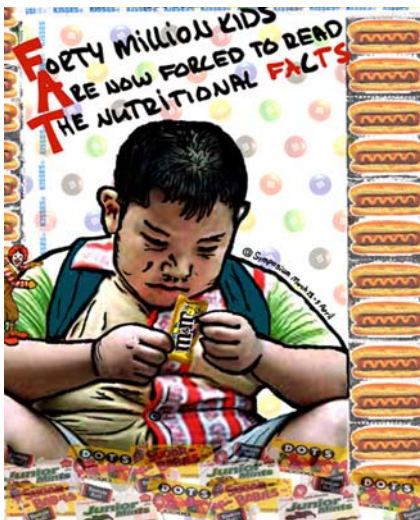


ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ Α΄ ΛΥΚΕΙΟΥ '05-'06

« Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΤΑ  
ΤΑ ΕΦΗΒΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΠΙΘΑΝΕΣ  
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ  
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ»



Κανάρη Γεωργία

Κατσαμπή Λουίζα Α΄2/Λ

Υπεύθ. Καθ.: Α. Τσαγκογέωργα

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Παρουσίαση προβλήματος (σελ.2)
2. Υλικά (σελ.3)
3. Παρουσίαση σκοπού (σελ.4)
4. Παράμετροι που δεν επηρεάζουν την έρευνα (σελ.5)
5. Ορισμός μεταβλητών (σελ.6)
6. Αποτελέσματα έρευνας και ανάλυση τους (σελ.7-12)
7. Βιβλιογραφία (σελ.13)

# ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Με την έρευνα αυτή προσπαθούμε να εντοπίσουμε τους παράγοντες που έχουν κατατάξει τη χώρα μας στην πρώτη θέση των παχύσαρκων Ευρωπαίων εφήβων. Επίσης στην έρευνα μας θα μελετήσουμε και τις ποικίλες είτε σωματικές(μεταβολικές-ορμονικές π.χ διαταραχές περιόδου, μικρότερη σωματική ανάπτυξη, πρόωμη έναρξη εφηβείας και καρδιοαναπνευστικά προβλήματα) είτε ψυχικές(ψυχοκοινωνικές π.χ νευρογενής ανορεξία ή βουλιμία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, τάσεις απομόνωσης) επιπτώσεις που φέρει η εφηβική παχυσαρκία. Για αυτό το λόγο έχουμε φτιάξει ένα ερωτηματολόγιο, όπου είναι συγκεντρωμένες οι εμπειρίες και οι απόψεις διαφόρων μαθητών, που βρίσκονται στην εφηβεία (δηλαδή 12-18 ετών).

# ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΚΟΠΟΥ

Σκοπός της έρευνάς μας είναι να προσδιορίσουμε τη σχέση μεταξύ της καθημερινότητας και των υποχρεώσεων των εφήβων με τη συχνή εμφάνιση προβλημάτων της παχυσαρκίας. Έτσι μέσω της έρευνας μας θα προσπαθήσουμε να μειώσουμε τις πιθανότητες της εμφάνισης της παχυσαρκίας ερευνώντας τα αίτια που οδηγούν σε αυτήν την ασθένεια . Δυστυχώς ως σήμερα δεν έχει επιτευχθεί κανένας αποτελεσματικός τρόπος έτσι ώστε να αποφευχθεί η ασθένεια αυτή. Έτσι έχουμε σταδιακή αύξηση προβλημάτων παχυσαρκίας λόγω της αισθητής έλλειψης χρόνου και των υπερβολικά αυξημένων υποχρεώσεων της καθημερινότητας .

Τελευταία στατιστικά δεδομένα που παρουσιάστηκαν σε σχετικά ιατρικά συνέδρια μιλούν για περίπου 4 στα 10 παχύσαρκα παιδιά, κάτω των δέκα ετών. Από αυτά μάλιστα πάλι 4 στα 10 έχουν τουλάχιστον ένα γονιό παχύσαρκο, ενώ η μεγάλη πλειοψηφία έχουν και τους δύο. Ειδικότερα στοιχεία από τη Βόρεια Ελλάδα έδειξαν ότι η παχυσαρκία είναι συχνότερη στα παιδιά σε σχέση με τους εφήβους. Ο INKA

αναφέρει σε έκθεση του ότι "Τρέφουμε τα πιο αμόρφωτα, αγύμναστα και παχύσαρκα (ή υπέρβαρα) παιδιά". Είναι σίγουρα μια ακραία και σοκαριστική άποψη, αλλά δυστυχώς τα τελευταία στοιχεία αποδεικνύουν τουλάχιστον τα δύο τελευταία χαρακτηριστικά, αφού τα παιδιά στη χώρα μας ασκούνται όλο και λιγότερο και τρέφονται ολοένα και με χειρότερο τρόπο.

