

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Ψυχογενής Ανορεξία, Ψυχογενής Βουλιμία – ο
Ρόλος του Νοσηλευτή»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Τσιλιβήτα Ολυμπία
Χριστοπούλου Χριστίνα
Χρυσανθακοπούλου Αικατερίνη

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘ/ΤΗΣ:

Στεφανόπουλος Νικόλαος

Πάτρα, Οκτώβριος 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας σημαντική υπήρξε η συμβολή ορισμένων ανθρώπων σε όλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε κατά τη διεξαγωγή της.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την κα. Σαμαρτζή Κυριακή, Πανεπιστημιακό Υπότροφο του τμήματος Νοσηλευτικής Δυτικής Ελλάδας, που υπήρξε σταθερή πηγή καθοδήγησης και συμπαράστασής μας, καθώς την ευχαριστούμε για τις διορθώσεις και τις κατευθύνσεις καθ' όλο το διάστημα έως την ολοκλήρωση της εργασίας μας.

Επίσης, θα θέλαμε να δώσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στον κ. Στεφανόπουλο Νικόλαο, Πρόεδρο του τμήματος Νοσηλευτικής Δυτικής Ελλάδας, για την σημαντική συμβολή του στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους σπουδαστές που συμμετείχαν στην διεξαγωγή της ποσοτικής μας έρευνας τόσο ως την υποστήριξη, όσο και ως προς το χρόνο που διέθεσαν κατά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

<<Η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία>>

Έρασμος 1469-1536, Ολλανδός ουμανιστής

<<Ο μόνος τρόπος να διατηρήσεις την υγεία σου είναι να τρως αυτά που δεν θέλεις, να πίνεις αυτά που δεν σου αρέσουν και να κάνεις αυτά που θα προτιμούσες να μην έκανες.>>

Mark Twain, 1835-1910, Αμερικανός συγγραφέας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η μελέτη του ρόλου των νοσηλευτών στην διάγνωση, πρόληψη, αντιμετώπιση και φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία. Πραγματοποιήθηκε έρευνα σε δείγμα 108 ατόμων (N=108), εξετάζοντας τους ερωτηθέντες ως προς τα γνωστικά τους επίπεδα, στην διαδικασία της διάγνωσης, πρόληψης και αντιμετώπισης των ασθενών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία ενώ εξετάστηκε και η συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος με τα γνωστικά αυτά επίπεδα. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν έδειξε πως η διδακτική ύλη της σχολής της Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Πατρών, δεν καλύπτει επαρκώς τα θέματα που σχετίζονται με την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία, ενώ το φύλο και το έτος σπουδών δε φάνηκε να επηρεάζουν τα γνωστικά αυτά επίπεδα.

Λέξεις Κλειδιά: ψυχογενής ανορεξία, ψυχογενής βουλιμία, νοσηλευτική διεργασία, νοσηλευτική φροντίδα.

SUMMARY

The basic aim of this project is to explore the role of nurses to diagnosis, prevention and treatment of patients suffering from Anorexia Nervosa, or Bulimia Nervosa. The research took place at the Higher Technological Institution of Patras, Department of Health Science, Nursing School and the participants (N=108) were asked, among other things, about their knowledge levels concerning the diagnosis, treatment and prevention procedures in cases of Anorexia Nervosa or Bulimia Nervosa. The results of the statistical analysis presented in this project, showed that the students of Nursing School in this Department, have low knowledge levels about these issues and sex as well as the school – year they attend didn't seem to impact in a significant way students' knowledge levels about the fields of Anorexia Nervosa or Bulimia Nervosa.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	i
Περίληψη.....	ii
Summary.....	ii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ – ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	9
2.1 Ψυχογενής Ανορεξία.....	9
2.1.1 Επιδημιολογικά δεδομένα.....	10
2.1.2 Καθορισμός τύπου.....	10
2.1.3 Συμπτώματα.....	10
2.1.4 Επιπλοκές.....	11
2.2 Ψυχογενής Βουλιμία.....	12
2.2.1 Επιδημιολογικά δεδομένα.....	13
2.2.2 Καθορισμός τύπου.....	13
2.2.3 Συμπτώματα.....	13
2.2.4 Επιπλοκές.....	14
2.3 Αίτια Ψυχογενούς Ανορεξίας – Ψυχογενούς Βουλιμίας.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ – ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	21
4.1 Μέθοδος.....	21
4.2 Αποτελέσματα.....	22
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	47
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	49
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	58

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από την επίμονη διαταραχή της διατροφικής συμπεριφοράς που έχει ως αποτέλεσμα την αλόγιστη κατανάλωση τροφής που εξασθενεί σημαντικά τη σωματική υγεία και την ψυχοκοινωνική λειτουργία. Τα διαγνωστικά κριτήρια προβλέπονται στο εγχειρίδιο DSM – V της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) το οποίο παρέχει ορισμούς για όλους τους τύπους διαταραχών και αφορούν την διαταραχή του μηρυκασμού, την αποφευκτική / περιοριστική διαταραχή πρόσληψης τροφής, τη νευρική ανορεξία, τη νευρική βουλιμία, και την ευκαιριακή άμετρη διατροφική διαταραχή. Τα διαγνωστικά κριτήρια για τις παραπάνω διατροφικές διαταραχές κατηγοριοποιούνται σε ένα σύστημα ταξινόμησης με τέτοιο τρόπο που να είναι αμοιβαία αποκλειόμενες, έτσι ώστε κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου, μόνο μία από αυτές τις διαγνώσεις να μπορεί να εκχωρηθεί. Το σκεπτικό αυτής της προσέγγισης είναι ότι, εκτός μια σειρά από κοινές ψυχολογικές και συμπεριφοριστικές λειτουργίες, οι διαταραχές αυτές διαφέρουν σημαντικά τόσο σε κλινικές ανάγκες όσο και στο αποτέλεσμα, και τη θεραπεία. Μερικά άτομα με διαταραχές που περιγράφονται στην παρούσα εργασία παρουσιάζουν συμπτώματα που προσομοιάζουν με αυτά που εμφανίζονται συνήθως σε άτομα με διαταραχές χρήσης ουσιών, όπως η λαχτάρα και διάφορα πρότυπα καταναγκαστικής χρήσης. Αυτή η ομοιότητα μπορεί να αντικατοπτρίζει τη συμμετοχή των ίδιων νευρικών συστημάτων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που εμπλέκονται στον κανονιστικό αυτοέλεγχο και την ανταμοιβή, σε όλες τις ομάδες των διαταραχών. Ωστόσο, οι σχετικές συνεισφορές των κοινών αυτών χαρακτηριστικών και οι διακριτοί παράγοντες για την ανάπτυξη και τη διαίωνιση των διατροφικών και η από τη χρήση ουσιών διαταραχές παραμένουν ανεπαρκώς κατανοητές. Τέλος, η παχυσαρκία δεν περιλαμβάνεται στα εγχειρίδια και τις σχετικές έρευνες ως ψυχική διαταραχή. Η παχυσαρκία (υπερβολικό σωματικό λίπος) προκύπτει από τη μακροπρόθεσμη περίσσεια πρόσληψη ενέργειας σε σχέση με την κατανάλωση ενέργειας. Μια σειρά γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως και διαφόρων παραγόντων συμπεριφοράς, που διαφέρουν μεταξύ ατόμων συμβάλλει στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας και επομένως η παχυσαρκία δεν θεωρείται μια διανοητική διαταραχή. Ωστόσο, υπάρχουν ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ της παχυσαρκίας και μια σειρά από νοητικές διαταραχές (π.χ., ευκαιριακή άμετρη διατροφική διαταραχή, καταθλιπτικές και διπολικές διαταραχές, σχιζοφρένεια). Οι παρενέργειες ορισμένων ψυχοτρόπων φαρμάκων συμβάλουν σημαντικά στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας, και η παχυσαρκία μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη κάποιων ψυχικών διαταραχών (π.χ., καταθλιπτικές διαταραχές).

Στην παρούσα εργασία μελετάμε τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα, τους παράγοντες, τα αίτια, τους τρόπους πρόληψης αλλά και θεραπείας δύο ειδών διατροφικών διαταραχών, της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας, από την σκοπιά του νοσηλευτή. Εστιάζουμε δηλαδή στον σημαντικό ρόλο της νοσηλευτικής διεργασίας, δηλαδή, στο σύνολο όλων εκείνων των δραστηριοτήτων που αφορούν την νοσηλευτική αξιολόγηση, φροντίδα και αποτίμηση της κατάστασης των ασθενών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία και ψυχογενή βουλιμία. Η εργασία χωρίζεται σε δύο κύρια μέρη, το θεωρητικό μέρος και το ερευνητικό. Πιο συγκεκριμένα, διακρίνεται σε τέσσερα κεφάλαια. Το θεωρητικό μέρος της εργασίας αφορά τα τρία πρώτα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο ορίζονται οι διατροφικές διαταραχές, και στο δεύτερο γίνεται σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αφορά την παρουσίαση των χαρακτηριστικών, των επιδημιολογικών στοιχείων, των συμπτωμάτων, των παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας, όπως και τα αποτελέσματα αυτών. Στο τρίτο κεφάλαιο αναπτύσσουμε τον σημαντικό ρόλο που

παίζει ο νοσηλευτής στην πρόληψη και αντιμετώπιση των ασθενειών, καθώς και τον ρόλο του στον σχεδιασμό και την εφαρμογή σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία. Το ερευνητικό μέρος περιλαμβάνει το τέταρτο κεφάλαιο όπου παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας καθώς και τα αποτελέσματα αυτής. Ακολουθεί συζήτηση και συνοπτική ανασκόπηση των αποτελεσμάτων καθώς και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα. Τέλος, στο παράρτημα της εργασίας αυτής παρατίθενται το ερωτηματολόγιο της έρευνας, καθώς και συνοπτικοί πίνακες των στατιστικών στοιχείων της έρευνας που διεξήχθη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Είναι κοινά αποδεκτό πως οι κοινωνικές ανισότητες είναι πολύ έντονες στην σύγχρονη εποχή, ειδικότερα στις μέρες μας που η Κοινωνία της Πληροφορίας έχει διεισδύσει σε όλα τα σπίτια. Από τη μια βλέπουμε τις υπανάπτυκτες ή τις αναπτυσσόμενες χώρες να προσπαθούν να εξασφαλίσουν στους κατοίκους τους εκείνα τα αγαθά που θα εξυπηρετήσουν τις βασικές τους ανάγκες όπως τροφή και ένδυση, και από την άλλη μεριά οι αναπτυγμένες χώρες διακρίνονται από υπερκαταναλωτισμό σε όλα τα αγαθά, μεταξύ αυτών και η τροφή. Θα μπορούσε να θεωρηθεί ειρωνεία της τύχης το γεγονός πως στις αναπτυγμένες, βιομηχανοποιημένες, καταναλωτικές κοινωνίες, μερικοί άνθρωποι επιλέγουν να μένουν νηστικοί, να αρνούνται την – για τις αναπτυσσόμενες χώρες - «πολυτέλεια» του φαγητού, επειδή δεν τους αρέσει η εικόνα του σώματός τους ή επειδή θεωρούν πως έχουν περιττά κιλά. Η σημερινή κοινωνία είναι μια κοινωνία κατανάλωσης ως επί το πλείστον αδύνατων ανθρώπων. Τα περιοδικά, η τηλεόραση, οι ταινίες τονίζουν ότι κάποιος μπορεί να αγαπηθεί, να τύχει σεβασμού και επιτυχίας μόνο όταν είναι αδύνατος.

Οι έφηβοι νιώθουν υπερβολικά οικεία με το σώμα τους και πώς να το συγκρίνουν με τους συνομηλίκους τους. Σε μια κοινωνία που δίνει υπερβολικά μεγάλη προσοχή στη φυσική ομορφιά και τον δομημένο τύπο σώματος αποδεχόμαστε σαν όμορφο αυτό που προσπαθούν να επιτύχουν πολλά νεαρά άτομα που κάνουν δίαιτα και γυμνάζονται συστηματικά. Μια διατροφική διαταραχή μπορεί να ξεκινήσει από μία απλή δίαιτα που αποσκοπεί στην απώλεια μερικών κιλών ή και γραμμαρίων και μπορεί να εξελιχθεί σε μια επικίνδυνη ασθένεια. Οι χιλιάδες των προϊόντων και υπηρεσιών που σχετίζονται με τον χώρο της διατροφής και της άσκησης, είναι απόδειξη πως η ενασχόληση της κοινωνίας μας με την εικόνα του «αδύνατου» είναι δεδομένη. Παρόλο που αυτή η κατασκευασμένη εικόνα για το βάρος και τον τύπο σώματος, δεν έχει καμία σχέση με τον μέσο όρο του πληθυσμού, το κοινό καταφεύγει σε προγράμματα διατροφής και άσκησης με σκοπό να επιτύχει αυτό που ορίζεται σαν πρότυπο. Οι διατροφικές διαταραχές αγγίζουν το 10 – 20 % του πληθυσμού, ωστόσο εικάζεται ότι υπάρχει ένα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό πολιτών που μπαίνουν σε διαδικασίες αλλαγής διατροφικών συνθηκών, με σκοπό να χάσουν βάρος και να αλλάξουν την εικόνα του σώματός τους. Παρατηρείται ότι η αυτοεκτίμηση αλλά και η προσωπική ευτυχία μερικών ατόμων στηρίζεται πάνω στην αύξηση ή τη μείωση μερικών κιλών αλλά και την απόκτηση ελέγχου της δίαιτας ή – αντίθετα – από το τίναγμα της δίαιτας στον αέρα. Συνεχώς βομβαρδιζόμαστε από τηλεοπτικές φιγούρες στις οποίες προτείνεται ότι θα έπρεπε να μοιάζουμε, οι διάφορες εταιρίες προϊόντων διατροφής και άσκησης διαφημίζουν τα προϊόντα τους παντού στο ραδιόφωνο, το διαδίκτυο και την τηλεόραση, ενώ ακόμα και οι μεγάλοι star της showbiz, προωθούν αυτό το μοντέλο του αδύνατου ανθρώπου. Είναι αξιοσημείωτο να παρατηρήσουμε πως ένας εύσωμος άνθρωπος αντιμετωπίζεται διαφορετικά σε άλλους πολιτισμούς και κουλτούρες. Για παράδειγμα, σε νησιά του Ειρηνικού ωκεανού, μια εύσωμη γυναίκα αποτελεί περήφανη συνοδό για τον σύζυγό της, καθώς είναι «δείγμα» της επιτυχίας του και της ικανότητάς του να την ταΐσει καλά. Σε Αφρικανικές και Λατινικές κουλτούρες επίσης, είναι περισσότερο επιθυμητή μια πιο στρογγυλεμένη γυναικεία φιγούρα, ειδικά στην περιοχή των γλουτών. Η δική μας Δυτική κουλτούρα φαίνεται περίεργη υπό το βλέμμα των άλλων πολιτισμών καθώς οι γυναίκες, αλλά και άντρες είναι αναγκασμένοι να διατηρούν μια εικόνα, εξαντλημένου από τη δίαιτα και την έντονη σωματική άσκηση ανθρώπου, με σκοπό να επιτύχουν αυτό που τα πρότυπα ορίζουν – γεγονός που σε μια κοινωνία αφθονίας είναι τουλάχιστον παράδοξο.

Η πρόληψη των διατροφικών διαταραχών μπορεί να διακριθεί σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Η πρωτογενής πρόληψη θα λέγαμε ότι είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς η εφαρμογή παρεμβάσεων σε πρωτογενές – αρχικό επίπεδο είναι ικανή να προλάβει την εμφάνιση της διαταραχής. Σε αυτές τις παρεμβάσεις καλό είναι το άτομο που εμπλέκεται να γνωρίζει διάφορα στοιχεία από τα χαρακτηριστικά των διατροφικών χαρακτηριστικών, όπως και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν, ούτως ώστε να μπορεί να επέμβει σε καίρια σημεία που θα μπορούσαν να αποτρέψουν την εμφάνιση της νόσου. Από την άλλη μεριά, η δευτερογενής πρόληψη – παρόλο που δεν έχει δοθεί σε αυτήν η δέουσα προσοχή – έχει σκοπό να ελαττώσει το διάστημα ανάμεσα στην εμφάνιση της διαταραχής και στη λήψη αποτελεσματικής βοήθειας αντιμετώπισής της. Πολλές φορές, τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή, καθώς επίσης η οικογένεια και ο κοινωνικός τους περίγυρος, αποφεύγουν να ζητήσουν βοήθεια, όταν αντιληφθούν πως υπάρχει κάποιο πρόβλημα, κυρίως γιατί πιστεύουν πως δεν υπάρχει ουσιαστικό πρόβλημα, πως θα περάσει μόνο του με τον καιρό, είτε γιατί θεωρούν πως είναι μια «πολυτελής» σε μια εποχή κρίσης διαδικασία. Η σημασία της τριτογενούς πρόληψης των διατροφικών διαταραχών πολύ σπάνια λήφθηκε υπόψη. Χωρίς αμφιβολία, ο λόγος για αυτήν την παράλειψη είναι η αρνητική έννοια της εστίασης στη μείωση της εξασθένησης που σχετίζεται με τις διατροφικές διαταραχές. Επιπλέον, είναι γεγονός ότι μερικοί ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία ευεργετούνται μερικώς από την θεραπεία, ενώ παράλληλα είναι κοινός ο υποτροπιασμός της νόσου. Η εικόνα της κατάστασης της ψυχογενούς βουλιμίας φαίνεται να είναι θετικότερη, αν και έχει παρατηρηθεί πως σε μερικές περιπτώσεις το χρονικό διάστημα αντιμετώπισης της νόσου είναι πολύ μεγάλο. Θα μπορούσαμε να πούμε πως η τριτογενής πρόληψη, θα μπορούσε υπό το πρίσμα της έρευνας να συμβάλει στη μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας που σχετίζεται με τις χρόνιες διατροφικές διαταραχές.

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

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία ταξινόμησε για πρώτη φορά τις κλινικές διαταραχές των διατροφικών ή διαιτητικών διαταραχών, στο εγχειρίδιο DSM – III (3η έκδοση του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, το 1980. Στη συνέχεια το εγχειρίδιο αυτό αναθεωρήθηκε το 1987 στην έκδοση DSM – III – R στην οποία εισήχθη ως διαγνωστικό κριτήριο η συχνότητα και η επιμονή των επεισοδίων ενώ παράλληλα υπογραμμίστηκε ο κοινός παρονομαστής των δύο διαταραχών, της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας: ο ψυχοπαθολογικός παράγοντας, ο οποίος έχει να κάνει με την υπέρμετρη ενασχόληση των ασθενών με την εικόνα του σώματός τους. Έπειτα, το 1994, στην επόμενη έκδοση DSM – IV αναθεωρήθηκαν τα διαγνωστικά κριτήρια των προηγούμενων εγχειριδίων και εμπλουτίστηκαν με τα αποτελέσματα ερευνών σε μεγάλα δείγματα βουλιμικών και ανορεκτικών ασθενών. Τέλος, στην πιο πρόσφατη έκδοση του εγχειριδίου DSM – V (2013, σελ. 329 – 354), αναφέρονται αναλυτικά όλες οι μορφές των διατροφικών διαταραχών, και κάθε μια από αυτές ορίζεται διεξοδικά και στη συνέχεια αναλύεται στα διαγνωστικά κριτήριά της, την κλινική της εικόνα, τη συχνότητα εμφάνισης, την πορεία της εξέλιξής της, τους παράγοντες και τα αίτια που τις καθορίζουν, καθώς και τις επιπλοκές που παρουσιάζουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ – ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Οι διατροφικές διαταραχές χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, την νευρική ανορεξία (*anorexia nervosa*) και τη βουλιμία. Η βουλιμία επίσης αναφέρεται ως νευρική βουλιμία (*bulimia nervosa* ή *bulimarexia*). (Kalapatapu, 2008, Soanes, & Stevenson, 2008). Ωστόσο, πολύ σπάνια οι ασθενείς δείχνουν ξεκάθαρα συμπτώματα από τις δύο αυτές κατηγορίες διατροφικών διαταραχών. Πολλές φορές είναι εξαιρετικά δύσκολο να διακρίνουμε αν κάποιος ασθενής πάσχει από νευρική ανορεξία ή βουλιμία εξαιτίας των ομοιοτήτων των συμπτωμάτων αλλά και των συμπεριφορών των ασθενών. Ο ανορεκτικός ασθενής, που λιμοκτονεί για αρκετές εβδομάδες προκειμένου να πετύχει τον στόχο του, μερικές φορές, λυγίζει και υποκύπτει σε πειρασμούς, για να τιμωρήσει στη συνέχεια τον εαυτό του που υπέκυψε σε αυτήν την απεχθή – κατ’ αυτόν - συνήθεια, και έπειτα να λιμοκτονήσει ξανά για μερικές εβδομάδες, πέφτοντας έτσι σε έναν φαύλο κύκλο. Και αντίστροφα, ένας ασθενής που υποκύπτει καθημερινά σε γευστικούς πειρασμούς, κάποιες μέρες τιμωρεί τον εαυτό του λιμοκτονώντας, μέχρι να υποκύψει ξανά σε μεγάλες και βλαβερές ποσότητες φαγητού και να επαναληφθεί κατ’ αυτόν τον τρόπο ένας άλλος φαύλος κύκλος. Έτσι είναι φανερό πως είναι δυσδιάκριτα τα όρια μεταξύ της ανορεξίας και της βουλιμίας. Υπό αυτή τη βάση, και οι δύο διαταραχές έχουν χαρακτηριστικές συμπεριφορές, συμπτώματα αλλά και ψυχολογικές προεκτάσεις. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία, μέσω του εγχειριδίου DSM-V, παρέχει ορισμούς και για τους δύο τύπους διαταραχών. (DSM – V, 2013)

2.1 Ψυχογενής ανορεξία

Νευρική Ανορεξία

A. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το σωματικό του βάρος πάνω από το ελάχιστο του μέσου όρου για την ηλικία και το ύψος του.

B. Συνεχής φόβος αύξησης βάρους ή τάσης αύξησης βάρους, παρόλο που το βάρος τους είναι κάτω του φυσιολογικού.

Γ. «Ενόχληση» στον τρόπο με τον οποίο το άτομο βλέπει τον εαυτό του, για παράδειγμα, θεωρεί ότι όλο ή μέρος του σώματός του είναι υπέρβαρο, παρόλο που το βάρος του είναι κάτω από το φυσιολογικό.

Δ. Μη φυσιολογικοί κύκλοι εμμηνου ρύσεως (πολύ συχνή εμφάνιση ή απουσία αυτών).

Η ηλικία εμφάνισης της ανορεξίας είναι συνήθως η αρχή ή το τέλος της εφηβείας. Παρά το γεγονός ότι μπορεί επίσης να αρχίσει στην ενήλικη ζωή, ειδικά όταν η έναρξη σχετίζεται με ένα αγχωτικό γεγονός της ζωής, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, της γεωγραφικής μετεγκατάστασης, το γάμο, τη γέννηση ενός παιδιού. Αυτό συμβαίνει κυρίως στις γυναίκες (95%) (DSM-V, 2013). Τα ποσοστά θνησιμότητας είναι από 5% έως 18% λόγω επιπλοκών της λιμοκτονίας. Φαίνεται να υπάρχει ένα οικογενειακό πρότυπο εκεί. Έχουν βρεθεί συμπτώματα ανορεξίας μεταξύ αδελφών και μητέρων των ατόμων με τη διαταραχή, πολύ περισσότερο από ότι στον γενικό πληθυσμό. Μελέτες δείχνουν επίσης μια υψηλότερη

από την αναμενόμενη συχνότητα της μείζονος κατάθλιψης και της διπολικής διαταραχής μεταξύ των βιολογικών συγγενών πρώτου βαθμού των ασθενών με νευρική ανορεξία (DSM-V, 2013).

2.1.1 Επιδημιολογικά δεδομένα

Η νευρική ανορεξία εμφανίζεται πιο συχνά στο μέσο της εφηβείας, παρόλα αυτά υπάρχει ένα ποσοστό ανορεκτικών το οποίο ανέρχεται στο 5% που εμφανίζει τη νόσο στα πρώτα χρόνια της 3^{ης} δεκαετίας δηλαδή, στα 20 – 25 χρόνια. Σημειώνουμε ότι η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται στο 0.5 – 1% των εφήβων κοριτσιών, και γενικότερα 10 – 20 φορές συχνότερα στις γυναίκες απ’ ότι στους άνδρες. Ειδικότερα: Το 90 – 95% των ασθενών όπου έχει διαγνωστεί κάποια διατροφική διαταραχή είναι γυναίκες, και το υπόλοιπο είναι άνδρες. Το γεγονός ότι οι άνδρες δεν εμφανίζουν αμηνόρροια – ένα από τα κυριότερα συμπτώματα της ανορεξίας – πολλές φορές εξαιρούνται από τις έρευνες με αποτέλεσμα να μην έχουμε σαφή εικόνα για την συχνότητα εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας στους άνδρες (DSM – V, 2013).

Σχετικά με την συχνότητα διάδοσης της νευρικής ανορεξίας στα διάφορα κοινωνικά στρώματα, παλιότερα υπήρχε η αντίληψη πως είναι πιο διαδεδομένη στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα, παρά στις κατώτερες τάξεις και μεταξύ των εργατών. Σήμερα, η άποψη αυτή αμφισβητείται αν και υπάρχουν έρευνες οι οποίες την επιβεβαιώνουν. Επιπλέον, η διάδοση των διαταραχών πρόσληψης τροφής έπαψε πια να είναι προνόμιο των αστικών περιοχών αλλά πλέον εμφανίζεται και σε αγροτικές περιοχές και μάλιστα ο κίνδυνος εμφάνισης τέτοιων διαταραχών είναι αυξημένος σε σχέση με ό, τι ίσχυε στο παρελθόν. Όσον αφορά την συχνότητα διάδοσης της νόσου, ανάλογα με τη φυλή οι έρευνες δείχνουν ότι η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζεται πιο συχνά στα άτομα της Καυκάσιας φυλής, και λιγότερο στην Αφρικανική, Ισπανόφωνη (Λατινική), και Ασιατική (DSM – V, 2013).

Τέλος, υπάρχει μια σχετική διάκριση μεταξύ συγκεκριμένων επαγγελμάτων στα οποία φαίνεται να είναι πιο συχνή η εμφάνιση της νόσου. Πιο συγκεκριμένα, η ενασχόληση με δραστηριότητες όπως ο χορός, το μόντελινγκ αλλά και διάφορα αθλήματα, όπως οι δρομείς μεγάλων αποστάσεων, οι γυμναστές (ενόργανη ή ρυθμική γυμναστική) σχετίζονται με μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης της νόσου ανεξάρτητα από το φύλο (DSM – V, 2013).

2.1.2 Καθορισμός τύπου

Περιοριστικός τύπος: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς ανορεξίας ο ασθενής δεν έχει τακτικά επεισόδια πολυφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (πρόκληση εμετού, χρήση καθαρτικών, κατάχρηση υπακτικών ή ενεμάτων).

Επεισόδια πολυφαγίας – καθαρτικός τύπος: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της ψυχογενούς ανορεξίας το άτομο έχει τακτικά επεισόδια πολυφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (πρόκληση εμετού, χρήση καθαρτικών, κατάχρηση υπακτικών ή ενεμάτων) (DSM – V, 2013).

2.1.3 Συμπτώματα

Οι εκδηλώσεις της ψυχογενούς ανορεξίας ταξινομούνται συνοπτικά στις παρακάτω κατηγορίες:

A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υποσιτισμού, δηλαδή, η ποσότητα τροφής που λαμβάνει ο ασθενής είναι κατά πολύ λιγότερη από αυτή που λαμβάνει ένας υγιής άνθρωπος κατά τη διάρκεια παρόμοιας χρονικής περιόδου και παρόμοιων συνθηκών.

B. Επαναλαμβανόμενη, μη ορθή αντισταθμιστική συμπεριφορά με στόχο την αποφυγή αύξησης βάρους, όπως προκλητοί εμετοί, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική άσκηση.

Γ. Ο υποσιτισμός και οι διάφορες αντισταθμιστικές συμπεριφορές λαμβάνουν χώρα καθημερινά για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Δ. Η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται λανθασμένα από τη μορφή του σώματος και το βάρος.

Οι ανορεκτικοί ασθενείς παρουσιάζουν κυάνωση των άκρων, ειδικά κατά την έκθεση σε χαμηλή θερμοκρασία και αύξηση της τριχοφυΐας στο σώμα με τη μορφή λεπτής τρίχας. Στις γυναίκες παρατηρείται καχεξία και ατροφία του μαστού ενώ οι ασθενείς γενικότερα μπορεί να φαίνονται νεότεροι από τη βιολογική ηλικία τους. Το δέρμα είναι συχνά ξηρό και μπορεί να είναι κιτρινωπό, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα την *carotoniemia*. Μεταξύ των ανορεκτικών ατόμων παρατηρείται συνήθως βραδυκαρδία ενώ έχουν αναφερθεί μετρήσεις 25 σφυγμών ανά λεπτό. Ωστόσο, δεν υπάρχει σαφής ένδειξη ότι αυτό το εύρημα δεν αφορά ασθενείς με κακοήθεις αρρυθμίες. Επίσης έχει διαπιστωθεί υπόταση, η οποία ανέρχεται σε ποσοστό 85% μεταξύ των ασθενών. Παρά τον υποσιτισμό, οι ανορεκτικοί ασθενείς είναι συνήθως άτομα υπερκινητικά με μεγάλα αποθέματα ενέργειας. Τέλος, ο λήθαργος είναι ένα εύρημα αρκετά ανησυχητικό καθώς δεν εμφανίζεται παρά μόνο στο τελικό στάδιο της ασθένειας και μπορεί να είναι ένδειξη καρδιαγγειακών παθήσεων (DSM – V, 2013).

Τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας χαρακτηρίζονται από την «κλινική τριάδα των Α». Αυτή η τριάδα συμπτωμάτων αποτελεί αναμφισβήτητη κλινική πραγματικότητα και καίριο σημείο αναφοράς διάγνωσης της νόσου, ωστόσο δεν μπορεί να αποτελεί απόλυτη διάγνωση της πάθησης, καθώς δεν είναι εξειδικευμένη και συνίσταται σε πολλές παθολογικές καταστάσεις, τόσο παθολογικές όσο και ψυχιατρικές. Την τριάδα των «Α» αποτελούν:

Ανορεξία: Αποτελεί εναρκτήρια συμπεριφορά της νόσου, εκδηλώνεται με περιορισμό λήψης της τροφής και σημαντική μείωση του αριθμού των θερμίδων, στην καθημερινή διατροφή, έχει ταχεία και σφαιρική εξέλιξη, ενώ συνδέεται άμεσα με ψυχολογικούς παράγοντες καθώς είναι εκούσια.

Αμηνόρροια: μπορεί και αυτή να είναι εναρκτήρια συμπεριφορά της κλινικής εικόνας. Στην περίπτωση που η ασθενής βρίσκεται σε αρχικό στάδιο της νόσου, η αμηνόρροια εντάσσεται στο φάσμα των ενδοκρινολογικών διαταραχών της ωοθήκης (δυσωορηξία), που είναι γενετικής προέλευσης: δυσμηνόρροιες, αμηνόρροιες οι οποίες σε επίπεδο ψυχοπαθολογίας αντιπροσωπεύουν ένα από τα οριακά σημεία των ψυχογενών ανορεξιών. Στη αντίθετη περίπτωση, εκδηλώνεται συνήθως μερικούς μήνες μετά την εμφάνιση των άλλων δυο στοιχείων της τριάδας.

Απίσχυανση: Εμφανίζεται πάντα ως δευτερογενές αποτέλεσμα της ανορεξίας και εξελίσσεται εξαρτημένη ως προς την κλινική της έκφραση από τις συνηθισμένες ιδιομορφίες του διαιτολογίου αυτών των ασθενών που διατηρούν για πολύ καιρό τη λήψη πρωτεϊνών, δικαιολογώντας έτσι την τάση να μιλάμε για αδυνάτισμα και δίαιτα παρά για απώλεια βάρους (DSM – V, 2013, Kalapatapu, 2008).

2.1.4. Επιπλοκές

Η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από έναν σημαντικό αριθμό επιπλοκών, μερικές από τις οποίες είναι απειλητικές για τη ζωή του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα οι επιπλοκές περιλαμβάνουν:

- **Καρδιολογικές επιπλοκές:** είναι πολύ συνηθισμένες στους ασθενείς που πάσχουν από ανορεξία. Συνήθεις επιπλοκές είναι επίσης η υπόταση και η ζάλη ωστόσο αυτές οι επιπλοκές αφορούν κυρίως την βραδυκαρδία. Παρουσιάζονται αρρυθμίες και χαμηλός αριθμός σφυγμών, ενώ μετά την πρόκληση εμετού μπορεί να παρουσιαστεί ταχυκαρδία. Αυτά τα επεισόδια με τις εναλλαγές βραδυκαρδία – αρρυθμία – ταχυκαρδία μπορούν να προκαλέσουν ανακοπή καρδιάς στα τελευταία στάδια της νόσου.
- Παρατηρείται **αναιμία και έλλειψη σιδήρου**.
- **Αμηνόρροια:** Η διαταραχή αυτή οδηγεί σε οστεοπόρωση με αποτέλεσμα κατάγματα των σπονδύλων αλλά και των μακρών οστών (ισχία).
- **Οστική απώλεια:** και αυτή η κατάσταση ομοίως οδηγεί σε κατάγματα και οστεοπόρωση.
- **Ψυχοσωματικές:** Οι βιοχημικές αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα επηρεάζουν τον τρόπο σκέψης με αποτέλεσμα να επηρεάζουν κατόπιν τόσο τον συναισθηματικό τομέα του ασθενούς, όσο και την συμπεριφορά του. Αυτό σημαίνει πως ο ανορεκτικός ασθενής έχει μια ψευδή εικόνα για το σώμα του με αποτέλεσμα σταδιακά οι ασθενείς να παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης και υστερίας.
- **Ανωμαλίες του παχέος εντέρου:** Εμφανίζεται τόσο δυσκοιλιότητα , λόγω της πρόκλησης εμετών όσο και διαρροϊκές κενώσεις λόγω της χρήσης καθαρτικών.
- **Προβλήματα στα δόντια:** Αναπτύσσονται λόγω της συχνής πρόκλησης εμετών, δηλαδή, προσβολή του οδοντικού σμάλτου, υποχώρηση των ούλων, τερηδόνα, απασβέστωση κλπ.
- **Προβλήματα στο στομάχι:** Εμφανίζονται λόγω του γεγονότος ότι το στομάχι παραμένει πολλές ώρες άδειο, με αποτέλεσμα να εκκρίνονται μεγάλες ποσότητες γαστρικού υγρού. Οφείλονται επίσης στις ελάχιστες ποσότητες φαγητού που προσλαμβάνονται σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα αλλά και στην κατόπιν αυτού πρόκληση εμετού. (DSM – V, 2013).

2.2 Ψυχογενής Βουλιμία

Νευρική Βουλιμία

A. Συχνά επεισόδια λήψης μεγάλης ποσότητας τροφής σε μικρά χρονικά διαστήματα.

B. Ένα συνεχές αίσθημα αδυναμίας να σταματήσει το άτομο τη λήψη τροφής.

Γ. Το άτομο συχνά προκαλεί εμετό ή χρησιμοποιεί διουρητικά ή καθαρτικά, κάνει αυστηρή δίαιτα ή προβαίνει σε έντονη σωματική άσκηση προκειμένου να μην πάρει περισσότερο βάρος.

Δ. Υπέρ – ανησυχία για το σχήμα και το βάρος του σώματός του.

Η ηλικία για την έναρξη της βουλιμίας είναι συνήθως η εφηβεία ή η πρώιμη ενήλικη ζωή. Μια μελέτη σε κολέγιο έδειξε ότι το 4,5% των γυναικών και 0,4% των ανδρών δεν είχε

ιστορικό της βουλιμίας (DSM-V, 2013). Μελέτες έχουν αναφέρει ότι οι γονείς των ατόμων αυτών είναι παχύσαρκοι και υπάρχει υψηλότερη από την αναμενόμενη συχνότητα της μείζονος κατάθλιψης σε συγγενείς πρώτου βαθμού των ατόμων με βουλιμία (DSM-V, 2013).

2.2.1 Επιδημιολογικά δεδομένα

Μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα πως η εμφάνιση βουλιμίας έχει αυξηθεί μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και πολλοί ερευνητές ισχυρίζονται πως αυτή η αύξηση οφείλεται στην σημαντική αλλαγή ανάμεσα στις κοινωνικομορφωτικές προσδοκίες των γυναικών. Η βουλιμία όπως και οι άλλες διατροφικές διαταραχές εμφανίζεται πιο συχνά στις χώρες του Δυτικού κόσμου, και επιπλέον οι περιβαλλοντογενείς παράγοντες παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην εμφάνισή της, γεγονός που επιβεβαιώνεται παρατηρώντας ότι οι μετανάστες που προέρχονται από υπανάπτυκτες χώρες εμφανίζουν πιο συχνά τη νόσο από αυτούς που παραμένουν στις πατρίδες τους. Τέλος, η βουλιμία φαίνεται να εμφανίζεται συχνότερα στις μεσαίες και ανώτερες κοινωνικές τάξεις ενώ μερικές μελέτες συγκλίνουν στο γεγονός ότι παρόμοιες παθήσεις υπήρχαν και στην αρχαιότητα (DSM – V, 2013, Kalapatapu 2008).

Η βουλιμία όπως και οι περισσότερες διατροφικές διαταραχές εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες και φαίνεται να παρουσιάζει παγκόσμια κατανομή χωρίς να διακρίνεται ως προς τη φυλή. Οι περισσότερες έρευνες καταγράφουν ότι η αναλογία γυναίκες προς άνδρες είναι 10:1, ωστόσο υπάρχουν μελέτες που δείχνουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της νόσου στους άνδρες, δεδομένου ότι η ασθένεια παρατηρείται σε ποσοστό 5 – 15 % μεταξύ του ανδρικού πληθυσμού. Η ηλικία έναρξης εμφάνισης της νόσου είναι τα 14 – 30 έτη, ενώ η συχνότητα εμφάνισης της νόσου σε παιδιά μικρότερα των 14 ετών είναι μειωμένη στο 5% και τέλος έρευνες δείχνουν πως εμφανίζεται και στους ηλικιωμένους (DSM – V, 2013).

Σημαντική έρευνα δείχνει ότι μεταξύ των αθλητριών η εμφάνιση διατροφικών διαταραχών μπορεί να είναι μέχρι και τέσσερις φορές μεγαλύτερη από ότι στον γενικό πληθυσμό. Μεταξύ των πελατών εμπορικών προγραμμάτων απώλειας βάρους η παρουσία της ψυχογενούς βουλιμίας (αλλά και της υπερφαγίας) ανέρχεται σε ποσοστό 30 – 50 %. Το ποσοστό εμφάνισης της ψυχογενούς βουλιμίας ανάμεσα σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις απώλειας βάρους, ανέρχεται σε 25 – 70% (DSM – V, 2013, Kalapatapu R.K., 2008).

2.2.2 Καθορισμός τύπου

A. *Καθαρήριος (εκκαθαριστικός τύπος)*: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας το άτομο προβαίνει συστηματικά σε προκλητούς εμέτους ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών.

B. *Μη Καθαρήριος (μη εκκαθαριστικός τύπος)*: κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας το άτομο προβαίνει συστηματικά σε προκλητούς εμέτους ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών, αλλά ακολουθεί άλλες ακατάλληλες αντισταθμιστικές μεθόδους όπως νηστεία ή πολύ έντονη σωματική άσκηση (DSM – V, 2013).

2.2.3 Συμπτώματα

Οι εκδηλώσεις της ψυχογενούς βουλιμίας ομαδοποιούνται στις παρακάτω κατηγορίες:

A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, δηλαδή, πρόσληψη τροφής σε διακριτή χρονική περίοδο (για παράδειγμα εντός δύο ωρών), που σημαίνει ότι η ποσότητα τροφής που λαμβάνει ο ασθενής είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από αυτή που λαμβάνει ένας υγιής άνθρωπος κατά τη διάρκεια παρόμοιας χρονικής περιόδου και παρόμοιων συνθηκών. Επίσης κατά τη διάρκεια του επεισοδίου παρατηρείται έλλειψη ελέγχου ως προς το φαγητό, δηλαδή ο ασθενής δείχνει ανίκανος να σταματήσει να καταναλώνει φαγητό ή δεν είναι δυνατό να ελέγξει πόσο και τι τρώει.

B. Επαναλαμβανόμενη, μη ορθή αντισταθμιστική συμπεριφορά με στόχο την αποφυγή αύξησης βάρους, όπως προκλητοί εμετοί, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών, υποκλυσμών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική άσκηση.

Γ. Η υπερφαγία και οι διάφορες αντισταθμιστικές συμπεριφορές λαμβάνουν χώρα κατά μέσο όρο τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για τρεις μήνες.

Δ. Η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται λανθασμένα από τη μορφή του σώματος και το βάρος.

Ε. Οι διαταραχές δεν συμβαίνουν αποκλειστικά και μόνο κατά τη διάρκεια των επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας (DSM – V, 2013).

2.2.4 Επιπλοκές

Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από έναν σημαντικό αριθμό επιπλοκών, μερικές από τις οποίες είναι απειλητικές για τη ζωή του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα οι επιπλοκές περιλαμβάνουν:

- **Θάνατο:** Ο επιπολασμός των αποπειρών αυτοκτονίας στους βουλιμικούς ασθενείς, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM –V ανέρχεται στο 27,8%.
- **Καρδιοπάθεια:** Λόγω της κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων φαγητού αυξάνονται τα όρια του σακχαρώδους διαβήτη και της υπέρτασης, και προδιαθέτουν τον ασθενή για καρδιακά νοσήματα.
- **Κατάθλιψη:** Η κατάθλιψη από μόνη της μπορεί να οδηγήσει σε απόπειρες αυτοκτονίας.
- **Αυτοκτονικό ιδεασμό:** Ο ιδεασμός αυτός οδηγεί επίσης σε απόπειρες αυτοκτονίας.
- **Αμηνόρροια:** Η διαταραχή αυτή οδηγεί σε οστεοπόρωση με αποτέλεσμα κατάγματα των σπονδύλων αλλά και των μακρών οστών (ισχία).
- **Οστική απώλεια:** και αυτή η κατάσταση ομοίως οδηγεί σε κατάγματα και οστεοπόρωση.
- **Περιορισμένη ανάπτυξη:** Εξαιτίας της ανεπαρκούς πρόσληψης των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών, όπως για παράδειγμα οι βιταμίνες, ο βουλιμικός ασθενής οδηγείται σε ανεπαρκή ανάπτυξη όπως μικρό για την ηλικία του ύψος, αλλά και σε αβιταμίνωση.

- **Νευρική βλάβη:** Εξαιτίας των αναπτυσσόμενων σπασμών λόγω της έλλειψης βιταμινών, όπως για παράδειγμα της βιταμίνης D, καθώς επίσης και εξαιτίας των παρατηρούμενων ηλεκτρολυτικών διαταραχών εμφανίζονται μόνιμες ή παροδικές νευρικές βλάβες κυρίως στα άκρα.
- **Σπασμούς:** Οι εμφανιζόμενοι σπασμοί οφείλονται στην έλλειψη βιταμινών αλλά και στην εμφάνιση ηλεκτρολυτικών διαταραχών.
- **Δυσπεψία:** Η δυσπεψία εμφανίζεται λόγω της ακατάσχετης και ανώμαλης πρόσληψης τροφής δηλαδή της πρόσληψης μεγάλων ποσοτήτων φαγητού σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα αλλά και στην κατόπιν αυτού πρόκληση εμετού.
- **Ανωμαλίες του παχέος εντέρου:** Εμφανίζεται τόσο δυσκοιλιότητα , λόγω της πρόκλησης εμετών όσο και διαρροϊκές κενώσεις λόγω της χρήσης καθαρτικών.
- **Ρήξη οισοφάγου:** μπορεί να προκληθεί μετά από την συχνή πρόκληση εμετού.
- **Αρτηριακή υπέρταση:** Μπορεί να προκληθεί λόγω της αυξημένης κατανάλωσης τροφής αλλά και της μειωμένης άσκησης των ασθενών.
- **Διαβήτης τύπου 2:** Αναπτύσσεται εξαιτίας της υπερφαγίας αλλά και της μειωμένης κινητικότητας των ασθενών.
- **Νόσος της χοληδόχου:** εμφανίζεται λόγω της παχυσαρκίας αλλά και της ελαττωμένης κινητικότητας των ασθενών. (Mayo Clinic Staff, Jan.15, 2008 for Medical education and Research).

2.3 Αίτια Ψυχογενούς Ανορεξίας - Βουλιμίας

Ανάμεσα στα πιθανά αίτια συγκαταλέγονται οι αγχώδεις καταστάσεις, η συναισθηματική φόρτιση, η ανία, οι περιβαλλοντογενείς αιτίες γύρω από την τροφή και το φαγητό, η κατάχρηση οινόπνευματος και διαφόρων άλλων ουσιών καθώς και η εξάντληση. Παρόλο που οι ακριβείς αιτίες για την εμφάνιση της βουλιμίας παραμένουν ασαφείς, αναγνωρίζονται μερικοί παράγοντες οι οποίοι παίζουν δυναμικά σημαντικό ρόλο στην αιτιοπαθογένειά της (Attia & Walsh, Paris, 2009):

- Ψυχολογικοί
- Ψυχοδυναμικοί
- Κοινωνικομορφωτικοί
- Γενετικοί
- Αλληλεπιδράσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και των γαστρεντερικών πεπτιδίων

Πιο συγκεκριμένα:

Ψυχολογικοί παράγοντες: εντοπίζονται δυσκολίες στην αυτοεκτίμηση και την αποτελεσματική αυτορρύθμιση. Ωστόσο, είναι δύσκολο να οριστεί προνοσολογική κατάσταση η οποία προδιαθέτει τα άτομα να αναπτύξουν κατόπιν διατροφικές διαταραχές όπως η βουλιμία.

Ψυχοδυναμικοί παράγοντες: Οι βουλιμικοί ασθενείς πάσχουν από μειωμένο έλεγχο του υπερεγώ και τη δύναμη του εγώ, σε σχέση με τους ανορεκτικούς ασθενείς. Πολλοί από τους πάσχοντες εμφανίζουν σημάδια δυσκολίας αποχωρισμού από τα άτομα που τους φροντίζουν ενώ η αποκοπή από τη μητριαρχική εικόνα δημιουργεί αμφιταλάντευση για το φαγητό. Οι ασθενείς, με το να προσλαμβάνουν τροφή νιώθουν πως συνδέονται με αυτούς που τους φροντίζουν ενώ με την πρόκληση του εμετού, εκφράζει ασυναίσθητα την επιθυμία τους να αποκοπούν (Kalapatapu, 2008).

Κοινωνικομορφωτικοί παράγοντες: Η υπερβολική φροντίδα ως προς την εξωτερική εμφάνιση και η υπερβολική ενασχόληση με την λεπτή σωματική φιγούρα φαίνεται πως είναι εξαιρετικά σημαντική για την ψυχογενή ανορεξία αλλά και για την ψυχογενή βουλιμία.

Γενετικοί παράγοντες: παρόλο που δεν έχουν ταυτοποιηθεί κληρονομούμενα σχήματα, μια οικογενής προδιάθεση φαίνεται να ευθύνεται για την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. Πρόσφατη γενετική ανάλυση για την ψυχογενή βουλιμία δημοσιεύτηκε από τους Walter H. Kaye, Bernie Devlin, Nicole Barbarich et al (2004), από το ίδρυμα Price. Η έρευνα μελέτησε οικογένειες πασχόντων από ψυχογενή βουλιμία και ψυχογενή ανορεξία ούτως ώστε να ταυτοποιήσει τις παρατηρούμενες γενετικές μεταβολές. Από τα συμπεράσματα αυτής της μελέτης προκύπτει ότι γενετικές διαταραχές συνδέονται με την παθογένεση τόσο της ψυχογενούς βουλιμίας όσο και της ανορεξίας. (DSM – V, 2013).

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι τόσο οι βουλιμικοί, όσο και οι ανορεκτικοί, εμφανίζουν χαρακτηριστικές συμπεριφορές που σε συνδυασμό με τα διαγνωστικά κριτήρια μπορούν να βοηθήσουν στον εντοπισμό της ύπαρξης κάποιας διατροφικής διαταραχής (Fox, 2009). Οι περιπτώσεις της βουλιμίας είναι λιγότερο εύκολο να εντοπιστούν από αυτές της ανορεξίας. Αυτό συμβαίνει διότι οι βουλιμικοί εμφανίζονται να έχουν κανονικό βάρος, ενώ η συμπεριφορά τους συμβαίνει πάντα κεκλεισμένων των θυρών. Η υπερφαγία χαρακτηρίζεται συνήθως από κατανάλωση τροφίμων υψηλής θερμιδικής αξίας, αλλά χαμηλής διατροφικής αξίας. Επιπλέον, η συμπεριφορά τους στον «καθαρισμό» του οργανισμού είναι υπερβολική, όπως για παράδειγμα, η πρόκληση εμετού περισσότερες από 20 φορές την ημέρα, ή η χρήση 50 δόσεων καθαρτικού την ημέρα. (DSM – V, 2013). Μια σημαντική διαφορά ανάμεσα στον ανορεκτικό και τον βουλιμικό ασθενή είναι ότι αυτή η διαδικασία λήψης τροφής – καθαρισμός του οργανισμού, ελέγχει τη ζωή του. Επιπλέον, σε αντίθεση με τον ανορεκτικό που «φοράει υπερήφανα την λεπτότητά του», ο βουλιμικός ασθενής ζει υπό τον συνεχή φόβο ότι θα πρέπει κάποια στιγμή να βρεθεί εκτός σπιτιού. Η συμπεριφορά τους σημαδεύεται από μια συνεχή ανάγκη για μυστικότητα και αναγκαστικά καταστρέφοντας κάθε αποδεικτικό στοιχείο του κύκλου πολυφαγίας και καθαρισμού. Οι βουλιμικοί συχνά υποκρύπτουν στην κλοπή και το ψέμα, προκειμένου να υποστηρίξουν τη συνήθειά τους. Το ποσό των χρημάτων που δαπανώνται για τα τρόφιμα μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικές δυσκολίες. Ζουν σε μια διαρκή κατάσταση άγχους, αισθάνονται υποδουλωμένοι στην ίδια τους την συμπεριφορά και μισούν τον εαυτό τους γι 'αυτό (Glauert R et al, 2009).

Από την άλλη μεριά, οι ανορεκτικοί ασθενείς αισθάνονται υπερήφανοι για την ικανότητά τους να ασκήσουν τέτοιο ακραίο έλεγχο πάνω στο σώμα τους. Αν και ο όρος ανορεξία κυριολεκτικά σημαίνει «έλλειψη όρεξης», στην πραγματικότητα της ασθένειας συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο. Τα άτομα που έχουν προσβληθεί από την ασθένεια δεν πάσχουν από ανορεξία ή μείωση της όρεξης. Έχουν πραγματική εμμονή με το φαγητό, αλλά θεωρούν την αυταπάρνηση και την πειθαρχία τόσο υψηλή αρετή που καταδικάζουν την ικανοποίηση των αναγκών τους και τις επιθυμίες τους ως αδυναμία, κάτι για το οποίο θα πρέπει να ντρέπονται (Crisafulli et al, 2008). Αυτή η πλήρης ενασχόληση με το φαγητό αποδεικνύεται από διάφορες συμπεριφορές, όπως η συλλογή συνταγών μαγειρικής και το

μαγείρεμα μεγάλων ποσοτήτων φαγητού για τους άλλους. Κόβουν το φαγητό σε μικρά κομμάτια και χρειάζονται υπερβολικά πολύ χρόνο για να φάνε μόνο ένα κομμάτι. Οι ανορεκτικοί, πολύ περισσότερο από ό, τι οι βουλιμικοί, γίνονται εμμονικοί με τη σωματική άσκηση. Ασκοούνται έντονα για παρατεταμένες περιόδους και αρκετές φορές την ημέρα, το οποίο σημαίνει ότι δείχνουν υγιείς και γυμνασμένοι με αποτέλεσμα κάποιος παρατηρητής με δυσκολία θα αντιληφθεί την ύπαρξη μιας απειλητικής για τη ζωή του ασθένειας (Harrison, Sullivan, Tchanturio, & Treasure, 2009).

Στην Αμερική, πολλοί άνδρες και γυναίκες, προσέχουν τη διατροφή τους και γυμνάζονται συστηματικά ώστε να πετύχουν μια καλή φυσική κατάσταση, ωστόσο κάποιο άτομο που έχει διατροφική διαταραχή δεν ενδιαφέρεται για την απόκτηση ή διατήρηση της καλής φυσικής κατάστασής του, αλλά ανησυχεί μόνο για την πιθανή αύξηση βάρους, γι' αυτό και συνήθως έχουν μια εικόνα του σώματός τους κατά 25 – 50 % βαρύτερο (DSM – V, 2013). Η συμπεριφορά τους γύρω από το φαγητό και την σωματική άσκηση γίνεται το κεντρικό σημείο της καθημερινότητάς τους και καθημερινά η αυτοεκτίμησή τους εξαρτάται από το πόσο καλά μπορούν να κρατούν τον έλεγχο σε σχέση με το φαγητό. Η τέλεια μέρα ενός ανορεκτικού ασθενή αφορά την απουσία φαγητού, γεγονός που δείχνει ότι το άτομο έχει τον απόλυτο έλεγχο επί του εαυτού του, ενώ ο βουλιμικός αντίθετα βρίσκεται εκτός ελέγχου, με αποτέλεσμα να έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και να κυριεύεται από ντροπή και θλίψη. Εάν ο ανορεκτικός ασθενής ξεφύγει από την αυστηρή δίαιτα την οποία ακολουθεί, τότε τιμωρεί τον εαυτό του με πολύ έντονη σωματική άσκηση και ακόμα πιο αυστηρή δίαιτα. Τόσο η ανορεξία, όσο και η βουλιμία είναι διαταραχές που σχετίζονται με τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου. Στην ανορεξία το άτομο περιορίζει την πρόσληψη τροφής ή αποφεύγει το φαγητό σε μια προσπάθεια να διαχειριστεί τα συναισθηματικά προβλήματα, αντίθετα, ο ασθενής που πάσχει από βουλιμία καταφεύγει στην κατάχρηση του φαγητού ως αποτέλεσμα των συναισθηματικών συγκρούσεων (Harrison, Sullivan, Tchanturio, & Treasure, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ - ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί μια συστηματική, επιστημονική διαχείριση και αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενούς με σκοπό την επιτυχή επίλυση των προβλημάτων του ασθενούς που πολλές φορές προσαρμόζονται στις καταστάσεις της ανθρώπινης ζωής και ενσωματώνονται σε αυτήν, και εφαρμόζεται στα άτομα που έχουν ανάγκη από νοσηλευτική φροντίδα (Nursing and Midwifery Council, 2008). Η νοσηλευτική διεργασία διακρίνεται σε 4 στάδια:

- Αξιολόγηση των προβλημάτων και των αναγκών του ατόμου
- Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας
- Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας
- Αξιολόγηση φροντίδας

Το πρώτο βήμα είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς αφορά την σωστή αξιολόγηση των προβλημάτων του πάσχοντα. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να ξεχνάει πως οι διατροφικές διαταραχές είναι δυνατό να οφείλονται σε σωματικούς ή παθολογικούς παράγοντες και γι' αυτό το λόγο, πριν γίνει διάγνωση κάποιας διατροφικής διαταραχής, θα πρέπει να αποκλείονται μερικές ασθένειες, όπως: καρκίνος, φυματίωση, AIDS, υπερθυρεοειδισμός, πυλωρική απόφραξη, κατάχρηση ουσιών. Ένα δομημένο ιατρικό ιστορικό σε συνδυασμό με συχνές γενικές ιατρικές εξετάσεις βοηθάει στο να αποκλειστεί η πιθανότητα να έχει φυσιολογική βάση η μείωση του βάρους (Snell et al 2010, Thiels 2008).

Στη νοσηλευτική εκτίμηση γίνεται καταγραφή των υποκειμενικών και αντικειμενικών στοιχείων που μπορεί να αποτελούν συμπτώματα διατροφικής διαταραχής (van Ommen et al 2009). Στα υποκειμενικά χαρακτηριστικά συγκαταλέγονται:

- Θεωρούν τον εαυτό τους υπέρβαρο, ανεξάρτητα από το πόσο λεπτοί είναι.
- Συλλέγουν βιβλία και συνταγές μαγειρικής και μαγειρεύουν για τους άλλους αλλά ποτέ δεν τρώνε οι ίδιοι.
- Αρνούνται ότι έχουν πρόβλημα με το βάρος τους, και επιμένουν πως νιώθουν καλά με το βάρος και γενικότερα με την εικόνα τους.
- Αισθάνονται δυνατοί και όμορφοι γεγονός που αποτελεί δείγμα άρνησης του προβλήματος.
- Όταν τρώνε νιώθουν ενοχές και κυρίως ότι έχουν χάσει τον έλεγχο του εαυτού τους και κατά συνέπεια αισθάνονται αδύναμοι.

Τα υποκειμενικά χαρακτηριστικά των βουλιμικών ασθενών ελάχιστα διαφέρουν από αυτά των ανορεκτικών, κατά βάση αλλάζουν τα συναισθήματα καθώς οι βουλιμικοί ασθενείς νιώθουν ντροπή για το σώμα τους και όχι υπερηφάνεια, ενώ διακατέχονται μόνιμα από ένα αίσθημα κατωτερότητας το οποίο τους οδηγεί αφενός στην κατάθλιψη και αφετέρου τους ωθεί στο να τιμωρούν τον εαυτό τους συνεχώς (Wright 2010).

Σε συνέχεια της νοσηλευτικής εκτίμησης, στα αντικειμενικά χαρακτηριστικά που αποτελούν σημάδια διατροφικής διαταραχής συγκαταλέγονται:

- Το σώμα του ατόμου παρουσιάζει σημάδια υποσιτισμού.
- Το δέρμα παρουσιάζει αλλοιώσεις (ξηρό, λεπιδώδες και γκρίζο δέρμα, ρυτίδες).
- Τα νύχια είναι εύθραυστα και ραβδωτά.
- Διακοπή έμμηνου ρύσης (μπορεί να εμφανιστεί και πριν ακόμα μειωθεί σημαντικά το βάρος ενώ η επανεμφάνισή της μπορεί να καθυστερήσει ακόμα και όταν η ασθενής επανακτήσει το φυσιολογικό σωματικό της βάρος).
- Εμφανίζεται τριχόπτωση, τα μαλλιά του ασθενούς γίνονται μαλακά και αδύναμα.
- Εμφανίζεται τρίχωση τύπου LANUGO, με τη μορφή παιδικού χνουδιού σε άτριχα μέρη του σώματος, ωστόσο παραμένει η τριχοφυΐα στη μασχάλη.
- Ο ασθενής είναι υπερκινητικός, ατίθασος, εργάζεται πολλές ώρες και μελετά επίσης πολλές ώρες.

Οι διαφοροποιήσεις που παρουσιάζονται στα αντικειμενικά χαρακτηριστικά των βουλιμικών ασθενών αφορούν κυρίως στα ψυχοσωματικά χαρακτηριστικά, καθώς γίνεται νωθρός και δυσκίνητος, χωρίς την επιθυμία να κάνει το οτιδήποτε εκτός του προσωπικού του χώρου.

Είναι πολύ σημαντικό να γίνεται εκτίμηση των διατροφικών συνηθειών των ασθενών και των προτύπων διατροφής (Vanderlinden, 2008), δηλαδή:

- Πόσο πολύ και πόσο συχνά τρώει το άτομο.
- Τι είδους τροφές καταναλώνει.
- Ποια είναι τα συναισθήματά του γύρω από τις διατροφικές του συνήθειες.
- Ποιες επιπτώσεις έχουν οι διατροφικές του συνήθειες στις καθημερινές του συνήθειες.

