



ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΚΑΙ ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

ΠΛΙΑΤΣΙΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ Α.Ε.Μ.: 3736

ΑΝΔΡΩΝΗ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ Α.Ε.Μ.: 3671

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΙΟΥΛΙΟΣ 2019

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Ευχαριστίες

Θεωρούμε υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε τον επιβλέπων καθηγητή μας, κύριο Καλογιάννη Σταύρο, για τις πολύτιμες συμβουλές, την καθοδήγησή του και την βοήθεια που μας παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας.

Επιπλέον, οφείλουμε να αφιερώσουμε την πτυχιακή μας εργασία στις οικογένειές μας και να τους ευχαριστήσουμε που μας συμπαραστάθηκαν όλα τα χρόνια της φοίτησής μας καθώς επίσης για την στήριξή τους κατά την διάρκεια της συγγραφής της πτυχιακής εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι διατροφικές διαταραχές είναι ψυχογενείς διαταραχές που οδηγούν τα άτομα στην υιοθέτηση αυστηρών και άκαμπτων διαιτητικών κανόνων και κυρίως στην υπερβολική δίαιτα δημιουργώντας σοβαρές επιπλοκές στην υγεία που μπορούν να οδηγήσουν μέχρι και στο θάνατο. Για την αντιμετώπισή τους είναι χρήσιμη η ψυχολογική παρέμβαση που προϋποθέτει την ιατρική παρακολούθηση του ασθενούς και η συμβολή ειδικού διαιτολόγου για την αποκατάσταση της σωματικής του υγείας και βάρους.

Η υπνική άπνοια είναι μια αναπνευστική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από σύντομες διακοπές του ύπνου. Αφορά εκείνους που ροχαλίζουν δυνατά, είναι υπέρβαροι, έχουν υψηλή αρτηριακή πίεση ή κάποια φυσική ανωμαλία στη μύτη ή σε μέρη του ανώτερου αεραγωγού με συνέπειες από ενοχλητικές έως απειλητικές για τη ζωή. Για την αντιμετώπισή της, ανάλογα με την περίπτωση του ασθενούς, είναι χρήσιμη η συμπεριφορική θεραπεία του ατόμου, η φυσική ή μηχανική θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των αιτιών και των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση αυτών των παθήσεων. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με χρήση ειδικών επικυρωμένων ερωτηματολογίων και έγινε διερεύνηση της συσχέτισης των χαρακτηριστικών με το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), το φύλο αλλά και μεταξύ τους.

Για τη διεξαγωγή της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το του ερωτηματολόγιο **EAT-26 (Eating Attitudes Test)** για τον εντοπισμό υψηλού κινδύνου διατροφικής διαταραχής και το ερωτηματολόγιο του Βερολίνου (**Berlin Questionnaire-Sleep Apnea**) για τη διερεύνηση της υπνικής άπνοιας.

Το δείγμα περιελάμβανε 101 άτομα ηλικίας 35-65 ετών, άτομα τα οποία κατοικούν στην Κοζάνη, στη Θεσσαλονίκη και στην Κρήτη. Στο μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, σύμφωνα με το δείκτη μάζας σώματος, παρατηρήθηκε φυσιολογική κατάσταση σωματικού βάρους και ακολούθησε με μικρή διαφορά το υπερβάλλον σωματικό βάρος (υπέρβαροι). Εντοπίστηκε επίσης παχυσαρκία α' βαθμού αλλά και παχυσαρκία β' βαθμού και στα δύο φύλα και ένα μικρό ποσοστό ελλειποβαρές στις γυναίκες.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με το EAT-26 έδειξαν ότι οι γυναίκες βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο κάποιας διατροφικής διαταραχής με ποσοστό 24% έναντι των ανδρών με 12% και στους άνδρες και το εύρος ηλικία τους ήταν από 35-60 ετών.

Με το Berlin Questionnaire-Sleep Apnea φάνηκε ότι από το σύνολο του πληθυσμού υψηλότερο κίνδυνο υπνικής άπνοιας διατρέχουν οι γυναίκες σε ποσοστό 16%, έναντι των ανδρών με 12% και το εύρος ηλικίας τους ήταν από 41-65 ετών.

Συνδυασμός διατροφικής διαταραχής και υπνικής άπνοιας εντοπίστηκε σε 3 άτομα.

ABSTRACT

Eating disorders are psychogenic disorders which can lead individuals to the adoption of strict and rigid dietary rules and above all, to excessive dieting, creating serious health complications that can lead to death. Psychological intervention requiring medical follow-up of the patient is necessary in order to face them as long as the contribution of a nutritionist to restore their physical health and weight.

Sleep apnea is a respiratory disorder characterized by short sleep breaks. It concerns those who snore loud, are overweight, have high blood pressure or some physical anomaly in the nose or in parts of the upper airway with consequences from annoying to life threatening. To deal with it, depending on the patient's case, individual behavioral therapy, physical or mechanical therapy or surgery is suggested.

The purpose of this paper is to investigate the causes and factors that contribute to the occurrence of these conditions. The evaluation of the results was carried out using specific validated questionnaires and was investigated the correlation of characteristics with the Body Mass Index, gender but also between them.

The EAT-26 (Eating Attitudes Test) questionnaire was used for the detection of a high risk of eating disorder and the Berlin Questionnaire-Sleep Apnea for the investigation of sleep apnea.

The sample comprised 101 individuals living in Kozani, Thessaloniki and Crete and the age range was 35-65 years. In the majority of the sample, according to the body mass index, normal body weight was observed, followed by a slight difference in excess body weight (overweight). First class obesity but also second class obesity were also found in both sexes and a small percentage of underweight women. The results of the EAT-26 questionnaire showed that women are at a higher risk of having an eating disorder with 24% over men at 12% and the age range was 35-60 years.

Berlin Questionnaire-Sleep Apnea showed that of the total population women had a higher risk of sleep apnea 16%, compared with 12% for men, and their age range was 41-65 years.

A combination of eating disorder and sleep apnea was found in 3 people.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
1.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	7
1.2.1 Η σημασία της διατροφής στη δημόσια υγεία.....	7
1.2.2 Διατροφικές Διαταραχές.....	8
1.2.3 Εικόνα σώματος	18
1.2.3.1 Σπλαχνικό λίπος και παχυσαρκία.....	24
1.2.4 Υπνική Άπνοια	28
1.2.4.1 Παχυσαρκία-Υπνική Άπνοια.....	37
1.3 Σκοπός της έρευνας.....	47
2. ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	48
2.1 Στοιχεία του δείγματος.....	48
2.2 Εργαλεία της έρευνας.....	48
2.3 Στατιστική ανάλυση.....	48
2.4 Αποτελέσματα.....	48
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	49
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	54
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	55

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, τοποθετείται στα πλαίσια της επιστημονικής συζήτησης σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές και την υπνική άπνοια.

Γίνεται αναφορά στα είδη των διατροφικών διαταραχών, όπως στη νευρική ανορεξία, στην νευρική βουλιμία, στην ορθορεξία κ.α., στις οποίες τίθεται το ερώτημα στην βιβλιογραφία να πρόκειται για στάση ζωής ή για παθολογικές καταστάσεις που εξελίσσονται. Απασχολούν όλο και περισσότερο την ιατρική και ψυχοθεραπευτική κοινότητα, καθώς προκαλούν διαδοχικές αρνητικές συνέπειες.

Ακόμη, γίνεται αναφορά και στην υπνική άπνοια, μια άλλη πάθηση που ταλαιπωρεί μεγάλο πληθυσμό, η οποία προκαλεί προβλήματα στην ποιότητα του ύπνου του ασθενούς καθώς επίσης και διάφορες επιπλοκές στην καθημερινότητά του και γενικά στη ζωή του.

Παράλληλα, στην εργασία θα παρουσιαστεί η μελέτη που έγινε σε πληθυσμό στην Κοζάνη και στη ν Θεσσαλονίκη, σε 101 άτομα με εύρος ηλικίας 35-65 ετών, για την ανίχνευση υψηλού κινδύνου διατροφικής διαταραχής και υπνικής άπνοιας.

Εκτός αυτών παρουσιάζεται η αλληλένδετη σχέση που υφίσταται μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και της υπνικής άπνοιας με παράγοντες όπως το ροχαλητό, το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και της υπέρτασης.

1.2.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.2.1.Η σημασία της διατροφής στη δημόσια υγεία

Η κακή διατροφή είναι μία από τις κυριότερες αιτίες πρόκλησης προβλημάτων υγείας παγκοσμίως και ευθύνεται σχεδόν για έναν στους πέντε θανάτους. Είναι ένας από τους μεγαλύτερους παράγοντες κινδύνου νοσηρότητας και θνησιμότητας, ίσως και περισσότερο από την ατμοσφαιρική ρύπανση και το κάπνισμα.

Πλέον η διατροφή των Ελλήνων είναι πλούσια σε ζάχαρη, κορεσμένα λιπαρά, αλάτι και Junk food τα οποία σε καμία περίπτωση δεν καλύπτουν τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται ο ανθρώπινος οργανισμός. Αποτέλεσμα αυτού είναι η αύξηση νοσημάτων, όπως για παράδειγμα η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η στεφανιαία νόσος και η εμφάνιση διάφορων μορφών καρκίνου.

Ένας παράγοντας ο οποίος επιδρά αρνητικά σε όλο αυτό είναι τα ΜΜΕ (Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης) και ειδικότερα μέσω των διαφημίσεων, εφόσον προωθούνται προϊόντα που δεν αποτελούν προτάσεις ποιοτικής διατροφής. Μάλιστα, πληθώρα βιομηχανικά επεξεργασμένων τροφίμων έχουν κατακλύσει την αγορά με προϊόντα γεμάτα ζάχαρη και συντηρητικά.

Στη σύγχρονη εποχή, οι άνθρωποι νοιάζονται πάρα πολύ για την εικόνα του σώματός τους και για το πώς φαίνονται στους άλλους. Αυτό έχει ως επακόλουθο μια επίμονη εμμονή με το φαγητό και την δίαιτα, αναπτύσσοντας ψυχογενείς διατροφικές διαταραχές. Οι περιπτώσεις αυτές αυξάνονται καθημερινά με όλο και περισσότερους ανθρώπους να αναζητούν εξειδικευμένη βοήθεια και υποστήριξη. Είναι πολύ σημαντικό οι άνθρωποι να ενημερώνονται για την ύπαρξή τους, τη σπουδαιότητά τους και τους κινδύνους που φέρουν οι διατροφικές διαταραχές. Οι κύριες μορφές διατροφικών διαταραχών είναι η ψυχογενής ανορεξία, η ψυχογενής βουλιμία και η επεισοδιακή υπερφαγία.

Άρα είναι σημαντικό όλοι να ενημερώνονται για την υγιεινή διατροφή, και με τη βοήθεια ενός εξειδικευμένου διαιτολόγου-διατροφολόγου -σε κάποιες περιπτώσεις είναι απαραίτητη- να υιοθετούν μια υγιεινή διατροφή η οποία είναι ιδιαίτερα ευεργετική για την υγεία και σαφώς προλαμβάνει όλες τις παραπάνω καταστάσεις.

Θα πρέπει τέλος να τονιστεί και να γίνει απόλυτα κατανοητό, ότι δεν υπάρχουν «καλά» και «κακά» τρόφιμα. Επιτρέπονται όλες οι τροφές, αλλά με μέτρο, και η ποσότητά τους ανάλογα πάντα με τις ανάγκες του καθενός και με βάση το φύλο, την ηλικία, τη φυσική δραστηριότητα κ.α.

1.2.2. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών δεν είναι ακόμα ξεκάθαρη και είναι αποτέλεσμα βιοψυχοκοινωνικών παραγόντων. Ψυχολογικοί-συναισθηματικοί παράγοντες προδιαθέτουν και συμβάλλουν στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Πολλοί άνθρωποι με διατροφικές διαταραχές υποφέρουν από χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη δυσαρέσκεια για την εμφάνισή τους. Οι άνθρωποι με ανορεξία τείνουν να είναι τελειομανείς, για παράδειγμα, ενώ τα άτομα με βουλιμία είναι συχνά παρορμητικά.

Ο πιο σημαντικός παράγοντας είναι η εικόνα που προβάλλουν τα ΜΜΕ, με την εικόνα του λεπτού, αδύνατου σώματος. Όλο αυτό επηρεάζει αρνητικά την ψυχοσύνθεση κυρίως των γυναικών, καταφεύγοντας σε εξαντλητικές δίαιτες οι οποίες υπάρχει κίνδυνος να εξελιχθούν σε διατροφικές διαταραχές.

Από έρευνες υποδεικνύεται ότι η ιδιοσυγκρασιακή προσωπικότητα είναι η συνηθέστερη διαταραχή της προσωπικότητας σε περιορισμού τύπου νευρική ανορεξία, ενώ η οριακή προσωπικότητα είναι η συνηθέστερη διαταραχή της προσωπικότητας σε νευρική ανορεξία τύπου εξαναγκασμού / καθαρισμού. Η γραμμική προσωπικότητα είναι η πιο κοινή διαταραχή προσωπικότητας στη νευρική βουλιμία. Σε εκείνους με διατροφική διαταραχή, η ιδεοψυχαναγκαστική προσωπικότητα είναι η πιο κοινή διαταραχή της προσωπικότητας.

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, τέταρτη έκδοση (DSM-IV), τα συμπτώματα διαταραχής της προσωπικότητας συνήθως εκδηλώνονται στους τομείς της γνώσης, της ευαισθησίας, τη διαπροσωπική λειτουργία και τον έλεγχο των παρορμήσεων. Σε συνάρτηση με άλλες διαταραχές του DSM, το άτομο παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους τομείς λειτουργίας.

Στο κλινικό περιβάλλον, οι διαταραχές της προσωπικότητας συναντώνται συχνά σε άτομα με διατροφικές διαταραχές. Ενώ ο σαφής επιπολασμός των διαταραχών προσωπικότητας μεταξύ αυτού του πληθυσμού είναι άγνωστος, ο περιορισμός της νευρικής ανορεξίας συσχετίζεται συχνά με ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, ενώ τα άτομα με διατροφικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από παρορμητικότητα (π.χ. νευρική ανορεξία, τύπος εξαναγκασμού / καθαρισμού,

νευρική βουλιμία) συσχετίζονται συχνά με παρορμητικές διαταραχές της προσωπικότητας όπως η οριακή προσωπικότητα. Η συννοσηρή προσωπικότητα μπορεί να είναι ιδιαίτερα υποδηλωτική παρουσία άλλων μορφών παρορμητικής συμπεριφοράς όπως η κατάχρηση οινοπνεύματος και ουσιών, η ασυδοσία και η αυτοτραυματική συμπεριφορά (δηλ. αυτοακρωτηριασμός, απόπειρες αυτοκτονίας). (Sansone κ.α., 2005)

Νευρική Βουλιμία

Η νευρική βουλιμία είναι συχνότερη από την νευρική ανορεξία και χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας και πρόκλησης εμετού. Συνήθως τα άτομα με νευρική βουλιμία έχουν σχεδόν πάντα κανονικό βάρος. Αισθάνονται όμως άσχημα για το σώμα τους γι' αυτό και επιθυμούν να χάσουν βάρος. Επίσης δε φανερώνουν τα επεισόδια βουλιμίας καθώς ντρέπονται και νιώθουν άσχημα γι' αυτή τους τη συμπεριφορά.

Η θεωρία που υποστηρίζει το CBT-BN (the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa) αφορά πρωτίστως τις διαδικασίες που αφορούν τη νευρική βουλιμία. Σύμφωνα με τη θεωρία, η νευρική βουλιμία είναι ένα δυσλειτουργικό σύστημα για την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης. Ενώ οι περισσότεροι άνθρωποι εκτιμούν τον εαυτό τους με βάση τις αντιληπτές επιδόσεις τους σε διάφορους τομείς της ζωής (π.χ. ποιότητα των σχέσεών τους, εργασία, γονείς, αθλητικές ικανότητες κ.λπ.), τα άτομα με διατροφικές διαταραχές κρίνουν, σε μεγάλο βαθμό ή ακόμη και αποκλειστικά, τις διατροφικές τους συνήθειες, το σχήμα του σώματός τους ή το βάρος τους (και συχνά και τα τρία) και συνάμα την ικανότητά τους να τα ελέγχουν. Ως αποτέλεσμα, η ζωή τους επικεντρώνεται κατά βάση στο συχνό διατροφικό έλεγχο και στην απώλεια βάρους που επιδιώκεται ενεργά, ενώ η υπερκατανάλωση τροφής και η αύξηση του σωματικού βάρους αποφεύγονται επιμελώς. Αυτά τα διακριτικά και ιδιαίτερα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς είναι εμφανή και αναγνωρισμένα, όπως και το δυσλειτουργικό σύστημα για την αξιολόγηση της αυτοπεποίθησης.

Σύμφωνα με τη γνωστική συμπεριφορική θεωρία της διατήρησης της νευρικής

βουλιμίας, αυτή η υπερεκτίμηση του συνεχούς διατροφικού ελέγχου είναι πρωταρχικής σημασίας για τη διατήρηση της διαταραχής. Τα περισσότερα κλινικά χαρακτηριστικά συμπεριλαμβανομένης τις ακραίας συμπεριφοράς ελέγχου βάρους (επίπονες προσπάθειες περιορισμού της πρόσληψης τροφής, διαιτητικός περιορισμός, εμετός, καθαρτικά, διουρητικά, υπερβολική άσκηση) μπορούν να θεωρηθούν ότι προέρχονται άμεσα από αυτή τη “βασική ψυχοπαθολογία”. Το μόνο χαρακτηριστικό που δεν είναι προφανώς άμεση έκφραση της ψυχοπαθολογίας είναι η ανεξέλεγκτη υπερκατανάλωση τροφής.

Η θεωρία της γνωστικής συμπεριφοράς ενδείκνυται σε ασθενείς που προσπαθούν να περιορίσουν την κατανάλωση φαγητού (μορφή της διατροφικής συγκράτησης), είτε υπάρχει πραγματικό έλλειμμα ενέργειας είτε όχι. Αντί να υιοθετήσουν γενικές κατευθυντήριες γραμμές για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να τρέφονται, επιλέγουν εξαιρετικά ακραίες διατροφικές συνήθειες. Ωστόσο οι διατροφικές αυτές συνήθειες έχουν αντίθετες συνέπειες τις περισσότερες φορές. Η έλλειψη αυτοελέγχου είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα της συγκεκριμένης περίπτωσης. Οι ασθενείς τείνουν προσωρινά να εγκαταλείπουν τις προσπάθειες αυτοσυγκράτησης και καταφεύγουν στην υπερβολική κατανάλωση τροφής (υπερτροφία). Η διατροφική αυτή διαταραχή με τη σειρά της διατηρεί τον ψυχοπαθολογικό πυρήνα αυξάνοντας τις ανησυχίες των ασθενών σχετικά με την ικανότητά τους να ελέγχουν την κατανάλωση τροφής και το βάρος τους. Αυτό ενθαρρύνει ακόμη περισσότερο τη διατροφική συγκράτηση, αυξάνοντας έτσι περαιτέρω τον κίνδυνο της υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού. Επομένως η διαρκή διατροφική αυτοσυγκράτηση σηματοδοτείται από επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης.

