

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: Γ. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ

ΠΑΤΡΑ, 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερω τον επιβλέπων καθηγητή μου κ. Γεώργιο Γραμματικά Νοσηλεύτη – Φυσικοθεραπευτή, MSc Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας Ε.Σ.Δ.Υγια τη βοήθεια και την υποστήριξη του καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μου εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την ψυχολογική υποστήριξη τους.

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
SUMMARY	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
Α΄ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	8
ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	8
1.1 Η έννοια των διατροφικών διαταραχών	8
1.2 Κατηγορίες διατροφικών διαταραχών	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	12
ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	12
2.1 Ορισμός.....	12
2.2 Διαγνωστικά κριτήρια νευρικής ανορεξίας	13
2.3 Παράγοντες προδιάθεσης	15
2.3.1 Βιολογικοί και Ψυχολογικοί.....	15
2.3.2 Οικογενειακοί.....	17
2.3.3 Κοινωνικοπολιτιστικοί Παράγοντες.....	18
2.3.4 Εκλυτικοί Παράγοντες	18
2.3.5 Επιβαρυντικοί Παράγοντες.....	19
2.4 Κλινική εικόνα.....	19
2.5 Θεραπευτική αντιμετώπιση	22
2.6 Νοσηλευτική παρέμβαση.....	28
Β΄ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	35
ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ.....	35
3.1 Σκοπός	35
3.2 Πληθυσμός-Δείγμα	35
3.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	36
3.4 Στατιστικές μέθοδοι	36
3.5 Στατιστική ανάλυση δεδομένων.....	37
ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	59

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	62
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	64
Ερωτηματολόγιο έρευνας.....	64

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η νευρική ανορεξία αποτελεί μια διαταραχή η οποία επηρεάζει κατά κύριο λόγο τις γυναίκες ιδιαίτερα όταν βρίσκονται στην εφηβική ηλικία. Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν και δύναται να εμφανίσουν μια τέτοια κατάσταση μπορεί να είναι οικογενειακοί, κοινωνικοπολιτιστικοί, ψυχολογικοί κλπ. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα πρότυπα τα οποία προβάλλονται από τα Μ.Μ.Ε. Η διάγνωση πραγματοποιείται στους ασθενείς οι οποίοι θεωρούν ότι είναι υπέρβαροι και αρνούνται να διατηρήσουν το βάρος τους σε φυσιολογικά επίπεδα. Πολύ σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή και στην πρόληψη αλλά και στην αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διαταραχής και γι αυτό το λόγο θα πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένος και να διακατέχεται από τις κατάλληλες γνώσεις.

Σκοπός: η παρούσα έρευνα έχει σαν σκοπό τη διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος σχετικά με τις γνώσεις τους όσον αφορά τη νευρική ανορεξία.

Υλικό και μέθοδος: Η μέθοδος συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ανώνυμο ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε 22ερωτήσεις κλειστού τύπου που σχετίζονται με τις γνώσεις των φοιτητών ως προς τη νευρική ανορεξία με 3 από αυτές τις ερωτήσεις να αποτελούν τα δημογραφικά στοιχεία. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε φοιτητές στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος στην Πάτρα. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18.

Συμπεράσματα: Μέσα από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία γνωρίζει τι είναι νευρική ανορεξία ενώ παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν γυναίκες. Παράλληλα παρατηρήθηκε ότι άτομα που κατάγονταν από αστικές περιοχές και γνώριζαν για τη νόσο ήταν περισσότεροι από τους αντίστοιχους που κατάγονταν από αγροτικές περιοχές. Επίσης οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι τα άτομα που πάσχουν από νευρική ανορεξία χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης ενώ ταυτόχρονα μέσα από τις απαντήσεις τους φαίνεται ότι οι αρμόδιοι φορείς δεν είναι επαρκείς ώστε να αντιμετωπίσουν περιπτώσεις ασθενών νευρικής ανορεξίας.

SUMMARY

Introduction: Anorexia nervosa is a disorder that primarily affects women especially when they are in adolescence. The factors that influence and may experience such a situation can be family, socio-cultural, psychological, etc. Important role played by the standards displayed by the media The diagnosis is performed for patients who thought they were overweight and refuse to maintain their weight at a normal level. Very important is the role of the nurse in prevention and in treatment of this disorder and for this reason should be well trained and possessed of appropriate knowledge.

Purpose: The present study aims to investigate the students' views of the TEI of Western Greece on their knowledge of anorexia nervosa.

Material and Methods: The method of data collection used was an anonymous questionnaire that included 28 closed questions related to the knowledge of the students in terms of anorexia nervosa with 7 of these questions be demographics. The questionnaires were distributed to students at the TEI of Western Greece in Patras. Analysis of the results was performed with the SPSS statistical program 18.

Conclusions: Through the answers of respondents seems that the vast majority know what is anorexia nervosa while most respondents were women observed. At the same time it observed that people who came from urban areas and knew about the disease was more than for who came from rural areas. Also respondents believe that people who suffer from anorexia nervosa require medical monitoring while through their replies it appears that the competent bodies are not sufficient to tackle cases of anorexia nervosa patients.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νευρική ανορεξία υπάγεται στις λεγόμενες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης αστίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ.

Το άτομο με νευρική ανορεξία κυριαρχείται από τη διάθεση άρνησης για λήψη φαγητού προκειμένου να μην πάρει βάρος, παρά το γεγονός ότι το σωματικό του βάρος κυμαίνεται κάτω από τα κατώτερα όρια του φυσιολογικού για την ηλικία, το φύλο και το ύψος

Επίσης, παρά το γεγονός ότι το σωματικό του βάρος είναι κάτω από τα όρια του φυσιολογικού, το άτομο διακατέχεται από έντονο φόβο ότι θα πάρει βάρος. Έτσι, λοιπόν, βρίσκεται συνεχώς στην προσπάθεια να χάσει περισσότερο βάρος. Ακολουθεί αυστηρές δίαιτες, παραλείπει γεύματα, συχνά γυμνάζεται εντατικά, καταφεύγει στον αυτοπροκαλούμενο εμετό και χρησιμοποιεί καθαρτικά και διουρητικά με στόχο την απώλεια βάρους.

Παρά το γεγονός ότι πραγματοποιούνται περαιτέρω ενέργειες ώστε να αντιμετωπιστούν όσο γίνεται πιο αποτελεσματικά τα περιστατικά της νευρικής ανορεξίας τόσο από το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και από την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα ωστόσο συνεχίζει να αποτελεί τη μαστίγα της σύγχρονης εποχής με αύξηση των κρουσμάτων. Γι αυτό το λόγο θα πρέπει να ληφθούν περαιτέρω μέτρα προκειμένου να υπάρξει μείωση εμφάνισης νέων περιστατικών.

Α΄ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

1.1 Η έννοια των διατροφικών διαταραχών

Δεν είναι ιδιαίτερα εύκολο να αποδοθεί ένας ακριβής ορισμός που να εκφράσει με σαφήνεια τις διατροφικές διαταραχές. Αυτό συμβαίνει διότι η θεραπευτική αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών δεν αφορά μόνο τη Νευρική Ανορεξία ή τη Νευρογενή Βουλιμία. Ωστόσο όμως, η διεθνή βιβλιογραφία ορίζει τις διατροφικές διαταραχές ως: *«μια επίμονη διαταραχή της διατροφής ή της σχετιζόμενης με τη διατροφή συμπεριφοράς, η οποία έχει σε σημαντικό βαθμό αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου»*(Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

Στον συγκεκριμένο ορισμό περιλαμβάνονται όλες οι διατροφικές διαταραχές οι οποίες δεν σχετίζονται μόνο με τη Νευρογενή Ανορεξία ή Νευρογενή Βουλιμία αλλά και με άλλες διαταραχές διατροφής οι οποίες είναι άξιες μελέτης. Οι συγκεκριμένες διαταραχές είναι γνωστές με την ονομασία «Άτυπες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής»(Μαδιανός, 2004).

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι η λέξη «άτυπες» δεν χρησιμοποιείται υποτιμητικά δίνοντας ιδιαίτερη σημασία μόνο στις «τυπικές» Διατροφικές διαταραχές καθώς αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός ότι τα περισσότερα άτομα υποφέρουν από αυτού του είδους τις διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με στοιχεία που έχουν έρθει στη δημοσιότητα παρατηρείται ότι τα ποσοστά επιπολασμού των «άτυπων» μορφών διατροφικών διαταραχών βρίσκονται σε υψηλότερα επίπεδα από αυτά των «τυπικών» (Χριστοδούλου, 2000).

Στη συνέχεια, αξίζει να αναφερθούν ορισμένα παραδείγματα των «άτυπων» μορφών προκειμένου να γίνει περισσότερο κατανοητή η έννοια τους. Αρχικά, ένα πολύ τρανταχτό παράδειγμα είναι η ιδιαίτερη σημασία που δίνει το γυναικείο φύλο στο σωματικό βάρος και στην εμφάνιση του. Οι «σκληρές» δίαιτες αποτελούν ένα μέσο για να επιτευχθεί ο στόχος τους με αποτέλεσμα την διατήρηση του βάρους τους σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Το

γεγονός ότι πολλές από αυτές τις γυναίκες δεν παρουσιάζουν αμηνόρροια δεν μπορούν να διαγνωστούν με Νευρογενή Ανορεξία (Makinoetal., 2004).

Στη συνέχεια, το δεύτερο παράδειγμα αφορά τα άτομα τα οποία παρουσιάζουν υπερφαγικά επεισόδια. Τα συγκεκριμένα επεισόδια, τις περισσότερες φορές συνοδεύονται και από εμετούς που προκαλούν τα ίδια τα άτομα. Το γεγονός ότι τα υπερφαγικά επεισόδια μπορεί να συμβαίνουν 2 φορές την εβδομάδα δεν μπορεί να διαγνωστεί Νευρογενής Βουλιμία.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί άλλο ένα παράδειγμα, που αφορά μία «άτυπη» μορφή Διατροφικής Διαταραχής που ονομάζεται «Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας». Η συγκεκριμένη μορφή παρατηρείται συνήθως σε άτομα που έχουν πρόβλημα παχυσαρκίας και χρήζουν θεραπευτικής αντιμετώπισης. Χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι τα υπερφαγικά επεισόδια όπως και στη Νευρογενή Βουλιμία χωρίς όμως να συνοδεύονται από άλλου είδους συμπεριφορές όπως είναι οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί (Χριστοδούλου, 2000).

1.2 Κατηγορίες διατροφικών διαταραχών

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής όπως είναι η Νευρογενής Βουλιμία και η Νευρογενής Ανορεξία συναντώνται έντονα από τη δεκαετία του 1970 και έπειτα χωρίς αυτό να σημαίνει ότι προγενέστερα δεν υπήρχαν τέτοιου είδους περιστατικά. Στη σύγχρονη εποχή παρατηρείται ότι τα περιστατικά και των δύο αυτών διαταραχών παρουσιάζουν μία συνεχή αύξηση και γι αυτό το λόγο η επιστημονική κοινότητα ασχολείται, μελετά και αναλύει το συγκεκριμένο φαινόμενο όλο και περισσότερο(Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

Αξίζει να αναφερθεί ότι για πρώτη φορά μετά το 1980 περιγράφονται με ιατρικούς όρους η Νευρογενής Ανορεξία και η Νευρογενής Βουλιμία και θεωρούνται από το DSM μια υποκατηγορία διαταραχών, οι οποίες μπορεί να εκδηλωθούν στην εφηβική αλλά ακόμα και στην παιδική ηλικία. (Μαδιανός, 2004).

Το σκηνικό αλλάζει και η επιστημονική κοινότητα δείχνει ακόμα πιο έντονο το ενδιαφέρον της με την έκδοση του DSMIV όπου εντάσσονται οι συγκεκριμένες διαταραχές στις διαγνωστικές κατηγορίες. Άλλος ένας παράγοντας που έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην έντονη ενασχόληση της

επιστημονικής κοινότητας απέναντι σε αυτό το φαινόμενο ήταν η ραγδαία αύξηση των περιστατικών ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που εμφανίζουν Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής διαγιγνώσκεται είτε με Νευρογενή Ανορεξία είτε με Νευρογενή Βουλιμία. Το χειρότερο από όλα αυτά όμως είναι ότι ένα αυξημένο ποσοστό αυτών των ασθενών είναι εφηβικής ηλικίας. Στις διαγνωστικές κατηγορίες έχει συμπεριληφθεί επίσης τα τελευταία χρόνια και η «άτυπη» μορφή διατροφικής διαταραχής που προαναφέρθηκε η «Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας (Makinoetal., 2004).

Όσον αφορά την ταξινόμηση των διαταραχών, παρατηρούνται στον παρακάτω πίνακα επιμέρους διαγνώσεις, έτσι όπως αυτές προσδιορίζονται στις μέρες μας σύμφωνα με τα αναθεωρημένα ταξινομικά συστήματα.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την 10^η έκδοση του Διεθνούς Ταξινομικού Συστήματος Νόσων και Συνδεδόμενων Προβλημάτων Υγείας, οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής ταξινομούνται στα «*Σύνδρομα Συμπεριφοράς που συνδέονται με διαταραχές των φυσιολογικών λειτουργιών και με σωματικούς παράγοντες*»(Μαδιανός, 2004).

Σύμφωνα με το Σύστημα της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, οι εν λόγω διαταραχές ταξινομούνται σε μια κατηγορία που ονομάζεται «Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής».Στα προβλήματα που δημιουργούνται στις Διατροφικές Διαταραχές εκτός από την μεταβολή στο βάρος περιλαμβάνονται και τα παθολογικά αλλά και τα ψυχολογικά τα οποία κατά κύριο λόγο αφορούν τον τρόπο που αντιλαμβάνεται το άτομο το σώμα του και το αποδέχεται. Σε αυτή την κατάσταση συνυπάρχουν ο φόβος και το άγχος για το σωματικό βάρος που επιδεινώνουν το πρόβλημα (McElroyetal., 2006).

Η σοβαρότερη μορφή των «Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής» και αυτή που παρουσιάζεται συνηθέστερα και δημιουργεί περισσότερα προβλήματα στον οργανισμό του ατόμου αλλά και στον ψυχικό του κόσμο είναι η Νευρογενή Ανορεξία.

Το κυριότερο χαρακτηριστικό αυτής της μορφής είναι το μειωμένο βάρος σε επίπεδα πολύ κάτω από τα φυσιολογικά. Το άτομο προσπαθεί συνεχώς να διατηρείται αδύνατο, κατακλύζεται από έντονο άγχος και φόβο ότι θα «πάρει» κιλά και θα γίνει παχύσαρκο με αποτέλεσμα να προβαίνει σε «σκληρές» δίαιτες, να αρνείται να φάει και να καταλήγει σε απίσχναση. Το άτομο που

προβαίνει σε αυτή τη διαδικασία για την μείωση του βάρους του σύμφωνα με το DSM-IV αποτελεί τον Περιοριστικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας (McElroyetal., 2006).

Υπάρχει και ένας δεύτερος τύπος ο οποίος ονομάζεται Καθαρτικός Τύπος και αποτελεί το άτομο που εκδηλώνει αντισταθμιστικές συμπεριφορές μετά από ένα επεισόδιο υπερφαγίας ή μετά από ένα κανονικό γεύμα. Στη συνέχεια, η Νευρογενής Βουλιμία, αποτελεί μια άλλη Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής η οποία έχει σαν χαρακτηριστικό τα επεισόδια υπερφαγίας τα οποία συνοδεύονται από ανισόροπες συμπεριφορές όπως είναι οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί. Παρεμφερή χαρακτηριστικά παρατηρούνται και στον Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας. Μόλις εκδηλώνονται τα επεισόδια υπερφαγίας, το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του με αποτέλεσμα αυτή τη συμπεριφορά. Επίσης άλλο ένα χαρακτηριστικό, όπως προαναφέρθηκε είναι και η πρόκληση εμετών από το ίδιο το άτομο προκειμένου να διατηρήσει το βάρος του και να μην αυξηθεί. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου χρησιμοποιούνται και καθαρτικά. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι πριν από την εκδήλωση επεισοδίων υπερφαγίας υπάρχει μια περίοδος δίαιτας που σχετίζεται με την μειωμένη λήψη τροφής (Χριστοδούλου, 2000).

Στις κατηγορίες διάγνωσης, όπως προαναφέρθηκε βρίσκεται και η Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας. Το βασικότερο χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης μορφής είναι τα επεισόδια υπερφαγίας τα οποία δεν συνοδεύονται από ανεξέλεγκτες συμπεριφορές. Αυτή είναι και η διαφορά που παρατηρείται με τη διαταραχή της Νευρογενούς Βουλιμίας.

Τέλος, στις κατηγορίες των διατροφικών διαταραχών περιλαμβάνονται και οι διαταραχές που δεν μπορούν να προσδιοριστούν διαφορετικά και ονομάζονται «NotOtherwiseSpecified» ή «NOS», καθώς δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια για κάποιες από τις προαναφερθείσες κατηγορίες (Χριστοδούλου, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

2.1 Ορισμός

Το κύριο σύμπτωμα της νευρικής ανορεξίας είναι η ακατάσχετη τάση για μείωση του σωματικού βάρους μέσω αυτοπροκαλούμενης ασιτίας και η έντονη ανησυχία ότι το άτομο θα πάρει βάρος, ακόμη και στην περίπτωση που δεν είναι πιθανό να γίνει (Lasketal., 2000).

Η διαταραχή αυτή ακολουθείται από ραγδαία απώλεια βάρους που προκαλείται και διατηρείται με τη βούληση του ίδιου τον πάσχοντα. Η μείωση του σωματικού βάρους πραγματοποιείται με πολλούς τρόπους, τέτοιοι είναι:

- η δίαιτα
- η αποφυγή «παχυντικών» τροφών
- η υπερβολική και εντατική γυμναστική
- η πρόκληση εμετού μετά από γεύματα
- η χρήση καθαρτικών
- η χρήση διουρητικών φαρμάκων
- η χρήση κατασταλτικών της όρεξης (ανορεξιογόνων) (Crisp, 1997).

Η νευρική ανορεξία θεωρείται ως μια επιλογή για την αντιμετώπισης της ζωής μέσω της παρεμπόδισης της ανάπτυξης αλλά όχι -μέσω της ασιτίας- πορεία προς τον θάνατο. Είναι όμοια με τη λύση στην οποία προσφεύγει το άτομο με σκοπό να υπερβεί τα διάφορα προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπο και τα οποία δείχνουν να μην έχουν λύση. Έτσι αντικατοπτρίζει με γλαφυρό τρόπο τη εσωτερική μάχη που διαδραματίζει ως προς την εξάρτηση, την αυτονομία και τον έλεγχο.

