



Πρόγραμμα παρέμβασης για τροποποίηση διατροφικών συνηθειών ψυχικά ασθενών

Σταθαρού Α.¹, Μπέρκ Α.², Γαλάτου Χ.³

¹. RN, MSc, Α΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική κλινική, Αιγινήτειο νοσοκομείο

². RN, MSc, Α΄ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική κλινική, Αιγινήτειο νοσοκομείο

³. RN, MSc, Αιμοδοσία, Γ.Ν.Λιβαδειάς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο υγιεινός τρόπος διατροφής των ψυχικά ασθενών, όπως φαίνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, απασχολεί τους επαγγελματίες υγείας για πολλά χρόνια. Πολλές προσπάθειες έχουν γίνει στον τομέα αυτό και κυρίως στο να αποκτήσουν οι ψυχικά ασθενείς τον έλεγχο της φυσικής υγείας και ευεξίας. Κάθε πρόγραμμα παρέμβασης, που στοχεύει στην τροποποίηση των διατροφικών συνηθειών - με τη χρήση γνωσιακών/συμπεριφορικών θεωριών- συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας διατροφής, αλλά και στην ενίσχυση του αυτοσεβασμού και της αυτοεκτίμησης. Εντούτοις, πρέπει να γίνεται εμφανές ότι τα προγράμματα αυτά, με όποιο κόστος τους αναλογεί, μπορούν οικονομικά να αντισταθμιστούν με τα μακροπρόθεσμα οφέλη. Οφέλη που προκύπτουν από τη μείωση της συννοσηρότητας και κατ'επέκταση της μείωσης χρήσης των υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις-Κλειδιά: ψυχιατρικός ασθενής, διατροφικές συνήθειες, γνωσιακή -συμπεριφορική προσέγγιση, πρόγραμμα προαγωγής υγείας, αγωγή υγείας

INTERSCIENTIFIC HEALTH CARE



Intervention program for modification the nutrition habits of psychiatric patients

Statharou A.¹, Berk A.², Galatou C³

¹ RN , Msc, A' Psychiatric Department , University of Athens, Eginitio hospital

² RN, Msc, A' Psychiatric Department, University of Athens, Eginitio Hospital

³ RN Msc Livadia Hospital

ABSTRACT

The healthy way of diet of mental patients, as it appears from the international bibliography, occupies the professionals of health for a lot of years. A lot of efforts have become in this sector and mainly in acquire the mental patients the control of natural health and well-being. Each program of intervention that aims in the modification of alimentary habits with the use of cognitive-behavior theories contributes in the improvement of quality of diet, but also in the aid of self-esteem. Nevertheless, it should be obvious that this programs, with any their cost it corresponds, can be economically compensated with in the long term profits. Profits that result from the co morbidity and by extension of reduction the use of health services.

Keywords: psychiatric patient, nutrition habit, cognitive-behavioral approach, health promotion program, health education

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ότι «Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας» και ψυχική υγεία «μια κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μες στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα¹. Οι κοινωνικοί επιστήμονες, με διαφορετικές προσεγγίσεις, συχνά δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην έννοια της ευεξίας².

Οι στρατηγικές για προαγωγή και αγωγή υγείας, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο αναπτύσσονται στα πλαίσια προγραμμάτων της κοινότητας σε συνεργασία με άλλες μονάδες δημόσιας υγείας, όπως και τοπικούς φορείς. Η θεματολογία των

προγραμμάτων περιλαμβάνει τομείς όπως πρόληψη κατάχρησης αλκοόλ, ουσιών, καπνίσματος, προαγωγή σωματικής δραστηριότητας, σωστής διατροφής και έγκαιρης ανίχνευσης ψυχικής νόσου στην κοινότητα³

Φυσική υγεία και ψυχική νόσος

Η φυσική υγεία των ατόμων με ψυχική νόσο, αποτελεί ένα παραμελημένο τομέα της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας. Συμπεριφορικοί παράγοντες - δηλαδή η κακή διατροφή, το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και ουσιών- έχουν αρνητική επίδραση στην υγεία των ψυχικά πασχόντων, αλλά και η ίδια η ψυχική νόσος, αιτιάζεται και αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τη κακή «φυσική» κατάσταση των ατόμων αυτών⁴

