

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ



Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Τμήμα Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*«ΓΝΩΣΕΙΣ, ΣΤΑΣΕΙΣ, ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΩΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ
ΤΗΝ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥΣ»*

ΝΙΚΗΤΑΡΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΣ - ΔΙΑΤΡΟΦΟΛΟΓΟΣ

Αθήνα, 2019

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ	6
Ψυχογενής Ανορεξία	6
Ψυχογενής Βουλιμία.....	7
Επεισοδιακή Υπερφαγία	8
ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ	9
Παγκόσμια	9
Ευρώπη και Ελλάδα	11
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	13
Βιολογικοί παράγοντες	13
Ενδοπροσωπικοί παράγοντες	14
Διαπροσωπικοί παράγοντες	15
Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	15
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	16
Επιπλοκές στη λειτουργία του καρδιαγγειακού	16
Διαταραχές στους ηλεκτρολύτες	17
Επιπλοκές στη νεφρική λειτουργία.....	18
Επιπλοκές στη λειτουργία του γαστρεντερικού	19
Επιπλοκές στη στοματική κοιλότητα.....	20
Επιπλοκές στο σκελετικό.....	21
Επιπλοκές στο αναπαραγωγικό σύστημα.....	22
Άλλες επιπλοκές	23
Συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές παθήσεις	23
Επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και στην οικονομία	23
ΣΗΜΑΣΙΑ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	24
ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ	25
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ, ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	26
ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ, ΤΗΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	29

Ανίχνευση και παραπομπή	29
Θεραπεία στην ψυχογενή ανορεξία	30
Θεραπεία στη ψυχογενή βουλιμία.....	31
Θεραπεία στην επεισοδιακή υπερφαγία.....	31
ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	32
ΓΝΩΣΕΙΣ, ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ, ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	35
ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	43
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	45
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	46
ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	46
ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	46
ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ	46
ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	47
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	48
ΚΩΔΙΚΑΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ.....	49
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	50
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	50
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	51
ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	53
ΕΜΠΟΔΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	54
ΕΜΠΟΔΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΔΙΑΛΟΓΗΣ	55
ΑΝΤΙΛΗΠΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΠΑΝΩ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	56
ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	58
ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	60
ΑΥΤΟ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ.....	61
ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ	62
ΠΗΓΕΣ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	63
Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΛΗΠΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΓΝΩΣΕΩΝ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	64
Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΤΙΛΗΠΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ	67
Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΤΙΛΗΠΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ	71

Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ, ΤΟ ΑΝΤΙΛΗΠΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ	73
Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ, ΤΟ ΑΝΤΙΛΗΠΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ, ΤΙΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ, ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	77
Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ, ΤΟ ΑΝΤΙΛΗΠΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ, ΤΙΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ, ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ, ΤΗΝ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΘΕΣΗ	78
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	79
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	84
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ	85
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	87
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	103
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	103

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Τελειώνοντας κι αυτό το δεύτερο ταξίδι γνώσης κι έχοντας αγκυροβολήσει πια στο λιμάνι της Προαγωγής και Αγωγής Υγείας, νοιώθω βαθιά την ανάγκη να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους εκείνους τους ανθρώπους που υπήρξαν κατά καιρούς άλλοτε συνοδοιπόροι κι άλλοτε καπετάνιοι, δείχνοντάς μου τον πολύτιμο αυτό δρόμο του προορισμού.

Το μεγαλύτερο ευχαριστώ απευθύνεται σε όλους τους διδάσκοντες μου τα δύο αυτά χρόνια που κατάφεραν, εκτός από το να μου μεταλαμπαδεύσουν τις γνώσεις τους, να με κάνουν καλύτερο άνθρωπο, πιο ευαισθητοποιημένο απέναντι στα προβλήματα των συνανθρώπων μου και πιο κινητοποιημένο ώστε να βάλω κι εγώ το λιθαράκι μου στην εξασφάλιση του δικαιώματος όλων των ανθρώπων στην υγεία.

Φυσικά, δε θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω ξεχωριστά την κα Δημητρακάκη που στάθηκε σε εμένα και σε όλους τους συμφοιτητές μου τα 2 αυτά χρόνια σπουδών με απaráμιλλη αφοσίωση και υπομονή.

Ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ, επίσης, θα ήθελα να απευθύνω στον κ. Τσίτσα, ο οποίος μου προσέφερε την πολύτιμη βοήθειά του για την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας, καθώς και την κα Νάσκα, η οποία δέχτηκε να με επιβλέψει κατά την εκπόνηση της διπλωματικής.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και το συνοδοιπόρο μου στη ζωή για την υποστήριξη και την υπομονή τους σε όλα τα στάδια της εκπαιδευτικής μου πορείας.

«Ο τελικός σκοπός της εκπαίδευσης είναι να μετατρέψει τους καθρέφτες σε παράθυρα».

Sydney J. Harris

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι διατροφικές διαταραχές είναι χρόνιες ψυχικές παθήσεις με πληθώρα ιατρικών επιπλοκών και μεγάλη θνησιμότητα. Παρά τις σοβαρές συνέπειες, το ποσοστό των πασχόντων που αναζητούν κατάλληλη βοήθεια είναι χαμηλό. Οι επαγγελματίες υγείας παρόλο που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία των διατροφικών διαταραχών, αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αποτύπωση των γνώσεων, των δεξιοτήτων, των στάσεων και των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι γιατροί στην αναγνώριση των ασθενών με διατροφικές διαταραχές και στην ανταπόκριση της φροντίδας τους καθώς και ποια είναι η σχέση μεταξύ αυτών των μεταβλητών.

Μεθοδολογία: Η παρούσα είναι μια συγχρονική μελέτη, το δείγμα της οποίας αποτελούν 70 εν ενεργεία γιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τόσο από τον ιδιωτικό όσο και από το δημόσιο τομέα στο Δυτικό Τομέα Αθηνών με τη χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Για τη συλλογή του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ευκολίας και χιονοστιβάδας. Κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων έγιναν τόσο διμεταβλητές αναλύσεις όσο και πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν χαμηλό αντιληπτό επίπεδο γνώσης (score=24,13/max 45) και δεξιοτήτων των γιατρών ως προς τις διατροφικές διαταραχές (score=23,6/max 45). Ακόμα, οι στάσεις τους φάνηκαν θετικές, ενώ η αυτοαποτελεσματικότητα και η προθυμία τους να παρέχουν βοήθεια χαμηλή και ουδέτερη, αντίστοιχα. Συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στις γνώσεις και στις δεξιότητες, στις δεξιότητες και στην αυτοαποτελεσματικότητα, στις δεξιότητες και στην πρόθεση και στην αυτοαποτελεσματικότητα και τη χρήση εργαλείου διαλογής. Τα συχνότερα εμπόδια για την ανίχνευση φάνηκε να είναι η ανεπαρκής εκπαίδευση σχετικά με τις απαιτούμενες δεξιότητες και το ότι οι ασθενείς παρουσιάζονται σε αυτούς για άλλα ιατρικά προβλήματα.

Συμπεράσματα: Οι ελλείψεις των γιατρών αναφορικά με τις γνώσεις και τις δεξιότητες διαχείρισης των ασθενών με διατροφικές διαταραχές οδηγούν σε χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα και πρόθεση για παροχή βοήθειας και τελικά σε ανεπαρκή χρήση εργαλείων διαλογής για έγκαιρη ανίχνευση των ασθενών με διατροφικές διαταραχές.

ABSTRACT

Introduction: Eating disorders are serious mental health illnesses, which cause a variety of medical complications and have increased mortality. However, despite the serious adverse effects, the proportion of patients who seek for appropriate help is extremely low. Although healthcare professionals play an important role in early detection and therapy of patients in risk of eating disorders, they seem to face a lot of challenges and barriers in the secondary prevention. The aim of this study is to address these challenges and also to evaluate the knowledge, the skills and the attitudes of doctors in relation to early identification and assistance of patients with eating disorder, as well as to specify the relationship between the beforementioned variables.

Methods: This is a cross-sectional study, which sample consists of 70 doctors in the primary health care unit of West Attica, not only in public, but also in private sector. A convenient and snowball sampling technique was used, while the tool of the study was a self-reported questionnaire. Regarding the results, bivariate analysis was performed, along with linear multivariate regressions.

Results: The doctors who participated in the study seem to have low self-perceived level of knowledge (score=24,13/max 45) and inadequate skills (score=23,6/max 45) with regard early detection and management of patients with eating disorders. Additionally, their attitudes were positive, while their self-efficacy and intention to help the patients were low. A relationship has been found between self-perceived knowledge and skills, skills and self-efficacy, skills and intentions and finally self-efficacy and the use of screening tool. The most mentioned barriers for recognizing symptoms of eating disorders are the lack of skills and the fact that patients refer to them for other medical problems.

Conclusions: The doctors' lack of knowledge and skills regarding eating disorders lead to low self-efficacy and intention to screen and help patients with eating disorders and hence in low usage of screening tools.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Οι διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από επίμονη διαταραχή στη διατροφή ή/και σε συμπεριφορές που σχετίζονται με τη διατροφή, κάτι το οποίο οδηγεί προοδευτικά σε αλλοιωμένη κατανάλωση και απορρόφηση της τροφής και συνεπαγωγικά σε σημαντική υποβάθμιση της σωματικής και ψυχοκοινωνικής λειτουργίας. Τα διαγνωστικά κριτήρια οδηγούν σε ένα σχήμα κατάταξης αμοιβαία αποκλειστικό, ώστε για κάθε επεισόδιο, να προκύπτει μόνο μια διάγνωση. Η λογική της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι ότι παρά τα διάφορα κοινά ψυχολογικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά, οι διατροφικές διαταραχές παρουσιάζουν μεταξύ τους σημαντικές διαφορές ως προς την κλινική εικόνα, τα αποτελέσματα και τις θεραπευτικές τους ανάγκες (American Psychiatric Association, 2013).

Σύμφωνα με την ανανεωμένη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), οι διατροφικές διαταραχές ορίζονται ως εξής.

Ψυχογενής Ανορεξία

Η ψυχογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από περιορισμό της ενεργειακής πρόσληψης συγκριτικά με τις ενεργειακές ανάγκες, ο οποίος προοδευτικά οδηγεί σε σημαντική μείωση του σωματικού βάρους για την ηλικία, το φύλο, το αναπτυξιακό επίπεδο και τη σωματική υγεία του ατόμου. Το σημαντικά μειωμένο βάρος ορίζεται ως το βάρος εκείνο που είναι μικρότερο από το κατώτατο φυσιολογικό όριο για τους ενήλικες και για τα παιδιά/εφήβους μικρότερο από το κατώτατο προσδοκώμενο. Επίσης, υπάρχει έντονος φόβος για απόκτηση βάρους και επίμονες συμπεριφορές για αποφυγή απόκτησης βάρους παρά το ήδη πολύ χαμηλό σωματικό βάρος. Τέλος, η εικόνα σώματος είναι διαστρεβλωμένη και οι πάσχοντες δεν αναγνωρίζουν τη σοβαρότητα του μη φυσιολογικού χαμηλού σωματικού τους βάρους. Η ψυχογενής ανορεξία διακρίνεται σε δύο τύπους:

Περιοριστικός τύπος: Όταν κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών μηνών το άτομο δεν έχει παρουσιάσει επαναλαμβανόμενα υπερφαγικά επεισόδια και αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως είναι ο αυτοαποκαλούμενος εμετός ή η χρήση καθαρτικών και διουρητικών, αλλά η απώλεια βάρους έχει επέλθει από αυστηρό περιορισμό της ενεργειακής πρόσληψης ή/και από έντονη φυσική δραστηριότητα.

Υπερφαγικό/εκκενωτικό τύπο: Όταν κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών μηνών το άτομο παρουσιάζει επαναλαμβανόμενα εναλλαγές ανάμεσα σε υπερφαγικά επεισόδια και αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως είναι ο αυτοπροκαλούμενος εμετός ή η χρήση καθαρτικών και διουρητικών.

Το ελάχιστο επίπεδο σοβαρότητας βασίζεται, για τους ενήλικες, στο Δείκτη Μάζας Σώματος και για τα παιδιά και τους εφήβους στις καμπύλες του Δείκτη Μάζας Σώματος. Το εύρος που φαίνεται παρακάτω προκύπτει από την κατηγοριοποίηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Το επίπεδο σοβαρότητας μπορεί να αυξηθεί για να αντικατοπτρίζει τα κλινικά συμπτώματα, τον βαθμό λειτουργικής αναπηρίας και την ανάγκη για επίβλεψη.

Ήπια: ΔΜΣ $\geq 17 \text{ kg/m}^2$ |Μέτρια: ΔΜΣ 16-16.99 kg/m^2 |Σοβαρή: ΔΜΣ 15-15.99 kg/m^2

|Ακραία: BMI $< 15 \text{ kg/m}^2$

Ψυχογενής Βουλιμία

Η ψυχογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα υπερφαγικά επεισόδια, σύμφωνα με τα οποία μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα (2 ώρες) το άτομο καταναλώνει ποσότητα τροφής πολύ μεγαλύτερη από αυτή που θα κατανάλωναν τα περισσότερα άτομα κάτω από τις αντίστοιχες συνθήκες, ενώ παρουσιάζει απώλεια ελέγχου κατά τη διάρκεια των επεισοδίων αυτών. Επιπρόσθετα, στη ψυχογενής βουλιμία εμφανίζονται τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα για τρεις μήνες επαναλαμβανόμενα ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές με σκοπό την πρόληψη της αύξησης του σωματικού βάρους, όπως ο αυτοπροκαλούμενος έμετος, η χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων, η νηστεία ή/και η υπερβολική άσκηση. Τέλος, υπάρχει και εδώ διαστρέβλωση στην εικόνα σώματος, ενώ η δυνατότητα αυτό-αξιολόγησης του ατόμου επηρεάζεται.

Το ελάχιστο επίπεδο σοβαρότητας βασίζεται στη συχνότητα εμφάνισης των αντισταθμιστικών συμπεριφορών. Και στην περίπτωση αυτή το επίπεδο σοβαρότητας μπορεί να αυξηθεί για να αντικατοπτρίζει τα κλινικά συμπτώματα, τον βαθμό λειτουργικής αναπηρίας και την ανάγκη για επίβλεψη.

Ήπια: Κατά μέσο όρο 1-3 επεισόδια ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών εβδομαδιαία.

Μέτρια: Κατά μέσο όρο 4-7 επεισόδια ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών εβδομαδιαία.

Σοβαρή: Κατά μέσο όρο 8-13 επεισόδια ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών εβδομαδιαία.

Ακραία: Κατά μέσο όρο 14 ή περισσότερα επεισόδια ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών εβδομαδιαία.

Επεισοδιακή Υπερφαγία

Η επεισοδιακή υπερφαγία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα υπερφαγικά επεισόδια, σύμφωνα με τα οποία μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα (2 ώρες) το άτομο καταναλώνει ποσότητα τροφής πολύ μεγαλύτερη από αυτή που θα καταναλώνε ο μέσος όρος κάτω από αντίστοιχες συνθήκες, ενώ παρουσιάζει απώλεια ελέγχου κατά τη διάρκεια των επεισοδίων αυτών. Η υπερκατανάλωση τροφής δε συνοδεύεται από αντισταθμιστικές συμπεριφορές όπως στη ψυχογενή ανορεξία και στη ψυχογενή βουλιμία και συμβαίνει, κατά μέσο όρο, μια φορά την εβδομάδα για τουλάχιστον τρεις μήνες. Στην επεισοδιακή υπερφαγία συναντώνται τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω:

1. Η κατανάλωση τροφής γίνεται πιο γρήγορα από τη συνήθη.
2. Η κατανάλωση τροφής συνεχίζεται μέχρι να επέλθει ανυπόφορος κορεσμός.
3. Κατανάλωση τροφής όταν δεν υπάρχει το αίσθημα της σωματικής πείνας.
4. Το άτομο αισθάνεται ντροπή για την ποσότητα του φαγητού που καταναλώνει.
5. Το άτομο νοιώθει ενοχικά και καταθλιπτικά μετά την κατανάλωση της τροφής.

Το ελάχιστο επίπεδο σοβαρότητας καθορίζεται από τη συχνότητα εμφάνισης των υπερφαγικών επεισοδίων και μπορεί να αυξηθεί προκειμένου να αντικατοπτρίζει τα κλινικά συμπτώματα, τον βαθμό λειτουργικής αναπηρίας και την ανάγκη για επίβλεψη.

Ήπια: Κατά μέσο όρο 1-3 υπερφαγικά επεισόδια εβδομαδιαία.

Μέτρια: Κατά μέσο όρο 4- υπερφαγικά επεισόδια εβδομαδιαία.

Σοβαρή: Κατά μέσο όρο 8-13 υπερφαγικά επεισόδια εβδομαδιαία.

Ακραία: Κατά μέσο όρο 14 ή περισσότερα υπερφαγικά επεισόδια εβδομαδιαία.

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

Οι επιδημιολογικές μελέτες που αφορούν στις διατροφικές διαταραχές παρουσιάζουν ποικίλα μεθοδολογικά ζητήματα. Οι διατροφικές διαταραχές είναι σχετικά σπάνιες στο γενικό πληθυσμό και οι ασθενείς τείνουν να αρνούνται ή να αποκρύπτουν την ύπαρξη της διαταραχής, ενώ αποφεύγουν να αναζητήσουν τη βοήθεια των επαγγελματιών υγείας. Το γεγονός της αδυναμίας εντοπισμού των πασχόντων καθιστά τις μελέτες επιπολασμού ακριβές και αναποτελεσματικές. Παρόλα αυτά σε πολλές από αυτές χρησιμοποιούνται δεδομένα από ιατρικά αρχεία νοσοκομείων. Φυσικά, με τέτοιου είδους συλλογή δεδομένων υπάρχει ο κίνδυνος υποεκτίμησης στον γενικό πληθυσμό, καθώς δεν αναγνωρίζονται όλοι οι ασθενείς από τους ιατρούς, ούτε παραπέμπονται απαραίτητα σε νοσοκομεία ή σε κέντρα φροντίδας ψυχικής υγείας όλοι όσοι πάσχουν. Επιπρόσθετα, διαφορές στα ποσοστά των διατροφικών διαταραχών με την πάροδο του χρόνου οφείλονται πιθανά σε καλύτερη ενημέρωση και ανίχνευσή τους και σε ευρύτερη διαθεσιμότητα υπηρεσιών για θεραπεία (Smink, Van Hoeken, & Hoek, 2012). Τέλος, χρησιμοποιούνται διαφορετικά κριτήρια προσδιορισμού των διατροφικών διαταραχών σε πολλές από τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί και διεξάγονται με αποτέλεσμα να καθίσταται δύσκολη η σύγκριση των αποτελεσμάτων.

Παγκόσμια

Οι Thomas et al. αναφέρουν πως οι επιδημιολογικές μελέτες για τις διατροφικές διαταραχές στην Ασία αποτελούν μια σημαντική πρόκληση λόγω της αβέβαιης εγκυρότητας ως προς τη διάγνωσή τους (Thomas, Lee, & Becker, 2016). Για παράδειγμα, ο μέσος Δείκτης Μάζας Σώματος στη Νότια Ασία είναι ανάμεσα στους πιο χαμηλούς παγκοσμίως με σχεδόν το ένα τέταρτο των αντρών και των γυναικών να ταξινομούνται ως ελλειποβαρείς ($BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$) (Nakai, Nin, & Noma, 2014; Thomas, Lee, & Becker, 2016). Τα πιο ισχυρά επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές στην Ασία προέρχονται από την Ανατολική Ασία, συμπεριλαμβανομένης της Κίνας, της χώρας με τον μεγαλύτερο πληθυσμό στον κόσμο. Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες μελέτες η ανησυχία σχετικά με το λίπος καθώς και άλλες προβληματικές συμπεριφορές διατροφής αυξάνονται διαρκώς μεταξύ των νεαρών γυναικών στην Κίνα και μπορεί να εμφανίζονται ακόμη και πιο συχνά από ό,τι στο Δυτικό κόσμο στον αντίστοιχο πληθυσμό (Thomas et al., 2016). Συγκεκριμένα, μελέτη ανάμεσα σε φοιτήτριες στη Wuhan έδειξε υψηλά ποσοστά διατροφικών διαταραχών, ενώ σε άλλη μελέτη κοορτής με δείγμα φοιτητριών στην Ιαπωνία, που

πραγματοποιήθηκε μεταξύ του 1982 και του 2002, ο επιπολασμός της ψυχογενούς ανορεξίας φάνηκε να αυξήθηκε από 0,11% σε 0,43% και της ψυχογενούς βουλιμίας από 0,0% σε 2,32% (NCD Risk Factor Collaboration NCD-RisC, 2016).

Αντίστοιχα στην Αφρική, οι Van Hoeken et al. μπόρεσαν να εντοπίσουν τέσσερις μελέτες που να παρέχουν επιδημιολογικά δεδομένα για τις διατροφικές διαταραχές. Από αυτές, στις τρεις μόνο παρουσιάζονται στοιχεία για τη ψυχογενή βουλιμία και την επεισοδιακή υπερφαγία. Συμπερασματικά, δεν αναφέρονται περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας στις μελέτες επιπολασμού που αφορούν στην Αφρική (van Hoeken, Burns, & Hoek, 2016a). Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με δύο παρόμοιες μελέτες που έγιναν η μια σε Αφρό-Αμερικάνες που βρίσκονταν στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και η άλλη στην πλειοψηφία του Αφρικάνικου πληθυσμού στο Curac (Hoek et al., 2005; van Hoeken, Burns, & Hoek, 2016).

Σε συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση, οι Kolar et al. βρήκαν πως η ψυχογενής ανορεξία είναι εξίσου σπάνια διαταραχή και στη Λατινική Αμερική, ενώ η ψυχογενής βουλιμία και κυρίως η επεισοδιακή υπερφαγία αποτελούν κοινές ψυχικές διαταραχές (Kolar, Rodriguez, Chams, & Hoek, 2016).

Πίνακας 1. Παγκόσμιος επιπολασμός των διατροφικών διαταραχών (Kolar et al.)

Χώρα ή Ήπειρος	Ψυχογενής Ανορεξία(%)	Ψυχογενής Βουλιμία(%)	Επεισοδιακή Υπερφαγία (%)
Κίνα	1.05	2.98	3.58
Ιαπωνία	0.43	2.32	3.32 ^a
Αφρική	<0.01	0.87	4.45 ^a
Λατινική Αμερική	0.1	1.16	3.53

Όσον αφορά τις Ηνωμένες Πολιτείες σε επίπεδο γενικού πληθυσμού, εθνική μελέτη που πραγματοποιήθηκε έδειξε πως τουλάχιστον το 0.6% του πληθυσμού αντιμετώπισε

ψυχογενή ανορεξία κάποια στιγμή στη ζωή του και αντίστοιχα το 1% και το 2.8% αντιμετώπισαν ψυχογενή βουλιμία και επεισοδιακή υπερφαγία κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Συνολικά, από τη συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε πως τουλάχιστον 30 εκατομμύρια άνθρωποι κάθε ηλικίας και φύλου πάσχουν από κάποιας μορφής διατροφική διαταραχή (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007) Ακολούθως και στον Καναδά οι ερευνητικές μελέτες δείχνουν πως ο επιπολασμός των διατροφικών διαταραχών κυμαίνεται μεταξύ του 2% και του 3%. Πιο συγκεκριμένα σε πληθυσμό 9.953 ατόμων στην περιοχή του Οντάριο μετά από πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη προέκυψε το συμπέρασμα πως το 0,16% των αντρών και το 0,66% των γυναικών του δείγματος είχαν εμφανίσει κάποια στιγμή στη ζωή τους ψυχογενή ανορεξία, το 0,13% των αντρών και το 1,46% των γυναικών ψυχογενή βουλιμία και το 2% των αντρών και το 4,8% των γυναικών κάποιου είδους διατροφική διαταραχή γενικότερα. (*Canadian Research on Eating Disorders Eating Disorders*, 2017)

Ευρώπη και Ελλάδα

Όσον αφορά στα δεδομένα της Ευρώπης, πρόσφατα δημοσιεύτηκε ανασκόπηση στην οποία συμπεριλαμβάνονται ευρήματα επιδημιολογικών μελετών που πραγματοποιήθηκαν σε ευρωπαϊκές χώρες και δημοσιεύτηκαν είτε μέσα στο 2015, είτε στις αρχές του 2016. Συνδυαστικά τα αποτελέσματα έδειξαν πως ψυχογενή ανορεξία ανέφερε το <1-4%, ψυχογενή βουλιμία το <1-2% και επεισοδιακή υπερφαγία το <1-4% των γυναικών στην Ευρώπη. Αντίστοιχα για τους άντρες, συνολικά το 0,3%-0,7% ανέφερε την ύπαρξη κάποιου είδους διατροφικής διαταραχής γενικά (Anna Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Πιο συγκεκριμένα, στη Φιλανδία, με βάση το DSM-5, το ποσοστό των γυναικών ηλικίας 22-27 ετών που έχουν εμφανίσει κάποια στιγμή στη ζωή τους ψυχογενή ανορεξία φαίνεται να είναι 3,6%, ψυχογενή βουλιμία 2,3% και επεισοδιακή υπερφαγία 0,7%, αντίστοιχα (Mustelin et al., 2016; Mustelin, Raevuori, Hoek, Kaprio, & Keski-Rahkonen, 2015). Ακολούθως, στη Γερμανία σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε επίσης σε νεαρές γυναίκες, το ποσοστό επίπτωσης με βάση τα κριτήρια του DSM-4 για τη ψυχογενή ανορεξία βρέθηκε στο 1,7% και για τη ψυχογενή βουλιμία στο 1,1%. Στην ίδια μελέτη, φάνηκε πως οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονταν στο 0,3% των αντρών, ενώ οι διατροφικές διαταραχές μη προσδιορισμένες αλλιώς (EDNOS) στο 2,2% των γυναικών και στο 0,7% των αντρών του δείγματος (Nagl et al., 2016). Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε πολυεθνικούς κατοίκους του νότιου Λονδίνου, όπου ο

12μηνος επιπολασμός, σύμφωνα με το DSM-4, υπολογίστηκε στο 0,8% για τη ψυχογενή βουλιμία, στο 3,6% για την επεισοδιακή υπερφαγία και για την ψυχογενή ανορεξία στο 0,6% (Solmi, Hotopf, Hatch, Treasure, & Micali, 2016).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψε το συμπέρασμα πως οι μαθητές και οι φοιτητές αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, στη Σερβία, το 7,6% του δείγματος μελέτης τυχαία επιλεγμένων φοιτητριών (ηλικίες 18-35 ετών), οι οποίες αξιολογήθηκαν με βάση το Eating Attitudes Test (EAT-40), παρουσίαζε συμπτώματα διατροφικών διαταραχών (score <30), το 2,6% του συνόλου των φοιτητριών είχε χαμηλό Δείκτη Μάζας Σώματος ($\Delta\text{Μ}\Sigma=17.5 \text{ kg/m}^2$) και μια εκ των φοιτητριών (0,2%) εμφάνιζε σοβαρά συμπτώματα διατροφικής διαταραχής, ενώ παράλληλα είχε πολύ χαμηλό $\Delta\text{Μ}\Sigma$ (Lazarević, Batinić, & Vukosavljević-Gvozden, 2016). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν, επίσης, σε αντίστοιχη έρευνα στους Κανάριους Νήσους, όπου το 33% των φοιτητριών/μαθητριών και το 21% των φοιτητών/μαθητών (N=1342, ηλικίας 12-20) είχε σκορ μεγαλύτερο το 20 στο EAT-40. Ωστόσο, όταν η συμπτωματολογία τους επιβεβαιώθηκε μέσω διαγνωστικής συνέντευξης με εξειδικευμένο επαγγελματία, ο επιπολασμός με βάση το DSM- IV ήταν 0,2% για τη ψυχογενή ανορεξία, 0,6% για τη ψυχογενή βουλιμία και 3,3% για τις διατροφικές διαταραχές μη προσδιορισμένες αλλιώς (EDNOS) (Álvarez-Malé, Bautista Castaño, & Serra Majem, 2015).

Επιδημιολογικά δεδομένα που να καταδεικνύουν την εικόνα της Ελλάδας σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές δεν αναφέρονται στην επιστημονική βιβλιογραφία. Ωστόσο, από τα δεδομένα των υπηρεσιών υγείας, οι κλινικοί θεωρούν πως ο επιπολασμός και η θνησιμότητα είναι παραπλήσια με αυτά που έχουν καταγραφεί σε άλλες Δυτικές και Ευρωπαϊκές χώρες, με την επεισοδιακή υπερφαγία να είναι η πιο συχνά αναφερόμενη διαταραχή στις δομές διατροφικής υποστήριξης. Τα ποσοστά της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας υπολογίζονται περίπου στο 0.6–1.0% και 2.5–5% του πληθυσμού, αντίστοιχα (Janicic & Bairaktari, 2013).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η σύνθετη φύση των διατροφικών διαταραχών καθιστά δύσκολο το σαφή προσδιορισμό της αιτιολογίας τους. Ποικίλοι παράγοντες φαίνεται να συντελούν στην ανάπτυξη των ψυχικών αυτών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των βιολογικών, των ενδοπροσωπικών, των διαπροσωπικών και των περιβαλλοντικών.

Βιολογικοί παράγοντες

Τα τελευταία χρόνια οι έρευνες που ασχολούνται με το γενετικό υπόβαθρο των διατροφικών διαταραχών έχουν σημειώσει ιδιαίτερη πρόοδο και έχουν συντελέσει στην καλύτερη κατανόηση της παθοφυσιολογίας τους.

Η κληρονομική φύση της ψυχογενούς ανορεξίας έχει μελετηθεί εκτενώς και είναι πλέον αδιαμφισβήτητη. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με ψυχογενή ανορεξία είναι κατά 11 φορές περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους ψυχογενή ανορεξία, συγκριτικά με εκείνους που δεν έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού με ψυχογενή ανορεξία. Οι μελέτες διδύμων, επίσης, έχουν δείξει τη γονιδιακή συμβολή στην ανάπτυξη της ψυχογενούς ανορεξίας. Το ποσοστό κληρονομικότητας για τους διάφορους ορισμούς της διατροφικής αυτής διαταραχής κυμαίνεται από 28% έως και 74%, με τη διακύμανση αυτή να οφείλεται σε διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αναφορικά με τα γονίδια που επηρεάζουν συγκεκριμένα την εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας, δεν υπάρχουν ακόμα ερευνητικά δεδομένα που να φανερώνουν μια ξεκάθαρη εικόνα (Trace, Baker, Peñas-Lledó, & Bulik, 2013).

Παρόμοια με την ψυχογενή ανορεξία, έτσι και στη ψυχογενή βουλιμία έχει φανεί η ύπαρξη κληρονομικότητας, καθώς και εδώ οι συγγενείς ατόμων με ψυχογενή βουλιμία έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια στιγμή την ίδια ψυχική διαταραχή. Παρόλα αυτά οι περισσότερες μελέτες που αφορούν στην κληρονομικότητα, αναφέρονται στην ψυχογενή βουλιμία και στη ψυχογενή βουλιμία ταυτόχρονα, με ελάχιστες μόνο να επικεντρώνονται στη ψυχογενή βουλιμία. Στην περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας η κληρονομικότητα κυμαίνεται από 28% μέχρι και 83% (Trace et al., 2013).

Η επεισοδιακή υπερφαγία έχει απασχολήσει ερευνητικά την επιστημονική κοινότητα τα τελευταία μόλις χρόνια και για το λόγο αυτό οι μελέτες που ασχολούνται με τη γονιδιακή υπόστασή της είναι ελάχιστες. Από αυτές έχει φανεί πως τα άτομα που

πάσχουν από επεισοδιακή υπερφαγία αναφέρουν συχνότερα την ύπαρξη τουλάχιστον ενός συγγενή πρώτου βαθμού με την ίδια πάθηση, συγκριτικά με εκείνους που δεν έχουν τη διατροφική αυτή διαταραχή. Ωστόσο, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση προκειμένου να προκύψει μια πληρέστερη εκτίμηση (Trace et al., 2013).

Στους μη τροποποιήσιμους παράγοντες, τέλος, ανήκει το φύλο και η ηλικία. Με βάση αυτά έχει φανεί πως οι γυναίκες και οι έφηβοι βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας αν και δεν ισχύει το ίδιο για την επεισοδιακή υπερφαγία (Polivy & Herman, 2002).

Ενδοπροσωπικοί παράγοντες

Κάποιοι από τους παράγοντες αυτούς αποτελούν χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας του ατόμου, ενώ κάποιοι άλλοι είναι απόρροια προσωπικών εμπειριών που οι ίδιοι έχουν βιώσει. Οι πιο συχνές από τις εμπειρίες που φαίνεται να συντελούν στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών είναι η κακοποίηση, το ψυχολογικό τραύμα και ο γλευασμός. Αυτό-αναφορές πασχόντων έχουν δείξει συσχέτιση ανάμεσα στο γλευασμό που έχουν υποστεί για την εμφάνιση και το σώμα τους και στη συμπτωματολογία των διατροφικών διαταραχών. Η συνύπαρξη στρεσογόνων καταστάσεων και συναισθηματικών ανεπαρκειών, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, το γενικευμένο άγχος και η ευερεθιστότητα, ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα παθογενή για τη ψυχογενή βουλιμία. Η κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία αποτελεί, επίσης, έναν πιθανό παράγοντα που μπορεί να συντελέσει στην πρόκληση βουλιμικών συμπτωμάτων, ενώ η συνύπαρξη των διατροφικών διαταραχών και των διαταραχών διάθεσης έχει παρατηρηθεί από πληθώρα μελετών. Ένα ακόμα χαρακτηριστικό που φαίνεται να επηρεάζει είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τα αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό εκφράζονται στην περίπτωση των διατροφικών διαταραχών ως δυσαρέσκεια για το σώμα και την εικόνα (Polivy & Herman, 2002). Επιπρόσθετα, η παθολογία στα γνωστικά χαρακτηριστικά του ατόμου έχει φανεί πως αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τις διατροφικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, η τελειομανία για το βάρος, το σχήμα του σώματος και τις διατροφικές συνήθειες μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης κυρίως ψυχογενούς ανορεξίας και ίσως ψυχογενούς βουλιμίας. Τέλος, οι εμμονικές σκέψεις αποτελούν ένα χαρακτηριστικό των διατροφικών διαταραχών, με τους πάσχοντες να αφιερώνουν πολλές ώρες μέσα στην ημέρα σκεπτόμενοι την

κατανάλωση τροφής, το βάρος, την εικόνα σώματός τους και διάφορα σχετικά ζητήματα (Hilbert et al., 2014).

