



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

**«ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΗΡΩΙΝΗΣ
ΣΕ ΣΤΑΔΙΟ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ»**

Πτυχιακή Εργασία
των

Ελεάνας Διαμαντοπούλου
&
Ζωής – Νεκταρίας Πασχάλη

Επιβλέπων Καθηγητής: Φραγκιαδάκης Γεώργιος

Σητεία 2012



**TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE OF CRETE
DEPARTMENT OF HUMAN NUTRITION AND DIETETICS**

**«NUTRITIONAL EVALUATION OF HEROIN USERS
DURING DETOXIFICATION PROCEDURE »**

**GRADUATION PROJECT
ELEANA DIAMANTOPOULOU
&
ZOI-NEKTARIA PASCHALI**

SUPERVISOR: FRAGKIADAKIS GEORGE

SITEIA 2012

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
Σκοπός της Έρευνας	9
ΜΕΡΟΣ Α`	13
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	14
ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	14
1.1 Θρέψη και μορφές κακής θρέψης εξαρτημένων ατόμων	14
1.2 Διατροφική αξιολόγηση εξαρτημένων ατόμων	15
1.2.1 Διατροφική αξιολόγηση σε πληθυσμούς εξαρτημένων ατόμων.....	15
1.3 Μέθοδοι διατροφικής αξιολόγησης εξαρτημένων ατόμων	16
1.3.1 Ιστορικό εξαρτημένων ατόμων	16
1.3.2 Ανθρωπομετρία εξαρτημένων ατόμων.....	19
1.4 Φυσική εξέταση εξαρτημένων ατόμων	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	34
ΠΡΩΤΕΪΝΙΚΟΣ-ΘΕΡΜΙΔΙΚΟΣ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ	34
2.1 Ορισμός πρωτεϊνικό-θερμιδικού υποσιτισμού και οι εκφράσεις του	34
2.2.1 Συχνότητα εμφάνισης πρωτεϊνικό-θερμιδικού υποσιτισμού εξαρτημένων ατόμων	35
2.2.2 Επίδραση της κατάστασης θρέψης στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα εξαρτημένων ατόμων	35
2.2.3 Σχέση του πρωτεϊνικό-θερμιδικού υποσιτισμού εξαρτημένων ατόμων με τον κίνδυνο εμφάνισης λοιμώξεων.....	35
2.2.4 Χρήση συμπληρωμάτων διατροφής και συμπληρωμάτων βιταμινών στην απεξάρτηση	36

2.2.5 Διατροφική παρέμβαση και επιπτώσεις στην πορεία της εξάρτησης και την ποιότητα ζωής εξαρτημένων ατόμων	36
2.3 Μελέτη ερευνών	37
ΜΕΡΟΣ Β`	39
ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	39
Κεφάλαιο 3	40
3.1 ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ	40
Μεθοδολογία της έρευνας	40
3.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	41
1.1 Δείκτης Μάζας Σώματος	42
1.2 Οι Δείκτες MUAC, MAMC και %BF	46
2. Τρόφιμα και Διατροφικές συνήθειες	49
1. Απαντήσεις στο ερώτημα «Πόσο καιρό είστε χρήστης;»	49
2. Απαντήσεις στο ερώτημα «Πόσα γεύματα καταναλώνετε ημερησίως; »	50
3. απαντήσεις στο ερώτημα «Που τρώτε συνήθως; »	50
4. απάντηση στο ερώτημα« Η όρεξή σας κατά το διάστημα της χρήσης»	51
5. απάντηση στο ερώτημα «Η όρεξή σας κατά το διάστημα απεξάρτησης»	52
6. απάντηση στο ερώτημα «Ποιες τροφές προτιμάτε να καταναλώνετε; »	52
7. απάντηση στο ερώτημα «Ποιες τροφές αποφεύγετε να καταναλώνετε; »	53
8. απάντηση στο ερώτημα« Ποιες τροφές κάνουν καλό; »	54
10. απάντηση στο ερώτημα « Λαμβάνεται συμπληρώματα διατροφής; »	55
11. απάντηση στο ερώτημα « Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας; »	56
12. απάντηση στο ερώτημα « Διάρκεια απεξάρτησης; »	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ/ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	58
4.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	59
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	61
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	67

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά όλους όσους βοήθησαν και στήριξαν την έρευνα μας. Τα άτομα που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Επίσης τα κέντρα ΚΕΑΣ και ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ για την φιλοξενία τους. Τους καθηγητές κ. Φραγκιαδάκη, υπεύθυνος πτυχιακής και την κ. Χατζή και κ.Μαρκάκη για την πολύτιμη βοήθεια τους καθόλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και για την παραχώρηση του δερματοπτυχομέτρου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της έρευνας, ήταν να μελετηθούν τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και να γίνει εκτίμηση της κατάστασης θρέψης χρηστών ηρωίνης, κατά την περίοδο απεξάρτησης.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβρη και το Νοέμβρη του 2012, με τη συμμετοχή 33 χρηστών ηρωίνης, οι οποίοι βρίσκονται σε στάδιο απεξάρτησης.

Δόθηκε ένα ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, σε όλους τους χρήστες, που είχε ως στόχο τη συλλογή πληροφοριών που αφορούσαν τα στοιχεία των ατόμων, όπως ανθρωπομετρικές μετρήσεις (ηλικία, βάρος ύψος, %λίπος σώματος), πληροφορίες για τον τρόπο ζωής, καθώς και τις διατροφικές τους συνήθειες. Τρεις ανθρωπομετρικές μετρήσεις πάρθηκαν για τον υπολογισμό των δεικτών της σύστασης σώματος.

Κατόπιν της στατιστικής ανάλυσης και επεξεργασίας των αποτελεσμάτων, προέκυψε ότι οι χρήστες που βρίσκονται σε στάδιο απεξάρτησης, δεν διατρέχουν κίνδυνο υποθρεψίας και έχουν φυσιολογικό βάρος.

Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που βρίσκονται σε στάδιο απεξάρτησης, έχουν φυσιολογικό ποσοστό λίπους σώματος και φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος.

Όσον αφορά την διατροφική πρόσληψη, οι χρήστες παρουσιάζουν μειωμένη λήψη γευμάτων (< 3 ανα ημέρα). Επιπλέον, όλοι οι χρήστες παρουσιάζουν βελτίωση της όρεξης κατά τη διάρκεια απεξάρτησης, ενώ οι περισσότεροι προτιμούν την κατανάλωση κρέατος και ζυμαρικών, και αποφεύγουν τα όσπρια και τα λαχανικά.

Λέξεις κλειδιά: διατροφή, χρήστες ηρωίνης, αποτοξίνωση

SUMMARY

The aim of the survey was to study the anthropometric characteristics and to assess nutritional status of the heroin users, during the detoxification phase.

The survey was carried out on October and November 2012, with the participation of 33 heroin users, who are undergoing detoxification.

A specially formed questionnaire was given to all users, which was aimed to the collection of information as anthropometric measurements (age, weight, height, %body fat), information on lifestyle as well as their nutritional habits. Three anthropometric measurements were taken for the calculation of the body composition indexes.

Following statistical analysis and processing of the results revealed that users who are undergoing detoxification, are not at risk of malnutrition and they have normal weight.

Specifically, it seems that most people who are undergoing detoxification, have normal body fat percentage and normal body mass index.

Regarding dietary intake, users have decreased to meals (<3 per day). In addition, all users experience improvements in appetite during detoxification, while most prefer eating meat and pasta, and avoid legumes and vegetables.

Key words: nutrition, heroin users, detoxification

Εισαγωγή

Στις μέρες μας η χρήση των ναρκωτικών ουσιών είναι ένα μεγάλο πρόβλημα για την παγκόσμια κοινότητα. Στην Ευρωπαϊκή ένωση κάθε χρόνο καταγράφονται 7.000-8.000 θάνατοι από τη χρήση των ναρκωτικών ουσιών. Παγκοσμίως πιστεύεται ότι οι θάνατοι από ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών ανέρχονται στους 200.000.¹

Η πτυχιακή μας θα επικεντρωθεί στη διατροφική αξιολόγηση των χρηστών ηρωίνης σε διαδικασία απεξάρτησης. Μέχρι πρόσφατα ο πρωτεϊνικοθερμιδικός υποσιτισμός δεν θεωρούνταν σημαντικό πρόβλημα για τους τοξικομανείς που βρίσκονται σε αποθεραπεία. Αυτό συνέβαινε γιατί το πρόβλημα της αποφυγής από την εξάρτηση ήταν σε προτεραιότητα σε τέτοιο βαθμό, που δεν άφηνε πολλές ευκαιρίες για επίλυση των επιμέρους προβλημάτων υγείας που ενδεχομένως είχε το άτομο. Η ίδια η εξάρτηση για ναρκωτικά είναι ο κύριος παράγοντας που δημιουργεί συνθήκες έλλειψης ενδιαφέροντος για την κάλυψη των βιοτικών αναγκών. Δεδομένης της μόνης επιθυμίας και ορμής για ικανοποίηση της ‘δίψας’ για «άσπρη σκόνη», στον χρήστη ηρωίνης θα δοθεί πρώτα μεθαδόνη και μετά τροφή. Πλέον τα κέντρα απεξάρτησης εστιάζουν και στον τομέα της διατροφής, στη κάλυψη των ανεπαρκειών σε θεραπευτικά συστατικά με τη χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία σε ό,τι αφορά τις ιδιαίτερες διατροφικές συνθήκες που βιώνουν οι εξαρτημένοι από ναρκωτικές ουσίες. Για τον λόγο αυτό αποφασίσαμε να διεξάγουμε την συγκεκριμένη έρευνα.

Σκοπός της Έρευνας

Η τρέχουσα έρευνα έχει στόχο σε πρώτο στάδιο να εκτιμήσει την κατάσταση θρέψης των χρηστών ηρωίνης που βρίσκονται σε στάδιο αποκατάστασης και αποθεραπείας. Ανώτερος στόχος της έρευνας είναι να αναδειχθεί από τους επιστήμονες υγείας, η σημαντικότητα του έγκαιρου εντοπισμού του υποσιτισμού στους πρώην χρήστες που πλέον έχουν ενταχθεί σε θεραπευτικά, έτσι ώστε να γίνεται και πιο γρήγορα

η αποκατάστασή τους, αλλά να βελτιωθεί και η φροντίδα που παρέχεται σε αυτούς όσο βρίσκονται σε στάδιο αποθεραπείας.

Ναρκωτικά

Τα ναρκωτικά είναι ουσίες φυτικής ή χημικής προέλευσης, που δρουν σαν κατασταλτικά στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) του ανθρώπου.²

Η ηρωίνη είναι ένα ημισυνθετικό ναρκωτικό που προκαλεί ιδιαίτερα ισχυρή σωματική και ψυχική εξάρτηση. Παράγωγο του οπίου, ουσίας γνωστής από τα βάθη της αρχαιότητας, η ηρωίνη έχει τη μορφή κρυσταλλικής σκόνης, άοσμης και πικρής, που διαλύεται εύκολα στο νερό. Στην καθαρή της μορφή έχει άσπρο χρώμα και για αυτό αποκαλείται συχνά «άσπρη».³ Το 1874 ο Alder Wright (Άγγλος χημικός) ανακάλυψε το μόριο της διακετυλομορφίνης το οποίο ονόμασε Heroin (δηλαδή ηρωίδα), επειδή νόμιζε ότι είχε βρει το φάρμακο που θα έσωζε τους μορφομανείς.⁴

Η ηρωίνη είτε καπνίζεται, είτε εισπνέεται ή λαμβάνεται με ένεση, προκαλεί σοβαρά σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα. Οι δύο πρώτοι τρόποι μειώνουν σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης μολύνσεων που μεταδίδονται μέσω του αίματος αλλά ο κίνδυνος εθισμού παραμένει ο ίδιος. Σε σωματικό επίπεδο, η χρόνια χρήση ηρωίνης οδηγεί σε κατεστραμμένες φλέβες, υπολειτουργία του ήπατος και των νεφρών, αναπνευστικά προβλήματα, δυσκοιλιότητα, περικαρδίτιδα και πολλά άλλα. Σε ψυχολογικό επίπεδο, ο χρήστης βιώνει μειωμένη αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, αϋπνίες, συναισθήματα μοναξιάς, αποξένωσης ή «συναισθηματικό άδειασμα». Τα περισσότερα προβλήματα υγείας που προκαλεί η ηρωίνη σχετίζονται με τον τρόπο ζωής που συνεπάγεται αλλά και με τον τρόπο χρήσης της.³

Η εξάρτηση στην ηρωίνη ωθεί τον χρήστη να παραμελεί όλες τις άλλες βιοτικές του ανάγκες, μεταξύ των οποίων και η σωστή διατροφή. Αποτέλεσμα είναι να μη λαμβάνει τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται ο οργανισμός του. Βραχυπρόθεσμα αυτό συνεπάγεται απώλεια βάρους, εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα, αμηνόρροια για τις γυναίκες και οδοντιατρικά προβλήματα.³

Αυτά τα προβλήματα ωθούν τους χρήστες και τον περίγυρό τους σε αναζήτηση βοήθειας από τους επαγγελματίες υγείας. Όμως η αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών χρήζει εξειδικευμένου προσωπικού, διότι πολλοί επαγγελματίες στο χώρο

της υγείας θεωρούν ότι οι ουσιοεξαρτώμενοι ασθενείς είναι "χαμένη" υπόθεση και συμπεριφέρονται αρνητικά, πιστεύοντας ότι δεν δύνανται να τους βοηθήσουν.

Τα κέντρα απεξάρτησης χρησιμοποιούν τρεις ουσίες για την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου: 1. κλονιδίνη, 2. ναλτρεξόνη, 3. βαπρενορφίνη

Η **κλονιδίνη** είναι πολύ σημαντικό φάρμακο για την αντιμετώπιση του στερητικού συνδρόμου από τα οπιοειδή (ηρωίνη, μορφίνη, κωδεΐνη, μεθαδόνη, βουπρενορφίνη και άλλων αναλγητικών και αντιβηχικών φαρμάκων). Η θεραπεία με κλονιδίνη διακόπτεται μόλις υποχωρήσουν τα συμπτώματα του στερητικού συνδρόμου.⁵ Η κλονιδίνη ως φάρμακο έχει την ιδιότητα να διεγείρει την έκκριση της αυξητικής ορμόνης (hGH) και αυξάνει το μέγεθος των μυών. Επίσης προκαλεί μικρή αύξηση του σωματικού βάρους και κατακράτηση υγρών.^{6,7}

Η **ναλτρεξόνη** μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε σε ταχεία ή υπερταχεία αποτοξίνωση, είτε σαν προφυλακτική αγωγή μετά την υποχώρηση του στερητικού συνδρόμου.⁵ Η ναλτρεξόνη προκαλεί ανορεξία, ναυτία, έμετο, διάρροια, κοιλιακά άλγη και έτσι εμφανίζεται μείωση του βάρους, συνήθως τα συμπτώματα αυτά εξαλείφονται γρήγορα.^{8,9}

Η **βουπρενορφίνη** είναι η αποτελεσματικότερη μέθοδος. Χρησιμοποιείται από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό και σε εγκεκριμένους χώρους όπως ο OKANA. Η πρώτη δόση χορηγείται 6-8 ώρες μετά τη τελευταία χρήση ηρωίνης, ή 24 ώρες μετά τη τελευταία χρήση μεθαδόνης. Η βουπρενορφίνη χορηγείται καθημερινά. Η δοσολογία της καθορίζεται ανάλογα με την επιθυμία του ασθενή να κάνει χρήση οπιοειδών, τις ανεπιθύμητες ενέργειες από την παράλληλη χρήση και άλλων ουσιών και την ένταση των στερητικών φαινομένων.⁵ Η βουπρενορφίνη μειώνει την όρεξη, προκαλεί έμετο και διάρροια, τα συμπτώματα αυτά όμως περνούν μετά το πέρας των πρώτων εικοσιτετραώρων της θεραπείας.¹⁰

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφέρουμε ότι στα κέντρα που επισκεφτήκαμε δεν χορηγούσαν καμία ουσία, οι χρήστες ήταν σε ξηρό πρόγραμμα.

Χορηγούνται επίσης φάρμακα για τον ύπνο και αντικαταθλιπτικά καθώς και αρκετές βιταμίνες. Η διατροφή είναι πλούσια σε υγρά και κυρίως φρέσκους χυμούς.

Ένα πρόγραμμα απεξάρτησης πρέπει να περιλαμβάνει:

1. Αναγνώριση και αποδοχή του προβλήματος
2. Μελέτη της σχέσης του ατόμου με τις ουσίες και συμπεριφορές εξάρτησης
3. Εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης του θεραπευόμενου. Ψυχομετρικά τεστ. Ψυχοεκπαίδευση.
4. Ύπαρξη, αναζήτηση και ενίσχυση κινήτρων.
5. Αλλαγή στάσεων/ πιστεύω απέναντι στο φαινόμενο της χρήσης.
6. Δραστήρια συμμετοχή/σχεδιασμός/εφαρμογή αλλαγών συμπεριφοράς σε σχέση με την χρήση.
7. Οριοθέτηση στις σχέσεις/χώρους/χρόνο
8. Τοποθέτηση στόχων
9. Εμπλοκή στο πρόβλημα της χρήσης της οικογένειας του θεραπευόμενου.
10. Αποτροπή της υποτροπής
11. Σχεδιασμός προγράμματος κοινωνικής επανένταξης.
12. Διατροφική υποστήριξη του πάσχοντος¹¹

Σκοπός αυτής της έρευνας, είναι να αναδείξει κατά πόσο η χρήση ηρωίνης, επηρεάζει την όρεξη, τις διατροφικές προτιμήσεις και την θρεπτική κατάσταση των χρηστών. Μέσα από το θεωρητικό μέρος της εργασίας δίνονται γενικές πληροφορίες για το παραπάνω ναρκωτικό και τα προβλήματα που δημιουργεί στον οργανισμό του εξαρτημένου. Στη συνέχεια μέσω της πρωτογενούς έρευνας αναδεικνύεται η επιρροή που έχει η χρήση του συγκεκριμένου ναρκωτικού στην διατροφή και την ανάπτυξη του εξαρτημένου ατόμου. Η εργασία στοχεύει να αναδείξει τα προβλήματα που προκύπτουν μετά από την χρήση ναρκωτικών. Φιλοδοξώντας να προετοιμάσει στην σωστή αντιμετώπιση αντίστοιχων περιστατικών, να αποτρέψει ενδεχόμενους χρήστες και αφετέρου να βοηθήσει στην ενίσχυση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας για το πρόβλημα του εθισμού και τις επιπτώσεις από τα ναρκωτικά.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1.1 Θρέψη και μορφές κακής θρέψης εξαρτημένων ατόμων

Γενικά ως κακή θρέψη θεωρούμε κάθε κατάσταση που δημιουργείται από μερική ή παντελή έλλειψη όλων ή μερικών από τις βασικές θρεπτικές ουσίες που έχει ανάγκη ο ανθρώπινος οργανισμός.

