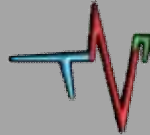




ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ  
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ  
ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ  
ΜΑΘΗΤΩΝ ΛΥΚΕΙΟΥ-Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»**

**ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ  
ΖΗΣΗ ΣΟΦΙΑ-ΔΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΒΙΤΣΑ ΑΡΙΣΤΕΑ**

**ΠΑΤΡΑ 2017**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η διάδοση και υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών είναι απαραίτητο στοιχείο για να επιτευχθεί η προάσπιση της ατομικής υγείας. Ο ελάχιστος ελεύθερος χρόνος, η διαφήμιση, η αλλαγή της εσωτερικής λειτουργίας κάθε οικογένειας, ο σύγχρονος τρόπος ζωής, οδηγούν τους ανθρώπους και μάλιστα περισσότερο τα άτομα νεαρής ηλικίας στην κατανάλωση «έτοιμου» και «γρήγορου» φαγητού καθώς και σε άλλες λανθασμένες διατροφικές συνήθειες. Το γεγονός αυτό επηρεάζει συνολικότερα τον τομέα της Δημόσιας Υγείας, κάτι που καλούνται διάφοροι λειτουργοί, όπως ο κοινοτικός νοσηλευτής, να το επιλύσουν.

Ταυτόχρονα τα αισθητικά πρότυπα της εποχής, τα οποία οδηγούν σε μη υγιή στάση ζωής και δημιουργούν σε ψυχολογική καταπίεση, συνδέονται άρρηκτα με τις διατροφικές διαταραχές που εμφανίζουν κατά αρκετά μεγάλο ποσοστό οι έφηβοι.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο εμφανίζεται μεγάλη ευαισθητοποίηση ως προς την προσπάθεια βελτίωσης της πληροφόρησης και της ενίσχυσης της κατανάλωσης υγιεινών τροφίμων. Ολοένα και αυξάνεται ο αριθμός των χωρών οι οποίες υιοθετούν στρατηγικές έτσι ώστε να κατορθώσουν την αντιμετώπιση του προβλήματος. Ωστόσο, στη χώρα μας, τα αποτελέσματα διάφορων ερευνών καταδεικνύουν το γεγονός ότι σε εθνικό επίπεδο, βρισκόμαστε μακριά από την επιθυμητή κατεύθυνση. Σύμφωνα με συγκρίσεις από την παρατήρηση της διατροφή από παρελθόντα έτη έως και σήμερα βλέπουμε ότι η θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνους που σχετίζονται άμεσα με τη διατροφή, έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια.

Τα δεδομένα αυτά δείχνουν την επιτακτική ανάγκη για ύπαρξη στοχευμένων πρωτοβουλιών και δράσεων, οι οποίες θα κατορθώσουν να δώσουν προτεραιότητα στο θέμα της διατροφής και θα το εντάξουν στο επίκεντρο της εθνικής στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία.

Η διατροφική πολιτική εκτός από την υγειονομική προέκταση που έχει, παρουσιάζει και άλλες σημαντικές συνιστώσες. Επηρεάζει άμεσα τη συνολική οικονομική δραστηριότητα της χώρας και παράλληλα προεκτείνεται την καθημερινότητα των ανθρώπων και τον πολιτισμό μας.

Στο σημείο αυτό καλείται η κοινοτική Νοσηλευτική να συνδράμει στην επίτευξη λύσης του προβλήματος και να οδηγήσει, ειδικά τους έφηβους, σε νέες διατροφικές τάσεις και συνήθειες.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πτυχιακή μας εργασία αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Τα τρία πρώτα κεφάλαια αναλύουν το θεωρητικό μέρος της εργασίας μας και το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην έρευνά μας. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια ορισμού της εφηβείας και περιγράφονται οι διατροφικές απαιτήσεις των εφήβων όσον αφορά το είδος και την ποσότητα των θρεπτικών και αναγκαίων στοιχείων που πρέπει να προσλαμβάνει από τις τροφές που καταναλώνει. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι διατροφικές τάσεις νέων σήμερα και οι παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών των εφήβων. Επίσης γίνεται αναφορά στις βασικότερες παθογόνες καταστάσεις στις οποίες δύναται να περιέλθει ο έφηβος ανάλογα με τη διατροφή που ακολουθεί. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται ιστορική αναδρομή στο ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή και στη συνέχεια αναλύεται λεπτομερώς ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή όσον αφορά τη συμβολή του στις διατροφικές συνήθειες των εφήβων. Στη συνέχεια περιγράφονται διάφορες νοσηλευτικές στρατηγικές και διεργασίες, ειδικότερα στο χώρο του σχολείου και τέλος αναφέρονται ορισμένες μελλοντικές τάσεις της σχολικής νοσηλευτικής.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έρευνα που πραγματοποιήθηκε με σκοπό να πραγματοποιηθεί αρχικά η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες παιδιών λυκείου και σε τι βαθμό, καθώς επίσης και ο ενδεχόμενος ρόλος ενός κοινοτικού νοσηλευτή στα σχολεία. Επιπρόσθετα, μέσω αυτής της έρευνας επιδιώχθηκε να διαπιστωθεί κατά πόσο τα ίδια τα παιδιά κρίνουν αναγκαία την συμβολή του και την βοήθεια του. Στη συνέχεια του κεφαλαίου παρατίθενται τα συμπεράσματα που προέκυψαν.

## ABSTRACT

Our dissertation consists of four chapters. The first three ones analyze the theoretical part of our work and the fourth one is our survey. In the last chapter we present the definition of adolescence as well as a description of the nutritional demands of the individuals at this period. In other words, we present the types of food and the quantity of vital nutrients that an adolescent should take from their diet. The second chapter deals with the dietary trends of today's youth and the factors which influence their dietary choices and habits. Moreover, there is reference to the most prevalent pathogenic conditions from which an adolescent may suffer, depending on the diet they have. The third chapter presents a historical flashback of the role of the Community Nurse, followed by a detailed analysis of their role concerning their contribution to adolescent dietary habits. In addition, there is a description of various nursing strategies and procedures, especially in the environment of schools. Finally, reference is made to some future trends of school nursing. The fourth chapter includes a presentation of our survey which was done in order to explore the psycho-social factors which influence the dietary habits of high school students, the extent to which these factors affect them as well as the probable role of a Community Nurse at schools. In addition, we tried to ascertain whether students themselves think a Community Nurse is necessary and will prove to be helpful. In the course of this final chapter, we will be able to see the conclusions reached.

## **ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ**

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>i</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>ii</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>v</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....</b>	<b>1</b>
1.1 Εφηβεία.....	1
1.2 Διατροφικές Απαιτήσεις Εφήβου .....	2
1.2.1 Πηγές Ενέργειας .....	3
1.2.1.1 Υδατάνθρακες .....	4
1.2.1.2 Φυτικές ίνες.....	4
1.2.1.3 Λίπη .....	5
1.2.1.4 Πρωτεΐνες.....	7
1.2.1.5 Βιταμίνες – Μέταλλα - Ιχνοστοιχεία .....	7
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΝΕΩΝ ΣΗΜΕΡΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ .....</b>	<b>9</b>
2.1 Διατροφικές τάσεις νέων σήμερα.....	9
2.1.1 Παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών των εφήβων .....	10
2.1.2 Διατροφικές διαταραχές .....	12
2.1.3 Ψυχογενής Ανορεξία.....	12
2.1.4 Ψυχογενής Βουλιμία .....	13
2.1.5 Διαταραχή Υπερφαγίας.....	14
2.1.6 Διαταραχές πρόσληψης τροφής στους άνδρες.....	14
2.1.7 Αιτία των διαταραχών πρόσληψης τροφής.....	15
2.1.8 Συντονισμένη φροντίδα.....	17
2.1.9 Παχυσαρκία .....	17
2.1.10 Αιτιολογία παχυσαρκίας.....	19
2.1.11 Γενετική και παχυσαρκία .....	19
2.1.12 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες.....	19
2.1.13 Παθήσεις σχετιζόμενες με την παχυσαρκία .....	20
2.1.14 Ψυχιατρικές διαταραχές – Επιπτώσεις .....	21
2.1.15 Αντιμετώπιση Παχυσαρκίας.....	21

2.1.16	Σιδηροπενική αναιμία .....	21
2.1.17	Οδοντική Τερηδόνα .....	23
2.1.18	Οστεοπόρωση .....	25
2.1.19	Υπέρταση.....	26
2.1.20	Υπερχοληστερολαιμία.....	27
2.1.21	Καρκινογένεση .....	29
2.1.22	Άσκηση – Φυσική Δραστηριότητα .....	30
2.1.23	Εφηβεία και Άσκηση.....	31
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ.....</b>		<b>32</b>
3.1	Ιστορική Εξέλιξη Κοινοτικής Νοσηλευτικής.....	32
3.2	Ορισμός - Σκοποί Κοινοτικής Νοσηλευτικής .....	33
3.3	Χαρακτηριστικά της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.....	34
3.4	Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή.....	35
3.4.1	Χαρακτηριστικά του Κοινοτικού Νοσηλευτή .....	36
3.4.2	Νοσηλευτική Διεργασία στην Κοινοτική Νοσηλευτική.....	37
3.5	Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στην κοινότητα .....	41
3.6	Σχολική νοσηλευτική.....	41
3.7	Ο Ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή στο σχολείο .....	42
3.8	Δράσεις αγωγής υγείας – Νοσηλευτική διεργασία.....	44
3.9	Δεξιότητες Αποτελεσματικού Νοσηλευτή.....	45
3.10	Εκπαίδευση και μάθηση .....	46
3.11	Μελλοντικές τάσεις στη σχολική νοσηλευτική.....	46
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....</b>		<b>48</b>
4.1	Σκοπός Έρευνας .....	48
4.2	Αντικειμενικοί Στόχοι.....	48
4.3	Αποτελέσματα .....	48
4.3.1	Περιγραφή του δείγματος.....	48
4.3.2	Αποτελέσματα και Διαγράμματα.....	49
4.4	Συμπεράσματα.....	61
4.5	Προτάσεις.....	62
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>		<b>63</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>		<b>71</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι διατροφικές συνήθειες καθορίζονται κυρίως από το περιβάλλον στο οποίο ζει και αναπτύσσεται ένας νέος, καθώς και κύριο ρόλο παίζουν και διάφοροι κοινωνικοί, πολιτισμικοί αλλά και οικονομικοί παράγοντες. Οι διαφορές στη διατροφή από τη μία περιοχή του κόσμου στην άλλη καθώς και οι διατροφικές αλλαγές που έχουν παρατηρηθεί ιστορικά είναι άμεσα εξαρτημένες με τους προαναφερόμενους παράγοντες.

Για να επιτευχθεί η καταγραφή της ιστορίας της διατροφής είναι απαραίτητο να συνδυαστούν οι γνώσεις από διάφορες επιστήμες. Η ιστορία της τέχνης, η αρχαιολογία, η γεωγραφία, η ανθρωπολογία, η κοινωνιολογία, οι οικονομικές επιστήμες καθώς και η ψυχολογία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε αυτή την προσπάθεια καταγραφής.

Σε όλη σχεδόν τη διάρκεια της ιστορίας του ο άνθρωπος, κατά βάση, υπήρξε χορτοφαγικός. Η κατανάλωση κρέατος αναπτύχθηκε σταδιακά μαζί με την ταυτόχρονη εξέλιξη των εργαλείων, χωρίς να αποκλειστούν τα φυτικά προϊόντα από τη βασική του διατροφή. Ακόμα όμως και την εποχή κατά την οποία κυριαρχούσε ο άνθρωπος κυνηγός-τροφοσυλλέκτης, η σταθερή διατροφική πηγή του δεν έπαψε να είναι η συλλογή καρπών και φυτών. Η Χορτοφαγία επισκιάστηκε από την κρεατοφαγία η οποία επικράτησε κυρίως κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα και ως επί το πλείστον στις αναπτυγμένες χώρες του Δυτικού κόσμου.

Η ανθρώπινη υγεία επηρεάζεται σημαντικά από διάφορους εξωγενείς παράγοντες, με βασικότερο τη διατροφή. Η ίδια η ύπαρξη της ζωής είναι άμεσα συνδεδεμένη με τη λήψη τροφής, ως εκ τούτου με τις διατροφικές συνήθειες. Η μειωμένη, χαμηλή σε θρεπτικά στοιχεία διατροφή καθώς και η υπερκατανάλωση τροφής ενδέχεται να οδηγήσουν στην εμφάνιση ποικίλων νοσημάτων.

Η σωματική ανάπτυξη, η ομαλή λειτουργία του, η διατήρηση της υγείας και η ανθεκτικότητα απέναντι σε διάφορες ασθένειες αποτελούν βασικά σημεία στα οποία η διατροφή έχει τον κύριο λόγο. Αυτό είναι γεγονός καθότι μέσω της διατροφής, λαμβάνουμε όλα τα θρεπτικά συστατικά (πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπη, βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία) αλλά και το νερό που χρειάζεται ο οργανισμός για να επιτελέσει τις κύριες λειτουργίες του. Η βασική χρονική περίοδος κατά την οποία θεωρείται ότι «χτίζεται» ο ανθρώπινος οργανισμός θεωρείται κατά βάση η εφηβική ηλικία.

Πολλά όμως είναι και τα προβλήματα που παρουσιάζονται σε αρκετούς ανθρώπους σχετιζόμενα με τη διατροφή και την θρέψη. Η υπερβολική ή ανεπαρκή πρόσληψη θρεπτικών ουσιών, η διαταραχή της απορρόφησης ή του μεταβολισμού κάποιου στοιχείου και άλλα, είναι κάποια από τα βασικότερα θέματα που μπορεί να προκύψουν. Ταυτόχρονα υπάρχουν αρκετές ασθένειες, οι οποίες είτε εμφανίζονται είτε επιδεινώνονται λόγω της κακής διατροφής και οι οποίες μπορούν να προληφθούν ή να βελτιωθούν μέσω της ισορροπημένης διατροφής.

Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή συγκαταλέγεται μέσα στους σημαντικότερους ρόλους που μπορούν να επιδράσουν και να φέρουν εποικοδομητικές αλλαγές στον τομέα της διατροφής. Διάφοροι τομείς της Νοσηλευτικής, όπως η σχολική Νοσηλευτική μπορούν να χρησιμοποιηθούν προς κατάκτηση αυτού του σκοπού.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

## 1.1 Εφηβεία

Εφηβεία είναι ο όρος που αναφέρεται στην διακριτή αναπτυξιακή φάση της ανθρώπινης ανάπτυξης μεταξύ της παιδικής ηλικίας και της ενηλικίωσης. Η εφηβεία ξεκινά για τα κορίτσια περίπου στην ηλικία των 10-11 ετών και στα αγόρια στα 11-12 έτη και ολοκληρώνεται σε ηλικία 15-17 ετών περίπου, ενώ στα αγόρια 16-17 ετών περίπου. (Βικιπαιδεία,2016). Παρόλα αυτά τα προαναφερόμενα χρονικά όρια, λόγω διαφόρων βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων, δεν μπορούν να προσδιοριστούν με ακρίβεια.

Σε αυτή την ηλικία όσον αφορά τα οργανικά και βιολογικά δεδομένα καθώς επίσης και τα ψυχικά και ψυχοκοινωνικά δεδομένα, πραγματοποιούνται σημαντικές και ραγδαίες αλλαγές. Η λεγόμενη ήβη, αποτελεί το βιολογικό κομμάτι που αφορά τη μετάβαση στη σεξουαλική ωρίμανση, εξαιτίας των βιοσωματικών αλλαγών που υφίσταται το άτομο σε αυτή τη χρονική περίοδο της ζωής του.

Οι διαπροσωπικές σχέσεις του εφήβου τόσο με τους γονείς όσο και με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του αποτελούν κυρίαρχα πρότυπα συμπεριφορών και αξιών για τον ίδιο. Παράλληλα σημαντικό στοιχείο αποτελούν οι εμπειρίες που αποκομίζει στα πρώτα χρόνια της ζωής του διότι καθορίζουν το πώς ο έφηβος θα αντιμετωπίσει τις αλλαγές που συντελούνται σε αυτή τη φάση της ανάπτυξής του. Τα παραπάνω στοιχεία έχουν ως αποτέλεσμα τη διαμόρφωση συγκεκριμένων συμπεριφορών και συναισθημάτων όπως την ύπαρξη ή μη εμπιστοσύνης, κοινωνικότητας, αυτοπεποίθησης και σε γενικότερο επίπεδο τον τρόπο αντιμετώπισης ματαιώσεων και εμποδίων στη μετέπειτα ζωή του.

Οι διάφορες οργανικές αλλά και νοητικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εφηβείας, το παρελθόν και η τωρινή κατάσταση στην οποία ζει, είναι άρρηκτα συνδεδεμένες είτε με την εμφάνιση προβλημάτων είτε με την ομαλή εξέλιξή του ως άτομο. (Κυπραίου,2017)

Η ψυχολογική και συναισθηματική ανεξαρτησία των εφήβων εδραιώνεται αυτή την περίοδο και η διαδικασία αυτή επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τον συναισθηματικό τους κόσμο. Αισθάνονται συγκρουόμενα συναισθήματα και πολλές φορές έχουν κυκλοθυμική διάθεση. Οι έφηβοι εκτός από τις εσωτερικές αλλαγές που βιώνουν και πρέπει να αντιμετωπίσουν, την κατανόηση και αποδοχή του εαυτού τους, έχουν ταυτόχρονα να αντιμετωπίσουν και να κατανοήσουν και πολλούς εξωτερικούς παράγοντες. Κάποιοι από τους σημαντικότερους αυτούς παράγοντες αποτελεί ο ρόλος που τους προσδίδεται ανάλογα με τα εκάστοτε κοινωνικά πρότυπα όσον αφορά το φύλο τους, την συναισθηματική και ψυχική κακοποίηση που πιθανόν να χρειαστεί να αντιμετωπίσουν, και επιπρόσθετα θα πρέπει να ενημερωθούν και να συνειδητοποιήσουν και διάφορα κοινωνικά προβλήματα όπως η φτώχεια, η ανεργία, η ύπαρξη σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, αλκοόλ και άλλα.

Η εφηβεία, σύμφωνα με ειδικούς επιστήμονες όπως ψυχολόγους, χωρίζεται σε τρία στάδια, στην πρώιμη, στην κυρίαρχη εφηβεία και τέλος στο εφηβικό κλείσιμο. Στο πρώτο στάδιο, στην ήβη, εμφανίζεται περίπου στα 10-14 έτη. Όσον αφορά το βιολογικό μέρος, διαμορφώνεται η φυσιολογία του εγκεφάλου και αναπτύσσονται διάφορες λειτουργίες. Ο, τι συμβαίνει την περίοδο της εφηβείας επηρεάζει τη δομή καθώς και τη χημεία του εγκεφάλου. (Unicef et al,2002) Εκείνη την περίοδο αντιλαμβάνονται τις ραγδαίες αλλαγές στα σώματά τους και τους δημιουργείται έντονη ανησυχία σχετικά με την εξωτερική τους εμφάνιση. Νιώθουν άτροτοι και αυξάνονται οι πιθανότητες να αποκτήσουν κακές συνήθειες, για παράδειγμα κάπνισμα και αλκοόλ, καθώς και να αναπτύξουν επικίνδυνες συμπεριφορές. Αρχίζουν να συνειδητοποιούν ότι οι γονείς τους δεν είναι αλάνθαστοι και αρχίζουν να αναγνωρίζουν και τα δικά τους ελαττώματα.

Στο δεύτερο στάδιο ή αλλιώς στην κυρίαρχη εφηβεία, οι έφηβοι εστιάζουν δραματικά πλέον στην εξωτερική τους εμφάνιση και ξοδεύουν πολύ χρόνο στη φροντίδα της, εξαιτίας της έντονης η αίσθησή τους ότι και ο περίγυρός τους δίνει την αντίστοιχη σημασία. Έχουν πιο έντονη τη θέληση για ανεξαρτησία και δημιουργούνται πολύ συχνά προστριβές με τους γονείς τους, οι οποίοι πιστεύουν ότι είναι η κύρια αιτία που τη στερούνται. (Williams et al 2017)

Το τρίτο στάδιο που ονομάζεται και εφηβικό κλείσιμο διαρκεί περίπου από τα δεκαεπτά ως τα δεκαεννιά έτη. Σε αυτή τη φάση ολοκληρώνεται και σταθεροποιείται η ταυτότητα του ατόμου και έχουμε το πέρασμα στην αντρική και γυναικεία φιγούρα αντίστοιχα. Μετριάζονται οι έντονες εσωτερικές συγκρούσεις και οι υποχρεώσεις της ενήλικης ζωής αναγκάζουν τον έφηβο να αντιμετωπίσει πιο ρεαλιστικά την πραγματικότητα. Εκείνο το διάστημα οι ερωτικές σχέσεις αποκτούν μεγαλύτερη διάρκεια και ο έφηβος αναζητά πλέον πιο δυναμικά τον ερωτικό του σύντροφο. Επιπρόσθετα εφόσον οι εντάσεις με το οικογενειακό του περιβάλλον και κυρίως με τους γονείς μειώνονται αισθητά, επέρχεται η συμφιλίωση μαζί τους.(Ζαρκάδα 2010,Σαμπά 2011)

## **1.2 Διατροφικές Απαιτήσεις Εφήβου**

Κατά την εφηβική ηλικία, οι διατροφικές συνήθειες του νέου, είναι μία πολύ σημαντική πτυχή της ζωής του, καθώς η διατροφική συμπεριφορά επηρεάζει και την ανάπτυξη του ατόμου αλλά και την μετέπειτα ποιότητα της ζωής του. Η απαραίτητη παροχή ενέργειας και θρεπτικών συστατικών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο όσον αφορά την σωστή ανάπτυξη και απόδοση της φυσικής δραστηριότητας του εφήβου, ενώ παράλληλα συνδράμει και στην πρόληψη παθολογικών καταστάσεων κατά την ενήλικη ζωή του, όπως την υπέρταση, την οστεοπόρωση, την εμφάνιση καρκίνου, την παχυσαρκία και άλλα.(Τσίτσικα,2014)

Οι ενεργειακές ανάγκες στους εφήβους αυξάνονται ιδιαίτερα στο πρώτο στάδιο της εφηβείας αγγίζοντας τις 2,800 θερμίδες για τα αγόρια και τις 2,200 θερμίδες για τα κορίτσια. Οι προσλαμβανόμενες θερμίδες παρόλα αυτά εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το ύψος και τη φυσική δραστηριότητα του εφήβου. (healthychildren,2016) Η πρόσληψη υδατανθράκων πρέπει να φτάνει μέχρι το 60% της συνολικής πρόσληψης θερμίδων, και να προέρχεται από λαχανικά, φρούτα, και προϊόντα ολικής αλέσεως. Οι θερμίδες που προέρχονται από τα λίπη θα πρέπει να



αποτελούν το 30% του συνόλου των θερμίδων με προτίμηση φυσικά τα κορεσμένα λιπαρά όπως το ελαιόλαδο, τους ξηρούς καρπούς και τα ψάρια. (Andrews et al,2011)

Επίσης είναι εξαιρετικά σημαντικό να καταναλώνεται ισορροπημένη ποσότητα λιπαρών οξέων, διότι η απορρόφηση των βιταμινών A, D, E και K συνδέονται άρρηκτα με αυτά. (healthychildren,2016)

Όσον αφορά τις ανάγκες σε πρωτεΐνη κατά την εφηβεία, αυτές κυμαίνονται από 0,8-1 gr/kgρ σωματικού βάρους την ημέρα.(ΕΙΔ,2017) Όσον αφορά τα μέταλλα και τις βιταμίνες, οι έφηβοι χρειάζονται ασβέστιο, ψευδάργυρο και την βιταμίνη D διότι βρίσκονται σε περίοδο ανάπτυξης, όπου το σκελετικό του σύστημα



Εικόνα 1 <http://www.eid.org.gr/index.php/site/article/diatrofh-Kata-thn-efhbikh-hlikia>

διαμορφώνεται και αναπτύσσεται. Η συνιστώμενη πρόσληψη είναι 1,300 mg και για τα δυο φύλα και θα πρέπει να προέρχεται από γαλακτοκομικά προϊόντα, αυγά και ψάρια. Η εμφάνιση σιδήρου σε χαμηλά επίπεδα στα κορίτσια εξαιτίας της έμμηνου ρύσης, καθιστά απαραίτητη την υψηλότερη πρόσληψη του σε 18 -15 mg, εν αντιθέσει με τα αγόρια που προτείνεται στα 12- 11 mg.(Andrews et al 2011, Τσίτσικα 2014, ΕΙΔ 2017,) Οι βιταμίνες A, C και E είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη νέων κυττάρων. (Γκανασούλη,2016)

Είναι σημαντικό οι έφηβοι να λαμβάνουν τα απαραίτητα διατροφικά στοιχεία μέσω μιας ισορροπημένης υγιεινής διατροφής και να αποφεύγουν τα συμπληρώματα διατροφής, εφόσον δεν συστήνονται με οδηγία γιατρού .(Andrews 2011, healthychildren 2016)

### 1.2.1 Πηγές Ενέργειας

Ενέργεια είναι η ικανότητα ενός σώματος να παράγει έργο. Ενέργεια για τον οργανισμό είναι η δύναμη εκείνη που κάνει το σώμα ικανό να συνεχίσει τις δραστηριότητες της ζωής. Στην διατροφή είναι το ποσό της χημικής ενέργειας που υπάρχει στα διάφορα τρόφιμα. Η ενέργεια αυτή βρίσκεται στα μόρια των υδατανθράκων, λιπών και πρωτεϊνών, που μέσα στο σώμα μετατρέπονται σε απλές ενεργειακές μονάδες όπως η γλυκόζη, τα λιπαρά οξέα και τα αμινοξέα. Με ένα επαρκές διαιτολόγιο παρέχονται στον ανθρώπινο οργανισμό τα θρεπτικά συστατικά των τροφίμων από τα οποία εξασφαλίζεται συγχρόνως και η ενέργεια. (βικιπαιδεία,2017)

Η ενέργεια που υπάρχει στις τροφές που καταναλώνει κάθε άτομο μετρείται με τις θερμίδες. Στην καθημερινή ζωή ο όρος θερμίδα αντιστοιχεί στη διεθνή μονάδα μέτρησης KCal (1000 Calories), τη χλιοθερμίδα δηλαδή. Το Kcal έχει πρακτικά αντικαταστήσει το Cal (calorie=θερμίδα) η οποία αποτελεί σχετικά μικρή μονάδα μέτρησης. Η Θερμίδα (KCal) ορίζεται σαν την ποσότητα θερμικής ενέργειας (θερμότητας) που χρειάζεται προκειμένου να αυξηθεί η θερμοκρασία ενός κιλού νερού, κατά ένα βαθμό Κελσίου. (care,2017)

Όσον αφορά την καθημερινή διατροφή του εφήβου είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπ' όψη πόσες θερμίδες περιέχονται στα τρόφιμα που καταναλώνει έτσι ώστε να μπορεί να ισορροπήσει την προσλαμβανόμενη ενέργεια σε σχέση με την ενέργεια που χρειάζεται το σώμα του για τις καθημερινές του δραστηριότητες. Αυτό θα βοηθήσει στο να κατορθώσει να διατηρήσει ένα υγιές σωματικό βάρος. Θα πρέπει λοιπόν να μετριέται η ποσότητα της ενέργειας που περιέχεται σε μία μερίδα τροφής σε θερμίδες. (onmed,2014)

### **1.2.1.1 Υδατάνθρακες**

Οι υδατάνθρακες αποτελούν την κύρια πηγή ενέργειας για τον οργανισμό και αντιπροσωπεύουν την πιο γρήγορη και άμεση παροχή ενέργειας γι' αυτόν. Ένα γραμμάριο υδατανθράκων αποδίδει 4 θερμίδες, ικανοποιητική δε θεωρείται η πρόσληψη υδατανθράκων όταν αυτή καλύπτει το 50% των θερμίδων της ημερήσιας διαίτας. (Szalay et al,2015) Οι υδατάνθρακες διακρίνονται σε πολυσακχαρίτες, μονοσακχαρίτες και δισακχαρίτες. Πολυσακχαρίτες είναι το άμυλο, η κυτταρίνη και το γλυκογόνο, που αποτελούνται από πολλά μόρια γλυκόζης. (βικιπαιδεία,2015)

Η γλυκόζη οξειδώνεται στο κύτταρο για να δώσει ενέργεια και ύστερα αποθηκεύεται, στο σώμα ως γλυκογόνο πρακτικά σε όλους τους ιστούς αλλά πρωταρχικά στο ήπαρ και στους μυς. (healthyliving,2013) Οι μονοσακχαρίτες είναι η γλυκόζη και η φρουκτόζη που βρίσκονται στα φρούτα, τα μούρα, τα λαχανικά και το μέλι.(κυρ-βιολογία,2012). Οι δισακχαρίτες αποτελούνται από δυο μονοσακχαρίτες, όπως η λακτόζη η οποία είναι το κύριο σάκχαρο του γάλατος και των γαλακτοκομικών προϊόντων και η σακχαρόζη η οποία αποτελεί συστατικό των φρούτων και είναι η κυριότερη πηγή γλυκόζης στους ζωικούς οργανισμούς. (βικιπαιδεία,2016)

Επειδή οι θερμιδικές αποθήκες των υδατανθράκων είναι πολύ περιορισμένες με τη μορφή γλυκογόνου, οι υδατάνθρακες καίγονται πρώτοι ύστερα από ένα γεύμα και ακολουθεί το λίπος το οποίο μπορεί να αποθηκευτεί σε μεγαλύτερες ποσότητες. Σε περίπτωση μη επαρκούς πρόσληψης υδατανθράκων ο οργανισμός θα κάψει κατά πρώτον λίπος και μετά πρωτεΐνες . (healthyliving 2013)

### **1.2.1.2 Φυτικές ίνες**

Με τον όρο φυτικές ίνες ή ακατέργαστες ίνες ή διαιτητικές ίνες εννοούμε το σύνολο των οργανικών συστατικών των μεμβρανών των φυτικών κυττάρων και των σκελετικών συστατικών του φυτού. Στις φυτικές ίνες περιλαμβάνονται η κυτταρίνη, οι ημικυτταρίνες και άλλα συστατικά των κυτταρικών τοιχωμάτων όπως η λιγνίνη και οι πηκτίνες. Οι φυτικές ίνες, ή διαιτητικές ίνες, είναι συστατικά των τροφών των οποίων η κατανάλωση προκαλεί διάφορες ευεργετικές ενέργειες στον οργανισμό μας. Οι ουσίες αυτές, δεν πέπτονται από το γαστρεντερικό σύστημα και μεταφέρονται ανέπαφες στο παχύ έντερο και εκεί υφίστανται μικρότερου ή μεγαλύτερου βαθμού ζύμωση από τα βακτήρια που αποικούν φυσιολογικά το έντερο. Στις φυτικές ίνες ανήκουν οι μη αμυλούχοι πολυσακχαρίτες (κυτταρίνη, ημικυτταρίνη, πηκτίνες, κόμμεα), η

ινουλίνη, η λιγνίνη και άλλα συστατικά. (Ηλιοπούλου 1994, Βικιπαιδεία 2017 ) Ο οργανισμός υγείας συνιστά την κατανάλωση από 25-30 gr. φυτικών την ημέρα. (nhs, 2015)

Οι φυτικές ίνες είναι συστατικά που περιέχονται αποκλειστικά στα φυτικά τρόφιμα, τα οποία έχουν και χαμηλή θερμιδική αξία. Στη σημερινή εποχή εκτιμάται περισσότερο ο ρόλος τους για την καλή λειτουργία του οργανισμού καθώς οι φυτικές ίνες έχουν ευνοϊκή δράση σε όλες τις παραμέτρους του οργανισμού που σχετίζονται με τη διατροφή, όπως στην πείνα, στην όρεξη και στον κορεσμό. Για παράδειγμα, οι φυτικές ίνες διογκώνονται στο στομάχι και καθυστερούν την μετάβαση των τροφών προς το λεπτό έντερο. Αυτό προκαλεί κορεσμό και μειώνει το αίσθημα της πείνας.

Οι φυτικές ίνες αποτελούνται από δυο κατηγορίες, τις αδιάλυτες διαιτητικές ίνες και τις διαλυτές διαιτητικές ίνες. Οι αδιάλυτες φυτικές ίνες είναι οι κυτταρίνες, οι ημικυτταρίνες και λιγνίνες, οι οποίες βρίσκονται κυρίως στα δημητριακά, στους σπόρους, στους ξηρούς καρπούς και σε πολλά λαχανικά. Η δομή τους είναι σκληρή και δεν διαλύονται στο νερό, καθώς περνάνε από το γαστρεντερικό σύστημα. (superfoods 2013, diatrofika.blogspot 2016 ) Οι αδιάλυτες φυτικές ίνες βελτιώνουν και διευκολύνουν τη λειτουργία του εντέρου, δεσμεύουν νερό και ιχνοστοιχεία, δημιουργούν όγκο κοπράνων και αυξάνουν την ταχύτητα διέλευσης από το έντερο. (healthyliving, 2015)

Στη δεύτερη κατηγορία είναι οι διαλυτές φυτικές ίνες, οι οποίες αποτελούνται από τις πεκτίνες, τους βλενοπολυσακχαρίτες και τα φυτικά οξέα. Βρίσκονται στη βρώμη, τα όσπρια, το κριθάρι και σε μερικά φρούτα. Έχουν την ιδιότητα να διαλύονται στο νερό και να δημιουργούν μία ουσία της οποίας η σύσταση μοιάζει με πήκτωμα ή αλλιώς ζελέ στον γαστρεντερικό σωλήνα, το βασικό αποτέλεσμα του οποίου είναι η επιβράδυνση της απορρόφησης του σακχάρου στο αίμα. Επιπλέον, οι διαλυτές ίνες, όταν καταναλώνονται συχνά, συνεισφέρουν στην μείωση των επιπέδων της κακής χοληστερόλης LDL καθώς έχουν την ιδιότητα να δεσμεύουν την χοληστερόλη, με αποτέλεσμα να μειώνουν τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο της καρδιάς. Οι φυτικές ίνες συμβάλλουν σημαντικά στην ομαλή λειτουργία του εντέρου. (healthyliving 2015, superfood 2013)

### **1.2.1.3 Λίπη**

Το λίπος αποτελεί ένα από τα τρία βασικά συστατικά που πρέπει να προσλαμβάνονται μέσω της διατροφής για την ομαλή ανάπτυξη και υγεία του οργανισμού. Τα λίπη αποθηκεύονται στον οργανισμό με την μορφή των τριγλυκεριδίων, τα οποία αποτελούνται στο πρώτο τμήμα από την γλυκερόλη και στο δεύτερο τμήμα υπάρχουν τρία συμπλέγματα ανθρακικών αλυσίδων συνδεδεμένα με το μόριο της γλυκερόλης, οι οποίες αλυσίδες καλούνται λιπαρά οξέα. (Χρύσου, 2017)

Το λίπος αποτελεί, επίσης, μια συμπυκνωμένη πηγή ενέργειας καθώς 1 γραμμάριο λίπους προσφέρει στον οργανισμό 9 θερμίδες. Στις βασικές λειτουργίες του λίπους συγκαταλέγονται, πέρα από την παραγωγή και αποθήκευση ενέργειας, η προστασία των οργάνων όπως της καρδιάς, του ήπατος, των νεφρών, του σπλήνα, του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού.

