



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ
ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



ΧΟΛΗ ΕΛΕΝΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2018

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον καθηγητή μου κύριο Γραμματικά Γεώργιο για την καθοδήγηση και την υποστήριξη του στην υλοποίηση της πτυχιακής μου εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της παιδικής παχυσαρκίας και των διατροφικών συνηθειών των παιδιών σχολικής ηλικίας καθώς και η μελέτη του ρόλου του νοσηλευτή.

Μέθοδος: για την υλοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο απαντήθηκε από νοσηλευτές και νοσηλεύτριες που εργάζονται σε νοσοκομεία της χώρας.

Συμπεράσματα: οι νοσηλευτές συμφωνούν με το ότι υπάρχει γενετικός προκαθορισμός της παχυσαρκίας. Στην συντριπτική τους πλειοψηφία έδειξαν μέσω των απαντήσεων τους πως θεωρούν ότι πιθανών να προκύψει παχυσαρκία στα παιδιά των παχύσαρκων γονέων τονίζοντας την οικογενειακή διατροφή και τις συνήθειες των γονέων να επιφέρουν και στα παιδιά τους παρόμοιες συνήθειες. Οι νοσηλευτές την ίδια στιγμή θεωρούν στην πλειοψηφία τους ότι υπάρχει στα παχύσαρκα παιδιά ψυχολογική επιβάρυνση εξαιτίας της σωματικής τους κατάστασης. Οι νοσηλευτές που πήραν μέρος στην έρευνα θεωρούν ότι είναι απαραίτητη η ενημέρωση των γονέων γύρω από τις διατροφικές συμπεριφορές.

Λέξεις κλειδιά : Παχυσαρκία, διατροφική συνήθειες, παιδική ηλικία, διατροφή, νοσηλευτική

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this work is to study child obesity and eating habits of school-age children as well as to study the role of the nurse.

Method: a structured questionnaire was used to implement the survey, which was answered by nurses and nurses working in hospitals in the country.

Conclusions: Nurses agree that there is genetic prediction of obesity. The overwhelming majority have shown through their responses that they consider obesity likely to occur in the children of obese parents, highlighting the family diet and the habits of parents to bring their children to similar habits. Nurses, at the same time, consider that most of them have a psychological burden on obese children because of their physical condition. Nurses who have taken part in the research consider it necessary to keep parents informed about eating habits.

Key words: Obesity, eating habits, childhood, nutrition, nursing

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	14
ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	14
1.1 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ	14
1.2 ΒΑΣΙΚΕΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	15
1.3 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ.....	16
1.4 ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΔΙΔΑΚΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	20
ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	20
2.1 ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	20
2.2 ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ.....	21
2.3 ΤΑ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥΣ	23
2.3.1 ΟΙ ΘΡΕΠΤΙΚΕΣ ΥΛΕΣ.....	24
2.4 Η ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	29
ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	29
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	29
3.2 ΕΠΗΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	29

3.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	35
ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	35
4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	35
4.2 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	35
4.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ	36
4.4 ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	36
4.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ Η/ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	39
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	41
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	41
6.1 ΣΚΟΠΟΣ.....	41
6.2 ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	41
6.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	42
6.4 ΧΡΟΝΟΣ, ΧΩΡΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ.....	42
6.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	44
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	44
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	66
1. ΞΕΝΟΓΛΩΣΗ	66
2. ΕΛΛΗΝΙΚΗ.....	69
3. ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	70

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ71

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΔΕΠΠΣ : Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ο.Η.Ε.: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

Ε.Α.Ο. : Οργανισμού Τροφίμων και Γεωργίας

ΔΜΣ : Δείκτης Μάζας Σώματος

NCDs : Noncommunicable Diseases

DPAS: Defense Property Accountability System

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.7 Παρουσίαση του φύλου του δείγματος μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.	43
Πίνακας 2.7 Παρουσίαση της ηλικίας του δείγματος μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.	44
Πίνακας 3.7 Παρουσίαση του επίπεδου εκπαίδευσής του δείγματος μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.	45
Πίνακας 4.7 Παρουσίαση του τμήματος εργασίας του δείγματος μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.	46
Πίνακας 5.7 Παρουσίαση των ετών εργασία του δείγματος στο νοσοκομείο μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.....	47
Πίνακας 6.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν η ευαισθησία στην παχυσαρκία εν μέρει καθορίζεται γενετικά, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.....	49
Πίνακας 7.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν η έκφραση της παιδικής παχυσαρκίας εξαρτάται τελικά από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.....	51
Πίνακας 8.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παιδιά με παχύσαρκους γονείς είναι πιθανότερο να είναι παχύσαρκα, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.	52
Πίνακας 9.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά αντιλαμβάνονται το βάρος τους, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.	53
Πίνακας 10.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα κοινωνικά προβλήματα είναι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.....	54
Πίνακας 11.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά δέχονται ψυχολογική επιβάρυνση εξαιτίας της σωματικής τους κατάστασης, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.....	56
Πίνακας 12.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα ψυχολογικά προβλήματα είναι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.....	58

Πίνακας 13.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά είναι επιρρεπή σε εκδηλώσεις χαμηλού αυτοσεβασμού, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.....59

Πίνακας 14.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά δέχονται την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους σε μεγαλύτερο βαθμό, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.....60

Πίνακας 15.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά μπορούν να αισθανθούν απομονωμένα και μόνα, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.....62

Πίνακας 16.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν η ενημέρωση των γονέων όσον αφορά τις διατροφικές συμπεριφορές θεωρείται απαραίτητη, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.....63

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΕΙΚΟΝΑ

Εικόνα 1 : Παρουσίαση του φύλου του δείγματος μέσω γραφήματος πίτας.....	43
Εικόνα 2 : Παρουσίαση της ηλικίας του δείγματος μέσω γραφήματος πίτας.....	44
Εικόνα 3 : Παρουσίαση του επίπεδου εκπαίδευσής του δείγματος μέσω	45
Εικόνα 4 : Παρουσίαση του τμήματος εργασίας του δείγματος μέσω γραφήματος ράβδων.	46
Εικόνα 5 : Παρουσίαση των ετών εργασία του δείγματος στο νοσοκομείο μέσω γραφήματος πίτας.	48
Εικόνα 6 : Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν η ευαισθησία στην παχυσαρκία εν μέρει καθορίζεται γενετικά, μέσω γραφήματος πίτας.	50
Εικόνα 7 : Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν η έκφραση της παιδικής παχυσαρκίας εξαρτάται τελικά από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες μέσω γραφήματος πίτας.	51
Εικόνα 8 : Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παιδιά με παχύσαρκους γονείς είναι πιθανότερο να είναι παχύσαρκα, μέσω γραφήματος πίτας.....	52
Εικόνα 9 : Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά αντιλαμβάνονται το βάρος τους, μέσω γραφήματος πίτας.	53
Εικόνα 10 : Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα κοινωνικά προβλήματα είναι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά, μέσω γραφήματος πίτας.	55
Εικόνα 11 : Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά δέχονται ψυχολογική επιβάρυνση εξαιτίας της σωματικής τους κατάστασης, μέσω γραφήματος πίτας.	57
Εικόνα 12 : Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα ψυχολογικά προβλήματα είναι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά, μέσω γραφήματος πίτας.	58
Εικόνα 13 : Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά είναι επιρρεπή σε εκδηλώσεις χαμηλού αυτοσεβασμού, μέσω γραφήματος πίτας.	59

Εικόνα 14 : Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά δέχονται την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους σε μεγαλύτερο βαθμό, μέσω γραφήματος πίτας.61

Εικόνα 15 : Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά μπορούν να αισθανθούν απομονωμένα και μόνα, μέσω γραφήματος πίτας.62

Εικόνα 16 : Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν η ενημέρωση των γονέων όσον αφορά τις διατροφικές συμπεριφορές θεωρείται απαραίτητη, μέσω γραφήματος πίτας.....63

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παχυσαρκία στην παιδική ηλικία είναι μία από τις σοβαρότερες προκλήσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας του 21ου αιώνα. Το πρόβλημα είναι παγκόσμιο και επηρεάζει σταθερά πολλές χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, ιδιαίτερα σε αστικές περιοχές. Ο επιπολασμός αυξήθηκε με ανησυχητικό ρυθμό. Σε παγκόσμιο επίπεδο, το 2016 ο αριθμός των υπέρβαρων παιδιών ηλικίας κάτω των πέντε ετών εκτιμάται ότι υπερβαίνει τα 41 εκατομμύρια. Σχεδόν το ήμισυ όλων των υπέρβαρων παιδιών ηλικίας κάτω των 5 ετών ζούσε στην Ασία και το ένα τέταρτο ζούσε στην Αφρική.

Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά είναι πιθανό να παραμείνουν παχύσαρκοι ενήλικες και είναι πιθανότερο να αναπτύξουν ασθένειες όπως ο διαβήτης και οι καρδιαγγειακές παθήσεις σε νεαρή ηλικία. Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία, καθώς και οι σχετιζόμενες με αυτές ασθένειες, μπορούν σε μεγάλο βαθμό να αποφευχθούν. Επομένως, η πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας χρειάζεται υψηλή προτεραιότητα.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται και αναπτύσσεται η αγωγή υγείας και η λογική που διέπει τη χρησιμότητα της. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσονται οι έννοιες της διατροφής και της διατροφικής αγωγής. Στο τρίτο κεφάλαιο μελετάται η παιδική παχυσαρκία και στο τέταρτο οι συνέπειες της παιδικής παχυσαρκίας. Στο πέμπτο κεφαλαίο παρουσιάζεται ο ρόλος του νοσηλευτή στη διαχείριση και πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας και στο έβδομο τα αποτελέσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΗΣ

Η Αγωγή Υγείας, σύμφωνα με τον ορισμό που έγινε αποδεκτός από τα τότε 12 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε συμπόσιο που έγινε στο Λουξεμβούργο το 1986, “είναι μια εκπαιδευτική διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης που δίνουν τη δυνατότητα στους ανθρώπους, όταν λειτουργούν ως άτομα ή ως σύνολο, να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους”. Αλλού αναφέρεται ως η εκπαιδευτική διαδικασία που στοχεύει στην διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς, οι οποίες προάγουν τη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία και απελευθερώνουν τις ανθρώπινες δυνατότητες. Κύριος στόχος αυτής της διαδικασίας είναι οι νέοι γιατί βρίσκονται σε φάση διαμόρφωσης της προσωπικότητας (Αθανασίου, 2007).

Η Προαγωγή της Υγείας είναι μια παρεμφερή έννοια όπου επικεντρώνεται στην ανθρώπινη δράση και βούληση. Στον Καταστατικό Χάρτη της Οτάβα (1986), στο Διεθνές Συνέδριο για την Προαγωγή της Υγείας, η Προαγωγή της Υγείας ορίζεται ως “η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους”. Σύμφωνα με την Διακήρυξη της Έννοιας και των Αρχών της Προαγωγής της Υγείας (Π.Ο.Υ., 1984), η προαγωγή της υγείας:

- Εμπλέκει το γενικό πληθυσμό στα πλαίσια της καθημερινής του ζωής και δίνεται η δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να είναι υπεύθυνοι για την υγεία τους.
- Προωθεί δραστηριότητες που καθορίζουν την υγεία καλώντας σε συνεργασία φορείς που επηρεάζουν το επίπεδό της (τοπικές αρχές).
- Συνδυάζει μεθόδους και τεχνικές που αλληλοσυμπληρώνονται, όπως η επικοινωνία, η εκπαίδευση, η νομοθεσία, τα οικονομικά μέτρα κλπ.
- Στοχεύει σε μια συγκεκριμένη αποτελεσματική συμμετοχή του κοινού, στον προσδιορισμό των στόχων σχετικά με την ανάπτυξη δεξιοτήτων για την λήψη αποφάσεων σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.

Η Αγωγή και Προαγωγή της Υγείας είναι Πρωτογενής Πρόληψη, πρόληψη δηλαδή, η οποία έχει άμεση σχέση με τον τρόπο και τη στάση ζωής. Επομένως, πρέπει να

εφαρμοστεί σε όσο το δυνατόν πρώιμα στάδια της ζωής μας, αρχίζοντας αμέσως μετά τη γέννησή μας. Η σύγχρονη μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας δεν είναι μια απλή ενημέρωση και συσσώρευση γνώσεων σε εξειδικευμένα θέματα υγείας, αλλά αφορά την ανάπτυξη δεξιοτήτων για την υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών, που προασπίζουν και προάγουν την υγεία μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση. Αρχικά, η Αγωγή Υγείας συγκέντρωνε την προσοχή της στο άτομο, προσπαθώντας να αλλάξει τη στάση και τη συμπεριφορά του, χωρίς όμως να λαμβάνει υπόψη τις επιδράσεις του κοινωνικού, πολιτισμικού και φυσικού περιβάλλοντος. Στη συνέχεια, προέκυψε η αναγκαιότητα να τοποθετηθεί το άτομο σε ένα ευρύτερο κοινωνικο- πολιτισμικό περιβάλλον, με στόχο να γίνουν κατανοητές όλες οι επιδράσεις που μπορεί να δέχεται η υγεία και αποτελούν τη βάση πάνω στην οποία η Αγωγή Υγείας οφείλει να επικεντρωθεί. Η καλή υγεία οικοδομείται μέσα σε ένα πλαίσιο πολλών παραμέτρων, όπου οι άνθρωποι ζουν, επικοινωνούν, εργάζονται και διασκεδάζουν(http://dipe-a-athin.att.sch.gr/0303_Agogi_ygeias.pdf).

1.2 ΒΑΣΙΚΕΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Σχολική Αγωγή Υγείας μπορεί να πάρει είτε μια άτυπη μορφή ή μια πιο συγκεκριμένη δραστηριότητα με στόχους, περιεχόμενα, μεθόδους, μέσα. Στόχος της τυποποιημένης διδακτικής διαδικασίας είναι να αποκαταστήσει παρερμηνείες, να συμπληρώσει γνωστικά σχήματα και να αξιολογήσει/αναστοχαστεί πρακτικά ζητήματα που απορρέουν από την άτυπη μορφή Αγωγής Υγείας. Σε καμιά περίπτωση όμως δεν αποτελεί μια αποκλειστικά σχολική δραστηριότητα και δεν θα πρέπει να εξαντλεί τους πόρους και τους στόχους της στο σχολείο, αλλά θα πρέπει να εξαπλώνεται και προς άλλους φορείς και θεσμούς όπως η οικογένεια, η τοπική κοινωνία και η πολιτεία.. Η οικογένεια αναλαμβάνει τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του αλλά συνεχίζει να επιδρά στην προσωπικότητά του μέχρι και την ενηλικίωσή του. Το σχολείο αποτελεί την έκφραση της συστηματικής αγωγής και καθορίζει σημαντικά την εξέλιξή του στην κοινωνία. Το παράλληλο σχολείο συνίσταται στο σύνολο της κοινωνικής ζωής και των εμπειριών. Στην σημερινή μετανεωτερική εποχή φαίνεται πως ο ρόλος του παράλληλου σχολείου και των θεσμών του επηρεάζουν σημαντικά τις αποφάσεις και τις στάσεις των

ανθρώπων. Οι συγγραφείς δίνουν στον όρο «Σχολική Αγωγή Υγείας» τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποβλέπει στη διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία οδηγούν στην προάσπιση, προαγωγή και βελτίωση του επιπέδου υγείας.
- Είναι μια διαδικασία που χρησιμοποιεί επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης που δίνουν την δυνατότητα στον άνθρωπο να αποφασίσει και να ενεργήσει συνειδητά για θέματα που επηρεάζουν την υγεία του. Αποβλέπει δηλ στην παροχή κριτηρίων για την λήψη αποφάσεων.
- Είναι μια εκπαιδευτική διαδικασία με πολλές παραμέτρους (πνευματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές) που οδηγούν στην κατανόηση της υπευθυνότητας του ατόμου, για την λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν την ευημερία του ιδίου, της οικογένειάς του ή και του κοινωνικού του συνόλου.
- Σε μια απλοποιημένη εκδοχή περιλαμβάνει το σύνολο των επιρροών που καθορίζουν τις γνώσεις, τις πεποιθήσεις και τη συμπεριφορά σε σχέση με την υγεία(http://www.agogiyegeias.gr/health_education/_____ .html).

1.3 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σύμφωνα με το ΔΕΠΠΣ Αγωγής Υγείας, "σκοπός της Αγωγής Υγείας είναι η προάσπιση, η βελτίωση και η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας των μαθητών, αφενός με την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της κριτικής τους σκέψης, αφετέρου με την αναβάθμιση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντός τους."

"Γενικοί στόχοι της Αγωγής Υγείας είναι η προάσπιση και η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας. Η πρόληψη του αποκλεισμού των νεαρών ατόμων από την κοινωνία και την αγορά εργασίας. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων και η διαμόρφωση ατόμων με κριτική στάση. Η μείωση της σχολικής αποτυχίας και της πρόωρης εγκατάλειψης της υποχρεωτικής εκπαίδευσης."

Γνωστικοί άξονες:

- Διαπροσωπικές σχέσεις-Ψυχική υγεία Πρόληψη χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών
- Κατανάλωση και υγεία
- Σεξουαλική Αγωγή-διαφυλικές σχέσεις

- Φυσική άσκηση και υγεία
- Κυκλοφοριακή Αγωγή-ατυχήματα
- Περιβάλλον και υγεία
- Εθελοντισμός
- Αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων

Η Σχολική Αγωγή Υγείας μπορεί να πάρει είτε μια άτυπη μορφή ή μια πιο συγκεκριμένη δραστηριότητα με στόχους, περιεχόμενα, μεθόδους, μέσα. Στόχος της τυποποιημένης διδακτικής διαδικασίας είναι να αποκαταστήσει παρερμηνείες, να συμπληρώσει γνωστικά σχήματα, να αναστοχαστεί και να αξιολογήσει πρακτικά ζητήματα που απορρέουν από την άτυπη μορφή Αγωγής Υγείας. Σε καμιά περίπτωση όμως δεν αποτελεί μια αποκλειστικά σχολική δραστηριότητα και δεν θα πρέπει να εξαντλεί τους πόρους και τους στόχους της στο σχολείο, αλλά θα πρέπει να εξαπλώνεται και προς άλλους φορείς και θεσμούς όπως η οικογένεια, η τοπική κοινωνία και η πολιτεία (Spence et.al. 2018).