Στην περίπτωση των εξαρτημένων ατόμων η κακή θρέψη δημιουργείται λόγω των κακών συνθηκών που δημιουργεί η χρήση των ναρκωτικών. Σε τέτοιο σημείο που η κάθε βιοτική ανάγκη όπως είναι για παράδειγμα η λήψη τροφής να περνάει σε δεύτερη μοίρα. Έτσι στα εξαρτημένα άτομα η κακή θρέψη ορίζεται ως ¹² :

- **Υποσιτισμός, δηλ. ανεπαρκής λήψη τροφής.** Εδώ υπάγεται ο μαρασμός (marasmus), που σημαίνει έντονο χρόνιο υποσιτισμό που έχει ως εξέλιξη την ελάττωση των θρεπτικών αποθεμάτων του οργανισμού, λειτουργικές διαταραχές και ανατομικές βλάβες.
- **Ειδική ανεπάρκεια, δηλ. παθολογική κατάσταση που οφείλεται σε σχετική ή απόλυτη πρωτεϊνική έλλειψη.** Εδώ υπάγεται το σύνδρομο kwashiorkor, που παρατηρείται στις περιπτώσεις που χορηγούνται επαρκείς θερμίδες, με μορφή όμως υδατανθράκων και με λίγες ή καθόλου πρωτεΐνες και λίπη.
 - Έλλειψη βιταμινών, ιχνοστοιχείων και λιπαρών οξέων.
 - Το μικτό σύνδρομο. Σε πολλούς ασθενείς έχει παρατηρηθεί η εμφάνιση συμπτωμάτων από συνδυασμό περισσότερων τύπων κακής διατροφής. Αυτό λοιπόν που πρέπει να προσέξουμε είναι να μην αμελήσουμε κάποιο από αυτά τα συμπτώματα.
 - Η αστάθεια (imbalance). Παθολογική κατάσταση από περιοδική δυσανάλογη λήψη των βασικών στοιχείων της διατροφής.

1.2 Διατροφική αξιολόγηση εξαρτημένων ατόμων

Ο διατροφολόγος εξετάζει κατά πόσο η διατροφή είναι πλήρης και η πρόσληψη βασικών θρεπτικών συστατικών επαρκής. Η εργασία κατά την οποία ο διατροφολόγος μελετά την πληρότητα της διατροφής σε θρεπτικά συστατικά και η απαιτούμενη ενέργεια ονομάζεται διατροφική αξιολόγηση. Με τη διατροφική αξιολόγηση ο διατροφολόγος μπορεί να αναγνωρίσει αν υπάρχει και σε τι βαθμό υποσιτισμός ή υπερσιτισμός. Με την μέθοδο αυτήν εντοπίζονται τα άτομα που χρειάζονται εντατική διατροφική υποστήριξη για να ανακτήσουν μια υγιή κατάσταση θρέψης, και συνεπώς να έχουν βελτίωση στην υγεία τους. Στις περιπτώσεις που εντοπίζεται εξαρτημένο άτομο που χρειάζεται εντατική διατροφική υποστήριξη, διαμορφώνεται σχέδιο κατάλληλης διαιτητικής υποστήριξής του και στη συνέχεια παρακολουθείται η αποτελεσματικότητα της¹³.

Ο διατροφολόγος πρέπει να πραγματοποιεί, αρχικά, τη διαδικασία της ‘ταυτοποίησης’ (screening) των ατόμων που χρήζουν διαιτητικής φροντίδας. Με την ταυτοποίηση αναγνωρίζονται τα εξαρτημένα άτομα που βρίσκονται, ή υπάρχει υποψία ότι βρίσκονται, σε διατροφικό κίνδυνο λόγω της διατροφής τους, ή των υποκατάστατων που λαμβάνουν ή επιβάρυνσης της υγείας τους¹⁴.

1.2.1 Διατροφική αξιολόγηση σε πληθυσμούς εξαρτημένων ατόμων

Η διατροφική αξιολόγηση παρέχει στο διατροφολόγο τη δυνατότητα να εκτιμήσει την κατάσταση θρέψης ενός ατόμου. Στην περίπτωση μας, ο διατροφολόγος καλείται να εξάγει πολύτιμα συμπεράσματα για την κατάσταση θρέψης μιας ιδιαίτερης ομάδας ατόμων. Στα εξαρτημένα άτομα της ομάδας που διερευνούμε, μπορεί να μην περιλαμβάνονται άτομα με κριτήριο ίδιας διαμονής, αλλά με άλλα κριτήρια όπως η ηλικία τους και η περίοδος χρήσης ναρκωτικών ουσιών¹⁵.

Όταν η ομάδα διατροφολόγων καλείται να μελετήσει όχι μόνο ένα άτομο αλλά μια πληθυσμιακή ομάδα, τότε συχνά αναγκάζεται να προσδιορίσει, εκ των προτέρων, τα θρεπτικά συστατικά που την ενδιαφέρουν. Έτσι από το σύνολο των μεθόδων διατροφικής αξιολόγησης χρησιμοποιεί εκείνες που μετρούν τα συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά. Για παράδειγμα μία ομάδα επαγγελματιών υγείας μπορεί να

κληθεί να μελετήσει την ποσότητα των μακροθρεπτικών συστατικών μόνο στον ελληνικό πληθυσμό και όχι παράλληλα την πρόσληψη μικροθρεπτικών συστατικών όπως το ασβέστιο ή το σίδηρο.

1.3 Μέθοδοι διατροφικής αξιολόγησης εξαρτημένων ατόμων

Η έρευνα που καλείται να αξιολογήσει τη διαιτητική πρόσληψη εξαρτημένων από ναρκωτικές ουσίες ατόμων θα πρέπει να εξετάσει πολλές παραμέτρους δεδομένης της ιδιαιτερότητας του πληθυσμού¹⁶. Έτσι θα πρέπει να αξιολογηθούν¹⁷ :

- ✓ Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού εξαρτημένων ατόμων (ποικιλομορφία, ενδεχόμενο χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, αδυναμία προσήλωσης) και την ενδεχόμενη επιβάρυνση που προκαλεί σε αυτούς η επιλεγμένη μέθοδος.
- ✓ Τον σκοπό της έρευνας
- ✓ Το κόστος σε χρήμα και χρόνο της μεθόδου
- ✓ Τις μεταβλητές που αξιολογούνται
- ✓ Την επιθυμητή ακρίβεια

1.3.1 Ιστορικό εξαρτημένων ατόμων

Οι πληροφορίες που συλλέγονται από τη συζήτηση με το εξεταζόμενο άτομο αποτελούν βασικά στοιχεία στη διαδικασία της εκτίμησης της κατάστασης θρέψης. Υπάρχουν τέσσερα είδη ιστορικών: το ιατρικό ιστορικό, το ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής, το κοινωνικοοικονομικό ιστορικό και το διατροφικό ιστορικό.

1.3.1.1 Ιατρικό ιστορικό εξαρτημένων ατόμων

Το ιατρικό ιστορικό στοχεύει στη συλλογή πληροφοριών, οι οποίες καλύπτουν τους τομείς¹⁸:

- a) Της όρεξης και της λήψης τροφής.

β) Της πέψης και της απορρόφησης. Ορισμένες παθολογικές καταστάσεις (π.χ. αλκοολισμός) επηρεάζουν τη διαδικασία της πέψης και της απορρόφησης με αποτέλεσμα ο ασθενής ενώ προσλαμβάνει τη συνιστώμενη ποσότητα από ένα θρεπτικό συστατικό π.χ. βιταμίνες, το θρεπτικό αυτό συστατικό δεν απορροφάται από τον οργανισμό του.

γ) Του μεταβολισμού. Ορισμένες καταστάσεις ή νοσήματα (π.χ. πυρετός, εγκαύματα κ.ά.) προκαλούν υπέρ-μεταβολισμό. Δηλαδή ο οργανισμός χρειάζεται περισσότερη ενέργεια και θρεπτικά συστατικά, κυρίως πρωτεΐνες, προκειμένου να λύσει τις μεταβολικές ανάγκες του.

δ) Της απέκκρισης. Ορισμένες καταστάσεις ή νοσήματα (π.χ. ανοιχτές πληγές, χρόνια νεφρική διάλυση κ.ά.) αυξάνουν τις απώλειες σε θρεπτικά συστατικά. Στην περίπτωση αυτή ο διατροφολόγος πρέπει κατά τον σχεδιασμό της παρέμβασής του, να υπολογίζει επιπλέον απαιτούμενη ενέργεια, πρωτεΐνες κτλ.

1.3.1.2 Ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής εξαρτημένων ατόμων

Το ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής στοχεύει στη μελέτη της αλληλεπίδρασης τροφής - φαρμάκων. Στους εξαρτημένους ασθενείς οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ της τροφής και των φαρμάκων μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τόσο την κατάσταση θρέψης του ατόμου, όσο και την αποτελεσματικότητα της αποθεραπείας.¹⁹

Η φαρμακευτική αγωγή αλλά και η χρήση βιταμινών ή μεθαδόνης μπορεί να επηρεάσει²⁰ :

- τη λήψη τροφής, προκαλώντας για παράδειγμα μείωση της όρεξης ή ναυτία στη θέα του φαγητού.
- την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών. Τα φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν αλλαγή της χλωρίδας του εντέρου και έτσι να εμποδίσουν την απορρόφηση κάποιου θρεπτικού συστατικού.
- τον μεταβολισμό, αυξάνοντας το μεταβολικό ρυθμό.
- την απέκκριση θρεπτικών συστατικών.

1.3.1.3 Κοινωνικοοικονομικό ιστορικό εξαρτημένων ατόμων

Η αναφορά στο κοινωνικό περιβάλλον θεωρείται σημαντική. Έτσι πρέπει να γίνει προσπάθεια να καταγραφεί αν οι εξαρτημένοι συνεχίζουν να έχουν επαφές με την οικογένειά τους ζώντας μαζί τους ή διαβιούν μόνοι τους χωρίς στέγη και σταθερή λήψη τροφής. Η ύπαρξη σταθερής στέγης ή συνοίκησης με άλλο άτομο αποτελούν την απαρχή για να υπάρχει ενδεχομένως μια σταθερότητα στην λήψη τροφής. Ακόμα και αν ο ίδιος ο εξαρτημένος δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί το αίσθημα της πείνας ή δεν μπορεί να φτιάξει κάτι για φαγητό. Η ύπαρξη ενός ατόμου που ζει μαζί του θα σήμαινε την ενδεχόμενη φροντίδα για κάλυψη των καθημερινών αναγκών του.

Με δεδομένο ότι ο χρήστης δεν δρα μόνος του αλλά ομαδικά στα πλαίσια ενός οργανωμένου προγράμματος, σχηματίζεται για τον καθένα ξεχωριστά το πρόγραμμα της απεξάρτησης του και καθορίζεται η διάρκεια παραμονής του σε αυτό ²¹.

1.3.1.4 Διατροφικό ιστορικό εξαρτημένων ατόμων

Πρόκειται για μια συνέντευξη με στόχο τη λήψη πληροφοριών για τη συνήθη διαιτητική πρόσληψη του ατόμου. Εκεί περιλαμβάνονται γενικές πληροφορίες για τις συνήθειες προτίμησης τόσο σε κύρια γεύματα όσο και σε ενδιάμεσα. Στη συνέχεια γίνεται επαλήθευση των πληροφοριών που έχουν ληφθεί μέσω συνδυαστικών ερωτήσεων.

Η μέθοδος του διαιτολογίου ιστορικού είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα. Επιπλέον στην ομάδα των εξαρτημένων ατόμων υπάρχει η δυσκολία προσδιορισμού της συνήθους πρόσληψης τροφής. Αυτό γιατί υπάρχει διαφορετικός τρόπος σίτισης από μέρα σε μέρα ή γιατί ο χρήστης δεν μπορεί να κατηγοριοποιήσει την τροφή που έλαβε. Έτσι αν ο ασθενής δεν είναι νηφάλιος και σε κατάσταση επαρκούς επικοινωνίας δεν θα είναι ικανοποιητικά τα στοιχεία, δεδομένου ότι η έρευνα φιλοδοξεί να δώσει ποιοτικά και όχι ποσοτικά στοιχεία.²²

1.3.2 Ανθρωπομετρία εξαρτημένων ατόμων

Η ανθρωπομετρία είναι η δεύτερη κατηγορία μεθόδων συλλογής στοιχείων και μπορεί και αυτή με τη σειρά της να βοηθήσει στην αποκάλυψη διατροφικών προβλημάτων. Με τον όρο ανθρωπομετρία αναφερόμαστε σε διάφορες μεθόδους. Οι πιο απλές και συνήθεις μέθοδοι είναι η μέτρηση του ύψους και του βάρους. Ο διατροφολόγος μετράει το βάρος και το ύψος με στόχο να συγκρίνει τις τιμές που θα προκύψουν, με ενδεχόμενες παλαιότερες μετρήσεις του εξεταζόμενου, ή με τις τιμές μέσου ύψους - βάρους τις αντίστοιχες για το φύλο και την ηλικία του εξεταζόμενου, που περιέχονται στους καθιερωμένους πίνακες, προκειμένου να προσδιορίσει κατά πόσο ο εξεταζόμενος είναι υπέρβαρος, παχύσαρκος ή ελλιποβαρής²³. Έχουμε μια εικόνα όσο αφορά την υγεία του, την διατροφή του και τον κίνδυνο που μπορεί να λογχεύει για συγκεκριμένα χρόνια νοσήματα.²⁴

1.3.2.1 Ύψος-Βάρος εξαρτημένων ατόμων

Οι μετρήσεις ύψους και βάρους, που λαμβάνονται για τον εξεταζόμενο σε τακτά χρονικά διαστήματα, παρέχουν τη δυνατότητα στον διατροφολόγο να έχει ιστορικό βάρους για τον εξεταζόμενο. Έτσι ο διατροφολόγος μπορεί να εντοπίσει αυξομειώσεις σωματικού βάρους και κατά συνέπεια τάσεις υποσιτισμού. Οι μετρήσεις ύψους - βάρους έχουν το πλεονέκτημα ότι πραγματοποιούνται σχετικά εύκολα και γρήγορα. Δίνουν έτσι μια πρώτη εικόνα κατάστασης θρέψης. Τα αποτελέσματα των δύο αυτών μετρήσεων είναι όμως περιορισμένης αξίας, όταν χρησιμοποιούνται μονοδιάστατα. Αυτό συμβαίνει γιατί έτσι δεν παρέχουν πληροφορίες σχετικά με μεταβολές στη σύσταση του σώματος. Δηλαδή, δε μας δείχνουν αν η απώλεια βάρους είναι απώλεια μυϊκής μάζας ή λιπώδους ιστού. Επιπλέον η παρουσία κάποιας νόσου μπορεί να επηρεάζει την παράμετρο βάρος χωρίς εμείς να το γνωρίζουμε. Για παράδειγμα οι χρήστες κορτιζόνης είναι πιθανό να εμφανίσουν οιδήματα που στις ζυγίσεις καταγράφονται σαν αυξήσεις βάρους, ενώ μετά τον τερματισμό της θεραπείας με κορτιζόνη και την πάροδο μερικών ημερών τα οιδήματα απομακρύνονται. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ασθενής δεν έχει αυξομείωση μυϊκού ή λιπώδους ιστού²⁵.

1.3.2.2. Δείκτης μάζας σώματος εξαρτημένων ατόμων

Ο δείκτης μάζας σώματος προκύπτει από τη διαίρεση του βάρους του ατόμου (υπολογισμένο σε κιλά) δια του τετραγώνου του ύψους (υπολογισμένο σε μέτρα). Ο τύπος του B.M.I είναι ο εξής: $B.M.I = \text{βάρους (κιλά)} / \text{ύψους}^2 \text{ (μέτρα}^2\text{)}$.

$$B.M.I = \frac{\text{Weight (kg)}}{\text{Height (m)}^2}$$

Ο δείκτης μάζας σώματος σχετίζεται πολύ καλά με το ποσοστό λίπους στους ενήλικες. Τα μεγέθη που ενέχει μετριοούνται πολύ εύκολα και με σχετική ακρίβεια. Για αυτό τον λόγο συστήνεται για τη διάγνωση και θεραπεία της παχυσαρκίας στους ενήλικες. Το μειονέκτημα που παρουσιάζει ο Δείκτης Μάζας Σώματος είναι ότι η αύξηση ή η μείωση του βάρους σχετίζονται με το ύψος και όχι με τη λιπώδη μάζα του σώματος, έτσι δεν μπορούμε να διακρίνουμε εάν ένα άτομο έχει αυξημένο σωματικό βάρος λόγω της αύξησης της λιπώδους μάζας ή της αύξησης της μυϊκής μάζας.²⁶

Πίνακας 1 . Δείκτη Μάζας Σώματος

Ταξινόμηση	ΔΜΣ	Επιπλέον όρια	Κίνδυνος συνοσηρότητας
Ελλιποβαρής	<18,5		Χαμηλός (αλλά ο κίνδυνος από άλλα κλινικά προβλήματα είναι αυξημένος)
Σοβαρά ελλιποβαρής	<16		
Μέτρια ελλιποβαρής	16-16,99		
Ελαφρώς ελλιποβαρής	17-18,49		
Φυσιολογικός	18,50-24,99	18,50-22,99 23-24,99	Χαμηλός
Υπέρβαρος	25-29,99	25-27,49 27,5-29,99	Μέτριος
Παχυσαρκία 1^ο βαθμού	30-34,9	30-32,49 32,5-34,99	Αυξημένος
Παχυσαρκία 2^ο βαθμού	35-39,9	35-37,49 37,5-39,99	Πολύ αυξημένος
Παχυσαρκία 3^ο βαθμού	>40		Πάρα πολύ αυξημένος
Υπερνοσογόνος παχυσαρκία	>60		Υπερβολικά αυξημένος

Ταξινόμηση του ΔΜΣ (WHO,2000,2004) ⁽²⁷⁾

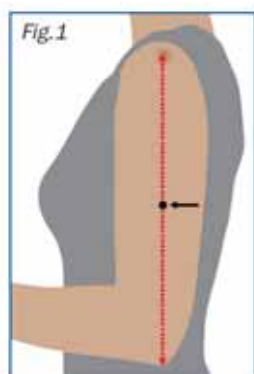
1.3.3 Δερματοπτυχομετρία εξαρτημένων ατόμων

Σε φυσιολογικές συνθήκες τα συνολικά αποθέματα λίπους στον οργανισμό αποτελούν ποσοστό 10-22% του σωματικού βάρους στους άνδρες, και 20-32% στις γυναίκες. Σε άτομα ιδανικού βάρους περίπου το 1/3 του σωματικού λίπους κατανέμεται στον υποδόριο ιστό. Στα ιδιαίτερα αδύνατα άτομα περίπου το 1/4 του συνολικού ποσού ή λιγότερο, ενώ στους παχύσαρκους τα 2/3 ή και περισσότερο. Γενικά η σχέση του υποδόριου λίπους και του λίπους των εσωτερικών διαμερισμάτων του σώματος δεν είναι γραμμική.

