55</sup>

## II. Υπάρχει τεκμηρίωση για τη βέλτιστη σύνθεση των παρόχων που παρέχουν την παρέμβαση;

Αν και τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι η διεπιστημονική ομάδα μπορεί να είναι σημαντική, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για να κατανοηθεί η βέλτιστη δομή αυτών των ομάδων. Σε όλες τις συστηματικές ανασκοπήσεις, υπήρχαν εξαιρετικά ποικίλοι τύποι επαφής με τους ασθενείς, περιλαμβάνοντας διαδικτυακές, τηλεφωνικές, ατομικές και ομαδικές συνεδρίες. Αυτή η ετερογένεια είχε ως αποτέλεσμα τα δεδομένα να είναι πολύ ασαφή για να καταλήξουμε σε συμπεράσματα σχετικά με τη μορφή των αποτελεσματικών προγραμμάτων.

Οι Flodgren και συν., στη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυσή τους κατά Cochrane, ανέφεραν μία μελέτη με 270 ενήλικες που επικεντρώθηκε στις οργανωτικές παρεμβάσεις, αξιολογώντας εάν οι ενήλικες ενδέχεται να χάσουν περισσότερο βάρος εάν φροντίζονται από μια ομάδα διατροφολόγου ή γιατρού-διατροφολόγου (στοιχεία χαμηλής βεβαιότητας).<sup>21</sup> Όπως επισημάνθηκε παραπάνω στη δοκιμή του Ma, μια παρέμβαση με καθοδηγούμενη υποστήριξη από διατροφολόγο και εκπαιδευτή φυσικής κατάστασης ήταν αποτελεσματική.<sup>52</sup>

Οι Holtrop και συν. διερεύνησαν περαιτέρω τον ρόλο των διαχειριστών φροντίδας στην ΠΦΥ στην παροχή βοήθειας προς τους ασθενείς προκειμένου να συντονίσουν τη φροντίδα τους και να αυτοδιαχειριστούν τον διαβήτη και την παχυσαρκία.<sup>56</sup> Πραγματοποίησαν μια κλινική δοκιμή τυχαίας κατανομής σε 10 κλινικές ΠΦΥ στο Μίσιγκαν. Η παρέμβαση διαχείρισης φροντίδας επικεντρώθηκε στην εκπαίδευση του υπάρχοντος προσωπικού και νέων διαχειριστών φροντίδας. Περιλάμβανε επίσης την προσθήκη λογισμικού διαχείρισης φροντίδας και τροποποιήσεις στο υπάρχον ηλεκτρονικό ιατρικό

αρχείο. Ορίστηκε ένας νέος διαχειριστής φροντίδας. Η παρέμβαση περιλάμβανε επίσης εκπαίδευση σε στρατηγικές αλλαγής συμπεριφοράς, συμπεριφορική υγεία, αξιολογήσεις, οδηγό κοινοτικών πόρων και συνεχιζόμενες συνεδρίες πρακτικής για συνεχή βελτίωση. Συλλέχθηκαν δεδομένα σε ευρύ φάσμα δεικτών χρόνιων ασθενειών. Στους ασθενείς χωρίς διαβήτη, διαπιστώθηκε ότι 26% των ασθενών που υπήχθησαν στην παρέμβαση έχασαν περισσότερο από 5% του βάρους τους μέσα σε ένα έτος (95% CI: 2% έως 28%), έναντι 10% των ασθενών στην ομάδα σύγκρισης. Αυτό δεν παρατηρήθηκε στους ασθενείς με διαβήτη.<sup>56</sup>

Μια συστηματική ανασκόπηση από τους Mitchell και συν. αξιολόγησε αν οι ατομικές συμβουλευτικές συνεδρίες από διατροφολόγους σε πρωτοβάθμιες υγειονομικές υπηρεσίες ήταν αποτελεσματικές όσον αφορά την ανθρωπομετρία, τους κλινικούς δείκτες και τη διατροφική πρόσληψη.<sup>57</sup> Σε αυτήν τη συστηματική ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν 26 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές, πολλές από τις οποίες πραγματοποιήθηκαν σε εξωτερικά ιατρεία ΠΦΥ. Η διάρκεια της παρέμβασης κυμάνθηκε από τρεις μήνες έως 12 μήνες. Δεκαοκτώ από τις 25 μελέτες παρουσίασαν θετικό μέγεθος επίδρασης σε ανθρωπομετρικούς δείκτες, κλινικούς δείκτες και/ή δείκτες διατροφικής πρόσληψης, ανάλογα με τη θεματολογία της μελέτης. Οι παρεμβάσεις που επικεντρώθηκαν στη μείωση του βάρους ή στον περιορισμό του βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έδειξαν αποτελεσματικότητα. Οι συγγραφείς προτείνουν ότι, κατά τη σχεδίαση μιας παρέμβασης βασισμένης στη διατροφή, οι διατροφολόγοι θα πρέπει να βοηθούν τους πελάτες να αλλάξουν τις διατροφικές τους συνήθειες.<sup>57</sup> Ένας περιορισμός αυτής της συστηματικής ανασκόπησης είναι ότι δεν περιλάμβανε μελέτες με χαμηλό κίνδυνο μεροληψίας: 14 είχαν υψηλό κίνδυνο μεροληψίας και 12 είχαν ασαφή ή ανεπαρκή αναφορά και δεν μπορούσαν να ταξινομηθούν.

