



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΘΕΜΑ:

ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

ΝΕΦΕΛΗ ΜΑΡΙΑ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΠΕΡΔΙΚΗ

(ΑΦ:1195)

ΕΠΟΠΤΡΙΑ

Δρ. Κωνσταντή Ζωή

ΙΩΑΝΝΙΝΑ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2022

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	7
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ.....	8
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ Δ.Δ. ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΑΙΤΙΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.....	17
ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ.....	17
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ Ν.Β.....	18
ΔΙΑΓΝΩΣΗ Ν.Β.....	19
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ Ν.Β.....	20
ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΤΗ Ν.Β.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	22
ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ.....	25
ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΙΣ Δ.Δ.....	26
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	27
ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΡΟΗ ΣΤΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ – ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ	30
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	36
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	59
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	60

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν ένα από τα σοβαρότερα θέματα ψυχικής υγείας με μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας. Η νευρική βουλιμία αποτελεί μια από τις πιο ευρέως γνωστές διατροφικές διαταραχές. Οι παθολογικές συμπεριφορές που εμφανίζονται στους πάσχοντες παρουσιάζουν αρκετά κοινά μεταξύ τους, με τα συνηθέστερα να είναι η εμμονή με την φυσική άσκηση, η αδηφαγία και ο αυτοπροκαλούμενος εμετός. Οι συμπεριφορές αυτές οδηγούν σε σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική υγεία, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών στο καρδιαγγειακό, το νευρικό και το γαστρεντερικό σύστημα. Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η πραγματοποίηση ανασκόπησης της βιβλιογραφίας για τον εντοπισμό νοσηλευτικών παρεμβάσεων στους πάσχοντες από νευρική βουλιμία, καθώς επίσης και η σημασία του ρόλου του νοσηλευτή στη θεραπευτική διαδικασία. Για την εύρεση πληροφοριών πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις PubMed και Google Scholar. Το υλικό που συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερής μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας, προέκυψε από επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα, κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία στην αγγλική γλώσσα. Η μελέτη της βιβλιογραφίας οδήγησε στο πόρισμα πως νευρική βουλιμία συνοδεύεται από υπερφαγικά επεισόδια και συνδυάζεται με τα αρνητικά συναισθήματα του ασθενή τόσο για το σώμα του όσο και για το βάρος του. Όμως, ο νοσηλευτής μέσα από την ψυχολογική υποστήριξη, την συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα και τη φαρμακοθεραπεία, μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να επιτύχει την ύφεση. Επιπλέον ο νοσηλευτής πραγματοποιεί πληθώρα ρόλων κατά τη θεραπευτική διαδικασία, πέρα από τον κλινικό ρόλο έχει το ρόλο του συνηγόρου, του υποστηρικτή, του φροντιστή, του ερευνητή και του διαχειριστή. Κατά συνέπεια, είναι προφανές πως ο νοσηλευτής μέσα από τον εκπαιδευτικό και υποστηρικτικό ρόλο που έχει στην πορεία της θεραπείας του ασθενή, επιτυγχάνει να έχει έναν αναντικατάστατο ρόλο στην επίτευξη των στόχων του ασθενή.

Λέξεις-κλειδιά: νευρική βουλιμία, υπερφαγία, θεραπεία, συμπτωματολογία., νοσηλευτική φροντίδα.

ABSTRACT

Eating disorders are one of the most severe mental health issues with high rates of mortality. Bulimia Nervosa is one of the most known eating disorders. The pathological behaviors related to the illness present similarities amongst patients. The most common behaviors are an obsession with physical exercise, bingeing episodes, and purging. These behaviors have a serious negative impact on the person's physical health, specifically, it causes issues related to the cardiovascular, neurological, and gastrointestinal systems. The purpose of this work is the review of bibliography to identify nursing interventions in patients struggling with bulimia nervosa and to pinpoint the nurse's part in the treatment process. The international bibliography was reviewed in the electronic databases PubMed and Google Scholar. The material was collected after a thorough study of the relevant bibliography, which emerged from selected articles published, mainly, of the last ten years in English language. After careful research, I concluded that bulimia nervosa is accompanied by binge eating episodes and the patient's negative feelings regarding their body image and weight. Despite all that, nurses contribute by being a form of emotional support, and by working with a multidisciplinary team towards remission. Furthermore, a nurse acquires an abundance of roles during the treatment process, not only the clinical role but others such as that of the advocate, the supporter, the carer, the researcher, and the manager. Considering all the above, it becomes evident that due to their educational and supportive role, nurses are an invaluable asset to the multidisciplinary team.

Keywords: bulimia nervosa, binge eating, treatment, symptoms, nursing care.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος **Διατροφική Διαταραχή** καλύπτει ένα εύρος ψυχικών διαταραχών. Το κύριο χαρακτηριστικό αυτών είναι ότι προκαλούν στον ασθενή μια επιβλαβή σχέση με το φαγητό. Οι συμπεριφορές των ατόμων αυτών συνήθως σχετίζονται με την ελλιπή κατανάλωση φαγητού ή το αντίθετο άκρο, που είναι η υπερκατανάλωση τροφών. Οι διαταραχές αυτές μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα τόσο την εμφάνιση προβλημάτων στη φυσική κατάσταση του ατόμου, ενώ σε ακραίες περιπτώσεις μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο (Breathe Life Healing Centers, 2021)

Παρακάτω, θα αναλύσουμε τα διάφορα είδη διατροφικών διαταραχών και τις συνέπειες αυτών στον οργανισμό. Κυρίως, θα εστιάσουμε στη νευρική βουλιμία και πιο συγκεκριμένα στα αίτια, την παθοφυσιολογία, την πρόγνωση και την θεραπεία αυτής. Ακόμη, μεγάλη έμφαση θα δοθεί στο ρόλο και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αυτή. Στο τέλος, θα αναφερθούμε συνοπτικά στα νέα ερευνητικά δεδομένα που αφορούν τη νευρική βουλιμία.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να ορίσουμε τη σημασία του νοσηλευτικού προσωπικού στη θεραπευτική διαδικασία, καθώς επίσης και να διευρύνουμε τους ορίζοντες μας σχετικά με την αξία του νοσηλευτή στη διεπιστημονική ομάδα.

Ιστορική Αναδρομή στο Ρόλο του Νοσηλευτή στις Διατροφικές Διαταραχές

Η κατανόηση της ιστορίας των διατροφικών διαταραχών και πως ο ρόλος των νοσηλευτών έχει εξελιχθεί είναι απαραίτητη, για να ταυτοποιήσουμε τον ιδιαίτερο τρόπο λειτουργίας των νοσηλευτών μέσα στη διεπιστημονική ομάδα και να παρέχουμε ένα πλαίσιο στη σχέση/συμμαχία νοσηλευτή-ασθενή (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Η πρώτη διατροφική διαταραχή που ταυτοποιήθηκε ήταν η Νευρική Ανορεξία στα τέλη του 1600, από τον Richard Morton. Ο ίδιος περιέγραψε μια κατάσταση που χαρακτηριζόταν από αδυνατισμένους ασθενείς οι οποίοι ήταν «σα σκελετοί ντυμένοι με δέρμα» (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Δεν υπήρξαν περισσότερες αναφορές στην κλινική εικόνα της συγκεκριμένης ασθένειας έως το 19ο αιώνα, κατά τη διάρκεια του οποίου δυο διαφορετικοί επιστήμονες περιέγραψαν την ασθένεια με λεπτομερείς κλινικές αναφορές. Η διαφορά ανάμεσα στις δυο περιγραφές ήταν ότι η μια εστίαζε στη φυσιολογία και τα σωματικά συμπτώματα της ασθένειας, ενώ η άλλη στην ψυχική διαταραχή αυτή καθαυτή (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Εκείνη την περίοδο ο ρόλος των νοσηλευτών στις διατροφικές διαταραχές περιγράφονταν ως εξής: « Η νοσηλεύτρια ήταν αυστηρή και πειθήνια, η οποία, υπό την επίβλεψη γιατρού, έπρεπε να μπορεί να επιβάλλει μια συγκεκριμένη διατροφή σε στους ασθενείς της δομής. Η νοσηλεύτρια ολοκλήρωνε τον ιατρό: αντιπροσώπευε την ηθική εξουσία μέσα στη δομή» (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Τη δεκαετία του 60 έγινε προφανές πως η απλή θεραπεία που συνδύαζε ψυχανάλυση και γενική νοσηλευτική φροντίδα δεν ήταν αρκετή για να επανέλθουν οι ασθενείς. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκαν ειδικές δομές για τους πάσχοντες από διατροφικές διαταραχές. Τέτοιες δομές υπήρχαν τόσο στα δημόσια νοσοκομεία, όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Εκείνη την περίοδο οι νοσηλεύτριες που ειδικεύονταν σε αυτό χαρακτηρίζονταν ως: φροντιστές, με εμπάθεια, χωρίς ίχνος κριτικής, με ευαισθησία και σταθερότητα (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Φτάνοντας στα τελευταία χρόνια, υπάρχουν δομές που οι πάσχοντες μπορούν να απευθυνθούν με δική τους επιλογή τόσο για ενδονοσοκομειακή θεραπεία, όσο και για εξωτερικά ιατρεία τα οποία μπορούν να επισκεφθούν ανά πάσα στιγμή (Bourbonnais & Stuart, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΔΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Τα 12 είδη διατροφικών διαταραχών είναι:

1. Νευρική Ανορεξία

Οι ειδικοί θεωρούν τη νευρική ανορεξία ως την ψυχική ασθένεια με το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας. Η συγκεκριμένη πάθηση περιλαμβάνει σοβαρή έλλειψη τροφών και κάποιες φορές συνδυάζεται με συμπεριφορές όπως η υπερβολική άσκηση και ο αυτοπροκαλούμενος εμετός (Breathe Life Healing Centers, 2021).

2. Νευρική Βουλιμία

Αυτή η ασθένεια εμφανίζεται όταν κάποιος επανειλημμένα καταναλώνει μεγάλες ποσότητες φαγητού και μετά προκαλεί έμετο για να τις αποβάλλει. Για να αποβάλλει τις τροφές αυτές το άτομο πέρα από τον έμετο, μπορεί να στραφεί στην υπερβολική άσκηση, ή και στην χρήση διουρητικών και άλλων φαρμάκων που υπόσχονται απώλεια βάρους (Breathe Life Healing Centers, 2021).

3. Μυϊκή Δυσμορφία

Εν αντιθέσει με τα περισσότερα είδη διατροφικών διαταραχών (ΔΔ), η μυϊκή δυσμορφία επηρεάζει περισσότερους άντρες παρά γυναίκες. Η συγκεκριμένη διαταραχή χαρακτηρίζεται από εμμονική συμπεριφορά που σχετίζεται με την εξωτερική εμφάνιση της φυσικής και μυϊκής κατάστασης του ατόμου. Το άτομο εστιάζει σε παθολογικό βαθμό στην απόκτηση της “τέλειας” εμφάνισης των μυών (Breathe Life Healing Centers, 2021).

4. Διαταραχή Αδηφαγίας

Διαταραχή Αδηφαγίας έχει ως κύριο σύμπτωμα τα υπερφαγικά επεισόδια. Τα επεισόδια αυτά περιγράφονται από την υπερβολική κατανάλωση φαγητού σε διάστημα 2 ωρών. Τα επεισόδια αυτά συνοδεύονται με συναισθήματα ενοχής

και ντροπής, καθώς και με προσθήκη σωματικού βάρους (Breathe Life Healing Centers, 2021).

5. Άλλη μη καθορισμένη διαταραχή σίτισης ή διατροφής

Αποτελεί έναν όρο – ομπρέλα που περιλαμβάνει διατροφικές διαταραχές που δεν εμπίπτουν σε κάποια από τις προαναφερόμενες κατηγορίες (Breathe Life Healing Centers, 2021).

6. Ψυχαναγκαστική Υπερφαγία

Η διαταραχή αυτή είναι παρόμοια με τη διαταραχή αδηφαγίας. Αυτό που τη διαφοροποιεί είναι πως το άτομο δεν προσλαμβάνει μεγάλες ποσότητες φαγητού σε διάστημα 2 ωρών, αλλά αντιθέτως, καταναλώνει υπερβολικές ποσότητες φαγητού όλη την ημέρα (Breathe Life Healing Centers, 2021).

7. Σύνδρομο Prader Willi

Το σύνδρομο αυτό, το οποίο οδηγεί σε ψυχαναγκαστική σίτιση και παχυσαρκία προκαλείται από μια κληρονομική γενετική ασθένεια. Ξεκινάει με ατροφία των μυών, πτωχή διατροφή και αργή ανάπτυξη των εμβρύων. Αργότερα, στην παιδική ηλικία, η ασθένεια προκαλεί ακόρεστη πείνα. Παιδιά που πάσχουν από αυτό, συχνά αναπτύσσουν διαβήτη και δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σε έναν ισορροπημένο τρόπο ζωής (Breathe Life Healing Centers, 2021).

8. Διαβουλιμία

Προκαλείται όταν ένα διαβητικό άτομο χρησιμοποιεί την χορηγούμενη ινσουλίνη του για να προκαλέσει μείωση του βάρους (Breathe Life Healing Centers, 2021).

9. Νευρική Ορθορεξία

Όλοι βρισκόμαστε υπό την πίεση να τρώμε όσο πιο υγιεινά γίνεται. Στην περίπτωση της Νευρικής Ορθορεξίας, το άτομο παρουσιάζει εμμονή με την προετοιμασία της ιδανικής δίαιτας, σε βαθμό που επηρεάζει την καθημερινότητά του (Breathe Life Healing Centers, 2021).

10. Επιλεκτική Διατροφική Διαταραχή

Το άτομο είναι τόσο επιλεκτικό με τα γεύματα του, που καταλήγει να τρώει μόνο δυο γεύματα, με αποτέλεσμα να αρρωσταίνει (Breathe Life Healing Centers, 2021).

11. Drunkorexia

Ο όρος Drunkorexia χρησιμοποιείται για τα άτομα τα οποία περιορίζουν την πρόσληψη τροφής, ώστε να ‘‘αποθηκεύσουν’’ θερμίδες για την κατανάλωση αλκοόλ (Breathe Life Healing Centers, 2021).

12. Ανορεξία της Εγκυμοσύνης

Ο όρος χρησιμοποιείται για τις περιπτώσεις γυναικών που ακολουθούν ακραίες δίαιτες για να αποφύγουν την αύξηση του βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με αποτέλεσμα να θέτουν σε κίνδυνο τόσο τη δική τους ζωή, όσο και του εμβρύου (Breathe Life Healing Centers, 2021).

1.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

1.1.α Επιδημιολογικά Στοιχεία των Διατροφικών Διαταραχών (Δ.Δ) στην Ελλάδα

Οι περίεργες συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχουν οδηγήσει στην αύξηση διατροφικών και άλλων ψυχικών διαταραχών, ενώ παράλληλα έχουν οδηγήσει στην υπονόμηση των δομών ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία χώρες στις οποίες επικρατεί κοινωνικό-οικονομική κρίση παρουσιάζουν αύξηση του ποσοστού ατόμων με διατροφικές διαταραχές, ενώ υπάρχει και μεγάλη αύξηση του ποσοστού ατόμων με παχυσαρκία (Janicic & Bairaktari, 2013).

Ταυτόχρονα η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας στην Ευρώπη. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

(WHO) το 20.1% των παιδιών με παχυσαρκία καταλήγουν με παχυσαρκία και ως ενήλικες, ενώ το ποσοστό ατόμων με βάρος μεγαλύτερο του κανονικού κυμαίνεται στο 53.7% με σταδιακή άνοδο του δείκτη μάζας σώματος στις ηλικίες άνω των 30 (Janicic & Bairaktari, 2013).

1.1.β Επιδημιολογικά Στοιχεία των Δ.Δ στον Κόσμο

Κατά κύριο λόγο οι διατροφικές διαταραχές φαίνεται να συνδέονται με το φύλο και την ηλικία. Πιο συγκεκριμένα τα μεγαλύτερα ποσοστά αναφέρονται σε γυναίκες νεαρής ηλικίας. Παρ' όλα αυτά, η διαταραχή αδηφαγίας δεν εμπίπτει ξεκάθαρα στα συγκεκριμένα στατιστικά. Παράλληλα δεν υπάρχει ξεκάθαρη συσχέτιση της επιδημιολογίας των Δ.Δ. και της εθνικότητας, του επιπέδου γνώσεων και της κοινωνικής τάξης (Mitchison & Hay, 2014).