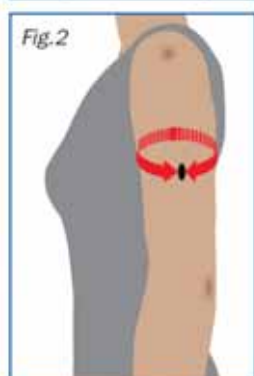
Το πάχος της δερματικής πτυχής αποτελεί αξιόπιστο δείκτη της κατανομής λίπους στον υποδόριο ιστό. Η μέτρηση πραγματοποιείται με ειδικά παχύμετρα. Η δερματική πτυχή υπεγείρεται μεταξύ του δείκτη και του αντίχειρα του εξεταστή και το παχύμετρο τοποθετείται σε απόσταση 1 cm από τη θέση των δαχτύλων του. Οι μετρήσεις δεν πρέπει να πραγματοποιούνται αμέσως μετά από φυσική άσκηση ή έκθεση σε υψηλές θερμοκρασίες, επειδή η συνοδός μετακίνηση υγρών από τα εσωτερικά διαμερίσματα προς το δέρμα έχει ως συνέπεια την πλασματική αύξηση του πάχους της δερματικής πτυχής. Επειδή η κατανομή λίπους στο σώμα διαφέρει στα δύο φύλα, πραγματοποιήθηκαν έρευνες και επιλέχθηκαν επτά διαφορετικές θέσεις ως πλέον αντιπροσωπευτικές για την εκτίμηση του ολικού σωματικού λίπους (δερματική πτυχή τρικεφάλου, στήθους, μασχάλης, υποπλατίου χώρας, κοιλιακής χώρας, λαγονίου ακρολοφίας, μηρού). Το άθροισμα των όλων των επιμέρους μετρήσεων δεν παρουσιάζει σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φύλων. Σημειώνεται όμως, ότι η μέτρηση του πάχους της δερματικής πτυχής σε τρεις διαφορετικές θέσεις μόνο, πιθανώς να αρκεί για τον υπολογισμό με ικανοποιητική ακρίβεια του συνολικού ποσού λίπους, καθώς το άθροισμα των τριών τιμών παρουσιάζει υψηλό βαθμό συσχέτισης με το συνολικό άθροισμα των μετρήσεων και στις επτά περιοχές. Στους άνδρες ο συνδυασμός των τιμών του πάχους της δερματικής πτυχής του στήθους, της κοιλιάς και του μηρού αποτελεί τον καλύτερο δείκτη του μεγέθους των λιπαροθηκών, αφού μέσα από το άθροισμα των συγκεκριμένων πτυχών μπορούμε να έχουμε τελικά ένα αξιόπιστο δείκτη για το ποσοστό του λίπους²⁸.

1.3.4 Περιφέρεια μυών βραχίονα εξαρτημένων ατόμων

Μας χρησιμεύει για να προσδιορίσουμε τη μυϊκή σκελετική μάζα και έμμεσα



και την πρωτεϊνική κατάσταση όλου του σώματος. Για τη μέτρηση καλύτερα είναι να χρησιμοποιείται η μεταλλική μεζούρα που εμποδίζει την αναδίπλωση του δέρματος. Με αυτήν προσδιορίζουμε την περίμετρο, στο μέσο του βραχίονα (Mid-Arm Circumference, MAC). Έπειτα αφαιρούμε τα χιλιοστά που είχαμε βρει μετρώντας την πτυχή του δέρματος TSF (δερματική πτυχή τρικεφάλου), δηλ. το υποδόριο λίπος, και έχουμε το πάχος των μυών βραχίονα (Mid-Arm Muscle Circumference, MAMC). Ακολούθως η περιφέρεια των μυών του βραχίονα προσδιορίζεται από την εξίσωση:



$$\text{MAMC (cm)} = \text{MAC (cm)} - [3,14 * \text{TSF (cm)}]$$

Ο προσδιορισμός αυτός χαρακτηρίζεται σαν πολύ καλός δείκτης της πρωτεϊνικής κατάστασης του οργανισμού και επί πλέον είναι και απλός. Δεν μας δείχνει όμως πρόσφατη και εν ενεργεία πρωτεϊνόλυση²⁹.

1.3.5 Μέθοδος δυναμομετρίας εξαρτημένων ατόμων

Η δυναμομετρία είναι μέθοδος με την οποία ελέγχεται η ισχύς των μυών του αντιβραχίου και αποτελεί έμμεσο δείκτη εκτίμησης του μεγέθους της σκελετικής πρωτεϊνικής μάζας. Σημειώνεται, ότι το μέγεθος του πρωτεϊνικού κλάσματος των μυών συνδέεται άμεσα με τη μυϊκή ισχύ. Η υποθρεψία συνοδεύεται από αύξηση του ρυθμού πρωτεόλυσης, κυρίως των πρωτεϊνών των σκελετικών μυών, και κατά συνέπεια, η μυϊκή ισχύς συνήθως επηρεάζεται πρωιμότερα των υπολοίπων ανθρωπομετρικών παραμέτρων εκτίμησης των διαταραχών θρέψης.

Η μέτρηση της μυϊκής ισχύος πραγματοποιείται με τη βοήθεια ενός ειδικού ελαστικού ασκού (50mm) σχετικά ανένδοτων τοιχωμάτων, ο οποίος συνδέεται με μια στήλη υδραργύρου. Καθήμενος ο ασθενής συμπιέζει τον ασκό στην παλάμη του χε-

ριού με τη μικρότερη μυϊκή ισχύ, καταβάλλοντας όλη του τη δύναμη. Η μυϊκή ισχύς καταγράφεται σε ειδικά βαθμολογημένα κλίμακα (kilopascals). Πραγματοποιούνται τρεις διαδοχικές μετρήσεις, με μεσοδιάστημα ανάπαυσης 15sec και αξιολογείται η καλύτερη προσπάθεια. Ο συντελεστής μεταβλητότητας (cv) είναι 5,45% ενώ τα φυσιολογικά όρια για τους άνδρες είναι 100-180 KPa και για τις γυναίκες 55-100 KPa. Η οριακή τιμή στους ασθενείς υψηλού κινδύνου ανάπτυξης επιπλοκών, λόγω της συνοδού υποθρεψίας, τοποθετείται πέραν των τριών σταθερών αποκλίσεων κάτω από τη μέση τιμή. Για τους άνδρες η τιμή αυτή είναι <80 KPa και για τις γυναίκες <40 KPa.

Διάφοροι παράγοντες είναι δυνατό να επηρεάσουν τις παραπάνω μετρήσεις, όπως η ηλικία, το φύλο, η θέση και η στάση του ασθενούς, η ψυχολογική διάθεση την ώρα της εξέτασης, η λήψη ηρεμιστικών φαρμάκων, η παρουσία καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας ή άλλης υποκείμενης νόσου, βλάβες του μυοσκελετικού συστήματος (αρθρίτιδες, μυϊκές θλάσεις, κατάγματα), και αγγειακές και νευρολογικές παθήσεις³⁰.

1.3.6 Μεταβολές βάρους εξαρτημένων ατόμων

Η απώλεια του σωματικού βάρους, εφόσον δεν είναι αποτέλεσμα απώλειας λιπώδους ιστού μετά από δίαιτα, σχετίζεται ευθέως ανάλογα με την απώλεια της πρωτεϊνικής μάζας του οργανισμού. Απώλεια βάρους στους τελευταίους 6 μήνες μικρότερη από 10% του συνήθους βάρους θεωρείται ήπια κακή θρέψη, εάν είναι 10-15% θεωρείται μέτρια κακή θρέψη, ενώ εάν είναι μεγαλύτερη από 15% θεωρείται σοβαρή κακή θρέψη. Εξαιρέση στον κανόνα αυτό αποτελούν οι ασθενείς με συστηματική φλεγμονώδη αντίδραση όπου, λόγω της παρουσίας σημαντικού βαθμού οιδήματος, η μέτρηση του σωματικού βάρους δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη της κατάστασης θρέψης³¹.

1.4 Φυσική εξέταση εξαρτημένων ατόμων

Τρίτη κατηγορία συλλεγόμενων στοιχείων είναι η φυσική εξέταση. Διάφορα ευρήματα της φυσικής εξέτασης, τα οποία αναφέρονται στους πίνακες 2 και 3, αποτελούν σημάδια διατροφικών ανεπαρειών. Τα μαλλιά, τα ούλα, η στάση του σώματος, το δέρμα, η γλώσσα, τα νύχια κ.α. αποτελούν σημεία του σώματος των οποίων η

όψη επηρεάζεται από την έλλειψη μικροθρεπτικών συστατικών, δηλαδή από την έλλειψη βιταμινών και μετάλλων. Για παράδειγμα ούλα που ματώνουν συχνά μπορεί να οφείλεται σε έλλειψη βιταμίνης C, ή απλά σε κάποιο πρόβλημα της τεχνητής οδοντοστοιχίας. Η φυσική εξέταση έχει όμως ορισμένους περιορισμούς σε ό,τι αφορά τη χρησιμότητα της στη διατροφική αξιολόγηση, διότι τα διάφορα σωματικά ευρήματα μπορεί να αντανakλούν έλλειψη περισσότερων του ενός θρεπτικών συστατικών (π.χ. έλλειψη όχι μίας αλλά περισσότερων βιταμινών) ή μπορεί να αντανakλούν κάποιο νόσημα μη σχετιζόμενο με τη διατροφή. Γι' αυτό η σωματική εξέταση πρέπει να γίνεται με πολύ προσοχή και απαιτεί ειδικές δεξιότητες. Π.χ. τα δερματικά εξανθήματα, η τριχόπτωση και γενικώς η πλειοψηφία των κλινικών συμπτωμάτων, τα οποία έχουν αναφερθεί προηγουμένως ως συμπτώματα κακής θρέψης, μπορεί να είναι συμπτώματα άλλων νοσημάτων μη σχετιζόμενων με τη διατροφή.

Όπως και οι υπόλοιπες μέθοδοι αξιολόγησης, η φυσική εξέταση από μόνη της δεν οδηγεί σε οριστικά συμπεράσματα. Μπορεί όμως να αποκαλύψει πιθανές διατροφικές ανισορροπίες, τις οποίες κάποιες άλλες μέθοδοι διατροφικής αξιολόγησης να τις επιβεβαιώσουν και αντίστροφα, επιβεβαιώνει δεδομένα που προέρχονται από άλλες μεθόδους διατροφικής αξιολόγησης³².

Πίνακας 2 Κλινικά σημεία πρωτογενών διατροφικών νοσημάτων³³

Μαλλιά	Απουσία λάμψης Λέπτυνση και αραίωμα Ίσιωμα(σε νέγρους) Δυσμελάχρωση Σημείο επιπέδωσης Εύκολη εκρίζωση
Πρόσωπο	Διάχυτος αποχρωματισμός Ανώμαλες ρινοχειλικές εκκρίσεις σμήγματος Σεληνοειδές προσωπίο
Μάτια	Ωχρός επιπεφυκότας Κηλίδες του Bitot Ξήρανση επιπεφυκότων Ξήρανση κερατοειδούς Κερατομαλακία Γωνιαία βλεφαρίτιδα
Χείλη	Γωνιαία στοματίτιδα Γωνιαίες ουλές Χείλωση (ξήρανση χειλών) γωνιών σε αριβοφλαβίνωση
Γλώσσα	Ανωμάλως λεία ή κόκκινη Οίδημα Ατροπική θηλή
Δόντια	Διάστικτη αδαμαντίνη
Ούλα	Σπογγώδη και αιμορραγούντα
Αδένες	Διόγκωση θυρεοειδούς Διόγκωση παρωτίδας
Νύχια	Κοιλονυχία
Δέρμα	Ξηροδερμία Θηλακώσης υπερκεράτωση Πετέχειες Πελαγρική δερματοπάθεια

Υποδόριος ιστός	Χρωμο-αποφολιδωτική δερματοπάθεια Οσχεϊκή και αιδοική δερματοπάθεια Οίδημα Ποσότητα υποδόριου λίπους
Σκελετικό σύστημα	Κρανιόφθιση Μετωπιαία και βρεγματική κύρτωση Διόγκωση επιφύσεων Ραχιτικό κομβολόγιο Επίμονα ανοιχτή πρόσθια πηγή Παραμορφώσεις θώρακα
Μυϊκό και νευρικό Σύστημα	Απώλεια μυϊκού ιστού Κινητική αδυναμία Αισθητηριακές ανωμαλίες Απώλεια αντανακλαστικών (αχίλλειου & επιγονατίδας) Απώλεια αίσθησης της θέσης Απώλεια αίσθησης δονήσεων Ευαισθησία κνημιαίων
Γαστρεντερικό	Ηπατομεγαλία
Καρδιαγγειακό	Μεγαλοκαρδία Ταχυκαρδία
Ψυχολογικά σημεία	Απάθεια Διανοητική σύγχυση

Πίνακας 3 Σημεία από την κλινική εξέταση που παραπέμπουν σε ένδεια ή τοξικότητα κάποιου θρεπτικού συστατικού ³⁴

Συστατικό	Ευρήματα ένδειας	Ευρήματα τοξικότητας
Βιταμίνες		
Βιταμίνη Α	Νυκταλωπία(διαταραχή της νυκτερινής όρασης) Ξηροδερμία Υπερκεράτωση Διαταραχές της γεύσης και της όσφρησης Λοιμώξεις Καθυστέρηση ανάπτυξης στα παιδιά	Οξεία: Κοιλιακός πόνος Κεφαλαλγία Ευερεθιστότητα Ναυτία Έμετος Αποφολίδωση του δέρματος Χρόνια: Αλωπεκία Ανορεξία Οστικά άλγη Κεφαλαλγία Ευερεθιστότητα Αρθραλγίες Ναυτία έμετος Σπληνομεγαλία Αποφολίδωση του δέρματος
Βιταμίνη D	Ραχίτιδα (βρέφη, παιδιά) Οστικά άλγη Μυαλγίες Τετανία Διαταραχή της οδοντοφυΐας Καθυστέρηση στη σύγκλειση των πηγών του κρανίου	Ανορεξία Διαταραχή της εφάλατωσης Δυσκοιλιότητα Συμπτώματα υπερασβεστιαϊμίας (μυϊκή αδυναμία, ναυτία, εμετός, πολυουρία)

	<p>Διόγκωση των αρθρώσεων μακρών οστών</p> <p>Οστεομαλακία</p> <p>Οστική ευαισθησία (στον ώμο, στην σπονδυλική στήλη, στις πλευρές και στην λεκάνη)</p> <p>Κατάγματα και ψευδοκατάγματα</p>	
Βιταμίνη E	<p>Μυϊκή αδυναμία</p> <p>Αναιμία</p> <p>Ευερεθιστότητα</p> <p>Οιδήματα</p>	<p>Ναυτία</p> <p>Γαστρεντερικά συμπτώματα</p> <p>Εκχυμώσεις στο δέρμα</p>
Βιταμίνη K	<p>Εκχυμώσεις στο δέρμα</p> <p>Ρινορραγίες, ουλορραγίες</p> <p>Αναιμία</p>	
Βιταμίνη C	<p>Ανορεξία</p> <p>Αρθραλγίες</p> <p>Λοιμώξεις</p> <p>Ουλορραγίες</p> <p>Εκχυμώσεις- πετέχειες στο δέρμα</p>	<p>Διάρροια</p> <p>Επιγαστρική δυσφορία</p>
Θειαμίνη	<p>Ανορεξία</p> <p>Μυϊκή αδυναμία</p> <p>Κατάθλιψη</p> <p>Ξηρό Beriberi</p> <p>Ατροφία των άκρων</p> <p>Περιφερική νευρίτιδα</p> <p>Υγρό Beriberi</p> <p>Οιδήματα</p> <p>Εκδηλώσεις καρδιακής ανεπάρκειας</p>	

	<p>Σύνδρομο Korsakoff-Wernicke (αλκοολικοί) Οφθαλμοπληγία Αταξία Ψύχωση Διαταραχές της μνήμης</p>	
Ριβοφλαβίνη	<p>Χειλίτιδα Στοματίτιδα Γλωσσίτιδα Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα Περιφερική νευροπάθεια (δυσαισθησίες)</p>	
Νιασίνη	<p>Διέγερση Ναυτία Έμετος Κεφαλαλγία Ζάλη Γωνιακή χειλίτιδα Γλωσσίτιδα Διάρροια Αναιμία Δερματίτιδα (αποφολίδωση, υπέρχρωση του δέρματος)</p>	<p>Κνησμός Εξάνθημα Αρρυθμίες</p>
Πυριδοξίνη	<p>Περιφερική νευροπάθεια (δυσαισθησίες) Χειλίτιδα Γλωσσίτιδα Στοματίτιδα Σπασμοί Ευερεθιστότητα</p>	

Φυλλικό οξύ	Αναιμία Καταβολή, αδυναμία Κατάθλιψη Πολυνευροπάθεια	
Βιταμίνη B ₁₂	Αναιμία Περιφερική νευροπάθεια	
Παντοθενικό οξύ	Εύκολη κόπωση Αϋπνία Έμετος	
Βιοτίνη	Δερματίτιδα Γλωσσίτιδα Ανορεξία Ναυτία Κατάθλιψη	
Ιχνοστοιχεία		
Ιώδιο	Βρογχοκήλη Αύξηση του σωματικού βάρους Υπνηλία Δυσανεξία στο κρύο Βραδυκαρδία Ξηροδερμία Δυσκοιλιότητα Μείωση των αντανακλαστικών Αύξηση της αρτηριακής πίεσης Αδυναμία Διαταραχές από την ψυχική σφαίρα	Καταστολή της λειτουργίας του θυρεοειδούς
Σελήνιο	Μυαλγίες Μυϊκή αδυναμία Μυοσίτιδα	Κεφαλαλγία Έμετος Δερματίτιδα

	αναιμία	Αλωπεκία Εύθρυπτα νύχια Εύκολη κόπωση Ζάλη Πνευμονικό οίδημα
Σίδηρος	Αναιμία Εύκολη κόπωση Δύσπνοια στην κόπωση Κεφαλαλγία Γλωσσίτιδα Ωχρότητα Ταχυκαρδία Δυσαισθησίες	Αιμοσιδήρωση Αιμοχρωμάτωση (υπέρχρωση δέρματος, κίρρωση, διαβήτης)
Φθόριο	Τερηδόνα δοντιών Οστεοπόρωση (κατάγματα)	Διαταραχές από τα δόντια Διαταραχές από τα οστά
Χαλκός	Αναιμία Λοιμώξεις Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα Υποθερμία Αρθραλγίες Υπέρχρωση του δέρματος Ωχρότητα Ψυχοκινητική καθυστέρηση Μείωση της οπτικής οξύτητας	Αναιμία Διαταραχές από το ήπαρ
Χρόμιο	Απώλεια βάρους Εγκεφαλοπάθεια Περιφερική νευροπάθεια	Δερματίτιδα Ηπατίτιδα (ίκτηρος) Γαστρεντερικές διαταραχές
Ψευδάργυρος	Καθυστέρηση επούλωση	Ευκαιριακές λοιμώξεις

	τραυμάτων Νυκταλωπία Φωτοφοβία Διαταραχή της όσφρησης Διαταραχή της γεύσης Διάρροια Αλωπεκία Δερματίτιδα Καθυστέρηση ανάπτυξης (παιδιά) Καθυστέρηση ενήβωσης	Ατροφία των όρχεων
Ασβέστιο	Οστεομαλακία Οστεοπόρωση Υπερευερευθιστότητα Μυϊκοί σπασμοί	Υπερασβεστιαμία Έμετος Ανορεξία Λήθαργος
Μαγνήσιο	Αδυναμία Αρρυθμία Μυρμηγκίαση (φαγούρα)	Ναυτία Έμετος Υπέρταση Αδυναμία
Φώσφορος	Αδυναμία Ανορεξία Πόνος στα οστά Αναστολή της ανάπτυξης	Υποασβεστιαμία (όταν ο παραθυροειδής αδένας δεν λειτουργεί σω- στά)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΡΩΤΕΪΝΙΚΟΣ-ΘΕΡΜΙΔΙΚΟΣ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΣ ΕΞΑΡ- ΤΗΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

2.1 Ορισμός πρωτεϊνικο-θερμιδικού υποσιτισμού και οι εκφράσεις του

Ως πρωτεϊνικοθερμιδικός υποσιτισμός καλείται η κατάσταση κατά την οποία η πρωτεϊνικοθερμιδική πρόσληψη είναι ελλιπής για τον οργανισμό, με συνέπεια την ελάττωση της σωματικής μάζας. Όταν η ελάττωση αυτή γίνεται παρατεταμένα ή σε σοβαρό βαθμό, καταλήγει σε καχεξία, με απώλεια μυϊκής μάζας και λιπώδους ιστού. Οι ανάγκες στις πρωτεΐνες επηρεάζονται από τους εξής παράγοντες: ³⁵

- ✓ **Τροφικός παράγοντας.** Όταν η ποιότητα της προσλαμβανόμενης πρωτεΐνης είναι χαμηλή, οι ανάγκες αυξάνουν. Επίσης, εάν η πρόσληψη των συνολικών θερμίδων είναι ελλιπής, τότε χρησιμοποιούνται και οι πρωτεΐνες ως πηγή ενέργειας, αυτό συνεπάγεται αυξημένες ανάγκες σε πρωτεΐνη.
- ✓ **Παράγοντες ως προς το άτομο** δηλ. η ηλικία, το φύλο και γενετικοί παράγοντες.
- ✓ **Η διατροφική κατάσταση του ατόμου**
- ✓ **Η φυσιολογική κατάσταση του ατόμου.**

Σε παθολογικές καταστάσεις, π.χ. σε περίπτωση εγκαύματος, τραύματος, καρκίνου, μόλυνσης και χειρουργικών επεμβάσεων, οι πρωτεϊνικές ανάγκες αυξάνουν. ³⁶

Ο πρωτεϊνικοθερμιδικός υποσιτισμός περιλαμβάνει μια ευρεία έκταση κλινικών εκδηλώσεων ανάλογα με το σχετικό μέγεθος της ανεπάρκειας πρωτεΐνης ή και ενέργειας, τη διάρκεια τους, την ηλικία του ασθενούς, την υποκείμενη αιτιολογία και τη παρουσία συνοδών νοσημάτων. Ο πρωτεϊνικοθερμιδικός υποσιτισμός στη σοβαρή του μορφή εκδηλώνεται με ³⁷:

- **Kwashiorkor** → κυρίως ανεπάρκεια πρωτεϊνών.
- **Marasmus** → κυρίως ανεπάρκεια ενέργειας.
- **Marasmic kwashiorkor** → συνδυασμός χρόνιας ανεπάρκειας ενέργειας και χρόνιας ή οξείας ανεπάρκειας πρωτεϊνών.