Εκτός από την παραπάνω εκτίμηση είναι απαραίτητο να ελέγχονται οι περιοχές γύρω από την καθημερινότητά του αλλά και τις διατροφικές του συνήθειες, δηλαδή, αν κάνει χρήση ουσιών (αλκοόλ ή ναρκωτικών), αν καταφεύγει σε ψευδολογία ή κλοπή, αν γυμνάζεται, το εργασιακό, οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον (Ma, 2008) κλπ.

Ιδιαίτερα για το οικογενειακό περιβάλλον (Sim et al, 2009) είναι σημαντικό να διερευνήσουμε ορισμένα χαρακτηριστικά του όπως:

- Τον τρόπο με τον οποίο η οικογένεια θέτει μηχανισμούς διαχείρισης και επίλυσης προβλημάτων των μελών της.
- Τα οικογενειακά πρότυπα γύρω από τις διατροφικές συνήθειες.
- Τις πιθανές συγκρούσεις των γονέων μέσα στον γάμο.
- Την ικανότητα έκφρασης αλλά και εκτόνωσης των συναισθημάτων.
- Τις αντιδράσεις στη διατροφική συμπεριφορά και το βάρος του ασθενή.

Μόλις ολοκληρωθεί η διαδικασία της αξιολόγησης ορίζεται η κατάλληλη για τον ασθενή νοσηλευτική διάγνωση και ο απαιτούμενος προγραμματισμός σύμφωνα με την NANDA.

Σε επίπεδο εφαρμογής νοσηλευτικής φροντίδας, ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει για τον προγραμματισμό διαφοροποιημένης διατροφής, δηλαδή, λιγότερη από τις ανάγκες του σώματος που οφείλεται στον φόβο της παχυσαρκίας. Το αναμενόμενο αποτέλεσμα αφορά βελτιωμένη πρόσληψη τροφής, με στόχο την εβδομαδιαία αύξηση βάρους από 250 γραμμάρια έως 1 κιλό. Οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή περιλαμβάνουν τον σχεδιασμό μιας ισορροπημένης διατροφής, υψηλής σε θερμιδική αξία, καθώς ο ασθενής χρειάζεται δίαιτα πλούσια σε θερμίδες με σκοπό να αντιστραφούν τα φυσικά αίτια της διαταραχής και να εξασφαλιστεί η αύξηση του βάρους. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή να μην δίδεται δίαιτα θερμιδικής αξίας άνω των 3000 θερμίδων καθώς μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή ανακοπή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ζυγίζει τον ασθενή καθημερινά, χωρίς όμως να του αποκαλύπτει το βάρος του, καθώς με αυτόν τον τρόπο τον βοηθά να επιτυγχάνει καθημερινά τους μικρούς στόχους που έχει θέσει, χωρίς να απογοητεύεται αν κάποια μέρα δεν επιτευχθεί ο επιθυμητός στόχος. Μια γραπτή συμφωνία με τον ασθενή μπορεί να θέσει σαφή όρια και με αυτόν τον τρόπο να ενισχύσει την σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή.

Ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην επιτυχή νοσηλεία των ασθενών που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές. Είναι πολύ σημαντικό να εδραιωθεί μια σχέση εμπιστοσύνης

και μια ειλικρινής επικοινωνία. Με αυτόν τον τρόπο ο νοσηλευτής είναι σε θέση να αναγνωρίσει και να ερμηνεύσει τον τρόπο με τον οποίο σκέπτεται ο ασθενής. Όντας καλοί ακροατές και ανταποκρινόμενοι στην ευαισθησία της κατάστασής τους είναι δυνατόν να δώσουν στον ασθενή την αίσθηση της ασφάλειας και την απαιτούμενη κατανόηση που είναι απαραίτητη για να μπορέσει να αντιμετωπίσει τη νόσο (Lund et al, 2009). Αυτοί οι ασθενείς πρέπει να προσεγγίζονται με συμπάθεια και κατανόηση. Ακόμα και όταν - λόγω των συναισθηματικών μεταπτώσεων των ασθενών - εμφανίσουν επιθετική συμπεριφορά προς τους νοσηλευτές, οι ίδιοι οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να επικοινωνούν μεταξύ τους για να συζητούν μεταξύ τους, τόσο για τον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπίσουν κάθε περίπτωση ξεχωριστά αλλά και για το πώς αισθάνονται οι ίδιοι με τους ασθενείς τους, και έτσι να εκτονώνεται η όποια έκρυθμη κατάσταση που μπορεί ανά πάσα στιγμή να προκύψει (Kyriacou et al, 2009).

Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι να επιβλέπουν την συμπεριφορά των ασθενών, το βάρος τους, τα ζωτικά σημεία, τη φυσική τους κατάσταση αλλά και την επαναφορά της τροφής στα επιθυμητά θερμοδυναμικά επίπεδα. Θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να διαλέξει το πρόγραμμα διατροφής του, καθώς ο ανορεκτικός ασθενής ξοδεύει πολύ χρόνο στην επιλογή του κατάλληλου για αυτόν προγράμματος, πολλές φορές όμως χωρίς αποτέλεσμα. Επίσης, θα πρέπει να κάνει παρέα στον ασθενή, όσο αυτός τρώει για να επιβλέψει αν πράγματι τρώει, και ακόμα μετά από το φαγητό για να αποτρέψει την πρόκληση εμετού ή τη λήψη κάποιου καθαρτικού. Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να ανακαλύψει νέα ενδιαφέροντα ιδιαίτερα όσο βρίσκεται στο νοσοκομείο. Επίσης, μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να προσέχει τον εαυτό του και αυτό είναι ένα πολύ σημαντικό βήμα που επιτυγχάνεται μέρα με την μέρα, με πολύ μεγάλη υπομονή. Αυτή η βοήθεια μπορεί να περιλαμβάνει, ένα ζεστό μπάνιο, την ανάγνωση του αγαπημένου του βιβλίου ή περιοδικού, και γενικά οτιδήποτε μπορεί να κάνει τον ασθενή να ασχοληθεί με τον εαυτό του, αλλά όχι με το πώς βλέπουν ή προσδοκούν οι άλλοι να βλέπουν τον εαυτό του (Karpowicz et al 2009, Honey et al, 2008).

Οι ασθενείς θα πρέπει να θέτουν στόχους τόσο για το σύνολο της νοσηλείας τους αλλά και σε καθημερινή βάση. Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να θέσει αυτούς τους στόχους, να τους ταξινομήσει, και κυρίως να τον καθοδηγήσει στο να τους ιεραρχήσει με βάση ποιοι απ' αυτούς μπορούν να γίνουν εφικτοί μέσα στην ημέρα και ποιοι όχι. Θέτοντας αφενός μακροπρόθεσμους στόχους, ο ασθενής νιώθει πως είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί μια υπέροχη αλλαγή στη ζωή του, και αφετέρου με τους βραχυπρόθεσμους μικρούς και καθημερινούς στόχους νιώθει πως αυτή η αλλαγή βιώνεται σιγά αλλά σταθερά, γεγονός που τον γεμίζει αισιοδοξία αλλά και ασφάλεια, οπότε κατ' αυτόν τον τρόπο απομακρύνεται το αίσθημα της αποτυχίας, αλλά παραμένει αυτό του ελέγχου (Golden et al, 2008, Gomez).

Ο νοσηλευτής μπορεί να παρηγορήσει τον ασθενή τη στιγμή που πέφτει στην αντίληψή του πως κάνει παρασπονδία. Είναι σαφές πως δεν είναι δυνατό να επιπλήξει τον ασθενή όταν για παράδειγμα προκαλεί εμετό, αλλά μπορεί να τον βοηθήσει να ονοματίσει το συναίσθημα εκείνο που τον οδήγησε εκείνη τη στιγμή σε αυτή την ενέργεια. Στην πορεία ο ασθενής θα είναι σε θέση να αναγνωρίζει μόνος του αυτό το συναίσθημα πριν προβεί σε κάποια αντίστοιχη ενέργεια που θα τον βγάλει και πάλι εκτός ελέγχου (Tierney, 2008). Η συνεχής αναγνώριση και αποδοχή του προβλήματος είναι κομβικό σημείο για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να έχει υπόψη του πως ο ασθενής είναι υπεύθυνος για τη συμπεριφορά του και πως μέσω της καλής επικοινωνίας και της οικοδόμησης μιας ειλικρινούς σχέσης είναι δυνατό να βοηθήσει τον εαυτό του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ερευνητικές Υποθέσεις

Στην παρούσα εργασία έγινε απόπειρα να ερευνηθεί η γνώση των φοιτητών του τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Πατρών σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία. Για τον λόγο αυτό χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες ερωτηματολόγιο 30 ερωτήσεων (Βλ. Παράρτημα Ι), οι οποίες εξετάζουν τα παρακάτω θέματα. Οι ερωτήσεις 5 – 16 ερευνούν την γενικότερη γνώση των φοιτητών σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία, ενώ συσχετίζονται με τα δημογραφικά στοιχεία των φοιτητών (ερωτήσεις 1 – 4). Οι ερωτήσεις 17 – 21 αποσκοπούν να ερευνηθούν τη γνώση των φοιτητών σχετικά με τη συχνότητα διάδοσης της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας καθώς και για τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά. Η τρίτη ερευνητική υπόθεση αφορά στην γνώση των φοιτητών σχετικά με τους τρόπους πρόληψης της ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας και ερευνάται μέσω των ερωτήσεων 22 – 25. Τέλος, η τέταρτη ερευνητική υπόθεση σχετίζεται ειδικότερα με το κατά πόσο οι φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Πατρών έχουν τα εφόδια να προγραμματίσουν και να εφαρμόσουν κατάλληλο πλάνο φροντίδας ασθενών που πάσχουν από νευρική ανορεξία – νευρική βουλιμία (ερωτήσεις 26 – 30). Στην Ελλάδα δεν έχουν πραγματοποιηθεί αντίστοιχες έρευνες που να μας δίνουν συγκρίσιμα στοιχεία σχετικά με τον ρόλο του νοσηλευτή για την πρόληψη, αντιμετώπιση και θεραπεία των ασθενών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία – βουλιμία, ωστόσο τα συμπεράσματα παρουσιάζουν αρκετό ενδιαφέρον και θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμα για περαιτέρω μελέτη.

4.1 Μέθοδος

Συμμετέχοντες-ουσες

Ο αριθμός των συμμετεχόντων-ουσών στην παρούσα έρευνα ήταν 108 άτομα (N=108), ηλικίας 19 έως 49 ετών με μέσο όρο τα 22,21 έτη (Τ.Α.=3,5) . Από αυτούς-ές 23 ήταν άνδρες και 85 ήταν γυναίκες, αντιπροσωπεύοντας το 21,3% και το 78,7% του συνόλου του δείγματος αντίστοιχα. Ως προς το έτος σπουδών στο οποίο φοιτούν, το 32,4% του δείγματος φοιτούσε στο 3^ο έτος, το 24,1% φοιτούσε στο 4^ο έτος, το 17,6% και το 15,7% φοιτούσε στο 2^ο και 5^ο έτος αντίστοιχα. Το 64,8% είχε τόπο μόνιμης κατοικίας κάποια πόλη, το 22,2% κωμόπολη, ενώ ένα μικρό ποσοστό 13% των ερωτηθέντων ήταν κάτοικοι χωριού.

Διαδικασία Συλλογής και Ανάλυσης Δεδομένων

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη κατά τον μήνα Σεπτέμβριο του έτους 2015 στα πλαίσια των ακαδημαϊκών υποχρεώσεων των φοιτητριών για την λήψη πτυχίου Νοσηλευτικής, της σχολής Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Πάτρας. Οι φοιτήτριες προμηθεύτηκαν τα ερευνητικά εργαλεία από τον υπεύθυνο καθηγητή και τους ζητήθηκε να τα χορηγήσουν σε δείγμα άνω των 100 ατόμων. Η μέθοδος δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε ήταν εκείνη της συμπτωματικής – ευκαιριακής δειγματοληψίας (Δαουτόπουλος, 1994), δεδομένου ότι αφενός οι ερευνήτριες επιλέχθηκαν επειδή συμπτωματικά φοιτούσαν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα και αφετέρου επειδή οι ίδιες με τη σειρά τους επέλεξαν ένα δείγμα ευκολίας, απευθυνόμενοι σε άτομα του κοντινού τους περιβάλλοντος για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Κάθε άτομο που έλαβε μέρος στην έρευνα ενημερώθηκε τόσο για το σκοπό της ερευνητικής διαδικασίας όσο και για την εμπιστευτικότητα των στοιχείων του και την τήρηση της ανωνυμίας. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και δεν δόθηκε κάποιου τύπου αμοιβή, ενώ το μοναδικό κίνητρο συμμετοχής ήταν ενδεχομένως η πρόθεση των συμμετεχόντων-ουσών να βοηθήσουν τις φοιτήτριες στο ερευνητικό τους εγχείρημα.

Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή, με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 20.0 (Βλ. Παράρτημα ΙΙ).

4.2 Αποτελέσματα

Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών των δημογραφικών χαρακτηριστικών που εξετάστηκαν στην παρούσα έρευνα, παρουσιάζονται παρακάτω στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1

Μέση Τιμή, Δεσπόζουσα Τιμή, Τοπική Απόκλιση Μεταβλητών (N=108)

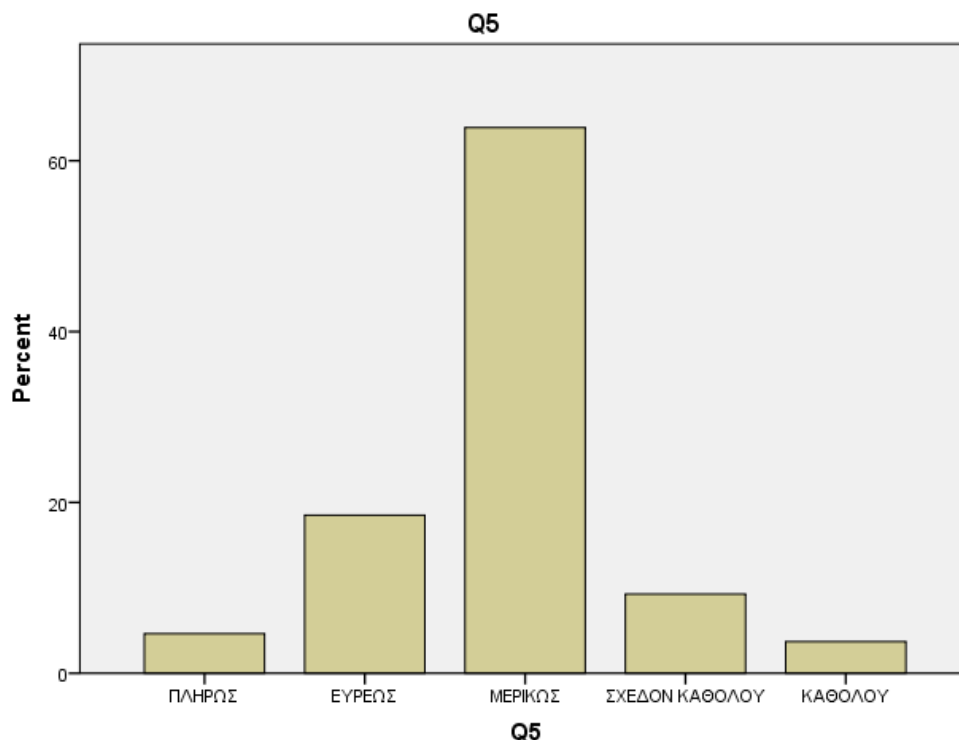
Μεταβλητές	ΜΟ	Δσπ	ΤΑ
1. Φύλο	-	-	0,411
2. Ηλικία	22,210	-	3,50
3. Έτος σπουδών	3,500	3,00	1,240
4. Τόπος μόνιμης κατοικίας	-	-	,720

Οι συμμετέχοντες –ουσες στην έρευνα φαίνεται να είναι μερικώς ενημερωμένοι για τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας. Όπως φαίνεται στην Εικόνα 1, για την ερώτηση 5, το 63,9% των ερωτηθέντων απάντησε πως είναι μερικώς ενημερωμένοι γενικότερα για τις δύο ασθένειες, μόλις το 4,6% απάντησε πως έχει πλήρη γνώση ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 3,7% δεν έχει καμία ενημέρωση (Διάγραμμα 1).

Q5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΠΛΗΡΩΣ	5	4,6	4,6	4,6
ΕΥΡΕΩΣ	20	18,5	18,5	23,1
ΜΕΡΙΚΩΣ	69	63,9	63,9	87,0
ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΟΛΟΥ	10	9,3	9,3	96,3
ΚΑΘΟΛΟΥ	4	3,7	3,7	100,0
Total	108	100,0	100,0	

Εικόνα 1: Απόψεις σχετικά με το πόσο είναι ενημερωμένοι όσον αφορά τα συμπτώματα νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας



Διάγραμμα 1: Απόψεις σχετικά με το πόσο είναι ενημερωμένοι όσον αφορά τα συμπτώματα νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας

Περνώντας στον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων, αρχικά χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο t για ανεξάρτητα δείγματα (independent t-test) για να ελεγχθεί αν υπάρχει διαφορά στο γνωστικό επίπεδο των ερωτηθέντων, σχετικά με τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας, ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες, με δείγμα αντρών N=23 και δείγμα γυναικών N=85, δείγματα με ομοιογένεια διακυμάνσεων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2

Διαφοροποίηση γνωστικού επιπέδου για τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας – βουλιμίας ως προς το φύλο

		n	M.O.	T.A.	t
Φύλο	Άνδρες	23	3,08	0,85	1,383
	Γυναίκες	85	2,83	0,75	

Από τη χρήση του t-test για ανεξάρτητα δείγματα δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του γνωστικού επιπέδου των αντρών και των γυναικών, σχετικά με τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας με αποτελέσματα $t(108) = 1,383$, ns.

Το ίδιο κριτήριο χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί αν υπάρχει διαφορά στο γνωστικό επίπεδο των ερωτηθέντων, σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης της νευρικής ανορεξίας και της βουλιμίας, ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες, όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3

Διαφοροποίηση γνωστικού επιπέδου για τους τρόπους αντιμετώπισης της νευρικής ανορεξίας – βουλιμίας ως προς το φύλο

		n	M.O.	T.A.	t
Φύλο	Άνδρες	23	3,48	0,73	2,754
	Γυναίκες	85	3	0,76	

Από τη χρήση του t-test για ανεξάρτητα δείγματα δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του γνωστικού επιπέδου των αντρών και των γυναικών, σχετικά με τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας με αποτελέσματα $t(108) = 2,754$, ns.

Σχετικά με το κατά πόσο οι ερωτηθέντες αναγνωρίζουν ως συμπτώματα ή σημάδια της νευρικής ανορεξίας προέκυψε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (22,2%) αναγνωρίζει σαν σημάδια της νευρικής ανορεξίας :

- Προφανή, γρήγορη και δραματική απώλεια βάρους
- Συνεχείς αυξομειώσεις βάρους
- Οι ασθενείς χρησιμοποιούν καθαρτικά, διαιτητικά χάπια, εμετικά, διουρητικά ή πηγαίνουν γρήγορα στο μπάνιο μετά τα γεύματα για να προκαλέσουν οι ίδιοι εμετό στον εαυτό τους και να αποβάλλουν τις περιττές θερμίδες
- Θεωρούν τους εαυτούς τους υπέρβαρους ακόμη και αν οι άλλοι τους λένε ότι είναι υπερβολικά αδύνατοι
- Παρουσιάζουν αφυδάτωση και υποκαλιαιμία οι οποίες προκαλούνται από τους συχνούς εμετούς

Ένα ποσοστό 16,7% αναγνωρίζει ως συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας μόνο την σημαντική απώλεια βάρους, τη χρήση καθαρτικών και εμετικών καθώς και την αντίληψη των ασθενών σχετικά με την εικόνα τους, καθώς θεωρούν υπέρβαρους τους εαυτούς τους παρόλο που οι άλλοι τους λένε πως είναι υπερβολικά αδύνατοι. Ένα ποσοστό που αγγίζει το 10% δεν αναγνωρίζει κανένα από τα παραπάνω ως σύμπτωμα της νευρικής ανορεξίας ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 2% δεν γνωρίζει τίποτα σχετικά με τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας.

Σχετικά με το κατά πόσο οι ερωτηθέντες αναγνωρίζουν ως συμπτώματα ή σημάδια της νευρικής βουλιμίας προέκυψε ότι σε ποσοστό 18,5% των ερωτηθέντων αναγνωρίζει σαν συμπτώματα της νευρικής βουλιμίας:

- Φόβος μήπως πάρουν κιλά ή γίνουν υπέρβαροι
- Τα μάγουλα τους μπορεί να είναι πρησμένα εξαιτίας της μεγέθυνσης των σιελογόνων αδένων που προκαλείται από την υπερβολική και συχνή πρόκληση εμετού
- Διογκωμένοι αδένες κάτω από το σαγόι
- Συνεχείς αυξομειώσεις βάρους
- Αφυδάτωση και υποκαλιαιμία οι οποίες προκαλούνται από τους συχνούς εμετούς

Το ίδιο ποσοστό (18,5%) αναγνωρίζει σαν βασικό σύμπτωμα της βουλιμίας τον φόβο μήπως οι ασθενείς πάρουν κιλά ή γίνουν υπέρβαροι. Ένα ποσοστό 11% δεν γνωρίζει κάποιο σύμπτωμα της νευρικής βουλιμίας ενώ μικρότερα ποσοστά αναγνωρίζουν ως συμπτώματα της νευρικής βουλιμίας διάφορους συνδυασμούς των παραπάνω. Μπορούμε στο σημείο αυτό να παρατηρήσουμε πως φαίνεται να υπάρχει μια σχετική οικειότητα με την ασθένεια της ανορεξίας, καθώς είναι πιο γνωστά στο κοινό τα χαρακτηριστικά της ασθένειας, ωστόσο δεν συμβαίνει το ίδιο και με τη νευρική βουλιμία η οποία δείχνει να είναι παντελώς άγνωστη.

Στα πλαίσια της έρευνας της γενικότερης γνώσης των ερωτηθέντων σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία – βουλιμία, η ερώτηση 8 αφορά στις επιπλοκές των νόσων. Οι ερωτηθέντες, σε ποσοστό 46,3% απαντούν πως οι επιπλοκές της νευρικής ανορεξίας και της νευρικής βουλιμίας συνοψίζονται στις εξής:

- Θάνατος
- Αναιμία

- Καρδιαγγειακά προβλήματα
- Φθορά των οστών
- Πνευμονολογικά προβλήματα
- Απώλεια εμμήνου ρήσης στις γυναίκες
- Μείωση τεστοστερόνης στους άνδρες
- Γαστρικά και νεφρικά προβλήματα

Σε ποσοστό 9,3% αναφέρουν πως επιπλοκή των ασθενειών είναι ο θάνατος, ενώ μικρότερα ποσοστά της τάξης του 2% αναφέρουν ως επιπλοκές διάφορους συνδυασμούς των παραπάνω. Για τις πνευματικές διαταραχές των ασθενειών οι ερωτηθέντες απαντούν σε ποσοστό 45,4% πως αυτές αφορούν:

- Κατάθλιψη
- Διαταραχές συναισθήματος
- Διαταραχές προσωπικότητας
- Κατάχρηση φαρμάκων

Το 13% θεωρεί σημαντικότερη πνευματική διαταραχή την κατάθλιψη, ενώ το 10,3% πιστεύει πως σημαντικότερες πνευματικές διαταραχές της νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας είναι η κατάθλιψη και οι διαταραχές συναισθήματος και προσωπικότητας αλλά όχι η κατάχρηση φαρμάκων.

Οι τρόποι με τους οποίους οι ερωτηθέντες έχουν ενημερωθεί για τα χαρακτηριστικά της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας είναι ποικίλοι. Σε ποσοστό 24,1% απαντούν πως έχουν ενημέρωση από το ΤΕΙ, την τηλεόραση, τον τύπο, το διαδίκτυο και το σχολείο, ωστόσο πολύ μικρό ρόλο φαίνεται να έχει παίξει η οικογένεια στην ενημέρωσή τους. Οι σπουδαστές που έχουν δηλώσει ενημέρωση αποκλειστικά και μόνο από το ΤΕΙ είναι ελάχιστοι (ποσοστό 0,9%), γεγονός που σημαίνει πως δεν έχουν σαφή και ολοκληρωμένη – επιστημονικά τεκμηριωμένη - εικόνα για τις παραπάνω ασθένειες, αντιθέτως, η εικόνα που έχουν είναι αυτή που παρουσιάζεται στον έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο, γεγονός που σημαίνει πως δεν πρόκειται πάντα για αξιόπιστες πηγές.

Σε μια πιο προσωπική προσέγγιση του θέματος, στην ερώτηση 11, οι συμμετέχοντες – ουσες, κλήθηκαν να απαντήσουν εάν γνωρίζουν κάποια περίπτωση συγγενικού ή φιλικού τους προσώπου που έπασχε ή πάσχει από κάποια από τις δύο εξεταζόμενες διατροφικές διαταραχές (νευρική ανορεξία – νευρική βουλιμία). Επί συνόλου N=108 ερωτηθέντων οι 89 δεν γνώριζαν κάποια τέτοια περίπτωση (82,4%), ενώ οι υπόλοιποι 19 (17,6%), είχαν γνώση κάποιου τέτοιου γεγονότος (Εικόνα 2).

Q11

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
NAI	19	17,6	17,6	17,6
Valid OXI	89	82,4	82,4	100,0
Total	108	100,0	100,0	

Εικόνα 2: Ποσοστά ερωτηθέντων για το κατά πόσο γνωρίζουν κάποια περίπτωση ασθενούς που έπασχε ή πάσχει από νευρική ανορεξία – νευρική βουλιμία.

Από αυτούς που είχαν γνώση τέτοιων περιστατικών, 14 δήλωσαν πως οι ασθενείς που γνώριζαν θεραπεύτηκαν, 3 δήλωσαν πως οι ασθενείς απεβίωσαν και 2 πως δεν γνωρίζουν την εξέλιξη της ασθένειας.

Στην ερώτηση σχετικά με το που θα απευθύνονταν στην περίπτωση που συνέβαινε να πάσχουν οι ίδιοι από ανορεξία ή βουλιμία, 19 συμμετέχοντες (17,6%) απάντησαν πως θα

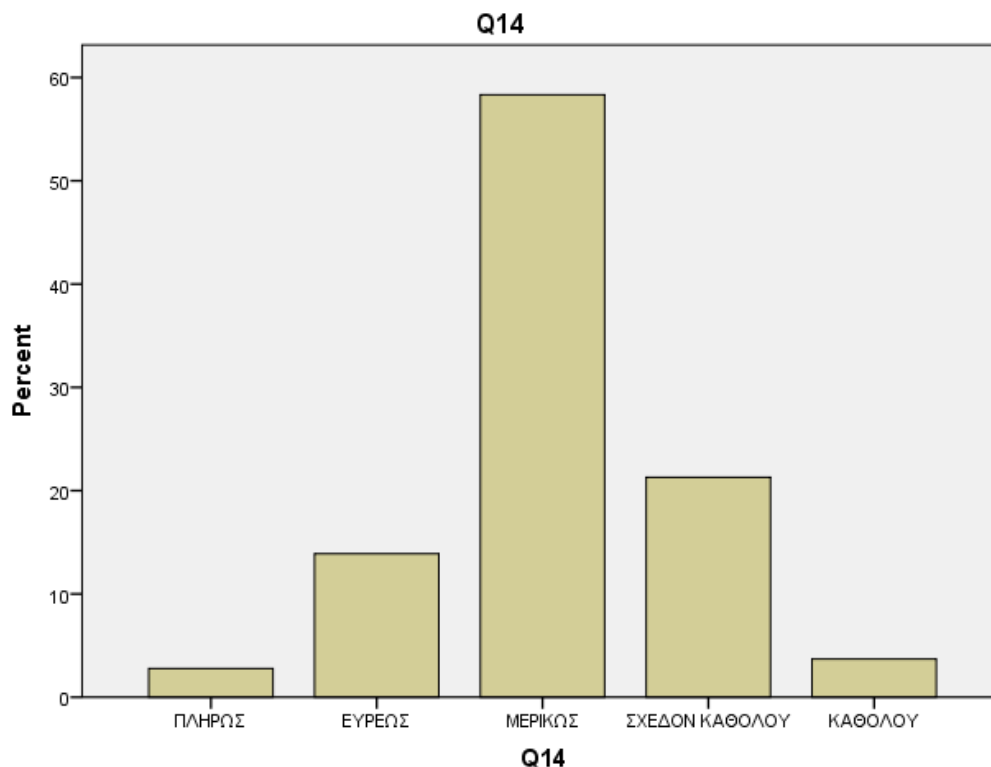
απευθύνονταν στον γιατρό, το 14,8% στον γιατρό ή τον ψυχολόγο, το 13,9% μόνο στον ψυχολόγο, ενώ το 10,2% θεωρεί πως είναι απαραίτητη η συνεργασία γιατρού, ψυχολόγου και της οικογένειας για την υποστήριξη των ασθενών.

Στην ερώτηση 14 εξετάστηκε κατά πόσο οι συμμετέχοντες – ουσες είναι ενημερωμένοι για τους τρόπους αντιμετώπισης της νευρικής ανορεξίας – βουλιμίας. Όπως φαίνεται από την παρακάτω εικόνα (Εικόνα 4) και απεικονίζεται στο διάγραμμα (Διάγραμμα 2), 58,3% των ερωτηθέντων απάντησαν πως έχουν μερική γνώση των τρόπων αντιμετώπισης των διατροφικών ασθενειών που εξετάζουμε, ενώ το 21,3% απάντησε πως έχει ελλιπή γνώση αυτών.

Q14

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΠΛΗΡΩΣ	3	2,8	2,8	2,8
ΕΥΡΕΩΣ	15	13,9	13,9	16,7
ΜΕΡΙΚΩΣ	63	58,3	58,3	75,0
ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΟΛΟΥ	23	21,3	21,3	96,3
ΚΑΘΟΛΟΥ	4	3,7	3,7	100,0
Total	108	100,0	100,0	

Εικόνα 4: Ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης της νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας



Διάγραμμα 2: Ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης της νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας.