Μέρος των ανωτέρω περιεχομένων είναι ενσωματωμένα στη διδακτέα ύλη πολλών μαθημάτων, όπως αποτυπώνονται στα καινούρια σχολικά εγχειρίδια. Αν και χρήσιμες, οι αναφορές θεμάτων Αγωγής Υγείας στα επιμέρους αντικείμενα του αναλυτικού προγράμματος, έχουν το μειονέκτημα ότι οι πληροφορίες δίνονται αποσπασματικά και χωρίς συνοχή, όντας υποταγμένες στις ανάγκες και τις πρακτικές του μαθήματος μέσω του οποίου προωθούνται. Έρευνες έχουν δείξει ότι η σκόπιμη διαπραγμάτευση θεμάτων όπως η διατροφή, η ασφάλεια, η σωματική ανάπτυξη, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και η συναισθηματική υγεία, στα πλαίσια μιας σειράς μαθημάτων Αγωγής Υγείας, είχαν καλύτερα αποτελέσματα στο γνωστικό και μεταγνωστικό των μαθητών σε σχέση με την διαπραγμάτευση των ίδιων αντικειμένων, ενταγμένων όμως στην καθημερινή πρακτική των εκάστοτε σχολικών μαθημάτων. Άλλες έρευνες δείχνουν αυξημένο ενδιαφέρον και συνεπώς αυξημένη εμπλοκή των μαθητών στην μαθησιακή διαδικασία όταν τα προγράμματα υποστηρίζονται από πολυμεσικές εφαρμογές ή διαδικτυακό υλικό και αυτό συνέβαλε στην θετική στάση απέναντι στην υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών. Από την άλλη η μορφή της διάχυσης θεματολογίας της Αγωγής Υγείας συγκεντρώνει πλεονεκτήματα που αποτυπώνονται σε θέματα οικονομίας της διδακτέας ύλης, η θεματολογία αναδεικνύεται αβίαστα και αυθόρμητα καθώς επίσης και στο γεγονός της άμεσης διασύνδεσης των στόχων τόσο του μαθήματος που αποτέλεσε σημείο εκκίνησης και του project μικρής κλίμακας που επιχειρείται να υλοποιηθεί (Lum, 2016) .

Όσον αφορά το πλαίσιο γνωστικής ανάπτυξης που καλύπτει η Αγωγή Υγείας περιλαμβάνει μια μεγάλη γκάμα θεματικών αξόνων, μιας και υγεία δεν αποτελεί μια έννοια με στενό περιεχόμενο και σχετίζεται σχεδόν με κάθε έκφανση αυτού που αποκαλούμε καθημερινή ζωή.

Στο εξωτερικό και κυρίως στις Αγγλοσαξονικές χώρες (Μεγάλη Βρετανία, ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία κλπ) ο θεματικός αυτός άξονας συνδέεται άμεσα με την Φυσική Αγωγή. Το δε αναλυτικό πρόγραμμα συντάσσεται σε στενή σχέση με την Φυσική Αγωγή (Physical Education and Health Education), με το ίδιο περίπου σκεπτικό που συντάχθηκε (προώθηση μιας ενεργητικής, δραστήριας ζωής – *active lifestyle* – και παροχής γνωστικών δεξιοτήτων που θα συμβάλλουν στην εφαρμογή μιας τέτοιας προοπτικής. Καθορίζονται οι γενικοί σκοποί, με την μορφή αξόνων δραστηριοτήτων (*standards*) και γύρω από αυτούς καθορίζονται μια σειρά περιεχομένων που μπορούν να επιλεγούν έτσι ώστε να επιτευχθεί ο σκοπός, μέσα από μια διαθεματική/διακλαδική προσέγγιση. Οι γνωστικοί άξονες περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την Υγιεινή διατροφή, ανάπτυξη (ως έννοια που σχετίζεται τόσο με την σωματική ανάπτυξη όσο και με την βελτίωση ικανοτήτων – *growth and development*), συναισθηματική νοημοσύνη, ασφάλεια, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών κλπ.

(<http://www.edu.gov.on.ca/eng/curriculum/elementary/health18curr.pdf>, <http://www.state.nj.us/njded/frameworks/chpe/>, Brooks, 2001).

1.4 ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΔΙΔΑΚΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Η Αγωγή Υγείας ως ξεχωριστή εκπαιδευτική πρακτική, μέσα από συγκεκριμένες πολιτικές πρακτικές αρχικά και ως μαθησιακό αντικείμενο αργότερα, έχει αναπτυχθεί τα τελευταία πενήντα χρόνια. Η ανάπτυξη των πρακτικών αυτών έχει προσεγγισθεί μέσα από διαφορετικές φιλοσοφικές και μεθοδολογικές πρακτικές οι κυριότερες εκ των οποίων είναι οι παρακάτω (Δαρβίρη, 2007):

Η γνωσιοκεντρική προσέγγιση. Το μοντέλο αυτό αναπτύχθηκε κυρίως τα πρώτα χρόνια εφαρμογής προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στα σχολεία, και στηρίζεται στη θεώρηση ότι εάν οι μαθητές κατανοήσουν τις αρνητικές συνέπειες κάποιων συμπεριφορών, μπορούν να λάβουν αποφάσεις οι οποίες θα οδηγήσουν στην αποφυγή αυτών των συμπεριφορών. Τα προγράμματα αυτά αφορούσαν κυρίως σε θέματα όπως η διατροφή και το κάπνισμα και στηρίχθηκαν στην παροχή κυρίως

πληροφοριών οι οποίες θα αποτελούσαν πρωτογενές υλικό για την ανάπτυξη ενός γνωστικού μοντέλου (Nelson et.al.2006).

Συναισθηματική προσέγγιση. Η προσέγγιση αυτή προέκυψε κυρίως λόγω της αδυναμίας του προηγούμενου μοντέλου να συνεισφέρει στην υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι αξίες, τα συναισθήματα, οι αντιλήψεις και οι προσδοκίες επηρεάζουν τις συμπεριφορές του ατόμου. Συνεπώς μέσα από συγκεκριμένες τεχνικές καταβάλλεται προσπάθεια για την ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης των μαθητών και της ανάπτυξης συγκεκριμένων κοινωνικών και διαπροσωπικών δεξιοτήτων.

Συμπεριφορική προσέγγιση. Η προσέγγιση αυτή βασίστηκε στις θεωρίες της κοινωνικής ψυχολογίας και εντοπίζεται στην εκπαίδευση των μαθητών, έτσι ώστε να μπορούν να χειρίζονται τις διάφορες κοινωνικές πιέσεις. Μέσα από παιχνίδια ρόλων και δημιουργία κατάλληλων υποστηρικτικών περιβαλλόντων αναλύονται συγκεκριμένα συμπεριφορικά μοντέλα, δίνοντας βήμα στους μαθητές να εκφραστούν.

Προσέγγιση προσωπικής ενδυνάμωσης. Το μοντέλο αυτό προσπαθεί να συγκεράσει τις δύο προηγούμενες προσεγγίσεις, και να καταστήσουν το μαθητή ενεργητικό μέλος στη λήψη αποφάσεων και στον καθορισμό προβληματικών καταστάσεων. Αναδεικνύεται η κοινωνική διάσταση των υγιεινών συμπεριφορών, υιοθετώντας μια χειραφετική προσέγγιση, καλώντας τους μαθητές να αναλάβουν οι ίδιοι την πρωτοβουλία της υιοθέτησης μιας συμπεριφοράς, αναλογιζόμενοι τις επιπτώσεις αφ' ενός της υιοθέτησης των επιλογών τους, αφ' ετέρου της απόρριψης των εναλλακτικών επιλογών (Navarro et.al. 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

2.1 ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Ο ένας φυσικός κανόνας είναι ότι όλοι οι ζωντανοί οργανισμοί παίρνουν από το περιβάλλον τροφή, νερό και αέρα, έχουν την ικανότητα να μεγαλώνουν και να αναπαράγονται, αντιδρούν στα εξωτερικά ερεθίσματα και προσπαθούν συνεχώς να προσαρμοστούν καλύτερα στο φυσικό περιβάλλον. Ο άλλος φυσικός κανόνας είναι ότι όλοι οι ζωντανοί οργανισμοί, με εξαίρεση τα φυτά, τρέφονται με οργανικές ουσίες και μάλιστα με το σώμα ή με τα προϊόντα άλλων βιολογικών ειδών του ζωικού ή φυτικού βασιλείου. Τοιουτοτρόπως, ο κανόνας αυτός σχετίζεται άμεσα με την επάρκεια της τροφής. Το ένστικτο της ζωής είναι ταυτόσημο με το ένστικτο της αυτοσυντήρησης και η εξεύρεση αρκετής και κατάλληλης τροφής αποτελεί τη βασική του έκφραση. Η εξεύρεση της κατάλληλης σε ποιότητα και ποσότητα τροφής για τις ανάγκες του πληθυσμού της γης είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που απασχολούν τη σύγχρονη κοινωνία. Ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού της γης - περίπου το ένα πέμπτο- δεν τρέφεται ικανοποιητικά. Ο υποσιτισμός βρίσκεται σε επιδημική έξαρση, κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες και ιδιαίτερα στους πληθυσμούς της νοτιοανατολικής Ασίας, της Αφρικής και της Λατινικής Αμερικής, με επιπτώσεις όχι μόνο στην υγεία, αλλά και στη ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων. Η οξεία θανατηφόρα μορφή του υποσιτισμού πλήττει την παιδική ηλικία 1-5 ετών. Το πρόβλημα της διατροφής δεν αφορά μόνο τις αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά και τις αναπτυγμένες, σε διαφορετικό όμως επίπεδο. Στις αναπτυγμένες χώρες της σύγχρονης, υπερκαταναλωτικής κοινωνίας, κυρίως απρόσωπης και κερδοσκοπικής, όπου τα μέσα μαζικής επικοινωνίας -και όχι μόνο- διαμορφώνουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών με πολλούς τρόπους, το θέμα της διατροφής πρέπει να μας απασχολεί όλους. Οικονομικοί παράγοντες, βιομηχανίες τροφίμων, εμπόριο, παραγωγοί και τόσοι άλλοι προσπαθούν κυρίως μέσα από τη διαφήμιση να επηρεάσουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών ανάλογα με τα προϊόντα που παράγουν (Manzel et.al. 2014).

Το πρόβλημα του υποσιτισμού, και γενικά της διατροφής, προσπαθεί να το αντιμετωπίσει η κοινωνία μας με ποικίλους τρόπους. Προς το σκοπό αυτό συμβάλλει τόσο η διαμόρφωση της διατροφικής πολιτικής κάθε κράτους, η οποία επιδιώκει να

εξασφαλίζει επάρκεια, ποιότητα και ασφάλεια στην τροφή, όσο και ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.), δια μέσου της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, του Οργανισμού Τροφίμων και Γεωργίας (F.A.O.) και της UNICEF.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας στοχεύει στην καλή διατροφή και υγεία των λαών. Ο Οργανισμός Τροφίμων και Γεωργίας (F.A.O.) στοχεύει στη βελτίωση και ανάπτυξη της παραγωγής τροφίμων, ώστε να υπάρχει επάρκεια και ποιότητα, και στηρίζει το λαό κάθε χώρας να παράγει δικά του τρόφιμα με δικούς του οικονομικούς πόρους. Η UNICEF από την άλλη μεριά συγκεντρώνει χρήματα και τρόφιμα και δρα άμεσα αντιμετώπιζοντας τις ανάγκες των πεινασμένων παιδιών σε όλο τον κόσμο (Dupriest et.al 2018).

2.2 ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ

Η διατροφή ενός πληθυσμού καθορίζεται από τις γευστικές του εμπειρίες, τη διαθεσιμότητα των τροφίμων, το κοινωνικό πλαίσιο και την ευαισθητοποίηση του σε θέματα υγείας. Οι γευστικές εμπειρίες στην Ελλάδα είναι εγγραμμένες στο ευρύτερο πλαίσιο της μεσογειακής δίαιτας, που ανταποκρίνεται στις σύγχρονες επιταγές της σωστής διατροφής.

Η διαθεσιμότητα όμως των τροφίμων αναφέρεται όχι μόνο στην εγχώρια παραγωγή αλλά και σε τρόφιμα διακινούμενα από άλλες χώρες. Η διακίνηση, με τη σειρά της, επηρεάζεται από την νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης και από την Κοινή Αγροτική Πολιτική. Παράλληλα η διαφήμιση ορισμένων προϊόντων μπορεί να δράσει καταλυτικά στις προτιμήσεις του καταναλωτή επηρεάζοντας έτσι την διαθεσιμότητα. Στη χώρα μας, διαπιστώνεται μία προοδευτική αλλαγή των διατροφικών συνηθειών ενός μεγάλου και συνεχώς αυξανόμενου τμήματος του πληθυσμού, το οποίο απομακρύνεται από την παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή υιοθετώντας δυτικές διατροφικές συνήθειες και τρόπο ζωής. Το πρόβλημα αφορά κυρίως την νέα γενιά η οποία δέχεται ποικίλες επιδράσεις και συχνά αποπροσανατολίζεται.

Η παραδοσιακή αφρικάνικη κουζίνα χαρακτηρίζεται από αμυλούχες τροφές, συνοδευόμενες από σούπες που περιέχουν κρέας ή/και λαχανικά ενώ τα φρούτα θεωρούνται τρόφιμα. Ας μην παραλείψουμε όμως το γεγονός ότι η Αφρική είναι μία τεράστια ήπειρος και επομένως κάθε της τοποθεσία μπορεί να ακολουθεί άλλες διατροφικές συνήθειες. Για παράδειγμα, ενώ οι χώρες που βρίσκονται κοντά στη

Μεσόγειο συμπίπτουν διατροφικά με την ελληνική κουζίνα, η ανατολική Αφρική είναι διακριτική όσον αφορά στην κατανάλωση κρέατος, αφού τα βοοειδή και τα αιγοπρόβατα θεωρούνται ως μορφή νομίσιματος, με αποτέλεσμα οι Αφρικανοί να αποφεύγουν την κατανάλωσή τους ως τρόφιμα (Grosso et.al. 2016) .

Σε αντίθεση με τους Εβραίους που δεν καταναλώνουν χοιρινό και τους Ινδουιστές που δεν τρώνε βοδινό, οι Κινέζοι και οι Γιαπωνέζοι δεν έχουν καμία απαγορευμένη τροφή. Αντιθέτως, απολαμβάνουν την κουζίνα με τη μεγαλύτερη ποικιλία ανά τον κόσμο. Λογικό εφόσον εκτός από λαχανικά, ρύζι και ζυμαρικά, τρώνε επίσης σκύλους, γάτες, φίδια, έντομα, αρουραίους, ακόμα και χελιδονόσουπα. Στις χώρες αυτές οι μερίδες είναι αρκετά μικρές, ενώ τρώγοντας με τα ξυλάκια, καταφέρνουν να τρώνε την ιδανική ποσότητα και πολύ πιο αργά.

Στην Γερμανία και την Αυστρία η κατανάλωση κρέατος, λαχανικών, γαλακτοκομικών και ψωμιού-δημητριακών είναι το ίδιο διαδεδομένη με τις μεσογειακές χώρες. Η μόνη ουσιαστική διαφορά διακρίνεται στην κατανάλωση φρέσκων φρούτων, τα οποία είναι κανείς δύσκολο να βρει. Εάν τύχει να ψωνίσετε για παράδειγμα από μία γερμανική ή αυστριακή υπεραγορά, θα διαπιστώσετε ότι τα περισσότερα φρούτα προέρχονται από άλλες χώρες. Αξίζει να σημειωθεί, ότι όσον αφορά τα τρόφιμα ζωικής προέλευσης, τα προϊόντα κρέατος, όπως λουκάνικα και σαλάμια, συναντά κανείς τεράστια ποικιλία στις χώρες αυτές αφού καταναλώνονται αρκετά. Επισκεπτόμενος κανείς τη Βιέννη δεν θα μπορούσε να μην δοκιμάσει το παραδοσιακό βιενέζικο σνίτσελ (Wiener Schnitzel).

Στη Ρωσία το χοιρινό κρέας είναι ευρέως διαδεδομένο. Η αυξημένη κατανάλωση οφείλεται πιθανόν στις χαμηλές θερμοκρασίες και τα λιπαρά που περιέχονται στο κρέας, τα οποία βοηθούν στην αντιμετώπιση του ψύχους, σε συνδυασμό πάντα με την αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ. Τα φρούτα και τα λαχανικά δεν καταναλώνονται συχνά από τους Ρώσους (DeLong et.al. 2018).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο επικρατεί η φιλοσοφία του απλά να υπάρχει κάτι στο στομάχι, με αποτέλεσμα να καταναλώνεται αρκετά πρόχειρο και γρήγορο φαγητό κατά τη διάρκεια της ημέρας. Βέβαια το πρωινό αποτελεί τρανή εξαίρεση, αφού το “English breakfast” θεωρείται πλήρες γεύμα και συνήθως περιλαμβάνει αυγά, μπέικον, λουκάνικα, καφέ ή τσάι και φρυγανιές. Ομοίως με τους Ρώσους, οι Βρετανοί δεν καταναλώνουν συχνά φρούτα και λαχανικά.

Σε πλήρη αντίθεση με τη Βρετανία, οι διατροφικές συνήθειες στη Γαλλία είναι περισσότερο επιλεκτικές, ενώ δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ωραιοποίηση της

εμφάνισης κάθε γεύματος. Οι Γάλλοι συνηθίζουν να καταναλώνουν όλα τα είδη τροφίμων, συνοδευόμενα πάντα από κάποιο είδος σάλτσας, ενώ το κρασί κατά τη διάρκεια του φαγητού και τα φρούτα και τα τυριά ως επιδόρπιο, θεωρούνται αγαπημένες συνήθειες των Γάλλων. Γενικώς, οι Γάλλοι συνδέουν το φαγητό με την απόλαυση, γι' αυτό και η ποσότητα δεν παίζει μεγάλο ρόλο στο γεύμα. Οι Γάλλοι τρώνε γενικά μικρές μερίδες. Μερικά πιάτα που μας έμαθαν οι Γάλλοι να αγαπάμε, είναι οι πατάτες gratin dauphinois, το ψητό Camembert, οι κρέπες, το σουφλέ τυριού, το rot-au-feu, το φουά γκρα, το μιλφέιγ, η κρεμ μπρουλέ και άλλα πολλά πιάτα, διεθνώς διαδεδομένα (Kloss, 2015).

Όσον αφορά την Αμερική, οι διατροφικές συνήθειες των Αμερικανών είναι ευρέως γνωστές. Μεγάλες ποσότητες πρόχειρου φαγητού, εμπλουτισμένες με πολλά λιπαρά και αμφιβόλου ποιότητας τρόφιμα ζωικής προέλευσης, είναι τα κύρια χαρακτηριστικά της αμερικάνικης διατροφικής κουλτούρας. Ωστόσο, οι νότιες χώρες των Ηνωμένων Πολιτειών, όπως το Μεξικό, έχουν άλλη διατροφική νοοτροπία. Αυτή έγκειται σε μεγάλη ποικιλία τροφίμων, ζωικών, φυτικών, αμυλούχων και λαχανικών, με κύριο χαρακτηριστικό τα βότανα που προσδίδουν καυτερές ιδιότητες στα γεύματά τους. Η κουζίνα του Μεξικού έχει μια σημαντική επιρροή από τη Καραϊβική εξαιτίας της τοποθεσίας του. Το θαλασσινό φαγητό φτιάχνεται κυρίως σε πολιτείες που συνορεύουν με τον Ειρηνικό Ωκεανό ή τον κόλπο του Μεξικού. Επίσης, το μέλι είναι σημαντικό συστατικό σε πολλά μεξικάνικα πιάτα (Mateo, 2015).

2.3 ΤΑ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥΣ

Το σώμα μας χρειάζεται κάποια συστατικά για να διατηρηθεί στη ζωή. Τα συστατικά αυτά λέγονται θρεπτικές ύλες. Οι χημικές αυτές ενώσεις (οι θρεπτικές ύλες) για τον άνθρωπο είναι περίπου 40 και χωρίζονται στις ακόλουθες τάξεις: Πρωτεΐνες, Υδατάνθρακες, Λιποειδή, Ανόργανα, Βιταμίνες και Νερό. Βέβαια ο άνθρωπος μπορεί να ζήσει χωρίς τροφή και ένα μήνα, χωρίς νερό για λίγες μέρες, αλλά χωρίς οξυγόνο μόνο για μερικά λεπτά. Παρόλα αυτά δεν έχει επικρατήσει να θεωρείται και το οξυγόνο θρεπτική ύλη, αφού δεν παρέχεται στον οργανισμό μέσω του πεπτικού συστήματος, αλλά μέσω των πνευμόνων.