Τα οποία έχουν αναλυθεί στη σελίδα 11.

Οι χρήστες ναρκωτικών είναι η κύρια ομάδα που εμφανίζει στις ανεπτυγμένες χώρες πρωτεϊνοθερμιδικό υποσιτισμό³⁸.

2.2.1 Συχνότητα εμφάνισης πρωτεϊνικο-θερμιδικού υποσιτισμού εξαρτημένων ατόμων

Ο πρωτεϊνοθερμιδικός υποσιτισμός αποτελεί ένα συνηθισμένο, σοβαρό, και συχνά μη διαγνωσμένο εύρημα ανάμεσα στα εξαρτημένα από ναρκωτικά άτομα. Μεταξύ αυτών των ασθενών το φαινόμενο του υποσιτισμού εντοπίζεται ανεξάρτητα από την ηλικία, τη διάγνωση και την πρόγνωση. Χωρίς να περιορίζεται μόνο στους ασθενείς με καρκίνο ή με τελικού σταδίου ανεπάρκειας οργάνου. Αντίθετα, η πλειοψηφία των ασθενών με πρωτεϊνοθερμιδικό υποσιτισμό που πάσχουν από διάφορες μορφές της νόσου έχουν καλή πρόγνωση³⁹.

2.2.2 Επίδραση της κατάστασης θρέψης στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα εξαρτημένων ατόμων

Ο υποσιτισμός διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των εξαρτημένων ατόμων. Σχετίζεται με καθυστερημένη επούλωση των πληγών και εμφάνιση περισσότερων επιπλοκών σε περιπτώσεις νοσοκομειακής εισαγωγής.

Η μειωμένη και φτωχή διατροφική πρόσληψη είναι λογικό να συμβαίνει σε πληθυσμούς εξαρτημένων καθότι η αγορά υποκατάστατων, ή ναρκωτικών έρχεται σε προτεραιότητα. Από την άλλη, ασθένειες που δεν γίνονται αντιληπτές και βεβαρυσμένο ιστορικό, επιβαρύνουν την κατάσταση.⁴⁰

2.2.3 Σχέση του πρωτεϊνικο-θερμιδικού υποσιτισμού εξαρτημένων ατόμων με τον κίνδυνο εμφάνισης λοιμώξεων

Ο πρωτεϊνοθερμιδικός υποσιτισμός και τα μειωμένα επίπεδα συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών, όπως η βιταμίνη Α, η βιταμίνη Ε, η πυριδοξίνη, το φυλ-

λικό οξύ και ο ψευδάργυρος, συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης λοιμώξεων σε εξαρτημένα άτομα.⁴¹

Τα εξαρτημένα άτομα, δεδομένου ότι συχνά κάνουν κοινή χρήση ναρκωτικών ουσιών ή διαβιούν στο ύπαιθρο, έχουν αυξημένες πιθανότητες λοιμώξεων, λόγω υποσιτισμού(που εξασθενεί διαρκώς την άμυνα του οργανισμού), κακής υγιεινής και απουσία περίθαλψης⁴².

2.2.4 Χρήση συμπληρωμάτων διατροφής και συμπληρωμάτων βιταμινών στην απεξάρτηση

Από έρευνες έχει γίνει γνωστό ότι άτομα που υποσιτίζονταν και έλαβαν πολυβιταμινούχα σκευάσματα είχαν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης κάποιας λοίμωξης σε σύγκριση με την ομάδα που δεν έλαβε. Αν η συγκεκριμένη χορήγηση των βιταμινών γίνει σε συνδυασμό με την χορήγηση υποκατάστατων απεξάρτησης, ο ασθενής μπορεί να ωφεληθεί διπλά⁴³.

2.2.5 Διατροφική παρέμβαση και επιπτώσεις στην πορεία της εξάρτησης και την ποιότητα ζωής εξαρτημένων ατόμων

Ο έγκαιρος εντοπισμός του πρωτεϊνοθερμίδικού υποσιτισμού και η ανάταξή του μειώνει τις τυχόν ημέρες νοσηλείας, περιορίζει την εμφάνιση επιπλοκών στην θεραπεία απεξάρτησης, μειώνει τη θνησιμότητα, ενώ παράλληλα βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ατόμου.⁴⁴

2.3 Μελέτη ερευνών

Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες για τα άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών. Εμείς μελετήσαμε αρκετές από αυτές και δώσαμε ιδιαίτερη έμφαση στα συμπεράσματα της κάθε έρευνας. Παρακάτω ακολουθούν σε σύμπτυξη τα αποτελέσματα από τις έρευνες που μελετήσαμε.

Αρχικά σε έρευνα που έγινε στη Φλόριντα βρέθηκε ότι κατά την περίοδο του 2003-2009 συνολικά 16.550 άνθρωποι έχασαν την ζωή τους από την υπερβολική δόση ναρκωτικών ουσιών. Το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτου το 2003 ήταν από κοκκαΐνη (3,2 ανα 100.000 άτομα), ακολουθεί η μεθαδόνη (2,2 ανα 100.000 άτομα), η οξυκωδόνη (1,7 ανα 100.000 άτομα), η ηρωΐνη (1,4 ανα 100.000 άτομα), η μορφίνη και η αλπραζολάμη (1,3 ανα 100.000 άτομα) και η υδροκωδόνη (1,1 ανα 100.000 άτομα). Ενώ το 2009 τα ποσοστά θανάτων αλλάζουν το μεγαλύτερο ποσοστό είναι από την οξυκωδόνη (6,4 ανα 100.000 άτομα), ακολουθεί η αλπραζολάμη (4,4 ανα 100.000 άτομα), η μεθαδόνη (3,9 ανα 100.000 άτομα), η κοκκαΐνη (2,8 ανα 100.000 άτομα), η μορφίνη (1,6 ανα 100.000 άτομα), η υδροκωδόνη (1,4 ανα 100.000 άτομα) και η ηρωΐνη (0,5 ανα 100.000 άτομα)⁴⁵.

Επίσης σε έρευνα που διεξήχθη στην Ιταλία βρέθηκε ότι ο μέσος όρος ηλικίας για να ξεκινήσουν τα ναρκωτικά οι νέοι ήταν τα 18,4 έτη. Οι περισσότεροι χρήστες ηρωΐνης ξεκίνησαν από το κάπνισμα και ακολούθησε η ηρωΐνη⁴⁶.

Οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου λόγω του ότι κινδυνεύουν να υποστούν υποσιτισμό. Αυτό συμβαίνει διότι τα ναρκωτικά επηρεάζουν την διατροφική κατάσταση των χρηστών, με αποτέλεσμα τα άτομα σταδιακά να παρουσιάζουν διατροφικές ελλείψεις και μακροπρόθεσμα από την χρήση των ναρκωτικών εμφανίζεται μια απώλεια βάρους. Ο συνδυασμός της απώλειας βάρους και των διατροφικών ελλείψεων θέτει τα άτομα σε κίνδυνο να υποστούν υποσιτισμό.^{47,48,49}

Στις περισσότερες έρευνες βρέθηκε ότι οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών έχουν χαμηλό σωματικό βάρος και είναι άτομα με διατροφικές ελλείψεις και ευπαθή σε λοιμώξεις, ειδικά όσοι κάνουν χρήση οπιούχων⁵⁰.

Μελέτη έδειξε ότι οι χρήστες ουσιών οι οποίοι ήταν παντρεμένοι είχαν καλύτερο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) από τα άτομα που ήταν ανύπαντρα καθώς και από τους ανέργους. Αυτό οφείλεται στο ότι οι παντρεμένοι είχαν δίπλα τους κάποιον να τους στηρίζει, να τους επιβλέπει και να τους βοηθά^{51,52,53}. Ενώ οι άνεργοι λόγω

της οικονομικής τους στενότητας, είχαν πολύ λιγότερα γεύματα στη διάρκεια της ημέρας, επέλεγαν τρόφιμα χαμηλής διατροφικής αξίας, με λιγότερα φρούτα και λαχανικά, και περισσότερους υδατάνθρακες και λιπαρά, λόγω του χαμηλού κόστους⁵⁴.

Άλλη μια κατηγορία είναι τα άτομα που πάσχουν συγχρόνως και από τον ιό HIV και εκεί είναι δύσκολο να διατηρήσουν το βάρος τους, ή ακόμα και να το ανακτήσουν μετά από τις εξάρσεις της ασθένειας⁵⁵.

Επίσης έχει βρεθεί ότι η χρήση της κοκαΐνης συσχετίζεται με την ανορεξία, την χαμηλή θερμοϊδική πρόσληψη και γενικά τις διατροφικές διαταραχές.

Οι τοξικομανείς που κάνουν χρήση οπιούχων βρέθηκαν με χαμηλότερα επίπεδα TG, LDL, HDL σε σχέση με υγιή άτομα 18-25 ετών.

Η εξάρτηση από την ηρωίνη μπορεί να οδηγήσει σε υπερκαλιαιμία ενώ από την μορφίνη σε αναστολή του ασβεστίου⁵⁶.

Στη φάση της απεξάρτησης οι περισσότερες έρευνες αναφέρονταν στη θεραπεία με την μεθαδόνη. Η μεθαδόνη μπορεί να βοηθήσει στην μείωση της χρήσης οπιούχων⁵⁷. Επίσης βοηθά στην αύξηση του βάρους, πιθανόν λόγω των αλλαγών στην διατροφή και στην επιθυμία που έχουν τα άτομα αυτά για γλυκά και γενικά για λιπαρά⁵⁸.

Σε έρευνα που διεξήχθη μετά από 4 χρόνια θεραπείας με μεθαδόνη βρέθηκε ότι οι γυναίκες είχαν αυξημένη πρόσληψη ενέργειας, βιταμινών, μετάλλων και χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών, vit A,B, ασβεστίου, σιδήρου, ψευδαργύρου, μαγνησίου. Αντίστοιχα, οι άντρες είχαν ελλιπή πρόσληψη σε ενέργεια, πρωτεΐνες και υδατάνθρακες και αυξημένη πρόσληψη λιπών ιδιαίτερα ακόρεστων και σε μικρή ποσότητα (χαμηλότερη από τη συνιστώμενη δόση) καταναλώθηκαν οι φυτικές ίνες, vit B1,B2, ασκορβικό, νιασίνη, ασβέστιο, μαγνήσιο, ψευδάργυρο όλα αυτά είναι σε σύγκριση με τις συνιστώμενες τιμές RDA⁵⁹.

Σε άλλη μελέτη φάνηκε ότι τα γεύματα που καταναλώναν δεν ξεπερνούσαν τα 3-4 ημερησίως. Η διατροφή τους χαρακτηρίστηκε ανεπαρκής σε θρεπτικά συστατικά και χρειάζονταν τη βοήθεια ειδικού⁶⁰.

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης η ηρωίνη μπορεί να προκαλέσει στο έμβρυο χαμηλό σωματικό βάρος, ενώ η μεθαδόνη βοηθά στην αύξηση του σωματικού βάρους του εμβρύου (όσο αυξάνεται η δοσολογία της τόσο αναπτύσσεται και το έμβρυο). Ο συνδυασμός και των δύο οδηγεί σε μείωση του σωματικού βάρους του βρέφους^{61,62}.

ΜΕΡΟΣ Β΄
ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3

3.1 ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Μεθοδολογία της έρευνας

Χρονικό διάστημα που έλαβε μέρος, ερωτηματολόγιο και συνέντευξη

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με μονάδες απεξάρτησης. Συγκεκριμένα συμμετείχαν χρήστες που έχουν ενταχθεί σε πρόγραμμα στο Κέντρο Έρευνας Ανθρωπίνων Συμπεριφορών⁶³, και το Κέντρο Επανάταξης Εθισμένων «Επιστροφή»⁶⁴.

Περιγραφή Δείγματος

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 33 άρρενες, ηλικίας από 23-39 ετών που βρίσκονται σε θεραπεία υποκατάστασης. Από την έρευνα αποκλείστηκαν χρήστες με προχωρημένη άνοια, καρκινοπαθείς, ασθενείς AIDS και άτομα με ακρωτηριασμό προκειμένου να αποφευχθούν αλλοιώσεις στα αποτελέσματα.

Εργαλεία και Υλικά

- Το ύψος μετρήθηκε με αναστημόμετρο (SECA) στο πλησιέστερο 0,5cm. Το ξηρό βάρος με επιδαπέδια ζυγαριά Omron HBF-514C (Full Body Composition Sensing Monitor and Scale) στο πλησιέστερο 0,1kg. Ο υπολογισμός του ΔΜΣ έγινε βάσει των δύο παραπάνω μετρήσεων από τη σχέση $\Delta\text{ΜΣ}=\text{B}/\text{Y}^2$.

- Η περίμετρος δεξιού βραχίονα έγινε στο μεσοδιάστημα της απόστασης μεταξύ του ακρωμίου και της ωλέκρανου.

- Οι δερματικές πτυχές τρικεφάλου και δικεφάλου μετρήθηκαν στο δεξιό βραχίονα με δερματοπτυχόμετρο Harpenden Skinfold Caliper στο πλησιέστερο 0,1mm, λαμβάνοντας υπόψη το μέσο όρο τριών διαδοχικών μετρήσεων, με χρονική απόσταση 5 λεπτών μεταξύ τους για την επαναφορά του υποδόριου ιστού. Η εκτίμηση της μυϊκής μάζας της περιμέτρου βραχίονα υπολογίστηκε από την περίμετρο βραχίονα (MAC) και τη δερματική πτυχή βραχίονα (TSF) από τη σχέση: $\text{MAMC}=\text{MAC}-(3,1415*\text{TSF})$ και η επιφάνεια του μυός του βραχίονα (AMA) από τη σχέση: $\text{AMA}=(\text{MAC}-\pi*\text{TSF})^2 / 2\pi$.⁶⁵

- Η λιπομέτρηση έγινε με τη μέθοδο BIA. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε το Omron 1032338 Body Logic (Fat Loss Monitor model HBF-306C)
- Ερωτηματολόγιο(Παράρτημα). Στο πρώτο μέρος του συμπληρώθηκαν στοιχεία που λήφθηκαν μετά την ανθρωπομετρία του δείγματος. Στη συνέχεια διεξήχθη συνέντευξη – συζήτηση με τους ερωτώμενους. Έτσι στο επόμενο κομμάτι του ερωτηματολογίου συγκεντρώθηκαν αρχικά κάποια δημογραφικά στοιχεία, και κάποια συγκριτικά μεταξύ των ερωτώμενων. Δόθηκαν ερωτήσεις για το ιστορικό των χρηστών και των διατροφικών τους συνήθειών. Ενώ μέσω ερωτήσεων ανοικτού τύπου, λήφθηκαν στοιχεία για τις διατροφικές συνήθειες, τις προτιμήσεις αλλά και την γνώση των χρηστών γύρω από την κατανάλωση.

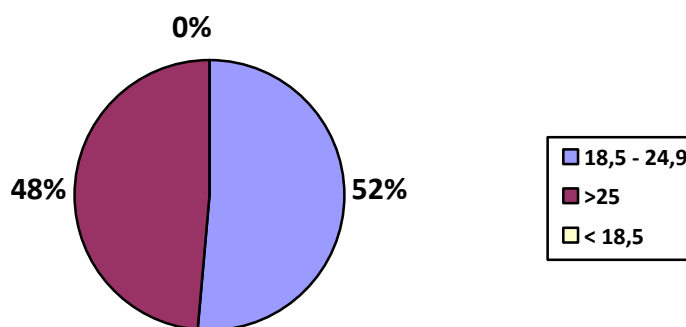
3.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα στοιχεία της έρευνας συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν σε εκατοστιαία ανάλυση σε πρόγραμμα excel. Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν με την μορφή γραφημάτων. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν σ' ό,τι αφορά τον ΔΜΣ με βάση τον πίνακα 1 που παραθέσαμε παραπάνω (WHO2000,2004), χρησιμοποιήθηκε το Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') και οι Δείκτες MUAC, MAMC και %BF.

1.Ανθρωπομετρία

1.1 Δείκτης Μάζας Σώματος

Για να βγάλουμε συμπεράσματα υποσιτισμού έγινε η συγκέντρωση στοιχείων ανθρωπομετρίας. Έτσι λήφθηκαν μετρήσεις για το βάρος και το ύψος του κάθε ατόμου του δείγματος. Μετά από αυτό έγινε η αναγωγή των δεδομένων προκειμένου να βρεθεί ο Δείκτης Μάζας Σώματος.