Στην αρχική γνωστική διατύπωση συμπεριφοράς, σημειώθηκε ότι τα επεισόδια υπερφαγίας των ασθενών αυτών δεν συμβαίνουν τυχαία. Αντίθετα, είναι ιδιαίτερα πιθανό να εκδηλώνονται σε άτομα που βιώνουν ανεπιθύμητες καταστάσεις ανά περιόδους οι οποίες επιδρούν αρνητικά στη διάθεσή τους, καθώς αυτές φαίνεται να παρεμβαίνουν στην ικανότητα διατήρησης του διαιτολογικού περιορισμού. Ωστόσο, δεδομένου ότι η υπερφαγία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την προσωρινή εξουδετέρωση τέτοιων καταστάσεων και την αποστροφή των ασθενών από τις δυσκολίες της ζωής, στην πραγματικότητα όχι μόνο δεν απομακρύνονται από τα

προβλήματά τους αλλά επιδίδονται σε αυτοκαταστροφικές για αυτούς καταστάσεις καθώς πολλοί προκαλούν εμετό ή παίρνουν καθαρτικά για να αποτρέψουν τα συγκεκριμένα επεισόδια υπερφαγίας. (Fairburn κ.α., 1986)

Σύμφωνα με μια άλλη θεωρία, επισημαίνεται ότι υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι τείνουν να είναι εξαιρετικά αυτοκριτικοί, οι οποίοι έχουν θέσει τα απαιτούμενα πρότυπα όσον αναφορά την απαιτούμενη πρόσληψη φαγητού και το ιδανικό για αυτούς βάρος και όταν δεν μπορούν να τα αντιμετωπίσουν, θεωρούν τους εαυτούς τους υπαίτιους, χωρίς να λαμβάνουν υπόψιν ότι τα πρότυπα που έχουν θέσει είναι πολύ σκληρά και κατά πάσα πιθανότητα ανέφικτα.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μια δεύτερη αρνητική αξιολόγηση, καθώς οδηγεί τους ασθενείς να αγωνιστούν ακόμη πιο σκληρά για να επιτύχουν το στόχο τους, ο οποίος είναι ο έλεγχος της κατανάλωσης και του βάρους τους. Με αυτόν τον τρόπο γεννιέται ένας περαιτέρω φαύλος κύκλος για τη διατήρηση της διατροφικής διαταραχής. (Fairburn κ.α., 2003)

Αποτέλεσμα της βουλιμίας είναι οι διαταραχές στο στομάχι, καρδιαγγειακά προβλήματα, αφυδάτωση κ.α. Για την αντιμετώπιση και τη θεραπεία της, χρειάζεται η βοήθεια του ψυχολόγου και του διαιτολόγου.

Νευρική Ανορεξία

Η νευρική ανορεξία είναι μια άλλη κύρια διατροφική διαταραχή που αναγνωρίζεται από τα κορυφαία συστήματα ταξινόμησης στην ψυχιατρική. Είναι η πιο διάσημη από όλο το φάσμα των διατροφικών διαταραχών. Είναι μια ψυχική διαταραχή, η οποία εμφανίζεται κυρίως στο γυναικείο πληθυσμό. Η ανορεξία δεν αναφέρεται σε απώλεια όρεξης αλλά σε μια ηθελημένη προσπάθεια του ατόμου να περιορίσει το φαγητό που προσλαμβάνει. Σε πιο προχωρημένα στάδια του υποσιτισμού μπορεί να παρατηρηθεί μείωση ή ολική απώλεια της όρεξης αλλά και επεισόδια υπερφαγίας.

Η παρουσία της νευρικής ανορεξίας στον ασθενή αποσκοπεί στην διαχείριση δυσάρεστων συναισθημάτων όπως το άγχος, ο πόνος, η απογοήτευση, ο θυμός κ.τ.λ. Ο περιορισμός της τροφής δηλαδή έχει ως στόχο την επίλυση κάποιων προβλημάτων, μόνο που στη συνέχεια δημιουργεί περισσότερα προβλήματα, όπως

υποσιτισμό. Ο ασθενής όταν αποφεύγει την τροφή βιώνει λιγότερο άγχος και περισσότερη ηρεμία.

Η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία έχουν πολλά κοινά. Μοιράζονται ουσιαστικά τον ίδιο ψυχοπαθολογικό πυρήνα και με τις δύο ομάδες ασθενών να υπερεκτιμούν την κατανάλωση, το σχήμα και το βάρος και τον έλεγχό τους και αυτή η ψυχοπαθολογία εκφράζεται σε παρόμοιες στάσεις και συμπεριφορές. Έτσι, οι ασθενείς με νευρική ανορεξία περιορίζουν την πρόσληψη τροφής τους με τον ίδιο άκαμπτο και ακραίο τρόπο όπως οι ασθενείς με νευρική βουλιμία, και μπορεί επίσης να κάνουν εμετό, να καταχρώνται καθαρτικά ή διουρητικά και να ασκούν υπερβολική άσκηση.

Οι ανορεκτικοί ασθενείς έχουν τις ίδιες μορφές ελέγχου σώματος όπως και στην νευρική βουλιμία. Και οι δύο ομάδες ασθενών διαμαρτύρονται για την ανησυχία τους και για τις σκέψεις τους για το φαγητό, το σχήμα και το βάρος. Έτσι, η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία έχουν τα ίδια κλινικά χαρακτηριστικά.

Η κύρια διαφορά μεταξύ των δύο διαταραχών έγκειται στη σχετική ισορροπία της υποτονικής και υπερβολικής κατανάλωσης τροφής και της επίδρασής της στο σωματικό βάρος. Στην νευρική βουλιμία οι δύο μορφές συμπεριφοράς τείνουν να ακυρώνουν η μία την άλλη, με αποτέλεσμα το σωματικό βάρος να είναι συνήθως μη αξιοσημείωτο, ενώ στην νευρική ανορεξία υπερέχει ο υποσιτισμός- μπορεί να μην υπάρξει καμιά υπερβολική κατανάλωση φαγητού - με αποτέλεσμα το σωματικό βάρος να είναι εξαιρετικά χαμηλό και τα συμπτώματα της πείνας να είναι εμφανή (Garner, 1997).

Σε ασθενείς που δεν αναρρώνουν από την νευρική ανορεξία, εμφανίζεται συχνά η διασταύρωση με τη νευρική βουλιμία, με αποτέλεσμα περίπου το ένα τέταρτο των ασθενών με νευρική βουλιμία να είχαν νευρική ανορεξία στο παρελθόν. Αυτή η εναλλαγή από την νευρική ανορεξία στην νευρική βουλιμία αντικατοπτρίζει μια μετατόπιση της ισορροπίας του υποσιτισμού και υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού, με την πρώτη να παύει να κυριαρχεί στην επιρροή της στο σωματικό βάρος. Γενικά, άλλες πτυχές της ψυχοπαθολογίας παραμένουν οι ίδιες, αλλά με τα συμπτώματα της πείνας να ξεθωριάζουν καθώς αυξάνεται το βάρος και να εντείνεται ο φόβος της αύξησης λίπους από τα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης. (Cooper κ.α, 2003)

Επομένως είναι μια ψυχική πάθηση και για την αντιμετώπιση και θεραπεία της είναι απαραίτητος ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή και του διαιτολόγου.

Νευρική Ορθορεξία

Ο όρος ορθορεξία προέρχεται από την ελληνική λέξη ορθός που σημαίνει σωστή και όρεξη. Χαρακτηρίζεται από παθολογική εμμονή για βιολογικά «καθαρή» ή σωστή, υγιεινή τροφή η οποία οδηγεί σε σημαντικούς διατροφικούς περιορισμούς. Ο Steven Bratman χρησιμοποίησε την νευρική ορθορεξία για να ορίσει μια παθολογική δέσμευση για την κατανάλωση κατάλληλων και υγιεινών τροφών. Ο όρος ορθορεξία χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ανθυγιεινή προσαρμογή με υγιεινή διατροφή. (Bratman, 1997)

Η νευρική ορθορεξία περιγράφεται ως "εξαιρετικά ευαίσθητη συμπεριφορά όσον αφορά την υγιεινή διατροφή".

Τα άτομα με ορθορεξία είναι πιθανό να αποφεύγουν τρόφιμα που ενδέχεται να περιέχουν κατάλοιπα φυτοφαρμάκων ή γενετικά τροποποιημένα συστατικά, ανθυγιεινά λιπαρά τρόφιμα που έχουν υπερβολικό άλας ή υπερβολική ποσότητα ζάχαρης και άλλα συστατικά. Οι μέθοδοι προετοιμασίας (ένας ιδιαίτερος τρόπος κοπής λαχανικών) και τα υλικά (μόνο κεραμικά ή μόνο ξύλο) αποτελούν επίσης μέρος της ιδεοληψίας. Η διαμόρφωση της καθημερινής διατροφής, η οποία διαρκεί πολύ χρόνο, θα μπορούσε να χωριστεί σε τέσσερις φάσεις. Το πρώτο τμήμα είναι αφιερωμένο στη σκέψη με ανησυχία και προσεκτικά για το τι θα καταναλωθεί εκείνη την ημέρα ή την επόμενη μέρα. Μια δεύτερη φάση που σχετίζεται με τη λεπτομερή και υπερκρίσιμη απόκτηση κάθε συστατικού. Μια τρίτη φάση που αναφέρεται στη μαγειρική παρασκευή αυτών των συστατικών, η οποία πρέπει να συνίσταται σε τεχνικές και διαδικασίες που δεν συνδέονται με τους κινδύνους για την υγεία. Το τέταρτο στάδιο είναι ένα στάδιο ικανοποίησης, άνεσης ή ενοχής που βασίζεται στην κατάλληλη εφαρμογή των τριών προηγούμενων φάσεων. Εάν κάποια από αυτές τις φάσεις δεν είναι εφικτή ή δεν είναι δυνατή η τήρηση αυτών των τελετουργιών, θα εμφανιστεί μια αίσθηση ενοχής και ανησυχίας για την παραβίαση.

Αυτή η ανησυχητική συμπεριφορά αφορά την παθολογική εμμονή για υγιεινή

διατροφή. Σε αντίθεση με τις διατροφικές διαταραχές, τα άτομα με ορθορεξία έχουν εμμονή με την ποιότητα των τροφίμων και όχι με την ποσότητα και δεν ενδιαφέρονται υπερβολικά για τη λεπτή σιλουέτα, όπως στην περίπτωση των ασθενών με ανορεξία και νευρική βουλιμία. Τα άτομα με νευρική ορθορεξία είναι ιδεώδη για την υγιεινή διατροφή, οδηγώντας σε διατροφικούς περιορισμούς και σε ποικίλες αρνητικές ψυχολογικές και κοινωνικές εκβάσεις. Τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών δείχνουν ότι από τη μία πλευρά η ορθορεξία σχετίζεται με ανορεξία και νευρική βουλιμία και από την άλλη πλευρά, αυτό το σύνδρομο συνδέεται στενότερα με τις ψυχαναγκαστικές διαταραχές. Λαμβάνοντας υπόψη μελέτες μπορούμε να αντιμετωπίσουμε την ορθορεξία ως διαταραγμένη διατροφική συνήθεια που συνδέεται με τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα.

Η νευρική ορθορεξία είναι μια νέα ιδέα σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές συμπεριφοράς και αποτελείται από παθολογική εμμονή για βιολογικά καθαρά τρόφιμα που μπορεί να προκαλέσει σημαντικούς περιορισμούς στο διαιτολόγιο και που μπορεί να οδηγήσει σε ιδεοληπτικές σκέψεις για τα τρόφιμα, τη συναισθηματική δυσαρέσκεια και την έντονη κοινωνική απομόνωση.

Αυτό δεν είναι ένα σχήμα απώλειας βάρους, αλλά μια τεράστια φοβία για να φάει μόνο "καθαρό" φαγητό. Το να έχει κανείς νευρική ορθορεξία δεν σημαίνει μόνο ότι οι άνθρωποι είναι διατεθειμένοι να τρώνε «υγιεινά», αλλά και ότι έχουν μια συγκεκριμένη στάση απέναντι στα τρόφιμα, προετοιμάζουν το φαγητό τους με έναν ορισμένο τρόπο και αποφεύγουν την κατανάλωση ορισμένων τροφίμων ή μιας ομάδας τροφίμων, εφόσον θεωρούν ότι είναι επιβλαβείς για την υγεία τους. Η ποιότητα των τροφίμων που καταναλώνουν είναι πιο σημαντική από τις προσωπικές αξίες, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τα σχέδια σταδιοδρομίας και τις κοινωνικές σχέσεις. Στην πραγματικότητα, η επιθυμία να καταναλώνουν υγιεινά τρόφιμα δεν είναι μια ενοχλητική συμπεριφορά από μόνη της, και ορίζεται μόνο ως νευρική ορθορεξία όταν προκαλεί ένα άτομο να παραιτηθεί από τον κανονικό τρόπο ζωής του.

Η νευρική ορθορεξία μπορεί να θεωρηθεί ως μια διαταραχή που συνδέεται με τη συμπεριφορά και την προσωπικότητα, λόγω της υπερβολικής προσοχής στην κατανάλωση υγιεινού φαγητού, την υπερβολική κατανάλωση χρόνου με αυτή την ανησυχία και τη συνακόλουθη δυσλειτουργία στην καθημερινή ζωή. Η νευρική

ορθορεξία μπορεί να θεωρηθεί ως επιβλαβής συμπεριφορά, επειδή η υγιεινή διατροφή συνδέεται με το φόβο και τις ανησυχίες για την υγεία, την κατανάλωση και την ποιότητα των τροφίμων.

Προτάθηκε μια δοκιμασία που επιτρέπει να διαπιστωθεί εάν η έκφραση της συμπεριφοράς διατροφής στην υγειονομική εκπαίδευση θα πρέπει να θεωρείται παθολογική ή όχι. (Bratman, Knight, 2000) Οι συγγραφείς πρότειναν μια σύντομη δοκιμή Bratman Orthorexia Test (BOT) ως εργαλείο επιλογής χρήσιμο για την έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής. Αυτό το διαγνωστικό τεστ για την ορθορεξία αποτελείται από δέκα ερωτήσεις (π.χ. "Ξοδεύετε περισσότερο από 3 ώρες την ημέρα σκέψης για τη διατροφή σας;", "Έχει μειωθεί η ποιότητα της ζωής σας καθώς η ποιότητα της διατροφής σας έχει αυξηθεί", "Αισθάνεστε ένοχος όταν απουσιάζετε από τη διατροφή σας;"). Αν το άτομο απαντήσει "ναι" σε 4 ή 5 ερωτήσεις, αυτό σημαίνει ότι είναι απαραίτητο να χαλαρώσει περισσότερο σε σχέση με το φαγητό του (εκτός εάν πρόκειται για δίαιτα συνταγογραφούμενη). Αν το άτομο απαντήσει «ναι» σε όλες τις ερωτήσεις, τότε έχει μια σημαντική εμμονή με την υγιεινή διατροφή και πρέπει να εξετάσει αυτή τη συμπεριφορά με τη βοήθεια ειδικευμένου επαγγελματία. (Matera, 2012)

Αδηφαγική διαταραχή

Η Αδηφαγική Διαταραχή είναι μια σοβαρή ψυχική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από επεισόδια υπερφαγίας, χωρίς πρόκληση εμέτου ή υπερβολική άσκηση μετά το επεισόδιο υπερφαγίας. Αφορά την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού σε σχετικά σύντομο διάστημα, όπως για παράδειγμα μέσα σε δύο ώρες, καθώς επίσης και το αίσθημα της απώλειας ελέγχου κατά τη διάρκεια του φαγητού (π.χ. το αίσθημα της ανικανότητας να σταματήσει το άτομο να τρώει).

Τα συμπτώματα είναι αρκετά όμοια με ασθενείς με ψυχογενή βουλιμία, με τη διαφορά ότι τα επεισόδια υπερφαγίας δεν συνοδεύονται από τον περιορισμό θερμίδων. Δηλαδή, η αδηφαγία συμβαίνει απουσία πείνας και στέρησης και τυπικά αφορά την κατάποση μεγάλων ποσοτήτων γλυκών και λιπαρών τροφών σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, με ισχυρό αίσθημα απώλειας ελέγχου στην πρόσληψη

τροφής.

Επιπλέον, έχει φανεί ότι έχει ισχυρές συνδέσεις με την παχυσαρκία και τις συναισθηματικές διαταραχές. Τα άτομα με αδηφαγική διαταραχή επιδεικνύουν πιο αρνητικό σχήμα καθημερινών συναισθημάτων σε σύγκριση με άτομα στα οποία απουσιάζει η διαταραχή. Η επίπτωσή της είναι 2 με 6 φορές πιο συχνή στις γυναίκες και συμβαίνει πιο συχνά στην ώριμη ενήλικη ζωή απ' ό τι στη νεότερη ηλικία.

Οι διατροφικές συνήθειες αυτών των ατόμων περιλαμβάνουν τη γρήγορη κατανάλωση φαγητού και την κατανάλωση φαγητού απουσία πείνας μέχρι το σημείο που θα αισθανθεί δυσφορία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αισθάνονται ενοχές και ντροπή για την ποσότητα του φαγητού που καταναλώνουν και από τον τρόπο που τρώνε κατά τη διάρκεια του επεισοδίου. Το επεισόδιο αδηφαγίας συχνά συμβαίνει σε περιόδους στρες, θυμού ή ανίας. Αρκετές φορές, η αδηφαγία είναι ένας τρόπος διαχείρισης των δυσάρεστων συναισθημάτων που βιώνει το άτομο. Πολλή συχνή είναι η παρουσία συναισθημάτων κατάθλιψης, ανησυχίας και ευερεθιστότητας. Σε ακραίες περιπτώσεις, κάποιες συμπεριφορικές εκδηλώσεις της διαταραχής είναι ο αυτοτραυματισμός, η χρήση ουσιών και οι απόπειρες αυτοκτονίας.