Οι θρεπτικές ύλες υπάρχουν στα τρόφιμα, αλλά κανένα τρόφιμο δεν περιέχει όλες τις απαραίτητες θρεπτικές ύλες στις αναγκαίες ποσότητες, με εξαίρεση το γάλα για

μια συγκεκριμένη περίοδο της ζωής. Συνδυασμός των τροφίμων αποτελεί την τροφή (Nelson et.al 2006).

2.3.1 ΟΙ ΘΡΕΠΤΙΚΕΣ ΥΛΕΣ

Πρωτεΐνες ή Λευκώματα: Το όνομά τους «πρωτεΐνες» προέρχεται από το ρήμα πρωτεύω και υποδηλώνει την πρωταρχική τους σημασία για τη ζωή, αν και σήμερα θεωρείται ότι όλες οι τάξεις των βιομορίων είναι απαραίτητες στον οργανισμό. Λέγονται και «λευκώματα», από το λεύκωμα του αυγού, που είναι πρωτεΐνη μεγάλης βιολογικής αξίας και θεωρείται τυπικός αντιπρόσωπος των πρωτεϊνών. Αποτελούν το 85% των συστατικών του σώματος. Με εξαίρεση κάποια καθαρά φυσικοχημικά φαινόμενα, είναι απαραίτητες για όλες τις διεργασίες, σε επίπεδο ολόκληρου οργανισμού αλλά και κυττάρου ή υποκυτταρικών στοιχείων π.χ. αναπαραγωγή, θρέψη, ανάπτυξη, κίνηση κ.λπ. Χρειάζονται για την αναπλήρωση των πρωτεϊνών του σώματος, αλλά και για την σύνθεση άλλων απαραίτητων ενώσεων όπως τα ένζυμα, οι ορμόνες κ.λπ. ενώ η περίσσεια των προσλαμβανομένων πρωτεϊνών καίγεται για παροχή ενέργειας (4 θερμίδες /g). Έχουν δομικά συστατικά τα αμινοξέα και διακρίνονται σε πλήρεις πρωτεΐνες (όταν δεν τους λείπουν τα απαραίτητα αμινοξέα) και μη πλήρεις πρωτεΐνες (όταν τους λείπουν κάποια από τα απαραίτητα αμινοξέα). Η θρεπτική αξία των πρωτεϊνών δίδεται από τον τύπο (Sabula, 1998):

$$\text{Θρεπτική αξία} = \text{Βιολογική αξία} \times \text{πεπτική αξία}$$

Βιολογική αξία 100 έχουν οι πρωτεΐνες όταν περιλαμβάνουν όλα τα απαραίτητα αμινοξέα. Για παράδειγμα, το ψωμί έχει βιολογική αξία 50, ενώ το τυρί 75. Ο συνδυασμός των τροφίμων μπορεί και να βελτιώνει τη βιολογική αξία του μίγματος, όπως ο συνδυασμός (3 μέρη ψωμί + 1 μέρος τυρί) έχει βιολογική αξία 75, γιατί η περίσσεια του αμινοξέος της λυσίνης που διαθέτει το τυρί καλύπτει το έλλειμμα σε λυσίνη που παρουσιάζει το ψωμί. Πεπτική αξία είναι το ποσό της πρωτεΐνης που απορροφάται από τον οργανισμό κατά την πέψη. Πρωτεΐνες υπάρχουν κυρίως στα ζωικά τρόφιμα, αλλά και σε φυτικά τρόφιμα με καλύτερες πηγές τα όσπρια, τα δημητριακά και τη σόγια. Οι ζωικές πρωτεΐνες υπερέχουν σε θρεπτική αξία από τις φυτικές γιατί έχουν μεγαλύτερη βιολογική αξία, αλλά και πεπτική αξία.

Υδατάνθρακες: Έχουν σαν δομικές μονάδες μόρια σακχάρων και διακρίνονται - ανάλογα με τον αριθμό των μορίων των σακχάρων που περιέχονται στο μόριο του

υδατάνθρακα - σε μονοσακχαρίτες (γλυκόζη, φρουκτόζη, γαλακτόζη κ.λπ.), δισακχαρίτες (καλαμοσάκχαρο, λακτόζη κ.λπ.) και πολυσακχαρίτες (άμυλο, κυτταρίνη, γλυκογόνο κ.λπ.). Είναι συστατικά των κυττάρων και μόρια για αποθήκευση ενέργειας με τη μορφή γλυκογόνου (στα φυτά αποθηκεύεται με τη μορφή αμύλου). Χρειάζεται για τη σύνθεση άλλων συστατικών του οργανισμού, ενώ η περίσσεια παρέχει ενέργεια (4 θερμίδες/g). Αξίζει να σημειωθεί ότι αποτελούν την κύρια πηγή ενέργειας του κεντρικού νευρικού συστήματος. Υδατάνθρακες υπάρχουν στα φυτικά τρόφιμα. Ο οργανισμός μας αν και δεν μπορεί να διασπά και να πέπτει την κυτταρίνη, εντούτοις αυτή είναι απαραίτητη γιατί παίζει σημαντικό ρόλο στην πέψη (Manzel et.al. 2014).

Λιποειδή (λιπαρές ύλες): Αποτελούνται από πολλές ενώσεις με κυριότερες - από ποσοτική άποψη - τα τριγλυκερίδια (που είναι ο κυριότερος τρόπος αποθήκευσης ενέργειας) και τα φωσφολιποειδή (που είναι συστατικά των μεμβρανών). Έχουν πολλές και σημαντικές βιολογικές δράσεις όπως: πηγή ενέργειας (9 θερμίδες /g) και κύριος τρόπος αποθήκευσης της ενέργειας στον λιπώδη ιστό. Προστατευτικός μανδύας οργάνων αλλά και του οργανισμού. Είναι ενώσεις που συμμετέχουν στη ρύθμιση βιοχημικών αντιδράσεων/πορειών, τη διάδοση μηνυμάτων στον οργανισμό κ.λπ. Περιέχουν τις λιποδιαλυτές βιταμίνες και τα απαραίτητα λιπαρά οξέα. Λιπαρές ύλες περιέχονται σε ζωικά τρόφιμα αλλά και σε φυτικά τρόφιμα (κυρίως ελαιούχους καρπούς).

Βιταμίνες: Δεν μπορούν να συντεθούν από τον οργανισμό και δεν του παρέχουν ενέργεια, αλλά συμβάλλουν στην ομαλή λειτουργία του οργανισμού σαν συστατικά των συνενζύμων. Τις χρησιμοποιεί για τη σύνθεση των συνενζύμων που είναι απαραίτητα για να δράσουν τα ένζυμα, με τη βοήθεια των οποίων γίνονται σχεδόν όλες οι αντιδράσεις στον οργανισμό. Αν δεν διαθέτει ο οργανισμός τις αναγκαίες βιταμίνες, δεν θα συνθέσει τα απαραίτητα συνένζυμα, δεν θα είναι δραστικά τα ένζυμα και δεν θα γίνουν κάποιες αντιδράσεις που έπρεπε να γίνουν. Τότε όμως θα διαταραχθούν οι κανονικές λειτουργίες του οργανισμού και θα δημιουργηθούν προβλήματα, η δε κλινική εικόνα των προβλημάτων είναι αυτό που ονομάζουμε ασθένειες (π.χ. αβιταμινώσεις). Μερικές βιταμίνες υπάρχουν στα τρόφιμα σαν προβιταμίνες, δηλαδή ενώσεις που δεν έχουν δράση βιταμινών αλλά μπορούν να μετατραπούν σε βιταμίνες μέσα στο σώμα. Επίσης υπάρχουν και τα ανάλογα των βιταμινών, ενώσεις που δεν θεωρούνται σα βιταμίνες. Αλλά έχουν δράση παρόμοια

με αυτές. Ανάλογα με τη διαλυτότητά τους διακρίνονται σε υδατοδιαλυτές βιταμίνες και λιποδιαλυτές βιταμίνες. Οι υδατοδιαλυτές (C, B, νικοτινικό οξύ, φολικό οξύ και βιοτίνη) απορροφώνται εύκολα και αποθηκεύονται σε μικρό ποσοστό σε όλους τους ιστούς. Οι λιποδιαλυτές (A, D, E, K), για την απορρόφηση απαιτούν παγκρεατική λιπάση και χολικά, αποθηκεύονται δε σε μεγαλύτερο ποσοστό, κυρίως στο λιπώδη ιστό και το ήπαρ. Τέλος πρέπει να τονισθεί ότι όπως η ελλιπής λήψη βιταμινών προκαλεί τις αβιταμινώσεις, έτσι και η υπερβολική λήψη βιταμινών μπορεί να προκαλέσει τις υπερβιταμινώσεις (Lindsay et.al.2009).

Ανόργανα συστατικά: Ανάλογα με την ποσότητα που απαιτείται να λαμβάνεται από τη διατροφή, διακρίνονται σε μακροστοιχεία και μικροστοιχεία (ή ιχνοστοιχεία). Τα μακροστοιχεία (Ca, P, Mg, Na, K, S, Cl) είναι απαραίτητα στον οργανισμό σε μεγαλύτερες ποσότητες και παίζουν περισσότερους από ένα ρόλο στον οργανισμό. Τα μικροστοιχεία (Fe, Cu, Co, I, Mn, Zn, F, Cr, Mo, Si, Se, στα οποία πιστεύεται ότι θα προστεθούν σύντομα και τα As, V, Sn, Ni) χρειάζονται από τον οργανισμό σε μικρότερα ποσά και έχουν πιο εξειδικευμένους ρόλους. Γενικά ο ρόλος των ανοργάνων συστατικών είναι να αποτελούν συστατικά του σώματος και να συμμετέχουν στην ενεργοποίηση ενζυμικών αντιδράσεων και στη ρύθμιση λειτουργιών στον οργανισμό.

Νερό: Είναι ο διαλύτης και το μέσο διασποράς στο σώμα μας και αποτελεί το 50% περίπου αυτού. Είναι φορέας θρεπτικών υλών (π.χ. στο αίμα και το πεπτικό) αλλά και επιβλαβών ουσιών (π.χ. από τα νεφρά στα ούρα). Παίζει πρωταρχικό ρόλο στις λειτουργίες του οργανισμού (π.χ. πέψη, ρύθμιση θερμοκρασίας). Κάθε θερμίδα θρεπτικής ύλης κατά την πέψη, απαιτεί περίπου 1g νερού. Κάποιες τροφές απαιτούν τη λήψη περισσότερο νερού, όπως στην περίπτωση των τροφών που είναι πλούσιες σε κυτταρίνη, γιατί η κυτταρίνη δεσμεύει νερό (Au et.al. 2018).

2.4 Η ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Ως παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή ορίζεται το πρότυπο διατροφής των ελαιοπαραγωγών περιοχών της Μεσογείου μέχρι τη δεκαετία του 1960. Παρόλο που οι διάφορες περιοχές της Μεσογειακής λεκάνης έχουν τις δικές τους τοπικές διατροφικές συνήθειες, υπάρχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά, τα περισσότερα από

τα οποία απορρέουν από το γεγονός ότι το ελαιόλαδο καταλαμβάνει κεντρική θέση στη διατροφή των περιοχών αυτών.

Ειδικότερα η παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση ελαιολάδου, λαχανικών, οσπρίων, φρούτων και ανεπεξέργαστων δημητριακών, μέτρια ως υψηλή κατανάλωση ψαριών, χαμηλή κατανάλωση κρέατος και προϊόντων κρέατος, και χαμηλή ως μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων. Χαρακτηριστικό της είναι επίσης, η μέτρια κατανάλωση κρασιού, κυρίως κατά τη διάρκεια των γευμάτων, εφόσον αυτό είναι αποδεκτό από θρησκευτικούς και κοινωνικούς κανόνες (Currie, 2004).

Η επιστημονική δραστηριότητα των τελευταίων δεκαετιών έχει συμβάλει σημαντικά στην κατανόηση της συσχέτισης της διατροφής με την υγεία. Στο πλαίσιο αυτό, τα τεκμηριωμένα οφέλη για την υγεία των διατροφικών παραδόσεων των πληθυσμών της Μεσογείου έχουν οδηγήσει στην αποδοχή της Μεσογειακής διατροφής ως ενός υγιεινού διατροφικού προτύπου (Harmon, et.al. 2018).

Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν επιτρέψει τη στάθμιση της προσήλωσης στην παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή χρησιμοποιώντας παραλλαγές μιας απλής διατροφικής βαθμονόμησης, η οποία ενσωματώνει εννέα κύρια χαρακτηριστικά του Μεσογειακού προτύπου διατροφής που μπορούν, έτσι, να συνδυαστούν σε μια μονοδιάστατη κλίμακα. Σύμφωνα με αυτήν τα χαρακτηριστικά της παραδοσιακής Μεσογειακής διατροφής είναι :

- Υψηλή κατανάλωση ελαιολάδου (καταχρηστικά ακόρεστων λιπιδίων) συγκριτικά με κορεσμένα λιπίδια
- Υψηλή κατανάλωση οσπρίων
- Υψηλή κατανάλωση κυρίως ανεπεξέργαστων δημητριακών
- Υψηλή κατανάλωση φρούτων
- Υψηλή κατανάλωση λαχανικών
- Χαμηλή κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων
- Μέτρια προς υψηλή κατανάλωση ψαριού

- Χαμηλή κατανάλωση κρέατος και προϊόντων κρέατος
- Μέτρια κατανάλωση κρασιού, εφόσον επιτρέπεται από θρησκευτικούς και κοινωνικούς κανόνες (Dupriest et.al. 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

3.2 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες η επικράτηση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας έχει αυξηθεί σημαντικά. Σε παγκόσμιο επίπεδο, περίπου 170 εκατομμύρια παιδιά (ηλικίας <18 ετών) εκτιμάται ότι είναι υπέρβαρα, ενώ σε ορισμένες χώρες ο αριθμός των υπέρβαρων παιδιών έχει τριπλασιαστεί από το 1980. Η επικράτηση του υπερβολικού βάρους και η παχυσαρκία έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία. Αυξημένος δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για ασθένειες όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτη τύπου 2 και πολλές μορφές καρκίνων (συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του παχέος εντέρου, του νεφρού και του καρκίνου του οισοφάγου). Αυτές οι ασθένειες, συχνά αναφερόμενες ως μη μεταδοτικές ασθένειες (NCDs), όχι μόνο προκαλούν πρόωρη θνησιμότητα αλλά και μακροχρόνια νοσηρότητα. Επιπλέον, το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία στα παιδιά συνδέονται με τη μείωση στην ποιότητα ζωής και μεγαλύτερο κίνδυνο κοινωνικής απομόνωσης (Dupriest et.al.2018).

Λόγω της ταχείας αύξησης του επιπολασμού της παχυσαρκίας και των σοβαρών συνεπειών για την υγεία, η παχυσαρκία θεωρείται συνήθως μια από τις πιο σοβαρές προκλήσεις της υγείας των αρχών του 21ου αιώνα.

Η παγκόσμια στρατηγική για τη διατροφή, τη σωματική άσκηση και την υγεία (DPAS) αναπτύχθηκε από την Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) το 2004 για την αντιμετώπιση του αυξανόμενου επιπολασμού και επιβάρυνσης των μη μεταδοτικών ασθενειών.

Οι τέσσερις κύριοι στόχοι της DPAS είναι:

1. Να ενθαρρυνθεί η εφαρμογή μέτρων δημόσιας υγείας και προληπτικής παρέμβασης ώστε να μειωθούν οι παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν από την ανθυγιεινή διατροφή και τη σωματική αδράνεια.
2. Να αυξηθεί η αναγνώριση των επιπτώσεων της ανθυγιεινής διατροφής και της ανεπαρκούς σωματικής δραστηριότητας.

3. Προώθηση πολιτικών και σχεδίων δράσης σε όλα τα επίπεδα για την αντιμετώπιση της διατροφής και της σωματικής άσκησης.

4. Να ενθαρρύνει την παρακολούθηση, την αξιολόγηση και την περαιτέρω έρευνα (Diederichs, et.al. 2018).

3.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία οφείλεται στο συνδυασμό της επίδρασης της κληρονομικής προδιάθεσης του ατόμου και διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων.

Γενετικοί παράγοντες

Σε μερικές περιπτώσεις, τα αίτια είναι κατά κύριο λόγο παθολογικά. Για παράδειγμα, ενδοκρινολογικά προβλήματα όπως ο υποθυρεοειδισμός, όγκοι του υποθαλάμου και της υπόφυσης, καθώς και διάφορα σπάνια σύνδρομα και μονογονιδιακές διαταραχές, προσβάλλουν ένα μικρό ποσοστό ατόμων και σχετίζονται με παχυσαρκία. Σπανιότερα, η παχυσαρκία μπορεί να προκύπτει από ανεπάρκεια της ορμόνης λεπτίνης ή σε ανεπάρκεια του υποδοχέα της (Esteve-Llorens, et.al. 2018).

Επίσης, έρευνες καταδεικνύουν ότι η παχυσαρκία ενός γονέα φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης παχυσαρκίας στα παιδιά του, ενώ οι πιθανότητες σχεδόν διπλασιάζονται σε παιδιά με δυο παχύσαρκους γονείς. Τα γονίδια πιθανόν να σχετίζονται με τη διατροφική συμπεριφορά, το βασικό μεταβολικό ρυθμό, τη θερμογένεση, τη λιπόλυση και την κατανομή του λίπους στο σώμα (DyadsLing, et.al. 2018).

Ο ρόλος της διατροφής και του τρόπου ζωής

Παρά το γεγονός ότι οι γενετικοί παράγοντες διαδραματίζουν το ρόλο τους, στο μεγαλύτερο ποσοστό η παχυσαρκία οφείλεται πρωτίστως σε σιτιστικά αίτια. Οι θερμίδες που προσλαμβάνονται είναι περισσότερες από αυτές που καταναλώνονται, οδηγώντας σε περίσσειμα ενέργειας που αποθηκεύεται υπό μορφή λίπους. Σημαντικό ρόλο έχει η κακή ποιότητα διατροφής, με αυξημένα κακά (trans) λιπαρά και ζάχαρη, που οδηγεί στην αύξηση βάρους και προβλήματα υγείας. Τα κακά λιπαρά (μεταλλαγμένα λιπαρά οξέα) επιμηκύνουν τη λήξη των προϊόντων και βρίσκονται

συχνά στα επεξεργασμένα και προπαρασκευασμένα τρόφιμα, στα τυποποιημένα προϊόντα (μπισκότα, κέικ) καθώς και σε πολλές μαργαρίνες. Η ζάχαρη βρίσκεται σε πολλά προϊόντα (αναψυκτικά, ροφήματα με γλυκαντικές ουσίες, μπισκότα, σοκολάτες, εμπλουτισμένα δημητριακά, πολλά αρτοσκευάσματα) με αποτέλεσμα να καταναλώνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες από ότι πιστεύουμε. Παράλληλα, ο σύγχρονος τρόπος ζωής συμβάλλει καθοριστικά στην εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας. Η φυσική άσκηση όπως η μετακίνηση με τα πόδια και το παιχνίδι σε εξωτερικούς χώρους έχει μειωθεί, ενώ ο χρόνος απασχόλησης των παιδιών στο διαδίκτυο έχει αυξηθεί δραστικά. Η ελλιπής σωματική δραστηριότητα καθώς και η κατανάλωση εύκολα προσβάσιμων επεξεργασμένων τροφών (fast food, λιπαρά, επεξεργασμένοι υδατάνθρακες) οδηγούν στη διατάραξη του ισοζυγίου ενέργειας. Το πολυάσχολο σημερινό παιδί με τις πολλές δραστηριότητες και φροντιστήρια και την πιεστική καθημερινή ρουτίνα, εύκολα τρέφεται σε ακανόνιστα ωράρια, παραλείπει γεύματα όπως το πρωινό και καταναλώνει μεγάλη ποσότητα φαγητού το βράδυ ή άλλοτε τσιμπολογά βιαστικά ανθυγιεινά σνακ που είναι εύκολα προσβάσιμα. Όλα αυτά συμβάλλουν στο μη έλεγχο της πείνας και στην απορρύθμιση του μεταβολισμού (Harmon et.al.2018).

