



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ ΚΑΙ  
ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΚΑΡΒΟΥΝΙΑΡΗ ΜΑΡΙΑ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΠΕ.**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Μ. Γκούβα, Επίκουρος Καθηγήτρια ...Επιβλέπων Καθηγητής  
Ε. Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής... Μέλος Τριμελούς Επιτροπής  
Ε. Δραγκιώτη, Ψυχολόγος Msc ... Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα, 2013**

**SYSTEMATIC OVERVIEW OF ANOREXIA NERVOSA AND THE WAY THEY RELATE  
TO PRIMARY HEALTH CARE**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>6</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>7</b>
<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</b>	<b>8</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>Ο</sup> ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΟΡΙΣΜΟΣ .....</b>	<b>10</b>
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	10
1.2 ΤΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	16
1.2.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ .....	16
1.2.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ.....	16
1.2.3 ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ .....	16
1.2.4 ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ (ΕΚΟΥΣΙΑ) ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ.....	17
1.2.5 Η ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΤΩΝ ΥΒΡΙΔΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ .....	17
1.3 Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....	21
1.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	24
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>Ο</sup> ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ .....</b>	<b>25</b>
2.1 Η ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	25
2.2 ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ.....	26
2.3 ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ .....	26
2.4 ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ .....	27
2.5 ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ.....	28
2.6 ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ.....	29
2.7 ΛΙΠΙΔΙΑ .....	30
2.8 ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ.....	30
2.9 ΜΕΤΑΛΛΑ ΚΑΙ ΙΧΝΟΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	34
2.10 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	35
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ .....</b>	<b>36</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>Ο</sup> ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....</b>	<b>40</b>
3.1 ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ .....	40
3.1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ .....	41
3.1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ .....	41
3.1.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	42
3.1.4 ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ.....	42
3.1.5 ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ.....	43
3.1.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	43
3.1.6.1 Τρόποι θεραπείας-παρέμβασης.....	45
3.2 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	58
3.2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ .....	58
3.2.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ .....	61
3.2.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ .....	63
3.2.4 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	63
3.2.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ .....	64
3.2.6 ΑΝΑΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	66
3.2.7 ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	66
<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....</b>	<b>70</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>74</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στην σημερινή εποχή, η νευρική ανορεξία είναι η πιο κοινή αιτία απώλειας βάρους σε νεαρές γυναίκες και της εισαγωγής παιδιών και εφήβων σε νοσοκομείο. Τα άτομα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία έχουν μια διαστρεβλωμένη εικόνα για την εικόνα του σώματός τους και το βιώνουν σαν να είναι βαρύτερο απ' ό τι είναι στην πραγματικότητα. Για την ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας έχουν ενοχοποιηθεί πολλοί παράγοντες κινδύνου. Τέτοιοι παράγοντες είναι το φύλο, το υψηλό σωματικό βάρος και η ανησυχία σχετικά με τη σιλουέτα του σώματος, η εθνικότητα, η σεξουαλική παρενόχληση και γενικά η ψυχιατρική νοσηρότητα, καθώς και οικογενειακοί, βιολογικοί, κοινωνικό - οικονομικοί παράγοντες και η γενετική προδιάθεση.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να διερευνήσει τον τρόπο αντιμετώπισης της νευρικής ανορεξίας από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Μέθοδος: Διενεργήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση, μέσω διαδικτύου, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Scopus και μέσω της μηχανής αναζήτησης Google Scholar, για το χρονικό διάστημα 1997 – 2010. Από το σύνολο των 60 άρθρων, αποκλείστηκαν 33 και περιλήφθηκαν 27 πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες.

Αποτελέσματα: Το σύστημα παρέμβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές είναι επαρκές, καθώς αποτελείται από νοσηλευτές, ψυχολόγους, διατροφολόγους, η διεπιστημονική προσέγγιση των οποίων συμβάλλει στα μέγιστα, στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας. Ο κίνδυνος από την ελλιπή πρόληψη και παρέμβαση είναι ολέθριος για τον ασθενή. Η σοβαρή απώλεια βάρους, η οποία μπορεί να ξεπερνάει και το 25% του φυσιολογικού βάρους είναι το κύριο χαρακτηριστικό του ανορεκτικού ατόμου. Κατ' επέκταση, είναι απαραίτητο η θεραπευτική παρέμβαση να είναι όσο το δυνατόν πιο έγκαιρη, έτσι ώστε να μην επιτραπεί στον ασθενή να αναδιοργανώσει τη ζωή του (ευχαρίστηση, εκτόνωση έντασης, διαπροσωπικές σχέσεις) γύρω από αυτό το πρόβλημα της συμπεριφοράς. Αναφορικά με το ρόλο της οικογένειας, αξίζει να αναφερθεί ότι είναι πολύ σημαντική η βοήθεια και η συνδρομή σ' αυτήν την προσπάθεια των φίλων, του

συντρόφου και της οικογένειας. Το πιο σημαντικό πράγμα που μπορούν να κάνουν η οικογένεια και οι φίλοι για να βοηθήσουν ένα ανορεκτικό άτομο είναι να το αγαπούν.

Συμπεράσματα: Ο διττός χαρακτήρας της νόσου, με τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα να εκφράζονται παράλληλα, υπαγορεύει ευέλικτες και εξατομικευμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα πρέπει να κατευθύνονται τόσο προς τον τομέα των σωματικών προβλημάτων, όσο και προς αυτόν της αποκατάστασης των ψυχολογικών παραμέτρων.

Λέξεις κλειδιά: πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, συστήματα υγείας, νευρική ανορεξία, θεραπεία, διατροφή, διατροφή και υγεία.

## ABSTRACT

Introduction: Nowadays, anorexia nervosa is the most common cause of weight loss in young women and the introduction of children and adolescents hospitalized. Individuals suffering from anorexia nervosa have a distorted image of their body image and experience it like it is heavier than it actually is. For the development of anorexia nervosa have implicated several risk factors. Such factors are gender, high body weight and worry about the silhouette of the body, ethnicity, sexual harassment and general psychiatric morbidity and family, biological, socio-economic factors and genetic predisposition.

Aim: The purpose of this paper is to explore how to deal with anorexia nervosa in primary care.

Method: Conducted literature search, internet, electronic databases Pubmed and Scopus through the search engine Google Scholar, for the period 1997 – 2010. From a total of 60 articles, 33 were excluded and included 27 primary research studies.

Results: The system intervention in primary care compared with eating disorders are adequate, as it consists of nurses, psychologists, nutritionists, interdisciplinary approach which contributes to the maximum in the treatment of anorexia nervosa.

The risk of inadequate prevention and intervention is devastating for the patient. The severe weight loss, which may exceed the 25% of the normal weight is the main feature of anorectic individual. By extension, it is necessary therapeutic intervention to be as timely as possible, so as not to allow the patient to reorganize his life (pleasure, defusing tension, interpersonal relationships) around this problem behavior. Regarding the role of the family, it is worth mentioning that it is very important to help and assist in this effort of friends, partner and family. The most important thing you can do for family and friends to help an anorectic person is to love it.

Conclusion: The dual nature of the disease, with the physical and psychological symptoms to be expressed while dictating flexible and individualized nursing interventions, which should be directed both to the field of physical problems, and to him the restoration of psychological parameters.

Key words: primary health care, health systems, anorexia nervosa, treatment, nutrition, nutrition and health

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η «νευρική ανορεξία» έκανε την εμφάνισή της πριν από 300 περίπου χρόνια με την ονομασία «νευρική φθίση». Η ασθένεια αυτή ξεκινά συνήθως με μια δίαιτα. Ο ασθενής αυτός όσο πιο πολύ βάρος χάνει τόσο πιο πολύ βυθίζεται στην ασθένεια και επιδιώκει όλο και πιο πολύ την αποφυγή και μείωση του σωματικού του βάρους. Η νευρική ανορεξία έχει πολλά ανεπιθύμητα συμπτώματα με τελευταίο και χειρότερο το θάνατο. Η νευρογενής ανορεξία ως σοβαρή διανοητική ασθένεια, χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα διατήρησης υγιούς σωματικού βάρους και πολλές φορές έχει σοβαρές ιατρικές συνέπειες.

Στην σημερινή εποχή είναι η πιο κοινή αιτία απώλειας βάρους σε νεαρές γυναίκες και της εισαγωγής παιδιών και εφήβων σε νοσοκομείο. Τα άτομα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία έχουν μια διαστρεβλωμένη εικόνα για την εικόνα του σώματός τους και το βιώνουν σαν να είναι βαρύτερο απ' ότι είναι στην πραγματικότητα.

Για την ανάπτυξη της Νευρογενούς Ανορεξίας έχουν ενοχοποιηθεί πολλοί παράγοντες κινδύνου. Τέτοιοι παράγοντες είναι το φύλο, το υψηλό σωματικό βάρος και η ανησυχία σχετικά με τη σιλουέτα του σώματος, η εθνικότητα, η σεξουαλική παρενόχληση και γενικά η ψυχιατρική νοσηρότητα, καθώς και οικογενειακοί, βιολογικοί, κοινωνικό -οικονομικοί παράγοντες και η γενετική προδιάθεση.

Είναι ζωτικής σημασίας, η ανάγκη για περιεκτική θεραπεία των διατροφικών διαταραχών, από τη στιγμή που η συχνότητα εμφάνισής τους αυξάνεται δραματικά. Ουσιαστική θεραπεία των Διατροφικών Διαταραχών και κατά επέκταση και της Νευρογενούς Ανορεξίας, προϋποθέτει μια διεπιστημονική ομάδα η οποία πρέπει να αποτελείται από ψυχολόγους, εξειδικευμένους ιατρούς και νοσηλευτές καθώς επίσης και διατροφολόγους.

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει σκοπό να διερευνήσει τον τρόπο αντιμετώπισης της νευρικής ανορεξίας από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ως επιμέρους στόχοι ορίστηκαν οι ακόλουθοι:

- ✓ Η μελέτη του τρόπου αντιμετώπισης της νευρικής ανορεξίας από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

- ✓ Οι επιπτώσεις της νευρικής ανορεξίας στους διαφορετικούς τομείς της ζωής τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης είναι:

1. Είναι επαρκές το σύστημα παρέμβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές;
2. Ποιος είναι ο κίνδυνος από την ελλιπή πρόληψη και παρέμβαση;
3. Ποιος είναι ο ρόλος της οικογένειας απέναντι στο άτομο με νευρική ανορεξία;

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Διενεργήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση, μέσω διαδικτύου, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed και Scopus και μέσω της μηχανής αναζήτησης Google Scholar, για το χρονικό διάστημα 1997 – 2010, με τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά: «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», «συστήματα υγείας», «νευρική ανορεξία», «θεραπεία», «διατροφή», «διατροφή και υγεία». Για κάθε μελέτη συμπληρώθηκε ένα έντυπο αξιολόγησης που περιλάμβανε τα παρακάτω στοιχεία: όνομα του πρώτου συγγραφέα και χώρα προέλευσης, περιοδικό και έτος δημοσίευσης, ερευνητικό σχεδιασμό, χώρα διεξαγωγής μελέτης, χαρακτηριστικά και μέγεθος δείγματος, διάρκεια παρέμβασης και τέλος τα αποτελέσματα, που αφορούσαν τη νευρική ανορεξία και πως αυτή αντιμετωπίζεται από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

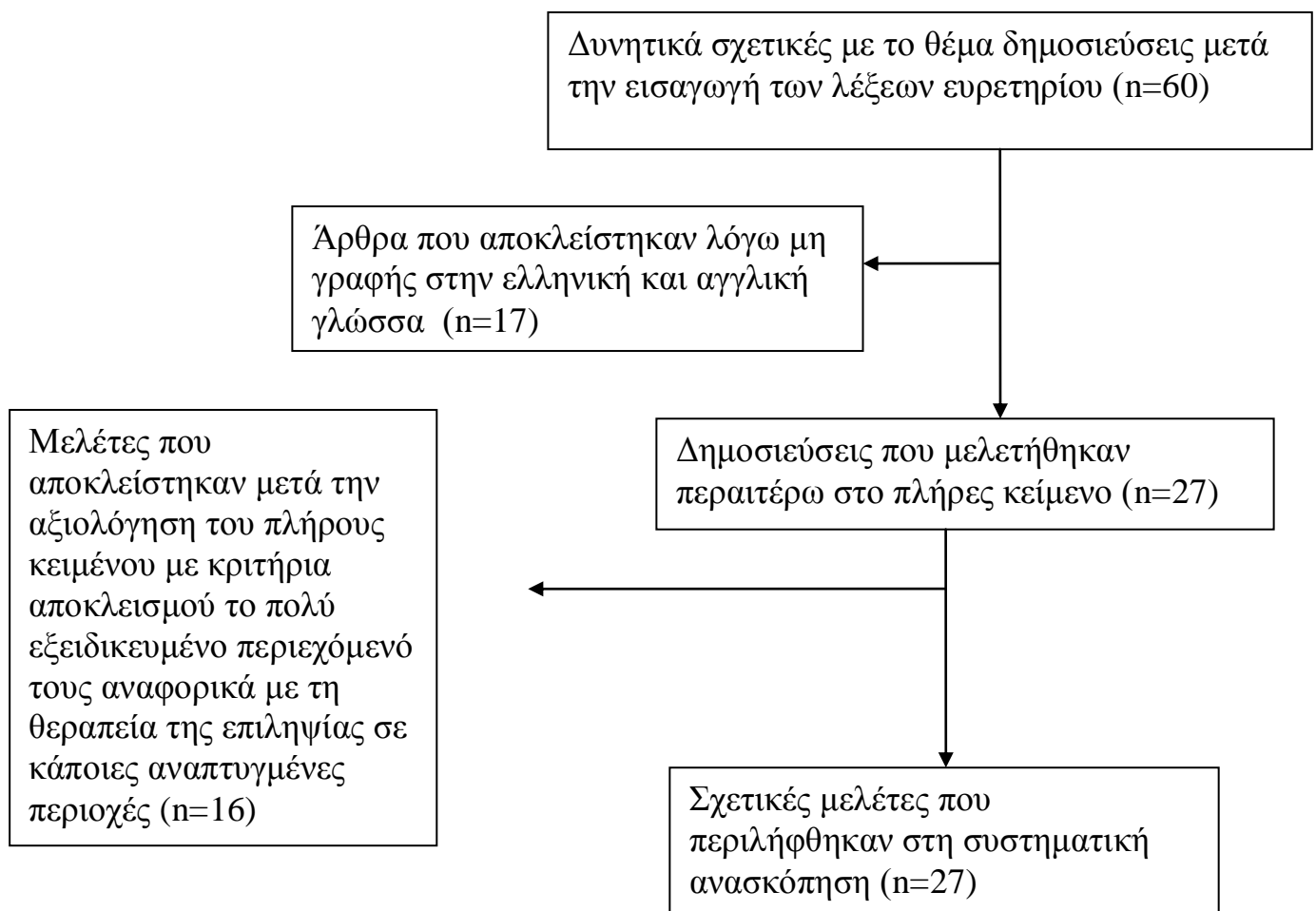
Επιπρόσθετα αναζητήθηκαν επιπλέον μελέτες σε ελληνικά επιστημονικά περιοδικά και βιβλία που υπήρχαν σε βιβλιοθήκες Ανώτατων εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Α.ΤΕΙ Αθηνών, Πανεπιστήμιο Αθηνών) και βιβλιοθήκες ιδιωτών επιστημόνων υγείας, που σχετίζονται με το υπό έρευνα θέμα της παρούσας μελέτης.

Οι μελέτες που κρίθηκαν ως αποδεκτές για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση ήταν πρωτογενή άρθρα, των οποίων οι χώρες προέλευσης ήταν η Ελλάδα, η Αγγλία, η Αμερική. Οι μελέτες ήταν γραμμένες στην αγγλική και ελληνική γλώσσα και επικεντρώθηκαν στη διερεύνηση της νευρικής ανορεξίας στις αναπτυσσόμενες και στις ανεπτυγμένες χώρες και συγκεκριμένα στην αντιμετώπισή της από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τα κριτήρια αποκλεισμού των άρθρων ήταν το πολύ εξειδικευμένο περιεχόμενό τους αναφορικά με τη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας σε κάποιες περιοχές, αλλά και η ιταλική και γερμανική γλώσσα των άρθρων. Από το



σύνολο των 60 άρθρων, αποκλείστηκαν 33 και περιλήφθηκαν 27 πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες, βάσει των παραπάνω κριτηρίων εισαγωγής-αποκλεισμού. Τα βήματα που ακολουθήθηκαν για την επιλογή άρθρων απεικονίζονται στο διάγραμμα ροής στην εικόνα 1.

**Εικόνα 1-1 Διάγραμμα ροής επιλογής δείγματος άρθρων ανασκοπικής μελέτης**



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>Ο</sup> ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΟΡΙΣΜΟΣ

## 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ιστορικά στην ανθρώπινη ιστορία, κοινή συνιστώσα και βασική αρχή της υγείας για τον άνθρωπο αποτέλεσε η ολιστική αντίληψη της εσωτερικής αρμονίας του ατόμου και η δυναμική του παρουσία στη κοινότητα και το περιβάλλον. Η πρώτη και ουσιαστική διαφοροποίηση, της άνωθεν θέσης, τέθηκε το 18ο αιώνα, ως αποτέλεσμα μιας αλματώδους, διαφοροποίησης και ανάπτυξης της επιστημονικής σκέψης. Ουσιαστικά εκείνη τη περίοδο η αιτιολογική προσέγγιση των νόσων αποτέλεσε το βασικό πυρήνα της εξέλιξης της ιατρικής<sup>1</sup>.

Στη πορεία και στα πλαίσια κοινωνικοοικονομικών ανακατατάξεων, που αναπτύχθηκαν ως απόρροια της βιομηχανικής επανάστασης αναπτύχθηκε ένα νέο οργανωτικό πλαίσιο βάση του οποίου είχαμε και τη προσάρτηση και προσαρμογή των τότε συστημάτων υγείας. Η τάση αυτή ονομάστηκε μηχανιστική και συνέβαλε στην επίλυση προβλημάτων, τα οποία είχαν να κάνουν με τη μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας από τα λοιμώδη νοσήματα. Αποτέλεσμα αυτής τέθηκε η αντίληψη της υγείας η οποία λειτούργησε αποκλειστικά ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας και η αντίληψη του ανθρώπινου οργανισμού ως ένα σύνολο συνλειτουργούντων οργάνων.

Το νόσο-κεντρικό και φάρμακο-κεντρικό μοντέλο ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας εκείνης της περιόδου, ταυτίστηκε με το φορντικό σύστημα παραγωγής αλλά και τους τότε κανόνες οικονομικής εξέλιξης<sup>2</sup>. Το πρόβλημα ήταν ότι το σύστημα αυτό δε μπόρεσε να διατηρηθεί για καιρό και σύντομα οδηγήθηκε σε κρίση. Το βασικό του μειονέκτημα ήταν η υπεράντληση οικονομικών πόρων, η οποία δεν κατέστη ικανή ν' αντιμετωπίσει προβλήματα και ασθένειες εκείνης της περιόδου.

---

<sup>1</sup> Υφαντόπουλος, Γ., Μαμάς, Θ., Καροκίς, Α., Πολύζος, Ν., Ρούπας, Θ., Σισσούρας, Α.,(2006), *Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Υγείας», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων*, Σταμούλης

<sup>2</sup> Giddens,A.(1995),*Sociology*, Polity Press, Cambridge p.p. 294-295, 490-523

Οι κρατικοί προϋπολογισμοί ήσαν ανίκανοι να καλύψουν επιτυχώς της ανάγκες εκείνης της περιόδου, λειτουργώντας αποτελεσματικά, σε σχέση με τις διογκούμενες δαπάνες για την υγεία, που στη συντριπτική τους πλειοψηφία καταναλώνονταν από το θεραπευτικό - φαρμακευτικό τομέα χωρίς.

Ο προβληματισμός εκείνης της περιόδου οδήγησε, στην αναζήτηση μιας διαφοροποιημένης αντίληψης σε σχέση με την υγεία. Πρώτη δράση αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος το 1946 στην ιδρυτική του διακήρυξη όρισε την υγεία ως «*την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνον την απουσία νόσου ή αναπηρίας*». Με τον ορισμό αυτό αναγνωρίζονταν δύο παράμετροι που οριοθετούσαν την υγεία, η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και η παράμετρος της ευεξίας. Αναγνωρίστηκε επίσης, σε ότι αφορά την ευεξία, η ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης, πέρα από τη σωματική. Η έννοια της ευεξίας αποτέλεσε τη βάση της έννοιας της θετικής υγείας<sup>3</sup>.

Ο ορισμός αυτός δέχτηκε απροκάλυπτη κριτική και στα χρόνια που ακολούθησαν και έχοντας ως δεδομένο από πολλούς ότι δέχεται την υγεία ως μια κατάσταση πληρότητας, η οποία χαρακτηρίζεται ως ουτοπική, υπήρξε η ανάγκη για επαναπροσδιορισμό του. Προβληματισμός δε υπήρξε σε σχέση με το ότι δεν «επέτρεπε» διαφορετική προσέγγιση και συνεπώς διαφορετικό μοντέλο ανάπτυξης από τους υπόλοιπους τομείς της οικονομίας.

Με τη διακήρυξη της Άλμα Άτα το 1979, η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θεωρήθηκε βασικός μοχλός αυτής της προσπάθειας. Η Π.Φ.Υ. ορίστηκε ως “*βασική παροχή φροντίδας υγείας προσιτή σε όλους - άτομα και οικογένειες στην κοινότητα - με μέσα αποδεκτά σ’ αυτούς, μέσα από την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμιστούν*”. Αυτή η προσέγγιση καθιέρωσε πρώτη φορά μια διαφορετική αντιμετώπιση του πολίτη από απλό αποδέκτη των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας σε ενεργό συμμετοχο. Συγχρόνως έδωσε το έναυσμα για εστίαση σε φροντίδες υγείας που βελτιώνουν το επίπεδο υγείας και ζωής και που σε αυτές συμπεριλαμβάνονται η πρόληψη, η πληροφόρηση - αγωγή υγείας και η προστασία της υγείας.

Ο ορισμός του 1946 όπου αναφέραμε παραπάνω ο οποίος όπως είπαμε επιδέχτηκε επικρίσεις, επιδέχτηκε αρκετές τροποποιήσεις και αλλαγές, με

---

<sup>3</sup> Μπέσης, Ν. (2007), *Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας*, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών ερευνών

αποτέλεσμα να έχουμε μια ουσιαστική διαφοροποίηση του στη διακήρυξη της Οτάβα το 1986, όπου και ορίστηκε εκ νέου ως: «η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας “να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον»

Στο νέο ορισμό η υγεία γίνεται αντιληπτή ως μια δυναμική διαδικασία, που μπορεί να βελτιώνεται σε διαφορετικά επίπεδα, ανάλογα με τις υπάρχουσες εξωτερικές επιρροές, όπως: «ειρήνη, κατοικία, εκπαίδευση, εισόδημα, ένα σταθερό οικοσύστημα, ανανεωμένες πηγές ενέργειας, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα».

Η άποψη αυτή ήταν αποτέλεσμα μιας ευρύτερης αντίληψης που ταύτιζε την υγεία με τη δυνατότητα που έχει ένα άτομο ή μια ομάδα, να μπορεί από τη μια να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του, και από την άλλη, να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σε αυτό.

Το 1986, ο Χάρτης της Οτάβα για την Προαγωγή της Υγείας ανέπτυξε τις αρχές αυτές τονίζοντας ιδιαίτερα τις παρακάτω επιμέρους στρατηγικές ως αναγκαίες και με προτεραιότητα<sup>4</sup>:

1. Οικοδόμηση δημόσιας πολιτικής που υποστηρίζει την υγεία: θέματα υγείας αφορούν όλους τους τομείς κυβερνητικών και μη-κυβερνητικών δράσεων, και όχι μόνον τον τομέα της υγείας.
2. Πολιτικές που προάγουν την υγεία είναι απαραίτητες με στόχο οι υγιείς επιλογές να είναι εύκολες επιλογές.
3. Δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος: η υγεία έχει άμεση σχέση με τη φύση και το περιβάλλον. Η υπερεκμετάλλευση των φυσικών πόρων οδηγεί σε κακή υγεία και κοινωνικά προβλήματα. Η υγεία δε μπορεί να διαχωριστεί από τον τρόπο ζωής, με την εργασία και την αναψυχή να επιδρούν άμεσα.
4. Ενίσχυση κοινοτικής δράσης: η προαγωγή της υγείας βασίζεται στη συμμετοχή της τοπικής κοινωνίας. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να μάθουν νέους τρόπους δουλειάς μαζί με τα άτομα και τις κοινότητες, - όχι για τα άτομα και τις κοινότητες.
5. Ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων: η προαγωγή υγείας υποστηρίζει την προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη και βοηθά τους ανθρώπους να αποκτήσουν τις δεξιότητες που θα τους κάνουν να ελέγχουν οι ίδιοι τις επιλογές τους, τη ζωή τους και

---

<sup>4</sup> Δημολιάτης, Γ, Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ., Φιλαλήθης, Τ., (2008), *Η Υγεία στην Ελλάδα*, Θεμέλιο

την υγεία τους.

6. Αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας: η προαγωγή υγείας μέσα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί ευθύνη των ατόμων, των πληθυσμιακών ομάδων, των επαγγελματιών υγείας, των γραφειοκρατών και των κυβερνήσεων. Όλοι πρέπει να συνεργαστούν ώστε οι υπηρεσίες υγείας να συμβάλουν στην υγεία.

Επίσης, ο Χάρτης της Οτάβα τονίζει ότι η κοινωνική δικαιοσύνη και ισοτιμία αποτελούν προϋπόθεση για την υγεία, και η συνηγορία, η διαμεσολάβηση και η διευκόλυνση είναι οι διαδικασίες για την επίτευξη της υγείας.

Το 1988, οι Συστάσεις της Αδελαΐδας για την Υγιή Δημόσια Πολιτική έδωσαν έμφαση στην ανάγκη για συμμετοχή των ανθρώπων, τη συνεργασία ανάμεσα στους διάφορους τομείς της πολιτικής και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η Υγιής Δημόσια Πολιτική αποτέλεσε το περιβάλλον που καθιστούσε δυνατές τις άλλες προαναφερθείσες επιμέρους στρατηγικές της προαγωγής υγείας, και χαρακτηριζόταν από ένα σαφές ενδιαφέρον για υγεία και ισοτιμία σε όλες τις πολιτικές, και από ανάληψη της ευθύνης από την πολιτεία για τις επιπτώσεις στην υγεία.

Πολιτικές όπως η αγροτική, η εμπορική, η της εκπαίδευσης, της βιομηχανίας, των επικοινωνιών έπρεπε να λαμβάνουν υπόψη την υγεία ώστε να δημιουργείται ένα περιβάλλον που διευκολύνει το άτομο να κάνει υγιεινές επιλογές.

Η Υγιής Δημόσια Πολιτική έπρεπε να προωθεί την ισοτιμία όλων των πολιτών στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας αλλά και σε άλλες υπηρεσίες και αγαθά που βελτιώνουν την υγεία τους, θέτοντας προτεραιότητες με βάση τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού.

Οι κυβερνήσεις έπρεπε να αναλαμβάνουν την ευθύνη που έχουν απέναντι στους πολίτες σε θέματα υγείας, και να αξιολογούν τις επιπτώσεις στην υγεία κάθε πολιτικής που υιοθετούν. Ως πεδία δράσης με προτεραιότητα προτάθηκαν η γυναικεία υγεία, τα τρόφιμα και η διατροφή, ο καπνός και το αλκοόλ, και η δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος.

Το 1991, η Δήλωση του Σούντσβααλ για το Υποστηρικτικό Περιβάλλον καθόρισε ότι το φυσικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον πρέπει να γίνει υποστηρικτικό για την υγεία, και όχι καταστροφικό, όπως είναι σε πολλά μέρη του κόσμου.

Ως καθοριστικά σημεία για την ανάπτυξη δράσεων υποστηρικτικού για την υγεία περιβάλλοντος καθορίστηκαν:

1. Η Κοινωνική διάσταση: ο κοινωνικός περίγυρος με τις κοινωνικές σχέσεις, νόρμες συμπεριφοράς και αξίες είναι καθοριστικός για την υγεία και την ευεξία του ατόμου.
2. Η Πολιτική διάσταση: διασφάλιση της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, δέσμευση για τα ανθρώπινα δικαιώματα, την ειρήνη και τη μείωση της χρηματοδότησης των εξοπλισμών.
3. Η Οικονομική διάσταση: ανακατανομή των πόρων με στόχο την επίτευξη της Υγείας Για Όλους, και βιώσιμη ανάπτυξη.
4. Η Δεξιότητες γυναικών: αναγνώριση των δεξιοτήτων των γυναικών σε όλους τους τομείς (περιλαμβανομένων της οικονομίας και της διαμόρφωσης πολιτικής), και συμμετοχή των γυναικείων οργανώσεων στη διαμόρφωση πολιτικής και δομών προαγωγής υγείας.

Το 1997, η Διακήρυξη της Τζακάρτα για την Προαγωγή της Υγείας τον 21ο Αιώνα έκανε λόγο για τους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία τους οποίους αντιμετωπίζει η προαγωγή υγείας ώστε να δημιουργήσει το μεγαλύτερο κέρδος υγείας, να συνεισφέρει στη μείωση των ανισοτήτων υγείας, να ισχυροποιήσει τα ανθρώπινα δικαιώματα και να οικοδομήσει το κοινωνικό κεφάλαιο.

Τελικός στόχος ήταν να αυξήσει το προσδόκιμο υγείας και να μικρύνει τις διαφορές ανάμεσα σε χώρες και σε πληθυσμιακές ομάδες. Στόχος για τον 21ο αιώνα ήταν η αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων για την υγεία. Απαραίτητες προϋποθέσεις για την υγεία είναι η ειρήνη, η κατοικία, η μόρφωση, η κοινωνική ασφάλιση, οι κοινωνικές σχέσεις, η τροφή, το εισόδημα, η ισχυροποίηση των γυναικών, το σταθερό οικοσύστημα, η βιώσιμη χρήση των πόρων, η κοινωνική δικαιοσύνη, ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και η ισοτιμία.

Η μεγαλύτερη απειλή για την υγεία ήταν η φτώχεια. Οι δημογραφικές τάσεις όπως η αστικοποίηση, η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων και της συχνότητας των χρόνιων νοσημάτων, η καθιστική ζωή, η αντοχή στα αντιβιοτικά, η κατάχρηση ουσιών και η πολιτική και οικιακή βία απειλούν την ευεξία εκατομμυρίων ανθρώπων, όπως και οι επανεμφανιζόμενες λοιμώδεις νόσοι και τα προβλήματα ψυχικής υγείας.

Διεθνείς παράγοντες επίσης είχαν σημαντική επίδραση στην υγεία όπως η

ενσωμάτωση της παγκόσμιας οικονομίας, των οικονομικών αγορών και του εμπορίου, η πρόσβαση στα μέσα και την τεχνολογία επικοινωνιών, καθώς και η περιβαλλοντική υποβάθμιση λόγω αλόγιστης χρήσης των πόρων.

Συνοπτικά, και με βάση τις επίσημες θεωρητικές τοποθετήσεις, οι προσέγγιση της υγείας οι οποίες μελετήθηκαν και αργότερα περιέκλειαν τρεις συνιστώσες:

1. τη βιοϊατρική, στην οποία η υγεία θεωρείτο ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας,
2. την ψυχολογική, στην οποία η υγεία θεωρείτο ως η ικανότητα να εκπληρώνει κάποιος τους ρόλους που του αναλογούν, ή να προσαρμόζεται στις καταστάσεις της ζωής και,
3. την κοινωνιολογική, στην οποία ο πολιτισμός και το περιβάλλον εξετάζονταν ως βασικοί συντελεστές επιρροής της υγείας.

Σήμερα η εξέλιξη των συστημάτων υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο – και με οδηγό τις ΗΠΑ - «βαδίζει» σταθερά προς την αντίθετη κατεύθυνση. Η ιδεολογική επιλογή της αγοράς ως του μοναδικού τρόπου προσέγγισης των κοινωνικών αγαθών και η οικονομική επιλογή της δημοσιονομικής σταθερότητας μέσω της μακροχρόνιας λιτότητας και μείωσης των κοινωνικών παροχών οδήγησε στη συνεχή υποχρηματοδότηση των συστημάτων υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό<sup>5</sup>.

Η σταδιακή αποψίλωση του κράτους πρόνοιας στην Ευρώπη – με προμετωπίδα την Βρετανία – συνοδεύτηκε από την παραδοχή ότι η μόνη δυνατή απάντηση στη σημερινή κρίση είναι η δημιουργία κλίματος ανταγωνισμού και η ιδιωτικοποίησή τους.

Με την τακτική αυτή αποφεύγεται κάθε συζήτηση για την απαξίωση των δημόσιων υπηρεσιών από την ίδια την πολιτεία και προωθείται η παραχώρηση δημόσιων πόρων σε ιδιωτικά συμφέροντα με χρηματοδότηση μάλιστα από το δημόσιο προϋπολογισμό.

---

<sup>5</sup> Κυριόπουλος, Γ., & Σισσούρας, Α.,(2006),*Ενιαίος φορέας Υγείας: αναγκαιότητα και αυταπάτη*, Θεμέλιο

## **1.2 ΤΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Ο Μόρρισον ταξινόμησε τα συστήματα υγείας σε τέσσερις κατηγορίες:

1. Κοινωνικοποιημένη Ιατρική
2. Κοινωνικοποιημένη Ασφάλιση
3. Υποχρεωτική Ασφάλιση Υγείας
4. Εθελοντική (εκούσια) Ασφάλιση Υγείας

### **1.2.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ**

Αυτό είναι το είδος συστήματος υγείας όπου το κράτος κατέχει και ελέγχει το ιατρικό σύστημα. Παραδείγματα αυτού του μοντέλου (προτύπου) είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία και η Δανία. Με βάση αυτό το μοντέλο ο ιατρός εργοδοτείται είτε από το κράτος είτε εξαρτάται σχεδόν εξολοκλήρου από αυτό. Χαρακτηρίζεται από χαμηλό κατά κεφαλή κόστος, και παράδειγμα του πιο οικονομικού συστήματος, σε όρους κατά κεφαλή εξόδων σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, αποτελεί το Ηνωμένο Βασίλειο.

### **1.2.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ**

Αυτό το σύστημα υγείας περιλαμβάνει βασική ασφαλιστική κάλυψη για όλες τις αναγκαίες ιατρικές υπηρεσίες. Ο Καναδάς είναι το πιο πλήρες παράδειγμα αυτού του μοντέλου. Η Αυστραλία και η Γαλλία αντιπροσωπεύουν αυτό το μοντέλο, αλλά έχουν επίσης συμπληρωματικές ασφαλιστικές καλύψεις. Τα κόστη αυτού του μοντέλου πλησιάζουν τον στατιστικό μέσο, όπως π. χ. ο Καναδάς έρχεται 10<sup>ος</sup> από 26 χώρες με ένα κόστος \$1816 ανά κεφαλή.

### **1.2.3 ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ**

Αυτό το σύστημα υγείας περιλαμβάνει μεγάλους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς ασφάλισης υγείας, που ονομάζονται Κεφάλαια Ασθενείας για κάλυψη



των εργοδοτούμενων και των εξαρτωμένων τους. Αυτό το μοντέλο εφαρμόζεται από την Ιαπωνία, τη Γερμανία και την Ολλανδία. Με βάση αυτό το μοντέλο το κράτος καλύπτει αυτούς που δεν εργοδοτούνται (άνεργους) και έτσι εξασφαλίζεται η καθολικότητα του συστήματος.

Το σύστημα χαρακτηρίζεται από υψηλό κατά κεφαλή κόστος. Παράδειγμα αυτού του συστήματος, σε όρους κατά κεφαλή εξόδων, αποτελεί η Γερμανία με \$2365 κατά κεφαλή έξοδα που έρχεται 2<sup>η</sup> μετά τις Ηνωμένες Πολιτείες (\$3724).

#### **1.2.4 ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ (ΕΚΟΥΣΙΑ) ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ**

Είναι το πιο πολυδάπανο κατά κεφαλή μοντέλο και προσφέρει κάλυψη για ένα συγκεκριμένο τμήμα του πληθυσμού και για ένα συγκεκριμένο σύνολο ιατρικών υπηρεσιών. Οι Ηνωμένες Πολιτείες είναι το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού του μοντέλου, όπου η πρόσβαση περιορίζεται σε αυτούς που έχουν ασφαλιστική κάλυψη που τυπικά σχετίζεται με την απασχόληση. Φιλανθρωπικοί οργανισμοί προσφέρουν φροντίδα για αυτούς που δεν καλύπτονται από ασφάλιση. Αυτό το σύστημα έχει τα υψηλότερα κατά κεφαλή έξοδα. Αυτά τα στοιχεία αποκαλύπτουν ότι υπάρχει μια ανταλλαγή (εξισορρόπηση) μεταξύ του περιορισμού των κοστών και της ελευθερίας εκλογής. Οι ΗΠΑ τοποθετούν την ελευθερία εκλογής σαν την πιο υψηλή προτεραιότητα του συστήματος αυτού.

#### **1.2.5 Η ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΤΩΝ ΥΒΡΙΔΙΚΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ**

Οι δυνάμεις της αγοράς έχουν σημαντική επίδραση πάνω σε όλα τα είδη μοντέλων συστημάτων υγείας. Οι επιρροές της αγοράς είναι οι οικονομικές πρωτοβουλίες που αλλάζουν τη δημόσια χορήγηση ιατρικής φροντίδας ώστε να περιλαμβάνει διάφορες μορφές ιδιωτικής, μη κυβερνητικής χορήγησης ιατρικής φροντίδας.

Η ιδιωτικοποίηση, είναι για τις διάφορες χώρες, μια από τις οδούς για να ανοίξουν την πόρτα στα ιδιωτικά κεφάλαια και να διαφοροποιήσουν έτσι τα

υφιστάμενα συστήματα υγείας. Οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας υπήρχαν πάντοτε στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά σε πολύ μικρό ποσοστό σε σχέση με την συνολική πρόσφορα των υπηρεσιών υγείας<sup>6</sup>.

Διάφοροι κοινωνικοί, πολιτικοί και πολιτιστικοί παράγοντες επιδείνωσαν περαιτέρω τα προβλήματα στον τομέα προσφοράς υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα τα ταμεία κοινωνικών ασφαλίσεων να είναι κάτω από συνεχώς αυξανόμενη πίεση και τα παραδοσιακά συστήματα υγείας να φθείρονται συνεχώς.

Αυτό ώθησε στη *διερεύνηση και δημιουργία νέων πιο πολύπλοκων συστημάτων υγείας, που να συνενώνουν διάφορα νέα χαρακτηριστικά από διαφορετικά πρότυπα (μοντέλα) συστημάτων υγείας. Έτσι άρχισε η ανάδειξη νέων υβριδικών μοντέλων σαν λύση για τα υπερφθαρμένα παραδοσιακά συστήματα υγείας που έχουν φθάσει στα όρια των δυνατοτήτων τους.*

Το Η. Βασίλειο αποτελεί ένα παράδειγμα παραδοσιακού συστήματος και επεξεργάζεται διάφορες εναλλακτικές διεξόδους για επέκταση της χρήσης ιδιωτικών εταιρειών που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας, π.χ. κέντρα 24<sup>h</sup> προσφοράς διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών υγείας.

Στον άλλο αντίποδα βρίσκονται οι ΗΠΑ όπου το σύστημα υγείας βασίζεται στην αγορά παρά στην κυβέρνηση, καταλήγοντας σε ένα κατακερματισμένο και χαμηλής απόδοσης σύστημα υγείας. Οι ΗΠΑ δεν έχουν καταφέρει μέχρι τώρα να συνενώσουν σε ένα ενιαίο σύνολο τον ιδιωτικό με τον δημόσιο τομέα υγείας<sup>7</sup>.

Το σύστημα έχει καταλήξει στην δημιουργία δικτύων νοσοκομειακών συστημάτων (72%), με αποτέλεσμα τον υψηλό κατακερματισμό του συστήματος υγείας. Η Γαλλία από την άλλη πλευρά, η οποία κατέχει την 1<sup>η</sup> θέση παγκοσμίως όσο αφορά την ολική απόδοση του συστήματος υγείας, σύμφωνα με την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), έχει καταφέρει να ενοποιήσει τα ιδιωτικά και τα δημόσια συστήματα υγείας μέσω των μεταρρυθμίσεων του Juppes.

Το γαλλικό σύστημα υγείας συνδυάζει ένα ασυνήθιστο μείγμα ελευθερίας και περιοριστικών ρυθμίσεων που μπορεί να χαρακτηριστεί σαν το πιο φιλελεύθερο

---

<sup>6</sup> Σισσούρας, Α.,(2006), Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Υγείας, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

<sup>7</sup> Σισσούρας, Α.,(2006), Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Υγείας, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

σύστημα υγείας παγκοσμίως όσον αφορά την αυτονομία τόσο των ασθενών όσο και των ιατρών.

Αντιθέτως τα υπόλοιπα μέλη της ΕΕ με παραδοσιακά μοντέλα δημόσιας υγείας εφαρμόζουν διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος που αποθαρρύνουν τη χρήση του ιδιωτικού τομέα υγείας, οι οποίες αντιστέκονται στην ενοποίηση και ολοκλήρωση ενός ενιαίου συστήματος υγείας.

Το Η. Βασίλειο είναι το κλασσικό παράδειγμα χώρας που χαρακτηρίζεται από μεγάλες ουρές αναμονής στην παροχή ενδονοσοκομειακής φροντίδας. Η Δανία επίσης παρουσίασε αύξηση 2% στις λίστες αναμονής για εισαγωγή στα νοσοκομεία, κυρίως στην ειδικότητα της Ορθοπαιδικής. Αποτέλεσμα της ανάλυσης ΠΟΥ 2000: η παρουσία συνεχώς αυξανόμενων επιπέδων φτωχότερης απόδοσης των παραδοσιακών συστημάτων υγείας. Το παραδοσιακό σύστημα υγείας είναι ένα κλειστό σύστημα που λειτουργεί μέσα στο ίδιο περιβάλλον με τα ίδια στοιχεία (οικονομικά, κοινωνικά, πολιτικά και πολιτιστικά) με ένα τρόπο λειτουργίας (*modus operandi*), ανεπηρέαστο από εξωτερικές δυνάμεις (νέα τεχνολογία, καλύτερες υπηρεσίες υγείας, παγκόσμιες δυνάμεις και δυνάμεις αγοράς, προγράμματα διαχείρισης ασθενειών και υγείας).

Στις χώρες όπου διατηρούν αυτά τα συστήματα υγείας οι δείκτες απόδοσης όπως η πρόσβαση, η αποδοτικότητα και η αμεροληψία δοκιμάζονται λόγω δυσκαμψίας και έλλειψης ανταπόκρισης από το κοινό. Σαν αποτέλεσμα έχουμε τις μεγάλες λίστες αναμονής για προαιρετική χειρουργική<sup>8</sup>.

Αντιθέτως το υβριδικό σύστημα υγείας είναι ανοικτό και αλληλεπιδρά με τις εξωτερικές δυνάμεις. Επειδή το υβριδικό σύστημα υγείας έχει ενσωματώσει διάφορους μεθόδους παροχής υπηρεσιών υγείας από πολλά συστήματα υγείας, μπορεί να αλληλεπιδρά πιο αποτελεσματικά με τις εξωτερικές δυνάμεις παρά το παραδοσιακό κλειστό σύστημα υγείας. Δηλαδή το υβριδικό σύστημα υγείας προσδιορίζεται από τις εξωτερικές δυνάμεις και είναι έτσι προσαρμοστικό πάρα κλειστό.

Άρα, η δημιουργία νέων πιο πολύπλοκων συστημάτων υγείας, που συνενώνουν διάφορα νέα χαρακτηριστικά από διαφορετικά πρότυπα (μοντέλα) συστημάτων υγείας, τα υβριδικά μοντέλα, φαίνεται να είναι η λύση για τα

---

<sup>8</sup> Σισσούρας, Α.,(2006), *Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Υγείας*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

υπερφορτωμένα παραδοσιακά συστήματα υγείας που έχουν φθάσει στα όρια των δυνατοτήτων τους, τόσο από πλευράς απόδοσης όσο και από πλευράς ποιότητας, διότι φαίνεται να είναι τα μόνα ικανά να πληρώσουν τους σημερινούς στόχους των συστημάτων υγείας<sup>9</sup>:

- I. εκσυγχρονισμού,
- II. Χαμηλού κόστους,
- III. και ποιότητας.

Διάφοροι μελετητές παγκόσμιας εμβέλειας συμφωνούν πάνω στην σοβαρότητα του προβλήματος υγείας και επισημαίνουν τα αίτια του προβλήματος συστήνοντας ριζικές μεταρρυθμίσεις στα παραδοσιακά συστήματα υγείας.

Συγκεκριμένα, ο D. B. Evans στο άρθρο του «Σύγκριση της αποδοτικότητας των εθνικών συστημάτων υγείας: διεθνική οικονομετρική ανάλυση», βασιζόμενος στην μελέτη ΠΟΥ 2000, σημειώνει την ανησυχία των υπευθύνων εκπόνησης πολιτικής για βελτίωση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας, και προχωρεί στη σύσταση συγκεκριμένων μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας που πρέπει να στοχεύουν:

1. στο τομέα της χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας (κοινωνική ασφάλιση υγείας και τέλη χρήσης υπηρεσιών υγείας),
2. στο τομέα προμήθειας υπηρεσιών υγείας (αυτόνομα νοσοκομεία, διαχείριση φροντίδας),
3. στο τομέα υπευθυνότητας διαχείρισης (διαχείριση του ιδιωτικού τομέα, νομοθεσία για την υγεία),
4. και στο τομέα ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού (εκπαίδευση του προσωπικού).

Η αποδοτικότητα συσχετίζεται άμεσα με το ύψος των κατά κεφαλή δαπανών για την υγεία με την απόδοση να αυξάνεται κατακόρυφα πάνω από το όριο των \$80 κατά κεφαλή δαπάνη ανά έτος, υποδηλώνοντας με αυτό τον τρόπο ότι είναι πολύ δύσκολο να όχι αδύνατο για τα συστήματα υγείας να αποδίδουν σε χαμηλές δαπάνες.

---

<sup>9</sup> Σισσούρας, Α.,(2006), *Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Υγείας*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Εκτός από την αύξηση των διαθέσιμων κεφαλαίων για την υγεία οι φτωχότερες χώρες μπορούν να βελτιώσουν την αποδοτικότητα τους μέσω καλύτερης διαχείρισης των υφιστάμενων πόρων δηλαδή μέσω της μείωσης των απωλειών λόγω σπατάλης και μέσω της επανακατανομής των πόρων.

### **1.3 Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Τα τελευταία χρόνια τα συστήματα υγείας στις χώρες της Ευρώπης δέχονται πιέσεις για αλλαγή. Οι λόγοι άσκησης των πιέσεων αναφέρονται στη γήρανση του Ευρωπαϊκού πληθυσμού και στην αλλαγή του νοσολογικού προτύπου.

Συγχρόνως βασικός λόγος είναι η ανάπτυξη νέων διαγνωστικών θεραπευτικών τεχνολογιών αλλά και η ανάπτυξη της πληροφορικής σε συνδυασμό με τις αυξημένες απαιτήσεις των πολιτών, οι οποίες λειτουργούν καταλυτικά στη δρομολόγηση σημαντικών αλλαγών και στην αύξηση των δαπανών για την υγεία, σε ένα όμως περιβάλλον περιορισμένων πόρων<sup>10</sup>.

Τα συστήματα υγείας αντιδρούν σε αυτές τις πιέσεις με διάφορους τρόπους. Οι αντιδράσεις αυτές, σε ορισμένες χώρες, συχνά συνιστούν ολοκληρωμένες προσπάθειες μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας τους. Υπάρχει αυξανόμενη υποστήριξη της άποψης ότι η μεταρρύθμιση αυτή είναι απαραίτητη αλλά πολιτικά δύσκολη να γίνει. Κοινός στόχος είναι η επίτευξη αποδεκτών επιπέδων κόστους, ποιότητας παρεχομένων υπηρεσιών και πρόσβασης στο σύστημα, προκειμένου να ικανοποιηθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα κριτήρια της ισότητας, που αφορά την άρση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία, της ποιότητας που αποτελεί αίτημα των καιρών και ολοένα και μεγαλύτερη απαίτηση των χρηστών και της αποτελεσματικότητας-αποδοτικότητας προκειμένου να ελεγχθούν οι διογκούμενες δαπάνες στον τομέα της υγείας.