Εστιάζοντας στις διατροφικές διαταραχές, η νευρική βουλιμία παρουσιάζει μεγάλη έξαρση σε κατώτερα κοινωνικά στρώματα. Επιπροσθέτως, αναλύοντας το πως το περιβάλλον μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών διαπιστώνεται μια έμμεση σύνδεση με άτομα που ασχολούνται με αθλήματα που δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην αισθητική, όπως η ρυθμική γυμναστική. Ακόμα, γίνεται φανερή και η συσχέτιση Δ.Δ με την κακοποίηση (Mitchison & Hay, 2014).

Στα μοντέλα εμφανίζονται υψηλά ποσοστά νευρικής ανορεξίας και νευρικής βουλιμίας που συνδέονται άρρηκτα με τη φύση του επαγγέλματος. Στο κομμάτι της γενετικής φύσεως των διατροφικών διαταραχών έρευνες αναφέρουν τη συμπληρωματική σχέση που έχουν οι Δ.Δ με γονίδια που αφορούν τη νευροβιολογία της επιβράβευσης, δηλαδή τις ουσίες που εκκρίνονται στον εγκέφαλο όταν ένα άτομο με νευρική ανορεξία δεν φάει ένα γεύμα. Κ.ο.κ (Mitchison & Hay, 2014).

1.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ Δ.Δ. ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Οι διατροφικές διαταραχές είναι σοβαρές παθήσεις που μπορεί να αποβούν μοιραίες για τον ασθενή, ενώ έχουν και πολλές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία του ατόμου.

Οι Δ.Δ μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργία οποιουδήποτε συστήματος του οργανισμού. Πιο συγκεκριμένα κάποιες από τις πιο σοβαρές συνέπειες είναι:

Α. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η κατανάλωση λιγότερων θερμίδων από τις αναγκαίες σημαίνει ότι ο οργανισμός διασπά τους ιστούς του για να τους χρησιμοποιήσει ως ‘‘καύσιμο’’ για να συνεχίσει να λειτουργεί. Οι μυς είναι από τα πρώτα μέρη του σώματος τα οποία επηρεάζονται και πιο συγκεκριμένα, ο σημαντικότερος μυς που είναι αυτός της καρδιάς. Οι σφυγμοί και η Α.Π αρχίζουν να πέφτουν και η καρδιά έχει λιγότερη ενέργεια για να ‘‘χτυπήσει’’ και λιγότερα ερυθρά αιμοσφαίρια για να το κάνει. Όσο περισσότερο πέφτουν οι τιμές της Α.Π και των σφυγμών, τόσο περισσότερο αυξάνεται η πιθανότητα καρδιακής ανεπάρκειας (National Eating Disorders Association, 2022).

Ο αυτοπροκαλούμενος εμετός ή/και η χρήση καθαρτικών μειώνουν σημαντικά τους ηλεκτρολύτες του σώματος, που είναι χημικά στοιχεία απαραίτητα για την ομαλή λειτουργία του οργανισμού. Πιο συγκεκριμένα το κάλιο συμβάλλει στη σωστή λειτουργία της καρδιάς και της διάσπασης των μυών, αλλά συχνά εξαντλείται κατά τη διάρκεια του εμετού. Άλλοι ηλεκτρολύτες, όπως το νάτριο και το χλώριο μπορούν επίσης να ‘‘χαθούν’’ είτε λόγω των πολλών εμετών, είτε λόγω της υπερβολικής κατανάλωσης υγρών. Η οποιαδήποτε αστάθεια στους ηλεκτρολύτες μπορεί να οδηγήσει σε αρρυθμίες, καρδιακή ανεπάρκεια, ακόμα και στο θάνατο (National Eating Disorders Association, 2022).

Τέλος, υπάρχει και η πιθανότητα έλλειψης μεταβολικού ρυθμού ηρεμίας, σε μια προσπάθεια του σώματος να μειώσει την κατανάλωση ενέργειας (National Eating Disorders Association, 2022).

B. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Μια πρώτη επίπτωση είναι η γαστροπάρεση. Η μείωση του φαγητού ή και ο αυτοπροκαλούμενος εμετός αποτελεί τροχοπέδη για τη σωστή διαδικασία της πέψης και την σωστή επεξεργασία και αποθήκευση των θρεπτικών συστατικών (National Eating Disorders Association, 2022).

Τα παραπάνω, συχνά οδηγούν σε:

- Στομαχικούς πόνους και φούσκωμα.
- Ναυτία και εμετό
- Αστάθεια των τιμών σακχάρου
- Φραγή του εντέρου
- Λοιμώξεις από βακτήρια
- Αίσθημα πληρότητας ακόμα και μετά από κατανάλωση μικρής ποσότητας τροφής (National Eating Disorders Association, 2022).

Μια δεύτερη σημαντική επίπτωση είναι η δυσκοιλιότητα, που μπορεί να οφείλεται σε:

- Μη ικανοποιητική πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, που σημαίνει ότι δεν υπάρχει αρκετή ποσότητα συγκεντρωμένη στα έντερα, ώστε το σώμα να μπορεί να την αποβάλει (National Eating Disorders Association, 2022).
- Όταν η πρόσληψη είναι ελλιπής για μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να οδηγήσει στην αδυναμία των μυών στο έντερο με αποτέλεσμα τη μη σωστή λειτουργία του συστήματος (National Eating Disorders Association, 2022).

- Η κατάχρηση καθαρτικών μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή νευρικών απολήξεων, με αποτέλεσμα ο οργανισμός να εξαρτάται από αυτά για να ενεργηθεί (National Eating Disorders Association, 2022).

Επιπρόσθετα, μπορεί να δημιουργηθεί εντερική απόφραξη, διάτρηση ή λοιμώξεις όπως:

- Η φυσική απόφραξη του εντέρου που προκαλείται από αντικείμενα που έχουν καταναλωθεί (National Eating Disorders Association, 2022).
- Εντερική απόφραξη που εμποδίζει την τροφή και το νερό να περάσουν από το έντερο (National Eating Disorders Association, 2022).
- Μάζα αχώνευτου υλικού που βρίσκεται παγιδευμένο στο γαστρεντερικό σωλήνα (National Eating Disorders Association, 2022).

Ακόμα, μια από τις πιο σοβαρές επιπτώσεις είναι η ρήξη στομάχου που μπορεί να προκληθεί από την αδηφαγία. Επιπλέον, ο συχνός εμετός μπορεί να φθείρει τον οισοφάγο με αποτέλεσμα τη ρήξη του, ενώ παράλληλα μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στις φωνητικές χορδές (National Eating Disorders Association, 2022).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως όταν ένα άτομο κάνει συχνά εμετό, ενέχεται ο κίνδυνος να πρηστούν οι σιελογόνοι αδένες κάτω από το σαγόνι και μπροστά από τα αυτιά. Αυτό μπορεί να συμβεί και αφότου το άτομο σταματήσει την πράξη (National Eating Disorders Association, 2022).

Τέλος, η έλλειψη σημαντικών ουσιών στο σώμα ή και ο αυτοπροκαλούμενος εμετός μπορεί να έχουν ως συνέπεια την εμφάνιση παγκρεατίτιδας. Τα συμπτώματα αυτής περιλαμβάνουν πόνο, ναυτία και έμετο (National Eating Disorders Association, 2022).

Γ. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Αν και ο εγκέφαλος ζυγίζει μόνο 3 κιλά, καταναλώνει έως και το ένα πέμπτο των θερμίδων του σώματος. Η δίαιτα, η νηστεία ή αυτολιμοκτονία ή/και η ακανόνιστη διατροφή σημαίνει ότι ο εγκέφαλος δε λαμβάνει την ενέργεια που χρειάζεται, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε εμμονή με το φαγητό ή και σε δυσκολίες συγκέντρωσης (National Eating Disorders Association, 2022).

Η ακραία πείνα ή ο κορεσμός πριν την ώρα του ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε αυπνία ή δυσκολία σταθερού ύπνου, πράγμα που επηρεάζει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική κατάσταση του ασθενούς (National Eating Disorders Association, 2022).

Αναφερόμενοι στις επιπτώσεις των Δ.Δ. στο νευρικό σύστημα, δεν πρέπει να παραλείψουμε ότι οι νευρώνες του σώματος χρειάζονται ένα μονωτικό, προστατευτικό στρώμα λιπιδίων για να μπορούν να διεξάγουν τον ηλεκτρισμό και η ανεπαρκής πρόσληψη λίπους μπορεί να βλάψει αυτό το προστατευτικό στρώμα, προκαλώντας μούδιασμα και μυρμήγκιασμα στα χέρια, τα πόδια και άλλα άκρα. Επιπλέον, οι νευρώνες χρησιμοποιούν ηλεκτρολύτες για να στέλνουν ηλεκτρικά και χημικά σήματα στον εγκέφαλο και το σώμα, έτσι η σοβαρή αφυδάτωση και η ανισορροπία των ηλεκτρολυτών μπορεί να οδηγήσει σε επιληπτικές κρίσεις και μυϊκές κράμπες (National Eating Disorders Association, 2022).

Επιπροσθέτως, εάν τα αιμοφόρα αγγεία δεν μπορούν να προωθήσουν αρκετό αίμα στον εγκέφαλο, μπορεί να προκληθεί λιποθυμία ή ζάλη, ιδίως όταν στεκόμαστε όρθιοι (National Eating Disorders Association, 2022).

Τέλος, μια σημαντική υποσημείωση είναι ότι τα άτομα με μεγαλύτερο σωματικό βάρος διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο υπνικής άπνοιας, μιας διαταραχής κατά την οποία το άτομο σταματά τακτικά να αναπνέει κατά τη διάρκεια του ύπνου (National Eating Disorders Association, 2022).

Δ. ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το σώμα παράγει πολλές από τις απαραίτητες ορμόνες του μέσω του λίπους και της χοληστερόλης που τρώμε. Χωρίς αρκετό λίπος και θερμίδες στη διατροφή, τα επίπεδα των ορμονών μπορεί να πέσουν, συμπεριλαμβανομένων των εξής:

- Α. Οιστρογόνα και τεστοστερόνη
- Β. Θυροειδείς ορμόνες (National Eating Disorders Association, 2022).

Η μείωση των φυλετικών ορμονών μπορεί να προκαλέσει την αποτυχία να ξεκινήσει η έμμηνος ρύση, να γίνει ακανόνιστη ή να σταματήσει εντελώς. Επίσης μπορεί να οδηγήσει σε οστεοπόρωση ή οστεοπενία (National Eating Disorders Association, 2022).

Μια άλλη αρνητική επίπτωση των Δ.Δ. στο ενδοκρινικό σύστημα είναι η μείωση του μεταβολικού ρυθμού ηρεμίας σε μια προσπάθεια του σώματος να εξοικονομήσει ενέργεια (National Eating Disorders Association, 2022).

Με την πάροδο του χρόνου, η αδηφαγία μπορεί ενδεχομένως να αυξήσει τις πιθανότητες το σώμα ενός ατόμου να γίνει ανθεκτικό στην ινσουλίνη, μια ορμόνη που επιτρέπει στο σώμα να παίρνει ενέργεια από τους υδατάνθρακες. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε διαβήτη τύπου 2 (National Eating Disorders Association, 2022).

Ακόμα, χωρίς αρκετή ενέργεια για να τροφοδοτήσει τη μεταβολική του φωτιά, η θερμοκρασία του πυρήνα του σώματος θα πέσει και μπορεί να αναπτυχθεί υποθερμία (National Eating Disorders Association, 2022).

Τέλος, η ασιτία μπορεί να προκαλέσει υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, αν και αυτό **δεν** αποτελεί ένδειξη για τον περιορισμό των διαιτητικών λιπών, των λιπιδίων και/ή της χοληστερόλης (National Eating Disorders Association, 2022).

ΆΛΛΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ Δ.Δ. ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

- Ξηρό δέρμα, εύθραυστα μαλλιά και τριχόπτωση. Τα παραπάνω είναι συνέπειες της χαμηλής κατανάλωσης θερμίδων
- Όταν το σώμα έχει ανάγκη να ζεσταθεί σε περιόδους λιμοκτονίας, αναπτύσσει λεπτές, χνουδωτές τρίχες που λέγονται lanugo
- Η σοβαρή, παρατεταμένη αφυδάτωση μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια
- Η ανεπαρκής διατροφή μπορεί να μειώσει τον αριθμό ορισμένων τύπων κυττάρων του αίματος
- Η αναιμία αναπτύσσεται όταν υπάρχουν πολύ λίγα ερυθρά αιμοσφαίρια ή πολύ λίγος σίδηρος στη διατροφή. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κόπωση, αδυναμία και δύσπνοια
- Ο υποσιτισμός μπορεί να οδηγήσει στη μείωση των λευκών αιμοσφαιρίων που καταπολεμούν τις λοιμώξεις (National Eating Disorders Association, 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Η Νευρική Βουλιμία είναι μια ‘‘παραλυτική’’ διατροφική διαταραχή που προκαλεί μεγάλη σύγχυση στον ασθενή. Κατά κύριο λόγο αποτελείται από συχνά επεισόδια υπερφαγίας, τα οποία το άτομο προσπαθεί να αντισταθμίσει με αντίστοιχες ακραίες συμπεριφορές (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, 1994).

Τα επεισόδια που προαναφέρονται περιλαμβάνουν την κατάποση εξαιρετικά μεγάλης ποσότητας φαγητού και συνδυάζονται με απώλεια ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο αισθάνεται πως δε μπορεί να σταματήσει να τρώει, όσο και αν το θέλει. Ως ανταπόκριση στην υπερφαγία, τα άτομα αυτά οδηγούνται σε αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως ο αυτοαποκαλούμενος εμετός, η υπερβολική άσκηση, η αυστηρή διαίτα/νηστεία και τέλος η μη προτεινόμενη χρήση καθαρτικών ή διουρητικών με σκοπό την αποφυγή αύξησης του βάρους. Το βάρος αποτελεί κεντρικό κομμάτι ανησυχίας για τον ασθενή σε βαθμό που αναπτύσσονται εμμονικές συμπεριφορές όπως η έντονη ανάγκη του ατόμου να αυτοχαρακτηρίζεται ως ‘‘χοντρό’’, το συχνό ζύγισμα, ή και η λεπτομερής καταμέτρηση των ημερήσιων θερμίδων που καταναλώνει (Bhaskaran et al., 2018).

Επιπλέον, η νευρική βουλιμία παρουσιάζεται κατά κύριο λόγο σε γυναίκες με ποσοστό που αγγίζει το 90%, συγκριτικά με τους άντρες. Περίπου το 4% των γυναικών πάσχουν από βουλιμία, ενώ ακόμα πιο ενδιαφέρον είναι πως το 50% των ατόμων που έπασχαν από νευρική ανορεξία, υποφέρει αργότερα από νευρική βουλιμία ή βουλιμικές συμπεριφορές. Περίοδος ακμής της θεωρείται η εφηβική ηλικία ή η πρόωμη ενήλικη ζωή (Kourkouta et al., 2019).

2.1 ΑΙΤΙΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Παρότι η αιτιολογία της νευρικής βουλιμίας είναι αρκετά περίπλοκη, ένα πράγμα που γίνεται αμέσως αντιληπτό είναι πως σημαντικό ρόλο παίζει σίγουρα η αντίληψη της κοινωνίας για συγκεκριμένα πρότυπα σώματος καθώς και η έντονη προώθηση της

δίαιτας. Επιπλέον, η κληρονομικότητα παίζει σοβαρό ρόλο, αφού τα ποσοστά κυμαίνονται από 28%-83%, καθώς οι γονοτυπικές παραλλαγές μάλλον οφείλονται σε ενδιάμεσους φαινότυπους όπως η συναισθηματική αστάθεια και η παρορμητικότητα και όχι σε έναν φαινότυπο νευρικής βουλιμίας που δεν έχει βρεθεί (Hay & Claudino, 2010).

