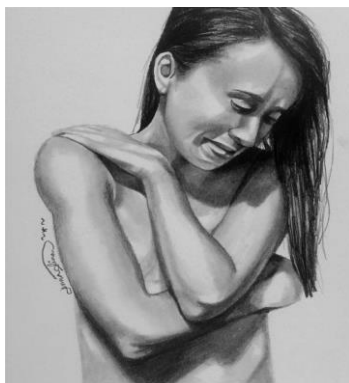




ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Φοιτήτριες: ΝΤΕΡΒΙΣΑΙ ΕΡΜΙΡΑ ,ΤΖΑΡΟ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

Εποπτεύων καθηγήτρια: ΔΡ. ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΤΙΓΟΝΗ-ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε την καθηγήτρια μας Μιχαλοπούλου Αντιγόνη για την αξιοσημείωτη βοήθεια της στην εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας. Καθώς και τις οικογένειες μας για την πολύτιμη στήριξη τους όλα αυτά τα χρόνια.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ABSTRACT.....	9
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	10
1.1 ΈΝΝΟΙΑ ΚΑΙ Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	10
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	10
1.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....	12
1.4 ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ.....	12
1.4.1 ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ.....	12
1.4.2 ΠΡΩΤΕΙΝΕΣ.....	13
1.4.3 ΛΙΠΗ.....	14
1.4.4 ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ.....	15
1.4.5 ΝΕΡΟ.....	15
1.5 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ Ή ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	17
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	17
2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	17
2.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	19
2.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	19
2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ.....	20
2.5.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ – ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	20
2.5.2 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	20
2.6 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	20
2.7 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	21
2.7.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ – ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	21
2.7.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	22
2.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	22

2.9 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	24
2.10 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	26
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	26
3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	26
3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	27
3.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	28
3.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	28
3.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ	29
3.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	30
3.7.1 ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	31
3.7.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ.....	32
4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	32
4.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	32
4.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	35
4.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	34
4.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ	34
4.5.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ	34
4.5.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΙ- ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ.....	35
4.5.3 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ.....	35
4.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	36
4.6.1 ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ	36
4.6.2 ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ OFF-LABEL	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΡΙΣΑ.....	42
5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	42
5.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	42

5.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	43
5.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΕΙΣ	45
5.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	45
5.5.1 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	45
5.5.2 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....	46
5.5.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	46
5.5.4 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	47
5.5.5 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	47
5.5.6 ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΛΛΟΙ ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	48
6.1 ΔΥΣΜΟΡΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΩΜΑΤΟΣ (BDD)	48
6.2 ΜΥΙΚΗ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑ (MD).....	49
6.3 ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (ΙΨΔ).....	49
6.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ (SAD).....	49
6.5 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	51
7.1 ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ	51
7.1.1 ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	51
7.1.2 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	52
7.1.3 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	53
7.1.4 ΧΑΜΗΛΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΕΥΚΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ, ΕΡΥΘΡΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ, ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ.....	54
7.1.5 ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ	54
7.1.6 ΑΠΩΛΕΙΑ ΜΥΩΝ ΚΑΙ ΟΣΤΩΝ	55
7.1.7 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ: ΑΤΡΟΦΙΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ.....	55
7.1.8 ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ	56

7.2 ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	56
7.2.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ.....	56
7.2.2 ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΡΡΥΘΜΙΑ.....	57
7.2.3 ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ	57
7.2.4 ΔΙΑΒΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΜΑΛΤΟΥ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ	57
7.2.5 ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ	58
7.2.6 ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ	58
7.2.8 ΔΙΑΒΗΤΗΣ.....	58
7.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΔΗΦΑΓΙΑΣ	58
7.4 ΡΙΣΑ.....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 COVID19 ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	62
9.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ..	62
9.2 ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ.....	64
9.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	65
9.4 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	66
9.5 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	67
9.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ.....	68
9.7 ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	68
9.8 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΕΝΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....	69
9.9 Ο ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΚΑΜΨΗΣ	70
9.10 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	72
9.11 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ	75

9.12 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ.....	75
9.13 Ο ΡΟΛΟΣ ΠΟΥ ΔΙΑΔΡΑΜΑΤΙΖΕΙ ΕΝΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΟΤΑΝ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	76
9.14 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	77
9.15 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΑΝΑΣΤΙΤΙΣΗ.....	77
9.16 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	78
9.18 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ.....	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	82
10.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	82
10.2 ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	82
10.3 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	83
10.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	84
10.5 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1	88
10.6 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2	97
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποσκοπεί στην ενημέρωση των διαφορετικών τύπων διατροφικών διαταραχών και των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνισή τους. Ως αποτέλεσμα αυτού αναλύει τους τρόπους αντιμετώπισης των διαταραχών από την φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ένας ασθενής μέχρι την ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη που χρειάζεται. Επιπλέον καταγράφει πως η πανδημία Covid-19 έχει επηρεάσει την καθημερινότητα τους. Εν συνεχεία αναφέρει τις επιπλοκές που δημιουργούνται από τις ασθένειες των διατροφικών διαταραχών στο σώμα, το δέρμα, την καρδιά, τα οστά, τους μύες, τον οισοφάγο, το νευρολογικό σύστημα και τα δόντια. Τέλος αναλύεται ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα των ασθενών με διατροφικές διαταραχές, οι στόχοι που χρειάζεται να επιτευχθούν σε σωματικό αλλά και ψυχολογικό επίπεδο μέσω της νοσηλευτικής παρέμβασης αλλά και η φροντίδα που παρέχει ο νοσηλευτής εσωτερικά και εξωτερικά μιας νοσηλείας.

Λέξεις κλειδιά: διατροφικές διαταραχές(ΔΔ),νευρική ανορεξία(ΝΑ),βουλιμία(ΝΒ), αδηφαγία(BED) , PICA, συμπτώματα, θεραπεία, ο ρόλος του νοσηλευτή.

ABSTRACT

The aim of this thesis is to inform about the different types of eating disorders and the factors that contribute to their occurrence. It analyses the ways of dealing with the disease, from the medication a patient receives to the psychological and social support needed. It also shows how COVID 19 or coronavirus has affected their daily lives. It also mentions the complications created by the diseases of nutritional disturbances in the body, skin, heart, bones, muscles, esophagus, neurological system and teeth. Finally, the role of the nurse in the care of patients with eating disorders, the goals that need to be achieved at a physical and psychological level through nursing interventions and the care provided by the nurse inside and outside of a hospitalization is analyzed.

Key words: eating disorders (ED), anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BD), bulimia nervosa (BED), PICA, symptoms, treatment, the role of the nurse.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΈΝΝΟΙΑ ΚΑΙ Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής είναι χρόνιες υποτροπιάζουσες ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζουν σημαντικές επιπλοκές στην σωματική υγεία και συννοσηρότητα με άλλα ψυχολογικά προβλήματα. Οι κυριότερες διαταραχές περιλαμβάνουν την ψυχογενή ανορεξία, την ψυχογενή βουλιμία, την διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας (Binge Eating Disorder) καθώς και μια πλειάδα άλλων υποκλινικών καταστάσεων και νοσολογικών οντοτήτων που δανείζονται στοιχεία από τις παραπάνω διαταραχές και συμπεριλαμβάνονται στην κατηγορία των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής μη-προσδιοριζόμενων αλλιώς (EDNOS) του διεθνούς ταξινομικού συστήματος ICD 10.(WHO, 1992).

Τα συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας έχουν περιγραφεί ήδη από τον 16ο αιώνα, ενώ ως διαγνωστική οντότητα σε ιατρικά κείμενα περιγράφεται από τον 19ο αιώνα. Αντίθετα η ψυχογενής βουλιμία παρουσιάζεται ως διαγνωστική οντότητα κατά τον 20ο αιώνα (ANZCPsych).(Μαυρας, 2015).

Οι διατροφικές διαταραχές παρουσιάζονται συχνότερα στην εφηβεία και τη νεαρή ενηλικίωση και επηρεάζουν κυρίως τις γυναίκες. Ωστόσο, οι κλινικές έρευνες έχουν εμφανίσει αυξανόμενο αριθμό σε άντρες, παιδιά και ηλικιωμένους. Αν και υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες, η πρόσβαση στη φροντίδα περιορίζεται από το οικονομικό κόστος και τη διαθεσιμότητα της θεραπείας. Ως εκ τούτου, οι διατροφικές διαταραχές ακολουθούν συχνά μια χρόνια πορεία με σοβαρές ιατρικές επιπλοκές και έχουν την υψηλότερη θνησιμότητα από τις ψυχικές ασθένειες. Η βέλτιστη θεραπεία είναι διεπιστημονική (μια τυπική ομάδα αποτελείται από γιατρό, διαιτολόγο και κλινικό γιατρό ψυχικής υγείας με εμπειρία στη θεραπεία διατροφικών διαταραχών) και περιλαμβάνει προσεκτική επανασίτιση και ιατρική σταθεροποίηση εκτός από ψυχοθεραπευτικές και ψυχοφαρμακολογικές παρεμβάσεις.(Delinsky et all.,2017).

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Σύμφωνα με αναφορές τα πρώτα παραδείγματα πείνας και ασιτίας παρουσιάζονται στον δυτικό κόσμο με την εξάπλωση του χριστιανισμού όπου υπάρχει διαχωρισμός ανάμεσα στο "κακό " του υλικού κόσμου και της αγιότητας της ψυχή.(Bemporad,1997).

Η πρώτη περίπτωση νευρικής ανορεξίας, η τουλάχιστον εκείνη που καταγράφεται στην ιατρική βιβλιογραφία στο Phithhiologis του Richard Morton: ora Treatise of Consymptions, όπου περιγράφει την περίπτωση μιας 20χρονης κοπέλας το 1686 που περιέθαλπε και την άρνηση της σε οποιοδήποτε θεραπεία.(Bell, 2014).

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα, ειδικά από τον 13ο έως τον 16ο αιώνα, ήταν δυνατό να βρεθούν σημάδια ακραίας νηστείας, τα οποία συχνά οδήγησαν σε πρόωρους θανάτους που προκαλούνται από την πείνα. Εκτός από το τελετουργικό των Ευχαριστιών, η έλλειψη φαγητού είναι ένα στοιχείο της πνευματικότητας, αλλά έδειχνε επίσης αυτοσυγκράτηση, ταπεινή συνείδηση, που συνδέονται με τα εθιμοτυπικά στοιχεία της εποχής. (Vandereycken & Deth ,1994).

Η ψυχολογική αιτιολογία υιοθετήθηκε κατά τη περίοδο της Αναγέννησης όπου εμφανίστηκαν καινούργια πρότυπα νηστείας στην θρησκεία και αποδυναμώθηκε η σύνδεση με την ακραία νηστεία όπως δηλώνει και ο συγγραφέας αυτό το είδος νηστείας προκλήθηκε από μια «άρρωστη και νοσηρή κατάσταση των πνευμάτων». (Dell'Osso et al., 2016).

Ενώ αρκετοί συγγραφείς έχουν συζητήσει τις ομοιότητες ανάμεσα στην αγιοποίηση της ανορεξίας κατά τα μεσαιωνικά χρόνια και το διατροφικών διαταραχών στη σύγχρονη κοινωνία δεν υπάρχουν αρκετά κοινά σημεία που να συγκλίνουν. Ο περιορισμός της τροφής απομακρύνθηκε προοδευτικά από τη θρησκευτική σημασία και συνδέθηκε βαθιά με την εικόνα του σώματος. Καθώς η λιμοκτονία από πρόθεση στα μεσαιωνικά χρόνια αφορούσε την λιτότητα και την καθαρότητα της ψυχής, στον σύγχρονο κόσμο αφορά επί το πλείωτων στην εξωτερική εμφάνιση από τα μέσα του 18ου αιώνα το γυναικείο πρότυπο ομορφιάς, το οποίο αλλάζει από μια στρογγυλή μορφή σε μια λεπτή εμφάνιση .(Buser et al., 2004).

Τον 20ο αιώνα, πραγματοποιήθηκαν νέες ανακαλύψεις και άλλαξαν εντελώς την αντίληψη για τη νευρική ανορεξία. Η αρχική αλλαγή έγινε από τον Dr. Hilde Brunch του Πανεπιστημίου Baylor στο Τέξας, πρωτοπόρος στη μελέτη της νευρικής ανορεξίας. Η καινούργια μέθοδος είναι να ερευνησει τις ψυχές των ασθενών με ανορεξία και να καθορίσει την ομοιότητα των συναισθηματικών τους συμπτωμάτων. Επομένως, τον 20ο αιώνα, υπήρχε μια σχετική ιδέα για τη βασική ψυχοπαθολογία αυτών των ασθενών. (Koven & Abry, 2015).

1.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Είναι δεδομένο ότι χωρίς την τροφή η παρουσία του ανθρώπου ως οντότητα θα ήταν αναπόφευκτη. Γι' αυτό η διατήρηση μιας υγιεινής διατροφής είναι εξέχουσας σημασίας και απαραίτητη για την σωματική αλλά και ψυχική ισορροπία του οργανισμού. Αρχικά η διατήρηση μιας υγιεινής διατροφής παρέχει ένα φυσιολογικό βάρος στον άνθρωπο. Ανεξάρτητα από αυτό όμως τα οφέλη της υγιεινής διατροφής που αξίζει να αναφερθούν είναι ότι υπάρχει μείωση σημαντικά του κινδύνου εμφάνισης διαφόρων ασθενειών όπως καρδιακών προβλημάτων καρκίνου διαβήτη αλλά και οστεοπόρωσης. Επιπλέον, μειώνεται η υψηλή πίεση του αίματος αλλά και η υψηλή χοληστερόλη. Επίσης, ο οργανισμός καθίσταται πιο ικανός στην αντιμετώπιση των ασθενειών και στην γρήγορη ανάρρωση. Τέλος, αυξάνονται τα επίπεδα ενέργειας. (Cena & Calder, 2020).

Η υγιεινή διατροφή βασίζεται κυρίως στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών στα γαλακτοκομικά με χαμηλά λιπαρά, στα σιτηρά ολικής αλέσεως, στα φρέσκα ψάρια και θαλασσινά ενώ συνιστάται η αποφυγή και η μείωση της κατανάλωσης αλατιού και ζάχαρης. (Cena & Calder, 2020).

1.4 ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

Μια υγιεινή διατροφή είναι εκείνη στην οποία τα μακρο-θρεπτικά συστατικά, δηλαδή οι υδατάνθρακες, οι πρωτεΐνες και τα λίπη καταναλώνονται σε κατάλληλες αναλογίες για την υποστήριξη ενεργειακών και φυσιολογικών αναγκών χωρίς περίσσεια πρόσληψης, ενώ παράλληλα παρέχουν επαρκή μικροθρεπτικά συστατικά, δηλαδή βιταμίνες και μέταλλα για ενυδάτωση και κάλυψη των φυσιολογικών αναγκών του σώματος. Οι υδατάνθρακες, οι πρωτεΐνες και τα λίπη παρέχουν την απαραίτητη ενέργεια για τις κυτταρικές διεργασίες που απαιτούνται για την καθημερινή λειτουργία του οργανισμού. Οι βιταμίνες και τα μέταλλα, απαιτούνται σε συγκριτικά μικρές ποσότητες για την φυσιολογική ανάπτυξη, τον μεταβολισμό και την φυσιολογική λειτουργία. (Cena & Calder, 2020).

1.4.1 ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

Οι υδατάνθρακες είναι η κύρια πηγή ενέργειας στη διατροφή και βρίσκονται στη μεγαλύτερη αφθονία σε δημητριακά, φρούτα, όσπρια και λαχανικά. Όσον αφορά την επίτευξη ενός οφέλους για την υγεία, οι ολικοί κόκκοι προτιμώνται από τους επεξεργασμένους κόκκους,

ενώ οι τελευταίοι έχουν αφαιρεθεί από μικρόβιο και πύουρο κατά τη διαδικασία άλεσης, με αποτέλεσμα χαμηλότερες ποσότητες ινών και μικροθρεπτικών συστατικών . Οι μετα-αναλύσεις μελλοντικών μελετών κοόρτης έχουν συνδέσει την αυξημένη πρόσληψη ολικής αλέσεως με μειωμένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, εγκεφαλικού επεισοδίου, καρδιαγγειακής νόσου και καρκίνου, καθώς και με τον μειωμένο κίνδυνο θνησιμότητας λόγω οποιασδήποτε αιτίας, καρδιαγγειακών παθήσεων, καρκίνου, αναπνευστική νόσος, διαβήτης και λοιμώδης νόσος . Τα φρέσκα φρούτα και λαχανικά παρέχουν ενέργεια, καθώς και διαιτητικές ίνες, οι οποίες προάγουν το αίσθημα κορεσμού και έχουν θετικά αποτελέσματα στη γαστρεντερική λειτουργία, τα επίπεδα χοληστερόλης και τον γλυκαιμικό έλεγχο . Επιπλέον, τα φρέσκα φρούτα και λαχανικά αποτελούν βασικές πηγές φυτοχημικών όπως πολυφαινόλες, φυτοστερόλες, καροτενοειδή, οι οποίες είναι βιοδραστικές ενώσεις που παρέχουν πολλά από τα οφέλη για την υγεία που σχετίζονται με την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. (Cena & Calder, 2020).

1.4.2 ΠΡΩΤΕΙΝΕΣ

Οι διαιτητικές πρωτεΐνες αποτελούν μια σημαντική πηγή ενέργειας καθώς και αμινοξέων συμπεριλαμβανομένων εκείνων που το ανθρώπινο σώμα απαιτεί αλλά δεν μπορεί να παράξει μόνο του όπως τα απαραίτητα αμινοξέα. Οι διαιτητικές πρωτεΐνες προέρχονται τόσο από ζωικές πηγές όπως κρέας, γαλακτοκομικά προϊόντα, ψάρια και αυγά όσο και από φυτικές όπως όσπρια, προϊόντα σόγιας, σπόρους, ξηρούς καρπούς, με την πρώτη να θεωρείται πλουσιότερη πηγή λόγω της σειράς αμινοξέων , την υψηλή πεπτικότητα αλλά και την μεγαλύτερη βιοδιαθεσιμότητα. Ωστόσο, οι ζωικές πηγές πρωτεΐνης περιέχουν κορεσμένα λιπαρά οξέα, τα οποία έχουν συνδεθεί με καρδιαγγειακές παθήσεις, δυσλιπιδαιμία και ορισμένους καρκίνους. Αν και οι μηχανισμοί είναι ασαφείς, το κόκκινο κρέας και το μεταποιημένο κρέας ειδικότερα, έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του παχέος εντέρου . Οι πρωτεΐνες που προέρχονται από ζώα αυξάνουν επίσης το διαιτητικό οξύ, ανατρέποντας την ισορροπία οξέος-βάσης του σώματος προς οξέωση. Το αυξημένο φορτίο μεταβολικού οξέος έχει συνδεθεί με την αντίσταση στην ινσουλίνη, την μειωμένη ομοιόσταση της γλυκόζης και την ανάπτυξη πετρών ασβεστίου στα ούρα . Η επαρκής πρόσληψη πρωτεΐνης διατροφής είναι σημαντική για τη διατήρηση της άπαχης μάζας σώματος καθ 'όλη τη διάρκεια ζωής. Σε ηλικιωμένους, η πρωτεΐνη παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της απώλειας σκελετικής μυϊκής μάζας που σχετίζεται με την ηλικία , τη διατήρηση της οστικής μάζας και τη μείωση του κινδύνου κατάγματος. Για άτομα

μεγαλύτερης ηλικίας που δεν λαμβάνουν επαρκή πρωτεΐνη από τη διατροφή τους, η συμπλήρωση με αμινοξέα μπορεί να βελτιώσει τη δύναμη και τη λειτουργική κατάσταση. (Cena & Calder, 2020).

1.4.3 ΛΙΠΗ

Τα λίπη ή λιπίδια είναι τα κύρια δομικά συστατικά των κυτταρικών μεμβρανών και είναι επίσης πηγές κυτταρικής ενέργειας . Τα διαιτητικά λίπη εμπίπτουν σε 4 κατηγορίες: μονοακόρεστα λίπη, πολυακόρεστα λίπη, κορεσμένα λίπη και trans trans. Η περιεκτικότητα σε λιπαρά των τροφίμων είναι γενικά ένα μείγμα αυτών των διαφορετικών τύπων . Τα ακόρεστα λίπη βρίσκονται σε μια ποικιλία τροφίμων, όπως ψάρια, πολλά φυτικά έλαια, ξηροί καρποί και σπόροι, ενώ τα ζωικά προϊόντα (και μερικά φυτικά έλαια) συμβάλλουν σε μεγαλύτερο ποσοστό κορεσμένων λιπών . Τα trans-λιπαρά που βρίσκονται σε τρόφιμα είναι κυρίως το αποτέλεσμα της επεξεργασίας φυτικών ελαίων, αλλά είναι επίσης παρόντα σε μικρές ποσότητες σε ζωικά προϊόντα δηλαδή, trans trans μηρυκαστικά από αγελάδες, πρόβατα και αίγες . Μεταξύ των τύπων διαιτητικών λιπών, τα ακόρεστα λίπη σχετίζονται με μειωμένους κινδύνους καρδιαγγειακής και θνησιμότητας, ενώ τα τρανς λιπαρά και, σε μικρότερο βαθμό, τα κορεσμένα λίπη σχετίζονται με αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, συμπεριλαμβανομένου του αυξημένου κινδύνου θνησιμότητας . Δύο οικογένειες πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, ωμέγα-3 και ωμέγα-6, περιγράφονται ως απαραίτητα λιπαρά οξέα, επειδή απαιτούνται για φυσιολογική ανάπτυξη και αναπαραγωγή, αλλά δεν παράγονται από τον οργανισμό και, ως εκ τούτου, πρέπει να λαμβάνονται από διατροφικές πηγές . Τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, συγκεκριμένα, το εικοσαπεντανοϊκό οξύ (EPA) και το docosahexaenoic acid (DHA), έχουν μελετηθεί ευρέως για τα πιθανά οφέλη για την υγεία τους, με στοιχεία που υποδηλώνουν θετικά αποτελέσματα, όπως καρδιοπροστασία, πρόληψη της γνωστικής μείωσης, μείωση της φλεγμονής, διατήρηση της μυϊκής μάζας και βελτίωση της αντίστασης στη συστηματική ινσουλίνη . Τα θαλασσινά, ειδικά τα λιπαρά ψάρια, παρέχουν EPA και DHA, ενώ τα συμπληρώματα διατίθενται ευρέως για όσους δεν ικανοποιούν τις συνιστώμενες προσλήψεις μόνο με δίαιτα . Οι ξηροί καρποί και μερικοί σπόροι και φυτικά έλαια παρέχουν άλφα-λινολενικό οξύ, το κύριο φυτικό ωμέγα-3 λιπαρό οξύ. (Cena & Calder, 2020).

1.4.4 BITAMINEΣ

Αν και απαιτούνται σε πολύ μικρή ποσότητα σε σύγκριση με τα μακροθρεπτικά συστατικά, τα μικροθρεπτικά συστατικά είναι απαραίτητα για την φυσιολογική ανάπτυξη, τον μεταβολισμό, την φυσιολογική λειτουργία και κυτταρική ακεραιότητα . Η μετάβαση από ολόκληρα τρόφιμα σε επεξεργασμένα, εξευγενισμένα τρόφιμα έχει μειώσει την ποιότητα των μικροθρεπτικών συστατικών της σύγχρονης δυτικής διατροφής . Οι ανεπάρκειες βιταμινών και ανόργανων συστατικών έχουν εμπλακεί στην κυτταρική γήρανση και την ασθένεια καθυστερημένης έναρξης, καθώς η έλλειψη οδηγεί σε χρόνια διαταραχή του μεταβολισμού. Διατηρώντας αυτές τις παρατηρήσεις, έχει προταθεί επαρκής διατροφική πρόσληψη ή συμπλήρωση με μικροθρεπτικά συστατικά που έχουν αντιοξειδωτικές ιδιότητες όπως οι βιταμίνες Α, C και Ε, ο χαλκός, ψευδάργυρος και το ήνιο ως μέσο για τη μείωση του κινδύνου και της εξέλιξης ασθενειών που σχετίζονται με την ηλικία. (Cena & Calder, 2020).

1.4.5 ΝΕΡΟ

Το νερό το κύριο συστατικό του σώματος, αποτελώντας την πλειονότητα της άπαχης μάζας σώματος και του συνολικού σωματικού βάρους .Το νερό όχι μόνο παρέχει ενυδάτωση, αλλά επίσης μεταφέρει μικροθρεπτικά συστατικά, συμπεριλαμβανομένων ιχνοστοιχείων και ηλεκτρολυτών . Το πόσιμο νερό μαλιστα μπορεί να παρέχει στον ανθρώπινο οργανισμό έως και 20% της ημερήσιας συνιστώμενης πρόσληψης ασβεστίου και μαγνησίου . Η κατανόησή μας σχετικά με τις ανάγκες σε νερό και την επίδραση του νερού στην υγεία και τις ασθένειες είναι περιορισμένη, αν και η παγκόσμια αύξηση της πρόσληψης ποτών με υψηλή περιεκτικότητα σε θερμίδες έχει επικεντρώσει ξανά την προσοχή στη σημασία του νερού για τη διατήρηση της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών (Cena & Calder, 2020).

1.5 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής ή αλλιώς διατροφικές διαταραχές είναι σπάνιες στον γενικό πληθυσμό και αποτελούν ένα σύνολο ασθενειών που χαρακτηρίζονται από ψυχολογικές και συμπεριφοριστικές συγχύσεις που είναι συνδεδεμένες με την διατροφή και το βάρος. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM), πέμπτη έκδοση (2013), ορίζει ότι οι διατροφικές διαταραχές χωρίζονται σε 8 κατηγορίες:

Ψυχογενής ανορεξία , ψυχογενής βουλιμία ,επεισοδιακή Υπερβολική πρόσληψη τροφής (binge eating disorder) ,διαταραχή Pica , μηρυκαστική διαταραχή , περιοριστική/αποφευκτική διαταραχή (ARFID) , διαφορετικά προσδιοριζόμενες διαταραχές σχετικές με τη σίτιση/τη διατροφή (ODFED) , απροσδιόριστες διαταραχές σχετικές με τη σίτιση ή τη διατροφή (UFED). (American Psychiatric Association, 2013).

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να σημειωθεί ότι το DSM-V ορίζει ότι η Pica, τα μηρυκαστικά και οι προληπτικές / περιοριστικές διατροφικές διαταραχές είναι ξεχωριστές διατροφικές διαταραχές. Στο DSM-IV, ανήκουν στις "ασθένειες που διαγνώστηκαν για πρώτη φορά στην παιδική ηλικία, στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία" και ανήκουν σε ένα κεφάλαιο στο νέο εγχειρίδιο.(American Psychiatric Association, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η νευρική ανορεξία (NA) είναι μια διατροφική συνάμα ψυχιατρική ασθένεια που περιλαμβάνει στην περιγραφή της έναν έντονο φόβο για την αύξηση του σωματικού βάρους και μια διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο βιώνεται το σχήμα του σώματος ή μια επίμονη έλλειψη αναγνώρισης της σοβαρότητας του χαμηλού σωματικού βάρους. (Martínez-Sánchez et al., 2020).

Οι σωματικές και ψυχικές συνέπειες της ασθένειας σε νεαρή ηλικία έχουν πιθανώς επιβλαβείς επιπτώσεις στη μετέπειτα ενήλικη ζωή. Χωρίς έγκαιρη αποτελεσματική θεραπεία, η ασθένεια γίνεται χρόνια με υψηλή σωματική, ψυχολογική και κοινωνική νοσηρότητα και υψηλή θνησιμότητα. (Martínez-Sánchez et al., 2020).

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Υπάρχουν μεγάλες διαφορές στον επιπολασμό της ψυχογενούς ανορεξίας στις διάφορες περιοχές του κόσμου. Σε σύγκριση με τις δυτικές χώρες, όπως η Ευρώπη και οι ΗΠΑ, αλλά και με την Κίνα και την Ιαπωνία, υπάρχει πολύ χαμηλός επιπολασμός της νευρικής ανορεξίας στη Λατινική Αμερική και την Αφρική, αλλά και μεταξύ των ισπανόφωνων περιοχών στις

ΗΠΑ. Ενώ ο επιπολασμός της ψυχογενούς ανορεξίας στην Κίνα ανέρχεται σε 1,05%, στην Αφρική είναι κάτω από 0,01%. Ωστόσο, NA η γενική έλλειψη αντιπροσωπευτικών επιδημιολογικών δεδομένων και οι διαφορετικές μέθοδοι αξιολόγησης περιορίζουν την επεξηγηματική δύναμη των στατιστικών αριθμών. Αναμφίβολα, η κοινωνικοπολιτισμική (και πιθανόν γενετική) ποικιλία έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ανάπτυξη της NA σε διάφορες περιοχές του κόσμου. (Herpertz-Dahlmann & Dahmen, 2019).

Ο επιπολασμός της στην Ιαπωνία έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες και έχει αναφερθεί ως 0,11 (0,03-0,28) (1982); 0,13 (0,04-0,31) (1992) και 0,43 (0,20-0,67) (2002). Οι λόγοι που προβάλλονται για να εξηγηθεί αυτή η αύξηση έχουν επικεντρωθεί σε κοινωνικοπολιτισμικά φαινόμενα, συμπεριλαμβανομένης της δυτικοποίησης καθώς και σε μη δυτικά ιδεώδη όπως η σεμνότητα και ο κολεκτιβισμός (αρμονία με τις αξίες της κοινωνίας). (Bulik et al., 2019).

Τα ποσοστά επίπτωσης προέρχονται κυρίως από τα γενικά ιατρεία που αντιπροσωπεύουν τις διατροφικές διαταραχές στο αρχικό στάδιο ανίχνευσης από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ο Currin και οι συνεργάτες του έψαξαν στη βάση δεδομένων General Practice Research στο Ηνωμένο Βασίλειο για νέες περιπτώσεις NA μεταξύ 1994 και 2000 και συνέκριναν τα δεδομένα τους με τα ευρήματα μιας παρόμοιας μελέτης για την περίοδο 1988-1993. Το προσαρμοσμένο κατά ηλικία και φύλο ποσοστό επίπτωσης της NA παραμένει σταθερό κατά τις δύο περιόδους μελέτης: το 2000 ήταν 4,7 (95 % CI: 3. 6-5,8) ανά 100 000 ανθρωποέτη, σε σύγκριση με 4,2 (95 % CI: 3,4-5,0) ανά 100 000 ανθρωπο/έτη το 1993. Στις Κάτω Χώρες το συνολικό ποσοστό επίπτωσης της NA που διαπιστώθηκε από γενικούς ιατρούς σε ένα μεγάλο αντιπροσωπευτικό δείγμα του ολλανδικού πληθυσμού παρέμεινε επίσης σταθερό. Την περίοδο 1995-1999 ήταν 7,7 (95 % CI: 5. 9-10,0) ανά 100 000 ανθρωπο/έτη, πρακτικά το ίδιο με το ποσοστό των 7,4 ανά 100 000 ανθρωπο/έτη την περίοδο 1985-1989. (Smink et al., 2012).

Τα ποσοστά εμφάνισης της ψυχογενούς ανορεξίας είναι υψηλότερα για τις γυναίκες ηλικίας 15-19 ετών. Αποτελούν περίπου το 40 % του συνόλου των περιπτώσεων, με αποτέλεσμα το ποσοστό επίπτωσης να ανέρχεται σε 109,2 ανά 100 000 κορίτσια 15-19 ετών ανά έτος την περίοδο 1995-1999. Η επίπτωση της NA στους άνδρες ήταν μικρότερη από 1 ανά 100 000 ανθρωπο/έτη σε γενικές κλινικές στις Κάτω Χώρες και στο Ηνωμένο Βασίλειο. Στις Κάτω Χώρες, από τη δεκαετία του 1980 μέχρι σήμερα, οι γενικοί ιατροί καταγράφουν νέα περιστατικά διατροφικής διαταραχής σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ολλανδικού πληθυσμού. Ενώ η συνολική επίπτωση της NA ήταν σταθερή γύρω στα 7 ανά 100 000 άτομα-έτη, η επίπτωση στα κορίτσια ηλικίας 15-19 ετών αυξήθηκε σημαντικά από 56,4 ανά 100 000 άτομα-έτη το 1985-1989 σε 109,2 ανά 100 000 άτομα-έτη το 1995-1999. Σε αυτό συμφωνεί, μια ιταλική μελέτη που εξέτασε την ηλικία εμφάνισης της NA σε ένα μεγάλο δείγμα 1.666 ασθενών που παραπέμφθηκαν σε μια μονάδα εξωτερικών ιατρείων για διατροφικές διαταραχές μεταξύ 1985 και 2008. Ασθενείς που παραπέμφθηκαν τα τελευταία χρόνια είχαν μικρότερη ηλικία εμφάνισης. Στο Rochester, τα προσαρμοσμένα στην ηλικία ποσοστά επίπτωσης της AN παρουσίασαν σημαντική γραμμική αυξητική τάση μόνο στις γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών από το 1935-1989. (Smink et al., 2012).

2.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι ανορεξικοί ασθενείς χρησιμοποιούν την υπερβολική άσκηση και την υπερδραστηριότητα για να κάψουν θερμίδες από τον οργανισμό τους. Επίσης, κύριο ψυχολογικό χαρακτηριστικό που παρουσιάζουν είναι η ακραία υποτίμηση του βάρους αλλά και του σχήματος του σώματος τους, καθώς και αποκτούν την ικανότητα να μπορούν να υπομένουν τη απώλεια βάρους που επιβάλλουν στους εαυτούς τους με τον αυτοπεριορισμό της τροφής. Για να αποκτήσουν το επιθυμητό αποτέλεσμα συνήθως ασχολούνται με τον αθλητισμό ή τον χορό. (Gander et al., 2018).