Τα παράλληλα φαινόμενα των αυξανόμενων δαπανών και της φθίνουσας αποτελεσματικότητας που συνιστούν την κρίση της σύγχρονης ιατρικής, έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση νέων πολιτικών υγείας και στην αναβάθμιση άλλων, σε μια

---

<sup>10</sup> Κολίτση, Ζ.(2007) Οι προκλήσεις και ο σχεδιασμός για την ποιότητα, ασφάλεια και ανταποδοτικότητα των υπηρεσιών Υγείας», Αναπτυξιακό Συνέδριο «Υγεία και Κοιν. Αλληλεγγύη 2007-13», Θεσσαλονίκη

προσπάθεια να απαντηθούν αποτελεσματικά και να αντιμετωπιστούν οικονομικά τα σύγχρονα προβλήματα υγείας.

Κυρίως, έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη της «Νέας» Δημόσιας Υγείας με έμφαση στην Πρόληψη και την Προαγωγή Υγείας, στο βαθμό που η σχέση της υγείας με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και με το σύγχρονο περιβάλλον δημιουργεί μεγάλες δυνατότητες παρέμβασης και καταπολέμησης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας<sup>11</sup>.

Ανάλογες πρωτοβουλίες αναπτύσσονται και από την πλευρά της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η συνθήκη του Μάαστριχ, με το άρθρο 129, έθεσε τα θεμέλια για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας υιοθετώντας τους στόχους για την πρόληψη της αρρώστιας, την καταπολέμηση της σύγχρονης νοσηρότητας και την προαγωγή της υγείας.

Το 1999, η συνθήκη του Άμστερνταμ, με το άρθρο 153 που αντικατέστησε το άρθρο 129, κατοχύρωσε την υπόθεση της προστασίας της υγείας στο επίκεντρο κάθε ασκούμενης ευρωπαϊκής πολιτικής. Η εξέλιξη αυτή θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντική γιατί για πρώτη φορά, η ΕΕ δεσμεύτηκε να λαμβάνει υπόψη της την προστασία της υγείας στους κρίσιμους τομείς του περιβάλλοντος, των μεταφορών, της γεωργίας, της εργασίας, της εκπαίδευσης κ.τ.λ.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του 21ου αιώνα για πολλούς θεωρητικούς θα πρέπει να εστιάζει όχι μόνο σ' όλες τις σημερινές μονάδες και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, δημόσιας υγείας, προστασίας μητέρας και παιδιού, προληπτικής ιατρικής και αγωγής υγείας, σχολικής υγιεινής, ιατρικής της εργασίας, κλπ., αλλά και όσες παραδοσιακά αποκαλούνται «προνοιακές δράσεις»

Πιο συγκεκριμένα, οι μεταρρυθμίσεις της Π.Φ.Υ. στην Ευρώπη περιλαμβάνουν ορισμένα σημαντικά μέτρα ευρύτερης αποδοχής:

1. Την αποκέντρωση και τη μεταβίβαση της ευθύνης στο χαμηλότερο επίπεδο.
2. Τη δυνατότητα των καταναλωτών για μεγαλύτερη επιλογή.
3. Τον διαχωρισμό της παροχής των υπηρεσιών από τη χρηματοδότηση.

---

<sup>11</sup> <sup>11</sup> Κολίτση, Ζ.(2007) Οι προκλήσεις και ο σχεδιασμός για την ποιότητα, ασφάλεια και ανταποδοτικότητα των υπηρεσιών Υγείας», Αναπτυξιακό Συνέδριο «Υγεία και Κοιν. Αλληλεγγύη 2007-13», Θεσσαλονίκη

#### 4. τη χρήση του προϋπολογισμού ως συστήματος ελέγχου με πλαφόν δαπανών

Ο θεσμός του νοσοκομείου χρειάζεται ένα συνολικό επαναπροσδιορισμό. Πρώτα από όλα, για να μπορέσει να συμβάλει αποτελεσματικά στην προάσπιση της υγείας, το νοσοκομείο πρέπει να αλλάξει ριζικά, να γίνει πιο ανθρώπινο και πιο ευχάριστο και κυρίως πρέπει να αποκατασταθεί μια ουσιαστική επικοινωνία του ασθενή με το επιστημονικό, οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, που του δίνει τη δυνατότητα να συμμετάσχει ενεργητικά και αποφασιστικά στη μάχη για την υγεία του και τη ζωή του.

Στην προσπάθεια αυτή θα συμβάλλουν αποφασιστικά οι μεγάλες αλλαγές που συντελούνε ήδη σήμερα στα νοσοκομειακά συστήματα των προηγμένων χωρών, με την ανάπτυξη νέων εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών, που οδηγούν σταδιακά στην αποδόμηση των νοσοκομειακών μονάδων.

Η περιφερειακή συγκρότηση των συστημάτων υγείας αποτελεί πλέον κατάκτηση όλων των ευρωπαϊκών χωρών. Μετά τις βορειοευρωπαϊκές χώρες, όπως τη Σουηδία, τη Δανία, τη Μεγάλη Βρετανία, κ.α. τα τελευταία 20 χρόνια όλες οι μεσογειακές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Ισπανία, Γαλλία, Ιταλία και πρόσφατα η Ελλάδα, καθιερώνουν τα περιφερειακά συστήματα υγείας, ως αναγκαίο θεσμό για τη λειτουργία του δημόσιου τομέα υγείας.

Η ανάγκη αυτή προέκυψε πρώτα απ' όλα ως μέρος της γενικότερης προσπάθειας διοικητικής αποκέντρωσης και οργάνωσης περιφερειακών διοικήσεων. Οι εκατοντάδες υπηρεσίες υγείας κάθε χώρας και οι δεκάδες χιλιάδες εργαζόμενοι σ' αυτές, δεν μπορούν να διοικούνται και να ελέγχονται από μια και μόνη κεντρική αρχή. Πολύ περισσότερο μάλιστα όταν έχει γίνει πλέον συνείδηση σε όλους ότι τα νοσοκομεία, δεν αποτελούν απομονωμένες υπηρεσίες, αλλά ότι πρέπει να εντάσσονται σε επιμέρους συστήματα μαζί με άλλα νοσοκομεία (οριζόντια ανάπτυξη) και μαζί με άλλες εξωνοσοκομειακές και Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες υγείας (κάθετη ανάπτυξη), προκειμένου να είναι αποτελεσματικά και αποδοτικά.

Μόνο έτσι μπορεί να υπάρχει ενιαίος σχεδιασμός με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού κάθε περιφέρειας, συμπληρωματικότητα και όχι αλληλοεπικάλυψη των υπηρεσιών, ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, οικονομίες κλίμακος με την δημιουργία κοινών διανοσοκομειακών υποδομών, π.χ. σίτιση, ματισμός, διαχείριση απορριμμάτων, κ.ά., εξοικονόμηση πόρων με τη διενέργεια

ενιαίων περιφερειακών διαγωνισμών, καθώς και αποτελεσματικός συντονισμός σε κρίσιμους τομείς, όπως εφημερίες και επείγοντα.

## **1.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η αναγκαιότητα ύπαρξης και λειτουργίας ενός συστήματος καθορίζεται από τη χρησιμότητα των σκοπών του και από την ικανότητα να επιτυγχάνει τους στόχους που θέτει για να εκπληρώσει τους σκοπούς του. Σκοποί και στόχοι ενός συστήματος αποτελούν επομένως ένα σύνολο, το οποίο όχι μόνο διαφοροποιεί το ένα σύστημα από το άλλο αλλά επίσης αξιολογεί αυτό το ίδιο το σύστημα ως προς τη χρησιμότητα και την ωφελιμότητα που παρέχει.

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας για να λειτουργήσει και να αναπτυχθεί στο μέγιστο βαθμό του, επιβάλλεται να εκτιμά την αποτελεσματικότητα του στην επίτευξη των στόχων του, να επανακαθορίζει τους στόχους του, να σχεδιάζει και να προγραμματίζει τα μέσα για την επίτευξή τους.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

### 2.1 Η ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Το λίπος, οι μυς και τα οστά αποτελούν μορφολογικά το βασικό δομικό συστατικό του ανθρώπινου σώματος, Η γνώση της αναλογίας τους είναι απαραίτητη για τον έλεγχο της σωστής διατροφής και της απόδοσης<sup>12</sup>.

Το ανθρώπινο σώμα αποτελείται κατά 60% από νερό και κατά 40% από στερεά συστατικά. Το φύλο, η ηλικία, το γενετικό υπόστρωμα και άλλοι παράγοντες είναι υπεύθυνοι για τις διαφορές που υπάρχουν από άτομο σε άτομο.

Στο νέο άνδρα το λίπος αποτελεί το 15% με 17% του βάρους του σώματος και στη νέα γυναίκα το 20% με 22% του βάρους του σώματος. Από αυτό το 3% στον άνδρα και το 11% στη γυναίκα αποτελεί το απαραίτητο λίπος. Το απαραίτητο λίπος προφυλάσσει και στηρίζει τα διάφορα όργανα του σώματος και σταθεροποιεί τη θερμοκρασία του σώματος, ο αποθηκευτικός ιστός αποτελεί δεξαμενή ενέργειας για τον οργανισμό. Ακόμη μπορούμε να διαχωρίσουμε το λιπώδη ιστό σε<sup>13</sup>:

- 1) Υποδόριο λιπώδη ιστό
- 2) Ενδοκοιλιακό λιπώδη ιστό
- 3) Ενδομυϊκό λιπώδη ιστό

Ο λιπώδης ιστός αποτελείται περίπου κατά 80% από τριγλυκερίδια, κατά 3% έως 4% από πρωτεΐνες και κατά 16% έως 17% από νερό. Στο ανθρώπινο σώμα συναντάμε δύο τύπους λιπώδους ιστού, το λευκό λιπώδη ιστό και το φαιοκαστανό λιπώδη ιστό (brown fat). Το μεγαλύτερο μέρος του λιπώδους ιστού είναι ο λευκός λιπώδης ιστός<sup>14</sup>.

Οι σκελετικοί μυς αποτελούν περίπου το 45% του σωματικού βάρους, το ποσοστό αυτό στις γυναίκες είναι μικρότερο λόγω του μεγαλύτερου ποσοστού λίπους, διαφορά που αποδίδεται σε ορμονικές διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στα

---

<sup>12</sup> Macht. M., & Simons, G.(2006) *Emotions and eating everyday life*, Appetite, 65-71

<sup>13</sup> Georgiou C., Beets N., Hoos T., Clenn M.(2006) Young adult exercisers and no exercisers differ in food attitudes, perceived dietary changes, and food choices, *International Journal of Sport Nutrition*, pp.402-413

<sup>14</sup> Mahan L.K. and Escot-Stump S.(2000) *Krause's food, nutrition & food therapy*, U.S.A 10<sup>th</sup> ed. W.B Saunders Company

δυο φύλα<sup>15</sup>.

## 2.2 ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Ο οργανισμός του ατόμου χρειάζεται ενέργεια για να κρατηθεί στη ζωή αλλά και για να κάνει εκούσιες δραστηριότητες (όπως είναι η κίνηση). Ενέργεια χρειαζόμαστε για να αναπνέουμε, να κάνουμε πέψη και για την απορρόφηση της τροφής και για να διατηρήσουμε την θερμοκρασία στο σώμα μας.

Τρεις είναι οι βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην κατανάλωση ενέργειας στους νέους. Ο πρώτος όπου είναι και ο σημαντικότερος είναι ο ρυθμός βασικού μεταβολισμού (Basal Metabolic Rate – BMR), που αφορά την ενέργεια που καταναλώνει για τη συντήρηση του οργανισμού σε συνθήκες απόλυτης ηρεμίας. Ο δεύτερος παράγοντας αφορά την ενέργεια που καταναλώνεται για την επεξεργασία και εναποθήκευση των τροφίμων και θρεπτικών συστατικών της διατροφής και ο τρίτος παράγοντας αφορά την ενέργεια που καταναλώνεται στο πλαίσιο της φυσικής δραστηριότητας που είναι συνυφασμένη με τη ζωή, την εργασία, την άθληση ή την διασκέδαση<sup>16</sup>.

## 2.3 ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ

Όταν η ενεργειακή πρόσληψη είναι ίση με την ενεργειακή κατανάλωση, το βάρος θα παραμένει σταθερό. Όταν η συνολική ενεργειακή πρόσληψη είναι μεγαλύτερη από τη συνολική ενεργειακή κατανάλωση (θετικό ενεργειακό ισοζύγιο), ο οργανισμός χρησιμοποιεί την ενέργεια που χρειάζεται και την περισσευούμενη την αποθηκεύει ως λίπος, το οποίο είναι η κυριότερη αποθήκη ενέργειας του οργανισμού. Οπότε θετικό ενεργειακό ισοζύγιο σημαίνει πρόσληψη βάρους<sup>17</sup>.

Όταν η συνολική ενεργειακή πρόσληψη είναι μικρότερη από τη συνολική ενεργειακή κατανάλωση (αρνητικό ενεργειακό ισοζύγιο), ο οργανισμός δεν λαμβάνει

---

<sup>15</sup> MMWR CDC.(2005) Surveill young risk behavior surveillance, Nutrition college health risk behavior survey, U.S, Department of Health and Human Services, CDC,pp.1-58

<sup>16</sup> Vorster.(2002) *Introduction of human nutrition*, McGraw Hill

<sup>17</sup> Ζαμπέλας Α.(2003) *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, σσ 241-260, σσ 282-312

όση ενέργεια χρειάζεται με αποτέλεσμα να χρησιμοποιεί τα αποθεματικά του (κυρίως το λίπος). Οπότε αρνητικό ενεργειακό ισοζύγιο σημαίνει απώλεια βάρους. Σε βάθος χρόνου, κάθε περίσσεια ενέργειας αποθηκεύεται ως λίπος. (Richardson et.al., 2005). Ο οργανισμός των χρειάζεται μεγαλύτερη ενεργειακή κατανάλωση λόγω του ότι, το νέο άτομο ζει έντονα και ακολουθεί ταχύς ρυθμούς στη ζωή του, οι οποίοι το οδηγούν στη κατανάλωση αρκετής ενέργειας σε σχέση πάντα με ένα άτομο μέσης η περασμένης ηλικίας.

## 2.4 ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

Κάθε είδος διατροφής περιλαμβάνει 3 κύρια θρεπτικά συστατικά που είναι: πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και λιπίδια. Έχει επίσης βιταμίνες και ιχνοστοιχεία που παρέχουν ποσότητες ενέργειας, διαφορετικές για κάθε είδος θρεπτικών ουσιών. (Garrow et al,2002). Η ενέργεια αυτή συγκεντρώνεται στο ανθρώπινο σώμα μέσα από τη κατάλληλη δοσολογία βιταμινών. Συγκεκριμένα το 2003, η Ευρωπαϊκή Ένωση παρουσίασε τις μονάδες ποσότητας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγκεκριμένα:

Πίνακας 2.1-RDAS Της ευρωπαϊκής κοινότητας

<b>ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ</b>	<b>ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΟΣΟΤΗΤΩΝ</b>
1. Βιταμίνη Α	800 μg=2660IU
2. Βιταμίνη D	5 μg= 200 IU
3. Βιταμίνη E	10 mg=13,6 IU
4. Βιταμίνη C	60mg
5. Βιταμίνη B1	1,4mg
6. Βιταμίνη B2	1,6mg
7. Νιασίνη	18mg
8. Βιταμίνη B6	2mg
9. Φυλλικό Οξύ	200μg
10. Βιταμίνη B12	1μg
11. Βιοτίνη	0,15mg
12. Παντοθενικό Οξύ	6mg
<b>ΜΕΤΑΛΛΑ</b>	<b>ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΟΣΟΤΗΤΩΝ</b>
1. Ασβέστιο	800mg
2. Φώσφορος	800mg

3. Σίδηρος	14mg
4. Μαγνήσιο	300mg
5. Ψευδάργυρος	15mg
6. Ιώδιο	150mg

Πηγή: Σπύρου, Σ.(2007), Βιταμίνες Ιχνοστοιχεία και Μέταλλα, Ανάκτηση στις 4-1-2013 από <http://www.dermaline.gr/articles.php?articleId=330>

Κύριο καύσιμο του εγκεφάλου είναι η γλυκόζη, στην οποία και μετατρέπεται, κάθε θρεπτικό συστατικό σε κάποιο στάδιο του μεταβολισμού, μετά την πέψη και την απορρόφησή του. Γενικά, η κάλυψη των ενεργειακών αναγκών, η σωστή αναλογία πρωτεϊνών, υδατανθράκων, λιπών, το νερό, οι βιταμίνες, τα μέταλλα και τα ιχνοστοιχεία, αλλά και η σωστή κατανομή των γευμάτων κατά τη διάρκεια της ημέρας παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην πνευματική διαύγεια (συγκέντρωση, μνήμη, μάθηση, απόδοση). Το νεαρό άτομο πρέπει να τρέφεται σωστά και να παίρνει όλα τα είδη θρεπτικών ουσιών, προκειμένου να μπορεί να αποδίδει στις καθημερινές δράσεις του. Ειδικά τα άτομα που εργάζονται και σπουδάζουν, έχουν ανάγκη από θρεπτική διατροφή, προκειμένου να αντέξουν τις πιέσεις που ασκούνται στον οργανισμό τους σε καθημερινή βάση<sup>18</sup>.

## 2.5 ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ

Οι πρωτεΐνες χρησιμοποιούνται από τον οργανισμό για πολλές λειτουργίες του. Οι πρωτεΐνες είναι βασικές ουσίες που χρειάζεται το σώμα για την ανάπτυξη και την αποκατάσταση των κατεστραμμένων κυττάρων. Χρειάζονται επίσης στην πέψη και βοηθούν στην παραγωγή αντισωμάτων που καταπολεμούν τις λοιμώξεις.

Οι πρωτεΐνες είναι συστατικά όλων των κυττάρων, σχηματίζουν τα συστατικά στοιχεία όλων των μυών και τα ένζυμα που είναι απαραίτητα για την απελευθέρωση ενέργειας και τη διατήρηση της ζωής, συγχρόνως οι πρωτεΐνες έχουν σημαίνον ρόλο στη σύνθεση των ορμονών. Οι πρωτεΐνες χρησιμεύουν για την κατασκευή διαφόρων μερών και οργάνων του σώματος ξεκινώντας από τα κύτταρα και τις μεμβράνες του. Πρωτεΐνες περιέχουν τρόφιμα όπως κρέας, ψάρι, γάλα, αβγά, συκώτι και λιγότερο τα

<sup>18</sup> Mitchell S.(2008) Changes after taking a college basic nutrition course, J am Diet Assoc, pp. 995-961

όσπρια και τα δημητριακά.<sup>19</sup> Λόγω των περιορισμένων επιστημονικών δεδομένων, δεν μπορούν να δοθούν απόλυτες οδηγίες για τη λήψη πρωτεϊνών. Έτσι, το επιθυμητό ποσοστό πρωτεϊνών στη διατροφή εκτιμάται στο 10% με 20% της συνολικής λήψης θερμίδων σε καθημερινή βάση<sup>20</sup>.

Αν η κατανάλωση πρωτεϊνών ανέρχεται σε αυτά τα ποσοστά, τότε το 80-90% του υπόλοιπου θερμιδικού συνόλου μένει να μοιραστεί μεταξύ λιπαρών και υδατανθράκων της διατροφής. Λιγότερο από 10% του θερμιδικού συνόλου πρέπει να προέρχεται από κορεσμένα και πολυακόρεστα λιπαρά οξέα, αφήνοντας το υπόλοιπο 60-70% στα μονοακόρεστα και τους υδατάνθρακες (Συντώσης, 2005).

Οι ανάγκες σε πρωτεΐνη στους νέους κυμαίνονται από 0,8-1 gr/kgf σωματικού βάρους την ημέρα. Ο νέος θα πρέπει να καταναλώνει ικανοποιητικές ποσότητες πρωτεΐνης υψηλής βιολογικής αξίας και άρα τροφές όπως το κρέας, το ψάρι, το κοτόπουλο, τα γαλακτοκομικά και το αυγό<sup>21</sup>.

## 2.6 ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

Οι υδατάνθρακες αποτελούν σημαντικές συνιστώσες στη διατροφή όλων των ζωικών οργανισμών τροφοδοτώντας αυτούς με την απαιτούμενη ενέργεια επιβίωσης. Υδατάνθρακες περιλαμβάνουν τρόφιμα όπως ζάχαρη, μέλι, πατάτες, δημητριακά, ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι, φρούτα, λαχανικά, όσπρια και γλυκά.

Το ποσοστό των υδατανθράκων που πρέπει να περιέχονται στο ημερήσιο διαιτολόγιο κάθε νέου ανθρώπου, εκτός από τα άτομα που πάσχουν από συγκεκριμένες ασθένειες, είναι το 50-55% επί του συνόλου της προσλαμβανόμενης ενέργειας. Το μεγαλύτερο μέρος αυτών, θα πρέπει να καλύπτεται από πολυσακχαρίτες, αφού στα τρόφιμα στα οποία περιέχονται, παρέχουν και άλλα θρεπτικά συστατικά, όπως βιταμίνες και ιχνοστοιχεία<sup>22</sup>.

---

<sup>19</sup> Mitchell S.(2008) Changes after taking a college basic nutrition course, J am Diet Assoc, pp. 995-961

<sup>20</sup> Ζαμπέλας Α.(2008) *Μάθετε για τα τρόφιμα & τη διατροφή*, Dr Joan Webster-Gandy, , Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης

<sup>21</sup> Garrow JS, James WPT, Ralph A.(2002), *Human Nutrition and Dietetics*, Elsevier

<sup>22</sup> Pfannhauser, W. (1993) Volatiles formed during extrusion cooking of cereals. *Flav.Fragr. J.*, Volume 8, p. 109-113

## 2.7 ΛΙΠΙΔΙΑ

Το ποσοστό ενεργειακής πρόσληψης που προέρχεται από τα λιπίδια ποικίλει από 25-45%. Στον Ελληνικό πληθυσμό, παραδοσιακά το 40% περίπου της ενέργειας προέρχεται από λιπίδια, κυρίως όμως μονοακόρεστα με την κατανάλωση ελαιόλαδου<sup>23</sup>.

Τα νεαρά άτομα αλλά και γενικά θα πρέπει να δώσουν μεγάλη προσοχή πρέπει να δοθεί στην πρόσληψη μίας υποκατηγορίας λίπους, του κορεσμένου λίπους (τυρί, γάλα, παγωτό, βούτυρο, αλλαντικά, λουκάνικα, πέτσα κοτόπουλου κ.τ.λ) η οποία δεν πρέπει να ξεπερνά το 10% της συνολικής προσλαμβανόμενης ενέργειας(Δημόπουλος,2002).

Ιδιαίτερη σημασία δίνεται τελευταία στην πρόσληψη των απαραίτητων λιπαρών οξέων ω-3 και ω-6 τα οποία και πρέπει να λαμβάνονται από την τροφή ή από συμπληρώματα διατροφής εφόσον δεν συντίθεται από τον οργανισμό και τα οποία δε θα πρέπει να συμμετέχουν σε ποσοστό μεγαλύτερο των 5-15% της συνολικής προσλαμβανόμενης ενέργειας<sup>24</sup>.