2.2 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Αποτελέσματα ορισμένων κλινικών ερευνών συνιστούν πως οι διατροφικές διαταραχές αναπτύσσονται υπό τη μορφή ασθενειών που έχουν ως επίκεντρο την επιβράβευση. Για παράδειγμα στη βουλιμία, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού κατά τη διάρκεια ενός υπερφαγικού επεισοδίου στοχεύει στο να περιορίσει τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνει ο ασθενής εκείνη τη στιγμή. Λόγω του παραπάνω, πολλές έρευνες πλέον θεωρούν πως ο μηχανισμός επιβράβευσης είναι ο πιο σωστός τρόπος να διερευνήσουμε την παθοφυσιολογία των διατροφικών διαταραχών. Απεικόνιση του εγκεφάλου ατόμων με νευρική βουλιμία (ή και ανορεξία) υποδηλώνει πως τα κυκλώματα του εγκεφάλου που σχετίζονται με την επιβράβευση διαφέρουν από αυτά του υγιούς ατόμου (Monteleone et al., 2018).

Επιπλέον, πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι άτομα με νευρική βουλιμία παρουσιάζουν διαφορές στους βιοχημικούς ρυθμιστές της ομοιόστασης που σχετίζονται με την πείνα. Ορισμένες ορμόνες που σχετίζονται με την πείνα, συγκεκριμένα η γκρελίνη και η λεπτίνη, παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις στα άτομα που πάσχουν από νευρική βουλιμία. Πιθανολογείται πως αυτό ευθύνεται εν μέρη για το συνεχές αίσθημα πείνας και την αδυναμία του ατόμου να σταματήσει να καταναλώνει τροφές (Monteleone et al., 2018).

2.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Το κυριότερο σύμπτωμα της νευρικής βουλιμίας είναι τα συχνά επεισόδια υπερφαγίας. Επιπλέον, οι σημαντικότερες συμπεριφορές που παρατηρούνται σχετίζονται άμεσα με το βάρος (Hagan & Walsh, 2021).

Με τον όρο υπερφαγία χαρακτηρίζουμε την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα, η οποία όμως περιλαμβάνει και την αίσθηση της απώλειας του ελέγχου στο φαγητό (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία 2013).

Οι διακυμάνσεις στη ρύθμιση των συναισθημάτων είναι κοινές στην ψυχοπαθολογία των διατροφικών διαταραχών. Η ύπαρξη πολλών αρνητικών συναισθημάτων αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης επεισοδίου υπερφαγίας. Η υπερβολική αυτή κατανάλωση φαγητού, μειώνει βραχυπρόθεσμα τα αρνητικά συναισθήματα (Fischer et al., 2018).

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες επικινδυνότητας που αυξάνουν το ρίσκο εμφάνισης υπερφαγικού επεισοδίου σε ασθενείς με νευρική βουλιμία. Ο πρώτος είναι η Αρνητική Επείγουσα Ανάγκη και ο δεύτερος είναι οι Διατροφικές Προσδοκίες (Fischer et al., 2018).

Ο όρος αρνητική επείγουσα ανάγκη περιγράφει την τάση των συγκεκριμένων ατόμων να δρουν παρορμητικά όταν βιώνουν αρνητικά συναισθήματα, ενώ οι διατροφικές προσδοκίες είναι πεποιθήσεις τύπου ‘‘αν / τότε’’ που αφορούν την έκβαση διατροφικών συμπεριφορών που μορφοποιούνται μέσα από τη μοντελοποίηση της διατροφής αλλά και τις γνώσεις που έχουν αποκτήσει σχετικά με την ενίσχυση που πρέπει να περιμένουν από το φαγητό (Fischer et al., 2018).

Σε ότι αφορά το κομμάτι της εικόνας του σώματος, το βάρος παίζει καθοριστικό ρόλο στις εμμονικές συμπεριφορές που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια των διατροφικών διαταραχών. Στην περίπτωση της νευρικής βουλιμίας παρατηρούμε διάφορες συνήθειες όπως ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, η έντονη χρήση καθαρτικών και διουρητικών, η συχνή και μεγάλης έντασης σωματική άσκηση, το συχνό ζύγισμα, η λεπτομερής καταγραφή των ημερήσιων θερμίδων και οι στιγμές αυστηρής δίαιτας που γίνονται αντιληπτές κυρίως μετά από κάποιο επεισόδιο αδηφαγίας (Sathyapriya et al., 2018).

2.4 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Σύμφωνα με τη μελέτη των Harrington & Jimerson (2015), μια βασική προϋπόθεση είναι τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας. Ακόμα, σοβαρό ρόλο στη διάγνωση παίζουν και τα μοτίβα ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών για την αποφυγή προσθήκης βάρους, όπως αυτά που έχουμε προαναφέρει. Επιπροσθέτως, για να διαγνωστεί το άτομο με νευρική βουλιμία, θα πρέπει τα προαναφερόμενα να συμβαίνουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα για ένα διάστημα τριών μηνών. Επίσης, ιδιαίτερη σημασία δίνεται και στο αν ο τρόπος που το άτομο εκλαμβάνεται τον εαυτό του είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την εικόνα του σώματος και το βάρος του. Τέλος, τα παραπάνω δε θα πρέπει να συμβαίνουν μόνο σε περίοδο που το άτομο περνάει παράλληλα και επεισόδια νευρικής ανορεξίας (Harrington & Jimerson, 2015).

2.4.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΜΕΡΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΥΣ ΥΦΕΣΗΣ

Ένα άτομο βρίσκεται σε μερική ύφεση αν προηγουμένως πληρούσε όλα τα παραπάνω, ενώ πλέον -και για ένα παρατεταμένο χρονικό διάστημα- πληρεί μόνο μερικά από αυτά (Harrington & Jimerson, 2015).

Ενώ βρίσκεται σε πλήρη ύφεση αν πλέον δεν πληρεί κανένα από τα κριτήρια, αφού όμως στο παρελθόν τα τηρούσε όλα (Harrington & Jimerson, 2015).

2.4.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η σοβαρότητα της διαταραχής εξαρτάται από τον αριθμό των επεισοδίων που έχει το άτομο ανά εβδομάδα. Η διαταραχή θεωρείται ήπια όταν το άτομο έχει κατά μέσο όρο ένα έως τρία επεισόδια την εβδομάδα, ενώ θεωρείται μέτριας σοβαρότητας όταν έχει από τέσσερα έως και επτά επεισόδια. Επιπλέον, σοβαρή θεωρείται η νευρική βουλιμία όταν ο αριθμός των επεισοδίων αθέμιτων τρόπων διατήρησης του βάρους είναι κατά μέσο όρο οκτώ με δεκατρία. Τέλος, αν ο αριθμός των επεισοδίων είναι από δεκατέσσερα και πάνω, τότε η περίπτωση θεωρείται ακραία (Harrington & Jimerson, 2015).

2.5 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑΣ

Μέσα από μια μελέτη με σκοπό την εύρεση παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάρρωση ατόμων με νευρική βουλιμία διαπιστώθηκε πως οι βασικότεροι παράγοντες συνεισφοράς είναι η ψυχολογική υποστήριξη, η βελτίωση της σωματικής κατάστασης, η ενίσχυση των κοινωνικών και συναισθηματικών επαφών, καθώς και η αντιμετώπιση της αιτίας που οδήγησε στην εμφάνιση της διαταραχής (Shafikova & Pradhan, 2020).

Ο πιο συχνός τρόπος αντιμετώπισης της νευρικής βουλιμίας είναι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (Cognitive Behavioural Therapy). Πέρα από αυτό, άλλες μέθοδοι είναι η φαρμακοθεραπεία, η νοσηλεία σε δομές για την αντιμετώπιση ψυχικών/διατροφικών διαταραχών, ακόμα και διάφορες τεχνικές αυτοβελτίωσης. (Wonderlich et al., 2008).

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT) αποτελεί ένα είδος ψυχολογικής θεραπείας που έχει επιφέρει θετικά αποτελέσματα σε ασθένειες όπως η κατάθλιψη, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, οι διατροφικές διαταραχές, κ.α. (American Psychology Association, 2022).

2.5.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι τέσσερις βασικοί παράγοντες που ασκούν επιρροή στη θεραπεία είναι: α) η επανασύνδεση του ασθενή με τα δικά του άτομα, β) η κατανόηση πως η υποστήριξη δεν είναι καλή σε όλες της τις μορφές, γ) το συμπέρασμα πως φροντιστές μπορούν να αλλάξουν τα πράγματα, δ) είναι σημαντικό να υπάρχει εστίαση στη θεραπεία. Παρακάτω θα αναλύσουμε εκτενέστερα τους 4 αυτούς παράγοντες (Linville et al, 2012).

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, οι διατροφικές διαταραχές επηρεάζονται από τη σύνδεση που νιώθει το άτομο τόσο με τον εαυτό του όσο και με τους γύρω του, τις σχέσεις του καθώς και το πόσο προσπαθεί να επιτύχει την αυτοφροντίδα. Οι

ασθενείς περιγράφουν την ύπαρξη ανάγκης για αυτές τις επαφές, τόσο την πνευματική, όσο και τη σωματική (Linville et al, 2012).

Όσον αφορά τη στήριξη από τα συγγενικά πρόσωπα, υπάρχουν δυο τύποι ασθενών. Οι πρώτοι δηλώνουν ότι ένιωσαν ενθάρρυνση και υποστήριξη κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, ενώ οι υπόλοιποι ένιωσαν ντροπή και έντονη απουσία στήριξης. Παρότι σε πολλές περιπτώσεις οι φροντιστές αποτελούν φάρο ελπίδας, δεν είναι λίγοι οι πάσχοντες που ένιωσαν αποδυναμωμένοι και παρεξηγημένοι από τους φροντιστές τους (Linville et al, 2012).

Αυτές οι αντικρουόμενες εμπειρίες δείχνουν ότι η κοινωνική υποστήριξη των ατόμων από το περιβάλλον τους παίζει σημαντικό ρόλο και μπορεί να βοηθήσει ή να επιβαρύνει το δρόμο προς την ανάκαμψη. Οι ίδιοι αναφέρουν την ανάγκη για μια θεραπευτική προσέγγιση που δεν εστιάζει μόνο στο βάρος, αλλά παράλληλα περιλαμβάνει μια γενικότερη έμφαση στην υγεία και την ευεξία του ατόμου (Linville et al, 2012).

2.6 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

2.6.1 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ

Η Θεραπεία για την γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση των ασθενών με νευρική βουλιμία είναι η συνηθισμένη σε αυτές τις περιπτώσεις, δηλαδή, χρήση αναστολέων αντλίας πρωτονίων, ανύψωση του κεφαλιού στο κρεβάτι και ελαχιστοποίηση πρόσληψης τροφής πριν τον ύπνο (Mehler et al., 2015).

2.6.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΓΡΩΝ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΥΤΩΝ

Ο αυτοπροκαλούμενος εμετός, που είναι μια από τις πιο συνήθεις συμπεριφορές ασθενών με νευρική βουλιμία, οδηγεί σε υποκαλαιμία και μεταβολική αλκάλωση, ενώ οι ηπιότερες περιπτώσεις θα έχουν συμπτώματα όπως διάρροια (μετά από κατάχρηση καθαρτικών) με αποτέλεσμα να προκαλέσουν οξέωση χωρίς ανιοντικό χάσμα. Βασικοί άξονες θεραπείας για την υποκαλαιμική μεταβολική αλκάλωση

λόγω εμετού ή και κατάχρησης καθαρτικών/διουρητικών είναι ο ενδοφλέβιος φυσιολογικός ορός και το κάλιο (Mehler et al., 2015).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως οι ασθενείς με νευρική βουλιμία που αποφασίζουν να σταματήσουν απότομα τόσο τους αυτοπροκαλούμενους εμετούς όσο και τα καθαρτικά/διουρητικά διατρέχουν κίνδυνο να εμφανίσουν ψευδο-Bartter τύπο οιδήματος που μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία επιπλέον οιδήματος και στην υπερβολική αύξηση του βάρους μέσα σε λίγες μόνο μέρες (Mehler et al., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Όταν ένα άτομο με διατροφική διαταραχή νοσηλεύεται σε δομή, οι βασικότεροι στόχοι που τίθενται από το υγειονομικό προσωπικό είναι η διατήρηση υγιούς βάρους, η βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου, καθώς και η απόκτηση σωστών συνηθειών. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανάρρωση είναι να συμμετέχει ενεργά στην καθημερινότητα του ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η συμπεριφορά του νοσηλευτή παίζει σημαντικό ρόλο στο πόσο γρήγορα καλυτερεύει το άτομο. Σημαντικοί ρόλοι του νοσηλευτή είναι να είναι παρόν στις ανάγκες του ασθενή, να παρέχει τη φροντίδα και τη συμπόνια προς το άτομο, να δείχνει σεβασμό και ενδιαφέρον (Bakker et al., 2011).

Σημαντικό κομμάτι της θεραπείας είναι και ο έλεγχος της ποσότητας φαγητού που καταναλώνεται από έναν ασθενή. Αυτό θα μπορούσε να παίζει ρόλο στην έγκαιρη αντιμετώπιση και την πρόληψη της διαταραχής. Περαιτέρω, οι νοσηλευτές πέρα από τη συναισθηματική υποστήριξη που παρέχουν, παρέχουν επίσης και θεραπεία καθώς είναι υπεύθυνοι για την ισορρόπηση των υγρών και των ηλεκτρολυτών, καθώς και τη σωστή πρόσληψη των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών. Οι νοσηλευτές έχουν εκπαιδευτικό ρόλο τόσο για τον ασθενή όσο και για την οικογένεια, εφόσον προσφέρουν τις απαραίτητες πληροφορίες για τη θεραπεία και τις αναποδιές που περιλαμβάνει (Walsh, 2007).

Τέλος, ο νοσηλευτής έχει κεντρικό ρόλο στην ανάρρωση του ασθενή. Η εξειδικευμένη φροντίδα και καθοδήγηση έχουν ρόλο κλειδί στην όλη διαδικασία. Η υιοθέτηση ενός ολιστικού προγράμματος που περιλαμβάνει πολλά άτομα στο πλάνο φροντίδας του ασθενούς, αυξάνει τα ποσοστά επιτυχίας. Η υποστήριξη αυτών των ανθρώπων μέσα από τη νοσηλευτική φροντίδα και τη διαμοίραση γνώσεων σε μια διεπιστημονική ομάδα βοηθάει τους ασθενείς να ξεπεράσουν τις δυσκολίες. Βέβαια πολλές φορές, οι στρεσογόνοι παράγοντες και οι συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις μπορεί να φανούν δύσκολες και για τους νοσηλευτές. Γι' αυτό, υπάρχουν οι κατευθυντήριες γραμμές και πηγές που προσφέρονται από το N.I.C.E (Davies, 2017).

Σύμφωνα με τους Bourbonnais & Stuart (2009) οι ρόλοι ενός νοσηλευτή που ασχολείται με τις διατροφικές διαταραχές είναι: διαχειριστής, μέρος διεπιστημονικής ομάδας, ερευνητής, νοσηλευτής ψυχικής υγείας, οργανωτής ομάδων υποστήριξης, συνήγορος των ασθενών, πάροχος ασφάλειας, εκπαιδευτής και έχει και κλινικό ρόλο.

Διαχειριστής: Ο ρόλος της διαχείρισης περιλαμβάνει τη δουλειά γραφείου, τα καθήκοντα διαχείρισης, την ασφάλεια και τη διευθέτηση υποθέσεων, την αρχειοθέτηση, τη δημιουργία και οργάνωση δραστηριοτήτων (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας: Τέσσερις βασικοί παράγοντες του ρόλου ενός νοσηλευτή ψυχικής υγείας ταυτοποιήθηκαν σε νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές για τις διατροφικές διαταραχές. Ο πρώτος ήταν η πραγματοποίηση αξιολόγησης για την ψυχική κατάσταση του ασθενούς σε καθημερινή βάση και ανάλογα τις ανάγκες. Ένας δεύτερος είναι η παροχή προσωπικών συναντήσεων μεταξύ νοσηλευτή και ασθενών (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που ταυτοποιήθηκε είναι η παροχή υποστήριξης στην οικογένεια των ασθενών και η δημιουργία ενός ασφαλούς χώρου στον οποίο μπορούν να έρθουν σε επαφή οι πάσχοντες με τους δικούς τους ανθρώπους. Επιπλέον, οι νοσηλευτές προσφέρουν εκπαίδευση στους συγγενείς

και γνώση, για να μπορέσουν να διαχειριστούν την ασθένεια και να βοηθήσουν το δικό τους άνθρωπο.

