



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ**

**Ειδίκευση: «Οικονομία, Διοίκηση και Πολιτική της Υγείας»**

**Διατροφικές διαταραχές παιδιών και εφήβων.**

**Σύγχρονη νοσηλευτική προσέγγιση**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Σκαρπέλου Κωνσταντίνα (Α.Μ. 3032202201039)**

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: κ. Ζυγά Σοφία - Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

2° Μέλος: κ. Γείτονα Μαίρη – Ομότιμη Καθηγήτρια του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

3° Μέλος: κ. Λατσού Δήμητρα – Επιστημονικός Συνεργάτης / Εντεταλμένη καθηγήτρια του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Copyright© Σκαρπέλου Κωνσταντίνα, 2024

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

### Ευχαριστίες

Έχοντας διεκπεραιώσει τη διπλωματική μου εργασία, που ολοκληρώθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών: «Οικονομία, Διοίκηση και Πολιτική της Υγείας», στο Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, μου δίνεται η δυνατότητα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που μου στάθηκαν και με στήριξαν καθ' όλη τη διάρκεια περάτωσης των σπουδών μου.

Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Ζυγά Σοφία για την ουσιαστική καθοδήγησή της, τη στήριξη της, την επιμονή της και το αμείωτο ενδιαφέρον που έδειξε καθ' όλη τη διάρκεια της παρούσας συγγραφής. Ωστόσο, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους τους καθηγητές και τις καθηγήτριες του μεταπτυχιακού προγράμματος, καθώς οι γνώσεις που απέκτησα τόσο μέσα από τα μαθήματά τους όσο και από τους ίδιους και τις ίδιες, διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στην ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας.

Ολοκληρώνοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, που στάθηκε στο πλευρό μου με αγάπη και στωικότητα σε όλο αυτό το ευχάριστο ταξίδι ολοκλήρωσης της εκπαιδευτικής μου πορείας.

## Περιεχόμενα

<b>Περίληψη</b> .....	7
<b>Abstract</b> .....	9
<b>Εισαγωγή</b> .....	10
<b>Θεωρητική προσέγγιση</b> .....	12
<b>Κεφάλαιο 1</b> .....	12
<b>Παιδική ηλικία</b> .....	12
1.1 Παιδική ηλικία – Στάδια.....	12
1.2 Παιδική ηλικία και διατροφή.....	14
<b>Κεφάλαιο 2</b> .....	15
<b>Εφηβική ηλικία</b> .....	15
2.1 Εφηβική ηλικία – Στάδια.....	15
2.2 Εφηβική ηλικία και διατροφή.....	18
<b>Κεφάλαιο 3</b> .....	19
<b>Διατροφικές διαταραχές</b> .....	19
3.1 Οριοθέτηση των διατροφικών διαταραχών.....	19
3.2 Διαταραχές πρόσληψης τροφής.....	20
3.3 Η σημαντικότητα της υγιεινής διατροφής.....	23
3.4 Θρεπτικά στοιχεία.....	23
3.5 Ταξινόμηση των διατροφικών διαταραχών.....	24
<b>Κεφάλαιο 4</b> .....	24
<b>Ψυχογενής ή Νευρογενής ανορεξία</b> .....	24
4.1 Ιστορική αναδρομή.....	24
4.2 Εννοιολογική προσέγγιση της ψυχογενούς ή νευρογενούς ανορεξίας.....	26
4.2.1 Τύποι.....	27
4.2.2 Στάδια.....	28

4.3	Επιδημιολογία.....	30
4.4	Διαγνωστικά κριτήρια.....	31
4.5	Παράγοντες κινδύνου.....	32
4.5.1	Βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου.....	32
4.5.2	Οικογενειακοί παράγοντες κινδύνου.....	33
4.5.3	Κοινωνικοί – Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου.....	33
4.6	Κλινική εικόνα.....	34
4.7	Πρόληψη .....	36
4.8	Θεραπευτική Προσέγγιση.....	37
<b>Κεφάλαιο 5.....</b>		<b>39</b>
<b>Ψυχογενής ή νευρογενής βουλιμία.....</b>		<b>39</b>
5.1	Ιστορική αναδρομή.....	39
5.2	Εννοιολογική προσέγγιση της ψυχογενούς ή νευρογενούς βουλιμίας.....	40
5.3	Επιδημιολογία.....	41
5.4	Διαγνωστικά κριτήρια.....	42
5.5	Παράγοντες κινδύνου.....	43
5.5.1	Βιολογικοί και ατομικοί παράγοντες κινδύνου.....	43
5.5.2	Οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου.....	44
5.5.3	Ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου.....	44
5.6	Κλινική εικόνα.....	45
5.7	Πρόληψη.....	45
5.8	Θεραπευτική προσέγγιση.....	46
<b>Κεφάλαιο 6.....</b>		<b>48</b>
<b>Παχυσαρκία.....</b>		<b>48</b>
6.1	Ιστορική αναδρομή.....	48
6.2	Εννοιολογική προσέγγιση της παχυσαρκίας.....	49
6.3	Δείκτης Μάζας Σώματος.....	51
6.4	Επιδημιολογία.....	53
6.5	Διαγνωστικά κριτήρια.....	54
6.6	Παράγοντες κινδύνου.....	55

6.6.1 Ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου.....	56
6.6.2 Γενετικοί – Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου.....	57
6.6.3 Λανθασμένος τρόπος ζωής και διατροφή.....	58
6.7 Κλινική εικόνα.....	58
6.8 Πρόληψη.....	59
6.9 Θεραπευτική προσέγγιση.....	60
<b>Κεφάλαιο 7.....</b>	<b>62</b>
<b>Σύγχρονη νοσηλευτική προσέγγιση.....</b>	<b>62</b>
7.1 Νοσηλευτής και διατροφικές διαταραχές.....	62
7.2 Νοσηλευτική παρέμβαση.....	63
7.3 Νοσηλευτικός σκοπός.....	64
7.4 Νοσηλευτική παρέμβαση εντός νοσοκομείου.....	65
7.5 Νοσηλευτική παρέμβαση στα εξωτερικά ιατρεία.....	66
7.6 Νοσηλευτής και κατ' οίκον νοσηλεία.....	66
7.7 Στάδιο ανάρρωσης και νοσηλευτής.....	67
7.8 Σχολική μονάδα και νοσηλευτής.....	68
<b>Ειδικό μέρος.....</b>	<b>70</b>
8. Σκοπός.....	70
9. Μεθοδολογία.....	70
10. Αποτελέσματα.....	72
11. Συμπεράσματα – προτάσεις.....	82
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>85</b>
Ελληνόγλωσση.....	85
Ξενόγλωσση.....	88

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία αφορά τις διατροφικές διαταραχές που παρουσιάζονται σε παιδιά και εφήβους καθώς και τη σύγχρονη νοσηλευτική προσέγγιση. Είναι αρκετά σημαντικό να ακολουθούν σωστές διατροφικές συνήθειες καθώς τους βοηθά σε μια ισορροπημένη ανάπτυξη και καλή λειτουργία του οργανισμού. Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κακή διατροφή. Οι συνηθέστερες καταστάσεις στην παιδική και εφηβική ηλικία είναι η ψυχογενής ή νευρογενής ανορεξία, που προκαλείται από έλλειψη όρεξης όταν το άτομο νοσεί ήδη, η ψυχογενής ή νευρογενής βουλιμία που περιλαμβάνει την υπερφαγία σε συνδυασμό με την πρόκληση εμέτου λόγω ενοχής και η παχυσαρκία που αφορά τη μη φυσιολογική ή υπερβολική συσσώρευση λίπους στον λιπώδη ιστό. Τέλος, η παρούσα μελέτη ολοκληρώνεται με τον ρόλο του νοσηλευτή στη φροντίδα παιδιών και εφήβων με διατροφικές διαταραχές, στη νοσηλευτική παρέμβαση που πραγματοποιείται αλλά και στη φροντίδα που παρέχει ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια μέσα και έξω από το νοσοκομείο.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των διατροφικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους καθώς και η νοσηλευτική παρέμβαση αυτών.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση με τη χρήση λέξεων – κλειδιών: διατροφικές διαταραχές, νευρογενής ή ψυχογενής ανορεξία, νευρογενής ή ψυχογενής βουλιμία, παχυσαρκία, θεραπεία, φροντίδα, παιδί, έφηβος, ο ρόλος του νοσηλευτή, σε διεθνείς βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων (Medline, PubMed, Scopus, Cochrane Library), καθώς και συνώνυμα και συνδυασμός των όρων. Χρησιμοποιήθηκε το διάγραμμα ροής PRISMA σαν αξιολογικό κριτήριο για την εισαγωγή των άρθρων στη μελέτη. Τα κριτήρια εισαγωγής των άρθρων στη μελέτη αφορούν έρευνες σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές σε παιδιά και εφήβους και την σύγχρονη νοσηλευτική προσέγγιση. Ωστόσο τα άρθρα είναι δημοσιευμένα από το 2008 – 2023, περιλαμβάνουν μελέτες που αναφέρουν τουλάχιστον ένα αποτέλεσμα και είναι ποσοτικές μελέτες, προοπτικές μελέτες, μελέτες παρατήρησης ή ποιοτικές μελέτες.

**Αποτελέσματα:** Έπειτα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τα άρθρα που επιλέχθηκαν για την ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, κρίθηκε ότι πληρούν τα κριτήρια ένταξής τους και δείχνουν ότι οι

διατροφικές διαταραχές επιφέρουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του ανθρώπου, με κάποιες να οδηγούν στο θάνατο εάν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως. Η νευρογενής ανορεξία εμφανίζεται κυρίως στους εφήβους, έχει αρκετές επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό, προκαλείται από τον ίδιο τον άνθρωπο και μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο. Η νευρογενής βουλιμία εμφανίζει συμπτώματα υπερφαγίας με την ενοχή να κυριαρχεί στο μυαλό του καθενός που έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση αρνητικών συμπεριφορών, επιβλαβών για την υγεία. Είναι πιο σπάνιο να εμφανιστεί και τις περισσότερες φορές είναι αντιμετωπίσιμη. Η παχυσαρκία εμφανίζεται στην παιδική ηλικία και συνεχίζει συνήθως στην εφηβική. Είναι αποτέλεσμα συμπεριφορών που προκαλούν τα ίδια τα παιδιά, ακόμη και οι γονείς. Έρευνες έδειξαν πως είναι μεγάλα τα ποσοστά θανάτων. Ολοκληρώνοντας, τα κριτήρια που εντοπίστηκαν φαίνεται να κρίνουν αναγκαία την παρέμβαση του νοσηλευτή τόσο στην πρωτογενή όσο στην δευτερογενή και τριτογενή φροντίδα του ασθενή καθώς επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην πρόληψη, στην παρέμβαση και στην ουσιαστική φροντίδα του ασθενή.

**Συμπεράσματα:** Οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν μεγάλο κίνδυνο για την υγεία του ανθρώπινου οργανισμού και θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη σωστή πρόληψη και αντιμετώπιση. Ωστόσο, για την παροχή φροντίδας του ασθενή, κρίνεται αναγκαία η νοσηλευτική παρέμβαση τόσο στο χώρο του νοσοκομείου όσο και έξω από αυτόν.

**Λέξεις – Κλειδιά:** διατροφικές διαταραχές, νευρογενής ή ψυχογενής ανορεξία, νευρογενής ή ψυχογενής βουλιμία, παχυσαρκία, θεραπεία, φροντίδα, παιδί, έφηβος, ο ρόλος του νοσηλευτή.



## Abstract

**Introduction:** This master's thesis focuses on eating disorders in children and adolescents, as well as the contemporary nursing approach. Proper nutrition is crucial in their lives as it contributes to balanced development and the proper functioning of the body. Several factors contribute to poor nutrition, with common conditions in childhood and adolescence being psychogenic or neurogenic anorexia resulting from a lack of appetite when the individual is already ill, psychogenic or neurogenic bulimia, which involves overeating with induced vomiting due to guilt and obesity, involving abnormal or excessive accumulation of fat in adipose tissue. Finally, this study concludes by examining the role of the nurse in caring for and adolescents with eating disorders, the nursing interventions performed and the care provided by the nurse within and outside the hospital.

**Purpose:** The aim of this study is to investigate eating disorders in children and adolescents along with their nursing interventions.

**Methodology:** A systematic review was conducted using keywords: eating disorders, neurogenic or psychogenic anorexia, neurogenic or psychogenic bulimia, obesity, treatment, care, child, adolescent, nurse's role on international bibliographic databases (Medline, PubMed, Scopus, Cochrane Library), as well as synonyms and combinations of terms. The PRISMA flowchart was used as an evaluative criterion for including articles in the study. The inclusion criteria focus on research related to nutritional disorders in children and adolescents, along with contemporary nursing approaches. However, the articles cover the period from 2008 to 2023, include studies reporting at least one outcome and encompass quantitative, prospective, observational or qualitative studies.

**Results:** After the literature review and the selected articles for the completion of this thesis, it was judged that they meet the inclusion criteria and demonstrate that eating disorders have serious implications for human health with some leading to death if not addressed in a timely manner. Neurogenic anorexia primarily occurs in adolescent how several impacts on the human body is self – induced and can lead to death. Neurogenic bulimia presents symptoms of overeating with guilt dominating the minds of those affected resulting in negative behaviors harmful to health. It is rarer and often treatable. Childhood obesity appears in childhood and usually continues into

adolescence resulting from behaviors exhibited by children including parents. Research has shown high mortality rates. In conclusion, the identified criteria seem to warrant the intervention of the nurse in both primary and secondary care of the patient, as it brings positive results in prevention, intervention and substantial patient care.

**Conclusions:** Eating disorders pose a significant risk to human health and proper emphasis should be placed on prevention and treatment. However, nursing interventions is deemed necessary for patient care both within and outside the hospital setting.

**Keywords:** nutritional disorders, neurogenic or psychogenic anorexia, neurogenic or psychogenic bulimia, obesity, treatment, care, child, adolescent, the role of the nurse.

### Εισαγωγή

Οι Josephine Neale και Lee Hudson (2020) επισήμαναν ότι η εξασφάλιση μιας σωστής διατροφής αποτελεί το πιο σπουδαίο στοιχείο που χαρακτηρίζει έναν άνθρωπο. Αυτό προκύπτει από τα παλαιά χρόνια έως και σήμερα, με τον άνθρωπο να μάχεται για τη διαβίωση του με την απόκτηση τροφής και νερού. Οι διατροφικές διαταραχές που παρουσιάζονται σε παιδιά και εφήβους, προκαλούν διαταραχή ως προς την λήψη τροφής, κάτι που έχουν προκαλέσει οι ίδιοι, ανάλογα με το στόχο που επιθυμούν να επιτύχουν. Οφείλεται κυρίως σε ψυχολογικούς παράγοντες, όπως μπορεί να είναι το άγχος, η ντροπή, ο φόβος. Οι πιο συνηθέστερες διατροφικές διαταραχές που εμφανίζονται σε αυτές τις ηλικίες είναι η ψυχογενής ή νευρογενής ανορεξία και βουλιμία και η παχυσαρκία (Neale & Hudson, 2020).

Ψυχογενή ή νευρογενής ανορεξία εμφανίζεται κυρίως σε κοπέλες που βρίσκονται στην εφηβεία με τρομακτική μείωση σωματικού βάρους. Επηρεάζεται από κάποιους εξωτερικούς αλλά και εσωτερικούς παράγοντες και συνήθως χρήζει νοσοκομειακής αντιμετώπισης. Ουσιαστικά, ένας ή μία ασθενής χάνει μάζα και αλλάζει ο μεταβολισμός του. Μπορούν να εμφανιστούν και κάποιες σοβαρές λοιμώξεις λόγω του χαμηλού ανοσοποιητικού που επιφέρουν μέχρι και κυτταρική καταστροφή. Ολοκληρώνοντας, σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου διαδραματίζει και η

ψυχολογία του ατόμου αλλά και η ικανότητα του να μιμείται και να επηρεάζεται διαρκώς (Μωρογιάννης, 2003).

Ψυχογενής βουλιμία είναι μια ψυχική διαταραχή που προκαλεί υπερφαγία στο άτομο με πρόκληση εμέτου ή χρήση καθαρτικών προκειμένου να αποβάλει το φαγητό. Νιώθει ενοχές που τρώει συνέχεια και γι' αυτόν τον λόγο το αποβάλει πάντοτε. Τα άτομα αυτά εμφανίζουν ανασφάλεια με το σωματικό τους βάρος αλλά και τον ίδιο τους τον εαυτό. Είναι συναισθηματικά ασταθή με κύριο σύμπτωμα την ενοχή, την κόπωση, την ντροπή και την λύπη (Fairburn, 2007). Οφείλεται σε ατομικούς, οικογενειακούς, περιβαλλοντικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Παρουσιάζεται σπάνια και δεν εμφανίζει ποσοστά θνησιμότητας, σε αντίθεση με την ανορεξία. Εν κατακλείδι, η θεραπεία πραγματοποιείται στο σπίτι με την συνεργασία κάποιου ή κάποιας ειδικού αλλά και της οικογένειας. Συγκεκριμένα, δίνεται διαιτολόγιο και ελέγχεται το άτομο κατά τη διάρκεια της σίτισης, αν σιτίζεται σωστά, πόσο χρόνο χρειάζεται και αν επιθυμεί να αποβάλλει στη συνέχεια την τροφή που έχει λάβει. Στο νοσοκομείο θα γίνει εισαγωγή μόνο σε περίπτωση που υπάρχει εναλλαγή μεταξύ βουλιμίας και ανορεξίας (Βάρσου & Γονιδάκης, 2014).

Η παχυσαρκία προσβάλλει κυρίως την παιδική ηλικία και συνεχίζεται στην εφηβική. Οφείλεται στην υπερβολική συσσώρευση λίπους στο λιπώδη ιστό που προκαλείται από την υπέρμετρη κατανάλωση τροφής. Συνήθως, επέρχεται στα παιδιά με αγχώδεις διαταραχές, φοβίες αλλά και κάποιο τραυματικό στρες, όπως είναι η απώλεια ενός σημαντικού προσώπου (Παπαβραμίδης, 2002). Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η οικογένεια που δεν έχει χρόνο να μαγειρέψει λόγω μεγάλου φόρτου εργασίας και προτιμά να σιτίζει το παιδί με φαγητά που περιέχουν συντηρητικά ή με κάτι γρήγορο προκειμένου να φάει κάτι. Μπορεί να επιφέρει την εμφάνιση σοβαρών ασθενειών, όπως αναπνευστικών προβλημάτων και είναι υπαίτια για τη θνησιμότητα του πληθυσμού σε μικρότερες ηλικιακές ομάδες. Μείζον κριτήριο αποτελεί η σωστή και υγιεινή διατροφή σε συνδυασμό με σωματική άσκηση (Nuttall, 2015).

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία ολοκληρώνεται με τον ρόλο που διαδραματίζει ο νοσηλεύτης στην αντιμετώπιση διατροφικών διαταραχών. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση επικεντρώνεται στη σωστή εκπαίδευση και ενημέρωση γύρω από το συγκεκριμένο θέμα ώστε να είναι σε θέση να εντοπίζει και να προλαμβάνει την εμφάνισή τους. Σκοπός του νοσηλεύτη – τριας είναι να βοηθά, να παρέχει σωστή και

αποτελεσματική φροντίδα σε συνεργασία πάντοτε με τον ιατρό και να προσέχει τον πάσχοντα ακόμη και με το τέλος της θεραπείας προκειμένου να αποφευχθεί πιθανή υποτροπή. Όσο σημαντική είναι η παρουσία του εκεί, άλλο τόσο σημαντική είναι και στο σχολείο καθώς είναι εκείνος που θα διδάξει την αγωγή υγείας, θα μεριμνήσει να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει το εκπαιδευτικό προσωπικό, θα φροντίσει για την σωστή περίθαλψη και θα συνεργαστεί με τους γονείς για πιο ουσιαστικά αποτελέσματα (Olivero, 2015).

## **Θεωρητική προσέγγιση**

### **Κεφάλαιο 1**

#### **Παιδική ηλικία**

##### **1.1 Παιδική ηλικία – Στάδια**

###### **Παιδική ηλικία**

Η παιδική ηλικία αποτελεί την ηλικία του παιχνιδιού, της ανεμελιάς και της παρέας. Η ηλικία αυτή φτάνει έως πριν την εφηβεία. Είναι μια ηλικία εξερεύνησης και ανάγκης για ανακάλυψη του κόσμου και για το τι υπάρχει γύρω. Είναι γεμάτη χαμόγελα, χαρά, περιέργεια και ζωντάνια. Κύριο στοιχείο της είναι η αθωότητα και η ευγνωμοσύνη που χαρίζει το παιδί, χωρίς κακεντρέχεια και πονηριά (Cole & Cole, 2005).

Η παιδική ηλικία εμπεριέχει στάδια, από τα οποία και διέρχεται ένα παιδί μέχρι να φτάσει στην εφηβεία. Ειδικότερα, περιλαμβάνει τη νηπιακή ηλικία με το παιδί να κάνει τα πρώτα του βήματα, να μιμείται τους οικείους του, να εξερευνά και να ενθουσιάζεται με καταστάσεις και δεδομένα που εμφανίζονται μπροστά του. Ακολουθεί η πρώιμη παιδική ηλικία, όπου το παιδί αρχίζει να γνωρίζει καλύτερα τον συνάνθρωπο και τις συνήθειές του. Ακολούθως έπεται η μέση παιδική ηλικία, κατά την οποία πηγαίνει στο σχολείο, συναναστρέφεται με συνομήλικούς του και κάνει παρέες. Τέλος ολοκληρώνεται με την εφηβεία, ένα σημαντικό στάδιο ουσιαστικής γνωριμίας με τον ίδιο του τον εαυτό. Πιο συγκεκριμένα στο στάδιο της εφηβείας αρχίζει να γίνεται ανεξάρτητο και να αυτονομείται από τους γονείς του. Έρχεται σε επαφή με τις αλλαγές που προκύπτουν στον σωματικό και ψυχικό του κόσμο, ενώ

προσπαθεί να εξοικειωθεί με αυτές. Παράλληλα ανακαλύπτει την αλλαγή της φωνής του ως προς τη χροιά της, την εμφάνιση τριχοφυΐας σε όλο του το σώμα καθώς και κάποιες άλλες αλλαγές που το ωθούν με αργούς ρυθμούς στην ενηλικίωσή του (Τσίτσικα, 2011).

### Στάδια

Ο Ελβετός ψυχολόγος του 20<sup>ου</sup> αιώνα Jean Piaget, εφάρμοσε τα στάδια γνωστικής ανάπτυξης, που αναφέρονταν στην ωρίμανση, ένα έργο που έχει ασκήσει πολύ μεγάλη επίδραση στον χώρο της εκπαίδευσης. Ο Piaget θεωρούσε ότι η γνωστική ανάπτυξη ωθείται από την εσωτερική ανάγκη του ανθρώπου να κατανοήσει τον κόσμο. Ομοίως πίστευε ότι η νοητική και ηθική ανάπτυξη συντελείται κατά στάδια και ότι η σκέψη του παιδιού εξελίσσεται αναλόγως. Για τον σκοπό αυτό όρισε ως στάδια της παιδικής ηλικίας την πρώιμη παιδική ηλικία, τη μέση παιδική ηλικία και την εφηβεία (Hofstetter & Schneuwly, 2004).

Αναλυτικότερα η πρώιμη παιδική ηλικία περιλαμβάνει τη βρεφική και τη νηπιακή ηλικία. Σε αυτό το στάδιο το παιδί αρχίζει να μιλά, να περπατά και να συναναστρέφεται με τον «καινούριο» κόσμο που ξεδιπλώνεται μπροστά του. Η νηπιακή ηλικία του παιδιού ολοκληρώνεται μετά τα 3 έτη, ένα σημείο αναφοράς για το παιδί καθώς αρχίζει να γίνεται ανεξάρτητο και να μην επιζητά σε μεγάλο βαθμό την καθοδήγηση από κάποιον μεγαλύτερο, όπως γίνεται σε μικρότερη ηλικία (Mills, 2000). Επιπλέον πραγματοποιεί τα πρώτα του βήματα, αρχίζει να επικοινωνεί με τον δικό του μοναδικό τρόπο και να παρατηρεί αντικείμενα που του διεγείρουν την περιέργεια. Οι γονείς είναι συνεχώς παρόντες, με κύριο μέλημά τους τη συνεχή παροχή φροντίδας, αγάπης, ενδιαφέροντος και την υλοποίηση δραστηριοτήτων με γνώμονα την ολόπλευρη ανάπτυξή του. Κλείνοντας, γίνεται αναφορά και στη φοίτησή του στο νηπιαγωγείο, κάτι που του δίνει το έναυσμα να κοινωνικοποιηθεί και να έρθει σε άμεση και καθημερινή επαφή με συνομήλικους, να συνυπάρξει αρμονικά και να απολαύσει το ομαδικό παιχνίδι της ξεγνοιασιάς και της ευχαρίστησης (Gittins, 2009).

Εν συνεχεία, ακολουθεί η μέση παιδική ηλικία, με σταθμό έναρξης τα 8 έτη και διαρκεί ως την εφηβεία. Αυτά τα υπέροχα χρόνια αφορούν την σχολική τους

εκπαίδευση και συγκεκριμένα την ουσιαστική μόρφωσή τους. Είναι σε θέση να κατανοήσουν και να δημιουργήσουν αθώες και αληθινές φιλίες, να διαβάζουν ομαδικά και να ενώνουν τις γνώσεις τους ως προς την επίλυση προβλημάτων. Επίσης στο στάδιο αυτό αποκτούν γνώσεις και αναπτύσσουν δεξιότητες, ενώ εμπλουτίζουν τις γνωστικές ικανότητες. Στην πραγματικότητα τους δίνεται το έναυσμα να σκέφτονται πιο εμπειριστατωμένα, να συλλέγουν εμπειρίες και να τις συνδέουν με προηγούμενες ώστε να μπορούν πιο εύκολα να τις εντάξουν στη νέα πραγματικότητα. Ουσιαστικά πρόκειται για έναν τρόπο δημιουργίας προσωπικότητας και χαρακτήρα μαζί (Gittins, 2009).

Εν κατακλείδι, τα στάδια ολοκληρώνονται με την εφηβεία, μια περίοδο σημαντικών αλλαγών, τόσο σωματικών όσο και ψυχικών. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται λόγος για αλλαγές στη σωματική τους διάπλαση, στο ύψος τους, στον χαρακτήρα τους και γενικότερα στη συμπεριφορά τους. Πρωτεύοντα ρόλο σε αυτό το στάδιο της ζωής τους διαδραματίζουν η δημιουργία φιλικών αλλά και ερωτικών σχέσεων. Ειδικότερα έρχονται σε επαφή με το αντίθετο φύλο, νιώθουν έλξη γι' αυτό και ανάγκη για συνύπαρξη. Αυτό συμβαίνει καθώς είναι η φάση της αλλαγής, που περιλαμβάνει καλές αλλά και άσχημες στιγμές. Ερευνητές αναφέρουν πως η ηλικία αυτή είναι επιρρεπής στη μίμηση, στην επιρροή αλλά και στην αλλαγή της καθημερινής συνήθειας (Μάνος, 2000).

## 1.2 Παιδική ηλικία και διατροφή

Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης διαφαίνεται ότι η διατροφή στην παιδική ηλικία αποτελεί σημαντικό κριτήριο για την πρόιμη υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού. Η σίτιση συνιστά το άλφα και το ωμέγα στη ζωή του ανθρώπου καθώς με αυτή ζει και υπάρχει ως οντότητα (Delisky, 2017). Υπογραμμίζεται ότι οι γονείς είναι εκείνοι που θα πρέπει να παρέχουν στο παιδί μια διατροφή πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και ιχνοστοιχεία, ενώ παράλληλα του υποδεικνύουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής που θα ακολουθήσει μελλοντικά. Επιπλέον αποτελούν παράδειγμα προς μίμηση γιατί από τα πρώτα στάδια της ζωής του ένα παιδί πρώτα γνωρίζει τους γονείς και ύστερα τους υπόλοιπους, ενώ οι γονείς είναι εκείνοι που θα του μάθουν τρόπους καλής συμπεριφοράς και θα του δώσουν όλη τους την αγάπη. Συνεπώς οφείλουν να είναι πλήρως ενημερωμένοι για τη διατροφή, την υγιεινή και την ευημερία του

σώματος. Εν τέλει, επισημαίνεται ότι η σωστή διατροφή συμβάλλει στην υγιή ανάπτυξη του οργανισμού ενώ η ανθυγιεινή σίτιση μόνο προβλήματα υγείας αλλά και σωματικής ανάπτυξης επιφέρει, όπως η καθυστέρηση ύψους, η νοητική υστέρηση, η καταστροφή των δοντιών και η αλλαγή στη συμπεριφορά του ατόμου (Ζαμπέλας, 2003).

Σε κάποιες χώρες, λόγω οικονομικών δυσκολιών, αρκετά παιδιά υποσιτίζονται και δεν λαμβάνουν όλα τα απαραίτητα στοιχεία που βοηθούν τον οργανισμό τους με αποτέλεσμα να μην αναπτύσσονται σωστά και να εμφανίζουν αρκετά προβλήματα υγείας. Βέβαια υπάρχει και το άλλο άκρο όπου τα παιδιά τρώνε πολύ, καθώς οι γονείς τους από μικρή ηλικία τα ωθούν στην υπερφαγία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εμφανίσουν ασθένειες, με πιο σημαντική την παχυσαρκία που θα συνεχιστεί και στα επόμενα χρόνια της ζωής τους και θα τους προκαλέσει καρδιολογικά προβλήματα, αναπνευστικά και πολλά ακόμη (Delisky, 2017).

Ανακεφαλαιώνοντας, στα χρόνια που ζούμε λόγω ανάπτυξης της τεχνολογίας αλλά και της εξέλιξης, έχει παρατηρηθεί σημαντική αλλαγή ως προς την σύσταση των τροφών και της αντικατάστασης αυτών με συντηρητικές ουσίες (Delisky, 2017). Είναι γεγονός ότι πλέον εργάζονται και οι δύο γονείς με αποτέλεσμα να μην υπάρχει αρκετός χρόνος για καθημερινό μαγείρεμα, κάτι που τους οδηγεί στην εύκολη λύση των επεξεργασμένων φαγητών. Συνεπώς για να μπορέσει ένα παιδί να είναι υγιές και να έχει σωστό σωματικό βάρος, θα πρέπει να προσέχει ο γονιός τις τροφές που επιλέγει να του δώσει, να φροντίζει για την φυσική του κατάσταση, να το ενημερώνει για κάθε τροφή που είναι πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και να προσπαθεί συνεχώς να το κατευθύνει σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής (Ζαμπέλας, 2003).

## **Κεφάλαιο 2**

### **Εφηβική ηλικία**

#### **2.1 Εφηβική ηλικία – Στάδια**

##### **Εφηβική ηλικία**

Όπως εύστοχα επισημαίνεται από αρκετούς ψυχολόγους, η εφηβεία αποτελεί τη μετάβαση από την παιδική ηλικία έως την ενηλικίωση, μια περίοδο αλλαγών και

εκπλήξεων τόσο σε σωματικό όσο και σε γνωστικό επίπεδο. Είναι η περίοδος εκείνη της ξενιοσιάς, της γνωριμίας, της ανακάλυψης του σώματος αλλά και του χαρακτήρα. Ο έφηβος αρχίζει να ανεξαρτητοποιείται από τους γονείς του και να αναζητά την παρέα, τις εμπειρίες και νέα δεδομένα που θα του χαρίσουν τη δημοτικότητα. Ειδικότερα τα αγόρια παρατηρούν αλλαγές στο σώμα τους όπως η εμφάνιση της τριχοφυΐας, η φωνή που αρχίζει να γίνεται πιο βραχνή αλλά και ο ιδιαίτερος και έκρυθμος χαρακτήρας. Παράλληλα αρχίζουν να μιμούνται και να ακολουθούν λάθος πρότυπα μόνο και μόνο γιατί είναι αγαπητά στον κόσμο, ενώ πιστεύουν ότι θα καταφέρουν να τους μοιάσουν. Όσον αφορά τα κορίτσια παρατηρείται έντονη αλλαγή στο σωματικό τους βάρος, στον σχηματισμό του προσώπου τους, στην έναρξη της έμμηνης ρύσης αλλά και στην απότομη ωρίμανση νοητικά (Μάνος, 2000). Τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια εμφανίζουν ακμή, κάτι που τους προκαλεί άγχος καθώς αλλάζει η εικόνα του προσώπου τους. Ουσιαστικά, είναι μια περίοδος ένταξης σε μια νέα πραγματικότητα διαφορετική από αυτή που είχαν συνηθίσει, η οποία ξεκινά στα 10 έτη και ολοκληρώνεται στα 17 με τη διαφορά όμως ότι τα αγόρια αργούν να ωριμάσουν νοητικά (Τσιάντης, 2002).

