

**ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ  
ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ»**



**ΜΙΧΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ 7859  
ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ 8017**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Α. ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ**

**Πάτρα, 2014**

*Επιλέγουμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στην εποπτεύουσα  
καθηγήτρια μας κυρία Α. Μιχαλοπούλου για τη στήριξη και συμβολή  
της στην εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b> .....	<b>5</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>6</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>7</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b> .....	<b>8</b>
<b>ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ</b> .....	<b>8</b>
<b>1.1 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ</b> .....	<b>8</b>
<b>1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ</b> .....	<b>8</b>
<b>1.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ</b> .....	<b>9</b>
<b>1.4 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ</b> .....	<b>9</b>
<b>1.5 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ</b> .....	<b>10</b>
<b>1.6 ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ</b> .....	<b>10</b>
<b>1.7 ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ</b> .....	<b>12</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b> .....	<b>15</b>
<b>ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ</b> .....	<b>15</b>
<b>2.1 ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ</b> .....	<b>15</b>
<b>2.2 ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ</b> .....	<b>17</b>
<b>2.3 ΕΛΛΑΔΙΚΟΣ ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ</b> .....	<b>19</b>
<b>2.4 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</b> ..	<b>21</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b> .....	<b>25</b>
<b>Η ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ</b> .....	<b>25</b>
<b>3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ</b> .....	<b>25</b>
<b>3.2 ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ</b> .....	<b>26</b>
<b>3.2.1 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ</b> .....	<b>27</b>
<b>3.2.2 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ ΜΗ-ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΥ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΗΠΑΤΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ</b> .....	<b>29</b>
<b>3.3.3 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ, ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ</b> .....	<b>30</b>
<b>3.3.4 ΛΟΙΠΕΣ ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ</b> .....	<b>33</b>
<b>3.4 ΠΡΟΛΗΨΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ</b> .....	<b>34</b>
<b>3.5 ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ</b> .....	<b>36</b>

3.6	Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ .....	40
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	43
	ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ .....	43
4.1	ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.....	43
4.2	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ.....	44
4.3	Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ.....	45
4.4	ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ .....	47
4.4.1	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ .....	47
4.4.2	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ .....	48
4.5	ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Η ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ....	50
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	51
	ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	51
5.1	ΚΩΔΙΚΑΣ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ .....	51
5.2	ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	52
5.3	ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ .....	56
5.4	ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ .....	58
5.5	ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....	60
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	62
	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ- ΦΡΟΝΤΙΔΑ .....	62
6.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1.....	62
6.2	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2.....	66
6.3	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	69
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	71
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	73
	ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ .....	75

## ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της παιδικής παχυσαρκίας και ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόκληση ψυχικών διαταραχών από αυτή.

Έναυσμα για την εκπόνηση λάβαμε μέσα από ώριμη σκέψη λόγο του ότι το συγκεκριμένο θέμα παρουσιάζει ιδιαίτερη νοσηλευτική αντιμετώπιση.

Για εμάς ήταν εξαιρετική ευκαιρία στο να μετατρέψουμε την εκπαιδευτική επάρκεια που έχουμε λάβει από τις σπουδές μας σε εκπαιδευτική ετοιμότητα κατά τη συγγραφή της πτυχιακής μας εργασίας.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι εξαιρετικά σημαντικός στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας καθώς και στην ψυχική διαταραχή που προκαλείτε από τη νόσο. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τις ψυχολογικές μεταπτώσεις των παιδιών ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να τα προσεγγίζει με υπομονή και κατανόηση.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται ο εννοιολογικός προσδιορισμός και η κατηγοριοποίηση των διατροφικών διαταραχών και η ψυχική διαταραχή.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα δεδομένα του επιπολασμού της παιδικής παχυσαρκίας σε παγκόσμιο, ευρωπαϊκό και πανελλήνιο επίπεδο.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι αιτιολογικοί παράγοντες της παιδικής παχυσαρκίας και οι επιπλοκές της. προσδιορίζονται οι επιπτώσεις της καθώς και η αντιμετώπιση της.

Στο τέταρτο κεφάλαιο προσδιορίζεται η ψυχική διαταραχή στην παιδική παχυσαρκία και οι επιπτώσεις της. Επίσης προσδιορίζεται ο τρόπος αντιμετώπισης της ψυχικής διαταραχής στην παιδική ηλικία.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο κώδικας της διεθνούς ακαδημίας για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών καθώς και η κλινική αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών, η νοσηλεία των ασθενών που παρουσιάζουν διατροφικές διαταραχές και οι συναισθηματικές αντιδράσεις στους ασθενείς.

Στο έκτο κεφάλαιο παρατίθενται η νοσηλευτική διεργασία σε περιστατικά παιδικής παχυσαρκίας και ο ρόλο του νοσηλευτή σε ασθενείς που πάσχουν.

Στο τέλος του πονήματος παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της μελέτης και η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της εκπόνησης.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παχυσαρκία αποτελεί μία σημαντική και κύρια αιτία για την ύπαρξη καρδιαγγειακής νόσου. Επίσης, βασικές αιτίες που παρεμβαίνουν και ωθούν στο να εξελιχθεί η νόσος είναι η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και η ινσουλινο-διαταραγμένη ανοχή γλυκόζης. Ακόμη έχει παρατηρηθεί ότι η φλεγμονή αποτελεί έναν ανεξάρτητο συντελεστή που συνδέει την παχυσαρκία με την καρδιαγγειακή ασθένεια.

Η σύνδεση μεταξύ παχυσαρκίας και σημαντικών παραγόντων κινδύνου της καρδιαγγειακής νόσου είναι πολύ δυνατή. Όσο μεγαλώνει το άτομο, υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος να εμφανιστεί καρδιαγγειακό νόσημα και αυτό είναι προβλέψιμο και για τους άντρες και για τις γυναίκες. Επιπλέον, η συσχέτιση της παχυσαρκίας με την εμφάνιση καρδιαγγειακού νοσήματος διαφέρει ανάλογα την φυλετική ή εθνική ομάδα στην οποία βρίσκεται ο καθένας. Ακόμη, η παχυσαρκία συνδέεται με το έμφραγμα του μυοκαρδίου καθώς και υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για καρδιακή συμφόρηση χωρίς να παίζουν ρόλο κλασικοί παράγοντες κινδύνου, όπως η υπέρταση και ο διαβήτης. Τέλος, συνδεδεμένη με την παχυσαρκία είναι και η διεσταλμένη καρδιομυοπάθεια η οποία προκαλεί ξαφνικό θάνατο σε άτομα με εξελιγμένη την μορφή της παχυσαρκίας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ**

#### **1.1 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ**

Με την έννοια παχυσαρκία χαρακτηρίζεται η αύξηση του βάρους του σώματος, λόγω του μεγάλου επιπέδου λίπους που κατέχει ένας οργανισμός, και απασχολεί τον κάθε άνθρωπο.

Με απόφαση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) η παχυσαρκία θεωρείται νόσος και η αντιμετώπισή της θα πρέπει να είναι ανάλογη.

Η νόσος αυτή επηρεάζεται σημαντικά από την γενετική, τη νευροχημεία και την ψυχολογία, γι' αυτό το λόγο χαρακτηρίζεται και ως πολυπαραγοντική. Η παχυσαρκία χωρίζεται σε εξωγενή και ενδογενή και η κατάταξή της εξαρτάται από τα αίτια που θα την προκαλέσουν.

#### **1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

Σύμφωνα με την Σπανού (2008) διατροφική διαταραχή ορίζεται *«Μια επίμονη διαταραχή της διατροφής ή της σχετιζόμενης με τη διατροφή συμπεριφοράς, η οποία έχει σε σημαντικό βαθμό αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου»*

Οι Διατροφικές Διαταραχές μπορούμε να πούμε ότι είναι δυνατόν να δημιουργήσουν μεγάλο πρόβλημα το οποίο περιλαμβάνει μεταβολές στο βάρος καθώς και σοβαρά ψυχοπαθολογικά συμπτώματα. Σ' αυτές τις καταστάσεις το πιο συνηθισμένο είναι να διαταράσσεται ο τρόπος αντίληψης και αποδοχής όσον αφορά το σωματικό βάρος και το σχήμα και υπάρχει έντονος φόβος για το πάχος. Και οι δυο αυτές περιπτώσεις δε



συνιστούν διαφορετικές διαγνώσεις αλλά είναι συνισταμένες της ίδιας διαταραχής.

### **1.3 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

ΤΑΞΙΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ:

- Ø Νευρογενής Ανορεξία
- Ø Άτυπη Νευρογενής Ανορεξία
- Ø Νευρογενής Βουλιμία
- Ø Άτυπη Νευρογενής Βουλιμία
- Ø Υπερφαγία Συνδεόμενη Με Άλλες Ψυχολογικές Διαταραχές
- Ø Έμετοι Συνδεόμενοι Με Άλλες Ψυχολογικές Διαταραχές
- Ø Άλλες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής
- Ø Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής Μη Καθοριζόμενη [1]

### **1.4 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ**

Η ψυχογενής ανορεξία έχει σαν βασικό σύμπτωμα να υπάρχει η τάση το άτομο να γίνεται όλο και πιο αδύνατο. Αυτό προκαλείται με την ασιτία καθώς υπάρχει ο φόβος ότι θα γίνει παχύ ενώ είναι ήδη πολύ λεπτό.

Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί τρόπο αντιμετώπισης της ζωής δια της αποφυγής της ανάπτυξης και όχι -μέσω της ασιτίας- πορεία προς τον θάνατο. Το άτομο τις περισσότερες φορές καταφεύγει σ' αυτή την λύση για να αντιμετωπίσει και να ξεπεράσει προβλήματα που του φαίνονται άλυτα. [1]

## 1.5 ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Συνεχίζοντας την ανάλυση των διατροφικών διαταραχών ψυχογενής βουλιμία ορίζουμε το σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από την υπερφαγία, από την υπερβολική ενασχόληση με τον έλεγχο του σωματικού βάρους, από ένα νοσηρό φόβο πάχυνσης που βάζει το άτομο στην διαδικασία να σκέφτεται με ποιον τρόπο θα χάσει βάρος χρησιμοποιώντας τρόπους όπως είναι οι προκλητοί εμετοί, η χρήση καθαρτικών, η χρήση ανορεξιογόνων φαρμάκων, θυρεοειδικών ορμονών και διουρητικών.

Τα άτομα τα οποία πάσχουν από την συγκεκριμένη διαταραχή συνήθως αισθάνονται ντροπή και απομόνωση και ενισχύονται τα συναισθήματα της ανεπάρκειας και της έλλειψης ελκυστικότητας. Πρόκειται για ιδιαίτερα κοινωνικά άτομα που παρουσιάζουν έναν κοινωνικό εαυτό με αυτοπεποίθηση, επιτυχία και ευτυχία, γι' αυτό η υποκείμενη διαταραχή παραμένει απαρατήρητη για χρόνια. [1]

## 1.6 ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Ο πιο καλός τρόπος για να μετρήσουμε το σωματικό λίπος ενός ατόμου ανάλογα με το ύψος και το βάρος του είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Οι έννοιες υπέρβαρος και παχύσαρκος έχουν αναγνωρισθεί, ύστερα από μελέτες, οι οποίες διερεύνησαν το δείκτη μάζας σώματος μεγάλου πληθυσμού ατόμων και τον συνέδεσαν με την ταχύτητα εμφάνισης ασθενειών και το πλήθος των θανάτων. Σύμφωνα με διάφορες έρευνες που έχουν γίνει έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα που πάσχουν από παχυσαρκία προσβάλλονται πιο εύκολα σε διάφορες

ασθένειες. Οι έννοιες του υπέρβαρου και του παχύσαρκου έχουν συμβάλλει σημαντικά στην εξακρίβωση των παραγόντων, που είναι επικίνδυνοι για την υγεία. [2]

Η ευρύτητα του Δείκτη Μάζας Σώματος, η οποία χαρακτηρίζεται πιο ασφαλής ως προς τη νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι γύρω στα 19-25 και αναφέρεται για γυναίκες ηλικίας 18-25 ετών. Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες με τον συγκεκριμένο Δείκτη Μάζας Σώματος έχουν ένα φυσιολογικό βάρος. Όσο μεγαλώνει ο Δείκτης Μάζας Σώματος τόσο μεγαλώνει και ο κίνδυνος νοσηρότητας και θνησιμότητας. Τα άτομα που έχουν Δείκτη Μάζας Σώματος γύρω στα 25-30 χαρακτηρίζονται ως υπέρβαρα, ενώ τα άτομα με Δείκτη Μάζας Σώματος μεγαλύτερο από 30 θεωρούνται παχύσαρκα. Επίσης, χαρακτηρίζονται λιποβαρή τα άτομα με Δείκτη Μάζας Σώματος χαμηλότερο από το 18 κάτι που αυξάνει τον κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας. Αρκετά είναι τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία των λιποβαρή, λόγω διάφορων σοβαρών παθήσεων, όπως καρκίνος, ανορεξία κ.ά.. [2]

Αν ο υπολογισμός του λίπους δεν είναι δυνατό να βρεθεί με άλλον τρόπο, τότε υπολογίζεται μέσω του Δείκτη Μάζας Σώματος. Πλέον, έχει υιοθετηθεί η παρακάτω κατηγοριοποίηση:

- Ποσοστό λίπους μικρότερο του 18.5: Το άτομο θεωρείται λιποβαρές.
- Ποσοστό λίπους από 18.5 μέχρι 24.9: Το βάρος του ατόμου θεωρείται φυσιολογικό.
- Ποσοστό λίπους από 25 μέχρι 29.9: Το άτομο θεωρείται υπέρβαρο.
- Ποσοστό μεγαλύτερο του 30: Το άτομο θεωρείται παχύσαρκο.

Παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τον Δείκτη Μάζας Σώματος είναι το φύλο, η ηλικία και ο τύπος σώματος του κάθε ανθρώπου. Για παράδειγμα οι αθλητές που έχουν μεγάλη μυϊκή μάζα, έχουν μεγάλο Δείκτη Μάζας Σώματος, χωρίς να έχουν πολύ λίπος. Επίσης, άτομα που

δεν έχουν μυϊκή μάζα, είναι φυσικό να έχουν χαμηλότερο Δείκτη Μάζας Σώματος, αλλά μπορεί να έχουν περισσότερο λίπος. Τέλος, άτομα που έχουν χάσει κάποιο μέλος του σώματός του θα έχουν χαμηλότερο Δείκτη Μάζας Σώματος [3]

## 1.7 ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Μελετώντας την ψυχική διαταραχή θα πρέπει να πούμε ότι είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα που αφορά την δημόσια υγεία και έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία και την ποιότητα ζωής. Επίσης πρέπει να προσθέσουμε ότι προκαλεί υψηλές δαπάνες και μεγάλη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Τις περισσότερες φορές είναι δύσκολο να διαγνωστεί από ειδικούς με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αντιμετωπιστεί επαρκώς. Η ψυχική διαταραχή, είναι πιθανόν να εμφανιστεί ανεξάρτητα ή να συνυπάρχει με κάποια άλλα χρόνια νοσήματα, επηρεάζοντας πάντα την ποιότητα ζωής του ατόμου που νοσεί [4]

Ο έλεγχος των συναισθημάτων, όπως συμβαίνει και με την αντίληψη και τη δράση, γίνεται μέσα από ειδικά νευρωνικά κυκλώματα του εγκεφάλου. Εφόσον αποτελούν συνειδητές εμπειρίες, σίγουρα υπάρχει ένα γνωστικό στοιχείο που πιθανότατα συνδέεται με το φλοιό των εγκεφαλικών ημισφαιρίων. Με βάση αυτό λοιπόν προετοιμάζεται το σώμα για δράση και γνωστοποιούνται οι συναισθηματικές μας δραστηριότητες στο περιβάλλον. Τα περιφερικά αυτά στοιχεία της συμπεριφοράς παραπέμπουν στη δραστηριοποίηση υποφλοιϊκών περιοχών του εγκεφάλου και είναι πλέον καλά τεκμηριωμένος ο κεντρικός ρόλος της αμυγδαλής, του υποθαλάμου και του εγκεφαλικού στελέχους. Γίνεται έτσι εμφανές ότι η διεκπεραίωση του συναισθήματος είναι απόρροια αλληλεπίδρασης περιφερικών και κεντρικών παραγόντων, που ενορχηστρώνονται.

Συμπεραίνοντας λοιπόν, η έννοια της ψυχικής διαταραχής αποτελεί έναν μεγάλο όγκο προβλημάτων που συνδέονται με την ψυχική κατάσταση και την συμπεριφορά ενός ατόμου. Οι ψυχικές διαταραχές είναι πολλών ειδών και εμφανίζονται με ένα σύνολο από βιολογικά, σωματικά, ψυχολογικά, συναισθηματικά και κοινωνικά συμπτώματα. Οι κατηγοριοποιήσεις των διαταραχών αυτών γίνονται ανάλογα με τα συμπτώματα που θα εμφανίζει [5]

Γενικά:

- Είναι πάρα πολύ σημαντικό να αντιμετωπίζονται οι ψυχικές ασθένειες το ίδιο όπως και οι σωματικές. Είναι πολύ βασικό να μην παραμελείται η έγκαιρη αντιμετώπιση τους και δεν είναι σωστό να θεωρούμε ότι είναι ιάσιμες με την πάροδο του χρόνου. Αρκετές είναι οι φορές, που για την αντιμετώπιση μιας ψυχικής διαταραχής, είναι αναγκαία η χρήση αρκετών συνδυασμών από θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία, κ.ά..

- Τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές χρησιμοποιούν την βία διότι συνήθως είτε είναι ακατάλληλη η θεραπεία είτε δεν έχουν την απαραίτητη στήριξη και αποδοχή από το οικογενειακό τους περιβάλλον και από τους φίλους τους. Η εμφάνιση της κατάθλιψης είναι αποτέλεσμα των ψυχοσωματικών αλλαγών του κάθε ατόμου και είναι σημαντικό να μην θεωρείται δεδομένη στα ηλικιωμένα άτομα. Τα άτομα, που βρίσκονται κοντά σε ηλικιωμένους, θα πρέπει να γνωρίζουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και να ζητούν βοήθεια, όταν χρειάζεται.

- Οι αγχωτικές διαταραχές και η κατάθλιψη είναι πιθανό να εμφανιστούν σε παιδιά και εφήβους.

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι όσο πιο γρήγορα διαγνωστούν οι ψυχικές διαταραχές, δηλαδή από την πρώτη στιγμή που θα εμφανιστούν τα συμπτώματα ακόμα και αν δεν είναι ανησυχητικά, τόσο πιο καλή και πιο αποτελεσματική θα είναι η θεραπεία που θα λάβει ο ασθενής. Για να

διαγνωστεί μια ψυχική διαταραχή θα πρέπει να γίνει εμπειριστατωμένος έλεγχος και γνωμάτευση μιας ακολουθίας παραγόντων, όπως οι ψυχικές λειτουργίες του ατόμου, οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες στις οποίες ζει και οι βιολογικοί-γενετικοί παράγοντες που τον προσδιορίζουν.[4]

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

#### 2.1 ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παιδική παχυσαρκία τις τελευταίες δεκαετίες μπορούμε να πούμε ότι αποτελεί μία επιδημία. Το συγκεκριμένο θέμα έχει απασχολήσει πολιτικούς, επιστήμονες, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης καθώς και τους πολίτες. Παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν αυτή την επιδημία είναι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, στην εργασία και στις στιγμές ξεκούρασης και οι οποίοι έχουν οδηγήσει στην σημερινή κατάσταση.

Η παχυσαρκία θεωρείται η πιο συχνή και σοβαρή διαταραχή της θρέψης στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες και η βασική αιτία πολλών προβλημάτων υγείας του σύγχρονου ανθρώπου. Είναι πλέον ανησυχητικό το γεγονός ότι έχουν αυξηθεί τα κρούσματα παχυσαρκίας σε παιδιά που βρίσκονται στην προσχολική ηλικία και στην εφηβεία.

Τα ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών ανά τον κόσμο διαφέρουν αρκετά. Σ' αυτό παίζει ρόλο η ηλικία, ο τόπος στον οποίο κατοικούν καθώς επίσης και το κοινωνικό και οικονομικό τους επίπεδο.[6]

Έχει εκτιμηθεί, πως περισσότερα από 22 εκατομμύρια παιδιά, σε όλο τον κόσμο, κάτω των πέντε ετών, θεωρούνται υπέρβαρα, ενώ συνολικά παρατηρείται πως το 10% των παιδιών είναι υπέρβαρα. Ο παγκόσμιος μέσος όρος επιπολασμού αποτελείται από μία πυραμίδα τιμών υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών. Για την Αφρική και την Ασία ο επιπολασμός των υπέρβαρων είναι σε ποσοστό 10% ενώ στην Ευρώπη και την Αμερική το ποσοστό ξεπερνά το 20%. Σύμφωνα με έρευνες έχει

εκτιμηθεί ότι το ποσοστό των παιδιών που παρουσιάζουν Δείκτη Μάζας Σώματος μεγαλύτερο του φυσιολογικού, θα διπλασιαστεί μέχρι το 2020.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, ο επιπολασμός της παιδικής παχυσαρκίας έχει αυξηθεί ραγδαία με ποσοστά έως 13% στα αγόρια και έως 9% στα κορίτσια, ηλικίας μεταξύ των ετών 1996-2000 και 2003-2007. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως το 2005 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, υπήρχαν τέσσερις πολιτείες με επιπολασμό παχυσαρκίας. Ο επιπολασμός παχυσαρκίας ήταν 15 με 19% σε επτά πολιτείες.

Στον Καναδά, έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2007, σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 18 χρονών, ο επιπολασμός των υπέρβαρων παιδιών έφτανε το 33%.

Στο Μεξικό, ενώ για πολλές δεκαετίες ο επιπολασμός των παχύσαρκων και υπέρβαρων παιδιών, ήταν μηδενικός, τη δεκαετία του 2000 το ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών ανήλθε στο 5% για τα αγόρια και 7% για τα κορίτσια.[3]

Στις Σεϋχέλλες, το ποσοστό επιπολασμού των παχύσαρκων παιδιών, αυξήθηκε ραγδαία τα τελευταία χρόνια από 4% που ήταν το 2001, σε 9% που έφτασε το 2007. Αυτή η αύξηση οφείλεται στο ότι αναπτύχθηκε το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο της χώρας. Ίδια ήταν η αιτία της ραγδαίας αύξησης του επιπολασμού των παχύσαρκων και υπέρβαρων παιδιών και στην Βραζιλία, με το ποσοστό να ανέρχεται στο 13%, με την αύξηση αυτή να γίνεται ταχύτερα στα υψηλότερα κοινωνικά και οικονομικά επίπεδα, καθώς επίσης και στα παιδιά, ηλικίας 6 με 9 χρονών.

Έρευνα που έγινε στην Αφρική σε παιδιά που διέμεναν σε αγροτική περιοχή, έδειξε πως τα ποσοστά επιπολασμού των υπέρβαρων παιδιών ηλικίας 8 χρονών, έφτανε το 18% και για τα δύο φύλα, ενώ τα ποσοστά επιπολασμού για τα παχύσαρκα παιδιά ήταν σχεδόν μηδαμινά.



Στην Κίνα, τα ποσοστά επιπολασμού των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών, με ηλικία 6 έως 18 χρονών, έφτασε το 8% το 2002 από 6% που ήταν το 1999, με σχεδόν μηδαμινές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα.

Σύμφωνα με έρευνα, που έγινε στο Ιράν σε παιδιά ηλικίας έως 18 χρονών, το ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών έφτανε το 11% και των παχύσαρκων ήταν 3%. [6]

## **2.2 ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

Οι έρευνες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες της Ευρώπης έχουν σαν στόχο να γίνει σωστή καταμέτρηση των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών. Μέσα από τις έρευνες αυτές, εκτιμάται πως ο επιπολασμός των παχύσαρκων και υπέρβαρων παιδιών βρίθεται σε χώρες που βρίσκονται στην κεντρική και ανατολική Ευρώπη, οι οποίες πλήττονται από οικονομική παράκαμψη μέχρι και στις χώρες της νότιας Ευρώπης, οι οποίες το οικονομικό τους επίπεδο είναι υψηλό, καθώς επίσης και στις χώρες οι οποίες δεν ανήκουν στο ανατολικό μπλοκ. Το γεγονός ότι υπάρχει μεγάλη αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας είναι ανησυχητικό, αφού ο επιπολασμός των παχύσαρκων παιδιών είναι 20% έως 40% στις χώρες της νοτίου Ευρώπης και 10% έως 20% στις χώρες της βορείου Ευρώπης.

Το 2002, το 25% των παιδιών στην Ευρώπη ήταν παχύσαρκο ή υπέρβαρο. Την συγκεκριμένη χρονολογία, ο επιπολασμός των παχύσαρκων παιδιών είχε ξεπεράσει σε μεγάλο ποσοστό τους αναμενόμενους υπολογισμούς αύξησης που είχαν γίνει το 1980, καθώς επίσης εκτός υπολογισμού βγήκε και η αύξησή του το 2010. Στην Πολωνία, από έρευνα που διεξήχθη σε 2 εκατομμύρια παιδιά το 2004,

παρατηρήθηκε πως ο επιπολασμός της παιδικής παχυσαρκίας κυμαινόταν στο 8%. [6]

Στην Ρωσία, έρευνα που υλοποιήθηκε τα έτη 2002-2008 σε παιδιά ηλικίας 6 έως 18 χρονών, έδειξε πως ο επιπολασμός των υπέρβαρων παιδιών μειώθηκε στο 9% το 2008, από 15% που ήταν το 2002, χωρίς να υπάρχουν μεγάλες αποκλείσεις ανάμεσα στα δύο φύλα.

Στην Σουηδία, το έτος 2008, οι έρευνες για τον επιπολασμό των παχύσαρκων και υπέρβαρων παιδιών ηλικίας 6-12 χρονών, έδειξαν πως τα ποσοστά των υπέρβαρων παιδιών κυμαίνονταν στο 16% για τα αγόρια και στο 19% για τα κορίτσια.

Αντίστοιχη έρευνα που διεξήχθη στην Ελβετία σε παιδιά ηλικίας 5-16 χρονών, παρατηρήθηκε πως τα ποσοστά υπέρβαρων κοριτσιών και αγοριών κυμαίνονταν στο 14% και 15,5% αντίστοιχα. Επιπλέον, τα ποσοστά παχυσαρκίας για τα παιδιά της ίδιας ηλικιακής ομάδας κυμαίνονταν στο 3% για τα κορίτσια και στο 2% για τα αγόρια.

Το 2006 στην Φιλανδία, ο επιπολασμός των υπέρβαρων παιδιών, που είχαν ηλικία 5 χρονών κυμαινόταν στο 10% για τα αγόρια ενώ για τα κορίτσια έφτανε το 17%, ενώ ο επιπολασμός των υπέρβαρων παιδιών που είχαν ηλικία 12 χρονών, κυμαινόταν στο 23% για τα αγόρια και 19% για τα κορίτσια.

Στην Ιταλία, το ποσοστό των παχύσαρκων παιδιών, που κατοικούν κεντρικά και βόρεια της Ιταλίας, φτάνει το 13%, ενώ το ποσοστό των παχύσαρκων παιδιών, που κατοικούν νότια της Ιταλίας, φτάνει το 23%. Το 2001, σύμφωνα με την έρευνα που διεξήχθη, τα ποσοστά των παιδιών, τα οποία ήταν υπέρβαρα, διαμορφώνονταν στο 19% για τα αγόρια και στο 22% για τα κορίτσια, ενώ αντίστοιχα τα ποσοστά των παιδιών, τα οποία ήταν παχύσαρκα έφταναν το 6% στα αγόρια και το 5,6% στα κορίτσια. [6]

Στην Ισπανία, τα χρονικά διαστήματα 1995-1996 και 2005-2006, τα ποσοστά των παιδιών, ηλικίας 6-7 χρονών και τα οποία είχαν παχυσαρκία, έφταναν από 23% έως 35%.

Αντίστοιχη έρευνα που διεξήχθη στην Γαλλία το 2000, σε παιδιά ηλικίας 7-9 χρονών, παρατηρήθηκε πως το ποσοστό των παιδιών, τα οποία ήταν υπέρβαρα έφτανε το 14,3%, εκ των οποίων τα 14,7% ήταν κορίτσια και το 14% ήταν αγόρια..

Στην Αγγλία, σε έρευνα που έγινε το 1998, σε παιδιά 7-9 χρονών, έδειξε πως τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών, κυμαινόταν στο 20%, εκ των οποίων το 17% ήταν αγόρια και το 23,6% ήταν αγόρια.

Στην Γερμανία το 2006, παρατηρήθηκε πως το 15% των παιδιών, που ήταν ηλικίας 3-17 χρονών ήταν υπέρβαρα.

Έρευνα που έγινε στην Πορτογαλία, τη χρονική περίοδο 2000-2002, σε παιδιά 10-18 χρονών, έδειξε πως το ποσοστό των αγοριών που ήταν υπέρβαρα έφτανε το 17,4% και το ποσοστό των υπέρβαρων κοριτσιών έφτανε το 19,7%.

Στην Τουρκία, με αντίστοιχη έρευνα που διεξήχθη σε παιδιά ηλικίας 12-17 χρονών, έδειξε πως τα ποσοστά των παιδιών, τα οποία ήταν υπέρβαρα κυμαίνονταν στο 10,6%.

Το πλήθος των παιδιών που είναι υπέρβαρα ενδέχεται να ξεπεράσει το 1.300.000 παιδιά το χρόνο, εκ των οποίων περισσότερα από 300.000 παιδιά θεωρούνται παχύσαρκα.[7]

### **2.3 ΕΛΛΑΔΙΚΟΣ ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

Στην χώρα μας δεν έχουν γίνει αρκετές έρευνες που σχετίζονται με την παιδική παχυσαρκία. Παρόλα αυτά όμως έχει γίνει ήδη αντιληπτό το

ότι υπάρχουν πολλά παιδιά που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα και τα κρούσματα αυξάνονται αντίστοιχα και για τα δύο φύλα. Θα πρέπει να σημειωθεί πως τα ποσοστά που παρουσιάζονται παρακάτω είναι ένα μικρό δείγμα εξεταζόμενων σε όλη την Ελλάδα και για το λόγο αυτό δεν μπορούν να αποτελέσουν ένα ολοκληρωμένο δείγμα για την Ελληνική κοινωνία.

Σε έρευνα που διεξήχθη σε παιδιά ηλικίας 6-12 χρονών, τα οποία έμεναν στην Αλεξανδρούπολη και τον Άγιο Στέφανο, παρατηρήθηκε πως το ποσοστό των παιδιών που ήταν υπέρβαρα ήταν 25,8%, εκ του οποίου το 26,5% ήταν κορίτσια και το 25,2% ήταν αγόρια.[4]

Έρευνα που διεξήχθη στην Θεσσαλονίκη, από το 1984 έως το 2000, σε παιδιά ηλικίας 6-17 χρονών, έδειξε πως το ποσοστό του επιπολασμού των παιδιών που ήταν υπέρβαρα έφτασε το 2000 το 22,2% με το 25,9% να είναι αγόρια και το 19,1% να είναι κορίτσια, ενώ το ποσοστό του επιπολασμού των παιδιών με παχυσαρκία έφτασε το 4,1% με το 5,1% να είναι αγόρια και το 3,2% να είναι κορίτσια. [6]

Στο Ηράκλειο της Κρήτης, διερευνήθηκε, κατά το πέρασμα μίας 20ετίας, η πιθανότητα ένα αγόρι, ηλικίας 9-15 χρονών, να είναι παχύσαρκο. Πιο αναλυτικά, το 1982, σε παιδιά ηλικίας 9 χρονών, το ποσοστό των αγοριών, τα οποία ήταν παχύσαρκα έφτανε το 3,4%, ενώ το ποσοστό των αγοριών, τα οποία ήταν υπέρβαρα έφτανε το 15,2%, ενώ αντίθετα το 2002, τα παιδιά, της αντίστοιχης ηλικιακής ομάδας, κατείχαν τα ποσοστά του 30,2% για τα παιδιά που ήταν υπέρβαρα και 12,3% για τα παιδιά που ήταν παχύσαρκα. Παρατηρείται, δηλαδή μέσα στην εικοσαετία, αύξηση των ποσοστών των δύο ομάδων στο διπλάσιο και τριπλάσιο.

Σε αντίστοιχη έρευνα που διεξήχθη στον Βόλο το 2004, σε παιδιά ηλικίας 11 με 12 χρονών, παρατηρήθηκε πως το ποσοστό των παιδιών που ήταν υπέρβαρα κυμαινόταν στο 30,3%, εκ του οποίου το 35,6% ήταν

αγόρια και το 25,7% ήταν κορίτσια, ενώ το ποσοστό των παιδιών, τα οποία ήταν παχύσαρκα, κυμαινόταν στο 6,7%, χωρίς μεγάλες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων.

Τη χρονική περίοδο 2000-2002, σε έρευνα που έγινε σε περιοχή της Αθήνας, σε παιδιά ηλικίας 6-12 χρονών, έδειξε πως το ποσοστό των παιδιών που ήταν υπέρβαρα έφτασε στο 27,7% το 2002 από 17% που κυμαινόταν το 2000, ενώ το ποσοστό των παιδιών με παχυσαρκία έφτασε το 7,5% το 2002 από 5% που κυμαινόταν το 2000.

Σε έρευνα που διεξήχθη στα βορειοανατολικά της Αττικής, κατά το 2003-2004, σε παιδιά από 6 έως 11 χρονών, έδειξε πως το ποσοστό των αγοριών τα οποία ήταν υπέρβαρα έφτανε στο 27,8% ενώ το ποσοστό των κοριτσιών τα οποία ήταν υπέρβαρα έφτανε στο 26,5%. Επίσης το ποσοστό των αγοριών που ήταν παχύσαρκα κυμαινόταν στο 12,3% ενώ το ποσοστό των κοριτσιών που ήταν παχύσαρκα κυμαινόταν στο 9,9%.