Επιπλέον, διατηρεί τη θερμοκρασία του σώματος δίνοντας στο άτομο την αντοχή να ανταπεξέλθει στις αυξομειώσεις της θερμοκρασίας και ιδιαίτερα στο ψύχος. Επιπρόσθετα αποτελεί βασικό συστατικό των κυτταρικών μεμβρανών που περιβάλλουν, προφυλάσσουν και σχηματοποιούν τα κύτταρά μας. Χωρίς αυτές τις μεμβράνες θα ήταν αδύνατη η ύπαρξη των κυττάρων του οργανισμού και κατά συνέπεια δεν θα υπήρχε ζωή. Ακόμη μια σημαντική λειτουργία του λίπους είναι η μεταφορά λιποδιαλυτών βιταμινών όπως είναι οι βιταμίνες Α, Ε, D, και Κ. (Χρύσου,2017, Βασιλοπούλου)

Σύμφωνα με τις συστάσεις των διεθνών φορέων, η ημερήσια πρόσληψη λίπους στο καθημερινό διαιτολόγιο δεν θα πρέπει να ξεπερνάει το 30-35% των συνολικών θερμίδων που προσλαμβάνουμε ημερησίως. Η ποσότητα που πρέπει να καταναλώνουμε καθημερινά εξαρτάται και από το είδος του λίπους. Για μέγιστα οφέλη στην υγεία, οι επιστήμονες συνιστούν το μεγαλύτερο ποσοστό να προέρχεται από μονοακόρεστα λίπη όπως είναι το ελαιόλαδο. Μικρότερες ποσότητες μονοακόρεστων λιπαρών υπάρχουν στα σπορέλαια και στους ξηρούς καρπούς .

Τα πολυακόρεστα αποτελούν επίσης καλής ποιότητας λιπαρά, στα οποία ανήκουν τα ω-3 και ω-6 λιπαρά. Τα ω-3 λιπαρά περιέχονται στα λιπαρά ψάρια για παράδειγμα στον σολωμό και σε ορισμένους ξηρούς καρπούς όπως τα αμύγδαλα και τα καρύδια. Τα ω-6 λιπαρά τα συναντάμε κυρίως στις φυτικές μαργαρίνες και σε φυτικά σπορέλαια όπως το αραβοσιτέλαιο, το ηλιέλαιο και το σογιέλαιο. Η δράση των ω-3 και ω-6 λιπαρών αφορά την προστασία του καρδιαγγειακού συστήματος, τη σωστή ανάπτυξη και λειτουργία του εγκεφάλου καθώς και την ενίσχυση του ανοσοποιητικού μας συστήματος. Μια ισορροπημένη διατροφή θα πρέπει να περιέχει περίπου 10% των ημερησίων θερμίδων σε πολυακόρεστα λιπαρά.

Τα κορεσμένα λιπαρά πρέπει να αποφεύγονται καθώς έχουν συσχετιστεί με αύξηση εμφάνισης διαφόρων μορφών καρκίνου και καρδιαγγειακών νοσημάτων. Οι σημαντικότερες πηγές κορεσμένων λιπαρών είναι τα ζωικά λίπη όπως τα πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα, το βούτυρο, η κρέμα γάλακτος και το λίπος του κρέατος. Η ημερήσια πρόσληψή τους θα πρέπει να είναι κάτω από 6 % των συνολικών θερμίδων που καταναλώνονται. (Βασιλοπούλου)

Μια ακόμη κατηγορία λιπαρών οξέων αποτελούν τα υδρογονωμένα λιπαρά οξέα ή trans λιπαρά, τα οποία είναι αποτέλεσμα της υδρογόνωσης των φυτικών ελαίων. Χρησιμοποιούνται σε βιομηχανοποιημένα τρόφιμα με σκοπό να τα διατηρούν 'φρέσκα' για πολύ καιρό. Αυτά τα συναντάμε κυρίως σε συσκευασμένα αρτοπαρασκευάσματα και γλυκίσματα όπως είναι τα κρουασάν, τα τσιπς, οι έτοιμες ζύμες, κέικ και άλλα. (Ευζην)

Σύγχρονες μελέτες έχουν δείξει ότι η διατροφική πρόσληψη trans λιπαρών οξέων έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων της ολικής χοληστερόλης, της «κακής» LDL-χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων, και ταυτόχρονα την μείωση των επιπέδων της «καλής» HDL-χοληστερόλης, γεγονός που οδηγεί σε αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. (Martin,2016) Για τους προαναφερόμενους λόγους, η κατανάλωση των υδρογονωμένων λιπαρών οξέων θα πρέπει να είναι μηδενική . (Βασιλοπούλου)

#### 1.2.1.4 Πρωτεΐνες

Οι πρωτεΐνες σχηματίζονται από μια αλυσίδα αμινοξέων και αποτελούν το βασικό δομικό στοιχείο όλων των κυττάρων . (Βικιπαιδεία, 2016) Οι πρωτεΐνες είναι απαραίτητες για τον οργανισμό καθώς βοηθούν στον σχηματισμό του μυϊκού ιστού και των αντισωμάτων, στην δράση των ορμονών και των ενζύμων στα κύτταρα, έχουν χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, βελτιώνουν την διάθεση, ενισχύουν την καλή λειτουργία του εγκεφάλου και την οστική πυκνότητα ενώ παράλληλα μειώνουν την υψηλή αρτηριακή πίεση. (axe et al 2017,) (healthyliving 2011, NIH et al 2017) Ένα γραμμάριο πρωτεΐνης αποδίδει 4 θερμίδες, ενώ η συνιστώμενη κατανάλωση είναι από 10% έως 35% της συνολικής ημερήσιας πρόσληψης θερμίδων.(Harvard et al,2016)

Τρόφιμα με υψηλά επίπεδα πρωτεϊνών είναι το κρέας, τα ψάρια, τα πουλερικά, τα γαλακτοκομικά, και τα αυγά, τα οποία αποτελούν τις ζωικές πρωτεΐνες, ενώ στις φυτικές πρωτεΐνες συγκαταλέγονται τα όσπρια, τα δημητριακά, οι ξηροί καρποί και τα λαχανικά. (Ψάλτη)

Παρόλα τα οφέλη των πρωτεϊνών, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην κατανάλωση της πρωτεΐνης καθώς η αυξημένη πρόσληψή της μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του βάρους, πρόβλημα στην νεφρική λειτουργία, δυσκοιλιότητα και αφυδάτωση . (onmed 2014)

#### 1.2.1.5 Βιταμίνες – Μέταλλα - Ιχνοστοιχεία

Οι βιταμίνες είναι οργανικές ουσίες, οι οποίες βρίσκονται στα τρόφιμα. Είναι απαραίτητες για τη σωστή λειτουργία και διατήρηση ενός ζωντανού οργανισμού και η λήψη τους γίνεται μέσω της τροφής διότι ο άνθρωπος δεν είναι σε θέση να τις συνθέσει. Δρουν ακόμη και σε μικρές ποσότητες ενώ δεν έχουν θερμιδική αξία. Η δράση τους αφορά στις διάφορες λειτουργίες της μεταβολικής διαδικασίας και την μετατροπή των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών σε ενέργεια. (Βικιπαίδεια 2017)

Πολύ σημαντικές είναι και οι αντιοξειδωτικές ιδιότητες πολλών βιταμινών οι οποίες ασκούν προστατευτική δράση έναντι των οξειδώσεων. Παράλληλα πολλές βιταμίνες είναι απαραίτητες για τον οργανισμό προκειμένου να γίνει η απορρόφηση άλλων θρεπτικών συστατικών όπως για παράδειγμα του ασβεστίου και του σιδήρου. (Ζουμπουρλή, 2016)

Οι βιταμίνες είναι διαφορετικές μεταξύ τους όσον αφορά τη δράση και τη δομή τους, ενώ διακρίνονται σε υδατοδιαλυτές και λιποδιαλυτές βιταμίνες. Υπάρχουν 13 αναγνωρισμένες βιταμίνες.(Wax & Zieve et al 2015) Οι υδατοδιαλυτές βιταμίνες περιλαμβάνουν τη βιταμίνη C και την ομάδα των βιταμινών B. Δεν αποθηκεύονται στον ανθρώπινο οργανισμό, διότι αποβάλλονται μέσω των ούρων και για αυτό είναι σημαντική η συστηματική κατανάλωση τροφών που τις περιέχουν. (Romito et al 2015) Οι λιποδιαλυτές βιταμίνες εξαρτώνται από τα διατροφικά λιπαρά για την απορρόφηση και μεταφορά τους. Κατανέμονται σε 4 ομάδες A, D, E

και Κ. Οι βιταμίνες αυτές μπορούν να αποθηκευτούν στον λιπώδη ιστό και στο ήπαρ από μερικές μέρες έως και μήνες. (Nordqvist & Wilson 2016)

Τα μέταλλα και τα ιχνοστοιχεία είναι επίσης σημαντικά για την σωστή λειτουργία του οργανισμού καθώς συνδράμουν στη διατήρηση σταθερής οσμωτικότητας πλάσματος στα κύτταρα, στη δημιουργία και συντήρηση της οστικής πυκνότητας και των δοντιών, καθώς και την μετατροπή της τροφής σε ενέργεια . (Harvard 2009, Worden 2016) Τα ιχνοστοιχεία παρόλα αυτά βρίσκονται στις τροφές σε πολύ μικρότερες ποσότητες εν αντιθέσει με τις βιταμίνες και τα μέταλλα. Τα στοιχεία αυτά ανευρίσκονται σε τροφές όπως το κρέας, τα δημητριακά, τα ψάρια, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τα λαχανικά, τα αποξηραμένα φρούτα και οι ξηρούς καρπούς. Τα απαραίτητα μέταλλα για τον οργανισμό είναι ο σίδηρος και το ασβέστιο, και αντίστοιχα το ιώδιο και το φθόριο αποτελούν τα σημαντικότερα ιχνοστοιχεία. ( Harvard 2009, Σαούλη 2015)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΝΕΩΝ ΣΗΜΕΡΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ

### 2.1 Διατροφικές τάσεις νέων σήμερα

Η εφηβεία είναι σαφώς η περίοδος η οποία είναι ορόσημο για τις διατροφικές συνήθειες που θα υιοθετήσει το άτομο στη μετέπειτα ζωή του. Σύμφωνα με ευρήματα από διάφορες μελέτες, οι έφηβοι προτιμούν να τρώνε μεγάλες ποσότητες τροφίμων τα οποία είναι έτοιμα για κατανάλωση, ευχάριστα στη γεύση και συνήθως γεμάτα ζάχαρη, αλάτι, λίπος και με ελάχιστες βιταμίνες, φυτικές ίνες ή άλλα στοιχεία απαραίτητα για τη διατροφή τους. Παρατηρείται λοιπόν ότι είναι αρκετή η συχνότητα με την οποία επιλέγουν να καταναλώσουν πατατάκια, γλυκά, πίτσες καθώς και άλλα πρόχειρα και χαμηλά σε διατροφική αξία γεύματα. Επιπλέον, ο αριθμός των γευμάτων που αποφεύγει ο έφηβος ή καταναλώνει "εκτός σπιτιού" αυξάνεται από την αρχή της εφηβείας ως το τέλος, αντικατοπτρίζοντας την όλο και μεγαλύτερη ανάγκη για αυτονομία και διάθεση για ελεύθερο χρόνο μακριά από το σπίτι και την οικογένεια.



Εικόνα 2 (Γαλάνης, 2013)

Επίσης συχνό είναι το φαινόμενο της απουσίας του πρωινού, ως γεύμα, από τις διατροφικές συνήθειες των εφήβων, το οποίο θεωρείται από τα πιο σημαντικά σύμφωνα με ειδικούς διατροφολόγους. Το πρωινό θεωρείται απαραίτητο καθότι τις πρωινές ώρες ο οργανισμός ανασυντάσσει τις δυνάμεις του και επανέρχεται σε κατάσταση δραστήρια μετά τη νυχτερινή ξεκούραση, γεγονός που απαιτεί ενέργεια. (Κούκ 2009)

Παράλληλα είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η διατροφή των εφήβων κοριτσιών σε σύγκριση με τη διατροφή των αγοριών διαφοροποιείται. Συχνά τα νέα κορίτσια μπαίνουν σε διαδικασίες «δίαιτας», επηρεασμένες από τα εκάστοτε πρότυπα ομορφιάς οπότε και μειώνουν συνήθως κατά περιόδους την κατανάλωση φαγητού. Είναι γεγονός ότι οι περισσότερες δίαιτες τις οποίες ακολουθούν οι έφηβες, με σκοπό τη γρήγορη απώλεια κιλών, περιέχουν γεύματα τα οποία δε δίνουν τα απαραίτητα στοιχεία που πρέπει να προσλαμβάνει μέσω της τροφής ένα άτομο σε αυτή την αναπτυξιακή ηλικία.

#### **Έρευνα για τις διατροφικές συνήθειες των νέων**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μεγάλης έρευνας που πραγματοποιήθηκε από τον τομέα Υγείας του ΙΕΚ ΔΟΜΗ και αφορά τις διατροφικές συνήθειες των νέων, διαπιστώθηκε πως η συνήθειες αυτές διαφέρουν πολύ από τα πρότυπα της μεσογειακής πυραμίδας διατροφής.

Η έρευνα υλοποιήθηκε κατά τους μήνες Απρίλιο – Ιούνιο του 2009, από τους σπουδαστές Διαιτολογίας του ΙΕΚ ΔΟΜΗ, με την επιστημονική συνδρομή του ΚΕ.Μ.Α.Κ. του ΙΕΚ ΔΟΜΗ (Κέντρο Μελετών, Ανάπτυξης και Καινοτομίας). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 951 μαθητές γυμνασίων και λυκείων της Αθήνας. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν αυτή των προσωπικών συνεντεύξεων μέσω δομημένου ερωτηματολογίου. Παρατηρούνται σημαντικές μεταβολές στις διατροφικές συνήθειες των εφήβων, κυρίως λόγω του τρόπου ζωής και των καθημερινών υποχρεώσεων των μαθητών.

Σύμφωνα με την έρευνα, το μεγαλύτερο ποσοστό λαμβάνει πρωινό στο σπίτι τουλάχιστον 4 με 5 φορές την εβδομάδα και σαν βασικό ρόφημα περιλαμβάνεται ο καφές. Σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες (97%) καταναλώνουν δεκατιανό, εκ των οποίων το 60% το αγοράζει από το κυλικείο του σχολείου. Από τα τρόφιμα που είναι διαθέσιμα στο σχολείο μεγαλύτερη προτίμηση δείχνουν να έχουν οι έφηβοι στη τυρόπιτα και ούτω κάθε εξής, όπως επίσης στους χυμούς. Επιπλέον το 95% του δείγματος δήλωσε ότι τρώει καθημερινά τα απαραίτητα γεύματα. Σύμφωνα με την έρευνα ιδιαίτερα αυξημένη είναι η συχνότητα που το γεύμα των εφήβων συμπεριλαμβάνει κρέας (60% 3-4 φορές την εβδομάδα) ή ζυμαρικά (65% 3-4 φορές την εβδομάδα) είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με την κατανάλωση ψαριού (59% 1-2 φορές την εβδομάδα) ή οσπρίων (72% 1-2 φορές την εβδομάδα), που όπως φαίνεται είναι σπάνια.

Παράλληλα όπως συνεπάγεται από τα αποτελέσματα, ένα ελάχιστο ποσοστό (3%) καταναλώνει καθημερινά φρούτα και λαχανικά σε αντίθεση με το μεγαλύτερο ποσοστό (50% 3-4 φορές την εβδομάδα) που το γεύμα τους περιλαμβάνει γλυκά. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα γεύματα που πραγματοποιούνται εκτός σπιτιού σε κάποιο ταχυφαγείο, είναι πολύ σπάνια με το 71% των ερωτηθέντων να κάνει ένα γεύμα την εβδομάδα.

Το 54% εφήβων δήλωσαν πως πίνουν αλκοόλ με το μικρότερο ποσοστό (7%) εξ αυτών να κάνουν καθημερινή κατανάλωση. Σημαντικό είναι να αναφερθεί επίσης ότι το 72% του δείγματος δήλωσε ότι δεν καπνίζει, ενώ μόλις το 28% δηλώνει καπνιστής. Σύμφωνα με την έρευνα οι περισσότεροι έφηβοι βρίσκουν καθημερινά μαγειρεμένο σπιτικό φαγητό (82%) και ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό (93%) προτιμούν περισσότερο το σπιτικό φαγητό από ότι το φαγητό έξω από το σπίτι. (ιατροnet,2009)

### **2.1.1 Παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση των διατροφικών συνθηκών των εφήβων**

Οι διατροφικές συνήθειες των εφήβων επηρεάζονται άμεσα από ορισμένους καθοριστικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε κάποιους γενικούς που αφορούν ένα κομμάτι πληθυσμού και σε κάποιους που ορίζονται σύμφωνα με το πιο προσωπικό στενό περιβάλλον του ατόμου. Ένας βασικός γενικός παράγοντας είναι οι κλιματολογικές συνθήκες της περιοχής στην οποία κατοικούν. Για παράδειγμα έχει παρατηρηθεί ότι πληθυσμοί που ζουν σε ορεινές περιοχές έχουν την ανάγκη να καταναλώνουν τροφές πλούσιες σε θερμίδες και βιταμίνες, σε σύγκριση με εκείνους που ζουν σε κάμπους. Αρκετά σημαντικό ρόλο επίσης συντελεί και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις στη διατροφή του εφήβου, καθώς σύμφωνα με ορισμένες θρησκείες η κατανάλωση



ορισμένων τροφών είναι απαγορευμένη είτε γενικώς είτε κατά περιόδους (π.χ. νηστείες και άλλα).

Καθοριστικό ρόλο στη διατροφή των εφήβων διαδραματίζουν και οι πιο συγκεκριμένοι ανά άτομο παράγοντες. Μία από τις πιο σημαντικές επιρροές που δέχεται ο έφηβος προέρχεται από τα οικογενειακά πλαίσια. Στην εφηβική ηλικία τα άτομα υιοθετούν και μιμούνται τους ενηλίκους όσον αφορά τις διατροφικές τους συνήθειες. Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι γονείς είναι εκείνοι που επιλέγουν το είδος των τροφίμων που θα υπάρχουν στο σπίτι. Πολλές φορές έχει παρατηρηθεί μια λανθασμένη πρακτική εκ μέρους των μεγαλύτερων, η οποία λειτουργεί καθοριστικά στην υιοθέτηση λανθασμένης αντίληψης και χρήση φαγητού από τους εφήβους. Αυτή η πρακτική σχετίζεται με την ενθάρρυνση των εφήβων για κατανάλωση τροφής, που να είναι άμεσα όμως συνδεδεμένη με τη συναισθηματική κατάσταση που βιώνει το άτομο, αν είναι δηλαδή χαρούμενος ή λυπημένος. Αυτό οδηγεί στη διαμόρφωση μιας λανθασμένης αντίληψης από τον έφηβο, ότι η τροφή χρησιμοποιείται για παράδειγμα ως μέσο ανακούφισης και παρηγοριάς.

Από την άλλη πλευρά, θετικό παράδειγμα που οδηγεί στην υιοθέτηση μιας υγιούς συνήθειας είναι η κατανάλωση πρωινού, το οποίο είναι πολύ σημαντικό όπως προαναφέρθηκε, και εισάγεται με ευκολία στις διατροφικές συνήθειες του εφήβου όταν υπάρχει στα καθημερινά γεύματα από μικρή ηλικία. Επίσης πολύ σημαντικό είναι να φροντίζουν οι γονείς να υπάρχουν στο σπίτι φρούτα και λαχανικά, έτσι ώστε να τα εντάσσει ο έφηβος στη διατροφή του.

Η επιρροή του εφήβου στον τομέα της διατροφής, εκτός από τα στενά οικογενειακά πλαίσια, συντελείται και από τα άτομα που πλαισιώνουν το συγγενικό και μη περιβάλλον του. Τα άτομα αυτά ανήκουν στο φιλικό περιβάλλον, μπορεί να είναι συμμαθητές ή καθηγητές στο σχολείο, ή μπορεί να είναι άλλοι γνωστοί με τους οποίους συναναστρέφεται.

Έναν εξίσου σημαντικό παράγοντα αποτελούν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η τηλεόραση και το διαδίκτυο είναι από τα πιο ισχυρά μέσα επιρροής του εφήβου. Διάφορες εκπομπές, ταινίες, διαφημίσεις, είναι γεμάτες με μηνύματα τα οποία λόγω του νεαρού της ηλικίας του και της απειρίας του ο έφηβος δεν τα αποκωδικοποιεί σωστά έτσι ώστε να κατορθώσει να τα κρίνει και να παραμείνει ανεπηρέαστος σε ότι αυτά θέλουν να προβάλλουν. Παρομοίως συμβαίνει και με το διαδίκτυο όπου οι έφηβοι πλέον έχουν εύκολη πρόσβαση. Οι διατροφικές επιλογές τους επηρεάζονται αρνητικά και έχει παρατηρηθεί ότι καταναλώνουν περισσότερα πρόχειρα και συσκευασμένα γεύματα κατόπιν του καταϊγισμού προβολής τέτοιων από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Πολύ σημαντικό επίσης είναι και το μενού των τροφίμων τα οποία είναι διαθέσιμα στα κυλικεία των σχολείων. Έχει παρατηρηθεί ότι τα προϊόντα στα κυλικεία είναι κατά κύριο λόγο ανθυγιεινά και υπάρχει σχεδόν παντελής έλλειψη φρούτων ή άλλων σημαντικών, για τη διατροφή των εφήβων, τροφών.

Θα πρέπει να αναφερθεί ωστόσο και άλλος ένας παράγοντας που επιδρά σε μεγάλο βαθμό στη διατροφή των νέων σήμερα. Η οικονομική κατάσταση του εφήβου και τις οικογένειάς του αποτελεί σημαντικό τροχοπέδη για την απόκτηση και κατανάλωση υγιεινών τροφών. Είναι σύνηθες το ότι τα; ανθυγιεινά τρόφιμα έχουν πιο χαμηλές τιμές και είναι εύκολα προσβάσιμα για

το μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού. Με αυτό τον τρόπο καθίσταται ευκολότερη η λανθασμένη επιλογή για τους γονείς και για τους ίδιους τους έφηβους. (Βαλούρδου)

### **2.1.2 Διατροφικές διαταραχές**

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας, κατά το DSM-IV,( Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών), αποτελούνται κυρίως από την άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σε φυσιολογικά επίπεδα σύμφωνα με το ύψος και την ηλικία του, με απώλεια και διατήρηση βάρους κάτω του 15% από το αναμενόμενο, το διάχυτο φόβο ότι θα παχύνει, τη διαστρεβλωμένη αντίληψη που έχει για την εικόνα του σώματός του γενικά καθώς το άτομο ισχυρίζεται πως νιώθει παχύ ενώ στη πραγματικότητα είναι υπερβολικά αδύνατο. Όσον αφορά το γυναικείο φύλο, κριτήριο αποτελεί και η απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορυσίων. (Rapoport & Ismond 1996, Νικόλαος 2005)

Η διαταραχή ξεκινά συχνά με δίαιτα, όπου αποφεύγεται ότι θεωρείται τροφή υψηλής θερμιδικής αξίας και στη συνέχεια περιορίζεται ακόμα πιο πολύ η λήψη τροφής . Ξεκινά τυπικά κατά την όψιμη εφηβική ηλικία (14 -18 ετών),ενώ οι γυναίκες αποτελούν το 90 τοις εκατό των περιπτώσεων. Υπάρχουν δύο τύποι ψυχογενούς ανορεξίας, ο περιοριστικός τύπος όπου η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται μέσω δίαιτας, νηστείας ή και υπερβολικής άσκησης και ο τύπος υπερφαγίας ή αλλιώς αποκαλούμενος και κάθαρσης, κατά το οποίο το άτομο ακολουθεί αντισταθμιστικούς τρόπους μη πρόσληψης βάρους μέσω καθαρτικών, πρόκλησης εμέτου, κατάχρησης διουρητικών ή υποκλυσμών. Η κάθαρση μπορεί να γίνει μετά από υπερβολική κατανάλωση τροφής αλλά και με μικρές ποσότητες.(Eby & Brown 2009)

Το κύριο συναίσθημα που διέπει τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία είναι ο φόβος πρόσληψης βάρους με σημείο έναρξης την απώλεια αυτοελέγχου. Η διαταραχή αυτή συνοδεύεται συχνά και από άλλα χαρακτηριστικά όπως αυτοκτονικές τάσεις, κατάχρηση ουσιών, μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, και ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα. Αποκτούν εμμονές, δυσκολεύονται να φάνε σε δημόσιους χώρους, έχουν την ανάγκη να ελέγχουν τα πάντα στο περιβάλλον τους, είναι τελειομανή και η έκφραση τους είναι συναισθηματικά περιορισμένη.(Eby & Brown 2009)

### **2.1.3 Ψυχογενής Ανορεξία**

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας, κατά το DSM-IV,( Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών), αποτελούνται κυρίως από την άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σε φυσιολογικά επίπεδα σύμφωνα με το ύψος και την ηλικία του, με απώλεια και διατήρηση βάρους κάτω του 15% από το αναμενόμενο, το διάχυτο φόβο ότι θα παχύνει, τη διαστρεβλωμένη αντίληψη που έχει για την εικόνα του σώματός του γενικά καθώς το άτομο ισχυρίζεται πως νιώθει παχύ ενώ στη πραγματικότητα είναι υπερβολικά αδύνατο. Όσον

αφορά το γυναικείο φύλο, κριτήριο αποτελεί και η απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορυσίων. (Rapoport & Ismond et al 1996, Νικόλαος 2005)

Η διαταραχή ξεκινά συχνά με δίαιτα, όπου αποφεύγεται ότι θεωρείται τροφή υψηλής θερμιδικής αξίας και στη συνέχεια περιορίζεται ακόμα πιο πολύ η λήψη τροφής. Ξεκινά τυπικά κατά την όψιμη εφηβική ηλικία (14 -18 ετών), ενώ οι γυναίκες αποτελούν το 90 τοις εκατό των περιπτώσεων. Υπάρχουν δύο τύποι ψυχογενούς ανορεξίας, ο περιοριστικός τύπος όπου η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται μέσω δίαιτας, νηστείας ή και υπερβολικής άσκησης και ο τύπος υπερφαγίας ή αλλιώς αποκαλούμενος και κάθαρσης, κατά το οποίο το άτομο ακολουθεί αντισταθμιστικούς τρόπους μη πρόσληψης βάρους μέσω καθαρτικών, πρόκλησης εμέτου, κατάχρησης διουρητικών ή υποκλυσμών. Η κάθαρση μπορεί να γίνει μετά από υπερβολική κατανάλωση τροφής αλλά και με μικρές ποσότητες. (Eby & Brown 2009)



Εικόνα 3

<https://to23ogramma.files.wordpress.com/2013/11/anorexia4.jpg>

Το κύριο συναίσθημα που διέπει τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία είναι ο φόβος πρόσληψης βάρους με σημείο έναρξης την απώλεια αυτοελέγχου. Η διαταραχή αυτή συνοδεύεται συχνά και από άλλα χαρακτηριστικά όπως αυτοκτονικές τάσεις, κατάχρηση ουσιών, μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας, και ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα. Αποκτούν εμμονές, δυσκολεύονται να φάνε σε δημόσιους χώρους, έχουν την ανάγκη να ελέγχουν τα πάντα στο περιβάλλον τους, είναι τελειομανή και η έκφραση τους είναι συναισθηματικά περιορισμένη. (Eby & Brown et al 2009)

#### 2.1.4 Ψυχογενής Βουλιμία

Τα βασικά χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης διαταραχής είναι η υπερφαγία με συνέχεια τις προσπάθειες του ατόμου να αντισταθμίσει την πρόσληψη των θερμίδων μέσω πρόκλησης εμετού, υπερβολικής άσκησης, κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών. Τα επεισόδια συμβαίνουν τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα. Τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία αισθάνονται ότι χάνουν τον έλεγχο ενώ το αίσθημα ντροπής που έχουν για τις διατροφικές τους συνήθειες, τους οδηγεί συνήθως να τρώνε κρυφά.

Η αυτοεκτίμηση του ατόμου επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από το σχήμα και το βάρος του σώματος του. (Eby & Brown 2009) Είναι σημαντικό να προσθέσουμε εδώ το αίσθημα διαταραχής της συνείδησης από το οποίο διακατέχεται το άτομο κατά την διάρκεια του επεισοδίου. Τα περισσότερα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία περιγράφουν ότι κατά την διάρκεια του επεισοδίου η κατάσταση τους και η αίσθηση ήταν σαν να βρίσκονται σε κατάσταση ύπνου. Αυτό σημαίνει πως οι συμπεριφορά αυτή είναι αυτοματοποιημένη και νιώθουν σαν να μην είναι ο εαυτός τους που τρώει. Ορισμένα άτομα ακόμη τονίζουν πως

προσπαθούν να αποσπάσουν την προσοχή τους για να μην σκέφτονται τι κάνουν, για παράδειγμα παρακολουθούν τηλεόραση (Γκατζέλια 2016). Τα βουλιμικά άτομα έχουν φυσιολογικό βάρος, αν και μπορεί να μπορεί να βρίσκονται λίγο παραπάνω από το φυσιολογικό όριο. Τα άτομα με ψυχογενή βουλιμία εμφανίζουν αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη και διαταραχές προσωπικότητας όπως είναι η μεταιχμιακή. Η κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ δεν είναι σπάνια. Η ψυχογενής βουλιμία μπορεί να ξεκινήσει στην όψιμη φάση της εφηβείας και η πορεία της μπορεί να είναι χρόνια ή διαλείπουσα, ενώ τα συμπτώματα πολλών ατόμων μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. (Eby & Brown 2009)

### **2.1.5 Διαταραχή Υπερφαγίας**

Η συγκεκριμένη διαταραχή βρίσκεται ακόμα υπό έρευνα. Χαρακτηρίζεται από επεισόδια υπερφαγίας, χωρίς όμως τους αντισταθμιστικούς παράγοντες της βουλιμίας. Όπως και στη βουλιμία τα άτομα καταναλώνουν τεράστιες ποσότητες φαγητού με ταχείς ρυθμούς, έχοντας την αίσθηση της απώλειας του ελέγχου και της δυσφορίας και κατά την διάρκεια του επεισοδίου και μετά. Το άτομο αισθάνεται ντροπή, απέχθεια, και ενοχή για την πράξη. Για να τεθεί η διάγνωση, το άτομο θα πρέπει να έχει επεισόδια υπερφαγίας τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα επί 6 μήνες. (Eby & Brown 2009)

Τα άτομα με διαταραχή υπερφαγίας τείνουν να είναι υπέρβαρα σε αντίθεση με άτομα με διαταραχή βουλιμίας, τα οποία έχουν ως επί των πλείστων φυσιολογικό βάρος. Υποστηρίζουν μάλιστα ότι οι συνήθειες πρόσληψης τροφής ή το βάρος τους επηρεάζει τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, καθώς και την αυτοεκτίμηση τους. Σε σχέση με άτομα του ίδιου βάρους οι οποίοι δεν πάσχουν από την ίδια διαταραχή, νιώθουν περισσότερο άγχος, κατάθλιψη, σωματικά ενοχλήματα και αισθήματα κατωτερότητας. Οι γυναίκες έχουν 1,5 φορά περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν αυτή τη διαταραχή σε σχέση με τους άνδρες, με τα επεισόδια να ξεκινούν στην όψιμη εφηβεία (14-18 ετών), ή στις αρχές της τρίτης δεκαετίας της ζωής. (Eby & Brown 2009, Κωστοπούλου 2014)

### **2.1.6 Διαταραχές πρόσληψης τροφής στους άνδρες**

Το δέκα τοις εκατό των ατόμων με διατροφικές διαταραχές είναι άνδρες. Όπως και στις γυναίκες τα διαγνωστικά κριτήρια και η αντιμετώπιση είναι ίδια. Η διαφορά με τις γυναίκες είναι ότι στην περίπτωση των ανδρών, το άτομο είναι πιο πιθανό να ασχολείται με κάποιο άθλημα ή να προϋπάρχει παχυσαρκία πριν την εγκατάσταση της διαταραχής και λιγότερο πιθανό να αισθάνεται ενοχή για τα επεισόδια υπερφαγίας και κάθαρσης. Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ανδρών και των γυναικών με διαταραχές πρόσληψης διατροφής είναι κοινά. (Σταυρουλάκη 2011)

Είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής να αναπτύξει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον έφηβο καθώς του είναι πολύ δύσκολο να εκφράσει τα αισθήματά τους για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει

σχετικά με την κατανάλωση της τροφή του. Οι έφηβοι στις μέρες μας νιώθουν ολοένα περισσότερη πίεση να μοιάσουν σε ένα ιδανικό αντρικό σωματότυπο, παρόμοιο με αυτό που βλέπουν στις διαφημίσεις, στον κινηματογράφο και στους επαγγελματίες αθλητές. Αν συνεχιστεί αυτή η τάση μιμητισμού ως προς τα 'ιδανικά' σωματικά πρότυπα, είναι πολύ πιθανό τα ποσοστά των ανδρών με διατροφικές διαταραχές να αυξηθούν. (Eby & Brown 2009)

Επίσης, σημαντικό ρόλο έχει η σεξουαλικότητα και οι σεξουαλικές προτιμήσεις του ατόμου, καθώς η ομοφυλοφιλία και η ασεξουαλικότητα συνδέονται άμεσα με την εμφάνιση κάποιας διατροφικής διαταραχής και μάλιστα η εσωτερική σύγκρουση που πιθανόν να βιώνει ένας άντρας σε σχέση με τις σεξουαλικές του προτιμήσεις μπορεί να προκαλέσει την έναρξη των συμπτωμάτων.(Σταυρουλάκη 2011 )

### **2.1.7 Αιτία των διαταραχών πρόσληψης τροφής**

Στα αίτια των διατροφικών διαταραχών περιλαμβάνονται ο οικογενειακός παράγοντας και η ίδια η προσωπικότητα του ατόμου.(Ζαφειράκη)

Στους οικογενειακούς παράγοντες περιλαμβάνονται τα λανθασμένα διατροφικά πρότυπα από μέρους των γονιών, καθώς και η έλλειψη στοργής, και σημασίας που ενδεχομένως να αισθάνεται το άτομο κατά την παιδική του ηλικία μπορεί να το οδηγήσει σε προβληματικές σχέσεις με το φαγητό, ψάχνοντας εκεί το αίσθημα της ικανοποίησης και της ηρεμίας. Οι γονείς με αυταρχικά χαρακτηριστικά και αυστηρές επιθυμίες όσον αφορά την επίδοση των παιδιών στο σχολείο ή στα αθλήματα, επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την σχέση του παιδιού με το φαγητό και τα συναισθήματα του.