Τα άτομα με ανορεξία τρομοκρατούνται έχοντας τη σκέψη ότι θα χάσουν τον έλεγχο και του συγκεκριμένου φόβου, η διατροφή τους καθώς και η απώλεια βάρους γίνονται μείζονος σημασίας θέμα για αυτούς. Αυτό είναι ακράδαντη απόδειξη, για το γεγονός ότι υπάρχει ένας τομέας της ζωής τους, τον οποίο είναι ικανοί να ελέγχουν, έτσι ώστε καταφέρνοντας να χάσουν βάρος, αντιμετωπίζουν τη υπαρκτή εσωτερική φοβία τους μήπως τυχόν αποτύχουν. Ο τρόπος ζωής των ατόμων με ανορεξία είναι συσχετισμένος με

την έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης ο οποίος ακολουθείται από υψηλές προσδοκίες και τελειομανία.

Η ψυχογενής ανορεξία δεν θεωρείται ως πανάκεια ή ως μια εντατική προσπάθεια για μείωση του βάρους είτε μια ψευδαίσθηση για αδύνατο και όμορφο σώμα, αλλά συνεπιφέρει και γίνεται μέρος μιας ολοκληρωτικής ανάγκης που δημιουργείται στον ασθενή για ψυχολογική επιβίωση (Agras, 2016).

2.2 Διαγνωστικά κριτήρια νευρικής ανορεξίας

Τα κριτήρια για την διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής, σύμφωνα με το DSM IV, είναι τα ακόλουθα: (Serrano-Troncosoetal., 2017)

- Η μη αποδοχή του ατόμου να διατηρεί το σωματικό του βάρος πάνω από το ελάχιστο κανονικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του. Το άτομο συντηρεί ή προσπαθεί να συντηρήσει το σωματικό του βάρος γύρω στο 85% του φυσιολογικού ή πιο κάτω από αυτό το ποσοστό. Αυτός είμαι και ο λόγος που κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του ατόμου δεν έχει το συνιστώμενο βάρος για την ηλικία του ούτε το ύψος του αλλά διατηρεί ένα βάρος το οποίο είναι γύρω στο 85% του συνιστώμενου ή και μικρότερο.
- Το αίσθημα έντονου φόβου που έχει το άτομο για να μην αυξήσει το βάρος ή να παχύνει, ακόμα και στην περίπτωση που το βάρος του είναι μικρότερο από τα φυσιολογικά επίπεδα.
- Η διαταραχή στον τρόπο που το άτομο νιώθει καθώς και καταλαβαίνει το βάρος και το περίγραμμα του σώματος του. Το άτομο αντιμετωπίζει με άρνηση τη σοβαρότητα της κατάστασης λόγω του πάρα πολύ μικρού βάρους. Αξιολογεί δε αδικαιολόγητα υπερβάλλοντας για το βάρος και το περίγραμμα του σώματός του, σε περιπτώσεις αξιολόγησης του εαυτού του.
- Σε γυναίκες που έχει αρχίσει η έμμηνος ρύση τους, σε περίπτωση που παρουσιαστεί απουσία το λιγότερο τριών συνεχόμενων κύκλων έμμηνης ρύσης (η αμηνόρροια ορίζεται εάν οι περίοδοι μιας γυναίκας έρχονται αυστηρά μετά από λήψη ορμονών όπως τα οιστρογόνα.

Ακολουθεί η αναφορά των διαγνωστικών κριτηρίων της Ψυχογενούς Ανορεξίας: (Serrano-Troncosoetal., 2017)

- Ø Το σωματικό βάρος διατηρείται το λιγότερο γύρω στο 15% κάτω του φυσιολογικού, είτε λόγω μείωσης του είτε λόγω του γεγονότος ότι ποτέ δεν ήταν ανάλογο, είτε λόγω του ότι ο δείκτης μάζας σώματος κατά Quetelet είναι κάτω του 17,5. Σε ασθενείς της προεφηβικής ηλικίας, είναι πιθανών να παρουσιάζεται αδυναμία στην επίτευξη της αναμενόμενης για την ηλικία τους αύξηση του σωματικού τους βάρους.
- Ø Η απώλεια βάρους είναι αποτέλεσμα της μη κατανάλωσης «παχυντικών τροφών». Είναι πιθανό επίσης το γεγονός να συνοδεύεται με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: (Kandemiretal., 2017)
 - § υπερβολική σωματική άσκηση
 - § αυτοπροκαλούμενοι έμετοι
 - § αυτοπροκαλούμενες κενώσεις με καθαρτικές ουσίες
 - § χρήση φαρμάκων που καταστέλουν την όρεξη ή / και διουρητικών.
- Ø Αλλαγή της εικόνας που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του υπό τη μορφή ειδικής ψυχοπαθολογίας, όπου ο φόβος για αύξηση του βάρους υπάρχει ως παρεμβλητή, ιδέα την οποία ο ασθενής αξιολογεί υπέρμετρα και εξαναγκάζει τον εαυτό να διατηρεί ένα πολύ χαμηλό επίπεδο σωματικού βάρους.
 - Ø Παρατηρείται ευρείας κλίμακας ενδοκρινική διαταραχή, στο υποθαλαμο- υποφυσιογοναδικό άξονα που κατά κύριο λόγο παρουσιάζεται στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως μείωση της σεξουαλικής διάθεσης.

Επιπροσθέτως είναι πιθανή η ύπαρξη πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα αυξητικής ορμόνης καθώς και κορτιζόλης, διαφοροποιήσεις στον περιφερικό μεταβολισμό των ορμονών του θυρεοειδούς και δυσλειτουργία στην έκκριση ινσουλίνης(Kandemiretal., 2017).

- Ø Στην περίπτωση που η ψυχογενής ανορεξία κάνει την εμφάνιση της στη διάρκεια της προεφηβικής ηλικίας, η αναμενόμενη ανάπτυξη του ασθενούς κατά την εφηβεία καθυστερεί ή αναβάλλεται (η ανάπτυξη του ανθρώπου σταματά, στα κορίτσια όταν οι μαστοί σταματήσουν να αναπτύσσονται και συνοδεύονται με πρωτογενής αμηνόρροια και στα

αγόρια όταν τα γεννητικά τους όργανα μείνουν στην παιδικές διαστάσεις). Με την ολοκλήρωση της θεραπείας, η ήβη συχνά ολοκληρώνεται φυσιολογικά, αλλά η αρχή της εμμήνου ρύσης αργεί να έρθει.

Συγκεκριμένα στο DSM-IV παρουσιάζονται οι δυο υποκατηγορίες της Ψυχογενούς Ανορεξίας: (Serrano-Troncosoetal., 2017)

- ο Περιοριστικός Τύπος (Αμιγής Ψυχογενής Ανορεξία): Σε αυτή τη διαταραχή ο ασθενής δεν πραγματοποιεί υπερφαγία ή προσπαθεί να αποβάλει την τροφή που λαμβάνει (χρήση καθαρτικών ή διουρητικών, έμετοι που προκαλεί μόνος του)
- ο Βουλιμικός Τύπος ή Υπερφαγικός-Καθαρτικός Τύπος (Βουλιμική Ψυχογενής Ανορεξία): Σε αυτή τη διαταραχή ο ασθενής πραγματοποιεί υπερφαγία η οποία συνοδεύεται με χρήση καθαρτικών ή διουρητικών.

2.3 Παράγοντες προδιάθεσης

Από τους παράγοντες προδιάθεσης, ο ρόλος των Ατομικών (Βιολογικών και Ψυχολογικών) των Οικογενειακών και των Κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων, πιστεύεται ότι ποικίλει στον ετερογενή πληθυσμό των συγκεκριμένων ασθενών. Οι Εκλυτικοί παράγοντες της διαταραχής δεν έχουν διευκρινισθεί τελείως, εξαιρουμένης της δίαιτας η οποία είναι ένα σταθερό πρότυπο γεγονός.

Η πιο αξιοσημείωτη εξέλιξη τη συγκεκριμένη στιγμή αναφέρει ότι η αστία από μόνη της συντελεί στην συνέχιση και συντήρηση της νόσου μέσω των βιολογικών και ψυχολογικών επακόλουθων που προκαλεί (Agras, 2016).

2.3.1 Βιολογικοί και Ψυχολογικοί

Μετά από πολλές έρευνες συμπεραίνεται ότι η ψυχοσύνθεση των ανορεκτικών ασθενών προτού νοσήσουν αναλύεται σε συναισθηματική αδυναμία καθώς και σε ιδιαίτερη γνωσιακή συγκρότηση.

Ψυχικά τραύματα ενδέχεται να σχετίζονται με:

- πιθανή σεξουαλική κακοποίηση,

- μια φυσική ευαισθησία που φέρει το άτομο από τα παιδικά του χρόνια όπως:
 - Ø ιστορικό λοιμώξεων
 - Ø ιστορικό σπασμών
 - Ø χαμηλό βάρος γέννησης
 - Ø γαστρεντερικές διαταραχές.
- τάση για γρηγορότερη ανάπτυξη (Serrano-Troncosoetal., 2017).

Αυτοί είναι παράγοντες που ενδέχεται να περιλαμβάνονται στο ιατρικό ιστορικό των ανορεκτικών ασθενών.

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε διδύμους τονίζουν τη σημασία του γενετικού παράγοντα ο οποίος σχετίζεται με την εμφάνιση ψυχογενούς ανορεξίας. Στις συγκεκριμένες έρευνες αυτό φαίνεται να υπερβαίνει το 50% για τους μονοζυγωτικούς διδύμους και είναι μικρότερο από το 10% για τους διζυγωτικούς διδύμους (Agras, 2016).

Τα συμπεράσματα καταλήγουν στην ύπαρξη γενετικού παράγοντα ο οποίος σε συνδιασμό με μια ταυτόχρονη ευαισθησία και δημιουργεί την τάση για παχυσαρκία καθώς και μπορεί να οδηγήσει σε φαινόμενα ψυχογενούς ανορεξίας.

Οι διαταραχές που παρουσιάζονται στον ασθενή σε διάφορα συστήματα του κατά κύριο λόγο, είναι δευτεροπαθείς και προκαλούνται λόγω της ασιτίας. Η αμηνόρροια κάνει τη εμφάνιση της σε ένα μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων πριν από μεγάλες μειώσεις σωματικού βάρους όπως και ο μη φυσιολογικός για την εκάστοτε ηλικία, τρόπος έκκρισης των γοναδοτροπινών ο οποίος συνεχίζει να πραγματοποιείται σε ένα μεγάλο αριθμό των ασθενών αν και έχουν ξανά το φυσιολογικό τους βάρος.

Συγκριτικά με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές στην ψυχογενή ανορεξία υπάρχει και η παρουσία κατάθλιψης ή ορισμένων συμπτωμάτων της, προτού ξεκινήσει η νόσος, εν μέσω της οξείας φάσης της καθώς και μετέπειτα από την ύφεση, αφήνοντας ως κατάλοιπο μια Μείζονα Κατάθλιψη που αγγίζει το 70% των ασθενών(Richardsetal., 2017).

2.3.2 Οικογενειακοί

Μια πλειάδα αναλύσεων στον τομέα της ψυχογενούς ανορεξίας παρατηρούν ότι ένας βασικός παράγοντας είναι ο παθογενετικός παράγοντας της οικογένειας. Η διαταραχή είναι πιθανό σε μερικές περιπτώσεις να διαδραματίσει ένα σταθεροποιητικό ρόλο στην οικογένεια. Η παθολογία της οικογένειας σε ορισμένες περιπτώσεις έγκειται ως αποτέλεσμα της διαταραχής καθώς και ένα αίτιο που την προκαλεί. Ωστόσο οι διατροφικές διαταραχές εμπεριέχουν μία οικογενειακή κατανομή. Έρευνες που σχετίζονται με το αντίκτυπο των διατροφικών διαταραχών σε οικογένειες που έχουν μέλη με ψυχογενή ανορεξία παρουσιάζουν ότι τα άτομα που διαθέτουν α' βαθμού συγγένεια με τους ασθενείς είναι πιο πιθανό ότι θα εμφανίζουν αντίστοιχες διατροφικές διαταραχές (Richardsetal., 2017).

Αν και υπάρχουν ορισμένα όμοια χαρακτηριστικά στις οικογένειες που έχουν κάποιο ανορεκτικό άτομο, άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ όλων των οικογενειών, γεγονός που συμβαίνει και στην πιο λειτουργική. Δεν μπορεί να θεωρηθεί αποκλειστικά υπεύθυνη η οικογένεια για την ψυχογενή ανορεξία που ενδέχεται να εμφανίσει ένα μέλος της, ωστόσο πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι ορισμένοι παράγοντες που έχουν σχέση με την οικογένεια ενδέχεται να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της ψυχογενούς ανορεξίας (Agras, 2016).

Οι γονείς των ανορεκτικών είναι συνήθως ιδιαίτερα απαιτητικοί από τα παιδιά τους. Έχουν μεγάλες προσδοκίες και θέλουν να είναι επιτυχημένα. Παραγνωρίζουν όμως το γεγονός ότι οι μεγάλες προσδοκίες για να εκπληρωθούν, πρέπει να ακολουθούνται από τη δική τους αγάπη και στοργή και στήριξη προς τα παιδιά ως άτομα.

Η έλλειψη στοργής και αγάπης την οποία δεν έχει νιώσει κανείς ως παιδί μπορεί να τον οδηγήσει σε ανορεκτικές τάσεις ως ενήλικο διότι αισθάνεται πως αποκτά αξία μέσα από επιτεύγματα της συγκεκριμένης συμπεριφοράς.

Το ανορεκτικό παιδί δεν έχει νιώσει συναισθήματα αγάπης ως άτομο. Έτσι νοιώθει ότι να αποκτά αξία, εξολοκλήρου από τα επιτεύγματά του όμως δεν νιώθει την ουσιώδη φροντίδα των γονέων του.

Αρκετοί ερευνητές αναφέρουν πως η ψυχογενής ανορεξία επέρχεται ως αποτέλεσμα συμβιβασμού έντονων καθώς και αντικρουόμενων αναγκών

τόσο για εξάρτηση όσο και για αυτονομία. Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με νευρική ανορεξία είναι μέλη πολύ κλειστών οικογενειών, οι οποίες τείνουν να διατηρούν τα παιδιά, πάρα πολύ κοντά τους.

Το παιδί που θα εμφανίσει συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας, αποσκοπεί στο να κάνει από μόνο του πράγματα και να αποδείξει ότι μπορεί να σταθεί και εκτός του οικογενειακού συνόλου αλλά ταυτόχρονα έχει αμφιβολίες και ενδοιασμούς για το αν κάτι τέτοιο είναι εφικτό, γεγονός που το στρέφει ξανά στα οικογενειακά πλαίσια σε μια αναζήτηση προστασίας και φροντίδας (Richardsetal., 2017).

2.3.3 Κοινωνικοπολιτιστικοί Παράγοντες

Το γεγονός ότι ασκείται κοινωνική και πολύπλευρη πίεση για δίαιτα στους ανθρώπους οδηγεί στην παρουσία ψυχογενούς ανορεξίας, πράγμα το οποίο διαπιστώθηκε τελευταία. Η κακή εικόνα για το σώμα, και πιο συγκεκριμένα αυτή που έχουν οι γυναίκες των πιο αναπτυγμένων χωρών τις υποτάσσει σε αυστηρές δίαιτες οι οποίες λόγω της αυξημένης πίεσης που ασκούν στα άτομα τα οδηγούνται σε αρκετές περιπτώσεις σε διατροφικές διαταραχές.

Το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται και στην Ελλάδα. Παρατηρείται η άποψη ότι η ανορεξία από μόνη της γίνεται αποδεκτή από το κοινωνικό σύνολο και τα συμπτώματα που τη συνοδεύουν αντιμετωπίζονται ως συνηθισμένα χωρίς να συνδέονται με την παθολογία. Αυτό συμβαίνει γιατί αποδίδεται πολύ μεγάλη αξία και σημασία στο αδύνατο και καλλίγραμμο σώμα με ταυτόχρονη απόρριψη του παχύσαρκου σώματος ειδικά στις γυναίκες (Agras, 2016).

2.3.4 Εκλυτικοί Παράγοντες

Οι καταπιεστικές δίαιτες ενδέχεται να προξενήσουν ψυχογενή ανορεξία στα πιο ευάλωτα άτομα. Η εκάστοτε δίαιτα προτιμάται είτε λόγω του ότι το άτομο αισθάνεται συνήθως «βαρύ», είτε διότι πραγματοποιούνται διάφορα σχόλια από τρίτους. Η κατάθλιψη ενδέχεται να συμπεριλαμβάνεται στους βασικότερους παράγοντες σε αρκετές περιπτώσεις. Από τον Nielsen αναφέρεται πως η ψυχογενής ανορεξία παρουσιάζει μια εποχιακή μορφή εκδήλωσης, σαν αυτή των διαταραχών της διάθεσης και των αυτοκτονιών.

Στην νευρική ανορεξία παρατηρείται ανεπάρκεια στην αντιμετώπιση των προβλημάτων διότι αυτή η ασθένεια κάνει την εμφάνιση σε συνδυασμό με νέες εμπειρίες όπως η εφηβεία, η αλλαγή στέγης ή η εισαγωγή στην τριτοβάθμια εκπαίδευση (Micalietal., 2017).

2.3.5 Επιβαρυντικοί Παράγοντες

Οι ψυχοσωματικές επιπτώσεις που προκαλεί η αστία στους ασθενείς έχουν αποδειχθεί και από κλινικά μελέτες αλλά και από πειραματικές συνθήκες. Είναι απαραίτητο για την ανάλυση της ψυχογενούς ανορεξίας να τονισθούν δυο κύρια χαρακτηριστικά:

- Ø τα συμπτώματα που μέχρι πρότινος θεωρούνταν ότι αντικατοπτρίζουν την πρωτοπαθή ψυχοπαθολογία, πλέον θεωρούνται ως απλά συμπτώματα σε ασθενείς με αστία ασχέτως του αιτίου που την προκάλεσε
- Ø η αστία μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε δευτεροπαθή συμπτώματα που με την πάροδο του χρόνου μπορούν να συμβάλουν στην διαιώνιση της διαταραχής.