2.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η ψυχογενής ανορεξία σύμφωνα με το DSM-V χαρακτηρίζεται από τον επίμονο περιορισμό της πρόσληψης τροφής με αποτέλεσμα το χαμηλό βάρος του σώματος, έντονα συναισθήματα φόβου των ασθενών αύξησης του σωματικού βάρους τους ή επίμονων συμπεριφορών που παρεμποδίζουν την απαραίτητα αύξηση του βάρους και τον φόβο για την αλλαγή του σχήματος του σώματος όπως προαναφέρθηκε. Δύο υπότυποι της νευρικής ανορεξίας μπορεί να προσδιοριστούν από τον περιορισμό πρόσληψης θερμίδων ή και τη υπερβολική άσκηση καθώς και το binge/purge (NA-BP) που περιγράφει συμπεριφορές όπως η αδηφαγία και η κάθαρση (π.χ αυτοπροκαλούμενος εμετός, κατάχρηση καθαρτικών), είναι επίσης στην διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας. (Barney et al., 2020).

Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία παρουσιάζουν συνήθως χαμηλό βάρος σε συνδυασμό με αυτοπροκαλούμενη πείνα και έντονο φόβο για αύξηση του σωματικού βάρους. Ωστόσο, η διάγνωση της νευρικής ανορεξίας μπορεί να είναι δύσκολη, επειδή οι ασθενείς μπορεί να αρνούνται την ασθένειά τους και να θεωρούν τη συμπεριφορά τους και τα προβλήματα με την εικόνα του σώματός τους ως φυσιολογική. Επιπλέον, τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων, συμπεριλαμβανομένης της γενικής αίματος και του χημικού πίνακα, μπορεί να είναι απολύτως φυσιολογικά. Άλλες ψυχιατρικές διαταραχές και ιατρικές ασθένειες που μπορεί να παρουσιάσουν απώλεια βάρους θα πρέπει να εξετάζονται κατά περίπτωση, όπως η κατάθλιψη, η κακοήθεια, οι χρόνιες λοιμώξεις όπως η φυματίωση, η ανεπάρκεια των επινεφριδίων, ο μη ελεγχόμενος σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, ο υπερθυρεοειδισμός και τα σύνδρομα δυσαπορρόφησης. Όταν ο ασθενής παρουσιάζεται με ιστορικό μιας από αυτές τις διαγνώσεις είναι εμφανής στη φυσική εξέταση, θα πρέπει να ακολουθηθεί η κατάλληλη κλινική αξιολόγηση. Η αξιολόγηση αυτή θα πρέπει να

περιλαμβάνει ολοκληρωμένο ιατρικό ιστορικό, ενδεδειγμένες φυσικές εξετάσεις και βασικές εξετάσεις διαλογής, συμπεριλαμβανομένου εξετάσεων αίματος και του μεταβολικού πίνακα, των εξετάσεων λειτουργίας του θυρεοειδούς, των δεικτών φλεγμονής, της ούρησης, της αποκρυφιστικής εξέτασης αίματος κοπράνων και της ακτινολογικής απεικόνισης, κατά περίπτωση. Όταν η νευρική ανορεξία περιλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση, τότε θα πρέπει να συμβουλευτείτε έναν πάροχο ψυχικής υγείας με εξειδίκευση στις διατροφικές διαταραχές. (Schorr & Miller, 2016).

2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ

2.5.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ – ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι ο υποσιτισμός μπορεί να προκαλέσει το φόβο ενός ασθενούς για τροφή και σώμα. Οι βιολογικές αλλαγές στη διαδικασία ανταμοιβής του εγκεφάλου και η ανισορροπία της σεροτονίνης και της ντοπαμίνης παίζουν επίσης ρόλο. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να προκαλέσουν εξέλιξη της νόσου λόγω της εξάντλησης των οιστρογόνων. Τέλος, η γενετική μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα ανορεξίας και βουλιμίας κατά 50-80%.(Hcfed.gr,2019).

2.5.2 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι τραυματικές εμπειρίες, όπως η σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση ή ο εκφοβισμός, μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, επειδή είναι ένα μέσο επούλωσης των πληγών. Η ιδανική εικόνα λεπτού και ταιριάσματος που διαφημίζεται στα μέσα ενημέρωσης και στα κοινωνικά δίκτυα δημιουργεί ένα κατάλληλο περιβάλλον για την ασθένεια. Επιπλέον, η ισχυρή συμμετοχή της οικογένειας στη διατροφή και την άσκηση και στους αθλητές που σχετίζονται με το βάρος μπορεί να προκαλέσει αυτήν την ασθένεια.(Hcfed.gr, 2019).

2.6 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Οι διατροφικές διαταραχές μπορεί επίσης, να έχουν φυσικές αιτίες. Αλλαγές στις ορμόνες που ελέγχουν τον τρόπο με τον οποίο το σώμα και το μυαλό διατηρούν τη διάθεση, την όρεξη, τη σκέψη και τη μνήμη μπορεί να ενισχύσουν τις διατροφικές διαταραχές. Το γεγονός

ότι η νευρική ανορεξία τείνει να συνυπάρχει σε οικογένειες υποδηλώνει επίσης ότι η ευαισθησία στη διαταραχή μπορεί εν μέρει να είναι κληρονομική.(Cleveland Clinic, 2019).

Τα συμπτώματα της ανορεξίας περιλαμβάνουν συχνά τα ακόλουθα:

Ψυχικά συμπτώματα όπως: ταχεία απώλεια βάρους για αρκετές εβδομάδες ή μήνες, η συνέχιση σε δίαιτα / περιορισμένη κατανάλωση ακόμα και όταν το άτομο έχει καταστεί αδύνατο ή όταν το βάρος είναι πολύ χαμηλό, ασυνήθιστο ενδιαφέρον για φαγητό, θερμίδες, διατροφή ή μαγείρεμα, έντονος φόβος για αύξηση βάρους, παράξενες διατροφικές συνήθειες ή ρουτίνες, όπως κρυφή κατανάλωση φαγητού, αίσθημα λίπους, ακόμη και αν το άτομο είναι λιποβαρές, αδυναμία ρεαλιστικής εκτίμησης του σωματικού βάρους του ίδιου και των άλλων, προσπάθεια πλήρους τελειότητας και αυτοκριτικής, αδικαιολόγητη επίδραση του σωματικού βάρους ή του σχήματος στην αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, άγχος ή ευερεθιστότητα, σπάνιες ή ακανόνιστες ή ακόμη και χαμένες έμμηνες περίοδοι στις γυναίκες, η χρήση καθαρικού, διουρητικού ή χάπι διατροφής, ενδυμασία χαλαρών ρούχων για απόκρυψη της απώλειας βάρους, αναγκαστική άσκηση, αίσθημα άνευ αξίας ή απελπισίας και κοινωνική απόσυρση.(Cleveland Clinic, 2019).

Φυσικά συμπτώματα που αναπτύσσονται με την πάροδο του χρόνου όπως η χαμηλή ανοχή σε κρύο καιρό, τα εύθραυστα μαλλιά και νύχια, το ξηρό δέρμα ή κιτρίνισμα του, η αναιμία, η δυσκοιλιότητα, οι πρησμένες αρθρώσεις, η φθορά των δοντιών και η νέα ανάπτυξη λεπτών μαλλιών πάνω από το σώμα.(Cleveland Clinic, 2019).

2.7 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

2.7.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ – ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Πολλοί επιστήμονες αποδίδουν τη διαταραχή σε ψυχολογικούς και κοινωνικούς μηχανισμούς. Πιστεύουν ότι η νευρική ανορεξία φαίνεται να είναι μια αντίδραση στις απαιτήσεις της εφηβείας για περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική δραστηριότητα. Κατά κάποιον τρόπο, οι ασθενείς μέσω της διαταραχής αντικαθιστούν τις φυσιολογικές εφηβικές αναζητήσεις με τη συνεχή ανησυχία για το φαγητό και τον έλεγχο του σωματικού τους βάρους. Αναφέρουν ότι υπάρχουν προβληματικές σχέσεις μεταξύ των γονέων και τα ανορεκτικά παιδιά προσπαθούν να τραβήξουν την προσοχή τους. Στο οικογενειακό ιστορικό των ασθενών αναφέρονται περιπτώσεις κατάθλιψης, αλκοολισμού και διατροφικών διαταραχών.(Greta, 2021).

2.7.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κληρονομικότητα: Η νευρική ανορεξία αναφέρεται σε σημαντικά υψηλότερη συχνότητα μεταξύ ατόμων που έχουν βιολογική συγγένεια με ανορεκτικούς ασθενείς και σε γενετικό επίπεδο υπάρχουν ενδείξεις ότι εμφανίζεται σε ποσοστό 50% μεταξύ πανομοιότυπων διδύμων και σε ποσοστό 10% σε αδελφικούς διδύμους ή δίδυμες αδελφές.(Greta, 2021).

Νευροχημικοί παράγοντες: Οι βιολογικές θεωρίες επικεντρώνονται στη λειτουργία του υποθαλάμου, όπου, βάσει παρατηρήσεων και κλινικών αποτελεσμάτων, υπάρχει πρωτογενής δυσλειτουργία. Η υπερέκκριση κορτιζόλης ανιχνεύεται σε υποσιτισμό και κατάθλιψη. Υπάρχουν αυξημένα επίπεδα κορτικοτροπίνης CRG και απελευθερώνεται στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό αυτών των ασθενών. Επίσης, αναφέρεται αμηνόρροια πριν από την εμφάνιση απώλειας βάρους. Ένα αυξημένο επίπεδο σερετονίνης στον εγκέφαλο μειώνει την όρεξη και η λεπτίνη φαίνεται να έχει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση των λιποδιαλυτών θέσεων στο σώμα και, κατά συνέπεια, στη ρύθμιση της όρεξης. Οι ανορεξικοί έχουν χαμηλότερα επίπεδα λεπτίνης στο αίμα, τα οποία αυξάνονται με την αύξηση της θερμοκρασίας.(Greta, 2021).

2.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μπορεί να χρειαστεί επείγουσα περίθαλψη για την ανορεξία σε ορισμένες ακραίες περιπτώσεις όπου η αφυδάτωση, ο υποσιτισμός, η νεφρική ανεπάρκεια ή ένας ακανόνιστος καρδιακός παλμός μπορεί να αποτελέσει επικείμενο κίνδυνο για τη ζωή. Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ή μη, η θεραπεία της ανορεξίας είναι δύσκολη, διότι τα περισσότερα άτομα με τη διαταραχή αρνούνται ότι έχουν πρόβλημα - ή είναι τόσο τρομοκρατημένα να γίνουν υπέρβαρα που μπορεί να αντιπαχθούν στις προσπάθειες να τους βοηθήσουν να αποκτήσουν ένα κανονικό βάρος. Όπως όλες οι διατροφικές διαταραχές, η ανορεξία απαιτεί ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεραπείας που να προσαρμόζεται στις ανάγκες κάθε ασθενούς.(Resmark et al., 2017).

Οι στόχοι της θεραπείας περιλαμβάνουν την αποκατάσταση ενός ατόμου σε ένα υγιές βάρος, τη θεραπεία συναισθηματικών ζητημάτων όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, διόρθωση παραμορφωμένων τρόπων σκέψης και ανάπτυξη μακροπρόθεσμων αλλαγών συμπεριφοράς. Η θεραπεία συνήθως περιλαμβάνει συνδυασμό των ακόλουθων μεθόδων θεραπείας:

Ψυχοθεραπεία: Πρόκειται για έναν τύπο ατομικής συμβουλευτικής που επικεντρώνεται στην αλλαγή της σκέψης (γνωστική θεραπεία) και της συμπεριφοράς (συμπεριφορική θεραπεία) του ατόμου με διατροφική διαταραχή. Η θεραπεία περιλαμβάνει πρακτικές τεχνικές για την ανάπτυξη υγιών στάσεων απέναντι στο φαγητό και το βάρος, καθώς και προσεγγίσεις για την αλλαγή του τρόπου με τον οποίο το άτομο ανταποκρίνεται σε δύσκολες καταστάσεις.

Φάρμακα: Ορισμένα αντικαταθλιπτικά φάρμακα όπως εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν στον έλεγχο του άγχους και της κατάθλιψης που σχετίζεται με τη διαταραχή. Μερικά αντικαταθλιπτικά μπορεί επίσης να βοηθήσουν τον ύπνο και να διεγείρουν την όρεξη. Άλλοι τύποι φαρμάκων μπορεί επίσης να προσφερθούν για να βοηθήσουν τον έλεγχο του άγχους ή / και της παραμορφωμένης στάσης απέναντι στο φαγητό και την εικόνα του σώματος.

Συμβουλευτική για τη διατροφή: Αυτή η στρατηγική έχει σχεδιαστεί για να διδάξει μια υγιεινή προσέγγιση στα τρόφιμα και το βάρος, να βοηθήσει στην αποκατάσταση των φυσιολογικών τρόπων διατροφής με αποτέλεσμα να διδάξει τη σημασία της διατροφής μέσα από μια ισορροπημένη διατροφή.

Ομαδική ή / και οικογενειακή θεραπεία: Η οικογενειακή υποστήριξη είναι πολύ σημαντική για την επιτυχία της θεραπείας. Είναι σημαντικό τα μέλη της οικογένειας να κατανοήσουν τη διατροφική διαταραχή και να αναγνωρίσουν τα σημεία και τα συμπτώματά της. Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές μπορεί να επωφεληθούν από την ομαδική θεραπεία, όπου μπορούν να βρουν υποστήριξη και να συζητήσουν ανοιχτά τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους με άλλους που μοιράζονται κοινές εμπειρίες και προβλήματα.

Νοσηλεία: Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία για τη θεραπεία σοβαρής απώλειας βάρους που είχε ως αποτέλεσμα υποσιτισμό και άλλες σοβαρές επιπλοκές ψυχικής ή σωματικής υγείας, όπως καρδιακές διαταραχές, σοβαρή κατάθλιψη και κίνδυνο αυτοκτονίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο ασθενής μπορεί να χρειαστεί να επισιτιστεί μέσω ενός σωλήνα τροφοδοσίας ή μέσω ενός IV. (Resmark et al., 2017).

Η ανορεξία, όπως και άλλες διατροφικές διαταραχές, επιδεινώνεται όσο περισσότερο αφήνεται χωρίς θεραπεία. Όσο πιο γρήγορα διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί η διαταραχή, τόσο καλύτερο είναι το αποτέλεσμα. Η ανορεξία μπορεί να αντιμετωπιστεί, επιτρέποντας στο άτομο να επιστρέψει σε ένα υγιές βάρος. αν και, πολλά άτομα με ανορεξία αρνούνται ότι έχουν πρόβλημα και αρνούνται τη θεραπεία.

Αν και η θεραπεία είναι δυνατή, ο κίνδυνος υποτροπής είναι υψηλός. Η ανάρρωση από ανορεξία απαιτεί συνήθως μακροχρόνια θεραπεία καθώς και ισχυρή δέσμευση από το άτομο. Η υποστήριξη των μελών της οικογένειας και άλλων αγαπημένων προσώπων μπορεί να διασφαλίσει ότι το άτομο λαμβάνει την απαραίτητη θεραπεία.(Resmark et al.,2017).

2.9 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η ανορεξία είναι μια από τις ψυχιατρικές καταστάσεις που έχουν το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας, με εκτιμώμενο ποσοστό θνησιμότητας (θάνατο) έως και 6% λόγω των πολυάριθμων επιπλοκών της νόσου. Οι πιο συχνές αιτίες θανάτου σε άτομα με ανορεξία είναι οι ιατρικές επιπλοκές της κατάστασης, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής ανακοπής και των ανισορροπιών ηλεκτρολυτών. Η αυτοκτονία είναι επίσης αιτία θανάτου σε άτομα με ανορεξία. Ελλείπει οποιασδήποτε συνυπάρχουσας διαταραχής της προσωπικότητας, τα νεότερα άτομα με ανορεξία τείνουν να είναι καλύτερα με την πάροδο του χρόνου από τα παλαιότερα αντίστοιχα.(Dryden-Edwards, 2018).

Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μπορεί να βελτιώσει τη συνολική πρόγνωση σε ένα άτομο με ανορεξία. Παρά τα περισσότερα ψυχιατρικά φάρμακα που έχουν μικρή επίδραση στα συμπτώματα ειδικά για την ανορεξία, η βελτίωση των σχετικών συμπτωμάτων για παράδειγμα άγχος και κατάθλιψη μπορεί να βοηθήσει τους πάσχοντες να συμμετάσχουν πιο ενεργά στη θεραπεία και διαφορετικά να έχουν ισχυρή, θετική επίδραση στη βελτίωση που άτομα με ανορεξία εμφανίζονται με την πάροδο του χρόνου. Με την κατάλληλη θεραπεία, περίπου οι μισοί από αυτούς που επηρεάζονται θα έχουν πλήρη ανάρρωση. Μερικοί άνθρωποι βιώνουν ένα κυμαινόμενο μοτίβο περιόδων αύξησης βάρους που ακολουθούνται από υποτροπές, ενώ άλλοι βιώνουν μια προοδευτικά επιδεινούμενη πορεία της ασθένειας για πολλά χρόνια, και άλλοι ποτέ δεν αναρρώνουν πλήρως. Υπολογίζεται ότι περίπου το 20% των ατόμων με ανορεξία παραμένουν χρόνια άρρωστοι από την πάθηση.(Dryden-Edwards, 2018).

Όπως και με πολλές άλλες ασθένειες ψυχικής υγείας με εθιστικά συμπτώματα, χρειάζεται καθημερινή προσπάθεια για τον έλεγχο της επιθυμίας υποτροπής. Πολλά άτομα θα απαιτήσουν συνεχή θεραπεία για ανορεξία για αρκετά χρόνια, και μερικά μπορεί να χρειάζονται θεραπεία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Παράγοντες που φαίνεται να προβλέπουν δυσκολότερη ανάκαμψη από ανορεξία περιλαμβάνουν έμετο και άλλες συμπεριφορές εκκαθάρισης, νευρική βουλιμία και συμπτώματα διαταραχής της εμμονικής προσωπικότητας. Όσο περισσότερο συνεχίζεται η ασθένεια, τόσο πιο δύσκολη είναι και η θεραπεία. (Dryden-Edwards, 2018).

2.10 ΠΡΟΛΗΨΗ

Είναι εφικτή η πρόληψη της νευρικής ανορεξίας; Αν και ενδέχεται να μην είναι δυνατή η πρόληψη όλων των περιπτώσεων νευρικής ανορεξίας, είναι χρήσιμο να ξεκινήσει η θεραπεία στα άτομα, μόλις αρχίσουν να έχουν συμπτώματα. Επιπλέον, η διδασκαλία και η ενθάρρυνση υγιεινών διατροφικών συνηθειών και ρεαλιστικών στάσεων σχετικά με την τροφή και την εικόνα του σώματος μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη για την πρόληψη της ανάπτυξης ή επιδείνωσης των διατροφικών διαταραχών. Εάν το παιδί ή το μέλος μιας οικογένειάς αποφασίσει να γίνει χορτοφάγος ή βίγκαν, για παράδειγμα, αξίζει να υπάρξει ραντεβού με έναν διαιτολόγο με εμπειρία στις διατροφικές διαταραχές και σε συνεργασία με τον παιδίατρο ή το γιατρό να βεβαιωθεί ότι αυτή η αλλαγή συμβαίνει χωρίς απώλεια θρεπτικών συστατικών.(Cleveland Clinic,2019).

3. ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η νευρική βουλιμία (NB) είναι μια δυνητικά απειλητική για τη ζωή και εξουθενωτική διατροφική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας (bingeing), τα οποία ακολουθούνται από ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές (purging), όπως ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, η κατάχρηση καθαρτικών ή διουρητικών και η υπερβολική άσκηση, για να αντισταθμιστεί η υπερβολική θερμιδική πρόσληψη. Η διαστρέβλωση της εικόνας του σώματος συχνά συνοδεύει τη νευρική βουλιμία και την υπερβολική ανησυχία για το σωματικό βάρος και το σχήμα. Πράγματι, η αυτοαξιολόγηση και η αυτοεκτίμηση αυτών των ατόμων επηρεάζονται αδικαιολόγητα από το σχήμα και το βάρος του σώματος. Η NB έχει χρόνια ή διαλείπουσα πορεία και συχνά επιμένει για αρκετά χρόνια μετά την έναρξη.(Seyed et al., 2021).

3.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η νευρική βουλιμία μπορεί να επηρεάσει και τα δύο φύλα, αλλά επηρεάζει δυσανάλογα τις γυναίκες. Η μέση ηλικία εμφάνισης είναι περίπου 12,4 ετών. Ο εκτιμώμενος επιπολασμός της νευρικής βουλιμίας στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι 0,9% μεταξύ των εφήβων, 1,5% μεταξύ του γενικού πληθυσμού των γυναικών και 0,5% μεταξύ του γενικού πληθυσμού των ανδρών. Ο επιπολασμός της νευρικής βουλιμίας δεν έχει καθοριστεί στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι εκτιμήσεις του επιπολασμού από τη Βόρεια Αμερική, την Αυστραλία και την Ευρώπη κυμαίνονται από 0,1% - 1,3% στους άνδρες και 0,5% - 2,0% στις γυναίκες.(Jain et al., 2020).

Είναι πιθανό ότι τα ποσοστά επικράτησης για την ανδρική που αναφέρονται σε μεγάλο μέρος της πρόσφατης ιστορίας της έρευνας είναι μια μεγάλη υποεκτίμηση. Αναδυόμενα στοιχεία σε κοινοτικά περιβάλλοντα δείχνουν τώρα ότι τα ποσοστά της ΔΔ στους άνδρες αυξάνονται με ταχύτερο ρυθμό από ό,τι στις γυναίκες και χωρίς να υπάρχει διαφορά στην κλινική σοβαρότητα των συμπτωμάτων μεταξύ των δύο φύλων. Ορισμένα πληθυσμιακά δεδομένα υποδηλώνουν ότι δεν υπάρχουν διαφορές φύλου στην ηλικία εμφάνισης των ΔΔ, συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων πρώιμης έναρξης (<14 ετών). Συγκεκριμένα, η προεφηβική εμφάνιση ΔΔ σε άνδρες περιλαμβάνει περισσότερες από 1 στις 4 περιπτώσεις σε εξειδικευμένες κλινικές στην Αυστραλία και έως και το ένα τρίτο των περιπτώσεων στο Ηνωμένο Βασίλειο. Επιπλέον, η διάγνωση ΔΔ σε μη ΔΔ ρυθμίσεις (δηλαδή,

γαστρεντερολογία) δείχνει αυξημένα ποσοστά στους άνδρες, με σχεδόν τα δύο τρίτα των διαγνώσεων διαταραχής πρόσληψης τροφής αποφυγής / περιοριστικής πρόσληψης τροφής (ARFID) να παρουσιάζονται μεταξύ των προεφηβικών ανδρών. Πρόσφατη μελέτη ανδρών εφήβων που συγχωνεύτηκαν τόσο με πλήρη όσο και με μερική ΔΔ έδειξαν ποσοστά επιπολασμού πλήρους ή μερικής NB (0,2%), και πλήρη ή μερική διατροφική διαταραχή (BED) (0,4%) να είναι χαμηλότερο από ό,τι στα θηλυκά. Τα ποσοστά που αναφέρονται στους εφήβους είναι χαμηλότερα από ό,τι στους ενήλικες άνδρες, γεγονός που μπορεί να αντικατοπτρίζει ορισμένα δεδομένα που υποδεικνύουν μεταγενέστερη έναρξη των ΕΔ στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Ορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι η μεταγενέστερη έναρξη στους άνδρες μπορεί να είναι πιο ειδική για την ΝΑ απ' ό,τι για άλλες ΔΔ. Ωστόσο, δεδομένων των αντικρουόμενων στοιχείων σχετικά με την ηλικία έναρξης της ΔΔ μεταξύ των ανδρών, η περαιτέρω μελέτη σχετικά με τον επιπολασμό είναι κρίσιμη, ιδίως σε πληθυσμιακές, πρωτοβάθμιες και κοινοτικές ρυθμίσεις.(Gorrell et al., 2019).

3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Μια σταθερή κλινική εικόνα της νευρικής βουλιμίας παρατηρείται μόνο σε μια μικρή ομάδα ασθενών. Το φαινόμενο της διαγνωστικής μετανάστευσης, που συμβαίνει στην πλειονότητα των ασθενών, σημαίνει τη μετακίνηση μεταξύ διαγνώσεων που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές. Η μετανάστευση αντικατοπτρίζει ένα μοτίβο στο οποίο οι διατροφικές διαταραχές ξεκινούν με διαιτητικούς περιορισμούς, ακολουθούμενες από αποτυχία του μηχανισμού αυτοελέγχου και οδηγούν σε αδηφαγία. Ένα επεισόδιο αδηφαγίας μπορεί να είναι ένα μεμονωμένο 2ωρο επεισόδιο που τελειώνει με αντισταθμιστικές συμπεριφορές, αλλά μπορεί επίσης να περιλαμβάνει μια σειρά επεισοδίων που διακόπτονται από περιπτώσεις συμπεριφορών που αποσκοπούν στην απομάκρυνση της τροφής από το σώμα και είναι τυπικές για ένα συγκεκριμένο υποκείμενο. Τα επεισόδια υπερφαγίας και η εμπλοκή σε αντισταθμιστικούς μηχανισμούς αποτελούν μια μέθοδο που υποδηλώνει μια προσέγγιση προς τον εαυτό μας και τους άλλους και μια στρατηγική αντιμετώπισης των συναισθημάτων, τόσο των θετικών όσο και των αρνητικών . Σε άτομα με διαταραγμένη διαδικασία ρύθμισης των συναισθημάτων, οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να είναι παθολογικές και να συνδέονται με ακατάλληλη ποσότητα, ποιότητα και συχνότητα κατανάλωσης τροφής.(Sekula et al., 2019).

3.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η διάγνωση της νευρικής βουλιμίας βασίζεται σε διαγνωστικά κριτήρια. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM V) αυτές είναι:

Επαναλαμβανόμενα επεισόδια αδηφαγίας σε σύντομο χρονικό διάστημα περίπου 2 ωρών, όταν ο ασθενής καταναλώνει ποσότητα τροφής μεγαλύτερη σε σύγκριση με αυτή που θα μπορούσαν να φάνε άλλοι σε παρόμοιο χρονικό διάστημα και υπό παρόμοιες συνθήκες. Τα επεισόδια αυτά χαρακτηρίζονται από έλλειψη ελέγχου του φαγητού. Προκειμένου να αποφευχθεί η αύξηση του σωματικού βάρους, εμφανίζονται αντισταθμιστικές συμπεριφορές: πρόκληση εμετού, χρήση καθαρικών ή αφυδατωτικών παραγόντων ή εντατικές σωματικές ασκήσεις. Η ατομική αυτοεκτίμηση επηρεάζεται σημαντικά από το σωματικό βάρος και το σχήμα. Η διαταραχή δεν παρατηρείται μόνο κατά τη διάρκεια επεισοδίων νευρικής ανορεξίας.

Τα επεισόδια αδηφαγίας και οι αντισταθμιστικές συμπεριφορές παρατηρούνται τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για διάστημα 3 μηνών .

3.5 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Ένα άτομο που πάσχει από νευρική βουλιμία μπορεί να αποκαλύψει διάφορα σημεία και συμπτώματα, πολλά από τα οποία είναι το άμεσο αποτέλεσμα του αυτοεμφανιζόμενου εμέτου ή άλλων μορφών εκκαθάρισης, ειδικά εάν ο κύκλος εκκένωσης / καθαρισμού επαναλαμβάνεται αρκετές φορές την εβδομάδα ή / και την ημέρα. Τα φυσικά σημεία και συμπτώματα αυτής της διατροφικής διαταραχής είναι οι σταθερές διακυμάνσεις βάρους, οι ανισορροπίες ηλεκτρολυτών, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε καρδιακή αρρυθμία, καρδιακή ανακοπή ή τελικά θάνατο, τα σπασμένα αιμοφόρα αγγεία μέσα στα μάτια, οι διευρυμένοι αδένες στο λαιμό και κάτω από τη γραμμή της γνάθου, το στοματικό τραύμα, όπως ρήξεις στην επένδυση του στόματος ή του λαιμού από επαναλαμβανόμενο εμετό, η χρόνια αφυδάτωση, η φλεγμονή του οισοφάγου, η χρόνια γαστρική παλινδρόμηση μετά το φαγητό ή πεπτικά έλκη και η αγωνία.(Psyc.com.net, 2019).

Τα σημεία και τα συμπτώματα της υπερβολικής κατανάλωσης και του καθαρισμού είναι η εξαφάνιση μεγάλων ποσοτήτων τροφίμων, η κατανάλωση φαγητού με μυστικότητα, η έλλειψη ελέγχου κατά το φαγητό, η εναλλαγή μεταξύ περιόδων υπερκατανάλωσης τροφής και νηστείας, η συχνή χρήση του μπάνιου μετά τα γεύματα έχοντας τη μυρωδιά του εμετού.

Μπορεί επίσης να δημιουργηθούν προβληματικές πιέσεις μεταξύ του πάσχοντος και της οικογένειας και των φίλων του, ειδικά καθώς το άτομο έχει μη φυσιολογικές διατροφικές συμπεριφορές ή / και την αποφυγή κοινωνικών δραστηριοτήτων για να συμμετάσχει σε επεισόδια υπερφαγίας και εκκαθάρισης.(Psycom.net, 2019).

3.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ

Έχοντας στενό συγγενή με διατροφική διαταραχή. Μελέτες οικογενειών έχουν διαπιστώσει ότι η ύπαρξη συγγενή πρώτου βαθμού (όπως γονέα ή αδελφού) με διατροφική διαταραχή αυξάνει τον κίνδυνο ενός ατόμου να αναπτύξει διατροφική διαταραχή.(Risk Factors, 2017).

Έχοντας στενό συγγενή με ψυχική κατάσταση. Παρομοίως, θέματα όπως το άγχος, η κατάθλιψη και ο εθισμός μπορεί επίσης να διαδοθούν στις οικογένειες και έχει διαπιστωθεί ότι αυξάνουν τις πιθανότητες να αναπτύξει ένα άτομο διατροφική διαταραχή. Το ιστορικό δίαιτας και άλλων μεθόδων ελέγχου του βάρους σχετίζεται με την ανάπτυξη αδηφαγίας.(Risk Factors, 2017).

Αρνητικό ενεργειακό ισοζύγιο. Η καύση περισσότερων θερμίδων από όσες προσλαμβάνονται οδηγεί σε κατάσταση αρνητικού ενεργειακού ισοζυγίου. Πολλοί άνθρωποι αναφέρουν ότι η διαταραχή τους ξεκίνησε με σκόπιμες προσπάθειες να κάνουν δίαιτα ή να περιορίσουν την ποσότητα και/ή το είδος των τροφίμων που καταλάωναν με τη μορφή δίαιτας, ενώ άλλες αιτίες μπορεί να είναι οι περίοδοι ανάπτυξης, οι ασθένειες και η έντονη αθλητική προπόνηση.(Risk Factors,2017).

Διαβήτης τύπου 1 (ινσουλινοεξαρτώμενος). Πρόσφατες έρευνες διαπίστωσαν ότι περίπου το ένα τέταρτο των γυναικών που διαγιγνώσκονται με διαβήτη τύπου ένα θα αναπτύξουν διατροφική διαταραχή. Το πιο συνηθισμένο μοτίβο είναι η παράλειψη ενέσεων ινσουλίνης, γνωστή ως διαβουλιμία, η οποία μπορεί να αποβεί θανατηφόρα.(Risk Factors, 2017).

Δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος. Η εικόνα του σώματος περιλαμβάνει το πώς αισθάνεστε τόσο για όσο και για το σώμα σας. Δυστυχώς δεν είναι ασυνήθιστο η αντιπάθεια της εμφάνισης, αλλά οι άνθρωποι που αναπτύσσουν διατροφικές διαταραχές είναι πιο πιθανό να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα δυσαρέσκειας για την εικόνα του σώματος και μια εσωτερίκευση της ιδανικής εμφάνισης.

Προσωπικό ιστορικό αγχωτικής διαταραχής. Έρευνες έχουν δείξει ότι ένα σημαντικό υποσύνολο ατόμων με διατροφικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των δύο τρίτων

εκείνων με ανορεξία, έδειξε σημάδια αγχώδους διαταραχής (συμπεριλαμβανομένου του γενικευμένου άγχους, της κοινωνικής φοβίας και της ψυχαναγκαστικής διαταραχής) πριν από την έναρξη της διατροφικής διαταραχής τους.(Risk Factors, 2017).

Κακή αυτοεκτίμηση: ίσως λόγω ενός κρίσιμου οικογενειακού περιβάλλοντος που δίνει μεγάλη έμφαση στα επιτεύγματα και την επιτυχία. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως παρορμητικότητα, ακαμψία, υπερβολικός φόβος, συστολή, απαισιοδοξία και δυσκολία να αναγνωρισει τη «μεγαλύτερη εικόνα». Δύσκολες οικογενειακές ή προσωπικές μεταβάσεις. Ένα ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, σωματικής κακοποίησης και άλλων τραυματικών εμπειριών. Εξαιτίας της πολιτιστικής, οικογενειακής ή ομοφυλοφιλικής πίεσης για απώλεια βάρους και αδυναμία. (Wade, 2018).

3.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η διάγνωση της νευρικής βουλιμίας συνδέεται συνήθως με υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας και αυξημένη θνησιμότητα. Επιπλέον, οι συμπεριφορές αδηφαγίας και καθαρισμού μπορούν να οδηγήσουν σε μια σειρά ιατρικών επιπλοκών, όπως η διαταραχή της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αρρυθμία ή θάνατο, οισοφαγικά δάκρυα, γαστρική διαταραχή, προβλήματα γονιμότητας και οδοντική φθορά. Με τον κίνδυνο ιατρικών επιπλοκών, είναι επιτακτική ανάγκη να χρησιμοποιείται μια διεπιστημονική προσέγγιση της ομάδας, συμπεριλαμβανομένου ενός κλινικού ιατρού που είναι εκπαιδευμένος στην υγεία των εφήβων με εμπειρία στα ΤΕΠ, ώστε να διασφαλίζεται η ιατρική ασφάλεια της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.(Hail et al., 2018).