Τέλος, ο τέταρτος παράγοντας που βοήθησε στην ταυτοποίηση είναι η ικανότητα διαχείρισης κρίσεων όπως οι αναδρομές των ασθενών στο παρελθόν, οι αυτοκτονικές τάσεις και ο αυτοτραυματισμός (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Μέλος της ομάδας: Σε αυτό το κομμάτι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών είναι ότι έχουν άποψη πάνω στη δημιουργία του θεραπευτικού πλάνου, ότι επικοινωνούν με τη διεπιστημονική ομάδα τακτικά καθώς και ότι πραγματοποιούν πολλά πράγματα ταυτόχρονα (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Ερευνητής: Οι νοσηλευτές αυτοί έχουν αναπτύξει και συμμετάσχει σε ερευνητικές δραστηριότητες (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Κλινικός Ρόλος: Αναφερόμαστε στον πρακτικό ρόλο των νοσηλευτών, δηλαδή σε δραστηριότητες όπως διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής, φροντίδα και αλλαγή τραυμάτων, έλεγχος αποτελεσμάτων εργαστηριακών εξετάσεων, διαχείριση επιπλοκών και κρίσεων, αξιολόγηση της σωματικής κατάστασης των ασθενών και της διατροφής τους (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Εκπαιδευτής: Ο ρόλος αυτός περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, από την επίλυση ερωτήσεων, έως και την παροχή πληροφοριών σε ασθενείς και τις οικογένειές τους, καθώς και την εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής στην αιμοληψία (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Συνήγορος: Η σημασία του να είναι ο νοσηλευτής συνήγορος του ασθενή εξετάζεται σε σχέση με την ανάγκη να γίνουν γνωστές στη διεπιστημονική ομάδα, οι ανάγκες του ασθενούς. Κάποιες φορές οι νοσηλευτές επικοινωνούν και με νομικούς εκπροσώπους, στη θέση του ασθενούς (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Πάροχος ασφάλειας: Η ανάγκη για παροχή ασφάλειας σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές γίνεται φανερή από διάφορες πτυχές της φροντίδας τους όπως, ο έλεγχος

των αποσκευών τους και η αφαίρεση αιχμηρών αντικειμένων για την αποφυγή αυτοτραυματισμού (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Οργανωτής ομάδων υποστήριξης: Οι ευθύνες περιλαμβάνουν την παροχή βοήθειας στην προετοιμασία του φαγητού και την οργάνωση ομαδικής συζήτησης και ανάλυσης των συναισθημάτων των πασχόντων, αμέσως μετά το γεύμα (Bourbonnais & Stuart, 2009).

3.1.1 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ ΕΝΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

Πέρα από το ρόλο του νοσηλευτή, αξίζει να εξετάσουμε λίγο και τις δυσκολίες που συναντάει κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας των ασθενών. Οι τέσσερις βασικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές που ειδικεύονται ή δουλεύουν με ασθενείς που πάσχουν από Δ.Δ. είναι η συνεργασία με την διεπιστημονική ομάδα, η διαχείριση των δικών τους αντιδράσεων σχετικά με την ασθένεια, η διαχείριση των ασθενών και οι περιβαλλοντικές προκλήσεις (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Πιο συγκεκριμένα:

Στο κομμάτι της συνεργασίας μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις είναι η σωστή και γρήγορη αναμετάδοση της πληροφορίας για τον ασθενή, ώστε όλη η ομάδα να γνωρίζει την εξέλιξη της κατάστασης του ανά πάσα στιγμή (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Όσον αφορά τα συναισθήματα των νοσηλευτών η δυσκολία έγκειται στο να κατανοήσουν οι ίδιοι τι νιώθουν, να αναγνωρίζουν την αντιμεταβίβαση συναισθημάτων που μπορεί να προκύψει, καθώς επίσης και να ξέρουν ότι ο δρόμος προς τη θεραπεία δεν είναι μια ευθεία γραμμή (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Επιπρόσθετα, η μακροχρόνια και συνεχής τριβή με ασθενείς που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές μπορεί να επιβαρύνει ψυχολογικά τους επαγγελματίες υγείας, ενώ παράλληλα μεγάλη πρόκληση για τους νοσηλευτές είναι και το να δουλέψουν με

τους ασθενείς ώστε να διαχωρίσουν τη συναισθηματική επιρροή της ασθένειας τους από τη σωματική (Bourbonnais & Stuart, 2009).

3.2 ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΙΣ Δ.Δ.

Μια από τις βασικές διαφορές των νοσηλευτών που ασχολούνται με τις Δ.Δ. σε σχέση με άλλους νοσηλευτές είναι πως ο ρόλος τους είναι διευρυμένος, πιο περίπλοκος και περιλαμβάνει μια πληθώρα νοσηλευτικών δεξιοτήτων, ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις αυξημένες ανάγκες των ασθενών. Επιπλέον, έχουν μεγαλύτερη αυτονομία σε ό,τι αφορά τη θεραπεία του ασθενή και έχουν ακόμα πιο στενή και προσωπική επαφή με αυτόν, σε σχέση με νοσηλευτές που δουλεύουν σε άλλες ψυχιατρικές δομές ή κλινικές (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Η εκπαίδευση των νοσηλευτών σε αυτόν τον τομέα περιλαμβάνει τρόπους να εστιάζουν στην εικόνα του σώματος του ασθενούς και στην επιθυμία του να έχει ένα διαφορετικό σώμα. Ακόμα, πρέπει να μπορούν να διαχειριστούν οι νοσηλευτές το θυμό και την πιθανή χειραγώγηση από τους ασθενείς, καθώς και τις γνωστικές διαστρεβλώσεις της πραγματικότητας και τη συννοσηρότητα της ασθένειας, που αποτελεί σημαντικό κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Επιπλέον, αυτοί οι νοσηλευτές θα πρέπει να αναγνωρίζουν τις σωματικές ενδείξεις της ασθένειας και να είναι καλά καταρτισμένοι στις πιθανές ιατρικές επιπλοκές των Δ.Δ., ενώ παράλληλα θα πρέπει να έχουν την ικανότητα να αξιολογούν σωστά τις διάφορες σωματικές ενδείξεις και συμπεριφορές των ασθενών (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Τέλος, οι νοσηλευτές θα πρέπει να εκπαιδευτούν στο σωστό συντονισμό των υποστηρικτικών ομάδων που θα κληθούν να διαχειριστούν, στην καλύτερη προσέγγιση της οικογένειας των ασθενών καθώς και στο θεραπευτικό τρόπο επικοινωνίας (Bourbonnais & Stuart, 2009).

3.3 ΠΡΟΛΗΨΗ & ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Οι διατροφικές διαταραχές είναι ένα εντεινόμενο πρόβλημα στην κοινωνία και δημιουργεί ολοένα και πιο αυξανόμενες ανάγκες για τους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας βαθμίδας. Παρότι στο παρελθόν υπήρξε η πεποίθηση πως η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία επηρεάζουν συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, πλέον είναι προφανές πως δεν περιορίζονται σε συγκεκριμένη εθνικότητα, φύλο και κοινωνικοοικονομικό στρώμα. Ακόμα και άτομα που μεταναστεύουν σε χώρες με χαμηλού ρίσκου εμφάνισης δεν είναι απαραίτητα προστατευμένα, καθώς ακόμα και το άγχος της αλλαγής περιβάλλοντος μπορεί να αποτελέσει έναυσμα εμφάνισης τους (Gurney & Halmi, 2010).

Όσο τα νούμερα αυξάνονται, οι νοσηλευτές (και όχι μόνο) της πρωτοβάθμιας υγείας θα κληθούν να διαγνώσουν, να αξιολογήσουν και να διαχειριστούν τα συμπτώματα αυτών των πολύπλοκων διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, θα παίξουν καίριο ρόλο, καθώς συχνά έχουν τη δυνατότητα να διαγνώσουν μια διατροφική διαταραχή στα αρχικά της στάδια (Gurney & Halmi, 2010).

Παρ'όλα αυτά δεν αποτελεί έκπληξη ότι τα άτομα που εργάζονται στην κοινότητα συχνά δεν καταφέρνουν να κάνουν τη σωστή διάγνωση, παρά τη συχνή τους επαφή με αυτούς τους ασθενείς (Gurney & Halmi, 2010).

Στα περισσότερα κέντρα υγείας σήμερα, οι γιατροί και οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν στενά χρονικά περιθώρια. Για το λόγο αυτό θα πρέπει η αξιολόγηση του ατόμου να γίνει σύντομα, χωρίς να χαθούν όμως σημαντικές ενδείξεις/πληροφορίες (Gurney & Halmi, 2010).

Η εξέταση θα πρέπει να διαρκεί το πολύ μια ώρα. Θα πρέπει να περιλαμβάνει λεπτομερή εξήγηση των διαγνωστικών κριτηρίων για τις δυο βασικότερες Δ.Δ., τη νευρική ανορεξία και τη νευρική βουλιμία. Επιπλέον, θα πρέπει να δίνεται έμφαση σε τυχόν ύπαρξη κάποιου προειδοποιητικού σημείου/ένδειξης διατροφικών διαταραχών (Gurney & Halmi, 2010).

Μετά, θα πρέπει να πραγματοποιηθεί μια συνέντευξη για διατροφικές διαταραχές που συμπεριλαμβάνει το ιστορικό του βάρους του ασθενούς, τη διατροφή του, τυχόν επεισόδια υπερφαγίας, ιστορικό αυτοπροκαλούμενου εμετού, συζήτηση σχετικά με τις τροφές που προτιμά ο ασθενής καθώς και τη συχνότητα με την οποία μετράει το βάρος του. Τέλος θα πρέπει να αναφερθούν σε τυχόν σωματική άσκηση και στις γυναίκες θα πρέπει να ελέγχεται και τυχόν διαταραχή στην έμμηνο ρύση (Gurney & Halmi, 2010).

Για να επιτευχθεί η σωστή διαχείριση τέτοιων περιστατικών, προτείνεται η συμμετοχή σε σεμινάρια εκπαίδευσης για τις διατροφικές διαταραχές (Gurney & Halmi, 2010).

3.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με τις διατροφικές διαταραχές είναι τα μοναδικά μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που συχνά μπορούν να παρέχουν συνεχή, καθημερινή φροντίδα στους ασθενείς. Έχουν τη δυνατότητα να αξιολογούν τους ασθενείς χωρίς παύση και να γνωρίζουν την κατάσταση και την πρόοδο τους, ενώ τους παρέχουν φροντίδα, οργανώνουν ομάδες υποστήριξης και επιβλέπουν τα γεύματα (Bourbonnais & Stuart, 2009).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται για την επαναφορά της φυσιολογικής διατροφής του ασθενούς μπορούν να χωριστούν σε 4 κύριες κατηγορίες: i. Έλεγχος και καθοδήγηση, ii. Ενθάρρυνση και παροχή κινήτρων, iii. Υποστήριξη και κατανόηση και iv. Εκπαίδευση (Beukers et al., 2015).

Έλεγχος και καθοδήγηση

Οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν τα γεύματα για δομημένη παρατήρηση των ασθενών. Με το να καθίσουν δίπλα στον ασθενή είναι ικανοί να παρατηρήσουν κάθε λεπτομέρεια μικρή ή μεγάλη σχετικά με το μοτίβο διατροφής του καθ' όλη τη

διάρκεια του γεύματος. Κατά κύριο λόγο, οι επαγγελματίες υγείας πραγματοποιούν την παρατήρηση του ασθενούς με διακριτικότητα, αλλά όταν εμφανίζεται ανάγκη, μπορεί ο έλεγχος για την τήρηση των διατροφικών κανόνων του ιδρύματος να γίνεται και εις γνώσιν του ασθενούς. Μια από τις συχνότερες παρεμβάσεις είναι η χρονομέτρηση του γεύματος (Beukers et al., 2015).

Πέρα από τον έλεγχο των διατροφικών συνηθειών των ασθενών, οι επαγγελματίες υγείας δίνουν συνέχεια οδηγίες για την δημιουργία σωστών διατροφικών συνηθειών (Beukers et al., 2015).

Οι οδηγίες ξεκινάνε από τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να κάτσει ο ασθενείς στο τραπέζι και πότε να πιάσει τα μαχαιροπίρουνα. Πολλές από τις συμβουλές των νοσηλευτών αφορούν την ποσότητα της τροφής, είτε αυτό είναι το να φάει ο ασθενής περισσότερη ποσότητα, ή να προσθέσει περισσότερα υλικά. Τέλος, οι νοσηλευτές αναφέρονται συχνά στην ασθένεια του ασθενούς με το όνομα της και ζητούν από τα άτομα να προσπαθήσουν να σταματήσουν την παθολογική συμπεριφορά (Beukers et al., 2015).

Ενθάρρυνση και παροχή κινήτρων

Οι επαγγελματίες υγείας ενθαρρύνουν επανειλημμένα τους ασθενείς να ξεκινήσουν ή/και να συνεχίσουν να τρώνε. Ο κύριος τρόπος προσέγγισης είναι να ζητάνε από τον ασθενή να “συνεχίσει λίγο ακόμα” και άλλες μικρές εκφράσεις του ίδιου περιεχομένου, όταν οι ασθενείς μειώνουν την ποσότητα ή συχνότητα της τροφής τους (Beukers et al., 2015).

Πέρα από τη χρήση ενθαρρυντικών εκφράσεων, οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν και τη δημιουργία μικρών και εφικτών στόχων ως έναν τρόπο να δώσουν κίνητρο στους πάσχοντες (Beukers et al., 2015).

Όταν οι πάσχοντες εμφανίζουν συμπτώματα της διαταραχής τους, οι επαγγελματίες υγείας τους τονίζουν όλες τις αρνητικές επιπτώσεις που έχει αυτή τους η απόφαση και παράλληλα τους υπογραμμίζουν όλα τα θετικά που θα τους προσφέρει το να πολεμήσουν την ασθένεια (Beukers et al., 2015).

Ένας ακόμα τρόπος των νοσηλευτών να δώσουν κουράγιο και κίνητρο στους ασθενείς είναι με το να εστιάζουν στο πόσο καλά θα νιώσουν τα άτομα που βρίσκονται στη ζωή του ασθενή (οικογένεια και μη) βλέποντας τη βελτίωση του (Beukers et al., 2015).

Υποστήριξη και κατανόηση

Στο κομμάτι αυτό, οι επαγγελματίες υγείας εστιάζουν στο να υποστηρίζουν τους ασθενείς κατά τη διάρκεια των γευμάτων τους, κυρίως με το να τους προσφέρουν κομπλιμέντα όταν πετυχαίνουν κάποιο στόχο. Επιπλέον, δείχνουν ενδιαφέρον για τα συναισθήματα και τις σκέψεις αυτών, κυρίως όταν τους βλέπουν να δυσκολεύονται.

Επιπρόσθετα, δείχνουν κατανόηση για το στρες και το άγχος που εμφανίζουν οι ασθενείς όταν γίνεται αναφορά σε διατροφικές συμβουλές και οδηγίες (Beukers et al., 2015).

Παράλληλα, παροτρύνουν τα άτομα να ανοίγονται είτε στους ίδιους, είτε σε άλλους πάσχοντες ή μη και να μην κλείνονται στους εαυτούς τους. Μια πρακτική που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές για να δείξουν ότι η πρόοδος είναι εφικτή είναι να ζητάνε από πάσχοντες που έχουν κάνει πρόοδο να παρευρίσκονται στο ίδιο γεύμα με άτομα που δυσκολεύονται για να παρέχουν έμπνευση και να δίνουν ελπίδα (Beukers et al., 2015).