Η θεραπεία είναι εφικτή με τη βοήθεια ενός ειδικού ψυχικής υγείας εξειδικευμένο στην αντιμετώπιση διαταραχών πρόσληψης τροφής, με τη μέθοδο γνωστικοσυμπεριφορική θεραπεία και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία. (Ελίνα Τσιούλη, 2015)

Δυσανεξία στη διάθεση

Αναγνωρίστηκε στην αρχική γνωστική θεωρία της συμπεριφοράς ότι οι δυσμενείς καταστάσεις διάθεσης μπορούν να αποτελέσουν έναυσμα για την υπερφαγία και υποδείχθηκε ότι το πρωταρχικό τους αποτέλεσμα ήταν να διαταράξουν τη διατροφική συγκράτηση. Είναι πλέον σαφές ότι σε μερικούς ασθενείς υπάρχει πιο περίπλοκη σχέση μεταξύ συναισθηματικών καταστάσεων και φαγητού (Waller, 2002).

Μια υποομάδα ασθενών με διατροφικές διαταραχές έχει αυτό που μπορεί να

χαρακτηριστεί ως "δυσανεξία στη διάθεση". Αυτός ο όρος που χρησιμοποιείται, αναφέρεται στην ανικανότητα να αντεπεξέλθει το άτομο κατάλληλα σε ορισμένες συναισθηματικές καταστάσεις. Συνήθως, αυτή η μισαλλοδοξία έχει ανεπιθύμητες καταστάσεις διάθεσης, όπως ο θυμός, το άγχος ή η κατάθλιψη, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει δυσανεξία σε όλες τις έντονες καταστάσεις διάθεσης, συμπεριλαμβανομένων και των θετικών (π.χ. ενθουσιασμό).

Αντί να αποδέχονται τις αλλαγές στη διάθεση και να τις αντιμετωπίζουν κατάλληλα, οι ασθενείς αυτοί εμπλέκονται σε αυτό που μπορεί να χαρακτηριστεί ως «δυσλειτουργική συμπεριφορά διαμόρφωσης της διάθεσης». Αυτό μειώνει την συνειδητοποίησή τους για την κατάσταση διέγερσης της διάθεσης (και τις συναφείς γνωστικές λειτουργίες) και την εξουδετερώνει, αλλά με προσωπικό κόστος. Η δυσλειτουργική συμπεριφορά τροποποίησης της διάθεσης μπορεί να πάρει τη μορφή αυτοτραυματισμού (π.χ. κοπή, καύση) που έχει ως αποτέλεσμα την επαναφορά στην αρχική κατάσταση διάθεσης ή μπορεί να συνεπάγεται τη λήψη ψυχοδραστικών ουσιών (π.χ. αλκοόλ, ηρεμιστικά) για να τροποποιήσουν άμεσα αυτό που αισθάνονται. Και οι δύο κατηγορίες συμπεριφοράς δεν είναι ασυνήθιστες σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές (Dahme, Nutzinger, 2002).

Σε ασθενείς με νευρική βουλιμία, η υπερφαγία, ο εμετός και η έντονη σωματική άσκηση μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν ως μορφές συμπεριφοράς τροποποίησης της διάθεσης. Μεταξύ αυτών των ασθενών (δηλ. εκείνοι με διατροφική διαταραχή και δυσανεξία στη διάθεση), τέτοιες μορφές συμπεριφοράς (δηλ. εξαναγκαστική διατροφή, εμετός, έντονη άσκηση) μπορούν να γίνουν συνήθης μέσα διαμόρφωσης διάθεσης.

Δεν είναι σαφές εάν αυτοί οι ασθενείς εμφανίζουν πραγματικά ασυνήθιστα έντονες καταστάσεις διάθεσης ή εάν είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι σε αυτές. Συχνά και τα δύο φαίνεται να συμβαίνουν. Είτε έτσι είτε αλλιώς, οι γνωστικές διαδικασίες συνήθως συμβάλλουν στο φαινόμενο. Για παράδειγμα, οι ασθενείς αυτοί ανταποκρίνονται συνήθως στις αρχικές αλλαγές της διάθεσης, και ανησυχούν ότι δεν θα είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τα προκύπτοντα συναισθήματα και σκέψεις, μια αντίδραση που μπορεί να ενισχύσει την κατάσταση της διάθεσης. (Zafra, 2003)

1.2.3.ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η αύξηση του επιπολασμού του υπερβολικού βάρους συνυπάρχει με μια ανθηρή βιομηχανία διατροφής και ελέγχου βάρους. Επιπλέον η εργασία έχει γίνει όλο και πιο καθιστική με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η προσπάθεια για την τροποποίηση και ελέγχου του σώματος μέσω της άσκησης και του περιορισμού της διατροφής. Σύμφωνα με τον ψυχολόγο Oliver James, επισημάνεται ότι η βιομηχανία τροφίμων και των μέσων μαζικής ενημέρωσης έχουν καταστροφικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία.

Προωθούνται τρόφιμα ως « υγιή » ή και « θρεπτικά » με αποτέλεσμα να προσλαμβάνονται περισσότερα λίπη και σάκχαρα και συνεπώς περισσότερες θερμίδες. Αποτέλεσμα αυτού είναι να αυξάνεται το αίσθημα αποτυχίας λόγω της χαμένης προσπάθειας αποφυγής υψηλού σωματικού βάρους και αλλαγής στο σχήμα του σώματος. Το ότι έχει “κτυπηθεί” μια από τις πιο διαρκείς προκλήσεις στην ανθρώπινη ζωή - η πείνα - έχει ως επακόλουθο την απειλή για την ψυχική υγεία. Έχουν μελετηθεί έρευνες ερωτηματολογίων που σχετίζονται με ένα ευρύ φάσμα μεταβλητών, (όπως η ψυχολογική προσαρμογή, η αυτοεκτίμηση, η εθνικότητα, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, το στυλ γονικής μέριμνας, οι προθέσεις διατροφής, η νοσηρότητα και η θνησιμότητα), για τις προτιμήσεις της εικόνας του σώματος. Τα ερωτηματολόγια αυτοτελούς συμπλήρωσης χρησιμοποιήθηκαν για να συγκρίνουν τις αναφορές των ερωτηθέντων σχετικά με το ύψος, το βάρος και το επίπεδο ικανοποίησής τους με το σχήμα του σώματός τους. Οι ερευνητές έδωσαν επίσης ερωτηματολόγια με εικόνες διαφορετικών σχημάτων σώματος για να μετρήσουν τις προτιμήσεις στο σχήμα του σώματος. Παρά τις μεθοδολογικές διαφορές, από τις έρευνες αποδεικνύεται ότι οι γυναίκες είναι πιο δυσαρεστημένες από τους άντρες με το βάρος τους και ότι οι περισσότερες προτιμούν να είναι πιο αδύνατες, αν και υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ ενθετικής και ηλικιακής ομάδας ως προς την ιδανική εικόνα του σώματος. (Ziebland κ.α., 2002)

Ιδανικός τύπος σώματος καθ 'όλη την ιστορία

Σε όλη την ιστορία, το πρότυπο της γυναικείας ομορφιάς δεν ήταν ρεαλιστικό, οπότε ήταν και δύσκολο να επιτευχθεί. Τα άτομα με περισσότερα χρήματα και υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση ήταν πολύ πιο πιθανό να ακολουθήσουν αυτά τα πρότυπα. Οι γυναίκες για να τα επιτύχουν, ήταν συνήθως πρόθυμες να θυσιάσουν την άνεσή τους και να υπομείνουν πόνο.

Σε εποχές αποικιοκρατίας, οι δυσμενείς συνθήκες, το σκληρό περιβάλλον και η έλλειψη άνεσης, απαιτούσαν όλα τα μέλη της οικογένειας να συμβάλλουν στην επιβίωση. Όλη η οικογένεια, μαζί και τα παιδιά, βοηθούσαν στις αγροτικές εργασίες καθώς επίσης και στις εργασίες του σπιτιού. Για τους λόγους αυτούς, αυτές οι γυναίκες αξιολογήθηκαν από τις κοινότητες ως γόνιμες, σωματικά ισχυρές και ικανές γυναίκες. Ωστόσο, τον 19ο αιώνα, τα ιδανικά μετατοπίστηκαν και εκτιμήθηκαν οι γυναίκες με μικροσκοπικές μέσες και μεγάλη τουρνούρα (φούσκωμα στο πίσω μέρος της φούστας). Ήταν επιθυμητό ένας ανώτερος άνθρωπος να είναι σε θέση να καλύψει τη μέση της γυναίκας με τα χέρια του.

Οι γυναίκες, με σημαντικά οικονομικά μέσα, είχαν φτάσει σε σημείο να αφαιρούν μέχρι και τα πλευρά τους για να μειώσουν περαιτέρω το μέγεθος της μέσης τους. Παρά το γεγονός ότι είναι οδυνηρό και προκαλεί προβλήματα υγείας, όπως η δυσκολία στην αναπνοή (που μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονία) και τα εξαρθρωμένα σπλαγχνικά όργανα, ήρθε στην επιφάνεια η μόδα των κορσέδων. (Jennifer κ.α., 2006)

Εικόνα σώματος στις γυναίκες

Οι διατροφικές διαταραχές είναι ένα από τα πιο κοινά ψυχιατρικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες τα τελευταία χρόνια, και χαρακτηρίζονται από μια επίμονη πορεία, τα οποία συνυπάρχουν με άλλες ψυχοπαθολογικές και ιατρικές επιπλοκές καθώς επίσης και με αυξημένη θνησιμότητα. Η διαταραχή της σωματικής εικόνας, είναι επίσης εξαιρετικά διαδεδομένη και μπορεί να σχετίζεται με ψυχολογική δυσχέρεια (π.χ. κατάθλιψη) και λειτουργική βλάβη. Συναρπαστικοί πρόοδοι εμφανίζονται στην κατανόηση των κοινωνικών επιστημόνων σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου που προάγουν τις διαταραχές του σώματος και της

διατροφής. Μια ελπιδοφόρος οδός έρευνας αφορά τον ρόλο της εσωτερικοποίησης των κοινωνικών ιδανικών σωμάτων (λεπτή ιδεατή εσωτερικοποίηση) στην ανάπτυξη αυτών των προβλημάτων. Η λεπτή ιδεατή εσωτερικοποίηση αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο το άτομο «αποκτά» κοινωνικά καθορισμένα ιδεώδη της ελκυστικότητας και συμμετέχει σε συμπεριφορές σχεδιασμένες να παράγουν μια προσέγγιση αυτών των ιδανικών (Heinberg κ.α., 1999).

Θεωρητικά, τα αποτελέσματα της εσωτερικοποίησης είναι τα λεπτά ιδεώδη, επειδή τα άτομα εσωτερικοποιούν συμπεριφορές, καθώς ασκείτε πίεση από διάφορες πηγές, όπως είναι η οικογένεια, οι συγγενείς, οι σύντροφοι, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (π.χ. κριτική ή πειράγματα σχετικά με το βάρος και η δοξασία των εξαιρετικά λεπτών μοντέλων) (Kandel, 1980). Αυτή η διαδικασία αναφέρεται ως κοινωνική ενίσχυση. Οι πηγές αυτές, έχουν ως σκοπό να μεταδίδουν προσδοκίες σχετικά με τα οφέλη ενός λεπτού σώματος, όπως η αυξημένη κοινωνική αποδοχή, και αυτές οι προσδοκίες πιθανότατα διαδραματίζουν βασικό ρόλο στην διάδοση αυτού του ιδεώδους (Hohlstein κ.α., 1998).

Αυτή η εσωτερικοποίηση του ιδανικού λεπτού σώματος, προκαλεί δυσαρέσκεια καθώς είναι σχεδόν ανέφικτο για τις περισσότερες γυναίκες. Επιπρόσθετα, πιστεύεται ότι η λεπτή ιδεατή εσωτερικοποίηση λειτουργεί σε συνδυασμό με άλλους καθορισμένους παράγοντες κινδύνου για τη διατροφική παθολογία, συμπεριλαμβανομένης της δυσαρέσκειας του σώματος, της δίαιτας και των αρνητικών επιδράσεων. Συγκεκριμένα, η δυσαρέσκεια της εικόνας του σώματος που θεωρείται ότι οφείλεται στην εσωτερικοποίηση του λεπτού ιδεατού, προκαλεί αρνητικές επιδράσεις στον οργανισμό αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων βουλιμίας. Η δυσαρέσκεια του σώματος υποτίθεται ότι οδηγεί σε δίαιτα λόγω της κοινής πεποίθησης ότι αυτή είναι μια αποτελεσματική τεχνική ελέγχου του βάρους. Η δυσαρέσκεια του σώματος μπορεί επίσης να έχει αρνητικές επιπτώσεις, διότι η εμφάνιση είναι μια κεντρική αξιολογική διάσταση για την γυναικεία κουλτούρα. Η δίαιτα θεωρείται ότι έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερο κίνδυνο για τα βουλιμικά συμπτώματα, επειδή τα άτομα μπορεί να τρώνε φλεγόμενα σε μια προσπάθεια να εξουδετερώσουν τις επιπτώσεις της θερμιδικής στέρησης. Τέλος, η αρνητική επίδραση μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων βουλιμίας λόγω της πεποίθησης ότι η κατανάλωση

τροφής παρέχει άνεση και απόσπαση από τα αρνητικά συναισθήματα. (Stice κ.α, 2001)

Η έρευνα που μελέτησε ο Smith (2000), περιελάμβανε γυναίκες οι οποίες εκτέθηκαν σε αναπαραστάσεις με «ιδανικές» αναλογίες σώματος, με λεπτή μέση, και φάνηκε πως είχαν μειωμένη αυτοεκτίμηση ως προς την εικόνα του σώματός τους, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν συμμετείχαν. (Hargreaves κ.α., 2002) Άλλη μια συσχετιστική μελέτη διαπίστωσε ότι η μειωμένη αυτοεκτίμηση της εικόνας σώματος, από την προβολή των «ιδανικών» γυναικείων μοντέλων, σχετίζεται με αρνητικούς συμπεριφορικούς παράγοντες, όπως η συμπτωματολογία της διατροφικής διαταραχής, η οποία μεσολαβούσε από την εσωτερικοποίηση του ιδανικού σχήματος σώματος (Stein κ.α., 1994). Η θεωρία της αντικειμενοποίησης δηλώνει την χαμηλή αυτοεκτίμηση των γυναικών από την προβολή των λεπτών γυναικείων μοντέλων. Αυτό το φαινόμενο συμβαίνει επειδή οι γυναίκες κοινωνικοποιούνται για να έχουν επίγνωση ως προς το «ιδανικό» και να αξιολογούνται με βάση την εμφάνισή τους. . Για να αποκτηθεί μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της έρευνας, μελετητές διεξήγαγαν μια μετα-ανάλυση για να εξετάσουν την επίδραση που έχουν οι εικόνες αυτές πάνω στις γυναίκες. Η μετα-ανάλυσή τους περιελάμβανε 25 μελέτες που απέδωσαν 43 μεγέθη αποτελεσμάτων και έδειξαν σημαντική εκτίμηση μεγέθους αποτελέσματος, $d = -0,31$, γεγονός που υποδηλώνει ότι υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της προβολής εικόνων λεπτών γυναικών και της ανάπτυξης αρνητικής εικόνας του εαυτού στις γυναίκες . (Groesz κ.α., 2002)

Εικόνα σώματος στους άνδρες

Υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για την επίδραση που έχουν οι ιδανικές εικόνες των μέσων μαζικής ενημέρωσης στην αρνητική αυτοεκτίμηση των ανδρών. Η σημερινή ποπ κουλτούρα των Ηνωμένων Πολιτειών δίνει μεγάλη έμφαση στη μυϊκή δύναμη των ανδρών, η οποία εκπροσωπείται με πολλούς τρόπους. Σε μια έρευνα, πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις ως προς το μέγεθος των μυών των κεντρικών πτυχών, σε άνδρες του περιοδικού Playgirl σε τρεις δεκαετίες, και διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση στο μυϊκό σύστημα των αρσενικών μοντέλων.

Συνεπώς, μερικές, αλλά όχι όλες, οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι άντρες που αισθάνονται πίεση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν μειωμένη την αυτοεκτίμηση, μειωμένη την ικανοποίηση και την εκτίμηση του σώματός τους. (Barlett κ.α., 2005). Η πίεση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης προκαλείται από την προβολή ανδρών με μεγάλη μυϊκή μάζα και με ερωτήσεις σχετικά με το πως αισθάνονται με την προσπάθεια της επίτευξης της αλλαγής αυτής, ως προς την αύξηση των μυών τους ή τη μείωση του βάρους τους. Αυτές οι ιδανικές εικόνες παρουσιάστηκαν με την προβολή πολλαπλών μορφών μέσων όπως περιοδικά, τηλεοπτικές διαφημίσεις και στοιχεία δράσης. (Gardner κ.α., 2003)

Έρευνες έχουν δείξει ότι αυτά τα αρνητικά συναισθήματα και οι σκέψεις που λαμβάνονται από την πίεση των μέσων μαζικής ενημέρωσης σχετίζονται σημαντικά με τη συμμετοχή σε σοβαρά αρνητικές συμπεριφορές, οι οποίες θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μεταγενέστερα προβλήματα υγείας ή ακόμα και θάνατο. Αυτές οι αρνητικές συμπεριφορές μπορούν να περιλαμβάνουν αυξημένη χρήση στεροειδών, αύξηση της πρόσληψης συμπληρωμάτων διατροφής και αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης διατροφικής διαταραχής, όπως βουλιμία ή νευρική ανορεξία (Botta κ.α., 2003).

Παρά τις έρευνες που έχουν δείξει ότι τα αρσενικά έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση του σώματός τους μετά από προβολή μυϊκών ιδεωδών εικόνων, ορισμένες έρευνες έχουν δείξει ότι η πίεση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης δεν έχει επηρεάσει αρνητικά κάθε είδους αυτο-εικόνας. Ο Bartlett κ.α. (2005) διαπίστωσαν ότι μετά από χρήση εξαιρετικά δραστικών μυϊκών στοιχείων, τα αρσενικά είχαν μειωμένη σωματική εκτίμηση, αλλά όχι αυτοεκτίμηση ή ικανοποίηση του σώματος. Ο Kalodner (1997) διαπίστωσε ότι οι άντρες που είδαν εικόνες περιοδικών με αρσενικά μοντέλα δεν διέφεραν ως προς τη σωματική ικανοποίηση και σωματική εκτίμηση από τους άνδρες που είδαν εικόνες περιοδικών ηλικιωμένων αρσενικών (όχι μοντέλων).

Διαπιστώθηκε, επίσης, ότι η πίεση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης συσχετίζεται αρνητικά με τις στρατηγικές αύξησης των μυών, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο αριθμός των ωρών που αφιερώνουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης δεν έκαναν τους άνδρες να θέλουν να αυξήσουν τους μυς τους.