## 2.8 ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ

Οι βιταμίνες, είναι χημικές ουσίες, που αρχικά ορίστηκαν σαν οργανικές ενώσεις, βρίσκονται δε στις τροφές των ζώων και του ανθρώπου και είναι απαραίτητες για να διατηρήσουν τη ζωή, τη καλή υγεία και να προωθήσουν την αύξηση(Mindell,2004).Οι βιταμίνες έχουν διαφορές μεταξύ τους ως προς τη δομή και τη λειτουργία. Χωρίζονται σε 2 βασικές κατηγορίες στις υδατοδιαλυτές και τις λιποδιαλυτές<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> Πλέσσα, Σ. Τ.(2000) *διαιτητική του ανθρώπου*, Αθήνα , Τρίτη έκδοση, Εκδόσεις Φάρμακον-Τύπος

<sup>24</sup> Macht M. & Simons G.(2000) *Emotions and eating everyday life*, Appetite,pp.65-71

<sup>25</sup> Mahan L.K. and Escot-Stump S.(2000) *Krause's food, nutrition & food therapy 2000*, U.S.A 10<sup>th</sup> ed. W.B Saunders Company

Πίνακας 2.2 Οι Βιταμίνες και οι Πηγές τους

**ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ**

**Βιταμίνη Α ή ρετινόλη**

<b>Πηγές</b>	Σπανάκι, μαρούλι, καρότα, αυγά, συκώτι, γάλα, γιαούρτι, τυρί, βούτυρο
<b>Που βοηθά</b>	Ανάπτυξη- αναπαραγωγή, όραση, δέρμα,
<b>Ανεπάρκεια: τι προκαλεί</b>	Δερματικές παθήσεις, διαταραχές στην όραση
<b>Τοξικότητα από Υπέρμετρες δόσεις</b>	Πονοκέφαλος, εμετοί, τριχόπτωση, δερματικές παθήσεις

**Βιτ. Β1 ή θειαμίνη**

<b>Πηγές</b>	Γάλα, αυγά, συκώτι, όσπρια, μαύρο ψωμί, δημητριακά
<b>Που βοηθά</b>	Μεταβολισμός Υδατανθράκων, βοηθάει στην καλή λειτουργία των νεύρων
<b>Ανεπάρκεια: τι προκαλεί</b>	Διαταραχή μεταβολισμού υδατανθράκων, μπέρι - μπέρι, ανορεξία, δυσκοιλιότητα, αδυναμία
<b>Τοξικότητα από Υπέρμετρες δόσεις</b>	Τοξική σε μεγάλες δόσεις

**Βιτ. Β2 ή ριβοφλαβίνη**

<b>Πηγές</b>	Γάλα, συκώτι, αυγά, όσπρια, δημητριακά
<b>Που βοηθά</b>	Μεταβολισμός υδατανθράκων, καλή λειτουργία των νεύρων
<b>Ανεπάρκεια: τι προκαλεί</b>	Επιπεφυκίτιδες, Δερματικές παθήσεις, Αδυναμία
<b>Τοξικότητα από Υπέρμετρες δόσεις</b>	Τοξική σε μεγάλες δόσεις

**Βιτ. Β3**

<b>Πηγές</b>	Αυγά, γάλα, συκώτι, μοσχάρι, κοτόπουλο, όσπρια
<b>Που βοηθά</b>	Μεταβολισμός υδατανθράκων, καλή λειτουργία των νεύρων
<b>Ανεπάρκεια: τι προκαλεί</b>	Πελλάγρα, επιγαστρικές και νευρικές διαταραχές, στοματίτιδα, γλωσσίτιδα
<b>Τοξικότητα από Υπέρμετρες δόσεις</b>	Μεταβολικές διαταραχές, Τοξική σε μεγάλες δόσεις

**Βιτ. Β6 ή πυριδοξίνη**

<b>Πηγές</b>	Μοσχάρι, συκώτι, όσπρια, αυγά, δημητριακά
<b>Που βοηθά</b>	Μεταβολισμός λιπών και πρωτεϊνών, σχηματισμός αιμοσφαιρίνης
<b>Ανεπάρκεια: τι προκαλεί</b>	Νεφρολιθίαση, νευρικές παθήσεις, σπασμοί, γαστρεντερικές διαταραχές
<b>Τοξικότητα από Υπέρμετρες δόσεις</b>	Τοξική σε μεγάλες δόσεις

**Παντοθενικό οξύ**

<b>Πηγές</b>	Μοσχάρι, συκώτι, όσπρια, αυγά, δημητριακά
<b>Που βοηθά</b>	Μεταβολισμός λιπών, υδατανθράκων και πρωτεϊνών
<b>Ανεπάρκεια: τι προκαλεί</b>	Μεταβολικές διαταραχές
<b>Τοξικότητα από Υπέρμετρες δόσεις</b>	Τοξική σε μεγάλες δόσεις

**Φυλλικό οξύ**

<p><b>Πηγές</b> <b>Που βοηθά</b></p> <p><b>Ανεπάρκεια: τι προκαλεί</b></p> <p><b>Τοξικότητα από Υπέρμετρες δόσεις</b></p>	<p>Μοσχάρι, συκώτι, όσπρια, δημητριακά αυγά</p> <p>Σχηματισμός ερυθρών αιμοσφαιρίων, νευρικές και αναπαραγωγικές διαταραχές</p> <p>Μεταβολικές διαταραχές, Μεγαλοβλαστική αναιμία, Γαστρεντερικά προβλήματα</p> <p>Τοξική σε μεγάλες δόσεις</p>
<p><b>Πηγές</b> <b>Που βοηθά</b></p> <p><b>Ανεπάρκεια: τι προκαλεί</b></p> <p><b>Τοξικότητα από Υπέρμετρες δόσεις</b></p>	<p><b>Βιοτίνη</b></p> <p>Αυγά, συκώτι, μοσχάρι, δημητριακά</p> <p>Μεταβολισμός λιπών και υδατανθράκων</p> <p>Διαταραχές στο μεταβολισμό υδατανθράκων και λιπών</p> <p>Τοξική σε μεγάλες δόσεις</p>
<p><b>Πηγές</b> <b>Που βοηθά</b></p> <p><b>Ανεπάρκεια: τι προκαλεί</b></p> <p><b>Τοξικότητα από Υπέρμετρες δόσεις</b></p>	<p><b>Χολίνη</b></p> <p>Αυγά, συκώτι, όσπρια, δημητριακά</p> <p>Προστασία ήπατος, μεταβίβαση νευρικών ερεθισμάτων</p> <p>Λιπώδες ήπαρ, μειωμένη ανάπτυξη</p> <p>Τοξική σε μεγάλες δόσεις. Ναυτία, ίλιγγοι, διαρροϊκές κενώσεις</p>
<p><b>Πηγές</b> <b>Που βοηθά</b></p> <p><b>Ανεπάρκεια: τι προκαλεί</b></p> <p><b>Τοξικότητα από Υπέρμετρες δόσεις</b></p>	<p><b>B12 ή Κυανοκοβαλαμίνη</b></p> <p>Γάλα, συκώτι, αυγά, μοσχάρι, κοτόπουλο, ψάρια</p> <p>Μεταβολισμός υδατανθράκων, πρωτεϊνών και λιπών, σχηματισμός ερυθρών αιμοσφαιρίων</p> <p>Διαταραχές στο νευρικό σύστημα, κακοήθης αναιμία</p> <p>Τοξική σε μεγάλες δόσεις</p>
<p><b>Πηγές</b> <b>Που βοηθά</b></p> <p><b>Ανεπάρκεια: τι προκαλεί</b></p> <p><b>Τοξικότητα από Υπέρμετρες δόσεις</b></p>	<p><b>Βιτ. C ή Ασκορβικό Οξύ</b></p> <p>Πορτοκάλια, λεμόνια, ντομάτες, πιπεριές, φρούτα γενικά</p> <p>Ανάπτυξη, άμυνα, διατήρηση ζωής, αντικαρκινική δράση;</p> <p>Σκορβούτο</p> <p>Νεφρικές διαταραχές</p>
<p><b>Πηγές</b> <b>Που βοηθά</b></p> <p><b>Ανεπάρκεια: τι προκαλεί</b></p> <p><b>Τοξικότητα από Υπέρμετρες δόσεις</b></p>	<p><b>Βιτ. D ή Χοληκαλσιφερόλη</b></p> <p>Αυγά, γάλα, τυρί, γιαούρτι, βούτυρο, συκώτι</p> <p>Σχηματισμός οστών και δοντιών, μεταβολισμός ασβεστίου και φωσφόρου</p> <p>Ραχίτιδα, οστεομαλάκυνση, διαταραχές μεταβολισμού</p> <p>Πονοκέφαλοι, εμετοί, διάρροιες, Υπερασβεστιαμία</p>
<p><b>Πηγές</b> <b>Που βοηθά</b></p> <p><b>Ανεπάρκεια: τι προκαλεί</b></p>	<p><b>Βιτ. E ή Τοκοφερόλη</b></p> <p>Ελαιόλαδο, ψωμί, δημητριακά, αυγά, κρέας, συκώτι</p> <p>Παραγωγή ερυθρών αιμοσφαιρίων, αντιοξειδωτικές ιδιότητες, αντικαρκινική δράση;</p> <p>Καταστροφή ερυθρών αιμοσφαιρίων,</p>



	σεξουαλικές διαταραχές
<b>Τοξικότητα από Υπέρμετρες δόσεις</b>	Δηλητηριάσεις
	<b>Βιτ. Κ ή Κινόνη</b>
<b>Πηγές</b>	Δημητριακά, φρούτα, σπανάκι, κάλιο
<b>Που βοηθά</b>	Πήξη του αίματος
<b>Ανεπάρκεια: τι προκαλεί</b>	Αιμορραγίες, διαταραχές στην πήξη του αίματος
<b>Τοξικότητα από Υπέρμετρες δόσεις</b>	Μικρές ανεπιθύμητες παρενέργειες

Πηγή: Αναγνώστου Π.,(2007), Οι Βιταμίνες και οι πηγές τους, Ανάκτηση στις 4-1-2013 από <http://www.geocities.com/anagnostouste/bitamines.htm>

Στο παρελθόν, οι επιστήμονες μελετούσαν τις βιταμίνες, έτσι ώστε να ελαττωθεί η εμφάνιση ελλείψεων σε κάποιες βιταμίνες. Σήμερα, μελετώνται, ως προς την ικανότητα ορισμένων βιταμινών να εμποδίσουν και να γιατρέψουν κάποιες ασθένειες αλλά επίσης να εμπλουτίσουν την σωματική και πνευματική υγεία και απόδοση.

Οι βιταμίνες αυτές είναι η βιοτίνη, το φολικό οξύ, η Νιασίνη, το παντοθενικό οξύ, η ριβοφλαβίνη, η θειαμίνη, η Α, Β-6, Β-12, C, D, E, Κ(Καραγκιοζόγλου Θ, 2001). Η έλλειψη κάποιων βιταμινών, έχει πρόωρη εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης, υστερίας και υποχονδρίας. Αυτή η παρατήρηση ήρθε όταν πειραματικά μειώθηκαν τα επίπεδα της θειαμίνης (Β1), της ριβοφλαβίνης και της βιταμίνης C (Καραγκιοζόγλου, 2001). Οι βιταμίνες είναι απαραίτητες για τις ακόλουθες δράσεις: (Gibney et al, 2007).

1. Το σχηματισμό & διατήρηση υγιών ιστών (η βιταμίνη Α βοηθάει στην όραση).
2. Τη λειτουργία ανοσοποιητικού συστήματος
3. Τη ρύθμιση του μεταβολισμού
4. Την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών.
5. Τη διατήρηση νευρικού συστήματος
6. Αντιοξειδωτικά (βιταμίνες Ε, C και β-καροτένιο)

## 2.9 ΜΕΤΑΛΛΑ ΚΑΙ ΙΧΝΟΣΤΟΙΧΕΙΑ

Τα μέταλλα εμφανίζονται στο σώμα και στις τροφές κυρίως σε ιονική μορφή. Τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά είναι μέταλλα, ασβέστιο, φωσφόρος, μαγνήσιο, νάτριο, κάλιο, χλώριο και θείο. Τα μέταλλα μπορούν να χαθούν από τις τροφές μόνο αν διαλυθούν στο νερό. Τα ιχνοστοιχεία είναι τοξικά αν καταναλωθούν σε μεγάλες ποσότητες για αυτό πρέπει να ακολουθούμε τη συνισταμένη ημερήσια πρόσληψη<sup>26</sup>. Οι τροφές ζωικής προέλευσης είναι ανώτερες πηγές ιχνοστοιχείων από τις τροφές φυτικής προέλευσης και αυτό γιατί τα ιχνοστοιχεία βρίσκονται σε μεγαλύτερες συγκεντρώσεις και έχουν μεγαλύτερη βιοδιαθεσιμότητα, δηλαδή απορροφώνται καλύτερα<sup>27</sup>.

Σύμφωνα με τον Cueto το 2001 όλα τα παραπάνω συστατικά θα πρέπει να αποτελούν βάση ενός ισορροπημένου γεύματος για παράδειγμα το πρωινό το οποίο είναι το βασικό γεύμα ειδικά για τους νέους μια και πρέπει να καλύπτει το 25% των ημερήσιων ενεργειακών αναγκών του οργανισμού. Θα πρέπει να προέρχεται από μια ισορροπημένη σύνθεση όλων των παραπάνω. Συγκεκριμένα: υδατάνθρακες από φρούτα και προϊόντα δημητριακών (π.χ. ψωμί ολικής αλέσεως, φρυγανιές σικάλεως, κ.λ.π.), πρωτεΐνες από γαλακτοκομικά αλλά και φυτικά λιπαρά, που χαρίζουν απαραίτητα λιπαρά οξέα και λιποδιαλυτές βιταμίνες. Η προσθήκη μάλιστα πολυακόρεστων λιπαρών μέσα από μαργαρίνες τύπου soft, κρίνεται ευεργετική ιδιαίτερα για τους νέους, των οποίων οι ενεργειακές και θρεπτικές απαιτήσεις είναι αυξημένες.

---

<sup>26</sup> Ortega R., Requejo A., Sanchez-Muniz F., Quintas M., Sanchez-Quiles B., Andres P., Renondo M., Lopez-Sobaler A.(2010) *Concern about nutrition and its relation to the food habits of a group of young university students from Madrid (Spain)*, *Z Ernährungswiss*, pp.16-22

<sup>27</sup> Mahan L.K. and Escot-Stump S. (2006)*Krause's food, nutrition & food therapy*, U.S.A 10<sup>th</sup> ed. W.B Saunders Company

## 2.10 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το παρόν κεφάλαιο παρουσίασε μια ολοκληρωμένη υγιεινή διατροφή, η οποία μπορεί να θεωρηθεί και ως «Μεσογειακή Διατροφή» αφού περιλαμβάνει τρόφιμα τα οποία διαθέτουν χαμηλά λιπαρά και μεγάλη κατανάλωση υδατανθρακικών τροφών όπως: δημητριακά, ψωμί, ρύζι και μακαρόνια, φρούτα, λαχανικά, γάλα και γαλακτοκομικά. Η υγιεινή διατροφή ταυτόχρονα ενώ περιλαμβάνει πλήθος βιταμινών, ωστόσο ως βασική πηγή λίπους εντάσσει μόνο το ελαιόλαδο, το οποίο όμως ως γνωστόν αποτελεί εξαιρετική πηγή υγιεινής διατροφής λόγω της περιεκτικότητάς του σε μονοακόρεστα λιπαρά.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ

Από το σύνολο των 60 άρθρων, αποκλείστηκαν 33 και περιλήφθηκαν 27 πρωτογενείς ερευνητικές μελέτες (βλ. παρακάτω πίνακα). Οι μελέτες που κρίθηκαν ως αποδεκτές για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση ήταν πρωτογενή άρθρα, γραμμένα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα και επικεντρώθηκαν στη διερεύνηση της νευρικής ανορεξίας σε συνδυασμό με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Πίνακας: Πρωτογενείς μελέτες

Όνομα	Έτος	Περιοδικό	Ευρήματα
American Dietetic Association	2001	EDNOS	Η θεραπεία της γνωστικής συμπεριφοράς είναι μια πρωταγωνιστική θεραπεία όπου έχει υπάρξει αποτελεσματική και έχει βελτιώσει την ανταπόκριση των ατόμων
Attia E	2007	Am J Psychiatry	Ενδείξεις νευρικής ανορεξίας: σωματικό βάρος που είναι κατά πολύ κάτω από 25-30% από το ιδανικό σωματικό βάρος ιατρικά σημάδια υποθρεψίας, γρήγορη και σοβαρή απώλεια βάρους με αδράνεια στην θεραπεία ως εξωτερικός ασθενής, αξιολογούμενη ενδεικτική υπόταση ή λιποθυμία, βραδυκαρδία (< 35-40 σφυγμούς/λεπτό), αρρυθμίες υπόταση. Για τους ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία ως εξωτερικοί ασθενείς ή για αυτούς που δεν έχουν εξειδικευμένες θεραπείες για εξωτερικούς ασθενείς διαθέσιμες στην περιοχή τους, ίσως είναι απαραίτητα πιο δομημένα προγράμματα θεραπείας όπως η εισαγωγή στο νοσοκομείο ή η μερική εισαγωγή στο νοσοκομείο (θεραπεία ημέρας)
Berkman	2006	AHRQ	Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν την ατομική ψυχοθεραπεία (Γνωστική-συμπεριφορική, διαπροσωπική, συμπεριφορική, ψυχοδυναμική). Την οικογενειακή θεραπεία (ειδικά για ασθενείς σε νεαρή ηλικία) και την ομαδική θεραπεία
Blake	1995	Curr Probl Pediatr	Η ψυχολογική παρέμβαση είναι πολύ σημαντική γενικά για τη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών και ειδικά για τη Νευρογενή Ανορεξία
Chakraborty	2010	Indian J Psychiatry	Οι ασθενείς σπάνια εντοπίζουν το πρόβλημα μόνοι τους. Για αυτό το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να τους βοηθήσει να αναγνωρίσουν τα διατροφικά τους προβλήματα, να αυξήσουν τα κίνητρα τους για θεραπεία και να τους βοηθήσουν με την φροντίδα του συντονισμού
Gonzales	2007	Australian family physician	Η διατροφική επαναφορά μπορεί να πραγματοποιηθεί γρήγορα και με ασφάλεια με την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο. Αυτό θα επιτευχθεί με μια αγωγή, με την ταυτόχρονη προσθήκη συμπληρωμάτων φωσφόρου και πολυβιταμινών

Όνομα	Έτος	Περιοδικό	Ευρήματα
Halmi	2009	World Psychiatry	Η οικογενειακή θεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας και ειδικότερα σε νεαρούς ασθενείς. Είναι η πιο ισχυρά τεκμηριωμένη θεραπεία, με βάση τις μελέτες, για έφηβους με Νευρογενή Ανορεξία
Hsu	2004	Journal of the American Medical Women's association	Ο ψυχολόγος, θα πρέπει να καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια για να ασχοληθεί η οικογένεια, όμως δεν θα πρέπει να κατηγορήσει την οικογένεια για την ασθένεια
Lawson	2009	Nature clinical practice Endocrinology & Metabolism	Σε 226 φοιτητές, το 26% των ανδρών και το 48% των γυναικών περιέγραφε τον εαυτό του ως υπέρβαρο, χωρίς αυτό να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα
Loveridge	2005	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists	Η νευρική ανορεξία είναι δυστυχώς στις μέρες μας μια ασθένεια που έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας. Αφορά κυρίως νέες κοπέλες σε ηλικία αλλά και πολλούς άνδρες ακόμα και μικρά παιδιά. Συνήθως μία στις 4 γυναίκες οδηγείται στο θάνατο λόγω έλλειψης σίτισης
Mehler	2001	Ann Intern Med	Η γνωστική θεραπεία βοηθάει τους ασθενείς να αναγνωρίσουν τη σύνδεση μεταξύ των δυσλειτουργικών σκέψεων και των απροσάρμοστων συμπεριφορών τους, ελέγχει τον ανορεκτικό ασθενή για να προάγει το κέρδος βάρους αλλάζοντας την ελαττωματική διαδικασία σκέψης
Mehler	2010	Journal of nutrition and metabolism	Η ολική παρεντερική διατροφή είναι μια εξειδικευμένη διαδικασία και θα πρέπει να γίνεται μόνο όταν είναι ιατρικά αναγκαίο και από έναν έμπειρο κλινικό γιατρό με την υποστήριξη έμπειρου νοσηλευτικού προσωπικού και διαιτολόγου. Σε αυτή την περίπτωση, ο διαιτολόγος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό και την παρακολούθηση του σχήματος και των στόχων της διατροφής
Mitrany	2005	Isr Journal Psychiatry Relat Sci	Ασθενείς που είναι αιμοδυναμικά σταθεροί και δεν παρουσιάζουν ανωμαλίες στους ηλεκτρολύτες και ασθενείς που έχουν κίνητρο και θέληση για συμμόρφωση, μπορεί η κατάσταση να αντιμετωπιστεί εξωνοσοκομειακά. Αντίθετα η εισαγωγή ενδείκνυται όταν υπάρχει αιμοδυναμική αστάθεια (βραδυκαρδία <48/λεπτό ή ορθοστατική πτώση της αρτηριακής πίεσης). Βραδυκαρδία <40/λεπτό, δείχνει σημαντική αστάθεια. Σημαντικές ανωμαλίες στους ηλεκτρολύτες και οξεία αφυδάτωση λόγω της άρνησης φαγητού και υγρών. Άλλοι παράγοντες, όπως είναι οι ψυχιατρικές διαταραχές, μπορεί επίσης να υπαγορεύουν την ανάγκη για εισαγωγή στο νοσοκομείο.
Morris	2007	BMJ	Η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική όταν η θεραπευτική ομάδα και ο ασθενής εργάζονται από κοινού εναντίον της ανορεξίας
Musante	2008	JCOMCME	Διατύπωση Διακήρυξης που μπορεί να τυπώσει και να υπογράψει όποιος είναι έτοιμος να παραδεχτεί ότι αντιμετωπίζει διατροφική διαταραχή

Όνομα	Έτος	Περιοδικό	Ευρήματα
National Clinical Practice Guideline Number	2009	National Collaborating Centre for Mental Health	Η Νευρική Ανορεξία λειτουργεί ύπουλα και καταλυτικά στη ζωή μιας έφηβης ή μιας ενήλικης γυναίκας, αλλά και ταυτόχρονα στην οικογένειά της. Το στενό οικογενειακό περιβάλλον συνειδητοποιεί πολύ αργά συνήθως το πρόβλημα λόγω έλλειψης ενημέρωσης γι' αυτό είναι απαραίτητο με τις πρώτες υποψίες να προτρέπεται το άτομο να ακολουθήσει θεραπεία
Orbach	2006	ARROW	Η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική όταν η θεραπευτική ομάδα και ο ασθενής εργάζονται από κοινού εναντίον της ανορεξίας
Ramjan	2004	Journal of Advanced Nursing	Η αύξηση της συχνότητας της ανορεξίας κατά την περίοδο 1935-1990 είναι τρομακτική, ειδικά στις ηλικίες μεταξύ 15 και 19 ετών
RCP	2010	RC Psych Royal College of Psychiatrists	Υπάρχουν περισσότερες από 200 διαφορετικές μορφές ψυχοθεραπείας ενδεικτικό παράδειγμα των οποίων είναι η Γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία που περιλαμβάνει ημερολόγια σίτισης κι εκτενή εκπαίδευση σχετικά με θέματα διατροφής και η Συστημική θεραπεία οικογένειας η οποία εμπλέκεται ενεργά σε προσπάθειες να πείσουν, να εξαπατήσουν, να απειλήσουν ή και να ικετέψουν τον άνθρωπό τους να φάει
Rome	2003	Pediatrics	Ο ψυχολόγος, θα πρέπει να είναι ενεργός και να λειτουργεί στην θεραπευτική αντιμετώπιση σαν δάσκαλος, οδηγός και προπονητής. Θα πρέπει να εξηγεί, προκαλεί, προτρέπει, διδάσκει, ορίζει, απαλύνει και ηρεμεί τον ασθενή. Το ιστορικό θα πρέπει να λαμβάνεται σε ένα μη επικριτικό, κατανοητικό περιβάλλον, σε μια προσπάθεια να κατανοήσουν τι έχει βιώσει ο ασθενής και να διαπιστωθεί αν υπάρχει ή όχι πρόβλημα
Sabine	2010	AFDAS-TCA – HAS	Το φαγητό και τα κιλά γίνονται ψύχωση στο μυαλό των ασθενών κοριτσιών και ίσως αυτό να εξηγείται και από το ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό κοριτσιών της εφηβείας δεν είναι ευχαριστημένο με το βάρος του
Sidiropoulos	2007	Journal of Medicine	Από την πλευρά του ιατρού, θα πρέπει να καθιερωθεί και να φροντίζει να περνάει χρόνο με τον ασθενή έτσι ώστε να διαμορφώνεται μια σχέση εμπιστοσύνης μαζί του, καθώς και με την οικογένεια του και θα πρέπει να αποφεύγονται οι ενοχές και οι κατηγορίες. Η θεραπευτική αλληλεπίδραση μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς, είναι πολύπλοκη. Από τη μια οι στόχοι της θεραπείας για τη Νευρογενή Ανορεξία είναι καλά καθιερωμένοι αλλά το πώς αυτοί οι στόχοι μπορεί να επιτευχθούν δεν είναι βέβαιο
Stratoudakis	2004	Archives of Hellenic medicine	Ο στόχος αντιμετώπισης σε εξωτερικούς ασθενείς είναι η αύξηση βάρους κατά 0,5-1 kg την εβδομάδα. Αν η συγκεκριμένη μορφή αντιμετώπισης αποδειχθεί ανεπιτυχής κρίνεται απαραίτητη είτε μερική, είτε πλήρης εισαγωγή σε νοσοκομείο

<b>Όνομα</b>	<b>Έτος</b>	<b>Περιοδικό</b>	<b>Ευρήματα</b>
Williams	2008	American family physician	Μια συλλογική προσέγγιση χωρίς συγκρούσεις και ανακριτική διάθεση, που αναγνωρίζει τους κινδύνους που σχετίζονται με τις αλλαγές που απασχολούν την περιέργεια, μπορεί να βοηθήσει στην παρακίνηση του ασθενή να συμμετέχει στη θεραπεία
Winston	2005	Αναφορά συμβουλίου CR 130	Η στενή συνεργασία είναι απαραίτητη μεταξύ των επαγγελματιών που παρέχουν ψυχολογική θεραπεία και εκείνων υπεύθυνων για τη διατροφική και ιατρική φροντίδα του ασθενή
Βαρβάρα	2008	Το νοσοκομείο μας Χρέος Ζωής	Νοσηλευτική φροντίδα των ατόμων που πάσχουν από νευρική ανορεξία: Νοσηλευτική εκτίμηση, Νοσηλευτικές Διαγνώσεις, Σχεδιασμός και Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>Ο</sup> ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

## 3.1 ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η νευρική ανορεξία είναι δυστυχώς στις μέρες μας μια ασθένεια που έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας. Αφορά κυρίως νέες κοπέλες σε ηλικία αλλά και πολλούς άνδρες ακόμα και μικρά παιδιά. Συνήθως μία στις 4 γυναίκες οδηγείται στο θάνατο λόγω έλλειψης σίτισης . Πολλοί δεν καταγράφονται στα ποσοστά του φαινομένου γιατί το θεωρούν είτε ντροπή είτε θέμα ταμπού και δεν το αναφέρουν καν με αποτέλεσμα να υπάρχουν δυσμενείς επιπτώσεις και έλλειψη μέτρων.<sup>28</sup>

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, 10 εκατομμύρια γυναίκες και 1 εκατομμύριο άνδρες παλεύουν με κάποια διατροφική διαταραχή, ενώ η ασθένεια παρουσιάζεται ως η νέα μάστιγα σε πάρα πολλές χώρες . Η νευρική ανορεξία είναι πλέον της μόδας, από την άποψη ότι προκαλεί το φόβο αλλά είναι εύκολο από τις νέες κοπέλες να αρρωστήσουν από αυτήν χωρίς να το καταλάβουν. Τα συμπτώματα ξεκινούν από την υπερβολική προσοχή για το σωματικό βάρος, , το σώμα και την εικόνα του, προσπαθώντας να είναι τέλειες στο σώμα, στις σπουδές σε όλους τους τομείς της ζωής νομίζοντας ότι έτσι θα είναι αρεστές και προσιτές στο κοινωνικό σύνολο.

