

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΟΥ
ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΝΤΡΑΝΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ
ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΛΜΠΑΝΗ ΕΛΕΝΗ
ΠΑΤΡΑ 2018**

Ευχαριστίες

Για την διεκπεραίωση της πτυχιακής μου εργασίας σημαντική υπήρξε η συμβολή ορισμένων ανθρώπων σε όλες τις δυσκολίες που αντιμετώπισα για τη διεξαγωγή της. Θέλω να ευχαριστήσω θερμά την κυρία Ελένη Αλμπάνη, για την σημαντική συμβολή της στην ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και τους φίλους μου και την ψυχολογική υποστήριξή τους.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους σπουδαστές που συμμετείχαν στη διεξαγωγή της έρευνας τόσο ως την υποστήριξη, και ως προς το χρόνο που διέθεσαν κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Α.ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΟΜΜΑΤΙ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
SUMMARY.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 Εισαγωγή.....	8
1.2 Η έννοια των διατροφικών διαταραχών.....	8
1.3 Ιστορική αναδρομή.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	
2.1	
Ορισμός.....	11
2.2 Διαγνωστικά κριτήρια νευρικής ανορεξίας.....	11
2.3 Παράγοντες προδιάθεσης.....	12
2.3.1 Βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες.....	12
2.3.2 Οικογενειακοί παράγοντας.....	13
2.3.3 Κοινωνικοπολιτιστικοί.....	13
2.4 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	14
2.5 Κλινική εικόνα.....	15
2.6 Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	15
2.7 Νοσηλευτική παρέμβαση.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ	
3.1 Ορισμός.....	26
3.2 Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας.....	26
3.3 Παράγοντες προδιάθεσης.....	27

3.3.1 Βιολογικοί και ατομικοί παράγοντες.....	27
3.3.2 Οικογενειακοί και κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες.....	28
3.3.3 Ψυχολογικοί παράγοντες.....	29
3.4 Κλινική εικόνα.....	29
3.5 Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	30
3.6 Νοσηλευτική παρέμβαση.....	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

4.1 Προσωπικότητα και αυτοεκτίμηση.....	36
4.2 Προσωπικότητα και διατροφικές διαταραχές.....	38
4.3 Διατροφικές διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας.....	40
4.4 Ψυχολογία και διατροφικές διαταραχές.....	42

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ5

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

5.1 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της μελέτης.....	44
5.2 Ηθικά Θέματα.....	44
5.3 Υλικό και μέθοδος.....	45
5.3.1 Σχεδιασμός της μελέτης	45
5.3.2 Χώρος διεξαγωγής της μελέτης.....	45
5.3.3 Δείγμα μελέτης	45
5.3.4 Περιγραφή Ερωτηματολογίου.....	46
5.3.5 Διαδικασία και Μέθοδοι συλλογής δεδομένων	47
5.3.6 Στατιστική Ανάλυση-Διαχείριση Δεδομένων.....	48
5.4 Περιορισμοί της μελέτης	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	49
6.1 Δημογραφικά Στοιχεία.....	49
6.2 Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής (EAT-26) Eating Attitudes Test-26.....	50
6.3 Ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου – Bulimic Investigatory Test Edinburg (B.I.T.E.).....	53
6.4 Σύγκριση Μέσων Όρων Ερωτηματολογίων EAT-26 με Ερωτηματολόγιο BITE και υποκλιμάκων.....	56
6.5 Συσχετίσεις	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Συζήτηση.....	60
---------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Συμπεράσματα.....	63
Βιβλιογραφία.....	65
Παράρτημα.....	69
Ερωτηματολόγιο.....	71

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παρούσα πτυχιακή εργασία παρουσιάζει τις περιπτώσεις διατροφικών διαταραχών που αυξάνονται καθημερινά με όλο και περισσότερους ανθρώπους να αναζητούν εξειδικευμένη βοήθεια και υποστήριξη. Ζούμε σε μια εποχή όπου η εικόνα μας και πως μας βλέπουν οι φίλοι μας και οι συνάδελφοί μας φαίνεται να είναι κυρίαρχο στην καθημερινή ζωή μας. Παράλληλα με αυτό υπάρχει μια επίμονη εμμονή με το φαγητό και την διαίτα. Βομβαρδιζόμαστε με χιλιάδες εικόνες και συμβουλές στο πώς να αποκτήσουμε μια 'τέλεια γραμμή'. Πολλοί άνθρωποι έχουν μια λανθασμένη εντύπωση πως κάποιος με ψυχογενή διατροφική διαταραχή φαίνεται και συμπεριφέρεται. Είναι πολύ σημαντικό να είμαστε ενήμεροι για την ύπαρξη τους, την σπουδαιότητά τους και τους κινδύνους που φέρνουν μαζί τους. Οι ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές είναι πολύπλοκες και οι διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες μαζί με τις ψυχολογικές διαταραχές χρειάζεται να θεραπευτούν. Χωρίς κατάλληλη θεραπεία, οι διατροφικές διαταραχές πιθανόν να επιμείνουν σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό τη διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των φοιτητών του τμήματος νοσηλευτικής Δυτικής Ελλάδας σχετικά με την νευρογενή ανορεξία και τις διατροφικές διαταραχές. Η διερεύνηση αυτή ενδέχεται να συμβάλει στην καταγραφή περιστατικών με θέματα διατροφικών διαταραχών και αποσκοπεί στην απώτερη ευαισθητοποίηση των φοιτητών στα θέματα αυτά.

Υλικό και μέθοδος: η μέθοδος που επιλέχθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης ήταν η μέθοδος της περιγραφικής μελέτης. Συγκεκριμένα, η περιγραφική αυτή μελέτη ακολούθησε τη μεθοδολογία της *μελέτης συσχετίσεως*

Συμπέρασμα: Οι φοιτητές της παρούσας έρευνας στο σύνολο τους διαπιστώθηκε να ασχολούνται περισσότερο με την υποκλίμακα «Δίαιτα» και λιγότερο με την υποκλίμακα «Βουλιμία», όπως προκύπτει από τα δεδομένα της έρευνας. Για το 1/5 των φοιτητών του τμήματος Νοσηλευτικής προέκυψε βαθμολογία άνω των 20 βαθμών, η οποία σηματοδοτεί το ενδεχόμενο ύπαρξης διατροφικών διαταραχών και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, παρόλο που ανήκουν στο χώρο της υγείας και είναι γνώστες των επιπτώσεων. Όσο αφορά τις διαπιστώσεις που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο του Εδιμβούργου BITE, η συντριπτική πλειοψηφία των φοιτητών ανήκει στην κατηγορία με βαθμολογία 1-24 βαθμών, η οποία θεωρείται ασφαλής για την αποφυγή ύπαρξης βουλιμικών τάσεων.

Λέξεις κλειδιά: δίαιτα, διατροφή, νευρική ανορεξία, βουλιμία, διατροφικές διαταραχές

SUMMARY

Introduction: This dissertation presents the cases of eating disorders that are growing daily, with more and more people seeking specialized assistance and support. We live in an era where our image and the way our friends and colleagues are seeing us, seems to be dominant in our daily lives. Along with this, there is a persistent obsession about eating and diets. We are bombarded with thousands of pictures and tips on how to get 'the perfect body'. Many people have the wrong impression on how someone with a psychogenic eating disorder looks and behaves. It is quite important to be aware of those disorders' existence, their level of importance and the dangers they bring with them. Without proper treatment aid, eating disorders may persist throughout the person's life.

Purpose: This study aims to investigate the attitudes and perceptions of students of the Nursing Department of Western Greece on neurogenic anorexia and eating disorders. This investigation may contribute to the recording of incidents of nutritional disturbances and seeks to raise students' awareness on these issues.

Methodology: the method chosen to carry out this study was the method of descriptive study. In particular, this descriptive study followed the methodology of the correlation study.

Conclusion: The students participating in this research as a whole were found to be more concerned about the "Diet" part and less with the "Bulimia" one, as the survey data show. For one-fifth of nursing students, a score of over 20 marks has been noted, indicating the possibility of eating disorders and requiring further investigation, although they are health-aware and also aware of the impact. As for the findings from the Edinburgh BITE questionnaire, the overwhelming majority of students are within the category with a score of 1-24 points, which is considered safe to avoid bulimic tendencies.

Key word: diet, anorexia nervosa, bulimia, eating disorders.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια οι διαταραχές πρόσληψης τροφής σε γυναίκες με φυσιολογικό βάρος έχουν συγκεντρώσει την αυξανόμενη προσοχή του δημόσιου τομέα και των διάφορων αρχών της υγείας. Υπάρχει μία ομοφωνία ότι δεν είναι πια σπάνιες διαταραχές αλλά επικρατούν με μία μειωμένη επικράτηση στις νέες γυναίκες. (Garner, 2004) Οι όροι διατροφικές διαταραχές, νευρική ανορεξία και βουλιμία αναφέρονται καθημερινά από τα Μ.Μ.Ε, από διάσημους καλλιτέχνες, και μοντέλα που δίνουν συνεντεύξεις για το πώς βίωναν ή βιώνουν τη νευρική ανορεξία ή βουλιμία. Αυτό δείχνει, ότι για το ευρύ κοινό οι διατροφικές διαταραχές είναι σε αρκετά μεγάλο βαθμό όρος ταυτισμένος με λαμπερά επαγγέλματα και κοσμικό τρόπο ζωής. (Τσιάκα 2010)

Προτού γίνει λόγος για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, είναι καλό να αναφερθεί ο όρος συμπεριφορά απέναντι στο φαγητό, πράγμα που σημαίνει ακριβώς την στάση κάποιου και τις συνήθειες του απέναντι στο φαγητό. Η συμπεριφορά πρόσληψης τροφής, είναι ο τρόπος με τον οποίο το άτομο επιλέγει και χειρίζεται το φαγητό του και αυτό διαμορφώνεται από πολλούς παράγοντες. Αυτοί μπορεί να είναι βιολογικοί, ψυχολογικοί, περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί. Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής λοιπόν, είναι σύνδρομο που χαρακτηρίζονται κατεξοχήν από διαταραγμένες συμπεριφορές σε σχέση με το φαγητό, το σωματικό βάρος και την κατανόησή τους. (Βάρσου, 2008)

1.2 Η έννοια των διατροφικών διαταραχών

Οι διατροφικές διαταραχές συγκροτούν μια ομάδα νοητικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από προβλήματα σχετικά με την διαταραχή εικόνας σώματος, με διατροφικό μοτίβο και με προσπάθειες να ελεγχτεί το βάρος. Οι διατροφικές διαταραχές συνήθως εμφανίζονται στην εφηβεία, στα πρώιμα στάδια της ενηλικίωσης και προκαλούνται από μια αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων. Η πορεία των διαταραχών μπορεί να είναι χρόνια και έχουν υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη νοητική ασθένεια. Συνίσταται διεπιστημονική κλινική διαχείριση για να αντιμετωπιστούν ψυχολογικά συμπτώματα και συχνές ιατρικές επιπλοκές όπως η θρεπτική αποκατάσταση. Ο πιο δημοφιλής τρόπος αντιμετώπισης ψυχολογικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων αυτών των διαταραχών θεωρείται η ψυχοθεραπεία. (Delinsky et al., 2017)

Οι διατροφικές διαταραχές απασχολούν τον σύγχρονο ιατρικό κόσμο. Πολλοί άνθρωποι ανησυχούν καθημερινά σχετικά με το βάρος τους, την εικόνα του σώματός τους και αυτό δεν αποτελεί κριτήριο για να υποκινείται σε κάποια κατηγορία διατροφικής διαταραχής, αλλά ζουν καθημερινά μία ανθυγιεινή πραγματικότητα διατροφής και σωματικής άσκησης. Αυτή η πραγματικότητα υποστηρίζεται από διάφορα λανθασμένα κοινωνικά πρότυπα, που προωθούν την εικόνα ενός αδύνατου ανθρώπου ως πρότυπο φυσικής ομορφιάς.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής αναπτύσσονται ως εξωτερικά σημάδια συναισθηματικών και ψυχολογικών προβλημάτων. Γίνονται ο τρόπος όπου τα άτομα αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες στην ζωή τους αλλά και το γενικότερο στυλ ζωής τους. Η υπερφαγία ή μη λήψη φαγητού χρησιμοποιείται να καταστείλει συναισθήματα και σκέψεις που πονούν. Χωρίς κατάλληλη βοήθεια και θεραπεία, οι διατροφικές διαταραχές πιθανόν να επιμείνουν σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου. (<http://www.ipse.gr/psyfood.html>)

Η ψυχογενούς ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτό επιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο που περιορίζει με τη θέλησή του την πρόσληψη τροφής επειδή φοβάται μήπως γίνει παχύ. Ο φόβος αυτός σε συνδυασμό με την άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος, διαταραχή στη σωματική εικόνα, σημαντική απώλεια βάρους και αμηνόρροια στις γυναίκες αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχογενούς ανορεξίας. Η βουλιμία περιγράφεται από επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας κατά τα οποία το άτομο νιώθει ότι δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του ώστε να σταματήσει να τρώει, από χρήση αντισταθμιστικών μεθόδων όπως πρόκληση εμετού, χρήση καθαρικών, διουρητικό και άλλα για να μην πάρει βάρος καθώς και υπερβολική ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος. (Μάνος 1997)

1.3 Ιστορική αναδρομή

Η ενασχόληση με το βάρος του σώματος και η παρουσίαση των διαταραχών της νευρικής ανορεξίας και της βουλιμίας όσον αφορά την ιστορική προσοχή θεωρούνται φαινόμενα του προηγούμενου αιώνα, προϊόντα του πολιτισμού μας και τις αυξανόμενες αφθονίας (Bruch, 1978)

Ερευνητικά δεδομένα μαρτυρούν ότι στο πρώτο μισό του 20ού αιώνα η ψυχογενής ανορεξία θεωρείτο σπανιότατη πάθηση, καθώς σπάνια αναγνωριζόταν και ετίθετο τέτοια διάγνωση. Μετά όμως από το καθορισμό των διαγνωστικών κριτηρίων και τις θεωρήσεις τους τα επιδημιολογικά στοιχεία αλλάζουν. Σε αυτή την αλλαγή συμβάλλουν και πολιτισμικές αλλαγές που έχουν συμβεί από τα τέλη της δεκαετίας του '60 στις δυτικές βιομηχανοποιημένες χώρες.

Οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές έχουν προκαλέσει καθοριστικές μεταβολές στη διατροφή, στον τρόπο ζωής και τη σωματική δραστηριότητα και έχουν ενοχοποιηθεί για την εξάπλωση της παχυσαρκίας, η οποία τα τελευταία χρόνια χαρακτηρίζεται ως " η επιδημία της εποχής μας". Παράλληλα, έχουν μεταβληθεί δραστικά, τόσο οι προβαλλόμενες αξίες της ιδανικής σωματικής εμφάνισης, όσο και η ίδια η έμφαση στην εξωτερική εικόνα ως μέσο κοινωνικής προβολής και επιτυχίας. Ο "υγιεινός" τρόπος ζωής και οι δίαιτες αδυνατίσματος επιβάλλονται ως ισχυρή κοινωνική πίεση στον πληθυσμό των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών και διαμορφώνουν πρότυπα για τους εφήβους, οι οποίοι βρίσκονται ακριβώς στην φάση διαμόρφωσης αξιών, επιλογών, πεποιθήσεων και στάσεων καθώς και της αυτοεκτίμησης τους. (Βάρσου, 2008)

Μία προσεκτικότερη ματιά στην ιστορία αποκαλύπτει ότι μορφές διαταραχών πρόσληψης τροφής υπήρχαν από την αρχαιότητα, διέφεραν όμως ως προς τη συχνότητα, την εκδήλωση και τα πιθανά κίνητρα. Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία υπάρχει μία πεποίθηση γενική, ότι η διαταραχή αυτή εμφανίστηκε στα τέλη του 19 αιώνα όταν περιγράφει και σχεδόν ταυτόχρονα από το Laseque στη Γαλλία και τον Gull στην Αγγλία (Yates, 1989). Ωστόσο μία σειρά άλλων δημοσιεύσεων μαρτυρά ότι διάφορες μορφές αυτό- πείνας παρουσιάστηκαν καιρό πριν. Τέτοιες μαρτυρίες μας κάνουν να αναρωτηθούμε αν οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι όντως προϊόν σύγχρονων κοινωνικών πιέσεων ή είναι μία βαθύτερη μορφή αυτοέκφρασης που παρουσιάστηκε από άτομα άλλων εποχών και πολιτισμών (Bemporad, 1996). Στα αρχαία χρόνια η νηστεία αναφέρεται ως μία διαδικασία αυτοκάθαρσης κατά την οποία το άτομο στερούσε στον εαυτό του την ευχαρίστηση της σίτισης. Η κατάσταση παρουσιάζεται ακόμη πιο ακραία στις ανατολικές θρησκείες, όπου η νηστεία επεκτεινόταν μέχρι το θάνατο, ως μία μορφή αποχής από τον υλικό κόσμο ο οποίος θεωρούνταν κάτι κακό. Τέτοιες ιδέες συναντούμε σε θρησκείες όπως Hindu, Vardhamana κ.α. δείγματα συμπεριφορών που θυμίζουν ΔΠΤ αναφέρονται και στα πρώτα χριστιανικά χρόνια που η πείνα- νηστεία θεωρούνταν ως ολική απεξάρτηση από τις ανάγκες και τις επιθυμίες του σώματος. Τις δεκαετίες του '70 και του ' 80 όταν η ψυχογενής ανορεξία και η βουλιμία περιγράφονται με ψυχιατρικούς όρους και περιγράφονται ως "ψυχιατρικές διαταραχές των 80", με τρόπο μάλιστα που δίνει στις ΔΠΤ μία αίγλη, ένα γόητρο μιας και διαφημίζονται πολύ ως διαταραχή που σχετίζεται με το χορό των M.M.E και της μόδας. (Gordon, 1990). Έγινε λοιπόν σαφές πως η ψυχογενής ανορεξία δεν αποτελεί πρόσφατο φαινόμενο αλλά υπήρχε ακόμη από τα χρόνια της αρχαιότητας. Η μορφή της διαφοροποιούνταν μέσα στις ιστορικές εποχές καθώς επίσης αλλάζει και το κίνητρο πίσω από τη συμπεριφορά. Συνοψίζοντας από την πορεία της νευρικής ανορεξίας στο χρόνο, σημειώνονται τρεις βασικές αλλαγές: Α) αύξηση της εκδήλωσης της διαταραχής Β) διαφορές στην ψυχική ψυχοπαθολογία Γ) η έμφαση της βουλιμίας ως ΔΠΤ. (Bemporad 1996)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

2.1 Ορισμός

Η νευρική ανορεξία (Anorexia Nervosa) είναι μία ψυχιατρική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από έναν μη ρεαλιστικό φόβο αύξησης του σωματικού βάρους, αυτό υποσιτισμό και προφανής διαστρεβλώσεις της εικόνας του σώματος. Αποτελεί μία πολύ σοβαρή κατάσταση η οποία έχει την υψηλότερη θνησιμότητα από οποιαδήποτε άλλη ψυχιατρική διαταραχή

Υπάρχουν δύο τύποι νευρικής ανορεξίας

1.Περιοριστικός: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου το άτομο δεν επιδίδεται συστηματικά σε υπερφαγική ή καθαρτική συμπεριφορά.

2. Υπερφαγικός/ καθαρτικός: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας το άτομο επιδίδεται συστηματικά σε υπερφαγία ή καθαρτική συμπεριφορά(πχ προκλητοί έμετοι ή κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών, υποκλυσμών). (Schebendach et al., 2011)

2.2 Διαγνωστικά κριτήρια νευρικής ανορεξίας

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-5 της νευρικής ανορεξίας είναι τα παρακάτω:

1.Επίμονος περιορισμός πρόσληψης ενέργειας που οδηγεί σε σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος σε σχέση με το ελάχιστο που αναμένεται όσον αφορά το φύλο, την ηλικία, την αναπτυξιακή διαδικασία και φυσική κατάσταση.

2. Έντονος φόβος αύξησης του σωματικού βάρους ή πάχους, η επίμονη συμπεριφορά που παρεμβαίνει στην πρόσληψη βάρους παρότι είναι σημαντικά ελλειποβαρής.

3. Διαταραχή αντίληψης του σωματικού βάρους ή σχήματος, υπερβολική επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος, στην αυτοεκτίμηση, ή άρνηση της σοβαρότητας του τρέχοντος πολύ χαμηλού σωματικού βάρους.(Treasure J., Wolff G., 2008)

4. Η εκτίμηση της σοβαρότητας της νευρικής ανορεξίας στους ενήλικες θα πρέπει να βασίζεται στον δείκτη μάζας σώματος (BMI):

A. ήπια BMI>17

Β. μέτρια BMI16-17

Γ. σοβαρή BMI 15-16

Δ. πολύ σοβαρή BMI<15

Διαγνωστικά κριτήρια κατά ICD-10 της νευρικής ανορεξίας είναι τα εξής:

1. Απώλεια σωματικού βάρους ή στα παιδιά έλλειψη πρόσληψης σωματικού βάρους οδήγησε σημαντικά τουλάχιστον 15% κάτω από το φυσιολογικό ή αυτό που αναμένεται σε σχέση με την ηλικία και το ύψος ή ο δείκτης μάζας σώματος(Body Mass Index-BMI) είναι κάτω από 17,5.(Gowers, 2005)
2. Η απώλεια σωματικού βάρους είναι αυτό-επιβαλλόμενη μέσω της αποφυγής λιπαρών φαγητών, άσκησης, πρόκλησης εμετού ή καθαρτικών ενεργειών.
3. Τη διαστρεβλωμένη αντίληψη του σώματος σε συνδυασμό με την φοβία για το πάχος που οδηγούν σε ένα αυτόεπιβαλλόμενο κατώτατο όριο σωματικού βάρους.
4. Η ύπαρξη εκτεταμένης ενδοκρινικής διαταραχής η οποία περιλαμβάνει τον υποθάλαμο-υποφυσιακό- γονιδιακό άξονα με εκδήλωση αμηνόρροιας στις γυναίκες και απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος στους άντρες.(Wood D., Knight C., 2015)

2.3 Παράγοντες προδιάθεσης

Η έναρξη των διατροφικών διαταραχών γενικά και ειδικότερα της Ψυχογενούς Ανορεξίας φαίνεται να είναι πολυπαραγοντική. Ενώ ορισμένοι εμφανείς παράγοντες κινδύνου έχουν προσδιοριστεί, δεν υπάρχει καμία γνωστή, άμεση αιτιότητα. Μια πολύ πιθανή εξήγηση είναι η ύπαρξη μιας αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες κινδύνου. Φαίνεται ότι οι παράγοντες που σηματοδοτούν την έναρξη της διαταραγμένης διατροφής και της εφαρμογής δίαιτας, διαφέρουν από εκείνους που διατηρούν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά όταν καταντά προβληματική.