Στους ενήλικες με NB, υπάρχει σημαντική βιβλιογραφία που υποστηρίζει τη γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT) ως την κορυφαία θεραπευτική προσέγγιση, με σχετικά καλά αποτελέσματα για τους περισσότερους. Εκτός από τη CBT, υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν και άλλες προσεγγίσεις, όπως η διαπροσωπική θεραπεία και νεότερες προσεγγίσεις, όπως η ενοποιητική γνωσιακή-συναισθηματική θεραπεία. Παρά την αυξανόμενη βάση στοιχείων για τη θεραπεία ενηλίκων με NB, εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη στοιχείων για τη θεραπεία νεότερων ατόμων με NB. Μέχρι σήμερα, έχει πραγματοποιηθεί μία ανοικτή φαρμακευτική δοκιμή φλουοξετίνης σε συνδυασμό με θεραπεία για διάστημα 8 εβδομάδων. Υπάρχουν επίσης τέσσερις δημοσιευμένες RCT που συγκρίνουν ψυχοκοινωνικές θεραπείες με σημαντικά περιθώρια βελτίωσης των θεραπευτικών αποτελεσμάτων.(Hail et al.,2018).

3.7.1 ΨΥΧΟΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, έχει δημοσιευθεί μία ανοικτή κλινική δοκιμή που διερευνούν τη σκοπιμότητα και την ανεκτικότητα της φλουοξετίνης (σε δόση 60 mg για ενήλικες) σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία σε διάστημα 8 εβδομάδων. Οι συμμετέχοντες ήταν έφηβες ηλικίας 12-18 ετών (μέσος όρος 16,2, SD 1) με διάγνωση DSM-IV BN ή ED μη προσδιοριζόμενη διαφορετικά (EDNOS). Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν πάνω από το 85ο εκατοστημόριο του μέσου βάρους για το ύψος ανάλογα με την ηλικία.

Το φάρμακο ήταν γενικά καλά ανεκτό και κανένας συμμετέχων δεν διέκοψε τη δοκιμή λόγω παρενεργειών. Από τους 13 ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη, οι δέκα έλαβαν τουλάχιστον 1 εβδομάδα φαρμακευτικής αγωγής και τα αποτελέσματα βασίστηκαν στην έκβασή τους. Τα ευρήματα ήταν συγκρίσιμα με τις μελέτες της φλουοξετίνης σε ενήλικες με BN, με σημαντική μείωση τόσο της συμπεριφοράς αδηφαγίας όσο και της συμπεριφοράς εκκαθάρισης κατά τη διάρκεια της δοκιμής. Από την έναρξη έως το τέλος της θεραπείας (EOT), οι εβδομαδιαίες λιγούρες μειώθηκαν κατά 67% και τα επεισόδια κάθαρσης κατά 56%. Παρά τις βελτιώσεις, τρεις από τους δέκα ασθενείς εξακολουθούσαν να πληρούν τα κριτήρια για ένα DSM-IV ED (δύο BN και ένας EDNOS) στο τέλος της δίκης.

Τα ευρήματα αυτά δεν έχουν αναπαραχθεί ούτε έχουν διεξαχθεί ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες σε εφήβους με BN. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα παραμένουν περιορισμένης γενικευσιμότητας και είναι απαραίτητη η πρόσθετη διερεύνηση των ψυχοφαρμακολογικών παρεμβάσεων.(Hail & Le Grange, 2018).

3.7.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Παρά την τυπική έναρξη κατά την εφηβεία, έχουν δημοσιευτεί μέχρι σήμερα μόνο τέσσερις RCTs που αξιολογούν την ψυχοκοινωνική θεραπεία της BN στους νέους. Οι τρεις πρώτες συνέκριναν τις προσεγγίσεις FBT έναντι της καθοδηγούμενης αυτοφροντίδας CBT, CBT προσαρμοσμένη για την εφηβεία (CBT-A) και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (SPT). Η πιο πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη συνέκρινε τη CBT και την ψυχοδυναμική θεραπεία (PDT).(Hail et al., 2018)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΥΠΕΡΦΑΓΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Το DSM-5 χαρακτηρίζει την υπερφαγική διατροφική διαταραχή ως μια ασθένεια που κύρια χαρακτηριστικά της αποτελούν τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφής (δηλαδή, αδηφαγία), γρήγορα και μέχρι να αισθανθεί κανείς άβολα χορτάτος. Πρόσθετα κριτήρια περιλαμβάνουν το να τρώει κανείς μόνος του, να τρώει χωρίς να πεινάει, να αισθάνεται ενοχές, αηδία ή κατάθλιψη μετά την υπερκατανάλωση τροφής, έντονη δυσφορία σχετικά με την υπερκατανάλωση τροφής και απουσία τακτικών αντισταθμιστικών συμπεριφορών όπως η κάθαρση. Παρόλο που τα κριτήρια για τη BED δεν περιλαμβάνουν κριτήριο που να σχετίζεται με την εικόνα του σώματος, νέα στοιχεία δείχνουν ότι η διαταραχή της εικόνας του σώματος μπορεί να παίζει ρόλο στη BED και θα μπορούσε να αποτελέσει στόχο για θεραπεία.(Seyed et al., 2021).

4.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Μεταξύ των διατροφικών διαταραχών, η BED είναι η πιο διαδεδομένη, τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες όσο και παγκοσμίως. Σε μια αμερικανική μελέτη που βασίστηκε σε δεδομένα από την αναπαραγωγή της Εθνικής Έρευνας Συννοσηρότητας (National Comorbidity Survey Replication) (NCS-R; N = 9. 282), ο επιπολασμός της BED κατά τη διάρκεια της ζωής ήταν 2,6%,9 ενώ το ποσοστό της νευρικής ανορεξίας ήταν 0,6% και το ποσοστό της νευρικής βουλιμίας ήταν 1%. Το 12μηνο ποσοστό επικράτησης της BED ήταν 1,2%.

Με βάση στοιχεία από τις παγκόσμιες έρευνες ψυχικής υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) , οι οποίες αξιολόγησαν περισσότερους από 24. 000 ενήλικες σε 14 χώρες, ο μέσος επιπολασμός της BED κατά τη διάρκεια της ζωής ήταν 1,9%, με ποσοστά που κυμαίνονταν από 0,2% στη Ρουμανία έως 4,7% στη Βραζιλία. Ο μέσος επιπολασμός της BED κατά 12 μήνες ήταν 0,8%.Και οι δύο αυτές μελέτες χρησιμοποίησαν τα κριτήρια του DSM-IV για την BED. Μια πρόσφατη διαδικτυακή έρευνα σε ένα εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα των ΗΠΑ συνέκρινε τον επιπολασμό της BED σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV-TR11 (το ίδιο με το DSM-IV3) και του DSM-5. Μεταξύ περισσότερων από 22. 000 ερωτηθέντων, τα κριτήρια του DSM-5 για την BED οδήγησαν σε υψηλότερες εκτιμήσεις επιπολασμού από ό,τι τα κριτήρια του DSM-IV-TR (1,64% έναντι 1,15% για τον επιπολασμό 12 μηνών και 2,03% έναντι 1,52% για τον επιπολασμό κατά τη διάρκεια της ζωής, αντίστοιχα). Όπως συμβαίνει με τη νευρική βουλιμία και τη νευρική ανορεξία, η BED είναι πολύ πιο διαδεδομένη στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες (3,5% έναντι 2,0%), αν και η

αναλογία των δύο φύλων είναι πιο ισορροπημένη. Εκτός του ότι είναι συχνή τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, η BED παρατηρείται σε όλες τις εθνικές και φυλετικές ομάδες. Τα συγκεντρωτικά δεδομένα από τις συνεργατικές ψυχιατρικές επιδημιολογικές μελέτες του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας αποκάλυψαν παρόμοιο επιπολασμό της BED μεταξύ Λατίνων, Ασιατών, Αφροαμερικανών και λευκών που δεν είναι Λατίνοι στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ωστόσο, ο επιπολασμός οποιασδήποτε συμπεριφοράς αδηφαγίας κατά τη διάρκεια της ζωής ήταν μεγαλύτερος σε καθεμία από τις ομάδες εθνοτικών μειονοτήτων σε σύγκριση με τους λευκούς μη Λατίνους.

Η παχυσαρκία και το BED συνδέονται στενά. Μεταξύ των ατόμων με BED, το 42,4% είναι παχύσαρκα (δηλαδή, δείκτης μάζας σώματος [ΔΜΣ] > 30 kg/m²), με το 14,8% να έχει ΔΜΣ > 40 kg/m², που θεωρείται η πιο σοβαρή κατηγορία παχυσαρκίας. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι περισσότερα από τα μισά άτομα με BED δεν είναι παχύσαρκα. (Kornstein, 2017).

4.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Τα επεισόδια υπερφαγίας χαρακτηρίζονται από την κατανάλωση μεγαλύτερης ποσότητας φαγητού σε μια διακριτή περίοδο από ό,τι είναι τυπικό για τους περισσότερους ανθρώπους, ενώ αισθάνονται ότι δεν μπορούν να ελέγξουν την κατανάλωση. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων αδηφαγίας, τα άτομα συχνά τρώνε πολύ γρήγορα παρόλο που δεν πεινάνε και τρώνε μέχρι να αισθανθούν άβολα χορτάτοι, συνήθως μόνοι τους λόγω αμηχανίας. Τα επεισόδια ακολουθούνται από αηδία ή ενοχή και πρέπει να προκαλούν έντονη δυσφορία στο άτομο. Η διάγνωση της BED απαιτεί την παρουσία επαναλαμβανόμενων επεισοδίων αδηφαγίας που συμβαίνουν τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για περίοδο τουλάχιστον 3 μηνών. Η συχνότητα μειώθηκε σε σχέση με τα κριτήρια του DSM-IV (που απαιτούσαν τουλάχιστον 2 επεισόδια την εβδομάδα για τουλάχιστον 6 μήνες), επειδή επέτρεψε τον καλύτερο εντοπισμό κλινικά σημαντικών συμπτωμάτων χωρίς ουσιαστική αύξηση του επιπολασμού. Σε αντίθεση με τη νευρική ανορεξία και τη νευρική βουλιμία, η αδηφαγική κατανάλωση τροφής στη ΔΔ δεν συνδέεται με επαναλαμβανόμενη χρήση ακατάλληλης αντισταθμιστικής συμπεριφοράς, όπως η κάθαρση, η υπερβολική άσκηση ή η κατάχρηση καθαρτικών. αν και δεν αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο της BED (όπως στη νευρική ανορεξία και τη νευρική βουλιμία). Η υπερεκτίμηση του σχήματος και του βάρους του σώματος παρατηρείται συνήθως σε ασθενείς με ΔΔ. Η υπερεκτίμηση είναι πιο συγκεκριμένη από τη δυσαρέσκεια για το σώμα, επειδή τα άτομα δίνουν υπερβολική σημασία στο σχήμα και το

βάρος του σώματος σε σημείο που οι παράγοντες αυτοί να καθορίζουν την αυτοεκτίμησή τους. Ως γνωστικό χαρακτηριστικό, η υπερεκτίμηση σχετίζεται με τη σοβαρότητα της διατροφικής παθολογίας και την ψυχολογική δυσφορία και έχει αρνητική προγνωστική σημασία.(Kornstein, 2017).

4.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Υπάρχουν ορισμένα κοινά σημεία και συμπτώματα ενός ατόμου με υπερφαγική διατροφική διαταραχή, όπως ότι συχνά τρώει πολύ μεγάλες ποσότητες τροφίμων σε σύντομο χρονικό διάστημα, αποφεύγει να τελειώσει το φαγητό μέχρι να αισθανθεί υπερβολικά γεμάτος και άβολα, τρώει για να μειώσει το άγχος, έχει ιστορικό κέρδους και απώλειας βάρους, τρώει κανονικές ποσότητες τροφής γύρω από άλλους, αλλά μεγάλες ποσότητες μόνο του για να κρύψει τα συμπτώματα, τρώει συνεχώς όλη την ημέρα χωρίς κανέναν τύπο προγραμματισμένου γεύματος και κρατάει φαγητό αργότερα κρυφά.

Οι έρευνες μας δείχνουν ότι οι ασθενείς δυσκολεύονται να χάσουν βάρος και να το κρατήσουν το βάρος μακριά (Η απώλεια βάρους είναι συχνά πιο δύσκολη για ένα άτομο που τρώει υπερβολικά από τα άτομα με άλλα σοβαρά προβλήματα βάρους, όπως εκείνα με παχυσαρκία.)

Συγκεκριμένα συναισθήματα που συνδέονται με το BED περιλαμβάνουν το αίσθημα αηδίας, ενοχής και κατάθλιψης μετά από φαγητό, το αίσθημα αμηχανίας για την ποσότητα τροφής που καταναλώνεται, ο πάσχων βιώνει άγχος που μετριάζεται μόνο με το φαγητό, το αίσθημα μούδιασμα ενώ καταναλώνεται πολύ φαγητό και το αίσθημα απελπισίας για έλεγχο της κατανάλωσης και απώλεια βάρους. (Kornstein, 2017).

4.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ

4.5.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ

Στατιστικά, οι διατροφικές διαταραχές τείνουν να έχουν οικογενειακό δεσμό. Οι γυναίκες συγγενείς επηρεάζονται συχνότερα από τους άνδρες στην οικογένεια. Επειδή τα άτομα που έχουν στενό μέλος της οικογένειας με BED τείνουν να έχουν υψηλότερο κίνδυνο διατροφικής διαταραχής, πιστεύεται ότι οι γενετικοί παράγοντες εμπλέκονται στην κατάσταση.(Orford, 2021).

4.5.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΙ- ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ

Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες προδιάθεσης για διατροφικές διαταραχές, και στην περίπτωση της ανορεξίας και της βουλιμίας, η έρευνα είναι αρκετά σαφής. Όσον αφορά το BED, ωστόσο, οι παράγοντες κινδύνου της διαταραχής δεν έχουν διερευνηθεί εκτενώς, αλλά υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ως προς τους κοινούς παράγοντες προσωπικότητας που μπορεί να προδιαθέτουν ένα άτομο στο BED. Αυτά περιλαμβάνουν: την χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα αισθήματα ανεπάρκειας και αξιολόγησης, την κατάθλιψη, την ανησυχία, ένα ιστορικό διαταραχής υπερκινητικότητας με έλλειμμα προσοχής (ADHD), ιστορικό κατάθλιψης ή άγχους, μία ιστορία δυστυχίας, η αδυναμία αντιμετώπισης συναισθημάτων ή στρες και η κακή εικόνα του σώματος.(Orford, 2021).

Άλλοι παράγοντες και συναισθήματα που συνδέονται συνήθως με το BED περιλαμβάνουν το αίσθημα στεναχώριας, η μοναξιά, η θλίψη, η απογοήτευση, τα προβλήματα με τον έλεγχο παλμών, τα ζητήματα εικόνας σώματος (που είναι ένα σύνηθες σύμπτωμα για άτομα με όπως διατροφικές διαταραχές, όπως ανορεξία), η δυσκολία διαχείρισης συναισθημάτων και τα πρόβλημα που εκφράζουν αποτελεσματικά τα συναισθήματα.(Orford, 2021).

4.5.3 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ

Οι βιολογικοί παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο υπερφαγίας περιλαμβάνουν τις ορμονικές παρατυπίες και τα χαμηλά επίπεδα χημικών ουσιών στον εγκέφαλο (όπως σεροτονίνη).

Χρειάζεται να σημειωθεί ότι τα χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης συνδέονται επίσης με την κατάθλιψη. Σύμφωνα με μια μελέτη του 2017, ορισμένα άτομα με BED φέρεται να ανταποκρίθηκαν καλά σε φάρμακα που επηρεάζουν τη λειτουργία της σεροτονίνης στο σώμα.(Orford ,2021).

4.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.6.1 ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

Μόνο ένα φάρμακο έχει εγκριθεί επί του παρόντος από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ για τη θεραπεία της BED - το διεγερτικό προφάρμακο λισδεξαμφεταμίνη. Πολυάριθμοι παράγοντες από διάφορες κατηγορίες φαρμάκων έχουν διερευνηθεί σε κλινικές δοκιμές ή έχουν χρησιμοποιηθεί ως off-label θεραπείες για την BED και πολλοί έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα. Ωστόσο, κάθε παράγοντας έχει ξεχωριστά πλεονεκτήματα και περιορισμούς και οι ασθενείς θα πρέπει να συνδυάζονται με τη θεραπεία που είναι πιθανότερο να ανταποκριθεί στις μοναδικές τους ανάγκες. (McElroy, 2017).

Η λισδεξαμφεταμίνη έχει εγκριθεί για τη θεραπεία της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) σε παιδιά από το 2007 και σε ενήλικες από το 2008. Έλαβε έγκριση για τη θεραπεία της μέτριας έως σοβαρής ΔΕΠ σε ενήλικες το 2015. Η λισδεξαμφεταμίνη, ένα προφάρμακο της δεξτροαμφεταμίνης, και άλλες αμφεταμίνες διευκολύνουν τη νευροδιαβίβαση της ντοπαμίνης και της νορεπινεφρίνης εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη αυτών των μονοαμινών στον προσυναπτικό νευρώνα και αυξάνοντας την απελευθέρωσή τους στον εξωσυλικό χώρο. Σε σύγκριση με τα διεγερτικά άμεσης αποδέσμευσης, η λισδεξαμφεταμίνη έχει βραδύτερη απορρόφηση στον εγκέφαλο, έχει μεγαλύτερη διάρκεια δράσης και μπορεί να έχει μειωμένη ευθύνη κατάχρησης.

Το σκεπτικό για τη χρήση της λισδεξαμφεταμίνης στη BED βασίστηκε σε διάφορους παράγοντες. Ένας παράγοντας είναι ότι η ΔΕΠΥ και η ΔΕΠΥ συχνά επικαλύπτονται και μπορεί να μοιράζονται κάποια υποκείμενα νευροβιολογικά ή ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένης της παρορμητικότητας. Επιπλέον, η λισδεξαμφεταμίνη έχει συσχετιστεί με μειωμένη όρεξη και απώλεια βάρους ως παρενέργειες της θεραπείας. Παρόλο που αυτά μπορεί να αποτελούν ανεπιθύμητες ενέργειες σε ορισμένους ασθενείς με ΔΕΠΥ, μπορεί να ωφελήσουν τα άτομα με ΔΕΠΥ που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα. (McElroy,2017).

Τέλος, η ντοπαμίνη και η νορεπινεφρίνη εμπλέκονται στη διατροφική συμπεριφορά και την ανταμοιβή. Γενετικοί πολυμορφισμοί που σχετίζονται με μη φυσιολογική ντοπαμινεργική σηματοδότηση έχουν βρεθεί σε άτομα που παρουσιάζουν συμπεριφορά αδηφαγίας και τα επεισόδια αδηφαγίας, τα οποία συχνά περιλαμβάνουν την κατανάλωση εξαιρετικά εύγευστων τροφών, διεγείρουν περαιτέρω το ντοπαμινεργικό σύστημα. Αυτή η συνεχιζόμενη

διέγερση μπορεί να συμβάλει σε προοδευτικές βλάβες στη σηματοδότηση της ντοπαμίνης. Η λισδεξαμφεταμίνη υποτίθεται ότι μειώνει τη συμπεριφορά αδηφαγίας μέσω της ομαλοποίησης της ντοπαμινεργικής δραστηριότητας.(McElroy,2017).

4.6.2 ΘΕΡΑΠΕΪΕΣ OFF-LABEL

Οι off-label θεραπείες που έχουν διερευνηθεί διεξοδικότερα ως θεραπείες για τη BED είναι τα αντικαταθλιπτικά, τα αντιεπιληπτικά και οι παράγοντες κατά της παχυσαρκίας.

Αντικαταθλιπτικά: Τα αντικαταθλιπτικά έχουν διερευνηθεί ως θεραπεία για την BED για διάφορους λόγους. Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι μειώνουν την αδηφαγία στη νευρική βουλιμία και είναι αποτελεσματικά για πολλές διαταραχές που εμφανίζονται συχνά με την BED, όπως η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή . Επιπρόσθετα, στοχεύουν σε νευροδιαβιβαστές που πιστεύεται ότι διαταράσσονται στη BED, όπως η ντοπαμίνη και η νορεπινεφρίνη.(McElroy,2017).

Αντιεπιληπτικά: Όπως και με τα αντικαταθλιπτικά, πολλοί παράγοντες οδήγησαν στη διερεύνηση των αντιεπιληπτικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση της BED. Συνταγογραφούνται για τη θεραπεία ψυχιατρικών διαταραχών συχνότερα απ' ό,τι για την επιληψία και πολλές από τις διαταραχές που ανταποκρίνονται σε αυτά τα φάρμακα εμφανίζονται συχνά συνυπάρχουσες με τη BED, συμπεριλαμβανομένης της διάθεσης και της χρήσης ουσιών διαταραχές. Πολλά αντιεπιληπτικά φάρμακα είναι γνωστό ότι επηρεάζουν το βάρος και ορισμένα σχετίζονται με απώλεια βάρους. Οι μηχανισμοί δράσης των αντιεπιληπτικών επηρεάζουν πεπτιδικά και νευροδιαβιβαστικά συστήματα που είναι γνωστό ότι εμπλέκονται στην όρεξη, τη λαχτάρα και τη συμπεριφορά σίτισης Τα αντιεπιληπτικά λαμοτριγίνη, φαινυτοΐνη και οξκαρβαζεπίνη έχουν δοκιμαστεί σε BED ή συναφείς καταστάσεις, αλλά έχουν δείξει αρνητικά ή αντικρουόμενα αποτελέσματα. Τα αντιεπιληπτικά topiramate και zonisamide, ωστόσο, έχουν βρεθεί να είναι αποτελεσματικά για την BED.
(McElroy, 2017).

Θεραπείες παχυσαρκίας: Επειδή η BED και η παχυσαρκία συνδέονται στενά, η χρήση παραγόντων κατά της παχυσαρκίας για τη θεραπεία της BED θα φαινόταν μια λογική

στρατηγική θεραπείας. Τα φάρμακα κατά της παχυσαρκίας fenfluramine και sibutramine έδειξαν και τα δύο στοιχεία αποτελεσματικότητας στην BED, αλλά και οι δύο αυτοί παράγοντες έχουν αποσυρθεί από την αγορά λόγω σοβαρών ανησυχιών για την ασφάλεια.(McElroy, 2017).

Ψυχολογικοί Μεθοδοι Θεραπειας

Η υπερφαγική διατροφική διαταραχή βασίζεται κυρίως ψυχολογικά, αλλά έχει και σωματικές και ψυχολογικές αιτίες και αποτελέσματα. Θεωρείται σημαντικό για τα άτομα που αναζητούν θεραπεία με διαταραχές της διατροφικής διαταραχής να λαμβάνουν ολιστική φροντίδα που να ασχολείται με τη διατροφή και τη διαχείριση του στρες καθώς και την ψυχολογική θεραπεία. Μερικές φορές οι άνθρωποι τρώνε μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις όταν βρίσκονται σε υπερβολικό άγχος, ενώ τα άτομα με συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να κάνουν τακτικά για να προσπαθούν να αντιμετωπίσουν τον ψυχολογικό πόνο. Δυστυχώς, η υπερβολική κατανάλωση συνήθως μειώνει τη διάθεση ενός ατόμου. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε έναν κύκλο επιδείνωσης της αυτοαποδόμησης και της κατάθλιψης για άτομα με υπερφαγία.(Guerdjikova et al., 2019).

Ψυχοθεραπεία: Η υπερβολική θεραπεία που τρώει συναισθηματικούς λόγους για υπερκατανάλωση τροφής είναι σημαντικό μέρος της θεραπείας. Ένας λόγος για τον οποίο η ψυχοθεραπεία συνήθως λειτουργεί καλύτερα από την τροποποίηση της διατροφής για άτομα με BED είναι ότι το ένα αντιμετωπίζει τις υποκείμενες συναισθηματικές αιτίες της διαταραχής, ενώ ο άλλος δεν το κάνει. Στην ψυχοθεραπεία, τα άτομα με υπερβολική διατροφική διαταραχή μπορούν να αντιμετωπίσουν προβλήματα με την εικόνα του εαυτού τους, ενώ επεξεργάζονται το τραύμα και μαθαίνουν διαφορετικούς τρόπους να αισθάνονται όταν παίζουν. Όταν αρχίζουν να αντιμετωπίζουν καλύτερα τον εαυτό τους με άλλους τρόπους, όπως να δίνουν άδεια στον εαυτό τους να κάνουν μακροχρόνιες αλλαγές στη ζωή τους, έχουν λιγότερους λόγους.(Guerdjikova et al., 2019).

Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία: Στη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT), οι άνθρωποι συνεργάζονται με έναν θεραπευτή για να εντοπίσουν ψευδείς ή παράλογες πεποιθήσεις και πρότυπα σκέψης που προκαλούν οδυνηρά συναισθήματα και αρνητική συμπεριφορά. Ένας θεραπευτής στη συνέχεια τους βοηθά να προκαλέσουν τις σκέψεις και να προσπαθήσουν να τις αλλάξουν. Για τα συγκεκριμένα άτομα, η CBT μπορεί να εστιάσει σε παραμορφωμένες πεποιθήσεις σχετικά με την εμφάνιση, το βάρος και την προσωπική

αξία. Οι στόχοι της CBT για την υπερβολική διατροφική διαταραχή είναι να αντιμετωπίσουν την αρνητική αυτο-συζήτηση και να βοηθήσουν τους ανθρώπους να μάθουν πώς να επιβεβαιώνονται με τρόπους που δεν προκαλούν τα εν λόγω επεισόδια.(Guerdjikova et al., 2019).

Θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης: Η θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης (ACT) είναι μια παραλλαγή της CBT που λειτουργεί καλύτερα για μερικούς ανθρώπους. Στο ACT, οι άνθρωποι εντοπίζουν επίσης γνωστικές παραμορφώσεις, αλλά μαθαίνουν πώς να τις αποδεχτούν και να ενεργούν αντί να προσπαθούν να τις αλλάξουν. Η θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης μπορεί να είναι μια καλή επιλογή για την υπερβολική διατροφική διαταραχή επειδή ενθαρρύνει τους ανθρώπους να κάνουν θετικές ενέργειες χωρίς να κρίνουν ότι έχουν αρνητικές σκέψεις. Αυτό μπορεί να βοηθήσει να σπάσει τον κύκλο της ντροπής που συνδέεται με το BED.(Guerdjikova et al., 2019).

Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία: Η θεραπεία διαλεκτικής συμπεριφοράς (DBT) έχει παρόμοια προσέγγιση με την ACT, προωθώντας την αυτο-αποδοχή και όχι την αυτο-αντιπαράθεση. Επιπλέον, το DBT διδάσκει τις δεξιότητες των ανθρώπων σε τέσσερις διαφορετικούς τομείς: προσοχή, ανοχή κατάθλιψης, συναισθηματική ρύθμιση και διαπροσωπική αποτελεσματικότητα. Αυτές οι δεξιότητες μπορούν να είναι χρήσιμες για άτομα που προσκρούουν σε επεισόδια συναισθηματικής δυσλειτουργίας, στα οποία αντιδρούν έντονα σε διαπροσωπικούς παράγοντες. Στο DBT, τα άτομα με υπερβολική διατροφική διαταραχή μπορούν να μάθουν πώς να αναγνωρίζουν τα σημάδια της αυξανόμενης συγκίνησης και να παρεμβαίνουν προτού αυτά τα συναισθήματα πυροδοτήσουν ένα επεισόδιο υπερφαγίας.(Guerdjikova et al., 2019).

Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία: Το σημείο που συνδέει CBT, ACT και DBT είναι η έμφαση τους στην ανάπτυξη μεγαλύτερης ευαισθητοποίησης για τις εσωτερικές διαδικασίες και τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζουν τις σχέσεις. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία εστιάζει πιο κοντά σε κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη διάθεση. Στην IPT, οι άνθρωποι συνεργάζονται με έναν θεραπευτή για την επίλυση διαπροσωπικών ζητημάτων σε έναν από τους τέσσερις τομείς: περίπλοκο πένθος, διαπροσωπικά ελλείμματα, μετάβαση ρόλου και διαμάχη ρόλων. Η αντιμετώπιση των συγκεκριμένων ζητημάτων μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με BED να βελτιώσουν την κατανόηση και την αυτοπεποίθησή τους. Αλλάζοντας τον τρόπο λειτουργίας τους στις σχέσεις και τον τρόπο που σκέφτονται για τον εαυτό τους, η θεραπεία μπορεί να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τις βαθύτερες ρίζες της διαταραγμένης διατροφής τους.(Guerdjikova et al., 2019).

Ύπνωση. Η υπερβολική ύπνωση μπορεί να βοηθήσει μερικούς ανθρώπους να κάνουν την αρχική αλλαγή στη σκέψη και τη συμπεριφορά τους σχετικά με τα τρόφιμα. Ο στόχος της ύπνωσης είναι να επαναπρογραμματιστεί ο εγκέφαλος ώστε να ανταποκρίνεται διαφορετικά σε ορισμένες σκέψεις ή περιβαλλοντικά αίτια. Για τους περισσότερους ανθρώπους, η ύπνωση λειτουργεί καλύτερα όταν συνδυάζεται με ένα πρόγραμμα θεραπείας που ακολουθεί συνεδρίες ύπνωσης με CBT ή άλλες σε βάθος μεθόδους για την αλλαγή της σκέψης και της συμπεριφοράς. (Guerdjikova et al., 2019).

Συμβουλευτική διατροφής: Αντί να επικεντρωθεί ο πάσχων στην καταμέτρηση θερμίδων, ο στόχος της συμβουλευτικής διατροφής για κάποιον με διαταραχή διατροφής είναι να βοηθήσει να προγραμματίσει γεύματα έτσι ώστε να αισθανθεί πληρέστερα για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους, ειδικά κατά τη διάρκεια της ημέρας όταν είναι επιρρεπής σε υπερφαγία. Η καθιέρωση τακτικού προγράμματος γευμάτων και σνακ δεν απομακρύνει εντελώς τον κίνδυνο γευμάτων, αλλά μπορεί να τον μειώσει σημαντικά. Ένας σύμβουλος διατροφής μπορεί επίσης να βοηθήσει τους ανθρώπους που ενδιαφέρονται να ξεπεράσουν την υπερβολική κατανάλωση, βοηθώντας τους να βρουν διαφορετικούς τρόπους να αισθάνονται γεμάτοι και να τρέφονται από τα τρόφιμα. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι μπορούν να μάθουν να τρώνε σνακ που τους κρατούν να αισθάνονται ικανοποιημένοι περισσότερο. Μπορούν επίσης να μάθουν πώς να δίνουν μεγαλύτερη προσοχή όταν τρώνε, ώστε να αισθάνονται πιο θρεπτικά. Οι σύμβουλοι διατροφής μπορούν επίσης να βοηθήσουν τους πελάτες να καθορίσουν καθορισμένες ώρες και χώρους για φαγητό, ώστε να μπορούν να σταματήσουν να συνδέουν συγκεκριμένα περιβάλλοντα με φαγητό. (Guerdjikova et al., 2019).

Ομαδική ή Οικογενειακή Θεραπεία : Τα συναισθήματα της ντροπής και της εχθρικής συμπεριφοράς που συχνά συνοδεύουν την υπερβολική διατροφική διαταραχή μπορούν να καταστήσουν τους ανθρώπους αίτιους σε κοινωνικές παραχωρήσεις χωρίς τη θέληση τους ακόμη και χωρίς άμεση πίεση από άλλους. Η ομαδική και η οικογενειακή θεραπεία μπορούν να αντιμετωπίσουν αυτά τα ζητήματα. Στην ομαδική θεραπεία, τα άτομα με BED μπορούν να μάθουν στρατηγικές αντιμετώπισης από άλλους με παρόμοιες προκλήσεις και να λάβουν συναισθηματική επικύρωση για τις εμπειρίες τους. Μπορούν να αμφισβητήσουν τις παραμορφωμένες πεποιθήσεις τους για τον εαυτό τους και τις κοινωνικές τους ικανότητες από θετικές αλληλεπιδράσεις και υποστηρικτικά σχόλια. Στην οικογενειακή θεραπεία, τα άτομα με υπερφαγική διαταραχή ή άλλες παθήσεις παρακολουθούν συνεδρίες με γονείς, παιδιά ή στενούς συντρόφους. Σε αυτές τις συνεδρίες, συνήθως εργάζονται σε δεξιότητες επικοινωνίας και επίλυσης συγκρούσεων. Τα μέλη της οικογένειας μπορούν να μάθουν πώς να υποστηρίξουν τους αγαπημένους τους μαθαίνοντας περισσότερα σχετικά με τις συνθήκες

που τους επηρεάζουν και ενεργά να εργάζονται για να μειώσουν το ρόλο τους σε συγκρούσεις. (Guerdjikova et al., 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΡΙΣΑ

5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Ρίσα είναι μια διατροφική διαταραχή στην οποία οι άνθρωποι τρώνε σκόπιμα αντικείμενα εκτός τροφής που δεν περιέχουν θρεπτική αξία. Η Ρίσα περιλαμβάνει κατανάλωση αντικειμένων όπως βρωμιά, κιμωλία, μαλλιά και πηλό. Μερικοί άνθρωποι τρώνε είδη εκτός τροφής λόγω ανεπάρκειας ορυκτών όπως ο σίδηρος ή ο ψευδάργυρος, ενώ άλλοι πιστεύεται ότι εμπλέκονται σε αυτήν τη συμπεριφορά λόγω μιας καταναγκαστικής κίνησης, όπως εκείνων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD).