Αξίζει να αναφερθεί ότι σε αυτή τη φάση της ζωής τους ξεκινά ένα ταξίδι αναγνώρισης του χαρακτήρα και της ταυτότητάς τους. Ειδικότερα επηρεάζονται έντονα από τη γνώμη των άλλων, δεν δέχονται κριτική, αντιδρούν σε εκείνους που πηγαίνουν αντίθετα με τη σκέψη τους και τα δικά τους πιστεύω, ενώ προτιμούν να συμβουλευθούν άτομα της ηλικιακής τους ομάδας και όχι τους γονείς τους. Επιπλέον η παρουσία των γονιών τους μοιάζει περιττή και συχνά φτάνουν σε σημείο να έρχονται σε ρήξη μαζί τους καθώς βρίσκονται αντίθετοι στα λεγόμενά τους. Προτιμούν να βρίσκονται με φίλους που δεν θα τους κρίνουν και θα έχουν το θάρρος να μιλούν ελεύθερα για τα προβλήματά τους και τις σκέψεις τους (Aloise – Young, 2001). Αυτό συμβαίνει γιατί βαδίζουν στα ίδια βιώματα και ανακαλύπτουν από κοινού εμπειρίες και καταστάσεις που προκύπτουν στην καθημερινότητά τους. Το μόνο πρόβλημα σε αυτό το σημείο είναι πως μπορούν εύκολα να ξεφύγουν και να οδηγηθούν σε λάθος μονοπάτια, όπως είναι η έναρξη λήψης αλκοόλ ή ουσιών. Γι' αυτό τον λόγο και οι γονείς δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να τους κρίνουν και να είναι αντίθετοι με τις κινήσεις τους. Οφείλουν να συζητούν μαζί τους, να τους δίνουν αγάπη και να προσπαθούν μόνο με τον διάλογο να λύνουν τα προβλήματα που εμφανίζονται (Αναγνωστόπουλος & Γιαννακόπουλος, 2016).



## Στάδια

Όπως στην παιδική ηλικία έτσι και στην εφηβεία, υπάρχουν ορισμένα στάδια που τη χαρακτηρίζουν. Βέβαια διαφέρουν από άτομο σε άτομο λόγω του χαρακτήρα και της ιδιοσυγκρασίας του καθενός. Αυτά είναι η πρώιμη εφηβική ηλικία, η μέση και η τελική (Wenar & Kerig, 2008).

Πρωτίστως, η πρώιμη εφηβική ηλικία αποτελεί το πρώτο στάδιο ένταξης στην ενήλικη ζωή. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η γονική παρουσία, καθώς οι έφηβοι είναι πολύ εύκολο να ξεφύγουν και να αλλάξουν τον χαρακτήρα τους, καθώς επηρεάζονται εύκολα. Συνεπώς ιδιαίτερη μνεία γίνεται στο δύσκολο έργο των γονιών καθώς υπάρχει το ενδεχόμενο να αμφισβητήσουν την τακτική που ακολούθησαν ως προς την ανατροφή των παιδιών τους (Cole&Cole, 2002). Ομοίως και στο στάδιο αυτό, έχουμε την εμφάνιση των πρώτων αλλαγών στο σώμα, όπως η ωρίμανση των γεννητικών οργάνων, οι αλλαγές στο σωματικό βάρος, το ύψος και οι μεταβολές στην ψυχολογία των εφήβων. Αυτή η γρήγορη εξέλιξη μπορεί να τους προκαλέσει άγχος και να τους οδηγήσει σε ακραίες καταστάσεις καθώς δεν έχουν τον χρόνο να κατανοήσουν τα νέα δεδομένα και να τα αντιληφθούν. Καίριο ρόλο σε αυτές τις ηλικίες διαδραματίζει η μίμηση. Συγκεκριμένα, μιμούνται γνωστά άτομα της τηλεόρασης με σκοπό να αποκτήσουν και οι ίδιοι δημοτικότητα και να γίνουν κυρίαρχοι του εαυτού τους. Με τον τρόπο αυτό αποκτούν αυτοπεποίθηση και δυναμικότητα. Επέρχεται ο σταδιακός απογαλακτισμός από την μέχρι τότε γονική παρουσία καθώς και η προσήλωση στους συνομήλικους και στην παρέα αυτών. Σημειώνεται ότι μέσα από τις παρέες που δημιουργούν μπορεί να εμφανίσουν ανταγωνισμό, ζήλια, αλλά και την ανάγκη για ανάδειξη του χαρακτήρα και της προσωπικότητάς τους (Wenar & Kerig, 2008).

Στη μέση εφηβική ηλικία οι έφηβοι συγκρούονται ολοένα και περισσότερο με τους γονείς τους, κάτι που τους οδηγεί στην απομόνωση και στην αποφυγή πραγματοποίησης δραστηριοτήτων μαζί τους. Ταυτόχρονα αγνοούν την επιθυμία των γονιών τους για διάλογο καθώς νιώθουν ότι τους κρίνουν και βρίσκονται συνεχώς αντίθετοι με τις θεωρίες τους. Ο έφηβος ξεκινά να «χτίζει» το μέλλον του, βασιζόμενο στα δικά του δεδομένα και σκέψεις. Απολαμβάνει να γίνεται εκείνος ο δημιουργός και τον εξιτάρει το γεγονός πως καταφέρνει να το κάνει μόνος του μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Επίσης νιώθει δύναμη και δόξα και είναι έτοιμος να

αδράξει το μέλλον του. Μέσα σε αυτό, εμπεριέχεται η οικειότητα με το αντίθετο φύλο καθώς και η σύναψη ερωτικών σχέσεων. Ομοίως εξερευνά την σεξουαλικότητά του με ή χωρίς ταίρι, εκφράζεται ερωτικά και προσπαθεί να προσδιορίσει τα συναισθήματά του (Μάνος, 2000).

Στην τελική εφηβική ηλικία, αφού έχουν παρέλθει τα προηγούμενα στάδια, το άτομο έχει διαμορφώσει την προσωπικότητά του, έχει αποδεχτεί τις διάφορες αλλαγές που εμφανίστηκαν και μπορεί πλέον να διασχίσει το δικό του μονοπάτι. Είναι σε θέση να συνάψει σχέσεις εμπιστοσύνης, σεβασμού, αγάπης και πάθους. Παύει να γίνεται εριστικός, αποφεύγει τις συγκρούσεις με την οικογένειά του, ξεκινά να επικοινωνεί ουσιαστικά μαζί τους, να τους αγαπά και να αναπτύσσει σταδιακά μια ουσιαστική σχέση μαζί τους. Επίσης δημιουργεί πιο σταθερές ερωτικές σχέσεις με το ενδεχόμενο να οδηγήσουν σε γάμο και στη δημιουργία οικογένειας (Wenar & Kerig, 2008).

## 2.2 Εφηβική ηλικία και διατροφή

Η διατροφή που ακολουθείται στην εφηβεία διαφέρει από άτομο σε άτομο καθώς εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις ανάγκες του καθενός. Αναλυτικότερα, ο κάθε οργανισμός λαμβάνει διαφορετική ποσότητα τροφής γιατί κάποιος μπορεί να έχει παραπάνω κιλά ή κάποιος άλλος να προσπαθεί να χάσει. Βέβαια αυτό εξαρτάται από παράγοντες όπως ο ρυθμός που αναπτύσσεται το κάθε σώμα, η αύξηση του μυϊκού ιστού και η εμφάνιση της εμμηνορρυσίας των γυναικών. Επιπλέον η διατροφή σε αυτή την ηλικία θα πρέπει να συνδυάζεται με σωματική άσκηση και να πραγματοποιείται σε τακτά χρονικά διαστήματα (Ζηλίκης, 2007).

Ένας παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει την σωστή διατροφή σε αυτή την ηλικία είναι η επιρροή που δέχονται από τους συνομηλίκους τους και η απομάκρυνση από την γονική παρουσία. Τα παιδιά μπορούν να ελεγχθούν από τους γονείς, οι έφηβοι όμως όχι (Αναγνωστόπουλος & Γιαννακόπουλος, 2016). Ειδικότερα οι κοπέλες προσπαθούν να χάσουν σωματικό βάρος για να μοιάσουν σε μοντέλα που ακολουθούν στο διαδίκτυο, κάτι που προκαλεί απώλεια θρεπτικών στοιχείων, απότομη μείωση βάρους και κατά συνέπεια εμφάνιση προβλημάτων υγείας. Επιπροσθέτως υπάρχουν και εκείνοι που ξεκινούν τη χρήση ουσιών και αλκοόλ ή πραγματοποιούν και άλλες καταχρήσεις. Μέσα σε όλα αυτά όμως υπάρχει και η

μικρή εκείνη πλειοψηφία των εφήβων που ακολουθούν τις διατροφικές συνήθειες των γονέων τους, φροντίζουν για τη δημιουργία ενός υγιεινού γεύματος αλλά και για την εφαρμογή του συγκεκριμένου τρόπου ζωής (Ζηλίκης, 2007).

Η οικογένεια λοιπόν παίζει καταλυτικό ρόλο στη σωστή ανατροφή των παιδιών τους καθώς είναι εκείνη που θα βρει τον τρόπο να τα πλησιάσει, να τα συμβουλευτεί και να τα μεγαλώσει σωστά. Παρομοίως είναι εκείνη που θα δείξει στον έφηβο τι πρέπει να τρώει, να του εξηγεί συνεχώς τη σπουδαιότητα του υγιεινού φαγητού, να μαγειρεύει καθημερινά και να σερβίρει ολοκληρωμένα γεύματα. Αυτό θα βοηθήσει να έχει το παιδί μια σωστή και υγιή ανάπτυξη. Ολοκληρώνοντας θα λέγαμε ότι ο μεγάλος δρόμος που έχουν να βαδίσουν είναι εκείνος της εφηβείας καθώς θα πρέπει να τον χειριστούν με λεπτότητα, διακριτικότητα και χωρίς επικριτική στάση (Ζηλίκης, 2007).

### **Κεφάλαιο 3**

#### **Διατροφικές διαταραχές**

##### **3.1 Οριοθέτηση των διατροφικών διαταραχών**

Η ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου εξαρτάται από τη σωστή και ισορροπημένη διατροφή. Συγκεκριμένα, ο κάθε οργανισμός χρειάζεται τροφή και νερό, δύο απαραίτητα στοιχεία για την επιβίωσή του, καθώς μέσα από αυτά λαμβάνει όλα τα θρεπτικά συστατικά. Αυτά μπορεί να είναι πρωτεΐνες, βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, ασβέστιο, τα οποία είναι υπεύθυνα για την παροχή ενέργειας στον οργανισμό, για την καλή λειτουργία του, για τη διατήρηση της υγείας, για την πρόληψη από διάφορες ασθένειες καθώς και για τη σωστή ανάπτυξη του σώματος. Ουσιαστικά, η τροφή μαζί με το νερό αποτελούν τον κύριο μηχανισμό επιβίωσης του ανθρώπου (Vitousek & Gray, 2005).

Ο Ιπποκράτης, σπουδαίος ιατρός της αρχαιότητας, ήταν εκείνος που ασχολήθηκε διεξοδικά με τη διατροφή, μια σημαντική λέξη για τον ίδιο καθώς πίστευε πως ήταν το κυριότερο στοιχείο επιβίωσης. Ήταν μια λέξη που αν προσδιοριστεί εννοιολογικά στα τότε χρόνια, αφορούσε ότι είχε να κάνει με τον τρόπο ζωής και συγκεκριμένα με τη σίτιση, τον ρουχισμό, την καθημερινότητα και την οικία. Μελέτησε την έννοια της

τροφής διεξοδικά, τα οφέλη που μπορεί να προσφέρει στον ανθρώπινο οργανισμό αλλά και τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιαστούν από τη μακροχρόνια χρήση τους. Αφού ολοκλήρωσε τη μελέτη του, εξέτασε και τις ιδιότητες των τροφών ως προς την αντιμετώπιση σοβαρών και μη ασθενειών. Πίστευε πως η τροφή ήταν τόσο σημαντική όσο και τα φάρμακα, γι' αυτό και φρόντιζε να επισημαίνει την αξία της σε κάθε ασθένεια (Καλφαρέντζος, 2005).

Μια σωστή και ισορροπημένη διατροφή μπορεί να βοηθήσει κάποιον να διατηρεί σε πολύ καλά επίπεδα τη σωματική και ψυχική του υγεία. Πρέπει να ακολουθείται με μέτρο, δηλαδή μόνο εκείνες οι ποσότητες που είναι απαραίτητες για τον ανθρώπινο οργανισμό και με ποικιλία καθώς η κάθε τροφή περιέχει τα δικά της θρεπτικά συστατικά και ιχνοστοιχεία. Με αυτό τον τρόπο αναπτύσσεται σωστά ένα ανθρώπινο σώμα και ρυθμίζεται πλήρως ο μεταβολικός του ρυθμός (Hofner, 2014). Όμως δε σημαίνει ότι όλοι θα ακολουθούν την ίδια διατροφή και θα λαμβάνουν τις ίδιες ποσότητες γιατί κάθε ανθρώπινο σώμα έχει διαφορετικές ανάγκες και αυτό εξαρτάται από το σωματικό του βάρος, την υγεία του, το ύψος, την ηλικία και άλλους παράγοντες που κάνουν τον καθένα να διαφέρει από τους υπόλοιπους. Συνοπτικά, η τροφή είναι απαραίτητη για κάθε οργανισμό διότι λειτουργεί προληπτικά και θεραπευτικά δημιουργώντας μια καλύτερη ποιότητα ζωής για τον άνθρωπο (Escott–Stump, 2013).

### 3.2 Διαταραχές πρόσληψης τροφής

Η διατροφική διαταραχή είναι η ανωμαλία που εμφανίζεται ως προς την πρόσληψη τροφής. Μπορεί να δημιουργήσει μια επικίνδυνη και μη λειτουργική συμπεριφορά, όπως είναι το αυστηρό διαιτολόγιο που ακολουθεί κάποιος, η έντονη σωματική άσκηση και η υπερκατανάλωση ή μη τροφής. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν η ψυχογενής ή νευρογενής ανορεξία και βουλιμία και η παχυσαρκία (Γονιδάκης & Χαρίλα, 2011).

Η νευρογενής ή ψυχογενής ανορεξία, εμφανίζεται κυρίως στην εφηβεία, ένα στάδιο που το παιδί αρχίζει να ενηλικιώνεται, να γνωρίζει καλύτερα τον εαυτό του και να προσπαθεί να φτιάξει την εικόνα του με βάση τα αρεστά πρότυπα της εποχής του. Βέβαια, όλη αυτή η αλλαγή του επηρεάζεται άμεσα από εξωτερικούς παράγοντες και

από την ιδιοσυγκρασία του. Η διαταραχή αυτή είναι χρόνια και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στον θάνατο αν δεν εντοπιστεί εγκαίρως. Στη θεραπεία που ακολουθεί εφαρμόζεται και η ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών συμπεριφορών (Delisky et al, 2017).

Η ψυχογενής ή νευρογενής βουλιμία είναι μια σοβαρή νόσος, στην οποία το άτομο αρχικά καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφής τις οποίες στη συνέχεια με την πρόκληση εμέτου ή την χρήση καθαρτικών μέσων τις αφαιρεί για να αποβάλλει τις περιττές θερμίδες. Αυτό συμβαίνει γιατί νιώθει ενοχές, τύψεις και άγχος που τρώει τόσο πολύ και γι' αυτό τον λόγο καταφεύγει σε αυτές τις πράξεις. Πρόκειται για μια πάθηση που συνδέεται άμεσα με τον συναισθηματικό και ψυχικό κόσμο του ατόμου. Είναι μια σοβαρή διαταραχή που επιφέρει αρκετά προβλήματα υγείας αλλά όχι τον θάνατο (Βάρσου, 2008).

Ακολούθως σύμφωνα με αγγλικά άρθρα που δημοσιεύτηκαν αναφορικά με τα ποσοστά θνησιμότητας από διατροφικές διαταραχές, διαφαίνεται ότι ανά 1000 άτομα τα ποσοστά ήταν 5,1% με νευρογενή ανορεξία και 3,3% με νευρογενή βουλιμία. Οι τυποποιημένες αναλογίες ήταν 5,86% για την ανορεξία και 1,93% για την βουλιμία. Σημαντικό στοιχείο αποτελεί το εύρημα ότι ένας στους πέντε που πέθαιναν από νευρογενή ανορεξία, ουσιαστικά είχε αυτοκτονήσει. Αυτό δείχνει πως η νευρογενής ανορεξία εμφανίζει μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας από άλλες διατροφικές διαταραχές. Εν κατακλείδι διαπιστώθηκε ότι η ηλικία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην θνησιμότητα των ανορεξικών ατόμων, ενώ επισημάνθηκε η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα των παραγόντων που οδηγούν στη θνησιμότητα λόγω βουλιμίας (Arcelus et al, 2011).

Η παχυσαρκία προσβάλλει κυρίως την παιδική ηλικία με σοβαρές επιπτώσεις για την υγεία. Προκαλεί τη συσσώρευση λίπους στον λιπώδη ιστό λόγω των ανθυγιεινών τροφών που λαμβάνουν τα άτομα. Σε αυτές τις ηλικίες τα άτομα με υπερβολικό σωματικό βάρος εμφανίζουν καρδιολογικές παθήσεις που συνήθως οδηγούν σε απόφραξη των αρτηριών. Θα πρέπει να σταματήσουν να σιτίζονται από τα ταχυφαγεία και να αποφεύγουν τα αναψυκτικά. Ομοίως οφείλουν να πάψουν να θεωρούν μόδα τέτοιες συμπεριφορές και να επιδιώκουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Το σχολείο μπορεί να βοηθήσει σε αυτό και να προλάβει ακραίες καταστάσεις. Είναι μικρή η ηλικία και η πρόληψη της μπορεί να επέλθει πιο εύκολα (Λάσκη, 2008).

Η διαταραχή πρόσληψης τροφής συνδέεται άμεσα με τον συναισθηματικό κόσμο του ατόμου. Συγκεκριμένα, όταν κάποιος οδηγείται στην υπέρ ή μη κατανάλωση τροφής, αν δεν οφείλεται σε κάποιο πρόβλημα υγείας, συνήθως βασίζεται στη λάθος εντύπωση που έχει για τον εαυτό του, στο πόσο μειονεκτικά μπορεί να νιώθει ο ίδιος ή σε οτιδήποτε άλλο μπορεί να του χαλάσει τη διάθεση και την ψυχολογική του ισορροπία. Λειτουργώντας παρορμητικά και χωρίς να σκέφτεται πιστεύει πως νιώθει καλύτερα, διώχνει πιο εύκολα το άγχος από πάνω του και δεν έχει να αντιμετωπίσει προβλήματα που μπορεί να προκύψουν. Με αυτό τον τρόπο, καλύπτει τα συναισθήματά του, ενώ τα προβλήματα μεγαλώνουν. Συνοψίζοντας, χωρίς την κατάλληλη βοήθεια, υπάρχει περίπτωση οι διαταραχές αυτές να μένουν στον καθένα για το υπόλοιπο της ζωής του και να τον ταλαιπωρούν (Γονιδάκης & Χαρίλα, 2011).

Οι επιπλοκές που παρουσιάζονται στην υγεία του ατόμου δεν περιορίζονται μόνο σε εκείνους με χαμηλό Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.). Ο υποσιτισμός είναι μια αρκετά σοβαρή διαταραχή καθώς το άτομο παρουσιάζει χαμηλό Δ.Μ.Σ. και επηρεάζει αρκετά όργανα. Ειδικότερα οι επιπτώσεις που έχει στο ενδοκρινολογικό σύστημα αφορούν την ανάπτυξη των εφήβων, την καθυστέρηση έμμηνου ρύσεως, την οστεοπόρωση και την εμφάνιση άγχους. Στο καρδιαγγειακό σύστημα επηρεάζει την πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδας, την εμφάνιση υπέρτασης ή υπότασης και την παρουσία θρόμβων στο αίμα. Εν συνεχεία στο γαστρεντερολογικό κομμάτι εμφανίζεται δυσκοιλιότητα ή διάρροια και μπορεί να επιφέρει μέχρι και νεφρική ανεπάρκεια όσο αφορά το νεφρολογικό τμήμα του σώματος ή να προκαλέσει και γενικότερα ηλεκτρολυτική ανισορροπία. Τέλος, σχετικά με τους πνεύμονες, προκαλεί την εμφάνιση αναπνευστικής ανεπάρκειας ή μείωσης της πνευμονικής ικανότητας ή την εμφάνιση πνευμοθώρακα (Darukhanavala et al, 2020).

Μεταξύ αυτών εμφανίζονται και οι αγχώδεις διαταραχές με την κατάθλιψη να κυριαρχεί και να προκαλεί διατροφικές διαταραχές. Μελέτες έχουν δείξει πως τα ποσοστά κατάθλιψης που εμφανίζονται σε παιδιά είναι 8-29% και στους εφήβους είναι 30-33%. Η εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών οδηγούν σε αρνητικές επιπτώσεις της ψυχολογίας του ατόμου και αυξάνουν τον κίνδυνο συναισθηματικής δυσλειτουργίας του οργανισμού. Με λίγα λόγια, η εμφάνιση του άγχους και της κατάθλιψης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών με αποτέλεσμα να υπάρχουν σημαντικές επιπτώσεις στον οργανισμό (Darukhanavala et al, 2020).

### 3.3 Η σπουδαιότητα της υγιεινής διατροφής

Με μια σύντομη προσέγγιση του ορισμού της διατροφής, που αφορά το σύνολο των τροφών που καταναλώνουμε προκειμένου να καλύψουμε τις διατροφικές μας ανάγκες, είναι σημαντικός και ο διαχωρισμός του υγιεινού ως προς τον τρόπο ψησίματος. Δηλαδή, το τηγανητό φαγητό από το μαγείρεμα στον ατμό είναι διαφορετικό καθώς δεν περιλαμβάνει το ψημένο λάδι. Μπορεί μεν να εξαρτάται η επιβίωση του ανθρώπου από τη λήψη τροφής αλλά θα πρέπει να ξεχωρίσει την ποιότητα και τον τρόπο μαγειρέματος. Η τροφή είναι εκείνη που με τη σωστή χρήση της και την απαραίτητη προσοχή θα μπορέσει να δώσει στον νεαρό το έναυσμα να αναπτυχθεί σωστά και με τις κατάλληλες βάσεις (Ζαμπέλας, 2003).

Μελέτες έχουν δείξει πως μια σωστή και αρκετά ισορροπημένη διαίτα μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης διάφορων παθήσεων, όπως οι καρδιολογικές ή ο σακχαρώδης διαβήτης. Ταυτόχρονα βοηθά στην ορθή οικοδόμηση του οργανισμού, στη σωστή πρόληψη και στην αντιμετώπιση μιας πάθησης. Συμπερασματικά, μερικές από τις πιο βασικές υγιεινές τροφές μπορεί να είναι το ψάρι, τα λαχανικά, η κατανάλωση σιτηρών ολικής αλέσεως, τα γαλακτοκομικά με χαμηλά λιπαρά και πάντοτε καλά μαγειρεμένα και όχι τα τηγανητά, καθώς είναι πλούσια σε λιπαρές ουσίες (Ζαμπέλας, 2003).

### 3.4 Θρεπτικά στοιχεία

Ως θρεπτικά συστατικά ορίζονται οι ουσίες εκείνες που περιέχουν κυρίως ενέργεια, πρωτεΐνες, ιχνοστοιχεία και βοηθούν τον οργανισμό να λειτουργήσει σωστά. Το κάθε στοιχείο έχει τη δική του ικανότητα να δρα στα διάφορα όργανα του σώματός μας. Περιλαμβάνει τους υδατάνθρακες, τις πρωτεΐνες, τα λίπη, τις βιταμίνες και το νερό. Τα τρία πρώτα στοιχεία παρέχουν την κατάλληλη ενέργεια που αφορά την εύρυθμη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Τα υπόλοιπα, δηλαδή οι βιταμίνες και το νερό, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη σωστή και ομαλή ανάπτυξη, στον μεταβολισμό και στη φυσιολογική λειτουργία των οργάνων (Μανιός, 2006).

Ειδικότερα, οι υδατάνθρακες αποτελούν την κύρια πηγή ενέργειας και βρίσκονται στα δημητριακά, στα φρούτα, στα όσπρια και στα λαχανικά. Οι πρωτεΐνες περιλαμβάνουν ουσίες απαραίτητες για έναν οργανισμό που δεν μπορεί να

κατασκευάσει μόνος του. Περιλαμβάνουν το κρέας, τα όσπρια, τους ξηρούς καρπούς, τα γαλακτοκομικά και όχι μόνο. Τα λίπη αποτελούν τα κύρια συστατικά των κυτταρικών μεμβρανών και αφορούν κορεσμένα και ακόρεστα λίπη. Τα ακόρεστα μπορεί να είναι τα ψάρια ενώ τα κορεσμένα το κρέας. Ωστόσο, είναι απαραίτητο να καταναλώνονται με μέτρο για τον λόγο του ότι οι μεγάλες ποσότητες μπορεί να αποδειχτούν επιβλαβείς (Μανιός, 2006).

Ακολούθως, οι βιταμίνες είναι μείζονος σημασίας για τη σωστή ανάπτυξη του οργανισμού, τον μεταβολισμό αλλά και την κυτταρική ακεραιότητα. Η ανεπαρκής πρόσληψη τροφών πλούσιων σε βιταμίνες μπορεί να προκαλέσει πρόωρη γήρανση αλλά και εμφάνιση ασθενειών που επηρεάζουν τον μεταβολισμό. Ολοκληρώνοντας, το νερό, απαραίτητο κι αυτό συστατικό, ενυδατώνει και είναι πλούσιο σε ηλεκτρολύτες και ιχνοστοιχεία. Βοηθά στη διατήρηση του σωματικού βάρους, στη σωστή και ομαλή λειτουργία του οργανισμού αλλά και στην αποφυγή διαφόρων παθήσεων (Κυπαρισσίου, 2001).

### 3.5 Ταξινόμηση των διατροφικών διαταραχών

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Διαταραχών (DSM5), υπάρχουν αρκετές διατροφικές διαταραχές, με συνηθέστερες την ψυχογενή ή νευρογενή ανορεξία, την ψυχογενή ή νευρογενή βουλιμία και την παχυσαρκία (American Psychiatric Association, 2013).

## **Κεφάλαιο 4**

### **Ψυχογενής ή Νευρογενής ανορεξία**

#### 4.1 Ιστορική αναδρομή

Η νευρογενής ανορεξία αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ως διαταραχή το 1873 από τον άγγλο ιατρό William Gull και τον Γάλλο ψυχίατρο Charles Laseque, οι οποίοι διαπίστωσαν ότι εμφανίζεται κυρίως σε άτομα από τις πιο εύπορες κοινωνικές τάξεις γιατί θεωρούσαν πως δεν είχαν ουσιαστική σχέση με την οικογένειά τους. Ωστόσο, σημαντικό ρόλο διαδραμάτισαν και οι οικογενειακές συγκρούσεις που συνδέονταν με



την απογοήτευση, το άγχος αλλά και την επιθυμία για απομόνωση. Γι' αυτό τον λόγο και πρότειναν πάντοτε την απομάκρυνση των ατόμων αυτών από το σπίτι σε συνδυασμό με την επιβολή της υποχρεωτικής σίτισης αλλά και των συνεδριών με ψυχιάτρους (Γονιδάκης, 2006).

Με βάση ιστορικά γεγονότα, τον 17<sup>ο</sup> αιώνα ο συγγραφέας Richard Morton, τόνισε πως υπάρχουν αρκετές ασθένειες που μπορεί να συνδυαστούν με τη μείωση του σωματικού βάρους, βασιζόμενος πάντοτε στις δικές του γνώσεις. Πίστευε πως ήταν αποτέλεσμα του άγχους και της απογοήτευσης. Η θεωρία του στηριζόταν σε αληθινά γεγονότα. Συγκεκριμένα, αναφέρεται στην επαφή του με ένα νεαρό άτομο που μελετούσε αρκετές ώρες και πολύ σκληρά. Είχε άγχος για την επίδοσή του με αποτέλεσμα να μην τρώει και να καταβάλλεται από αρνητικά συναισθήματα (Black & Andreasen, 2011).

Εν συνεχεία, ο καθηγητής Robert Whytt δημοσίευσε ένα βιβλίο που μιλούσε για έναν ασθενή. Αφορούσε ένα αγόρι, μικρής ηλικίας, που είχε άγχος για την επίδοσή του στο σχολείο και έχανε την όρεξη του. Παρόλο που δεν κατάφερε να προσδιορίσει επακριβώς την προέλευση του προβλήματος, πίστευε βαθιά μέσα του πως ήταν ένας σοβαρός λόγος εμφάνισης της νευρογενούς ανορεξίας (Black & Andreasen, 2011).

Μια άλλη ερμηνεία δίνει ο ιατρός Louis Victor Marse, φέρνοντας στο προσκήνιο την δυσπεψία, μια διαταραχή στο στομάχι, που θα έπρεπε ο κάθε ιατρός να λάβει υπόψη του. Ο λόγος που δεν έτρωγε κάποιος αρκετά, με βάση τα λεγόμενά του, ήταν ο φόβος για αδυναμία χώνεψης της τροφής, με αποτέλεσμα να μην σιτίζεται επαρκώς. Έβρισκε το πρόβλημα της δυσπεψίας σοβαρό και ανησυχητικό, κάτι για το οποίο διαφωνούσαν αρκετοί της εποχής. Ήταν αντίθετοι με την άποψή του γιατί θεωρούσαν πως η δυσπεψία μπορεί να οφείλεται και σε κάποια άλλη πάθηση (Attia, 2010).

Όσον αφορά τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, προκλήθηκε αναταραχή σχετικά με τον τρόπο αντίληψης της νευρογενούς ανορεξίας. Μία σπουδαία ερευνήτρια επαναστάτησε υποστηρίζοντας πως η νόσος αυτή συνδέεται άμεσα με τα συναισθήματα. Ανέφερε πως κάποιος που πάσχει από νευρογενή ή ψυχογενή ανορεξία ξεχωρίζει εύκολα από την εμφάνισή του. Είναι καχεκτικός, δεν σιτίζεται και αρνείται να παραδεχτεί πως κάτι δεν πηγαίνει καλά με το σώμα του (Holm, 2012). Ακόμα, δεν μπορεί να κατανοήσει τον εαυτό του, αρνείται να δεχτεί τη γνώμη κάποιου φιλικού και συγγενικού προσώπου, βρίσκει συνεχώς προφάσεις για να αποφεύγει την όποια

συζήτηση και καταλήγει να απομονώνεται στο δωμάτιό του. Αυτό συνδέεται με τον τρόπο σκέψης και το άγχος που μπορεί να βιώνει ή και την εμφάνιση της κατάθλιψης. Όλα αυτά βοήθησαν ώστε τον 20<sup>ο</sup> αιώνα να μπορέσει κανείς να αποκτήσει μια πρώτη εικόνα για την πραγματική ψυχοπαθολογία αυτών των ασθενών καθώς τα προηγούμενα χρόνια το θεωρούσαν ως υπερβολή και πίστευαν πάντα πως τα συγκεκριμένα άτομα είναι υποχόνδρια και ενδιαφέρονται μόνο για τον εαυτό τους (Cassin & vonRanson, 2005).

Πρωτοπόρος της συγκριμένης έρευνας μπορεί να θεωρηθεί και ο Hilde Brunch, ο οποίος με τις ανακαλύψεις του οδήγησε στην εν μέρει αποσαφήνιση της έννοιας αυτής. Παρουσίασε τρία σημεία με το πρώτο να είναι η ψευδαίσθηση που έχει κάποιος για το σώμα του, το δεύτερο να είναι η άρνηση του να δεχτεί την σημαντικότητα της τροφής για την υγεία του αλλά και για την επιβίωσή του και το τρίτο να αφορά τα λάθος πρότυπα και τις απόψεις που λαμβάνουν από τον περίγυρο, κάτι που τους κάνει να ξεχνούν τις επιθυμίες τους και βαδίζουν βασιζόμενοι στα «θέλω» των άλλων (Cassin & vonRanson, 2005).

#### 4.2 Εννοιολογική προσέγγιση της ψυχογενούς ή νευρογενούς ανορεξίας

Η ψυχογενής ή νευρογενής ανορεξία προσδιορίζεται ως μια σοβαρή ψυχική νόσος που δεν προκαλείται από την έλλειψη όρεξης, καθώς είναι κάτι που προκύπτει όταν το άτομο νοσεί ήδη. Τραυματίζεται και περιορίζει την διατροφή του στο ελάχιστο, γιατί θεωρεί πως αν αλλάξει τόσο εξωτερικά όσο και εσωτερικά θα μπορέσει να επιτύχει τον στόχο του που είναι η αποδοχή (Pinheiro, 2009). Μπορεί να επιφέρει ακόμη και τον θάνατο αν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως. Επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από το οικογενειακό του περιβάλλον και τον κοινωνικό του περίγυρο. Πολλοί από αυτούς που πάσχουν δεν αναφέρουν ότι έχουν χάσει την όρεξή τους ή ότι δεν νιώθουν καλά. Συνεχίζουν να ακολουθούν τον δικό τους τρόπο σκέψης, να επηρεάζονται από λάθος πρότυπα, σκεπτόμενοι ότι μόνο έτσι θα είναι αρεστοί, προσιτοί στην κοινωνία αλλά και κυρίαρχοι του εαυτού τους (Melles et al, 2021).

Παράλληλα αναφέρεται σε συμπτώματα που αφορούν τον ψυχισμό κάποιου αλλά και τις λάθος συμπεριφορές που συνήθως οδηγούν στην εμφάνιση σημαντικών προβλημάτων υγείας (Pettersen, 2011). Έχουν λάθος αντίληψη για το σώμα τους, το

βάρος αλλά και την ψυχосύνθεσή τους. Λειτουργούν συνειδητά και εφαρμόζουν αρκετές τεχνικές και τρόπους για να μειώσουν το βάρος τους, όπως είναι η άρνηση σίτισης, η χρήση καθαρκτικών ή η πρόκληση εμέτου μετά από κάθε γεύμα καθώς και η λήψη διουρητικών φαρμάκων. Τέλος, εμφανίζουν ψυχολογικά προβλήματα και αποκτούν εμμονή με το σώμα τους με αποτέλεσμα να ακολουθούν τις παραπάνω μεθόδους ώστε να νιώθουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση (Melles et al, 2021).