Πιθανή σεξουαλική ή συναισθηματική κακοποίηση, αυξάνει τις πιθανότητες για μια γυναίκα να αναπτύξει αίσθημα ντροπής και ενοχής για το σώμα της, χαμηλή αυτοεκτίμηση με αντίκτυπο τις διατροφικές της συνήθειες. Οι γενικότερα προβληματικές σχέσεις στο πλαίσιο της οικογένειας, η μη έκφραση συναισθημάτων, η δυσανεξία στα έντονα συναισθήματα, το ενοχικό οικογενειακό περιβάλλον διαδραματίζει τεράστιο ρόλο στην διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών του εφήβου (Eby & Brown 2009).

Όσον αφορά την προσωπικό παράγοντα, η τελειομανία και η σύγκριση του ατόμου με άλλα άτομα για το ποιος είναι ο καλύτερος ή ο ποιο αδύνατος ακόμα και η σύγκριση με τα πρότυπα που προβάλλονται στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και στον κινηματογράφο, η αίσθηση απώλειας του ελέγχου στην προσωπική ζωή, το άγχος, η κατάθλιψη, η τάση του να προσφέρει στους άλλους αδιαφορώντας για τις δικές του ανάγκες, και η διχοτομική σκέψη, μπορούν να αποτελέσουν κινητήριο δύναμη για την επίπτωση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. (Eby & Brown 2009, Robert N. Golden, Fred Peterson, Gerri Freid Kramer 2009)

Άτομα με διχοτομική σκέψη κατατάσσουν τα πάντα στο ένα άκρο ή στο άλλο . για αυτούς όλα είναι άσπρα ή μαύρα. παράδειγμα αυτού του τρόπου σκέψης είναι ' εάν φάω θα χάσω τον έλεγχο και θα πάρω 50 κιλά' .

Επίσης πολλοί θεωρητικοί της γνωστικής θεωρίας ότι τα παραμορφωμένα γνωστικά σχήματα δηλαδή η παραμορφωμένη σκέψη, οδηγούν σε διαταραχές λήψης τροφής. Η καταστροφολογία

είναι συχνή για άτομα με νευρική ανορεξία . σκέψεις όπως για παράδειγμα ‘εάν πάρω ένα κιλό δεν θα μου κάνουν τα ρούχα μου’ είναι συχνές σε άτομα με την συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή. (Thompson & Smolak 2001)

## 2.1.8 Συντονισμένη φροντίδα

Η φροντίδα που απαιτείται περιλαμβάνει αρχικά την σωματική αντιμετώπιση των επιπτώσεων που επιφέρει η διατροφική διαταραχή από την οποία πάσχει το άτομο και την ψυχολογική παρέμβαση ταυτόχρονα ή αφού ξεπεραστεί ο κίνδυνος που αφορά την σωματική υγεία του ασθενούς. (Eby & Brown 2009) Τα άτομα με διατροφικές διαταραχές είναι απαραίτητο να ζητήσουν βοήθεια οι ίδιοι ή οικογένειες τους από ψυχολόγο με ειδικευση στα θέματα διαταραχών πρόσληψης τροφής. Η συμμετοχή στη θεραπεία και ψυχιάτρου είναι θεμιτή αν συνυπάρχουν και συμπτώματα κατάθλιψης και υπερβολικού άγχους. Ψυχολογικές παρεμβάσεις αποτελεί η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία, η Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία και η Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία. (Ανάσα,2014)

Η ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει συνοπτικά την ενίσχυση του ελέγχου και την αποκατάσταση ενός φυσιολογικού τρόπου κατανάλωσης τροφής. Κύριο μέρος της θεραπείας αποτελεί ο εντοπισμός και η διόρθωση των διαστρεβλωμένων αντιλήψεων για το σώμα, τον εαυτό, τη λήψη τροφής και γενικότερα της λανθασμένης συμπεριφοράς απέναντι στο φαγητό. (Robinson et al 2006)

## 2.1.9 Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία είναι αναμφισβήτητα μια από τις συχνότερα εμφανιζόμενες ασθένειες στις αναπτυγμένες χώρες. Ακόμα όμως και στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου παραδοσιακά ο υποσιτισμός θεωρείται το κυριότερο διατροφικό πρόβλημα, το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων αυξάνεται με ανησυχητικούς ρυθμούς. Αναγνωρίζεται πια ως χρόνια νόσος, αφού σχετίζεται με τον κίνδυνο θνησιμότητας, παρουσιάζοντας έτσι ομοιότητες με την υπέρταση και την υπερχοληστερολαιμία. Παράλληλα, αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση των κυριότερων μη μεταδοτικών ασθενειών, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο σακχαρώδης διαβήτης. (Burniat W, Cole T, Lissau I, Poskitt E. 2006)



Η παχυσαρκία θεωρείται ο μοναδικός από τους παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη χρόνιων νοσημάτων με τόσο ευρείες ψυχοκοινωνικές διαστάσεις. Η βιολογική παράμετρος της νόσου τείνει να αποκτήσει δευτερεύουσα σημασία σε σχέση με τα κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται. Αυτό συμβαίνει λόγω των πολιτισμικών αξιών που συνδέουν το αδύνατο με το όμορφο και αντίστοιχα το παχύσαρκο με το άσχημο, το αίσθημα απώλειας του προσωπικού ελέγχου και άλλα.

Στις σύγχρονες, δυτικού τύπου κοινωνίες, τα παχύσαρκα άτομα βιώνουν προκατάληψη από τα υπόλοιπα μέλη της

κοινωνίας, τόσο στις επαγγελματικές ευκαιρίες όσο και στις προσωπικές σχέσεις. Για αυτό το λόγο, σε ασθενείς με ήπια ή μέτρια βαθμού παχυσαρκία ακόμα και οι μικρές αλλαγές συμπεριφοράς που οδήγησαν σε απώλεια σωματικού βάρους βελτίωσαν, τουλάχιστον βραχυχρόνια, την ποιότητα ζωής τους.

Οι έννοιες 'ιδανικό βάρος', 'υπέρβαρος', 'παχύσαρκος' αποκτούν διαφορετικό νόημα στον ιατρικό κόσμο και στο ευρύ κοινό, γιατί τα κριτήρια είναι διαφορετικά. Οι διατροφικές συνήθειες –οι οποίες σχετίζονται με το σωματικό βάρος – καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον και καθοδηγούνται σε σημαντικό βαθμό από τη βιομηχανία τροφίμων και τη διαφήμιση, με τέτοιο τρόπο ώστε να αγνοούνται ή να υποβαθμίζονται οι συστάσεις από τους φορείς υγείας. Έτσι, οι καταναλωτές καταλήγουν να έχουν την δική τους άποψη για την αλληλεπίδραση τροφής-υγείας, οι οποίες μπορεί να διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό από αυτές των ειδικών.

Συμπερασματικά η παχυσαρκία δεν μπορεί να θεωρηθεί μεμονωμένο πρόβλημα υγείας, αλλά ως ένα πολυδιάστατο πρόβλημα που συμπεριλαμβάνει πολλούς τομείς της ζωής του ανθρώπου. Θετικό είναι το γεγονός ότι τελευταία αναγνωρίζεται από όλους ότι η λύση του προβλήματος δεν πρέπει να περιλαμβάνει μόνο την ιατρική προσέγγιση, αλλά και πολλές άλλες παρεμβάσεις, με στόχο την συνολική βελτίωση της υγείας του ατόμου. (Ζαμπέλας, 2011)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (World Health Organisation- WHO), η παχυσαρκία ορίζεται ως η κατάσταση κατά την οποία το άτομο έχει ποσοστό σωματικού λίπους πάνω από φυσιολογικά επίπεδα, γεγονός που λειτουργεί επιβαρυντικά. (Ζαμπέλας, 2011) Η εκτίμηση της σύστασης του σώματος, του ποσοστού σωματικού λίπους και της κατανομής αυτού, έχει μεγάλη σημασία στην περίπτωση της παχυσαρκίας, καθώς με τον τρόπο αυτό προσδιορίζεται και ο κίνδυνος εμφάνισης ορισμένων ασθενειών, όπως των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ο πιο εύχρηστος τρόπος αξιολόγησης του σωματικού βάρους και της παχυσαρκίας είναι ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), ο οποίος προτάθηκε από τον Quetelet και χρησιμοποιείται ευρέως σήμερα μετά την κατάταξη που δημιουργήθηκε από τον Garrow .

Ο ΔΜΣ ορίζεται ως εξής:

$$\text{Δείκτης Μάζας Σώματος} = \frac{\text{Βάρος σώματος}}{\text{ύψος}^2} \text{ (kg/m}^2\text{)}$$

\*Φυσιολογικές θεωρούνται οι τιμές που κυμαίνονται από 18,5-24,9. (Ζαμπέλας, 2011)

Οι συστάσεις του ΠΟΥ προτείνουν την χρήση ενός ακόμα δείκτη για την αξιολόγηση της κατανομής του λίπους. Πιο συγκεκριμένα, προτείνεται η μέτρηση της περιφέρειας της μέσης, η οποία συσχετίζεται με τα αποθέματα σπλαχνικού λίπους. εάν η περιφέρεια μέσης είναι μεγαλύτερη από 102 εκατοστά για τους άνδρες και 88 εκατοστά για τις γυναίκες υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη, δυσλιπιδαιμίας, υπέρτασης και καρδιαγγειακών νοσημάτων. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ισχυρή αντίστροφη σχέση μεταξύ του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και του επιπολασμού της παχυσαρκίας κυρίως στις γυναίκες. Γενικά τα ποσοστά των υπέρβαρων ατόμων είναι υψηλότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. (Ζαμπέλας, 2011)



### **2.1.10 Αιτιολογία παχυσαρκίας**

Η παχυσαρκία αποτελεί αποτέλεσμα της διαταραχής του ισοζυγίου ενέργειας και πιο συγκεκριμένα αποτέλεσμα του θετικού ισοζυγίου ενέργειας. Στο θετικό ισοζύγιο ενέργειας, η ενεργειακή πρόσληψη είναι μεγαλύτερη από την ενεργειακή κατανάλωση με αποτέλεσμα, όταν αυτό διατηρηθεί για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, να αυξηθούν οι ενεργειακές αποθήκες του σώματος, το σωματικό λίπος, και επομένως να εμφανιστεί παχυσαρκία. Μία σειρά από περιβαλλοντικούς παράγοντες επηρεάζουν το ισοζύγιο ενέργειας, ενώ η επιδεκτικότητα του ατόμου στις περιβαλλοντικές επιδράσεις επηρεάζεται από την γενετική προδιάθεση και άλλους βιολογικούς παράγοντες. (Ζαμπέλας, 2011)

### **2.1.11 Γενετική και παχυσαρκία**

Τα γονίδια επηρεάζουν πολλές παραμέτρους που σχετίζονται τόσο με την ενεργειακή πρόσληψη όσο και με την ενεργειακή κατανάλωση. Σύμφωνα με μελέτες, ο μεταβολικός ρυθμός, η θερμογένεση μέσω λήψης τροφής και η διάθεση για την εκτέλεση σωματικής δραστηριότητας έχουν γενετικό υπόβαθρο. Ενδείξεις ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση για την εμφάνιση παχυσαρκίας προέρχονται από έναν μεγάλο αριθμό ερευνών τόσο σε πειραματόζωα όσο και σε ανθρώπους. Τα αποτελέσματα μελετών σε διδύμους, υιοθετημένα παιδιά και τις οικογένειες τους έχουν δείξει ότι οι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεση της παχυσαρκίας. (Ζαμπέλας, 2011)

### **2.1.12 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες**

Η αύξηση της επίπτωσης της παχυσαρκίας που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια οφείλεται κυρίως σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Ο νέος τρόπος διαβίωσης των ατόμων έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές τόσο στη φυσική δραστηριότητα όσο και στις διαιτητικές συνήθειες. Όσο η τεχνολογία προοδεύει, η χρήση των 'άνετων' μηχανημάτων σαφέστατα μειώνει την ενέργεια που δαπανάται για καθημερινές δραστηριότητες και επομένως την συνολική ημερήσια δαπάνη ενέργειας. Ταυτόχρονα, αυξάνεται η διαθεσιμότητα των τροφίμων και μάλιστα των τροφίμων υψηλής ενεργειακής πυκνότητας. (Harvard)

Οι άνθρωποι που είναι αδρανείς είναι συνήθως παχύσαρκοι και σε κακή φυσική κατάσταση. Πλέον η ενέργεια που δαπανάται σε ενεργητικές δραστηριότητες κατά την διάρκεια του ελεύθερου χρόνου έχει μειωθεί σημαντικά λόγω της αύξησης των ωρών που δαπανώνται για την παρακολούθηση τηλεόρασης και τη συμμετοχή σε άλλες καθιστικές δραστηριότητες. Με βάση αυτές τις παρατηρήσεις είναι λογικό να υποθέτουμε ότι η σωματική αδράνεια είναι σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας για την εμφάνιση της παχυσαρκίας και ότι η αύξηση της σωματικής

δραστηριότητας θα πρέπει να είναι αναπόσπαστο μέρος ενός προγράμματος απώλειας βάρους.(Balentine 2015)

Οι περισσότεροι μαθητές ηλικίας 15 -18, μένουν πολλές ώρες εκτός σπιτιού και έτσι δεν έχουν χρόνο να δώσουν έμφαση στη προετοιμασία και τον σχεδιασμό των γευμάτων που θα καταναλώσουν. Με την επικράτηση του γρήγορου και πρόχειρου φαγητού τις τελευταίες δεκαετίες, έχει αυξηθεί σημαντικά η ενεργειακή πυκνότητα των διαθέσιμων τροφίμων. Η επικράτηση αυτή συμπίπτει με την τακτική της επιθετικής του διαφήμισης από τα Μέσα Ενημέρωσης. Εξάλλου, τρόφιμα υψηλής ενεργειακής πυκνότητας είναι συνήθως εύληπτα τρόφιμα, γεγονός που προωθεί την αύξηση της κατανάλωσης τους. Επιπρόσθετα, το μέγεθος των μερίδων που σερβίρονται και πωλούνται αυξάνεται.

Επομένως οι περιβαλλοντικοί παράγοντες συντελούν στη δυσκολία διαχείρισης του σωματικού βάρους, προωθώντας την αυξημένη κατανάλωση θερμίδων και τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα και εγκαθιστώντας καταστάσεις στις οποίες η γενετική προδιάθεση για αύξηση του σωματικού βάρους είναι πιο εύκολο να εκφραστεί.

Μελέτες έχουν δείξει ότι άτομα χαμηλού κοινωνικού επιπέδου και λιγότερο μορφωμένα είναι πιο πιθανό να καταναλώσουν τρόφιμα πλούσια σε λίπος, παρά τα πιο ακριβά φρούτα και λαχανικά.(WHO 2017)

Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι όσο περιβαλλοντικοί παράγοντες προωθούν την αυξημένη κατανάλωση ενέργειας και τη μειωμένη σωματική δραστηριότητα, οι δυτικές κοινωνίες προωθούν τη λεπτότητα, η οποία θεωρείται βασικό συστατικό της ομορφιάς και της επιτυχίας. Αγωνιώντας να αποκτήσουν το ιδανικό σώμα, οι νέοι στρέφονται σε ποικίλες μεθόδους, με τον περιορισμό της διαιτητικής πρόσληψης να αποτελεί τη συχνότερη επιλογή. Έτσι, το λεπτό σώμα μπορεί να αποτελέσει κίνητρο για την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών και του επιπέδου σωματικής δραστηριότητας, αλλά οι αλλαγές που γίνονται είναι συνήθως απότομες και μικρής διάρκειας. Η αυξομείωση ή ανακύκλωση βάρους έχει σημαντικές μεταβολικές και ψυχολογικές συνέπειες και από πολλούς ερευνητές θεωρείται ότι προωθεί την αύξηση του βάρους αποτελώντας αιτία της παχυσαρκίας. . (Ζαμπέλας 2011,Gibbons G. 2017 )

Η εφηβεία αποτελεί μία από τις τρεις περιόδους που θεωρούνται κρίσιμες για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Οι άλλες δύο είναι η εμβρυϊκή καθώς και η ηλικία των 4 - 6 ετών. Η εφηβεία δεν αποτελεί μόνο περίοδο αυξημένου κινδύνου για την ανάπτυξη παχυσαρκίας, αλλά και περίοδο όπου η κατανομή του λίπους στο σώμα αλλάζει, γεγονός που επηρεάζει κι αυτό με τη σειρά του, τους κινδύνους που σχετίζονται με την παχυσαρκία. (Ζαμπέλας, 2011)

### **2.1.13 Παθήσεις σχετιζόμενες με την παχυσαρκία**

Οι ασθένειες που σχετίζονται με την παχυσαρκία έχουν καθοριστεί με βάση τα αποτελέσματα πολυάριθμων ερευνών που έχουν διεξαχθεί τα τελευταία χρόνια. Έχει διαπιστωθεί ότι η παχυσαρκία συνδέεται με την ινσουλινοαντοχή, την παρουσία σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, την υπέρταση, την δισλιπιδαιμία, την αθηροσκληρυνση, τις καρδιοπάθειες, ορισμένα αναπνευστικά προβλήματα, κάποιες διαταραχές του ύπνου, κάποιες ψυχιατρικές διαταραχές, προβλήματα στη

χοληδόχο κύστη, την οστεοαρθρίτιδα και άλλες νόσους.(WHO 2017) Γενικά πάντως οι οργανικές διαταραχές εξαρτώνται σε ένα βαθμό και από την περιοχή του σώματος στην οποία εντοπίζεται η συσσώρευση του λίπους. Η γενικευμένη συσσώρευση του λίπους στο σώμα επιφέρει λιγότερα προβλήματα σε αντίθεση με την συσσώρευση του λίπους στην κοιλιακή χώρα. (Ζαμπέλας, 2011)

#### **2.1.14 Ψυχιατρικές διαταραχές – Επιπτώσεις**

Τα παχύσαρκα άτομα που εμφανίζουν σύνδρομο αδηφαγίας εκδηλώνουν σε μεγάλο βαθμό συναισθηματικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη και έχουν χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης.(healthychildren 2015)

Τα προβλήματα υγείας των παχύσαρκων ανθρώπων που αναλύθηκαν παραπάνω, αρχίζουν να γίνονται ορατά όσο το άτομο μεγαλώνει σε ηλικία, έτσι τα άτομα νεαρής ηλικίας δεν τα αντιλαμβάνονται ως ‘άμεσες ‘ απειλές. Ωστόσο οι ψυχολογικές και οι κοινωνικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας γίνονται από την παιδική και νεαρή ηλικία.(Raj & Kumar 2010)

Στις σύγχρονες κοινωνίες παρατηρούνται συχνά διακρίσεις σε βάρος ατόμων με υπερβάλλον σωματικό βάρος. Η κατάσταση αυτή είναι ιδιαίτερα επιβλαβής όσον αφορά την ψυχολογική κατάσταση των παχύσαρκων παιδιών, τα οποία θεωρούνται από τους συμμαθητές τους στο σχολείο ως τεμπέλικα, βρώμικα, μειωμένων νοητικών δυνατοτήτων, άσχημα και ψεύτες.(CDC 2016)

Επομένως, τα παχύσαρκα άτομα βιώνουν το κοινωνικό στιγματισμό σε όλες τις πτυχές της ζωής τους, ερχόμενοι αντιμέτωποι με τις σύγχρονες κοινωνίες που αποθεώνουν τη λεπτότητα ως μέγιστο αγαθό. (Ζαμπέλας, 2011)

#### **2.1.15 Αντιμετώπιση Παχυσαρκίας**

Όσον αφορά τους εφήβους, η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας επιτυγχάνεται με ισορροπημένη διατροφή, αλλαγή συμπεριφοράς και αύξηση άσκησης.( Godsey & Pierce-Smith 2017) Αύξηση στη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, μείωση κατανάλωσης τροφών από ταχυφαγεία, επίβλεψη γενικότερα των τροφών που υπάρχουν στο σπίτι, είναι σημαντικά για την σταθερή μείωση του βάρους. (AACAP 2016)

#### **2.1.16 Σιδηροπενική αναιμία**

Ο ταχύς ρυθμός ανάπτυξης των εφήβων καθώς και η έντονη αθλητική δραστηριότητα σε συνδυασμό με την μη ισορροπημένη διατροφή οδηγεί πολύ συχνά στην εμφάνιση στερητικού τύπου αναιμιών, κυρίως τη σιδηροπενική αναιμία. Η επαρκής πρόσληψη σιδήρου μέσω της

σωστής διατροφής, αποτελεί σημαντικό παράγοντα τόσο στη φυσιολογική σωματική ανάπτυξη όσο και στην πνευματική διαμόρφωση ενός εφήβου. Προκύπτει λοιπόν ότι η ανεπαρκής πρόσληψη σιδήρου και η σιδηροπενική αναιμία έχει αρνητική επιρροή όσον αφορά το αναπτυξιακό, αλλά και το πνευματικό επίπεδο ενός ατόμου.

Η έλλειψη σιδήρου προκαλεί διάφορες διαταραχές στον οργανισμό και κυρίως στους επιθηλιακούς ιστούς, στο ανοσοποιητικό σύστημα και στους μυς και ορισμένες φορές προκαλεί αναιμία. Αυτό είναι γεγονός καθότι ο σίδηρος αποτελεί βασικό στοιχείο της μυοσφαιρίνης και διάφορων άλλων πρωτεϊνών και ενζύμων. Οι επιπτώσεις της έλλειψής του δεν περιορίζεται όμως μόνο σε αυτές που προαναφέρθηκαν. Η επιρροή επεκτείνεται και σε διάφορες νευροψυχικές διαταραχές και διαταραχές γνωσιακών λειτουργιών. Ιδιαίτερα οι έφηβες λόγω της μηνιαίας απώλειας αίματος κατά την έμμηνο ρύση, εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης σιδηροπενικής αναιμίας, εν αντιθέσει με τα αγόρια.

Σχετικά με την ημερήσια απορρόφηση σιδήρου, η περιεκτικότητα σε σίδηρο σύμφωνα με τις διατροφικές συνήθειες υπολογίζεται σε 15 mg εκ των οποίων τα 1-2 mg απορροφούνται από τον οργανισμό. Οι παράγοντες κινδύνου ανεπαρκούς πρόσληψης σιδήρου στους εφήβους αποτελούνται από την χαμηλή πρόσληψη κρέατος, ψαριών, πουλερικών, την συχνή δίαιτα ή την περιορισμένη διατροφή, την χορτοφαγία, την παράλειψη γευμάτων, την χρόνια ή απότομη απώλεια σωματικού βάρους, την ταχεία σωματική ανάπτυξη, και την έντονη φυσική δραστηριότητα όπως είναι τα αθλήματα υψηλής αντοχής και σωματικής καταπόνησης.

Σύμφωνα με το Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Ασθενειών των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, την τελευταία δεκαετία το 75 % των εφήβων κοριτσιών και το 17% των εφήβων αγοριών δεν ακολουθεί πλούσιο σε σίδηρο διατροφικό πρόγραμμα. Έχει αποδειχθεί, σύμφωνα με μελέτες, ότι στους εφήβους οι οποίοι πάσχουν από σιδηροπενική αναιμία παρατηρείται μειωμένη λεκτική μάθηση, μνήμη και κατά κανόνα χαμηλές επιδόσεις στα μαθηματικά. (Βότση, 2013)

Στα συμπτώματα της σιδηροπενικής αναιμίας συγκαταλέγονται η κόπωση, η ταχυκαρδία, η τριχόπτωση, η ευερεθιστότητα, η υπνηλία, η ωχρότητα, η μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, η μειωμένη σχολική επίδοση, οι διαταραχές ονύχων, η γλωσσίτιδα, η γωνιακή χειλίτιδα ή γωνιακή στοματίτιδα καθώς και η κεφαλαλγία. (βικιπαιδεία, 2017)

Υπάρχουν διάφορα στάδια ανάπτυξης της σιδηροπενικής αναιμίας. Στο πρώτο στάδιο παρουσιάζεται μείωση της τιμής της φερριτίνης εξαιτίας της ελάττωσης των αποθεμάτων του σιδήρου χωρίς να υπάρχουν άλλα κλινικά ή εργαστηριακά ευρήματα. Στο δεύτερο στάδιο υπάρχει πλέον η πλήρης εξάλειψη των αποθεμάτων του σιδήρου, η οποία προκαλεί μείωση του κορεσμού της τρανσφερρίνης, αυξημένη σιδηροδεσμευτική ικανότητα τρανσφερρίνης και εμφάνιση μικροκυτταρικών και υπόχρωμων ερυθρών αιμοσφαιρίων με φυσιολογική όμως αιμοσφαιρίνη αίματος. Στη φάση αυτή παρουσιάζονται συχνά συμπτώματα κακουχίας, νευροψυχιατρικές διαταραχές και διαταραχές γνωσιακών λειτουργιών.

Η έλλειψη σιδήρου προκαλεί μείωση της αιμοποίησης, μη αποδοτική ερυθροποίηση και βράχυνση της ζωής των ερυθρών αιμοσφαιρίων με αυξημένη περιφερική καταστροφή τους. Το τρίτο στάδιο καθορίζεται από την εμφάνιση προοδευτικά επιδεινούμενης αναιμίας που συνοδεύεται από χαρακτηριστικές κλινικές και εργαστηριακές εκδηλώσεις. Εκτός από την εμφάνιση αναιμίας υπάρχει ελλιπής παραγωγή πολλών ενζύμων και πρωτεϊνών των οποίων ο

σίδηρος είναι απαραίτητο συστατικό, γεγονός που μπορεί να συμμετέχει στην παθογένεση των διακριτών κλινικών εκδηλώσεων της σιδηροπενικής αναιμίας.

Η αντιμετώπιση της σιδηροπενικής αναιμίας επιτυγχάνεται με χορήγηση σιδήρου από το στόμα. Το πιο διαδεδομένο σκεύασμα σιδήρου είναι ο θειικός σίδηρος, όπου τα 200 mg σκευάσματος αντιστοιχούν σε 60 mg στοιχειακού σιδήρου. Εναλλακτικά διαθέσιμα βρίσκονται και τα σκευάσματα γλυκονικού σιδήρου του οποίου τα 300 mg αντιστοιχούν σε 36 mg στοιχειακού σιδήρου. (Χατζηπαναγής, Ευσταθίου).

Η αύξηση της ερυθροποιητικής δραστηριότητας η οποία αρχίζει την 3η-5η ημέρα, είναι το πρώτο στοιχείο πως υπάρχει ανταπόκριση στη θεραπεία, και μεγιστοποιείται την 8η-10η ημέρα. Το θεραπευτικό πλάνο στοχεύει στη μείωση του ελλείμματος του αιματοκρίτη στο ήμισυ σε τρεις εβδομάδες από την έναρξη χορήγησης σιδήρου και η πλήρης κάλυψη του ελλείμματος μετά από δύο μήνες. Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως η λήψη σιδήρου για 3-6 μήνες ακολουθούμενοι τη διόρθωση της αναιμίας είναι απαραίτητη για την αναπλήρωση των σιδηραποθηκών. Ενισχυτικοί παράγοντες απορρόφησης σιδήρου θεωρούνται το κρέας, το ψάρι, τα πουλερικά, τα θαλασσινά, το γαστρικό οξύ, το ασκορβικό οξύ, το μηλικό οξύ, το κιτρικό οξύ και άλλα. Ενώ αποτρεπτικοί παράγοντες θεωρούνται το φωσφορικό οξύ, το ασβέστιο, το τσάι (τανικό οξύ), ο καφές, η Coca-cola, η πρωτεΐνη σόγιας, οι υψηλές δόσεις, τα μεταλλικών στοιχείων, οι φυτικές ίνες και άλλα.

Είναι αναγκαίο να αναγνωριστεί πως οι έφηβοι είναι μια ομάδα ατόμων με ιδιαίτερες ανάγκες εξαιτίας των αλλαγών που πραγματοποιούνται καθημερινά σε οργανικό και ψυχικό επίπεδο. Οι έφηβοι αποτελούν μια πληθυσμιακή ομάδα η οποία διέπεται από ιδιαίτερες ανάγκες βιώνοντας καθημερινά μεγάλες αλλαγές σε οργανικό- βιολογικό, ψυχικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Η γνώση και η πρόληψη αποτελούν σημαντικά εφόδια για την αντιμετώπιση των δυσκολιών που καλείται να διαχειριστεί κατά την διάρκεια των εφηβικών χρόνων. (Καρράς)

### **2.1.17 Οδοντική Τερηδόνα**

Η Τερηδόνα είναι μια αργά εξελισσόμενη ασθένεια των δοντιών που προκαλείται από την δημιουργία όξινου περιβάλλοντος στο στόμα, που προκαλεί την απώλεια των ανόργανων συστατικών της αδαμαντίνης και οδηγεί στην καταστροφή της δομής των δοντιών. Η βασική αιτία της τερηδόνας είναι η ελλιπής στοματική υγιεινή σε συνδυασμό με μια διατροφή πλούσια σε ζάχαρη και οφείλεται σε ένα μικρόβιο που λέγεται *Streptococcus Mutans*. (Χατζηπαναγής) Στον κύκλο της δημιουργίας τερηδόνας είναι η παροχή τροφής και ενέργειας για τα βακτήρια ώστε να αναπτυχθούν και να παράγουν οξέα. Τα βακτήρια χρησιμοποιούν τα σάκχαρα, όπως γλυκόζη, σουκρόζη, φρουκτόζη και λακτόζη που περιέχονται στα τρόφιμα που καταναλώνουμε. Αν δεν είχαμε τη ζάχαρη στη διατροφή μας, τα βακτήρια της πλάκας δεν θα ήταν σε θέση να προκαλέσουν μεγάλη ζημιά.

Δεν είναι πάντα προφανές ποιά τρόφιμα περιέχουν ζάχαρη και πόση. Τα τρόφιμα που περιέχουν ζάχαρη, όπως μπισκότα, σοκολάτες, γλυκά, αναψυκτικά και γλυκά είναι, όπως αναμενόταν, οι κύριες πηγές ενέργειας που βοηθούν τα βακτήρια να προκαλέσουν τερηδόνα. Ωστόσο, αρκετές

άλλες τροφές με υδατάνθρακες, όπως κράκερς, ψωμί, δημητριακά ή πατατάκια μπορεί να παράγουν σάκχαρα στο στόμα κάτω από την επίδραση των ενζύμων του σάλιου. Τα ζαχαρούχα και αμυλούχα τρόφιμα και ποτά, όπως σταφίδες, κέικ, μέλι, αναψυκτικά, και χυμοί, είναι οι μεγαλύτεροι τροφοδότες της πλάκας και των μικροβίων που είναι η αιτία της τερηδόνας. (Wikipedia 2017)

Η αδαμαντίνη των δοντιών είναι ο πιο σκληρός ιστός του ανθρώπινου σώματος. Ωστόσο η ανόργανη δομή της την καθιστά ευάλωτη στη δράση οξέων που μπορούν να την καταστρέψουν σχετικά εύκολα. Όταν το περιβάλλον του στόματος γίνεται πολύ όξινο (όταν η τιμή του pH, το οποίο μετρά την οξύτητα, πέφτει κάτω από 5,5 έως 6,0), τα οξέα αρχίζουν να διαλύουν τα ανόργανα άλατα φωσφορικού ασβεστίου που συνθέτουν το σμάλτο των δοντιών.

Κάθε τμήμα του δοντιού που είναι εκτεθειμένο στο περιβάλλον του στόματος κινδυνεύει από τη δράση των οξέων. Αυτό που ξεκινά ως μια ήπια απασβεσίωση με την παρουσία μιας μικρής λευκής κηλίδας στην επιφάνεια του δοντιού, αν αφηθεί χωρίς θεραπεία, θα εξελιχθεί σε οδοντική κοιλότητα και το δόντι θα χρειάζεται σφράγισμα. Η συχνή κατανάλωση αναψυκτικών που περιέχουν φωσφορικό και κιτρικό οξύ είναι μια άλλη αιτία τερηδόνας καθώς δημιουργούν ένα όξινο περιβάλλον στο στόμα που και επιδρά αρνητικά στην αδαμαντίνη και προάγει την ανάπτυξη μικροβιακής πλάκας. Σημασία δεν έχει μόνο η ποσότητα αλλά και πόσες φορές την ημέρα καταναλώνονται τροφές πλούσιες σε ζάχαρη. Η δράση του καταστροφικού οξέος διαρκεί 20 λεπτά. Άρα η συχνή κατανάλωση ζάχαρης κατά τη διάρκεια της ημέρας αυξάνει και το χρόνο έκθεσης των δοντιών στο συγκεκριμένο οξύ.

Αναλύοντας τα αίτια που προκαλούν τερηδόνα των δοντιών εντοπίσαμε την οδοντική πλάκα και τα σάκχαρα ως τους κύριους παράγοντες για τη δημιουργία ενός επικίνδυνου όξινου περιβάλλοντος στο στόμα. Αλλά ούτε η οδοντική πλάκα ούτε τα σάκχαρα θα μπορούσαν να προκαλέσουν προβλήματα στο στόμα μας, αν εμείς δεν τους επιτρέπαμε να βρίσκονται εκεί. Οι κύριοι λόγοι που συμβαίνει αυτό και η πραγματική αιτία της τερηδόνας, είναι η κακή στοματική υγιεινή σε συνδυασμό με μια δίαιτα πλούσια σε υδατάνθρακες. Εάν εξαλειφθούν αυτές οι δύο αιτίες, ο κίνδυνος εμφάνισης τερηδόνας ελαχιστοποιείται. (Τσαγκάρη)

Εάν τα δόντια βουρτσίζονται κανονικά τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα ή ακόμα καλύτερα μετά από κάθε φορά που τρώμε, και χρησιμοποιούμε οδοντικό νήμα καθημερινά για τον καθαρισμό των δοντιών, τα βακτήρια δεν θα έχουν το χρόνο να σχηματίσουν αρκετή οδοντική πλάκα για να προκαλέσουν τερηδόνα. Εάν η διατροφή μας δεν παρέχει αρκετή ζάχαρη για να τραφούν τα βακτήρια της πλάκας, να αναπτυχθούν και να παράγουν οξέα, τα δόντια είναι πιο ασφαλή, ακόμη και αν στοματική υγιεινή μας δεν είναι τέλεια. Η συχνότητα και ο χρόνος που καταναλώνουμε τρόφιμα και ποτά που μπορεί να προκαλέσουν τερηδόνα είναι επίσης ένας σημαντικός παράγων. Όσο συχνότερα και για όσο περισσότερο το στόμα παραμένει σε όξινο περιβάλλον τόσο ενισχύεται η απώλεια αλάτων από την αδαμαντίνη.