Όσον αφορά τους λόγους που οδηγούν στην εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας – βουλιμίας, παρατηρήθηκε πως το 58,3% των ερωτηθέντων πιστεύουν πως οι σημαντικότεροι λόγοι που οδηγούν στην εμφάνιση των παραπάνω διατροφικών διαταραχών είναι:

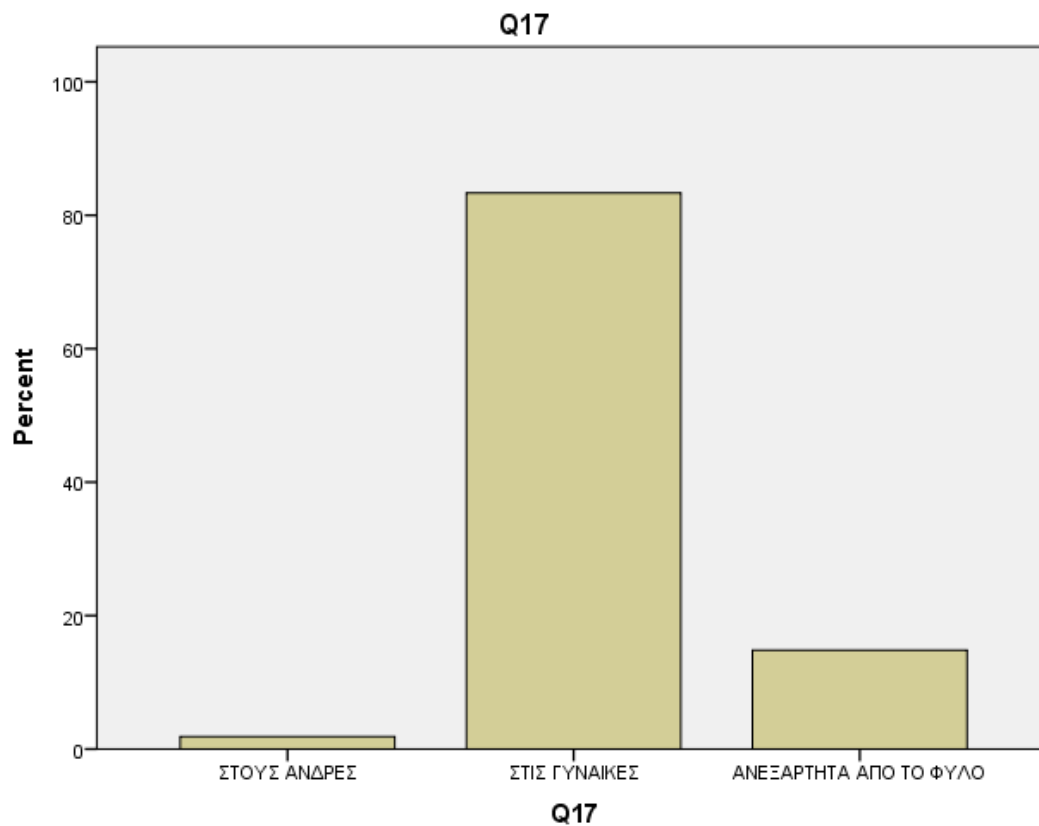
- Κοινωνικοί
- Ψυχολογικοί
- Συναισθηματικοί
- Ψυχοσωματικοί

Σχετικά με την άποψη των συμμετεχόντων για τους κατάλληλους τρόπους που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας – βουλιμίας, διαπιστώθηκε πως το 55,6% αυτών πιστεύουν πως αυτοί οι τρόποι είναι:

- Ψυχολογική υποστήριξη
- Νοσοκομειακή περίθαλψη
- Φαρμακευτική αγωγή
- Βοήθεια στο σπίτι

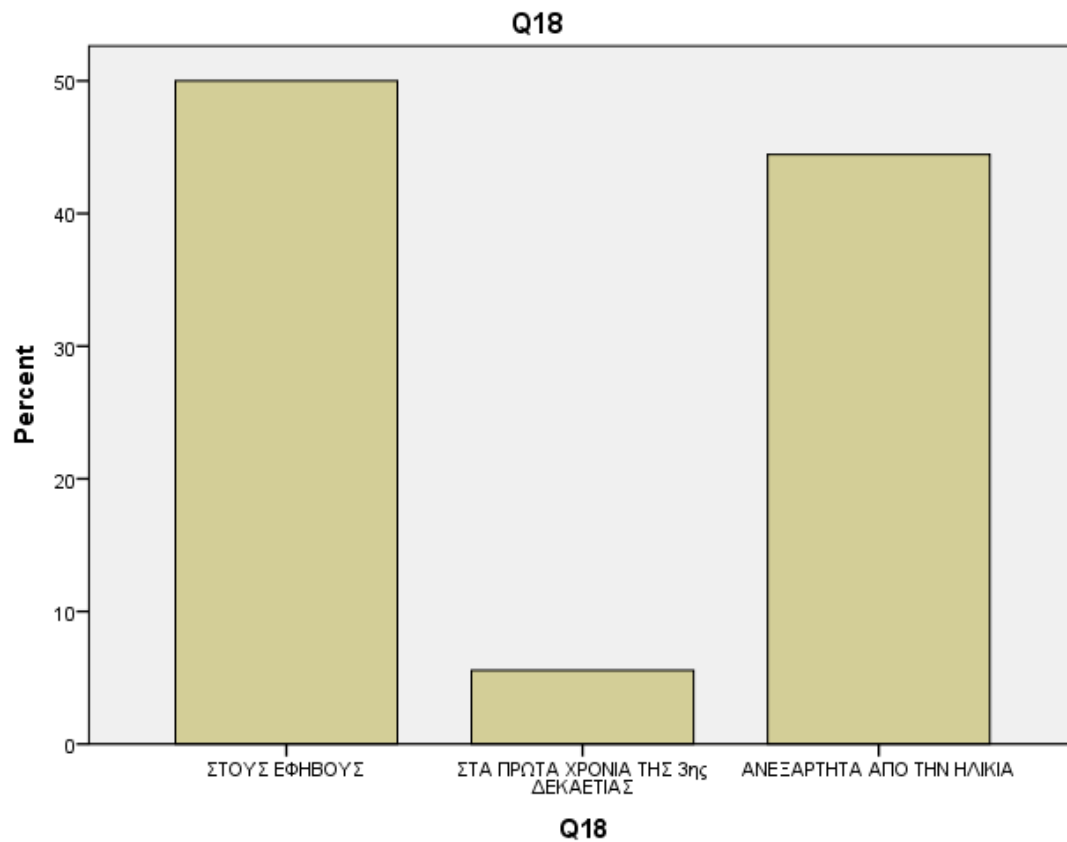
Συχνότητα εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας - βουλιμίας

Στις ερωτήσεις 17 – 21 ερευνήθηκαν τα γνωστικά επίπεδα των συμμετεχόντων στην έρευνα σχετικά με τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ασθενειών. Πιο συγκεκριμένα, μελετήθηκε το αν και κατά πόσο οι ερωτηθέντες γνωρίζουν τη συχνότητα εμφάνισης και διάδοσης των διατροφικών διαταραχών που εξετάζουμε ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την φυλή και την κοινωνική τάξη, και επιπλέον αν εμφανίζονται πιο συχνά σε συγκεκριμένα επαγγέλματα όπως για παράδειγμα, χορός, modeling, και αθλήματα όπως, δρόμοι μεγάλων αποστάσεων, ρυθμική και ενόργανη γυμναστική κλπ.



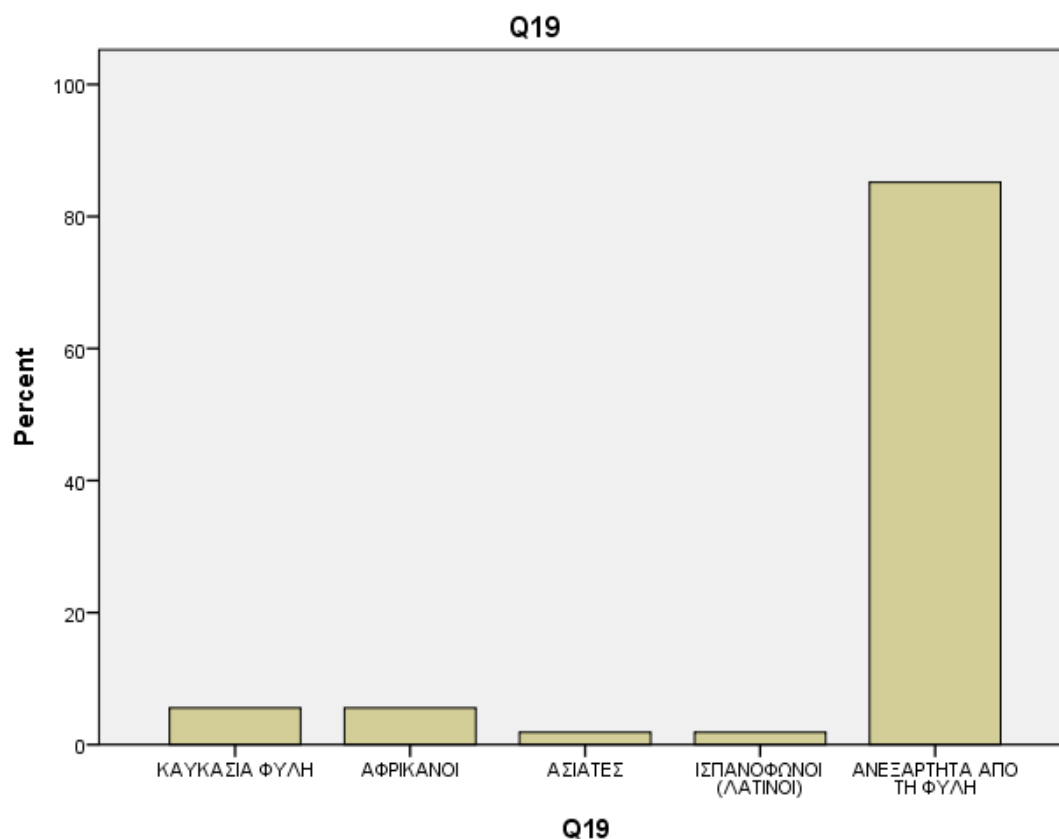
Διάγραμμα 3: Συχνότητα διάδοσης της νευρικής ανορεξίας – βουλιμίας, ως προς το φύλο. Σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας – βουλιμίας σε σχέση με το φύλο το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (83,3%) απάντησε πως εμφανίζονται πιο συχνά

στις γυναίκες, ενώ ένα ποσοστό 14,8% απάντησε πως είναι ανεξάρτητη από το φύλο (Διάγραμμα 3).



Διάγραμμα 4: Συχνότητα διάδοσης της νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας ως προς την ηλικία.

Για τη συχνότητα εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας – βουλιμίας σε σχέση με την ηλικία οι απόψεις σχεδόν είναι μοιρασμένες καθώς το 50% ισχυρίζεται πως είναι πιο συχνή η διάδοση στους εφήβους, και το 44,4% πιστεύει πως είναι ανεξάρτητες από την ηλικία. Φαίνεται να υπάρχει μια σχετική σύγχυση στην ερώτηση αυτή καθώς η ελλιπής και λανθασμένη ενημέρωση από την τηλεόραση και τον έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο φαίνεται να συνδέει τις δύο νόσους αποκλειστικά με νέες κοπέλες – αν το δούμε συνδυαστικά με τα συμπεράσματα της προηγούμενης ερώτησης.

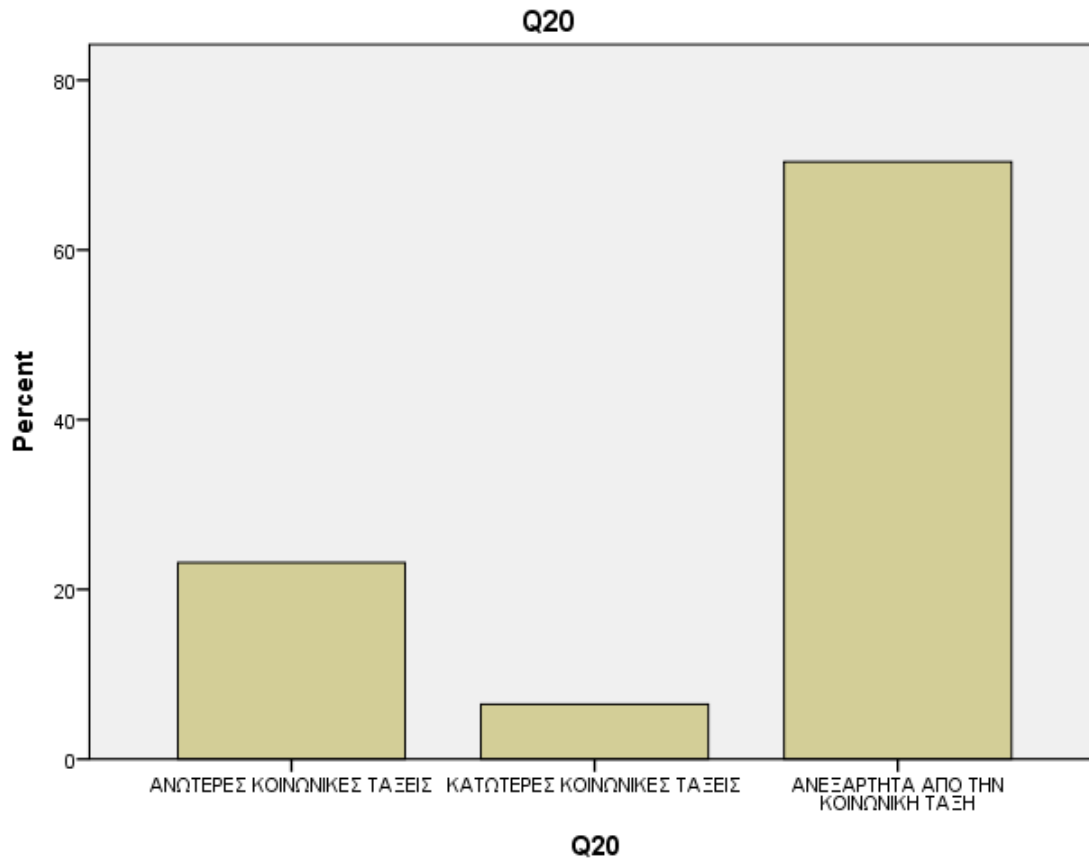


Διάγραμμα 5: Συχνότητα διάδοσης της νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας ως προς τη φυλή.

Πίνακας 4: Συχνότητα διάδοσης της νευρικής ανορεξίας – βουλιμίας ως προς τη φυλή.

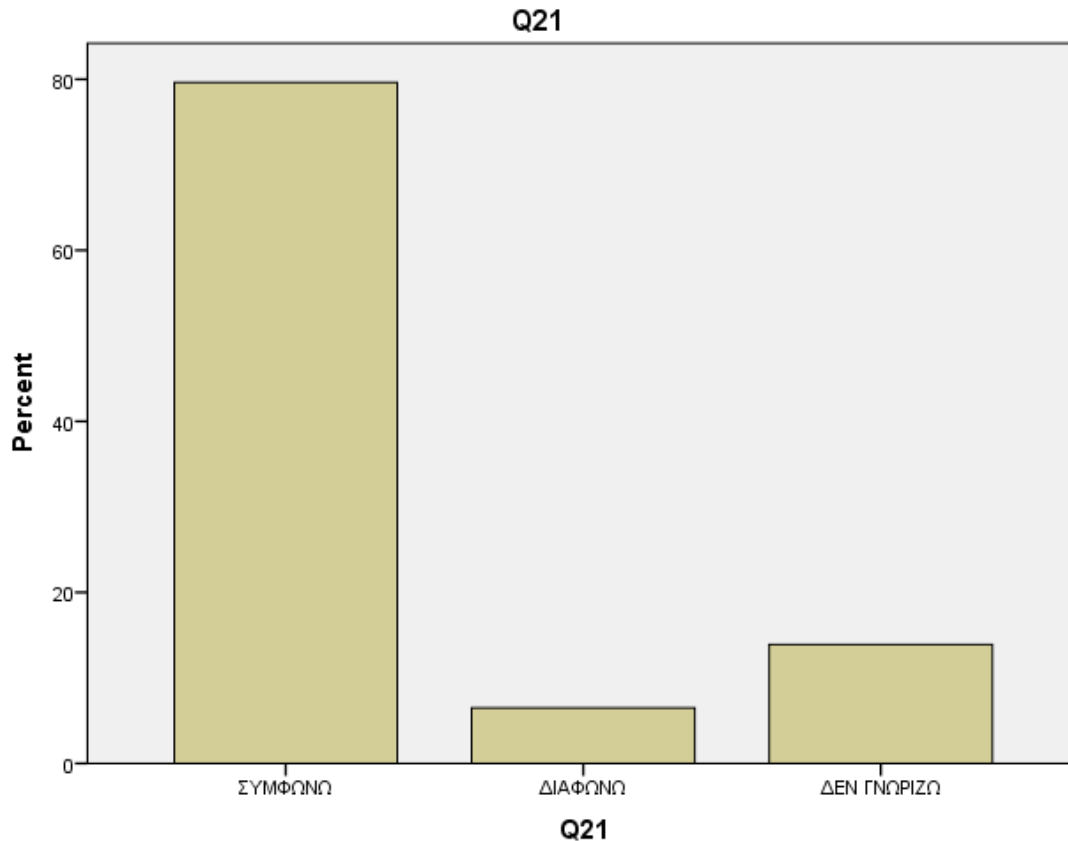
	Συχνότητα	Ποσοστό	
Φυλή	Καυκάσια φυλή	6	5,6
	Αφρικανοί	6	5,6
	Ασιάτες	2	1,9
	Ισπανόφωνοι (Λατίνοι)	2	1,9
	Ανεξάρτητα από τη φυλή	92	85,2
	Σύνολο	108	100,00

Σύμφωνα με τα στοιχεία του δείγματος η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (85,2%) πιστεύει ότι η συχνότητα διάδοσης της ανορεξίας – βουλιμίας είναι ανεξάρτητη σε σχέση με τη φυλή (Πίνακας 4, Διάγραμμα 5).



Διάγραμμα 6: Συχνότητα διάδοσης της νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας σε σχέση με την κοινωνική τάξη.

ενώ σε σχέση με την κοινωνική τάξη, παρατηρήθηκε πως το 70,4% πιστεύει πως η νευρική ανορεξία και η βουλιμία είναι δυνατό να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε κοινωνική τάξη, ενώ το 23,1% πιστεύει πως είναι συχνότερη η εμφάνισή τους στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις (Διάγραμμα 6).

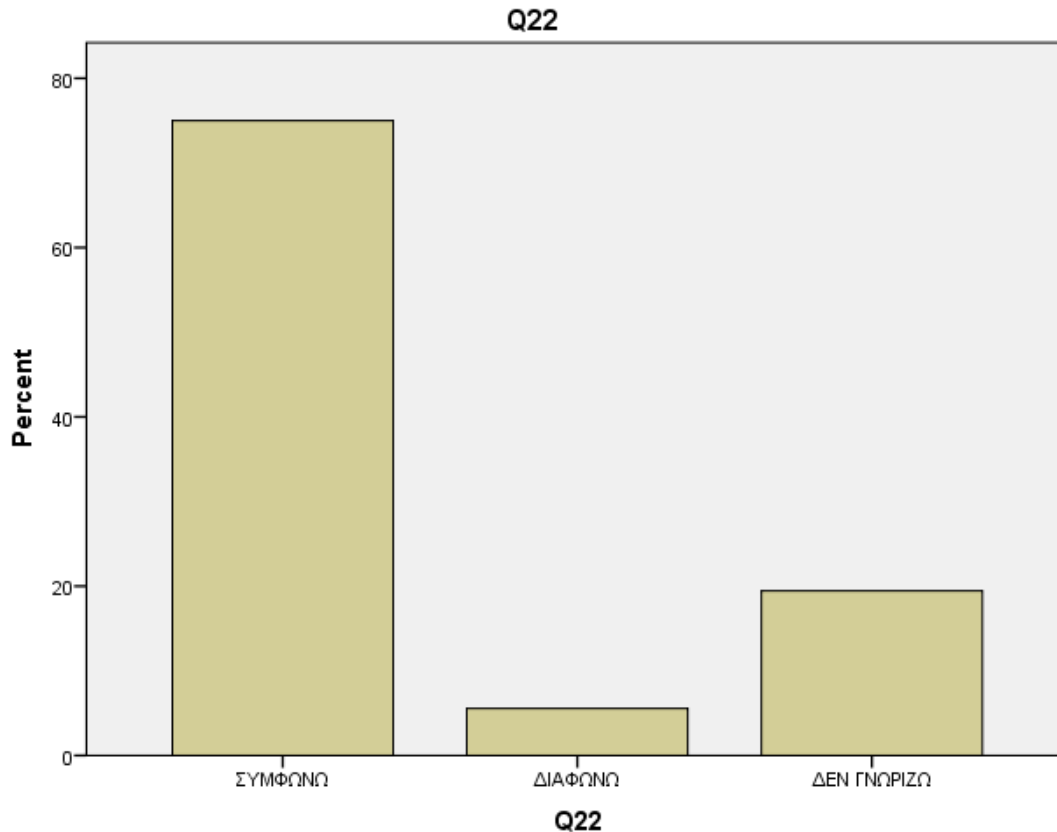


Διάγραμμα 7: Συχνότητα εμφάνισης της νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας σε σχέση με ορισμένα επαγγέλματα.

Στα πλαίσια της αναζήτησης σχέσης της συχνότητας εμφάνισης της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας με μερικά επαγγέλματα που απαιτούν αυστηρό έλεγχο της προσληφθείσας τροφής, όπως για παράδειγμα το modeling και ο χορός, αλλά και μερικά αθλήματα όπως οι δρόμοι μεγάλων αποστάσεων (για παράδειγμα μαραθώνιοι), η ρυθμική και η ενόργανη γυμναστική και η κολύμβηση, ρωτήσαμε τους συμμετέχοντες κατά πόσο συμφωνούν με αυτή τη σχέση. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (79,6%) απάντησε πως συμφωνεί ενώ το 13,9% πως δεν γνωρίζει αν υπάρχει κάποια τέτοια σχέση (Διάγραμμα 7).

Πρόληψη της νευρικής ανορεξίας και της βουλιμίας

Οι ερωτήσεις 22 – 24 εξετάζουν τις απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με την πρόληψη της νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας. Αρχικά ελέγχθηκε το κατά πόσο συμφωνούν πως η πρόληψη αυτών των διατροφικών διαταραχών σχετίζεται με την ενημέρωση όλων σχετικά με τα σημάδια των νόσων και την αναγνώριση του προβλήματος.



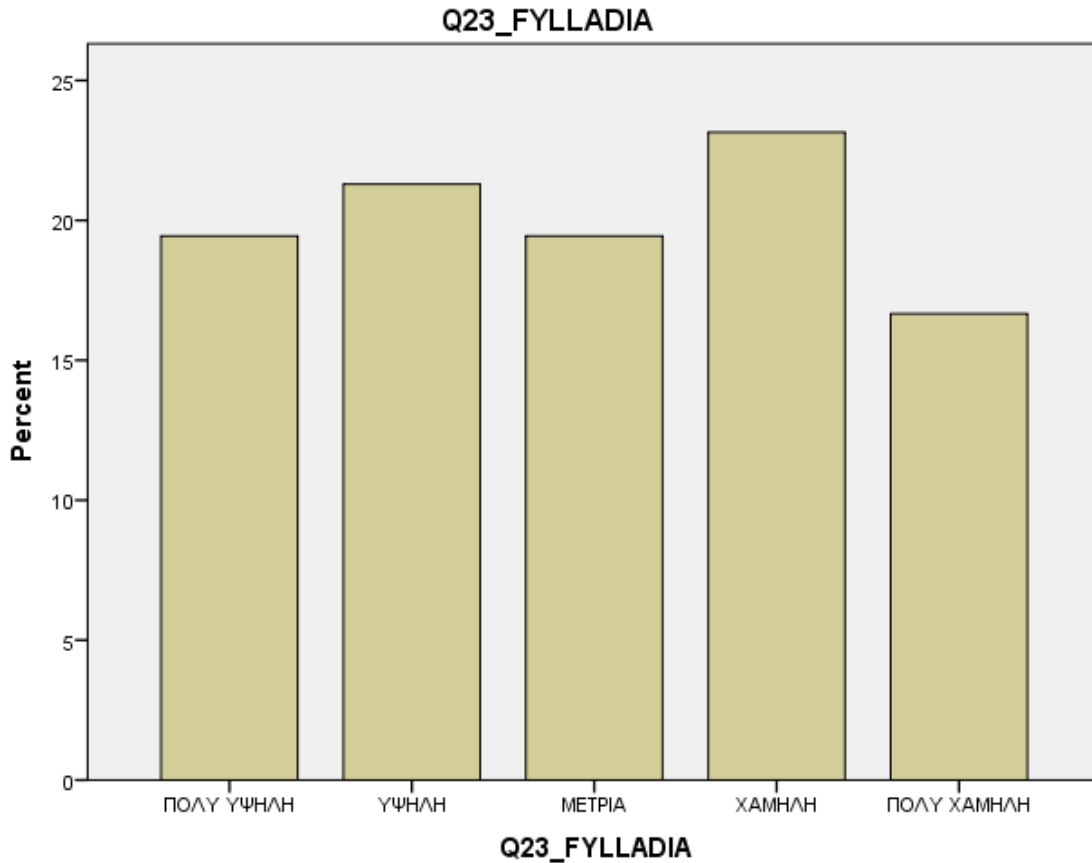
Διάγραμμα 8: Ο χαρακτήρας της πρόληψης της νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας.

Από τα αποτελέσματα (Διάγραμμα 8) παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων φοιτητών (75%) συμφωνεί πως θα πρέπει η πρόληψη να είναι καθολική και να σχετίζεται αφενός με την αναγνώριση του προβλήματος και δη την ψυχολογική διάστασή του και αφετέρου, με όλους τους εμπλεκόμενους γύρω από τον ασθενή. Ένα μικρότερο ποσοστό της τάξης του 19,4% δεν γνωρίζει σχετικά με τις όποιες παρεμβάσεις μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη αυτών των ασθενειών.

Στη συνέχεια ζητήσαμε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα να ιεραρχήσουν τις παρακάτω παρεμβάσεις με σκοπό την πρόληψη της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας, με βάση τον βαθμό σημαντικότητάς τους:

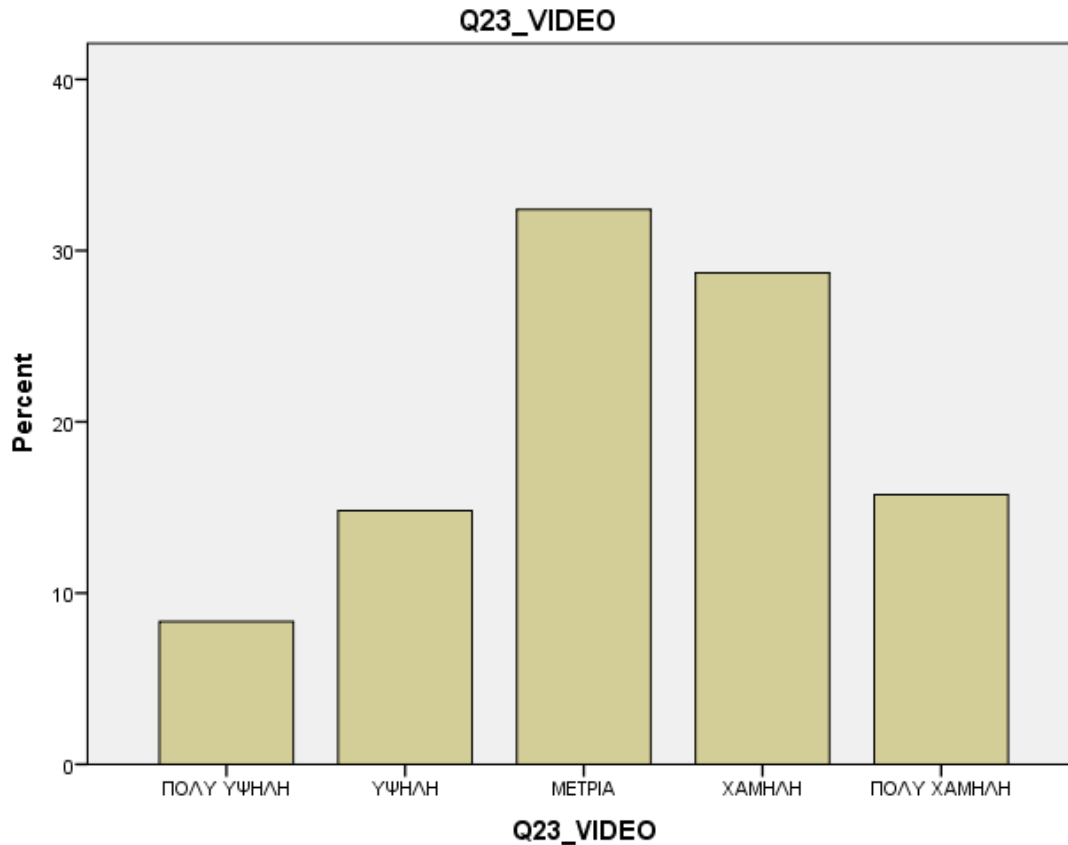
- Ενημερωτικά φυλλάδια
- Βίντεο
- Διδακτικά ή ψυχοεπιμορφωτικά προγράμματα μέσω Η/Υ
- Ασκήσεις αυτοεκτίμησης
- Εκλαϊκευμένα προγράμματα με τη βοήθεια των ΜΜΕ

Η ταξινόμηση των παρεμβάσεων έγινε με βαθμολογία από 1 – 5 (1 = πολύ υψηλή, 2 = υψηλή, 3 = μέτρια, 4 = χαμηλή, 5 = πολύ χαμηλή), και πήραμε τα παρακάτω αποτελέσματα:



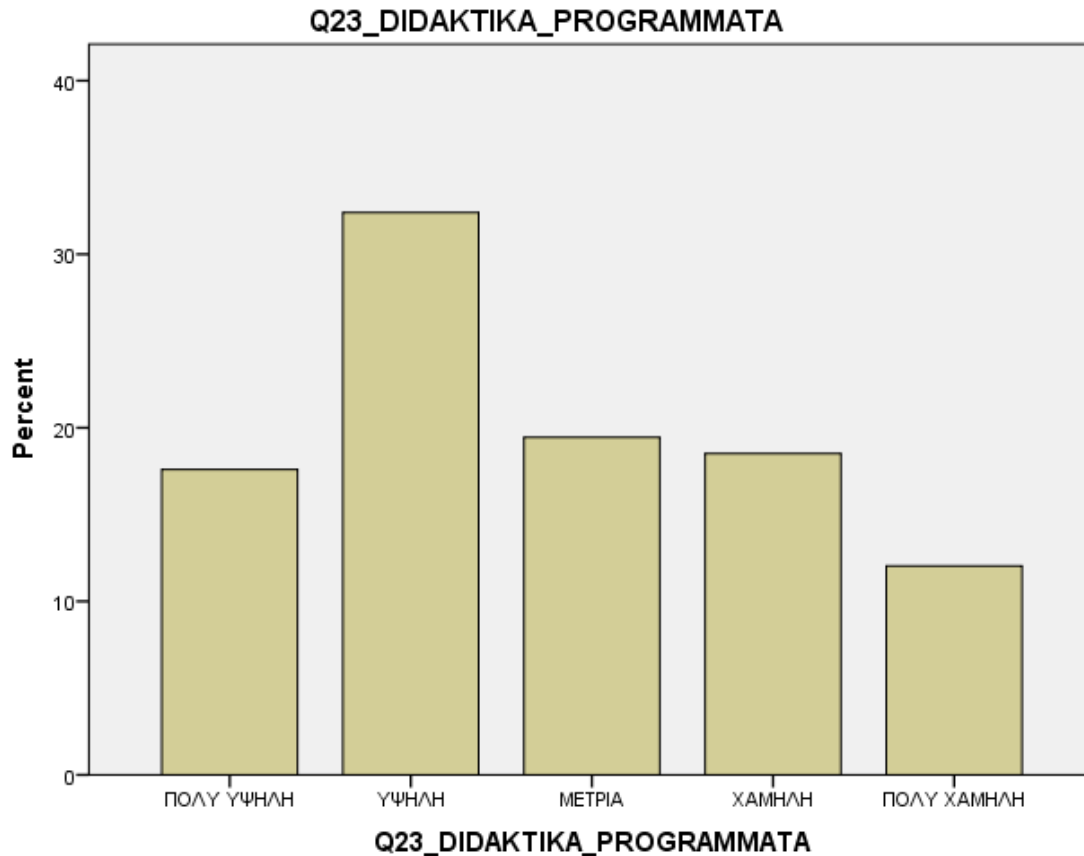
Διάγραμμα 9: Βαθμός σημαντικότητας της χρήσης ενημερωτικών φυλλαδίων ως παρέμβαση στην πρόληψη της νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας.