Έτσι, αν και η κατάθλιψη ενδέχεται να πείσει τον ασθενή να ωθηθεί στη δίαιτα στοχεύοντας στην αποκατάσταση της αυτοεκτίμησης του, η αστία που δημιουργείται οδηγεί τον ασθενή σε επιπρόσθετη αποσταθεροποίηση της διάθεσης του. Η αστία αυξάνει την ενασχόληση του ασθενή με τα τρόφιμα που καταναλώνει δημιουργώντας αυξημένη ανάγκη για τον έλεγχο της πρόσληψής τους. Επιπροσθέτως παρουσιάζονται ψυχολογικοί, διαπροσωπικοί καθώς και πολιτιστικοί παράγοντες οι οποίοι συμβάλουν στη διατήρηση της διαταραχής (Agras, 2016).

2.4 Κλινική εικόνα

Η απώλεια βάρους και η έντονη ενασχόληση με το σωματικό βάρος καθώς και τη σωματική διάπλαση αποτελούν τα βασικότερα συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας. Οι ασθενείς με ανορεξία κατέχονται από αίσθημα φόβου πως έχουν αυξημένο βάρος ή ενδέχεται να αυξηθεί. Στην καθημερινή ζωή τους, κύριο ρόλο κατέχουν οι θερμίδες, το φαγητό καθώς και η αποφυγή ορισμένων τροφίμων δημιουργώντας ένα πιο εσωστρεφή χαρακτήρα στα

συγκεκριμένα άτομα και σε βάθος χρόνου παραγκωνίζοντας τα από το κοινωνικό σύνολο. Ενδέχεται να εμφανίσουν υπερδραστηριότητα σε συνδυασμό με ανησυχία, ενώ παρουσιάζεται και διακοπή της εμμήνου ρύσης στις γυναίκες. Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με νευρική ανορεξία υποφέρει επίσης και από συμπτώματα αστίας τέτοια είναι: (Micali et al., 2017)

- Ø σοβαρή δυσκοιλιότητα
- Ø κοιλιακοί πόνοι
- Ø ζαλάδες
- Ø πρήξιμο αστραγάλους
- Ø πρήξιμο στο πρόσωπο
- Ø πρήξιμο στο στομάχι

Επιπροσθέτως είναι πιθανή η εμφάνιση χνουδωτής τρίχωσης στο δέρμα του ασθενή και πτώσης των μαλλιών του. Επίσης λόγω της μείωσης της κυκλοφορίας του αίματος στο σώμα εμφανίζεται στους ασθενείς έντονη ευαισθησία στις χαμηλές θερμοκρασίες και την ξηρασία όπως και αποχρωματισμός του δέρματος.

Η κακή εκτίμηση που έχουν τα άτομα με νευρική ανορεξία για τον εαυτό τους καθώς και για τη ζωή τους συμβάλει στην αντίθεση τους στη λήψη βοήθειας. Ωστόσο τη στιγμή που οι ασθενείς θέσουν μια τάξη στις συναισθηματικές δυσκολίες που τους ταλανίζουν και διορθώσουν το διατροφικό τους πρόγραμμα, πλέον αρχίζουν να ανακάμπτουν με σταδιακούς ρυθμούς. Βάση των ιδιοτήτων του ανθρώπινου σώματος και των τεράστιων αποθεμάτων αντοχής που διαθέτει η πλειοψηφία των φυσιολογικές λειτουργιών του επανέρχονται, χωρίς να μένουν σημάδια του παρελθόντος (Agras, 2016).

Τα συμπτώματα της διαταραχής συνοψίζονται στη συνέχεια:

- i. Διαστρεβλωμένη αντίληψη για το σωματικό βάρος και τη σωματική διάπλαση.
- ii. Σοβαρή απώλεια βάρους (βάρος = 85% φυσιολογικού βάρους)
- iii. Υπερβολική σωματική άσκηση.
- iv. Τελειοθηρία και ψυχαναγκαστικότητα.
- v. Αυτοπροκαλούμενοι έμετοι και χρήση καθαρτικών ή διουρητικών.
- vi. Απομόνωση από κοινωνικό και οικογενειακό σύνολο.
- vii. Συναισθηματική αστάθεια, ευερεθιστότητα, κρίσεις θυμού.

- viii. Χνουδωτή τρίχωση του σώματος.
- ix. Διαταραχές στον ύπνο.
- x. Αμηνόρροια (μικρότερη ή ίση των 3 κύκλων).
- xi. Μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας.
- xii. Μείωση της περιφερικής κυκλοφορίας.
- xiii. Μειωμένη αυτοεκτίμηση (Micalietal., 2017).

Παθολογικά Ευρήματα και Σημεία

Οι ασθενείς παρουσιάζουν υπερβολική μείωση του σωματικού τους βάρους και βρίσκονται σε κατάσταση αστίας. Επίσης παρουσιάζονται συμπτώματα όπως:

- ο αφυδάτωση
- ο διόγκωση των σιαλογόνων αδένων
- ο ρωγμές της αδαμαντίνης των δοντιών
- ο περιοδοντίτιδα
- ο χνουδωτή τρίχωση του προσώπου
- ο χνουδωτή τρίχωση της ράχης
- ο σημεία φτωχής περιφερικής κυκλοφορίας (κρύα και άχρωμα άκρα).

Όστούσο η τρίχωση των μασχαλών και του εφηβαίου παραμένουν(Agras, 2016).

Διαφορική Διάγνωση

Εξαιρουμένης της διαφορικής διάγνωσης από άλλες ψυχιατρικές νόσους που συγκριτικά θεωρείται ευκολότερη, είναι υποχρεωτική η απόκλιση των ακόλουθων:

α) τα οργανικά νοσήματα που προκαλούν απώλεια βάρους, όπως τα κακοήθη νοσήματα,

β) οι όγκοι του εγκεφάλου,

γ) οι παθήσεις του γαστρεντερικού, (Νόσος του Crohn, σύνδρομο δυσαπορρόφησης, σύνδρομο άνω μεσεντερίων αγγείων),

δ) το AIDS,

ε) ο υποθυρεοδισμός

στ) η κροταφική επιληψία(Agras, 2016).

2.5 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Κυριότερη προϋπόθεση αποτελεί η πλήρης εξήγηση της διαταραχής και συμπτωμάτων της στον πάσχοντα. Είναι αναγκαία η καθιέρωση σχέσης θεραπείας ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια θα γίνει και η συμφωνία για την αποκατάσταση του βάρους (Γεωργαντά, 2003).

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αποδείξει πως η ψυχογενής ανορεξία από ιατρικής και ψυχιατρικής άποψης είναι σύνθετη, σοβαρή και σε αρκετές περιπτώσεις συντηρείται σε βάθος χρόνου καθιστώντας την θεραπεία απαιτητική, με συνεχή προσπάθεια και κυρίως προσεκτική το πλήρες θεραπευτικό πλάνο οφείλει να περιλαμβάνει:

- α) ατομική ψυχοθεραπεία
- β) ιατρική και ψυχιατρική αντιμετώπιση
- γ) οικογενειακή θεραπεία (Satori, 2016).

Η θεραπεία έχει βασικότερο στόχο την επαναφορά του βάρους στα κανονικά πλαίσια καθώς και των διατροφικών συνηθειών τους για την αποκατάσταση των ψυχοβιολογικών επιπτώσεις της αστίας που επιφέρουν αλλαγές διατροφική συμπεριφορά. Επιπρόσθετοι στόχοι έχουν να κάνουν με την διαπίστωση και αντιμετώπιση των υποκείμενων ψυχολογικών, γνωσιακών, συμπεριφορών, οικογενειακών και κοινωνικών προβλημάτων έτσι ώστε να παγιωθεί το αποτέλεσμα της θεραπείας και να μην οδηγηθεί το άτομο σε υποτροπή.

Οι στόχοι της θεραπείας συνιστάται να αφορούν:

- ∅ τον τονισμό της άρνησης και των δυσλειτουργικών σκέψεων, πίστεων και πεπιοιθήσεων του ασθενή.
- ∅ την επαναφορά του βάρους στο επιθυμητό επίπεδο.
- ∅ Την αποκατάσταση φυσιολογικού τρόπου διατροφής, ενθαρρύνοντας τον ασθενή να αφομοιώσει ένα φυσιολογικό τρόπο διατροφής μέσω μιας θερμιδικά ισορροπημένη διατροφής.
- ∅ τη διάγνωση και τη θεραπεία των επιπλοκών που βασίζονται στην αστίας και των συμπεριφορών που την διατηρούν.

- ∅ την παρέμβαση στο οικογενειακό σύνολο στοχεύοντας στη συνεργασία τους και την αποφυγή προβλημάτων.
- ∅ την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση που στοχεύει :
 - στην ενίσχυση της αυτονομίας
 - στη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας,
 - στη στήριξη της διαδικασίας αυτοεκτίμησης
 - στην αντιμετώπιση του αισθήματος αναξιοότητας.
- ∅ την προληπτική παρέμβαση και εκπαίδευση για οποιαδήποτε αποφυγή υποτροπής (Micalietal., 2017).

A. Αποκατάσταση του βάρους

Κατά κύριο λόγο η αποκατάσταση του σωματικού βάρους οφείλει να είναι ο κυριότερος και πρωταρχικός στόχος της θεραπείας. Το ιδανικό βάρος-στόχος για κάθε ασθενή είναι το φυσιολογικό σωματικό του βάρος σώματος το οποίο θα συμβάλει στην αποκατάσταση της αναπαραγωγικής λειτουργίας.

Τα γεύματα και ο υπολογισμός της θερμιδικής πρόσληψης, είναι προτιμότερο να καθορίζονται από την έναρξη της θεραπείας από τον επιβλέποντα διαιτολόγο ή γιατρό. Έτσι ο ασθενής συμφωνεί με τον θεραπευτή του ότι πρωταρχικός στόχος της θεραπείας είναι η επαναφορά στο φυσιολογικό βάρος. Ως κύρια προϋπόθεση της εκάστοτε διατροφής που θα ακολουθείται είναι να εμπεριέχονται ομάδες τροφίμων σε αυτή που θα περιέχουν υδατάνθρακες, λευκώματα, λίπη, λαχανικά και φρούτα, όπου των τελευταίων δυο η απουσία προκαλείται από τους ασθενείς θα πρέπει να αποφεύγεται (Satori, 2016).

Κατά κύριο λόγο η θερμιδική πρόσληψη του ασθενή ξεκινά γύρω στις 30 με 40 Kcal/kg την ημέρα όμως υπάρχουν και περιπτώσεις που παρατηρείται αύξηση της σε 70 με 100 Kcal/kg στην διάρκεια της φάσης αύξησης του βάρους τους, αποσκοπώντας στη εξισορρόπηση της στις 40 με 60 Kcal/kg την ημέρα στην περίοδο όπου διατηρείται το βάρος. Η αέναη εκπαίδευση και η στήριξη των ασθενών για τη συντήρηση ενός κανονικού βάρους είναι ένας βασικός παράμετρος της θεραπείας.

Ο υπολογισμός του βάρους-στόχου πραγματοποιείται κάνοντας χρήση του Δείκτη Σωματικής Μάζας, ο οποίος ορίζεται ως το πηλίκο του βάρους σε

χιλιόγραμμα, δια του τετραγώνου του ύψους σε εκατοστά. Για ασθενείς που είναι από 16 ετών και άνω, η ελάχιστη τιμή του Δείκτη Σωματικής Μάζας πρέπει να είναι 20. Για τους ασθενείς που η ηλικία τους είναι από 14 έως 15 ετών ο Δείκτης Σωματικής Μάζας πρέπει να κυμαίνεται στο κατώτατο όριο μεταξύ του 18,5 και 19,5. Για ασθενείς που η ηλικία τους είναι κάτω των 14 ετών ο υπολογισμός πραγματοποιείται μέσω ειδικών πινάκων. Οι ασθενείς με ανορεξία που το βάρος τους είναι έως και 20% κάτω του φυσιολογικού πρέπει αρχικά να αντιμετωπίζονται εξωνοσοκομειακά στις περιπτώσεις που:

- Ø υπάρχει υψηλό κίνητρο
- Ø η οικογένεια είναι συνεργάσιμη
- Ø η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρή.

Σε ακραίες περιπτώσεις ασθενών που το βάρος τους κυμαίνεται σε υπερβολικά χαμηλά επίπεδα, είναι απαραίτητη η ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση και συνολική θεραπεία, αποσκοπώντας στην αύξηση του σωματικού του βάρους. Έτσι δημιουργούνται οι περιπτώσεις νοσηλεία είτε σε ψυχιατρική μονάδα είτε παθολογική, η εκάστοτε νοσηλεία πραγματοποιείται συναρτήσει της ιατρικής κατάσταση του ασθενούς καθώς και της ικανότητας του τοπικού ψυχιατρικού και ιατρικού προσωπικού. Στην περίπτωση ψυχιατρικής νοσηλείας αυτή πρέπει να πραγματοποιείται σε εξειδικευμένες ψυχιατρικές κλινικές με έμπειρο και ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Στα προγράμματα θεραπείας που πραγματοποιούμε ενδονοσοκομειακά οφείλεται να γίνεται ένας λεπτομερής καθορισμός τόσο του βάρους-στόχου όσο και του ρυθμού που θα πραγματοποιείται η αύξηση του βάρους καθώς και να αποσαφηνίζεται στους ασθενείς ότι είναι εφικτό να αποκτήσουν τον έλεγχο των υγιών διατροφικών συνηθειών, τις οποίες ενστερνίζονται.

Η παρουσία εξειδικευμένου προσωπικού και οι ενέργειες ενθάρρυνσης και στήριξης προς τους ασθενείς οι οποίες δημιουργούν ένα κλίμα αμοιβαίων σχέσεων εμπιστοσύνης είναι κύριοι παράγοντες της επιτυχίας του προγράμματος. Στο πρόγραμμα εντάσσεται ένας εύλογος ρυθμός αύξησης του βάρους (π.χ. 1,7 kg/εβδομάδα για ενδονοσοκομειακούς ασθενείς ή 1,2 Kg/εβδ. για εξωνοσοκομειακούς ασθενείς) όπως και ορισμένες θετικές και αρνητικές ενισχύσεις (Satori, 2016).

Η θεραπεία των ανορεκτικών ασθενών στο νοσοκομείο περατώνεται τη στιγμή που :

- η φυσική τους κατάσταση σταθεροποιείται ιατρικά,
- πραγματοποιείται η αποκατάσταση του βάρους τους
- οι διατροφικές συνήθειες έχουν διορθωθεί σε σημαντικό βαθμό
- και έχει συντελεστεί μια επαρκή προετοιμασία για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών και των οικογενειακών παραγόντων που σχετίζονται με τη διαταραχή(Micali et al., 2017).

B. Αντιμετώπιση ιατρικών επιπλοκών

Κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης της συγκεκριμένης διαταραχής, το εξειδικευμένο προσωπικό παρακολουθεί διαρκώς τα ζωτικά σημεία του ασθενούς ενώ μετράει την ποσότητα των υγρών που λαμβάνει ή χάνει ο ασθενής. Ταυτόχρονα καθώς το βάρος του ασθενούς αυξάνεται υπάρχει πιθανότητα τα αναπτυσχθούν οιδήματα πράγμα που σημαίνει ότι χρειάζεται στενή παρακολούθηση. Επίσης, η στενή παρακολούθηση θα πρέπει να πραγματοποιείται ώστε να αποφευχθεί η πιθανότητα συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας ενώ κρίνεται απαραίτητο να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα γαστρεντερικών προβλημάτων(Satori, 2016).

Περαιτέρω επιπλοκές που δύναται να παρουσιαστούν λόγω των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται στην ψυχογενή ανορεξία είναι:

- ηλεκτρολυτικές διαταραχές
- καρδιακή ανεπάρκεια
- υπόταση
- αφυδάτωση
- αρρυθμίες
- νεφρική ανεπάρκεια

Στις περιπτώσεις όπου οι επιπλοκές της συγκεκριμένης διαταραχής απειλούν τη ζωή του ασθενούς κρίνεται απαραίτητη η εισαγωγή στο νοσοκομείο και πραγματοποιείται χορήγηση παρεντερικής διατροφής καθώς επίσης και χρησιμοποιείται ρινογαστρικός σωλήνας.

Κατά κύριο λόγο στην θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι πολύ βασικό να αποκατασταθεί ο οργανισμός του ασθενούς με φυσιολογική διατροφή. Γι αυτό το λόγο οι μέθοδοι που αναφέρθηκαν παραπάνω θα πρέπει να πραγματοποιούνται για το διάστημα που είναι απολύτως απαραίτητες (Satori, 2016).

Γ. Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Για τη θεραπεία της συγκεκριμένης διαταραχής και ενώ παρατηρείται μια πολύ σημαντική εξέλιξη στη φαρμακευτική αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών δεν φαίνεται να υπάρχει κάποιο φάρμακο κατάλληλο για την αντιμετώπιση της. Αυτό σημαίνει ότι η χορήγηση φαρμάκων δεν θα πρέπει να αποτελεί τη μοναδική μέθοδο αντιμετώπισης της.

Όσο όμως, καθώς παρουσιάζονται επιπλοκές στην εμφάνιση αυτής της διαταραχής οι οποίες θα πρέπει να αντιμετωπιστούν κρίνεται απαραίτητη η φαρμακευτική θεραπεία.

Στην φαρμακευτική αγωγή χορηγούνται:

- Ø Αντικαταθλιπτικά όπως αμιτριπυλίνη, χλωριμιπραμίνη
- Ø Νευροληπτικά όπως χλωροπρομαζίνη, πιμοζίδη
- Ø Αγχολυτικά όπως λοραζεπάμη

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι η φαρμακευτική θεραπεία χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση ορισμένων συμπτωμάτων και η χορήγηση τους θα πρέπει να πραγματοποιείται για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (Lebléetal., 2017).

Δ. Οικογενειακή παρέμβαση

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Αρχικά θα πρέπει να σημειωθεί ότι για το ξεκίνημα της θεραπείας αυτής της διαταραχής θεωρείται απαραίτητο ο οικογενειακός περίγυρος να έχει αντιληφθεί πόσο σημαντική είναι η συμβολή και η συμμετοχή του σε αυτή τη διαδικασία. Ταυτόχρονα, δεν θα πρέπει να έχει αποκτήσει αρνητική εικόνα για τον ασθενή ενώ θα πρέπει να είναι σε θέση να «εργαστεί» παραγωγικά για την αντιμετώπιση της (Satori, 2016).