Η Ρίσα παίρνει το όνομά της από ένα είδος πουλιού που παρατηρείται συνηθισμένα να βάζει όλα τα είδη αντικειμένων στα ράμφη τους, από περιτυλίγματα τροφίμων έως γυαλιστερά αντικείμενα. Αυτή αποτελεί μια κατάλληλη περιγραφή αυτής της διατροφικής διαταραχής λόγω της συσχέτισης της συμπεριφοράς των ατόμων με ρίσα και της κίσσας που συλλέγει τυχαία αντικείμενα. Τα μικρά παιδιά για παράδειγμα, μπορούν να καταναλώσουν όλα τα είδη αντικειμένων μη φαγητού όπως χαρτί, βρωμιά, κόλλα, γόμες, πανί, κιμωλία και μαλλιά. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε διατροφικά ελλείμματα από την έλλειψη πραγματικής τροφής, ιατρικά προβλήματα από εντερικά μπλοκαρίσματα ή ακόμη και πιο σοβαρές επιπλοκές ανάλογα με τα είδη που καταναλώνονται. Αυτό δεν είναι το ίδιο με τα παιδιά που πιπιλίζουν τα μαλλιά τους ως αυτο-καταπραυντική τεχνική ή μασούν μολύβια από την πλήξη στην τάξη. Οι έγκυες γυναίκες τείνουν να μασούν πάγο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά μπορούν επίσης να καταναλώνουν πολλά από τα ίδια είδη που τρώνε τα παιδιά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ρίσα. Το αγέννητο μωρό και η μητέρα μπορεί να τεθούν σε κίνδυνο ανάλογα με τα είδη που τρώγονται. (Delaney et al., 2014).

5.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Μεταξύ των ατόμων με διανοητική αναπηρία, η ρίσα είναι η πιο κοινή διατροφική διαταραχή. Στον πληθυσμό, καθώς αυξάνεται η σοβαρότητα της αναπηρίας, αυξάνεται ο κίνδυνος και η σοβαρότητα της πίκας. Η Πίκα εμφανίζεται σε παιδιά, άτομα με διανοητική αναπηρία και έγκυες γυναίκες σε υψηλότερα ποσοστά από ό, τι στον γενικό πληθυσμό. Η Πίκα εκτείνεται περιστασιακά στην εφηβεία, αλλά σπάνια εμφανίζεται σε ενήλικες που δεν έχουν διανοητική αναπηρία. Μεταξύ αυτών με διανοητική αναπηρία, είναι πιο συχνή μεταξύ των ηλικιών 10-20 ετών

Άλλα σημαντικά στατιστικά στοιχεία σχετικά με την διατροφική διαταραχή ρίκα αναφέρουν ότι τα παιδιά με διανοητική αναπηρία και αυτισμό είναι πιο πιθανό να διαγνωστούν με ρίκα από εκείνα χωρίς. Μία μελέτη ανέφερε ότι το 12,3% των παιδιών είχαν εμπλακεί σε συμπεριφορές ρίκα κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Επίσης μια μετα-ανάλυση μελετών για τον επιπολασμό της πίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπολόγισε ότι το 27,8% των εγκύων γυναικών ανέφεραν ότι βίωσαν ρίκα. Η επίπτωση της πίκας στα παιδιά μειώνεται με την ηλικία με το ποσοστό άνω των 12 να είναι μόνο 10%. Ακόμα έως και το 89% των ατόμων με αυτισμό εμφανίζουν διατροφικές ανησυχίες, συμπεριλαμβανομένης της ρίκα. Επιπροσθέτως σε όλο τον κόσμο, το 25% -33% όλων των περιπτώσεων ρίκα αφορούν μικρά παιδιά και είναι γνωστό ότι το 10% έως 15% όλων των περιπτώσεων ρίκα αφορά άτομα με μαθησιακές δυσκολίες ενώ τέλος ένα μικρό ποσοστό ασθενών έχει αναιμία ανεπάρκειας σιδήρου.(Delaney et al., 2014).

5.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τα παιδιά κάτω των δύο ετών είναι γνωστό ότι βάζουν αντικείμενα στο στόμα τους για να εξερευνήσουν το περιβάλλον τους. Αυτό δεν είναι ενδεικτικό του ρίκα. Η Ρίκα δεν διαγιγνώσκεται σε παιδιά κάτω των δύο ετών για αυτόν τον λόγο. Η Πίκα εμφανίζεται σε παιδιά με νοητική αναπηρία και αυτισμό κατά κύριο λόγο. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι ενώ τα περισσότερα άτομα καταναλώνουν είδη μη τροφής ή τρόφιμα με ελάχιστη έως καθόλου διατροφική αξία σε κάποιο σημείο της ζωής τους, τα περισσότερα με την πάροδο του χρόνου αυτά τα περιστατικά δεν αποτελούν διαγνωστική διαταραχή διατροφής. Τα μικρά παιδιά μασούν συχνά ή ακόμα και τρώνε είδη όπως κραγιόνια ή ακόμη και τροφές για κατοικίδια που είναι εύκολα προσβάσιμα. Όταν αυτή η συμπεριφορά θεωρείται αναπτυξιακή κατάλληλη, δεν έχει διαγνωστικό χαρακτήρα. Οι έφηβοι και οι ενήλικες συχνά καταναλώνουν τρόφιμα και ποτά που έχουν ελάχιστη έως καθόλου διατροφική αξία, όπως ενεργειακά ποτά, σόδα ή καραμέλα. Αυτά τα παραδείγματα δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για διάγνωση διαταραχής της διατροφικής απουσίας από άλλα συμπτώματα.

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες δοκιμές για τη διάγνωση της ρίκα, οπότε είναι σημαντικό ο πάσχων να έρθει σε επαφή με παρόχους ιατρικής και ψυχικής υγείας σχετικά με τα είδη που δεν καταναλώνονται. Η διάγνωση εξαρτάται από την αυτοαναφορά του ασθενούς. Υπάρχουν μερικές εξετάσεις που μπορεί να παραγγείλουν οι γιατροί ανάλογα με τα είδη που δεν έχουν φάει ένας ασθενής. Οι εξετάσεις αίματος για να αποκλειστεί η δηλητηρίαση από μόλυβδο και οι ακτινογραφίες για να προσδιοριστεί εάν ένας ασθενής μπορεί να έχει απόφραξη του

εντέρου είναι μερικά παραδείγματα εξετάσεων που μπορεί να εκτελέσει ένας γιατρός σε ένα άτομο με pica.

Τα άτομα παραπέμπονται σε θεραπευτή εάν ένας γιατρός πρωτοβάθμιας περίθαλψης υποψιάζεται διατροφική διαταραχή για επιβεβαίωση διάγνωσης και εξειδικευμένης θεραπείας. Οι θεραπευτές και οι ψυχίατροι διαγιγνώσκουν τις διατροφικές διαταραχές με βάση ένα σύνολο αποδεκτών από τη βιομηχανία διαγνωστικών κριτηρίων που βρέθηκαν στο Εγχειρίδιο διαγνωστικών και στατιστικών στοιχείων της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας Ψυχικών Διαταραχών, Πέμπτη Έκδοση (DSM-V).

Το DSM-V περιγράφει το pica ότι έχει τα ακόλουθα διαγνωστικά χαρακτηριστικά:

Μία επίμονη κατανάλωση μη θρεπτικών ουσιών, μη διατροφικών ουσιών για περίοδο τουλάχιστον 1 μήνα, την κατανάλωση μη θρεπτικών ουσιών και μη διατροφικών ουσιών είναι ακατάλληλη για το επίπεδο ανάπτυξης του ατόμου, η διατροφική συμπεριφορά δεν αποτελεί μέρος μιας πολιτισμικά υποστηριζόμενης ή κοινωνικά κανονιστικής πρακτικής εάν η διατροφική συμπεριφορά εμφανίζεται στο πλαίσιο μιας άλλης ψυχικής διαταραχής (π.χ. διανοητική αναπηρία (διαταραχή διανοητικής ανάπτυξης), διαταραχή φάσματος αυτισμού, σχιζοφρένεια) ή ιατρική κατάσταση (εγκυμοσύνη), είναι αρκετά σοβαρή για να απαιτηθεί επιπλέον κλινική προσοχή.

Τα συμπτώματα στην pica σχετίζονται συνήθως με τα πραγματικά αντικείμενα και τις φυσικές συνέπειες που μπορεί να προκύψουν. Λοιμώξεις μπορεί να προκύψουν από την κατανάλωση τοξικών ουσιών. Ένα άτομο μπορεί να φουσκώσει και να δυσκοιλωθεί ως αποτέλεσμα της κατανάλωσης αργίλου. Τα οδοντικά προβλήματα μπορεί να προκύψουν από την κατανάλωση πάγου και άλλων σκληρών ουσιών. Τα κοινά συμπτώματα της Pica περιλαμβάνουν το κοιλιακό άλγος, την ναυτία, τον έμετος, το φούσκωμα, την κούραση, την φτωχή διατροφή, την λαχτάρα, τις ορυκτές ελλείψεις (σίδηρος, ψευδάργυρος), την τοξικότητα μολύβδου.

5.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ

Υπάρχουν πολλές υποθέσεις σχετικά με τις αιτίες της *pica*, αλλά κανένα σταθερό στοιχείο δεν υποστηρίζει αυτές τις θεωρίες. Υπάρχουν τόσο ψυχοκοινωνικές όσο και βιοχημικές αιτίες. Ένας πιθανός λόγος για τον οποίο τα άτομα καταναλώνουν είδη εκτός τροφής είναι ότι πάσχουν από διατροφική ανεπάρκεια όπως χαμηλό επίπεδο σιδήρου, ψευδαργύρου ή ασβεστίου. Είναι ασαφές, ωστόσο, εάν η έλλειψη θρεπτικών ουσιών οδήγησε στην κατανάλωση αργίλου, για παράδειγμα, ή εάν η κατανάλωση αντικειμένων χωρίς τροφή προκάλεσε διατροφικά ελλείμματα. Η κατάποση ακαθαρσιών ή αργίλου μπορεί να θεωρηθεί πολιτιστικά αποδεκτή σε ορισμένες περιοχές. Ενώ αυτή η πρακτική μπορεί ακόμη να οδηγήσει σε ιατρικές επιπλοκές, δεν θεωρείται διαταραχή διατροφής υπό αυτές τις συνθήκες.

Η Πίκα είναι διαφορετική από άλλες διατροφικές διαταραχές, όπως ανορεξία και βουλιμία, καθώς δεν σχετίζεται με διαταραχή της εικόνας του σώματος ή με την επιθυμία το άτομο να γίνει αδύνατο. Το άτομο που πάσχει από *pica* καθοδηγείται περισσότερο από εξαναγκασμούς όπως για παράδειγμα στην ψυχαναγκαστική διαταραχή. Η έλλειψη εποπτείας σε ορισμένες οικογένειες μπορεί να οδηγήσει σε παιδιά που καταναλώνουν είδη εκτός τροφής. Αυτό δεν συμβαίνει πάντα. Τα παιδιά μπορούν επίσης να στραφούν στο *pica* ως πηγή άνεσης σε τραυματικές, παραμελημένες ή αγχωτικές καταστάσεις.

Οι παράγοντες κινδύνου για την *Pica* περιλαμβάνουν το στρες, την εγκυμοσύνη, τις διατροφικές ελλείψεις, τις υπάρχουσες διαταραχές, την οικογενειακή ψυχοπαθολογία, τους ολιστικούς παράγοντες (ορισμένες ομάδες στις ΗΠΑ και την Αφρική είναι γνωστό ότι τρώνε πηλό), την χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τις μαθημένες συμπεριφορές, την γονική παραμέληση, την μητρική στέρηση και το συναισθηματικό τραύμα. (Flo.health, 2020).

5.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

5.5.1 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συμπεριφορική θεραπεία είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την αλλαγή κακής προσαρμογής συμπεριφορών. Ο στόχος είναι η ενίσχυση των επιθυμητών συμπεριφορών και η εξάλειψη των ανεπιθύμητων συμπεριφορών. Η συμπεριφορική θεραπεία επικεντρώνεται στο πρόβλημα. Ο στόχος είναι να διδάξει στους ανθρώπους νέες συμπεριφορές για ελαχιστοποίηση ή εξάλειψη του ζητήματος. Τα παιδιά και τα μέλη της οικογένειάς τους μπορούν να χρησιμοποιούν ανταμοιβές όπως αυτοκόλλητα σε

ένα γράφημα αυτοκόλλητων για να ενισχύσουν τις θετικές συμπεριφορές-επιλογές καθ 'όλη τη διάρκεια της εβδομάδας σχετικά με τις επιλογές φαγητού τους.(Flo.health, 2020).

5.5.2 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Ένας εγγεγραμμένος διαιτολόγος με ειδικότητα στις διατροφικές διαταραχές θα παρέχει συμβουλευτική διατροφής στο άτομο με ρισκ. Μπορεί επίσης να περιλαμβάνει την οικογένειά τους, ειδικά στην περίπτωση των νεότερων πελατών. Ο διαιτολόγος θα εκπαιδεύσει τον πελάτη και την οικογένεια σχετικά με τα διατροφικά ελλείμματα στη διατροφή του πελάτη, πώς να καλύψει τις διατροφικές του ανάγκες και πώς να καθορίσει τη διαφορά μεταξύ των βρώσιμων και των μη βρώσιμων ειδών διατροφής. Ακόμα θα είναι εκείνος που θα συνεργαστεί στενά με τον γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης για να παρακολουθεί την εργαστηριακή εργασία για να εξασφαλίσει ιατρική σταθερότητα.(Flo.health, 2020).

5.5.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η οικογενειακή θεραπεία έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει ολόκληρη την οικογένεια να ενημερωθεί για τη διαταραχή που επηρεάζει το άτομο καθώς και όλους τους άλλους. Ο οικογενειακός θεραπευτής θα βοηθήσει όλους τους εμπλεκόμενους να μάθουν να αντιμετωπίζουν το άγχος, καθώς και να αναπτύξουν δεξιότητες αντιμετώπισης που απαιτούνται για τη διαχείριση της κατάστασης εντός του νοικοκυριού τους.

Η θεραπεία μπορεί να πραγματοποιηθεί από έναν αδειοδοτημένο γάμο και οικογενειακό θεραπευτή και έναν αδειούχο επαγγελματία σύμβουλο ή έναν αδειούχο ψυχολόγο (PhD, PsyD). Οι συνεδρίες οικογενειακής θεραπείας παρέχουν ένα ασφαλές περιβάλλον για τις οικογένειες να συζητήσουν τα συναισθήματά τους σχετικά με την αντιμετώπιση μιας διαταραχής που μπορεί να είναι αγχωτική και τρομακτική για όλους τους εμπλεκόμενους. Ο οικογενειακός θεραπευτής θα βοηθήσει τις οικογένειες να επικοινωνήσουν καλύτερα, να λύσουν προβλήματα και να συνεργαστούν αποτελεσματικά.(Flo.health, 2020).

5.5.4 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η ψυχοεκπαίδευση έχει σχεδιαστεί για να βοηθά τις οικογένειες να κατανοήσουν καλύτερα

και να αντιμετωπίσουν την ψίκα εντός των νοικοκυριών τους παρέχοντας πληροφορίες σχετικά με τη διαταραχή και τον τρόπο αντιμετώπισής της. Έτσι θα παρέχεται στις οικογένειες από τον θεραπευτή, τον ψυχίατρο και τον εγγεγραμμένο διαιτολόγο, καθώς σχετίζεται με το μέρος της θεραπείας του ασθενούς. Είναι σημαντικό τόσο στο άτομο που έχει διαγνωστεί με ψίκα όσο και στα υπόλοιπα που συνυπάρχουν μαζί του να έχουν πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση και ιδέες σχετικά με τον τρόπο υποστήριξης και προστασίας του ατόμου. Αυτό ισχύει για οποιαδήποτε συνυπάρχουσα διαταραχή που αντιμετωπίζει και ο ασθενής.(Flo.health,2020).

5.5.5 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ψίκα. Πιστεύεται ότι τα αντιψυχωσικά φάρμακα, που χρησιμοποιούνται συνήθως για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας και των διαταραχών της διάθεσης, θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη μείωση των πιέσεων για κατανάλωση αντικειμένων που δεν προέρχονται από τρόφιμα. Ορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι τα φάρμακα μπορεί να παρέχουν εναλλακτικές θεραπείες σε άτομα με ψίκα που είναι ανθεκτικά στη συμπεριφορά.(Flo.health, 2020).

5.5.6 ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ

Εκτός από την επίσημη θεραπεία που λαμβάνει ένα άτομο για ψίκα όπως ιατρική περίθαλψη, θεραπεία και φαρμακευτική αγωγή, υπάρχουν και αλλαγές στον τρόπο ζωής που μπορούν επίσης να είναι χρήσιμες όπως η πέραση αρκετού χρόνου με την οικογένεια του πάσχοντα για να επιτευχθεί αύξηση της υποστήριξης και της υπευθυνότητας, η διασφάλιση επαρκούς ύπνου για τη μείωση του άγχους και του στρες, η διασφάλιση ότι το περιβάλλον μέσα στο σπίτι είναι ασφαλές τόσο για το πάσχων άτομο όσο και για την οικογένεια του με το σπίτι να χρήζει άμεσης απαλλαγής από αντικείμενα χωρίς τρόφιμα που το άτομο έχει καταναλώσει, η ανακάλυψη εναλλακτικών δραστηριοτήτων για να αποσπαστεί ο πάσχων για κατανάλωση αντικειμένων χωρίς φαγητό.(Flo.health,2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΑΛΛΟΙ ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

6.1 ΔΥΣΜΟΡΦΙΚΉ ΔΙΑΤΑΡΑΧΉ ΣΩΜΑΤΟΣ (BDD)

Η πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών-5 (DSM-5) χαρακτηρίζει τη δυσμορφική διαταραχή του σώματος ως μια ανησυχητική ενασχόληση με ένα ή περισσότερα αντιληπτά ή ελαφρά ελαττώματα της σωματικής εμφάνισης, που συνδέεται με σημαντική δυσφορία και λειτουργική έκπτωση. Τα κριτήρια διευκρινίζουν επίσης ότι κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ασθένειας, τα άτομα επιδεικνύουν επαναλαμβανόμενες και ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές ως απάντηση στις ανησυχίες τους για την εμφάνισή τους. Αυτοί οι ακαταμάχητοι και οδυνηροί καταναγκασμοί μπορεί να είναι συμπεριφορικοί (π. χ. έλεγχος στον καθρέφτη, υπερβολική περιποίηση, καμουφλάζ, σκάλισμα του δέρματος, αναζήτηση επιβεβαίωσης) ή ψυχικές πράξεις (π. χ. σύγκριση των αντιπαθητικών χαρακτηριστικών εμφάνισης με εκείνα άλλων ανθρώπων). Η πλειονότητα των ασθενών παρουσιάζει υπερβολική αυτοσυνειδησία, συχνά με ιδέες ή ψευδαισθήσεις αναφοράς, οι οποίες είναι παράλογες πεποιθήσεις ότι τυχαία περιστατικά στον κόσμο σχετίζονται άμεσα με αυτούς. Για παράδειγμα, η σκέψη ότι οι άλλοι τους προσέχουν ιδιαίτερα, μιλούν γι' αυτούς, τους κρίνουν ή τους κοροϊδεύουν εξαιτίας του αντιλαμβανόμενου ελαττώματος ή σφάλματος. Όπως και στη νευρική ανορεξία και βουλιμία, οι διαταραχές της εικόνας του σώματος προηγούνται της νόσου. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι, εάν μια διατροφική διαταραχή εξηγεί όλες τις ανησυχίες του ασθενούς για την εμφάνισή του, η διατροφική διαταραχή είναι καταλληλότερη διάγνωση από τη ΜΔΔ.

Η BDD συνδέεται με σημαντική ψυχοκοινωνική έκπτωση και υψηλά ποσοστά κατάθλιψης, αυτοκτονικότητας και νοσηλείας. Οι εκτιμήσεις για τον επιπολασμό της ΜΔΔ στο γενικό πληθυσμό κυμαίνονται μεταξύ 0,7% και 3,2%. Η ΜΔΣ συναντάται συχνά σε κλινικές ρυθμίσεις, με επιπολασμό 13% έως 16% σε ψυχιατρικούς νοσηλευόμενους, 4,8% σε εφήβους νοσηλευόμενους, 9% έως 12% σε δερματολογικές ρυθμίσεις, 8% έως 37% σε άτομα με ΙΨΔ, 3% έως 53% σε ρυθμίσεις αισθητικής χειρουργικής, 11% έως 13% σε κοινωνική φοβία και 14% έως 42% σε άτυπη μείζονα καταθλιψη. (Seyed et al., 2021).

6.2 ΜΥΙΚΗ ΔΥΣΜΟΡΦΙΑ (ΜΔ)

Η μυϊκή δυσμορφία είναι μια σπάνια μορφή δυσμορφικής διαταραχής του σώματος που επικεντρώνεται στη μυϊκότητα και εντοπίζεται κυρίως στους άνδρες. Αναφέρεται σε μια ακραία επιθυμία να αποκτήσει κανείς άλιπη μυϊκή μάζα και στην ενασχόληση με την αντιληπτή ελλειψη μυικότητας. Παρόλο που η μυϊκή δυσμορφία περιλαμβάνεται στο DSM-5 ως παραλλαγή της δυσμορφικής διαταραχής του σώματος, έχουν διατυπωθεί ισχυρισμοί για ομοιότητες με τις διατροφικές διαταραχές, ιδίως με τη νευρική ανορεξία. Οι ερευνητές έχουν προτείνει ότι η ΜΔ είναι μια αντίστροφη μορφή της νευρικής ανορεξίας και έχει επινοηθεί ακόμη και η λέξη "bigorexia" για να την εξηγήσει. Τα άτομα με ΜΔ μπορεί να παρουσιάσουν μειωμένη κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα εξαιτίας της αμηχανίας τους για τα ελαττώματα της εμφάνισής τους και, κατά συνέπεια, της τάσης τους για κοινωνική απόσυρση. Επίσης, εξαιτίας της ανάγκης τους να ακολουθούν μια προσεκτική διατροφή και ένα χρονοβόρο πρόγραμμα προπόνησης. Μπορούν επίσης να βλάψουν την υγεία τους με επικίνδυνες συμπεριφορές αλλαγής σώματος, υπερβολική γυμναστική και χρήση αναβολικών-ανδρογόνων στεροειδών.(Seyed et al.,2021).

6.3 ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (ΙΨΔ)

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι μια αναπηρική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ιδεοληψίες και καταναγκασμούς. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή μπορεί να σχετίζεται με διάφορες πτυχές της εικόνας του σώματος. Εκτός από την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, αρκετές άλλες διαταραχές έχουν βασικά ψυχαναγκαστικά και καταναγκαστικά χαρακτηριστικά. Στην BDD, οι εμμονικές σκέψεις επικεντρώνονται στο ελάττωμα που αντιλαμβάνονται και στο πώς μπορούν να επιλύσουν το φυσικό πρόβλημα. Περαιτέρω, οι ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές περιλαμβάνουν τον έλεγχο της εμφάνισής τους, προσωρινές λύσεις, όπως η καμουφλάζ, ή την αναζήτηση μόνιμων λύσεων.(Seyed et al., 2021).

6.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ (SAD)

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η διαταραχή κοινωνικού άγχους μπορεί να σχετίζεται με δυσλειτουργία που σχετίζεται με την εικόνα του σώματος. Η διαταραχή και η BDD είναι δύο διαφορετικές αλλά εννοιολογικά αλληλοεπικαλυπτόμενες διαταραχές. Τα άτομα που δεν

έχουν απαραίτητα BDD αλλά θεωρούν τον εαυτό τους μη ελκυστικό τείνουν να έχουν περισσότερο κοινωνικό άγχος.(Seyed et al., 2021).

6.5 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Οι ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή βιώνουν μεταβολή της στάσης του σώματος και δυσaréσκεια για την εικόνα του σώματος κατά τη διάρκεια των επεισοδίων κατάθλιψης.(Seyed et al., 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

7.1 ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

7.1.1 ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Οι επιπλοκές της νευρικής ανορεξίας κρίνονται ως αρκετά σοβαρές. Σε αυτές συγκαταλέγεται μεταβολές στη δομή και τη λειτουργία της καρδιάς, στις αυτόνομες παραμέτρους και στην καρδιακή επαναπόλωση έχουν σημειωθεί σε σύγχρονες συστηματικές ανασκοπήσεις της ΝΑ. Η ατροφία του μυοκαρδίου, το δομικό χαρακτηριστικό αυτής της νόσου, χαρακτηρίζεται από μείωση του δείκτη μάζας της αριστερής κοιλίας και συνακόλουθα μείωση του όγκου της αριστερής κοιλίας.

Η πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας είναι συχνή στην ΝΑ. Αν και ο μηχανισμός της δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως, θεωρείται ότι είναι συνέπεια της ατροφίας του μυοκαρδίου και του μειωμένου μεγέθους των θαλάμων της αριστερής κοιλίας που οδηγούν σε σχετική χαλαρότητα των βαλβίδων, ακόμη και όταν δεν υπάρχει εκφύλιση των μυξωματικών βαλβίδων. Αυτή η "θεωρία της δυσαναλογίας βαλβίδας-κοιλίας" υποδηλώνει ότι είτε ο υπερβολικός ιστός της μιτροειδούς βαλβίδας είτε το ανεπαρκές μέγεθος της κοιλότητας της αριστερής κοιλίας έχει ως αποτέλεσμα την πρόπτωση. Αυτή η θεωρία υποστηρίζεται από την παρατήρηση ότι η πρόπτωση εξαφανίζεται στους ασθενείς μετά την αποκατάσταση του σωματικού βάρους, αλλά επανεμφανίζεται όταν οι ασθενείς χάνουν ξανά βάρος.

Σε μια μελέτη κούρτης, οι συγγραφείς παρατήρησαν πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας στους περισσότερους από τους ασθενείς τους με σοβαρή ΝΑ, αλλά δεν διαπίστωσαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάστασης της αριστερής κοιλίας και της πρόπτωσης. Αντίθετα, η χαμηλή καρδιακή συχνότητα είχε σημαντική συσχέτιση με την πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας. Επομένως, η αιτία της πρόπτωσης είναι πιθανότατα πολυπαραγοντική και μπορεί επίσης να μεσολαβεί από τον αυξημένο υποκείμενο κολπικό τόνο και την επακόλουθη βραδυκαρδία.

Η περικαρδιακή συλλογή μπορεί να αναπτυχθεί με προοδευτική απώλεια βάρους, αλλά γενικά υποχωρεί με την αποκατάσταση του βάρους και την ταυτόχρονη ομαλοποίηση των επιπέδων τριωδοθυρονίνης (T3) στον ορό.

Η φλεβοκομβική βραδυκαρδία, η βαθιά αναστρέψιμη δυσλειτουργία του φλεβόκομβου και η ορθοστατική υπόταση παρατηρούνται ομοιόμορφα σε ασθενείς με σοβαρή ΝΑ. Η ηλεκτροκαρδιογραφία μπορεί να είναι κατάλληλη ανάλογα με το δείκτη μάζας σώματος

(ΔΜΣ) του ασθενούς. Είναι απίθανο να αποκαλύψει πολλά εάν ο ΔΜΣ είναι υψηλότερος από 17 kg/m², αλλά είναι πιθανό να δείξει σημαντική βραδυκαρδία ή άλλη αρρυθμία εάν είναι μικρότερος. Καθώς ο ΔΜΣ μειώνεται, η βραδυκαρδία και η υπόταση γίνονται πιο έντονες.

Δεν υπάρχουν λειτουργικά καρδιαγγειακά χαρακτηριστικά διαγνωστικά της AN. Ωστόσο, υπάρχουν δείκτες ιστικού Doppler της διαστολικής δυσλειτουργίας (μειωμένη χαλάρωση, κοιλιακή δυσκαμψία). Αναλόγως, έχει επίσης περιγραφεί αυξημένη ταχύτητα αρτηριακών σφυγμικών κυμάτων, ένα μέτρο της αορτικής δυσκαμψίας. Παρόλο που μελέτες δείχνουν ότι οι ασθενείς με NA έχουν χαμηλότερη ικανότητα άσκησης, αρτηριακή πίεση και καρδιαγγειακούς δείκτες αιχμής (π. χ. κατανάλωση οξυγόνου), η πραγματική συστολική κοιλιακή λειτουργία διατηρείται στην αιχμή της άσκησης. Το διατηρημένο κλάσμα εξώθησης υποδηλώνει ότι παρά τον έντονο θερμιδικό περιορισμό, την αποφόρτιση και την ατροφία των σκελετικών μυών, η συστολική λειτουργία της αριστερής κοιλίας παραμένει φαινομενικά διατηρημένη.

Ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος είναι συχνά η αιτία πρόωρου θανάτου σε ασθενείς με NA. Η αυτόνομη δυσλειτουργία, όπως μετράται με τη μειωμένη μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού, έχει περιγραφεί σε ασθενείς με NA, αν και δεν έχει προκύψει ένα σταθερό πρότυπο όταν αξιολογείται συστηματικά. (Cost et al., 2020).

7.1.2 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Ως άμεσο αποτέλεσμα της απώλειας βάρους και του υποσιτισμού, ο χρόνος γαστρεντερικής διέλευσης επιβραδύνεται. Επομένως, η γαστροπάρεση και η δυσκοιλιότητα είναι συχνές σε ασθενείς με NA, ιδίως όταν η απώλεια βάρους γίνεται πιο σοβαρή. Εάν ο ασθενής έχει συμπτώματα, μπορεί να συνταγογραφηθεί μετοκλοπραμίδη ή ένα μακρολιδικό αντιβιοτικό για μικρό χρονικό διάστημα μέχρι να υπάρξει κάποια αύξηση του βάρους.

Το σύνδρομο της άνω μεσεντέριας αρτηρίας εμφανίζεται σε ασθενείς με NA ως αποτέλεσμα της προκαλούμενης από την απώλεια βάρους ατροφίας του μεσεντερίου λιπώδους μαξιλαριού. Κανονικά, το λιπώδες μαξιλάρι προσδένει την αρτηρία και εμποδίζει τη μεσαία κίνησή της, η οποία θα μπορούσε να συμπιέσει το τρίτο τμήμα του δωδεκαδακτύλου καθώς διέρχεται μεταξύ της άνω μεσεντέριας αρτηρίας και της αορτής. Οι ασθενείς με σύνδρομο ανώτερης μεσεντέριας αρτηρίας παραπονιούνται για αίσθημα πληρότητας, ναυτία και επιγαστρικό πόνο που αρχίζει αμέσως μετά το φαγητό και ανακουφίζεται με τον εμετό. Η διάγνωση τίθεται με σειρά εξετάσεων του ανώτερου γαστρεντερικού ή με υπολογιστική

τομογραφία κοιλίας. Το σύνδρομο της άνω μεσεντέριας αρτηρίας αντιμετωπίζεται με μαλακή ή υγρή δίαιτα μέχρι να υπάρξει επαρκής αύξηση του σωματικού βάρους για την ανασύσταση του λιπώδους μαξιλαριού. (Cost et al., 2020).

Η διάρροια μπορεί να εμφανιστεί νωρίς στη διαδικασία επανασίτισης λόγω ατροφίας του λεπτού εντέρου και μείωσης της απορροφητικής περιοχής. Τα χαμηλά επίπεδα οξειδάσης της διαμίνης στο αίμα υποστηρίζουν αυτή την αιτιολογία.

Ηπατική νόσος. Τα επίπεδα των αμινοτρανσφερασών είναι συχνά αυξημένα στην ΝΑ. Υπάρχουν δύο κύριες αιτίες. Νωρίς, πριν αρχίσει η επανασίτιση, προκαλείται πιθανότατα από τον προγραμματισμένο από την απόπτωση θάνατο των κυττάρων των ηπατοκυττάρων που προκαλείται από την πείνα. Ωστόσο, εάν τα επίπεδα αρχίσουν να αυξάνονται αφύσικα με την επανασίτιση, είναι πιο πιθανό να οφείλεται σε στεατοηπατίτιδα, η οποία ανταποκρίνεται σε μια αλλαγή της μακροσύνθεσης της διατροφής με μείωση των θερμίδων από υδατάνθρακες. Παραδόξως, τα επίπεδα λευκωματίνης είναι φυσιολογικά ακόμη και με σοβαρή ΝΑ. Οι λειτουργικές διαταραχές του εντέρου είναι συχνές σε ασθενείς με ΝΑ. (Cost et al., 2020).

7.1.3 ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Για πολλά χρόνια, οι πνεύμονες θεωρούνταν ότι είχαν ανοσία στη φθορά της ΝΑ. Ωστόσο, γνωρίζουμε τώρα ότι αυτό δεν ισχύει καθώς οι ασθενείς με ΝΑ διαγιγνώσκονται πολλές φορές με:

Αυθόρμητο πνευμοθώρακα και πνευμομεσοθωράκιο. Η πνευμονία από εισρόφηση μπορεί να εμφανιστεί με έντονη απώλεια βάρους λόγω εξασθένησης των μυών του φάρυγγα και προβλημάτων κατάποσης, τα οποία μπορούν να εντοπιστούν με τροποποιημένες μελέτες κατάποσης βαρίου.

Οι εξετάσεις πνευμονικής λειτουργίας μπορεί να είναι παθολογικές και να δείχνουν αποφρακτικό πρότυπο, αλλά η αιτία είναι άγνωστη. (Cost et al., 2020).

7.1.4 ΧΑΜΗΛΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΕΥΚΩΝ , ΕΡΥΘΡΩΝ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΩΝ, ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ

Ο μετασχηματισμός του μυελού σε ζελατινώδη μορφή συμβαίνει καθώς ο υποσιτισμός επιδεινώνεται. Συγκεκριμένα, το ορώδες λίπος ατροφεί στο μυελό των οστών και το

φυσιολογικό λίπος του μυελού αντικαθίσταται από μια παχιά βλεννοπολυσακχαριδική ουσία που εμποδίζει την έξοδο των πρόδρομων κυττάρων από το μυελό των οστών. Αυτό οδηγεί σε τριγωνική υποπλασία με λευκοπενία, αναιμία και θρομβοπενία ανιχνεύονται με αυτή τη σειρά φθίνουσας συχνότητας.

Λευκοπενία. Είναι ενδιαφέρον ότι, παρά την ειλικρινή ουδετεροπενία, οι ασθενείς με NA δεν διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης και, επομένως, δεν απαιτούνται ουδετεροπενικές προφυλάξεις. Ομοίως, η χρήση ακριβών αυξητικών παραγόντων δεν ενδείκνυται, επειδή ο μυελός ανασυγκροτείται γρήγορα με τη διατροφική αποκατάσταση.