Με το συνδυασμό σωστής καθημερινής στοματικής υγιεινής με μια προσεκτική διατροφή και σωστό έλεγχο της κατανάλωσης υδατανθράκων, μπορούμε να εξαλείψουμε τις κύριες αιτίες δημιουργίας τερηδόνας παρέχοντας ένα ασφαλέστερο περιβάλλον για τα δόντια μας. Εκτός από την υγιεινή του στόματος και την διατροφή, διάφοροι άλλοι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν

το περιβάλλον της στοματικής κοιλότητας και να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης τερηδόνας.(Χατζηπαναγής)

## 2.1.18 Οστεοπόρωση

Η οστεοπόρωση είναι χρόνια πάθηση του μεταβολισμού των οστών, κατά την οποία παρατηρείται σταδιακή μείωση της πυκνότητας και ποιότητάς τους. Με την πάροδο του χρόνου να γίνονται πιο εύθραυστα και λεπτά και ακόμη και με μια ήπια πτώση, σκύψιμο ή βήχα μπορεί να προκληθεί κάταγμα.(Κοτσανοπούλου, 2009)

Πολλοί πιστεύουν ότι η οστεοπόρωση είναι μια ασθένεια των ηλικιωμένων διότι οι άνθρωποι χάνουν οστική μάζα με την αύξηση της ηλικίας. Όμως οι ειδικοί τονίζουν ότι όσον αφορά τη γένεση της οστεοπόρωσης, η ανάπτυξη των οστών κατά την παιδική και εφηβική ηλικία είναι εξίσου σημαντική όσο η απώλεια της οστικής μάζας. Τα οστά μεγαλώνουν σε μέγεθος και δυναμώνουν κατά την παιδική ηλικία.

Όλοι οι ασθενείς με T-score  $-2,5$  και μικρότερο θεωρούνται οστεοπορωτικοί.

Κατηγορία οστικής πυκνότητας	T-Scores	
	T-score	Παραδείγματα
Φυσιολογικό	-1 και υψηλότερο	+1.0 +0.5 0 -0.5 -1.0
Χαμηλή οστική πυκνότητα (οστεοπενία)	-1.1 έως -2.4	-1.1 -1.5 -2.0 -2.4
Οστεοπόρωση	-2.5 και χαμηλότερο	-2.5 -3.0 -3.5 -4.0

Εικόνα 5 (ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΘΗΝΩΝ,2015)

Η ποιότητα και ποσότητα της οστικής μάζας που θα αποκτηθεί στην παιδική ηλικία, είναι καθοριστικός παράγοντας για την υγεία του σκελετού για όλη τη διάρκεια της ζωής. Όσο περισσότερη οστική μάζα αποκτηθεί κατά την εφηβική ηλικία, τόσο μεγαλύτερη προστασία θα υπάρξει αργότερα στη ζωή εναντίον της απώλειας οστικής πυκνότητας. Η παιδική ηλικία είναι μια κρίσιμη περίοδος για την απόκτηση συνηθειών και τρόπου ζωής που θα

συμβάλουν στη διατήρηση μιας καλής υγείας των οστών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Για παράδειγμα το κάπνισμα, που είναι μια συνήθεια που αρχίζει από την παιδική ή εφηβική ηλικία, έχει “δηλητηριώδεις” επιδράσεις όσον αφορά την απόκτηση οστικής μάζας. Η καλή διατροφή είναι καθοριστικής σημασίας για μια κανονική ανάπτυξη. Όλα τα όργανα όπως και τα οστά, χρειάζονται μια ισοζυγισμένη διατροφή, ικανοποιητικές θερμίδες και άλλα θρεπτικά συστατικά για να αναπτυχθούν. (IOF, 2015) Δυστυχώς δεν είναι όλοι που ακολουθούν μια διατροφή που

είναι κατάλληλη για την υγεία των οστών. Για παράδειγμα έρευνες έχουν δείξει ότι μόνο 25% των αγοριών και 10% των κοριτσιών ηλικίας από 9 έως 17 ετών, παίρνουν μια διατροφή που ικανοποιεί τις καθημερινές ανάγκες του οργανισμού τους σε ασβέστιο.

Οι διατροφικοί παράγοντες κινδύνου αφορούν την μειωμένη πρόσληψη στοιχείων όπως ασβέστιο, Βιταμίνη D, Βιταμίνη K καθώς και φυτοοιστρογόνα. Ταυτόχρονα η απώλεια ασβεστίου από τα νεφρά η οποία προκαλείται από αυξημένη πρόληψη νατρίου και επίσης η αποβολή ασβεστίου μέσω των ούρων λόγω υπερβολικής κατανάλωσης διαιτητικών ινών και πρωτεϊνών, συνδράμουν σημαντικά στον κίνδυνο εμφάνισης οστεοπόρωσης. (Benaroch,2016) Οι έφηβοι πρέπει να λαμβάνουν καθημερινά 1.300mg ασβεστίου δηλαδή 5 μερίδες γαλακτοκομικά και 15 mg (600 IU) βιταμίνη D. Διάφορες τροφές με υψηλή περιεκτικότητα ασβεστίου είναι ο τραχανάς, το τυρί φέτα, γάλα σόγιας, γιαούρτι πλήρες, γάλα πλήρες, παρμεζάνα, τυρί edam, γραβιέρα, σύκα ξερά και άλλα. (Αντιόχου )

### 2.1.19 Υπέρταση

Τα τελευταία χρόνια η συχνότητα της υπέρτασης στα παιδιά και τους εφήβους ολοένα και αυξάνεται. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής των παιδιών που χαρακτηρίζεται από τη μειωμένη άσκηση, την ανθυγιεινή διατροφή την παχυσαρκία, την καθιστική ζωή, την πολλών ωρών ενασχόληση στον ηλεκτρονικό υπολογιστή και στην τηλεόραση έχει οδηγήσει στην αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της υπέρτασης στα παιδιά. Βέβαια στα παιδιά η πρόκληση καρδιαγγειακών επιπλοκών από την υπέρταση είναι σπάνια γιατί χρειάζονται χρόνια να εμφανιστούν. Δεδομένα όμως δείχνουν ότι η ιδιοπαθής υπέρταση (δηλαδή η υπέρταση που δεν βρίσκουμε κάποια αιτία) που εμφανίζεται κυρίως στους ενήλικες έχει τις ρίζες της στην παιδική ηλικία. (Ευσταθίου)

Η συχνότητα της αρτηριακής πίεσης στα παιδιά είναι περίπου 0.5 - 1%. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι συχνότερη η δευτεροπαθής υπέρταση που όταν αντιμετωπιστεί η αιτία η υπέρταση συνήθως υποχωρεί. Συνήθως τα παιδιά με δευτεροπαθή υπέρταση είναι κάτω των 10 ετών, έχουν σοβαρή υπέρταση και η υπέρταση εμφανίζεται ξαφνικά ενώ προηγουμένως η πίεση του παιδιού ήταν φυσιολογική. Οι πιο συχνές αιτίες δευτεροπαθούς υπέρτασης στα παιδιά είναι οι νεφρικές νόσοι, οι παθήσεις της καρδιάς (όπως στένωση του ισθμού της αορτής), οι παθήσεις των ενδοκρινών αδένων όπως το σύνδρομο Cushing και ορισμένα φάρμακα.

Όταν δεν υπάρχει κάποια αιτία που προκαλεί την υπέρταση τότε ονομάζεται ιδιοπαθής ή πρωτοπαθής υπέρταση. Η ιδιοπαθής υπέρταση εμφανίζεται συνήθως σε παιδιά άνω των 10 ετών που έχουν οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης και συνήθως παρουσιάζουν αυξημένο σωματικό βάρος. Η υπέρταση σε αυτές τις περιπτώσεις συνήθως δεν είναι σοβαρή. Ως επί το πλείστον στα παιδιά δεν εμφανίζονται τα συμπτώματα της υπέρτασης. Στην εφηβεία έχουν παρατηρηθεί κάποια αρχικά συμπτώματα όπως ζάλη, κεφαλαλγία και διαταραχές στην όραση.

Στα παιδιά με υπέρταση χρειάζεται να γίνουν οι κατάλληλες εξετάσεις για να αποκλειστεί κάποιο αίτιο που την προκαλεί. Τέτοιες εξετάσεις περιλαμβάνουν: γενική εξέταση αίματος, κάλιο, νάτριο, ασβέστιο, ουρία, κρεατινίνη, σάκχαρο και λιπίδια ορού (ολική, HDL, LDL χοληστερόλη και τριγλυκερίδια), μικροσκοπική εξέταση ούρων για λεύκωμα, ακτινογραφία



θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα, υπερηχογράφημα νεφρών και καρδιάς και ορμονικός έλεγχος.(Στεργίου και συν 2011)

Το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης στα παιδιά είναι η αντιμετώπιση της αιτίας εάν υπάρχει. Όταν η υπέρταση είναι ιδιοπαθής δηλαδή δεν υπάρχει κάποια αιτία τότε η βασική αρχή στην αντιμετώπιση της υπέρτασης είναι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής. Τα φάρμακα για την υπέρταση χρησιμοποιούνται σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής περιλαμβάνουν την απώλεια βάρους στα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά με καθοδήγηση διαιτολογίου και την άσκηση όπως κολύμπι, ποδηλασία, περπάτημα και να περιορίζονται οι καθιστικές ενασχολήσεις.

Φαρμακευτική αγωγή χορηγείται στα άτομα όπου υπάρχουν συμπτώματα πονοκεφάλου και σπασμών, όταν η υπέρταση επιμένει 4 με 6 μήνες μετά την εφαρμογή των μη φαρμακευτικών μέτρων, σε παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη ή ύπαρξη άλλων καταστάσεων που αυξάνουν το κίνδυνο καρδιακής νόσου όπως η υπερχοληστερολαιμία, η παχυσαρκία, η νεφρική νόσος. Χρησιμοποιούνται διάφορες κατηγορίες φαρμάκων για την αντιμετώπιση της υπέρτασης στα παιδιά όπως τα θειαζιδικά διουρητικά (υδροχλωροθειαζίδη), αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης, ανταγωνιστές υποδοχέων αγγειοτενσίνης, ανταγωνιστές ασβεστίου και αναστολείς των β υποδοχέων. Στους εφήβους που η υπέρταση είναι συνήθως ιδιοπαθής σε αντίθεση με τα μικρά παιδιά οφείλεται συνήθως σε κάποιο αίτιο κυρίως προβλήματα από τους νεφρούς ή την καρδιά.(βικιπαιδεία, 2017)

## 2.1.20 Υπερχοληστερολαιμία

Η υπερχοληστερολαιμία αποτελεί έναν από τους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Η ανθυγιεινή διατροφή σε συνδυασμό με την έλλειψη άσκησης έχει οδηγήσει πολλά παιδιά στην παχυσαρκία. Επακόλουθο είναι η συνεχής αύξηση ποσοστού παιδιών με αυξημένα επίπεδα της χοληστερόλης. Η αθηρωματική νόσος αποτελεί την κύρια αιτία της στεφανιαίας νόσου που οδηγεί στο έμφραγμα. Αρχίζει από την παιδική ηλικία και ο ρυθμός που εξελίσσονται οι βλάβες στα αγγεία σχετίζεται άμεσα με τις τιμές της χοληστερόλης. Είναι επομένως επιτακτική η ανάγκη του εντοπισμού των παιδιών με υπερχοληστερολαιμία κατά την περίοδο που δεν έχουν συμπτώματα για την πρόληψη της πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου στην ενήλικη ζωή. (Βλάχος, 2014)

Οι τιμές της χοληστερόλης στο αίμα των παιδιών και εφήβων 2-18 ετών ταξινομούνται σε αποδεκτές, οριακές και υψηλές τιμές.

Αποδεκτές τιμές: Ολική χοληστερόλη (TC) : <170 mg/d, LDL-C <110 mg/dL, HDL-C >45 mg/dL
Οριακές τιμές:TC: 170 to 199 mg/dL, LDL-C: 110 to 129 mg/dL, HDL-C: 40 to 45 mg/ dL
Υψηλές τιμές:TC >200 mg/dL, LDL-C >130 mg/dL, HDL-C <40 mg/dL

Η υπερχοληστερολαιμία στα παιδιά μπορεί να οφείλεται σε κληρονομικές καταστάσεις, σε κάποια νοσήματα όπως το νεφρωσικό σύνδρομο, νοσήματα του ήπατος (συκωτιού), υποθυρεοειδισμός, χρόνια νεφρική νόσος, και στην οικογενή Πολυγονιδιακή υπερχοληστερολαιμία. Η οικογενή Πολυγονιδιακή υπερχοληστερολαιμία είναι συχνότερη μορφή υπερχοληστερολαιμίας και οφείλεται σε πολλές γονιδιακές βλάβες σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως η παχυσαρκία. Ο έλεγχος της χοληστερόλης συστήνεται να γίνεται σαν μέρος της φροντίδας ενός παιδιού. Σύμφωνα με τις νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες του NHLBI Expert Panel που βασίζονται στη διεθνή βιβλιογραφία προτείνεται έλεγχος όλων των παιδιών σε δύο διαφορετικά ηλικιακά φάσματα. Ο πρώτος έλεγχος να γίνεται στην ηλικία των 9-11 ετών και ο δεύτερος έλεγχος στην ηλικία των 17-21 ετών.

Έλεγχος για υπερχοληστερολαιμία γίνεται νωρίτερα σε περίπτωση που υπάρχει θετικό οικογενειακό ιστορικό υπερχοληστερολαιμίας ή πρώιμης καρδιαγγειακής ασθένειας. Δηλαδή παιδιά που ο ένας γονέας τους έχει τιμή ολικής χοληστερόλης πάνω από 240 mg/dL ή έχουν γονέα, παππού ή γιαγιά με κλινικά επιβεβαιωμένη καρδιαγγειακή ασθένεια σε ηλικία ίση ή μικρότερη των 55 χρόνων για τους άνδρες και μικρότερη ή ίση των 60 χρόνων για τις γυναίκες. Επίσης ο έλεγχος είναι αναγκαίος σε παιδιά υπέρβαρα ή παχύσαρκα, σε άγνωστο οικογενειακό ιστορικό, ή αν παρουσιάζουν άλλους παράγοντες ή καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης πρώιμης καρδιαγγειακής νόσου. Σε αυτές εμπίπτουν η αυξημένη αρτηριακή πίεση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η νεφρική νόσος, η ηπατική νόσος, ο υποθυρεοειδισμός, το κάπνισμα (ενεργητικό ή παθητικό), η λήψη φαρμάκων που αυξάνουν την τιμή της χοληστερόλης και η απουσία φυσικής άσκησης.

Στα παιδιά με θετικό οικογενειακό ιστορικό ο έλεγχος συνίσταται να γίνεται στο χρονικό διάστημα 2 έως 10 ετών. Δεν πρέπει να γίνεται έλεγχος για υπερχοληστερολαιμία σε παιδιά κάτω των δύο ετών αφενός γιατί τα επίπεδα της χοληστερόλης στην ηλικία αυτή δεν αντανακλούν τα μετέπειτα επίπεδα και αφετέρου δεν επιτρέπονται διαιτητικές παρεμβάσεις στην ηλικία αυτή λόγω των αυξημένων αναγκών των παιδιών. Οι εξετάσεις που γίνονται περιλαμβάνουν έλεγχο της ολικής χοληστερόλης, της LDL-C, της HDL-C. Γίνεται επίσης έλεγχος των τριγλυκεριδίων. Σε παιδιά και εφήβους που διαπιστώνονται παθολογικές τιμές πρέπει να γίνεται έλεγχος της λειτουργίας του θυρεοειδούς, του ήπατος και των νεφρών. Τα παιδιά που είναι υπέρβαρα θα πρέπει να ελέγχονται για αρτηριακή υπέρταση, αντίσταση στην ινσουλίνη και λιπώδη διήθηση του συκωτιού με μέτρηση των τρανσαμινασών και υπερηχογράφημα του συκωτιού. (Ευσταθίου, 2017)

Οι έφηβοι θα πρέπει να παροτρύνονται έτσι ώστε να συμμετέχουν σε διάφορες φυσικές δραστηριότητες και να ασκούνται έτσι ώστε να έχουν οφέλη και όσον αφορά τη σωματική υγεία τους αλλά ταυτόχρονα και την ψυχική. Σύμφωνα με πρόσφατες οδηγίες για παιδιά και εφήβους, συνιστάται ημερησίως να κάνουν αερόβιες άσκησης (τρέξιμο, κολύμπι, βάδισμα) τουλάχιστον μία ώρα.

Ταυτόχρονα έχουν δοθεί και διάφορες οδηγίες που αφορούν τη διατροφή τους. Θα πρέπει η διατροφή τους να περιλαμβάνει φρούτα και λαχανικά σε ημερήσια βάση, όσπρια με συχνότητα δύο φορές εβδομαδιαίως, μικρή ποσότητα κόκκινου κρέατος, πουλερικά και ψάρια το λιγότερο δυο με τρεις φορές τη βδομάδα. Επίσης θα πρέπει να καταναλώνουν γάλα και γαλακτοκομικά

προϊόντα χαμηλά σε λιπαρά και όσον αφορά το κρέας να καταναλώνουν όσο το δυνατό λιγότερο κομμάτια με λίπος. Παράλληλα θεωρείται πολύ σημαντικό να εντάξουν στη διατροφή τους τροφές πλούσιες σε ω3 λιπαρά οξέα, όπως για παράδειγμα πράσινα λαχανικά, καρύδια και λιπαρά ψάρια. Θα πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στον τρόπο μαγειρέματος των φαγητών. Θεωρείται καλό να αποφεύγονται τα τηγανητά και το ελαιόλαδο να προστίθεται στο τέλος ωμό. Επίσης είναι καλό να μην καταναλώνονται μεγάλες ποσότητες αλατιού. Σάλτσες, τηγανητές πατάτες, χυμοί, αναψυκτικά και πίτσες θα πρέπει να αποφεύγονται. Το ίδιο ισχύει και για την κατανάλωση τροφών που περιέχουν trans-λιπαρά οξέα, δηλαδή υδρογονωμένα λίπη. Σχετικά με τους υδατάνθρακες και τις πρωτεΐνες συστήνεται να αποτελούν το 50-55% και 15-20% των ημερήσιων θερμίδων αντίστοιχα, ενώ το ολικό λίπος δε θα πρέπει να ξεπερνά το 30% των θερμίδων που καταναλώνονται ημερησίως.

Κάποιοι διεθνείς οργανισμοί, όπως για παράδειγμα η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής (AAP), η Αμερικάνικη Εταιρία Καρδιολογίας (AHA) και το NHLBI είναι υπέρ της χρήσης φαρμάκων σε παιδιά άνω των δέκα ετών τα οποία εμφανίζουν αύξηση της χοληστερόλης (LDL-C>190mg/dl), σε περιπτώσεις όπου η αλλαγή του τρόπου ζωής και διατροφής δεν επιφέρουν αποτέλεσμα. Στην κλινική εξέταση λαμβάνονται σαφώς υπόψη η παχυσαρκία, η υπέρταση, το κάπνισμα καθώς και άλλους παράγοντες κινδύνου για πρόκληση καρδιαγγειακής νόσου, όπως ορισμένα νοσήματα (σακχαρώδης διαβήτης, οι φλεγμονώδεις νόσοι, το νεφρωσικό σύνδρομο και άλλα) Οπότε και επιλέγεται με προσοχή η φαρμακευτική αγωγή. (χρήση στανίνων) ταυτόχρονα με την αλλαγή τρόπου ζωής.

Τα παιδιά που υπόκεινται σε αυτού του είδους τη θεραπεία, θα πρέπει να εξετάζουν την τιμή της χοληστερόλης κάθε έξι μήνες και ανά δύο μήνες περίπου μετά από κάθε αλλαγή στη δοσολογία. Ταυτόχρονα θεωρείται απαραίτητο να γίνεται έλεγχος στα ένζυμα του συκωτιού και στην κρεατινική κίνηση εξαιτίας του γεγονότος ότι είναι από τις πιο συχνές παρενέργειες της θεραπείας. (Ευσταθίου, 2017)

### **2.1.21 Καρκινογένεση**

Σύμφωνα με έρευνα του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ στις Ηνωμένες Πολιτείες, στην οποία συμμετείχαν 90,500 εθελόντριες ηλικίας 27-44 ετών, αποδείχθηκε πως όσες από τις γυναίκες ακολουθούσαν μια υγιεινή διατροφή κατά τη διάρκεια της εφηβείας, μείωναν τις πιθανότητες για εμφάνιση καρκίνου του μαστού κατά 25%. Οι ερευνητές χώρισαν το δείγμα σε ομάδες ανάλογα με την κατανάλωση των φυτικών ινών που κατανάλωναν την περίοδο της εφηβείας. Όσες γυναίκες κατανάλωναν κατά μέσο όρο 28 γραμμάρια φυτικές ίνες ανά την ημέρα, είχαν 24% λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου σε σύγκριση με αυτές που κατανάλωναν λιγότερες. Η κατανάλωση φυτικών ινών κατά την ηλικία των 20 έως και 30 ετών, μείωναν τις πιθανότητες εμφάνισης κακοήθειας του μαστού. Αξιοσημείωτο είναι μάλιστα το συμπέρασμα πως κάθε αύξηση ημερήσιας πρόσληψης φυτικών ινών κατά 10 γραμμάρια, οδηγεί σε μείωση κατά περίπου 14% του κινδύνου εμφάνισης. (onmed, 2016)

Επιπρόσθετα, έχει εκτιμηθεί, σύμφωνα με την American Cancer Society και το National Cancer Institute, ότι τουλάχιστον το 35% όλων των τύπων καρκίνου σχετίζεται με τη διατροφή και πιο συγκεκριμένα στις γυναίκες το ποσοστό αυτό αγγίζει το 50%. Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε, συσχέτισε τις διατροφικές συνήθειες μεγάλων ομάδων ατόμων με την συχνότητα εμφάνισης καρκίνου. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα είχαν χαμηλά επίπεδα β-καροτένιου, φολικού οξέος και βιταμίνης C, εξαιτίας της μειωμένης κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών.

Συσχετίστηκαν επίσης σε σχέση με τον τρόπο ζωής συμπεριλαμβανομένου και της διατροφής, και άλλοι τύποι καρκίνου όπως του στήθους, του παχέος εντέρου, του παγκρέατος, του στομάχου, του οισοφάγου, καθώς και της μήτρας, σε ποσοστό εμφάνισης τους στο 80%.

Ωστόσο μια διατροφή στηριζόμενη σε λαχανικά φρούτα και όσπρια με μειωμένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος και άλλων τροφίμων ζωικής προέλευσης όπως γαλακτοκομικά προϊόντα πλούσια σε λιπαρά και αυγά, συσχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. (Καπόλη)

### **2.1.22 Άσκηση – Φυσική Δραστηριότητα**

Η φυσική δραστηριότητα είναι ο ευρύτερος όρος στον οποίο περιλαμβάνονται όλες οι μορφές της κίνησης του ανθρώπινου σώματος, κάθε σωματική άσκηση και σπορ, που ενεργοποιούν τους μυς του σώματος και απαιτούν αυξημένη κατανάλωση ενέργειας. Με τον όρο αθλητισμός εννοείται κάθε αυστηρά δομημένη φυσική δραστηριότητα, με αυστηρούς κανόνες, υψηλό ανταγωνισμό και εξειδίκευση, με βασικό σκοπό τη μεγιστοποίηση της απόδοσης. Αντίθετα, με το όρο άσκηση εννοούμε κάθε συστηματική κίνηση του σώματος ή συμμετοχή του ατόμου σε φυσικές δραστηριότητες, η οποία έχει κάποια χρονική διάρκεια, χαμηλότερα επίπεδα ανταγωνισμού, και στην οποία εμπλέκονται, κυρίως, μεγάλες μυϊκές ομάδες του σώματος. (Βικιπαιδεία, 2017)

Πληθώρα όμως μελετών δείχνουν ότι ο συνδυασμός της άσκησης με την διαιτητική παρέμβαση οδηγεί σε απώλεια βάρους μεγαλύτερη από ότι η εφαρμογή καθεμίας ξεχωριστά. Ο σημαντικότερος παράγοντας που καθορίζει την επίδραση της άσκησης σε πρόγραμμα ενεργειακού υπολείμματος μέσω δίαιτας είναι κυρίως η διάρκεια διατήρησης της: όσο μεγαλύτερη η διατήρηση των αυξημένων επιπέδων φυσικής δραστηριότητας, τόσο μεγαλύτερα τα οφέλη από τον συνδυασμό άσκησης και δίαιτας στην απώλεια βάρους.

Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι τρόποι για να βελτιωθεί η συνέπεια εφαρμογής ενός προγράμματος σωματικής δραστηριότητας, δηλαδή η διατήρηση αυξημένων επιπέδων σωματικής δραστηριότητας από τους παχύσαρκους ασθενείς για μεγάλο χρονικό διάστημα, αν όχι εφόρου ζωής. Για παράδειγμα, φαίνεται ότι η άσκηση που γίνεται στο σπίτι έχει καλύτερα αποτελέσματα στην συνέπεια εφαρμογής της σε σύγκριση με προγράμματα άσκησης που εφαρμόζονται σε χώρους ομαδικής επίπτωσης (όπως είναι τα σύγχρονα γυμναστήρια). Επίσης, λόγω ότι η έλλειψη χρόνου εμφανίζεται ως ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια, πολλές μικρές περιόδους (π.χ πολλαπλά δεκάλεπτα άσκησης) μπορούν να ακολουθηθούν καλύτερα από τα

παχύσαρκα άτομα σε σχέση με μεγαλύτερες περιόδους αυξημένης σωματικής δραστηριότητας (π.χ μία σαραντάλεπτη άσκηση).

Άλλοι παράγοντες όπως η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον, η ενίσχυση και η ανατροφοδότηση βοηθούν στη διατήρηση αυξημένων επιπέδων σωματικής δραστηριότητας για μεγάλο χρονικό διάστημα. (Ζαμπέλας 2011) Γενικά τα οφέλη που απορρέουν από την φυσική δραστηριότητα του εφήβου περιλαμβάνουν τη διατήρηση άριστης σωματικής κατάστασης, αυξάνει την αποτελεσματικότητα των ορμονών όπως της ινσουλίνης, της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης, στη ρύθμιση της μεταβολικής ενέργειας, ενισχύει την καρδιακή λειτουργία, τους πνεύμονες και το κυκλοφορικό σύστημα όπως επίσης αυξάνει την αποτελεσματικότητα των μυϊκών ινών στην παραγωγή ενέργειας αυξάνει τα επίπεδα HDL σε βάρος του LDL και μειώνει τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων. Αυξάνει σημαντικά τον βασικό μεταβολισμό και βοηθά στον έλεγχο της όρεξης.(Τζίμα, 2014)

### 2.1.23 Εφηβεία και Άσκηση

Με σκοπό την επίτευξη απώλειας βάρους, συντήρησης αυτού αλλά και επίτευξης των στόχων του εφήβου όσον αφορά τις αθλητικές του επιδόσεις, θα πρέπει οι συζητήσεις και τα θέματα που απασχολούν τον έφηβο να γίνονται σε κλίμα υποστηρικτικό και προσωπικό, με άτομα εμπιστοσύνης από το κοντινό περιβάλλον του ατόμου όπως είναι οι φίλοι, η οικογένεια ή ειδικοί σε θέματα άθλησης. Παράλληλα το πλάνο επίτευξης των στόχων που θέλει να



Εικόνα 6 <http://iliaktida.eu/επιλογές-για-άσκηση-στους-εφήβους>

θέσει ο έφηβος πρέπει να είναι ρεαλιστικό ως προς τον χρόνο και στον τρόπο σε διάστημα όχι λιγότερο από 2 με 3 μήνες. Για παράδειγμα, η υγιής απώλεια βάρους, εφόσον είναι απαραίτητο, επιτυγχάνεται μέσω της καθημερινής άσκησης για καύση των θερμίδων και παράλληλη αργή μείωση των κιλών σε ρυθμούς 0,5-1 kg/εβδ. Σημαντική είναι η εκπαίδευση των εφήβων για τους κανόνες της υγιεινής διατροφής παράλληλα με την εκμάθηση της συνιστώμενης πρόσληψης θρεπτικών συστατικών και των πηγών αυτών. Τέλος, οι έφηβοι πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι εξαιτίας των βιολογικών σωματικών αλλαγών που πραγματοποιούνται σε αυτή την περίοδο της ζωής τους, η απώλεια και η διατήρηση του βάρους τους είναι μια ευμετάβλητη κατάσταση.(Χρύσου,2003)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

### 3.1 Ιστορική Εξέλιξη Κοινωνικής Νοσηλευτικής

Η Κοινωνική Νοσηλευτική σε διεθνές επίπεδο, με πιο χαρακτηριστική περίπτωση την Αγγλία, είχε ταυτόχρονη σχεδόν αρχή με την άσκηση της Νοσηλευτικής στα νοσοκομεία. Από τις αρχές του 19ου αιώνα νοσηλεύτριες εργαζόταν σε εργοστάσια, σχολεία ή νοσήλευαν ασθενείς στο σπίτι τους και αυτές είναι η πρώτη μορφή των μετέπειτα ονομαζόμενων επισκεπτριών υγείας (Health Visitors), των κοινοτικών νοσηλευτών (District Nurses), των νοσηλευτριών επαγγελματικής υγείας (Occupational Health Nurses) και των σχολικών νοσηλευτριών (School Nurses). Οι νοσηλεύτριες που άνηκαν σε αυτές τις ομάδες ασχολούνταν κυρίως με τη φροντίδα του ασθενούς ανθρώπου με εξαίρεση των επισκεπτριών υγείας (Stanhope & Lancaster 2014).

Διάφορες οργανώσεις στήριζαν τις αρχές της δημόσιας υγείας ενισχύοντας τις υπηρεσίες που προσέφεραν οι επισκέπτριες υγείας με επικέντρωση στα λοιμώδη νοσήματα, δηλαδή στην αρωγή ατόμων που είχαν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν εξαιτίας κακών συνθηκών διαβίωσης και του χαμηλού βιοτικού επιπέδου. Οι υπηρεσίες αυτές που πραγματοποιούνταν κατ' οίκον ήταν αντίστοιχες με εκείνες που οργανώνονταν στα νοσοκομεία και απευθύνονταν κυρίως στα άπορα και περιθωριοποιημένα άτομα της κοινωνίας. (Stanhope & Lancaster 2014).

Ένας επίσης σημαντικός τομέας με τον οποίο ενασχολούνταν οι νοσηλεύτριες ήταν και οι γενικές ιατρικές υπηρεσίες. Σε αυτόν τον τομέα εργοδότες ήταν οι γενικοί γιατροί (General Practitioners) γεγονός το οποίο δεν ίσχυε για τις νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε άλλους τομείς. Εκεί ασκούσαν ως επί το πλείστον επικουρικά ιατρικά καθήκοντα και βοηθούσαν σε προληπτικές ιατρικές παρεμβάσεις και πολύ λιγότερο νοσηλευτική φροντίδα υγείας. Η κατάσταση αυτή διατηρήθηκε έως και το 1948, που ήταν η χρονιά που ψηφίστηκε ο νόμος για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS). Σύμφωνα με τη νέα νομοθεσία, τονιζόταν ότι οι επισκέπτριες υγείας και οι νοσηλεύτριες κατ' οίκον νοσηλείας, θα έπρεπε να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο σύνολο του πληθυσμού το οποίο τις έχει ανάγκη.

Στη σημερινή εποχή παρέχονται πανομοιότυπες υπηρεσίες που αφορούν όχι μόνο μια μερίδα ατόμων, αλλά το σύνολο του πληθυσμού. Παράλληλα οι νοσηλευτές συμμετέχουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω των γενικών ιατρικών υπηρεσιών. Η Κοινωνική Νοσηλευτική στη βόρεια Αμερική αλλά και στην Ευρώπη είχε παρόμοιο τρόπο ανάπτυξης. (Stanhope & Lancaster 2014). Στην Ελλάδα άρχισε επίσημα η κοινωνική νοσηλευτική περίπου στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα. Σε αντιπαραβολή όμως έχουν σημειωθεί ιστορικές γραπτές μαρτυρίες, σύμφωνα με τις οποίες ήδη από τα πρωτοχριστιανικά χρόνια και το Βυζάντιο η νοσηλευτική αποτελούσε ξεχωριστή επαγγελματική οντότητα (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή 2005). Σύμφωνα με τη Λανάρα (1995) η νοσηλευτική στις αρχές περιορίστηκε στη φροντίδα αρρώστων σε οργανωμένα νοσηλευτικά ιδρύματα, πέρα από τις υπόλοιπες φιλανθρωπικές της δραστηριότητες. Η Λανάρα (1995) αναφέρει ότι, εκτός από συγκεκριμένες φιλανθρωπικές δραστηριότητες, η νοσηλευτική περιορίστηκε στα πρώτα χρόνια της στη

φροντίδα αρρώστων σε οργανωμένα νοσηλευτικά ιδρύματα. Με την εισροή προσφύγων από τη Μ. Ασία τη δεκαετία του 1920 και την επιδημία του Σάγκειου πυρετού, υπήρξε ταχύτατη εκπαίδευση των πρώτων επισκεπτριών υγείας από το ΠΙΚΠΑ και τον ΕΕΣ, οι οποίες είχαν ως σκοπό αρχικά την υγειονομική ενημέρωση του πληθυσμού έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η εξάλειψη των προβλημάτων δημόσιας υγείας που προέκυψαν. Τα άτομα εκπαιδεύονταν για έξι μήνες μετά το γυμνάσιο μόνο, αλλά αυτό υπήρξε το έρεισμα για να αναπτυχθεί μετέπειτα το πρώτο πρόγραμμα επισκεπτριών αδελφών και νοσοκόμων και να γίνει η νομοθετική ίδρυση της ΑΣΕΑΝ με το ΑΝ613/37, η οποία προέβλεπε τρία έτη εκπαίδευσης μετά το γυμνάσιο.

Στην πορεία, στη δεκαετία του 1960, έγιναν και ιδρύθηκαν ακόμη σχολές, του ΕΕΣ και του ΠΙΚΠΑ. Το επάγγελμα του νοσηλευτή, έως τη δεκαετία του 1980, είχε ως κύρια ενασχόληση τα θέματα δημόσιας υγείας αλλά και νοσηλείας στο σπίτι, δηλαδή ο ρόλος του νοσηλευτή ήταν αυτός του επισκέπτη υγείας. Αργότερα με την ίδρυση των Κέντρων Υγείας (Ν. 1397/83), εκτός από τους επισκέπτες υγείας, προσλαμβάνονται και νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά και μαιές/μαιευτές στην ΠΦΥ. (Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή 2005)

### **3.2 Ορισμός - Σκοποί Κοινοτικής Νοσηλευτικής**

Η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι ειδικότητα της Νοσηλευτικής στην οποία συνδυάζεται η γενική νοσηλευτική με τη δημόσια υγεία, με αντικειμενικό σκοπό την προαγωγή της υγείας στην κοινότητα. (Wikipedia 2016) Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (American Nurses Association-ANA) έχει δώσει τον εξής ορισμό: «Η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι κλάδος της Νοσηλευτικής Επιστήμης με ειδικές γνώσεις και δεξιότητες για τη αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων που βρίσκονται στο φυσικό τους περιβάλλον όπως το σπίτι, το σχολείο και ο χώρος εργασίας τους. Η νοσηλευτική αυτή εργασία ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου». Η Κοινοτική Νοσηλευτική ασχολείται με την πρόληψη ασθενειών, αναπηριών και πρόωρου θανάτου, τη φροντίδα και αποκατάσταση του αρρώστου, τη παρακολούθηση του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας, του περιβάλλοντος καθώς και την ενίσχυση και τη διδασκαλία όλων των ατόμων, οικογενειών ή ομάδων για υγιεινή διαβίωση. (Taylor et al 2002).