Σε πρώτη φάση, το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς θα πρέπει να ενημερωθεί για την θεραπευτική αντιμετώπιση που θα ακολουθηθεί και για τη συμμετοχή που θα χρειαστεί να έχει σε αυτή. Αυτή η διαδικασία πραγματοποιείται χωρίς την παρουσία ασθενούς. Κατόπιν, ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς ακολουθείται και η αντίστοιχη ψυχοθεραπεία.

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί στο οικογενειακό περιβάλλον ότι η ομάδα που συμμετέχει στην θεραπεία αποφασίζει από κοινού για τον τρόπο που θα χειριστούν την θεραπευτική αντιμετώπιση καθώς υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι ασθενείς προκειμένου να διακόψουν τη νοσηλεία τους χρησιμοποιούν την οικογένεια τους (Lebléetal., 2017).

Ε. Ψυχοθεραπεία

Η διαδικασία της ψυχοθεραπείας ακολουθείται με βάση ορισμένα κριτήρια που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και του οικογενειακού περιβάλλοντος του όπως είναι για παράδειγμα η πολυπλοκότητα τους.

Η διαδικασία της ψυχοθεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική υποστήριξη καθώς επίσης και στην εκμάθηση τεχνικών που θα συμβάλλουν τόσο στον ασθενή όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον στην αντιμετώπιση ενδεχόμενων δυσκολιών. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σε αυτή τη διαδικασία εφαρμόζονται από τη στιγμή που ο ασθενής είναι σε θέση να τις δεχτεί (Γεωργαντά, 2003).

Η διάρκεια κατά την οποία πραγματοποιείται η μέθοδος της ψυχοθεραπείας προσαρμόζεται ανάλογα με την ψυχική αλλά και σωματική κατάσταση του ασθενούς. Κατά κύριο λόγο διαρκεί αρκετά χρόνια ενώ σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς μετά την αποκατάστασή τους υποτροπιάζουν κρίνεται απαραίτητη η ψυχοθεραπεία για τουλάχιστον ένα χρόνο. (EDA, 1995)

Θεωρείται ότι η διαδικασία της ψυχοθεραπείας έχει περισσότερα αποτελέσματα μετά την ολοκλήρωση της αντιμετώπισης της ψυχογενούς ανορεξίας και εφόσον έχει υπάρξει η αποκατάσταση του βάρους. Η επιτυχία της συγκεκριμένης μεθόδου σχετίζεται άμεσα με την παράλληλη πρόοδο της αύξησης του βάρους του ασθενούς.

Ο ρόλος της μεθόδου ψυχοθεραπείας έγκειται κατά κύριο λόγο στην μείωση έως και εξάλειψη των αρνητικών συναισθημάτων του ασθενούς όπως

είναι ο φόβος, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το άγχος, η άσχημη εικόνα για τον εαυτό του κλπ. (Lebléetal., 2017).

Όσον αφορά τον θεραπευτή θα πρέπει να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή καθώς επίσης και να τον ενθαρρύνει ώστε να ξεπερνά τις δύσκολες καταστάσεις που αντιμετωπίζει (Lebléetal., 2017).

2.6 Νοσηλευτική παρέμβαση

Στην αντιμετώπιση της Νευρικής ανορεξίας πραγματοποιείται η εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο στις περιπτώσεις όπου οι θεραπευτικές μέθοδοι εκτός νοσοκομειακής μονάδας δεν έχουν αποτελέσματα. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να σημειωθεί ότι η εισαγωγή του ατόμου στο νοσοκομείο πραγματοποιείται μόνο με τη θέληση του και εφόσον έχει ενημερωθεί για τον τρόπο αντιμετώπισης. (Gelder et al. 2008)

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία τα κριτήρια που καθορίζουν την ανάγκη νοσηλείας είναι τα εξής: (AmericanPsychiatricAssociation, 1994)

Ιατρικές ενδείξεις

- Σωματικό βάρος <85% του κατώτερου ορίου φυσιολογικού σωματικού βάρους ή ταχεία μείωση του βάρους με άρνηση λήψης τροφής ακόμα και αν δεν είναι <85% του φυσιολογικού βάρους.
 - Καρδιαγγειακές επιπλοκές
 - Βραδυκαρδία <40 σφύξεις/λεπτό
 - Υπόταση: <80/50 mmHg
 - Σοβαρή αφυδάτωση
 - Επίμονη υπογλυκαιμία: <60 mg/Dl
 - Πτωχός έλεγχος σακχαρώδους διαβήτη
 - Σοβαρή διαταραχή ηλεκτρολυτών π.χ κάλιο <3 mmol/L
 - Υποθερμία
 - Ηπατικές και νεφρικές επιπλοκές (όταν απαιτούν άμεση ανάταξη)
- Ψυχιατρικές ενδείξεις
- Υψηλός κίνδυνος αυτοκτονίας

- Σοβαρή συννοσηρότητα π.χ μείζων κατάθλιψη, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
- Πολύ χαμηλό κίνητρο/εναισθησία
- Αδυναμία αυτοελέγχου της υπερβολικής άσκησης και της επαναλαμβανόμενης καθαρτικής συμπεριφοράς Υπονομευόμενη εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση
- Αφόρητη οικογενειακή κατάσταση π.χ έντονα εκφραζόμενο συναίσθημα, κακοποίηση
- Κοινωνική κατάσταση π.χ ακραία απομόνωση, απουσία υποστήριξης
- Μεγάλη γεωγραφική απόσταση ανάμεσα στην κατοικία της ασθενούς και την εξωνοσοκομειακή μονάδα
- Αποτυχία αύξησης του βάρους με εξωνοσοκομειακή ψυχοθεραπεία.

Το καλύτερο θα ήταν ο ασθενής να έχει ενημερωθεί διεξοδικά για τις παραμέτρους της θεραπείας, να έχει συμφωνήσει οικειοθελώς να νοσηλευτεί και να έχει προετοιμαστεί πριν γίνει η εισαγωγή του στο νοσοκομείο με επισκέψεις στο χώρο νοσηλείας και συζητήσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους θεραπευόμενους. Στη συναίνεση του ασθενή συνήθως συμβάλλει η ύπαρξη ενός ισχυρού κινήτρου από τον ίδιο καθώς και τα οφέλη που θα αποκομίσει, όπως η ανακούφιση από την αϋπνία, την δυσκοιλιότητα και τα συμπτώματα της κατάθλιψης (Γονιδάκης & Βάρσου 2008).

Η νοσηλευτική φροντίδα και το διατροφικό πρόγραμμα είναι και τα δύο θεμελιώδους σημασίας στα περισσότερα ενδονοσοκομειακά προγράμματα. Το διατροφικό πρόγραμμα θεραπείας αποτελεί το μέσον για να αυξηθεί το βάρος του ασθενούς, ενώ η νοσηλευτική φροντίδα είναι ο κύριος συντελεστής του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο επιτελείται η διατροφική θεραπεία. Το διατροφικό πρόγραμμα συνίσταται στην χορήγηση εξισορροπημένης, από πλευράς θρεπτικών ουσιών, δίαιτας που χορηγείται έτσι ώστε να επιτυγχάνεται αύξηση του βάρους κατά 1-2 κιλά την εβδομάδα. (Gelder et al. 2008)

Η ταχύτερη αύξηση βάρους δεν συνιστάται γιατί προκαλεί στον ασθενή φόβο και αίσθημα απώλειας του ελέγχου. Συνήθως οι ασθενείς ανέχονται τα γεύματα από το στόμα. Αν όμως αντιστέκονται μπορεί να χρησιμοποιηθεί η ρινογαστρική ή η ενδοφλέβια διατροφή για βραχύ διάστημα. Επίσης πρέπει

να ληφθεί υπ' όψιν η ενυδάτωση του ασθενούς και να συμπεριληφθεί η κατάλληλη ποσότητα υγρών στο πρόγραμμα των γευμάτων. Η αφυδάτωση θα πρέπει να διορθώνεται αργά. Η οδός από το στόμα είναι συνήθως ικανοποιητική. Η επιθετική ενδοφλέβια χορήγηση υγρών θα πρέπει να αποφεύγεται, επειδή η μάζα της αριστερής κοιλίας της καρδιάς είναι μειωμένη και η απότομη αύξηση του όγκου μπορεί να μην γίνει ανεκτή. (William et al. 2010)

Κατά την αρχική αύξηση της σίτισης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί τον ασθενή για το σύνδρομο επανασίτισης, ένα φαινόμενο που εμφανίζεται αν η θερμιδική πρόσληψη αυξηθεί πολύ γρήγορα. Τα σημεία του συνδρόμου επανασίτισης είναι ο μειωμένος φωσφόρος ορού, το μειωμένο κάλιο ορού και σπάνια το οίδημα, που σχετίζεται με τη μετακίνηση υγρών ή τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Η παρακολούθηση από τον νοσηλευτή, κατά τη διάρκεια της νύχτας, για βραδυκαρδία, βοηθά στην εκτίμηση του βαθμού καταβολής του μεταβολισμού. Συνήθως, όσο πιο ταχεία και σοβαρή είναι η απώλεια βάρους, τόσο χειρότερη είναι η βραδυκαρδία. Η βελτίωση της βραδυκαρδίας σχετίζεται με την ανάκτηση του βάρους. Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να κάνει ηλεκτροκαρδιογράφημα στον ασθενή επειδή βρίσκεται σε κίνδυνο συνδρόμου παράτασης του QT και επακόλουθης αρρυθμίας, που σχετίζεται με τη βαρύτητα της βραδυκαρδίας. (Gelder et al. 2008)

Συνήθως χρειάζονται 2-3 εβδομάδες για να επιτευχθούν οι αρχικοί στόχοι της εισαγωγής στο νοσοκομείο, δηλαδή σταθερή πρόσληψη βάρους, ανοχή της διατροφής από το στόμα χωρίς σημεία συνδρόμου επανασίτισης και διόρθωση βραδυκαρδίας. Το ποσό των θερμίδων στην δίαιτα μπορεί να αυξηθεί μετά τις πρώτες ημέρες. Συχνότερα και μικρότερα γεύματα, π.χ 6 γεύματα των 400-600 θερμίδων, βοηθούν στην αποφυγή του δυσάρεστου αισθήματος φουσκώματος και έτσι προκαλούν λιγότερο φόβο στον ασθενή. Το σερβίρισμα μεγάλου γεύματος προκαλεί φόβο και αίσθημα απώλειας του ελέγχου. Ακόμη δεν ευοδώνει την ανάπτυξη φυσιολογικών συνηθειών διατροφής. Ο ασθενής αισθάνεται πιο καθησυχασμένος αν τελειώνει όλο το γεύμα που έχει μπροστά του και κερδίζει σταθερά βάρος με ρυθμό 1-1,5 κιλό την εβδομάδα. Η χορήγηση συμπληρωματικών τροφικών υποκατάστατων με μορφή ενισχυμένων θερμιδικά υγρών πρέπει να αποφεύγεται, γιατί παρεμποδίζουν την εγκατάσταση. (William et al. 2010)

Χρήσιμος είναι ο ρόλος του διαιτολόγου, που μπορεί σε τακτικές συναντήσεις-συζητήσεις με τον ασθενή να τον βοηθήσει να μάθει πώς να κάνει σωστές επιλογές τροφών και να του προσφέρει γνώσεις και εκπαίδευση σε θέματα διατροφής. Η ομάδα των νοσηλευτών με εμπειρία, ικανότητα και υπομονή έχει την ευθύνη να ενθαρρύνει τον ασθενή να ολοκληρώσει το γεύμα του αλλά και να τον επιβλέπει, ώστε να μη διευκολύνεται ο ασθενής στο να απομακρύνει κρυφά τρόφιμα ή να καταφεύγει σε καθαρτικές μεθόδους. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να μένει κοντά στον ασθενή όσο τρώει, να συζητάει μαζί του, να τον καλοπιάνει ώστε να τον πείθει να τελειώσει το γεύμα του και γενικά να προσπαθεί να τον αποσπάσει από τα άγχη που έχει σχετικά με το φαγητό και την αύξηση του βάρους. (Gelder et al. 2008)

Η νοσηλευτική ομάδα δημιουργεί μία σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Γνωρίζει τον ασθενή ως άτομο, με τις προσωπικές του ανάγκες και προβλήματα. Οι νοσηλευτές/τριες θα πρέπει επίσης να γνωρίζουν πολύ καλά την τάση του ανορεκτικού ασθενούς να αποφεύγει το φαγητό και να ασκείται υπερβολικά. Είναι προτιμότερο το θεραπευτικό πρόγραμμα να δίνει έμφαση στις υποστηρικτικές παραμέτρους της σχέσης του νοσηλευτή/τριας με τον ασθενή και λιγότερο στην αναμφισβήτητη ανάγκη για προσεκτική επιτήρηση. (Gelder et al. 2008)

Ο νοσηλευτής/τρια βασίζεται στην καθημερινή καταγραφή του σωματικού βάρους για να ελέγχει την επιτυχία της θεραπείας, καθώς το διάγραμμα του βάρους θα πρέπει να δείχνει μια ελαφρά ανερχόμενη καμπύλη. Από την αρχή της θεραπείας ο ασθενής μαθαίνει ότι οφείλει να καταναλώσει όλο το φαγητό που τοποθετείται μπροστά του. Ο ασθενής συχνά παραπονιέται ότι νιώθει φούσκωμα ή ότι έχει ναυτία μετά το φαγητό. Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να είναι σε θέση να τον καθησυχάσει, ενημερώνοντας τον ότι αυτά τα αισθήματα σχετίζονται με την επιβράδυνση στην προώθηση του περιεχομένου του στομάχου εξαιτίας του χρόνιου υποσιτισμού, και ότι αυτά τα δυσάρεστα αισθήματα θα υποχωρήσουν με τον χρόνο. Ένας νοσηλευτής που υποψιάζεται ότι ο ασθενής πετά κρυφά ή κρύβει τρόφιμα ή έχει άλλες καθαρτικές συμπεριφορές (εμέτους, υπακτικά, διουρητικά) πρέπει να τον αντιμετωπίσει ευγενικά αλλά ανοιχτά και σταθερά. (William et al. 2010)

Ο νοσηλευτής θα κληθεί ακόμα να προσφέρει υποστηρικτική και εκπαιδευτική ψυχοθεραπεία, όπου αυτό είναι απαραίτητο και δυνατό. Θα

χρειαστεί επανειλημμένα να καθησυχάσει τον ασθενή ότι δεν θα αφηθεί να πάρει βάρος. Καθώς θα κερδίζει βάρος, το άγχος του ασθενή θα επικεντρώνεται στην αύξηση των διαστάσεων του στην κοιλιά, στην περιφέρεια ή τα ισχία και ο νοσηλευτής/τρια μπορεί να του εξηγήσει ότι το βάρος έχει την τάση να πηγαίνει πρώτα σ' αυτά τα σημεία του σώματος, αλλά με τον καιρό κατανέμεται ομοιόμορφα σε όλο το σώμα. Ακόμα, αν ο ασθενής προέβαινε σε εμέτους ή καθαρτικές συμπεριφορές, είναι πιθανό με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο και σταματώντας αυτά τα μέσα, να πάρει δραματικά βάρος τις πρώτες μέρες. Αυτό συμβαίνει γιατί γίνεται αποκατάσταση της αφυδάτωσης και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών και υπάρχει μαζική κατακράτηση υγρών, οπότε θα χρειαστούν λίγες μέρες για να εξισορροπηθεί η κατάσταση. Ο νοσηλευτής/τρια μπορεί και πρέπει να το εξηγήσει αυτό στον νοσηλευόμενο για να μην τρομοκρατηθεί. (William et al. 2010)

Το κύριο μέλημα της νοσηλευτικής ομάδας είναι να ενθαρρύνει τον ασθενή να τρώει φυσιολογικά, ώστε να αυξήσει το βάρος του στο κανονικό για την ηλικία και το ύψος του επίπεδο. Αυτό προφανώς βρίσκεται σε συνάρτηση με τη φάση ανάπτυξης του οργανισμού, με τις διατροφικές ανάγκες διατήρησης και αναπαραγωγής των ιστών και τις ενεργειακές ανάγκες, ανάλογα με τις δραστηριότητες του, σωματικές και πνευματικές. Ο ασθενής θα πρέπει να βοηθηθεί να καταλάβει τις διατροφικές ανάγκες για την λειτουργία των ιστών και του οργανισμού του και πώς οι ανάγκες αυτές καλύπτονται με την τροφή. Επίσης πρέπει να καταλάβει τις ενεργειακές του ανάγκες, με βάση τον τρόπο ζωής του και τις δραστηριότητες του και πώς θα τις καλύπτει ώστε να διατηρεί ένα σωστό σωματικό βάρος. Αυτές οι εκπαιδευτικού τύπου συζητήσεις για τις σωστές επιλογές τροφών σε ποσότητες και συνδυασμούς, γίνονται σε πιο προχωρημένα στάδια του θεραπευτικού προγράμματος, γύρω ή μετά την επίτευξη του βάρους-στόχου, όταν και οι δραστηριότητες του ασθενούς είναι αυξημένες και προετοιμάζεται για εξόδους. (Gelder et al. 2008)

Η αποκατάσταση του βάρους του ανορεκτικού ασθενούς φαίνεται να αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα για τη μετανοδομειακή πορεία της θεραπείας. Έχει βρεθεί ότι αν οι ανορεκτικοί ασθενείς εξέλθουν του νοσοκομείου ενώ είναι ακόμα ελλιποβαρείς, παρουσιάζουν περισσότερα ανορεκτικά συμπτώματα και έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να

επανανοσηλευτούν, σε σύγκριση με ασθενείς που εξήλθαν από το νοσοκομείο με φυσιολογικό βάρος. Το βάρος θα πρέπει να συγκρατηθεί στα κατώτερα φυσιολογικά επίπεδα λόγω της δυσκολίας του ασθενούς να δεχθεί το μετασχηματισμό του σώματος του και ιδιαίτερα σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος, όπως είναι οι γλουτοί, οι μηροί, η κοιλιακή χώρα και οι μαστοί.