Ο ρόλος της οικογένειας: Στην πρόληψη και τη διατροφή

Περιγεννητικοί παράγοντες, παράγοντες βρεφικής ηλικίας, τεχνικές σίτισης που χρησιμοποιούν οι γονείς, καθώς και διατροφικές συμπεριφορές της οικογένειας, έχουν σημαντική επίδραση στο αν ένα παιδί θα γίνει παχύσαρκο. Η πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας ξεκινάει πολύ νωρίτερα από όσο πιστεύαμε. Προγεννητικά, όταν η μητέρα καπνίζει κατά την κύηση αυξάνονται οι πιθανότητες παχυσαρκίας στο παιδί. Αύξηση των πιθανοτήτων παρατηρείται και με το αυξημένο βάρος γέννησης (>4 κιλά).

Όσον αφορά τους παράγοντες βρεφικής ηλικίας, η ταχεία αύξηση βάρους κατά τους πρώτους μήνες της ζωής φαίνεται να αυξάνει κατά πολύ τις πιθανότητες εμφάνισης παχυσαρκίας αργότερα. Παράγοντες που σχετίζονται με γρήγορη αύξηση βάρους στη βρεφική ηλικία συμπεριλαμβάνουν τη σίτιση με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, τη σίτιση με πρόγραμμα (feed on schedule) αντί της σίτισης κατ'απαίτηση (feed on demand) καθώς και η εισαγωγή στερεών τροφών πριν τους τέσσερις μήνες. Ο θηλασμός φαίνεται να δρα ως προστατευτικός παράγοντας, μειώνοντας κατά 15% τον κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας στα παιδιά που θήλασαν έστω και λίγο. Σύμφωνα με μια μελέτη (NHANES study) που διήρκησε από το 1999 μέχρι το 2008

στην Αμερική όπου έλαβαν μέρος 4000 παιδιά ηλικίας 3-6 ετών, τα παιδιά που είχαν θηλάσει είχαν 40% λιγότερες πιθανότητες να γίνουν υπέρβαρα, 60% λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης παχυσαρκίας και 40% λιγότερες πιθανότητες αυξημένης περιμέτρου μέσης. Η σίτιση με μητρικό γάλα έχει πολλά οφέλη; φέρνει το μωρό σε επαφή με περισσότερες γεύσεις, του επιτρέπει να ρυθμίζει μόνο του τη σίτιση (σύστημα πείνας- κορεσμού), συνδέεται με πολλά και συχνά γεύματα, οδηγεί σε μεγαλύτερη πρόσληψη καλών λιπαρών καθώς και στη λήψη όλων των θρεπτικών συστατικών που χρειάζεται το βρέφος εφόσον υπάρχει η δυνατότητα αλλαγής σύστασης του μητρικού γάλακτος ανάλογα με τις ανάγκες του. Αντίθετα, η σίτιση με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος οδηγεί σε λιγότερα, πιο αραιά γεύματα και κατανάλωση μεγαλύτερης συνολικής ποσότητας του υποκατάστατου. Επίσης, μελέτες καταδεικνύουν ότι η εισαγωγή στερεών τροφών πριν τους 4 μήνες κάνει 6,3 φορές πιθανότερη την εμφάνιση παιδικής παχυσαρκίας στα βρέφη. Αντίθετα, η εισαγωγή στερεών τροφών μετά τους 4 μήνες έχει σχετιστεί με χαμηλότερο BMI στην ενήλικη ζωή (Lee et.al. 2005).

Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν, οι γονείς θέτουν τις βάσεις για τη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών τους. Επιλέγουν και μαγειρεύουν τις τροφές που τρώει το παιδί και προδιαθέτουν τις προτιμήσεις του. Χρειάζεται λοιπόν να έχουν τη διάθεση και τις γνώσεις ούτως ώστε να παρέχουν στην οικογένεια θρεπτικά και ολοκληρωμένα γεύματα σε λογικές ποσότητες. Δυστυχώς, λόγω έλλειψης χρόνου, άγνοιας ή λανθασμένων αντιλήψεων πολλών γονιών, τα παιδιά δεν τρέφονται σωστά. Συχνά, οι γονείς αντικαθιστούν τα ισορροπημένα γεύματα από πρόχειρα αμυλούχα γεύματα (π.χ. μακαρόνια, φρυγανιές, πατάτες τηγανητές) και έτοιμα σνακ. Παππούδες και γιαγιάδες που φροντίζουν τα παιδιά όταν οι γονείς εργάζονται, για συναισθηματικούς λόγους τείνουν να τα υπερσιτίζουν, πιστεύοντας πως έτσι τα φροντίζουν.

Κάποιες τεχνικές σίτισης που χρησιμοποιούν οι γονείς δείχνουν να προβλέπουν αύξηση βάρους και παχυσαρκογενείς συμπεριφορές διατροφής σε μικρά παιδιά. Συγκεκριμένα, η επιβράβευση με φαγητό (π.χ. «Αν φας όλα τα λαχανικά σου θα σου δώσω σοκολάτα») φαίνεται να δημιουργεί στα παιδιά τάση για αυξημένη κατανάλωση τροφής καθώς και συναισθηματική διατροφή. Τα ίδια αποτελέσματα έχει και η χρήση του φαγητού για τον έλεγχο των αρνητικών συναισθημάτων του παιδιού. Το παιδί καταλήγει να πιστεύει ότι τα φαγητά που χρησιμοποιούνταν ως επιβράβευση είναι «καλύτερα» και τα προτιμά, ενώ τείνει να τα χρησιμοποιεί και ως

μέσο για να επιβραβεύει ή να αποφορτίζει συναισθηματικά τον εαυτό του. Απο την άλλη, η ολική απαγόρευση συγκεκριμένων τροφίμων (π.χ. σοκολάτας), ο περιορισμός του λίπους καθώς και προσπάθειες μείωσης βάρους, μπορεί να επιφέρουν το αντίθετο απο το επιθυμητό αποτέλεσμα – οι απαγορευμένες τροφές θα γίνουν πιο ελκυστικές και το αίσθημα στέρησης θα μεγαλώσει- προκαλώντας τάση για υπερφαγία.

Η Ελληνική Ιατρική Εταιρία Παχυσαρκίας παραθέτει έναν αλγόριθμο θεραπείας δίνοντας κατευθυντήριες γραμμές για το πώς θα πρέπει να δράσουμε σε κάθε περίπτωση.

Όσον αφορά τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά 2-7 χρόνων, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στις παρεμβάσεις, προκειμένου να μην διαταραχθεί η ομαλή και σωστή ανάπτυξή τους. Έτσι, ενώ για τους ενήλικους η θεραπεία της παχυσαρκίας στοχεύει στην ελάττωση του βάρους, για τα παιδιά σκοπός είναι η σταθεροποίηση του σωματικού βάρους, δεδομένης της συνεχιζόμενης ανάπτυξής τους. Με άλλα λόγια, επιτυχής θεραπεία θεωρείται η παρεμπόδιση, ή η επιβράδυνση του ρυθμού της αύξησης του βάρους τους. Αντίθετα, στην περίπτωση νοσογόνου παχυσαρκίας, συστήνεται η άμεση απώλεια σωματικού βάρους, οδηγώντας συνήθως και στη διόρθωση των παθολογικών επιπλοκών. Για υπέρβαρα παιδιά με παθολογικά προβλήματα λόγω βάρους και για όλα τα παχύσαρκα παιδιά άνω των 7 ετών συνίσταται απώλεια βάρους, ώστε να αποκτήσουν το ιδανικό βάρος για το ύψος τους.

Η παιδική παχυσαρκία αντιμετωπίζεται ουσιαστικά μόνο με αλλαγή στον τρόπο ζωής. Απαραίτητη είναι η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών και η υιοθέτηση ορθής διατροφικής συμπεριφοράς στα παιδιά και τις οικογένειες τους καθώς και η συστηματική φυσική δραστηριότητα. Επιπλέον, χρειάζεται να ελέγχεται το σωματικό βάρος και οι όποιες επιπλοκές της παχυσαρκίας (π.χ. μεταβολικές διαταραχές, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, διαταραχές στα λιπίδια) (Αθανασίου, 2007).

Ακόμη και όταν διαπιστωθεί ότι το παιδί χρειάζεται να χάσει βάρος, καλό είναι να αποφεύγονται τα κλασσικά προγράμματα δίαιτας, καθώς αυτά είναι αναποτελεσματικά. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο ρόλος του διαιτολόγου είναι να βοηθήσει το παιδί να χτίσει καλές διατροφικές συνήθειες και να διασφαλίσει ότι το πλάνο διατροφής του παιδιού θα του παρέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξή του. Το παιδί χρειάζεται να λαμβάνει αυξημένη πρωτεΐνη λόγω της αύξησης των ιστών του σώματος, καθώς και επαρκείς ποσότητες βιταμινών, ιχνοστοιχείων, μετάλλων, νερού και φυτικών ινών, απαραίτητα για την καλή λειτουργία του οργανισμού. Τα γεύματά του χρειάζεται να συνδυάζουν φρέσκες

τροφές όπως τα λαχανικά και τα φρούτα, υδατάνθρακες όπως τα πλήρη δημητριακά, καθώς και πρωτεϊνούχες τροφές (π.χ. κρέας, ψάρι, γαλακτοκομικά). Σημαντικό είναι επίσης να δοθούν κίνητρα για φυσική δραστηριότητα η οποία θα βοηθήσει σταδιακά το παιδί να μειώσει το θετικό ισοζύγιο ενέργειας.

Ο καλύτερος τρόπος για να υιοθετήσει ένα παιδί καλές διατροφικές συνήθειες είναι να δίνουν οι γονείς το καλό παράδειγμα. Αν τα παιδιά βλέπουν τους γονείς τους να τρέφονται υγιεινά και να ασκούνται χωρίς να τους είναι δυσάρεστο, τότε πολύ πιθανό είναι να τους μιμηθούν. Οι κοινές δραστηριότητες όπως μια βόλτα στο πάρκο για παιχνίδι είναι διπλά ευεργετικές πρώτον γιατί αποτελούν ποιοτικό χρόνο με τα παιδιά ο οποίος είναι απαραίτητος για την ομαλή ανάπτυξη τους αλλά και γιατί συμβάλλουν σε ένα δραστήριο ευεργετικό τρόπο ζωής.

Ταυτόχρονα, σημαντικό είναι να συνειδητοποιούν οι γονείς ότι έχουν, εν μέρη, τον έλεγχο της διατροφής των παιδιών τους. Σύμφωνα με το χρυσό κανόνα της διατροφής των παιδιών, οι γονείς επιλέγουν το είδος των τροφών που παρέχονται στο σπίτι, τη συχνότητα κατανάλωσης, τον τρόπο μαγειρέματος και την ώρα των οικογενειακών γευμάτων. Από την άλλη, τα παιδιά επιλέγουν αν θα φάνε, ποιά από τις παρεχόμενες τροφές θα φάνε, πόσο θα φάνε και με τι ρυθμό θα φάνε. Για παράδειγμα, αν έχετε ένα παιδί φαινομενικά «δύσκολο» στο φαγητό, δε σημαίνει ότι πρέπει να ενδώσετε παρέχοντάς του ανθυγιεινές τροφές που μπορεί να ζητά. Δοκιμάστε να του ξαναπροσφέρετε το γεύμα που απέρριψε λίγο αργότερα ή να το μαγειρέψετε διαφορετικά ενθαρρύνοντας το παιδί να συμμετέχει στη διαδικασία (Αθανασίου, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά και έφηβοι στιγματίζονται και υφίστανται διακρίσεις που συνεχίζονται και στην ενήλικη ζωή τους, ιδιαίτερα στις Δυτικές κοινωνίες. Σύμφωνα με διαχρονική έρευνα του Harvard σε εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα οι γυναίκες που ήταν παχύσαρκες ως έφηβες είχαν χαμηλότερο εισόδημα και χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και ήταν έγγαμες σε χαμηλότερο ποσοστό σε σχέση με συνομήλικες τους που ήταν αδύνατες. Επίσης, οι παχύσαρκοι έφηβοι έχουν χαμηλότερα ποσοστά εισαγωγής σε κολλέγια και τριτοβάθμια εκπαίδευση και λιγότερες ευκαιρίες επαγγελματικής αποκατάστασης ως νέοι ενήλικες.

Σε πολλές περιπτώσεις η στιγματοποίηση έχει επίδραση και στην αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Πρόσφατη μελέτη υποδεικνύει ότι τα συναισθήματα ντροπής που ένοιωθαν τα άτομα λόγω του στίγματος όχι μόνο δεν τα κινητοποιούσε στο να χάσουν βάρος, αλλά είχε την αντίθετη επίδραση και τα απέτρεπε από το να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που προάγουν την υγεία (Dupriest,et.al., 2018).

4.2 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Συχνά τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά θυματοποιούνται από συνομηλίκους στο σχολείο και δέχονται σχολικό εκφοβισμό, έχουν χαμηλότερη δημοτικότητα και λιγότερους φίλους. Συχνά έχουν ελλείμματα στις κοινωνικές δεξιότητες με αποτέλεσμα να είναι πιο απομονωμένοι κοινωνικά. Επίσης, είναι πιο πιθανό να έχουν μαθησιακές δυσκολίες και χαμηλότερη ακαδημαϊκή επίδοση. Τα αποτελέσματα πρόσφατης διαχρονικής έρευνας στις ΗΠΑ που περιλάμβανε 6.250 παιδιά και διήρκεσε από το νήπιο έως την τετάρτη τάξη δημοτικού, υποδεικνύουν ότι τα παχύσαρκα παιδιά, ιδιαίτερα εκείνα που ήταν παχύσαρκα από την αρχή της σχολικής ζωής, είχαν χαμηλότερη επίδοση στα μαθηματικά (Grosso et.al 2016).

4.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά έχουν λιγότερες θετικές αυτό-αντιλήψεις και παρουσιάζουν χαμηλότερη συνολική αυτοεκτίμηση σε σχέση με συνομηλίκους τους φυσιολογικού βάρους. Τα ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι η αύξηση του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) συνεπάγεται και περισσότερο αρνητική εικόνα σώματος, ιδιαίτερα στα κορίτσια (Heerman et.al, 2018).

Εντούτοις, η αρνητική ενδοσκόπηση δεν αφορά μόνο στην φυσική εμφάνιση, αλλά επεκτείνεται και σε άλλους τομείς της ζωής τους, με αποτέλεσμα την χαμηλότερη ποιότητα ζωής γενικότερα. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τα μεγαλύτερα παιδιά και τους εφήβους σε σχέση με τα μικρότερα παιδιά, εύρημα που ενδεχομένως αντανακλά την σημαντικότητα της ομάδας των συνομηλίκων σε σχέση με τους γονείς ως πηγές αυτοεκτίμησης την αναπτυξιακή περίοδο της εφηβείας (Dupriest, et.al, 2018).

Σε κάποιες ερευνητικές μελέτες παρατηρούνται πολύ χαμηλότερα ποσοστά αυτοεκτίμησης και αυξημένη δυσφορία σε σχέση με την εικόνα του σώματος στις προ-έφηβες από ότι στους προ-εφήβους. Ενδεχομένως, αυτό οφείλεται αφενός στο εξιδανικευμένο πρότυπο που προβάλλεται σε σχέση με το σώμα-ιδιαίτερα στη Δυτική κοινωνία- για τα κορίτσια στην εφηβεία, αφετέρου στο ότι τα αγόρια μπερδεύουν κάποιες φορές το «μεγαλύτερος σε μυϊκή μάζα»=δυνατότερος με το «μεγαλύτερος σε όγκο»=βαρύτερος (Lindsay et.al, 2009).

4.4 ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας και της ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας είναι σύνθετη και πρέπει κανείς να λαμβάνει υπόψη κι άλλους παράγοντες που ενδεχομένως παίζουν ρόλο.

Σύμφωνα με πολλές μελέτες τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά παρουσιάζουν ψηλότερα ποσοστά ψυχικών διαταραχών. Πιο συχνά παρουσιάζουν αγχώδεις διαταραχές (π.χ. κοινωνική φοβία), αλλά και σωματόμορφα συμπτώματα. Σημαντική είναι και η συσχέτιση του ΔΜΣ με αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης και διαταραχές του συναισθήματος στα παιδιά και τους εφήβους, όπως για παράδειγμα διαταραχή άγχους αποχωρισμού (Kloss, 2005).

Ακόμη, οι έφηβοι μπορεί να παρουσιάζουν συμπτώματα υπερφαγίας, διαταραχή που σχετίζεται και με την διατήρηση της παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή και παρατηρείται συχνά και σε ενήλικες παχύσαρκους ασθενείς.

Οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην ψυχική υγεία φαίνεται ότι γίνονται πιο σοβαρές καθώς τα παιδιά και οι έφηβοι συνεχίζουν να είναι παχύσαρκοι όσο μεγαλώνουν.

Εντούτοις, η σχέση μεταξύ της σοβαρότητας της παχυσαρκίας και της ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας δεν είναι ξεκάθαρη, δηλαδή δεν έχει βρεθεί με συνέπεια ότι άτομα με σοβαρότερου βαθμού παχυσαρκία εμφανίζουν και σοβαρότερη ψυχοπαθολογία (Kloss., 2005).

4.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ Η/ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Δυσκολίες στην πρώιμη σχέση μητέρας-παιδιού φαίνεται να σχετίζονται με την μετέπειτα ανάπτυξη υπερβαρότητας ή/και παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους, όπως υποδεικνύουν σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα. Για παράδειγμα, διαχρονική μελέτη που συμπεριέλαβε 6650 παιδιά που γεννήθηκαν το 2001 στις ΗΠΑ, διερεύνησε τον συναισθηματικό δεσμό μητέρας-παιδιού με μετρήσεις στους 9 μήνες και στους 24 μήνες, και την ύπαρξη ή μη παχυσαρκίας στα 4,5 έτη με βάση το ΔΜΣ. Βασικό εύρημα ήταν ότι η ύπαρξη ανασφαλούς τύπου δεσμού με την μητέρα μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την μετέπειτα ανάπτυξη παχυσαρκίας. Επίσης, έρευνα που δημοσιεύτηκε πρόσφατα στο *Pediatrics* με δείγμα 977 εφήβους ηλικίας 12-15.9 ετών συσχετίζει την ποιότητα της σχέσης μητέρας-παιδιού στην πρώιμη παιδική ηλικία με την επικράτηση των ποσοστών παχυσαρκίας στην εφηβεία. Κεντρικό εύρημα ήταν ότι οι έφηβοι με μητέρες που είχαν χαμηλή ευαισθησία στο να αναγνωρίζουν την συναισθηματική κατάσταση του παιδιού τους και να αντιδρούν ανάλογα είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι παχύσαρκοι ως έφηβοι (Lee et.al. 2005).