Με βάση την ανωτέρω βιβλιογραφική μελέτη, η νευρογενής ανορεξία εμφανίζεται κυρίως σε έφηβες κοπέλες. Είναι η περίοδος που αρχίζουν να ανακαλύπτουν τόσο τον κόσμο γύρω τους όσο και το σώμα τους. Επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από κοινωνικούς, γενετικούς, ψυχολογικούς και άλλους παράγοντες που υπάρχουν και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην καθημερινότητά τους. Αγνοούν εντελώς τους κινδύνους και την πορεία που ακολουθούν, κάτι που μπορεί να επιφέρει ακόμη και τον θάνατο αν δεν δοθεί άμεσα κάποια θεραπευτική αγωγή. Συνήθως είναι μικρή η πλειοψηφία των ατόμων εκείνων που ζητούν βοήθεια από κάποιον ειδικό. Η θεραπεία αποτελεί πρόκληση για πολλούς, καθώς έρευνες έχουν δείξει πως οι περισσότεροι εγκαταλείπουν τη θεραπεία και δεν καταφέρνουν ποτέ να αναρρώσουν (Solmi et al, 2021).

#### 4.2.1 Τύποι

Οι τύποι της νευρογενούς ανορεξίας, σύμφωνα με το DSM – IV – TR (2004) είναι ο περιοριστικός και ο υπερφαγικός (Diagnostic Criteria From DSM–IV–TR, 2004).

Ο περιοριστικός τύπος αφορά τον περιορισμό που θέτει ένα άτομο στον εαυτό του ως προς το φαγητό. Του αρέσει να βλέπει το σωματικό του βάρος να μειώνεται και πιστεύει πως με αυτόν τον τρόπο θα καταφέρει να νιώσει κυρίαρχος του εαυτού του, να γίνεται υπολογίσιμος και να αποκτά κύρος στην κοινωνία που ζει. Αν αρχίσει να αυξάνεται το βάρος του, διακατέχεται από μεγάλη λύπη, απογοητεύεται, κλείνεται στον εαυτό του και απομακρύνεται από τους οικείους του. Ο συγκεκριμένος τύπος σπάνια θα εκδηλώσει συμπτώματα υπερφαγίας (Diagnostic Criteria From DSM–IV–TR, 2004).

Ο υπερφαγικός τύπος σχετίζεται με την υπερφαγία και αφορά άτομα με βουλιμία, τα οποία ξεκινούν με περιορισμούς και στη συνέχεια καταλήγουν στην υπερβολή με τη

λήψη μεγάλων ποσοτήτων τροφής καθώς αδυνατούν να ελέγξουν τον εαυτό τους. Λαμβάνουν θεραπεία και νοσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, κάτι που οφείλεται σε συναισθηματική απογοήτευση. Δεν έχουν καλές σχέσεις με την οικογένειά τους, δεν θέτουν στόχους για το μέλλον τους, αδιαφορούν για τη ζωή τους και αποκόπτονται από φίλους. Αρκετοί είναι εκείνοι που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, λαμβάνουν ναρκωτικές ουσίες, γίνονται κλεπτομανείς και αυτοτραυματίζονται (Diagnostic Criteria From DSM-IV-TR, 2004).

#### 4.2.2 Στάδια

Όπως εύστοχα έχει αναφερθεί και παραπάνω, η νόσος αυτή αποτελείται από στοιχεία που αφορούν τον ψυχισμό κάποιου, τα συναισθήματά του και την ανάγκη να νιώθει σημαντικός για τους γύρω του. Αν δεν εντοπιστεί εγκαίρως μπορεί εύκολα να προκαλέσει προβλήματα υγείας, όπως μερικά από αυτά μπορεί να είναι η υπέρταση, οι καρδιακές αρρυθμίες ή η αμηνόρροια. Παρακάτω παρουσιάζονται τα τέσσερα στάδια της νόσου (Moore & Bokor, 2017).

Ως πρώτο, θεωρείται το στάδιο της επίτευξης, στο οποίο το άτομο προσπαθεί να χάσει κιλά ώστε να γίνεται εύκολα αρεστό και αποδεκτό από το κοινωνικό σύνολο. Τα συμπτώματα δεν είναι εμφανή εκτός από την παρουσία ενός αδυνατισμένου σώματος με ωχρή επιδερμίδα. Σε αυτό το στάδιο, φαίνεται πως είναι τελειομανής και προσπαθεί να δώσει τον καλύτερό του εαυτό ως προς την επίτευξη του στόχου του, ο οποίος δεν είναι άλλος από τη μείωση του σωματικού του βάρους. Αυτό ολοκληρώνεται με επιβράβευση που δέχεται από τους φίλους του, μια κίνηση που του δίνει το έναυσμα και τη λύτρωση να συνεχίσει (Treasure, 2008).

Επόμενο στάδιο, είναι αυτό του καταναγκασμού με την απώλεια βάρους να γίνεται ολοένα και πιο έντονη. Θέτει στόχο να χάνει ένα κιλό την εβδομάδα, ό,τι ρίσκο και να έχει, με αποτέλεσμα να αγχώνεται και να αντιμετωπίζει τον εαυτό του ως παχύσαρκο ενώ δεν είναι. Πιο αναλυτικά, αρχίζει να μετρά το βάρος του, τον λιπώδη ιστό, να ελέγχει το σώμα του, τη μέση, να δοκιμάζει ρούχα σε μικρότερο μέγεθος και να συγκρίνει τον εαυτό του με βάση τα πρότυπα που έχει από την τηλεόραση ή από το διαδίκτυο που παρακολουθεί. Η ταραχή του αυτή τον κάνει να μην τρώει και να

ακολουθεί εντατική γυμναστική. Θεωρεί πως είναι το μόνο πρόβλημά του και εστιάζει σε αυτό (Pinheiro, 2009).

Στην πραγματικότητα έχει αρχίσει να απομακρύνεται από τους οικείους του και να κλείνεται στον εαυτό του. Όσο βάρος χάνει, τόσο επίπονο είναι για τον οργανισμό του γιατί αρχίζει να αλλάζει η ομοιόσταση, η θερμοκρασία αλλά και τα ζωτικά του σημεία. Επίσης αλλάζει το χρώμα και η υφή του δέρματος, κάτι που τον κάνει να πιστεύει πως φταίει το φαγητό, αυτό το ελάχιστο που μπορεί να λαμβάνει (Ζηλίκης, 2007).

Μολαταύτα, αλλάζει και η εγκεφαλική λειτουργία, με τον εγκέφαλο να συνηθίζει σε λάθος ερεθίσματα και να προσαρμόζεται σε αυτά. Το κύριο ερέθισμα αποτελεί η άρνηση του φαγητού με το άτομο να το κρύβει τις περισσότερες φορές ή να το πετά ώστε να πιστεύουν οι γύρω του πως ολοκλήρωσε με ευχαρίστηση το γεύμα του. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγει την κριτική από τον περίγυρό του. Λόγω αυτής της σύγχυσης παρουσιάζει και κάποιες ανωμαλίες στον ύπνο, βρίσκοντας τρόπους που θα το οδηγήσουν στην ευχαρίστησή του, προκαλώντας έναν ανήσυχο ύπνο. Τέλος, όσο περνά ο καιρός αρχίζει να νιώθει ρίγος και κρυάδες. Συνδυασμός αυτών, είναι και η παρουσία αυξημένων παλμών, αμηνόρροιας, μείωση τριχών κεφαλής και αρκετών ακόμη σημαντικών μεταβολών (Ζηλίκης, 2007).

Το τρίτο στάδιο είναι το κατηγορηματικό. Σε αυτό το στάδιο δείχνει ευγενικός, υπάκουος και αποφεύγει τις συγκρούσεις. Όλο αυτό το σκηνικό αλλάζει όταν γίνεται έντονη κριτική ως προς την εξωτερική του εμφάνιση. Αντιδρά έντονα στα σχόλια τους, διαπληκτίζεται και απομακρύνεται. Στο μυαλό του κυριαρχεί η εντύπωση πως υπάρχει ζήλια που τους διακατέχει και συμπεριφέρονται με αυτόν τον τρόπο προκειμένου να τον προτρέψουν να αυξήσει το σωματικό του βάρος και να πάψει να είναι αρεστός. Σε αυτό το στάδιο γίνεται αντιληπτό το γεγονός πως πάσχει από νευρογενή ανορεξία (Pinheiro, 2009).

Το τέταρτο και τελευταίο στάδιο είναι εκείνο της ψευδαίσθησης που εμφανίζεται όταν πιστεύει πως επιτυγχάνεται ο στόχος του. Είναι το στάδιο που φορά φαρδιά ρούχα γιατί θεωρεί πως έχει ακόμη άλλα λίγα κιλά να χάσει. Πιστεύει πως είναι ισχυρός, πρωτοπόρος που κατάφερε να νικήσει το αίσθημα της πείνας και να ξεχωρίσει ανάμεσα στα πλήθη. Στο στάδιο αυτό η μόνη αλλαγή που παρατηρείται είναι στον χαρακτήρα του, δηλαδή η δύναμη που πιστεύει πως έχει αποκτήσει και η

φήμη χάρη στην ανορεξία. Η διαταραχή πλέον έχει χειροτερέψει και για κάποια άτομα είναι μη αναστρέψιμη (Perkins, 2005).

#### 4.3 Επιδημιολογία

Σε όλες τις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες παρουσιάζονται σχεδόν τα ίδια ποσοστά ατόμων με νευρογενή ανορεξία, με μια μικρή ομάδα να διατρέχει τον μεγαλύτερο κίνδυνο. Πρόκειται για δημοφιλή άτομα όπως είναι οι χορευτές και τα μοντέλα που πληρώνονται αρκετά για το λεπτεπίλεπτο και καλλίγραμμο σώμα τους. Μελέτες έχουν δείξει πως το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών είναι γυναίκες και συγκεκριμένα μοντέλα που χρειάζεται να έχουν λεπτό σώμα για να είναι αρεστές στο ευρύ κοινό (Hoek & VanHoeken, 2003).

Εμφανίζεται κυρίως στην εφηβεία που είναι το στάδιο της πρώιμης ενηλικίωσης και ωρίμανσης, τόσο του σώματος όσο και του νου. Ουσιαστικά ένα μεγάλο ποσοστό πάνω από 70% που νοσούν είναι ηλικίας 12 έως 18 ετών, ενώ σε μικρότερη ή μεγαλύτερη ηλικία παρουσιάζεται δυσκολία ως προς τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της νόσου (Forman, 2005).

Όπως εύστοχα επισημαίνουν οι Harbottle et al (2008), βασιζόμενοι στην μελέτη που πραγματοποίησαν, γυναίκες με νευρογενή ανορεξία ηλικίας 15 ετών ζούσαν συνήθως 25 χρόνια ενώ γυναίκες ηλικίας 20 και 25 ετών ζούσαν έως τα 32 έτη. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε έχοντας ως δείγμα περίπου 900 ασθενείς. Συμπερασματικά αναφέρουν πως το 5% των ασθενών πεθαίνει τα πρώτα 4 χρόνια της διάγνωσης, αν και τα ποσοστά θνησιμότητας των ασθενών αυτών είναι 4 φορές μεγαλύτερα από τον γενικό πληθυσμό (Meczekalski et al, 2013).

Όταν κάποιος πεθαίνει, πραγματοποιείται νεκροψία με τα ποσοστά θανάτου να διαφέρουν ως προς την αιτιολογία τους. Δηλαδή, ένα άτομο που πάσχει από νευρογενή ανορεξία μπορεί να πεθάνει από ανακοπή έχοντας κάποια καρδιοπάθεια, από ανεπάρκεια οργάνων ή και να αυτοκτονήσει. Πιο σύνθητες φαινόμενο θανάτου, μέσω ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια, είναι η αυτοκτονία (Arcelus et al, 2011).

#### 4.4 Διαγνωστικά κριτήρια

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών DSM-V της Αμερικάνικης ψυχιατρικής εταιρίας, η νευρογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από την επιθυμία του ατόμου να μειώσει το φαγητό για δικούς του προσωπικούς λόγους. Σκοπός του είναι να αποκτήσει ένα αρκετά αδυνατισμένο σώμα και να μην αλλάξει το σχήμα του. Για να το επιτύχει αυτό, εκτός από την σωματική άσκηση, προκαλεί εμετό μετά από κάθε γεύμα ή χρησιμοποιεί καθαρτικά και διουρητικά χάπια. Αυτό είναι πιο επίπονο στις κοπέλες γιατί με την μείωση του σωματικού βάρους αποκτούν αμηνόρροια για μεγάλο χρονικό διάστημα (Khan et al, 2010).

Εν συνεχεία, σε περίπτωση που η νευρογενής ανορεξία εμφανιστεί κατά την προεφηβική ηλικία, η σωματική ανάπτυξη παραμένει σταθερή ή καθυστερεί. Με την ολοκλήρωση της θεραπείας, η ανάπτυξη ξεκινά στα αγόρια και καθυστερεί στις κοπέλες σε συνδυασμό με την απουσία της έμμηνους ρύσεως (Woolrich, 2006). Ένα άλλο σημαντικό διαγνωστικό κριτήριο είναι η λανθασμένη εικόνα που έχει για την εξωτερική του εμφάνιση. Συγκεκριμένα, παρατηρεί το σώμα του και εντοπίζει παραπάνω κιλά από εκείνα που επιθυμεί, κάτι που το δυσαρεστεί αρκετά. Κοιτάζεται στον καθρέπτη και βλέπει μόνο αυτό που θέλει να δει. Γι' αυτόν τον λόγο και λαμβάνει δραστικά μέτρα προκειμένου να καταφέρει μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα να δημιουργήσει μια εικόνα ιδανική για τον ίδιο. Παρατηρώντας λοιπόν ένα τέτοιο μοτίβο ατόμου γίνεται αμέσως αντιληπτό πως κάτι δεν πηγαίνει καλά (Khan et al, 2010).

Η διάγνωση μπορεί να είναι δύσκολη γιατί τις περισσότερες φορές το άτομο εκείνο που πάσχει από νευρογενή ανορεξία αρνείται την ασθένειά του και θεωρεί πως η συμπεριφορά του και το σώμα του κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Παρόλο που μπορεί κάποιος να έχει νευρογενή ανορεξία, τα αποτελέσματα των βιοχημικών και γενικών εξετάσεων ενδέχεται να είναι σε καλές τιμές (Steinhausen, 2002). Ψυχιατρικές και ιατρικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται θα πρέπει να εξετάζονται χωριστά. Ειδικότερα όταν κάποιος πάσχει από κατάθλιψη ή από κάποια λοίμωξη θα πρέπει να λαμβάνεται ξεχωριστό ιστορικό με συγκεκριμένες εξετάσεις γιατί σε μια χρόνια λοίμωξη χρειάζεται απαραίτητως εξέταση αίματος, δεικτών φλεγμονής ή σε κάποιες περιπτώσεις ακτινολογική απεικόνιση. Τέλος σε συνδυασμό με τα

παραπάνω, υπάρχει και ο ψυχίατρος που θα πρέπει απαραίτητως να εξετάζει τον ασθενή (Schorr & Miller, 2016).

#### 4.5 Παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες κινδύνου εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την εξέλιξη της κοινωνίας όλα αυτά τα χρόνια. Όλα ξεκινούν από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και ενημέρωσης, με τον κόσμο να τα παρακολουθεί μανιωδώς και να προσπαθεί να τα μιμηθεί. Συνήθως μιμούνται πρόσωπα της τηλεόρασης και αυτό γιατί θεωρούν πως είναι αξιόλογα, υπολογίσιμα μέλη μιας κοινότητας και εφοδιασμένα με όλα τα προνόμια που μπορεί να έχει κάποιος. Οι κοπέλες είναι εκείνες που επηρεάζονται περισσότερο και επιθυμούν να έχουν ένα αρκετά αδυνατισμένο σώμα (Βάρσου, 2000).

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες προδιάθεσης που θα αναλυθούν παρακάτω είναι οι βιολογικοί, οι ψυχολογικοί, οι οικογενειακοί και οι κοινωνικοί.

##### 4.5.1 Βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου

Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, προκύπτει το γεγονός ότι οι ασθενείς πριν νοσήσουν, εμφανίζουν έντονη συναισθηματική αδυναμία. Υπάρχουν μερικά ψυχικά τραύματα όπως η σεξουαλική κακοποίηση, ιστορικό λοιμώξεων, χαμηλό βάρος γέννησης και κάποιες γαστρεντερικές διαταραχές. Αυτοί οι παράγοντες θα πρέπει να εντοπίζονται στο ιστορικό κάθε ανορεκτικού ατόμου. Έρευνες έχουν δείξει πως άτομα που είναι δίδυμοι είναι πιθανό να εμφανίσουν ψυχογενή ανορεξία λόγω του γενετικού τους παράγοντα. Η ύπαρξη κάποιου γενετικού παράγοντα σε συνδυασμό με την ψυχική κατάσταση μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση της συγκεκριμένης νόσου (Agras, 2016).

Οι διαταραχές που παρουσιάζονται σε κάθε ασθενή σχετίζονται άμεσα με την αστία. Συνέπεια αυτής είναι η αμηνόρροια στις κοπέλες λόγω μείωσης του σωματικού τους βάρους, ένα μη φυσιολογικό στοιχείο για την ηλικία τους σε συνδυασμό με την ελάττωση των γοναδοτροπινών. Επίσης, στην ψυχογενή ανορεξία υπάρχει και η κατάθλιψη ή η εμφάνιση κάποιων συμπτωμάτων της, πριν καν ξεκινήσει η νόσος,



αφήνοντας ως κατάλοιπο την μείζων κατάθλιψη που αγγίζει το 70% των ασθενών (Satori, 2016).

#### 4.5.2 Οικογενειακοί παράγοντες κινδύνου

Οι γονείς των παιδιών με νευρογενή ανορεξία συνήθως είναι πιο απαιτητικοί απέναντί τους. Κάνουν μεγάλα όνειρα γι' αυτά και τα πιέζουν συνεχώς. Ουσιαστικά οι περισσότεροι γονείς προσπαθούν να δημιουργήσουν και να μεγαλώσουν τα παιδιά τους, όπως οι ίδιοι κρίνουν, με βάση τις δικές τους επιλογές. Ασκούν έντονη κριτική ως προς την εμφάνιση, τη συμπεριφορά αλλά και πίεση όταν επρόκειτο για διάβασμα ώστε να καταφέρουν να εξασφαλίσουν ένα καλύτερο μέλλον, που θα είναι αρεστό μόνο σε αυτούς (Λαζαράτου, 2003). Δεν αντιλαμβάνονται, όμως, πως για να γίνουν όλα αυτά θα πρέπει το παιδί να το θέλει, να αγαπά αυτή την αλλαγή αλλά να έχει και την κατάλληλη υποστήριξη και στοργή από τους γονείς. Να μην υπάρχουν εντάσεις, άγχος και συγκρούσεις στο σπίτι. Η έλλειψη στοργής, φροντίδας και αγάπης από τους γονείς μπορεί να οδηγήσει ένα παιδί ή έναν έφηβο στο στάδιο της νευρογενούς ανορεξίας γιατί παρουσιάζει σημάδια απογοήτευσης, λύπης και πολλές είναι εκείνες οι φορές που εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης (Γονιδάκης & Χαρίλα, 2011).

Το παιδί ή ο έφηβος που θα εμφανίσει αυτά τα συμπτώματα συνήθως απομακρύνεται από την οικογένεια, νιώθει αποτυχημένος και βρίσκει συνεχώς δικά του πράγματα να κάνει αρκεί να μένει μόνος του. Πιστεύει πως είναι ικανός να σταθεί σωστά σε μια κοινωνία και όχι με τους γονείς του που τον έχουν σε εγρήγορση και τον κατακρίνουν σε ό,τι κάνει (Μανιός, 2006).

#### 4.5.3 Κοινωνικοί – Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου

Κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, εξίσου σημαντικοί για την εμφάνιση της συγκεκριμένη νόσου, εμπλέκονται σε μεγάλο βαθμό κατά την έναρξη μιας διαταραγμένης συμπεριφοράς. Η νέα εποχή παρουσιάζει τα πρότυπα ομορφιάς με αρκετά αδυνατισμένο και γυμνασμένο σώμα. Πρόκειται για ένα ιδεώδες που αντιπροσωπεύει τις αξίες του αυτοελέγχου, της επιτυχίας και της απόδοσης του κοινωνικού συνόλου. Έρευνες έχουν δείξει πως το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού

πιστεύει πως το σώμα είναι ένα εύπλαστο υλικό που μπορείς εύκολα να το μετατρέψεις σε ένα «τέλειο» σώμα που δεν είναι άλλο από το αδυνατισμένο έως καχεκτικό (Λαζαράτου, 2003). Η εμπλοκή των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης έχει δώσει λάθος εντύπωση πως για να καταφέρεις να έχεις τον αυτοέλεγχο και μια καλή θέση μέσα στην κοινωνία θα πρέπει να ακολουθείς πρότυπα με τα παραπάνω χαρακτηριστικά. Λόγω του κέρδους, οι επιχειρήσεις προωθούν τρόπους αδυνατίσματος, έντονης σωματικής άσκησης και ελλιπής διατροφής για να καταφέρουν να πείσουν το κοινό να τα ακολουθήσει και να αποκτήσουν γρήγορα και εύκολα χρήματα. Δυστυχώς όμως δεν είναι εύκολο για όλους να αποκτήσουν το αντίστοιχο σώμα εξαιτίας της σύστασής του αλλά και των γονιδίων, κάτι που τους προκαλεί άγχος με τις περισσότερες φορές να αποφεύγουν να τρώνε μεγάλες ποσότητες φαγητού, να προκαλούν εμετό μετά από κάθε γεύμα και να λαμβάνουν καθαρτικά ή διουρητικά χάπια (Zipfel, 2015).

Κυρίως οι έφηβοι αντιμετωπίζουν ανάλογες καταστάσεις γιατί δεν είναι ακόμη σε θέση να κατανοήσουν το γεγονός ότι το σώμα τους είναι δύσκολο να αλλάξει με αποτέλεσμα να το ταλαιπωρούν και να το επιβαρύνουν όλο και περισσότερο. Έχουν την εντύπωση πως για να δημιουργούν πιο εύκολα φιλίες θα πρέπει πρώτα να αδυνατίσουν και να μοιάσουν στα κοινωνικά πρότυπα (Sysco, 2005). Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση νευρογενούς ανορεξίας είναι η κριτική που δέχονται από τα συγγενικά τους πρόσωπα. Αντιδρούν έντονα, νιώθουν ότι δεν μπορούν να αναπνεύσουν, καταπιέζονται και δεν είναι ελεύθεροι να πράξουν αυτά που επιθυμούν. Γι' αυτόν τον λόγο απομακρύνονται από κάθε τι που βρίσκεται γύρω τους και τους ασκεί κριτική (Moore & Bokor, 2017).

#### 4.6 Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα ενός ανορεκτικού ατόμου διακατέχεται από άρνηση τόσο ως προς το φαγητό όσο και ως προς κάθε τι που υπάρχει γύρω του. Παρουσιάζει αντιδραστική συμπεριφορά και συνεχώς δημιουργεί προβλήματα προκειμένου να τραβά τα βλέμματα όλα επάνω του. Παρόλο που μπορεί να είναι αρκετά αδυνατισμένο δεν το αντιλαμβάνεται και ψάχνει συνεχώς τρόπους να χάσει κι άλλο σωματικό βάρος. Διακατέχεται από μια διαταραγμένη εικόνα για το σώμα του και δίνει περισσότερη σημασία στην εξωτερική του εμφάνιση. Εκτός αυτού, σημαντική διαταραχή

εμφανίζεται στον εμμηνορρυσιακό κύκλο κάθε κοπέλας που είναι λιποβαρής και έχει ως αποτέλεσμα την απουσία έμμηνους ρύσεως αλλά και άλλων παραγόντων που σχετίζονται με αυτή (Solmi et al, 2021).

Ακολουθώς αποκτούν εμμονή με το σωματικό τους βάρος και επιδιώκουν ένα αρκετά αδυνατισμένο σώμα. Αυτός ο φόβος κυριαρχεί μέσα τους και τους ωθεί στο να περιορίσουν το φαγητό, τόσο σε ποσότητα όσο και σε ποιότητα, ώστε να χάσουν εύκολα κιλά, κάτι που τις περισσότερες φορές μπορεί να τους οδηγήσει σε λιμοκτονία (Sysco, 2005). Μια τέτοια καταναγκαστική πράξη συνδυάζεται με έντονη σωματική άσκηση και με χρήση διουρητικών, καθαρικών ή με πρόκληση εμέτου. Όταν καταφέρουν να φτάσουν το σωματικό τους βάρος σε επιθυμητά επίπεδα, όχι μόνο δεν κατανοούν τις συνέπειες που έχει στην υγεία αλλά επαινούν την πράξη τους αυτή και χαίρονται για το επίτευγμά τους (Swinbourne et al, 2007).

Διαβάζοντας τον όρο «νευρογενή» μπορεί κάποιος να θεωρήσει πως πρόκειται για έλλειψη όρεξης. Είναι μια λέξη που μπορεί εύκολα να μπερδέψει κάποιον και να τον παραπλανήσει. Συνεπώς δεν είναι διαταραχή της όρεξης για λήψη τροφής αλλά μια κατάσταση που απορρέει από τον ψυχισμό κάποιου και από τον τρόπο που βλέπει και αντιμετωπίζει τις καταστάσεις που προκύπτουν γύρω του. Συγκεκριμένα, η νευρογενής ανορεξία σε ένα άτομο έχει ξεκινήσει όταν έχει αρχίσει να βλέπει διαφορετικά τον εαυτό του στον καθρέπτη και να εντοπίζει τεχνικές αδυνατίσματος. Είναι ένας τρόπος που κατά τον ίδιο του δίνει την ώθηση να είναι κυρίαρχος του εαυτού του και να εντάσσεται πιο εύκολα μέσα στην κοινωνία (Thabrew, 2020). Αυτά τα άτομα αισθάνονται συνεχώς ότι είναι υπέρβαρα και γι' αυτόν τον λόγο συνδυάζουν τη γυμναστική. Ολοκληρώνοντας, αποκτούν εμμονή με αποτέλεσμα να μετρούν συνεχώς το σωματικό τους βάρος για να δουν εάν το λίπος έχει ελαττωθεί. Ωστόσο, για να νιώθουν οι ίδιοι καλά προσπαθούν να χάνουν από ένα κιλό καθημερινά και στην περίπτωση που αυτό δε συμβεί, κυριαρχούνται από πανικό, άγχος και αυξάνουν την προσπάθειά τους (Χατζηγεωργίου, 2004).

Τα κύρια συμπτώματα που εντάσσονται με ύπουλο τρόπο στην κλινική εικόνα ενός ατόμου με νευρογενή ανορεξία είναι η απώλεια της όρεξης, η αμηνόρροια και η απίσχναση. Η απώλεια της όρεξης προκύπτει στην αρχή με το άτομο να περιορίζει την τροφή του. Η διατροφική αποδιοργάνωση εκδηλώνεται με την ελάττωση των θερμίδων, κάτι που αφορά κυρίως τα γλυκίδια και τα λίπη και όχι τόσο τις πρωτεΐνες.

Εν συνεχεία, η αμηνόρροια, εντάσσεται στις ενδοκρινολογικές διαταραχές που σίγουρα στο ψυχοπαθολογικό επίπεδο αντιπροσωπεύουν ένα από τα οριακά σημεία των ψυχογενών ανορεξιών. Εκδηλώνεται λίγο καιρό μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων και ανάλογα με το πόσο προχωρημένη είναι η εφηβική ανάπτυξη, γίνεται αναφορά σε πρωτογενή ή δευτερογενή αμηνόρροια. Ολοκληρώνοντας, η απίσχναση εξελίσσεται ως προς την κλινική της έκφραση από τις συνηθισμένες ιδιομορφίες του διαιτολόγου που αφορούν την λήψη πρωτεϊνών, δικαιολογώντας έτσι την τάση να γίνεται αναφορά σε αδυνάτισμα και όχι απώλεια βάρους. Ο υποσιτισμός και η απίσχναση, συνοδεύονται από ένα σύνολο σωματικών, βιολογικών και ενδοκρινολογικών συμπτωμάτων, που δεν είναι και απόλυτα ειδικά (Escott–Stump, 2013).

#### 4.7 Πρόληψη

Η πρόληψη της νευρογενούς ανορεξίας αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την βελτίωση της δημόσιας υγείας. Συνήθως εμφανίζεται στην εφηβική ηλικία και επηρεάζει τόσο την σωματική όσο και την ψυχική υγεία. Για να αντιμετωπιστεί, χρειάζεται σωστό χειρισμό από ειδικό και συγκεκριμένα θα πρέπει να παρέμβει οργανωμένη ομάδα με θεράπων ιατρό, ψυχολόγο, διαιτολόγο και κοινωνικό λειτουργό. Η πρόληψη διακρίνεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή (Mander et al, 2013).

Η πρωτογενής πρόληψη έχει ως στόχο να προλάβει την εμφάνιση της νόσου και να την αντιμετωπίσει άμεσα. Απαιτεί γνώσεις, σωστή εκπαίδευση και έναρξη διόρθωσης της διαιτητικής συμπεριφοράς σε συνδυασμό με τον έλεγχο του σωματικού βάρους και της ψυχολογικής κατάστασης (Offord et al, 2006). Για την επίτευξη αυτών, έχουν δημιουργηθεί κάποια προγράμματα που εξειδικεύονται στη συγκεκριμένη πάθηση και ως στόχο έχουν να απομυθοποιήσουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Στόχος σε αυτό το στάδιο είναι να παρέμβει το κράτος, η κοινωνία αλλά και το σχολείο με ενημέρωση, εκπαίδευση και μεταφορά σωστών μηνυμάτων. Αν γνωρίσουν τους κινδύνους που επρόκειτο να εμφανιστούν τόσο στο σώμα όσο και στην υγεία μπορεί και να αλλάξουν τις διατροφικές τους συνήθειες (MoskowitzL & Weiselberg, 2017).

Η δευτερογενής πρόληψη έχει ως στόχο τη μείωση του διαστήματος μεταξύ της εμφάνισης της νόσου και της λήψης αποτελεσματικής βοήθειας για την αντιμετώπισή της. Σε αυτό το στάδιο είναι σημαντική η γνώση των παραγόντων που συμβάλλουν στην καθυστέρηση αναζήτησης βοήθειας. Κύριο εμπόδιο αποτελεί η άγνοια του ατόμου ότι πάσχει από την συγκεκριμένη ασθένεια καθώς και η αδιαφορία για τα συμπτώματα που μπορεί να εντοπίζει και να αγνοεί. Υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις ατόμων που ενώ μπορεί να παρατηρούν τα συμπτώματα, να ντρέπονται να μιλήσουν σε κάποιον, να φοβούνται να λάβουν θεραπεία και να πιστεύουν πως είναι σε θέση να το αντιμετωπίσουν όλο αυτό μόνοι τους (Mander et al, 2013).

Επιπροσθέτως, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι σχέσεις που έχουν με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Γι' αυτόν τον λόγο η αντιμετώπιση θα πρέπει να γίνεται από ειδικούς με κατάλληλες γνώσεις και ικανούς να παρέχουν την απαραίτητη βοήθεια. Οφείλουν να γνωρίζουν τρόπους προσέγγισης, συμπεριφοράς αλλά και επικοινωνίας με έναν ασθενή. Σε πρώτο στάδιο πρέπει να δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης και έπειτα να δοθεί η θεραπεία ώστε το άτομο αυτό να είναι πρόθυμο να συνεργαστεί και να βοηθήσει τον εαυτό του (Darukhanavala et al, 2021).

Τέλος, η τριτογενής πρόληψη αφορά τη νοσηρότητα που σχετίζεται με μακροχρόνιες καταστάσεις. Οι ασθενείς μπορούν με τη σωστή θεραπεία να ξεπεράσουν τον κίνδυνο και να ανακάμψουν. Βέβαια υπάρχει και περίπτωση να επιστρέψουν ξανά στην αρχική τους κλινική εικόνα (Delisky et al, 2017).

#### 4.8 Θεραπευτική προσέγγιση

Η θεραπεία απαιτεί πολύ χρόνο και προσπάθεια. Είναι σημαντικό να υπάρχει ιατρική, ψυχολογική και κοινωνική εκτίμηση σε αρχικό στάδιο του περιστατικού και έπειτα σωστή αποκατάσταση από ομάδα ειδικά καταρτισμένων ατόμων. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, έδειξαν πως για να επιτευχθεί σωστά μια θεραπεία θα πρέπει πρώτα να αποκατασταθεί το σωματικό βάρος και έπειτα να αλλάξει ο τρόπος σίτισης έτσι ώστε να καταφέρει το άτομο να λαμβάνει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά στοιχεία που θα βοηθήσουν την φυσιολογική του ανάπτυξη (Maguire et al, 2003). Στη θεραπεία αυτή πρέπει να προστεθεί και ουσιαστική ψυχολογική υποστήριξη ώστε να μπορέσει καλύτερα να αντιληφθεί την κατάστασή του μέσω της συζήτησης αλλά και

να αλλάξει τις σκέψεις του ως προς τον τρόπο που αντιλαμβάνεται καταστάσεις και γεγονότα. Η θεραπεία πραγματοποιείται στο σπίτι με συχνή επίσκεψη από τον θεράπον ιατρό. Μπορεί να πραγματοποιηθεί και στο νοσοκομείο όταν αποτύχει η εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Αν συμβεί αυτό, ακολουθείται διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση (Swinbourne & Touyz, 2007).

Η αρχική αξιολόγηση πραγματοποιείται με συνεδρίες μέσω μιας ειδικά εκπαιδευόμενης θεραπευτικής ομάδας ώστε να δημιουργηθεί ένα ευχάριστο κλίμα επικοινωνίας. Μέσα από αυτές τις συνεδρίες το άτομο έχει την δυνατότητα να μιλήσει για ό,τι τον απασχολεί, για το πως νιώθει με τον εαυτό του και για το αν υπάρχει κάποια υποστήριξη από το οικογενειακό του περιβάλλον. Ακολουθεί φυσική εξέταση, λήψη λεπτομερούς ιστορικού και επαφή με τον διαιτολόγο (Forman, 2005).