Διαπροσωπικοί παράγοντες

Στους διαπροσωπικούς παράγοντες που σχετίζονται με τον κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών εξέχουσα θέση κατέχει η οικογένεια και η αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών. Αιτιολογική σχέση ανάμεσα στη λειτουργικότητα της οικογένειας και στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών δεν έχει βρεθεί. Ωστόσο, από τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει φανεί μια συσχέτιση με κάποια χαρακτηριστικά. Πιο συγκεκριμένα, βιβλιογραφικά έχει φανεί πως οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να έχουν υποστεί πίεση από την οικογένειά τους, όπως και να έχουν υπερπροστατευτικούς γονείς. Επίσης, η γονική αδιαφορία, οι οικογενειακές εντάσεις και η έλλειψη γονικής μέριμνας αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών και κυρίως ψυχογενούς βουλιμίας και ψυχογενούς ανορεξίας. Ακόμα, παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν είναι η αλλαγή στη δομή της οικογένειας, όπως για παράδειγμα η εγκατάλειψη ενός γονέα ή η ένταξη ενός θετού γονέα, οι υψηλές προσδοκίες από τους γονείς, η προβληματική επικοινωνία και συναισθηματική επαφή ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας καθώς και η κριτική για το βάρος και την εικόνα σώματος από την ίδια την οικογένεια. Παρόλα αυτά, τα παραπάνω δεδομένα έχουν προκύψει από συγχρονικές μελέτες με αρκετούς περιορισμούς, ενώ τα αποτελέσματα των αντίστοιχων προοπτικών μελετών παρουσιάζουν αρκετές διαφορές, γεγονός που υποδεικνύει την ανάγκη διενέργειας μεθοδολογικά ορθότερων ερευνών για την εξαγωγή ασφαλούς συμπεράσματος (Le Grange, Lock, Loeb, & Nicholls, 2010).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Επανελημμένα οι διατροφικές διαταραχές έχουν συνδεθεί με το «Δυτικό» πρότυπο του ιδανικού σώματος, καθώς η προβολή ενός ισχνού εξιδανικευμένου σώματος, αλλά και η αντικειμενοποίηση του γυναικείου σώματος, αποτελούν παράγοντες κινδύνου. Η σύγκριση με το ιδανικό σώμα έχει αυξημένες πιθανότητες να προκαλέσει στο άτομο απογοήτευση για το σώμα του και συνεπαγωγικά μπορεί να οδηγήσει σε μη φυσιολογικές διατροφικές συμπεριφορές. Η διαρκής προβολή του «αδύνατου» σώματος από τα μέσα ενημέρωσης και κοινωνικής δικτύωσης παράλληλα με την έντονη διαφήμιση της απώλειας βάρους αποτελεί ένα είδος κοινωνικής πίεσης

(Culbert, Racine, & Klump, 2015). Επίσης, έχει βρεθεί πως τα άτομα που συμμετέχουν σε συγκεκριμένες αθλητικές ομάδες όπως είναι ο χορός και η γυμναστική, έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν κάποιου είδους διατροφική διαταραχή (Mitchison & Hay, 2014).

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Οι διατροφικές διαταραχές και κυρίως η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά θνητότητας συγκριτικά με τις υπόλοιπες ψυχικές ασθένειες. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με μετανάλυση που πραγματοποιήθηκε από τον Arcelus το 2011, η ετήσια θνησιμότητα για τη ψυχογενή ανορεξία υπολογίζεται στους 5,10 θανάτους ανά 1000 ανθρωποέτη και για τη ψυχογενή βουλιμία στους 1,74 θανάτους ανά 1000 ανθρωποέτη (Arcelus, 2011).

Οι επιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών είναι σύνθετες και επηρεάζουν σχεδόν όλα τα οργανικά συστήματα, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής του πάσχοντα. Οι ιατρικές επιπλοκές προκαλούνται κυρίως από την ασιτία, τις αντισταθμιστικές συμπεριφορές για την μη απόκτηση βάρους καθώς και τα υπερφαγικά επεισόδια. Πιο αναλυτικά τα χαρακτηριστικά των επιπτώσεων αναφέρονται παρακάτω.

Επιπλοκές στη λειτουργία του καρδιαγγειακού

Η ασιτία μπορεί να προκαλέσει απώλεια καρδιακού μυός, βραδυκαρδία, υπόταση και μείωση της μάζας στην αριστερή κοιλία, προκαλώντας προοδευτικά συστολική δυσλειτουργία και μειωμένη καρδιακή απόδοση, ενώ μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε ξαφνικό θάνατο (Casiero & Frishman, 2006; Rome & Ammerman, 2003; Sardar et al., 2015; Westmoreland, Krantz, & Mehler, 2016). Συνηθέστερα οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, αλλά και εκείνοι με ψυχογενή βουλιμία υποφέρουν από έντονη κόπωση, ενώ μειώνεται η μέγιστη δυνατή απόδοση για οποιαδήποτε μορφής φυσική δραστηριότητα (Ghoch, Soave, Calugi, & Grave, 2013). Η ορθοστατική υπόταση, η φλεβοκομβική βραδυκαρδία, η υποθερμία και η ζαλάδα είναι επίσης επιπτώσεις που μπορεί να παρατηρηθούν σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Για την ορθοστατική υπόταση, ο ασθενής δε χρειάζεται απαραίτητα να είναι ελλειποβαρής ή να έχει χάσει βάρος, αλλά φαίνεται να είναι ανταπόκριση του οργανισμού στη μείωση του μεταβολικού ρυθμού που προκύπτει από την περιορισμένη κατανάλωση ενέργειας καθώς και στην απορρύθμιση του επιπέδου των ηλεκτρολυτών (Mehler et al., 2017; Rome, And, & Ammerman, 2003). Σε πολλές μελέτες έχει φανεί ότι περίπου το 30%

των θανάτων ασθενών με διατροφικές διαταραχές έχει προκληθεί από καρδιακές επιπλοκές (Mont et al., 2003). Επίσης, τα δεδομένα δείχνουν πως σχεδόν το 80% των πασχόντων από κάποια διατροφική διαταραχή εμφανίζει επιπλοκές στο καρδιαγγειακό (Casiero & Frishman, 2006). Τέλος, οι καρδιακές επιπλοκές φαίνεται πως εμφανίζονται συνηθέστερα σε εκείνους που κάνουν κατάχρηση καθαρκτικών και διουρητικών, ενώ στην πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι αναστρέψιμες στα αρχικά στάδια της διατροφικής διαταραχής με έγκαιρη αποκατάσταση της ενεργειακής κατανάλωσης και επαναφορά στο φυσιολογικό σωματικό βάρος (Mont et al., 2003).

Διαταραχές στους ηλεκτρολύτες

Καθώς η αυξημένη απώλεια και ο περιορισμός των υγρών είναι συνήθη στις διατροφικές διαταραχές, οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών αποτελούν συχνό επακόλουθο. Η πιο σοβαρή και συχνά αναφερόμενη επίπτωση είναι η απώλεια καλίου που συμβαίνει εξαιτίας των τακτικών αυτό-προκαλούμενων εμετών και της κατάχρησης καθαρκτικών και διουρητικών (Mitchell & Crow, 2006). Οι Miller et al. κατά τη μελέτη 214 γυναικών με ψυχογενή ανορεξία διαπίστωσαν πως το 19,7% του δείγματος εμφάνιζε υποκαλιαιμία (Miller et al., 2005). Το κάλιο ορού μπορεί στις περισσότερες περιπτώσεις να είναι φυσιολογικό, αλλά το ενδοκυτταρικό κάλιο είναι αρκετά χαμηλό ώστε να προκαλέσει συμπτώματα σε διάφορα οργανικά συστήματα (Patrick, 2002). Πιο συγκεκριμένα, αν η υποκαλιαιμία είναι χρόνια μπορεί να οδηγήσει σε δυσκοιλιότητα, σε μυοπάθεια των σκελετικών μυών και σε νεφροπάθεια. Τα χαμηλά επίπεδα μαγνησίου είναι εξίσου συχνά στις διατροφικές διαταραχές. Σε μελέτη 175 ατόμων που έπασχαν από κάποιας μορφής διατροφική διαταραχή, βρέθηκε χαμηλό επίπεδο μαγνησίου ορού στο 25% του δείγματος, κάτι το οποίο συσχετίστηκε με μυϊκή αδυναμία, μυϊκές κράμπες, αδυναμία συγκέντρωσης, παραισθήσεις, αρρυθμία και προσωρινή απώλεια μνήμης (Hall et al., 1988). Σημαντικός είναι επίσης και ο φώσφορος, ο οποίος μπορεί να φτάσει σε θανάσιμα χαμηλό επίπεδο κατά το «Σύνδρομο Επανασίτισης» που μπορεί να προκληθεί από τη δια στόματος ή παρεντερική επανασίτιση στη ψυχογενή ανορεξία (Boateng, Sriram, Meguid, & Crook, 2010). Η υποφωσφαταιμία μπορεί ακόμα να είναι αποτέλεσμα των εμετών, της έντονης άσκησης, της χρήσης διουρητικών και καθαρκτικών, της χρήσης αντιόξινων που λαμβάνονται συχνά από τους ασθενείς ως αυτό-θεραπεία για την οισοφαγίτιδα και τη γαστρίτιδα και, τέλος, των υπερφαγικών επεισοδίων (Patrick, 2002). Χαμηλό ενδοκυττάριο επίπεδο φωσφόρου (ο φώσφορος ορού συνήθως παραμένει

φυσιολογικός) συνήθως συμβαίνει μαζί με χαμηλά επίπεδα μαγνησίου και καλίου και μπορεί να εκδηλωθεί ως αναπνευστική δυσχέρεια, συμπτώματα πνευμονίας, καρδιομυοπάθεια, σκελετική μυοπάθεια και νευροπάθεια (Patrick, 2002). Τέλος, πολλοί ασθενείς κυρίως με ψυχογενή ανορεξία καταναλώνουν συχνά μεγάλες ποσότητες νερού είτε για να προκαλέσουν κορεσμό, είτε για να φανεί ψευδώς αυξημένο το βάρος τους στις ιατρικές επισκέψεις, είτε για να «αποτοξινώσουν τον οργανισμό τους» υποκινούμενοι από αβάσιμες και μη επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες. Η δηλητηρίαση από νερό μπορεί να προκαλέσει σοβαρή υπονατρίαμια και υπο-ωσμωτικότητα, τα οποία ενδέχεται να δημιουργήσουν εγκεφαλικό οίδημα οδηγώντας σε αταξία, επιληπτικές κρίσεις, κόμα και θάνατο (Rome et al., 2003).

Επιπλοκές στη νεφρική λειτουργία

Σε ασθενείς που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές έχει παρατηρηθεί παροδική αύξηση της ουρίας στο αίμα, μειωμένη ταχύτητα σπειραματικής διήθησης, μειωμένη ικανότητα συμπύκνωσης, σύντομες περίοδοι οξείας νεφρικής ανεπάρκειας και σπανιότερα χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Οι πάσχοντες εκείνοι που εμφανίζουν μεγαλύτερη μείωση του σωματικού βάρους και χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος φαίνεται να βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας, ακόμα και αν τα επίπεδα κρεατινίνης ορού είναι σε φυσιολογικά επίπεδα. Η υποφωσφαταιμία μπορεί να προκαλέσει ραβδομύλυση και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Η τελευταία είναι συνήθως αναστρέψιμη μετά από έγκαιρη αιμοκάθαρση για σύντομο χρονικό διάστημα (Li Cavoli, Mulè, & Rotolo, 2011; Rome et al., 2003). Χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός πως περίπου το 70% των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία θα αντιμετωπίσουν προβλήματα με τη νεφρική τους λειτουργία κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Σύμφωνα με τους Zipfel et al., ο επιπολασμός της νεφροπάθειας τελικού σταδίου είναι 5,2% μετά από 21 χρόνια ψυχογενούς ανορεξίας. Επιπρόσθετα, σε μια πιο πρόσφατη γαλλική μελέτη που συμπεριλάμβανε 97 γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία, το 30% του δείγματος παρουσίασε κυστίτιδα και το 2-3% ουρολιθίαση (Stheneur & Bergeron, 2014). Η νεφρική λειτουργία φαίνεται να επηρεάζεται και στη ψυχογενή βουλιμία από τα αρχικά κιάλας στάδια, λόγω της εναλλαγής των υπερφαγικών επεισοδίων και της κατάχρησης διουρητικών και καθαρτικών. Ωστόσο, είναι λίγες οι μελέτες που έχουν εξετάσει εκτενώς το μέγεθος της νεφρικής επιβάρυνσης και κυρίως τις μορφολογικές αλλαγές των νεφρών σε μακροχρόνια ύπαρξη ψυχογενούς βουλιμίας (Li Cavoli et al., 2011). Η απώλεια

πλούσιων σε κάλιο γαστρικών περιεχομένων εξαιτίας των αυτό-προκαλούμενων εμετών στους ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, οδηγεί σε υποκαλιαιμία και υπερκαπνία (μεταβολική αλκάλωση). Προκειμένου να διατηρηθεί η πίεση του αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα ο οργανισμός υπερεκκρίνει αλδοστερόνη και έτσι επιδεινώνεται η μεταβολική αλκάλωση. Το φαινόμενο αυτό, γνωστό ως σύνδρομο ψευδο-Bartter, προκαλεί σχηματισμό οιδήματος λόγω της κατακράτησης νατρίου ως αποτέλεσμα των υψηλών επιπέδων αλδοστερόνης, ειδικά όταν σταματήσουν οι εμετοί. Η ανάπτυξη οιδήματος ενδέχεται να προκαλέσει στους πάσχοντες αυξημένο φόβο για απότομη αύξηση βάρους και συχνά αυτό αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την προσκόλλησή τους στη θεραπεία (Sachs & Mehler, 2016).

Επιπλοκές στη λειτουργία του γαστρεντερικού

Οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές συχνά ενοχλούνται από δυσφαγία και έντονο αίσθημα καύσου. Οι τακτικοί αυτό-προκαλούμενοι εμετοί μπορεί να προκαλέσουν φλεγμονή στον οισοφάγο ή ακόμα και δυσπλασία εξαιτίας της συχνής επαφής του με τα γαστρικά υγρά. Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι εξίσου μια πάθηση που αναφέρεται στην περίπτωση των διατροφικών διαταραχών αν και η σχέση της με τη ψυχογενή βουλιμία παραμένει ασαφής (Denholm & Jankowski, 2011). Γενικά, φαίνεται να υπάρχει υψηλός επιπολασμός λειτουργικών γαστρεντερικών διαταραχών σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Σε πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2014 από τους Wang et al. και χρησιμοποιήθηκε δείγμα 100 γυναικών με περιοριστικές συμπεριφορές στην κατανάλωση τροφής και/ή αντισταθμιστικές συμπεριφορές, βρέθηκε πως το 1/3 των ασθενών παρουσίαζε λειτουργικές οισοφαγικές παθήσεις για τουλάχιστον 6 μήνες. Ανάμεσα σε αυτές τις παθήσεις, αναφέρθηκε από το 22% του δείγματος οπισθοσθενικός καύσος, από το 8% δυσφορία στο στήθος και από το 6% δυσφαγία (Wang, Luscombe, Boyd, Kellow, & Abraham, 2014). Μια σπάνια αλλά σοβαρή οισοφαγική επιπλοκή της βουλιμίας είναι η ρήξη του οισοφάγου (Σύνδρομο Boerhaave). Οι πάσχοντες μπορεί να εκδηλώσουν έντονο πόνο στο στήθος, επίπονη κατάποση, ταχύπνοια, ταχυκαρδία και πνευμομεσοθωράκιο, ενώ αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να αποβεί μοιραίο (Bern, Woods, & Rodriguez, 2016).

Όσον αφορά στο στομάχι, το φούσκωμα, η ναυτία, η γαστρική δυσφορία και το αίσθημα πληρότητας αποτελούν συχνά προβλήματα σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Οι ενοχλήσεις αυτές μπορεί να προκύπτουν είτε εξαιτίας της μειωμένης

γαστρικής κινητικότητας, είτε να είναι καθαρά λειτουργικές (Walsh et al., 2000). Η γαστρική κένωση των στερεών τροφών συνήθως καθυστερεί στους πάσχοντες (Gaudiani, Braverman, Mascolo, & Mehler, 2012; Hütter, Ganepola, & Hofmann, 2009; Serpell, Stobie, Fairburn, & van Schaick, 2013). Ο μηχανισμός που προκαλεί γαστροπάρηση στη ψυχογενή ανορεξία και στη ψυχογενή βουλιμία δεν είναι πλήρως κατανοητός και πιθανόν να εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, ανάμεσα στους οποίους συμπεριλαμβάνεται και ο πρωτεϊνικός υποσιτισμός (Benini et al., 2004). Η ατροφία των γαστρικών λείων μυών και οι διαταραχές της γαστρικής αυτόνομης λειτουργίας μπορεί, επίσης, να οδηγήσουν σε γαστρική διάταση (Walsh et al., 2000). Σε μερικές περιπτώσεις σοβαρής γαστρικής διάτασης, η ενδογαστρική πίεση μπορεί τελικά να υπερβαίνει τη γαστρική φλεβική πίεση, με αποκορύφωμα τη νέκρωση του τοιχώματος του στομάχου (Brown, Bartrop, Beumont, & Birmingham, 2005).

Σχετικά με το έντερο, φαίνεται πως συχνές επιπλοκές στους πάσχοντες από διατροφικές διαταραχές είναι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ο μετεωρισμός και η δυσκοιλιότητα (Wang et al., 2014). Η νεκρωτική κολίτιδα, ακόμα, είναι μια σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή σε ασθενείς με υποσιτισμό από ψυχογενή ανορεξία κατά την επανασίτιση, ακόμα κι αν αυτή γίνει σταδιακά, με συμπτώματα όπως κοιλιακό άλγος, μετεωρισμός και καθυστέρηση της γαστρικής κένωσης (117). Στο πάγκρεας η συχνότερα αναφερόμενη επιπλοκή κυρίως από τη ψυχογενή ανορεξία είναι η οξεία παγκρεατίτιδα, ενώ στο ήπαρ ηπατική βλάβη εμφανίζεται τόσο στη ψυχογενή ανορεξία όσο και στη ψυχογενή βουλιμία (124, 126). Στους παχύσαρκους ασθενείς με επεισοδιακή υπερφαγία, συναντάται η μη αλκοολική λιπώδης διήθηση του ήπατος (126).

Επιπλοκές στη στοματική κοιλότητα

Οι στοματικές επιπλοκές στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές προκύπτουν κυρίως ως συνέπεια των διατροφικών ανεπαρκειών και των χρόνιων αυτό-προκαλούμενων εμετών κατά τους οποίους τα όξινα υγρά του στομάχου έρχονται σε επαφή με τη στοματική κοιλότητα. Τα συμπτώματα μπορεί να επιδεινωθούν με τη χρήση ορισμένων φαρμάκων, την έλλειψη προσωπικής υγιεινής και τις μη ορθές διατροφικές συνήθειες και επηρεάζουν τα δόντια, τη στοματική κοιλότητα, τον περιστοματικό ιστό και τους σιελογόνους αδένες. Οι πιο συνηθισμένες οδοντικές επιπλοκές είναι η διάβρωση, η τερηδόνα και η περιοδοντική νόσος (A. Keski-Rahkonen et al., 2009; Ximenes, Couto, & Sougey, 2009). Η διάβρωση του σμάλτου

καθίσταται εμφανής μετά από περίπου 2 χρόνια τακτικών εμετών. Οι επαναλαμβανόμενοι αυτό-προκαλούμενοι εμετοί, επίσης, υπάρχει πιθανότητα να προκαλέσουν φλεγμονή στους σιελογόνους αδένες (Christensen, 2002). Επιπρόσθετα, οι πάσχοντες συχνά καταναλώνουν όξινα υγρά όπως αθλητικά ποτά, καφεϊνούχα και ανθρακούχα ποτά καθώς και τροφές που περιέχουν γλυκαντικά στην προσπάθειά τους να καταστείλουν την πείνα και να ανταπεξέλθουν στην έντονη άσκηση στην οποία καταφεύγουν προκειμένου να μην αυξήσουν το σωματικό τους βάρος, κάτι το οποίο επιδεινώνει ακόμα περισσότερο τη διάβρωση και την αποσύνθεση των δοντιών (DeBate, Tedesco, & Kerschbaum, 2005; Studen-Pavlovich & Elliott, 2001). Σε ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία μπορεί να παρατηρηθεί και γωνιακή χειλίτιδα, ένα είδος στοματίτιδας που χαρακτηρίζεται από διάβρωση του βλεννογόνου στις γωνίες του στόματος (DeBate et al., 2005).

Οι διατροφικές ανεπάρκειες που είναι αποτέλεσμα των διαταραγμένων διατροφικών συνηθειών, ενδέχεται να προκαλέσουν περιστοματική και περιοδοντική νόσο. Πιο συγκεκριμένα, η ανεπάρκεια της βιταμίνη C σχετίζεται με μειωμένη σύνθεση κολλαγόνου και φλεγμονή των ούλων (DeBate et al., 2005; Harwood & Newton, 1995). Ακόμα, ανεπάρκειες στο σύμπλεγμα βιταμινών B και κυρίως στη B1, B6 και B12 που είναι σημαντικές για τα επιθηλιακά κύτταρα, μπορεί να εκδηλωθούν με ατροφία του βλεννογόνου, ατροφική γλωσσίτιδα και έντονη αίσθηση καψίματος στη γλώσσα (DeBate et al., 2005; Robb & Smith, 1996). Σημαντικό, επίσης, είναι το γεγονός πως ο πρωτεϊνοθερμιδικός υποσιτισμός επιφέρει συχνά δυσλειτουργία στο ανοσοποιητικό σύστημα, καθιστώντας τον ασθενή επιρρεπή σε ευκαιριακές λοιμώξεις της στοματικής κοιλότητας, συμπεριλαμβανομένης και της στοματικής καντιντίασης (Mandel & Abai, 2004; Mignogna, Fedele, & Lo Russo, 2004).

Επιπλοκές στο σκελετικό

Η υγεία των οστών επηρεάζεται κατά κύριο λόγο στη ψυχογενή ανορεξία και ο υποσιτισμός αποτελεί την πρωταρχική αιτία. Ο οργανισμός προκειμένου να διατηρήσει τις ζωτικές του λειτουργίες αντλεί θρεπτικά συστατικά από το σκελετικό απόθεμα, αφού οι διατροφικές ανάγκες δεν καλύπτονται μέσα από την κατανάλωση τροφής. Με την πάροδο του χρόνου, η διαδικασία αυτή οδηγεί σε μείωση της οστικής πυκνότητας και προοδευτικά σε οστεοπόρωση (Drabkin, Rothman, Wassenaar, Mascolo, & Mehler, 2017). Ο κίνδυνος καταγμάτων είναι αξιοσημείωτα αυξημένος τόσο στους ενήλικες όσο και στους εφήβους με ψυχογενή ανορεξία (Westmoreland et al., 2016). Ο

επιπολασμός των αντρών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία και έχουν χαμηλή οστική πυκνότητα συνεχώς αυξάνεται. Η οστεοπενία φαίνεται να υφίσταται στο 92% των ενήλικων γυναικών με ψυχογενή ανορεξία και η οστεοπόρωση στο 38% αντίστοιχα, ενώ λιγότερο από το 15% των ενήλικων γυναικών με ψυχογενή ανορεξία παρουσιάζουν φυσιολογική οστική πυκνότητα. Τέλος, στις γυναίκες με διαγνωσμένη ψυχογενή ανορεξία, το ποσοστό οστικής απώλειας είναι περίπου 2.5% ετησίως (Drabkin et al., 2017).

Επιπλοκές στο αναπαραγωγικό σύστημα

Οι διατροφικές διαταραχές έχουν συσχετιστεί με προβλήματα στη γονιμότητα καθώς και με επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη, επιφέροντας ανεπιθύμητες συνέπειες τόσο στη μητέρα όσο και στο παιδί. Κατά την προγεννητική περίοδο, έχει αναφερθεί σε πολλές μελέτες αυξημένος αριθμός αποβολών σε πάσχουσες από ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία. Η επεισοδιακή υπερφαγία, επίσης, που συχνά συνοδεύεται από παχυσαρκία, συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο αποβολής και θνησιγένειας ή πρώιμου νεογνικού θανάτου (Linna et al., 2013). Σχετικά με τη γονιμότητα, στις γυναίκες που παρουσιάζουν ψυχογενή ανορεξία, αναφέρεται σε ποσοστό μεταξύ 68% και 89% απουσία εμμηνόρροιας για τουλάχιστον 3 μήνες κατά τη διάρκεια της ασθένειας. Ένα επιπλέον 6-8% των γυναικών μπορεί να μην παρουσιάσει παρατεταμένη αμηνόρροια, αλλά να αναφέρει διαταραχές στην έμμηνο ρύση και ολιγομηνόρροια. Αυτές οι διαταραχές στον κανονικό εμμηνορροϊκό κύκλο σε πολλές γυναίκες με ψυχογενή ανορεξία είναι πιθανές εκδηλώσεις μειωμένων επιπέδων οιστρογόνων εξαιτίας του παρατεταμένου περιορισμού της θερμιδικής πρόσληψης ή / και της υπερβολικής άσκησης (Hoffman, Zerwas, & Bulik, 2011). Αντίστοιχα, οι ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία μπορεί να παρουσιάσουν ανωμαλίες στην έμμηνο ρύση, αλλά η επίπτωση είναι ιδιαίτερα μεταβλητή, κυμαινόμενη από 37% έως 64%, ενώ η αμηνόρροια εμφανίζεται στο 5-40%. Αυτή η μεταβλητότητα μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς έχουν επαρκή έκκριση οιστρογόνων. Ωστόσο, με ένα προηγούμενο ιστορικό ανορεξίας, η επίπτωση της αμηνόρροιας είναι πολύ υψηλότερη (77%). Διαταραχές στην έμμηνο ρύση και αμηνόρροια ενδέχεται να αναπτυχθούν και όταν το βάρος κυμαίνεται τόσο σε φυσιολογικό εύρος όσο και όταν υπάρχει υπέρβαρο και παχυσαρκία, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της επεισοδιακής υπερφαγίας (Mehler, Frank, & Mitchell, 2016; Warren, 2011).

Άλλες επιπλοκές

Φυσικά οι διατροφικές διαταραχές επιφέρουν προβλήματα και στα υπόλοιπα οργανικά συστήματα. Η ψυχογενής ανορεξία, συγκεκριμένα, επηρεάζει την υγεία του δέρματος με συμπτώματα που συμπεριλαμβάνουν αυξημένη τριχοφυΐα στην περιοχή της σπονδυλικής στήλης και στο πρόσωπο, αραίωση στο τριχωτό της κεφαλής, ακροκυάνωση και ξηρότητα και τα οποία αποκαθίστανται με την επαναφορά στο φυσιολογικό σωματικό βάρος. Επιπρόσθετα, η ατροφία του εγκεφάλου αποτελεί μια ακόμα επίπτωση του υποσιτισμού της ψυχογενούς ανορεξίας, προκαλώντας μείωση της νευρογνοστικής λειτουργίας η οποία μπορεί να παραμείνει και μετά την αποκατάσταση του βάρους (Westmoreland et al., 2016). Μια ακόμη πιο σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η υπογλυκαιμία που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε αιφνίδιο θάνατο (Jáuregui-Garrido & Jáuregui-Lobera, 2012). Τέλος, όσον αφορά στην επεισοδιακή υπερφαγία, πολλοί πάσχοντες είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης όλων εκείνων των επιπλοκών που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Ένας συνεχώς αυξανόμενος όγκος βιβλιογραφικών δεδομένων υποστηρίζει πως τα άτομα που πάσχουν από επεισοδιακή υπερφαγία έχουν αυξημένη πιθανότητα να αποκτήσουν μεταβολικό σύνδρομο (Mehler et al., 2016).

Συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές παθήσεις

Στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές είναι σύνηθες να συνυπάρχουν και άλλες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες αυξάνουν τη σοβαρότητα και τη χρονιότητα των διατροφικών διαταραχών καθώς και την αντίσταση στη θεραπεία. Οι πιο συχνά εμφανιζόμενες είναι οι διαταραχές στη διάθεση, οι αγχώδεις διαταραχές και κυρίως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και η κοινωνική φοβία και τέλος οι διαταραχές χρήσης ουσιών (Ulfvebrand, Birgegård, Norring, Högdahl, & von Hausswolff-Juhlin, 2015). Επιπρόσθετα, οι πάσχοντες έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν αυτοκτονικές συμπεριφορές, οι οποίες σε μεγάλο ποσοστό μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και σε αυτοκτονία (Preti, Rocchi, Sisti, Camboni, & Miotto, 2011).

Επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και στην οικονομία

Οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές φαίνεται να έχουν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, ενώ το ίδιο συμβαίνει και με τους φροντιστές/ κοντινούς συγγενείς των πασχόντων.

Συνεπαγωγικά, η χαμηλή ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία σχετίζεται με αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας και με αυξημένο υγειονομικό κόστος κυρίως για τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία, τα οποία και παραμένουν στο νοσοκομείο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Επίσης, στα άτομα με επεισοδιακή υπερφαγία, η πιθανή ύπαρξη παχυσαρκίας αποτελεί σοβαρό παράγοντα στην αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, ειδικά μακροπρόθεσμα, εξαιτίας όλων εκείνων των επιπτώσεων που μπορεί να επιφέρει στην υγεία. Σε ανασκοπήσεις που έχουν πραγματοποιηθεί, το ετήσιο κόστος για τη ψυχογενή ανορεξία, τη ψυχογενή βουλιμία και την επεισοδιακή υπερφαγία έχει υπολογιστεί να κυμαίνεται από €888 έως και €55,270 (Ágh et al., 2016). Ένας άλλος παράγοντας που φέρει έμμεσο κόστος στην κοινωνία είναι η απώλεια παραγωγικότητας από τους πάσχοντες, αφού τα ποσοστά εργασιακής πρόσληψης είναι σαφώς χαμηλότερα σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό. Τέλος, η ύπαρξη συννοσηρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές, αυξάνει ακόμα περισσότερο το κόστος θεραπείας και μειώνει την πιθανότητα πρόσληψης σε κάποιο εργασιακό περιβάλλον (Samnaliev, Noh, Sonneville, & Austin, 2015).

ΣΗΜΑΣΙΑ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η σημασία της πρόληψης και της έγκαιρης ανίχνευσης αποτελεί αδιαμφισβήτητη πρωταρχικό μέλημα της δημόσιας υγείας, καθώς ανάμεσα στα οφέλη είναι η δυνατότητα έγκαιρης θεραπείας, ενισχύοντας έτσι την πιθανότητα του πάσχοντα για μικρότερη διάρκεια ασθένειας, λιγότερες επιπλοκές και πλήρη ανάρρωση.

Οι διατροφικές διαταραχές και κυρίως η ψυχογενής ανορεξία παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά θνητότητας συγκριτικά με τις υπόλοιπες ψυχικές παθήσεις. Επιπλέον, οι επιπτώσεις που μπορούν να επιφέρουν τόσο σωματικά όσο και ψυχικά είναι ιδιαίτερα σοβαρές και μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση απειλητικών για τη ζωή ασθενειών, όπως όλες αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω. Τα ερευνητικά δεδομένα που επικεντρώνονται στη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών δείχνουν πώς η έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία καθιστά πιο σύντομη την ανάρρωση, επιφέρει μείωση των σωματικών και ψυχολογικών επιπλοκών και μειώνει την πιθανότητα υποτροπής (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011; D. L. Reas, Williamson, Martin, & Zucker, 2000; Treasure & Russell, 2011). Πιο συγκεκριμένα η ταχεία ανταπόκριση φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα στη συμπεριφορά των πασχόντων, μειώνοντας τις αντισταθμιστικές συμπεριφορές εκκένωσης του στομάχου και

επιτυγχάνοντας σύντομη αύξηση του σωματικού βάρους καθώς και αλλαγές ως προς τον διαιτητικό περιορισμό (MacDonald, Trottier, McFarlane, & Olmsted, 2015). Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η έγκαιρη αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών έχει ευεργετική δράση σε ένα μεγάλο εύρος θεραπειών ανεξάρτητα από το είδος και τη διάρκειά τους (Nazar et al., 2017). Πρόσφατα πραγματοποιήθηκε από τους Nazar et al. μετανάλυση με σκοπό τη συλλογή και ανάλυση βιβλιογραφικών δεδομένων που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα της έγκαιρης παροχής θεραπείας στα περιστατικά των διατροφικών διαταραχών. Το συμπέρασμα που προέκυψε είναι πως η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για βελτίωση της ψυχοπαθολογίας κυρίως στη ψυχογενή ανορεξία και την επεισοδιακή υπερφαγία και λιγότερο στη ψυχογενή βουλιμία. Συγκεκριμένα, φάνηκε πως ένας ασθενής με ψυχογενή ανορεξία έχει κατά 77% περισσότερες πιθανότητες να ξεπεράσει τα συμπτώματα με την ολοκλήρωση της θεραπείας, εάν αυτή ξεκινήσει στα αρχικά στάδια εμφάνισης της διατροφικής διαταραχής. Τα αντίστοιχα ποσοστά που βρέθηκαν για την επεισοδιακή υπερφαγία και τη ψυχογενή βουλιμία ήταν 30% και 15%, αντίστοιχα (Nazar et al., 2017).

ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ

Παρά τη σοβαρότητά τους, οι διατροφικές διαταραχές συχνά παραμένουν αδιάγνωστες και αθεράπευτες. Ένας από τους λόγους που συμβαίνει αυτό είναι το γεγονός πως οι ίδιοι οι πάσχοντες δεν αναζητούν κατάλληλη βοήθεια από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. Σε ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τους Hart et al. με σκοπό τη συγκέντρωση επιστημονικών μελετών που διερευνούν το κατά πόσο τα άτομα με διατροφικές διαταραχές αναζητούν ενδεδειγμένη θεραπεία, βρέθηκε πως περίπου το 67% με 83% των περιπτώσεων δεν είχε ανταποκριθεί ποτέ στην ανάγκη για θεραπευτική αντιμετώπιση της διατροφικής του διαταραχής, ενώ μόνο το 23% σχεδόν ανέφερε πως έχει αναζητήσει βοήθεια κάποια στιγμή στη ζωή του. Ένα άλλο εύρημα της ανασκόπησης ήταν πως ενώ η μειοψηφία των πασχόντων έχει λάβει κατάλληλη θεραπεία για την ψυχική του διαταραχή, η πλειοψηφία έχει λάβει ιατρική βοήθεια για απώλεια βάρους η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις ερχόταν σε αντίθεση με τις κλινικές οδηγίες για την αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών, καθώς συντελεί στη διατήρηση των μη ορθών διατροφικών συμπεριφορών (Hart, Granillo, Jorm, & Paxton, 2011).

Οι λόγοι για τους οποίους συμβαίνει αυτό είναι ποικίλοι και σχετίζονται τόσο με το ίδιο το άτομο όσο και με διαπροσωπικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Πολλοί πάσχοντες φοβούνται το στιγματισμό που μπορεί να επιφέρει η ψυχική διαταραχή και αισθάνονται ντροπή για την κατάστασή τους. Επίσης, συχνά φαίνεται να αγνοούν τη σοβαρότητα της πάθησής τους, είτε εξαιτίας άρνησης, είτε επειδή δεν έχουν την απαραίτητη ενημέρωση για να αντιληφθούν το πρόβλημα. Άλλα πιθανά εμπόδια είναι η δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, το κόστος θεραπείας, η δυσκολία στη μετακίνηση για να προσεγγίσουν τις δομές ψυχικής υγείας ή ακόμα και η έλλειψη ύπαρξης τέτοιων δομών. Ο φόβος για αλλαγή και απώλεια ελέγχου, αλλά και η έλλειψη κινητοποίησης, ακόμα, αποτελούν συχνά αναφερόμενους παράγοντες για την αποφυγή της θεραπείας. Επιπρόσθετα, κάποιοι πάσχοντες εκφράζουν αρνητική στάση ή είχαν αρνητική προηγούμενη εμπειρία με κάποια θεραπεία, ενώ αμφισβητούν την επάρκεια των επαγγελματιών υγείας ως προς την αντιμετώπιση της κατάστασής τους. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, κατανόησης και ενθάρρυνσης από τους σημαντικούς άλλους και η αδυναμία παροχής βοήθειας από αυτούς, η οποία ενδέχεται να πηγάζει από άγνοια και ελλιπή ενημέρωση. Η συννοσηρότητα, ακόμα, με άλλες ψυχικές παθήσεις φαίνεται να καθιστά πιο δύσκολη την αναζήτηση βοήθειας. Τέλος, φαίνεται πως οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναζητήσουν θεραπεία συγκριτικά με τους άντρες (Ali et al., 2017).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ, ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Δεδομένης της σοβαρότητας των διατροφικών διαταραχών, της σημασίας της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας τους και του χαμηλού ποσοστού των πασχόντων που αναζητούν βοήθεια, είναι κατανοητό πως οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο ως προς τη δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη των ψυχικών αυτών διαταραχών.

Στα χρόνια που προηγούνται της διάγνωσης, έχει φανεί πως τα άτομα με διατροφικές διαταραχές έρχονται συχνά σε επαφή με επαγγελματίες υγείας (Mond, Myers, Crosby, Hay, & Mitchell, 2010). Πιο συγκεκριμένα, οι πάσχοντες τείνουν να απευθύνονται στο γιατρό για συμπτώματα όπως είναι η ζαλάδα, το κοιλιακό άλγος, η δυσκοιλιότητα, η αστάθεια στην έμμηνο ρύση και διάφορα άλλα παθολογικά προβλήματα τα οποία αποτελούν σωματικές επιπτώσεις άμεσα συνυφασμένες με την ψυχική τους νόσο

(Carney & Yates, 1998). Οι γιατροί συνήθως παρακολουθούν τους ασθενείς για κάποιο χρονικό διάστημα κι έτσι μπορούν να παρατηρήσουν αλλαγές και ενδείξεις τόσο στην κλινική εικόνα όσο και στην ψυχοπαθολογία τους, ενώ η ενδεχόμενη επαφή με συγγενικά πρόσωπα του ασθενούς μπορεί να βοηθήσει στην άντληση πληροφοριών που βοηθούν στην ανίχνευση. Επίσης, σύμφωνα με βιβλιογραφικά δεδομένα, είναι μικρότερο το στίγμα για τους πάσχοντες όταν αναζητούν βοήθεια από κάποιο γιατρό με αφορμή τα σωματικά τους συμπτώματα, συγκριτικά με το να απευθυνθούν σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Clarke & Polimeni-Walker, 2004). Έτσι, λοιπόν, γίνεται αντιληπτό πως οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως εκείνοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, βρίσκονται στην κατάλληλη θέση ώστε να ανιχνεύσουν έγκαιρα πιθανά περιστατικά διατροφικών διαταραχών και να τα παραπέμψουν για περαιτέρω διάγνωση και θεραπεία.

Παρά τη σημαντικότητα του ρόλου τους, ωστόσο, τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν πως περισσότερα από τα μισά περιστατικά διατροφικών διαταραχών παραμένουν αδιάγνωστα από τους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Becker, Eddy, & Perloe, 2009). Στην πραγματικότητα εκτιμάται πως μόνο το 1/3 αυτών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία και το 6% αυτών που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία λαμβάνουν κατάλληλη θεραπεία για την ψυχική τους υγεία (Linville, Benton, & Sturm, 2010). Μια μεγάλη μελέτη που διεξήχθη από τους Johnson et al. έδειξε πως στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ανιχνεύεται περίπου ο 1 στους 10 ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία και επεισοδιακή υπερφαγία (Johnson, Spitzer, & Williams, 2001). Σε άλλη επιστημονική μελέτη βρέθηκε πως μόνο ο 1 στους 3 πάσχοντες με διατροφικές διαταραχές ερωτήθηκε από κάποιον επαγγελματία υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα για προβλήματα σχετικά με τις διατροφικές του συνήθειες, παρόλο που ένα ποσοστό μεγαλύτερο από 80% από τα άτομα αυτά είχε αναζητήσει βοήθεια για αγχώδη διαταραχή και κατάθλιψη (Mond et al., 2010). Ακόμα, πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 1500 ασθενείς με διατροφικές διαταραχές στο Ηνωμένο Βασίλειο, έδειξε επίσης πως ενώ το 59% των πασχόντων είχε επισκεφθεί κάποιο γενικό γιατρό, μόνο το 15% αυτών αισθάνθηκε πως ο γιατρός αντιλήφθηκε την ύπαρξη της διαταραχής και γνώριζε τη θεραπευτική διαδικασία. Τα δεδομένα αυτά είναι ιδιαίτερα σημαντικά και έρχονται σε συμφωνία με προηγούμενη αντίστοιχη αναφορά στην οποία φάνηκε πως μόνο το 17% των ατόμων εκείνων που έπασχαν από διατροφική διαταραχή ένοιωθε πως θα μπορούσε να μιλήσει στο γιατρό ή στο

νοσηλευτή σχετικά με την ψυχική αυτή νόσο. Πιο συγκεκριμένα οι ερωτηθέντες ένοιωθαν πως οι επαγγελματίες υγείας δεν αντιμετώπιζαν το πρόβλημά τους με την απαιτούμενη προσοχή και σοβαρότητα ή πως δε γνώριζαν τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές και διαδικασίες (Reid, Williams, & Hammersley, 2009). Το παράδοξο, λοιπόν, είναι πως ενώ η χρήση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από άτομα με διατροφικές διαταραχές προ διάγνωσης είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό και συνεπώς οι πιθανότητες έγκαιρης ανίχνευσης αυξημένες, οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να μην το αξιοποιούν επαρκώς (Striegel-Moore et al., 2008).

Εκτός από την έγκαιρη ανίχνευση, εξίσου σημαντική είναι και η κατάλληλη παραπομπή των ατόμων με διατροφικές διαταραχές σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, η οποία μπορεί να φανεί καθοριστική για τη θεραπευτική τους πορεία. Ωστόσο, από ερευνητικά δεδομένα προκύπτει πως υπάρχει μεγάλη διακύμανση στον αριθμό των ασθενών που παραπέμπονται σε ειδικές υπηρεσίες και δομές για την παροχή κατάλληλης θεραπείας (Hugo, Kendrick, Reid, & Lacey, 2000). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Green et al. μόνο οι μισοί συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας δήλωσαν πως έχουν πρόθεση να παραπέμψουν τυχόν περιστατικά διατροφικών διαταραχών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ενώ μόνο οι μισοί πάλι ανέφεραν πως η παραπομπή θα ήταν βοηθητική για τον πάσχοντα (Green, Johnston, Cabrini, Fornai, & Kendrick, 2008).

Συγκεκριμένα στην Ελλάδα το σύστημα υγείας δεν προβλέπει αποτελεσματικά ώστε να δοθεί η απαραίτητη σημασία στα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές. Η έλλειψη εξειδικευμένων δομών και υπηρεσιών σε συνδυασμό με την έλλειψη επαρκώς εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας, έχει σαν αποτέλεσμα τη σημαντική ανεπάρκεια ως προς την έγκαιρη διαλογή των πασχόντων, την παραπομπή τους για διάγνωση και την παροχή κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Συχνά οι ασθενείς αυτοί καταλήγουν είτε σε κέντρα ημέρας είτε σε μη εξειδικευμένους επαγγελματίες, ενώ είναι σύνηθες το φαινόμενο να παραμένουν χωρίς θεραπεία ασθενείς με διατροφικές διαταραχές στα νοσοκομεία λόγω έλλειψης χωρητικότητας (Janicic & Bairaktari, 2013).

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ, ΤΗΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η έγκαιρη ανίχνευση των διατροφικών διαταραχών και οι πρακτικές που ακολουθούν οι επαγγελματίες υγείας με σκοπό την παροχή κατάλληλης βοήθειας στους πάσχοντες είναι υψίστης σημασίας. Βιβλιογραφικά μέχρι στιγμής δεν έχουν αναφερθεί βέλτιστες πρακτικές για το σκοπό αυτό. Ωστόσο, σε κάποιες χώρες έχουν εκδοθεί επιστημονικά τεκμηριωμένες οδηγίες για την ανίχνευση και τη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών με στόχο να ενημερώσουν και να κατευθύνουν τους επαγγελματίες υγείας σε αποτελεσματικές παρεμβάσεις και θεραπευτικές στρατηγικές. Πρόσφατα δημοσιεύτηκε μια ανασκόπηση στην οποία συνοψίζονται και συγκρίνονται οι πιο ανανεωμένες κατευθυντήριες οδηγίες (Hilbert, Hoek, & Schmidt, 2017). Σύμφωνα με την ανασκόπηση αυτή, οι πιο πρόσφατες οδηγίες που έχουν δημοσιευτεί στην Ευρώπη και εφαρμόζονται ήδη προέρχονται από το National Institute for Health and Care Excellence (NICE) στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οι συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες προβλέπουν τα εξής για την ανίχνευση, την παραπομπή και τη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών (NICE, 2017).

Ανίχνευση και παραπομπή

Οι οδηγίες του NICE αναφέρουν πως η ανίχνευση των διατροφικών διαταραχών θα πρέπει να γίνεται σε όσο το δυνατόν πιο αρχικό στάδιο και πως οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν ότι τέτοιου είδους περιστατικά μπορεί να παρουσιαστούν τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στα πλαίσια της ανίχνευσης προτείνεται η χρήση εργαλείων διαλογής, αλλά όχι ως αποκλειστική μέθοδος εντοπισμού των διατροφικών διαταραχών. Θα πρέπει παράλληλα να λαμβάνεται υπόψιν:

- ✓ ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) συγκριτικά με το φυσιολογικό εύρος ανά ηλικιακή ομάδα,
- ✓ κάποια μεγάλη απώλεια βάρους σε σύντομο χρονικό διάστημα,
- ✓ πιθανές περιοριστικές συμπεριφορές ως προς τις διατροφικές συνήθειες,
- ✓ δείγματα κοινωνικής απομόνωσης ιδιαίτερα σε περιστάσεις όπου συμπεριλαμβάνεται φαγητό/γεύμα,
- ✓ η ύπαρξη άλλων ψυχικών διαταραχών,

- ✓ η έντονη ανησυχία για το βάρος και το σχήμα του σώματος,
- ✓ πιθανά προβλήματα με τη διαχείριση κάποιας χρόνιας ασθένειας που σχετίζεται με τη διατροφή, όπως είναι ο διαβήτης και η κοιλιοκάκη,
- ✓ διαταραχές στην έμμηνου ρύση ή άλλες ενδοκρινικές διαταραχές καθώς και διάφορα γαστρεντερικά προβλήματα με ανεξήγητη αιτιολογία,
- ✓ σωματικά σημάδια όπως υποθρεψία, ζαλάδα, ταχυκαρδία, λιποθυμικά επεισόδια,
- ✓ αντισταθμιστικές συμπεριφορές που συμπεριλαμβάνουν τη χρήση διουρητικών, την κατάχρηση σκευασμάτων για αδυνάτισμα, την έντονη άσκηση και τους αυτοπροκαλούμενους εμετούς,
- ✓ ανεξήγητη ανισορροπία των ηλεκτρολυτών
- ✓ προβλήματα στην οδοντοστοιχία, όπως είναι η διάβρωση της αδαμαντίνης

Με βάση τα παραπάνω, αν υπάρχει υποψία ύπαρξης διατροφικής διαταραχής είναι επιτακτική ανάγκη να γίνει παραπομπή του πάσχοντα στις κατάλληλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ώστε να γίνει διάγνωση και να δοθεί θεραπεία εφόσον κριθεί απαραίτητο.

Θεραπεία στην ψυχογενή ανορεξία

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του NICE, η παροχή εξωνοσοκομειακής υποστήριξης στα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία είναι καθοριστικής σημασίας για την έκβαση της διαταραχής. Η παρεχόμενη υποστήριξη θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει ψυχο-εκπαίδευση σχετικά με τη διατροφική διαταραχή, τακτικό έλεγχο του βάρους, της ψυχικής και σωματικής κατάστασης καθώς και άλλων συνυπαρχόντων παραγόντων κινδύνου, διεπιστημονική προσέγγιση και συνεργασία ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας και στις ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας και, τέλος, να εμπλέκει στην όλη προσπάθεια τα μέλη της οικογένειας ή τους φροντιστές των ατόμων. Κατά τη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας θα πρέπει να δίνεται βαρύτητα στην έγκαιρη επανάκτηση ενός φυσιολογικού σωματικού βάρους καθώς αυτό αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την αποκατάσταση των ψυχολογικών και σωματικών προβλημάτων που τελικά θα οδηγήσουν στην πλήρη ανάρρωση.

Οι θεραπείες που προτείνονται για την αντιμετώπιση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (CBT), η Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) και η Specialist Supportive Clinical Management (SSCM). Σε κάθε περίπτωση το άτομο θα πρέπει να ενημερώνεται για τις θεραπευτικές

οδούς από τους εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, ώστε να επιλέξει το ίδιο την προτιμώμενη θεραπεία. Η διατροφική συμβουλευτική θα πρέπει να αποτελεί κομμάτι της διεπιστημονικής προσέγγισης, ώστε να αποκτήσουν οι πάσχοντες υγείς διατροφικές συμπεριφορές. Τέλος, σε κάθε περίπτωση η φαρμακοθεραπεία δεν προτείνεται ως αποκλειστική θεραπεία.

Θεραπεία στη ψυχογενή βουλιμία

Σύμφωνα με τις οδηγίες του NICE, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εξηγούν στους πάσχοντες πως η ψυχοθεραπεία που παρέχεται για την αντιμετώπιση της ψυχογενούς βουλιμίας έχει πολύ περιορισμένη επίδραση στο σωματικό βάρος. Οι θεραπείες αυτές συμπεριλαμβάνουν οδηγούς αυτό-βοήθειας, οι οποίοι χρησιμοποιούν τεχνικές της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας. Στην περίπτωση που οι οδηγοί δε φανούν αποτελεσματικοί μετά τις 4 πρώτες εβδομάδες, τότε χρειάζεται να εφαρμοστεί εξατομικευμένα από εξειδικευμένο επαγγελματία ψυχικής υγείας, Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία.

Θεραπεία στην επεισοδιακή υπερφαγία

Παρομοίως με την περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας, οι κατευθυντήριες οδηγίες του NICE επισημαίνουν την ανάγκη να γίνεται κατανοητό στους ασθενείς πως η απώλεια βάρους δεν αποτελεί μοναδικό θεραπευτικό στόχο, αλλά αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης προσπάθειας που συμπεριλαμβάνει και την ψυχοθεραπεία. Στην περίπτωση των ενηλίκων με επεισοδιακή υπερφαγία, προτείνεται η χορήγηση ενός οδηγού αυτοβοήθειας προσανατολισμένο στα χαρακτηριστικά της διατροφικής αυτής διαταραχής και βασισμένο στη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία, συνδυαστικά με σύντομες υποστηρικτικές συνεδρίες. Αν ο οδηγός δε φανεί αποτελεσματικός ή αποδεκτός μέσα σε χρονικό διάστημα 4 εβδομάδων, τότε ομαδικές συνεδρίες με Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία εστιασμένη στις διατροφικές διαταραχές συστήνονται ως πιο αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης. Στην περίπτωση που το άτομο είτε δεν έχει τη δυνατότητα είτε δεν επιθυμεί να συμμετάσχει σε θεραπευτική ομάδα, η εφαρμογή της Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας μπορεί να γίνει εξατομικευμένα.

Την ανάγκη για έγκαιρη ανίχνευση των συμπτωμάτων στις διατροφικές διαταραχές με σκοπό την παραπομπή και θεραπεία των ασθενών τονίζουν και οι κατευθυντήριες οδηγίες προς επαγγελματίες υγείας που προέρχονται από άλλες χώρες και ηπείρους.

Χαρακτηριστικά, στις Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που δημοσιεύτηκαν πρόσφατα από το Harvard, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην εκτίμηση των ασθενών όσον αφορά τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία. Πιο συγκεκριμένα, προτείνεται η χρήση εργαλείων διαλογής για της διατροφικές διαταραχές συνδυαστικά με την αξιολόγηση συμπτωμάτων και συμπεριφορών που θα συντελέσουν στο να διαμορφωθεί μια πληρέστερη εικόνα, ενώ τονίζεται η ανίχνευση επικίνδυνων για την ασφάλεια του ατόμου συμπεριφορών, όπως είναι οι αυτοκτονικές τάσεις, η βίαιη συμπεριφορά, οι αυτοτραυματισμοί, η εξάρτηση από ουσίες και ο αλκοολισμός. Σχετικά με την αντιμετώπιση, η διεπιστημονική προσέγγιση, η εξατομικευμένη παροχή θεραπείας και η συνεχής παρακολούθηση του πάσχοντα, αποτελούν την καλύτερη θεραπευτική οδό (Harvard Pilgrim/Optum, 2018). Παρόμοια, στον Οδηγό που απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές και προέρχεται από το National Eating Disorder Collaboration στην Αυστραλία, δίνεται επίσης προσοχή στην έγκαιρη ανίχνευση, αλλά και στο πώς να αντιμετωπίζουν τους πάσχοντες, καθώς αναφέρουν πως οι πρώτες προσπάθειες αναζήτησης βοήθειας από τα άτομα με διατροφικές διαταραχές είναι περισσότερο διερευνητικές ως προς τις αντιδράσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας. Αν η εμπειρία αυτή είναι θετική, τότε υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες το άτομο να ακολουθήσει μετέπειτα με επιτυχία κάποια θεραπευτική οδό (O’Dea & Parsons, 2013).

Στην Ελλάδα δημοσιεύτηκε ένα Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές για τη χρονική περίοδο 2008-2012, μέσα στο οποίο θίγεται και το ζήτημα της πρόληψης των διατροφικών διαταραχών. Στα πλαίσια της δευτερογενούς πρόληψης δίνεται έμφαση στην ανάγκη ύπαρξης ενός απλού και αξιόπιστου διαγνωστικού εργαλείου για την αναγνώριση των πρώιμων συμπτωμάτων της διαταραχής και του εντοπισμού των ατόμων εκείνων που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο. Επίσης, γίνεται λόγος για την ύπαρξη επιστημονικά τεκμηριωμένων και αποτελεσματικών μεθόδων θεραπείας ή οποίες θα μπορούν να εφαρμοστούν εγκαίρως στα άτομα που έχουν ανιχνευθεί (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012).

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Για την δευτερογενή πρόληψη των διατροφικών διαταραχών υπάρχουν διαθέσιμα κάποια εργαλεία διαλογής, στα οποία συμπεριλαμβάνονται τα SCOFF, EDI-3, EAT,

και BITE. Το SCOFF αποτελεί το πιο σύντομο από αυτά και χρησιμοποιείται ευρέως σε ερευνητικό επίπεδο.

SCOFF

Το ερωτηματολόγιο SCOFF, με το ακρωνύμιο να προέρχεται από τις πέντε συμπεριφορικές ερωτήσεις από τις οποίες αποτελείται, σχεδιάστηκε με σκοπό να απλοποιήσει και να ελαχιστοποιήσει το χρόνο ανίχνευσης για τους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει πέντε ερωτήσεις, οι οποίες σχετίζονται με τα βασικά χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών. Συγκεκριμένα οι ερωτήσεις είναι οι εξής:

- ✓ Νοιώθετε συχνά άσχημα με τον εαυτό σας επειδή πιστεύετε πως έχετε φάει πολύ;
- ✓ Πιστεύετε πως έχετε χάσει τον έλεγχο σχετικά με την ποσότητα του φαγητού που καταναλώνετε;
- ✓ Έχετε χάσει πρόσφατα περισσότερα από 6 κιλά σε διάστημα 3 μηνών;
- ✓ Πιστεύετε πως έχετε παραπάνω κιλά, ενώ οι άλλοι σας λένε ως είστε πολύ αδύνατος/η;
- ✓ Θα λέγατε πως το φαγητό κυριαρχεί στη ζωή σας;

Το εργαλείο αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί για κάθε φύλο, ηλικία και εθνικότητα. Ο υπολογισμός του σκορ είναι επίσης απλός, καθώς ένας πόντος δίνεται σε κάθε θετική απάντηση. Ένα συνολικό σκορ από δύο και πάνω υποδεικνύει την ύπαρξη αυξημένου κινδύνου ύπαρξης κάποιας διατροφικής διαταραχής. Το κατώφλι των δύο ή περισσότερων θετικών απαντήσεων για το σύνολο των πέντε ερωτήσεων έχει 100% ευαισθησία για τη ψυχογενή ανορεξία και τη ψυχογενή βουλιμία και 87,5% ειδικότητα

EDI-3

Το Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3) είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την εκτίμηση των συμπτωμάτων και των χαρακτηριστικών των διατροφικών διαταραχών. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο μετρά αποτελεσματικά στάσεις και συμπεριφορές που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές και απευθύνεται κυρίως σε κορίτσια και γυναίκες ηλικίας από 13 έως 53 ετών. Έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και χρειάζεται προσεγγιστικά 20 λεπτά για τη συμπλήρωσή του. Το εργαλείο αυτό αποτελείται από 12 υποκλίμακες που αγγίζουν τα ζητήματα του αδύνατου

σώματος, της βουλιμίας, της δυσαρέσκειας με το σώμα, καθώς και άλλες ψυχολογικές συνιστώσες των διατροφικών διαταραχών, ενώ η αξιοπιστία και η εγκυρότητά του θεωρούνται υψηλά.

EAT

Το Eating Attitudes Test (EAT) αποτέλεσε το πρώτο εργαλείο που σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων της ψυχογενούς ανορεξίας. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι πλέον ένα από τα πιο γνωστά αυτό-αναφερόμενα όργανα για την αξιολόγηση των διατροφικών διαταραχών. Μια προσαρμογή του αποτελεί το EAT-26, το οποίο απευθύνεται σε έφηβους και ενήλικες. Η διαχείριση και ο υπολογισμός του σκορ είναι εύκολα και μπορούν να πραγματοποιηθούν από οποιονδήποτε επαγγελματία υγείας. Το EAT-26 έχει φανεί να είναι ένα από τα πιο αποτελεσματικά και ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία διαλογής σε μη κλινικούς πληθυσμούς. Έχει αξιοπιστία 0,86 και είναι κατάλληλο για χρήση σε σχολικό περιβάλλον, σε αθλητικά κέντρα, αλλά και στην καθημερινή κλινική πρακτική.

BITE

Το Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE) είναι ένα εργαλείο αυτό-αναφοράς που χρησιμοποιείται για την ανίχνευση την ψυχογενούς βουλιμίας και της επεισοδιακής υπερφαγίας, ενώ μετρά ακόμα και το επίπεδο σοβαρότητας καθώς και την εξέλιξη του ατόμου στη θεραπεία. Το ερωτηματολόγιο αυτό απευθύνεται σε εφήβους ανεξαρτήτως φύλου και σε νεαρές ενήλικες γυναίκες. Η διαχείριση και ο υπολογισμός του σκορ χρειάζεται να γίνει από εξειδικευμένο και ειδικά εκπαιδευμένο επαγγελματία υγείας. Έχει επαρκή αξιοπιστία και εγκυρότητα, αλλά η δυσκολία στη χρήση του το καθιστά ακατάλληλο για τους επαγγελματίες υγείας (Henderson & Freeman, 1987).

ΓΝΩΣΕΙΣ, ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ, ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Λαμβάνοντας υπόψιν τα χαμηλά ποσοστά των ατόμων με διατροφική διαταραχή που ανιχνεύονται από τους επαγγελματίες υγείας και παραπέμπονται για περαιτέρω αξιολόγηση και κατάλληλη αντιμετώπιση, η επιστημονική κοινότητα θέλησε να εντοπίσει του παράγοντες εκείνους που αποτελούν εμπόδιο. Στα πλαίσια αυτού, έχει αρχίσει να μελετάται εκτενώς η επίδραση των γνώσεων, των στάσεων και των προκλήσεων που συναντούν οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές και κατά πόσο αυτό επηρεάζει την πρακτική τους. Παρακάτω περιγράφονται αναλυτικά ερευνητικές μελέτες με το αντικείμενο αυτό από το 2009 και έπειτα.

Οι Currin et al. δημοσίευσαν το 2009 τα αποτελέσματα της μελέτης τους, η οποία αφορούσε στις γνώσεις και στις στάσεις των γιατρών που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως προς τις διατροφικές διαταραχές και στο κατά πόσο αυτά επηρεάζουν την κλινική πρακτική. Το συνολικό δείγμα αποτέλεσαν 154 γιατροί, προερχόμενοι από συγκεκριμένη περιοχή της Αγγλίας. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή δεδομένων ήταν ένα σύντομο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελούνταν από εννέα γενικές ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις πάνω στις διατροφικές διαταραχές και τη θεραπεία τους, δέκα δηλώσεις στις οποίες οι ερωτώμενοι απαντούσαν βάσει πενταβάθμιας κλίμακας Likert για να υποδηλώσουν τις στάσεις τους και, τέλος, τρία περιστατικά διατροφικών διαταραχών όπου οι γιατροί καλούνταν να δώσουν μια πιθανή διάγνωση και θεραπευτική οδό. Με βάση τα αποτελέσματα που προέκυψαν, φάνηκε πως οι γιατροί παρουσίαζαν ελλείψεις ως προς τις γνώσεις τους. Πιο συγκεκριμένα, ενώ ο μέγιστος αριθμός σωστών απαντήσεων ήταν οχτώ, το σκορ των συμμετεχόντων κυμαινόταν από δύο έως τρία. Ο «φόβος για την απόκτηση βάρους» ήταν το διαγνωστικό κριτήριο που εντοπίστηκε από την πλειοψηφία (75,9%) των γιατρών, από τους μισούς σχεδόν (53%) αναφέρθηκε ο χαμηλός Δείκτης Μάζας Σώματος κάτω των 16 kg/m², ενώ μόλις το 39,8% του δείγματος αναγνώρισε την αμηνόρροια για τουλάχιστον τρεις μήνες ως διαγνωστικό κριτήριο για τη ψυχογενή ανορεξία. Οι γιατροί δεν ερωτήθηκαν για τα αντίστοιχα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας και της επεισοδιακής υπερφαγίας στη μελέτη αυτή. Σχετικά με τις σωματικές επιπλοκές, το μεγαλύτερο ποσοστό γνώριζε για την οστεοπόρωση (96,4%) και τις καρδιακές αρρυθμίες (71,1%) ως συνέπειες της

ψυχογενούς ανορεξίας, αλλά μόνο λίγοι για τις νευρομυϊκές ανωμαλίες και τις εγκεφαλικές μεταβολές. Όταν ερωτήθηκαν για τη σωματική επίδραση που μπορεί να έχουν οι αυτοπροκαλούμενοι εμετοί και η κατάχρηση διουρητικών, το 97,6% απάντησε σωστά για την πιθανή πρόκληση υποκαλιαιμίας, υπονατριαιμίας και μεταβολικής αλκάλωσης και το 89,2% για την επιβάρυνση του οισοφάγου, ενώ οι περισσότεροι δεν ήξεραν για τη διόγκωση των παρωτιδικών αδένων και την καθυστερημένη γαστρική κένωση. Ακόμα, μια από τις ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνονταν ήταν ο αριθμός των περιστατικών ψυχογενούς ανορεξίας και ψυχογενούς βουλιμίας που αναμένεται πως θα έχει ένας γιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανάμεσα σε 2000 ασθενείς. Σύμφωνα με τις επιδημιολογικές μελέτες, μόνο το 28,9% των ερωτηθέντων απάντησε σωστά, με την πλειοψηφία να υπερεκτιμά τις περιπτώσεις ψυχογενούς ανορεξίας και να υποεκτιμά, αντίστοιχα, εκείνες με ψυχογενή βουλιμία. Το κομμάτι των ερωτήσεων σχετικά με τις γνώσεις έκλεισε με τη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών, όπου και οι περισσότεροι δήλωσαν τη σημασία του να βοηθούν τον κάθε πάσχοντα να συνειδητοποιήσει τη σοβαρότητα της κατάστασής του, καθώς και να πραγματοποιούν ένα επαναληπτικό ραντεβού με σκοπό να παρακολουθήσουν την εξέλιξη στα σημάδια και τα συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής. Ωστόσο, μόνο λίγοι από αυτούς θα ζητούσαν από τον ασθενή να χρησιμοποιήσει ημερολόγιο καταγραφής για τη διατροφή του και ακόμα λιγότεροι θα τον παρέπεμπαν σε εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας (37,3%). Σχετικά με τις στάσεις, οι γιατροί εξέφρασαν για τη ψυχογενή ανορεξία την άποψη πως αποτελεί μια χρόνια ασθένεια με κακή πρόγνωση όσον αφορά στη θεραπεία και φάνηκε να διατηρούν μια απαισιόδοξη άποψη για την επιτυχή ανάρρωση των πασχόντων. Συσχέτιση ανάμεσα στις γνώσεις και στις στάσεις δε βρέθηκε, κάτι το οποίο υποδηλώνει πως οι γνωστικές ελλείψεις δεν οδηγούν απαραίτητα σε αρνητικές στάσεις. Τέλος, φάνηκε πως οι γιατροί με τις περισσότερες γνώσεις καθώς και εκείνοι που θεωρούν ότι οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία έχουν μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης, έχουν αυξημένες πιθανότητες να προτείνουν ένα επαναληπτικό ραντεβού για παρακολούθηση (Currin, Waller, & Schmidt, 2009).