Το 23,1% των ερωτηθέντων έδωσε χαμηλή βαθμολογία στη χρήση ενημερωτικών φυλλαδίων, το 21,3% έδωσε υψηλή βαθμολογία, ενώ περίπου το 20% θεωρεί πως τα ενημερωτικά φυλλάδια έχουν είτε πολύ υψηλή είτε πολύ χαμηλή σημαντικότητα ως τρόπος παρέμβασης για την πρόληψη της νευρικής ανορεξίας και της νευρικής βουλιμίας (Διάγραμμα 9). Φαίνεται πως οι συμμετέχοντες στην έρευνα διακρίνονται σε αυτούς που είναι πιστοί στον έντυπο τρόπο προώθησης απόψεων, ενώ κάποιοι άλλοι συνδέουν τα ενημερωτικά φυλλάδια με τους τρόπους με τους οποίους λειτουργούν οι διαφημιστικές εταιρίες και όχι κάποιος ο οποίος θέλει να παρέμβει με ρόλο προληπτικό σε ασθενείς που πάσχουν ή παρουσιάζουν συμπτώματα κάποιας διατροφικής διαταραχής.



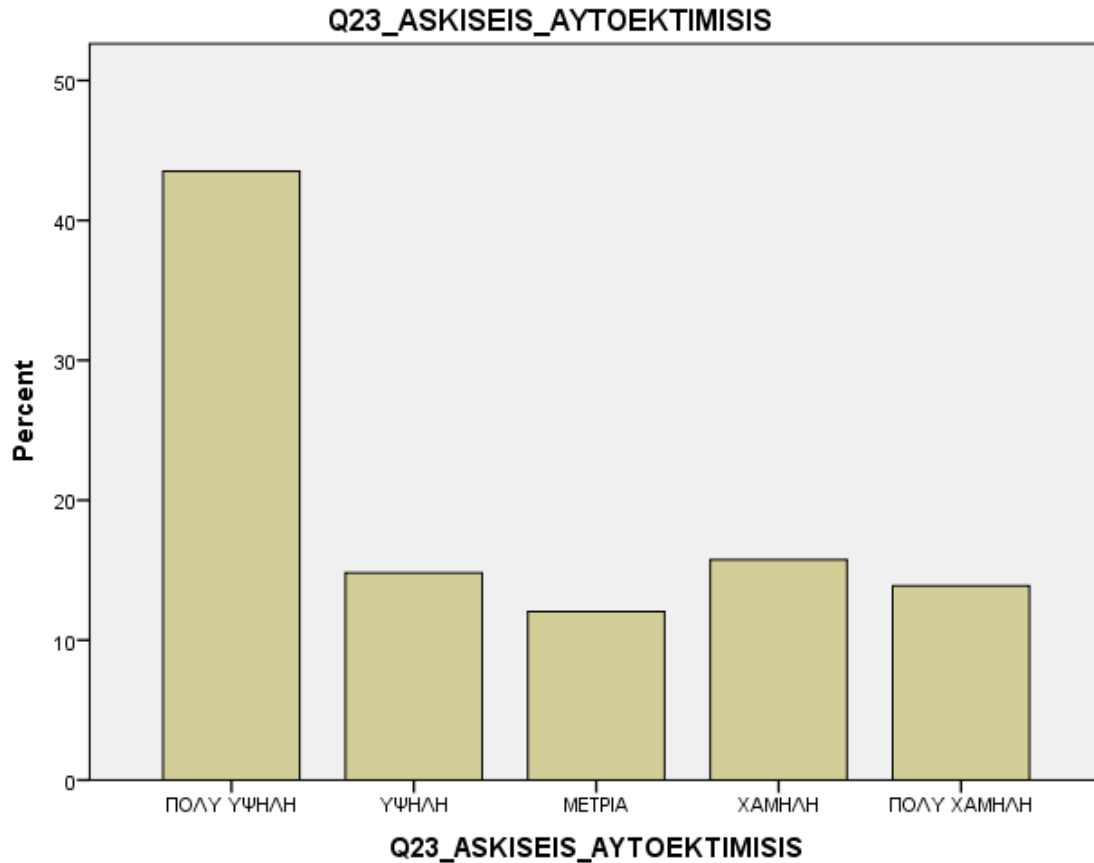
Διάγραμμα 10: Βαθμός σημαντικότητας της χρήσης βίντεο ως παρέμβαση στην πρόληψη της νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας.

Το 32,4% των ερωτηθέντων έδωσε μέτρια βαθμολογία στην χρήση βίντεο ως παρέμβαση για την πρόληψη της νευρικής ανορεξίας και βουλιμίας, το 28,7% έδωσε χαμηλή βαθμολογία ενώ περίπου το 15% έδωσαν υψηλή ή πολύ χαμηλή βαθμολογία, καθώς φαίνεται να είναι μια πλέον ξεπερασμένη μέθοδος που δεν μπορεί να κεντρίσει το ενδιαφέρον των ασθενών, αλλά και δεν μπορεί να απευθυνθεί στους βαθύτερους λόγους και αιτίες που ευθύνονται για την εμφάνιση των νόσων (Διάγραμμα 10).



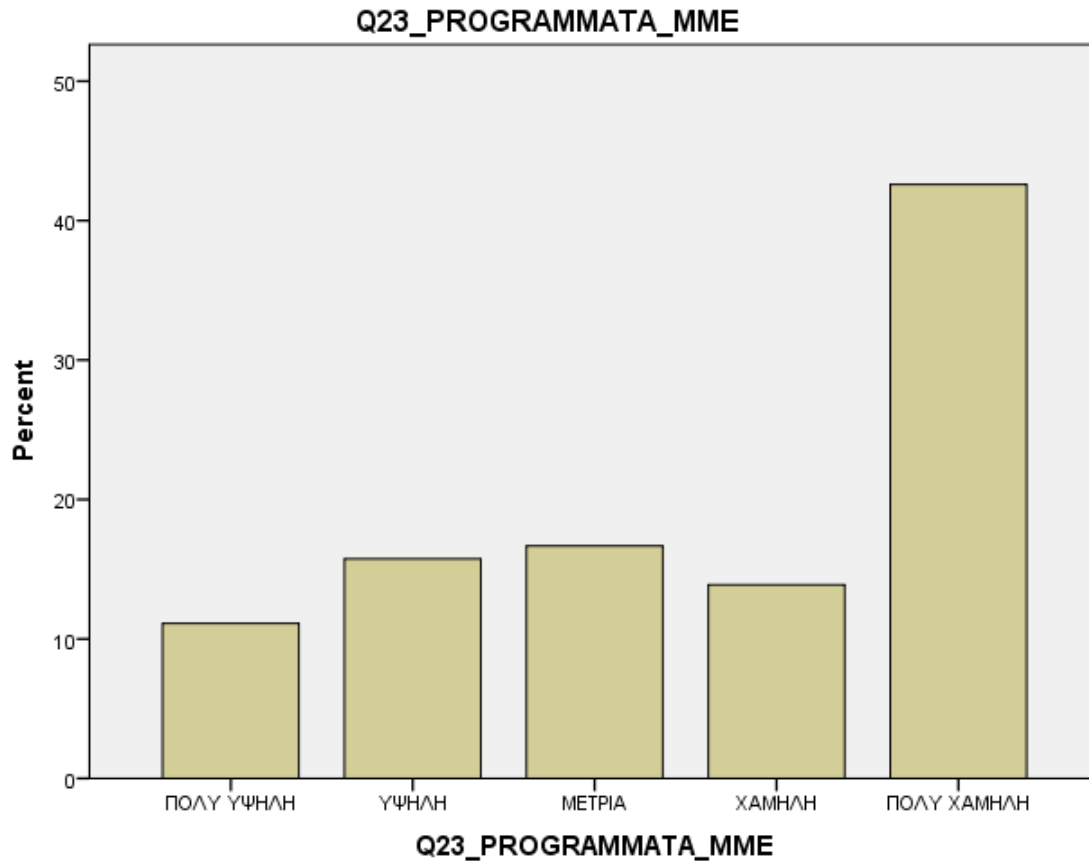
Διάγραμμα 11: Βαθμός σημαντικότητας της χρήσης διδακτικών προγραμμάτων ως παρέμβαση στην πρόληψη της νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας.

Τα διδακτικά προγράμματα ως παρέμβαση στην πρόληψη της νευρικής ανορεξίας – βουλιμίας πήραν υψηλή βαθμολογία ως προς τη σημαντικότητά τους σε ποσοστό 32,4% (Διάγραμμα 11). Εικάζουμε πως πρόκειται για αξιολόγησή τους ως πρωτογενή παρέμβαση, με την έννοια ότι μπορούν να προλάβουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων, αλλά και με την αναγνώριση αυτών να προλάβουν την άσχημη εξέλιξή τους και κατ' επέκταση την διάδοση της νόσου της ψυχογενούς ανορεξίας και της βουλιμίας.



Διάγραμμα 12: Βαθμός σημαντικότητας των ασκήσεων αυτοεκτίμησης ως παρέμβαση στην πρόληψη της νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας.

Οι ασκήσεις αυτοεκτίμησης ταξινομήθηκαν (Διάγραμμα 12) από τους συμμετέχοντες στην έρευνα με πολύ υψηλή βαθμολογία (43,5% του δείγματος έδωσε την μεγαλύτερη βαθμολογία). Αυτό σημαίνει πως αναγνωρίζεται στις δύο αυτές ασθένειες ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων, στην ανάπτυξη και στη διάδοσή τους. Οι συμμετέχοντες κρίνουν πως μετά την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων, σαν δευτερογενής παρέμβαση πρόληψης, είναι σημαντικό να τονωθεί ο συναισθηματικός και ψυχολογικός παράγοντας του ασθενούς έτσι ώστε να αλλάξει την εικόνα που έχει ο ίδιος για τον εαυτό του.



Διάγραμμα 13: Βαθμός σημαντικότητας της χρήσης εκλαϊκευμένων προγραμμάτων με τη βοήθεια MME ως παρέμβαση στην πρόληψη της νευρικής ανορεξίας – νευρικής βουλιμίας.

Τα εκλαϊκευμένα προγράμματα με τη βοήθεια των MME, έχουν ταξινομηθεί με πολύ χαμηλή βαθμολογία, καθώς οι ερωτηθέντες δεν πιστεύουν πως μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά σαν παρέμβαση πρόληψης της νευρικής ανορεξίας – βουλιμίας (Διάγραμμα 13). Ο ρόλος των MME δεν είναι ξεκάθαρος και πολλές φορές τα πρότυπα που προβάλλονται σε αυτούς τους χώρους δεν συνάδουν με τους σκοπούς αυτών των παρεμβάσεων καθώς είναι δυνατόν αυτά τα προγράμματα να φέρουν σε σύγχυση τους ασθενείς ή αυτούς που βρίσκονται στα πρώτα στάδια των νόσων.

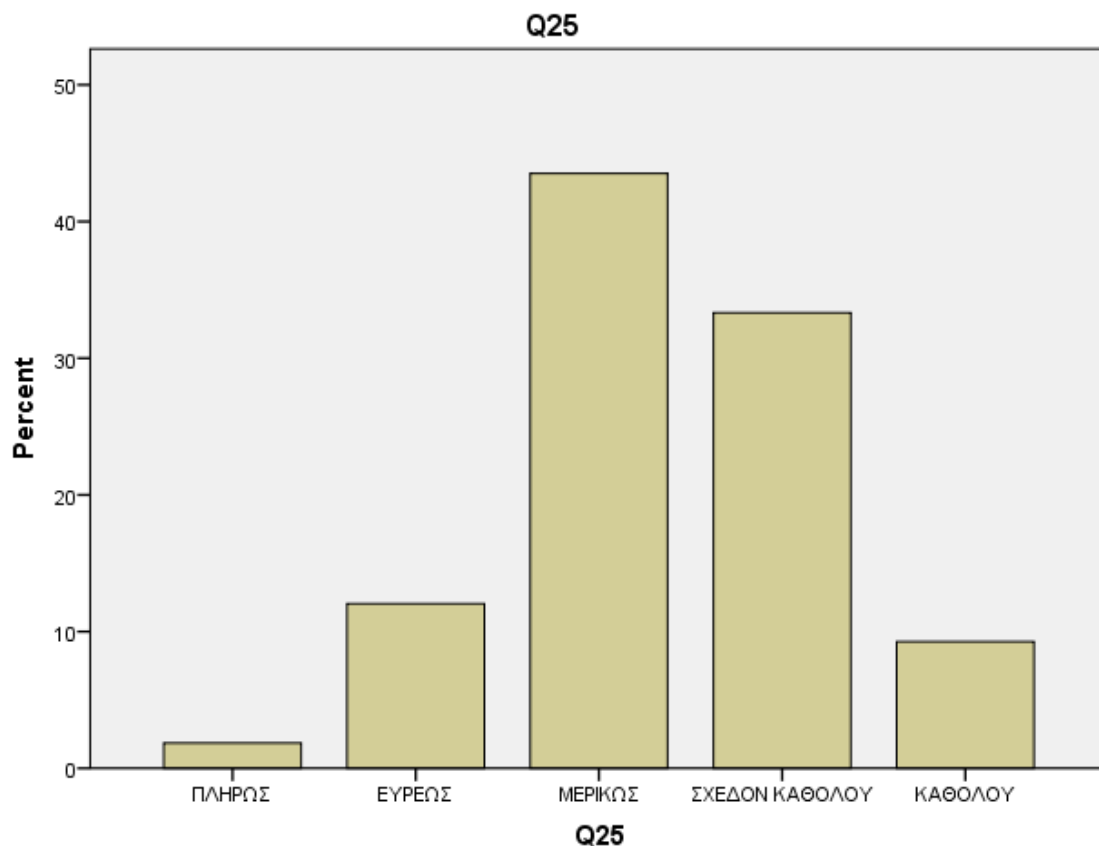
Στη συνέχεια ερευνήθηκαν οι τρόποι με τους οποίους θεωρούν οι συμμετέχοντες στην έρευνα πως μπορούν να ενημερωθούν περαιτέρω σχετικά τόσο με την πρόληψη όσο και με την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας – βουλιμίας. Οι νοσηλευτές – σαν καίρια ειδικότητα που μπορεί να βοηθήσει και να συνεισφέρει σημαντικά στην πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση των ασθενών που πάσχουν από αυτές τις διατροφικές διαταραχές, μπορούν να χρησιμοποιήσουν κάποιον από τους παρακάτω τρόπους ώστε να μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη αλλά και να αναγνωρίσουν τα προβλήματα και τις ανάγκες των ασθενών, να προγραμματίσουν, εφαρμόσουν και αξιολογήσουν την νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών. Μερικοί από τους τρόπους αυτούς είναι:

- Συμμετοχή σε διεθνή και εγχώρια συνέδρια
- Συμμετοχή σε σεμινάρια και ημερίδες
- Άρθρα στον έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο
- Διαδίκτυο

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, σε ποσοστό 61,1%, θεωρούν πως οι νοσηλευτές πρέπει να φροντίζουν να ενημερώνονται για αυτά τα θέματα με όλους τους παραπάνω τρόπους, αναγνωρίζοντας έτσι πως είναι εξαιρετικά σημαντικό να φροντίζουν οι νοσηλευτές να ενημερώνονται με κάθε τρόπο για την εξέλιξη των δύο αυτών ασθενειών, αλλά και για τα νέα ερευνητικά δεδομένα, έτσι ώστε να έχουν καλύτερη εικόνα για τους τρόπους νοσηλευτικής παρέμβασης αλλά και αντιμετώπισης αυτών των ασθενών.

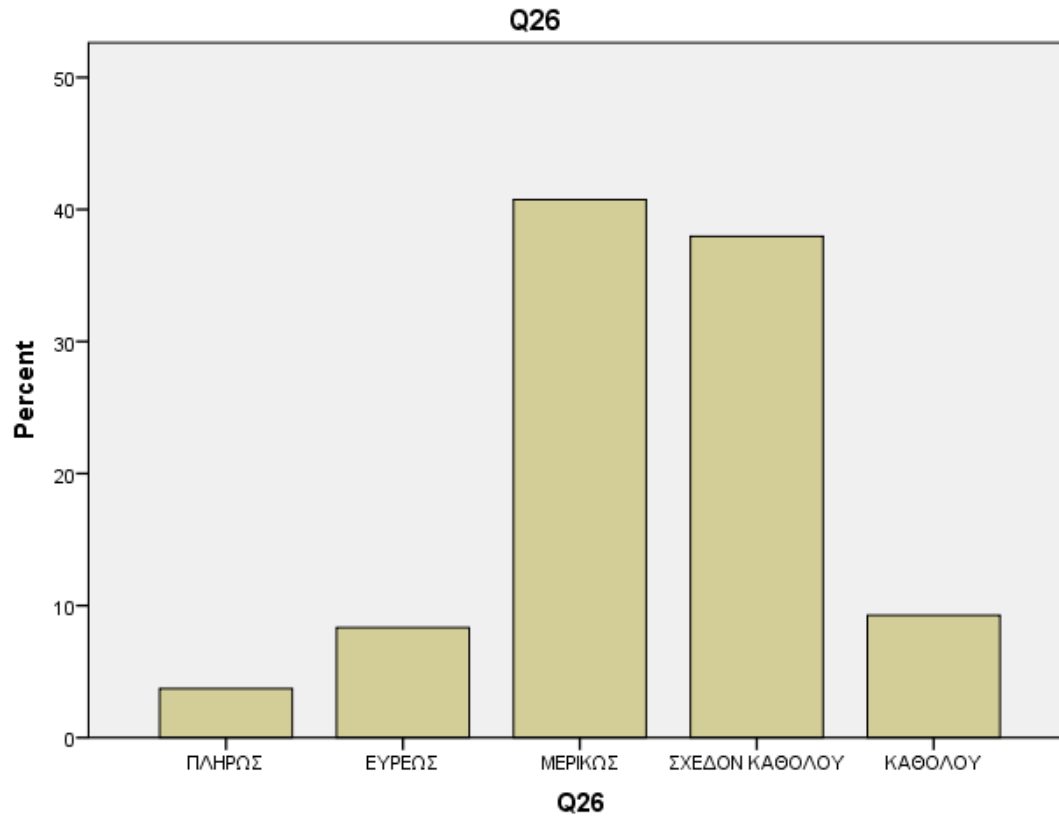
Έλεγχος του βαθμού επάρκειας της διδακτικής ύλης της Νοσηλευτικής σχολής του ΤΕΙ Πατρών, στα θέματα της ψυχογενούς ανορεξίας – ψυχογενούς βουλιμίας.

Στην τελευταία ενότητα του ερευνητικού μέρους, και με τις ερωτήσεις 25 – 30, ελέγχεται κατά πόσο η διδακτική ύλη της σχολής που σπουδάζουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα, έχει δώσει επαρκή εφόδια στους σπουδαστές ώστε να φροντίσουν για την πρόληψη, την εφαρμογή πλάνου φροντίδας, την αξιολόγηση των αναγκών και των προβλημάτων των ασθενών, τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, και την εφαρμογή του, και τέλος την αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία ή βουλιμία.



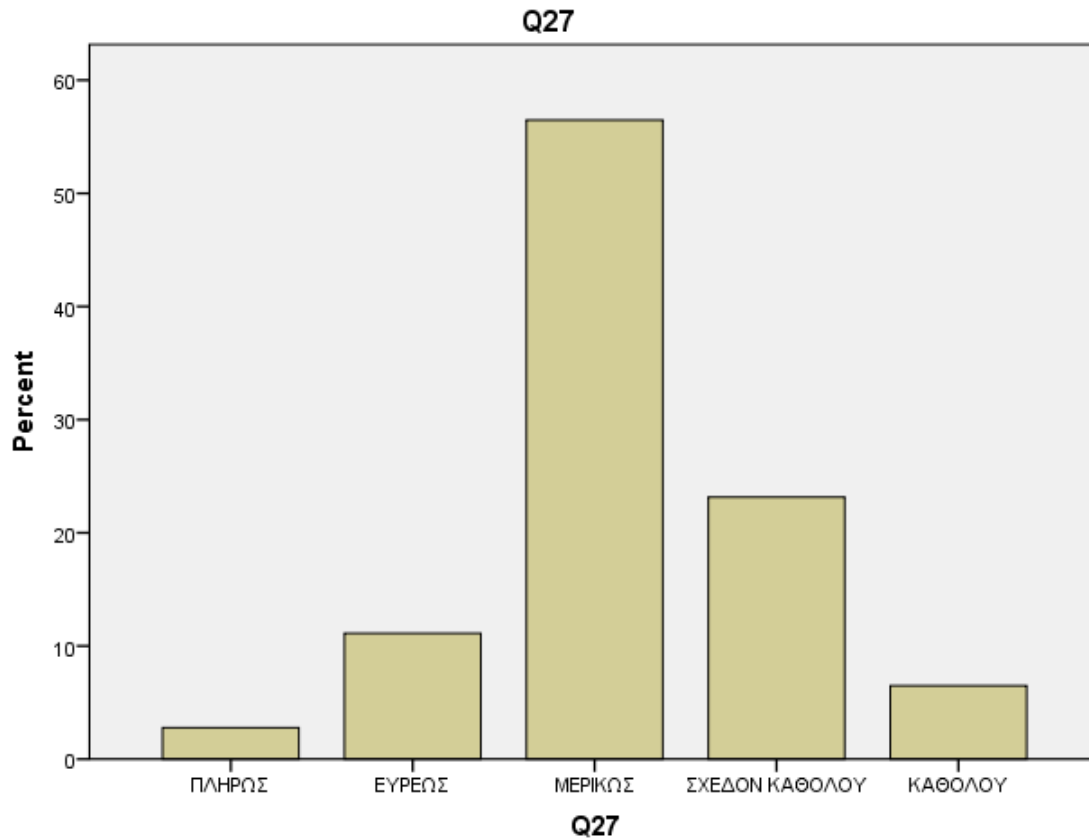
Διάγραμμα 14: Απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με το αν η διδακτική ύλη της σχολής που φοιτούν τους έχει δώσει πληροφορίες σχετικά με την πρόληψη της νευρικής ανορεξίας και της νευρικής βουλιμίας.

Στην ερώτηση που αφορά στο αν οι συμμετέχοντες στην έρευνα πιστεύουν πως η διδακτική ύλη της σχολής που φοιτούν τους έχει δώσει πληροφορίες σχετικά με την πρόληψη της νευρικής ανορεξίας και νευρικής βουλιμίας, το 43,5% απαντά πως αυτό έχει συμβεί μερικώς, ενώ το 33,3% υποστηρίζει πως η σχολή τους παρέχει σχεδόν καθόλου πληροφορίες για την πρόληψη των δύο ασθενειών (Διάγραμμα 14).



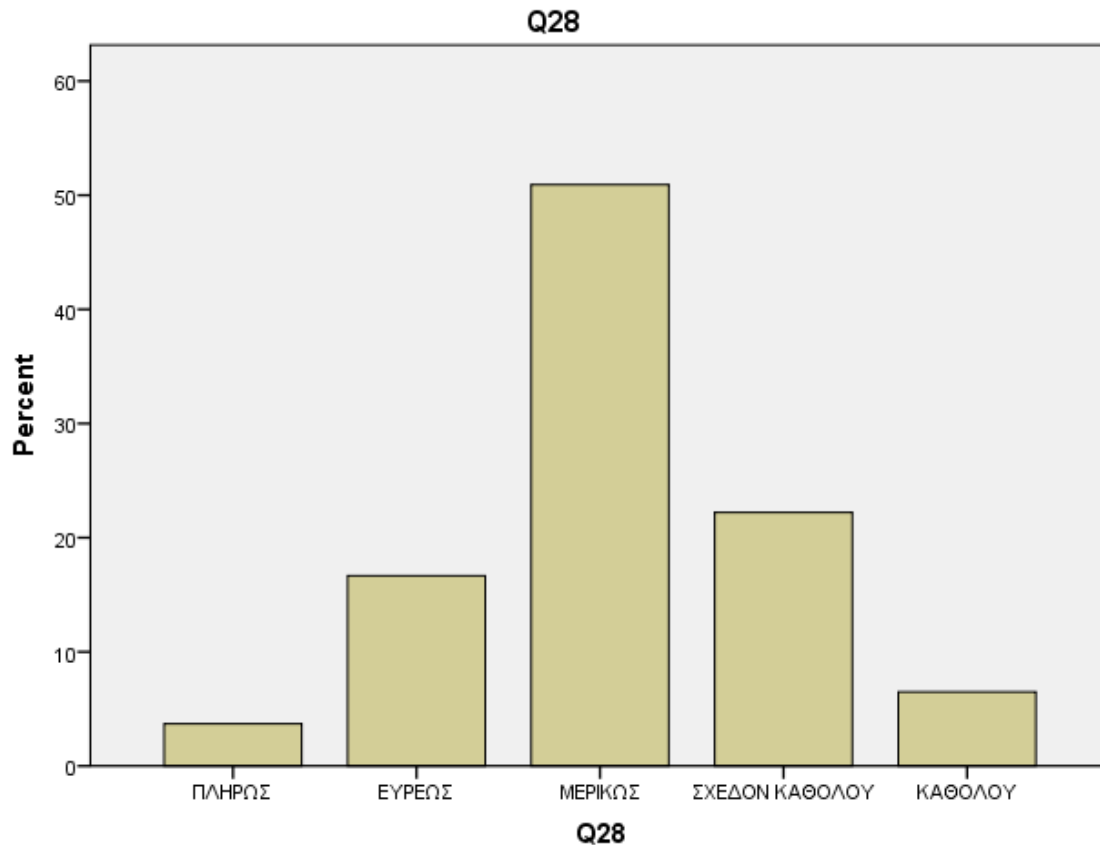
Διάγραμμα 15: Απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με το αν η διδακτική ύλη της σχολής που φοιτούν τους έχει δώσει επαρκή εφόδια για την εφαρμογή πλάνου φροντίδας σε ασθενείς με νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία.

Παρόμοιες απόψεις είχαν οι ερωτηθέντες και στην ερώτηση 26 που αφορούσε το αν η διδακτική ύλη της σχολής που φοιτούν τους έχει δώσει επαρκή εφόδια για την εφαρμογή πλάνου φροντίδας σε ασθενείς με νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία. Το 40,7% έχει μερική γνώση του/των πλάνου/πλάνων φροντίδας που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν σε ασθενείς που πάσχουν από τις παραπάνω διατροφικές διαταραχές, ενώ το 38% έχει σχεδόν καμία γνώση για το θέμα αυτό (Διάγραμμα 15).