Η θεραπεία αφορά τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής στον ασθενή χωρίς όμως να είναι πάντοτε επιτυχής. Έρευνες αποδεικνύουν ότι δεν υπάρχουν εγκεκριμένα φάρμακα για τη συγκεκριμένη θεραπεία. Τα φάρμακα ουσιαστικά δεν θα πρέπει να χορηγούνται ως μοναδική θεραπεία γιατί δεν είναι ανθεκτικά. Τα χρησιμοποιούν όμως για να αποφύγουν κάποιες επιπλοκές όπως μπορεί να είναι η εμφάνιση της κατάθλιψης (Lock & LittI, 2003). Μερικά φάρμακα μπορεί να είναι τα αντικαταθληπτικά, τα νευροληπτικά καθώς και τα αγχολυτικά που λαμβάνονται πριν από τα γεύματα για να ελαττώσουν το άγχος που σχετίζεται με την πρόσληψη τροφής. Θα πρέπει να συνδυάζονται με ψυχοθεραπεία και κάποιες διατροφικές παρεμβάσεις. Στόχος των φαρμάκων είναι η αύξηση του σωματικού βάρους και η βελτίωση της ποιότητας ζωής. Ακόμα, με την βοήθεια των φαρμάκων επέρχεται ανακούφιση από το αίσθημα της κατάθλιψης, από το άγχος και τον ψυχαναγκασμό (Argas, 2016).

Επιπρόσθετα σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική προσέγγιση αποτελεί το οικογενειακό περιβάλλον. Η οικογένεια πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στο θεραπευτικό πλάνο και να έχει ενεργό δράση στη θεραπεία του ατόμου. Για να πραγματοποιηθεί με επιτυχία μια οικογενειακή ψυχοθεραπεία οφείλουν να μπορούν να συζητήσουν ομαδικά, να εκφράζουν ελεύθερα τις απόψεις τους, να μαθαίνουν να συνεργάζονται αρμονικά αλλά και να στηρίζουν ο ένας τον άλλο (Lock & LittI, 2003). Αν κάποιο μέλος από τον οικογενειακό περίγυρο αρνείται να συνεργαστεί, θα πρέπει να πραγματοποιεί σε αρχικό στάδιο χωριστές συνεδρίες και έπειτα σε ομαδικό. Αυτή η θεραπεία είναι

αρκετά ωφέλιμη σε ασθενείς νεότερης ηλικίας. Ολοκληρώνοντας, η οικογενειακή θεραπεία αποτελεί καταλυτικό παράγοντα στην αντιμετώπιση της συγκεκριμένης νόσου και πλέον είναι υποχρεωτική σε παιδιά και εφήβους (Zipfeletal, 2015).

Πραγματοποιήθηκε έρευνα στην ολανζαπίνη, ένα φάρμακο κατά της νευρογενούς ανορεξίας, με σκοπό να εντοπίσουν αν λειτουργεί θεραπευτικά στα άτομα αυτά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μέση διαφορά που υπήρχε στο φάρμακο της ολανζαπίνης και στα κλασσικά φάρμακα ήταν  $0,67\text{kg}/\text{m}^2$  ( $p=0,01$ ). Το συγκεκριμένο φάρμακο εμφάνισε σημαντική αύξηση στο Δείκτη Μάζας Σώματος με ποσοστό 95%, δηλαδή  $0,68\text{kg}/\text{m}^2$  ( $p<0,001$ ). Λειτουργεί επικουρικά στους εφήβους με αύξηση του Δείκτη Μάζας Σώματος κατά  $0,66\text{kg}/\text{m}^2$ . Ουσιαστικά, η ολανζαπίνη έδειξε ότι είναι αποτελεσματική στους ενήλικες και όχι στους εφήβους γιατί δεν έχει γίνει ενδελεχτή έρευνα γι' αυτήν την ηλικία (Han et al, 2022).

## Κεφάλαιο 5

### Ψυχογενής ή νευρογενής βουλιμία

#### 5.1 Ιστορική αναδρομή

Ο καθηγητής Gerald Russell ήταν εκείνος που χαρακτήρισε τη βουλιμία ως μια κατάσταση υπερκατανάλωσης τροφής με συχνή αποβολή αυτής λόγω ενοχής. Τη βρίσκει ιδιαίτερα σοβαρή γι' αυτό και κρίνει αναγκαία την άμεση παρέμβασή της. Θεωρεί πως πρόκειται για μια παθολογική κατάσταση της πείνας χωρίς να προλαβαίνει το άτομο να μασήσει την τροφή. Ερχόμενος τον 20<sup>ο</sup> αιώνα ένας ιατρός, ο Osler, υποστήριξε πως πρόκειται για μια σοβαρή πάθηση που εμφανίζεται σε άτομα με ψυχικές διαταραχές. Θεωρούσε πως το άτομο που πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή, όπως κατάθλιψη, οδηγείται στην υπερβολική κατανάλωση τροφής προκειμένου να μην σκέφτεται αλλά παράλληλα νιώθει ντροπή για την κίνησή του αυτή (Χατζηγεωργίου, 2004).

Στα χρόνια του Μεσαίωνα, η εκκλησία έβρισκε τη βουλιμία ως μια διαταραχή λαιμαργίας και τη θεωρούσε αμάρτημα. Επειδή εκείνα τα χρόνια υπήρχε μεγάλη έλλειψη τροφής και οι συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες, θεωρείτο περίοδο ευημερίας όταν σιτίζονταν αρκετά, οπότε έβρισκαν και φυσιολογική αυτή την εξέλιξη. Κείμενα

και αναφορές που είχαν γίνει δείχνουν πως ήταν κάποιο είδος τιμωρίας η πρόκληση εμέτου μετά την σίτιση λόγω ασκητικής ζωής. Συγκεκριμένα προκαλούσαν εμετό οι καλόγριες για να τιμωρήσουν την αδηφαγία τους. Μαρτυρίες δείχνουν πως υπήρχαν αρκετά περιστατικά βουλιμίας εκείνη την εποχή με την οδήγηση των περισσοτέρων στο θάνατο καθώς δεν υπήρχαν οι κατάλληλοι φορείς που θα μπορούσαν να τους περιθάλψουν και να τους δώσουν την απαραίτητη βοήθεια (Χατζηγεωργίου, 2004).

## 5.2 Εννοιολογική προσέγγιση της ψυχογενούς ή νευρογενούς βουλιμίας

Η λέξη «βουλιμία» προέρχεται από τη λέξη βους (βόδι) και από τη λέξη λιμός (πείνα). Στα τότε χρόνια απευθυνόταν στη μεγάλη πείνα που ένιωθε κάποιος σε σημείο να μπορεί να καταναλώσει μόνος του ένα ολόκληρο βόδι. Πρόκειται για μια πάθηση άμεσα συνδεδεμένη με την ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Συνήθως, εμφανίζεται στην εφηβεία και σπάνια σε μικρότερη ηλικία, καθώς πρόκειται για μια ηλικία έντονων αλλαγών και μεταβολών τόσο σε ψυχικό όσο και σε σωματικό επίπεδο (Γονιδάκης, 2006).

Για την ακρίβεια αφορά μια σημαντική ψυχική νόσο που χαρακτηρίζεται από αυξημένη κατανάλωση τροφής σε σύντομο χρονικό διάστημα, εφόσον το άτομο νοσεί. Δεν είναι συναισθηματικά διαθέσιμο και περιβάλλεται από αρνητικά συναισθήματα ματαιότητας και απαισιοδοξίας. Αφού καταναλώσει το φαγητό του μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα προκαλεί εμετό ή λαμβάνει καθαρτικά προκειμένου να αφαιρέσει από το στομάχι του την τροφή που έλαβε. Αυτό γίνεται γιατί νιώθει ενοχές και τύψεις για τη λαιμαργία του. Ανησυχεί κυρίως για το σωματικό του βάρος και την εξωτερική του εμφάνιση αλλά και για τη γνώμη τρίτων ατόμων (Γονιδάκης, 2006).

Άτομα με βουλιμία ασχολούνται έντονα με το σωματικό τους βάρος και την εξωτερική τους εμφάνιση. Μπορεί μεν να τρώνε αρκετά, αλλά τους διαβάλλουν τύψεις για το σώμα τους και αποκτούν εμμονή με το καθημερινό ζύγισμα. Πάντοτε θα βρίσκουν τρόπο να αποβάλλουν το φαγητό, ακόμη κι όταν φτάνουν σε σημείο υπερφαγίας. Μερικοί μάλιστα προκαλούν εμετό μετά από κάθε γεύμα ή κάνουν χρήση καθαρτικών φαρμάκων ενώ κάποιοι άλλοι πετούν στα σκουπίδια το φαγητό



όταν τους πιάσει το επεισόδιο της υπερφαγίας προκειμένου να μην έχουν κάτι να φάνε τη δεδομένη χρονική στιγμή και να το ξεχάσουν (Βάρσου, 2008).

### 5.3 Επιδημιολογία

Έρευνες έχουν δείξει πως τα επεισόδια βουλιμίας εμφανίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό στα κορίτσια, κυρίως σε εκείνα που εισέρχονται στην εφηβεία. Ειδικότερα τα τελευταία χρόνια το ποσοστό των κοριτσιών υπερτερεί έναντι των αγοριών με διαφορά 30%. Παρουσιάζουν αρνητική συμπεριφορά ως προς την προφύλαξη του σωματικού τους βάρους με την έναρξη του καπνίσματος, τις διατροφικές διαταραχές, την κατάχρηση ουσιών ακόμη και την έναρξη λήψης αλκοόλ. Στη βουλιμία παρατηρείται υπερβολική κατανάλωση τροφής σε μικρό χρονικό διάστημα με παράλληλη αποβολή αυτής μέσω του εμετού ή της χρήσης καθαρτικών (Rahkonen, 2009).

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και δικτύωσης τα οποία έχουν ενταχθεί για τα καλά στη ζωή των εφήβων με την προσπάθεια μίμησης μοντέλων και όχι μόνο, ως προς τα κιλά που παρουσιάζουν ιδανικά. Άλλοι παράγοντες όπως για παράδειγμα τα ψυχολογικά προβλήματα έχουν δείξει τεράστια ποσοστά οδήγησης προς αυτές τις συμπεριφορές με ποσοστό 15%. Υπολογίζεται πως η ηλικία που επηρεάζεται σε μεγαλύτερο βαθμό ξεκινά συνήθως μετά τα 12 έτη με ποσοστό 20% και μπορεί να φτάσει έως και τα 20 έτη. Ωστόσο, κάποιες βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις έχουν δείξει ευκρινώς πως τα τελευταία χρόνια η οικογένεια λόγω φόρτου εργασίας δε βρίσκεται κοντά στον έφηβο και φροντίζει να το αναπληρώνει αυτό με το να του δίνει πλήρη ελευθερία και χρήματα. Κι αυτός είναι ένας λόγος ανεξέλεγκτης συμπεριφοράς που μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στην εμφάνιση ψυχικών προβλημάτων, όπως η κατάθλιψη, που μπορεί να προκαλέσει ανάλογες συμπεριφορές μίμησης και εμφάνισης συμπτωμάτων βουλιμίας (Rahkonen, 2009).

#### 5.4 Διαγνωστικά κριτήρια

Είναι γενικά αποδεκτό σήμερα ότι η διάγνωση της νευρογενούς βουλιμίας εξαρτάται από τα συμπτώματα που θα εμφανίσει ο εκάστοτε ασθενής. Κύριο στοιχείο δείχνει να είναι η υπερφαγία, καθώς στην περίπτωση αυτή η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής παρατηρείται σε σύντομο χρονικό διάστημα και δείχνει να είναι επαναλαμβανόμενη. Εμφανίζονται ενοχικές συμπεριφορές με την ένδειξη της ντροπής να υπερτερεί και να τους οδηγεί στην παράλογη πραγματοποίηση καταστάσεων που είναι επιβλαβείς για τον οργανισμό τους. Ξεκινούν με αργούς ρυθμούς να τον επιβαρύνουν και φτάνουν σε σημείο να μην έχουν καταλάβει τι κακό έχουν προκαλέσει στην υγεία τους (Βάρσου, 2008).

Αναλυτικότερα, είναι λάθος ο τρόπος διαχείρισης ανάλογων καταστάσεων με την πρόκληση εμέτου να προκαλεί φθορές στον οισοφάγο και να επιφέρει μέχρι και καρκίνο. Μπορεί κανείς να πει πως δίνουν μεγάλη σημασία στα λεγόμενα που τους παρουσιάζονται τόσο στην τηλεόραση όσο και στη μόδα της εποχής τους. Βρίσκονται καθημερινά σε μια εγρήγορση να προλάβουν να ακολουθήσουν κάθε νέο που τους παρουσιάζεται και προσπαθούν συνεχώς να τα εντάσουν στη ζωή τους. Εκφράζουν έντονη ανησυχία για τη δομή του σώματός τους και φοβούνται μήπως παχύνουν και δεν είναι πλέον αρεστοί στο ευρύ κοινό. Συνήθως μπορεί ένα τέτοιο άτομο να γίνει αντιληπτό γιατί συνδυάζει το φαγητό με απομόνωση και ενοχή (Μακρή & Μπότσαρη, 2011).

Αξίζει να αναφερθεί ότι προσπαθούν να μην έχουν στο σπίτι τους όλες αυτές τις ακατάλληλες τροφές, γιατί αν τους πιάσει πάλι το σύνδρομο της υπερφαγίας αρχίζουν και καταβροχθίζουν τρόφιμα απευθείας μέσα από τη συσκευασία απλά για να καταπραΰνουν τη βουλιμία τους. Οι περισσότεροι έχουν ζυγαριά στο σπίτι και τη χρησιμοποιούν αρκετές φορές την ημέρα ενώ άλλοι προτιμούν να μην ζυγίζονται και να συνεχίζουν αν σιτίζονται στον ίδιο βαθμό με πριν. Μια κατηγορία εφήβων πιστεύουν ότι μπορούν να κριθούν από την οικογένειά τους για τις ποσότητες φαγητού που λαμβάνουν και να νιώσουν άσχημα. Γι' αυτόν τον λόγο και παρουσιάζουν μια εντελώς διαφορετική συμπεριφορά μπροστά τους. Όταν, όμως, τους πιάσει επεισόδιο βουλιμίας δεν μπορούν να αντιληφθούν τι γίνεται γύρω τους και είναι ικανοί να τους κλέψουν μέχρι και το φαγητό αρκεί να φάνε και να εκπληρώσουν την επιθυμία τους. Συμπερασματικά, τα άτομα αυτά δεν μπορούν να

αλλάζουν τις συνήθειές τους και τον τρόπο σκέψης τους, κάτι που τους κάνει να γίνονται κατάλληλοι για έρευνα σε θέματα υπερφαγίας αλλά και ψυχολογίας (Χατζηγεωργίου, 2004).

Σε γενικές γραμμές, γνωστοποιείται το γεγονός πως καταναλώνουν αρκετές θερμίδες με αποτέλεσμα 1 στους 5 να έχει καταναλώσει περισσότερες από 5.000 μέσα στην ημέρα. Όσον αφορά το διαχωρισμό τους, καθώς όλοι οι οργανισμοί δεν είναι το ίδιο, υπάρχουν εκείνοι που εκδηλώνουν μέσα σε μια εβδομάδα πάνω από 10 επεισόδια βουλιμίας και εκείνοι που μπορεί να εκδηλώσουν ακριβώς τα ίδια μέσα στην ημέρα (Χατζηγεωργίου, 2004).

## 5.5 Παράγοντες κινδύνου

Η ψυχογενής ή νευρογενής βουλιμία μπορεί να προκληθεί από πολλούς παράγοντες με αρκετές επιπτώσεις για τον οργανισμό. Οι παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν μπορεί να είναι βιολογικοί και ατομικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί και ψυχολογικοί. Έχει πολλά κοινά με τη νευρογενή ανορεξία εφόσον και στις δύο αυτές παθήσεις κύρια αιτία είναι η ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση, παρόλο που είναι πιο σπάνια η εμφάνιση της βουλιμίας (Μωρογιάννης, 2003).

### 5.5.1 Βιολογικοί και ατομικοί παράγοντες κινδύνου

Μελέτες έχουν δείξει πως το ίδιο το άτομο προκαλεί επεισόδια βουλιμίας στον εαυτό του γι' αυτό και πιστεύουν πως είναι νοητικής φύσεως. Μπορεί η υπερφαγία να είναι το κύριο σύμπτωμα, αλλά στο σημείο αυτό προκύπτει από διάφορους βιολογικούς παράγοντες όσο και ψυχολογικούς. Όπως μπορεί εύκολα να διευκρινιστεί είναι πως σε αυτή την ασθένεια το άτομο προκαλεί το ίδιο τους εμετούς προκειμένου να αποβάλει την ποσότητα φαγητού που έχει λάβει και να αποφύγει τη λήψη θρεπτικών στοιχείων που θα του προσθέσουν επιπλέον κιλά. Ωστόσο, υπάρχουν και οι περιπτώσεις εκείνες που ξεκινούν αυστηρές δίαιτες και έντονη σωματική άσκηση με σκοπό να επιβαρύνουν τον οργανισμό και να τον οδηγήσουν στη γρήγορη και μη φυσιολογική απώλεια βάρους. Ολοκληρώνοντας, το ίδιο το άτομο δημιουργεί ανάλογα προβλήματα, χάνει την αυτοεκτίμηση του, απογοητεύεται τόσο με τον εαυτό

του όσο και με το σώμα του και νιώθει ντροπή για την τρέχουσα κατάστασή του (Bάρσου, 2008).

### 5.5.2 Οικογενειακοί και κοινωνικοί

Σε σχέση με τη νευρογενή ανορεξία, έρευνες δείχνουν πως η νευρογενής βουλιμία είναι λιγότερο κληρονομική σε θέμα απόκτησης της συγκεκριμένης πάθησης από την οικογένεια αλλά και σε θέμα απόκτησης συνηθειών από άλλους. Υπάρχουν δύο παράγοντες που οδηγούν στην αύξηση εμφάνισης της βουλιμίας, όπως η ασχολία με αυστηρά διαιτητικά προγράμματα από την παιδική ηλικία για την αποφυγή της παχυσαρκίας και οι ψυχιατρικές διαταραχές που εμφανίζονται. Οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι συνήθως κληρονομικές και περιλαμβάνουν την κατάθλιψη, τη μελαγχολία, τη σχιζοφρένια, τη διπολική διαταραχή και αρκετές ακόμη που πηγάζουν από γενιά σε γενιά (Fairburn, 2007).

Όσον αφορά την κοινωνία, γίνεται εύκολα αντιληπτό, πως αυτές οι ηλικίες δέχονται πίεση για να ακολουθήσουν τα πρότυπα των μέσων μαζικής ενημέρωσης και να αποκτήσουν ένα αρκετά αδυνατισμένο σώμα. Αυτό συμβαίνει καθώς πρωτεύων στόχος του είναι να έχουν μια σωστή και άξια θέση μέσα στην κοινωνία. Αυτό οδηγεί κυρίως τα νεαρά κορίτσια στο να προσπαθούν να μοιάσουν σε μοντέλα με αρκετά αδυνατισμένο σώμα που δείχνει να ελκύει το κοινό και να αρέσει σε πολλούς. Επηρεάζονται, δηλαδή, απ' ότι συμβαίνει γύρω τους και προσπαθούν να κάνουν ό,τι περνά από το μυαλό τους προκειμένου να αλλάξουν τον εαυτό τους και να τον προσαρμόσουν στα δεδομένα της εποχής (Fairburn, 2007).

### 5.5.3 Ψυχολογικοί παράγοντες

Η σεξουαλική κακοποίηση έχει δείξει μεγάλη αύξηση σε άτομα με νευρογενή βουλιμία καθώς δεν είναι σε θέση να καταλάβουν τι είναι σωστό για τους ίδιους με αποτέλεσμα να χάνουν τον δρόμο τους και να γίνονται υποχείρια των άλλων. Όσον αφορά τους έφηβους, τις κοπέλες συγκεκριμένα, παρουσιάζουν αρκετά χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθουν ανασφάλεια, φόβο, ντροπή και προσπαθούν να πιαστούν από εκείνους που πιστεύουν πως θα τις αναδείξουν. Είναι παρορμητικές και εσωστρεφείς

σε σχέση με τις ανορεκτικές κοπέλες. Ακόμα ξεκινούν τη χρήση ουσιών και αλκοόλ ή τραυματίζουν τον ίδιο τους τον εαυτό. Χαρακτηρίζονται από αδυναμία ελέγχου, προσαρμογής και αυτοβελτίωσης (Fairburn, 2007).

### 5.6 Κλινική εικόνα

Αναφορικά με την κλινική εικόνα της νευρογενούς βουλιμίας, εκδηλώνονται ήπια συμπτώματα και ο δείκτης θνησιμότητας είναι μικρότερος σε σχέση με τα ποσοστά της νευρογενούς ανορεξίας. Οι έφηβοι και σπανιότερα τα παιδιά προσπαθούν να ελέγξουν την κατανάλωση τροφών με δίαιτες ή με άλλα επικίνδυνα μέσα. Δεν μπορούν να γίνουν εύκολα αντιληπτοί από το οικογενειακό τους περιβάλλον καθώς προβάλλουν διαφορετική εικόνα από αυτή που είναι στην πραγματικότητα (Βάρσου & Γονιδάκης, 2014).

Είναι αναμενόμενο ότι τα άτομα αυτά θα ζητήσουν βοήθεια κάποια στιγμή. Η στιγμή αυτή θα επέλθει όταν ξεκινήσει ο σωματικός πόνος στα κόκκαλα και γενικότερα σε αρκετά σημεία του σώματος. Συνήθως εμφανίζουν συμπτώματα κόπωσης, αδυναμίας, ατονίας, δυσκοιλιότητας και απουσίας έμμηνου ρύσεως στις κοπέλες που μπαίνουν στην εφηβεία. Άλλα σημάδια μπορεί να είναι η εμφάνιση καρδιακών παθήσεων, η αφυδάτωση και η πνευμονία. Σε ότι αφορά τον εργαστηριακό τους έλεγχο, παρατηρείται αλλαγή σε αρκετούς δείκτες τιμών στο αίμα όπως μπορεί να είναι τα χαμηλά επίπεδα ινσουλίνης που οφείλονται στην έλλειψη μικροθρεπτικών στοιχείων (Βάρσου & Γονιδάκης, 2014).

### 5.7 Πρόληψη βουλιμίας

Η πρόληψη αφορά την πραγματοποίηση δράσεων προκειμένου να μειωθεί η εξάπλωση του προβλήματος της βουλιμίας. Χωρίζεται σε τρία στάδια πρόληψης και αυτά είναι η πρωτογενής, η δευτερογενής και η τριτογενής (Jones et al, 2005).

Η πρωτογενής πρόληψη λειτουργεί με στόχο να προλάβει άμεσα την εμφάνιση του βουλητικού συνδρόμου. Επειδή εμφανίζεται πιο συχνά στους εφήβους, όπως ήδη γνωρίζουμε, είναι καλό να υπάρχει σωστή ενημέρωση από το σχολείο ως προς την υγιεινή διατροφή, τα οφέλη αλλά και την συσχέτισή της με την υγεία. Τα σχολεία

αποτελούν το βασικό παράγοντα ενημέρωσης μετά τους γονείς καθώς τόσο τα παιδιά όσο και οι έφηβοι περνούν αρκετές ώρες της ημέρας τους εκεί. Είναι σημαντικό να πραγματοποιούνται προγράμματα ενημέρωσης σε τακτά χρονικά διαστήματα που να απευθύνονται σε όλους τους εφήβους αλλά και στους γονείς με τους οποίους και θα πρέπει να συνεργάζονται. Για να μπορέσει να γίνει αυτό σωστά, τα επιμορφωτικά σεμινάρια που απευθύνονται στη διατροφή θα πρέπει να υπάρχουν με τη μορφή διαφημίσεων σε όλα τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και δικτύωσης και θα πρέπει να προτρέπουν τα νεαρά άτομα να τα ακολουθούν. Στη συγκεκριμένη πρωτοβουλία μπορεί να βοηθήσει η κοινωνία σε συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αρκεί να συνεργαστούν σωστά (Jones et al, 2005).

Η δευτερογενής πρόληψη επιδιώκει να προλάβει το διάστημα που μεσολαβεί από την έναρξη της ασθένειας μέχρι τη θεραπεία. Σωστό είναι να ενημερώνεται λεπτομερώς ο ασθενής από τον ιατρό, τους νοσηλευτές και όλους τους υπόλοιπους φορείς της υγείας ώστε να ανιχνεύονται σε πρώιμο στάδιο αυτά τα περιστατικά. Για να συμβεί αυτό, θα πρέπει όλοι οι ειδικοί που εμπλέκονται σε αυτή την διαδικασία να είναι πλήρως ενημερωμένοι γύρω από το θέμα, να προσπαθούν να ενθαρρύνουν τους έφηβους ή σπάνια ένα παιδί, να μιλούν και να συζητούν για το πρόβλημά τους και να βρίσκουν λύσεις από κοινού, τις οποίες και θα είναι πρόθυμοι να ακολουθήσουν. Πρέπει να μάθουν να συνεργάζονται γιατί ο ασθενής από μόνος του δε μπορεί να κατανοήσει το πρόβλημά του και βρίσκει τα λεγόμενα του σωστά και αληθή. Συνήθως, είναι μυστικοπαθής, ντρέπεται να μιλήσει και έχει ως κύριο στόχο να ακολουθήσει τα δικά του πιστεύω (Jones et al, 2005).

Η τριτογενής πρόληψη αποσκοπεί στη φροντίδα του ασθενή μετά το στάδιο της ανάρρωσης προκειμένου να μην υποτροπιάσει ξανά και καταπονηθεί εκ νέου αν η θεραπεία δε λειτουργήσει αποτελεσματικά. Υπάρχουν μέθοδοι που θα πρέπει να γνωρίζει ώστε να είναι σε θέση να τους ακολουθεί (Jones et al, 2005).

## 5.8 Θεραπευτική προσέγγιση

Η θεραπευτική προσέγγιση βασίζεται στην αντιμετώπισή της από το σπίτι καθώς σπάνια φτάνει κάποιος στο νοσοκομείο. Όταν βρίσκεται στον χώρο του νιώθει ήρεμος, δεν αγχώνεται και μπορεί με την κατάλληλη φροντίδα και καθοδήγηση να

σταματήσει να εκδηλώνει συμπτώματα υπερφαγίας. Στο νοσοκομείο θα κάνει εισαγωγή εκείνος που συνήθως επιβαρύνεται με τις επιπτώσεις της νευρογενής ανορεξίας και της βουλιμίας (Τριπόδης, Σπανού & Καζάνη, 2014).

Η θεραπεία περιλαμβάνει δύο είδη με το πρώτο να αφορά την αποκατάσταση της διατροφής και το δεύτερο τη ρύθμιση της διατροφικής συμπεριφοράς. Βασική επιδίωξη είναι η διατήρηση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα. Το δεύτερο είδος θεραπείας αφορά τη νοσηλεία σε νοσοκομείο που περιλαμβάνει τη λήψη γευμάτων, τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και το ζύγισμα. Ειδικότερα, διατροφολόγοι σχεδιάζουν συγκεκριμένη διαίτα την οποία ο νοσηλευτής οφείλει να δώσει στον ασθενή, ενώ ταυτόχρονα τον παρακολουθεί στενά τη στιγμή που σιτίζεται, καταγράφοντας την ποσότητα που λαμβάνει, την ώρα που την καταναλώνει και επιτηρεί τυχόν ανεπιθύμητες συμπεριφορές λίγη ώρα μετά τη σίτιση. Αν υπάρχει δυσκολία, βέβαια αυτό συμβαίνει μόνο στη νευρογενή ανορεξία, τοποθετείται ρινογαστρικός καθετήρας και ακολουθείται διαφορετικός τρόπος σίτισης (Τριπόδης, Σπανού & Καζάνη, 2014).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η συγκεκριμένη διαταραχή σχετίζεται με τον ψυχισμό κάποιου, φανερώνοντας ότι ενδέχεται στο νοσοκομείο ο ιατρός, αν το κρίνει απαραίτητο, να χορηγήσει αντικαταθληπτικά ή αγχολυτικά φάρμακα προκειμένου να μπορέσει να ηρεμήσει τον ασθενή. Εν τούτοις υπάρχουν και άλλοι τρόποι αντιμετώπισης που εξαρτώνται από τη συμπεριφορά του ασθενή και τη δυσκολία της κάθε περίπτωσης. Γενικότερα, κύριο στόχο αποτελεί η σίτιση και ο έλεγχος αυτής, απ' όλες τις παραμέτρους. Εν τέλει, όταν φτάνει κάποιος στην οξεία μορφή της πάθησης, σημαίνει πως έχει αφήσει τον εαυτό του, επηρεάζεται πλήρως από τους άλλους, νιώθει φόβο με το σώμα του και προσπαθεί, χωρίς να έχει επίγνωση, να αλλάξει τον ίδιο (Weigel, Lowe & Kohlmann, 2019).

Αφού ολοκληρωθεί το θεραπευτικό μέρος, ακολουθεί το στάδιο της συντήρησης. Πρόκειται για το στάδιο ελέγχου τυχόν υποτροπής της νόσου. Επομένως θα πρέπει να τηρηθεί η διατροφή που ακολουθείται και αν εφαρμοστεί ένας υγιής τρόπος ζωής, μακριά από καταχρήσεις. Ως προς την κατεύθυνση αυτή μπορεί να επισκέπτεται έναν διατροφολόγο τακτικά ώστε να ελέγχεται το σωματικό του βάρος, η διατροφή του και να παρέχονται οι κατάλληλες διατροφικές συμβουλές. Η συντήρηση μπορεί να περιλαμβάνει και την επίσκεψη σε έναν ψυχολόγο για την επίτευξη συνεδριών, κάτι

που θα του δώσει το έναυσμα να εκφράζεται ανοιχτά για τον εαυτό του και να προλαμβάνονται έτσι καταστάσεις και γεγονότα που θα μπορούσαν να επιφέρουν μελλοντικά τα αντίθετα αποτελέσματα (Weigel, Lowe & Kohlmann, 2019).

## **Κεφάλαιο 6**

### **ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ**

#### **6.1 Ιστορική αναδρομή**

Οι θεωρητικοί της αρχαιότητας έβρισκαν την παχυσαρκία καλό σημάδι, καθώς δήλωνε ευημερία, υγεία και πλούτο. Αυτό προέκυπτε από το γεγονός πως στα τότε χρόνια υπήρχε μεγάλη φτώχεια και εξαθλίωση. Στην Ελλάδα, χαρακτηρίστηκε ως μια νόσος επιβλαβής με αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου που προσβάλλεται. Ο Ιπποκράτης ανέφερε πως επρόκειτο για μια σοβαρή ασθένεια που επέρχεται από αρκετούς παράγοντες, όπως είναι η καθιστική ζωή. Πίστευε πως η συγκεκριμένη πάθηση μπορεί να είναι η αιτία για την υπογονιμότητα και τη στειρότητα (Καφάτος, 2002). Ένας γνωστός χειρουργός της εποχής του, Ινδός στην καταγωγή, ανέφερε εύστοχα πως η συγκεκριμένη πάθηση προκαλούσε αρκετές ασθένειες, όπως είναι και οι καρδιολογικές παθήσεις. Θεωρούσε πως επρόκειτο για μια σοβαρή διαταραχή και είχε τονίσει τη σπουδαιότητα της λήψης υγιεινών τροφίμων και της σωματικής άσκησης ώστε να αποφευχθούν τυχόν παρενέργειες. Σε μερικές μάλιστα κοινωνίες, όποιος ήταν παχύσαρκος ένιωθε ντροπή για τον εαυτό του και θεωρούσε πως όλοι τον κατέκριναν, ενώ σε άλλες τριτοκοσμικές χώρες θεωρείτο ομορφιά, γονιμότητα και υγεία (Κατσιλάμπρος & Τσίγκος, 2003).

Τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, παρουσιαζόταν αυξητική τάση των παχύσαρκων ατόμων, κάτι που πίστευαν πως σχετιζόταν με το είδος της τροφής που ελάμβαναν, τον αέρα που εισέπνεαν, το συναισθηματικό κόσμο του ατόμου και την έλλειψη σωματικής άσκησης. Βέβαια έβρισκαν σημαντική την έλλειψη ύπνου αλλά και τον τύπο των κενώσεων. Σημαντικό στοιχείο αποτελούσε η εναλλακτική εξήγηση που έδωσαν προς τα τέλη του συγκεκριμένου αιώνα. Ανέφεραν πως είναι αποτέλεσμα υπερβολικής κατανάλωσης τροφών, κάτι που δεν ήταν σε θέση ο οργανισμός να απορροφήσει και να πραγματοποιήσει καύση (Κατσιλάμπρος & Τσίγκος, 2003).