2.3.1 Βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες

Ορισμένες ενδείξεις συνηγορούν για αυξημένους δείκτες συμφωνίας σε μονόζυγοτικούς διδύμους σε σχέση με δίζυγοτικούς. Επίσης, οι αδελφές των ανορεκτικών ασθενών έχουν αυξημένη πιθανότητα να προσβληθούν, αλλά αυτή η σχέση μπορεί να αντικατοπτρίζει κοινωνική επίδραση, παρά γενετική. Εξάλλου, οι μείζονες συναισθηματικές διαταραχές είναι συχνότερες σε μέλη της οικογένειας ανορεκτικών σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Νεύρο χημικά, σε ορισμένους ασθενείς έχουν βρεθεί μειωμένη νοραδρενεργική δραστηριότητα και μειωμένα επίπεδα 3-μεθοξυ-4-υδρο-ξυφαινυλ-γλυκοζης (MHPG) στα ούρα και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

Ο υποσιτισμός έχει ως αποτέλεσμα πολλές βιοχημικές αλλαγές, οι περισσότερες από τις οποίες συντάσσονται επίσης στην κατάθλιψη: υπερκορτιζολαιμία, έλλειψη καταστολής με δεξαμεθαζονη, καταστολή της θυρεοειδικής λειτουργίας. Οι ανωμαλίες αυτές, ωστόσο, διορθώνονται με την επανασίτηση. Στον υποσιτισμό επίσης αποδίδονται η αμηνόρροια και τα χαμηλά επίπεδα υποφυσιακών ορμονών (LH, FSH, GRH). (Βάρσου Ε. 2008)

2.3.2 Οικογενειακοί παράγοντες

Οι οικογένειες των ασθενών με νευρική ανορεξία έχουν μερικά κοινά χαρακτηριστικά. Είναι συχνά υπερπροστατευτικοί, αυστηροί, και έχουν ανικανότητα να λύσουν τις δικές τους εσωτερικές διαμάχες και προβλήματα. Η μητρική φιγούρα εμφανίζεται σαν το 'αφεντικό' μέσα στα πλαίσια του οικογενειακού περιβάλλοντος. Αντίθετα ο πατέρας είναι αρκετά απομακρυσμένος και αποστασιοποιημένος. Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ανορεκτικοί ασθενείς έχουν πολύ στενές αλλά διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς και με ότι με την νόσο τους προσπαθούν να αποσπασούν την προσοχή τους. (Argente., Munˆoz., 2004)

2.3.3 Κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες

Οι ενήλικοι και οι έφηβοι με νευρική ανορεξία είναι συχνά αρκετά ευάλωτοι. Λαμβάνουν μια μεγάλη ποσότητα πληροφοριών τις οποίες δεν μπορούν να τις αφομοιώσουν, με αποτέλεσμα αυτό να δημιουργεί ένταση. Αυτή η ένταση αφορά την σεξουαλικότητα τους, την προσωπικότητα τους, τον ανταγωνισμό, την ατομικότητα και την ανεξαρτησία τους.

Είναι γνωστό ότι κάθε ιστορική περίοδος καθορίζει τα πρότυπα την ομορφιάς και της μόδας. Κατά την διάρκεια, ειδικά, των τελευταίων δυο δεκαετιών τα λεπτά και καλλίγραμμα σώματα όσο αφορά τις γυναίκες και τα μυώδη γυμνασμένα σώματα στους άνδρες είναι στην μόδα. Αυτά τα στερεότυπα διαιωνίζονται ως επί των πλείστων μέσω της διαφήμισης. Οι έφηβοι

καθημερινά βομβαρδίζονται με πληροφορίες που αφορούν το ιδανικό σώμα, βάρος, φιγούρα, πώς να έχουν το τέλειο σώμα, τι είδος ασκήσεων πρέπει να κάνουν για να το επιτύχουν και για θαυματουργές δίαιτες.(Argente., Munˆoz., 2004)

2.4 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η νευρική ανορεξία έχει την υψηλότερη θνησιμότητα από όλες τις υπόλοιπες ψυχιατρικές διαταραχές και κυμαίνεται στο 20% και καταλήγει σε ένα σημαντικό ποσοστό νοσηρότητας για τους περισσότερους ασθενείς σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο καθώς και μειωμένη ποιότητα ζωής. (Bruch 1978) Η επιβάρυνση της νόσου της νευρικής ανορεξίας σε σχέση με την αναπηρία που προκαλεί η προσαρμοσμένη σε χρόνια είναι υψηλή(Ng,Ng and Wong, 2013)

Η νευρική ανορεξία υπολογίζεται ότι έχει επιπολασμό 0,2 έως 1% στις ενήλικες γυναίκες και ακόμα υψηλότερη αν λάβουμε υπόψη τις ηπιότερες, υποκλινικές μορφές της. Η νευρική ανορεξία είναι μία σχετικά σπάνια νόσος στους άρρενες προσβάλλοντας μόνο το 5%. Οι περισσότερες διατροφικές διαταραχές ξεκινούν κατά τη διάρκεια της ενηλικίωσης.

Οι ανησυχίες όσον αφορά το σωματικό βάρος και του σχήματός του σώματος συνήθως αναπτύσσονται προς το τέλος της παιδικής ηλικίας και στην εφηβεία. Η τυπική ηλικία έναρξης της νευρικής ανορεξίας βρίσκεται ανάμεσα στην ενηλικίωση και αρχές της ενήλικης ζωής (12 ως 24 ετών), παρότι που υπάρχουν περιπτώσεις έναρξης στην παιδική ηλικία καθώς και σε πιο ηλικιωμένα άτομα.

Παρότι υπάρχουν λίγα δεδομένα για τον επιπολασμό των διαταραχών σε μη-δυτικούς, μη-λευκούς πληθυσμούς, εθνικές και πολιτισμικές διαφορές φαίνεται να παίζουν ρόλο στην ανάπτυξή τους. Η νευρική ανορεξία φαίνεται να είναι σπάνια σε μη αναπτυσσόμενες ή μη δυτικές κουλτούρες, συχνότερα προέρχονται από υπόβαθρο ευμάρειας, σπάνια παρατηρείται σε άτομα που προέρχονται από φτωχό περιβάλλον. Τα άτομα που μεγαλώνουν σε φτωχό περιβάλλον και βρίσκονται σε διαρκή πείνα ως παιδιά είναι απίθανο να εκτιμήσουν τη νηστεία ως ενήλικες. Οι νεαρές γυναίκες οι οποίες μεταναστεύουν από μία μη- Δυτική κουλτούρα στο δυτικό, βιομηχανοποιημένο περιβάλλον αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης διατροφικής διαταραχής. Η νευρική ανορεξία είναι λιγότερο συχνή μεταξύ των ατόμων της μαύρης φυλής.(Nolan., Geracioti., 2004)

2.5 Κλινική εικόνα

Η νευρική ανορεξία είναι μία νόσος που επηρεάζει πάρα πολλά συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού συνεπώς έχει πολλές εκφάνσεις. Συστήματα που προσβάλλονται και τα συμπτώματά τους είναι τα παρακάτω:

1. Ολόκληρο σώμα: αδυναμία, εξάντληση, χαμηλό σωματικό βάρος, αφυδάτωση, καχεξία.
2. Ενδοκρινικό: κούραση, μη ανθεκτικότητα στο κρύο, διούρηση, υποθερμία.
3. Καρδιαγγειακό: βραδυκαρδία, ορθοστατική υπόταση, αδύναμος άρρυθμος σφυγμός, ακροκυάνωση.
4. Γαστρεντερικό: κοιλιακά άλγη, μετεωρισμός, δυσκοιλιότητα, γωνιακή στοματίτιδα, διάρροιες.
5. Ουροποιητικό: αυξημένος ή μειωμένος όγκος ούρων.
6. Αιμοποιητικό: εκχυμώσεις, διαταραχές πήξης αίματος.
7. Ανοσοποιητικό: μειωμένη απάντηση σε βακτηριακές λοιμώξεις.
8. Δέρμα: απώλεια τριχοφυΐας, ξηροδερμία, ακμή
9. Μυοσκελετικό: μυϊκή αδυναμία, μυϊκά άλγη, μυϊκές κράμπες, μυϊκή απώλεια, οστεοπενία, οστεοπόρωση.
10. Αναπνευστικό: μειωμένη αναπνευστική ικανότητα, απώλεια αναπνευστικών μυϊκών ινών.
11. Αναπαραγωγικό: απώλεια εμμήνου ρύσεως, αναστολή σεξουαλικής ανάπτυξης και δευτερευόντων σεξουαλικών χαρακτηριστικών, απώλεια σεξουαλικής ορμής, υπογονιμότητα.
12. Κεντρικό νευρικό σύστημα: κατάθλιψη, αγχώδης διαταραχή, απάθεια, γνωστικές διαταραχές, ευερεθιστότητα, επιληπτικές κρίσεις, περιφερική νευροπάθεια.(Athey J., 2003),

2.6 Θεραπεία νευρικής ανορεξίας

Η θεραπεία της νευρικής ανορεξίας οφείλει να είναι εξατομικευμένη. Η εκτίμηση του ασθενούς πριν την έναρξη της θεραπείας είναι σημαντική για να καθορίσει το κατάλληλο θεραπευτικό πλάνο. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που πρέπει να λάβουμε υπόψη είναι το σωματικό βάρος του ασθενούς, ο ρυθμός απώλειας του σωματικού βάρους, η καρδιακή λειτουργία και η μεταβολική κατάσταση.

Ως γενικός κανόνας, οι ασθενείς που ζυγίζουν λιγότερο από το 85% του υγιούς εξατομικευμένου σωματικού τους βάρους θεωρείτε ότι θα πρέπει να νοσηλευτούν αλλά υπάρχουν και ασθενείς πάνω από αυτό το όριο οι οποίοι χρήζουν και αυτοί νοσηλείας. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι το υγιές βάρος του κάθε ασθενούς δεν είναι τυποποιημένο αλλά προκύπτει από ιστορικό του (πχ καμπύλες ανάπτυξης) και όσον αφορά τις γυναίκες το σωματικό βάρος κατά το οποίο υπάρχει φυσιολογική έμμηνος ρύση και ωορρηξία.

Εξίσου σημαντικοί παράγοντες στη λήψη της απόφασης νοσηλείας του ασθενούς είναι οι ψυχιατρικοί και παράγοντες συμπεριφοράς (πχ παρουσία ή όχι κινήτρου) που περιλαμβάνουν μία ταχεία ή επίμονη άρνηση λήψης τροφής, η συνεχής πτώση του σωματικού βάρους παρότι υπάρχει εξωνοσοκομειακή παρέμβαση, η παρουσία και άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την ικανότητα του ασθενούς στη λήψη τροφής (πχ οδοντιατρικά προβλήματα), καθώς και η συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών (πχ αυτοκτονικός ιδεασμός)

Οι διαταραχές των ζωτικών σημείων και εργαστηριακών εξετάσεων που χρήζουν νοσηλείας είναι:

A. ενήλικες: Ορθοστατική υπόταση,

βραδυκαρδία < 40 σφίξεις ανά λεπτό,

ταχυκαρδία > 110 σφίξεις ανά λεπτό,

γλυκόζη αίματος < 60 mg ανά dl,

K+ αίματος < 3 mEq ανά L,

ηλεκτρολυτικές διαταραχές,

θερμοκρασία σώματος < 36,1 οC,

αφυδάτωση,

μη ρυθμιζόμενος σακχαρώδης διαβήτης,

ηπατική, νεφρική, καρδιαγγειακή ανεπάρκεια που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης.

B. Παιδιά- έφηβοι: βραδυκαρδία < 40 σφίξεις ανά λεπτό, ορθοστατική υπόταση, αρτηριακή πίεση < 80/ 50mm/Hg, υποκαλιαιμία, υπομαγνησραιμία, υποφωσφαταιμία.

Η νοσηλεία του ασθενούς θα πρέπει να πραγματοποιείται πριν την έναρξη εκδήλωσης διαταραχών των ζωτικών σημείων και παθολογικών εργαστηριακών εξετάσεων καθώς η θεραπεία είναι λιγότερο αποτελεσματική, ο επανασιτισμός ενέχει υψηλότερους κινδύνους και

η πρόγνωση είναι χειρότερη. Τέλος, στη νοσηλεία του ασθενούς θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και τα κοινωνικά κριτήρια(π.χ κακό περιβάλλον, οικονομική κατάσταση ασθενούς). Τα διαρκώς αυξανόμενα δεδομένα που υπάρχουν κατάλληλα στο συμπέρασμα ότι η τμηματική νοσηλεία των ασθενών με νευρική ανορεξία τουλάχιστον για πέντε ημέρες /εβδομάδα και για 8 ώρες/ ημέρα έχουν καλύτερα αποτελέσματα. Δυστυχώς όμως αυτό δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε ασθενείς με πολύ χαμηλό αρχικό σωματικό βάρος.

Η νευρική ανορεξία είναι μία σοβαρή, σύνθετη και συχνά χρόνια νόσος η οποία απαιτεί μία πληθώρα τρόπων αντιμετώπισης στα διάφορα στάδια της. Εξειδικευμένες θεραπείες περιλαμβάνουν τη θεραπευτική αποκατάσταση, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και φαρμακευτική αγωγή. Ο σκοπός της θεραπείας συνοψίζεται στα παρακάτω σημεία:

1. Αποκατάσταση ενός υγιούς σωματικού βάρους το οποίο σχετίζεται για τις γυναίκες ασθενείς με την επανέναρξη της εμμήνου ρύσεως και φυσιολογικής ωορρηξίας, για τους άνδρες σε φυσιολογικά ορμονικά επίπεδα και φυσιολογική σεξουαλική ορμή, ενώ στα παιδιά και στους εφήβους η φυσιολογική σωματική και σεξουαλική ανάπτυξη.
2. Αντιμέτωπιση των σωματικών επιπλοκών του ασθενούς
3. Βελτίωση των κινήτρων του ασθενούς να συνεργαστεί και να συμμετέχει ενεργά στην θεραπεία.
4. Εκπαίδευση του ασθενούς όσον αφορά την υγιεινή διατροφή και διατροφική συμπεριφορά.
5. Να βοηθηθεί ο ασθενής και να επανεκτιμήσει και να αλλάξει βασικές γνωστικές λειτουργίες, συμπεριφορές, κίνητρα, διαμάχες και συναισθήματα που σχετίζονται με τη διατροφική διαταραχή.
6. Θεραπεία των σχετιζόμενων ψυχιατρικών νόσων όπως διαταραχών συναισθήματος και έλεγχο παρορμήσεων, αυτοεκτίμησης και συμπεριφοράς.
7. Να επιστρατεύσει υποστήριξη από την οικογένεια και να υπάρξει συμβουλευτική παρέμβαση.
8. Η αποφυγή της υποτροπής του ασθενούς.

A. Θρεπτική αποκατάσταση:

Οι στόχοι της θρεπτικής αποκατάστασης σε σοβαρά ελλειποβαρής ασθενείς είναι η αποκατάσταση του σωματικού βάρους, να εξομαλύνει το διατροφικό μοτίβο, να επιτύχει

φυσιολογικές αντιλήψεις της πείνας και του κορεσμού, να διορθώσει βιολογικά και ψυχολογικά επακόλουθα του υποσιτισμού.

Ο στόχος ενός υγιούς σωματικού βάρους θα πρέπει να τεθεί ως τμήμα του αρχικού θεραπευτικού πλάνου και να συζητηθεί διεξοδικά με τον ασθενή αλλά και με ευαισθησία λαμβάνοντας υπόψη πόσο πολύ πρακτικό είναι για αυτόν η συζήτηση του σωματικού βάρους. Σε γενικές γραμμές για τις γυναίκες ασθενείς το υγιές σωματικό βάρος είναι όταν υπάρχει αποκατάσταση φυσιολογικού κύκλου εμμήνου ρύσεως και ωορρηξίας (στην πλειοψηφία των περιπτώσεων σε σωματικό βάρος υψηλότερο από αυτό στο οποίο έγινε παύση της εμμήνου ρύσεως) και για τους άντρες ασθενείς είναι το σωματικό βάρος κατά το οποίο επανέρχεται η φυσιολογική ορχική λειτουργία. Όσον αφορά τα παιδιά και τους εφήβους πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι καμπύλες ανάπτυξης και η οστική ηλικία που μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια με ακτινογραφία της πηχεοκαρπικής άρθρωσης.

Δεδομένα που προκύπτουν από κλινική πρακτική καταλήγουν στο στόχο αύξησης του σωματικού βάρους σε 0,91- 1,36kg/ εβδομάδα για τους νοσηλευόμενους ασθενείς, σε 0,23- 0,45 kg/ εβδομάδα για τους μη νοσηλευόμενους και σε 0,91 kg/ εβδομάδα για τους τμηματικά νοσηλευόμενους ασθενείς. Οι διατροφολόγοι μπορεί να έχουν ένα σημαντικό ρόλο διαμόρφωσης ενός πλάνου γευμάτων, θρεπτικής επάρκειας, υψηλής θερμιδικής αξίας, ποικιλομορφίας.

Στα αρχικά στάδια λήψης είναι 30- 40kcal/kg/ ημέρα(περίπου 1000- 1600 kcal/ ημέρα) το οποίο μπορεί να αυξηθεί σταδιακά ως τις 70- 100 kcal/ ημέρα για κάποιους ασθενείς, όπως στους άνδρες ή σε αυτούς που έχουν υψηλό μεταβολικό ρυθμό. Το ισοζύγιο των υγρών θα πρέπει να παρακολουθείται με προσοχή καθώς και να πραγματοποιηθεί μέτρηση του ειδικού βάρους των ούρων του ασθενούς το οποίο αντανακλά πιθανή κατακράτηση υγρών. Σε πολλούς ασθενείς παρατηρείται καθυστερημένη γαστρική κένωση και δεν μπορούν να ανεχθούν την πρόσληψη 1000 kcal/ ημέρα. Σε αυτούς τους ασθενείς είναι πιο αποτελεσματική η λήψη 200- 300 kcal πάνω από το συνηθισμένο όριο. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας η χορήγηση υγρής διατροφής στα αρχικά στάδια της αυξήσεως του σωματικού βάρους και στη συνέχεια η σταδιακή έκθεση σε στερεές τροφές ενώ συγχρόνως αυξάνεται και η σωματική δραστηριότητα, επιτυγχάνει καλύτερα αποτελέσματα. Η αύξηση του σωματικού βάρους κατά 0.91-1,36 kg/ εβδομάδα αναμένεται χωρίς κινδύνους για την υγεία του ασθενούς.

Εκτός από την αυξημένη θερμιδική λήψη οι ασθενείς ωφελούνται από συμπληρώματα βιταμινών και ιχνοστοιχείων. Τα επίπεδα του καλίου στον ορό θα πρέπει να ελέγχονται συχνά. Η υποκαλιαιμία αντιμετωπίζεται με ενδοφλέβια ή από του στόματος χορήγηση συμπληρωμάτων καλίου και ενυδάτωση.

Η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας θα πρέπει να ενταχθεί και αυτή στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας, λαμβάνοντας υπόψη την οστική πυκνότητα και την καρδιακή λειτουργία του ασθενούς και να είναι πάντα υπό στενή παρακολούθηση. Σε σοβαρά ελλιποβαρείς ασθενείς οφείλει να είναι περιορισμένη. Στόχος είναι η καλύτερη φυσική κατάσταση του ασθενούς και όχι η κατανάλωση θερμίδων, η αποκατάσταση της σχέσης του ασθενούς με το σώμα του καθώς και η άντληση ευχαρίστησης από τις δραστηριότητες αυτές όπως πχ ομαδικά αθλήματα, ποδόσφαιρο, μπάσκετ.

Καθώς το σωματικό βάρος αυξάνεται παρατηρούνται αλλαγές στο συναίσθημα του ασθενούς και αγχωτικά συμπτώματα. Η απάθεια και ληθαργικότητα που παρατηρούνται στα αρχικά στάδια σχετιζόμενες με τον υποσιτισμό εξαλείφονται ενώ καθώς το σωματικό βάρος αυξάνεται παρατηρούνται αγχωτικά και καταθλιπτικά συμπτώματα, ευερεθιστότητα και σε ορισμένες περιπτώσεις αυτοκτονικός ιδεασμός. Οι θεράποντες θα πρέπει να ενημερώσουν τον ασθενή για το τι να αναμένει καθώς αυξάνεται το σωματικό τους βάρος.

Ο αρχικός επανασιτισμός μπορεί να προκαλέσει κατακράτηση υγρών λόγω των υψηλών επιπέδων αλδοστερόνης που σχετίζεται με τη χρονιά αφυδάτωση του ασθενούς. Συχνά παρουσιάζονται οιδήματα, μετεωρισμός, κοιλιακά άλγη, δυσκοιλιότητα. Ένα σοβαρό σύνδρομο επανασίτισης μπορεί να συμβεί όταν σε σοβαρά υποσιτισμένους ασθενείς (< 70% του υγιούς σωματικού βάρους) πραγματοποιηθεί γρήγορος επανασιτισμός, ειδικά σε εντερική ή παρεντερική διατροφή. Το σύνδρομο αποτελείται από υποφωσφαταιμία, υπομαγνησιαμία, υπασβεστιαμία, και κατακράτηση υγρών. Επίσης μπορεί να παρατηρηθεί ανεπάρκεια θειαμίνης. Το σύνδρομο παρατηρείται στο 6% λεγόμενων ασθενών. Ο γρήγορος επανασιτισμός, η χρήση ρινογαστρικού καθετήρα ή η παρεντερικής διατροφής μπορεί να είναι επικίνδυνες για τον ασθενή καθώς μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή κατακράτηση υγρών, καρδιακές αρρυθμίες, καρδιακή ανακοπή, αναπνευστική ανεπάρκεια, delirio, επιληπτικές κρίσεις, ραβδοχοληση, διαταραχές των ερυθρών κυττάρων ακόμα και αιφνίδιο θάνατο, ειδικά σε πολύ χαμηλού σωματικού βάρους ασθενείς. Σε μερικές περιπτώσεις είναι απαραίτητη η χορήγηση συμπληρωμάτων φωσφόρου, μαγνησίου και καλίου. Υποφωσφαταιμία παρατηρείται στο 21,7% των ασθενών, ενώ το 27,5% των ασθενών χρειάζεται συμπληρώματα φωσφόρου.

Κατά τη διάρκεια του επανασιτισμού θα πρέπει να πραγματοποιείται εκτίμηση των ζωτικών σημείων, καταγραφή της λήψης- αποβολής του φαγητού και υγρών, οιδήματα, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και γαστρεντερικά συμπτώματα. Για τα παιδιά και τους εφήβους που ζυγίζουν < 70% από το υγιές σωματικού βάρους τους συνιστάται η παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας ειδικά τη νύχτα.

Κάποιοι ασθενείς δεν βρίσκονται σε θέση να αναγνωρίσουν τη σοβαρότητα της ασθένειάς τους. Οι θεράποντες οφείλουν να λειτουργήσουν προς όφελος του ασθενούς χρησιμοποιώντας ρινογαστρικό καθετήρα επανασίτισης ή ακόμα και ολική παρεντερική διατροφή. Κλινικά δεδομένα υποστηρίζουν τη χρήση συνεχής επανασίτισης με ρινογαστρικό καθετήρα όλο το 24ωρο σε σχέση με την 3-4 φορές bolus επανασίτισης. Οι μολύνσεις που σχετίζονται με την παρεντερική διατροφή αποτελούν ένα κίνδυνο, ειδικά στους ανοσοκατασταλμένους ασθενείς με νευρική ανορεξία. Αυτές οι παρεμβάσεις δεν θα πρέπει να συνεχίζονται όταν ο ασθενής μπορεί να σιτιστεί μόνος του και πάντοτε λαμβάνοντας υπόψη τις νοητικές και ηθικές πτυχές καθώς και τη γνώμη της οικογένειάς του.

B. Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Οι στόχοι των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στους ασθενείς με νευρική ανορεξία είναι οι εξής:

1. Να καταλάβουν και να συνεργαστούν για την αποκατάστασή τους
2. Να καταλάβουν και να αλλάξουν προβληματικές συμπεριφορές και πεποιθήσεις όσον αφορά την διατροφική διαταραχή
3. Να βελτιώσουν προσωπική και κοινωνική λειτουργία τους.
4. Να αντιμετωπίσουν την συννοσηρή ψυχοπαθολογία που προκαλεί ή μεγεθύνει τη διατροφική διαταραχή.

