

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΠΡΟΤΩΤΩΝ ΚΑΙ
ΔΕΥΤΕΡΟΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ
ΑΤΕΙ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ
ΑΝΟΡΕΞΙΑ»**



ΠΑΠΑΗΛΙΟΥ ΑΛΕΞΙΑ

ΠΑΠΑΣΤΑΜΑΤΙΟΥ ΕΥΓΕΝΕΙΑ

ΕΠΟΠΕΤΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΒΙΤΣΑ ΑΡΙΣΤΕΑ

ΠΑΤΡΑ, 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	4
ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	4
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	4
1.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	9
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	9
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	9
2.2 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ	10
2.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	12
2.3.1 Παράγοντες προδιάθεσης	12
2.3.2 Οικογενειακοί	14
2.3.3 Κοινωνικοπολιτιστικοί Παράγοντες	15
2.3.4 Εκλυτικοί Παράγοντες	15
2.3.5 Επιβαρυντικοί Παράγοντες (Παράγοντες που Συντηρούν και Διαιωνίζουν τη Διαταραχή)	16
2.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	16
2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ	18
2.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	26
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ	26
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ	26
3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ	27
3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	29
3.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ	31
3.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	35
ΕΡΕΥΝΑ	35
4.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	35
4.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	37
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	105
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	107
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	108
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	113
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	113
Ερευνα σχετικά με την Νευρογενή Ανορεξία	113

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

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 διεθνής 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»*. (APA,1994)

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».

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».

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.

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. (Russell 1979).

1.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

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.

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. (APA,1994)

Το σκηνικό αλλάζει και η επιστημονική κοινότητα δείχνει ακόμα πιο έντονο το ενδιαφέρον της με την έκδοση του DSM IV όπου εντάσσονται οι συγκεκριμένες διαταραχές στις διαγνωστικές κατηγορίες. (APA,1994)

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.

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. (APA,1994)

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*».

Σύμφωνα με το Σύστημα της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, οι εν λόγω διαταραχές ταξινομούνται σε μια κατηγορία που ονομάζεται «Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής». (APA,1994)

ΤΑΞΙΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ			
ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ			
ICD-10		DSM-IV	
F 50.0	Νευρογενής Ανορεξία	307.1	Νευρογενής Ανορεξία
F 50.1	Άτυπη Νευρογενής Ανορεξία		- Περιοριστικός Τύπος
F 50.2	Νευρογενής Βουλιμία		-Υπερφαγικός –Καθαρτικός Τύπος
F 50.3	Άτυπη Νευρογενής Βουλιμία	307.51	Νευρογενής Βουλιμία
F 50.4	Υπερφαγία Συνδεόμενη Με Άλλες Ψυχολογικές Διαταραχές		
F 50.5	Έμετοι Συνδεόμενοι Με Άλλες Ψυχολογικές Διαταραχές		- Καθαρτικός Τύπος
F 50.8	Άλλες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής		- Μη Καθαρτικός Τύπος
F 50.9	Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής Μη Καθοριζόμενη	307.50	Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής Μη Καθοριζόμενη

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.

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 Νευρογενής Ανορεξία. (Bruch 1982).

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.

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 Βουλμία, 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.

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 Βουλμίας.

Τέλος, στις κατηγορίες των διατροφικών διαταραχών περιλαμβάνονται και οι διαταραχές που δεν μπορούν να προσδιοριστούν διαφορετικά και ονομάζονται «Not Otherwise Specified» ή «NOS», καθώς δεν ανταποκρίνονται στα κριτήρια για κάποιες από τις προαναφερθείσες κατηγορίες. (Garner et al. 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Το κύριο σύμπτωμα της ψυχογενούς 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 (Bruch 1982, Russell 1979).

Η διαταραχή αυτή ακολουθείται από ραγδαία απώλεια βάρους που προκαλείται και διατηρείται με τη βούληση του ίδιου τον πάσχοντα (Λιάκος 1973). 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) (Beumont 1995).

Κατά τον Crisp (Crisp 1995,1997) η ψυχογενής 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 καταφέροντας 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. (Garner et al. 1993).

2.2 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Τα κριτήρια για την διάγνωση της Ψυχογενούς Ανορεξίας, σύμφωνα με το DSMIV, είναι τα ακόλουθα (APA, 1994):

- 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 (Στεφανής και συν. 1993) :

Ø Το σωματικό βάρος διατηρείται το λιγότερο γύρο 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 πιθανόν 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 :

§ 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- υποφυσιγοναδικό 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.

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:

- 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. (Βάρσου, 2000)

2.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Κατά τον Garner,(1993), «η Ψυχογενής Ανορεξία είναι αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων και η εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων είναι μέρος μιας παθογενούς κατάστασης που είναι συνέπεια της αλληλεπίδρασης παραγόντων που ανήκουν σε 3 διαφορετικά επίπεδα και χαρακτηρίζονται ως Προδιαθεσιακοί (Ατομικοί, Οικογενειακοί, Κοινωνικο - πολιτιστικοί παράγοντες), ως Εκλυτικοί (Δυσσάρεσκεια για το σχήμα και το βάρος του σώματος, Δίαιτα με σκοπό την ενίσχυση του αυτοέλεγχου και της αυτοεκτίμησης) και ως Επιβαρυντικοί (Επιπλοκές της ασιτίας και άλλοι)» (Garner et al. 1993).

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 (Hsu 1990).

Η πιο αξιοσημείωτη εξέλιξη τη συγκεκριμένη στιγμή αναφέρει ότι η ασιτία από μόνη της συντελεί στην συνέχιση και συντήρηση της νόσου μέσω των βιολογικών και ψυχολογικών επακόλουθων που προκαλεί (Garner 1997).

2.3.1 Παράγοντες προδιάθεσης

Ατομικοί (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. (Bruch 1982, Garner και συν. 1997)

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 (Rastam 1992)
- τάση για γρηγορότερη ανάπτυξη (Crisp et al. 1980)

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 μονόζυγωτικούς διδύμους και είναι μικρότερο από το 10% για τους διζυγωτικούς διδύμους (Treasure και Holland 1995).

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 (Kaye 1995).

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 (Garner1993).

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.

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 (Halmi και συν. 1991, Strober και συν. 1980).

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.

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. Όταν η εσωτερική ανάγκη επιβεβαίωσης και προβολής μιας πλευράς του εαυτού του φτάσει στην κορύφωση της ταυτόχρονα και το σώμα του, θεωρείται από το άτομο ως το βασικότερο «επίτευγμά» του (Dare, Crowther και συν. 1995).

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. (Βάρσου, 2000)

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 (Hsu 1990).

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.

2.3.4 Εκλυτικοί Παράγοντες

Οι καταπιεστικές δίαιτες ενδέχεται να προξενήσουν ψυχογενή ανορεξία στα πιο ευάλωτα άτομα (Hsu 1990). 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 (Rastam 1992). Από τον Nielsen αναφέρεται πως η ψυχογενής ανορεξία παρουσιάζει μια επόχιακή 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.

2.3.5 Επιβαρυντικοί Παράγοντες (Παράγοντες που Συντηρούν και Διαιωνίζουν τη Διαταραχή)

Οι ψυχοσωματικές επιπτώσεις που προκαλεί η ασιτία στους ασθενείς έχουν αποδειχθεί και από κλινικά μελέτες αλλά και από πειραματικές συνθήκες (Hsu 1990, Garner και συν. 1997). 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 ασιτία ασχέτως του αιτίου που την προκάλεσε
- Ø η ασιτία μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε δευτεροπαθή συμπτώματα που με την πάροδο του χρόνου μπορούν να συμβάλουν στην διαιώνιση της διαταραχής (Garfinkel και Garner και συν. 1982).

Έτσι, αν και η κατάθλιψη ενδέχεται να πείσει τον ασθενή να ωθηθεί στη δίαιτα στοχεύοντας στην αποκατάσταση της αυτοεκτίμησης του, η ασιτία που δημιουργείται οδηγεί τον ασθενή σε επιπρόσθετη αποσταθεροποίηση της διάθεσης του. Η ασιτία 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. (Βάρσου, 2000)

2.4 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

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 ασιτίας τέτοια είναι:

- 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.

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.

Παθολογικά Ευρήματα και Σημεία

Οι ασθενείς παρουσιάζουν υπερβολική μείωση του σωματικού τους βάρους και βρίσκονται σε κατάσταση ασιτίας. 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).

Ωστόσο η τρίχωση των μασχάλων και του εφηβαίου παραμένουν (Crisp και συν. 1980).

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. (Βάρσου, 2000)

2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

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.

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.

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 ασιτίας 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:

- Ø τον τονισμό της άρνησης και των δυσλειτουργικών σκέψεων, πίστεων και πεποιθήσεων του ασθενή.
- Ø την επαναφορά του βάρους στο επιθυμητό επίπεδο.
- Ø Την αποκατάσταση φυσιολογικού τρόπου διατροφής, ενθαρρύνοντας τον ασθενή να αφομοιώσει ένα φυσιολογικό τρόπο διατροφής μέσω μιας θερμιδικά ισορροπημένη διατροφής.
- Ø τη διάγνωση και τη θεραπεία των επιπλοκών που βασίζονται στην ασιτίας και των συμπεριφορών που την διατηρούν.
- Ø την παρέμβαση στο οικογενειακό σύνολο στοχεύοντας στη συνεργασία τους και την αποφυγή προβλημάτων.
- Ø την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση που στοχεύει :
 - στην ενίσχυση της αυτονομίας
 - στη διευκόλυνση της διαμόρφωσης ταυτότητας,
 - στη στήριξη της διαδικασίας αυτοεκτίμησης
 - στην αντιμετώπιση του αισθήματος αναξιότητας.
- Ø την προληπτική παρέμβαση και εκπαίδευση για οποιαδήποτε αποφυγή υποτροπής.

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.

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 (Touyz και Beumont 1997, Crisp και συν. 1994). 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. (Βάρσου, 2000)

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 υγείων 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 (Hsu 1990, APA 1993).

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.

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 αναπτυχθούν 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. (Βάρσου, 2000)

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. (Beumont και συν. 1993).

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.

Ωστόσο 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 αμιτριπτυλίνη, 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. (Garfinkel και Walsh 1997)

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.

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.

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.

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. (Crisp και συν 1991)

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.

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. (Βάρσου, 2000)

2.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Στην αντιμετώπιση της Ψυχογενούς 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. (Γονιδάκης, 2006).

Ο ρόλος του νοσηλευτή θεωρείται πολύ σημαντικός και είναι βασικό να διακρίνονται από την ικανότητα αναγνώρισης των συμπτωμάτων Ψυχογενούς Ανορεξίας που παρουσιάζει ο ασθενής. Ορισμένα από τα συμπτώματα στα οποία θα

πρέπει να δώσει ιδιαίτερη βάση ο νοσηλευτής είναι όταν ο ασθενής καταναλώνει τις νυχτερινές ώρες μεγάλες ποσότητες νερού πριν ζυγιστεί. Παράλληλα, δεν μπαίνει στη διαδικασία να αδειάσει την κύστη του πριν το ζύγισμα ενώ σε αρκετές περιπτώσεις κρύβει το φαγητό ή το πετάει.

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. (Γονιδάκης, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία ως ψυχογενής βουλιμία ορίζεται η διαταραχή με κύριο χαρακτηριστικό τα επεισόδια υπερφαγίας. Περαιτέρω χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης διαταραχής είναι η διαρκής ενασχόληση του ατόμου με το σωματικό βάρος του και ο μόνιμος φόβος του να μην παχύνει. Το γεγονός ότι υπερισχύει το συναίσθημα του φόβου πάχυνσης, το άτομο οδηγείται στην εύρεση τρόπων προκειμένου να μειώσει το βάρος του. Σε αυτούς τους τρόπους συμπεριλαμβάνονται η χρήση καθαρτικών, η πρόκληση εμετών, η χρήση φαρμάκων που μειώνουν την όρεξη, τα διουρητικά καθώς επίσης και οι θυρεοειδικές ορμόνες. Κατά κύριο λόγο τα άτομα που πάσχουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή έχουν κανονικό σωματικό βάρος ενώ η έμμηνος ρύση στις γυναίκες έχει κανονικό κύκλο.

Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας κατά DSM-IV (APA 1994)

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση (APA), στα κριτήρια διάγνωσης της συγκεκριμένης διαταραχής συγκαταλέγονται:

- I. *«Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Τα κριτήρια διάγνωσης ενός υπερφαγικού επεισοδίου είναι:*
 - *Η κατανάλωση μιας ποσότητας τροφής πολύ μεγαλύτερης από το φυσιολογικό μέσα σε ένα μικρό χρονικό διάστημα.*
 - *Η απουσία ελέγχου. Κατά τη διάρκεια ενός τέτοιου επεισοδίου το άτομο δεν είναι σε θέση να ελέγξει τον εαυτό του και τρώει ασταμάτητα.*
- II. *«Η επαναλαμβανόμενη μη φυσιολογική συμπεριφορά όπως είναι η πρόκληση εμετών, η χρήση καθαρτικών κλπ λόγω φόβου πάχυνσης».*
- III. *«Η εμφάνιση των επεισοδίων υπερφαγίας καθώς επίσης και της ακανόνιστης συμπεριφοράς παρατηρείται κατά κύριο λόγο δυο φορές την εβδομάδα για τουλάχιστον τρεις μήνες».*
- IV. *«Η έντονη ενασχόληση του ατόμου με το βάρος τους σώματος του».*
- V. *«Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας».* (APA 1994)

Τύποι Ψυχογενούς Βουλιμίας

Οι τύποι της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι:

- Ø **Καθαρτικός Τύπος:** Στον συγκεκριμένο τύπο Ψυχογενούς Βουλιμίας το άτομο παρουσιάζει μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά προκαλώντας εμετούς ή χρησιμοποιώντας καθαρτικά, διουρητικά ή υποκλυσμούς.
- Ø **Μη Καθαρτικός Τύπος:** Στο συγκεκριμένο τύπο Ψυχογενούς Βουλιμίας το άτομο παρουσιάζει μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά χρησιμοποιώντας τρόπους για τη μείωση του βάρους του όπως είναι η έντονη σωματική άσκηση ή η νηστεία. (Γιαννίτση, 1997)

Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας κατά ICD-10:

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μέσω της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, τα κριτήρια διάγνωσης της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι:

1. «Συνεχής και επίμονη ενασχόληση με τη διατροφή και αμείωτη επιθυμία πρόσληψης τροφής».
2. «Ο ασθενής επιδιώκει να αντισταθμίσει την «παχυντική» επίδραση της τροφής με έναν ή και περισσότερους τρόπους από όσους ακολουθούν: αυτοπροκαλούμενοι έμετοι, κατάχρηση καθαρτικών ουσιών κλπ».
3. «Η ψυχοπαθολογία εκδηλώνεται ως έντονος φόβος πάχυνσης».
(Στεφανής, Σολδάτος, Μαυρέας, 1993)

3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Τα αίτια της συγκεκριμένης διαταραχής κατηγοριοποιούνται στους παράγοντες προδιάθεσης οι οποίοι σχετίζονται με τους ατομικούς, τους οικογενειακούς και τους κοινωνικοπολιτιστικούς και στους εκλυτικούς και επιβαρυντικούς παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα:

Παράγοντες προδιάθεσης

Ατομικοί (Βιολογικοί και ψυχολογικοί)

Οι βιολογικοί παράγοντες προδιάθεσης σχετίζονται με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί κατά διαστήματα. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με έρευνες παρατηρείται ότι υπάρχει μια σύνδεση ανάμεσα στα υπερφαγικά επεισόδια και τις αντισταθμιστικές συμπεριφορές με τη δράσης των νευροδιαβιβαστών, νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης.

Παράλληλα, παρατηρείται ότι οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία οι οποίοι προκαλούν εμετούς παρουσιάζουν αυξημένες ενδορφίνες στο αίμα τους. Αυτό δύναται να συμβαίνει διότι κατόπιν αυτού του επεισοδίου το άτομο αισθάνεται μεγάλη ευχαρίστηση και ικανοποίηση. (Kaplan, Sadock, Grebb 1994).

Στους μονοζυγωτικούς διδύμους παρατηρούνται μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης της συγκεκριμένης διαταραχής από ότι στους διζυγωτικούς. (Treasure, Holland 1995)

Όσον αφορά τους ψυχικούς παράγοντες παρατηρούνται μεγάλες πιθανότητες στους ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία να εμφανίσουν αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη και εξάρτηση ψυχοδραστικών ουσιών. (Steere και συν. 1990, Halmi και συν. 1991).

Οικογενειακοί και Κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες

Όσον αφορά τους κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες στο οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία παρατηρείται κατά κύριο λόγο χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών όπως είναι το αλκοόλ, συναισθηματικές διαταραχές και παχυσαρκία. Ταυτόχρονα, οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τις πολιτιστικές πιέσεις. Αυτό σημαίνει ότι είναι περισσότερο ευαίσθητοι στο πως θα φαίνεται το σώμα τους με αποτέλεσμα να αποκτούν εμμονές. (Mitchell και συν. 1985, Fairburn και συν. 1997)

Εκλυτικοί Παράγοντες και Επιβαρυντικοί Παράγοντες

Τα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργούν μια κακή εικόνα για τον εαυτό τους που οδηγεί

στην έντονη ενασχόληση με το σωματικό βάρος τους. Αυτό με τη σειρά του καταλήγει στις εξαντλητικές δίαιτες οι οποίες δημιουργούν τα επεισόδια υπερφαγίας και τις μη φυσιολογικές αντισταθμιστικές συμπεριφορές οι οποίες σχετίζονται με την πρόκληση εμετών ή τη χρήση καθαρτικών ή την έντονη σωματική άσκηση. Όλα αυτά αποτελούν ένα φαύλο κύκλο ο οποίος μπορεί να συνεχιστεί για χρόνια. (Fairburn 1997)

3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στα συμπτώματα και τα χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Βουλιμίας περιλαμβάνονται:

- Ø Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας.
- Ø Μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά (πρόκληση εμετών, χρήση καθαρτικών, εξαντλητική δίαιτα, έντονη σωματική άσκηση κλπ.)
- Ø Συχνή εξαφάνιση στην τουαλέτα μετά από τα γεύματα, με σκοπό την αποβολή τροφών.
- Ø Ιστορικό μεγάλης διακύμανσης του σωματικού βάρους.
- Ø Κακή υγεία του δέρματος
- Ø Βλάβες της αδαμαντίνης των δοντιών και σημάδια στα δάκτυλα
- Ø Αίσθημα ενοχής.
- Ø Απώλεια ελέγχου και μεταπτώσεις διάθεσης
- Ø Μυστικότητα
- Ø Αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη.

Στις περιπτώσεις ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία που κύριο χαρακτηριστικό είναι η πρόκληση εμετών παρουσιάζονται σοβαρά προβλήματα στα δόντια και στα ούλα. Αυτό με τη σειρά του οδηγεί σε τερηδόνα, ουλίτιδα και περιοδοντίτιδα ενώ στις περιπτώσεις όπου οι ασθενείς χρησιμοποιούν καθαρτικά παρατηρούνται προβλήματα στην καρδιά και στα νεφρά καθώς η ηλεκτρολυτικής ισορροπίας των υγρών του σώματος αποδιοργανώνεται. Αυτή η κατάσταση μπορεί να αποβεί μοιραία καθώς ο ασθενής ενδέχεται να πέσει σε κόμα ή ακόμα και να καταλήξει.

Διαφορική Διάγνωση

Το γεγονός ότι η συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή παρουσιάζει ομοιότητες με την Ψυχογενή Ανορεξία αλλά και με ορισμένες νευρολογικές ασθένειες οδηγεί στην διαφοροποίηση της με αυτές. Με βάση λοιπόν, τα κριτήρια διάγνωσης DSM-IV θα πρέπει να διαφοροποιείται ως προς τη διάγνωση από:

- Ø Την Υπερφαγικού-καθαρτικού τύπου Νευρογενής Ανορεξίας: Ο συγκεκριμένος τύπος παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με τη Νευρογενή Βουλιμία. Παρόλα αυτά μπορεί να διαφοροποιηθεί από το γεγονός ότι στην Ψυχογενή Βουλιμία το σωματικό βάρος βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα και η έμμηνος ρύση είναι φυσιολογική ενώ η Ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από χαμηλό σωματικό βάρος και αμηνόρροια.
- Ø Το σύνδρομο Kleine - Levin: Πρόκειται για ένα σπάνιο σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από υπερυπνία η οποία διαρκεί 2-3 εβδομάδες και συνυπάρχει με την υπερφαγία χωρίς όμως να υφίσταται η έντονη ενασχόληση του ατόμου με το σωματικό βάρος. Επίσης, κατά κύριο λόγο παρουσιάζεται στους εφήβους και συνηθέστερα στο ανδρικό φύλο. (Μάνος, 1988)
- Ø Το σύνδρομο Kluver Bucy: Πρόκειται επίσης για μια σπάνια πάθηση η οποία χαρακτηρίζεται από παρεκκλίνουσες διαιτητικές συνήθειες (πιο συχνά από υπερφαγία), από καταναγκαστικές συμπεριφορές γλειψίματος ή δαγκώματος και εξέτασης των αντικειμένων με το στόμα, από την απάθεια και την οπτική αγνωσία. (Βάρσου, 2000)
- Ø Τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή με άτυπα στοιχεία: Η συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζει επεισόδια υπερφαγίας τα οποία όμως δεν συνοδεύονται από τη μη φυσιολογική αντισταθμιστική συμπεριφορά και την έντονη ενασχόληση με το σωματικό σχήμα και βάρος. (Μάνος, 1988)

Επιπλοκές και Πορεία

Οι επιπλοκές που παρουσιάζονται στην Ψυχογενή Βουλιμία σχετίζονται με:

- Ø Ηλεκτρολυτικές διαταραχές
- Ø Διαταραχή του ισοζυγίου ύδατος-ηλεκτρολυτών
- Ø Υπομαγνησισαιμία
- Ø Οισοφαγίτιδα

- Ø Δυσκοιλιότητα
- Ø Προβλήματα στα δόντια και τα ούλα.
- Ø Διόγκωση των αδένων κάτω από το σαγόι.
- Ø Κάλους ή ουλές στα χέρια (Γιαννίτση, 1997)

Καθώς εξελίσσεται η συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή παρατηρείται ότι μετά από ένα διάστημα έξαρσης υπερφαγικών επεισοδίων και παρορμητικής συμπεριφοράς ακολουθεί ένα διάστημα το οποίο χαρακτηρίζεται από εξαντλητικές δίαιτες στα πλαίσια της ασιτίας. Η συγκεκριμένη κατάσταση οδηγεί πάλι στην έντονη επιθυμία για φαγητό με αποτέλεσμα την εμφάνιση των επεισοδίων υπερφαγίας. Καθώς το άτομο αισθάνεται ενοχές που έφαγε οδηγείται στη χρήση καθαρτικών και στην πρόκληση εμετού με σκοπό την αποβολή των προσληφθεισών τροφών. Μέσα από αυτό συμπεραίνεται ότι στη συγκεκριμένη διαταραχή δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος. (Γιαννίτση, 1997)

3.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχογενούς βουλιμίας στοχεύει:

- Ø Στην εισαγωγή ενός φυσιολογικού διατροφικού προγράμματος.
- Ø Στην εξάλειψη των υπερφαγικών επεισοδίων και αυτοπροκαλούμενων εμετών.
- Ø Στην βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου και στην αποφυγή αρνητικών συναισθημάτων που λειτουργούν καταλυτικά στην παρουσία της Ψυχογενούς Βουλιμίας.
- Ø Στην αντιμετώπιση των επιπλοκών που παρουσιάζονται στο σώμα του ατόμου.
- Ø Στην αντιμετώπιση των πιθανών ψυχιατρικών διαταραχών που συνοδεύονται με την παρουσία της Ψυχογενούς Βουλιμίας.
- Ø Στην ένταξη θεραπευτικών μεθόδων όπως είναι η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία.
- Ø Στην χορήγηση φαρμάκων.
- Ø Στην πρόληψη των υποτροπών

Οι περιπτώσεις στις οποίες ενδείκνυται η αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας εντός της νοσοκομειακής μονάδας είναι όταν:

- Το βάρος του ασθενούς παρουσιάζει διακυμάνσεις.
- Δεν υπάρχει ισορροπία στους ύδατο-ηλεκτρολύτες,
- Εμφανίζονται αυτοκτονικές τάσεις
- Το άτομο κάνει κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών όπως είναι το αλκοόλ ή τα ψυχοδραστικά φάρμακα.
- Οι ιατρικές επιπλοκές είναι επικίνδυνες για την υγεία του ατόμου και δεν αντιμετωπίζονται εκτός νοσοκομείου.
- Το άτομο δεν παρουσιάζει καμία πρόοδο από την θεραπευτική αντιμετώπιση της διατροφικής διαταραχής εκτός νοσοκομείου.

Στην θεραπευτική αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας προκειμένου να αποκατασταθεί η διατροφική συμπεριφορά του ατόμου θεωρείται αναγκαία η εκπαίδευση του ως προς:

- Ø Την υιοθέτηση μιας νέας στάσης ως προς την ισορροπημένη διατροφή.
- Ø Την πρόσληψη συχνών και τακτικών ισορροπημένων γευμάτων.
- Ø Την αντίληψη του προβλήματος του.
- Ø Την κατανόηση των καταστρεπτικών συνεπειών της μη φυσιολογικής αντισταθμιστικής συμπεριφοράς του.
- Ø Τον σχεδιασμό ενός διατροφικού προγράμματος σε συνδυασμό με μια ισορροπημένη διατροφή.

Μια από τις θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση αυτής της διατροφικής διαταραχής είναι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία. Το συγκεκριμένο είδος θεραπείας παρατηρείται ότι συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διαταραχής.

Οι συνεδρίες που πραγματοποιούνται σε αυτή τη θεραπευτική μέθοδο είναι τουλάχιστον 20. Σε περιπτώσεις όπου το άτομο αντιμετωπίζει πρόβλημα στην αποκατάσταση του βάρους του δύναται να αυξηθούν και να φτάσουν τις 40. Παράλληλα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ανάλογα με το αν συνυπάρχουν διαταραχές στην περίπτωση του ασθενούς με Ψυχογενή Βουλιμία, οι συνεδρίες αυξάνονται. Η διακοπή των συνεδριών ή η μείωση τους πραγματοποιείται μόνο και εάν υπάρξει απόδειξη ότι το άτομο δεν τις έχει ανάγκη πλέον.

Ο βασικότερος στόχος αυτής της μεθόδου είναι η βελτίωση του τρόπου που αντιλαμβάνεται το άτομο για τον εαυτό του. Αυτό σημαίνει ότι καταβάλλεται προσπάθεια ώστε το άτομο να αποβάλλει την στρεβλή εικόνα που έχει για τον εαυτό του υιοθετώντας μια νέα στάση ζωής και αυξάνοντας τα επίπεδα αυτοεκτίμησης του. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να ωθείται το άτομο στην έκφραση των συναισθημάτων του και στον τρόπο που θα επιλύει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει μέσω διαφόρων τεχνικών. (Garner 1993, Dennis και Sansone 1997)

Όσον αφορά την ομαδική ψυχοθεραπεία κρίνεται απαραίτητη σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής με Ψυχογενή Βουλιμία διανύει την περίοδο της εφηβικής του ηλικίας. Επίσης, πραγματοποιείται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που παρουσιάζουν συγκρούσεις με το οικογενειακό τους περιβάλλον.

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Βουλιμίας περιλαμβάνει την χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Έχει παρατηρηθεί ότι μειώνονται σε ικανοποιητικό βαθμό τα συμπτώματα της εν λόγω διατροφικής διαταραχής χωρίς να είναι απαραίτητο να συνυπάρχει κατάθλιψη. Κατά κύριο λόγο, χορηγούνται στα πρώτα στάδια με παράλληλες θεραπείες. Επίσης, στις περιπτώσεις όπου συνυπάρχουν συμπτώματα κατάθλιψης ή αγχωτικές διαταραχές θεωρείται χρήσιμη η χορήγηση τους. Όσον αφορά τις δόσεις που θα χορηγηθούν, κατά κύριο λόγο είναι αντίστοιχες με αυτές που χορηγούνται για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. (Garfinkel και Walsh 1997)

3.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Στην αντιμετώπιση της συγκεκριμένης διατροφικής διαταραχής δεν λειτουργούν αρκετές νοσοκομειακές μονάδες που να παρέχουν ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό πρόγραμμα.