Έτσι, ο λόγος για τον οποίο τα μέσα μαζικής ενημέρωσης επηρεάζουν αρνητικά

την εικόνα του εαυτού τους, είναι επειδή οι άνθρωποι συχνά συγκρίνουν το σώμα τους με την εικόνα που βλέπουν (διαδικασία σύγκρισης εμφάνισης) ή εσωτερικοποιούν τα πρότυπα "ομορφιάς" που αντιπροσωπεύουν τα ερεθίσματα (εσωτερικοποίηση κοινωνικών προτύπων). Ανεξάρτητα από το τι πορεία θα έχουν αυτοί οι ψυχολογικοί μηχανισμοί, τα αρσενικά αισθάνονται πίεση από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για να αλλάξουν το σώμα τους, καθώς συγκρίνοντας το σώμα τους με τέτοιες απεικονίσεις, αισθάνονται άσχημα για το βάρος του σώματός τους και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Η αρνητική εικόνα του εαυτού τους που εκδηλώνεται άμεσα ή έμμεσα από αυτές τις διαδικασίες, θα οδηγήσει σε αρνητικές συμπεριφορές λόγω της χρήσης δραστικών ουσιών (π.χ. χρήση στεροειδών, υπερβολική άσκηση) κάνοντας κακό στο σώμα τους.

Αύξηση βάρους στη μέση ηλικία

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του βάρους, από τους οποίους επηρεάζονται και τα δύο φύλα. Υπάρχουν όμως και κάποιες ενδιαφέρουσες αντιθέσεις, που αφορούν ιδιαιτέρως τις αναπαραγωγικές και ορμονικές διαταραχές. Η άνετη κατανάλωση φαγητού και η κατανάλωση μπίρας θεωρούνται ως κύριοι παράγοντες. Φαίνεται ότι οι άνδρες αποδέχονται περισσότερο την αύξηση του βάρους τους απ' ότι οι γυναίκες, γιατί θεωρείται, εν μέρη, πιο αποδεκτό για έναν άνδρα να έχει μεγαλύτερο και μυώδες σώμα, συγκριτικά με τις γυναίκες. Η ίδια άποψη υποστηρίζεται και από τις γυναίκες.

Στις γυναίκες αυξάνεται το βάρος συνήθως κατά την παιδική ηλικία, λόγω ορμονών, εμμηνόπαυσης και με την καθιστική ζωή. Επίσης επειδή μένουν στο σπίτι με τα παιδιά, γίνεται μεγαλύτερη πρόσληψη εύκολων σνακ και φαγητού. Κάποιες πάλι φαίνεται ότι μπορεί να είναι ικανοποιημένες με τη ζωή τους "αφήνοντας τον εαυτό τους".

Στους άνδρες το βάρος αυξάνεται επειδή ασχολούνται λιγότερο με αθλήματα από ότι όταν ήταν νεότεροι καθώς επίσης και από τεμπελιά. Ακόμη επειδή κάποιοι άνδρες με χαμηλό βάρος ίσως φαίνονται λιγότερο ελκυστικοί, με το να αυξάνουν το βάρος τους φαίνονται πιο μυώδεις και έτσι νιώθουν πιο αποδεκτοί από τις

γυναίκες. Και τέλος ένας άλλος λόγος που παίρνουν βάρος είναι η κατανάλωση μπύρας. (Ziebland κ.α., 2002)

1.2.3.1.. ΣΠΛΑΧΝΙΚΟ ΛΙΠΟΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Οι ορμόνες φύλου μπορεί να είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που καθορίζουν τη διανομή του λίπους. Η παχυσαρκία κατατάσσεται σε δύο τύπους: ανδροειδές και γυναικοειδές. Αν και η σπλαχνική παχυσαρκία δεν είναι πανομοιότυπη με τον τύπο της παχυσαρκίας, η συσσώρευση σπλαχνικού λίπους είναι πιο επικρατέστερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες όταν συγκρίνονται ως παχύσαρκοι με παρόμοια ηλικία και παρόμοια BMI. Η γήρανση είναι επίσης πολύ σημαντικός παράγοντας στην προώθηση της συσσώρευσης σπλαχνικού λίπους. Στους άνδρες, υπάρχει μια στενή γραμμική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και σπλαχνικού λίπους, γεγονός που υποδηλώνει ότι το σπλαχνικό λίπος αυξάνεται συνεχώς με την ηλικία. Αν και αυτή η συσχέτιση υπήρχε και στα γυναίκες, η κλίση ήταν ήπια σε προεμμηνοπαυσιακά άτομα. Έγινε απότομη μόνο σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, στις οποίες ήταν σχεδόν το ίδιο όπως και στους άνδρες. (Matsuzawa κ.α., 1995)

Οι σχετικές με την παχυσαρκία δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία εμφανίστηκαν κατά κύριο λόγο σε αυτούς με αρρενωπότητα ή ανώτερη σωματική κατανομή λίπους. Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει σαφώς ότι η σχέση μεταξύ παχυσαρκίας (όπως μετράται με ΔΜΣ) και συστατικών του μεταβολικού συνδρόμου είναι ακόμη ισχυρότερη για την άνω σωματική κοιλότητα (όπως μετράται με περιφέρεια μέσης και λόγο μέσης προς ισχίο). Η χρήση της τεχνολογικής απεικόνισης (υπολογιστική απεικόνιση και απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού) για τον εντοπισμό του σωματικού λίπους στο ενδοκοιλιακό (συλλογικώς αναφερόμενο ως σπλαχνικό λίπος) και τις υποδόριες αποθήκες βελτίωσε περαιτέρω την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η κατανομή του λίπους επηρεάζει την υγεία. Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η ποσότητα σπλαχνικού λίπους σχετίζεται περισσότερο με αυτές τις μεταβολικές ανωμαλίες από ό, τι το υποδόριο ή το συνολικό σωματικό λίπος, με κάποιες αξιοσημείωτες

εξαιρέσεις.

Οι πρώτες μελέτες της σχέσης μεταξύ των χαρακτηριστικών λιποκυττάρων και της παχυσαρκίας έδειξαν ότι τα μεγάλα λιπώδη κύτταρα χαρακτηρίζουν την παχυσαρκία του άνω μέρους του σώματος και την επιπλοκή της παχυσαρκίας (Jensen, 2006)

Το υπερβολικό σπλαχνικό λίπος συνδέεται με την αντίσταση στην ινσουλίνη και τον διαβήτη. Συνεπώς, η περιφέρεια μέσης, η οποία συσχετίζεται με το σπλαχνικό λίπος, συνιστάται ως κλινικός δείκτης για τον εντοπισμό ασθενών με αυξημένο κίνδυνο μεταβολικών νοσημάτων και η μεγάλη περιφέρεια μέσης είναι ένα από τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση του μεταβολικού συνδρόμου. Ωστόσο, ο μηχανισμός που είναι υπεύθυνος για τη σχέση μεταξύ του σπλαχνικού λίπους και των μεταβολικών ανωμαλιών δεν είναι γνωστός και δεν είναι σαφές εάν το σπλαχνικό λίπος συνδέεται απλά ή προκαλεί μεταβολική νόσο.

Έχει υποτεθεί ότι μεγάλες ποσότητες σπλαχνικού λίπους προκαλούν αντίσταση στην ινσουλίνη, επειδή η λιπόλυση τριγλυκεριδίων σπλαχνικού λιπώδους ιστού απελευθερώνει ελεύθερα λιπαρά οξέα (FFA) απευθείας στην πυλαία φλέβα, τα οποία στη συνέχεια μεταφέρονται στο ήπαρ. Η αυξημένη παροχή FFA στο ήπαρ παρεμποδίζει την ικανότητα της ινσουλίνης να καταστέλλει την παραγωγή ηπατικής γλυκόζης και η αυξημένη συστηματική συγκέντρωση FFA αναστέλλει τη διάσπαση γλυκόζης που προκαλείται από ινσουλίνη στους σκελετικούς μύες. Ωστόσο, δεδομένα από μελέτες που εξέτασαν την κινητική FFA σε ανθρώπους υποδηλώνουν ότι είναι απίθανο η λιπολυτική δραστηριότητα στο σπλαχνικό λίπος να αποτελεί μείζονα παράγοντα συμβολής στην αντίσταση στην ινσουλίνη. Κατά μέσο όρο, το 20% της φλεβικής FFA και το 14% της συνολικής FFA που εμφανίζονται στη συστηματική κυκλοφορία προέρχονται από λιπόλυση σπλαχνικού λίπους σε παχύσαρκους ασθενείς. Ως εκ τούτου, τα λιπαρά οξέα που απελευθερώνονται από το σπλαχνικό λίπος αντιπροσωπεύουν μόνο ένα μικρό ποσοστό του ολικού FFA που παρέχεται στους ιστούς του ήπατος και των μυών. (Fontana κ.α., 2007)

Η περίσσεια ενδοκοιλιακής συσσώρευσης λιπώδους ιστού, που συχνά ονομάζεται σπλαχνική παχυσαρκία, αποτελεί μέρος ενός φαινοτύπου που περιλαμβάνει τη δυσλειτουργική επέκταση του υποδόριου λιπώδους ιστού και την έκτοπη αποθήκευση τριγλυκεριδίων που σχετίζεται στενά με τους

καρδιομεταβολικούς παράγοντες κινδύνου. Η ηλικία, το φύλο, η γενετική και η εθνικότητα είναι ευρείς αιτιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη μεταβολή της συσσώρευσης σπλαχνικού λιπώδους ιστού. Ειδικοί μηχανισμοί υπεύθυνοι για την αναλογική αύξηση της αποθήκευσης σπλαχνικού λίπους, όταν αντιμετωπίζουν θετικό ενεργειακό ισοζύγιο και αύξηση βάρους, μπορεί να περιλαμβάνουν σεξουαλικές ορμόνες, τοπική παραγωγή κορτιζόλης σε κοιλιακούς λιπώδεις ιστούς, αυξητική ορμόνη και διαιτητική φρουκτόζη. Τα φυσιολογικά χαρακτηριστικά των κοιλιακών λιπωδών ιστών όπως το μέγεθος και ο αριθμός των λιποκυττάρων κ.α., είναι σημαντικές συσχετίσεις και ακόμη καθοριστικές για τον αυξημένο καρδιομεταβολικό κίνδυνο που σχετίζεται με την σπλαχνική παχυσαρκία. Οι θειαζολιδινεδιόνες, η αντικατάσταση οιστρογόνων σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες και η αντικατάσταση τεστοστερόνης σε άνδρες με ανεπάρκεια ανδρογόνων έχουν αποδειχθεί ότι ρυθμίζουν ευνοϊκά τη διανομή του σωματικού λίπους και τον καρδιομεταβολικό κίνδυνο σε διάφορους βαθμούς.

Στην κλινική πρακτική, η μέτρηση της περιφέρειας της μέσης εκτός από το δείκτη μάζας σώματος μπορεί να είναι χρήσιμη για την αναγνώριση και τη διαχείριση μιας υποομάδας παχύσαρκων ασθενών με υψηλό καρδιομεταβολικό κίνδυνο.

Ένα φαινόμενο που έχει λάβει ολοένα και μεγαλύτερη προσοχή είναι το γεγονός ότι το σχήμα του σώματος, και ειδικότερα η περιφερειακή κατανομή του λιπώδους ιστού, είναι τουλάχιστον εξίσου σημαντική, αν όχι πιο σημαντική, από τη συνολική ποσότητα σωματικού λίπους στην πρόβλεψη επιπλοκών που προκαλούν ασθένειες που έχουν συνδεθεί με την παχυσαρκία. Η αναλογία του κοιλιακού λιπώδους ιστού αποτελεί βασικό συσχετισμό και ίσως τον οδηγό του κινδύνου για την υγεία που συνδέεται με το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία. Η σπλαχνική παχυσαρκία έχει πλέον καθιερωθεί ως τμήμα ενός σύνθετου φαινοτύπου που περιλαμβάνει τη δυσλειτουργία της αποθήκευσης του λιπώδους ιστού και την έκτοπη συσσώρευση τριγλυκεριδίων σε διάφορες θέσεις συμπεριλαμβανομένου του ήπατος.

Κάθε εβδομάδα μια εθνική εφημερίδα κάπου σε όλο τον κόσμο δημοσιεύει ένα άρθρο που έχει σχέση με την παχυσαρκία, την επικράτησή της και τον κίνδυνο που συνεπάγεται για την υγεία των εθνών μας. Δυστυχώς, τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι η επιδημία εξακολουθεί να αυξάνεται και ο παγκόσμιος υψηλός βαθμός παχυσαρκίας που καταγγέλθηκε πριν από αρκετά χρόνια δεν υποχωρεί. Το

φαινόμενο αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό για τις μεγάλες αναδυόμενες οικονομίες όπως η Ασία, η Νοτιοανατολική Ασία και η Λατινική Αμερική. Η παχυσαρκία δεν είναι πλέον η ανησυχία του δυτικού κόσμου και ολόκληρο το «παγκόσμιο χωριό» πλήττεται από αυτό το κρίσιμο ζήτημα δημόσιας υγείας.

Στην κλινική πρακτική, χρησιμοποιείται ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) που υπολογίζεται ως βάρος σε χιλιόγραμμα διαιρούμενο σε ύψος σε τετραγωνικό μέτρο. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει μια σχέση μεταξύ του ΔΜΣ και του κινδύνου νοσηρότητας / θνησιμότητας. Έτσι, ένας πολύ χαμηλός ΔΜΣ σχετίζεται με την αυξημένη θνησιμότητα, ακόμη και αφού ληφθεί υπόψη το γεγονός ότι μπορεί να είναι ένας δείκτης υποκείμενων νοσηρών συνθηκών (για παράδειγμα, καρκίνων και άλλων χρόνιων παθήσεων όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια). Από την άλλη πλευρά του φάσματος, υπάρχει μια προοδευτική αύξηση κινδύνου όπως η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία, ο διαβήτης τύπου 2, η καρδιαγγειακή νόσο (CVD), οι χολόλιθοι και οι καρκίνοι που σχετίζονται με την αύξηση του ΔΜΣ. Οι μελέτες πληθυσμού έχουν σαφώς αποδείξει τη σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας που καθορίζεται από τον ΔΜΣ και της συννοσηρότητας / θνησιμότητας και αρκετοί οργανισμοί χρησιμοποιούν κατηγορίες ΔΜΣ για τον καθορισμό του σωματικού βάρους, του φυσιολογικού βάρους, του υπερβολικού βάρους και των διαφόρων κατηγοριών παχυσαρκίας.

Αν και ο ΔΜΣ αποτελεί κατάλληλο εργαλείο για την αναφορά των κοσμικών τάσεων στην επικράτηση της παχυσαρκίας σε πληθυσμιακό επίπεδο, οι περιορισμοί του έχουν αφήσει περιστασιακά τους επαγγελματίες του τομέα υγείας να προβληματίζονται από το γεγονός ότι η παχυσαρκία είναι μια αρκετά ετερογενής κατάσταση. Το υπερβολικό βάρος ή τα παχύσαρκα άτομα ως ομάδα διατρέχουν σαφώς μεγαλύτερο κίνδυνο για συνυπάρχουσες παθήσεις σε σύγκριση με τα άτομα με φυσιολογικό βάρος, αλλά οι γιατροί έχουν παραμεληθεί από το γεγονός ότι ενώ μερικοί παχύσαρκοι ασθενείς εμφανίζουν σαφώς επιπλοκές που σχετίζονται με την περίσσεια σωματικού λίπους, οι ασθενείς δεν εμφανίζουν αναμενόμενες μεταβολικές ανωμαλίες, παρά τη σημαντική υπέρβαση του σωματικού λίπους τους. Με άλλα λόγια, η παχυσαρκία αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών, αλλά δεν θα τα αναπτύξει όλα το παχύσαρκο άτομο.

Χρησιμοποιώντας τον ΔΜΣ, παρατηρείται ότι ο λιπώδης ιστός κατανέμεται

ομοιόμορφα πάνω στο σώμα, ο οποίος δεν λαμβάνει υπόψη την ετερογένεια της τοπικής απόθεσης λίπους σώματος. Όπως αναφέρθηκε, ο παράγοντας αυτός έχει αναγνωριστεί ως ένας σημαντικός συσχετισμός μεταβολικών διαταραχών που οδηγούν σε CVD. Από την άποψη αυτή, αρκετές μελέτες που αφορούν το BMI σε αποτελέσματα CVD σε υγιή άτομα ανέφεραν ασυνεπή αποτελέσματα. Μερικές μελέτες έχουν βρει μια γραμμική σχέση μεταξύ ΔΜΣ και καρδιαγγειακού κινδύνου, ενώ άλλοι δεν κατάφεραν να βρουν σημαντική σύνδεση.

Συμπερασματικά, οι μεταβολικές αλλαγές και οι ασθένειες που σχετίζονται με τη σπλαχνική παχυσαρκία είναι η αντοχή στην ινσουλίνη και διαβήτη τύπου 2, η αθηρογενετική δυσλιπιδαιμία, η καρδιαγγειακή νόσος, η υπέρταση, διάφοροι καρκίνοι, η υπνική άπνοια και μεταβολικό σύνδρομο. (Eagon κ.α., 2007)

1.2.4. ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ

Τι είναι υπνική άπνοια

Η Υπνική Άπνοια είναι μια σοβαρή, ενδεχομένως καταστροφική κατάσταση που είναι πολύ πιο κοινή από ότι γενικά κατανοείται.

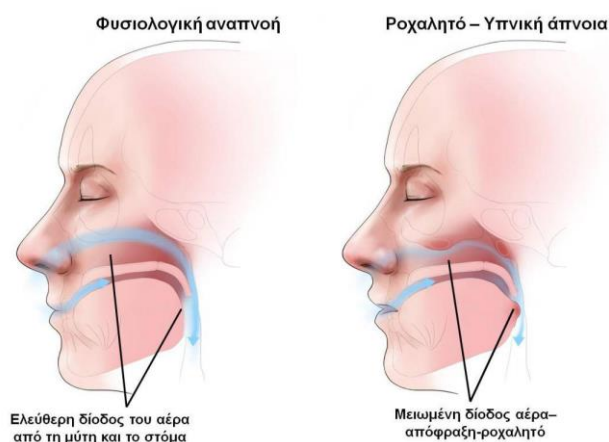
Πρώτα περιγράφεται το 1965. Η υπνική άπνοια είναι μια αναπνευστική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από σύντομες διακοπές της αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου. Το όνομά της το οφείλει σε μια ελληνική λέξη, άπνοια, που σημαίνει “ανάγκη αναπνοής”.

Υπάρχουν δύο τύποι υπνικής άπνοιας: κεντρική και αποφρακτική. Η κεντρική υπνική άπνοια, η οποία είναι λιγότερο συχνή, συμβαίνει όταν ο εγκέφαλος αποτυγχάνει να στείλει τα κατάλληλα σήματα στους αναπνευστικούς μύες για να ξεκινήσει αναπνοές. Η αποφρακτική άπνοια είναι πολύ πιο συχνή και συμβαίνει όταν ο αέρας δε μπορεί να ρέει μέσα ή έξω από τη μύτη ή το στόμα του ατόμου, παρόλο που οι προσπάθειες για αναπνοή συνεχίζονται.