1. Οξεία νευρική ανορεξία

Κλινικά δεδομένα προτείνουν την εξατομικευμένη ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση στο στάδιο του αρχικού οξέος επανασιτισμού καθώς και στα στάδια αύξησεως του σωματικού βάρους. Η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση συνιστάται στην κατανόηση μέσω της ενσυναίσθησης, υποστήριξης, ενθάρρυνσης, εκπαιδεύσεις κι άλλους τρόπους ενίσχυσης της θετικής συμπεριφοράς. Η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο σε όλα τα στάδια της θεραπείας ειδικά για τα παιδιά και τους εφήβους, για τα οποία είναι η πιο αποτελεσματική παρέμβαση.

Η ψυχοθεραπευτική θεραπεία από μόνη της δεν είναι επαρκής στην αντιμετώπιση νευρικής ανορεξίας. Στα περισσότερα θεραπευτικά προγράμματα ενσωματώνονται η συναισθηματική ανάπτυξη και διάφορες παρεμβάσεις στην συμπεριφορά συνδέοντας τους στόχους του σωματικού βάρους με προνόμια και ευχαρίστηση του ασθενούς.

2. Νευρική ανορεξία μετά την αποκατάσταση του σωματικού βάρους:

Η ψυχοθεραπεία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο καθώς ο υποσιτισμός έχει διορθωθεί και αυξάνεται το σωματικό βάρος για τουλάχιστον ένα χρόνο αλλά μπορεί να χρειαστεί και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η ψυχοθεραπεία βοηθά τους ασθενείς να κατανοήσουν τι ακριβώς έχουν περάσει, τους προδιαθεσικούς παράγοντες της ασθένειάς τους, να αποφύγουν ή να μειώσουν το κίνδυνο υποτροπής και πώς θα αντιμετωπίσουν στο μέλλον σοβαρά ζητήματα της ζωής. Προς το παρόν δεν υπάρχουν επίσημα όρια σωματικού βάρους ή ποσοστού σωματικού λίπους που να υποδεικνύει την εφαρμογή της ψυχοθεραπείας. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία μετά την αύξηση του σωματικού βάρους μειώνει τον κίνδυνο υποτροπής και βελτιώνει το αποτέλεσμα της συνολικής θεραπείας. Όσον αφορά τους εφήβους, ασθενείς κάτω των 19 ετών οι οποίοι νόσησαν για τρία χρόνια ή λιγότερο και έχουν αποκαταστήσει το σωματικό τους βάρος, η οικογενειακή θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική από την ατομική, ενώ η ατομική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική σε ασθενείς με έναρξη της νόσου σε μεγαλύτερη ηλικία.

3. Χρόνια νευρική ανορεξία:

Η ψυχοθεραπεία στους ασθενείς με χρόνια νευρική ανορεξία τυπικά στερείται σημαντικής κλινικής ανταπόκρισης. Αποτελέσματα μετά από 1 χρόνο ψυχοθεραπείας είναι μέτρια ενώ η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και οικογενειακή θεραπεία έχουν λίγο καλύτερα αποτελέσματα. Όσον αφορά τους ασθενείς με ανθεκτικής μορφής νευρική ανορεξία στην θεραπεία, θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν πιο εκτεταμένα ψυχοθεραπευτικά μέτρα ώστε να βοηθηθούν, να κινητοποιηθούν ή σε περίπτωση αποτυχίας ως παρηγορητική θεραπεία.

Γ. Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Παρότι τα ψυχοτροπικά φάρμακα δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως η μοναδική ή αρχική θεραπεία για τη νευρική ανορεξία, έχει θέση ως συμπληρωματική θεραπεία όταν τα διατροφικά προγράμματα αποκατάστασης είναι αποτελεσματικά ή όταν οι ασθενείς παρουσιάζουν σημαντική ψυχοπαθολογική συννοσηρότητα. Επειδή κάποια από τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας όπως η κατάθλιψη μπορεί να παρουσιαστούν με την αύξηση του σωματικού βάρους, η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να χορηγηθεί αν είναι εφικτό όταν έχει γίνει η αποκατάσταση του σωματικού βάρους. Η απόφαση χρήσης ή μη ψυχοτρόπων φαρμάκων και ποιών θα χρησιμοποιηθούν εξαρτάται από την συμπτωματολογία του ασθενούς (πχ αντικαταθλιπτικά σε ασθενείς με ανθεκτική κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές ή ψυχαναγκαστικά και βουλιμικά συμπτώματα σε ασθενείς μετά την αποκατάσταση σωματικού τους βάρους ενώ δεύτερης γενιάς αντιψυχωσικά δίνονται συνήθως σε ασθενείς με σοβαρή αντίσταση στην αύξηση του σωματικού βάρους, σοβαρό

ψυχαναγκασμό και άρνηση με σύνοδες ψευδαισθήσεις. Πολλοί ασθενείς είναι επιφυλακτικοί στο να πάρουν φαρμακευτική αγωγή και συχνά απορρίπτουν φάρμακα που γνωρίζουν ότι επηρεάζουν το σωματικό βάρος.

1. Αντικαταθλιπτικά

Η αποτελεσματικότητα των εκλειπικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) φαίνεται να διαφέρει ανάλογα με την φάση θεραπείας. Η φλουοξετίνη δεν φαίνεται να συνεισφέρει σημαντικά κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης του σωματικού βάρους και το ίδιο ισχύει και για την σιταλοπράμη. Αντίθετα, στους ασθενείς που έχει ήδη αποκατασταθεί το σωματικό βάρος η φλουοξετίνη σε δόσεις ως 60mg/ημερα μειώνει τα επεισόδια υποτροπών και έχει συσχετιστεί με καλύτερη διατήρηση του σωματικού βάρους καθώς και με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Παρότι υψηλότερες δόσεις φλουοξετίνης έχουν σχετιστεί ότι επηρεάζει την όρεξη και προκαλεί μείωση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικού βάρους και παχύσαρκους ασθενείς, αυτό δεν συμβαίνει σε ασθενείς με νευρική ανορεξία όπου χορηγούνται οι χαμηλότερες δόσεις.

Οι υποσιτιζόμενοι ασθενείς είναι επίσης πολύ πιο ευαίσθητοι στις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής. Η χρήση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών έχει συσχετιστεί με υψηλότερο κίνδυνο υπότασης και αρρυθμιών. Για αυτό το λόγο τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά θα πρέπει να αποφεύγονται ειδικά τους ελλιποβαρείς ασθενείς και σε αυτούς όπου υπάρχει κίνδυνος αυτοκτονίας. Η βουπροπιόνη έχει συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων σε ασθενείς με νευρογενή βουλιμία και για αυτό τον λόγο θα πρέπει να αποφεύγεται στον υπερφαγικό/καθαρτικό τύπο της νευρογενούς ανορεξίας. Η μιρταζαπίνη είναι αντικαταθλιπτικό φάρμακο το οποίο αυξάνει το σωματικό βάρος που έχει συσχετιστεί με ουδετεροπενία και θα πρέπει να αποφεύγεται.

2. Αντιψυχωσικά

Αντιψυχωσικά φάρμακα ειδικά της δεύτερης γενιάς όπως είναι όπως η ολανζαπίνη και η ρισπεριδόνη έχουν οφέλη κατά την διάρκεια της αποκατάστασης του σωματικού βάρους ή για την θεραπεία άλλων συμπτωμάτων σχετιζόμενων με τη νευρική ανορεξία όπως ο ψυχαναγκασμός, αγχώδης διαταραχή και ψυχωτικό τρόπο σκέψης. Η ολανζαπίνη αυξάνει το σωματικό βάρος σε ενήλικες και εφήβους και η κουετιαπίνη βελτιώνει συνωδά συμπτώματα. Η αλοπεριδόλη αυξάνει και αυτή το σωματικό βάρος σε σοβαρά πάσχοντες ασθενείς. Η χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει εξωπυραμιδικά συμπτώματα και

απαιτείται προσοχή γιατί επηρεάζει την ευαισθησία στην ινσουλίνη, τον μεταβολισμό των λιπιδίων, προκαλεί παράταση του QTc διαστήματος.

3. Λοιπή φαρμακευτική αγωγή

Αγχολυτική αγωγή χρησιμοποιείται πριν τη λήψη γευμάτων ώστε να μειωθεί το άγχος που προκαλεί η αναμονή της σίτισης, ενώ η μετοκλοπραμίδη χρησιμοποιείται για τον μετεωρισμό και το κοιλιακό άλγος που είναι αποτελέσματα της γαστροπάρεσης και συνεισφέρει στον πρόωρο κορεσμό που παρατηρείται σε κάποιους ασθενείς. Θα πρέπει να υπάρχει προσοχή στη χορήγηση της μετοκλοπραμίδης λόγω των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων που μπορεί να προκαλέσει ειδικά σε ελιποβαρείς ασθενείς.

Η θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης βελτιώνει οριακά την οστική πυκνότητα σε ενήλικες και εφήβους και μόνο σε αρκετά ελλιποβαρείς γυναίκες (< 70% του υγιούς σωματικού βάρους) δείχνει να έχει αποτελέσματα αποτρέποντας την περαιτέρω απώλεια. Τα οιστρογόνα δεν θα πρέπει να χορηγούνται σε κοπέλες που δεν έχει ολοκληρωθεί η ανάπτυξή τους καθώς συγχωνεύουν τις επιφύσεις των οστών. Η ορμονοθεραπεία συνήθως επανεκκινεί την καταμήνιου έμμηνου ρύση με αποτέλεσμα να καθιστά δυσδιάκριτη την κυριότερη ένδειξη που επιδεικνύει την αποκατάσταση του σωματικού βάρους στις γυναίκες.

Αυτό το γεγονός συνήθως ερμηνεύεται από τους ασθενείς με αποτέλεσμα να αρνούνται να αυξήσουν επιπλέον το σωματικό τους βάρος. Για αυτό το λόγο η ορμονοθεραπεία θα πρέπει να χορηγείται αφού έχει επανεκκινηθεί η φυσιολογική έμμηνος ρύση. Τέλος δεν υπάρχει ένδειξη για τη χρήση διφωσφονικών όπως η αλενδρονάτη και συνεπώς η προτεινόμενη θεραπεία για την χαμηλή οστική πυκνότητα είναι η αύξηση του σωματικού βάρους με τη χορήγηση συμπληρωμάτων ασβεστίου και βιταμίνης D. (YagerJ et al., 2010)

2.7 Νοσηλευτική παρέμβαση

Η νευρική ανορεξία αναγνωρίζεται ως κλινικό σύνδρομο με καλά ορισμένα διαγνωστικά κριτήρια τα οποία χαρακτηρίζονται από αλλαγές στο σωματικό βάρος και διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά. Κάθε θεραπευτικό πρόγραμμα θα πρέπει να περιλαμβάνει διατροφική εκτίμηση, υποστήριξη, και εκπαίδευση. Η διατροφική παρέμβαση είναι καίριας σημασίας για τον ασθενή με νευρική ανορεξία έτσι ώστε να αποφευχθεί μία δυνητικά

θανατηφόρα πορεία και να βελτιώσει γνωστικές λειτουργίες απαραίτητες για τον ασθενή έτσι ώστε να ωφεληθεί από την ψυχοθεραπεία.

Η αρχική προσέγγιση του ασθενούς με διαταραχές πρόσληψης τροφής περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με τις συνήθειες διατροφής και άσκησης, τη χρήση διαιτητικών βοηθημάτων ή καθαρτικών και της γενικής αντίληψης για το σώμα και το βάρος . Ο νοσηλευτής –τρια δεν πρέπει να απορήσει από την στάση της ασθενούς με πρόβλημα πρόσληψης διατροφής, καθώς ακόμα και αν υπάρχουν έντονα συμπτώματα υποσιτισμού ή ασιτίας, πολλοί ασθενείς θα αρνηθούν την παρουσία

Μετά τη λήψη ιστορικού ακολουθεί πλήρης φυσική εξέταση. Η γενική εμφάνιση και τα προσωπικά σχόλια, που περιγράφουν τα σημεία υποσιτισμού και χαμηλού σωματικού βάρους, τα συναισθήματα της ασθενούς και οποιαδήποτε γνωστική, καταθλιπτική ή οξύθυμη διαταραχή της διάθεσης, πρέπει να καταγράφονται. Το μυοσκελετικό σύστημα μπορεί να παρουσιάσει σημεία μυϊκής ατροφίας ή πόνου κατά την πίεση σε συγκεκριμένες περιοχές, που πιθανόν να συνδέονται με κατάγματα. Το κεφάλι και ο αυχέννας εξετάζονται για ενδεχόμενη διάβρωση του οδοντικού σμάλτου ή και διόγκωση της παρωτίδας, στοιχεία που υποδηλώνουν αυτο-προκαλούμενο έμετο, καθώς και για την παρουσία μαζών ή πιθανής διόγκωσης του θυρεοειδούς. Η καρδιολογική εξέταση μπορεί να αποκαλύψει ακανόνιστο, αδύναμο, βραδύ σφυγμό και ορθοστατική υπόταση. Η εξέταση της κοιλιακής χώρας μπορεί να αναδείξει κοιλιακή διάταση ή μη φυσιολογικούς εντερικούς ήχους. Η εξέταση του ουρογεννητικού συστήματος είναι συνήθως φυσιολογική, ενώ πρέπει να ελεγχθεί η παρουσία ή απουσία των δευτερογενών σεξουαλικών χαρακτηριστικών. Θα πρέπει να πραγματοποιηθούν οι βασικές εργαστηριακές εξετάσεις, να σχεδιαστεί στενή παρακολούθηση για τον έλεγχο της αύξησης βάρους και ενδεχομένως να ζητηθούν και οι συμβουλές ενός διαιτολόγου ειδικευμένου σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που συστήνονται για όλους τους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία ή και άλλη διατροφική διαταραχή περιλαμβάνουν γενική αίματος, έλεγχο ηλεκτρολυτών, αζώτου, ουρίας και κρεατινίνης αίματος, δοκιμασίες λειτουργίας θυρεοειδούς και γενική ούρων. Στους υποσιτιζόμενους ασθενείς πρέπει να πραγματοποιηθούν πρόσθετες εξετάσεις, όπως επίπεδα ασβεστίου, μαγνησίου και φωσφόρου, δοκιμασίες ηπατικής λειτουργίας και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Ο ρόλος του νοσηλευτή θεωρείται πολύ σημαντικός και είναι βασικό να διακρίνονται από την ικανότητα αναγνώρισης των συμπτωμάτων νευρικής 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. (Μπέλλος Σ και συν., 2014)

Στο ρόλο του νοσηλευτή περιλαμβάνετε:

- Η διατήρηση μιας ισορροπημένης διατροφής πλούσια σε θερμίδες.
- Προσεκτικό ζύγισμα σε καθημερινή βάση χωρίς να αποκαλύψει ενδεχόμενη αύξηση βάρους.
- Η παραμονή του νοσηλευτή με τον ασθενή και κατά τη διάρκεια και μετά από τα γεύματα.
- Ο σχεδιασμός ενός διατροφικού προγράμματος με συχνά και σε μικρές ποσότητες γεύματα και η σταδιακή αύξησή τους.
- Η καταγραφή και η μέτρηση του χρόνου αλλά και τι λαμβάνει ο ασθενής.
- Η ενθάρρυνση στον ασθενή να συμμετέχει σε δραστηριότητες που θα ενισχύσουν την αυτοεκτίμησή του και θα αναδείξουν το ταλέντο και τις δεξιότητές του.
- Η τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα σε περιπτώσεις όπου συνεχίζεται η μείωση βάρους.
- Η ώθηση να αντιληφθεί ο ασθενής το πρόβλημά του.
- Η εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με την υιοθέτηση των αρχών μιας ισορροπημένης διατροφής.
- Η δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης ανάμεσα σε αυτόν και τον ασθενή.
- Η παρατήρηση και η παρακολούθηση του ασθενούς σχετικά με την πορεία του.
- Η χρήση τεχνικών ώστε να αποκτήσει τις κατάλληλες συμπεριφορές για την επίλυση προβλημάτων.
- Η εμφάνιση του ασθενούς σχετικά με την αποβολή της στρεβλής εικόνας σώματος που έχει για τον εαυτό του.
- Η ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος για την θεραπεία - εκμάθηση τεχνικών για επιτυχημένα αποτελέσματα.
- Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών κατόπιν εντολής ιατρού σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο. (Lindsay Moskowitz L., Weiselberg E., 2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

3.1 Ορισμός

Η βουλιμία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας και ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές. Η υπερφαγία χαρακτηρίζεται με το άτομο να καταναλώνει μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού από το συνηθισμένο σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους και συνοδεύεται με το να χάνουν τον έλεγχο του τι τρώνε. Αυτό οδηγεί στην πρόκληση εμετού ή χρήση καθαρτικών φαρμάκων, διαιτητικά χάπια, διουρητικά χάπια, και στην υπερβολική γυμναστική. Για να θεωρηθεί ότι το άτομο πάσχει από βουλιμία θα πρέπει να εμφανίζονται το λιγότερο μία φορά την εβδομάδα για τρεις μήνες. Η διαταραχή αυτή έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με τη νευρογενή ανορεξία όπως π.χ. το υπερβολικό ενδιαφέρον σχετικά με τη σιλουέτα. Τέλος η σοβαρότητα της βουλιμία εξαρτάται από τη συχνότητα των επεισοδίων. Διακρίνεται σε:

ήπια (1-3 επεισόδια την εβδομάδα)

μέτρια (4-7 επεισόδια την εβδομάδα)

σοβαρή (8-13 επεισόδια την εβδομάδα)

ακραία (14 και άνω επεισόδια την εβδομάδα). (Schreyer C. C et al., 2016)

3.2 Διαγνωστικά κριτήρια ψυχογενούς βουλιμίας

Σύμφωνα με το DSM -5 τα διαγνωστικά κριτήρια της βουλιμίας είναι τα εξής:

1. Τα επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται από:

A) το άτομο να τρώει μέσα σε μία διακριτή χρονική περίοδο λχ σε μία περίοδο δύο ωρών μία ποσότητα φαγητού, που είναι σαφώς μεγαλύτερη από όσο θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου.

B) από μία αίσθηση απώλειας ελέγχου της υπερφαγίας, δηλαδή ότι δεν μπορεί το άτομο που πάσχει από βουλιμία να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και το πόσο τρώει.

2. Η επανειλημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά προκειμένου να αποτραπεί η απόκτηση βάρους, όπως π.χ. η πρόκληση εμετού, η κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων, ο υποκλισμός ή η χρήση άλλων φαρμάκων, η νηστεία και η υπερβολική άσκηση.

3. Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν κατά μέσο όρο 2 φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες.

4. Επηρεάζεται η εκτίμηση του εαυτού αδικαιολόγητα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.

5. επίσης σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-5 υπάρχουν δύο τύποι βουλιμικών ατόμων.

α) Ο καθαρτικός τύπος. Όπου κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου βουλιμίας, το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού, ή στην κακή χρήση υπακτικών, ενεμάτων, ή υποκλισμών

β) Ο μη καθαρτικός τύπος. Ο μη καθαρτικός τύπος κατά τη διάρκεια του τρέχοντος βουλιμικού επεισοδίου, χρησιμοποιεί άλλες ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως την νηστεία, την υπερβολική άσκηση, αλλά δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού, ή στην κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων, υπακτικών, ή υποκλισμών. (Castillo M., Weiselberg E., 2017)

3.3 Παράγοντες προδιάθεσης

Η εικόνα της ανάπτυξης της ψυχογενούς βουλιμίας είναι περίπλοκη και πολυπαραγοντική. Δεν υπάρχει μία και μοναδική αιτία της νευρικής βουλιμίας, παρά μια ποικιλία ψυχολογικών, βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων που εμπλέκονται στην εμφάνιση της διαταραχής. Αν και η αιτιολογία είναι ποικιλόμορφη, έχει πολλά κοινά με τους λόγους υπεύθυνους για την νευρική ανορεξία. Συνολικά, η ισορροπία των αιτιολογικών παραγόντων είναι περισσότερο θετική υπέρ ψυχολογικών και κοινωνικών αιτιών, δεδομένου ότι η βουλιμία είναι μια σχετικά νέα κατάσταση και εμφανίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό σε μια εποχή βαθιάς κοινωνικής και πολιτιστικής αλλαγής, με μικρή ταυτόχρονη αλλαγή στην ανθρώπινη βιολογία.

3.3.1 Βιολογικοί και ατομικοί παράγοντες

Η προοπτική της διαίτησης της νευρικής βουλιμίας είναι νοητική. Τέσσερα σημεία τονίζονται στην επεξήγηση αυτής στους ασθενείς. Πρώτον, αν και η διαίτα είναι μια απάντηση στην

υπερφαγία, αυτή επίσης διατηρεί την υπερφαγία τόσο λόγω των βιολογικών μας μηχανισμών όσο και των ψυχολογικών. Δεύτερον, ο εμετός προτρέπει την υπερφαγία καθώς υπάρχει η αντίληψη ότι με αυτόν το τρόπο θα απορριφτεί το φαγητό άρα δεν θα γίνει και η απορρόφηση του. Με άλλα λόγια, τυχόν εμπόδια της υπερφαγίας απομακρύνονται δεδομένου ότι το φαγητό δεν θα απορροφηθεί. Αυτό ορισμένες φορές περιγράφεται ως ο λόγος για τον οποίο ένα άτομο ξεκίνησε έναν κύκλο υπερφαγίας-εμετού. Τρίτον, η υπερβολική ανησυχία για το σχήμα του σώματος και το βάρος ενθαρρύνει τις έντονες και σκληρές δίαιτες και διατηρεί το πρόβλημα με το φαγητό. Τέταρτον, εξαιρετική ανησυχία σχετικά με τον σωματότυπο και το βάρος συσχετίζεται συνήθως με αρνητικές αυτό-αξιολογήσεις, όπως για παράδειγμα η χαμηλή αυτοεκτίμηση και μόνιμα συναισθήματα αναξιοσύνης.(Haslam M et al., 2008)

3.3.2 Οικογενειακοί και κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες

Αν και η αιτιολογική εικόνα είναι πολύ παρόμοια με αυτή της νευρικής ανορεξίας, υπάρχουν μερικές διαφορές. Γενετικές μελέτες δείχνουν ότι η διαταραχή είναι λιγότερο κληρονομική από την νευρική ανορεξία, ωστόσο εκτιμήσεις κληρονομικότητας της τάξης του 46-71% έχουν υπολογιστεί για τις βασικές συμπεριφορές, την υπερφαγία και την πίεση για εμετό. Στοιχεία από ελέγχους περιπτώσεων και από στατιστικές μελέτες προτείνουν δύο ομάδες παραγόντων οι οποίες συμβάλλουν ανεξάρτητες στον κίνδυνο ανάπτυξης ψυχογενούς βουλιμίας. Πρώτον, υπάρχει αυξημένη έκθεση σε παράγοντες κινδύνου συναφείς με δίαιτες, συμπεριλαμβανομένης της γονικής και παιδικής παχυσαρκίας, καθώς και κρίσιμα σχόλια της οικογένειας σχετικά με το βάρος, τον σωματότυπο ή την κατανάλωση φαγητού. Δεύτερον, ένας μεγαλύτερος αριθμός παραγόντων γενικού κινδύνου για ψυχιατρικές διαταραχές έχει παρατηρηθεί. Αυτά περιλαμβάνουν γονικές ψυχιατρικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, μικρή επαφή με τα παιδιά αλλά με ταυτόχρονα υψηλές προσδοκίες εκ μέρους των γονέων, παραμέληση και κακοποίηση.