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές φροντίζουν για τη διατήρηση της υγείας του συνόλου του πληθυσμού μέσω της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται σε άτομα, οικογένειες και κοινωνικές ομάδες με απώτερο σκοπό την προαγωγή της υγείας αυτών και του κοινωνικού συνόλου. Επιπροσθέτως, η εργασία των κοινοτικών νοσηλευτών έγκειται στα πλαίσια μιας κοινότητας και επικεντρώνεται σε διάφορους τομείς με στόχο τη βελτίωση της ολιστικής υγείας των ατόμων που ανήκουν στη συγκεκριμένη κοινότητα. Τομείς εργασίας των κοινοτικών νοσηλευτών αποτελούν τα σχολεία, τα κέντρα υγείας καθώς και τα σωφρονιστικά ιδρύματα.( Everynurse) Αντικείμενο του κοινοτικού νοσηλευτή είναι ο εντοπισμός προβληματικών τομέων εντός της κοινότητας, η αξιολόγηση και τέλος ο σχεδιασμός τρόπων επίλυσης ή έστω ελαχιστοποίησης των συγκεκριμένων προβλημάτων. Για παράδειγμα, ένας κοινοτικός νοσηλευτής μπορεί να εργαστεί σε περιπτώσεις ελέγχου επιδημιών, προαγωγής υγείας όσον αφορά τη διατροφή, καθώς και κατ'

οίκον επισκέψεων με στόχο την παροχή φροντίδας σε όποια άτομα της κοινότητας το χρειάζονται. (Stanhope & Lancaster 2014, Wikipedia 2016)

### 3.3 Χαρακτηριστικά της Κοινοτικής Νοσηλευτικής

Η Κοινοτική Νοσηλευτική διακρίνεται από έξι χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Καταρχήν είναι κλάδος της Νοσηλευτικής, συνεπώς οι επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες που εφαρμόζονται στη Νοσηλευτική Επιστήμη ισχύουν και στην άσκηση της Κοινοτικής Νοσηλευτικής. Για τη παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας στην κοινότητα, εφαρμόζεται η Νοσηλευτική Διεργασία όπως και στην Νοσηλευτική Επιστήμη. Ωστόσο, η Κοινοτική Νοσηλευτική δανειζόμενη δεξιότητες και θεωρίες άλλων επιστημών δημιουργεί την ιδιαίτερη δική της πρακτική.

Η Κοινοτική Νοσηλευτική είναι συνδυασμός Νοσηλευτικής και Δημόσιας Υγιεινής. Για τη σωστή εφαρμογή της είναι απαραίτητη η γνώση των βασικών αρχών της δημόσιας υγιεινής, όπως η ιστορία και φιλοσοφία της, η άποψη για παροχή υπηρεσιών σε σύνολο πληθυσμών, οι αρχές διοίκησης και οργάνωσης της Π.Φ.Υ. (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) καθώς και της κυβερνητικής πολιτικής για αυτήν, η επιδημιολογία και βιοστατιστική. Τέλος, δίνεται έμφαση στις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας εν αντιθέσει με τη θεραπευτική φροντίδα, ενώ παράλληλα λαμβάνεται υπόψιν η επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία.

Είναι προσανατολισμένη στις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού, καθώς πρωταρχικός στόχος της είναι η βελτίωση της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας. Επιπλέον, δίνεται έμφαση στη προαγωγή της υγείας και πρόληψη της νόσου στο σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας. Όταν λόγου χάρη εμφανισθεί ένα κρούσμα τυφοειδούς πυρετού, ο Κοινοτικός Νοσηλευτής δεν περιορίζεται στην νοσηλευτική φροντίδα αυτού του κρούσματος αλλά προσπαθεί να εντοπίσει τη πιθανή πηγή της μμόλυνσης και να σταματήσει την εξάπλωση της. Κύρια ενασχόληση του λοιπόν είναι η διατήρηση της υγείας και όχι αποκλειστικά η αντιμετώπιση της ασθένειας.

Η νοσηλευτική όπως και η ιατρική στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, αρχικά εστιάζουν στη φροντίδα και θεραπεία της αρρώστιας και δευτερευόντως στην πρόληψη. Αντίθετα, πρωταρχική μέριμνα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, είναι η πρόληψη των προβλημάτων υγείας και η προαγωγή της υγείας στο καλύτερο δυνατό επίπεδο. Ένα άλλο χαρακτηριστικό γνώρισμα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι η συνεργασία με άλλους επιστημονικούς τομείς. Η εργασία του Κοινοτικού Νοσηλευτή απαιτεί συνεργασία και συντονισμό καθώς λειτουργεί στα πλαίσια ενός συνόλου μιας ομάδας υγείας όπου τα δύο αυτά στοιχεία είναι απαραίτητη προϋπόθεση.

Ο Κοινοτικός Νοσηλευτής θα χρειαστεί να συνεργαστεί και με άλλους επιστήμονες, όπως τεχνολόγους, που οι δραστηριότητές τους αγγίζουν την υγεία της κοινότητας, οικονομολόγους, αρχιτέκτονες μηχανικούς, εκπαιδευτικούς, περιβαλλοντολόγους, εκπρόσωπους σωματείων καθώς η υγεία είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων, τεχνολογικών, κοινωνικοοικονομικών, πολιτικών, πολιτισμικών, περιβαλλοντικών, βιοϊατρικών. Συνεργαζόμενοι, θα πρέπει να



αναζητήσουν λύσεις στα προβλήματα υγείας της κοινότητας της οικογένειας και να προτείνουν μέτρα για την προαγωγή της υγείας.

Τέλος, η Κοινοτική Νοσηλευτική προωθεί την ενεργό συμμετοχή του κοινού, καθώς βασική αρχή της Π.Φ.Υ είναι η κινητοποίηση του πληθυσμού, η ευαισθητοποίησή του στις ανάγκες υγείας και η συμμετοχή του στα προγράμματα υγείας. Είναι ξεκάθαρο ότι για να επιτευχθούν οι στόχοι της είναι απαραίτητη η ενεργή συμμετοχή του κοινού. Μια ιδέα που κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος τα τελευταία χρόνια, είναι η ανάληψη ευθύνης για τη φροντίδα υγείας η οποία ονομάζεται «αυτοφροντίδα». (Stanhope & Lancaster 2014)

### **3.4 Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή**

Οι Κοινοτικοί Νοσηλευτές πρέπει να είναι πολυπράγμονες, ικανοί να ανταποκρίνονται σε πολλαπλούς ρόλους και λειτουργίες. Στόχος τους είναι η δημιουργία του περιβάλλοντος εργασίας τους και η οργάνωσή του, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση κατάλληλων ενεργειών για την εκπλήρωση των σκοπών τους, χωρίς άμεση αναφορά σε κάποιον άλλον. Επισημαίνεται επίσης ότι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της εργασίας τους είναι η διδασκαλία, η παρακίνηση και η διευκόλυνση των ατόμων μέσω της προσφοράς των υπηρεσιών τους, ακόμη και αν αυτές δεν ζητούνται από τα ίδια τα άτομα.

Ο κύριος σκοπός του Κοινοτικού Νοσηλευτή θα πρέπει να είναι η ενδυνάμωση των ατόμων, των οικογενειών και των ομάδων ούτως ώστε να αναγνωρίζουν τις ανάγκες τους και να αναλαμβάνουν με υπευθυνότητα την επίλυση προβλημάτων που αφορούν στην υγεία τους. Επομένως, θεωρείται αναγκαία η συμμετοχή της Κοινοτικής Νοσηλευτικής στη λήψη αποφάσεων για την υγεία σε όλα τα επίπεδα, για την κατάλληλη και αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Γενικά η Κοινοτική Νοσηλευτική ασχολείται με την επίβλεψη του οικογενειακού και κοινοτικού περιβάλλοντος, όπως την επίβλεψη τροφίμων, ύδρευσης, αποχέτευσης, τον έλεγχο εντόμων, τροφικών και λοιπών μολυντικών παραγόντων. Εκτός αυτού, μέλημά της αποτελεί η πρόληψη ασθένειας, αναπηρίας ή πρόωρου θανάτου, καθώς και η πρόληψη μεταδοτικών νοσημάτων, ψυχικών νοσημάτων και διανοητικής καθυστέρησης, αλλεργιών, νεοπλασμάτων, κληρονομικών ή γενετικών καταστάσεων, διαταραχών συμπεριφοράς, αλκοολισμού, χρήσης ναρκωτικών, επαγγελματικών νοσημάτων και ατυχημάτων, κινδύνων μητρότητας, ανάπτυξης και διάπλασης, θεμάτων διατροφής και στοματικής υγείας.

Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή απαιτεί την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας και νοσηλείας μέσω ισομερούς κατανομής προσωπικού και πόρων, χρήσης νοσοκομείων ημέρας, αναρρωτηρίων, κέντρων αποκατάστασης, ξενώνων, οίκων ευγηρίας, γηροκομείων, κέντρων υγείας, παροχής κατ' οίκον νοσηλείας και συνεχιζόμενης παρακολούθησης ασθενών. Σημαντική είναι η Υγειονομική διαπαιδαγώγηση του κοινού και η κινητοποίηση της κοινότητας για συμμετοχή στα θέματα υγείας.

Άλλη σημαντική λειτουργία του Κοινοτικού Νοσηλευτή είναι η συλλογή και διατήρηση στοιχείων και επιδημιολογική έρευνα, η συμμετοχή στον προγραμματισμό υπηρεσιών υγείας και

η αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών και η συμμετοχή στην εκπαίδευση προσωπικού υγείας. Επιπλέον βασική είναι η διεπιστημονική συνεργασία στα πλαίσια της ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αλλά και των υπηρεσιών διασύνδεσης με άλλα επίπεδα και τομείς της φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

Η συμμετοχή του ατόμου /ασθενούς και της οικογένειάς του σ' όλες τις φάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ποιοτική και αποτελεσματική φροντίδα υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) προσθέτει στις ευθύνες του κοινοτικού νοσηλευτή την ενθάρρυνση της συμμετοχής της κοινότητας, τη συνεργασία με άτομα, οικογένειες και την κοινότητα, την ενδυνάμωση αυτών, την καθοδήγηση και την υποστήριξη άλλων εργαζόμενων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τέλος το συντονισμό δραστηριοτήτων ανάπτυξης της κοινότητας που σχετίζεται με την υγεία, σε συνεργασία με τους υπεύθυνους για το κοινωνικό και οικονομικό σκέλος των προγραμμάτων.

Για την πραγματοποίηση του έργου του Κοινοτικού Νοσηλευτή κρίνεται απαραίτητη η παροχή σωματικής και ψυχολογικής φροντίδας σε περιπτώσεις ασθένειας ή και υγείας, η αξιολόγηση της κατάστασης υγείας του ατόμου, η παροχή φροντίδας όπου ενδείκνυται σε περιπτώσεις ασθένειας ή ατυχήματος και η καθοδήγηση του. Απαραίτητη είναι η πρόληψη ασθενειών και προαγωγή της υγείας και η ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου/αρρώστου και του ετοιμοθάνατου, καθώς και της οικογένειας.

Μέρος των αρμοδιοτήτων του Κοινοτικού Νοσηλευτή είναι και η συμβουλευτική εργασία σε διάφορους τομείς, όπως η βοήθεια για τη δημιουργία και διατήρηση υγιεινού περιβάλλοντος, η συνεχιζόμενη βοήθεια αγωγής υγείας, απόκτηση υγιεινών συνηθειών ζωής και κατάλληλης διατροφής, συμβουλευτική με ταυτόχρονη παροχή φροντίδας αποκατάστασης σε περιπτώσεις ατυχήματος ή ψυχικής νόσου.

Εξάλλου, ο Κοινοτικός Νοσηλευτής συμμετέχει και συνεργάζεται με τη θεραπευτική ομάδα για την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος διευκολύνοντας την επικοινωνία της με το άτομο/ασθενή, την οικογένεια και την κοινότητα. Για να επιτευχθούν οι συγκεκριμένοι στόχοι είναι σκόπιμη η άρτια εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού και η ανάπτυξη ηγεσίας στη νοσηλευτική ομάδα και γενικότερα στην ομάδα υγείας.

Επιπρόσθετα, είναι αρμόδιος για τον συντονισμό παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και για την παρακίνηση των κατοίκων να τις χρησιμοποιούν όταν τις χρειάζονται, καθώς και για την κινητοποίηση τους για συμμετοχή σε δραστηριότητες που αφορούν θέματα υγείας του πληθυσμού. Η Κοινοτική Νοσηλευτική γενικά ασκείται συχνότερα στα Κέντρα Υγείας, διότι καλύπτει όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων της. Τέλος σημαντική είναι και η συμβολή της στην ανάπτυξη της επιστήμης και τέχνης της Νοσηλευτικής. (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή 2005)

### **3.4.1 Χαρακτηριστικά του Κοινοτικού Νοσηλευτή**

Ανάμεσα στα βασικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να διαθέτει ο Κοινοτικός Νοσηλευτής είναι οι νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες, η ξεκάθαρη αντίληψη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Υγείας και της Κοινωνικής Νοσηλευτικής και η γνώση όλων των μέσων και πηγών που υπάρχουν στην κοινότητα. Εκτός αυτών, σημαντικά γνωρίσματα του Κοινωνικού Νοσηλευτή είναι η ικανότητα επικοινωνίας και συνεργασίας με άλλους ανθρώπους, η ικανότητα να προγραμματίζει, να ιεραρχεί και να αντιμετωπίζει τα προβλήματα και τέλος η ικανότητα διδασκαλίας και καθοδήγησης. (Stanhope & Lancaster 2014)

### **3.4.2 Νοσηλευτική Διεργασία στην Κοινωνική Νοσηλευτική**

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι μία συστηματική γραπτή μέθοδος η οποία εφαρμόζεται για τη παροχή Νοσηλευτικής φροντίδας. Η μέθοδος αυτή περιλαμβάνει μία σειρά από σκέψεις και ενέργειες που οδηγούν στην επίλυση των αναγκών και προβλημάτων υγείας των ασθενών, της οικογένειας και της κοινότητας. Τα προβλήματα υγείας δεν αφορούν μόνο την ασθένεια, αλλά και τις ανάγκες των ατόμων για πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία.

Η Νοσηλευτική διεργασία επομένως, δεν εφαρμόζεται μόνο για ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται, αλλά για όλα τα άτομα της κοινωνίας και σκοπό έχει την προαγωγή, τη διατήρηση, καθώς και την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας. Αντικείμενο επίσης της Κοινωνικής Νοσηλευτικής αποτελούν η πρόληψη της ασθένειας και η νοσηλεία των ασθενών.

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι ένα σύστημα ανοικτό και ελαστικό, που βασίζεται σε συγκεκριμένους σκοπούς, οι οποίοι τίθενται και αναπροσαρμόζονται ανάλογα με το βαθμό επίτευξης αυτών των στόχων και την πορεία της υγείας του αρρώστου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η Νοσηλευτική Διεργασία αποτελείται από τα εξής τέσσερα στάδια-την αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας, τον προγραμματισμό της φροντίδας, την εφαρμογή του προγράμματος φροντίδας και τέλος την εκτίμηση αποτελέσματος.

#### **Ø Νοσηλευτική αξιολόγηση**

Η Νοσηλευτική αξιολόγηση είναι η συστηματική συλλογή πληροφοριών σε σχέση με την υγεία του ατόμου, της οικογένειας ή της κοινότητας. Με την αξιολόγηση αυτή ανιχνεύονται και καθορίζονται οι παρούσες και επικείμενες ανάγκες – προβλήματα του αρρώστου ή του ατόμου γενικότερα. Είναι μια διαδικασία, η οποία γίνεται στην αρχή του σχεδίου της Νοσηλευτικής Διεργασίας και συνεχίζεται καθημερινά αφού η κατάσταση υγείας μεταβάλλεται συνεχώς, οπότε μεταβάλλονται αναλόγως και τα προβλήματα του ατόμου.

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει τις εξής δραστηριότητες- τη συλλογή πληροφοριών για το άτομο – ασθενή για το οποίο θα εφαρμοσθεί το σχέδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας, την ανάλυση των πληροφοριών που συγκεντρώθηκαν και τον καθορισμό των αναγκών και προβλημάτων του συγκεκριμένου ατόμου.

Η συλλογή πληροφοριών επιτυγχάνεται με διάφορες πηγές και μέσα. Οι πληροφορίες που θα συλλεγούν για το άτομο για το οποίο θα καταρτίσουμε το σχέδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας, αφορούν τη σωματική, την ψυχολογική, διανοητική και κοινωνικοοικονομική του κατάσταση.

Τέτοιες πληροφορίες αφορούν τα ατομικά του στοιχεία, το ιστορικό, τη σύνθεση της οικογένειας και τις σχέσεις των μελών της, τις δραστηριότητες του ατόμου, τη διατροφή, συνήθειες – έξεις ή τις αντιδράσεις στην αρρώστια. Αφού συλλεχθούν οι απαραίτητες πληροφορίες, καταγράφονται προσεκτικά και συστηματοποιούνται σε ειδικά έντυπα.

Με αυτό τον τρόπο διαμορφώνεται το Νοσηλευτικό Ιστορικό του ασθενούς. Πηγές από τις οποίες θα γίνει η συλλογή των πληροφοριών είναι ο ίδιος ο ασθενής ή το άτομο γενικότερα, το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, ο ιατρικός του φάκελος, η κλινική εξέταση όλων των συστημάτων. Επιπλέον, βασικές πηγές συλλογής πληροφοριών είναι το παλαιό ιστορικό, τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων, και η νοσηλευτική και ιατρική βιβλιογραφία. Νοσηλευτές, ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας δύνανται να παράξουν πληροφορίες και να συμμετέχουν στη συνολική διαδικασία της συλλογής αυτών. Τα κύρια μέσα που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή των πληροφοριών είναι η συνέντευξη και η παρατήρηση τα οποία είναι τα δύο στοιχεία της επικοινωνίας.

Με τον όρο παρατήρηση ατόμου εννοούμε την προσεκτική εξέταση ή παρακολούθηση κάποιου. Για τη σωστή διεκπεραίωση αυτής της διαδικασίας πρέπει όλες οι αισθήσεις του νοσηλευτή που παρατηρεί (ώραση, ακοή, όσφρηση, αφή) να χρησιμοποιούνται και να είναι σε εγρήγορση. Η οπτική παρατήρηση ή επισκόπηση, εξετάζει την όψη, την έκφραση, το χρώμα, το σχήμα, την συμμετρία και την κινητικότητα του ατόμου, για παράδειγμα την ωχρότητα του δέρματος και τις εκφράσεις πόνου στο πρόσωπο. Επίσης εξετάζει την ποιότητα και ποσότητα των λειτουργιών, όπως να παρατηρεί την ποιότητα της αναπνοής κοιτάζοντας τον θώρακα. Η ψηλάφηση είναι παρατήρηση μέσω της αίσθησης της αφής. Αγγίζοντας το δέρμα του αρρώστου, ο νοσηλευτής συλλέγει διάφορες πληροφορίες όπως αν το άτομο είναι εμπύρετο, αν το δέρμα είναι ξηρό ή υγρό και ούτω καθεξής. Η ακρόαση γίνεται είτε απευθείας με επίκρουση ή με το στηθοσκόπιο. Μπορεί να ακουστούν παθολογικοί ήχοι όπως καρδιακά φυσήματα ή εντερικοί ήχοι.

Η όσφρηση αποτελεί και αυτή ένα χρήσιμο μέσο παρατήρησης. Με αυτήν ο νοσηλευτής μπορεί να διακρίνει παλιό από πρόσφατο αίμα ή την ύπαρξη οξόνης στα ούρα. Στην Κοινωνική Νοσηλευτική απαραίτητη είναι και η παρατήρηση του περιβάλλοντος του ατόμου, με την έννοια της παρατήρησης του χώρου που ζει και αν πληροί τις προδιαγραφές καθαριότητας. Η παρατήρηση είναι νοσηλευτική αρμοδιότητα και πρέπει να χαρακτηρίζεται από ευθύνη, ενδιαφέρον και αντικειμενικότητα.

Η συνέντευξη έχει διαπροσωπικό χαρακτήρα και μπορεί να είναι προφορική ή γραπτή, με χρήση ερωτηματολογίου. Η προφορική συνέντευξη δίνει την δυνατότητα ταυτόχρονης άσκησης παρατήρησης στον νοσηλευτή. Κατά τη διάρκεια της συνομιλίας με το άτομο ο νοσηλευτής μπορεί να παρατηρεί και να καταγράφει συγχρόνως τις παρατηρήσεις του, όπως την έκφραση του προσώπου, τον τόνο της φωνής και την στάση του σώματος. Ωστόσο, για να γίνει σωστά η συνέντευξη και να συλλεχθούν αξιόπιστες και αντικειμενικές πληροφορίες πρέπει να τηρούνται ορισμένες προϋποθέσεις, όπως η δημιουργία ενός άνετου φυσικού περιβάλλοντος. Απαραίτητα στοιχεία σωστής συνέντευξης είναι ο αερισμός του χώρου, η ησυχία, η κανονική θερμοκρασία και η αναπνευστική θέση αρρώστου και νοσηλευτή.

Ένας άλλος βασικός παράγοντας διεκπεραίωσης μιας αξιόλογης συνέντευξης είναι η δημιουργία άνετου ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος, όπου το άτομο προσεγγίζεται με αληθινό ενδιαφέρον,

αγάπη και σεβασμό μέσα σε κλίμα εμπιστοσύνης, καθώς ο ασθενής ενημερώνεται ότι οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν είναι εμπιστευτικές και απόρρητες. Επιπροσθέτως, ο νοσηλευτής παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και μέσω της ακρόασης, η οποία οφείλει να εκφράζεται με ευσυνείδητη χρήση σιωπής, να μην είναι παθητική και να επιδεικνύει έκδηλο ενδιαφέρον και συμπαράσταση προς το άτομο. Η φύση των ερωτήσεων, θα πρέπει να είναι σαφής και ακριβής. Οι ερωτήσεις που είναι απλές, σαφείς, με κατανοητό λεξιλόγιο βοηθούν στην ανάλυση των πληροφοριών, οι οποίες κατόπιν μελετούνται προσεκτικά, αναλύονται και συσχετίζονται με τις αρχές υγείας και την φυσιολογική παραδεκτή λειτουργία του οργανισμού.

Από την ανάλυση προκύπτουν τα τωρινά ή μελλοντικά προβλήματα και οι ανάγκες του ατόμου. Ανάγκη θεωρείται κάθε Οργανική, Ψυχολογική, Πνευματική και Κοινωνική έλλειψη ή αδυναμία. Πρόβλημα είναι η κατάσταση που προκύπτει από τη μη ικανοποίηση της ανάγκης αυτής. Η διατύπωση κάποιου προβλήματος ή ανάγκης με την αιτιολογία του και τα υποστηρικτικά δεδομένα για την ύπαρξή του ονομάζεται Νοσηλευτική Διάγνωση.

### **Ø Προγραμματισμός φροντίδας**

Μετά την νοσηλευτική αξιολόγηση, την ανάλυση των πληροφοριών και την διατύπωση των αναγκών και προβλημάτων, ακολουθεί το στάδιο του προγραμματισμού στο οποίο περιλαμβάνονται η ιεράρχηση των προβλημάτων και αναγκών του αρρώστου και η διατύπωση και καταγραφή αντικειμενικών σκοπών για πρόληψη, μείωση ή εξάλειψη των προβλημάτων που εξακριβώθηκαν. Πέραν αυτών πραγματοποιείται ο καθορισμός κριτηρίων αξιολόγησης των αποτελεσμάτων καθώς και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων σε συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του, ανάλογα με την ετοιμότητα και την ικανότητα τους για συμμετοχή στον προγραμματισμό.

Ανάγκες – κλίμακα Maslow

Ιεράρχηση σημαίνει τοποθέτηση καταστάσεων με βάση κάποια κλίμακα. Οι ανάγκες και τα προβλήματα που ανιχνεύθηκαν, τοποθετούνται κλιμακωτά, με κριτήριο την απειλή της ζωής και κατανέμονται σε τρεις κατηγορίες. Καταρχήν αξιολογούνται τα υψηλής προτεραιότητας προβλήματα, τα οποία είναι τα προβλήματα που απειλούν τη ζωή και επομένως χρειάζονται άμεση νοσηλευτική αντιμετώπιση, όπως η απόφραξη αεροφόρου οδού, η αιμορραγία ή η καρδιακή ανακοπή.

Ακολουθούν τα μέσης προτεραιότητας προβλήματα που δεν απειλούν άμεσα τη ζωή, αλλά μπορούν να προκαλέσουν ανθυγιεινές ή και καταστρεπτικές σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές, όπως η ακινησία που μπορεί να προκαλέσει κατακλίσεις και θρομβοφλεβίτιδα. Τέλος τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει το ίδιο το άτομο με ελάχιστη βοήθεια από τους νοσηλευτές, όπως λόγου χάρη η ρύθμιση του σακχάρου, θεωρούνται χαμηλής προτεραιότητας.

Αντικειμενικοί σκοποί της φροντίδας και χαρακτηριστικά.

Μετά την ιεράρχηση των αναγκών – προβλημάτων καθορίζονται και καταγράφονται οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας, δηλαδή προσδιορίζονται τα θετικά επιθυμητά αποτελέσματα. Αντικειμενικός σκοπός είναι η περιγραφή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής κατάστασης στην οποία περιμένουμε να φθάσει το άτομο μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Κάθε αντικειμενικός σκοπός πρέπει να σχετίζεται με μια συγκεκριμένη ανάγκη ή πρόβλημα.

Οι αντικειμενικοί σκοποί αποτελούν τη βάση για να διαπιστώσουμε τη εξέλιξη της υγείας του ατόμου και κατευθύνουν την επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Πάνω τους βασίζονται τα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων, τα οποία τίθενται από τους νοσηλευτές. Οι αντικειμενικοί σκοποί πρέπει να επικεντρώνονται στον άρρωστο και όχι στο νοσηλευτή, να είναι συγκεκριμένοι, μετρήσιμοι και πραγματοποιήσιμοι. Επίσης οφείλουν να καθορίζονται χρονικά και να είναι γραπτοί, ούτως ώστε να δίνεται η δυνατότητα για καλύτερο συντονισμό της υγειονομικής ομάδας και συνέχιση της φροντίδας με μεγαλύτερη ασφάλεια.

*Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.*

Αφού καθοριστούν οι σκοποί με σχετική ιεράρχηση, ακολουθεί η επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, δηλαδή καθορίζονται συγκεκριμένες πράξεις και ενέργειες για την πραγματοποίηση αυτών των σκοπών. Για να είναι αποτελεσματικές οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να σχετίζονται άμεσα με το πρόβλημα – ανάγκη και τους αντικειμενικούς σκοπούς, να είναι ασφαλείς για τον άρρωστο αλλά και για τους νοσηλευτές και τους βοηθούς και να συμβαδίζουν με τις ενέργειες όλων των υπολοίπων μελών της υγειονομικής ομάδας.

Επίσης σημαντικό στοιχείο είναι να στηρίζονται σε επιστημονικές γνώσεις καθώς και στις γνώσεις και τη δεξιότητα των νοσηλευτών, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι και υπόλογοι για όλες τις νοσηλευτικές πράξεις. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις οφείλουν να είναι εξατομικευμένες ανάλογα με τη κατάσταση υγείας, την ηλικία, τις πεποιθήσεις και τις αξίες του ατόμου – αρρώστου και του περιβάλλοντός του, ενθαρρύνοντας την ενεργητική συμμετοχή του στην εκτέλεση των νοσηλευτικών πράξεων, εφόσον το επιτρέπει η υγεία του.

Παράλληλα, πρέπει μέσω της νοσηλευτικής παρέμβασης να δίνεται η ευκαιρία για διδασκαλία, θεραπευτικό διάλογο και ψυχολογική υποστήριξη και να ενισχύεται η αυτοεκτίμηση του ατόμου μέσω της ύπαρξης σεβασμού προς το πρόσωπό του.

#### **Ø Εφαρμογή του προγράμματος φροντίδας.**

Ο νοσηλευτής εφαρμόζει το πρόγραμμα της φροντίδας ενώ ταυτόχρονα παρακολουθεί τη πορεία της κατάστασης, συλλέγει και εκτιμά νέα στοιχεία και τροποποιεί ανάλογα τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Στις νοσηλευτικές δραστηριότητες συμπεριλαμβάνονται πράξεις και ενέργειες για τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας καθώς και διδασκαλία και ενημέρωση. Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας καταστρώνεται από ένα νοσηλευτή, οι νοσηλευτικές πράξεις όμως ανατίθενται και σε άλλους νοσηλευτές ή βοηθούς νοσηλευτών.

Κάθε νοσηλευτική δραστηριότητα που εφαρμόζεται, σημειώνεται λεπτομερώς με στόχο να εκτιμηθούν τα αποτελέσματα. Κατά την εφαρμογή του προγράμματος τηρούνται όλες οι αρχές και οι κανόνες που έχουν διδαχθεί οι νοσηλευτές και οι βοηθοί τους με ευσυνειδησία, ενδιαφέρον, σεβασμό προς τον άρρωστο και υπευθυνότητα.

#### **Ø Εκτίμηση του αποτελέσματος**

Η εκτίμηση του αποτελέσματος είναι το τελευταίο στάδιο νοσηλευτικής διεργασίας κατά το οποίο γίνεται αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας σε σχέση με τους αντικειμενικούς σκοπούς και τα κριτήρια αξιολόγησης που διατυπώθηκαν στην φάση του προγραμματισμού. Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων είναι αντικειμενική, προγραμματίζεται και δέχεται επαλήθευση. Επιτυγχάνεται με την παρατήρηση, την επικοινωνία με το άτομο, την οικογένειά του και με την ομάδα υγείας, καθώς και με αντικειμενικές μετρήσεις όπως ζωτικά σημεία, αποτελέσματα

εργαστηριακών εξετάσεων, μέτρηση αποβαλλόμενων και εισερχόμενων υγρών και ούτω καθεξής.

Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων είναι σημαντικό στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας και πρέπει να αποτελεί συνεχή νοσηλευτική δραστηριότητα, αφού βοηθά τους νοσηλευτές να διαπιστώσουν εάν επιτεύχθηκαν οι αντικειμενικοί σκοποί και να γίνει επαναπροσδιορισμός όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο. (Stanhope & Lancaster 2014)

### **3.5 Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στην κοινότητα**

Η κατηγορία αυτή σχετίζεται με το βαθμό γνώσης και χρήσης των διαθέσιμων κοινοτικών πηγών για την υγεία, τη μόρφωση και την κοινωνική περίθαλψη. Σε αυτήν περιλαμβάνονται οι τρόποι με τους οποίους τα άτομα χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των ιδιωτικών γιατρών, των κλινικών, των τμημάτων των επειγόντων περιστατικών, των νοσοκομείων, των σχολείων, των οργανισμών κοινωνικής πρόνοιας ή της εκκλησίας.

Η ικανότητα των ατόμων να εκμεταλλεύονται σωστά την παρεχόμενη φροντίδα υγείας δείχνει το βαθμό στον οποίο μπορούν να αντιμετωπίσουν τα διάφορα γεγονότα και τότε αυτοί πρέπει να ζητήσουν τέτοια βοήθεια. Ένα παράδειγμα λανθασμένης χρήσης των κοινοτικών πηγών είναι ο δανεισμός από την οικογένεια υπέρογκων χρηματικών ποσών για ιατρική περίθαλψη, αντί της χρησιμοποίησης των διαθέσιμων νοσοκομείων ή κλινικών δωρεάν περίθαλψης, ή τη λανθασμένη χρησιμοποίηση της κοινωνικής πρόνοιας, καλώντας ασθενοφόρο ή τις υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών για ασήμαντα προβλήματα.

Παράλληλα η οικογένεια μπορεί να γνωρίζει ή να χρησιμοποιεί μερικές από τις διαθέσιμες κοινοτικές παροχές. Για παράδειγμα, ενδέχεται να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες πρόνοιας και να ξέρει πώς να «χρησιμοποιήσει» τον κοινοτικό νοσηλευτή που είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα τους, αλλά να μην αναγνωρίζει ότι ο σύμβουλος στο σχολείο θα μπορούσε να βοηθήσει με εκπαιδευτικό προγραμματισμό.

Με την κατάλληλη λειτουργία κοινοτικής φροντίδας, η οικογένεια μπορεί να χρησιμοποιεί τις εγκαταστάσεις που χρειάζεται γρήγορα και με σωστό τρόπο, όπως επίσης γνωρίζει πότε να ζητήσει βοήθεια και αισθάνεται ασφαλής στη σχέση της με τους υπαλλήλους της κοινότητας, όπως τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους καθηγητές και τους γιατρούς. (Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Π. Σουρτζή 2005)

### **3.6 Σχολική νοσηλευτική**

Η σχολική νοσηλευτική είναι μια εξειδίκευση της νοσηλευτικής επιστήμης που προάγει την ευεξία, την, την ακαδημαϊκή επιτυχία και τις επιδόσεις των σπουδαστών δια βίου. Με αυτόν τον τρόπο, οι σχολικοί νοσηλευτές προάγουν τη θετική ανταπόκριση των μαθητών στην φυσιολογική ανάπτυξη, την υγεία και την ασφάλεια, κάνουν παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση πραγματικών ή δυνητικών προβλημάτων υγείας, διαχειρίζονται περιπτώσεις και συνεργάζονται ενεργά με

άλλους, με στόχο να ενισχύσουν την ικανότητα του μαθητή και της οικογένειας για προσαρμογή, αυτοδιαχείριση, αυτουπεράσπιση και μάθηση. (Nies & McEwen, 2001)

### 3.7 Ο Ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή στο σχολείο

Στα πλαίσια του σχολείου, έχουμε το σχολικό νοσηλευτή, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την παροχή υπηρεσιών άμεσης φροντίδας υγείας στα παιδιά και τους εκπαιδευτικούς, έχοντας το ρόλο του συμβούλου, ως γνώστες και ειδικοί με σκοπό την αντιμετώπιση και επίλυση περιστατικών. Είναι αρμόδιοι να συντονίζουν την υγειονομική κάλυψη μεγάλου ποσοστού μαθητών στα σχολεία τα οποία υπόκεινται στη δική τους αρμοδιότητα, καθώς και είναι υπεύθυνοι για την αρμονική συνεργασία με τους παρόχους υπηρεσιών της υγείας των παιδιών.

Ένας σχολικός νοσηλευτής είναι ένα άτομο στο οποίο τα παιδιά και οι έφηβοι μπορούν να εκμυστηρευτούν μυστικά για την υγεία τους και να είναι ένα από τα λίγα πρόσωπα που χρήζουν τέτοιας εμπιστοσύνης σε αυτή την περίοδο της ζωής τους. Θα πρέπει ο σχολικός νοσηλευτής να είναι αξιόπιστος και να παροτρύνει τα παιδιά να απευθύνονται σε αυτόν σε περίπτωση προβλήματος ή ακόμη και όταν έχουν την ανάγκη να μιλήσουν σε κάποιον. Ρόλος τους όταν αφορά σημαντικό πρόβλημα υγείας είναι, εφόσον κριθεί αναγκαίο, να εξηγήσουν στα παιδιά ότι θα πρέπει να λάβουν γνώση οι γονείς και το εκπαιδευτικό προσωπικό διότι ελλοχεύει σοβαρός κίνδυνος για την υγεία τους. Σημαντικό όμως είναι το γεγονός ότι θα πρέπει να τηρείται η εμπιστευτικότητα και η μυστικότητα, όπως συμβαίνει και σε όλους τους τομείς φροντίδας υγείας.

