

**Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**



ΘΕΜΑ

**« Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ, ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΛΗΣ ΤΩΝ
ΠΑΤΡΩΝ »**



**Μετέχουσες Σπουδάστριες:
ΒΓΕΝΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΓΡΑΨΑ ΑΚΡΙΒΗ**

**Υπεύθυνος Καθηγητής:
Κ. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

**Πτυχιακή για τη λήψη πτυχίου στο Τμήμα Κοινωνικής
Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και
Πρόνοιας Του Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος
Πάτρας.**

ΠΑΤΡΑ , ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2006

Ο ξαφνικός θάνατος
είναι πιο συνηθισμένος
στους παχύσαρκους ανθρώπους
από ότι στους αδύνατους.

Ιπποκράτης 400 μ.Χ.

Ένα βαθιά ριζωμένο δυτικό πολιτιστικό
στερεότυπο ισχυρίζεται το εξής: "ότι
είναι ωραίο είναι καλό, ό,τι είναι άσχημο
είναι κακό". Άνδρες και γυναίκες με
ωραία εμφάνιση είναι αντικείμενα
ευνοϊκών προκαταλήψεων.

Έτσι "επιβάλλεται" – κυρίως- στη
γυναίκα η κοινωνική υποχρέωση να
είναι καλλίγραμμη και, ταυτόχρονα καλή
σύζυγος, δυναμική εργάτρια,
"σέξι" ερωμένη.

Η ηδονιστική αξία της τροφής, δηλαδή η
απόλαυση του φαγητού καταντά
εφιάλτης. Η ακραία επιβεβαίωση των
ατομικών αξιών καταλήγει σε μια
αλλοτριωμένη σχέση με το σώμα, το
οποίο παύει να αποτελεί πηγή
απόλαυσης, αλλά ένα μέσο ισχύος.
Απ' αυτή την οπτική γωνία, το σώμα
οφείλει να είναι γραμμωμένο,
πειθαρχημένο, ελεγχόμενο.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον υπεύθυνο καθηγητή μας Κύριο Δετοράκη Ιωάννη, για την πολύτιμη συμβουλή του. Με τις γνώσεις και τις κατευθύνσεις που μας προσέφερε καθ' όλη την διάρκεια της συνεργασίας μας, μας βοήθησε σημαντικά στην πραγματοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Επίσης, αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας και τους ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μας και έδειξαν μεγάλη υπομονή κατά την διάρκεια των σπουδών μας. Και, τους διευθυντές και δασκάλους που μας βοήθησαν να πραγματοποιήσουμε την ερευνά μας στα Δημοτικά σχολεία της Πάτρας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους υπεύθυνους των πιο κάτω υπηρεσιών , για το υλικό που μας παραχώρησαν προκειμένου να διεκπεραιωθεί η μελέτη μας καθώς και όλους τους συγγραφείς των άρθρων, περιοδικών, βιβλίων και ιστοσελίδων:

- Τη Δημοτική Βιβλιοθήκη Πατρών.
- Τη Βιβλιοθήκη του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών.
- Τη Βιβλιοθήκη του Πανεπιστημίου Πατρών.
- Τον Κοινωνικό Τομέα του Δήμου Πατρέων.
- Το Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ.....	10
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....	13
2.2 ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....	13
2.2.1 ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ.....	14
2.2.2 ΛΙΠΙΔΙΑ.....	15
2.2.3 ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ.....	16
2.2.4 ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ.....	17
2.3 ΟΜΑΔΕΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ.....	18
2.4 Η ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ.....	18
2.5 Η ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ.....	19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΣΩΜΑΤΟΣ-ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ-ΘΕΡΜΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ-ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ-ΚΑΜΠΥΛΕΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ

3.1 Η ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	21
3.1.1 ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	22
3.1.2 ΤΟ ΣΩΜΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑ.....	23
3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ-ΒΑΣΙΚΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ-ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΑΝΑΠΑΥΣΗΣ.....	23
3.2.1 ΠΩΣ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ Ο ΒΑΣΙΚΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ.....	24
3.2.2 ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΑΝΑΠΑΥΣΗΣ.....	25
3.3 ΟΙ ΘΕΡΜΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ.....	26
3.3.1 Ο ΒΑΣΙΚΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ.....	26
3.3.2 Η ΜΥΪΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.....	27
3.3.3 Η ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ.....	27
3.3.4 ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΤΡΟΦΗΣ.....	28
3.4 Η ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΣΕ ΘΕΡΜΙΔΕΣ.....	28
3.5 ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	29
3.6 ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΟΣΦΥΟΣ-ΜΕΤΡΗΣΗ ΜΕΣΗΣ.....	31
3.7 ΚΑΜΠΥΛΕΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΗΛΙΚΙΑΣ, ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ..	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΔΙΑΤΡΟΦΗ-ΒΑΡΟΣ-ΠΑΙΔΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

4.1 Η ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΩΣ ΒΑΣΙΚΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ.....	33
4.2 ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΩΣ ΑΔΡΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΑΛΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	34
4.3 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΩΙΝΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	34
4.4 ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ.....	36
4.5 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ.....	37
4.6 ΠΑΙΔΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ-ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

5.1	ΟΡΙΣΜΟΙ ΠΑΙΔΙΚΗΣ, ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	39
5.2	ΤΥΠΟΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	39
5.3	ΤΥΠΟΙ ΑΤΟΜΩΝ ΥΠΕΡΒΑΡΩΝ.....	40
5.4	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ-ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	41
5.4.1	ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	42
5.4.2	ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	43
5.5	ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	
5.5.1	ΣΗΜΕΡΙΝΟΣ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ.....	44
5.5.2	ΣΗΜΕΡΙΝΟΣ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ...44	
5.5.3	ΣΗΜΕΡΙΝΟΣ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΟΥ.....	45
5.5.4	ΣΗΜΕΡΙΝΟΣ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΕΙΡΗΝΙΚΟΥ.....	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

6.1	Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	47
6.2	ΓΕΝΕΤΙΚΑ-ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΑ ΑΙΤΙΑ.....	48
6.3	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ.....	48
6.4	Ο ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ.....	51
6.5	Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ.....	52
6.6	Η ΠΟΛΥΩΡΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΛΕΟΡΑΣΗΣ.....	53
6.7	ΆΛΛΑ ΑΙΤΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΚΡΙΣΙΜΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

7.1	ΚΡΙΣΙΜΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	56
7.2	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ.....	57
7.2.1	ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ.....	57
7.2.2	Η ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ.....	58
7.2.3	ΤΑ ΜΕΣΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ.....	59
7.2.4	ΟΙ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΕΣ.....	60
7.3	ΠΟΣΟ ΣΟΒΑΡΗ ΕΙΝΑΙ Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.....	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο: ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

8.1	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ.....	61
8.2	ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ.....	63
8.3	ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	63
8.4	ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ.....	68

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

9.1	ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ.....	69
-----	--------------------------------------	----

9.2	ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ.....	71
9.3	ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο: Η ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ, Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

10.1	ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ.....	76
10.2	Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	78
10.3	Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ-Η ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο: Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

11.1	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	80
11.2	Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	82
11.3	ΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΩΣ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	84
11.4	Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	85
11.5	ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΤΕΙΘΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΣΧΟΛΙΚΑ ΚΥΛΙΚΕΙΑ.....	86

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο: Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....

12.1	Η ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΚΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	89
12.2	Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ.....	90
12.3	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	92
12.4	Η ΕΛΑΤΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΘΙΣΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ	94
12.5	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ.....	94
12.6	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	96
12.7	Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	96
12.8	ΕΙΔΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	97

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13^ο: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

13.1	ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ.....	99
13.1.1	ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ	
13.1.2	ΕΛΑΤΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΕ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΠΟΥ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΙ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	100
13.2	ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	100
13.2.1	ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ.....	101
13.2.2	ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΑΤΑ ΒΙΟΜΗΧΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ.....	102

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14^ο: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

	103
--	-------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 15^ο

15.1	ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	109
15.2	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	109
15.2.1	ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	109
15.2.2	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ-ΔΕΙΓΜΑ.....	111
15.2.3	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....	112
15.3	ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	120
15.4	ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	182
15.5	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	185

<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</u>	187
-------------------------------	------------

<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	188
----------------------------------	------------

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή επικεντρώνεται στην παιδική παχυσαρκία που θεωρείται ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα της σημερινής εποχής. Το INKA – Ινστιτούτο καταναλωτών χαρακτηρίζει την παιδική παχυσαρκία και την αλματώδη αύξηση της ως «βραδυφλεγή βόμβα». Η παχυσαρκία θεωρείται η επιδημία της εποχής και λόγω των σοβαρών προβλημάτων που αυτή δημιουργεί (στεφανιαία νόσο, διαβήτη, υπερλιπιδαιμίες κ.α.) πρέπει να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά από τους υπεύθυνους φορείς. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η παχυσαρκία αποτελεί μια από τις τρεις σημαντικότερες αιτίες θανάτου για τους κατοίκους των αναπτυσσόμενων χωρών του Δυτικού κόσμου.

Ως παγκόσμια ημέρα της παχυσαρκίας έχει ορισθεί η 24^η Οκτωβρίου για δύο λόγους. Ο πρώτος είναι ότι εξελίσσεται ραγδαία και τα θύματα της όλο και αυξάνονται και ο δεύτερος είναι ότι λίγα άτομα συνειδητοποιούν ότι η παχυσαρκία είναι νόσος.

Στην εργασία μας αναφερόμαστε στα επιμέρους κεφάλαια:

Στο πρώτο κεφάλαιο: παρουσιάζουμε μια μικρή εισαγωγή, τον γενικό σκοπό της πτυχιακής μας καθώς και την ιστορική διαδρομή της παχυσαρκίας.

Συνεχίζουμε **στο δεύτερο κεφάλαιο:** με το να αναφέρουμε κάποια γενικά στοιχεία της διατροφής όπως, τι είναι διατροφή, τα βασικά συστατικά της, αναφέρουμε τις βασικές ομάδες τροφίμων καθώς και τις πυραμίδες της διατροφής για τα παιδιά και για τους ενήλικες.

Στο τρίτο κεφάλαιο: αναφερόμαστε στην ενέργεια και στον μεταβολισμό του σώματος, στις θερμιδικές ανάγκες του ατόμου, στον δείκτη μάζας σώματος κ.α.

Στο τέταρτο κεφάλαιο: παρουσιάζουμε την σημασία του πρωτεΐνου για τα παιδιά και το ρόλο του πρωτεΐνου στην εμφάνιση της παχυσαρκίας. Αναφερόμαστε στο ιδανικό βάρος, στην διαδικασία που ακολουθείται για να αυξηθεί το βάρος και ακόμη, σε κάποια παιδικά νοσήματα που έχουν σχέση με την διατροφή.

Στο πέμπτο κεφάλαιο: ορίζουμε την παιδική παχυσαρκία και τους τύπους, παρουσιάζουμε την συχνότητα που έχει η παιδική παχυσαρκία τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς.

Στο έκτο κεφάλαιο: εξετάζουμε τις κατηγορίες των αιτιών της παιδικής παχυσαρκίας.

Στο έβδομο κεφάλαιο: αναλύουμε τις περιόδους οι οποίες θεωρούνται κρίσιμες, για να εκδηλωθεί η παιδική εφηβική παχυσαρκία. Το πώς οι κοινωνικές αλλαγές συμβάλλουν τόσο στην πρόληψη της τροφής όσο και στην σωματική δραστηριότητα.

Συνεχίζουμε **στο όγδοο κεφάλαιο:** με τις πιο σημαντικές συνέπειες, της παιδικής παχυσαρκίας και γίνεται μια μικρά αναφορά κάποιων που θα παρουσιαστούν στην ενήλικη ζωή.

Στο ένατο κεφάλαιο: αναλύουμε τις βασικές διαταραχές της διατροφής.

Στο δέκατο κεφάλαιο: αναφερόμαστε στην διατροφική συμπεριφορά, την διάγνωση και την διερεύνηση της παχυσαρκίας.

Στα ενδέκατο, δωδέκατο και δέκατο: τρίτο κεφάλαια, εξετάζουμε τους διάφορους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης της παιδικής παχυσαρκίας.

Στο δέκατο τέταρτο κεφάλαιο: γίνεται ειδική αναφορά στο ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού και το πώς μπορεί να προσφέρει τόσο στον τομέα της πρόληψης όσο και στον τομέα της αντιμετώπισης.

Και, τέλος **στο δέκατο πέμπτο κεφάλαιο:** αναφερόμαστε στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και κάποιες προτάσεις μας.

Η μέθοδος της έρευνας, ήταν η επισκόπηση.

Το είδος ήταν η ποσοτική έρευνα και γι' αυτό χρησιμοποιήσαμε ως εργαλείο το ερωτηματολόγιο.

Ο αριθμός του δείγματος ήταν 557 παιδιά ηλικίας 10-12 ετών και ο χρόνος διεξαγωγής της έρευνας διήρκεσε ένα μήνα.

ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ

Έχοντας ως αφορμή την εργαστηριακή μας πρακτική σε Δημοτικά σχολεία, όπου υπήρχαν αρκετά παιδιά υπέρβαρα και παχύσαρκα. Και, για το γεγονός ότι η παιδική παχυσαρκία αρχίζει να απασχολεί «πιο πολύ» την κοινωνία μας, τον τύπο και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, μας έδωσαν το ερέθισμα για να μελετήσουμε αυτό το θέμα.

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η όσον το δυνατόν καλύτερη προσέγγιση του φαινομένου, μέσω της βιβλιογραφικής έρευνας. Καθώς, επίσης και μιας έρευνας με δείγμα παιδιά της Ε΄ και ΣΤ΄ Δημοτικού της Πόλης των Πατρών. Επίσης, να αξιολογήσουμε την ύπαρξη υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης αγοριών και κοριτσιών της πόλης των Πατρών καθώς και της διατροφικής τους συμπεριφοράς.

Ελπίζουμε αυτή η εργασία να αποτελέσει αφορμή για μάθηση και παρακίνηση για ανάπτυξη ενδιαφέροντος προς τα παχύσαρκα παιδιά(τα προβλήματα τους, τις ανάγκες τους κ.α.),τόσο από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς όσο και από το ευρύτερο περιβάλλον τους.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Στους αρχαίους πολιτισμούς της Αιγύπτου, της Ασσυρίας, της Ρώμης και της Ελλάδας σίγουρα υπήρχαν παχύς άνθρωποι. Απ' όσο, όμως μπορούμε να κρίνουμε από τα κείμενα και τα αγάλματα εκείνης της εποχής, οι άνθρωποι αυτοί ήταν λίγοι. Ακόμα, και οι Ρωμαίοι αυτοκράτορες στα γηρατειά τους, σπάνια απεικόνιζαν υπερβολικά παχύς.

Στην Βρετανική Εθνική Πινακοθήκη βλέπουμε λεπτούς Βασιλιάδες, Βασίλισσες και αυλικούς που έζησαν από το 13^ο μέχρι τα μέσα του 17ου αιώνα. Ο Κάρολος Β', που έζησε στα τέλη του 17^{ου} αιώνα, ήταν ο μόνος σ' ολόκληρη την πινακοθήκη με μεγάλη κοιλιά. Αμέσως μετά από αυτόν στην βασιλεία της Άννας, σχεδόν όλοι Λόρδοι και Λαίδες ήταν παχύσαρκοι. Πριν από αυτήν την εποχή η παχυσαρκία αποτελούσε σπάνιο φαινόμενο. Ιστορικά βιβλία αναφέρουν τον 17^ο αιώνα ο βρετανικός στρατός αριθμούσε 40.000 άνδρες και ήταν εντυπωσιακός στις προελάσεις του, γιατί ούτε ένας στρατιώτης δεν ήταν παχύς. Λίγοι συγγραφείς χρησιμοποιούσαν την λέξη παχύσαρκος πριν από το 19^ο αιώνα.

Η παχυσαρκία σαν συνηθισμένη κατάσταση εμφανίστηκε στις Δυτικές χώρες τους τελευταίους αιώνες. Τα τελευταία χρόνια άρχισε να εμφανίζεται στις λιγότερες αναπτυγμένες χώρες της Αφρικής και άλλα μέρη του τρίτου κόσμου. Την δεκαετία του 1920 γιατροί στην ανατολική Αφρική ανέφεραν ότι σχεδόν όλοι οι Αφρικανοί ήταν λεπτοί. Αντίθετα, οι Αφρικανοί που ζουν τα τελευταία χρόνια στις πόλεις δεν είναι σπάνια παχύς. Μερικοί μάλιστα από τους υπερβολικά χοντρούς ηγέτες τους έχουν γίνει γνωστοί από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Σε ανθρώπους των Δυτικών Χωρών και σε εξηχρονισμένους Αφρικανούς, βρίσκουμε συνήθως πολλά εκατοστά υποδόριου λίπους στην κοιλιά πριν φθάσουμε στον μυ. Οι Αφρικανοί γνώριζαν, όμως στο παρελθόν πώς να παχαίνουν ένα άτομο.

Τη δεκαετία του 1920 παρ' όλο που δεν αγόραζαν ζάχαρη, τα κορίτσια πάχαιναν για να εξασφαλίσουν καλή τιμή στο γάμο τους. Κορίτσια ορισμένων φύλων προτρέπονταν να πίνουν άφθονο γάλα και κρέμα, ουσίες παχυντικές με ψήλη περιεκτικότητα σε θερμίδες, με αποτέλεσμα να γίνουν παχύσαρκα. (Ντένις Μπέρκιτ, 1983).