Οι ερευνητές αναφέρουν, ότι οι συχνότερες φυσικές νόσοι που παρατηρούνται στους ψυχικά πάσχοντες είναι: υπέρταση, διαβήτης, καρδιολογικά προβλήματα, παχυσαρκία. Εντούτοις, τα ποσοστά συνοσηρότητας είναι μικρότερα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Τα υψηλά ποσοστά θανάτου, στους ψυχικά ασθενείς, είναι συνέπεια της φυσικής κατάστασης, σε αντίθεση με το γενικό πληθυσμό. Στο γενικό πληθυσμό, το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ, η φτωχή διατροφή και η μειωμένη άσκηση συντελούν στη αύξηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας⁵.

Σύμφωνα με τον McDougal , η συνοσηρότητα των ψυχικά πασχόντων σχετίζεται άμεσα με την έλλειψη δεξιοτήτων διαβίωσης, όπως η ανεπαρκής διατροφή, η παραμέληση ατομικής υγιεινής, το κάπνισμα. Τα ψυχοτρόπα φάρμακα επίσης μπορούν να αυξήσουν την όρεξη και κατ'επέκταση το σωματικό βάρος⁶.

Τα αρνητικά συμπτώματα της ψυχικής νόσου, δηλαδή η κοινωνική απόσυρση και η έλλειψη κινήτρων, οδηγούν τον πάσχοντα στο να μένει ανενεργός. Η μειωμένη σωματική δραστηριότητα, η ανεργία ως απόρροια κοινωνικού στίγματος και προκατάληψης, η φτώχεια και οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης τείνουν να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για παχυσαρκία και εμφάνιση δευτερογενών συμπτωμάτων⁷. Σύμφωνα με ερευνητική μελέτη των Brown και συνεργατών, έχει αποδειχτεί ότι οι παραπάνω παράγοντες συμβάλλουν στην αύξηση της θνησιμότητας των σχιζοφρενικών ασθενών⁴.

Αύξηση βάρους και ψυχοτρόπα φάρμακα

Η αύξηση βάρους, αποτελεί μια συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια των ψυχοτρόπων φαρμάκων και επηρεάζει αρνητικά την αυτοεκτίμηση⁸. Όταν επίσης, λαμβάνονται περισσότερα του ενός φαρμάκου, τότε ο κίνδυνος αύξησης του σωματικού βάρους, είναι άμεσος⁹.

Η αυξημένη όρεξη, οι αντιχολινεργικές επιδράσεις των φαρμάκων (ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, ξηροφθαλμία, υπόταση, ζάλη, αίσθημα κόπωσης) και η καταστολή από αυτά (μειωμένα επίπεδα δραστηριότητας) φαίνεται ότι έχουν τη σημαντικότερη επίδραση στο σωματικό βάρος¹⁰. Τα παραπάνω, συμβάλλουν στη μη-συμμόρφωση στη θεραπεία, που συνεπάγεται συχνές υποτροπές και ως επακόλουθο την πολλαπλή χρήση των υπηρεσιών υγείας. Σημαντική επίσης συνέπεια αυτών είναι και το υψηλό οικονομικό κόστος για το σύστημα υγείας⁸. Έτσι, κάθε προσπάθεια για παρέμβαση με στόχο την τροποποίηση των διατροφικών συνηθειών πρέπει να λαμβάνει υπόψη αυτές τις παραμέτρους.

Σχεδιασμός προγράμματος παρέμβασης για τροποποίηση διατροφικών συνηθειών ψυχικά πασχόντων

Η ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας, είναι η πλέον κατάλληλη στρατηγική για την πρόληψη και βελτίωση της ποιότητας ζωής και υγείας των ανθρώπων και του περιβάλλοντος. Για την οργάνωση προγραμμάτων παρέμβασης σε ψυχικά πάσχοντες, οι εκπαιδευτικές στρατηγικές πρέπει να ενισχύουν την ενεργό συμμετοχή τους, να βοηθούν τους ασθενείς να αντιληφθούν το σχέδιο του προγράμματος για την καλύτερη κατανόηση των

εννοιών και των μηνυμάτων του, και να είναι σε θέση τις δεξιότητες που θα αποκτήσουν από την εκπαίδευση να τις μεταφέρουν στην καθημερινότητά τους¹¹. Οι στρατηγικές σχεδιασμού ενός προγράμματος, που στοχεύει στην τροποποίηση των διατροφικών συνηθειών ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στις τοπικές ανάγκες, λαμβάνοντας υπόψη και τις κοινωνικές, πολιτιστικές και οικονομικές ανάγκες.