Σε μια δεδομένη νύχτα ο αριθμός των παύσεων της ακούσιας αναπνοής ή των “εκδηλώσεων άπνοιας” μπορεί να είναι τόσο υψηλός όσο 20 έως 30 ή περισσότερο ανά ώρα. Αυτές οι αναπνευστικές παύσεις συνοδεύονται σχεδόν πάντα με

ροχαλητό μεταξύ επεισοδίων άπνοιας, αν και δε σημαίνει πως όποιος ροχαλίζει αντιμετωπίζει αυτήν την κατάσταση.

Η υπνική άπνοια μπορεί επίσης να χαρακτηρίζεται από αισθήσεις πνιγμού. Οι συχνές διακοπές του βαθιού ,επανορθωτικού ύπνου οδηγούν συχνά σε πονοκεφάλους νωρίς το πρωί και υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία της υπνικής άπνοιας είναι σημαντική επειδή μπορεί να σχετίζεται με ακανόνιστο καρδιακό παλμό, υψηλή αρτηριακή πίεση, καρδιακή προσβολή και εγκεφαλικό επεισόδιο. (White, 2005)



Εικόνα 1: Υπνική άπνοια κατά τον ύπνο

Παράγοντες που συμβάλλουν στην υπνική άπνοια

Η υπνική άπνοια συμβαίνει σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και στα δύο φύλα, αλλά είναι πιο κοινή στους άνδρες. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου 18 εκατομμύρια Αμερικάνοι έχουν υπνική άπνοια. Το 4% των μεσήλικων ανδρών και το 2% των μεσήλικων γυναικών έχουν υπνική άπνοια μαζί με υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Οι άνθρωποι που είναι πιθανότεροι να έχουν ή να την αναπτύσσουν περιλαμβάνουν εκείνους που ροχαλίζουν δυνατά και είναι επίσης υπέρβαροι ή έχουν υψηλή αρτηριακή πίεση ή έχουν κάποια φυσική ανωμαλία στη μύτη, το λαιμό ή σε άλλα μέρη του ανώτερου αεραγωγού. Η υπνική άπνοια φαίνεται να συμβαίνει σε μερικές οικογένειες, γεγονός που υποδηλώνει πιθανή γενετική βάση.

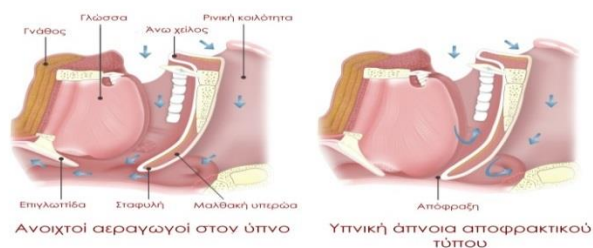
Ορισμένα μηχανικά και δομικά προβλήματα στον αεραγωγό προκαλούν τις διακοπές αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Σε μερικούς ανθρώπους, η άπνοια εμφανίζεται όταν οι μύες του λαιμού και η γλώσσα χαλαρώνουν κατά τη διάρκεια του ύπνου και εμποδίζεται εν μέρει το άνοιγμα του αεραγωγού.

Όταν οι μύες του μαλακού ουρανίσκου στη βάση της γλώσσας και του σταφυλίτη (ο μικρός σαρκώδης ιστός που κρέμεται από το κέντρο της πλάτης του λαιμού) χαλαρώνουν και κρεμούν, ο αεραγωγός μπλοκάρεται, κάνοντας την αναπνοή σκληρή και θορυβώδη, ή ακόμα και να σταματήσει εντελώς.

Η υπνική άπνοια μπορεί επίσης να εμφανιστεί σε παχύσαρκους ανθρώπους, όταν μία περίσσεια ιστού στον αεραγωγό προκαλεί τη στένωσή της. Με έναν περιορισμένο αεραγωγό, το άτομο συνεχίζει τις προσπάθειές του να αναπνεύσει, αλλά ο αέρας δε μπορεί εύκολα να εισρεύσει μέσα ή έξω από τη μύτη ή το στόμα. Άγνωστο στο άτομο, αυτό οδηγεί σε βαρύ ροχαλητό, περιόδους μη αναπνοής και συχνές αφυπνίσεις (προκαλώντας απότομες αλλαγές από βαθύ σε ελαφρύ ύπνο).

Η κατάποση αλκοολούχων ποτών και υπνωτικών χαπιών αυξάνει τη συχνότητα και τη διάρκεια των αναπνευστικών παύσεων σε άτομα με άπνοια ύπνου. (Naresh, 2007)



Εικόνα 2: Υπνική άπνοια αποφρακτικού τύπου

Οι συνέπειες της Υ.Α και η αποκατάσταση της αναπνοής

Λόγω των σοβαρών διαταραχών στις κανονικές συνήθειες ύπνου τους, οι άνθρωποι με υπνική άπνοια συχνά αισθάνονται πολύ νυσταγμένοι κατά τη διάρκεια της ημέρας και υποφέρουν με τη συγκέντρωσή τους και την απόδοσή τους.

Οι συνέπειες της υπνικής άπνοιας κυμαίνονται από ενοχλητικές έως απειλητικές για τη ζωή. Περιλαμβάνουν την κατάθλιψη, την ευερεθιστότητα, τη σεξουαλική δυσλειτουργία, τις δυσκολίες μάθησης και μνήμης, καθώς και τον ύπνο κατά την εργασία, το τηλέφωνο ή την οδήγηση.

Έχει υπολογιστεί ότι έως και το 50% των ασθενών με υπνική άπνοια, έχουν υψηλή αρτηριακή πίεση. Παρόλο που δεν είναι γνωστό με βεβαιότητα εάν υπάρχει σχέση αιτίου-αποτελέσματος, φαίνεται ότι συμβάλει στην υψηλή αρτηριακή πίεση. Ο κίνδυνος για καρδιακή προσβολή και εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί επίσης να αυξηθεί σε αυτά τα άτομα.

Επιπλέον η υπνική άπνοια ενίοτε εμπλέκεται στο σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου νηπίων. (Park κ.α., 2011)

Κατά τη διάρκεια της άπνοιας, το άτομο δε μπορεί να αναπνεύσει οξυγόνο και να εκπνεύσει το διοξείδιο του άνθρακα, με αποτέλεσμα χαμηλά επίπεδα οξυγόνου και αυξημένα επίπεδα διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα. Η μείωση του οξυγόνου και η αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα προειδοποιεί τον εγκέφαλο για να επαναλάβει την άπνοια και να προκαλέσει μια διέγερση.

Με κάθε διέγερση, ένα σήμα στέλνεται από τον εγκέφαλο στους μύες των ανώτερων αεραγωγών για να ανοίξει ο αεραγωγός. Η αναπνοή επαναλαμβάνεται, συχνά με δυνατό ξεφύσημα ή με κοφτή ανάσα.

Οι συχνές αφυπνίσεις, αν και είναι απαραίτητες για την επανεκκίνηση της αναπνοής, αποτρέπουν τον ασθενή από το να έχει επαρκή επανορθωτικό, βαθύ ύπνο. (NCSDR, 1995)

Υποψία και διάγνωση υπνικής άπνοιας

Για πολλούς ασθενείς με υπνική άπνοια, οι σύζυγοί τους είναι οι πρώτοι που υποψιάζονται ότι κάτι είναι λάθος, συνήθως από το βαρύ ροχαλητό και την αληθινή πάλη τους να αναπνεύσουν.

Συνεργάτες ή φίλοι του “θύματος” μπορεί να παρατηρήσουν ότι το άτομο κοιμάται κατά τη διάρκεια της ημέρας σε ακατάλληλους χρόνους (όπως κατά την οδήγηση αυτοκινήτου, την εργασία ή την ομιλία).

Ο ασθενής συχνά δε γνωρίζει ότι έχει κάποιο πρόβλημα και μπορεί να μην το πιστέψει όταν ενημερωθεί για αυτήν την κατάσταση. Είναι σημαντικό το άτομο να δει έναν γιατρό για την αξιολόγηση του προβλήματος του ύπνου. (Punjabi, 2007)

Εκτός από τον γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι πνευμονολόγοι, οι νευρολόγοι ή άλλοι γιατροί με εξειδικευμένη εκπαίδευση στις διαταραχές του ύπνου, μπορεί να συμμετέχουν στην οριστική διάγνωση και την έναρξη θεραπείας.

Η διάγνωση της υπνικής άπνοιας δεν είναι απλή, επειδή μπορεί να υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί λόγοι για τον διαταραγμένο ύπνο. Υπάρχουν αρκετές δοκιμές για την αξιολόγηση ενός ατόμου για υπνική άπνοια.

Η πολυσωματογραφική μελέτη, είναι μια δοκιμή που περιγράφει μια ποικιλία λειτουργιών του σώματος κατά τη διάρκεια του ύπνου, όπως η ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου, η κίνηση των ματιών, η μυϊκή δραστηριότητα, ο καρδιακός ρυθμός, η αναπνευστική προσπάθεια, η ροή του αέρα και τα επίπεδα του οξυγόνου στο αίμα. Αυτές χρησιμοποιούνται τόσο για τη διάγνωση της υπνικής άπνοιας όσο και για τον προσδιορισμό της σοβαρότητάς της.

Η δοκιμή πολλαπλής καθυστέρησης ύπνου (Multiple Sleep Latency Test) μετρά την ταχύτητα του ύπνου. Σε αυτή την δοκιμασία οι ασθενείς έχουν πολλές ευκαιρίες να κοιμηθούν κατά τη διάρκεια μιας ημέρας, όταν κανονικά θα ήταν ξύπνιοι. Για κάθε ευκαιρία μετράται ο χρόνος μέχρι να κοιμηθούν.

Τα άτομα χωρίς προβλήματα ύπνου παίρνουν κατά μέσο όρο 10-20 λεπτά για να κοιμηθούν. Τα άτομα που κοιμούνται σε λιγότερο από 5 λεπτά είναι πιθανόν να απαιτούν κάποια θεραπεία για διαταραχές ύπνου. Το MSLT μπορεί να είναι χρήσιμο για τη μέτρηση του βαθμού υπερβολικής υπνηλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας και για τον αποκλεισμό άλλων τύπων διαταραχών ύπνου.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις συνήθως εκτελούνται σε κέντρο ύπνου, αλλά η νέα τεχνολογία μπορεί να επιτρέψει την πραγματοποίηση ορισμένων μελετών ύπνου στο σπίτι του ασθενούς. (Malhotra κ.α., 2009)

Αντιμετώπιση

Η ειδική θεραπεία για την άπνοια κατά τον ύπνο είναι προσαρμοσμένη στον κάθε ασθενή βάση του ιατρικού ιστορικού, της φυσικής εξέτασης και των αποτελεσμάτων της πολυσωματογραφίας.

Τα φάρμακα γενικά δεν είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία της άπνοιας κατά τον ύπνο. Η χορήγηση οξυγόνου μπορεί να ωφελήσει με ασφάλεια ορισμένους ασθενείς, αλλά δεν εξαλείφει την άπνοια ύπνου ή εμποδίζει την υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Έτσι ο ρόλος του οξυγόνου στη θεραπεία της υπνικής άπνοιας είναι αμφιλεγόμενος και είναι δύσκολο να προβλεφθεί ποιοι ασθενείς θα

ανταποκριθούν καλά.

Είναι σημαντικό να επαληθεύεται η αποτελεσματικότητα της επιλεγμένης θεραπείας, αυτό συνήθως επιτυγχάνεται με την πολυσομνογραφία. (Owens κ.α., 2009)

Δεν υπάρχουν ευρέως αποτελεσματικές φαρμακοθεραπείες για την αποφρακτική υπνική άπνοια, με σημαντικές εξαιρέσεις των ατόμων με υποθυρεοειδισμό ή ακρομεγαλία.

Τα ρινικά αποσυμφορητικά βραχείας δράσης δεν συνιστώνται για θεραπείες της υπνικής άπνοιας, αλλά τα τοπικά ρινικά κορτικοστεροειδή μπορεί να βελτιώνουν το Δείκτη απνοιών-υποπνοιών (AHI) σε αυτούς τους ασθενείς και την ταυτόχρονη ρινίτιδα και έτσι μπορεί να είναι χρήσιμο συμπλήρωμα στις πρωτογενείς θεραπείες. (Erstein κ.α., 2009)

Συμπεριφορική θεραπεία

Οι αλλαγές συμπεριφοράς αποτελούν σημαντικό μέρος του προγράμματος θεραπείας και σε ήπιες περιπτώσεις η συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να είναι το μόνο που χρειάζεται.

Το άτομο πρέπει να αποφεύγει τη χρήση οиноπνεύματος, καπνού και υπνωτικών χαπιών, οι οποίες καθιστούν τον αεραγωγό πιο πιθανόν να καταρρεύσει κατά τη διάρκεια του ύπνου και να παρατείνει τις περιόδους άπνοιας.

Τα υπέρβαρα άτομα μπορούν να επωφεληθούν από την απώλεια βάρους. Ακόμα και μια απώλεια βάρους 10% μπορεί να μειώσει τον αριθμό των εκδηλώσεων άπνοιας για τους περισσότερους ασθενείς.

Σε μερικούς ασθενείς με ήπια υπνική άπνοια, οι αναπνευστικές παύσεις εμφανίζονται μόνο όταν κοιμούνται στις πλάτες τους. Σε τέτοιες περιπτώσεις η χρήση μαξιλαριών και άλλων συσκευών που τους βοηθούν να κοιμούνται σε μια πλευρική θέση είναι συχνά χρήσιμη. (Strollo κ.α., 2009)

Φυσική ή μηχανική θεραπεία

Η ρινική συνεχής θετική πίεση των αεραγωγών (Continuous Positive Airway Pressure) είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για την υπνική άπνοια. Σε αυτή τη

διαδικασία , ο ασθενής φορά μάσκα πάνω από τη μύτη κατά τη διάρκεια του ύπνου και η πίεση από ένα φυσητήρα ωθεί τον αέρα μέσω των ρινικών διόδων. Η πίεση του αέρα ρυθμίζεται έτσι ώστε να είναι αρκετή για να αποφευχθεί η κατάρρευση του λαϊμού κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η πίεση είναι σταθερή και συνεχής. Το ρινικό CPAP εμποδίζει το κλείσιμο των αεραγωγών κατά τη χρήση, αλλά τα επεισόδια άπνοιας επιστρέφουν όταν η CPAP σταματήσει ή χρησιμοποιηθεί ακατάλληλα.

Οι παραλλαγές της συσκευής CPAP προσπαθούν να ελαχιστοποιήσουν τις παρενέργειες που εμφανίζονται μερικές φορές, όπως ο ρινικός ερεθισμός και η ξήρανση, ο ερεθισμός του δέρματος του προσώπου, το φούσκωμα της κοιλιάς, οι διαρροές μάσκας, τα πονεμένα μάτια και οι πονοκέφαλοι.

Ορισμένες εκδόσεις του CPAP διαφοροποιούν την πίεση ώστε να συμπίπτουν με το πρότυπο αναπνοής του ατόμου και άλλοι κινούνται με χαμηλή πίεση, αυξάνοντας αργά για να επιτρέψουν στο άτομο να κοιμηθεί πριν εφαρμοστεί η πλήρης καθορισμένη πίεση.

Οδοντιατρικές συσκευές που επανατοποθετούν την κάτω γνάθο και τη γλώσσα, έχουν βοηθήσει σε μερικούς ασθενείς με ήπια υπνική άπνοια ή που ροχαλίζουν αλλά δεν έχουν άπνοια. Πιθανές παρενέργειες περιλαμβάνουν βλάβη στα δόντια, τους μαλακούς ιστούς και την άρθρωση των γνάθων. Ένας οδοντίατρος ή ορθοδοντικός συχνά είναι εκείνος που προσαρμόζει στον ασθενή μια τέτοια συσκευή. (Ardle κ.α., 1999)

Χειρουργική επέμβαση

Μερικοί ασθενείς με υπνική άπνοια μπορεί να χρειαστούν χειρουργική επέμβαση. Αν και πολλές χειρουργικές επεμβάσεις χρησιμοποιούνται για την αύξηση του μεγέθους του αεραγωγού, κανένας από αυτούς δεν είναι απολύτως επιτυχής ή χωρίς κινδύνους. Μπορεί να χρειαστεί να δοκιμαστεί περισσότερες από μία διαδικασίες πριν ο ασθενής λάβει κάποια οφέλη.

Ορισμένες από τις πιο κοινές διαδικασίες περιλαμβάνουν την αφαίρεση αδενοειδών και των αμυγδαλών (ειδικά σε παιδιά), των ρινικών πολύποδων ή άλλων αναπτύξεων ή άλλων ιστών στον αεραγωγό και τη διόρθωση των δομικών παραμορφώσεων. Οι μικρότεροι ασθενείς φαίνεται να επωφελούνται από αυτές τις

χειρουργικές επεμβάσεις περισσότερο από τους ηλικιωμένους ασθενείς.

Η ενδοπνευματοφαρυγγοπλαστική (UPPP είναι μια ιατρική σύντμηση για την ενδοπνευματοφαρυγγική πλασματολογία) μια χειρουργική επέμβαση που χρησιμοποιείται για την απομάκρυνση του πλεονάζοντος ιστού στο πίσω μέρος του λαιμού (αμυγδαλές, σταφυλίτης και μέρος του μαλακού ουρανίσκου) . Η επιτυχία αυτής της τεχνικής μπορεί να κυμαίνεται από 30%-50%. Οι μακροπρόθεσμες ανεπιθύμητες ενέργειες και οφέλη δεν είναι γνωστές και είναι δύσκολο να προβλεφθεί ποιοι ασθενείς θα γίνουν καλά με αυτή την διαδικασία.

Η ενδοπνευματοφαρυγγοπλαστική με τη βοήθεια λέιζερ (LAUP) γίνεται για να εξαλείψει το ροχαλητό, αλλά δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της υπνικής άπνοιας. Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει τη χρήση συσκευής λέιζερ για την εξάλειψη του ιστού στο πίσω μέρος του λαιμού.

Όπως η UPPP, το LAUP μπορεί να μειώσει ή να εξαλείψει το ροχαλητό αλλά όχι και την ίδια την υπνική άπνοια. Η εξάλειψη του ροχαλητού, το κύριο σύμπτωμα της υπνικής άπνοιας, χωρίς να επηρεάζεται η κατάσταση, μπορεί να φέρει τον κίνδυνο καθυστέρησης της διάγνωσης και της πιθανής θεραπείας της υπνικής άπνοιας, σε ασθενείς που επιλέγουν LAUP. Για τον εντοπισμό της πιθανής υποκειμενικής υπνικής άπνοιας, συνήθως απαιτούνται μελέτες ύπνου πριν εκτελεστεί το LAUP.