Σε κοινωνικό επίπεδο βλέπουμε πως τα άτομα δέχονται πίεση για την διατήρηση μιας αδύνατης σιλουέτας, διαφορετικά γίνεται πιθανά στόχος κριτικής, επειδή δεν ανταποκρίνεται στα κοινωνικά στάνταρντ. Στη διάρκεια της εφηβείας ιδιαίτερα, όπου το άτομο προσπαθεί να αποκτήσει μια ταυτότητα είναι πολύ πιθανό, ειδικά τα κορίτσια, να ταυτιστούν με τα προβαλλόμενα από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης πρότυπα και να προσπαθήσουν να τους μοιάσουν. Βλέπουμε λοιπόν, πως η κοινωνική πίεση που ασκείται από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, οδηγεί πολλά νεαρά άτομα και κυρίως γυναίκες σε κάποια ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματός τους. Ωστόσο ορισμένα από αυτά,

επειδή ενδεχομένως είναι πιο ασταθή και αποδιοργανωμένα εσωτερικά, και πιο επιρρεπή στην κοινωνική πίεση που τους ασκείται, καταφεύγουν πολλές φορές σε ακραία μέσα, προκειμένου να ελέγξουν το βάρος τους. (Haslam M et al., 2008)

3.3.3 Ψυχολογικοί παράγοντες

Η σεξουαλική κακοποίηση έχει αναφερθεί στο 20-25% των ασθενών με νευρική βουλιμία, επίπεδο αρκετά υψηλότερο από άτομα με νευρική ανορεξία. Αν και το ποσοστό θεωρείται αρκετά μεγάλο, παρόλα αυτά δεν είναι υψηλότερο από το ποσοστό των νέων γυναικών με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Ωστόσο, γυναίκες με διατροφικές διαταραχές, στο πλαίσιο της σεξουαλικής κακοποίησης, φαίνεται να έχουν υψηλότερο ποσοστό πολλαπλών ψυχιατρικών καταστάσεων από άλλες γυναίκες με διατροφικές διαταραχές. Οι πάσχουσες από ψυχογενή βουλιμία παρουσιάζουν και αυτές δυσκολίες προσαρμογής στις απαιτήσεις της εφηβείας και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ωστόσο είναι συνήθως πιο εξωστρεφής, θυμωμένες ή παρορμητικές σε σχέση με τις ανορεκτικές. Συχνά συνυπάρχουν στην ψυχογενή βουλιμία έντονη συναισθηματική ευμεταβλητότητα ακόμα και απόπειρες αυτοκαταστροφής, εξάρτηση από αλκοόλ και κλεπτομανία. Γενικά, αυτοί οι ασθενείς βιώνουν την έλλειψη ελέγχου στην πρόσληψη τροφής ως πολύ δυσάρεστη και ενοχλητική εμπειρία για αυτό έχουν την διάθεση να ζητήσουν βοήθεια. Χαρακτηρίζονται από δυσκολίες στον έλεγχο των παρορμήσεων, είναι εξαρτημένες, με μη σταθερές σχέσεις. (Crow S.J et al., 2014)

3.4 Κλινική εικόνα

Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από την εναλλαγή επεισοδίων υπερφαγίας και αντιροποιστικές συμπεριφορές.

1. Οι εμετοί είναι συχνοί και αρχικά τουλάχιστον, οι ασθενείς τους προκαλούν ερεθίζοντας με το δάχτυλο το φάρυγγα, αν και ορισμένοι κάνουν εύκολα αντανάκλαστικά εμετό. Αυτό έχει και ως συνέπεια τα πρόβλημα τα δόντια.

2. Ο εμετός ανακουφίζει από το γαστρικό άλγος και το μετεωρισμό και επιτρέπει στην ασθενή να συνεχίζει να τρώει χωρίς να έχει το φόβο της αύξησης του βάρους της.

3. Συνήθως οι τροφές που καταναλώνονται στα επεισόδια υπερφαγίας είναι οι «απαγορευμένες» υπό κανονικές συνθήκες τροφής π.χ. γλυκά ή φαγητά πλούσια σε λιπαρά και υδατάνθρακες και συχνά καταπίνονται βιαστικά και αμάσητα.
4. Τα επεισόδια υπερφαγίας κατά κύριο λόγο γίνονται κρυφά, όταν το άτομο είναι μόνο στο σπίτι ή κατά τη νυχτερινή διάρκεια όπου τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας κοιμούνται.
5. Όσον αφορά το βάρος τους συνήθως οι ασθενείς αυτοί βρίσκονται γύρω από το κανονικό, αν και ορισμένες φορές μπορεί να είναι ή λιποβαρείς ή αντίθετα υπέρβαροι
6. Είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στα θέματα εμφάνισης και σωματικής εικόνας. Νοιάζονται πολύ για το πώς τις βλέπουν οι άλλοι και ανησυχούν για την ελκυστικότητά τους και τη σεξουαλικότητά τους.
7. Οι ασθενείς με τον καθαρτικό τύπο της βουλιμίας εμφανίζουν συχνά κίνδυνο σοβαρών ιατρικών επιπλοκών, όπως η αφυδάτωση, η υποκαλιαιμία, η υποχλωραιμική αλκάλωση, ρήξη στομάχου ή οισοφάγου, καρδιακές αρρυθμίες λόγω σοβαρών ηλεκτρολυτικών διαταραχών.
8. Σχετικά με την περίοδο των γυναικών συχνά υπάρχουν ανωμαλίες στον κύκλο τους αλλά σπάνια αμηνόρροια που να συνεχίζεται πάνω από τρεις κύκλους.
9. Η ψυχογενής βουλιμία εμφανίζεται σε άτομα με συναισθηματικές διαταραχές και με διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων. Επίσης εμφανίζεται σε άτομα με διάφορους τύπους διαταραχών προσωπικότητας, κυρίως μεθοριακή, ναρκισσιστική και εξαρτητική διαταραχή.
10. Τα άτομα αυτά είναι επιρρεπείς σε ανάπτυξη ουσίο-εξαρτήσεων πχ αλκοολισμού, ναρκωτικών και συχνά αναφέρεται σεξουαλική κακοποίηση στο ιστορικό τους. (Βάρσου Ε. 2002)

3.5 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Μεταξύ των ενηλίκων, η νευρική βουλιμία είναι πιο σύνηθες φαινόμενο από την νευρική ανορεξία. Ο επιπολασμός των σημείων για διαγνωσμένες περιπτώσεις νευρικής βουλιμίας εκτιμάται ότι κυμαίνεται μεταξύ 1% και 4% των εφήβων κοριτσιών και των νεαρών ενηλίκων, και υπάρχουν και πολλές άλλες «άτυπες» περιπτώσεις στις οποίες η παθολογία είναι παρόμοια με αυτή της νευρικής βουλιμίας. Αυτές οι βουλιμικές διαταραχές διαγιγνώσκονται πολύ λιγότερο στους άντρες.

Η νευρική βουλιμία έχει μια σειρά πιθανών ιατρικών επιπλοκών, πολλές από τις οποίες σχετίζονται με τη χρήση συμπεριφορών «καθαρισμού» και επακόλουθων ηλεκτρολυτικών

διαταραχών. Με δεδομένες αυτές τις σωματικές επιπλοκές, τα συναφή προβλήματα συμπεριφοράς σε πολλές περιπτώσεις (π.χ. κατάχρηση αλκοόλ, αυτοτραυματισμός) και το γεγονός ότι η νευρική βουλιμία μπορεί να έχει σχετικά μεγάλη διάρκεια ζωής αν δεν θεραπευθεί, είναι σημαντικό να διασφαλιστεί ότι οι περιπτώσεις θα πρέπει να αντιμετωπίζονται κατάλληλα, γρήγορα και αποτελεσματικά.

Θεραπείες για την νευρική βουλιμία

Ορισμένες πρόσφατες κριτικές έχουν συνοψίσει την αποτελεσματικότητα των θεραπειών για τις διατροφικές διαταραχές. Οι συστάσεις τους ήταν σαφείς στην περίπτωση της νευρικής βουλιμίας, σε σχέση με άλλες διατροφικές διαταραχές (αν και η κλινική ερευνητική βάση περιορίζεται σε «τυπικές» περιπτώσεις). Ωστόσο, οδήγησαν επίσης σε προτάσεις για εξελίξεις ώστε να αυξηθεί το ποσοστό αποτελεσματικότητας.

1.Φάρμακα:

Τα αντικαταθλιπτικά έχουν ως αποτέλεσμα βραχυπρόθεσμο ποσοστό ανάρρωσης περίπου 25%, αν και σε πολλές περιπτώσεις αυτό δεν διατηρείται μακροπρόθεσμα. Ο ρυθμός μακροχρόνιας ανάκτησης μπορεί να αυξηθεί ελαφρώς με την δοκιμή άλλων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, και με την προσθήκη είτε άλλων αντικαταθλιπτικών είτε της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας. Η επίδραση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στα συμπτώματα βουλιμίας είναι ανεξάρτητη από την παρουσία κατάθλιψης. Δεν υπάρχει αξιόπιστη διαφορά στα αποτελέσματα που σχετίζονται με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), αλλά λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες και προβλήματα ανοχής έχουν αναφερθεί μέχρι σήμερα με SSRIs. Μια δόση SSRI που είναι πολύ υψηλότερη από αυτή που χρησιμοποιείται στην κατάθλιψη (π.χ., φλουοξετίνη, 60 mg ημερησίως) μπορεί να είναι απαραίτητη. Μόνο η φλουοξετίνη είναι εγκεκριμένη για το σκοπό αυτό. Η φλουβοξαμίνη δεν συνιστάται για την νευρική βουλιμία. Είναι σημαντικό να ελέγχεται η συμμόρφωση, καθώς πολλοί ασθενείς είναι απρόθυμοι να πάρουν φαρμακευτική αγωγή και υπάρχει περίπτωση να διακόψουν τη θεραπεία χωρίς να συμβουλευτούν τον ιατρό ή τον ψυχίατρο.

2.Ψυχοδυναμικές θεραπείες:

Υπάρχει μεγάλος κλινικός ενθουσιασμός για την εφαρμογή ψυχοδυναμικά προσανατολισμένων θεραπειών στις διατροφικές διαταραχές και έχουν προταθεί και

χρησιμοποιηθεί πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις. Ωστόσο, αυτός ο ενθουσιασμός δεν συνοδεύεται από βάση αποδεικτικών στοιχείων. Η καταλληλότερη χρήση των θεραπειών για την νευρική βουλιμία που βασίζονται αποκλειστικά σε ψυχοδυναμικές αρχές μπορεί να είναι για τη θεραπεία πολύπλοκων περιπτώσεων που είναι ανθεκτικές σε θεραπείες αποδεδειγμένες σε κλινικές δοκιμές. Ωστόσο, η εγκυρότητα της πρότασης αυτής δεν έχει ακόμη καθοριστεί.

Συμπεριφορική θεραπεία:

Παρά τις πρώιμες προσπάθειες αντιμετώπισης της βουλιμίας με την πρόληψη της έκθεσης και της ανταπόκρισης, οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις έχουν σχετικά μικρή χρησιμότητα σε αυτή τη διαταραχή. Ο Fairburn και συνεργάτες του απέδειξε ότι η θεραπεία συμπεριφοράς είναι λιγότερο αποτελεσματική από τη θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς ή την διαπροσωπική θεραπεία. Ωστόσο, ορισμένες τεχνικές συμπεριφοράς (π.χ. προγραμματισμός γευμάτων, προγραμματισμός δραστηριότητας) μπορεί να παραμείνουν χρήσιμοι στην ευρύτερη θεραπεία της νευρικής βουλιμίας.

Γνωστική- συμπεριφορική θεραπεία:

Η θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς είναι η πιο εξαντλητικά μελετημένη ψυχολογική θεραπεία για διατροφικές διαταραχές, και έχει αποδώσει εντυπωσιακά αποτελέσματα σε τυπικές περιπτώσεις νευρικής βουλιμίας. Οι κλινικές έρευνες δείχνουν ότι το 40-50% των ασθενών αναρρώνουν από τη διαταραχή τους (μετά από αρκετά χρόνια παρακολούθησης) και ότι ένας μεγαλύτερος αριθμός ατόμων εμφανίζει σημαντική μείωση των συμπτωμάτων. Στο πιο εντυπωσιακό σύνολο μελετών μέχρι σήμερα, ο Fairburn και οι συνεργάτες του έδειξαν ότι η θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς είναι ανώτερη της συμπεριφορικής θεραπείας και ότι δρα πιο γρήγορα από τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία.

Λειτουργεί η θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς εξίσου καλά για όλους τους ασθενείς;

Όσον αφορά την θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς γενικότερα, ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες είναι η συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπεία και η έγκαιρη αντίδραση στη θεραπεία. Πέρα από αυτό το θέμα, ένας αριθμός ενδο-μεμονωμένων παραγόντων φαίνεται να μειώνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας γνωστικής συμπεριφοράς (π.χ. πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαταραχή προσωπικότητας, ιστορικό τραύματος) και αυτές μπορεί να υποδηλώνουν την ανάγκη για πιο σύνθετες μορφές θεραπείας.

Διαπροσωπικές Θεραπείες:

Μια σημαντική μεταβλητή για τον προσδιορισμό της θεραπευτικής έκβασης της νευρικής βουλιμίας είναι η συμπερίληψη ενός προσανατολισμού σχέσης στη θεραπεία. Οι καλύτερες ενδείξεις για τη χρησιμότητα μιας διαπροσωπικής θεραπείας είναι το αποτέλεσμα των δοκιμών θεραπείας γνωστικής συμπεριφοράς που αναφέρθηκαν παραπάνω. Αυτές οι μελέτες έχουν δείξει ότι η θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς είναι ανώτερη από τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (μια θεραπεία που επικεντρώνεται σε σημαντικές διαπροσωπικές σχέσεις και όχι σε προβλήματα σχετικά με κατανάλωση τροφής). Ωστόσο, η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία «επανερχεται» μετά το τέλος της θεραπείας, και στο τέλος της συμπληρωματικής περιόδου η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία και η θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς έχουν ισοδύναμα θεραπευτικά οφέλη. Και οι δύο είναι πολύ ανώτερες από την απλή θεραπεία συμπεριφοράς. (Waller G., 2005)

3.6 Νοσηλευτική παρέμβαση

Τα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχογενούς βουλιμίας είναι τα επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας κατά τη διάρκεια των οποίων το άτομο νιώθει ότι δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιεί αντισταθμιστικές μεθόδους όπως το να προκαλεί εμετό, να χρησιμοποιεί καθαρτικά, διουρητικά, να κάνει νηστεία ή υπερβολική άσκηση για να μην πάρει βάρος και να ασχολείται υπερβολικά με το σχήμα και το βάρος του σώματος του. Τα άτομα με την συγκεκριμένη διαταραχή σίτισης, συνήθως αισθάνονται μειονεκτικά για την εικόνα του σώματός τους ή για το βάρος τους ή και για τα δύο.

Μεγάλη σημασία, ως προς την θεραπεία της βουλιμίας, έχουν οι διατροφικές οδηγίες που θα οδηγήσουν στην αποκατάσταση και την βελτίωση της διατροφικής συμπεριφοράς των βουλιμικών ατόμων. Η θεραπευτική προσέγγιση της διαταραχής αυτής είναι ψυχοθεραπευτική και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι περιορισμένες. Ο νοσηλευτής δεν έχει βασικό ρόλο στη θεραπεία της διαταραχής αυτής, αφού ο κύριος θεραπευτής είναι ο ψυχοθεραπευτής. Ωστόσο μπορεί να δραστηριοποιηθεί σε ορισμένους τομείς όπως:

- Στην αναγνώριση του προβλήματος από τον ασθενή.
- Στην συνειδητοποίηση της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς σε σχέση πάντα με την λήψη τροφής.

- Στην συνειδητοποίηση από μέρους του ασθενούς της δυσλειτουργικής αντίληψης για το βάρος και το σχήμα του σώματός του.
- Την διακοπή των εκκαθαριστικών συμπεριφορών, όταν υπάρχουν.
- Την υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών και κατάλληλων τρόπων ελέγχου του βάρους.
- Στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων στη ζωή του με στόχο την απόκτηση αίσθησης ελέγχου.
- Στην μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση του ατόμου.

Ο νοσηλεύτης –τρια σε έναν ασθενή με ψυχογενή βουλιμία περιμένει να αναγνωρίσει τα εξής προβλήματα:

- Τη χρόνια φλεγμονή του βλεννογόνου του οισοφάγου, που οφείλεται σε πρόκληση εμετού, όξινες εκκρίσεις γαστρικού οξέος, που ερεθίζει οισοφαγικό βλεννογόνο.
- Πιθανή ρήξη οισοφάγου.
- Ανισορροπία ηλεκτρολυτών, υποκαλιαιμία λόγω διάρροιας, υποχλωρραιμία λόγω εμέτου, υπονατριαιμία λόγω εμέτου και διάρροιας.
- Αφυδάτωση.
- Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου.
- Οδοντική διάβρωση.
- Χρόνιο οίδημα

Ο νοσηλευτής-τρια μέσα από την επαφή του με τον ασθενή, μπορεί να αντιληφθεί την ύπαρξη διαταραχών, που σχετίζονται με:

- Διαταραγμένο επίπεδο υγείας.
- Διαταραχή της εικόνας του σώματος
- Μειωμένη εικόνα αυτοεκτίμησης, μειωμένη οικογενειακή υποστήριξη

Ο νοσηλευτής –τρια πρέπει να δημιουργήσει μια ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης. Οι βουλιμικοί ασθενείς πρέπει να νιώθουν ότι δεν θα υπάρξει απόρριψη ή τιμωρία, για να είναι ανοιχτοί στην εκδήλωση των συναισθημάτων τους και να είναι ειλικρινείς. Επίσης, οι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι να παρακολουθούν τους ασθενείς κατά την διάρκεια του γεύματος και για ακόμα μια ώρα μετά από αυτό. Τέλος κρίνεται απαραίτητο από τον νοσηλευτή να επιβλέπει τη συμπεριφορά του ασθενούς για το ενδεχόμενο να παρουσιαστούν αυτοκτονικές τάσεις.

Ο νοσηλευτής –τρια εκπληρώνει τον ρόλο του:

- Ενθαρρύνοντας τον ασθενή να εκφράσει τις θετικές πλευρές της προσωπικότητας του, για να αυξηθεί η αυτοεκτίμηση του.
- Βοηθώντας τον ασθενή να εντοπίσει τα συναισθήματα και τις καταστάσεις που σχετίζονται με την υπερφαγία και να βρει εναλλακτικούς και θετικούς τρόπους αντιμετώπισης.
- Ενθαρρύνοντας τον ασθενή στην τήρηση του προγράμματος διατροφής, το οποίο στοχεύει στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης πολυφαγίας.
- Τέλος, ενθαρρύνοντας τον ασθενή να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες με άλλα πρόσωπα που έχουν την ίδια διατροφική διαταραχή, για να κερδίσει πρόσθετη υποστήριξη. (Comerci G.D et al., 1985)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

4.1 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

Ενώ υπάρχουν πολλές θεωρίες της προσωπικότητας, το πρώτο βήμα είναι να αποσαφηνιστεί τι ακριβώς σημαίνει ο όρος προσωπικότητα. Η ίδια η λέξη προσωπικότητα προέρχεται από τη λατινική λέξη *persona*, η οποία αναφέρεται σε μια θεατρική μάσκα που φοριούνται από καλλιτέχνες προκειμένου να προβάλλουν διαφορετικούς ρόλους ή να συγκαλύπτουν την ταυτότητά τους. Ένας σύντομος ορισμός θα ήταν ότι η προσωπικότητα αποτελείται από τα χαρακτηριστικά πρότυπα σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών που κάνουν ένα άτομο μοναδικό. Εκτός από αυτό, η προσωπικότητα προκύπτει από το άτομο και παραμένει αρκετά συνεπής σε όλη τη ζωή. (Pianesi et al., 2008)

Ενώ υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί ορισμοί της προσωπικότητας, οι περισσότεροι εστιάζουν στο πρότυπο συμπεριφορών και τα χαρακτηριστικά που μπορούν να βοηθήσουν να προβλεφθεί και να εξηγηθεί η συμπεριφορά ενός ατόμου. Οι εξηγήσεις για την προσωπικότητα μπορούν να επικεντρωθούν σε μια ποικιλία επιρροών, που αφορούν γενετικούς παράγοντες για τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ως το ρόλο του περιβάλλοντος και την εμπειρία στη διαμόρφωση της προσωπικότητας ενός ατόμου. (Pianesi et al., 2008)

Περιβαλλοντικοί παράγοντες που μπορούν να διαδραματίσουν ρόλο στην ανάπτυξη και έκφραση της προσωπικότητας περιλαμβάνουν θέματα όπως η γονική μέριμνα και ο πολιτισμός. Ο τρόπος με τον οποίο τα παιδιά μεγαλώνουν μπορεί να εξαρτάται από τον τρόπο γονικής μέριμνας των φροντιστών, καθώς και από τους κανόνες και τις προσδοκίες διαφορετικών πολιτισμών. (Pianesi et al., 2008)

Μερικά από τα βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας περιλαμβάνουν:

Συνέπεια: Γενικά υπάρχει μια αναγνωρίσιμη σειρά και τακτικότητα στις συμπεριφορές. Ουσιαστικά, οι άνθρωποι ενεργούν με τους ίδιους τρόπους ή με παρόμοιους τρόπους σε διάφορες καταστάσεις. (Brinkmann, 2010)

Ψυχολογική δομή: Η προσωπικότητα είναι μια ψυχολογική δομή, όμως η έρευνα υποδηλώνει ότι επηρεάζεται επίσης από βιολογικές διαδικασίες και ανάγκες.

Συμπεριφορές και δράσεις: Η προσωπικότητα δεν επηρεάζει μόνο τον τρόπο με τον οποίο κινείται και ανταποκρίνεται το άτομο στο περιβάλλον μας αλλά προκαλεί επίσης τη δράση με ορισμένους τρόπους. (Brinkmann, 2010)

Πολλαπλές εκφράσεις: Η προσωπικότητα εμφανίζεται περισσότερο από απλή συμπεριφορά. Μπορεί επίσης να διαπιστωθεί στις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις στενές σχέσεις και άλλες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.

Η προσωπικότητα αποτελεί μία βασική διάσταση του ατόμου που έχει μελετηθεί ιδιαίτερα στο χώρο της ψυχολογίας. Από τους περισσότερους ερευνητές ο όρος ορίζεται ως το σύνολο των χαρακτηριστικών του ατόμου, νοητικών, σωματικών, συναισθηματικών και κοινωνικών, ο δυναμικός συνδυασμός των οποίων συντελεί ώστε κάθε άτομο να είναι μοναδικό. Αν και σημειώνονται διαφορές μεταξύ των προσεγγίσεων των μελετητών, όλες οι θεωρητικές θέσεις συγκλίνουν σήμερα στο συμπέρασμα ότι η αλληλεπίδραση γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων οδηγούν από κοινού στη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Κάθε άτομο, με βάση τη δυναμική αλληλεπίδραση ανάμεσα στις βιολογικές του καταβολές και τις επιδράσεις του περιβάλλοντος – οικογενειακό, πολιτισμικό, εθνικό και ευρύτερο κοινωνικό – διαμορφώνει ένα συγκεκριμένο τύπο προσωπικότητας. (Brinkmann, 2010)

Στην ψυχολογία, ο όρος αυτοεκτίμηση χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη γενική αίσθηση της προσωπικής αξίας ενός ατόμου. Η αυτοεκτίμηση συχνά θεωρείται χαρακτηριστικό προσωπικότητας. Η αυτοεκτίμηση μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες πεπτοιθήσεις για τον εαυτό ενός ατόμου, όπως η εκτίμηση της εμφάνισης, των πεπτοιθήσεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών του. Η αυτοεκτίμηση μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στο κίνητρό και στην επιτυχία του ατόμου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση μπορεί να επηρεάσει το άτομο και να μην μπορέσει να ανταπεξέλθει στις καθημερινές του δραστηριότητες και στην εργασία του. Αντίθετα, η ύπαρξη μιας υγιούς αυτοεκτίμησης μπορεί να βοηθήσει στην επιτυχημένη ζωή ενός ατόμου με μια θετική και δυναμική στάση. (Orth et al., 2010).