Κατά τη διάρκεια της εισαγωγής του ατόμου στη νοσοκομειακή μονάδα πραγματοποιείται η βελτίωση των διατροφικών συνηθειών του ατόμου και η εξισορρόπηση τους. Θεωρείται απαραίτητο, μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο να παρακολουθείται ώστε να εξακριβωθεί ότι συνεχίζει τη σταθερή πορεία του χωρίς να παρεκκλίνει και να υποτροπιάζει. Δίνεται ιδιαίτερη σημασία στη συμπεριφορά του σχετικά με τον έλεγχο στον εαυτό του. (Βάρσου, 2000)

Ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος αρχικά να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα σε αυτόν και τον ασθενή. Αυτό θεωρείται απαραίτητο καθώς

ο ασθενής στην συνέντευξη που θα πραγματοποιηθεί δεν θα αποκρύψει στοιχεία για τον εαυτό του και τη συμπεριφορά του. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να δώσει ώθηση στον ασθενή ώστε να αντιληφθεί τα θετικά στοιχεία του εαυτού του κάτι το οποίο θα τον ενθαρρύνει στην επίλυση των προβλημάτων του. (Ραγιά, 2009)

Στη συνέχεια είναι απαραίτητο το νοσηλευτικό προσωπικό να ενθαρρύνει τον ασθενή όταν αισθάνεται την ανάγκη να το προσεγγίζει καθώς με αυτό τον τρόπο δημιουργείται ένα κλίμα εμπιστοσύνης και ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται καλύτερα τα συναισθήματα του. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της Ψυχογενούς Βουλμίας.

Παράλληλα, στον ρόλο του νοσηλευτή συμπεριλαμβάνεται και η ενθάρρυνση του ασθενούς να παίρνει μέρος σε ομαδικές δραστηριότητες με άλλα άτομα που παρουσιάζουν το ίδιο πρόβλημα. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα την περαιτέρω ψυχολογική υποστήριξη του. Όσον αφορά τις περιπτώσεις ασθενών που ανήκουν στην εφηβική ηλικία, το νοσηλευτικό προσωπικό προτείνει την πραγματοποίηση μιας ομαδικής ψυχοθεραπείας. (Βάρσου, 2000)

Κατά τη διάρκεια της εισαγωγής του ατόμου στο νοσοκομείο, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υποχρεωμένο να παρακολουθεί τον ασθενή όσο διαρκεί το γεύμα του και για μια ώρα μετά. Τέλος, κρίνεται απαραίτητο από το νοσηλευτικό προσωπικό να επιβλέπει τη συμπεριφορά του ασθενούς για το ενδεχόμενο να παρουσιαστούν αυτοκτονικές τάσεις. (Ραγιά, 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΡΕΥΝΑ

4.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Υπάρχουν διάφορα σχέδια έρευνας που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο ερευνητής. Η παρούσα έρευνα είναι περιγραφική. Αφού καθορίστηκε επακριβώς το θέμα προς μελέτη, που στην παρούσα εργασία είναι η υλοποίηση έρευνας σχετικά με τους μαθητές με παραπάνω κιά στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, το πρώτο βήμα ήταν η συγκέντρωση πληροφορήσης σχετικά με τις μεταβλητές που θα συμπεριληφθούν στην έρευνα. Πραγματοποιήθηκε πρωτογενής και δευτερογενής έρευνα, δηλαδή βιβλιογραφική επισκόπηση και έρευνα πεδίου με τη χρήση του ερωτηματολογίου.

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 (Σιώμκος & Βασιλακόπουλος, 2005):

- α) τα στοιχεία, δηλαδή τους ερωτώμενους που πήραν μέρος στην έρευνα και είναι οι φοιτητές των ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας και ΤΕΙ Ιωαννίνων,
- 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 τα ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας και ΤΕΙ Ιωαννίνων,
- γ) τη γεωγραφική έκταση που πραγματοποιήθηκε η έρευνα είναι ο χώρος που μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια δηλαδή ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας και ΤΕΙ Ιωαννίνων,
- δ) το χρόνο, είναι η χρονική περίοδος που διεξήχθη η έρευνα δηλαδή Μάιος και Ιούνιος του 2015.

Το μέγεθος του δείγματος της παρούσας έρευνας είναι 100 φοιτητές των ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας και ΤΕΙ Ιωαννίνων 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 και ΤΕΙ Ιωαννίνων μέσω διαδικτύου.

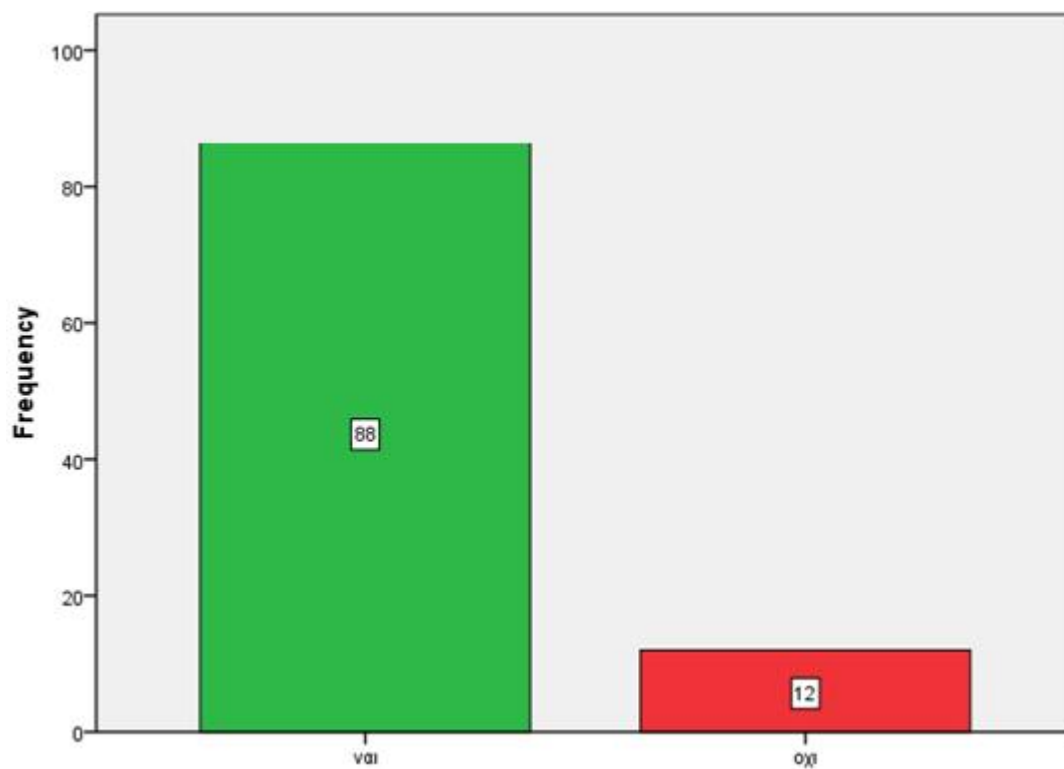
Πριν υλοποιηθεί η κύρια έρευνα έγινε μια πιλοτική έρευνα σε 3 φοιτητές ώστε να εντοπιστούν τυχόν αδυναμίες του ερωτηματολογίου. Πραγματοποιήθηκαν λίγες διορθώσεις-διευκρινιστικές σε τρεις ερωτήσεις για να κατανοούνται καλύτερα από τους ερωτώμενους.

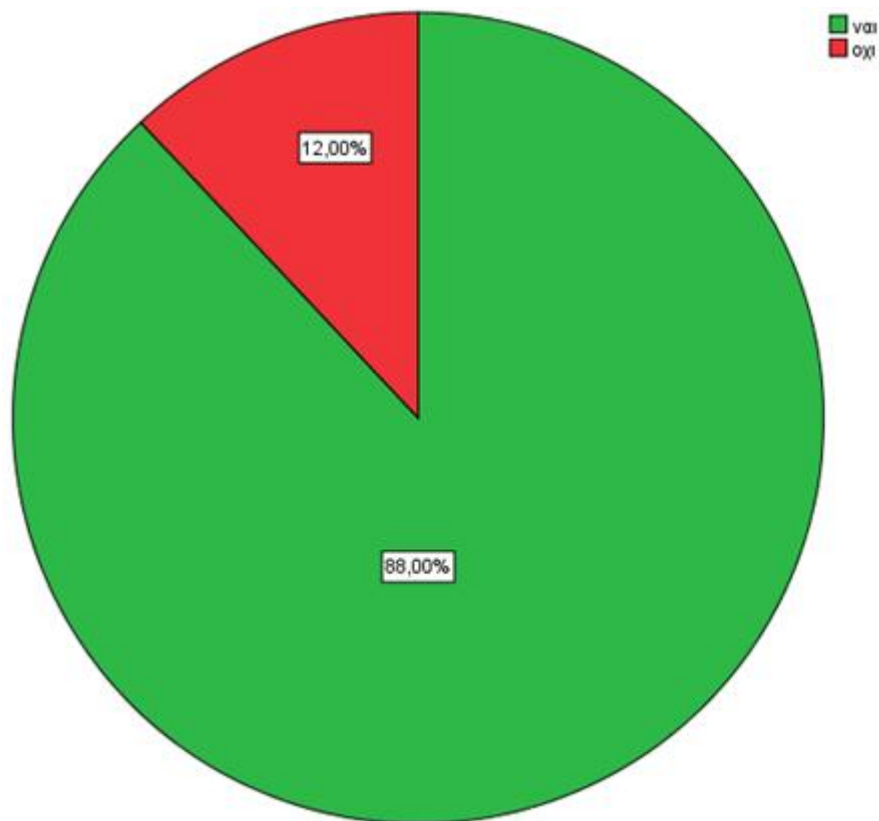
Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις κλειστού τύπου, αφού δίνονται οι απαντήσεις και επιλέγει ο ερωτώμενος αυτή που θέλει. (Σιώμκος & Βασιλακόπουλος, 2005). Το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε είναι το SPSS, έκδοση 18η . Συνεπώς κωδικοποιήθηκαν όλα 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 33. Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της έρευνας.

4.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο ναι	88	88,0	88,0	88,0
ο όχι	12	12,0	12,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

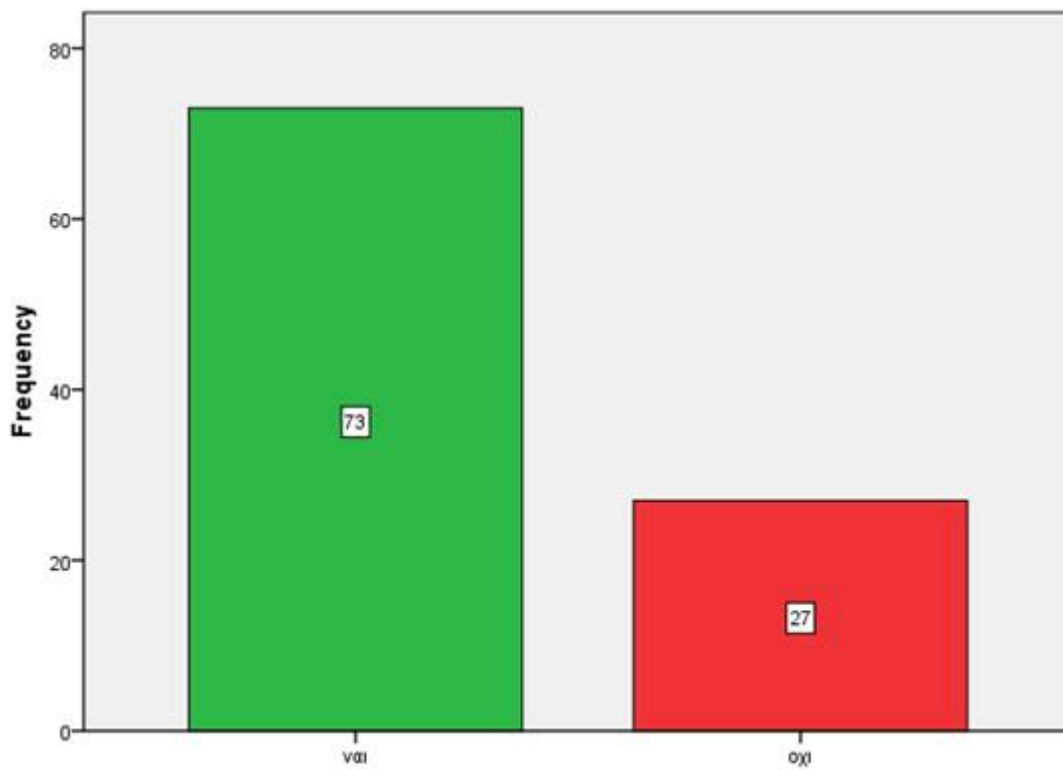


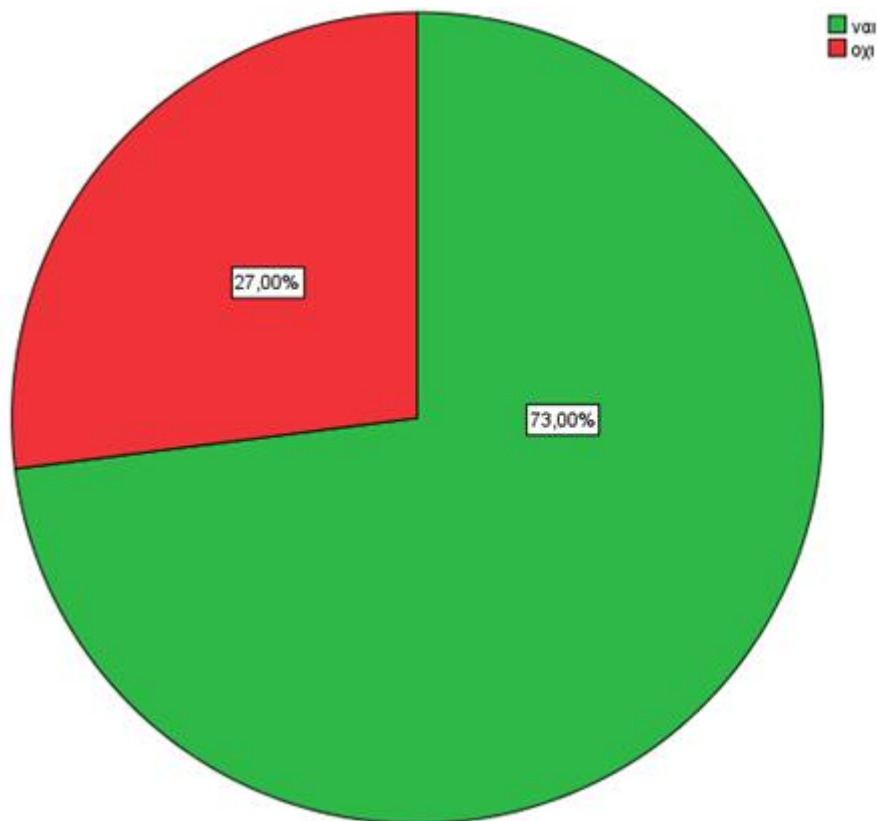


Στην πρώτη ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν γνωρίζουν τι είναι η Νευρογενής Ανορεξία οι 88 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως Γνωρίζουν τι είναι η Νευρογενής Ανορεξία ενώ οι υπόλοιποι 12 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως Δεν Γνωρίζουν τι είναι η Νευρογενής Ανορεξία.

**2. ΈΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ
ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ;**

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο ο	73	73,0	73,0	73,0
ο	27	27,0	27,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

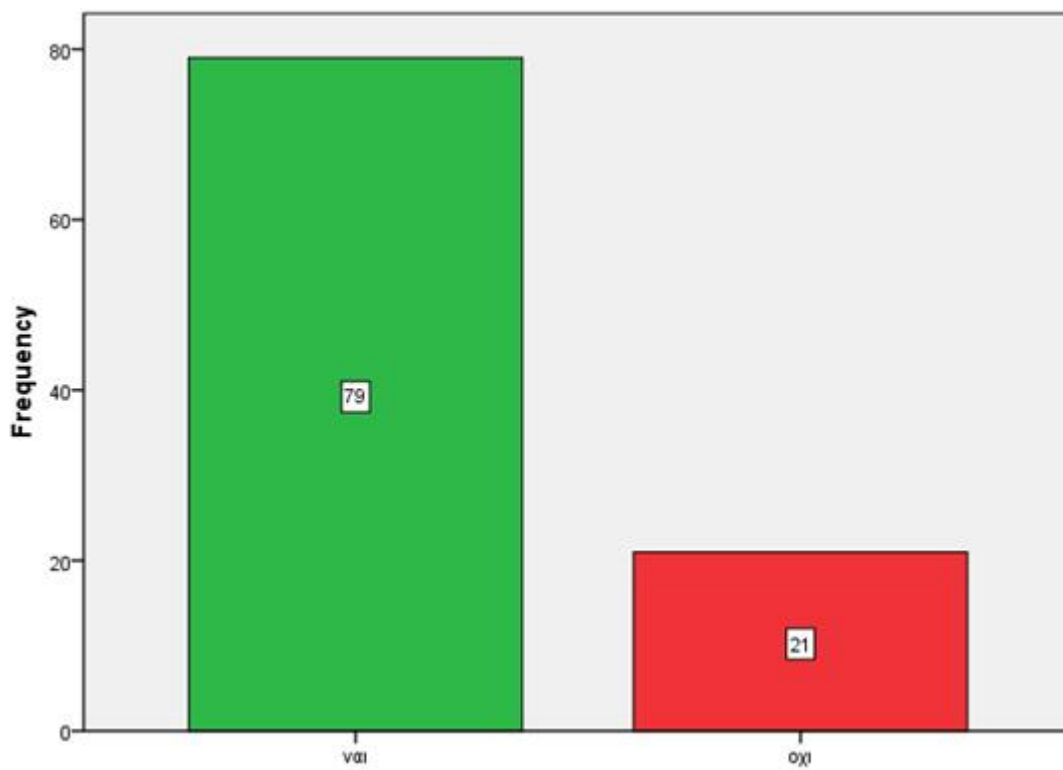


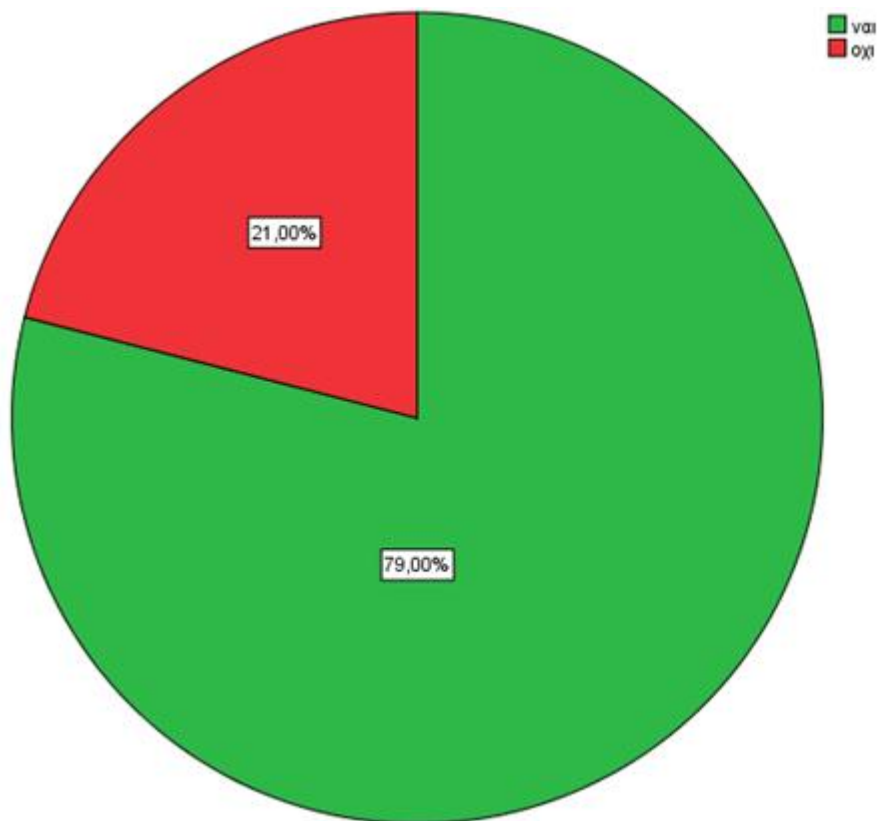


Στην δεύτερη ερώτηση για το εάν οι ερωτηθέντες έχουν ενημερωθεί γύρω από το θέμα της Νευρογενούς Ανορεξίας οι 73 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως έχουν λάβει ενημέρωση για αυτό το θέμα ενώ οι υπόλοιποι 27 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως Δεν έχουν λάβει ενημέρωση για το θέμα της Νευρογενούς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

3. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ;

		Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο	ναι	79	79,0	79,0
	όχι	21	21,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0

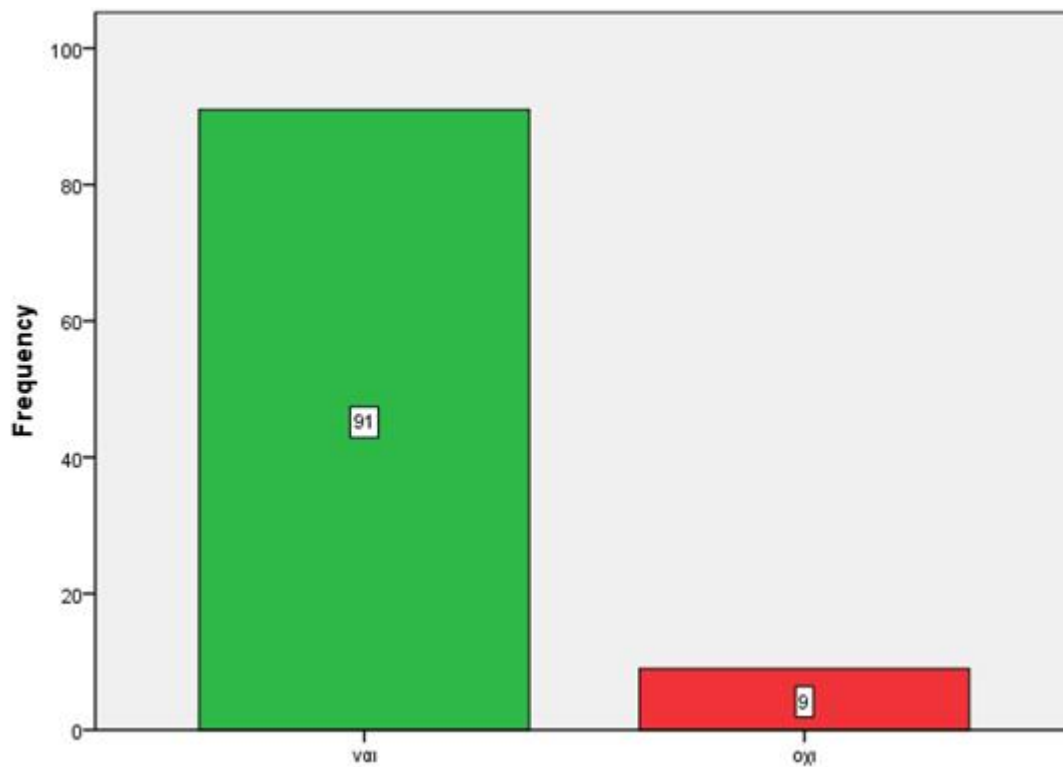


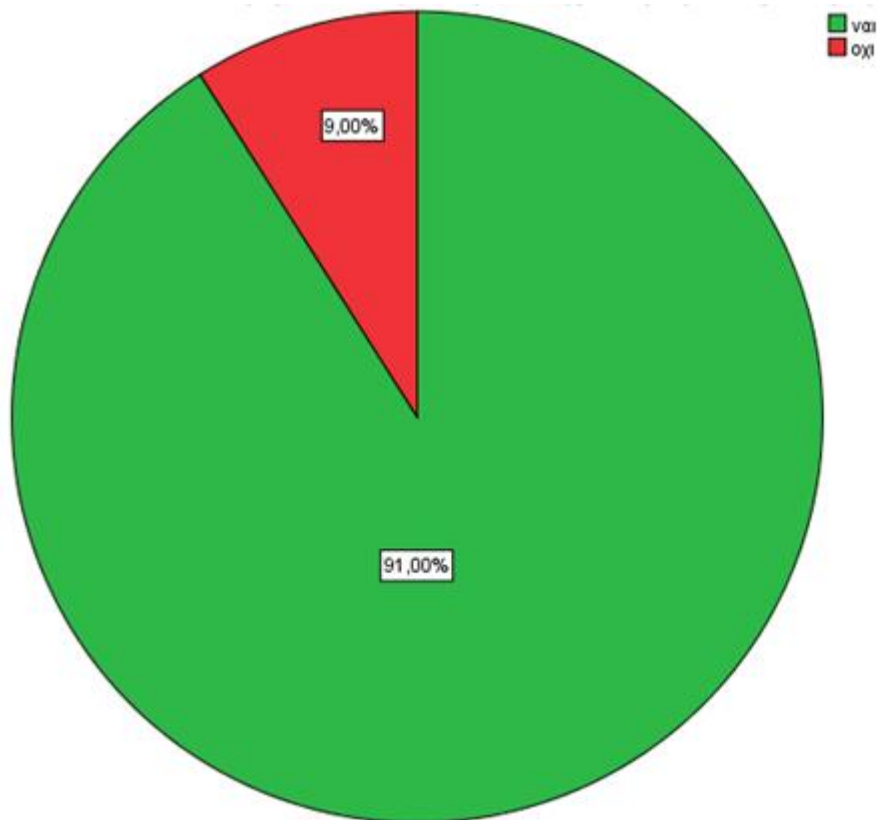


Στην τρίτη ερώτηση για το εάν οι ερωτηθέντες γνωρίζουν που οφείλεται η Νευρογενής Ανορεξία οι 79 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως γνωρίζουν που οφείλεται η νόσος ενώ οι υπόλοιποι 21 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως Δεν γνωρίζουν που οφείλεται η νόσος της Νευρογενούς Ανορεξίας.

4. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ;

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο	ναι	91	91,0	91,0	91,0
	όχι	9	9,0	9,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

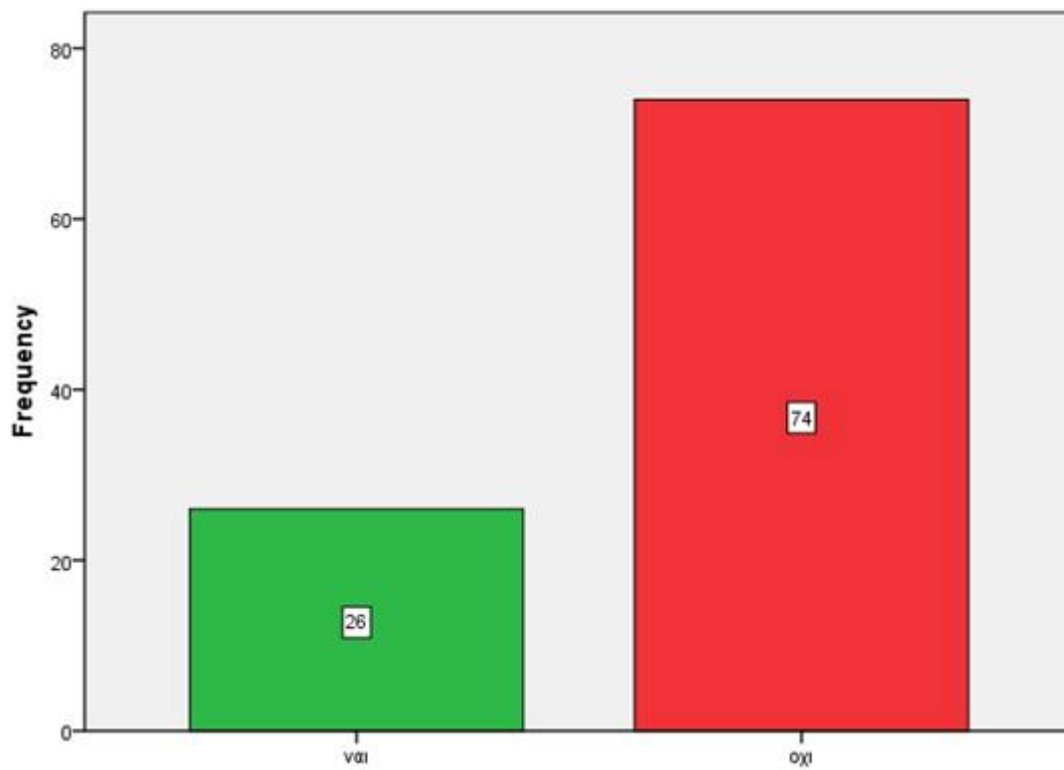


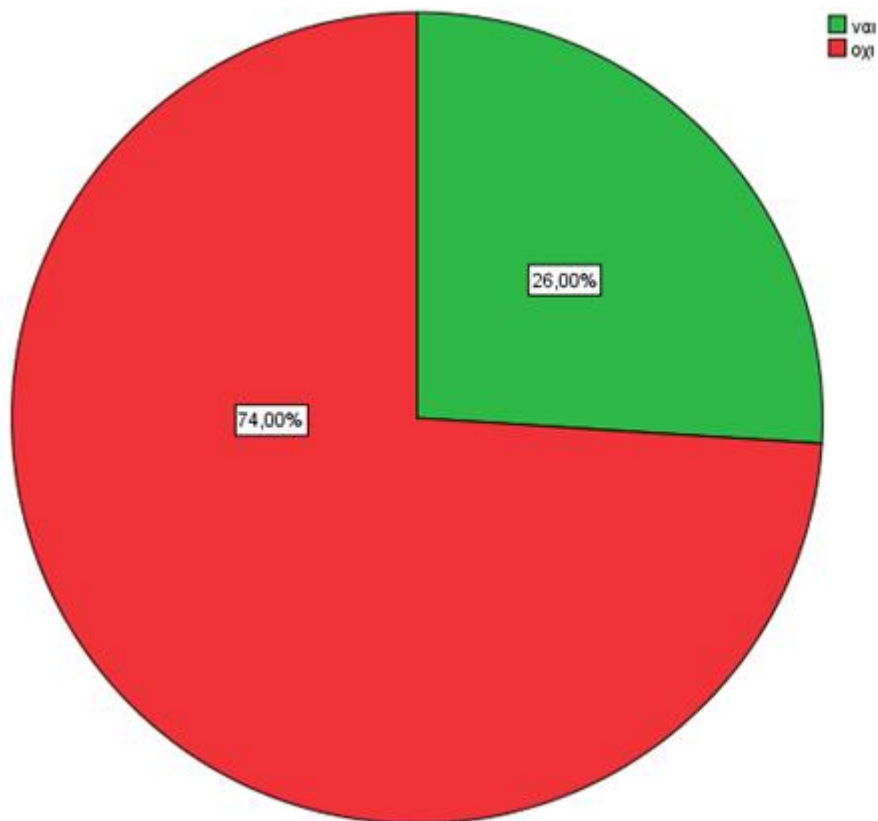


Στην τέταρτη ερώτηση για το εάν οι ερωτηθέντες γνωρίζουν ποια είναι τα συμπτώματα της Νευρογενούς Ανορεξίας οι 91 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως γνωρίζουν τα συμπτώματα της Νευρογενούς Ανορεξίας ενώ οι υπόλοιποι 9 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως Δεν γνωρίζουν τα συμπτώματα της νόσου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

5. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΑΣ;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο ναι	26	26,0	26,0	26,0
ο όχι	74	74,0	74,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

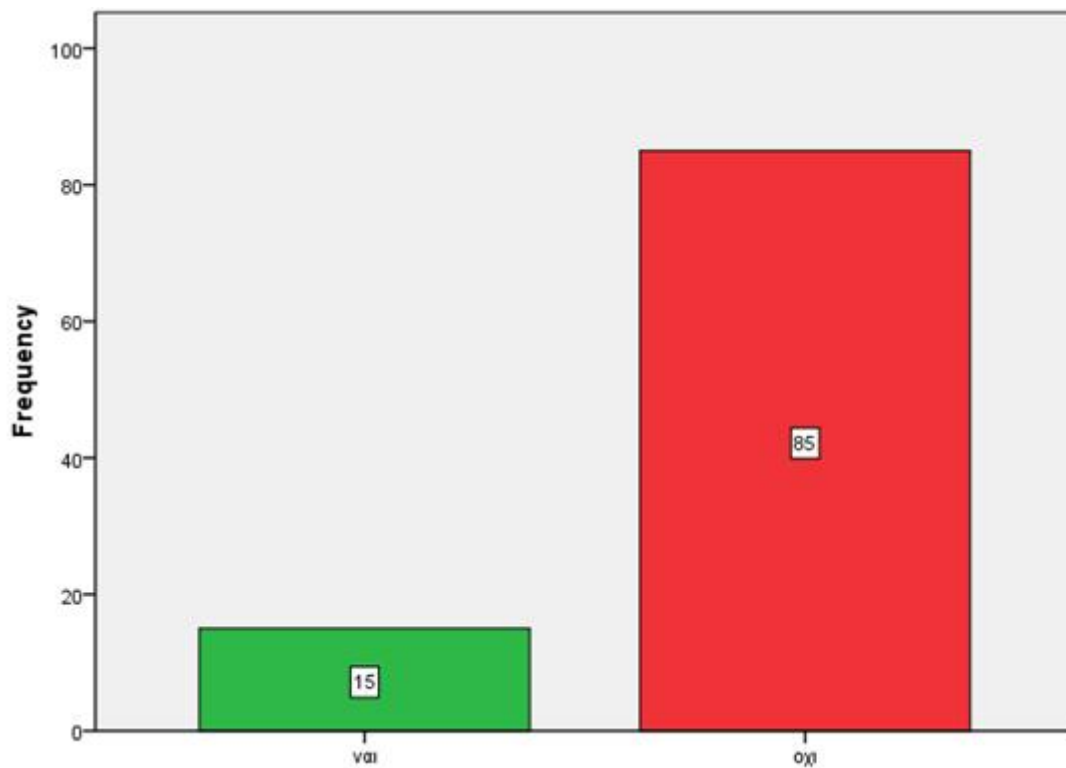


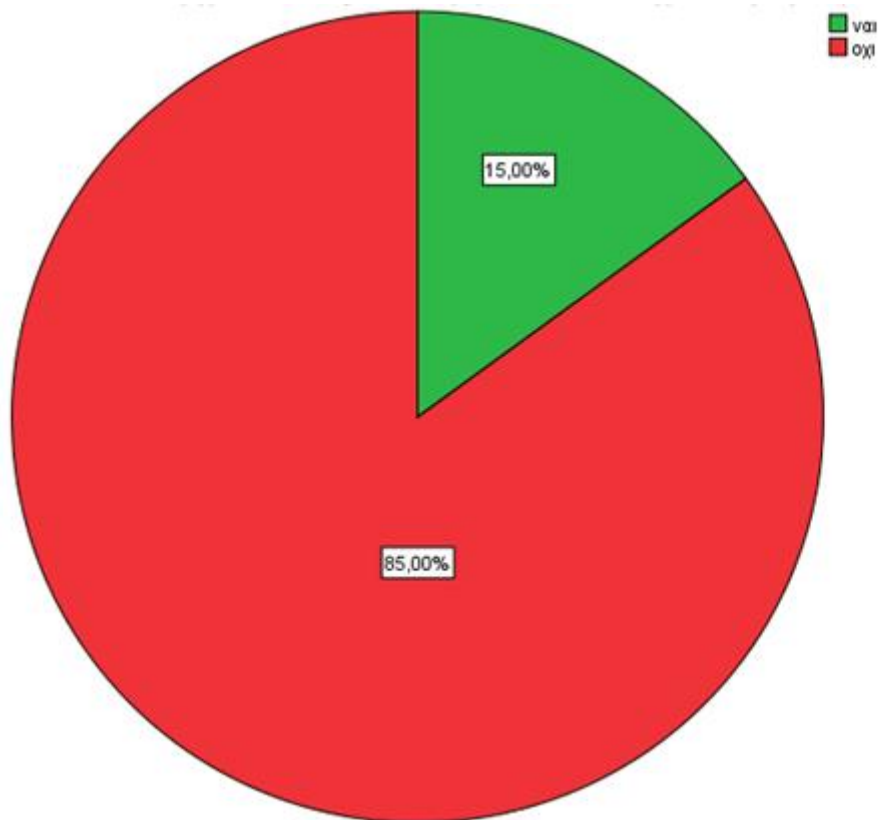


Στην πέμπτη ερώτηση για το εάν υπάρχουν άτομα με κάποια μορφή διατροφικής διαταραχής στο περιβάλλον τους οι 26 στους 100 ερωτηθέντες σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως κάποιος/οι στο περιβάλλον τους πάσχει από κάποια μορφή διατροφικής διαταραχής ενώ οι υπόλοιποι 74 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως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

6. ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΑΤΟΜΟ ΣΤΟ ΦΙΛΙΚΟ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΑΣ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο ναι	15	15,0	15,0	15,0
ο όχι	85	85,0	85,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	





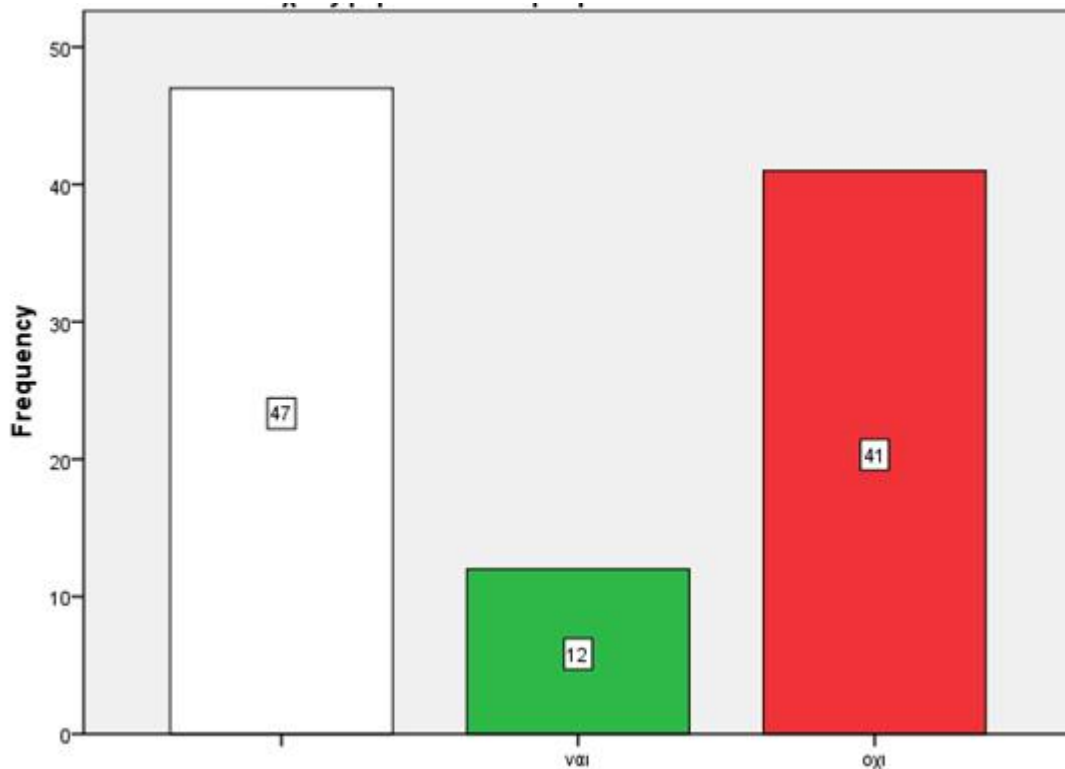
Στην έκτη ερώτηση για το εάν υπάρχουν άτομα με Νευρογενή Ανορεξία στο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον τους οι 15 στους 100 ερωτηθέντες σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως κάποιος/οι στο περιβάλλον τους πάσχει από Νευρογενή Ανορεξία ενώ οι υπόλοιποι 85 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως κανείς από το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

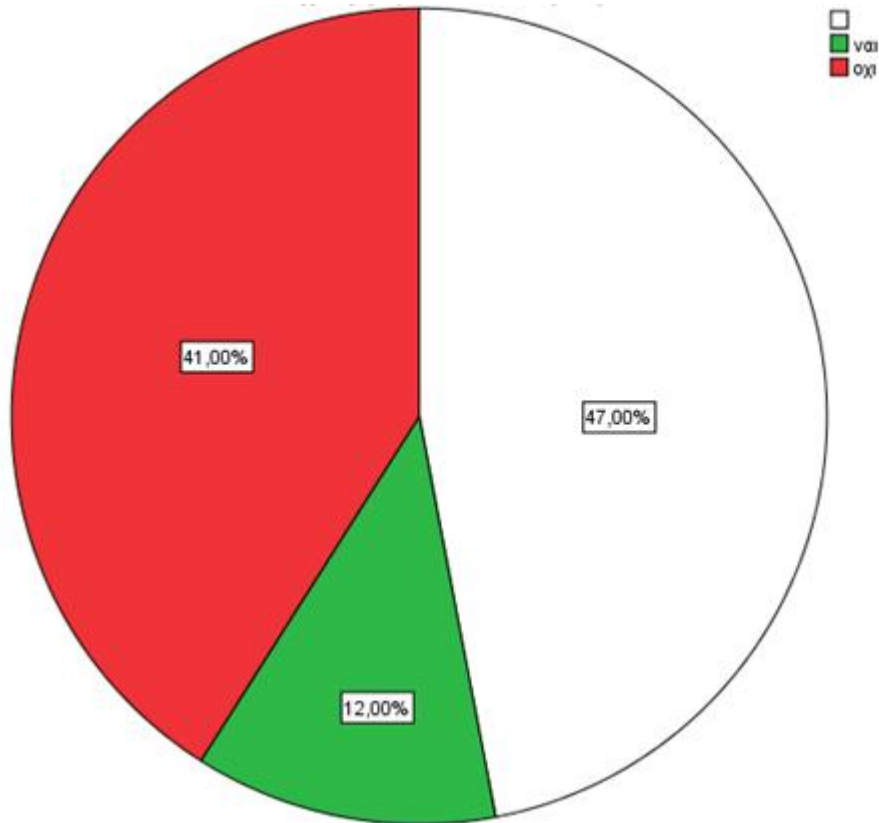
7. ΑΝ ΝΑΙ ΕΧΕΙ ΖΗΤΗΣΕΙ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ;

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο	μη απάντηση	47	47,0	47,0	47,0
	ναι	12	12,0	12,0	59,0
	όχι	41	41,0	41,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

Ο πίνακας μετά την απομάκρυνση των κενών απαντήσεων

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο	ναι	12	22,6	22,6	22,6
	όχι	41	77,4	77,4	100,0
	Σύνολο	53	100,0	100,0	

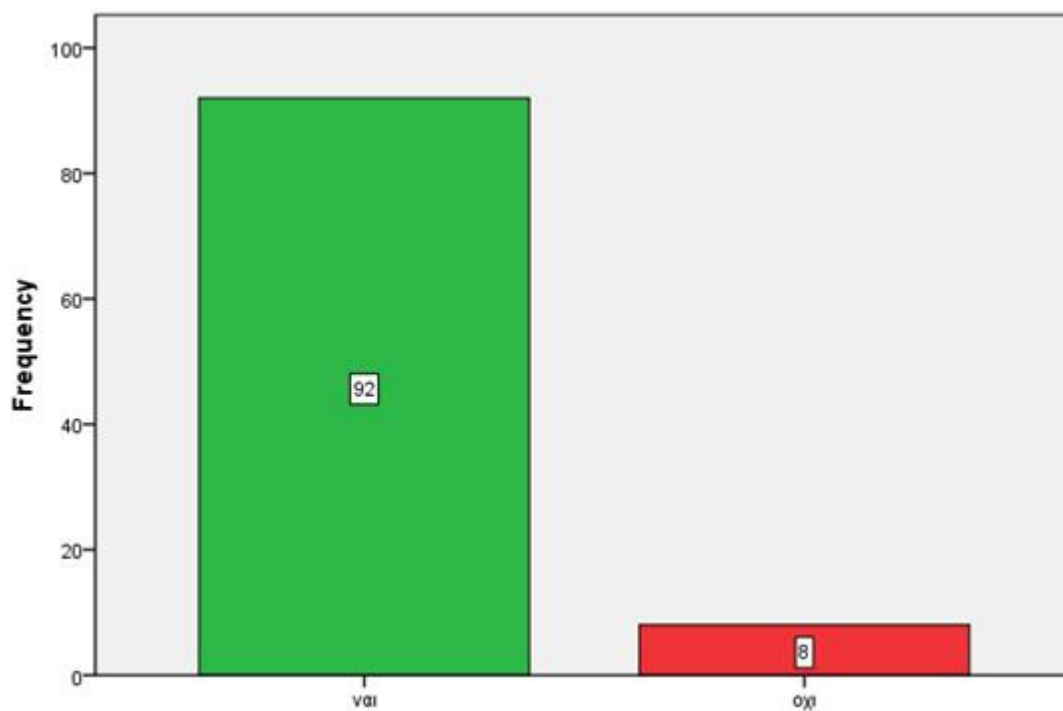


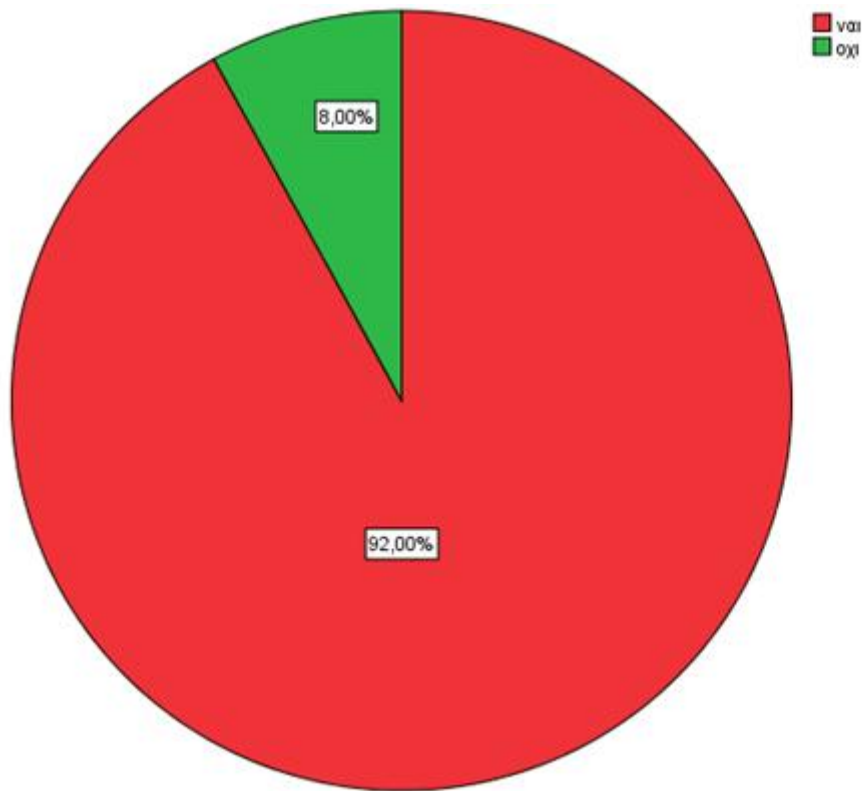


Στην έβδομη ερώτηση για το εάν όσοι από το φιλικό ή οικογενειακό περιβάλλον των ερωτηθέντων οι οποίοι έχουν Διατροφική Διαταραχή οι 12 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό επί του γενικού συνόλου ενώ στο σύνολο των ερωτηθέντων ήταν 22,6% απάντησαν πως αυτά τα άτομα ζήτησαν βοήθεια και οι υπόλοιποι 41 σε ποσοστό επί του συνόλου 41% ενώ στο σύνολο των ατόμων που απάντησαν ήταν 77,4% απάντησαν πως δεν έχουν ζητήσει βοήθεια τα άτομα του φιλικού ή οικογενειακού περιβάλλοντος τους. 47 άτομα δεν απάντησαν.

8. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΧΡΗΣΟΥΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο ναι	92	92,0	92,0	92,0
ο όχι	8	8,0	8,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

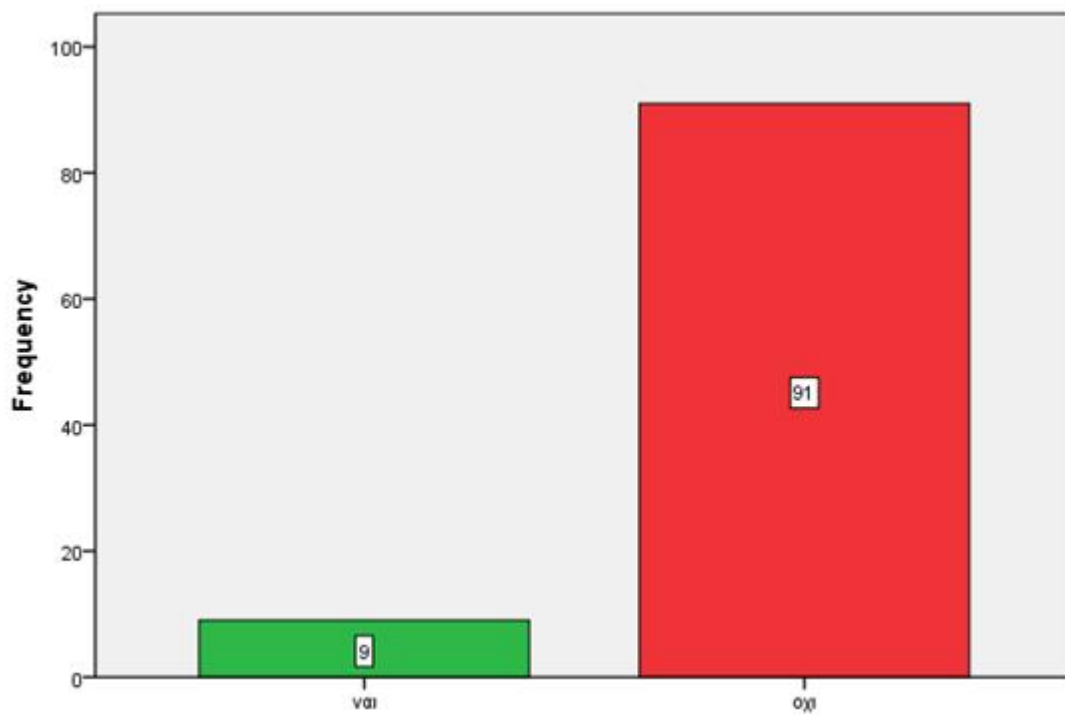


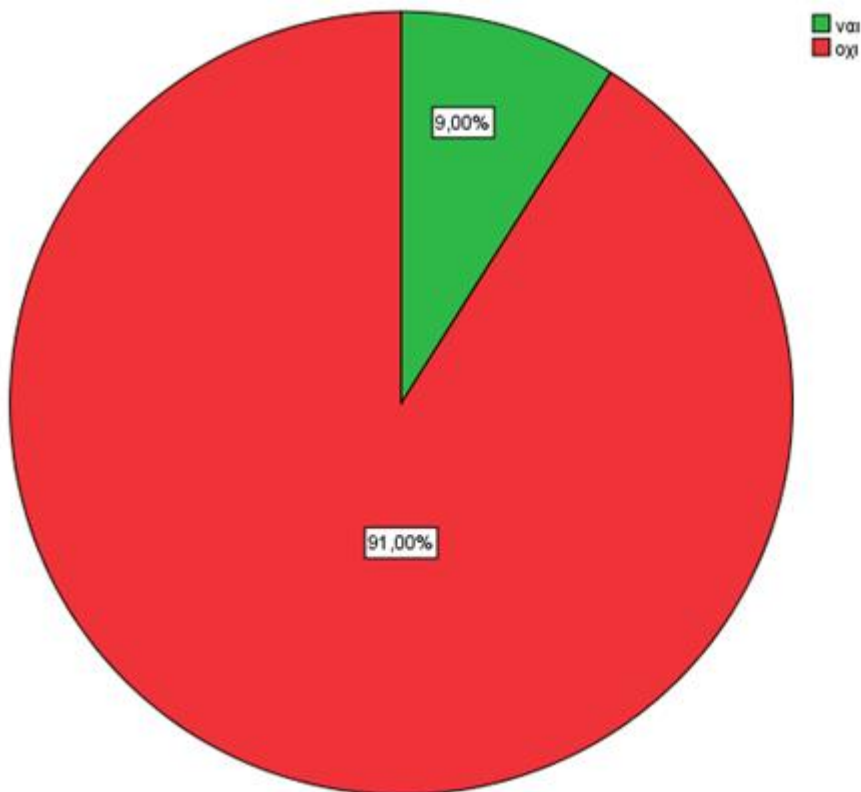


Στην όγδοη ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν πιστεύουν πως τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα Νευρογενούς Ανορεξίας χρήζουν Ιατρικής Παρακολούθησης οι 92 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν ότι οι ασθενείς χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης ενώ οι υπόλοιποι 8 σε ποσοστό 8%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

9. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΝΤΙΑΛΦΘΕΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο ναι	9	9,0	9,0	9,0
όχι	91	91,0	91,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

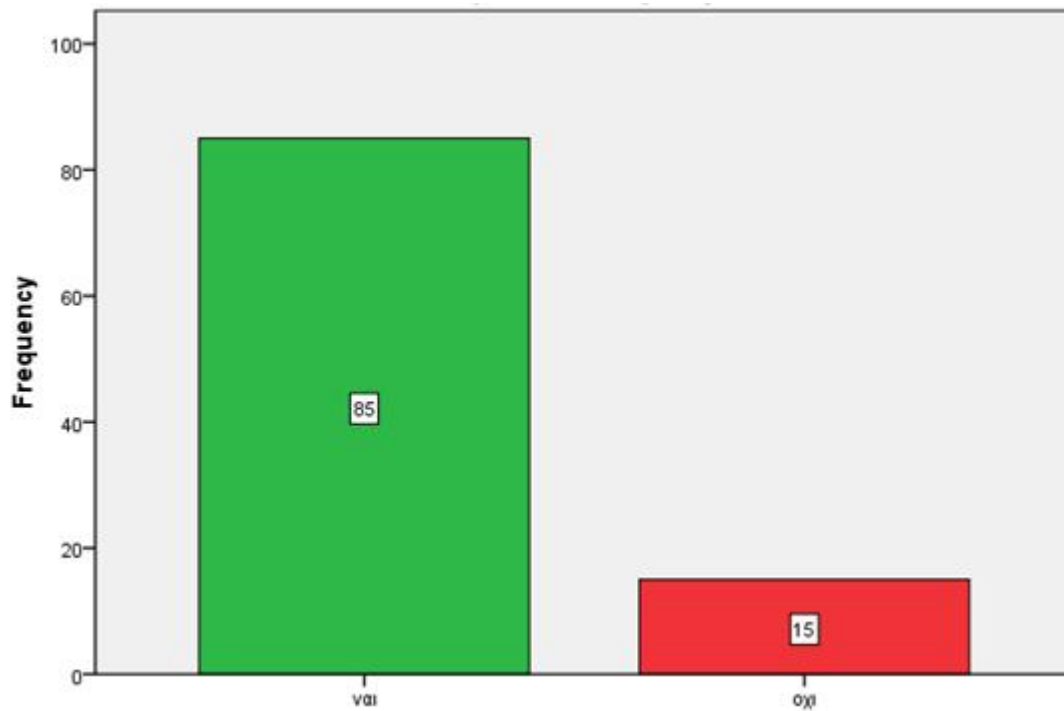


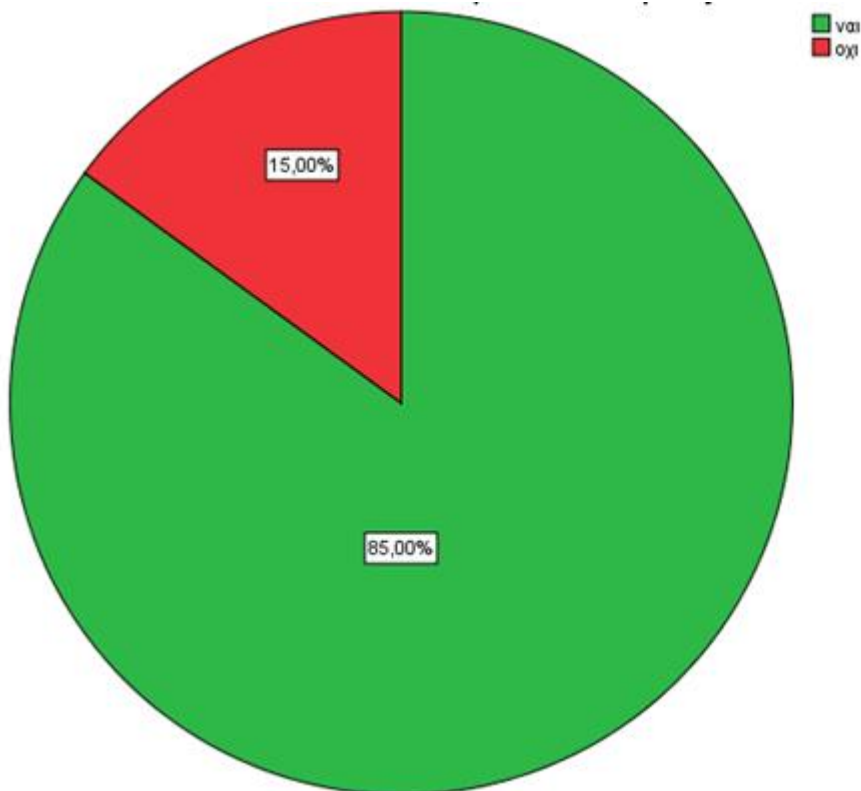


Στην ένατη ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν πιστεύουν πως τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα Νευρογενούς Ανορεξίας είναι Ικανά να αντιληφθούν την κατάσταση τους οι 91 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν ότι οι αυτά τα άτομα δεν είναι ικανά να αντιληφθούν την κατάσταση τους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

10. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΚΑΙ ΦΙΛΙΚΟ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΟΥΣ ΤΟΝΙΣΕΙ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο ναι	85	85,0	85,0	85,0
ο όχι	15	15,0	15,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