Έτσι, σε μια πρώτη φάση, γίνεται διερεύνηση του «αιτήματος» στην κοινότητα και συγκεκριμένα στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας της περιοχής, στην οποία θα υλοποιηθεί το πρόγραμμα. Για παράδειγμα, κατά την προσέλευση πελατών για follow-up, για συνταγογράφηση ή και για άλλους λόγους, χορηγούνται – προς συμπλήρωση - ερωτηματολόγια σε σχέση με τις διατροφικές τους συνήθειες. Άλλοτε, το «αίτημα» διερευνάται μέσω παλιότερων εκθέσεων αξιολόγησης αναγκών ψυχικά ασθενών, ή ακόμη και μέσω ερευνητικών μελετών που έχουν γίνει, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Οργανώνοντας ένα πρόγραμμα, διερευνάται το τι θέλουμε να επιτευχθεί. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία υπάρχουν τρία επίπεδα ταξινόμησης των επιδιώξεων :

- 1.Επίπεδο γνώσεων
- 2.Επίπεδο ικανοτήτων
- 3.Επίπεδο στάσεων

Ως προς το πρώτο επίπεδο, διερευνάται ποιες γνώσεις θα αποκτήσουν οι εκπαιδευόμενοι, ποιες ικανότητες θα αναπτύξουν οι οποίες σχετίζονται με την απόκτηση και αξιοποίηση της γνώσης. Στο δεύτερο επίπεδο, διερευνάται τι είναι ικανοί να κάνουν οι εκπαιδευόμενοι - μετά το τέλος του προγράμματος- αν δηλαδή, έχουν τη δυνατότητα για αποτελεσματική χρήση των γνώσεων, εμπειριών και προσόντων. Ως προς το επίπεδο στάσεων, διερευνάται το ποιες αξίες θα αναπτύξουν ή θα αποκτήσουν και οι οποίες θα επηρεάσουν τις προτιμήσεις τους και τη συμπεριφορά τους για πρόσωπα, πράγματα ή καταστάσεις.¹²

Χρήση θεωριών στην προαγωγή υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας που πρόκειται να εφαρμόσουν προγράμματα προαγωγής και αγωγής υγείας στην κοινότητα, αναλόγως του επιπέδου εκπαίδευσής τους, αλλά και των θεωρητικών τους κατευθύνσεων, χρησιμοποιούν θεωρίες μάθησης, που σχετίζονται με το πώς μαθαίνει ο πληθυσμός και πώς δύναται να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του.¹³ Εν προκειμένω, παρεμβαίνοντας για τροποποίηση των διατροφικών συνηθειών ψυχικά ασθενών, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να χρησιμοποιήσουν συμπεριφορικές και γνωσιακές θεωρίες.

Βάση του συμπεριφορικού μοντέλου, μέσα από την παρέμβαση ενθαρρύνονται τα άτομα να ζητήσουν ενημέρωση ως προς τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα και εστιάζει την προσοχή τους στην αλλαγή των περιβαλλοντικών παραγόντων που ελέγχουν τη συμπεριφορά.¹⁴ Οι εκπαιδευτικές τεχνικές που στηρίζουν τη θεραπεία συμπεριφοράς - λίστες super market, οικιακές εργασίες, λίστες μενού - έχουν αποδειχτεί ότι προωθούν την επιτυχή απώλεια βάρους, αλλά και, τη διατήρησή της μελλοντικά¹⁵.