Οι Molenaar και συν. πραγματοποίησαν μια καλά σχεδιασμένη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή στην ΠΦΥ, συγκρίνοντας δύο παρεμβάσεις (N=67 η καθεμία) με απουσία παρέμβασης (N=37).<sup>58</sup> Μια αυτοπρόσωπη παρέμβαση διατροφικής συμβουλευτικής πραγματοποιήθηκε από έναν διατροφολόγο σε επτά συνεδρίες (διάρκειας 40 λεπτών, ακολουθούμενων από 20 λεπτά) σε διάστημα έξι μηνών, με παρακολούθηση μετά από 12 μήνες. Αυτή η παρέμβαση συγκρίθηκε με μια παρέμβαση συμβουλευτικής για τη διατροφή και την άσκηση, όπου, εκτός από τη διατροφική παρέμβαση, οι

συμμετέχοντες έλαβαν έξι ατομικές συμβουλευτικές συνεδρίες με φυσιοθεραπευτή κατά τη διάρκεια έξι μηνών, και παρακολούθηση μετά από 12 μήνες. Η διατροφική παρέμβαση επικεντρώθηκε στα σημαντικά οφέλη για την υγεία από τη μείωση του βάρους κατά 5%–10%, με έμφαση σε μικρές, ρεαλιστικές αλλαγές και ρεαλιστικές προσδοκίες. Οι εξατομικευμένοι εφικτοί στόχοι για την υγεία, τη διατροφή και την αποτελεσματική μείωση της θερμιδικής πρόσληψης προσαρμόστηκαν στο ιστορικό και τις συνήθειες διατροφής, με καθορισμό και παρακολούθηση των στόχων. Για την παρέμβαση άσκησης, αξιολογήθηκε η αρχική κατάσταση και οι εξατομικευμένοι εφικτοί στόχοι διαμορφώθηκαν μαζί με τους συμμετέχοντες. Η συμμόρφωση ήταν πολύ καλή για την εξάμηνη εντατική περίοδο, με ποσοστό 82%, με απώλειες λόγω ιατρικών αιτιών, υλικοτεχνικών προβλημάτων, προσωπικών λόγων και ανεκπλήρωτων αναγκών των συνεδριών συμβουλευτικής. Και οι δύο ομάδες, διατροφικής παρέμβασης και διατροφικής παρέμβασης συν άσκηση, έχασαν περισσότερο βάρος από ό,τι η ομάδα ελέγχου σε έξι μήνες: -2,7 (-4,2 έως -1,1) kg και -3,5 (-5,1 έως -1,8) kg, αντίστοιχα. Μετά από 12 μήνες, η ομάδα διατροφικής συμβουλευτικής είχε επιτύχει -1,3 (-4,0 έως -1,4) kg και η ομάδα διατροφής συν άσκηση είχε επιτύχει -2,4 (-5,2 έως 0,5) kg.<sup>58</sup>

Σε πολλά κλινικά περιβάλλοντα ΠΦΥ στον Καναδά, η πρόσβαση σε διαιτολόγους-διατροφολόγους μπορεί να είναι περιορισμένη. Σε μια καλά σχεδιασμένη μικρή τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή, οι Davis και συν. χρησιμοποίησαν μια ομαδική προσέγγιση για τη δημιουργία καθοδήγησης και αξιολόγησαν αν ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα διαχείρισης βάρους που απευθύνεται στις ανάγκες των γυναικών με χαμηλό εισόδημα και υπέρβαρο ή παχυσαρκία θα οδηγούσε σε μεγαλύτερη μείωση βάρους, σε σύγκριση με την τυπική ιατρική φροντίδα.<sup>59</sup> Η εξατομικευμένη παρέμβαση περιλάμβανε έξι ενεργές επισκέψεις 15 λεπτών μηνιαίως με τους ιατρούς ΠΦΥ έναντι της τακτικής φροντίδας. Οι ιατροί έλαβαν επτά ώρες εκπαίδευσης στην παρακινητική συνέντευξη (motivational interviewing), τις στρατηγικές συμπεριφοράς για τη μείωση του βάρους, τις κατάλληλες διατροφικές συστάσεις, την ανάγνωση των ετικετών των τροφίμων και τις στρατηγικές σχετικά με την υγιεινή προετοιμασία τροφίμων. Κάθε συμμετέχων υποβλήθηκε σε μια ολοκληρωμένη αρχική αξιολόγηση που εξέτασε διάφορες υγειονομικές συνήθειες σχετικά με τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα, καθώς και άλλες παραμέτρους υγείας, όπως η διάθεση, η αυτοεκτίμηση και το άγχος. Οι ασθενείς