Επαγγελματίες υγείας ποικίλων ειδικοτήτων τόσο από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όσο και από τη δευτεροβάθμια, αλλά και από τον ιδιωτικό τομέα συμπεριλήφθηκαν στο ερευνητικό πρωτόκολλο των Reid et al. (2010). Σκοπός της ποιοτικής αυτής μελέτης ήταν η εξερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές και ο προσδιορισμός των υπηρεσιών που

παρέχονται στους πάσχοντες. Βάσει των αποτελεσμάτων, γνωστικές ελλείψεις και ανεπάρκειες στην εκπαίδευση αναφέρθηκαν και στους τρεις φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Η υποτυπώδης εκπαίδευση που μπορεί να είχαν κάποιοι προερχόταν από συνέδρια και σύντομες εκπαιδεύσεις, τα οποία όμως τους φάνηκαν ανεπαρκή και δεν τους έδωσαν τη δυνατότητα πρακτικής εφαρμογής. Η ανεπάρκεια αυτή στις γνώσεις, έκανε κάποιους από τους συμμετέχοντες να νοιώθουν μη ικανοί στο να βοηθήσουν ασθενείς με διατροφικές διαταραχές και τελικά να απογοητεύονται. Πολλοί ανέφεραν, επίσης, πως στις δομές που εργάζονται δεν υπάρχει εξειδικευμένος επαγγελματίας υγείας, ο οποίος να είναι σε θέση να διαμορφώσει μια θεραπευτική οδό και τόνισαν τη σημασία ύπαρξης κέντρων και δομών εστιασμένων αποκλειστικά στις διατροφικές διαταραχές που θα αφιερώνουν τον απαιτούμενο χρόνο και θα παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα στους ασθενείς. Η πλειοψηφία, ακόμα, αναγνώρισε πως οι διατροφικές διαταραχές πρέπει να αντιμετωπίζονται ολιστικά, σε ψυχολογικό, σωματικό και κοινωνικό επίπεδο, ενώ αναφορικά με τις αιτίες που τις προκαλούν εκείνες που περιεγράφηκαν σε μεγαλύτερη συχνότητα ήταν τα οικογενειακά προβλήματα, χαμηλή αυτοεκτίμηση καθώς και προβλήματα ελέγχου ή κακοποίηση. Τέλος, οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίστηκαν ως «δύσκολοι» και απαιτούν πολλοί χρόνο και προσπάθεια για να υπάρξει μια θετική έκβαση, κυρίως εξαιτίας της χαμηλής κινητοποίησης τους και της μη συμμόρφωσης στη θεραπεία (Reid, Williams, & Burr, 2010).

Σε μεταγενέστερη μελέτη των Linville et al. έγινε προσπάθεια ώστε να εντοπιστούν πιθανές ανάγκες των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την εκπαίδευση στις διατροφικές διαταραχές, καθώς και να γίνουν κατανοητές οι πρακτικές ανίχνευσης και παρέμβασης αν και εφόσον χρησιμοποιούνται. Οι συμμετέχοντες της μελέτης ήταν νοσηλευτές και γιατροί, όπως γενικοί και οικογενειακοί γιατροί, παιδίατροι, γυναικολόγοι και μαιευτήρες. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων στα πλαίσια ημιδομημένων συνεντεύξεων. Σύμφωνα με τα περιγραφικά αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων, το 78% των επαγγελματιών υγείας ανέφερε πως είχε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές κατά την κλινική πρακτική και δεν ένοιωθε σιγουριά για το πώς να τους αντιμετωπίσει. Μάλιστα το 92% του δείγματος πίστευε πως είχε παραβλέψει κάποιο περιστατικό διατροφικής διαταραχής, ενώ μόνο οι μισοί συμφώνησαν στο ότι πρέπει να γίνεται ανίχνευση σε όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από το πρόβλημα για το οποίο τους

έχουν επισκεφτεί. Όταν ερωτήθηκαν σχετικά με το τι πιστεύουν ότι χρειάζονται για την καλύτερη κατανόηση και διαχείριση των διατροφικών διαταραχών, η πλειοψηφία ανέφερε τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και την πρόσβαση σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας για παραπομπή των περιστατικών. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε πως οι επαγγελματίες υγείας με τις περισσότερες γνώσεις, δεξιότητες και εκπαίδευση ήταν περισσότερο πιθανό να συμφωνήσουν με διαδικασία διαλογής σε όλους τους ασθενείς, ενώ εκείνοι με τις λιγότερες γνώσεις, εκπαίδευση και δεξιότητες εμφάνιζαν αντίσταση. Όσον αφορά στους λόγους οι οποίοι αποτελούν εμπόδιο για την ανίχνευση των διατροφικών διαταραχών, οι πιο συχνά αναφερόμενοι ήταν η δυσκολίες στη διαχείριση και θεραπεία των ασθενών με διατροφικές διαταραχές, η έλλειψη διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών, η έλλειψη χρόνου, το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι τα άτομα με διατροφικές διαταραχές δεν μπορούν να βοηθηθούν πραγματικά και, τέλος, φαίνεται να νοιώθουν άβολα με ζητήματα βάρους και εικόνας σώματος. Όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι δήλωσαν την μεγάλη ανάγκη ύπαρξης εκπαιδευτικών προγραμμάτων για επαγγελματίες υγείας, συνεχιζόμενη εκπαίδευση και παροχή συμβουλευτικής σε θέματα διατροφικών διαταραχών. Επιπρόσθετα, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν τη χρησιμότητα ενός σύντομου εργαλείου διαλογής το οποίο θα μπορούν να χρησιμοποιούν κατά την κλινική τους πρακτική και εξέφρασαν, επίσης, την ανάγκη να κατανοήσουν το ρόλο που έχουν εκείνοι όσον αφορά τις διατροφικές διαταραχές στα πλαίσια μιας ευρύτερης διεπιστημονικής ομάδας. Τέλος, άλλοι παράγοντες που αναφέρθηκαν ήταν η έλλειψη κινητοποίησης από τους πάσχοντες και η άρνηση της οικογένειάς τους, οι συνεχείς υποτροπές των ασθενών και η έλλειψη δομών για παραπομπή από τους επαγγελματίες υγείας (Linville, Benton, O'Neil, & Sturm, 2010).

Η ίδια επιστημονική ομάδα δημοσίευσε δύο χρόνια αργότερα μια παρόμοια μελέτη που είχε ως αντικείμενο την αντιληπτή γνώση και τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, εστίαζε στις πρακτικές ανίχνευσης για τον εντοπισμό ατόμων με διατροφικές διαταραχές και στο πώς γίνεται η παρέμβαση όταν κάποιος από τους ασθενείς πάσχει όντως από κάποια διατροφική διαταραχή. Ένα κομμάτι της έρευνας αξιολογούσε, επίσης, τις ανάγκες των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευσή τους ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά τέτοιου είδους περιστατικά. Από τα αποτελέσματα προέκυψε πως οι μισοί συμμετέχοντες δεν ένιωθαν να έχουν τις

απαραίτητες δεξιότητες για να αντιδράσουν σε μια περίπτωση ασθενούς με διατροφική διαταραχή καθώς και τις κατάλληλες πηγές και εργαλεία που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν. Αναφορικά με τα εμπόδια ως προς την ανίχνευση, το συχνότερο ήταν πως οι ασθενείς αυτοί δεν απαντούν με ειλικρίνεια όταν ερωτώνται για τη διατροφή, τη φυσική δραστηριότητα και την εικόνα σώματος, πως η διατροφική διαταραχή δεν αποτελεί το λόγο παρουσίας των ασθενών, οπότε δε σκέφτονται να μουν στη διαδικασία ανίχνευσης και πως όταν το βάρος φαίνεται φυσιολογικό δε σκέφτονται την ύπαρξη διαταραχής. Άλλοι λόγοι που αναφέρθηκαν ήταν, επίσης, το γεγονός ότι οι ασθενείς δεν παραδέχονται την ύπαρξη της διατροφικής διαταραχής και πως οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες για την ανίχνευση. Σχετικά με τις υπηρεσίες που προσφέρονται στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, η πλειοψηφία απάντησε πως γίνεται αναφορά σε εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας και αμέσως μετά πως προσπαθούν να ρυθμίσουν ιατρικά τα οργανικά συμπτώματα. Οι μισοί από αυτούς, ακόμα, ανέφεραν πως παρέχουν γενικές πληροφορίες για τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα, ενώ λιγότερες απαντήσεις συγκέντρωσαν η εκπαίδευση των ασθενών για τις ψυχικές και σωματικές επιπτώσεις της διατροφικής διαταραχής, η ενημέρωση της οικογένειας, η παραπομπή σε κάποια ομάδα υποστήριξης της περιοχής και η παροχή φαρμακευτικής αγωγής. Οι κυριότερες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας στις οποίες γίνεται παραπομπή, φαίνεται να είναι, με σειρά προτίμησης, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, κάποιο πρόγραμμα σχετικό με διατροφικές διαταραχές, διαιτολόγος και ψυχίατρος. Στο σύνολο του δείγματος, το 70% περίπου δήλωσε απροθυμία στο να ασχοληθεί με τη θεραπεία των ασθενών που παρουσιάζουν κάποιας μορφής διατροφική διαταραχή και ανάμεσα στους λόγους με τους οποίους το αιτιολόγησαν ήταν πως είναι ιδιαίτερα χρονοβόρο, πως δεν είναι το βασικό πρόβλημα για το οποίο απευθύνεται σε αυτούς ο ασθενής και πως δε γνωρίζουν τι ερωτήσεις θα μπορούσαν να κάνουν. Τέλος, σε ομοφωνία με τις προαναφερθείσες μελέτες, εκφράστηκε η ανάγκη για συνεχιζόμενη εκπαίδευση από το 54% των συμμετεχόντων και από το 51%, αντίστοιχα, η ανάγκη για προσβασιμότητα σε εξειδικευμένους επαγγελματίες όπου θα μπορούσαν να παραπέμψουν τους ασθενείς (Linville, Brown, & O'Neil, 2012).

Η επόμενη μελέτη πραγματοποιήθηκε από τους Jones et al. και εστίασε στις γνώσεις και τις στάσεις των ψυχιάτρων αναφορικά με τις διατροφικές διαταραχές, τις οποίες αξιολόγησε με τη βοήθεια ενός σύντομου ερωτηματολογίου. Ο μέσος όρος του σκορ

που προέκυψε από τις απαντήσεις των ψυχιάτρων ήταν 15,8 με ανώτερο το 25. Από τις πιθανές σωματικές επιπτώσεις, το 96,7% του δείγματος αναγνώρισε τις ηλεκτρολυτικές ανωμαλίες, το 85% περίπου την αναιμία και την οστεοπόρωση συγκεκριμένα για τη ψυχογενή ανορεξία και ένα αρκετό μεγάλο ποσοστό (77%) τη βραδυκαρδία και την υπογλυκαιμία. Ωστόσο, λιγότεροι από τους μισούς γνώριζαν για τη μυοπάθεια και το οίδημα, ενώ ελάχιστοι ήξεραν για την ολιγομηνόρροια. Αναφορικά με τα διαγνωστικά κριτήρια, εκείνα που επιλέχθηκαν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους συμμετέχοντες ήταν ο φόβος για την αύξηση βάρους στην περίπτωση της ψυχογενούς ανορεξίας, καθώς και τα επαναλαμβανόμενα υπερφαγικά επεισόδια για τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα μέσα σε ένα τρίμηνο στην περίπτωση της ψυχογενούς βουλιμίας. Ακόμα, λιγότεροι από τους μισούς ανέφεραν την αμηνόρροια στην ψυχογενή ανορεξία και την υπερβολική ενασχόληση με το βάρος και το σχήμα του σώματος στη ψυχογενή βουλιμία. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα σχετικά με τις στάσεις των ψυχιάτρων, όπου ενώ η πλειοψηφία (60,5%) δήλωσε αυτοπεποίθηση ως προς τη διάγνωση των ατόμων με διατροφικές διαταραχές, μόνο το 14,9% ανέφερε πώς θα ήταν σε θέση να βοηθήσει θεραπευτικά έναν τέτοιο ασθενή. Η ανεπαρκής εκπαίδευση φάνηκε να κατέχει κυρίαρχο ρόλο στη χαμηλή αυτοπεποίθηση για το 25,4% του δείγματος. Από την άλλη μεριά, οι στάσεις των ψυχιάτρων έδειξαν πως περίπου οι μισοί από αυτούς θεωρούσαν τόσο τη ψυχογενή ανορεξία όσο και τη ψυχογενή βουλιμία ως πολιτισμικά καθορισμένα από το ρόλο που διαδραματίζει η γυναίκα στην κοινωνία, ενώ η πλειοψηφία χαρακτήρισε και τις δύο αυτές διατροφικές διαταραχές ως νευρωτικές ψυχικές διαταραχές. Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι διαφώνησαν με απόψεις όπως ότι οι διατροφικές διαταραχές δεν μπορούν να θεραπευτούν ή ότι πρόκειται για μη φυσιολογικές συμπεριφορές που σχετίζονται με έναν αδύναμο και χειριστικό χαρακτήρα (Jones, Saeidi, & Morgan, 2013).

Αρκετά πρόσφατα δημοσιεύτηκε μελέτη από τους Seah et al. (2017), οι οποίοι ασχολήθηκαν με τις γνώσεις, τις στάσεις και τις πρακτικές συγκεκριμένα των νοσηλευτών ως προς τις διατροφικές διαταραχές και χρησιμοποίησαν τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά εργαλεία. Συμπερασματικά, φάνηκε πως οι νοσηλευτές ενώ είχαν υψηλή αντιληπτή γνώση, η πραγματική τους γνώση όσον αφορά στα διαγνωστικά κριτήρια και τη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών ήταν μέτρια. Επιπλέον, η πλειοψηφία εξέφρασε λιγότερο θετικές στάσεις, δηλώνοντας αισθήματα δυσαρέσκειας και πνευματική υπερφόρτωση προερχόμενα κυρίως από τη δυσκολία συμμόρφωσης

των ασθενών στη θεραπεία, από τη μικρή πιθανότητα ανάρρωσης και από τις αυξημένες υποτροπές που παρουσιάζουν. Οι συμμετέχοντες, επίσης, χαρακτήρισαν τους πάσχοντες ως χειριστικούς και δόλιους. Τέλος, οι αναλύσεις έδειξαν θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και τα χρόνια εμπειρίας των νοσηλευτών με τις αντιληπτές γνώσεις και αναφέρθηκε από τους περισσότερους νοσηλευτές η ανάγκη για εξειδικευμένη εκπαίδευση στην αναγνώριση και διαχείριση των ατόμων που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές (Seah, Tham, Kamaruzaman, & Yobas, 2018).

Εστιασμένη στις γνώσεις και στις πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας πάνω στη ψυχογενή βουλιμία είναι η μελέτη των Hay et al. (2007), στα πλαίσια της οποίας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο βασισμένο σε ένα υποτιθέμενο περιστατικό μιας γυναίκας με ψυχογενή βουλιμία. Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας είτε αναγνώρισαν το πρόβλημα της ψυχογενούς βουλιμίας, είτε ανέφεραν την ύπαρξη κάποιας διατροφικής διαταραχής. Συγκεκριμένα το 49% των διαιτολόγων, το 35% των συμβούλων ψυχικής υγείας και το 52% των ψυχολόγων έκαναν ακριβή διάγνωση του προβλήματος, ενώ μόνο ένας από τους συμμετέχοντες ανέφερε πως δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα. Αναφορικά με τη θεραπεία, παρά το γεγονός ότι η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία και τα αντικαταθλιπτικά προτάθηκαν από πολλούς, μεγάλη υποστήριξη είχαν και πιο ασαφής επιλογές όπως είναι η συζήτηση, η θεραπεία χαλάρωσης και η ψυχοθεραπεία χωρίς περεταίρω προσδιορισμό. Μια άλλη ερώτηση έδειξε πως οι σύμβουλοι ψυχικής υγείας είναι λιγότερο πιθανό να θεωρούν τους ψυχολόγους χρήσιμους, ενώ οι διαιτολόγοι φάνηκε πως είναι περισσότερο πιθανό να θεωρούν τα βότανα και τα διαφημιστικά προγράμματα απώλειας βάρους ως επιβλαβή και πως είναι λιγότερο πιθανό να θεωρούν ωφέλιμους τους εναλλακτικούς θεραπευτές στην περίπτωση των διατροφικών διαταραχών. Ακόμα, οι ψυχολόγοι ήταν λιγότερο πιθανό, συγκριτικά με τις υπόλοιπες ειδικότητες, να θεωρούν την απλή συζήτηση ως θεραπευτικό μέσο και δεν υποστήριζαν την ιδέα του να δίνεται βαρύτητα στο να γίνουν οι ασθενείς «αδύνατοι και αθλητικοί». Ένα ακόμα εύρημα ήταν η αντίληψη πως η έκβαση της διατροφικής διαταραχής δεν προβλέπεται θετική χωρίς τη βοήθεια εξειδικευμένου επαγγελματία υγείας, ενώ οι σύμβουλοι ψυχικής υγείας φάνηκαν πιο θετικοί ως προς την έκβαση της θεραπείας. Η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας έδειξε, επιπλέον, ενσυναίσθηση απέναντι στα άτομα με διατροφικές διαταραχές και δεν εμφανίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις επιμέρους ειδικότητες. Τέλος, ένα θέμα το οποίο αναδύθηκε ήταν η ανάγκη για διεπιστημονική προσέγγιση

των πασχόντων καθώς και για ενίσχυση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας, ενώ εκφράστηκε η άποψη πως προτεραιότητα θα πρέπει να δίνεται εξίσου και στη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή, παράλληλα με την ειδικότητα του επαγγελματία υγείας που θα ασχοληθεί με τη θεραπεία (Hay, Darby, & Mond, 2007).

Αναφορικά με τις γνώσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας ως προς την επεισοδιακή υπερφαγία, η Reas (2017) πραγματοποίησε ανασκόπηση συγκεντρώνοντας όλες τις μελέτες που περιγράφονται στη βιβλιογραφία. Όσον αφορά στη θεραπεία της επεισοδιακής υπερφαγίας, τα αποτελέσματα ανέδειξαν διαφορές ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας της Αυστραλίας και των Ηνωμένων Πολιτειών. Πιο συγκεκριμένα, στην Αυστραλία, το 87% του δείγματος πρότεινε την Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία ως ψυχοθεραπευτική μέθοδο, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες αυτό αναφέρθηκε από τους μισούς μόνο γιατρούς. Επιπρόσθετα, το 59% των επαγγελματιών υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες δήλωσε πως «πάντα» ή «συχνά» παραπέμπει τους ασθενείς με υποψία επεισοδιακής υπερφαγίας σε κάποιο διαιτολόγο ή προτείνει αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, ενώ μόλις το ένα τρίτο αυτών έκανε λόγο για παροχή πιο εξειδικευμένης ψυχοθεραπείας. Γενικά, από το σύνολο των μελετών, φάνηκε πως η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας δεν μπορεί να αναγνωρίσει τα σημάδια της επεισοδιακής υπερφαγίας ακόμα και με την ύπαρξη παχυσαρκίας και υστερεί στις γνώσεις των σωματικών συμπτωμάτων της διατροφικής αυτής διαταραχής όταν συνυπάρχει η παχυσαρκία. Η ανασκόπηση καταλήγει στο συμπέρασμα πως πρέπει να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν μεθοδολογικά πιο άρτιες μελέτες γύρω από την επεισοδιακή υπερφαγία, καθώς σε αυτές το ποσοστό απόκρισης ήταν χαμηλό καθώς και να δοθεί βαρύτητα όχι μόνο στις γνώσεις, αλλά και στις στάσεις (D. Reas, 2017).

Περισσότερο εστιασμένη στις στάσεις των γενικών γιατρών απέναντι στην παραπομπή των ασθενών με υποψία διατροφικής διαταραχής σε εξειδικευμένες δομές και επαγγελματίες, είναι η μελέτη που πραγματοποίησαν οι Green et al.. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν παράδειγμα ασθενούς με διατροφική διαταραχή και πάνω σε αυτό ανέπτυξαν ένα ερωτηματολόγιο βασισμένο στη Θεωρία της Προσχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Οι απαντήσεις του δείγματος, που προερχόταν από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δεν έδειξαν συσχέτιση ανάμεσα στο βάρος του ασθενούς και την απόφαση για παραπομπή. Σχετικά με το κατά πόσο χρήσιμο και κατάλληλο θα ήταν να

γίνεται παραπομπή, οι συμμετέχοντες εξέφρασαν περισσότερο θετικές στάσεις. Αντίθετα, οι στάσεις τους για το κατά πόσο οι ίδιοι θα ένοιωθαν ικανοποίηση, ευχαρίστηση και ανακούφιση στην περίπτωση παραπομπής ενός ασθενούς με διατροφική διαταραχή, ήταν λιγότερο θετικές, με μια διαφορά ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες, όπου οι στάσεις των γυναικών φάνηκαν περισσότερο θετικές. Ακόμα, οι πεποιθήσεις των γενικών γιατρών, καθώς και η αίσθηση ελέγχου και δεξιοτήτων αναφορικά με τη διαδικασία της παραπομπής δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη πρόθεσή τους για παραπομπή. Τέλος, συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στην πρόθεση για παραπομπή και στις υποκειμενικές νόρμες καθώς και στις στάσεις που αφορούσαν στο πόσο χρήσιμη και κατάλληλη είναι η παραπομπή των ασθενών με διατροφικές διαταραχές σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας (Green et al., 2008).

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Οι συνεχώς αυξανόμενες επιδημιολογικά διατροφικές διαταραχές είναι ψυχικές νόσοι πολυπαραγοντικής αιτιολογίας και σε καμία περίπτωση δεν αποτελούν εκούσια επιλογή του ατόμου. Είναι ιδιαίτερα σοβαρές παθήσεις καθώς προκαλούν επιπτώσεις σχεδόν σε όλα τα οργανικά συστήματα, ενώ επιφέρουν δυσλειτουργίες στη συναισθηματική, γνωστική και κοινωνική υπόσταση του ατόμου. Παρόλο που οι διατροφικές διαταραχές, και κυρίως η ψυχογενής ανορεξία, έχουν τα υψηλότερα ποσοστά θνητότητας συγκρινόμενες με τις υπόλοιπες ψυχικές παθήσεις, είναι θεραπεύσιμες. Για το λόγο αυτό έχουν πραγματοποιηθεί πολυάριθμες έρευνες με σκοπό να προσδιοριστούν αποτελεσματικές θεραπευτικές μέθοδοι για κάθε είδος διατροφικής διαταραχής. Ωστόσο, οι πάσχοντες τείνουν να μην αναζητούν οι ίδιοι κατάλληλη βοήθεια και συχνά αποκρύπτουν ή αγνοούν το πρόβλημά τους. Χαρακτηριστικό αποτελεί, όμως, το γεγονός πως ενώ οι ίδιοι δε συμβουλευονται εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, απευθύνονται πιο συχνά από το γενικό πληθυσμό σε επαγγελματίες υγείας για σωματικά συμπτώματα που πολλές φορές είναι απόρροια της διατροφικής διαταραχής (π.χ. γαστρεντερολογικά, γυναικολογικά, προβλήματα βάρους κ.α.). Αυτό καθιστά ιδιαίτερα σημαντικό το ρόλο των επαγγελματιών υγείας ως προς την ανίχνευση αυτών των ασθενών και την μετέπειτα θεραπευτική τους καθοδήγηση. Παρά την καταλληλότητα της θέσης τους και την ύπαρξη εξειδικευμένων κατευθυντήριων οδηγιών, έχει φανεί βιβλιογραφικά πως οι επαγγελματίες υγείας συχνά αποτυγχάνουν στο να αναγνωρίσουν την ύπαρξη της

διατροφικής διαταραχής στους ασθενείς τους και κατ' επέκταση να παραπέμψουν για την παροχή θεραπείας. Στην προσπάθεια να αντιμετωπιστεί αυτό το πρόβλημα, είναι σημαντικό να εντοπιστούν όλοι εκείνοι οι παράγοντες που συντελούν, συμπεριλαμβανομένων των γνώσεων, των στάσεων και των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας, αλλά και των περιβαλλοντικών εκείνων παραγόντων που μπορεί να αποτελούν εμπόδιο κατά την πρακτική τους.

Στην Ελλάδα το ζήτημα των διατροφικών διαταραχών σε επίπεδο δημόσιας υγείας τέθηκε στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές που δημοσιεύτηκε το 2008. Σύμφωνα με αυτό, προβλεπόταν η απαραίτητη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας πάνω στην ανίχνευση των ασθενών με διατροφικές διαταραχές συμπεριλαμβάνοντας τη χρήση εργαλείων διαλογής καθώς και στην αποτελεσματική θεραπεία τους στα πλαίσια μιας διεπιστημονικής συνεργασίας. Δεδομένης της απουσίας αντίστοιχης μελέτης στην Ελλάδα, σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι ο προσδιορισμός των γνώσεων, των στάσεων και των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναφορικά με τους ασθενείς που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές καθώς και των πρακτικών τους σχετικά με την ανίχνευση και την παραπομπή των πασχόντων. Επιπλέον, αξιολογήθηκε η αυτοαποτελεσματικότητα και η πρόθεση των επαγγελματιών υγείας ως προς την παροχή βοήθειας σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, οι πρακτικές ανίχνευσης και παραπομπής καθώς και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν

Μια τέτοια μελέτη είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι είναι απαραίτητο πρωτίστως να αποτυπωθεί το πρόβλημα και να προσδιοριστούν όλοι εκείνοι οι παράγοντες και οι ελλείψεις που συμβάλλουν, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπιστεί κατάλληλα.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι τα εξής:

1. Ποιες είναι οι γνώσεις, οι στάσεις, οι δεξιότητες, η αυτοαποτελεσματικότητα, η πρόθεση, οι πρακτικές, τα εμπόδια και οι πηγές που χρειάζονται οι επαγγελματίες υγείας για την ανίχνευση και την παροχή βοήθειας σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές που συναντούν κατά την πρακτική τους;
2. Ποια είναι η σχέση ανάμεσα στο αντιληπτό επίπεδο γνώσεων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την επαγγελματική εμπειρία των γιατρών;
3. Ποια είναι η σχέση ανάμεσα στις δεξιότητες των γιατρών ως προς την ανίχνευση και την παροχή βοήθειας σε ασθενείς που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στην επαγγελματική εμπειρία και στο αντιληπτό επίπεδο γνώσεων;
4. Ποια είναι η σχέση ανάμεσα στις στάσεις των γιατρών απέναντι στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στην επαγγελματική εμπειρία, στο αντιληπτό επίπεδο γνώσεων και στις δεξιότητες;
5. Ποια είναι η σχέση ανάμεσα στην αυτοαποτελεσματικότητα που νοιώθουν οι γιατροί στα να ανιχνεύσουν και να βοηθήσουν τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στην επαγγελματική εμπειρία, στο αντιληπτό επίπεδο γνώσεων στις δεξιότητες και στις στάσεις;
6. Ποια είναι η σχέση ανάμεσα στην πρόθεση των γιατρών να βοηθήσουν τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, στην επαγγελματική εμπειρία, στο αντιληπτό επίπεδο γνώσεων στις δεξιότητες, στις στάσεις και στην αυτοαποτελεσματικότητα;
7. Πώς σχετίζεται το αν χρησιμοποιούν οι γιατροί εργαλείο διαλογής και αν παραπέμπουν τους ασθενείς σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την επαγγελματική εμπειρία, το αντιληπτό επίπεδο γνώσεων, τις δεξιότητες, τις στάσεις, την αυτοαποτελεσματικότητα και την πρόθεση;

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα είναι μια συγχρονική μελέτη το δείγμα της οποίας αποτελούν 70 εν ενεργεία γιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τόσο από τον ιδιωτικό όσο και από το δημόσιο τομέα στην Περιφερειακή Ενότητα του Δυτικού Τομέα Αθηνών με τη χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Οι ειδικότητες που συμμετείχαν ήταν παθολόγοι, ενδοκρινολόγοι, καρδιολόγοι, ορθοπαιδικοί, γαστρεντερολόγοι, διαβητολόγοι και γυναικολόγοι. Η προσέγγιση του δείγματος έγινε από τον Σεπτέμβριο του 2018 έως και τον Οκτώβριο του 2018 και η συλλογή των δεδομένων από το Νοέμβριο του 2018 έως και το Φλεβάρη του 2019. Η συμμετοχή των γιατρών ήταν εθελοντική και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε μετά από λεπτομερή ενημέρωση για τη φύση της έρευνας και κατόπιν της συγκατάθεσής τους.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Τα κριτήρια επιλογής τους δείγματος ήταν τα εξής:

- ✓ Να είναι εν ενεργεία γιατροί
- ✓ Να εργάζονται σε κάποια δομή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή στον ιδιωτικό τομέα
- ✓ Η ειδικότητα να είναι παθολόγος, ενδοκρινολόγος, καρδιολόγος, ορθοπαιδικός, γαστρεντερολόγος, διαβητολόγος και γυναικολόγος

Η επιλογή των παραπάνω ειδικοτήτων έγινε καθώς τα άτομα με διατροφικές διαταραχές επισκέπτονται συνήθως πρώτα κάποιο γιατρό για την αντιμετώπιση των σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν απόρροια της διατροφικής τους διαταραχής και τα πιο συνήθη συμπτώματα, λοιπόν, σχετίζονται με τις προαναφερθείσες ειδικότητες.

ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ευκολίας και χιονοστιβάδας. Αναφορικά με το δημόσιο τομέα, αρχικά πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία με τους διευθυντές τριών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τους οποίους υπήρχε πρότερη γνωριμία. Και οι τρεις δέχτηκαν να ενημερωθούν περεταίρω για το σκοπό της έρευνας και μετά από έγκριση του πρωτοκόλλου της διπλωματικής, πραγματοποιήθηκε η διανομή των ερωτηματολογίων

στους γιατρούς της κάθε μονάδας. Από εκεί συγκεντρώθηκαν συνολικά 29 ερωτηματολόγια. Σχετικά με τον ιδιωτικό τομέα, υπήρξε τηλεφωνική επικοινωνία με γιατρούς όπου υπήρχε πρότερη γνωριμία και εφόσον δέχτηκαν να συμμετάσχουν, ορίστηκε ραντεβού για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Οι γιατροί αυτοί, μετέπειτα, ανέλαβαν να μοιράσουν τα ερωτηματολόγια σε άλλους γιατρούς και τελικά με τον τρόπο αυτό συγκεντρώθηκαν 41 ερωτηματολόγια.

ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο παραχωρήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης από την Rachel S. Brownlow (Brownlow et al., 2015). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο επιλέχθηκε, καθώς ήταν από τα ελάχιστα που περιλάμβαναν όλες τις μεταβλητές που θέλαμε να μετρήσουμε και μας δόθηκε η έγκριση χρήσης άμεσα από τη συγγραφέα. Οι κατηγορίες των ερωτήσεων φαίνονται παρακάτω και ολόκληρο το ερωτηματολόγιο αναφέρεται στα Παραρτήματα. Οι απαντήσεις ήταν είτε ΝΑΙ/ΟΧΙ, είτε πολλαπλής επιλογής, είτε πενταβάθμια κλίμακα Likert.

- ✓ Δημογραφικά χαρακτηριστικά
- ✓ Επαγγελματική εμπειρία
- ✓ Πρακτικές
- ✓ Εμπόδια αναγνώρισης ασθενών με διατροφικές διαταραχές
- ✓ Εμπόδια χρήσης εργαλείων διαλογής
- ✓ Αντιληπτό επίπεδο γνώσεων
- ✓ Δεξιότητες
- ✓ Στάσεις
- ✓ Αυτοαποτελεσματικότητα
- ✓ Προθυμία
- ✓ Πηγες

Το ερωτηματολόγιο παραλήφθηκε στα αγγλικά και πραγματοποιήθηκε πολιτισμική προσαρμογή. Αρχικά μεταφράσεις έγιναν από ένα επαγγελματία υγείας με καλή γνώση αγγλικών, από έναν επαγγελματία υγείας με μητρική γλώσσα τα αγγλικά και από ένα άτομο το οποίο δε σχετίζεται με το χώρο της υγείας, αλλά έχει άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας. Σε δεύτερο στάδιο έγινε σύγκριση και σύνθεση των τριών αυτών

μεταφράσεων και αποδόθηκε η καλύτερη δυνατή μετάφραση για κάθε ερώτηση. Τέλος, προκειμένου να επιβεβαιωθεί πως δεν έχει αλλοιωθεί το νόημα καμίας από τις συμπεριλαμβανόμενες ερωτήσεις, πραγματοποιήθηκε μια τελευταία μετάφραση από τα ελληνικά στα αγγλικά από τον επαγγελματία υγείας που η μητρική του γλώσσα είναι τα αγγλικά. Σε τρίτη φάση και προκειμένου να διαπιστωθεί αν το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου είναι απολύτως κατανοητό από τον πληθυσμό στόχο, το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε πιλοτικά σε 5 γιατρούς, οι οποίοι το συμπλήρωσαν και σχολίασαν τα σημεία στα οποία τους δυσκόλεψε η διατύπωση ή υπήρχαν ασάφειες, ενώ έκαναν σχόλια για πιθανές βελτιώσεις. Όλα αυτά τα σχόλια ενσωματώθηκαν στο ερωτηματολόγιο και δημιουργήθηκε η τελική του μορφή, η οποία ελέγχθηκε περαιτέρω για τυχόν λάθη. Με σκοπό να αξιολογηθεί η εγκυρότητα όψης του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκε ένα focus group με επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων. Κατά τη διάρκεια του focus group διαβάστηκαν οι ερωτήσεις κάθε μια ξεχωριστά και έγινε ταυτοποίηση του αντιληπτού νοήματος μεταξύ των συμμετεχόντων. Τέλος, προκειμένου να αξιολογηθεί η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής προσδιορίστηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha. Για τα στοιχεία που αφορούν τις γνώσεις για τις διατροφικές διαταραχές ήταν 0,85, για τα στοιχεία που αφορούν τις δεξιότητες ήταν 0,91, για τα στοιχεία που αφορούν τις στάσεις ήταν 0,573, για τα στοιχεία που αφορούν την αυτοαποτελεσματικότητα 0,971 και για τα στοιχεία που αφορούν την προθυμία ήταν 0,965. Οι τιμές αυτές δηλώνουν εξαιρετική εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου με εξαίρεση την κλίμακα για τις στάσεις.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Για τις ανάγκες της στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το πακέτο εργασίας του SPSS, PASW Statistics 18. Κατά την περιγραφική παρουσίαση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν οι σχετικές συχνότητες για τις ποιοτικές μεταβλητές και οι μέσες τιμές για τις ποσοτικές μεταβλητές. Προκειμένου να καταστεί πιο εύκολη η ερμηνεία των αποτελεσμάτων στις διμεταβλητές αναλύσεις, η πενταβάθμια κλίμακα Likert μετατράπηκε σε τριβάθμια. Επίσης, στις γνώσεις, στις στάσεις, στις δεξιότητες, στην αυτοαποτελεσματικότητα και στην πρόθεση υπολογίστηκε και το συνολικό score. Στις διμεταβλητές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος χ^2 for trend όπου υπήρχε τακτική μεταβλητή, χ^2 στις περιπτώσεις ονομαστικών μεταβλητών και όπου δεν πληρούνταν οι απαραίτητες προϋποθέσεις, Fisher's exact test. Για τον έλεγχο της σχέσης ανάμεσα στο score των γνώσεων, των στάσεων, των δεξιοτήτων, της

αυτοαποτελεσματικότητας και της πρόθεσης και των διάφορων κατηγορικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκαν τα μη παραμετρικά στατιστικά τεστ Mann-Whitney και Kruskal Wallis. Ακόμα, για τη συσχέτιση των score μεταξύ τους πραγματοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο του Spearman. Για περαιτέρω διερεύνηση, διενεργήθηκαν, ακόμα, γραμμικές πολλαπλές παλινδρομήσεις. Όλες οι ποσοτικές μεταβλητές ελέγχθηκαν ως προς την κανονικότητά τους με το κριτήριο Kolmogorov - Smirnov, και εκείνες που δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή λογαριθμίστηκαν. Ακόμα ελέγχθηκε η ομοσκεδαστικότητα μέσω του Levene's test, ενώ δεν προστέθηκαν μεταβλητές που ήταν ισχυρά συσχετισμένες με κάποιες άλλες. Προκειμένου να επιλεγεί το καλύτερο δυνατό μοντέλο, προστίθονταν αρχικά όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές και αφαιρούνταν σταδιακά εκείνες που δεν εμφάνιζαν στατιστικά σημαντική σχέση με την εξαρτημένη μεταβλητή, μέχρις ότου να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή προβλεπτική ισχύς (F). Για όλες τις στατιστικές αναλύσεις το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ήταν $p < 0,05$.

ΚΩΔΙΚΑΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Η παρούσα ερευνητική μελέτη έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Ερευνών του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Μετέπειτα, κατά τη συγκέντρωση των δεδομένων, η ερευνήτρια ενημέρωσε όλους τους συμμετέχοντες για τη φύση και το σκοπό της μελέτης. Επιπλέον, τους διαβεβαίωσε ότι τα ερωτηματολόγια θα διατηρηθούν σε ασφαλές περιβάλλον, θα κωδικοποιηθούν και θα επεξεργαστούν από την ίδια την ερευνήτρια, ενώ όλες οι πληροφορίες που συλλέγονται θα παραμείνουν εμπιστευτικές. Τέλος, δόθηκε η δυνατότητα σε όποιον συμμετέχοντα επιθυμούσε να του γνωστοποιηθούν τα αποτελέσματα της μελέτης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Το δείγμα αποτελείται από 70 γιατρούς που εργάζονται είτε στον ιδιωτικά τομέα, είτε στο δημόσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος συνοψίζονται παρακάτω, στον **Πίνακα 2**.

Πίνακας 2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης

		N (%)	Mean (Std. Deviation)
Φύλο	Άνδρας	38 (54,3)	
	Γυναίκα	32 (45,7)	
Ηλικία			49,43 (9,48007)
Ειδικότητα	Παθολόγος	24 (34,3)	
	Ενδοκρινολόγος	13 (18,6)	
	Καρδιολόγος	12 (17,1)	
	Ορθοπαιδικός	6 (8,6)	
	Γαστρεντερολόγος	6 (8,6)	
	Διαβητολόγος	3 (4,3)	
	Γυναικολόγος	6 (8,6)	
	Ιδιωτικός	41 (58,6)	
Τομέας Εργασίας	Πρωτοβάθμια	29 (41,4)	
	Ναι	12 (17,1)	
Έχετε ψυχολόγους ή συμβούλους που να εργάζονται στην εργασία σας;	Όχι	58 (82,9)	

Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των συμμετεχόντων, το 54,3% αποτελούν οι άντρες και το 45,7% οι γυναίκες, με συνολικό μέσο όρο ηλικίας τα 49,43 έτη. Οι περισσότεροι από τους γιατρούς που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη είναι παθολόγοι με ποσοστό 34,3%. Το αμέσως επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό έχουν οι ενδοκρινολόγοι με 18,6%, ακολουθούν οι καρδιολόγοι με 17,1%, έπειτα οι ορθοπαιδικοί, οι γαστρεντερολόγοι και οι γυναικολόγοι με 8,6% έκαστος και, τέλος, οι διαβητολόγοι με 4,3%. Αναφορικά με τον τομέα εργασίας, η πλειοψηφία των γιατρών εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα (58,6%), ενώ στον δημόσιο τομέα το 41,4% του δείγματος. Τέλος, ψυχολόγους ή συμβούλους ψυχικής υγείας ανέφερε πως έχει στον εργασιακό του χώρο μόλις το 17,1% των γιατρών. Μέσω της ανάλυσης χ^2 φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον τομέα εργασίας και στην ύπαρξη ψυχολόγων ή συμβούλων ψυχικής υγείας ($p=0,002$), με το 34,5% των γιατρών που εργάζονται σε κάποιο δημόσιο φορέα

της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να απαντάει θετικά ως προς την ύπαρξη ψυχολόγου ή συμβούλου ψυχικής υγείας, έναντι του 4,9% των ιδιωτικών γιατρών.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Πίνακας 3. Επαγγελματική εμπειρία αναφορικά με τις διατροφικές διαταραχές

		N	%
Έχετε παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα/σεμινάριο για προς διατροφικές διαταραχές;	Ναι	21,4%	
	Όχι	78,6%	
Ποιους από τους τρεις τύπους διατροφικών διαταραχών έχετε συναντήσει κατά την εργασίας;	<i>Ψυχογενής Ανορεξία</i>	Ναι	72,9%
		Όχι	27,1%
	<i>Ψυχογενής βουλιμία</i>	Ναι	45,7%
		Όχι	54,3%
	<i>Επεισοδιακή υπερφαγία</i>	Ναι	52,9%
		Όχι	47,1%
		1-5	68,1%
		6-10	18,8%
Εάν έχετε συναντήσει, πόσες περιπτώσεις περίπου έχετε δει τον τελευταίο χρόνο;		11-15	8,7%
		16-20	1,4%
		>20	2,9%
Πόσο συχνά παρουσιάζονται σε εσάς ασθενείς με διατροφικές διαταραχές προς οποίους δεν μπορείτε να βοηθήσετε ως προς τη θεραπεία;	Ποτέ	8,6%	
	Σπάνια	47,1%	
	Κάποιες φορές	30,0%	
	Συχνά	12,9%	
	Πάντα	1,4%	
Πιστεύετε ότι κάποιος ασθενής έπασχε από σοβαρή διατροφική διαταραχή, αλλά εσείς είχατε αγνοήσει τα σημάδια;	Ναι	47,1%	
	Όχι	52,9%	

Στον **Πίνακα 3** αναφέρονται συνοπτικά οι απαντήσεις των γιατρών σχετικά με την επαγγελματική τους εμπειρία πάνω στις διατροφικές διαταραχές. Χαρακτηριστικά, φάνηκε πως μόνο το 21,4% του δείγματος έχει παρακολουθήσει στο παρελθόν κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για διατροφικές διαταραχές, ενώ δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση αυτού με το φύλο ($p=0.933$), την ηλικία ($p=0,845$), την ειδικότητα

($p=0,944$), τον τομέα εργασίας ($p=0,899$) και την ύπαρξη ψυχολόγων στην εργασία($p=0,439$). Όσον αφορά στα είδη των διατροφικών διαταραχών που έχουν συναντήσει οι γιατροί κατά την πρακτική τους, η ψυχογενής ανορεξία είναι η πιο συχνά αναφερόμενη με ποσοστό 72,9% και έπειτα ακολουθούν η επεισοδιακή υπερφαγία και η ψυχογενής βουλιμία με ποσοστά 52,9% και 45,7%, αντίστοιχα. Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 4** υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον τομέα εργασίας και στο αν οι γιατροί έχουν συναντήσει κατά την πρακτική τους ασθενείς με επεισοδιακή υπερφαγία ($p=0,006$). Συγκεκριμένα, οι γιατροί του δημόσιου τομέα στο δείγμα μας είναι πιο πιθανό να δηλώνουν πως έχουν συναντήσει ασθενή με επεισοδιακή υπερφαγία, συγκριτικά με τους ιδιωτικούς γιατρούς.

Πίνακας 4. Στατιστικός έλεγχος χ^2 ανάμεσα στον τομέα εργασίας και τους τύπους διατροφικών διαταραχών που έχουν συναντήσει οι γιατροί.

	Τομέας Εργασίας		Chi-square p-value
	Ιδιωτικός	Δημόσιος	
Επεισοδιακή υπερφαγία	39,0%	72,4%	0,006
Ψυχογενής ανορεξία	73,2%	72,4%	0,944
Ψυχογενής βουλιμία	48,8%	41,4%	0,540

Από τους γιατρούς εκείνους που έχουν συναντήσει ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, οι περισσότεροι (68,1%) ανέφεραν πως έχουν δει περίπου 1-5 περιπτώσεις. Ο αριθμός των ασθενών με διατροφικές διαταραχές που έχουν δει οι γιατροί, δεν εμφάνισε κάποια συσχέτιση με τον τομέα εργασίας ($p=0,1$). Επίσης, μόλις το 14,3% του δείγματος απάντησε πως συχνά ή πάντα δεν μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές ως προς τη θεραπεία. Στη συγκεκριμένη ερώτηση, ωστόσο, οι περισσότεροι γιατροί στάθηκαν ενδεχομένως στο «Πόσο συχνά παρουσιάζονται σε εσάς ασθενείς με διατροφικές διαταραχές» έχοντας πιθανόν απαντήσει σε αυτό και όχι στο πόσες φορές δεν μπόρεσαν να βοηθήσουν κάποιον ασθενή με διατροφική διαταραχή, καθώς τα αποτελέσματα δε συνάδουν με τις μετέπειτα απαντήσεις τους. Τέλος, σημαντικό είναι το εύρημα πως το 47,1% των γιατρών πιστεύει πως κάποιος ασθενής του έπασχε από διατροφική διαταραχή και εκείνος είχε αγνοήσει τα σημάδια.

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στις πρακτικές των επαγγελματιών υγείας συγκαταλέγονται η χρήση εργαλείων διαλογής για την ανίχνευση των ασθενών που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή καθώς και η κατάλληλη παραπομπή τους σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας για την παροχή κατάλληλης θεραπείας. Στον **Πίνακα 5** φαίνονται οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες της μελέτης στα αντίστοιχα ερωτήματα.

Πίνακας 5. Πρακτικές ανίχνευσης και παραπομπής.

	Ναι	Όχι
	N %	N %
Χρησιμοποιείτε στην καθημερινή σας κλινική πρακτική εργαλεία ανίχνευσης διατροφικών διαταραχών;	10,0%	90,0%
Συνηθίζετε να παραπέμπετε τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές σε κάποιον άλλο επαγγελματία υγείας;	90,0%	10,0%
Ψυχίατρο	65,7%	34,3%
Ψυχολόγο	75,7%	24,3%
Διαιτολόγο – Διατροφολόγο	65,7%	34,3%
Εξειδικευμένο πρόγραμμα για διατροφικές διαταραχές	48,6%	51,4%
Ενδοκρινολόγο	34,3%	65,7%
Κοινωνικό λειτουργό	11,4%	88,6%
Βιβλία, ιστοσελίδες ή άλλες δωρεάν πηγές	14,3%	85,7%
Εναλλακτικό θεραπευτή (ομοιοπαθητικό, βελονιστή)	5,7%	94,3%

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως σχεδόν κανένας από τους γιατρούς του δείγματος (90%) δε χρησιμοποιεί εργαλείο ανίχνευσης για τον έγκαιρο εντοπισμό των ασθενών με διατροφικές διαταραχές. Αντιθέτως, το μεγαλύτερο ποσοστό (90%) ανέφερε πως παραπέμπει τους πάσχοντες σε εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας, κάτι το οποίο υποδηλώνει πως ανεξάρτητα από το αν πραγματοποιούν διαδικασία ανίχνευσης, οι γιατροί παραπέμπουν τους ασθενείς που θεωρούν οι ίδιοι ότι πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή σε άλλο επαγγελματία υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η πιο συχνά προτιμώμενη ειδικότητα για παραπομπή φαίνεται να είναι ο ψυχολόγος με ποσοστό 75,7%, έπειτα ο ψυχίατρος και ο διαιτολόγος με ποσοστό 48,6% και μετά το εξειδικευμένο πρόγραμμα διατροφικών διαταραχών (48,6%). Αρκετά μεγάλο ποσοστό είχε και ο ενδοκρινολόγος (34,3%), ενώ μόλις λίγοι επέλεξαν τις υπόλοιπες κατηγορίες.

ΕΜΠΟΔΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι συμμετέχοντες που απάντησαν θετικά στην ερώτηση σχετικά με το αν πιστεύουν πως κάποιος ασθενής τους έπασχε από διατροφική διαταραχή ενώ οι ίδιοι είχαν αγνοήσει τα σημάδια, κλήθηκαν να δηλώσουν τους παράγοντες εκείνους που αποτέλεσαν εμπόδιο στο να αντιληφθούν την ύπαρξη της διατροφικής διαταραχής.

Πίνακας 6. Εμπόδια αναγνώρισης ασθενών με διατροφικές διαταραχές.

	Ναι	Όχι
	N %	N %
Το βάρος ήταν στα πλαίσια του φυσιολογικού.	60,6%	39,4%
Δεν ήμουν σίγουρος/η για το τι είδους ερωτήσεις έπρεπε να κάνω στον ασθενή και στην οικογένειά του.	66,7%	33,3%
Ο ασθενής δεν ήταν πρόθυμος ή ειλικρινής με τις απαντήσεις του σχετικά με τη διατροφή και την εικόνα σώματος.	69,7%	30,3%
Ο ασθενής ήρθε εξαιτίας άλλων ιατρικών προβλημάτων και δε σκέφτηκα να ανιχνεύσω για πιθανή διατροφική διαταραχή.	84,8%	15,2%
Η ανεπαρκής εκπαίδευση σχετικά με τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την ανίχνευση των διατροφικών διαταραχών.	93,9%	6,1%
Αφού ερωτήθηκε, ο ασθενής αρνήθηκε το ότι έχει οποιαδήποτε μορφή διατροφικής διαταραχής ή κρατούσε αμυντική στάση.	39,4%	60,6%

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 6**, ο συχνότερος παράγοντας που εμποδίζει τους γιατρούς από το να αναγνωρίσουν την ύπαρξη πιθανής διατροφικής διαταραχής στους ασθενείς τους είναι η ανεπαρκής εκπαίδευση σχετικά με τις δεξιότητες που χρειάζονται για να εντοπίσουν ενδεχόμενα σημάδια διατροφικής διαταραχής, καθώς αυτό επιλέχθηκε από το 93,9% του δείγματος. Εξίσου σημαντικό φάνηκε να είναι και το γεγονός πως οι ασθενείς τους επισκέπτονται για άλλα ιατρικά προβλήματα με αποτέλεσμα να μην σκέφτονται την πιθανότητα διατροφικής διαταραχής. Ακόμα, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ανέφεραν πως ο ασθενής, του οποίου τη διατροφική διαταραχή πιστεύουν ότι δεν αντιλήφθηκαν έγκαιρα, δεν ήταν πρόθυμος ή ειλικρινής στις απαντήσεις του σχετικά με την εικόνα σώματος και τη διατροφή. Η άγνοια για το ποιες ερωτήσεις πρέπει να κάνουν επιλέχθηκε από το 66,7%, ενώ το φυσιολογικό βάρος του

ασθενούς φάνηκε, επίσης, να αποτελεί συχνό εμπόδιο. Τέλος, η απάντηση για το ότι ο ασθενής αρνήθηκε την οποιαδήποτε μορφή διατροφικής διαταραχής ή κρατούσε αμυντική στάση, επιλέχθηκε μόλις από το 39,4%.

ΕΜΠΟΔΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΔΙΑΛΟΓΗΣ

Το 90% του δείγματος των γιατρών απάντησε πως δε χρησιμοποιεί κάποιο εργαλείο διαλογής για την έγκαιρη ανίχνευση των ασθενών που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές. Οι λόγοι τους οποίους αναφέρουν φαίνονται παρακάτω στον **Πίνακα 7**.

Πίνακας 7. Εμπόδια χρήσης εργαλείων διαλογής.

	Ναι (N%)	Όχι (N %)
Δεν γνωρίζω ότι υπάρχουν.	61,9%	38,1%
Δεν είναι ο ρόλος μου να ανιχνεύσω για διατροφικές διαταραχές, γιατί είναι ψυχική και όχι ιατρική πάθηση.	46,0%	54,0%
Οι ασθενείς απευθύνονται σε έμενα για άλλα προβλήματα και όχι γι' αυτό.	82,5%	17,5%
Δεν έχω επαρκή διαθέσιμο χρόνο με τους ασθενείς.	33,3%	66,7%
Δεν έχω τις απαραίτητες δεξιότητες.	73,0%	27,0%
Μου φαίνεται αμήχανο να κάνω ερωτήσεις σχετικές με τις διατροφικές διαταραχές.	20,6%	79,4%
Μπορεί να προκαλέσει στον ασθενή αμυντική στάση και να επηρεάσει την εμπιστοσύνη του ασθενή σε μένα.	36,5%	63,5%
Μπορεί να φανεί προσβλητικό στον ασθενή.	28,6%	71,4%
Δε γνωρίζω πως θα διαχειριστώ κάποια περίπτωση ασθενή που μπορεί να πάσχει από διατροφική διαταραχή.	66,7%	33,3%

Το 82,5% των γιατρών που συμμετείχαν στη μελέτη δήλωσε πως οι ασθενείς απευθύνονται σε αυτούς για άλλα προβλήματα ιατρικής φύσεως και όχι για τη διατροφική τους διαταραχή. Εξίσου μεγάλο ήταν και το ποσοστό (73%) αυτών που ανέφεραν πως δεν έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες ώστε να χρησιμοποιήσουν κάποιο εργαλείο ανίχνευσης καθώς και το ποσοστό (66,7%) εκείνων που δε γνωρίζουν πως θα διαχειριστούν κάποια περίπτωση ασθενούς που μπορεί όντως να πάσχει. Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες δε γνώριζαν την ύπαρξη των

εργαλείων αυτών, ενώ το 46% του δείγματος θεωρεί πως δεν είναι στα πλαίσια του ρόλου του η διαδικασία ανίχνευσης των διατροφικών διαταραχών, καθώς αποτελούν ψυχικές και όχι ιατρικές παθήσεις. Η έλλειψη χρόνου επιλέχθηκε από το 33% μόλις του δείγματος, ενώ η ανησυχία για το ότι μπορεί να φανεί προσβλητικό στον ασθενή ή ότι μπορεί να του προκαλέσει αμυντική στάση και να επηρεάσει τη σχέση εμπιστοσύνης, εκφράστηκε από το 28,6% και το 36,5%, αντίστοιχα. Τέλος, μόνο το 20,6% των ερωτηθέντων δήλωσε πως οι ερωτήσεις που αφορούν στην εικόνα σώματος και τις διατροφικές διαταραχές του προκαλούν αμηχανία.

ΑΝΤΙΛΗΠΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΠΑΝΩ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Προκειμένου να αξιολογηθούν οι αντιληπτές γνώσεις των γιατρών, τους τέθηκε μια σειρά ερωτήσεων για τις διατροφικές διαταραχές όπου μπορούσαν να δηλώσουν σε πενταβάθμια κλίμακα Likert το επίπεδο των γνώσεων τους. Τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον **Πίνακα 8**. Η πρώτη ερώτηση αφορούσε στο ποσοστό των διατροφικών διαταραχών και η πλειοψηφία (37,1%) δήλωσε μέτριο επίπεδο γνώσεων. Αναφορικά με τις τοπικές υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες για τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, μόνο το 4,3% των συμμετεχόντων δήλωσε υψηλό επίπεδο γνώσεων, ενώ οι περισσότεροι (38,6%) δε τις γνώριζαν σχεδόν καθόλου. Παρομοίως, για τις βέλτιστες επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές ως προς την αντιμετώπιση των πασχόντων καθώς και για τους παράγοντες που συντελούν στην υποτροπή, το επίπεδο γνώσεων των περισσότερων (47,1% και 37,1%) ήταν χαμηλό. Μέτριο επίπεδο γνώσεων εξέφρασε το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος της μελέτης στις ερωτήσεις που αφορούσαν στους πιο αποτελεσματικούς τρόπους για να μιλήσει κανείς για ζητήματα διαχείρισης βάρους (41,4%) καθώς και στα σημάδια ανάρρωσης των πασχόντων (42,9%). Ακόμα, το επίπεδο γνώσης της πλειοψηφίας φάνηκε υψηλό όσον αφορά στους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών (40%) και στα προβλήματα που συνήθως συνυπάρχουν (40%). Τέλος, στην ερώτηση για τα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές το 75% σχεδόν των γιατρών δήλωσε μέτριο ή υψηλό επίπεδο γνώσεων.

Πίνακας 8. Αντιληπτό επίπεδο γνώσεων των γιατρών για τις διατροφικές διαταραχές.

	Πολύ χαμηλό N %	Χαμηλό N %	Μέτριο N %	Υψηλό N %	Πολύ υψηλό N %
Το ποσοστό των διατροφικών διαταραχών στην Ελλάδα.	15,7%	32,9%	37,1%	11,4%	2,9%
Τις τοπικές υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες για τους ασθενείς που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή.	38,6%	28,6%	17,1%	15,7%	0,0%
Τις καλύτερες επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές για την αντιμετώπιση ασθενών που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή.	22,9%	47,1%	25,7%	4,3%	0,0%
Τα άλλα προβλήματα που συχνά συνυπάρχουν με τις διατροφικές διαταραχές.	7,1%	18,6%	32,9%	40,0%	1,4%
Τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους να μιλήσετε για τη διαχείριση του βάρους στους ασθενείς που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές.	14,3%	32,9%	41,4%	11,4%	0,0%
Τα πιο συχνά συμπτώματα που παρουσιάζουν οι ασθενείς με διατροφική διαταραχή.	4,3%	18,6%	37,1%	37,1%	2,9%
Τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών.	7,1%	17,1%	31,4%	40,0%	4,3%
Τα σημάδια ανάρρωσης για τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές.	7,1%	24,3%	42,9%	25,7%	0,0%
Τους παράγοντες που συντελούν στην υποτροπή των ασθενών με διατροφικές διαταραχές	11,4%	37,1%	34,3%	15,7%	1,4%

Προκειμένου να φανεί το συνολικό αντιληπτό επίπεδο γνώσεων των γιατρών πάνω στις διατροφικές διαταραχές, υπολογίστηκε το συνολικό score του κάθε συμμετέχοντα για όλες τις παραπάνω ερωτήσεις. Το ελάχιστο δυνατό score είναι 9, που υποδεικνύει πολύ χαμηλό αντιληπτό επίπεδο γνώσεων και το μέγιστο δυνατό score είναι 45 που δηλώνει πολύ υψηλό επίπεδο. Απόλυτη ουδετερότητα δείχνει το score 27. Στο δείγμα της παρούσας μελέτης ο μέσος όρος του σκορ είναι 24,13 (\pm 6,13). Αυτό δηλώνει πως το αντιληπτό επίπεδο γνώσης των γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που συμμετείχαν στη συγκεκριμένη μελέτη είναι χαμηλό.

ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ένα μέρος του ερωτηματολογίου αφορούσε στο επίπεδο των δεξιοτήτων που έχουν οι γιατροί ώστε να ανιχνεύουν κατάλληλα τους ασθενείς με υποψία διατροφικής διαταραχής και να τους παραπέμπουν σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν και φαίνονται αναλυτικά στον **Πίνακα 9**, πολύ χαμηλό επίπεδο δεξιοτήτων δήλωσαν αναφορικά με το να δίνουν επιστημονικά τεκμηριωμένες οδηγίες στους ασθενείς τους (37,1%) καθώς και να αναλαμβάνουν την παρακολούθηση της πορείας και την υποστήριξη ενός ασθενή με διατροφική διαταραχή από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι το τέλος της θεραπείας (35,7%). Ακόμα, χαμηλό επίπεδο δεξιοτήτων φάνηκε να έχει το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ως προς τη διαδικασία ανίχνευσης των διατροφικών διαταραχών (37,1%) και στο να στοχεύουν στη μείωση των συμπτωμάτων (35,7%). Για τις δεξιότητες που χρειάζονται προκειμένου να ρωτήσουν έναν ασθενή για το βάρος και την εικόνα σώματος δίχως να του προκαλέσουν αμυντική στάση, να μιλήσουν ανοιχτά σε έναν ασθενή για τη διατροφική του διαταραχή και να διαχειριστούν μια κατάσταση κατά την οποία ενώ εκείνοι είναι σίγουροι για την ύπαρξη διατροφικής διαταραχής, ο ασθενής το αρνείται, η πλειοψηφία των γιατρών δήλωσε μέτριο επίπεδο (41,4%, 47,1% και 41,4%, αντίστοιχα). Τέλος, το επίπεδο δεξιοτήτων των περισσότερων γιατρών φαίνεται να είναι υψηλό σχετικά με το να διαχειριστούν περιπτώσεις ασθενών που τους αποκαλύπτουν ότι πάσχουν από διατροφική διαταραχή (35,7%) αλλά και στο να παραπέμπουν έναν πάσχοντα σε εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας (47,1%).

Πίνακας 9. Δεξιότητες των γιατρών αναφορικά με τις διατροφικές διαταραχές.

	Πολύ χαμηλό N %	Χαμηλό N %	Μέτριο N %	Υψηλό N %	Πολύ υψηλό N %
Να ρωτήσετε έναν ασθενή για τις διατροφικές του συνήθειες, το βάρος και την εικόνα σώματος, χωρίς να τον κάνετε να αποκτήσει αμυντική στάση.	10,0%	18,6%	41,4%	22,9%	7,1%
Να μιλήσετε με έναν ασθενή σχετικά με τη διατροφική του διαταραχή.	8,6%	22,9%	47,1%	17,1%	4,3%
Να παραπέμψετε τον ασθενή με διατροφική διαταραχή σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας.	4,3%	12,9%	24,3%	47,1%	11,4%
Να διαχειριστείτε μια κατάσταση όπου ενώ εσείς πιστεύετε πως ένας ασθενής πάσχει από ΔΔ, εκείνος το αρνείται.	15,7%	27,1%	41,4%	15,7%	0,0%
Να διαχειριστείτε έναν ασθενή που σας αποκαλύπτει ότι πάσχει από διατροφική διαταραχή.	12,9%	15,7%	34,3%	35,7%	1,4%
Να κάνετε τη διαδικασία για την ανίχνευση διατροφικής διαταραχής στους ασθενείς.	24,3%	37,1%	27,1%	8,6%	2,9%
Να στοχεύσετε στα συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής και στο πως να τα μειώσετε.	21,4%	35,7%	30,0%	12,9%	0,0%
Να δώσετε επιστημονικά τεκμηριωμένες οδηγίες για τις διατροφικές διαταραχές.	37,1%	27,1%	22,9%	11,4%	1,4%
Να αναλάβετε την παρακολούθηση/υποστήριξη ενός ασθενούς με ΔΔ από τη στιγμή της διάγνωσης	35,7%	34,3%	18,6%	11,4%	0,0%

Προκειμένου να φανεί το συνολικό επίπεδο δεξιοτήτων των γιατρών πάνω στις διατροφικές διαταραχές, υπολογίστηκε το συνολικό score του κάθε συμμετέχοντα για όλες τις παραπάνω ερωτήσεις. Το ελάχιστο δυνατό score είναι 9, που υποδεικνύει πολύ χαμηλό επίπεδο δεξιοτήτων και το μέγιστο δυνατό score είναι 45 που δηλώνει πολύ υψηλό επίπεδο. Απόλυτη ουδετερότητα δείχνει το score 27. Στο δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης το μέσο σκορ είναι 23,69 (\pm 6,95), κάτι το οποίο υποδεικνύει ένα χαμηλό επίπεδο δεξιοτήτων από τους γιατρούς του δείγματος αναφορικά με την αντιμετώπιση και την παροχή βοήθειας σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές.

ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι στάσεις των γιατρών που συμμετείχαν στη μελέτη απέναντι στα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές μετρήθηκαν μέσω έξι δηλώσεων για τις οποίες οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν το επίπεδο συμφωνίας ή διαφωνίας τους σε πενταβάθμια κλίμακα Likert. Στον **Πίνακα 10** παρουσιάζονται οι απαντήσεις σε κάθε μια από τις δηλώσεις.

Πίνακας 10. Στάσεις απέναντι στα άτομα με διατροφικές διαταραχές

	Διαφωνώ εντελώς N %	Διαφωνώ N %	Ουδέτερος N %	Συμφωνώ N %	Συμφωνώ εντελώς N %
Εκείνοι ευθύνονται για την κατάστασή τους.	21,4%	38,6%	28,6%	11,4%	0,0%
Αποτελούν κίνδυνο για τους άλλους.	54,3%	38,6%	7,1%	0,0%	0,0%
Είναι δύσκολοι στο να τους προσεγγίσεις και να τους μιλήσεις για το θέμα αυτό.	4,3%	10,0%	30,0%	50,0%	5,7%
Είναι σε θέση να αποκτήσουν τον έλεγχο του εαυτού τους και να το ξεπεράσουν αν ήθελαν.	7,1%	37,1%	31,4%	18,6%	5,7%
Δε θα βελτιώνονταν η κατάσταση τους με τη θεραπεία.	32,9%	50,0%	12,9%	4,3%	0,0%
Συμπεριφέρονται κατ' αυτό τον τρόπο για να τραβήξουν την προσοχή.	21,4%	40,0%	25,7%	12,9%	0,0%

Κατά γενική ομολογία, οι γιατροί διαφώνησαν με τις δηλώσεις για το ότι οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές είναι υπεύθυνοι για την κατάστασή τους, αποτελούν κίνδυνο για τους άλλους, θα μπορούσαν να το ξεπεράσουν αν ήθελαν, συμπεριφέρονται κατ' αυτό τον τρόπο για να τραβήξουν την προσοχή και η κατάστασή τους δε θα βελτιωνόταν με τη θεραπεία. Το μόνο με το οποίο συμφώνησαν οι μισοί σχεδόν από τους γιατρούς του δείγματος, ήταν το γεγονός ότι οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές είναι δύσκολοι στο να τους προσεγγίσεις και να τους μιλήσεις για το ζήτημα της διατροφικής διαταραχής. Αξίζει, τέλος, να σημειωθεί πως υπήρξε ένα μικρό ποσοστό (5,7%) που δήλωσε πως οι πάσχοντες είναι ικανοί να αποκτήσουν τον έλεγχο και να ξεπεράσουν την διατροφική διαταραχή εάν το επιθυμούσαν.

Ο μέσος όρος του συνολικού σκορ για όλες τις παραπάνω δηλώσεις υπολογίστηκε στο 14,23 (\pm 2,99), με ελάχιστο δυνατό σκορ 6 και μέγιστο 30. Το αποτέλεσμα αυτό δείχνει πως η πλειοψηφία του δείγματος των γιατρών έχει σχετικά θετικές στάσεις απέναντι στα άτομα με διατροφικές διαταραχές.

Προκειμένου να διαπιστωθεί το κατά πόσο πιστεύουν οι γιατροί ότι η ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών αποτελεί ευθύνη ή όχι του ίδιου του ατόμου ή συμβάλλουν κι άλλοι εξωγενείς παράγοντες, τους ζητήθηκε να επιλέξουν τους παράγοντες εκείνους που θεωρούν ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. Σχεδόν όλοι οι γιατροί επέλεξαν τους ψυχολογικούς παράγοντες (94,3%), ενώ μεγάλο ήταν και το ποσοστό εκείνων που ανέφεραν τη συμπεριφορά των γονέων (87,1%), την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης (74,3%) και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (70%). Η ματαιοδοξία, επιλέχθηκε από το 62,9% του δείγματος, οι βιολογικοί παράγοντες από το 61,4%, ενώ η αυτοπειθαρχία και οι κακές συνθήκες διαβίωσης από το 57,1% και από το 51,4%, αντίστοιχα.

ΑΥΤΟ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ

Πίνακας 11. Αυτό-αποτελεσματικότητα ως προς την παροχή βοήθειας σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές

	Καθόλου σίγουρος N %	Κάπως σίγουρος N %	Ουδέτερος N %	Αρκετά σίγουρος N %	Πολύ σίγουρος N %
Ψυχογενής ανορεξία	48,6%	22,9%	20,0%	5,7%	2,9%
Ψυχογενής βουλιμία	52,9%	15,7%	21,4%	7,1%	2,9%
Επεισοδιακή υπερφαγία	50,0%	17,1%	22,9%	8,6%	1,4%

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 11**, στην πλειοψηφία τους οι γιατροί δήλωσαν πως δεν είναι καθόλου σίγουροι για την αυτό-αποτελεσματικότητά τους ως προς το να παρέχουν βοήθεια σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Για κάθε συμμετέχοντα υπολογίστηκε το συνολικό score και για τους τρεις τύπους διατροφικών διαταραχών, με ελάχιστη τιμή το 3 και μέγιστη το 15, ενώ απόλυτη ουδετερότητα δηλώνει το 9. Ο μέσος όρος που προέκυψε από όλο το δείγμα είναι 5,7 ($\pm 3,24$), δηλώνοντας πως το επίπεδο αυτό-αποτελεσματικότητας των γιατρών για την παροχή βοήθειας στις διατροφικές διαταραχές, γενικά, είναι χαμηλό.

ΠΡΟΘΥΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ

Πίνακας 12. Προθυμία ως προς την παροχή βοήθειας σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές.

	Καθόλου πρόθυμος N %	Κάπως πρόθυμος N %	Ουδέτερος N %	Αρκετά πρόθυμος N %	Πολύ πρόθυμος N %
Ψυχογενής ανορεξία	24,3%	7,1%	25,7%	25,7%	17,1%
Ψυχογενής βουλιμία	22,9%	10,0%	25,7%	21,4%	20,0%
Επεισοδιακή υπερφαγία	15,7%	8,6%	32,9%	22,9%	20,0%

Αναφορικά με την προθυμία εκ μέρους των γιατρών του δείγματος για την παροχή βοήθειας σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, οι απαντήσεις παρουσιάζουν ανομοιογένεια. Όσον αφορά στη ψυχογενή ανορεξία, ¼ του δείγματος δήλωσε ουδέτερο, ¼ δήλωσε αρκετά πρόθυμο και σχεδόν ¼ δήλωσε καθόλου πρόθυμο ως προς την παροχή βοήθειας. Ακριβώς την ίδια κατανομή είχαν και οι απαντήσεις για τη ψυχογενή βουλιμία, όπου το 25,7% των γιατρών δήλωσε ουδέτερο, το 22,9% καθόλου πρόθυμο και το 21,4% αρκετά πρόθυμο. Τέλος, για την επεισοδιακή υπερφαγία, το 42,9% των συμμετεχόντων δήλωσε είτε αρκετά είτε πολύ πρόθυμο. Ο μέσος όρος από το συνολικό σκορ για όλους τους τύπους διατροφικών διαταραχών υπολογίστηκε στο 9,33 με ελάχιστο το 3 και μέγιστο το 15. Αυτό υποδεικνύει πως στο σύνολο τους οι γιατροί είναι ουδέτεροι ως προς το να παρέχουν βοήθεια σε κάποιον ασθενή με διατροφική διαταραχή.

ΠΗΓΕΣ ΠΟΥ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πίνακας 13. Πηγές που χρειάζονται οι γιατροί για τις διατροφικές διαταραχές.

	Nai
	N %
Πληροφορίες από το διαδίκτυο	41,4%
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση, συνέδρια, σεμινάρια	85,7%
Πρόσβαση σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας για καθοδήγηση	92,9%
Δυνατότητα παραπομπής των ασθενών σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας	94,3%
Επίβλεψη από κάποιον εξειδικευμένο επαγγελματία	81,4%
Κατευθυντήριες οδηγίες για την ανίχνευση, την παραπομπή και τη θεραπεία των ασθενών	87,1%

Όσον αφορά στις ανάγκες των γιατρών για να προσφέρουν πιο αποτελεσματική βοήθεια στους πάσχοντες με διατροφικές διαταραχές, όπως φαίνεται και στον **Πίνακα 13**, οι περισσότεροι (94,3%) θα ήθελαν να έχουν τη δυνατότητα παραπομπής των ασθενών σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας καθώς και να έχουν πρόσβαση οι ίδιοι σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας (92,9%). Οι κατευθυντήριες οδηγίες, επίσης, κατέχουν σημαντικό ρόλο, όπως και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η επίβλεψη από κάποιον εξειδικευμένο επαγγελματία, αφού επιλέχθηκαν από το 87,1%, το 85,7% και το 81,4%, αντίστοιχα. Τέλος, οι πληροφορίες από το διαδίκτυο επιλέχθηκαν μόλις από το 41,4% των συμμετεχόντων.

Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΛΗΠΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΓΝΩΣΕΩΝ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Πίνακας 14. Αποτελέσματα χ^2 for trend (linear by linear association) για τη σχέση των γνώσεων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την επαγγελματική εμπειρία

	Φύλο	Ηλικία	Τομέας Εργασίας	Ειδικότητα	Ύπαρξη Ψυχολόγων	Αριθμός Περιστατικών	Εκπαίδευση
Το ποσοστό των διατροφικών διαταραχών στην Ελλάδα.	0,499	0,134	0,985	0,285	0,406	0,071	0,954
Τις τοπικές υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες για τους ασθενείς που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή.	0,625	0,623	0,322	0,167	0,943	0,639	0,010
Τις καλύτερες επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές για την αντιμετώπιση ασθενών που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή.	0,090	0,538	0,401	0,469	0,949	0,423	<0,001
Τα άλλα προβλήματα που συχνά συνυπάρχουν με τις διατροφικές διαταραχές.	0,993	0,501	0,867	0,238	0,946	0,443	0,002
Τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους να μιλήσετε για τη διαχείριση του βάρους στους ασθενείς που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές.	0,209	0,575	0,629	0,436	0,740	0,502	0,063
Τα πιο συχνά συμπτώματα που παρουσιάζουν οι ασθενείς με διατροφική διαταραχή.	0,165	0,643	0,118	0,563	0,667	0,709	<0,001
Τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών.	0,286	0,009	0,719	0,221	0,875	0,556	<0,001
Τα σημάδια ανάρρωσης για τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές.	0,226	0,137	0,834	0,176	0,583	0,923	<0,001
Τους παράγοντες που συντελούν στην υποτροπή των ασθενών με διατροφικές διαταραχές	0,196	0,163	0,771	0,503	0,903	0,725	<0,001

Στον **Πίνακα 14** φαίνονται συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα από τον στατιστικό έλεγχο χ^2 for trend. Με βάση αυτά, δε βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις διάφορες ερωτήσεις για το αντιληπτό επίπεδο γνώσεων και στο φύλο, στον τομέα εργασίας, στην ειδικότητα, στην ύπαρξη ή όχι ψυχολόγων κατά την εργασία και στον αριθμό των περιστατικών που βλέπουν οι γιατροί κατά την πρακτική τους. Όσον αφορά στην ηλικία, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση με το αντιληπτό επίπεδο γνώσης των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών ($p=0,009$). Πιο συγκεκριμένα, το 63,2% των 55 ετών και άνω δήλωσε υψηλό αντιληπτό επίπεδο γνώσεων στην ερώτηση αυτή, συγκριτικά με το 44,7% και το 15,4% της ομάδας των 41 – 55 ετών και των 25 – 40 ετών, αντίστοιχα. Φαίνεται, λοιπόν, πως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία γιατροί είναι πιο πιθανό να θεωρούν πως γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου των διατροφικών διαταραχών. Από την άλλη μεριά, το αν οι γιατροί έχουν παρακολουθήσει ή όχι κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχετικό με τις διατροφικές διαταραχές φάνηκε να έχει στατιστικά σημαντική σχέση με το αντιληπτό επίπεδο γνώσεων για τις περισσότερες από τις ερωτήσεις.

Στον **Πίνακα 15** φαίνονται τα αποτελέσματα των διμεταβλητών αναλύσεων του συνολικού σκορ για το αντιληπτό επίπεδο γνώσεων με τα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά. Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,001 ($p<0,001$) μεταξύ της βαθμολογίας αυτό-αντιλαμβανόμενου επιπέδου γνώσεων για τις διατροφικές διαταραχές και της προηγούμενης παρακολούθησης εκπαιδευτικού προγράμματος.

Προκειμένου να ελεγχθεί η συσχέτιση ανάμεσα στο αντιληπτό επίπεδο γνώσεων και στην προηγούμενη παρακολούθηση κάποιου εκπαιδευτικού προγράμματος προσαρμοσμένο ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την επαγγελματική εμπειρία, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Ως εξαρτημένη μεταβλητή ορίστηκε το συνολικό score που προέκυψε από όλες τις ερωτήσεις για το επίπεδο των γνώσεων ανά συμμετέχοντα. Στην αρχή τοποθετήθηκαν όλες οι πιθανές ανεξάρτητες μεταβλητές στο μοντέλο και διαδοχικά αφαιρούνταν εκείνες που δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις γνώσεις, είναι η προηγούμενη παρακολούθηση εκπαιδευτικού προγράμματος και η ηλικία. Το μοντέλο αυτό εξηγεί το 20,5% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής (R^2 adjusted=0,161) Συγκεκριμένα, οι γιατροί που δεν έχουν παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα ή σεμινάριο έχουν 0,301 μονάδες κατά μέσο όρο μικρότερο score για το αντιληπτό επίπεδο γνώσεων συγκριτικά με αυτούς που έχουν παρακολουθήσει ($p<0,001$). Ακόμα η αύξηση της

ηλικίας σχετίζεται σημαντικά με αύξηση του σκορ για το αντιληπτό επίπεδο γνώσεων των επαγγελματιών υγείας ($p=0,030$).

Πίνακας 15. Διμεταβλητές αναλύσεις ανάμεσα στο συνολικό σκορ για το αντιληπτό επίπεδο γνώσεων και στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Διάμεση βαθμολογία αντιληπτού επιπέδου γνώσεων για Δ.Δ*	Τιμή p (p value)
Φύλο		0,675 ^α
Ηλικία	0,227 ^γ	0,059 ^γ
Τομέας Εργασίας		0,793 ^α
Ειδικότητα		0,609 ^β
Ύπαρξη Ψυχολόγων ή Συμβούλων στον χώρο εργασίας		0,870 ^α
Αριθμός Περιστατικών		0,632 ^β
Παρακολούθηση κάποιου εκπαιδευτικού προγράμματος		<0,001 ^α
Ναι	55,03	
Όχι	30,17	

*Οι τιμές εκφράζονται ως διάμεση τιμή, εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

α Έλεγχος Mann-Whitney

β Έλεγχος Kruskal Wallis

γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΤΙΛΗΠΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ

Όπως φαίνεται και στον **Πίνακα 16**, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις δεξιότητες των γιατρών ως προς τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές και στον τομέα εργασίας, στην ειδικότητα, στην ύπαρξη ψυχολόγων ή μη στην εργασία και στον αριθμό περιστατικών που έχουν δει τον τελευταίο χρόνο. Σχετικά με το φύλο, προέκυψε πως περισσότεροι άντρες γιατροί συγκριτικά με τις γυναίκες έχουν υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων στο να αναλάβουν την παρακολούθηση/υποστήριξη ενός πάσχοντα από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι και το τέλος της θεραπείας (18,4% vs 3,1%). Ακόμα, στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε στο ποσοστό των αντρών που δηλώνουν υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων στο να δίνουν επιστημονικά τεκμηριωμένες οδηγίες για τις διατροφικές διαταραχές, συγκριτικά με το ποσοστό των γυναικών (18,4% vs 6,3%). Η ηλικία παρουσιάζει στατιστικά σημαντική σχέση με τις δεξιότητες που αφορούν στη διαχείριση μιας κατάστασης κατά την οποία ενώ ο γιατρός πιστεύει πως ο ασθενής πάσχει από διατροφική διαταραχή, ο ασθενής το αρνείται καθώς και στη διαχείριση ενός ασθενή που αποκαλύπτει τη διατροφική του διαταραχή. Και για τις δύο αυτές καταστάσεις, φαίνεται πως οι πιο μεγάλης ηλικίας γιατροί είναι πιο πιθανό να έχουν υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων.

Η προηγούμενη εκπαίδευση πάνω στις διατροφικές διαταραχές φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντική σχέση με τις περισσότερες καταστάσεις για τις οποίες οι γιατροί κλήθηκαν να δηλώσουν το επίπεδο των δεξιοτήτων τους. Αναλυτικά τα αποτελέσματα που προέκυψαν από στατιστικό έλεγχο χ^2 for trend φαίνονται στον **Πίνακα 17**. Σύμφωνα με αυτά, είναι περισσότερο πιθανό να δηλώνουν υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων οι γιατροί που έχουν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα ή σεμινάριο για διατροφικές διαταραχές. Ωστόσο, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά ανάμεσα στους γιατρούς που έχουν παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα και σε αυτούς που δεν έχουν παρακολουθήσει, σχετικά με τις δεξιότητες που αφορούν στην παραπομπή των ασθενών σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, στο να μιλήσουν με έναν ασθενή για τη διατροφική διαταραχή του και στο να διαχειριστούν μια κατάσταση που ενώ εκείνοι πιστεύουν ότι ο ασθενής πάσχει από διατροφική διαταραχή, ο ασθενής το αρνείται.

Πίνακας 16. Αποτελέσματα p -value στο χ^2 for trend (linear by linear association) για τη σχέση των δεξιοτήτων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την επαγγελματική εμπειρία

	Φύλο	Ηλικία	Τομέας Εργασίας	Ειδικότητα	Ύπαρξη Ψυχολόγων	Αριθμός Περιστατικών	Εκπαίδευση
Να ρωτήσετε έναν ασθενή για τις διατροφικές του συνήθειες, το βάρος και την εικόνα σώματος, χωρίς να τον κάνετε να αποκτήσει αμυντική στάση.	0,444	0,256	0,854	0,528	0,944	0,238	0,010
Να μιλήσετε με έναν ασθενή σχετικά με τη διατροφική του διαταραχή.	0,209	0,258	0,993	0,305	0,726	0,144	0,071
Να παραπέμψετε τον ασθενή με διατροφική διαταραχή σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας.	0,936	0,082	0,058	0,301	0,417	0,081	0,07
Να διαχειριστείτε μια κατάσταση όπου ενώ εσείς πιστεύετε πως ένας ασθενής πάσχει από ΔΔ, εκείνος το αρνείται.	0,270	0,004	0,769	0,274	0,100	0,944	0,100
Να διαχειριστείτε έναν ασθενή που σας αποκαλύπτει ότι πάσχει από διατροφική διαταραχή.	0,418	0,021	0,657	0,931	0,991	0,132	0,04
Να κάνετε τη διαδικασία για την ανίχνευση διατροφικής διαταραχής στους ασθενείς.	0,302	0,306	0,384	0,477	0,172	0,891	<0,000
Να στοχεύσετε στα συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής και στο πως να τα μειώσετε.	0,105	0,508	0,775	0,824	0,889	0,080	0,007
Να δώσετε επιστημονικά τεκμηριωμένες οδηγίες για τις διατροφικές διαταραχές.	0,012	0,130	0,713	0,720	0,419	0,442	<0,000
Να αναλάβετε την παρακολούθηση/υποστήριξη ενός ασθενούς με ΔΔ από τη στιγμή της διάγνωσης.	0,012	0,365	0,480	0,990	0,990	0,065	0,04

Πίνακας 17. Αποτελέσματα χ^2 for trend (linear by linear association) για τη σχέση των δεξιοτήτων με την παρακολούθηση εκπαιδευτικού προγράμματος για τις διατροφικές διαταραχές

Υψηλό επίπεδο δεξιοτήτων	Παρακολούθηση κάποιου εκπαιδευτικού προγράμματος		p-value
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Να ρωτήσετε έναν ασθενή για τις διατροφικές του συνήθειες, το βάρος και την εικόνα σώματος, χωρίς να τον κάνετε να αποκτήσει αμυντική στάση.	60%	21,8%	0,010
Να μιλήσετε με έναν ασθενή σχετικά με τη διατροφική του διαταραχή.	40%	16,4%	0,071
Να παραπέμψετε τον ασθενή με διατροφική διαταραχή σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας.	73,3%	54,5%	0,07
Να διαχειριστείτε μια κατάσταση όπου ενώ εσείς πιστεύετε πως ένας ασθενής πάσχει από ΔΔ, εκείνος το αρνείται.	26,7%	12,7%	0,100
Να διαχειριστείτε έναν ασθενή που σας αποκαλύπτει ότι πάσχει από διατροφική διαταραχή.	60%	30,9%	0,04
Να κάνετε τη διαδικασία για την ανίχνευση διατροφικής διαταραχής στους ασθενείς.	40%	3,6%	<0,000
Να στοχεύσετε στα συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής και στο πως να τα μειώσετε.	40%	5,5%	0,007
Να δώσετε επιστημονικά τεκμηριωμένες οδηγίες για τις διατροφικές διαταραχές.	46,7%	3,6%	<0,000
Να αναλάβετε την παρακολούθηση/υποστήριξη ενός ασθενούς με ΔΔ από τη στιγμή της διάγνωσης.	33,3%	5,5%	0,04

Προκειμένου να βρεθεί η σχέση ανάμεσα στο συνολικό σκορ για το επίπεδο των δεξιοτήτων και στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά, πραγματοποιήθηκαν οι διμεταβλητές αναλύσεις, τα αποτελέσματα των οποίων παρουσιάζονται στον **Πίνακα 18**.

Πίνακας 18. Διμεταβλητές αναλύσεις ανάμεσα στο συνολικό σκορ για το αντιληπτό επίπεδο δεξιοτήτων και στα δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικό	Διάμεση αντιληπτού επιπέδου δεξιοτήτων για τις Δ.Δ*	Τιμή p (p value)
Φύλο		0,160 ^α
Ηλικία	0,238 ^γ	0,048^γ
Τομέας Εργασίας		0,751 ^α
Ειδικότητα		0,872 ^β
Ύπαρξη Ψυχολόγων ή Συμβούλων στον χώρο εργασίας		0,714 ^α
Αριθμός Περιστατικών		0,384 ^β
Παρακολούθηση κάποιου εκπαιδευτικού προγράμματος		0,003^α
Ναι	49,43	
Όχι	31,70	
Αντιληπτό επίπεδο γνώσεων	0,743 ^γ	<0,001^γ

*Οι τιμές εκφράζονται ως διάμεση τιμή, εκτός και εάν δηλώνεται διαφορετικά.

α Έλεγχος Mann-Whitney

β Έλεγχος Kruskal Wallis

γ Συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Από τα παραπάνω αποτελέσματα προέκυψε θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και στο συνολικό σκορ επιπέδου δεξιοτήτων ($p=0,048$), καθώς και θετική συσχέτιση ανάμεσα στο σκορ του επιπέδου δεξιοτήτων και στο σκορ του αντιληπτού επιπέδου γνώσεων ($p<0,001$). Επίσης, φάνηκε πως εκείνοι που είχαν παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για διατροφικές διαταραχές έχουν μεγαλύτερο συνολικό σκορ για τις δεξιότητες αναφορικά με τη διαχείριση ασθενών με διατροφικές διαταραχές ($p=0,003$).

Τέλος, με σκοπό να διερευνηθεί το κατά πόσο οι δεξιότητες επηρεάζονται από το αντιληπτό επίπεδο γνώσεων προσαρμοσμένο ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την επαγγελματική εμπειρία καθώς και να φανεί η προβλεπτική τους ισχύς, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Το μοντέλο που εξηγούσε το μεγαλύτερο ποσοστό μεταβλητότητας ήταν εκείνο που συμπεριλαμβάνει ως ανεξάρτητες μεταβλητές τις γνώσεις και το φύλο. Συγκεκριμένα, οι μεταβλητές αυτές εξηγούν το 63,1% της μεταβλητότητας των δεξιοτήτων (R^2 adjusted=0,631) και προβλέπουν στατιστικά σημαντικά την εξαρτημένη μεταβλητή ($F=59,976$, $p<0,001$), δίνοντας το μεγαλύτερο F σε σχέση με όλα τα υπόλοιπα μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης που δοκιμάστηκαν. Με βάση τα αποτελέσματα, για κάθε αύξηση κατά 1 μονάδα του score των γνώσεων, το score των δεξιοτήτων αυξάνεται κατά μέσο όρο κατά 0,835 μονάδες, εφόσον όλες οι άλλες μεταβλητές παραμένουν σταθερές. Τέλος, οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες, έχουν κατά μέσο όρο 0,097 μονάδες μικρότερο score αναφορικά με τις δεξιότητες ως προς τη διαχείριση ασθενών με διατροφικές διαταραχές.

Πίνακας 19. Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τις δεξιότητες

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Βαθμολογία αντιληπτού επιπέδου γνώσεων	0,853	0,696 έως 1,010	<0,001
Φύλο	-0,097	-0,192 έως -0,2	0,045

Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΤΙΛΗΠΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ

Για να διερευνηθεί η πιθανή σχέση των στάσεων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την επαγγελματική εμπειρία και το αντιληπτό επίπεδο γνώσης πάνω στις διατροφικές διαταραχές, πραγματοποιήθηκαν σε πρώτο επίπεδο διμεταβλητές αναλύσεις.

Πίνακας 20. Αποτελέσματα p -value στο χ^2 for trend (linear by linear association) για τη σχέση των στάσεων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την επαγγελματική εμπειρία.

	Φύλο	Ηλικία	Τομέας Εργασίας	Ειδικότητα	Ύπαρξη Ψυχολόγων	Αριθμός Περιστατικών	Εκπαίδευση
Εκείνοι ευθύνονται για την κατάστασή τους.	0,716	0,815	0,282	0,799	0,058	0,433	0,905
Αποτελούν κίνδυνο για τους άλλους.	0,234	0,695	0,385	0,133	0,579	0,489	0,936
Είναι δύσκολοι στο να τους προσεγγίσεις και να τους μιλήσεις για το θέμα αυτό.	0,120	0,182	0,322	0,074	0,380	0,225	0,755
Είναι σε θέση να αποκτήσουν τον έλεγχο του εαυτού τους και να το ξεπεράσουν αν ήθελαν.	0,173	0,792	0,510	0,400	0,875	0,034	0,150
Δε θα βελτιώνονταν η κατάσταση τους με τη θεραπεία.	0,311	0,652	0,022	0,794	0,032	0,580	0,065
Συμπεριφέρονται κατ' αυτό τον τρόπο για να τραβήξουν την προσοχή.	0,856	0,604	0,296	0,786	0,714	0,346	0,486

Όπως φαίνεται στον **Πίνακα 20** δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις στάσεις των γιατρών απέναντι στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές και στο φύλο, στην ηλικία, στην ειδικότητα και στην προηγούμενη εκπαίδευση, καθώς το p -value ξεπερνούσε την τιμή 0,05. Αναφορικά με τον τομέα εργασίας, βρέθηκε πως για την αντίληψη που αφορά στη βελτίωση της διατροφικής διαταραχής με την παροχή θεραπείας, περισσότερο οι γιατροί του δημόσιου τομέα εξέφρασαν πιο αρνητική στάση σε σύγκριση με τους ιδιώτες. Πιο συγκεκριμένα, κανένας από τους ιδιωτικούς γιατρούς δε συμφώνησε με τη δήλωση ότι η θεραπεία δε βελτιώνει την κατάσταση των ασθενών με διατροφικές διαταραχές, ενώ από τους γιατρούς του δημόσιου τομέα συμφώνησε το 10,3%.

Ένα άλλο εύρημα ήταν πως οι γιατροί εκείνοι που είχαν κάποια προηγούμενη εκπαίδευση στις διατροφικές διαταραχές ήταν περισσότερο πιθανό να πιστεύουν πως η θεραπεία δε βελτιώνει την κατάσταση των πασχόντων. Τέλος, φάνηκε πως την αντίληψη του ότι οι πάσχοντες είναι σε θέση να αποκτήσουν τον έλεγχο του εαυτού τους αν το θελήσουν και να ανακάμψουν έχουν περισσότερο εκείνοι που έχουν συναντήσει λιγότερα περιστατικά διατροφικών διαταραχών.

Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στις στάσεις των γιατρών ως προς τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές και το αντιληπτό επίπεδο γνώσης τους, διενεργήθηκε το στατιστικό τεστ Kruskal Wallis, καθώς για το αντιληπτό επίπεδο γνώσης χρησιμοποιήθηκε των συνολικό score ανά συμμετέχοντα. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν να υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στις διάμεσες τιμές του score για το αντιληπτό επίπεδο γνώσεων ανάμεσα στις θετικές, στις ουδέτερες και στις αρνητικές στάσεις.

Παρομοίως, τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη γραμμική παλινδρόμηση δεν είναι άξια αναφοράς, αφού δεν υπήρξε κάποια στατιστική σημαντική προβλεπτική ισχύς των στάσεων των γιατρών για κανένα συνδυασμό ανεξάρτητων μεταβλητών ($F=2,166$, $p=0,083$), το R^2 adjusted ήταν ιδιαίτερα μικρό και δε βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ανεξάρτητη και στις εξαρτημένες μεταβλητές.

Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ, ΤΟ ΑΝΤΙΛΗΠΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Προκειμένου να ελεγχθεί η σχέση ανάμεσα στην αυτοαποτελεσματικότητα που αισθάνονται οι γιατροί ως προς το να βοηθούν ασθενείς που πάσχουν από διατροφική διαταραχή και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την επαγγελματική εμπειρία, το αντιληπτό επίπεδο γνώσεων και τις δεξιότητες, πραγματοποιήθηκε μια σειρά διμεταβλητών αναλύσεων με τη χρήση του στατιστικού ελέγχου χ^2 for trend. Η στατιστική σημαντικότητα στη σχέση των παραπάνω μεταβλητών παρουσιάζεται στον **Πίνακα 21**.

Πίνακας 21. Αποτελέσματα p -value στο χ^2 for trend (linear by linear association) για τη σχέση της αυτοαποτελεσματικότητας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την επαγγελματική εμπειρία.

	Φύλο	Ηλικία	Τομέας Εργασίας	Ειδικότητα	Ύπαρξη Ψυχολόγων	Αριθμός Περιστατικών	Εκπαίδευση
Ψυχογενή ανορεξία	0,480	0,830	0,642	0,320	0,971	0,194	<0,000
Ψυχογενή βουλιμία	0,927	0,504	0,721	0,200	0,989	0,013	<0,000
Επεισοδιακή υπερφαγία	0,919	0,519	0,570	0,241	0,946	<0,000	0,001

Από τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται πως δεν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας και του φύλου, της ηλικίας, του τομέα εργασίας, της ειδικότητας και της ύπαρξης ψυχολόγου στον εργασιακό χώρο. Αντιθέτως, συγκεκριμένα για τη ψυχογενή βουλιμία και την επεισοδιακή υπερφαγία, η αυτοαποτελεσματικότητα των γιατρών σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τον αριθμό των περιστατικών που έχουν συναντήσει οι γιατροί κατά την πρακτική τους. Πιο συγκεκριμένα, και για τους δύο τύπους διατροφικών διαταραχών, περισσότερο οι γιατροί εκείνοι που δήλωσαν πως έχουν δει από δεκαέξι ασθενείς με διατροφική διαταραχή και πάνω είναι πιο πιθανό να αναφέρουν υψηλό επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας ως προς την παροχή βοήθειας. Μάλιστα, όλοι οι γιατροί που είχαν δει περισσότερους από δεκαέξι πάσχοντες δήλωσαν υψηλό επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας, ενώ τα ποσοστά για τις άλλες κατηγορίες αναφορικά με τον αριθμό των πασχόντων, ήταν αρκετά μικρότερα. Στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε, επίσης, ανάμεσα στην αυτοαποτελεσματικότητα και στο αν είχαν οι γιατροί κάποια προηγούμενη εκπαιδευτική εμπειρία πάνω στις διατροφικές διαταραχές. Και για τους τρεις τύπους διατροφικών διαταραχών, στους γιατροί που είχαν παρακολουθήσει σχετικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα φάνηκε πιθανό να δηλώνουν υψηλό επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας. Για τη ψυχογενή ανορεξία, το ποσοστό των γιατρών που είχαν εκπαίδευση εστιασμένη στις διατροφικές διαταραχές και ανέφεραν υψηλό επίπεδο αποτελεσματικότητας είναι 33,3% έναντι του 1,8% εκείνων που δεν είχαν. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τη ψυχογενή βουλιμία, όπως προέκυψαν από τις

απαντήσεις του δείγματος, είναι 40% και 1,8% και για την επεισοδιακή υπερφαγία 33,3% και 3,6%.

Όσον αφορά στις γνώσεις και στις δεξιότητες, χρησιμοποιήθηκαν οι τιμές των συνολικών score για κάθε συμμετέχοντα και με βάση το στατιστικό κριτήριο Kruskal Wallis ελέγχθηκε το αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις διάμεσες τιμές των score αυτών ανά επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας.

Πίνακας 22. Σκορ γνώσεων και δεξιοτήτων ανά επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας. Αποτελέσματα Kruskal Wallis.

ΤΥΠΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	ΣΚΟΡ ΓΝΩΣΕΩΝ			p-value
	Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	
Ψυχογενή ανορεξία	29,22	47,71	59,33	<0,000
Ψυχογενή βουλιμία	28,9	47	56,14	<0,000
Επεισοδιακή υπερφαγία	28,4	47,75	55,14	<0,000

	ΣΚΟΡ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ			p-value
	Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	
Ψυχογενή ανορεξία	29,12	45,43	65,60	<0,000
Ψυχογενή βουλιμία	28,48	45,53	62,14	<0,000
Επεισοδιακή υπερφαγία	28,78	45,63	57,50	<0,000

Από τον **Πίνακα 22** βλέπουμε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά τουλάχιστον σε ένα ζευγάρι διάμεσων τιμών του score τόσο των γνώσεων όσο και των δεξιοτήτων για κάθε έναν από τους τύπους των διατροφικών διαταραχών. Γενικά, υπάρχει μια τάση που δείχνει πως όσο μεγαλύτερο είναι το score του αντιληπτού επιπέδου γνώσεων και των δεξιοτήτων, τόσο υψηλότερο είναι και το επίπεδο της αυτοαποτελεσματικότητας που δηλώνουν οι γιατροί του δείγματος της παρούσας μελέτης. Προκειμένου να επιβεβαιωθεί η παραπάνω σχέση, πραγματοποιήθηκε το στατιστικό τεστ Spearman κατά το οποίο χρησιμοποιήθηκε το συνολικό score της αυτοαποτελεσματικότητας και για τις τρεις διατροφικές διαταραχές. Ανάμεσα στο αντιληπτό επίπεδο γνώσεων και στην αποτελεσματικότητα παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική σχέση ($r=0,537$, $p<0,001$). Παρομοίως, στατιστικά σημαντική θετική σχέση βρέθηκε και ανάμεσα στην αυτοαποτελεσματικότητα και στις δεξιότητες ($r=0,597$, $p<0,001$).

Εκτός από τις διμεταβλητές αναλύσεις, διενεργήθηκε και γραμμική πολλαπλή παλινδρόμηση με σκοπό να ελεγχθεί η επίδραση που έχουν οι δεξιότητες στο συνολικό σκορ για την αυτοαποτελεσματικότητα, προσαρμοσμένες με βάση τις υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές, καθώς επίσης και να διαπιστωθεί η προβλεπτική ισχύς. Αρχικά προστέθηκαν όλες οι δυνατές ανεξάρτητες μεταβλητές, εκτός από τις γνώσεις και την πρότερη εκπαιδευτική εμπειρία, διότι βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση και των δύο με τις δεξιότητες. Κατόπιν, έγινε διαδοχική αφαίρεση των ανεξάρτητων μεταβλητών μέχρι να παραμείνουν μόνο εκείνες με στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αυτοαποτελεσματικότητα. Έτσι, στο μοντέλο, ως ανεξάρτητες μεταβλητές παρέμειναν το φύλο, ο αριθμός των περιστατικών και οι δεξιότητες, οι οποίες εξηγούν το 39,1% (R^2 adjusted=0,391) της μεταβλητότητας της αυτοαποτελεσματικότητας και η προβλεπτική τους ισχύς είναι στατιστικά σημαντική ($F=15,56$, $p<0,001$).

***Πίνακας 23.** Αποτελέσματα γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το συνολικό σκορ για την αυτοαποτελεσματικότητα..*

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Φύλο	0,213	0,009 έως 0,418	0,041
Δεξιότητες score	0,940	0,619 έως 1,260	0,000
Περιπτώσεις πασχόντων τον τελευταίο χρόνο;	0,130	0,019 έως 0,241	0,022

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε πως οι γυναίκες γιατροί, σε σύγκριση με τους άντρες, έχουν 0,213 μονάδες κατά μέσο όρο μεγαλύτερο score στην αυτοαποτελεσματικότητά τους ως προς το να βοηθούν ασθενείς με διατροφικές διαταραχές. Επιπρόσθετα, οι γιατροί που έχουν συναντήσει περισσότερες από 20 περιπτώσεις ασθενών με διατροφικές διαταραχές τον τελευταίο χρόνο, έχουν 0,520 μονάδες κατά μέσο όρο μεγαλύτερο score στην αυτοαποτελεσματικότητά συγκριτικά με εκείνους που έχουν συναντήσει 1-5 περιπτώσεις. Τέλος, για κάθε 1 μονάδα που αυξάνεται το score των δεξιοτήτων, το score της αυτοαποτελεσματικότητας αυξάνεται κατά 0,94 μονάδες. Σε κάθε περίπτωση προϋπόθεση είναι οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές να παραμένουν σταθερές.

Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ, ΤΟ ΑΝΤΙΛΗΠΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ, ΤΙΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ, ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Διμεταβλητές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με σκοπό να φανεί αν υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην αυτοαποτελεσματικότητα των γιατρών ως προς το να παρέχουν βοήθεια σε ασθενείς με διατροφική διαταραχή και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την επαγγελματική εμπειρία, το αντιληπτό επίπεδο γνώσεων, τις δεξιότητες, τις στάσεις και την αυτοαποτελεσματικότητα. Για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την επαγγελματική εμπειρία χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος χ^2 for trend, και για τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τις στάσεις και την αυτοαποτελεσματικότητα πραγματοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο του Spearman, καθώς χρησιμοποιήθηκαν τα score που προέκυψαν από το σύνολο των ερωτήσεων για κάθε μεταβλητή.

Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην πρόθεση των γιατρών να βοηθούν τους ασθενείς με διατροφική διαταραχή ως προς την αναγνώριση και αντιμετώπισή της και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την επαγγελματική εμπειρία ($p > 0,05$). Ακολούθως, μη στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε ανάμεσα στην προθυμία και στις στάσεις των γιατρών απέναντι στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές ($p = 0,618$) καθώς και ανάμεσα στην προθυμία και την αυτοαποτελεσματικότητα των γιατρών ($p = 0,164$). Αντιθέτως, στατιστικά σημαντική σχέση προέκυψε μεταξύ προθυμίας και των υπόλοιπων δύο μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα, η προθυμία φαίνεται να σχετίζεται θετικά με το αντιληπτό επίπεδο γνώσεων των γιατρών ($r = 0,309$, $p = 0,009$) και με τις δεξιότητες των γιατρών ($r = 0,353$, $p = 0,003$).