Η γνωσιακή προσέγγιση, βοηθά τον πελάτη να διερευνήσει και να αμφισβητήσει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις που έχουν

συμβάλλει στην αύξηση του βάρους. Για παράδειγμα, οι παχύσαρκοι πελάτες, έχουν συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες αναφορικά με το πόσο βάρος μπορούν να χάσουν και είναι σημαντικό να μην εκτίθενται στην αποτυχία, στοχεύοντας σε υπερβολικά χαμηλό βάρος. Μέσω αυτής της προσέγγισης, ο πελάτης ενθαρρύνεται για διαμόρφωση ρεαλιστικών στόχων, που προλαμβάνουν την απογοήτευση και βοηθούν τη συμμόρφωση στη θεραπεία¹⁶.

Περιγραφή προγράμματος

Κατά την πρώτη φάση εφαρμογής του προγράμματος, καθορίζεται αρχικά η διάρκεια του. Αυτό προϋποθέτει την εφαρμογή, αλλά και τη συχνή ανατροφοδότηση (feedback), που συμβάλλει τόσο στην αξιολόγηση όσο και στην όποια τροποποίηση χρειαστεί να συντελεστεί. Αρχικά, γίνεται προσπάθεια αξιοποίησης και επεξεργασίας των υπαρχουσών πληροφοριών. Έτσι, θα πρέπει να εκτιμηθεί ποιοι είναι οι αποδέκτες του προγράμματος (εργαζόμενοι ή μη, επάγγελμα, μόρφωση, ηλικία). Στη συνέχεια, γίνεται συσχέτιση του σκοπού και του περιεχομένου του προγράμματος αγωγής υγείας, με τα χαρακτηριστικά των εκπαιδευόμενων, προκειμένου να αξιοποιηθεί, κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο η συμμετοχή τους. Σημαντικό ρόλο επίσης παίζουν, οι πρακτικές και οικονομικές παράμετροι, δηλαδή η χρονική περίοδος, ο χώρος, το ωράριο εκπαίδευσης, οι διαθέσιμες υπηρεσίες και οι διευκολύνσεις προς τους εκπαιδευόμενους¹².

Ο υπεύθυνος σχεδιασμού του προγράμματος, είναι η πλέον κατάλληλη πηγή άντλησης των παραπάνω πληροφοριών, επομένως και το πλέον αρμόδιο πρόσωπο για συνεργασία. Οι πληροφορίες αυτές, πρέπει να απαντούν σε βασικά ερωτήματα όπως :

Ποιος είναι ο τυπικός εκπαιδευόμενος: Ο πληθυσμός στόχος για την υλοποίηση του προγράμματος είναι, ασθενείς με ψυχωσική συνδρομή, συναισθηματική διαταραχή, O.C.D και ηλικίας 18-50 ετών. Προϋπόθεση για συμμετοχή τους στο πρόγραμμα είναι να υπάρχει φαρμακευτική συμμόρφωση, αλλά και ικανότητα για συγκατάθεση συμμετοχής τους. Τέλος, σημαντικός παράγοντας αποτελεί και η εναισθησία.

Γιατί έχει αναπτυχθεί και υλοποιείται το πρόγραμμα: ο κυριότερος σκοπός του προγράμματος παρέμβασης, για τροποποίηση διατροφικών συνηθειών ψυχικά ασθενών, είναι η βελτίωση της σωματικής υγείας, μακροπρόθεσμα και της ψυχικής, με επιτυχή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή. Και αυτό μπορεί να επιτευχθεί με αλλαγές όσον αφορά την ανικανότητα, τη θνησιμότητα, την ποιότητα ζωής και τη νοσηρότητα

Ποιο είναι το περιεχόμενο του προγράμματος : το περιεχόμενο του προγράμματος είναι, η εκπαίδευση ψυχικά ασθενών για τροποποίηση διατροφικών συνηθειών.