Το χρονικό διάστημα 2004-2005, σε έρευνα που διεξήχθη στο Βύρωνα Αττικής, σε παιδιά από 12-17 χρονών, έδειξε πως το ποσοστό των παιδιών που ήταν υπέρβαρα έφτανε το 19,2% για τα αγόρια και 13,2% για τα κορίτσια, ενώ το ποσοστό των παιδιών με παχυσαρκία έφτανε το 4,4% για τα αγόρια και 1,7% για τα κορίτσια.[7]

## **2.4 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Σε έρευνα την οποία διεξήγαγε το ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος» σε δείγμα 1000 ατόμων σε όλες τις αστικές περιοχές της χώρας, καταγράφηκαν οι διατροφικές και καταναλωτικές συνήθειες των ανηλίκων. Τα κυριότερα ευρήματα της έρευνας συνοψίζονται παρακάτω:

- Ένα ποσοστό που ανέρχεται στο 16% από αυτούς που ερωτήθηκαν απάντησε ότι αγοράζει αρκετά έως πολύ συχνά είδη διατροφής που δεν είναι απαραίτητα. Σε αντίθεση βρίσκονται περισσότεροι από 4 στους 10 ερωτηθέντες οι οποίοι απάντησαν ότι δεν αγοράζουν ποτέ τέτοια προϊόντα. Τα ποσοστά αυτών που παρασύρονται αρκετά έως πολύ συχνά από προσφορές στο σημείο πώλησης είναι αρκετά υψηλά και αγγίζουν το 24%. Οι πιο νέοι σε ηλικία παρουσιάζουν περισσότερο αυτό το χαρακτηριστικό.

- Οι τρεις από τους δέκα ανήλικους Έλληνες απαντούν ότι δοκιμάζουν προϊόντα που διαφημίζονται αρκετά έως πολύ συχνά, και αυτό παρατηρείται εντονότερα στους ερωτηθέντες ηλικίας 9-18 ετών και στις γυναίκες. Βέβαια υπάρχει και ένα ποσοστό περίπου στο 20% το οποίο απαντά ότι δεν επηρεάζεται καθόλου από τις διαφημίσεις και δεν θέλει να δοκιμάζει τα προϊόντα που διαφημίζονται. Αυτό πιθανότατα οφείλεται στον χαρακτήρα ορισμένων ανθρώπων οι οποίοι δεν θέλουν να δοκιμάζουν κάτι καινούριο αλλά και στην οικονομική τους κατάσταση. Σε γενικές γραμμές, φαίνεται ότι η διαφήμιση επιδρά μέτρια.

- Σε ποσοστό που ανέρχεται το 52% και κυρίως τα άτομα ηλικίας άνω των 25 ετών και οι γυναίκες θεωρούν ότι είναι πολύ καλά ενημερωμένοι σε σχέση με τις αγορές στα είδη διατροφής. Από προηγούμενες όμως πανελλήνιες έρευνες που έχουν γίνει, φαίνεται ότι οι καταναλωτές διαβάζουν ελάχιστα στοιχεία από τη συσκευασία και σχεδόν 6 στους 10 θεωρούν ότι η συσκευασία δεν έχει την πληροφόρηση που χρειάζονται. Μικρός είναι και ο βαθμός εμπιστοσύνης των ερωτηθέντων προς τις πληροφορίες που παρέχει η συσκευασία, αφού λιγότεροι από 1 στους 3 εμπιστεύονται αρκετά έως πολύ πληροφορίες όπως «χωρίς συντηρητικά», «με αγνά προϊόντα», «πλούσιο σε κάποιο θρεπτικό συστατικό».[6]

- Επιπλέον, περίπου οι μισοί από τους ερωτηθέντες ηλικίας 9-18 ετών θεωρούν τον εαυτό τους αρκετά έως πολύ ενημερωμένο σχετικά με θέματα διατροφής από την οικογένεια τους. Και πάλι την πρωτιά στην ενημέρωση κατέχουν τα κορίτσια, αφού 6 στα 10 έναντι 4 στους 10 στα αγόρια αισθάνονται αρκετά έως πολύ ενημερωμένες. Ο βαθμός ενημέρωσης είναι μεγαλύτερος στα αστικά κέντρα, στις μεγαλύτερες ηλικίες και στην ανώτερη κοινωνικοοικονομική τάξη. Η ενημέρωση σχετικά με τη διατροφή προέρχεται κυρίως από την τηλεόραση και το ραδιόφωνο (64.6%), καθώς και από τα σχετικά με τη διατροφή έντυπα (41.8%).
- Σχεδόν ένας στους 3 ερωτηθέντες επιλέγει τρόφιμα και ποτά μαρκών Super Market, με βασικότερο κριτήριο τη χαμηλότερη τιμή τους. Η επιλογή προϊόντων μαρκών Super Market αποθήκης γίνεται κυρίως από άτομα μεγαλύτερων ηλικιών (14-18 ετών), σε ποσοστό 39%, και κατώτερης κοινωνικοοικονομικής (κ/ο) τάξης, σε ποσοστό 38%. Οι λόγοι προτίμησης προϊόντων συγκεκριμένης μάρκας βιομηχανίας (2 στους 3 ερωτηθέντες τα προτιμούν) είναι η ποιότητα που πιστεύουν οι καταναλωτές ότι έχουν τα προϊόντα αυτά, η εμπιστοσύνη που τους εμπνέουν, καθώς τα θεωρούν ασφαλή, ελεγμένα και αξιόπιστα, και η συνήθεια χρήσης τους. Παρατηρούμε ότι η τάση για τα προϊόντα μάρκας Super Market ή αποθήκης έχει επεκταθεί σε μεγάλο βαθμό και στα τρόφιμα.
- Όσον αφορά στην επιλογή μεταξύ ελληνικών και εισαγόμενων προϊόντων, παρατηρείται προτίμηση προς τα ελληνικά προϊόντα από την οικογένεια τους, αφού, όπως φαίνεται από τα πορίσματα, τα προτιμούν περίπου 9 στους 10 ερωτηθέντες, τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις και τις περιοχές διαμονής. Το μεγαλύτερο ποσοστό προτίμησης στα εισαγόμενα προϊόντα (11%) εμφανίζεται στην ηλικία 9-18 ετών. Οι λόγοι αυτής της προτίμησης έγκεινται στην ποιότητα που πιστεύουν οι καταναλωτές ότι

έχουν τα ελληνικά προϊόντα, στην εμπιστοσύνη που τους εμπνέουν (τα θεωρούν ασφαλή, ελεγμένα, αξιόπιστα), αλλά και στη διάθεσή τους να ενισχύσουν την ελληνική οικονομία και προφανώς απορρέει από τις επιλογές της οικογένειάς τους.

- Ο δείκτης ασφάλειας των προϊόντων διατροφής και των ποτών, όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, κινείται σε μέτρια επίπεδα, με την υψηλότερη βαθμολογία να συγκεντρώνουν τα ντόπια προϊόντα, που θεωρούνται «αρκετά ασφαλή» (3,82 σε κλίμακα 1-5), και τη χαμηλότερη τα χύμα προϊόντα, που θεωρούνται «λίγο ασφαλή» (2,3)
- [7]



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Η ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

#### 3.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία θεωρείται πολύπλευρη νόσος που μπορεί να επηρεαστεί από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι συνδέονται μεταξύ τους και καθώς μεταβάλλονται μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά στην εμφάνιση και το μέγεθος της παχυσαρκίας. Οι έρευνες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια και έχουν σαν στόχο την αντιμετώπιση και την μελέτη της παιδικής παχυσαρκίας έχουν δείξει ότι υπάρχουν διάφορα μοντέλα που σχετίζονται με τους αιτιολογικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι δυνατόν να τροποποιούνται ή όχι. Ένα μοντέλο, το οποίο αναλύει τις βασικές αιτίες της παιδικής παχυσαρκίας, είναι το “Ecological Systems Theory” («Θεωρία των Οικολογικών Συστημάτων»), στην οποία εξηγεί πως η ανάπτυξη του ανθρώπου επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων που δέχονται επιρροές εκατέρωθεν. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με το Οικολογικό Μοντέλο δεν είναι εύκολο να υπάρξει ανάλυση της εξέλιξης των αντιδράσεων αν δεν συμπεριληφθεί μαζί της και το περιβάλλον στο οποίο είναι ενταγμένο το άτομο. Το παιδί γίνεται πιο επιρρεπές στο να αναπτυχθεί η παχυσαρκία και αυτό λόγω των συνηθειών που έχει αποκτήσει όπως για παράδειγμα η διατροφή, ο καθιστικός τρόπος ζωής κ.α. Επιπλέον, οι συνήθειες αυτές επηρεάζουν αρνητικά την ανάπτυξη του παιδιού, όσον αφορά την ηλικία του, το φύλο καθώς και την γενετική του έκθεση.

Αποτελεί ένα διακριτό κλινικό σύνδρομο το οποίο ξεκινάει στην ηλικία μεταξύ 15-20 ετών και συνήθως παρουσιάζεται σε άτομα που είχαν προβλήματα στις συνήθειες διατροφής και το βάρος τους, όπως ψυχογενή ανορεξία, παιδική παχυσαρκία, εφηβικό βάρος στα ανώτερα φυσιολογικά όρια και ιστορικό μεγάλων διακυμάνσεων του βάρους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η ψυχογενής βουλιμία ξεκινάει με κάποια δίαιτα η οποία γίνεται λόγω κάποιου αγχωτικού γεγονότος όπως για παράδειγμα η διακοπή μιας σχέσης ή κάποιας καινούριας κατάστασης όπως η έναρξη πρωταθλητισμού ή σε γενικές γραμμές μετά από οποιοδήποτε συμβάν το οποίο βάζει στην διαδικασία το άτομο να ασχοληθεί με το σχήμα του σώματός του και τη σχέση του με τον αυτοέλεγχο, ενώ ταυτόχρονα παρέχει δημοσιότητα και υπόσχεται σπουδαία επιτεύγματα.[8]

### **3.2 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

Η παχυσαρκία θεωρείται πολύπλευρη νόσος με καταστροφικά αποτελέσματα. Μπορούν να δημιουργηθούν πολλές επιπλοκές οι οποίες πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα όπως για παράδειγμα ψυχοκοινωνικές, αναπνευστικές, γαστρεντερικές, νεφρικές, μυοσκελετικές, νευρολογικές, καρδιαγγειακές και επιπλοκές του ενδοκρινικού συστήματος.

Όπως συμβαίνει και στους ενήλικες, η παιδική παχυσαρκία έχει ως αποτέλεσμα να προκαλεί:

- υπέρταση,
- δυσλιπιδαιμία,
- χρόνια φλεγμονή,
- αυξημένη τάση πήξης του αίματος,
- ενδοθηλιακή δυσλειτουργία και,

- υπερινσουλιναμία

Οι παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την απόκτηση καρδιαγγειακού νοσήματος, ή αλλιώς συνδρόμου ινσουλινοαντίστασης και οι οποίοι είναι επικίνδυνοι για την εμφάνιση της συγκεκριμένης νόσου έχουν παρουσιαστεί σε παιδιά μικρής ηλικίας. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Βρετανία έδειξε πως όταν ένα άτομο είναι υπέρβαρο από παιδική ηλικία είχε περισσότερες πιθανότητες να πεθάνει από ισχαιμική καρδιακή νόσο μετά την ενηλικίωσή του κατά δύο φορές περισσότερο μέσα σε 57 χρόνια.[7]

### **3.2.1 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

Όταν ένα παιδί ή ένας έφηβος νοσεί από παχυσαρκία παρουσιάζει μεγάλες πιθανότητες να εμφανιστεί σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη πάθηση σε παιδιά και εφήβους είναι άρρηκτα συνδεδεμένη από το ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη στην οικογένεια και από την εθνική του καταγωγή.

Προτείνεται από τον Αμερικανικό Οργανισμό Διαβήτη, η πρόληψη για διαβήτη σε παιδιά τα οποία είναι υπέρβαρα, όταν παρουσιάζουν δύο από τους παρακάτω παράγοντες κινδύνου:

- Ø Οικογενειακό ιστορικό διαβήτη τύπου 2,
- Ø Μέλος συγκεκριμένων φυλετικών και εθνικών ομάδων, και
- Ø Σημάδια ινσουλινο-αντίστασης

Οι πρώτες ενδείξεις διαβήτη τύπου 2 σε παιδιά παρουσιάστηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο και ήταν οκτώ κορίτσια ηλικίας 9 έως 16 χρονών, τα οποία είχαν καταγωγή από το Πακιστάν, Αραβία καθώς και Ινδιάνικης καταγωγής. Πρέπει να σημειωθεί ότι τα κορίτσια αυτά είχαν ιστορικό διαβήτη μέσα στην οικογένεια τους μέσα σε δύο γενιές. Ακόμη,

κρούσματα διαβήτη τύπου 2 είχαμε και σε παιδιά της λευκής φυλής από τα οποία τα 2 κατάγονταν από το Ηνωμένο Βασίλειο καθώς επίσης και σε παιδιά με παχυσαρκία από άλλες χώρες. Κάποιες από τις παραπάνω ενδείξεις εμφανίστηκαν σε παιδιά με υψηλό Δείκτη Μάζας Σώματος, ο οποίος ξεπερνούσε το 35 και ήταν δυνατό να χαρακτηριστεί παχυσαρκία 2<sup>ου</sup> βαθμού ή ακόμα και 3<sup>ου</sup> βαθμού σε ενήλικες. Τα τελευταία χρόνια έχουν βγει στην δημοσιότητα πληροφορίες οι οποίες έχουν να κάνουν με το αντίκτυπο του διαβήτη στα παιδιά και στους εφήβους της Αμερικής. Μέσα από έρευνα που έγινε για την εκτίμηση του διαβήτη στους νέους παρατηρήθηκαν ποσοστά επιπολασμού στο 18% και για τους δύο τύπους διαβήτη, καθώς επίσης παρατηρήθηκε διαφορά στο ρυθμό με τον οποίο μεταβάλλεται ο διαβήτης, ο οποίος εξαρτάται από τη φυλή και την ηλικία του παιδιού. Σε παιδιά ηλικίας από 0 έως 9 χρονών, ο διαβήτης τύπου 1 αποτελούσε ένα γνωστό φαινόμενο ανεξαρτήτου εθνικότητας. Στους εφήβους η εμφάνιση διαβήτη τύπου 2 ήταν μεταξύ 6-22% για τους Ισπανούς, 33% για τους ερυθρόδερμους, 40% για τους Ασιάτες και κατοίκους του Ειρηνικού και 76% για τους αфро-αμερικάνους. Πάντως, με ποσοστό 90% τα παιδιά σε όλο τον κόσμο που έπασχαν από διαβήτη τύπου 2, ήταν υπέρβαρα.

Όσον αφορά τους ενήλικες, αυξάνονται οι πιθανότητες να εμφανιστεί ο διαβήτης τύπου 2 λόγω του υψηλού Δείκτη Μάζας Σώματος. Σε δύο έρευνες που διεξήχθησαν και δόθηκαν τυχαίες τιμές ύψους και βάρους, έδειξαν πως υπάρχει ένδειξη για εμφάνιση διαβήτη τύπου 2 σε Δείκτη Μάζας Σώματος, του οποίου το εύρος του ήταν στο φυσιολογικό επίπεδο. Επιπλέον, όσο μεγαλύτερο ήταν το εύρος του Δείκτη Μάζας Σώματος, τόσο υπήρχε μεγαλύτερος κίνδυνος να εμφανιστεί ο συγκεκριμένος τύπος διαβήτη. Είναι πολύ σημαντικό στους ενήλικες να διατηρούν το βάρος τους σε φυσιολογικά πλαίσια διότι έτσι μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη. Τα αποτελέσματα επιπρόσθετων ερευνών που έγιναν έδειξαν

πως ο κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη στα ενήλικα άτομα, τα οποία είναι από την Αμερική, έφτανε στο 9,3%, καθώς επίσης ένα ποσοστό 26% έχει διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας.

Σε γενικές γραμμές, ο διαβήτης τύπου 2 ήταν μια ασθένεια η οποία απασχολούσε μόνο τους ενήλικες. Τα τελευταία χρόνια χαρακτηρίζεται από τις κυριότερες ασθένειες που απασχολούν το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Ο βασικός λόγος είναι το ότι έχουν αυξηθεί τα κρούσματα παχυσαρκίας στα παιδιά αν και βέβαια στην εμφάνιση του παίζουν μεγάλο ρόλο οι κληρονομικοί παράγοντες και ο τρόπος ζωής. Η εμφάνιση διαβήτη τύπου 2 στη παιδική ηλικία αποτελεί μία αρνητική εξέλιξη ενώπιον της μακροαγγειακής και μικροαγγειακής ακολουθίας.[8]

### **3.2.2 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ ΜΗ-ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΥ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΗΠΑΤΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

Η νόσος του μη αλκοολικού λιπώδους ήπατος και η αλκοολική στεατο-ηπατίτιδα θεωρούνται νόσοι οι οποίες αχρηστεύουν το ήπαρ λόγω της εμφάνισης λίπους. Επιπλέον, η στεατο-ηπατίτιδα, λόγω της φλεγμονής και της ζημιάς που δημιουργεί το λίπος στο κύτταρο του ηπατικού παρεγχύματος, μπορεί να προκαλέσει ίνωση και κίρρωση.

Όσον αφορά τις συνέπειες της νόσου του μη αλκοολικού λιπώδους ήπατος δεν έχουμε και πολλά έγκυρα αποτελέσματα. Σε μια τελευταία έρευνα που έγινε παρατηρήθηκε πως οι συνέπειες της νόσου κυμαίνονταν στο 3% με 24%.

Ο κυριότερος παράγοντας που συνδέεται με την νόσο του μη αλκοολικού λιπώδους ήπατος είναι η παχυσαρκία. Αναφορές έδειξαν πως περισσότεροι από 69% που πάσχουν από τη νόσο του μη αλκοολικού λιπώδους ήπατος ήταν παχύσαρκοι.