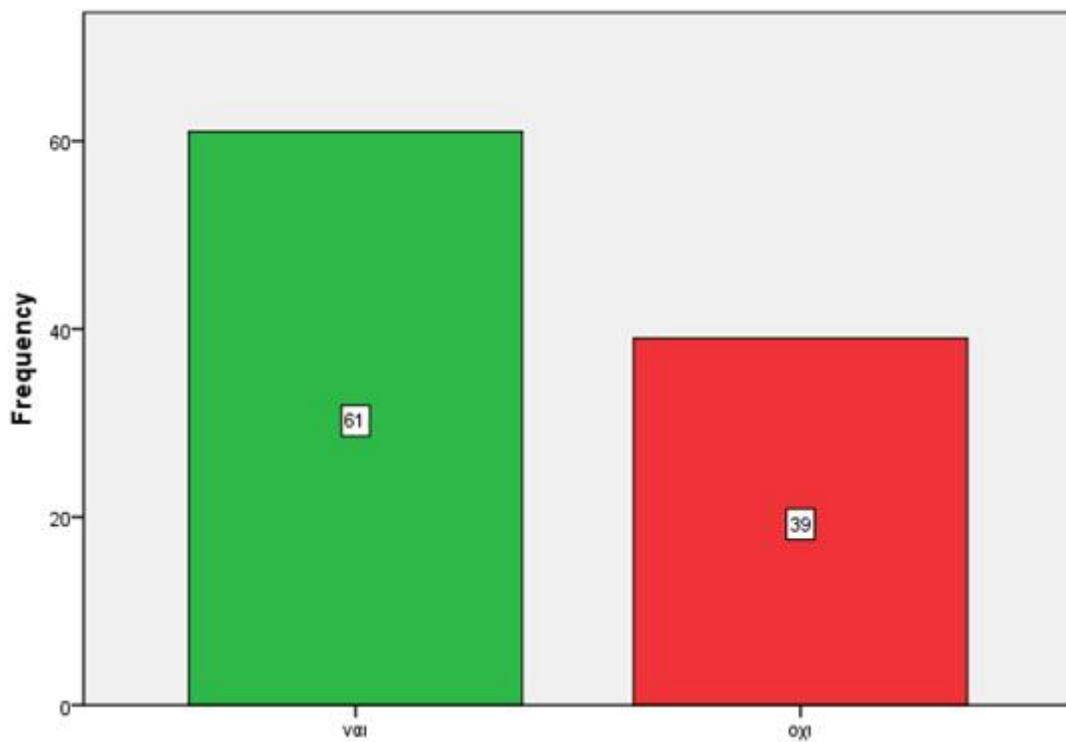


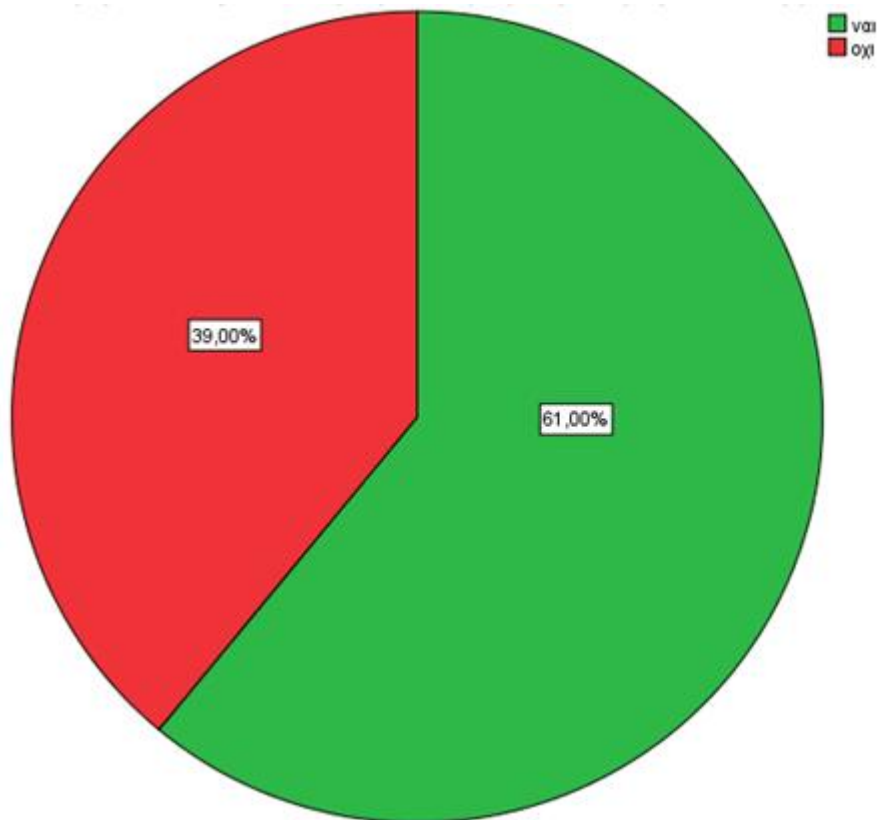


Στην δέκατη ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν θεωρούν πως το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ατόμων με Νευρογενή Ανορεξία πρέπει να τους τονίσει το πρόβλημα τους οι 85 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ατόμων με Νευρογενή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

**11. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΩΣ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ
ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΤΟΥ;**

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο ο	ναί	61	61,0	61,0
	όχι	39	39,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	

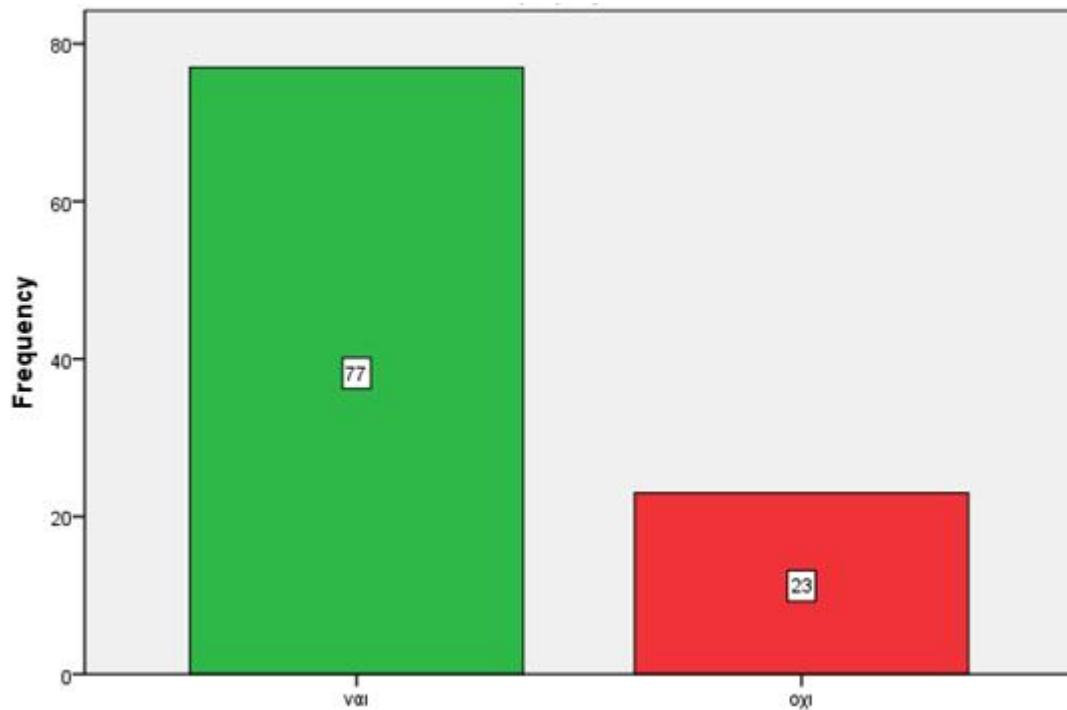


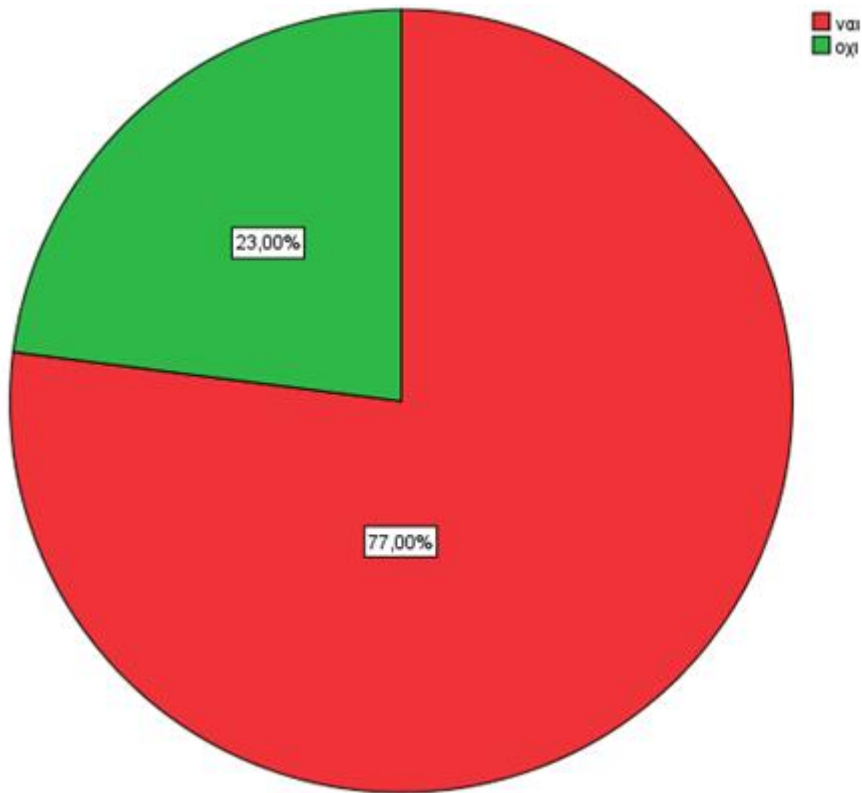


Στην ενδέκατη ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν γνωρίζουν πως ένας ασθενής με Νευρογενή Ανορεξία αντιλαμβάνεται τον εαυτό του οι 61 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως γνωρίζουν πως οι ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους πρόβλημα τους ενώ οι υπόλοιποι 39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

12. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΖΕΙ ΡΟΛΟ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΠΕΡΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο	77	77,0	77,0	77,0
ο	23	23,0	23,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

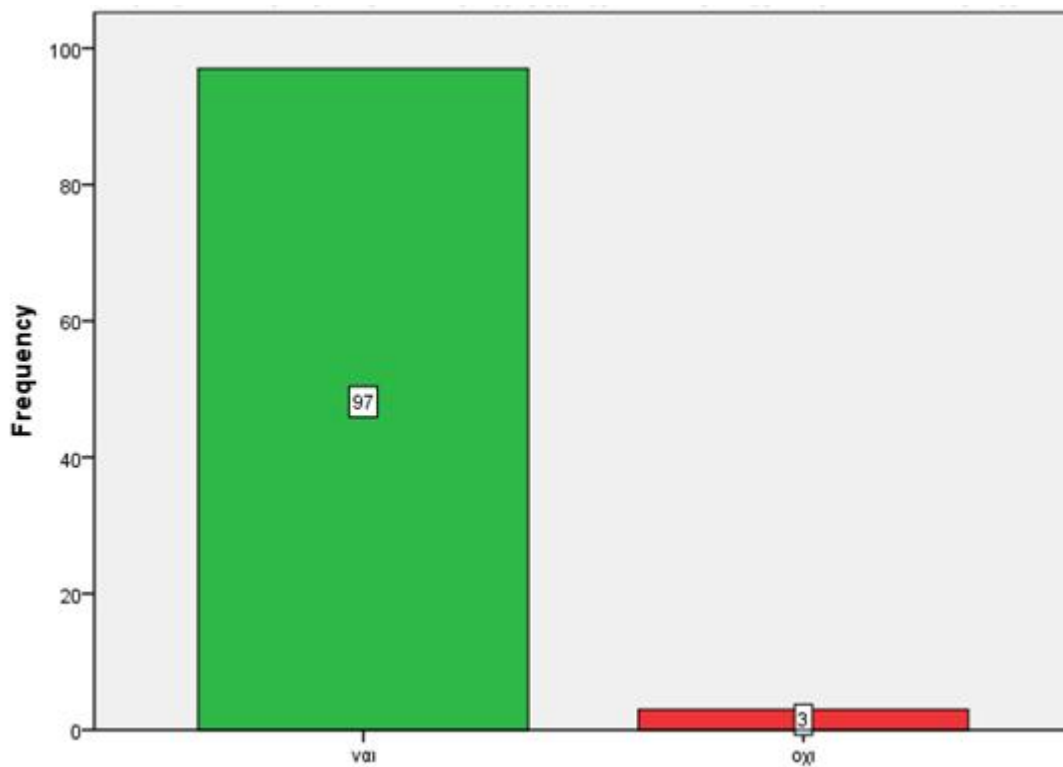


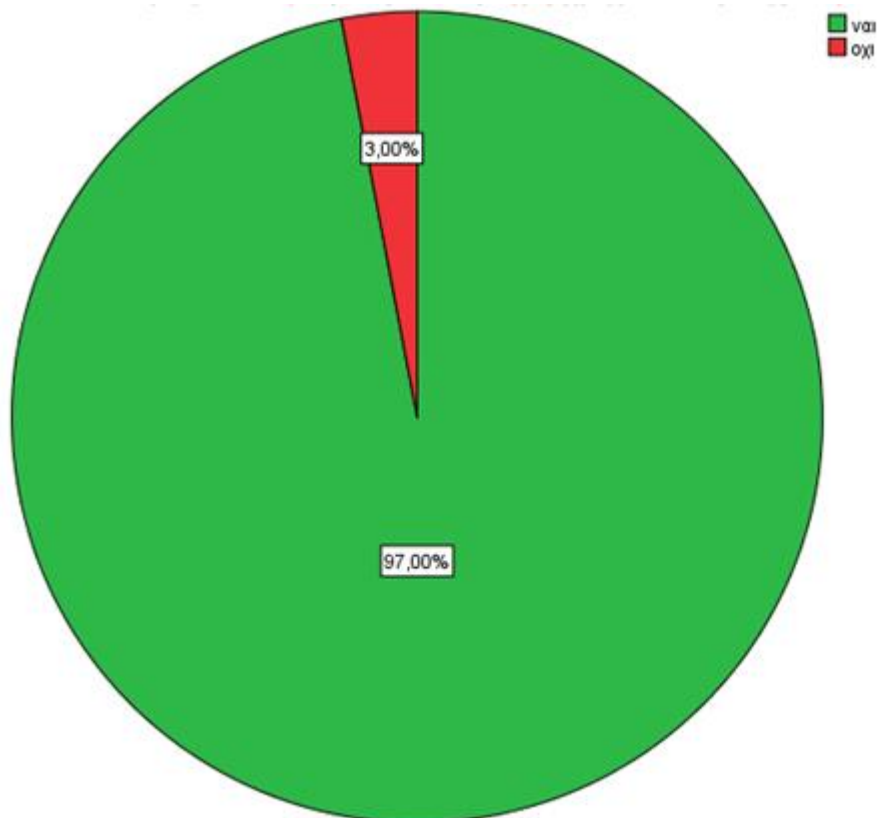


Στην δωδέκατη ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν θεωρούν πως η ηλικία είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την αντίληψη του ατόμου για τη Νευρογενή Ανορεξία οι 77 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν πως η ηλικία είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την διαμόρφωση αντίληψης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

13. ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΡΗΣΟΥΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο ναι	97	97,0	97,0	97,0
ο όχι	3	3,0	3,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

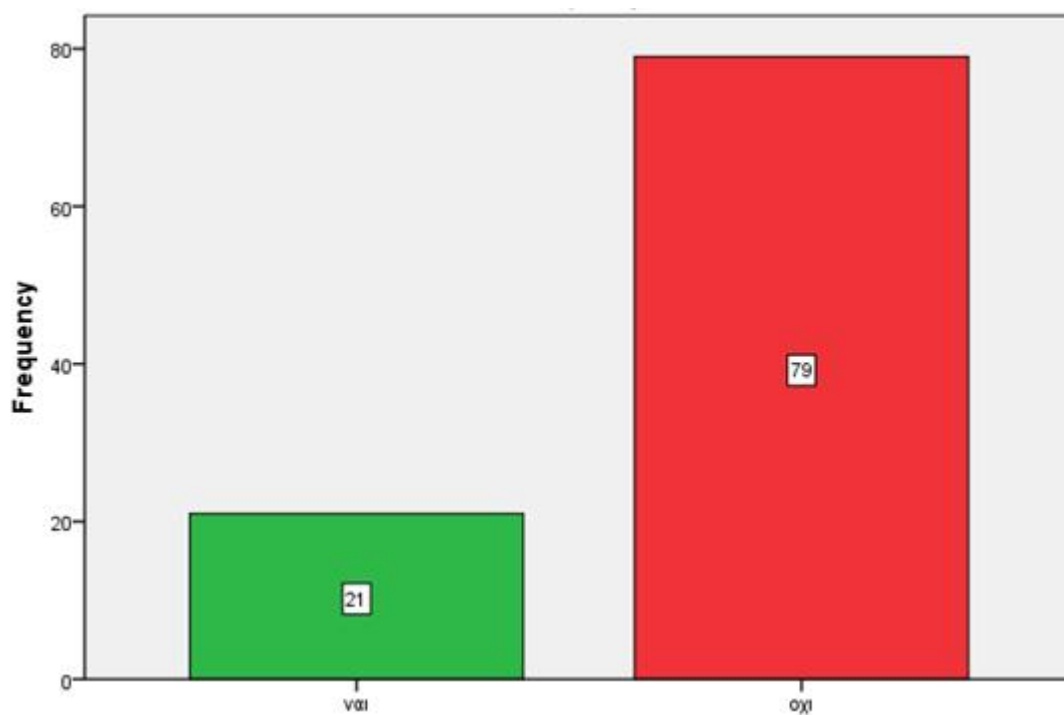


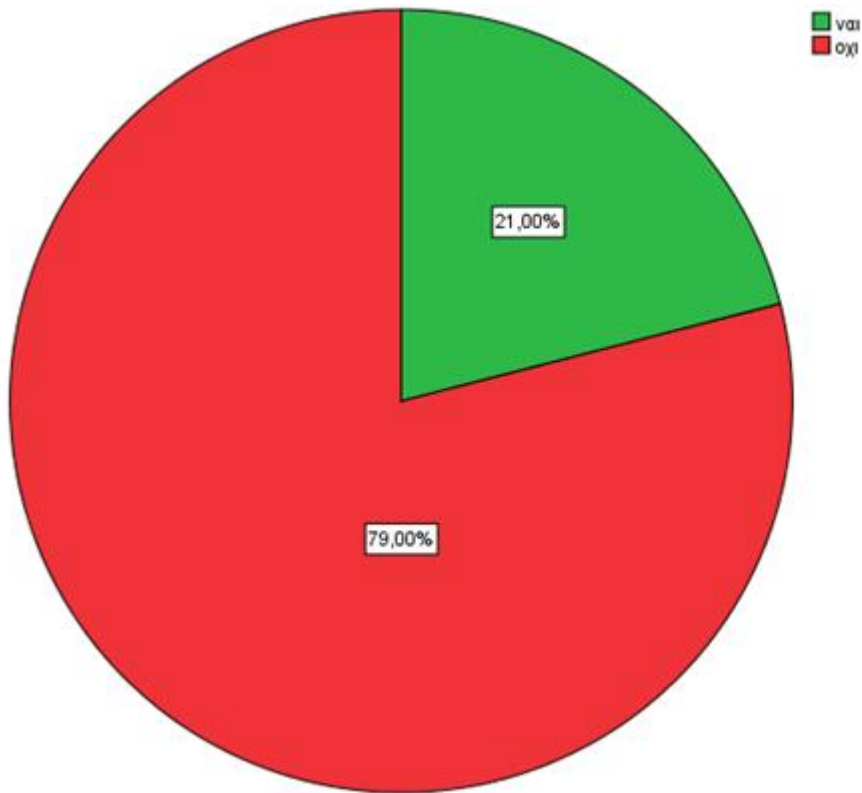


Στην δέκατη τρίτη ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν θεωρούν πως τα άτομα με Διατροφικές Διαταραχές χρήζουν Ιατρικής Παρακολούθησης η συντριπτική πλειοψηφία, 97 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν πως οι ασθενείς που πάσχουν από οποίας μορφής Διατροφικής Διαταραχής όντως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

**14. ΕΙΝΑΙ ΕΥΚΟΛΟ ΓΙΑ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΑ
ΑΝΤΙΛΗΦΤΕΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ**

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο	ναι	21	21,0	21,0	21,0
	όχι	79	79,0	79,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

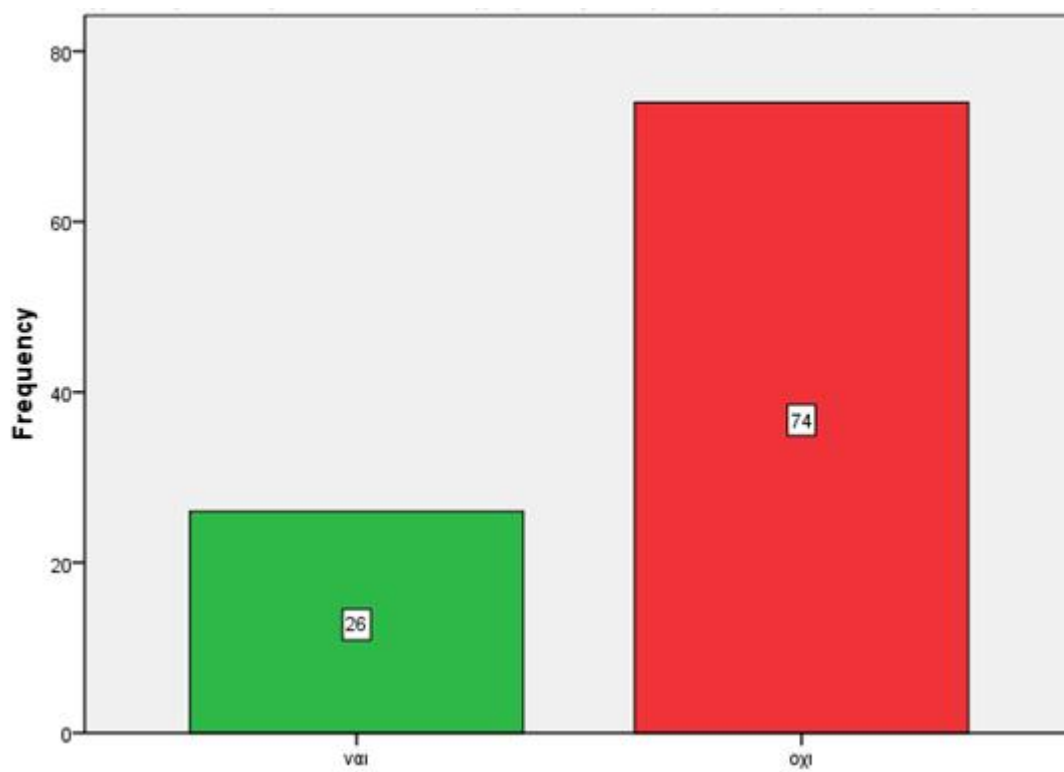


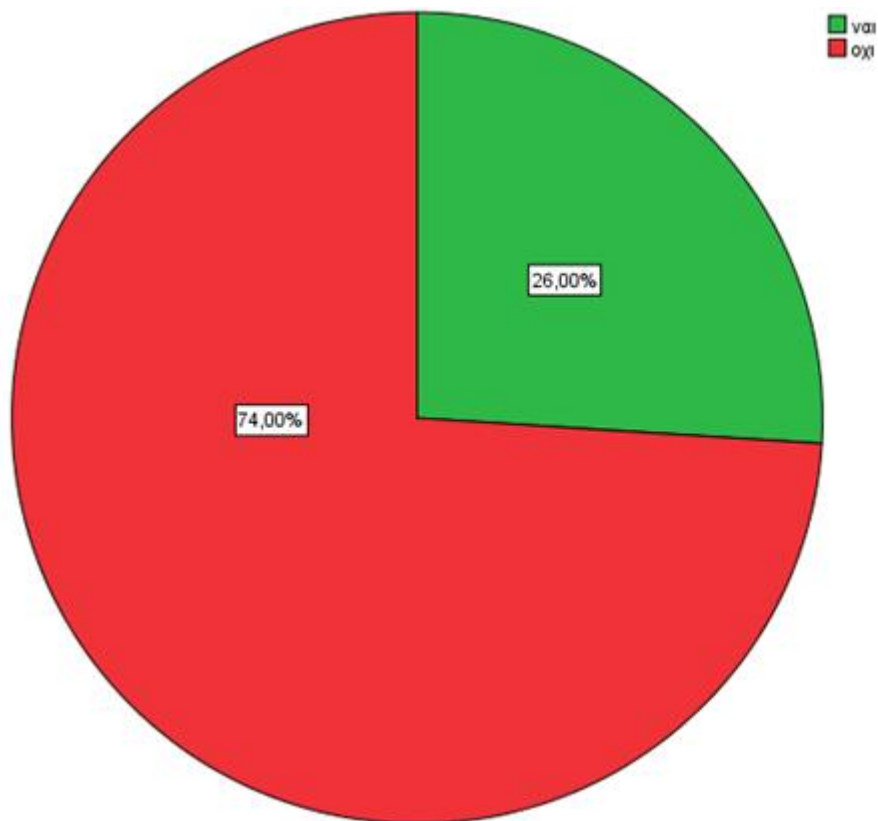


Στην δέκατη τέταρτη ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν είναι εύκολο για έναν ασθενή με Διατροφικές Διαταραχές να αντιληφθεί την κατάσταση του οι 79 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν πως οι ασθενείς με Διατροφικές Διαταραχές δεν είναι εύκολο να αντιληφθούν την κατάσταση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

**15. ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΣΚΛΗΘΕΙ ΣΕ ΗΜΕΡΙΑΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ ΤΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ
ΑΝΟΡΕΞΙΑ;**

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο ο	ναί	26	26,0	26,0
	όχι	74	74,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0

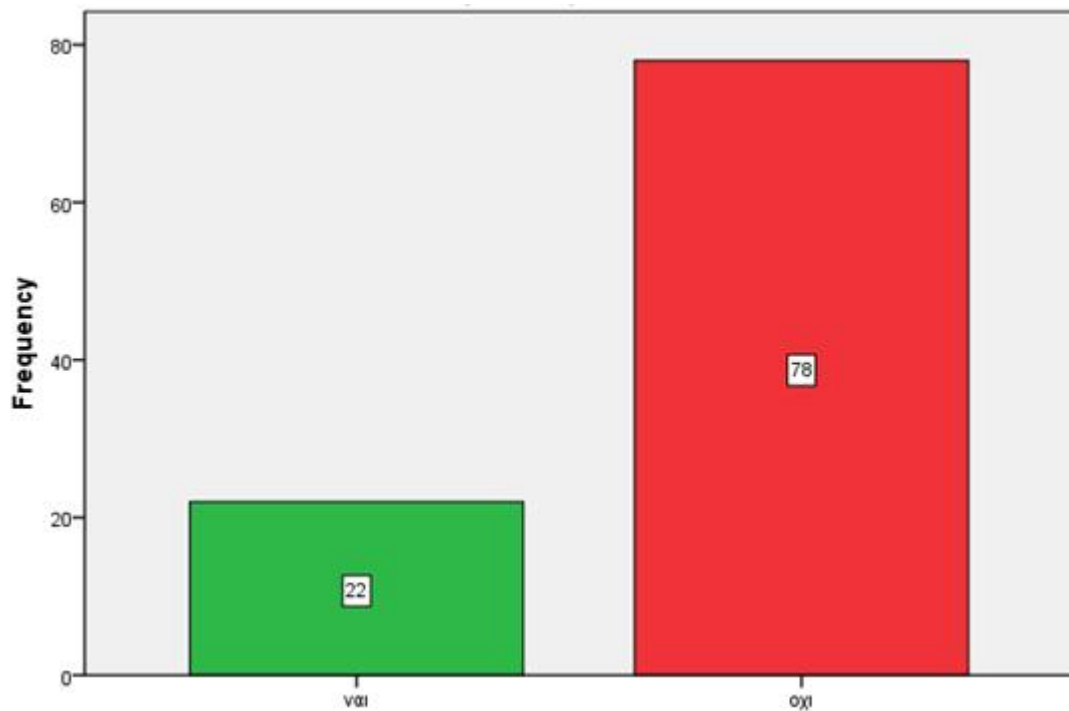


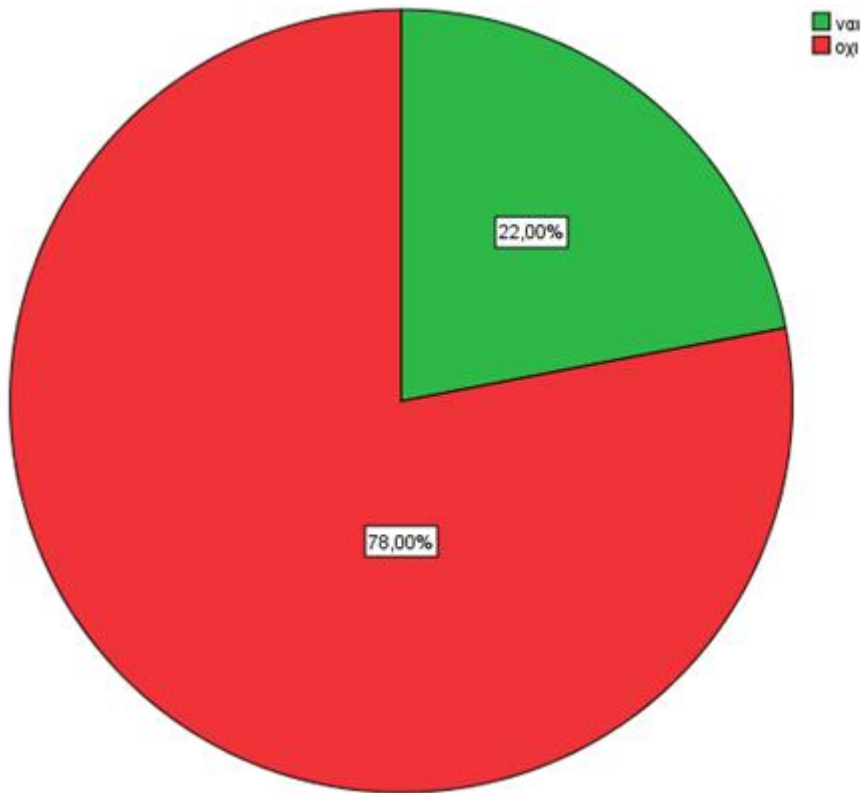


Στην δέκατη πέμπτη ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν έχουν προσκληθεί σε ημερίδες με θέμα την Νευρογενή Ανορεξία οι 74 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως δεν έχουν λάβει κάποια πρόσκληση για κάποια ημερίδα με αυτό το θέμα ενώ οι υπόλοιποι 26 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως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