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την αυτοεκτίμηση. Οι γενετικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της συνολικής προσωπικότητας μπορούν να διαδραματίσουν έναν ρόλο, αλλά συχνά οι εμπειρίες αποτελούν τη βάση για τη συνολική αυτοεκτίμηση. Όσοι λαμβάνουν υπερβολικά κρίσιμες ή αρνητικές εκτιμήσεις από, τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους, για παράδειγμα, πιθανότατα θα αντιμετωπίσουν προβλήματα με χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επιπλέον, η εσωτερική σκέψη, η ηλικία, τυχόν ασθένειες, αναπηρίες και η δουλειά μπορεί να επηρεάσει την αυτοεκτίμησή του ατόμου. (Orth et al., 2010)

Δεν υπάρχει κανένας παράγοντας πιο αποφασιστικός στην ψυχολογική εξέλιξη και την πορεία του ατόμου παρά η εκτίμηση που έχει για τον εαυτό του. Αυτή η εκτίμηση συνήθως βιώνεται από τον ίδιο, όχι με τη μορφή μιας συνειδητής, λεκτικής κρίσης, αλλά με τη μορφή

ενός αισθήματος, ένα συναίσθημα που δύσκολα μπορεί να απομονωθεί και να αναγνωριστεί επειδή το βιώνει συνεχώς: αποτελεί μέρος κάθε άλλης αίσθησης, εμπλέκεται στην κάθε συναισθηματική του απάντηση. (Steiger et al., 2014)

Ένα συναίσθημα είναι το αποτέλεσμα μιας αξιολόγησης. Αντικατοπτρίζει μια εκτίμηση της ωφέλιμης ή επιβλαβούς σχέσης κάποιας πτυχής της πραγματικότητας με τον εαυτό του. Η αυτοεκτίμηση του ατόμου είναι ένας πανταχού παρών παράγοντας στην ψυχολογία του. (Steiger et al., 2014)

Η φύση της αυτοαξιολόγησης του ατόμου έχει βαθιές επιπτώσεις στη διαδικασία της σκέψης του, τα συναισθήματα, τις επιθυμίες, τις αξίες και τους στόχους του. Είναι το πιο σημαντικό κλειδί στη συμπεριφορά του. Για να κατανοηθεί ένας άνθρωπος ψυχολογικά, πρέπει να αντιληφθεί κανείς τη φύση και το βαθμό της αυτοεκτίμησής του και τα πρότυπα με τα οποία κρίνει τον εαυτό του. Ο άνθρωπος βιώνει την επιθυμία του για αυτοεκτίμηση ως βασική ανάγκη. Είτε προσδιορίζει ρητά το ζήτημα είτε όχι, δεν μπορεί να ξεφύγει από την αίσθηση ότι η εκτίμησή του για τον εαυτό του έχει σημασία ζωής και θανάτου. Κανείς δεν μπορεί να είναι αδιάφορος στο ερώτημα του πώς κρίνει τον εαυτό του. Η φύση του δεν επιτρέπει στον άνθρωπο αυτή την επιλογή. (Sowislo et al., 2013).

Η υψηλή αυτοεκτίμηση βοηθά τα άτομα να αντιμετωπίσουν καλύτερα την καθημερινή ζωή τους, ενώ αντίθετα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση δυσχεραίνει την προσπάθειά τους αυτή. (Sowislo et al., 2013)

4.2 ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι προσωπικότητές των ατόμων διαμορφώνονται τόσο από τα γονίδια που κληρονομούνται όσο και από τις εμπειρίες στη ζωή. Ψυχολόγοι προσπαθούν εδώ και δεκαετίες να εντοπίζουν τις διαφορετικές πτυχές της προσωπικότητας ή της ιδιοσυγκρασίας των ατόμων. Με τα χρόνια, οι επιστήμονες έχουν βρει διαφορετικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας σε άτομα με διατροφικές διαταραχές. Εμφανίζονται σχετικά συγκεκριμένα σε κάθε διαταραχή και μπορούν να διακρίνουν τους ασθενείς που παρουσιάζουν διαταραχές της διατροφής από τους υγιείς ανθρώπους.

Οι άνθρωποι που πάσχουν από νευρική ανορεξία τείνουν να έχουν ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από ανησυχία, απαισιοδοξία και χαμηλά επίπεδα παρορμητικότητας. (Fassino et al., 2002). Τα άτομα με βουλιμία παρουσιάζουν χαρακτηριστικά που αφορούν τη δυσλειτουργία συναισθημάτων και το άγχος (Brown, Haedt-Matt, & Keel, 2011).

Επί του παρόντος, ο ακριβής μηχανισμός για τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να λειτουργήσει μια κληρονομική ευαισθησία στις διατροφικές διαταραχές δεν είναι πλήρως κατανοητός. Μια πιθανότητα είναι ότι η ιδιοσυγκρασία, η βιολογική πτυχή της προσωπικότητας ενός ατόμου, η οποία είναι παρούσα κατά τη γέννηση και αποτελεί τη βάση για την προσωπικότητα των ενηλίκων, μπορεί να διαδραματίσει έναν παράγοντα. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως ο νευρωτισμός (συναισθηματική σταθερότητα), η εμμονή και ο τελειομανισμός παίζουν σημαντικό ρόλο στη διευκόλυνση ορισμένων διατροφικών διαταραχών, ιδιαίτερα της ανορεξίας και της βουλιμίας. (Aguera et al., 2012)

Η έρευνα δείχνει ότι αυτά τα χαρακτηριστικά οδηγούνται τουλάχιστον μερικώς από τη γενετική. Τα άτομα με αυτά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας έχουν προδιάθεση να είναι ανήσυχα, καταθλιπτικά, τελειομανής κ.α.

Τα άτομα με ανορεξία και βουλιμία τείνουν να είναι αρκετά ανταγωνιστικά και να συγκρίνουν την εμφάνισή τους και τα επιτεύγματά τους με μη ρεαλιστικά πρότυπα. Οι περισσότερες από αυτές τις κρίσεις αφορούν πρότυπα που προέρχονται από την πολιτιστική κουλτούρα του μέρους που διαμένουν ή από τον κοινωνικό περίγυρο και όχι από προσωπικές προσδοκίες. Με άλλα λόγια, τα άτομα με διατροφικές διαταραχές ανησυχούν πρωτίστως για το τι σκέφτονται οι άλλοι για αυτά, παρά για αυτό που σκέφτονται για τον εαυτό τους. (Aguera et al., 2012)

Άλλοι άνθρωποι με διατροφικές διαταραχές, όπως οι αθλητές, τείνουν να κρίνουν τους εαυτούς τους ενάντια σε εσωτερικά προερχόμενα πρότυπα και να αναστατώνονται όταν δεν ανταποκρίνονται στα δικά τους ιδανικά, προσδοκίες και στόχους. Ανεξάρτητα από το ποιο σύνολο προτύπων κρίνουν τους εαυτούς τους, οι τελειομανείς προσπαθούν πάντοτε να ανταποκριθούν στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο απόδοσης. Βρίσκονται εύκολα σε έναν κύκλο φόβου και δυσαρέσκειας όταν δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες και τους στόχους τους, ακόμη και όταν αυτές οι προσδοκίες είναι μη ρεαλιστικές και ανθυγιεινές.

Στις διατροφικές διαταραχές, η προσωπικότητα έχει αποδειχθεί ότι παίζει σημαντικό ρόλο ως παράγοντας κινδύνου, ως επιβλέπων της συμπτωματικής έκφρασης, για την επιλογή της θεραπείας και ως προγνωστικού αποτελέσματος. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που συνδέονται συνήθως με τη διατροφική διαταραχή είναι η τελειομανία, η παρορμητικότητα, η βλαπτική αποφυγή, ο νευρωτισμός, η ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά σε συνδυασμό με χαμηλή αυτοεκτίμηση. Μερικά γνωρίσματα είναι κοινά ανεξάρτητα από τη συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή, ενώ άλλα σχετίζονται περισσότερο με ορισμένους τύπους διατροφικών διαταραχών, π.χ. τελειομανία στην νευρική ανορεξία. (Kotov et al., 2010)

Οι διατροφικές διαταραχές είναι σοβαρές ψυχιατρικές καταστάσεις που συχνά απαιτούν εξειδικευμένη ψυχιατρική περίθαλψη. Έχουν αναπτυχθεί και διαδοθεί αρκετές αποτελεσματικές θεραπείες, αλλά πρέπει να γίνουν περισσότερα, καθώς όλοι οι ασθενείς δεν

ανταποκρίνονται καλά στην παρέμβαση, πόσο μάλλον θα επιτύχουν την ανάρρωση. Σύμφωνα με έρευνες διαπιστώνεται ότι η προσωπικότητα είναι ένας τρόπος για την καλύτερη κατανόηση της ψυχοπαθολογίας των διατροφικών διαταραχών και της θεραπείας τους. (Levallius et al., 2015)

4.3 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Οι διαταραχές της προσωπικότητας μπορεί συνήθως να αρχίσουν να εμφανίζονται σημάδια, μοτίβα και χαρακτηριστικά από την εφηβεία. Χαρακτηρίζονται από συγκεκριμένα μη προσαρμοστικά πρότυπα συμπεριφοράς που υπονομεύουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική ικανότητα ενώ επηρεάζουν τη γνωστική ικανότητα και την αυτογνωσία. Τα άτομα με αυτές τις διαταραχές έχουν μια αρνητική αντίληψη για τον κόσμο και τον εαυτό τους. Τα χαρακτηριστικά των διαταραχών προσωπικότητας έχουν συσχετιστεί με το ξεκίνημα, την έκφραση συμπτωμάτων, και τη συντήρηση των διατροφικών διαταραχών. (Feske et al., 2006)

Τα συνήθη χαρακτηριστικά μεταξύ των ομάδων των διατροφικών διαταραχών είναι ο υψηλός εξαναγκασμός, η εμμονή και η χαμηλή αίσθηση καινοτομίας που συνδέονται με υψηλό αυθορμητισμό, αίσθηση επιδιώξεων και γνωρίσματα που συνδέονται με τη μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας σε άτομα με βουλιμία. Η μετά-ανάλυση, βρήκε την επικράτηση των διαταραχών προσωπικότητας σε ποσοστά 0 έως 58% μεταξύ των ατόμων με ανορεξία και βουλιμία, δεδομένου ότι τα όργανα αυτό-αναφορών υπερεκτιμούν πολύ την επικράτηση κάθε διαταραχής προσωπικότητας. (Feske et al., 2006)

Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές έχουν συνήθως οριακή διαταραχή προσωπικότητας, διαταραχή ναρκισσιστικής προσωπικότητας, διαταραχή αποφυγής προσωπικότητας, διαταραχή εξαρτημένης προσωπικότητας ή ψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας. Αυτές οι διαταραχές προσωπικότητας μοιράζονται κοινούς παράγοντες κινδύνου, συμπεριλαμβανομένων ορισμένων γεγονότων που πυροδοτούν την κατάσταση και των στρεσογόνων παραγόντων. Έρευνες έχουν δείξει ότι το 97% των ατόμων με διατροφικές διαταραχές έχουν συνυπάρχουσα ψυχιατρική πάθηση, όπως διαταραχή της προσωπικότητας, κατάθλιψη, άγχος ή κατάχρηση ουσιών. (Bateman, Fonagy, 2010)

Δύο είναι οι βασικές διαταραχές προσωπικότητας που έχουν συνδεθεί και συσχετιστεί με τις διατροφικές διαταραχές, καθώς έχουν διαγνωστεί άτομα με διατροφικές διαταραχές τα οποία παρουσίαζαν μία από αυτές τις διαταραχές προσωπικότητας ή το αντίθετο. Πρόκειται για τη διαταραχή της οριακής προσωπικότητας, όπου τα άτομα με προεξέχοντα τα χαρακτηριστικά

της εξάρτησης και του μελοδραματισμού είναι πιθανό να παρουσιάσουν σωματικά συμπτώματα, και τη διαταραχή της εξαρτητικής προσωπικότητας, όπου το άτομο χαρακτηρίζεται από διαπροσωπική εξάρτηση, ενώ εμφανίζει υποταγή, προσκόλληση και άγχος αποχωρισμού (Millon et al., 2004).

Η διαταραχή της οριακής προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από αστάθεια των διαπροσωπικών σχέσεων, της εικόνας του εαυτού, των συναισθημάτων και μία έκδηλη παρορμητικότητα. Κύριο χαρακτηριστικό των ατόμων με διατροφικές διαταραχές και με οριακή διαταραχή προσωπικότητας ήταν η συναισθηματική δυσλειτουργία και τα προβλήματα στη διαχείριση των συναισθημάτων των ατόμων. Τα άτομα με οριακή διαταραχή προσωπικότητας και διατροφικές διαταραχές ήταν αρκετά ευαίσθητα στην απόρριψη και είχαν αρκετούς φόβους απόρριψης λόγω της εμφάνισής τους, με αποτέλεσμα να υιοθετούν διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές. (Millon et al., 2004)

Οι διατροφικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα συχνές σε άτομα με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας. Μέχρι και 53,8% των ασθενών με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας πληρούν επίσης κριτήρια για διαταραχή διατροφής (Salters-Pedneault, P. (N.d.)). Η οριακή διαταραχή προσωπικότητας έχει αποδειχθεί ότι είναι παρούσα στο 25% περίπου των ατόμων με νευρική ανορεξία και το 28% αυτών με νευρική βουλιμία. Η έρευνα που διεξήχθη σχετικά με τη σχέση μεταξύ της οριακής διαταραχής προσωπικότητας και διατροφικών διαταραχών μας δείχνει ότι συγκεκριμένες διαταραχές της προσωπικότητας μπορεί να διαμορφώνουν αντίστοιχες μορφές παθολογίας κατανάλωσης. (Wade et al., 2008)

Τα κριτήρια για τη διάγνωση ενός ατόμου με διαταραχή προσωπικότητας, όπως η διαταραχή της οριακής προσωπικότητας (BPD), μπορούν να προκαλέσουν παράλληλα συμπτώματα διαταραχής της διατροφής. Και, τα σωματικά ή συναισθηματικά αποτελέσματα της διατροφικής διαταραχής μπορούν να δημιουργήσουν τα συμπτώματα της BPD.

Οι διαταραχές της προσωπικότητας είναι ένα "διαρκές πρότυπο εσωτερικής εμπειρίας και συμπεριφοράς που αποκλίνει αισθητά από τις προσδοκίες της κουλτούρας του ατόμου". Τα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας σκέπτονται, αισθάνονται και διαπροσωπικά λειτουργούν με προβληματικό τρόπο ενώ μερικά έχουν σημαντικές δυσκολίες να ελέγχουν τον παρορμητισμό τους. Αυτά τα χαρακτηριστικά τείνουν να εμφανίζονται τόσο σε κοινωνικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο. Με τις ρίζες στη γενετική και την παιδική ηλικία, καθώς και την εκδήλωση συμπτωμάτων στην εφηβεία και την πρώιμη ενηλικίωση, η παθολογία της προσωπικότητας είναι σχετικά σταθερή και μακράς διάρκειας. (Soenens et al., 2007)

Σε έναν τύπο νευρογενούς ανορεξίας όπου το άτομο κάνει εμετό, ή / και χρησιμοποιεί καθαρτικών, διουρητικά κλπ η πιο κοινή διαταραχή προσωπικότητας είναι η οριακή διαταραχή της προσωπικότητας, με ποσοστό επικράτησης περίπου 25%. Η παρουσία παρορμητικών συμπεριφορών διατροφικής διαταραχής, αποδεικνύει σαφή συσχέτιση με μια παρορμητική διαταραχή προσωπικότητας δηλαδή την οριακή προσωπικότητα.

Δεδομένου ότι οι διαταραχές της προσωπικότητας έχουν τις πρώιμες ρίζες τους στη γενετική (δηλαδή κληρονομούμενα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά) και στη συνέχεια διαμορφώνονται και περιγράφονται από τις εμπειρίες της πρώιμης παιδικής ηλικίας, είναι λογικό να υποθεί ότι στις περισσότερες, αν όχι όλες, περιπτώσεις διαταραχών προσωπικότητας προηγούνται της κλινικής εξέλιξης της διατροφικής διαταραχής. Με δεδομένη αυτή την προϋπόθεση και την συνειδητοποίηση ότι οι διαταραχές της προσωπικότητας είναι συνεχείς εξετάζεται αν λειτουργούν ως δυνητικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. (Wade et al., 2008)

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από μια ανησυχία, τελειομανία, και πείσμα. Η περιοριστική παθολογία κατανάλωσης συνήθως ακολουθείται από τη συμπεριφορά της δίαιτας. Πράγματι, στις περισσότερες διατροφικές διαταραχές προηγείται μια συμπεριφορά διατροφής, στην οποία ένας πολύ μικρός αριθμός ατόμων που κάνουν δίαιτα υποκύπτει στην παθολογία της διατροφής για πολλούς λόγους. Με τη σειρά τους, η διατροφική συμπεριφορά απαιτεί υπερβολικό αυτοέλεγχο και μπορεί να οδηγήσει σε ιδιαίτερα περιοριστικά ημερήσια επίπεδα θερμίδων, περιόδους παρατεταμένης νηστείας και υπερβολική ψυχαναγκαστική άσκηση.

Παρατηρώντας τις ιδιότητες της προσωπικότητας που συνδέονται με την ψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας, αυτές φαίνεται να είναι αυστηρές προσπάθειες απώλειας βάρους που αφορούν την περιοριστική παθολογία της κατανάλωσης (Για παράδειγμα, μια υπερβολική ανησυχία με λεπτομέρειες αναδεικνύει σαφώς την ανάγκη να ξέρει το άτομο τις ακριβείς τιμές θερμίδων διαφόρων τροφίμων, να μετρά αυστηρά τις θερμίδες καθημερινά, να μετρά τον αριθμό των θερμίδων που καίγονται με διάφορους τύπους ασκήσεων και να ζυγίζεται προσεκτικά και επανειλημμένα. Με βάση αυτά φαίνεται ότι τα χαρακτηριστικά της ψυχαναγκαστικής διαταραχής προσωπικότητας συνδέονται με την εμφάνιση κάποιας διατροφικής διαταραχής. (Soenens et al., 2007)

4.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία που παρέχονται από την Εθνική Ένωση Ανορεξίας και Συναφών Διαταραχών (ANAD), υπάρχουν μέχρι και 24 εκατομμύρια άνθρωποι στις Ηνωμένες Πολιτείες που υποφέρουν από διατροφικές διαταραχές. Αυτό περιλαμβάνει άτομα όλων των ηλικιών και των δύο φύλων και μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρο θάνατο ή άλλα σοβαρά προβλήματα υγείας. Αν και οι συνήθειες αντιλήψεις σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν την πεποίθηση ότι ο προσβλημένος άνθρωπος έχει την επιθυμία

να είναι λεπτός, συχνότερα, υπάρχουν και άλλες υποκείμενες αιτίες πίσω από μια διατροφική διαταραχή. (Γονιδάκης, Χαρίλα, 2011)

Αρκετές καταστάσεις συνήθως συνδέονται με τις διατροφικές διαταραχές. Αυτοί οι συνυπάρχοντες παράγοντες μπορούν να περιλαμβάνουν ψυχικές διαταραχές όπως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD), οι διαταραχές άγχους ή η κατάθλιψη. Άλλα συμβάλλοντα ζητήματα συνίστανται σε πολιτιστικές ή οικογενειακές εισροές, κατάχρηση, μετατραυματικό στρες ή άλλα γεγονότα ζωής υψηλής πίεσης. Παραδείγματα αυτών των παραγόντων μπορεί να είναι ένα πολιτιστικό ή οικογενειακό περιβάλλον που προάγει τις ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, την κακοποίηση που αντιμετωπίζει ένα παιδί ή ενήλικας ή την επίθεση ή το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου. (Γονιδάκης, Χαρίλα, 2011)

Παρά το γεγονός ότι συνήθως απαιτείται επαγγελματική βοήθεια για να βοηθηθεί κάποιος με διατροφική διαταραχή, εκτιμάται ότι μόνο το 10% των ανθρώπων με αυτές τις διαταραχές λαμβάνουν θεραπεία. Από τους ανθρώπους που λαμβάνουν θεραπεία, λιγότερα από τα μισά θα λάβουν θεραπεία σε μια εγκατάσταση που ειδικεύεται στις διατροφικές διαταραχές.

Παρόλο που οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν διαταραχή διατροφής, οι άντρες είναι λιγότερο πιθανό να ζητήσουν βοήθεια. Αυτό είναι ένα πρόβλημα επειδή, εάν μια διατροφική διαταραχή αφηθεί χωρίς θεραπεία, μπορεί να προκαλέσει πολλά αρνητικά προβλήματα υγείας. Αυτά περιλαμβάνουν καρδιακά προβλήματα, εγκεφαλική βλάβη, προβλήματα που συνδέονται με την παχυσαρκία και, σε ακραίες περιπτώσεις, θάνατο.

Μόλις η διαταραχή της διατροφής εμφανιστεί, μπορεί να ξεκινήσει ένας κύκλος ανθυγιεινής συμπεριφοράς που καθιστά ακόμα πιο σημαντικό να αναζητηθεί θεραπεία το συντομότερο δυνατό. Με τη βοήθεια και την υποστήριξη εκπαιδευμένων επαγγελματιών ή ένα πρόγραμμα θεραπείας στο σπίτι, αυξάνεται σημαντικά η πιθανότητα επιτυχούς θεραπείας μιας διατροφικής διαταραχής.

Οι αιτίες των διατροφικών διαταραχών δεν είναι πλήρως κατανοητές και μπορεί να διαφέρουν για κάθε άτομο. Ωστόσο όμως, η ψυχολογία διαδραματίζει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση κάποιας διατροφικής διαταραχής. Η εργασία για τη θεραπεία βασικών θεμάτων αποτελεί βασικό παράγοντα της συνολικής θεραπευτικής διαδικασίας. Μια διατροφική διαταραχή μπορεί να προκύψει ως ένας μηχανισμός επιβίωσης για να βοηθήσει ένα άτομο να αντιμετωπίσει άλλες εμπειρίες ή επιρροές και μπορεί να είναι εξαιρετικά δύσκολο να αντιμετωπιστεί χωρίς επαγγελματική βοήθεια. (Γονιδάκης, Χαρίλα, 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Υλικό και Μέθοδος της Μελέτης

5.1 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της μελέτης

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό τη διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των φοιτητών του τμήματος νοσηλευτικής Δυτικής Ελλάδας σχετικά με την νευρογενή ανορεξία και τις διατροφικές διαταραχές. Η διερεύνηση αυτή ενδέχεται να συμβάλει στην καταγραφή περιστατικών με θέματα διατροφικών διαταραχών και αποσκοπεί στην απώτερη ευαισθητοποίηση των φοιτητών στα θέματα αυτά.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν:

- ∅ Η καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων των φοιτητών που συμμετείχαν στη μελέτη.
- ∅ Η διερεύνηση των συμπεριφορών των φοιτητών σε ότι αφορά τις συνήθειες διατροφής, όπως προκύπτουν από την βαθμολογία του ερωτηματολογίου EAT-26.
- ∅ Η καταγραφή περιπτώσεων εκδήλωσης βουλιμίας μέσω του ερωτηματολογίου Βουλιμίας του Εδιμβούργου (BITE).
- ∅ Η συσχέτιση μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων και των υποκλιμάκων τους.
- ∅ Η σύγκριση των βαθμολογιών των φοιτητών με παλαιότερες παρόμοιες ελληνικές και ξένες έρευνες.