Γράφημα1. Δείκτης Μάζας Σώματος BMI

Οι μεταβλητές Ύψος και Βάρος χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό του ΔΜΣ. Στο σύνολο του δείγματος (N=33, ποσοστό 51,5% (n=17) έχει φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος με βάση την αναλογία βάρους και ύψους, ενώ το 48,5% (n=16) είναι υπέρβαρο σύμφωνα με τον δείκτη μάζας σώματος, ενώ κανένας δεν βρίσκεται κάτω από το όριο του φυσιολογικού (n=0) (Γράφημα 1). Τα δεδομένα παρατίθενται και σε πίνακα στο Παράρτημα Α.

MUST

Ο οδηγός ‘Malnutrition Universal Screening Tool’ (‘MUST’) για ενήλικους, είναι ένα εργαλείο το οποίο με συγκεκριμένα βήματα τα οποία αφορούν τον ΔΜΣ, την απώλεια βάρους, την ύπαρξη ασθένειας, μας βοηθά να αξιολογήσουμε τον υποσιτισμό ή την παχυσαρκία στο άτομο. Περιλαμβάνει επίσης κατευθυντήριες γραμμές διαχείρισης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την σωματική ανάπτυξη του καθενός ατόμου. Η σύγκριση γίνεται μέσω οριζόμενων δεικτών και πινάκων που υπάρχουν συγκεντρωμένοι στον ανωτέρω οδηγό⁶⁶.

Μετρήσαμε το Δείκτη Μάζας Σώματος, οι συμμετέχοντες στην έρευνα ερωτήθηκαν για το αν έχουν χάσει βάρος το τελευταίο διάστημα, είχαμε επιλέξει μόνο άτομα τα οποία δεν έπασχαν από κάποια ασθένεια. Χρησιμοποιώντας τα βήματα του οδηγού MUST τα αποτελέσματα είναι τα εξής :

Πίνακας 4 Αποτελέσματα MUST

BMI (kg/m²)	Μείωση βάρους τους τελευταίους 2 μήνες	Ύπαρξη ασθένειας
27,3	Όχι	Όχι
23,2	Όχι	Όχι
30,4	Όχι	Όχι
27,4	Όχι	Όχι
24,7	Όχι	Όχι
19,2	Όχι	Όχι
25,9	Όχι	Όχι
25,6	Όχι	Όχι
30	Όχι	Όχι
27,4	Όχι	Όχι
25,5	Όχι	Όχι
26,6	Όχι	Όχι
25,7	Όχι	Όχι
26,4	Όχι	Όχι

21,7	Όχι	Όχι
24,4	Όχι	Όχι
29,5	Όχι	Όχι
23,3	Όχι	Όχι
24,3	Όχι	Όχι
22,3	Όχι	Όχι
24,6	Όχι	Όχι
25,6	Όχι	Όχι
27,9	Όχι	Όχι
22,3	Όχι	Όχι
24,8	Όχι	Όχι
22,9	Όχι	Όχι
19,2	Όχι	Όχι
26,9	Όχι	Όχι
24,8	Όχι	Όχι
24,3	Όχι	Όχι
23,8	Όχι	Όχι
19,8	Όχι	Όχι
25,2	Όχι	Όχι

Σύμφωνα με τον πίνακα 4 παρατηρούμε ότι:

A) BMI <20 : 3 άτομα. Δηλαδή βρήκαμε ότι ΔΜΣ μόνο σε τρία άτομα (n=3) ήταν κάτω από το 20.

B) Μείωση βάρους τους τελευταίους 2 μήνες: Κανένας(n=0). Από τα 33 άτομα που εξετάσαμε κανένας δεν βρέθηκε να έχει χάσει βάρος τους τελευταίους δύο μήνες.

Γ) Ύπαρξη ασθένειας: Κανένας. Από τα 33 άτομα που εξετάσαμε κανένας δεν έπασχε από κάποια ασθένεια.

Για να βγάλουμε το σύνολο του must και να δούμε κατά πόσο τα άτομα κινδυνεύουν από υποθρεψία, πρέπει να προσθέσουμε τα παραπάνω στοιχεία (A+B+Γ), σε κάθε άτομο ξεχωριστά.

Τα άτομα που έχουν τελικό σκορ 0, δεν κινδυνεύουν από υποθρεψία.

Τα άτομα που έχουν τελικό σκορ 1, έχουν μέτριο κίνδυνο, ενώ

Τα άτομα που έχουν τελικό σκορ 2+, έχουν αυξημένο κίνδυνο

Στην έρευνά μας είδαμε, ότι μόνο 3 άτομα είχαν μέτριο κίνδυνο υποθρεψίας, τα οποία βρίσκονταν στο κέντρο μόνο ένα μήνα, οπότε δεν είχαν προλάβει να ανακτήσουν το βάρος που θα έπρεπε να έχουν. Στον πίνακα 5 που ακολουθεί μπορούμε ακριβώς να κατανοήσουμε καλύτερα αυτό που περιγράφουμε.

Πίνακας 5 Δεδομένα από MUST και Διάρκεια Απεξάρτησης

MUST	Διάρκεια Απεξάρτησης
0	1 μήνα
0	2,5 μήνες
0	3,5 μήνες
0	Δεν απάντησε
0	Δεν απάντησε
1	Δεν απάντησε
0	3 εβδομάδες
0	6,5 μήνες
0	4 μήνες
0	10 μήνες
0	6 μήνες
0	10 μήνες
0	9 μήνες
0	5,5 μήνες
0	9,5 μήνες
0	7 μήνες
0	5 μήνες
0	15 μέρες
0	2 μήνες
0	1 μήνα και 3 μέρες
0	1 μήνα και 10 μέρες
0	4 μήνες και 5 μέρες
0	2 μήνες
0	1,5 μήνα
0	1,5 μήνα

0	2
1	1 μήνα
0	2 μήνες
0	2,5 μήνες
0	2 μήνες
0	2 μήνες
1	1 μήνα
0	Δεν απάντησε

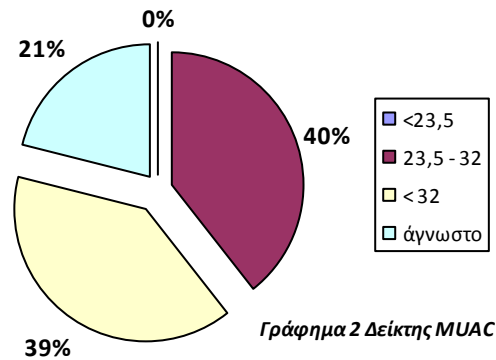
1.2 Οι Δείκτες MUAC, MAMC και %BF

Ο Δείκτης MUAC (Measuring mid upper arm circumference) είναι ίσως η καλύτερη μέτρηση για να αξιολογήσουμε το πρόβλημα του υποσιτισμού σε ενήλικες.^{67,68} Είναι εύκολη στη διαδικασία μέτρηση της περιμέτρου στο μέσο του βραχίονα που υπόκεινται σε μικρά σφάλματα.⁶⁹ Με συνδυασμό δεδομένων δείκτης μάζας σώματος, και αντιστοίχιση στοιχείων μέσω πινάκων του Συστήματος, βρίσκουμε τον λόγο του Δείκτη MUAC που μας δείχνει αν το άτομο κινδυνεύει από υποθρεψία.

Αν το MUAC είναι <23.5 cm, τότε ο ΔΜΣ φαίνεται να είναι <20 kg/m² και

Αν το MUAC είναι >32.0 cm, τότε ο ΔΜΣ φαίνεται να είναι >30 kg/m².⁷⁰

Όπως φαίνεται και στο γράφημα 2 ουδείς από τους ερωτώμενους χρήστες έχει πρόβλημα υποθρεψίας. Αφού όλοι οι ερωτώμενοι έχουν πάνω από τον δείκτη 23,5 cm που είναι το όριο και σηματοδοτεί το πρόβλημα υποθρεψίας. Αντιθέτως, το δείγμα σε ποσοστό 39,4% (n=13) εμφανίζει μέτρηση πάνω από τον δείκτη 32 cm που σημαίνει ενδεχομένως έναρξη πρώτου σταδίου παχυσαρκίας. Παράλληλα το δείγμα σε ποσοστό 39,4% (n=13) συγκεντρώνει τιμή δείκτη μεταξύ 23,5-32 cm, οπότε είναι εντός των φυσιολογικών ορίων βάσει διάπλασης και βάρους. Και υπήρξε και ένα δείγμα που δεν είχαμε μετρήσει (n=7, σε 21,2%). Δεν βρέθηκε κανείς κάτω από 23,5 cm (n=0).



Ο δείκτης MAMC

Ο δείκτης MAMC (Mid-Arm Muscle Circumference), χρησιμοποιείται για να γίνει εκτίμηση της μυϊκής μάζας σώματος, βασισμένη στην περίμετρο βραχίονα (MAC) και στην δερματική πτυχή του τρικέφαλου μυ (TSF), σύμφωνα με τον τύπο:

$$MAMC = MAC - 3.14 (TSF).^{71}$$

Καλή κατάσταση θρέψης, υπάρχει για τιμές MUAC >25,3 cm για τους άνδρες και 23,2 cm για τις γυναίκες, ενώ οι τιμές < 15,2 cm για τους άνδρες και < 13,9 cm για τις γυναίκες, αποτελούν σοβαρή ένδειξη δυσθρεψίας.⁷²

Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, κανείς δεν έχει MAMC < 13,9 cm, δηλαδή κανείς δεν έχει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης υποθρεψίας.

Στο παράρτημα 1 που ακολουθεί φαίνεται και οι τιμές που πήραμε.

%BF

Το ποσοστό λίπους σώματος, μετρήθηκε με βάση την περίμετρο βραχίονα καθώς και τη δερματική πτυχή του τρικέφαλου μυ. Χρησιμοποιήσαμε τον εξής τύπο:

$$\%BF = 200\alpha - 100\pi^2\alpha^2^{73}, \text{ όπου:}$$

$$\alpha = \frac{TSF(\text{mm})}{[MAC(\text{cm}) * 10]}$$

MAC (mid-arm circumference) = περίμετρος βραχίονα (σε cm)

TSF (Triceps Skin-fold) = πάχος δερματικής πτυχής τρικεφάλου (σε mm)⁷³

Τα αποτελέσματα που πήραμε, τα αναλύσαμε σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 6 Προβλεπόμενη ποσοστιαία περιεκτικότητα λίπους ⁷⁴

Φύλο	Ηλικία	Χαμηλό	Κανονικό	Υψηλό	Πολύ υψηλό
Αντρες	20-39	<8,0	8,0 - 19,9	20,0 - 24,9	> 25,0
	40-59	<11,0	11,0 - 21,9	22,0 - 27,9	> 28,0
	60-79	< 13,0	13,0 - 24,9	25,0 - 29,9	> 30,0
Γυναίκες	20-39	<21	21,0 - 32,9	33,0 - 38,9	> 39
	40-59	< 23	23,0 - 33,9	34,0 - 39,9	> 40
	60-79	<24	24,0 - 35,9	36,0 - 41,9	> 42

Στο δείγμα μας, η ηλικία κυμαίνεται από 20-39 ετών οπότε θα λάβουμε υπόψη τα αποτελέσματα της αντίστοιχης ηλικιακής ομάδας. Τα αποτελέσματα που πήραμε, είναι τα εξής:

Πίνακας 7 Ποσοστό Λίπους

BF% ηλεκτρονικό (33 άτομα)					
		Χαμηλό	Κανονικό	Υψηλό	Πολύ υψηλό
	Σύνολα				
N	33	1	25	7	0
%	100	3%	75,80%	21,20%	0%

Πίνακας 8 Ποσοστό Λίπους

BF% με τον τύπο (26 άτομα)					
		Χαμηλό	Κανονικό	Υψηλό	Πολύ υψηλό
	Σύνολα				
N	33	0	21	5	0
%	100	0%	80,70%	19,30%	0%

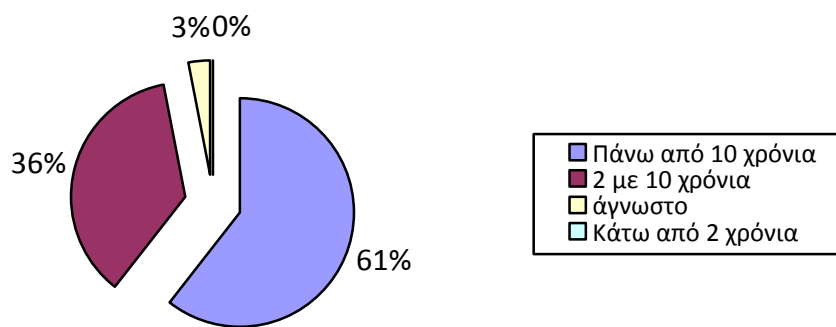
Από τα αποτελέσματα, βλέπουμε πως το μεγαλύτερο δείγμα βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά όρια % ποσοστού λίπους και δεν διατρέχει κίνδυνο υποθρεψίας.

2. Τρόφιμα και Διατροφικές συνήθειες

Μέσω του ερωτηματολογίου συγκεντρώθηκαν διάφορα στοιχεία για τις διατροφικές συνήθειες των χρηστών. Με βάση τις απαντήσεις λάβαμε σημαντικά στοιχεία που τεκμηριώνουν την μη ύπαρξη υποθρεψίας.

1. Απαντήσεις στο ερώτημα «Πόσο καιρό είστε χρήστης;»

Στην ερώτηση για την περίοδο χρήσης ναρκωτικών, η πλειονότητα των ερωτώμενων, σε ποσοστό 60,6% (n=20), απάντησε ότι κάνει χρήση ναρκωτικών πάνω από μια δεκαετία. Με ποσοστό 36.6% (n=12) απάντησαν οι έκαναν χρήση ναρκωτικών σε διάρκεια μικρότερη από μια δεκαετία. Και σε ποσοστό 3% (n=1) δεν απάντησαν στην ερώτηση. Επίσης κάτω από δύο χρόνια δεν βρέθηκε να είναι κάνει κανείς χρήση ναρκωτικών ουσιών (n=0). Είναι σαφές λοιπόν ότι το δείγμα δεν αποτελεί περιστασιακούς χρήστες, αλλά εξαρτημένους από ναρκωτικά για μεγάλο διάστημα.

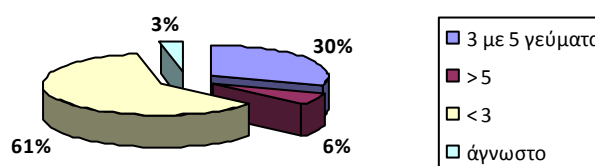


Γράφημα 3: Πόσο καιρό είστε χρήστης;

2. Απαντήσεις στο ερώτημα «Πόσα γεύματα καταναλώνετε ημερησίως;»

Στην ερώτηση για τον αριθμό των γευμάτων που λαμβάνουν καθημερινά, το δείγμα σε ποσοστό 60,6% (n=20) απάντησε ότι καταναλώνει τρία ή λιγότερα γεύματα. 3 μέχρι 5 γεύματα καταναλώνει ποσοστό 30,3% (n=10), ενώ περισσότερα από 5 γεύματα την ημέρα καταναλώνει το 6% (n=2) του συνολικού δείγματος. Επίσης υπήρξε σε ποσοστό 3% (n=1) που δεν απάντησε στο ερώτημα. Το γεγονός αυτό φανερώνει πρωτίστως την τακτική – ημερήσια σίτιση, παρά τις δυσκολίες που υπάρχουν λόγω της εξάρτησης από ναρκωτικά και της ψυχολογικής πίεσης για «άσπρη σκόνη»

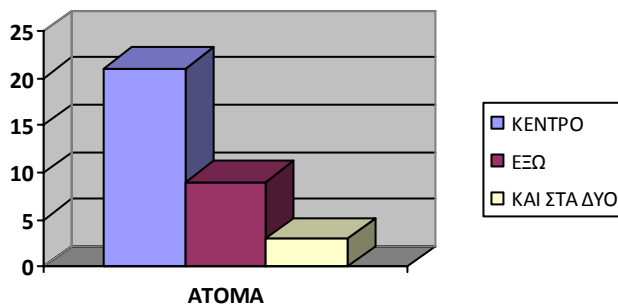
Γράφημα 4 Πόσα γεύματα καταναλώνετε ημερησίως;



3. απαντήσεις στο ερώτημα «Που τρώτε συνήθως;»

Το Κέντρο Απεξάρτησης εμφανίζεται, βάσει των απαντήσεων των ερωτώμενων (n=21), να είναι η κυριότερη πηγή που σιτίζονται οι πρώην χρήστες. Με ένα μικρό ποσοστό να συνηθίζει να τρώει τόσο στο κέντρο όσο και σε καταστήματα έξω από αυτό(n=3). Η απάντηση αυτή συνδέεται άρρηκτα και με την απάντηση για την

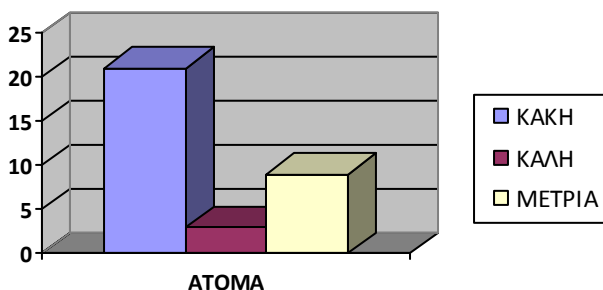
πληθώρα των γευμάτων. Δεδομένου ότι στο Κέντρο Απεξάρτησης υπάρχει ημερήσιο πρόγραμμα σίτισης αλλά και άλλων κινήσεων για καθένα εξαρτημένο.



Γράφημα 5 Που τρώτε συνήθως;

4. απάντηση στο ερώτημα « Η όρεξή σας κατά το διάστημα της χρήσης»

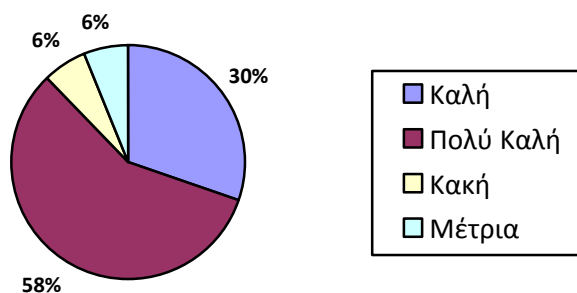
Κατά την διάρκεια της χρήσης ο εξαρτημένος δεν νοιάζεται για την λήψη τροφής, το μόνο που τον ενδιαφέρει είναι η εξασφάλιση της δόσης του. Η διαπίστωση αυτή αντικατοπτρίζεται και στις απαντήσεις των ερωτώμενων, με την πλειονότητα των ερωτώμενων (n=21, το 63,6%,) να αναφέρουν κακή όρεξη την περίοδο χρήσης ναρκωτικών. Αντίθετα, μόλις 3 (το 9%) ερωτώμενοι απάντησαν ότι η όρεξή τους την περίοδο της χρήσης είναι καλή με το ενδιάμεσο ποσοστό (n=9, το 27,3%) να χαρακτηρίζει την όρεξή του μέτρια.