Εκπαίδευση

Κατά τη διάρκεια των γευμάτων οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν στον ασθενή πληροφορίες για την ασθένεια του. Επιπλέον, εκπαιδεύουν τους ασθενείς αναφορικά με τα ειδικά χαρακτηριστικά των ασθενειών τους και πως αυτά επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τα συναισθήματά τους. Με αυτό τον τρόπο οι νοσηλευτές συμβάλλουν στην κατανόηση που έχει ο ασθενής της διαταραχής και των επιπλοκών της. Εκτός από αυτό το κομμάτι, η εκπαίδευση αφορά επίσης και τη σωστή διατροφή, την απόκτηση καλών συνηθειών σχετικά με την ποσότητα και την ποιότητα του

φαγητού και την ανάλυση του τι είναι ένα υγιές μοτίβο διατροφής και πως μπορούν να το επιτύχουν (Beukers et al., 2015).

3.4.1 ΜΟΝΤΕΛΟ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΡΟΗ ΣΤΗ ΝΕΥΡΙΚΗ ΒΟΥΛΙΜΙΑ – ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Το μοντέλο προσαρμογής της Ρόι (RAM) εστιάζει στο ότι οι άνθρωποι ως μεμονωμένες οντότητες είναι σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον τους και το επίπεδο προσαρμοστικότητας τους προσδιορίζει και την ικανότητά τους να διαχειριστούν καταστάσεις. Το RAM αποτελείται από πολλές συνιστώσες που καλύπτουν διαφορετικά κομμάτια της ζωής του ατόμου και των τριβών αυτού με το περιβάλλον του. Υπάρχουν τρεις τύποι ερεθίσματος (εστιακό, συγκεκριμένο και υπολειμματικό) που συμβάλλουν στους μηχανισμούς άμυνας του ατόμου. Οι δυο μηχανισμοί άμυνας είναι το ρυθμιστικό υποσύστημα, το οποίο αποτελείται από τις φυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού και το γνωστικό υποσύστημα το οποίο περιλαμβάνει τόσο τις νοητικές όσο και τις συναισθηματικές αντιδράσεις σε ένα ερέθισμα. Μέσω αυτών των μηχανισμών άμυνας κατανοούμε το προσαρμοστικά επίπεδα των ατόμων (Seah & Tham, 2015).

Όπως αναφέρεται στον ορισμό του μοντέλου προσαρμογής, έχουμε τρία είδη ερεθίσματος, εστιακό, συγκεκριμένο και υπολειμματικό. Το εστιακό είναι αυτό που οι άνθρωποι κατανοούν διαισθητικά πρώτο. Για παράδειγμα, στην περίπτωση ατόμου με νευρική βουλιμία, εστιακό ερέθισμα είναι όλες αυτές οι διαφημίσεις που προωθούν συνεδρίες αδυνατίσματος και παρουσιάζουν την ιδανική γυναίκα που είναι γεμάτη αυτοπεποίθηση ως μια αδύνατη ύπαρξη. Το ίδιο το φαγητό αποτελεί επίσης εστιακό ερέθισμα, καθώς τα άτομα με NB παρουσιάζουν εμμονική συμπεριφορά στη σχέση τους με αυτό. Λόγω αυτής της τοξικής σχέσης με το φαγητό, τα άτομα με νευρική βουλιμία τείνουν να είναι λιγότερο κοινωνικά και να προτιμούν να περάσουν χρόνο με τις αυτοκαταστροφικές τους συμπεριφορές. Συνεπώς, αυτό που συμβαίνει στα άτομα με νευρική βουλιμία είναι ότι η ασθένεια καταλαμβάνει την καθημερινότητά τους (Seah & Tham, 2015).

Το συγκεκριμένο ερέθισμα περιλαμβάνει άλλα στοιχεία που επηρεάζουν το πως αντιδρά το άτομο στο εστιακό ερέθισμα. Για παράδειγμα ένα άτομο που παρουσιάζει

επιζήμιες διατροφικές συνήθειες λόγω της ανικανότητας του να διαχειριστεί το πραγματικό έναυσμα που είναι το στρες. Αυτός ο ανεπαρκής μηχανισμός αντιμετώπισης αποτελεί ένα συγκεκριμένο ερέθισμα. Επιπλέον, τα άτομα με νευρική βουλιμία μπορεί να έχουν εσφαλμένη αντίληψη σχετικά με την πείνα, λόγω μείωσης της αντίδρασης του οργανισμού στην ορμόνη χολοκυστοκινίνη, που είναι υπεύθυνη για τον κορεσμό. Αυτού του είδους η ορμονική διαταραχή μπορεί να οδηγήσει το άτομο στο να αντιδράσει στο εστιακό ερέθισμα με ένα επεισόδιο αδηφαγίας (Seah & Tham, 2015).

Το υπολειμματικό ερέθισμα ασκεί ένα συγκεκριμένο βαθμό επιρροής στην κατάσταση, αλλά δεν είναι εύκολο να το διαχωρίσει κανείς από το σύνολο. Καταστάσεις, όπως τα σχόλια συγγενών σχετικά με το σώμα του ατόμου, αποτελούν υπολειμματικά ερεθίσματα. Επιπρόσθετα, πολλοί από τους ασθενείς που πάσχουν από νευρική βουλιμία, παρουσιάζουν παρορμητικές συμπεριφορές όπως ο αυτοτραυματισμός ή/και οι αυτοκτονικές τάσεις. Ακόμα, είναι ευρέως γνωστό ότι μια μερίδα ατόμων με διατροφικές διαταραχές νιώθουν ανεπαρκή έλεγχο στη ζωή τους και στρέφονται στον έλεγχο του βάρους τους, ως μια προσπάθεια να επανακτήσουν τα ινία της ζωής τους (Seah & Tham, 2015).

Οι δυο μηχανισμοί αντιμετώπισης αποτελούν μέρος της αντισταθμιστικής συμπεριφοράς του οργανισμού. Το ρυθμιστικό υποσύστημα παρέχει ανατροφοδότηση μέσω των φυσιολογικών οδών (ενδοκρινικό σύστημα. Όταν ένα άτομο βρίσκεται σε επεισόδιο αδηφαγίας το συγκεκριμένο υποσύστημα δίνει σήμα στον εγκέφαλο για την μεγάλη εισροή φαγητού. Έτσι, ο οργανισμός μόλις λάβει το σήμα αντιδρά είτε κάνοντας εμετό, είτε ‘‘αναγκάζοντας’’ το άτομο να σταματήσει την κατάποση (Seah & Tham, 2015).

Το γνωστικό υποσύστημα, δίνει την ανατροφοδότηση του μέσω της συναισθηματικής οδού. Μελέτες έχουν δείξει πως οι πάσχοντες με νευρική βουλιμία χρησιμοποιούν την κραιπάλη και τον αυτοπροκαλούμενο εμετό ως μηχανισμούς άμυνας. Η συχνή εμφάνιση επεισοδίων κραιπάλης-έμετου οδηγούν σε σταδιακή οργανική ανεπάρκεια (Seah & Tham, 2015).

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω, αντιλαμβανόμαστε ότι ο βασικός στόχος του νοσηλευτή είναι να επιτρέψει στους ασθενείς να προσαρμοστούν σωστά. Με βάση το μοντέλο προσαρμογής προτείνονται 6 νοσηλευτικά βήματα αντιμετώπισης : 1. Αξιολόγηση των συμπεριφορών χρησιμοποιώντας τα 4 είδη προσαρμογής, 2. Αξιολόγηση και κατηγοριοποίηση του ερεθίσματος, 3. Δημιουργία νοσηλευτικών διαγνώσεων, 4. Αναμενόμενα αποτελέσματα, 5. Παρεμβάσεις και 6. Αξιολόγηση των παρεμβάσεων (Seah & Tham, 2015).

Μια πρώτη νοσηλευτική αξιολόγηση εστιάζει στη μη ισορροπημένη διατροφή που επιβεβαιώνεται από την έλλειψη ηλεκτρολυτών, γεγονός συχνό στις διατροφικές διαταραχές (Seah & Tham, 2015).

Στο νοσηλευτικό κομμάτι, σημαντική αρμοδιότητα είναι το καθημερινό ζύγισμα και ο έλεγχος για διακυμάνσεις στο βάρος του ασθενούς. Επιπλέον, σε πολλά θεραπευτικά κέντρα οι νοσηλευτές δημιουργούν ομάδες υποστήριξης για την ώρα του φαγητού, με αυτό τον τρόπο οι νοσηλευτές μπορούν να ελέγχουν από πρώτο χέρι τις αλλαγές στη διάθεση, αλλά και στο ρυθμό κατάποσης (Seah & Tham, 2015).

Μετά την πρώτη νοσηλευτική αξιολόγηση, ακολουθεί η δεύτερη που αφορά την ανασκόπηση του εναύσματος που οδηγεί στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Με την τρίτη νοσηλευτική αξιολόγηση, οι νοσηλευτές εστιάζουν στην εικόνα του σώματος και κατά πόσο απέχει (ή όχι) από το φυσιολογικό (Seah & Tham, 2015).

Ο σκοπός της χρήσης του μοντέλου προσαρμογής είναι το άτομο να φτάσει σε ένα υγιές βάρος, να έχει καλύτερους μηχανισμούς άμυνας και να μη ξανά μπει σε έναν φαύλο κύκλο κραιπάλης-έμετου. Μέσα από τη χρήση της νοσηλευτικής θεωρίας μπορούν να μελετηθούν οι διαφορετικές πτυχές της ζωής του ατόμου και πως αυτές παίζουν ρόλο στην ασθένεια. Επιπλέον, το μοντέλο επιτρέπει στους νοσηλευτές να πραγματοποιήσουν μια σειρά από ιδιαίτερα σημαντικές αξιολογήσεις όπως η ταυτοποίηση του ερεθίσματος και οι μηχανισμοί αντιμετώπισης του ασθενούς ώστε στη συνέχεια να δημιουργήσουν ειδικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην επίλυση των προβλημάτων που αναγνώρισαν. Οι παρατηρήσεις που γίνονται σύμφωνα με τη θεωρία της Ρόι οδηγούν σε μια ολιστική επισκόπηση της κατάστασης των ασθενών. Η αρχική διάγνωση παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στο αν θα επιτευχθούν τα επιθυμητά

αποτελέσματα μετά τη θεραπεία. Επιπρόσθετα, ένα μεγάλο πλεονέκτημα του συγκεκριμένου μοντέλου είναι ότι επιτρέπει στη διεπιστημονική ομάδα να ξεκινήσει την παρέμβαση αμέσως (Seah & Tham, 2015).

3.5 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ

Είναι πολύ λίγη η βιβλιογραφία που υπάρχει σχετικά με την εμπειρία γονέων που έχουν κάποιο παιδί (ανήλικο ή ενήλικο) το οποίο να πάσχει από κάποια διατροφική διαταραχή. Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα στο οποίο οφείλεται σε μεγάλο βαθμό η ελλιπής βιβλιογραφία είναι πως οι γονείς αισθάνονται ότι οι ανησυχίες τους δεν λαμβάνονται υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας (McMaster et al, 2004)

Οι γονείς κατά κύριο λόγο θεωρούν τους επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και δασκάλους) ως μη βοηθητικούς (McMaster et al, 2004).

Ωστόσο, φαίνεται να έχει υπάρξει κάποια αλλαγή σε ό,τι αφορά στη συμμετοχή τους στη θεραπευτική διαδικασία και συγκεκριμένα στο να συνεργαστούν οι επαγγελματίες υγείας μαζί τους ώστε να υπάρξουν οι καλύτερες δυνατές συνθήκες θεραπείας (McMaster et al, 2004).

Ακόμα, αξίζει να εστιάσουμε στη σημασία των νοσηλευτών στο κομμάτι αυτό. Αποτελεί ευθύνη τους να βοηθήσουν τους γονείς να αντιμετωπίσουν αυτή τη δύσκολη κατάσταση στην οποία νιώθουν ανίσχυροι, απελπισμένοι και χρειάζονται εκπαίδευση και βοήθεια ώστε να κατανοήσουν το θεραπευτικό πλάνο. Ένα σημαντικό συστατικό της σχέσης ανάμεσα σε νοσηλεύτη και οικογένεια είναι η εμπιστοσύνη, η οποία αποτελείται από διάφορα στάδια που εξελίσσονται με τον καιρό και βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην προσπάθεια, την αλληλοκατανόηση και τις προσδοκίες (McMaster et al, 2004).

Πέρα από όσα αναφέρθηκαν, δε γίνεται να αγνοήσουμε και τις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών. Οι ίδιοι αντιμετωπίζουν μεγάλο συναισθηματικό πόνο και

τραυματικές σκέψεις. Οι νοσηλευτές όμως, μπορούν να κερδίσουν την εμπιστοσύνη τους μέσα από ενεργητική παρουσία, εμπάθεια και θετική υποστήριξη. Μπορούν να προσφέρουν στους ασθενείς και τους αγαπημένους τους την εκπαίδευση και την ανεξαρτησία που χρειάζονται (Nurse Journal, 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή στη νευρική βουλιμία με αναζήτηση όλων των νεότερων δεδομένων που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

Υλικό και μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στη ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν δημοσιευμένα άρθρα και μελέτες κατά το χρονικό διάστημα 2019 έως και 2021 και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Κριτήρια έναρξης των άρθρων ήταν: η αγγλική γλώσσα και το έτος δημοσίευσης τους να είναι τα τελευταία 3 έτη.

- 1. Neuroendocrinology and brain imaging of reward in eating disorders: A possible key to the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa (2018).**

Abstract

Anorexia nervosa and bulimia nervosa are severe eating disorders whose etiopathogenesis is still unknown. Clinical features suggest that eating disorders may develop as reward-dependent syndromes, since eating less food is perceived as

rewarding in anorexia nervosa while consumption of large amounts of food during binge episodes in bulimia nervosa aims at reducing the patient's negative emotional states. Therefore, brain reward mechanisms have been a major focus of research in the attempt to contribute to the comprehension of the pathophysiology of these disorders. Structural brain imaging data provided the evidence that brain reward circuits may be altered in patients with anorexia or bulimia nervosa. Similarly, functional brain imaging studies exploring the activation of brain reward circuits by food stimuli as well as by stimuli recognized to be potentially rewarding for eating disordered patients, such as body image cues or stimuli related to food deprivation and physical hyperactivity, showed several dysfunctions in ED patients. Moreover, very recently, it has been demonstrated that some of the biochemical homeostatic modulators of eating behavior are also implicated in the regulation of food-related and non-food-related reward, representing a possible link between the aberrant behaviors of ED subjects and their hypothesized deranged reward processes. In particular, changes in leptin and ghrelin occur in patients with anorexia or bulimia nervosa and have been suggested to represent not only homeostatic adaptations to an altered energy balance but to contribute also to the acquisition and/or maintenance of persistent starvation, binge eating and physical hyperactivity, which are potentially rewarding for ED patients. On the basis of such findings new pathogenetic models of EDs have been proposed, and these models may provide new theoretical basis for the development of innovative treatment strategies, either psychological and pharmacological, with the aim to improve the outcomes of so severe disabling disorders.

Νευροενδοκρινολογία και εγκεφαλική απεικόνιση της επιβράβευσης στις διατροφικές διαταραχές: Πιθανή λύση στη θεραπεία της νευρικής ανορεξίας και της νευρικής βουλιμίας (2018).