Η αναιμία στην NA είναι συνήθως νορμοκυτταρική, αλλά όταν οι δείκτες των ερυθρών αιμοσφαιρίων είναι μη φυσιολογικοί, είναι συνήθως μακροκυτταρική, αν και τα επίπεδα της βιταμίνης B12 και του φυλλικού οξέος δεν είναι χαμηλά. Η μικροκυτταρική αναιμία είναι σπάνια και απαιτεί πρόσθετη αξιολόγηση.(Cost et al., 2020).

7.1.5 ΠΟΛΛΑΠΛΕΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ

Η αμηνόρροια είναι παρούσα στις περισσότερες γυναίκες, οι οποίες έχουν χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων λόγω της επαναφοράς του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης σε προ-εφηβική κατάσταση, και οι περισσότεροι άνδρες έχουν χαμηλή τεστοστερόνη. Η έμμηνος ρύση γενικά επανέρχεται όταν επιτευχθεί περίπου το 95% του ιδανικού σωματικού βάρους, αν και μπορεί να χρειαστούν 6 έως 9 μήνες για να συμβεί αυτό. Σημειωτέον, η εγκυμοσύνη μπορεί να εμφανιστεί ακόμη και με αμηνόρροια και είναι επικίνδυνη για την ασθενή και το έμβρυο.

Τα χαμηλά επίπεδα λεπτίνης ομαλοποιούνται με την αποκατάσταση του βάρους και τη διατροφική αποκατάσταση. Τα επίπεδα λεπτίνης μπορεί να σχετίζονται με την έναρξη της κανονικής εμμήνου ρύσεως

Η αντίσταση στην αυξητική ορμόνη συνοδεύει την AN, όπως και τα αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης στον ορό. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν σύνδρομο ευθυρεοειδούς ασθένειας, το οποίο αυτοπεριορίζεται και αναστρέφεται μετά από διατροφική αποκατάσταση.

Η υπογλυκαιμία ανιχνεύεται συχνότερα σε ασθενείς με πιο σοβαρές μορφές της νόσου και ΔΜΣ κάτω από 15 kg/m². Η υπογλυκαιμία αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο, καθώς προμηνύει ηπατική ανεπάρκεια και αδυναμία πραγματοποίησης της γλυκονογένεσης και της γλυκογονόλυσης.(Cost et al., 2020).

7.1.6 ΑΠΩΛΕΙΑ ΜΥΩΝ ΚΑΙ ΟΣΤΩΝ

Σαρκοπενία.: Παρόλο που οι ασθενείς με ΝΑ τείνουν να είναι νέοι, παρουσιάζουν σημαντική σαρκοπενία και απώλεια σκελετικής μυϊκής μάζας. Αυτό με τη σειρά του προκαλεί μια επικίνδυνη κατάσταση αδυναμίας και αυξάνει τον κίνδυνο πτώσεων σε πιο βαριά πάσχοντες ασθενείς. Αυτές οι επιπλοκές είναι πλήρως αναστρέψιμες με αύξηση του σωματικού βάρους και φυσικοθεραπεία.

Απώλεια οστών.: Μια σοβαρή και πιθανώς μη αναστρέψιμη επιπλοκή της AN που σχετίζεται με την παρουσία σαρκοπενίας είναι η απώλεια οστικής πυκνότητας και η τάση για πρόωμη ανάπτυξη οστεοπενίας και οστεοπόρωσης, ακόμη και σε έφηβους ασθενείς.(Cost et al., 2020).

7.1.7 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ: ΑΤΡΟΦΙΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Η νευρική ανορεξία χαρακτηρίζεται από έντονη ατροφία του εγκεφάλου στις απεικονιστικές μελέτες του εγκεφάλου. Συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου φαίνεται να είναι κατά προτίμηση κατεστραμμένες, συμπεριλαμβανομένης τόσο της φαιάς όσο και της λευκής ουσίας και περιοχών της νησίδας και του θαλάμου. Με την αποκατάσταση του βάρους, αυτές οι ανωμαλίες του μεγέθους του εγκεφάλου φαίνεται να αντιστρέφονται, αλλά μπορεί να υπάρχουν συνεχιζόμενα γνωστικά ελλείμματα που επιμένουν ως δευτερογενής ιατρική επιπλοκή της ΝΑ με μόνιμες δυσμενείς συνέπειες. Η ατροφία του εγκεφάλου μπορεί να εξηγήσει τις ανωμαλίες στη γεύση, την όσφρηση, τη λειτουργία του θαλάμου και τη ρύθμιση της θερμοκρασίας, καθώς και τη συνολική διανοητική βραδύτητα που παρατηρείται σε άτομα με πιο σοβαρές μορφές της νόσου.(Cost et al., 2020).

7.1.8 ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΈΣ ΕΠΙΠΛΟΚΈΣ

Οι ασθενείς με AN μπορεί να αναπτύξουν μια ποικιλία δερματικών παθήσεων, συμπεριλαμβανομένης της ξηροδερμίας, η οποία έχει ως αποτέλεσμα επώδυνο, ξηρό και με σχισμές δέρμα, ακροκυάνωση και ανάπτυξη τριχών λανούγκο στις πλευρές του προσώπου και κατά μήκος της σπονδυλικής στήλης. Η τριχοφυΐα εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της

προσπάθειας του σώματος να διατηρήσει τη θερμότητα και δεν αποτελεί ένδειξη αρρενοποίησης. Παρατηρούνται επίσης εύθραυστα μαλλιά και νύχια και ανεξήγητη υπερκαροτιναιμία, η οποία δίνει στο δέρμα κιτρινωπή όψη.(Cost et al., 2020).

7.2 ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Η νευρική βουλιμία είναι μια ψυχιατρική διαταραχή που μπορεί να οδηγήσει σε δυνητικά κρίσιμες επιπλοκές. Σε αντίθεση με τη νευρική ανορεξία, όπου οι επιπλοκές οφείλονται στην απώλεια βάρους και τον υποσιτισμό, ο τύπος και η σοβαρότητα των ιατρικών επιπλοκών της νευρικής βουλιμίας μπορούν να προσδιοριστούν με βάση τη συχνότητα και τη μέθοδο που χρησιμοποιεί ο ασθενής για να εξαγνιστεί. Οι επιπλοκές που σχετίζονται με τη νευρική βουλιμία περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

7.2.1 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΙΣΟΦΑΓΟΥ

Υπερτροφία σιελογόνων αδένων (σιαλαδένωση) και πρησμένα μάγουλα - συνήθως στον παρωτιδικό αδένα, αλλά έχει επίσης καταγραφεί ότι προκαλεί διόγκωση του υπογνάθιου σιελογόνου αδένα.

Σύνδρομο Mallory-Weiss (βλεννογόνια και υποβλεννογόνια οισοφαγικά ρήγματα κοντά στη γαστροοισοφαγική συμβολή) - μερικές φορές προηγείται γαστροοισοφαγική σύσπαση, η οποία προκαλείται από τη βίαιη συστολή του στομάχου όταν ο ασθενής κάνει εμετό. Τα δάκρυα Mallory-Weiss μπορεί να εξελιχθούν σε σύνδρομο Boerhaave (ρήξη οισοφάγου)

ΓΟΠΝ - γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, η οποία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης οισοφάγου Barrett.

Οισοφάγος Barrett - μια κατάσταση στην οποία ο μη φυσιολογικός κιονοειδής βλεννογόνος αντικαθιστά τον φυσιολογικό πλακώδες βλεννογόνο ως αποτέλεσμα του ερεθισμού του ιστού από το γαστρικό οξύ. Πιθανώς αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του οισοφάγου, αν και υπάρχουν μόνο περιορισμένα στοιχεία για την ύπαρξη αιτιώδους συνάφειας.

Λαρυγγοφαρυγγική παλινδρόμηση - η μετακίνηση του γαστρικού περιεχομένου πίσω στο λαρυγγοφάρυγγα μπορεί να εκδηλωθεί ως βήχας, βραχνή φωνή, πονόλαιμος και δυσφαγία

Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS) - μια μελέτη διαπίστωσε ότι μεταξύ των ασθενών με νευρική βουλιμία, ο επιπολασμός του IBS ήταν περίπου 69%.

Αχαλασία - η αδυναμία χαλάρωσης των μυών του κατώτερου οισοφάγου.

Οισοφαγικός σπασμός - ακανόνιστη συσταλτικότητα των οισοφαγικών μυών. (Jain et al., 2020).

7.2.2 ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΡΡΥΘΜΙΑ- μπορεί να προκληθεί από υποκαλιαιμία λόγω αυτοαποκαλούμενου εμετού. Η υποκαλιαιμία μπορεί να συμβάλει στην παράταση του QTc. Επιπλέον, η κατάχρηση της ιπεκάκης συνδέεται με άλλες καρδιακές επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένης της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας και του θανάτου. (Jain et al. 2020).

7.2.3 ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ- η χρόνια κατάχρηση διεγερτικών καθαρτικών, στα οποία περιλαμβάνονται η σέννα, η κασκάρα, η φαινολοφθαλεΐνη ή το δισακονδύλιο, μπορεί να οδηγήσει σε σύνδρομο καθάρσεως του παχέος εντέρου. (Jain et al., 2020).

7.2 4 ΔΙΑΒΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΜΑΛΤΟΥ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ - αποτέλεσμα της έκπλυσης των δοντιών από το γαστρικό οξύ. Η έκθεση του σμάλτου στο γαστρικό οξύ αυξάνει τον κίνδυνο διάβρωσης των δοντιών, ιδιαίτερα στις αποφρακτικές ("δαγκωτικές") επιφάνειες των δοντιών, αλλά μπορεί επίσης να επεκταθεί στις επιφάνειες των γομφίων που βλέπουν προς τη γνάθο και προς τον ουρανίσκο. Η υποχώρηση των ούλων μπορεί επίσης να εμφανιστεί για τον ίδιο λόγο. (Jain et al., 2020).

7.2.5 ΠΡΟΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΟΡΘΟΥ -υπάρχουν αναφορές περιπτώσεων πρόπτωσης πρόπτωσης του ορθού σε γυναίκες με νευρική βουλιμία. Η υπόθεση είναι ότι αυτό οφείλεται σε δυσκοιλιότητα ή σε αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση που σχετίζεται με τον εμετό. (Jain et al., 2020).

7.2.6 ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ-έχει τεκμηριωθεί σε αρκετές περιπτώσεις νευρικής βουλιμίας, αν και δεν έχει τεκμηριωθεί ένας μοναδικός άμεσος μηχανισμός. (Jain et al. 2020).

7.2.7 ΔΙΑΒΗΤΗΣ- μια μετα-ανάλυση δέκα μελετών διαπίστωσε ότι η νευρική βουλιμία συνδέεται με σχετικό κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου 2. (Jain et al., 2020).

7.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΕΡΦΑΓΙΑΣ

Πολλές επιπλοκές μπορεί να προκύψουν από το BED όπως η παχυσαρκία ή το υπερβολικό βάρος τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης , η υπέρταση (υψηλή αρτηριακή πίεση), ο διαβήτης, οι πέτρες στη χολή, καποιοι ορισμένοι τύποι καρκίνου, κάποια καρδιακή ασθένεια και ψυχική ασθένεια (ιδιαίτερα κατάθλιψη, άγχος και κατάχρηση ουσιών)

Εκτός από συγκεκριμένες διαταραχές, οι επιπλοκές της υπερφαγίας μπορεί να περιλαμβάνουν πολλές διαφορετικές ανισορροπίες διαφόρων συστημάτων του σώματος. Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές (συμπεριλαμβανομένου του BED) μπορεί να έχουν διαταραχές σε διάφορες λειτουργίες του σώματος, όπως τα προβλήματα με φυσιολογική πέψη , η αϋπνία (πρόβλημα ύπνου), οι διαταραχές στην φυσιολογική ανάπτυξη, ορμονικά προβλήματα, τροποποίηση της νεφρικής λειτουργίας και συναισθηματικά προβλήματα. Επίσης εμφανίζονται προβλήματα μνήμης και σκέψης.(Guerdjikova et al., 2019).

7.4 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΡΙΣΑ

Τα άτομα μπορεί να παρουσιάσουν σημαντική ιατρική ανεπάρκεια ως αποτέλεσμα της κατανάλωσης των αντικειμένων χωρίς τροφή. Η δηλητηρίαση ή οι λοιμώξεις είναι δυνατές μαζί με εντερικά μπλοκαρίσματα και δάκρυα του οισοφάγου, ανάλογα με το ποια είδη καταναλώνονται. Τα ακόλουθα είναι κοινές επιπλοκές που σχετίζονται με διάφορες ουσίες

που καταναλώνονται: Στην κατανάλωση αργίλου ή ακαθαρσιών μπορεί να οδηγήσει σε δυσκοιλιότητα, τοξικότητα και διατροφικές ανεπάρκειες. Η κατανάλωση βρωμιάς μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μολύνσεις ή παράσιτα, στην κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων πάγου μπορεί να οδηγήσει σε οδοντικά προβλήματα και ανεπάρκεια σιδήρου, στην κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αμύλου μπορεί επίσης να οδηγήσει σε ανεπάρκεια σιδήρου. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ρίσα μπορεί να οδηγήσει σε υψηλό σάκχαρο στο αίμα και ακόμη και παχυσαρκία. Άλλες ουσίες που καταναλώνονται συχνά ενέχουν κινδύνους, όπως δηλητηρίαση από μόλυβδο από χρώμα, δηλητηρίαση από υδράργυρο από χαρτί, εγκαύματα από μπαταρίες, αρσενικό, φθόριο και πολλά άλλα. Εντερικά μπλοκαρίσματα και διατροφική στέρηση. (Flo.health, 2020)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

COVID19 ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η νόσος του κορονοϊου (COVID-19), που εμφανίστηκε μόλις πριν από λίγους μήνες στην Κίνα, αποτελεί πλέον παγκόσμια πανδημία. Οι σημαντικές ιατρικές επιπλοκές, η νοσηρότητα και η ταχεία διεθνής εξάπλωση οδήγησαν στην ταχεία λήψη σημαντικών μέτρων δημόσιας υγείας και πολιτικών μέτρων σε όλο τον κόσμο. Οι περισσότερες χώρες έχουν επιλέξει να απομονώσουν τα θετικά κρούσματα και τα άτομα με τα οποία έρχονται σε στενή επαφή και να περιορίσουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις για να μειώσουν τη μετάδοση. Οι συνολικές συνέπειες του COVID-19 στον υγειονομικό, ανθρωπιστικό και οικονομικό τομέα παραμένουν άγνωστες. Από τις 15 Απριλίου 2020, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανέφερε 1.914.916 επιβεβαιωμένα κρούσματα λοίμωξης (με 123.010 θανάτους) που εκτείνονται σε όλες σχεδόν τις χώρες του πλανήτη (Fernández-Aranda et al., 2020).

Η πανδημία COVID-19 και οι επακόλουθες καραντίνες που εφαρμόστηκαν σε όλο τον κόσμο άλλαξαν δραματικά την καθημερινή ζωή των ανθρώπων όλων των ηλικιών. Προηγούμενες έρευνες έχουν περιγράψει λεπτομερώς τις βαθιές επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική υγεία (ΨΥ), ιδίως μεταξύ των ατόμων με διατροφικές διαταραχές (ΔΔ). Αυτή η μελέτη διερεύνησε πώς τα άτομα με διατροφικές διαταραχές αντιλαμβάνονται ότι η πανδημία COVID-19 επηρέασε τα συμπτώματα της ΔΔ και τη συνολική ψυχική τους υγεία (ΨΥ) τους. Στους συμμετέχοντες περιλαμβάνονταν έφηβοι/νεαροί ενήλικες με διαγνωσμένη ΔΔ στους οποίους δόθηκε μια έρευνα τεσσάρων τμημάτων σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται ότι η πανδημία COVID-19 επηρέασε τα συμπτώματα και τη θεραπεία της ΔΔ και τη ΨΥ τους (89 συμμετέχοντες). Οι ηλικιωμένοι που συμμετείχαν στη μελέτη ανέφεραν ότι αισθάνθηκαν ότι τα συμπτώματα ΔΔ και οι ανησυχίες τους για τη ΨΥ επιδεινώθηκαν λόγω της πανδημίας. Εκείνοι που ανέφεραν ανησυχία ότι η ΔΔ τους θα επιδεινωνόταν λόγω ενός "εκλυτικού" περιβάλλοντος διαβίωσης ήταν ακόμη πιο πιθανό να αναφέρουν ότι η ΔΔ και η ΨΥ τους επιδεινώθηκαν λόγω της πανδημίας. Ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων ανέφεραν επίσης μειωμένο κίνητρο για την αποκατάσταση της ΔΔ τους, το οποίο απέδωσαν στην πανδημία. Συνολικά, τα άτομα με ΔΔ μπορεί να διατρέχουν κίνδυνο επιδείνωσης των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. (Vitagliano et al., 2021).

Μεγάλη προσοχή έχει δοθεί στα τρόφιμα και στον περιορισμό των επισκέψεων στο σουπέρ μάρκετ. Κατά τα αρχικά στάδια της κρίσης, υπήρξε πανικός στις αγορές με ελλείψεις

προμηθειών, γεγονός που ώθησε πολλούς να αγοράσουν μαζικά βασικά είδη διατροφής. Η ύπαρξη μεγάλων ποσοτήτων φαγητού στο σπίτι, καθώς και η σχετική έλλειψη δομημένης δραστηριότητας, μπορεί να προκάλεσαν επεισόδια αδηφαγίας και αντισταθμιστικές συμπεριφορές κάθαρσης. Η επίγνωση ότι οι άλλοι αγωνίζονται να προμηθευτούν φαγητό μπορεί να αυξήσει τις ενοχές και την ντροπή μετά από ένα επεισόδιο αδηφαγίας.(Yahya et al., 2020).

Σε μια έρευνα αναφέρονται στην έννοια της "επισιτιστικής ανασφάλειας" κατά την οποία υπάρχει περιορισμένη πρόσβαση σε τρόφιμα ως αποτέλεσμα των τρεχόντων οικονομικών παραγόντων πίεσης. Οι ίδιοι προσθέτουν ότι αρκετές μελέτες έχουν καταδείξει συσχέτιση μεταξύ της επισιτιστικής ανασφάλειας και της αδηφαγίας. Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία (NA) παρουσιάζουν γνωστική ακαμψία και επιτρέπουν μόνο μια περιορισμένη ποικιλία και ρεπερτόριο τροφίμων στην αυστηρή δίαιτά τους. Η έλλειψη των επιθυμητών τροφίμων τους μπορεί να προκαλέσει περαιτέρω απώλεια βάρους και να αύξησε τους κινδύνους για τη σωματική υγεία.(Yahya et al. 2020).

Θεωρητικά, οι ασθενείς που υποσιτίζονται αναμένεται να έχουν χειρότερη έκβαση, αλλά ορισμένοι συγγραφείς υπονοούν ότι η NA μπορεί να προσδίδει κάποια ανθεκτικότητα στην ιογενή νόσο. Οι ερευνητές αναφέρονται σε μια δημοσίευση του 1978 στην οποία οι συγγραφείς διερεύνησαν την ανοσία των ασθενών με NA σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Στην έρευνα σημείωσαν ότι οι ασθενείς με NA σπάνια εμφάνιζαν κοινό κρυολόγημα ή γρίπη. Και τα δύο σκέλη της μελέτης έλαβαν εμβολιασμό κατά της γρίπης και η επακόλουθη αντισωματική απόκριση παρακολούθηθηκε. Οι συγγραφείς πρότειναν μια πιθανή σχέση μεταξύ των οιστρογόνων και της φλεγμονώδους αντιδραστικότητας των ασθενών. (Yahya et al., 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

9.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι νοσηλευτές συνήθως εμπλέκονται στη θεραπεία των ασθενών με διατροφικές διαταραχές στα επίπεδα περίθαλψης των νοσηλευόμενων ασθενών, των ιδρυμάτων και των προγραμμάτων μερικής νοσηλείας (PHP). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι όσο αυξάνεται η ιατρική και φυσιολογική οξύτητα, τόσο αυξάνεται η ανάγκη για συνεχή παρακολούθηση των ασθενών. Οι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές και το λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό (ψυχιατρικό, τεχνικός, βοηθός νοσηλεύτη, εργαζόμενοι στην παιδική φροντίδα) είναι υπεύθυνοι για τη συνολική εποπτεία και την ασφάλεια της φροντίδας 24/7 και σε κάποιο βαθμό για τους

ασθενείς που βρίσκονται υπό τη φροντίδα της ΡΗΡ. Είναι επίσης σε μεγάλο βαθμό υπεύθυνοι για την εφαρμογή του ιατρικού και ψυχιατρικού σχεδίου θεραπείας. Σε πολλά θεραπευτικά περιβάλλοντα το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί επίσης να συμμετέχει στην παροχή ομαδικών θεραπειών και στην εποπτεία της διατροφής.(Mickley, 2010).

Η γνώση και η κατανόηση θα επιτρέπει στους νοσηλευτές να παρακολουθούν τις ασθένειες που σχετίζονται με την πρόσληψη τροφής και να παρατηρούν για πιθανές διατροφικές διαταραχές. Η θεραπεία εξαρτάται από τα συμπτώματα του ατόμου και σχετίζεται ειδικά με το εκάστοτε πρόβλημα.

Οι ασθενείς μπορεί να περιθάλπονται: σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας περίθαλψης, στο σπίτι, ως εσωτερικοί ασθενείς σε νοσοκομείο, νοσηλευτικό ίδρυμα ή οίκο ευγηρίας, σε ιδιωτική κλινική ή σε εξωτερικά ιατρεία. Οι νοσηλευτές πρέπει να θυμούνται ότι πολλοί ασθενείς μπορεί επίσης να λαμβάνουν θεραπεία για άλλες ψυχολογικές ή σωματικές καταστάσεις και ότι η διατροφική διαταραχή μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στη συνολική τους κατάσταση.

Είναι σημαντικό να παρακολουθείται η διατροφική κατάσταση των ασθενών, καθώς οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή. Επίσης να διασφαλίζεται ότι διατηρούν επαρκή διατροφή και ισορροπία ηλεκτρολυτών. Εάν έχει διαπιστωθεί διατροφική διαταραχή, ο νοσηλευτής πρέπει να παρακολουθεί το βάρος σε τακτική βάση.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την ενθάρρυνση της επίβλεψης των ασθενών κατά τη διάρκεια και μετά το γεύμα, προκειμένου να αποφευχθεί ο εμετός μετά το φαγητό. Ο καθορισμός χρονικών ορίων για κάθε γεύμα θα συμβάλει στον καθορισμό ρεαλιστικών προσδοκιών και θα ενθαρρύνει μια χαλαρή ατμόσφαιρα κατά τη διάρκεια των γευμάτων, η οποία με τη σειρά της θα συμβάλλει στη μείωση του άγχους και του στρες.

Είναι σημαντικό να παρακολουθείται το πρότυπο αποβολής των ασθενών, καθώς η υπερβολική χρήση διουρητικών και καθαρικών είναι συχνή μεταξύ των ασθενών με διατροφικές διαταραχές. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς μπορεί να χρειαστούν παρέμβαση για τη θεραπεία της δυσκοιλιότητας.

Η παρακολούθηση της κατάστασης του δέρματος για βλάβες και κακή επούλωση αποτελεί σημαντικό μέρος του ρόλου του νοσηλευτή. Η έλλειψη πρωτεϊνών, που απαιτούνται για την επισκευή των ιστών, καθιστά το δέρμα πιο πιθανό να καταρρεύσει. Επιπλέον, είναι ζωτικής σημασίας να επιτυγχάνεται καλή στοματική υγιεινή, καθώς οι επαναλαμβανόμενοι εμετοί μπορεί να προκαλέσουν οδοντικά προβλήματα.

Τέλος, είναι σημαντικό να παρακολουθούνται τα επίπεδα δραστηριότητας των ασθενών. Με την ανορεξία μπορεί να κάνουν υπερβολική άσκηση που μπορεί να είναι επιζήμια για τη φυσιολογική τους κατάσταση. Επιπλέον, αν έχουν και κάποια σωματική ασθένεια, η υπερβολική άσκηση μπορεί να επιβραδύνει την ανάρρωσή τους.

Οι νοσηλευτές πρέπει να μην κρίνουν και να αποδέχονται τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την οικοδόμηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης και με την ενθάρρυνση των ασθενών να μιλήσουν για τις ανησυχίες τους.

Σημαντικό μέρος του ρόλου του νοσηλευτή είναι η επιμόρφωση της οικογένειας και των φροντιστών σχετικά με τη διατροφική διαταραχή του ασθενούς. Η οικογένεια μπορεί στη συνέχεια να ενθαρρυνθεί να συμμετέχει στη φροντίδα του ασθενούς και να παρέχει υποστήριξη. Πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη η παρατήρηση για πιθανό κίνδυνο αυτοκτονίας.

Στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας, χρησιμοποιούνται προσεγγίσεις τροποποίησης της συμπεριφοράς για την επιβράβευση των ασθενών για την αύξηση του βάρους τους. Αυτή η θετική ενίσχυση συμβάλλει στην ενθάρρυνση της επιθυμητής συμπεριφοράς.

Είναι σημαντικό να διασφαλιστεί ότι οι ασθενείς αναλαμβάνουν κάποια ευθύνη για τη θεραπεία της κατάστασής τους. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη σύναψη συμβολαίου μαζί τους σχετικά με την ποσότητα και το είδος των τροφίμων που θα καταναλώνονται σε κάθε γεύμα. Εξασφαλίζοντας ότι παρέχεται θετική ανατροφοδότηση, μπορεί να διατηρηθεί η συμμόρφωση με το διατροφικό σχήμα και να προαχθεί η αυτοεκτίμηση των ασθενών.

Το Εθνικό Συνεργαζόμενο Κέντρο για την Ψυχική Υγεία ανέπτυξε μια κλινική κατευθυντήρια γραμμή σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές για το NICE (NICE, 2004). Παρήγαγε βασικές παρεμβάσεις για τη θεραπεία και τη διαχείριση της νευρικής ανορεξίας, της νευρικής βουλιμίας και των συναφών διατροφικών διαταραχών. (NT Contributor, 2007).

9.2 ΣΤΟΧΟΙ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

Πρώτος στόχος της θεραπευτικής προσέγγισης πρέπει να είναι η συνειδητοποίηση του προβλήματος από τους ασθενείς, η αντίληψη για χρήση βοήθειας και η απόκτηση κινήτρων για την παροχή βοήθειας. Η συνειδητοποίηση της ασθένειας είναι το δυσκολότερο σημείο διότι οι πάσχοντες αρνούνται την ύπαρξη προβλήματος ή την σοβαρότητα του με αποτέλεσμα να απειλείται η ίδια η ζωή τους και η ακούσια νοσηλεία είναι η μόνη λύση.

(Γονιδάκης & Βάρσου, 2008).

Η χρήση ρινογαστρικής σίτισης είναι ασυνήθιστη, αλλά αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Η ρινογαστρική σίτιση σχετίζεται με σημαντικούς κινδύνους για υπερφόρτωση υγρών και καρδιακή ανεπάρκεια που σχετίζεται με ταχεία τροφοδοσία. Συνιστάται παρακολούθηση της καρδιάς για υποσιτισμένα παιδιά και εφήβους των οποίων το σωματικό βάρος είναι μικρότερο από το 70% του αναμενόμενου. (Peterson et al., 2019).

Οι στόχοι της νοσηλείας είναι η αποκατάσταση του υγιούς βάρους, η θεραπεία ιατρικών επιπλοκών και η ψυχιατρική συννοσηρότητα, η βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας που σχετίζεται με τη διατροφική διαταραχή, η ενίσχυση των κινήτρων, η εκπαίδευση, η οικογενειακή υποστήριξη και η πρόληψη της υποτροπής. Η θεραπεία είναι διεπιστημονική και η ομαδική προσέγγιση είναι αναπόσπαστη για την ανάρρωση του ασθενούς. (Davies et al., 2016).

Είναι χρήσιμη η δημιουργία ενός πρωτοκόλλου που θα προσδιορίζει τις δοκιμές και τις διαδικασίες παρακολούθησης. Εκτός από τον καθορισμό της απαιτούμενης καθημερινής πρόσληψης θερμίδων, πρέπει να αντιμετωπιστεί η δομή όσον αφορά τα γεύματα και τα σνακ. Τα γεύματα γίνονται σε ένα χώρο φαγητού εάν είναι δυνατόν, με αυστηρή οπτική παρακολούθηση για να διασφαλιστεί ότι ο ασθενής έφαγε το γεύμα. Η αυστηρή παρακολούθηση για 1 ώρα μετά τα γεύματα χρησιμοποιείται για την αποφυγή συμπεριφοράς καθαρισμού. Τα σχέδια πρέπει να προσδιορίσουν την συνέπεια για τα γεύματα που δεν τρώγονται. Συνήθως αυτό περιλαμβάνει αντικατάσταση των χαμένων θερμίδων με συμπληρώματα διατροφής (π.χ., Ensure). Τα συμπληρώματα καταναλώνονται στο ίδιο περιβάλλον όπου γίνονται τα γεύματα. Ορίζεται το χρονικό πλαίσιο ενός γεύματος, με διάρκεια 30 λεπτά. Κατά την αρχική σταθεροποίηση του τρόπου γεύματος, συμβαίνει η συμμετοχή του ασθενούς στην επιλογή τροφής. (Peterson et al., 2019).

9.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Οι νοσηλευτικές παρεμβασεις πιο εξατομικευμενα περιλαμβανουν τα ακολουθα:

Καθορισμό ελάχιστου στόχου βάρους και καθημερινών διατροφικών απαιτήσεων.

Καθιέρωση μιας συνεπής προσέγγισης που θα περιλαμβάνει την συμμετοχή με τον ασθενη τη διάρκεια του φαγητού και την παρουσίαση και αφαίρεση του φαγητού χωρίς πειθώ και

σχόλια καθώς και την προώθηση ενός ευχάριστου περιβάλλοντος και καταγραφή της πρόσληψης

Παροχή μικρότερων γευματων και συμπληρωματικων σνακ, ανάλογα με την περίπτωση.

Διάθεση ενός επιλεκτικού και δυνατότητα επιλογής του μενού από τον ασθενή όσο το δυνατόν περισσότερο.

Εγρήγορση για τις επιλογές τροφίμων και ποτών με χαμηλές θερμίδες, τη συσσώρευση τροφίμων, την απόρριψη τροφίμων σε διάφορα μέρη, όπως τσέπες ή καλάθια απορριμμάτων.

Διατήρηση ενός τακτικού προγράμματος ζύγισης, όπως τη Δευτέρα και την Παρασκευή πριν από το πρωινό με την ίδια ενδυμασία, και καταγραφή των αποτελεσμάτων σε γραφήματα.

Ζύγισμα με πλάτη στη ζυγαριά (ανάλογα με τα πρωτόκολλα του προγράμματος).

Παροχή ατομικής επίβλεψης και τοποθέτηση του ασθενή με βουλιμία στον χώρο του δωματίου ημέρας χωρίς προνόμια τουαλέτας για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (2 ώρες) μετά το φαγητό, εάν η σύλληψη είναι ανεπιτυχής.

Παρακολούθηση του προγράμματος άσκησης και θέσπιση ορίων στις σωματικές δραστηριότητες. Καταγραφή της δραστηριότητας και του επιπέδου εργασίας (ρυθμός κ.ο.κ.).

Διατήρηση μιας αντικειμενικής, μη επικριτικής στάσης σε περίπτωση σίτισης με σωλήνα, υπερ σίτισης και ούτω καθεξής.

Επαγρύπνηση για την πιθανότητα ο ασθενής να αποσυνδέσει τον σωλήνα και να αδειάσει την υπερτροφία, εάν χρησιμοποιείται. Αξιολόγηση των μετρήσεων και ενδεδειγμένη τοποθέτηση του σωλήνα με ταινία.

Παροχή διατροφικής θεραπείας στο πλαίσιο νοσοκομειακού θεραπευτικού προγράμματος, όπως ενδείκνυται όταν η κατάσταση είναι απειλητική για τη ζωή.

Συμμετοχή του ασθενούς στη δημιουργία ή την εκτέλεση ενός προγράμματος τροποποίησης της συμπεριφοράς. Παροχή ανταμοιβής για την αύξηση του βάρους, όπως καθορίζεται ατομικά- αγνοήστε την απώλεια.

Παροχή δίαιτας και σνακ με υποκατάστατα των προτιμώμενων τροφίμων, όταν είναι διαθέσιμα.

Χορήγηση υγρής δίαιτας, σίτιση με σωλήνα, υπεραναπλήρωση εάν χρειάζεται.

Ανάμειξη και τροφοδοσία με σωλήνα οτιδήποτε έχει παραμείνει στο δίσκο μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, εάν ενδείκνυται.

Χορήγηση συμπληρωματικής διατροφής ανάλογα με την περίπτωση.

Αποφυγή χορήγησης καθαρτικών.(Nurseslabs, 2013).

9.4 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Οι αρχικές ιατρικές και ψυχιατρικές αξιολογήσεις φαρμακευτικής αγωγής συνιστώνται, κατά τη διάρκεια της πρώτης επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία, με επακόλουθες επισκέψεις με φυσικοθεραπευτές, ιατρό και ψυχίατρο ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς. Για ενήλικες με νευρική ανορεξία, οι συνεδρίες ψυχοθεραπείας παρέχονται μία ή δύο φορές την εβδομάδα. Η θεραπεία οικογένειας/ζευγών μπορεί να προστεθεί εάν είναι όλοι οι συμμετέχοντες προσηλωμένοι στο στόχο. Για τα παιδιά και τους εφήβους με νευρική ανορεξία, ένα υψηλό επίπεδο της συμμετοχής της οικογένειας, όπως προβλέπεται στο FBT. Η ατομική θεραπεία για τους εφήβους μπορεί να προστεθεί εάν ενδείκνυται. Στην νευρική βουλιμία και τη διαταραχή αδηφαγίας, ένας ή δύο ψυχοθεραπευτές- παρέχουν συνεδρίες θεραπείας την εβδομάδα, συνήθως με τη χρήση CBT ή IPT προγραμματισμένης στην θεραπεία. Η θεραπεία εξωτερικών ιατρείων για ενήλικες με διατροφική διαταραχή μπορεί επίσης να περιλαμβάνει εβδομαδιαίες επισκέψεις με διαιτολόγο για διατροφικές συμβουλές.