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο δεν αφορούν μόνο στην ύφεση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, αλλά ακόμα και στις επιπτώσεις της ανορεξίας στην κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή. 62 Οι ασθενείς αυτοί, σε σύγκριση με άτομα της ίδιας ηλικίας που δεν πάσχουν από νευρογενή ανορεξία, είναι πιθανότερο να μην έχουν τεκνοποιήσει ή να είναι άνεργοι, ακόμα και μία δεκαετία μετά τη νοσηλεία τους. Μάλιστα, η μεγαλύτερη διάρκεια της νοσηλείας, άρα οι μεγαλύτερες δυσκολίες στην αντιμετώπιση της νευρογενούς ανορεξίας, αλλά και η συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές παθήσεις, αυξάνουν την πιθανότητα για κακή κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή. (William et al. 2010)

Συνοψίζοντας στο ρόλο του νοσηλευτή περιλαμβάνεται:

- Ø Η διατήρηση μιας ισορροπημένης διατροφής πλούσια σε θερμίδες.
- Ø Το προσεκτικό ζύγισμα σε καθημερινή βάση χωρίς την αποκάλυψη ενδεχόμενης αύξησης βάρους.
- Ø Η παραμονή του νοσηλευτή με τον ασθενή και κατά τη διάρκεια και μετά από τα γεύματα.
- Ø Η καταγραφή και η μέτρηση των υγρών που χάνει αλλά και λαμβάνει ο ασθενής.
- Ø Η τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα σε περιπτώσεις όπου συνεχίζεται η μείωση βάρους.
- Ø Η ενθάρρυνση στον ασθενή να συμμετέχει σε δραστηριότητες που θα ενισχύσουν την αυτοεκτίμηση του και θα αναδείξουν το ταλέντο και τις δεξιότητες του.
- Ø Ο σχεδιασμός ενός διατροφικού προγράμματος με συχνά και σε μικρές ποσότητες γεύματα και η σταδιακή αύξηση τους.
- Ø Η ώθηση να αντιληφθεί ο ασθενής το πρόβλημα του.
- Ø Η εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με την υιοθέτηση των αρχών μιας ισορροπημένης διατροφής.

- Ø Η δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης ανάμεσα σε αυτόν και τον ασθενή.
- Ø Η παρατήρηση και η παρακολούθηση του ασθενούς σχετικά με την πορεία του.
- Ø Η ενθάρρυνση του ασθενούς σχετικά με την αποβολή της στρεβλής εικόνας που έχει για τον εαυτό του.
- Ø Η χρήση τεχνικών ώστε να αποκτήσει τις κατάλληλες συμπεριφορές για την επίλυση προβλημάτων.
- Ø Η ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος για την θεραπεία και η εκμάθηση τεχνικών για επιτυχημένα αποτελέσματα.
- Ø Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών κατόπιν εντολής ιατρού σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο.

Β' ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

3.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των γνώσεων των φοιτητών στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος σχετικά με την Νευρική Ανορεξία. Ο λόγος που επιλέχθηκε το συγκεκριμένο θέμα είναι κατά πόσο γνωρίζουν και είναι ενημερωμένοι οι φοιτητές του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος σχετικά με τη νευρική ανορεξία.

3.2 Πληθυσμός-Δείγμα

Η διαδικασία της έρευνας πεδίου ξεκινά με τον ορισμό του πληθυσμού, δηλαδή των ατόμων εκείνων που θεωρούνται κατάλληλοι για να συμμετέχουν στην έρευνα. Ο πληθυσμός ορίζεται από 4 παραμέτρους:

α) τα στοιχεία, δηλαδή τους ερωτώμενους που πήραν μέρος στην έρευνα και είναι οι φοιτητές του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.

β) τη μονάδα δειγματοληψίας, δηλαδή την βασική μονάδα που περιέχει τα στοιχεία του πληθυσμού. Εάν γνωρίζουμε τα στοιχεία του ερωτώμενου η δειγματοληπτική μονάδα ταυτίζεται με τα στοιχεία του πληθυσμού, διαφορετικά ταυτίζεται με την γεωγραφική έκταση της έρευνας. Στην παρούσα εργασία δεν γνωρίζουμε τα στοιχεία των ερωτώμενων άρα η μονάδα δειγματοληψίας είναι το ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας

γ) τη γεωγραφική έκταση που πραγματοποιήθηκε η έρευνα είναι ο χώρος που μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια δηλαδή ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας

δ) το χρόνο, είναι η χρονική περίοδος που διεξήχθη η έρευνα δηλαδή Νοέμβριος και Δεκέμβριος του 2016.

Το μέγεθος του δείγματος της παρούσας έρευνας είναι 100 φοιτητές των ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας και η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν μη πιθανοτήτων αφού ο πληθυσμός ήταν άγνωστος και συγκεκριμένα δειγματοληψία ευκολίας. Απεστάλησαν ερωτηματολόγια σε φοιτητές των ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.

3.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου, αφού δίνονται οι απαντήσεις και επιλέγει ο ερωτώμενος αυτή που θέλει. Πριν υλοποιηθεί η κύρια έρευνα έγινε μια πιλοτική έρευνα σε 10 φοιτητές ώστε να εντοπιστούν τυχόν αδυναμίες του ερωτηματολογίου. Πραγματοποιήθηκαν λίγες διορθώσεις-διευκρινιστικές σε τρεις ερωτήσεις για να κατανοούνται καλύτερα από τους ερωτώμενους.

3.4 Στατιστικές μέθοδοι

Το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε είναι το SPSS, έκδοση 18η. Συνεπώς κωδικοποιήθηκαν όλα τα δεδομένα που συλλέχθηκαν και στη συνέχεια έγινε εισαγωγή στο SPSS, ανάλυση και παρουσίαση των αποτελεσμάτων μέσω διαγραμμάτων και πινάκων. Οι μεταβλητές που προέκυψαν είναι 22.

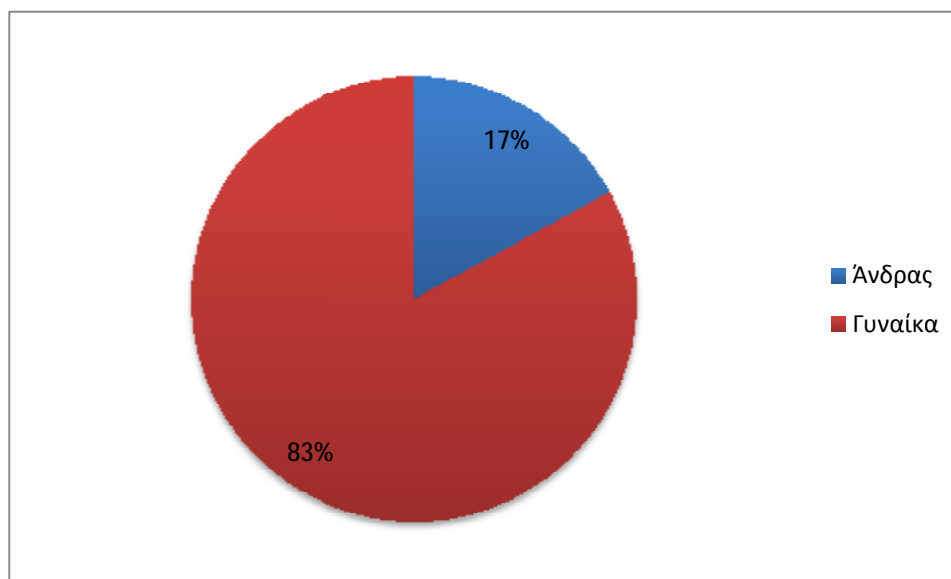
3.5 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

1. Φύλο

Το δείγμα των ερωτηθέντων παρατηρείται πως αποτελείται από 17 Άνδρες και 83 Γυναίκες.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Άνδρας	17	17,0	17,0	17,0
Valid Γυναίκα	83	83,0	83,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.1: Φύλο



Γράφημα 3.1: φύλο

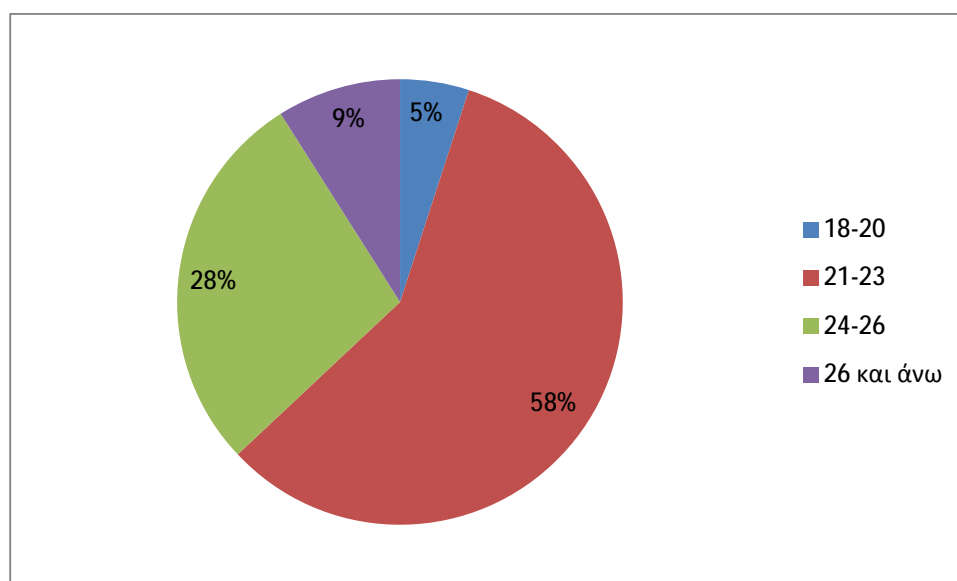
2. Ηλικία

Στο δείγμα των φοιτητών οι :

- 5 στους 100 ήταν από 18 έως 20 ετών
- 58 στους 100 ήταν από 21 έως 23 ετών
- 28 στους 100 ήταν από 24 έως 26 ετών
- Και οι υπόλοιποι 9 στους 100 ήταν από 26 ετών και άνω

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18-20	5	5,0	5,0	5,0
21-23	58	58,0	58,0	63,0
24-26	28	28,0	28,0	91,0
26 και άνω	9	9,0	9,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.2: Ηλικία



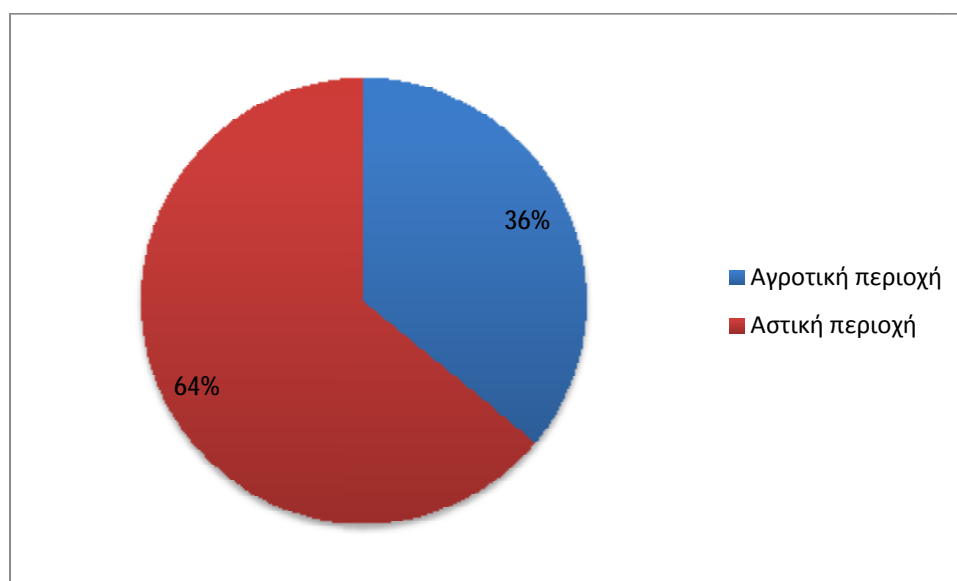
Γράφημα 3.2: Ηλικία

3. Τόπος Καταγωγής

Στην ερώτηση που έρευνα την καταγωγή των φοιτητών οι 36 σε όμοιο ποσοστό επί τοις εκατό απάντησαν πως κατάγονται από Αγροτική περιοχή και οι υπόλοιποι σε ποσοστό 64% απάντησαν πως κατάγονται από Αστική περιοχή

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αγροτική περιοχή	36	36,0	36,0	36,0
Αστική περιοχή	64	64,0	64,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.3: Καταγωγή



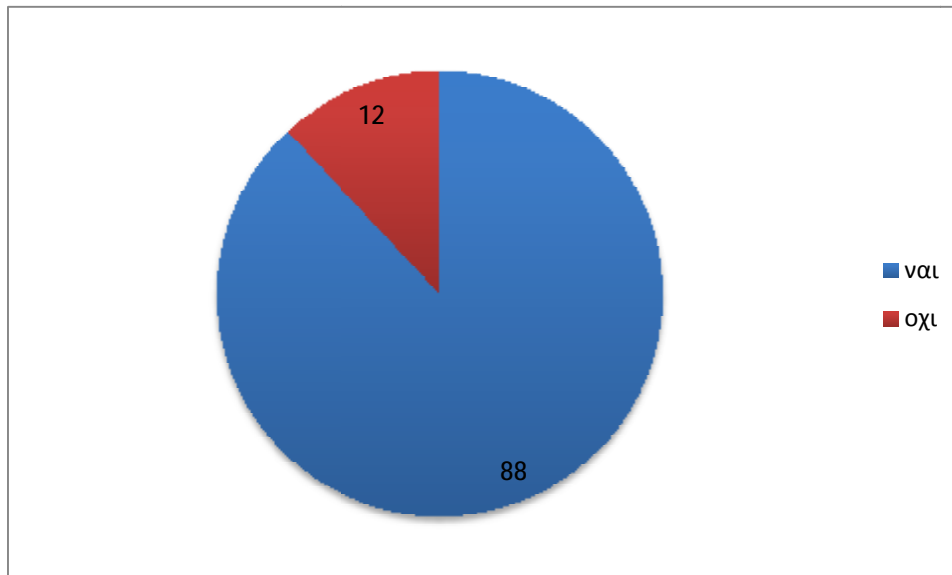
Γράφημα 3.4: Καταγωγή

4. Γνωρίζεται τι είναι η Νευρογενής Ανορεξία

Στην πρώτη ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν γνωρίζουν τι είναι η Νευρογενής Ανορεξία οι 88 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως Γνωρίζουν τι είναι η Νευρογενής Ανορεξία ενώ οι υπόλοιποι 12 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως Δεν Γνωρίζουν τι είναι η Νευρογενής Ανορεξία.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ναι	88	88	88	88
	οχι	12	12	12	100
	Total	100	100	100	

Πίνακας 3.3: Γνώση περι νευρογενούς ανορεξίας



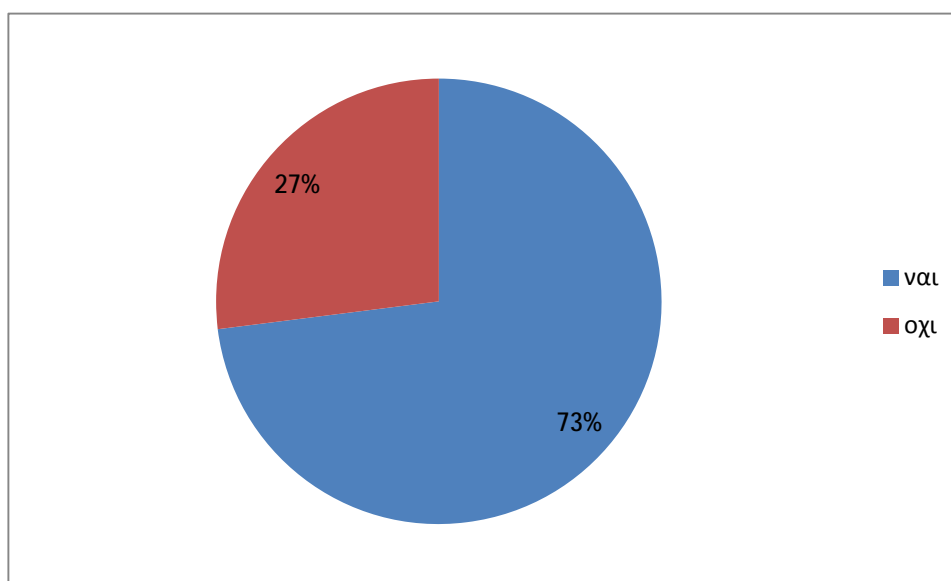
Γράφημα 3.4: Γνώση περι νευρογενούς ανορεξίας

5. Έχετε ενημερωθεί γύρο από το θέμα της Νευρογενούς Ανορεξίας

Στην επόμενη ερώτηση για το εάν οι ερωτηθέντες έχουν ενημερωθεί γύρο από το θέμα της Νευρογενούς Ανορεξίας οι 73 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως έχουν λάβει ενημέρωση για αυτό το θέμα ενώ οι υπόλοιποι 27 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως Δεν έχουν λάβει ενημέρωση για το θέμα της Νευρογενούς Ανορεξίας.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ναι	73	73%	73	73
	οχι	27	27%	27	100
	Total	100	100	100	

Πίνακας 3.5: Ενημέρωση περι νευρογενούς ανορεξίας



Γράφημα 3.5: Ενημέρωση περι νευρογενούς ανορεξίας

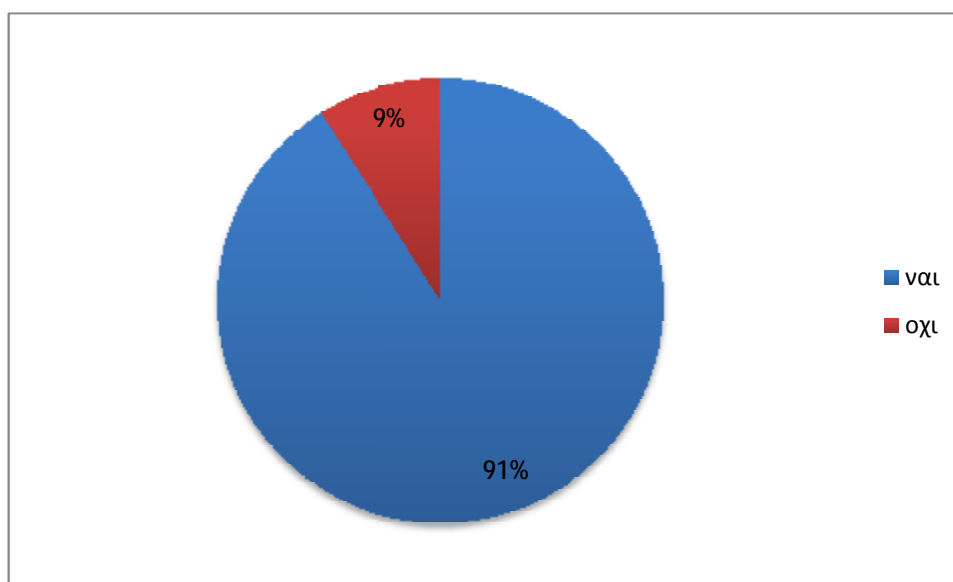
Στην αμέσως επόμενη ερώτηση για το εάν οι ερωτηθέντες γνωρίζουν που οφείλεται η Νευρογενής Ανορεξία οι 79 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως γνωρίζουν που οφείλεται η νόσος ενώ οι υπόλοιποι 21 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως Δεν γνωρίζουν που οφείλεται η νόσος της Νευρογενούς Ανορεξίας.