Περίληψη

Η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία είναι σοβαρές διατροφικές διαταραχές των οποίων η αιτιοπαθογένεια είναι ακόμη άγνωστη. Τα κλινικά χαρακτηριστικά υποδηλώνουν ότι οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να αναπτύσσονται ως σύνδρομα εξαρτώμενα από την ανταμοιβή, καθώς η κατανάλωση λιγότερης τροφής θεωρείται ανταμοιβή στη νευρική ανορεξία, ενώ η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής

κατά τη διάρκεια των επεισοδίων αδηφαγίας στη νευρική βουλιμία αποσκοπεί στη μείωση των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων του ασθενούς. Ως εκ τούτου, οι μηχανισμοί ανταμοιβής του εγκεφάλου αποτέλεσαν σημαντικό επίκεντρο της έρευνας στην προσπάθεια να συμβάλουν στην κατανόηση της παθοφυσιολογίας αυτών των διαταραχών. Τα δεδομένα εγκεφαλικής απεικόνισης παρείχαν τις ενδείξεις ότι τα κυκλώματα ανταμοιβής του εγκεφάλου μπορεί να διαφέρουν σε ασθενείς με νευρική ανορεξία ή βουλιμία. Παρομοίως, μελέτες λειτουργικής απεικόνισης του εγκεφάλου που διερεύνησαν την ενεργοποίηση των κυκλωμάτων ανταμοιβής του εγκεφάλου από ερεθίσματα τροφής, καθώς και από ερεθίσματα που αναγνωρίζονται ως ανταμοιβές για τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, όπως τα ερεθίσματα της εικόνας του σώματος ή τα ερεθίσματα που σχετίζονται με τη στέρηση τροφής και τη σωματική υπερδραστηριότητα, έδειξαν αρκετές δυσλειτουργίες σε ασθενείς με Δ.Δ. Επιπλέον, πολύ πρόσφατα, έχει αποδειχθεί ότι ορισμένοι από τους βιοχημικούς ομοιοστατικούς ρυθμιστές της διατροφικής συμπεριφοράς εμπλέκονται επίσης στη ρύθμιση της ανταμοιβής που σχετίζεται με τα τρόφιμα και της ανταμοιβής που δεν σχετίζεται με τα τρόφιμα, αντιπροσωπεύοντας μια πιθανή σύνδεση μεταξύ των ανώμαλων συμπεριφορών των ατόμων με Δ.Δ και των υποτιθέμενων διαταραγμένων συμπεριφορών που αφορούν στην ανταμοιβής τους. Ειδικότερα, οι μεταβολές στη λεπτίνη και τη γκρελίνη εμφανίζονται σε ασθενείς με νευρική ανορεξία ή βουλιμία και έχει προταθεί ότι αντιπροσωπεύουν όχι μόνο ομοιοστατικές προσαρμογές σε ένα τροποποιημένο ενεργειακό ισοζύγιο, αλλά ότι συμβάλλουν επίσης στην απόκτηση και/ή τη διατήρηση της επίμονης πείνας, της αδηφαγίας και της σωματικής υπερδραστηριότητας, οι οποίες είναι δυνητικές ανταμοιβές για τους ασθενείς με Δ.Δ. Με βάση αυτά τα ευρήματα έχουν προταθεί νέα παθογενετικά μοντέλα των ΕΔ και τα μοντέλα αυτά μπορούν να αποτελέσουν νέα θεωρητική βάση για την ανάπτυξη καινοτόμων στρατηγικών θεραπείας, είτε ψυχολογικής είτε φαρμακολογικής, με στόχο τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των τόσο σοβαρών διαταραχών.

2. Sex Differences in Adolescent Anorexia and Bulimia Nervosa: Beyond the Signs and Symptoms (2019).

Abstract

Purpose of Review

We review research related to sex differences in eating disorders (EDs) in adolescents. Prior work has explored clinical differences; thus, we examine literature in areas identified as playing an etiological or maintenance role in EDs including: genetics, hormones, neurocognitive inefficiencies, and reward circuitry.

Recent Findings

Sex steroids appear to play a role in the unmasking of genetic risk for development of EDs and puberty may be a heightened period of risk for females. While neurocognitive differences have been well studied in adults with ED, research with adolescents has been less conclusive. Recent work suggests that neural circuitry involved in reward and punishment may play a role in development and maintenance of EDs in females. Males are underrepresented in these areas of research.

Summary

Given known sex differences in healthy adolescents, it is likely there are sex differences in the putative biological etiology/maintenance of EDs. Males should be included in future research.

Διαφορές των φύλων στην νεανική ανορεξία και βουλιμία: Πέρα από τα σημάδια και τα συμπτώματα

Περίληψη

Σκοπός της έρευνας

Μελετάμε την έρευνα σχετικά με τις διαφορές των φύλων στις διατροφικές διαταραχές (ΔΔ) κατά την εφηβική ηλικία. Προηγούμενες μελέτες έχουν διερευνήσει τις κλινικές διαφορές- έτσι, εμείς εξετάζουμε τη βιβλιογραφία σε τομείς που έχουν αναγνωριστεί ότι διαδραματίζουν αιτιολογικό ή συντηρητικό ρόλο στις ΔΔ, συμπεριλαμβανομένων: της γενετικής, των ορμονών, των νευρογνωστικών ανεπαρκειών και του συστήματος της ανταμοιβής.

Πρόσφατα ευρήματα

Τα στεροειδή του φύλου φαίνεται να παίζουν ρόλο στην αποκάλυψη του γενετικού κινδύνου για την ανάπτυξη Δ.Δ. και η εφηβεία μπορεί να είναι μια περίοδος αυξημένου κινδύνου για τις γυναίκες. Ενώ οι νευρογνωστικές διαφορές έχουν μελετηθεί καλά σε ενήλικες με Δ.Δ, η έρευνα στους εφήβους είναι λιγότερο πειστική. Πρόσφατες μελέτες υποδηλώνουν ότι τα νευρωσικά κυκλώματα που εμπλέκονται στο αίσθημα της ανταμοιβής και της τιμωρίας μπορεί να παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη και τη διατήρηση των Δ.Δ. στις γυναίκες. Οι άνδρες υποεκπροσωπούνται σε αυτούς τους ερευνητικούς τομείς.

Περίληψη

Δεδομένων των γνωστών διαφορών μεταξύ των δυο φύλων στους υγιείς εφήβους, είναι πιθανό να υπάρχουν φυλετικές διαφορές στην υποτιθέμενη βιολογική αιτιολογία/διατήρηση των Δ.Δ. Οι άνδρες θα πρέπει να συμπεριληφθούν σε μελλοντικές έρευνες.

3. Psychiatric comorbidity as a risk factor for the mortality of people with bulimia nervosa (2019).

Abstract

Background

Bulimia nervosa (BN) is associated with increased mortality. Frequent comorbidities of BN include substance use disorders, affective disorders and personality disorders (PD). These comorbidities may add an additional risk for mortality.

Methods

We investigated the influence of these psychiatric comorbidities on all-cause mortality with demographic and socioeconomic factors considered as confounders over an observation period from January 2007 to March 2016 for 1501 people with BN using anonymized health records data from the South London and Maudsley NHS Foundation Trust (SLaM), retrieved through its Clinical Records Interactive Search (CRIS) data resource. Mortality was ascertained through monthly linkages to the

nationwide tracing system administered by the Office for National Statistics (ONS). We used Cox proportional hazards regression to calculate hazard ratios (HRs) with 95% confidence intervals (CIs). Multivariable analyses were also performed to estimate effects when controlling for confounding of age, sex, ethnicity, borough, marital status and deprivation score.

Results

A total of 18 patients with BN died during the observation period. The standardized mortality ratio (SMR) for our study cohort (against the population of England and Wales in 2012 as a standard) was 2.52 (95% CI 1.49–3.97). Cox regressions revealed significant associations of mortality with older age and male gender. Comorbid PD (HR: 3.36; 95% CI 1.05–10.73) was significantly associated with all-cause mortality, even after controlling for demographic and socioeconomic covariates.

Conclusions

These results highlight increased mortality in patients with BN and the importance of recognizing and treating PDs in patients with BN.

Ψυχιατρική νοσηρότητα ως παράγοντας θνησιμότητας των ατόμων με νευρική βουλιμία. (2019)

Περίληψη

Ιστορικό

Η νευρική βουλιμία (NB) συσχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα. Οι συχνές συννοσηρότητες της NB περιλαμβάνουν διαταραχές χρήσης ουσιών, συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας (ΔΠ). Αυτές οι συννοσηρότητες μπορεί να αυξήσουν τον ήδη υπάρχοντα κίνδυνο θνησιμότητας.

Μέθοδοι

Διερευνήσαμε την επίδραση αυτών των ψυχιατρικών συννοσηροτήτων σε μια προσπάθεια για ολιστική εικόνα της θνησιμότητας της BN, συμπεριλαμβάνοντας

δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που θεωρήθηκαν ως συγκεχυμένοι παράγοντες κατά τη διάρκεια μιας περιόδου παρατήρησης από τον Ιανουάριο του 2007 έως τον Μάρτιο του 2016 για 1501 άτομα με NB, χρησιμοποιώντας ανώνυμα δεδομένα ιατρικών φακέλων από το South London and Maudsley NHS Foundation Trust (SLaM), τα οποία ανακτήθηκαν μέσω του πόρου δεδομένων Clinical Records Interactive Search (CRIS). Η θνησιμότητα διαπιστώθηκε μέσω μηνιαίων συνδέσεων με το εθνικό σύστημα εντοπισμού που διαχειρίζεται το Γραφείο Εθνικών Στατιστικών (ONS). Χρησιμοποιήσαμε την αναλογική παλινδρόμηση των κινδύνων Cox για τον υπολογισμό των αναλογιών κινδύνου (HR) με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (CI). Πραγματοποιήθηκαν επίσης πολυμεταβλητές αναλύσεις για την εκτίμηση των επιπτώσεων όντας υπό τον έλεγχο των παραγόντων της ηλικίας, του φύλου, της εθνικότητας, του δήμου, της οικογενειακής κατάστασης και της βαθμολογίας στέρησης.

Αποτελέσματα

Συνολικά 18 ασθενείς με NB πέθαναν κατά τη διάρκεια της περιόδου παρατήρησης. Ο πιο συνηθισμένος λόγος θνησιμότητας (SMR) στη μελέτη κοόρτη μας (σε σύγκριση με τον πληθυσμό της Αγγλίας και της Ουαλίας το 2012 ως πρότυπο) ήταν 2,52 (95% CI 1,49-3,97). Οι παλινδρομήσεις Cox αποκάλυψαν σημαντικές συσχετίσεις της θνησιμότητας με την μεγαλύτερη ηλικία και το ανδρικό φύλο. Η συνυπάρχουσα ψυχιατρική διαταραχή (HR: 3,36, 95% CI 1,05-10,73) συσχετίστηκε σημαντικά με τη συνολική θνησιμότητα, ακόμη και μετά τον έλεγχο των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών συνδιαλλαγών.

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα εστιάζουν στην αυξημένη θνησιμότητα σε ασθενείς με νευρική βουλιμία και στη σημασία της αναγνώρισης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών σε ασθενείς με NB.

4. Bulimia nervosa in times of the COVID-19 pandemic—Results from an online survey of former inpatients (2020).

Abstract

Objective

The COVID-19 pandemic might pose special challenges to patients with eating disorders (EDs) by interfering with daily routines. The aim of this study was to investigate the impact of the current pandemic on patients with bulimia nervosa (BN).

Methods

Fifty-five former inpatients with BN completed an online survey on psychological consequences of the COVID-19 pandemic as well as on changes in health care utilization and on the use and helpfulness of different coping strategies.

Results

Almost half of patients (49%) reported a deterioration of their ED symptomatology and 62% reported a reduced quality of life. The frequency of binge eating increased in 47% of patients and self-induced vomiting in 36%. Forty-six percent of patients stated a noticeable impairment of psychotherapy. Face-to-face psychotherapy decreased by 56% but videoconferencing therapy was only used by 22% of patients. Enjoyable activities, virtual social contacts with friends and mild physical activities were rated as the most helpful coping strategies among those most used.

Discussion

Approximately one half to two-thirds of former inpatients with BN experienced a negative impact of the crisis on their ED symptomatology and quality of life. In challenging times when face-to-face therapy options are restricted, e-health treatments such as videoconferencing therapy should be considered to ensure continuity of care.

Νευρική βουλιμία στα χρόνια της πανδημίας του COVID-19- Αποτελέσματα από μια διαδικτυακή έρευνα πρώην νοσηλευόμενων ασθενών (2020).

Περίληψη

Αντικείμενο

Η πανδημία του COVID-19 πιθανότατα δημιουργεί ιδιαίτερες δυσκολίες σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, επεμβαίνοντας στην καθημερινότητά τους. Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να διερευνηθεί ο αντίκτυπος της παρούσας πανδημίας σε ασθενείς με νευρική βουλιμία.

Μέθοδοι

Πενήντα-πέντε (55) πρώην εσώκλειστοι ασθενείς με νευρική βουλιμία συμπλήρωσαν μια διαδικτυακή έρευνα που αφορά τις ψυχολογικές επιπτώσεις του COVID-19 , όπως και των αλλαγών στην αξιοποίηση του συστήματος υγείας και των άλλων βοηθητικών τεχνικών αντιμετώπισης.

Αποτελέσματα

Σχεδόν οι μισοί εκ των ασθενών αναφέρουν μια χειροτέρευση των συμπτωμάτων των διατροφικών τους διαταραχών, ενώ το 62% αναφέρει μειωμένη ποιότητα ζωής. Η συχνότητα επεισοδίων αδηφαγίας αυξήθηκε στο 47% των ασθενών και ο αυτοπροκαλούμενος εμετός στο 36%. 46% των ασθενών δήλωσε εμφανή έλλειψη αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας. Οι συνεδρίες πρόσωπο με πρόσωπο μειώθηκαν κατά 56%, ωστόσο οι συνεδρίες μέσω τηλεδιάσκεψης έφτασαν μόλις το 22%. Διασκεδαστικές δραστηριότητες, εικονικές κοινωνικές επαφές με φίλους και χαλαρές δραστηριότητες φυσικής κατάστασης αξιολογήθηκαν ως οι πιο βοηθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Συζήτηση

Περίπου το 1/2 με 2/3 των ασθενών που στο παρελθόν είχαν νοσηλευτεί σε δομές για τη νευρική βουλιμία, ένιωσαν έναν αρνητικό αντίκτυπο με κρίση των συμπτωμάτων της Δ.Δ. τους. Σε καιρούς προκλήσεων, όταν οι πρόσωπο με πρόσωπο συνεδρίες είναι περιορισμένες. Η ηλεκτρονική υγεία και θεραπεία, όπως οι συνεδρίες μέσω τηλεδιάσκεψης πρέπει να θεωρηθούν λύσεις για να μη διακοπεί η θεραπευτική διαδικασία.

5. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden (2020).

Abstract

To review the recent literature on the burden of eating disorders in terms of mortality, disability, quality of life, economic cost, and family burden, compared with people without an eating disorder.

Recent findings

Estimates are that yearly over 3.3 million healthy life years worldwide are lost because of eating disorders. In contrast to other mental disorders, in anorexia nervosa and bulimia nervosa years lived with disability (YLDs) have increased. Despite treatment advances, mortality rates of anorexia nervosa and bulimia nervosa remain very high: those who have received inpatient treatment for anorexia nervosa still have a more than five times increased mortality risk. Mortality risks for bulimia nervosa, and for anorexia nervosa treated outside the hospital, are lower but still about twice those of controls. In people with an eating disorder, quality of life is reduced, yearly healthcare costs are 48% higher than in the general population, the presence of mental health comorbidity is associated with 48% lower yearly earnings, the number of offspring is reduced, and risks for adverse pregnancy and neonatal outcomes are increased.

Summary

People with a current or former eating disorder are at risk of increased mortality, high YLD rates, a reduced quality of life, increased costs, and problems with childbearing.

Keywords: eating disorders, economic cost, mortality, quality of life, years lived with disability

Μελέτη του βάρους των διατροφικών διαταραχών: θνησιμότητα, αναπηρία, κόστος, ποιότητα ζωής και οικογενειακό βάρος (2020).

Περίληψη

Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι η μελέτη της σύγχρονης βιβλιογραφίας πάνω στις επιβαρύνσεις των διατροφικών διαταραχών στο κομμάτι της θνησιμότητας, της αναπηρίας, του επιπέδου ζωής, του οικονομικού κόστους και της επιβάρυνσης της οικογένειας σε σύγκριση με ένα άτομο που δεν πάσχει από κάποια Δ.Δ.

Πρόσφατα Δεδομένα

Υπολογίζεται ότι περίπου 3,3 εκατομμύρια χρόνια υγιούς ζωής παγκοσμίως χάνονται λόγω των διατροφικών διαταραχών. Αντίθετα με κάθε άλλη ψυχική διαταραχή, στην ανορεξία και στη βουλιμία τα χρόνια που ζει ο ασθενής με την ασθένεια έχουν αυξηθεί. Παρά τις θεραπευτικές προσεγγίσεις, τα ποσοστά θνησιμότητας παραμένουν αρκετά υψηλά: ακόμα και όσοι έχουν δεχτεί ενδονοσοκομειακή φροντίδα για τη Δ.Δ. τους, διατρέχουν πέντε φορές μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας. Το ρίσκο θνησιμότητας για τη νευρική βουλιμία και τη νευρική ανορεξία είναι μικρότερο, αλλά και πάλι είναι το διπλάσιο ρίσκο. Σε ανθρώπους με διατροφική διαταραχή, η ποιότητα ζωής είναι μειωμένη, το ετήσιο κόστος είναι 48% μεγαλύτερο από ό,τι αυτό του γενικού πληθυσμού, η παρουσία συννοσηρότητα με κάποια άλλη ψυχική διαταραχή συσχετίζεται με την ύπαρξη μείωσης της τάξεως του 48% των ετήσιων εσόδων του ασθενούς, ο αριθμός απογόνων είναι μειωμένος και τα ρίσκα για δυσμενή εγκυμοσύνη και θάνατο του νεογνού είναι αυξημένα.