**16. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΠΑΡΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ
ΑΡΜΟΔΙΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΘΕΜΑ;**

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο	22	22,0	22,0	22,0
ο	78	78,0	78,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	
ο				

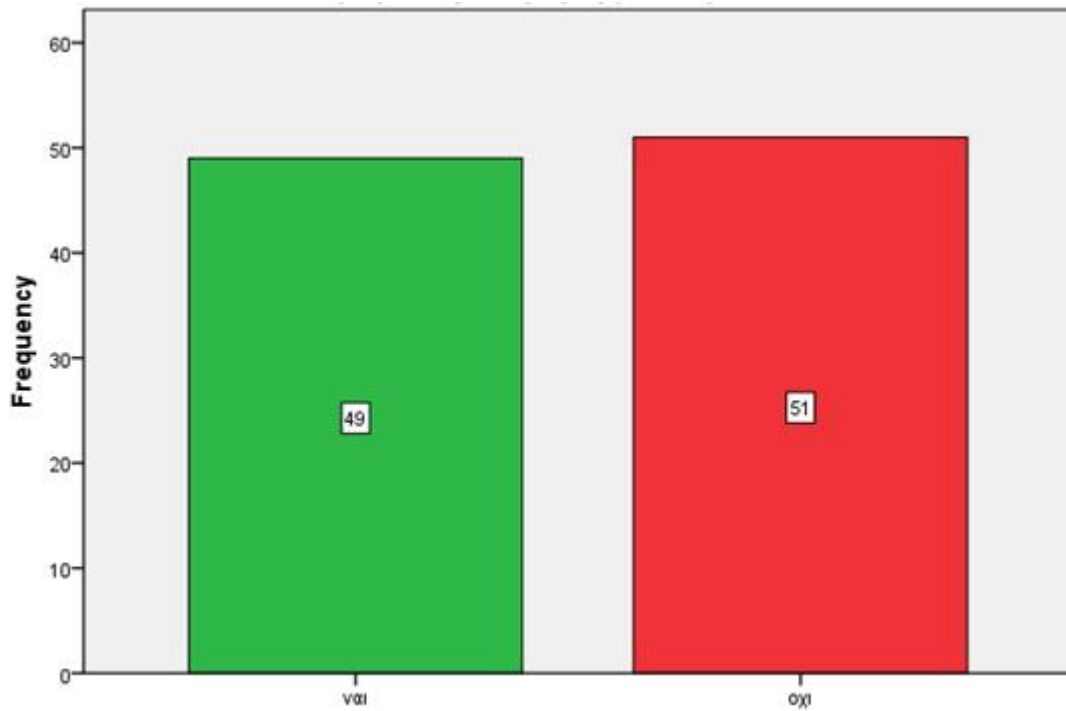


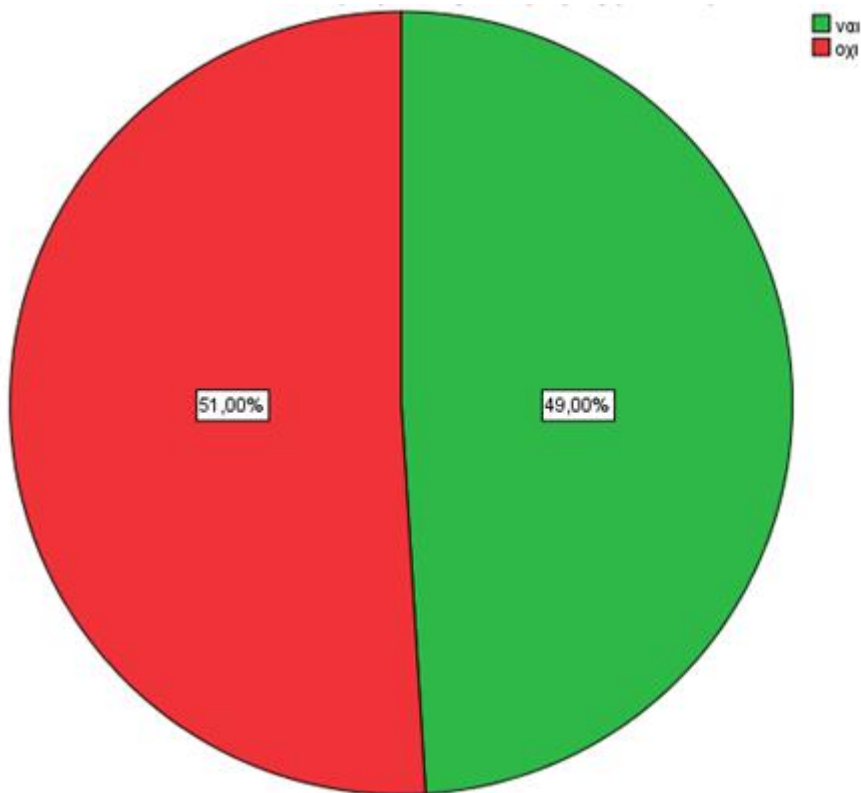


Στην δέκατη έκτη ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν θεωρούν το αν υπάρχει επαρκής ενημέρωση από τους αρμόδιου φορείς σχετικά με το θέμα της Νευρογενούς Ανορεξίας οι 78 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν ότι δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση σχετικά με το θέμα ενώ οι υπόλοιποι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

**17. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΑΡΜΟΔΙΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΟΥΝ ΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ
ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΜΕ ΕΠΑΡΚΕΙΑ;**

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο ο	ναί	49	49,0	49,0
	όχι	51	51,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0

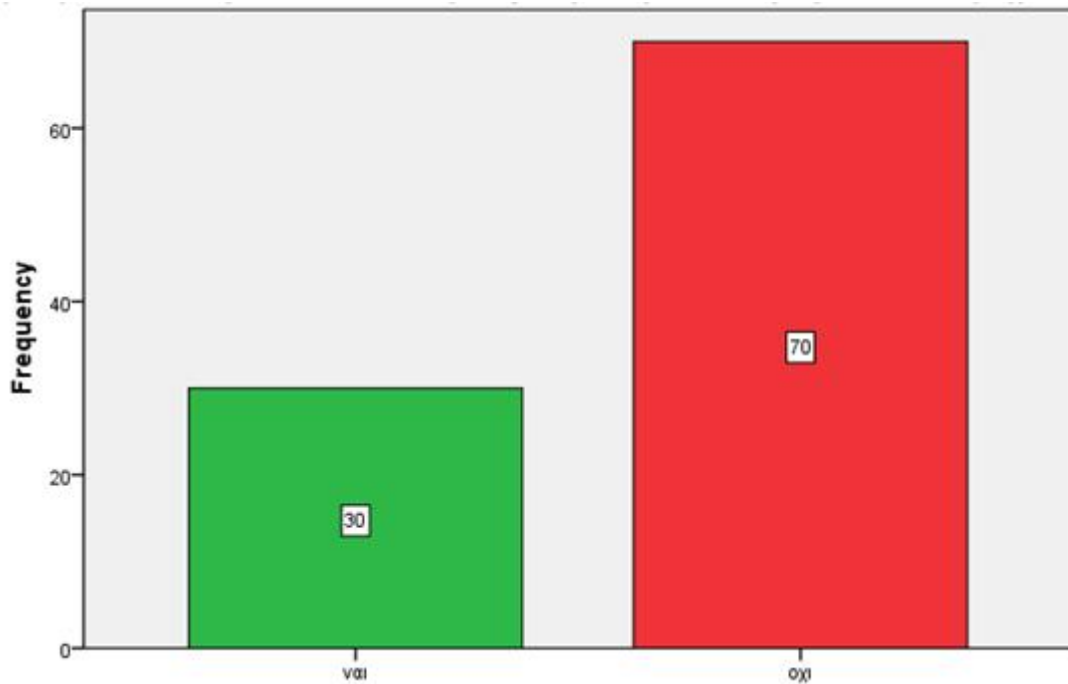


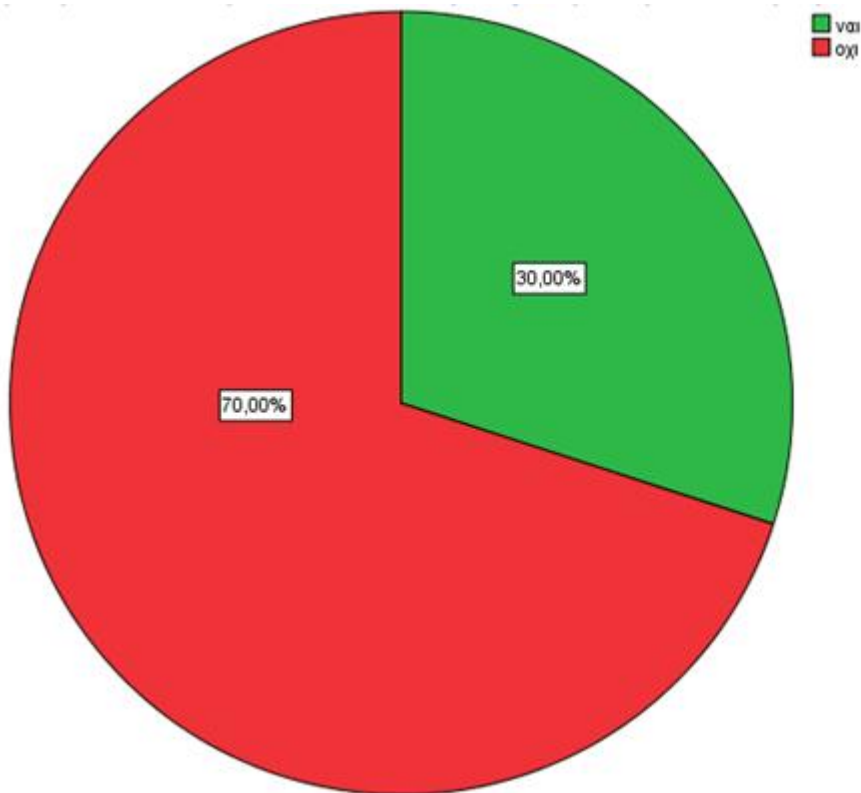


Στην δέκατη έβδομη ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν θεωρούν ότι οι αρμόδιοι φορείς του τομέα της ψυχικής και σωματικής υγείας μπορούν να αντιμετωπίσουν τις περιπτώσεις Νευρογενούς Ανορεξίας με επάρκεια σχεδόν οι μισοί δηλαδή 51 άτομα σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως δεν συμφωνούν με αυτή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

18. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΕΠΑΡΚΩΣ ΤΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ;

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο	ναι	30	30,0	30,0	30,0
	όχι	70	70,0	70,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

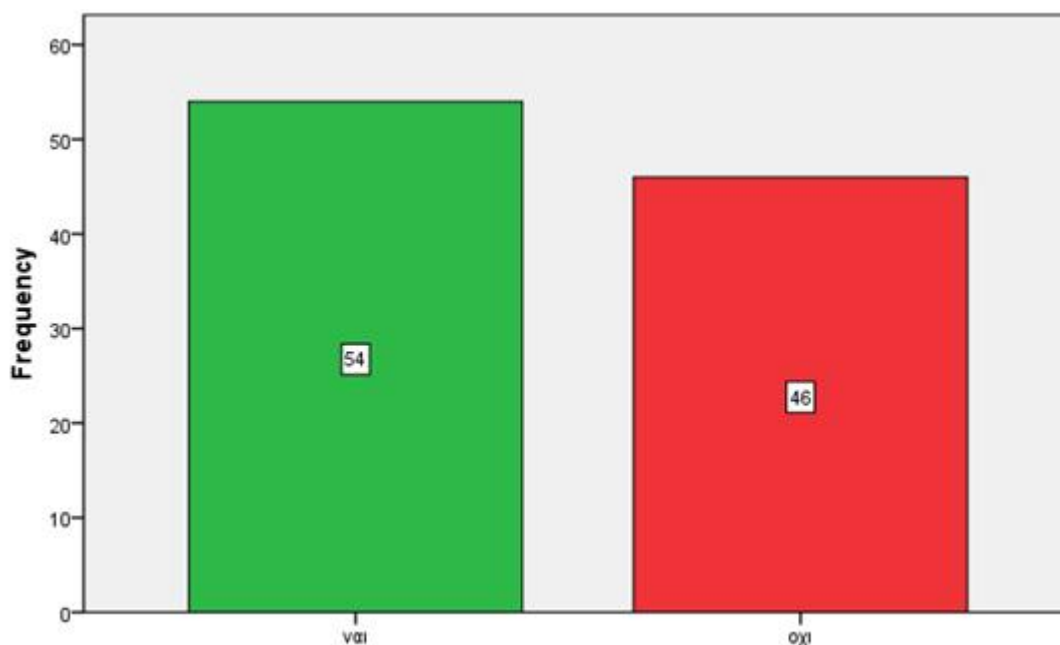


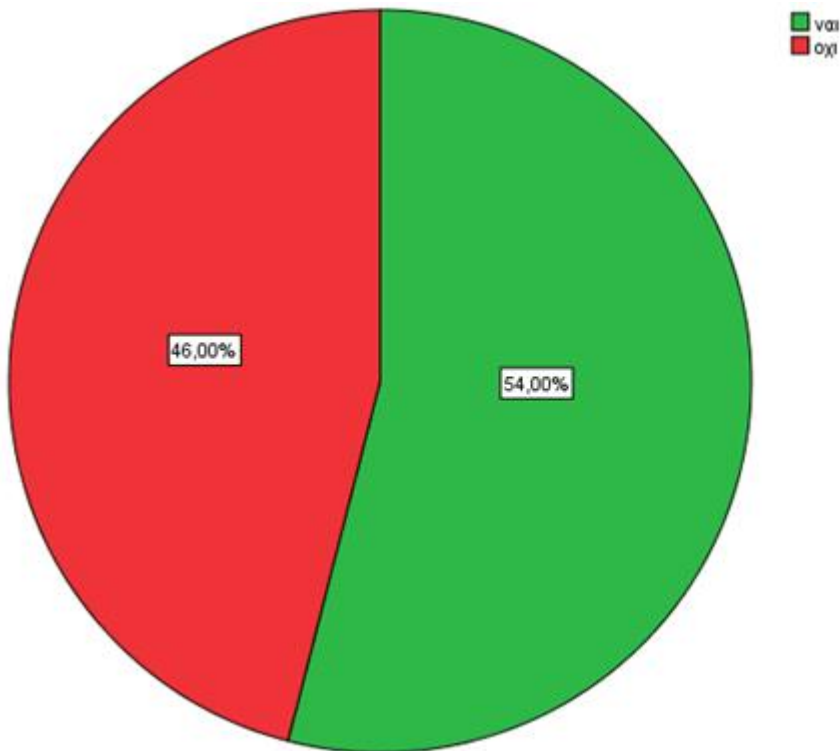


Στην δέκατη όγδοη ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν θεωρούν ότι οι αρχές Ψυχικής και Σωματικής υγείας της χώρας αντιμετωπίζουν επαρκώς τα φαινόμενα Διατροφικών Διαταραχών οι 70 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν ότι δεν είναι ικανές οι αρχές Ψυχικής και Σωματικής υγείας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

19. ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΕΧΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΩΣΤΕ ΝΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΘΟΥΝ ΑΡΚΟΥΝΤΩΣ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο ναι	54	54,0	54,0	54,0
ο όχι	46	46,0	46,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

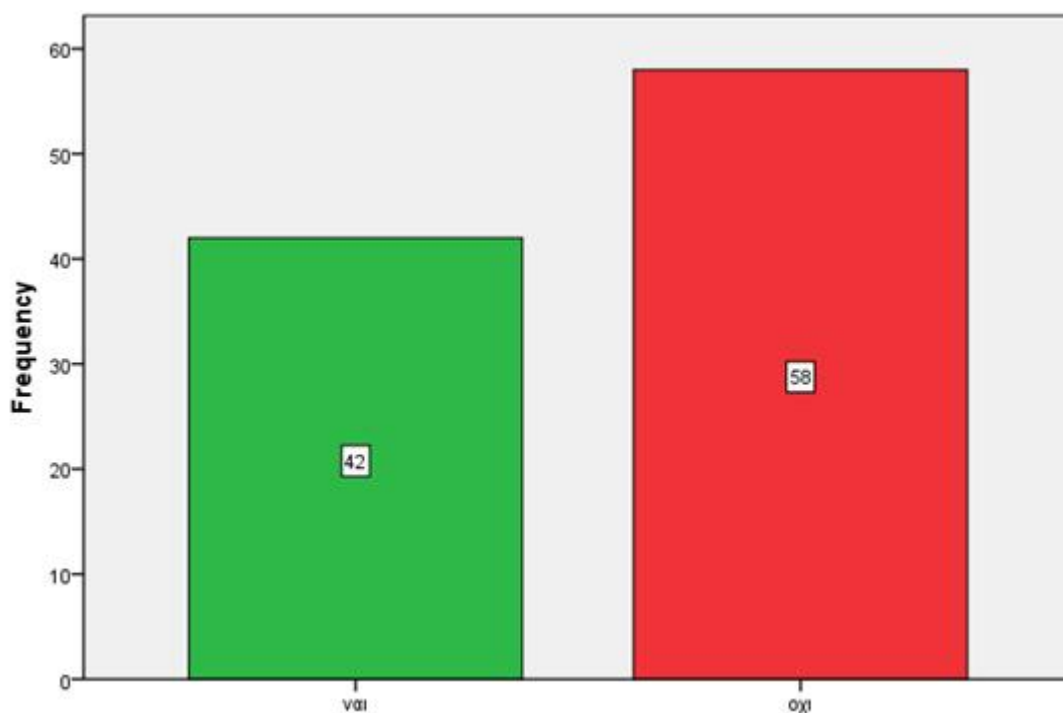


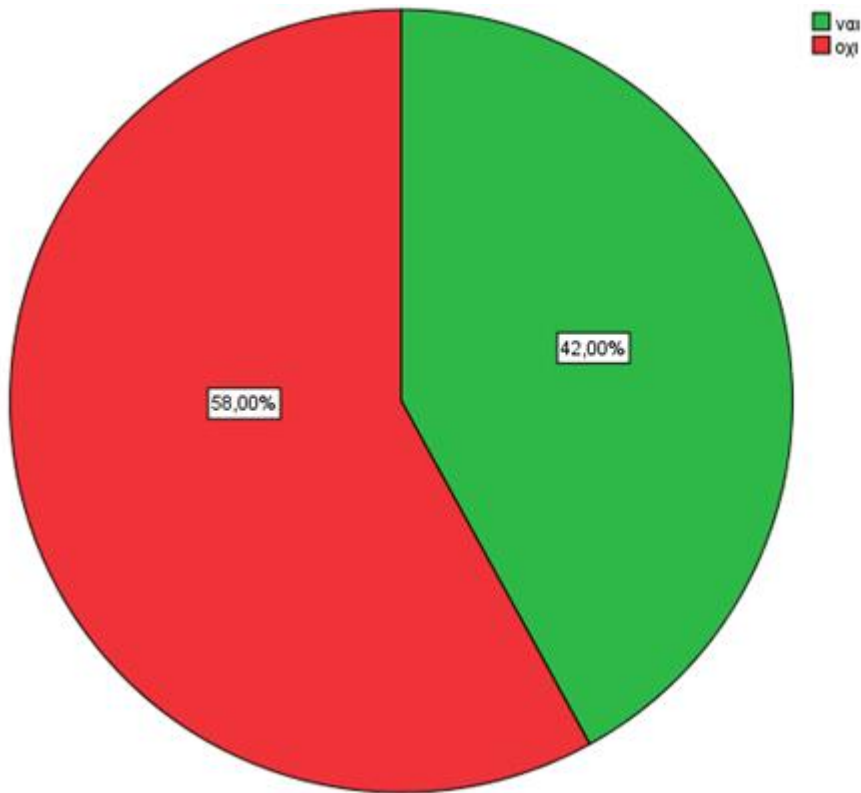


Στην δέκατη ένατη ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν θεωρούν ότι οι αρχές Ψυχικής και Σωματικής υγείας της χώρας έχουν την απαραίτητη εκπαιδευτική επάρκεια και ετοιμότητα ώστε να ανταποκριθούν αρκούντως στις περιπτώσεις Διατροφικών Διαταραχών οι 54 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν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

20. ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο ναι	42	42,0	42,0	42,0
ο όχι	58	58,0	58,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

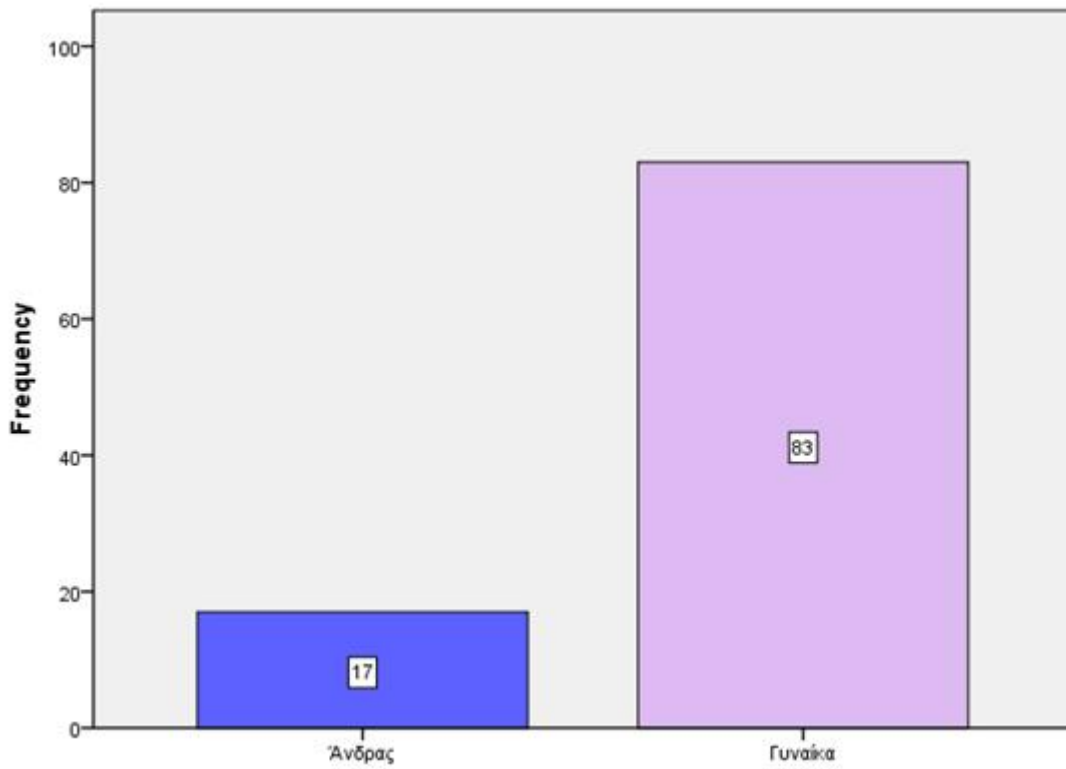


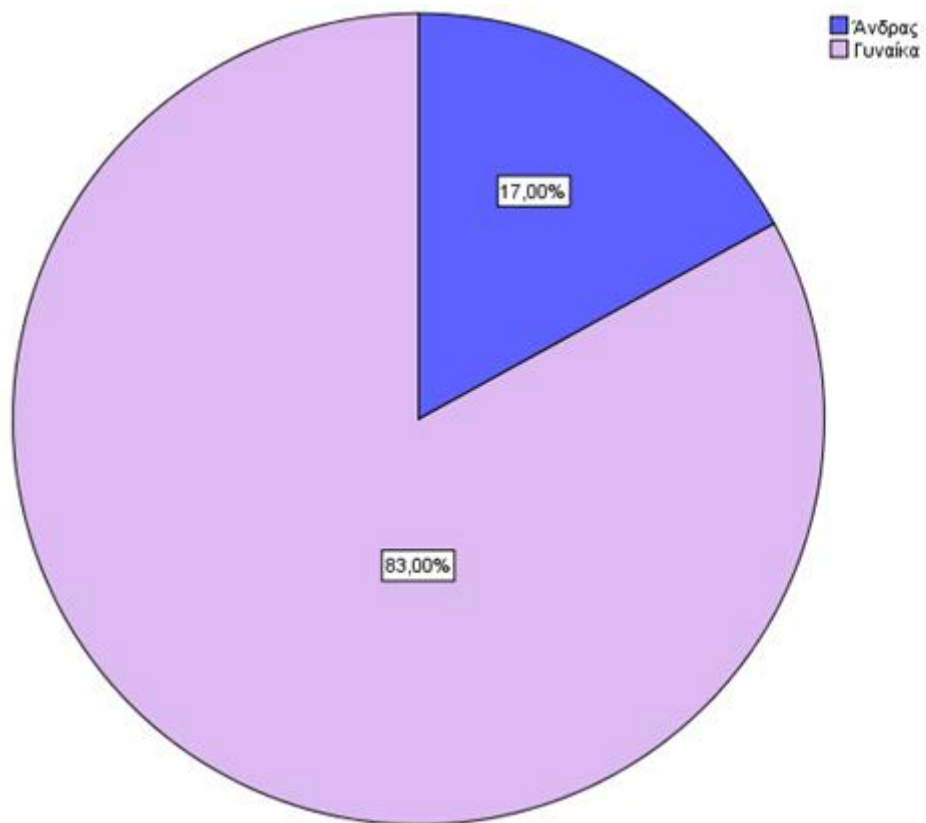


Στην εικοστή ερώτηση που απευθύνθηκε στο δείγμα για το εάν θεωρούν ότι υπάρχει σωστή εκπαίδευση των πολιτών της Ελλάδας ως προς τους κινδύνους των Διατροφικών Διαταραχών οι 58 στους 100 σε αντίστοιχο ποσοστό απάντησαν πως θεωρούν ότι δεν υπάρχει εκπαίδευση των πολιτών της Ελλάδας ως προς τους κινδύνους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

Φύλο

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο	Άνδρας	17	17,0	17,0	17,0
	Γυναίκα	83	83,0	83,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

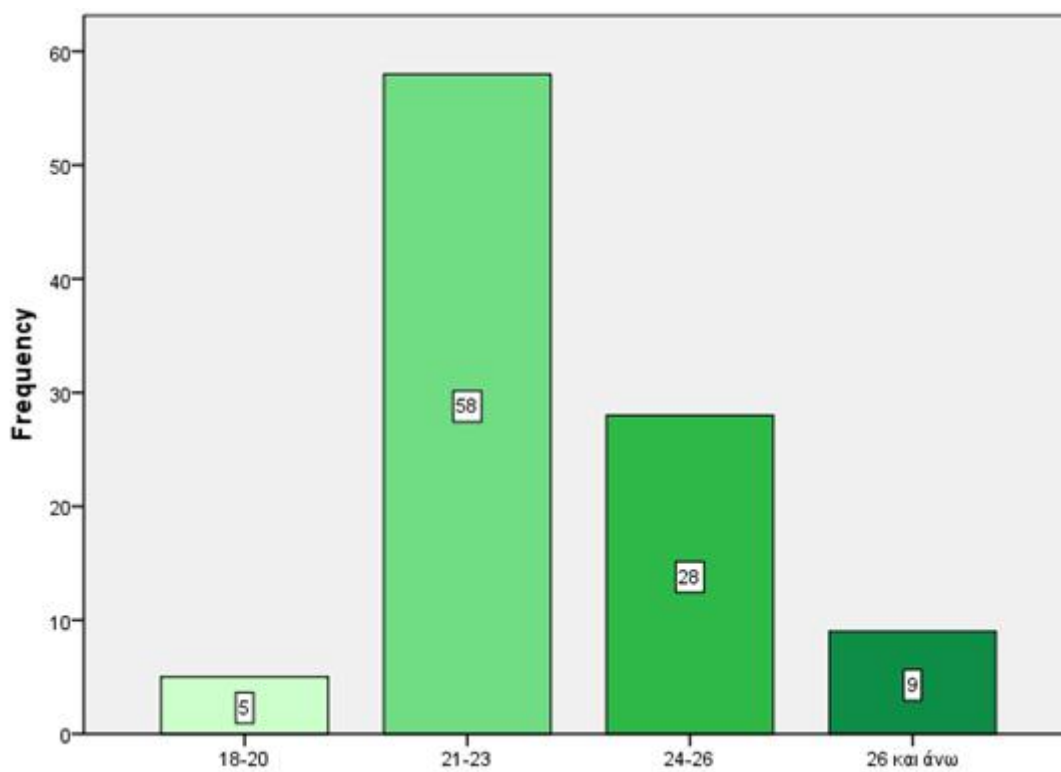


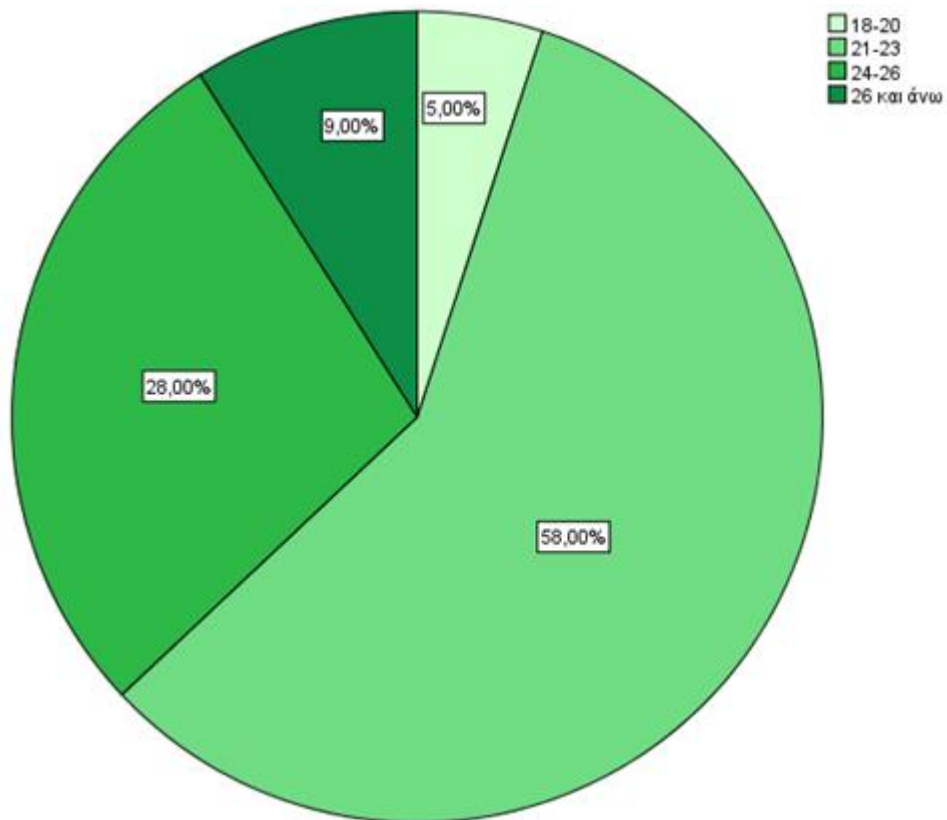


Το δείγμα των ερωτηθέντων παρατηρείται πως αποτελείται από 17 Άνδρες και 83 Γυναίκες.