6. Γνωρίζετε ποια είναι τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας;

Στην επόμενη ερώτηση για το εάν οι ερωτηθέντες γνωρίζουν ποια είναι τα συμπτώματα της Νευρογενούς Ανορεξίας οι 91 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως γνωρίζουν τα συμπτώματα της Νευρογενούς Ανορεξίας ενώ οι υπόλοιποι 9 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως Δεν γνωρίζουν τα συμπτώματα της νόσου της Νευρογενούς Ανορεξίας.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	91	91,0	91,0	91,0
οχι	9	9,0	9,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.6: ποια είναι τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας



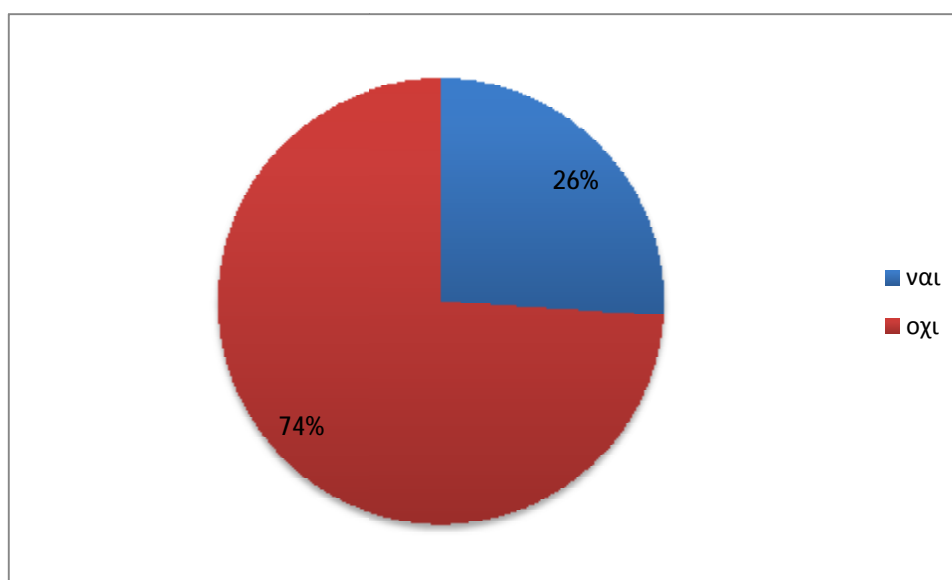
Γράφημα 3.6: ποια είναι τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας

7. Υπάρχουν μορφές διατροφικών διαταραχών στο περιβάλλον σας;

Στην επόμενη ερώτηση για το εάν υπάρχουν άτομα με κάποια μορφή διατροφικής διαταραχής στο περιβάλλον τους οι 26 στους 100 ερωτηθέντες σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως κάποιος/οι στο περιβάλλον τους πάσχει από κάποια μορφή διατροφικής διαταραχής ενώ οι υπόλοιποι 74 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως κανείς από το περιβάλλον τους δεν είναι ασθενής κάποιας μορφής Διατροφικής Διαταραχής.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	26	26,0	26,0	26,0
οχι	74	74,0	74,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.7: μορφές διατροφικών διαταραχών στο περιβάλλον



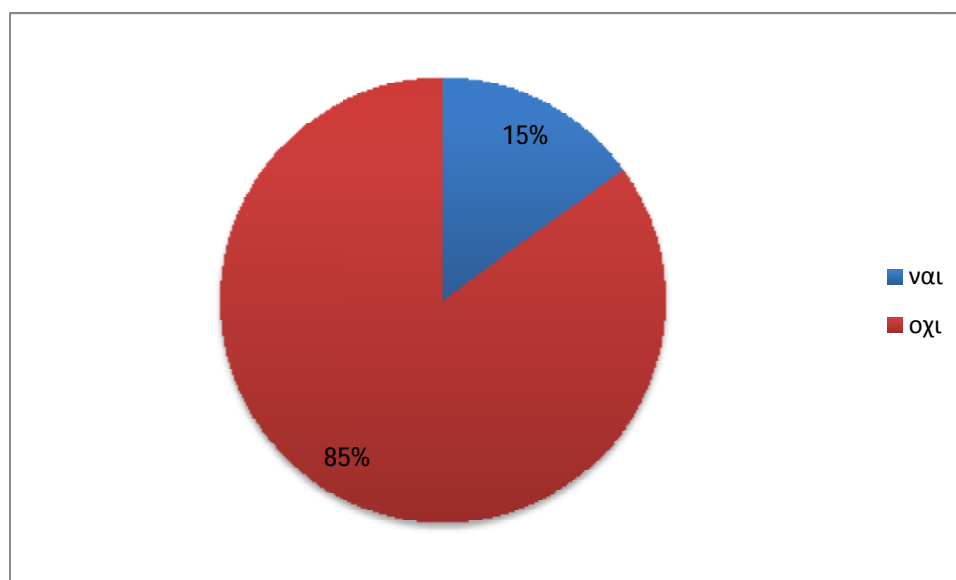
Γράφημα 3.7: μορφές διατροφικών διαταραχών στο περιβάλλον

8. Υπάρχει κάποιο άτομο στο φιλικό ή οικογενειακό περιβάλλον σας που εμφανίζει νευρική ανορεξία;

Στην επόμενη ερώτηση για το εάν υπάρχουν άτομα με Νευρογενή Ανορεξία στο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον τους οι 15 στους 100 ερωτηθέντες σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως κάποιος/οι στο περιβάλλον τους πάσχει από Νευρογενή Ανορεξία ενώ οι υπόλοιποι 85 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως κανείς από το περιβάλλον τους δεν είναι πάσχον της νόσου.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	15	15,0	15,0	15,0
οχι	85	85,0	85,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.8: άτομα με Νευρογενή Ανορεξία στο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον



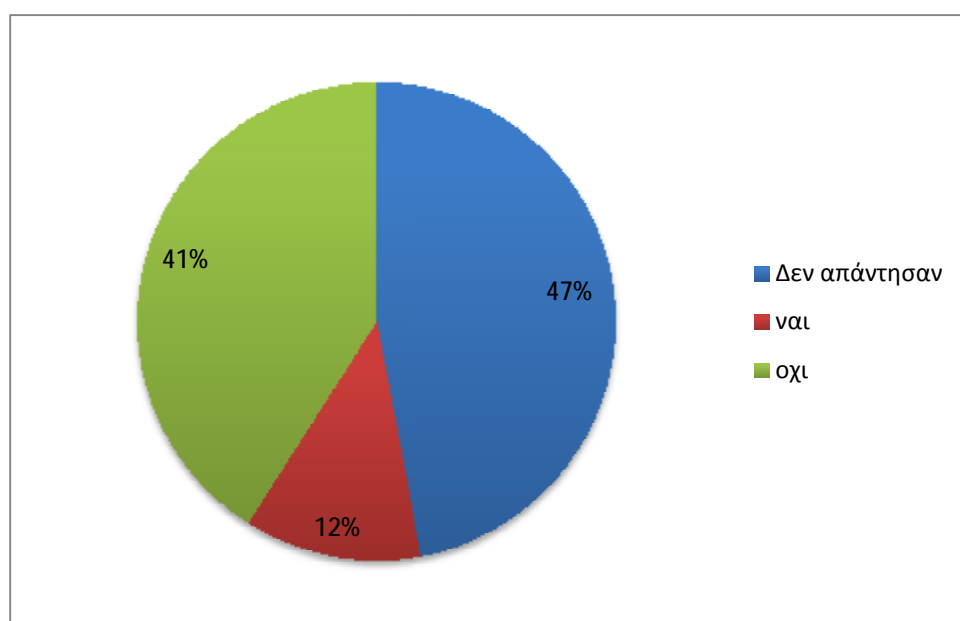
Γράφημα 3.8: άτομα με Νευρογενή Ανορεξία στο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον

9. Αν ναι έχει ζητήσει βοήθεια από ειδικό;

Στην ερώτηση για το εάν όσοι από το φιλικό ή οικογενειακό περιβάλλον των ερωτηθέντων οι οποίοι έχουν Διατροφική Διαταραχή οι 12 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό επί του γενικού συνόλου ενώ στο σύνολο των ερωτηθέντων ήταν 27,9% απάντησαν πως αυτά τα άτομα ζήτησαν βοήθεια και οι υπόλοιποι 41 σε ποσοστό επί του συνόλου 41% ενώ στο σύνολο των ατόμων που απάντησαν ήταν 72,1% απάντησαν πως δεν έχουν ζητήσει βοήθεια τα άτομα του φιλικού ή οικογενειακού περιβάλλοντος τους. 47 άτομα δεν απάντησαν.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν απάντησαν	47	47%	47	47
	ναι	12	12%	12	59
	οχι	41	41%	41	100
	Total	100	100	100	

Πίνακας 3.9: βοήθεια από ειδικό



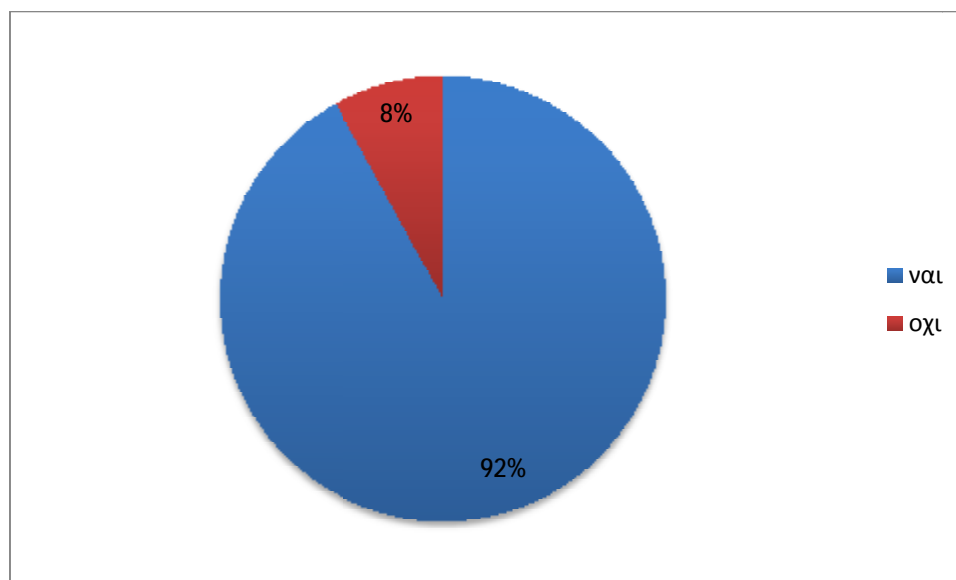
Γράφημα 3.9: βοήθεια από ειδικό

10. Θεωρείτε ότι τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα νευρικής ανορεξίας χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης;

Στην ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν πιστεύουν πως τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα Νευρογενούς Ανορεξίας χρήζουν Ιατρικής Παρακολούθησης οι 92 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν ότι οι ασθενείς χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης ενώ οι υπόλοιποι 8 σε ποσοστό 8% απάντησαν πως θεωρούν ότι τα προαναφερθέντα άτομα δεν χρήζουν Ιατρικής Παρακολούθησης.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	92	92,0	92,0	92,0
οχι	8	8,0	8,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.10: τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα νευρικής ανορεξίας χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης



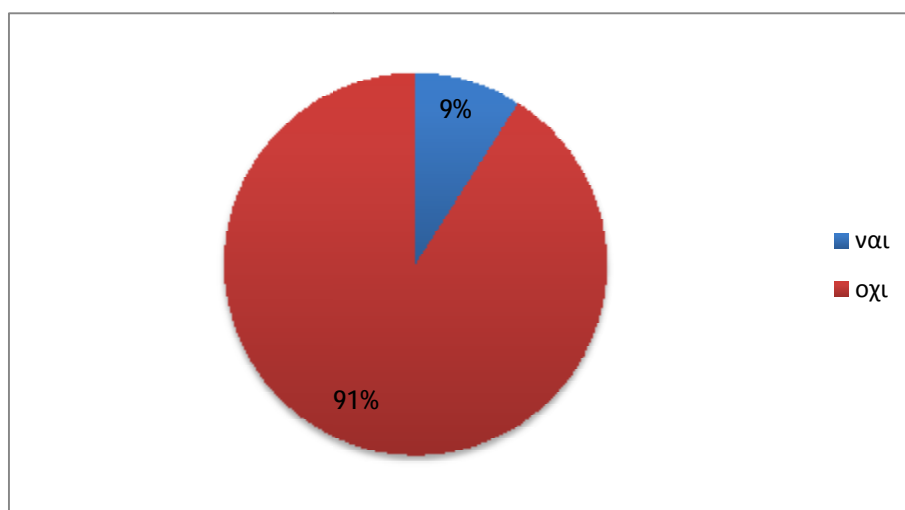
Γράφημα 3.10: τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα νευρικής ανορεξίας χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης

11. Πιστεύετε ότι ένα άτομο με νευρική ανορεξία μπορεί να αντιληφθεί την κατάσταση του;

Στην ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν πιστεύουν πως τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα νευρικής Ανορεξίας είναι Ικανά να αντιληφθούν την κατάσταση τους οι 91 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν ότι οι αυτά τα άτομα δεν είναι ικανά να αντιληφθούν την κατάσταση τους ενώ οι υπόλοιποι 9 σε ποσοστό 9% απάντησαν πως θεωρούν ότι τα προαναφερθέντα άτομα είναι ικανά να αντιληφθούν την κατάσταση τους.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	9	9,0	9,0	9,0
οχι	91	91,0	91,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.11: ένα άτομο με νευρική ανορεξία μπορεί να αντιληφθεί την κατάσταση του



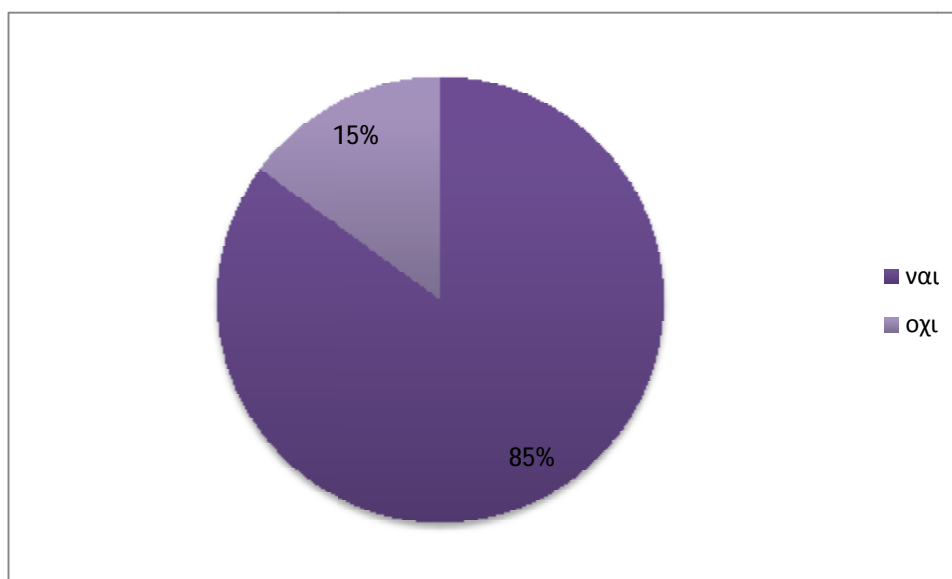
Γράφημα 3.11: ένα άτομο με νευρική ανορεξία μπορεί να αντιληφθεί την κατάσταση του

12. Θεωρείτε ότι πρέπει το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον πρέπει να τους τονίσει το πρόβλημα;

Στην ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν θεωρούν πως το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ατόμων με Νευρογενή Ανορεξία πρέπει να τους τονίσει το πρόβλημα τους οι 85 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ατόμων με Νευρογενή Ανορεξία πρέπει να τους τονίσει το πρόβλημα τους ενώ οι υπόλοιποι 15 σε ποσοστό 15% απάντησαν πως θεωρούν ότι δεν πιστεύουν κάτι τέτοιο.

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	85	85,0	85,0	85,0
οχι	15	15,0	15,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.12: το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον πρέπει να τους τονίσει το πρόβλημα



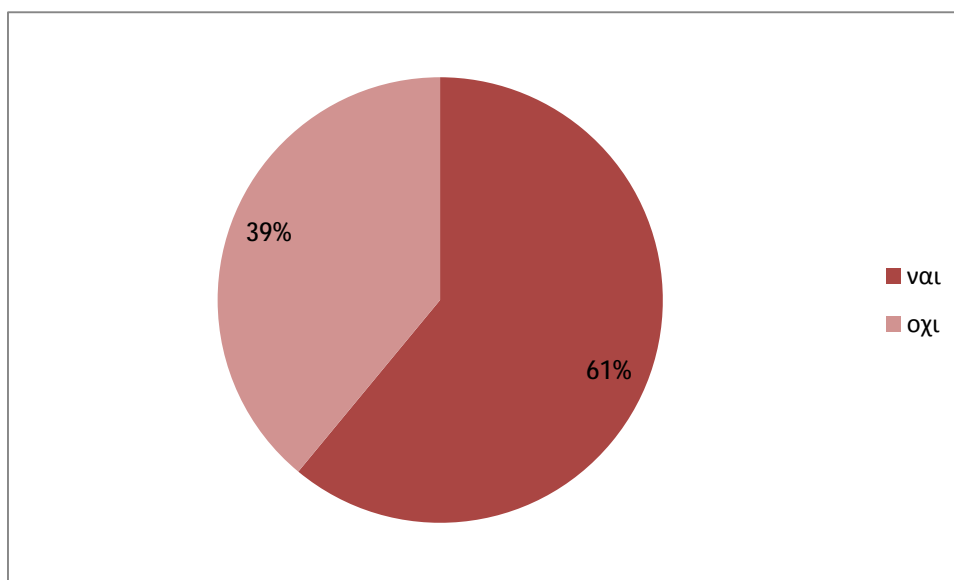
Γράφημα 3.12: το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον πρέπει να τους τονίσει το πρόβλημα

13. Γνωρίζετε πως ένα άτομο με νευρική ανορεξία αντιλαμβάνεται τον εαυτό του;

Στην ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν γνωρίζουν πως ένας ασθενής με Νευρογενή Ανορεξία αντιλαμβάνεται τον εαυτό του οι 61 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως γνωρίζουν πως οι ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους πρόβλημα τους ενώ οι υπόλοιποι 39 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως δεν γνωρίζουν τι αντίληψη έχουν οι ασθενείς.