Σύνοψη

Οι άνθρωποι με ιστορικό διατροφικής διαταραχής εμφανίζουν κίνδυνο για αυξημένη θνησιμότητα, μειωμένο επίπεδο ζωής, αυξημένο οικονομικό κόστος καθώς και προβλήματα στην γονιμοποίηση.

Λέξεις-κλειδιά: διατροφικές διαταραχές, οικονομικό κόστος, θνησιμότητα, επίπεδο ζωής, τα έτη που ζει ο ασθενής μαζί με την ασθένεια.

6. Personality as a predictor of symptomatic change in a residential treatment setting for anorexia nervosa and bulimia nervosa (2021)

Abstract

Purpose

Although personality has been widely researched in patients with anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN), the nature of this relationship has not yet been clearly articulated. The pathoplasty model theorizes that personality might shape symptomatic presentation and thus affect therapeutic outcomes, but more research is needed. The present study aimed at investigating the predictive value of a broad spectrum of personality traits in determining AN and BN treatment outcomes, considering both the statistical and clinical significance of the therapeutic change.

Methods

Eighty-four female patients with AN and BN treated in a residential program were evaluated at treatment onset using the Shedler-Westen Assessment Procedure-200—a clinician-rated measure of personality disorders and healthy personality functioning. At both intake and discharge, patients completed the Eating Disorder Inventory-3 to assess eating symptoms and the Outcome Questionnaire-45.2 to evaluate overall impairment.

Results

Considering overall ED symptomatic change, multiple regression analyses showed that, even when controlling for baseline symptoms and DSM-5 categories, schizoid ($B = 0.41, p \leq 0.01$), avoidant ($B = 0.31, p \leq 0.05$), and paranoid ($B = 0.25, p \leq 0.05$) personality features predicted worse therapeutic outcomes. Similar results were found when applying the clinical significance approach, with the emotionally dysregulated factor as an additional negative predictor of significant/reliable change ($B = -0.09; p < 0.01$). Healthy personality functioning predicted better therapeutic outcomes ($B = -0.34, p \leq 0.001$).

Conclusions

Pathoplastic models and personality-based research in this clinical population have the potential to inform effective treatment strategies by targeting relevant individual factors.

Level of evidence

Level III, longitudinal cohort study.

Η προσωπικότητα ως δείκτης των αλλαγών στα συμπτώματα των ασθενών που νοσηλεύονται με νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία (2021).

Περίληψη

Παρότι η προσωπικότητα είναι ένα κομμάτι που έχει ερευνηθεί αρκετά σε ασθενείς με νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία, η φύση της σχέσης τους δεν έχει αναλυθεί αρκετά. Το παθοπλαστικό μοντέλο αναφέρει πως η προσωπικότητα μπορεί να μορφοποιήσει την παρουσίαση των συμπτωμάτων και επομένως να επηρεάσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα, αλλά απαιτείται εκτενέστερη μελέτη. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση στην προγνωστική αξία ενός μεγάλου φάσματος από χαρακτηριστικά προσωπικοτήτων στην έγκαιρη και σωστή διάγνωση των ΝΑ και ΝΒ, έχοντας υπόψιν τόσο τη στατιστική, όσο και την κλινική σημασία αυτής της αλλαγής στη θεραπευτική διαδικασία.

Μέθοδος

84 γυναίκες ασθενείς με ΝΑ και ΝΒ που βρίσκονται σε μια δομή ως μέρος θεραπευτικού προγράμματος αξιολογήθηκαν στη θεραπεία τους με τη χρήση της διαδικασίας Shedler-Westen, μια κλινική κλίμακα που αξιολογεί διαταραχές της προσωπικότητας και τη σωστή λειτουργία της υγιούς προσωπικότητας. Τόσο κατά την εισαγωγή όσο και κατά το εξιτήριο, οι ασθενείς συμπλήρωναν μια έρευνα για να αξιολογηθούν τα διατροφικά συμπτώματα και μια έρευνα για να αξιολογηθεί συνολικά το επίπεδο της διαταραχής.

Αποτελέσματα

Λαμβάνοντας υπόψη το σύνολο των αλλαγών των συμπτωμάτων Δ.Δ, μια πολλαπλή ανάλυση της οπισθοδρόμησης δείχνει ότι ακόμα και όταν υπάρχει έλεγχος των βασικών συμπτωμάτων και των DSM-5 κατηγοριών, η πρόγνωση δεν είναι καλή. Παρομοίως, τα αποτελέσματα που βρέθηκαν όταν προσαρμόστηκαν στην προσέγγιση της κλινικής σημασίας, με τον συναισθηματικό παράγοντα να είναι διαταραγμένος, αυξάνεται η αρνητική πρόγνωση.

Συμπεράσματα

Το παθοπλαστικό μοντέλο και η έρευνα που βασίζεται στην προσωπικότητα, σε αυτόν τον κλινικό πληθυσμό έχει τη δυνατότητα να οδηγήσει σε αποτελεσματικές στρατηγικές θεραπείας με το να στοχοποιεί τους σχετικούς ατομικούς παράγοντες.

Επίπεδο αποδείξεων

Επίπεδο 3, διαχρονική μελέτη κοόρτης.

7. Patients' views on a new treatment for Bulimia nervosa and binge eating disorder combining physical exercise and dietary therapy (the PED-t). A qualitative study (2019)

Abstract

A new group-based treatment for patients with bulimia nervosa (BN) and binge eating disorder (BED), combining guided Physical Exercise and Dietary therapy (PED-t), has shown the capacity to alleviate BN and BED symptoms. The PED-t is run by therapists with a professional background in sport sciences and nutrition, which in many clinical settings is an uncommon group of professionals. The symptom reduction effects using the PED-t need validation from patients who have been given this kind of treatment, as negative experiences may impinge further clinical implementation. To explore such experiences, semistructural interviews were conducted with 15 participants. The interviews were transcribed and analyzed using a systematic text condensation approach. Overall, patients experienced the format and content of the PED-t as beneficial and as providing tools to manage BN- and BED symptoms. The patients' experiences of therapist credibility were enhanced by their appreciation of the therapists' professional background. Finally, some treatment modifications were suggested. Overall, the PED-t may thus be offered to patients with

BN and BED, by a new set of professionals, and in uncommon settings. This possibility calls for future effectiveness studies integrating both parametric and experiential data.

Η οπτική των ασθενών πάνω σε καινούργια θεραπευτική προσέγγιση για την νευρική βουλιμία και τη διαταραχή αδηφαγίας που συμπεριλαμβάνει φυσική άσκηση και διατροφή. Μια ποιοτική μελέτη (2019).

Περίληψη

Μια νέα θεραπευτική ομάδα για ασθενείς με Νευρική Βουλιμία και διαταραχή αδηφαγίας, που συνδέει την καθοδηγούμενη φυσική άσκηση και τη σωστή δίαιτα, έχει δείξει την ικανότητα αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της NB και της αδηφαγίας. Η συγκεκριμένη ομάδα λειτουργεί υπό την εποπτεία ψυχολόγων με γνωστικό υπόβαθρο στις αθλητικές επιστήμες και τη διατροφολογία, η οποία σε πολλούς κλινικούς κύκλους είναι μια ασυνήθιστη ομάδα επαγγελματιών. Η μείωση των συμπτωμάτων με τη χρήση των παραπάνω χρειάζεται επιβεβαίωση από τους ασθενείς που έχουν περάσει από αυτή τη θεραπευτική διαδικασία, καθώς αρνητικές εμπειρίες μπορεί να επηρεάσουν επιπλέον κλινικές δοκιμές. Για να εξερευνηθούν τέτοιες εμπειρίες, πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις με 15 συμμετέχοντες. Οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν και αναλύθηκαν με τη χρήση συστηματικής συμπύκνωσης κειμένου. Συνολικά, οι ασθενείς είχαν την εμπειρία της μορφής και του περιεχομένου της θεραπευτικής διαδικασίας και τους παρέχονταν τα εργαλεία για να διαχειριστούν τα συμπτώματα της νευρικής βουλιμίας και της διαταραχής αδηφαγίας. Οι ασθενείς έδειχναν μεγάλη αξιοπιστία στους ψυχολόγους και στο εργασιακό τους υπόβαθρο. Τέλος, προτάθηκαν κάποιες αλλαγές στη θεραπευτική διαδικασία. Συνολικά η διαδικασία μπορεί να προσφέρει στους ασθενείς μια καινούργια ομάδα ειδικών, και μάλιστα σε ασυνήθιστες συνθήκες. Αυτή η πιθανότητα απαιτεί μελλοντικές έρευνες για το κατά πόσο είναι λειτουργική, καθώς και τη συμπερίληψη παραμέτρων και εμπειρικών δεδομένων.

8. Contributing Factors in Recovery from Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa (2020)

Abstract

Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa are the most common types of eating disorder.

Anorexia has the highest rate of mortality among all psychiatric illnesses because of its dangerous effect on the physical state. Bulimia considered less critical; however, the adverse impact on health is significant. Both anorexia and bulimia have general originate factors, medical complications and recovery criteria.

The purpose of this study was to investigate contributing factors in the recovery of anorexia nervosa and bulimia nervosa and to explore the nurse's role to help the patient transform from sick state to healthy state. The study conducted a systematic literature review. Transition theory, described by Meleis, was used to understand the recovery process. Sixteen scientific articles were collected and analyzed.

According to research questions, the finding reveals four categories with subcategories in it. Factors contributing to recovery are: 'psychological help', 'improvement of physical health', 'social and emotional connection' and 'treating underlying cause'. Nurses' role in promoting recovery process occurs in following categories: 'Establishment of therapeutic relationships', 'Person orientated care', 'Nurse's attitude towards patients' and 'Nurse as an educator'.

Παράγοντες που συνεισφέρουν στην ανάκαμψη από τη νευρική ανορεξία και τη νευρική βουλιμία (2020).

Η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία είναι οι πιο συχνοί τύποι διατροφικών διαταραχών. Η ανορεξία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας σε σχέση με όλες τις άλλες ψυχικές διαταραχές, λόγω της επικίνδυνης επιρροής που έχει στη φυσική κατάσταση του ατόμου. Η βουλιμία θεωρείται λιγότερο επικίνδυνη, ωστόσο, ο δυσμενής αντίκτυπος στην υγεία δεν είναι άνευ σημασίας. Τόσο η ανορεξία, όσο και η βουλιμία έχουν κάποιους παράγοντες εμφάνισης, κάποιες επιπλοκές καθώς και κάποια κριτήρια για ύφεση.

Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αναλύσει τους παράγοντες που συνδράμουν στην ανάκαμψη του ασθενούς από αυτές τις διαταραχές και η εξερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή στο να βοηθήσει τον ασθενή να μετατραπεί σε ένα υγιές άτομο. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με συστηματική μελέτη της βιβλιογραφίας. Η θεωρία της μετάβασης, όπως περιγράφεται από τον A. Meleis, χρησιμοποιήθηκε για την κατανόηση της θεραπευτικής διαδικασίας. Δεκαέξι επιστημονικά άρθρα επιλέχθηκαν και αναλύθηκαν.

Σύμφωνα με τις ερευνητικές ερωτήσεις, τα αποτελέσματα φανερώνουν 4 κατηγορίες με τις δικές τους υποκατηγορίες. Οι παράγοντες που συνδράμουν είναι: η ψυχολογική βοήθεια, η βελτίωση της φυσικής κατάστασης, οι κοινωνικές και συναισθηματικές επαφές και η αντιμετώπιση των υποκείμενων αιτιών. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπευτική κατηγορία προέρχεται από τις ακόλουθες κατηγορίες: Εγκαθίδρυση μιας θεραπευτικής σχέσης, ανθρωποκεντρική φροντίδα, η συμπεριφορά του νοσηλευτή προς τους πάσχοντες και οι νοσηλευτές ως εκπαιδευτές.

9. Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study based on patients and nursing professionals' experience (2021)

Abstract

Purpose

To analyze eating disorder patients and nursing professionals' views and experience of the relationship-based care established.

Design and Methods

A qualitative study that employs an interpretative phenomenological analysis. Nineteen patients and 19 nurses participated in the research through interviews and narrations.

Findings

Nurses' help is both unexpected and relevant during the patients' recovery process. They provide care not focusing just on nutritional aspects, other factors such as mutual help, the psychological, emotional, social, and personal aspects are highlighted.

Practice Implications

This study provides a deep understanding of the relationship-based care established that makes it possible to expand knowledge and to individualize the care provided.

Ολιστική νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με διατροφική διαταραχή: Μια ποιοτική μελέτη βασισμένη σε ασθενείς και τις εμπειρίες των νοσηλευτών (2021).

Περίληψη

Σκοπός

Η ανάλυση των ασθενών με διατροφικές διαταραχές και η οπτική και οι εμπειρίες των νοσηλευτών πάνω στη φροντίδα που βασίζεται στην εγκαθίδρυση σχέσης μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας.

Σχέδιο και Μέθοδος

Μια ποιοτική έρευνα που υιοθετεί έναν χαρακτήρα φαινομενολογικής ανάλυσης. Δεκαεννέα ασθενείς και δεκαεννέα νοσηλευτές συμμετείχαν στην έρευνα μέσα από συνεντεύξεις και αφηγήσεις.

Αποτελέσματα

Η βοήθεια των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας είναι απρόσμενη και απολύτως σχετική. Παρέχουν φροντίδα χωρίς να εστιάζουν μόνο στο διατροφικό κομμάτι, αλλά και σε άλλους παράγοντες όπως η αλληλοβοήθεια και οι ψυχολογικές, κοινωνικές, συναισθηματικές και προσωπικές πτυχές.

Πρακτικές Δυσκολίες

Η συγκεκριμένη μελέτη προσφέρει βαθιά κατανόηση της φροντίδας και δίνει τη δυνατότητα να διευρυνθεί αυτή η γνώση και να υπάρξει μια πιο ατομική φροντίδα.

10. Association of Bulimia Nervosa with Long-term Risk of Cardiovascular Disease and Mortality Among Women (2019)

Abstract

Importance of Bulimia nervosa is associated with short-term cardiovascular complications in women, but its long-term consequences on cardiovascular health are unknown.

Objective: To study the association of bulimia nervosa with the long-term risk of cardiovascular disease and mortality in women.

Design, Setting, and Participants: In this longitudinal cohort study, 416 709 women hospitalized in Quebec, Canada, including women hospitalized for bulimia nervosa and those for pregnancy-related events as a comparison group, were followed up for 12 years from 2006 to 2018 to identify incidences of cardiovascular disease and death.

Exposures: At least 1 hospitalization for bulimia nervosa.

Main Outcomes and Measures: The study participants were followed up to identify future incidences of cardiovascular disease and deaths. Cox proportional hazards regression was used to estimate hazard ratios (HRs) and 95% CIs to assess the association of bulimia nervosa with future outcomes after adjustment for patient characteristics.

Results: The study population comprised 818 women who were hospitalized for bulimia nervosa (mean [SD] age, 28.3 [13.4] years) and 415 891 hospitalized for pregnancy-related events (mean [SD] age, 28.3 [5.4] years). Patients were followed

up for a total of 2 957 677 person-years. The women hospitalized for bulimia nervosa had a greater incidence of cardiovascular disease compared with those hospitalized for pregnancy-related events (10.34 [95% CI, 7.77-13.76] vs 1.02 [95% CI, 0.99-1.06] per 1000 person-years). Incidence of future cardiovascular disease was even higher for women with 3 or more bulimia admissions (25.13 [95% CI, 13.52-46.70] per 1000 person-years). Women hospitalized for bulimia nervosa had 4.25 (95% CI, 2.98-6.07) times the risk of any cardiovascular disease and 4.72 (95% CI, 2.05-10.84) times the risk of death compared with women hospitalized for pregnancy-related events. Bulimia nervosa was found to be associated with ischemic heart disease (HR, 6.63; 95% CI, 3.34-13.13), atherosclerosis (HR, 6.94; 95% CI, 3.08-15.66), and cardiac conduction defects (HR, 2.99; 95% CI, 1.57-5.71). Bulimia was also associated with 21.93 (95% CI, 9.29-51.74) times the risk of myocardial infarction at 2 years of follow-up and 14.13 (95% CI, 6.02-33.18) times the risk at 5 years of follow-up.