Γράφημα 6 Η όρεξή σας κατά το διάστημα της χρήσης

5. απάντηση στο ερώτημα «Η όρεξή σας κατά το διάστημα απεξάρτησης»

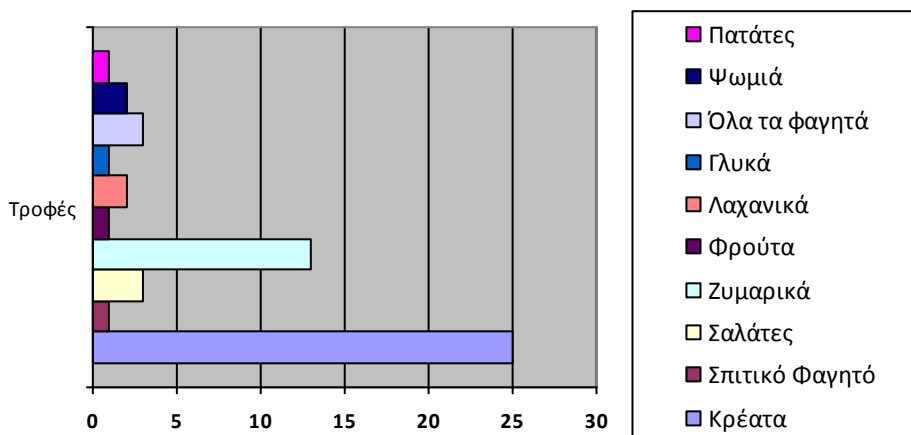
Η ένταξη σε κέντρο απεξάρτησης είναι λογικό πως όχι μόνο απώθησε τους χρήστες από τα ναρκωτικά, αλλά τους έθεσε και σε ένα καθημερινό πρόγραμμα. Πέραν της διαρκούς ιατρικής και ψυχολογικής υποστήριξης, ο κάθε εξαρτημένος είχε τη δυνατότητα δωρεάν τροφής, στέγης και περίθαλψης. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζεται στο ποσοστό 57,5% των ερωτώμενων (n=19), που απάντησε πως η όρεξή του ήταν πολύ καλή κατά την περίοδο της απεξάρτησης. Αρκετά μεγάλο ποσοστό, της τάξης του 30,3% (n=10), βρίσκει την όρεξή του καλή, το διάστημα απεξάρτησης. Αντίθετα, μειοψηφικό ποσοστό θεωρεί ότι είχε μέτρια (n=2, το 6,6%) ή κακή όρεξη (n=2, το 6,6%)



Γράφημα 7 Η όρεξή σας κατά την απεξάρτηση

6. απάντηση στο ερώτημα «Ποιες τροφές προτιμάτε να καταναλώνετε; »

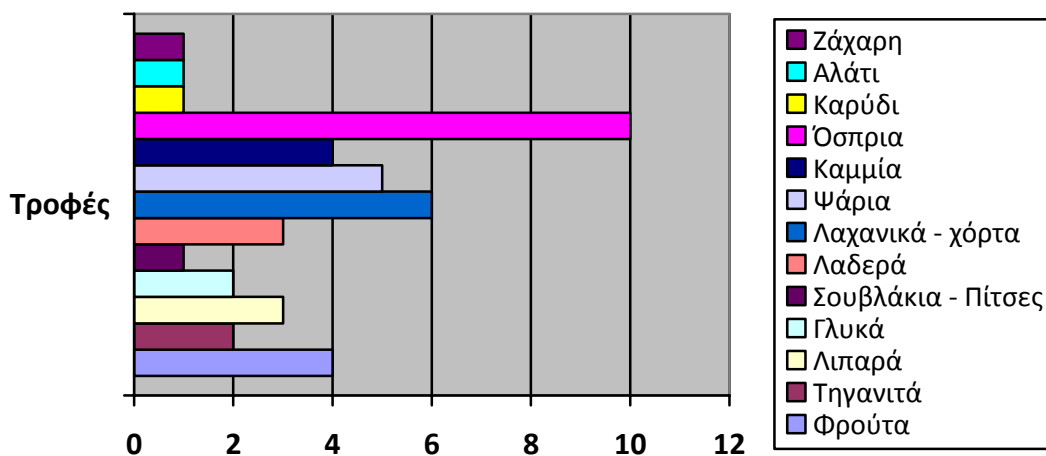
Σε μια ανοιχτού τύπου ερώτηση, δηλαδή σε ερώτηση με πολλαπλές ερωτήσεις οι χρήστες προτιμούν με διαφορά το κρέας (n=25, το 75,8%) και τα ζυμαρικά (n=13, το 39,4%) στην καθημερινή τους κατανάλωση. Παράλληλα ένα σημαντικό ποσοστό αναφέρει πως δεν έχει ιδιαίτερη προτίμηση σε κάποιο φαγητό (n=3, το 9,1%).



Γράφημα8 Ποιες τροφές προτιμάτε να καταναλώνετε;

7. απάντηση στο ερώτημα «Ποιες τροφές αποφεύγετε να καταναλώνετε;»

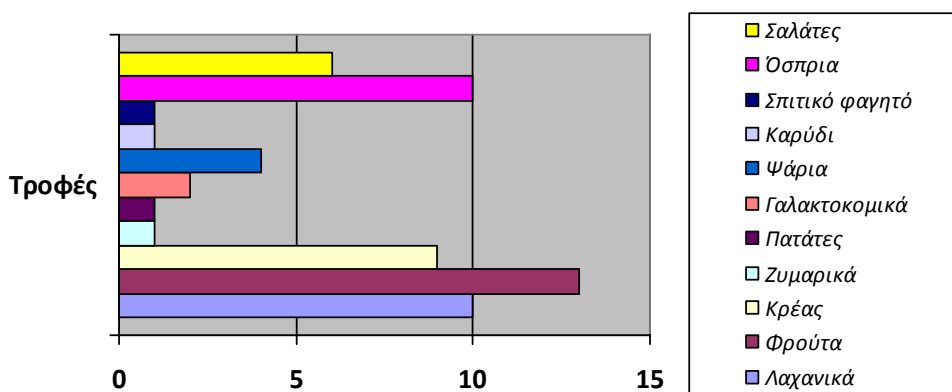
Τα όσπρια σε ποσοστό 30,3% (n=10) φαίνεται πως προκαλούν απέχθεια στους εξαρτημένους πιθανότατα αυτό να οφείλεται σε κάποιου είδους δυσανεξία. Το ίδιο συμβαίνει με τα ψάρια (n=5, 15,2%) και λαχανικά (n=6, το 18,2%). Το γεγονός αυτό προφανώς έχει να κάνει με την δυσκολία κατανάλωσης ψαριών λόγω ότι το ψάρι απαιτεί αρκετό χρόνο προετοιμασίας και μαγειρέματος. Σημαντικό μέρος από τους ερωτώμενους (n=4, το 12%) απαντάει πως δεν αποφεύγει κάποια συγκεκριμένη τροφή. Αξιοσημείωτο είναι ότι έστω και μικρό ποσοστό των ερωτώμενων (n=1 το 3%) αποφεύγουν το γρήγορο φαγητό. Οι απαντήσεις αν συγκριθούν κιόλας με το προηγούμενο ερώτημα μας δείχνουν σε μεγάλο ποσοστό την προτίμηση στο γρήγορο φαγητό και το κρέας και την απέχθεια τους προς τα όσπρια και το ψάρι. Αυτό συμβαίνει διότι το γρήγορο φαγητό μπορεί κανείς να το βρει πιο εύκολα και γενικά είναι μια εύκολη λύση και πιο οικονομική.



Γράφημα 9 Ποιες τροφές αποφεύγετε να καταναλώνετε;

8. απάντηση στο ερώτημα « Ποιες τροφές κάνουν καλό; »

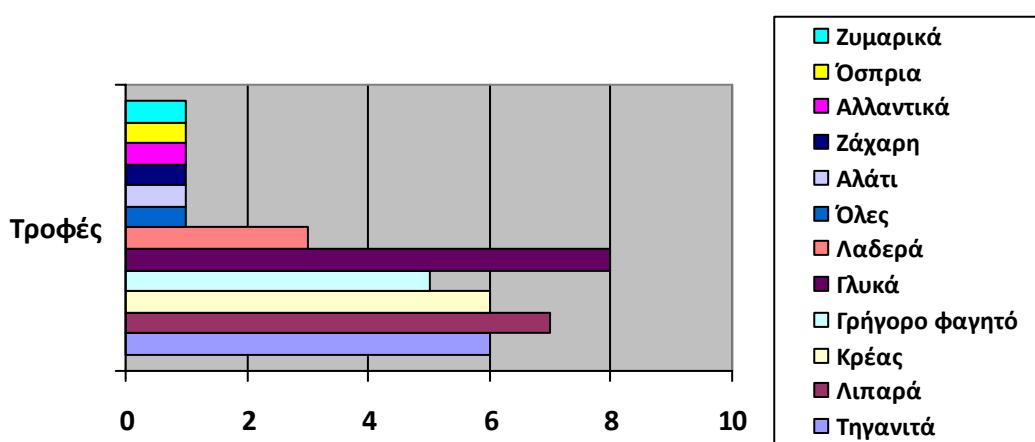
Από τις απαντήσεις είναι φανερό ότι η πλειοψηφία των χρηστών αντιλαμβάνονται ποιες τροφές τους κάνουν καλό. Σχεδόν το σύνολο των ερωτώμενων (n= 13, το 39,4%) θεωρεί ότι τα φρούτα τους κάνουν καλό. Ακολουθούν τα λαχανικά (n=10, το 30,3%) τα όσπρια (n=10 το 30,3%), το κρέας (n=9, το 27,3%) , οι σαλάτες (n= 6, το 18,2%) και τα ψάρια (n=4, το 12,1%).



Γράφημα 10 Ποιες τροφές πιστεύετε ότι σας κάνουν καλό;

9.απάντηση στο ερώτημα«Ποιες τροφές πιστεύετε ότι σας κάνουν κακό; »

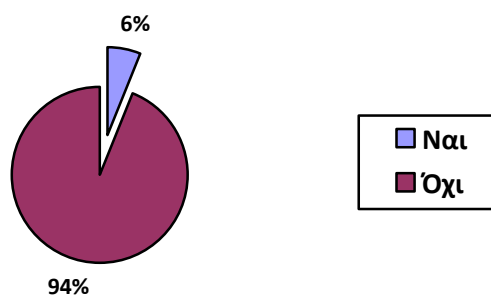
Στην ανοικτή τύπου ερώτηση οι απαντήσεις ποικίλλουν. Ωστόσο, οι περισσότεροι χρήστες(n=8, το 24,2%) φαίνεται πως αντιλαμβάνονται ότι τα γλυκά κάνουν κακό στην υγεία τους. Ίσως γιατί η κατανάλωσή τους δημιουργεί άμεσα προβλήματα στα δόντια. Αν και η διασπορά των απαντήσεων είναι μεγάλη, φαίνεται ότι χρήστες γνωρίζουν τις βλαβερές επιπτώσεις του γρήγορου φαγητού(n=5, σε 15,2%), των λιπαρών (n=7, σε 21.2%), των τηγανιτών φαγητών (n=6,σε 18,2%) και του κρέατος (n=6, σε 18,2%).



Γράφημα 11 Ποιες τροφές πιστεύετε ότι σας κάνουν κακό;

10.απάντηση στο ερώτημα « Λαμβάνεται συμπληρώματα διατροφής; »

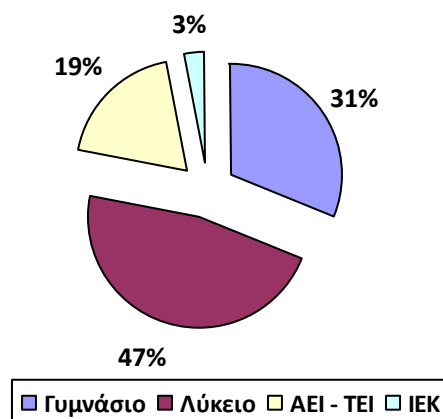
Εντύπωση προκαλεί ότι μόλις ένα ποσοστό 6% των ερωτώμενων (n=2) λαμβάνει συμπλήρωμα διατροφής. Αυτό ενδεχομένως σχετίζεται με το πρόγραμμα απεξάρτησης που έχουν τεθεί οι χρήστες. Οπότε και η παρακολούθηση της υγείας τους είναι σε τέτοια επίπεδα που δεν θέλει επιπλέον πρωτεϊνικές συμπληρώσεις στην διατροφή της.



Γράφημα 12 Λαμβάνετε συμπληρώματα διατροφής;

11. απάντηση στο ερώτημα « Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας; »

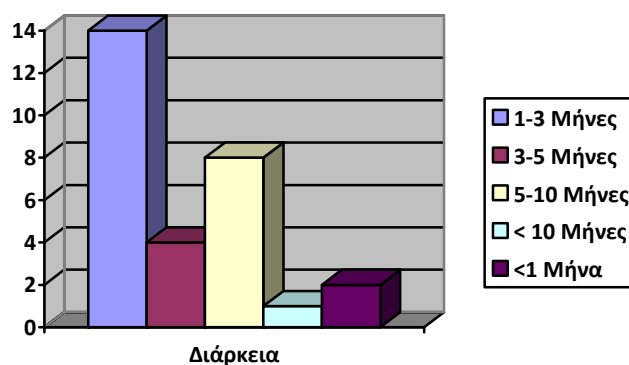
Οι ερωτώμενοι φαίνεται να έχουν καλύψει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση (n=25, σε 75,8%). Ενώ ένα ποσοστό 21,2% (n=7) εμφανίζεται να έχει συνεχίσει σπουδές και μετά το λύκειο και σε ποσοστό 3% (n=1) δεν λάβαμε απάντηση στο ερώτημά μας. Σύμφωνα με τις απαντήσεις έχουμε ένα σχετικά καλό μορφωτικό επίπεδο εκπαίδευσης. Έτσι ώστε ο χρήστης να μπορεί να αντιλαμβάνεται τα προβλήματα και τις δυνατότητες του οργανισμού του. Έτσι μπορεί να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο συνεργάσιμος στα προγράμματα απεξάρτησης.



Γράφημα 13 Επίπεδο εκπαίδευσης

12. απάντηση στο ερώτημα « Διάρκεια απεξάρτησης; »

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων φαίνεται να είναι σε πρόγραμμα απεξάρτησης λιγότερο από ένα χρόνο. Με την πλειονότητα αυτών να είναι σε στάδιο απεξάρτησης μόλις τρεις μήνες (n=14, σε 42,4%). Ακολουθεί ένα ποσοστό 24,2% (n=8) που είναι στο κέντρο 5-10 μήνες. Επίσης σε ποσοστό 12,1% (n=4) είναι μέσα στο κέντρο 3-5 μήνες. Σε ποσοστό 6,1% (n=2) είναι στο κέντρο λιγότερο από ένα μήνα. Σε ποσοστό 3% (n=1) είναι στο κέντρο περισσότερο από 10 μήνες. Υπήρξε και ένας αριθμός ατόμων που δεν απάντησε στην ερώτηση (n=14, σε 42,4%).



Γράφημα 14 Διάρκεια απεξάρτησης

Κεφάλαιο 4 Συμπεράσματα/Προτάσεις

4.1 Συμπεράσματα

Οι εξαρτημένοι από ναρκωτικές ουσίες αφήνουν τις περισσότερες φορές τον εαυτό τους και συνάμα την υγεία τους στην τύχη της. Αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί λόγω του εθισμού τους για ναρκωτικές ουσίες, που γίνεται η μοναδική έγνοια τους.

Όπως είναι λογικό η ένταξη σε θεραπευτικά προγράμματα αποτελεί μονόδρομο για την σωτηρία και επιβίωσή τους. Αφενός γιατί μέσω των υποκατάστατων σταδιακά τους οδηγούν σε απεξάρτηση, αφετέρου γιατί μια πλειάδα επιστημόνων στέκει διαρκώς από πάνω τους και τους παρακολουθεί.

Η έρευνα τελικά αποσαφηνίζει την διπλή αξία των κέντρων απεξάρτησης. Η είσοδος των χρηστών αποτελεί βοήθεια για απεξάρτηση αλλά και στήριγμα στην γενικότερη υγεία τους. Η ύπαρξη ενός οργανωμένου καθημερινού προγράμματος δράσεων κινήσεων και ενεργειών οργανώνει τον χρήστη. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, γιατί εκείνες τις στιγμές ο ίδιος δεν μπορεί να συντονίσει τον εαυτό του λόγω του δικού του «λευκού κόσμου». Έτσι η καθημερινότητα, και η ζωή γύρω του χάνονται. Η καθημερινή ανάγκη για τροφή μένει μετέωρη, και σταδιακά ατονεί λόγω έλλειψης δυνάμεων.

Οι άνθρωποι του κάθε Κέντρου Απεξάρτησης τελικά δεν συντάσσουν απλά την ψυχολογία των χρηστών, τους μαθαίνουν και τους βοηθούν να καλύψουν πρωτίστως τις βιοτικές ανάγκες που οι ίδιοι δεν θα μπορούσαν να καλύψουν υπό άλλες συνθήκες.

Είναι φανερό πως όσοι ερωτώμενοι εντάχθηκαν σε κέντρο απεξάρτησης, ακόμα και εάν βρίσκονται σε αυτό μικρό χρονικό διάστημα, οργάνωσαν άμεσα την ζωή τους. Αυτό σημαίνει πρωτίστως ότι σιτίζονταν σε τακτά χρονικά διαστήματα. Η όρεξη αυτών των εξαρτημένων χρηστών, σύντομα χαρακτηρίζεται πλέον καλή, σε τέτοιο ικανοποιητικό σημείο ώστε να μην χρειάζονται βιταμίνες, ή συμπληρώματα στην διατροφή τους.

Οι ειδικοί κάθε Κέντρου Απεξάρτησης, αλλά και το οργανωμένο πρόγραμμα που ακολουθούν οι χρήστες, τους έχουν μεταφέρει την αξία της ισορροπημένης διατροφής. Οι χρήστες καταφέρνουν όπως φαίνεται, να κατατάσσουν εύκολα τις τροφές σε καλές και κακές για την υγεία τους. Ακόμα και στις περιπτώσεις που οι ίδιοι δεν έχουν συμπάθεια, ή ευκολία να καταναλώσουν πλούσιες πρωτεϊνικά τροφές, φαίνεται πως μπορούν να ξεχωρίσουν εκείνες που συνεισφέρουν θετικά στον οργανισμό τους.

Αυτό βέβαια δικαιολογείται σημαντικά και από το ικανοποιητικό επίπεδο σπουδών των χρηστών. Είναι εύλογο πλέον πως σε μικρό χρονικό διάστημα οι χρήστες μπορούν ίσως να αυτοσυντηρηθούν με ισορροπημένες τροφές.

Οι αναλύσεις στην ανθρωπομετρία των χρηστών σε συνδυασμό με τις διατροφικές προτιμήσεις μας δηλώνουν ξεκάθαρα ότι η υποθρεψία είναι μακρινό θέμα για τους ενταγμένους σε πρόγραμμα απεξάρτησης. Με δεδομένο ότι με $\Delta\text{Μ}\Sigma < 18,5 \text{ kg/m}^2$ υπάρχει υποσιτισμός, στο εξεταζόμενο δείγμα ($N=33$) κάθε άλλο παρά κάτι τέτοιο εμφανίζεται. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι απαραίτητα οι χρήστες ναρκωτικών που έχουν ενταχθεί σε πρόγραμμα απεξάρτησης λαμβάνουν τροφές υψηλών βιταμινών ή πρωτεϊνικής αξίας. Αλλά εν πρώτοις ότι δεν έχουν πρόβλημα υποσιτισμού, με όλα τα κακά που αυτό συνεπάγεται.