Συνήθως τα άτομα αυτά δεν παρουσιάζουν στη ζωή τους άλλα προβλήματα συμπεριφορών κτλ αλλά εμφανίζουν αυτό ίσως ως αποτέλεσμα λανθασμένης αντίδρασης για άλλους παράγοντες . Πιστεύουν ότι άσχετα από τα κιλά τους ακόμα και αν είναι πολύ χαμηλό το βάρος τους ότι είναι παχύσαρκες, έχουν μια λανθασμένη εικόνα στο μυαλό τους σε σχέση με αυτό που βλέπουν στο καθρέφτη , μειώνουν συνεχόμενα τις ποσότητες της τροφής λέγοντας ακόμα και ψέματα στην οικογένειά τους ότι έχουν φάει και ουσιαστικά είναι εμφανές ότι υπάρχουν ψυχολογικά προβλήματα . Τα άτομα αυτά πιστεύουν ότι με το να ελέγχουν απόλυτα τα κιλά τους ακόμα και με λάθος τρόπο, οι άλλοι τους αποδέχονται περισσότερο. Αυτό όμως έχει

---

<sup>28</sup> Loveridge, P. (2005), *Anorexia nervosa-Australian treatment guide for consumers and carers*, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.



αντίθετη εικόνα για τους άλλους οι οποίοι πιστεύουν ότι πραγματικά δεν μπορούν να ελέγξουν τον εαυτό τους.

Τα ποσοστά θανάτων είναι πάνω από 10% και τα συμπτώματα στις ασθενείς συμπεριλαμβάνουν τον φόβο μην πάρουν βάρος και κατά συνέπεια αρνούνται τη τροφή οδηγώντας σε διαστρέβλωση της εικόνας τους.

Το φαγητό και τα κιλά γίνονται ψύχωση στο μυαλό των ασθενών κοριτσιών και ίσως αυτό να εξηγείται και από το ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό κοριτσιών της εφηβείας δεν είναι ευχαριστημένο με το βάρος του<sup>29</sup>.

### **3.1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

Η νευρική ανορεξία (*anorexia nervosa*) είναι μια διατροφική διαταραχή, που προέρχεται από ψυχολογικά αίτια και αυτοεπιβαλλόμενη ασιτία. Η λέξη «ανορεξία» στον ορισμό της ασθένειας είναι αποπροσανατολιστική, αφού το σύνδρομο δεν αφορά σε διαταραχή της όρεξης.

### **3.1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ**

Η ασθένεια χαρακτηρίστηκε για πρώτη φορά επίσημα το 1689 με την ονομασία «νευρική φθίση» και μέχρι τα μέσα του 20ού αιώνα η έννοια νευρικής ήταν σχεδόν άγνωστη. Το 1873 στη Γαλλία πρωτοκυκλοφόρησε ο όρος ‘υστερική ανορεξία’ και ο William Gull στη Μ. Βρετανία την ονομάζει ‘ανορεξία νερβόζα’ (όπως λέγεται ακόμα και στις μέρες μας). Από το 1960 και μετά όπου τα ΜΜΕ καθιέρωσαν την εικόνα του τέλειου μέσα από αποστεωμένα μοντέλα επηρέασε δυσμενώς τις επόμενες γενιές των νέων γυναικών.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> Sabine, A., et al.(2010), *Anorexia Nervosa: management*, AFDAS-TCA – HAS (Unit of Professional Clinical Practice).

<sup>30</sup> Davidson, T.S.(2010), *Anorexia Nervosa: Psychosocial Assessment and Health Implications*, Georgia College & State University.

### 3.1.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σήμερα οι ειδικοί και οι γιατροί την αποδίδουν σε ένα συνονθύλευμα από νευρολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες . Κάποιες έρευνες εντοπίζουν και πιθανά γενετικά αίτια. Τεράστιο ρόλο παίζει ο ψυχολογικός παράγοντας και φυσικά αστάθεια οικογενειακού περιβάλλοντος , τραυματικά γεγονότα, απόρριψη στον ερωτικό τομέα.

### 3.1.4 ΤΥΠΟΙ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Η Ψυχογενής ανορεξία εκδηλώνεται με δύο διαφορετικούς τύπους:

A) Ανορεξία στερητικού τύπου (restricting type): που έχει να κάνει με παρατεταμένη και αυστηρή αποχή από το φαγητό.

B) Ανορεξία υπερκαταναλωτικού τύπου (binge eating/purging type): που χαρακτηρίζεται από σπάνια επεισόδια πολυφαγίας που ακολουθούνται από τεχνητή πρόκληση εμετού.

Τα πρώτα στάδια έχουν να κάνουν με καθημερινή άρνηση του ασθενούς να φάει, τη συνεχή απώλεια κιλών, ο φόβος μήπως πάρει το άτομο κιλά, άρνηση στην αίσθηση καταβολής του σώματος, σεξουαλική αποχή, αμηνόρροια, συνεχής απώλεια βάρους, κατάθλιψη και κοινωνική απομόνωση, προβλήματα ύπνου κτλ.

Το σώμα του ατόμου επηρεάζεται ως προς τη σκέψη, έχει απώλεια μαλλιών, η καρδιά εξασθενεί, εμφανίζονται αιματολογικά προβλήματα και προβλήματα στους μύες και τις αρθρώσεις, διάρροιες ή δυσκοιλιότητα

Σε μελέτη των Drownowski και Yee, σε 226 φοιτητές, φάνηκε ότι το 26% των ανδρών και το 48% των γυναικών περιέγραφε τον εαυτό του ως υπέρβαρο, χωρίς αυτό να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα.<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Lawson, A.E and Klibanski,A.(2009), “Endocrine abnormalities in anorexia nervosa”, *Nature clinical practice Endocrinology & Metabolism*, Vol.4, No.7

### 3.1.5 ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

Στις γυναίκες μεταξύ 15-24 ετών, ο κίνδυνος θανάτου είναι 12 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με όλες τις άλλες αιτίες και τέσσερις στις δέκα νέες διαγνώσεις ανορεξίας είναι σε νεαρά άτομα κυρίως κοπέλες μεταξύ 15 και 19 ετών, ενώ σύμφωνα με τους Hoek και Van Hoeken. «Η αύξηση της συχνότητας της ανορεξίας κατά την περίοδο 1935-1990 είναι τρομακτική, ειδικά στις παραπάνω ηλικίες.<sup>32</sup>

### 3.1.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα είδη της θεραπείας πρωτίστως εντοπίζονται στην ατομική ψυχοθεραπεία η οποία εστιάζει στα τρέχοντα προβλήματα του ασθενή αλλά και σε πλευρές της προσωπικής του ιστορίας.

Οι πιο πολλοί θεραπευτές προσπαθούν να ενθαρρύνουν υγιείς διατροφικές συνήθειες, να ενισχύσουν την επανάκτηση βάρους και κάποιες συνεδρίες περιστρέφονται σχεδόν αποκλειστικά σε θέματα αυτοεικόνας και εικόνας σώματος.

Υπάρχουν περισσότερες από 200 διαφορετικές μορφές ψυχοθεραπείας ενδεικτικό παράδειγμα των οποίων είναι η Γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία που περιλαμβάνει ημερολόγια σίτισης κι εκτενή εκπαίδευση σχετικά με θέματα διατροφής και η Συστημική θεραπεία οικογένειας η οποία εμπλέκεται ενεργά σε προσπάθειες να πείσουν, να εξαπατήσουν, να απειλήσουν ή και να ικετέψουν τον άνθρωπό τους να φάει<sup>33</sup>.

Δεν υπάρχει ολοκληρωμένη φαρμακευτική θεραπεία της ανορεξίας αλλά διάφορα φαρμακευτικά σκευάσματα έχουν θέση στην αντιμετώπιση της ανορεξίας.

Η εταιρία NEDA έχει δημοσιεύσει στις ηλεκτρονικές της σελίδες μια Διακήρυξη που μπορεί να τυπώσει και να υπογράψει όποιος είναι έτοιμος να

---

<sup>32</sup> Ramjan, L.M.(2004), “Nurses and the ‘therapeutic relationship’: caring for adolescents with anorexia nervosa” Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Advanced Nursing*, Vol.45, No.5, pp.495–503

<sup>33</sup> RCP.(2010), Marsipan: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa, RC Psych Royal College of Psychiatrists

παραδεχτεί ότι αντιμετωπίζει διατροφική διαταραχή. Τα παρακάτω αποτελούν μέρος αυτής της διακήρυξης.

*«Εγώ, ο υπογράφων, δηλώνω ότι από σήμερα και στο εξής θα επιλέγω να ζω τη ζωή μου ακολουθώντας τους παρακάτω όρους. Με αυτό κηρύσσω τον εαυτό μου ελεύθερο και ανεξάρτητο των πιέσεων και των περιορισμών ενός κόσμου που έχει εμμονή στο βάρος.*

- *Θα αποδεχτώ το σώμα μου στη φυσική του μορφή και μέγεθος.*
- *Θα γιορτάζω καθημερινά όλα όσα μπορεί να κάνει το σώμα μου για μένα.*
- *Θα συμπεριφέρομαι με σεβασμό στο σώμα μου: Θα το ξεκουράζω επαρκώς, θα το τροφοδοτώ με μια ποικιλία φαγητών, θα το ασκώ με μέτρο, θα ακούω τις ανάγκες του.*
- *Θα επιλέγω να αντιστέκομαι στις κοινωνικές πιέσεις που επιβάλλουν να κρίνουμε τον εαυτό μας και τους άλλους με βάση φυσικά χαρακτηριστικά όπως είναι το βάρος, η μορφή και το μέγεθος. Θα σέβομαι τους ανθρώπους με βάση τις ιδιότητες του χαρακτήρα τους και την επιρροή των επιτευγμάτων τους.*
- *Θα αρνηθώ να στερώ το σώμα μου από απαραίτητα θρεπτικά συστατικά κάνοντας δίαιτα ή χρησιμοποιώντας προϊόντα δίαιτας.*
- *Θα αποφεύγω να βάζω τα τρόφιμα στις κατηγορίες «καλά» και «κακά». Δεν θα σχετίζω την κατανάλωση συγκεκριμένων φαγητών με ενοχή ή ντροπή. Αντ' αυτού θα προσφέρω στο σώμα μου μια ισορροπημένη διατροφή, ακούγοντας και ανταποκρινόμενος/η στις ανάγκες του.*
- *Δεν θα χρησιμοποιώ το φαγητό για να καλύψω τις συναισθηματικές μου ανάγκες.*
- *Δεν θα αποφεύγω να συμμετέχω σε δραστηριότητες που μου αρέσουν (π.χ. κολύμπι, χορός, απόλαυση ενός γεύματος) απλώς γιατί δεν αισθάνομαι καλά με την εικόνα του σώματός μου. Θα αναγνωρίζω ότι έχω το δικαίωμα να απολαμβάνω την όποια δραστηριότητα, ασχέτως της μορφής ή του μεγέθους του σώματός μου.*

*Θα πιστεύω ότι η αυτοπεποίθηση και η αυτογνωσία πηγάζουν από μέσα μας!»<sup>34</sup>.*

Η Νευρική Ανορεξία λειτουργεί ύπουλα και καταλυτικά στη ζωή μιας έφηβης ή μιας ενήλικης γυναίκας, αλλά και ταυτόχρονα στην οικογένειά της. Το στενό

---

<sup>34</sup> Musante, D.B.A., and Attia, E.(2008), Anorexia Nervosa: Role of the Primary Care Physician, JCOMCME

οικογενειακό περιβάλλον συνειδητοποιεί πολύ αργά συνήθως το πρόβλημα λόγω έλλειψης ενημέρωσης γι' αυτό είναι απαραίτητο με τις πρώτες υποψίες να προτρέπεται το άτομο να ακολουθήσει θεραπεία<sup>35</sup>.

### 3.1.6.1 Τρόποι θεραπείας-παρέμβασης.

Η Νευρογενή Ανορεξία μπορεί να ταξινομηθεί ως ήπια, μέτρια ή σοβαρή, βάση του συνδυασμού της σοβαρότητας της διαστρεβλωμένης εικόνας του σώματος, την παρουσία σωματικών επιπλοκών και το ποσοστό του ιδανικού σωματικού βάρους. Δεν υπάρχουν ελεγχόμενες προσπάθειες που να έχουν εκτελεστεί ώστε να ορίζουν πότε ενδείκνυται η εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο. Συνήθως οι αποδεκτές ενδείξεις περιλαμβάνουν<sup>36</sup>:

- σωματικό βάρος που είναι κατά πολύ κάτω από 25-30% από το ιδανικό σωματικό βάρος
- ιατρικά σημάδια υποθρεψίας,
- γρήγορη και σοβαρή απώλεια βάρους με αδράνεια στην θεραπεία ως εξωτερικός ασθενής,
- αξιοπρόσεκτη ενδεικτική υπόταση ή λιποθυμία, βραδυκαρδία (< 35-40 σφυγμούς/λεπτό),
- αρρυθμίες υπόταση.

Ένα χαμηλότερο σωματικό βάρος στην αναφορά είναι συνεπώς συνδεδεμένο με λιγότερο συχνή επίτευξη του κανονικού σωματικού βάρους και με έναν μεγαλύτερο κίνδυνο για χρόνια ανορεξία και θάνατο<sup>37</sup>.

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν την ατομική ψυχοθεραπεία (Γνωστική-συμπεριφορική, διαπροσωπική, συμπεριφορική,

---

<sup>35</sup> National Clinical Practice Guideline Number.(2009), *Eating Disorders*, National Collaborating Centre for Mental Health

<sup>36</sup> Attia E. & Wash T. Anorexia Nervosa. *Am J Psychiatry* 2007. 162:12, 1805-1810.

<sup>37</sup> Mehler P. Diagnosis and Care of Patients with Anorexia Nervosa in Primary Care Settings. *Ann Intern Med* 2001, 134: 1048-1059.

ψυχοδυναμική). Την οικογενειακή θεραπεία (ειδικά για ασθενείς σε νεαρή ηλικία) και την ομαδική θεραπεία<sup>38</sup>.

Για τους ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία ως εξωτερικοί ασθενείς ή για αυτούς που δεν έχουν εξειδικευμένες θεραπείες για εξωτερικούς ασθενείς διαθέσιμες στην περιοχή τους, ίσως είναι απαραίτητα πιο δομημένα προγράμματα θεραπείας όπως η εισαγωγή στο νοσοκομείο ή η μερική εισαγωγή στο νοσοκομείο (θεραπεία ημέρας)<sup>39</sup>.

### **A) Εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση.**

Σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν η σωματική κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει ή όταν υπάρχουν τα αντίστοιχα απαιτούμενα μέσα, μπορεί να αντιμετωπιστεί η κατάσταση του εξωνοσοκομειακά<sup>40</sup>.

Αυτό ισχύει για ασθενείς που είναι αιμοδυναμικά σταθεροί και δεν παρουσιάζουν ανωμαλίες στους ηλεκτρολύτες. Όπως και για τους ασθενείς που παρουσιάζουν σε λογικό βαθμό να έχουν κίνητρο και θέληση για συμμόρφωση<sup>41</sup>. Γι' αυτούς τους ασθενείς συστήνεται να υπάρχει μια στενή παρακολούθηση η οποία στο αρχικό στάδιο είναι απαραίτητη 1- 2 φορές την εβδομάδα

Ο στόχος αντιμετώπισης σε εξωτερικούς ασθενείς είναι η αύξηση βάρους κατά 0,5-1 kg την εβδομάδα. Αν η συγκεκριμένη μορφή αντιμετώπισης αποδειχθεί ανεπιτυχής κρίνεται απαραίτητη είτε μερική, είτε πλήρης εισαγωγή σε νοσοκομείο<sup>42</sup>.

Η εξωνοσοκομειακή θεραπεία προτείνεται όμως και από τους περισσότερους ψυχολόγους ως συνέχεια της ενδονοσοκομειακής θεραπείας, προκειμένου να

---

<sup>38</sup> Berkman N. et al. Management of Eating Disorders. Evidence Report/Technology Assessment. No 135 2006 AHRQ Publication No. 06-E010)

<sup>39</sup> Attia E. & Wash T. Anorexia Nervosa. Am J Psychiatry 2007. 162:12, 1805-1810.

<sup>40</sup> Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συνεργάτες (2004). «Ψυχιατρική». Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. σελ. 482-496

<sup>41</sup> Mitrany E. & Melamed Y. Compulsory treatment of Anorexia Nervosa. Isrj Psychiatry Relat Sci 2005, 44: 185-190.

<sup>42</sup> Stratoudakis G. & Tzanakis E. Anorexia Nervosa in women. Arcives of hellinic medicine 2004, 21: 413-421.

αποφευχθεί η υποτροπή και να βελτιωθεί η λειτουργικότητα του ασθενούς μετά την νοσηλεία<sup>43</sup>.

## **B) Ενδονοσοκομειακή νοσηλεία**

Όταν η προτεινόμενη εξωνοσοκομειακή θεραπεία αποτύχει, η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη. Η εισαγωγή ενδείκνυται<sup>44</sup>:

- όταν υπάρχει αιμοδυναμική αστάθεια (βραδυκαρδία<48/λεπτό ή
- ορθοστατική πτώση της αρτηριακής πίεσης).
- Βραδυκαρδία <40/λεπτό, δείχνει σημαντική αστάθεια.
- Σημαντικές ανωμαλίες στους ηλεκτρολύτες και οξεία αφυδάτωση λόγω της άρνησης φαγητού και υγρών.
- Άλλοι παράγοντες, όπως είναι οι ψυχιατρικές διαταραχές, μπορεί επίσης να υπαγορεύουν την ανάγκη για εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Η θεραπεία ως εσωτερικός ασθενής μπορεί να εκτελεστεί σε μια από τις παρακάτω κατευθύνσεις<sup>45</sup>:

- Ένα παθολογικό τμήμα μέσα σε ένα γενικό νοσοκομείο.
- Ένα ειδικευμένο τμήμα για Διατροφικές Διαταραχές.
- Ένα ανοιχτό ψυχιατρικό θάλαμο είτε σε γενικό νοσοκομείο είτε σε ένα ψυχιατρικό ίδρυμα.
- Ένα κλειστό ψυχιατρικό θάλαμο.

Οι περισσότεροι ασθενείς, ξεκινούν με **ψυχολογική εκπαίδευση**, έστω και μόνο για την εισαγωγή στη φιλοσοφία της θεραπείας. Σε αυτή την περίπτωση η ανάπτυξη ενός σχεδίου διατροφικής επανένταξης είναι μια προτεραιότητα και απαιτεί κοντινή παρακολούθηση της μεταβολικής κατάστασης.

---

<sup>43</sup> Τριπόδης Ν., Σπανού Β., Καζάνη Ι. Νευρογενής Ανορεξία. 2008: Σελ 1-116

<sup>44</sup> Mitrany E. & Melamed Y. Compulsory treatment of Anorexia Nervosa. Isrj Psychiatry Relat Sci 2005, 44: 185-190.

<sup>45</sup> Mitrany E. & Melamed Y. Compulsory treatment of Anorexia Nervosa. Isrj Psychiatry Relat Sci 2005, 44: 185-190.

Η πρώτη φροντίδα του ασθενούς είναι η **επανασίτιση και η αντιμετώπιση των ιατρικών επιπλοκών της Νευρογενούς Ανορεξίας**, καθώς η απώλεια βάρους μπορεί να είναι τόσο μεγάλη και τόσο σοβαρή ώστε να είναι αναγκαία ακόμη και η παρεντερική διατροφή του ασθενούς προκειμένου να μην καταλήξει<sup>46</sup>.

Η **ολική παρεντερική διατροφή** είναι μια εξειδικευμένη διαδικασία και θα πρέπει να γίνεται μόνο όταν είναι ιατρικά αναγκαίο και από έναν έμπειρο κλινικό γιατρό με την υποστήριξη έμπειρου νοσηλευτικού προσωπικού και διαιτολόγου. Σε αυτή την περίπτωση, ο διαιτολόγος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό και την παρακολούθηση του σχήματος και των στόχων της διατροφής<sup>47</sup>.

Επίσης, η **ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση** της διαταραχής, η οικογενειακή θεραπεία και τέλος, η ψυχοκοινωνική επανένταξη του ασθενούς θεωρούνται απαραίτητες. Η νοσηλεία έχει μεγάλη διάρκεια και ολοκληρώνεται όταν ο ασθενής φθάσει σε Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) 18,5 – 20 kg/m<sup>2</sup>.

Η **έξοδος του ασθενή** από το νοσοκομείο με χαμηλότερο βάρος βρέθηκε να σχετίζεται με χειρότερη μετανοσοκομειακή πορεία. Αυτό ίσως να είναι ένας από τους λόγους ώστε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία, να απαιτεί ξανά νοσηλεία μέσα σε ένα χρονικό διάστημα ενός έτους μετά την έξοδό τους από την πρώτη νοσηλεία<sup>48</sup>.

Οι **δομημένες θεραπείες** γενικά περιλαμβάνουν την παρατήρηση κατά τη διάρκεια των γευμάτων και μετά από αυτά μαζί με ένα συνεπές εφαρμοσμένο συμπεριφερικό πρόγραμμα το οποίο ενισχύει το κέρδος βάρους και τις κανονικές διατροφικές συμπεριφορές. Τα τελευταία χρόνια η διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο λόγω της Νευρογενούς Ανορεξίας έχει μειωθεί ουσιαστικά, λόγω των οικονομικών περιορισμών που επιβάλλονται από τρίτους πληρωτές.