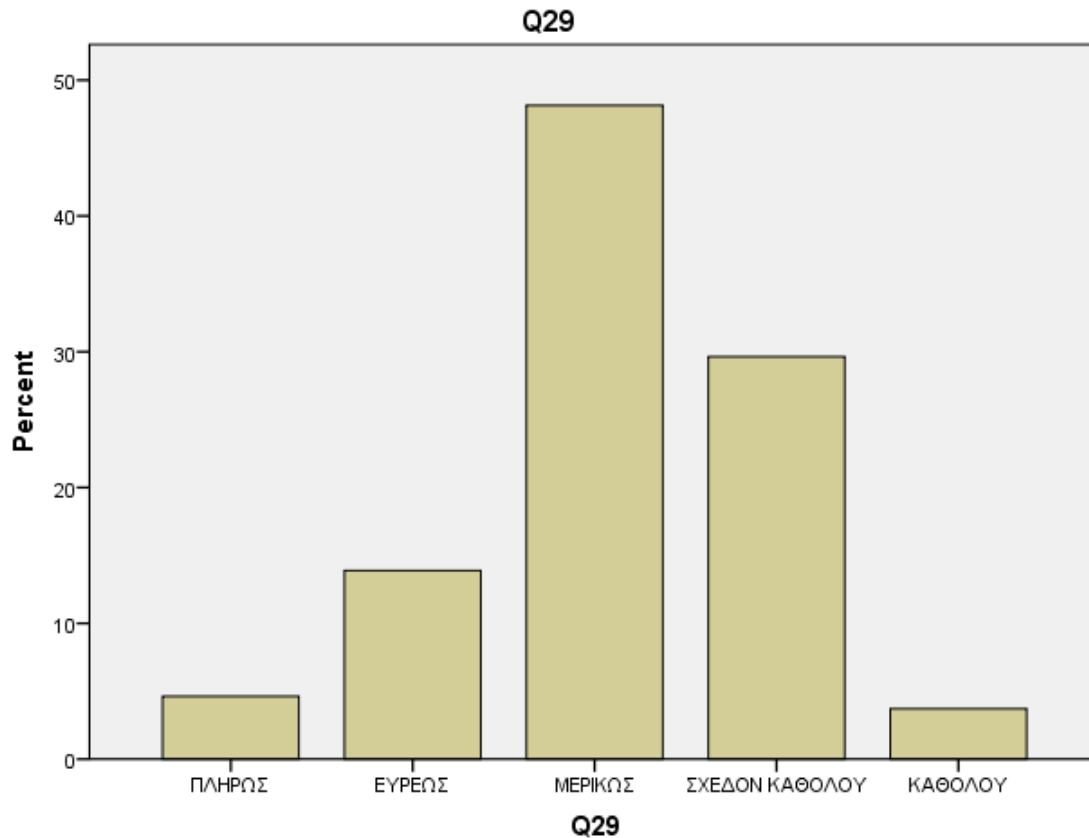
Διάγραμμα 16: Απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με το αν η διδακτική ύλη της σχολής τους έχει δώσει τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να αξιολογήσουν τις ανάγκες και τα προβλήματα των ασθενών που πάσχουν από νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία.

Το 56,7% των ερωτηθέντων υποστηρίζει πως έχει μερική γνώση για το πώς θα αξιολογήσει τα προβλήματα και τις ανάγκες των ασθενών που πάσχουν από νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία (Διάγραμμα 16). Το γεγονός αυτό συνάδει και με τα δύο προηγούμενα διαγράμματα, καθώς δεν φαίνεται η διδακτική ύλη της σχολής τους να παρέχει τις απαιτούμενες πληροφορίες είτε σε θεωρητικό επίπεδο είτε σε πρακτικό επίπεδο, ώστε να αξιολογήσουν την κατάσταση αυτών των ασθενών με σκοπό να κατασκευάσουν το κατάλληλο πλάνο φροντίδας προσαρμοσμένο στις ανάγκες τους.



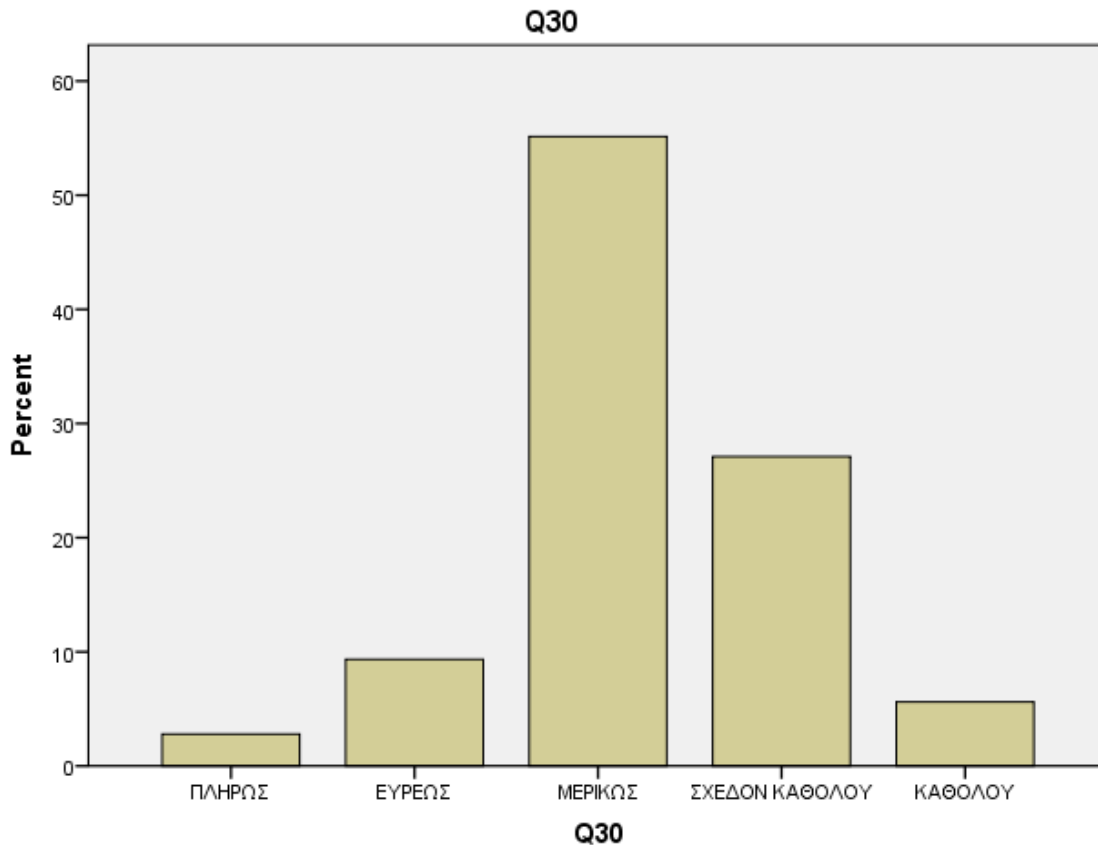
Διάγραμμα 17: Απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με το αν η διδακτική ύλη της σχολής που φοιτούν τους έχει δώσει τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να προγραμματίσουν πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς που πάσχουν από νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία.

Το ίδιο συμπέρασμα προκύπτει και από την ερώτηση 28 που αφορά στο κατά πόσο οι ερωτηθέντες του δείγματος πιστεύουν ότι η διδακτική ύλη της σχολής που φοιτούν είναι σε θέση να παρέχει στους σπουδαστές τις απαιτούμενες γνώσεις για τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών που πάσχουν από τις εν λόγω διατροφικές διαταραχές. Σε ποσοστό 50,9% οι σπουδαστές πιστεύουν πως έχουν μερική γνώση για τον προγραμματισμό νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών που πάσχουν από νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία (Διάγραμμα 17).



Διάγραμμα 18: Απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με το αν η διδακτική ύλη της σχολής που φοιτούν τους έχει δώσει τα απαραίτητα εφόδια ώστε να είναι σε θέση να εφαρμόσουν κάποιο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενείς που πάσχουν από νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία.

Στην ερώτηση 29 εξετάζεται το αν και κατά πόσο οι σπουδαστές και μελλοντικοί νοσηλευτές είναι σε θέση να εφαρμόσουν κάποιο πρόγραμμα σε ασθενείς που πάσχουν από νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία. Τα αποτελέσματα (Διάγραμμα 18) δείχνουν πως 48,1% των ερωτηθέντων έχουν μερική γνώση για την εφαρμογή ενός προγράμματος γεγονός που ενισχύεται και από τις προηγούμενες απαντήσεις για την επάρκεια της διδακτικής ύλης της σχολής που φοιτούν, στο θέμα των διατροφικών διαταραχών.



Διάγραμμα 19: Απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με το αν η διδακτική ύλη της σχολής που φοιτούν τους έχει δώσει τα απαραίτητα εφόδια ώστε να αξιολογήσουν τη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς που πάσχουν από νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία.

Τέλος, στην ερώτηση 30 ελέγχθηκε το κατά πόσο ένας σπουδαστής έχοντας τα εφόδια της διδακτικής ύλης της σχολής που φοιτά, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο, να αξιολογήσει με επιτυχία τη φροντίδα ενός ασθενή που πάσχει από νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία. Και εδώ, σε ποσοστό 54,6%, οι σπουδαστές θεωρούν πως έχουν μερική γνώση της αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών αυτών (Διάγραμμα 19).

Στις περιπτώσεις που εξετάσθηκαν παρουσίασε ενδιαφέρον μια περίπτωση συμμετέχουσας η οποία ήταν η ίδια ασθενής που έπασχε από νευρική ανορεξία. Η ίδια δηλώνει πως ξεπέρασε την ασθένεια με την πολύτιμη βοήθεια της οικογένειάς της. Σε μια περαιτέρω ανάλυση των απαντήσεών της, μπορούμε να διαπιστώσουμε πως ως πνευματική διαταραχή της νευρικής ανορεξίας εμφανίζεται η κατάθλιψη, στο θέμα της συμβουλευτικής υποστήριξης προτείνεται ο γιατρός – παρόλο που έχει δηλώσει πως ξεπέρασε την ασθένεια με τη συμβολή της οικογένειάς της. Τα παραπάνω στοιχεία μας οδηγούν σε ένα πρόχειρο συμπέρασμα πως οι διαστάσεις της ασθένειας είναι μεγάλες και μόνο με την αναζήτηση βοήθειας στον γιατρό μπορεί να αντιμετωπιστεί σωστά, αλλά τίποτα δεν μπορεί να αλλάξει χωρίς την συμβολή των οικείων των ασθενών. Η πρώην ασθενής αναφέρει ότι οι λόγοι που οδηγούν στην εμφάνιση της ασθένειας είναι κυρίως ψυχολογικοί και συναισθηματικοί, γεγονός που είναι ιδιαίτερα σημαντικό στο να δοθεί στην ασθένεια ο χαρακτηρισμός της ως ψυχογενής, και φυσικά ένα σημείο το οποίο χρήζει περαιτέρω έρευνας. Σχετικά με τις παρεμβάσεις για την πρόληψη της νευρικής ανορεξίας, θεωρεί πιο σημαντική αυτή που εμπλέκει τον ψυχολογικό παράγοντα, δηλαδή, τις ασκήσεις αυτοεκτίμησης. Τέλος, θεωρεί ότι η διδακτική ύλη της σχολής που η ίδια φοιτά δεν παρέχει στους σπουδαστές τις απαιτούμενες γνώσεις ώστε να μπορούν να

αξιολογήσουν τις ανάγκες και τα προβλήματα των ασθενών, να μπορούν να προγραμματίσουν και να εφαρμόσουν πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα εργασία είχε σκοπό να ερευνήσει το κατά πόσο οι σπουδαστές του τμήματος Νοσηλευτικής, του ΤΕΙ Πατρών, λαμβάνουν τα κατάλληλα εφόδια από την διδακτική ύλη της σχολής στην οποία φοιτούν, είτε σε θεωρητικό είτε σε πρακτικό επίπεδο, ώστε να είναι σε θέση να:

- Αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας, καθώς και τα χαρακτηριστικά τους γνωρίσματα και τις διαφορές τους.
- Έχουν γνώση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των δύο αυτών διατροφικών διαταραχών, ώστε να μπορούν να αναγνωρίζουν τα πρώτα σημάδια των νόσων, βοηθώντας έτσι την πρωτογενή πρόληψη αλλά και την ιατρική βοήθεια.
- Γνωρίζουν τους παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας και της νευρικής βουλιμίας ώστε να μπορούν να παρέμβουν επαρκώς σε δευτερογενές επίπεδο, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο.
- Γνωρίζουν τους τρόπους αντιμετώπισης αυτών των ασθενειών, καθώς και τον ρόλο των εμπλεκόμενων επιστημονικών κλάδων (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, ιατροί, νοσηλεύτες) καθώς και της οικογένειας.
- Γνωρίζουν τις παρεμβάσεις που είναι δυνατό να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των ασθενών που πάσχουν από νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία και να ενημερώνονται διαρκώς με κάθε τρόπο για τα νέα επιστημονικά και ερευνητικά δεδομένα.

Σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα τα αποτελέσματα των δεδομένων που προέκυψαν από τις ερωτήσεις 5 – 16, οι οποίες ερευνούσαν την γενικότερη γνώση των φοιτητών σχετικά με την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία, έδειξαν πως οι σπουδαστές έχουν μερική γνώση – έως καμία των συμπτωμάτων της νευρικής ανορεξίας και της βουλιμίας, ενώ παράλληλα φάνηκε πως δεν μπορούν να αναγνωρίσουν τις διαφορές μεταξύ τους. Συσχετιζόμενες με το φύλο, και το έτος σπουδών δεν παρουσιάστηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά που σημαίνει πως γυναίκες και άνδρες έχουν την ίδια γνώση για το θέμα.

Τα αποτελέσματα από την εξέταση των δεδομένων που προέκυψαν από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 7 – 21, οι οποίες αποσκοπούσαν να ερευνηθούν τη γνώση των φοιτητών σχετικά με τη συχνότητα διάδοσης της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας καθώς και για τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά, έδειξαν πως οι σπουδαστές επηρεασμένοι από την ελλιπή ή λανθασμένη πληροφόρηση, δεν ήταν σε θέση να διακρίνουν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ασθενειών καθώς επίσης και τα χαρακτηριστικά των ομάδων με μεγάλη συχνότητα διάδοσης των ασθενειών.

Για τα αποτελέσματα της τρίτης ερευνητικής υπόθεσης, η οποία αφορούσε στην γνώση των φοιτητών σχετικά με τους τρόπους πρόληψης της ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας και ερευνήθηκε μέσω των ερωτήσεων 22 – 25, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως διαισθητικά οι σπουδαστές ταξινόμησαν τις διάφορες παρεμβάσεις προς την κατεύθυνση της πρόληψης, με κριτήριο τον ψυχολογικό παράγοντα, ενώ ισχυρίστηκαν πως είναι σημαντική η διαρκής ενημέρωση των νοσηλευτών για τις διατροφικές διαταραχές.

Τέλος, στον έλεγχο της τέταρτης ερευνητικής υπόθεσης, η οποία σχετιζόταν ειδικότερα με το κατά πόσο οι φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Πατρών έχουν τα εφόδια να προγραμματίσουν και να εφαρμόσουν κατάλληλο πλάνο φροντίδας ασθενών που πάσχουν από νευρική ανορεξία – νευρική βουλιμία (ερωτήσεις 26 – 30), τα αποτελέσματα έδειξαν πως η διδακτική ύλη της σχολής, παρέχει μερική γνώση για το σύνολο του αντικειμένου, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο.

Η παρούσα έρευνα δεν ήταν δυνατό να συγκριθεί με κάποια άλλη αντίστοιχη έρευνα καθώς δεν έχει λάβει χώρα στην Ελλάδα, κάτι παρόμοιο. Ωστόσο θα μπορούσαμε να πούμε πως τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης είναι ιδιαίτερα χρήσιμα καθώς:

- Παρουσιάζουν την παρούσα κατάσταση όσον αφορά τη διδακτική ύλη της σχολής, σε συνδυασμό με τις απόψεις και τις πεποιθήσεις των σπουδαστών σε σχέση με τον ρόλο των νοσηλευτών απέναντι στην νευρική ανορεξία και την νευρική βουλιμία.
- Παρουσιάζουν τις πολλαπλές πτυχές του ρόλου των νοσηλευτών στην πρόληψη και αντιμετώπιση των ασθενειών αυτών όπως έχει τονιστεί ως ιδιαίτερα σημαντικός από την βιβλιογραφία.
- Παρουσιάζουν την ελλιπή ή λανθασμένη ενημέρωση, γενικότερα, που έχουν οι σπουδαστές για τις διατροφικές διαταραχές.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γυναίκες και στους άνδρες ερωτηθέντες επί του θέματος, τόσο για την γενικότερη γνώση των συμπτωμάτων, των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών και των τρόπων αντιμετώπισης της νευρικής ανορεξίας και της νευρικής βουλιμίας, αλλά και ανάμεσα στα διαφορετικά έτη σπουδών, γεγονός που σημαίνει πως η διδακτική ύλη της σχολής δεν είναι σε θέση να καλύψει τα θέματα που σχετίζονται με τις δυο ασθένειες, και να προετοιμάσει κατάλληλα τους σπουδαστές ώστε να μπορούν να αναγνωρίσουν τα σημάδια των νόσων, να προγραμματίσουν, να εφαρμόσουν και να αξιολογήσουν κάποια νοσηλευτική φροντίδα η οποία να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τα προβλήματα του κάθε ασθενούς.

Θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον αν η έρευνα αυτή διεξαγόταν σε διαφορετικά Τεχνολογικά Ιδρύματα της χώρας, και με ένα μεγαλύτερο και ευρύτερο δείγμα ώστε να μπορούν να προκύψουν συγκρίσιμα μεγέθη που θα προσδιόριζαν μια καλύτερη εικόνα της επάρκειας του γνωστικού επιπέδου των μελλοντικών νοσηλευτών για τις διατροφικές διαταραχές, και ιδιαίτερα της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας, τόσο σε πρακτικό επίπεδο, όσο και σε ένα ευρύτερο επίπεδο που θα αφορά την καθολική φροντίδα του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της ψυχολογικής υποστήριξης, της αμέριστης συνεργασίας με τους γονείς και τους ιατρούς, της πλήρους κατάρτισης των ιδιαίτερων τρόπων που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των ασθενών.

Όπως τονίστηκε παραπάνω, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ιδιαίτερα σημαντικός, από την αναγνώριση του προβλήματος, την συναισθηματική στήριξη και ψυχολογική βοήθεια των ασθενών, μέχρι την παροχή σωστής, άσπογα προγραμματισμένης νοσηλευτικής φροντίδας, που σε συνδυασμό με τις υποδείξεις των ιατρών και την συμβολή της οικογένειας είναι δυνατό να βοηθήσει σημαντικά στην πλήρη ανατροπή των κακών δεδομένων και ίαση των ασθενών. Εκτός από την καλή θέληση, την υπομονή, την ευγένεια και την επιμονή στο στόχο του ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει τα απαραίτητα εφόδια προς αυτή την κατεύθυνση και η σχολή η οποία φοιτά είναι υπεύθυνη τουλάχιστον μέχρι την αποφοίτησή του. Από εκεί και πέρα, ο ίδιος θα πρέπει να φροντίζει διαρκώς για την επιμόρφωση και κατάρτισή του με σκοπό να είναι πάντοτε ενημερωμένος για τα νέα ερευνητικά δεδομένα που θα του παρέχουν καινούριες πληροφορίες έτσι ώστε να είναι σε θέση να προσαρμόζει τη νοσηλευτική διεργασία στα δεδομένα αυτά.

Εν κατακλείδι θα μπορούσαμε να παρατηρήσουμε πως για να αναδειχθεί ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας θα πρέπει η διδακτική ύλη της σχολής να συμπεριλάβει περισσότερα και πιο ενημερωμένα προγράμματα κατάρτισης των φοιτητών της, ώστε να είναι σε θέση να αναλάβουν με επιτυχία τον προγραμματισμό του συνόλου της νοσηλευτικής διεργασίας των ασθενών που πάσχουν από νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Attia E, Walsh T (2009) Behavioral management for anorexia nervosa. *The New England Journal of Medicine*; 360: 500-506.
- Crisafulli MA et al (2008) Attitudes towards anorexia nervosa: the impact of framing on blame and stigma. *International Journal of Eating Disorders*; 41: 4, 333-339.
- Dallos, R. & Denford, S. (2008) A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical Child Psychology* 13, 305-322.
- Δαουτόπουλος, Γ. (1994). *Μεθοδολογία Κοινωνικών Ερευνών στον Αγροτικό Χώρο* (2η έκδ.). Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.
- DSM – III – R (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D.C. American Psychiatric Association.
- DSM – IV (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D.C. American Psychiatric Association.
- DSM – V (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D.C. American Psychiatric Association.
- Fox, J. (2009) A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: A basic emotion and developmental perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 16, 276-302.
- Glauert R et al (2009) Body dissatisfaction and the effects of perceptual exposure on body norms and ideals. *International Journal of Eating Disorders*; 42: 443-452.
- Golden. N., Jacobson, M., Sterling, W. & Hertz, S. (2008) Treatment goal weight in adolescents with anorexia nervosa: Use of BMI percentiles. *International Journal of Eating Disorders* 41(4) 301-306.
- Gomez Joan Dr. *How to Cope with Bulimia*, Press Sheldon.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturio, K. & Treasure, J. (2009) Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 16, 348-356.
- Honey, A., Broughtwood, D. Clarke, S., Halse, C., Kohn, M. & Madden, S. (2008) Support for parents of children with anorexia: What parents want. *Eating Disorders* 16, 40-51.
- Kalapatapu R.K., (2008) Bulimia. www.emedicine.medscape.com
- Karpowicz E et al (2009) Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*; 18: 5, 318-325.
- Kyriacou, O., Easter, A. & Tchanturia, K. (2009) Comparing views of patients, parents and clinicians on emotions in anorexia: A qualitative study. *Journal of Health Psychology* 14, 843-854.
- Lund, B., Hernandez, E., Yates, W., Mitchell, J. Mckee, P. & Johnson, C. (2009) Rate of inpatient weight restoration predicts outcome in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 42(4) 301-305.
- Ma, J. (2008) Patients' perspective on family therapy for anorexia nervosa: A qualitative inquiry in a Chinese context. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy* 29(1) 10-16/
- MacLaren V, Best LA (2009) Female students' disordered eating and the big five personality facets. *Eating Behaviors*; 10: 192-195.

- Mayo Clinic Staff, Jan. 15, 2008 for Medical Education and Research (MF MER) (www.mayoclinic.com).
- Nursing and Midwifery Council (2008) *The Code. Standards of Conduct, Performance and Ethics for Nurses and Midwives*. London: NMC. tinyurl.com/nmc-code
- Paris J (2009) The treatment of borderline personality disorder: implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*; 5: 277-290.
- Sim, L. Homme, J., Lteif, A., Vande Voort, J., Schak, K. & Ellingson, J. (2009) Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 42(6) 531-539.
- Snell L et al (2010) Maintaining a therapeutic connection: nursing in an inpatient eating disorder unit. *Journal of Clinical Nursing*; 19: 3-4, 351-358.
- Soanes, C. & Stevenson, A. (eds) (2008) *Concise Oxford English Dictionary* 11th edn. Revised. Oxford University Press, Great Clarendon Street, Oxford, Ox2 6DP.
- Thiels C (2008) Forced treatment of patients with anorexia. *Current Opinion in Psychiatry*; 21: 5, 495-498.
- Tierney S (2008) The individual within a condition: a qualitative study of young people's reflections on being treated for anorexia nervosa. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*; 13: 368-375.
- Vanderlinden J (2008) Many roads lead to Rome: Why does cognitive behavioral therapy remain unsuccessful for many eating disorder patients? *European Eating Disorders Review*; 16: 329-333.
- van Ommen J et al (2009) Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective. *Journal of Clinical Nursing*; 18: 20, 2801-2808.
- Wright KM (2010) Therapeutic relationship: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. *International Journal of Mental Health Nursing*; 19: 154-161.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Ερωτηματολόγιο

Η αφιέρωση λίγου χρόνου για τη συμπλήρωση του επισυναπτόμενου ερωτηματολογίου αποτελεί ουσιαστική συμβολή στην έρευνα, κύριος σκοπός της οποίας είναι η καταγραφή της υπάρχουσας κατάστασης για το ερευνώμενο αντικείμενο που έχει ως τίτλο «Ψυχογενής Ανορεξία – Ψυχογενής Βουλιμία», σύμφωνα με την οπτική των Νοσηλευτών. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν απαιτεί την καταχώρηση προσωπικών σας στοιχείων, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται κατά 100% η ανωνυμία των συμμετεχόντων.

Ευχαριστούμε πολύ για την συμμετοχή σας

Σπουδάστριες: Τσιλιβήτα Ολυμπία

Χριστοπούλου Χριστίνα

Χρυσανθακοπούλου Αικατερίνη

Στις παρακάτω ερωτήσεις συμπληρώστε ή επιλέξτε κατάλληλα τα πεδία.

1. Φύλο		2. Ηλικία	3. Έτος σπουδών
Ανδρας <input type="checkbox"/>	Γυναίκα <input type="checkbox"/>		
4. Τόπος μόνιμης κατοικίας	Α. Πόλη <input type="checkbox"/> Β. Κωμόπολη <input type="checkbox"/> Γ. Χωριό <input type="checkbox"/>		

5. Πόσο ενημερωμένοι θεωρείτε ότι είστε για τα συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας/βουλιμίας;

Πλήρως	Ευρέως	Μερικώς	Σχεδόν καθόλου	Καθόλου

6. Ποιά από τα παρακάτω αναγνωρίζετε ως σημάδια ή συμπτώματα της νευρικής ανορεξίας ; (Δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων)

A. Προφανής, γρήγορη και δραματική απώλεια βάρους	
B. Συνεχείς αυξομειώσεις βάρους	
Γ. Χρησιμοποιούν καθαρτικά, διαιτητικά χάπια, εμετικά, διουρητικά ή πηγαίνουν γρήγορα στο μπάνιο μετά τα γεύματα για να προκαλέσουν οι ίδιοι εμετό στον εαυτό τους και να αποβάλλουν τις περιττές θερμίδες	
Δ. Θεωρούν τους εαυτούς τους υπέρβαρους ακόμη και αν οι άλλοι τους λένε ότι είναι υπερβολικά αδύνατοι	
E. Αφυδάτωση και υποκαλεμία οι οποίες προκαλούνται από τους συχνούς εμετούς	
ΣΤ. κανένα από τα παραπάνω	
Z. Όλα τα παραπάνω	
H. Δεν γνωρίζω	

7. Ποια από τα παρακάτω αναγνωρίζετε ως σημάδια ή συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας ; (Δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων)

A. Φόβος μήπως πάρουν κιλά ή γίνουν υπέρβαροι	
B. Τα μάγουλα τους μπορεί να είναι πρησμένα εξαιτίας της μεγέθυνσης των σιελογόνων αδένων που προκαλείται από την υπερβολική και συχνή πρόκληση εμετού	

Γ. Διογκωμένοι αδένες κάτω από το σαγόι	
Δ. Συνεχείς αυξομειώσεις βάρους	
Ε. Αφυδάτωση και υποκαλιαμία οι οποίες προκαλούνται από τους συχνούς εμετούς	
ΣΤ. κανένα από τα παραπάνω	
Ζ. Όλα τα παραπάνω	
Η. Δεν γνωρίζω	

8. Ποια από τα παρακάτω αναγνωρίζετε σαν επιπλοκές της νευρικής ανορεξίας / βουλιμίας (Δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων);

Α. Θάνατος	
Β. Αναιμία	
Γ. Καρδιαγγειακά προβλήματα	
Δ. Φθορά των οστών	
Ε. Πνευμονολογικά προβλήματα	
ΣΤ. Απώλεια εμμήνου ρήσης στις γυναίκες	
Ζ. Μείωση τεστοστερόνης στους άνδρες	
Η. Γαστρικά και νεφρικά προβλήματα	
Θ. Όλα τα παραπάνω	
Ι. Άλλο	

9. Ποια από τα παρακάτω αναγνωρίζετε σαν πνευματικές διαταραχές της νευρικής ανορεξίας / βουλιμίας (Δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων);

Α. Κατάθλιψη	
Β. Διαταραχές συναισθήματος	
Γ. Διαταραχές προσωπικότητας	
Δ. Κατάχρηση φαρμάκων	
Ε. Όλα τα παραπάνω	
ΣΤ. Άλλο	

10. Με ποιον /ποιους τρόπους έχετε ενημερωθεί για την νευρική ανορεξία / βουλιμία (Δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων);

A. Από το ΑΤΕΙ	
B. Από την τηλεόραση	
Γ. Από τον τύπο	
Δ. Από το διαδίκτυο	
E. Από το σχολείο	
ΣΤ. Από την οικογένεια	
Z. Όλα τα παραπάνω	
H. Άλλο (προσδιορίστε)	
Θ. Δεν έχω ενημέρωση	

11. Γνωρίζετε κάποια περίπτωση συγγενικού ή φιλικού σας προσώπου που έπασχε ή πάσχει από νευρική ανορεξία ή βουλιμία;

A. Ναι B. Όχι

12. Σε περίπτωση που γνωρίζετε μια σχετική περίπτωση γνωστού σας προσώπου που έπασχε ή πάσχει από νευρική ανορεξία ή βουλιμία, γνωρίζετε αν θεραπεύτηκε ή αν βρίσκεται υπό θεραπευτική αγωγή; Και αν ναι, με ποιόν τρόπο;

A.....
.....
.....