Σε μια προσπάθεια να διαπιστωθεί αν επηρεάζεται η σχέση ανάμεσα στην προθυμία και τις στάσεις ή την αυτοαποτελεσματικότητα προσαρμοσμένα ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις γνώσεις με τη γραμμική πολλαπλή παλινδρόμηση, δεν υπήρξε κάποια διαφορά ως προς τη στατιστική σημαντικότητα συγκριτικά με τις διμεταβλητές αναλύσεις. Το καλύτερο μοντέλο ήταν εκείνο με ανεξάρτητη μεταβλητή μόνο το αντιληπτό επίπεδο γνώσεων ($F = 6,512$, $p = 0,013$) που εξηγεί το 7,4% της μεταβλητότητας της προθυμίας.

Η ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ, ΤΟ ΑΝΤΙΛΗΠΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ, ΤΙΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ, ΤΙΣ ΣΤΑΣΕΙΣ, ΤΗΝ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΘΕΣΗ

Οι πρακτικές των γιατρών αφορούν στο αν κάνουν χρησιμοποιούν κάποιο εργαλείο διαλογής με σκοπό τον εντοπισμό των ασθενών εκείνων που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο διατροφικής διαταραχής, καθώς και στο αν παραπέμπουν τους ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο διατροφικής διαταραχής στους κατάλληλους επαγγελματίες υγείας.

Σχετικά με το αν χρησιμοποιούν κάποιο εργαλείο διαλογής, οι διμεταβλητές αναλύσεις έδειξαν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με την προηγούμενη εκπαιδευτική εμπειρία ($p=0,034$), ενώ με το αντιληπτό επίπεδο γνώσεων ($p<0,001$), τις δεξιότητες ($p<0,001$) και την αυτοαποτελεσματικότητα ($p=0,009$) βρέθηκε στατιστικά διαφορά ανάμεσα στις διάμεσες τιμές. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε πως το 26,7% εκείνων που έχουν παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα χρησιμοποιεί κάποιο εργαλείο διαλογής συγκριτικά με το 5,5% εκείνων που δεν έχουν παρακολουθήσει. Επιπρόσθετα, εκείνοι που δηλώνουν πως χρησιμοποιούν εργαλείο διαλογής, συγκριτικά με εκείνους που δε χρησιμοποιούν, έχουν μεγαλύτερο score όσον αφορά στο αντιληπτό επίπεδο γνώσης (60,86 έναντι 32,68), στις δεξιότητες (61,64 έναντι 32,6) και στην αυτοαποτελεσματικότητα (53,5 έναντι 33,5).

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση δεν πραγματοποιήθηκε, καθώς από τις μεταβλητές που έχουν στατιστικά σημαντική σχέση με το αν οι γιατροί χρησιμοποιούν εργαλεία διαλογής, τόσο η προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία όσο και οι γνώσεις και οι δεξιότητες σχετίζονται ισχυρά με την αυτοαποτελεσματικότητα.

Τέλος, αναφορικά με το αν παραπέμπουν οι γιατροί ή όχι τους ασθενείς με πιθανότητα διατροφικής διαταραχής σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση με καμία μεταβλητή εκτός από την ηλικία, όπου φάνηκε πως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία γιατροί παραπέμπουν περισσότερο συγκριτικά με τους γιατρούς μικρότερης ηλικίας ($p=0,019$).

Στο εύρος των γνώσεων μας, δε φαίνεται να υπάρχει αντίστοιχη μελέτη στην Ελλάδα που να διερευνά τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τις στάσεις και τις πρακτικές των γιατρών απέναντι στους ασθενείς που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, καθώς και το πως αυτά σχετίζονται μεταξύ τους αλλά και ποια επίδραση ασκούν σε αυτά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και η επαγγελματική εμπειρία. Στη βιβλιογραφία, όπως και στην παρούσα έρευνα, παρόμοιες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχουν χρησιμοποιήσει δειγματοληψία ευκολίας και σε αρκετές από αυτές το δείγμα είναι μικρότερο των 100 συμμετεχόντων. Επιπρόσθετα, το σύνολο των συμμετεχόντων περιλαμβάνει μια ποικιλία επαγγελματιών υγείας τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, η πλειοψηφία των γιατρών δήλωσε πως έχει συναντήσει κατά την πρακτική της ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία, ενώ μόλις οι μισοί ανέφεραν τη ψυχογενή βουλιμία και την επεισοδιακή υπερφαγία. Με βάση τη δημοσίευση των Janicic & Bairaktari, στην Ελλάδα το ποσοστό της ψυχογενούς βουλιμίας φαίνεται να είναι μεγαλύτερο συγκριτικά με το αντίστοιχο της ψυχογενούς ανορεξίας και συνεπώς είναι πιο πιθανό για έναν επαγγελματία υγείας να συναντήσει ασθενή με ψυχογενή βουλιμία ή επεισοδιακή υπερφαγία (Janicic & Bairaktari, 2013). Αυτή η διαφορά μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα σημάδια που υποδεικνύουν την πιθανότητα ύπαρξης ψυχογενούς ανορεξίας είναι περισσότερο εμφανή καθώς σχετίζονται με το πολύ χαμηλό σωματικό βάρος και όλες τις επιπτώσεις που αυτό επιφέρει. Αντίθετα, στη ψυχογενή βουλιμία και στην επεισοδιακή υπερφαγία το βάρος ενδέχεται να είναι στα πλαίσια του φυσιολογικού και η κλινική εικόνα να μην έχει επηρεαστεί. Καθώς το μεγαλύτερο μέρος των γιατρών του δείγματος δεν πραγματοποιεί διαδικασία ανίχνευσης, ενδέχεται να έχει αγνοήσει την ύπαρξη ψυχογενούς βουλιμίας και επεισοδιακής υπερφαγίας στους ασθενείς του. Βιβλιογραφικά, έχει φανεί πως μόνο 1 στους 10 ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία αναγνωρίζεται από κάποιον επαγγελματία υγείας (Hans Wijbrand Hoek & van Hoeken, 2003). Ένα άλλο εύρημα είναι πως το 52,9% των γιατρών του δείγματος πιστεύει πως έχουν υπάρξει ασθενείς του έπασχαν από διατροφική διαταραχή κι εκείνοι είχαν αγνοήσει τα σημάδια. Σε παρόμοια μελέτη των Linville et al. το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 92% την πρώτη φορά που την πραγματοποίησαν και 32,32% τη δεύτερη φορά σε

απόσταση δύο ετών (Linville, Benton, O'Neil, et al., 2010; Linville et al., 2012). Ανάμεσα στα πιο συχνά εμπόδια που αναφέρθηκαν στην παρούσα έρευνα σχετικά με τη δυσκολία αναγνώρισης των ασθενών με διατροφική διαταραχή είναι η ανεπαρκής εκπαίδευση αναφορικά με την ανίχνευση των διατροφικών διαταραχών και το γεγονός πως προτεραιότητα έχουν τα ιατρικά προβλήματα των ασθενών. Τα συγκεκριμένα εμπόδια ήταν τα πιο συχνά αναφερόμενα και στη μελέτη των Linville et al. (Linville et al., 2012).

Ένα κομμάτι της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης και το οποίο απασχολεί ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα είναι οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τις διατροφικές διαταραχές και τους πάσχοντες. Σε αυτή τη μελέτη διερευνήθηκε το αντιληπτό επίπεδο γνώσεων, ενώ στη βιβλιογραφία συχνά αξιολογείται και το πραγματικό επίπεδο γνώσεων. Τα δικά μας ευρήματα έδειξαν πως συνολικά το αντιληπτό επίπεδο γνώσεων των γιατρών είναι χαμηλό. Πιο συγκεκριμένα, οι γιατροί πιστεύουν πως έχουν λιγότερες γνώσεις όσον αφορά στις τοπικές υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες για τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές καθώς και στις καλύτερες επιστημονικά τεκμηριωμένες οδηγίες για την αποτελεσματικότερη διαχείριση και βοήθεια των πασχόντων. Επιπρόσθετα, μέτριο επίπεδο γνώσης δήλωσαν για τις δεξιότητες που χρειάζονται ώστε να θίγουν ζητήματα βάρους και εικόνας σώματος, καθώς και για τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών, τα σημάδια ανάρρωσης και τους παράγοντες υποτροπής. Από πρόσφατη βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει φανεί πως στην πλειοψηφία των μελετών υπάρχει χαμηλό επίπεδο γνώσεων στους επαγγελματίες υγείας για τις διατροφικές διαταραχές (Seah, Tham, Kamaruzaman, & Yobas, 2017). Γενικά, έχει φανεί πως ενώ οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν τα διαγνωστικά κριτήρια για τη ψυχογενή ανορεξία, αγνοούν τα διαγνωστικά κριτήρια για τη ψυχογενή βουλιμία και την επεισοδιακή υπερφαγία (Raveneau, Feinstein, Rosen, & Fisher, 2014). Αυτός είναι ίσως κι άλλος ένας λόγος για τον οποίο στο δείγμα της μελέτης μας ήταν λιγότεροι οι γιατροί εκείνοι που δήλωσαν ότι είχαν δει ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία και επεισοδιακή υπερφαγία, σε σύγκριση με τη ψυχογενή ανορεξία. Μια άλλη πληροφορία που αξίζει να αναφερθεί είναι πως ακόμα και σε έρευνες των οποίων οι συμμετέχοντες ήταν ψυχίατροι, το score του επιπέδου γνώσεων για τις διατροφικές διαταραχές ήταν χαμηλό (Jones et al., 2013). Ακόμα, σε συνάφεια με την παρούσα μελέτη, ελλείψεις στις γνώσεις για τις ενδείξεις και τα συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών παρουσίασε και η μελέτη των Reid et al. (Reid et al., 2010).

Επιπρόσθετα, αρκετές είναι οι μελέτες που έχουν ελέγξει τη σχέση ανάμεσα στις γνώσεις με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την επαγγελματική εμπειρία. Όπως και στη συγκεκριμένη μελέτη, δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ηλικία και στο φύλο (Seah et al., 2017). Τέλος, στη μελέτη των Girz et al. βρέθηκε πως οι επαγγελματίες υγείας που είχαν παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχετικό με τις διατροφικές διαταραχές είχαν και μεγαλύτερο score γνώσεων, κάτι το οποίο φάνηκε και στη δική μας μελέτη (Girz, Robinson, & Tessier, 2014).

Συνεπακόλουθο του χαμηλού επιπέδου αντιληπτών γνώσεων είναι και το χαμηλό επίπεδο δεξιοτήτων ως προς την ανίχνευση των ασθενών που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή και την παροχή κατάλληλης βοήθειας σε αυτούς. Οι συμμετέχοντες της μελέτης, ανέφεραν χαμηλό επίπεδο δεξιοτήτων στο να παρέχουν επιστημονικά τεκμηριωμένες οδηγίες και στο να πραγματοποιούν διαδικασία ανίχνευσης. Ακόμα, φαίνεται πως δυσκολεύονται να θίξουν ζητήματα βάρους και εικόνας σώματος, να συζητήσουν για τη διατροφική διαταραχή και να αναλάβουν την παρακολούθηση της πορείας του πάσχοντα. Στη συγκεκριμένη μελέτη, επίσης, φάνηκε πως οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες έχουν χαμηλότερο score για το επίπεδο των δεξιοτήτων, ενώ αντίθετα στην αντίστοιχη έρευνα των Linville et al. δε βρέθηκε συσχέτιση (Linville, Benton, O'Neil, et al., 2010; Linville et al., 2012). Τέλος, στη μελέτη μας προέκυψε ισχυρή σχέση μεταξύ των δεξιοτήτων και των γνώσεων, καθώς και της προηγούμενης εκπαιδευτικής εμπειρίας, κάτι απόλυτα λογικό αν αναλογιστούμε πως όλες σχεδόν οι μελέτες αναδεικνύουν την αναγκαιότητα της εκπαίδευσης και της αύξησης των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας ώστε να αποκτήσουν τις απαραίτητες δεξιότητες για τον έγκαιρο εντοπισμό των ασθενών με διατροφικές διαταραχές (Seah et al., 2017).

Αναφορικά με τις στάσεις, το σύνολο του δείγματος εκφράστηκε θετικά απέναντι στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, αναγνωρίζοντας πως δεν ευθύνεται το ίδιο το άτομο για την κατάστασή του, αλλά είναι μια πολυπαραγοντική ψυχική διαταραχή. Ωστόσο, η πλειοψηφία συμφώνησε πως πρόκειται για ασθενείς που είναι δύσκολο να τους προσεγγίσεις και να συζητήσεις μαζί τους το θέμα της διατροφικής διαταραχής. Βιβλιογραφικά, οι περισσότερες μελέτες που εξετάζουν τις στάσεις έχουν διενεργηθεί σε δείγματα επαγγελματιών υγείας που εργάζονται με άτομα, τα οποία πάσχουν από διατροφικές διαταραχές και εστιάζουν κυρίως στα συναισθήματα που εκφράζουν

απέναντί τους. Κατά γενική ομολογία, το επικρατέστερο συναίσθημα των επαγγελματιών υγείας είναι η απογοήτευση και η αίσθηση αποτυχίας αναφορικά με την παροχή βοήθειας στους πάσχοντες. Πιο συγκεκριμένα, σχεδόν όλες οι μελέτες έκαναν λόγο για τα αρνητικά συναισθήματα των επαγγελματιών υγείας καθώς και για την πεποίθησή τους πως οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές είναι χειριστικοί, δε συμμορφώνονται με οποιαδήποτε οδηγία και είναι δύσκολο να δημιουργήσουν θεραπευτική σχέση (Seah et al., 2017). Όσον αφορά στις συσχετίσεις, η παρούσα μελέτη δε βρήκε καμιά στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις στάσεις και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά ή στην επαγγελματική εμπειρία, κάτι το οποίο έχει φανεί βιβλιογραφικά και από τις περισσότερες μελέτες, με εξαίρεση μια στην οποία οι άντρες επαγγελματίες υγείας ήταν πιο πιθανό να εκφράσουν θετικά συναισθήματα σε σχέση με τις γυναίκες (Seah et al., 2017). Τέλος, στη μελέτη μας δε φάνηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις γνώσεις και στις στάσεις. Αυτό σημαίνει πως το χαμηλό επίπεδο γνώσεων δεν οδηγεί απαραίτητα και σε αρνητικές στάσεις στιγματισμού απέναντι στα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή. Το αποτέλεσμα αυτό είναι συναφές με το αντίστοιχο της μελέτης των Currin et al. (Currin et al., 2009).

Ένα άλλο κομμάτι της συγκεκριμένης μελέτης αξιολόγησε την αυτοαποτελεσματικότητα των γιατρών ως προς το να παρέχουν βοήθεια σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές και φάνηκε πως το επίπεδο είναι ιδιαίτερα χαμηλό. Στη βιβλιογραφία, υπάρχουν μέχρι στιγμής έξι δημοσιεύσεις που εξετάζουν το συγκεκριμένο ζήτημα. Από αυτές, στις τρεις οι συμμετέχοντες εξέφρασαν χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα για τη διάγνωση και τη διαχείριση των πασχόντων (Hay et al., 2007; Linville, Benton, O'Neil, et al., 2010; Linville et al., 2012). Ωστόσο, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία, οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν υψηλό επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας ως προς τη διάγνωση, αλλά όχι ως προς τη διαχείριση των ασθενών με διατροφικές διαταραχές. (Jones et al., 2013). Στην παρούσα μελέτη, τέλος, η αυτοαποτελεσματικότητα δε φάνηκε να σχετίζεται με το φύλο, την ηλικία, την ειδικότητα και τον τομέα εργασίας. Αντιθέτως, ισχυρή συσχέτιση βρέθηκε με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την προηγούμενη εκπαιδευτική εμπειρία. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, καθώς φαίνεται η αδιαμφισβήτητη σημασία της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας ώστε να αυξήσουν τις γνώσεις τους πάνω στην ανίχνευση και

τη θεραπεία των ατόμων με διατροφικές διαταραχές, κάτι το οποίο θα οδηγήσει συνεπακόλουθα στην αύξηση των δεξιοτήτων και της αυτοαποτελεσματικότητας τους.

Έχοντας αξιολογήσει τις στάσεις και την αυτοαποτελεσματικότητα, έγινε μια προσπάθεια να αποτυπωθεί η προθυμία των γιατρών να παράσχουν βοήθεια σε κάποιον ασθενή που πάσχει από διατροφική διαταραχή, τόσο με την έγκαιρη ανίχνευση, όσο και με την κατάλληλη παραπομπή, αλλά και την παρακολούθησή τους. Το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης φάνηκε περισσότερο ουδέτερο αναφορικά με την πρόθεσή του. Αξίζει σε αυτό το σημείο να αναφερθεί πως η πρόθεση βρέθηκε να είναι στατιστικώς σημαντικά συσχετισμένη με τις γνώσεις κι τις δεξιότητες, κάτι το οποίο για άλλη μια φορά υποδηλώνει τη σημασία της εκπαίδευσης. Αντίστοιχη μελέτη που να διερευνά την πρόθεση των επαγγελματιών υγείας δε βρέθηκε στη βιβλιογραφία.

Ένα πολύ σημαντικό κομμάτι που διερευνήθηκε, ακόμα, είναι εκείνο των πρακτικών των γιατρών, δηλαδή το κατά πόσο χρησιμοποιούν κάποιο εργαλείο διαλογής για την ανίχνευση των ασθενών με διατροφικές διαταραχές και κατά πόσο παραπέμπουν στους κατάλληλους επαγγελματίες υγείας για παροχή θεραπείας. Στο δείγμα μας το 90% δε χρησιμοποιεί εργαλείο διαλογής και ακριβώς το ίδιο ποσοστό δηλώνει πως παραπέμπει τους ασθενείς με υποψία διατροφικής διαταραχής σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, κυρίως σε ψυχολόγους, διαιτολόγους και ψυχιάτρους. Παρόμοια υψηλά μη χρήσης εργαλείου διαλογής φάνηκαν και στις δύο μελέτες των Linville et al. (Linville, Benton, O'Neil, et al., 2010; Linville et al., 2012). Είναι σαφές και φαίνεται ομόφωνα από αντίστοιχες έρευνες πως οι βασικότεροι λόγοι για τους οποίους οι γιατροί, ειδικά, αλλά και οι επαγγελματίες υγείας, γενικότερα, δε χρησιμοποιούν εργαλεία διαλογής και δεν πραγματοποιούν διαδικασία ανίχνευσης διατροφικών διαταραχών στους ασθενείς τους είναι γιατί οι ασθενείς απευθύνονται σε αυτούς για ιατρικά προβλήματα και χωρίς τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες είναι δύσκολο να αντιληφθούν την ύπαρξή της διατροφικής διαταραχής. Ακόμα, πολλοί είναι εκείνοι που δεν γνωρίζουν καν την ύπαρξή τους, ενώ αποτελεί σημαντική ανησυχία των επαγγελματιών υγείας ο τρόπος διαχείρισης ενός ασθενούς που πάσχει όντως από κάποια διατροφική διαταραχή. Τέλος, πολλοί είναι κι εκείνοι που θεωρούν ότι οι ψυχικές παθήσεις δεν συνάδουν με το δικό τους ρόλο. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο αν οι γιατροί χρησιμοποιούν εργαλείο διαλογής και στις γνώσεις, στις δεξιότητες και την αυτοαποτελεσματικότητα. Ωστόσο, δεν υπάρχει μεγάλος όγκος στη βιβλιογραφία για το θέμα της χρήσης εργαλείων διαλογής από επαγγελματίες

υγείας, κάτι το οποίο καθιστά δύσκολη τη σύγκριση των αποτελεσμάτων (Raveneau et al., 2014). Τέλος, όσον αφορά στο αν οι γιατροί παραπέμπουν τους ασθενείς, το ποσοστό θετικής απάντησης ήταν ανέλπιστα υψηλό. Παρ' όλα αυτά, δεδομένης της υποεκτίμησης των ασθενών που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, μπορούμε να πούμε πως εν τέλει παραπέμπουν μόλις έναν μικρό αριθμό ασθενών, οι οποίοι είναι πολύ πιθανό να βρίσκονται και σε προχωρημένο στάδιο της διατροφικής διαταραχής, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων που ενδέχεται να βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο δεν το παραπέμπουν καθώς δεν είναι σε θέση να τους ανιχνεύσουν. Στη μελέτη μας, η παραπομπή δε συσχετίστηκε σημαντικά με καμία άλλη μεταβλητή όπως ακριβώς και στην αντίστοιχη μελέτη των Currin et al. (Currin et al., 2009).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη είναι μια συγχρονική μελέτη, η οποία αποτυπώνει τις γνώσεις, τις στάσεις, τις δεξιότητες, τις πρακτικές και τα εμπόδια ενός συγκεκριμένου αριθμού γιατρών μια δεδομένη χρονική στιγμή και σε καμία περίπτωση τα αποτελέσματα αυτά δεν μπορούν να γενικευτούν ή να δείξουν την οποιαδήποτε σχέση αιτίου-αποτελέσματος. Ακόμα, το δείγμα της μελέτης είναι πολύ μικρό, κάτι το οποίο επίσης δηλώνει την αδυναμία γενίκευσης των συμπερασμάτων σε ένα μεγαλύτερο πληθυσμιακό εύρος. Μειονέκτημα αποτελεί, επιπλέον, η δειγματοληψία ευκολίας η οποία ενδέχεται να έχει οδηγήσει σε σφάλμα μεροληψίας καθώς και σε μη αντιπροσωπευτικό δείγμα. Ακόμα, το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια ήταν αυτοαναφορικά ενέχει την πιθανότητα οι συμμετέχοντες να απάντησαν με βάση το τι είναι κοινωνικά αποδεκτό και να οδήγησε εν τέλει σε σφάλμα. Πολλές φορές τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν χωρίς την παρουσία της ερευνήτριας κι έτσι μπορεί να υπήρξαν ερωτήσεις μη κατανοητές στους συμμετέχοντες τις οποίες δε διευκρίνισαν.

Παρόλα αυτά, η συγκεκριμένη μελέτη είναι μια πρώτη προσπάθεια ώστε να κατανοηθούν οι πρακτικές και οι ελλείψεις των γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας απέναντι στους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές ώστε να οργανωθούν παρεμβάσεις στοχευμένες στις ανάγκες τους.

Όπως έχει φανεί βιβλιογραφικά, οι επαγγελματίες υγείας κυρίως της πρωτοβάθμιας, αλλά και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας βρίσκονται στην κατάλληλη θέση ώστε να ανιχνεύουν ασθενείς με υποψία διατροφικής διαταραχής και να τους παραπέμπουν σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας για περαιτέρω διάγνωση και παροχή εξατομικευμένης θεραπείας, δεδομένου ότι οι ασθενείς αυτοί σπάνια αναζητούν από μόνοι τους τη βοήθεια ειδικού ψυχικής υγείας. Ωστόσο, κατά γενική ομολογία παρατηρούνται χαμηλά ποσοστά επαγγελματιών υγείας που πραγματοποιούν κάποια επιστημονικά τεκμηριωμένη διαδικασία ανίχνευσης και στην προσπάθεια ανεύρεσης των αιτιών έχουν πραγματοποιηθεί πολυάριθμες μελέτες. Σύμφωνα με τα ευρήματα, οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να έχουν γνωστικές ελλείψεις αναφορικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών καθώς και ανεπαρκείς δεξιότητες στη διαχείριση των πασχόντων, τα οποία οδηγούν σε χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα ως προς την παροχή βοήθειας.

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί αυτό, έχουν πραγματοποιηθεί κατά καιρούς εκπαιδευτικές, κυρίως, παρεμβάσεις σε επαγγελματίες υγείας. Μια από τις πρώτες παρεμβάσεις ήταν εκείνη του Buhl το 1993, ο οποίος εκπαίδευσε ως προς τις γνώσεις και τις δεξιότητες συνολικά 58 ψυχολόγους, ψυχιάτρους, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς με την παροχή τόσο θεωρητικών γνώσεων, όσο και πρακτικής εμπειρίας. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν αύξηση των δεξιοτήτων ως προς την παροχή βοήθειας στους ασθενείς τους που έπασχαν από κάποια διατροφική διαταραχή, και αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους. Επίσης, αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε και μέσω των ίδιων των ασθενών των επαγγελματιών υγείας που εκπαιδεύτηκαν και φάνηκε πως συνολικά είχαν προσφέρει αποτελεσματική θεραπεία σε αρκετά μεγαλύτερο ασθενών μετά την παρέμβαση (Buhl, 1993). Η επόμενη παρέμβαση έγινε από τους Gurney & Halmi το 2000 σε 9 γυναίκες κοινωνικές λειτουργούς με σκοπό να αυξήσουν τα ποσοστά ανίχνευσης των ατόμων με πιθανότητα διατροφικής διαταραχής στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι τέσσερις διαδραστικές εκπαιδευτικές συναντήσεις που πραγματοποιήθηκαν, φάνηκε να αύξησαν τις γνώσεις των συμμετεχόντων για τη διάγνωση και τη θεραπεία, καθώς και τις δεξιότητες τους ως προς το να ρωτούν τους ασθενείς για δυσκολίες πρόσληψης τροφής στα πλαίσια μιας τυπικής επίσκεψης. Ωστόσο, στην επαναξιολόγηση που έγινε μετά από έξι μήνες, οι

επαγγελματίες υγείας ανέφεραν δυσκολίες στη διατήρηση της διαδικασίας ανίχνευσης κατά την καθημερινή πρακτική (Gurney & Halmi, 2001). Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που εφάρμοσαν οι Rosenvinge et al. το 2003 καθώς και εκείνο από τους Mc Vey et al το 2005 (McVey et al., 2005; Rosenvinge, Skårderud, & Thune-Larsen, 2003). Τέσσερα χρόνια αργότερα, οι DeBate et al. απευθύνθηκαν συγκεκριμένα σε οδοντιάτρους, 66 εκ τους οποίους εκπαίδευσαν ως προς τις επιπτώσεις των διατροφικών διαταραχών στη στοματική υγεία, στοχεύοντας στην αύξηση των δεξιοτήτων για ανίχνευση, επικοινωνία με τους ασθενείς και παραπομπή. Η παρέμβαση έγινε διαδικτυακά και η αξιολόγηση των βραχυπρόθεσμων αποτελεσμάτων έδειξε αύξηση στις γνώσεις για τις διατροφικές διαταραχές και στις στάσεις απέναντι στη δευτερογενή πρόληψη (DeBate et al., 2009). Η ίδια επιστημονική ομάδα, πραγματοποίησε αντίστοιχη εκπαίδευση σε φοιτητές οδοντιατρικής το 2013 με θετικά αποτελέσματα όσον αφορά στις γνώσεις, στις δεξιότητες και στην κινητοποίηση για δευτερογενή πρόληψη των διατροφικών διαταραχών (DeBate et al., 2013). Σε ένα ευρύτερο φάσμα ειδικοτήτων στράφηκαν οι Pettersen et al. συμπεριλαμβάνοντας 207 γιατρούς, νοσηλευτές και ψυχολόγους πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Η εκπαίδευση διήρκεσε 11 ημέρες δίνοντας έμφαση στην ενσωμάτωση των επιστημονικών γνώσεων στην κλινική πράξη, αλλά και στη διεπιστημονική συνεργασία και κατάφερε να αυξήσει τις γνώσεις και την αυτοαποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας, τη πρόθεσή τους να εντάξουν στην καθημερινή ρουτίνα τη διαδικασία ανίχνευσης και τη δημιουργία διεπιστημονικών δικτύων συνεργασίας (Pettersen, Rosenvinge, Thune-Larsen, & Wynn, 2012). Το 2013, οι Linville et al. με μια παραπλήσια παρέμβαση, αύξησαν τις γνώσεις και τις δεξιότητες 45 γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως προς την ανίχνευση των ασθενών με αυξημένο κίνδυνο διατροφικών διαταραχών και τους βοήθησε, επίσης, να αντιληφθούν τη σημαντικότητα του ρόλου τους στη δευτερογενή πρόληψη των διατροφικών διαταραχών (Linville, Aoyama, Knoble, & Gau, 2013). Μια πιο πρόσφατη εκπαιδευτική παρέμβαση είναι εκείνη των Brownlow et al. σε επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι χρησιμοποίησαν διαδραστικές ασκήσεις, βίντεο και κουίζ και τελικά κατόρθωσαν να αυξήσουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την αυτοαποτελεσματικότητα των συμμετεχόντων ως προς την αξιολόγηση και θεραπεία των ατόμων με διατροφικές διαταραχές, καθώς και την πρόθεσή τους για θεραπεία της επεισοδιακής υπερφαγίας, αλλά όχι της ψυχογενούς ανορεξίας και της ψυχογενούς βουλιμίας (Brownlow et al., 2015). Τέλος, η πιο

πρόσφατη δημοσιευμένη μελέτη είναι από τους Gooding et al. το 2017 κατά την οποία οι ερευνητές σύγκριναν τη διαδραστική παροχή εκπαίδευσης με την απλή παροχή εκπαιδευτικού υλικού. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ενεργή μάθηση είχε στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη αύξηση στις γνώσεις των συμμετεχόντων καθώς και στην διενέργεια διαδικασίας ανίχνευσης των ασθενών με υποψία διατροφικής διαταραχής κατά την κλινική τους πρακτική (Gooding et al., 2017).