Η παιδική, εφηβική παχυσαρκία δεν εμφανίστηκε στους πρωτόγονους λαούς, της προαγροτικής εποχής. Αλλά εμφανίστηκε όταν οι πρόγονοί μας άλλαξαν τον τρόπο διαβίωσής τους. Η

αφθονία και η άνεση του νέου τρόπου ζωής είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνισή της.(Αυγούστης, 1988)

Η παιδική, εφηβική παχυσαρκία συγκεκριμένα εμφανίστηκε τις τρεις τελευταίες δεκαετίες με μορφή επιδημίας στις καταναλωτικές κοινωνίες του Δυτικού κόσμου. Είναι ανεξάρτητη από κοινωνικές τάξεις και παρουσίασε αύξηση τα τελευταία 20 χρόνια στην Ελλάδα. Από το 1970 ως σήμερα η παιδική παχυσαρκία έχει διπλασιαστεί, ενώ ο ρυθμός της έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια κατά 54%.Στις αρχές της νέας χιλιετίας το 1/3 του πληθυσμού της γης θα είναι παχύσαρκοι.(<http://www.fa3.gr>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο **ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Διατροφή είναι η επιστήμη που μελετά τον καθορισμό του είδους και του ποσού του τροφίμου που προάγει την υγεία. Η διατροφή καθορίζει αν βαδίζουμε στον δρόμο της υγείας και της ευεξίας ή της αρρώστιας. Το διατρέφεστε μετά από χιλιάδες αιώνες, γίνεται στις μέρες μας και επιστήμη, καθώς μια κατεξοχήν φυσική λειτουργία έχει μετατραπεί σε κοινωνική εκδήλωση κατανάλωσης βιομηχανικών προϊόντων, καθιστώντας αναγκαίο τον επαναπροσδιορισμό των κανόνων. (Αποστολόπουλος, 2003)

2.2. ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Κάθε είδος διατροφής περιλαμβάνει τρία κύρια θρεπτικά συστατικά τα οποία είναι:

A) Οι υδατάνθρακες

B) Τα λιπίδια

Γ) Οι πρωτεΐνες

Οι τρεις αυτές κατηγορίες είναι απαραίτητες γιατί, προσφέρουν υλικά στοιχεία αντικαθιστώντας, τα φθειρόμενα. Επίσης, προσφέρουν ενέργεια στον οργανισμό για όλες τις λειτουργίες του. Όμως, απαραίτητη είναι και η πρόσληψη όλων των βιταμινών οι οποίες δεν θεωρούνται πηγές ενέργειας. Επίσης, απαιτείται και η πρόσληψη διαφόρων μεταλλικών στοιχείων, όπως: το Κάλιο, το Νάτριο, το Ασβέστιο, το Μαγνήσιο, ο Σίδηρος και άλλα ιχνοστοιχεία τα οποία, είναι απαραίτητα για την διατήρηση της ζωής στον οργανισμό. (<http://www.asxetos.gr>)

2.2.1. ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

Οι Υδατάνθρακες είναι οργανικές ενώσεις άνθρακα, υδρογόνου και οξυγόνου και προέρχονται από το φυτικό Βασίλειο. Διακρίνονται σε:

1)Μονοσακχαρίτες(τριόζες, τετρόζες, πεντόζες, εξόζες, γλυκόζη, φρουκτόζη).

2)Δισακχαρίτες και Τρισακχαρίτες (καλαμοζάκχαρο, γαλατοσάκχαρο, λακτόζη).

3)Πολυσακχαρίτες (άμυλο, γλυκογόνο, κυτταρίνη).
(Κατσουγιανόπουλος,2003)

Στην τροφή μας μπορούν να περιλαμβάνονται και οι τρεις κατηγορίες υδατανθράκων, το μεγαλύτερο όμως ποσό υδατανθράκων το λαμβάνουμε με την μορφή του πολυζακχαρίτου, ως άμυλο. Με οποιαδήποτε μορφή και αν λαμβάνονται οι υδατάνθρακες για να χρησιμοποιηθούν από τον οργανισμό πρέπει, με την διαδικασία της πέψης και της απορρόφησης να μετατρέπονται στο μονοσακχαρίτη γλυκόζη. Η γλυκόζη αποτελεί φυσιολογικό συστατικό του οργανισμού και βρίσκεται μέσα στο αίμα και γενικά στο μεσοκυττάριο υγρό του σώματος. Στο σώμα ενός φυσιολογικού ατόμου υπάρχουν 12-20 γραμμάρια γλυκόζης. Τα μεγαλύτερα αποθέματα υδατανθράκων υπάρχουν στο σώμα με τη μορφή του πολυσακχαρίτη γλυκογόνου.

Η καθημερινή πρόσληψη υδατανθράκων και κατά προτίμηση πολυσακχαριτών είναι απαραίτητη όχι λιγότερο από 100 gr ανά 24ωρο εφόσον όμως οι θερμιδικές ανάγκες του σώματος το απαιτούν. Για να καταστεί ένα άτομο παχύσαρκο θα πρέπει να λαμβάνει έστω 10 μόνο γραμμάρια υδατάνθρακα ανά 24ωρο πέρα από τις θερμιδικές ανάγκες. (<http://www.asxetos.gr>)

2.2.2. ΛΙΠΙΔΙΑ

Τα Λιπίδια προέρχονται και από το φυτικό και από και από το ζωικό βασίλειο, αποτελούν την περισσότερη συμπυκνωμένη μορφή θερμίδων που είναι δυνατόν να εισαχθούν στο σώμα. Τα λιπίδια διακρίνονται σε λίπη και έλαια και δίνουν γλυκερόλη και λιπαρά οξέα. Τα λίπη των τροφών είναι απαραίτητα για το μεταβολισμό και διακρίνονται σε δύο τύπους: κορεσμένα και ακόρεστα.

Τα κορεσμένα λίπη είναι στερεά, υπάρχουν σε ζωικές τροφές κυρίως και δεν πρέπει να αποτελούν παραπάνω από 10% του συνόλου των θερμίδων που προσλαμβάνονται κάθε μέρα. Τα ακόρεστα λίπη έλαια είναι σε υγρή μορφή και στεριοποιούνται στο ψυγείο.

Το φυσιολογικό άτομο έχει ανάγκη να λαμβάνει καθημερινά 20 περίπου γραμμάρια λίπους πέρα από αυτήν την ποσότητα. Καλό είναι, για την άριστη διατροφή, το ποσό αυτό να διπλασιάζεται, δηλαδή θα πρέπει να προσλαμβάνεται γύρω στις 360 kcal/24ωρο με τη μορφή λίπους (Δηλαδή 40 γραμμάρια λίπους/24ωρο). Θα πρέπει να εισάγεται στον οργανισμό όσο των δυνατόν μεγαλύτερη ποικιλία από λιπαρά οξέα.

(<http://www.asxetos.gr>).

Πλούσια σε λίπη και γενικά σε θερμίδες διατροφή οδηγεί σε εναπόθεση λίπους στους ιστούς και στην εγκατάσταση της παχυσαρκίας. (Κατσουγιαννόπουλος,2003)

2.2.3. ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ

Οι πρωτεΐνες είναι πολύπλοκα μεγαλομόρια που σχηματίζονται στα ζωντανά κύτταρα των ζώων, φυτών και του ανθρώπου καθώς επίσης και στους ιούς και τα μικρόβια. Η πρώτη ύλη που χρησιμοποιείται για την σύνθεσή τους είναι τα πολύ μικρότερα οργανικά μόρια, τα αμινοξέα. Τα αμινοξέα θεωρούνται τα οικοδομικά υλικά για την δημιουργία των πρωτεϊνών του σώματος. Υπάρχουν 20 είδη αμινοξέων από αυτά και τα 20 συντίθεται από τα φυτά, ενώ τα 12 παράγονται από τον ζωικό οργανισμό και τον ανθρώπινο. Τα υπόλοιπα 8 ονομάζονται απαραίτητα αμινοξέα γιατί απαιτείται η πρόσληψή τους με την τροφή. (<http://www.asxetos.gr>)

Οι πρωτεΐνες δεν είναι μόνο απαραίτητες για την διατήρηση της ζωής αλλά, η έννοια της ζωής είναι συνδεδεμένη με την παρουσία των λευκωμάτων από τον απλούστερο μονοκύτταρο οργανισμό μέχρι τον άνθρωπο. (Κατσουγιανόπουλος,2003)

Το υλικό ποσό των πρωτεϊνών του ανθρώπινου σώματος ανέρχεται σε 17 έως 19% του βάρους του. Κατά το στάδιο της ανάπτυξης του οργανισμού και ως την ενηλικίωση οι πρωτεΐνες χρησιμεύουν για την αντικατάσταση των φθειρόμενων κυττάρων και την παραγωγή και ανάπτυξη των νέων κυττάρων και ιστών των διάφορων συστημάτων του οργανισμού. Γι' αυτό τα παιδιά έχουν μεγαλύτερη απαίτηση σε λευκώματα από τους ενήλικες και υπολογίζονται σε διπλάσια ποσότητα ανά μονάδα βάρους του σώματος. Οι πρωτεΐνες είναι απαραίτητες ημερήσια, πρόσληψη ενός κατώτατου ορίου λευκώματος ώστε να διατηρηθεί η υγεία του ατόμου και να καλυφθεί η φθορά καθώς και οι ανάγκες του οργανισμού. (Κατσουγιανόπουλος,2003)

Ο οργανισμός πρέπει να προσλαμβάνει περίπου 45 γραμμάρια πρωτεΐνης μεικτής προέλευσης, δηλαδή ζωικής και φυτικής. Αυτό το ποσό της πρωτεΐνης θεωρείται απαραίτητο να προσλαμβάνεται σε καθημερινή βάση για την διατήρηση της υγείας. Για την άριστη όμως διατροφή αυτό το ποσό πρέπει να κυμαίνεται μέσα στα πλαίσια των 70 έως 80 γραμμαρίων ανά 24ωρο. Δηλαδή το φυσιολογικό άτομο χωρίς ειδικές ανάγκες πρέπει να προσλαμβάνει 280 έως 320 kcal/24ωρο με την μορφή των πρωτεϊνών. Η ημερήσια πρόσληψη πρωτεϊνών καλό θα ήταν να μην ξεπερνά το 20% του συνόλου των θερμίδων που λαμβάνουμε κάθε μέρα. (<http://www.asxetos.gr>)

2.2.4. BITAMINEΣ

Οι βιταμίνες είναι οργανικές ουσίες μικρού μοριακού βάρους. Το όνομά τους πάρθηκε από τον Funk. Το όνομα τους πηγάζει από την λατινική λέξη Vita δηλαδή ζωή και την λέξη αμίνη. Επομένως, βιταμίνες σημαίνουν απαραίτητες ουσίες για την ζωή. Παρατηρείται ότι οι περισσότερες βιταμίνες δεν έχουν στο μόριό τους άζωτο. Οι βιταμίνες δεν παρέχουν ενέργεια είναι όμως απαραίτητες για την επιβίωση του ανθρώπου, για την αύξηση του σώματος και για την διεξαγωγή των φυσιολογικών λειτουργιών του οργανισμού. Οι βιταμίνες προσλαμβάνονται με τις τροφές αφού ο οργανισμός αδυνατεί να τις συνθέσει εκτός κάποιων (B12,D,K). Οι βιταμίνες που δεν συντίθεται στον οργανισμό πρέπει να εισάγονται αυτούσιες ή ως προβιταμίνες δηλαδή, πρόδρομες ουσίες οι οποίες στην συνέχεια μετατρέπονται σε δραστικές βιταμίνες μέσα στον οργανισμό. Διακρίνονται σε λιποδιαλυτές (A,D,E,K) και υδατοδιαλυτές (B,C) και το σύμπλεγμα των βιταμινών B το οποίο είναι (B1,B2,B3,B6,B12,B9,B8,παντοθενικό οξύ και ο ινοσίτης. (Κατσουγιανόπουλος,2003)

Βασικός κανόνας σωστής διατροφής είναι κάθε άτομο να προσλαμβάνει από όλα τα είδη των θρεπτικών συστατικών καθημερινά σε αναλογία 60 με 70% υδατάνθρακες, 20 με 25% λιπίδια και 15 με 20% πρωτεΐνες. Κάθε ένα γραμμάριο των κύριων θρεπτικών συστατικών δίνει 4 θερμίδες για τους υδατάνθρακες και τις πρωτεΐνες και 9 για τα λιπίδια. (Αποστολόπουλος, 2003)

2.2. ΟΜΑΔΕΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Κάθε ανθρώπινος οργανισμός καταναλώνει καθημερινά τρόφιμα και όχι θρεπτικά συστατικά, γι' αυτό ομαδοποιήθηκαν τα τρόφιμα σε πέντε ομάδες τροφίμων οι οποίες έχουν μεταξύ τους κοινά θρεπτικά συστατικά ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν δύο απλοί αλλά ταυτόχρονα σημαντικοί κανόνες. Ο πρώτος κανόνας είναι ότι μπορούν να αντικατασταθούν μεταξύ τους τα τρόφιμα της ίδιας ομάδας και ο δεύτερος ότι πρέπει κάθε μέρα να παίρνουμε ένα τρόφιμο τουλάχιστον από κάθε ομάδα τροφίμων.

Οι πέντε ομάδες τροφίμων είναι οι εξής:

- Η ομάδα του κρέατος: κάποια τρόφιμα αυτής της ομάδας είναι το κρέας, το ψάρι, το αυγό.
- Η ομάδα του γάλακτος. Εδώ έχουμε τα γαλακτοκομικά προϊόντα όπως γάλα, γιαούρτι, τυρί.
- Η ομάδα των λιπιδίων όπως το λάδι, το σπορέλαιο, βούτυρο, λίπος.
- Η ομάδα του ψωμιού. Εδώ ανήκουν το ψωμί, τα όσπρια, τα δημητριακά κ.α.
- Η ομάδα των λαχανικών και των φρούτων.

(Αποστολόπουλος,2003)

2.4. Η ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ

2.5. ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Η πυραμίδα της διατροφής παρουσιάζει τροφές από όλες τις βασικές ομάδες τροφίμων. Κάθε ομάδα τροφίμων δίνει μερικά και όχι όλα τα θρεπτικά που χρειάζεται κάθε ανθρώπινος οργανισμός. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι τα φαγητά της μίας ομάδας δεν αντικαθίστανται από τις άλλες και καμία δεν θεωρείται ότι είναι πιο σημαντική για την υγεία μας από τις υπόλοιπες. Η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής χωρίζεται σε τέσσερα επίπεδα.

Στην κορυφή της πυραμίδας έχουμε τα λίπη, τα έλαια, τα γλυκά. Εδώ υπάγονται τρόφιμα όπως το λάδι, το βούτυρο, η ζάχαρη, τα επιδόρπια και τα αναψυκτικά. Αυτά τα τρόφιμα είναι πλούσια σε θερμίδες, δεν έχουν πολλά θρεπτικά συστατικά και αποτελούν τη κύρια αιτία της παχυσαρκίας. Εκτός από το λάδι και γι' αυτό θα πρέπει να καταναλώνονται σπάνια.

Στο αμέσως επόμενο επίπεδο έχουμε δύο ομάδες τροφίμων οι οποίες προέρχονται από το ζωικό βασίλειο. Η μια ομάδα είναι το γάλα, το γιαούρτι, το τυρί όπου παρέχουν ασβέστιο, βιταμίνη D, πρωτεΐνη, ριβοβλαβίνη κ.α. Η άλλη ομάδα είναι το κρέας, τα πουλερικά, τα ψάρια, τα αυγά, τα όσπρια και οι ξηροί καρποί. Είναι τρόφιμα πλούσια σε πρωτεΐνη, σίδηρο και ψευδάργυρο.