Γενικά, η **διατροφική επαναφορά** μπορεί να πραγματοποιηθεί γρήγορα και με ασφάλεια με την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο. Αυτό θα επιτευχθεί με μια

---

<sup>46</sup> Σολδάτος Κ. & Λύκουρας Λ. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. 2006 Σελ. 377-398

<sup>47</sup> Mehler P., Winkelmann A. Andersen D & Gaudiani J. Nutritional rehabilitation : Practical guidelines for refeeding the anorectic patient. Journal of nutrition and metabolism 2010, Vol 2010: 1-7.

<sup>48</sup> Τριπόδης Ν., Σπανού Β., Καζάνη Ι. Νευρογενής Ανορεξία. 2008: Σελ 1-116



αγωγή, με την ταυτόχρονη προσθήκη συμπληρωμάτων φωσφόρου και πολυβιταμινών<sup>49</sup>.

Η ολοκλήρωση της θεραπείας απαιτεί την παρακολούθηση του βάρους, της κατάστασης των υγρών και των ηλεκτρολυτών, με τη σταδιακή αύξηση των θερμίδων που μπορεί να φτάνουν τις 3000 kcal/ημέρα. Στη συνέχεια δίνεται εξιτήριο στους ασθενείς, προκειμένου να συνεχίσουν τη διατροφική ανάρρωση στο σπίτι χωρίς εισαγωγή στο νοσοκομείο, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα να τρώνε κανονική τροφή σε ικανές ποσότητες.

Η μερική νοσηλεία σε νοσοκομείο παρέχει λιγότερη θεραπευτική παρέμβαση και υποστήριξη. Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων μπορεί να επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από το κίνητρο του ατόμου να αλλάξει συμπεριφορά.

### **Γ) Ψυχολογική παρέμβαση**

Η ψυχολογική παρέμβαση είναι πολύ σημαντική γενικά για τη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών και ειδικά για τη Νευρογενή Ανορεξία<sup>50</sup>. Η ψυχοθεραπεία όμως χωρίς μια συντονισμένη προσπάθεια επανασίτησης δεν έχει νόημα, λόγω της λιμοκτονίας που προκαλεί ο ασθενής στον εαυτό του εξαιτίας της έλλειψης γνώσεων<sup>51</sup>. Στην ψυχοθεραπεία περιλαμβάνεται:

- η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία,
- η οικογενειακή θεραπεία και
- η ομαδική θεραπεία.

Γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία: Η γνωστική θεραπεία βοηθάει τους ασθενείς να αναγνωρίσουν τη σύνδεση μεταξύ των δυσλειτουργικών σκέψεων και των απροσάρμοστων συμπεριφορών τους, ελέγχει τον ανορεκτικό ασθενή για να

---

<sup>49</sup>Gonzales A. Kohn M. & Charke S. Eating disorders in adolescents. Australian family psysician 2007, 36: 614-619.

<sup>50</sup> Blake D. A review of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Curr Probl Pediatr 1995 25: 67-89.

<sup>51</sup> Mehler P., Winkelman A. Andersen D & Gaudiani J. Nutritional rehabilitation : Practical guidelines for refeeding the anorectic patient. Journal of nutrition and metabolism 2010, Vol 2010: 1-7.

προάγει το κέρδος βάρους αλλάζοντας την ελαττωματική διαδικασία σκέψης<sup>52</sup>. Συνίσταται κυρίως σε ενήλικες εξωτερικούς ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία ως ατομική ψυχοθεραπεία. Αυτός ο τρόπος θεραπείας είναι ψυχοθεραπευτικός και βοηθάει το άτομο στην γνωστική διαδικασία και στην αποκατάσταση. Σε αυτή τη διαδικασία, λαθεμένες αντιλήψεις και τρόποι σκέψης αμφισβητούνται και αντικαθίστανται από πιο ακριβείς αντιλήψεις και ερμηνείες σε ότι αφορά τη διαίτα, τη διατροφή και τη σχέση ανάμεσα στα διατροφικά μοντέλα και τα σωματικά συμπτώματα. Η θεραπεία της γνωστικής συμπεριφοράς είναι μια πρωταγωνιστική θεραπεία όπου έχει υπάρξει αποτελεσματική και έχει βελτιώσει την ανταπόκριση των ατόμων<sup>53</sup>. Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία είναι χρήσιμο συμπλήρωμα τόσο στην αρχική όσο και στην μεταγενέστερη φάση της θεραπείας. Στην αρχική φάση, η γνωστικές τεχνικές είναι χρήσιμες στο να βοηθήσουν τους ασθενείς να αναθεωρήσουν τη συμπεριφορά απέναντι στο φαγητό που καταναλώνουν. Επίσης, μπορούν να αλλάξουν την διαταραγμένη στάση του ασθενή απέναντι στην τροφή, προτείνοντας ένα πρόγραμμα διατροφής με συχνά γεύματα τα οποία περιλαμβάνουν μεγάλες ποσότητες από όλες τις ομάδες τροφίμων. Στις μετέπειτα φάσεις, είναι πολύ χρήσιμες οι γνωστικές τεχνικές για την αντιμετώπιση ζητημάτων όπως το σωματικό βάρος και οι κοινωνικές πιέσεις σχετικά με την σιλουέτα. Ακόμη μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς, διορθώνοντας τις ανάγκες τους και δίνοντας τους την ικανότητα να ελέγξουν την ζωή τους<sup>54</sup>.

**Οικογενειακή θεραπεία:** Η οικογενειακή θεραπεία παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας και ειδικότερα σε νεαρούς ασθενείς. Είναι η πιο ισχυρά τεκμηριωμένη θεραπεία, με βάση τις μελέτες, για έφηβους με Νευρογενή Ανορεξία<sup>55</sup>. Έχει αναφερθεί ως ανώτερη από την ατομική θεραπεία σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες για έφηβους με Νευρογενή Ανορεξία. Μια οικογενειακή θεραπεία με το άτομο ως εξωτερικό ασθενή μπορεί να είναι χρήσιμη για

---

<sup>52</sup> Mehler P. Diagnosis and Care of Patients with Anorexia Nervosa in Primary Care Settings. *Ann Intern Med* 2001, 134: 1048-1059.

<sup>53</sup> ADA (American Dietetic Association), Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS), July 2001 Volume 101 Number 7

<sup>54</sup> Τριπόδης Ν., Σπανού Β., Καζάνη Ι. Νευρογενής Ανορεξία. 2008: Σελ 1-116

<sup>55</sup> Halmi. K. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry* 2009, 8: 150-155.

τους νεαρούς ασθενείς. Αυτή η προσέγγιση εξουσιοδοτεί τους γονείς του ασθενούς με Νευρογενή Ανορεξία να επανασιτήσουν το παιδί τους, επαναδιαπραγματεύεται τη σχέση μεταξύ του παιδιού και των γονέων για να επιλύσει άλλα θέματα εκτός του φαγητού, καθώς και να βοηθήσουν το παιδί τους να επανέλθει στην κανονική εφηβική ανάπτυξη χωρίς καμία Διατροφική Διαταραχή. Διάφορες προκαταρκτικές μελέτες έχουν δείξει ελπιδοφόρα αποτελέσματα για την οικογενειακή θεραπεία με έφηβους ασθενείς<sup>56</sup>. Επειδή η οικογένεια, παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση αλλά και στη διαίωνιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής, κρίνεται σκόπιμη η παρέμβαση του ψυχολόγου στην οικογένεια με αποτέλεσμα είτε να ενημερώσει για τυχόν λανθασμένες απόψεις και να μειώσει τις ενοχές και τις αυτοκατηγορίες των υπόλοιπων μελών της οικογένειας, είτε αντίθετα να μειώσει την πιθανή αντίσταση ή άρνηση των γονέων όσον αφορά τη σοβαρότητα της διαταραχής<sup>57</sup>.

Ομαδική θεραπεία: Η Ομαδική θεραπεία αποτελεί μια χρήσιμη μέθοδος για την θεραπεία των ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία. Με την θεραπεία αυτή συνήθως αντιμετωπίζουμε ζητήματα όπως είναι οι κοινωνικές δεξιότητες, η κοινωνική ανησυχία, η διαστρεβλωμένη αυτοεικόνα ή οι φόβοι ωριμότητας. Πολλές φορές είναι χρήσιμη για τις διαπροσωπικές συγκρούσεις, την ψυχομόρφωση ως προς τη διατροφή, τις ιατρικές επιπλοκές και την πρόληψη υποτροπής, τις στρατηγικές αυτοελέγχου, τα ζητήματα ωρίμανσης και αυτονομίας και τα προβλήματα περιορισμού. Η ομαδική θεραπεία, μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να κατανοήσουν την ασθένεια και να αντιμετωπίσουν τους φόβους τους, όταν αρχίσουν να παίρνουν βάρος. Η ομάδα μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς, να βελτιώσουν τα συναισθήματά τους και να αναπτύξουν πρόοδο στην αυτονομία και την ικανότητα<sup>58</sup>.

---

<sup>56</sup> Attia E. & Wash T. Anorexia Nervosa. Am J Psychiatry 2007. 162:12, 1805-1810.

<sup>57</sup> Τριπόδης Ν., Σπανού Β., Καζάνη Ι. Νευρογενής Ανορεξία. 2008: Σελ 1-116

<sup>58</sup> Halmi. K. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. World Psychiatry 2009, 8: 150-155.

### **Δ) Ιατρικονοσηλευτική παρέμβαση**

Η ιατρική παρέμβαση συνεπάγεται:

- ✓ την αποκατάσταση του σωματικού βάρους,
- ✓ τη διατροφική αποκατάσταση,
- ✓ την ενυδάτωση και την αποκατάσταση των ηλεκτρολυτών του ορού.

Αυτό απαιτεί:

- ✓ καθημερινή παρακολούθηση του βάρους και
- ✓ της παραγωγής ούρων
- ✓ και συχνή αξιολόγηση των ηλεκτρολυτών

Η νοσηλευτική φροντίδα που απαιτείται για την Νευρογενή Ανορεξία, περιλαμβάνει<sup>59</sup>:

- χορήγηση συχνών και μικρών γευμάτων,
- συχνό πρωινό ζύγισμα,
- συχνή παρακολούθηση των κλινικών και εργαστηριακών δεικτών που αφορούν τις επιπλοκές του υποσιτισμού.

Επίσης, περιλαμβάνει<sup>60</sup>:

- αποτροπή των προκλητών εμέτων ή της χρήσης άλλων καθαρτικών τεχνικών με στενή επίβλεψη μετά τα γεύματα,
- φαρμακευτική βοήθεια για την αποκατάσταση του ύπνου,
- αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με μαλακτικά κοπράνων,
- καταστολή υπερκινητικότητας και του άγχους του ασθενούς με ηρεμιστικά-αγχολυτικά.

Επίσης:

---

<sup>59</sup> Halmi. K. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. World Psychiatry 2009, 8: 150-155.

<sup>60</sup> Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συνεργάτες (2004). «Ψυχιατρική». Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. σελ. 482-496

Η καθημερινή παρακολούθηση των ζωτικών σημείων κατά τη διάρκεια της μέρας τις πρώτες εβδομάδες της διαδικασίας επανασίτισης, έχει καθοριστική σημασία.

Ανωμαλίες των υγρών και των ηλεκτρολυτών, είναι πιθανό να εμφανιστούν στα αρχικά στάδια της επανασίτισης, ιδίως στους ασθενείς που βρίσκονται σε πιο σοβαρή κατάσταση<sup>61</sup>.

Καθώς το σώμα μετατοπίζεται από καταβολική σε αναβολική κατάσταση, το κάλιο, ο φώσφορος και το μαγνήσιο, ενσωματώνονται στον μυϊκό ιστό που συντίθεται και χρησιμοποιούνται για ενδιάμεσο μεταβολισμό, κάτι το οποίο μπορεί να προκαλέσει χαμηλά επίπεδα στον ορό, δηλαδή υποκαλιαίμια, υποφωσφαταιμία και υπομαγνησισαίμια. Η συχνή παρακολούθηση μέσω του αίματος, μπορεί να αποτρέψει αυτά τα προβλήματα.

Μπορεί να προκύψουν, ήπιες αυξήσεις των ηπατικών ενζύμων. Συνήθως έχουν μικρή κλινική σημασία και επιλύονται με επιβράδυνση του ρυθμού επανασίτισης. Υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης ανεπάρκειας θειαμίνης, που μπορεί να προκαλέσει συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή εγκεφαλοπάθεια. Ακόμη έχει αναφερθεί υπονατρίαίμια καθώς και ατροφία του εντερικού βλεννογόνου και δυσλειτουργία του παγκρέατος που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρή διάρροια<sup>62</sup>.

Ο συνολικός αριθμός των θερμίδων, σε πολύ αδυνατισμένους ασθενείς, θα πρέπει να ξεκινάει με την πρόσληψη 30-40 kcal/kg/day και μπορεί να αυξάνεται σταδιακά αν δεν υπάρχουν στοιχεία περιφερειακού οιδήματος ή καρδιακής ανεπάρκειας. Τα υγρά παρασκευάσματα δίνουν ένα πλεονέκτημα επειδή περιέχουν την απαραίτητη ποσότητα βιταμινών και μετάλλων. Μπορούν να δίνονται σε μικρές ποσότητες, όπως 6 ισόποσες φορές κατά τη διάρκεια της μέρας. Σε αυτό το στάδιο της θεραπείας κατά τη διάρκεια της επανασίτισης, μπορεί να αναπτυχθεί υποφωσφαταιμία ορού και να χρειαστούν φωσφατικά συμπληρώματα<sup>63</sup>.

Η ανάπαυση στο κρεβάτι είναι απαραίτητη αλλά πρέπει να συνοδεύεται με ενισχυμένες βόλτες και ειδική παρακολούθηση για την περίπτωση ανάπτυξης έλκων

---

<sup>61</sup> Mehler P., Winkelman A. Andersen D & Gaudiani J. Nutritional rehabilitation : Practical guidelines for refeeding the anorectic patient. Journal of nutrition and metabolism 2010, Vol 2010: 1-7.

<sup>62</sup> Mehler P., Winkelman A. Andersen D & Gaudiani J. Nutritional rehabilitation : Practical guidelines for refeeding the anorectic patient. Journal of nutrition and metabolism 2010, Vol 2010: 1-7.

<sup>63</sup> Halmi. K. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. World Psychiatry 2009, 8: 150-155.

λόγο της κατάκλισης. Ο ιατρός, παρακολουθεί συνεχώς τη σωματική υγεία του ασθενή και την πορεία της ανάρρωσης από την ασθένεια<sup>64</sup>.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα ιατρικά προβλήματα όπως είναι η επανάκαμψη της εμμηνορροίας και η διατροφική υγεία, επιλύονται πριν ο ασθενής επιτύχει την ψυχολογική ανάρρωση. Αυτό σημαίνει ότι ακόμα και μετά την επανάκτηση της σωματικής υγείας, ένας ασθενής με Νευρογενή Ανορεξία, μπορεί να επιμένει ακόμη σε ασυνήθιστες διατροφικές συνήθειες. Από κλινική άποψη η αύξηση του βάρους πάνω από 2-3 κιλά την εβδομάδα συνήθως οφείλονται σε οίδημα ή σε δυσκοιλιότητα<sup>65</sup>.

Οι ανορεκτικοί ασθενείς γενικά παρουσιάζουν βραδυκαρδία, οπότε σε περίπτωση αυξημένου καρδιακού ρυθμού, κατά τη διάρκεια της επανασίτισης, μπορεί να είναι προάγγελος του συνδρόμου επανασίτισης. Επιπλέον έλεγχος για την παρουσία οιδήματος στην περιοχή της κνήμης και στον αστράγαλο είναι επίσης χρήσιμος κατά τα αρχικά στάδια της επανασίτισης, πάλι για το σύνδρομο επανασίτισης<sup>66</sup>.

### **E. Διατροφική παρέμβαση**

Η σωστή διατροφική αντιμετώπιση ασθενών με νευρική ανορεξία απαιτεί προσοχή σε πολλούς τομείς, προσεκτική αξιολόγηση της διαίτας του ασθενούς και επίβλεψη του προγράμματος επανασίτισης – μέσα στο πλαίσιο του πολιτισμικού, εθνικού και θρησκευτικού περιβάλλοντος από το οποίο προέρχεται ο ασθενής – είναι απαραίτητα. Η ιατρική παρακολούθηση είναι επίσης σημαντική. Παρ' όλα αυτά οποιαδήποτε διατροφική παρέμβαση αναπόφευκτα θα εμπεριέχει ένα ψυχολογικό νόημα για τον ασθενή, έτσι η διαχείριση της διατροφικής κατάστασης θα πρέπει πάντοτε να εξετάζεται μέσα από ένα ευρύτερο ψυχολογικό πλαίσιο. Οι διατροφικές παρεμβάσεις που δεν λαμβάνουν υπ' όψη τους το ψυχολογικό πλαίσιο είναι αμφίβολο

---

<sup>64</sup> Halmi. K. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. World Psychiatry 2009, 8: 150-155.

<sup>65</sup> Gonzales A. Kohn M. & Charke S. Eating disorders in adolescents. Australian family psysician 2007, 36: 614-619.

<sup>66</sup> Mehler P., Winkelman A. Andersen D & Gaudiani J. Nutritional rehabilitation : Practical guidelines for refeeding the anorectic patient. Journal of nutrition and metabolism 2010, Vol 2010: 1-7.

αν θα πετύχουν. Όπως και με άλλες πτυχές της αντιμετώπισης της νευρικής ανορεξίας, μία περίπλοκη διαπραγμάτευση μπορεί να χρειαστεί να υιοθετηθεί με τον ασθενή, και ζητήματα κινήτρου είναι υψίστης σημασίας. Η στενή συνεργασία είναι απαραίτητη μεταξύ των επαγγελματιών που παρέχουν ψυχολογική θεραπεία και εκείνων υπεύθυνων για τη διατροφική και ιατρική φροντίδα του ασθενή<sup>67</sup>.

Η διόρθωση της σύστασης του σώματος είναι ξεκάθαρα ο απόλυτος στόχος της διατροφικής θεραπείας, αλλά μπορεί να συμβεί μόνο εάν υπάρχει επαρκής κυτταρική λειτουργία. Στους ασθενείς που έχουν σοβαρό υποσιτισμό, δύο ξεχωριστές διαδικασίες που όμως συνδέονται συμβαίνουν. Πρώτα, η μη επαρκής πρόσληψη τροφής οδηγεί σε απώλεια μάζας και σε λειτουργικές αλλαγές σε όλους τους ιστούς. Έπειτα, η γενική μεταβολική απάντηση σε λοιμώξεις, τραυματισμούς ή άλλο σωματικό στρες οδηγεί σε περαιτέρω απώλειες συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών και κυτταρική καταστροφή. Τελικά το ζητούμενο της θεραπείας πρέπει να είναι η επανάκτηση μίας φυσιολογικής σύστασης σώματος, αυτό όμως προαπαιτεί ικανό μεταβολικό μηχανισμό. Έτσι το πρώτο βήμα πρέπει να είναι να επιδιορθωθούν οι μηχανισμοί, ενώ σαν δεύτερη σκέψη στο αρχικό μέρος της θεραπείας είναι να αναδομηθούν οι ιστοί. Η διατροφική αντιμετώπιση της σοβαρής νευρικής ανορεξίας μπορεί να θεωρηθεί σε όρους τριών διαδοχικών φάσεων: ανάνηψη, επιδιόρθωση και αναδόμηση.

**Ανάνηψη:** Η σοβαρός υποσιτισμός αποτελεί ένα ιατρικό επείγον, και υπάρχει επιτακτική ανάγκη να διορθωθεί η υποθερμία, η υπογλυκαιμία και η διαταραχή των ηλεκτρολυτών. Η αφυδάτωση πρέπει να διορθωθεί με προσοχή και η καρδιαγγειακή λειτουργία να σταθεροποιηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο όσο αυτό είναι εφικτό. Οι λοιμώξεις (μερικές από τις οποίες μπορεί να μην είναι κλινικά φανερές) πρέπει να αναγνωριστούν και να θεραπευτούν.

**Επιδιόρθωση:** Η λειτουργία των ιστών δεν μπορεί να επανέλθει εάν ο κυτταρικός μηχανισμός δεν επιδιορθωθεί. Αυτό απαιτεί τη διόρθωση πολλαπλών συγκεκριμένων διατροφικών ελλείψεων, οι οποίες μπορεί να μην είναι εφικτό να ανιχνευθούν από τα κλασικά βιοχημικά τεστ.

---

<sup>67</sup> Winston A, Gowers S, Jackson A, Richardson K, Robinson P, Shenkin A, Οδηγίες για τη διατροφική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας, Αναφορά συμβουλίου CR 130, Ιούλιος 2005

**Αναδόμηση:** Οι ανωμαλίες στη σύσταση του σώματος μπορούν να διορθωθούν με ασφάλεια μόνο όταν οι κυτταρικοί μηχανισμοί έχουν διορθωθεί επαρκώς. Επιθετικές προσπάθειες για αύξηση βάρους σε ένα πρώιμο στάδιο της θεραπείας είναι ενδεχομένως ιδιαίτερα επικίνδυνο. Μία απλοϊκή προσέγγιση στη διόρθωση των μη φυσιολογικών τιμών στα βιοχημικά του αίματος είναι επίσης ρισκοκίνδυνο, για παράδειγμα η θεραπεία χαμηλών λευκωμάτων ορού με δίαιτα υψηλή σε πρωτεΐνη ή θεραπεία αναιμίας με συμπλήρωμα σιδήρου<sup>68</sup>.

Για να επιτευχθεί μία επαρκής διατροφική πρόσληψη όλων των θρεπτικών συστατικών χρειάζεται μία δίαιτα με υψηλή θρεπτική πυκνότητα στο σύνολο. Αυτό μπορεί να σχεδιαστεί μέσα από συζήτηση με τον ασθενή, χρησιμοποιώντας τρόφιμα τα οποία το άτομο νιώθει ότι μπορεί να ανεχθεί και που είναι αποδεκτά μέσα στη πρακτική του πολιτισμικού και θρησκευτικού πλαισίου. Σχεδιάζοντας τη δίαιτα πρέπει να δοθεί προσοχή στα παρακάτω<sup>69</sup>:

- Κανονική, σταθερή πρόσληψη υδατανθράκων, ώστε να προληφθούν απότομες αυξομειώσεις βάρους
- Επαρκής πρόσληψη πρωτεΐνης, ιδιαίτερα για τους χορτοφάγους, και εκείνους που αποφεύγουν τα γαλακτοκομικά και εκείνων με αυξημένες πρωτεϊνικές ανάγκες (π.χ. στη λοίμωξη)
- Επαρκής πρόσληψη απαραίτητων λιπαρών οξέων
- Επαρκής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών αναγκαίων για την υποστήριξη της οστικής πυκνότητας σε μέταλλα (ασβέστιο, βιταμίνη D, μαγνήσιο)
- Ο σίδηρος και ο ψευδάργυρος για όσους δεν τρώνε κόκκινο κρέας
- Λιποδιαλυτές βιταμίνες
- Η ανάγκη για μακροπρόθεσμα, καλά ισορροπημένη χορήγηση συμπληρωμάτων βιταμινών και μετάλλων
- Η ανάγκη για χορήγηση συμπληρωμάτων με συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά που είναι δύσκολο να δοθούν σε επαρκείς ποσότητες μέσα από τη δίαιτα, ειδικά όταν υπάρχουν αυξημένες ανάγκες.

---

<sup>68</sup> Winston A, Gowers S, Jackson A, Richardson K, Robinson Π, Shenkin A, Οδηγίες για τη διατροφική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας, Αναφορά συμβουλίου CR 130, Ιούλιος 2005

<sup>69</sup> Winston A, Gowers S, Jackson A, Richardson K, Robinson Π, Shenkin A, Οδηγίες για τη διατροφική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας, Αναφορά συμβουλίου CR 130, Ιούλιος 2005



Η διαχείριση του αισθήματος πείνας πρέπει να αναφέρεται στο σχεδιασμό. Για τους περισσότερους ανθρώπους, δεν είναι δυνατόν να αναστέλλουν το αίσθημα της πείνας όταν βρίσκονται σε χαμηλό βάρος σώματος, αν και ορισμένοι το αρνούνται ή δεν φαίνεται να το νιώθουν. Πολλές προσεγγίσεις μπορεί να βοηθήσουν τον ασθενή να διαχειριστεί την πείνα και να αποτρέψει την υπερβολική εμμονή για φαγητό. Αυτά συμπεριλαμβάνουν κανονικά, συχνά γεύματα και σνακ, αργή βρώση, περιλαμβάνοντας επαρκείς ποσότητες αμυλούχων υδατανθράκων και εάν είναι δυνατό λίγο λίπος στη διαίτα, και σύσταση των γευμάτων με διάφορα φαγητά. Ορισμένα άτομα μπορεί να εκτιμήσουν το ότι συμπεριλαμβάνονται ελεγμένες ποσότητες φαγητών που τους αρέσουν αλλά βρίσκουν δύσκολο να επιτρέψουν στους εαυτούς τους<sup>70</sup>.