B. Δεν γνωρίζω

13. Σε ποιόν θα απευθυνόσασταν για συμβουλευτική υποστήριξη εάν συνέβαινε σε σας;

A. Οικογένεια	
B. Φίλοι	
Γ. Γιατρός	
Δ. Διαδίκτυο	
E. Ψυχολόγος	

14. Πόσο ενημερωμένοι θεωρείτε ότι είστε για τους τρόπους αντιμετώπισης της νευρικής ανορεξίας/ βουλιμίας;

Πλήρως	Ευρέως	Μερικώς	Σχεδόν καθόλου	Καθόλου

15. Ποιοι πιστεύετε ότι είναι οι λόγοι που οδηγούν στην εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας / βουλιμίας (Δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων);

A. Κοινωνικοί	
B. Ψυχολογικοί	
Γ. Συναισθηματικοί	
Δ. Ψυχοσωματικοί	
E. Όλα τα παραπάνω	
ΣΤ. Άλλο	

16. Ποιοι πιστεύετε πως είναι οι κατάλληλοι τρόποι για την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας / βουλιμίας (Δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων);

A. Ψυχολογική υποστήριξη	
--------------------------	--

B. Νοσοκομειακή περίθαλψη	
Γ. Φαρμακευτική αγωγή	
Δ. Βοήθεια στο σπίτι	
Ε. Όλα τα παραπάνω	
ΣΤ. Άλλο	

17. Η νευρική ανορεξία εμφανίζεται πιο συχνά:

- A. Στους άνδρες
- B. Στις γυναίκες
- Γ. Δεν πιστεύω ότι υπάρχει διάκριση ως προς το φύλο

18. Η νευρική ανορεξία / νευρική βουλιμία εμφανίζεται πιο συχνά:

- A. Στους εφήβους
- B. Στα πρώτα χρόνια της 3^{ης} δεκαετίας
- Γ. Είναι ανεξάρτητη από την ηλικία

19. Η ψυχογενής ανορεξία / βουλιμία έχει μεγαλύτερη συχνότητα διάδοσης μεταξύ ατόμων:

- A. Καυκάσιας φυλής
- B. Αφρικανών
- Γ. Ασιατών
- Δ. Ισπανόφωνων (Λατίνων)
- Ε. Δεν υπάρχει διάκριση ως προς τη φυλή

20. Η ψυχογενής ανορεξία / βουλιμία είναι πιο διαδεδομένη:

A. Στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις

B. Στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις

Γ. Δεν υπάρχει διάκριση ως προς την κοινωνική τάξη

21. Τα ποσοστά εμφάνισης νευρικής ανορεξίας / βουλιμίας είναι υψηλά σε άτομα με ενασχόληση με συγκεκριμένα επαγγέλματα (χορός, μόντελινγκ, αθλήματα όπως δρόμοι μεγάλων αποστάσεων, κολύμβηση, ρυθμική και ενόργανη γυμναστική)

Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω

22. Η πρόληψη της νευρικής ανορεξίας / βουλιμίας σχετίζεται με την ενημέρωση όλων σχετικά με τα σημάδια των νόσων και την αναγνώριση του προβλήματος

Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν γνωρίζω

23. Ταξινομήστε τις παρακάτω παρεμβάσεις για την πρόληψη της νευρικής ανορεξίας/ βουλιμίας ως προς το βαθμό σημαντικότητάς τους (βαθμολογία 1= πολύ υψηλή, 2= υψηλή, 3= μέτρια, 4= χαμηλή, 5=πολύ χαμηλή)

Ενημερωτικά φυλλάδια	Βίντεο	Διδακτικά ή ψυχοεπιμορφωτικά προγράμματα μέσω Η/Υ	Ασκήσεις αυτοεκτίμησης	Εκλαϊκευμένα προγράμματα με τη βοήθεια των ΜΜΕ

24. Με ποιούς τρόπους οι νοσηλευτές μπορούν να ενημερωθούν περαιτέρω σχετικά τόσο με την πρόληψη όσο κ την αντιμετώπιση της νευρικής ανορεξίας/βουλιμίας (Δυνατότητα πολλαπλών απαντήσεων);

A. Συνέδρια	
-------------	--

Β. Ημερίδες	
Γ. Άρθρα	
Δ. Διαδίκτυο	
Ε. Όλα τα παραπάνω	
ΣΤ. Άλλο	

25. Κατά πόσο πιστεύετε ότι η διδακτική ύλη της σχολής σας έχει δώσει πληροφορίες σχετικά με την πρόληψη της νευρικής ανορεξίας / βουλιμίας

Πλήρως	Ευρέως	Μερικώς	Σχεδόν καθόλου	Καθόλου

26. Η διδακτική ύλη της σχολής σας έχει δώσει επαρκή εφόδια για την εφαρμογή πλάνου φροντίδας σε ασθενείς με νευρική ανορεξία / βουλιμία

Πλήρως	Ευρέως	Μερικώς	Σχεδόν καθόλου	Καθόλου

27. Η διδακτική ύλη της σχολής παρέχει στον νοσηλευτή τις απαιτούμενες γνώσεις ώστε να μπορεί να αξιολογήσει τις ανάγκες και τα προβλήματα ενός ασθενή που πάσχει από νευρική ανορεξία/βουλιμία

Πλήρως	Ευρέως	Μερικώς	Σχεδόν καθόλου	Καθόλου

28. Η διδακτική ύλη της σχολής παρέχει στον νοσηλευτή τις απαιτούμενες γνώσεις ώστε να μπορεί να προγραμματίσει τη νοσηλευτική φροντίδα ενός ασθενή που πάσχει από νευρική ανορεξία/βουλιμία

Πλήρως	Ευρέως	Μερικώς	Σχεδόν καθόλου	Καθόλου

29. Η διδακτική ύλη της σχολής παρέχει στον νοσηλευτή τις απαιτούμενες γνώσεις ώστε να μπορεί να εφαρμόσει κάποιο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας σε ασθενή που πάσχει από νευρική ανορεξία/βουλιμία

Πλήρως	Ευρέως	Μερικώς	Σχεδόν καθόλου	Καθόλου

30. Η διδακτική ύλη της σχολής παρέχει στον νοσηλευτή τις απαιτούμενες γνώσεις ώστε να μπορεί να αξιολογήσει την φροντίδα ενός ασθενή που πάσχει από νευρική ανορεξία/βουλιμία

Πλήρως	Ευρέως	Μερικώς	Σχεδόν καθόλου	Καθόλου

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Στατιστικοί πίνακες αποτελεσμάτων

Statistics

Q1

N	Valid	108
	Missing	0
Mean		,79
Std. Deviation		,411

Q1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΔΡΑΣ	23	21,3	21,3	21,3
	ΓΥΝΑΙΚΑ	85	78,7	78,7	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Statistics

Q2

N	Valid	108
	Missing	0
Mean		22,2130
Std. Deviation		3,49111
Range		30,00
Minimum		19,00
Maximum		49,00

Q2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 19,00	9	8,3	8,3	8,3
20,00	24	22,2	22,2	30,6
21,00	17	15,7	15,7	46,3
22,00	23	21,3	21,3	67,6
23,00	14	13,0	13,0	80,6
24,00	8	7,4	7,4	88,0
25,00	6	5,6	5,6	93,5
26,00	1	,9	,9	94,4
27,00	1	,9	,9	95,4
28,00	1	,9	,9	96,3
30,00	2	1,9	1,9	98,1
31,00	1	,9	,9	99,1
49,00	1	,9	,9	100,0
Total	108	100,0	100,0	

Statistics

Q3

N	Valid	108
	Missing	0
Mean		3,5000
Std. Deviation		1,24180
Range		5,00
Minimum		1,00
Maximum		6,00

Q3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1,00	4	3,7	3,7	3,7
2,00	19	17,6	17,6	21,3
3,00	35	32,4	32,4	53,7
4,00	26	24,1	24,1	77,8

5,00	17	15,7	15,7	93,5
6,00	7	6,5	6,5	100,0
Total	108	100,0	100,0	

Statistics

Q4

N	Valid	108
	Missing	0
Mean		1,4815
Std. Deviation		,71671
Range		2,00
Minimum		1,00
Maximum		3,00
Percentiles	25	1,0000
	50	1,0000
	75	2,0000

Q4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΛΗ	70	64,8	64,8
	ΚΩΜΟΠΟΛΗ	24	22,2	87,0
	ΧΩΡΙΟ	14	13,0	100,0
	Total	108	100,0	100,0

Statistics

Q5

N	Valid	108
	Missing	0
Mean		2,8889
Std. Deviation		,77741
Range		4,00
Minimum		1,00
Maximum		5,00
Percentiles	25	3,0000
	50	3,0000

75	3,0000
----	--------

Q5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΠΛΗΡΩΣ	5	4,6	4,6	4,6
ΕΥΡΕΩΣ	20	18,5	18,5	23,1
ΜΕΡΙΚΩΣ	69	63,9	63,9	87,0
ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΟΛΟΥ	10	9,3	9,3	96,3
ΚΑΘΟΛΟΥ	4	3,7	3,7	100,0
Total	108	100,0	100,0	

Statistics

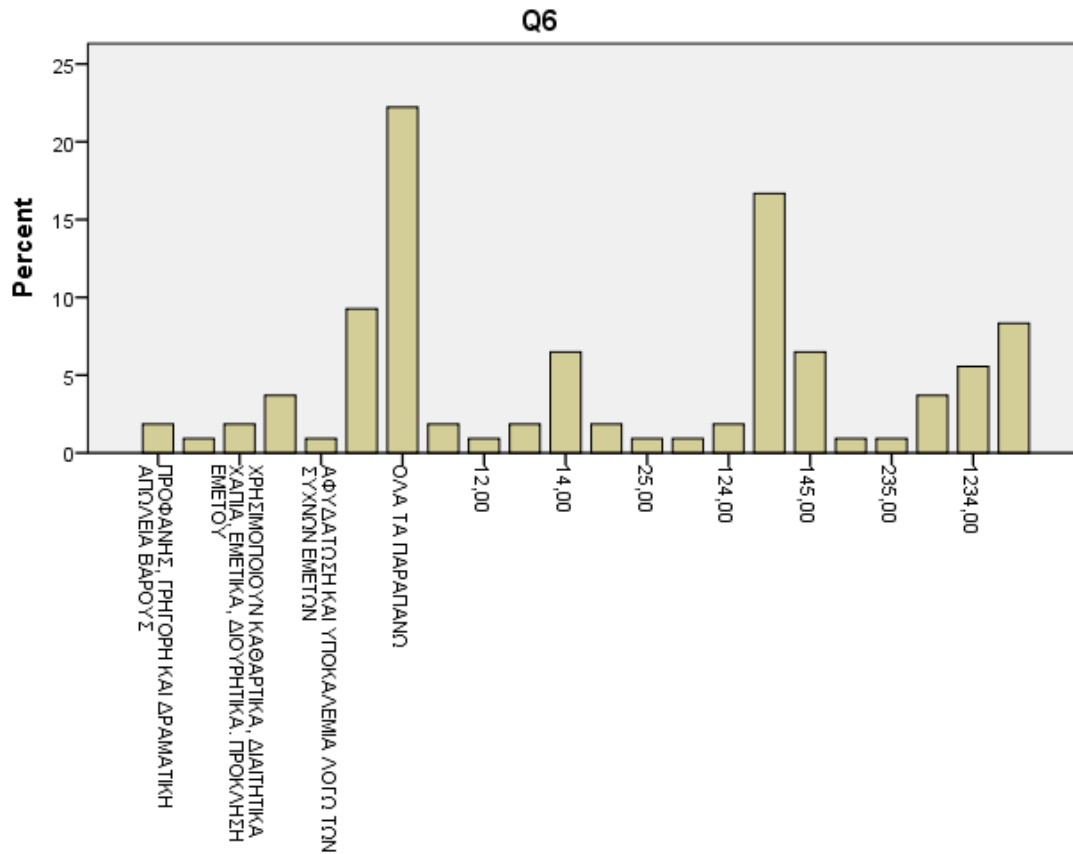
Q6

N	Valid	108
	Missing	0
Mean		236,4167
Std. Deviation		437,43531
Range		1344,00
Minimum		1,00
Maximum		1345,00
Percentiles	25	7,0000
	50	14,0000
	75	145,0000

Q6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΠΡΟΦΑΝΗΣ, ΓΡΗΓΟΡΗ ΚΑΙ ΔΡΑΜΑΤΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ	2	1,9	1,9	1,9
ΣΥΝΕΧΕΙΣ ΑΥΞΟΜΕΙΩΣΕΙΣ ΒΑΡΟΥΣ	1	,9	,9	2,8

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ				
ΚΑΘΑΡΤΙΚΑ, ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΑ				
ΧΑΠΙΑ, ΕΜΕΤΙΚΑ,	2	1,9	1,9	4,6
ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ. ΠΡΟΚΛΗΣΗ				
ΕΜΕΤΟΥ				
ΘΕΩΡΟΥΝ ΤΟΥΣ				
ΕΑΥΤΟΥΣ ΤΟΥΣ	4	3,7	3,7	8,3
ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ				
ΑΦΥΔΑΤΩΣΗ ΚΑΙ				
ΥΠΟΚΑΛΕΜΙΑ ΛΟΓΩ ΤΩΝ	1	,9	,9	9,3
ΣΥΧΝΩΝ ΕΜΕΤΩΝ				
ΚΑΝΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ	10	9,3	9,3	18,5
ΠΑΡΑΠΑΝΩ				
ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	24	22,2	22,2	40,7
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	2	1,9	1,9	42,6
12,00	1	,9	,9	43,5
13,00	2	1,9	1,9	45,4
14,00	7	6,5	6,5	51,9
15,00	2	1,9	1,9	53,7
25,00	1	,9	,9	54,6
34,00	1	,9	,9	55,6
124,00	2	1,9	1,9	57,4
134,00	18	16,7	16,7	74,1
145,00	7	6,5	6,5	80,6
234,00	1	,9	,9	81,5
235,00	1	,9	,9	82,4
345,00	4	3,7	3,7	86,1
1234,00	6	5,6	5,6	91,7
1345,00	9	8,3	8,3	100,0
Total	108	100,0	100,0	



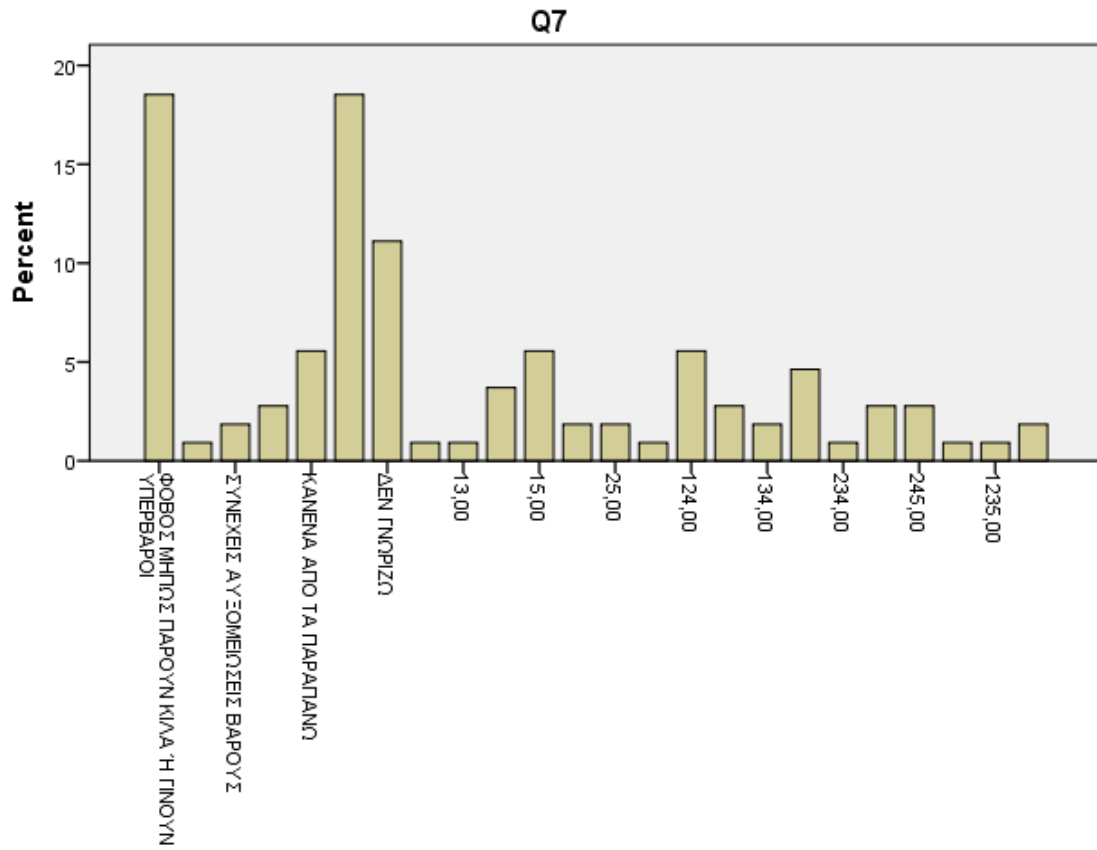
Statistics

Q7

N	Valid	108
	Missing	0
Mean		86,7130
Std. Deviation		237,28878
Range		1244,00
Minimum		1,00
Maximum		1245,00
Percentiles	25	6,0000
	50	8,0000
	75	101,5000

Q7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent



Q7

Statistics

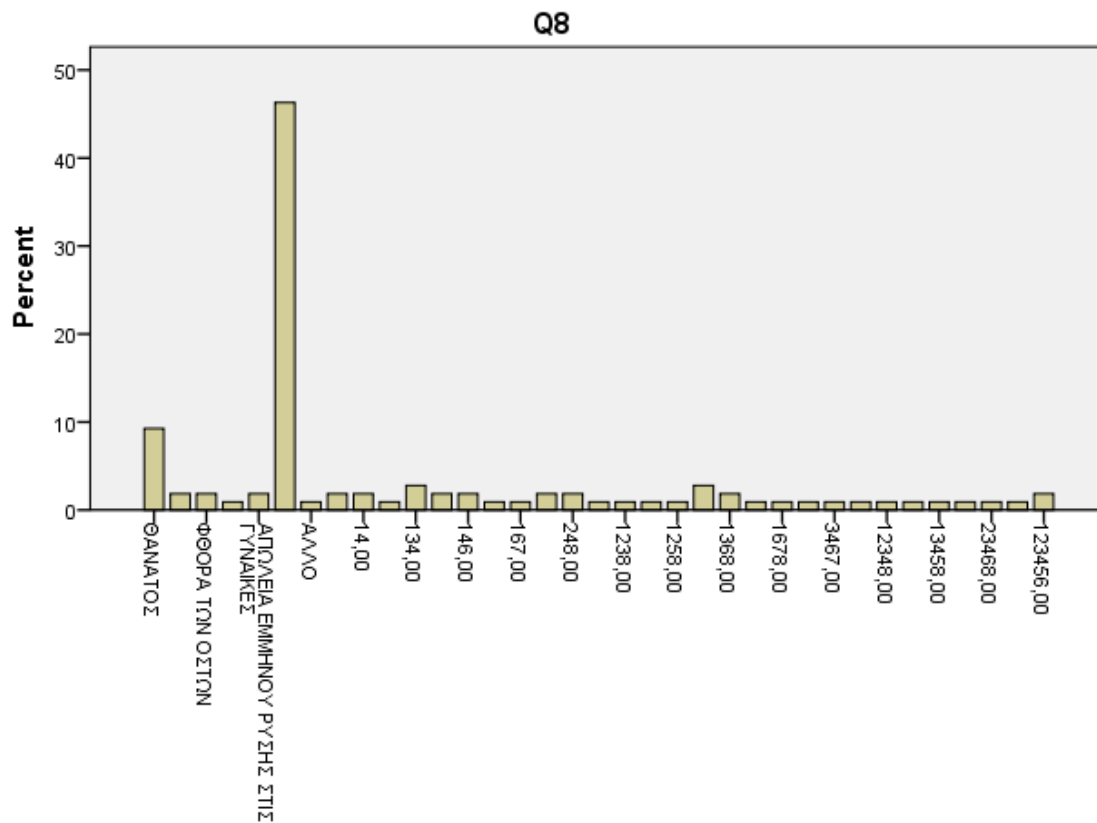
Q8

N	Valid	108
	Missing	0
Mean		3460,2037
Std. Deviation		17047,30786
Range		123455,00
Minimum		1,00
Maximum		123456,00
Percentiles	25	9,0000
	50	9,0000
	75	164,2500

Q8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΘΑΝΑΤΟΣ	10	9,3	9,3	9,3
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	2	1,9	1,9	11,1
ΦΘΟΡΑ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ	2	1,9	1,9	13,0
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	1	,9	,9	13,9
ΑΠΩΛΕΙΑ ΕΜΜΗΝΟΥ ΡΥΣΗΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	2	1,9	1,9	15,7
ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	50	46,3	46,3	62,0
ΑΛΛΟ	1	,9	,9	63,0
13,00	2	1,9	1,9	64,8
14,00	2	1,9	1,9	66,7
36,00	1	,9	,9	67,6
134,00	3	2,8	2,8	70,4
136,00	2	1,9	1,9	72,2
146,00	2	1,9	1,9	74,1
156,00	1	,9	,9	75,0
167,00	1	,9	,9	75,9
168,00	2	1,9	1,9	77,8
Valid 248,00	2	1,9	1,9	79,6
258,00	1	,9	,9	80,6
1238,00	1	,9	,9	81,5
1248,00	1	,9	,9	82,4
1258,00	1	,9	,9	83,3
1268,00	3	2,8	2,8	86,1
1368,00	2	1,9	1,9	88,0
1458,00	1	,9	,9	88,9
1678,00	1	,9	,9	89,8
2367,00	1	,9	,9	90,7
3467,00	1	,9	,9	91,7
3678,00	1	,9	,9	92,6
12348,00	1	,9	,9	93,5
12468,00	1	,9	,9	94,4
13458,00	1	,9	,9	95,4
14578,00	1	,9	,9	96,3
23468,00	1	,9	,9	97,2
24568,00	1	,9	,9	98,1
123456,00	2	1,9	1,9	100,0

Total	108	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------



Q8

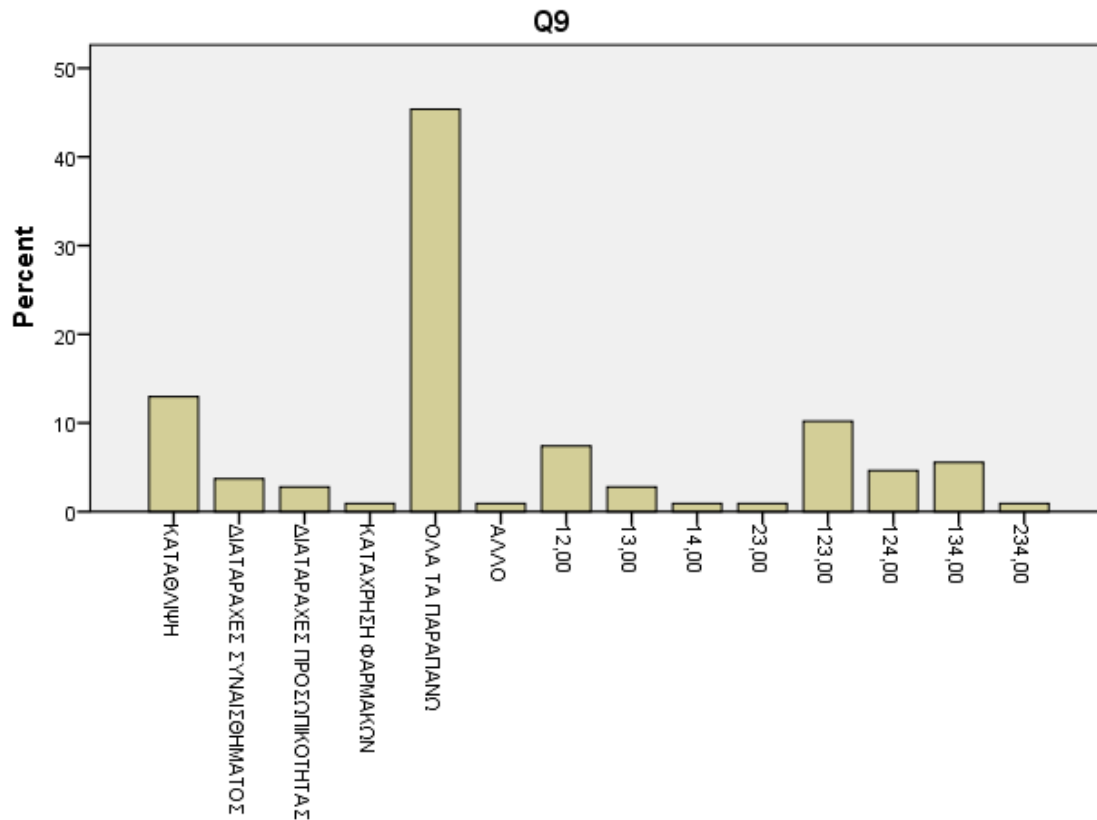
Statistics

Q9

N	Valid	108
	Missing	0
Mean		32,1204
Std. Deviation		52,78093
Range		233,00
Minimum		1,00
Maximum		234,00
Percentiles	25	5,0000
	50	5,0000
	75	13,0000

Q9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	14	13,0	13,0	13,0
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ	4	3,7	3,7	16,7
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	3	2,8	2,8	19,4
ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	1	,9	,9	20,4
ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	49	45,4	45,4	65,7
ΑΛΛΟ	1	,9	,9	66,7
Valid 12,00	8	7,4	7,4	74,1
13,00	3	2,8	2,8	76,9
14,00	1	,9	,9	77,8
23,00	1	,9	,9	78,7
123,00	11	10,2	10,2	88,9
124,00	5	4,6	4,6	93,5
134,00	6	5,6	5,6	99,1
234,00	1	,9	,9	100,0
Total	108	100,0	100,0	



Q9

Statistics

Q10

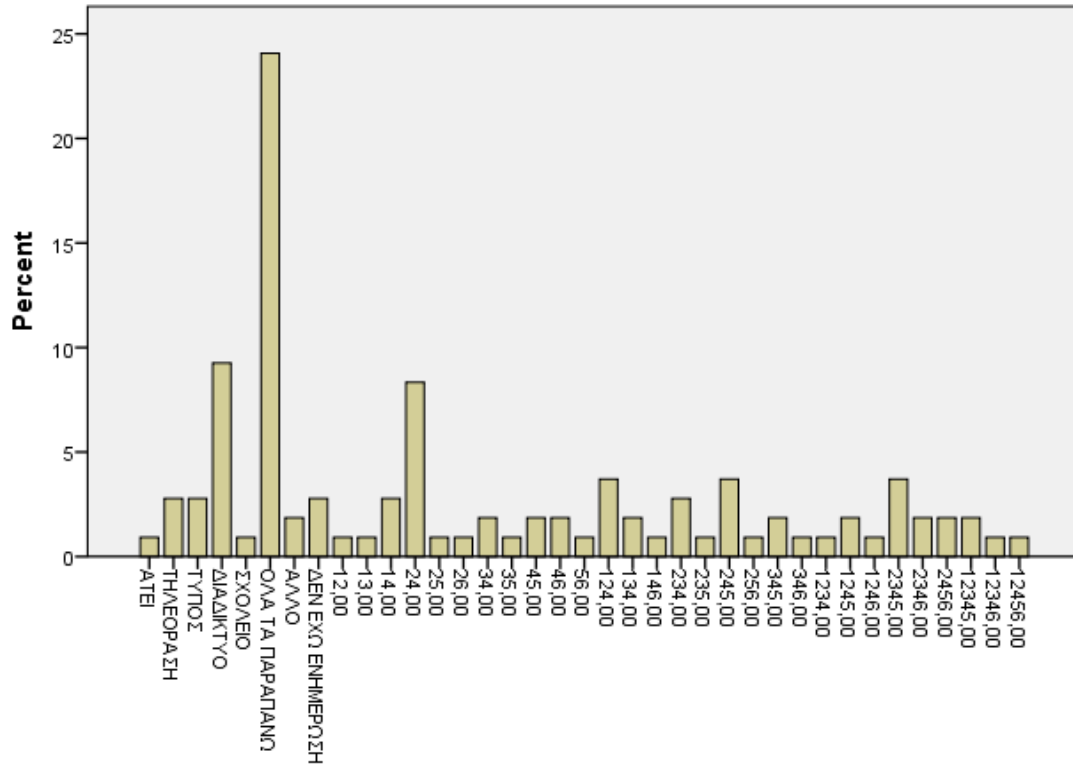
N	Valid	108
	Missing	0
Mean		727,0926
Std. Deviation		2382,85659
Range		12455,00
Minimum		1,00
Maximum		12456,00
Percentiles	25	7,0000
	50	19,0000
	75	234,0000

Q10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

ΑΤΕΙ	1	,9	,9	,9
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	3	2,8	2,8	3,7
ΤΥΠΟΣ	3	2,8	2,8	6,5
ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	10	9,3	9,3	15,7
ΣΧΟΛΕΙΟ	1	,9	,9	16,7
ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	26	24,1	24,1	40,7
ΆΛΛΟ	2	1,9	1,9	42,6
ΔΕΝ ΕΧΩ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ	3	2,8	2,8	45,4
12,00	1	,9	,9	46,3
13,00	1	,9	,9	47,2
14,00	3	2,8	2,8	50,0
24,00	9	8,3	8,3	58,3
25,00	1	,9	,9	59,3
26,00	1	,9	,9	60,2
34,00	2	1,9	1,9	62,0
35,00	1	,9	,9	63,0
45,00	2	1,9	1,9	64,8
46,00	2	1,9	1,9	66,7
56,00	1	,9	,9	67,6
Valid 124,00	4	3,7	3,7	71,3
134,00	2	1,9	1,9	73,1
146,00	1	,9	,9	74,1
234,00	3	2,8	2,8	76,9
235,00	1	,9	,9	77,8
245,00	4	3,7	3,7	81,5
256,00	1	,9	,9	82,4
345,00	2	1,9	1,9	84,3
346,00	1	,9	,9	85,2
1234,00	1	,9	,9	86,1
1245,00	2	1,9	1,9	88,0
1246,00	1	,9	,9	88,9
2345,00	4	3,7	3,7	92,6
2346,00	2	1,9	1,9	94,4
2456,00	2	1,9	1,9	96,3
12345,00	2	1,9	1,9	98,1
12346,00	1	,9	,9	99,1
12456,00	1	,9	,9	100,0
Total	108	100,0	100,0	