που τοποθετήθηκαν στην ομάδα της εξατομικευμένης παρέμβασης έλαβαν γραπτές συστάσεις από έναν κλινικό ψυχολόγο, έναν συμβεβλημένο διαιτολόγο-διατροφολόγο και έναν φυσιοθεραπευτή ειδικό στην άσκηση. Αυτές οι συστάσεις ήταν ειδικά προσαρμοσμένες στο κάθε άτομο, με γνώμονα το κοινωνικοοικονομικό του υπόβαθρο και την πολιτισμική του προοπτική, και δόθηκαν από τον ιατρό. Οι ιατροί παρείχαν ανατροφοδότηση στη διεπιστημονική ομάδα, η οποία αποτέλεσε τη βάση για περαιτέρω συστάσεις. Το 20% των συμμετεχόντων εγκατέλειψε τη μελέτη. Η ομάδα παρέμβασης εμφάνισε σημαντικά μεγαλύτερη απώλεια βάρους από την ομάδα της τυπικής φροντίδας (-2,0 kg, SD=3,2, έναντι +0,2 SD=2,9, p=0,03). Παρόλο που η διαφορά στη μείωση του βάρους ήταν σημαντική μεταξύ των δύο ομάδων, η απώλεια βάρους ήταν μέτρια (-1,78% στην ομάδα της εξατομικευμένης παρέμβασης έναντι +0,19% στην ομάδα της τυπικής φροντίδας), με το 12,5% της ομάδας παρέμβασης να έχει χάσει το 5% του σωματικού τους βάρους σε έξι μήνες.<sup>59</sup>

### **III. Τι γνωρίζουμε για τις στρατηγικές κλιμάκωσης των παρεμβάσεων ΠΦΥ έτσι ώστε να αλληλοεπιδρούν ασύγχρονα με μεγαλύτερους αριθμούς ασθενών;**

Το Κεφάλαιο 17 «Νέες τεχνολογίες στη διαχείριση της παχυσαρκίας» αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών εξετάζει την τεκμηρίωση γύρω από τη χρήση της τεχνολογίας για την υποστήριξη ασύγχρονων αλληλεπιδράσεων με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών. Στην παρούσα ενότητα, θα επισημάσουμε μόνο μερικά από τα στοιχεία, που είναι σχετικά με το πλαίσιο της ΠΦΥ.

Το 2014, οι Bennet και συν. πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των διαδικτυακών ηλεκτρονικών παρεμβάσεων, ειδικά σε ενήλικες μειονοτήτων που ζουν με υπέρβαρο ή παχυσαρκία.<sup>60</sup> Εντοπίστηκαν έξι δοκιμές που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, καθώς διεξήχθησαν σε φυλετικές/εθνοτικές μειονότητες. Στην ομάδα παρέμβασης επιτεύχθηκε μεγαλύτερη απώλεια βάρους σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Μεγαλύτερα αποτελέσματα απώλειας βάρους επιτεύχθηκαν με την παρέμβαση ηλεκτρονικής υγείας (e-health) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, αλλά το αποτέλεσμα απώλειας βάρους ήταν χαμηλής κλίμακας.<sup>60</sup> Σημειώνεται επίσης ότι δεν πραγματοποιήθηκαν όλες οι παρεμβάσεις στον τομέα της ΠΦΥ, ούτε εξετάστηκε το πολιτισμικό πλαίσιο σε όλες.

Πιο πρόσφατα, μια κλινική δοκιμή από τους Hageman και συν. συνέκρινε την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης μόνο μέσω διαδικτύου, με παρεμβάσεις μέσω διαδικτύου που συμπληρώνονταν είτε με μια ομάδα υποστήριξης από ομότιμους είτε με επαγγελματική συμβουλευτική μέσω ηλεκτρονικών μηνυμάτων, για την επίτευξη αλλαγής στο σωματικό βάρος. Αυτή η μελέτη έδειξε ότι περίπου το 42% των συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης μόνο μέσω διαδικτύου, το 38% των συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης μέσω διαδικτύου και μέσω ομάδας στήριξης και το 51% των συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης μέσω διαδικτύου και επαγγελματικών ηλεκτρονικών μηνυμάτων κατάφερε να επιτύχει κλινικά ουσιαστική απώλεια βάρους >5% σε έξι μήνες.<sup>61</sup> Επαναπρόσληψη βάρους παρατηρήθηκε στους μισούς συμμετέχοντες στους 30 μήνες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η διατροφική παρέμβαση ήταν περισσότερο συνταγογραφημένη και μη εξατομικευμένη και, επομένως, μη βιώσιμη. Η χρήση παρεμβάσεων μέσω διαδικτύου μπορεί να παραμείνει μια οικονομικά αποδοτική επιλογή στην κοινότητα για την επίτευξη σημαντικής απώλειας βάρους, ιδιαίτερα σε εκείνες τις κοινότητες όπου οι πόροι είναι περιορισμένοι. Για να μετριαστεί η επαναπρόσληψη του βάρους, η συμβουλευτική για διατροφή και άσκηση θα πρέπει ιδανικά να είναι εξατομικευμένη.

Αυτό αξιολογήθηκε στην πρόσφατη μελέτη Positive Online Weight Reduction (POWeR). Σε αυτή τη μεγάλη τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή, οι Little και συν. αξιολόγησαν την κλινική αποτελεσματικότητα και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας μιας συμπεριφορικής παρέμβασης βασιζόμενης στο διαδίκτυο, με τακτική υποστήριξη πρόσωπο με πρόσωπο ή εξ αποστάσεως στην ΠΦΥ, σε σύγκριση με σύντομες συμβουλές.<sup>20</sup> Η μελέτη POWeR είναι μια παρέμβαση διαχείρισης βάρους μέσω διαδικτύου με 24 συνεδρίες που ολοκληρώνονται σε έξι μήνες. Το πρόγραμμα ενθαρρύνει την αντικατάσταση των τροφών με πιο υγιεινές επιλογές, αντί να δίνει έμφαση σε περιορισμούς τροφών ή συνταγογραφούμενες προσεγγίσεις. Για τους σκοπούς αυτής της μελέτης, οι συμμετέχοντες μετά την εγγραφή τους κατανεμήθηκαν τυχαία στην ομάδα POWeR μόνο (ομάδα ελέγχου), POWeR + F (προσωπική υποστήριξη από νοσηλεύτες για έως και επτά επισκέψεις) ή POWeR + R (εξ αποστάσεως υποστήριξη από νοσηλεύτες μέσω έως και πέντε ηλεκτρονικών μηνυμάτων ή τηλεφωνικών κλήσεων). Τα μηνύματα ήταν λογικά. Το ποσοστό ολοκλήρωσης ήταν 81%. Στους 12 μήνες, η ομάδα