## ΥΛΙΚΑ ΕΡΕΥΝΑΣ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ηλικία:

Δ.Σ.Μ\*

Αποτέλεσμα

- 1) Πόσα κιλά ειστε?
- 2) Τι ύψος έχετε?
- 3) Κάνετε καποιο αθλημα?
- 4) Με τι ασχολείστε στον ελευθερό σας χρόνο?
- 5) Τρώτε junk food και αν ναι πόσο συχνά?
- 6) Πιστεύετε ότι η έλλειψη ελεύθερου χρόνου λόγω σχολικών υποχρεώσεων παίζει ρόλο στο γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό των εφήβων δεν γυμνάζετε?
- 7) Ποιες είναι οι διατροφικές σας συνήθειες?
- 8) Έχετε κάνει ποτέ σας δίαιτα, και αν ναι ποια τα αποτελεσματα?
- 9) Αν ησασταν παχύσαρκος/η ποιο τρόπο θα επιλέγατε να χάσετε τα παραπάνω κιλά που θα είχατε?
- 10) Θα γινόσουν ποτέ ανορεξικός/η ή βουλιμικός/η ώστε να έφτανες στα επιθυμητά κιλά?

# ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Οι παράμετροι που δεν επηρέασαν την έρευνά μας είναι οι εξής:

1. η τάξη των μαθητών
2. κληρονόμικότητα
3. διατροφικές συνηθειες του περίγυρου
4. κλιματολόγοκές συνθήκες
5. το κάπνισμα
6. τόπος διαμονής

# ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

## **Άνω και κάτω όρια**

### A) ανεξάρτητη μεταβλητή:

κατανάλωση λιπαρών τροφών μετρημένες σε θερμίδες (kcal)

Άνω όριο: 3000 kcal

Κάτω όριο: 1500 kcal

### B) εξαρτημένη μεταβλητή:

Ποσοστά εμφάνισης παχυσαρκίας σε %

Άνω όριο: 90%

Κάτω όριο: 5%



# ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥΣ

Από το ερωτηματολόγιο που φτιάξαμε και στο οποίο απάντησαν μαθητές γυμνασίου και λυκείου μπορούμε να καταλήξουμε στα εξής συμπεράσματα:

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων μαθητών διαπιστώσαμε πως η πλειοψηφία τους δεν έχει δυστυχώς ελεύθερο χρόνο λόγω των αυξημένων σχολικών τους υποχρεώσεων με συνέπεια την εμφάνιση όλο και πιο πολλών προβλημάτων που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Έτσι οι μαθητες δεν εχουν αρκετό χρόνο ώστε να μπορέσουν να ασκηθούν έτσι ώστε να κάνουν κάποιες καύσεις για να μην οδηγηθούν στην παχυσαρκία. Βέβαια σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση αυτής της ασθένειας δεν παίζει μόνο η σωματική άσκηση αλλά και οι διατροφικές συνήθειες, οι οποίες δεν μπορούμε να πούμε πως είναι και οι καλύτερες που έχει η σημερινή κοινωνία. Χαρακτηρίσαμε τις διατροφικές συνήθειες των μαθητων όχι και τόσο καλές, διότι προτιμούν πιο πολύ να τρώνε τα τρόφιμα από τα fast food, τα οποία βλάπτουν την υγεία λόγω των μειωμένων θρεπτικών συστατικών που περιέχουν. Οι μαθητές στην ερωτησή μας γιατί

προτιμούν αυτού του είδους τα φαγητά μας απάντησαν πως οι λόγοι είναι δύο. Πρώτον γιατί προφανώς τους αρέσουν, αλλά και γιατί οι μητέρες τους κυριώς δεν προλαβαίνουν να μαγειρέψουν εξαιτίας των υποχρεώσεών τους. Αυτό είναι βασικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η κοινωνία μας, γιατί λόγω του ελάχιστου χρόνου που έχουμε αναγκάζομαστε να καταναλώνουμε τροφές πλούσιες σε θερμίδες και να καταστρέφουμε συγχρόνως την υγεία μας. Με αυτή την έρευνα μπορέσαμε επίσης να διαπιστώσουμε πως το 30% των ερωτηθέντων είναι κορίτσια, τα οποία μας απάντησαν πως αν ήταν παχύσαρκα δεν θα δίσταζαν να γίνουν ανορεξικές ή βουλιμικές, ώστε να αποφύγουν την παχυσαρκία. Αυτό δείχνει πως δυστυχώς όλο και περισσότερο τα ΜΜΕ μας ασκούν επιρροή προβαλλοντάς μας τον ιδανικό γυναικείο σωματότυπο, δηλαδή το σώμα των μοντέλων. Εμείς πιστεύουμε πως είναι ανόητο να προσπαθούμε να γίνουμε κάτι που μπορεί να μας στερήσει τη ζωή, όπως η νευρική ανορεξία και να μην κάνουμε μία σωστή διατροφή, που να περιέχει όλα τα απαραίτητα στοιχεία. Στα παρακάτω κείμενα που τα έχουμε βρει από το internet μπορείτε να διαβάσετε τι είναι ακριβώς αυτές οι αρρωστιές και τι μπορούν να προκαλέσουν.