Οι συνέπειες της νόσου του μη αλκοολικού λιπώδους ήπατος στα παιδιά φαίνεται να αυξάνεται. Παρά το γεγονός ότι θεωρείται πως στις μικρές ηλικίες υπάρχουν οι μικρότερες συνέπειες, σε μελέτη που διεξήχθη, έδειξε πως η παρουσία του λιπώδους ήπατος έφτανε στο 10% στα παιδιά ηλικίας 2-19 χρονών, ενώ για παιδιά τα οποία είναι παχύσαρκα τα ποσοστά υπολογίζονται από 22,5% έως 52,8%. Σε πρόσφατη έρευνα που έγινε σε έφηβους με παχυσαρκία, όπου ο μέσος Δείκτης Μάζας Σώματος ήταν 35,2, παρατηρήθηκε πως το 23% δεν παρουσίασε δικαιολογημένη αύξηση στο επίπεδο της αμινοτρανσφεράσης αλανίνης, με αυτή που παρουσιάστηκε στους ενήλικες.[5]

### **3.3.3 ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ, ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ**

Το γεγονός ότι έχει αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό η παιδική παχυσαρκία οφείλεται σε πολλούς παράγοντες οι οποίοι έχουν σχέση με τις αλλαγές του ευρύτερου περιβάλλοντος και με τις αλλαγές στον σύγχρονο τρόπο ζωής. Για παράδειγμα τα παιδιά πλέον ασχολούνται με καθιστικές δραστηριότητες όπως είναι η τηλεόραση και η ενασχόληση με τον υπολογιστή το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα να περιορίζουν την φυσική τους δραστηριότητα και να εκτίθενται σε πληθώρα διαφημίσεων πλούσιου θερμιδικού περιεχομένου σνακ. Επιπλέον, τα παιδιά τα τελευταία χρόνια καταναλώνουν συχνά πρόχειρο φαγητό και αναψυκτικά ενώ πολλά παιδιά με παχυσαρκία παραλείπουν την κατανάλωση πρωινού γεύματος και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αναπληρώνουν τη χαμηλή ενεργειακή πρόσληψη το πρωί με την κατανάλωση σνακ χαμηλής θρεπτικής αξίας το υπόλοιπο της ημέρας.

Σύμφωνα με το Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής του Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο υπάρχουν αρκετοί λόγοι οι οποίοι κάνουν επιτακτική την ανάγκη παρέμβασης στα παχύσαρκα παιδιά από την στιγμή που η παχυσαρκία μπορεί να επηρεάσει σχεδόν όλα τα συστήματα του οργανισμού. Το υπερβολικό βάρος συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση πολλών προβλημάτων υγείας όπως ψυχοκοινωνικά στα οποία συγκαταλέγονται η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κοινωνική απομόνωση, ο στιγματισμός και η κατάθλιψη, αναπνευστικά όπως είναι το άσθμα, γαστρεντερικά όπως η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, η λιπώδης διήθηση του ήπατος και η χολολιθίαση, μυοσκελετικά όπως η πλατυποδία, η εξάρθρωση αστραγάλων, καρδιαγγειακά όπως η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και ενδοκρινολογικά όπως είναι η ινσουλινοαντίσταση, η δυσανοχή γλυκόζης, ο διαβήτης τύπου II και το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Δυστυχώς τα προβλήματα αυτά είναι πιθανόν να συνεχίσουν να υπάρχουν και για τα επόμενα χρόνια διότι αυξάνονται οι πιθανότητες τα παιδιά αυτά να γίνουν παχύσαρκοι Έλληνες ανάλογα βέβαια με την ηλικία και το βαθμό παχυσαρκίας του κάθε παιδιού.[9]

Η παχυσαρκία στα παιδιά απαιτεί την άμεση παρέμβαση για την αντιμετώπιση της διότι όσο μεγαλώνουν και γίνονται ενήλικες η θεραπεία της γίνεται όλο και πιο δύσκολη. Τα πλεονεκτήματα που έχουν τα παιδιά και μπορούν να ρυθμίσουν το βάρος τους είναι καταρχήν οι ευκαιρίες που παρουσιάζονται συνεχώς για φυσική δραστηριότητα, η καλή σωματική τους ανάπτυξη με λιγότερα λιπώδη κύτταρα καθώς και η ευκολία που έχουν να μπορούν να αλλάζουν συνήθειες διατροφής και άσκησης σε σχέση με τους ενήλικες.

Για την θεραπεία της παιδικής παχυσαρκίας είναι βασικό να μην δώσουμε βάση μόνο στο να επιβάλλουμε μια δίαιτα αλλά θα πρέπει να

διορθώσουμε χρόνιες λανθασμένες συμπεριφορές. Αυτές οι συμπεριφορές έχουν να κάνουν με την διατροφή και την άσκηση και έχουν σαν βασικό στόχο να αποκτήσει το παιδί υγιεινές συνήθειες στην καθημερινότητα του ώστε να μπορέσει να τις κρατήσει με την πάροδο του χρόνου. Για παράδειγμα, ο αριθμός και η ποιότητα των γευμάτων, η επιλογή των σνακ, ο έλεγχος των μερίδων, η συχνότητα κατανάλωσης γλυκισμάτων, αλλά και η αύξηση της καθημερινής φυσικής δραστηριότητας, η ενασχόληση με αγαπημένο άθλημα, η μείωση των καθιστικών δραστηριοτήτων είναι μερικά θέματα όπου πρέπει να εστιάσει η παρέμβαση. Επίσης, το παιδί θα πρέπει είναι σε θέση και να έχει την δυνατότητα να υπόκειται σε αλλαγές από μόνο του, να μπορεί να βρίσκει λύση σε δύσκολες καταστάσεις και γενικά να έχει μια υγιή και ισορροπημένη στάση απέναντι στο φαγητό. Μεγάλο ρόλο σε όλη αυτή την προσπάθεια παίζει η οικογένεια. Επίσης, η συνεργασία με ειδικούς επιστήμονες όπως διατροφολόγους, καθηγητές φυσικής αγωγής, παιδίατρος κ.α. είναι πάρα πολύ σημαντικός διότι ενθαρρύνονται οι μικρές και σταδιακές αλλαγές που υφίστανται οι γονείς και τα παιδιά σε όλη την θεραπεία.[9]

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες κινδύνου οι οποίοι αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως μεταβολικό σύνδρομο. Το μεταβολικό σύνδρομο συνδέει τους ατομικούς παράγοντες κινδύνου με την παχυσαρκία. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει σαν παράγοντες κινδύνου τους εξής:

- Κεντρική παχυσαρκία,
- Χαμηλά επίπεδα υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης,
- Τα υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων ορού,
- Αυξημένη πίεση αίματος και,
- Διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας

Παρόλο που το να χρησιμοποιήσουμε το μεταβολικό σύνδρομο ως ένα ανεξάρτητο εργαλείο διάγνωσης δεν το δέχονται όλοι, φαίνεται ότι



αρκετοί παράγοντες κινδύνου όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα αυξάνουν τις πιθανότητες νοσηρότητας και θνησιμότητας στους Έλληνες. Με βάση έρευνα που έγινε τη χρονική περίοδο 1999-2000 στην Αμερική σε ενήλικα άτομα ηλικίας 20-74 χρονών, παρατηρήθηκε πως το 27% των ατόμων αυτών, παρουσίασε τα συμπτώματα για το μεταβολικό σύνδρομο.

Σε έρευνα που διεξήχθη την χρονική περίοδο 1988-1994, σε παιδιά της εφηβείας, παρατηρήθηκε πως το 4,2% των εφήβων παρουσίαζαν μία ολική επίπτωση του μεταβολικού συνδρόμου. Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1999-2000, φαίνεται μία αύξηση του προαναφερθέντος ποσοστού στα 6,4%. Από τις δύο έρευνες συμπεραίνεται πως το 30% των νέων, με Δείκτη Μάζας Σώματος μεγαλύτερο του 95<sup>ου</sup> εκατοστημορίου, παρουσίαζαν συμπτώματα του μεταβολικού συνδρόμου, σε σύγκριση με το 7% των νέων με Δείκτη Μάζας Σώματος, που κυμαινόταν μεταξύ του 85<sup>ου</sup> και 95<sup>ου</sup> εκατοστημορίου, ενώ πολύ λιγότερο από 1% των νέων με Δείκτη Μάζας Σώματος κάτω του 85<sup>ου</sup> εκατοστημορίου. Από τα αποτελέσματα αυτά, προτάθηκε η χρήση του 95<sup>ου</sup> εκατοστημορίου ως όριο για τη σχέση πιθανότητας ύπαρξης των κινδύνων αυτών με το υπέρβαρο.[9]

### **3.3.4 ΛΟΙΠΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

Σχετικά με τις επιπλοκές της παχυσαρκίας θα αναφέρουμε πρώτα τις πνευμονικές οι οποίες μπορεί να είναι διαταραγμένη αναπνοή στον ύπνο, άσθμα και δυσκολία στην άσκηση. Η ύπαρξη των παραπάνω επιπλοκών σε ένα παχύσαρκο παιδί είναι πιθανό να μειώσει την φυσική δραστηριότητα με αποτέλεσμα την ευκολότερη αύξηση του βάρους του. Ακόμη, υπάρχουν και άλλες μορφές όπως είναι οι ηπατικές, οι νεφρικές, οι μυοσκελετικές και οι νευρολογικές υποτροπές. Μέσα από έρευνες που

διεξήχθησαν παρατηρήθηκε πως στην παιδική παχυσαρκία δημιουργείται ψυχικό και κοινωνικό αντίκτυπο. Αυτό σημαίνει ότι κρίνουν τα παχύσαρκα παιδιά ως μη υγιή, με διανοητική στέρηση κ.α. στην ηλικία των 5 χρονών αυξάνονται οι πιθανότητες τα παιδιά να παρουσιάσουν μία αρνητική στάση απέναντι στον εαυτό τους καθώς επίσης και οι έφηβοι αποκτούν χαμηλή αυτοπεποίθηση που έχει ως αποτέλεσμα την απομόνωση, την κατάθλιψη, την νευρικότητα και τις επικίνδυνες συμπεριφορές.

Οι επιπλοκές που παρουσιάζονται και που συνδέονται με την παχυσαρκία είναι πιθανόν να παρουσιάζουν διαφορές ανάλογα με την καταγωγή. Παραδείγματος χάριν, αфро-αμερικάνοι και Ισπανοί νεαρής ηλικίας, οι οποίοι έχουν καταγωγή από τις ΗΠΑ, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν διαβήτη τύπου 2 και καρδιαγγειακή νόσο σε σύγκριση με κάποιον συνομήλικό τους, που είναι της λευκής φυλής.[8]

### **3.4 ΠΡΟΛΗΨΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

Η παιδική παχυσαρκία οδηγεί σε παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή και σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα στην ενήλικη ζωή. Η πρόληψη στη διεθνή βιβλιογραφία παρουσιάζεται σαν το αντίδοτο (counterpoison) της παιδικής παχυσαρκίας. Διάφορες βασικές εκτιμήσεις που θα βοηθήσουν στην καθοδήγηση των μελλοντικών προγραμμάτων πρόληψης της παιδικής παχυσαρκίας είναι :

#### **Σωματική δραστηριότητα**

Για να αποφευχθεί η μείωση βάρους στα ήδη αδύνατα άτομα και οι ανθυγιεινές πρακτικές αδυνατίσματος, καθώς και για να αποτραπεί ο στιγματισμός των παιδιών που είναι ήδη υπέρβαρα, οποιαδήποτε παρέμβαση στοχεύει στον γενικό παιδικό πληθυσμό θα πρέπει να εστιάσει στην υγιεινή διατροφή, την ενεργητική ζωή και τη θετική

αυτοεκτίμηση παρά στην απώλεια βάρους ή την επίτευξη του ιδανικού σωματικού βάρους. Η μείωση του χρόνου που δαπανάται σε καθιστικές δραστηριότητες θεωρήθηκε επίσης μια πολλά υποσχόμενη πρακτική. Η επιτυχία των παρεμβάσεων που στοχεύουν στην πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας συγκεντρώνεται στη μείωση του χρόνου που αφιερώνουν τα παιδιά βλέποντας τηλεόραση. Επομένως συνιστάτε η πρακτική αυτή να συμπεριληφθεί σε οποιαδήποτε περίπτωση που η τηλεθέαση και η ενασχόληση με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια είναι εκτεταμένη.

### **Πεδίο εφαρμογής και περιβάλλον**

Τα σχολεία έχουν αναδειχθεί ως καίριο περιβάλλον για την προώθηση του υγιούς βάρους, δεδομένου ότι έχουν πρόσβαση στην πλειοψηφία του παιδικού πληθυσμού. Εκτός από το ότι είναι ένας προφανής χώρος για την εκπαίδευση των παιδιών στον υγιεινό τρόπο ζωής, τα σχολεία μπορούν να παρέχουν πρακτικές, θετικές αλλαγές στη διατροφή και τη στάση προς την άσκηση με την προσφορά υγιεινών τροφίμων στην καντίνα και τη δημιουργία ευκαιριών για σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια του μαθήματος, του διαλείμματος και των ομάδων μετά το σχολείο. Αλλά, ιδανικά, το σχολείο πρέπει να ενεργεί ως κέντρο για ένα πιο εκτενές πρόγραμμα που περιλαμβάνει τις οικογένειες και την ευρύτερη κοινότητα. Η επιρροή των γονέων και της οικογένειας δεν μπορεί να υποτιμηθεί και η εκπαίδευση και η ενεργός συμμετοχή των γονέων πρέπει να ενσωματωθούν στα προγράμματα. [10]

### **Μεσογειακή διατροφή**

Ο σύγχρονος αστικός τρόπος ζωής με τους γρήγορους ρυθμούς, αναγκάζουν τους εργαζόμενους γονείς να αναζητούν γρήγορους και εύκολους τρόπους διατροφής της οικογένειας με προκατασκευασμένα ή γρήγορα γεύματα, ενώ τα κυλικεία των σχολείων προσφέρουν στα παιδιά διατροφικά σκευάσματα κακής ποιότητας, πλούσια σε λιπαρά.[11]

Αυτός ο τρόπος ζωής, είναι η βασική αιτία για την εμφάνιση και τον πολλαπλασιασμό της παχυσαρκίας, σε όλες τις σύγχρονες κοινωνίες αλλά και στην Ελλάδα.

Οι γονείς θα πρέπει να γνωρίζοντας αν το παιδί τους ζυγίζει περισσότερο κιλά από αυτά που αναλογούν στην ηλικία του, θα πρέπει να συμβουλευτούν τον παιδίατρο τους.[12]

Ο ρόλος του νοσηλευτή παρουσιάζεται ιδιαίτερα σημαντικός λόγω του ότι αποτελεί το κομβικό μέσο μεταξύ του συστήματος υγείας και του ασθενή. Ο νοσηλευτής καλείτε να παρέχει ενημέρωση στο κοινωνικό σύνολο συμπράττοντας με τις γνώσεις του και τη συμμετοχή του σε ημερίδες και συνέδρια που στόχο έχουν την ενημέρωση και την επιστημονική προσέγγιση της παχυσαρκίας.

Ταυτόχρονα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει πρωτοβουλίες σε όλες τις εκφάνσεις των δραστηριοτήτων του. Από την φοιτητική του ιδιότητα θα πρέπει, σε συμφωνία με το επιστημονικό- εκπαιδευτικό προσωπικό του τμήματος, να φροντίζει την εκπόνηση και επιμέλεια ερευνών και μελετών και τη δημιουργία ημερίδων που θα παρουσιαστούν στα πλαίσια της εκπαιδευτικής κατάρτισης.

Συνεπώς ο νοσηλευτή διαδραματίζει ιδιαίτερο ρόλο στην πρόληψη της παχυσαρκίας λόγω του μεγάλου εύρους δυνατοτήτων που δύναται να προσφέρει στο κοινωνικό σύνολο. [13]

### **3.5 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί μια χρόνια διαταραχή του οργανισμού με ενδεχόμενες σοβαρές επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό, στο βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο μέλλον.

Υπάρχουν πολλές επιπτώσεις της παιδικής παχυσαρκίας οι οποίες έχουν σχέση με τα παρακάτω:

- το καρδιαγγειακό σύστημα,
- το ενδοκρινολογικό σύστημα,
- το αναπνευστικό σύστημα,
- το γαστρεντερικό σύστημα και
- τη σκελετική ανάπτυξη.

Επιπλέον προβλήματα, που συνδέονται με την παιδική παχυσαρκία, είναι:

- προβλήματα ανοσοποιητικού συστήματος,
- ορθοπεδικά προβλήματα και,
- ψυχολογικές διαταραχές.