Παρακολούθηση του βάρους, εάν χρειάζεται, παρέχεται από τον ιατρικό γιατρό. Σε παιδιά και εφήβους με ανορεξία δεν απαιτεί τη συμμετοχή διαιτολόγου.Μια πρόκληση για τις περισσότερες διεπιστημονικές ομάδες εξωτερικών ασθενών είναι η διατήρηση τακτικής επικοινωνία για τη διασφάλιση συντονισμένης φροντίδας. Επειδή τα ψυχιατρικά συμπτώματα είναι συχνά ελάχιστα σε αυτό το επίπεδο φροντίδας, η ομαδική επικοινωνία συχνά συντονίζεται από τον ψυχοθεραπευτή. Σε ένα εντατικό πρόγραμμα εξωτερικής θεραπείας ο πάσχων ζει στο σπίτι του και παρακολουθεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για 2-4 ώρες την ημέρα, συνήθως 3 ημέρες την εβδομάδα. Ο προγραμματισμός περιλαμβάνει συνήθως ατομική ψυχοθεραπεία μία φορά την εβδομάδα, συμβουλευτική διατροφής με έναν RD μία φορά την εβδομάδα, διάφορες ομαδικές θεραπείες, και περιορισμένη επίβλεψη των γευμάτων που παρέχεται από τον θεραπευτή, τον διαιτολόγο ή το βοηθητικό προσωπικό

(δύο ή τρία γεύματα την εβδομάδα). Η θεραπεία οικογένειας/ζευγών μπορεί να επίσης να συμπεριληφθούν. Η αρχική ιατρική και ψυχιατρική φαρμακευτική αξιολόγηση συνιστάται, με επισκέψεις παρακολούθησης με το γιατρό και τον ψυχίατρο όταν χρειάζεται.(Mickley, 2010).

9.5 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ο ασθενής που λαμβάνει φροντίδα σε PHP ζει στο σπίτι του και περνάει 6-12ωρες την ημέρα, 5-7 ημέρες την εβδομάδα, σε νοσοκομείο ή κλινική. Απαιτούνται ιατρικές αξιολογήσεις. Παρέχεται ιατρική παρακολούθηση ανάλογα με τις ανάγκες, συμπεριλαμβανομένων των αιμοληψιών για τα επίπεδα φωσφόρου. Η ψυχιατρική παρακολούθηση συνήθως παρέχεται μία ή δύο φορές την εβδομάδα. Η νοσηλευτική φροντίδα παρακολούθηση του ασθενούς όταν καταναλώνει τροφή επικοινωνία μαζί ώστε να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα του δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και νοσηλεύτη ανάλογα με τις ανάγκες. Ο προγραμματισμός περιλαμβάνει συνήθως ατομικό, ομαδικό και οικογενειακό/ζευγάρι πρόγραμμα θεραπείας. Υπάρχει υποστήριξη γεύματος (δύο ή τρία γεύματα και ένα ή δύο σνακ κάθε μέρα). Οι διαιτολόγοι είναι υπεύθυνοι για την αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης του ασθενούς, συνιστώντας μια στρατηγική για την επαναφορά του οργανισμού. Η αποκατάσταση και παροχή συμβουλών και καθοδήγησης διατροφής, συνήθως πραγματοποιείται με τον ασθενή μία φορά την εβδομάδα. Αυτό το επίπεδο φροντίδας μπορεί επίσης να περιλαμβάνει , συμμετοχή από άλλους κλάδους, όπως η δραστηριότητα και το επάγγελμα. Τα πιο εντατικά προγράμματα 7 ημερών την εβδομάδα είναι συχνά πιο αποτελεσματικά ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της θεραπείας – για την επίτευξη του βάρους, την διακοπή των συμπτωμάτων όπως η αδηφαγία, η καθαριστική κατανάλωση και η υπερβολική άσκηση. Αυτά τα πιο εντατικά προγράμματα συχνά μειώνουν τις ημέρες και τις ώρες που αναμένονται από τον ασθενή μόλις αυτός επιδείξει πρόοδο.(Mickley, 2010).

9.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Στην κατ' οίκον νοσηλεία, ο ασθενής διαμένει είτε σε νοσοκομειακή μονάδα είτε σε οικείο περιβάλλον, με φροντίδα και επίβλεψη 24 ώρες την ημέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Η συμμετοχή ιατρών, ψυχιάτρων και νοσηλευτών είναι αμεταβλητή σε όλες τις εγκαταστάσεις διαμονής. Η φροντίδα στην θεραπεία διαμονής μπορεί να χρειάζεται συχνή ιατρική και ψυχιατρική επίβλεψη. Ο προγραμματισμός συνήθως περιλαμβάνει ατομικές, ομαδικές και

οικογενειακές/ζευγαριώδεις θεραπείες. Η υποστήριξη και η επίβλεψη κατά τη διάρκεια των γευμάτων και των σνακ παρέχεται από το περιβάλλον του προσωπικού ιατρούς νοσηλευτές. Οι επισκέψεις σε γιατρούς γίνονται μία φορά την εβδομάδα και μπορεί να είναι είτε ιατρικές είτε ψυχολογικές. Η ψυχοθεραπεία πραγματοποιείται συνήθως δύο φορές την εβδομάδα και μπορεί να περιλαμβάνει οικογενειακή θεραπεία. Οι διαιτολόγοι είναι υπεύθυνοι για την αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης των ασθενών συνιστώντας μια στρατηγική για τη διατροφική αποκατάσταση και παροχή διατροφικών συμβουλών και καθοδήγησης. (Mickley, 2010).

9.7 ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τι είναι η Ολιστική Υγεία & Διαχείριση Βάρους

Η ολιστική υγεία και ευεξία προκύπτουν μέσα από μια περίπλοκη ισορροπία επαρκούς διατροφής, επαρκούς άσκησης, τεχνικών διαχείρισης του στρες, ψυχολογικής πληρότητας και συναισθηματικής σταθερότητας. Ενώ το βάρος μπορεί να είναι ενδεικτικό της κατάστασης της υγείας, υπάρχουν πολλές πτυχές της ευημερίας που αντανακλούν τη φυσική κατάσταση και τη συνολική υγεία.

Η διατήρηση ενός εύρους βάρους που είναι κατάλληλο για το ανάστημα του ατόμου μπορεί να αποτελέσει σημαντικό μέρος της πρόληψης ασθενειών, της ευεξίας και της συνολικής υγείας. Η επίτευξη ενός υγιούς βάρους προσεγγίζεται καλύτερα μέσω ολιστικών τεχνικών που εμπλέκουν το άτομο σε πολλαπλά επίπεδα. Η ολιστική διαχείριση βάρους προσφέρει μεθόδους τρόπου ζωής που απευθύνονται τόσο στο σώμα όσο και στο μυαλό, εστιάζοντας σε λογικές στρατηγικές που ενθαρρύνουν την προσοχή, την αυτο-αγάπη και τη διατροφή.

Η φιλοσοφία πίσω από την ολιστική διαχείριση του βάρους είναι η καλλιέργεια του σεβασμού προς τον εαυτό του κάθε ατόμου και το σώμα του μέσω της κατάλληλης αυτοφροντίδας. Αυτό αντικατοπτρίζεται στις πολλές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την οικοδόμηση συναισθηματικής και σωματικής υγείας. (Eating Disorder Hope ,2017).

Χρήσεις για Ολιστική Υγεία & Διαχείριση Βάρους

Η ολιστική διαχείριση του βάρους μπορεί να είναι κατάλληλη για διάφορα άτομα και σενάρια. Πολλά άτομα μπορεί να βρουν την ενσωμάτωση της ολιστικής διαχείρισης του

βάρους χρήσιμη για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους και μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής:

Κάθε άτομο που αγωνίζεται να διατηρήσει το βάρος του σε ένα υγιές εύρος για τον σωματότυπό του. Άτομα που δεν μπορούν να συμφιλωθούν με το σώμα ή το φαγητό τους.

Άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες οι οποίες μπορεί να οφείλονται σε ακατάλληλο σωματικό βάρος. Άνδρες ή γυναίκες που αντιμετωπίζουν διατροφική διαταραχή, όπως βουλιμία ή διαταραχή αδηφαγίας. Η ολιστική διαχείριση του βάρους μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση πολλών προβληματικών ζητημάτων σε ένα ευρύ φάσμα ατόμων. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στην ολιστική διαχείριση του βάρους μπορούν να είναι ευρηματικές και να εφαρμόζονται σε μια διαφορετική ομάδα ανθρώπων. (Eating Disorder Hope, 2017).

9.8 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΕΝΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Συνήθως, η ενδονοσοκομειακή θεραπεία απευθύνεται σε ασθενείς με ανορεξία που έχουν υποσιτιστεί σοβαρά και σε ασθενείς με βουλιμία των οποίων η υπερφαγία και η εκκαθάριση συμπεριφοράς είναι εκτός ελέγχου. Οι πρωταρχικοί ρόλοι νοσηλευτικής είναι η εφαρμογή και η επίβλεψη του σχήματος διατροφικής αποκατάστασης. Ολική παρεντερική θρέψη ή εντερική σίτιση μπορεί να συνταγογραφηθεί αρχικά όταν η κατάσταση της υγείας του πελάτη διακυβεύεται σοβαρά.

Όταν οι πελάτες μπορούν να καταναλώσουν φαγητό διατάσσεται μια δίαιτα από 1.200 έως 1.500 θερμίδες την ημέρα, με σταδιακή αύξηση των θερμίδων έως ότου οι πελάτες καταναλώνουν επαρκείς ποσότητες για το ύψος, το επίπεδο δραστηριότητας και τις ανάγκες ανάπτυξης. Συνήθως, οι θερμίδες που κατανέμονται χωρίζονται σε τρία γεύματα και τρία σνακ. Ένα υγρό συμπλήρωμα πρωτεΐνης δίνεται για να αντικαταστήσει κάθε τρόφιμο που δεν καταναλώνεται για να εξασφαλίσει την κατανάλωση του συνολικού αριθμού των προβλεπόμενων θερμίδων. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση των γευμάτων και των σνακ και συχνά αρχικά κάθεται με έναν πελάτη κατά τη διάρκεια του φαγητού σε ένα τραπέζι μακριά από άλλους πελάτες. Ανάλογα με το πρόγραμμα θεραπείας, ποτά διατροφής και υποκατάστατα τροφίμων ενδέχεται να απαγορευτούν και μπορεί να οριστεί συγκεκριμένος χρόνος για την κατανάλωση κάθε γεύματος ή σνακ. Οι πελάτες μπορούν επίσης να αποθαρρυνθούν από την εκτέλεση τελετουργιών φαγητού, όπως το κόψιμο του φαγητού σε μικροσκοπικά κομμάτια ή την ανάμειξη φαγητού σε ασυνήθιστους

συνδυασμούς. Είναι αναγκαία η εγρήγορση για τυχόν προσπάθειες των πελατών να κρύψουν ή να αποβάλλουν το φαγητό.

Μετά από κάθε γεύμα ή σνακ, μπορεί να απαιτείται από τους πελάτες να παραμείνουν στο προσωπικό για 1 έως 2 ώρες για να διασφαλίσουν ότι δεν αδειάζουν το στομάχι με εμετό. Ορισμένα προγράμματα θεραπείας περιορίζουν την πρόσβαση των πελατών στα μπάνια χωρίς επίβλεψη, ιδιαίτερα μετά τα γεύματα, για να αποθαρρύνουν τον εμετό. Καθώς οι πελάτες αρχίζουν να παίρνουν βάρος και να γίνονται πιο ανεξάρτητοι στη διατροφική συμπεριφορά, αυτοί οι περιορισμοί μειώνονται σταδιακά.

Στα περισσότερα προγράμματα θεραπείας, οι πελάτες ζυγίζονται μόνο μία φορά την ημέρα, συνήθως κατά την αφύπνιση και αφού έχουν συνδέσει την ουροδόχο κύστη. Οι πελάτες πρέπει να φορούν ελάχιστα ρούχα, όπως φόρεμα νοσοκομείου, κάθε φορά που ζυγίζονται. Μπορεί να επιχειρήσουν να τοποθετήσουν αντικείμενα στα ρούχα τους για να δώσουν την εμφάνιση αύξησης βάρους.

9.9 Ο ΕΞΕΛΙΣΣΟΜΕΝΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΚΑΜΨΗΣ

Οι γενικοί ιατροί έχουν καθήκον να παρέχουν την αρχική αξιολόγηση και να συντονίζουν τη φροντίδα, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει επείγουσα ψυχιατρική ή ιατρική φροντίδα. Ωστόσο, μέρος της υιοθέτησης μιας ολιστικής προσέγγισης είναι η παροχή διεπιστημονικής φροντίδας. Η θεραπεία απαιτεί συνεργασία μεταξύ πολλών επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, διατροφολόγων, θεραπευτών/συμβούλων, καθώς και των μελών της οικογένειας. (Independent Nurse.co.uk, 2017)

Η παραπομπή σε κέντρα δευτεροβάθμιας περίθαλψης είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη της υποτροπής μετά τη θεραπεία. Οι νοσηλευτές πρωτοβάθμιας περίθαλψης, επομένως, χρειάζονται εκπαίδευση στην αναγνώριση των σωματικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων που μπορεί να υποδηλώνουν μια διατροφική διαταραχή, ώστε να μπορούν να κάνουν παραπομπές σε άλλες εγκαταστάσεις υγείας που μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των συννοσηροτήτων και να διασφαλίσουν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν ολοκληρωμένη κλινική φροντίδα. (Independent Nurse.co.uk, 2017)

Καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, οι νοσηλευτές θα πρέπει να φροντίζουν για τις προτεραιότητες της ιατρικής θεραπείας, όπως η διόρθωση των ανισορροπιών ηλεκτρολυτών/υγρών και η εξασφάλιση επαρκούς διατροφικής πρόσληψης.

Επιπλέον, θα πρέπει να βοηθήσουν τους ασθενείς να αναπτύξουν μια πιο ρεαλιστική και την αυτοεπιβεβαίωση της εικόνας του σώματος και βοηθούν στην εκπαίδευση των μελών της οικογένειας σχετικά με το ρόλο τους στη διατήρηση της ανάρρωσης. (Independent Nurse.co.uk, 2017).

Ο δρόμος προς την ανάρρωση από μια διατροφική διαταραχή είναι μακρύς. Είναι σαφές ότι, καθώς οι ασθενείς προχωρούν από την ευαισθητοποίηση, τη διάγνωση, την θεραπεία και στη συνέχεια στη διατήρηση της ανάρρωσης, οι νοσηλευτές παρέχουν ένα εξελισσόμενο είδος υποστήριξης και θεραπευτικής σχέσης που μπορεί να έχει καλή επίδραση στα αποτελέσματα της υγείας του ασθενούς. Ειδικότερα, οι νοσηλευτές μπορούν να προσφέρουν εποπτεία και ευελιξία απέναντι στις μεταβαλλόμενες ανάγκες του ασθενούς.

Σε μια μελέτη, οι ασθενείς που αναρρώνουν από ανορεξία προσδιόρισαν τρεις βασικούς ρόλους των νοσηλευτών καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας: Πάροχος δομής, πρότυπο ρόλου, σύστημα υποστήριξης.

Κατά τα πρώτα στάδια της θεραπείας, όταν οι ασθενείς είναι ακόμα νέοι στην ανάρρωση, προσβλέπουν στους νοσηλευτές να τους παρέχουν ένα ιδιαίτερα δομημένο περιβάλλον, το οποίο μερικές φορές περιλαμβάνει τους νοσηλευτές να λαμβάνουν αποφάσεις για το φαγητό και τη συμπεριφορά τους για λογαριασμό τους. Παρόλο που αυτό μπορεί να μην αποτελεί μόνιμο ζήτημα για τους νοσηλευτές πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μπορεί να χρειαστεί να προσφέρουν αποφασιστικές συμβουλές σε αυτούς τους τομείς. Εδώ, είναι επιτακτική ανάγκη οι νοσηλευτές να προσφέρουν τέτοιες συμβουλές με το σαφές μήνυμα ότι οι ασθενείς έχουν τη δύναμη να λαμβάνουν οι ίδιοι αυτές τις αποφάσεις.

Καθώς η θεραπεία εξελίσσεται, οι ασθενείς εκτιμούν τελικά τους νοσηλευτές που λειτουργούν ως πρότυπα και τους εκπαιδεύουν στο πώς να εξομαλύνουν τη διατροφή τους και τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες. Προς το τέλος της θεραπείας, οι νοσηλευτές μετατρέπονται περισσότερο σε ένα σύστημα υποστήριξης, ενθαρρύνοντας τον ασθενή να προχωρήσει αυτόνομα, παρέχοντάς του παράλληλα καθοδήγηση σχετικά με το πού μπορεί να αναζητήσει βοήθεια, αν χρειαστεί. (Independent Nurse.co.uk, 2017).

Τελικά, υπάρχουν διαφορετικά στάδια για την αποκατάσταση της διατροφικής διαταραχής και οι νοσηλευτές μπορούν να επωφεληθούν από το να μάθουν πώς να διακρίνουν σε ποιο στάδιο βρίσκεται ένα άτομο, ώστε να μπορούν να προσαρμόσουν το ρόλο τους ανάλογα με το τι μπορεί να χρειάζεται ο ασθενής εκείνη τη στιγμή.

Από τη συνειδητοποίηση της διατροφικής διαταραχής έως τη διατήρηση της ανάρρωσης, ο ρόλος του νοσηλευτή πρωτοβάθμιας φροντίδας εξελίσσεται, αλλά αυτό που δεν αλλάζει είναι η θετική επιρροή που μπορούν να ασκήσουν οι νοσηλευτές στα άτομα με διατροφική διαταραχή. Με τις δεξιότητες της ακρόασης, της ενσυναίσθησης, της προσαρμοστικότητας και της επικοινωνίας, οι νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορούν να βοηθήσουν στον εντοπισμό ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο και στη βελτιστοποίηση της παροχής μιας διεπιστημονικής και ολιστικής προσέγγισης της φροντίδας. (Independent Nurse.co.uk, 2017).

9.10 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Ένας πρωταρχικός νοσηλευτικός ρόλος στη φροντίδα των πελατών με διατροφικές διαταραχές είναι η παροχή εκπαίδευσης που θα τους βοηθήσει να αναλάβουν ανεξάρτητα τον έλεγχο των διατροφικών απαιτήσεων. Αυτή η διδασκαλία μπορεί να γίνει στο περιβάλλον νοσηλείας κατά τη διάρκεια του σχεδιασμού εξόδου ή στο περιβάλλον εξωτερικών ασθενών. Παρέχεται εκτενή διδασκαλία σχετικά με τις βασικές διατροφικές ανάγκες και τις επιπτώσεις της περιοριστικής διατροφής, της δίαιτας, και του κύκλου της υπερφαγίας και της κάθαρσης. Οι πελάτες χρειάζονται ενθάρρυνση για να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους για φαγητό όλη την ημέρα. Η κατανάλωση μόνο σαλατών και λαχανικών κατά τη διάρκεια της ημέρας μπορεί να δημιουργήσει πελάτες για μετέπειτα γεύματα ως αποτέλεσμα πολύ λίγων διαιτητικών λιπαρών και υδατανθράκων.

Για τους πελάτες που καθαρίζουν, ο πιο σημαντικός στόχος είναι να σταματήσουν. Η διδασκαλία πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τις βλαβερές συνέπειες του καθαρισμού από έμετο και κατάχρηση καθαρτικού. Ο νοσηλευτής εξηγεί ότι ο καθαρισμός είναι ένα αναποτελεσματικό μέσο ελέγχου του βάρους και διαταράσσει μόνο το νευρικό και ενδοκρινικό σύστημα. Επιπλέον, η εκκαθάριση προάγει την υπερφαγία μειώνοντας το άγχος που ακολουθεί το φαγητό. Χρειάζεται να δοθεί μια εξήγηση ότι εάν οι πελάτες μπορούν να αποφύγουν τον καθαρισμό, μπορεί να είναι λιγότερο πιθανό να ασχοληθούν με υπερφαγία. Διδάσκονται επίσης οι τεχνικές της απόσπασης της προσοχής και της καθυστέρησης, επειδή είναι χρήσιμες τόσο για το χτύπημα όσο και για τον καθαρισμό. Όσο περισσότεροι πελάτες μπορούν να καθυστερήσουν είτε την υπερφαγία είτε τον καθαρισμό, τόσο λιγότερο πιθανό είναι να πραγματοποιήσουν τη συμπεριφορά.

Ο νοσηλευτής εξηγεί στην οικογένεια και τους φίλους ότι μπορούν να βοηθήσουν περισσότερο παρέχοντας συναισθηματική υποστήριξη, αγάπη και προσοχή. Μπορούν να

εκφράσουν ανησυχία για την υγεία του πελάτη, αλλά σπάνια είναι χρήσιμο να εστιάσουν την προσοχή στην πρόσληψη τροφής, τις θερμίδες και το βάρος.

Εκτίμηση

Ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει εργαλεία αξιολόγησης, όπως το τεστ στάσεων φαγητού, για να εντοπίσει βελτίωση σε πελάτες με διατροφικές διαταραχές. Τόσο η ανορεξία όσο και η βουλιμία είναι χρόνια για πολλούς πελάτες. Τα υπόλοιπα συμπτώματα όπως η δίαιτα, η καταναγκαστική άσκηση και η δυσφορία όταν τρώμε σε κοινωνικό περιβάλλον είναι κοινά. Η θεραπεία θεωρείται επιτυχής εάν ο πελάτης διατηρεί το σωματικό του βάρος εντός 5% έως 10% του φυσιολογικού χωρίς ιατρικές επιπλοκές από την πείνα ή τον καθαρισμό.

Οι νοσηλευτές τυπικά αναμένεται να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς τους πώς να φροντίζουν τον εαυτό τους και ενδεχομένως να προλαμβάνουν προβλήματα υγείας. Ενώ δεν υπάρχει στρατηγική που μπορεί να εγγυηθεί ότι ένα άτομο δεν θα παρουσιάσει διατροφική διαταραχή, υπάρχουν ορισμένες συμπεριφορές που μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο.

Η υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών μπορεί να βελτιώσει τη σχέση κάποιου με τα τρόφιμα και στις οικογένειες με παιδιά, μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά να μάθουν για μια ισορροπημένη διατροφή, το σωστό μέγεθος μερίδας και πώς τα υγιεινά τρόφιμα μπορεί να είναι ελκυστικά και ταυτόχρονα νόστιμα. Χρειάζεται να δοθεί μεγάλη προσοχή στην πείνα και η αποφυγή της κατανάλωσης τροφής με βάση τα συναισθήματα ή την ανία είναι επίσης ένας σημαντικός κανόνας που πρέπει να τηρηθεί.

Οι άνθρωποι πρέπει να μάθουν να εκτιμούν το μέγεθος και την εμφάνισή τους. Ένας τρόπος για να γίνει αυτό είναι να εντοπίσετε και να τονίσετε χαρακτηριστικά ή μέρη του σώματος που τους αρέσουν και, αντίθετα, να υιοθετήσετε θετικές στρατηγικές αυτο-ομιλίας. Η άσκηση με έναν φίλο ή μέλος της οικογένειας μπορεί να βοηθήσει στην τακτική άσκηση και είναι ο ιδανικός τρόπος για να χάσετε τα ανεπιθύμητα κιλά. Ένα γρήγορο τζόκινγκ ή ένας γρήγορος περίπατος μπορεί να σας βοηθήσει να κάνετε την απαραίτητη άσκηση με ασφαλή και υγιή τρόπο.

Σε συνάρτηση με τα παιδιά, οι γονείς πρέπει επίσης να τονίζουν τη θετική εικόνα του εαυτού τους, να κάνουν τα παιδιά σε εξωτερικούς χώρους και να είναι δραστήρια και να μην κατακρίνουν ποτέ κανέναν για το σχήμα ή το μέγεθος του σώματός τους. Τα άτομα θα πρέπει να συμβουλεύονται να μιλήσουν με το γιατρό τους εάν έχουν οποιαδήποτε ανησυχία σχετικά με το φαγητό, την εμφάνιση του σώματός τους ή αρνητικές σκέψεις σχετικά με την

εμφάνισή τους. Η μείωση του στρες μπορεί επίσης να βοηθήσει στην πρόληψη διατροφικών διαταραχών.

Ο νοσηλευτής μπορεί να αποτελέσει την κινητήριο δύναμη και να παρέχει έναν μνημειώδη ρόλο στον εντοπισμό μιας πιθανής ασθένειας από διατροφική διαταραχή. Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να βοηθήσουν τους ασθενείς καθώς ξεπερνούν τους αγώνες τους με την εικόνα του σώματος και τις επικίνδυνες διατροφικές συνήθειες και αυξάνουν τις πιθανότητες επιτυχούς ανάρρωσης. Έχοντας επίγνωση των βασικών προειδοποιητικών σημείων μιας διατροφικής διαταραχής, ένας νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει να σώσει τη ζωή ενός ασθενούς. Ο νοσηλευτής όμως θα πρέπει να είναι ικανός να αναγνωρίζει τα συμπτώματα διατροφικών διαταραχών.

Οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να είναι δύσκολο να εντοπιστούν επειδή τα συμπτώματα δεν είναι πάντα εμφανή ή άμεσα και οι ασθενείς συχνά προσπαθούν να κρύψουν την ασθένειά τους. Παρ' όλα αυτά, ένας νοσηλευτής μπορεί και πρέπει να εξακολουθεί να είναι σε επιφυλακή για προειδοποιητικά σημάδια για να καθορίσει εάν ένα άτομο έχει διατροφική διαταραχή.

Με τη διατροφική διαταραχή ανορεξίας, ένας νοσηλευτής πρέπει να ανησυχεί εάν ένας ασθενής πάσχει από οποιοδήποτε από τα ακόλουθα συμπτώματα: Ανεξήγητη απώλεια βάρους, απώλεια όρεξης ή άρνηση να φάτε ή να πιείτε οτιδήποτε, δυσκολία στην κατάποση, τακτικά σχόλια για την εικόνα του σώματος ή φόβος για υπέρβαρο, κούραση, ζάλη ή ακόμα και λιποθυμία, λεπτά μαλλιά και ξηρό ή κιτρινωπό δέρμα

Με τη διατροφική διαταραχή της βουλιμίας, οι ασθενείς θα εμφανίσουν παρόμοια συμπτώματα με την ανορεξία, αλλά οι νοσηλευτές πρέπει επίσης να προσέχουν αυτά τα σημεία: Η υπερβολική κατανάλωση τροφής ή η υπερβολική πρόσληψη τροφής σε σύντομο χρονικό διάστημα, πρησμένα μάγουλα ή πληγές στο δέρμα γύρω από το πρόσωπο και το στόμα, κιτρίνισμα ή ευαίσθητα δόντια και υποχώρηση των γραμμών των ούλων, χρησιμοποιώντας το μπάνιο μετά από κάθε γεύμα και σπασμένα αιμοφόρα αγγεία στα μάτια. Η επίγνωση των συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής επιτρέπει στους νοσηλευτές να αναλάβουν άμεση δράση και να ξεκινήσουν θεραπεία, αποφεύγοντας καθυστέρηση στη λήψη της κατάλληλης βοήθειας από τον ασθενή. (General Healthcare Resources, 2019).

9.11 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τους πελάτες να δεχτούν μια πιο φυσιολογική εικόνα σώματος. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει πελάτες που συμφωνούν να ζυγίζουν περισσότερο από όσο θα ήθελαν, να είναι υγιείς και να μένουν εκτός νοσοκομείου. Όταν οι πελάτες βιώνουν ανακούφιση από τη συναισθηματική δυσφορία, έχουν αυξημένη αυτοεκτίμηση και μπορούν να καλύψουν τις συναισθηματικές τους ανάγκες με υγιείς τρόπους, είναι πιο πιθανό να αποδεχτούν το βάρος και την εικόνα του σώματός τους.

Ο ίδιος μπορεί επίσης να βοηθήσει τους πελάτες να δουν τον εαυτό τους με άλλους όρους εκτός από το βάρος, το μέγεθος, το σχήμα και την ικανοποίηση με την εικόνα του σώματος. Βοηθώντας τους πελάτες να εντοπίσουν τομείς προσωπικής δύναμης που δεν σχετίζονται με το φαγητό διευρύνει τις αντιλήψεις των πελατών για τον εαυτό τους. Αυτό περιλαμβάνει τον εντοπισμό ταλέντων, ενδιαφερόντων και θετικών πτυχών του χαρακτήρα που δεν σχετίζονται με το σχήμα ή το μέγεθος του σώματος. (General Healthcare Resources, 2019).

9.12 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Επειδή οι ασθενείς με ανορεξία αντιμετωπίζουν προβλήματα αυτογνωσίας, συχνά δυσκολεύονται να εντοπίσουν και να εκφράσουν συναισθήματα. Ως εκ τούτου, συχνά εκφράζουν αυτά τα συναισθήματα με όρους σωματικών καταγγελιών, όπως αίσθημα λίπους ή φουσκώματος. Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τους πάσχοντες να αρχίσουν να αναγνωρίζουν συναισθήματα όπως το άγχος ή την ενοχή ζητώντας τους να περιγράψουν πώς αισθάνονται και αφήνοντας τον κατάλληλο χρόνο για ανταπόκριση. Δεν ενδείκνυται να ρωτήσει εάν ένας ασθενής είναι λυπημένος ή ανήσυχος επειδή μπορεί να συμφωνήσει γρήγορα παρά να αγωνιστεί για μια απάντηση. Η ενθάρρυνση του πελάτη να περιγράψει τα συναισθήματα του είναι άκρως απαραίτητη. Αυτή η προσέγγιση μπορεί τελικά να βοηθήσει τους πελάτες να αναγνωρίσουν τα συναισθήματά τους και να τους συνδέσουν με τις διατροφικές τους συμπεριφορές.

Η αυτο-παρακολούθηση είναι μια γνωστική-συμπεριφορική τεχνική που έχει σχεδιαστεί για να βοηθήσει τους πελάτες με βουλιμία. Μπορεί να βοηθήσει τους πελάτες να εντοπίσουν μοτίβα συμπεριφοράς και στη συνέχεια να εφαρμόσουν τεχνικές για να τις αποφύγουν ή να τις αντικαταστήσουν. Οι τεχνικές αυτοπαρακολούθησης αυξάνουν την ευαισθητοποίηση των

πελατών σχετικά με τη συμπεριφορά και τους βοηθούν να ανακτήσουν την αίσθηση του ελέγχου. Υπάρχει ενθάρρυνση των πελατών ως προς την παρουσία ενός ημερολογίου για όλα τα τρόφιμα που καταναλώνονται όλη την ημέρα, συμπεριλαμβανομένων των πνιγμών, και να καταγράφουν τις διαθέσεις, τα συναισθήματα, τις σκέψεις, τις περιστάσεις και τις αλληλεπιδράσεις που αφορούν το φαγητό και το επεισόδιο τρεξίματος ή καθαρισμού. Με αυτόν τον τρόπο, οι πελάτες αρχίζουν να βλέπουν συνδέσεις μεταξύ συναισθημάτων και καταστάσεων και συμπεριφορών στο φαγητό. Ο νοσηλευτής μπορεί στη συνέχεια να βοηθήσει τους πελάτες να αναπτύξουν τρόπους διαχείρισης συναισθημάτων όπως το άγχος χρησιμοποιώντας τεχνικές χαλάρωσης ή απόσπαση της προσοχής με μουσική ή άλλη δραστηριότητα. Αυτό είναι ένα σημαντικό βήμα προς τη βοήθεια των πελατών να βρουν τρόπους αντιμετώπισης ανθρώπων, συναισθημάτων ή καταστάσεων που δεν περιλαμβάνουν φαγητό. (Nursing in Practice, 2018).

9.13 Ο ΡΟΛΟΣ ΠΟΥ ΔΙΑΔΡΑΜΑΤΙΖΕΙ ΕΝΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΟΤΑΝ ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.

Κάθε ασθενής που πάσχει από διατροφική διαταραχή αντιμετωπίζει ένα μοναδικό σύνολο εμποδίων που πρέπει να ξεπεράσει πριν αναρρώσει. Όχι μόνο η ασθένεια μπορεί να είναι σε διαφορετικά επίπεδα εξέλιξης ή σοβαρότητας, αλλά πολλές ψυχολογικές επιδράσεις μπορούν να κάνουν την ανάρρωση του ασθενούς μια μακρά και αργή διαδικασία.

Η συνεργασία με έναν ασθενή που αντιμετωπίζει διατροφικές διαταραχές για έναν νοσηλευτή μπορεί να είναι πολύπλευρη λόγω της ευθύνης της παρακολούθησης στενά της πρόσληψης τροφής και των φυσικών αντιδράσεων του ασθενούς, αλλά και της υποστήριξης του ασθενή μέσω συναισθηματικών αγώνων. Ο στόχος είναι να διαμορφωθεί ένα ασφαλές και απαλλαγμένο από άγχος περιβάλλον, ώστε ο ασθενής να μην αισθάνεται κανένα άγχος. (Nursing in Practice, 2018).