## **Z. Φαρμακευτική παρέμβαση**

Η συμπληρωματική θεραπεία με φάρμακα, έχει αποδειχτεί ότι βελτιώνει την κλινική έκβαση αν και ο ρόλος των φαρμάκων παραμένει αμφιλεγόμενος. Στις περισσότερες κατευθυντήριες γραμμές συνιστάται τα φάρμακα να δίνονται μόνο ως συμπληρωματική θεραπεία για τη Νευρογενή Ανορεξία<sup>71</sup>.

Η θεραπεία με προκινητικούς παράγοντες (σισαπρίδη, δομπεριδόνη), μπορεί να παρέχει συμπληρωματική θεραπεία για το μεταγευματικό φούσκωμα. Η χρήση ηρεμιστικών με βενζοδιαζεπίνες ή πιο σημαντικά ηρεμιστικά μπορεί να είναι χρήσιμα για την ανακούφιση από το άγχος που σχετίζεται με τα γεύματα. Σε πολλές περιπτώσεις όμως ο βαθμός του άγχους είναι τόσο μεγάλος που οι βενζοδιαζεπίνες είναι απλά αναποτελεσματικές. Ακόμα, η κυπροεπταδίνη έχει βοηθήσει ορισμένα άτομα να βάλουν βάρος<sup>72</sup>.

---

<sup>70</sup> Winston A, Gowers S, Jackson A, Richardson K, Robinson Π, Shenkin A, Οδηγίες για τη διατροφική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας, Αναφορά συμβουλίου CR 130, Ιούλιος 2005

<sup>71</sup> Halmi. K. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. World Psychiatry 2009, 8: 150-155.

<sup>72</sup> Μάνος Ν. Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών 1997, Σελ. 334-39

Η χορήγηση κυπροεπταδίνης σε μεγάλες ποσότητες πάνω από 24mg την ημέρα μπορεί να αυξήσει το βάρος και να μειώσει την κατάθλιψη<sup>73</sup>. Η χορήγηση λιθίου σε μικρό αριθμό ανορεκτικών ασθενών για μικρό χρονικό διάστημα οδήγησε σε αύξηση του βάρους.

Τέλος, η χορήγηση ανταγωνιστών των οπιοειδών, όπως η ναλτρεξόνη, βρέθηκε σε μικρό αριθμό μελετών να μειώνει κάποιες παθολογικές συμπεριφορές. Παρ'όλα αυτά, καμία από τις παραπάνω φαρμακευτικές ουσίες δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, ώστε να πληρεί τις προϋποθέσεις με σκοπό να προταθεί ως αποτελεσματική θεραπεία της διαταραχής<sup>74</sup>.

## **3.2 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΙΚΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

### **3.2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ**

Ο **ψυχολόγος**, θα πρέπει να είναι ενεργός και να λειτουργεί στην θεραπευτική αντιμετώπιση σαν δάσκαλος, οδηγός και προπονητής. Θα πρέπει να εξηγεί, προκαλεί, προτρέπει, διδάσκει, ορίζει, απαλύνει και ηρεμεί τον ασθενή. Η προσωπικότητα του ψυχολόγου είναι σημαντικό στοιχείο για τη θεραπεία των ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία. Ο ψυχολόγος, θα πρέπει να καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια για να ασχοληθεί η οικογένεια, όμως δεν θα πρέπει να κατηγορήσει την οικογένεια για την ασθένεια<sup>75</sup>. Αφού αποσπαστούν οι ανησυχίες από τους γονείς, με την παρουσία του ασθενούς, ο ασθενής θα πρέπει να μείνει στη συνέντευξη μόνος του. Το ιστορικό θα πρέπει να λαμβάνεται σε ένα μη επικριτικό, κατανοητικό περιβάλλον, σε μια

---

<sup>73</sup> Halmi. K. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. World Psychiatry 2009, 8: 150-155.

<sup>74</sup> Σολδάτος Κ. & Λύκουρας Λ. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. 2006 Σελ. 377-398

<sup>75</sup> Hsu G. Eating Disorders: Practical investigation, journal of the American Medical Women's association 2004, 59-2: 113-124.

προσπάθεια να κατανοήσουν τι έχει βιώσει ο ασθενής και να διαπιστωθεί αν υπάρχει ή όχι πρόβλημα<sup>76</sup>.

Ο **διαιτολόγος** υποστηρίζει τον ασθενή στην ολοκλήρωση των στόχων που τίθενται στο σχέδιο θεραπείας. Αν είναι δυνατό, εξασφαλίζει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή κι έχει διαρκή επαφή με αυτόν καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας. Αν αυτό δεν είναι εφικτό, ο διαιτολόγος συστήνει τον ασθενή σε άλλο διαιτολόγο. Για να υποστηρίξει την επιλεγμένη ψυχοθεραπεία, είναι σημαντικό τα μηνύματα και το ύφος του διαιτολόγου, λεκτικό και μη λεκτικό, να ταιριάζουν με το σχέδιο θεραπείας του ασθενή. Για την ενίσχυση των εσωτερικών κινήτρων του ασθενή, μπορούν να χρησιμοποιηθούν από το διαιτολόγο συνεντεύξεις κινήτρων ως συνεργατική προσέγγιση. Ένα επιπλέον απόθεμα που σκιαγραφεί τον σκοπό της πρακτικής για τους διαιτολόγους που δουλεύουν πάνω στις διατροφικές διαταραχές είναι τα επίπεδα πρακτικής και τα επίπεδα επαγγελματικής απόδοσης στη συμπεριφοριστική φροντίδα υγείας<sup>77</sup>.

Η σχέση του ασθενή με το ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διάρκεια της θεραπείας, έχει κεντρική σημασία για την αντιμετώπιση μιας Διατροφικής Διαταραχής. Είναι πολύ σημαντικό να καθιερωθεί και να διατηρηθεί μια θεραπευτική συμμαχία μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή. Βασικό στοιχείο αυτής της σχέσης είναι να καταλάβει το προσωπικό πόσο δύσκολο μπορεί να είναι για τους ασθενείς να αλλάξουν τις διατροφικές συμπεριφορές που σχετίζονται με τις σκέψεις. Αυτές οι συμπεριφορές, μπορεί να χρησιμεύουν σε κρίσιμες λειτουργίες για αυτούς, όπως βοήθεια στη διαχείριση άγχους, σε δύσκολα συναισθήματα και στην πλήξη, θα πρέπει να κατανοεί ότι η αντιμετώπιση όλων των ανησυχιών, των ασθενών με Νευρογενή Ανορεξία χρειάζονται μια πολύπλευρη και πολυδιάστατη προσέγγιση. Μια συλλογική προσέγγιση χωρίς συγκρούσεις και ανακριτική διάθεση, που αναγνωρίζει τους κινδύνους που σχετίζονται με τις αλλαγές

---

<sup>76</sup> Rome E. et al. Children and Adolescents With Eating Disorders: The State of the Art. *Pediatrics* 2003, 111: 98-108.

<sup>77</sup> Halmi. K. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry* 2009, 8: 150-155.

που απασχολούν την περιέργεια, μπορεί να βοηθήσει στην παρακίνηση του ασθενή να συμμετέχει στη θεραπεία<sup>78</sup>.

Από την πλευρά του **ιατρού**, θα πρέπει να καθιερωθεί και να φροντίζει να περνάει χρόνο με τον ασθενή έτσι ώστε να διαμορφώνεται μια σχέση εμπιστοσύνης μαζί του, καθώς και με την οικογένεια του και θα πρέπει να αποφεύγονται οι ενοχές και οι κατηγορίες. Η θεραπευτική αλληλεπίδραση μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς, είναι πολύπλοκη. Από τη μια οι στόχοι της θεραπείας για τη Νευρογενή Ανορεξία είναι καλά καθιερωμένοι αλλά το πώς αυτοί οι στόχοι μπορεί να επιτευχθούν δεν είναι βέβαιο<sup>79</sup>.

Σε αυτή τη θεραπευτική αντιμετώπιση σημαντικός είναι και ο ρόλος του νοσηλευτή ο οποίος βοηθάει στη ρύθμιση του σωματικού βάρους και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του εφήβου.

Συγκεκριμένα, εφαρμόζει αυστηρό πρωτόκολλο ενεργειών σε περιπτώσεις νοσοκομειακής περίθαλψης των εφήβων. Ο νοσηλευτής διατηρεί μια ισορροπημένη διατροφή πλούσια σε θερμίδες, ζυγίζει καθημερινά τον έφηβο χωρίς να του αποκαλύπτει την αύξηση βάρους και μένει μαζί του κατά την διάρκεια και μετά τα γεύματα. Επίσης καταγράφει και μετράει τη πρόσληψη και την απέκκριση των υγρών. Επιπλέον, αν συνεχίζεται η απώλεια βάρους χρησιμοποιεί ρινογαστρικό καθετήρα για να ταΐσει τον έφηβο.

Παίζει ενθαρρυντικό ρόλο παροτρύνοντάς τον να ασχοληθεί με δραστηριότητες, οι οποίες θα τον βοηθήσουν να εξοικειωθεί με την αντίληψη της εικόνας του σώματός του, καθώς επίσης να αναγνωρίσει τις δυνάμεις του, τα ταλέντα του και τις δεξιότητές του. Συζητάει με τον έφηβο την προοπτική ανάληψης ρόλου στην οικογένεια και την κοινωνία και εκτιμάει την καταλληλότητα της συμπεριφοράς του.

Χρησιμοποιεί τεχνικές για να βοηθήσει τον έφηβο να μάθει τις κατάλληλες συμπεριφορές για το ρόλο της οικογένειας και της κοινωνίας, ενισχύοντάς τον θετικά.

---

<sup>78</sup> Williams P. Goodie J. & Motsinger C. Treating eating disorders in primary care. American family physician 2008, 77: 187-195.

<sup>79</sup> Sidiropoulos. Anorexia Nervosa the physiological consequences of starvation and the need for primary prevention efforts. McGill journal of medicine 2007, 10: 20-25.

Διδάσκει τον έφηβο να χρησιμοποιεί δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων για να πετύχει ανάλογες με την ηλικία αναπτυξιακές εργασίες καθώς επίσης και αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας με στόχο την κοινωνικοποίηση.

Ο νοσηλευτής ακόμη συμβάλει στην ενημέρωση της οικογένειας και στην εκμάθηση δεξιοτήτων προκειμένου να συμμετέχει αποτελεσματικά στη θεραπεία του εφήβου.

Τέλος, χορηγεί αντικαταθλιπτικά φάρμακα, εάν κρίνεται αναγκαίο, ύστερα από ιατρική εντολή, τα οποία συμβάλουν στη μείωση της απώλειας βάρους των εφήβων με ψυχογενή ανορεξία<sup>80</sup>.

### 3.2.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η εκτίμηση αποτελεί το πρώτο βήμα για την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης με τον έφηβο που νοσηλεύεται. Προϋποθέτει τη γνώση κανόνων επικοινωνίας με το παιδί καθώς και άλλων παραμέτρων όπως π.χ ποιες αντιδράσεις του παιδιού είναι αντίστοιχες με την ηλικία του ή ποιο παιχνίδι ταιριάζει με την ηλικία του.

Μέσα από την εκτίμηση είναι δυνατή η διαπίστωση προβλημάτων ψυχικής και σωματικής υγείας, τυχόν αλλαγές στην αντίληψη, στη σκέψη, στα συναισθήματα, καθώς και συμπεριφορές που αποκλίνουν από τα συνηθισμένα φυσιολογικά όρια. Όμως μπορούμε να διαπιστώσουμε και τα ενδιαφέροντα, τις δεξιότητες και τις ικανότητες του παιδιού και να δούμε αν υπάρχει υποστηρικτικό περιβάλλον (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς)<sup>81</sup>.

Για τη συνολική θεραπεία μιας Διατροφικής Διαταραχής, απαιτεί μια ομάδα συνεργασίας από ειδικούς. Οι Διατροφικές Διαταραχές συχνά είναι χρόνιες και πολύπλοκες, οπότε απαιτούν θεραπεία μιας ποικιλίας συνθηκών, συμπεριλαμβανομένων ψυχολογικών και ιατρικών συνθηκών με ανάγκες ψυχοθεραπείας, φαρμακολογικής θεραπείας και ιατρικής περίθαλψης. Με μια

---

<sup>80</sup>Κακούρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2006). «Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων» Αναπτυξιακή προσέγγιση. Αριθμός έκδοσης 230, Τυπωθήτω -Γιώργος Δαρδάνης, Αθήνα

<sup>81</sup> Αναγνωστόπουλος Δ Και Παπαγεωργίου Α. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας παιδιού – εφήβου, Αθήνα εκδ.Βήτα, 2010

θεραπευτική ομάδα έμπειρων μελών, οι δυνατότητες συγκρότησης δημιουργικών και αποτελεσματικών θεραπευτικών πλάνων ενδέχεται να είναι υψηλότερη<sup>82</sup>.

Ο νοσηλευτής οφείλει να αναγνωρίζει και να προσαρμόζει το πλάνο του, πάντα λαμβάνοντας υπόψη του τις ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενή που έχει να φροντίσει. Η Νευρογενή Ανορεξία είναι μια από τις λίγες ιατρικές καταστάσεις, στις οποίες δεν ταυτίζονται τα συμφέροντα και οι στόχοι μεταξύ του ασθενή και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Ο ασθενής αρνείται να αναγνωρίσει την παρουσία της ασθένειας και εμμέσως την ανάγκη για θεραπευτική παρέμβαση, με αποτέλεσμα οι θεραπευτικές προσπάθειες να απορρίπτονται έντονα. Πολλοί ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία δεν είναι πρόθυμοι να «εισέλθουν» στη διαδικασία θεραπείας και ενδέχεται να μένουν απορροφημένοι από τα συμπτώματα τους. Πολλοί είναι μυστικοπαθείς και μπορεί να παρακρατούν πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά τους λόγω ντροπής. Η ενθάρρυνση για να αυξήσουν το βάρος τους μπορεί να τους προκαλεί έντονο άγχος. Αντιμετώπιση της αντίστασης των ασθενών στη θεραπεία και ενίσχυση των κινήτρων τους για αλλαγή, είναι μια σημαντική πτυχή της διαχείρισης των διατροφικών Διαταραχών. Και επειδή οι ασθενείς σπάνια εντοπίζουν το πρόβλημα μόνοι τους, το νοσηλευτικό πρέπει να τους βοηθήσουν να αναγνωρίσουν τα διατροφικά τους προβλήματα, να αυξήσουν τα κίνητρα τους για θεραπεία και να τους βοηθήσουν με την φροντίδα του συντονισμού<sup>83</sup>.

Η επικοινωνία με εφήβους απαιτεί ειδικές γνώσεις και στάσεις εκ μέρους των νοσηλευτών. Έτσι θα πρέπει να γνωρίζει τις αναπτυξιακές αλλαγές που συντελούνται κατά τη διάρκεια της παιδικής και της εφηβικής ηλικίας, να κατανοεί τον τρόπο σκέψης καθώς και τα συναισθήματα των παιδιών γενικότερα.

Οι δεξιότητες και οι δραστηριότητες του νοσηλευτή περιλαμβάνουν την ενδοκλινική παροχή φροντίδας μέσω της εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας και στην κοινότητα μέσω της άσκησης αγωγής υγείας και της πρόληψης σε ομάδες μαθητών, γονέων, εκπαιδευτικών.

---

<sup>82</sup>Halimi. K. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry* 2009, 8: 150-155.

<sup>83</sup> Chakraborty K. & Basu D. Management of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: An evidence-based review. *Indian J Psychiatry* 2010, 52.2: 174-186

### 3.2.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ

Η προσπάθεια επικοινωνίας με τους εφήβους περιλαμβάνει χρήση λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας. Η στήριξη και η ενθάρρυνση μαζί με τη στενή παρακολούθηση και την ψυχοθεραπεία, συνήθως βοηθάει τον ασθενή να ξεπεράσει αυτά τα δύσκολα σημεία. Ακόμα, η υπομονή από την πλευρά της θεραπευτικής ομάδας είναι απαραίτητη<sup>84</sup>.

Στις μορφές παρέμβασης περιλαμβάνονται :

- κατευνασμός
- φυσική επαφή
- ο τόνος της φωνής
- χρήση ψυχαγωγίας
- η θέση πρόσωπο προς πρόσωπο
- διατήρηση οπτικής επαφής
- αποφυγή ξαφνιάσματος
- χαμόγελο
- επιδοκιμαστικοί μορφασμοί προσώπου
- κατάλληλο λεξιλόγιο

### 3.2.4 ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

- δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος
- γνώση και κατάλληλη χρήση ενεργητικής ακρόασης
- υπομονή, επιμονή και αντοχή
- απόλυτος σεβασμός των δικαιωμάτων του παιδιού
- γνώση και εφαρμογή συμβουλευτικών, εκπαιδευτικών, υποστηρικτικών και ψυχοθεραπευτικών παραμέτρων αν είναι νομικά κατοχυρωμένοι γι' αυτό .
- εφαρμογή προληπτικών παρεμβάσεων στους νοσηλεύομενους και στους οικείους τους
- δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και υπευθυνότητας

---

<sup>84</sup> Αναγνωστόπουλος Δ Και Παπαγεωργίου Α. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας παιδιού – εφήβου, Αθήνα εκδ.Βήτα, 2010

- παρότρυνση παιδιών να εκφραστούν με θάρρος και ειλικρίνεια
- διαθέτει αυτογνωσία
- αναλαμβάνει πρωτοβουλίες και να συνεργάζεται αρμονικά και ισότιμα με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας
- διδασκαλία γονέων αντιμετώπισης ενοχλητικών συμπεριφορών
- προώθηση ανεξαρτησίας, υπευθυνότητας και αυτοεξυπηρέτησης των παιδιών και εφήβων.
- χρησιμοποιεί τον θεραπευτικό διάλογο, παρατηρεί, καταγράφει και παρέχει νοσηλευτική φροντίδα
- αποτελεί πρότυπο για το νοσηλευόμενο παιδί
- είναι υπεύθυνος για το σταθερό πλαίσιο, την ασφάλεια, τη δομή και τη διατήρηση των ορίων
- διατηρεί το απόρρητο των πληροφοριών και συμβάλλει στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης και εχεμύθειας.
- αγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας στους νοσηλευόμενους, στους γονείς τους, στους συναδέλφους.
- προστασία ασθενών από παραμέληση, εκμετάλλευση ή προσβολή της αξιοπρέπειας τους<sup>85</sup>.

### **3.2.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Η φροντίδα των ασθενών με διατροφικές διαταραχές, περιλαμβάνει την πείρα και την αφιέρωση μιας διεπιστημονικής ομάδας ,ο ψυχίατρος ή ο ψυχολόγος, ηγείται μιας διεπιστημονικής ομάδας, στην οποία συμμετέχουν κι άλλοι ιατροί από άλλες ειδικότητες , συμπεριλαμβανομένων παθολόγων και διατροφολόγων καθώς επίσης και το νοσηλευτική προσωπικό<sup>86</sup>. Η θεραπευτική ομάδα εφαρμόζει μια σταδιακή προσέγγιση φροντίδας στην οποία η αρχική παρέμβαση καθορίζεται από τις ανάγκες

<sup>85</sup> Αναγνωστόπουλος Δ Και Παπαγεωργίου Α. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας παιδιού – εφήβου, Αθήνα εκδ.Βήτα, 2010

<sup>86</sup>Mehler P. Diagnosis and Care of Patients with Anorexia Nervosa in Primary Care Settings. Ann Intern Med 2001, 134: 1048-1059.



του ασθενούς και τους διαθέσιμους πόρους θεραπείας<sup>87</sup>. Το νοσηλευτικό προσωπικό (ιατροί – Νοσηλεύτες) παίζει σημαντικό ρόλο στον έγκαιρο εντοπισμό και τη διαχείριση εφήβων που κινδυνεύουν να αναπτύξουν μια διατροφική διαταραχή. Οι πληροφορίες σχετικά με τη φυσιολογική ανάπτυξη, την υγιεινή διατροφή και την τακτική σωματική άσκηση μπορεί να είναι τα μόνα που απαιτούνται για να προληφθεί η ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής<sup>88</sup>.

Το προσωπικό που είναι εξοικειωμένο με τις διατροφικές διαταραχές πρέπει να εκτελέσει έναν λεπτομερή σωματικό έλεγχο στον ασθενή. Αυτός ο τρόπος περιλαμβάνει τη βασική φροντίδα των ασθενών, από έναν ιατρό ο οποίος ειδικεύεται στις διατροφικές διαταραχές ή από έναν ψυχίατρο ο οποίος παρέχει φροντίδα για τους ασθενείς και από το νοσηλεύτη. Η χρήση ενός ημερολογίου διατροφής βοηθάει στον εντοπισμό οποιωνδήποτε μηχανισμών ενεργοποίησης της διατροφικής διαταραχής. Η προώθηση ενός μετριοπαθούς προγράμματος σωματικής άσκησης (το οποίο θα ενθαρρύνει και την κοινωνικοποίηση, π.χ. βόλει αντί για μοναχικό τρέξιμο) στους εφήβους, οι οποίοι επιδίδονται ήδη σε δίαιτα ή έλεγχο του σωματικού τους βάρους, μπορεί να αποδειχθεί ευεργετική. Σε εκείνους που πάσχουν διαπιστωμένα από διατροφική διαταραχή, ο γενικός γιατρός είναι επίσης υπεύθυνος για τον συντονισμό της παραπομπής τους και της φροντίδας τους από τριτογενείς συμβουλευτικές υπηρεσίες, καθώς και από τοπικές υπηρεσίες διαιτητικής και ψυχολογικής υποστήριξης. Μία οδοντιατρική εξέταση είναι επίσης σημαντικό να πραγματοποιηθεί. Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η ιατρική παρακολούθηση, είναι ευθύνες του παθολόγου της θεραπευτικής ομάδας. Σε ασθενείς που νοσηλεύονται και σε ασθενείς με μερική εισαγωγή στο νοσοκομείο οι νοσηλεύτριες ελέγχουν την κατάσταση του ασθενή και διανέμουν τα φάρμακα ενώ οι εργοθεραπευτές βοηθούν τον ασθενή στην απόκτηση της υγιούς καθημερινής διαβίωσης και των ψυχαγωγικών δεξιοτήτων<sup>89</sup>.

Επιτυχημένη θεωρείται η επέμβαση που οδηγεί στη συγκράτηση των ανεπιθύμητων συμπεριφορών και την πρόοδο προς την υγεία μέσω της

---

<sup>87</sup> Williams P. Goodie J. & Motsinger C. Treating eating disorders in primary care. *American family physician* 2008, 77: 187-195.

<sup>88</sup> Gonzales A. Kohn M. & Charke S. Eating disorders in adolescents. *Australian family physician* 2007, 36: 614-619.

<sup>89</sup> Gonzales A. Kohn M. & Charke S. Eating disorders in adolescents. *Australian family physician* 2007, 36: 614-619.

αντικατάστασής τους από συμπεριφορές υγιεινής και προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών. Η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική όταν η θεραπευτική ομάδα και ο ασθενής εργάζονται από κοινού εναντίον της ανορεξίας<sup>90</sup>.

### **3.2.6 ΑΝΑΡΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΕΥΡΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Η θεραπεία για τη Νευρογενή Ανορεξία μπορεί να είναι βασισμένη σε ασθενή ο οποίος νοσηλεύεται ή για εξωτερικό ασθενή, ανάλογα με τη δριμύτητα και τη χρονικότητα των ιατρικών και συμπεριφοριστικών επιπλοκών της διαταραχής. Καμία επαγγελματική πειθαρχία δεν είναι σε θέση να παρέχει την απαραίτητη ευρεία ιατρική, διατροφική και ψυχιατρική φροντίδα η οποία είναι απαραίτητη για τους ασθενείς στην ανάρρωση. Οι ομάδες των επαγγελματιών που επικοινωνούν τακτικά με τους ασθενείς, πρέπει να παρέχουν αυτή την φροντίδα. Η συνεργασία των θεραπειών με τους ασθενείς είναι το ίδιο απαραίτητη όταν η θεραπεία υποβάλλεται σε ασθενή ο οποίος νοσηλεύεται ή σε εξωτερικό ασθενή.