Η νευρική ανορεξία μπορεί να εκδηλωθεί σε όλες τις ηλικίες, εντούτοις είναι συχνότερη στην εφηβεία μεταξύ 13 και 20 ετών (1 αγόρι στα 10 κορίτσια που πάσχουν).

Εφ' εξής νομιμοποιούμεθα να χρησιμοποιούμε λοιπόν την λέξη «η ασθενής» και να αναφερόμαστε σ' αυτές τις ηλικίες.

### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ:

1. Απώλεια βάρους (πάνω από 10% του αρχικού) σχετιζόμενη με μία έντονη επιθυμία ισχνότητας.
2. Εσφαλμένη εκτίμηση (διαστρέβλωση) για το βάρος και τη μορφή του σώματός της σε βαθμό που να μπορεί να δει το «λίπος» της ακόμα και όταν το σώμα της είναι αποστεωμένο.
3. Αμηνόρροια (απουσία 3 τουλάχιστον εμμήνων ρύσεων)

Πιο ειδικά συμπτώματα συμπληρώνουν την εικόνα της νευρικής ανορεξίας (σε ανάλογα χρονικά στάδια της νόσου, δηλ. όχι όλα εξ' αρχής). Η ασθενής μπορεί να εμφανίσει: Καταθλιπτική διάθεση, απόσυρση, αϋπνία, ευερεθιστότητα, μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας αλλά και καθαρά σωματικά συμπτώματα όπως κοιλιακοί πόνοι, δυσκοιλιότητα, δυσανεξία στο ψύχος.

Τέλος, το κατεξοχήν χαρακτηριστικό που εμφανίζεται με συνέπεια σε όλες τις ασθενείς είναι η ΑΡΝΗΣΗ να διατηρήσουν το κανονικό βάρος τους σύμφωνα με την ηλικία και το ύψος τους αλλά και η ΑΡΝΗΣΗ να δεχτούν τους κινδύνους που συνεπάγεται το ιδιαίτερα χαμηλό βάρος.

Εκτός από ορισμένους «πραγματικούς» παράγοντες που ενοχοποιούνται για την νευρική ανορεξία, όπως οι συνεχείς, δραματικά ολιγοθερμικές δίαιτες ή οι άστατες διατροφικές συνήθειες μίας οικογένειας, συχνά αναφέρονται οι υπερπροστατευτικές ή πολύ αυστηρές οικογένειες ως ενισχυτικές της παθολογίας της ανορεξικής ασθενούς.

Έχει μελετηθεί λιγότερο από την ανορεξία αλλά τα ολοένα αυξανόμενα ποσοστά εμφάνισής της έχουν στρέψει σε μεγάλο βαθμό το ενδιαφέρον των ερευνητών στην παρατήρηση αυτής της διαταραχής.

Σύμφωνα με το DSM-IV τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας είναι τα εξής:

1. Επανειλημμένα επεισόδια υπερφαγίας (ταχεία κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής μέσα σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο).
2. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας υπάρχει ένα αίσθημα

έλλειψης ελέγχου της συμπεριφοράς πρόσληψης τροφής.

3. Το άτομο τακτικά χρησιμοποιεί είτε προκλητό έμετο, καθαρτικά ή διουρητικά, αυστηρή δίαιτα ή νηστεία, είτε εντατική άσκηση για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους.

4. Ένας ελάχιστος μέσος όρος δύο επεισοδίων υπερφαγίας την εβδομάδα για τρεις τουλάχιστον μήνες.

5. Επιμονή υπερβολική ενασχόληση για το σχήμα και το βάρος του σώματος. Σε αντίθεση με την ανορεξία η βουλιμία δεν συνοδεύεται αναγκαστικά από έλλειψη βάρους. Συχνά οι βουλιμικοί έχουν και περιττά κιλά. Το κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι εδώ το φαγητό συνδέεται με έντονη αίσθηση ντροπής. Κατά τα βουλιμικά επεισόδια, επιδιώκουν να είναι μόνοι τους και να κρύβουν τις αντιδράσεις τους (π.χ. έμετοι) από τους άλλους.

Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να προκαλέσουν περιορισμό στην κοινωνική ζωή του ασθενούς (λόγου χάριν αποφεύγει να βγαίνει για φαγητό, από φόβο μήπως συμβεί κάποιο βουλιμικό επεισόδιο). Η διαταραχή μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη για τον ασθενή, ειδικά σε περιπτώσεις με μεγάλη συχνότητα επεισοδίων και εμετών, καθώς ο οισοφάγος μπορεί να γίνει πολύ αδύναμος και να σπάσει.

Οι βουλιμικοί σπάνια ζητούν από μόνοι τους θεραπεία. Ωστόσο, είναι πιθανόν να μπουν σε θεραπευτική διαδικασία μέσα από κάποιο άλλο θεραπευτικό αίτημα.

### Αιτιολογία

Σύμφωνα με την συμπεριφοριστική θεώρηση η βουλιμία οφείλεται και αυτή σε αρνητικές μαθημένες συνεξαρτήσεις με το περιβάλλον.

Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες αναζητούν τα βαθύτερα αίτια της διαταραχής σε πεδία ασυνείδητων συγκρούσεων παρόμοια με αυτά της ανορεξίας.

Η ψυχογενής βουλιμία εκφράζει συγκρούσεις σε σχέση με απωθημένες σεξουαλικές επιθυμίες, επιθυμίες για εγκυμοσύνη ή διαταραχή στον έλεγχο του εαυτού.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας, κατά το DSM-IV, είναι τα εξής:

1. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει του βάρους του σώματος άνω από ένα ελάχιστο φυσιολογική βάρος για την ηλικία και του ύψος του, π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση βάρους του σώματος

15% κάτω από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης που οδηγεί σε βάρος σώματος 15% κάτω από το αναμενόμενο.

2. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι όταν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

3. Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος, το μέγεθος ή το σχήμα του σώματός του, π.χ. το άτομο ισχυρίζεται ότι νιώθει παχύ, ακόμη κι όταν είναι κάτισγνο. Πιστεύει ότι μια περιοχή του σώματος του είναι "πολύ παχιά", ακόμη κι όταν το βάρος της είναι κάτω από το κανονικό.

4. Σε γυναίκες, απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορυσιών, ενώ κανονικά αναμένονταν να συμβούν (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής αμηνόρροια). (Μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοί της έρχονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων).

Η διαταραχή αυτή ξεκινά συχνά με δίαιτα, αν και το άτομο έχει φυσιολογικό βάρος ή λίγο περισσότερο. Αν και χάνει βάρος, το άτομο υποβάλλεται σε όλο και πιο εξαντλητικές δίαιτες, περνώντας ακόμα και τα όρια του χαμηλότερου ανεκτού βάρους για το σωματότυπό του.

Αυτό πιστεύει ωστόσο ότι πρέπει να χάσει κι άλλο βάρος. Συνέχεια μετρά τις θερμίδες που καταναλώνει και υπολογίζει τι έχει φάει. Αν και αισθάνεται πείνα (δεν ανταποκρίνεται ακριβώς λοιπόν ο όρος "ανορεξία"), δεν τρώει, φοβούμενο μήπως παχύνει.

Αυτός ο φόβος είναι και το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής, καθώς φτάνει σε υπερβολικά επίπεδα, χωρίς μάλιστα το άτομο να μπορεί να τον ερμηνεύσει. Καταλήγει να παρουσιάσει συχνά ακόμα και συμπτώματα παρανοϊκού τύπου σε σχέση με την τροφή, όπως σκέψεις ότι οι άλλοι προσπαθούν να το παχύνουν ακόμα και με ενέσεις όταν κοιμάται. Αυτός ο φόβος έχει βέβαια συχνά κάποια βάση πραγματικότητας. Οι άλλοι όντως θέλουν να τρώει, αλλά αυτό αντιδρά με πείσμα και φόβο. Πάσχει από μία σοβαρή διαστροφή σε σχέση με την εικόνα του σώματος, σε συνειδητό και ασυνείδητο επίπεδο.

Πιστεύει ότι είναι παχύ, αν και είναι πολύ αδύνατο έως και καχεκτικό.

Κάνει συχνά και έντονη γυμναστική.

Υπάρχει ευρύ φάσμα ως προς τη σοβαρότητα της διαταραχής. Κάποιοι ασθενείς είναι απλά πολύ αδύνατοι ενώ άλλοι φτάνουν να δείχνουν σαν "ζωντανοί σκελετοί". Ίσως να φτάσουν και ως την απειλή θανάτου. Σε τόσο ακραίες περιπτώσεις απαιτείται και νοσηλεία σε νοσοκομείο.