Ηλικία

		Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο	18-20	5	5,0	5,0
	21-23	58	58,0	63,0
	24-26	28	28,0	91,0
	26 και άνω	9	9,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0



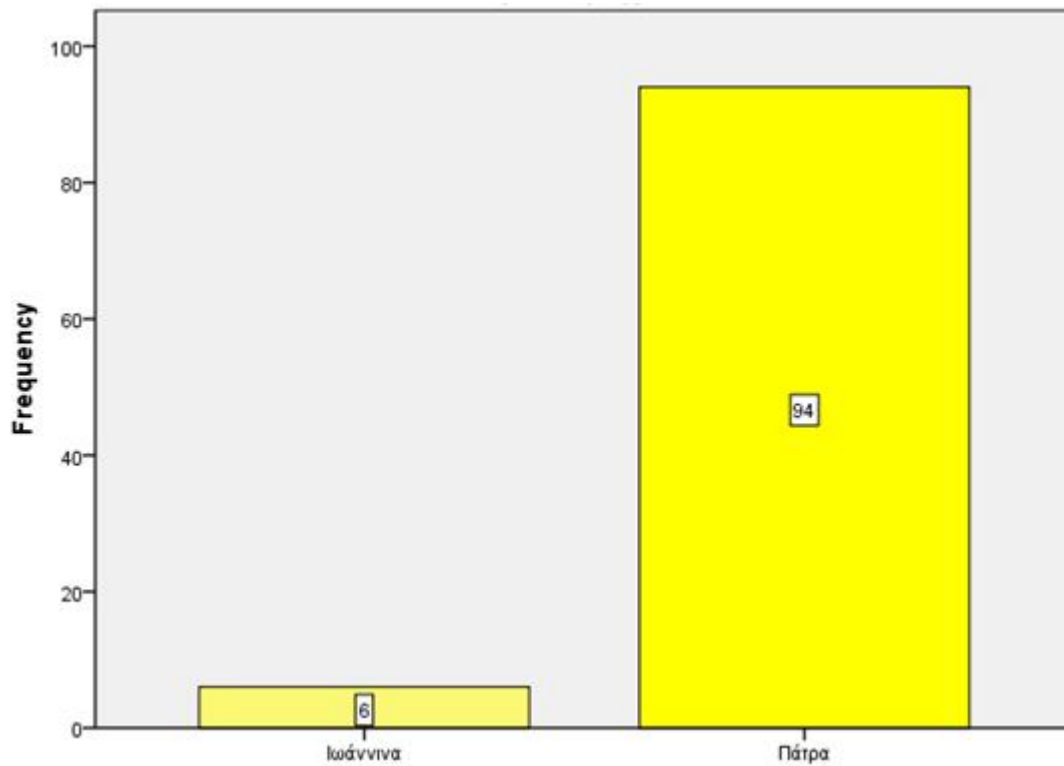


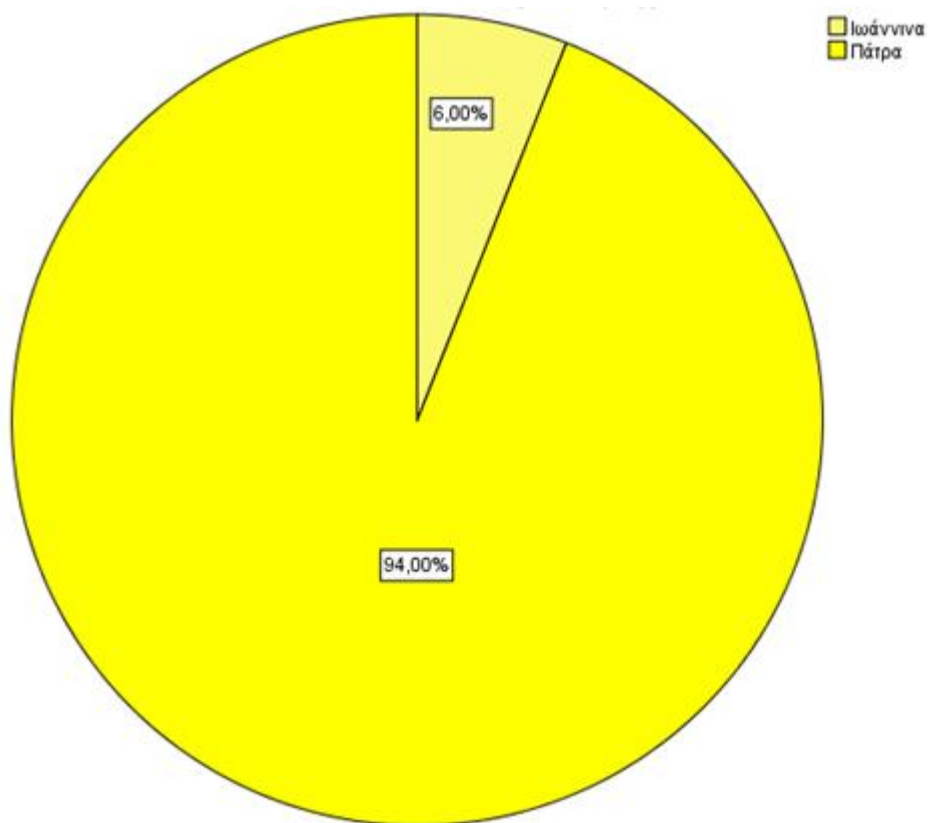
Στο δείγμα των φοιτητών οι :

- 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

Τόπος φοίτησης

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο	Ιωάννινα	6	6,0	6,0	6,0
	Πάτρα	94	94,0	94,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

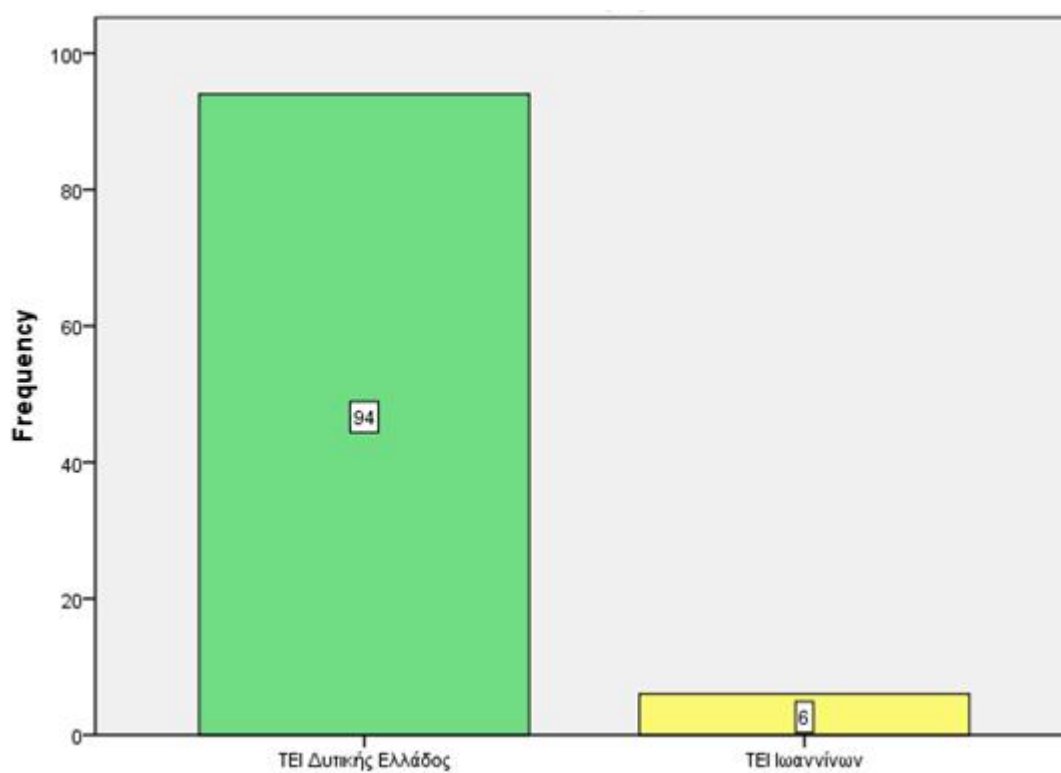


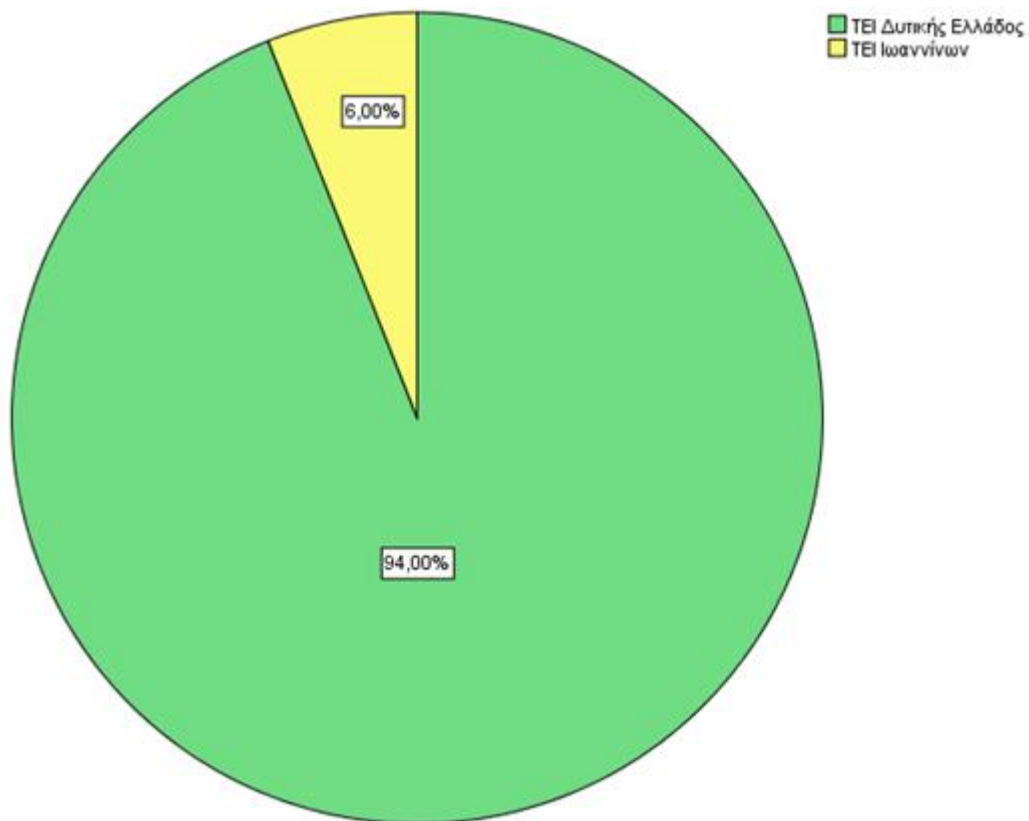


Στην ερώτηση που ερευνά τον τόπο φοίτησης των ερωτηθέντων οι 6 σε ίδιο ποσοστό ήταν φοιτητές στα Ιωάννινα ενώ οι υπόλοιποι 94 ήταν φοιτητές στην Πάτρα.

Εκπαιδευτικό ίδρυμα

		Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο	ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος	94	94,0	94,0	94,0
	ΤΕΙ Ιωαννίνων	6	6,0	6,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0	

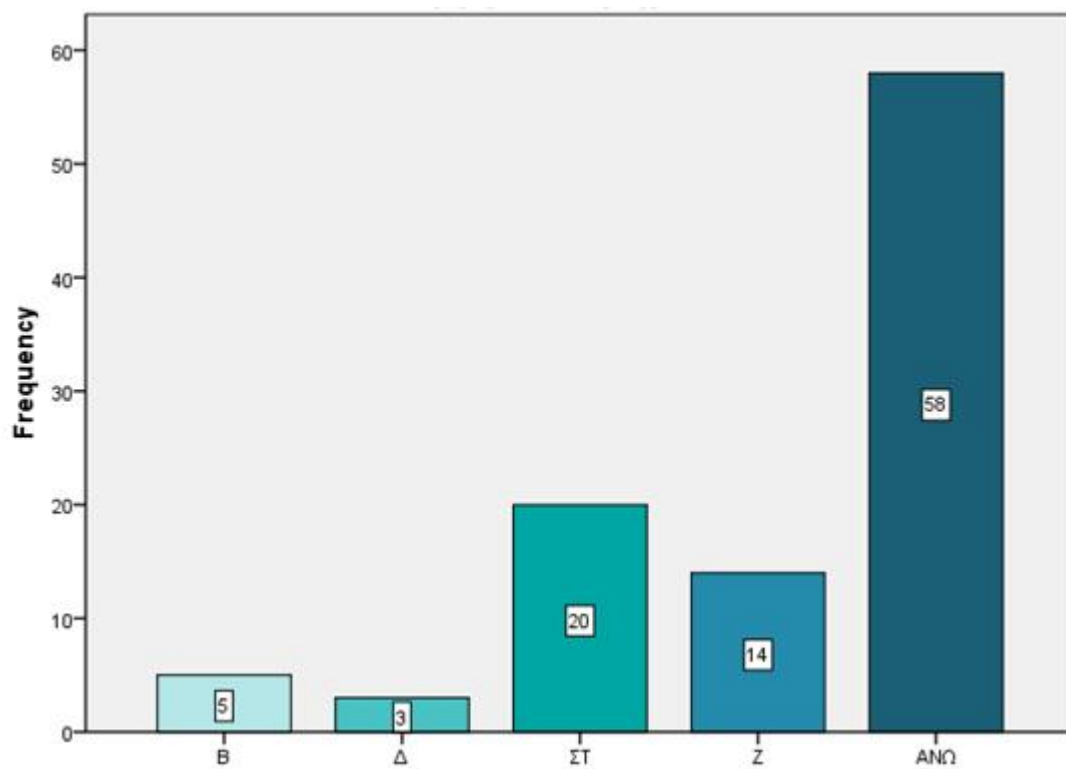


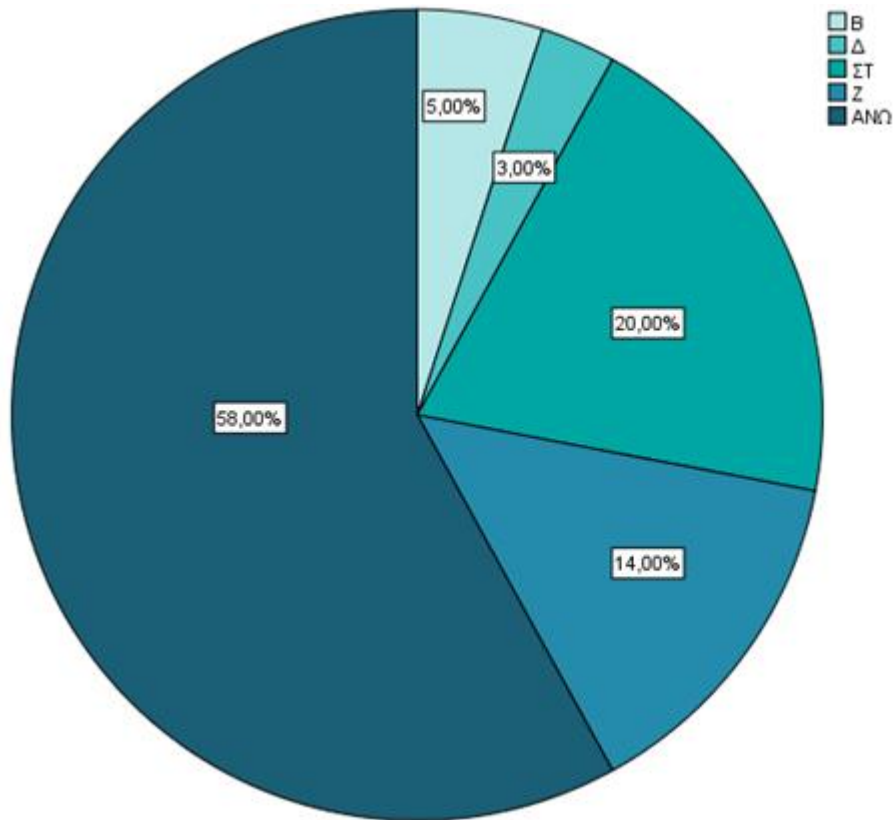


Στην ερώτηση που ερευνά το Εκπαιδευτικό Ίδρυμα όπου φοιτούν οι ερωτηθέντες οι 6 σε ίδιο ποσοστό ήταν φοιτητές του ΤΕΙ Ιωαννίνων ενώ οι υπόλοιποι 94 ήταν φοιτητές στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.

Εξάμηνο φοίτησης

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο Β	5	5,0	5,0	5,0
ο Δ	3	3,0	3,0	8,0
ΣΤ	20	20,0	20,0	28,0
Ζ	14	14,0	14,0	42,0
ΑΝΩ	58	58,0	58,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	



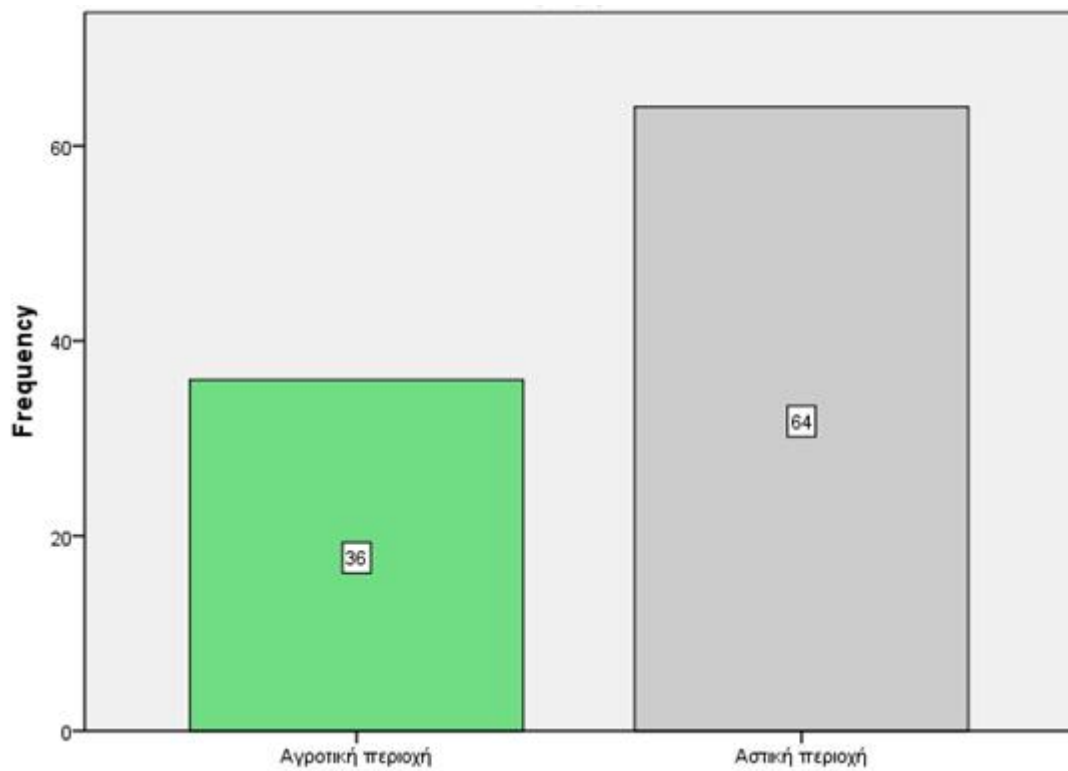


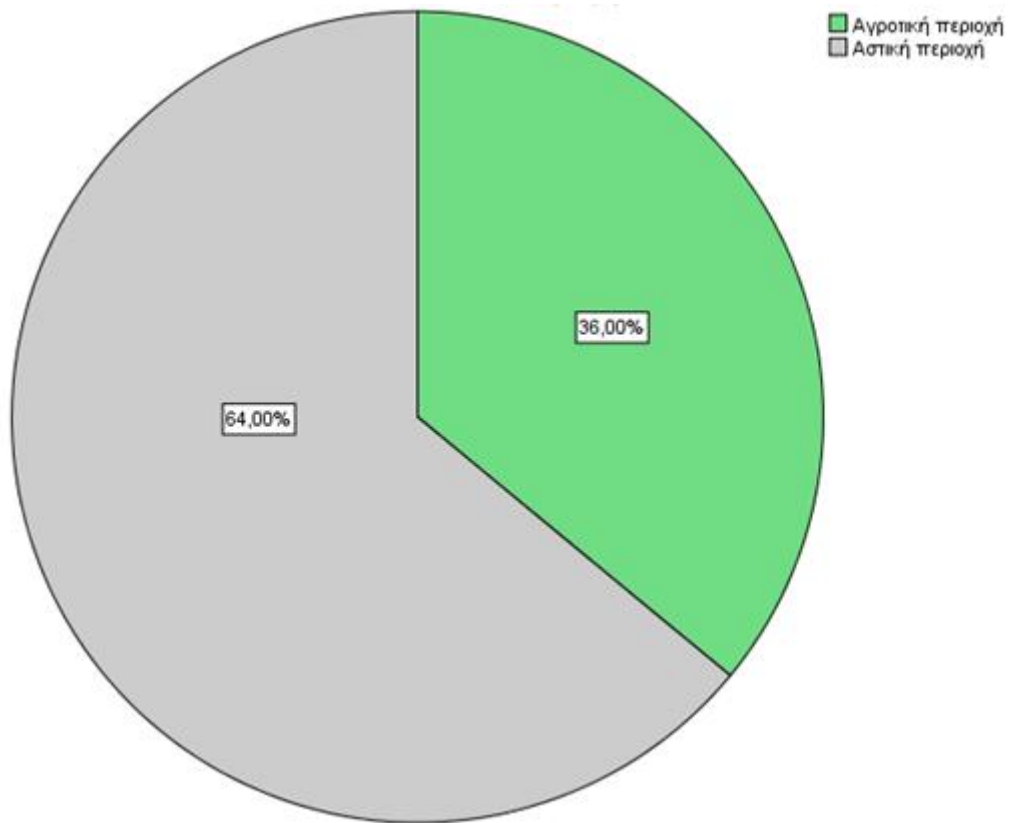
Στην ερώτηση όπου ερευνά το Εξάμηνο Φοίτησης των φοιτητών οι:

- 5 φοιτητές βρίσκονταν στο Β εξάμηνο των σπουδών τους
- 3 φοιτητές βρίσκονται στο Δ εξάμηνο των σπουδών τους
- 20 φοιτητές βρίσκονταν στο ΣΤ εξάμηνο των σπουδών τους
- 14 φοιτητές βρίσκονταν στο Ζ εξάμηνο των σπουδών τους
- Και οι υπόλοιποι 58 φοιτητές βρίσκονταν πάνω από το Ζ εξάμηνο των σπουδών τους

Κατάγεστε από:

		Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο	Αγροτική περιοχή	36	36,0	36,0
ο	Αστική περιοχή	64	64,0	100,0
	Σύνολο	100	100,0	100,0