### **3.2.7 ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

#### **A. Νοσηλευτική εκτίμηση**

- Πλήρης εκτίμηση και υπολογισμός βάρους
  - βάρος στην παρούσα φάση
  - πρόσφατη λήψη ή απώλεια βάρους
- Αξιολόγηση των προτύπων διατροφής
  - πόσο πολύ και πόσο συχνά τρώει ο ασθενής
  - ποιες τροφές καταναλώνει
  - ύπαρξη κύκλων παχυσαρκίας

---

<sup>90</sup> Morris J. & Twaddle S. Clinical Review: Anorexia nervosa. BMJ 2007, 334:894-8. Orbach Susie Fat is a Feminist Issue, Published January 5th 2006 by ARROW (RAND) (first published 1978)

- διερεύνηση συναισθημάτων γύρω από τις διατροφικές του συνήθειες
- επίπτωση των διατροφικών του συνηθειών στις καθημερινές του δραστηριότητες
- επίπεδο ελέγχου σε άλλες περιοχές όπως χρήση φαρμάκων, ναρκωτικών, ψευδολογίας
- Εκτίμηση του επιπέδου δραστηριότητας για την ύπαρξη έντονης άσκησης<sup>91</sup>.

## **B. Νοσηλευτικές Διαγνώσεις**

- Η κύρια νοσηλευτική διάγνωση αφορά:
  - στα προβλήματα γύρω από την εικόνα του σώματος
  - στις μεταβολές στη διατροφή, ποσότητες μικρότερες από τις ανάγκες του οργανισμού
  - στην πιθανότητα εκρήξεων βίας
- Επιπλέον νοσηλευτικές διαγνώσεις (συνυπάρχουσες σωματικές και ψυχικές καταστάσεις):
  - -άγχος
  - διαταραχή της καρδιακής λειτουργίας, λόγω ανισορροπίας των ηλεκτρολυτών
  - μη αποδοτικοί μηχανισμοί άμυνας
  - μη αποδοτική οικογενειακή αντιμετώπιση
  - πιθανή έλλειψη όγκου υγρών
  - προβλήματα έλλειψης αυτοσεβασμού<sup>92</sup>.

---

<sup>91</sup> Βαρβάρα Χ, Γιαννούλη Ε, Λαγούδης Α, Τράκος Α, Ζερβού Σ, Αυξημένη Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με Νευρογενή ανορεξία, Το νοσοκομείο μας Χρέος Ζωής, 2008, 14:43-46

<sup>92</sup> Βαρβάρα Χ, Γιαννούλη Ε, Λαγούδης Α, Τράκος Α, Ζερβού Σ, Αυξημένη Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με Νευρογενή ανορεξία, Το νοσοκομείο μας Χρέος Ζωής, 2008, 14:43-46

## **Γ. Σχεδιασμός**

### **➤ Γενικοί στόχοι:**

- πρόληψη των τάσεων αυτοκαταστροφής
- μεταβολή των καταστροφικών διατροφικών συνηθειών
- ανάπτυξη υγιών μηχανισμών άμυνας

### **➤ Παραδείγματα συγκεκριμένων στόχων**

- ο ασθενής πρέπει να παίρνει μέχρι 1 Kg την την εβδομάδα
- η συχνότητα των κενώσεων να έχει ελαττωθεί κατά 90% μέσα σε 2 εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας
- ο ασθενής να προαγάγει τον αυτοσεβασμό του<sup>93</sup>.

## **Δ. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

### **➤ Γενικές παρεμβάσεις στις διατροφικές διαταραχές**

- ενημέρωση του ασθενή για τα υγιή πρότυπα διατροφής και επικέντρωση ενδιαφέροντος στη συμπεριφορά και όχι στο Β.Σ.
- εγκαθίδρυση σχέσεως εμπιστοσύνης: ακρόαση με ενσυναίσθηση και αποφυγή επικρίσεων ή συγκρούσεων με τον ασθενή
- διερεύνηση οικογενειακών ζητημάτων με τον ασθενή και την οικογένειά
- τακτικός έλεγχος του ασθενή για διαπίστωση τυχών τάσεων αυτοκτονίας
- προώθηση των κοινωνικών του σχέσεων, έτσι ώστε να αποκατασταθεί η έκπτωτη κοινωνική λειτουργικότητα και να περιοριστεί η απομόνωση<sup>94</sup>.

---

<sup>93</sup> Βαρβάρα Χ, Γιαννούλη Ε, Λαγούδης Α, Τράκος Α, Ζερβού Σ, Αυξημένη Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με Νευρογενή ανορεξία, Το νοσοκομείο μας Χρέος Ζωής, 2008, 14:43-46

<sup>94</sup> Βαρβάρα Χ, Γιαννούλη Ε, Λαγούδης Α, Τράκος Α, Ζερβού Σ, Αυξημένη Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με Νευρογενή ανορεξία, Το νοσοκομείο μας Χρέος Ζωής, 2008, 14:43-46

➤ **Συγκεκριμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με νευρογενή ανορεξία**

- διαμορφώνεται ένα ατομικό πρόγραμμα διατροφής για την απόκτηση σταθερού βάρους ανά εβδομάδα
- καθημερινός έλεγχος ζωτικών σημείων (θερμοκρασία, αναπνοές, πίεση αίματος και παλμούς)
- -προσεκτική χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και παρακολούθηση για τυχόν παρενέργειες
- έλεγχος για σημεία τετανίας και κράμπες των μυών, έτσι ώστε να εντοπιστούν εγκαίρως ανισορροπία των ηλεκτρολυτών και υποασβεστιαμία
- χορήγηση παρεντερικής διατροφής ή σίτιση με σωλήνα (Levin) όταν η κατάσταση του ασθενή το επιβάλλει
- παρατήρηση και μέτρηση θερμίδων που λαμβάνει ο ασθενής και εκτίμηση των ούρων και κοπράνων που αποβάλλει
- επισταμένη προσοχή για σημεία απόρριψης του φαγητού, λ.χ. μέσα σε πετσέτα –έλεγχος για σημεία κενώσεων ή εμέτων μετά το φαγητό
- παρατήρηση του επιπέδου άσκησης και διεξαγωγής δραστηριοτήτων
- ζύγισμα του ασθενή την ίδια ώρα κάθε μέρα
- ενημέρωση του ασθενή για το ότι πρέπει να πετύχει το ελάχιστο του επιθυμητού βάρους, πριν βγει από το νοσοκομείο
- καθίσταται σαφές στον ασθενή ότι η ταχεία ή υπερβολική λήψη βάρους δεν αποτελεί στόχο της θεραπείας<sup>95</sup>.

---

<sup>95</sup> Βαρβάρα Χ, Γιαννούλη Ε, Λαγούδης Α, Τράκος Α, Ζερβού Σ, Αυξημένη Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με Νευρογενή ανορεξία, Το νοσοκομείο μας Χρέος Ζωής, 2008, 14:43-46

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ) είναι συμπεριφορικά σύνδρομα με σημαντική σωματική και ψυχοκοινωνική νοσηρότητα και σημαντική θνητότητα. Προσβάλλουν ιδιαίτερα έφηβες και νεαρές γυναίκες και είναι σπανιότερες στους άρρενες. Τις τελευταίες δεκαετίες οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής έχουν ελκύσει μεγάλο ενδιαφέρον τόσο στην επιστημονική κοινότητα όσο και στο κοινό. Η έγκαιρη διάγνωση αυτών των διαταραχών συμβάλλει σημαντικά στην θετική θεραπευτική εξέλιξη αλλά παρεμποδίζεται συχνά από τα ισχυρά συναισθήματα μυστικοπάθειας, άρνησης και ντροπής από μέρους του ασθενούς. Αν και τα άτομα που πάσχουν από τέτοιες διαταραχές μπορεί να αρνούνται τη θεραπεία, η γεμάτη κατανόηση προσέγγιση μιας διεπιστημονικής ομάδας που θα εστιάζει στις ιατρικές, ψυχολογικές αλλά και διατροφικές ανάγκες των ατόμων αυτών θα μπορούσε να ενισχύσει σε σημαντικό βαθμό την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Η νευρογενής ανορεξία αποτελεί μια από τις κυριότερες νοσολογικές οντότητες των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Αν και επιδημιολογικές έρευνες επιβεβαιώνουν τη γενικότερη αίσθηση πως η συχνότητα των διαταραχών αυτών αυξάνεται, ιδιαίτερα τις τελευταίες λίγες δεκαετίες, πως ενδημούν σχεδόν αποκλειστικά σε νεαρό - επί το πλείστον - γυναικείο πληθυσμό και πως οι πολιτισμικές σταθερές παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην ευόδωση ανορεκτικών διαθέσεων και συμπεριφορών, θέματα όπως η ακριβής συχνότητά τους, το σαφές αιτιολογικό τους πλαίσιο και ακόμα πιο σημαντικό, ο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης τους, παραμένουν εν πολλοίς αναπάντητα.

Έχοντας ολοκληρώσει την παρούσα εργασία, αξίζει να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, που τέθηκαν στην αρχή της μελέτης μας. Συγκεκριμένα διαπιστώθηκε ότι το σύστημα παρέμβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές είναι επαρκές, καθώς αποτελείται από νοσηλευτές, ψυχολόγους, διατροφολόγους, η διεπιστημονική προσέγγιση των οποίων συμβάλλει στα μέγιστα, στην αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας.

Το άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία οφείλει να συμβουλευτεί κάποιο διατροφολόγο ή ειδικό νοσηλεύτη. Ο διατροφολόγος – διαιτολόγος θα σχεδιάσει ένα ισορροπημένο και υγιεινό πρόγραμμα διατροφής, που θα περιλαμβάνει σταθερές ώρες φαγητού και πλήρες «μενού» ώστε να μάθει το άτομο να τρώει σωστά και να

παίρνει όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται. Επίσης θα μάθει το άτομο να τηρεί ημερολόγιο διατροφής το οποίο θα ελέγχεται από τον κοινοτικό νοσηλευτή όσον αφορά την ποιότητα και την ποσότητα της καθημερινής τροφής. Θα βοηθήσει στην σωστή αξιολόγηση και εκτίμηση των ενδείξεων της ζυγαριάς.

Πρέπει να προσπαθήσει να μάθει στον ασθενή για την χρησιμότητα των θρεπτικών συστατικών. Τα λίπη, οι αμυλούχες τροφές (όσπρια και ζυμαρικά) καθώς και το κόκκινο κρέας, αποτελούν τις κύριες τροφές για τις οποίες τα ανορεκτικά άτομα τρέφουν προκατάληψη και φόβο και οι οποίες πρέπει προοδευτικά να εισαχθούν στο καθημερινό διαιτολόγιο. Ο ασθενής πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η διατροφή είναι ταυτόχρονα ζωτική ανάγκη, αλλά και προσωπική ευχαρίστηση με κοινωνικές προεκτάσεις. Τα γεύματα με την παρουσία της οικογένειας ή των φίλων είναι απαραίτητα. Ο κίνδυνος μετάβασης στη βουλιμία, ο οποίος συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, από τον νοσηλευτή που ευαισθητοποιεί την οικογένεια.

Ο νοσηλευτής φροντίζει ώστε το σχεδιασμένο και υγιεινό πρόγραμμα διατροφής που έχει καθορίσει ο διατροφολόγος ακολουθείται από το άτομο. Δηλαδή ότι το άτομο σε σταθερές ώρες φαγητού, λαμβάνει τα «μενού» που του έχει υποδείξει ο διατροφολόγος.

Ο κίνδυνος από την ελλιπή πρόληψη και παρέμβαση είναι ολέθριος για τον ασθενή. Η σοβαρή απώλεια βάρους, η οποία μπορεί να ξεπερνάει και το 25% του φυσιολογικού βάρους είναι το κύριο χαρακτηριστικό του ανορεκτικού ατόμου. Η αντίληψη για το βάρος του και το σχήμα του σώματός του είναι παραμορφωμένη, με αποτέλεσμα συχνά τα σκελετωμένα άτομα να βλέπουν στον καθρέφτη του έναν παχύ εαυτό. Ο ανορεκτικός έφηβος ασχολείται συνέχεια με το βάρος του, το σώμα του και το φαγητό και φοβάται ότι είναι ή θα γίνει παχύς. Για να το αποφύγει λοιπόν, το άτομο επιδίδεται σε υπερβολική σωματική άσκηση και υπερδραστηριότητα ή σε προκλητούς εμετούς και χρήση καθαρτικών ή διουρητικών, ώστε να απαλλαγεί από τις θερμίδες των σχεδόν ανύπαρκτων γευμάτων τους.

Σωματικά παρατηρείται αμηνόρροια για τρεις συνεχόμενους κύκλους στις γυναίκες και μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας για τους άνδρες, φτωχή περιφερική κυκλοφορία (έντονη ευαισθησία στο κρύο και στη ξηρασία, αποχρωματισμένο δέρμα) και συμπτώματα ασιτίας (δυσκοιλιότητα, κοιλιακοί πόνοι, ζαλάδες, πρήξιμο

στο στομάχι, τους αστραγάλους και το πρόσωπο), καθώς και χνουδωτή τρίχωση του σώματος και αραίωση του τριχωτού της κεφαλής. Επιπλέον, οι οικείοι των ανορεκτικών ατόμων παρατηρούν σιγά-σιγά αλλαγές στην όλη συμπεριφορά του ατόμου, όπως συναισθηματική αστάθεια, ευερεθιστικότητα, έντονη ανησυχία και κρίσεις θυμού, καθώς και δυσκολίες στον ύπνο.

Κατ' επέκταση, είναι απαραίτητο η θεραπευτική παρέμβαση να είναι όσο το δυνατόν πιο έγκαιρη, έτσι ώστε να μην επιτραπεί στον ασθενή να αναδιοργανώσει τη ζωή του (ευχαρίστηση, εκτόνωση έντασης, διαπροσωπικές σχέσεις) γύρω από αυτό το πρόβλημα της συμπεριφοράς.

Αναφορικά με το ρόλο της οικογένειας, αξίζει να αναφερθεί ότι είναι πολύ σημαντική η βοήθεια και η συνδρομή σ' αυτήν την προσπάθεια των φίλων, του συντρόφου και της οικογένειας, εκτός του ότι θα είναι η πρώτη που θα καταλάβουν ότι υπάρχει πρόβλημα - αφού το ίδιο το άτομο θεωρεί ότι είναι φυσιολογικό -θα παρακινήσουν το άτομο να αναζητήσει θεραπεία και παράλληλα θα στηρίξουν και θα βοηθήσουν το ασθενή όταν χρειαστεί. Το πιο σημαντικό πράγμα που μπορούν να κάνουν η οικογένεια και οι φίλοι για να βοηθήσουν ένα ανορεκτικό κορίτσι είναι να το αγαπούν. Οι ανορεκτικοί άνθρωποι αισθάνονται ασφαλείς, σίγουροι και άνετοι με την πάθησή τους. Ο μεγαλύτερος φόβος τους είναι το να πάρουν βάρος και αυτό τους φαίνεται ότι θα τους κάνει να χάσουν τον έλεγχο. Μπορεί ακόμη και ν'αρνούνται ότι έχουν πρόβλημα. Οι ανορεκτικοί άνθρωποι θα ικετεύσουν ή θα καταφύγουν σε ψέματα για να αποφύγουν το φαγητό. Οι γονείς και οι φίλοι του ανορεκτικού ατόμου δεν πρέπει να υποκύψουν στις ικεσίες του.

Με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η ανορεξία στην πραγματικότητα δεν βρίσκεται μόνο στον κόσμο του κινηματογράφου και της μόδας με τα πρότυπα που προβάλλουν, αλλά είναι πολλές φορές κοντά μας. Είναι ανάγκη λοιπόν να γνωρίζουμε τόσο την ύπαρξή της και τις συνέπειές της αλλά και το γεγονός ότι μπορεί να καταπολεμηθεί οριστικά με την κατάλληλη θεραπεία και την βοήθεια των ειδικών (ψυχιάτρων, ψυχολόγων, γιατρών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών).

Τέλος, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι ο διττός χαρακτήρας της νόσου, με τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα να εκφράζονται παράλληλα -προεξάρχοντας τα μεν ή τα δε κατά περίπτωση- υπαγορεύει ευέλικτες και εξατομικευμένες



νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα πρέπει να κατευθύνονται τόσο προς τον τομέα των σωματικών προβλημάτων, όσο και προς αυτόν της αποκατάστασης των ψυχολογικών παραμέτρων.

Μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να διερευνήσει τον τρόπο θεραπείας της νευρικής ανορεξίας σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα, περιλαμβάνοντας τις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ADA (American Dietetic Association), Position of the American Dietetic Association: Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS), July 2001 Volume 101 Number 7
- Attia E. & Wash T. Anorexia Nervosa. *Am J Psychiatry* 2007. 162:12, 1805-1810.
- Berkman N. et al. Management of Eating Disorders. Evidence Report/Technology Assessment. No 135 2006 AHRQ Publication No. 06-E010)
- Blake D. A review of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Curr Probl Pediatr* 1995 25: 67-89.
- Chakraborty K. & Basu D. Management of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: An evidence-based review. *Indian J Psychiatry* 2010, 52.2: 174-186
- Davidson, T.S.(2010), *Anorexia Nervosa: Psychosocial Assessment and Health Implications*, Georgia College & State University.
- Garrow JS, James WPT, Ralph A.(2002), *Human Nutrition and Dietetics*, Elsevier
- Georgiou C., Beets N., Hoos T., Clenn M.(2006) Young adult exercisers and non exercisers differ in food attitudes, perceived dietary changes, and food choices, *International Journal of Sport Nutrition*, pp.402-413
- Giddens,A.(1995),*Sociology*, Polity Press, Cambridge p.p. 294-295, 490-523
- Gonzales A. Kohn M. & Charke S. Eating disorders in adolescents. *Australian family physician* 2007, 36: 614-619.
- Halmi. K. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry* 2009, 8: 150-155.
- Hsu G. Eating Disorders: Practical investigation, *Journal of the American Medical Women's association* 2004, 59-2: 113-124.
- Lawson, A.E and Klibanski,A.(2009), "Endocrine abnormalities in anorexia nervosa", *Nature clinical practice Endocrinology & Metabolism*, Vol.4, No.7
- Loveridge, P. (2005), *Anorexia nervosa-Australian treatment guide for consumers and carers*, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
- Macht M. & Simons G.(2000) *Emotions and eating everyday life*, *Appetite*,pp.65-71
- Mahan L.K. and Escot-Stump S. (2006)*Krause's food, nutrition & food therapy*, U.S.A 10<sup>th</sup> ed. W.B Saunders Company

- Mehler P. Diagnosis and Care of Patients with Anorexia Nervosa in Primary Care Settings. *Ann Intern Med* 2001, 134: 1048-1059.
- Mehler P., Winkelman A. Andersen D & Gaudiani J. Nutritional rehabilitation : Practical guidelines for refeeding the anorectic patient. *Journal of nutrition and metabolism* 2010, Vol 2010: 1-7.
- Mitchell S.(2008) Changes after taking a college basic nutrition course, *J am Diet Assoc*, pp. 995-961
- Mitrany E. & Melamed Y. Compulsory treatment of Anorexia Nervosa. *Isrj Psychiatry Relat Sci* 2005, 44: 185-190.
- MMWR CDC.(2005) Surveill young risk behavior surveillance, Nutrition college health risk behavior survey, U.S, Department of Health and Human Services, CDC,pp.1-58
- Morris J. & Twaddle S. (2007). Clinical Review: Anorexia nervosa. *BMJ*, 334: 894-898.
- Musante, D.B.A., and Attia, E.(2008), Anorexia Nervosa: Role of the Primary Care Physician, JCOMCME
- National Clinical Practice Guideline Number.(2009), *Eating Disorders*, National Collaborating Centre for Mental Health
- Orbach Susie Fat is a Feminist Issue, Published January 5th 2006 by ARROW (RAND) (first published 1978)
- Ortega R., Requejo A., Sanchez-Muniz F., Quintas M., Sanchez-Quiles B., Andres P., Renondo M., Lopez-Sobaler A.(2010) *Concern about nutrition and its relation to the food habits of a group of young university students from Madrid (Spain)*, *Z Ernährungswiss*, pp.16-22
- Pfannhauser, W. (1993) Volatiles formed during extrusion cooking of cereals. *Flav.Fragr. J.*, Volume 8, p. 109-113
- Ramjan, L.M.(2004), “Nurses and the ‘therapeutic relationship’: caring for adolescents with anorexia nervosa” Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Advanced Nursing*, Vol.45, No.5, pp.495–503
- RCP.(2010), Marsipan: Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa, RC Psych Royal College of Psychiatrists
- Rome E. et al. Children and Adolescents With Eating Disorders: The State of the Art. *Pediatrics* 2003, 111: 98-108.

- Sabine, A., et al.(2010), *Anorexia Nervosa: management*, AFDAS-TCA – HAS (Unit of Professional Clinical Practice).
- Sidiropoulos. Anorexia Nervosa the physiological consequences of starvation and the need for primary prevention efforts. *McGill journal of medicine* 2007, 10: 20-25.
- Stratoudakis G. & Tzanakis E. Anorexia Nervosa in women. *Arcives of hellinic medicine* 2004, 21: 413-421.
- Vorster.(2002) *Introduction of human nutrition*, McGraw Hill
- Williams P. Goodie J. & Motsinger C. Treating eading disorders in primary care. *American family psysician* 2008, 77: 187-195.
- Winston A, Gowers S, Jackson A, Richardson K, Robinson Π, Shenkin A, Οδηγίες για τη διατροφική αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας, Αναφορά συμβουλίου CR 130, Ιούλιος 2005
- Αναγνωστόπουλος Δ Και Παπαγεωργίου Α. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας παιδιού – εφήβου, Αθήνα εκδ.Βήτα, 2010
- Βαρβάρα Χ, Γιαννούλη Ε ,Λαγούδης Α ,Τράκος Α, Ζερβού Σ, Αυξημένη Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με Νευρογενή ανορεξία, Το νοσοκομείο μας Χρέος Ζωής, 2008, 14:43-46
- Δημολιάτης, Γ, Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ., Φιλαλήθης, Τ., (2008), *Η Υγεία στην Ελλάδα*, Θεμέλιο
- Ζαμπέλας Α.(2003) *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, σσ 241-260, σσ 282-312
- Ζαμπέλας Α.(2008) *Μάθετε για τα τρόφιμα & τη διατροφή*, Dr Joan Webster-Gandy, , Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης
- Κακούρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2006). «Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων» Αναπτυξιακή προσέγγιση. Αριθμός έκδοσης 230, Τυπωθήτω -Γιώργος Δαρδάνης, Αθήνα
- Κολίτση, Ζ.(2007) Οι προκλήσεις και ο σχεδιασμός για την ποιότητα, ασφάλεια και ανταποδοτικότητα των υπηρεσιών Υγείας», Αναπτυξιακό Συνέδριο «Υγεία και Κοιν. Αλληλεγγύη 2007-13», Θεσσαλονίκη
- Κυριόπουλος, Γ., & Σισσούρας, Α.,(2006),*Ενιαίος φορέας Υγείας: αναγκαιότητα και ανταπάτη*, Θεμέλιο
- Μάνος Ν. Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών 1997, Σελ. 334-39

- Μπέσης, Ν. (2007), *Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας*, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών ερευνών
- Πλέσσα, Σ. Τ.(2000) *διαιτητική του ανθρώπου*, Αθήνα , Τρίτη έκδοση, Εκδόσεις Φάρμακον-Τύπος
- Σισσούρας, Α.,(2006), *Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Υγείας*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- Σολδάτος Κ. & Λύκουρας Α. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. 2006 Σελ. 377-398
- Τριπόδης Ν., Σπανού Β., Καζάνη Ι. Νευρογενής Ανορεξία. 2008: Σελ 1-116
- Υφαντόπουλος, Γ., Μαμάς, Θ., Καροκής, Α., Πολύζος, Ν., Ρούπας, Θ., Σισσούρας, Α.,(2006), *Μελέτη για τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών Υγείας*», Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Σταμούλης
- Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συνεργάτες (2004). «Ψυχιατρική». Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις. σελ. 482-496