ελέγχου (POWeR) διατήρησε μια απώλεια βάρους 2,7 kg, η ομάδα POWeR + F πέτυχε επιπλέον απώλεια βάρους 1,5 kg (95% CI: 0,6 έως 2,4,  $p=0,001$ ) και η ομάδα POWeR + R πέτυχε επιπλέον μείωση βάρους 1,3 mg (95% CI: 0,34 έως 2,2,  $p=0,007$ ). Δεν υπήρχε στατιστική σημαντικότητα στη διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων ως προς την απώλεια βάρους – ωστόσο, κλινικά σημαντική απώλεια βάρους τουλάχιστον 5% του αρχικού βάρους επιτεύχθηκε στο 20% της ομάδας POWeR, στο 29,2% της ομάδας POWeR + F (95% CI: 0,96 έως 2,51) και στο 32,4% της ομάδας POWeR + R (95% CI: 1,31 έως 2,74). Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυτό το πρόγραμμα συμπεριφοράς που βασίζεται στο διαδίκτυο οδηγεί σε κλινικά σημαντική απώλεια βάρους στο 20% των ατόμων, με ένα επιπλέον 10% των συμμετεχόντων να διατηρούν σημαντική απώλεια βάρους όταν συνδυάζεται με σύντομη υποστήριξη.<sup>20</sup> Η συντήρηση πέρα από το ένα έτος παραμένει ασαφής – ωστόσο, τα μηνύματα είναι λογικά και πιο εύκολα προσαρμόσιμα. Αυτή είναι μια πρακτική στρατηγική χαμηλού κόστους, με δυνατότητες ευρείας εφαρμογής στο περιβάλλον της κοινότητας.

## Φαρμακοθεραπεία έναντι της παχυσαρκίας στην ΠΦΥ

Οι παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής είναι συχνά ανεπαρκείς για να βοηθήσουν τους ασθενείς να επιτύχουν στόχους που σχετίζονται με την απώλεια βάρους. Η συμπληρωματική χορήγηση φαρμάκων κατά της παχυσαρκίας (AOMs) μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη και πιο παρατεταμένη απώλεια βάρους και σε βελτιώσεις σε πολλές ιατρικές καταστάσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Τα εξαιρετικά αποτελεσματικά AOMs προκαλούν μέσες απώλειες βάρους 15% ή περισσότερο και απώλειες βάρους που πλησιάζουν αυτές που παρατηρούνται σε ορισμένες μορφές βαριατρικής χειρουργικής. Με περισσότερο αποτελεσματικές φαρμακευτικές θεραπείες πλέον διαθέσιμες, υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ενσωμάτωση της φροντίδας για την παχυσαρκία, συμπεριλαμβανομένης της συνταγογράφησης AOMs, στην πρακτική της ΠΦΥ.

Η εξέταση του ενδεχόμενου χορήγησης AOMs θα πρέπει να γίνεται αφού έχουν ξεκινήσει και αξιολογηθεί προσεγγίσεις διαιτητικές, άσκησης και συμπεριφορικές σε ενήλικες που ζουν με υπέρβαρο ή παχυσαρκία. Σε ασθενείς που αναφέρουν ότι είχαν λάβει προηγουμένως συμβουλευτική για τον τρόπο ζωής ή συμμετείχαν σε τουλάχιστον 1 πρόγραμμα παρέμβασης στον τρόπο ζωής, αλλά δεν μπόρεσαν να

επιτύχουν ή να διατηρήσουν μια επαρκή απώλεια βάρους για τη βελτίωση της υγείας τους, μπορούν να συνταγογραφηθούν επικουρικά AOMs, χωρίς να απαιτούνται πρόσθετες δοκιμές μεμονωμένων παρεμβάσεων στον τρόπο ζωής. Όλα τα φάρμακα κατά της παχυσαρκίας πρέπει να χρησιμοποιούνται παράλληλα με δίαιτα μειωμένων θερμίδων και αυξημένη σωματική δραστηριότητα.

Η σύσταση για χορήγηση φαρμάκων θα πρέπει να δίνεται αφού έχει προηγηθεί συζήτηση με το άτομο για αυτά τα φάρμακα, καθώς και για τον δυνητικό αντίκτυπο στην κινητοποίησή του. Όταν συνταγογραφούνται φάρμακα, είναι απαραίτητη η οργάνωση της πληροφόρησης, της υποστήριξης και της συμβουλευτικής σχετικά με επιπρόσθετες στρατηγικές διατροφής, σωματικής δραστηριότητας και συμπεριφοράς, καθώς και η παροχή πληροφοριών για προγράμματα υποστήριξης ασθενών.<sup>19</sup> Η παρουσία συσχετιζόμενων ιατρικών καταστάσεων ή αντενδείξεων, η λήψη άλλων φαρμάκων, το κόστος, η αποτελεσματικότητα και η διαθεσιμότητα των φαρμάκων και οι προτιμήσεις των ασθενών μπορούν να βοηθήσουν στον καθορισμό του κατά πόσον δικαιολογείται η δοκιμή ενός AOM και ποιο φάρμακο θα επιλεγεί αρχικά.