Λόγω της αύξησης των παχύσαρκων παιδιών οι ασθένειες όπως ο διαβήτης τύπου 2, η υπερχοληστεριναιμία και η υπέρταση παρουσιάζονται πλέον και στις μικρές ηλικίες ενώ θεωρούνταν ότι ήταν ασθένειες ενηλίκων.[7]

Εδώ θα πρέπει να επισημάνουμε πως τα παιδιά και οι έφηβοι που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα αυξάνουν τις πιθανότητες να εμφανίσουν καρδιαγγειακά νοσήματα και αυτό λόγω των μεγάλων κρουσμάτων παιδικής παχυσαρκίας τα τελευταία χρόνια καθώς και των αλλαγών στα λιπίδια του αίματος. Οι παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων ξεκινούν από την παιδική και εφηβική ηλικία. Όμως, η εμφάνιση κάποιων παραγόντων κινδύνου και οι μεταβολικές διαταραχές που παρουσιάζονται κατά την διάρκεια της ανήλικης ζωής, αποσαφηνίζουν το λόγο, για τον οποίο οι καρδιαγγειακές παθήσεις θεωρούνται οι βασικότερες αιτίες ευπάθειας και θνησιμότητας των ενηλίκων ανά τον κόσμο.

Μέσα από έρευνες που έγιναν σε παιδιά στην Ελλάδα με βασικό στόχο να βρεθούν οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με τις καρδιαγγειακές νόσους παρατηρήθηκε πως ένα σημαντικό ποσοστό των

παιδιών τα οποία είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα παρουσιάζουν παθολογικά λιποδαιμικά χαρακτηριστικά, τα οποία περιλαμβάνουν υψηλά ποσοστά τριγλυκεριδίων, ολικής χοληστερόλης, πολύ χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης και μειωμένα ποσοστά της HDL-χοληστερόλης. Ένα βασικό συμπέρασμα είναι επίσης ότι τα παιδιά που διαμένουν στην πόλη παρουσιάζουν μεγαλύτερες συγκεντρώσεις λιπιδίων στο αίμα σε σχέση με παιδιά που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασε η αύξηση του ποσοστού των παιδιών, που διέμεναν στην Κρήτη, κατά τη χρονική περίοδο 1982-2002, στα οποία παρουσιάστηκαν μεγάλες συγκεντρώσεις λιπιδίων στο αίμα. Αυτό οφείλεται στους γρήγορους ρυθμούς που ανέπτυξε η Ελλάδα στο δυτικό τρόπο ζωής και διατροφής.[4]

Μία από τις σοβαρές επιπτώσεις που μπορεί να δημιουργήσει η παιδική παχυσαρκία κατά την διάρκεια της ενήλικης ζωής είναι το γεγονός ότι υπάρχουν πολλές πιθανότητες το άτομο να συνεχίσει να είναι παχύσαρκο και μετά την ενηλικίωση του έχοντας να αντιμετωπίσει τους όποιους κινδύνους συνεπάγεται αυτό. Παρατηρείται πως πάνω από το 50% των παιδιών που είναι παχύσαρκα συνεχίζουν να είναι παχύσαρκα και κατά την ενήλικη ζωή τους. Η παραπάνω κατάσταση συνδέεται άμεσα με τις αυξημένες πιθανότητες της εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, νεφρικών παθήσεων και διαβήτη, καθώς επίσης και της εμφάνισης κάποιων τύπων καρκίνου που συνδέονται με την παχυσαρκία. Σύμφωνα με στοιχεία που προβλήθηκαν το 2004 στην Αμερική, παρατηρείται πως το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων προκλήθηκε από καρδιαγγειακές νόσους, εκ των οποίων το 19% συνδέθηκε με την παχυσαρκία. Είναι σημαντικό να αναφερθεί, πως η εμφάνιση της παχυσαρκίας κατά την παιδική ηλικία προκαλεί ευπάθεια και θνησιμότητα κατά την ενήλικη ζωή, χωρίς να παίζει ρόλο το βάρος του ενήλικα.

Οι επιπτώσεις στην παιδική παχυσαρκία ενδέχεται να χωριστούν σε βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες.

Οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις είναι:

- οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις,
- τα ορθοπεδικά προβλήματα και τα προβλήματα στην σπονδυλική στήλη,

- οι μεταβολικές διαταραχές,
- τα αναπνευστικά προβλήματα,
- οι διαταραχές στο ανοσοποιητικό σύστημα,
- οι δερματολογικές ανωμαλίες,
- τα φυσιολογικά αντίκτυπα και,
- Τα αντίκτυπα του γαστρεντερικού συστήματος.

Ενώ οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις είναι οι εξής:

- η αυξημένη ευπάθεια από διαταραχές οι οποίες έχουν σχέση με την εμφάνιση της παχυσαρκίας,

- η εμφάνιση παχυσαρκίας κατά τη διάρκεια της ενήλικου ζωής,
- οι καρδιαγγειακές και αναπνευστικές διαταραχές και,
- κάποιοι τύποι καρκίνου, οι οποίοι σχετίζονται με την παιδική παχυσαρκία.[12]

Οι διαταραχές αναπνοής που παρουσιάζονται στα παχύσαρκα παιδιά κατά την διάρκεια του ύπνου έχουν την μορφή είτε έντονου ροχαλητού είτε ως άπνοιες δηλαδή με μικρές παύσεις της αναπνοής. Οι διαταραχές αυτές έχουν σαν αποτέλεσμα το παιδί να κουράζεται υπερβολικά στις καθημερινές του δραστηριότητες και να πέφτει η σχολική του απόδοση. Ταυτόχρονα είναι γνωστό ότι τα υπέρβαρα παιδιά παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένη συχνότητα άσθματος σε σχέση με παιδιά φυσιολογικού σωματικού βάρους.

- Διαταραχές της εφηβείας και της εμμηνου ρύσεως.

Όταν το σωματικό βάρος του παιδιού είναι παραπάνω από το φυσιολογικό είναι πιθανό να αρχίσει πιο νωρίς η έμμηνος ρύση με αποτέλεσμα το ανάστημα να είναι πιο χαμηλό από το αναμενόμενο και αυξάνεται η πιθανότητα να εμφανιστεί κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα όπως η κατάθλιψη. Επίσης, η παχυσαρκία σχετίζεται συχνά και με την πρόωμη εμφάνιση τριχοφυΐας στα γεννητικά όργανα (αδρεναρχή) καθώς και με την εμφάνιση του συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών.[12]

### **3.6 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Έρευνα που έγινε στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έδειξε ότι οι γονείς ενός παχύσαρκου παιδιού δεν αντιλαμβάνονται από νωρίς το πρόβλημα με αποτέλεσμα να καθυστερήσουν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα και να υπάρξουν οι αναμενόμενες επιπτώσεις. Τις περισσότερες φορές, οι περισσότεροι γονείς θα αποφανθούν πως το παιδί τους χρειάζεται τη βοήθεια διατροφολόγου, μόνο όταν τους τονίσει ο παιδίατρος ότι είναι παχύσαρκο ή υπέρβαρο και χρήζει αντιμετώπιση.

Για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι αναγκαία η βοήθεια από εξειδικευμένα πρόσωπα, όπως οι διαιτολόγοι, λόγω του ότι οι γονείς δεν έχουν τις γνώσεις ώστε να βρουν τον τρόπο να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα. Λόγω της έλλειψης γνώσεων οι γονείς μπορεί να εφαρμόσουν μέτρα, τα οποία είναι πιθανό να επιβαρύνουν περισσότερο την υγεία του παιδιού.

Αντιθέτως, ο διατροφολόγος, εφαρμόζοντας τις πεπειραμένες γνώσεις του, δείχνει στο παιδί και στους γονείς του τον τρόπο με τον οποίο θα μπορέσει το παιδί να φέρει το βάρος του σε φυσιολογικά επίπεδα και θα καταφέρει να έχει έναν υγιή τρόπο ζωής. Προσδιορίζει κατά πόσο είναι σωστή η διατροφή του παιδιού δημιουργώντας τα κατάλληλα ερεθίσματα με σκοπό να αποκτήσει το παιδί περισσότερη θέληση για να χάσει βάρος



καθώς επίσης και παρατηρεί κατά πόσο το παιδί είναι διατεθειμένο να κάνει προσπάθειες για τη βελτίωση του βάρους του. Για να μπορέσει η οικογένεια και το παιδί να κάνει τις απαραίτητες ενέργειες ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι τους, ο διατροφολόγος δημιουργεί τις κατάλληλες προϋποθέσεις για να έχουν την καλύτερη ψυχολογία, να τους δώσει θάρρος και να τους προτείνει λύσεις. Αρκετές είναι οι φορές που ο διατροφολόγος δουλεύει μαζί με άλλους ειδικούς πάνω στην ψυχική και σωματική υγεία, με σκοπό την λήψη καλύτερων αποτελεσμάτων και εγκυρότερων τρόπων αντιμετώπισης, αναπτύσσοντας έτσι ένα ολοκληρωμένο διεπιστημονικό επιτελείο.

Ρόλος του διατροφολόγου είναι να βρει το πρόβλημα στην διατροφή και να ρυθμίσει τον τρόπο με τον οποίο το παιδί θα τρέφεται πιο υγιεινά έχοντας υπόψη το χρονικό διάστημα στο οποίο πρέπει να γίνουν οι ρυθμίσεις αυτές καθώς επίσης και τις διατροφικές αρέσκειες του παιδιού. Όσον αφορά τον τρόπο άσκησης του παιδιού, ο διατροφολόγος προτείνει στους γονείς να δώσουν ώθηση στο παιδί να αρχίσει να αποκτά ενδιαφέρον για την φυσική άσκηση. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να βελτιώσει το βάρος του, να αναπτρώσει το ηθικό του και να βελτιώσει την σωματική του ευεξία.

Για καλύτερα αποτελέσματα ο διατροφολόγος πληροφορεί τους γονείς για το ποιες διατροφικές συνήθειες θα πρέπει να αποκτήσουν έτσι ώστε να επηρεαστεί το παιδί από αυτές και να προσαρμοστεί σε έναν υγιέστερο τρόπο ζωής. Επιπλέον, προτρέπει τους γονείς να μην ενδιαφέρονται μόνο για την εικόνα του παιδιού, αλλά να έχουν σαν στόχο να υπάρχει μια σωστή αντίληψη σχετικά με την διατροφή και την φυσική άσκηση.

Η διατροφική παρέμβαση είναι πολύ σημαντική, από την παιδική ηλικία, καθώς δίνεται ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην απώλεια βάρους και

συγκεκριμένα και στην διατήρησή του, με σκοπό την απόκτηση ενός φυσιολογικού Δείκτη Μάζας Σώματος σε συνδυασμό με το ύψος του.

Επίσης, πρέπει να δοθεί βάση στο να λαμβάνει το παιδί τις σωστές και ολοκληρωμένες θερμίδες και θρεπτικές ουσίες ώστε να αποκτήσει υγιής διατροφικές συνήθειες με αποτέλεσμα να έχει έναν σωστό και υγιεινό τρόπο ζωής. Μέσω της γρήγορης πρόληψης της παιδικής παχυσαρκίας, προλαμβάνεται η εμφάνιση ασθενειών, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτη τύπου 2 κ.ά..[14]

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

#### 4.1 ΟΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Τα περισσότερα άτομα που αναζητούν κάποιου είδους από τις θεραπείες για την Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, δεν παρουσιάζουν κάποιας μορφής Ανορεξίας ή Βουλιμίας. Γι αυτό τον λόγο τίθεται το ερώτημα για το τι είναι ακριβώς η Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Λόγω του ότι δεν υπάρχει κάποια εμπειριστατωμένη μελέτη για να μας δώσει τον ακριβή ορισμό της Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής, ένας ικανοποιητικός ορισμός που θα μπορούσε να καλύπτει επαρκώς την έννοιά της είναι ο εξής: « μία επίμονη διαταραχή της διατροφής ή της σχετιζόμενης με τη διατροφή συμπεριφοράς, η οποία έχει σε σημαντικό βαθμό αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου». Το πλεονέκτημα σε αυτό τον ορισμό είναι ότι συμπεριλαμβάνονται αναγνωρισμένες διαταραχές και δίνεται η ευκαιρία να εξεταστούν και άλλα προβλήματα τα οποία αναφέρονται ως «Άτυπες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής». Αυτές οι «Άτυπες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής» αποτελούν τους παράγοντες εκείνους οι οποίοι είναι μη εμφανίσιμοι και είναι πιθανό να προκαλέσουν κάποιου είδους ανορεξία ή βουλιμία. Τα άτομα που παρουσιάζουν Άτυπες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι πολύ περισσότεροι από αυτούς που παρουσιάζουν Τυπικές Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Από έρευνες που διεξήχθησαν για τις άτυπες μορφές εμφάνισης Νευρογενούς Ανορεξίας και Βουλιμίας, τα ποσοστά που αναφέρονται είναι πολύ υψηλότερα από τα ποσοστά των τυπικών μορφών εμφάνισης των πιο πάνω διαταραχών.

Στη συνέχεια θα παρουσιάσουμε ορισμένα παραδείγματα για να καταλάβουμε καλύτερα τις Άτυπες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής. Πρώτο χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι οι γυναίκες οι οποίες προσέχουν πάρα πολύ το βάρος τους και την εμφάνιση τους, βρίσκονται συνεχώς σε μία κατάσταση δίαιτας και έχουν το Δείκτη Μάζας Σώματος κάτω από το φυσιολογικό. Το γεγονός ότι δεν έχουν εμφανιστεί άλλες ενδείξεις δεν μπορούμε να πούμε ότι πάσχουν από Νευρογενή Ανορεξία. Επίσης, κατανοητό παράδειγμα είναι η διάθεση του ατόμου για συνεχή και αλλεπάλληλα γεύματα, τα οποία καταλήγει να τα αποβάλλει από τον οργανισμό του με εμετούς. Για το λόγο όμως ότι δεν επαναλαμβάνεται αυτή η ενέργεια πάνω από δυο φορές την εβδομάδα δεν μπορούμε να θεωρήσουμε ότι πάσχει από Νευρογενή Βουλιμία.

Επίσης, ένα βασικό παράδειγμα της Άτυπης Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής είναι όταν το άτομο καταναλώνει συνεχή και αλλεπάλληλα γεύματα χωρίς να ακολουθούνται κάποιες ενέργειες οι οποίες να δηλώνουν Νευρογενή Βουλιμία. Η συγκεκριμένη διαταραχή είναι διαδεδομένη με τον όρο Διαταραχή με Κρίσεις Ανεξέλεγκτης Υπερφαγίας και απευθύνεται σε άτομα υπέρβαρα ή παχύσαρκα τα οποία για να βοηθηθούν πηγαίνουν σε ειδικά τμήματα κλινικών με σκοπό να χάσουν βάρος. [14]

## **4.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ**

Οι διατροφικές διαταραχές που οφείλονται σε ψυχολογικούς παράγοντες ενισχύονται ως δείγματα συναισθηματικών και ψυχολογικών προβλημάτων. Μέσα από αυτήν την αντίδραση δηλαδή με την υπερβολική λήψη φαγητού ή αντίθετα με την παντελή έλλειψη το άτομο προσπαθεί να αντιμετωπίσει τις διάφορες δυσκολίες στην ζωή και μέσα από αυτό μειώνει την ένταση των συναισθημάτων που δεν μπορεί να

εκφράσει. Σε περίπτωση που δεν υπάρξει άμεση παρέμβαση για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος από ειδικούς είναι πιθανό να συνεχίσει να υπάρχει και στην υπόλοιπη ζωή του ατόμου.

Οι ψυχογενείς διαταραχές που έχουν επίπτωση στην διατροφή είναι αρκετά πολύπλοκες και σε συνδυασμό με τους ψυχολογικούς παράγοντες χρήζουν ιδιαίτερης παρακολούθησης. Γι αυτό το λόγο λοιπόν θα πρέπει να δημιουργήσουμε μια ισορροπημένη διατροφή και σε συνδυασμό με την αντιμετώπιση των συναισθηματικών καταστάσεων αυξάνονται οι πιθανότητες το άτομο να αντιμετωπίσει πιο γρήγορα τα προβλήματα του και να σταματήσει να επιβαρύνει τον οργανισμό του με αυτό τον τρόπο.

Ψυχογενείς διαταραχές ενδέχεται να αναπτυχθούν σε οποιονδήποτε, ανεξαρτήτου φύλου ή ηλικίας. Παρόλα αυτά, οι γυναίκες νεαρής ηλικίας θεωρούνται περισσότερο επιρρεπείς στην ανάπτυξη κάποιου είδους ψυχογενούς διατροφικής διαταραχής και ιδιαίτερα γυναίκες ηλικίας μεταξύ 15-25 χρονών.

Πανεπιστημιακές έρευνες έδειξαν πως τα γονίδια που διαθέτει το άτομο επηρεάζουν ώστε να παρουσιαστεί κάποιου είδους διαταραχή η οποία ενδέχεται να αναπτυχθεί λόγω κάποιων ερεθισμάτων που θα λάβει από το περιβάλλον του. Επιπλέον, όταν το άτομο βρίσκεται υπό πίεση, τότε μπορεί να στραφεί προς το φαγητό, το οποίο θεωρείται από τον ίδιο ως ένα μέσο διαφυγής από διάφορες καταστάσεις άγχους.

Καταστάσεις όπως το πένθος, οι οικογενειακές δυσκολίες, η κακοποίηση, οι σεξουαλικές ανησυχίες κ.α. επηρεάζουν και αυξάνουν την πιθανότητα να παρουσιαστεί νευρική ανορεξία ή βουλιμία.[12]

### **4.3 Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ**

Πολλές φορές οι γονείς δεν αντιλαμβάνονται ότι το παιδί τους αντιμετωπίζει κάποιου είδους ψυχικής δυσκολίας με αποτέλεσμα να μην

γίνεται άμεση πρόληψη και να μην απευθύνονται για βοήθεια σε ειδικούς. Το κείμενο που παρατίθεται ενδέχεται να εξηγήσει τα συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών που μπορεί να αντιμετωπίζουν τα παιδιά, με σκοπό την γρήγορη και κατάλληλη στήριξη.