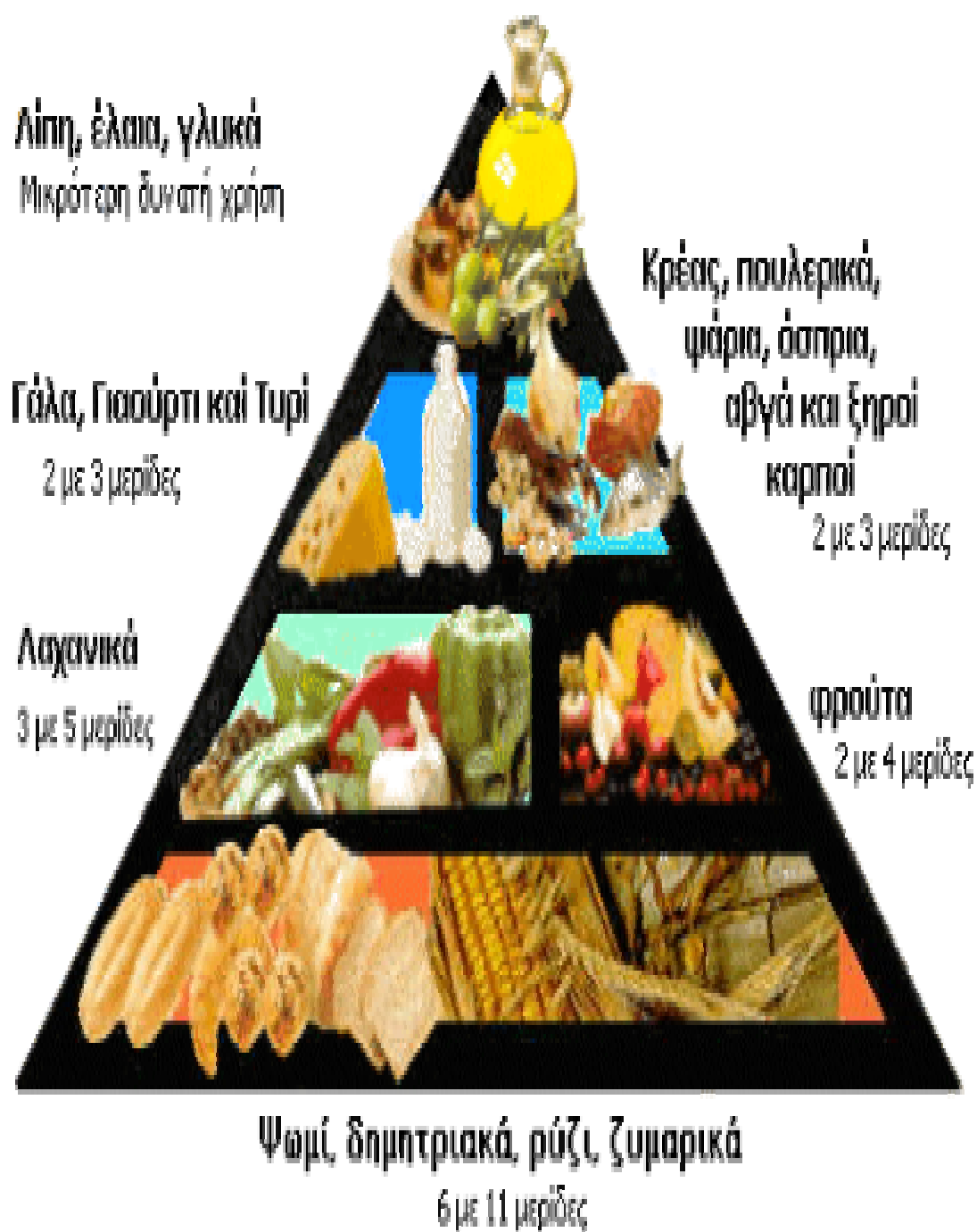
Στο τρίτο επίπεδο υπάρχουν δύο ομάδες τροφίμων οι οποίες προέρχονται από το φυτικό βασίλειο. Από την μια, έχουμε τα φρούτα και από την άλλη, τα λαχανικά. Και οι δύο παραπάνω ομάδες είναι πλούσιες σε βιταμίνες, ίνες, μέταλλα και υδατάνθρακες. Θα πρέπει να προτιμούνται τα φρέσκα και τα εποχιακά λαχανικά, επίσης οι υδατάνθρακες των φρούτων (γλυκόζη, φρουκτόζη) προσφέρουν άμεση ενέργεια στον οργανισμό.

Στην βάση της πυραμίδας έχουμε το ψωμί, τα δημητριακά., το ρύζι, τα ζυμαρικά, οι πατάτες και άλλα παράγωγα σπόρων. Είναι πλούσια σε βιταμίνες του συμπλέγματος Β, σε ίνες και σε σύνθετους υδατάνθρακες, οι περισσότερες από αυτές τις τροφές είναι από την φύση τους χαμηλές σε λίπος.

Η ακριβής ποσότητα και ρυθμός κατανάλωσης των τροφίμων της κάθε ομάδας, εξαρτάται από το βάρος, το ύψος, το φύλο και την ηλικία του κάθε ατόμου.

(<http://www.users.thess.sch.gr>).

ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ-ΟΔΗΓΟΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3⁰ **ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΣΩΜΑΤΟΣ –ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ- ΘΕΡΜΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ- ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ- ΚΑΜΠΥΛΕΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ.**

3.1. Η ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η ενέργεια που προσλαμβάνεται με την τροφή (θερμίδες, kcal) χρησιμοποιείται για την κάλυψη των ενεργειακών αναγκών του οργανισμού και συγκεκριμένα για τον βασικό μεταβολισμό, την μυϊκή άσκηση και την θερμογένεση. Όταν η πρόσληψη της ενέργειας είναι μεγαλύτερη από την κατανάλωση οδηγεί σε αύξηση του σωματικού βάρους και παχυσαρκία. Αντίθετα όταν η πρόσληψη ενέργειας είναι μικρότερη από την κατανάλωση έχουμε μείωση του βάρους. Εάν η πρόσληψη και η κατανάλωση της ενέργειας είναι ίσες τότε το σωματικό βάρος παραμένει σταθερό. (Μόρτογλου, 1996)

Οι ανάγκες σε ενέργεια διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Ένα άτομο καταναλώνει περίπου 2000-2500 χιλιοθερμίδες καθημερινά. Ένας άνδρας χρειάζεται ένα περίπου KJ ανά λεπτό. Οι επιπλέον ανάγκες ενέργειας ποικίλουν ανάλογα με τον τρόπο ζωής του κάθε ατόμου. Για παράδειγμα ένας υπάλληλος γραφείου καταναλώνει λιγότερη ενέργεια από έναν αγρότη. Οι αθλητές χρειάζονται 3500-4500 χιλιοθερμίδες (14700-22700 KJ) και οι αθλήτριες 2000-3000 χιλιοθερμίδες (8400-12600) καθημερινά. Ανεξάρτητα από τις ανάγκες του ατόμου για να χάσει κάποιος βάρος θα πρέπει να πετύχει αρνητική ισορροπία ενέργειας. Δηλαδή, να καταναλώνει περισσότερη ενέργεια από όση προσλαμβάνει. (<http://www.nutr.teithe.gr>).

Στα κορίτσια υπάρχει μια φυσιολογική αύξηση μέχρι την ηλικία των 17 ετών στο ποσοστό της λιπώδους μάζας. Ενώ στα αγόρια μειώνεται μετά την ηλικία των 13 χρονών και οδηγείται στο ελάχιστο στην ηλικία των 15 ετών. Αυτή η διαφορά οφείλεται στο γεγονός ότι στα αγόρια μέχρι την ηλικία των 19 ετών συνεχίζεται η γρηγορότερη και μεγαλύτερη αύξηση της μη λιπώδους μάζας. Στα κορίτσια η ανάπτυξη σταματά γύρω στα 15 χρόνια.

Παράλληλα η δαπάνη ενέργειας η οποία είναι περίπου ίδια και στα δύο φύλα πριν την εφηβεία, αυξάνει περισσότερο για τα αγόρια από ότι στα κορίτσια στην εφηβεία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ψηλότερες απαιτήσεις σε ενέργεια και πρωτεΐνες στα αγόρια και στους ενήλικες άνδρες. Η εφηβεία συνοδεύεται από αλλαγές όσο αφορά την σύσταση του σώματος που έχουν ως αποτέλεσμα να αμβλύνουν την ανάπτυξη της παχυσαρκίας στα αγόρια ενώ τις επιδεινώνουν στα κορίτσια. Επιπλέον στα κορίτσια η τάση για δαπάνη ενέργειας μειώνεται πριν την εφηβεία, κάτι που δεν εμφανίζεται στον ίδιο βαθμό στα αγόρια και οφείλεται σε αλλαγές συμπεριφοράς ή σε μηχανισμούς συντήρησης ενέργειας. (<http://www.ephebiatrics.gr>).

3.1.1. ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Κάθε κύτταρο του ανθρώπινου σώματος μετατρέπει τη χημική ενέργεια της τροφής σε άλλες μορφές ενέργειας όπως: σε χημική, ηλεκτρική, μηχανική και θερμότητα, οι οποίες είναι απαραίτητες από τα κύτταρα για να αναπτυχθούν.

Ο τρόπος που μπορούμε να υπολογίσουμε την ποσότητα της χημικής ενέργειας, που περιλαμβάνουν τα είδη των φαγητών είναι να κάψουμε υπολογισμένη ποσότητα φαγητού και να μετρήσουμε την ποσότητα ενέργειας που παράγεται.

Η ενέργεια που παρέχουν οι τροφές μετριέται σε διατροφικές θερμίδες ή kcal ή cal. Μια θερμίδα δηλαδή (1 cal) ισούται με την ενέργεια που απαιτείται για να αυξηθεί η θερμοκρασία ενός γραμμαρίου νερού από τους 15,5? Στους 15,5?. Μια διατροφική θερμίδα (kcal) ισούται με 1000 cal ή 4.184 k joules (kj).

Οι ενεργειακές ανάγκες εκφράζονται καλύτερα με βάση τις τιμές ενεργειακής κατανάλωσης παρά ενεργειακής πρόσληψης. (Δετοράκης, 2005).

3.1.2. ΤΟ ΣΩΜΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑ

Η συνολική χημική δραστηριότητα του σώματος ονομάζεται μεταβολισμός. Αυτός περιλαμβάνει τη διάσπαση της τροφής, απελευθέρωση της ενέργειας και τη χρήση της τροφής αλλά και της ενέργειας από το σώμα στην παραγωγή ανάπτυξης. Ένα άτομο για να διατηρηθεί στην ζωή χρησιμοποιεί σημαντική ποσότητα ενέργειας. Όλες οι ενέργειες του σώματος απαιτούν ενέργεια όπως είναι η αναπνοή, η πέψη και η λειτουργία της καρδιάς. Αυτή η αναλώσιμος ενέργεια ονομάζεται ρυθμός βασικού μεταβολισμού. (Basic Metabolic Rate-BMR). (Δετοράκης,2005).

3.2.ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ–ΒΑΣΙΚΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ-ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΑΝΑΠΑΥΣΗΣ.

Ορισμός Μεταβολισμού: Η χημική λειτουργία που γίνεται στον οργανισμό μας, δηλαδή η διάσπαση των οργανικών συνθέσεων σε απλούστερα πράγματα που έχει ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση ενέργειας που θα καταναλωθεί σε διάφορες δραστηριότητες του οργανισμού του ανθρώπου, και των ζώων και των φυτών, ή για την επιδιόρθωσή του. (Μπαζαίος, 1991)

Ως βασικός μεταβολισμός (BMR, Basal Metabolic Rate ή RMR, Resting Metabolic Rate, τα οποία θεωρούνται πρακτικώς όμοια) χαρακτηρίζεται η ενέργεια που απαιτείται σε κατάσταση νηστείας και πλήρους ηρεμίας για τις βασικές μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού. (σύνθεση ενζύμων, ορμονών, λειτουργία καρδιάς, πνευμόνων κ.λ.π). Είναι περίπου 1 kcal/min πλην όμως εμφανίζει μεγάλες διακυμάνσεις ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, το σωματικό βάρος κ.α. Επιπλέον, μπορεί να μεταβάλλεται στο ίδιο άτομο από την επίδραση ποικίλων παραγόντων.(Μόρτογλου,1996).

3.2.1. ΠΩΣ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ Ο ΒΑΣΙΚΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ

Υπάρχουν δύο τρόποι για να βρει κάποιος τον βασικό μεταβολισμό. Ο πρώτος τρόπος είναι:

Γυναίκες	Θερμίδες Ημερησίως
15-18 ετών...	$(13,3*B)+690$
18-30 ετών...	$(14,8*B)+485$
30-60 ετών...	$(8,1*B)+842$
Άνω των 60 ετών...	$(9*B)+656$

Άνδρες	Θερμίδες Ημερησίως
15-18 ετών...	$(17,6*B)+656$
18-30 ετών...	$(15*B)+690$
30-60 ετών...	$(11,4*B)+870$
Άνω των 60 ετών...	$(11,7*B)+585$

- B = Βάρος

Για παράδειγμα, αν μια γυναίκα είναι 35ετών και ζυγίζει 65 κιλά ο βασικός της μεταβολισμός είναι: $BM = 8,1 \times 65 + 842$
 $BM = 526,5 + 842 = 1368,5$ Kcal.

Ο δεύτερος τρόπος χρησιμοποιείται στην Ελλάδα και θεωρείται ως πιο αξιόπιστος και ακριβής γιατί συμπεριλαμβάνει και το ύψος.

$$\text{ΓΥΝΑΙΚΕΣ : } BM = 655 + (9,6 \times B) + (1,8 \times Y) - (4,7 \times H)$$

$$\text{ΑΝΔΡΕΣ : } BM = 66 + (13,7 \times B) + (5 \times Y) - (6,8 \times H)$$

BM= Βασικός Μεταβολισμός

B= Βάρος σε kg

Y= Ύψος σε cm

H= Ηλικία σε χρόνια

Για παράδειγμα, η γυναίκα του πρώτου παραδείγματος του πρώτου τρόπου: Έχει ύψος 170 cm άρα ο Βασικός Μεταβολισμός είναι:

$$BM=655+(9,6\times 65)+(1,8\times 170)-(4,7\times 35)$$

$$BM=655+624+360-164,5=147,5 \text{ Kcal}$$

3.2.2. ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΑΝΑΠΑΥΣΗΣ

Ο Μεταβολισμός Ανάπαυσης (Resting Metabolism-RM) προσδιορίζεται υπό πραγματικές συνθήκες ανάπαυσης κατά την διάρκεια ενός 24ωρου, σε αντιδιαστολή προς το ρυθμό του βασικού μεταβολισμού η δραστηριότητα ανάπαυσης είναι όταν το άτομο κάθεται, είναι πλαγιασμένο ή κοιμάται χωρίς επιπλέον δραστηριότητα. Ο Μεταβολισμός Ανάπαυσης κυμαίνεται από 0,8 μέχρι 1,2 θερμίδες ανά ώρα για κάθε κιλό σωματικού βάρους. Για να υπολογίσει κάποιος τον μεταβολισμό ανάπαυσής του χρησιμοποιεί τον ένα από τους δύο τύπους ανάλογα αν είναι άνδρας ή γυναίκα.

Ο ΤΥΠΟΣ ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ

$$RM=1,2\times 24(\text{ώρες})\times \text{βάρους σε χιλιόγραμμα (κιλά)}$$

Για παράδειγμα ένας άνδρας που έχει σωματικό βάρος 74 kg ο μεταβολισμός ανάπαυσής του είναι 2131,2 kcal

$$RM=1,2\times 24\times 74\text{kg}=2131,2 \text{ kcal.}$$

Ο ΤΥΠΟΣ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Κάθε γυναίκα χρειάζεται περίπου 0,9 θερμίδες ανά 24ωρο για κάθε χιλιόγραμμο σωματικού βάρους.

$$RM=0,9\times 24(\text{ώρες})\times \text{βάρους σε kg.}$$

(Δετοράκης, 2005)

3.3. ΟΙ ΘΕΡΜΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

Οι θερμιδικές απαιτήσεις του ανθρώπου εξαρτώνται από μία σειρά παραγόντων των οποίων οι πιο σημαντικοί είναι:

- Ο βασικός μεταβολισμός
 - Η μυϊκή εργασία
 - Η ηλικία και το φύλο
 - Οι ειδικές συνθήκες, φυσιολογικές και παθολογικές καταστάσεις, κλιματολογικές συνθήκες.
 - Το είδος της τροφής
- (Κατσουγιανόπουλος,2003)

3.3.1. Ο ΒΑΣΙΚΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ

Τον μισό συνολικό αριθμό των θερμίδων τις οποίες καταναλώνει ο άνθρωπος την ημέρα, τον χρησιμοποιεί για την κάλυψη των αναγκών του βασικού μεταβολισμού(BM). Ακόμα και όταν το άτομο κοιμάται ή βρίσκεται σε πλήρη ανάπαυση, ο οργανισμός καταναλώνει ενέργεια σε μεγάλο ποσοστό για την διατήρηση των βασικών ζωτικών λειτουργιών, και για την διαδικασία της πέψης.

Ο βασικός μεταβολισμός είναι εντονότερος στην βρεφική, νηπιακή ηλικία. Το μέγεθος του βασικού μεταβολισμού εξαρτάται από το φύλλο την ιδιοσυστασία του ατόμου(τα εύσωμα άτομα έχουν μεγαλύτερο βασικό μεταβολισμό). Επίσης οι κλιματολογικές συνθήκες συμβάλλουν στην διαμόρφωση του ύψους του BM (Κατσουγιανόπουλος,2003).

3.3.2. ΜΥΪΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η λειτουργία των μυών απαιτεί σημαντική κατανάλωση ενέργειας. Η έντονη μυϊκή προσπάθεια πολλαπλασιάζει τις αρνητικές απαιτήσεις. Τα άτομα που αθλούνται χρειάζονται 20 έως 50 φορές περισσότερες θερμίδες κατά την ώρα της γυμναστικής από τα άτομα που εργάζονται σε γραφεία ή που εκτελούν πιο ελαφριά εργασία. (Κατσουγιανόπουλος, 2003).