Η τραχειοστομία χρησιμοποιείται σε άτομα με σοβαρή, απειλητική για τη ζωή υπνική άπνοια. Σε αυτή τη διαδικασία γίνεται μία μικρή τρύπα στο λαιμό, ώστε να αποκτήσουν άμεση πρόσβαση στην τραχεία, και εισάγεται ένας σωλήνας μέσα στο άνοιγμα. Ο σωλήνας αυτός παραμένει κλειστός κατά τις ώρες αφυπνίσεως και το άτομο αναπνέει και μιλάει κανονικά. Ανοίγεται στον ύπνο έτσι ώστε ο αέρας να ρέει κατευθείαν στους πνεύμονες, παρακάμπτοντας οποιαδήποτε απόφραξη των άνω αεραγωγών. Αν και αυτή η διαδικασία είναι εξαιρετικά αποτελεσματική, είναι ένα ακραίο μέτρο το οποίο είναι ανεκτό από τους ασθενείς και χρησιμοποιείται σπάνια.

Οι ασθενείς στους οποίους η υπνική άπνοια οφείλεται σε παραμορφώσεις της κάτω γνάθου μπορεί να επωφεληθούν από τη χειρουργική ανακατασκευή. (Sher κ.α., 1996)

Οι χειρουργικές επεμβάσεις για τη θεραπεία της παχυσαρκίας συνιστώνται μερικές φορές για του ασθενείς με υπνική άπνοια που είναι παθολογικά παχύσαρκοι. Η βariatρική χειρουργική επέμβαση είναι ένα αποτελεσματικό μέσο

για την επίτευξη σημαντικής απώλειας βάρους και ενδείκνυται σε άτομα με BMI \geq 40kg/m² ή με BMI \geq 35kg/m² με σημαντικές συννοσηρότητες, στους οποίους οι διαιτητικές προσπάθειες ελέγχου βάρους έχουν αναποτελεσματικότητα.

Η χειρουργική επέμβαση μπορεί να είναι συμπληρωματική στη θεραπεία της αποφρακτικής υπνικής άπνοιας σε παχύσαρκους ασθενείς. Στη βαριατρική πρέπει να θεωρείται ως συμπλήρωμα των λιγότερο επεμβατικών και ταχέως δραστικών θεραπειών πρώτης γραμμής, για ασθενείς που πάσχουν από αυτό.

Το ποσοστό ύφεσης για δύο χρόνια μετά τη βαριατρική χειρουργική επέμβαση σε σχέση με την απώλεια βάρους είναι 40%, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για συνεχή κλινική παρακολούθηση αυτών των ασθενών.

1.2.4.1. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ-ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ

Αλληλεπιδράσεις μεταξύ της παχυσαρκίας και της άπνοιας ύπνου

Μεταξύ των παραγόντων κινδύνου για την αποφρακτική άπνοια, η παχυσαρκία είναι ίσως η πιο σημαντική. Αρκετές μελέτες εγκάρσιας τομής έχουν βρει σταθερά μια συσχέτιση μεταξύ του αυξημένου σωματικού βάρους και του κινδύνου για υπνική άπνοια.

Σημαντική υπνική άπνοια υπάρχει στο >40% των παχύσαρκων ατόμων και >70% των ασθενών είναι παχύσαρκοι. Επιπλέον σε πληθυσμιακή προοπτική μελέτη 690 τυχαίως επιλεγμένων κατοίκων του Γουισκόνσιν, μια αύξηση βάρους 10% συσχετίστηκε με εξαπλάσια αύξηση στις πιθανότητες ανάπτυξης υπνικής άπνοιας.

Στην ίδια μελέτη η απώλεια βάρους 10% προέβλεπε μείωση κατά 26% του δείκτη υπνικής άπνοιας. Οι ακριβείς μηχανισμοί στους οποίους οφείλονται οι επιδράσεις της παχυσαρκίας στον κίνδυνό της εξακολουθούν να είναι ασαφείς. Μπορεί να σχετίζεται με τις επιδράσεις της απόθεσης λίπους στην ανατομία των αεραγωγών ή τις αλλαγές στην λειτουργία των ανώτερων αεραγωγών.

Η απώλεια βάρους έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζεται με μείωση της πτυσσόμενης ορμής των άνω αεραγωγών. Οι μεταβολές που προκαλούνται από την παχυσαρκία στους κεντρικούς μηχανισμούς που ρυθμίζουν τον τόνο των αεραγωγών ή τη

σταθερότητα του ελέγχου του αναπνευστικού, μπορεί επίσης να εμπλέκονται.

Η λεπτίνη για παράδειγμα, η οποία αυξάνεται σημαντικά στην παχυσαρκία, έχει σημαντικές επιδράσεις στη ρύθμιση της χημειοελαστικής λειτουργίας και επομένως του ελέγχου της αναπνοής.

Ενώ η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνό της, η υπνική άπνοια μπορεί να προκαλέσει αύξηση βάρους και παχυσαρκία. Επιπλέον η χρόνια θεραπεία με CPAP (συσκευή για θεραπεία του συνδρόμου αποφρακτικής άπνοιας κατά τον ύπνο με συνεχής θετική πίεση αεραγωγών), έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τη συσσώρευση του σωματικού λίπους και σπλαχνικού λίπους σε ασθενείς, ενισχύοντας περαιτέρω τα στοιχεία για μια αιτιολογική σύνδεση μεταξύ υπνικής άπνοιας και μάζας σώματος.

Οι μηχανισμοί αυτής της σύνδεσης είναι πιθανώς πολυπαραγοντικοί. Μπορεί να σχετίζεται με αλλαγές στον τρόπο ζωής των ασθενών, έτσι ώστε τα άτομα που πάσχουν από αυτό να έχουν προδιάθεση για αύξηση βάρους λόγω της υπνηλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας και της μείωσης της σωματικής δραστηριότητας.

Η αύξηση του σωματικού βάρους στην υπνική άπνοια μπορεί επίσης να σχετίζεται με την ενδοκρινική δυσλειτουργία. Η λεπτίνη, η οποία παράγεται από λιποκύτταρα, καταστέλλει την όρεξη και αυξάνει την ενεργειακή δαπάνη, προκαλώντας έτσι απώλεια βάρους.

Τα παχύσαρκα άτομα έχουν υψηλά επίπεδα λεπτίνης και η παχυσαρκία τους παραμένει λόγω της τεκμαιρόμενης αντοχής στο κατασταλτικό της όρεξης και στα μεταβολικά αποτελέσματα της λεπτίνης (αντοχή στη λεπτίνη). Άνδρες ασθενείς έχουν κατά 50% υψηλότερα επίπεδα λεπτίνης στο πλάσμα συγκριτικά με όμοια παχύσαρκα άτομα ελέγχου χωρίς διαταραχή του ύπνου.

Ως εκ τούτου είναι πιθανό η υπνική άπνοια να συνοδεύεται από ενισχυμένη αντοχή στη λεπτίνη (η οποία υπάρχει ήδη στην παχυσαρκία), έτσι ώστε η επίδραση της λεπτίνης να αμβλύνει ιδιαίτερα τη μείωση του βάρους, προτρέποντας έτσι τον κύκλο αύξησης και την επιδείνωση της υπνικής άπνοιας.

Φαίνεται λοιπόν ότι μπορεί να υπάρξει μια αμοιβαία σχέση μεταξύ αυτών των δύο που ενεργοποιεί έναν μηχανισμό προώθησης, οπότε ενισχύουν αμοιβαία την εξέλιξη και τη σοβαρότητά τους. (Clinic κ.α., 2003)

Υπερβολικό βάρος και αναπνευστική αναπνοή

Η σύνδεση μεταξύ του υπερβολικού βάρους ή της παχυσαρκίας και της αποφρακτικής υπνικής άπνοιας εκτιμάται εδώ και πολύ καιρό. Το 1956, η αποφρακτική υπνική άπνοια αναγνωρίστηκε ως ασθένεια παχυσαρκίας και υποαερισμού: το σύνδρομο Pickwickian (συναντάται σε παχύσαρκα άτομα τα οποία δυσκολεύονται να αναπνεύσουν στον ύπνο ή η αναπνοή τους σταματάει εντελώς) . Από τότε, οι παρατηρήσεις των ασθενών με διάγνωση αποφρακτικής υπνικής άπνοιας και τα ευρήματα από μελέτες πληθυσμού υποστήριξαν με συντριπτική πλειοψηφία έναν ισχυρό και πιθανό αιτιώδη ρόλο του υπέρβαρου σε αυτή την κατάσταση, περιγράφοντας ευρύτερα την αναπνευστική δυσλειτουργία ύπνου (SDB).

Η συνηθέστερη μορφή SDB είναι η αποφρακτική υπνική άπνοια, στην οποία υπάρχει επαναλαμβανόμενη κατάρρευση (άπνοια) ή μερική κατάρρευση (υπόπνοια) του ανώτερου αεραγωγού κατά τη διάρκεια του ύπνου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μειώσεις και παύσεις στην αναπνοή κατά τον ύπνο και διαλείπουσα παροδική υποξία (παθολογική κατάσταση κατά την οποία μέρος του σώματος στερείται επαρκούς οξυγόνωσης). Αυτά τα γεγονότα συχνά τερματίζονται σε αφυπνίσεις από τον βαθύτερο ύπνο και ο προκύπτων κατακερματισμός του ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ο χρυσός κανόνας για την τυπική διαγνωστική έρευνα του SDB είναι η νυχτερινή πολυσωματογραφία για την ανίχνευση των εκδηλώσεων άπνοιας και υπόπνοιας, και η διαπίστωση του εάν είναι αποφρακτική ή λόγω μη φυσιολογικού ελέγχου της αναπνοής.

Συνήθως, δεν γίνεται διάκριση μεταξύ αποφρακτικών συμβάντων και εκείνων που οφείλονται σε μη φυσιολογικό έλεγχο της αναπνοής και η κατάσταση ονομάζεται SDB. Είναι ο όρος που χρησιμοποιείται σε αυτήν την ανασκόπηση, με την παραδοχή ότι αντικατοπτρίζει, στις περισσότερες περιπτώσεις, αποφρακτική υπνική άπνοια. Το μέτρο που χρησιμοποιείται συνήθως για το SDB είναι ο δείκτης άπνοιας-υπόπνοιας.

Η σημαντική συσχέτιση του πλεονάζοντος σωματικού βάρους, ενός τροποποιησιμου παράγοντα κινδύνου, με την SDB εγείρει πολλά ερωτήματα

σχετικά με την κλινική πρακτική και τη δημόσια υγεία. Το θέμα παίρνει επιπλέον σημασία με την ανησυχητική αύξηση του σωματικού βάρους σε παιδιά καθώς και σε ενήλικες σε βιομηχανικά έθνη. Παρόλο που υπάρχουν πολλαπλοί καθορισμένοι παράγοντες που προδιαθέτουν SDB, που κυμαίνονται από τη γενετική μέχρι τις ανωμαλίες των ανώτερων αεραγωγών και σε διάφορους κρανιοπροσωπικούς φαινοτύπους, το υπερβολικό βάρος είναι ο ισχυρότερος παράγοντας που συμβάλλει.

Ως εκ τούτου, αναμένεται ότι η επικράτηση της SDB θα αυξηθεί παράλληλα με την παχυσαρκία. Επιπλέον, το ενδιαφέρον επεκτάθηκε για να συμπεριληφθούν ενδιάμεσοι μηχανισμοί μέσω των οποίων το υπερβολικό βάρος και το SDB μπορεί να αλληλεπιδρούν. Ιδιαίτερα σημαντικές είναι οι ενώσεις SDB, η παχυσαρκία και οι μεταβολικές ορμόνες. (Young κ.α., 2005)

Υπερβολικό Βάρος και SDB

Το υπερβολικό σωματικό βάρος έχει υποτεθεί ότι επηρεάζει την αναπνοή με διάφορους τρόπους, συμπεριλαμβανομένων αλλοιώσεων στη δομή των άνω αεραγωγών (π.χ. τροποποιημένη γεωμετρία) ή της λειτουργίας (π.χ. αυξημένη πτυσσόμενη ικανότητα), μειωμένη συμμόρφωση θωρακικού τοιχώματος, διαταραχή της σχέσης μεταξύ αναπνευστικής κίνησης και αντιστάθμισης φορτίου και επιδείνωση των αποφρακτικών συμβάντων υπνικής άπνοιας μέσω μειώσεων που σχετίζονται με την παχυσαρκία στη λειτουργική υπολειμματική ικανότητα και αυξημένης ζήτησης οξυγόνου στο σύνολο του σώματος. Αυτοί οι υποτιθέμενοι μηχανισμοί υποδηλώνουν ότι ειδικές ανατομικές θέσεις υπερβολικής απόθεσης λίπους μπορεί να είναι σημαντικές.

Κλινικές μελέτες έχουν δείξει μια αρκετά γρήγορη ανταπόκριση της SDB, όπως υποδεικνύεται από το επίπεδο AHI (δείκτης άπνοιας-υπόπνοιας), στην πραγματική αλλαγή του βάρους. Λίγα είναι γνωστά για το πώς οι αλλαγές στα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και οι προκύπτουσες χαρακτηριστικές μεταβολές στη διανομή του σωματικού λίπους και στην καταλληλότητα επηρεάζουν την SDB εκτός από τις μεταβολές του βάρους.

Μια μελέτη έχει δείξει μια αντίστροφη σχέση εβδομαδιαίας άσκησης και SDB, ανεξάρτητα από το σωματικό βάρος. Είναι επίσης πιθανό ότι, η κόπωση και η υπνηλία που είναι συχνά συμπτωματική της SDB, αποκλείει τα άτομα που πάσχουν από τη σωματική δραστηριότητα, επιδεινώνοντας περαιτέρω την αύξηση του σωματικού βάρους και κατά συνέπεια την SDB σε έναν κύκλο ανάδρασης. Οι δυνατότητες τέτοιων μηχανισμών ανάδρασης συμπεριφοράς στην SDB είναι σε μεγάλο βαθμό ανεξερεύνητο.

Οι ορμόνες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που επηρεάζουν τα χαρακτηριστικά του φύλου και του μεταβολισμού, μπορεί να έχουν διαφορετικό ρόλο στην ανάπτυξη ή επιδείνωση του SDB. Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της SDB στην εμμηνόπαυση, συγκριτικά με τις γυναίκες που βρίσκονται πριν από την εμμηνόπαυση. Πιστεύεται γενικά ότι η εξάντληση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης είναι υπεύθυνη για μια αυξημένη ευπάθεια της SDB. Η προγεστερόνη διεγείρει την αναπνοή, αλλά οι πειραματικές μελέτες δεν έδειξαν προστατευτική επίδραση στην κατάρρευση των άνω αεραγωγών. Οι ορμονικές μεταβολές στην μεταβατική περίοδο μπορεί να συμβάλλουν έμμεσα στην SDB με την αύξηση του σωματικού λίπους, συγκεκριμένα της κοιλιακής ή κεντρικής απόθεσης λίπους, οι οποίοι είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου για την SDB.

Παρόλο που η εμμηνόπαυση σχετίζεται πράγματι με αυξημένο σωματικό λίπος στο κεντρικό σώμα, είναι απίθανο ο μηχανισμός αυτός να μπορεί να καλύψει όλο τον αυξημένο κίνδυνο SDB. Από μια έρευνα στην Γουισκόνσιν, διαπιστώθηκε, ότι η εμμηνόπαυση, σε σύγκριση με τις προεμμηνόπαυσιακές γυναίκες είχε υψηλότερο επιπολασμό SDB ανεξάρτητα από τον ΔΜΣ ή δείκτες της κεντρικής κατανομής λίπους. (Peppard κ.α., 2005)

Εντούτοις, στην κλινική μελέτη της Πενσυλβανίας, η επίδραση του BMI ήταν μικρότερη στις γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση (δηλαδή η SDB εμφανίστηκε μόνο σε παχύσαρκες γυναίκες πριν την εμμηνόπαυση), γεγονός που υποδηλώνει μεγαλύτερη ευαισθησία που σχετίζεται με αυξημένο ΔΜΣ με εμμηνόπαυση.

Μία άλλη μελέτη, υποστηρίζει τον άμεσο ρόλο των γυναικείων ορμονών στο SDB, η οποία δείχνει μείωση του επιπολασμού SDB σε μετεμμηνόπαυσιακές γυναίκες που λαμβάνουν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης σε σύγκριση με αυτές που δεν

το κάνουν. Ωστόσο, στις περισσότερες κλινικές δοκιμές, η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης δεν έχει οδηγήσει σε σημαντική πτώση του δείκτη άπνοιας-υπόπνοιας (AHI).

Υπήρξε μεγάλο ενδιαφέρον για μια υποτιθέμενη αλληλεπίδραση μεταξύ SDB, ανθεκτικότητας στην ινσουλίνη και μεταβολικών ορμονών, υποδηλώνοντας έτσι ότι η SDB είναι μια σημαντική νέα πλευρά του μεταβολικού συνδρόμου. Ιδιαίτερη προσοχή έχει δοθεί στις ορμόνες που απελευθερώνονται από τα λιποκύτταρα, τις αδιποκυτοκίνες. Επειδή οι μεταβολικές ορμόνες συνδέονται στενά με το σωματικό βάρος, οι ερευνητές, χρησιμοποιώντας διαφορετικές προσεγγίσεις, προσπάθησαν να εξετάσουν εάν η SDB και η σχετική υποξία σχετίζονται ανεξάρτητα με τα επίπεδα αυτών των ορμονών. Αυτό είναι σημαντικό επειδή η θεραπεία της SDB μπορεί να βοηθήσει στην αντιστροφή των μεταβολικών ανωμαλιών. Ακόμη, οι μεταβολές στις μεταβολικές ορμόνες που εμφανίζονται με την παχυσαρκία μπορεί να επιδεινώσουν-ανακουφίσουν την αναπνοή στο SDB.

Επιπροσθέτως, η SDB σχετίζεται στενά με τη σπλαχνική παχυσαρκία, η οποία είναι βασική για την αντίσταση στην ινσουλίνη, τον διαβήτη τύπου 2 και το μεταβολικό σύνδρομο. Μελέτες που διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ SDB και ανθεκτικότητας στην ινσουλίνη έχουν χρησιμοποιήσει πολλαπλές προσεγγίσεις. Περιλάμβαναν τις συσχετίσεις μεταξύ των συμπτωμάτων (ροχαλητό και άπνοια) ή αντικειμενικών μέτρων SDB (AHI, αποκορεσμός οξυγόνου) και αντίσταση στην ινσουλίνη. Έχουν διεξαχθεί τόσο μελέτες πληθυσμού όσο και έλεγχος των περιστατικών. Τα μέτρα ανοχής στην ινσουλίνη περιλαμβάνουν κυρίως τον αυτοαναφερόμενο διαβήτη, την γλυκόζη νηστείας και την ινσουλίνη, τα επίπεδα γλυκόζης σε δοκιμασία ανοχής γλυκόζης από το στόματος και υποκατάστατα ευαισθησίας στην ινσουλίνη, όπως η αξιολόγηση ομοιοστατικού μοντέλου.