Conclusions and Relevance: This study's findings suggest that bulimia nervosa may be associated with the long-term risk of any cardiovascular disease, such as ischemic cardiac events and conduction disorders, as well as with death among women. The findings also suggest that women with a history of bulimia nervosa should be screened regularly for ischemic cardiovascular disease and may benefit from prevention of and treatment for cardiovascular risk factors.

Συσχέτιση της νευρικής βουλιμίας με μακροχρόνιο ρίσκο για καρδιαγγειακές ασθένειες και θνησιμότητα μεταξύ γυναικών (2019).

Περίληψη

Σημασία: Η νευρική βουλιμία σχετίζεται με βραχυπρόθεσμες καρδιαγγειακές επιπλοκές σε γυναίκες, αλλά οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στο καρδιαγγειακό μας είναι άγνωστες.

Αντικείμενο: Η μελέτη της σχέσης που έχει η νευρική βουλιμία με μακροπρόθεσμο ρίσκο για καρδιαγγειακές ασθένειες και θνησιμότητα στις γυναίκες.

Σχέδιο, συνθήκες και συμμετέχοντες: Σε αυτή τη μελέτη κοόρτης, 416.709 γυναίκες που βρίσκονται σε δομές στο Κιουμπέκ, συμπεριλαμβανομένων και γυναικών που πάσχουν από νευρική βουλιμία και εκείνων που βρίσκονται μέσα για λόγους εγκυμοσύνης σαν μέτρο σύγκρισης, ακολουθήθηκαν για 12 χρόνια από το 2006 έως το 2018 για να γίνει ταυτοποίηση των περιστατικών που αφορούν καρδιαγγειακά περιστατικά ή και θάνατο.

Έκθεση: Τουλάχιστον μια επίσκεψη στο νοσοκομείο λόγω νευρικής βουλιμίας.

Βασικά αποτελέσματα: Οι συμμετέχοντες της μελέτης μελετήθηκαν για να γίνει η ταυτοποίηση μελλοντικών περιστατικών καρδιαγγειακών επιπλοκών ή/και θανάτου. Η αναλογική παλινδρόμηση κινδύνων του Cox χρησιμοποιήθηκε για να γίνει προσέγγιση των κινδύνων και αξιολόγηση της συσχέτισης της νευρικής βουλιμίας με μελλοντικά αποτελέσματα μετά από προσαρμογή στα χαρακτηριστικά των ασθενών.

Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από 818 γυναίκες που εισήχθησαν στο νοσοκομείο λόγω της νευρικής βουλιμίας και 415.891 που εισήχθησαν για λόγους που σχετίζονται με εγκυμοσύνη. Οι γυναίκες που βρίσκονταν στο νοσοκομείο λόγω της NB είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα για καρδιαγγειακή ασθένεια από ότι εκείνες που βρίσκονταν στο νοσοκομείο λόγω εγκυμοσύνης. Περιστατικά μελλοντικών καρδιαγγειακών επεισοδίων ήταν ακόμα πιο πιθανό να συμβούν σε άτομα που έχουν εισαχθεί τρεις ή περισσότερες φορές λόγω NB. Οι γυναίκες που έχουν νοσηλευτεί λόγω νευρικής βουλιμίας είχαν 4,25 φορές περισσότερο ρίσκο για οποιαδήποτε καρδιαγγειακή επιπλοκή και 4,72 φορές μεγαλύτερο ρίσκο θανάτου σε σχέση με τις γυναίκες που νοσηλεύονταν λόγω εγκυμοσύνης. Η νευρική βουλιμία φαίνεται να συσχετίζεται με ισχαιμικά καρδιακά επεισόδια, αθηροσκλήρωση και εκτροπή της καρδιακής αγωγιμότητας. Η βουλιμία σχετίζεται επίσης με 21.93 φορές μεγαλύτερο ρίσκο για έμφραγμα του μυοκαρδίου στα δυο χρόνια παλινδρόμησης και 14.13 φορές μεγαλύτερο ρίσκο στα 5 χρόνια.

Συμπεράσματα από τα Νέα Ερευνητικά Δεδομένα

Ένα πρώτο συμπέρασμα που μπορούμε να εξάγουμε από τα νέα ερευνητικά δεδομένα είναι πως η νευρική βουλιμία δεν είναι απλώς μια ψυχική διαταραχή, αλλά διαθέτει και παθοφυσιολογικά αίτια τα οποία προκύπτουν από το κύκλωμα νευρικών κυττάρων που συσχετίζεται με το αίσθημα της ανταμοιβής.

Ακόμα, είναι πλέον αποδεδειγμένο πως είναι μεγαλύτερο το ποσοστό ανδρών που πάσχουν από μια μη διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή από ότι των γυναικών. Πέρα από το φύλο όμως, ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρεάζει τη συμπεριφορά του πάσχοντα είναι και η ύπαρξη ή όχι μιας άλλης ψυχικής ασθένειας παράλληλα με τη διατροφική διαταραχή. Κάτι τέτοιο μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες θανάτου του ασθενούς.

Μιας και βρισκόμαστε σε μια εποχή που ακόμα υπάρχει ο COVID-19 δε γίνεται να μην αναφερθούμε στο ότι η πανδημία όξυνε τις συμπεριφορές των ατόμων που έπασχαν ή πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, ενώ παράλληλα μειώθηκαν οι συνεδρίες λόγω των μέτρων που υπήρχαν τα προηγούμενα δυο χρόνια. Αυτά, μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια άνοδος στις Δ.Δ που σχετίζεται άμεσα με την πανδημία.

Επιπρόσθετα, δυο πράγματα που γίνονται σαφή διαβάζοντας τα παραπάνω άρθρα είναι πως η νευρική βουλιμία φθείρει τον ασθενή σε όλες τις πτυχές της ζωής του. Στο κομμάτι της φυσικής κατάστασης έχουμε τον αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακά προβλήματα, ιδιαίτερα στις γυναίκες, ενώ δε μπορούμε να αγνοήσουμε και το ψυχικό βάρος που αφορά την εμφάνιση, αλλά και το πως νιώθει ο ασθενής για τον εαυτό του ολιστικά. Πέρα από αυτά όμως, έχουμε και το οικονομικό κόστος που επιφέρει η ασθένεια, καθώς και τη φθορά που προκαλείται στην οικογένεια του ατόμου.

Τέλος, στο κομμάτι της θεραπείας οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως η αντιμετώπιση της νευρικής βουλιμίας δεν είναι μια ευθεία γραμμή. Απαιτεί τόσο ψυχικό σθένος και φυσική άσκηση, όσο και μια καλή διατροφή. Ακόμα, δε μπορούμε να μην εκλάβουμε την προσωπικότητα του ατόμου ως έναν παράγοντα που

επηρεάζει τη ροή της θεραπευτικής διαδικασίας. Στο κομμάτι της θεραπείας, σημαντικό ρόλο παίζουν σαφώς και οι νοσηλευτές οι οποίοι δεν ασχολούνται μόνο με τον αντίκτυπο της ασθένειας στη φυσική κατάσταση, αλλά αντιλαμβάνονται το άτομο ως ένα βιοψυχοκοινωνικό όν εστιάζοντας τόσο στο τι νιώθει, όσο και στο πως αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται την επαφή με τους δικούς του ανθρώπους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από τη μελέτη της παραπάνω βιβλιογραφίας βγαίνουν μερικά συμπεράσματα στα οποία αξίζει να εστιάσουμε. Αρχικά, ο νοσηλευτής αποτελεί αναντικατάστατο μέρος της διεπιστημονικής ομάδας, λόγω των πολυδιάστατων ρόλων που κατέχει (συνήγορος, φροντιστής, εκπαιδευτής, κ.α.).

Επιπλέον, αποτελεί συνδεδετικό κρίκο ανάμεσα στους ασθενείς και τις οικογένειες τους, καθώς έχει ρόλο υποστηρικτικό και για τους δυο. Σε αυτό συμβάλλει και η δημιουργία υποστηρικτικών ομάδων υπό την επιτήρησή του.

Ακόμα, οι νοσηλευτές παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες στη διεπιστημονική ομάδα, καθώς έχουν τη μεγαλύτερη τριβή και τη στενότερη σχέση με τους ασθενείς.

Όσον αφορά την κοινότητα, μεγάλη σημασία έχει η έγκαιρη διάγνωση και για το λόγο αυτό πρέπει οι νοσηλευτές της κοινότητας να συμμετάσχουν τουλάχιστον σε ένα σεμινάριο που αφορά τις Δ.Δ.

Τέλος, σημαντικός στόχος είναι η έγκυρη αντιμετώπιση, προτού η ασθένεια προκαλέσει την οποιαδήποτε βλάβη σε άλλα συστήματα. Εξάλλου, σύμφωνα με τις σύγχρονες βιβλιογραφικές μελέτες, η συννοσηρότητα είναι ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Psychology Association, 2022. *What is Cognitive Behavioral Therapy*. [online]. Available at: < <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral> > [Accessed 15th January 2022].
2. Bakker, et al., (2011). Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: The nurses' perspective on effective interventions. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), pp. 16-22.
3. Bakland, et al., (2019). Patients' views on a new treatment for Bulimia nervosa and binge eating disorder combining physical exercise and dietary therapy (the PED-t). A qualitative study. *Eating disorders*, 27(6), pp. 503-520.
4. Beukers, et al., (2015). Restoring normal eating behaviour in adolescents with anorexia nervosa: A video analysis of nursing interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), pp. 519-526.
5. Bourbonnais, F. and Stuart, M., 2009. Eating Disorders Nursing: Roles, Skills, and the Therapeutic Alliance. [online] Available at: <<https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/28184/1/MR58213.PDF>> [Accessed 10 August 2022].
6. Breathe Life Healing Centers (2021), *All 12 Types of Eating Disorders Explained*. Available at. <https://breathelifehealingcenters.com/12-types-eating-disorders-explained/> [Accessed 19 July 2022].
7. Corral-Liria, et al., (2021). Holistic nursing care for people diagnosed with an eating disorder: A qualitative study based on patients and nursing professionals' experience. *Perspectives in psychiatric care*. +++
8. Davies, N., (2017). The role of the nurse in eating disorder recovery. *Independent Nurse*, 2017(5), pp. 25-27.
9. Dinville, L, et al., (2012). Eating Disorders and Social Support: Perspectives of Recovered Individuals. *The Journal of Treatment & Prevention*, 20(3), p.1.
10. Dugan, J., (2022). Nurse's Guide to Caring for Patients With Eating Disorders. *NurseJournal*. Available at. <https://nursejournal.org/resources/caring-for-patients-with-eating-disorders/> [Accessed September 20th

11. Fischer, et al., (2018). Negative urgency and expectancies increase vulnerability to binge eating in bulimia nervosa. *Eating disorders*, 26(1), pp. 39-51.
12. Gurney V. W. & Halami K. A., (2010). Developing an Eating Disorder Curriculum for Primary Care Providers. *The Journal of Treatment & Prevention*, 9(2), pp. 1-12.
13. Hagan, K. E., & Walsh, B. T., (2021). State of the art: the therapeutic approaches to bulimia nervosa. *Clinical Therapeutics*, 43(1), pp. 40-49.
14. Harrington, B. C., Jimerson, M., Haxton, C., & Jimerson, D. C., (2015). Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American family physician*, 91(1), pp. 46-52.
15. Hay, P. J., & Claudino, A. M., (2010). Bulimia nervosa. *BMJ clinical evidence*. ++
16. Himmerich, et al., (2019). Psychiatric comorbidity as a risk factor for the mortality of people with bulimia nervosa. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(7), pp. 813-821.
17. Janicic, A. & Bairaktari M., (2013). Eating disorders: a report on the case of Greece. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 2(1), pp. 97-103.
18. Johns, G., Taylor, B., John, A., & Tan, J., (2019). Current eating disorder healthcare services—the perspectives and experiences of individuals with eating disorders, their families and health professionals: systematic review and thematic synthesis. *BJPsych Open*, 5(4), p. 59.
19. Kourkouta, et al., (2019). Bulimia Nervosa—a review. *In International Journal of Health Administration and Education Congress (Sanitas Magisterium)*. 5(1), pp. 1-6.
20. Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2022. *Bulimia Nervosa*. [Online]. Accessed at < <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/bulimia/symptoms-causes/syc-20353615> > [Accessed 15th January 2022].
21. McMaster, R, et al., (2004). The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(1), pp. 67-73.

22. Mehler, P. S., Krantz, M. J., & Sachs, K. V., (2015). Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of eating disorders*, 3(1), pp. 1-7.
23. Mitchison, D. & Hay, P.J., (2014). The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. *Clinical Epidemiology*, 6, pp. 89-97.
24. Monteleone, et al., (2018). Neuroendocrinology and brain imaging of reward in eating disorders: a possible key to the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*, 80, pp. 132-142.
25. Muzi, et al., (2021). Personality as a predictor of symptomatic change in a residential treatment setting for anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(4), pp. 1195-1209.
26. NATIONAL EATING DISORDERS ASSOCIATION (2022), *COMMON HEALTH CONSEQUENCES OF EATING DISORDERS*. Available at <https://www.nationaleatingdisorders.org/health-consequences> [Accessed 17 July 2022].
27. Quadflieg, N., & Fichter, M. M., (2019). Long-term outcome of inpatients with bulimia nervosa—Results from the Christina Barz Study. *International Journal of Eating Disorders*, 52(7), pp. 834-845.
28. Quadflieg, N., & Fichter, M. M., (2019). Long-term outcome of inpatients with bulimia nervosa—Results from the Christina Barz Study. *International Journal of Eating Disorders*, 52(7), pp. 834-845.
29. Sathyapriya, B., Lakshmanan, P., Sumathy, G., & Merlin K.J., (2018). Bulimia Nervosa—A Psychiatric Eating Disorder. *Acta Scientific Medical Sciences*, 2, pp. 21-26.
30. Schlegl, S., Meule, A., Favreau, M., & Voderholzer, U., (2020). Bulimia nervosa in times of the COVID-19 pandemic—Results from an online survey of former inpatients. *European eating disorders review*, 28(6), pp. 847-854.
31. Seah, X. Y., & Tham, X. C., (2015). Management of bulimia nervosa: a case study with the Roy Adaptation Model. *Nursing science quarterly*, 28(2), pp. 136-141.

32. Shafikova, M., & Pradhan, J., (2020). 'Contributing Factors in Recovery from Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Systematic Literature Review', Degree Thesis, Bachelor of Health Care, Vasa.
33. Slade, et al., (2018). Treatments for bulimia nervosa: a network meta-analysis. *Psychological medicine*, 48(16), pp. 2629-2636.
34. Strobel, et al., (2019). Long-term outcomes in treated males with anorexia nervosa and bulimia nervosa—A prospective, gender-matched study. *International Journal of Eating Disorders*, 52(12), pp. 1353-1364.
35. Timko, C. A., DeFilipp, L., & Dakanalis, A., (2019). Sex differences in adolescent anorexia and bulimia nervosa: Beyond the signs and symptoms. *Current psychiatry reports*, 21(1), p. 1.
36. Tith, et al., (2020). Association of bulimia nervosa with long-term risk of cardiovascular disease and mortality among women. *JAMA psychiatry*, 77(1), pp. 44-51.
37. Van Hoeken, D., & Hoek, H. W., (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), p. 521.
38. Vollert, et al., (2019). Using internet-based self-help to bridge waiting time for face-to-face outpatient treatment for Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder and related disorders: study protocol of a randomized controlled trial. *Internet interventions*, 16, pp. 26-34.
39. Walsh, L., (2007). Caring for patients who have eating disorders. *Nursing Times*, 103(28), pp.28–29.