3.3.3. Η ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ

Ηλικία (έτη)	Φύλο και τα δυο φύλα
1-3	1300
4-6	1700
7-9	2100
10-12	2500

Ηλικία (έτη)	Φύλο	
	Άρ.	Θήλ.
13-15	3100	2600
16-19	3600	2400
20-29	3200	2300
30-39	3100	2200

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι στην βρεφική, νηπιακή και πρώτη παιδική ηλικία οι θερμίδες που απαιτούνται είναι ίδιες και για τα δύο φύλα. Οι θερμιδικές ανάγκες των ατόμων αυξάνονται ανά έτος με την ηλικία και για τα δύο φύλα. Στην δεύτερη παιδική ηλικία και την εφηβική που ξεκινάει από 13 χρονών οι θερμιδικές ανάγκες είναι πιο υψηλές για τα αγόρια. Τα περισσότερα άτομα σε όλες τις ηλικίες προσλαμβάνουν περισσότερες θερμίδες και έτσι οδηγούνται στην παχυσαρκία. (Κατσουγιανόπουλος, 2003)

3.3.4. ΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Η λειτουργία της λήψης τροφής της πέψης και της απομύζησης των τροφών απαιτεί ενέργεια. Κάποιες θρεπτικές ουσίες, τα λευκώματα για παράδειγμα αυξάνουν την λειτουργική δραστηριότητα των κυττάρων. Τα τρόφιμα τα οποία αποτελούνται από μεγάλο ποσοστό λευκωμάτων απαιτούν για τον μεταβολισμό τους περισσότερες, από ότι απαιτούν τα λίπη και οι υδατάνθρακες. (Κατσουγιανόπουλος, 2003).

3.4. ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΣΕ ΘΕΡΜΙΔΕΣ

Έτη ηλικιών	Άνδρες	Γυναίκες
1-3	1300	1300
4-6	1700	1700
7-10	2400	2400
11-14	2700	2200
15-18	2800	2100
19-22	2900	2100
23-50	2700	2000
51-75	2400	1800
76+	2050	1600

Οι παραπάνω τιμές είναι οι μέσες τιμές που απαιτούνται για τυπικό επίπεδο εργασίας. Βασική απαίτηση ανά ημέρα απλώς για επιβίωση είναι περίπου 1600 θερμίδες. Μία μέτρια δραστηριότητα μπορεί να αυξάνει την ημερήσια απαίτηση από 500-600 θερμίδες. Οι εργάτες και οι αθλητές μπορεί να χρειάζονται 3500-6000 περισσότερο από την μέση απαιτούμενη τιμή ανά ημέρα. (Δετοράκης, 2005).

Κατά την νηπιακή και προσχολική ηλικία όσο ελαττώνεται ο ρυθμός της ανάπτυξης οι θερμιδικές ανάγκες δεν είναι τόσο μεγάλες όσο στην βρεφική ηλικία. Κατά την πρώιμη παιδική ηλικία οι θερμιδικές ανάγκες είναι ίσες με 1000 kcal και 100 kcal ανά έτος ζωής. Για παράδειγμα ένα παιδί 3 ετών χρειάζεται 1300 kcal την ημέρα. Παρόλα αυτά οι ανάγκες για βιταμίνες, πρωτεΐνες καθώς και μεταλλικά στοιχεία είναι υψηλές και έτσι υπάρχει ελάχιστος

χώρος για θερμίδες από λιπαρά και γλυκά. (Mary Courtney Moore,1997)

Οι θερμιδικές ανάγκες για την ανάπτυξη στην διάρκεια της εφηβείας είναι μεγάλες(περίπου 2200 kcal για τα κορίτσια και 2500-3000 για τα αγόρια). Επειδή η θερμιδική πρόληψη είναι για τα αγόρια τόσο υψηλή είναι πιθανόν ότι καταναλώνουν τις απαραίτητες ποσότητες των περισσότερων θρεπτικών συστατικών αν και μπορεί να συμβαίνει, οι διατροφικές τους επιλογές να μην είναι οι σωστότερες. Τα κορίτσια παρουσιάζουν δυσκολίες στο να αποκτήσουν τις απαραίτητες βιταμίνες και μεταλλικά στοιχεία στα όρια των επιτρεπόμενων θερμίδων τους και το πρόβλημα αυτό αυξάνεται με το ενδιαφέρον των κοριτσιών να ελέγχουν το βάρος τους. (Mary Courtney Moore,1997).

3.5. ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ(Body Mass Index- BMI)

Η εκτίμηση του ποσού του λίπους του οργανισμού απαιτεί πολύπλοκες εργαστηριακές διαδικασίες και γίνεται μόνο για ερευνητικούς σκοπούς ενώ, για την κλινική πράξη και τον χαρακτηρισμό και τον καθορισμό της παχυσαρκίας θεωρείται επαρκής ο υπολογισμός του δείκτη μάζας σώματος(ΔΜΣ, BMI). Ο BMI είναι ένας αξιόπιστος δείκτης του συνολικού λίπους σώματος ο οποίος σχετίζεται με τον κίνδυνο νόσου και θανάτου.

Ως δείκτης μάζας σώματος ορίζεται το πηλίκο του σωματικού βάρους σε kg δια του τετραγωνικού του ύψους σε μέτρα.

BMI =

Για παράδειγμα ένας άνδρας που ζυγίζει 74 κιλά και έχει ύψος 170 ο BMI είναι $74/1.70^2=74/2.89=BMI=25,6 \text{ kg/m}^2$

Τα όρια του BMI βάσει της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας είναι:

Ένας ενήλικας θεωρείται παχύσαρκος όταν ο BMI είναι μεγαλύτερος από 30 kg/m^2 . Πάνω από το όριο αυτό η αύξηση του

λιπώδους ιστού και κατ' επέκταση του σωματικού βάρους έχει βρεθεί ότι προκαλεί σημαντική αύξηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας.

(<http://www.haso.gr>)

Για τον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό έχει προταθεί η 95^η εκατοστιαία θέση στις καμπύλες σώματος ως το όριο πάνω από το οποίο ένα παιδί θεωρείται παχύσαρκο και η 85^η εκατοστιαία θέση για το υπέρβαρο. Λόγω της αυξημένης ανόδου της 95^{ης} εκατοστιαίας θέσης στον ελληνικό πληθυσμό και της ανάγκης αντικειμενικής εκτίμησης και σύγκρισης ανάμεσα σε πληθυσμούς διαφορετικών λαών έχει προταθεί πρόσφατα σαν τρόπος να ορίζεται η παιδικά παχυσαρκία, η προέκταση των εκατοστιαίων θέσεων του δείκτη μάζας σώματος των ενηλίκων στις καμπύλες δείκτης μάζας σώματος των παιδιών. Συγκεκριμένα στα παιδιά το όριο του δείκτη μάζας σώματος που αντιπροσωπεύει την παχυσαρκία σε κάθε ηλικία προκύπτει από την εκατοστιαία θέση (ΕΘ) που αποτελεί προέκταση του $\Delta\text{Μ}\Sigma=30$ του ενήλικα, στις καμπύλες $\Delta\text{Μ}\Sigma$ των παιδιών.

Ένα παιδί θεωρείται υπέρβαρο όταν υπερβαίνει στις καμπύλες $\Delta\text{Μ}\Sigma$ την ΕΘ που αποτελεί την προέκταση του $\Delta\text{Μ}\Sigma=25$ του ενήλικα.

(<http://www.ephebiatrics.gr>)

Πίνακας με τις διεθνείς οριακές τιμές του Δείκτη Μάζας Σώματος για παιδιά ηλικίας 2-18 ετών.

$\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{Βάρος (σε κιλά)} / \text{Υψος χ ύψος (σε μέτρα)}$.

Παράδειγμα: Ένα κορίτσι που είναι 6 ετών, ζυγίζει 25 κιλά και έχει ύψος 1,25 μέτρα, έχει $\Delta\text{Μ}\Sigma = 25 / 1,25^2 = 16 \text{ Kg/m}^2$, οπότε το βάρος του είναι φυσιολογικό.

Ένα αγόρι 8 ετών, που έχει βάρος 40 κιλά και ύψος 1,35, έχει $\Delta\text{Μ}\Sigma = 40 / 1,35^2 = 21,95 \text{ Kg/m}^2$ και είναι παχύσαρκο.

Ηλικία(έτη)	Αγόρια		Κορίτσια	
	Υπέρβαρο	Παχύσαρκο	Υπέρβαρο	Παχύσαρκο
2	18,4-20,1	>20,1	18,0-19,8	>19,8
3	17,9-19,6	>19,6	17,6-19,4	>19,4
4	17,6-19,3	>19,3	17,3-19,2	>19,2
5	17,4-19,3	>19,3	17,2-19,2	>19,2
6	17,6-19,8	>19,8	17,3-19,7	>19,7
7	17,9-20,6	>20,6	17,8-20,5	>20,5
8	18,4-21,6	>21,6	18,4-21,6	>21,6
9	19,0-22,8	>22,8	19,1-22,8	>22,8
10	19,8-24,0	>24,0	19,9-24,1	>24,1
11	20,6-25,1	>25,1	20,7-25,4	>25,4
12	21,2-26,0	>26,0	21,7-26,7	>26,7
13	21,9-26,8	>26,8	22,6-27,8	>27,8
14	22,6-27,6	>27,6	23,3-28,6	>28,6
15	23,3-28,3	>28,3	23,9-29,1	>29,1
16	23,9-28,9	>28,9	24,4-29,4	>29,4
17	24,5-29,4	>29,4	24,7-29,7	>29,7
18	25,0-30,0	>30,0	25,0-30,0	>30,0

3.6. ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΟΣΦΥΟΣ – ΜΕΤΡΗΣΗ ΜΕΣΗΣ.

ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΟΣΦΥΟΣ

Καθορίζει την περίμετρο του οσφύος τοποθετώντας το γύρω από αυτό. Είναι ένας καλός δείκτης που δείχνει το κοιλιακό μήκος του ατόμου, επίσης είναι και δείκτης κινδύνου που δείχνει τον κίνδυνο που διατρέχει κάθε άτομο για καρδιοπάθεια και άλλες νόσους. Ο κίνδυνος αυξάνεται όταν η μέτρηση του οσφύος είναι πάνω από 100 cm² για του άνδρες και 89 cm² για τις γυναίκες.(Δετοράκης, 2005).

ΜΕΤΡΗΣΗ ΜΕΣΗΣ

Η μέτρηση της περιμέτρου της μέσης ή το πηλίκο της περιμέτρου της μέσης προς την περίμετρο των ισχίων (WHR) είναι ένας απλός αλλά χρήσιμος δείκτης (μέθοδος αξιολόγησης) της κατανομής του λίπους στην καθημερινή κλινική πράξη.

Στα παιδιά δεν υπάρχει συμφωνία για τον τρόπο ορισμού της παχυσαρκίας. Προτείνεται είτε η χρήση του BMI όπως στους ενήλικες ή η 97^η εκατοστιαία θέση του BMI για δεδομένο φύλο και ηλικία. (<http://www.haso.gr>)

3.7. ΚΑΜΠΥΛΕΣ ΑΝΑΦΟΡΑΣ ΗΛΙΚΙΑΣ, ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ.

Στους ενήλικες ο δείκτης μάζας σώματος BMI αυξάνει πολύ αργά με την αύξηση της ηλικίας έτσι ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν σημεία αναφοράς για την διαβάθμιση της παχυσαρκίας ανεξάρτητα από την ηλικία. Στα παιδιά, όμως ο BMI μεταβάλλεται σημαντικά με την αύξηση της ηλικίας, αυξάνεται απότομα στην βρεφική ηλικία, μειώνεται κατά την προσχολική ηλικία και αυξάνεται και πάλι κατά την εφηβεία με τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Γι' αυτό τον λόγο ο BMI των παιδιών θα πρέπει να αξιολογείται με την χρησιμοποίηση διαφορετικών καμπύλων αναφοράς ανά ηλικία.

Τέτοιες καμπύλες έχουν δημιουργηθεί σε αρκετές χώρες ωστόσο οι περισσότερες είναι ατελείς είτε γιατί τα δεδομένα που περιέχουν δεν είναι πρόσφατα, είτε γιατί είναι περιορισμένο το εύρος των ηλικιών που καλύπτουν. Τα πιο πρόσφατα διαγράμματα BMI/ηλικίας έχουν κατασκευαστεί για παιδιά από την Βρετανία, την Ιταλία και την Σουηδία. Με την χρησιμοποίηση της μεθόδου των μέσων ελαχίστων τετραγώνων (LMS) του cole, η οποία ρυθμίζει την κατανομή του BMI για τις αποκλίσεις και επιτρέπει την έκφραση του BMI του κάθε ατόμου ως ένα ακριβές εκατοστημόριο ή ως σταθερή απόκλιση. Η χρησιμοποίηση της σχέσης BM προς ηλικία βρίσκεται υπό αξιολόγηση παράλληλα με άλλες πιθανές τεχνικές από μία ομάδα ειδικών, ώστε να επιλεγεί η καλύτερη μέθοδος ταξινόμησης του υπερβάλλοντος βάρους της παχυσαρκίας κατά την παιδική ηλικία. Ένα ενιαίο μέτρο σύγκρισης θα επιτρέψει την συγκριτική αξιολόγηση της παιδικής παχυσαρκίας σε παγκόσμιο επίπεδο.

(Κατσιλάμπρος, 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΔΙΑΤΡΟΦΗ – ΒΑΡΟΣ- ΠΑΙΔΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.

4.1. Η ΛΗΨΗ ΤΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΩΣ ΒΑΣΙΚΗ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ.

Η ποιοτικά και ποσοτικά καλή διατροφή αποτελεί πρωταρχική σημασία για την σωστή και ομαλή διαβίωση συντήρηση, λειτουργία και ανάπτυξης του οργανισμού. Η υγεία του κάθε ατόμου εξαρτάται από την καλή διατροφή από την ποσότητα και ποιότητα των τροφών που καταναλώνει και από την κάλυψη των θερμιδικών αναγκών του οργανισμού. Κάθε άτομο σε όλη την διάρκεια της ζωής του πρέπει να λαμβάνει καθημερινά τις βασικές θρεπτικές ουσίες (πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες) και τις προστατευτικές διατροφικές ουσίες. (βιταμίνες, άλατα, νερό) (Κατσουγιανόπουλος,2003)

Η πρόσληψη τροφής παρέχει:

1) Την αύξηση. Η διατροφή προσφέρει μέσω των τροφίμων τους απαραίτητους οικοδομικούς λίθους στα κύτταρα για να κατασκευαστούν οι ιστοί και το σώμα να αναπτυχθεί πριν την ενηλικίωση.

2) Την συντήρηση του οργανισμού. Βοηθάει στο να αποκατασταθούν η βιολογική ύλη, τα κύτταρα και οι ιστοί του οργανισμού που έχουν φθαρεί.

3) Τις ενεργειακές απαιτήσεις του οργανισμού. Με τον βασικό μεταβολισμό, την θερμορύθμιση και την παραγωγή ενέργειας κατά την εργασία, την στάση και την βάρδια του οργανισμού.

Οι διατροφικές απαιτήσεις του κάθε υγιούς ατόμου ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την σωματική διάπλαση, την εργασία, τις κλιματολογικές συνθήκες, φυσιολογικές καταστάσεις (όπως ανάρρωση από ασθένεια) και άλλων παραγόντων. Παθολογικές καταστάσεις, ορμονικές διαταραχές, νοσήματα της θρέψης και του μεταβολισμού απαιτούν ιδιαίτερη θεραπευτική διατροφική μέριμνα.

(Κατσουγιανόπουλος,2003)

4.2 ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΩΣ ΑΔΡΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΚΑΛΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.

Το θρεπτικό ισοζύγιο του οργανισμού, δηλαδή το ισοζύγιο μεταξύ προσλαμβανόμενων και καταναλώσιμων τροφών βρίσκεται σε ισορροπία όταν η διατροφή του είναι με τέτοιο τρόπο ρυθμισμένη ώστε το βάρος του να μην μεταβάλλεται. Σημαντικό κριτήριο της καλής διατροφής αποτελεί το βάρος του σώματος. Η απόκλιση προς τα άνω από το μέσο όρο του βάρους όπως συμβαίνει στην παχυσαρκία χρησιμεύει ως πρώτη ένδειξη και δείκτης των διαταραχών της υγείας του ατόμου.

Δεν υπάρχει συμφωνία για τον καθορισμό της έννοιας του κανονικού βάρους. Έχει παρατηρηθεί ότι τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες αυξήθηκε το μέσο ύψος των Ελλήνων κατά 2,5 με 3 cm ως αποτέλεσμα της καλύτερης διατροφής και διαβίωσης. (Κατσουγιανόπουλος, 2003)

4.3 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΩΙΝΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ.

Το πρωινό είναι από τα πιο σημαντικά γεύματα της ημέρας ειδικότερα για τα παιδιά που βρίσκονται σε περίοδο ανάπτυξης. Μία λαϊκή παροιμία λέει ότι «η καλή μέρα από το πρωί φαίνεται» και ένα υγιεινό πρωινό ενισχύει τον οργανισμό με ενέργεια προετοιμάζοντάς τον για μια καινούργια μέρα.

Οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους τα παιδιά πρέπει να παίρνουν καθημερινά πρωινό είναι οι παρακάτω:

- Τα παιδιά που προσλαμβάνουν πρωινό έχουν λιγότερες πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκα: (τα παιδιά που τρώνε συστηματικά πρωινό έχουν μέχρι και 30% λιγότερες πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκα. Όσα παιδιά δεν παίρνουν πρωινό έχουν μεγαλύτερες να εμφανίσουν παχυσαρκία επειδή, τρώνε μεγάλες ποσότητες μεσημεριανού φαγητού ή τρώνε ανθυγιεινά τρόφιμα)
- Το πρωινό βοηθά το σώμα να πάρει τα θρεπτικά συστατικά που του χρειάζονται για την ημέρα.
- Επαναφέρει σε φυσιολογικά επίπεδα το σάκχαρο του αίματος και δίνει και ενέργεια για τις καθημερινές δραστηριότητες.

- Τα παιδιά που προσλαμβάνουν πρωινό καλύπτουν σε μεγάλο ποσοστό τις ανάγκες τους σε θρεπτικά συστατικά όπως ασβέστιο, σίδηρο, βιταμίνη Α και C, θειαμίνη, ψευδάργυρο, φυτικές ίνες. (Τα παιδιά που παίρνουν πρωινό επιλέγουν μία ισορροπημένη διατροφή όλη την ημέρα)
- Βοηθάει στην υψηλή επίδοση στο σχολείο, όπου τα παιδιά σκέπτονται και μαθαίνουν καλύτερα, συγκεντρώνονται πιο γρήγορα, δεν κουράζονται εύκολα και είναι πιο παραγωγικά σε σύγκριση με τα άτομα που παραλείπουν το πρωινό γεύμα.

Για τους προαναφερόμενους λόγους το πρωινό φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα παιδιά. Όμως για να είναι ωφέλιμο θα πρέπει το πρωινό να είναι υγιεινό και ισορροπημένο.

Για το λόγο αυτό προτείνονται οι παρακάτω οδηγίες για το πρωινό γεύμα των παιδιών:

Ένα σωστό πρωινό θα πρέπει να καλύπτει το 25% των θρεπτικών και ενεργειακών αναγκών που χρειάζεται το παιδί καθημερινά. Ένα καλό πρωινό πρέπει να περιλαμβάνει και τις 3 ομάδες θρεπτικών συστατικών, υδατάνθρακες (φρούτα, ψωμί) πρωτεΐνες λιπαρά και γάλα για να τονώσει τον οργανισμό έτσι, ώστε να μην φάει πολύ στο επόμενο γεύμα.

Μία καλή πρόταση για ένα σωστό πρωινό είναι:

- Ένα φλιτζάνι γάλα, μία δύο φέτες ψωμί με μαργαρίνη και μέλι και ένα φρούτο.
- Ένα φλιτζάνι γάλα, με δημητριακά πρωινού χωρίς προσθήκη ζάχαρης και ένα φρούτο.
- Ένα τοστ με ψωμί ολικής άλεσης, μαργαρίνη τυρί, γαλοπούλα και ένα φυσικό χυμό.
- Ένα φλιτζάνι γάλα, ένα κουλούρι και ένα φρούτο
- Ένα γιαούρτι με δημητριακά πρωινού χωρίς προσθήκη ζάχαρης και ένα φρούτο.

Τρώγοντας λοιπόν ένα υγιεινό πρωινό δημιουργούμε τις βάσεις για τον έλεγχο του φαγητού της επόμενης μέρας. Το πρωινό γεύμα θα πρέπει να γίνει μια συνολικά οικογενειακή υπόθεση τόσο για παιδιά όσο και για τους γονείς.

Στις ΗΠΑ έχει ξεκινήσει μέσω Food Research and action center από το 1990 ένα ειδικό διατροφικό πρόγραμμα στα σχολεία που ονομάζεται School Breakfast Program όπου παρέχεται στα σχολεία δωρεάν πρωινό γεύμα ιδιαίτερα ισορροπημένο και αυτό

οφείλεται στο ότι το πρωϊνό θεωρείται αρκετά σημαντικό και με ευεργετικές επιδράσεις.
(Κ.Κουτσίκας,2005)

4.4. ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΙΔΑΝΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

Από την βιβλιογραφική μας ανασκόπηση παρατηρήσαμε ότι η κοινή γνώμη των ειδικών είναι ότι απόλυτα ιδανικό βάρος δεν υπάρχει.

Για τα παιδιά και τους εφήβους υπάρχουν καμπύλες βάρους ανάλογα με το φύλο την ηλικία και το ύψος. Επιδίωξη του κάθε παιδιού και εφήβου θα πρέπει να είναι το βάρος να είναι σταθερό κάτω από την 95^η εκατοστιαία θέση αλλά και πάνω από την 10^η.

Για τα άτομα ηλικίας 20-65 ετών η διεθνής επιστημονική κοινότητα έχει δημιουργήσει ένα μέτρο που ονομάζεται Δείκτης Μάζας Σώματος. Ο Δείκτης υπολογίζεται εάν διαιρέσουμε το βάρος σε κιλά με το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα.
(Μόρτογλου,1996)

Ο πιο απλός τρόπος για να καθορίσουμε το βάρος είναι:

Ύψος - 1μέτρο=Βάρος.Για παράδειγμα ύψος 170 μέτρα-1 μέτρο = 70 χιλιόγραμμα με 10%± =63-77 χιλιόγραμμα

Αυτό αφορά πιο πολύ τους άνδρες, γιατί οι γυναίκες διαθέτουν περισσότερο αποταμιευτικό λίπος και γι'αυτές ισχύει η αφαίρεση από το ιδεώδες βάρος 5-10 χιλιόγραμμα.(Αυγούστης,1988)

4.5. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ.

Η διαδικασία αύξησης του βάρους διαιρείται σε τρεις φάσεις:

1. **Στατιστική φάση προ παχυσαρκίας.** Εδώ το άτομο βρίσκεται σε μακροχρόνια ενεργειακή ισορροπία και το βάρος του μένει σταθερό.
2. **Δυναμική φάση.** Εδώ το άτομο αυξάνει το βάρος, του αυτό συμβαίνει γιατί η ενεργειακή πρόσληψη υπερβαίνει την ενεργειακή κατανάλωση για μία συνεχής χρονική περίοδο. Αυτή η φάση διαρκεί αρκετά χρόνια και παρατηρούνται διακυμάνσεις στο βάρος επειδή το άτομο προσπαθεί συνειδητά να αποκτήσει χαμηλότερο βάρος.
3. **Στατική φάση της παχυσαρκίας.** Εδώ η ενεργειακή ισορροπία αποκαθίσταται αλλά το βάρος του ατόμου είναι πολύ μεγαλύτερο από εκείνο που είχε στην στατική φάση της προ παχυσαρκίας. Το νέο βάρος διαφυλάσσεται από τον οργανισμό.

(Κατσιλάμπρος,2003).

4.6. ΠΑΙΔΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Το δίπτυχο διατροφή και υγεία θεωρείται ενιαίο από την εμβρυϊκή ζωή μέχρι τα γηρατειά. Η διατροφή στην βρεφική ηλικία καθορίζει και την καλή υγεία των ενηλίκων. Ο υποσιτισμός στον πρώτο χρόνο της ζωής συμβάλλει αρνητικά στην σωματική και πνευματική ανάπτυξη του παιδιού.

Η σωστή και ισορροπημένη διατροφή δίνει στον οργανισμό τις θρεπτικές ουσίες που είναι απαραίτητες όπως(πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, βιταμίνες κ.α). Επίσης βοηθάει στο να διατηρηθεί η πνευματική και ψυχική υγεία και η ισορροπία καθώς και η σωματική ανάπτυξη. Και αποτελεί μακροχρόνια επένδυση για καλή υγεία.

Αντίθετα όταν η διατροφή δεν είναι σωστή και ισορροπημένη και είναι φτωχή σε θρεπτικά συστατικά, είναι καταστροφική(αδυναμία, συνεχές αίσθημα κόπωσης, μειωμένη άμυνα του ανοσοποιητικού συστήματος, καταβολισμός μυϊκού ιστού, αναιμία κ.α) είναι μερικά από τα αποτελέσματα από την

κακή διατροφή και θρέψη του οργανισμού) και μας καθιστά ευάλωτους σε ένα πλήθος νοσημάτων.

Η διατροφή αποτελεί έναν σημαντικό περιβαλλοντικό παράγοντα για πολλά νοσήματα. Κάποια νοσήματα είναι τα καρδιαγγειακά, η οστεοπόρωση, ο διαβήτης, η γαστρίτιδα, κάποιες μορφές καρκίνου όπως, του πνεύμονα, του μαστού, καθώς και η παχυσαρκία. Η παχυσαρκία αποτελεί την πιο σημαντική διατροφική πάθηση στις αναπτυσσόμενες χώρες και στις αναπτυσσόμενες και είναι ένας από τους πιο ισχυρούς υπονομευτές της υγείας του ατόμου.

(Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας,2006)

Στην σχολική ηλικία παρατηρούνται τα σύνδρομα έλλειψης, συγκέντρωσης /υπερενεργητικότητας(ADHDs). Χαρακτηρίζονται με συγκέντρωση σε άσχετα ερεθίσματα, παρορμητική συμπεριφορά, υπερενεργητικότητα όχι σε όλα τα παιδιά, απουσία σταθερότητας και επιμονής. Η δίαιτα Feingold θεωρείται η θεραπεία των (ADHDs). Αυτή η δίαιτα δεν συμπεριλαμβάνει τροφές οι οποίες περιέχουν σαλικυλικά όπως τα πορτοκάλια, οι φράουλες, τα μήλα κ.α τα οποία είναι απολαυστικά για τα παιδιά, ουσίες οι οποίες αλληλεπιδρούν με σαλικυλικά, τεχνητά αρώματα και συντηρητικά.

Η ζάχαρη θεωρείται αίτιο των ADHDs αλλά το πραγματικό αίτιο δεν έχει ακόμα βρεθεί. Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έχουν δείξει ότι οι γονείς, όταν τα παιδιά τους καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες ζάχαρης περιμένουν να είναι υπερκινητικά. Και αυτό εξηγεί γιατί τα παιδιά έχουν κάποια προβλήματα συμπεριφοράς όταν καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες ζάχαρης.

(Mary Courtney Moore,1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο **ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ,** **ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.**

5.1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΠΑΙΔΙΚΗΣ, ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.

Σύμφωνα, με την Ελληνική Ιατρική Εταιρία Παχυσαρκίας ως παχυσαρκία ορίζεται η παθολογική εκείνη κατάσταση κατά την οποία περίσσεια λιπώδους ιστού, εναποθηκεύεται στον οργανισμό είναι μία νοσογόνος κατάσταση η οποία τείνει να πάρει διαστάσεις επιδημίας. Η παιδική παχυσαρκία αφορά τις ηλικίες 2-18 ετών αφού σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) το διάστημα αυτό καθορίζει και την έννοια του παιδιού, όσο αφορά την ηλικία. Συνεπώς αναφερόμαστε σε παιδική εφηβική παχυσαρκία. (<http://www.haso.gr>)

Η παχυσαρκία αποτελεί την περίσσεια λίπους στο σώμα. Ως παχυσαρκία συνήθως ορίζεται η κατάσταση στην οποία υπάρχει 120% ή περισσότερο από το ιδανικό βάρος σώματος (IBW). Η παχυσαρκία κάποιες φορές διαιρείται σε τρεις βαθμούς:

- α) Ελαφριά, 120-140 του IBW
- β) Μέτρια, 141-200% του IBW
- γ) Σοβαρή θανατηφόρος, περισσότερο από 200% του IBW. (Mary Courtney Moore, 1997)

Παχύσαρκο παιδί θεωρείται εκείνο του οποίου το βάρος είναι κατά 10%-20% περισσότερο από το φυσιολογικό για την ορισμένη ηλικία και το φύλλο του. (Παλλίδης, 1987).

5.2. ΤΥΠΟΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία διακρίνεται σε: **απλή και σε κακοήθη.**

Απλή θεωρείται όταν το βάρος του ατόμου είναι λίγο παραπάνω από το ιδανικό βάρος που θα έπρεπε να είχε.

Κακοήθης παχυσαρκία είναι όταν το σωματικό βάρος του ατόμου είναι τουλάχιστον 45 κιλά πάνω από το κανονικό. Αυτό έχει ως συνέπεια, αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. (<http://www.neo.gr>)

Επιπλέον η παχυσαρκία διακρίνεται στους εξής τύπους:

- Η παχυσαρκία εμφανίζεται **σε ολόκληρο το σώμα** και αυτός ο τύπος είναι ο πιο συνηθισμένος.
- **Η κοιλιακή παχυσαρκία ή ανδροειδής**, στην οποία εμφανίζεται συσσώρευση λίπους στο άνω σώμα δηλαδή, κοιλιά, μέση, χέρια, κορμός έχει ως αποτέλεσμα το σώμα να παίρνει την μορφή μήλα.
- **Η γυναικείου τύπου**. Όταν το λίπος συγκεντρώνεται στο κάτω σώμα δηλαδή, γλουτοί, πόδια, και το σώμα παίρνει την μορφή του αχλαδιού.

Η ανδροειδή τύπου παχυσαρκία αντιμετωπίζεται πιο εύκολα σε σχέση με την παχυσαρκία του γυναικείου τύπου η οποία αντιμετωπίζεται δύσκολα.

Από τα τρία είδη παχυσαρκίας η ανδροειδής ή η παχυσαρκία σε σχήμα μήλου, είναι αυτή που ευθύνεται σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό για τις επιπτώσεις και τις ασθένειες στην υγεία του πληθυσμού. (<http://www.fa3.gr>)

5.3. ΤΥΠΟΙ ΑΤΟΜΩΝ ΥΠΕΡΒΑΡΩΝ.

Τα υπέρβαρα άτομα ταξινομούνται στους εξής **τύπους**:

- 1. Αγχώδη**
- 2. Απομονωμένα**
- 3. Κυκλοθυμικά**
- 4. Ανώριμα**
- 5. Ψυχοπαθητικά**

1) Αγχώδη: Αυτά τα άτομα παρουσιάζουν εσωστρέφεια, είναι προβληματισμένα, υπερφορτωμένα, καταπιεσμένα και επίσης είναι δυσπροσάρμοστα.

2) Απομονωμένα: Τα άτομα αυτά είναι εσωστρεφή, περιθωριοποιημένα από τον υπόλοιπο κόσμο και την ζωή, μη κοινωνικά με περιορισμένες σχέσεις χωρίς αυτοκυριαρχία και πεποίθηση.

3) Κυκλοθυμικά: Τα κυκλοθυμικά άτομα παρουσιάζουν μια συναισθηματική αστάθεια και ευμετάβλητη διάθεση, με τις ταλαντεύσεις ανάμεσα σε ένταση θυμού ψυχικής ανάτασης καθώς και ευφορίας, εναλλάσσοντας με διάθεση υποτονική στερούμενα όμως ψυχικής ισορροπίας. Δηλαδή μπορεί να τραγουδούν και να κλαίει ταυτόχρονα.

4) Ανώριμα: Αυτά είναι υπερπροστατευόμενα, εξαρτιόνται και επηρεάζονται άμεσα από την οικογένεια και το περιβάλλον τους και έχουν συμπεριφορά μικρού παιδιού

5) Ψυχοπαθητικά: Σε αυτό τον τύπο ανήκουν τα άτομα τα οποία, δεν σέβονται και δεν τηρούν τους κανόνες, είναι απείθαρχα. Δεν παρουσιάζουν κάποιου είδους αναστολή δεν έχουν ηθικές αξίες, η συμπεριφορά του είναι «ατίθαση» με αποτέλεσμα να οδηγούνται στην κατάρρευση και στην κατάρρευση.

Οι πιο πάνω τύποι υπέρβαρων ατόμων, είναι ψυχολογικές μορφές που η μόνη τους χαρά στην ζωή είναι η πρόσληψη συνεχής τροφής αφήνοντας όλα τα υπόλοιπα ενδιαφέροντά τους γι' αυτήν την χαρά.

(Αυγούστης, 1988)

5.4. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ, ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.

Ο διεθνής οργανισμός international Obesity Task Force (IOTF) στην πρόσφατη αναφορά του το Μάιο του 2004 υπέδειξε ότι η εμφάνιση της παχυσαρκίας αυξάνεται με ταχύ ρυθμό στα παιδιά της Ευρώπης. Ο αριθμός των παιδιών που είναι υπέρβαρα ανέρχεται σε περισσότερα από 400.000 το χρόνο. (Δετοράκης, 2005).

Η πλειονότητα των Ευρωπαϊκών Χωρών έχει ποσοστά παχυσαρκίας άνω του 10% για τα αγόρια και κορίτσια ηλικίας 10 ετών. Ακόμη πιο ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι πολλές χώρες της Ανατολικής και Νότιας Ευρώπης. (<http://www.iad.gr>).

Μελέτες σε αρκετές δυτικές χώρες έχουν δείξει ότι το 12% των παιδιών ηλικίας 8 και 12 ετών είναι υπέρβαρα και 2 έως 5% είναι παχύσαρκα. Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν η συχνότητα υπερβάλλοντος βάρους και παχυσαρκίας αυξάνει. Οι έφηβοι ηλικίας 14-19 ετών σε ποσοστό μεταξύ 11 και 17% είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι σε ποσοστό μεταξύ 2 και 5%. Οι έφηβες σε σχέση με τους έφηβους έχουν διπλάσια πιθανότητα να γίνουν παχύσαρκες. Εάν ένα κορίτσι στη ηλικία μεταξύ 11 και 15 ετών είναι παχύσαρκο έχει μια πιθανότητα μία στις τρεις να γίνει παχύσαρκο όταν φθάσει στα 35. (S. Abraham and D. Llewellyn-Jones, 1990).