9.14 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Πολλοί ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία αρνούνται την φαρμακοθεραπεία κυρίως λόγω του φόβου της παρενέργειας της αύξησης του βάρους ή στα πλαίσια άρνησης της σοβαρότητας της κατάστασης. Όταν γίνεται χορήγηση οποιοσδήποτε φαρμακευτικής αγωγής σε ασθενείς με διαταραχές πρόσληψης τροφής, ο νοσηλευτής – τρια πρέπει να γνωρίζει ότι: · Οι

πιθανότητες εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακοθεραπείας είναι αυξημένες στους ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία. Αυτό συμβαίνει λόγω του χαμηλού βάρους, της μείωσης των λευκωμάτων του ορού και του περιορισμένου λίπους που έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της βιοδιαθεσιμότητας και τον περιορισμό του μεταβολισμού των φαρμάκων. Οι καθαρτικές συμπεριφορές και η υπερενυδάτωση μπορούν να μειώσουν την απορροφητικότητα του φαρμάκου, ενώ η αφυδάτωση και η παρατεταμένη νηστεία μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα τοξικότητας. Η χορήγηση φαρμάκων σε ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία πρέπει να ξεκινά από την χαμηλότερη δόση και σε συστηματική παρακολούθηση για την εμφάνιση παρενεργειών και μετά από εξατομικευμένη ενημέρωση των ασθενών γύρω από την σχέση οφέλους/κινδύνου από την φαρμακοθεραπεία. (Μπέλλος και συν., 2014).

9.15 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΑΝΑΣΤΙΣΗ

Ως «σύνδρομο επανασίτισης», ορίζεται το σύνολο των επιπλοκών που προκαλείται από την αλλαγή στην κατανομή υγρών και ηλεκτρολυτών που συμβαίνει κατά την επανασίτιση μετά σοβαρό υποσιτισμό και υπολογίζεται ότι συμβαίνει στο 6% των νοσηλευομένων με ψυχογενή ανορεξία (Khan et al., 2010).

Ο κίνδυνος εκδήλωσης συνδρόμου επανασίτισης είναι ανάλογος του βαθμού υποσιτισμού/απίσχανσης του ασθενούς και της ταχύτητας με την οποία γίνεται η έναρξη της επανασίτισης ιδιαίτερα κατά τις 2 πρώτες εβδομάδες. Παράγοντες που δηλώνουν υψηλό κίνδυνο για εκδήλωση του συνδρόμου είναι η πλήρης ασιτία 5- 10 ημέρες προ της επανασίτισης, η παρουσία σημείων καρδιακής ανεπάρκειας, λοίμωξης, ηλεκτροκαρδιογραφικών ή ηλεκτρολυτικών διαταραχών (υποφωσφαταιμία, υπομαγνησισαιμία και υπασβεστιαίμια) προ της επανασίτισης, η παρουσία ιδιαίτερα χαμηλού BMI<10 και η σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα. (Boateng et al., 2010).

Η αντιμετώπιση του συνδρόμου περιλαμβάνει καταρχάς τον περιορισμό στην προσλαμβανόμενη τροφή στα επίπεδα του βασικού μεταβολισμού ηρεμίας, την διόρθωση του φωσφόρου και των υπόλοιπων ηλεκτρολυτών και την στενή παρακολούθηση και υποστήριξη της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας σε κατάλληλο νοσηλευτικό περιβάλλον.

Η εξωγενής χορήγηση ηλεκτρολυτών πρέπει να γίνεται από του στόματος εκτός και αν υπάρχει ιατρική ένδειξη για ενδοφλέβια χορήγηση. Σε κάθε περίπτωση η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών σε σοβαρά πάσχοντες με Ψυχογενή Ανορεξία (ΔΜΣ<13) πρέπει να γίνεται

με αντλία χορήγησης και υπό συνεχή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων και των αποβαλλόμενων υγρών (MARSIPAN, 2014).

9.16 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας χρειάζονται σύγχρονα δεδομένα, κλινικές δεξιότητες και καθημερινή ευαισθητοποίηση και συνεχή εκπαίδευση μέσα στο χώρο της τρέχουσας προόδου της ιατρικής επιστήμης ειδικότητας στη ψυχολογική νοσηλευτική. Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας περιλαμβάνει τη διάγνωση και τη θεραπεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς ως απάντηση στην ψυχολογική κατάσταση προβλήματα. Εκ των πραγμάτων, ο ρόλος της εκτείνεται στην απώτερη πλευρά της τυπικής νοσηλευτικής παρατηρούν σε τομείς που σκιαγραφούν την καθημερινότητα της αποκατάστασης. Συγκεκριμένα, δεν περιορίζεται στην παροχή ιατρικής βοήθειας κατά τη διάρκεια της φαρμακευτικής θεραπείας, ωστόσο εκπαιδεύει και βοηθά τους επισκέπτες στην αποδοχή, αναγνώριση και τελικά στην απελευθέρωση από την ασθένεια. Υποστηρίζει και εκπαιδεύει κάθε άτομο στην αυτοφροντίδα, την προσωπική υγιεινή και την οργάνωση της φροντίδας του σπιτιού του, στη διατροφή, το μαγείρεμα, την καθαριότητα και στη διαχείριση των χρημάτων. Υποστηρίζει και εμπλέκει τους φιλοξενούμενους στην οργάνωση της ιατρικής τους φροντίδας π.χ. ραντεβού με γιατρούς, συνταγές, εντολές θεραπείας, τήρηση ιστορικού περιστατικών, ιατρικά αρχεία. Σε περίπτωση ιατρικής ειδικότητας ή παθολογικών επειγόντων περιστατικών, βοηθάει και συνοδεύει τον φιλοξενούμενο όπου χρειάζεται, παρέχοντας ψυχολογική υποστήριξη. Ο νοσηλευτής ψυχολογικής υγείας είναι, πάνω απ' όλα, μέλος μιας θεραπευτικής ομάδας. Στη δομή εντός της οποίας εργάζεται ως εμπειρογνώμονας, συμβάλλει επομένως στην ενσωμάτωση των φιλοξενούμενων του στην δομή καθώς και σε μια παραδοσιακή καθημερινή ρουτίνα λειτουργώντας με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, το θεραπευτικό πρόγραμμα τους και αναλαμβάνοντας καθήκοντα εντός της μονάδας, ωστόσο τα κοινά αποδεκτά ακαδημαϊκά, εργασιακά και προπονητικά προγράμματα εντός της κοινότητας, προσαρμοσμένα στις ανάγκες των ασθενών, τις ανάγκες και τις δυνατότητες τους. Θα πρέπει να συνεργάζεται στενά με έναν ή περισσότερους φροντιστές και να συντονίζει το εξατομικευμένο πρόγραμμα θεραπείας τους, και ως εκ τούτου επικεντρώνεται στα ιδιαίτερα ταλέντα και τους στόχους του κάθε ατόμου. Χρησιμοποιεί τεχνικές για να μειώσει το άγχος και να ανακουφίσει πολυάριθμα συμπτώματα ή σκέψεις των πασχόντων, επίσης βοηθάει στην αντιμετώπιση δύσκολων στιγμών μέσα στην καθημερινή ζωή του διαμένοντος στις δομές φιλοξενίας. Σε εναλλακτικούς χρόνους, θα πρέπει να εκπαιδεύσει τους κατοίκους της δομής στην αποδοχή της ασθένειας και της κατάστασής τους. Τέλος, συμμετέχει ενεργά στη σύνδεση της φιλοξενουμένης δομής εντός της οποίας εργάζεται με τη γειτονιά, την

κοινότητα και συνεπώς την τοπική κοινωνία, και τους στηρίζει στο μέγιστο δυνατό βαθμό την ενσωμάτωση των επισκεπτών στην κανονικότητα καταπολεμώντας το στίγμα που σχετίζεται με την ασθένεια. Το κοινωνικό στίγμα που σχετίζεται με την ψυχολογική κατάσταση με την παροχή υποστήριξης κάθε μέσα στις οικογένειες των ψυχασθενών και μέσα στην ευρύτερη κοινωνική ατμόσφαιρα στην οποία ανήκουν.(Dickens et al., 2019).

9.17 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Αρχικά ο νοσηλευτής παίρνει ένα σύντομο ιστορικό από τον ασθενή σχετικά με τις διατροφικές του συνήθειες. Ζητά από τον πάσχοντα να εξηγήσει ένα καθημερινό διατροφικό πρόγραμμα. Τον ρωτά αν αποφεύγει συγκεκριμένα τρόφιμα και για ποιο λόγο, αν έχει κάνει ποτέ δίαιτα, αν μετράει την ενέργεια που καταναλώνει, αν έχει χρησιμοποιήσει ποτέ κάψουλες δίαιτας ή καθαρτικά για να χάσει βάρος και αν έχει προκαλέσει εμετό για να αποβάλει το "βάρος" των θερμίδων που έχει καταναλώσει ή έχει χρησιμοποιήσει ειδικά γεύματα για να φάει. (Eby & Brown 2010).

Στη συνέχεια, προσπαθεί να εκμαιεύσει στοιχεία σχετικά με την εικόνα του σώματος του πάσχοντος ατόμου που θεωρεί ότι υπάρχει. Η διαστρεβλωμένη εικόνα του λεπτού εαυτού ως υπέρβαρου δεν είναι ασυνήθιστη στη νευρογενή ανορεξία. Συγκεκριμένα ρωτάει πώς αισθάνεται περίπου τη σωματική διάπλαση, αν υπάρχουν μέρη του σώματος που θα άλλαζε, αν κάθε φορά που το άτομο κοιτάει τον εαυτό μέσα στον καθρέφτη βλέπει τον εαυτό του ως υπέρβαρο, αδύνατο ή χαρούμενο. Η διαταραγμένη σωματική φωτογραφία θα μπορούσε επίσης να αξιολογηθεί με τη χρήση παραμορφωμένων εικόνων. Το επηρεαζόμενο άτομο καλείται να επιλέξει από μια σειρά φωτογραφιών ποια πιστεύει ότι τον αντιπροσωπεύει, η επιλογή που γίνεται μέσω του ασθενούς θα δείξει αν το πάσχον άτομο έχει μια υπέροχη (η εικόνα ακριβώς όπως αυτή του σώματός του) ή κακή (η εικόνα είναι εξαιρετική) αίσθηση για το σώμα. (Eby & Brown 2010).

Επιπλέον, ο νοσηλευτής αξιολογεί σημαντικά σημεία, το βάρος του πλαισίου, όπως και τις εργαστηριακές εκτιμήσεις του ασθενούς. Ζυγίζει τον πάσχοντα και ρωτά τον ασθενή εάν έχασε πρόσφατα βάρος και πόσο και αν είναι συνήθως ευχαριστημένος με το βάρος που έχει. Η πάσχων συνήθως δεν αναφέρει την παύση της εμμήνου ρύσεως που συμβαίνει ενώ ζητάει τη βοήθεια του νοσηλευτή. Καταλήγοντας, πραγματοποιείται ενθάρρυνση του ασθενούς να μιλήσει για τις δραστηριότητες/ αθλήματα με τα οποία ασχολείται, προσπαθώντας να γνωρίσει οποιαδήποτε εμμονή με τη σωματική ενασχόληση και άσκηση, μετά από κάθε γεύμα.(Eby & Brown 2010).

9.18 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Εκπαίδευση του σχολικού προσωπικού

Το προσωπικό των σχολείων ωφελείται από την κατανόηση ότι οι διατροφικές διαταραχές επηρεάζουν κορίτσια και αγόρια από όλα τα κοινωνικά, οικονομικά και πολιτισμικά υπόβαθρα, και δεν έχουν όλοι όσοι πάσχουν από διατροφική διαταραχή τη λεπτή εμφάνιση που είναι χαρακτηριστική για τους ανορεξικούς. "Οι άνθρωποι με διατροφικές διαταραχές έχουν όλα τα διαφορετικά μεγέθη και σχήματα".(Olivero, 2015).

Τα τυπικά προειδοποιητικά σημάδια περιλαμβάνουν την παράλειψη του μεσημεριανού γεύματος, το φαγητό με μυστικότητα, τη συχνή χρήση της τουαλέτας μετά τα γεύματα, την υπερβολική συζήτηση για δίαιτα και την αρνητική εικόνα του σώματος, τη διακύμανση του βάρους, τις εναλλαγές της διάθεσης, τις αλλαγές στη σχολική παρουσία και τη χρήση φαρδίων ρούχων για να κρύψουν το μέγεθος του σώματος. Άλλα σημάδια προβλήματος περιλαμβάνουν εκδορές στις αρθρώσεις των αρθρώσεων (γνωστές ως "σημάδια του Ρά") που προκαλούνται από σημάδια δαγκώματος κατά τη διάρκεια αυτοπροκαλούμενου εμετού, καθώς και "μάγουλα σκίουρου" που προκαλούνται από διογκωμένους σιελογόνους αδένες λόγω συνεχούς αφαγίας και καθαρμού.(Olivero, 2015).

Οι προπονητές είναι σε μοναδική θέση να παρατηρήσουν τους αθλητές-μαθητές που μπορεί να κινδυνεύουν από διατροφική διαταραχή, επειδή αισθάνονται πίεση να διατηρήσουν έναν συγκεκριμένο σωματότυπο ή βάρος για να διαπρέψουν στην πάλη, τη γυμναστική, το ποδόσφαιρο, τον στίβο, την κωπηλασία και άλλα αθλήματα, είπαν οι ειδικοί. Η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών, των προπονητών, των νοσηλευτών και του λοιπού προσωπικού των σχολείων ώστε να εντοπίζουν τα προειδοποιητικά σημάδια των διατροφικών διαταραχών είναι "ζωτικής σημασίας, διότι γνωρίζουμε ότι η έγκαιρη παρέμβαση είναι το κλειδί". (Olivero, 2015).

Για την ενημέρωσή σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές το προσωπικό των σχολείων θα πρέπει να αναζητά τον σχολικό νοσηλευτή ώστε να ενημερώνεται και να εκπαιδεύεται πως μπορεί να αντιμετωπίσει την κατάσταση και ποιες είναι οι επόμενες κινήσεις που θα χρειαστεί να πραγματοποιηθούν για να αποφευχθεί μια υποτροπή σε κάποια διατροφική διαταραχή.(Olivero, 2015).

Βελτίωση του προγράμματος σπουδών για την υγεία

Η επέκταση του προγράμματος σπουδών υγείας ώστε να περιλαμβάνει περιεχόμενο σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές μπορεί να παρέχει στους μαθητές κρίσιμες πληροφορίες.

Μπορούν να δημιουργηθούν δράσεις ,σεμινάρια ακομη και μαθήματα από τον σχολικό νοσηλευτή ώστε να διατεθούν οι πληροφορίες για τις διατροφικές διαταραχές μεσα στο σχολείο αλλα και εκτος μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων και συναντήσεων με τους γονείς για να γνωρίσουν τις παθησεις. Η διαδικασία θα πρέπει να οργανωθεί διεξοδικά ώστε να μην υπάρξουν καταστάσεις παρανοήσεις καθώς οι μαθητές μπορούν να μην αντιληφθούν σωστά τις πληροφορίες και να δημιουργηθούν λάθος εντυπώσεις και αντιδράσεις. (Olivero, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

10.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η Νοσηλευτική διεργασία έχει οριστεί ως η συστηματική συλλογή πληροφοριών για τον προσδιορισμό των αναγκών ή προβλημάτων των ασθενών και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, μια συστηματική επίλυση προβλημάτων , μέθοδος για την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας στους ασθενείς σε όλα τα στάδια της υγείας και της ασθένειας, μια διαδικασία η οποία εστιάζεται στην λύση των προβλημάτων για την κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης και νοσηλείας των αναγκών των ασθενών, μια δυναμική διαδικασία που χρησιμοποιεί τις πληροφορίες με ουσιαστικό τρόπο μέσα από στρατηγικές λύσης προβλημάτων ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη κατάσταση της υγείας στον ασθενή , την οικογένεια , την κοινότητα. (Βιβιλάκη και συν., 2015).

10.2 ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η νοσηλευτική διεργασία περιλαμβάνει 5 στάδια. Την αξιολόγηση των αναγκών του ατόμου και τον πόρων για την νοσηλευτική φροντίδα, την νοσηλευτική διάγνωση , τον προγραμματισμό/σχεδιασμό για το πώς θα αντιμετωπιστεί το περιστατικό, η εφαρμογή της φροντίδας που σχεδιάστηκε και τέλος η εκτίμηση του αποτελέσματος της θεραπείας και η ανατροφοδότηση της. (Βιβιλάκη και συν., 2015).

Αναλυτικότερα πριν προχωρήσουμε στην δημιουργία μιας νοσηλευτικής διεργασίας χρειάζεται να γίνει η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού και έπειτα να πραγματοποιηθεί φυσική εξέταση. Στο νοσηλευτικό ιστορικό τα δεδομένα που χρειάζεται να ληφθούν είναι τα σωματικά συμπτώματα και η καταγραφή τους, η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, η καταγραφή του οικογενειακού ιστορικού για σύγκριση καταστάσεων, καταγραφή άλλων νοσηλειών, χειρουργείων ή παθήσεων. Επίσης εάν ο ασθενής λαμβάνει κάποια άλλη αγωγή, αυτές οι πληροφορίες αντλούνται από τον ίδιο τον ασθενή αλλά και την οικογένεια του. (Βιβιλάκη και συν., 2015).

Μετά είναι η φυσική εξέταση που περιλαμβάνει την λήψη των ζωτικών σημείων θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση αναπνοές κορεσμός οξυγόνου , σφίξεις και το βάρος και το ύψος του ασθενούς.(Βιβιλάκη και συν., 2015).

Τέλος προχωράμε στον σχεδιασμό της νοσηλευτικής διεργασίας που όπως έχουμε προαναφέρει χωρίζεται σε 5 στάδια αναλυτικότερα αυτά τα στάδια περιλαμβάνουν:

A) Αξιολόγηση: ορίζεται από τον συστηματικό δυναμικό τρόπο συλλογής δεδομένων σχετικά με τον ασθενή, όπου είναι το πρώτο βήμα για την χορήγηση νοσηλευτικής φροντίδας. Αξιολόγηση δεν περιλαμβάνει μόνο τα σωματικά και οργανικά δεδομένα αλλά και τα ψυχολογικά κοινωνικά, ηθικά, πολιτισμικά και τα δεδομένα του τρόπου ζωής.

B) Νοσηλευτική διάγνωση: ορίζεται η κλινική κρίση για την ανταπόκριση του ατόμου και της οικογένειας του στο πρόβλημα της υγείας.

Γ) Προγραμματισμός/Σχεδιασμός: ορίζεται το σχέδιο πλάνου που προσαρμόζεται για τον ασθενή από όλη την υγειονομική ομάδα.

Δ) Εφαρμογή: ονομάζεται η διεξαγωγή των παρεμβάσεων νοσηλευτικές φροντίδες που κατευθύνονται προς την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί στον σχεδιασμό.

Ε) Εκτίμηση: είναι η το κομμάτι της διεργασίας που δείχνει κατά πόσο ήταν επιτυχημένος ο συνδυασμός των πράξεων που εφαρμόστηκαν και εάν δεν είχαν την αναμενόμενη απόδοση που χρειαζόταν τότε ξεκινάει μια καινούργια διεργασία. (Βιβιλάκη και συν., 2015).

10.3 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η ολοκληρωμένη χρήση των γνωστικών, διαπροσωπικών και ψυχοκινητικών δεξιοτήτων στη φροντίδα του ασθενούς είναι μείζονος σημασίας για την άσκησή της επαγγελματικής Νοσηλευτικής από τον νοσηλευτή. Η Νοσηλευτική διεργασία παρέχει ένα λογικό και ορθολογικό τρόπο στους νοσηλευτές έτσι ώστε να οργανώσει τις πληροφορίες με αποτέλεσμα η παρεχόμενη περίθαλψη να είναι κατάλληλη, ασφαλής και αποτελεσματική. Παρά το γεγονός ότι η διαδικασία είναι επιστημονική, χρησιμοποιείται από ανθρώπους που μπορεί να την πραγματοποιήσουν με ένα ευαίσθητο και ανθρωπιστικό τρόπο. Ως εκ τούτου, η νοσηλευτική διεργασία είναι τόσο επιστημονική όσο και ανθρωπίνη, όπως και η νοσηλευτική γίνεται αντιληπτή τόσο ως επιστήμη όσο και τέχνη. Ωστόσο, ο καλύτερος τρόπος για να επιτευχθεί από την πλευρά του νοσηλευτή ένας επιθυμητός στόχος, είναι η συστηματική εργασία μέσω μιας διαδικασίας η οποία περιλαμβάνει την σκέψη για ένα πρόβλημα και εκτίμηση του πως θα επιλυθεί, τον σχεδιασμό των πράξεων του, την υλοποίηση του σχεδίου που έχει σκεφτεί και την εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος και αξιολόγηση ανάγκης για περαιτέρω δράση. (Βιβιλάκη και συν., 2015).

10.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Νοσηλευτική αξιολόγηση

Αν και η ανορεξία και η βουλιμία έχουν αρκετές διαφορές, κατά την αξιολόγηση διαπιστώνονται πολλές ομοιότητες.

Τα μέλη της οικογένειας συχνά περιγράφουν τους ασθενείς με νευρική ανορεξία ως τελειομανείς με νοημοσύνη άνω του μέσου όρου, προσανατολισμένους στα επιτεύγματα, αξιόπιστους, πρόθυμους να ευχαριστήσουν και αναζητούσαν την έγκριση πριν από την έναρξη της κατάστασής τους- οι ασθενείς με βουλιμία, ωστόσο, συχνά έχουν ιστορικό παρορμητικής συμπεριφοράς, όπως κατάχρηση ουσιών, κλοπές σε καταστήματα, καθώς και άγχος, κατάθλιψη και διαταραχές προσωπικότητας.

Γενική εμφάνιση και κινητική συμπεριφορά. Οι πελάτες με ανορεξία εμφανίζονται αργοί, ληθαργικοί και κουρασμένοι- μπορεί να είναι αποστεωμένοι ανάλογα με το μέγεθος της απώλειας βάρους- οι πελάτες με βουλιμία μπορεί να είναι λιποβαρείς ή υπέρβαροι, αλλά γενικά είναι κοντά στο αναμενόμενο σωματικό βάρος για την ηλικία και το μέγεθος.

Διάθεση και επιρροή. Οι πελάτες με διατροφικές διαταραχές έχουν ασταθείς διαθέσεις που συνήθως αντιστοιχούν στις διατροφικές τους συμπεριφορές ή στις συμπεριφορές δίαιτας.

Αν και διαδικασίες και περιεχόμενο. Οι πελάτες με διατροφικές διαταραχές περνούν τον περισσότερο χρόνο τους σκεπτόμενοι τη δίαιτα, το φαγητό και τη συμπεριφορά που σχετίζεται με το φαγητό.

Αυτοαντίληψη. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι εμφανής στους πελάτες με διατροφικές διαταραχές.(Nurseslabs, 2013).

Νοσηλευτική διάγνωση

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις για τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν τα εξής:

Ανισόρροπη διατροφή: λιγότερες από τις απαιτήσεις του οργανισμού που σχετίζονται με την κάθαρση ή την υπερβολική χρήση καθαρικών.

Αναποτελεσματική αντιμετώπιση που σχετίζεται με την αδυναμία κάλυψης βασικών αναγκών.

Διαταραγμένη εικόνα του σώματος που σχετίζεται με το υπερβολικά χαμηλό βάρος.(Nurseslabs, 2013).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Βουλιμία

- Επιβλεψη του ασθενή κατά τη διάρκεια των γευμάτων και για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα μετά τα γεύματα (συνήθως μία ώρα).
- Προσδιόριση των πρότυπων αποβολής του ασθενούς.
- Αξιολόγηση των πιθανοτήτων αυτοκτονίας
- Περιγραφή των κινδύνων που εγκυμονεί για τον ασθενή η κατάχρηση καθαρτικών, εμετικών και διουρητικών.(Nurseslabs, 2013).

Ανορεξία

- Επιβλεψη του ασθενούς κατά τη διάρκεια των γευμάτων και για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα μετά τα γεύματα (συνήθως μία ώρα).
- Για έναν νοσηλευόμενο ασθενή με ανορεξία, το φαγητό θεωρείται φάρμακο.
- Προσμονή αύξηση βάρους περίπου 0,5 kg ανά εβδομάδα.
- Εάν το οίδημα ή το φούσκωμα εμφανιστεί αφού ο ασθενής επιστρέψει στη φυσιολογική διατροφική του συμπεριφορά, χρειάζεται εφησυχασμός του ασθενή καθώς το φαινόμενο αυτό είναι προσωρινό.(Nurseslabs, 2013).

Βουλιμία και ανορεξία

Οι ασθενείς με βουλιμία έχουν επίγνωση των προβλημάτων τους και θέλουν να βοηθηθούν επειδή αισθάνονται ανήμποροι και ανίκανοι να ελέγξουν τον εαυτό τους κατά τη διάρκεια των επεισοδίων πρόσληψης τροφής. Αλλά λόγω της έντονης επιθυμίας τους να ικανοποιούν και της ανάγκης τους να συμμορφώνονται, μπορεί να καταφύγουν σε χειριστική συμπεριφορά και να πουν μισές αλήθειες κατά τη διάρκεια της συνέντευξης για να κερδίσουν την εμπιστοσύνη και την αποδοχή των νοσηλευτών.Γι' αυτό χρειάζεται μια σειρά από ενέργειες όπως:

Δημιουργία μιας ατμόσφαιρας εμπιστοσύνης. Αποδοχή του ατόμου ως αξιόλογο άτομο. Αν γνωρίζουν ότι δεν πρόκειται να τους επιβληθεί καμία απόρριψη ή τιμωρία αν αποκαλύψουν το πρόβλημά τους, θα είναι πιο ανοιχτοί και ειλικρινείς.

Ανάπτυξη δύναμης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Ενθάρρυνση του ασθενούς για συζήτηση των θετικών χαρακτηριστικών του εαυτού του για να αυξήσει την αυτοεκτίμησή του.

Βοήθεια του ασθενούς στην εντοπισή των συναισθημάτων και των καταστάσεων που σχετίζονται με ή που πυροδοτούν την υπερφαγία. βοηθούν να εξερευνήσουν εναλλακτικούς και θετικούς τρόπους αντιμετώπισης.

Ενθάρρυνση στην τήρηση ημερολογίου με τα περιστατικά και τα συναισθήματα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από ένα επεισόδιο κραιπάλης.

Υποβολή ενός συμβολαίου με τον ασθενή να πλησιάζει έναν νοσηλευτή όταν νιώθει την ανάγκη να ξεσπάσει, ώστε να διερευνηθούν τα συναισθήματα και οι εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης.

Ενθάρρυνση της τήρησης του προγράμματος γευμάτων και σνακ του νοσοκομείου. Αυτό μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης υπερφαγίας, η οποία συχνά επιταχύνεται από την πείνα και τη νηστεία.

Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες με άλλα άτομα που πάσχουν από την ίδια διατροφική διαταραχή για να αποκτήσουν πρόσθετη υποστήριξη.

Για νεαρούς εφήβους που ζουν στο σπίτι, κρίνεται αναγκαία η προτροπή της οικογενειακής θεραπείας για τη διόρθωση δυσλειτουργικών οικογενειακών προτύπων.

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία είναι η ιδανική θεραπεία για να βοηθήσει τον βουλιμικό να κατανοήσει το πρόβλημα και να διερευνήσει τις κατάλληλες συμπεριφορές. (NursingCrib, 2008).

Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία μαζί με τη θεραπευτική ομάδα πρέπει να καθορίσουν ένα βάρος στόχο για να επιτύχουν. Το συνιστώμενο ελάχιστο βάρος στόχου είναι 90% του αναμενόμενου βάρους. Ένα ασφαλές ποσοστό αύξησης βάρους είναι περίπου 1 κιλό την εβδομάδα. (van Ommen et al., 2009).

Για να επιτευχθεί αυτό, οι ασθενείς ξεκινάνε με δίαιτα περίπου 2000 έως 2500 θερμίδες την ημέρα αυξάνοντας κατά 250 θερμίδες την ημέρα εάν οι ηλεκτρολύτες είναι σταθεροί. Ο στόχος είναι η αύξηση 0,2 kg / ημέρα ενώ ο ασθενής βρίσκεται στο νοσοκομείο. Μετά την παραμονή στο νοσοκομείο, η προσδοκία για αύξηση βάρους είναι πιο αργή, με στόχους 1 έως 2 κιλών την εβδομάδα. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, οι ενεργειακές ανάγκες

μπορεί να αυξηθούν δραματικά, με πολλούς ασθενείς να απαιτούν 3.500 έως 4.500 θερμίδες / ημέρα για την αποκατάσταση της καρδιάς, του εγκεφάλου και των οστών. Αυτές οι υψηλές μεταβολικές ανάγκες είναι ιδιαίτερα σημαντικές σε παιδιά και εφήβους που εξακολουθούν να μεγαλώνουν και να αναπτύσσονται.(Dryden-Edwards, 2018).

Ο αριθμός των θερμίδων που καταναλώνονται ανά ημέρα πρέπει να παρακολουθείται ώστε να διασφαλιστεί πως οι ασθενείς καταναλώνουν τις απαραίτητες θερμίδες για να επιτύχουν την αύξηση βάρους. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό δεδομένου ότι οι ασθενείς που έχουν βάρη χαμηλότερα από εκείνα που στοχεύουν διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής και νοσηλείας. Για ασθενείς που παρουσιάζουν υπερβολική πρόσληψη, θα πρέπει να αξιολογείται η πιθανότητα απόρριψης τροφής ή χρήσης αντισταθμιστικών συμπεριφορών. (Davies et al., 2016).