Οι γονείς που έχουν υπό την προστασία τους κάποιο παιδί κρίνεται απαραίτητο να μπορούν να γνωρίζουν τυχόν ψυχολογικά προβλήματα που έχει. Δυστυχώς όμως οι περισσότεροι δεν έχουν τις κατάλληλες γνώσεις με αποτέλεσμα να μην μπορούν να καταλάβουν τα συμπτώματα κάποιας διαταραχής της ψυχικής υγείας του παιδιού. Υπάρχουν βέβαια και οι περιπτώσεις που οι γονείς αντιλαμβάνονται πως το παιδί τους διατρέχει κάποια ψυχολογική διαταραχή, όμως δυσκολεύονται να ζητήσουν κάποια βοήθεια. Οι λόγοι που γίνεται αυτό είναι καταρχήν ο φόβος των γονιών μην βιώσει το παιδί τους τον κοινωνικό αποκλεισμό, κατά δεύτερον η ανεπαρκή παροχή δημοσίων κέντρων ψυχικής υγείας και επίσης το χρηματικό ποσό που χρειάζεται για την αντιμετώπιση του προβλήματος στον ιδιωτικό τομέα. Οι κατάλληλοι επαγγελματίες, που ασχολούνται με τις διαταραχές ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων, είναι οι μόνοι αρμόδιοι που μπορούν να εξακριβώσουν αν το παιδί ή ο έφηβος έχει κάποιου είδους ψυχική διαταραχή. Συνεργάζονται με το παιδί και κρίνοντας την ψυχική κι συναισθηματική κατάσταση του, συμπεραίνουν τα προβλήματα του και προτείνουν τρόπους αντιμετώπισης. Η διάγνωση των ψυχικών διαταραχών παγκοσμίως στηρίζεται στο διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-IVR, το οποίο θεωρείται ο πιο φερέγγυος οδηγός που δημιουργήθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία και παρέχει τα κριτήρια που πρέπει να παρουσιάζει κάποιος για να θεωρηθεί πως πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή.[2]

## 4.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ

### 4.4.1 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Το παχύσαρκο παιδί πολλές φορές αντιμετωπίζει ρατσιστική συμπεριφορά από τα παιδιά της ηλικίας του και όσο μεγαλώνει το παιδί γίνεται πιο έντονο . Σε έρευνες που διεξήχθησαν σε παιδιά και των δύο φύλων, ηλικίας 10-11 χρονών, τους ζητήθηκε να τοποθετήσουν σε σειρά αποδοχής εικόνες με παιδιά που είχαν κάποιες ιδιαιτερότητες. Σ' αυτές τις εικόνες υπήρχαν παιδιά τα οποία ήταν ανάπηρα, δεν είχαν κάποιο άκρο, παχύσαρκα παιδιά και παιδιά με παραμορφωμένο πρόσωπο. Τα αποτελέσματα τις έρευνας έδειξαν πως η εικόνα με το παιδί που ήταν παχύσαρκο ήταν το λιγότερο αποδεκτό. Σε γενικές γραμμές έρευνες δείχνουν ότι η κοινωνία αποδοκιμάζει πλήρως την παιδική παχυσαρκία παρά το γεγονός ότι αποτελεί ένα από τα πιο συνηθισμένα προβλήματα της εποχής.

Επιπλέον, παρατηρείται πως στις δυτικές κοινωνίες γίνονται ήδη γνωστές από την πρώιμη ηλικία, οι επιπτώσεις της παιδικής παχυσαρκίας στο μέλλον των παιδιών. Στις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο, πολλές παχύσαρκες έφηβες είχαν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και βρίσκονταν σε κακή οικονομική κατάσταση σε σχέση με τις συνομήλικες τους. Ακόμη, παρατηρήθηκε πως οι κοπέλες που ήταν υπέρβαρες είναι περισσότερο αντικοινωνικές από τις κοπέλες που έχουν κανονικό βάρος[15].

Τα παιδιά τα οποία είναι παχύσαρκα, έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση (Strauss, 2000), κατάθλιψη και διατροφικές διαταραχές (Braet & Wydhooge, 2000). Ο βασικός παράγοντας που επηρεάζει τέτοιου είδους καταστάσεις είναι η ψυχολογική πίεση που ασκούν οι γονείς και οι φίλοι στο παιδί.

#### 4.4.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Λόγω της ανόδου του επιπολασμού της παχυσαρκίας και της ανάπτυξης των ασθενειών που σχετίζονται με αυτήν, έχουν αυξηθεί οι εισαγωγές στα νοσοκομεία και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να υπάρχουν επιπτώσεις στην οικονομία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το κόστος, που απαιτείται από τον ιατρικό τομέα σχετικά με την παχυσαρκία, ενδέχεται να είναι άμεσο ή έμμεσο. Στο άμεσο κόστος υπολογίζεται:

- η πρόληψη,
- η διάγνωση,
- η θεραπεία της παχυσαρκίας και των νόσων που συνδέονται με αυτή.

Στο έμμεσο κόστος υπολογίζεται:

- το κόστος νοσηρότητας, το οποίο είναι η μείωση του εισοδήματος που ελαττώνεται εξαιτίας της μειωμένης παραγωγικότητας, της ανεπαρκούς δραστηριότητας ή και της μη ενασχόλησης του ατόμου σε κάποιο χώρο εργασίας.
- το κόστος θνησιμότητας, το οποίο σύμφωνα με τον Wang, είναι η αξία του μελλοντικού εισοδήματος που χάνεται λόγω πρόωρου θανάτου.

Μέσα από έρευνα που διεξήχθη στις ΗΠΑ, υπολογίστηκε πως το 1998 και το 2002, το κόστος που αφορά την παχυσαρκία ανέρχόταν στα 92,6 δισεκατομμύρια δολάρια με ποσοστό 9,1%. [16]

Σχετικά με το άμεσο κόστος της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας παρατηρείται ότι βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα σε σχέση με άλλες παθήσεις που αφορούν αυτή την ηλικιακή ομάδα. Αυτό συμβαίνει διότι:

1. Δεν γίνονται αρκετές θεραπείες για παιδιά τα οποία είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα, καθώς οι γονείς δεν το θεωρούν σημαντικό και πιστεύουν πως το βάρος του παιδιού θα μειωθεί καθώς αναπτύσσεται.



2. Όταν το παιδί παρουσιάζει κάποιου είδους ασθένεια, παραλείπεται η καταγραφή του βάρους τους, με αποτέλεσμα να μην γνωρίζουν αν η ασθένεια οφείλεται στο μη φυσιολογικό βάρος του παιδιού.

Την χρονολογία 2002 έγιναν προσπάθειες από τον Wang και Dietz να υπολογίσουν το κόστος των ασθενειών που συνδέονται με την παιδική παχυσαρκία. Παρατηρήθηκε πως τα παχύσαρκα παιδιά παρέμεναν στο νοσοκομείο γύρω στις 5 με 7 ημέρες. Στις περιπτώσεις που ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο ήταν μεγαλύτερος φαίνεται ότι το πρόβλημα της παχυσαρκίας βρισκόταν σε υψηλό επίπεδο κινδύνου. Το κόστος νοσηλείας, των παιδιών με παχυσαρκία, ανερχόταν στα 127 εκατομμύρια δολάρια με ποσοστό που φτάνει το 1,7% των νοσοκομειακών εξόδων των ΗΠΑ για όλο το χρόνο.

Στο έμμεσο κόστος της παιδικής παχυσαρκίας είναι πιθανό να υπάρχουν αρνητικά αποτελέσματα, τα οποία ασκούν επίδραση στις κοινωνικές υπηρεσίες, όπως για παράδειγμα στις δημόσιες συγκοινωνίες, στην διαρρύθμιση χώρων άθλησης, στην ένδυση, στη σίτιση κ.ά.. Σύμφωνα με τον Ezzati και τους συνεργάτες του, το DALY's (Disability Adjusted Life Years) είναι ένα μέτρο το οποίο περιλαμβάνει τους παράγοντες, οι οποίοι μειώνουν την νοσηρότητα και την παραγωγικότητα των ατόμων και επιβαρύνουν την κοινωνία από υγειονομικής άποψης. Οι σημαντικότεροι παράγοντες είναι οι εξής:

1. τα οινοπνευματώδη ποτά,
2. το κάπνισμα,
3. η υπέρταση,
4. η υψηλή χοληστερόλη και,
5. το υπερβολικό βάρος.

Από την στιγμή που το υπερβολικό βάρος είναι άμεσα συνδεδεμένο με την υπέρταση, την υψηλή χοληστερόλη και το αλκοόλ,

αντιλαμβανόμαστε ότι με το αυξημένο σωματικό βάρος υποβιβάζεται και η ποιότητα ζωής.[15]

#### **4.5 ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ Η ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ**

Οι πιο διαδεδομένοι τρόποι θεραπείας των ψυχικών διαταραχών των παιδιών είναι οι εξής:

- Η ψυχοθεραπεία, όπου το παιδί έρχεται σε επαφή με κάποιον εξειδικευμένο σε θέματα υγείας και μέσα από την συζήτηση προσπαθούν να εντοπιστούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας το παιδί προσεγγίζεται με διάφορα παιχνίδια, όπως ζωγραφική, παραμύθια κ.ά. και γίνεται η αρχή ώστε να καταλάβει περισσότερα για την συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται και για τον τρόπο συμπεριφοράς του. Μέσω της ψυχοθεραπείας, δίνεται η ευκαιρία στο παιδί να έρθει αντιμέτωπο με καταστάσεις που το δυσκολεύουν.

- Η φαρμακευτική αγωγή συστήνεται από τους ειδικούς πάνω στα θέματα ψυχικής υγείας και έχουν σαν στόχο να αντιμετωπιστούν σοβαρές καταστάσεις οι οποίες εμποδίζουν το παιδί να εξελιχθεί ψυχικά και συναισθηματικά. Σ' αυτό το σημείο πρέπει να επισημάνουμε ότι δεν ασκείται συχνή χρήση φαρμακευτικής αγωγής, αλλά μόνο για δύσκολες περιπτώσεις.

- Σε πολλές καταστάσεις συνδυάζονται οι δύο παραπάνω τρόποι θεραπείας των ψυχικών διαταραχών ώστε να αντιμετωπιστούν πιο γρήγορα και πιο αποτελεσματικά. Είναι σημαντικό να λαμβάνονται συμβουλές από αρμόδιους στα θέματα ψυχικής υγείας, καθώς επίσης και να υπάρχει η σωστή ενημέρωση σχετικά με τις θετικές και τις αρνητικές επιπτώσεις της θεραπευτικής επιλογής.[17]

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

#### **5.1 ΚΩΔΙΚΑΣ ΤΗΣ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΑΚΑΔΗΜΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής όπως η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία, η διαταραχή επεισοδιακής υπερφαγίας και οι άτυπες μορφές διαταραχών είναι ένα ανησυχητικό πρόβλημα που συνεχώς αυξάνεται και εμφανίζεται στις γυναίκες του ανεπτυγμένου κόσμου. Όσο πιο συχνό γίνεται το πρόβλημα τόσο πιο επιφανειακή είναι η αντιμετώπιση του με αποτέλεσμα πολλά νεαρά άτομα -κυρίως γυναίκες- να παραμένουν αβοήθητα, χωρίς πρόσβαση σε υπηρεσίες ειδικής θεραπείας. Με βάση τα παραπάνω, η Διεθνής Ακαδημία για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής δημοσίευσε πρόσφατα μια Διακήρυξη, όπου τονίζει την ανάγκη για παγκόσμια εγρήγορση σε σχέση με τις διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Επίσης, αναφέρονται οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την θεραπεία, όπως είναι ο σεβασμός των ατομικών ελευθεριών και των ατομικών δικαιωμάτων των ασθενών, η ανάγκη δημιουργίας ειδικών δομών για την θεραπεία και έξω αλλά και μέσα στο νοσοκομείο, το δικαίωμα πρόσβασης και ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών, καθώς και η συμμετοχή των συγγενών στη θεραπευτική διαδικασία. Η πιο βασική αρχή που αναφέρεται στην διακήρυξη αυτή, είναι ότι η συνεργασία των ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, των οικογενειών τους και της θεραπευτικής ομάδας είναι αναγκαία και άμεση στην περίπτωση που η αρμόδια υπηρεσία θέλει να προσφέρει υψηλό επίπεδο θεραπείας και προγραμμάτων αντιμετώπισης των διαταραχών

αυτών. Τα δικαιώματα των ασθενών με Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής και των συγγενών τους είναι τα εξής:

1. Δικαίωμα στην επικοινωνία και στη συνεργασία με τους ειδικούς θεραπευτές στο χώρο της υγείας.
2. Δικαίωμα στην πολυδιάστατη κλινική θεραπευτική αντιμετώπιση και στη συμμετοχή στο θεραπευτικό σχεδιασμό.
3. Δικαίωμα στην πρόσβαση σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες, με πλήρη ασφαλιστική κάλυψη, και θεραπεία από εξειδικευμένη θεραπευτική ομάδα.
4. Δικαίωμα πρόσβασης σε αποτελεσματικά και αξιοπρεπή θεραπευτικά προγράμματα και δομές με επιστημονική αρτιότητα και ποιότητα, ανάλογα με την ηλικία του κάθε ασθενούς (παιδιά - έφηβοι - ενήλικες).
5. Δικαίωμα στα μέλη της οικογένειας (γονείς, συγγενείς) να πληροφορούνται για τη φύση του προβλήματος των διαταραχών πρόσληψης τροφής, να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και να εκλαμβάνονται ως σύμμαχοι στη θεραπευτική αντιμετώπιση των αντίστοιχων διαταραχών.
6. Δικαίωμα στους γονείς, συγγενείς και λοιπά μέλη της οικογένειας να έχουν πρόσβαση σε ομάδες υποστήριξης, σε πηγές πληροφόρησης και αναζήτησης βοήθειας, καθώς και συμμετοχή σε συμβουλευτική ή οικογενειακή ψυχοθεραπεία. [1]

## **5.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

Οι άνθρωποι που καταφεύγουν στα κέντρα αδυνατίσματος τα οποία συνεχώς προβάλλουν γρήγορες δίαιτες και υπόσχονται άμεσα

αποτελέσματα, δεν καταφέρνουν να λύσουν το πρόβλημα τους το οποίο σχετίζεται με την εξωτερική τους εμφάνιση, την εσωτερική τους ισορροπία και την αυτοπεποίθηση τους.

Σ' αυτό το σημείο τίθενται τα εξής ερωτήματα. Ποιοι είναι οι λόγοι που η βιομηχανία αδυνατίσματος δεν προσφέρει ένα μόνιμο και επιθυμητό αποτέλεσμα και γιατί το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων ενώ χάνουν τα περιττά κιλά τους τα ξαναπαίρνουν πολύ γρήγορα;

Έρευνες που σχετίζονται με το θέμα των διαταραχών της διατροφής δείχνουν ότι πολλές μέθοδοι που παρέχονται βοηθάνε αλλά δεν κάνουν και θαύματα. Προκύπτει η ανάγκη στα άτομα που πάσχουν είτε από βουλιμία, ανορεξία ή παχυσαρκία να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα ολιστικά. Αυτό που δεν προσφέρουν οι παραπάνω μέθοδοι είναι η ψυχολογική υποστήριξη που χρειάζεται το ίδιο το άτομο καθώς τα συναισθήματα του τον έχουν οδηγήσει στο να έχει βουλιμική στάση και συμπεριφορά.

Πάνω από το 70% των ανθρώπων εκτονώνονται στο φαγητό για να αντιμετωπίσουν μια ψυχική ένταση, ένα συναίσθημα θυμού ή απογοήτευσης. Μια δίαιτα χαμηλή σε θερμίδες οφείλει να έχει σαν αποτέλεσμα την απώλεια βάρους.[11]

Αυτό όμως είναι μια λογική, μηχανιστική προσέγγιση η οποία δεν δίνει βάση στον άνθρωπο ως ψυχή με τις λεπτές αποχρώσεις της ιδιαιτερότητας και διαφορετικότητας στην προσωπικότητα και στην συμπεριφορά του, που τον καθιστούν μοναδικό σε σχέση με οποιονδήποτε άλλον άνθρωπο.

Με πρώτη χώρα την Αμερική και στην συνέχεια στην Ευρώπη, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, παίζει κύριο ρόλο στην αντιμετώπιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής είτε ως συμπληρωματική, είτε ως μοναδική θεραπεία επιλογής.

Τα αποτελέσματα της συνθετικής ψυχοθεραπείας είναι πολύ υψηλά διότι προσεγγίζει την προσωπικότητα του ατόμου ολιστικά, δουλεύοντας με τα εσωτερικά κομμάτια της προσωπικότητας μας που λειτουργούν και επηρεάζουν την συμπεριφορά μας και τις επιλογές μας χωρίς εμείς να μπορούμε να τα ελέγξουμε συνειδητά από την στιγμή που δεν έχουμε καταλάβει την ύπαρξη τους.