Παράλληλα ο σχολικός νοσηλευτής δύναται είναι το άτομο το οποίο να συμβουλευσει τον έφηβο και με αυτόν τον τρόπο να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει ψυχολογικά ζητήματα που αφορούν το σώμα του, καθώς και τη γενικότερη ιδέα για την εικόνα του, και με τον τρόπο αυτό να προλάβει την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Ως ειδικός, ο νοσηλευτής θεωρείται το πιο κατάλληλο άτομο για την παροχή πληροφοριών που άπτονται σε θέματα υγείας στους διευθύνοντες του σχολείου, τους δασκάλους και τις ομάδες γονέων-δασκάλων. Παράλληλα μπορεί να δώσει και διάφορες πληροφορίες σε σχέση με προτεινόμενες αλλαγές στο σχολικό περιβάλλον, οι οποίες μπορούν να συνδράμουν θετικά στην υγεία των παιδιών. Ο νοσηλευτής, συν τοις άλλοις, μπορεί να ζητήσει από τις σχολικές αρχές αλλά και από οργανισμούς της κοινότητας να συμμετέχουν και να βοηθήσουν στο να καταστεί το σχολείο ασφαλής χώρος για τα παιδιά. Για παράδειγμα, θα μπορούσε να παρέμβει συμβουλευτικά κάνοντας προτάσεις για αλλαγές στις διατροφικές επιλογές που διαθέτουν τα κυλικεία. (Stanhope & Lancaster 2014)

Επιπρόσθετα ο νοσηλευτής καθότι ειδικός σε θέματα που αφορούν την υγεία, πολλές φορές καλείται να πληροφορήσει τα παιδιά για διάφορα συναφή θέματα είτε ιδιαιτέρως, είτε στην τάξη.



Εικόνα 7 <http://newnursehelp.com/wp-content/uploads/2013/02/School-Clinic.jpg>



Είναι φυσικό σε αυτές τις περιπτώσεις να προσεγγίζει διαφορετικά τα θέματα υγείας, όπως τη σωστή και ενδεδειγμένη διατροφή, ανάλογα με την ηλικία των παιδιών και ούτω κάθε εξής. Ως επί το πλείστον σε παιδιά εφηβικής ηλικίας επιλέγεται η ενημέρωση να είναι σχετική με τις αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό τους αυτή τη χρονική περίοδο. (Henning 2009, Stanhope & Lancaster 2014)

Αναλυτικότερα ο σχολικός νοσηλευτής:

1. Προτρέπει τους εφήβους έτσι ώστε να κάνουν τις απαραίτητες αλλαγές με σκοπό τη διατήρηση της άριστης κατάστασης υγείας τους.
2. Κάνει αξιολόγηση όσον αφορά την κατάσταση της υγείας των παιδιών.
3. Επιλέγει και εφαρμόζει έναν σχεδιασμό για να επιτύχει τη διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας των εφήβων.
4. Καταγράφει, διατηρεί και αξιολογεί διάφορα στοιχεία που αφορούν την υγεία των παιδιών έτσι ώστε να είναι δυνατό να ανταποκριθεί σε ατομικό επίπεδο στις ανάγκες και τις όποιες ελλείψεις.
5. Ως εξειδικευμένος συμπράττει στη θέσπιση εξατομικευμένων προγραμμάτων και λαμβάνει μέρος στην ομάδα αξιολόγησης της εκπαίδευσης των εφήβων.
6. Συγκροτεί προγράμματα διαχείρισης για τη σχολική υγιεινή, σε περιπτώσεις συγκεκριμένων υγειονομικών αναγκών παιδιών, μεταξύ των οποίων και τη χορήγηση φαρμάκων.
7. Πραγματοποιεί επισκέψεις και στα σπίτια έτσι ώστε να μπορεί να έχει πλήρη εικόνα και να αξιολογήσει τις ανάγκες της οικογένειας που Συμμετέχει σε κατ' οίκον επισκέψεις για την ιεράρχηση των αναγκών της οικογένειας, καθώς άπτονται της υγείας του παιδιού.
8. Όταν υπάρχει περίπτωση ξαφνικής ασθένειας ή τραυματισμού ή προβλημάτων συναισθηματικής φύσεως, φροντίζει τα παιδιά να λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα.
9. Μέσω της παρατήρησης και καταγραφής συμμετέχει σημαντικά στην προσπάθεια πρόληψης (μέσω εμβολιασμών), ανίχνευσης, επιτήρησης και παρακολούθησης μεταδοτικών νοσημάτων.
10. Κάνει προτάσεις για τη βελτίωση του σχολικού περιβάλλοντος έτσι ώστε να προάγεται η μάθηση.
11. Παρέχει αγωγή υγείας.
12. Συντονίζει, και λειτουργεί ως συνδετικός δεσμός, τις υγειονομικές δραστηριότητες που γίνονται στο σχολείο, στο σπίτι και στην ευρύτερη κοινότητα.
13. Παίρνει το ρόλο της πηγής πληροφόρησης όσον αφορά την προτροπή και προαγωγή ατόμων που δείχνουν ενδιαφέρον για μετέπειτα σταδιοδρομία και ενασχόληση στο χώρο της υγείας.
14. Συμβουλεύει το προσωπικό σχετικά με θέματα υγείας.
15. Στηρίζει και υλοποιεί προγράμματα που βελτιώνουν την υγεία του προσωπικού.
16. Είναι βασικό μέλος που συμμετέχει στην έρευνα και αξιολόγηση των υπηρεσιών σχολικής υγιεινής και ο ρόλος του είναι να προτρέπει και να συμβάλλει στην αλλαγή για τα προγράμματα σχολικής υγιεινής.
17. Συμβάλλει στη στοχοθεσία σχετικά με την υγεία στο σχολικό περιβάλλον και στη συνδιαμόρφωση πολιτικών και στάσεων εντός του σχολείου. (Nies & McEwen, 2001)

### 3.8 Δράσεις αγωγής υγείας – Νοσηλευτική διεργασία

Τα διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα που έχουν ως σκοπό να κάνουν τα θέματα υγείας και τα κυρίως προβλήματα υγείας κατανοητά στους συμμετέχοντες, είναι απαραίτητο να γίνονται με τρόπο ο οποίος να διευκολύνει τη μάθηση. Έτσι θα πρέπει ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και τέλος η αξιολόγησή των δράσεων να γίνονται κατόπιν μελέτης, γεγονός που ισχύει και για τις εκπαιδευτικές αρχές που σχετίζονται με τη μάθηση και την διδασκαλία. Σε αυτό, με βάση την αρχή δημόσιας υγείας, συμβάλλει και θεωρείται απαραίτητη η συμμετοχή των εκπαιδευομένων στην επιλογή και στον καθορισμό των εκπαιδευτικών αναγκών. Στην πορεία οργανώνονται και ολοκληρώνονται εκπαιδευτικά προγράμματα υγείας με σκοπό την κάλυψη των αναγκών ή την επίλυση των τυχόν προβλημάτων υγείας του πληθυσμού. Συνοπτικά αυτά τα προγράμματα έχουν ως σκοπό την εκπαίδευση ατόμων από την κοινότητα σχετικά με την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη νοσημάτων και την αντιμετώπισή τους.

Σε περίπτωση που σε έναν πληθυσμό ένα από τα βασικότερα προβλήματα υγείας είναι η παιδική παχυσαρκία, θα ήταν χρήσιμο να πραγματοποιηθεί ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης των παιδιών στα σχολεία τους σχετικά με την υγιεινή διατροφή, το μαγείρεμα και την άσκηση. Το ίδιο χρήσιμο θεωρείται ένα παράλληλο πρόγραμμα με παρόμοια θεματολογία που θα απευθύνεται στους γονείς και σε άλλους κηδεμόνες παιδιών.(Jebb,2005)

Ο νοσηλευτής εφόσον έχει σκοπό να αναπτύξει ένα πρόγραμμα κοινοτικού επιπέδου, θα πρέπει να σχεδιάσει συγκεκριμένα βήματα. Ως γενική αρχή ισχύει ότι τα βήματα που οδηγούν στην ολοκλήρωση του σχεδιασμού ενός εκπαιδευτικού προγράμματος περιέχουν κατ' αρχήν το να αξιολογηθεί και να οριστεί μία εκπαιδευτική ανάγκη της συγκεκριμένης κοινότητας. Στη συνέχεια θα πρέπει να έχει γίνει επιλογή μίας ή περισσότερων θεωριών μάθησης που θα χρειαστεί να χρησιμοποιηθούν στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, και θα αυξήσουν τη μάθηση. Είναι απαραίτητο να συνυπολογιστούν οι δυσκολίες και οι αποκλεισμοί που θα επηρεάσουν την εξέλιξη του προγράμματος, όπως για παράδειγμα το πολιτισμικό υπόβαθρο, η μειωμένη ή ελλιπής παιδεία υγείας και θα πρέπει να ακολουθηθούν οι πιο κατάλληλες κατά περίπτωση στρατηγικές διδασκαλίας λαμβάνοντας υπ' όψη την ηλικία, το φύλο και τις μαθησιακές ανάγκες του κάθε εκπαιδευόμενου. Τέλος είναι αναγκαίο να υπάρχει αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του εκπαιδευτικού προγράμματος. Τα βήματα που ακολουθεί κανείς στα εκπαιδευτικά προγράμματα είναι ταυτόσημα με αυτά της νοσηλευτικής που χρησιμοποιούνται στη νοσηλευτική διαδικασία – αξιολόγηση, σχεδιασμός, εφαρμογή και εκτίμηση.

Τα προγράμματα που αφορούν την προαγωγή της υγείας στο σχολείο βασίζονται σε μεθόδους ενεργητικής μάθησης σύγχρονες, όπως για παράδειγμα η εκτέλεση ασκήσεων πρακτικών, η πραγματοποίηση επισκέψεων στην κοινότητα, η διεξαγωγή συζητήσεων, το θεατρικό παιχνίδι, ρόλοι και άλλα. Αυτές οι μέθοδοι έχουν αποδειχθεί εκ των αποτελεσμάτων τους πιο αποτελεσματικές από άλλες κλασικές μεθόδους μάθησης (π.χ. μάθημα από έδρας). Είναι χαρακτηριστικό ότι όσον αφορά τις θεματικές οι οποίες επιλέγονται σε επίπεδο πρόληψης (διατροφή, κάπνισμα, ναρκωτικά κ.λπ.) υπάρχει η τάση να ενσωματώνονται στα πλαίσια των σχολικών μαθημάτων και να μην απομονώνονται. Η διαδικασία μάθησης από την πλευρά των

νοσηλευτών θα πρέπει να εξαρτάται και να συνυπολογίζεται με την ηλικία του εφήβου. Μέσω των συζητήσεων νοσηλευτών και μαθητών, θα πρέπει να δίνεται σημασία στην αυτοεκτίμηση του μαθητή, στις κοινωνικές δεξιότητες και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Ο νοσηλευτής στα προγράμματα προαγωγής και αγωγής υγείας, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να στηρίζει και να βοηθά τους εφήβους όσον αφορά την κατανόηση του σώματός τους καθώς και την αναγνώριση των δυνατοτήτων τους.

Οι νοσηλευτές προσπαθούν να βοηθήσουν τους μαθητές να μπορούν να ανταπεξέλθουν σε καταστάσεις μέσω των οποίων θα τους δοθούν οι ευκαιρίες να λάβουν αποφάσεις και να μάθουν να επωμίζονται τις συνέπειες των αποφάσεών τους. Θεωρώντας ως γεγονός ότι το να κατακτήσει κανείς ένα καλό επίπεδο για την υγεία του υπεύθυνος κατά κύριο λόγο είναι ο ίδιος και οι ατομικές του επιλογές στον τρόπο ζωής, η ψυχική και νοητική ενδυνάμωση του μαθητή αποκτά πολύ ενδιαφέρον. Μπορούν να δοθούν κίνητρα έτσι ώστε να κατορθώσει ο έφηβος να αναγνωρίσει μια ανάγκη του, π.χ. να φάει δεκατιανό υγιεινό και ευχάριστο. Μπορεί λοιπόν ο νοσηλευτής να καταγράψει τις προτιμήσεις του εφήβου από τα τρόφιμα που διαθέτει το κυλικείο του σχολείου και παράλληλα να γράψει το περιεχόμενο, την ημερομηνία λήξης και το βαθμό ασφάλειας της συσκευασίας. Κατόπιν θα πρέπει να σημειώσει τα στοιχεία που θεωρεί σωστά. Από την αξιολόγηση λοιπόν που κάνει στον εαυτό του αρχίζει να αναγνωρίζει την ασφαλή συσκευασία αλλά και συντήρηση των προϊόντων. Με αυτόν τον τρόπο ο έφηβος γίνεται πιο συνειδητός καταναλωτής και διδάσκεται πώς να θέτει στόχους τους οποίους και στη συνέχεια να πραγματοποιεί. Αυτή η κοινωνική δεξιότητα που αναπτύσσει τον καθιστά ικανό να ελέγχει τη ζωή του και αισθάνεται πιο ισχυρός. Με αυτόν τον τρόπο καθώς και με άλλα παραδείγματα επιτυγχάνεται η διεύρυνση των αξιών του εφήβου όσον αφορά την αυτοεκτίμησή του αλλά παράλληλα και όσον αφορά θέματα της υγείας του.

Πολύ σημαντική επιρροή επίσης έχει η παρέμβαση του κοινοτικού νοσηλευτή, στα πλαίσια του σχολείου, σχετικά με το να εφαρμόζονται προληπτικά μέτρα για τη διεξοδική γενική εκτίμηση της σωματικής και ψυχικής κατάστασης του μαθητή:

- Η ανάπτυξη (βάρος, ύψος, εκατοστιαίες θέσεις).
- Ο έλεγχος της όρασης.
- Ο έλεγχος της ακοής.
- Η εκτίμηση της προσωπικότητας με απλές δοκιμασίες (για άγχος, αϋπνία κ.α.).
- Η ενδοδερμική αντίδραση κατά Mantoux 1/5000.
- Το αναμνηστικό και οικογενειακό ιστορικό
- Υπηρεσίες φροντίδας υγείας στα παιδιά με χρόνια νόσημα, ξαφνική αρρώστια ή ατύχημα.

Θεωρείται απαραίτητο να υπάρχει σχολικό φαρμακείο το οποίο να διαθέτει τα απαραίτητα έτσι ώστε να αντιμετωπίζεται η τελευταία περίπτωση. Επίσης θα πρέπει να υπάρχουν μέτρα για τη φροντίδα εφήβων που έχουν χρόνια πάθηση π.χ. διαβητικού μαθητή, προκειμένου να διενεργεί μόνος του την ινσουλίνη και να τηρεί μέτρα φροντίδας. (Μάργαρη Νικολέττα et al. 1999)

### **3.9 Δεξιότητες Αποτελεσματικού Νοσηλευτή**

Αναφερόμενοι στην πρακτική πλευρά του εκπαιδευτικού προγράμματος, θα πρέπει από τους νοσηλευτές να ακολουθηθούν συγκεκριμένα βήματα, τα οποία κρίνονται ως απαραίτητα για την μεγιστοποίηση της μαθησιακής διαδικασίας. Θα πρέπει να κεντρίζεται το ενδιαφέρον των εκπαιδευόμενων και παράλληλα να υπάρχει ενημέρωση σχετικά με τη σημαντικότητα και τα οφέλη των πληροφοριών οι οποίες θα συζητηθούν και ότι αυτές αποτελούν το πρώτο βήμα για μια αποτελεσματική εκπαιδευτική εμπειρία. Οι συμμετέχοντες αποκτούν επίγνωση των στόχων της παρουσίασης και είναι εποικοδομητικό να συμμετέχουν στην διαδικασία χρησιμοποιώντας ήδη υπάρχουσες γνώσεις σχετικές με το ζήτημα που εξετάζεται, ώστε να κατορθώνουν τη σύνθεση των νέων και των παλιών γνώσεων.

Είναι σημαντικό το υλικό που έχει συγκεντρωθεί να μπορεί να παρουσιαστεί με σαφήνεια και με απλότητα ώστε να εξυπηρετεί τις ανάγκες και τους οποιουσδήποτε περιορισμούς των εκπαιδευόμενων. Αναμφίβολα θα πρέπει οι πληροφορίες που δίδονται να έχουν εφαρμογή σε κάθε διαφορετική κατάσταση και ζωή του κάθε συμμετέχοντος, και ταυτόχρονα να μπορεί ο εκπαιδευόμενος να επιδεικνύουν όσα έμαθε, με σκοπό να είναι δυνατό ο νοσηλευτής – εκπαιδευτής να εντοπίζει και να διορθώνει τα λάθη τους και να ενισχύσει το μαθησιακό τους πεδίο. Στο τέλος είναι σωστό να γίνεται μια ανακεφαλαίωση των όσων έχουν διδαχθεί για να μπορεί να βελτιστοποιηθεί η διαδικασία της ενημέρωσης και το αποτέλεσμα της μάθησης. Αν οποιοδήποτε από τα προαναφερόμενα βήματα παραληφθεί, είναι πιθανόν η μάθηση να είναι επιφανειακή και ελλιπή. ( Stanhope & Lancaster 2014)

### **3.10 Εκπαίδευση και μάθηση**

Για να κατορθώσει ο νοσηλευτής να βοηθήσει στην τροποποίηση συμπεριφοράς ενός ατόμου, είναι απαραίτητο να γνωρίζει ότι είναι πιο βατό να αλλάξει πρώτα το γνωσιακό επίπεδο του ατόμου. Στη συνέχεια ακολουθεί η βοήθεια με σκοπό την αλλαγή στη συμπεριφορά. Ο ρόλος των νοσηλευτών λοιπόν είναι να μεταδίδουν πληροφορίες σχετικές με θέματα υγείας έτσι ώστε οι αποδέκτες της πληροφόρησης να βελτιώνουν τις ικανότητές τους, να λαμβάνουν σωστότερες αποφάσεις και να είναι προσωπική τους απόφαση το θέμα της αλλαγής της συμπεριφοράς τους. Είναι εμφανής η διαφορετικότητα της εκπαίδευσης με τη μάθηση, παρομοίως η διαφορετικότητα της γνώσης με την πράξη. Εκπαίδευση ορίζεται μια δραστηριότητα που συνδράμει με τη βοήθεια διαφόρων παραγόντων στο να αλλάξει –εμπλουτιστεί η γνώση, στο να καθιστά πιο ικανά τα μέλη μιας κοινότητας και στο να διαμορφώνει τη στάση ατόμων και ομάδων. (Knowles et al, 2005). Η στοχοθέτηση της εκπαίδευσης είναι ο πάροχος των γνώσεων και των ικανοτήτων, σε αντίθεση με τη μάθηση η οποία επικεντρώνεται στον αποδέκτη των γνώσεων και των ικανοτήτων, καθώς και στα άτομα στα οποία είναι αναμενόμενο να εκδηλωθεί η αλλαγή. Θα πρέπει να είναι δεδομένο ότι η μάθηση η οποία προκαλεί αλλαγές, είναι για πολλούς δυσάρεστη καθότι η αλλαγές ξενίζουν πολύ συχνά τα άτομα. (Stanhope & Lancaster 2014)

### **3.11 Μελλοντικές τάσεις στη σχολική νοσηλευτική.**

Κοιτώντας προς το μέλλον, ο τομέας της νοσηλευτικής φαίνεται να είναι ελπιδοφόρος. Υπάρχει αισθητή βελτίωση της ποιότητας και της ποσότητας παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στα σχολεία. Μελλοντικά θα κατορθώσουν και οι νέες τεχνολογίες να γίνουν εργαλείο της νοσηλευτικής, μέσω διάφορων εφαρμογών όπως η τηλεϊατρική και τηλεδιάσκεψη. Θα είναι δυνατό η συνεργασία νοσηλευτών και παιδιών και γονέων να γίνεται εξ αποστάσεως μέσω της χρήσης του διαδικτύου. Είναι απαραίτητο, ο σχολικός νοσηλευτής να προσαρμόζεται και να συμβαδίζει με όσες αλλαγές συμβαίνουν στον τομέα της πρακτικής της νοσηλευτικής, με σκοπό τη διαφύλαξη της υγείας των εφήβων στα σχολεία μέσω νέων τάσεων που εκδηλώνονται και αρχίζουν σιγά σιγά να εφαρμόζονται όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη.

(Stanhope & Lancaster 2014)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 4.1 Σκοπός Έρευνας

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο έως τον Σεπτέμβριο του 2017. Πρόκειται για μια περιγραφική έρευνα που κύριος σκοπός της είναι αρχικά η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες παιδιών λυκείου και σε τι βαθμό, καθώς επίσης και ο ενδεχόμενος ρόλος ενός κοινοτικού νοσηλευτή στα σχολεία . Επιπρόσθετα θα διαπιστώσουμε κατά πόσο τα ίδια τα παιδιά κρίνουν αναγκαία την συμβολή του και την βοήθεια του.

### 4.2 Αντικειμενικοί Στόχοι

1. Να διαπιστωθεί κατά πόσο επηρεάζονται οι διατροφικές συμπεριφορές των παιδιών με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.
2. Να ερευνηθεί πως επιδρούν στο ερευνητικό δείγμα τόσο οι ψυχολογικοί όσο και οι κοινωνικοί παράγοντες στους οποίους εκτίθενται καθώς και πως αυτοί αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους.
3. Επίσης ο σημαντικότερος στόχος αυτής της εργασίας είναι η κατανόηση των προβλημάτων και της αναγκαιότητας που υπάρχει για πρόληψη και αντιμετώπιση των εφηβικών διατροφικών διαταραχών.

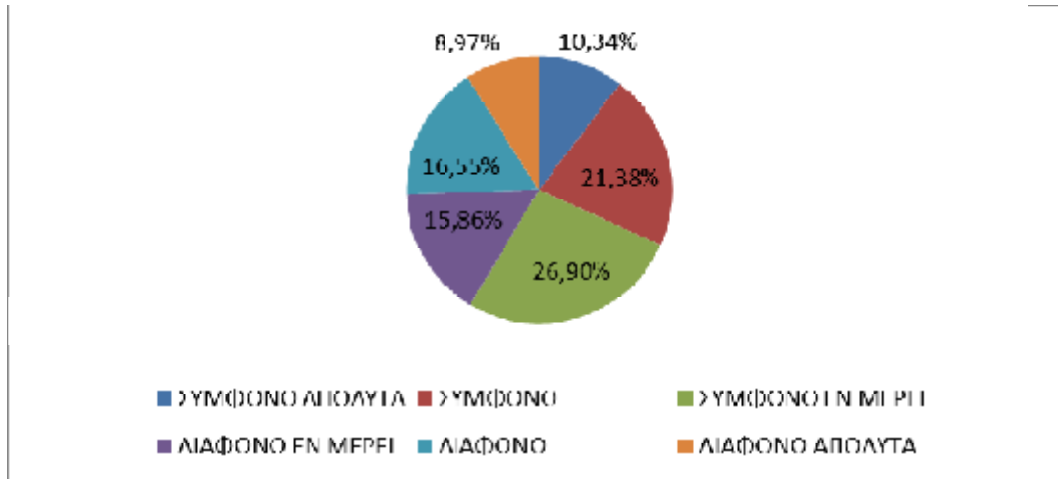
### 4.3 Αποτελέσματα

#### 4.3.1 Περιγραφή του δείγματος

Υλικό για της παρούσα έρευνα αποτέλεσαν 145 μαθητές από δύο Ενιαία Λύκεια της Αθήνας. Οι πληροφορίες ανακτήθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν και απαντήθηκαν εντός 15-20 λεπτών, παρουσία τόσο του ερευνητή όσο και του καθηγητή. Το εύρος δεν ήταν δυνατόν να υπολογισθεί, εφόσον, οι ηλικιακές ομάδες που χρησιμοποιήθηκαν δεν είχαν σαφές ανώτατο ηλικιακό όριο. Στο τέλος μετρήθηκαν τα συμπληρωμένα 145 και τα ασυμπλήρωτα 5. Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν από 75 κορίτσια και 70 αγόρια, ηλικίας 64,83% μικρότερο και ίσο των 16 και 35,17% μεγαλύτερο των 16 ετών. Στα ερωτηματολόγια μελετήθηκε το σύνολο των απαντήσεων για κάθε μαθητή ξεχωριστά.

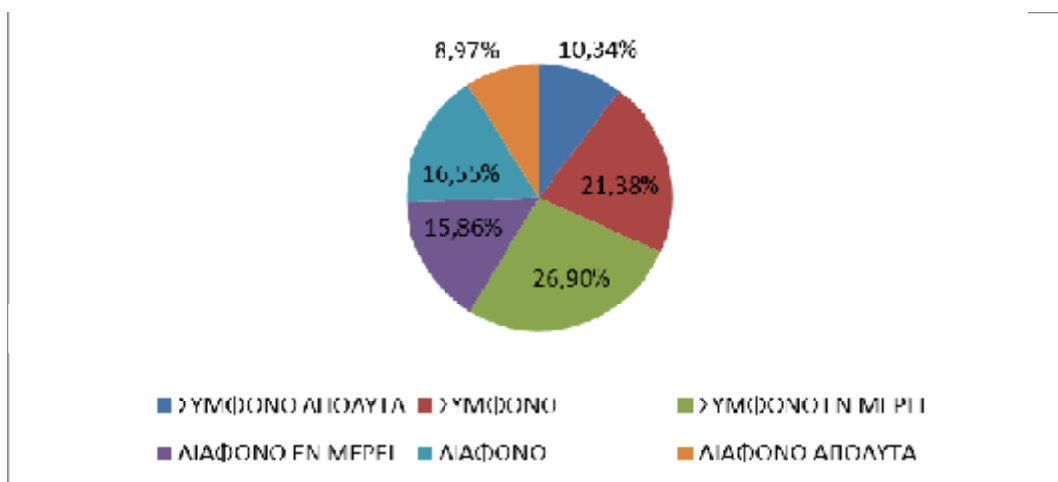
### 4.3.2 Αποτελέσματα και Διαγράμματα

1. Ο τύπος του φαγητού που ακολουθώ εξαρτάται από ότι τύχει να είναι μπροστά μου.



Στην πρώτη ερώτηση αν τρέφονται με βάση αυτό που υπάρχει μπροστά τους εκείνη τη στιγμή 37 παιδιά απάντησαν ΣΥΜΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ, 31 ΣΥΜΦΩΝΩ, 25 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ, ενώ ότι ΔΙΑΦΩΝΟΥΝ απάντησαν 24 μαθητές, ΔΙΑΦΩΝΟΥΝ ΕΝ ΜΕΡΕΙ 19 και ότι ΔΙΑΦΩΝΟΥΝ ΑΠΟΛΥΤΑ μόλις 9. Βλέπουμε λοιπόν ότι οι 93 στους 146 μαθητές, εκ των οποίων οι περισσότεροι είναι αγόρια, 51 στους 93, τρέφονται λίγο ή πολύ ευκαιριακά.

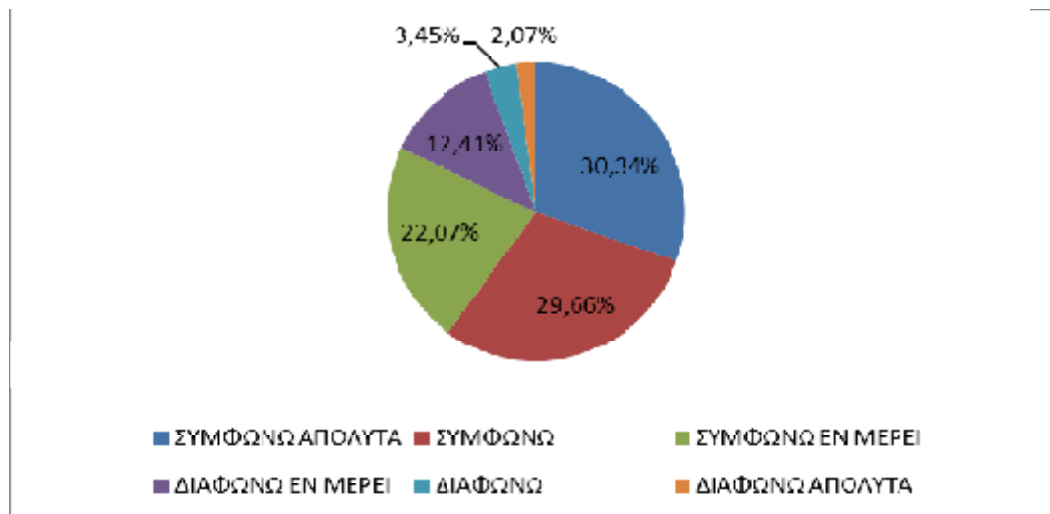
2. Τείνω να περνά πολύ χρόνο σκεπτόμενος τις διατροφικές μου συνήθειες.



Στην δεύτερη ερώτηση για τον αν σκέφτονται συχνά τις διατροφικές τους συνήθειες, το 26,90% απάντησε ΣΥΜΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ, το 21,38% απάντησε ΣΥΜΦΩΝΩ, το 16,55% απάντησε ΔΙΑΦΩΝΩ, το 15,86% ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ, το 10,34% ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ και το 8,97% απάντησε ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ. Πιο αναλυτικά λοιπόν, 85 άτομα συνολικά απάντησαν

ότι τους απασχολούν οι διατροφικές τους συνήθειες είτε λίγο, είτε αρκετά, είτε πολύ. Αντιθέτως 60 άτομα απάντησαν αρνητικά στο αν σκέφτονται πολύ την διατροφή τους. Να επισημάνουμε επίσης ότι από αυτά τα 85 άτομα τα 51 ήταν γυναικείου φύλου έναντι 34 που ήταν αντρικού.

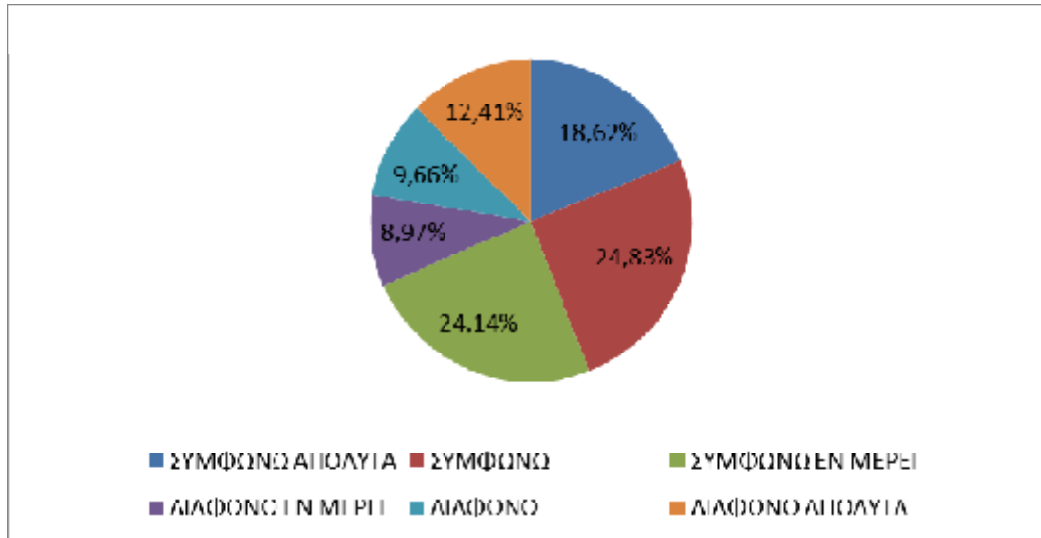
3. Οι διατροφικές μου συνήθειες και συμπεριφορές είναι κάτι που μόνο εγώ είμαι υπεύθυνος.



Με βάση την τρίτη ερώτηση αναλύσαμε το κατά πόσο οι έφηβοι πιστεύουν ότι εκείνοι και μόνο ευθύνονται για την διατροφική τους συμπεριφορά και επιλογή. Στην συντριπτική τους πλειοψηφία, λοιπόν, 119 άτομα από τα 145, απάντησαν ότι θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για τις διατροφικές τους συνήθειες. Πιο αναλυτικά 44 άτομα απάντησαν ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ, 43 ΣΥΜΦΩΝΩ, 32 ΣΥΜΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ, 8 ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ, 5 ΔΙΑΦΩΝΩ και μόλις 3 άτομα ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ. Αξίζει να σημειωθεί, επίσης, ότι από αυτά τα 119 άτομα τα 62 είναι κορίτσια καθώς επίσης και ότι οι 53 μαθητές προέρχονται από πυρηνική οικογένεια.

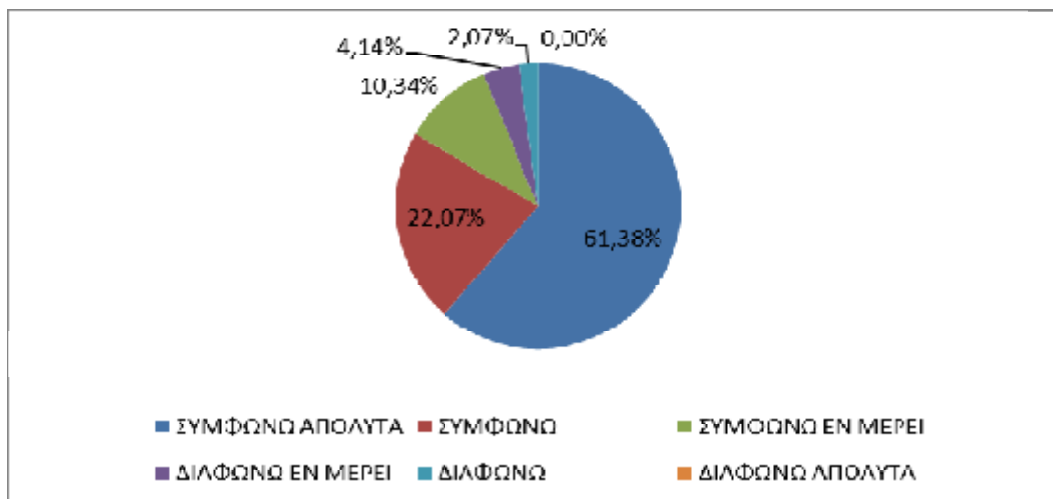


4. Ανησυχώ για το τι σκέφτεται ο περίγυρός μου για το σώμα μου.



Στην τέταρτη ερώτηση σχετικά με το αν ανησυχούν για το τι σκέφτεται ο κόσμος για το σώμα τους, 36 έφηβοι απάντησαν ΣΥΜΦΩΝΩ, 35 ΣΥΜΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ, 27 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ ενώ ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ απάντησαν 18 άτομα, ΔΙΑΦΩΝΩ 16 και ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ 13 άτομα. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι 98 μαθητές στους 145 ενδιαφέρονται για τη γνώμη που σχηματίζει ο περίγυρός τους για το σώμα τους. Από τους 98 αυτούς μαθητές οι 53 είναι γυναίκες.