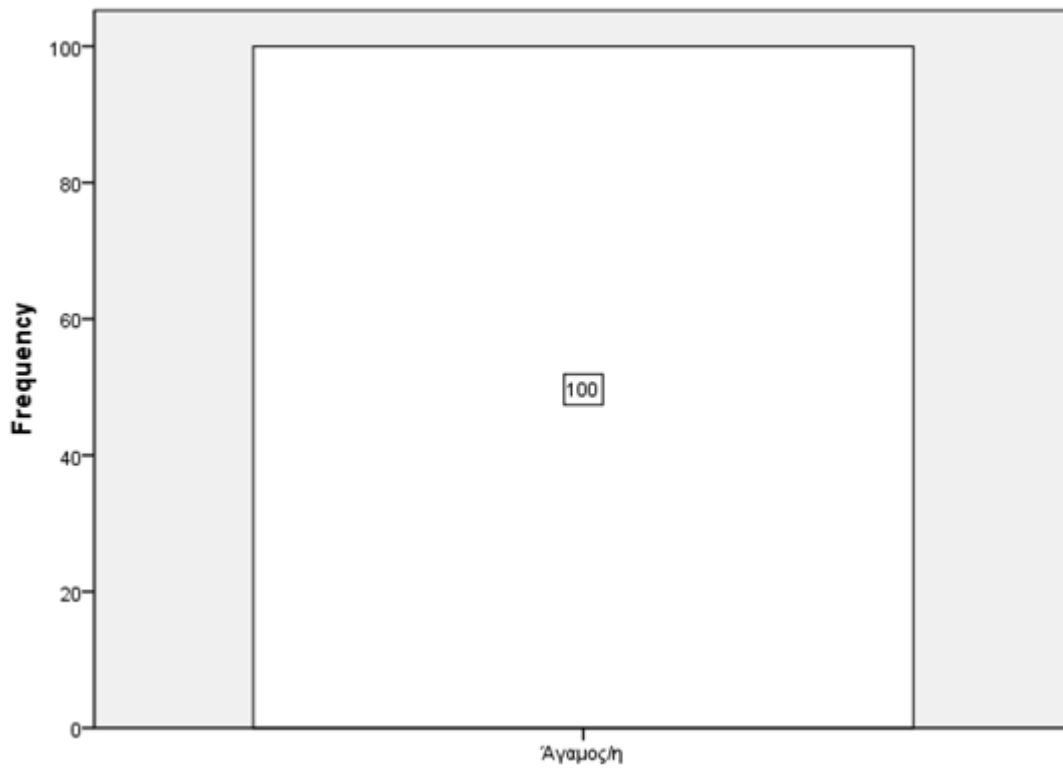


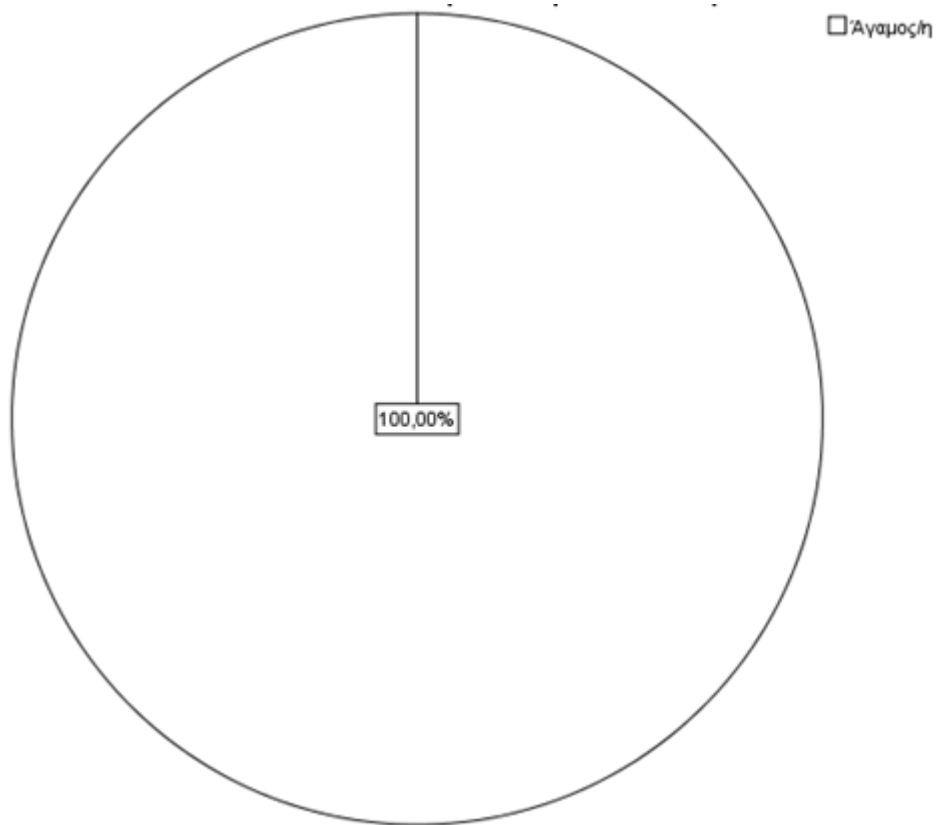


Στην ερώτηση που έρευνα την καταγωγή των φοιτητών οι 36 σε όμοιο ποσοστό επί τοις εκατό απάντησαν πως κατάγονται από Αγροτική περιοχή και οι υπόλοιποι σε ποσοστό 64% απάντησαν πως κατάγονται από Αστική περιοχή

Οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Έγκυρο Ποσοστό επί τοις εκατό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό επί τοις εκατό (%)
Έγκυρο Άγαμος/η	100	100,0	100,0	100,0

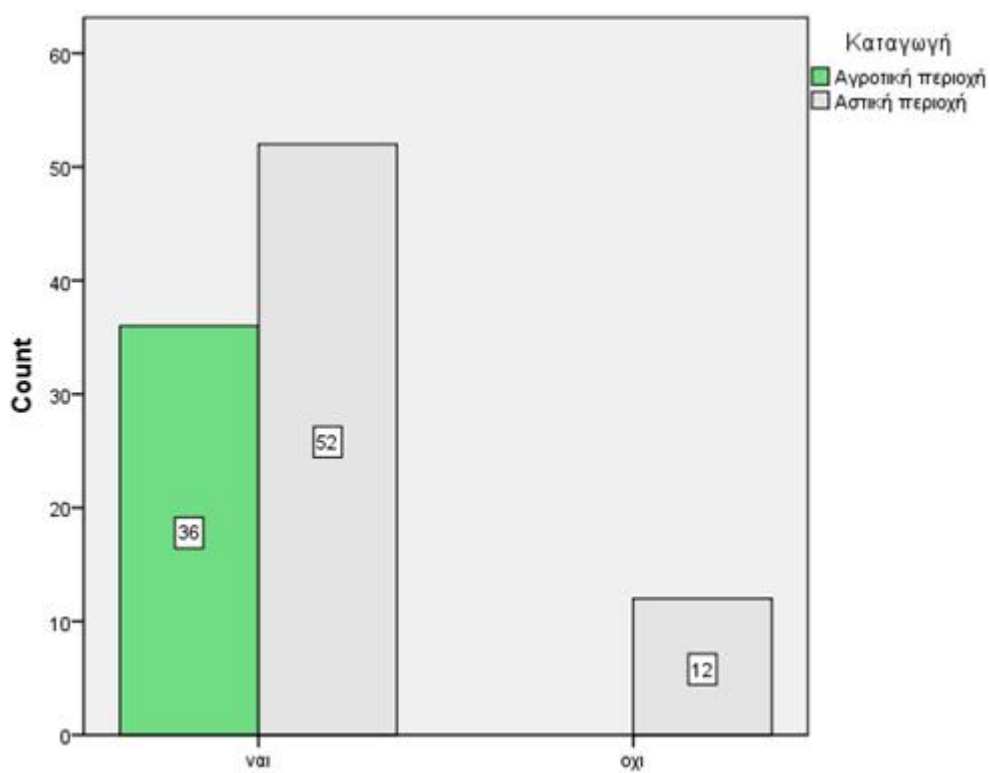


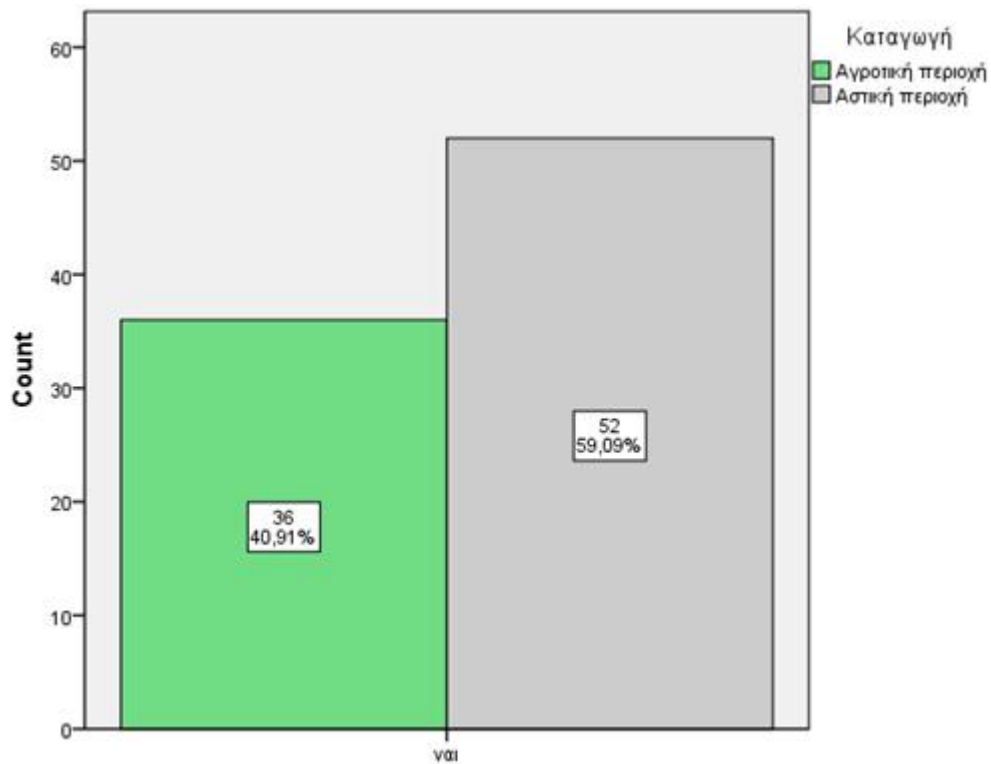


Στην τελευταία ερώτηση που ερευνά την οικογενειακή κατάσταση όλοι οι φοιτητές απάντησαν πως είναι άγαμοι σε ποσοστό 100%.

Γνωρίζετε τι είναι η Νευρογενή Ανορεξία και Καταγωγή

		Καταγωγή		Σύνολο
		Αγροτική περιοχή	Αστική περιοχή	
Γνωρίζετε τι είναι η Νευρογενή Ανορεξία	ναι	36	52	88
	όχι	0	12	12
Σύνολο		36	64	100



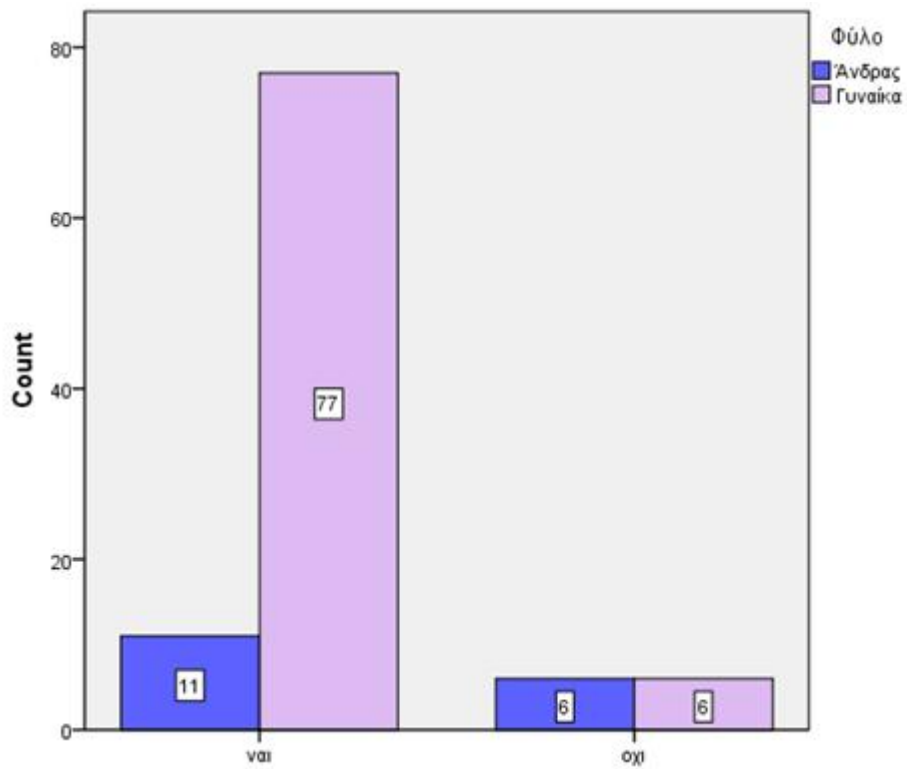


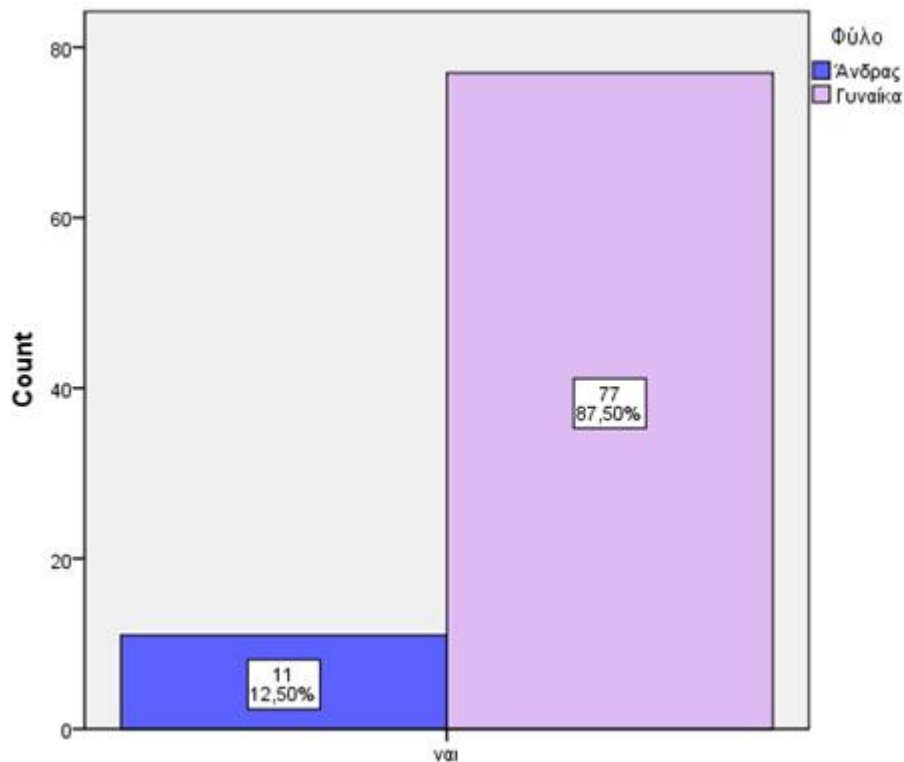
Πραγματοποιώντας μια συνένωση των δεδομένων από την ερώτηση για το εάν οι ερωτηθέντες γνωρίζουν τι είναι η Νευρογενής Ανορεξία και του Τόπου Καταγωγής τους παρατηρείται πως:

Οι 36 φοιτητές στους 88 σε ποσοστό 40.91% που γνωρίζουν τι είναι η Νευρογενής Ανορεξία κατάγονται από Αγροτική Περιοχή ενώ οι υπόλοιποι 52 στους 88 σε ποσοστό 59,09% που γνωρίζουν τι είναι η νόσος κατάγονται από Αστική περιοχή. Οι 12 φοιτητές που απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν τι είναι ψυχογενής ανορεξία κατάγονταν όλοι από Αστική Περιοχή.

Γνωρίζετε τι είναι η Νευρογενή Ανορεξία και Φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Ανδρας	Γυναίκα	
Γνωρίζετε τι είναι η Νευρογενή Ανορεξία	ναι	11	77	88
	όχι	6	6	12
Σύνολο		17	83	100



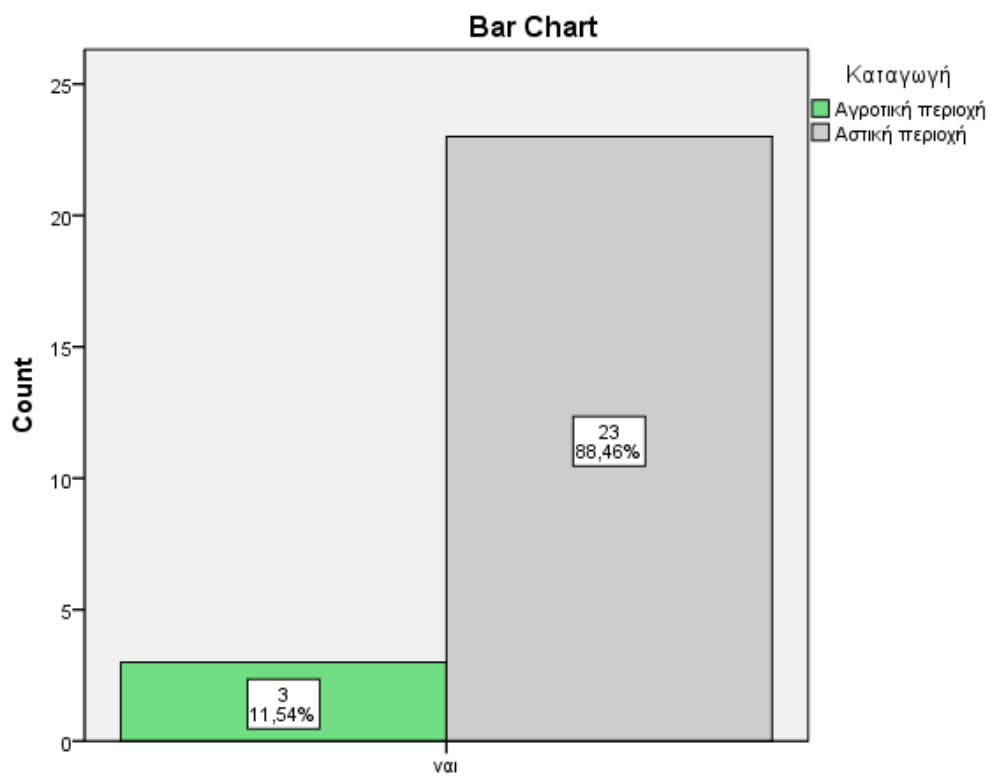
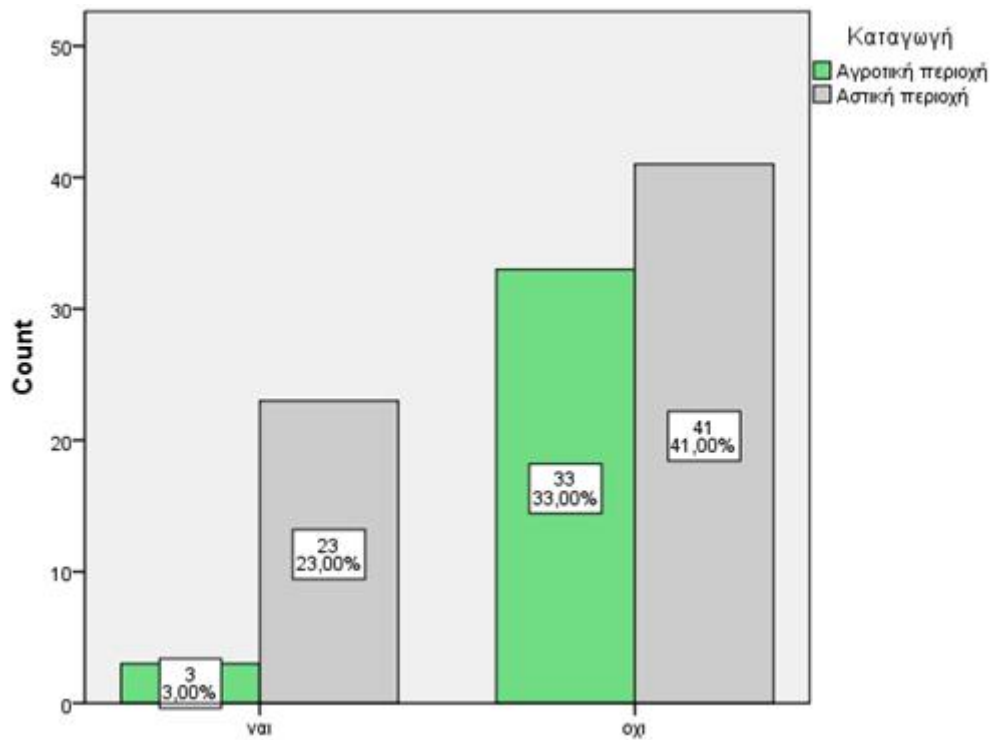


Πραγματοποιώντας μια συνένωση των δεδομένων από την ερώτηση για το εάν οι ερωτηθέντες γνωρίζουν τι είναι η Νευρογενής Ανορεξία και του Φύλου τους παρατηρείται πως:

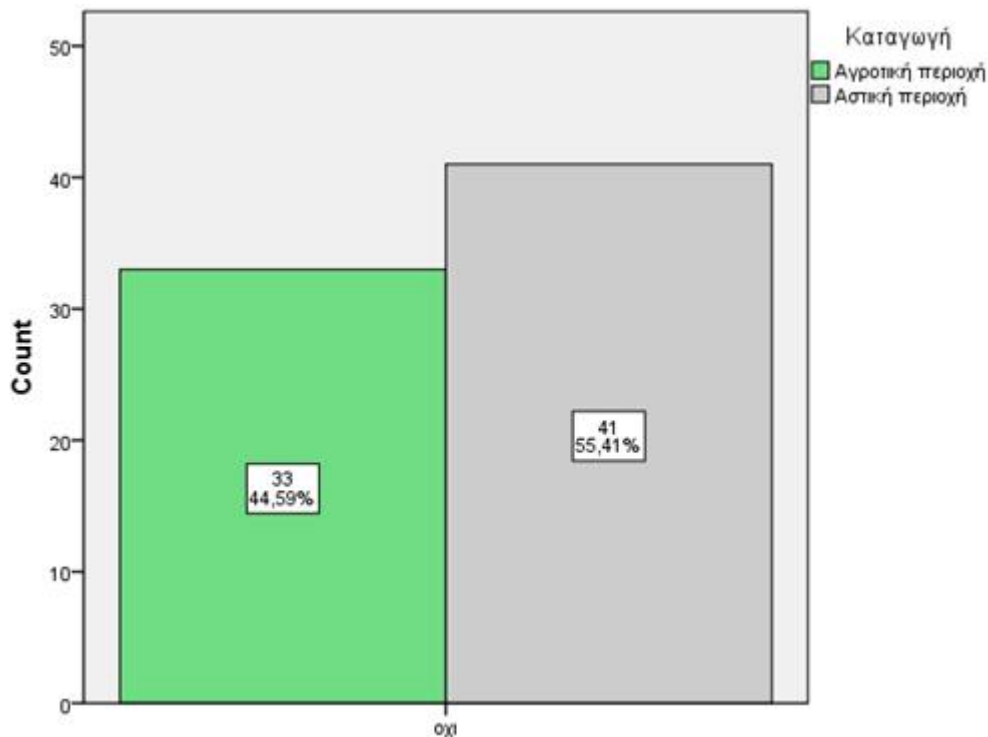
Οι 11 φοιτητές στους 88 σε ποσοστό 12,5% που γνωρίζουν τι είναι η Νευρογενής Ανορεξία είναι Ανδρικού φύλου ενώ οι υπόλοιποι 77 στους 88 σε ποσοστό 87,5% που γνωρίζουν τι είναι η νόσος είναι Γυναικείου φύλου. Οι 12 φοιτητές που απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν τι είναι ψυχογενής ανορεξία είναι 50% δηλαδή 6 άτομα Άνδρες και οι υπόλοιποι 6 ερωτηθέντες ήταν Γυναίκες.

Υπάρχουν μορφές Διατροφικών Διαταραχών στο Περιβάλλον σας και Καταγωγή

		Καταγωγή		Σύνολο
		Αγροτική περιοχή	Αστική περιοχή	
Υπάρχουν μορφές Διατροφικών Διαταραχών στο Περιβάλλον σας	ναι	3	23	26
	όχι	33	41	74
Σύνολο		36	64	100



Υπάρχουν μορφές Διατροφικών Διαταραχών στο Περιβάλλον σας

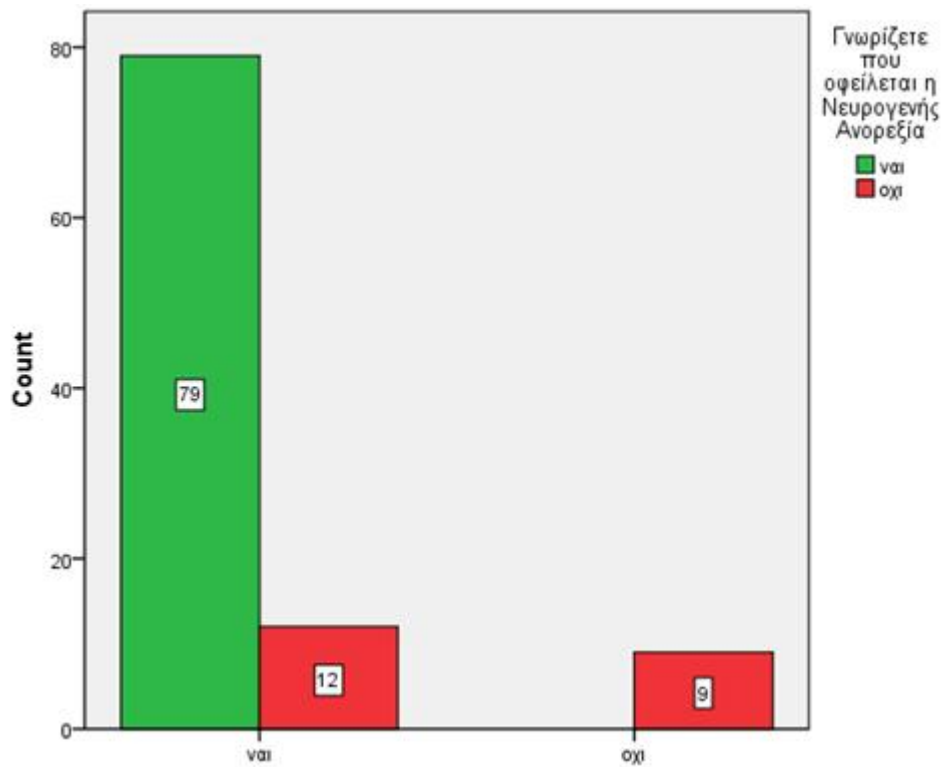


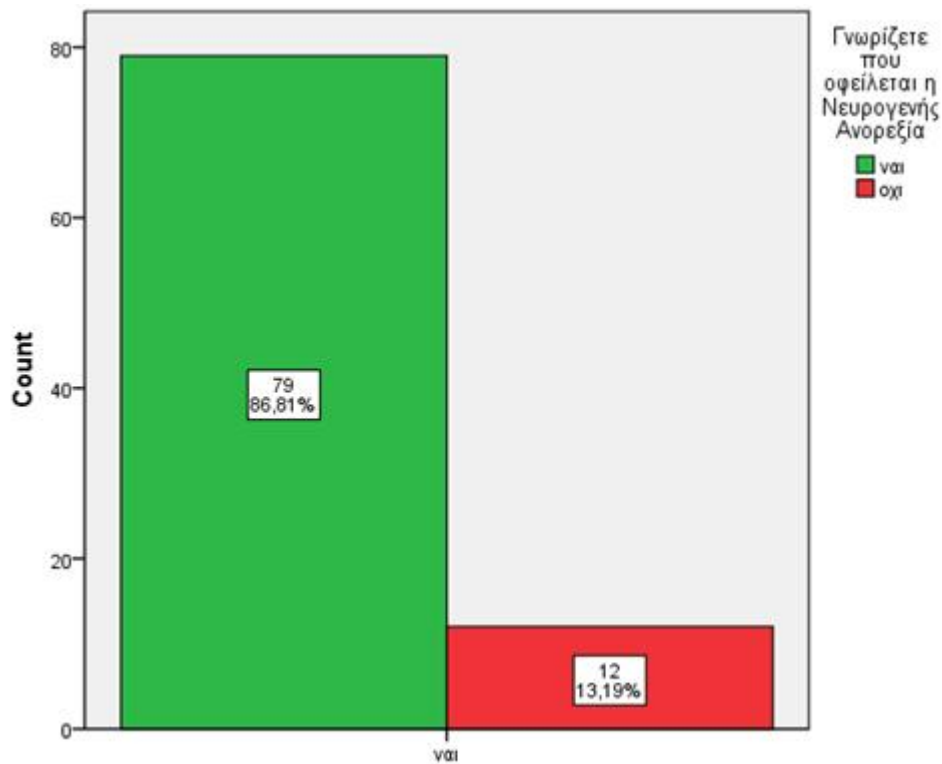
Πραγματοποιώντας μια συνένωση των δεδομένων από την ερώτηση για το εάν υπάρχουν άτομα με Διατροφικές Διαταραχές στο περιβάλλον των ερωτηθέντων και του τύπου καταγωγής τους παρατηρείται πως:

Οι 3 στους 26 σε ποσοστό 11,54% που έχουν άτομα με κάποιας μορφής Διατροφική Διαταραχή στο περιβάλλον τους κατάγονται από αγροτικές περιοχές ενώ οι υπόλοιποι 23 στους 26 σε ποσοστό 88,46% κατάγονται από αστικές περιοχές. Στα 74 άτομα που απάντησαν πως δεν έχουν άτομα στο περιβάλλον τους που πάσχουν από κάποια μορφή Διατροφικής Διαταραχής οι 41 σε ποσοστό 55,41% ήταν άτομα με καταγωγή από Αστικές περιοχές ενώ οι υπόλοιποι 33 σε ποσοστό 44,596% κατάγονταν από Αγροτική περιοχή.