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	61	61,0	61,0	61,0
οχι	39	39,0	39,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.13: πως ένα άτομο με νευρική ανορεξία αντιλαμβάνεται τον εαυτό του



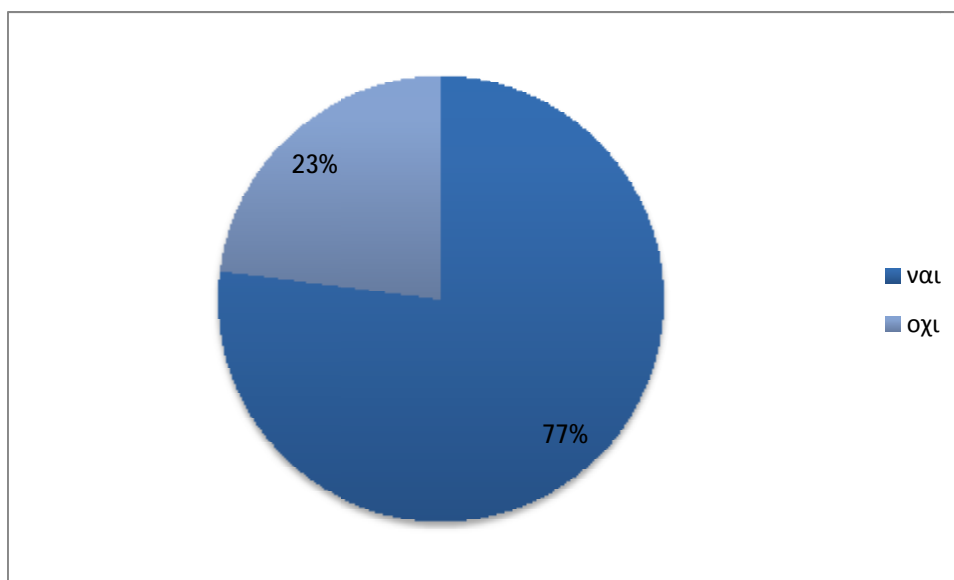
Γράφημα 3.13: πως ένα άτομο με νευρική ανορεξία αντιλαμβάνεται τον εαυτό του

14. Θεωρείτε ότι η ηλικία παίζει ρόλο στην αντίληψη περί νευρικής ανορεξίας;

Στην ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν θεωρούν πως η ηλικία είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την αντίληψη του ατόμου για τη νευρική Ανορεξία οι 77 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν πως η ηλικία είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την διαμόρφωση αντίληψης για τη νόσο ενώ οι 23 στους 100 δεν ενστερνίζονται αυτή την άποψη.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	77	77,0	77,0	77,0
οχι	23	23,0	23,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.14: η ηλικία παίζει ρόλο στην αντίληψη περί νευρικής ανορεξίας



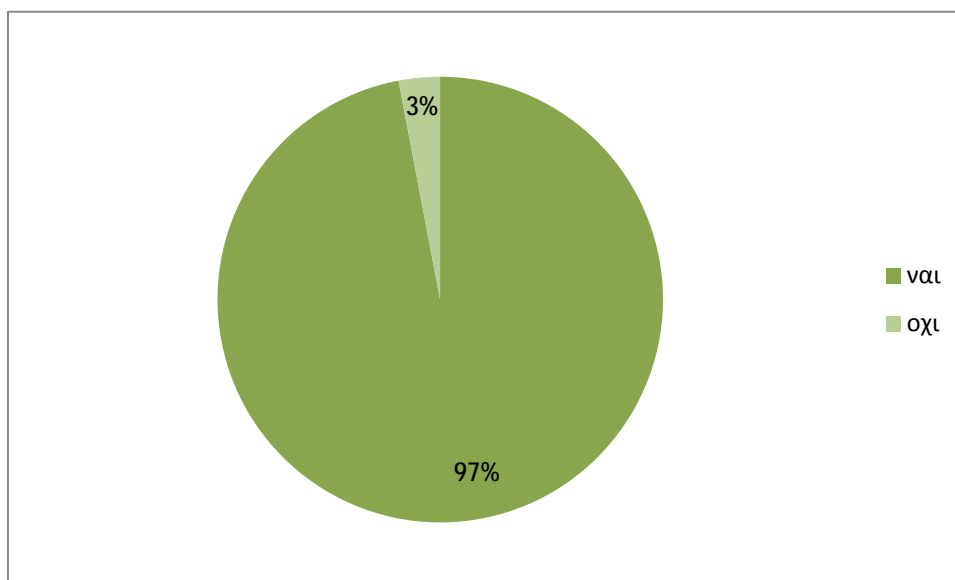
Γράφημα 3.14: η ηλικία παίζει ρόλο στην αντίληψη περί νευρικής ανορεξίας

15. Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης;

Στην επόμενη ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν θεωρούν πως τα άτομα με Διατροφικές Διαταραχές χρήζουν Ιατρικής Παρακολούθησης η συντριπτική πλειοψηφία, 97 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν πως οι ασθενείς που πάσχουν από οποίας μορφής Διατροφικής Διαταραχής όντως χρήζουν Ιατρικής Παρακολούθησης ενώ οι 3 στους 100 δεν ενστερνίζονται αυτή την άποψη.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	97	97,0	97,0	97,0
οχι	3	3,0	3,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.15: Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης



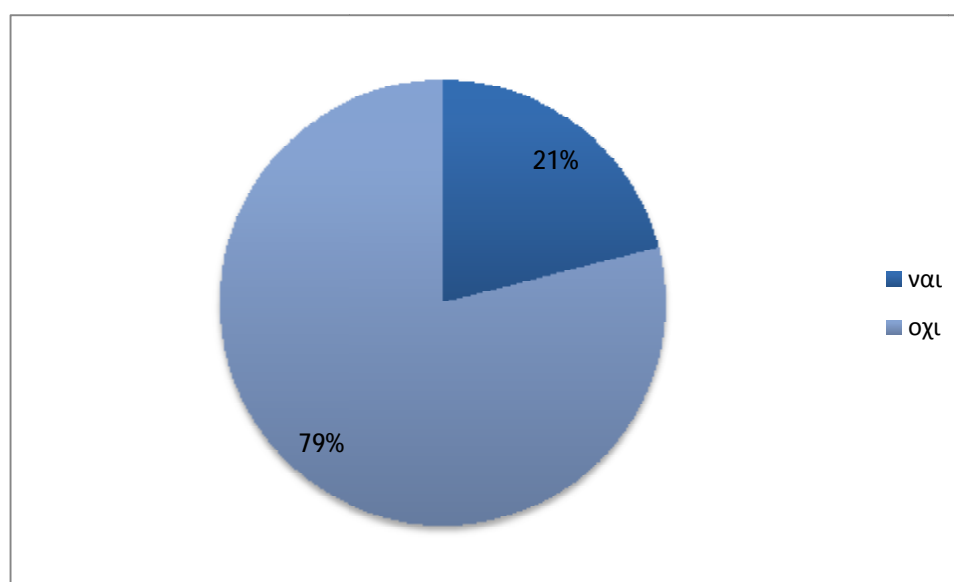
Γράφημα 3.15: Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης

16. Είναι εύκολο για ένα άτομο με διατροφικές διαταραχές να αντιληφτεί την κατάσταση του;

Στην ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν είναι εύκολο για έναν ασθενή με Διατροφικές Διαταραχές να αντιληφθεί την κατάσταση του οι 79 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν πως οι ασθενείς με Διατροφικές Διαταραχές δεν είναι εύκολο να αντιληφθούν την κατάσταση τους ενώ οι υπόλοιποι 21 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν ότι οι ασθενείς είναι εύκολο να αντιληφθούν την κατάσταση τους.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	21	21,0	21,0	21,0
οχι	79	79,0	79,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.16: Είναι εύκολο για ένα άτομο με διατροφικές διαταραχές να αντιληφτεί την κατάσταση του



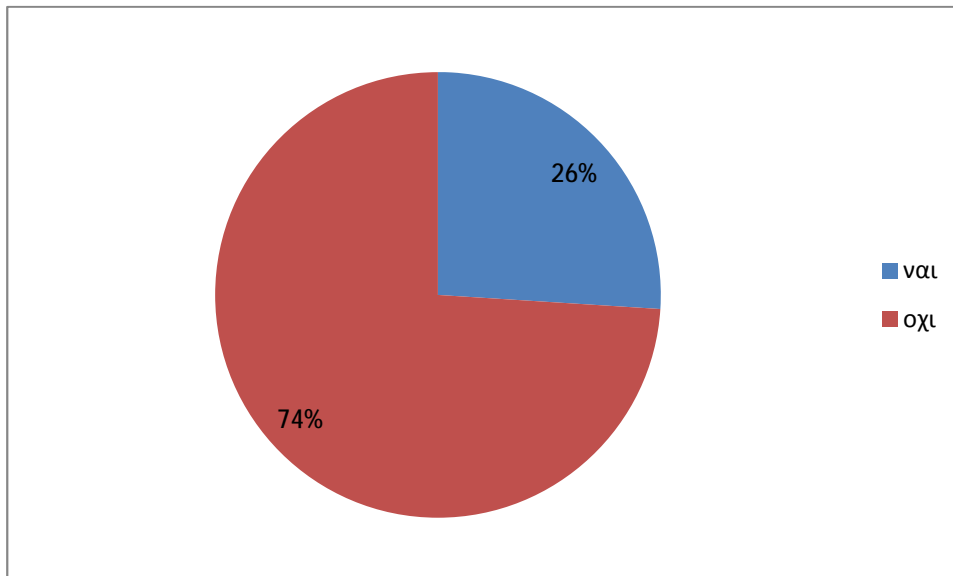
Γράφημα 3.16: Είναι εύκολο για ένα άτομο με διατροφικές διαταραχές να αντιληφτεί την κατάσταση του

17. Έχετε προσκληθεί σε ημερίδα με θέμα τη νευρική ανορεξία;

Στην ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν έχουν προσκληθεί σε ημερίδες με θέμα την Νευρική Ανορεξία οι 74 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως δεν έχουν λάβει κάποια πρόσκληση για κάποια ημερίδα με αυτό το θέμα ενώ οι υπόλοιποι 26 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως έχουν λάβει κάποια πρόσκληση για τέτοιου είδους ημερίδα.

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	26	26,0	26,0	26,0
οχι	74	74,0	74,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.17: πρόσκληση σε ημερίδα με θέμα τη νευρική ανορεξία



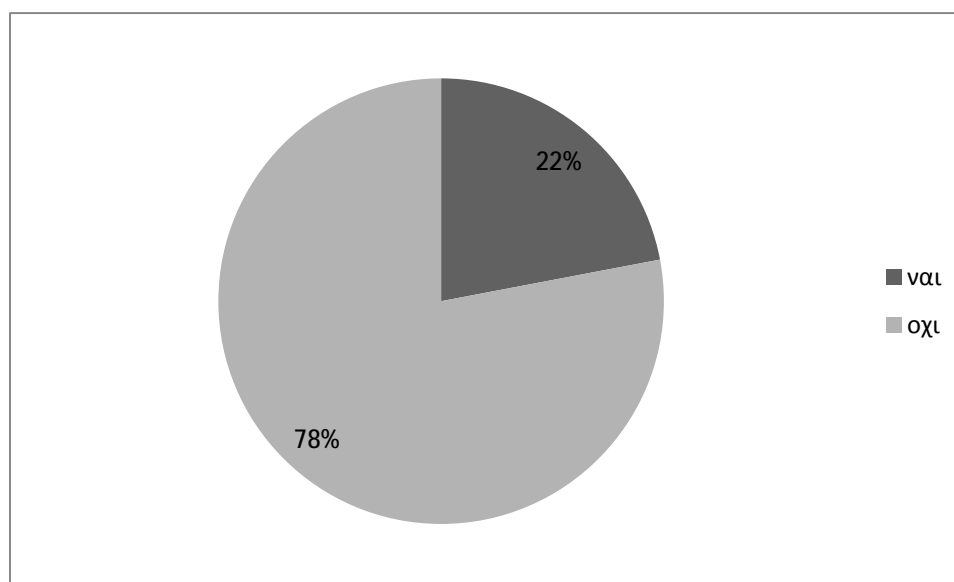
Γράφημα 3.17: πρόσκληση σε ημερίδα με θέμα τη νευρική ανορεξία

18. Θεωρείτε ότι υπάρχει επαρκής ενημέρωση από τους αρμόδιους φορείς σχετικά με το θέμα;

Στην ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν θεωρούν το αν υπάρχει επαρκής ενημέρωση από τους αρμόδιους φορείς σχετικά με το θέμα της Νευρογενούς Ανορεξίας οι 78 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν ότι δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση σχετικά με το θέμα ενώ οι υπόλοιποι 22 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν ότι υπάρχει επάρκεια στην ενημέρωση από τους αρμόδιους φορείς.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	22	22,0	22,0	22,0
οχι	78	78,0	78,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.18: επαρκής ενημέρωση από τους αρμόδιους φορείς σχετικά με το θέμα



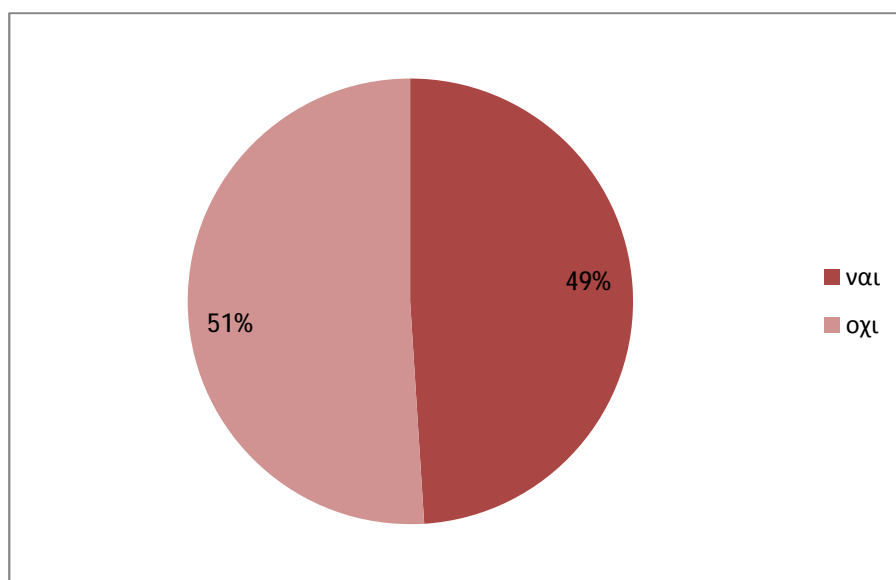
Γράφημα 3.18: επαρκής ενημέρωση από τους αρμόδιους φορείς σχετικά με το θέμα

19. Θεωρείτε ότι οι αρμόδιοι φορείς του τομέα ψυχικής και σωματικής υγείας μπορούν να αντιμετωπίσουν τις περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας με επάρκεια;

Στην ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν θεωρούν ότι οι αρμόδιοι φορείς του τομέα της ψυχικής και σωματικής υγείας μπορούν να αντιμετωπίσουν τις περιπτώσεις Νευρογενούς Ανορεξίας με επάρκεια σχεδόν οι μισοί δηλαδή 51 άτομα σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως δεν συμφωνούν με αυτή την άποψη ενώ οι υπόλοιποι 49 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν ότι οι αρμόδιοι φορείς του τομέα της ψυχικής και σωματικής υγείας μπορούν να αντιμετωπίσουν τις περιπτώσεις Νευρογενούς Ανορεξίας με επάρκεια.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	49	49,0	49,0	49,0
οχι	51	51,0	51,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.19: επάρκεια αρμόδιων φορέων



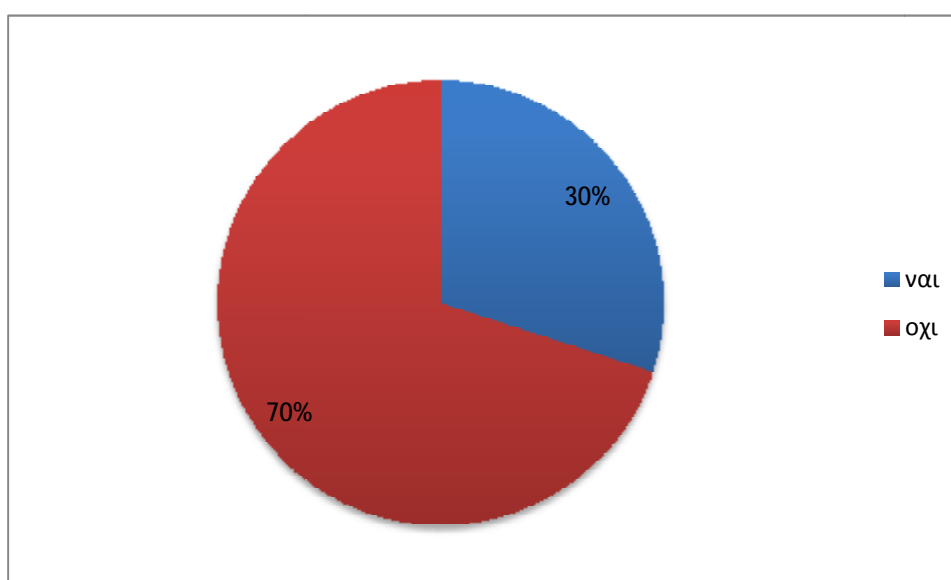
Γράφημα 3.19: επάρκεια αρμόδιων φορέων

20. Θεωρείτε ότι οι αρχές ψυχικής και σωματικής υγείας της χώρας αντιμετωπίζουν επαρκώς τα φαινόμενα διατροφικών διαταραχών;

Στην ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν θεωρούν ότι οι αρχές Ψυχικής και Σωματικής υγείας της χώρας αντιμετωπίζουν επαρκώς τα φαινόμενα Διατροφικών Διαταραχών οι 70 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν ότι δεν είναι ικανές οι αρχές Ψυχικής και Σωματικής υγείας της χώρας αντιμετωπίζουν επαρκώς τα φαινόμενα Διατροφικών Διαταραχών ενώ οι υπόλοιποι 30 σε αντίστοιχο ποσοστό είναι θετικοί σε αυτή την άποψη.