Δυσκολίες από την πλευρά των γονέων σε σχέση με τον άξονα ψυχολογικού αποχωρισμού-εξατομίκευσης του παιδιού. Για παράδειγμα, η σωματική δραστηριότητα μπορεί να γίνεται αντιληπτή ως επικίνδυνη και ανεπιθύμητη. Σε αυτό

το πλαίσιο πολλές φορές τα παιδιά παρουσιάζουν ένα προφίλ όπου φαίνεται να είναι ιδιαίτερα εξαρτημένα από το οικογενειακό περιβάλλον, ιδιαίτερα από την μητέρα, παραμένουν παθητικά και ανώριμα και αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές με τους άλλους.

Δυσλειτουργικές πρακτικές σίτισης της μητέρας: για παράδειγμα περιοριστικές πρακτικές, χρήση του φαγητού ως ανταμοιβή ή για να καθησυχάσουν την δυσφορία του παιδιού. Όλα αυτά παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόσληψη βάρους και στην υιοθέτηση παχυσαρκογόνων διατροφικών συμπεριφορών ακόμη και σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Ψυχολογικές δυσκολίες της μητέρας, ιδιαίτερα αγχώδεις μητέρες, μπορούν να επηρεάζουν την διατροφική συμπεριφορά και τις καθημερινές συνήθειες όλης της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένου του παιδιού ή/και του εφήβου.

Ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες στην οικογένεια που συνδέονται με την παιδική παχυσαρκία είναι μεταξύ άλλων το διαζύγιο των γονέων, η φτωχή ποιότητα της συζυγικής ζωής, η ύπαρξη χρόνιων σωματικών νοσημάτων στην οικογένεια, η ενδο-οικογενειακή βία, η κακοποίηση ή/και συναισθηματική παραμέληση του παιδιού/εφήβου(Lee et.al. 2005)..

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Οι νοσηλευτές μπορούν να προωθήσουν υγιή πρότυπα τρόπου ζωής που μειώνουν τους κινδύνους παχυσαρκίας.

Για παράδειγμα, ο θηλασμός, η σωματική δραστηριότητα, τα κανονικά γεύματα και η παροχή συμβουλών σε θέματα διατροφής και βάρους είναι όλες οι περιοχές στις οποίες μπορεί να βοηθήσουν οι νοσηλευτές μείωση του κινδύνου παχυσαρκίας.

Στις ΗΠΑ, οι νοσηλευτές παρέχουν υγεία σχετιζόμενη με το βάρος και την ενημέρωση του κοινού. Οι νοσηλευτές του σχολείου μπορούν να χρησιμοποιήσουν ερευνητικά στοιχεία για το σχεδιασμό την προαγωγή της υγείας για διάφορους πληθυσμούς. Σε όλες τις ΗΠΑ, οι νοσηλευτές του σχολείου ενθαρρύνονται - να ακολουθήσουν ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης παιδικής παχυσαρκίας (Lee et.al. 2005).

Οι πρακτικές νοσηλευτικής που παρουσιάστηκαν από πολλές χώρες τόσο της ΕΕ όσο και της άλλης άκρης του Ατλαντικού, κατέδειξαν με τον πιο εμφανή τρόπο ότι ο νοσηλευτής μπορεί να στηρίζει το σύστημα υγείας μιας χώρας και να βοηθήσει στον εξορθολογισμό των δαπανών και αυτό για την χώρα μας είναι εξαιρετικά αναγκαίο και σημαντικό.

Ας δούμε αναλυτικά, ορισμένες πρακτικές Νοσηλευτικής που παρουσιάστηκαν στο συνέδριο:

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ως αναγκαιότητα εμφανίστηκε τη δεκαετία του 1970. Έκτοτε έχουν γίνει πολλά σε θεσμικό και επιστημονικό επίπεδο και η ΠΦΥ έχει αναπτυχθεί και δοκιμαστεί ανά την υφήλιο σε πληθώρα εθνικών συστημάτων υγείας και μοντέλων συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Αντίστοιχα, έχει εξελιχθεί και η νοσηλευτική επιστήμη, κύτταρο της οποίας είναι η Κοινοτική Νοσηλευτική. Ανάλογη της εξέλιξης αυτής είναι και η ανάπτυξη και εφαρμογή του ρόλου του Νοσηλευτή στην ΠΦΥ που συναντάται σε ποικίλες μορφές και επίπεδα εφαρμογής μεταξύ των χωρών της Ευρώπης και διεθνώς. Για παράδειγμα, στη βόρεια-βορειοδυτική Ευρώπη και σε χώρες όπως η Σουηδία, η Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο ή τη Γαλλία υπάρχει μακρά εμπειρία της συμμετοχής των Νοσηλευτών στην ΠΦΥ, ενώ στην κεντρική Ευρώπη και το Νότο, όπως στη Γερμανία, Κροατία και Ιταλία, ο Νοσηλευτικός ρόλος υπολείπεται κυρίως λόγω της αυξημένης πυκνότητας γιατρών στον γενικό πληθυσμό, έναντι αυτής των νοσηλευτών.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχει μακρά ιστορία συμμετοχής και δράσης του νοσηλευτή στην κοινότητα. Όπως και οι Σκανδιναβοί συνάδελφοί τους έχουν ειδική εκπαίδευση (Nurse Practitioners), είναι υψηλών προσόντων και ειδικευμένοι στη συνταγογράφηση φαρμάκων (Nelson et.al. 2006).

Στη Γαλλία, οι δημόσιες αρχές έχουν ήδη στραφεί στην προσπάθεια της μείωσης των δαπανών υγείας και κυρίως αυτών που προκύπτουν από την νοσοκομειακή περίθαλψη και τη μακροχρόνια νοσηλεία ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Για το λόγο αυτό, έχουν δημιουργηθεί και αναπτυχθεί προγράμματα που ενθαρρύνουν τους ασθενείς να επιστρέφουν στο σπίτι και να επωφελούνται της κατ' οίκον φροντίδας τους από τους νοσηλευτές που είναι ο κύριος αν όχι ο μόνος επαγγελματίας υγείας που πραγματοποιεί τέτοιου είδους επισκέψεις. Πάνω από 65% των κατ' οίκον επισκέψεων για χρόνια προβλήματα υγείας γίνεται από νοσηλευτές, μειώνοντας έτσι τη διάρκεια των ημερών νοσηλείας, ενώ το 93% της κατ' οίκον φροντίδας γίνεται από ελεύθερους επαγγελματίες νοσηλευτές που αυτή τη στιγμή στη Γαλλία φτάνουν περίπου τους 100.000, δηλαδή το 20% του συνόλου των νοσηλευτών της χώρας όπου εργάζονται αυτόνομα ή συγκροτούν μικρές ομάδες-εταιρείες.

Από την άλλη πλευρά του Ατλαντικού, στον Καναδά, για το οποίο προσφάτως γίνεται λόγος και από Υπουργείο Υγείας, ο ρόλος του Νοσηλευτή στην ΠΦΥ είναι ιδιαίτερα αναβαθμισμένος. Ο Καναδός ειδικευμένος νοσηλευτής (Nurse Practitioner) είναι ένας αυτόνομος επαγγελματίας υγείας με προηγμένη εκπαίδευση που παρέχει ουσιώδεις υπηρεσίες υγείας βασισμένες σε αυστηρά επαγγελματικά, ηθικά και νομικά πρότυπα (Moore et.al. 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 ΣΚΟΠΟΣ

Η παρούσα έρευνα αποσκοπούσε στο να υπάρξει μια εικόνα γύρω από τις απόψεις των νοσηλευτών και νοσηλευτριών γύρω από το θέμα της παιδικής παχυσαρκίας. Πιο αναλυτικά ήταν επιθυμητή η διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών γύρω από τους παράγοντες που επιφέρουν και επιφέρονται από την παιδική παχυσαρκία.

6.2 ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην παρούσα έρευνα ο πληθυσμός που ερευνήθηκε ήταν νοσηλευτές και νοσηλεύτριες που εργάζονται σε νοσοκομεία της χώρας. Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 46 άνδρες και 70 γυναίκες, που αντιστοιχεί στο 39,7% και το 60,3% του δείγματος αντίστοιχα. Επίσης σε σχέση με την ηλικία τους 18 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες ήταν μικρότεροι από 30 ετών, 27 ήταν από 30 έως 40 ετών, 66 από 40 έως 50 ετών και 5 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες άνω των 50 ετών. Ποσοστιαία το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών-τριών ήταν από 40 έως 50 ετών αποτελώντας το 56,9% του δείγματος.

Σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος της έρευνας αποτελείται από 14 βοηθούς νοσηλευτές και νοσηλεύτριες, 82 νοσηλευτές-τριες ΤΕ, 4 νοσηλευτές ΠΕ και ισάριθμους συμμετέχοντες με διδακτορικό τίτλο και 12 νοσηλευτές-τριες με μεταπτυχιακό τίτλο. Εδώ το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών-τριών ήταν απόφοιτοι Τεχνολογικής εκπαίδευσης αποτελώντας το 70,7% του δείγματος.

Ταυτόχρονα όπως είναι λογικό από το ερευνώμενο θέμα και τα νοσοκομεία που συλλέχθηκαν απαντήσεις 72 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες εργάζονταν σε κάποια παιδιατρική, 16 νοσηλευτές-τριες εργάζονται στην παθολογική ενώ ισάριθμοι εργάζονται στην ΤΕΠ ενώ τέλος από 6 νοσηλευτές εργάζονταν στην Ορθοπαιδική και την ΜΕΝΝ. Ενώ σχετικά με το πόσο εργάζονται σε νοσοκομείο οι νοσηλευτές-τριες διαχωρίζονται σε 23 άτομα με προϋπηρεσία έως 5 έτη, 30 νοσηλευτές-τριες που εργάζονται από 6 έως 10 έτη ενώ 54 άτομα εργάζονταν έχουν από 11ετή έως 15ετή προϋπηρεσία. Την ίδια στιγμή 5 ήταν οι νοσηλευτές με προϋπηρεσία από 16 έως 20

έτη, ενώ κατά ένα λιγότερο άτομο ήταν οι νοσηλευτές-τριες με προϋπηρεσία άνω των 21 ετών. Το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών-τριών εργαζόταν σε νοσοκομείο από 11 έως 15 έτη αποτελώντας το 46,6% του δείγματος.

6.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την παρούσα έρευνα απαρτιζόταν από 16 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις διαχωρίζονταν σε 5 ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων, και 11 ερωτήσεις που ερευνούσαν το θέμα προς μελέτη. Από τις 5 ερωτήσεις διερεύνησης των δημογραφικών στοιχείων η μια καλούσε τους νοσηλευτές να συμπληρώσουν μια απάντηση ενώ οι υπόλοιπες έδιναν έτοιμες απαντήσεις για επιλογή. Οι 11 ερωτήσεις που ερευνούσαν το θέμα της μελέτης αποτελούνταν από 5βάθμια κλίμακα likert και διερευνούσαν το επίπεδο συμφωνίας του δείγματος.

6.4 ΧΡΟΝΟΣ, ΧΩΡΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ

Προκειμένου να συλλεχθούν απαντήσεις για τις ανάγκες της έρευνας πραγματοποιήθηκε διαμοίραση τους σε νοσηλευτές και νοσηλεύτριες σε Νοσοκομεία της Πάτρας (ΠΓΝΠ, ΓΝΠ «Άγιος Ανδρέας» και ΓΝΠ «Αγία Σοφία». Συνεπώς ο χώρος συλλογής των απαντήσεων είναι η περιοχή της Αθήνας και της Πάτρας. Όσον αφορά το χρόνο συλλογής απαντήσεων αυτός ορίζεται από τις 15 Φεβρουαρίου του 2018 έως τις 17 Αυγούστου του 2018. Όσον αφορά την ανταπόκριση στην έρευνα αρχικά πραγματοποιήθηκε εκτύπωση 100 ερωτηματολογίων τα οποία συμπληρώθηκαν από νοσηλευτές και νοσηλεύτριες, ενώ αφού υπήρξε ανταπόκριση εκτυπώθηκαν άλλα 20 εκ των οποίων συμπληρώθηκαν τα 16.

6.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Μετά την ολοκλήρωση της συλλογής των απαντήσεων τα δεδομένα μεταφέρθηκαν από τον έγγραφο τύπο σε ψηφιακή μορφή. Αρχικά εισάχθηκαν σε ένα αρχείο excel ενώ στη συνέχεια μεταφέρθηκαν στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Αφότου επεξεργάστηκαν κατάλληλα προκειμένου να είναι εφικτή η ανάλυση τους

επεξεργάστηκαν μέσω της διαδικασίας ανάλυσης συχνοτήτων (Analyze → Descriptive Statistics → Frequencies). Η ανάλυση που πραγματοποιήθηκε ήταν περιγραφική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

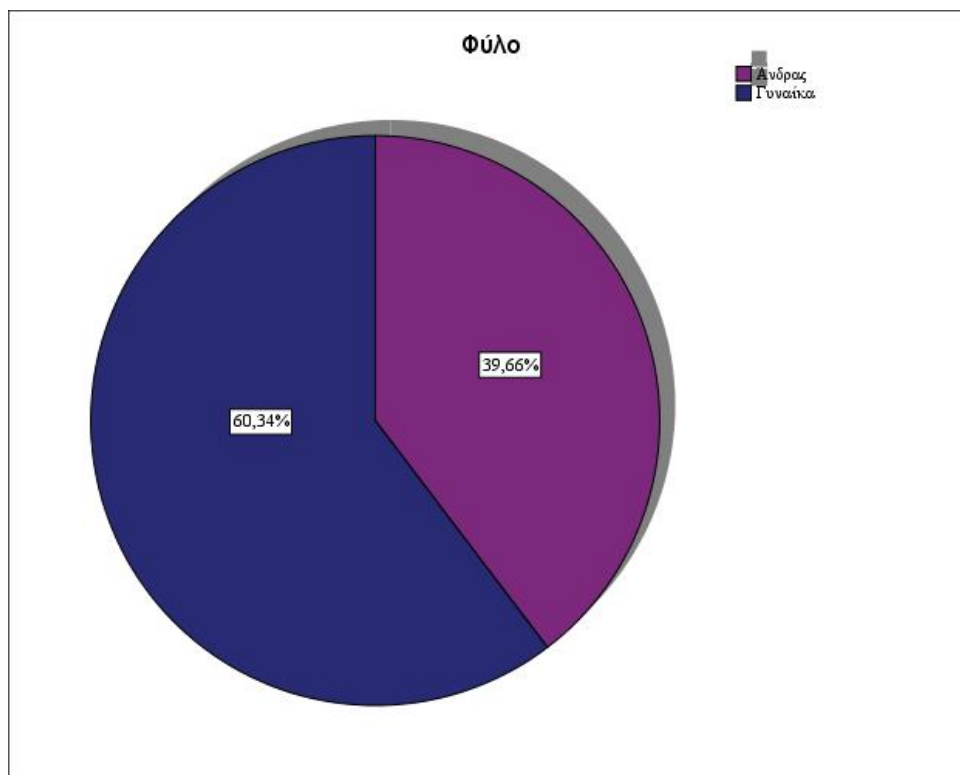
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ερώτηση 1. Φύλο

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 46 άνδρες και 70 γυναίκες, ποσοστιαία στους άνδρες αντιστοιχεί το 39,7% του δείγματος και στις γυναίκες το 60,3%.

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	46	39,7	39,7
	Γυναίκα	70	60,3	100,0
	Total	116	100,0	

Πίνακας 1.7 Παρουσίαση του φύλου του δείγματος μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.



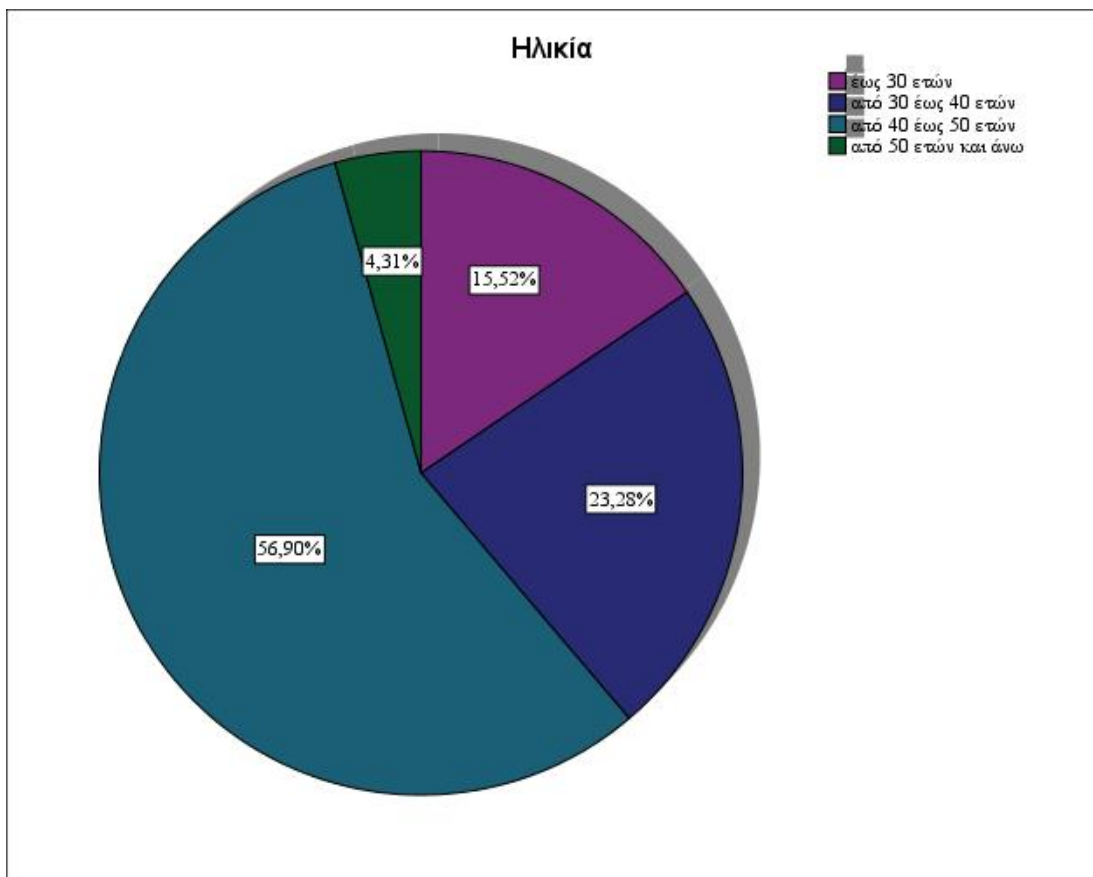
Εικόνα 1.7 Παρουσίαση του φύλου του δείγματος μέσω γραφήματος πίτας.

Ερώτηση 2. Ηλικία

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 18 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες μικρότερους από 30 ετών, 27 άτομα από 30 έως 40 ετών, 66 άτομα από 40 έως 50 ετών και 5 συμμετέχοντες άνω των 50 ετών. Ποσοστιαία το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών-τριών ήταν από 40 έως 50 ετών αποτελώντας το 56,9% του δείγματος.