Από έρευνες που έχουν γίνει έχει βρεθεί ότι το 1/3 της παχυσαρκίας στις μέρες μας εμφανίζεται από την παιδική ηλικία. Το ποσοστό παχυσαρκίας τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες παρουσιάζει εκθετική αύξηση. (<http://www.medicum.gr>).

5.4.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.

Η παχυσαρκία είναι το πιο συχνό πρόβλημα διατροφής στο δυτικό κόσμο. Περίπου 250.000.000 άνθρωποι δηλαδή το 7% του υπάρχοντος παγκόσμιου πληθυσμού είναι παχύσαρκοι. Δύο με τρεις φορές περισσότεροι άνθρωποι είναι υπέρβαροι. Περίπου 14-15% όλων των δεκαπεντάχρονων στις ΗΠΑ κατηγοριοποιούνται ως παχύσαρκοι. Από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε σχολεία το 1997-1998 και μετά από σύγκριση των δεδομένων, έδειξαν ότι η ΗΠΑ η Ιρλανδία, η Ελλάδα και η Πορτογαλία είχαν υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας. Η παχυσαρκία στα παιδιά και τους εφήβους εξελίσσεται ραγδαία σε μία παγκόσμια επιδημία με τεράστιες προεκτάσεις στην δημόσια υγεία καθώς και τα υπέρβαρα παιδιά γίνονται υπέρβαροι ενήλικες. Το 8% του ενήλικου πληθυσμού είναι υπερβολικά παχύσαρκοι όπως ορίζεται από το δείκτη μάζας σώματος >30 και 25% των παιδιών είναι υπέρβαροι. (<http://www.ephebiatrics.gr>)

Το έτος 2002 υπολογίστηκε ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας σε παιδιά στην Ευρώπη που ήταν της τάξης 24%, ήταν 5 οι ποσοστιαίες μονάδες υψηλότερος από το αναμενόμενο. Σήμερα εκτιμάται ότι 14.000.000 είναι υπέρβαροι εκ των οποίων τα 3.000.000 είναι παχύσαρκα. Επίσης, στην παγκόσμια αναφορά του International Obesity Force (OTF) υποδείχθηκε ότι 1 στα 10

παιδιά είναι υπέρβαρο, δηλαδή 155.000.000 παιδιά και από αυτά 30-40.000.000 είναι παχύσαρκα.

Στην Ελλάδα το ποσοστό εμφάνισης της παιδικής παχυσαρκίας ήταν 26% στα αγόρια και 19% στα κορίτσια ηλικίας 6 έως 17 ετών (στη Βόρεια Ευρώπη το ποσοστό παχυσαρκίας ήταν 10 έως 20% ενώ, στην Νότια Ευρώπη 20-35%).

(<http://www.iad.gr>)

Πάνω από 300.000.000 άνθρωποι σε όλον τον κόσμο χαρακτηρίζονται παχύσαρκοι ενώ, υπολογίζεται ότι τέσσερις στους δέκα υπερβαίνουν σήμερα το φυσιολογικό επιθυμητό βάρος κατά 15 κιλά (Μέσος όρος). (<http://www.psixi.gr>).

5.4.2. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.

Σύμφωνα, με την πρόσφατη μελέτη της Ά Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών σχετικά με την πληθυσμιακή ανάλυση των καμπύλων αύξησης Ελλήνων παιδιών και εφήβων, η 95^η εκατοστιαία θέση έχει αυξηθεί την τελευταία 20ετία κατά 15 κιλά στα αγόρια και 7 κιλά στα κορίτσια. Αυτά, είναι παχύτερα κατά 3 και 2 κιλά από τα παιδιά των ΗΠΑ που ήταν μέχρι τώρα τα παχύτερα παιδιά στον κόσμο. Τα Ελληνόπουλα είναι τα πιο παχύσαρκα παιδιά παγκοσμίως στην παιδική παχυσαρκία. (<http://www.ephebiatrics.gr>).

54% είναι το ποσοστό αύξησης της ηλικίας 6-11 ετών και 40% σε εφήβους. Μελέτες δείχνουν αύξησης της παχυσαρκίας στα κορίτσια 12-17 ετών σε ποσοστό 40% ενώ, στα αγόρια της ίδιας ηλικίας είναι 30% σύμφωνα με το Ινστιτούτο Καταναλωτών. (<http://www.starpoint.gr>).

Τα ποσοστά υπέρβαρων ατόμων ηλικίας 10-15ετών είναι 21,7% για τα αγόρια ενώ για τα κορίτσια 9,1%. (<http://www.nutridiet.gr>).

5.5. ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.

Δεν μπορεί να δοθεί ακόμα μια σχολική εικόνα του Παγκόσμιου Επιπολασμού της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας. Παρόλα αυτά μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί συμφωνούν ότι υπάρχει

υψηλός επιπολασμός της παχυσαρκίας και τα ποσοστά συνεχώς αυξάνονται.

Η παχυσαρκία κατά την παιδική ηλικία εμφανίζεται τόσο στις βιομηχανικές όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. (Κατσιλάμπρος,2003).

5.5.1. ΣΗΜΕΡΙΝΟΣ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ.

Η πιο πρόσφατη μελέτη της παχυσαρκίας είναι η NHANES (1988-1994). Χρησιμοποιώντας τον $BMI \geq 30$ για την κατάταξη της παχυσαρκίας βρέθηκε ότι περίπου το 20% των ανδρών και 25% των γυναικών στην Αμερική είναι παχύσαρκοι. Η μόνη χώρα της Λατινικής Αμερικής που έχει πραγματοποιήσει τα τελευταία δέκα χρόνια μία εθνικά αντιπροσωπευτική μελέτη είναι η Βραζιλία. Η μελέτη PNSN έδειξε ότι η παχυσαρκία είναι διαδεδομένη στην Βραζιλία και αφορούσε το 6% των ανδρών και το 13% των γυναικών κατά το έτος 1989.

Η παχυσαρκία στην Κούβα στην Τζαμάικα, στα Μπαρμπάντους και στην Αγία Λουκία αποτελεί ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα. Εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό στις χώρες που έχουν μεγαλύτερο εισόδημα και αφορά περισσότερο τις γυναίκες παρά τους άνδρες. (Κατσιλάμπρος, 2003).

5.5.2. ΣΗΜΕΡΙΝΟΣ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ

Η παχυσαρκία είναι συχνό φαινόμενο στην Ευρώπη και ειδικά στις Νότιες Ευρωπαϊκές χώρες. Τα Ευρωπαϊκά κράτη που συμμετείχαν στην μελέτη MONICA του ΠΟΥ από το 1983 έως το 1986^ο μέσος επιπολασμός της παχυσαρκίας ήταν 15% για τους άνδρες και 22% για τις γυναίκες. Το Γκόθενμπεργκ της Σουηδίας είχε μικρότερο επιπολασμό με ποσοστό ανδρών 7% και γυναικών 9%. Και, στη Λιθουανία ο μεγαλύτερος επιπολασμός με ποσοστό ανδρών 22% ανδρών και γυναικών 45%. Μελέτες εθνικού επιπέδου έδειξαν ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στις Ευρωπαϊκές χώρες είναι 10-20% για τους άνδρες και 10-25% για

τις γυναίκες. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η παχυσαρκία εμφανίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. (Κατσιλάμπρος, 2003).

5.5.3. ΣΗΜΕΡΙΝΟΣ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΟΥ

Τα λίγα αξιόπιστα και διαθέσιμα στοιχεία για τον επιπολασμό της παχυσαρκίας δείχνουν ότι αυτός είναι υψηλός και ότι εμφανίζεται στις γυναίκες πιο πολύ.

Από το 1990 έως το 1993 πραγματοποιήθηκε μια εθνικά αντιπροσωπευτική μελέτη η οποία είχε ως σκοπό να μελετήσει τις επιδράσεις του φύλου της ηλικίας και της περιοχικής κατανομής πάνω στον επιπολασμό του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας. Το δείγμα ήταν 13.177 τυχαίοι επιλεγμένες ενήλικες από την Σαουδική Αραβία. Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στις γυναίκες ήταν μεγαλύτερος από τον επιπολασμό των γυναικών στις βιομηχανικές χώρες αλλά και από αυτών από όλες τις περιοχές της Σαουδικής Αραβίας.

Στα Ενωμένα Αραβικά Εμιράτα η παχυσαρκία θεωρείται το πιο σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας το οποίο ευθύνεται για την αύξηση της εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων. Στοιχεία από την εθνική έρευνα στη διατροφή έδειξαν ότι το 38% των παντρεμένων γυναικών και το 15,8% των παντρεμένων ανδρών ήταν παχύσαρκοι.

Σε μία πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Νότια περιοχή της Ισλαμικής Δημοκρατίας του Ιράν βρέθηκε, ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στους ενήλικες είναι αρκετά σημαντικός και είναι συχνότερη στις γυναίκες.

(Κατσιλάμπρος, 2003).

5.5.4. ΣΗΜΕΡΙΝΟΣ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΕΙΡΗΝΙΚΟΥ

Η παχυσαρκία των παιδιών στην Αυστραλία δεν αναγνωρίζεται πλέον ως επιδημία αλλά χαρακτηρίζεται ως πανώλη. Η παχυσαρκία έχει μεγάλες συνέπειες στα παιδιά,

πάσχουν από τις ίδιες ασθένειες που είχαν οι παππούδες τους όπως διαβήτη, πίεση, καρδιοπάθειες, στις ηλικίες 12, 13 και 14 χρονών. Το 3% των παιδιών σχολικής ηλικίας χρειάζονται χειρουργική παρέμβαση. Τα επόμενα 30 χρόνια θα χρειαστούν άλλοι 100 ειδικοί χειρουργοί. (http://www.politis_news.com)

Στην Ιαπωνία ο επιπολασμός της παχυσαρκίας με βάση την Ιαπωνική Εθνική Μελέτη για την διατροφή είναι 2% στους άνδρες και 2% στις γυναίκες. Το 1992 πραγματοποιήθηκε από την Τρίτη Εθνικού Επιπέδου Μελέτη για την διατροφή(NNS III) για να βρεθεί ο σημερινός επιπολασμός της παχυσαρκίας στην Κίνα. Η μελέτη υλοποιήθηκε σε αστικό και σε αγροτικό πληθυσμό και το δείγμα ήταν 14.964 άνδρες και 14.590 γυναίκες ηλικίας 20-45 ετών. Βρέθηκε ότι υπάρχει μικρή συχνότητα παχυσαρκίας και είναι πιο συχνή στις αστικές από ότι στις αγροτικές περιοχές.

Στην Μαλαισία το 4,7% των ανδρών και το 7,9% των γυναικών ηλικίας 18-60 ετών έχουν δείκτη μάζας σώματος BMI πάνω από 30. Στις γυναίκες τα προβλήματα παχυσαρκίας ήταν πιο σοβαρά στους πληθυσμούς της Ινδίας.

(Κατσιλάμπρος, 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.

Η παχυσαρκία είναι ένα τυπικό παράδειγμα πολυπαραγοντικής νόσου και πρέπει να θεωρείται ως το αποτέλεσμα διάφορων αιτίων όπως η μη σωστή διατροφή, γενετικές- κληρονομικές αιτίες, ψυχοκοινωνικά, ο τρόπος ζωής, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, πολύωρης παρακολούθησης τηλεόρασης και μία σειρά άλλων αιτιών

6.1. Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ



Η διατροφή είναι ένα βασικό καθοριστικό στοιχείο του σώματος. Όμως η αυξημένη πρόσληψη θερμίδων που αρχίζει από την μητέρα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνεχίζεται από τα βρέφη καθώς και από τα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας όπου προσλαμβάνουν μεγαλύτερο αριθμό θερμίδων με το φαγητό από αυτό που χρειάζεται το παιδί, για να καλύψει τις ημερήσιες ανάγκες του. (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας,2006)

Τα παιδιά καταναλώνουν τροφές με χαμηλή θρεπτική αξία και πολλές θερμίδες, οι οποίες είναι πλούσιες σε λίπος όπως γλυκά, αναψυκτικά, παγωτά. Ιδιαίτερα τα αναψυκτικά ευθύνονται για την αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας. Από το 1991-1995 η μέση ημερήσια κατανάλωση αναψυκτικών στις ΗΠΑ αυξήθηκε από 345 σε 570ml στους εφήβους, επιβαρύνοντας τον οργανισμό με 200 θερμίδες επιπλέον ημερησίως, συμβάλλοντας στην αύξηση της παχυσαρκίας. (<http://www.iatronet.gr>)

Επίσης, ο αριθμός και η κατανομή των γευμάτων καθώς και η λήψη τροφής εκτός των κύριων γευμάτων, συμβάλλει στην αύξηση του βάρους.

Οι διαταραχές διατροφικής συμπεριφοράς παρατηρούνται στα παχύσαρκα παιδιά όπως η περιστασιακή ή η επεισοδιακή υπερφαγία ή η νυχτερινή υπερφαγία.

6.2. ΓΕΝΕΤΙΚΑ – ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΑ ΑΙΤΙΑ.

Η κληρονομικότητα που σχετίζεται με την παιδική παχυσαρκία αφορά γονίδια τα οποία ευθύνονται στο να γίνει κάποιος πιο ευάλωτος και στο να αναπτύξει ένα συγκεκριμένο τύπο σώματος. Πολλά γονίδια επιδρούν στο φαινότυπο της παχυσαρκίας του οποίου η τελική μορφή είναι αποτέλεσμα της σχέσης αλληλεπίδρασης των γονιδίων και του περιβάλλοντος. Τα παιδιά των οποίων και οι δύο γονείς είναι παχύσαρκοι έχουν πιθανότητα 80% να γίνουν και αυτά παχύσαρκα. Αν είναι μόνο ο ένας γονιός παχύσαρκος τότε η πιθανότητα είναι 40% και αν και οι δύο γονείς δεν είναι παχύσαρκοι τότε η πιθανότητα είναι 8%. (<http://www.ephebiatrics.gr>)

Τα παιδιά των παχύσαρκων γονιών είναι 3-8 φορές πιο πιθανό να γίνουν παχύσαρκα σε σχέση με τα παιδιά που οι γονείς τους έχουν φυσιολογικό βάρος. Τα παιδιά με παχύσαρκους γονείς ενδέχεται να έχουν μεταβολισμό που αποθηκεύει λίπος πιο εύκολα από ότι σε άλλα άτομα. (Mary Courtney Moore,1997)

Μελέτες που έγιναν σε διδύμους και σε υιοθετημένα παιδιά βρέθηκε ότι ο βαθμός κληρονομικότητας της ποσότητας του λιπώδους ιστού είναι μεταξύ από 25-40% και του κοιλιακού λίπους 50%. (<http://www.haso.gr>)

Η γενετική προδιάθεση έχει ως αποτέλεσμα να αυξήσει το βάρος του το παιδί σε ένα μη ευνοϊκό περιβάλλον όπως μειωμένη κινητικότητα, κακή διατροφή. Οι συνήθειες της οικογένειας όπως οι διατροφικές συνήθειες και οι συνήθειες σωματικής δραστηριότητας επιδρούν στο βάρος του παιδιού. Όταν τα παιδιά ακολουθούν τις διαιτητικές συνήθειες των παχύσαρκων γονέων τους οδηγούνται και αυτά στην παχυσαρκία. (<http://www.isk.gr&MedNutrition.gr>).

6.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ.

Οι γονείς έχουν την τάση να είναι υπερπροστατευτικοί απέναντι στα παιδιά και η μητέρα διακατέχεται από ασφάλεια και από την βρεφική ηλικία ταΐζει το παιδί όταν κλαίει γιατί πιστεύει ότι πεινάει. Όταν αυτό γίνεται συστηματικά, αυτό έχει ως αποτέλεσμα κάθε φορά που το παιδί δεν αισθάνεται καλά να τρώει.