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	30	30,0	30,0	30,0
οχι	70	70,0	70,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.20: οι αρχές ψυχικής και σωματικής υγείας της χώρας αντιμετωπίζουν επαρκώς τα φαινόμενα διατροφικών διαταραχών



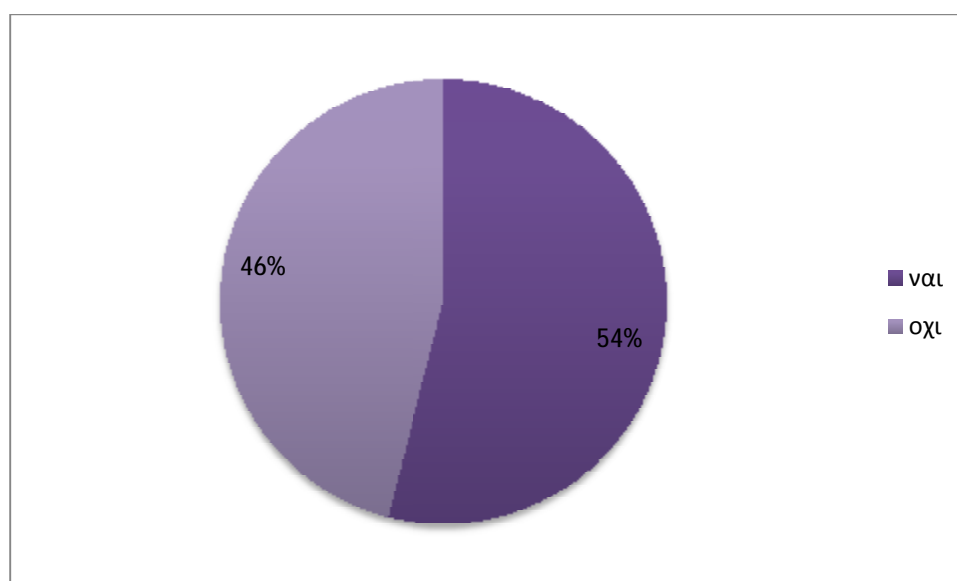
Γράφημα 3.20: οι αρχές ψυχικής και σωματικής υγείας της χώρας αντιμετωπίζουν επαρκώς τα φαινόμενα διατροφικών διαταραχών

21. Οι αρχές ψυχικής και σωματικής υγείας της χώρας έχουν την απαραίτητη εκπαιδευτική επάρκεια και ετοιμότητα ώστε να ανταποκριθούν αρκούντως στις περιπτώσεις διατροφικών διαταραχών;

Στην ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν θεωρούν ότι οι αρχές Ψυχικής και Σωματικής υγείας της χώρας έχουν την απαραίτητη εκπαιδευτική επάρκεια και ετοιμότητα ώστε να ανταποκριθούν αρκούντως στις περιπτώσεις Διατροφικών Διαταραχών οι 54 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν ότι οι αρχές Ψυχικής και Σωματικής υγείας της χώρας έχουν την απαραίτητη εκπαιδευτική επάρκεια και ετοιμότητα ώστε να ανταποκριθούν αρκούντως στις περιπτώσεις Διατροφικών Διαταραχών ενώ οι υπόλοιποι 46 σε αντίστοιχο ποσοστό είναι αρνητικοί σε αυτή την άποψη.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	54	54,0	54,0	54,0
οχι	46	46,0	46,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.21: Οι αρχές ψυχικής και σωματικής υγείας της χώρας έχουν την απαραίτητη εκπαιδευτική επάρκεια και ετοιμότητα



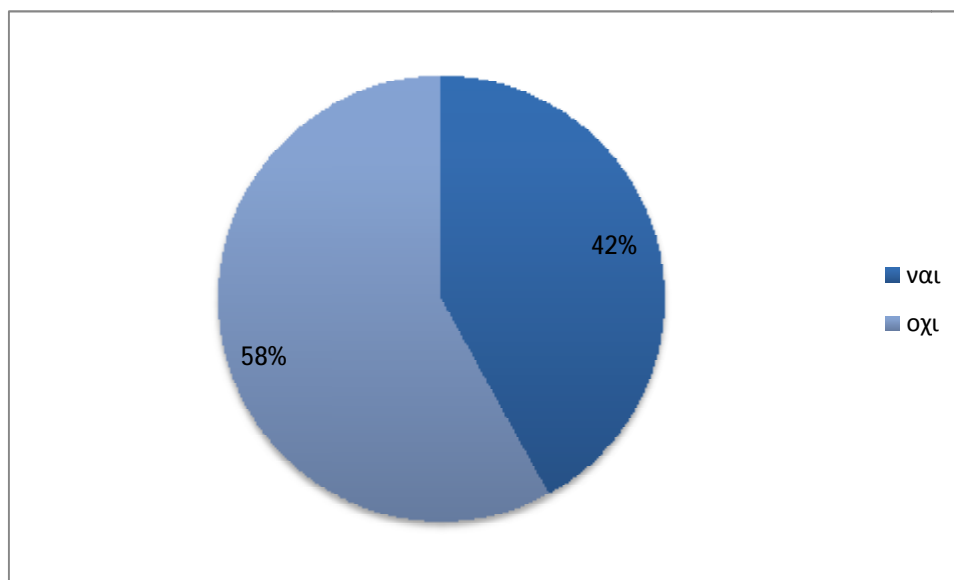
Γράφημα 3.21: Οι αρχές ψυχικής και σωματικής υγείας της χώρας έχουν την απαραίτητη εκπαιδευτική επάρκεια και ετοιμότητα

22. Υπάρχει εκπαίδευση των πολιτών της χώρας ως προς τους κινδύνους των διατροφικών διαταραχών;

Στην ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν θεωρούν ότι υπάρχει σωστή εκπαίδευση των πολιτών της Ελλάδας ως προς τους κινδύνους των Διατροφικών Διαταραχών οι 58 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν ότι δεν υπάρχει εκπαίδευση των πολιτών της Ελλάδας ως προς τους κινδύνους των Διατροφικών Διαταραχών ενώ οι υπόλοιποι 42 σε αντίστοιχο ποσοστό είναι θετικοί με αυτή την άποψη.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ναι	42	42,0	42,0	42,0
οχι	58	58,0	58,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 3.22: η εκπαίδευση των πολιτών της χώρας ως προς τους κινδύνους των διατροφικών διαταραχών



Γράφημα 3.22: η εκπαίδευση των πολιτών της χώρας ως προς τους κινδύνους των διατροφικών διαταραχών

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην συγκεκριμένη εργασία πραγματοποιήθηκε έρευνα που είχε ως στόχο τη διερεύνηση των γνώσεων των φοιτητών στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος σχετικά με την Νευρική Ανορεξία. Οι ερωτώμενοι του δείγματος φαίνεται στην συντριπτική τους πλειοψηφία να γνωρίζουν τι είναι Νευρική ανορεξία. Όπως παρατηρήθηκε οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν Γυναικείου φύλου καθώς και ότι τα άτομα που κατάγονταν από αστικές περιοχές και γνώριζαν για τη νόσο ήταν περισσότεροι από τους αντίστοιχους που κατάγονταν από αγροτικές περιοχές. Επίσης το σύνολο των ερωτηθέντων έχει λάβει ενημέρωση για αυτό το θέμα καθώς επίσης οι ερωτηθέντες μας απάντησαν πως γνωρίζουν που οφείλεται η Νευρική Ανορεξία καθώς και έχουν γνώση των συμπτωμάτων της.

Επιπροσθέτως οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν πως κανείς από το περιβάλλον τους δεν είναι ασθενής κάποιας μορφής Διατροφικής Διαταραχής. Ενώ σε όσους απάντησαν το αντίθετο παρατηρήθηκε ότι η πλειοψηφία των ατόμων που έχουν άτομα του περιβάλλοντος τους με κάποια μορφή Διατροφικής Διαταραχής στο περιβάλλον τους κατάγονται από αστικές περιοχές.

Παράλληλα, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε πως κανείς από το περιβάλλον τους δεν είναι πάσχων της νόσου ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των φοιτητών απάντησε ότι πιστεύουν ότι τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα Νευρικής Ανορεξίας χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης καθώς και ότι θεωρούν το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ατόμων με Νευρική Ανορεξία ότι πρέπει να τους τονίσει το πρόβλημα τους. Η πλειοψηφία επίσης των ερωτηθέντων απάντησε πως οι ασθενείς με Νευρική Ανορεξία αντιλαμβάνονται τα προβλήματα τους και θεωρούν πως η ηλικία είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την αντίληψη του ατόμου για τη Νευρική Ανορεξία.

Ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησε πως θεωρεί ότι οι ασθενείς με Διατροφικές Διαταραχές δεν είναι εύκολο να αντιληφθούν την κατάσταση τους και ότι θεωρούν πως τα άτομα με Διατροφικές Διαταραχές χρήζουν Ιατρικής Παρακολούθησης. Στη συνέχεια οι ερωτηθέντες απάντησαν πως θεωρούν το αν υπάρχει ανεπαρκής ενημέρωση από τους αρμόδιου

φορείς σχετικά με το θέμα της Νευρογενούς Ανορεξίας και ότι οι αρμόδιοι φορείς του τομέα της ψυχικής και σωματικής υγείας δεν είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν τις περιπτώσεις Νευρικής Ανορεξίας και τα φαινόμενα άλλων Διατροφικών Διαταραχών με επάρκεια.

Τέλος, οι περισσότεροι φοιτητές απάντησαν πως θεωρούν ότι οι αρχές Ψυχικής και Σωματικής υγείας της χώρας έχουν την απαραίτητη εκπαιδευτική επάρκεια και ετοιμότητα ώστε να είναι ικανές να ανταποκριθούν αρκούτως στις περιπτώσεις Διατροφικών Διαταραχών ενώ το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων θεωρεί ότι δεν υπάρχει εκπαίδευση των πολιτών της Ελλάδας ως προς τους κινδύνους των Διατροφικών Διαταραχών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νευρική ανορεξία αποτελεί μια διαταραχή η οποία έχει πάρει αρκετά μεγάλες διαστάσεις. Το γεγονός ότι στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ήταν γυναίκες δείχνει την ευαισθητοποίηση του συγκεκριμένου φύλου στο συγκεκριμένο θέμα καθώς όπως έχει φανεί από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση η συγκεκριμένη διαταραχή εμφανίζεται κυρίως στο γυναικείο φύλο.

Στη συνέχεια μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος έχει αρκετές γνώσεις σχετικά με τη νευρική ανορεξία πράγμα που σημαίνει ότι έχουν άποψη και ενημερώνονται γύρω από το προς διερεύνηση θέμα. Αυτό είναι πολύ σημαντικό καθώς η συγκεκριμένη διαταραχή είναι πολύ ύπουλη και έχει σοβαρές επιπτώσεις και ως προς τον ασθενή αλλά και ως προς την οικογένεια του οπότε είναι σε θέση να αντιληφθούν ότι ένα άτομο πάσχει από νευρική ανορεξία και να το βοηθήσουν.

Το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι δεν υπάρχει εκπαίδευση των πολιτών της Ελλάδας ως προς τους κινδύνους των Διατροφικών Διαταραχών καθιστά απαραίτητη την λήψη μέτρων σχετικά με αυτό καθώς η εκπαίδευση μπορεί να λειτουργήσει προληπτικά και να αποτρέψει την εμφάνιση νέων κρουσμάτων νευρικής ανορεξίας.

Τέλος, η νευρική ανορεξία αποτελεί μια διαταραχή η οποία χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και αντιμετώπισης. Το θεραπευτικό σχήμα είναι πολύ δύσκολο αφενός μεν λόγω της σοβαρότητας της ασθένειας αφετέρου δε λόγω της άρνησης των ασθενών αυτών να συνεργαστούν. Γι αυτό το λόγο το συγκεκριμένο θέμα θα πρέπει να προσεγγίζεται από ειδικούς οι οποίοι θα συνεργάζονται προκειμένου να υπάρξει αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Agras, S. (2016). Simpler therapy may successfully treat adolescents with anorexia nervosa. US National Library of Medicine National Institutes of Health.

American Psychiatric Association.(1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).Washington.

Crisp, A.H. (1997). Anorexia Nervosa as Flight from Growth: Assessment and Treatment based on the Model. Handbook of Treatment to Eating Disorders.

Gelder, M.G., Lopez-Ibor, J.J. & Andreasen, N. (2008). Σύγχρονη Ψυχιατρική. Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα.

Kandemir, N., Becker, K., Slattery, M., Tulsiani, S., Singhal, V., Thomas, J., Coniglio, K., Lee, H., Miller, K. (2017).Impact of low-weight severity and menstrual status on bone in adolescent girls with anorexia nervosa.Int J Eat Disord.

Lask, B., Bryant-Waugh, R. (2000).Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence.Psychology Press.

Leblé, N, Radon, L., Rabot, M., Godart, N.(2017).Depressive symptoms during anorexia nervosa: State of the art and consequences for an appropriate use of antidepressants. Encephale.

Makino, M., Tsuboi, K. & Dennerstein, L. (2004). Prevalence of eating disorders: a comparison of western and non-western countries.Medscape General Medicine.

McElroy, S., Kotwal, R. & Keck, P.(2006).Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications.Bipolar Disorders.

Micali, N., Martini, M., Thomas, J., Eddy, K., Kothari, R., Russell, E. (2017). Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors.). BMC Med.

Richards, P., Crowton, S., Berrett, M., Smith, M., Passmore, K. (2017). Can patients with eating disorders learn to eat intuitively?. Eat Disord.

Satori, N. (2016). .Therapeutic touch and anorexia nervosa. Soins Psychiatr.

Serrano-Troncoso, E., Cañas, L., Carbonell, X., Carulla, M., Palma, C., Matalí, J., Dolz, M. (2017).Diagnostic Distribution of eating disorders.Actas Esp Psiquiatr.

William, M. etal., (2010).Σύγχρονη Παιδιατρική Διάγνωση και Θεραπεία. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Γεωργαντά, Ε. (2003). Τι είναι Ψυχοθεραπεία. Εκδόσεις Π. Ασημάκης, Αθήνα.

Γονιδάκης, Φ. & Βάρσου, Ε. (2008). Ψυχογενής Ανορεξία. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία.Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας,Αθήνα.

Μαδιανός, Μ. (2004). Κλινική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2000). Ψυχιατρική Α' & Β' τόμος. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο έρευνας

ΈΡΕΥΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

είμαι προπτυχιακή φοιτήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της πτυχιακής μου εργασίας.

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των γνώσεων των φοιτητών στο ΤΕΙ Δυτικής

Ελλάδος σχετικά με την Νευρική Ανορεξία.

Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται 22 ερωτήσεις από τις οποίες οι 3 αποτελούν

δημογραφικά στοιχεία. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική ενώ θα πρέπει να

γνωρίζετε ότι σε οποιοδήποτε σημείο της έρευνας έχετε το δικαίωμα να αποσυρθείτε.

Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες.

1. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

2. Ηλικία

- 18-20
- 21-23
- 24-26
- 26 και άνω

3. Καταγωγή

- Αστική περιοχή
- Αγροτική περιοχή

4. Γνωρίζετε τι είναι η νευρική ανορεξία;

- Ναι
- Όχι

5. Έχετε ενημερωθεί γύρω από το θέμα της νευρικής ανορεξίας;

- Ναι

Όχι

6. Γνωρίζετε ποια είναι τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας;

Ναι

Όχι

7. Υπάρχουν μορφές διατροφικών διαταραχών στο περιβάλλον σας;

Ναι

Όχι

8. Υπάρχει κάποιο άτομο στο φιλικό ή οικογενειακό περιβάλλον σας που εμφανίζει νευρική ανορεξία;

Ναι

Όχι

9. Αν ναι έχει ζητήσει βοήθεια από ειδικό;

Ναι

Όχι

10. Θεωρείτε ότι τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα νευρικής ανορεξίας χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης;

Ναι

Όχι

11. Πιστεύετε ότι ένα άτομο με νευρική ανορεξία μπορεί να αντιληφθεί την κατάσταση του;

Ναι

Όχι

12. Θεωρείτε ότι πρέπει το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον πρέπει να τους τονίσει το πρόβλημα;

Ναι

Όχι

13. Γνωρίζετε πως ένα άτομο με νευρική ανορεξία αντιλαμβάνεται τον εαυτό του;

- Ναι
 Όχι

14. Θεωρείτε ότι η ηλικία παίζει ρόλο στην αντίληψη περί νευρικής ανορεξίας;

- Ναι
 Όχι

15. Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης;

- Ναι
 Όχι

16. Είναι εύκολο για ένα άτομο με διατροφικές διαταραχές να αντιληφτεί την κατάσταση του;

- Ναι
 Όχι

17. Έχετε προσκληθεί σε ημερίδα με θέμα τη νευρική ανορεξία;

- Ναι
 Όχι

18. Θεωρείτε ότι υπάρχει επαρκής ενημέρωση από τους αρμόδιους φορείς σχετικά με το θέμα;

- Ναι
 Όχι

19. Θεωρείτε ότι οι αρμόδιοι φορείς του τομέα ψυχικής και σωματικής υγείας μπορούν να αντιμετωπίσουν τις περιπτώσεις νευρικής ανορεξίας με επάρκεια;

- Ναι
 Όχι

20. Θεωρείτε ότι οι αρχές ψυχικής και σωματικής υγείας της χώρας αντιμετωπίζουν επαρκώς τα φαινόμενα διατροφικών διαταραχών;

- Ναι
- Όχι

21. Οι αρχές ψυχικής και σωματικής υγείας της χώρας έχουν την απαραίτητη εκπαιδευτική επάρκεια και ετοιμότητα ώστε να ανταποκριθούν αρκούντως στις περιπτώσεις διατροφικών διαταραχών;

- Ναι
- Όχι

22. Υπάρχει εκπαίδευση των πολιτών της χώρας ως προς τους κινδύνους των διατροφικών διαταραχών;

- Ναι
- Όχι