5.2 Ηθικά Θέματα

Στα πλαίσια του δικαιώματος των συμμετεχόντων για πλήρη διαφάνεια η ερευνήτρια ενημέρωσε τους συμμετέχοντες φοιτητές για τη φύση, τη διάρκεια, το σκοπό, τις μεθόδους και την χρήση των ευρημάτων της μελέτης. Η συμμετοχή στην έρευνα θα είναι εθελοντική. Τηρήθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της μελέτης. Όλα τα παραπάνω μπορούν να ρυθμιστούν και με την υπογραφή ειδικού παραχωρητηρίου (Cohen et al., 2005).

5.3 Υλικό και μέθοδος

5.3.1 Σχεδιασμός της μελέτης

Σύμφωνα με τον ερευνητικό σχεδιασμό, η μέθοδος που επιλέχθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης ήταν η μέθοδος της περιγραφικής μελέτης. Ο λόγος που επιλέχθηκε η μέθοδος αυτή αφορά τη φύση του σκοπού και των επιμέρους στόχων της παρούσας μελέτης, καθώς αποσκοπεί στη διερεύνηση περιγραφικών δεδομένων σε πραγματικές καταστάσεις. Στις περιγραφικές μελέτες είναι δυνατή η περιγραφή διαφόρων μεταβλητών, η σύγκριση ομάδων υποκειμένων καθώς και η συσχέτιση ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες μεταβλητές (Κατσής και συν., 2011)

Συγκεκριμένα, η περιγραφική αυτή μελέτη ακολούθησε τη μεθοδολογία της *μελέτης συσχέτισης*. Οι μελέτες συσχέτισης αφορούν αλληλοσχετιζόμενες μεταβλητές, παρατηρώντας πως η αλλαγή μιας μεταβλητής σχετίζεται με αλλαγή στην άλλη μεταβλητή (Σαχίνη- Καρδάση, 2007). Οι μελέτες συσχέτισης διεξάγονται με συγχρονική επισκόπηση (cross-sectional survey) ή διαχρονική επισκόπηση (longitudinal survey) επισκόπηση. Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η μέθοδος της συγχρονικής μελέτης καθώς με τον τρόπο αυτόν τα δεδομένα συλλέγονται σε διάφορα στάδια, τον ίδιο χρόνο και εκλαμβάνονται ότι αντιπροσωπεύουν σημεία του χρόνου. Στην πράξη αυτό σημαίνει ότι η συλλογή των δεδομένων αυτών πραγματοποιείται σε μια μόνο χρονική στιγμή χωρίς να περιλαμβάνει ξεχωριστές δειγματοληψίες αλλά μία μόνο δειγματοληψία για όλο τον πληθυσμό.

5.3.2 Χώρος διεξαγωγής της μελέτης

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στους φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας, που εδρεύει στην Πάτρα.

5.3.3 Δείγμα μελέτης

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν φοιτητές, προπτυχιακοί, του τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας. Το δείγμα της μελέτης αυτής επελέγη τυχαία και αποτελείται από τους φοιτητές που βρίσκονταν στους χώρους της σχολής κατά τη διάρκεια του διαλλείματος τους ή κατά τη διάρκεια μαθημάτων τους. Συνολικά προσεγγίστηκαν 220 προπτυχιακοί φοιτητές, στους οποίους μοιράστηκαν τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια. Από αυτά, επιστράφηκαν τα 200, δηλαδή το ποσοστό απόκρισης ήταν 90,9%.

5.3.4 Περιγραφή Ερωτηματολογίου

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια. Η σύνταξη των ερωτημάτων πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και τη μελέτη παρόμοιων ερευνών σε φοιτητικούς πληθυσμούς. Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρεις ενότητες. Η 1^η ενότητα περιλαμβάνει τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο και τόπος κατοικίας), την 2^η ενότητα αποτελεί το ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής – Eating Attitudes Test (EAT-26) των Garner & Garfinkel 1982, η αξιολόγηση της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου έγινε από τον Σίμο Γ. (1996). Τέλος, η 3^η ενότητα περιέχει το ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου – Bulimic Investigatory Test Edinburgh (B.I.T.E.) των Henderson & Freeman το 1987.

Ø Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής – Eating Attitudes Test (EAT-26)

Το ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής (EAT-26) είναι διαδεδомένο και αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης της ψυχογενούς ανορεξίας και των διαταραχών πρόσληψης τροφής, έχει ελεγχθεί για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του, παρόλαυτα δεν αποτελεί διαγνωστικό εργαλείο, υψηλή βαθμολογία όμως αποτελεί ένδειξη παραπομπής για περαιτέρω έλεγχο.

Το EAT-26 αποτελεί αναθεωρημένη έκδοση του αρχικού EAT-40. Το EAT-40 είχε σχεδιαστεί το 1979 από τους Garner and Garfinkel, αποτελούνταν από 40 ερωτήσεις με 6 πιθανές απαντήσεις (Πάντα, Συνήθως, Συχνά, Μερικές Φορές, Σπάνια, Ποτέ) κατά το πρότυπο της κλίμακας Likert και βαθμολογούνταν από 0-3, το βαθμολογικό όριο ήταν η τιμή ≥ 30 , της οποίας το αποτέλεσμα να μην φανερώνει την ύπαρξη συμπτωμάτων ψυχογενούς ανορεξίας και διαταραχών πρόσληψης τροφής, παρόλαυτα έχρηζε περαιτέρω διερεύνησης (Garner & Garfinkel, 1979).

Στα πρότυπα του αρχικού EAT-40 κινήθηκε και το αναθεωρημένο EAT-26, το οποίο περιέχει 26 ερωτήσεις από τις αρχικές 40, με 6 πιθανές απαντήσεις (Πάντα, Συνήθως, Συχνά, Μερικές Φορές, Σπάνια, Ποτέ) κατά το πρότυπο της κλίμακας Likert και βαθμολογία από 0-3, το βαθμολογικό όριο είναι η τιμή ≥ 20 και το συνολικό σκορ κυμαίνεται από 0-78. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου EAT-26 διακρίνονται σε τρεις υποκλίμακες και κάθε κλίμακα περιλαμβάνει τις παρακάτω ερωτήσεις:

- ü «Ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» 1,6,7,10,11,12,14,16,17,22,23,24,26
- ü «Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό», 3,4,9,18,21,25.
- ü «Έλεγχος της πράξης του τρώγειν», 2,5,8,13,15,19,20 (Garneretal., 1982).

Ø Ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου – Bulimic Investigatory Test Endinburg (B.I.T.E.)

Το ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου έχει σχεδιαστεί για την μέτρηση και τον εντοπισμό επεισοδίων υπερφαγίας και των συμπτωμάτων της βουλιμίας, επίσης παρέχει κλινικές πληροφορίες γνωστικών και συμπεριφορικών πτυχών της βουλιμικής διαταραχής (Henderson & Freeman, 1987). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 33 ερωτήσεις, το βαθμολογικό όριο είναι η τιμή ≥ 25 και χωρίζεται σε δύο υποκλίμακες. Την υποκλίμακα σοβαρότητας συμπτωμάτων, όπου μετράει την σοβαρότητα των συμπτωμάτων που εξαρτώνται από την συχνότητα εμφάνισής τους, το βαθμολογικό όριο είναι ≥ 5 με μέγιστη τιμή το 39 και περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 6,7,27 και την υποκλίμακα συμπτωμάτων που μετράει τον αριθμό των συμπτωμάτων, στην οποία εμπεριέχονται οι λοιπές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, το βαθμολογικό όριο έχει ορισθεί ≥ 20 και ανώτατη βαθμολογία της υποκλίμακας είναι το 30. Η συγκεκριμένη υποκλίμακα χωρίζεται σε τρεις ομάδες ανάλογα με την βαθμολογία που παρουσιάζει:

- ü 1^η ομάδα: 0-9 βαθμούς, χαμηλή
- ü 2^η ομάδα: 10-19 βαθμούς, μεσαία
- ü 3^η ομάδα: 20 βαθμούς και άνω, υψηλή

5.3.5 Διαδικασία και Μέθοδοι συλλογής δεδομένων

Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο αυτοαναφοράς και συγκεκριμένα με τη χρήση του ανώνυμου δομημένου ερωτηματολογίου. Συμμετείχαν οι φοιτητές όλων των βαθμίδων, οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια του διαλλείματος και κυρίως κατά την έναρξη ή πριν τη λήξη των μαθημάτων τους. Υπογραμμίζεται ότι πριν από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους φοιτητές, ενημερώνονταν πλήρως από την ερευνήτρια για το ύφος και το περιεχόμενο της μελέτης και σημειώνεται ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν άμεση και η συμμετοχή στη μελέτη ήταν εθελοντική και δεν

επιβλήθηκε σε κανέναν συμμετέχοντα. Ακόμη, έγινε προσπάθεια από την ερευνήτρια, ώστε να αποφευχθεί η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου για δεύτερη φορά από τον ίδιο φοιτητή. Η τεχνική της δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή της πιθανότητας και συγκεκριμένα της *απλής τυχαίας*.

5.3.6 Στατιστική Ανάλυση-Διαχείριση Δεδομένων

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5.

Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 24.0.

5.4 Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει περιορισμούς που κρίνεται ηθικό και σκόπιμο να αναφερθούν:

1. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα από τα Τμήματα του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, που στεγάζονται στην πόλη της Πάτρας, για λόγους περιορισμένου χρονοδιαγράμματος.
2. Το δείγμα που επιλέχθηκε παρουσιάζει περιορισμό και σε μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να επιλεγθεί μεγαλύτερο ή και διαφορετικό δείγμα για την τεκμηρίωση της υπόθεσης της παρούσας μελέτη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Αποτελέσματα

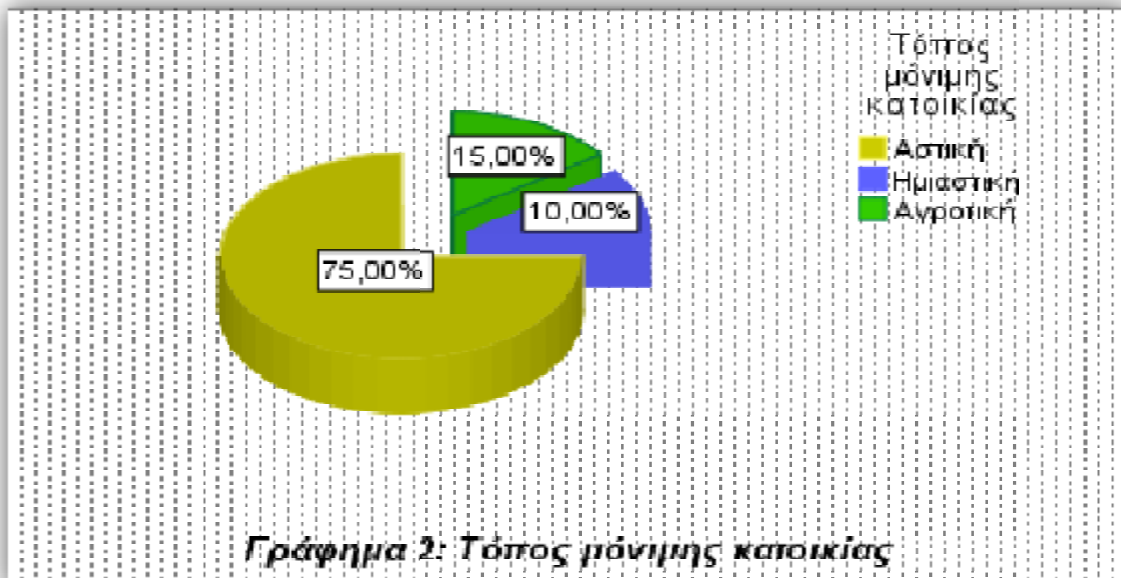
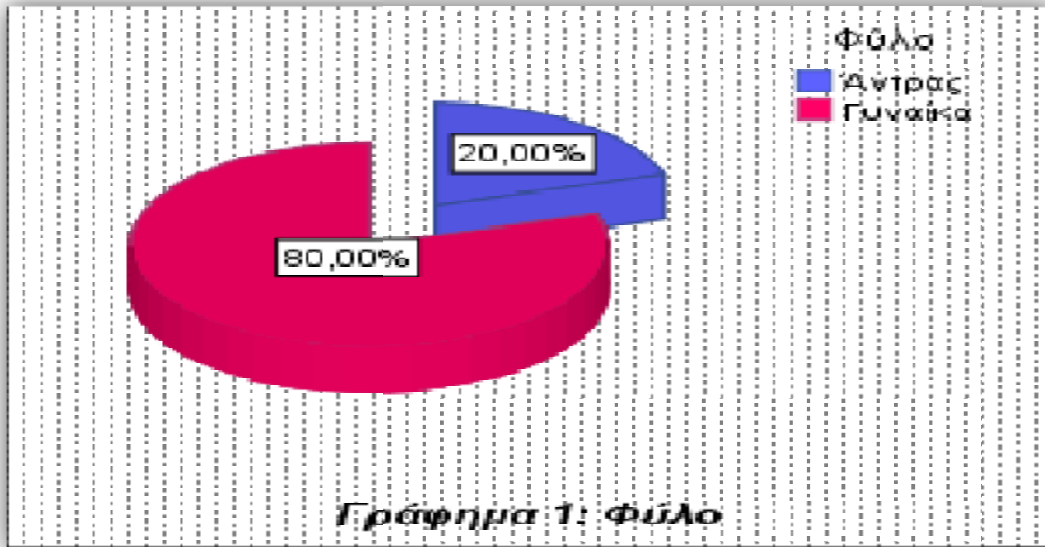
Συνολικά προσεγγίστηκαν 220 φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής, στους οποίους μοιράστηκαν τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια. Από αυτά, επιστράφηκαν τα 200, δηλαδή το ποσοστό απόκρισης ήταν 90,9%. Επομένως το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελούν 200 φοιτητές.

6.1 Δημογραφικά Στοιχεία

Από την ανάλυση των ερωτηματολογίων (N=200), προκύπτει ότι η πλειοψηφία των φοιτητών ήταν γυναίκες με ποσοστό 80% (N=160) και το 75% των φοιτητών δήλωσαν ως τόπο μόνιμης κατοικίας αστική περιοχή. Στον Πίνακα 1 δίνονται αναλυτικά τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και ακολουθούν τα αντίστοιχα διαγράμματα.

Δημογραφικά Στοιχεία		N	%
Φύλο	Άντρας	40	20
	Γυναίκα	160	80
Τόπος Κατοικίας	Αστική	150	75
	Ημιαστική	20	10
	Αγροτική	30	15

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία Πολιτών (N=200)



6.2 Ερωτηματολόγιο Συνηθειών Διατροφής (EAT-26) Eating Attitudes Test-26

Πριν ξεκινήσουμε την ανάλυση του ερωτηματολογίου κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούμε στην εκτίμηση της αξιοπιστίας του. Για την μέτρηση της αξιοπιστίας χρησιμοποιούμε το άλφα του Cronbach (Cronbach's alpha), όπου οι τιμές του **κυμαίνονται από 0-1**, για να κριθεί ένα

ερωτηματολόγιο αξιόπιστο θα πρέπει οι τιμές των συντελεστών να είναι μεγαλύτερες ή ίσες του 0,70.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, υπολογίστηκε η τιμή Cronbach's alpha = 0,78 για την κλίμακα EAT-26 και τις υποκλίμακες EAT-26 «Δίαιτα», EAT-26 «Βουλιμία» και EAT-26 «Στοματικός έλεγχος», η παραπάνω τιμή παραπέμπει σε υψηλή αξιοπιστία, άρα και εσωτερική συνέπεια. Με βάση τις οδηγίες που περιγράψαμε στο κεφάλαιο 5, υπολογίσαμε την ολική βαθμολογία για το EAT-26, καθώς και την βαθμολογία των επιμέρους κλιμάκων του EAT-26 (Δίαιτα, Βουλιμία, Στοματικός έλεγχος). **Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση για κάθε μεταβλητή ξεχωριστά.**

Μεταβλητές	Μέσος όρος (N=197)	Τυπική Απόκλιση
EAT-26- Σύνολο	13,36	9,550
EAT-26- Δίαιτα	7,60	6,291
EAT-26- Βουλιμία	2,45	3,132
EAT-26- Στοματικός Έλεγχος	3,30	3,306

Πίνακας 2: Μέσος όρος βαθμολογίας Συνήθειων διατροφής EAT-26 και υποκλιμάκων (N=197)

Στον Πίνακα 2 παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος της βαθμολογίας για το EAT-26- Σύνολο είναι 13,36 βαθμοί για το σύνολο των φοιτητών (N=197). Τον μικρότερο μέσο όρο παρουσιάζει η υποκλίμακα της Βουλιμίας με 2,45 βαθμούς και τον μεγαλύτερο μέσο όρο κατέχει η υποκλίμακα Δίαιτα με 7,6 βαθμούς. Για την υποκλίμακα στοματικού ελέγχου ο μέσος όρος ανέρχεται στους με 3,3 βαθμούς.

Στον Πίνακα 3 έχει γίνει διαχωρισμός σε δύο ομάδες, η πρώτη αφορά τα άτομα χωρίς διατροφική διαταραχή και η δεύτερη άτομα με διατροφική διαταραχή. Παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος των ατόμων με διατροφική διαταραχή είναι 27,83 αρκετά υψηλός, αν λάβουμε υπόψη το βαθμολογικό όριο τιμή ≥ 20 . Αναλυτικά τα αποτελέσματα των μέσων όρων για τις δύο ομάδες δίνονται στον παρακάτω πίνακα:

Μεταβλητές	Άτομα χωρίς διατροφική διαταραχή Μ.Ο./Τ.Α. (N=155)	Άτομα με διαταραχή πρόσληψης τροφής Μ.Ο./Τ.Α (N=42)
EAT-26- Σύνολο	9,44/5,093	27,83/8,115
EAT-26- Δίαιτα	5,27/3,670	16,21/6,487
EAT-26- Βουλιμία	1,49/2,246	6,0/3,4
EAT-26- Στοματικός Έλεγχος	2,69/2,753	5,57/4,133

Πίνακας 3: Μέσος όρος βαθμολογίας Συνήθειων διατροφής EAT-26 και υποκλιμάκων (Κατηγοριοποίηση σε άτομα με και χωρίς διατροφική διαταραχή)

Στον Πίνακα 4 και στο Γράφημα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα, όπου η ολική βαθμολογία ≥ 20 σηματοδοτεί την ύπαρξη συμπτωμάτων ψυχογενούς ανορεξίας και διαταραχών πρόσληψης τροφής και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Να αναφέρουμε ότι έχει γίνει κατηγοριοποίηση σε 2 ομάδες. Στην 1^η ομάδα ανήκουν αυτοί που συγκεντρώνουν βαθμολογία από 1-19 βαθμούς και στην 2^η ομάδα ανήκουν όσοι συγκεντρώνουν βαθμολογία 20 βαθμών και άνω. Περίπου το 1/5 των φοιτητών Νοσηλευτικής (21,3%) σημειώνει βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 20.

EAT-26	N	%
1-19 βαθμούς	155	78,7
20 βαθμούς και άνω	42	21,3

Πίνακας 4: Συνήθειων διατροφής EAT-26 (N=197) Κατηγοριοποίηση ανά ομάδα βαθμολογίας



6.3 Ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου – Bulimic Investigatory Test Endinburg (B.I.T.E.)

Αρχικά υπολογίστηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας alpha Cronbach's, ο οποίος βρέθηκε ίσος με 0,86 για το ερωτηματολόγιο Βουλιμίας (BITE) και τις υποκλίμακες του (υποκλίμακα Συμπτωμάτων, υποκλίμακα Σοβαρότητας Συμπτωμάτων), η παραπάνω τιμή παραπέμπει σε υψηλή αξιοπιστία, άρα και εσωτερική συνέπεια.

Εν συνεχεία, υπολογίστηκε ο μέσος όρος των τριών μεταβλητών. Ο μέσος όρος για το σύνολο της βαθμολογίας των απαντήσεων του ερωτηματολογίου Βουλιμίας (BITE) είναι 10,86, με την κλίμακα Συμπτωμάτων να έχει μέσο όρο 8,74 και στην κλίμακα Σοβαρότητας Συμπτωμάτων ο μέσος όρος ανέρχεται σε 2,13. Αναλυτικά τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Μεταβλητές	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
ΒΙΤΕ-Σύνολο	10,86	7,010
Κλίμακα Συμπτωμάτων	8,74	4,854
Κλίμακα Σοβαρότητας συμπτωμάτων	2,13	3,373

Πίνακας 5: Μέσος όρος βαθμολογίας Ερωτηματολογίου Βουλιμίας (ΒΙΤΕ) και υποκλιμάκων

Έπειτα πραγματοποιήθηκε κατηγοριοποίηση σε δύο ομάδες, άτομα χωρίς διατροφική διαταραχή και άτομα με διατροφική διαταραχή και υπολογίστηκε ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση. Αναλυτικά τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.