Επιπροσθέτως, στους αιώνες που ακολούθησαν, 19<sup>ο</sup> και 20<sup>ο</sup>, έγιναν κάποιες αλλαγές ως προς τον τρόπο προσέγγισης. Αναλυτικότερα, τον 19<sup>ο</sup> αιώνα συνδύασαν την παχυσαρκία με την υπερβολική κατανάλωση τροφής. Θεωρούσαν πως ένα άτομο με παραπανίσια κιλά οδηγείτο στην παχυσαρκία και δεν ήταν σε θέση να αντιληφθεί το πρόβλημά του και να το αντιμετωπίσει. Ωστόσο, αυτή τη φορά ανέφεραν και τη δυσκοιλιότητα ως ένα σύμπτωμα αύξησης του σωματικού βάρους (Nuttall, 2015). Τον 20<sup>ο</sup> αιώνα προσπάθησαν να διαλευκάνουν και να προσεγγίσουν καλύτερα τη συγκεκριμένη έννοια αναζητώντας την παθογένειά της, ώστε να μπορέσουν να την αντιμετωπίσουν ουσιαστικά. Αναλυτικότερα, μέσω ερευνών που πραγματοποίησαν, προσπάθησαν να βρουν νέες τεχνικές σωματικής άσκησης, να εντοπίσουν τροφές πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά, να βρουν φάρμακα που ίσως βοηθήσουν στην συγκεκριμένη πάθηση αλλά και να πείσουν τον κόσμο να αλλάξει τον τρόπο σκέψης του ώστε να μπορέσει μελλοντικά να ακολουθήσει μια υγιή διαβίωση (Καφάτος, 2002).

## 6.2 Εννοιολογική προσέγγιση της παχυσαρκίας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ως παχυσαρκία ορίζεται η μη φυσιολογική ή υπερβολική συσσώρευση λίπους στον λιπώδη ιστό. Μπορεί να προκαλέσει αρκετά προβλήματα υγείας όπως εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτη τύπου 2 και κάποια είδη καρκίνου ή ακόμη και να ελαττώσει το προσδόκιμο ζωής του ανθρώπου. Θεωρείται σοβαρή ασθένεια με επιπτώσεις σωματικές και ψυχολογικές. Ακόμη, συνιστά χρόνια ασθένεια συμπεριλαμβανομένου της αρτηριακής υπέρτασης και της αθηροσκλήρωσης (World Health Organization, 2017).

Ειδικότερα, ένα άτομο ή αυξάνει ή χάνει σωματικό βάρος ανάλογα με τη διατροφή που ακολουθεί. Η κάθε διατροφή αποτελείται από θερμίδες όπου λαμβάνει κάποιος προκειμένου να καλύψει τις καθημερινές ενεργειακές του ανάγκες. Παρ' όλα αυτά, η υπερβολική πρόσληψη θερμίδων από τροφές που είναι πλούσιες σε λίπη και υδατάνθρακες σε συνδυασμό με την έλλειψη σωματικής άσκησης συμβάλλουν στην εμφάνιση της παχυσαρκίας. Αν σε αυτές τις θερμίδες δε γίνει σωστή καύση, τότε το λίπος αυτό συσσωρεύεται με αποτέλεσμα να αυξάνεται τόσο το βάρος του ατόμου όσο και τα προβλήματα υγείας. Οι ουσίες που περιέχουν οι περισσότερες τροφές τα

τελευταία χρόνια έχουν αλλάξει προς το χειρότερο καθώς έχουν διαφοροποιηθεί και οι διατροφικές προτιμήσεις του ανθρώπου. Προτιμούν το ανθυγιεινό και γρήγορο φαγητό από το υγιεινό (Nuttall, 2015).

Μολαταύτα, η εμφάνιση επηρεάζεται από αρκετούς παράγοντες, οι οποίοι ενέχεται να είναι κοινωνικοί, βιολογικοί και οικονομικοί. Περιλαμβάνει την περιφερική παχυσαρκία όπου το λίπος συσσωρεύεται στους μηρούς και τους γλουτούς και την κεντρική όπου συγκεντρώνεται στο άνω τμήμα του σώματος και αποτελεί την νοσογόνο παχυσαρκία, αφού συνδυάζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα (Παπαβραμίδης, 2002). Το σωματικό βάρος ελέγχεται με το ισοζύγιο, δηλαδή, τη μέτρηση των θερμίδων που προσλαμβάνονται και εν συνεχεία καταναλώνονται. Όμως όταν οι θερμίδες που λαμβάνονται είναι περισσότερες από αυτές που αξιοποιούνται για τις ανάγκες του οργανισμού, τότε αυξάνεται το σωματικό βάρος, ενώ όταν συμβαίνει το αντίθετο, το σωματικό βάρος μειώνεται. Τέλος, το ποσοστό του σωματικού λίπους μειώνεται και αυξάνεται αναλόγως, κάτι που το κάνει να αποτελεί φυσικό συστατικό του σώματος και να επηρεάζεται από την ηλικία και το φύλο. Προσβάλλει περισσότερο τα παιδιά και λιγότερο τους εφήβους (Nuttall, 2015).

Ολοκληρώνοντας όσον αφορά τους οικονομικούς παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση της παχυσαρκίας, μιας ασθένειας που εμφανίζεται συνήθως σε άτομα με χαμηλό βιοτικό επίπεδο. Διαδραματίζει σημαντικό ρόλο η οικονομική κατάσταση ενός ατόμου καθώς από εκεί εξαρτάται η ποιότητα και ποσότητα της τροφής που θα λάβει. Ωστόσο δείχνει να επηρεάζει και άτομα που δεν εργάζονται καθώς και τις γυναίκες. Αυξάνεται τόσο η κοινωνική όσο και η οικονομική ανισότητα μεταξύ τους στην πρόσβαση της υγείας καθώς και τα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας του πληθυσμού. Τέλος εύλογο θεωρείται το γεγονός πως αν καταφέρει η πολιτεία να συνεργαστεί με τους φορείς που είναι αρμόδιοι για την υγεία θα καταφέρουν να επέλθουν σημαντικές αλλαγές και βελτιώσεις σε επίπεδο τόσο οικονομικό όσο και κοινωνικό και ατομικό (Τσολάκη, Αλεξόπουλος & Γείτονα, 2008).

### 6.3 Δείκτης Μάζας Σώματος

Ένα άτομο σε όλη την πορεία της ζωής του είτε έχει παραπάνω κιλά είτε λιγότερα, συνδέεται άμεσα με την ποσότητα φαγητού που έχει καταναλώσει ή με την ύπαρξη κάποιας πάθησης. Αυτό εξακριβώνεται με κάποιες μονάδες μέτρησης, οι οποίες ελέγχουν το σωματικό βάρος του ατόμου και αναλόγως του αποτελέσματος, το κατατάσσουν σε κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές είναι η παχυσαρκία, ένας λιποβαρής άνθρωπος, ένας φυσιολογικός σε κιλά και ένας υπέρβαρος όπου για τη μέτρηση του σωματικού τους βάρους χρησιμοποιείται ο Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.), που είναι και ο πιο ευρύτερα διαδεδομένος δείκτης (Παπαμίκος, 2015).

Αναλυτικότερα, ο Δ.Μ.Σ. συνιστά ένα εύχρηστο εργαλείο για τη μέτρηση του σωματικού βάρους του γενικότερου πληθυσμού, ανεξαρτήτου ηλικίας και φύλου. Μέσω μιας πράξης και συγκεκριμένα της διαίρεσης υπολογίζεται το ύψος με το βάρος, με το αποτέλεσμα να δείχνει εάν ένας οργανισμός έχει παραπάνω κιλά ή φυσιολογικά ή λιγότερα. Έτσι, στη συνέχεια, τον κατατάσσει σε κατηγορίες. Πρέπει να ξεκαθαριστεί πως το εργαλείο αυτό συνήθως «πέφτει» σε αντιφάσεις γιατί μετρά το συνολικό βάρος και όχι την ποσότητα του λιπώδη ιστού, κάτι για το οποίο είναι δύσκολο να ελεγχθεί ο δείκτης παχυσαρκίας και νοσηρότητας ενός πληθυσμού (Παπαμίκος, 2015).

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.) μπορεί να είναι αυξημένος σε άτομα που δεν είναι παχύσαρκα αλλά έχουν αυξημένη μυϊκή μάζα. Αυτό συμβαίνει συνήθως στους αθλητές που γυμνάζονται τακτικά. Ωστόσο σύμφωνα με το Διεθνή οργανισμό για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας, θεωρείται ένα καλό εργαλείο ανίχνευσης ασθενών που παρουσιάζουν μεταβολικές επιπλοκές. Συγκεκριμένα η παχυσαρκία στους άνδρες με την παρουσία του λιπώδη ιστού στην κοιλιακή χώρα, αποδίδεται με το αποτέλεσμα της περιμέτρου μέσης και λεκάνης και είναι σημαντικό ως προς την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Αυτό βέβαια δεν προκύπτει τόσο στις γυναίκες καθώς εμφανίζουν αυξημένο λιπώδη ιστό στην περιοχή του γλουτού, κάτι που αποτελεί μικρότερο κίνδυνο (Τσολάκη Ε., Αλεξόπουλος Ε. & Γείτονα Μ., 2008).

Το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης δημιουργήθηκε το 1832 από τον επιστήμονα Adolphe Quetelet. Πρόκειται για ένα εργαλείο που το χρησιμοποιούν συνήθως οι γιατροί για να μπορέσουν να δουν εάν το βάρος είναι φυσιολογικό σε σχέση με το ύψος. Συγκεκριμένα, υπολογίζουν το ύψος και το βάρος με τη διαδικασία της

διαίρεσης (διαιρούν το ύψος σε μέτρα και το βάρος σε κιλά). Δηλαδή, χρησιμοποιούν τον τύπο (Κυριαζής κ.ά, 2010):

$$\Delta\text{ΜΣ(BMI)}=\text{kg}/\text{m}^2$$

Αφού ολοκληρωθεί ο υπολογισμός που αναφέρθηκε παραπάνω, το αποτέλεσμα εντάσσεται στις εξής κατηγορίες ανάλογα με το ποσοστό λίπους που θα προκύψει:

- <18,5: Λιποβαρής
- Μεταξύ 18,5 και 24,9: Φυσιολογικό βάρος
- Μεταξύ 25 και 29,9: Υπέρβαρος
- >30: Παχύσαρκος

Υπάρχει, όμως, και μια κατηγορία ανθρώπων που γυμνάζεται συστηματικά και είναι μυώδης, με τους μύες να έχουν μεγαλύτερο βάρος από τον λιπώδη ιστό. Αυτό, βέβαια, θεωρείται φυσιολογικό χωρίς να εγκυμονεί κινδύνους για την υγεία τους.

Εκτός από τον Δείκτη Μάζας Σώματος, ένας ακόμη τρόπος για την κατηγοριοποίηση της παχυσαρκίας, είναι η μέτρηση της περιμέτρου της μέσης και η αντιστοιχία μεταξύ της περιμέτρου της μέσης και των ισχίων. Αυτός ο τρόπος μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστος καθώς προλαβαίνει και εντοπίζει ασθένειες, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 ή η μη αύξηση του ύψους. Αξίζει να αναφερθεί ότι έρευνες έχουν δείξει πως άτομα με φυσιολογικό βάρος και αυξημένη περίμετρο της λεκάνης, διατρέχουν τον κίνδυνο εμφάνισης των παραπάνω ασθενειών (Παπαμίκος, 2015).

Ωστόσο η μέτρηση του λιπώδη ιστού στο σώμα μπορεί να πραγματοποιηθεί και με την τεχνική DEXA (Dual – Energy X – Ray Absorptiometry), εκτός από τον Δ.Μ.Σ.. Πρόκειται για μια μέθοδο μέσω της αξονικής τομογραφίας (CT) που χρησιμοποιεί την ακτινοβολία για να εντοπίσει τον λιπώδη ιστό που εμφανίζεται στην κοιλιακή χώρα, στους μύες, στα οστά και στα εσωτερικά όργανα του σώματος. Το αρνητικό σε αυτή την περίπτωση είναι η μικρή αλλά σημαντική έκθεση του ανθρώπινου σώματος στην ακτινοβολία. Πιο καλή θεωρείται η μαγνητική τομογραφία (MRI) καθώς δείχνει με μεγαλύτερη λεπτομέρεια και ακρίβεια το λιπώδες περιεχόμενο σε όλα τα μέρη του σώματος (Τσολάκη Ε., Αλεξόπουλος Ε. & Γείτονα Μ., 2008).

#### 6.4 Επιδημιολογία

Τα τελευταία χρόνια η παχυσαρκία έχει αυξηθεί αρκετά με ποσοστό να ξεπερνά το 70% ανεξαρτήτως ηλικίας ή γεωγραφικής περιοχής, επηρεάζοντας συνήθως τα παιδιά. Θεωρείται η πιο συχνή αιτία θανάτου, περίπου 3,5 εκατομμύρια άτομα το χρόνο. Ωστόσο, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι διατροφικές συνήθειες των ατόμων καθώς στην Ιαπωνία είχε παρατηρηθεί μεγάλη αύξηση θανάτου από υπερβολικό βάρος μετά την υιοθέτηση του δυτικού τύπου διατροφής. Η συσχέτιση αυτής της συνολικής θνησιμότητας με την παχυσαρκία έχει σχήμα U. Αναλυτικότερα, όταν ο δείκτης μάζας σώματος κυμαίνεται από 20 έως 25kg/m<sup>2</sup>, ο κίνδυνος είναι χαμηλός, ενώ όταν είναι πάνω από 30kg/m<sup>2</sup>, ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος. Ακόμη, η θνησιμότητα αυξάνεται όταν ο δείκτης μάζας σώματος είναι μικρότερο από 20, δηλαδή όταν ένα άτομο είναι λιποβαρές (Πέππα, 2009).

Μεγαλύτερο ποσοστό από 30% του παγκόσμιου πληθυσμού αντιμετωπίζει αρκετά προβλήματα υγείας που οφείλονται σε αυξημένο βάρος ή στην παχυσαρκία. Σε περισσότερες από 50 χώρες σημειώνεται διπλασιασμός του ποσοστού της παχυσαρκίας, στοιχείο που τα τελευταία χρόνια φανερώνει ραγδαία αύξηση και στις υπόλοιπες χώρες. Σε ορισμένα κράτη παρατηρείται αύξηση της παχυσαρκίας που ξεκινά από την παιδική ηλικία και συνεχίζει στην εφηβική λόγω των λανθασμένων διατροφικών συνηθειών που ακολουθούν. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί διεθνώς, δείχνουν ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά παχυσαρκίας που έχουν εμφανιστεί είναι στο Βιετνάμ και στο Μπαγκλαντές, που καταλήγουν σε θάνατο. Συμπερασματικά διαφαίνεται ότι τα επιδημιολογικά στοιχεία των τελευταίων χρόνων μαρτυρούν θανάτους που αποδίδονται στο υπερβολικό βάρος με Δείκτη Μάζας Σώματος 25 με 30kg/m<sup>2</sup> (Πέππα, 2009).

Σύμφωνα με τους Hu et al (2018) έως το 2016 η παχυσαρκία αυξήθηκε κατά 10% στα παιδιά σε σχέση με τους εφήβους. Αυτό σημαίνει πως έχουν μεγάλες πιθανότητες να είναι παχύσαρκα και ως ενήλικες, κάτι που με βάση την γενικότερα εικόνα θα επιφέρει το θάνατο. Ως ενήλικες θα εμφανίσουν προβλήματα με το αναπνευστικό, με την αρτηριακή υπέρταση, με την καρδιά, θα κάνουν άπνοιες τις νυχτερινές ώρες χωρίς να το αντιλαμβάνονται και με τη σειρά τους θα εμφανιστούν κι άλλες παθήσεις, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 που θα ξεκινήσει από την παιδική ηλικία. Ωστόσο, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν η κληρονομικότητα, η καθιστική ζωή, η

έλλειψη σωματικής άσκησης και η σίτιση με γρήγορο φαγητό λόγω έλλειψης χρόνου. Πρόκειται για μια στενάχωρη εικόνα καθώς δε δείχνει καμία βελτίωση παρόλο που όλοι γνωρίζουν τα αρνητικά στοιχεία της παχυσαρκίας στην υγεία και δυστυχώς πολλές είναι εκείνες οι φορές που δεν κάνουν κάτι να το προλάβουν και να βελτιώσουν τη ζωή τους (Πέππα, 2009).

### 6.5 Διαγνωστικά κριτήρια

Η διάγνωση της παχυσαρκίας εξαρτάται από τον Δείκτη Μάζας Σώματος, το ύψος, το βάρος και από κάποιες άλλες παραμέτρους που θα αναφερθούν παρακάτω. Είναι πολύ σημαντικό σε αυτό το στάδιο να πραγματοποιείται σωστή και λεπτομερής διάγνωση ώστε να έχουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Παππάς κ.ά., 2011).

Μέσα σε μια πληθυσμιακή ομάδα παιδιών, υπάρχουν αρκετά που είναι υπέρβαρα και η κατηγοριοποίησή τους σε λιπόσαρκα και παχύσαρκα γίνεται με τυχαίο τρόπο. Για τον λόγο αυτό, η παχυσαρκία εκτιμά τη σχέση μεταξύ της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Πρωτίστως, γίνεται χρήση του Δείκτη Μάζας Σώματος, ένα εργαλείο που το χρησιμοποιεί ο ιατρός για να μπορέσει να εκτιμήσει το μέγεθος της παχυσαρκίας διαιρώντας το βάρος με το ύψος. Βέβαια για πιο ακριβή αποτελέσματα, ο ασθενής πρέπει να ζυγίζεται μόνο με εσώρουχα και χωρίς παπούτσια. Υπάρχουν κάποιες μετρήσεις, όπου σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προκύπτουν, ο ιατρός δύναται να δει σε ποια κατηγορία ανήκει ο ασθενής (για παράδειγμα αν είναι λιποβαρής ή παχύσαρκος) ώστε να ακολουθήσει αντίστοιχη θεραπεία (Παππάς κ.ά., 2011).

Εν συνεχεία, η διάγνωση μπορεί να πραγματοποιηθεί και με την καμπύλη ανάπτυξης, όπου η κατάταξη είναι πιο δύσκολη στα παιδιά καθώς το σώμα τους συνεχώς μεταβάλλεται (Παπαβραμίδης, 2002). Γι' αυτόν τον λόγο υπολογίζεται ο Δείκτης Μάζας Σώματος σε καμπύλες ανάπτυξης με βάση το φύλο, το ύψος και το σωματικό βάρος. Οι καμπύλες παρουσιάζουν αυξημένη πορεία, κάτι που δηλώνει γρήγορη ανάπτυξη του παιδιού καθώς σε αυτή την ηλικία δεν έχει σταθεροποιηθεί ακόμη. Με βάση τις συγκεκριμένες μετρήσεις, λιποβαρές θεωρείται όταν η καμπύλη βρίσκεται στην 3<sup>η</sup> ή μικρότερη θέση ενώ παχύσαρκο όταν βρίσκεται σε μεγαλύτερη θέση από την 85<sup>η</sup> (Λάσκη, 2008).

Ένας άλλος τρόπος είναι η μέτρηση του ύψους και του βάρους. Η μέτρηση του βάρους πραγματοποιείται με τη ζυγαριά, χωρίς παπούτσια, μόνο με εσώρουχα και το ύψος με τη χρήση αναστημόμετρου. Για τη σωστή μέτρηση του ύψους το κεφάλι θα πρέπει να είναι σε ευθεία θέση και τα πόδια σε ευθεία γραμμή χωρίς να λυγίζουν. Όσον αφορά την περίμετρο μέσης, πραγματοποιείται μέτρηση κοιλιακού λίπους το οποίο και υπολογίζεται μέχρι την περιοχή της λεκάνης. Αν υπάρχει περίσσιο λίπος στην κοιλιακή χώρα, τότε υπάρχουν ενδείξεις για την εμφάνιση της παχυσαρκίας. Εν συνεχεία, μια ακόμη μέθοδος που είναι οικεία και εύχρηστη, αφορά τη μέτρηση λίπους στο δέρμα και πραγματοποιείται με το δερματοπτυχόμετρο που μετρά το εύρος της δερματικής πτυχής. Τόσο στα παιδιά όσο και στους εφήβους η μέτρηση εφαρμόζεται στην ωμοπλάτη, στον βραχίονα, στους μηρούς και στις πλευρές (Λάσκη, 2008).

#### 6.6 Παράγοντες κινδύνου

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Τσολάκη, Αλεξόπουλο και Γείτονα (2008), είναι σημαντικοί και αμέτρητοι οι παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση της παχυσαρκίας. Η συγκεκριμένη νόσος εξαρτάται από το γένος, την ηλικία, το φύλο, την κοινωνική κατάσταση, την οικονομική αλλά και την έλλειψη σωματικής άσκησης που σχετίζεται με την οικονομική ευχέρεια που διαθέτει το άτομο και το μορφωτικό του επίπεδο (Τσολάκη, Αλεξόπουλος & Γείτονα, 2008). Μολαταύτα εκτός από τις κοινωνικές αλλαγές που εμφανίζονται και έχουν έντονη επίδραση στην αλλαγή της καθημερινότητά του, είναι σημαντικό να αναφερθεί και η επιρροή που δέχεται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης καθώς και από την καθιστική ζωή που ακολουθεί. Ωστόσο εξίσου σημαντικό παράγοντα κινδύνου αποτελεί η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών που ακολουθεί αλλά και η απομάκρυνσή του από κάθε τι υγιεινό υπάρχει σε μια γνήσια και υγιεινή διατροφή (Τσολάκη, Αλεξόπουλος & Γείτονα, 2008).

Οι Wangand & Lobstein (2017), εύστοχα ανέφεραν και οι ίδιοι πως υπάρχουν αμέτρητοι παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση της παχυσαρκίας. Πιο συγκεκριμένα επισήμαναν τη σοβαρότητά τους σχετικά με τα προβλήματα υγείας που μπορούν να προκαλέσουν σε έναν ανθρώπινο οργανισμό καθώς και τις μελλοντικές επιπτώσεις στην υγεία. Ωστόσο όλοι αυτοί οι συντελεστές στρέφονται πάντοτε ενάντια στον ανθρώπινο οργανισμό και μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα τον

επιβαρύνουν. Από όλους αυτούς τους παράγοντες κινδύνου που έχουν άμεση σχέση με την παρουσία της παχυσαρκίας στον άνθρωπο και μέσα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο φαίνεται πως οι πιο σημαντικοί είναι οι ψυχολογικοί, οι γενετικοί και περιβαλλοντικοί και οι λανθασμένες διατροφικές συνήθειες σε συνδυασμό με τον τρόπο ζωής (Ταχτσόγλου & Ηλιάδης, 2017).

#### 6.6.1 Ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου

Οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την παιδική ηλικία του ατόμου, ξεκινώντας συνήθως από το οικογενειακό περιβάλλον. Εν συνεχεία το ακολουθούν και στην εφηβεία, με τους νεαρούς να μιμούνται τις συνήθειες των γονέων τους, να τους έχουν ως πρότυπο και να θεωρούν σωστό τον αντίστοιχο τρόπο ζωής τους. Σπάνια δέχονται να αλλάξουν τρόπο ζωής τα παιδιά. Οι γονείς ομοίως ασκούν σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση του χαρακτήρα του παιδιού τους. Για παράδειγμα, το κατευθύνουν στην επίτευξη των δικών τους στόχων ή ακόμη και στην εκπλήρωση όλων των επιθυμιών τους χωρίς να καταλαβαίνουν ότι λειτουργούν εις βάρος του. Το ίδιο συμβαίνει και με το φαγητό καθώς τρώνε ότι τους δίνουν (Kiess, Marcus & Wabitsch, 2004).

Μέσα την ανωτέρω διαδικασία προκαλείται άγχος στο παιδί και στον έφηβο με αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Όλο αυτό πηγάζει από την οικονομική κατάσταση που έχει ένας γονιός, από τον χρόνο που θα διαθέσει στο παιδί αλλά και από τη νοοτροπία που είχε ο ίδιος όταν ήταν μικρός. Ολοκληρώνοντας, η συναισθηματική αναστάτωση που προκαλείται μπορεί να επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις ως προς την πρόληψη τροφής και τη σωστή καύση αυτής με αποτέλεσμα να υπάρξει συσσώρευση λίπους στον οργανισμό αλλά και ορμονικές διαταραχές (Kiess, Marcus & Wabitsch, 2004).

Αξιοσημείωτο αποτελεί το γεγονός εμφάνισης της κατάθλιψης. Ο συνδυασμός της ψυχοσύνθεσης του ατόμου με την αύξηση του σωματικού βάρους οδηγεί στην εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων, κάτι που είναι δύσκολο να αποφευχθεί αν δεν δοθεί η κατάλληλη βοήθεια. Είναι αλήθεια ότι και η κακοποίηση των παιδιών είναι πολύ σημαντικό κριτήριο όπως και η καθημερινή σωματική και λεκτική βία, οι οποίες ωθούν το παιδί να κλειστεί στον εαυτό του, να νιώσει μοναξιά, να απογοητευτεί και



να παρουσιάσει έλλειψη αυτοπεποίθησης και δυναμικής, χωρίς να αντιδρά σε διάφορα ερεθίσματα. Αυτό που κάνει είναι να τρώει συνεχώς και να μην σκέφτεται, βιώνοντας σιωπηλά την όλη κατάσταση και καταστρέφοντας με αργούς ρυθμούς τον ίδιο τόσο σωματικά όσο και ψυχικά (Kiess, Marcus & Wabitsch, 2004).

#### 6.6.2 Γενετικοί – Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου

Μιλώντας για γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, εμφανίζεται η κληρονομικότητα που συνήθως μεταβιβάζεται από γενιά σε γενιά. Μπορεί κάποιος να έχει κληρονομήσει από το οικογενειακό τους περιβάλλον τη νοοτροπία να απολαμβάνουν την καθιστική ζωή, να τρώνε τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες, λίπη, σάκχαρα και άλλες επιβλαβείς ουσίες χωρίς να γυμνάζονται. Οι μελέτες έχουν δείξει πως τα γονίδια του καθενός περιπλέκονται με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και είναι πολύ πιθανό τα χαρακτηριστικά της παχυσαρκίας να διαμορφώνονται μεταξύ των περιβαλλοντικών παραγόντων, του τρόπου ζωής αλλά και των παραγόντων προδιάθεσης (Kiess, Marcus & Wabitsch, 2004).

Η κληρονομικότητα αφορά τη συσσώρευση λίπους σε όλο το σώμα ή σε συγκεκριμένα τμήματά του. Ανάλογες έρευνες τονίζουν πως το συσσωρευμένο λίπος σε αρκετά σημεία του σώματος είναι πιο σοβαρό από το λίπος σε συγκεκριμένα σημεία. Αυτό ουσιαστικά δείχνει πως η κληρονομικότητα συνεπάγεται με τη δυνατότητα του ατόμου να αυξήσει το σωματικό του βάρος μέσα σε ένα μη φυσιολογικό περιβάλλον για το ίδιο σε συνδυασμό με τη γενετική του διάπλαση (Kiess, Marcus & Wabitsch, 2004).

Κατά τον Hopisler (2002), το σχολικό περιβάλλον είναι ένας χώρος που περνούν αρκετές ώρες της ημέρας και τρώνε από το κυλικείο που βρίσκεται στον προαύλιο χώρο δίχως να είναι γνωστό εάν υπάρχουν υγιεινά γεύματα κατάλληλα για παιδιά. Επίσης η οικογένεια λόγω φόρτου εργασίας κάνει ένα μεγάλο λάθος με το να σιτίζει τα παιδιά με γρήγορο φαγητό και επεξεργασμένο προκειμένου να γλιτώνει χρόνο και να ασχολείται περισσότερο με τις δικές της υποχρεώσεις (Παπαβραμίδης, 2002).

### 6.6.3 Λανθασμένος τρόπος ζωής και διατροφή

Στο σημείο αυτό, είναι γνωστό πως όλα ξεκινούν από το σπίτι και συνεχίζονται στο σχολείο. Σε κάθε νοικοκυριό η κύρια ασχολία της μητέρας είναι να μαγειρεύει και να ταΐζει υγιεινά το παιδί και τον έφηβο. Τα τελευταία χρόνια, όμως, που εργάζεται και η μητέρα, το μαγείρεμα έχει γίνει είδος πολυτέλειας λόγω έλλειψης χρόνου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τις περισσότερες φορές να μην τρώνε όλοι μαζί σαν οικογένεια και να περνούν αρκετές ώρες μόνοι τους στο σπίτι. Έτσι, το φαγητό δεν ελέγχεται και το παιδί έχει την άνεση να φάει ότι επιθυμεί. Συνήθως, οι περισσότεροι τρώνε σε ταχυφαγεία. Αυτό έχει ως συνέπεια να μη σιτίζονται σωστά και να λαμβάνουν σε καθημερινή βάση ουσίες μη κατάλληλες για την σωστή ανάπτυξη του οργανισμού αλλά και την υγεία τους. Προτιμούν, επίσης, και τα αναψυκτικά με αποτέλεσμα να μην τους αρέσει το μαγειρεμένο φαγητό και να καταλήγουν πάντοτε στην εύκολη λύση. Το ίδιο συμβαίνει και με το σχολείο που δεν ελέγχει το κυλικείο για τα φαγητά που διαθέτει (Δημοσθενόπουλος, 2004).

Συνδυασμός αυτών των παραγόντων είναι και ο καθιστικός τρόπος ζωής. Κάποιος έχει τη δυνατότητα να πάει στο σχολείο με αυτοκίνητο ή με τα μέσα μαζικής μεταφοράς και μετά στο σπίτι συχνά μένει μέσα και ασχολείται με τα βιντεοπαιχνίδια. Αποτέλεσμα είναι να μη βγαίνει στις γειτονιές για φυσικό παιχνίδι, να απομακρύνεται από τους φίλους του και να καθηλώνεται μπροστά σε μια οθόνη για ώρες. Άρα, δε γυμνάζεται, δεν περπατά και ουσιαστικά δε γίνεται καύση των όσων έχει φάει, κάτι που δε βοηθά τον οργανισμό στην εύρυθμη λειτουργία του (Παπαβραμίδης, 2002).

### 6.7 Κλινική εικόνα

Η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται από την αύξηση του σωματικού βάρους που επηρεάζει τη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Σε συνδυασμό με το σωματικό βάρος προκαλεί αρκετές διαταραχές σε διάφορα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Αναλυτικότερα, όσον αφορά το δέρμα, σε ένα παχύσαρκο άτομο προκαλείται δερματικό ερύθημα στο σημείο της μασχάλης, κοντά στον μαστό και μερικές φορές δερματικές φλεγμονές. Εν συνεχεία, εκτός από το δέρμα επηρεάζεται και το καρδιαγγειακό σύστημα καθώς προκαλείται καρδιακή ανεπάρκεια

με πιθανή θρόμβωση. Εκτός από τη θρόμβωση έχουμε και την εμφάνιση φλεβίτιδας, αρθρίτιδας σε μεγαλύτερη ηλικία και αρθροπάθειες (Cassin & Ranson, 2005).

Όσον αφορά το αναπνευστικό σύστημα, λόγω των κιλών, παρουσιάζεται δυσκολία στην αναπνοή και συμπτώματα έντονης κόπωσης και αδυναμίας. Το συσσωρευμένο λίπος εμποδίζει τη σωστή λειτουργία της αναπνευστικής οδού και εκδηλώνεται με αναπνευστική ανεπάρκεια, που μπορεί να προκαλέσει υπνηλία, δύσπνοια και σε ακραίες περιπτώσεις θάνατο. Όταν δε γυμνάζονται και σε συνδυασμό με το αυξημένο βάρος, επιβαρύνονται οι οστικές αρθρώσεις με αποτέλεσμα να μην αναπτύσσονται σωστά και να αρχίσουν να καταστρέφονται. Αυτό μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στα γόνατα, στους αγκώνες και οστεοαρθρίτιδα σε μεγαλύτερη ηλικία (Thomas – Eapen, 2021).

Στο πεπτικό σύστημα, κύρια συμπτώματα είναι η δυσπεψία και η δυσκοιλιότητα, οι οποίες μπορούν να επιφέρουν μελλοντικά την εμφάνιση χολοκυστίτιδας. Επίσης η εμφάνιση της παχυσαρκίας μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη, διάφορων ειδών καρκίνου ακόμη και έμφραγμα σε μικρή ηλικία. Τέλος, άλλο ένα σύστημα που επιβαρύνεται σημαντικά είναι το νευρικό, με τους νέους να παρουσιάζουν άγχος, κακή διάθεση, μοναξιά, ντροπή και να φτάνουν σε σημείο να θέλουν να βλάψουν τους ίδιους προκειμένου να ησυχάσουν από αυτά που τους βασανίζουν (Cassin & Ranson, 2005).

## 6.8 Πρόληψη

Η πρόληψη αποτελεί το καλύτερο «φάρμακο» που θα μπορούσε να υπάρξει παγκοσμίως. Είναι σημαντικό να ενημερώνονται σωστά όλοι οι πολίτες για την εννοιολογική προσέγγιση της παχυσαρκίας, για τα συμπτώματα, τα αίτια και την πρόληψη - αντιμετώπιση. Στόχος αυτών αποτελεί η ευαισθητοποίηση γύρω από το συγκεκριμένο θέμα, η αλλαγή στάσης ζωής και συμπεριφοράς, η ύπαρξη ουσιαστικής επικοινωνίας με τον ιατρό, οι τακτικοί έλεγχοι στην υγεία, η ένταξη της σωστής διατροφής στην καθημερινότητα και η έναρξη γυμναστικής άσκησης (Φλωράκης κ.ά., 2009). Πρέπει να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους και να μάθουν να σέβονται και να αγαπούν τον εαυτό τους αλλά και το σώμα τους. Τα παιδιά είναι η προτεραιότητα όλων, καθώς πρόκειται για μια ηλικία διαμόρφωσης αρκετών παραγόντων όπως ο

χαρακτήρας και η προσωπικότητα. Το σχολείο μπορεί να αλλάξει αυτή την κατάσταση με την ενημέρωση και την ένταξη τόσο της σωματικής άσκησης όσο και της υγιεινής διατροφής στην ζωή τους (Delisky et al, 2017).