Εν κατακλείδι, οι εξαρτημένοι που συμμετείχαν στην έρευνα φαίνεται πως δεν κατέχουν κανένα πρόβλημα ελλειπούς διατροφής. Η ένταξη τους σε Κέντρα Απεξάρτησης τελικά τους βοήθησε σε πολλαπλά επίπεδα, ενισχύοντας κυρίως την διατροφή τους.

4.2 Προτάσεις

Δεδομένης της ψυχολογικής και ιατρικής ιδιαιτερότητας των χρηστών ναρκωτικών είναι σημαντικό η πολιτεία να κάνει συγκεκριμένες παρεμβάσεις. Αναμφισβήτητα θεωρούμε ότι η ανάπτυξη και η εδραίωση των μονάδων απεξάρτησης συμβάλλει όπως προείπαμε, στην γενικότερη υγεία των χρηστών. Οι συγκεκριμένοι πολίτες είναι ασθενείς, το κέντρο απεξάρτησης καλείται να αναπληρώσει και τα στοιχειώδη για μια φυσιολογική και υγιή επιβίωσή τους. Ο ρόλος του διαιτολόγου σε αυτά τα κέντρα πρέπει να είναι νευραλγικός, σε συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας.

Οι προνοιακές δομές της κοινωνίας αφενός θα πρέπει να εντάξουν όλους αυτούς τους χρήστες σε οργανωμένα προγράμματα, αφετέρου θα πρέπει να υλοποιηθούν προγράμματα σίτισης ή μερικής διάθεσης τροφής και σε όσους χρήστες δεν είναι ενταγμένοι σε προγράμματα. Λόγω της γενικότερης οικονομικής δυσπραγίας και με τα κοινωνικά προβλήματα να μεγαλώνουν, ίσως οι δομές απεξάρτησης δεν είναι πλέον επαρκείς για να καλύψουν τον όγκο των εξαρτημένων ατόμων. Έτσι η διάθεση

τροφής θα πρέπει να γίνεται ακόμα και στο δρόμο. Σε στέκια, σε συνοικίες και όπου κυκλοφορούν χρήστες. Και τούτο γιατί ένας υγιής οργανισμός όχι μόνο αντέχει περισσότερο αλλά μπορεί και να αμυνθεί περισσότερο.

Η πολιτεία θα πρέπει να επενδύσει περισσότερο στη μόρφωση των παιδιών. Να υπάρχουν δηλαδή μαθήματα στα σχολεία σ' ότι αφορά τα ναρκωτικά και τη διατροφή. Σ' ότι αφορά τους ναρκομανείς θα ήταν καλό να γίνονται εκπαιδευτικά προγράμματα τόσο από γιατρούς όσο και από διαιτολόγους, για να μάθουν τα πιο βασικά για την υγεία τους και γενικά πως πλήττεται ο οργανισμός τους από τη χρήση των ναρκωτικών ουσιών.

Εν κατακλείδι τα απεξαρτημένα άτομα πρέπει να υποστηρίζονται περισσότερο από την κοινωνία, δηλαδή να υπάρχουν ειδικά προγράμματα απασχόλησης, να βρίσκουν εργασία και να μπορούν να αλλάξουν την ζωή τους. Να μην αισθάνονται απομονωμένοι από τον υπόλοιπο κόσμο. Να μπορούν να δουν τη ζωή με θετική ματιά. Να προσπαθήσουν να αλλάξουν το μέλλον τους χωρίς να δέχονται τον κοινωνικό αποκλεισμό λόγω των ταμπού της κοινωνίας μας. Αξίζουν να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή και αξίζει να τους δώσουμε μια δεύτερη ευκαιρία βοηθώντας τους, χωρίς να τους γυρίζουμε την πλάτη.

Βιβλιογραφία

- ¹ Μαλλιάρης Α.Δ. *Ναρκοτικά*, 9, Παγκόσμια Σύγχρονη Παιδεία, 1979, pp 38-39
- ² Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο Εκπαίδευσης σε θέματα ουσιοεξαρτήσεων (EATI), Ιατρική Εκπαίδευση στην Αντιμετώπιση των Ουσιοεξαρτήσεων Εγχειρίδιο για Φοιτητές Ιατρικής, pp4-5
- ³ Μεραμβελιωτάκη Μ. <http://e-psychology.gr/addictions/468-7-mythoi-kai-alithies-sxetika-me-tin-iroini>
http://www.chem.uoa.gr/chemicals/chem_methadone.htm
- ⁴ http://www.chem.uoa.gr/chemicals/chem_methadone.htm
- ⁵ Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο Εκπαίδευσης σε θέματα ουσιοεξαρτήσεων (EATI), Ιατρική Εκπαίδευση στην Αντιμετώπιση των Ουσιοεξαρτήσεων Εγχειρίδιο για Φοιτητές Ιατρικής, pp 170-173
- ⁶ http://www.incardiology.gr/farmaka/ypertasi_alla_ypertasika.html#piesikentrika
- ⁷ <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dZDsfeCR3boJ:www.alopsis.gr/modules.php%3Fname%3DNews%26file%3Darticle%26sid%3D1140+%CE%B4%CE%B9%CE%B5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CF%81%CE%B5%CE%B9+%CF%84%CE%B7%CE%BD+%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%B1%CE%B3%CF%89%CE%B3%CE%B7+hGH+%CE%BA%CE%BB%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BD%CE%B7&cd=1&hl=el&ct=clnk&gl=gr>
- ⁸ <http://www.eiep.gr/h00.asp?id=109>
- ⁹ <http://eof1.eof.gr/Syntagologio/Chapter4.htm>
- ¹⁰ http://www.ema.europa.eu/docs/el_EL/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000697/WC500058505.pdf
- ¹¹ http://www.veresies.com/index.php?option=com_content&view=article&id=210&Itemid=134&lang=el
- ¹² Τούντα Κ., Η αποκατάσταση ενός οργανισμού, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1989
- ¹³ A. Grant, S. DeHoog: *Nutritional Assessment and Support*, 4th ed. Seattle, Grant, DeHoog, 1991
- ¹⁴⁻¹⁵ L. Kathleen Mahan, Sylvia Escott-Stump: *Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy*, 9th ed. Philadelphia, Saunders Company, 1996
- ¹⁶ T. Briony: *Manual of Dietetic Practice*, 3th ed. London, Blackwell Science Ltd, 2001
- ¹⁷ A. Grant, S. DeHoog: *Nutritional Assessment and Support*, 4th ed. Seattle, Grant, DeHoog, 1991

- ¹⁸ Whitney E.N., Cataldo C.B., Rolses S.R.: *Understanding Normal and Clinical Nutrition*, 5th ed. New York, West-Wadsworth, 1998
- ¹⁹L. Kathleen Mahan, Sylvia Escott-Stump: *Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy*, 9th ed. Philadelphia, Saunders Company, 1996
- ²⁰ A. Grant, S. DeHoog: *Nutritional Assessment and Support*, 4th ed. Seattle, Grant, DeHoog, 1991
- ²¹ Whitney E.N., Cataldo C.B., Rolses S.R.: *Understanding Normal and Clinical Nutrition*, 5th ed. New York, West-Wadsworth, 1998
- ²² A. Grant, S. DeHoog: *Nutritional Assessment and Support*, 4th ed. Seattle, Grant, DeHoog, 1991
- ²³ J. S. Garrow, W.P.T. James: *Human Nutrition and Dietetics*, 9th ed. London, Churchill Livingstone, 1998
- ²⁴ Μανιός Γ. Διατροφική Αξιολόγηση, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2006,pp189
- ²⁵National Centre for Health Statistics. Analytic and reporting guidelines: The Third National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES III (1988-1994). Hyattsville, Md: National Centre for Health Statistics; 1996
- ²⁶ Μανιός Γ. Διατροφική Αξιολόγηση, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2006, pp199-202
- ²⁷ Μαρκάκη Α. Σημειώσεις :Διατροφή και Σχεδιασμός Διαιτολογίου για Φυσιολογικές Καταστάσεις I, 2011,pp26
- ²⁸⁻²⁹⁻³⁰⁻³¹ Σ.Ν.Γεωργιαννός: Φυσιολογία της θρέψης, μεταβολισμός και τεχνητή εντερική και παρεντερική διατροφή, Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιανός, Αθήνα 1988
- ³² A. Grant, S. DeHoog: *Nutritional Assessment and Support*, 4th ed. Seattle, Grant, DeHoog, 1991
- ³³ Διατροφή και Δημόσια Υγεία, Δ. Μπαρμπάκας, 2003
- ³⁴ Μανιός Γ. Διατροφική Αξιολόγηση, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2006, pp 242-245
- ³⁵⁻³⁶ Μ.Πάσσος: Σημειώσεις μαθήματος: Διατροφή και Μεταβολισμός, 2001
- ³⁷ A. Grant, S. DeHoog: *Nutritional Assessment and Support*, 4th ed. Seattle, Grant, DeHoog, 1991
- ³⁸L. Kathleen Mahan, Sylvia Escott-Stump: *Krause's Food, Nutrition and Diet Therapy*, 9th ed. Philadelphia, Saunders Company, 1996

³⁹ Tomailo PP. Malnutrition in the elderly: its recognition and treatment, *Compr Ther.* 1985 Aug; 11(8): 54-8.

⁴⁰ Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο Εκπαίδευσης σε θέματα ουσιοεξαρτήσεων (EATI), Ιατρική Εκπαίδευση στην Αντιμετώπιση των Ουσιοεξαρτήσεων Εγχειρίδιο για Φοιτητές Ιατρικής, pp 36

⁴¹ Chandra S, Chandra RK. : Nutrition, immune response, and outcome., *Prog Food Nutr Sci.* 1986; 10 (1-2) :1-65

⁴²⁻⁴³ Sullivan DH. : *The role of nutrition in increased morbidity and mortality*, *Clin Geriatr Med.* 1995 Nov; 11(4): 661-74.

⁴⁴ Grogan NL, Pasvogel A.: The influence of protein-calorie malnutrition on quality of life in nursing homes, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003 Feb;58(2):159-64.

⁴⁵ Centers for disease control and prevention, *Drug Overdose Deaths- Florida, 2003-2009*, 60, 2011, pp 869-872

Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6026.pdf>

⁴⁶ Pani P. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* , official journal of Europad, 13(1), 2011, pp 1-40

Available from: <http://pain-topics.org/pdf/europad/HeroinAdd13-1.pdf>

⁴⁷ Janet E. Forrester, *Nutritional Alterations in Drug Abusers with and without HIV*, 2(3), 2006, pp 173-179

Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1820890/pdf/nihms13251.pdf>

⁴⁸ Alves D. ,Costa AF, Custodio D., Natario L., Ferro- Lebres V., Andrade F. *Housing and employment situation, body mass index (BMI) and dietary habits of heroin addicts in methadone maintenance treatment*, 13(1), 2011, pp 11-14

Available from: <http://pain-topics.org/pdf/europad/HeroinAdd13-1.pdf>

⁴⁹ Alves D. ,Costa AF, Custodio D., Natario L., Ferro- Lebres V., Andrade F. *Influence of socio-demographic issues in body mass index (BMI) and dietary habits of heroin addicts in methadone maintenance treatment*

Available from: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5786/3/POSTER.Europad.pdf>

⁵⁰ Janet E. Forrester, *Alterations in Drug Abusers with and without HIV*, 2(3), 2006, pp 173-179 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1820890/pdf/nihms13251.pdf>

⁵¹ Alves D. ,Costa AF, Custodio D., Natario L., Ferro- Lebres V., Andrade F. Housing and employment situation, body mass index (BMI) and dietary habits of heroin addicts in methadone maintenance treatment,13(1),2011,pp 11-14,

Available from: <http://pain-topics.org/pdf/europad/HeroinAdd13-1.pdf>

⁵²Alves D. ,Costa AF, Custodio D., Natario L., Ferro- Lebres V., Andrade F. Influence of socio-demographic issues in body mass index (BMI) and dietary habits of heroin addicts in methadone maintenance treatment,

Available from: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5786/3/POSTER.Europad.pdf>

⁵³⁻⁵⁴ Pani P. Heroin Addiction and Related Clinical Problems , official journal of Europad,13(1),2011,pp 1-40, Available from: <http://pain-topics.org/pdf/europad/HeroinAdd13-1.pdf>

⁵⁵ Janet E. Forrester,*Nutritional Alterations in Drug Abusers with and without HIV*,2(3),2006,pp 173-179

Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1820890/pdf/nihms13251.pdf>

⁵⁶ Mohs ME, Watson RR, Leonard-Green T Nutritional effects of marijuana, heroin, cocaine, and nicotine, journal article,90(9),1990,pp 1261-1267,

Available from:

<http://europepmc.org/abstract/MED/2204648/reload=0;jsessionid=3BWQPrGEgREFzWivIsL.10>

⁵⁷ Stevens Negus S. Choice between Heroin and food in Nondependent and Heroin-Dependent Rhesus Monkeys: Effects of Naloxone, Buprenorphine, and Methadone,2006,pp 711-723,

Available from: <http://jpet.aspetjournals.org/content/317/2/711.full.pdf+html>

⁵⁸ Mysels D,Vosburg S., Benga I., Frances R., Sullivan M. , Course of weight change during naltrexone vs. methadone maintenance for opioid- dependent patients, 7(1), 2011, pp 47-53,

Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3111025/pdf/nihms295332.pdf>

⁵⁹ Kolarzyk E, Chrostek Maj J, Pach D, Janik A, Kwiatkowski J, Szurkowska M. Assesment of daily nutrition ratios opiate-dependent persons before and after 4 years of methadone maintenance treatment,62(6),2005, pp 368-372,

Available from:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16225071>

⁶⁰Gambera SE, Clarke JA. Comments on dietary intake of drug dependent persons,68(2),1976,pp 155-157

Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1245716>

⁶¹ Hulse G.K, Milne E, English D.R, Holman C.D.J The relationship between maternal use of heroin and methadone and infant birth weight,92(11),1997, pp 1571-1579

Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1997.tb02877.x/abstract>

⁶²Kandall S.R, Albin S, Lowinson J., Berle B.,Eidelman A.I. Gartner L.M. Differential Effects of Maternal Heroin and Methadone Use of Birth Weight,58(5),1976, pp 681-685

Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/58/5/681.short>

⁶³ www.kentro.org (Αμβροσίου Φραντζή 14, Αθήνα)

⁶⁴ www.epistrofi.com (Μεσσαπίου 28, Αθήνα)

⁶⁵ Pillion 2004;Piccoli;2004.2005;Castaneda-Sceppa.2007

⁶⁶ A Guide to the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for Adults, Edited on behalf of MAG by Vera Todorovic, Christine Russell and Marinos Elia, 2007

Available from: http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf

⁶⁷<http://motherchildnutrition.org/early-malnutrition-detection/detection-referral-children-with-acute-malnutrition/interpretation-of-muac-indicators.html#.UTRydKKjSSo>

⁶⁸http://books.google.gr/books?id=IBlu7UKI3aQC&pg=PA343&lpg=PA343&dq=MUAC+screening+tool&source=bl&ots=RURvRW5ytH&sig=89XQA5XGZiH5zN2IQ_8xYmRldBQ&hl=el&sa=X&ei=W3M0UaKWC4_R4QTctYEI&ved=0CEYQ6AEwBA#v=onepage&q=MUAC%20screening%20tool&f=false

⁶⁹Barendregt Karin,Soeters B. Peter, Allison P. Simon, Kondrup Jenss , Basic concepts in nutrition: Diagnosis of malnutrition –Screening and assessment, e-SPEN the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism, 2008, 3:e121-e125

⁷⁰http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf

⁷¹ <http://apps.medsch.ucla.edu/nutrition/weightassess.htm>

⁷² Hrciarikova D, Juraskova B, Zadak Z, Hronek M, Present state of evaluating malnutrition in the elderly – Analysing indicators, Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub, 2006;150:217-21

⁷³ Evans EM, Rowe DA, Mistic MM, Prior BM, Amgrimsson SA. (2005) Skinfold prediction equation for athletes developed using a four-component model. MSSE 37: 2006-2011.

⁷⁴ Gallagher et al., American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 72, Sept. 2000.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Πίνακας Α- Ανθρωπομετρικά στοιχεία

ΗΛΙΚΙΑ	ΒΑΡΟΣ (Kg)	Ύψος(m)	BMI(kg/m ²)	TSF	%BF ηλεκτρονικό	MUAC (Περ.βρα- χίονα)	MAMC	Σύνολο MUST	%Bf από τον τύπο
33	84,6	1,76	27,3		20,9			0	
39	76,1	1,81	23,2		14,6			0	
30	98,6	1,8	30,4		20,6			0	
34	88,8	1,8	27,4		16,8			0	
23	78,2	1,78	24,7		14,6			0	
27	56,7	1,72	19,2		9,9			1	
39	86,7	1,83	25,9		21,1			0	
31	75,8	1,72	25,6	0,98	16	36	32,92	0	16,36
29	87,9	1,71	30	1,2	20,7	35	31,23	0	20,37
24	96,9	1,88	27,4	0,84	14,9	35	32,36	0	14,5
37	75,3	1,72	25,5	0,86	16,3	31	28,3	0	16,66
32	86,1	1,8	26,6	0,68	11,8	33	30,86	0	12,52
35	72,4	1,68	25,7	1,18	21,1	32	28,29	0	21,82
28	84,6	1,79	26,4	1,02	17,6	30	26,8	0	20,21
33	69,6	1,79	21,7	0,48	8,3	29	27,49	0	10,12
29	84,3	1,86	24,4	0,88	14,4	33	30,24	0	16,04
32	88,2	1,73	29,5	1,4	23,6	34	29,6	0	24,18
26	75,4	1,8	23,3	0,82	14,5	29	26,43	0	16,96
24	83,3	1,85	24,3	0,85	15,9	33	30,33	0	15,52
24	78,9	1,88	22,3	0,56	4,9	33	31,24	0	10,37
39	73,6	1,73	24,6	0,86	15,8	33	30,3	0	15,69
32	68,9	1,64	25,6	0,82	13,5	30	27,43	0	16,42
26	88,4	1,78	27,9	1,36	20,9	37	32,73	0	21,75
33	74,6	1,83	22,3	0,78	12,2	29	26,55	0	16,17
29	76,9	1,76	24,8	0,76	11,2	35	32,61	0	13,17
32	71,8	1,77	22,9	0,58	9,1	31	29,18	0	11,4
29	58,9	1,75	19,2	0,66	12,1	29	26,93	1	13,78
23	81,4	1,74	26,9	0,94	16,4	34	31,05	0	16,6
29	75	1,83	24,8	0,66	12,4	35	32,93	0	11,49
27	73,5	1,72	24,3	0,86	15,3	32	29,3	0	16,16
26	72	1,75	23,8	0,56	9,5	30	28,24	0	11,37
32	60	1,79	19,8	0,72	13,6	32	29,74	1	13,63
23	78,2	1,86	25,2	0,62	9,8	31	29,05	0	12,16