Γνωρίζετε τα συμπτώματα της Νευρογενούς Ανορεξίας και Γνωρίζετε που οφείλεται η Νευρογενής Ανορεξία

		Γνωρίζετε που οφείλεται η Νευρογενής Ανορεξία		Σύνολο
		ναι	όχι	
Γνωρίζετε τα συμπτώματα της Νευρογενούς Ανορεξίας	ναι	79	12	91
	όχι	0	9	9
Σύνολο		79	21	100



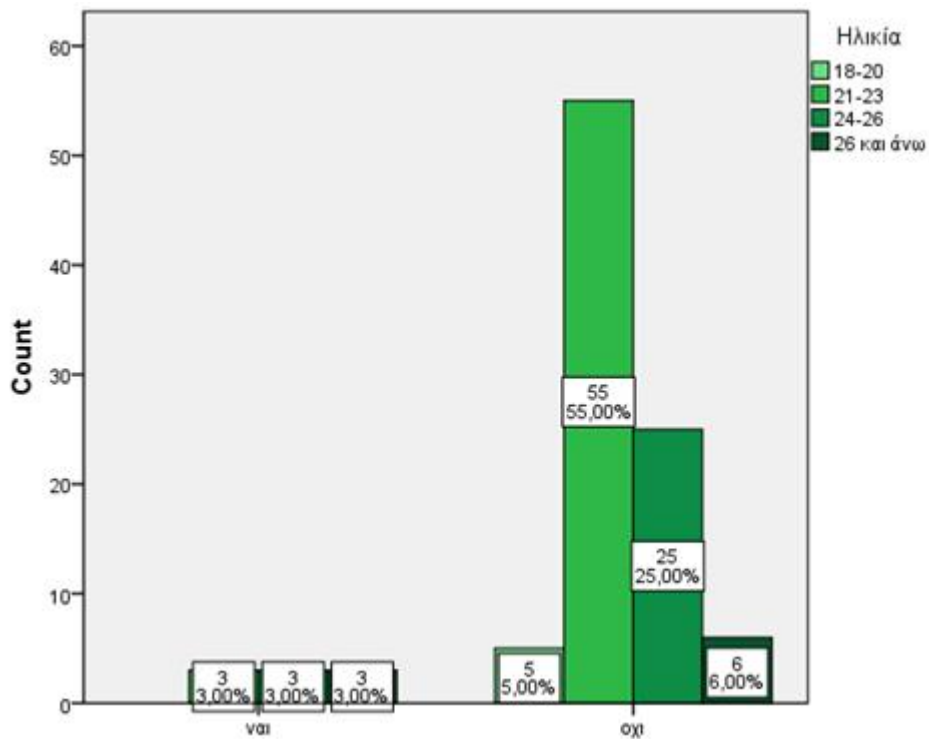


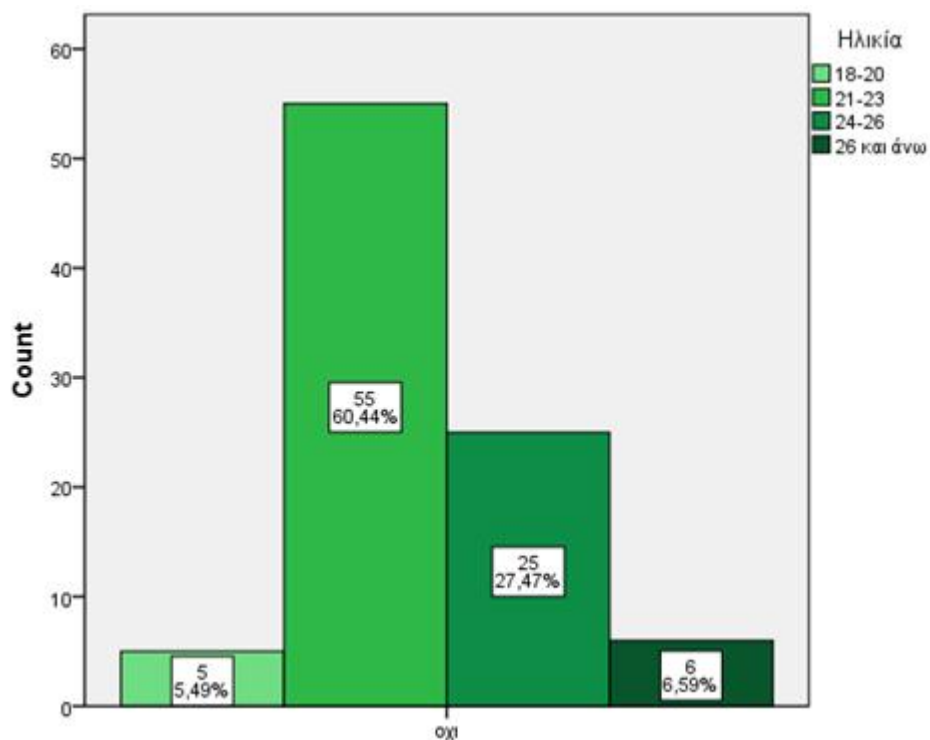
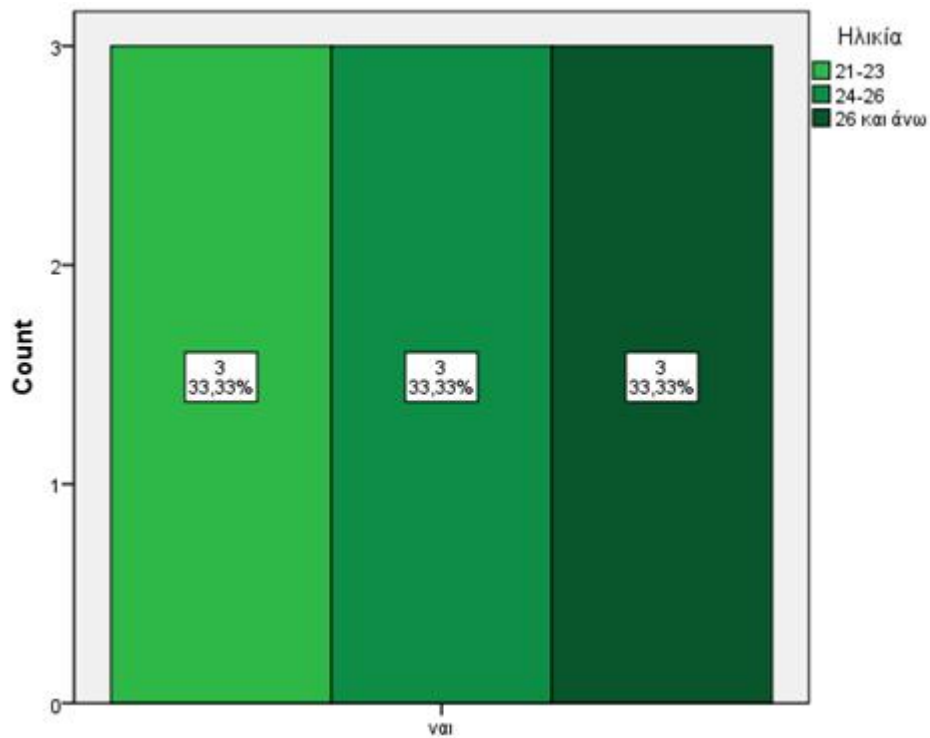
Πραγματοποιώντας μια συνένωση των δεδομένων από την ερώτηση για το εάν οι ερωτηθέντες γνωρίζουν τα συμπτώματα της Νευρογενούς Ανορεξίας και της ερώτησης εάν γνωρίζουν που οφείλεται η νόσος παρατηρείται πως:

Οι 79 στους 91 σε ποσοστό 86,81% γνωρίζουν τα συμπτώματα καθώς και από πού προέρχεται η νόσος ενώ οι 12 στους 91 σε ποσοστό 13,19% γνωρίζουν τα συμπτώματα αλλά δεν γνωρίζουν από πού προέρχεται η νόσος. Οι υπόλοιποι 9 δεν γνωρίζουν ούτε τα συμπτώματα της Νευρογενούς Ανορεξίας αλλά ούτε και από πού προέρχεται.

Πιστεύετε πως ένα άτομο με Νευρογενή Ανορεξία αντιλαμβάνεται την κατάσταση του και Ηλικία

	Ηλικία				Σύνολο
	18-20	21-23	24-26	26 και άνω	
Πιστεύετε πως ένα άτομο με Νευρογενή Ανορεξία αντιλαμβάνεται την κατάσταση του	0	3	3	3	9
ναί	5	55	25	6	91
όχι	5	58	28	9	100





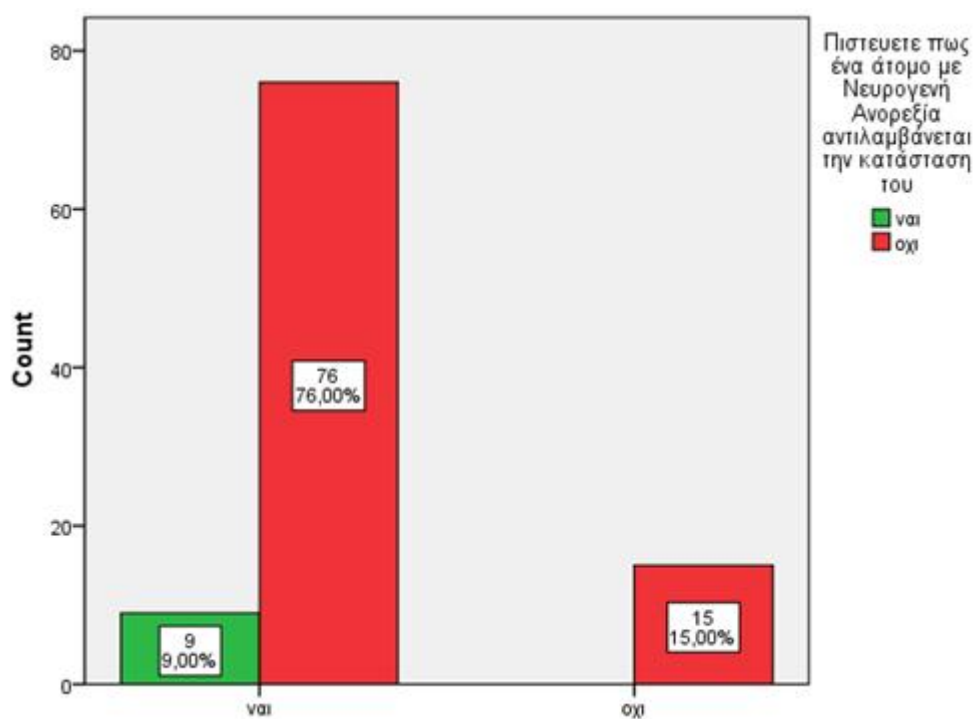
Πραγματοποιώντας μια συνένωση των δεδομένων από την ερώτηση για το εάν οι ερωτηθέντες πιστεύουν πως τα άτομα με Νευρογενή Ανορεξία αντιλαμβάνονται την κατάσταση τους και της ηλικίας των ερωτηθέντων παρατηρείται πως:

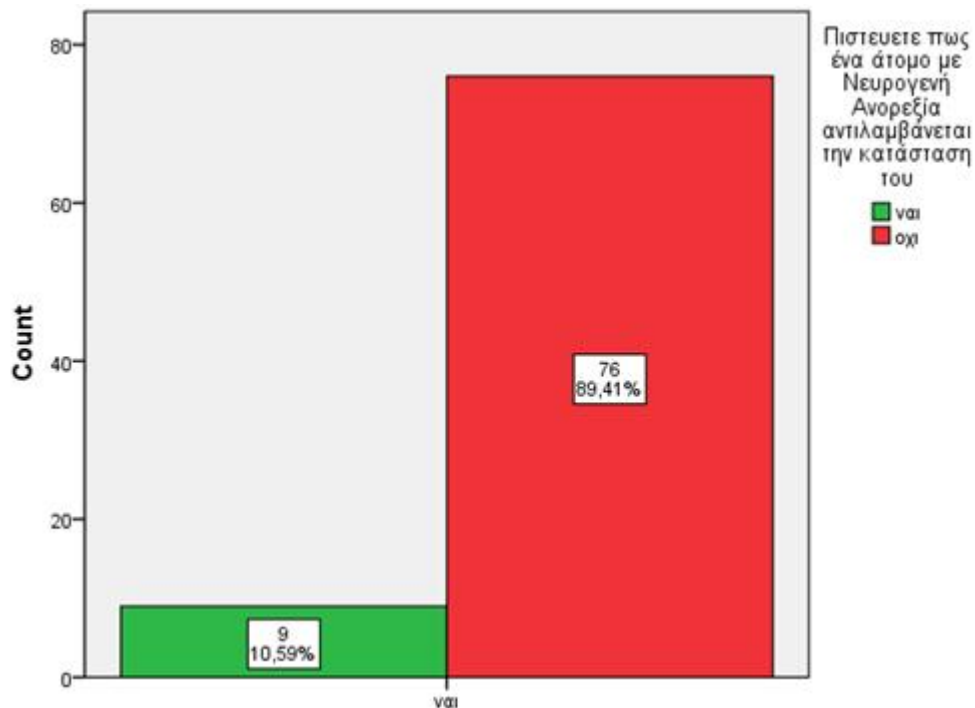
Τα άτομα από 21 έως 23 ετών, τα άτομα από 24 έως 26 ετών και τα άτομα που είναι άνω των 26 ετών συμφωνούν ότι τα άτομα μπορούν να αντιληφθούν την κατάσταση

τους σε ίδια ποσοστό 33,33% σε κάθε ηλικιακή περίπτωση. Τα άτομα από 18 έως 20 ετών που πιστεύουν ότι οι ασθενείς με Νευρογενή ανορεξία δεν μπορούν να αντιληφθούν την κατάσταση τους ήταν 5 στους 91 σε ποσοστό 5,49%, οι ερωτηθέντες από 21 έως 23 ετών που πιστεύουν ότι οι ασθενείς με Νευρογενή ανορεξία δεν μπορούν να αντιληφθούν την κατάσταση τους ήταν 55 στους 91 σε ποσοστό 60,44%, οι ερωτηθέντες από 24 έως 26 ετών που πιστεύουν ότι οι ασθενείς δεν μπορούν να αντιληφθούν την κατάσταση τους ήταν 25 στους 91 σε ποσοστό 27,47% και τέλος οι υπόλοιποι 6 ερωτηθέντες σε ποσοστό 6,59% ήταν άνω των 26 ετών

Θεωρείτε ότι το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ασθενών πρέπει να τους τονίσει την κατάσταση τους και Πιστεύετε πως ένα άτομο με Νευρογενή Ανορεξία αντιλαμβάνεται την κατάσταση του

	Πιστεύετε πως ένα άτομο με Νευρογενή Ανορεξία αντιλαμβάνεται την κατάσταση του		Σύνολο
	ναι	όχι	
Θεωρείτε ότι το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ασθενών πρέπει να τους τονίσει την κατάσταση τους	9	76	85
Σύνολο	9	91	100





Πραγματοποιώντας μια συνένωση των δεδομένων από την ερώτηση για το εάν οι ερωτηθέντες πιστεύουν πως το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ατόμων με Νευρογενή Ανορεξία πρέπει να τους τονίσει την κατάσταση τους και της ερώτησης για το αν το δείγμα πιστεύει πως το άτομο με Νευρογενή Ανορεξία αντιλαμβάνεται την κατάσταση του παρατηρείται πως:

Τα 9 από τα 85 άτομα σε ποσοστό 10,59% που θεωρούν ότι το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ατόμων με Νευρογενή Ανορεξία πρέπει να τους τονίσει την κατάσταση τους πιστεύουν επίσης πως τα το άτομα με Νευρογενή Ανορεξία αντιλαμβάνονται την κατάσταση τους, οι υπόλοιποι 76 στους 85 σε ποσοστό 89,41% που θεωρούν ότι το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ατόμων με Νευρογενή Ανορεξία πρέπει να τους τονίσει την κατάσταση τους πιστεύουν ότι οι ασθενείς με Νευρογενή ανορεξία δεν αντιλαμβάνονται την κατάστασης τους. Όλοι οι ερωτηθέντες (15 άτομα) που θεωρούν ότι το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ατόμων με Νευρογενή Ανορεξία δεν πρέπει να τους τονίσει την κατάσταση τους πιστεύουν επίσης πως ότι οι ασθενείς με Νευρογενή ανορεξία δεν αντιλαμβάνονται την κατάστασης τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην συγκεκριμένη εργασία πραγματοποιήθηκε έρευνα που είχε ως στόχο τη διερεύνηση των γνώσεων των φοιτητών στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος και στο ΤΕΙ Ιωαννίνων σχετικά με την Νευρογενή Ανορεξία. Οι ερωτώμενοι του δείγματος φαίνεται στην συντριπτική τους πλειοψηφία να γνωρίζουν τι είναι Νευρογενής ανορεξία οι περισσότεροι παρατηρήσαμε πως είναι 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 Νευρογενής 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 παρατηρήσαμε ότι η πλειοψηφία των ατόμων που έχουν άτομα του περιβάλλοντος τους με κάποια μορφή Διατροφικής Διαταραχής στο περιβάλλον τους κατάγονται από αστικές περιοχές. Παρατηρήσαμε επίσης πως οι πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησαν πως κανείς από το περιβάλλον τους δεν είναι πάσχον της νόσου. Η συντριπτική πλειοψηφία των φοιτητών μας έδωσε το συμπέρασμα ότι πιστεύουν ότι τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα Νευρογενούς Ανορεξίας χρήζουν Ιατρικής Παρακολούθησης καθώς και ότι θεωρούν το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των ατόμων με Νευρογενή Ανορεξία ότι πρέπει να τους τονίσει το πρόβλημα τους. Οι πλειοψηφία επίσης των ερωτηθέντων μας απάντησε πως πιστεύει ότι οι ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία αντιλαμβάνονται τα προβλήματα τους και ότι θεωρούν πως η ηλικία είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την αντίληψη του ατόμου για τη Νευρογενή 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 Νευρογενούς Ανορεξίας και τα φαινόμενα άλλων Διατροφικών Διαταραχών με επάρκεια.

Επιπροσθέτως 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 αρκούντως στις περιπτώσεις Διατροφικών Διαταραχών.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κλείνονταν θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμο να αναφερθούν κάποιες προτάσεις σχετικά με τη διαχείριση της νευρογενούς ανορεξίας :

- Είναι εξαιρετικά σημαντική η ενημέρωση εκπαιδευτικών, γονέων και των ίδιων των εφήβων για την ύπαρξη των διατροφικών διαταραχών και της ανορεξίας
- Το να φροντίζει κανείς έναν ασθενή, που πάσχει από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, συχνά περιλαμβάνει την ενεργό συνεργασία με την οικογένεια του ασθενούς και εγείρει δύσκολα θέματα αναφορικά με την αφοσίωση του θεραπευτή στον ασθενή. Συνεπώς θα πρέπει αν υπάρχει επαρκής γνώση από μέρους των θεραπειών ώστε να μπορεί να αντιμετωπιστεί η ασθένεια με επιτυχία
- Η έγκαιρη διάγνωση των διατροφικών διαταραχών συμβάλλει σημαντικά στη θετική θεραπευτική εξέλιξη. Συνεπώς θα πρέπει να υπάρχει μέσω των κοινωνικών φορέων μεγαλύτερος έλεγχος κυρίως στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση ώστε να προλαμβάνονται περιστατικά τέτοιων διαταραχών .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

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

Bruch Hilde (1982) Anorexia Nervosa : Therapy and Theory Am. Journal of Psychiatry

Crisp AH, Hsu LKG, Harding B, Hartshorn J (1980) Clinical features of anorexia nervosa, Journal of Psychosomatic Research

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

Dare C ., Crowther C. (1995) Psychodynamic models of Eating Disorders. In: Szukler G, Dare C, Treasure J (Eds) Handbook of Eating Disorders pp

Garner D.M., Olmsted M.P., Davis R., Rockert W., Goldbloom D., Eagle M. (1990) The association between bulimic symptoms and reported psychopathology. International Journal of Eating Disorders

Garner D (1997) Psychoeducational principles in Treatment. In: Garner D, Garfinkel P, eds. Handbook of Treatment for: Eating Disorders

Garner D.M., Olmsted M.P., Bohr Y., Garfinkel E.P. (1982) The Eating Attitudes test. Psychometric features and clinical correlates. Psych Medicine

Hall A., Hay P.J.(1991) Eating disorder patient referrals from a population region 1977-1986. Psychological Medicine

Hsu L.K.G. (1990) Eating Disorders, Guilford Press

Nielsen S. (1992) Seasonal variation in anorexia nervosa? Some preliminary findings from a neglected area of research. Int J Eating

Rastam M. (1992) Anorexia Nervosa in 51 Swedish Adolescents: Premorbid problems and comorbidity. J. of the Acad. Of child and adolescent Psychiatry

Russell G (1979): Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychol Med

Stacher G., Bergmann H., Wiesnagrotzki S., Steiner-Mittelbach G., Kiss A., Abatzi Th.-A. (1992), Primary Anorexia Nervosa: Gastric Emptying and Antral Motor Activity in 53 Patients. International Journal of Eating Disorders, Vol. 11, No.2

Strober M, Lambert C, Morrell W, Burroughs J, Jacobs C (1980): A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. Int J Eating Disorders

Treasure J and Holland A (1995) Genetic factors in Eating Disorders. In:Szmukler G, Dare C, Treasure J (Eds) Handbook of Eating Disorders Theory, Treatment and Research

Touyz WS, Beumont PJV (1997) Behavioral Treatment to Promote Weight Gain in AN, in: Garner D, Garfinkel P (Eds) Handbook of Eating Disorders

Βάρσου Ε. (2000). Ψυχογενής Ανορεξία και Ψυχογενής Βουλιμία. Γ. Χριστοδούλου και Συνεργάτες (εκδ.) Ψυχιατρική, 1ος τόμος, σελ. 482- 496. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

Βάρσου Ε., Τρίκκας Γ. (1991) Τα ερωτηματολόγια διερεύνησης των διαταραχών πρόσληψης τροφής EDI, EAT-26, BITE σε Ελληνικό Πληθυσμό. Ανακοίνωση στο

12ο Παν. Συνέδριο Ψυχιατρικής, Βόλος 1991. Φυλλάδιο Επιλογή Δείγματος
Εργαστήριο Στατιστικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων 1994

Γιαννίτση Σταυρούλα (1996) Θέματα Ψυχοσωματικής, Ιωάννινα

Γιαννίτση Σταυρούλα (1997) Ψυχοσωματική και Ομαδική Ψυχοθεραπεία, Εκδ.
Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Γονιδάκης Φ. (2006). Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ
(Εκδ.) Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, πρώτος τόμος, σελ. 377- 398, ΒΗΤΑ Ιατρικές
Εκδόσεις

ICD -10 (1993) Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών
Συμπεριφοράς. Απόδοση-Επιμέλεια. Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β. Εκδόσεις
ΒΗΤΑ Αθήνα.

Ιεροδιακόνου Χ. (1988) Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία. Κείμενα και Περιπτώσεις, Εκδ.
Μαστορίδη Θεσσαλονίκη.

Ιεροδιακόνου Χ. (1991) Ψυχικά Προβλήματα στα παιδιά. Εκδ.
Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη.

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

Καλαντζή-Azizi, Α. (1995). Νευρογενής Ανορεξία και Βουλιμία. Τετράδια
Ψυχιατρικής

Λιάκος Α (1973) Ψυχογενής Ανορεξία, Στο Στεφανής και συνεργάτες (Επιμ.)
Θέματα Ψυχιατρικής (σ.σ. 313-316) Αθήνα

Μαδιανός Μ. (1989). Κοινωνία και Ψυχική Υγεία τ.1,2. Εκδ. Καστανιώτη. Αθήνα.

Μαδιανός Μ (1998).Ψυχική Υγεία των εφήβων στο γενικό πληθυσμό.Στο.Τσιάντης Ι.(Επιμ.) Βασική Παιδοψυχιατρική,Εφηβεία τ.1,σσ.217-239,Εκδ. Καστανιώτη,Αθήνα.

Μουζάς Ο,(1996).Η εκτίμηση της Ψυχοπαθολογίας και των παραγόντων που την επηρεάζουν στο Νομό Ιωαννίνων. Διδακτορική Διατριβή. Ιωάννινα

ΜωρόγιαννηςΦ,ΜακρυδήμαςΓ,ΛιάκοςΑ.(1993).Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών με Ψυχογενή Άνορεξία και Ψυχογενή Βουλιμία.Ανακοίνωση.1οΠαν.Συνέδριο Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας.Αθήνα 8- 11/12/1993.

Μωρόγιαννης Φ,Λιάκος Α(1999) Θεραπευτικές ανάγκες ασθενών με ΔιαταραχέςΠρόσληψης Τροφής στο Πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.Ανακοίνωση στο Συνέδριο.Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα,Αξιολόγηση και προοπτικές,Ιωάννινα 24-26 Ιουνίου 1999.

Μωρόγιαννης Φ,Λιάκος Α(2000).Οι Ψυχιατρικές Διαταραχές Διατροφής στην Εφηβική και μετεφηβική ηλικία.Στο Τσιάντης Ι (Επιμ). Βασική Παιδοψυχιατρική ,Εφηβεία,τ.2,Εκδ.Καστανιώτη,Αθήνα.

Ντώνιας Σ., Καραστεργίου Α., Μάνος Ν.(1991).Στάθμιση της κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90R σε Ελληνικό πληθυσμό.Ψυχιατρική

Παπαιωάννου και Παπαχρήστος (1990) Η δειγματοληψία, Τομέας Στατιστικής Παν. Ιωαννίνων.

Παπακώστας, Ι. (1994). Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία, Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Ραγιά Χρ. Α., (2009) Νοσηλευτική Ψυχικής υγείας-Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα

Σιώμος Γ.-Βασιλακοπούλου Α., (2005), «Εφαρμογή Μεθόδων Ανάλυσης στην Έρευνα Αγοράς», Εκδόσεις: Σταμούλη, Αθήνα

Σίμος Γ (1996) Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόσληψης. Διδακτορική Διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.

Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β (1993) Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς, Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση, σ. 218-225, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ερευνα σχετικά με την Νευρογενή Ανορεξία

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της πτυχιακής εργασίας μας. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των γνώσεων των πρωτοετών και δευτεροετών φοιτητών στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος και στο ΤΕΙ Ιωαννίνων σχετικά με την Νευρογενή Ανορεξία.

Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται 28 ερωτήσεις από τις οποίες οι 7 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.

* **Απαιτείται**

1. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ; *

- ναι
- όχι

2. ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ; *

- ναι
- όχι

3. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ; *

- ναι
- όχι

4. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ; *

- ναι
- όχι

5. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΑΣ; *

- ναι
- όχι

6. ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΟ ΑΤΟΜΟ ΣΤΟ ΦΙΛΙΚΟ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΑΣ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ; *

- ναι
- όχι

7. ΑΝ ΝΑΙ ΕΧΕΙ ΖΗΤΗΣΕΙ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ;

- ναι
- όχι

8. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΧΡΗΣΟΥΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ; *

- ναι
- όχι

9. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΝΤΙΛΗΦΘΕΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ; *

- ναι
- όχι

10. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΚΑΙ ΦΙΛΙΚΟ ΤΟΥΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΟΥΣ ΤΟΝΙΣΕΙ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ; *

- ναι
- όχι

11. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΠΩΣ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΤΟΥ; *

- ναι
- όχι

12. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ Η ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΖΕΙ ΡΟΛΟ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΠΕΡΙ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ; *

- ναι
- όχι

13. ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΡΗΣΟΥΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ; *

- ναι
- όχι

14. ΕΙΝΑΙ ΕΥΚΟΛΟ ΓΙΑ ΕΝΑ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΑ ΑΝΤΙΛΗΦΤΕΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ; *

- ναι
- όχι

15. ΈΧΕΤΕ ΠΡΟΣΚΛΗΘΕΙ ΣΕ ΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ ΤΗ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ; *

- ναι
- όχι

16. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΠΑΡΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΡΜΟΔΙΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΘΕΜΑ; *

- ναι
- όχι

17. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΑΡΜΟΔΙΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΟΥΝ ΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΜΕ ΕΠΑΡΚΕΙΑ; *

- ναι
- όχι

18. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΕΠΑΡΚΩΣ ΤΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ; *

- ναι
- όχι

19. ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΕΧΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΩΣΤΕ ΝΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΘΟΥΝ ΑΡΚΟΥΝΤΩΣ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ; *

- ναι
- όχι

20. ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ; *

- ναι
- όχι

Φύλο *

- Άνδρας
- Γυναίκα

Ηλικία *

- 18-20
- 21-23
- 24-26
- 26 και άνω

Τόπος φοίτησης *

- Πάτρα
- Ιωάννινα

Εκπαιδευτικό ίδρυμα *

- ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος
- ΤΕΙ Ιωαννίνων

Εξάμηνο φοίτησης *

- Α
- Β
- Γ
- Δ
- Ε
- ΣΤ
- Ζ
- ΑΝΩ

Κατάγεστε από: *

- Αστική περιοχή
- Αγροτική περιοχή

Οικογενειακή κατάσταση *

- Έγγαμος/η
- Άγαμος/η