10.5 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1(ΑΝΟΡΕΞΙΑ)

Ασθενής 25 χρονών, προσήλθε στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών του Γενικού

Νοσοκομείου <<ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ>> με σταδιακή απώλεια βάρους, επαναλαμβανόμενα επεισόδια εμετού, την τελευταία διαίτα, Η ασθενής εξετάζεται για υποψία, αναιμίας και κοιλιακών όγκων. Όλες οι εξετάσεις της ασθενούς είναι φυσιολογικές εντός ορίων, εκτός από την χαμηλή αιμοσφαιρίνη. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης από έναν ψυχίατρο η ασθενής δεν εμφάνισε σημάδια συνεργασίας . Μετά από επιμονή η ασθενής εξέφρασε μειωμένη διάθεση, εύκολη κόπωση, απάθεια, μειωμένη προσοχή και συγκέντρωση, απαισιόδοξες σκέψεις για το μέλλον και ανέφερε αυτοκτονικές ιδέες. Κατά την εισαγωγή της έχει καλή προσωπική υγιεινή το σωματικό της βάρος είναι 41Kg το ύψος 1,68, η πίεση 90/52 mmHg, ο καρδιακός ρυθμός

62 παλμοί/λεπτό, 18 αναπνοές/λεπτό και η θερμοκρασία του σώματος 35,4 βαθμούς Κελσίου. Ο δείκτης ΔΜΣ είναι 14.53. Η ασθενής αναφέρει αμηνόρροια. Το δέρμα της περιγράφεται ως χλωμό, ξηρό, χωρίς μώλωπες, οίδημα ή δερματικό αλλοιώσεις. Δεν υπάρχουν υπολείμματα φλέγματος, ρινίτιδα ή βήχας. Η ασθενής δεν αναφέρει καμία καρδιαγγειακή παράπονα. Αναφέρει μείωση της ανοσίας και μεγαλύτερη ευαισθησία σε ασθένειες. Η ασθενής πάσχει από μη φυσιολογικές κινήσεις του εντέρου που εκδηλώνονται με τη μορφή δυσκοιλιότητας λόγω κατάχρηση καθαρτικών στο παρελθόν. Παραπονείται για διαστρεβλωμένη αντίληψη του σώματός της.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική διάγνωση	Προγραμματισμός/Σχεδιασμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση
------------	----------------------	----------------------------	----------	----------

<p>-Χαμηλό σωματικό βάρος λόγω έλλειψης επαρκούς τροφής.</p>	<p>-Υποσιτισμός της ασθενούς λόγω διατροφικών διαταραχών.</p>	<p>- Συζήτηση με την ασθενή για τους κινδύνους του υποσιτισμού.</p>	<p>-Πραγματοποιήθηκε συζήτηση μεταξύ ασθενούς και νοσηλεύτη για τους κινδύνους του υποσιτισμού και τις</p>	<p>-Η ασθενής τέθηκε σε ελαφρά δίαιτα, εξασφαλίστηκε ο έλεγχος της διατροφής.</p>
--	---	---	--	---

		<p>επιπτώσεις που φέρνει στο σώμα αλλά και στην ψυχολογία ενός ατόμου.</p> <p>-Καθορίστηκαν η Δευτέρα και η Πέμπτη ως μέρες μέτρησης σωματικού βάρους και περιμέτρου σώματος.</p> <p>- Τακτικήμέτρηση του σωματικού βάρους και της περιμέτρου του σώματος.</p> <p>- Παροχήδυνατότητας επαφής με διαιτολόγο και συμβούλους.</p> <p>- Έλεγχος τηςποιότητας και της ποσότητας των γευμάτων που καταναλώνονται</p>	<p>επιπτώσεις που φέρνει στο σώμα αλλά και στην ψυχολογία ενός ατόμου.</p> <p>-Καθορίστηκαν η Δευτέρα και η Πέμπτη ως μέρες μέτρησης σωματικού βάρους και περιμέτρου σώματος.</p> <p>-Πραγματοποιήθηκε συνάντηση με διατροφολόγο/σ ύμβουλο για να δοθούν οδηγίες συμβουλές για την διατροφή που θα ακολουθήσει η ασθενής</p> <p>-Παραμονή με την ασθενή μετά την κατανάλωση φαγητού για 1 ώρα ώστε να μην γίνουν απόπειρες</p>	
--	--	--	--	--

		<p>- Επαινώντας την ασθενή.</p> <p>- Επιτρέπεται η επαφή με τους συγγενείς κατά τη διάρκεια των γευμάτων.</p>	<p>εμέτου.</p> <p>-Γίνεται χρήση ενθαρρυντικού λόγου ώστε να ενισχυθεί η αυτοπεποίθηση της ασθενούς.</p> <p>-Κατά την διάρκεια των γευμάτων παρευρίσκονται οι συγγενείς της ασθενούς ώστε το γευμα να καταστεί πιο ευχάριστο και η ασθενής να αισθάνεται πιο οικεία.</p>	
--	--	---	--	--

<p>- Ενυδάτωση και διατήρηση ισοζυγίου</p>	<p>-Ο κίνδυνος αφυδάτωσης λόγω ανεπαρκούς πρόσληψης υγρών και τροφής.</p>	<p>- Παρατήρηση της ασθενούς για αφυδάτωση (το δέρμα, οι βλεννογόνοι μεμβράνες).</p> <p>- Η χρήση τηςθεραπείας με υγρά σύμφωνα με την εντολή του γιατρού.</p>	<p>-Ενημέρωση της ασθενούς για τα οφέλη ενός ενυδατωμένου δέρματος.</p> <p>-Χορήγηση 1000 ml ΝΙS 0,9% για 12 ωρες ενδοφλεβίως.(σ</p>	<p>-Η ασθενής είναι ενυδατωμενη χωρίς εμφανή σημεία αφυδάτωσης.</p>
--	---	---	--	---

		<p>- Ενθάρρυνση της ασθενούς για κατανάλωση υγρών per os.</p> <p>- Έλεγχος τηςισορροπίας των υγρών</p>	<p>ύμφωνα με ιατρικη οδηγία)</p> <p>-Προτροπή της ασθενούς για κατανάλωση υγρών προσφέροντας νερό χυμό και τσαι.</p> <p>-Καταγραφή του ισοζυγίου υγρών. Η ασθενής απεβαλε 1.200ml και προσέλαβε 1.300ml.</p>	
--	--	--	--	--

<p>-Μη δυνατότητα αφόδευσης της ασθενους</p>	<p>-Δυσκοιλιότητα που προκαλείται από διαταραχή της γαστρεντερικής κινητικότητας που προκύπτει από κατάχρηση καθαρτικών.</p>	<p>-Σύσταση μεγαλύτερης πρόσληψης υγρών στην ασθενή.</p> <p>- Πρόσληψη τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες, εύπεπτων τροφών.</p>	<p>-Παρότρυνση της ασθενούςγια καταναλώνει μεγαλύτερες ποσότητες υγρών.</p> <p>-Δίνονται στον ασθενη φρούτα (μήλα,αχλάδια κ.α) ωστε να διευκολύνει ο οργανισμος την αποβολη των αχρηστων</p>	<p>-Η ασθενής αφόδευσε.</p>
--	--	--	--	-----------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> - Ενθάρρυνσημέτριας σωματικής δραστηριότητας - Ενημέρωσης ασθενούς για τις αρνητικές επιπτώσεις της κατάχρησης καθαρτικών. - Επιτρέπονταςτην επαφή με έναν σύμβουλο. -Η χρήση φαρμακοθεραπείας μετά από εντολή του γιατρού 	<p>ουσιων.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Προτροπή ασθενούς στην συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες όπως το τρέξιμο και η γιόγκα. -Λαμβάνουμε μέρος σε μια συζήτηση για την ενημέρωση για τις παρενέργειες που προκαλούνται από την συχνή χρήση των καθαρτικών. -Φέρνουμε σε επαφή την ασθενή με έναν ψυχολόγο ώστε να την καθοδηγεί κατάλληλα -Χορηγείται syr Duphalac 10 ml per os κάθε πρωί για να 	
--	--	---	--	--

-Βελτίωση της			διευκολυνθεί η αφόδευση,	
---------------	--	--	--------------------------	--

<p>ψυχολογικής κατάστασης</p>	<p>Ο κίνδυνος κατάθλιψης λόγω της διαταραγμένης αντίληψης του σώματός</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Εξασφάλιση επαφής με την οικογένεια και τους συγγενείς. - Επικοινωνία με ψυχολόγο, ψυχοθεραπευτή και ψυχίατρο. - Οργάνωση ελεύθερου χρόνου για την ασθενή. - Παροχή δυνατότητας στην ασθενή να αναπτύξει τα 	<ul style="list-style-type: none"> -Πραγματοποίηση τακτικών επισκέψεων της οικογένειας 3 φορές την εβδομάδα για την αποφυγή του αισθήματος της απομονωσης -Τακτική επικοινωνία με τον ψυχολόγο για να εκτιμηθεί η ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς. -Απασχόληση ασθενούς μέσα από δημιουργικές δραστηριότητες(ζωγραφική , άθληση). -Αφήνουμε χρόνο και περιθώρια στην ασθενή να 	<p>-Η ασθενής έλαβε υποστήριξη από το ιατρικό προσωπικό και την οικογένεια.</p>
-------------------------------	---	--	--	---

	<p>πάθη και τα ενδιαφέροντά της.</p> <p>- Συνομιλία και παροχή υποστήριξης.</p> <p>- Η χρήση φαρμακοθεραπείας μετά από εντολή του γιατρού</p>	<p>αναπτύξει τα δικά της ενδιαφέροντα.</p> <p>- Παροχή υποστήριξης στην ασθενή μέσω συζητήσεων για συμβουλές καθώς και εκπαίδευση για την παθηση του.</p> <p>- Χορήγηση 4mg Periactin 2 φορές την ημέρα και 50 mg elavil πριν τον ύπνο.</p>	
--	---	---	--

<p>-Επαναφορά συστηματικού κύκλου.</p>	<p>-Διαταραχές της εμμήνου ρύσεως που προκαλούνται από ενδοκρινικές διαταραχές λόγω υποσιτισμού</p>	<p>- Σωστή διατροφή της ασθενούς.</p> <p>-Πραγματοποίηση μετρήσεων</p>	<p>-Εμπλουτιση σταδιακά της διατροφή της ασθενούς ωστε να μην θορυβηθεί απο την μεγαλη πρόσληψη θερμίδων.</p> <p>-Έγινε καταγραφή των</p>	<p>-Η ομαλοποίηση της ορμονικής ισορροπίας της ασθενούς απαιτεί μακροχρόνιες διαδικασίες.</p>
--	---	--	---	---

		<p>του σώματος και της περιμέτρου και ζωτικών σημείων</p> <p>- Παροχήδυνατότητας επαφής με γυναικολόγο και τους άλλους συμβούλους.</p> <p>- Χορήγησηφαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την εντολή του γιατρού.</p>	<p>ζωτικών σημείων(Α.Π 100/75mmHg, HR: 97/min, Θ:36,2οC, SpO2: 99%) και το βάρος της είχε ανέλθει στα 45 κιλά.</p> <p>-Επικοινωνία με τον γυναικολόγο της κλινικής με σκοπό την αναλυτική και εκ βαθέων ενημερωση για την σωστή λειτουργία του κύκλου.</p> <p>-Χορηγηση 20 mg Prozac 1 φορά ημερησίως για επαναφορα του κύκλου.</p>	
--	--	---	---	--

<p>-Άγνοια σχετιζόμενη με την ασθένεια της.</p>	<p>-Έλλειμμα γνώσεων σχετικά με τη νόσο και τις επιπτώσεις της</p>	<p>-Παρουσίαση της φύσης της νόσου και των επιπλοκών της στην ασθενή.</p>	<p>-Ενημέρωση σε ότι αφορά την ασθένεια της.</p>	<p>-Η ασθενής απέκτησε γνώση της νοσολογικής οντότητας και</p>
---	--	---	--	--

	<p>αγνόησής της</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Απάντηση στιςερωτήσεις της ασθενούς. - Παροχήψυχολογικής υποστήριξης. - Εξήγηση τωνμεθόδων θεραπείας και της συνεργασίας με τη θεραπευτική ομάδα. 	<ul style="list-style-type: none"> -Απάντηση όσο γίνεται πιο αποσαφηνίστηκ αν στις ερωτησεις της ασθενους στε να μπορεί να καταλάβει τις πληροφορίες. -Παροχή μαζί με την υπόλοιπη ομάδα της καλύτερης ψυχολογικής βοήθειας που μπορούμε. -Αναλυση όλων των μεθόδων θεραπειων ωστε να επιλέξει την καλύτερη για εκείνη επιλογη. 	<p>των επιπτώσεών της αδιαφορίας.</p>
--	---------------------	---	--	---------------------------------------

10.6 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2(ΒΟΥΛΙΜΙΑ)

Νεαρή ασθενής είναι μια 17χρονη κοπέλα. Σήμερα εισέρχεται στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Πατρών παραπονούμενη για ιστορικό τριών (3) εβδομάδων με φούσκωμα, πόνος στην κοιλιακή χώρα, κόπωση, μυϊκή αδυναμία, οδοντική τερηδόνα του άνω μπροστινό μέρος στα δόντια και οίδημα στον αστράγαλο. Ο λαιμός της πονάει τις τελευταίες τρεις ημέρες. Από το οικογενειακό και προσωπικό ιστορικό φαίνεται ότι η ασθενής αντιμετωπίζει προβλήματα βουλιμίας. Μετά από κάθε γεύμα της προσπαθούσε να αποβάλλει την τροφή με αποτέλεσμα να έχει χάσει υπερβολικό βάρος. Η ασθενής εξετάστηκε από παθολόγο και φάνηκε ότι δεν εμφανίσει κάποιο οργανικό πρόβλημα. Η ασθενής είχε παράλληλα άγχος και φόβο. Τα ζωτικά σημεία που βρεθηκαν είναι: Αρτηριακή πίεση 115/80 mmHg 110 Παλμοι, 20 Αναπνοή Θερμοκρασία 36.8 Ύψος. 1.73 Βάρος: 51 κιλά.

Αξιολόγηση	Νοσηλευτική διάγνωση	Προγραμματισμός/Σχεδιασμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση
Ανισόρροπη διατροφή: λιγότερο από τις απαιτήσεις του σωματος που σχετίζεται με την ανεπαρκή πρόσληψη τροφής αποδεικνύεται από το σωματικό βάρος αφού είναι	Αποκατάστασή μια σωστής διαίτας σε θερμιδικές αξίες και σωματικού βάρους.	- Συζήτηση με ασθενή για τα οφέλη μιας ισορροπημένης διατροφής. -Καθορισμός ενός σταθερού	-Πραγματοποιήθηκε συζήτησης και ενημέρωσης σχετικά με το πως μια σωστή διατροφή βελτιώνει το σώμα μας , την ψυχολογική μας κατάσταση και μας κρατά υγιής. -Καθορίστηκε στα 1,5 κιλα η πρόσληψη του	-Ο ασθενής έχει αναγνωρίσει τις απαιτήσεις του σωματός του και σταδιακά αυξάνει βάρος ακολουθώντας μια θρεπτική δίαιτα.

<p>15% κάτω από αναμενόμενο.</p>		<p>ποσού πρόσληψης βάρους.</p> <p>- Διαμόρφωση διατροφής μαζί με έναν διατροφολόγο για μια κατάλληλη δίαιτα σύμφωνα με τις προτιμήσεις του ασθενή και τις ανάγκες του.</p>	<p>βάρους ανα 1 εβδομάδα.</p> <p>-Δημιουργήθηκε μια δίαιτα χαμηλή σε υδατάνθρακες και σακχαρα διαμορφώμενη κατάλληλα στις ανάγκες και τις προτιμήσεις του πάσχοντος.</p>	
----------------------------------	--	--	--	--

<p>Αυτοπροκαλούμενος εμετός / πόνος στο λαιμό εκδορές και κάλους μπορεί να διείσδυση του δακτύλου στο λαιμό για να προκαλέσουν εμετό.</p>	<p>Διακοπή συμπεριφοράς του αυτοπροκαλούμενου εμέτου και θεραπεία του λαιμού.</p>	<p>- Παρακολούθηση ασθενή κατά την διάρκεια και για 1 ώρα μετά την πρόληψη της τροφής.</p> <p>- Δημιουργία ενός ήσυχου και ήρεμου περιβάλλοντος για τον ασθενή για την κατανάλωση της τροφής.</p>	<p>- Παρατήρηση ασθενούς κατά την διάρκεια και 1 ώρα μετά το γεύμα για την αποφυγή αυτοπροκαλούμενου εμέτου.</p> <p>- Μεταφορά ασθενούς σε ένα θάλαμο μακριά από τα έντονα τμήματα του νοσοκομείου.</p>	<p>- Μειώθηκαν οι κρίσεις αυτοπροκαλούμενου εμέτου και ο λαιμός έχει θεραπευτεί.</p>
---	---	---	---	--

		<p>-Χορήγηση στοματικού διαλύματος για την αποφυγή μόλυνσης του λαιμού και του οισοφάγου.</p> <p>-Χορήγηση υγρών για να λάβει ο ασθενής της κατάλληλες ποσότητες υγρών που έχει στερήσει από τον οργανισμό λόγω των εμέτων.</p>	<p>-Παροχή στοματικού διαλύματος BETADINE. SOL.GA.M.W 1%FLAX 2 φορές την ημέρα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>-Χορηγία 1000 ml N\S 0,9% για 24 ώρες με 2 amp MG 10ml και 2 amp Na 10 ml ενδοφλεβίως.(σ ύμφωνα με ιατρική οδηγία</p>	
--	--	---	--	--

Μυϊκή αδυναμία-κόπωση.	Ανακούφιση από την κόπωση και την μυϊκή αδυναμία.	<p>-Αναπαύση ασθενούς σε ένα ήρεμο περιβάλλον.</p> <p>-Κατανάλωση μικρών γευμάτων για τόνωση του</p>	<p>Ο ασθενής παροτρύνθηκε να κοιμηθεί ώστε να μειωθεί η μυϊκή αδυναμία και κόπωση.</p> <p>-Παροχή μικρών γευμάτων όπως φρούτα και</p>	-Το αίσθημα της κόπωσης έχει μειωθεί και η μυϊκή αδυναμία ελαττώνεται με την διατροφή.
------------------------	---	--	---	--

		οργανισμού.	χυμοί για να αποκτήσει ενέργεια ο οργανισμός και να εξαλειφθεί η κόπωση.	
--	--	-------------	--	--

<p>Οδοντική τερηδόνα.</p>	<p>Απαλλαγή από την τερηδόνα και προωθηση στοματικής υγιεινής.</p>	<p>-Επαφή του ασθενούς με έναν οδοντίατρο για την καταπολέμηση της τερηδόνας.</p> <p>-Ακολουθήση των οδηγιών που μας προσφέρει ο οδοντίατρος για την βελτίωση της στόματικής κατάστασης.</p> <p>-Συζήτηση με τον ασθενή για τα οφέλη και την σημαντικότητα μιας σωστής στοματικής υγιεινής.</p>	<p>- Ο ασθενής μεταφέρθηκε και συμβουλευτικem ε τον οδοντίατρο της κλινικής σχετικά με τους τρόπους καταπολέμησης της τερηδόνας.</p> <p>Προχώρησαμε σε βούρτσισμα των δοντιων μετα απο κάθε γεύμα με οδοντόκρεμα που περιέχει ιόντα φθορίου(sensod yne fluoride), χρησιμοποίησή στοματικού διαλύματος 2 φορές την ημέρα με ιόντα φθορίου(prona mel</p>	<p>Η τερηδόνα θεραπεύτηκε και ο ασθενής υιοθέτησε ενα σωστο πρόγραμμα στοματικής υγιεινής.</p>
-------------------------------	--	---	--	--

			<p>mouthwash). συμφωνα με τις οδηγίες του οδοντιάτρου. Επίσης διαλέγουμε τροφες περιορισμένες σε υδαάνθρακες και σάκχαρα.</p>	
--	--	--	---	--

<p>Οίδημα στον αστράγαλο.</p>	<p>Επαναφορά του άκρου στην κανονική του κατάσταση</p>	<p>-Ξεκούραση ασθενούς ώστε να μην χρησιμοποιεί το καταπονημένο ακρώ.</p> <p>-Χορηγήση πάγου στην περιοχή 2-3 φορές την ημέρα.</p> <p>-Ανάταση άκρου.</p>	<p>-Μεταφέρουμε τον ασθενη όταν χρειάζεται με αναπηρικό αμαξίδιο και τον παροτρύνουμε να μην κάνει άσκοπες μετακινήσεις.</p> <p>-Τοποθετούμε πάγο πάνω στο οίδημα 3 φορές την μέρα σε μέσα μία πετσέτα.</p> <p>-Τοποθετούμαι το άκρω πάνω από το επίπεδο της καρδιάς για να περιορίσουμε το</p>	<p>-Το οίδημα υποχώρισε.</p>
-------------------------------	--	---	---	------------------------------

			<p>οίδημα.</p>	
--	--	--	----------------	--

<p>Πόνος στη κοιλιακή χώρα.</p>	<p>Απαλλαγή του ασθενούς από το πόνο</p>	<p>-Η ασθενής χρειάζεται να τοποθετηθεί σε αναπνευστική θέση.</p> <p>-Χορηγία φαρμακευτικής αγωγής για απαλλαγή από τον πόνο.</p> <p>-Ενημέρωση ασθενούς για ασκήσεις που ανακουφίζουν από το κοιλιακό άλγος.</p>	<p>-Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημιαστική θέση ώστε να μπορεί να αναπνέει καλύτερα και να μειωθεί ο πόνος.</p> <p>-Χορηγήθηκε 1 amp Zideron 75mg/ml IM(αναλγητικό) κατόπιν ιατρικής οδηγίας για να εξέλθει ο πόνος.</p> <p>-Παρέχουμε/δείχνουμε στον ασθενη ασκήσεις που τον βοηθούν να ελαφρύνουν τους κοιλιακούς πόνους.</p>	<p>-Το κοιλιακό άλγος μειώθηκε.</p>
<p>Άγχος και φόβος του ασθενούς</p>	<p>Εξάλειψη του άγχους και του φόβου του ασθενούς</p>	<p>-Συζήτηση με τον ασθενή για τα δυσάρεστα συναισθήματα</p>	<p>-Πραγματοποιήθηκε συζήτηση σχετικά με τα τους λόγους ύπαρξης των</p>	<p>-Υποχώρησαν τα συναισθήματά του άγχους και του φόβου.</p>

		και τον λόγο ύπαρξης. -Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.	συναισθημάτων του φόβου και του άγχους. -Παροχή καλύτερης ψυχολογικής βοήθειας που μπορούμε.	
--	--	--	---	--

<p>Βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης</p>	<p>Κίνδυνος ψυχικών ασθενειών λόγω λανθασμένων αντιλήψεων για το σώμα.</p>	<p>-Επικοινωνία με ψυχολόγο.</p> <p>-</p> <p>Απασχόληση της ασθενούς τον ελεύθερο χρόνο.</p> <p>-Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης.</p>	<p>-Συντονισμένη επικοινωνία με τον ψυχολόγο για να γίνεται η αξιολόγηση της ψυχολογικής υγείας της ασθενούς.</p> <p>-Ενασχόληση ασθενούς με πράγματα που την ενδιαφέρουν (μουσική, βιβλία).</p> <p>-Παροχή υποστήριξης στην ασθενή μέσω συμβουλών και κατανοήσεις καθώς και εκπαίδευσης για</p>	<p>-Ο ασθενής εμφανίζει ανεβασμένη ψυχολογική διάθεση.</p>
--	--	--	--	--

		-Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.	την παθηση. -Χορηγηση LADOSE 20mg tab 2 φορές την ημέρα μετά το φαγητό για μείωση των επεισοδίων υπερφαγίας και εμέτου καθώς και βελτιώσεις της ψυχολογικής καταστάσεις.	
--	--	---------------------------------------	---	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Είναι σοβαρές χρόνιες ψυχοσωματικές διαταραχές και είναι δύσκολο να νικηθούν. Τα θύματα της ανορεξίας και της βουλιμίας είναι συνήθως νεαρά κορίτσια, έφηβοι, λιγότερο συχνά άνδρες ή παιδιά. Οι επαγγελματίες υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο στην διαδικασία της θεραπείας. Οι κατάλληλες παρεμβάσεις βασίζονται στην εκπαίδευση, τα κίνητρα και υποστήριξη ασθενών. Οι νοσηλεύτες αναπτύσσουν μια θεραπευτική σχέση με τον ασθενή και τους συγγενείς του, κάτι που έχει σημαντικό αντίκτυπο στην διατροφική αποκατάσταση του ασθενούς. Οι νοσηλεύτες παίζουν πολύπλευρο ρόλο, επειδή οι παρεμβάσεις τους σχετίζονται με την παρακολούθηση και τη καθοδήγηση, την ενθάρρυνση και το κίνητρο, την υποστήριξη, την κατανόηση και τέλος την εκπαίδευση. Εμπιστοσύνη που χτίζεται ανάμεσα ασθενείς και νοσηλεύτες έχει θετική επίδραση και στις περισσότερες περιπτώσεις επιτυχή έκβαση για τον ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association

Ashish Jain and Musa Yilanli (2020). Bulimia Nervosa. Web page:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562178/> Τελευταία προσέλευση 8 Ιουλίου 2021.

Barney, J., Wolinsky, A. and Juarascio, A.S. (2020). Eating Disorders. The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences, pp.139–144. Web page:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/9781118970843.ch287> Τελευταία προσέλευση 5 Ιουλίου 2021.

Bemporad JR. (1997). Cultural and historical aspects of eating disorders. *Theor Med.*,18(4):401–420

Binge Eating Disorder (2017). Binge Eating Disorder. National Eating Disorders Association. Web page: <https://www.nationaleatingdisorders.org/learn/by-eating-disorder/bed> Τελευταία προσέλευση 9 Ιουλίου. 2021].

Boateng, AA., Sriram, K., Meguid, MM., Crook, M. (2010). Refeeding syndrome: treatment considerations based on collective analysis of literature case reports. *Nutrition*, 26(2):156

Buser, J. and Woodford, M. (2004). Professional Counseling Digest Eating Disorders and Religious/Spiritual Beliefs Web page:

<https://www.counseling.org/resources/library/ACA%20Digests/ACAPCD-35.pdf> Τελευταία προσέλευση 12 Μαΐου 2021.

Bulik, C.M., Flatt, R., Abbaspour, A. and Carroll, I. (2019). Reconceptualizing anorexia nervosa. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(9), pp.518–525. Web page: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8094122/> Τελευταία προσέλευση 5 Ιουλίου 2021.

Cena and Calder (2020). Defining a Healthy Diet: Evidence for The Role of Contemporary Dietary Patterns in Health and Disease. *Nutrients*, 12(2), p.334

Cleveland Clinic. (2019). Anorexia Nervosa: Causes, Symptoms, Diagnosis & Treatment. Web page: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9794-anorexia-nervosa> Τελευταία προσέλευση 11 Ιουλίου 2021.

Cost, J., Krantz, M.J. and Mehler, P.S. (2020). Medical complications of anorexia nervosa. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* , 87(6), pp.361–366. Web page: <https://www.ccjm.org/content/87/6/361.long#sec-6> Τελευταία προσέλευση 9 Ιουλίου 2021.

Diane Mickley M. D. F.A.C.P. F.A.E.D. (2010) Eating Disorders: A Guide to Medical Care and Complications (2nd ed.), *Eating Disorders*, 18:5, 451-452, DOI:

10.1080/10640266.2010.511940

Davies N, Bacon E. (2016). *Eating Disorder Recovery Handbook: A Practical Guide to Long-Term Recovery*. Jessica Kingsley Publishers: London

Delaney, C.B., Eddy, K.T., Hartmann, A.S., Becker, A.E., Murray, H.B. and Thomas, J.J. (2014). Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), pp.238–248. Web page: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24729045/> Τελευταία προσέλευση 9 Ιουλίου 2021.

Dell’Osso L., Abelli M., Carpita B., Pini S., Castellini G., Carmassi G., Ricca V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive–compulsive spectrum. *Neuropsychiatr Dis Treat.*, 12: 1651–1660

Dickens, G.L., Ion, R., Waters, C., Atlantis, E. and Everett, B. (2019). Mental health nurses’ attitudes, experience, and knowledge regarding routine physical healthcare: systematic, integrative review of studies involving 7,549 nurses working in mental health settings. *BMC Nursing*, 18(1). Web page: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6485121/> Τελευταία προσέλευση 9 Ιουλίου 2021

Dryden-Edwards, R. (2018). Anorexia Nervosa. Web page: https://www.medicinenet.com/anorexia_nervosa/article.htm#what_is_the_prognosis_outcome_of_anorexia_nervosa Τελευταία προσέλευση 11 Ιουλίου 2021.

Eating Disorder Hope. (2017). MEDA Virtual Breakfast 2021. Web page: <https://www.eatingdisorderhope.com/treatment-for-eating-disorders/holistic-health-weight-management> Τελευταία προσέλευση 12 Ιουλίου 2021

Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D.C., Favaro, A., Granero, R., Gudiol, C., Jiménez-Murcia, S., Karwautz, A., Le Grange, D., Menchón, J.M., Tchanturia, K. and Treasure, J. (2020). COVID -19 and implications for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 28(3), pp.239–245

Flo.health - #1 mobile product for women’s health. (2020). Start tracking your period, ovulation and pregnancy with Flo! Web page: <https://flo.health/health-articles/mental-health/eating-disorders/pica-eating-disorder> Τελευταία προσέλευση 12 Ιουλίου 2021.

Gander, M., Sevecke, K. and Buchheim, A. (2018). Disorder-specific attachment characteristics and experiences of childhood abuse and neglect in adolescents with anorexia nervosa and a major depressive episode. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(6), pp.894–906. Web page: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30216616/> Τελευταία προσέλευση 6 Ιουνίου 2021.

General Healthcare Resources (2019). *What Nurses Need to Know About Eating Disorders*. Web page: <https://blog.ghresources.com/what-nurses-need-to-know-about-eating-disorders> Τελευταία προσέλευση 8 Ιουλίου 2021.

Greta, W. (2021). Contribution of social and family factors in anorexia nervosa. *Health Science Journal*, 6(2). Web page: <https://www.hsj.gr/medicine/contribution-of-social-and-family-factors-in-anorexia-nervosa.php?aid=3253> Τελευταία προσέλευση 11 Ιουλίου 2021.

Gorrell, S. and Murray, S.B. (2019). Eating Disorders in Males. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), pp.641–651. Web page: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6785984/> Τελευταία προσέλευση 8 Ιουλίου 2021.

Guerdjikova, A.I., Mori, N., Casuto, L.S. and McElroy, S.L. (2019). Update on Binge Eating Disorder. *Medical Clinics of North America*, 103(4), pp.669–680. Web page: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31078199/> Τελευταία προσέλευση 12 Ιουλίου 2021.

Harris JC.(2014). Anorexia nervosa and anorexia mirabilis: Miss K. R- and St Catherine of Siena. *JAMA Psychiatr.*, 71(11):1212–1213

Hail, L. and Le Grange, D. (2018). Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, Volume 9, pp.11–16. Web page: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5757497/> Τελευταία προσέλευση 9 Ιουλίου 2021.

Herpertz-Dahlmann and Dahmen (2019). Children in Need—Diagnostics, Epidemiology, Treatment and Outcome of Early Onset Anorexia Nervosa. *Nutrients*, 11(8), p.1932. Web page: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6722835/> Τελευταία προσέλευση 5 Ιουνίου 2021.

Hcfed.gr. (2019). Οδηγός: Διατροφικές διαταραχές, όσα ξέρεις και όσα δεν υποψιαζόσουν | Ελληνικό Κέντρο Διατροφικών Διαταραχών. Web page: <https://www.hcfed.gr/odigos-diatrofikes-diataraches-osa-xe/> Τελευταία προσέλευση 8 Ιουλίου 2021.

Independentnurse.co.uk. (2017). *The role of the nurse in eating disorder recovery*. Web page: <https://www.independentnurse.co.uk/clinical-article/the-role-of-the-nurse-in-eating-disorder-recovery/152976/> Τελευταία προσέλευση 28 Ιουλίου 2021

Sukkar, I. Gagan, M. and Kealy-Bateman, W. The 14th century religious women Margery Kempe and Catherine of Siena can still teach us lessons about eating disorders today *Journal of Eating Disorders* (2017) 5:23

Khan, L., Ahmed, J., Khan, S., MacFie J. (2010). Refeeding Syndrome: A Literature Review. *Gastroenterology Research and Practice*, 1:1-6

Kornstein, S.G. (2017). Epidemiology and Recognition of Binge-Eating Disorder in Psychiatry and Primary Care. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(Suppl 1), pp.3–8. Web page: <https://www.psychiatrist.com/jcp/eating/epidemiology-recognition-binge-eating-disorder-psychiatry/> Τελευταία προσέλευση 9 Ιουλίου 2021].

Koven, N. and Abry, A. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, p.85. Web page: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25733839/> Τελευταία προσέλευση 12 Μαΐου 2021.

Martínez-Sánchez, S.M., Martínez-García, C., Martínez-García, T.E. and Munguía-Izquierdo, D. (2020). Psychopathology, Body Image and Quality of Life in Female Children and Adolescents With Anorexia Nervosa: A Pilot Study on the Acceptability of a Pilates Program. *Frontiers in Psychiatry*, 11. Web page: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7661430/> Τελευταία προσέλευση 5 Ιουνίου 2021.

MARSIPAN. (2014). Working group of Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa. The Royal Colleges of Psychiatrists, Physicians and Pathologists

National Institute of Mental Health Eating Disorders: About More Than Food 2018

McElroy, S.L. (2017). Pharmacologic Treatments for Binge-Eating Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(Suppl 1), pp.14–19. Web page:

<https://www.psychiatrist.com/jcp/eating/pharmacologic-treatments-binge-eating-disorder/>

Τελευταία προσέλευση 9 Ιουλίου 2021].

NT Contributor (2007). Caring for patients who have eating disorders | Nursing Times.

Nursing Times. Web page: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/nutrition/caring-for-patients-who-have-eating-disorders-10-09-2007/> Τελευταία προσέλευση 5 Ιουνίου 2021.

Nursing in Practice. (2018). *Supporting patients with eating disorders*. Web page:

<https://www.nursinginpractice.com/clinical/supporting-patients-with-eating-disorders/>

Τελευταία προσέλευση 5 Ιουνίου 2021

NursingCrib (2008). Bulimia Nervosa. Nursing Crib. Web page:

<https://nursingcrib.com/nursing-notes-reviewer/bulimia-nervosa/> Τελευταία προσέλευση 14

Ιουνίου 2021.

Nurseslabs. (2019). Eating Disorders: Anorexia & Bulimia Nervosa. Web page:

https://nurseslabs.com/eating-disorders-anorexia-bulimia-nervosa/#nursing_care_planning_and_goals Τελευταία προσέλευση 5 Σεπτεμβρίου 2021.

Olivero, M. (2015). Tackling Eating Disorders With School-Based Initiatives. US News & World Report. Web

page: <https://health.usnews.com/health-news/health-wellness/articles/2015/02/23/tackling-eating-disorders-with-school-based-initiatives> Τελευταία προσέλευση 5 Σεπτεμβρίου 2021

Orford, S. (2021). Binge Eating Disorder: All You Need to Know. Psych Central. Web

page: <https://psychcentral.com/eating-disorders/binge-eating#causes> Τελευταία προσέλευση 11 Ιουλίου 2021.

Peterson, K. and Fuller, R. (2019). Anorexia nervosa in adolescents. *Nursing*, 49(10),

pp.24–30. Web page: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31568077/> Τελευταία προσέλευση 14 Ιουλίου 2021.

Psycom.net - Mental Health Treatment Resource Since 1996. (2019). Get Help for Bulimia

Nervosa - Signs, Symptoms & Recovery. Web page: <https://www.psycom.net/eating-disorders/bulimia/> Τελευταία προσέλευση 11 Ιουνίου 2021.

Risk Factors (2017). Risk Factors. National Eating Disorders Association. Web page:

<https://www.nationaleatingdisorders.org/risk-factors> Τελευταία προσέλευση 9 Ιουλίου 2021.

Rudolph M. Bell(2014). *Holy Anorexia*. by University of Chicago Press.,1:13-53, 5.180- 250

Sekula, M., Boniecka, I. and Paśnik, K. (2019). Bulimia nervosa in obese patients qualified for bariatric surgery – clinical picture, background and treatment. *Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques*, 14(3), pp.408–414. Web page:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6748054/> Τελευταία προσέλευση 11 Ιουλίου 2021.

Seyed Alireza Hosseini and Padhy, R.K. (2021). *Body Image Distortion*. Web page:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546582/> Τελευταία προσέλευση 8 Ιουλίου 2021.

Smink, F.R.E., van Hoeken, D. and Hoek, H.W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), pp.406–414.

Web page: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3409365/> Τελευταία προσέλευση 5 Ιουνίου 2021.

Schorr, M. and Miller, K.K. (2016). The endocrine manifestations of anorexia nervosa: mechanisms and management. *Nature Reviews Endocrinology*, 13(3), pp.174–186. Web page: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5998335/> Τελευταία προσέλευση 8 Ιουλίου 2021.

Vitagliano, J.A., Jhe, G., Milliren, C.E., Lin, J.A., Spigel, R., Freizinger, M., Woods, E.R., Forman, S.F. and Richmond, T.K. (2021). COVID-19 and eating disorder and mental health concerns in patients with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 9(1). Web page:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8253465/> Τελευταία προσέλευση

van Ommen, J., Meerwijk, E.L., Kars, M., van Elburg, A. and van Meijel, B. (2009). Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective.

Journal of Clinical Nursing, 18(20), pp.2801–2808. Web page:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19538553/> Τελευταία προσέλευση 14 Ιουλίου 2021.

Yahya, A.S. and Khawaja, S. (2020). The Course of Eating Disorders During COVID-19. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*, 22(3). Web page:

<https://www.psychiatrist.com/pcc/covid-19/the-course-of-eating-disorders-during-covid/>

Τελευταία προσέλευση 9 Ιουλίου. 2021.

Βιβλακη.Β., Γιανακοπούλου.Μ., Γκοβίνα.Ο., Ζωγραγάκης.Μ., Θεοδοσοπούλου.Ε., Καμπα.Ε.,

(2015) Εισαγωγή στη νοσηλευτική επιστήμη και τη φροντίδα υγείας Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης. ΑΘΗΝΑ

Μαυρεας Βενετσανος Σκαπινακης Πετρος (2015) κατευθυντήριες Οδηγίες Ελλήνων Εμπειρογνωμόνων για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης τροφής. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων Τμήμα Ιατρικής

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

Γονιδάκης, Φ., Βάρσου, Ε. (2008). Νευρογενής ανορεξία: αυτοφυλακισμένες κοπέλες και το μονοπάτι προς την έξοδο. Αθήνα: Βήτα

Τάλλιου, Χ., Παπαχρήστου, Δ. (2014). Νευρική ανορεξία και οστικός μεταβολισμός. Επιστημονικά Χρονικά, 19(3): 226-234.