Πίνακας Β- Ερωτήσεις

φύλο	Πόσο καιρό είστε χρήστης;	Πόσα γεύματα καταναλώνετε ημερησίως;	που τρώτε συνήθως;	η όρεξή σας κατά τη διάρκεια χρήσης, ήταν;	η όρεξή σας κατά τη διάρκεια απεξάρτησης, είναι;
A			κέντρο απεξάρτησης	κακή	καλή
A	>10 χρόνια	3-5	κέντρο, έξω	κακή	πολύ καλή
A	>10 χρόνια	>5	κέντρο, έξω	κακή	πολύ καλή
A	>10 χρόνια	<3	κέντρο	καλή	πολύ καλή
A	2-10	3-5	κέντρο	μέτρια	μέτρια
A	>10	<3	κέντρο	καλή	κακή
A	>10	3-5	κέντρο	καλή	καλή
A	>10	<3	έξω	κακή	πολύ καλή
A	>10	>5	έξω	μέτρια	πολύ καλή
A	>10	<3	έξω	μέτρια	πολύ καλή
A	2-10	<3	έξω	κακή	κακή
A	>10	<3	έξω	μέτρια	καλή
A	>10	<3	έξω	κακή	πολύ καλή
A	2-10	<3	κέντρο , έξω	κακή	πολύ καλή
A	>10	3-5	έξω	κακή	πολύ καλή
A	2-10	<3	έξω	κακή	καλή
A	>10	<3	έξω	κακή	μέτρια
A	>10	<3	κέντρο	κακή	καλή
A	>10	3-5	κέντρο	κακή	πολύ καλή
A	2-10	3-5	κέντρο	μέτρια	πολύ καλή
A	>10	<3	κέντρο	κακή	πολύ καλή
A	2-10	<3	κέντρο	κακή	καλή
A	2-10	3-5	κέντρο	κακή	πολύ καλή
A	>10	<3	κέντρο	κακή	πολύ καλή
A	>10	<3	κέντρο	μέτρια	καλή
A	>10	<3	κέντρο	κακή	πολύ καλή
A	>10	<3	κέντρο	μέτρια	καλή
A	2-10	<3	κέντρο	κακή	πολύ καλή
A	2-10	<3	κέντρο	κακή	πολύ καλή
A	2-10	3-5	κέντρο	κακή	πολύ καλή
A	2-10	<3	κέντρο	μέτρια	καλή
A	>10	3-5	κέντρο	κακή	καλή
A	2-10	3-5	κέντρο	μέτρια	πολύ καλή

Πίνακας Γ- Ερωτήσεις

ποιες τροφές προτιμάτε να καταναλώνετε συνήθως;	ποιες τροφές αποφεύγετε να καταναλώσετε;	ποιες τροφές πιστεύετε πως σας κάνουν καλό;
κρέας κρέας κρέας σπιτικό διατροφή οτιδήποτε με κρέας σνίτσελ, σαλάτες σαλάτες, ζυμαρικά φρούτα, λαχανικά, κρέατα γλυκά, μακαρόνια κρέας, ζυμαρικά κρέας ζυμαρικά, κρέας ζυμαρικά, κρέας όλες κρέας, λαχανικά μακαρόνια, κρέας μακαρόνια, κρέας όλες όλες κρέας, ψωμί, ζυμαρικά Κρέας ζυμαρικά κρεατικά σουβλάκι κρέας, σαλάτες μακαρόνια, κρέας κοτόπουλο, μπριζόλες κρέας ζυμαρικά κρέας, πατάτες κρέας, ζυμαρικά κρεατικά κρέας, ψωμί, ζυμαρικά	φρούτα τηγανιτά λιπαρά, γλυκό σουβλάκια, πίτσες λαχανικά λίπος τηγανιτά χόρτα, ψάρια καμία όσπρια, λαχανικά καμία όσπρια ψάρια καρύδια αλάτι, ζάχαρη όσπρια λαδερά καμία καμία φρούτα, όσπρια, ψάρια όσπρια λαδερά όσπρια ρεβύθια σπανάκι λαχανικά ψαρόσουπα όσπρια λιπαρά, γλυκό όσπρια φρούτα, λαχανικά λαδερά φρούτα, όσπρια, ψάρια	λαχανικά φρούτα, λαχανικά κρέας, λαχανικά, φρούτα φρούτα, λαχανικά φρούτα σαλάτες, κρεατικά φρούτα, όσπρια, λαχανικά κρέας,, φρούτα μακαρόνια, πατάτες, φρούτα κρέας, λαχανικά λαχανικά σαλάτες, λαχανικά σπιτικά φαγητά καρύδια όσπρια ψάρια κρέας όσπρια, φρούτα όσπρια φρούτα, σαλάτες, κρέας, όσπρια γαλακτοκομικά όσπρια φρούτα ψάρι, κρέας όσπρια, φρούτα, λαχανικά ψάρι, σαλάτες φασολάδα όσπρια φρούτα, λαχανικά ψάρι, σαλάτα κρέας γαλακτοκομικά φρούτα, σαλάτες, κρέας, όσπρια

Πίνακας Δ- Ερωτήσεις

ποιες τροφές πιστεύετε πως δεν σας κάνουν καλό;	επίπεδο σπουδών:	διάρκεια απεξάρτησης:	παίρνετε κάποιο συμπλήρωμα τροφής;
τηγανιτά, λιπαρά κρέας λιπαρό	λύκειο	1 μήνα	όχι
λιπαρές τροφές, fast food	πανεπιστήμιο/τει	3,5 μήνες	ναι (πρωτεΐνες,αμινοξέα)
χοιρινό σουβλάκια	λύκειο		ναι (πολυβιταμίνες,καρνιτίνη)
λιπος από κρέας , γλυκά	πανεπιστήμιο/τει		όχι
λιπαρά τηγανιτά	λύκειο	3 εβδομάδες	όχι
γλυκά, λιπαρές τροφές	γυμνάσιο	6,5 μήνες	όχι
γλυκά, σοκολάτες	γυμνάσιο	4 μήνες	όχι
γλυκά, λαδερά	λύκειο	10 μήνες	όχι
κρέας		6 μήνες	όχι
τηγανιτά	πανεπιστήμιο/τει	10 μήνες	όχι
fast food	λύκειο	9 μήνες	όχι
όλες	λύκειο	5,5 μήνες	όχι
αλάτι, ζάχαρη	λύκειο	9,5 μήνες	όχι
αλλαντικά	πανεπιστήμιο/τει	7 μήνες	όχι
λαδερά	γυμνάσιο	5 μήνες	όχι
γλυκά	γυμνάσιο	15 μέρες	όχι
λαδερά	γυμνάσιο	2 μήνες	όχι
λαδερά ,fast food	λύκειο	1 μήνα και 3 μέρες	όχι
όσπρια	λύκειο	1 μήνα και 10 μέρες	όχι
κοκκινιστά	πανεπιστήμιο/τει	4 μήνες και 5 μέρες	όχι
ζυμαρικά	IEK	2 μήνες	όχι
τηγανιτά	γυμνάσιο	1,5 μήνα	όχι
γλυκά	γυμνάσιο	1,5 μήνα	όχι
γλυκά	γυμνάσιο	2	όχι
σουβλάκια	λύκειο	1 μήνα	όχι
κρέας	γυμνάσιο	2 μήνες	όχι
γλυκά	λύκειο	2,5 μήνες	όχι
λιπαρά τηγανιτά	γυμνάσιο	2 μήνες	όχι
fast food	λύκειο	2 μήνες	όχι
λιπαρά τηγανιτά	λύκειο	1 μήνα	όχι
λαδερά ,fast food	λύκειο		όχι

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

1.Το ερωτηματολόγιο που δόθηκε είναι το εξής:

Ηλικία:..... Άνδρας:..... Γυναίκα:.....

Ύψος:..... Βάρος:..... BMI:..... %BF:..... Περίμετρος βραχίονα.....

1.Πόσο καιρό είστε χρήστης; <2 χρόνια 2-10 χρόνια >10χρόνια.....

2.Πόσα γεύματα καταναλώνετε ημερησίως; <3..... 3-5..... >5.....

3.Πού τρώτε συνήθως; Κέντρο απεξάρτησης..... Έξω.....

4.Η όρεξή σας κατά τη διάρκεια χρήσης, ήταν:

Κακή..... Μέτρια..... Καλή..... Πολύ καλή.....

5.Η όρεξή σας κατά τη διάρκεια απεξάρτησης, είναι:

Κακή..... Μέτρια..... καλή..... Πολύ καλή.....

6.Ποιες τροφές προτιμάτε να καταναλώνετε συνήθως;.....

7.Ποιες τροφές αποφεύγετε να καταναλώσετε;.....

8.Ποιες τροφές πιστεύετε πως σας κάνουν καλό;

9.Ποιες τροφές πιστεύετε πως δεν σας κάνουν καλό;

10.Παίρνετε κάποιο συμπλήρωμα διατροφής; ΝΑΙ:..... ΟΧΙ:.....

Αν ναι, τι είδους;

11.Επίπεδο σπουδών: Δημοτικό..... Γυμνάσιο..... Λύκειο..... Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ.....

12.Διάρκεια απεξάρτησης:.....

Πίνακας Α' - Ανθρωπομετρικά στοιχεία

ΗΛΙΚΙΑ	ΒΑΡΟΣ (Kg)	ΥΨΟΣ (m)	BMI (Kg/m ²)	TSF	%BF ηλεκτρονικό	ΜΙΥΑC (Περ. βραχίονα)	ΜΑΜC	Σύνολο ΜΙΥΤ	%BF από τον τύπο
33	84,6	1,76	27,3		20,9			0	
39	76,1	1,81	23,2		14,6			0	
30	98,6	1,8	30,4		20,6			0	
34	88,8	1,8	27,4		16,8			0	
23	78,2	1,78	24,7		14,6			0	
27	56,7	1,72	19,2		9,9			1	
39	86,7	1,83	25,9		21,1			0	
31	75,8	1,72	25,6	0,98	16	36	32,92	0	16,36
29	87,9	1,71	30	1,2	20,7	35	31,23	0	20,37
24	96,9	1,88	27,4	0,84	14,9	35	32,36	0	14,5
37	75,3	1,72	25,5	0,86	16,3	31	28,3	0	16,66
32	86,1	1,8	26,6	0,68	11,8	33	30,86	0	12,52
35	72,4	1,68	25,7	1,18	21,1	32	28,29	0	21,82
28	84,6	1,79	26,4	1,02	17,6	30	26,8	0	20,21
33	69,6	1,79	21,7	0,48	8,3	29	27,49	0	10,12
29	84,3	1,86	24,4	0,88	14,4	33	30,24	0	16,04
32	88,2	1,73	29,5	1,4	23,6	34	29,6	0	24,18
26	75,4	1,8	23,3	0,82	14,5	29	26,43	0	16,96
24	83,3	1,85	24,3	0,85	15,9	33	30,33	0	15,52
24	78,9	1,88	22,3	0,56	4,9	33	31,24	0	10,37
39	73,6	1,73	24,6	0,86	15,8	33	30,3	0	15,69
32	68,9	1,64	25,6	0,82	13,5	30	27,43	0	16,42
26	88,4	1,78	27,9	1,36	20,9	37	32,73	0	21,75
33	74,6	1,83	22,3	0,78	12,2	29	26,55	0	16,17
29	76,9	1,76	24,8	0,76	11,2	35	32,61	0	13,17
32	71,8	1,77	22,9	0,58	9,1	31	29,18	0	11,4
29	58,9	1,75	19,2	0,66	12,1	29	26,93	1	13,78
23	81,4	1,74	26,9	0,94	16,4	34	31,05	0	16,6
29	75	1,83	24,8	0,66	12,4	35	32,93	0	11,49
27	73,5	1,72	24,3	0,86	15,3	32	29,3	0	16,16
26	72	1,75	23,8	0,56	9,5	30	28,24	0	11,37
32	60	1,79	19,8	0,72	13,6	32	29,74	1	13,63
23	78,2	1,86	25,2	0,62	9,8	31	29,05	0	12,16

Πίνακας Β' - Ερωτήσεις

ΦΥΛΟ	Πόσο καιρό είστε χρήστης;	Πόσα γεύματα καταναλώνετε ημερησίως;	που τρώτε συνήθως;	η όρεξη σας κατά τη διάρκεια χρήσης, ήταν:	η όρεξη σας κατά τη διάρκεια απεξάρτησης, είναι:
A			κέντρο απεξάρτησης	κακή	καλή
A	>10 χρόνια	3-5	κέντρο, έξω	κακή	πολύ καλή
A	>10 χρόνια	>5	κέντρο, έξω	κακή	πολύ καλή
A	>10 χρόνια	<3	κέντρο	καλή	πολύ καλή
A	2-10	3-5	κέντρο	μέτρια	μέτρια
A	>10	<3	κέντρο	καλή	κακή
A	>10	3-5	κέντρο	καλή	καλή
A	>10	<3	έξω	κακή	πολύ καλή
A	>10	>5	έξω	μέτρια	πολύ καλή
A	>10	<3	έξω	μέτρια	πολύ καλή
A	2-10	<3	έξω	κακή	κακή
A	>10	<3	έξω	μέτρια	καλή
A	>10	<3	έξω	κακή	πολύ καλή
A	2-10	<3	κέντρο , έξω	κακή	πολύ καλή
A	>10	3-5	έξω	κακή	πολύ καλή
A	2-10	<3	έξω	κακή	καλή
A	>10	<3	έξω	κακή	μέτρια
A	>10	<3	κέντρο	κακή	καλή
A	>10	3-5	κέντρο	κακή	πολύ καλή
A	2-10	3-5	κέντρο	μέτρια	πολύ καλή
A	>10	<3	κέντρο	κακή	πολύ καλή
A	2-10	<3	κέντρο	κακή	καλή
A	2-10	3-5	κέντρο	κακή	πολύ καλή
A	>10	<3	κέντρο	κακή	πολύ καλή
A	>10	<3	κέντρο	μέτρια	καλή
A	>10	<3	κέντρο	κακή	πολύ καλή
A	>10	<3	κέντρο	μέτρια	καλή
A	2-10	<3	κέντρο	κακή	πολύ καλή
A	2-10	<3	κέντρο	κακή	πολύ καλή
A	2-10	3-5	κέντρο	κακή	πολύ καλή
A	2-10	<3	κέντρο	μέτρια	καλή
A	>10	3-5	κέντρο	κακή	καλή
A	2-10	3-5	κέντρο	μέτρια	πολύ καλή

Πίνακας Γ' - Ερωτήσεις

ποιες τροφές προτιμάτε να καταναλώνετε συνήθως;	ποιες τροφές αποφεύγετε να καταναλώσετε;	ποιες τροφές πιστεύετε πως σας κάνουν καλό;
κρέας	φρούτα	λαχανικά
κρέας	τηγανιτά	φρούτα,λαχανικά
κρέας	λιπαρά,γλυκό	κρέας,λαχανικά, φρούτα
σπιτικό διατροφή	σουβλάκια, πίτσες	φρούτα,λαχανικά
οτιδήποτε με κρέας	λαχανικά	φρούτα
σνίτσελ, σαλάτες	λίπος	σαλάτες, κρεατικά
σαλάτες, ζυμαρικά	τηγανιτά	φρούτα, όσπρια, λαχανικά
φρούτα, λαχανικά, κρέατα	χόρτα, ψάρια	κρέας,,φρούτα
γλυκά, μακαρόνια	καμία	μακαρόνια, πατάτες,φρούτα
κρέας, ζυμαρικά	όσπρια, λαχανικά	κρέας, λαχανικά
κρέας	καμία	λαχανικά
ζυμαρικά, κρέας	όσπρια	σαλάτες,λαχανικά
ζυμαρικά, κρέας	ψάρια	σπιτικά φαγητά
όλες	καρύδια	καρύδια
κρέας, λαχανικά	αλάτι, ζάχαρη	όσπρια
μακαρόνια,κρέας	όσπρια	ψάρια
μακαρόνια,κρέας	λαδερά	κρέας
όλες	καμία	όσπρια, φρούτα
όλες	καμία	όσπρια
κρέας, ψωμί,ζυμαρικά	φρούτα, όσπρια, ψάρια	φρούτα,σαλάτες,κρέας,όσπρια
κρέας	όσπρια	γαλακτοκομικά
ζυμαρικά	λαδερά	όσπρια
κρεατικά	όσπρια	φρούτα
σουβλάκι	ρεβύθια	ψάρι, κρέας
κρέας, σαλάτες	σπανάκι	όσπρια, φρούτα, λαχανικά
μακαρόνια,κρέας	λαχανικά	ψάρι,σαλάτες
κοτόπουλο, μπριζόλες	ψαρόσουπα	φασολάδα
κρέας	όσπρια	όσπρια
ζυμαρικά	λιπαρά,γλυκό	φρούτα, λαχανικά
κρέας, πατάτες	όσπρια	ψάρι, σαλάτα
κρέας, ζυμαρικά	φρούτα, λαχανικά	κρέας
κρεατικά	λαδερά	γαλακτοκομικά
κρέας, ψωμί,ζυμαρικά	φρούτα, όσπρια, ψάρια	φρούτα,σαλάτες,κρέας,όσπρια

Πίνακας Δ' - Ερωτήσεις

Ποιες τροφές πιστεύετε πως δεν σας κάνουν καλό;	επίπεδο σπουδών:	διάρκεια απεξάρτησης:	παιρνετε κάποιο συμπλήρωμα διατροφής;
τηγανητά,λιπαρά κρέας λιπαρό	λύκειο	1 μήνα	όχι
λιπαρές τροφές,fast food	πανεπιστήμιο/τει	3,5 μήνες	ναί (πρωτεΐνες,αμινοξέα)
χοιρινό	λύκειο		ναί (πολυβιταμίνες,καρνιτίνη)
σουβλάκια	πανεπιστήμιο/τει		όχι
λίπος από κρέας , γλυκά	πανεπιστήμιο/τει		όχι
λιπαρά τηγανιτά	λύκειο	3 εβδομάδες	όχι
γλυκά, λιπαρές τροφές	γυμνάσιο	6,5 μήνες	όχι
γλυκά, σοκολάτες	γυμνάσιο	4 μήνες	όχι
γλυκά,λαδερά	λύκειο	10 μήνες	όχι
κρέας		6 μήνες	όχι
τηγανιτά	πανεπιστήμιο/τει	10 μήνες	όχι
fast food	λύκειο	9 μήνες	όχι
όλες	λύκειο	5,5 μήνες	όχι
αλάτι, ζάχαρη	λύκειο	9,5 μήνες	όχι
αλλαντικά	πανεπιστήμιο/τει	7 μήνες	όχι
λαδερά	γυμνάσιο	5 μήνες	όχι
γλυκά	γυμνάσιο	15 μέρες	όχι
λαδερά	γυμνάσιο	2 μήνες	όχι
λαδερά ,fast food	λύκειο	1 μήνα και 3 μέρες	όχι
όσπρια	λύκειο	1 μήνα και 10 μέρες	όχι
κοκκινιστά	πανεπιστήμιο/τει	4 μήνες και 5 μέρες	όχι
ζυμαρικά	IEK	2 μήνες	όχι
τηγανιτά	γυμνάσιο	1,5 μήνα	όχι
γλυκά	γυμνάσιο	1,5 μήνα	όχι
γλυκά	γυμνάσιο	2	όχι
σουβλάκια	λύκειο	1 μήνα	όχι
κρέας	γυμνάσιο	2 μήνες	όχι
γλυκά	λύκειο	2,5 μήνες	όχι
λιπαρά τηγανιτά	γυμνάσιο	2 μήνες	όχι
fast food	λύκειο	2 μήνες	όχι
λιπαρά τηγανιτά	λύκειο	1 μήνα	όχι
λαδερά ,fast food	λύκειο		όχι