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Δεδομένου ότι η έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία των ασθενών με διατροφικές διαταραχές αυξάνει την πιθανότητα πλήρους ανάκαμψης, είναι σημαντικό να δοθεί έμφαση στην κατανόηση των παραγόντων εκείνων που εμποδίζουν τους επαγγελματίες υγείας από το να εντάξουν στην καθημερινή τους πρακτική τη διαδικασία διαλογής. Καθώς στην Ελλάδα δεν έχουν πραγματοποιηθεί αντίστοιχες έρευνες, θα ήταν καλό να διενεργηθούν μεθοδολογικά ορθές και σε αντιπροσωπευτικό δείγμα συγχρονικές μελέτες, με σκοπό να αποτυπωθούν όλες εκείνες οι ελλείψεις, οι ανάγκες και τα εμπόδια όχι μόνο των γιατρών, αλλά και των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτών, ψυχολόγων, διαιτολόγων, επισκεπτών υγείας, οδοντιάτρων, κοινωνικών λειτουργών, διαιτολόγων κ.α.) ως προς το να αναγνωρίζουν τα άτομα με υποψία διατροφικής διαταραχής, να αναπτύσσουν σχέση εμπιστοσύνης μαζί τους, να επικοινωνούν αποτελεσματικά για ζητήματα διατροφής και εικόνας σώματος και τελικά να τα παραπέμπουν σε κάποιον εξειδικευμένο επαγγελματία ψυχικής υγείας. Με βάση τη γνώση αυτή, θα μπορούσαν μετέπειτα να δημιουργηθούν εκπαιδευτικά προγράμματα, τα οποία θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες των επαγγελματιών υγείας, προσφέροντάς τους γνώσεις, δεξιότητες, κινητοποίηση και δυνατότητες διεπιστημονικής συνεργασίας. Μέχρι στιγμής, προσφέρεται μονάχα ένα τέτοιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα από το Κέντρο Εκπαίδευσης και Αντιμετώπισης Διατροφικών Διαταραχών (ΚΕΑΔΔ), το οποίο είναι επι πληρωμή και παρέχει πιστοποίηση. Ωστόσο, σε τέτοιου είδους σεμινάρια απευθύνονται ήδη ευαισθητοποιημένοι επαγγελματίες υγείας. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος, όμως, είναι αναγκαία η δωρεάν δυνατότητα εκπαίδευσης, καθώς και η προσπάθεια κινητοποίησης όλων των επαγγελματιών υγείας, δίνοντας έμφαση στη σημασία του

ρόλου τους στο δικαίωμα που έχουν οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές για έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Ágh, T., Kovács, G., Supina, D., Pawaskar, M., Herman, B. K., Vokó, Z., & Sheehan, D. V. (2016). A systematic review of the health-related quality of life and economic burdens of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0264-x>
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 9–21. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>
- Álvarez-Malé, M. L., Bautista Castaño, I., & Serra Majem, L. (2015). [Prevalence of eating disorders in adolescents from Gran Canaria]. *Nutricion Hospitalaria*, 31(5), 2283–2288. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8583>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. American Journal of Psychiatry)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Arcelus, J. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Becker, A. E., Eddy, K. T., & Perloe, A. (2009). Clarifying criteria for cognitive signs

- and symptoms for eating disorders in DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 42(7), 611–619. <https://doi.org/10.1002/eat.20723>
- Benini, L., Todesco, T., Dalle Grave, R., Deiorio, F., Salandini, L., & Vantini, I. (2004). Gastric Emptying in Patients with Restricting and Binge/Purging Subtypes of Anorexia Nervosa. *The American Journal of Gastroenterology*, 99(8), 1448–1454. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2004.30246.x>
- Bern, E. M., Woods, E. R., & Rodriguez, L. (2016). Gastrointestinal Manifestations of Eating Disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 63(5), e77–e85. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001394>
- Boateng, A. A., Sriram, K., Meguid, M. M., & Crook, M. (2010). Refeeding syndrome: Treatment considerations based on collective analysis of literature case reports. *Nutrition*, 26(2), 156–167. <https://doi.org/10.1016/J.NUT.2009.11.017>
- Brown, R. F., Bartrop, R., Beumont, P., & Birmingham, C. L. (2005). Bacterial infections in anorexia nervosa: Delayed recognition increases complications. *International Journal of Eating Disorders*, 37(3), 261–265. <https://doi.org/10.1002/eat.20135>
- Brownlow, R. S., Maguire, S., O'dell, A., Dias-Da-Costa, C., Touyz, S., & Russell, J. (2015). Evaluation of an online training program in eating disorders for health professionals in Australia. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0078-7>
- Buhl, C. (1993). A multiprofessional educational programme on eating disorders for the psychiatric health services in Norway. *European Eating Disorders Review*, 1(2), 90–99. <https://doi.org/10.1002/erv.2400010204>
- Canadian Research on Eating Disorders Eating Disorders*. (2017). Retrieved from www.nied.ca
- Carney, C. P., & Yates, W. R. (1998). The evaluation of eating and weight symptoms in the general hospital consultation setting. *Psychosomatics*, 39(1), 61–67. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(98\)71382-9](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(98)71382-9)
- Casiero, D., & Frishman, W. H. (2006). Cardiovascular Complications of Eating

- Disorders. *Cardiology in Review*, 14(5), 227–231.
<https://doi.org/10.1097/01.crd.0000216745.96062.7c>
- Christensen, G. J. (2002). Oral care for patients with bulimia. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 133(12), 1689–1691. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12512670>
- Clarke, D. E., & Polimeni-Walker, I. (2004). Treating Individuals with Eating Disorders in Family Practice: A Needs Assessment. *Eating Disorders*, 12, 293–301. <https://doi.org/10.1080/10640260490521343>
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141–1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12441>
- Currin, L., Waller, G., & Schmidt, U. (2009). Primary care physicians' knowledge of and attitudes toward the eating disorders: Do they affect clinical actions? *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 453–458.
<https://doi.org/10.1002/eat.20636>
- DeBate, R. D., Severson, H. H., Cragun, D. L., Gau, J. M., Merrell, L. K., Bleck, J. R., ... Hendricson, W. (2013). Evaluation of a theory-driven e-learning intervention for future oral healthcare providers on secondary prevention of disordered eating behaviors. *Health Education Research*, 28(3), 472–487.
<https://doi.org/10.1093/her/cyt050>
- DeBate, R. D., Severson, H., Zwald, M. L., Shaw, T., Christiansen, S., Koerber, A., ... Tedesco, L. A. (2009). Development and Evaluation of a Web-Based Training Program for Oral Health Care Providers on Secondary Prevention of Eating Disorders. *Journal of Dental Education*, 73(6). Retrieved from
<http://www.jdentaled.org/content/73/6/718.short>
- DeBate, R. D., Tedesco, L. A., & Kerschbaum, W. E. (2005). Knowledge of oral and physical manifestations of anorexia and bulimia nervosa among dentists and dental hygienists. *Journal of Dental Education*, 69(3), 346–354. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15749945>

- Denholm, M., & Jankowski, J. (2011). Gastroesophageal reflux disease and bulimia nervosa - a review of the literature. *Diseases of the Esophagus*, 24(2), 79–85. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2010.01096.x>
- Drabkin, A., Rothman, M. S., Wassenaar, E., Mascolo, M., & Mehler, P. S. (2017). Assessment and clinical management of bone disease in adults with eating disorders: a review. *Journal of Eating Disorders*, 5(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0172-0>
- Gaudiani, J. L., Braverman, J. M., Mascolo, M., & Mehler, P. S. (2012). Lagophthalmos in Severe Anorexia Nervosa: A Case Series. *Archives of Ophthalmology*, 130(7), 928. <https://doi.org/10.1001/archophthalmol.2011.2515>
- Ghoch, M. El, Soave, F., Calugi, S., & Grave, R. D. (2013). Eating Disorders, Physical Fitness and Sport Performance: A Systematic Review. *Nutrients*, 5, 5140–5160. <https://doi.org/10.3390/nu5125140>
- Girz, L., Robinson, A. L., & Tessier, C. (2014). Is the Next Generation of Physicians Adequately Prepared to Diagnose and Treat Eating Disorders in Children and Adolescents? *Eating Disorders*, 22(5), 375–385. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.915692>
- Gooding, H. C., Cheever, E., Forman, S. F., Hatoun, J., Jooma, F., Touloumtzis, C., & Vernacchio, L. (2017). Implementation and Evaluation of Two Educational Strategies to Improve Screening for Eating Disorders in Pediatric Primary Care. *Journal of Adolescent Health*, 60(5), 606–611. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.12.002>
- Green, H., Johnston, O., Cabrini, S., Fornai, G., & Kendrick, T. (2008). General practitioner attitudes towards referral of eating-disordered patients: a vignette study based on the theory of planned behaviour. *Mental Health in Family Medicine*, 5(4), 213–218. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22477872>
- Gurney, V. W., & Halmi, K. A. (2001). Developing an eating disorder curriculum for primary care providers. *Eating Disorders*, 9(2), 97–107. <https://doi.org/10.1080/10640260127716>

- Hall, R. C. W., Hoffman, R. S., Beresford, T. P., Wooley, B., Tice, L., & Klassen Hall, A. (1988). Hypomagnesemia in Patients with Eating Disorders. *Psychosomatics*, 29(3), 264–272. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(88\)72362-2](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(88)72362-2)
- Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F., & Paxton, S. J. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 727–735. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.004>
- Harvard Pilgrim/Optum. (2018). Eating Disorder Clinical Practice Guideline Summary for Primary Care.
- Harwood, M. P., & Newton, J. T. (1995). Dental aspects of bulimia nervosa: Implications for the health care team. *European Eating Disorders Review*, 3(2), 93–102. <https://doi.org/10.1002/erv.2400030205>
- Hay, P., Darby, A., & Mond, J. (2007). Knowledge and Beliefs about Bulimia Nervosa and its Treatment: A Comparative Study of Three Disciplines. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(1), 59–68. <https://doi.org/10.1007/s10880-007-9057-8>
- Henderson, M., & Freeman, C. P. (1987). A self-rating scale for bulimia. The “BITE”. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 150, 18–24. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651670>
- Hilbert, A., Hoek, H. W., & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 423–437. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360>
- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F.-A., ... Striegel Weissman, R. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 500–506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.054>
- Hoek, H. W., van Harten, P. N., Hermans, K. M. E., Katzman, M. A., Matroos, G. E., & Susser, E. S. (2005). The Incidence of Anorexia Nervosa on Curaçao. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 748–752.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.748>

Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383–396.
<https://doi.org/10.1002/eat.10222>

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). *The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Retrieved from www.hcp.med.harvard.edu/ncs//eating.php;

Hugo, P., Kendrick, T., Reid, F., & Lacey, H. (2000). GP referral to an eating disorder service: why the wide variation? *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 50(454), 380–383.
Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10897535>

Hütter, G., Ganepola, S., & Hofmann, W.-K. (2009). The hematology of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(4), 293–300.
<https://doi.org/10.1002/eat.20610>

Janicic, A., & Bairaktari, M. (2013). Advances in Eating Disorders : Theory , Research and Practice Eating disorders : a report on the case of Greece, (December 2014), 37–41. <https://doi.org/10.1080/21662630.2013.801296>

Jáuregui-Garrido, B., & Jáuregui-Lobera, I. (2012). Sudden death in eating disorders. *Vascular Health and Risk Management*, 8(1), 91–98.
<https://doi.org/10.2147/VHRM.S28652>

Johnson, J. G., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychological Medicine*, 31(8), 1455–1466. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11722160>

Jones, W. R., Saeidi, S., & Morgan, J. F. (2013). Knowledge and Attitudes of Psychiatrists Towards Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(1), 84–88. <https://doi.org/10.1002/erv.2155>

Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Linna, M. S., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C. M., ... Kaprio, J. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a

- nationwide population-based study. *Psychological Medicine*, 39(5), 823.
<https://doi.org/10.1017/S0033291708003942>
- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340–345.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>
- Kolar, D. R., Rodriguez, D. L. M., Chams, M. M., & Hoek, H. W. (2016). Epidemiology of eating disorders in Latin America. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 363–371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000279>
- Lazarević, J., Batinić, B., & Vukosavljević-Gvozden, T. (2016). Risk factors and the prevalence of anorexia nervosa among female students in Serbia. *Vojnosanitetski Pregled*, 73(1), 34–41. Retrieved from
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26964382>
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.20751>
- Li Cavoli, G., Mulè, G., & Rotolo, U. (2011). Renal involvement in psychological eating disorders. *Nephron. Clinical Practice*, 119(4), c338–41; discussion c341.
<https://doi.org/10.1159/000333798>
- Linna, M. S., Raevuori, A., Haukka, J., Suvisaari, J. M., Suokas, J. T., & Gissler, M. (2013). Reproductive health outcomes in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 826–833. <https://doi.org/10.1002/eat.22179>
- Linville, D., Aoyama, T., Knoble, N. B., & Gau, J. (2013). The effectiveness of a brief eating disorder training programme in medical settings. *Journal of Research in Nursing*, 18(6), 544–558.
<https://doi.org/10.1177/1744987112452182>
- Linville, D., Benton, A., O'Neil, M., & Sturm, K. (2010). Medical Providers' Screening, Training and Intervention Practices for Eating Disorders. *Eating Disorders*, 18(2), 110–131. <https://doi.org/10.1080/10640260903585532>

- Linville, D., Benton, A., & Sturm, K. (2010). Medical Providers' Screening, Training and Intervention Practices for Eating Disorders. <https://doi.org/10.1080/10640260903585532>
- Linville, D., Brown, T., & O'Neil, M. (2012). Medical Providers' Self Perceived Knowledge and Skills for Working With Eating Disorders: A National Survey. *Eating Disorders*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.635557>
- MacDonald, D. E., Trottier, K., McFarlane, T., & Olmsted, M. P. (2015). Empirically defining rapid response to intensive treatment to maximize prognostic utility for bulimia nervosa and purging disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.007>
- Mandel, L., & Abai, S. (2004). Diagnosing bulimia nervosa with parotid gland swelling. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 135(5), 613–6; quiz 655. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15202753>
- McVey, G. L., Davis, R., Kaplan, A. S., Katzman, D. K., Pinhas, L., Geist, R., ... Forsyth, G. (2005). A community-based training program for eating disorders and its contribution to a provincial network of specialized services. *International Journal of Eating Disorders*, 37(SUPPL.), 35–40. <https://doi.org/10.1002/eat.20114>
- Mehler, P. S., Frank, G. K. W., & Mitchell, J. E. (2016). Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 319–323. <https://doi.org/10.1002/eat.22452>
- Mehler, P. S., O'Melia, A., Brown, C., Gibson, D., Hollis, J., & Westmoreland, P. (2017). Medical complications of bulimia nervosa. *British Journal of Hospital Medicine*, 78(12), 672–677. <https://doi.org/10.12968/hmed.2017.78.12.672>
- Mignogna, M. D., Fedele, S., & Lo Russo, L. (2004). Anorexia/bulimia-related sialadenosis of palatal minor salivary glands. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, 33(7), 441–442. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2004.00208.x>
- Miller, K. K., Grinspoon, S. K., Ciampa, J., Hier, J., Herzog, D., & Klibanski, A. (2005). Medical Findings in Outpatients With Anorexia Nervosa. *Archives of Internal Medicine*, 165(5), 561. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.5.561>

- Mitchell, J. E., & Crow, S. (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, *19*(4), 438–443.
<https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228768.79097.3e>
- Mitchison, D., & Hay, P. J. (2014). The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. *Clinical Epidemiology*, *6*, 89–97.
<https://doi.org/10.2147/CLEP.S40841>
- Mond, J. M., Myers, T. C., Crosby, R. D., Hay, P. J., & Mitchell, J. E. (2010). Bulimic eating disorders in primary care: Hidden morbidity still? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *17*(1), 56–63.
<https://doi.org/10.1007/s10880-009-9180-9>
- Mont, L., Castro, J., Herreros, B., Paré, C., Azqueta, M., Magriña, J., ... Brugada, J. (2003). Reversibility of Cardiac Abnormalities in Adolescents With Anorexia Nervosa After Weight Recovery. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(7), 808–813.
<https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046867.56865.EB>
- Mustelin, L., Raevuori, A., Hoek, H. W., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2015). Incidence and weight trajectories of binge eating disorder among young women in the community. *International Journal of Eating Disorders*, *48*(8), 1106–1112.
<https://doi.org/10.1002/eat.22409>
- Mustelin, L., Silén, Y., Raevuori, A., Hoek, H. W., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2016). The DSM-5 diagnostic criteria for anorexia nervosa may change its population prevalence and prognostic value. *Journal of Psychiatric Research*, *77*, 85–91. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.03.003>
- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *25*(8), 903–918. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0808-z>
- Nakai, Y., Nin, K., & Noma, S. (2014). Eating disorder symptoms among Japanese female students in 1982, 1992 and 2002. *Psychiatry Research*, *219*(1), 151–156.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.018>

- Nazar, B. P., Gregor, L. K., Albano, G., Marchica, A., Coco, G. Lo, Cardi, V., & Treasure, J. (2017). Early Response to treatment in Eating Disorders: A Systematic Review and a Diagnostic Test Accuracy Meta-Analysis. *European Eating Disorders Review*, 25(2), 67–79. <https://doi.org/10.1002/erv.2495>
- NCD-RisC. (2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19·2 million participants. *The Lancet*, 387(10026), 1377–1396. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30054-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30054-X)
- NICE. (2017). Eating disorders: Recognition and Treatment. Clinical guideline [NG69]. Retrieved February 23, 2019, from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>
- O’Dea, S., & Parsons, H. (2013). Eating disorders; A resource for general practitioners. Retrieved from www.nedc.com.au
- Patrick, L. (2002). Eating disorders: a review of the literature with emphasis on medical complications and clinical nutrition. (Eating Disorders). *Alternative Medicine Review*, 7(3), 184–203. Retrieved from <https://go.galegroup.com/ps/i.do?p=AONE&sw=w&u=googlescholar&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA88823869&sid=classroomWidget&asid=48eb4fae>
- Pettersen, G., Rosenvinge, J. H., Thune-Larsen, K. B., & Wynn, R. (2012). Clinical confidence following an interprofessional educational program on eating disorders for health care professionals: A qualitative analysis. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 5, 201–205. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S33089>
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187–213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Preti, A., Rocchi, M. B. L., Sisti, D., Camboni, M. V., & Miotto, P. (2011). A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 6–17. <https://doi.org/10.1111/j.1600->

- Raveneau, G., Feinstein, R., Rosen, L. M., & Fisher, M. (2014). Attitudes and knowledge levels of nurses and residents caring for adolescents with an eating disorder. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(1), 131–136. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0015>
- Reas, D. (2017). Public and Healthcare Professionals' Knowledge and Attitudes toward Binge Eating Disorder: A Narrative Review. *Nutrients*, 9(11), 1267. <https://doi.org/10.3390/nu9111267>
- Reas, D. L., Williamson, D. A., Martin, C. K., & Zucker, N. L. (2000). Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: a long-term follow-up study. *The International Journal of Eating Disorders*, 27(4), 428–434. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10744849>
- Reid, M., Williams, S., & Burr, J. (2010). Perspectives on eating disorders and service provision: A qualitative study of healthcare professionals. *European Eating Disorders Review*, 18(5), 390–398. <https://doi.org/10.1002/erv.976>
- Reid, M., Williams, S., & Hammersley, R. (2009). Managing Eating Disorder Patients in Primary Care in the UK: A Qualitative Study. <https://doi.org/10.1080/10640260903439441>
- Robb, N. D., & Smith, B. G. N. (1996). Anorexia and bulimia nervosa (the eating disorders): conditions of interest to the dental practitioner. *Journal of Dentistry*, 24(1–2), 7–16. [https://doi.org/10.1016/0300-5712\(95\)00002-X](https://doi.org/10.1016/0300-5712(95)00002-X)
- Rome, E. S., & Ammerman, S. (2003). Medical complications of eating disorders: An update. *Journal of Adolescent Health*, 33(6), 418–426. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.07.002>
- Rome, E. S., And, M. P. H., & Ammerman, S. (2003). Medical Complications of Eating Disorders: An Update. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.07.002>
- Rosenvinge, J. H., Skårderud, F., & Thune-Larsen, K. B. (2003). Can educational programmes raise clinical competence in treating eating disorders? Results from a Norwegian trial. *European Eating Disorders Review*, 11(4), 329–343.

<https://doi.org/10.1002/erv.503>

- Sachs, K., & Mehler, P. S. (2016). Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21(1), 13–18. <https://doi.org/10.1007/s40519-015-0201-4>
- Samnaliev, M., Noh, H. L., Sonnevile, K. R., & Austin, S. B. (2015). The economic burden of eating disorders and related mental health comorbidities: An exploratory analysis using the U.S. Medical Expenditures Panel Survey. *Preventive Medicine Reports*, 2, 32–34. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2014.12.002>
- Sardar, M. R., Greway, A., DeAngelis, M., Tysko, E. O., Lehmann, S., Wohlstetter, M., & Patel, R. (2015). Cardiovascular Impact of Eating Disorders in Adults: A Single Center Experience and Literature Review. *Heart Views : The Official Journal of the Gulf Heart Association*, 16(3), 88–92. <https://doi.org/10.4103/1995-705X.164463>
- Seah, X. Y., Tham, X. C., Kamaruzaman, N. R., & Yobas, P. (Klainin). (2017). Knowledge, Attitudes and Challenges of Healthcare Professionals Managing People With Eating Disorders: A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 125–136. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.002>
- Seah, X. Y., Tham, X. C., Kamaruzaman, N. R., & Yobas, P. (Klainin). (2018). Nurses' perception of knowledge, attitudes and reported practice towards patients with eating disorders: A concurrent mixed-methods study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 133–151. <https://doi.org/10.1016/J.APNU.2017.11.011>
- Serpell, L., Stobie, B., Fairburn, C. G., & van Schaick, R. (2013). Empirically-supported and non-empirically supported therapies for bulimia nervosa: retrospective patient ratings. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 41. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-41>
- Smink, F. R. E., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>

- Solmi, F., Hotopf, M., Hatch, S. L., Treasure, J., & Micali, N. (2016). Eating disorders in a multi-ethnic inner-city UK sample: prevalence, comorbidity and service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *51*(3), 369–381. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1146-7>
- Stheneur, C., & Bergeron, S. (2014). Renal complications in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, *19*(4), 455–460. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0138-z>
- Striegel-Moore, R. H., DeBar, L., Wilson, G. T., Dickerson, J., Rosselli, F., Perrin, N., ... Kraemer, H. C. (2008). Health services use in eating disorders. *Psychological Medicine*, *38*(10), 1465–1474. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001833>
- Studen-Pavlovich, D., & Elliott, M. A. (2001). Eating disorders in women's oral health. *Dental Clinics of North America*, *45*(3), 491–511. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11486661>
- Thomas, J. J., Lee, S., & Becker, A. E. (2016a). Updates in the epidemiology of eating disorders in Asia and the Pacific. *Current Opinion in Psychiatry*, *29*(6), 354–362. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000288>
- Thomas, J. J., Lee, S., & Becker, A. E. (2016b). Updates in the epidemiology of eating disorders in Asia and the Pacific. *Current Opinion in Psychiatry*, *29*(6), 354–362. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000288>
- Trace, S. E., Baker, J. H., Peñas-Lledó, E., & Bulik, C. M. (2013). The Genetics of Eating Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*(1), 589–620. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185546>
- Treasure, J., & Russell, G. (2011). The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *British Journal of Psychiatry*, *199*(1), 5–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.087585>
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, *230*(2), 294–299. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008>

- van Hoeken, D., Burns, J. K., & Hoek, H. W. (2016a). Epidemiology of eating disorders in Africa. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 372–377.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000274>
- van Hoeken, D., Burns, J. K., & Hoek, H. W. (2016b). Epidemiology of eating disorders in Africa. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 372–377.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000274>
- Walsh, B. T., Agras, W. S., Devlin, M. J., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., Kahn, C., & Chally, M. K. (2000). Fluoxetine for Bulimia Nervosa Following Poor Response to Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1332–1334.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1332>
- Wang, X., Luscombe, G. M., Boyd, C., Kellow, J., & Abraham, S. (2014). Functional gastrointestinal disorders in eating disorder patients: altered distribution and predictors using ROME III compared to ROME II criteria. *World Journal of Gastroenterology*, 20(43), 16293–16299.
<https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i43.16293>
- Warren, M. P. (2011). Endocrine Manifestations of Eating Disorders. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(2), 333–343.
<https://doi.org/10.1210/jc.2009-2304>
- Westmoreland, P., Krantz, M. J., & Mehler, P. S. (2016). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *The American Journal of Medicine*, 129, 30–37.
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.06.031>
- Ximenes, R., Couto, G., & Sougey, E. (2009). Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), NA-NA. <https://doi.org/10.1002/eat.20660>

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2012). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές*.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Σας ευχαριστούμε θερμά για το χρόνο που θα μας διαθέσετε.

Το παρόν ερωτηματολόγιο δίνεται στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας του ΠΜΣ «Προαγωγή και Αγωγή Υγείας» του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και μελετά τις **διατροφικές διαταραχές στους ενήλικες** με σκοπό να καταγραφούν οι υπηρεσίες που λαμβάνουν οι ασθενείς στις διάφορες δομές υγείας στη χώρα μας (π.χ. κέντρα υγείας και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης), αλλά και οι ελλείψεις και ανάγκες των γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Το ερωτηματολόγιο είναι εντελώς ανώνυμο κι εμπιστευτικό.

Τα αποτελέσματα αναμένεται να είναι έτοιμα τον Ιούνιο του 2019 και θα χαρούμε πολύ να σας ενημερώσουμε.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση παρακαλώ να μη διστάσετε να επικοινωνήσετε.

Η ερευνήτρια: Νικηταρά Κατερίνα (6946783574)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Φύλο: ____ Άντρας ____ Γυναίκα **Ηλικία:** _____

Ειδικότητα:

- Παθολόγος
- Ενδοκρινολόγος
- Καρδιολόγος
- Ορθοπαιδικός
- Γαστρεντερολόγος
- Διαβητολόγος
- Γυναικολόγος

Τομέας εργασίας:

- Ιδιωτικός
- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Έχετε ψυχολόγους ή συμβούλους που να εργάζονται στην εργασία σας;

____ Ναι ____ Όχι

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

1. Έχετε παρακολουθήσει κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα/σεμινάριο για τις διατροφικές διαταραχές;
 - Ναι
 - Όχι

2. Ποιους από τους παρακάτω τύπους διατροφικών διαταραχών έχετε συναντήσει κατά την εργασία σας ως επαγγελματίας υγείας;

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν:

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Ψυχογενής ανορεξία	1	2
2	Ψυχογενής βουλιμία	1	2
3	Επεισοδιακή υπερφαγία	1	2

- 2.1 *Εάν έχετε συναντήσει, πόσες περιπτώσεις περίπου έχετε δει τον τελευταίο χρόνο;

- 1-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- >20

3. Πόσο συχνά παρουσιάζονται σε εσάς ασθενείς με διατροφικές διαταραχές, τους οποίους δεν μπορείτε να βοηθήσετε ως προς τη θεραπεία της διαταραχής;

- Ποτέ
- Σπάνια
- Κάποιες φορές
- Συχνά
- Πάντα

4. Πιστεύετε ότι κάποιος ασθενής σας ενδέχεται να έπασχε από σοβαρή διατροφική διαταραχή, αλλά εσείς είχατε αγνοήσει τα σημάδια;

- Ναι
- Όχι

- 4.1 *Εάν ναι, τι πιστεύετε ότι είναι αυτό που σας εμπόδισε από το να αναγνωρίσετε τα σημάδια και να αντιληφθείτε τη διατροφική διαταραχή;

Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν:

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Το βάρος ήταν στα πλαίσια του φυσιολογικού.	1	2
2	Δεν ήμουν σίγουρος/η για το τι είδους ερωτήσεις έπρεπε να κάνω στον ασθενή και στην οικογένειά του.	1	2
3	Ο ασθενής δεν ήταν πρόθυμος ή ειλικρινής με τις απαντήσεις του όταν επρόκειτο για ερωτήσεις σχετικές με διαίτα, διατροφή ή/και εικόνα σώματος.	1	2

4	Ο ασθενής ήρθε εξαιτίας άλλων ιατρικών προβλημάτων και δε σκέφτηκε να ανιχνεύσω για πιθανή διατροφική διαταραχή.	1	2
5	Η ανεπαρκής εκπαίδευση σχετικά με τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την ανίχνευση των διατροφικών διαταραχών.	1	2
6	Αφού ερωτήθηκε, ο ασθενής αρνήθηκε το ότι έχει οποιαδήποτε μορφή διατροφικής διαταραχής ή κρατούσε αμυντική στάση.	1	2

5. Χρησιμοποιείτε στην καθημερινή σας κλινική πρακτική εργαλεία ανίχνευσης διατροφικών διαταραχών;

- Ναι (παρακαλώ διευκρινίστε) _____
- Όχι

5.1 *Αν δεν χρησιμοποιείτε εργαλεία ανίχνευσης διατροφικών διαταραχών, ποιος είναι ο λόγος;

Επιλέξτε όσα από τα παρακάτω ισχύουν:

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Δεν γνωρίζω ότι υπάρχουν.	1	2
2	Δεν είναι ο ρόλος μου να ανιχνεύσω για διατροφικές διαταραχές, γιατί είναι ψυχική και όχι ιατρική πάθηση.	1	2
3	Οι ασθενείς απευθύνονται σε έμένα για άλλα προβλήματα και όχι γι' αυτό.	1	2
4	Δεν έχω επαρκή διαθέσιμο χρόνο με τους ασθενείς.	1	2
5	Δεν έχω τις απαραίτητες δεξιότητες.	1	2
6	Μου φαίνεται αμήχανο να κάνω ερωτήσεις σχετικές με τις διατροφικές διαταραχές.	1	2
7	Μπορεί να προκαλέσει στον ασθενή αμυντική στάση και να επηρεάσει την εμπιστοσύνη του ασθενή σε μένα.	1	2
8	Μπορεί να φανεί προσβλητικό στον ασθενή.	1	2
9	Δε γνωρίζω πως θα διαχειριστώ κάποια περίπτωση ασθενή που μπορεί να πάσχει από διατροφική διαταραχή.	1	2
10	Άλλο (παρακαλώ προσδιορίστε)		

6. Συνηθίζετε να παραπέμπετε τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές σε κάποιον άλλο επαγγελματία υγείας;

- Ναι
- Όχι

7. Αν παραπέμπατε τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές σε άλλους επαγγελματίες υγείας, σε ποια από τις παρακάτω ειδικότητες θα κάνατε την παραπομπή;

Επιλέξτε όσα από τα παρακάτω ισχύουν:

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Ψυχίατρο	1	2
2	Ψυχολόγο	1	2
3	Διαιτολόγο – Διατροφολόγο	1	2
4	Εξειδικευμένο πρόγραμμα για διατροφικές διαταραχές	1	2
5	Ενδοκρινολόγο	1	2
6	Κοινωνικό λειτουργό	1	2
7	Βιβλία, ιστοσελίδες ή άλλες δωρεάν πηγές	1	2
8	Εναλλακτικό θεραπευτή (ομοιοπαθητικό, βελονιστή)	1	2
9	Άλλο (παρακαλώ προσδιορίστε)		

8. Παρακαλείσθε να δηλώστε το κατά πόσο είστε πρόθυμοι να προσφέρετε βοήθεια στη θεραπεία κάθε μιας από τις παρακάτω διατροφικές διαταραχές:

		Καθόλου πρόθυμος/η	Κάπως πρόθυμος/η	Ουδέτερος	Αρκετά πρόθυμος/η	Πολύ πρόθυμος/η
1	Ψυχογενής ανορεξία	1	2	3	4	5
2	Ψυχογενής βουλιμία	1	2	3	4	5
3	Επεισοδιακή υπερφαγία	1	2	3	4	5

9. Παρακαλείσθε να δηλώστε το κατά πόσο σίγουροι νιώθετε ότι είστε σε θέση να προσφέρετε την βοήθεια σας στη διάγνωση και θεραπεία κάθε μιας από τις παρακάτω διατροφικές διαταραχές:

		Καθόλου σίγουρος/η	Κάπως σίγουρος/η	Ουδέτερος	Αρκετά σίγουρος/η	Πολύ σίγουρος/η
1	Ψυχογενής ανορεξία	1	2	3	4	5
2	Ψυχογενής βουλιμία	1	2	3	4	5
3	Επεισοδιακή υπερφαγία	1	2	3	4	5

10. Παρακαλείσθε να δηλώσετε το επίπεδο γνώσης σας για κάθε ένα από τα παρακάτω αντικείμενα σύμφωνα με την κλίμακα.

		Πολύ χαμηλό	Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	Πολύ υψηλό
1	Το ποσοστό των διατροφικών διαταραχών στην Ελλάδα	1	2	3	4	5
2	Τις τοπικές υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες για τους ασθενείς που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή	1	2	3	4	5
3	Τις καλύτερες επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές για την αντιμετώπιση ασθενών που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή	1	2	3	4	5
4	Τα άλλα προβλήματα που συχνά συνυπάρχουν με τις διατροφικές διαταραχές	1	2	3	4	5
5	Τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους να μιλήσετε για τη διαχείριση του βάρους στους ασθενείς που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές	1	2	3	4	5
6	Τα πιο συχνά συμπτώματα που παρουσιάζουν οι ασθενείς με διατροφική διαταραχή	1	2	3	4	5
7	Τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών	1	2	3	4	5
8	Τα σημάδια ανάρρωσης για τους ασθενείς με διατροφικές διαταραχές	1	2	3	4	5
9	Τους παράγοντες που συντελούν στην υποτροπή των ασθενών με διατροφικές διαταραχές	1	2	3	4	5

11. Παρακαλείσθε να δηλώσετε το επίπεδο των δεξιοτήτων σας για κάθε ένα από τα παρακάτω αντικείμενα, σύμφωνα με την κλίμακα.

		Πολύ χαμηλό	Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	Πολύ υψηλό
1	Να ρωτήσετε έναν ασθενή για τις διατροφικές του συνήθειες, το βάρος και την εικόνα σώματος, χωρίς να τον κάνετε να αποκτήσει αμυντική στάση.	1	2	3	4	5
2	Να μιλήσετε με έναν ασθενή σχετικά με τη διατροφική του διαταραχή.	1	2	3	4	5
3	Να παραπέμψετε τον ασθενή με διατροφική διαταραχή σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας.	1	2	3	4	5
4	Να διαχειριστείτε μια κατάσταση κατά την οποία ενώ εσείς πιστεύετε πως ο ασθενής πάσχει από διατροφική διαταραχή, εκείνος το αρνείται ή δεν αναφέρει τις συνέπειες που έχει στην φυσική και συναισθηματική του ευεξία.	1	2	3	4	5
5	Να διαχειριστείτε έναν ασθενή που σας αποκαλύπτει ότι πάσχει από διατροφική διαταραχή.	1	2	3	4	5
6	Να κάνετε τη διαδικασία για την ανίχνευση διατροφικής διαταραχής στους ασθενείς.	1	2	3	4	5
7	Να στοχεύσετε στα συμπτώματα της διατροφικής διαταραχής και στο πως να τα μειώσετε.	1	2	3	4	5
8	Να δώσετε επιστημονικά τεκμηριωμένες οδηγίες για τις διατροφικές διαταραχές.	1	2	3	4	5
9	Να αναλάβετε την παρακολούθηση/υποστήριξη ενός ασθενούς που πάσχει από διατροφική διαταραχή και βρίσκεται σε θεραπεία, από τη στιγμή της διάγνωσης έως την ανάρρωση.	1	2	3	4	5

12. Παρακαλείσθε να δηλώσετε το επίπεδο κατά το οποίο συμφωνείτε με κάθε μια από τις παρακάτω δηλώσεις για τα άτομα που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, σύμφωνα με την κλίμακα.

		Διαφωνώ εντελώς	Διαφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Συμφωνώ	Συμφωνώ εντελώς
1	Εκείνοι ευθύνονται για την κατάσταση τους	1	2	3	4	5
2	Αποτελούν κίνδυνο για τους άλλους	1	2	3	4	5
3	Είναι δύσκολοι στο να τους προσεγγίσεις και να τους μιλήσεις για το θέμα αυτό	1	2	3	4	5
4	Είναι σε θέση να αποκτήσουν τον έλεγχο του εαυτού τους και να το ξεπεράσουν αν ήθελαν	1	2	3	4	5
5	Δε θα βελτιώνονταν η κατάσταση τους με τη θεραπεία	1	2	3	4	5
6	Συμπεριφέρονται κατ' αυτό τον τρόπο για να τραβήξουν την προσοχή	1	2	3	4	5

13. Παρακαλείσθε να επιλέξετε τους παράγοντες εκείνους που θεωρείτε ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών.

1	Κακές συνθήκες διαβίωσης	1	2
2	Η συμπεριφορά των γονέων	1	2
3	Βιολογικοί παράγοντες	1	2
4	Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης	1	2
5	Αυτοπειθαρχία	1	2
6	Ψυχολογικοί παράγοντες	1	2
7	Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης	1	2
8	Ματαιοδοξία	1	2

14. Τι πηγές θα χρειαζόσασταν ώστε να μπορέσετε να βοηθήσετε έναν ασθενή που πάσχει από διατροφική διαταραχή;

Επιλέξτε όσα από τα παρακάτω ισχύουν:

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Πληροφορίες από το διαδίκτυο	1	2
2	Συνεχιζόμενη εκπαίδευση, συνέδρια, σεμινάρια	1	2
3	Πρόσβαση σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας για καθοδήγηση	1	2
4	Δυνατότητα παραπομπής των ασθενών σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας	1	2
5	Επίβλεψη από κάποιον εξειδικευμένο επαγγελματία	1	2
6	Κατευθυντήριες οδηγίες για την ανίχνευση, την παραπομπή και τη θεραπεία των ασθενών αυτών	1	2
7	Άλλο (παρακαλώ προσδιορίστε)		