Πού θα γίνει η εκπαίδευση: η εκπαίδευση θα πραγματοποιηθεί σε αίθουσα του Κέντρου Ψυχικής Υγείας, που έχει οριστεί για την υλοποίησή του και, επίσης, η αίθουσα εκπαίδευσης διαθέτει όλα τα εκπαιδευτικά-εποπτικά μέσα, όπως projector, video, pc, πίνακα, κλπ.¹²

Στόχοι προγράμματος

Οι στόχοι του προγράμματος είναι :

- α) να διερευνηθούν οι διατροφικές συνήθειες των πελατών
- β) να τροποποιηθούν οι συνήθειες αυτές με χρήση γνωσιακού-συμπεριφορικού μοντέλου
- γ) να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά του, με τη μείωση σωματικού βάρους των συμμετεχόντων
- δ) να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των πελατών, που συμμετέχουν στο πρόγραμμα αγωγής υγείας, όσον αφορά την ποιότητά του, την εκπλήρωση των προσδοκιών τους και την ικανοποίησή τους από το σύμβουλο υγείας.

Οι στόχοι και η εκπλήρωσή τους, αντιστοιχούν στον αντίκτυπο (impact) που αποτελεί την πιο σημαντική παράμετρό του¹⁷.

Αφού συνυπολογιστούν τα παραπάνω, οι παρεμβάσεις εστιάζονται σε μια αρχική, καθορισμένη παράμετρο εκτίμησης, η οποία περιλαμβάνει :

1. Μέτρηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού
2. Μέτρηση σωματικού βάρους, ύψους, αλλά και δείκτη μάζας σώματος
3. Φάρμακα που λαμβάνουν οι πελάτες και ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής
4. Λήψη ψυχιατρικού ιστορικού
5. Διερεύνηση διατροφικών συνηθειών, όπως υγιείς, ενδιάμεσες και ανθυγιεινές
6. Χρήση ερωτηματολογίου για διερεύνηση της στάσης των πελατών έναντι του φαρμάκου και των παρενεργειών του (αύξηση βάρους)
7. Χρήση ερωτηματολογίου, για αξιολόγηση αυτοσεβασμού και αυτοεκτίμησης.
8. Διερεύνηση συνηθειών καπνίσματος, κατανάλωσης αλκοόλ και ουσιών
9. Καθορισμό εβδομαδιαίας συνάντησης για έλεγχο των παραπάνω.

Στη συνέχεια, καθορίζεται συνάντηση όπου γίνεται μέτρηση των προαναφερθέντων, καταγραφή εβδομαδιαίου ημερολογίου προγράμματος διατροφής και τίθεται ο στόχος για μείωση του βάρους. Γίνεται ο απαραίτητος αιματολογικός έλεγχος για τη λειτουργία του θυρεοειδούς αδένος, επίπεδα σακχάρου, χοληστερίνης, προλακτίνης, επιπέδων λαμβανομένων φαρμάκων στο αίμα. Καθορίζονται οι διαθέσιμες επιλογές, όπως ομάδα υπέρβαρων, ομάδα σωματικής δραστηριότητας, ατομική-συμβουλευτική και τέλος, αν κριθεί απαραίτητο, γίνεται παραπομπή σε εξειδικευμένο διαιτολόγο.

Στην ομάδα υπέρβαρων, η μέτρηση βάρους, γίνεται κάθε εβδομάδα. Οι πελάτες ενθαρρύνονται να μοιραστούν με τα άλλα μέλη την πρόδο τους, ως κίνητρο, για περαιτέρω βελτίωση. Στην ομάδα σωματικής δραστηριότητας, προτείνεται η άσκηση σε γυμναστήρια, χρήση κολυμβητηρίων ή άσκηση σε άλλα αθλήματα που τους ικανοποιούν¹⁸.

ΑΞΟΝΕΣ ΔΡΑΣΗΣ

Άξονας I

Στον πρώτο άξονα δράσης, το πρόγραμμα εστιάζεται στην αξιολόγηση των επιπέδων φυσικής υγείας και κατά επέκταση των υγιεινών διατροφικών συνηθειών ψυχικά ασθενών μιας κοινότητας¹¹. Μέσω της αξιολόγησης επιτυγχάνεται, η εκτίμηση των αναγκών των ασθενών, προκειμένου το πρόγραμμα να ανταποκριθεί σε αυτές¹⁹. Αναλύονται οι πληροφορίες

που προέρχονται από το δείγμα, μέσω ερωτηματολογίου (διατροφικές συνήθειες, τι καταναλώνουν περισσότερο, τι αποφεύγουν, πόσα υγρά καταναλώνουν). Σταθμίζονται τα αποτελέσματα και οι σχετικές θεωρίες, καθώς και οι παρεμβάσεις που μπορεί να υπάρχουν από εφαρμογή προηγούμενων παρόμοιων προγραμμάτων.

Οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα εκπαιδεύονται, σε σχέση με την υγιεινή κατανάλωση αγαθών και μαθαίνουν στρατηγικές προκειμένου να βελτιώσουν τις διατροφικές τους συνήθειες, όπως και τις συνήθειες κατανάλωσης αγαθών. Διαμέσου του προγράμματος, προωθείται η αλλαγή συμπεριφορών και τρόπου ζωής. Εξετάζονται και ενισχύονται τα οφέλη από την υγιή κατανάλωση αγαθών, όπως και τα οφέλη από την αύξηση των επιπέδων δραστηριότητας. Αυτό, περιλαμβάνει την ενσωμάτωση των θετικών συνεπειών της σωματικής δραστηριότητας στη φυσική υγεία και κατ' επέκταση στη βελτίωση της γενικής φυσικής υγείας. Σε κάθε τομέα του προγράμματος, υπάρχει αντίστοιχη πρακτική άσκηση ή μια δραστηριότητα που απώτερος στόχος τους είναι η ενίσχυση των συγκεκριμένων στόχων μάθησης¹¹.

Άξονας II

Στο δεύτερο άξονα δράσης, διερευνώνται οι υποστηρικτικές πηγές στην κοινότητα, δηλαδή: η συμμετοχή της οικογένειας στο πρόγραμμα, η πληροφόρηση των ψυχιάτρων για την υλοποίηση αυτού και κατ' επέκταση για παραπομπές, η ύπαρξη γυμναστηρίων και αθλητικών συλλόγων για αύξηση σωματικής δραστηριότητας, τοπικά μέσα μαζικής ενημέρωσης (εφημερίδες, περιοδικά, κλπ.) για προώθησή του προγράμματος. Επίσης διερευνώνται οι οικονομικοί πόροι, η στελέχωση σε δυναμικό, δηλαδή ποιοι επαγγελματίες υγείας θα εκπονήσουν το πρόγραμμα. Για παράδειγμα, δίνονται πληροφορίες για την Διαβητολογική Εταιρεία, την εταιρεία ΕΥ ΖΗΝ και άλλες, όπου ο πελάτης μπορεί να απευθυνθεί για άμεση εξυπηρέτησή του, αν χρειαστεί να κάνει χρήση αυτής της υπηρεσίας¹¹. Επίσης, γίνεται πρακτική άσκηση, ως προς την επιλογή σωστής διατροφής. Οι πελάτες ενισχύονται για καθορισμό ενός αριθμού ενδιαφερόντων, που σχετίζονται με μια σειρά δραστηριοτήτων. Απώτερος στόχος είναι, η ενσωμάτωση περισσότερων δραστηριοτήτων στην καθημερινή τους ρουτίνα. Έτσι, συστήνεται η χρήση δημοτικών γυμναστηρίων, όπου με χαμηλή χρέωση μπορεί ο πελάτης να ασχοληθεί με το άθλημα που τον ενδιαφέρει. Από την αρχή του προγράμματος, γίνεται αξιολόγηση αυτού, με χρήση κλιμάκων ικανοποίησης των πελατών. Τα ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα συλλέγονται, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα για εξακρίβωση της καταλληλότητας, αλλά και για το κατά πόσο αυτό ανταποκρίνεται στις ανάγκες. Οι πελάτες ενισχύονται για τον καθορισμό των θετικών αλλαγών που πρόκειται να υλοποιηθούν μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, με απώτερο στόχο τις πρακτικές στρατηγικές, για υγεία και ευεξία. Οι θετικές αλλαγές, αφορούν την κατανάλωση φρούτων λαχανικών, περιορισμό λίπους στη διατροφή, μαγειρευμένο αντί του πρόχειρου φαγητού, μείωση ή διακοπή καπνίσματος, αύξηση της δραστηριότητας¹¹.