Ηλικία			
	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid			
έως 30 ετών	18	15,5	15,5
από 30 έως 40 ετών	27	23,3	38,8
από 40 έως 50 ετών	66	56,9	95,7
από 50 ετών και άνω	5	4,3	100,0
Total	116	100,0	

Πίνακας 2.7 Παρουσίαση της ηλικίας του δείγματος μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.



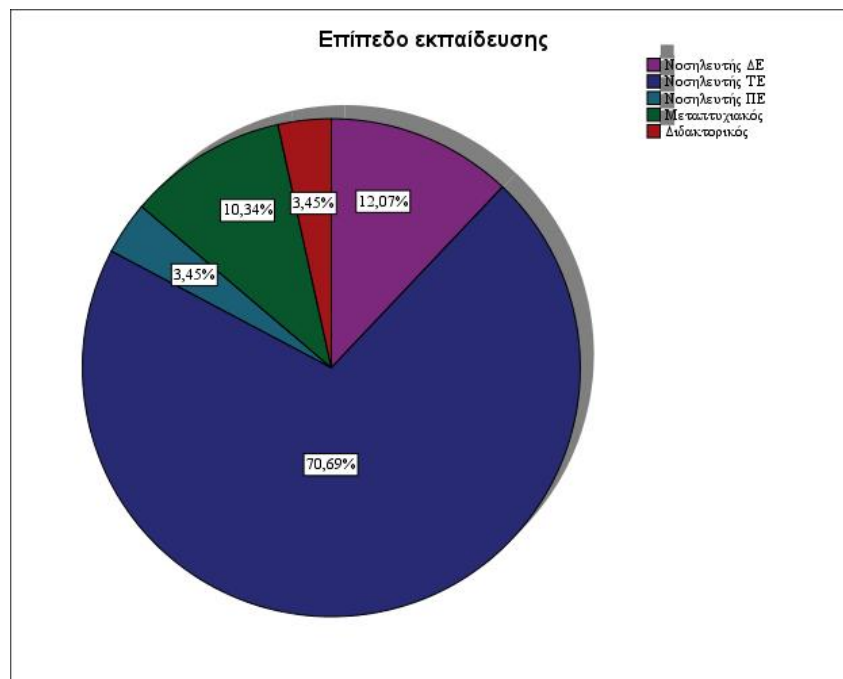
Εικόνα 2.7 Παρουσίαση της ηλικίας του δείγματος μέσω γραφήματος πίτας.

Ερώτηση 3. Επίπεδο εκπαίδευσης

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 14 βοηθούς νοσηλευτές και νοσηλεύτριες, 82 νοσηλευτές-τριες ΤΕ, 4 νοσηλευτές ΠΕ και ισάριθμους συμμετέχοντες με διδακτορικό τίτλο και 12 νοσηλευτές-τριες με μεταπτυχιακό τίτλο. Σε ποσοστιαία κλίμακα το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών-τριών ήταν απόφοιτοι Τεχνολογικής εκπαίδευσης αποτελώντας το 70,7% του δείγματος.

Επίπεδο εκπαίδευσης		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Νοσηλεύτης ΔΕ	14	12,1	12,1
	Νοσηλεύτης ΤΕ	82	70,7	82,8
	Νοσηλεύτης ΠΕ	4	3,4	86,2
	Μεταπτυχιακός	12	10,3	96,6
	Διδακτορικός	4	3,4	100,0
Total		116	100,0	

Πίνακας 3.7 Παρουσίαση του επιπέδου εκπαίδευσής του δείγματος μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.



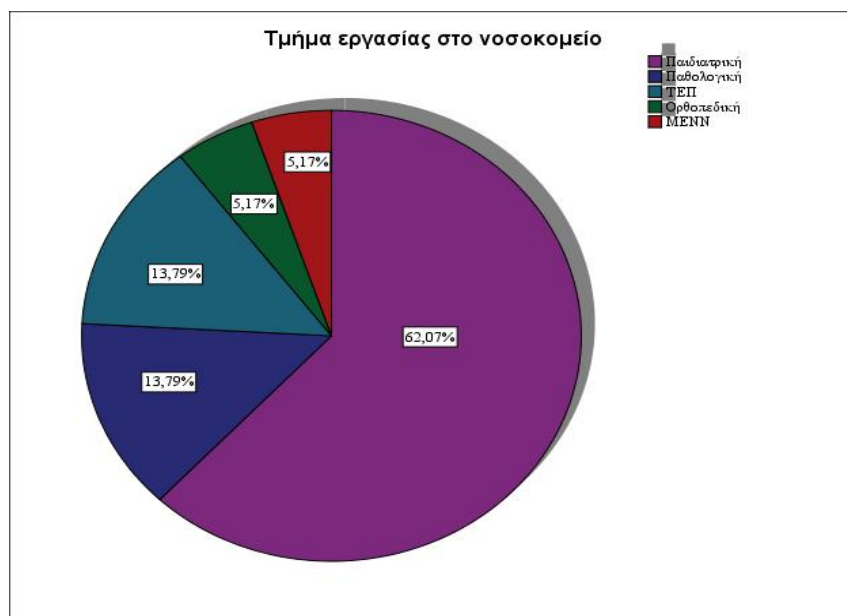
Εικόνα 3.7 Παρουσίαση του επιπέδου εκπαίδευσής του δείγματος μέσω γραφήματος πίτας.

Ερώτηση 4. Τμήμα εργασίας στο νοσοκομείο

Στην έρευνα πήραν μέρος 72 νοσηλευτές και νοσηλεύτριες που εργάζονται στην παιδιατρική, 16 νοσηλευτές-τριες που εργάζονται στην παθολογική ενώ ισάριθμοι εργάζονται στην ΤΕΠ ενώ τέλος από 6 νοσηλευτές εργάζονταν στην Ορθοπαιδική και την ΜΕΝΝ. Το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών-τριών εργαζόταν στην παιδιατρική αποτελώντας το 62,1% του δείγματος.

Τμήμα εργασίας στο νοσοκομείο		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Παιδιατρική	72	62,1	62,1
	Παθολογική	16	13,8	75,9
	ΤΕΠ	16	13,8	89,7
	Ορθοπαιδική	6	5,2	94,8
	ΜΕΝΝ	6	5,2	100,0
Total		116	100,0	

Πίνακας 4.7 Παρουσίαση του τμήματος εργασίας του δείγματος μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.



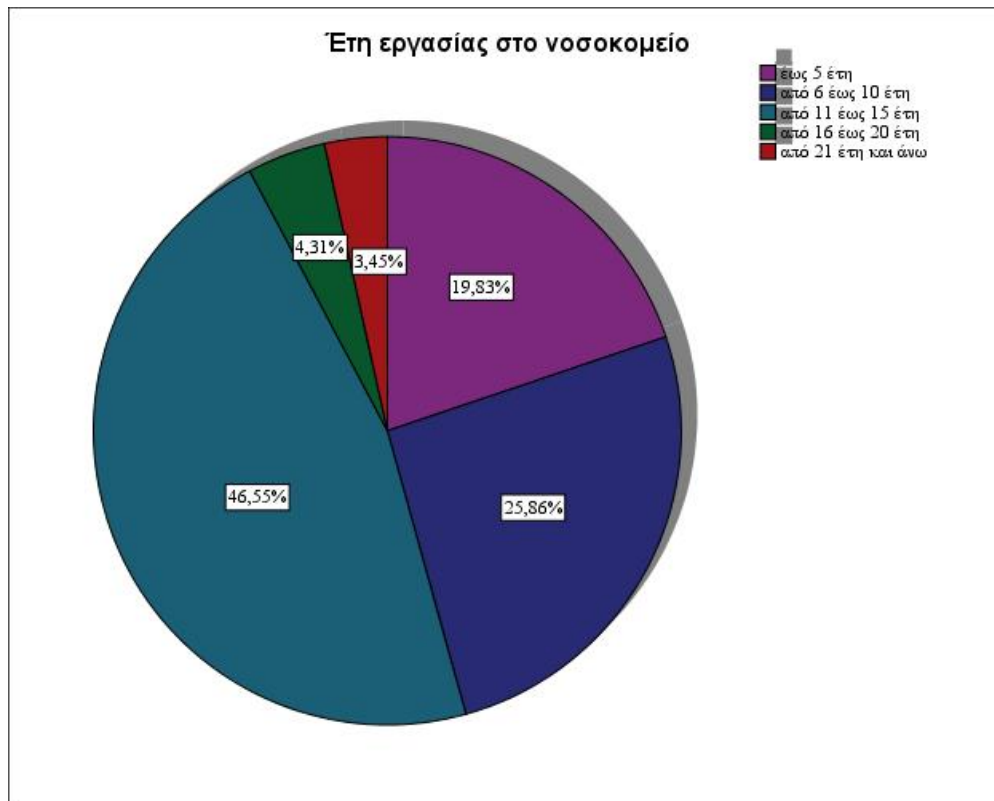
Εικόνα 4.7 Παρουσίαση του τμήματος εργασίας του δείγματος μέσω γραφήματος ράβδων.

Ερώτηση 5. Έτη εργασίας στο νοσοκομείο

Σχετικά με το πόσο εργάζονται σε νοσοκομείο οι νοσηλευτές-τριες διαχωρίζονται σε 23 άτομα με προϋπηρεσία έως 5 έτη, 30 νοσηλευτές-τριες που εργάζονται από 6 έως 10 έτη ενώ 54 άτομα εργάζονταν έχουν από 11ετή έως 15ετή προϋπηρεσία. Την ίδια στιγμή 5 ήταν οι νοσηλευτές με προϋπηρεσία από 16 έως 20 έτη, ενώ κατά ένα λιγότερο άτομο ήταν οι νοσηλευτές-τριες με προϋπηρεσία άνω των 21 ετών. Το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών-τριών εργαζόταν σε νοσοκομείο από 11 έως 15 έτη αποτελώντας το 46,6% του δείγματος.

Έτη εργασίας στο νοσοκομείο				
		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	έως 5 έτη	23	19,8	19,8
	από 6 έως 10 έτη	30	25,9	45,7
	από 11 έως 15 έτη	54	46,6	92,2
	από 16 έως 20 έτη	5	4,3	96,6
	από 21 έτη και άνω	4	3,4	100,0
	Total	116	100,0	

Πίνακας 5.7 Παρουσίαση των ετών εργασία του δείγματος στο νοσοκομείο μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.



Εικόνα 5.7 Παρουσίαση των ετών εργασίας του δείγματος στο νοσοκομείο μέσω γραφήματος πίτας.

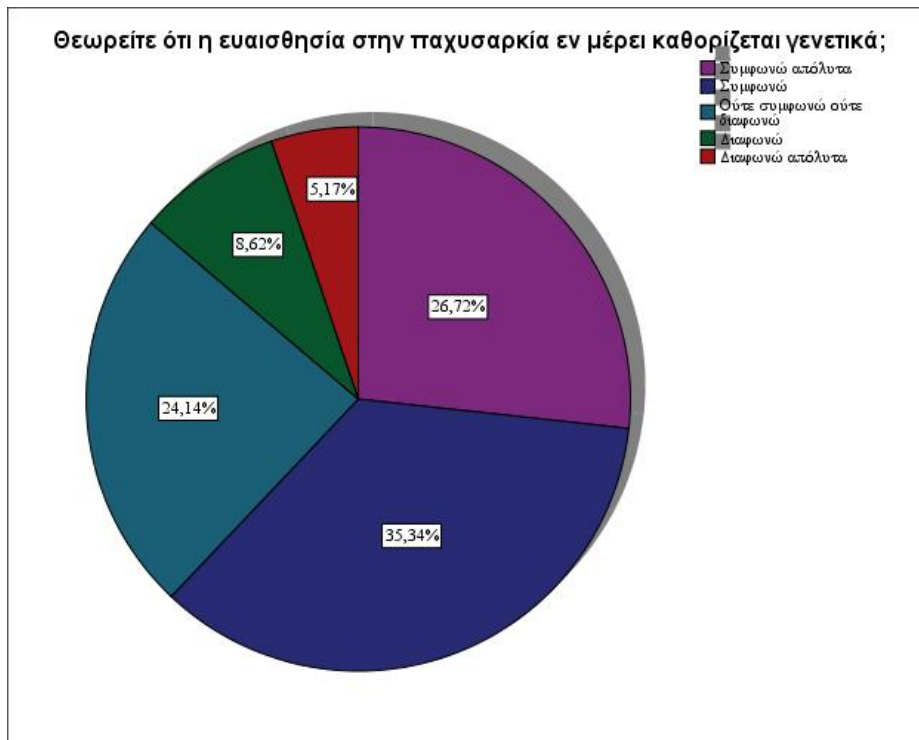
Ερώτηση 6. Θεωρείτε ότι η ευαισθησία στην παχυσαρκία εν μέρει καθορίζεται γενετικά;

Παρατηρώντας τον ακόλουθο πίνακα είναι εμφανές ότι στην πλειοψηφία τους οι νοσηλευτές συμφωνούν με το ότι υπάρχει γενετικός προκαθορισμός της παχυσαρκίας σε κάποιο βαθμό αποτελώντας το 62,1% του δείγματος. Αυτό το ποσοστό προκύπτει αθροίζοντας τις δύο ερωτήσεις συμφωνίας, παρόλα αυτά σχεδόν το ¼ του δείγματος αποτελούνταν από νοσηλευτές που διατήρησαν ουδέτερη στάση αποτελώντας το 24,1% του δείγματος.

Θεωρείτε ότι η ευαισθησία στην παχυσαρκία εν μέρει καθορίζεται γενετικά;

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	31	26,7	26,7
	Συμφωνώ	41	35,3	62,1
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	28	24,1	86,2
	Διαφωνώ	10	8,6	94,8
	Διαφωνώ απόλυτα	6	5,2	100,0
	Total	116	100,0	

Πίνακας 6.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν η ευαισθησία στην παχυσαρκία εν μέρει καθορίζεται γενετικά, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.



Εικόνα 6.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν η ευαισθησία στην παχυσαρκία εν μέρει καθορίζεται γενετικά, μέσω γραφήματος πίτας.

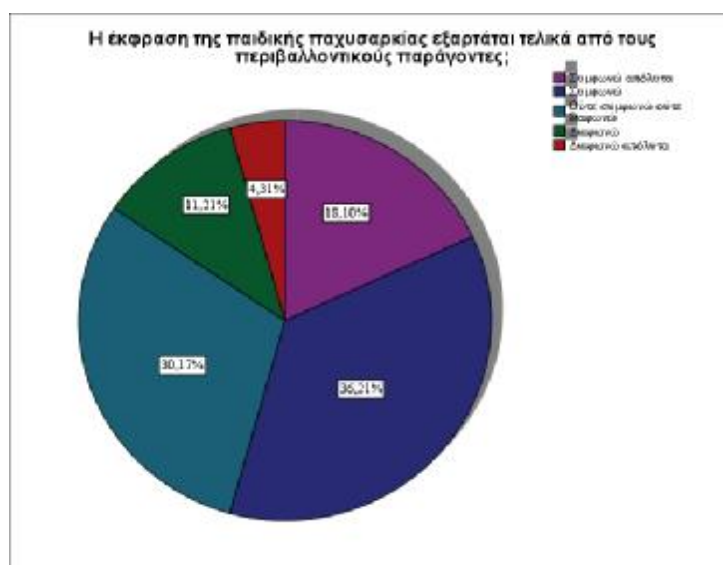
Ερώτηση 7. Η έκφραση της παιδικής παχυσαρκίας εξαρτάται τελικά από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες;

Από τον ακόλουθο πίνακα παρατηρείται ότι κατά κύριο λόγο οι νοσηλευτές συμφωνούν πως η παιδικά παχυσαρκία εξαρτάτε από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες αποτελώντας το 54,3% του δείγματος. Οι ερωτηθέντες που συμφώνησαν και συμφώνησαν απολυτά ήταν η πλειοψηφία του δείγματος, ενώ 3 στους 10 ερωτηθέντες διατήρησαν ουδέτερη στάση με το προαναφερθέν αποτελώντας το 30,2% του δείγματος.

Η έκφραση της παιδικής παχυσαρκίας εξαρτάται τελικά από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες;

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	21	18,1	18,1
	Συμφωνώ	42	36,2	54,3
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	35	30,2	84,5
	Διαφωνώ	13	11,2	95,7
	Διαφωνώ απόλυτα	5	4,3	100,0
	Total		116	100,0

Πίνακας 7.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν η έκφραση της παιδικής παχυσαρκίας εξαρτάται τελικά από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.



Εικόνα 7.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν η έκφραση της παιδικής παχυσαρκίας εξαρτάται τελικά από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, μέσω γραφήματος πίτας.

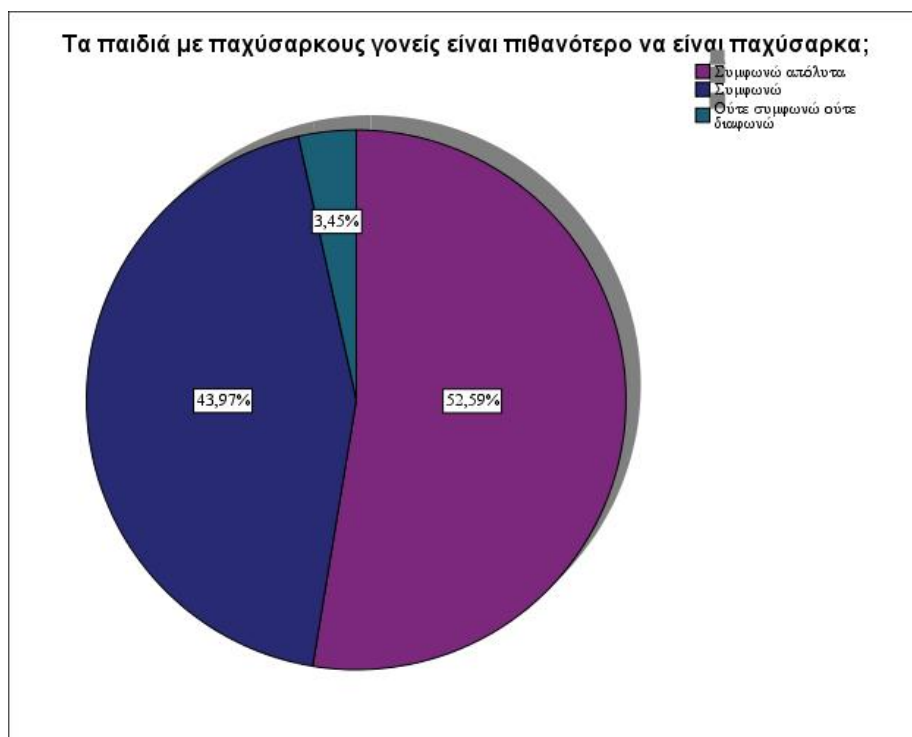
Ερώτηση 8. Τα παιδιά με παχύσαρκους γονείς είναι πιθανότερο να είναι παχύσαρκα;

Παρατηρώντας τον πίνακα που έπεται παρατηρείται πως σχεδόν όλοι οι νοσηλευτές συμφωνούν με το ότι πιθανόν να προκύψει παχυσαρκία στα παιδιά των παχύσαρκων γονέων, αποτελώντας το 96,6% του δείγματος. Οι νοσηλευτές φάνηκε στην πλειοψηφία τους να συμφωνούν απόλυτα αποτελώντας το 52,6% του δείγματος.