Η ανωτερότητα των υψηλής συχνότητας παρεμβάσεων στον τρόπο ζωής, έναντι των λιγότερο συχνών, σύντομων υποστηρικτικών αλληλεπιδράσεων, σε ασθενείς που λαμβάνουν AOMs δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί, αλλά αποτελεί ενεργό πεδίο μελέτης. Η μέση απώλεια βάρους 15% ή περισσότερο που παρατηρήθηκε στις κλινικές δοκιμές των νεότερων AOMs επιτεύχθηκε με σύντομες συνεδρίες συμβουλευτικής για τον τρόπο ζωής που πραγματοποιούνταν σχεδόν ανά μήνα από διαιτολόγους ή άλλους ειδικευμένους επαγγελματίες, γεγονός που υποδηλώνει ότι μπορεί να επαρκούν λιγότερο εντατικές παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής.<sup>62</sup>

Ανεξαρτήτως της φαρμακευτικής αγωγής, οι κλινικοί γιατροί πρέπει να παρακολουθούν προσεκτικά τους ασθενείς για ανεπιθύμητες ενέργειες, για την αποτελεσματικότητα στην απώλεια βάρους, τη βελτίωση των ιατρικών καταστάσεων που σχετίζονται με την παχυσαρκία και την επίδραση στην ποιότητα ζωής.

Οι περισσότερες κατευθυντήριες οδηγίες επιστημονικών εταιρειών, εθνικές, κ.λπ. δεν έχουν ακόμη ενσωματώσει ερευνητικά ευρήματα ή συστάσεις για πρόσφατα εγκεκριμένα ή ερευνητικά φάρμακα. Δεν διατίθενται ακόμη μακροπρόθεσμα

δεδομένα για νεότερα και ερευνητικά AOMs. Απαιτείται έρευνα για τον εντοπισμό των ασθενών που είναι πιο πιθανό να ωφεληθούν από τα AOMs, για τον προσδιορισμό των παρεμβάσεων στον τρόπο ζωής που υποστηρίζουν καλύτερα την απώλεια βάρους και τη διατήρηση της απώλειας σε ασθενείς που λαμβάνουν AOMs, για τη διαμόρφωση βέλτιστων πρακτικών για τη χρήση των AOMs και για την ανάπτυξη στρατηγικών για την αντιμετώπιση των εμποδίων στη θεραπεία σε πληθυσμούς που επηρεάζονται δυσανάλογα από την παχυσαρκία και τις επιπλοκές της.

Με προσεκτική κλινική αξιολόγηση και με διαμοιραζόμενη με τους ασθενείς λήψη αποφάσεων, οι γιατροί της ΠΦΥ μπορούν να αναπτύξουν ένα ευέλικτο σχέδιο θεραπείας που αντικατοπτρίζει τα δεδομένα αποτελεσματικότητας της θεραπείας, τις προτιμήσεις των ασθενών και την εφικτότητα εφαρμογής. Οι συμπληρωματικές θεραπείες στις παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής, συμπεριλαμβανομένων των πιο αποτελεσματικών φαρμακοθεραπειών για την παχυσαρκία, προσφέρουν ελπίδα στους ασθενείς και δυνατότητες για σημαντικές βελτιώσεις στην υγεία και την ποιότητα ζωής.<sup>63</sup>

## Συμπέρασμα

Η παχυσαρκία είναι μια χρόνια, υποτροπιάζουσα νόσος με πολυδιάστατα βαθύτερα αίτια και σημαντική επίδραση στη ζωή και την υγεία των ανθρώπων. Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας υποδηλώνει ότι πρέπει να αντιμετωπιστεί έγκαιρα, αποτελεσματικά και σταθερά στην ΠΦΥ, όπου υπάρχει η δυνατότητα διαχείρισης της παχυσαρκίας σε μεγαλύτερη κλίμακα. Τα οφέλη από αυτό είναι πολυάριθμα – όχι μόνο η μείωση της τεράστιας αύξησης των χρόνιων νοσημάτων στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και η βελτίωση της ζωής των ανθρώπων, με μείωση της δυστυχίας (suffering) και βελτίωση της ψυχικής, σωματικής και συναισθηματικής υγείας. Για να το επιτύχουμε αυτό, πρέπει να αλλάξουμε αντιλήψεις και προσεγγίσεις. Πρέπει να σεβαστούμε και να αντιμετωπίσουμε την παχυσαρκία ως ιατρική νόσο, να εκπαιδεύσουμε τους ιατρικούς επαγγελματίες σχετικά με αυτή κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους και να υποστηρίξουμε την ικανότητά τους να εκτελούν αυτό το έργο στην πράξη. Τα τελευταία χρόνια, έχουν γίνει τεράστια βήματα για να κατανοήσουμε καλύτερα την παθοφυσιολογία αυτής της νόσου και να αναπτύξουμε νέες και αποτελεσματικές προσεγγίσεις και θεραπείες για την αντιμετώπισή της. Με την αποτελεσματική μετάφραση αυτής της νέας γνώσης σε δράση, μπορούμε να