Αν το άτομο βρίσκεται στην εφηβεία είναι δύσκολο να αλλάξει τη νοοτροπία του και γι' αυτόν τον λόγο είναι πιο λογικό να ξεκινήσει η πρόληψη και η θεραπεία από μικρή ηλικία και συγκεκριμένα από την παιδική. Η πρόληψη σχετίζεται με την εξασφάλιση ενός υγιούς περιβάλλοντος, με τη διατροφή και τη σωματική άσκηση (Φλωράκης κ.ά., 2009). Ιδιαίτερα σημαντικό το παιχνίδι, καθώς συνδυάζει τη γυμναστική, όπως επίσης και τα κέντρα αναψυχής λόγω κοινωνικοποίησης και αποφυγής εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων. Ακόμη, πρέπει να περιοριστεί και η χρήση των μέσων ενημέρωσης και δικτύωσης γιατί είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει άμεσα τους νέους. Συγκεκριμένα, όσο βλέπουν τηλεόραση απορροφούνται εκεί με αποτέλεσμα να αργούν να φάνε αλλά και να μην ολοκληρώνουν το γεύμα τους. Ωστόσο, στην τηλεόραση προβάλλεται περισσότερο το γρήγορο φαγητό και τα αναψυκτικά προκαλώντας τους το ενδιαφέρον για δοκιμή (Delisky et al, 2017).

Τελειώνοντας, επισημαίνεται η σπουδαιότητα της κατανάλωσης του ψωμιού ολικής αλέσεως, του άπαχου κρέατος, των αλλαντικών αλλά και των βραστών λαχανικών. Ομοίως συνίσταται η προσθήκη βοτάνων στο φαγητό, όπως είναι ο μαϊντανός, το σέλινο και αποφεύγεται αυστηρά η χρήση μεγάλων ποσοτήτων σε ζάχαρη και αλάτι. Όσον αφορά τα αναψυκτικά, αυτά που είναι καλό να λαμβάνει κάποιος δεν πρέπει να περιέχουν ανθρακικό, ενώ οι χυμοί να μην έχουν υποστεί κάποιου είδους επεξεργασία (Delisky et al, 2017).

## 6.9 Θεραπευτική προσέγγιση

Ως προς τη θεραπευτική προσέγγιση, κύριο μέλημα αποτελεί η υγιεινή διατροφή και η σωματική άσκηση. Οι τροφές που καταναλώνονται, θα πρέπει να είναι πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά, σε ενέργεια, η οποία αποθηκεύεται στους μύες και στο ήπαρ προκειμένου να αξιοποιηθεί σωστά όταν κριθεί αναγκαίο. Η ποιότητα της τροφής σχετίζεται με την υγιή εικόνα του δέρματος, των μαλλιών, των νυχιών και του προσώπου (Φλωράκης κ.ά., 2009). Η σωστή διατροφή θα πρέπει να πραγματοποιείται με τη σίτιση όλων των γευμάτων σε λογικές ποσότητες. Στα Αρχαία χρόνια έως και

σήμερα, οι ειδικοί έβρισκαν και βρίσκουν σημαντική τη μεσογειακή διατροφή που βασίζεται σε μια ομάδα τροφίμων που πρέπει να καταναλώνονται καθημερινά. Σε αυτή τη δίαιτα υπάρχουν τροφές που συμπληρώνει η μία την άλλη και έτσι ο οργανισμός λαμβάνει όλα τα απαραίτητα στοιχεία που χρειάζεται και στην ποσότητα που πρέπει. Με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζεται η ευεξία και η πνευματική απόδοση του ατόμου (Vitousek & Gray, 2005).

Ακολούθως, η διατροφή θα πρέπει πάντοτε να συνδυάζεται με σωματική άσκηση καθώς βοηθά στην απομάκρυνση τοξινών που υπάρχουν στο σώμα. Καλό θα είναι να γυμνάζεται κάποιος με την παρουσία γυμναστή γιατί μπορεί να τον κατευθύνει και να τον καθοδηγεί ως προς τον τρόπο πραγματοποίησης των ασκήσεων που του δίνονται χωρίς να τραυματίζεται ή να επιβαρύνει το σώμα του. Τέλος, είναι σημαντική και η παρουσία της οικογένειας σε όλο αυτό, καθώς οφείλει να παρέχει στήριξη, θετική ενέργεια και να βρίσκεται πάντοτε στο πλάι του χωρίς να τον κρίνει και να τον υποτιμά (Vitousek & Gray, 2005).

Εν τέλει, υπάρχουν και οι περιπτώσεις εκείνες που είναι απαραίτητη η χρήση φαρμακευτικής αγωγής, η οποία μπορεί να επιφέρει γρήγορα αποτελέσματα στην απώλεια του σωματικού βάρους. Ανάλογα φάρμακα είναι τα ανορεξικά που μειώνουν την επιθυμία για πρόσληψη τροφής και εκείνα που αναστέλλουν την απορρόφηση της τροφής από το γαστρεντερολογικό σωλήνα καθώς και τα θερμογενετικά λιπολυτικά που αυξάνουν την κατανάλωση ενέργειας. Αν δεν είναι αποτελεσματικά τα φάρμακα, σειρά έχει το χειρουργείο, παρόλο που μπορεί να υπάρχουν ήδη προβλήματα, όπως το αναπνευστικό ή κάποια αιμορραγία μέσα στο χειρουργείο με μετεγχειρητικά συμπτώματα τον εμετό ή τη ζάλη. Κάποια είδη χειρουργικών επεμβάσεων μπορεί να είναι ο γαστρικός δακτύλιος, η γαστροπλαστική ή η εντερεκτομή (Vitousek & Gray, 2005).

## Κεφάλαιο 7

### Σύγχρονη νοσηλευτική προσέγγιση

#### 7.1 Νοσηλευτής και διατροφικές διαταραχές

Οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν να βοηθήσουν έναν ασθενή με διατροφικές διαταραχές, όταν αυτό κριθεί αναγκαίο και στον βαθμό που χρειάζεται. Ο ασθενής μπορεί να παρευρεθεί σε κέντρα μερικής νοσηλείας που το νοσηλευτικό προσωπικό σε συνεργασία με άλλους φορείς υγείας, όπως είναι οι ψυχολόγοι ή οι διατροφολόγοι, θα φροντίσουν για τη σωστή περίθαλψη. Μαζί με τον ιατρό είναι υπεύθυνοι για το σχέδιο περίθαλψης και αποκατάστασης του ασθενή. Μπορούν να συμμετέχουν όλοι μαζί, όσον αφορά τα κέντρα απασχόλησης, στην εφαρμογή κάποιου παιχνιδιού με θέμα τη διατροφή και συγκεκριμένα τον τρόπο που σιτίζονται αλλά και την ποσότητα που λαμβάνουν (Ράγια, 2009).

Εν συνεχεία, κρίνεται απαραίτητη η πρωτοβάθμια και η δευτεροβάθμια περίθαλψη του ασθενή. Πιο συγκεκριμένα η παραμονή του στο σπίτι με την καθημερινή παρουσία όλων των αρμόδιων φορέων αλλά και του νοσηλευτή φυσικά, κάποια ιδρύματα, το νοσοκομείο ακόμη και τα εξωτερικά ιατρεία, αποτελούν τον καλύτερο τρόπο φροντίδας του (Forman, 2005). Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και το ψυχολογικό κομμάτι συζητώντας με τον ασθενή για τα συναισθήματά του και τις ανησυχίες του. Παράλληλα με αυτό, πρέπει να τον ζυγίζει και να καταγράφει τα αποτελέσματα ώστε να βλέπει αν εμφανίζει κάποια πρόοδο. Όταν ξεκινά η διαδικασία της σίτισης, οφείλει να γίνεται παρατηρητής. Ουσιαστικά, μπορεί να ρυθμίσει αποτελεσματικά το πρόγραμμα σίτισης, να έχει δηλαδή κάποιο χρονικό διάστημα η μία τροφή από την άλλη, ώστε να μη νιώσει πίεση και αγχώθει. Μπορεί, ωστόσο, να τον ενθαρρύνει, να συζητά μαζί του και να δημιουργήσει ένα ευχάριστο κλίμα ασφάλειας και εμπιστοσύνης (Ράγια, 2009).

Παράλληλα με την τροφή, πραγματοποιείται και ο εργαστηριακός έλεγχος για να βλέπουν αν τους λείπει κάποια ουσία που θα πρέπει να αναπληρωθεί. Για παράδειγμα, η έλλειψη πρωτεϊνών μπορεί να προκαλέσει βλάβες στον οργανισμό και να καταρρεύσει. Εκτός από τις αιματολογικές ελέγχεται και το στόμα για τυχόν οδοντικά προβλήματα από τους συνεχείς εμέτους. Σε συνδυασμό με αυτά, θα πρέπει

να παρακολουθείται και η σωματική άσκηση καθώς είναι απαραίτητη να γίνεται καθημερινά (Forman, 2005).

Υπογραμμίζεται ότι ο νοσηλευτής οφείλει να τους ενθαρρύνει να γυμνάζονται ακόμα και να συμμετέχει μαζί τους. Θα πρέπει να δημιουργήσει μια ουσιαστική σχέση εμπιστοσύνης που θα μπορεί ανά πάσα στιγμή να μιλήσει ελεύθερα ο ασθενής για τους προβληματισμούς του. Σε αυτό μπορεί να βοηθήσει και η οικογένεια, την οποία θα ενημερώνει ο νοσηλευτής και θα της επισημαίνει την σημαντικότητα της βοήθειας στο παιδί ή τον έφηβο αλλά και την ανάγκη για στήριξη, κατανόηση και αγάπη. Όλοι μαζί θα πρέπει να το επιβραβεύουν, να το ενθαρρύνουν και να το ελέγχουν για τυχόν αυτοκτονικές τάσεις ή σκέψεις (Ράγια, 2009).

## 7.2 Νοσηλευτική παρέμβαση

Ο νοσηλευτής μπορεί να εξασφαλίζει ένα ευχάριστο περιβάλλον σίτισης για τον ασθενή με σκοπό να νιώθει οικειότητα και περισσότερη ευχαρίστηση. Κρίνεται υπεύθυνος για τη μέτρηση του σωματικού βάρους με χρήση πάντοτε ζυγαριάς. Πραγματοποιείται χωρίς παπούτσια ώστε να εξασφαλίζει ακριβή αποτελέσματα. Απ' όλες αυτές τις διεργασίες, το μόνο που θα πρέπει να γνωστοποιείται είναι πως όλα πηγαίνουν καλά ώστε να μένει ψύχραιμος και να συνεργάζεται πιο εύκολα (Forman, 2005). Σε άτομα με παχυσαρκία ή βουλιμία, χρειάζεται ιδιαίτερη μεταχείριση καθώς δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να τους κρίνει για το σωματικό τους βάρος. Αντίθετα, είναι σημαντικό να τους ενθαρρύνει να συνεργαστούν ομαδικά ώστε να τους παρέχει την κατάλληλη βοήθεια και με τη σωστή μέθοδο (Σταθοπούλου, 2007).

Ο νοσηλευτής οφείλει να ανταμείβει τον ασθενή σε κάθε τι που κάνει και να του δείχνει εμπιστοσύνη, κάτι που χρειάζονται κυρίως οι έφηβοι. Όταν νοσηλεύεται, αυτόματα σημαίνει πως βρίσκεται σε οξεία φάση. Συνήθως, στη νευρογενή ανορεξία τον σιτίζει μέσω του ρινογαστρικού καθετήρα με τη χορήγηση τροφής σε υγρή μορφή ώστε να περνά πιο εύκολα από τον σωλήνα. Ολοκληρώνοντας, αποφεύγεται διαροπάλου η χορήγηση καθαρικών φαρμάκων (Σταθοπούλου, 2007).

### 7.3 Νοσηλευτικός σκοπός

Πρωτίστως για να μπορέσει ένας νοσηλευτής να βοηθήσει αποτελεσματικά τον ασθενή, θα πρέπει πρώτα ο ίδιος να έχει αποδεχτεί το πρόβλημά του και να θέλει να δεχτεί βοήθεια. Γιατί η εμφάνιση μιας διατροφικής διαταραχής βρίσκει πάντοτε αρνητικό τον πάσχοντα ως προς την αποδοχή της, τον απομακρύνει από τους υπόλοιπους και τον κάνει να σιωπά και να κλείνεται στον εαυτό του. Μπορεί μεν να αποτελεί το πιο δύσβατο σημείο της νόσου, αλλά όσο πιο γρήγορα το αποδεχτεί τόσο πιο εύκολο είναι να μπορέσει και κάποιος να παρέμβει (Forman, 2005).

Ειδικότερα όταν ο ασθενής φτάσει σε σημείο να νοσηλευτεί, ανάλογα με την πάθηση που έχει θα πρέπει να λάβει και την αντίστοιχη θεραπεία. Για παράδειγμα, αν έχει νευρογενή ανορεξία και είναι σε κρίσιμο στάδιο και δε μπορεί να σιτιστεί, θα πρέπει ο ιατρός να τοποθετήσει άμεσα ρινογαστρικό σωλήνα και ο νοσηλευτής να αρχίσει τη σίτιση από εκεί, αφού ενημερώσει πρώτα τον ασθενή γι' αυτό που θα ακολουθήσει (Σταθοπούλου, 2007). Η σίτιση από τον ρινογαστρικό σωλήνα συνοδεύει και τον έλεγχο τυχόν εισρόφησης σε περίπτωση που έχει μετακινηθεί από τη θέση του. Πρέπει να παρακολουθούνται τα παιδιά και οι έφηβοι των οποίων το σωματικό βάρος είναι κάτω από το 80% του φυσιολογικού. Στόχος είναι η αποκατάστασή του, η απομάκρυνση των επιπλοκών, η ενίσχυση κινήτρων, η ενθάρρυνση της ψυχολογίας, η πρόληψη και εν τέλει η υποστήριξή του (Γιαννοπούλου, 2005).

Εντούτοις, είναι σημαντικό να δημιουργηθεί ένα πρωτόκολλο που θα αναφέρει ακριβώς τις μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισης σε κάθε διατροφική διαταραχή ώστε να ακολουθείται ένα πλάνο που θα μπορούν να γίνονται παρεμβάσεις και διορθώσεις. Το πρωτόκολλο θα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακριβή γεύματα και τις ποσότητες καθώς και τα απαραίτητα στοιχεία που δίνει το καθένα. Έπειτα ο ασθενής είναι υποχρεωμένος να σιτίζεται σε συγκεκριμένο χώρο ώστε να μην αλλάζει συνεχώς περιβάλλον και έτσι να μπορεί να παρακολουθείται πιο εύκολα από κάποιο νοσηλευτή (Forman, 2005). Αν δεν του αρέσει γευστικά κάποιο φαγητό, υπάρχει η δυνατότητα να αντικατασταθεί με κάτι που θα περιλαμβάνει τις ίδιες ουσίες, συνήθως κάποια συμπληρώματα διατροφής τα οποία θα καταναλώνονται στον ίδιο χώρο με την ίδια διαδικασία. Ολοκληρώνοντας, υπάρχουν και εκείνες οι περιπτώσεις που μπορεί να επιλέξει και ο ασθενής το γεύμα του, ανάλογα με τις προτιμήσεις του,



αρκεί να είναι κάτι υγιεινό και να περιέχει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά στοιχεία (Γιαννοπούλου, 2005).

#### 7.4 Νοσηλευτική παρέμβαση εντός νοσοκομείου

Πρακτικά, η νοσηλεία εντός νοσοκομείου πραγματοποιείται σε ασθενείς με νευρογενή ανορεξία που έχουν υποσιτιστεί αρκετά και σε ασθενείς με νευρογενή βουλιμία και παχυσαρκία των οποίων η υπερβολική λήψη τροφής και η εκκαθάριση αυτής από τους βουλιμικούς βρίσκεται εκτός ελέγχου. Κύριος ρόλος του νοσηλευτή είναι η χορήγηση των φαρμάκων και η επίβλεψη του σχήματος αυτών για τη διατροφική αποκατάσταση (Forman, 2005).

Αναλυτικότερα στους ανορεξικούς χορηγείται παρεντερική σίτιση όταν έχουν χάσει υπερβολικό σωματικό βάρος, δε μπορούν να σιτιστούν και κινδυνεύουν. Όσοι δε μπορούν να καταναλώσουν κάποια ποσότητα τροφής, λαμβάνουν εκείνες που είναι πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά και άλλα ιχνοστοιχεία. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση των γευμάτων που λαμβάνει ο ασθενής, για το πώς αντιδρά σε αυτές και για τον έλεγχο του σωματικού του βάρους. Αν κάποιος δυσκολεύονται μπορεί να τους το κόψει σε κομμάτια ή να το αναμειξεί με κάποιο υγρό στοιχείο όπως είναι το γάλα ή ο χυμός (MoskowitzL & Weiselberg,2017).

Σε περιπτώσεις βουλιμικών ασθενών, ο νοσηλευτής οφείλει να μην κρίνει το άτομο αυτό και να προσπαθεί ο ίδιος να καταλάβει τις ενδείξεις ύπαρξης νευρογενούς βουλιμίας χωρίς να το κουράζει. Η ψυχογενής βουλιμία στον χώρο του νοσοκομείου ελέγχεται πιο εύκολα γιατί ο ασθενής τις περισσότερες φορές αισθάνεται ντροπή και δεν προκαλεί εμετούς. Ωστόσο, πρέπει να ελέγχεται το σωματικό του βάρος δύο με τρεις φορές την εβδομάδα. Όσον αφορά τις ώρες των γευμάτων, πρέπει να προσέχει να τρώει όλο του το φαγητό, να μην το πετάει, να προκαλεί εμετό μετά το γεύμα και να τρώει σωστά ώστε να αποφευχθούν τυχόν επεισόδια πνιγμού ή εισρόφησης. Ολοκληρώνοντας, σε κάθε χορήγηση αγωγής από το στόμα, θα πρέπει να επιβεβαιώνεται πως τα έχει λάβει όλα σωστά (Castillo & Weiselberg, 2017).

Τελειώνοντας με την παχυσαρκία, επιδιώκεται η αποβολή των κιλών μέσω φαρμακευτικής αγωγής ώστε να αποφευχθεί η εμφάνιση ασθενειών. Ο νοσηλευτής φροντίζει να λάβει ο ασθενής τη φαρμακευτική αγωγή και ελέγχει συνεχώς τα ζωτικά

σημεία και την παλμική οξυμετρία. Στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι απαραίτητη και η ψυχολογική υποστήριξη καθώς το άτομο πεινά, δε μπορεί να σιτιστεί και είναι πολύ πιθανό να εμφανιστούν ψυχικές διαταραχές (Kiess, Marcus & Wabitsc, 2004).

#### 7.5 Νοσηλευτική παρέμβαση στα εξωτερικά ιατρεία

Κατά την πρώτη επίσκεψη του ασθενή στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου συνίσταται ιατρική και ψυχιατρική αξιολόγηση για τη λήψη ιστορικού και την εκτίμηση της κατάστασης. Εκτός από τον θεράπων ιατρό, βλέπει τον ψυχίατρο και τον διατροφολόγο. Για τα παιδιά οι συνεδρίες στον ψυχίατρο πραγματοποιούνται μία φορά την εβδομάδα ενώ για τους εφήβους δύο (Σταθοπούλου, 2007). Καλό είναι πριν την έναρξη των συνεδριών ο ψυχίατρος να έχει επικοινωνήσει πρώτα με τους γονείς ώστε να διαμορφώσει μια πρώτη εικόνα για το περιβάλλον του. Η συνεδρία με τον ψυχίατρο συνήθως συνδυάζεται και με τον διατροφολόγο για τον έλεγχο της σωστής και ισορροπημένης του διατροφής. Επίσης δημιουργούνται και ψυχοθεραπευτικές ομάδες ώστε να μπορούν να συζητούν σε ομαδικό επίπεδο για το πρόβλημά τους, να εντοπίζονται τα κοινά σημεία και να αντλούν δύναμη ο ένας από τον άλλο (Μισουρίδου, 2007).

Σχετικά με τον έλεγχο της διατροφής, της ψυχολογικής του κατάστασης και της παροχής φαρμακευτικής αγωγής, η νοσηλεία μπορεί να πραγματοποιηθεί από το σπίτι. Ο ιατρός μπορεί να επισκέπτεται τον ασθενή τακτικά, να ελέγχει την κατάστασή του και να έχει ορίσει έναν νοσηλευτή που θα τον προσέχει και θα φροντίζει για τη σωστή διεκπεραίωση της θεραπευτικής προσέγγισης. Επίσης ο ψυχίατρος μπορεί να πραγματοποιεί κατ' οίκον συνεδρίες ή να ζητά από τον ασθενή να έρχεται στο γραφείο του όταν δεν επικρατεί καλό κλίμα στο σπίτι (Μισουρίδου, 2007).

#### 7.6 Νοσηλευτής και κατ' οίκον νοσηλεία

Στην κατ' οίκον νοσηλεία, ο ασθενής παραμένει στο σπίτι και λαμβάνει από εκεί την θεραπεία του με την παρουσία πάντοτε ιατρού και νοσηλευτή. Συγκεκριμένα ο ιατρός πραγματοποιεί καθημερινές επισκέψεις προκειμένου να ελέγχει σε τακτά χρονικά

διαστήματα την πορεία της υγείας του και ο νοσηλευτής φροντίζει ώστε να λάβει σωστά την αγωγή του και να σιτιστεί. Ο νοσηλευτής, ωστόσο, είναι εκείνος που καταγράφει τη μερίδα που θα φάει, τον χρόνο που θα χρειαστεί και την εμφάνιση τυχόν αντενδείξεων τόσο ως προς τη λήψη τροφής όσο και ως προς την αποβολή αυτής. Μια φορά την εβδομάδα φροντίζει να τον ζυγίζει ώστε να μπορεί μετά να παρεμβαίνει στη θεραπεία (Σταθοπούλου, 2007).

Εκτός από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, στο σπίτι πηγαίνει και ο διατροφολόγος για την παροχή δίαιτας, τον έλεγχο βάρους, την παρατήρηση για το αν έχει αποτέλεσμα η διατροφή που του έχει δώσει και για την καθοδήγησή του διατροφικά. Συνεχίζει η θεραπευτική προσέγγιση, με την παρουσία του ψυχιάτρου ο οποίος συζητά με τον ασθενή για το πώς αισθάνεται. Υπάρχουν και οι περιπτώσεις εκείνες που οργανώνονται ομαδικές συνεδρίες με πάσχοντες ώστε να συζητήσουν ελεύθερα και να εντοπίσουν κοινά βιώματα (Σταθοπούλου, 2007).

#### 7.7 Στάδιο ανάρρωσης και νοσηλευτής

Το στάδιο ανάκαμψης επέρχεται όταν ο ασθενής έχει ολοκληρώσει τη θεραπεία του στο νοσοκομείο και είναι σε θέση να λάβει εξιτήριο και να επιστρέψει στην οικεία του. Στο σημείο αυτό ξεκινά το στάδιο της ανάκαμψης που θα πρέπει οπωσδήποτε να καθοδηγείται από κάποιον ειδικό προκειμένου να μην παλινδρομήσει. Η θεραπεία περιλαμβάνει συνεχή συνεργασία με ιατρό, νοσηλευτή, διατροφολόγο και ψυχίατρο. Μπορεί, ωστόσο, να πάει και σε κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης που είναι απαραίτητα ώστε να μην υποτροπιάσει πάλι. Οι νοσηλευτές, επομένως, χρειάζονται σωστή εκπαίδευση και ενημέρωση για την αναγνώριση των συναισθηματικών και σωματικών συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών ώστε να μπορούν να κάνουν παραπομπές σε άλλες εγκαταστάσεις υγείας και να διασφαλίσουν τη σωστή περίθαλψη των ατόμων (Ράγια, 2009).

Ο δρόμος προς την ανάρρωση είναι μακρύς και δύσκολος. Πρέπει να παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπευτική και ψυχολογική υποστήριξη που μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα στην υγεία του ασθενή. Στην αρχή της ανάρρωσης, όπου οι ασθενείς κάνουν κάτι για πρώτη φορά, οι νοσηλευτές θα πρέπει να τους στηρίζουν, να τους παρέχουν ένα σωστό περιβάλλον και να τους βοηθούν στη σίτισή τους. Είναι πρόπον

να συζητούν, να τους προτρέπουν να βελτιώνονται και να τους καθοδηγούν εφ' όσον κριθεί αναγκαίο. Αυτό θα τους βοηθήσει στην πορεία βελτίωση της υγείας τους και σίγουρα οι ασθενείς θα τους ευγνωμονούν γι' αυτό. Όταν ολοκληρωθεί η θεραπεία, θα πρέπει να τους έχουν εφοδιάσει με όλα τα απαραίτητα προνόμια ώστε να μπορούν να συντηρούνται μόνοι τους αλλά να έχουν και το θάρρος να ζητούν βοήθεια εφόσον χρειαστεί (Σαρρής, 2001).

Είναι ωφέλιμο να μπορεί ένας νοσηλευτής να αναγνωρίζει και να προλαμβάνει μια διατροφική διαταραχή γιατί μπορεί να προλάβει την εμφάνιση ακραίων καταστάσεων, όπως είναι οι αυτοκτονικές τάσεις. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, μπορεί να εξελιχθεί, να διευρύνει τις γνώσεις του και να συμβάλλει στον εντοπισμό ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο (Ράγια, 2009).

#### 7.8 Σχολική μονάδα και νοσηλευτής

Είναι σημαντικό να κατανοήσουν όλοι τη σπουδαιότητα ενός νοσηλευτή σε μια σχολική μονάδα. Έχει την ικανότητα να ενημερώνει τόσο το εκπαιδευτικό προσωπικό όσο και τους μαθητές για τις διατροφικές διαταραχές και τη σπουδαιότητά τους ως εξωτερικός συνεργάτης (Wolfe, 2006). Πρέπει να κατανοήσουν πως τα αγόρια και τα κορίτσια έχουν διαφορετικές διατροφικές συνήθειες, κάτι που επηρεάζεται και από εξωτερικούς παράγοντες. Οφείλουν να γνωρίζουν πως μερικά πρώιμα σημάδια είναι η παράλειψη του μεσημεριανού φαγητού, η συχνή χρήση και μη τουαλέτας μετά από κάθε γεύμα, οι αλλαγές στην εξωτερική τους εμφάνιση, στο σωματικό τους βάρος και στον χαρακτήρα τους. Επίσης, είναι απαραίτητο να τονιστεί πως σε αυτές τις ηλικίες πρέπει να σιτίζονται υγιεινά, να ακολουθούν πρόγραμμα διατροφής και να αποφεύγουν την υπερβολική κατανάλωση και μη μεγάλων ποσοτήτων τροφής (Olivero, 2015).

Είναι σημαντική η σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση των μαθητών και των διδασκόντων ώστε να είναι σε θέση να εντοπίζουν σημάδια και να προλαμβάνουν μια κατάσταση προτού να είναι αργά. Για μεγαλύτερη βοήθεια θα μπορούσαν να καλούν νοσηλευτή να πραγματοποιεί μαθήματα με θέμα την αγωγή της υγείας και να δίνει στους μαθητές όλες τις απαραίτητες πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν τόσο σε θέματα υγείας όσο και ζωής (Wolfe, 2006). Μολαταύτα, μπορούν να οργανώνουν σε

τακτά χρονικά διαστήματα ημερίδες, σεμινάρια με διάφορα θέματα της υγείας όπως είναι οι διατροφικές διαταραχές που μας απασχολούν με την υποχρεωτική συμμετοχή των γονέων με απώτερο σκοπό την πραγματοποίηση μιας σφαιρικής ενημέρωσης. Τέλος, δεν θα πρέπει να ασκείται πίεση και έντονη κριτική στους μαθητές γιατί έχουν την τάση να το εκλαμβάνουν διαφορετικά και να προκύπτουν αντίθετες συμπεριφορές (Olivero, 2015).

Τα τελευταία χρόνια έχει κριθεί αναγκαία η ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή στις σχολικές μονάδες. Ένας σχολικός νοσηλευτής είναι απαραίτητος στην αντιμετώπιση και πρόληψη παραγόντων υγειονομικής περιθάλψης των παιδιών και των εφήβων. Στόχος του είναι να παρεμβαίνει σε πραγματικά προβλήματα υγείας εντός του σχολικού χώρου. Για παράδειγμα, να περιθάλψει ένα παιδί ή έναν έφηβο που χτύπησε ή να προσέχει κάποιον με σακχαρώδη διαβήτη (Olivero, 2015). Πάντοτε συνεργάζεται με τους γονείς όταν πρόκειται για θέμα υγείας ώστε να γίνεται σωστή παρακολούθηση, να είναι ενήμεροι οι γονείς για την κατάσταση της υγείας του και να μπορεί να παρέμβει θεραπευτικά εφόσον χρειαστεί. Εν κατακλείδι, του παρέχεται το δικαίωμα του ελέγχου για τυχόν λοιμώξεις, να ενημερώνει μαθητές και εκπαιδευτικούς για τη σπουδαιότητα της πρόληψης και να φροντίζει να τηρούνται όλοι οι κανόνες υγιεινής, τόσο σε διατροφικό όσο και σε σωματικό επίπεδο (Wolfe, 2006).

Ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή – τριας κρίθηκε αναγκαίος και κατά την εμφάνιση του covid-19 καθώς προέκυψαν αρκετές προκλήσεις για τους μαθητές και τους δασκάλους. Μελέτες έδειξαν πως είναι σημαντικός ο ρόλος που διαδραματίζει μέσα σε μία σχολική μονάδα όσον αφορά την υγεία, την ευεξία και την ασφάλεια. Μέσω αρκετών ερευνών που εντοπίστηκαν στο διαδίκτυο (1494 εγγραφές που αφορούσαν τους σχολικούς νοσηλευτές) έδειξαν ότι είναι σημαντική η παρουσία τους καθώς διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και θεραπεία. Συγκεκριμένα, βελτιώνουν την υγεία παιδιών και εφήβων που παρουσιάζουν άσθμα με αποτέλεσμα  $j=6$ , σακχαρώδη διαβήτη  $j=2$  και βοηθούν στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας με αποτέλεσμα  $j=6$ . Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί σημείο περαιτέρω εξέτασης καθώς είναι ένα θέμα που δεν έχουν ασχοληθεί και αρκετοί μελετητές (Pawlis et al, 2023).

## Ειδικό μέρος

### 8 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση των διατροφικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους καθώς και η νοσηλευτική προσέγγιση αυτών.

Ως επιμέρους στόχοι τίθενται:

- Η σοβαρότητα των διατροφικών διαταραχών στην υγεία
- Οι συνηθέστερες διατροφικές συνήθειες σε αυτές τις ηλικίες και πως επηρεάζουν τον καθένα
- Ο τρόπος αντιμετώπισης των ανωτέρω
- Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών

### 9 Μεθοδολογία

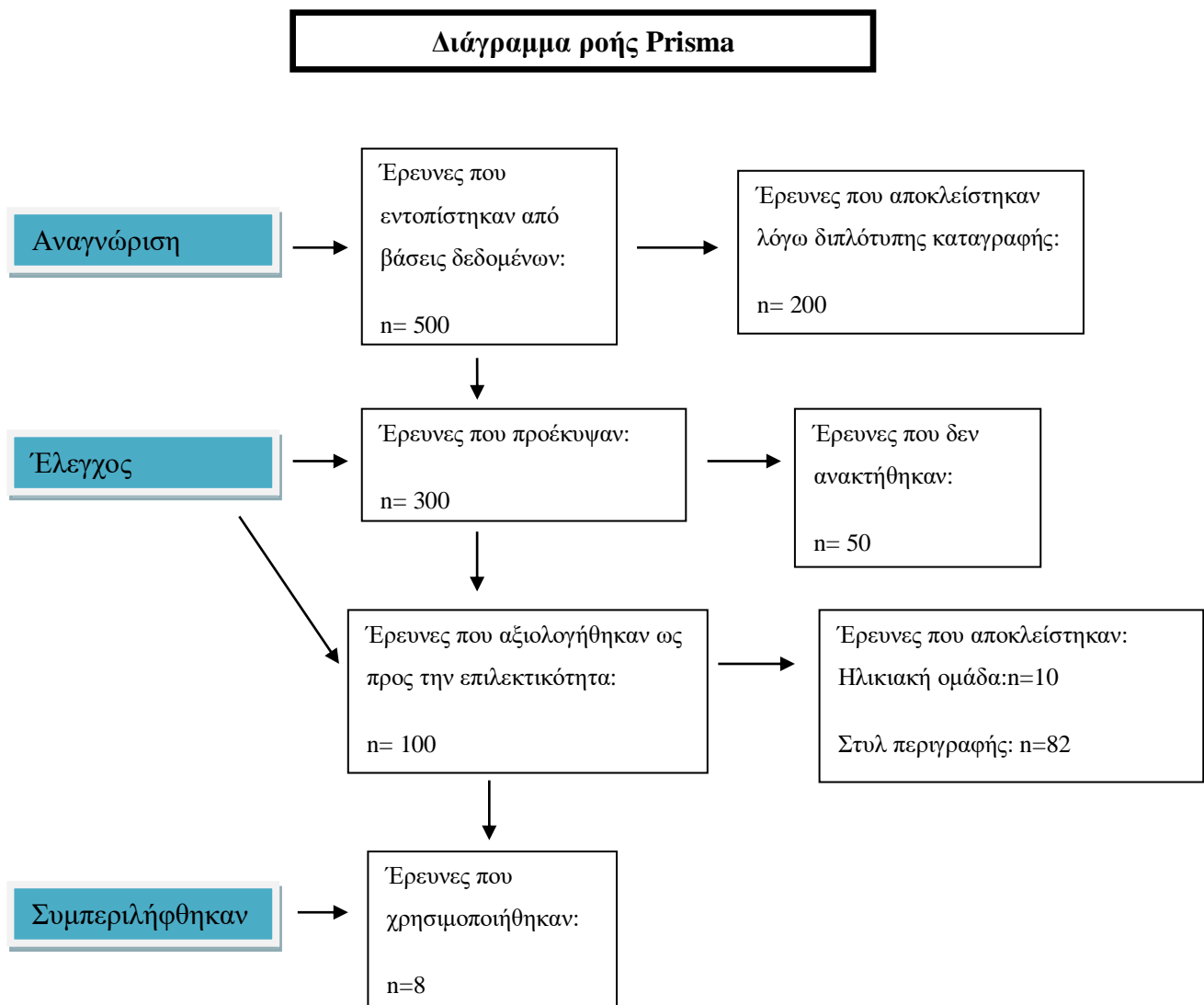
Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εκπονήθηκε με τη συστηματική ανασκόπηση άρθρων στην ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία. Οι λέξεις – κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: διατροφικές διαταραχές, νευρογενής ή ψυχογενής ανορεξία, νευρογενής ή ψυχογενής βουλιμία, παχυσαρκία, θεραπεία, φροντίδα, παιδί, έφηβος, ο ρόλος του νοσηλευτή, nutritional disorders, neurogenic or psychogenic anorexia, neurogenic or psychogenic bulimia, obesity, treatment, care, child, adolescent, the role of the nurse. Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε διεθνείς βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων (Medline, PubMed, Scopus, Cochrane Library) καθώς αξιοποιήθηκαν συνώνυμοι όροι και συνδυασμός αυτών. Τα άρθρα που κρίθηκαν απαραίτητα και χρησιμοποιήθηκαν είναι δημοσιευμένα από το 2008 – 2023, αφορούν μελέτες που αναφέρουν τουλάχιστον ένα αποτέλεσμα αλλά και ποσοτικές μελέτες, προοπτικές μελέτες, ποιοτικές μελέτες και μελέτες παρατήρησης.