Τα παιδιά με παχύσαρκους γονείς είναι πιθανότερο να είναι παχύσαρκα;

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	61	52,6	52,6
Συμφωνώ	51	44,0	96,6
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	4	3,4	100,0
Total	116	100,0	

Πίνακας 8.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παιδιά με παχύσαρκους γονείς είναι πιθανότερο να είναι παχύσαρκα, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.



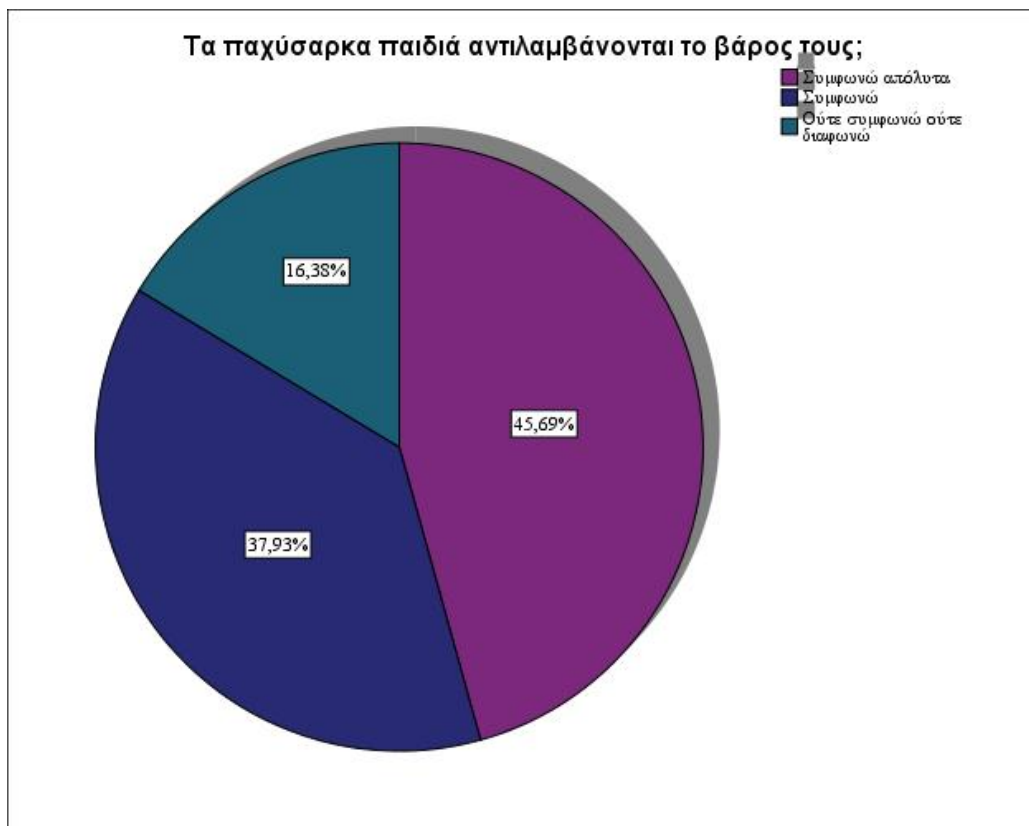
Εικόνα 8.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παιδιά με παχύσαρκους γονείς είναι πιθανότερο να είναι παχύσαρκα, μέσω γραφήματος πίτας.

Ερώτηση 9. Τα παχύσαρκα παιδιά αντιλαμβάνονται το βάρος τους;

Από τον ακόλουθο πίνακα παρατηρείται ότι κατά κύριο λόγο οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι τα παιδιά με παχυσαρκία έχουν αντίληψη του βάρους τους αποτελώντας το 83,6% του δείγματος. Οι ερωτηθέντες που συμφώνησαν απολυτά ήταν η πλειοψηφία του δείγματος αποτελώντας το 45,7% του δείγματος.

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	53	45,7	45,7
Συμφωνώ	44	37,9	83,6
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	19	16,4	100,0
Total	116	100,0	

Πίνακας 9.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά αντιλαμβάνονται το βάρος τους, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.



Εικόνα 9.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά αντιλαμβάνονται το βάρος τους, μέσω γραφήματος πίτας.

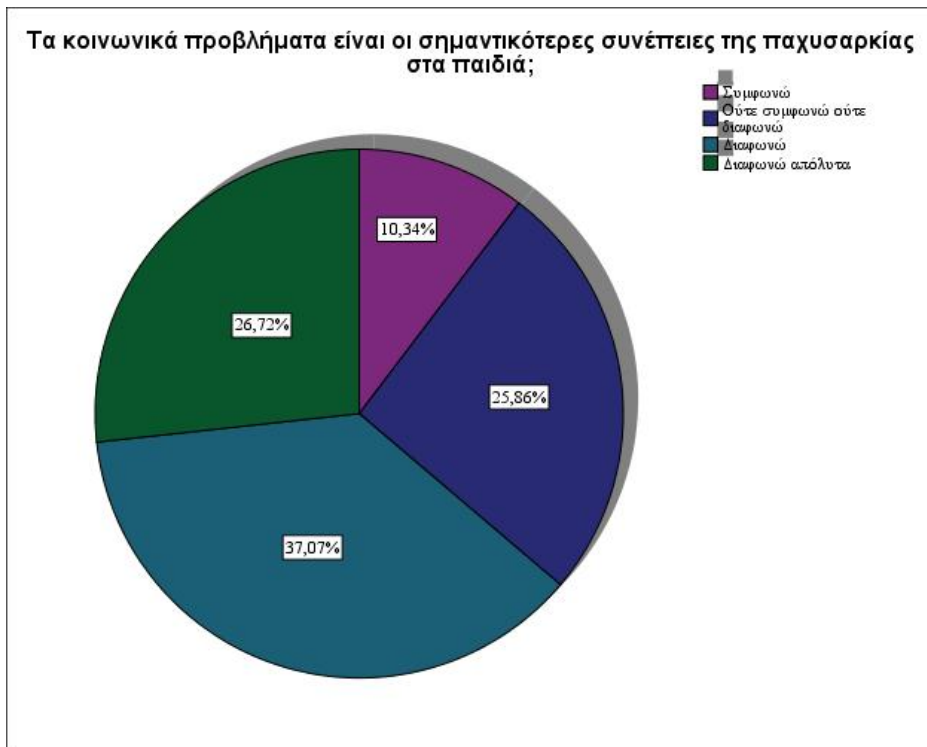
Ερώτηση 10. Τα κοινωνικά προβλήματα είναι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά;

Από τον πίνακα που ακολουθεί καθίσταται εμφανές πως η πλειοψηφία του δείγματος διαφωνεί με το ότι τα κοινωνικά προβλήματα είναι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά, αποτελώντας το 68,8% του δείγματος. Οι νοσηλευτές φάνηκε στην πλειοψηφία τους να διαφωνούν με το προαναφερθέν αποτελώντας το 37,1% του δείγματος, ενώ το ¼ του δείγματος διατήρησαν μια ουδέτερη στάση.

Τα κοινωνικά προβλήματα είναι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά;

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ	12	10,3	10,3
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	30	25,9	36,2
	Διαφωνώ	43	37,1	73,3
	Διαφωνώ απόλυτα	31	26,7	100,0
	Total	116	100,0	

Πίνακας 10.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα κοινωνικά προβλήματα είναι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.



Εικόνα 10.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα κοινωνικά προβλήματα είναι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά, μέσω γραφήματος πίτας.

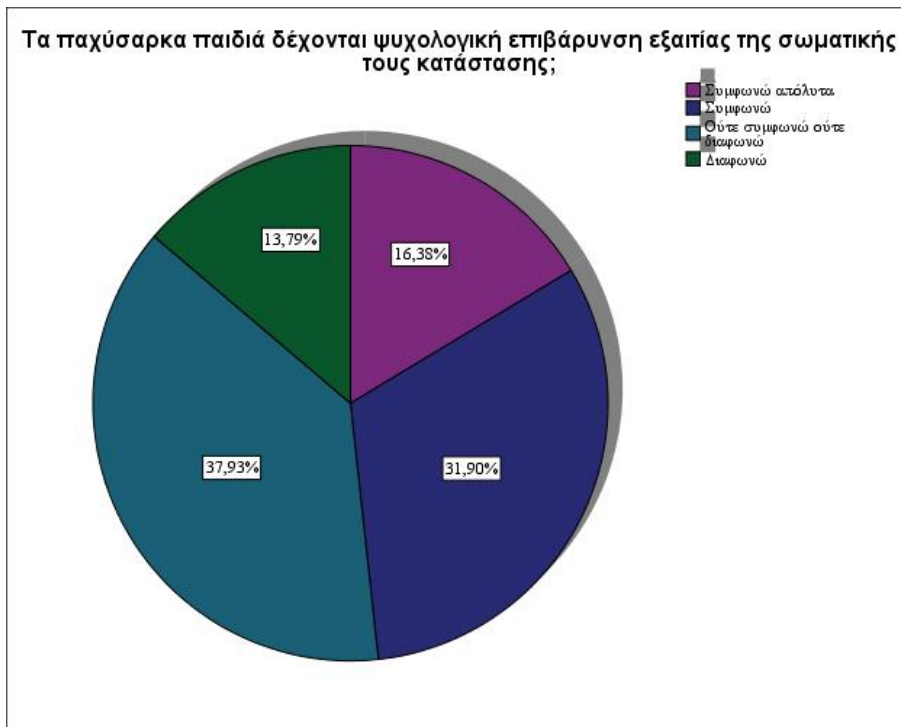
Ερώτηση 11. Τα παχύσαρκα παιδιά δέχονται ψυχολογική επιβάρυνση εξαιτίας της σωματικής τους κατάστασης;

Παρατηρώντας τον ακόλουθο πίνακα είναι εμφανές ότι στην πλειοψηφία τους οι νοσηλευτές συμφωνούν με το ότι υπάρχει ψυχολογική επιβάρυνση εξαιτίας της σωματικής κατάστασης τους στα παχύσαρκα παιδιά αποτελώντας το 48,3% του δείγματος. Αυτό το ποσοστό προκύπτει αθροίζοντας τις δύο ερωτήσεις συμφωνίας, παρόλα αυτά το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος μεμονωμένα αποτελούνταν από νοσηλευτές που διατήρησαν ουδέτερη στάση αποτελώντας το 37,9% του δείγματος.

Τα παχύσαρκα παιδιά δέχονται ψυχολογική επιβάρυνση εξαιτίας της σωματικής τους κατάστασης;

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	19	16,4	16,4
	Συμφωνώ	37	31,9	48,3
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	44	37,9	86,2
	Διαφωνώ	16	13,8	100,0
	Total	116	100,0	

Πίνακας 11.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά δέχονται ψυχολογική επιβάρυνση εξαιτίας της σωματικής τους κατάστασης, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.



Εικόνα 11.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά δέχονται ψυχολογική επιβάρυνση εξαιτίας της σωματικής τους κατάστασης, μέσω γραφήματος πίτας.

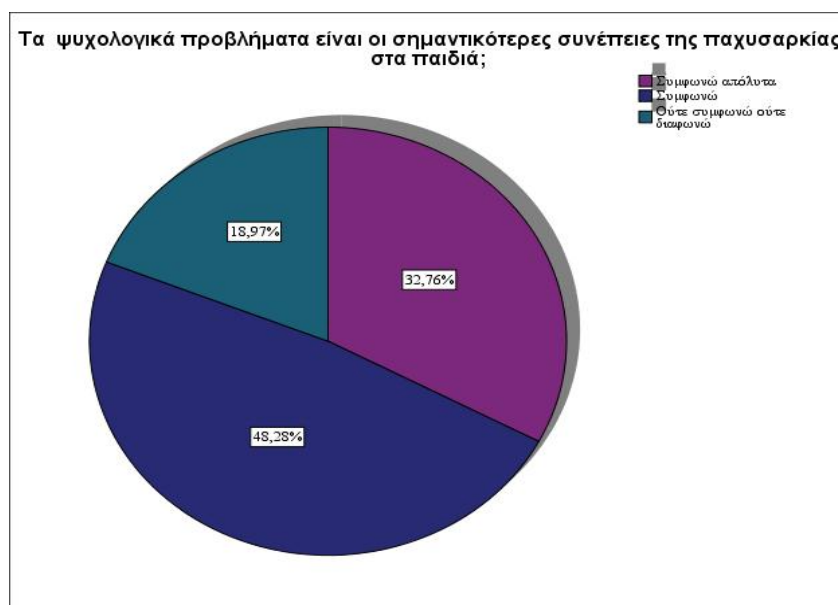
Ερώτηση 12. Τα ψυχολογικά προβλήματα είναι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά;

Από τον πίνακα που έπεται καθίσταται εμφανές ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος συμφώνησε στο ότι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά είναι τα ψυχολογικά προβλήματα, αποτελώντας το 81% του δείγματος. Οι νοσηλευτές φάνηκε στην πλειοψηφία τους να συμφωνούν με το προαναφερθέν αποτελώντας το 48,1% του δείγματος.

Τα ψυχολογικά προβλήματα είναι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά;

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	38	32,8	32,8
	Συμφωνώ	56	48,3	81,0
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	22	19,0	100,0
Total		116	100,0	

Πίνακας 12.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα ψυχολογικά προβλήματα είναι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.



Εικόνα 12.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα ψυχολογικά προβλήματα είναι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά, μέσω γραφήματος πίτας.

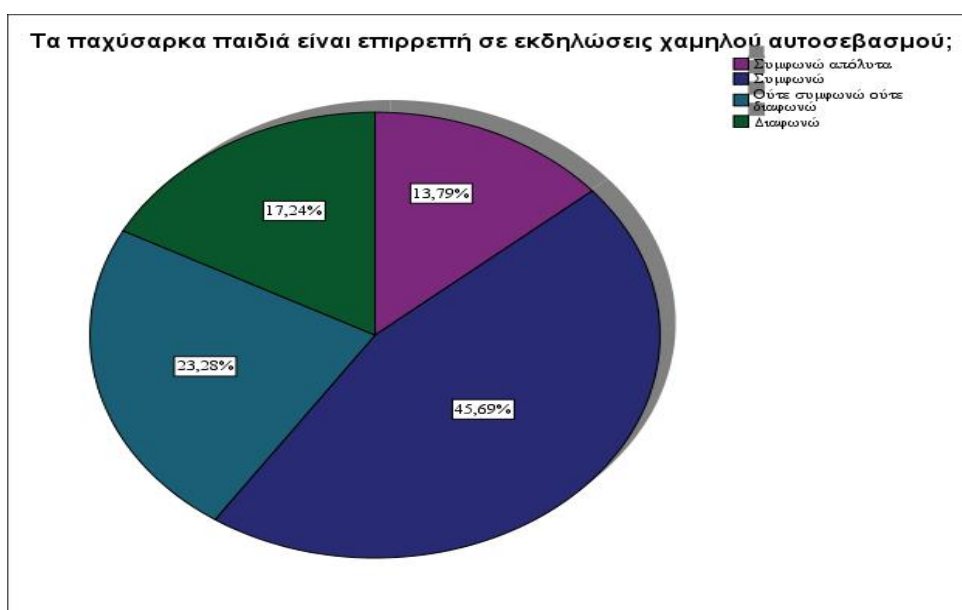
Ερώτηση 13. Τα παχύσαρκα παιδιά είναι επιρρεπή σε εκδηλώσεις χαμηλού αυτοσεβασμού;

Παρατηρώντας τον ακόλουθο πίνακα είναι εμφανές ότι στην πλειοψηφία τους οι νοσηλευτές συμφωνούν με το ότι τα παιδιά με παχυσαρκία παρουσιάζουν χαμηλό αυτοσεβασμό σε πολλές περιπτώσεις, αποτελώντας το 59,5% του δείγματος. Το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών φάνηκε να συμφωνεί αποτελώντας το 45,7% του δείγματος.

Τα παχύσαρκα παιδιά είναι επιρρεπή σε εκδηλώσεις χαμηλού αυτοσεβασμού;

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	16	13,8	13,8
Συμφωνώ	53	45,7	59,5
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	27	23,3	82,8
Διαφωνώ	20	17,2	100,0
Total	116	100,0	

Πίνακας 13.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά είναι επιρρεπή σε εκδηλώσεις χαμηλού αυτοσεβασμού, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.



Εικόνα 13.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά είναι επιρρεπή σε εκδηλώσεις χαμηλού αυτοσεβασμού, μέσω γραφήματος πίτας.

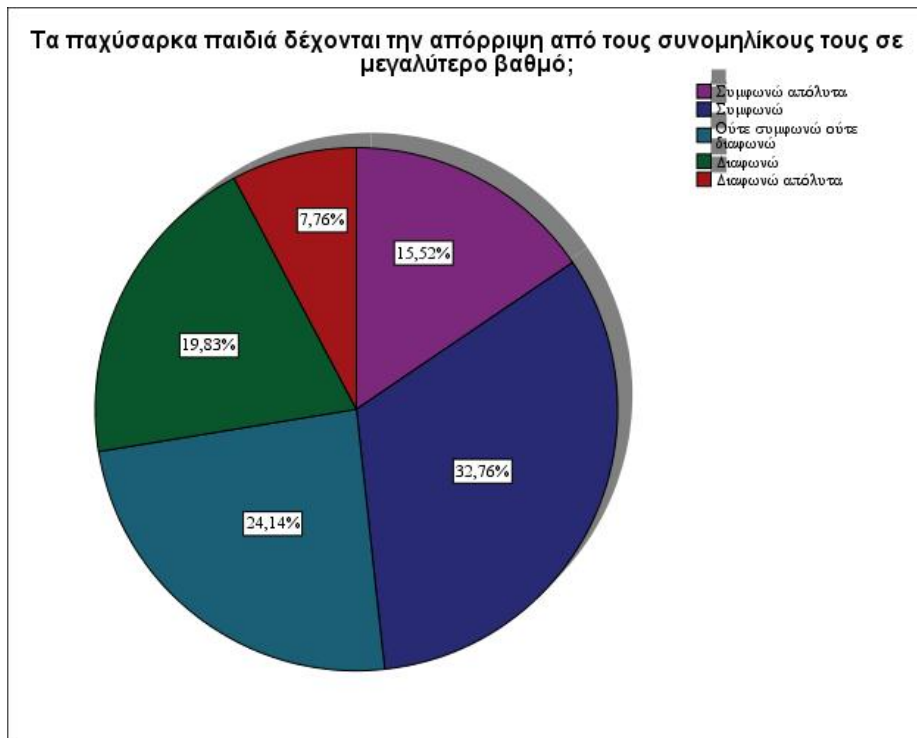
Ερώτηση 14. Τα παχύσαρκα παιδιά δέχονται την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους σε μεγαλύτερο βαθμό;

Από τον πίνακα που ακολουθεί παρατηρείται πως στην πλειοψηφία του το δείγμα συμφώνησε στο ότι οι τα παχύσαρκα παιδιά δέχονται την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους σε μεγαλύτερο βαθμό, αποτελώντας το 48,3% του δείγματος. Στην παρούσα ερώτηση παρατηρήθηκε πως οι περισσότεροι νοσηλευτές αθροιστικά συμφώνησαν παρόλα αυτά το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος διατήρησε ουδέτερη στάση και διαφώνησαν.