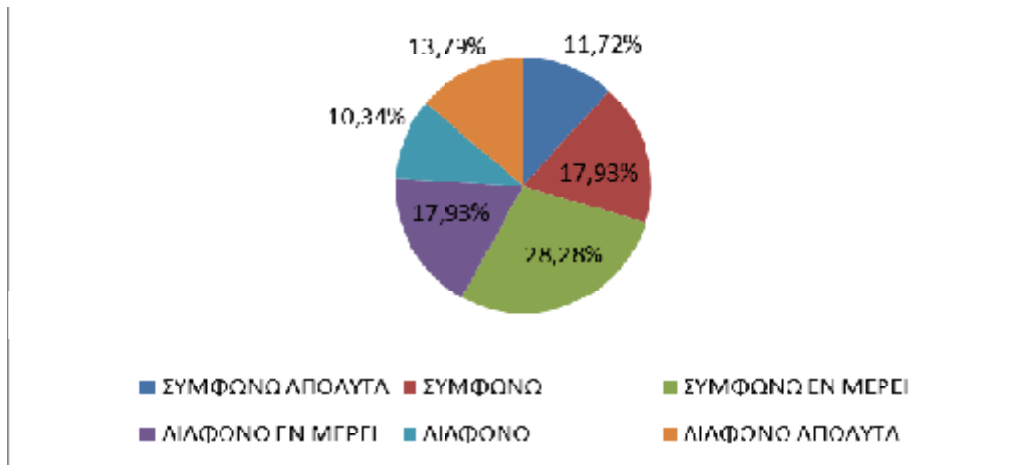
5. Η ποσότητα φαγητού που τρώω εξαρτάται από εμένα.



Στην πέμπτη ερώτηση οι μαθητές ερωτήθηκαν κατά πόσο οφείλονται οι ίδιοι για την ποσότητα φαγητού που καταναλώνουν. Το αποτέλεσμα ήταν : 136 μαθητές εκ των οποίων 73 γυναίκες και 63 αγόρια, απάντησαν ότι εκείνοι ευθύνονται για το φαγητό που τρώνε σε μικρό ή μεγάλο

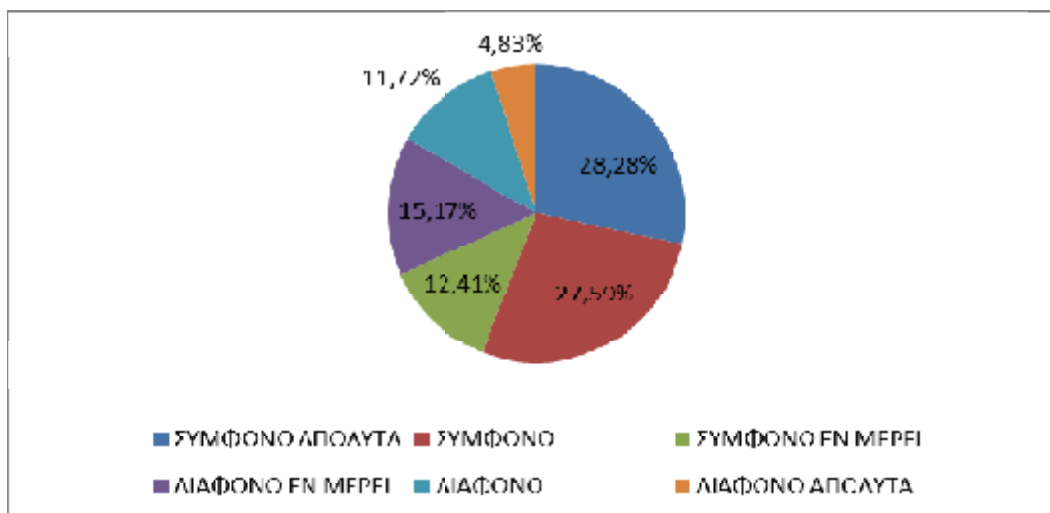
βαθμό, ενώ μόλις 9 άτομα δεν παίρνουν την ευθύνη. Αναλυτικότερα, 89 άτομα απάντησαν ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ, 32 ΣΥΜΦΩΝΩ, 15 ΣΥΜΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ ενώ, 6 απάντησαν ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ, 3 ΔΙΑΦΩΝΩ και κανένας μαθητής δεν απάντησε ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ.

6. Βάζω πολύ υψηλά στάνταρ όσον αφορά τις διατροφικές/θρεπτικές συνήθειες μου.



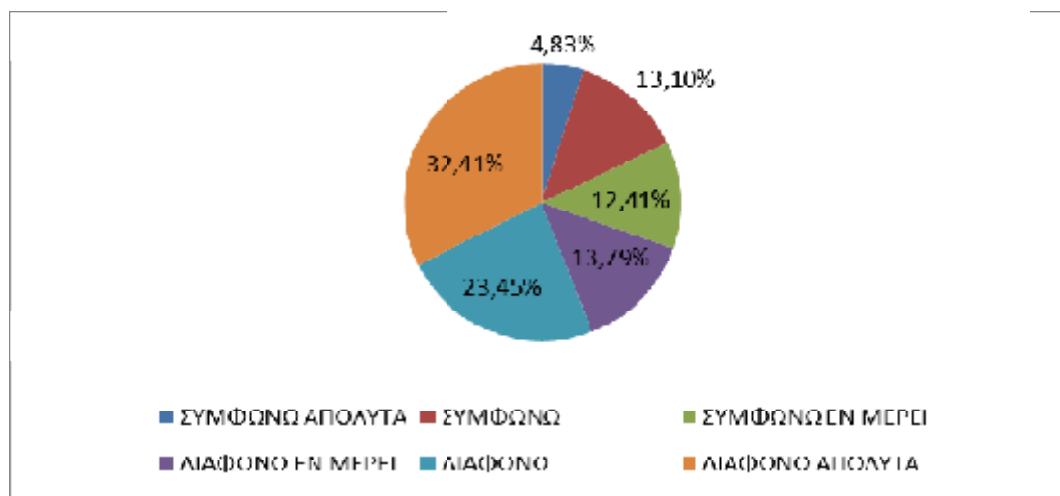
Στην έκτη ερώτηση σχετικά με το αν βάζουν υψηλά στάνταρ στις διατροφικές τους συνήθειες 41 μαθητές απάντησαν ΣΥΜΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ, 26 ΣΥΜΦΩΝΩ και 17 ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ ενώ 26 ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ, 20 ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ και 15 ΔΙΑΦΩΝΩ. Παρατηρούμε ότι 84 από τους μαθητές βάζουν υψηλά στάνταρ εκ των οποίων οι 70 προέρχονται από αστική περιοχή.

7. Οι διατροφικές μου συνήθειες καλύπτουν τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά που χρειάζομαι καθημερινά:



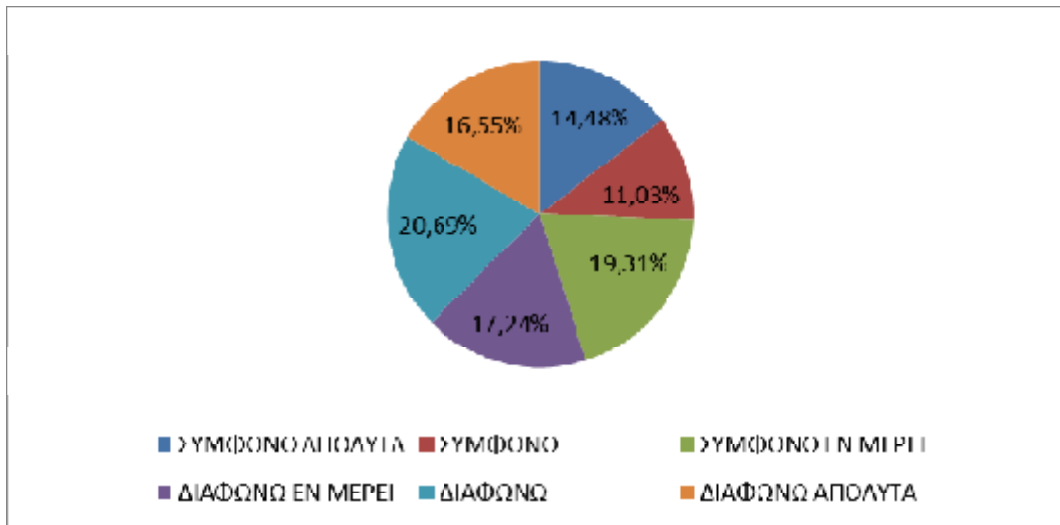
Σε αυτήν την ερώτηση παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των μαθητών θεωρούν ότι οι διατροφικές τους συνήθειες καλύπτουν σε καθημερινή βάση τις θρεπτικές τους ανάγκες. Αναλυτικότερα 41 μαθητές απάντησαν ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ, 40 ΣΥΜΦΩΝΩ, 18 ΣΥΜΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ από τους οποίους 59 ήταν αγόρια και 40 κορίτσια. Ενώ μόνο 22 ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ, 5 ΔΙΑΦΩΝΩ και 7 ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ οι οποίοι 11 ήταν αγόρια και 35 κορίτσια.

8. Παρακολουθώ/καταγράφω καθημερινά την διατροφική μου ρουτίνα:



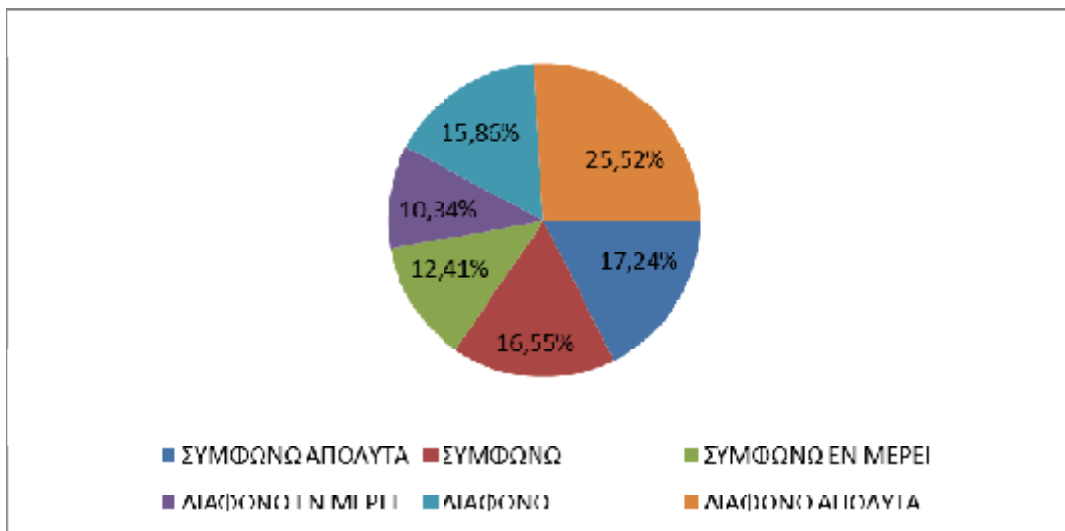
Παρόλα αυτά στην επομένη ερώτηση παρατηρούμε ότι ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί ότι καλύπτει τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται καθημερινά μόνο 44 μαθητές συμφώνησαν ότι λίγο ή πολύ παρακολουθούν ή καταγράφουν την διατροφική τους ρουτίνα. Ενώ 101 μαθητές απάντησαν ότι διαφωνούν με την παρακολούθηση των διατροφικών τους συνηθειών. Αναλυτικότερα, παρόλο που από τους 99 μαθητές απάντησαν στην προηγούμενη ερώτηση (Ερώτηση 7) ότι λαμβάνουν τα κατάλληλα θρεπτικά συστατικά μόνο 22 μαθητές από αυτούς καταγράφουν καθημερινά την διατροφική τους ρουτίνα.

9. Φοβάμαι μήπως γίνω παχύσαρκος:



Με βάση την ένατη ερώτηση αναλύσαμε τον φόβο των μαθητών όσον αφορά την πιθανότητα παχυσαρκίας. Από τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι 21 μαθητές απάντησαν ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ, 16 ΣΥΜΦΩΝΩ, 28 ΣΥΜΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ και 25 ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ, 30 ΔΙΑΦΩΝΩ και 25 ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ. Το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι διαφωνεί σε μικρό ή μεγάλο βαθμό σε σχέση με αυτό που συμφωνούσε χωρίς όμως να υπάρχει ουσιαστική διαφορά.

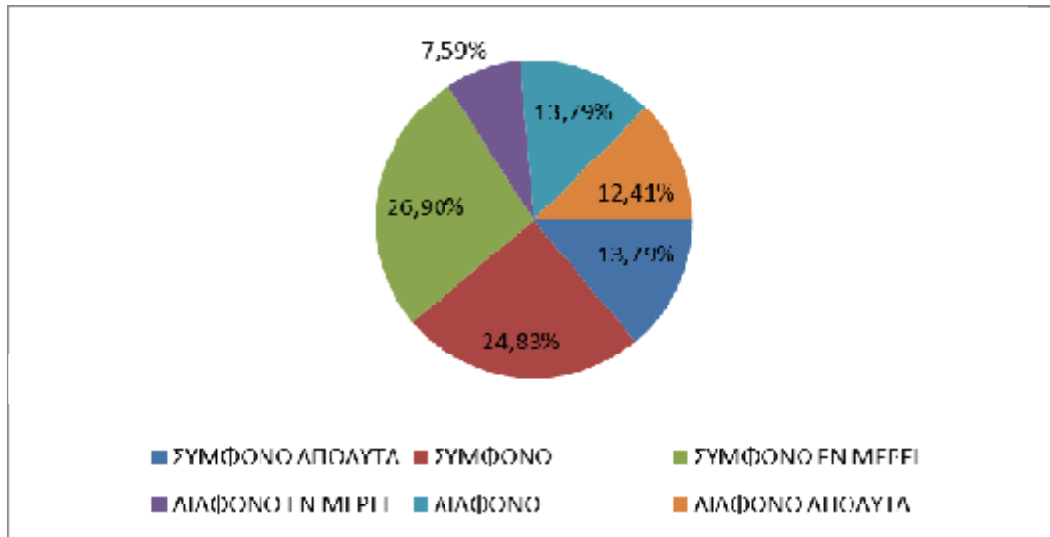
10. Προτιμώ να τρώω junk food από ότι σπιτικό φαγητό.



Στην δέκατη ερώτηση τα παιδιά απάντησαν σχετικά με την προτίμηση τους μεταξύ junk food και σπιτικού φαγητού. Από το δείγμα των μαθητών 25 απάντησαν ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ, 24 ΣΥΜΦΩΝΩ και 18 ΣΥΜΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ. Συνολικά 67 μαθητές προτιμούν το junk food, ενώ 78 προτιμούν το σπιτικό. Πιο αναλυτικά 15 απάντησαν ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ, 24 ΔΙΑΦΩΝΩ

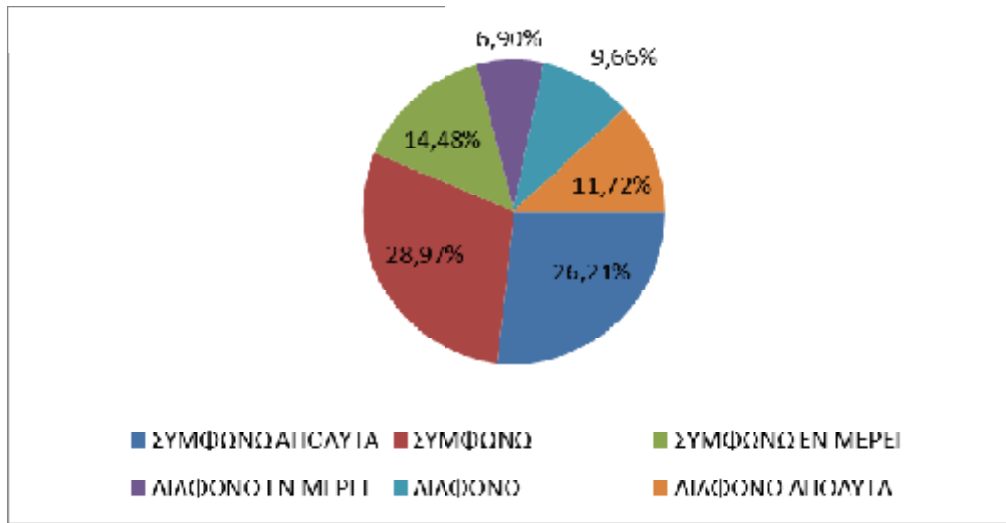
και 39 ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ. Από τους 78 που προτιμούν το σπιτικό φαγητό οι 53 προέρχονται από πυρηνική οικογένεια και κατά πλειοψηφία είναι κορίτσια.

11. Λόγω του σχολικού μου προγράμματος δεν τρώω υγιεινά ή παραλείπω γεύματα.



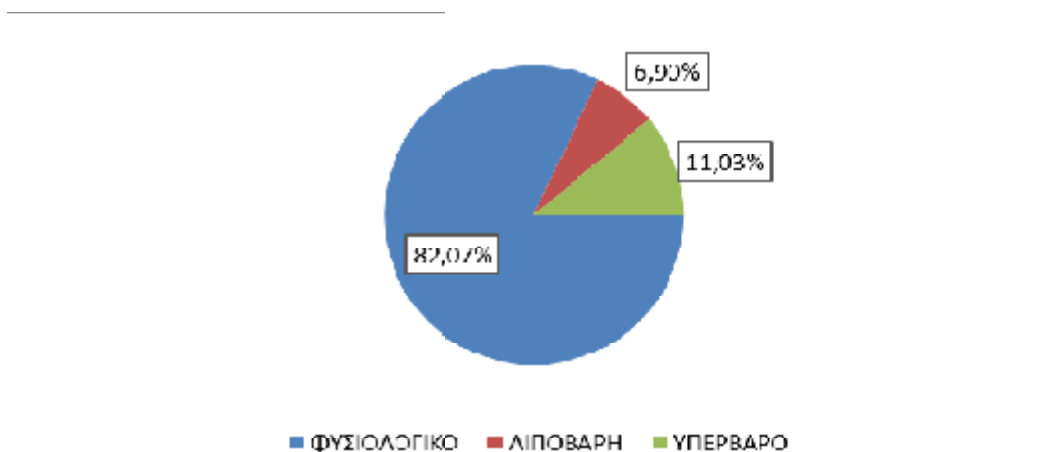
Στην συνέχεια τα παιδιά κλήθηκαν να απαντήσουν στο κατά πόσο παραλείπουν γεύματα ή δεν τρέφονται σωστά λόγω του σχολικού φόρτου εργασίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 20 άτομα απάντησαν ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ, 36 ΣΥΜΦΩΝΩ, 39 ΣΥΜΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ, 11 ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ, 20 ΔΙΑΦΩΝΩ και 19 ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ. Συμπεραίνουμε λοιπόν, 95 στους 145 μαθητές δεν τρέφονται σωστά ή παραλείπουν γεύματα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η απάντηση αυτή δεν είναι προτίμηση κάποιας συγκεκριμένης φυλετικής ομάδας αφού τα ποσοστά αγοριών και κοριτσιών είναι τα ίδια.

12. Τρώω πολύ όταν είμαι αγχωμένος/στεναχωρημένος.



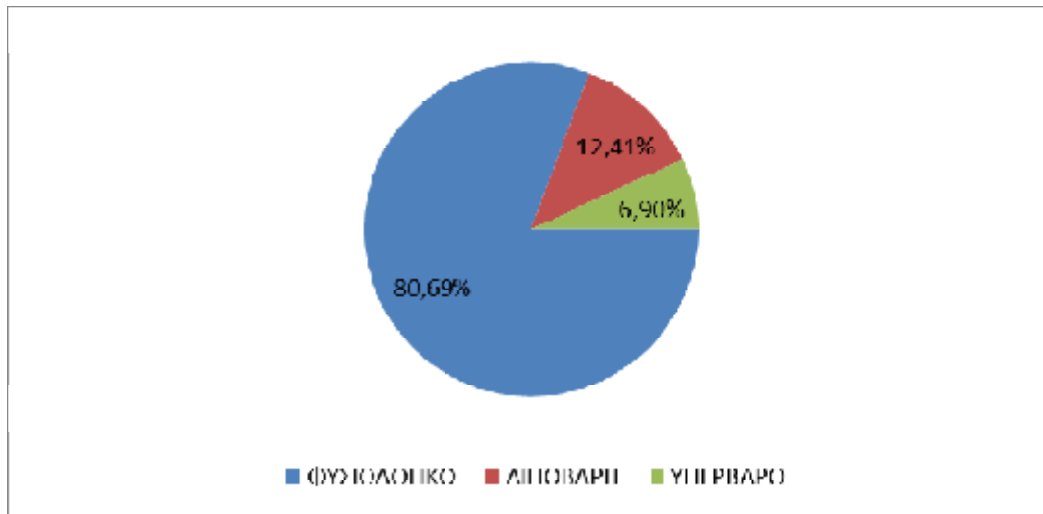
Σε αυτήν την ερώτηση ερευνήσαμε κατά πόσο επηρεάζεται η ποσότητα φαγητού που καταναλώνουν οι μαθητές από την ψυχολογική τους κατάσταση. Από το δείγμα συμπεραίνουμε ότι κατά συντριπτική πλειοψηφία, 101 μαθητές στους 145 τείνουν να τρώνε περισσότερο φαγητό όταν είναι στεναχωρημένοι. Αναλυτικότερα 38 απάντησαν ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ, 42 ΣΥΜΦΩΝΩ, 21 ΣΥΜΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ, 10 ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ, 15 ΔΙΑΦΩΝΩ και 19 ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ. Να αναφέρουμε ότι από τους 101 οι 58 ήταν ηλικίας ίσης και μικρότερης των 16 και από τον ίδιο αριθμό οι 52 ήταν αγόρια έναντι 49 κοριτσιών.

13. Θεωρώ τον εαυτό μου:



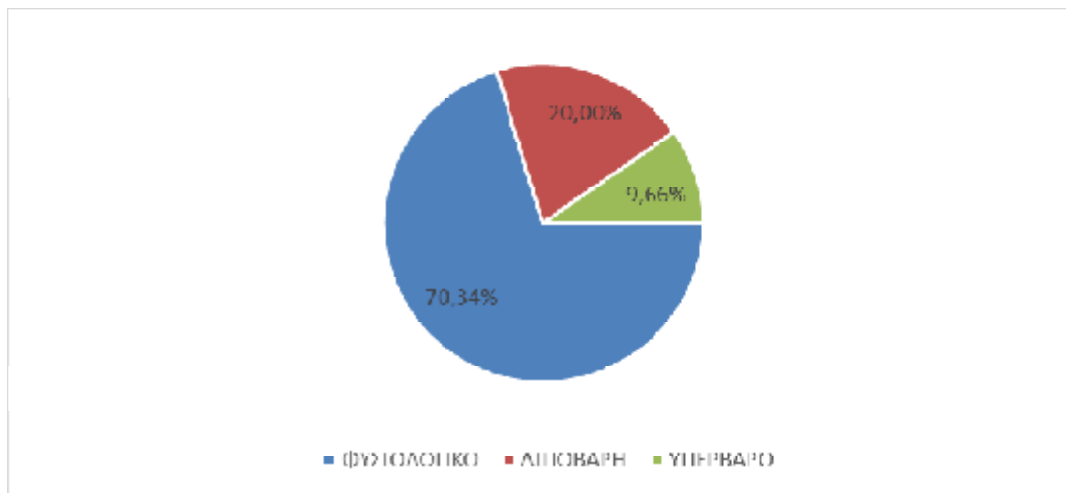
Στην ερώτηση πως θεωρούν τον εαυτό τους οι 119 απάντησαν φυσιολογικό, οι 10 λιποβαρή και οι 16 υπέρβαρο.

14. Οι φίλοι μου με θεωρούν:



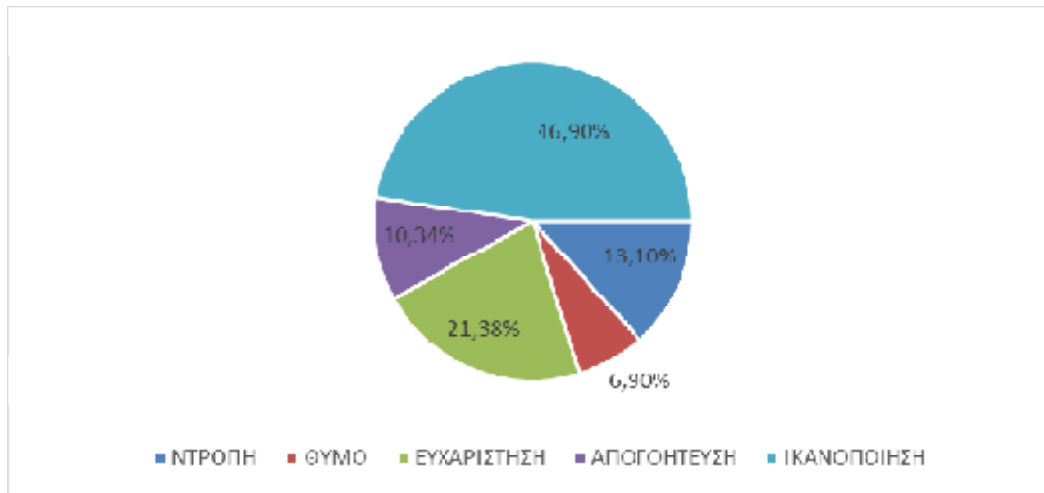
Επίσης σε αντίστοιχη ερώτηση με την προηγούμενη για το τι γνώμη έχουν οι φίλοι τους για εκείνους οι 118 απάντησαν ότι τους θεωρούν φυσιολογικούς, οι 18 λιποβαρείς και οι 10 υπέρβαρους.

15. Οι γονείς μου με θεωρούν:



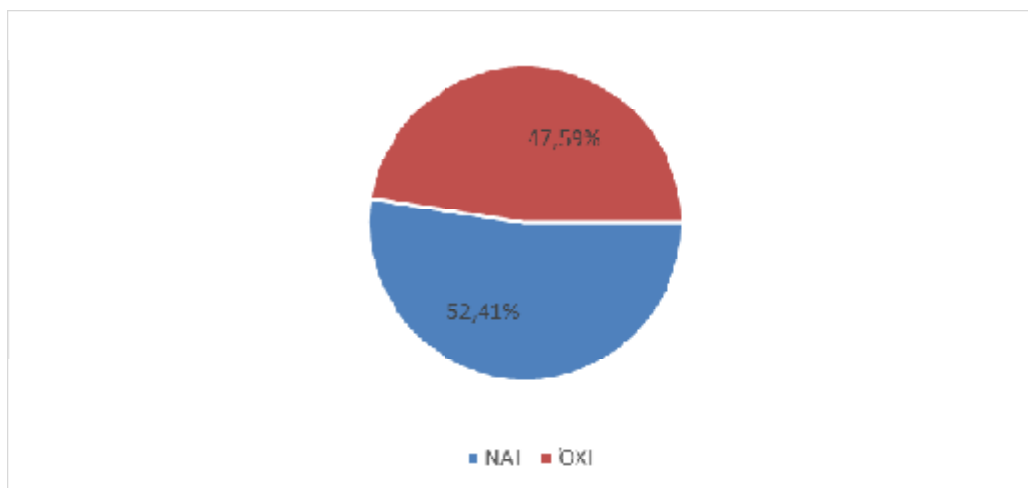
Τέλος, για την γνώμη που έχουν οι γονείς τους για εκείνους πάλι απάντησαν πάλι παρόμοια και πιο αναλυτικά οι 102 ότι τους θεωρούν φυσιολογικούς, οι 29 λιποβαρείς και 14 ότι τους θεωρούν υπέρβαρους.

16. Νιώθω για τις διατροφικές μου συνήθειες:



Μία πολύ σημαντική ερώτηση ήταν για το πώς νιώθουν οι ίδιοι οι έφηβοι για τις διατροφικές τους συνήθειες. Το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή οι 70 από τους 145 απάντησαν ότι νιώθουν ικανοποίηση. Αμέσως μετά 31 άτομα απάντησαν ότι νιώθουν ευχαρίστηση, 19 άτομα ντροπή, 15 άτομα απογοήτευση και 10 ότι νιώθουν θυμό. Βλέπουμε λοιπόν, ότι 101 μαθητές αισθάνονται αισιόδοξα με τις διατροφικές τους επιλογές και κατά συνέπεια και με τον εαυτό τους όπως είδαμε σε προηγούμενη ερώτηση. Τέλος να αναφέρουμε ότι οι περισσότεροι από αυτούς τους 101 ήταν αγόρια χωρίς όμως μεγάλη διαφορά αφού τα κορίτσια ήταν 48.

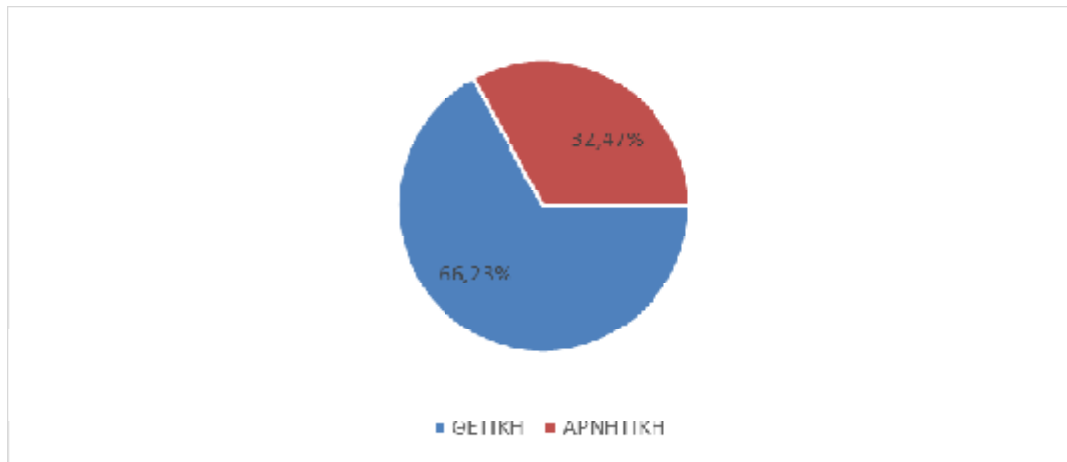
17. Δέχομαι κριτική για την εικόνα μου από τον περίγυρό μου.



Στην δέκατη έβδομη ερώτηση σχετικά με το αν δέχονται κριτική για την εικόνα τους από τον κοινωνικό τους περίγυρο 76 άτομα απάντησαν πως ναι και 69 πως όχι. Όπως βλέπουμε τα ποσοστά είναι τόσο κοντά που δεν μπορούμε να βγάλουμε ξεκάθαρο συμπέρασμα.



18. Αν η απάντηση στην ερώτηση 17 ήταν 'ΝΑΙ' τι είδους κριτική δέχεσαι;



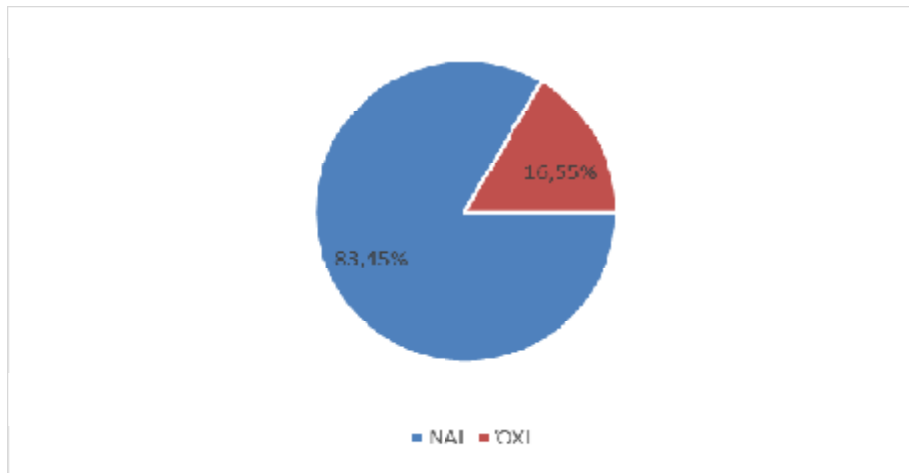
Συσχετίζοντας λοιπόν τις δύο ερωτήσεις (17 και 18) βλέπουμε ότι 51 στους 76 μαθητές δέχονται θετική κριτική σχετικά με την εμφάνισή τους από τον περίγυρό τους ενώ 25 μαθητές αρνητική.

19. Οι διατροφικές μου επιλογές καθορίζονται:



Στην προτελευταία ερώτηση οι μαθητές ερωτήθηκαν από τι καθορίζονται οι διατροφικές τους επιλογές. Όπως παρατηρούμε στο διάγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό, 70 στον αριθμό απάντησαν από το εβδομαδιαίο πρόγραμμα του σπιτιού και αυτό είναι λογικό αφού όπως αναλύσαμε στην συνέχεια οι 52 από αυτούς ανήκουν σε πυρηνική οικογένεια. Οι υπόλοιποι απάντησαν κατά 49 από εμένα, βάση της διάθεσης μου, 17 από διαιτολόγο και 8 από μαγειρικές εκπομπές. Τέλος μπορούμε να πούμε και ότι από τους 70 που αποτελούν και το μεγαλύτερο ποσοστό οι 43 ήταν αγόρια ενώ 27 ήταν κορίτσια.

20. Θα επιθυμούσα την παρουσία ενός ειδικού στο σχολείο που θα μου παρείχε συμβουλευτική και βοήθεια σχετικά με την διατροφή μου.



Στην τελευταία και πιο σημαντική για την έρευνα μας ερώτηση για το αν οι μαθητές θα επιθυμούσαν την παρουσία ενός ειδικού στο σχολείο (κοινοτικού νοσηλευτή) που θα τους συμβουλευεί και θα τους βοηθάει σχετικά με την διατροφή τους, είδαμε ότι οι 121 στους 145 μαθητές απάντησαν θετικά (ΝΑΙ). Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετά περισσότερα ήταν τα κορίτσια 72 στον αριθμό έναντι 49 των αγοριών.

## 4.4 Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη συγκεκριμένη μελέτη, απαντούν στους αρχικούς ερευνητικούς στόχους. Πιο συγκεκριμένα ο πρώτος στόχος που τέθηκε ήταν να διαπιστωθεί κατά πόσο τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των εφήβων. Με βάση το σύνολο της έρευνας, παρατηρήσαμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό που προτιμά το ευκαιριακό φαγητό ήταν αγόρια ενώ σε ερωτήσεις που αφορούσαν την εικόνα για το σώμα τους ήταν κορίτσια. Ωστόσο, στις ερωτήσεις που αφορούν κάποιο ψυχολογικό παράγοντα τα ποσοστά ήταν μοιρασμένα. Επιπρόσθετα, βλέπουμε, παρά την διαφορετικότητα του ατόμου, την ηλικία του, το φύλο του κι άλλα είναι ο μοναδικός παράγοντας που τους επηρεάζει όλους εξίσου. Επίσης, είδαμε ότι τα άτομα που τείνουν να τρέφονται πιο υγιεινά και έχουν ένα πιο οργανωμένο πρόγραμμα διατροφής ανήκουν σε πυρηνικό τύπο οικογένειας.