Διάφοροι μηχανισμοί που προτείνονται για τη σχέση μεταξύ της SDB και της αντίστασης στην ινσουλίνη περιλαμβάνουν μεταβολές στις αδιποκυτοκίνες, μειωμένη διάρκεια ύπνου λόγω θρυμματισμού του ύπνου (με αποτέλεσμα μεταβολές στην έκκριση ινσουλίνης και ευαισθησία, μειωμένη αυξητική ορμόνη και αυξημένη κορτιζόλη), αυξημένη δραστηριότητα συμπαθητικού νευρικού συστήματος και άμεση επίδραση της διαλείπουσας υποξίας στο ομοιοστατικό σύστημα γλυκόζης.

Σημαντική διαφωνία υπάρχει μεταξύ των μελετών, οι οποίες ανέφεραν είτε μη συσχετισμό μεταξύ της SDB και της ευαισθησίας στην ινσουλίνη είτε μια σχέση που κυμαίνεται από μικρές μέχρι πολύ σημαντικές. Ένας μεγάλος αριθμός μελετών δεν έχει ελεγχθεί επαρκώς για πιθανούς συσχετικούς παράγοντες (ειδικά σωματικό βάρος) ή έχει τροφοδοτηθεί επαρκώς για να απαντήσει σε ερωτήσεις που σχετίζονται με τη σχέση μεταξύ SDB και ευαισθησίας στην ινσουλίνη.

Σε ένα εργαστήριο διερευνήθηκαν οι παραπάνω συσχετισμένες σχέσεις σε ένα μεγάλο πληθυσμιακό δείγμα από το Wisconsin Sleep Cohort Study. Εξετάστηκαν πιθανές συσχετίσεις ανάμεσα στον συνήθη ύπνο και τη διάρκεια του πολυσωματικού ύπνου και τη λεπτίνη ορού, την ινσουλίνη, τη γλυκόζη, την QUICKI (δείκτης ελέγχου ευαισθησίας ινσουλίνης για τη διάγνωση της αντοχής στην ινσουλίνη), την αξιολόγηση ομοιοστατικού μοντέλου και την αδιπονεκτίνη.

Η αδιπονεκτίνη είναι μια ορμόνη που προέρχεται από λιποκύτταρα και σχετίζεται με την ευαισθησία στην ινσουλίνη. Όλες οι αναλύσεις έγιναν με βάση την ηλικία, το φύλο και τον ΔΜΣ, και αν παρατηρήθηκαν οι οποιεσδήποτε συσχετίσεις, πραγματοποιήθηκαν περαιτέρω διορθώσεις για προσδιορισμένους δυνητικούς παράγοντες συρρίκνωσης, συμπεριλαμβανομένου του AHI. Βρέθηκε μια σημαντική σχέση μεταξύ της διάρκειας του ύπνου και της λεπτίνης στον ορό. Η βραχεία διάρκεια του ύπνου συσχετίστηκε με χαμηλά επίπεδα λεπτίνης, γεγονός που υποδηλώνει ότι μπορεί να προκαλέσει αυξημένη όρεξη και πιθανώς παχυσαρκία. Ωστόσο, δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας του ύπνου και των μέτρων ευαισθησίας στην ινσουλίνη. Επίσης εξετάστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ του AHI και των παραπάνω μέτρων, ανεξάρτητα από τον BMI.

Από τα δεδομένα, όπως αναμενόταν, η παχυσαρκία έχει ισχυρή και σαφή σχέση με την αντίσταση στην ινσουλίνη, το μεταβολικό σύνδρομο και τα επίπεδα μεταβολικής ορμόνης (λεπτίνη και ινσουλίνη). Οποιαδήποτε παρατηρηθείσα συσχέτιση μεταξύ του SDB και των μεταβολικών παραγόντων είναι επομένως πιθανόν να καθοδηγείται κυρίως από τη συσχέτιση με τον ΔΜΣ και, ειδικότερα, με την σπλαχνική παχυσαρκία. (Young κ.α., 2005)

Ποσοτικοποίηση του ρόλου υπερβολικού βάρους στην SDB

Ο υψηλός επιπολασμός της παχυσαρκίας και της νοσηρής παχυσαρκίας σε ασθενείς που διαγνώστηκαν με υπνική άπνοια είναι καλά καθιερωμένος. Παρομοίως, το SDB έχει αναφερθεί ότι εμφανίζεται σε 50-77% παχύσαρκων ασθενών σε άλλα κλινικά περιβάλλοντα. Ο τύπος της κατανομής σωματικού λίπους που παρατηρήθηκε σε παχύσαρκους και υπέρβαρους ασθενείς με SDB οδήγησε σε υποθέσεις ότι η μεγάλη περιφέρεια του αυχένα και η υψηλή περιφέρεια περιφέρειας μέσης-ισχίου είναι ισχυρότεροι παράγοντες πρόβλεψης της SDB σε σύγκριση με τα μέτρα που βασίζονται στο βάρος όπως ο δείκτης μάζας σώματος (BMI).

Εντούτοις, λόγω των προτιμήσεων επιλογής που ευνοούν την παραπομπή του στερεοτυπικού ασθενούς "Pickwickian" (δηλαδή, παχύσαρκοι, υπνηλία, μεσήλικας με παχύ λαιμό) για αξιολογήσεις ύπνου, εξακολουθούν να είναι σημαντικές οι μελέτες που βασίζονται σε πληθυσμιακά δείγματα στο χαρακτηρισμό της σύνδεσης υπερβολικού βάρους-SDB. (Taheri κ.α., 2005)

Υποχώρηση της υπνικής άπνοιας με μεταβολές στο βάρος

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, η σχέση των αλλαγών βάρους με την επίπτωση, την εξέλιξη και την ύφεση της αναπνευστικής δυσλειτουργίας (SDB) δεν είναι καλά καθορισμένη. Στόχος αυτών των ερευνών ήταν ο προσδιορισμός της σχέσης μεταξύ της αλλαγής του σωματικού βάρους και της εξέλιξης ή της ύφεσης του SDB με πολυσωματογραφία.

Το συμπέρασμα ήταν ότι οι μέτριες μεταβολές του βάρους σχετίζονται με την αύξηση ή τη μείωση του SDB και η σχέση αυτή ήταν ισχυρότερη στους άνδρες απ ότι στις γυναίκες.

Η αναπνευστική δυσλειτουργία είναι έντονα συνδεδεμένη με το επίπεδο παχυσαρκίας. Η αύξηση του σωματικού βάρους συνδέεται με την ανάπτυξη της υπνικής άπνοιας. Μια μεγάλη μελέτη της φυσικής ιστορίας της SDB σε μια μεγάλη ομάδα μεσήλικων ανδρών και γυναικών σημείωσε αύξηση εξαπλάσια της πιθανότητας εμφάνισης μετρίου έως σοβαρού SDB με αύξηση κατά 10% κατά τη διάρκεια τεσσάρων ετών.

Μερικές μικρές ανεξέλεγκτες κλινικές δοκιμές με δίαιτα ή χειρουργικές επεμβάσεις σε εξαιρετικά παχύσαρκους ασθενείς έχουν αναφέρει σημαντικές βελτιώσεις στο SDB.

Η SDB σχετίζεται στενότερα με το βάρος στους άνδρες παρά στις γυναίκες, οι οποίες τείνουν να αναπτύσσουν SDB μόνο σε πολύ υψηλότερα επίπεδα παχυσαρκίας από ότι οι άνδρες. Δυνητικά, οι προσπάθειες ελέγχου βάρους μπορεί να έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο του SDB στους άνδρες παρά στις γυναίκες.

Σημειώθηκε επίσης μια τάση για επιτάχυνση της επιδείνωσης της RDI με ακραία αύξηση βάρους, ειδικά σε άνδρες που ήταν ήδη υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Αυτό το εύρημα δείχνει ότι οι προσπάθειες να αποφευχθεί η συνεχής αύξηση βάρους σε όσους έχουν ήδη κερδίσει βάρος, θα ήταν εξαιρετικά επωφελείς.

Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε ότι η απώλεια βάρους συνδέεται με τη μικρότερη υποχώρηση της RDI από ότι η αύξηση βάρους με την εξέλιξη, ειδικά στις γυναίκες, και αυτό εξηγείται μόνο εν μέρει από τη χαμηλότερη επικράτηση του SDB. Παρόλα αυτά η μέτρια απώλεια βάρους αναμένεται να μειώσει τον βαθμό του SDB.

(Newman κ.α., 2005)

Επειδή οι γυναίκες με SDB έχουν πολύ υψηλότερο ΔΜΣ από τους άνδρες με παρόμοιο RDI, πρέπει να αποκτήσουν μεγαλύτερο βάρος για να υπάρξει παρόμοια αύξηση των RDI. Ο υψηλότερος κίνδυνος SDB στους άνδρες μπορεί να εξηγηθεί από την τάση τους για υψηλότερη αναλογία κεντρικού σωματικού λίπους, συμπεριλαμβανομένου και του σπλαχνικού λίπους και του ανώτερου σωματικού λίπους. Δυνητικά πιο συγκεκριμένες μέθοδοι απεικόνισης του σώματος μπορεί να εξηγήσουν τις διαφορές φύλου.

Ο χειρισμός διατροφής και η επακόλουθη μείωση του βάρους συνδέεται με τη μείωση του αριθμού των αποφρακτικών απνοιών κατά τη διάρκεια του ύπνου για τον ασθενή. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η σχέση μεταξύ άπνοιας και σωματικού βάρους περιγράφεται καλύτερα ως λογαριθμική λειτουργία. Πέρα από κάποια κρίσιμη βαρύτητα, υπάρχει μια ταχεία αύξηση του ρυθμού των άπνοιων. Η αρχική απώλεια βάρους παρέχει έτσι τη μεγαλύτερη αντιστροφή αυτού του συνδρόμου.

Προφανώς το ιδανικό βάρος σώματος δεν χρειάζεται να επιτευχθεί για την επίλυση της υπνικής άπνοιας. Η εντυπωσιακή συσχέτιση μεταξύ σωματικού βάρους και υπνικής άπνοιας δεν αποκλείει την πιθανή επίδραση της δίαιτας ανεξάρτητα

από τη μείωση του βάρους στην αποφρακτική υπνική άπνοια. Η δίαιτα από μόνη της μπορεί να βελτιώσει την ανταπόκριση του αεραγωγού στο διοξειδίο του άνθρακα στον αφύσικο ασθενή. Αυτό σχετίζεται με τις μεταβολικές και άλλες αλλαγές που σχετίζονται με τη δίαιτα.

Παρόλο που υπάρχει αεραγωγική προσπάθεια ενώ ο φαρυγγικός αεραγωγός αποφράσσεται με υπνική άπνοια, η επίδραση της δίαιτας μπορεί να είναι στο επίπεδο του κεντρικού νευρικού συστήματος. Το αν η παρεμπόδιση του ανώτερου αεραγωγού κατά τη διάρκεια ενός απνικού επεισοδίου είναι μια ενεργή ή παθητική διαδικασία παραμένει αμφιλεγόμενη. Ωστόσο, η βατότητα του αεραγωγού είναι τουλάχιστον μερικώς υπό νευρολογικό έλεγχο μέσω της διατήρησης του μυϊκού τόνου των φαρυγγικών μυών. Έτσι, η δίαιτα και η απώλεια βάρους μπορεί να δράσουν ανεξάρτητα ή να αλληλεπιδρούν για τη βελτίωση της υπνικής άπνοιας στον παχύσαρκο ασθενή. Εάν η μείωση του βάρους αυτή καθαυτή είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει, πρέπει να διευκρινιστεί η σημασία της ανατομικής θέσης του χαμένου βάρους και η αναλογία του υγρού προς την απώλεια των ιστών. Παρόμοια οριοθέτηση του πιθανού ρόλου της δίαιτας είναι επίσης απαραίτητη.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι η δίαιτα και η απώλεια βάρους μπορεί να είναι σχεδόν εξίσου αποτελεσματικά με την τραχειοστομία στη θεραπεία της υπνικής άπνοιας. Ωστόσο, η συμμόρφωση με το πρόγραμμα ελέγχου βάρους είναι ένα σημαντικό ζήτημα κατά την εξέταση αυτής της μορφής θεραπείας. (Foster κ.α., 2005)

Μελλοντικές κατευθύνσεις

Το υπερβολικό βάρος συμβάλλει σαφώς στη συχνότητα εμφάνισης και εξέλιξης του SDB. Με βάση τα τρέχοντα δεδομένα, σημαντικό μέρος του μελλοντικού φόρτου SDB θα εξαλειφθεί με την πρόληψη και τη μείωση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας. Για να αναπτυχθούν εφικτές στρατηγικές για την αντιμετώπιση του σημερινού και αυξανόμενου βάρους, χρειάζεται να κατανοηθεί καλύτερα ποια χαρακτηριστικά του συνηθίζου σώματος είναι πράγματι σημαντικά τροποποιήσιμα (δηλαδή πέρα από τη γενετική τους βάση) εκτός από το βάρος.

Περισσότερες πληροφορίες χρειάζονται για τη φυσική ιστορία της φυσικής κατάστασης, καθώς και το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία σε σχέση με το SDB. Για παράδειγμα, η παιδική ηλικία, η εφηβεία ή η δια βίου παχυσαρκία παίζουν

μεγαλύτερο ρόλο στην παθογένεια SDB από το σύγχρονο κέρδος βάρους;
Απαιτούνται μελέτες παρέμβασης για τον προσδιορισμό του προληπτικού ρόλου που μπορεί να διαδραματίσει η άσκηση και η βελτίωση της φυσικής κατάστασης για την αντιμετώπιση μιας πιθανής επιδημίας SDB παράλληλα με την παχυσαρκία. Αν και ο αιτιώδης ρόλος του υπερβολικού βάρους στο SDB είναι προφανής, οι πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις του αλλαγμένου ύπνου, των μεταβολικών ορμονών, της SDB και της παχυσαρκίας και η επίδρασή τους στη νοσηρότητα είναι άλλοι σημαντικοί τομείς για μελλοντική έρευνα. (Young κ.α., 2005)

1.3 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των διατροφικών διαταραχών και της υπνικής άπνοιας, παθήσεις οι οποίες όλο και πιο συχνά πλήττουν μεγάλο πληθυσμό ατόμων δημιουργώντας διάφορες επιπλοκές στην καθημερινότητα αλλά και γενικότερα στην υγεία των ανθρώπων.

Με αυτήν την πτυχιακή εργασία, διερευνώνται τα αίτια και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση αυτών των παθήσεων όπως επίσης και η αντιμετώπισή τους.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν είναι τα εξής:

- I. Η διατροφική διαταραχή εξαρτάται από το φύλο;
- II. Η διατροφική διαταραχή προκύπτει με βάση το ΔΜΣ;
- III. Οι ψυχογενείς παράγοντες δημιουργούν διατροφική διαταραχή;
- IV. Η εικόνα που έχουν οι άνθρωποι για το σώμα τους προκαλεί διατροφική διαταραχή;
- V. Η διατροφική διαταραχή επηρεάζει το δείκτη μάζας σώματος;
- VI. Η υψηλή αρτηριακή πίεση συμβάλει στην εμφάνιση υπνικής άπνοιας;
- VII. Το ροχαλητό συνδέεται με την υπνική άπνοια;
- VIII. Ο υψηλός ΔΜΣ συμβάλει στην εμφάνιση υπνικής άπνοιας;
- IX. Η κόπωση μετά τον ύπνο ή κατά το περπάτημα προδιαθέτει υπνική άπνοια.

2. ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

2.1. Στοιχεία του δείγματος:

Στην παρούσα έρευνα το δείγμα που επιλέχθηκε ήταν κάτοικοι της Κοζάνης και της Θεσσαλονίκης. Το πλήθος των ατόμων όπου συμμετείχαν ήταν 101 άτομα εκ των οποίων τα 50 ήταν άνδρες και οι 51 γυναίκες. Οι συμμετέχοντες είχαν εύρος ηλικίας 35-65 ετών. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε ξεχωριστά για κάθε φύλο αλλά και στο σύνολο.

2.2. Εργαλεία της έρευνας:

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των διατροφικών διαταραχών ήταν το ερωτηματολόγιο EAT-26 (Eating Attitudes Test), που είναι μία συντετμημένη έκδοση του EAT-40. Το ερωτηματολόγιο συνολικά περιείχε 26 ερωτήσεις με κλίμακα απαντήσεων από το 1 έως το 6 (1=πάντοτε, 6=ποτέ). Χωρίζονταν σε τρεις υποκλίμακες: 13 ερωτήσεις σχετίζονταν στενά με την εικόνα του σώματος, 6 ερωτήσεις όπου συνδέονται στενά με το σωματικό βάρος και την τάση προς τη βουλιμική συμπεριφορά και 7 ερωτήσεις όπου αντικατοπτρίζουν την τάση για αυτοέλεγχο.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη του εντοπισμού ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο για το σύνδρομο της υπνικής άπνοιας ήταν το ερωτηματολόγιο του Βερολίνου (Berlin Questionnaire-Sleep Apnea). Τα στοιχεία της έρευνας αφορούσαν κατά κύριο λόγο την παρουσία και τη συχνότητα ροχαλητού, το ιστορικό της παχυσαρκίας, την υπέρταση κ.α.

2.3 Στατιστική ανάλυση

Το τρίτο στάδιο της παρούσας πτυχιακής εργασίας, αποτέλεσε τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων. Η περιγραφική στατιστική των αποτελεσμάτων που προέκυψε, πραγματοποιήθηκε με την εφαρμογή του προγράμματος του Excel.

2.4 Αποτελέσματα-Αξιολόγηση

Στο τελευταίο στάδιο της παρούσας εργασίας πραγματοποιήθηκε η ανάλυση και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Υλοποιήθηκε η συσχέτιση μεταξύ των δύο φύλων, όπως παρουσιάζεται στη συνέχεια.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Πίνακας 1: Πλήθος φύλων

ΦΥΛΟ	ΠΛΗΘΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΑΝΔΡΕΣ	50	49,5%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	51	51,5%

Το σύνολο του πληθυσμού ήταν 101 άτομα εκ των οποίων τα 50 ήταν άνδρες και τα 51 γυναίκες με ποσοστό 49,5% και 51,5% αντίστοιχα.

Πίνακας 2: Εύρος ηλικίας

	ΗΛΙΚΙΑ
Min	35
Max	65

Το εύρος ηλικίας ήταν από 34-65 ετών με μέσο όρο τα 45.