προχωρήσουμε με αισιοδοξία. Ελπίζουμε ότι αυτό το κεφάλαιο θα υποστηρίξει τη μεταρρυθμιστική

προσπάθεια που απαιτείται για τη βελτίωση της φροντίδας για άτομα με υπέρβαρο ή παχυσαρκία

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Torti J, Luig T, Borowitz M, Johnson JA, Sharma AM, Campbell-Scherer DL. The 5As team patient study: patient perspectives on the role of primary care in obesity management. *BMC Fam Pract* 2017;18(1):19. DOI: 10.1186/s12875-017-0596-2.
2. Kirk SF, Price SL, Penney TL, et al. Blame, Shame, and Lack of Support: A Multilevel Study on Obesity Management. *Qual Health Res* 2014;24(6):790-800. DOI: 10.1177/1049732314529667.
3. Faruqi N, Spooner C, Joshi C, et al. Primary health care-level interventions targeting health literacy and their effect on weight loss: a systematic review. *BMC Obes* 2015;2:6. DOI: 10.1186/s40608-015-0035-7.
4. Michou M, Panagiotakos DB, Lionis C, Costarelli V. Socioeconomic inequalities in relation to health and nutrition literacy in Greece. *Int J Food Sci Nutr* 2019;70(8):1007-1013. DOI: 10.1080/09637486.2019.1593951.
5. Asselin JD, Osunlana A, Ogunleye A, Sharma AM, Campbell-Scherer D. Challenges and Facilitators to Interdisciplinary Weight Management Collaboration in Primary Care. *Canadian Journal of Diabetes* 2015;39:553. DOI: 10.1016/j.jcjd.2015.01.202.
6. Asselin J, Osunlana AM, Ogunleye AA, Sharma AM, Campbell-Scherer D. Challenges in interdisciplinary weight management in primary care: lessons learned from the 5As Team study. *Clin Obes* 2016;6(2):124-32. DOI: 10.1111/cob.12133.
7. Asselin J, Salami E, Osunlana AM, et al. Impact of the 5As Team study on clinical practice in primary care obesity management: a qualitative study. *CMAJ Open* 2017;5(2):E322-E329. DOI: 10.9778/cmajo.20160090.
8. Kirk SF, Penney TL, McHugh TL, Sharma AM. Effective weight management practice: a review of the lifestyle intervention evidence. *Int J Obes (Lond)* 2012;36(2):178-85. DOI: 10.1038/ijo.2011.80.
9. Eaton CB, Hartman SJ, Perzanowski E, et al. A Randomized Clinical Trial of a Tailored Lifestyle Intervention for Obese, Sedentary, Primary Care Patients. *Ann Fam Med* 2016;14(4):311-9. DOI: 10.1370/afm.1952.
10. de Vos BC, Runhaar J, van Middelkoop M, Krul M, Bierma-Zeinstra SM. Long-term effects of a randomized, controlled, tailor-made weight-loss intervention in primary care on the health and lifestyle of overweight and obese women. *Am J Clin Nutr* 2016;104(1):33-40. DOI: 10.3945/ajcn.116.133512.
11. Lionis C, Papadakis S, Anastasaki M, et al. Practice Recommendations for the Management of MASLD in Primary Care: Consensus Results. *Diseases* 2024;12(8). DOI: 10.3390/diseases12080180.
12. Perez LG, Arredondo EM, Elder JP, Barquera S, Nagle B, Holub CK. Evidence-based obesity treatment interventions for Latino adults in the U.S.: a systematic review. *Am J Prev Med* 2013;44(5):550-60. DOI: 10.1016/j.amepre.2013.01.016.
13. Lutes LD, Damschroder LJ, Masheb R, et al. Behavioral Treatment for Veterans with Obesity: 24-Month Weight Outcomes from the ASPIRE-VA Small Changes Randomized Trial. *J Gen Intern Med* 2017;32(Suppl 1):40-47. DOI: 10.1007/s11606-017-3987-0.
14. Rejeski WJ, Ambrosius WT, Burdette JH, Walkup MP, Marsh AP. Community Weight Loss to Combat Obesity and Disability in At-Risk Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2017;72(11):1547-1553. DOI: 10.1093/gerona/glw252.
15. Peirson L, Douketis J, Ciliska D, Fitzpatrick-Lewis D, Ali MU, Raina P. Treatment for overweight and obesity in adult populations: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ Open* 2014;2(4):E306-17. DOI: 10.9778/cmajo.20140012.
16. Hartmann-Boyce J, Johns DJ, Jebb SA, Summerbell C, Aveyard P, Behavioural Weight Management Review G. Behavioural weight management programmes for adults assessed by trials conducted in everyday contexts: systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2014;15(11):920-32. DOI: 10.1111/obr.12220.
17. Kanaya AM. ACP Journal Club. In-person or remote behavioral interventions for obesity were better than a self-directed approach. *Ann Intern Med* 2012;156(6):JC3-10, JC3-11. DOI: 10.7326/0003-4819-156-6-201203200-02010.
18. National Institute for Health Care and Excellence. Medicines and surgery in NICE Guideline: Overweight and obesity management. 2025. (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng246/chapter/Medicines-and-surgery>).
19. Girvalaki C, Papadakis S, Vardavas C, et al. Training General Practitioners in Evidence-Based Tobacco Treatment: An Evaluation of the Tobacco Treatment Training Network in Crete (TITAN-Crete) Intervention. *Health Educ Behav* 2018;45(6):888-897. DOI: 10.1177/1090198118775481.
20. Little P, Stuart B, Hobbs FR, et al. Randomised controlled trial and economic analysis of an internet-based weight management programme: POWeR+ (Positive Online Weight Reduction). *Health Technol Assess* 2017;21(4):1-62. DOI: 10.3310/hta21040.
21. Flodgren G, Goncalves-Bradley DC, Summerbell CD. Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in children and adults with overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;11(11):CD000984. DOI: 10.1002/14651858.CD000984.pub3.
22. de Jong M, Jansen N, van Middelkoop M. A systematic review of patient barriers and facilitators for implementing lifestyle interventions targeting weight loss in primary care. *Obes Rev* 2023;24(8):e13571. DOI: 10.1111/obr.13571.
23. Dietz WH, Baur LA, Hall K, et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Lancet* 2015;385(9986):2521-33. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61748-7.
24. Fitzpatrick SL, Stevens VJ. Adult obesity management in primary care, 2008-2013. *Prev Med* 2017;99:128-133. DOI: 10.1016/j.ypmed.2017.02.020.
25. Kirk SF, Tytus R, Tsuyuki RT, Sharma AM. Weight management experiences of overweight and obese Canadian adults: findings from a national survey. *Chronic Dis Inj Can* 2012;32(2):63-9. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22414302>).
26. Obesity Canada-Obésité Canada. Report Card on Access to Obesity Treatment for Adults in Canada 2019. Edmonton, AB: 2019.
27. Fitzpatrick SL, Dickins K, Avery E, et al. Effect of an obesity best practice alert on physician documentation and referral practices. *Transl Behav Med* 2017;7(4):881-890. DOI: 10.1007/s13142-017-0514-0.
28. Tsai AG, Wadden TA. Treatment of obesity in primary care practice in the United States: a systematic review. *J Gen Intern Med* 2009;24(9):1073-9. DOI: 10.1007/s11606-009-1042-5.
29. Lindeman C, Jones A, Klein D, et al. Measurement of obesity in primary care practice: chronic conditions matter. *Fam Pract* 2022;39(5):974-977. DOI: 10.1093/fampra/cmab170.