Q10



Q10

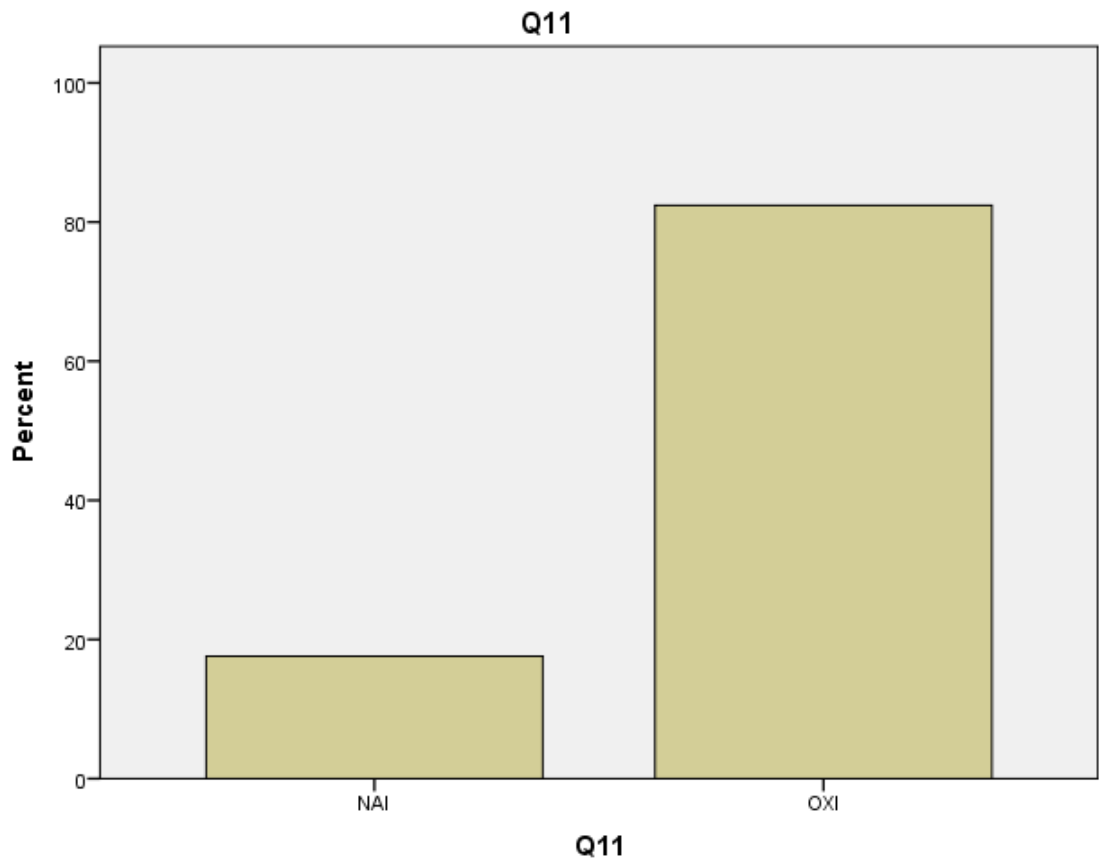
Statistics

Q11

N	Valid	108
	Missing	0
Mean		1,8241
Std. Deviation		,38253
Range		1,00
Minimum		1,00
Maximum		2,00
Percentiles	25	2,0000
	50	2,0000
	75	2,0000

Q11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	19	17,6	17,6	17,6
	OXI	89	82,4	82,4	100,0
	Total	108	100,0	100,0	



Statistics

Q12

N	Valid	108
	Missing	0
Mean		2,7130
Std. Deviation		,68428
Range		2,00
Minimum		1,00
Maximum		3,00

	25	3,0000
Percentiles	50	3,0000
	75	3,0000

Q12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΘΕΡΑΠΕΙΑ	14	13,0	13,0	13,0
	ΘΑΝΑΤΟΣ	3	2,8	2,8	15,7
	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	91	84,3	84,3	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Statistics

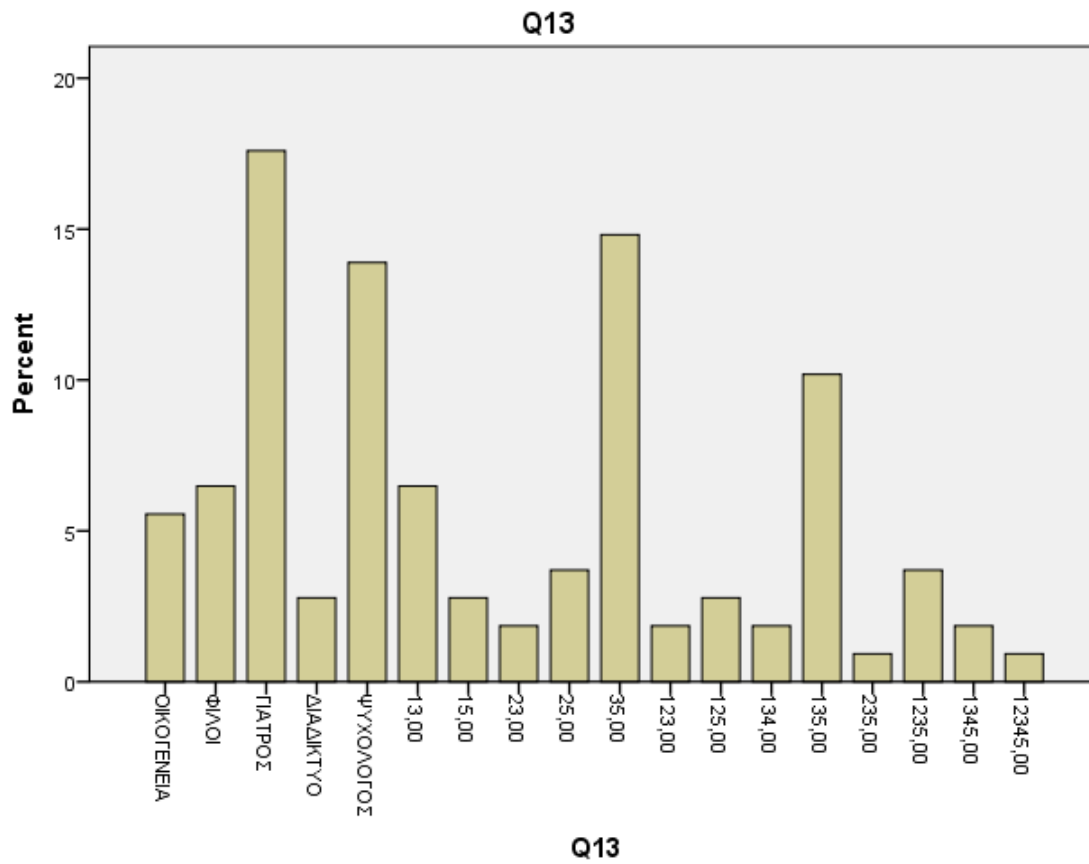
Q13

N	Valid	108
	Missing	0
Mean		218,4259
Std. Deviation		1212,70416
Range		12344,00
Minimum		1,00
Maximum		12345,00
Percentiles	25	3,0000
	50	13,0000
	75	35,0000

Q13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	6	5,6	5,6	5,6
	ΦΙΛΟΙ	7	6,5	6,5	12,0
	ΓΙΑΤΡΟΣ	19	17,6	17,6	29,6
	ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	3	2,8	2,8	32,4
	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	15	13,9	13,9	46,3
	13,00	7	6,5	6,5	52,8
	15,00	3	2,8	2,8	55,6
	23,00	2	1,9	1,9	57,4

25,00	4	3,7	3,7	61,1
35,00	16	14,8	14,8	75,9
123,00	2	1,9	1,9	77,8
125,00	3	2,8	2,8	80,6
134,00	2	1,9	1,9	82,4
135,00	11	10,2	10,2	92,6
235,00	1	,9	,9	93,5
1235,00	4	3,7	3,7	97,2
1345,00	2	1,9	1,9	99,1
12345,00	1	,9	,9	100,0
Total	108	100,0	100,0	



Statistics

Q14

N	Valid	108
	Missing	0
Mean		3,0926
Std. Deviation		,77985
Range		4,00
Minimum		1,00
Maximum		5,00
Percentiles	25	3,0000
	50	3,0000
	75	3,7500

Q14

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΠΛΗΡΩΣ	3	2,8	2,8	2,8
ΕΥΡΕΩΣ	15	13,9	13,9	16,7
ΜΕΡΙΚΩΣ	63	58,3	58,3	75,0
ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΟΛΟΥ	23	21,3	21,3	96,3
ΚΑΘΟΛΟΥ	4	3,7	3,7	100,0
Total	108	100,0	100,0	

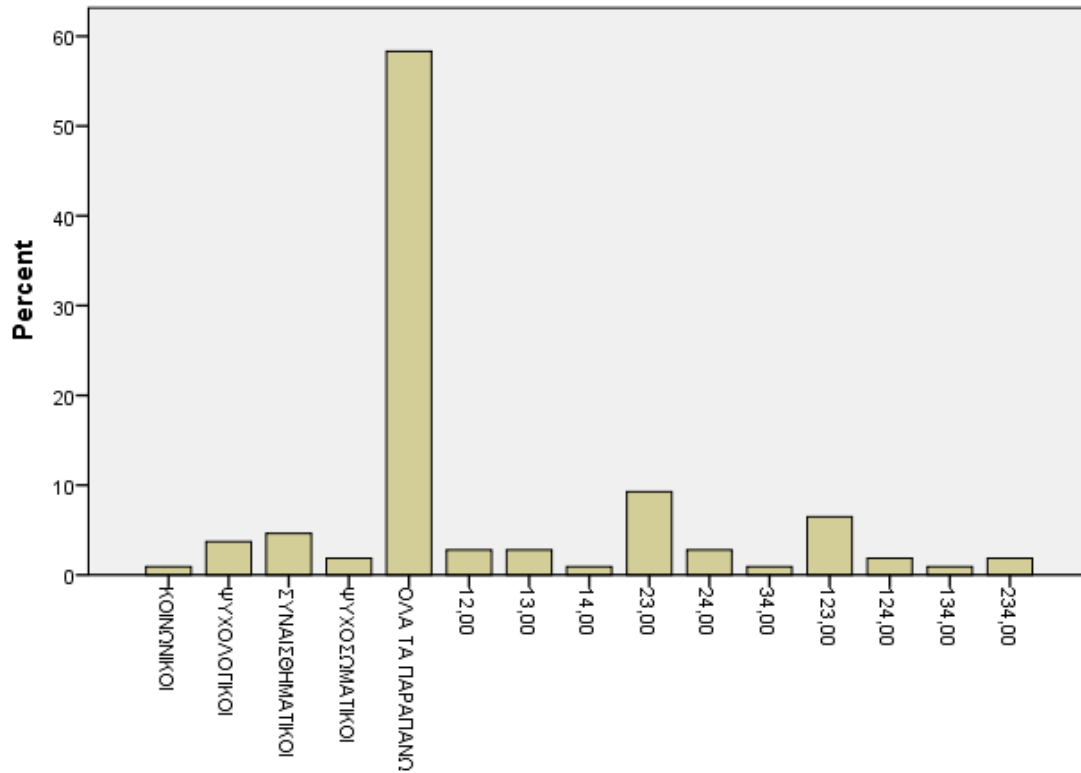
Statistics

	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22
N	Valid	108	108	108	108	108	108	108
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean	22,9907	21,8796	2,1296	1,9444	4,5556	2,4722	1,3426	1,4444
Std. Deviation	45,13893	40,33313	,38893	,97476	1,13840	,84785	,71253	,80109
Range	233,00	133,00	2,00	2,00	4,00	2,00	2,00	2,00
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum	234,00	134,00	3,00	3,00	5,00	3,00	3,00	3,00
Percentiles	25	5,0000	5,0000	2,0000	1,0000	5,0000	2,0000	1,0000
	50	5,0000	5,0000	2,0000	1,5000	5,0000	3,0000	1,0000
	75	13,7500	12,7500	2,0000	3,0000	5,0000	3,0000	1,7500

Q15

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ	1	,9	,9	,9
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ	4	3,7	3,7	4,6
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΙ	5	4,6	4,6	9,3
ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΟΙ	2	1,9	1,9	11,1
ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	63	58,3	58,3	69,4
Valid 12,00	3	2,8	2,8	72,2
13,00	3	2,8	2,8	75,0
14,00	1	,9	,9	75,9
23,00	10	9,3	9,3	85,2
24,00	3	2,8	2,8	88,0
34,00	1	,9	,9	88,9
123,00	7	6,5	6,5	95,4
124,00	2	1,9	1,9	97,2
134,00	1	,9	,9	98,1
234,00	2	1,9	1,9	100,0
Total	108	100,0	100,0	

Q15

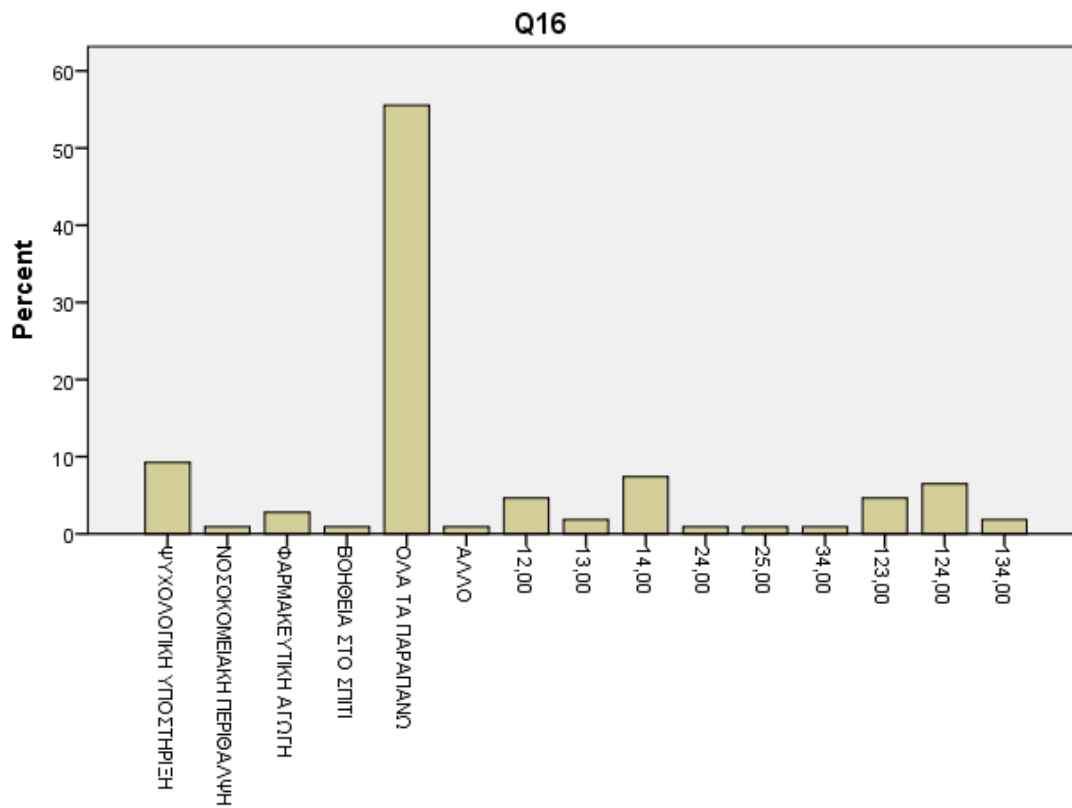


Q15

Q16

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	10	9,3	9,3	9,3
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1	,9	,9	10,2
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	3	2,8	2,8	13,0
ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	1	,9	,9	13,9
Valid ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	60	55,6	55,6	69,4
ΑΛΛΟ	1	,9	,9	70,4
12,00	5	4,6	4,6	75,0
13,00	2	1,9	1,9	76,9
14,00	8	7,4	7,4	84,3
24,00	1	,9	,9	85,2
25,00	1	,9	,9	86,1

34,00	1	,9	,9	87,0
123,00	5	4,6	4,6	91,7
124,00	7	6,5	6,5	98,1
134,00	2	1,9	1,9	100,0
Total	108	100,0	100,0	



Q16

Q17

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ	2	1,9	1,9	1,9
ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	90	83,3	83,3	85,2
Valid ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΦΥΛΟ	16	14,8	14,8	100,0
Total	108	100,0	100,0	

Q18

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ	54	50,0	50,0	50,0
ΣΤΑ ΠΡΩΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ	6	5,6	5,6	55,6
3ης ΔΕΚΑΕΤΙΑΣ				
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ	48	44,4	44,4	100,0
ΗΛΙΚΙΑ				
Total	108	100,0	100,0	

Q19

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΥΚΑΣΙΑ ΦΥΛΗ	6	5,6	5,6	5,6
ΑΦΡΙΚΑΝΟΙ	6	5,6	5,6	11,1
ΑΣΙΑΤΕΣ	2	1,9	1,9	13,0
ΙΣΠΑΝΟΦΩΝΟΙ (ΛΑΤΙΝΟΙ)	2	1,9	1,9	14,8
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΗ	92	85,2	85,2	100,0
ΦΥΛΗ				
Total	108	100,0	100,0	

Q20

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΑΝΩΤΕΡΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ	25	23,1	23,1	23,1
ΤΑΞΕΙΣ				
ΚΑΤΩΤΕΡΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ	7	6,5	6,5	29,6
ΤΑΞΕΙΣ				
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ	76	70,4	70,4	100,0
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΤΑΞΗ				
Total	108	100,0	100,0	

Q21

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ	86	79,6	79,6	79,6

ΔΙΑΦΩΝΩ	7	6,5	6,5	86,1
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	15	13,9	13,9	100,0
Total	108	100,0	100,0	

Q22

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΥΜΦΩΝΩ	81	75,0	75,0	75,0
Valid ΔΙΑΦΩΝΩ	6	5,6	5,6	80,6
Valid ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	21	19,4	19,4	100,0
Total	108	100,0	100,0	

Statistics

		Q23_FYLLADI A	Q23_VIDEO	Q23_DIDAKTI KA_PROGRA MMATA	Q23_ASKISEI S_AYTOEKTI MISIS	Q23_PROGRA MMATA_MME
N	Valid	108	108	108	108	108
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		2,9630	3,2870	2,7500	2,4167	3,6111
Std. Deviation		1,38027	1,15241	1,28343	1,51086	1,44580
Range		4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Minimum		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Percentiles	25	2,0000	3,0000	2,0000	1,0000	2,0000
	50	3,0000	3,0000	2,5000	2,0000	4,0000
	75	4,0000	4,0000	4,0000	4,0000	5,0000

Q23_FYLLADIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΗ	21	19,4	19,4	19,4
	ΥΨΗΛΗ	23	21,3	21,3	40,7
	ΜΕΤΡΙΑ	21	19,4	19,4	60,2
	ΧΑΜΗΛΗ	25	23,1	23,1	83,3
	ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΗ	18	16,7	16,7	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Q23_VIDEO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΗ	9	8,3	8,3	8,3
	ΥΨΗΛΗ	16	14,8	14,8	23,1
	ΜΕΤΡΙΑ	35	32,4	32,4	55,6
	ΧΑΜΗΛΗ	31	28,7	28,7	84,3
	ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΗ	17	15,7	15,7	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Q23_DIDAKTIKA_PROGRAMMATA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΗ	19	17,6	17,6	17,6
	ΥΨΗΛΗ	35	32,4	32,4	50,0
	ΜΕΤΡΙΑ	21	19,4	19,4	69,4
	ΧΑΜΗΛΗ	20	18,5	18,5	88,0
	ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΗ	13	12,0	12,0	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Q23_ASKISEIS_AYTOEKTIMISIS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΗ	47	43,5	43,5	43,5
	ΥΨΗΛΗ	16	14,8	14,8	58,3
	ΜΕΤΡΙΑ	13	12,0	12,0	70,4
	ΧΑΜΗΛΗ	17	15,7	15,7	86,1
	ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΗ	15	13,9	13,9	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Q23_PROGRAMMATA_MME

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΗ	12	11,1	11,1	11,1
	ΥΨΗΛΗ	17	15,7	15,7	26,9
	ΜΕΤΡΙΑ	18	16,7	16,7	43,5
	ΧΑΜΗΛΗ	15	13,9	13,9	57,4
	ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΗ	46	42,6	42,6	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Statistics

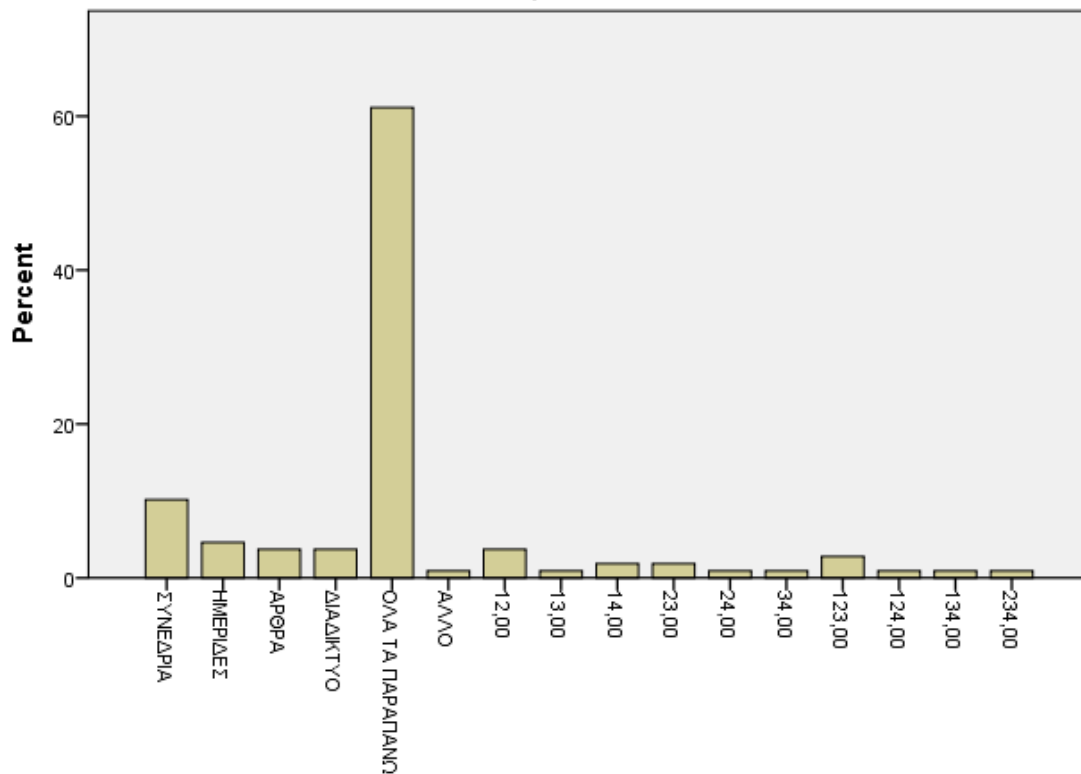
	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	Q30
N	Valid	108	108	108	108	108	107
	Missing	0	0	0	0	0	1
Mean	13,3241	3,3611	3,4074	3,1944	3,1111	3,1389	3,2336
Std. Deviation	33,49510	,88030	,90726	,82551	,88954	,86962	,80774
Range	233,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum	234,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Percentiles	25	5,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000
	50	5,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000
	75	5,0000	4,0000	4,0000	4,0000	4,0000	4,0000

Q24

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	ΣΥΝΕΔΡΙΑ	11	10,2	10,2	10,2
	ΗΜΕΡΙΔΕΣ	5	4,6	4,6	14,8

ΑΡΘΡΑ	4	3,7	3,7	18,5
ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	4	3,7	3,7	22,2
ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	66	61,1	61,1	83,3
ΑΛΛΟ	1	,9	,9	84,3
12,00	4	3,7	3,7	88,0
13,00	1	,9	,9	88,9
14,00	2	1,9	1,9	90,7
23,00	2	1,9	1,9	92,6
24,00	1	,9	,9	93,5
34,00	1	,9	,9	94,4
123,00	3	2,8	2,8	97,2
124,00	1	,9	,9	98,1
134,00	1	,9	,9	99,1
234,00	1	,9	,9	100,0
Total	108	100,0	100,0	

Q24



Q24

Q25

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΠΛΗΡΩΣ	2	1,9	1,9	1,9
ΕΥΡΕΩΣ	13	12,0	12,0	13,9
ΜΕΡΙΚΩΣ	47	43,5	43,5	57,4
ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΟΛΟΥ	36	33,3	33,3	90,7
ΚΑΘΟΛΟΥ	10	9,3	9,3	100,0
Total	108	100,0	100,0	

Q26

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΠΛΗΡΩΣ	4	3,7	3,7	3,7
ΕΥΡΕΩΣ	9	8,3	8,3	12,0
ΜΕΡΙΚΩΣ	44	40,7	40,7	52,8
ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΟΛΟΥ	41	38,0	38,0	90,7
ΚΑΘΟΛΟΥ	10	9,3	9,3	100,0
Total	108	100,0	100,0	

Q27

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΠΛΗΡΩΣ	3	2,8	2,8	2,8
ΕΥΡΕΩΣ	12	11,1	11,1	13,9
ΜΕΡΙΚΩΣ	61	56,5	56,5	70,4
ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΟΛΟΥ	25	23,1	23,1	93,5
ΚΑΘΟΛΟΥ	7	6,5	6,5	100,0
Total	108	100,0	100,0	

Q28

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	ΠΛΗΡΩΣ	4	3,7	3,7	3,7
	ΕΥΡΕΩΣ	18	16,7	16,7	20,4
	ΜΕΡΙΚΩΣ	55	50,9	50,9	71,3
	ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΟΛΟΥ	24	22,2	22,2	93,5
	ΚΑΘΟΛΟΥ	7	6,5	6,5	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Q29

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	ΠΛΗΡΩΣ	5	4,6	4,6	4,6
	ΕΥΡΕΩΣ	15	13,9	13,9	18,5
	ΜΕΡΙΚΩΣ	52	48,1	48,1	66,7
	ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΟΛΟΥ	32	29,6	29,6	96,3
	ΚΑΘΟΛΟΥ	4	3,7	3,7	100,0
	Total	108	100,0	100,0	

Q30

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	ΠΛΗΡΩΣ	3	2,8	2,8	2,8
	ΕΥΡΕΩΣ	10	9,3	9,3	12,1
	ΜΕΡΙΚΩΣ	59	54,6	55,1	67,3
	ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΟΛΟΥ	29	26,9	27,1	94,4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	6	5,6	5,6	100,0
	Total	107	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		108	100,0		

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q5	2,8889	,77741	108
Q1	,79	,411	108
Q2	22,2130	3,49111	108
Q3	3,5000	1,24180	108

Q4	1,4815	,71671	108
----	--------	--------	-----

Correlations

		Q5	Q1	Q2	Q3	Q4
Pearson Correlation	Q5	1,000	-,133	-,222	-,068	,097
	Q1	-,133	1,000	-,033	-,009	,129
	Q2	-,222	-,033	1,000	,184	-,112
	Q3	-,068	-,009	,184	1,000	,063
	Q4	,097	,129	-,112	,063	1,000
Sig. (1-tailed)	Q5	.	,085	,010	,243	,159
	Q1	,085	.	,366	,463	,091
	Q2	,010	,366	.	,028	,124
	Q3	,243	,463	,028	.	,259
	Q4	,159	,091	,124	,259	.
N	Q5	108	108	108	108	108
	Q1	108	108	108	108	108
	Q2	108	108	108	108	108
	Q3	108	108	108	108	108
	Q4	108	108	108	108	108

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Q4, Q3, Q1, Q2 ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: Q5

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,280 ^a	,079	,043	,76060	,079	2,195	4	103	,075

a. Predictors: (Constant), Q4, Q3, Q1, Q2

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5,080	4	1,270	2,195	,075 ^b
	Residual	59,586	103	,579		
	Total	64,667	107			

a. Dependent Variable: Q5

b. Predictors: (Constant), Q4, Q3, Q1, Q2

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	4,079	,544		7,505	,000
	Q1	-,289	,180	-,153	-1,601	,112
	Q2	-,047	,022	-,210	-2,160	,033
	Q3	-,023	,060	-,037	-,378	,706
	Q4	,103	,104	,095	,991	,324

a. Dependent Variable: Q5

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Q14	3,0926	,77985	108
Q1	,79	,411	108
Q2	22,2130	3,49111	108
Q3	3,5000	1,24180	108
Q4	1,4815	,71671	108

Correlations

		Q14	Q1	Q2	Q3	Q4
Pearson Correlation	Q14	1,000	-,258	-,169	-,116	,053
	Q1	-,258	1,000	-,033	-,009	,129
	Q2	-,169	-,033	1,000	,184	-,112
	Q3	-,116	-,009	,184	1,000	,063
	Q4	,053	,129	-,112	,063	1,000
Sig. (1-tailed)	Q14	.	,003	,041	,116	,292
	Q1	,003	.	,366	,463	,091

	Q2	,041	,366	.	,028	,124
	Q3	,116	,463	,028	.	,259
	Q4	,292	,091	,124	,259	.
	Q14	108	108	108	108	108
	Q1	108	108	108	108	108
N	Q2	108	108	108	108	108
	Q3	108	108	108	108	108
	Q4	108	108	108	108	108

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Q4, Q3, Q1, Q2 ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: Q14

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,334 ^a	,112	,077	,74917	,112	3,236	4	103	,015

a. Predictors: (Constant), Q4, Q3, Q1, Q2

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7,264	4	1,816	3,236	,015 ^b
	Residual	57,810	103	,561		
	Total	65,074	107			

a. Dependent Variable: Q14

b. Predictors: (Constant), Q4, Q3, Q1, Q2

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	t	Sig.
-------	-----------------------------	---------------------------	---	------

	B	Std. Error	Beta			
(Constant)	4,338	,535		8,102	,000	
1	Q1	-,520	,178	-,274	-2,929	,004
	Q2	-,034	,021	-,151	-1,590	,115
	Q3	-,060	,060	-,095	-1,005	,317
	Q4	,085	,103	,078	,821	,413

a. Dependent Variable: Q14

Group Statistics

	Q1	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Q5	ΑΝΔΡΑΣ	23	3,0870	,84816	,17685
	ΓΥΝΑΙΚΑ	85	2,8353	,75352	,08173

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
Q5	Equal variances assumed	,178	,674	1,383	106	,170	,25166	,18195	-,10906	,61239
	Equal variances not assumed			1,292	32,018	,206	,25166	,19482	-,14517	,64850

Group Statistics

	Q1	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Q14	ΑΝΔΡΑΣ	23	3,4783	,73048	,15232
	ΓΥΝΑΙΚΑ	85	2,9882	,76367	,08283

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
--	---	------	----------------	-----------------

Q3	108	3,5000	1,24180	,11949
Q5	108	2,8889	,77741	,07481

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Q3	29,291	107	,000	3,50000	3,2631	3,7369
Q5	38,618	107	,000	2,88889	2,7406	3,0372