Ο επόμενος στόχος της έρευνάς μας ήταν να διερευνηθεί το πώς επηρεάζουν το δείγμα τόσο οι ψυχολογικοί όσο και οι κοινωνικοί παράγοντες στους οποίους εκτίθενται οι έφηβοι. Τα δεδομένα που αποκομίσαμε μας οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η διατροφή τους επηρεάζονται εξίσου και από τους δυο αυτούς παράγοντες και μάλιστα σε μεγάλο βαθμό και μπορεί πολλές φορές να αλληλοεπηρεάζονται. Για παράδειγμα η διατροφική καθημερινότητα τους διαταράσσεται από το έντονο πρόγραμμα το οποίο προκαλεί στρες αλλά και από τυχόν έντονες συναισθηματικές μεταβολές. Παράλληλα, αξίζει να αναφέρουμε ότι παρόλο που τα περισσότερα παιδιά απάντησαν πως δεν φοβούνται το ενδεχόμενο παχυσαρκίας και θεωρούν τόσο αυτά όσο και το περιβάλλον τους τον εαυτό τους φυσιολογικό περνάνε πολύ χρόνο σκεπτόμενα τις διατροφικές τους συνήθειες και την εικόνα τους.

Ο τρίτος και τελευταίος στόχος που ερευνήσαμε είναι η αναγκαιότητα ύπαρξης του κοινοτικού νοσηλευτή στα σχολεία. Σε αυτό το σημείο της έρευνας, βρεθήκαμε προ εκπλήξεως διαπιστώνοντας ότι παρόλο που ατομικά ο κάθε μαθητής στις απαντήσεις του δείχνει ότι δεν χρήζει βοήθειας και κρατάει σε ισορροπία τις διατροφικές του συνήθειες νιώθει ότι έχει ανάγκη την παρουσία ενός ειδικού στο σχολικό του περιβάλλον. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός είτε ότι δεν θέλουν να παραδεχτούν την ύπαρξη ενδεχόμενου προβλήματος είτε θεωρούν πως ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι απαραίτητος για το γενικό σύνολο.

## 4.5 Προτάσεις

Εν κατακλείδι, κρίνουμε σκόπιμο να αναφερθούν κάποιες προτάσεις σχετικά με την καλύτερη διαχείριση των διατροφικών συμπεριφορών των παιδιών καθώς και την πρόληψη και αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων υγείας που οφείλονται σε αυτές :

- i. Συχνή επικοινωνία και συντονισμός καθηγητών και γονέων ώστε τα παιδιά να λαμβάνουν τα πλέον κατάλληλα ερεθίσματα σχετικά με την διατροφή τους. Είναι ευρέως γνωστό ότι η προσωπικότητα των γονέων, είναι ένας καθοριστικός παράγοντας που επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών από την παιδική ηλικία, καθώς οι γονείς λειτουργούν ως πρότυπα για την ανάπτυξη των παιδιών όπως το ίδιο σημαντικά πρότυπα μπορούν να αποτελέσουν και οι καθηγητές. Τέλος είναι σημαντική ώστε να αντιλαμβάνονται έγκαιρα παρεκκλίνουσες συμπεριφορές που μπορούν να φανούν επικίνδυνες όπως παχυσαρκία και νευρική ανορεξία.
- ii. Ύπαρξη και ενσωμάτωση υγιεινών και υψηλής θρεπτικής αξίας τροφών στα κυλικεία των σχολείων μιας και η εφηβεία είναι η ηλικία απόκτησης της κορυφαίας οστικής μάζας. Όπως είναι γνωστό κατά την εφηβεία το άτομο αποκτά την ευθύνη της υγείας του και τις συνήθειες που θα ισχύσουν κατά την ενήλικη ζωή του και θα καθορίσουν την ποιότητά της. Είναι λοιπόν ιδιαίτερα σημαντική η απόκτηση γνώσεων σχετικά με τη σωστή διατροφή και η εγκατάσταση ανάλογης διατροφικής συμπεριφοράς.
- iii. Δημιουργία σύγχρονων κλειστών χώρων εκγύμνασης παρέχοντας τον κατάλληλο εξοπλισμό για την σωστή μύηση των παιδιών στην φυσική αγωγή εφόσον η τακτική σωματική άσκηση είναι απαραίτητη για την υγεία, προάγοντας τη σωματική και ψυχική υγεία του παιδιού, συμβάλλοντας στον έλεγχο του υπερβάλλοντος βάρους και βοηθώντας στην ωρίμανσή του.
- iv. Την δημιουργία ειδικών προγραμμάτων όπως, ειδικών ημερίδων, διαλέξεων και πανελλήνιων συνέδριων σχετικά με την ενημέρωση για τα επιστημονικά δεδομένα της βασικής διατροφής και τη σχέση της με την υγεία, οδηγίες σωστού τρόπου κατανάλωσης και μαγειρέματος για την μέγιστη δυνατή πρόσληψη θρεπτικών συστατικών καθώς επίσης και την αναγνώριση των επικίνδυνων ή πιθανών επικίνδυνων συστατικών των τροφών.
- v. Το σημαντικότερο όλων είναι η ένταξη του κοινοτικού νοσηλευτή στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση μέσω προγραμμάτων αγωγής της υγείας έτσι ώστε να υπάρχει πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση τυχόν διατροφικών διαταραχών καθώς επίσης και διαπαιδαγώγηση τόσο των παιδιών όσο και των γονέων σε θέματα διατροφής τροφοδοτώντας τους συχνά με τις όποιες εξελίξεις.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 8 Health Benefits of Eating More Protein Foods.draxe.com. <https://draxe.com/protein-foods/> . Τελευταία προσπέλαση 2017.
- A bone-healthy lifestyle in the teenage years pays off, iofbonehealth.org, <https://www.iofbonehealth.org/news/bone-healthy-lifestyle-teenage-years-pays> Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος 17, 2015.
- A Teenager’s Nutritional Need. Healthychildren.org. <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/teen/nutrition/Pages/A-Teenagers-Nutritional-Needs.aspx>. Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 03,2016
- Becoming a community health nurse, everynurse.org, <http://everynurse.org/becoming-a-community-health-nurse/>
- Burniat W., Cole T., Lissau I., Poskitt E.,(2006), Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Prevention and Management, Cambridge University Press., Cambridge England. <https://books.google.gr/books?id=nK1qiuTceMoC&printsec=frontcover&dq=obesity+causes&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwiA3IK0waTSAhXIVRQKHVkJAXoQ6AEIzAC#v=onepage&q=obesity%20causes&f=false>
- Childhood Obesity Causes & Consequences, .cdc.gov, <https://www.cdc.gov/obesity/childhood/causes.html> . Τελευταία προσπέλαση Δεκέμβριος 15,2016
- Childhood overweight and obesity, who.int, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>,
- Dietary fats explained. medlineplus.gov. <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000104.htm> . Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 22, 2016.
- Dietary Requirements for a Teenager. Livestrong.com. <http://www.livestrong.com/article/519528-dietary-requirements-for-a-teenager/> . Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 16,2011.
- Eby L., Brown N.,(2009) Η Νοσηλευτική στη Ψυχική Υγεία. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα.
- Explore Overweight and Obesity, Causes, www.nhlbi.nih.gov, <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/obe/causes> Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος 23, 2017
- Explore Overweight and Obesity-causes. nhlbi.nih.gov, <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/obe/causes>, Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος 23, 2017.
- Global Strategy on Diet, Physical Activity & Health, who.int, [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_why/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/en/),
- Golden R., Peterson F., Kramer G. (2009), The Truth about Eating Disorders, Infobase Publishing, New York.

<https://books.google.gr/books?id=HZUcCWJ7W8UC&printsec=frontcover&hl=el#v=onepage&q&f=false>

Henning M., (2009), Nursing's Role in Nutrition, Lippincott NursingCenter, 27(5), 301-306.

Listing of vitamins. health.harvard.edu. [http://www.health.harvard.edu/staying-healthy/listing\\_of\\_vitamins](http://www.health.harvard.edu/staying-healthy/listing_of_vitamins) . δημοσιεύτηκε Ιούνιος 2009.

Mary A.Nies, Melanie McEwen (2001). Κοινωνική Νοσηλευτική-Παράγοντας της Υγείας των Πληθυσμών. Τρίτη έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος.

Obesity Causes, hsph.harvard.edu, <https://www.hsph.harvard.edu/obesity-prevention-source/obesity-causes/>,

Obesity in Adolescents, urmc.rochester.edu, <https://mail.google.com/mail/u/1/#inbox>, Τελευταία προσπέλαση 2017.

Obesity in children & adolescents, ncbi.nlm.nih.gov,

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3028965/>, .Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 2010.

Obesity In Children And Teens, American Academy of child & Adolescent Psychiatry WebPage. [https://www.aacap.org/AACAP/Families\\_and\\_Youth/Facts\\_for\\_Families/FFF-Guide/Obesity-In-Children-And-Teens-079.aspx](https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Obesity-In-Children-And-Teens-079.aspx), Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 2016.

Obesity, medicinenet.com, [http://www.medicinenet.com/obesity\\_weight\\_loss/page3.htm](http://www.medicinenet.com/obesity_weight_loss/page3.htm) . Τελευταία προσπέλαση Δεκέμβριος 09, 2015.

Protein. hsph.harvard.edu. <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/what-should-you-eat/protein/>. Τελευταία τροποποίηση Αύγουστος 01, 2016.

Public health nursing. en.wikipedia.org,

[https://en.wikipedia.org/wiki/Public\\_health\\_nursing](https://en.wikipedia.org/wiki/Public_health_nursing) . Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 08,2016

Rapoport J., Ismond D., (1996), DSM-IV Training Guide For Diagnosis Of Childhood Disorders, Routedge, New

York.<https://books.google.gr/books?id=KKIiAwAAQBAJ&pg=PA178&dq=DSM-IV+anorexia&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwiK2uyTqaTSAhUFzxQKHajNDTwQ6AEIGDAA#v=onepage&q=DSM-IV%20anorexia&f=false>

Robinson P. (2006) Community Treatment of Eating Disorders. John Wiley & Sons, England.

[https://books.google.gr/books?id=oTKbTQPq4sEC&printsec=frontcover&dq=cure+eating+disorders&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwj\\_68KKuaTSAhUHOHQKHV7sBvMQ6AEIJzAC#v=onepage&q=cure%20eating%20disorders&f=false](https://books.google.gr/books?id=oTKbTQPq4sEC&printsec=frontcover&dq=cure+eating+disorders&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwj_68KKuaTSAhUHOHQKHV7sBvMQ6AEIJzAC#v=onepage&q=cure%20eating%20disorders&f=false)

Stanhope M.,Lancaster J., (2014), Κοινωνική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Πασχαλίδης,

Taylor C.,Lillis C.,LeMone P.,(2002). Θεμελιώδης Αρχές της Νοσηλευτικής, η Επιστήμη & η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα.

The Emotional Toll of Obesity, healthychildren.org,

<https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/obesity/Pages/The-Emotional-Toll-of-Obesity.aspx> . Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 11, 2015.

The nurse's role in promoting weight loss and encouraging healthier lifestyles, nursingtimes.net, <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/nutrition/the-nurses-role-in-promoting-weight-loss-and-encouraging-healthier-lifestyles/199822.article> . Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 01,2005.

Thompson k., Smolak L., (2001),Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth: Assessment, Prevention, and Treatment., American Psychological Association, Washington.  
<https://books.google.gr/books?id=Nx1w74b8UqAC&pg=PA103&dq=eating+disorders+factor&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwj-rcnhtqTSAhUSGhQKHVhPCoYQ6AEIGjAA#v=onepage&q=eating%20disorders%20factor&f=false>

Unicef (2002). Adolescence A time that matters. Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα (new York 2002)

Vitamins and minerals – what do they do?. netdoctor.co.uk.  
<http://www.netdoctor.co.uk/healthy-eating/a10801/vitamins-and-minerals-what-do-they-do/> . Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 26, 2016.

Vitamins. medlineplus.gov. <https://medlineplus.gov/ency/article/002399.htm> . Τελευταία τροποποίηση Φεβρουάριος 02, 2015.

Vitamins: Their Functions and Sources. webmd.com. <http://www.webmd.com/vitamins-and-supplements/tc/vitamins-their-functions-and-sources-credits> . Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 20, 2015.

Vitamins: What They Are and What They Do. medicalnewstoday.com.  
[http://www.medicalnewstoday.com/articles/195878.php#what\\_are\\_vitamins](http://www.medicalnewstoday.com/articles/195878.php#what_are_vitamins) . Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 03, 2016.

What Are Carbohydrates? livescience.com. <http://www.livescience.com/51976-carbohydrates.html> . Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 25,2015.

What are proteins and what do they do? ghr.nlm.nih.gov.  
<https://ghr.nlm.nih.gov/primer/howgeneswork/protein> . Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 18,2017.

What Is Adolescence? - Definition, Stages & Characteristics, study.com,  
<http://study.com/academy/lesson/what-is-adolescence-definition-stages-characteristics.html> .

What Is Juvenile Osteoporosis? What Are the Types?, webmd.com, <http://www.osteoporosis/guide/juvenile-osteoporosis-types#2> .Τελευταία τροποποίηση Μάιος 08,2016

Why is fibre important. Nhs.uk.<http://www.nhs.uk/chq/pages/1141.aspx?categoryid=51> . Τελευταία προσπέλαση Μάιος 03, 2015.

Αθλητισμός, el.wikipedia.org,  
<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%B8%CE%BB%CE%B7%CF%84%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82> . Τελευταία προσπέλαση Μάιος 03,2017

Αναιμία - Σιδηροπενική αναιμία, [paidiatros.com](http://www.paidiatros.com),  
<http://www.paidiatros.com/asthenies/syxnes-arrosties/iron-deficiency-anaemia>.  
 Άντρες και Διατροφικές Διαταραχές, [hcfed.gr](http://www.hcfed.gr), <http://www.hcfed.gr/?p=3698> .Τελευταία  
 προσπέλαση Σεπτέμβριος 21, 2011.  
 Αρτηριακή Υπέρταση στα παιδιά και τους εφήβους, [paidiatros.com](http://www.paidiatros.com)  
<http://www.paidiatros.com/asthenies/spanies-arrosties/ypertasi-paidia-efivoi>  
 Αρτηριακή υπέρταση, [el.wikipedia.org](http://el.wikipedia.org)  
[https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CF%81%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%AE\\_%CF%85%CF%80%CE%AD%CF%81%CF%84%CE%B1%CF%83%CE%B7](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CF%81%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%AE_%CF%85%CF%80%CE%AD%CF%81%CF%84%CE%B1%CF%83%CE%B7) Τελευταία προσπέλαση Μάιος 06,2017.  
 Βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία. [reptiko.gr](http://reptiko.gr).  
[http://reptiko.gr/show\\_article.php?article=209&selected=7](http://reptiko.gr/show_article.php?article=209&selected=7) . Τελευταία προσπέλαση  
 Απρίλιος 26, 2015.  
 Βιταμίνη. [el.wikipedia.org](http://el.wikipedia.org).  
<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%92%CE%B9%CF%84%CE%B1%CE%BC%CE%AF%CE%BD%CE%B7> . Τελευταία τροποποίηση Μάρτιος 22,2017.  
 Γλυκόζη. [El.Wikipedia.org](http://El.Wikipedia.org).  
<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%93%CE%BB%CF%85%CE%BA%CF%8C%CE%B6%CE%B7> . Τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 07,2015.  
 Γωνιακή χειλίτιδα. [el.wikipedia.org](http://el.wikipedia.org),  
[https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%93%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%AE\\_%CF%87%CE%B5%CE%B9%CE%BB%CE%AF%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B1](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%93%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%AE_%CF%87%CE%B5%CE%B9%CE%BB%CE%AF%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B1) Τελευταία προσπέλαση Μάιος 06.2017  
 Διαιτητικές ίνες και η συμβολή τους στην υγεία.  
[Diatrofologia.blogspot.gr](http://Diatrofologia.blogspot.gr).[http://diatrofologia.blogspot.gr/2008/08/blog-post\\_22.html](http://diatrofologia.blogspot.gr/2008/08/blog-post_22.html) .  
 Τελευταία τροποποίηση Αύγουστος 22,2008.  
 Διαλυτές και αδιάλυτες φυτικές ίνες: Οφέλη και παρενέργειες. [HealthyLiving.gr](http://HealthyLiving.gr).  
<http://www.healthyliving.gr/2015/02/11/fytikes-ines-dialytes-adialytes/>Τελευταία  
 προσπέλαση Φεβρουάριος 11, 2015.  
 Διατροφή και άσκηση διώχνουν την οστεοπόρωση, [ygeia.tanea.gr](http://ygeia.tanea.gr),  
<http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=2&articleID=7668&la=1> Τελευταία  
 τροποποίηση Οκτώβριος 08,2009.  
 Διατροφή κατά την εφηβική ηλικία. [Eid.org.gr](http://Eid.org.gr) .  
<http://www.eid.org.gr/index.php/site/article/diatrofh-Kata-thn-efhbikh-hlikia> . Τελευταία  
 προσπέλαση Απρίλιος 21, 2017.  
 Διατροφή στην εφηβεία και άθληση, [iatronet.gr](http://iatronet.gr), <http://www.iatronet.gr/askisi/paidi-athlisi/article/585/diatrofi-stin-efiveia-kai-athlisi.html> . Τελευταία προσπέλαση  
 Φεβρουάριος 17,2003.  
 Δισακχαρίτης. [el.wikipedia.org](http://el.wikipedia.org).  
<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%94%CE%B9%CF%83%CE%B1%CE%BA%CF%87>



%CE%B1%CF%81%CE%AF%CF%84%CE%B7%CF%82 . Τελευταία προσπέλαση Δεκέμβριος 12,2016.

Έλλειψη σιδήρου στην εφηβεία, mednutrition.gr,

<https://www.mednutrition.gr/portal/lifestyle/oikogeneia/8166-elleipsi-sidirou-stin-efiveia>,

Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 30, 2013.

Ενέργεια. El.wikipedia.org.

<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%BD%CE%AD%CF%81%CE%B3%CE%B5%CE%B9%CE%B1> .

Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 01,2017.

Εφηβεία – Ορισμός & Χαρακτηριστικά. <http://www.psychotherapeia.net.gr/articles-psyxologoi-marousi-psyxotherapeftes-marousi/efhveia/35-efhveia-orismos-harakthristika>.

Τελευταία προσπέλαση 2017

Εφηβεία και διατροφή. Diatrofi.gr. <https://www.diatrofi.gr/bri-i/efibia/339-%CE%B5%CF%86%CE%B7%CE%B2%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%AE/> .

Τελευταία προσπέλαση 2016.

Εφηβεία, 3 δύσκολα στάδια. Childit.gr. <http://www.childit.gr/efiveia-3-dyskola-stadia/> .

Τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 05,2011.

Εφηβεία. El.wikiedia.org

<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CF%86%CE%B7%CE%B2%CE%B5%CE%AF%CE%B1>

Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 16, 2016

Ζαμπέλας Α.(2011), Κλινική διαιτολογία & διατροφή με στοιχεία παθολογίας., Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Κύπρος.

Η διατροφή του εφήβου. youth-health.gr. <http://youth-health.gr/thematikes-enotites/genika-gia-tin-efibeia/h-diatrofi-tou-efibou#.WPnfqtJ97IW> .

Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 04,2014.

Η σημασία του πρωινού στην εφηβική ηλικία. mednutrition.gr.

<https://www.mednutrition.gr/portal/lifestyle/oikogeneia/2451-i-simasia-tou-proinou-stin-efiviki-ilikia> .

Τελευταία προσπέλαση Δεκέμβριος 10, 2009.

Η τερηδόνα, voulasmile.com, <http://www.voulasmile.com/index.php/el/arthra-odontiatreiu/1-teridona>

Θεραπεία και αντιμετώπιση. anasa.com.gr.

<http://www.anasa.com.gr/el/%CE%B5%CE%BD%CE%B7%CE%BC%CE%B5%CF%81%CF%8E%CF%83%CE%BF%CF%85/%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CE%AF%CE%B1-%CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%BC%CE%B5%CF%84%CF%8E%CF%80%CE%B9%CF%83%CE%B7/>

Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Σουρτζή Π.,(2005). Κοινωνική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις

Καρκίνος του μαστού: Η διατροφή στην εφηβεία που προστατεύει τις γυναίκες, onmed.gr, <http://www.onmed.gr/ygeia/story/339723/karkinos-tou-mastoy-i-diatrofi-stin-efiveia-prou-prostateyei-tis-gynaikes>. Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος 02, 2016.

Κωστοπούλου Μ. (2014), Μιλώντας για εμάς και τα προβλήματά μας, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα. <https://books.google.gr/books?id=DS9hBwAAQBAJ&pg=PT28&dq=%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%87%CE%B7+%CF%85%CF%80%CE%B5%CF%81%CF%86%CE%B1%CE%B3%CE%B9%CE%B1%CF%82&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwiZgqOKsaTSAhUKbhQKHeX-BpYQ6AEIGDAA#v=onepage&q=%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%87%CE%B7%20%CF%85%CF%80%CE%B5%CF%81%CF%86%CE%B1%CE%B3%CE%B9%CE%B1%CF%82&f=false>

Λίπη: Τα καλά, τα κακά και τα χειρότερα. vita.gr. <http://www.vita.gr/diatrofi/article/1427/liph-ta-kala-ta-kaka-kai-ta-xeirotera/>.

Ο έφηβος αθλητής, youth-health.gr, <http://youth-health.gr/thematikes-enotites/genika-giatin-efibeia/o-efibos-athlitis#.WRL3atKGPIV>. Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 04, 2014.

Οι φυτικές ίνες. [http://diatrofika.blogspot.gr/2013/05/blog-post\\_8462.html](http://diatrofika.blogspot.gr/2013/05/blog-post_8462.html). Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος 15, 2016.

Οστεοπόρωση και διατροφή, logodiatrofis.gr <https://logodiatrofis.gr/osteoporwsi-kai-diatrofi>

Οστεοπόρωση: Παράγοντες Κινδύνου-Πρόληψη –Μέτρηση Οστικής Πυκνότητας. <http://www.isathens.gr/selida-tou-politi/epikaira-iatrika-themata/333-2011-12-06-18-32-17.html>. Τελευταία προσπέλαση 2015.

Ποια είναι τα στάδια της εφηβείας; tlife.gr. <http://www.tlife.gr/family/12/efivia/0-6897>. Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 08, 2010.

Ποιες είναι οι βιταμίνες, που χρησιμεύουν και σε ποιες τροφές υπάρχουν; Τι πρέπει να γνωρίζετε για τα συμπληρώματα; medlabgr.blogspot.com. <http://medlabgr.blogspot.com/2016/03/vitamins.html>. Τελευταία τροποποίηση Μάρτιος 04, 2016

Πόσες πρωτεΐνες πήρατε σήμερα? vita.gr. <http://www.vita.gr/diatrofi/article/6774/poses-prwteines-phrate-shmera/>.

Πρωτεΐνη. el.wikipedia.org. <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CF%81%CF%89%CF%84%CE%B5%CE%90%CE%BD%CE%B7>. Τελευταία προσπέλαση Δεκέμβριος 07, 2016.

Στεργίου Γ.Σ και συν,(2011), ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ 2012,29(1), 116-127 <http://www.mednet.gr/archives/2012-1/pdf/116.pdf>

Τα είδη των Διατροφικών Διαταραχών, τα αίτια και τα συμπτώματά τους. vrisko.gr . <http://blog.vrisko.gr/blog/2013/dekemvrios/diatrofikes-diataraxes-aitia-simptomata>.

Τα λίπη. iatronet.gr. <http://www.iatronet.gr/diatrofi/threptikes-oysies/article/599/ta-lipi.html>. Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 21, 2017.

Παιδί και χοληστερίνη: πότε πρέπει να ανησυχούμε;, enet.gr  
<http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=413987>. Τελευταία προσπέλαση Φεβρουάριος 09, 2014.

Τα αποτελέσματα μιας μεγάλης έρευνας για τις διατροφικές συνήθειες των νέων.[http://mediterraneancollege-athens.blogspot.gr/2013/10/blog-post\\_16.html](http://mediterraneancollege-athens.blogspot.gr/2013/10/blog-post_16.html). Τελευταία προσπέλαση Οκτώβριος 16,2013.

Τερηδόνα, paidiatros.com <http://www.paidiatros.com/prolipsi/dontia/dentistry-dental-caries>

Τερηδόνα, Wikipedia .org,  
<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A4%CE%B5%CF%81%CE%B7%CE%B4%CF%8C%CE%BD%CE%B1> Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 12,2017.

Τι είναι ακριβώς οι θερμίδες και ποιος ο ρόλος τους στη δίαιτα. Onmed.gr.  
<http://www.onmed.gr/diatrofi/story/323356/ti-einai-akrivos-oi-thermidες-kai-ποιος-ο-rolος-tous> . Τελευταία προσπέλαση Δεκέμβριος 13,2014.

Τι είναι οι υδατάνθρακες. Healthyliving.gr. <http://www.healthyliving.gr/2013/03/24/ti-einai-oi-ydatanurakes/> . Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 24, 2013.

Τι είναι οι υδατάνθρακες [http://kiou-kirbiologia.blogspot.gr/2012/06/blog-post\\_28.html](http://kiou-kirbiologia.blogspot.gr/2012/06/blog-post_28.html). Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 28, 2012.

Τι είναι οι φυτικές ίνες και που μας ωφελούν. superfoods.gr.  
[http://www.superfoods.gr/holistic\\_life/%CF%84%CE%B9-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9-%CF%86%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CE%AF%CE%BD%CE%B5%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%80%CE%BF%CF%85-%CE%BC%CE%B1%CF%82-%CF%89%CF%86%CE%B5%CE%BB%CE%BF/](http://www.superfoods.gr/holistic_life/%CF%84%CE%B9-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9-%CF%86%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82-%CE%AF%CE%BD%CE%B5%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%80%CE%BF%CF%85-%CE%BC%CE%B1%CF%82-%CF%89%CF%86%CE%B5%CE%BB%CE%BF/) Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 19, 2013.

Το επεισόδιο υπερφαγίας (βουλιμίας).psychografimata.com. <http://14023/to-episodio-iperfagias-voulimias/> . Τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 07, 2016.

Τρανς Λιπαρά Οξέα - Πώς μπορούμε να τα αποφύγουμε;. eyzin.minedu.gov.gr.  
[http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/Parents/Parents\\_ArticlesSV.aspx?ArticleID=6#.WPoWpUXyiUI](http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/Parents/Parents_ArticlesSV.aspx?ArticleID=6#.WPoWpUXyiUI) .

Τρία σημάδια ότι καταναλώνετε πολλή πρωτεΐνη. onmed.gr.  
<http://www.onmed.gr/diatrofi/story/318555/tria-simadia-oti-katanalonete-polli-proteini> . Τελευταία τροποποίηση Σεπτέμβριος 06, 2014.

Υγιεινές διατροφικές επιλογές κατά των καρκίνων.<http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/epistimi-zwi/news/9657/oi-diatrofikes-synitheies-twn-efivwn-mathitwn-gymnasiwn-kai-lykeiwn-tis-athinas.html>

Υδατάνθρακες.[http://www2.biology.uoc.gr/courses/BIO392\\_efarmbio/4udatanurakes.htm](http://www2.biology.uoc.gr/courses/BIO392_efarmbio/4udatanurakes.htm)

Υπερχοληστερολαιμία στα παιδιά, sigmalive.com,  
<http://www.sigmalive.com/simerini/world/362467/yperxolisterolaimia-sta-paidia>  
Τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 21,2017

Φυτικές ίνες. El.wikipedia.org.

[https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A6%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82\\_%CE%AF%CE%BD%CE%B5%CF%82](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A6%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82_%CE%AF%CE%BD%CE%B5%CF%82) . Τελευταία προσπέλαση

Φεβρουάριος 16, 2017. Ή Ηλιόπουλου, Γ. Χημεία Τροφίμων, ΟΕΔΒ, Αθήνα, 1994

Ψυχογενής Ανορεξία,iatronet.gr,[http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-](http://www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/163/psychogenis-anorexia.html)

[ygeia/article/163/psychogenis-anorexia.html](http://www.iatronet.gr/ygeia/article/163/psychogenis-anorexia.html) . Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 05, 2005.

Εικόνα 6.<http://iliaktida.eu/επιλογές-για-άσκηση-στους-εφήβους>

Εικόνα 7.<http://newnursehelp.com/wp-content/uploads/2013/02/School-Clinic.jpg>

Εικόνα 1.<http://www.eid.org.gr/index.php/site/article/diatrofh-Kata-thn-efhbikh-hlikia>

Εικόνα 3.<https://to23ogramma.files.wordpress.com/2013/11/anorexia4.jpg>

Εικόνα4.[https://st2.depositphotos.com/1756445/7073/i/450/depositphotos\\_70735591-](https://st2.depositphotos.com/1756445/7073/i/450/depositphotos_70735591-stock-photo-word-cloud-related-to-childhood.jpg)  
[stock-photo-word-cloud-related-to-childhood.jpg](https://st2.depositphotos.com/1756445/7073/i/450/depositphotos_70735591-stock-photo-word-cloud-related-to-childhood.jpg)

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### A. Ενημερωτικό φύλλο

Αγαπητοί συμμετέχοντες,  
είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής στο ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος. Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής εργασίας μας. Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες παιδιών Λυκείων και ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 4 αποτελούν δημογραφικά στοιχεία.

Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική.

Θα πρέπει να γνωρίζετε ότι σε οποιοδήποτε σημείο της έρευνας έχετε το δικαίωμα να αποσυρθείτε.

Σας ευχαριστούμε πολύ.

B. Ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις του πληθυσμού.

1. Ο τύπος του φαγητού που ακολουθώ εξαρτάται από ότι τύχει να είναι μπροστά μου εκείνη την στιγμή:

Συμφωνώ απόλυτα  Συμφωνώ  Συμφωνώ εν μέρει   
Διαφωνώ εν μέρει  Διαφωνώ  Διαφωνώ απόλυτα

2. Τείνω να περνάω πολύ χρόνο σκεπτόμενος τις διατροφικές μου συνήθειες:

Συμφωνώ απόλυτα  Συμφωνώ  Συμφωνώ εν μέρει   
Διαφωνώ εν μέρει  Διαφωνώ  Διαφωνώ απόλυτα

3. Οι διατροφικές μου συνήθειες και συμπεριφορές είναι κάτι που μόνο εγώ είμαι υπεύθυνος:

Συμφωνώ απόλυτα  Συμφωνώ  Συμφωνώ εν μέρει   
Διαφωνώ εν μέρει  Διαφωνώ  Διαφωνώ απόλυτα

4. Ανησυχώ για το τι σκέφτεται ο περίγυρός μου για το σώμα μου:

Συμφωνώ απόλυτα  Συμφωνώ  Συμφωνώ εν μέρει   
Διαφωνώ εν μέρει  Διαφωνώ  Διαφωνώ απόλυτα

5. Η ποσότητα φαγητού που τρώω εξαρτάται από εμένα:

Συμφωνώ απόλυτα  Συμφωνώ  Συμφωνώ εν μέρει   
Διαφωνώ εν μέρει  Διαφωνώ  Διαφωνώ απόλυτα

6. Βάζω πολύ υψηλά στάνταρ όσον αφορά τις διατροφικές/θρεπτικές συνήθειες μου:

Συμφωνώ απόλυτα  Συμφωνώ  Συμφωνώ εν μέρει   
Διαφωνώ εν μέρει  Διαφωνώ  Διαφωνώ απόλυτα

7. Οι διατροφικές μου συνήθειες καλύπτουν τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά που χρειάζομαι καθημερινά:

Συμφωνώ απόλυτα  Συμφωνώ  Συμφωνώ εν μέρει   
Διαφωνώ εν μέρει  Διαφωνώ  Διαφωνώ απόλυτα

8. Παρακολουθώ/καταγράφω καθημερινά την διατροφική μου ρουτίνα:

Συμφωνώ απόλυτα  Συμφωνώ  Συμφωνώ εν μέρει   
Διαφωνώ εν μέρει  Διαφωνώ  Διαφωνώ απόλυτα

**9.** Φοβάμαι μήπως γίνω παχύσαρκος:

Συμφωνώ απόλυτα  Συμφωνώ  Συμφωνώ εν μέρει   
Διαφωνώ εν μέρει  Διαφωνώ  Διαφωνώ απόλυτα

**10.** Προτιμώ να τρώω junk food από σπιτικό φαγητό:

Συμφωνώ απόλυτα  Συμφωνώ  Συμφωνώ εν μέρει   
Διαφωνώ εν μέρει  Διαφωνώ  Διαφωνώ απόλυτα

**11.** Λόγω του σχολικού μου προγράμματος δεν τρώω υγιεινά ή παραλείπω γεύματα:

Συμφωνώ απόλυτα  Συμφωνώ  Συμφωνώ εν μέρει   
Διαφωνώ εν μέρει  Διαφωνώ  Διαφωνώ απόλυτα

**12.** Τρώω πολύ όταν είμαι αγχωμένος/στεναχωρημένος:

Συμφωνώ απόλυτα  Συμφωνώ  Συμφωνώ εν μέρει   
Διαφωνώ εν μέρει  Διαφωνώ  Διαφωνώ απόλυτα

**13.** Θεωρώ τον εαυτό μου:

Φυσιολογικό  Λιποβαρή  Υπέρβαρο

**14.** Οι φίλοι μου με θεωρούν:

Φυσιολογικό  Λιποβαρή  Υπέρβαρο

**15.** Οι γονείς μου με θεωρούν:

Φυσιολογικό  Λιποβαρή  Υπέρβαρο

**16.** Νιώθω για τις διατροφικές μου συνήθειες:

Ντροπή  Θυμό  Ευχαρίστηση  Απογοήτευση  Ικανοποίηση

**17.** Δέχομαι κριτική από τον περίγυρό μου για την εικόνα μου:

Ναι  Όχι

**18.** Αν η απάντηση στην ερώτηση (18) ήταν ‘Ναι’, τι είδους κριτική δέχεσαι;

Θετική  Αρνητική

**19.** Οι διατροφικές μου επιλογές καθορίζονται:

Από μένα βάση της διάθεσης μου  Από το εβδομαδιαίο πρόγραμμα του σπιτιού

Από μαγειρικές εκπομπές  Από διαιτολόγο/ διατροφολόγο

**20.** Θα επιθυμούσα την παρουσία ενός ειδικού στο σχολείο που θα μου παρείχε συμβουλευτική και βοήθεια σχετικά με την διατροφή μου ;

Ναι  Όχι

Γ. Δημογραφικά στοιχεία

**Φύλο:** Αγόρι  Κορίτσι

**Ηλικία:** ≤16  >16

**Τόπος γέννησης :** Αστική περιοχή  Αγροτική περιοχή

**Τύπος οικογένειας :** Πυρηνική οικογένεια  Μονογονεϊκή οικογένεια  Οικογένεια χωρίς γάμο  Εκτεταμένη οικογένεια  Ανασυγκροτημένη οικογένεια(Χωρίς γονείς)  Χωλή οικογένεια(Γονείς χωριστά για οικονομικούς/επαγγελματικούς λόγους)