Η συστηματική ανασκόπηση είναι ένα αξιολογικό εργαλείο από το οποίο προσεγγίζεται η βιβλιογραφία και αναλύονται τα αποτελέσματα με βάση πρώιμες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί. Έχει ως στόχο τον εντοπισμό νέων ερευνητικών κατευθύνσεων και την επεξήγηση διαφόρων θεμάτων προς μελέτη. Εμπεριέχει την τεχνική με την οποία αναβαθμολογούνται τα ήδη υπάρχοντα στοιχεία που προκύπτουν από διάφορες

αναφορές με σκοπό την εύρεση ευδιάκριτων συμπερασμάτων. Ολοκληρώνοντας η συγγραφή της συστηματικής ανασκόπησης στηρίζεται σε αρχές και κανόνες που υποχρεούται να ακολουθεί κάποιος με σκοπό να αποφευχθούν τυχόν ασάφειες, λάθη έτσι ώστε να προκύπτουν σωστά και αληθή αποτελέσματα για ένα θέμα (Πατελάρου & Μπροκαλάκη, 2010).

Τα βήματα που θα ακολουθήσει ο κάθε ερευνητής σε μία συστηματική ανασκόπηση θα πρέπει να είναι ξεκάθαρα και πλήρως κατανοητά ώστε να μπορέσουν να αξιοποιηθούν σωστά από μελλοντικούς ερευνητές. Το PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta - Analyses) είναι το πιο γνωστό αξιολογικό κριτήριο για την εισαγωγή άρθρων στη μελέτη, το οποίο και εξασφαλίζει μια ακέραιη διαδικασία ανασκόπησης. Εκδόθηκε για πρώτη φορά το 2009, με αρκετές βελτιώσεις το 2020. Περιλαμβάνει ορισμένα πεδία προς συμπλήρωση, όπως είναι ο τίτλος, η περίληψη και παρουσιάζει λεπτομερή ανάλυση για το κάθε πεδίο καθώς και το διάγραμμα ροής PRISMA. Συγκεκριμένα εμπεριέχει τις μελέτες που συγκεντρώθηκαν, που αφαιρέθηκαν καθώς και τον λόγο για τον οποίο εξαλείφτηκαν. Εν τούτοις με το συγκεκριμένο διάγραμμα ροής μπορούν να αξιολογηθούν τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν, κάτι που προσδίδει εγκυρότητα και αξιοπιστία στα ευρήματα που προέκυψαν (PRISMA flow diagram, 2020).

### Διάγραμμα ροής Prisma



### 10 Αποτελέσματα

Πραγματοποιήθηκε μελέτη στο Σικάγο και στο Στάνφορντ σχετικά με ηλικίες 12-18 ετών που πληρούσαν τα κριτήρια για νευρογενή βουλιμία ή μερική βουλιμία. Έλαβαν δείγμα από 130 άτομα και τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν με βάση την έναρξη της θεραπείας, το τέλος αυτής καθώς και την 6μηνη και 12μηνη παρακολούθηση μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Στην αρχή παρουσιάστηκαν δυσκολίες ως προς την αποφυγή της βουλιμίας με μικρό ποσοστό για 4 εβδομάδες περίπου. Αναλυτικότερα ο ασθενής ήταν αναγκαίο να συνειδητοποιήσει την κατάστασή του, να δεχτεί το πρόβλημα που εμφανίζεται και να καταφέρει να συνεργαστεί με αρμόδιους φορείς,



όπως είναι ο ιατρός, ώστε να μπορέσει να εξαφανίσει τους παράγοντες κινδύνου που είναι υπαίτιοι και έτσι να επέλθει η βελτίωση και η αποκατάσταση της υγείας του, σωματική και ψυχική. Ουσιαστικά έπρεπε να αλλάξει τη δυσλειτουργική συμπεριφορά που παρουσίαζε από την έναρξη της θεραπείας. Σημαντικό κριτήριο αποτέλεσε η αξιολόγηση της συμπεριφοράς από τον αρμόδιο, κάτι που μπόρεσε τελικά να διορθώσει τις λανθασμένες αντιλήψεις που είχε για τα συναισθήματά του, για τις ανάγκες του αλλά και για την ικανότητά του να ελέγξει τον εαυτό του. Μέσω της θεραπείας απέκτησε το έναυσμα να συνειδητοποιήσει τη σοβαρότητα του προβλήματος αλλά και τον τρόπο αντιμετώπισής του. Για το λόγο αυτό παρουσιάστηκαν και τα ανάλογα ποσοστά σε αυτές τις ηλικίες κατά την έναρξη της θεραπείας (Grange et al, 2015).

Κατά την ολοκλήρωση της θεραπείας εμφανίστηκαν ποσοστά 39% έναντι 20% ( $p=0,040$ ), στους 6 μήνες 44% έναντι 25% ( $p=0,030$ ) και στους 12 μήνες 49% έναντι 32% ( $p=0,130$ ). Σε αυτό το σημείο παρατηρείται ότι με την πάροδο του χρόνου η θεραπεία άρχισε να έχει αποτέλεσμα και να δρα αποτελεσματικά για τον καθένα. Αυτό βασιζόταν στη σωστή και ουσιαστική καθοδήγηση που λάμβανε το κάθε άτομο καθώς και στην αντιμετώπιση μιας τέτοιας πάθησης που σημαντικό ρόλο διαδραμάτιζε η στήριξη και η βοήθεια τόσο από το οικογενειακό περιβάλλον όσο και από κάποιον ειδικό. Με τον καιρό το άτομο συνειδητοποιούσε την κατάστασή του, προσπαθούσε να τη βελτιώσει, κάτι που μας δείχνει τα παραπάνω ποσοστά. Μπορεί να είναι μεν δύσκολη η θεραπεία αλλά φαίνεται πως φέρει ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Ολοκληρώνοντας εκτός από την παροχή βοήθειας οι ερευνητές ανέφεραν πως είναι σημαντική και η κατανόηση από το ίδιο το άτομο καθώς και η προσπάθεια που καταβάλλει για να βελτιωθεί (Grange et al, 2015).

Μια άλλη μελέτη που βασίζεται στη σύνδεση της παχυσαρκίας με την κατάθλιψη στα παιδιά, χρησιμοποιήθηκαν διαγράμματα που αφορούσαν το φύλο. Συνολικά μετρήθηκαν 143.603 παιδιά, όπου σύμφωνα με τις μελέτες που βρέθηκαν και συνοψίστηκαν, φαίνεται πως η κατάθλιψη σε παιδιά με παχυσαρκία είναι στο 10,4% και σε παιδιά με φυσιολογικό σωματικό βάρος είναι σε ποσοστό μικρότερο του 10,4%. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι η παχυσαρκία είναι αποτέλεσμα συναισθηματικής και ψυχικής διαταραχής. Έχουν κατάθλιψη λόγω κάποιου γεγονότος ή μιας κατάστασης που έχει προκύψει με αποτέλεσμα να τρώνε μανιωδώς και να πιστεύουν έτσι πως απομακρύνουν από τη σκέψη τους το πρόβλημα εκείνο

που τους απασχολεί. Αυτή η πίεση που βιώνουν σε ψυχικό επίπεδο αυξάνει τόσο το σωματικό τους βάρος όσο και τα ψυχολογικά προβλήματα που εμφανίζουν. Αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου που χρήζει άμεση αντιμετώπιση καθώς ενδέχεται να συνεχιστεί στην ενήλικη ζωή (Shailen et al, 2018).

Επιπροσθέτως η μελέτη έδειξε πως τα κορίτσια με παχυσαρκία παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με εκείνα που έχουν φυσιολογικό σωματικό βάρος. Αναλυτικότερα ένιωθαν μειονεκτικά με την εξωτερική τους εικόνα και πίστευαν πως ο περίγυρός τους, τους χλευάζει. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να κλείνονται στον εαυτό τους και να αποκόπτονται από την οικογένεια. Συμβαίνει στα κορίτσια καθώς είναι εκείνες που δίνουν μεγάλη βαρύτητα στην εξωτερική τους εμφάνιση και συγκεκριμένα στο σώμα τους και στο πρόσωπό τους. Θέλουν να είναι αρεστές στο ευρύ κοινό και αν δεν συμβεί αυτό στενοχωριούνται, αγχώνονται και εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης (Shailen et al, 2018).

Εν κατακλείδι στη συγκεκριμένη έρευνα επισημάνθηκε το γεγονός πως δεν εντοπίστηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ των παχύσαρκων αγοριών σχετικά με την κατάθλιψη και ότι θα πρέπει να πραγματοποιηθεί περαιτέρω έρευνα για διευκρίνιση. Πιστεύουν πως ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι τα αγόρια έχουν διαφορετικό χαρακτήρα σε σχέση με τα κορίτσια και δεν δίνουν μεγάλη βαρύτητα στο τι συμβαίνει γύρω τους ή στη σχέση τους με οικείους καθώς και στην εικόνα που έχουν οι άλλοι για τους ίδιους. Αυτό δεν τους προκαλεί ιδιαίτερο άγχος άρα δεν εκδηλώνει και εκείνα τα συμπτώματα που θα το οδηγήσουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Σε αυτή την εκδοχή είναι απαραίτητη η διεκπεραίωση μιας ενδεδειγμένης έρευνας του συγκεκριμένου θέματος με αντικειμενικά και αληθή αποτελέσματα (Shailen et al, 2018).

Πραγματοποιήθηκε μελέτη στην Ινδία με πληθυσμό 900 έφηβους για έλεγχο λιπομέτρησης ηλικίας 12-15 ετών. Ο συνήθης Δείκτης Μάζας Σώματος ήταν  $17,3\text{kg/m}^2$ , με 9,9% οι υπέρβαροι και 4,8% οι παχύσαρκοι. Στα αγόρια που ήταν υπέρβαρα το ποσοστό ήταν 9,3% και στα κορίτσια 10,5%. Σύμφωνα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος παρατηρήθηκε ότι το 23,9% (215) ήταν λιποβαρείς, το 60,6% (546) βρίσκονταν σε φυσιολογικά επίπεδα, οι υπέρβαροι ήταν 11,4% (103) και το 4% (36) ήταν οι παχύσαρκοι. Ο κίνδυνος αύξησης του σωματικού τους βάρους ήταν μεγαλύτερος σε εκείνους που ανέφεραν ότι δε γυμνάζονταν και ακολουθούσαν έναν

καθιστικό τρόπο ζωής με τη λήψη μη υγιεινής διατροφής. Ο συνδυασμός σωστής υγιεινής διατροφής με τη σωματική άσκηση αποτελούν σημαντικό κριτήριο για τη διατήρηση του σωματικού βάρους στα επιθυμητά επίπεδα αλλά και την αποφυγή εμφάνισης προβλημάτων υγείας (Shashidhar et al, 2010).

Αναλυτικότερα είναι σημαντικό από μικρή ηλικία να μπορεί κάποιος να ξεχωρίζει το υγιεινό από το ανθυγιεινό και τα οφέλη της άσκησης. Είναι κάτι που θα πρέπει να ακολουθεί σε όλη την πορεία της ζωής του και να πορευτεί με αυτό. Οι γονείς είναι δίπλα στο παιδί από την έναρξη της ζωής του και είναι εκείνοι που θα του γνωστοποιήσουν τι είναι καλό για το ίδιο, να μάθει δηλαδή να αγαπά τον εαυτό του και το σώμα του. Μόνο αν ακολουθηθούν όλα τα παραπάνω θα μπορέσει ένα παιδί να αποφύγει να γίνει υπέρβαρο ή παχύσαρκο γιατί αν δεν τα καταφέρει θα συνεχιστεί στο μεγαλύτερο μέρος της ζωής του (Shashidhar et al, 2010).

Σε αγγλικά άρθρα που δημοσιεύτηκαν από το 1966 έως το 2010 έδειξαν τα ποσοστά θνησιμότητας σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Πήραν δείγμα από 166.642 άτομα με νευρογενή ανορεξία και από 32.798 με νευρογενή βουλιμία. Τα ποσοστά θνησιμότητας ήταν άνω του 5,1% για τους ανορεξικούς και άνω του 1,7% για τους βουλιμικούς (Arcelus et al, 2011). Πρόκειται για μια σοβαρή ψυχική νόσο με αρκετές επιπτώσεις στο άτομο. Χάνει σε σύντομο χρονικό διάστημα βάρος με αποτέλεσμα να αποκτά ένα αρκετά αδυνατισμένο σώμα με μηδενική όρεξη για σίτιση. Η απώλεια κιλών επιφέρει σημαντική έλλειψη πρωτεϊνών, βιταμινών για τον οργανισμό καθώς και άλλων στοιχείων που είναι απαραίτητα για την επιβίωσή του. Είναι δύσκολο να επέλθει θεραπεία καθώς το άτομο δεν είναι σε θέση να αποδεχτεί την κατάστασή του, την θεωρεί φυσιολογική και δεν επιθυμεί να συζητήσει καθώς δεν εντοπίζει κάποιο πρόβλημα που να αφορά το ίδιο. Τα άτομα αυτά φτάνουν στο σημείο της αυτοκτονίας όταν πλέον έχουν επιτύχει τον στόχο τους και τότε αντιλαμβάνονται το κακό που έχουν προκαλέσει στην υγεία τους αλλά και στους ίδιους (Arcelus et al, 2011).

Η νευρογενής ανορεξία έχει υψηλά ποσοστά θνησιμότητας σε σχέση με τη νευρογενή βουλιμία και επηρεάζει συνήθως κοπέλες που βρίσκονται στην εφηβεία. Ωστόσο, δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία που να επαρκούν για τα στατιστικά της νευρογενής βουλιμίας, κάτι που χρήζει περαιτέρω ερευνητική προσέγγιση. Όσον αφορά τις κοπέλες είναι πιο επιρρεπής στην εμφάνιση της συγκεκριμένης νόσου καθώς είναι και εκείνες που επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό. Συγκεκριμένα η μελέτη αναφέρει

πως αυτό συμβαίνει κυρίως στην εφηβεία, μια ηλικία που επιφέρει τη μετάβαση από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή. Αρχίζουν να ανακαλύπτουν τον κόσμο γύρω τους αλλά και να γίνονται αυτόνομες. Σε αυτό το σημείο λόγω της ωραιοπάθειας που αποκτούν, μιμούνται μοντέλα με αρκετά αδυνατισμένο σώμα καθώς επιθυμούν να γίνονται αρεστές τόσο στα αγόρια όσο και στην κοινωνία γενικότερα. Με αυτό τον τρόπο νιώθουν αυτοπεποίθηση και αγάπη για τον ίδιο τους τον εαυτό. Ωστόσο θεωρούν πως μόνο με ένα αρκετά αδυνατισμένο σώμα θα μπορέσουν να συνυπάρξουν μέσα σε μια κοινωνία αλλά και να επιβληθούν. Δυστυχώς απομακρύνονται από την οικογένεια και βρίσκουν καταφύγιο σε φίλους, κάτι που δεν θα τους προσφέρει τις απαραίτητες συμβουλές που θα τους βοηθήσει να ζουν αρμονικά (Arcelus et al, 2011).

Έρευνα βασισμένη στις διατροφικές διαταραχές που αφορούσε τον επιπολασμό της παχυσαρκίας σε Ελληνόπουλα ηλικίας 1 – 12 ετών κατά τα έτη 2001 – 2010 έδειξε ότι το 10,2% είναι παχύσαρκα και το 23,7% είναι υπέρβαρα. Με βάση τα δύο αυτά φύλα, το 11% των αγοριών ήταν παχύσαρκα και το 9,7% των κοριτσιών ήταν υπέρβαρα, κάτι που κυμάνθηκε σε ποσοστό του 24,1% στα αγόρια συνολικά και 23,2% στα κορίτσια. Τα αγόρια είχαν μεγαλύτερο σωματικό βάρος από τα κορίτσια και μέσω των ερευνητικών δεδομένων αναδείχτηκε ότι τα ποσοστά αυτά είχαν άνοδο το 2001 – 2003 και σταθερότητα το 2003 – 2010 (Kotaniδου, 2013).

Η παχυσαρκία είναι μια ύπουλη ασθένεια που προσβάλλει κυρίως την παιδική ηλικία. Σχετίζεται με την διατροφική διαπαιδαγώγηση που δείχνουν οι γονείς στα παιδιά καθώς είναι υπεύθυνοι για την ανατροφή τους. Αναφέρθηκε επαρκώς πως λόγω έλλειψης χρόνου και απομάκρυνσης της γυναίκας από το νοικοκυριό το παιδί καταλήγει να σιτίζεται με γρήγορο φαγητό και ανθυγιεινό καθώς δεν είναι σπιτικά μαγειρεμένο. Όσον αφορά τη μελέτη τα αγόρια έχουν παραπάνω κιλά σε σχέση με τα κορίτσια και είναι εκείνα με το μεγαλύτερο ποσοστό. Δεν έχει διαχωριστεί επακριβώς ο λόγος που συμβαίνει αυτό αλλά μπορεί να προστεθεί επιπλέον το άγχος που βιώνουν με την απομάκρυνση της μητέρας από το σπίτι αλλά και του αισθήματος της παραμέλησης. Τα αγόρια είναι πιο κοντά με τη μητέρα και σε κάθε περίπτωση την χρειάζονται σε αντίθεση με τα κορίτσια που είναι πιο ανεξάρτητα. Μολαταύτα μπορεί να βιώνουν άγχος με τα μαθήματα τους καθώς και με τη σχολική τους επίδοση που πάλι κάποιος γονέας θα τους παραμελεί λόγω φόρτου εργασίας. Πρόκειται για μια

σοβαρή κατάσταση γιατί γίνεται αναφορά σε ένα παιδί, κάτι που θα πρέπει να λάβει υπόψη η κοινωνία ολόκληρη (Kotanidou, 2013).

Για την προσπάθεια αντιμετώπισης της νευρογενούς ανορεξίας ερευνήθηκε το φάρμακο με την ονομασία ολανζαπίνη στο οποίο συγκρίνεται με ένα απλό φάρμακο ως προς την δράση τους για την καταπολέμηση της συγκεκριμένης ασθένειας σε εφήβους συγκριτικά με τους ενήλικες. Το δείγμα που μελετήθηκε ήταν 304 ασθενείς με νευρογενή ανορεξία. Η μέση διαφορά μεταξύ της θεραπείας με ολανζαπίνη και του απλού φαρμάκου ήταν  $0,67\text{kg/m}^2$  ( $p=0,01$ ). Σε εκείνους που έλαβαν την ολανζαπίνη αυξήθηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος κατά  $0,68\text{kg/m}^2$  σε σχέση με εκείνους που έλαβαν το απλό. Δύο μελέτες έδειξαν πως η ολανζαπίνη λειτουργεί επικουρικά σε έναν έφηβο και κανονικά σε έναν ενήλικα (Han et al, 2022).

Ουσιαστικά πρόκειται για ένα αντιψυχωσικό φάρμακο το οποίο μπορούν να λάβουν τόσο οι έφηβοι όσο και οι ενήλικες. Δημιουργεί ορισμένες παρενέργειες όπως είναι η αύξηση του σωματικού βάρους, κάτι που αυξάνει το Δείκτη Μάζας Σώματος. Χορηγείται σε ανορεξικούς καθώς εμφανίζουν ψυχικά προβλήματα. Βελτιώνει την ψυχική τους κατάσταση αλλά αυξάνει και το σωματικό τους βάρος, κάτι που μπορεί να επιφέρει την εμφάνιση λιπιδίων και γλυκόζης στο αίμα σε μεγάλα ποσοστά. Επιπροσθέτως μπορεί να προκαλέσει μυϊκή ατροφία αλλά και αμηνόρροια στις γυναίκες μικρότερης ή μεγαλύτερης ηλικίας αντίστοιχα. Δεν έχει διαπιστωθεί ακόμη η καταλληλότητά του όσο και η αποτελεσματικότητά του και η ασφαλής χρήση του. Τελειώνοντας η διακοπή του θα πρέπει να γίνει σταδιακά αλλιώς μπορεί το άτομο να υποτροπιάσει και να επέλθουν αντίθετα αποτελέσματα. Συνήθως προκαλείται ναυτία, έμετος, πόνος σε ολόκληρο το σώμα και μπορεί να οδηγήσει σε ψύχωση και απώλεια όρεξης, κάτι που δεν είναι εύλογο για ένα άτομο με νευρογενή ανορεξία (Han et al, 2022).

Πρόσφατη μελέτη έτη 2023 βασιζόμενη στη σημαντικότητα των σχολικών νοσηλευτών – τριών σε μια σχολική μονάδα έδειξε πως από τα δύο σημεία που εξετάστηκαν, το πρώτο αξιολογήθηκε με  $k=16$  και το δεύτερο με  $j=357$  που περιλαμβάνονται στις  $k=16$  μονάδες μέτρησης της έρευνας. Με βάση τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι σχολικοί νοσηλευτές είναι απαραίτητοι για μια σχολική μονάδα καθώς βοηθούν στη βελτίωση της υγείας των παιδιών και των εφήβων με άσθμα ( $j=6$ ), διαβήτη ( $j=2$ ) και στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας ( $j=6$ ). Στο

δεύτερο σημείο εντοπίστηκαν  $j=289$  μελέτες όπου ήταν δοκιμές και προσπαθούσαν να αποδώσουν τη χρησιμότητά τους. Ωστόσο, χρειάζεται να πραγματοποιηθούν περαιτέρω μελέτες για τους σχολικούς νοσηλευτές, κάτι που δεν έχει ολοκληρωθεί έως τώρα. Πρόκειται για μια πρωτόγνωρη καινοτομία που φαίνεται να ωφελεί αρκετά τόσο τον εκπαιδευτικό όσο και το μαθητή (Pawlis et al, 2023).

Η ένταξη ενός σχολικού νοσηλευτή σε μια σχολική μονάδα δείχνει να είναι σημαντική τα τελευταία χρόνια καθώς έχουν μεγαλώσει και οι ανάγκες των παιδιών και των εφήβων. Ειδικότερα στοχεύει στην τήρηση της πρόληψης, της προαγωγής της υγείας αλλά και τη βελτίωση αυτής. Φροντίζει για την τήρηση της υγιεινής διατροφής τονίζοντας τα οφέλη της καθώς και τον συνδυασμό αυτής με σωματική άσκηση για μια ολοκληρωμένη θωράκιση και προστασία του ανθρώπινου οργανισμού. Πραγματοποιεί ημερίδες ενημέρωσης με θέμα την υγεία καλώντας πάντοτε και τους γονείς προκειμένου να τους ευαισθητοποιήσει για καλό των παιδιών τους. Επιδιώκει να κερδίζει την εμπιστοσύνη του μαθητή ώστε να μπορεί πιο εύκολα να συζητά μαζί του, να το περιθάλπει αλλά και να το στηρίζει ψυχολογικά (Pawlis et al, 2023) .

Εν τούτοις όσον αφορά την υγεία του ενημερώνεται λεπτομερώς για το ιστορικό του και τηρεί πάντοτε το απόρρητο της εχεμύθειας. Ελέγχει για τυχόν αρνητικές συμπεριφορές που τυχαίνει να προκύπτουν συνήθως στον προαύλιο χώρο, όπως είναι η επιθετικότητα και ενεργεί άμεσα για την επίλυσή τους. Μαζί με το εκπαιδευτικό προσωπικό ενημερώνουν τους μαθητές για την έναρξη σχέσεων με το αντίθετο φύλο, για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα σε εφήβους που πραγματοποιείται σε αυτή την ηλικία η έναρξη σεξουαλικών επαφών αλλά και για την πρόληψη και αντιμετώπιση αυτών. Αυτή η συζήτηση πραγματοποιείται ατομικά με τον έφηβο και στη συνέχεια με το γονιό καθώς είναι εκείνος που θα τον βοηθήσει και θα τον προστατεύσει. Όσον αφορά μικρότερες ηλικίες σαφώς και πραγματοποιείται ενημέρωση επί του θέματος με διαφορετικό τρόπο προσέγγισης. Είναι αμέτρητη η προσφορά ενός σχολικού νοσηλευτή, κάτι που η ελληνική νομοθεσία δεν προβλέπει ακόμη την παρουσία του σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης γιατί και εκεί οι ανάγκες και τα προβλήματα μεγαλώνουν συνεχώς. Πρόκειται για ένα επάγγελμα που χρήζει να αναδειχθεί και να μελετηθεί (Pawlis et al, 2023).

Άλλη μια αξιολογη μελέτη που αφορά τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας στο σύστημα υγείας πραγματοποιήθηκε από τους Τσολάκη Ε.,

Αλεξόπουλο Ε. και Γείτονα Μ. (2008), δείχνει πως τα τελευταία χρόνια η συγκεκριμένη ασθένεια παρουσιάζει ανοδική πορεία σε προηγμένες χώρες και συγκεκριμένα σε κοινωνικές ομάδες που δεν εντοπίζεται και το καλύτερο ποιοτικό επίπεδο. Επηρεάζει κυρίως τα κατώτερα οικονομικά κοινωνικά στρώματα, τους ανέργους και τις γυναίκες. Αυξάνονται οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες στην υγεία και εντείνεται η εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, θνητότητας και νοσηρότητας. Η συγκεκριμένη πάθηση θα μπορέσει να αντιμετωπιστεί ουσιαστικά εφ' όσον εξεταστούν οι κλινικοί, οικονομικοί και επιδημιολογικοί παράγοντες. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η ουσιαστική συνεργασία που θα πρέπει να έχει η πολιτεία με τους αρμόδιους φορείς της υγείας ώστε να μπορέσει να επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα σε οικονομικό, κοινωνικό και ατομικό επίπεδο (Τσολάκη, Αλεξόπουλος & Γείτονα, 2008).

Η παραπάνω μελέτη επισήμανε ότι στην Πορτογαλία το 2003 πραγματοποιήθηκε μελέτη που σύγκρινε την επιρροή που έχουν τα κοινωνικά χαρακτηριστικά ως προς την αύξηση της παχυσαρκίας. Συγκεκριμένα φαίνεται πως κάποιος που έχει χαμηλό εισόδημα, δεν εργάζεται ή είναι μεγαλύτερης ηλικίας και αδυνατεί να προσφέρει ουσιαστικά μέσα σε μία κοινωνία εμφανίζει τη συγκεκριμένη νόσο. Ωστόσο στη Μ. Βρετανία το 2002 έρευνα έδειξε πως πάλι διαφέρουν τα ποσοστά ως προς το επίπεδο μόρφωσης, το εισόδημα αλλά και την ηλικία. Συνήθως πιο επιρρεπείς δείχνουν να είναι εκείνοι με βάση τα προαναφερόμενα κοινωνικά στοιχεία αλλά και το επίπεδο μόρφωσης που διαθέτουν. Επηρεάζει περισσότερο τις γυναίκες και λιγότερο τους άνδρες. Οι εργένηδες φαίνεται να έχουν χαμηλότερα ποσοστά σε σχέση με τους διαζευγμένους, κάτι που μπορεί να βασίζεται συνήθως στο ψυχολογικό κομμάτι που βιώνουν. Τελειώνοντας σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η μέτρηση του Δείκτη Μάζας Σώματος καθώς και εκείνη της περιμέτρου μέσης και λεκάνης, κάτι που αναφέρεται και σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Σουηδία. Επισημαίνει πως επιρρεπείς στην εμφάνιση της παχυσαρκίας είναι οι άνδρες στους οποίους δεν ήταν αυξημένος ο ΔΜΣ λόγω προβλημάτων που αντιμετώπιζαν τόσο στην εργασία όσο και στις προσωπικές τους σχέσεις. Το ίδιο συνέβαινε και στις γυναίκες με αυξημένη όμως την μέτρηση μέσης και λεκάνης, κάτι που θεωρούσαν πως βασιζόταν στην κοινωνική αλλά και οικονομική τους κατάσταση (Τσολάκη, Αλεξόπουλος & Γείτονα, 2008).

Συμπερασματικά η μελέτη αυτή τονίζει πως η παχυσαρκία επέρχεται σε άτομα με αυξημένη τη μέτρηση της περιμέτρου μέσης προς λεκάνη και αναφέρεται πως η οικονομική κατάσταση, η μόρφωση και άλλα κοινωνικά χαρακτηριστικά είναι εκείνα που μπορεί να έχουν αρνητική επίδραση ως προς την υγείας τους. Δείχνει πως είναι απαραίτητη η σωματική άσκηση και η σωστή διατροφή, κάτι που πάλι σχετίζεται με την οικονομική δυνατότητα του καθενός και όχι μόνο γιατί ένα άτομο που αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες δεν είναι σε θέση να αγοράσει όλα εκείνες τις τροφές που είναι απαραίτητες για τον οργανισμό του. Τονίζεται πως η παχυσαρκία σημειώνει αύξηση στις κοινωνίες δυτικού τύπου με την επιρροή από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, από την εμφάνιση του διαδικτύου, από την αγορά γρήγορου φαγητού πλούσιου σε λιπαρά καθώς και από την καθιστική ζωή που φαίνεται να ακολουθούν (Τσολάκη, Αλεξόπουλος & Γείτονα, 2008).