Πίνακας 3: Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) σε άνδρες και γυναίκες

	ΔΜΣ	%	Άνδρες	%	Γυναίκες	%
Ελλειποβαρής	4	4%	0	0%	4	8%
Νορμοβαρής	44	44%	17	35%	27	53%
Υπέρβαρος	37	37%	24	49%	12	24%
Παχυσαρκία α' βαθμού	11	11%	5	10%	6	12%
Παχυσαρκία β' βαθμού	5	5%	3	6%	2	4%

Από τον δείκτη μάζας σώματος φάνηκε ότι το 4% του πληθυσμού έχει ελλειποβαρές σωματικό βάρος με ΔΜΣ < 18,5 kg/m² το οποίο παρατηρήθηκε μόνο σε γυναίκες (8%). Σε φυσιολογική κατάσταση βρίσκεται το 44% των ατόμων με ΔΜΣ από 18,5-25,0 kg/m² σε υψηλό ποσοστό και στα δύο φύλα, υπερβάλλον σωματικό βάρος παρατηρήθηκε στο 37% με ΔΜΣ από 25,0-29,9 kg/m² σε υψηλό ποσοστό κυρίως στους άνδρες(49%). Παχυσαρκία α' βαθμού φάνηκε στο 11% σε ίδιο ποσοστό σχεδόν σε άνδρες και γυναίκες (10% και 12% αντίστοιχα) με ΔΜΣ από 30-40 kg/m².

Τέλος παχυσαρκία β' βαθμού, παρατηρήθηκε στο 5% με ΔΜΣ > 40 kg/m², στο 6% των ανδρών και 4% των γυναικών

Πίνακας 4: Διατροφική διαταραχή

	HIGH RISK	%	LOW RISK	%
ΑΝΔΡΕΣ	6	12%	44	88%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	12	24%	39	76%

Υψηλός κίνδυνος διατροφικής διαταραχής παρατηρείται σε μεγαλύτερο ποσοστό στις γυναίκες και μικρότερο στους άνδρες. Χαμηλότερος κίνδυνος φάνηκε στο ποσοστό των ανδρών έναντι των γυναικών.

Πίνακας 5: Διατροφική διαταραχή σύμφωνα με το ΔΜΣ σε όλο το σε όλο το δείγμα

ΔΜΣ	HIGH RISK	%	LOW RISK	%
Ελλειποβαρής	0	0%	4	5%
Νορμοβαρής	2	14%	42	48%
Υπέρβαρος	2	14%	35	40%
Παχυσαρκία α' βαθμού	6	43%	5	6%
Παχυσαρκία β' βαθμού	4	29%	1	1%

Σύμφωνα με το ΔΜΣ σε υψηλότερο κίνδυνο διατροφικής διαταραχής βρίσκεται το 43% των παχύσαρκων πρώτου βαθμού ενώ το 6% κινδυνεύει λιγότερο, ακολουθεί η παχυσαρκία β' βαθμού στην οποία επίσης παρατηρείται υψηλός κίνδυνος ενώ μόνο στο 1% εμφανίστηκε μικρή πιθανότητα. Επίσης παρατηρήθηκε και στους νορμοβαρείς και υπέρβαρους. Όσο αυξάνεται ο ΔΜΣ αυξάνεται και η επικινδυνότητα.

Πίνακας 6: Διατροφική διαταραχή στους άνδρες σύμφωνα με το ΔΜΣ

ΔΜΣ ΆΝΔΡΕΣ	HIGH RISK	%	LOW RISK	%
Ελλειποβαρής	0	0%	0	0%
Νορμοβαρής	1	17%	16	36%
Υπέρβαρος	0	0%	25	57%
Παχυσαρκία α' βαθμού	3	50%	2	5%
Παχυσαρκία β' βαθμού	2	33%	1	2%

Πολύ μεγάλο ποσοστό υψηλού κινδύνου διατροφικής διαταραχής 50%, εντοπίστηκε στους παχύσαρκους α' βαθμού και στο 33% με παχυσαρκία β' βαθμού, ακολούθησαν οι νορμοβαρείς με 17%. Χαμηλός κίνδυνος παρατηρήθηκε σε μεγάλο ποσοστό των υπέρβαρων με 57% και σε αυτούς με φυσιολογικό βάρος 36%

Πίνακας 7: Διατροφική διαταραχή στις γυναίκες σύμφωνα με το ΔΜΣ

ΔΜΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	HIGH RISK	%	LOW RISK	%
Ελλειποβαρής	0	0%	4	9%
Νορμοβαρής	1	13%	26	60%
Υπέρβαρος	2	25%	10	23%
Παχυσαρκία α' βαθμού	3	38%	3	7%
Παχυσαρκία β' βαθμού	2	25%	0	0%

Αρκετά μεγάλο κίνδυνο φάνηκε να έχουν οι παχύσαρκες α' βαθμού με ποσοστό 38% και ακολούθησαν οι παχύσαρκες β' βαθμού και οι υπέρβαρες με 25% βαθμό επικινδυνότητας και στις δύο καταστάσεις. Τέλος οι νορμοβαρείς με 13%. Αντίθετα μικρός κίνδυνος εντοπίστηκε στο 60% των νορμοβαρών και στο 23% των υπέρβαρων. Ακολούθησαν οι άλλες καταστάσεις σε μικρότερα ποσοστά.

Πίνακας 8: Υπνική άπνοια

	HIGH RISK	%	LOW RISK	%
ΑΝΔΡΕΣ	6	12%	44	88%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	8	16%	43	84%

Μικρή διαφορά φάνηκε ως προς την υπνική άπνοια ανάμεσα στα δύο φύλα, με ποσοστό 12% στους άνδρες και 16% στις γυναίκες.

Πίνακας 9: Υπνική άπνοια σε όλο το δείγμα σύμφωνα με το ΔΜΣ

ΔΜΣ	HIGH RISK	%	LOW RISK	%
Ελλειποβαρής	0	0%	4	5%
Νορμοβαρής	2	14%	42	48%
Υπέρβαρος	2	14%	35	40%
Παχυσαρκία α' βαθμού	6	43%	5	6%
Παχυσαρκία β' βαθμού	4	29%	1	1%

Οι παχύσαρκοι πρώτου βαθμού και οι παχύσαρκοι δευτέρου βαθμού φάνηκε να διατρέχουν υψηλό κίνδυνο υπνικής άπνοια με ποσοστά 43% και 29% αντίστοιχα. Στους νορμοβαρείς και υπέρβαρους παρατηρήθηκε 14% πιθανότητα και στις δύο καταστάσεις ενώ αντίθετα φάνηκε να κινδυνεύει λιγότερο το 48% και το 40% των ατόμων αντίστοιχα.

Πίνακας 10: Υπνική άπνοια στους άνδρες σύμφωνα με το ΔΜΣ

ΔΜΣ ΑΝΔΡΕΣ	HIGH RISK	%	LOW RISK	%
Ελλειποβαρής	0	0%	0	0%
Νορμοβαρής	1	17%	16	36%
Υπέρβαρος	0	0%	25	57%
Παχυσαρκία α' βαθμού	3	50%	2	5%
Παχυσαρκία β' βαθμού	2	33%	1	2%

Υπνική άπνοια παρατηρήθηκε στο 50% και στο 33% των παχύσαρκων α' και β' βαθμού αντίστοιχα καθώς επίσης και στο 17% των νορμοβαρών. Αντίθετα το 57% των υπέρβαρων και το 36% των νορμοβαρών είχαν χαμηλό κίνδυνο για αυτήν την πάθηση.

Πίνακας 11: Υπνική άπνοια στις γυναίκες σύμφωνα με το ΔΜΣ

ΔΜΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	HIGH RISK	%	LOW RISK	%
Ελλειποβαρής	0	0%	4	9%
Νορμοβαρής	1	13%	26	60%
Υπέρβαρος	2	25%	10	23%
Παχυσαρκία α' βαθμού	3	38%	3	7%
Παχυσαρκία β' βαθμού	2	25%	0	0%

Υψηλός κίνδυνος παρατηρείται στην παχυσαρκία α' βαθμού με ποσοστό 38% και στη παχυσαρκία β' βαθμού με 25%. Επίσης εντοπίστηκε και στους υπέρβαρους και στους νορμοβαρείς με ποσοστό 25% και 13% αντίστοιχα.

Πίνακας 12: Διατροφική Διαταραχή-Υπνική Άπνοια

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ	ΔΙΑΤΑΤΡΟΦ. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ-ΥΠ.ΑΠΝΟΙΑ
18	4	3

Συνδυασμός Διατροφικής Διαταραχής και Υπνικής Άπνοιας φάνηκε σε 3 άτομα του πληθυσμού.

Πίνακας 13: Διατροφική Διαταραχή-υπνική άπνοια σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά τους

ΦΥΛΟ	ΠΟΛΗ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΗΛΙΚΙΑ	ΒΑΡΟΣ	ΥΨΟΣ	ΔΜΣ
Γυναίκα	Ιεράπετρα Κρήτης	Ξενοδοχοϋπάλληλος	48	75	1,63	28,22
Άνδρας	Κοζάνη	Ελ. επαγγελματίας	35	115	1,82	34,71
Γυναίκα	Κοζάνη	Δημ. υπάλληλος	52	93	1,60	36,32

Διατροφική διαταραχή και υπνική άπνοια παρατηρήθηκε σε δύο γυναίκες και έναν άνδρα οι οποίοι ήταν υπέρβαροι και παχύσαρκοι α' βαθμού.

4.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα έρευνα τα ερωτήματα που μας απασχόλησαν ήταν τα εξής: Εάν υπάρχει κάποια υποψία διατροφικής διαταραχής σύμφωνα με τον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), με το φύλο, αλλά και μεταξύ τους. Την προσοχή που δίνουν στο βάρος τους και στην εικόνα του σώματός τους τα δύο φύλα. Επίσης εάν υπάρχει υπνική άπνοια. Και τέλος ο συνδυασμός μεταξύ τους.

Έπειτα από την βιβλιογραφική έρευνα και αφού έγινε η ανάλυση των ερωτηματολογίων μέσω του Excel διαφαίνεται πως κάποιες πρώτες απαντήσεις μπορούν να δοθούν στα αρχικά ερωτήματα.

Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι υψηλότερος κίνδυνος για κάποια διατροφική διαταραχή παρατηρήθηκε σε 6 άτομα με παχυσαρκία α΄ βαθμού εκ των οποίων 3 ήταν άνδρες και 3 γυναίκες, σε 4 άτομα με παχυσαρκία β΄ βαθμού όπου τα 2 ήταν άνδρες και τα 2 γυναίκες, επίσης σε 2 υπέρβαρες γυναίκες. Σε αυτές τις κατηγορίες κατάταξης σωματικού βάρους ίσως υπάρχει πιθανότητα υπερφαγίας. Και τέλος σε 1 άνδρα και 1 γυναίκα νορμοβαρείς με υποψία νευρικής ορθορεξίας.

Συμπερασματικά, φανερώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του γυναικείου και αντρικού φύλου ως προς τις διατροφικές διαταραχές (12 γυναίκες και 6 άνδρες). Αυτά τα αποτελέσματα συμβαδίζουν με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση ως προς το ότι οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται, ως επί το πλείστον, πιο συχνά στο γυναικείο πληθυσμό από ότι στον ανδρικό.

Υπνική άπνοια παρατηρήθηκε σε 14 άτομα, εκ των οποίων τα 6 ήταν άνδρες και οι 8 γυναίκες. Υψηλότερος κίνδυνος εμφανίστηκε σε 3 άνδρες και 3 γυναίκες με κατάταξη σωματικού βάρους παχυσαρκία α΄ βαθμού, ακολούθησαν με μικρή διαφορά 2 άνδρες και 2 γυναίκες με παχυσαρκία β΄ βαθμού, 2 υπέρβαρες γυναίκες και τέλος 1 άνδρας και 1 γυναίκα φυσιολογικού βάρους.

Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν την βιβλιογραφική ανασκόπηση, στην οποία αναφέρεται ότι η υπνική άπνοια συνδέεται με το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) η οποία εντοπίστηκε κατά το πλείστον στα άτομα που κατατάσσονται σε αυτές τις κατηγορίες, δηλαδή της παχυσαρκίας α΄ και β΄ βαθμού. Επίσης συμβαδίζουν και στο ότι η υψηλή αρτηριακή πίεση που παρατηρήθηκε σε κάποια από αυτά τα άτομα όπως και το ροχαλητό αλλά και άλλοι παράγοντες συμβάλλουν ως προς την εμφάνιση της υπνικής άπνοιας. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα.

Τέλος, δυνδιασμός διατροφικής διαταραχής και υπνικής άπνοιας εντοπίστηκε σε 3 άτομα του πληθυσμού.

5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- Aaron E. Sher, tKenneth B. Schechtman and Jay R Piccirillo, “The Efficacy of Surgical Modifications of the Upper Airway in Adults With Obstructive Sleep Apnea Syndrome”, Western Avenue, Albany, (1996), σ. 158
- Anna Brytek-Matera, “Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? ”, Archives of Psychiatry and Psychotherapy, (2012), σ. 55-56
- Anne B. Newman, MD, MPH; Greg Foster, MA; Rachel Givelber, MD; F. Javier Nieto, MD, PhD; Susan Redline, MD; Terry Young, PhD, “Progression and Regression of Sleep-Disordered Breathing With Changes in Weight”: The Sleep Heart Health Study, (2005), σ. 2408-2412
- Atul Malhotra MD and Robert L Owens MD, “What Is Central Sleep Apnea?”, Journal Conference, “Sleep Disorders: Diagnosis and Treatment”, (2009), σ. 1168
- Bailly, N., Maitre, I., Amand, M., Hervé, C., Alaphilippe, D., “The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ): Assessment of eating behaviour in an aging French population”, Appetite, (2012), σ. 2, 7
- Chest*. Author manuscript; available in PMC “Obstructive Sleep Apnea and Body Weight”, NIH Public Access, (2008), σ. 2-3
- Christopher G. Fairburn , Zafra Cooper, Roz Shafran, “Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment ”, Behaviour Research and Therapy 41, (2003), σ.510-512, 517, 519
- Christopher P. Barlett, Christopher L. Vowels And Donald A. Saucier, “ Meta-Analyses Of The Effects Of Media Images On Men’s Body–Image Concerns”, Journal of Social and Clinical Psychology, Vol. 27, No. 3, (2008), σ. 281-284
- David P. White, “Pathogenesis of Obstructive and Central Sleep Apnea”, American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine, (2005), σ. 1363
- J. Kevin Thompson and Eric Stice, “Thin-Ideal Internalization: Mounting Evidence for a New Risk Factor for Body-Image Disturbance and Eating Pathology ” , American Psychological Society, (2001), σ. 181Jennifer L. Derenne, M.D., Eugene V. Beresin, M.D., “Body Image, Media, and Eating Disorders”, Academic Psychiatry (2006), σ.258
- John G. Park, MD; Kannan Ramar, MD; and Eric J. Olson, MD, “Updates on Definition, Consequences, and Management of Obstructive Sleep Apnea”, Mayo Clin Proc., (2011), σ. 549
- Lawrence J. Epstein, M.D.¹(Chair); David Kristo, M.D.²; Patrick J. Strollo, Jr., M.D.²; Norman Friedman, M.D.³; Atul Malhotra, M.D.⁴; Susheel P. Patil, M.D., Ph.D.⁵; Kannan Ramar, M.D.⁶; Robert Rogers, D.M.D.⁷; Richard J. Schwab, M.D.⁸; Edward M. Weaver, M.D., M.P.H.⁹; Michael D. Weinstein, M.D.¹⁰. “Clinical Guideline for the Evaluation, Management and Long-term Care of Obstructive Sleep Apnea in Adults”,

Journal of Clinical Sleep Medicine, Vol.5, No. 3, (2009), σ.265, 268,272, 274

Luigi Fontana, J. Christopher Eagon, Maria E. Trujillo, Philipp E. Scherer, and Samuel Klein, “Visceral Fat Adipokine Secretion Is Associated With Systemic Inflammation in Obese Humans”, Article by the American Diabetes Association (2007), σ. 1010

Michael D. Jensen, “Is Visceral Fat Involved in the Pathogenesis of the Metabolic Syndrome? Human Model ” , Visceral Fat and Metabolic Health, Jensen , Obesity Vol. 14 Supplement February (2006), σ. 205, 215

Naresh M. Punjabi, M.D., Ph.D., “The Epidemiology of Adult Obstructive Sleep Apnea”, Supported by National Institutes of Health Grants, (2007), σ. 136

National Center On Sleep Disorders Research (1995), σ. 1-4

Nicole Darmon and Adam Drewnowski., “Does social class predict diet quality?¹⁻³” , The American Journal of Clinical Nutrition, (2008), σ. 1107, 1108, 1111, 1112

Nigel McArdle, Graham Devereux, Hassan Heidaenejad, Heather M. Engleman, Thomas W. Mackay, and Neil J. Douglas, “Long-term Use of CPAP Therapy for Sleep Apnea/Hypopnea Syndrome”, American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine (1999), σ.1108

Randy A. Sansone, John L. Levitt, Lori A. Sansone, “The Prevalence of Personality Disorders Among Those 'with Eating Disorders”, Eating Disorders, 13;7-2t, (2005), σ. 7-8

Robert Wolk, Abu S.M. Shamsuzzaman, Virend K. Somers, “Obesity, Sleep Apnea, and Hypertension”, (2018), σ. 1068, 1069S. Ziebland, J Robertson¹, J Jay and A Neil, “Body image and weight change in middle age: a qualitative study ”, Article in International Journal of Obesity, (2002), σ. 1084, 1087-1088

Strien, T., Frijters, J.E.R., Bergers, G.P.A., Defares, P.B. “The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) for assessment of Restrained, Emotional and External Eating Behaviour”, International Journal of Eating Disorders, (1986), σ. 295-297

Terry Young, Paul E. Peppard, and Shahradsad TaheriHighlighted Topic “Physiology and Pathophysiology of Sleep Apnea”, Excess weight and sleep-disordered breathing, J Appl Physiol 99: , (2005), σ. 1592, 1593 1597, 1598

Yuji Matsuzawa, Ichihiro Shimomura, Tadashi Nakamura, Yoshiaki Keno, Kasuaki Kotani, Katsuto Tokunaga, “ Pathophysiology and Pathogenesis of Visceral Fat Obesity ”, Obesity Research Vol. 3 Suppl. (1995), σ. 188, 189

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

André Tchernof, and Jean-Pierre Després, “Pathophysiology of Human Visceral Obesity: An Update”, journal: American Physiological Society (2013)

<https://www.physiology.org/doi/full/10.1152/physrev.00033.2011>

Ελίνα Τσιούλη, “Αδηφαγική Διαταραχή: Τι είναι, πώς θεραπεύεται;”, mednutrition (2015)

<https://www.mednutrition.gr/portal/lifestyle/psychologia/9374-adifagiki-diataraxi-ti-einai-pos-therapeyetai>