Τα παχύσαρκα παιδιά δέχονται την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους σε μεγαλύτερο βαθμό;

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ απόλυτα	18	15,5	15,5
	Συμφωνώ	38	32,8	48,3
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	28	24,1	72,4
	Διαφωνώ	23	19,8	92,2
	Διαφωνώ απόλυτα	9	7,8	100,0
	Total	116	100,0	

Πίνακας 14.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά δέχονται την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους σε μεγαλύτερο βαθμό, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.



Εικόνα 14.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά δέχονται την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους σε μεγαλύτερο βαθμό, μέσω γραφήματος πίτας.

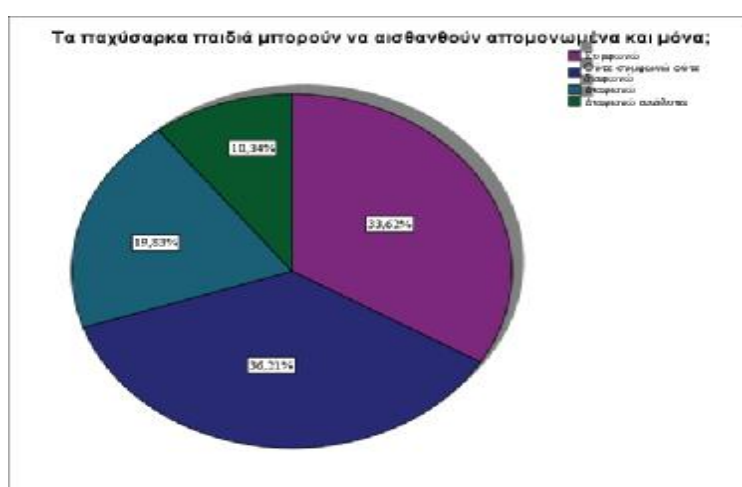
Ερώτηση 15. Τα παχύσαρκα παιδιά μπορούν να αισθανθούν απομονωμένα και μόνα;

Παρατηρώντας τον ακόλουθο πίνακα είναι εμφανές ότι στην πλειοψηφία τους οι νοσηλευτές διατήρησαν ουδέτερη στάση στο ότι τα παχύσαρκα παιδιά μπορεί να νιώσουν απομόνωση και μοναξιά απαρτίζοντας το 36,2% του δείγματος. Σημαντικό γεγονός είναι πως παρόλη τη γενική ουδέτερη στάση το δεύτερο μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αποτελούν από νοσηλευτές που συμφώνησαν με το ότι παχύσαρκα παιδιά μπορούν να αισθανθούν απομονωμένα και μόνα αποτελώντας το 33,6% του δείγματος.

Τα παχύσαρκα παιδιά μπορούν να αισθανθούν απομονωμένα και μόνα;

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ	39	33,6	33,6
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	42	36,2	69,8
Διαφωνώ	23	19,8	89,7
Διαφωνώ απόλυτα	12	10,3	100,0
Total	116	100,0	

Πίνακας 15.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά μπορούν να αισθανθούν απομονωμένα και μόνα, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.



Εικόνα 15.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν τα παχύσαρκα παιδιά μπορούν να αισθανθούν απομονωμένα και μόνα, μέσω γραφήματος πίτας.

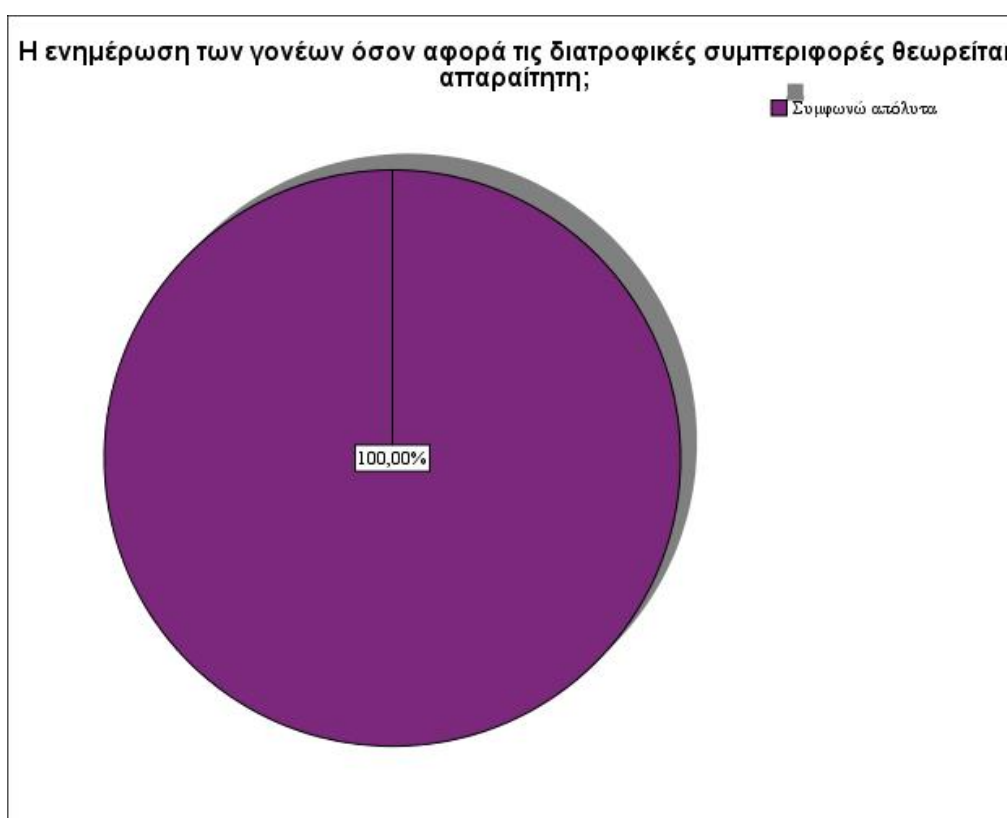
Ερώτηση 16. Η ενημέρωση των γονέων όσον αφορά τις διατροφικές συμπεριφορές θεωρείται απαραίτητη;

Από τον πίνακα που έπεται καθίσταται εμφανές ότι όλο το δείγμα πιστεύει ότι η ενημέρωση των γονέων όσον αφορά τις διατροφικές συμπεριφορές είναι απαραίτητη. Όπως προαναφέρθηκε όλοι οι νοσηλευτές συμφώνησαν απόλυτα δείχνοντας έτσι την απόλυτη αναγκαιότητα της ενημέρωσης των γονέων.

Η ενημέρωση των γονέων όσον αφορά τις διατροφικές συμπεριφορές θεωρείται απαραίτητη;

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ απόλυτα	116	100,0	100,0

Πίνακας 16.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν η ενημέρωση των γονέων όσον αφορά τις διατροφικές συμπεριφορές θεωρείται απαραίτητη, μέσω συχνοτήτων και ποσοστών επί τοις εκατό.



Εικόνα 16.7 Παρουσίαση της άποψης του δείγματος σχετικά με το εάν η ενημέρωση των γονέων όσον αφορά τις διατροφικές συμπεριφορές θεωρείται απαραίτητη, μέσω γραφήματος πίτας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αφότου αναλύθηκαν οι απαντήσεις των νοσηλευτών προέκυψε μια πληθώρα συμπερασμάτων τα οποία στην πλειοψηφία τους συμφωνούν με τη γενική εικόνα του πληθυσμού γύρω από την παιδική παχυσαρκία. Αρχικά οι νοσηλευτές συμφωνούν με το ότι υπάρχει γενετικός προκαθορισμός της παχυσαρκίας, ενώ σε μικρότερο βαθμό οι νοσηλευτές συμφώνησαν πως η παιδικά παχυσαρκία εξαρτάτε από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι νοσηλευτές στην συντριπτική τους πλειοψηφία έδειξαν μέσω των απαντήσεων τους πως θεωρούν ότι πιθανών να προκύψει παχυσαρκία στα παιδιά των παχύσαρκων γονέων τονίζοντας την οικογενειακή διατροφή και τις συνήθειες των γονέων να επιφέρουν και στα παιδιά τους παρόμοιες συνήθειες.

Επίσης παρατηρήθηκε πως οι νοσηλευτές πιστεύουν σε πολύ μεγάλο βαθμό πως τα παιδιά με παχυσαρκία έχουν αντίληψη του βάρους τους. Οι νοσηλευτές την ίδια στιγμή θεωρούν πως τα κοινωνικά προβλήματα δεν είναι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας παρόλα αυτά θεωρούν τα ψυχολογικά προβλήματα να είναι η πιο σημαντική συνέπεια. Οι νοσηλευτές την ίδια στιγμή θεωρούν στην πλειοψηφία τους ότι υπάρχει στα παχύσαρκα παιδιά ψυχολογική επιβάρυνση εξαιτίας της σωματικής τους κατάστασης, όμως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος διατήρησε ουδέτερη στάση με το προαναφερθέν.

Επιπλέον παρατηρήθηκε πως οι νοσηλευτές στην πλειοψηφία τους συμφωνούν με το ότι τα παιδιά με παχυσαρκία παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα αυτοσεβασμού σε πληθώρα περιπτώσεων. Ενώ οι νοσηλευτές θεωρούν σε μεγάλο βαθμό ότι τα παχύσαρκα παιδιά δέχονται την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους σε μεγαλύτερο βαθμό, αποτελώντας το 48,3% του δείγματος. όμως το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος διατήρησε ουδέτερη στάση με το προαναφερθέν. Όσον αφορά τις συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά παρατηρήθηκε επίσης πως οι περισσότεροι νοσηλευτές και νοσηλεύτριες διατήρησαν ουδέτερη στάση στο ότι τα παχύσαρκα παιδιά μπορεί να νιώσουν απομόνωση και μοναξιά απαρτίζοντας, όμως παρόλη τη γενική ουδέτερη στάση του δείγματος μεγάλο μέρος από νοσηλευτές συμφώνησαν με το ότι παχύσαρκα παιδιά μπορούν να αισθανθούν απομονωμένα και μόνα.

Τέλος παρατηρήθηκε ότι όλοι οι νοσηλευτές που πήραν μέρος στην έρευνα θεωρούν ότι είναι απαραίτητη η ενημέρωση των γονέων γύρω από τις διατροφικές συμπεριφορές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Au, L.E., Crawford, P.B., Woodward-Lopez, G., (2018) School Wellness Committees Are Associated With Lower Body Mass Index Z-Scores and Improved Dietary Intakes in US Children: The Healthy Communities Study, *Journal of School Health*, 88(9), pp. 627-635

Crystal Smith-Spangler, Margaret L. (2012). Are Organic Foods Safer or Healthier Than Conventional Alternatives?: A Systematic Review, *Ann Intern Med.* 157(5):348-366.

Currie C. (2004) Young People's Health in Context: international report from the HBSC 2001/02 survey, (Health Policy for Children and Adolescents, No.4), WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

DeLong, C.G., Kulaylat, A.N., Kulaylat, A.S., Cilley, R.E., (2018) Trends and attributable costs of anorectal involvement in pediatric Crohn's disease *Journal of Surgical*, 232, pp. 113-120

Dupriest, E.A., Lin, B., Kupfer, P., Purnell, J.Q., (2018) Effects of postweaning calorie restriction on accelerated growth and adiponectin in nutritionally programmed microswine offspring, *American Journal of Physiology - Regulatory Integrative and Comparative Physiology*, 315(2), pp. R354-R368

Diederichs, T., Perrar, I., Roßbach, S., Alexy, U., (2018) In adolescence a higher 'eveningness in energy intake' is associated with higher total daily energy intake, *Appetite*, 128, pp. 159-166

Dyads Ling, J., Zahry, N.R., Wasilevich, E., Robbins, L.B. (2018) Dietary Intake Among Head Start Preschooler-caregiver, *Journal of Pediatric Nursing* 42, pp. 65-72

Grosso, G., Galvano G, (2016) Mediterranean diet adherence in children and adolescents in southern European countries, NFS Journal 3, pp. 13-19

Harmon, K.J., Proescholdbell, S.K., Register-Mihalik, J., Waller, A.E., Marshall, S.W. (2018) Characteristics of sports and recreation-related emergency department visits among school-age children and youth in North Carolina, Injury Epidemiology 5(1),23

Heerman, W.J., Burgess, L.E., Escarfuller, J., Samuels, L.R., Singer-Gabella, M. (2018) Competency Based Approach to Community Health (COACH): The methods of a family-centered, community-based, individually adaptive obesity randomized trial for pre-school child-parent pairs , Contemporary Clinical Trials 73, pp. 1-7

Kang, S.A. (2018) A study on development of application for management of obesity in children with intellectual disabilities, Lecture Notes in Electrical Engineering 30(1), pp. X3-X4

Kaur, A., Dsingh, A.(2019) Interrelationship between dietary intake, bone mineral density and incidence of the development of musculoskeletal disorders in college students, Advances in Intelligent Systems and Computing, 826, pp. 337-343

Kloss, L. et al. (2015), “Sodium Intake and Its Reduction by Food Reformulation in the European Union – A Review”, NFS Journal, Vol. 1, pp. 9-19.

Lee, S.-Y., Hoerr, S.L., Schiffman, R.F. (2005) Screening for infants' & toddlers' dietary quality through maternal diet MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing, 30(1), pp. 60-66

Lindsay A.C. , Sussner K.M., Greaney M.L., Peterson K.E. (2009) Influence of social context on eating, physical activity, and sedentary behaviors of Latino Mothers and their preschool – aged Children, Health Educational Behaviour, February, 36 (1); 81 – 96

Magnussona M., Anne Arvola, Ulla-Kaisa Koivisto Hurstia, Lars Åberg, Per-Olof Sjöden. (2003). Choice of organic foods is related to perceived consequences for human health and to environmentally friendly behaviour. Volume 40, Issue 2, Pages 109–117

Manzel A., Muller D., David A. (2014) Role of “Western Diet” in Inflammatory Autoimmune Diseases. *Current Allergy and Asthma Reports*, 14:404

Mateo, G. F. et al. (2015), “Mobile Phone Apps to Promote Weight Loss and Increase Physical Activity: A Systematic Review and Meta-analysis”, *Journal of Medical Internet Research*, Vol. 17(11).

Moore, J.B., Pawloski, L.R., Goldberg, P., Stoehr, A., Baghi, H. (2009) Childhood obesity study: A pilot study of the effect of the nutrition education program Color My Pyramid, *Journal of School Nursing*, 25(3), pp. 230-239

Navarro, E., Funtikova, A.N., Fíto, M., Schröder, H.,(2016) Prenatal nutrition and the risk of adult obesity: Long-term effects of nutrition on epigenetic mechanisms regulating Gene expression, *Journal of Nutritional Biochemistry*, 39, pp. 1-14

Nelson J.A. , Carpenter K., Chiasson, M.A.(2006) Diet, activity, and overweight among preschool age children enrolled in the special supplemental nutrition program for women, infants and children”, *Preventing Chronic Disease, Public Health Research, Practice and Policy*, Vol.3: No 2

Nelson J.A., Carpenter K., Chiasson M.A.,(2006) Diet, activity, and overweight among preschool age children enrolled in the special supplemental nutrition program for women, infants and children”, *Preventing Chronic Disease, Public Health Research, Practice and Policy*, Vol.3: No 2

Sabula, A. (1998) Teaching fat budgeting and the food pyramid the "hands-on" way to licensed practical nursing students, *Journal of Nutrition Education and Behavior* 514, pp. 109-114

Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J, et al.(2004). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutr.*;7:931-35.

Spence, A.C., Campbell, K.J., Lioret, S., (2018) Early Childhood Vegetable, Fruit, and Discretionary Food Intakes Do Not Meet Dietary Guidelines, but Do Show Socioeconomic Differences and Tracking over Time, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118(9), pp. 1634-1643.

Willett W.C., Sacks F, Trichopoulou A., Drescher G., Ferroluzzi A., Helsing E. (1995). Mediterranean diet pyramid: A cultural model for healthy index. *Am J Clin Nutr* 1402S–1406S.

2. ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αθανασίου, Λ., (2007). Μέθοδοι και τεχνικές έρευνας στις επιστήμες της αγωγής: ποσοτικές και ποιοτικές προσεγγίσεις. Ιωάννινα : Εφύρα.

Δημητρόπουλος, Ε., (2004). Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας: προς ένα συστηματικό δυναμικό μοντέλο μεθοδολογίας επιστημονικής έρευνας. Αθήνα: Έλλην

3. ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

WHO Technical Report Series (2016) “Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases”. Geneva Διαθέσιμο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf Τελευταία προσπέλαση: Αύγουστος 13, 2018.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

2. Ηλικία

- Έως 30
- 30-40
- 40-50
- 50 και άνω

3. Επίπεδο εκπαίδευσης

- Νοσηλεύτης ΔΕ
- Νοσηλεύτης ΤΕ
- Νοσηλεύτης ΠΕ
- Μεταπτυχιακός
- Διδακτορικός

4. Τμήμα εργασίας στο νοσοκομείο

5. Έτη εργασίας στο νοσοκομείο

- Έως 5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 21 και άνω

6. Θεωρείτε ότι η ευαισθησία στην παχυσαρκία εν μέρει καθορίζεται γενετικά

- ο Συμφωνώ απόλυτα
- ο Συμφωνώ
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ
- ο Διαφωνώ απόλυτα

7. Η έκφραση της παιδικής παχυσαρκίας εξαρτάται τελικά από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες

- ο Συμφωνώ απόλυτα
- ο Συμφωνώ
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ
- ο Διαφωνώ απόλυτα

8. Τα παιδιά με παχύσαρκους γονείς είναι πιθανότερο να είναι παχύσαρκα

- ο Συμφωνώ απόλυτα
- ο Συμφωνώ
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ
- ο Διαφωνώ απόλυτα

9. Τα παχύσαρκα παιδιά αντιλαμβάνονται το βάρος τους.

- ο Συμφωνώ απόλυτα
- ο Συμφωνώ
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ
- ο Διαφωνώ απόλυτα

10. Τα παχύσαρκα παιδιά δέχονται ψυχολογική επιβάρυνση εξαιτίας της σωματικής τους κατάστασης.

- ο Συμφωνώ απόλυτα
- ο Συμφωνώ
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ

- ο Διαφωνώ απόλυτα

11. Τα κοινωνικά προβλήματα είναι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά.

- ο Συμφωνώ απόλυτα
- ο Συμφωνώ
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ
- ο Διαφωνώ απόλυτα

12. Τα ψυχολογικά προβλήματα είναι οι σημαντικότερες συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά.

- ο Συμφωνώ απόλυτα
- ο Συμφωνώ
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ
- ο Διαφωνώ απόλυτα

13. Τα παχύσαρκα παιδιά είναι επιρρεπή σε εκδηλώσεις χαμηλού αυτοσεβασμού

- ο Συμφωνώ απόλυτα
- ο Συμφωνώ
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ
- ο Διαφωνώ απόλυτα

14. Τα παχύσαρκα παιδιά δέχονται την απόρριψη από τους συνομηλίκους τους σε μεγαλύτερο βαθμό.

- ο Συμφωνώ απόλυτα
- ο Συμφωνώ
- ο Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- ο Διαφωνώ
- ο Διαφωνώ απόλυτα

15. Τα παχύσαρκα παιδιά μπορούν να αισθανθούν απομονωμένα και μόνα

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα

16. Η ενημέρωση των γονέων όσον αφορά τις διατροφικές συμπεριφορές θεωρείται απαραίτητη.

- Συμφωνώ απόλυτα
- Συμφωνώ
- Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- Διαφωνώ
- Διαφωνώ απόλυτα