Μεταβλητές	Άτομα χωρίς διατροφική διαταραχή Μ.Ο./Τ.Α.	Άτομα με διαταραχή πρόσληψης τροφής Μ.Ο./Τ.Α
ΒΙΤΕ-Σύνολο (score≥25)	9,95/5,71 (N=191)	30,11/3,48 (N=9)
Κλίμακα Συμπτωμάτων (score≥20)	8,09/4,06 (N=190)	20,90/0,99 (N=10)
Κλίμακα Σοβαρότητας συμπτωμάτων (score≥5)	0,95/1,37 (N=172)	9,36/2,98(N=28)

Πίνακας 6: Μέσος όρος βαθμολογίας Ερωτηματολογίου Βουλιμίας (ΒΙΤΕ) και υποκλιμάκων (Κατηγοριοποίηση σε άτομα με και χωρίς διατροφική διαταραχή)

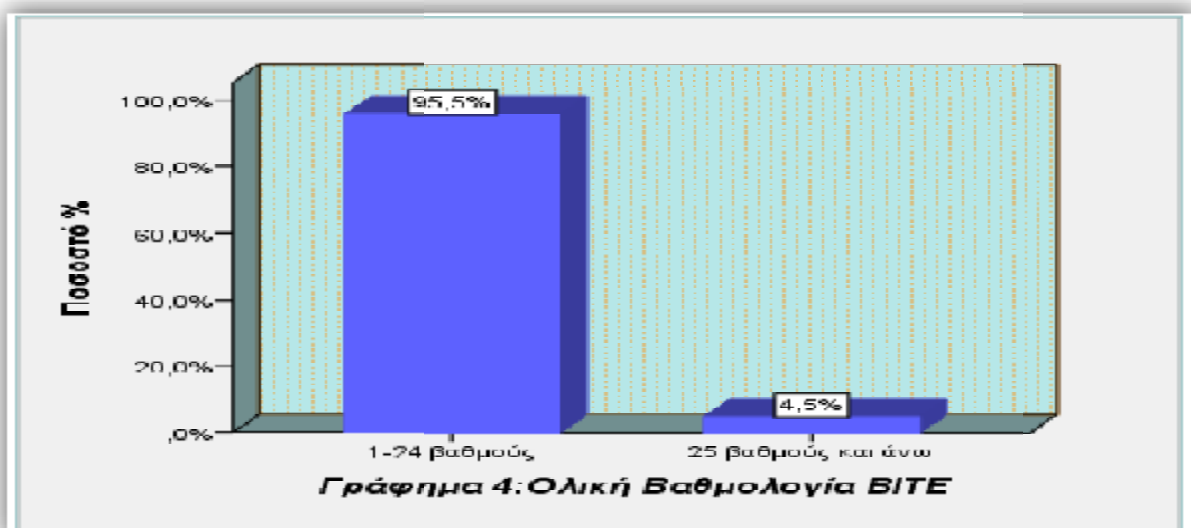
Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται αναλυτικά τα βαθμολογικά όρια που έχουν οριστεί για τον εντοπισμό επεισοδίων υπερφαγίας και των συμπτωμάτων της βουλιμίας του συνόλου του ερωτηματολογίου Βουλιμίας (ΒΙΤΕ), καθώς επίσης και των υποκλιμάκων αυτού και στη συνέχεια παρατίθενται τα αντίστοιχα γραφήματα, να σημειωθεί ότι η κατηγοριοποίηση των ομάδων βασίστηκε στην βαθμολογία και πιο συγκεκριμένα στις τιμές κατωφλιού που δόθηκαν από τους συγγραφείς, όπως παρουσιάσαμε στο κεφάλαιο 5. Παρατηρούμε ότι, το 4,5 % των συμμετεχόντων παρουσιάζει συμπτώματα βουλιμίας, επίσης το 5% ανήκει στην υψηλή κλίμακα συμπτωμάτων (20 βαθμούς και άνω), ενώ το ποσοστό των φοιτητών που σημειώνει βαθμολογία 5 βαθμών και άνω στην κλίμακα Σοβαρότητας Συμπτωμάτων ανέρχεται σε 14%.

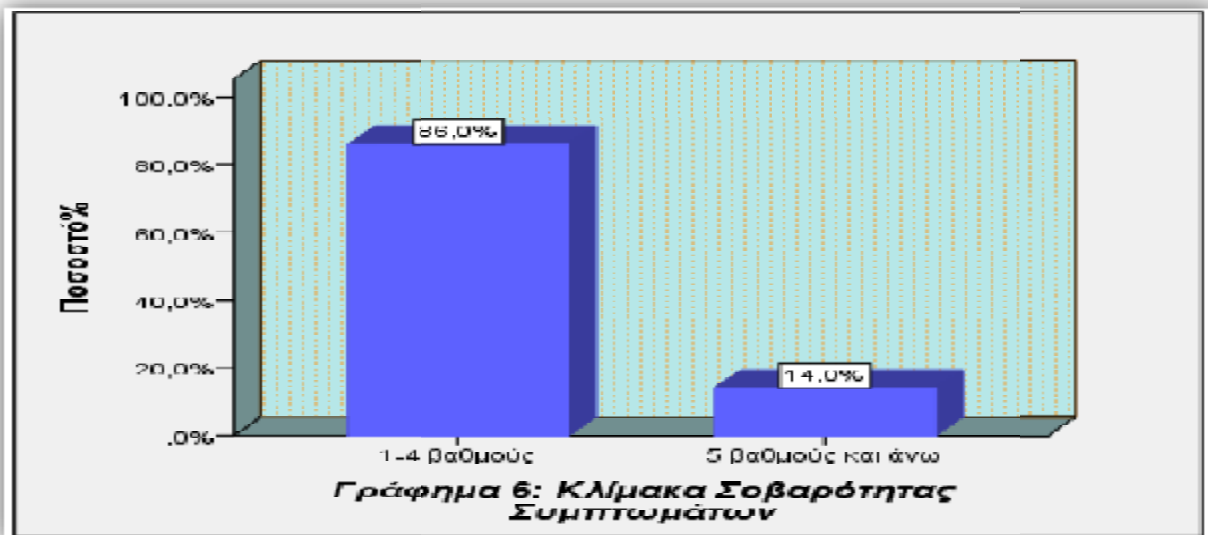
ΒΙΤΕ	N	%
1-24 βαθμούς	191	95,5
25 βαθμούς και άνω	9	4,5

Κλίμακα Συμπτωμάτων	N	%
1-9 βαθμούς (χαμηλή)	124	62,0
10-19 βαθμούς (μεσαία)	66	33,0
20 βαθμούς και άνω (υψηλή)	10	5,0

Κλίμακα Σοβαρότητας Συμπτωμάτων	N	%
1-4 βαθμούς	172	86,0
5 βαθμούς και άνω	28	14,0

Πίνακας 7: Κατηγοριοποίηση βαθμολογίας ομάδων Ερωτηματολογίου Βουλιμίας (BITE) και υποκλιμάκων





6.4 Σύγκριση Μέσων Όρων Ερωτηματολογίων EAT-26 με Ερωτηματολόγιο BITE και υποκλιμάκων

Από τον έλεγχο κανονικότητας που πραγματοποιήσαμε, προέκυψε ότι το δείγμα μας είναι μη κανονικό, λόγω αυτού για την σύγκριση μέσων όρων θα χρησιμοποιήσουμε τα μη παραμετρικά κριτήρια Mann-Whitney και Kruskal-Wallis.

Από τις συγκρίσεις που πραγματοποιήθηκαν, προέκυψαν τα ακόλουθα αποτελέσματα:

- Σημαντική στατιστική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής συνολική βαθμολογία EAT-26 και της κατηγορικής μεταβλητής του ολικού BITE

(ομαδοποίηση κατά βαθμολογία: 1^η ομάδα βαθμολογία 1-24 βαθμούς και 2^η ομάδα βαθμολογία 25 βαθμούς και άνω) με επίπεδο σημαντικότητας $p=0,002$ (Mann-Whitney).

- ü Επίσης, με $p=0,000$ (Kruskal-Wallis) υπήρξε σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας EAT-26 και της κλίμακας Συμπτωμάτων, η οποία χωρίζεται σε τρεις ομάδες. 1^η ομάδα χαμηλή βαθμολογία (1-9 βαθμούς), 2^η ομάδα μεσαία βαθμολογία (10-19 βαθμούς) και 3^η ομάδα υψηλή βαθμολογία (20 βαθμούς και άνω). Πιο συγκεκριμένα, η 1^η ομάδα συσχετίστηκε σημαντικά με την 2^η με $p=0,000$ και η 1^η ομάδα επίσης συσχετίστηκε σημαντικά με την 3^η με $p=0,001$. Μεταξύ της 2^{ης} και 3^{ης} ομάδας δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση.
- ü Σημαντική στατιστική συσχέτιση προέκυψε μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας του EAT-26 και της κλίμακας Σοβαρότητας Συμπτωμάτων (κατηγοριοποίηση: 1^η ομάδα 1-4 βαθμούς, 2^η ομάδα 5 βαθμούς και άνω) με $p=0,000$ (Mann-Whitney).
- ü Η επόμενη σύγκριση που πραγματοποιήθηκε ήταν μεταξύ των ομάδων του ολικού BITE και της υποκλίμακας EAT-26 «Δίαιτα», όπου υπήρξε σημαντική στατιστική συσχέτιση με $p=0,001$ (Mann-Whitney).
- ü Σημαντική στατιστική συσχέτιση προέκυψε μεταξύ των ομάδων του ολικού BITE και της υποκλίμακας EAT-26 «Βουλιμία», με $p=0,002$ (Mann-Whitney).
- ü Ενώ δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ομάδων του ολικού BITE και της υποκλίμακας EAT-26 «Στοματικός έλεγχος», με $p=0,236 > 0,05$ (Mann-Whitney).
- ü Σημαντική στατιστική συσχέτιση εντοπίστηκε μεταξύ της κλίμακας Σοβαρότητας Συμπτωμάτων και της υποκλίμακας EAT-26 «Δίαιτα», με επίπεδο σημαντικότητας $p=0,000$ (Mann-Whitney).
- ü Επιπλέον, προέκυψε σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Σοβαρότητας Συμπτωμάτων και της υποκλίμακας EAT-26 «Βουλιμία», με $p=0,000$ (Mann-Whitney).
- ü Δεν προέκυψε στατιστική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Σοβαρότητας Συμπτωμάτων και της υποκλίμακας EAT-26 «Στοματικός έλεγχος», με $p=0,464 > 0,05$ (Mann-Whitney).
- ü Η επόμενη σύγκριση που έγινε ήταν μεταξύ της κλίμακας Συμπτωμάτων και της υποκλίμακας EAT-26 «Δίαιτα», όπου υπήρξε σημαντική συσχέτιση με επίπεδο σημαντικότητας $p=0,000$ (Kruskal-Wallis). Αναλυτικά, η 1^η ομάδα συσχετίστηκε σημαντικά με την 2^η με $p=0,000$ και η 1^η ομάδα επίσης συσχετίστηκε σημαντικά με την 3^η με $p=0,000$. Μεταξύ της 2^{ης} και 3^{ης} ομάδας δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση (η κατηγοριοποίηση των ομάδων έχει αναφερθεί αναλυτικά παραπάνω).
- ü Μέσω του μη παραμετρικού κριτηρίου Kruskal-Wallis διαπιστώθηκε σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας Συμπτωμάτων και της υποκλίμακας EAT-

26 «Βουλιμία», όπου υπήρξε σημαντική συσχέτιση με επίπεδο σημαντικότητας $p=0,000$. Πιο συγκεκριμένα, η 1^η ομάδα συσχετίστηκε σημαντικά με την 2^η με $p=0,000$ και η 1^η ομάδα επίσης συσχετίστηκε σημαντικά με την 3^η με $p=0,000$. Μεταξύ της 2^{ης} και 3^{ης} ομάδας δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση $p=0,475>0,05$.

- Τέλος, μεταξύ της κλίμακας Συμπτωμάτων και της υποκλίμακας EAT-26 «Στοματικός έλεγχος», δεν προέκυψε σημαντική στατιστική συσχέτιση $p=0,153>0,05$ (Kruskal-Wallis).

6.5 Συσχετίσεις

∅ Συσχετίσεις Ερωτηματολογίων (EAT-26 / BITE)

Θα χρησιμοποιήσουμε το συντελεστή συσχέτισης Spearman's rho, ο οποίος λαμβάνει τιμές -1 έως και +1 (-1 απόλυτα αρνητική σχέση, +1 απόλυτα θετική σχέση). Ως σημαντική στατιστική συσχέτιση ορίζεται το $p<0,05$.

Στον Πίνακα 8 παρατηρούμε θετική σχέση και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,000<0,005$ μεταξύ του ερωτηματολογίου EAT-26, του ερωτηματολογίου Βουλιμίας BITE, της κλίμακας συμπτωμάτων και της κλίμακας σοβαρότητας.

	<i>Spearman's rho</i>	<i>p</i>
BITE	0,516	0,000
Κλίμακα Συμπτωμάτων	0,512	0,000
Κλίμακα Σοβαρότητας Συμπτωμάτων	0,344	0,000

Πίνακας 8: Συσχέτιση του EAT-26 με BITE, κλίμακα Συμπτωμάτων και Σοβαρότητας Συμπτωμάτων

Εν συνεχεία, συσχετίστηκε το συνολικό BITE με τις υποκλίμακες του EAT-26 «Δίαιτα», «Βουλιμία» και «Στοματικός έλεγχος». Το αποτέλεσμα ήταν θετική σχέση μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών, στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την υποκλίμακα «Δίαιτα» και «Βουλιμία» ($p=0,000$), ενώ με την υποκλίμακα «Στοματικός έλεγχος» δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση ($p=0,871$) Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα.

	<i>Spearman's rho</i>	<i>p</i>
EAT-26 Δίαιτα	0,481	0,000
EAT-26 Βουλιμία	0,605	0,000
EAT-26 Στοματικός Έλεγχος	0,012	0,871

Πίνακας 9: Συσχέτιση του BITE με τις υποκλίμακες EAT-26 Δίαιτα, Βουλιμία, Στοματικός Έλεγχος

Τέλος, συσχετίστηκαν οι υποκλίμακες των δύο ερωτηματολογίων και πιο συγκεκριμένα οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου EAT-26 «Δίαιτα», «Βουλιμία», «Στοματικός έλεγχος» με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου BITE, κλίμακα Συμπτωμάτων και κλίμακα Βαρύτητας Συμπτωμάτων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 10.

	<i>Κλίμακα Συμπτωμάτων Spearman'srho/p</i>	<i>Κλίμακα Σοβαρότητας συμπτωμάτων Spearman'srho/p</i>
EAT-26 Δίαιτα	0,483/0,000	0,308/0,000
EAT-26 Βουλιμία	0,632/0,000	0,245/0,001
EAT-26 Στοματικός Έλεγχος	-0,036/0,620	0,161/0,024

Πίνακας 10: Συσχέτιση των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου EAT-26 με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου BITE

Παρατηρούμε παραπάνω ότι όλες οι υποκλίμακες έχουν θετική σχέση μεταξύ τους και παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση, εκτός από την υποκλίμακα EAT-26 «Στοματικός έλεγχος», η οποία συσχετιζόμενη με την κλίμακα συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου BITE παρουσιάζει αρνητική σχέση (-0,036) και δεν συσχετίζεται σημαντικά ($p=0,620$).

Κεφάλαιο 7: Συζήτηση

Ο κύριος στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να διαπιστωθούν προβληματικές συνήθειες-στάσεις διατροφής, που παραπέμπουν είτε σε συμπτώματα ψυχογενούς ανορεξίας, είτε σε συμπτώματα βουλιμίας και να αναδειχθούν.

Όπως διαπιστώθηκε στην παρούσα μελέτη το ποσοστό των φοιτητών που παρουσίαζαν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (EAT-26), δηλαδή βαθμολογία ≥ 20 βαθμών ανέρχεται σε 21,3%. Σε παλαιότερη παρόμοια έρευνα, το ποσοστό που αναφέρθηκε ήταν σε γυναίκες φοιτήτριες ψυχολογίας 6,9% (Bosi et al., 2009).

Παρατηρούμε ότι, το ποσοστό της παρούσας έρευνας είναι αρκετά υψηλότερο από τις υπόλοιπες δύο, γεγονός που προκαλεί προβληματισμό και ανησυχία και αυτό γιατί το ποσοστό της παρούσας μελέτης είναι το τριπλάσιο σε σχέση με αυτό του παρατηρείται στους φοιτητές ψυχολογίας του εξωτερικού και διπλάσιο συγκριτικά με τους φοιτητές άνδρες της Ελλάδας. Εν συνεχεία, συγκρίθηκε η συνολική μέση τιμή της βαθμολογίας EAT-26 της παρούσας έρευνας με την ερευνητική εργασία του Γονιδάκη Φ. σε φοιτήτριες των Τμημάτων Διαιτολογίας-Διατροφής και Επισκεπτών Υγείας (Γονιδάκης και συν., 2009), καθώς επίσης και με φοιτητές ψυχολογίας του Ρίο Ντε Τζανέιρο (Bosi et al., 2009). Η σύγκριση των αποτελεσμάτων παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα.

Μεταβλητές	Φοιτητές Νοσηλευτικής	Φοιτήτριες Διαιτολογίας- Διατροφής	Φοιτήτριες Επισκεπτών Υγείας	Φοιτήτριες Ψυχολογίας
EAT-26- Σύνολο	13,36	8,1	12,4	9,6
EAT-26- Δίαιτα	7,60	4,9	6,5	-
EAT-26- Βουλιμία	2,45	1,3	2,4	-
EAT-26- Στοματικός Έλεγχος	3,30	1,9	3,6	-

Πίνακας 11: Σύγκριση μέσων όρων

Παρατηρούμε ότι οι φοιτητές Νοσηλευτικής και οι φοιτήτριες Επισκεπτών Υγείας εμφανίζουν παρόμοιους μέσους όρους EAT-26, 13,36 και 12,4 αντίστοιχα, ενώ οι φοιτήτριες Διαιτολογίας-Διατροφής και οι φοιτητές Ψυχολογίας σημειώνουν μικρότερη μέση βαθμολογία EAT-26 8,1 και 9,6 αντίστοιχα. Το γεγονός αυτό δημιουργεί ερωτήματα όσο αφορά τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι παρόλο που βρίσκονται στο χώρο της υγείας και είναι από τους πρώτους που ενημερώνονται για τέτοιου είδους φαινόμενα, παρ'όλα αυτά οι ίδιοι σε

προσωπικό επίπεδο δυσκολεύονται να τα αντιμετωπίσουν. Σε ότι αφορά τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου EAT-26 και στις τρεις έρευνες η υποκλίμακα «Δίαιτα» παρουσιάζει τον μεγαλύτερο μέσο όρο και ακολουθούν η υποκλίμακα «Στοματικός Έλεγχος» και τέλος υποκλίμακα «Βουλιμία». Η διαφοροποίηση που σημειώνεται αφορά της φοιτήτριες Διαιτολογίας-Διατροφής, οι οποίες εμφανίζουν μικρότερη μέση βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες EAT-26 συγκριτικά με τα αποτελέσματα των άλλων δύο συγκρινόμενων πληθυσμών, ενώ οι φοιτητές νοσηλευτικής με της φοιτήτριες Επισκεπτών Υγείας παρουσιάζουν παρόμοιες μέσες βαθμολογίες στις υποκλίμακες EAT-26.

Όσο αφορά την βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου BITE συγκρίθηκε με μελέτη, η οποία αποτελείται από 175 γυναίκες φοιτήτριες ψυχολογίας σε δημόσιο πανεπιστήμιο του Ρίο Ντε Τζανέιρο (Bosi et al., 2009). Παρατηρούμε ότι οι μέσες τιμές δεν έχουν μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ τους σε ότι αφορά την κλίμακα Συμπτωμάτων και την κλίμακα Σοβαρότητας Συμπτωμάτων. Αναλυτικά τα αποτελέσματα παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα.

Μεταβλητές	Φοιτητές Νοσηλευτικής	Φοιτήτριες Ψυχολογίας
BITE	10,86	-
Κλίμακα Συμπτωμάτων	8,74	7,4
Κλίμακα Σοβαρότητας Συμπτωμάτων	2,13	1,7

Πίνακας 12: Σύγκριση μέσων όρων υποκλιμάκων BITE

Επίσης, σε ότι αφορά την κλίμακα συμπτωμάτων στην υψηλή βαθμολογία παρατηρούμε ότι το ποσοστό είναι πανομοιότυπο και στους δύο πληθυσμούς, ενώ στην χαμηλή βαθμολογία οι φοιτήτριες Ψυχολογίας συγκεντρώνουν 74,2%, έναντι 62% για τους φοιτητές Νοσηλευτικής. Τα ποσοστά παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 13.

Όσο αφορά την κλίμακα βαρύτητας συμπτωμάτων το 8,2% σημειώνει βαθμολογία 5 βαθμών και άνω, ενώ στην παρούσα μελέτη το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται σε 14,0% αρκετά υψηλότερο.

Κλίμακα Συμπτωμάτων	Φοιτητές Νοσηλευτικής	Φοιτήτριες Ψυχολογίας
1-9 βαθμούς (χαμηλή)	62,0%	74,2%
10-19 βαθμούς (μεσαία)	33,0%	20,8%
20 βαθμούς και άνω (υψηλή)	5,0%	5,0%

Πίνακας 13: Σύγκριση ανά βαθμολογική ομάδα κλίμακας Συμπτωμάτων

Επίσης, ένας ακόμα στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η ανάδειξη της μεταξύ τους σχέσης των δύο ερωτηματολογίων και ο λόγος που απευθυνθήκαμε σε φοιτητές νοσηλευτικής και μόνο, ήταν ότι ενδέχεται οι συμπεριφορές στα παραπάνω φαινόμενα να διαφέρουν σημαντικά σχετικά με φοιτητές άλλων τμημάτων καθότι ανήκουν στο χώρο της υγείας και κατά την διάρκεια των σπουδών τους έχουν αναδειχθεί τέτοιους είδους φαινόμενα και έχουν διδαχθεί γι αυτά, παρατηρήσαμε την αλληλοσύνδεση μεταξύ των ερωτηματολογίων EAT-26 και BITE καθώς και των υποκλιμάκων τους, ίδια συμπεράσματα παρουσιάστηκαν και στην μελέτη των φοιτητριών Ψυχολογίας, όπου διαπιστώθηκε σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας του EAT-26 και των κλιμάκων του BITE (κλίμακα Συμπτωμάτων και κλίμακα Σοβαρότητας Συμπτωμάτων) όπως αυτές κατηγοριοποιήθηκαν σε ομάδες .

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης θα πρέπει να χρησιμεύσουν ως προειδοποίηση σχετικά με το ζήτημα της παρουσίας των διατροφικών διαταραχών μεταξύ των επαγγελματιών του τομέα της υγείας και ειδικότερα, μεταξύ Νοσηλευτών.

Συμπερασματικά, οι πληροφορίες αυτές είναι απαραίτητες για την έγκαιρη ανίχνευση ατόμων που κινδυνεύουν να αναπτύξουν ψυχογενής ανορεξία και βουλιμία, μειώνοντας τη συχνότητα των διατροφικών διαταραχών. Προτείνουμε η τριτοβάθμια εκπαίδευση να αναδείξει το πρόβλημα, προσφέροντας ψυχολογική υποστήριξη των φοιτητών και παρέχοντας πληροφορίες πρόληψης κατά τη διάρκεια των μαθημάτων, με γνώμονα την προστασία της υγείας των νέων φοιτητών αποφεύγοντας μελλοντικές επιπλοκές στην επόμενη γενιά επαγγελματιών υγείας.

Κεφάλαιο 8: Συμπεράσματα

Τα κύρια ερωτήματα της μελέτης αφορούσαν την διερεύνηση των συνηθειών διατροφής μέσω του ερωτηματολογίου EAT-26 και τυχόν διαταραχών αυτού. Καθώς επίσης και την καταγραφή περιπτώσεων βουλιμίας μέσω του ερωτηματολογίου Βουλιμίας του Εδιμβούργου BITE. Ακόμα, ένα ερευνητικό ερώτημα που τέθηκε είναι κατά πόσο κρίνεται σκόπιμη η διενέργεια και των δύο ερωτηματολογίων σε άτομα που σημειώνουν υψηλή βαθμολογία, είτε στο κύριο ερωτηματολόγιο, είτε σε κάποια υποκλίμακα αυτού, ώστε να υπάρξει σφαιρική αντιμετώπιση τυχόν διαταραχής.

Η εγκυρότητα των ερωτηματολογίων EAT-26 και BITE στην παρούσα έρευνα έδειξε υψηλή αξιοπιστία, επομένως και εσωτερική συνέπεια.

Οι φοιτητές της παρούσας έρευνας στο σύνολο τους διαπιστώθηκε να ασχολούνται περισσότερο με την υποκλίμακα «Δίαιτα» και λιγότερο με την υποκλίμακα «Βουλιμία», όπως προκύπτει από τα δεδομένα της έρευνας.

Από τον διαχωρισμό που πραγματοποιήθηκε σε άτομα με ή χωρίς διατροφική διαταραχή προέκυψε επίσης ότι η απασχόληση με την υποκλίμακα «Δίαιτα» ήταν η συνηθέστερη και για τις δύο κατηγορίες, ενώ τη λιγότερη ενασχόληση είχαν με την υποκλίμακα «Στοματικός έλεγχος».