Άξονας III

Στον τρίτο άξονα δράσης, οι παρεμβάσεις γίνονται πλέον στον πληθυσμό. Γίνεται διαχωρισμός σε ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα παρέμβασης το πρόγραμμα εξελίσσεται για κάποιους μήνες, με κατ' οίκον επισκέψεις, εκπαίδευση σε θέματα υγιεινής διατροφής, παρακολούθηση σωματικού βάρους, ενώ ενδιάμεσα οι πελάτες ενισχύονται στην προσπάθειά τους με τηλεφωνική επικοινωνία. Για παράδειγμα, γίνεται μέτρηση του σωματικού βάρους, που επαναλαμβάνεται μόνο αν ζητηθεί από κάποιο μέλος της ομάδας- στόχου. Εξετάζονται και ενισχύονται τα οφέλη από τον υγιεινό τρόπο διατροφής και της δραστηριότητας. Αυτό εμπειρεύει τις θετικές συνέπειες που έπονται μετά από μείωση της χοληστερίνης, αρτηριακής υπέρτασης, πρόληψης καρδιακών παθήσεων και διαβήτη και της βελτίωσης της γενικής φυσικής υγείας. Γίνεται πρακτική άσκηση ή κάποια δραστηριότητα, στόχος των οποίων είναι η ενίσχυση της μάθησης, δηλαδή να μάθουν να αξιολογούν τη θρεπτική αξία των τροφίμων, αφού διαβάσουν τις ετικέτες στα super market. Οι πελάτες, μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου, αλλά και τους παράγοντες που συμβάλλουν στη διατήρηση της φυσικής υγείας και ευεξίας. Στην ομάδα ελέγχου, γίνεται απλώς πληροφόρηση για θέματα υγιεινής διατροφής, με χρήση έντυπου υλικού¹¹.

Άξονας IV

Αφού ολοκληρωθεί το πρόγραμμα, γίνεται αξιολόγηση των δυο ομάδων, με χρήση ερωτηματολογίων για τις διατροφικές συνήθειες, τα οποία είχαν χρησιμοποιηθεί και στην αρχή. Επιπλέον, γίνεται αξιολόγηση του σωματικού βάρους, και σταθμίζονται οι μεταβολές²⁰. Η ομάδα παρέμβασης, εστιάζεται στο αν πέτυχε τον αρχικό της στόχο, δηλαδή θετική επίδραση για αλλαγή διατροφικών συνηθειών.

Αξιολόγηση προγράμματος

Η αξιολόγηση του προγράμματος, είναι μια τρέχουσα διαδικασία, η οποία καθορίζει αν μέσω αυτής έχουν επιτευχθεί οι αρχικοί στόχοι και σκοποί. Διατυπώνεται το κατά πόσο υπάρχουν θετικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και αν αυτές μπορούν να υφίστανται και μελλοντικά. Με την ανατροφοδότηση (feedback), δίνεται η ευκαιρία για εκτίμηση του προγράμματος και των στρατηγικών του, εφόσον αυτό προσέγγισε τον αρχικό του στόχο. Αυτό, επιτυγχάνεται με τη συλλογή πληροφοριών, με τις οποίες διερευνάται το κατά πόσο οι στόχοι που τέθηκαν στο στάδιο προγραμματισμού, πραγματοποιήθηκαν. Για παράδειγμα, από τους συμμετέχοντες πελάτες, αξιολογείται το ποσοστό αυτών που μπόρεσε να τροποποιήσει τις διατροφικές του συνήθειες και κατ' επέκταση να μειώσει το σωματικό του βάρος, με παράλληλη φαρμακευτική συμμόρφωση¹⁷.

Εντούτοις να σημειωθεί ότι η αξιολόγηση δεν αποτελεί το τελευταίο στάδιο-βήμα με την ολοκλήρωση ενός προγράμματος. Αποτελεί μια συνεχή διαδικασία εκτίμησης της επίτευξης των στόχων που τέθηκαν στην αρχή, με απώτερο σκοπό τον επαναπροσδιορισμό στόχων, μεθόδων και μέσων, όταν γίνεται εμφανές ότι δεν έχει επιτευχθεί ο αρχικός στόχος²¹.