Τα παιδιά έχουν ανάγκη από την οικογένειά τους να τους καλύπτει τις ανάγκες. Όταν αυτό δεν επιτυγχάνεται λόγω προβλημάτων μέσα στην οικογένεια, της προσωπικότητας των

γονέων ή κάποιων παθολογικών προβλημάτων στην οικογένεια, τότε το παιδί οδηγείται στο φαγητό για να καλύψει τις συναισθηματικές ανάγκες. Έτσι, καταναλώνει περισσότερες θερμίδες και οδηγείται στην παχυσαρκία. Ακόμη μετά από κάποιες εμπειρίες όπως μπορεί να είναι ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, το παιδί λαμβάνει υπερβολική ποσότητα τροφής για να καλύψει τα δυσάρεστα συναισθήματα που δημιουργούνται. (<http://www.mednutrition.gr>)

Ορισμένα παιδιά τρώνε υπερβολικά για να ξεπεράσουν το στρες, την ανία, την απογοήτευση, την κατάθλιψη ή οποιοδήποτε ψυχολογικό πρόβλημα που νιώθουν. Το φαγητό είναι το μέσο για να νιώσουν ευχαρίστηση, ξεκούραση, ηρεμία κ.α. Κάνουν ένα διάλειμμα από τις υποχρεώσεις, το άγχος και την εσωτερική ένταση που νιώθουν. Επίσης τα παχύσαρκα παιδιά και οι έφηβοι έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση για την εικόνα του εαυτού τους με αποτέλεσμα να μην έχουν κίνητρα και θέτει τα παιδιά σε ένα φαύλο κύκλο μη ισορροπημένης διατροφής και κακής εικόνας του σώματος. (<http://www.paxysarkia.gr>)

Τα παχύσαρκα παιδιά είναι πιο ευαίσθητα και αντιδρούν διαφορετικά στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα που έχουν σχέση με την τροφή από ότι με τα φυσιολογικά άτομα. Για παράδειγμα τα παχύσαρκα παιδιά σε σχέση με τα φυσιολογικά τρώνε περισσότερο όταν η γεύση της τροφής είναι ευχάριστη. Αυτό σημαίνει ότι τα παχύσαρκα παιδιά παρασύρονται από την γεύση, την εικόνα της τροφής και όχι από την ανάγκη τους να φάνε. Έχουν πρόβλημα στο να ελέγξουν τι τρώνε. Η οικογένεια δίνει πιο μεγάλες ποσότητες φαγητού σε αυτά από ότι στα αδύνατα. (Πιπεράκης,2002)

Επίσης, οι αρνητικές σκέψεις παίζουν σημαντικό ρόλο στη εμφάνιση της παχυσαρκίας. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα που έχουν απώλεια ελέγχου κατακλύζονται από δυσλειτουργικές σκέψεις είναι οι εξής:

" Δεν θα μπορέσω να αντισταθώ "

" Πρέπει να φάω κι άλλο, αλλιώς θα σκάσω από το άγχος "

" Έτσι που έχω γίνει δεν έχει νόημα άλλο ένα κομμάτι "

Οι πιο συνηθισμένες λειτουργικές σκέψεις είναι οι παρακάτω:

" Άλλο ένα κομμάτι δεν θα με βλάψει "

" Λίγο παραπάνω θα με κάνει να νιώσω καλύτερα "

" Αυτό και θα σταματήσω, το έχει ανάγκη ο οργανισμός μου για να λειτουργήσει ".

Οι αρνητικές σκέψεις κάνουν το άτομο να νιώθει στερημένο. Οι συνέπειες αυτών των σκέψεων είτε είναι μία απώλεια είτε

χαλάρωση του ελέγχου που ασκείται στην συμπεριφορά λήψη τροφής. Οι σκέψεις αυτές ονομάζονται αυτόματες επειδή κατακλύζουν το άτομο με γρήγορο και φευγαλέο τρόπο. Εμφανίζονται συνήθως όταν το άτομο βρίσκεται μπροστά στο φαγητό ή σκέφτεται εάν θα φάει ή θα τσιμπήσει κάτι.

(<http://www.web4health.info.gr>)

Ένας άλλος ψυχοκοινωνικός παράγοντας είναι η τροφή ως εξάρτηση. Η τροφή η οποία είναι απαραίτητη για την επιβίωση μας, μπορεί να προκαλέσει εξάρτηση όπως το τσιγάρο, το αλκοόλ, ο καφές κ.α. Η υπερβολική λήψη τροφής μοιράζεται κάποια από τα στοιχεία της εξάρτησης από ουσίες και την έντονη αναζήτηση και επιθυμία για την λήψη τροφής και την μεγάλη δυσκολία για την άσκηση αυτοελέγχου στην λήψη της.

Τα κοινά στοιχεία είναι:

- 1) Η έντονη επιθυμία για μείωση της υπερβολικής τροφής ή οι μη αποτελεσματικές προσπάθειες στο παρελθόν για την διακοπή της ή την μείωσή της.
- 2) Η ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων όπως σιελόρροιας και δυσφορίας όταν δεν ικανοποιείται η επιθυμία. Είναι στοιχεία που μοιάζουν με τα στερητικά συμπτώματα των εξαρτημένων.
- 3) Η έντονη ενασχόληση με δραστηριότητες που έχουν σχέση και αφορούν την λήψη τροφής όπως συνεχής συζητήσεις με φίλους οπουδήποτε, το συνεχές μέτρημα θερμίδων.
- 4) Η λήψη της τροφής συνεχίζεται παρά τα σημαντικά προβλήματα που προκαλεί και συνεχίζει να προκαλεί.

Η ενστικτώδη μορφή της πείνας οφείλεται στην δυσκολία που έχει το άτομο να ασκήσει έλεγχο στο πόσο μπορεί να φάει. Η πρόσληψη κάθε αυτή της τροφής αποτελεί μια εμπειρία μεγάλης ανταμοιβής για τον οργανισμό, για δύο λόγους γιατί περνά την πείνα και γιατί το καλό φαγητό προσφέρει αισθητηριακή απόλαυση. Αυτές οι εμπειρίες ανταμοιβής επαναλαμβάνονται με αυτόματο τρόπο από τα άτομα. Κάποια συστατικά που προέρχονται στις τροφές προκαλούν πραγματική εξάρτηση όπως οι υδατάνθρακες που κάποια άτομα καταναλώνουν υδατάνθρακες (ζάχαρη, γλυκά) επειδή τους λείπει από το νευρικό σύστημα η ουσία σεροτονίνη. Μια άλλη τροφή είναι η σοκολάτα.

Η λήψη τροφής έχει ξεφύγει από την απλή ικανοποίηση κάποιων βιολογικών ορμών και έχει πάρει τα χαρακτηριστικά εξάρτησης.

(<http://www.stress.gr>)

6.4. Ο ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ.

Ο τρόπος ζωής που μεγαλώνει ένα παιδί επηρεάζει τόσο τις διατροφικές συνήθειες όσο και την σωματική δραστηριότητα. Η εκβιομηχάνιση και η αστυφιλία μειώνουν την ενεργειακή κατανάλωση. Ο «σημερινός» τόπος λειτουργίας των σχολείων δεν παρέχει τον απαιτούμενο χρόνο που χρειάζονται τα παιδιά για να ασχοληθούν με κάποια σωματική δραστηριότητα. Ο νέος τρόπος διατροφής οδηγεί, στην μείωση της κατανάλωσης υδατανθράκων, λαχανικών και φρούτων και στην αύξηση κατανάλωσης ζωικών λιπαρών με αποτέλεσμα να οδηγούμαστε στην αύξηση της παχυσαρκίας. (<http://www.haso.gr>)

Τα παχύσαρκα παιδιά δεν έχουν το ίδιο διατροφικό περιβάλλον με τα μη παχύσαρκα. Όταν οι γονείς είναι παχύσαρκοι ενθαρρύνουν τα παιδιά τους στο να επιλέξουν και να καταναλώσουν τροφές πλούσιες σε λιπαρά και έτσι δημιουργούν ένα διαφορετικό διατροφικό περιβάλλον γι'αυτά. (<http://www.ephebiatrics.gr>)

Σύμφωνα με την έρευνα του INKA- Ινστιτούτο Καταναλωτών βρέθηκε ότι το 77% δεν τρώει μαζί με τους γονείς τους και κάθεται μόνο του στο σπίτι πολλές ώρες, έτσι καθίσταται αδύνατο οι γονείς να ελέγχουν τόσο την ποσότητα όσο και την ποιότητα του φαγητού που καταναλώνουν τα παιδιά τους. Λόγω το ότι η μητέρα εργάζεται και είναι πολυάσχολη «αναγκάζεται» να αγοράζει φαγητό απ' έξω και πλέον το σπιτικό φαγητό αποτελεί για την σύγχρονη Ελληνική οικογένεια όχι μια καθημερινή συνήθεια αλλά μία πολυτέλεια.

Το 63% των παιδιών καταναλώνει πολύ κρέας και το 51% δεν καταναλώνουν πολλά όσπρια και χόρτα. Οι απαντήσεις δόθηκαν από τα ίδια τα παιδιά. Το 25-48% των Ελληνόπουλων δεν έχουν ποτέ ενημερωθεί για θέματα διατροφής από τους γονείς τους. (<http://www.iatronet.gr>)

Σημαντικό ποσοστό παιδιών προέρχονται από οικογένειες όπου καταναλώνουν υπερβολική τροφή και τα γεύματά τους είναι πλούσια σε . Επίσης πολλοί γονείς χρησιμοποιούν το φαγητό στα παιδιά τους ως βραβείο όπως για παράδειγμα εάν καταναλώσουν όλο το φαγητό τους θα έχουν ως έπαθλο το αγαπημένο τους γλυκό. Αυτό γίνεται καθημερινή συνήθεια και έτσι τα παιδιά οδηγούνται στην παχυσαρκία.(Δετοράκης,2005 & Mary Courtney Moore,1997).

6.5. Η ΕΛΛΕΙΨΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας είναι ένας επιβαρυντικός παράγοντας τον οποίο οι επιστήμονες τον θεωρούν τον ίδιο σημαντικό με την κακή διατροφή οδηγεί στην εμφάνιση της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία. Το γεγονός ότι υπάρχουν λίγοι χώροι για να παίζουν και να αθλούνται τα παιδιά στις πόλεις τα οδηγεί στο να παίρνουν πολλές ώρες στον υπολογιστή καθώς και στην τηλεόραση. Έτσι το ενδιαφέρον των παιδιών για το παραδοσιακό υπαίθριο παιχνίδι μειώνεται και αντικαθίσταται από τα ηλεκτρονικά και τα παιδιά πλέον παίζουν λιγότερο

Ο ρόλος της οικογένειας και τα πρότυπα καθημερινότητας που ακολουθούν τα παιδιά επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τις συνήθειες που σχετίζονται με την φυσική δραστηριότητα, είτε είναι άσκηση είτε απλές καθημερινές δραστηριότητες όπως το περπάτημα

Η γυμναστική θεωρείται απαραίτητη και σημαντική στο σχολείο, παρόλα αυτά οι ώρες της γυμναστικής είναι πολύ λίγες και οι συνθήκες αρκετές φορές είναι δύσκολες καθώς και οι χώροι μειώνουν την ποιότητα του μαθήματος και αντί να προσελκύουν τα παιδιά, πολλές φορές απομακρύνουν το ενδιαφέρον τους για την γυμναστική. Επίσης υπάρχουν κάποια δημοτικά σχολεία τα οποία δεν έχουν Καθηγητή Φυσικής Αγωγής και έτσι η γυμναστική είτε δεν γίνεται καθόλου είτε μερικές φορές τον ρόλο του Καθηγητή της Φυσικής Αγωγής το αναλαμβάνει ο δάσκαλος.

Η συνεχής χρησιμοποίηση του αυτοκινήτου επηρεάζει και την φυσική δραστηριότητα των παιδιών μειώνοντας την. Το καθημερινό σχολικό πρόγραμμα των παιδιών το οποίο είναι ιδιαίτερα απαιτητικό και δεν τους δίνει την δυνατότητα για να ασχοληθούν με κάποιο παιχνίδι ή άθλημα.

Η έλλειψη της φυσικής δραστηριότητας των παιδιών μειώνει την ημερήσια ενεργειακή δαπάνη γιατί η σωματική άσκηση είναι ο μόνος τρόπος για να αυξηθεί φυσιολογικά η ενεργειακή κατανάλωση. Έτσι οι θερμίδες πρόληψης είναι περισσότερες από τις θερμίδες κατανάλωσης ημερησίως με αποτέλεσμα το παιδί αρχικά να γίνει υπέρβαρο και αν συνεχιστεί η αύξηση του βάρους θα γίνει παχύσαρκο.

(<http://www.mednutrition.gr>)

Ο Figueroa-colon σε μελέτη που πραγματοποίησε σε σχολικό δείγμα 19 παιδιών ηλικίας 9-13 ετών από 1-6 μήνες έγινε συνδυασμός για 16 εβδομάδες υποθερμιακής διαίτας(λίγο κάτω από τις ημερήσιες ενεργειακές απαιτήσεις) και άσκησης(45 λεπτά, 5×εβδ έντασης 25-75% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας).Η

πειραματική ομάδα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου μείωσε το βάρος της σημαντικά. (<http://www.haso.gr>).

6.6. Η ΠΟΛΥΩΡΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΛΕΟΡΑΣΗΣ.

Σύμφωνα με ερευνητές ο ισχυρότερος παράγοντας παιδικής παχυσαρκίας που βρέθηκε ήταν η πολύωρη παρακολούθηση τηλεόρασης. Η πολύωρη παρακολούθηση τηλεόρασης μπορεί να είναι καταστροφική για την αύξηση και την ανάπτυξη των παιδιών επειδή ενισχύει τις παθητικές δραστηριότητες. Όταν τα παιδιά παρακολουθούν τηλεόραση, καταναλώνουν τροφές με υψηλή θερμιδική αξία και ιδιαίτερα το βράδυ. Έτσι προάγεται ένας νέος τρόπος ζωής. (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας,2006)

Όταν τα παιδιά παρακολουθούν πολλές ώρες τηλεόραση, βίντεο και βιντεοπαιχνίδια τότε το σωματικό τους βάρος αυξάνεται. Αυτό είναι το συμπέρασμα μιας πολύ πρόσφατα μελέτης, συμφωνεί με άλλες έρευνες που δείχνουν ότι όσο καθόμαστε τόσο βάρος έχουμε. Η μελέτη έδειξε ότι τα παιδιά ηλικίας τεσσάρων ετών που παρακολουθούν 2,4 ώρες ανά ημέρα τηλεόραση προσλαμβάνουν 1600 θερμίδες την ημέρα ενώ αυτά που βλέπουν 1,1 ώρες ανά ημέρα παίρνουν 1486 θερμίδες την ημέρα. Έτσι τα παιδιά που βλέπουν πολύ τηλεόραση ζυγίζουν 5-6 κιλά πιο πολύ από τα άλλα μέσα σε ένα χρόνο. Οι Επιστήμονες του Πανεπιστημίου Columbia της Νέας Υόρκης έδειξαν ότι τα παιδιά που έχουν στο δωμάτιό τους τηλεόραση, είναι περισσότερο παχύσαρκα από αυτά που δεν έχουν. Η τηλεόραση έχει σχέση τόσο με μειωμένη φυσική δραστηριότητα όσο και με την αυξημένη επιρροή της διαφήμισης. Καθιστική ζωή (TV) > Πολύ φαγητό > Παχυσαρκία. (<http://www.iator.gr>)

Επίσης η μακροχρόνια παρακολούθηση τηλεόρασης μειώνει την φυσική άσκηση, ο οργανισμός δεν καίει τις θερμίδες που λαμβάνει. Τα παιδιά εκτίθεται σε διαφημίσεις διατροφικών προϊόντων χαμηλής θρεπτικότητας και υψηλής θερμιδικής αξίας. (Πιπεράκης, 2002)

Οι διαφημίσεις επηρεάζουν τα παιδιά στην κατανάλωση τροφών με υψηλές θερμιδικές αξίες. Ακόμη οι διαφημίσεις βάζουν σε πειρασμό τα παιδιά παρουσιάζοντας καινούργιες λιχουδιές και παρακινούνται να τρώνε και να πίνουν περισσότερο από όσο χρειάζεται. (Ντένις Μπέρκιτ,1983).

6.7. ΑΛΛΑ ΑΙΤΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.