Οι μελέτες που αναφέρθηκαν παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας μελετών

Συγγραφείς, χρονολογία	Είδος	Μεθοδολογία	Αποτελέσματα	Συμπεράσματα
Daniel Le Grange et al, 2015	Συγκριτική μελέτη	Συλλέχθηκαν δεδομένα από 130 εφήβους <ul style="list-style-type: none"> <li>• Βουλιμία</li> <li>• Μερική βουλιμία</li> </ul>	Βουλιμία: 39% (p=0,040) Μερική βουλιμία: 44% (p=0,030) Μέχρι τον έλεγχο των 12 μηνών δεν εμφανίστηκαν σημαντικές διαφορές	Θα πρέπει να ελεγχθούν τα ποσοστά υπεργαφίας και να ελαττωθούν ώστε να υπάρχει ουσιαστική και αποτελεσματική θεραπεία. Στους 6 μήνες εντοπίζονται μικρές αλλαγές ενώ στους 12 αρκετές διαφορές με τη μερική βουλιμία να υπερισχύει.
Shailen et al, 2018	Συγκριτική μελέτη	Συλλέχθηκε δείγμα από 143.603 παιδιά από μελέτες που έγιναν. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Κατάθλιψη-παχύσαρκοι</li> <li>• Κατάθλιψη-φυσιολογικό σωματικό βάρος</li> </ul>	Κατάθλιψη – παχύσαρκοι: 10,4%. Κατάθλιψη – φυσιολογικό σωματικό βάρος: ποσοστό μικρότερο του 10,4%. Τα παχύσαρκα κορίτσια έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά από εκείνα με φυσιολογικό σωματικό	Τα παχύσαρκα κορίτσια εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό κατάθλιψης σε σχέση με εκείνα που έχουν φυσιολογικό σωματικό βάρος. Πρέπει να εντοπιστούν οι παράγοντες προδιάθεσης και να αντιμετωπιστούν εγκαίρως, καθώς και να επέλθει η πρόληψη για την



			<p>βάρος.</p> <p>Δεν εντοπίστηκε συσχέτιση μεταξύ παχύσαρκων αγοριών και κατάθλιψης.</p>	<p>αποφυγή κινδύνων.</p>
Shashidhar M. Kotian et al, 2010	Συγκριτική μελέτη	<p>Συλλέχθηκε στην Ινδία δείγμα από 900 εφήβους, ηλικίας 12-15 ετών</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Δείκτης Μάζας Σώματος σε αγόρια και κορίτσια</li> </ul>	<p>ΔΜΣ: 23,9%(215) λιποβαρείς, 60,6%(546) φυσιολογικό βάρος, 11,4%(103) υπέρβαροι, 4%(36 παχύσαρκοι).</p> <p>Εμφανίζονται διαφορές ως προς τον ΔΜΣ της κάθε διατροφικής διαταραχής.</p>	<p>Μεγαλύτερο κίνδυνο βιώνουν όσοι δε γυμνάζονται και ακολουθούν μια ανθυγιεινή διατροφή με καθιστική ζωή. Είναι μια ηλικία που καθυστερεί τη σωματική ανάπτυξη όταν υπάρχουν αρνητικές μετρήσεις στο ΔΜΣ, καθώς εμφανίζεται κάποιο πρόβλημα υγείας στον οργανισμό.</p>
John Arcelus et al, 2011	Συγκριτική μελέτη	<p>Άρθρα από 1966 έως 2010</p> <p>Δείγμα ατόμων:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>166.642 με νευρογενή ανορεξία.</li> <li>32.798 με νευρογενή βουλιμία.</li> <li>Θνησιμότητα</li> </ul>	<p>5,1% για ανορεξικούς και άνω του 1,7% για τους βουλιμικούς.</p> <p>Περισσότεροι θάνατοι με νευρογενή ανορεξία.</p>	<p>Το 5,1% δείχνει υψηλή θνησιμότητα.</p> <p>Κυρίως οι ασθενείς με νευρογενή ανορεξία αυτοκτονούν.</p> <p>Επηρεάζονται περισσότερο οι κοπέλες σε σχέση με τα αγόρια.</p>
Eleni P.Kotaniidou, 2013	Συγκριτική μελέτη	<p>Συλλέχθηκε δείγμα παιδιών που ζουν στην Ελλάδα, ηλικία 1-12 ετών</p> <p>Έτη μελέτης: 2001-2010</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Παχυσαρκία</li> <li>Υπέρβαροι</li> </ul>	<p>Παιδιά με παχυσαρκία 10,2% και υπέρβαροι 23,7%.</p> <p>11% των αγοριών είναι παχύσαρκα και 9,7% των κοριτσιών.</p> <p>Υπάρχει διαφορά ως προς το σωματικό βάρος μεταξύ αγοριών και κοριτσιών.</p>	<p>Τα αγόρια λόγω της σωματικής τους δομής έχουν μεγαλύτερο βάρος από τις κοπέλες, κάτι που είχε άνοδο μεταξύ 2001-2003.</p>
Ruijun Han et al, 2022	Συγκριτική μελέτη	<p>Το δείγμα αφορά 304 ασθενείς που νοσηλεύονται με νευρογενή ανορεξία.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Επίδραση ολανζαπίνης με απλό φάρμακο</li> </ul>	<p>Διαφορά ολανζαπίνης από απλό φάρμακο:0,67kg/m<sup>2</sup>, p=0,01.</p> <p>Λήψη ολανζαπίνης- αύξηση του ΔΜΣ κατά 0,68kg/m<sup>2</sup>.</p>	<p>Η ολανζαπίνη δρα καλύτερα σε ενήλικες και όχι σε εφήβους. Σε εφήβους δρα επικουρικά. Συμβάλλει κι αυτή στη θεραπεία της νευρογενούς ανορεξίας.</p>

		στη θεραπεία	Δε λειτουργούν και οι δύο το ίδιο για τον οργανισμό.	
Silke Pawlis, 2023	Συγκριτική μελέτη	Δύο σημεία εξέτασης: K=16 J=357 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Σχολικοί νοσηλευτές</li> </ul>	Βελτιώνουν την υγεία των παιδιών και εφήβων με άσθμα(j=6), σακχαρώδη διαβήτη(j=2) και καταπολέμηση παχυσαρκίας(j=6).	Απαραίτητοι στις σχολικές μονάδες. Προσφορά στην υγεία και τη βελτίωσή της.
Τσολάκη Ε., Αλεξόπουλος Ε. & Γείτονα Μ., 2008	Συγκριτική μελέτη	Σημεία εξέτασης: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Κοινωνικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας.</li> <li>• Οικονομικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας.</li> <li>• Τρόποι αντιμετώπισης της παχυσαρκίας.</li> </ul>	Επηρεάζει κατά κύριο λόγο τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα, τους ανέργους, τις γυναίκες. Αυξάνονται οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες στην υγεία. Εντείνεται η εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων καθώς και υψηλής νοσηρότητας, θνησιμότητας και θνητότητας.	Το φαινόμενο της παχυσαρκίας θα αντιμετωπιστεί πλήρως με την προσέγγιση των κλινικών, επιδημιολογικών και οικονομικών παραγόντων. Η ουσιαστική συνεργασία της κοινωνίας και των αρμόδιων οργανισμών που αφορούν την υγεία, θα επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα σε οικονομικό, κοινωνικό και ατομικό επίπεδο.

## 11 Συμπεράσματα – Προτάσεις

Οι διατροφικές διαταραχές προκαλούν σοβαρά σωματικά και ψυχικά νοσήματα που δε μπορεί να ελέγξει ο ασθενής. Είναι αποτέλεσμα της συμπεριφοράς του ατόμου και οφείλεται σε αρκετούς εξωτερικούς και εσωτερικούς παράγοντες. Δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τα συμπτώματα που παρουσιάζονται αλλά ούτε και να βοηθήσει τον εαυτό του. Χρήζει άμεσης παρακολούθησης αλλά και βοήθειας από την οικογένεια και κάποιον ειδικό. Διαφέρει από άτομο σε άτομο και μία από αυτές μπορεί να επιφέρει σε μεγαλύτερο βαθμό ακόμη και τον θάνατο. Είναι αρκετά σοβαρές και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Οι πιο συνηθέστερες που προσβάλλουν τις μικρότερες ηλικίες είναι η ψυχογενής ή νευρογενής ανορεξία και βουλιμία και η παχυσαρκία.

Προσβάλλουν μεγάλο μέρος του πληθυσμού, κάτι που θα πρέπει να λάβει υπόψη του ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

Η ψυχογενής ή νευρογενής ανορεξία έδειξε πως προσβάλλει σε μεγαλύτερο βαθμό τις κοπέλες στην εφηβεία καθώς είναι πιο επιρρεπείς στο να επηρεάζονται και να αλλάζουν εύκολα τις συνήθειες τους. Προσβάλλει αρκετά σημεία του οργανισμού, όπως μπορεί να είναι η καρδιά ή οι πνεύμονες. Παρόλο που γνωρίζουν όλοι τους αιτιολογικούς παράγοντες, τα μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας συνεχίζουν να παραμένουν στον χάρτη με μεγάλα γράμματα. Στο σημείο αυτό κρίνεται αναγκαία η νοσηλευτική και η ιατρική παρέμβαση με τη νοσηλεία στο νοσοκομείο και την παροχή κατάλληλης αγωγής. Είναι σημαντική και η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή καθώς και η συνεργασία του με τον ιατρό και το νοσηλευτή.

Η ψυχογενής ή νευρογενής βουλιμία φαίνεται πως δεν είναι και τόσο συχνή αλλά αν εμφανιστεί θα είναι σε μεγαλύτερη ηλικία. Μπορεί να προκληθεί από αρκετούς παράγοντες, όπως είναι η ψυχολογία του ασθενή. Κρίνεται σημαντική η λανθασμένη λήψη και διαχείριση της τροφής καθώς και η καθυστέρηση ως προς την πρόληψή της. Ο νοσηλευτής μπορεί να παρέχει βοήθεια από το σπίτι με την καθημερινή παρακολούθησή του ως προς την λήψη των γευμάτων, κάτι που αναφέρθηκε έντονα σε προηγούμενο κεφάλαιο. Αυτό που τονίζεται σε αρκετά σημεία είναι το γεγονός πως το άλφα και το ωμέγα σε όλη αυτή την ιστορία είναι η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή.

Η παχυσαρκία προσβάλλει την παιδική ηλικία κυρίως και εμφανίζει μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας παγκοσμίως. Είναι μια ηλικία που συνδέεται άμεσα με τη μίμηση και την εξάρτηση από την οικογένεια. Ουσιαστικά, όπως είχε αναφέρει και ένας φιλόσοφος της τότε εποχής, κυρίαρχο ρόλο θα πρέπει να έχουν οι γονείς με τη σωστή λήψη υγιεινής διατροφής στην καθημερινότητα και την αποφυγή αγοράς έτοιμου φαγητού. Θα πρέπει κάπως να μπορέσουν να συνδυάζουν την εργασία με τη φροντίδα του παιδιού. Καθώς ένα παιδί μπορεί να εμφανίσει κατάθλιψη, μοναχικότητα και να τρώει για να μη σκέφτεται. Ο νοσηλευτής μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες του με την ψυχολογική υποστήριξη, την πραγματοποίηση νοσηλείας μέσω των οδηγιών του ιατρού αλλά και την εκπαίδευση των γονέων.

Η νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές βασίζεται στη σωστή λήψη του ιστορικού, στη θεραπεία, στην αξιολόγηση της συνολικής του

εικόνας και στην ψυχική του κατάσταση εφόσον δε μπορεί να προβεί ποτέ σε καμία ενέργεια αν δεν γνωρίζει πρώτα το ιστορικό του. Νοσηλεία θα χρειαστούν συνήθως εκείνοι που εμφανίζουν συμπτώματα υποσιτισμού ή νοσούν από κάποια σοβαρή ασθένεια. Η νοσηλευτική περίθαλψη περιλαμβάνει την πραγματοποίηση πρακτικών που θα βοηθήσουν στην επαναφορά της διατροφικής ισορροπίας και της σταθερότητας του οργανισμού.

Εν συνεχεία σημειώνεται ότι για να κατανοήσουν τις διατροφικές διαταραχές και το τι μπορούν να προκαλέσουν στον οργανισμό, θα πρέπει πρώτα να νιώθουν καλά με τον εαυτό τους, να τον εκτιμούν, να τον σέβονται και να αγαπούν τους γύρω τους. Γίνεται λοιπόν κατανοητό πως όσοι πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή συνήθως εμφανίζουν χαμηλή αυτοπεποίθηση, εσωστρέφεια, απομονώνονται, δεν είναι κοινωνικοί, δεν έχουν παρέες και παίζουν μόνοι τους. Το πιο σημαντικό που θα πρέπει να έχει ο νοσηλευτής στο μυαλό του είναι η αγάπη για τον ασθενή, το αμείωτο ενδιαφέρον και η προσπάθεια ανακούφισής του από τις σκέψεις που τον απασχολούν. Όλο αυτό σίγουρα θα βοηθήσει στην αποτελεσματική και ενθαρρυντική αποκατάσταση του ασθενή.

Συνεπώς θα ήταν σωστό οι γονείς, οι φορείς της υγείας αλλά και το σχολείο να ενημερώνει τα παιδιά και τους εφήβους με ενημερωτικά προγράμματα, ημερίδες, σεμινάρια που να προάγουν τον υγιεινό τρόπο ζωής. Οφείλει να αναφέρει τα θετικά τα αρνητικά της διατροφής και να ερμηνεύσει όσο πιο απλά μπορεί τα προβλήματα που συνήθως επιφέρει μια διατροφική διαταραχή. Επιβάλλεται λοιπόν η ασφάλεια και η προστασία των ατόμων αυτών καθώς και η εξασφάλιση ενός καλύτερου μέλλοντος.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι κρίνεται αναγκαία η παρουσία του σχολικού νοσηλευτή καθώς προλαμβάνει θέματα υγείας, φροντίζει τους νεαρούς εκείνους που νοσούν, προλαβαίνει ατυχήματα και συνεργάζεται με γονείς και εκπαιδευτικούς για ένα καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην υγεία. Άρα, είναι απαραίτητη η ενημέρωση των γονέων, των εκπαιδευτικών και των μαθητών που συμβάλει στην πρόληψη. Επίσης καλό θα ήταν να υπήρχε ιατρός, ψυχολόγος, διατροφολόγος και κοινωνικός λειτουργός σε κάθε σχολική μονάδα ώστε μαζί με τον νοσηλευτή να ασκούν πιο αποτελεσματικά το έργο τους και να επιφέρουν μόνο λύσεις προασπίζοντας την ασφάλεια και την υγεία των μαθητών.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνόγλωσση

- Αναγνωστόπουλος Δ. Κ., Γιαννακόπουλος, Γ. (2016). «Ψυχοπαθολογία της εφηβείας, Χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες, Η έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας εφήβων». Εκδόσεις: Ιατρική Εταιρία Αθηνών
- Βάρσου Ε., Γ. Χριστοδούλου και Συνεργάτες (2000). «Ψυχογενής Ανορεξία και Ψυχογενής Βουλιμία». Ιατρικές Εκδόσεις
- Βάρσου Ε. (2008). «Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής: Κλινική ψυχιατρική προσέγγιση». Εγκέφαλος – Αρχεία νευρολογίας και ψυχιατρικής. Ιατρικές εκδόσεις
- Βάρσου Ε. & Γονιδάκης Φ.(2014. «Μιλώντας για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής». Εκδόσεις: ΒΗΤΑ
- Γιαννοπούλου Α. (2005). «Ψυχιατρική Νοσηλευτική». Αθήνα: ΤΑΒΙΘΑ
- Γονιδάκης Φ. (2006). «Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής». Εκδόσεις: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις
- Γονιδάκης Φ. & Χαρίλα Ν. (2011). «Διαταραχές πρόσληψης τροφής, Γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση». Αθήνα: ΠΕΔΙΟ
- Δημοσθενόπουλος, Χ. (2004). «Παιδική παχυσαρκία στην Ελλάδα: τι φταίει και τι μπορεί να γίνει». Ανακτήθηκε από: <https://www.iatronet.gr/diatrofi/paidiki-diatrofi/article/608/paidiki-paxysarkia-stin-ellada-ti-ftaiei-kai-ti-mporei-na-ginei.html>
- Ζαμπέλας Α. (2003). «Η διατροφή στα στάδια της ζωής». Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη
- Ζηλίκης, Ν. (2007). «Διαταραχές διατροφής σε εφήβους». Τιμητικός Τόμος για τον Καθηγητή Γιάννη Τσιάντη «Θέματα Ψυχοδυναμικής Παιδοψυχιατρικής» Εκδόσεις: Καστανιώτη
- Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2003). «Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων : Αναπτυξιακή προσέγγιση». 2<sup>η</sup> έκδοση, Εκδόσεις: Γιώργος Δαρδάνος
- Καλφαρέντζος Φ. (2005). «Αρχές Τεχνητής Διατροφής». Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου

- Κατσιλάμπρος Ν.Λ., Τσίγκος, Κ. (2003). «*Παχυσαρκία, Η Πρόληψη και η Αντιμετώπιση μιας Παγκόσμιας Επιδημίας*». Εκδόσεις: ΒΗΤΑ
- Καφάτος Αντώνης (2002). «*Παχυσαρκία: Πρόληψη και αντιμετώπιση*». Εκδόσεις: Ελληνικά γράμματα. Αθήνα
- Κυπαρισσίου Π. (2001). «*Γνωρίζοντας τα τρόφιμα. Τροφογνωσία - εμπορευματογνωσία*». Εκδόσεις: Le monde – Les Livres du Tourisme. Αθήνα
- Κυριαζής Ι., Μ. Ρεκλείτη κ.ά. (2010). «*Δείκτες παχυσαρκίας, διατροφικοί*». Ιατρικές εκδόσεις. Αθήνα
- Λαζαράτου Ε. & Αναγνωστόπουλος Δ. Κ. (2003). «*Ψυχογενής ανορεξία, εφηβεία και αθλητισμός*». Εκδόσεις: Καστανιώτη. Αθήνα
- Λάσκη Δ. (2008). «*Παχυσαρκία*». Πτυχιακή Εργασία, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Αισθητικής-Κοσμητολογίας, σελ. 55-70.
- Μακρή-Μπότσαρη, Έ. (2011). «*Σύγχρονα προβλήματα εφηβείας*». Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών – Ανώτατη Σχολή Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (Α.Σ.ΠΑΙ.Τ.Ε.). Αθήνα
- Μανιός Γ. (2006). «*Διατροφική αξιολόγηση*». Εκδόσεις: Πασχαλίδη. Αθήνα
- Μάνος Κ. (2000). «*Ψυχολογία του εφήβου*». Εκδόσεις: Γρηγόρη. Αθήνα
- Μισουρίδου Ε. (2007). «*Η συναισθηματική εργασία και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή ασθενή*». *Νοσηλευτική*, 46 (3), σ. 374 - 380
- Μπουρδούκης Σ. (2006) «*Νευρική ανορεξία, Μια ύπουλη αρρώστια όπου αντιμετωπίζεται με ψυχοθεραπεία*». *Αρμονία*, σ. 1-3.
- Μωρόγιαννης Φ. (2003). «*Οι επιπτώσεις των διαταραχών πρόσληψης τροφής στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία*». Ιατρικές εκδόσεις. Αθήνα
- Νέστορος Ι, Ζγαντζούρη Κ. «*Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής*». Σχολή Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης- Σημειώσεις κλινικής ψυχολογίας. Ανακτήθηκε από: <ftp://ftp.soc.uoc.gr/students/KLIPS108/KEFALAI07.doc>
- Πατελάρου Ε. & Μπροκαλάκη Η. (2010). «*Μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης*». *Νοσηλευτική*, 49 (2), σ. 122 - 130
- Παπαβραμίδης Σ. (2002). «*Παχυσαρκία: Θεωρία και πράξη*». Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Σιώκης. Θεσσαλονίκη

- Παπαμίκος Βασίλειος (2015). «*Παχυσαρκία, Νεότερα δεδομένα και προβλέψεις για το 2030*». *Αρμονία & Ζω.* Ανακτήθηκε από:  
<https://armoniazoi.gr>
- Παππάς, Α. & Καραγιάννη, Σ. (2011). «*Παιδική και εφηβική παχυσαρκία*». Εκδόσεις: Λιβάνη
- Πέππα Μ. (2009). «*Παιδική παχυσαρκία: σύγχρονη επιδημία*». Εκδόσεις: Π. Χ. Πασχαλίδης
- Ράγια Α.(2009). «*Νοσηλευτική ψυχικής υγείας- ψυχιατρική νοσηλευτική*». Εκδόσεις: Ιατρικές εκδόσεις. Αθήνα
- Σαρρής Μ. (2001). «*Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*». Εκδόσεις: Παπαζήσης. Αθήνα
- Σταθοπούλου Χ. (2007). «*Μάθηση βασισμένη στη διερεύνηση του προβλήματος, εφαρμογή στη νοσηλευτική εκπαίδευση*». *Νοσηλευτική*, 45 (1), σ.51 - 57
- Ταχτσόγλου Κ, Ηλιάδης Χ. (2017). «*Αίτια εμφάνισης παχυσαρκίας*». Ανακτήθηκε από:  
<http://www.tzaneio.gr/epistimoniko/p15-1-5.pdf>
- Τσιάντης Ι. (2002). «*Βασική Παιδοψυχιατρική: Εφηβεία*». Εκδόσεις: Καστανιώτη. Αθήνα
- Τσίτσικα Α. (2011). «*Εφηβεία: Η ηλικία των μεταβολών και των δυνατοτήτων*». Εκδόσεις: Πασχαλίδης. Αθήνα
- Τριπόδης Ν., Σπανού Β., Καζάνη Ι. (2014). «*Διαταραχές πρόσληψης τροφής - Νευρογενής βουλιμία*». Ανακτήθηκε από:  
<http://2pek-athin.att.sch.gr>
- Τσολάκη Ε., Αλεξόπουλος Ε. & Γείτονα Μ. (2008). «*Οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας στο σύστημα υγείας*». *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 20 (1), σ. 26 - 36
- Δ. Φλωράκης Η., Κατσίκης Α., Καρκανάκη Δ., Χατζηδημητρίου Β. Ζουρνατζή & Δ. Πανίδης (2009). «*Παχυσαρκία Ι: Ορισμός, ταξινόμηση, αιτιολογία, παθοφυσιολογία*,». *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, vol. 21, no. 4, pp. 299-310
- Χατζηγεωργίου Χ.(2004). «*Παιδιατρική Ενημέρωση, Ψυχογενής Ανορεξία Ψυχογενής Βουλιμία*». *Παιδιατρική* 43 (8), σ. 12 - 18

## Ξενόγλωσση

- Aloise – Young P. A., Hennigan K. M. & Leong C. W. (2001). «Possible selves and negative health behaviors during early adolescence». *Journal of Early Adolescence*
- Amy Darukhanavala, Lina Merjaneh, Kelly Mason, Trang Le (2020). «Eating Disorders and body image in cystic fibrosis». Ανακτήθηκε από:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8646158/>
- A van Nieuw Amerongen, A.Vissink (2001). «Oral complications of anorexia nervosa, bulimia nervosa and other metabolic disorders». *Ned Tijdschr Tandheelkd*
- Agras S. (2016). «Simpler therapy may successfully treat adolescents with anorexia nervosa». *US National Library of Medicine National Institutes of Health*
- American Psychiatric Association (2013). «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders». 5th Edition (DSM5), 5th Washington, DC: Author
- Arcelus J., Mitchell A.J., Wales J., Nielsen S. Mortality (2011). «Rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders». A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*
- Attia, E. (2010). «Anorexia nervosa: current status and future directions». *Annual Review of Medicine*
- Black D.W. Andreasen N. (2011). «Introductory Textbook of Psychiatry». American Psychiatric Pub
- Blair Uniacke, B Timothy Walsh (2022). «Eating disorders» *Ann Intern Med*».
- Bulik, C.M., Flatt, R., Abbaspour, A. and Carroll, I. (2019). «Reconceptualizing anorexia nervosa, Psychiatry and Clinical Neurosciences» Ανακτήθηκε από:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8094122/>
- Cassin, S. E.& von Ranson K. M. (2005). «Personality and eating disorders: a decade in review». *Clinical Psychology Review*
- Castillo M., Weiselberg E. (2017). «Bulimia nervosa/ purging disorder».
- Christine A. Moore, Brooke R. Bokor (2017). «Anorexia Nervosa».



- Cohen L., Manion L., Marrison K. (2003). «Research Methods in Education». London and New York: Routledge/falmer Taylor & Francis Group
- Cole M. & Cole S. (2005). «Η ανάπτυξη των παιδιών, Γνωστική και Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη κατά τη νηπιακή και μέση παιδική ηλικία». Μετάφραση: Μπαμπλέκου Ζ., Αθήνα: τυποθήτω
- Darukhanavala, A., Merjaneh, L., Mason, K., & Le, T. (2021). «Eating disorders and body image in cystic fibrosis». Journal of Clinical & Translational Endocrinology
- Daniel Le Grange, James Lock, W Stewart Agras, Susan W Bryson & Booil Jo (2015). « Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa». Ανακτήθηκε από: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26506579/>
- Delisky S. S., Jennifer L., Derenne J. J., Anne E., Becker A. E. (2017). «Specific Mental Health Disorders: Eating Disorders». International Encyclopedia of Public Health
- Dennis N. Ranalli, Deborah Studen – Pavlovich (2021). «Eating disorders in the adolescent patient». Dent Clin North Am
- Diagnostic Criteria From DSM-IV-TR (2004), ιατρικές εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ
- Eleni P. Kotanidou, Maria G. Grammatikopoulou, Bessie E. Spiliotis, Christina Kanaka-Gantenbein, Maria Tsigga, Assimina Galli-Tsinopoulou (2013). « Ten-year obesity and overweight prevalence in Greek children». a systematic review and meta-analysis of 2001-2010. Ανακτήθηκε από: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24457402/>
- «Eating Disorder Hope». (2017). MEDA Virtual Breakfast 2021. Web page: <https://www.eatingdisorderhope.com/treatment-for-eating-disorders/holistic-health-weightmanagement>
- Fairburn C. (2007). «Βουλιμία - Ξανακερδίστε τον έλεγχο». μτφ Μ. Χήρα, επιμ. Γ. Σίμος, δ' έκδοση. Αθήνα : Εκδόσεις Πατάκη
- Forman S. (2005). «Eating Disorders: epidemiology, pathogenesis and clinical features». Up to Date.
- Gelder M. G., Lopez Ibor, J.J. & Andreasen N. (2008). «Σύγχρονη Ψυχιατρική». Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα

- Gittins D. (2009). «The historical construction of childhood». In M. J. Ed. An Introduction to childhood Studies. New York: Open University Press
- Hoek H. & Van Hoeken, D.(2003). «Review of the prevalence and incidence of eating disorders»
- Hofer M, Pozzi A, Joray M, Ott R, Hähni F, Leuenberger M, von Känel R, Stanga Z (2014). «Safe refeeding management of anorexia nervosa inpatients: an evidence-based protocol». Nutrition, 30(5), 524–553
- Hofstetter R. & Schneuwly B. (2004). «Εισαγωγή στις επιστήμες της εκπαίδευσης» (μτφ – επιμ.: Καρακατσάνη Δ.), Αθήνα: Εκδόσεις Μεταίχμιο
- Holm JS, Brixen K, Andries A, Hørder K, Støving RK (2012). «Rejections on Involuntary Treatment in the Prevention of Fatal Anorexia Nervosa: A Review of Five Cases». International Journal of Eating Disorders, 45(1), 93–100
- Honig P (2005). «A Multi-family Group Programme as Part of an Inpatient Service for Adolescents with a Diagnosis of Anorexia Nervosa». Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10(4), 465–475
- Ishaque A., Ahmad F., Zehra N. & Amin H. (2012). «Frequency of and factors leading to obesity and overweight in school children». J Ayub Med Coll Abbottabad
- Janet Treasure, Tiago Antunes Duarte, Ulrike Schmidt (2020). Eating disorders, Lancet
- John Arcelus, Alex J. Mitchell, Jackie Walles, Soren Nilsen (2011) «Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies» Ανακτήθηκε από: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21727255/>
- Jones, C., Harris, G., & Leung, N. (2005). «Parental rearing behaviours and eating disorders: The moderating role of core believe».
- Khan, L., Ahmed, J., Khan, S., MacFie J. (2010). «Refeeding Syndrome: A Literature Review. Gastroenterology Research and Practice».
- Keski-Rahkonen A. (2009). «Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study». Psychological Medicine.
- Kiess, W., Marcus, C., Wabitsch, M (2004). «Η Παχυσαρκία στην Παιδική & Εφηβική Ηλικία». Πεβανίδου, Ν., Χρούσος, Γ. (Επ.) (Κιούσης Ν, Μτφ.) Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη

- Kinnard E, Norton C, Tchaturia K (2017). «Clinicians’ views on working with anorexia nervosa and autism spectrum disorder comorbidity: a qualitative study. *BMCPsychiatry*». 17(1), 292, doi: 10.1186/s12888-017-1455-3
- Lindsay Moskowitz L., Weiselberg E. (2017). «Anorexia nervosa / Atypical Anorexia Nervosa».
- Lock J, Litt I (2003). «What predicts maintenance of weight for adolescents medically hospitalized for anorexia nervosa? *Eating Disorders*». 11(1), 1–7
- Maguire S, Surgenor LJ, Abraham S, Beumont P (2003). «An international collaborative database: its use in predicting length of stay for inpatient treatment of anorexia nervosa». *Australia and NewZealand of Psychiatry*, 37(6), 741–747
- Mander, J. et al(2013). «Stages of change, treatment outcome and therapeutic alliance in adult inpatients with chronic anorexia nervosa». s.l.:BMCPsychiatri
- Marie – Eve Piche, Andre Tchernof, Jean – Pierre Despres (2020). «Obesity Phenotypes, Diabetes and Cardiovascular Diseases». *Circ Res*
- Mehler PS, Brown C (2015). «Anorexia nervosa – medical complications». *Journal of EatingDisorders*, 31(3), 11, doi: 10.1186/s40337-015-0040-8
- Melles, H., Spix, M. & Jansen, A. (2021). «Avoidance in Anorexia Nervosa: Towards a research agenda. *Physiology & Behavior*».
- Mills R. (2000). «Perspectives of Childhood in Mills». R. *Childhood Studies: A Reader in perspectives of childhood*. London: Routledge
- National Association of school nurses resolution (2015).«public health as the foundation of school nursing practice».
- Neale J. & Hudson L. D. (2020). «Anorexia nervosa in adolescents *British Journal of Hospital Medicine*».
- Neena Thomas – Eapen (2021). «Childhood obesity». *Prim care*
- Nuttall Frank Q., *Body Mass Index* (2015). «Obesity, BMI, and Health: A Critical Review». *Nutr Today*
- Offord A, Turner H, Cooper M (2006). «Adolescent Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: A Qualitative Study Exploring Young Adults’ Retrospective Views of Treatment and Discharge». *European EatingDisorders Review*, 14(4), 377–387

- Olivero, M. (2015). «Tackling Eating Disorders With School-Based Initiatives». USNews&WorldReport»  
Ανακτήθηκε από: <https://health.usnews.com/health-news/health-wellness/articles/2015/02/23/tackling-eating-disorders-with-school-based-initiatives>
- Robson C. (2010). «Η έρευνα του πραγματικού κόσμου – Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές» (2<sup>η</sup> έκδοση) (Μτφρ. Β. Νταλάκου & Κ. Βασιλικού). Αθήνα: Gutenberg
- Park, M. H., Falconer, C., Viner, R. M. and Kinra, S. (2012). «The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood». a systematic review. Obesity Reviews
- Perkins PS, Klump KL, Iacono WG, McGue M (2005). «Personality Traits in Women with Anorexia Nervosa: Evidence for a Treatment-Seeking Bias». International Journal of Eating Disorders, 37(1), 32–37
- Pettersen G, Rosenvinge JH, Wynn R (2011). «Eating disorders and psychoeducation – patients’ experiences of healing processes». Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25(1), 12–18
- Pinheiro A, Root T, Bulik C (2009). «The Genetics of Anorexia Nervosa: Current Findings and Future Perspectives». Int J Child Adolesc Health, 2(2): 153–164
- Position of the American Dietetic Association (2011). «Benchmarks for Nutrition in Child Care. J Am Diet».
- PRISMA - Transparent reporting of systematic review and meta-analyses (2020). Ανακτήθηκε από: <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx>
- Ruijun Han, Qingtao Bian & Hao Chen (2022). «Effectiveness of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis» Ανακτήθηκε από: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35020271/>
- Satori N. (2016). «Therapeutic touch and anorexia nervosa». Soins Psychiatr
- Schorr M. and Miller K.K. (2016). «The endocrine manifestations of anorexia nervosa: mechanisms and management» Nature Reviews Endocrinology
- Schreyer CC., Makhzoumi S., Coughlin J.W., Guarda A.S. (2016). «Encyclopedia of Food and Health»

- Silke Pawils, Susanne Heumann, Sophie Alina Schneider, Franka Metzner, Daniel Mays (2023). «The current state of international research on the effectiveness of school nurses in promoting the health of children and adolescents: An overview of reviews». Ανακτήθηκε από: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36812235/>
- Shailen Sutaria, Delan Devakumar, Sílvia Shikanai Yasuda, Shikta Das & Sonia Saxena (2018). «Is obesity associated with depression in children». Ανακτήθηκε από: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29959128/>
- Shashidhar M. Kotian, Ganesh Kumar S. & Suphala S. Kotian (2010). «Prevalence and determinants of overweight and obesity among adolescent school children of South karnataka, India». Ανακτήθηκε από: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20606948/>
- Steinhausen HC (2002). «The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century». American Journal of Psychiatry, 159(8), 1284–1293
- Stephan Zipfel, Katrin E Giel, Cynthia M Bulik, Philipa Hay, Ulrike Schmidy (2015). «Anorexia Nervosa: aetiology, assessment and treatment». Lancet Psychiatry
- Sylvia Escott-Stump (2013). «Nutrition and Diagnosis-Related Care». Eighth Edition
- Sysko R, Walsh T, Schebendach J, Wilson T (2005). «Eating behavior among women with anorexia nervosa». American Journal of Clinical Nutrition, 82(2), 296–301
- Solmi M. et al (2021). «Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for treatment of adult outpatients with anorexia nervosa : a systematic review and network meta – analysis». Lancet Psychiatry
- Swinbourne, J. M., & Touyz, S. W. (2007). «The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. European Eating Disorders Review». The Journal of the Eating Disorders Association»
- Thabrew H, Mairs R, Taylor-Davies G (2020). «Young people’s experiences of brief inpatient treatment for anorexia nervosa». Journal of Pediatrics and Child Health, 56(1), 30–33

- Treasure, J., & Russell, G. (2011). «The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors». *The British Journal of Psychiatry*
- Treasure J, Wolf G (2008). «Treatment of anorexia nervosa in adults». *Psychiatry* 7(4), 156–160
- Vitousek K. & Gray J. (2005). «Eating disorders, in Oxford Textbook of Psychotherapy». Edited by Gabbard GO, Beck UJS, Holmes J. Oxford, UK: Oxford University Press
- E. Waters, A. Silva-Sanigorski, B. J. Hall, T. Brown, K. J. Campbell, Y. Gao and C. D. Summerbell (2011). «Interventions for preventing obesity in children». *Cochrane Database*
- Wade TD, Frayne A, Edwards S, Robertson T, Gilchrist P (2009). «Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment». *Australia and NewZealand Journal of Psychiatry*, 43(3), 235–243
- Weigel, A., Löwe, B., & Kohlmann, S. (2019). «Severity of somatic symptoms in outpatients with anorexia and bulimia nervosa». *European Eating Disorders Review*
- Wenar, C. & Kerig, P. K. (2008). «Εξελικτική Ψυχοπαθολογία: Από τη βρεφική ηλικία στην εφηβεία» (Ε. Γεωργάκα, Δ. Μαρκουλή, Μετ.). Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg, 463-488.
- Wolfe L.C. (2006). «Role of the school nurse». In: Selemank J., ed . *School Nursing : A Comprehensive Text*. Philadelphia, PA: F. A. Davis
- World Health Organization, Commission on Ending Childhood Obesity Facts and Figures on childhood obesity (2017)
- Woolrich R, Cooper M, Turner H (2006). «A Preliminary Study of Negative Self-Beliefs in Anorexia Nervosa: A Detailed Exploration of Their Content, Origins and Functional Links to “Not Eating Enough” and Other Characteristic Behaviors». *Cognitive Therapy and Research*, 30(6), 735–748
- Zipfel, S. (2015). «Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment» *Lancet Psychiatry*