Επίλογος

Η οργάνωση και εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας, σε πληθυσμό-στόχο (ψυχικά ασθενών), είναι εμφανές ότι συμβάλλει στη βελτίωση της φυσικής τους υγείας. Τα προγράμματα αυτά, πρέπει να ενσωματώνονται στην καθημερινή πρακτική και το κόστος τους σταθμίζεται από τα αναμενόμενα, μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οικονομικά οφέλη, όπως η παρεμπόδιση ανάπτυξης συννοσηρότητας (καρδιαγγειακές παθήσεις, παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης) στον ευάλωτο αυτό πληθυσμό, αλλά και τη μείωση της αλόγιστης χρήσης υπηρεσιών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World health organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva, Basic Documents, 1948
2. Τούντας Γ, Τι είναι υγεία; στο Κοινωνία και υγεία,σελ. 15-16, Αθήνα 2001
3. Ohlesen R, Peacock G, Smith S, Developing a service to monitor and improve physical health in people with serious mental illness, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12:614-619,2005
4. Lambert TJR, Velakoulis D, Pantelis C, Medical comorbidity in schizophrenia, Psychological Medicine, 29: 697-701,1999
5. Farnam CR, Zippel AM, Tyrrell W, Chrittiinanda P, Health status and risk factors of people with severe and persistent mental illness, Journal of Psychosocial Nursing, 16-21,1999
6. McDougall S, The effect of nutritional education on the shopping and eating habits of a small group of chronic schizophrenic patients living in the community, British Journal of Occupational Therapy, 55: 62-68, 1999
7. Crosse C, A meaningful day: integrating psychosocial rehabilitation into community treatment of schizophrenia, Medical Journal of Australia, 175:s76-s78, 2003
8. Hill A, Williams J, Psychological health in non-clinical sample of obese women, International Journal of Obesity and Related Metaboloc Disorders, 22(6): 578-583, 1998
9. Elmslie J, Silverstone T, Mann J, Williams S, Romans S, Prevalence of overweight and obesity in bipolar patients, Journal of Clinical Psychiatry 61(3): 179-184, 2000
10. Ackerman S, Nolan L, Bodyweight gain induced by psychotropic drugs, CNS Drugs 9 (2): 135-151, 1998
11. O'Sullivan J, Gilbert J, Ward W, Addressing the health and lifestyle issues of people with a mental illness: the healthy living program, Australian Psychiatry, vol. 14, no 2, June 2006
12. Γιαννακοπούλου Ε. Σχεδιασμός διδακτικής ενότητας, κεφ.6,σελ.53-82,στο Εκπαιδευτικό Υλικό για τους Εκπαιδευτές Θεωρητικής Κατάρτισης, Τόμος III, ΕΚΕΠΙΣ, Αθήνα 2006
13. Σαπουτζή-Κρέπια Δ, Σημειώσεις Προαγωγής και αγωγής υγείας, Θεσσαλονίκη 2006
14. Cowburn G, Hillsdon M, Hankey C, Obesity management by lifestyle strategies, British Medical Bulletin, 53 (2): 389-408, 1997
15. Wing R, Jeffery R, Burton L, Tompson C, Nissinoff K, Baxter J, Food provision vw structured meal plan in the behavioral treatment of obesity, International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 20(1): 56-62, 1996
16. Forent J, Poston W, Challenge of diet, exercise and lifestyle modification in the management of the obese patient, International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 23(suppl 7) :s5-s11,1999
17. Ontario Medical Association (OMA), Agreement: health promotion and disease prevention. Appendix: Primary initiatives, January 16, 2006
18. ΤΣΑΡΟΥΧΗ Α. Διατροφική συμπεριφορά και υγεία Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 14(5), 499-504, 1997
19. Evans S, Newton R, Higgins S, Nutritional intervention to prevent weight in patients commenced on olanzepine: a randomized controlled trial, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39: 479-486, 2005
20. Aquila R, Management of weight in patients with schizophrenia, Journal of clinical Psychiatry, 63: s33-s37,2002
21. Ζηλίδης Χ., Σημειώσεις Πολιτικής της Υγείας, Λάρισα 2006