Για το 1/5 των φοιτητών του τμήματος Νοσηλευτικής προέκυψε βαθμολογία άνω των 20 βαθμών, η οποία σηματοδοτεί το ενδεχόμενο ύπαρξης διατροφικών διαταραχών και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, παρόλο που ανήκουν στο χώρο της υγείας και είναι γνώστες των επιπτώσεων, αυτών των περιπτώσεων αν δεν αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά.

Όσο αφορά τις διαπιστώσεις που προέκυψαν από την ανάλυση του ερωτηματολογίου του Εδιμβούργου BITE, η συντριπτική πλειοψηφία των φοιτητών ανήκει στην κατηγορία με βαθμολογία 1-24 βαθμών, η οποία θεωρείται ασφαλής για την αποφυγή ύπαρξης βουλιμικών τάσεων. Παρόλαυτα στην κλίμακα Σοβαρότητας Συμπτωμάτων περισσότερο από 1 στους 10 διαπιστώνεται ότι ξεπερνάει το βαθμολογικό όριο. Το παραπάνω στοιχείο από μόνο του είναι αρκετό για την διερεύνηση βουλιμικών τάσεων και συμπεριφορών.

Από τις συγκρίσεις των μέσων τιμών των ερωτηματολογίων σε συνδυασμό με την κατηγοριοποίηση των μεταβλητών σε ομάδες αναδείχθηκαν τα εξής συμπεράσματα:

- Φοιτητές νοσηλευτικής, οι οποίοι κρίνονται ύποπτοι για βουλιμικά επεισόδια με βάση την ομάδα που άνηκαν, ταυτόχρονα διαπιστώθηκε ότι χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης, λόγω του υψηλού μέσου όρου που σημειώνουν στο EAT-26 για τυχόν ύπαρξη ψυχογενούς ανορεξίας και διαταραγμένων συνηθειών-στάσεων διατροφής.
- Ακόμα, όσοι φοιτητές άνηκαν στις ομάδες διερεύνησης βουλιμικών συμπεριφορών, ομάδα των 20 βαθμών και άνω σε ότι αφορά την κλίμακα Συμπτωμάτων και 5

βαθμών και άνω για την κλίμακα Σοβαρότητας Συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου BITE διαπιστώθηκε ταυτόχρονη ύπαρξη διαταραγμένων στάσεων και συνήθειων διατροφής EAT-26.

- Επίσης, διαπιστώσαμε ότι, οι φοιτητές που είχαν βουλιμικές συμπεριφορές (ομάδα 25 βαθμών και άνω) παρουσίαζαν και υψηλή βαθμολογία στις υποκλίμακες «Δίαιτα» και «Βουλιμία» του ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής EAT-26.
- Τέλος, όσο αφορά την κλίμακα Συμπτωμάτων και την κλίμακα Σοβαρότητας Συμπτωμάτων φάνηκε ότι αλληλοσυνδέονται με τις υποκλίμακες «Δίαιτα» και «Βουλιμία» του ερωτηματολογίου Συνηθειών Διατροφής EAT-26.

Τέλος, παρόμοια αποτελέσματα με τα παραπάνω διαπιστώσαμε από τις συσχετίσεις στα δύο ερωτηματολόγια και τις υποκλίμακες αυτών. Πιο συγκεκριμένα, συσχετίσαμε τις βαθμολογίες μεταξύ τους και τα συμπεράσματα είναι τα ακόλουθα:

- Όσοι φοιτητές σημείωσαν υψηλή βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο συνηθειών διατροφής EAT-26, ταυτόχρονα εκδήλωναν και βουλιμικά επεισόδια, όπως σηματοδοτεί η υψηλή βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου BITE.
- Επίσης, φοιτητές του νοσηλευτικού τμήματος, οι οποίοι βαθμολογήθηκαν υψηλά στο ερωτηματολόγιο Βουλιμίας του Εδιμβούργου BITE, αντιμετώπιζαν πρόβλημα στις υποκλίμακες «Δίαιτα» και «Βουλιμία» του ερωτηματολογίου συνηθειών διατροφής EAT-26.
- Τέλος, διαπιστώθηκε ότι οι φοιτητές με υψηλή βαθμολογία στις υποκλίμακες του EAT-26 «Δίαιτα» και «Βουλιμία» σημείωναν επίσης υψηλή βαθμολογία με τις κλίμακες Συμπτωμάτων και Σοβαρότητας Συμπτωμάτων του ερωτηματολογίου BITE. Η υποκλίμακα «Στοματικός έλεγχος» βρέθηκε να επηρεάζεται μόνο από την κλίμακα Σοβαρότητας Συμπτωμάτων. Επομένως, όσοι φοιτητές παρουσίασαν υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα «Στοματικός έλεγχος», όφειλαν να διερευνήσουν και την κλίμακα Σοβαρότητας Συμπτωμάτων.

Εν κατακλείδι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θα μπορούσαμε να προτείνουμε την διενέργεια και των δύο ερωτηματολογίων σε υποψήφιους με διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες, λόγω της συσχέτισης που παρουσιάσαμε παραπάνω. Για πολύπλευρη αντιμετώπιση τέτοιου είδους φαινομένων.

Για την τεκμηρίωση της παρούσας έρευνας προτείνεται η διεξαγωγή της σε μεγαλύτερο δείγμα φοιτητικού πληθυσμού, ώστε να μπορέσουμε να προχωρήσουμε σε γενίκευση ή μη των συμπερασμάτων της παρούσας μελέτης.

Βιβλιογραφία

Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory- Third Edition (EDI-3)*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources

Τσιάκα, Μ *Hellenic center for eating disorders* <https://www.hcfed.gr/>

Βάρσου, Ε., (2008). Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής: Κλινική ψυχιατρική προσέγγιση. *Εγκεφαλος- αρχειανευρολογίας και ψυχιατρική*, 45, (2)

Μάνος, Ν (1997). *Βασικά στοιχεία ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press

Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press

Βάρσου, Ε., (2008). Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής: Κλινική ψυχιατρική προσέγγιση. *Εγκεφαλος- αρχειανευρολογίας και ψυχιατρική*, 45, (2)

Yates, A (1989). Current Perspectives on the Eating Disorders: I. History, Psychological and Biological Aspects. *Journal of American Academy of Child and adolescent psychiatry*, 28, (6), 813-823.

Gordon, R.A (1990). *Eating disorders: anatomy of a social epidemic*. Cambridge: Black publishers.

Bemporad, J. R (1996). Self- starvation through the ages: Reflections on the pre-history of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19, (3), 217-237

Delisky S. S. , Jennifer L. Derenne J. J., Anne E. Becker A. E., *Specific Mental Health Disorders: Eating Disorders*, International Encyclopedia of Public Health, 2017, pages 43-47.

Schebendach J., Mayer L. E., Devlin M. J., Attia E., Contento I. R., Wolf R. L., Walsh T., *Food Choice and Diet Variety in Weight-Restored Patients with Anorexia Nervosa*, 2011, pages 732-736

Treasure J., Wolff G., *Treatment of anorexia nervosa in adults*, 2008, , pages 156-160

Gowers G.S. , *Treatment of anorexia nervosa in childhood And adolescence*, 2005, pages 15-17

Wood D. , Knight C. , *Anorexia nervosa in adolescence*, 2015, pages 428-432

Γ.Ν Χριστοδούλου και συν, *Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών*, Ψυχιατρική, πρώτο τόμος, 2002

Nolan U. B. , G Geraciotti T. D., University of Cincinnati and Veterans Affairs Medical Center, Ohio , *Encyclopedia of Gastroenterology*, 2004

Argente J., Muñoz M. T., *Encyclopedia of Endocrine Diseases*, Volume 1, 2004

Athey J., *PSYCHIATRY UPDATE MEDICAL COMPLICATIONS OF ANOREXIA NERVOSA*, Volume 10, Number 3, 2003, pages 110-115

Yager J., Devlin M. J. , Halmi K. A., Herzog D. B., Mitchell III J. E., Powers P., Zerbe K. J., *PRACTICE GUIDELINE FOR THE Treatment of Patients With Eating Disorders* , Third Edition, American Psychiatric Association, guidelines, 2010.

Μπέλλος Σ., Σκαπινάκης Π., Πετρίκης Π., Μαυρέας Β. , *Κατευθυντήριες Οδηγίες Ελλήνων Εμπειρογνομόνων για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής σε ενηλίκους*. Πρόγραμμα ΨΥΧΟΔΙΑΒΑΣΗ: Ανάπτυξη Κατευθυντήριων Οδηγιών και Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων για την αντιμετώπιση των σημαντικότερων ψυχικών διαταραχών, 2014

Lindsay Moskowitz L., Weiselberg E., *Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa*, 2017.

Schreyer CC., Makhzoumi S., Coughlin JW.,Guarda AS., *Encyclopedia of Food and Health*, 2016

Castillo M., Weiselberg E., *Bulimia Nervosa/Purging Disorder*, 2017, pages 85-94

Haslam M., Mountford V., Meyer C., Waller G., *Eating Behaviors 'Invalidating childhood environments in anorexia and bulimia nervosa'*, Volume 9, Issue 3, August 2008, Pages 313-318

CrowS.J., Swanson S.A., Grange D., Feig E.H., Merikangas K. R., *Suicidal behavior in adolescents and adults with bulimia nervosa*, *Comprehensive Psychiatry*, Volume 55, Issue 7, 2014, Pages 1534-1539

Waller G., *Treatment of bulimia nervosa*, *PSYCHIATRY* 4:4 , 2005, Pages 18-22

George D.ComerciM.D.KatherineKilbourneM.S., R.D.AliceE.CarrollM.S.W, A.C.S.W., *Current Problems in Pediatrics.*, Eating disorders in the young anorexia nervosa and bulimia: Part II., Volume 15, Issue 9, 1985, Pages 6-58

Pianesi, F., Mana, N., Cappelletti, A., Lepri, B., and Zancanaro, M (2008). "Multimodal Recognition of Personality Traits in Social Interactions," in Proceedings of The 10th International Conference on Multimodal Interfaces, New York, USA, p. 53-60.

- Brinkmann, S. (2010). Character, personality, and identity: On historical aspects of human subjectivity. *Nordic Psychology*, 62, 65–8
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 645–658.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139, 213–240.
- Steiger, A. E., Allemand, M., Robins, R. W., & Fend, H. A. (2014). Low and decreasing self-esteem during adolescence predict adult depression two decades later. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106, 325–338.
- Fassino, S., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Leombruni, P., Boggio, S., & Rovera, G. G. (2002). Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the Temperament and Character Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 412-425.
- Brown, T. A., Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011). Personality pathology in purging disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 735- 740.
- Aguera Z, Krug I, Sanchez I, Granero R, Penelo E, Penas-Lledo E, et al. (2012). Personality changes in Bulimia Nervosa after a cognitive behaviour therapy. *Eur Eat Disord Rev.*;20(5):1.
- Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. (2010) Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull.*;136(5):768–821.
- Levallius, J., Clinton, D., Bäckström, M., & Norring, C. (2015). Who do you think you are? – Personality in eating disordered patients. *Journal of Eating Disorders* 3:3.
- Bateman A, Fonagy P. (2010) Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*. Feb;9(1):11-15.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life* (2nd edit.). New Jersey: John Wiley & Sons.

Wade, TD, Tiggemann, M, Bulik, CM, Fairburn, CG, Wray, NR, Martin, NG. (2008). Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: a twin study. *PsychosomMed.* ;70:239-244.

Soenens, B, Nevelsteen, W, Vandereycken, W. (2007). The significance of perfectionism in eating disorders: a comparative study. *TijdschrPsychiatr.* ;49:709-718

Feske U., Tarter R.E., Kirisci L., Pilkonis P.A. (2006). Borderline personality and substance use in women, *Am J Addict*, 15(2):131-7.

Γονιδάκης, Φ. & Χαρίλα, Ν. (2011). Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση. Αθήνα: Πεδίο

Bosi MariaLúciaMagalhães , UchimuraKátiaYumi , Luiz RonirRaggio, *Eating behavior and body image among psychology students*, *J Bras Psiquiatr.* 2009;58(3):150-155.

Cohen L., Manion L., Morrison K., 2007, *Research Methods in Education*. London and New York: Taylor & Francis Group

Henderson M., Freeman L.P.C., *A Self-rating for Bulimia The BITE*, *British Journal of Psychiatry*, (1987), 150, 18-24

Garner D.M., Olmsted M.P., Bohr Y., Garfinkel E.P., *The Eating Attitudes test: Psychometric features and clinical correlates*. *PsycholMed* 1982, 12:871–878

Γονιδάκης Φ., Σιγάλα Α., Βάρσου Ε., Λάγιου Α., Παπαδημητρίου Ν. Γ., *Μελέτη των στάσεων απέναντι στην τροφή σε τελειόφοιτες φοιτήτριες Διαιτολογίας/Διατροφής*, *Ψυχιατρική* 2009, 20:35–43

Κατσής Α., Σιδερίδης Γ, Εμβαλωτής Α., (2011) *Στατιστικές μέθοδοι στις κοινωνικές επιστήμες*, 1η έκδ. , Επιστημονικές Εκδόσεις, Αθήνα

Σαχίνη-Καρδάση Α., (2007), *Μεθοδολογία της Έρευνας*, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

Σίμος Γ., *Διερεύνηση των ψυχογενών διαταραχών στην πρόσληψη τροφής και των δυνατοτήτων πρόσληψης*, Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Ιατρικής ΣχολήςΕπιστημών Υγείας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, 1996: 97-105

Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αγαπητοί συμμετέχοντες είμαι προπτυχιακή φοιτήτρια του τμήματος νοσηλευτικής στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος . Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της πτυχιακής μου εργασίας. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των φοιτητών του τμήματος νοσηλευτικής Δυτικής Ελλάδος σχετικά με την νευρογενή ανορεξία και τις διατροφικές διαταραχές.

Στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται ... ερωτήσεις. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική ενώ θα πρέπει να γνωρίζετε ότι σε οποιοδήποτε σημείο της έρευνας έχετε το δικαίωμα να αποσυρθείτε. Οι πληροφορίες που μας δίνεται θα κρατηθούν απόρρητες.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ (EAT-26)

Eating Attitudes Test – 26

ΟΔΗΓΙΕΣ : Παρακαλώ απαντήστε προσεκτικά σε κάθε μία από τις προτάσεις που ακολουθούν βάζοντας ένα Χ στη στήλη που σας αντιπροσωπεύει. Οι περισσότερες από τις προτάσεις αυτές έχουν σχέση με το φαγητό ή τη διατροφή αν και περιλαμβάνονται και άλλου τύπου προτάσεις.

	Πάντα	Συνήθως	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
1. Τρομάζω στην ιδέα του να γίνω υπέρβαρη/ος.	3	2	1	0	0	0
2. Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω.	3	2	1	0	0	0
3. Νομίζω ότι με απασχολεί πολύ το θέμα του φαγητού.	3	2	1	0	0	0
4. Μου έχει συμβεί να φάω μεγάλες ποσότητες φαγητού και να αισθάνομαι ότι δεν μπορώ να σταματήσω.	3	2	1	0	0	0
5. Τεμαχίζω το φαγητό μου σε πολύ μικρά κομμάτια.	3	2	1	0	0	0
6. Ξέρω πόσες θερμίδες έχουν οι τροφές που τρώω.	3	2	1	0	0	0
7. Αποφεύγω ιδιαίτερα τα φαγητά που είναι πλούσια σε υδατάνθρακες (δηλαδή, ψωμί, μακαρόνια, ρύζι, κλπ).	3	2	1	0	0	0
8. Νομίζω ότι οι άλλοι θα ήθελαν να τρώω περισσότερο.	3	2	1	0	0	0
9. Κάνω εμετό μετά το φαγητό.	3	2	1	0	0	0
10. Νιώθω πολλές ενοχές όταν έχω φάει.	3	2	1	0	0	0
11. Με απασχολεί η ιδέα να γίνω πιο λεπτή/ος.	3	2	1	0	0	0
12. Όταν ασκούμαι σκέφτομαι τις θερμίδες που «καίω».	3	2	1	0	0	0
13. Οι άλλοι πιστεύουν ότι είμαι πάρα πολύ αδύνατη/ος.	3	2	1	0	0	0
14. Με ανησυχεί η ιδέα ότι έχω λίπος στο σώμα μου.	3	2	1	0	0	0
15. Μου παίρνει περισσότερο χρόνο από ό,τι στους άλλους να τελειώσω το γεύμα μου.	3	2	1	0	0	0
16. Αποφεύγω τα τρόφιμα που περιέχουν ζάχαρη.	3	2	1	0	0	0
17. Τρώω τρόφιμα διαίτης (light).	3	2	1	0	0	0
18. Νιώθω ότι το φαγητό ελέγχει τη ζωή μου.	3	2	1	0	0	0
19. Ελέγχω τον εαυτό μου σε ό,τι	3	2	1	0	0	0

αφορά το φαγητό.						
20. Νιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω.	3	2	1	0	0	0
21. Αφιερώνω πάρα πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό.	3	2	1	0	0	0
22. Νιώθω άσχημα όταν τρώω γλυκά.	3	2	1	0	0	0
23. Ασχολούμαι με δίαιτες.	3	2	1	0	0	0
24. Μου αρέσει να έχω άδειο στομάχι.	3	2	1	0	0	0
25. Έχω την τάση να κάνω εμετό μετά τα γεύματα.	3	2	1	0	0	0
26. Μου αρέσει να δοκιμάζω καινούργια τρόφιμα πλούσια σε θερμίδες.	0	0	0	1	2	3

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Β.Ι.Τ.Ε.

ΟΔΗΓΙΕΣ : Παρακαλώ, απαντήστε προσεκτικά σε κάθε μία από τις ερωτήσεις που ακολουθούν, βάζοντας ένα Χ στη στήλη που σας αντιπροσωπεύει. Τα περισσότερα ερωτήματα αναφέρονται σε συναισθήματα και συμπεριφορές που έχουν σχέση με τις συνήθειες της διατροφής σας ΚΑΤΑ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ ΤΡΕΙΣ ΜΗΝΕΣ. Σας ευχαριστώ πολύ.

1. Ακολουθείτε ένα κανονικό πρόγραμμα καθημερινής διατροφής; ΝΑΙ ΟΧΙ
2. Είσαστε σε αυστηρή δίαιτα; ΝΑΙ ΟΧΙ
3. Αισθάνεστε αποτυχημένος/η αν παραβιάσετε τη δίαιτά σας για μια φορά; ΝΑΙ ΟΧΙ
4. Μετράτε τις θερμίδες από οτιδήποτε τρώτε ακόμα κι αν δεν είστε σε δίαιτα; ΝΑΙ ΟΧΙ
5. Μένετε καμιά φορά νηστικός/η για ολόκληρη μέρα; ΝΑΙ ΟΧΙ
6. Εάν ναι, πόσο συχνά συμβαίνει αυτό; Α) Μέρα παρά μέρα Β) 2-3 φορές την εβδομάδα Γ) Μία φορά τη βδομάδα Δ) Πότε – πότε

Χρησιμοποιείτε κάποιον από τους ακόλουθους τρόπους για να χάσετε βάρος :

Ποτέ	Σπάνια	Μια φορά τη βδομάδα	2-3 φορές τη βδομάδα	Κάθε μέρα	2-3 φορές τη μέρα	Πάνω από 3 φορές τη μέρα
Παίρνετε διαιτητικά χάπια						
Παίρνετε διουρητικά χάπια						
Παίρνετε καθαρτικά						
Προκαλείτε έμετο						

7. Μήπως το πρόγραμμα της διατροφής σας αναστατώνει πολύ την καθημερινή σας ζωή; ΝΑΙ ΟΧΙ
8. Θα λέγατε πως το θέμα του φαγητού κυριαρχεί στη ζωή σας; ΝΑΙ ΟΧΙ
9. Σας συμβαίνει καμιά φορά να τρώτε τόσο πολύ ώστε να σταματάτε από σωματική δυσφορία; ΝΑΙ ΟΧΙ
10. Υπάρχουν φορές που το μόνο που σκέφτεστε είναι το φαγητό; ΝΑΙ ΟΧΙ
11. Τρώτε μετρημένα μπροστά σε άλλους και κάνετε το αντίθετο στα κρυφά; ΝΑΙ ΟΧΙ

12. Μπορείτε πάντοτε να σταματήσετε το φαγητό σας όταν το θελήσετε; ΝΑΙ ΟΧΙ
13. Σας συμβαίνει καμιά φορά να έχετε ακατανίκητη τάση να τρώτε συνεχώς μέχρι σκασμού; ΝΑΙ ΟΧΙ
14. Όταν έχετε άγχος έχετε την τάση να τρώτε πολύ; ΝΑΙ ΟΧΙ
15. Σας τρομοκρατεί η σκέψη να παχύνετε; ΝΑΙ ΟΧΙ
16. Σας συμβαίνει καμιά φορά να τρώτε μεγάλες ποσότητες τροφής γρήγορα (όχι απλά το φαγητό σας); ΝΑΙ ΟΧΙ
17. Νοιώθετε ντροπή για τον τρόπο που συνηθίζετε να τρώτε; ΝΑΙ ΟΧΙ
18. Στενοχωριέστε για το ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε το πόσο τρώτε; ΝΑΙ ΟΧΙ
19. Καταφεύγετε στο φαγητό για να νοιώσετε καλύτερα; ΝΑΙ ΟΧΙ
20. Μπορείτε να αφήσετε φαγητό στο πιάτο σας στο τέλος ενός γεύματος; ΝΑΙ ΟΧΙ
21. Ξεγελάτε τους άλλους γύρω από την ποσότητα του φαγητού που τρώτε; ΝΑΙ ΟΧΙ
22. Καθορίζεται η ποσότητα του φαγητού που τρώτε από το πόσο πολύ πεινάτε; ΝΑΙ ΟΧΙ
23. Σας συμβαίνει καμιά φορά να καταβροχθίζετε μεγάλες ποσότητες φαγητού; ΝΑΙ ΟΧΙ
24. Εάν ΝΑΙ, αισθάνεστε μετά από κάτι τέτοιο δυστυχισμένος/η; ΝΑΙ ΟΧΙ
25. Αν σας συμβαίνει να τρώτε κατά κόρον, γίνεται αυτό μόνον όταν είστε μόνος/η; ΝΑΙ ΟΧΙ
26. Εάν ΝΑΙ, πόσο συχνά συμβαίνει αυτό; Α) Πολύ σπάνια Β) Μια φορά το μήνα Γ) Δ) Μια φορά τη βδομάδα Ε) 2-3 φορές τη βδομάδα ΣΤ) Καθημερινά Ζ) 2-3 φορές την ημέρα
27. Θα πηγαίνατε σε μακρινές αποστάσεις προκειμένου να ικανοποιήσετε την ανάγκη να φάτε κατά κόρον; ΝΑΙ ΟΧΙ
28. Όταν παραφάτε νοιώθετε μετά πολύ ένοχος/η; ΝΑΙ ΟΧΙ
29. Σας συμβαίνει καμιά φορά να τρώτε κρυφά; ΝΑΙ ΟΧΙ
30. Είναι οι συνήθειες του φαγητού σας τέτοιες που να τις θεωρείτε κανονικές; ΝΑΙ ΟΧΙ
31. Θεωρείτε τον εαυτό σας ότι τρώτε με παρορμητικό τρόπο; ΝΑΙ ΟΧΙ
32. Μήπως το βάρος σας αυξομειώνεται περισσότερο από 2-3 κιλά τη βδομάδα; ΝΑΙ ΟΧΙ