30. Thille P. Managing Anti-Fat Stigma in Primary Care: An Observational Study. *Health Commun* 2019;34(8):892-903. DOI: 10.1080/10410236.2018.1439276.
31. Project Implicit. Implicit Association Test. (<https://www.projectimplicit.net/>).
32. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2013;382(9896):951-62. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60733-3.
33. Björkhem-Bergman L, Asplund AB, Lindh JD. Metformin for weight reduction in non-diabetic patients on antipsychotic drugs: a systematic review and meta-analysis. *J Psychopharmacol* 2011;25(3):299-305. (In eng). DOI: 10.1177/0269881109353461.
34. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;2014(1):CD003987. DOI: 10.1002/14651858.CD003987.pub5.
35. Gaudet LM, Kives S, Hahn PM, Reid RL. What women believe about oral contraceptives and the effect of counseling. *Contraception* 2004;69(1):31-6. DOI: 10.1016/j.contraception.2003.07.003.
36. Lopez LM, Ramesh S, Chen M, et al. Progestin-only contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2016(8):CD008815. DOI: 10.1002/14651858.CD008815.pub4.
37. Wharton S, Raiber L, Serodio KJ, Lee J, Christensen RA. Medications that cause weight gain and alternatives in Canada: a narrative review. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2018;11:427-438. DOI: 10.2147/DMSO.S171365.
38. Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. *Transcult Psychiatry* 2012;49(2):149-64. DOI: 10.1177/1363461512444673.
39. Gremillion H. THE CULTURAL POLITICS OF BODY SIZE. *Annual Review of Anthropology* 2005;34(Volume 34, 2005):13-32. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.33.070203.143814>.
40. Obesity Canada-Obésité Canada. Appendix 2: 5As Framework for Obesity Management in Adults in 2020 Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guideline. 2020. (<https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2025/03/Canadian-Adult-Obesity-CPG-Appendix-2-5As-Framework-for-Obesity-Management.pdf>).
41. Rueda-Clausen CF, Benterud E, Bond T, Olszowka R, Vallis MT, Sharma AM. Effect of implementing the 5As of obesity management framework on provider-patient interactions in primary care. *Clin Obes* 2014;4(1):39-44. DOI: 10.1111/cob.12038.
42. Luig T, Elwyn G, Anderson R, Campbell-Scherer DL. Facing obesity: Adapting the collaborative deliberation model to deal with a complex long-term problem. *Patient Educ Couns* 2019;102(2):291-300. DOI: 10.1016/j.pec.2018.09.021.
43. Rogers JM, Ferrari M, Mosely K, Lang CP, Brennan L. Mindfulness-based interventions for adults who are overweight or obese: a meta-analysis of physical and psychological health outcomes. *Obes Rev* 2017;18(1):51-67. DOI: 10.1111/obr.12461.
44. Forman EM, Butryn ML, Manasse SM, Bradley LE. Acceptance-based behavioral treatment for weight control: a review and future directions. *Curr Opin Psychol* 2015;2:87-90. DOI: 10.1016/j.copsyc.2014.12.020.
45. Palmeira L, Pinto-Gouveia J, Cunha M. Exploring the efficacy of an acceptance, mindfulness & compassionate-based group intervention for women struggling with their weight (Kg-Free): A randomized controlled trial. *Appetite* 2017;112:107-116. DOI: 10.1016/j.appet.2017.01.027.
46. Leblanc ES, O'Connor E, Whitlock EP, Patnode CD, Kapka T. Effectiveness of primary care-relevant treatments for obesity in adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2011;155(7):434-47. DOI: 10.7326/0003-4819-155-7-201110040-00006.
47. Booth HP, Prevost TA, Wright AJ, Gulliford MC. Effectiveness of behavioural weight loss interventions delivered in a primary care setting: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract* 2014;31(6):643-53. DOI: 10.1093/fampra/cmu064.
48. Lv N, Azar KMJ, Rosas LG, Wulfovich S, Xiao L, Ma J. Behavioral lifestyle interventions for moderate and severe obesity: A systematic review. *Prev Med* 2017;100:180-193. DOI: 10.1016/j.ypmed.2017.04.022.
49. LeBlanc ES, Patnode CD, Webber EM, Redmond N, Rushkin M, O'Connor EA. Behavioral and Pharmacotherapy Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2018;320(11):1172-1191. DOI: 10.1001/jama.2018.7777.
50. Wadden TA, Tronieri JS, Sugimoto D, et al. Liraglutide 3.0 mg and Intensive Behavioral Therapy (IBT) for Obesity in Primary Care: The SCALE IBT Randomized Controlled Trial. *Obesity (Silver Spring)* 2020;28(3):529-536. DOI: 10.1002/oby.22726.
51. Diabetes Prevention Program Research G, Knowler WC, Fowler SE, et al. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet* 2009;374(9702):1677-86. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61457-4.
52. Ma J, Yank V, Xiao L, et al. Translating the Diabetes Prevention Program lifestyle intervention for weight loss into primary care: a randomized trial. *JAMA Intern Med* 2013;173(2):113-21. DOI: 10.1001/2013.jamainternmed.987.
53. Borek AJ, Abraham C, Greaves CJ, Tarrant M. Group-Based Diet and Physical Activity Weight-Loss Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Appl Psychol Health Well Being* 2018;10(1):62-86. DOI: 10.1111/aphw.12121.
54. Foster-Schubert KE, Alfano CM, Duggan CR, et al. Effect of diet and exercise, alone or combined, on weight and body composition in overweight-to-obese postmenopausal women. *Obesity (Silver Spring)* 2012;20(8):1628-38. DOI: 10.1038/oby.2011.76.
55. Kuller LH, Pettee Gabriel KK, Kinzel LS, et al. The Women on the Move Through Activity and Nutrition (WOMAN) study: final 48-month results. *Obesity (Silver Spring)* 2012;20(3):636-43. DOI: 10.1038/oby.2011.80.
56. Holtrop JS, Luo Z, Piatt G, Green LA, Chen Q, Piette J. Diabetic and Obese Patient Clinical Outcomes Improve During a Care Management Implementation in Primary Care. *J Prim Care Community Health* 2017;8(4):312-318. DOI: 10.1177/2150131917715536.
57. Mitchell LJ, Ball LE, Ross LJ, Barnes KA, Williams LT. Effectiveness of Dietetic Consultations in Primary Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Acad Nutr Diet* 2017;117(12):1941-1962. DOI: 10.1016/j.jand.2017.06.364.
58. Molenaar EA, van Ameijden EJ, Vergouwe Y, Grobbee DE, Numans ME. Effect of nutritional counselling and nutritional