Μέσα από την ατομική ψυχοθεραπεία αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά οι αιτίες της βουλιμίας, όπως είναι η χαμηλή αυτοπεποίθηση του ατόμου, η δυσκολία του στις διαπροσωπικές του σχέσεις, η επίλυση των εσωτερικών και των οικογενειακών συγκρούσεων.

Η θεραπεία της βουλιμίας μπορεί να είναι μακροχρόνια κι επίμονη, αν και σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα που πάσχουν από βουλιμία σταματούν πρόωρα την θεραπεία τους.

Σε κάθε περίπτωση, το χτίσιμο μιας σχέσης που έχει να κάνει με την κατανόηση, τον αλληλοσεβασμό και την εμπιστοσύνη μεταξύ του ασθενή και του ψυχοθεραπευτή είναι το βασικό στοιχείο για την επιτυχία οποιουδήποτε προγράμματος ψυχοθεραπείας. Η Συνθετική Ψυχοθεραπεία, ως διαπροσωπική προσέγγιση, δεν κοιτάει μόνο τα άμεσα συμπτώματα της βουλιμίας, αλλά αντιθέτως προσπαθεί να βοηθήσει το άτομο να αντιμετωπίσει τις συγκρούσεις του στις διαπροσωπικές του σχέσεις και να διορθώσει τον τρόπο με τον οποίο βλέπει τον εαυτό του σε σχέση με τους άλλους.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τα αίτια της βουλιμίας συνδέονται άμεσα με τις σχέσεις του ατόμου και το περιβάλλον του και σε αυτό στηρίζονται τα αποτελέσματα του συγκεκριμένου θεραπευτικού μοντέλου. Έρευνες δείχνουν ότι η βουλιμία και η παχυσαρκία αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά με την συνθετική ψυχοθεραπεία αλλά

και με άλλες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους και αυτό μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο να υπάρξει υποτροπή στο μέλλον.[1]

Όταν το άτομο που αντιμετωπίζει κάποια ψυχογενή διαταραχή διατροφής ζητήσει την απαραίτητη ψυχοθεραπευτική βοήθεια, είναι σίγουρο ότι θα ωφεληθεί πολύ από τη συμμετοχή του σε ομάδες υποστήριξης και ψυχοθεραπείας, καθώς εκεί θα υποστηρίξει αλλά και θα υποστηριχθεί από άλλα άτομα που παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα.

Με αυτό τον τρόπο θα νιώσει πιο υπεύθυνο και καταλάβει ότι γίνεται αποδεκτό, παρά το γεγονός ότι έχει να αντιμετωπίσει ένα πολυσύνθετο πρόβλημα.

Μια ομάδα υποστήριξης και συνθετικής ψυχοθεραπείας για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, παρέχει:

- § Υποστήριξη σε ένα ασφαλές περιβάλλον εμπιστοσύνης,
- § Μοίρασμα εμπειριών και συναισθημάτων με άλλους ανθρώπους που υποφέρουν από παρόμοια προβλήματα,
- § Ψυχοθεραπευτική βοήθεια ώστε να δουν τα μέλη της ομάδας ανεπίγνωστα κομμάτια της προσωπικότητας και των σχέσεών τους στο παρελθόν, τα οποία εμπλέκονται στην ανάπτυξη της προβληματικής τους στάσης και συμπεριφοράς,
- § Επεξεργασία θεμάτων όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός, η αυτοεκτίμηση, η εικόνα του σώματος κ.α.,
- § Υποστήριξη, ιδέες και στρατηγικές από άλλους συμμετέχοντες που βρίσκονται σε πιο προχωρημένο στάδιο αντιμετώπισης,
- § Εκπαίδευση των μελών για τις φυσικές και συναισθηματικές συνέπειες των διαταραχών πρόσληψης τροφής, τους κινδύνους, τις σωματικές και ψυχικές επιπλοκές,
- § Εκμάθηση εναλλακτικών και μη δυσλειτουργικών τρόπων συμπεριφοράς,
- § Εκμάθηση στρατηγικών αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων.

Παρόλο που δεν μπορούν να περιγραφούν λεκτικά τα οφέλη μιας ψυχοθεραπευτικής ομάδας, οι σχέσεις όμως που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών τους είναι το κλειδί για να αντιμετωπιστούν οι διατροφικές διαταραχές και πρέπει να επισημάνουμε ότι σε όλες τις περιπτώσεις οι συγκεκριμένες ομάδες αποτελούν το βασικό στοιχείο για την αντιμετώπιση της βουλιμίας, της παχυσαρκίας και της ανορεξίας.[1]

### **5.3 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Η φύση της Νευρογενούς Ανορεξίας είναι τέτοια, λόγω των σύνθετων ψυχολογικών και ιατρικών συνοδών προβλημάτων, που στις περισσότερες περιπτώσεις επιβάλλεται η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία σε συνδυασμό με την ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία για τη θεραπευτική αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής. Η νοσηλεία έχει σαν στόχο να αυξηθεί σταδιακά η πρόσληψη τροφής άλλα και να παρακολουθείται στενά και με προσοχή το σωματικό βάρος του ασθενούς, το οποίο αφού σταθεροποιηθεί θα πρέπει να αρχίζει σταδιακά να αυξάνεται. Η αποκατάσταση του υποσιτισμού και των σοβαρών επιπλοκών του, λοιπόν, θα πρέπει να είναι η πρώτη μας φροντίδα, καθώς η απώλεια βάρους μπορεί να είναι τόσο μεγάλη και τόσο σοβαρή ώστε να είναι αναγκαία ακόμη και η ενδοφλέβια σίτιση του ασθενούς προκειμένου να μην καταλήξει.

Τα στοιχεία, που αξιολογεί ο ψυχίατρος προκειμένου να αποφασίσει την εισαγωγή του ασθενούς, σχετίζονται με τη σωματική κατάσταση και την ύπαρξη των συνθηκών εκείνων που θα διασφαλίσουν τη συνεργασία του πάσχοντος. Πιο συγκεκριμένα, η νοσηλεία σε νοσοκομείο θα πρέπει να εξετάζεται σαν ενδεχόμενο βάσει των ακόλουθων κριτηρίων:



- (1) σοβαρό υποσιτισμό (μερικές φορές ορίζεται από την απώλεια βάρους που έχει οδηγήσει σε βάρος χαμηλότερο από το όριο που θέτει ο θεράπων ιατρός, π.χ. αν η απώλεια βάρους είναι μεγαλύτερη από 20% ή αν αυτή έχει συμβεί με ταχύ ρυθμό)
- (2) σοβαρές ιατρικές επιπλοκές - σοβαρά οργανικά προβλήματα (π.χ. σοβαρές καρδιακές ή μεταβολικές – ηλεκτρολυτικές διαταραχές, διαταραχές δηλαδή των ηλεκτρολυτών, υποκαλιαιμία, οργανική βλάβη άλλου είδους)
- (3) ένας επίμονος κύκλος αυτοπροκαλούμενων εμετών ή κατάχρησης υπακτικών μετά από ένα υπερφαγικό επεισόδιο, ο οποίος κύκλος δεν έχει διακοπεί με τις εξωνοσοκομειακές παρεμβάσεις
- (4) σοβαρός κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας
- (5) η διαπίστωση συνοσηρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές
- (6) μια αξιοσημείωτη ανικανότητα να φροντίσει ο ασθενής τον ίδιο τον εαυτό του ή η ανυπαρξία τέτοιας βοήθειας από την οικογένεια του ασθενούς.[1]

Τα ενδονοσοκομειακά ψυχιατρικά προγράμματα για ασθενείς με Νευρογενή Ανορεξία βασίζονται τόσο σε συμπεριφερολογικές πρακτικές, στην ψυχοθεραπευτική παρέμβαση αλλά και σε φαρμακοθεραπείες. Η επιτυχία τέτοιων προγραμμάτων θα εξαρτηθεί κατά βάση από τις δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και από τον βαθμό συνεργασίας της θεραπευτικής ομάδας. Είναι σημαντικό στη θεραπεία αυτών των ασθενών να καλλιεργηθεί η θεραπευτική συμμαχία, αλλά το ίδιο σημαντικό στοιχείο είναι και η συνεργασία, η υποστήριξη και η εμπιστοσύνη των μελών της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία και το θεραπευτή.

Σε ό,τι αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα, θα πρέπει να φροντίσουμε ώστε να χορηγούνται μικρά και συχνά γεύματα (1500-2000

θερμίδες ημερησίως αρχικά, μοιρασμένες σε 5-6 γεύματα). Επίσης, θα πρέπει να πραγματοποιείται τακτικό πρωινό ζύγισμα, να υπάρχει συχνή παρακολούθηση των κλινικών εργαστηριακών δεικτών για τις επιπλοκές του χρόνιου υποσιτισμού, αποτροπή των αυτοπροκαλούμενων εμετών και των άλλων καθαρτικών συμπεριφορών με στενή επίβλεψη μετά τα γεύματα, φαρμακευτική αγωγή για την αποκατάσταση των διαταραχών ύπνου, αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας με μαλακτικά κοπράνων, καταστολή της υπερκινητικότητας και του άγχους με ηρεμιστικά – αγχολυτικά. Τέλος, είναι εξαιρετικά σημαντικό να ενθαρρύνεται και να ενισχύεται ο ασθενής ώστε οι συζητήσεις του να επικεντρώνονται στα προβλήματα που αντιμετωπίζει και να πάψει να περιορίζεται στα θέματα διατροφής και σωματικού βάρους.[1]

#### **5.4 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

Παρότι η Νευρογενής Ανορεξία συνδέεται με πολλαπλές οργανικές διαταραχές, δεν έχει αποδειχθεί ξεκάθαρα ο ρόλος της φαρμακευτικής αγωγής. Επιπρόσθετα, έχουν γίνει δοκιμές με τις περισσότερες από τις ομάδες ψυχοφαρμάκων και τις υπόλοιπες βιολογικές θεραπείες για τη Νευρογενή Ανορεξία, αλλά μέσα από τις συγκριτικές μελέτες για την αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών δεν έχει αποδειχθεί η θεραπευτική τους δράση, τουλάχιστον σε ότι αφορά τον πυρήνα της ψυχοπαθολογίας της νόσου. Έτσι, οι ψυχίατροι περιορίζονται στο να χορηγούν ψυχοφάρμακα κατά περίπτωση και ανάλογα με τα επιφανειακά συμπτώματα-στόχους, αλλά γενικότερα θα λέγαμε ότι η φαρμακοθεραπεία για τη Νευρογενή Ανορεξία είναι περιορισμένη.

Παρ' όλα αυτά, εξαιτίας της συνοσηρότητας της Νευρογενούς Ανορεξίας με την Κατάθλιψη, η χορήγηση αντικαταθλιπτικής

φαρμακευτικής αγωγής έχει φανεί να έχει σχετική επιτυχία στην αντιμετώπιση της Νευρογενούς Ανορεξίας.(15) Αρκετές είναι και οι έρευνες, που υπογραμμίζουν ότι η αντικαταθλιπτική αγωγή συχνά ενισχύει τα αποτελέσματα της Γνωσιακής – Συμπεριφοριστικής Παρέμβασης, και συνδέουν οι ερευνητές το αποτέλεσμα αυτό με το γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία παρουσιάζει συχνά και καταθλιπτική συμπτωματολογία.[1]

Πρόσφατα το ενδιαφέρον έχει εστιαστεί στο fluoxetine (Prozac). Οι έρευνες υποστηρίζουν ότι το fluoxetine είναι χρήσιμο στη θεραπεία της Νευρογενούς Ανορεξίας. Σε μια από τις έρευνες, που έχουν διεξαχθεί, αποδείχθηκε ότι από ένα σύνολο 37 πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία, που ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή με fluoxetine, οι 29 είχαν κατορθώσει να διατηρήσουν ένα φυσιολογικό βάρος ακόμα και 11 μήνες μετά το τέλος της αγωγής, έτσι όπως προέκυψε από το follow-up. Τα αντικαταθλιπτικά, όπως το fluoxetine, μπορούν να βοηθήσουν τόσο στις περιπτώσεις των πασχόντων, που εμφανίζουν τον Υπερφαγικό – Καθαρτικό Τύπο της Νευρογενούς Ανορεξίας, στο να ελεγχθεί ο κύκλος υπερφαγίας-καθαρτικής συμπεριφοράς, αλλά και στις περιπτώσεις που συνυπάρχει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ωστόσο, κάποιои υποστηρίζουν ότι η αύξηση του βάρους του ασθενούς αυτή καθεαυτή είναι πιο αποτελεσματική στο να ανακουφίσει τον ασθενή από την καταθλιπτική συμπτωματολογία και να βελτιώσει την διάθεση των ασθενών αυτών. [11]

Στην πράξη, οι ψυχίατροι συχνά καταφεύγουν στη χορήγηση αγχολυτικών και αντικαταθλιπτικών για την αντιμετώπιση των συνοδών ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων. Η χορήγηση, όμως, αντικαταθλιπτικών σε ασθενείς, που έχουν ταλαιπωρήσει τον οργανισμό τους με τον χρόνιο υποσιτισμό και παρουσιάζουν επιπλοκές στο καρδιαγγειακό τους σύστημα, θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και να φροντίζει ο

ειδικός ώστε να αυξάνεται σταδιακά η δόση. Σε περίπτωση που έχει διαπιστωθεί η συνοσηρότητα με Κατάθλιψη, μπορεί ο ειδικός να εξετάσει και το ενδεχόμενο της ηλεκτροσπασμοθεραπείας.[1]

## **5.5 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Οι ασθενείς, που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, μπορούν να προκαλέσουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις στα μέλη μιας θεραπευτικής ομάδας. Η αδύνατη και αδύναμη εμφάνιση και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά των πασχόντων από Νευρογενή Ανορεξία μπορεί να προκαλέσει πολύ δυνατά συναισθήματα φόβου και θυμού στους θεραπευτές. Ο αγώνας για την απόκτηση ελέγχου μπορεί να περιπλέξει την θεραπεία των ασθενών και να αποσταθεροποιήσει την αντικειμενικότητα των θεραπειών. Επίσης, η συχνή συνοσηρότητα με την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας σε αυτό τον πληθυσμό ασθενών περιπλέκει ακόμα περισσότερο το θεραπευτικό σχεδιασμό, καθώς συχνά οι ασθενείς διαχωρίζουν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε κατηγορίες «καλών» και «κακών», μέσα στα πλαίσια του αμυντικού μηχανισμού του splitting. Τέλος, κάποιες διαδικασίες πολλές φορές θα πρέπει να εφαρμόζονται ενάντια στη θέληση του ασθενούς και αυτό τις καθιστά διεισδυτικές κι έτσι μπορούν εύκολα να επεκταθούν σε τιμωρητικά συναισθήματα και πράξεις ενάντια στον ασθενή.

Οι επαγγελματίες σε χώρους ψυχικής υγείας θα πρέπει να έχουν υπόψη τους αυτές τις αντιδράσεις και ν' αναζητούν συμβουλευτική όταν θεωρούν ότι απαιτείται προκειμένου ν' αντιμετωπίσουν αυτά τα συναισθήματα. Πολλές φορές είναι χρήσιμο και βοηθητικό να πραγματοποιούνται συναντήσεις όλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας, που συνεργάζεται για τη θεραπεία του ασθενούς, προκειμένου

να απελευθερώσουν όλα αυτά τα συναισθήματα και να επαναπροσδιορίσουν τη θεραπεία όταν κρίνεται απαραίτητο.

Η θεραπεία των ασθενών, που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση και εμφανίζουν και κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής, εγείρει μοναδικές προκλήσεις σε ότι αφορά την αντιμεταβίβαση των επαγγελματιών θεραπευτών. Οι θεραπευτές και γενικότερα οι ειδικοί συχνά σοκάρονται, τρομοκρατούνται και κατακλύζονται από τις περιγραφές της κακοποιητικής εμπειρίας. Το άτομο, που έχει επιβιώσει από την κακοποίηση, είναι γενικότερα ευαίσθητο ακόμα και σε συγκαλυμμένες μορφές αποστασιοποίησης και εξαιτίας της μαθημένης τάσης τους να φροντίζουν τους άλλους, συχνά θα σταματήσουν τις αποκαλύψεις προκειμένου να προστατέψουν και να μην επιβαρύνουν το θεραπευτή τους.[1]

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ- ΦΡΟΝΤΙΔΑ

#### 6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1

Ο ασθενής Π.Χ. ηλικίας 13 ετών εισήλθε στο Καραμανδάνειο νοσοκομείο Παίδων με αυξημένη ολική χοληστερίνη που οδηγεί σε αυξημένη Αρτηριακή πίεση. Οι γιατροί εκφράζουν ανησυχίες για αύξηση των επιπέδων του διαβήτη.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 05/01/2014 ώρα 7:00

#### ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Π.Χ

Φύλο: Άρρεν

ΗΜ.ΓΕΝ.:13/2/2001 Ηλικία:13

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Ολική χοληστερόλη : > 200 mg/dl

LDL χοληστερόλη : >130 mg/dl

Οικ. Κατάσταση :Μέλος τριμελούς οικογένειας

#### ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Ο ασθενής παρουσιάζει από 8 ετών αυξημένα επίπεδα βάρους άνω του φυσιολογικού. Κατά καιρούς παρουσίασε αυξημένη χοληστερίνη Ολική χοληστερόλη άνω των αποδεκτών ορίων για την ηλικία του : από 170mg/dl έως 199mg/dl

LDL χοληστερόλη : <110mg/dl έως 129mg/dl

## **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Ο πατέρας του παιδιού κατά καιρούς εμφανίζει υψηλά επίπεδα Ολικής χοληστερόλης άνω του 240 mg/dl. Ο παππούς του είχε παρουσιάσει καρδιακά προβλήματα και πέθανε αιφνίδια από καρδιακό θάνατο οφειλόμενο σε έμφραγμα.