Τα άτομα αυτά σπάνια αναζητούν από μόνα τους θεραπεία ή βοήθεια.

Κάποιοι από το άμεσο περιβάλλον τους, τους αναγκάζουν να αποτανθούν σε ειδικευμένες ψυχιατρικές δομές. Ακόμα και εκεί όμως δείχνουν μεγάλη αντίσταση και δεν είναι συνεργάσιμοι, συχνά γιατί φοβούνται ότι θέλουν να τους παχύνουν.

Η διαταραχή μπορεί να εμφανίζεται κατά επεισόδια στη ζωή του ατόμου σε διάφορες φάσεις της ζωής του. Μπορεί όμως να είναι και συνεχής, μέχρι και το τέλος της ζωής του.

#### *Αιτιολογία*

Σύμφωνα με τη σύγχρονη ψυχαναλυτική θεωρία, η ψυχογενής ανορεξία εκφράζει κυρίως ασυνείδητες ψυχικές συγκρούσεις κυρίως σε σχέση με την σεξουαλικότητα και ιδίως με την εγκυμοσύνη, η οποία στις πρώιμες φαντασιώσεις της παιδικής ηλικίας πραγματοποιείται μέσα από το στόμα (στοματική σεξουαλικότητας). Αυτά τα συγκρουσιακά στοιχεία εκφράζονται μέσα από τα συμπτώματα της διαταραχής. Η ερωτική επιθυμία, καθώς και αυτή της εγκυμοσύνης συνδέεται με την λήψη της τροφής, κι έτσι το άτομο ασυνείδητα θεωρεί ότι την άρνηση της τροφής μπορεί να αναστείλει και οποιαδήποτε σεξουαλική ορμή.

Άλλοι ψυχαναλυτές θεωρούν ότι η διαταραχή αυτή είναι πιθανόν να εκφράζει διάφορες ρήξεις στον ψυχικό δεσμό του ατόμου με τη μητέρα. Το φαγητό συμβολίζει ασυνείδητα τη σχέση με τη μητέρα που ανάγεται στην περίοδο του θηλασμού από το μαστό. Επομένως, η αντιμετώπιση της διαταραχής επιχειρείται μέσα από την διερεύνηση αυτής της σχέσης.

Η θεωρία της Hilde Bruche (1974) προτείνει μία νέα θεώρηση στην αιτιολογία της διαταραχής. Το άτομο υποφέρει από την αίσθηση ότι δεν μπορεί να ελέγξει το περιβάλλον του καθώς και από σύγχυση ταυτότητας, ενώ δεν έχει καλή επαφή με το σώμα και τις αισθήσεις του. Μέσω της διαταραχής επιχειρεί να οριοθετήσει τον ψυχισμό του και το σώμα του.

Οι δυσλειτουργίες αυτές προέρχονται από προβληματικές σχέσεις με τα σημαντικά άτομα κατά την παιδική ηλικία.

Κατά την συμπεριφοριστική θεωρία, η ψυχογενής ανορεξία οφείλεται στην εκμάθηση αρνητικών συμπεριφορών. Αν αλλάξουν οι συνεξαρτήσεις του φαγητού, μπορεί να βελτιωθεί και η σχέση του ατόμου με το φαγητό.

Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία, το πρόβλημα είναι οικογενειακό

και όχι ατομικό. Ο Minuchin (1974) θεωρεί ότι πρέπει να αναφερόμαστε σε "ανορεκτικές οικογένειες" και όχι άτομα. Συνήθως υπάρχει κάποια σύγκρουση μεταξύ των γονέων, ή κάποιο πρόβλημα που δεν εκφράζεται για να εκτονωθεί. Το παιδί, διαισθανόμενο την ένταση, "θυσιάζεται", εκδηλώνοντας την διαταραχή και γίνεται το επίκεντρο του οικογενειακού ενδιαφέροντος. Οι γονείς έτσι αποστρέφουν την προσοχή τους από τις δικές τους εντάσεις και ασχολούνται κυρίως με το παιδί και έτσι ενώνονται. Συχνά τα παιδιά και κυρίως οι έφηβοι χρησιμοποιούν τα συμπτώματα για να αντιδράσουν στον αυταρχισμό ή την αδιαφορία των γονέων.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Στην ερευνά μας βοήθησαν και ορισμένες πληροφορίες που βρήκαμε στις εξής σελίδες από το internet:

- [www.google.gr](http://www.google.gr)
- [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)