- plus exercise counselling in overweight adults: a randomized trial in multidisciplinary primary care practice. *Fam Pract* 2010;27(2):143-50. DOI: 10.1093/fampra/cmp104.
59. Davis Martin P, Rhode PC, Dutton GR, Redmann SM, Ryan DH, Brantley PJ. A primary care weight management intervention for low-income African-American women. *Obesity (Silver Spring)* 2006;14(8):1412-20. DOI: 10.1038/oby.2006.160.
60. Bennett GG, Steinberg DM, Stoute C, et al. Electronic health (eHealth) interventions for weight management among racial/ethnic minority adults: a systematic review. *Obes Rev* 2014;15 Suppl 4:146-58. DOI: 10.1111/obr.12218.
61. Hageman PA, Pullen CH, Hertzog M, Pozehl B, Eisenhauer C, Boeckner LS. Web-Based Interventions Alone or Supplemented with Peer-Led Support or Professional Email Counseling for Weight Loss and Weight Maintenance in Women from Rural Communities: Results of a Clinical Trial. *J Obes* 2017;2017:1602627. DOI: 10.1155/2017/1602627.
62. Wadden TA, Chao AM, Moore M, et al. The Role of Lifestyle Modification with Second-Generation Anti-obesity Medications: Comparisons, Questions, and Clinical Opportunities. *Curr Obes Rep* 2023;12(4):453-473. DOI: 10.1007/s13679-023-00534-z.
63. Yanovski SZ, Yanovski JA. Approach to Obesity Treatment in Primary Care: A Review. *JAMA Intern Med* 2024;184(7):818-829. DOI: 10.1001/jamainternmed.2023.8526.