## **ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ:**

Ολική χοληστερόλη : 240 mg/dl

LDL χοληστερόλη: 135mg/dl

## **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Προτάθηκε από το ιατρικό προσωπικό η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών του παιδιού. Θα πρέπει να ακολουθηθεί μεσογειακή διατροφή με βάση τα φρούτα και τα λαχανικά και να αποφεύγονται τα γλυκά και οι κορεσμένες λιπαρές ουσίες. Ταυτόχρονα θα πρέπει να ακολουθήσει συγκεκριμένο πρόγραμμα αερόβιας άσκησης.

Η φαρμακευτική αγωγή με βάση τις οδηγίες του γιατρού περιλαμβάνει τη χορήγηση ιοντοανταλλακτικών ρητινών και συγκεκριμένα κολεστιπόλης σε δοσολογία 3 φορές την ημέρα ώστε να ελαττωθούν τα επίπεδα χοληστερόλης. Ταυτόχρονα θα πρέπει να δοθεί στο παιδί η απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη.

Ιξολόγηση ασθενούς Άγες- Προβλήματα- σηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<p>1. Αυξημένα επίπεδα Ολικής χοληστερόλης : 240 mg/dl</p> <p>1.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση των επιπέδων χοληστερόλης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημέρωση και παροχή εξηγήσεων για την διαδικασία</li> <li>• Ψυχολογική υποστήριξη</li> <li>• Κατανόηση των προβλημάτων της θεραπείας και συζήτηση με το παιδί</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Τονίζουμε ότι θα έχει την βοήθεια και την υποστήριξη</li> <li>• Αφήνουμε το παιδί να εκφράσει τους φόβους του ακούγοντας με κατανόηση και φροντίζουμε να παρέχουμε ασφάλεια</li> <li>• Χορήγηση κολεστιπόλης σε δοσολογία 3 φορές την ημέρα με οδηγία ιατρού</li> <li>• Πλήρης ενημέρωση γονέων για τη θεραπευτική αγωγή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση των επιπέδων της χοληστερίνης</li> </ul>



1. Ιστολόγηση ασθενούς Άγκες- Προβλήματα- σηλευτική Διάγνωση	2. Αντικειμενικός Σκοπός	3. Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4. Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5. Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αυξημένα επίπεδα LDL χοληστερόλης : 135mg/dl</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση των επιπέδων LDL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προσέγγιση του παιδιού ώστε να αντιληφθεί το πρόβλημα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημερώνουμε για τις διαδικασίες με απλά λόγια για να καταλάβει την χρησιμότητα της προσέγγισης σε αυτό και στους γονείς</li> <li>• Χορήγηση κολεστιπόλης σε δοσολογία 3 φορές την ημέρα με οδηγία ιατρού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση των επιπέδων LDL</li> </ul>

## 6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2

Η ασθενής Ε.Δ. ηλικίας 10 ετών εισήλθε στο Καραμανδάνειο νοσοκομείο Παιδών με αυξημένη Αρτηριακή πίεση.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 12/01/2014 ώρα 12:00

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Ε.Δ.

Φύλο: Θήλυ

ΗΜ.ΓΕΝ.:21/3/2004 Ηλικία: 10

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : αυξημένη Αρτηριακή πίεση

Οικ. Κατάσταση :Μέλος τετραμελούς οικογένειας

Αρτηριακή πίεση: 126/82

### ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Η ασθενής είχε αυξημένο επίπεδο βάρους και αρκετά δυσανάλογο με το ύψος της. Ζύγισε 52 κιλά και το ύψος της ήταν 115 εκατοστά.

Οι εξετάσεις της έδειξαν αυξημένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης γεγονός που προκάλεσε ανησυχία στους γονείς της. Λόγο του αυξημένου βάρους το παιδί αντιμετωπίζει μια ψυχολογική πίεση που προερχόταν από την αντιμετώπιση του περιβάλλοντος του. Το παιδί νιώθει φόβο όταν βρίσκεται στο ευρύτερο κοινωνικό της περιβάλλον (σχολείο- γειτονία). Ο φόβος αυτός αγγίζει τα όρια της αγοραφοβίας.

## **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Το παιδί έχει οικογενειακό ιστορικό αρτηριακής πίεσης από τον πατέρα και το παππού.

## **ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ:**

Διαγνώστηκε σταδίου 2 αρτηριακή πίεση που αφορά πιέσεις που καταγράφονται 12 mm και πλέον πέραν της 95ης εκατοστιαίας θέσης

## **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Το παιδί θα πρέπει να χάσει σωματικό βάρος και να αρχίσει τη συστηματική εκγύμναση.

Η χορήγηση υπερτασικών φαρμάκων είναι δύσκολη σε αυτή την ηλικία. Αν αυτό κριθεί αναγκαίο η χορήγηση θα γίνει για μικρό διάστημα και σε μικρή δόση.

1.Ιξιολόγηση ασθενούς Άγες- Προβλήματα- σηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσμι ος
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αυξημένη Αρτηριακή πίεση σταδίου 2 : 126/82</li> <li>• Αγοραφοβία</li> <li>• Άγχος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση του σωματικού βάρους</li> <li>• Μείωση του άγχους και του φόβου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προσέγγιση του παιδιού για να καταφέρουμε να περάσουμε ένα πιο υγιεινό τρόπο διατροφής</li> <li>• Προσέγγιση του παιδιού ώστε να καταφέρει να ξεπεράσει τους φόβους του</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ενημερώνουμε ασθενή και γονείς ώστε να αντιληφθούν το πρόβλημα</li> <li>• Ενημέρωση για τη μεσογειακή διατροφή και για τις τροφές που πρέπει να περιοριστούν στα κατώτερα δυνατά επίπεδα (fast food)</li> <li>• Ενημέρωση για την άμεση ανάγκη χαλαρή και μη κοπιαστικής γυμναστικής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση Αρτηριακ πίεσης</li> <li>• Μείωση φόβου κ άγχους</li> <li>• Εναρμόνι με τ κοινωνικό περίγυρο</li> </ul>

### 6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Το νοσηλευτικό προσωπικό δημιουργεί στενές επαγγελματικές σχέσεις με τους ασθενείς που φροντίζει. Πράγματι, η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται είναι σημαντική και επιδρά στην ανάρρωση των ασθενών. Η ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης έχει ιδιαίτερη σημασία κατά την φροντίδα ατόμων με παχυσαρκία που εμφανίζουν κάποιο λειτουργικό πρόβλημα.

Η προσωπικότητα και οι δεξιότητες του νοσηλευτή είναι τα σημαντικότερα στοιχεία αυτής της θεραπευτικής σχέσης. Οι δεξιότητες μπορούν να διδαχθούν στο νοσηλευτή και η σωστή ανάπτυξή τους μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στη θεραπεία του ασθενή. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν ζεστασιά, θέρμη και θετική στάση απέναντι στον ασθενή. Αυτή η ζεστασιά μεταβιβάζεται στον ασθενή και τον βοηθά. Επίσης, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν συναίσθηση ώστε να αντιλαμβάνονται πως αισθάνεται ο ασθενής. Τέλος, πρέπει να είναι αυθεντικοί και να δείχνουν γνήσιο ενδιαφέρον απέναντι στον ασθενή.

Σημαντική είναι και η ολιστική νοσηλευτική προσέγγιση. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά με παχυσαρκία με το να τα ακούν. Η θεραπευτική σχέση και η κατανόηση επέρχεται σταδιακά με τη συχνή συναναστροφή του νοσηλευτή με τον ασθενή. Η νοσηλευτική προσέγγιση πρέπει να είναι φιλική. Παράλληλα ένα παχύσαρκο άτομο πρέπει να ενθαρρύνεται να εκφράζει τα συναισθήματά του ώστε να νιώσει ανακούφιση. Η νοσηλευτική ολική προσέγγιση περιλαμβάνει την παροχή φροντίδας που οδηγεί σε αλλαγές στον τρόπο σκέψης του ασθενή, στην καθημερινότητά του, στις δραστηριότητες και δεξιότητες του.[18]

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μία συστηματική σειρά νοσηλευτικών ενεργειών, που έχουν ως σκοπό την αντιμετώπιση των αναγκών και την

επίλυση των προβλημάτων υγείας των ασθενών και της οικογένειάς τους. Ο σκοπός λοιπόν της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα για την γρήγορη και καλή ανάρρωση και αποκατάσταση του ασθενούς.

Ο νοσηλευτής που εργάζεται με παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα, ειδικά όταν αυτά τείνουν να γίνουν ψυχικές διαταραχές, απαιτείται να έχει παιδεία όχι μόνο με τη στενή έννοια της θεωρητικής και τεχνικής κατάρτισης αλλά και μια γενικότερη καλλιέργεια, μια ποιότητα ψυχής, για να μπορέσει να αποδώσει σωστά το ρόλο του και να οδηγήσει το παιδί να συνεργαστεί μαζί του καθώς και με τους θεράποντες ιατρούς. Επίσης συμβάλει καθοριστικά στο να δεχτεί το παιδί την φαρμακευτική αγωγή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει απευθυνόμενος στο παιδί να φέρεται με ευγένεια, στοργή, καλοσύνη, προσπαθεί να μειώσει το άγχος του παιδιού και της οικογένειάς του, δίνει χαρά στο παιδί εναύσματα ώστε να νοιώσει ασφάλεια στο νοσοκομείο, όπως ακόμα το διδάσκει παίζοντας μαζί του εκπαιδευτικά παιχνίδια.[19]

Συνεπώς ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος και περιλαμβάνει την εκπαίδευση ασθενών και οικογενειών και τη διαμόρφωση συστημάτων υποστήριξης. Προκειμένου να ανταποκριθεί στο ρόλο του, απαιτείται ειδική εκπαίδευση, ικανότητα διδασκαλίας παιδιών, καλή επικοινωνία, ικανότητα παροχής υποστήριξης, ετοιμότητα ακρόασης και διαπραγμάτευσης.[20]

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι σύνθετες και πολύ-παραγοντικής αιτιολογίας διαταραχές, που προσβάλλουν σημαντικό τμήμα του πληθυσμού κατά βάση έφηβες κοπέλες και νεαρές ενήλικες γυναίκες. Οι γενικοί ιατροί διαδραματίζουν έναν κριτικής σημασίας ρόλο στην αναγνώριση και θεραπεία αυτών των διαταραχών.

Η έγκαιρη διάγνωση αυτών των διαταραχών συμβάλλει σημαντικά στη θετική θεραπευτική εξέλιξη, αλλά παρεμποδίζεται συχνά από τα ισχυρά συναισθήματα μυστικοπάθειας, άρνησης, και ντροπής από μέρους του ασθενούς.

Αν και τα άτομα που πάσχουν από κάποια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής μπορεί ν' αρνούνται τη θεραπεία, η γεμάτη κατανόηση προσέγγιση μιας διεπιστημονικής ομάδας, που θα εστιάζει στις ιατρικές, ψυχολογικές αλλά και διατροφικές ανάγκες των ατόμων αυτών, θα μπορούσε να ενισχύσει σε σημαντικό βαθμό την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Οι διατροφικές διαταραχές στην παιδική ηλικία ολοένα και αυξάνονται στις δυτικές κοινωνίες, και πιστεύεται ότι αυτό συνδέεται με την εμμονή μας σχετικά με την εικόνα του σώματος.

Είναι ιδιαίτερα ανησυχητική η αύξηση του αριθμού των ιστοσελίδων που ενθαρρύνουν επικίνδυνους τρόπους δίαιτας για κορίτσια και νεαρές γυναίκες.

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μας παρουσιάζουν το αδύνατο σώμα ως το ιδανικό, και είναι προκατειλημμένοι με τα φυσικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων. Υπάρχει γενικά η τάση αρνητικής τυποποίησης των ατόμων που είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα.

Όταν γίνει η διάγνωση της διατροφικής διαταραχής, μπορεί να χρειασθεί η συμμετοχή διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων και επαγγελματιών υγείας, καθότι οι διαταραχές αυτές επηρεάζουν τα άτομα τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά.

Η οικογένεια και οι φίλοι των παιδιών που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή συχνά μπορεί να αισθάνονται σύγχυση και ψυχική ένταση. Η υποστήριξη και η επιμόρφωση, καθώς και η καλύτερη κατανόηση των θεμάτων αυτών από το κοινωνικό σύνολο, αποτελούν ένα σημαντικό μέρος της θεραπευτικής αγωγής.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βάρσου Ε., Τρίκκας Γ. (1991) Τα ερωτηματολόγια διερεύνησης των διαταραχών πρόσληψης τροφής EDI, EAT-26, BITE σε Ελληνικό Πληθυσμό. Ανακοίνωση στο 12<sup>ο</sup> Παν. Συνέδριο Ψυχιατρικής, Βόλος 1991. Φυλλάδιο Επιλογή Δείγματος Εργαστήριο Στατιστικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων 1994

Βενις Ζαν Λυκ, (2011), Η ψυχογενής ανορεξία, Χατζηνικολή

Γιαννίτση Σταυρούλα (1997) Ψυχοσωματική και Ομαδική Ψυχοθεραπεία, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Ιεροδιακόνου Χ. (1988) Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία. Κείμενα και Περιπτώσεις. Εκδ. Μαστορίδη Θεσσαλονίκη

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). «Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία». Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας.

Καλαντζή-Azizi, Α. (1995). Νευρογενής Ανορεξία και Βουλμία. Τετράδια Ψυχιατρικής

Λιάκος Α (1973) Ψυχογενής Ανορεξία, Στο Στεφανής και συνεργάτες (Επιμ.) Θέματα Ψυχιατρικής Αθήνα

Μωρόγιαννης Φ, Μακρυδήμας Γ, Λιάκος Α.(1993).Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία και Ψυχογενή Βουλιμία.Ανακοίνωση.1οΠαν.Συνέδριο Παιδικής και Εφηβικής Γυναικολογίας. Αθήνα 8- 11/12/1993.

Τούτουζας Π,(2004) Δίαιτα και διατροφή, Κάκτος

Glenn Waller, Helen Cordery, Emma Corstorphine, Hendrik Hinrichsen,Rachel Lawson, Victoria Mountford,Katie Russell, (2011)  
Colleen Thompson, Ellen Shanley, μετάφραση: Ρουμπίνη Βασιλοπούλου,  
(2010) Καταπολεμώντας την παιδική παχυσαρκία, Φυτράκης Α.Ε.

Rachel Pryke, επιμέλεια: Ε. Μαγκλάρα - Κατσιλάμπρου, Α. Τσαρούχη,  
(2009)Παιδική παχυσαρκία, Ένας πλήρης οδηγός σχετικά με το βάρος,  
τη διατροφή και τη φυσική κατάσταση, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

<http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/Parents/ChildObesitySV.aspx?ArticleID=5#.UtUkGtJdW5U>

[http://www.morogiannis.gr/epistimoniko\\_ergo/text/book1.pdf](http://www.morogiannis.gr/epistimoniko_ergo/text/book1.pdf)

[http://www.geitonas.edu.gr/files/Press\\_Media/Dimosieyseis/DiataraxesTr  
ofisA.pdf](http://www.geitonas.edu.gr/files/Press_Media/Dimosieyseis/DiataraxesTrofisA.pdf)

<http://www.paideiatrofi.org/>

[http://www.diatrofi.gr/index.php/health/paxisarkia/item/795-  
%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE-  
%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%  
BA%CE%AF%CE%B1](http://www.diatrofi.gr/index.php/health/paxisarkia/item/795-%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1)

[www.diagnostiki.gr](http://www.diagnostiki.gr)

<http://www.doctorschannel.gr/paidikh-paxysarkia-ellada/>

[http://www.mothersblog.gr/o-kosmos-toy-paidioy/item/12476-paidiki-  
paxysarkia-ola-osa-prepei-na-gnorizete](http://www.mothersblog.gr/o-kosmos-toy-paidioy/item/12476-paidiki-paxysarkia-ola-osa-prepei-na-gnorizete)

[http://www.healthpress.gr/%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE  
%AF/%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%84%CE%B1%CF%8  
4%CE%AD%CF%88%CF%84%CE%B5-%CF%84%CE%B1-  
%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CF%84%CE%B7%CE%BD-](http://www.healthpress.gr/%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%AF/%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%84%CE%B1%CF%84%CE%AD%CF%88%CF%84%CE%B5-%CF%84%CE%B1-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CF%84%CE%B7%CE%BD-)

[%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1/](#)

[http://health.in.gr/kid/news/article/?aid=1231217247](#)

[www.childhealth.ac.cy/DIAMANTI.pdf](#)

[http://www.childnutrition.gr/5-vimata-gia-tin-antimetopisi-tis-paidi](#)

[http://www.eufic.org/article/el/artid/Preventing-prevention-childhood-obesity-setting-examination/](#)

[http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&articleID=4813&ct=85](#)

[http://www.hjn.gr/actions/get\\_pdf.php?id=135](#)