Μια σειρά άλλων αιτιών που οφείλονται για την εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας είναι:

- Έχει παρατηρηθεί ότι η διατροφή στα σχολικά κυλικεία δεν είναι η ιδανική. Το INKA-Ινστιτούτο Καταναλωτών αναφέρει ότι οι μαθητές αγοράζουν (σνακ, γαριδάκια) σε ποσοστό 49-56%, τροφές με πολύ ζάχαρη σε ποσοστό 36-65%, χυμούς με προσθήκη ζάχαρης όχι φυσικοί σε ποσοστό 53-57%. Το 81% παίρνει τροφές από τα σχολικά κυλικεία οι οποίες δεν θα έπρεπε να πωλούνται. Το σχολείο δεν παρέχει κάποια ενημέρωση στα παιδιά όσον αφορά την διατροφή τους. Σύμφωνα με κάποια στοιχεία φαίνεται ότι το ποσοστό των παιδιών που δεν έχουν ενημερωθεί στην Ελλάδα για θέματα διατροφής, κυμαίνεται σε 53%. (<http://www.iatronet.gr>)



- Σύμφωνα, με το INKA-Ινστιτούτο Καταναλωτών ένα ποσοστό από 7%-42% των παιδιών τρώνε σε fast-food, το λιγότερο μία φορά την εβδομάδα. Στα fast-food, προσφέρονται τροφές οι οποίες περιέχουν λίπος, αλάτι και ζάχαρη, τηγανιτές τροφές καθώς και αναψυκτικά. Αυτές οι τροφές προτιμούνται από τα παιδιά, αναζητώντας συνεχώς έντονες γεύσεις που οδηγούν στην παχυσαρκία. Έτσι, γίνεται κατανάλωση λιγότερων λαχανικών, σαλατών, οσπρίων και περισσότερου κρέατος. Από το 1994-2000, το ποσοστό της κατανάλωσης του έτοιμου φαγητού αυξήθηκε κατά 965! (<http://www.iatronet.gr>)

- Τα παιδιά που δεν παίρνουν πρωινό έχουν μεγάλες πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκα. Ενώ, τα παιδιά που τρώνε συστηματικά πρωινό έχουν 30% λιγότερες πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκα. (Κούστικας,2005)
- Ο χρόνος της έναρξης του απογαλακτισμού. Ο χρόνος του απογαλακτισμού επηρεάζει σημαντικά το ποσοστό σωματικού λίπους στην ηλικία των 7 ετών.
- Το σωματικό βάρος κατά την γέννηση. (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας,2006)
- Σύμφωνα με κάποιες έρευνες που έγιναν στις Η.Π.Α παρατηρήθηκε ότι, όσοι κοιμόντουσαν από 4 ώρες είχαν 73%περισσότερες πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκοι. Ενώ, όσοι κοιμόντουσαν 5 ώρες είχαν 50% πιθανότητες. Τα ποσοστά αυτά, μειώνονταν όσο οι ώρες του ύπνου αυξάνονταν. Κάποιοι ειδικοί υποστηρίζουν ότι, αυτό το γεγονός οφείλεται στο ότι, η έλλειψη του ύπνου αυξάνει την όρεξη επειδή, αυξάνει τα επίπεδα της γκρελίνης δηλαδή, της ορμόνης η οποία ευθύνεται για την επιθυμία για φαγητό. Σε αντίθεση, η λεπτίνη, η ορμόνη που ευθύνεται για την καταστολή της όρεξης μειώνεται τα επίπεδά της, και το άτομο καταναλώνει περισσότερες θερμίδες γιατί, πρέπει να αποθηκεύεται ενέργεια στα λιποκύτταρα. (<http://www.myworld.gr>).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7⁰ **ΚΡΙΣΙΜΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΙ - Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ** **ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ** **ΤΡΟΦΗΣ.**

7.1. ΚΡΙΣΙΜΕΣ ΠΕΡΙΟΔΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ, **ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.**

Υπάρχουν κάποιες κρίσιμες περίοδοι που συμβάλλουν στο να εκδηλωθεί η παιδική παχυσαρκία και απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή.

1. Το βάρος του νεογνού το οποίο επηρεάζεται από τις διατροφικές συνήθειες της μητέρας και το σωματικό της βάρος πριν την εγκυμοσύνη παίζει σημαντικό ρόλο. Η διατροφή στην διάρκεια της εβρϋικής ζωής επηρεάζει τον καθορισμό του μεγέθους του σχήματος και της σύνθεσης του σώματος και της μεταβολικής δυνατότητας διαχείρισης μακροθρεπτικών ουσιών παρατηρείται ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των συνθηκών της ενδομήτριας ανάπτυξης και της παχυσαρκίας.
2. Το αυξανόμενο βάρος του νεογνού πάνω από 4,5 κιλά συμβάλλει στην εκδήλωση της παχυσαρκίας στο μέλλον.
3. Στην ηλικία των 6-7 ετών αυξάνονται απότομα τα λιποκύτταρα. Αν αυτή η αύξηση γίνει σε μικρότερη ηλικία ή με πολλή γρήγορο ρυθμό το παιδί τότε εμφανίζει μεγάλο κίνδυνο για παχυσαρκία. Σε αυτήν την περίοδο το παιδί έχει αυξημένη αυτονομία και κοινωνικότητα. Έτσι το παιδί σε αυτό το στάδιο είναι πολύ ευάλωτο στο να αναπτύξει συμπεριφορά που επηρεάζει και προδιαθέτει σε παχυσαρκία.
4. Οι ορμονικές μεταβολές στην εφηβεία συμβάλλουν στην αύξηση των λιποκυττάρων και στην ανακατανομή του λίπους. Επίσης οι αλλαγές των διατροφικών συνηθειών καθώς και ψυχολογικοί παράγοντες επιδρούν αρνητικά και οδηγούν στην εμφάνιση της παχυσαρκίας. Γι' αυτό η εφηβεία απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή.

(<http://www.mednutrition.gr>, Κατσιλάμπρος,2003).

7.2. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΗΣ ΟΜΑΔΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Οι κυβερνήσεις, η βιομηχανία τροφίμων, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και οι Καταναλωτές επηρεάζουν θετικά και αρνητικά τον βαθμό στον οποίο επιδρούν κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες και ιδιαίτερα του εκσυγχρονισμού στην προμήθεια των τροφίμων. Για την δημιουργία ενός περιβάλλοντος που προωθεί την εμφάνιση της παχυσαρκίας, απαιτείται η συνεργασία όλων των παραπάνω φορέων. (Κατσιλάμπρος, 2003)

7.2.1. ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Οι κυβερνήσεις και οι τοπικές αρχές ευθύνονται τόσο για την προστασία όσο και για την προαγωγή της υγείας στην κοινότητα.

Με το να εξασφαλίζουν και να προσφέρουν τρόφιμα τα οποία θα είναι ασφαλή και θρεπτικά καθώς και πλήρης εγκαταστάσεις για σωματική άσκηση. Αντίθετα ο εκσυγχρονισμός και οι ανταγωνιστικές απαιτήσεις της ανάπτυξης της υγείας και της οικονομίας ,ευθύνονται στο ότι οι κυβερνήσεις δρουν αντίθετα ακόμη και από τις κατευθυντήριες οδηγίες τους που αφορούν την υγεία.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΕΘΝΙΚΩΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΠΕΡΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ: Επειδή οι χώρες παίρνουν από μεταβατικές περιόδους σε θέματα διατροφής, οι διατροφικές οδηγίες δεν προσαρμόζονται με τις κοινωνικές αλλαγές, τις εξελίξεις της επιστήμης της διατροφής και με τα προβλήματα διατροφής που αντιμετωπίζουν οι διάφορες κοινωνικές ομάδες.
(Κατσιλάμπρος, 2003)

ΓΕΥΜΑΤΑ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ: Οι κυβερνήσεις και οι τοπικές αρχές ευθύνονται για τα γεύματα στα σχολεία, σε παιδικούς σταθμούς σε νοσοκομεία κ.α. Είτε το προσφέρουν, είτε όχι θα πρέπει να δημιουργήσουν αυστηρές κατευθυντήριες οδηγίες που θα αφορούν την ποσότητα και την σύσταση του γεύματος. (Κατσιλάμπρος, 2003)

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ: Οι κυβερνήσεις και οι τοπικές αρχές πρέπει να διασφαλίσουν προγράμματα τακτικής σωματικής άσκησης σε όλα τα σχολεία. Παρόλα αυτά παρατηρείται ότι έχουν επιτρέψει στο να μειωθεί η ώρα στα σχολεία όσο αφορά την σωματική άσκηση. Επίσης οι εκτάσεις που προορίζονταν για να παίξουν τα παιδιά πλέον χρησιμοποιούνται για διαφορετικούς σκοπούς. (Κατσιλάμπρος, 2003)

ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ, ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ ΚΑΙ ΣΗΜΑΝΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΟΦΗΣ: Οι περισσότερες κυβερνήσεις δεν είναι σε θέση να επιβάλλουν κανονισμούς σχετικά με την ποιότητα και την ασφάλεια των τροφίμων, και της προώθησης καθώς και της διαφήμισης των προϊόντων διατροφής. Αυτό οδηγεί σε συνεχείς αλλαγές στην προμήθεια των τροφίμων και έτσι, οι καταναλωτές κινδυνεύουν από κακή πληροφόρηση και την προώθηση προϊόντων χωρίς μέτρο. (Κατσιλάμπρος, 2003)

7.2.2. Η ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

ΠΡΟΟΔΟΣ ΣΤΗΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ: Τα τελευταία χρόνια παράγονται προϊόντα με πολλές ποικιλίες γεύσης, υφής, θρεπτικών συστατικών. Ο καταναλωτής δεν μπορεί να συσχετίσει την εμφάνιση, την υφή ή την γεύση με το ενεργειακό περιεχόμενο των τροφών και αυτό οφείλεται στο ότι τα χαρακτηριστικά των τροφών τροποποιούνται. Χρησιμοποιούνται προπαρασκευασμένα προϊόντα σε υψηλό ποσοστό και παρατηρείται συνεχής μείωση της χρησιμοποίησης απαραίτητων φυσικών συστατικών για την προετοιμασία των φαγητών στο σπίτι, από τους καταναλωτές.

Έτσι οι καταναλωτές δεν έχουν τον απόλυτο έλεγχο της προετοιμασίας του φαγητού που χρησιμοποιούν, και η σύσταση της τροφής περνά στους παρασκευαστές. (Κατσιλάμπρος, 2003)

ΕΤΟΙΜΑ ΦΑΓΗΤΑ (fast-food): Στις μέρες μας τα έτοιμα φαγητά είναι πλούσια σε λίπη, πτωχά σε υδατάνθρακες και υψηλής ενεργειακής σύστασης. Σε μεγαλύτερο ποσοστό χρησιμοποιούνται ως πρόσθετα στην διατροφή του ατόμου και σε μικρότερο ως περιστασιακά γεύματα ή ως ειδική επιβράβευση.

Επίσης, μαζί με την πρόσληψη των έτοιμων φαγητών καταναλώνονται ποτά και αναψυκτικά.

Το 1991 τα έτοιμα φαγητά αποτελούσαν το 19% της παγκόσμιας αγοράς γευμάτων και η αξία τους ήταν 730.000.000 δολάρια και η πρόβλεψη ήταν ότι το 2000 θα αυξηθεί σε 25%. Η δημιουργία πολλών καταστημάτων καθώς και οι ευκαιρίες που έχει ο άνθρωπος για φαγητό έξω από το σπίτι οδήγησε στην αύξηση διαθεσιμότητας των έτοιμων φαγητών. Είναι γεγονός ότι η παχυσαρκία αυξήθηκε στις βιομηχανικές κοινωνίες επειδή οι οικογένειες καταναλώνουν όλο και περισσότερα έτοιμα φαγητά σε σχέση με το σπιτικό. (Κατσιλάμπρος, 2003)

ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ: Η εμπορικοποίηση της βιομηχανίας τροφίμων και τα καταστήματα που διαθέτουν στο κοινό τα προϊόντα αυτά έχουν ενθαρρύνει την ένθερμη πρόθεσή τους. Μεγαλύτερου μεγέθους θερμίδες δίνουν στον καταναλωτή την εντύπωση «της καλύτερης αξίας» για τα χρήματά του, ενώ στρατηγικές μέθοδοι όπως «φάτε όσο μπορείτε για τόσα χρήματα» παροτρύνουν κάποιον να φάει περισσότερο από τα φυσικά βιολογικά όρια. Αυτά τα καταστήματα καθώς και τα τρόφιμα υποστηρίζονται από διαφημιστικές καμπάνιες οι οποίες είναι επιτυχημένες και πειστικές. (Κατσιλάμπρος, 2003).

7.2.3. ΤΑ ΜΕΣΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

Τα μέσα ενημέρωσης (τηλεόραση, ράδιο, τύπος) αντιπροσωπεύουν και επηρεάζουν τα πιστεύω του κοινού και είναι μέρος μιας ανεπίσημης εκπαίδευσης. Το 1992 δαπανήθηκε στην Αγγλία 86,2.000.000 λίρες για την προώθηση προϊόντων σοκολάτας, ενώ για την προώθηση φρέσκων φρούτων και λαχανικών 4.000.000 λίρες. Πληροφορούν τους καταναλωτές τόσο για νέα όσο και για είδη υπάρχοντα τρόφιμα επηρεάζοντας δραστικά την επιλογή της διατροφής. Ιδιαίτερα η τηλεόραση επηρεάζει τα παιδιά. Παρόλο που οι βιομηχανίες τροφίμων και οι διαφημιστικές εταιρίες υποστηρίζουν ότι η διαφήμιση επηρεάζει τα παιδιά ελάχιστα στις διατροφικές τους συνήθειες, οι ενδείξεις δείχνουν ότι τα στα παιδιά και στους εφήβους επηρεάζονται οι επιλογές και οι συνήθειές τους. (Κατσιλάμπρος, 2003)

7.2.4. ΟΙ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΕΣ

Οι καταναλωτές παίζουν σημαντικό ρόλο στο να δημιουργηθεί ζήτηση για μεγάλη ποικιλία προϊόντων και υπηρεσιών που συμβάλλουν στην αύξηση του βάρους. Επιθυμούν τυποποιημένα και εύκολα γεύματα τα οποία είναι πλούσια σε λιπαρά και ενέργεια. Εάν, οι καταναλωτές δεν το θέλουν τότε οι απαιτήσεις τους δεν θα επηρεαστούν από διάφορους παράγοντες και το προϊόν δεν θα επιτύχει. Λίγες κοινωνίες πλέον δεν προτιμούν τα γλυκά και τα λιπαρά φαγητά. Η αύξηση των εισοδημάτων και η διαθεσιμότητα τέτοιων τροφίμων οδήγησε στην αύξηση της κατανάλωσής τους. (Κατσιλάμπρος,2003)

7.3. ΠΟΣΟ ΣΟΒΑΡΗ ΕΙΝΑΙ Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Παρατηρείται ότι η Ελλάδα έχει το μεγαλύτερο ποσοστό παχύσαρκων παιδιών σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης. Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας και ταυτόχρονα ένα απειλητικό πρόβλημα για την Ελλάδα. Σύμφωνα με κάποιες έρευνες αποδείχθηκε ότι η διατροφή των παιδιών είναι πλούσια σε ζάχαρη και λίπος καθώς και φτωχή σε φυτικές ίνες και σύνθετους υδατάνθρακες.

Η παιδική παχυσαρκία επηρεάζει και το μέλλον των παιδιών καθώς η ιατρική υποστηρίζει ότι ένα παχύσαρκο παιδί έχει 80% περισσότερες πιθανότητες να γίνει παχύσαρκος ενήλικας. Ο γρήγορος σχηματισμός των λιπώδη κυττάρων στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού ευνοεί να αυξηθεί το βάρος πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα. Όταν γεννιέται το παιδί το 15% του σωματικού του βάρους του είναι λίπος. Στον 6^ο μήνα αυτό αυξάνεται σε 25%, όταν το παιδί είναι 6 χρονών το λίπος αποτελεί το 15% ενώ στη ηλικία των 13 ετών είναι 20%. Η παιδική παχυσαρκία προκαλεί σοβαρές σωματικές και ψυχικές επιπλοκές που συνεχίζονται και στην ενήλικη ζωή.

(<http://www.neo.gr>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο **ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.**

Η παιδική παχυσαρκία είναι μία νοσογόνος κατάσταση η οποία επιφέρει πολλές αρνητικές επιπτώσεις τόσο για την σωματική όσο και για την ψυχική υγεία των παιδιών. Η πιο σημαντική μακροπρόθεσμη συνέπεια της παιδικής παχυσαρκίας είναι η διατήρησή της κατά την ενήλικη ζωή με όλους τους συνοδούς κινδύνους για την υγεία. Οι Heat και Holanter βρήκαν από 75-80% των παχύσαρκων παιδιών παραμένουν παχύσαρκοι στην ενήλικη ζωή. Ο Wolff βρήκε ότι συμβαίνει πιο συχνά στα κορίτσια από ότι στα αγόρια. Η παχυσαρκία διατηρείται (στην ενήλικη ζωή) όταν αρχίζει αργά στην παιδική ηλικία ή κατά την εφηβεία και είναι σοβαρής μορφής. (Παλλίδης,1987 &Κατσιλάμπρος,2003)

Κάποιες από τις κυριότερες συνέπειες της παιδικής παχυσαρκίας είναι οι παρακάτω :

8.1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Πριν από κάποια χρόνια πίστευαν ότι η άσχημη εικόνα του σώματος ήταν συνέπεια μόνο των περιττών κιλών και της παχυσαρκίας. Όσο πιο πολλά κιλά είχε κάποιος τόσο χειρότερη ήταν και η εικόνα για το σώμα του. Ύστερα έρευνες έδειξαν ότι η εικόνα που έχει κάποιος για το σώμα του δεν είναι και η αντίστοιχη των κιλών του. Τα άτομα που βρίσκονται κοντά στο ιδανικό βάρος παρατηρήθηκε ότι είχαν περισσότερη άσχημη εικόνα για το σώμα τους και αυτό οφειλόταν σε κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες και στις πεποιθήσεις του ίδιου του ατόμου για το ωραίο σώμα. Οι περισσότεροι παχύσαρκοι είναι δυσαρεστημένοι με την εμφάνιση του σώματός τους. Υπάρχουν περιπτώσεις που το άτομο αισθάνεται άσχημα για το σώμα του. Το θεωρεί αποκρουστικό και αποφεύγει να το εκθέτει. (<http://www.stress.gr>)

Η παιδική εφηβική παχυσαρκία οδηγεί στην δημιουργία διαταραχών διατροφής και στα δύο φύλα αλλά πιο πολύ στα

κορίτσια αυτό έχει σχέση με την αδιαφορία και τα πειράγματα για την εξωτερική εμφάνιση και το βάρος που τα παιδιά δέχονται από τους συνομηλίκους τους. Τα πειράγματα αυτά προκαλούν στα παιδιά αισθήματα μειονεξίας και δημιουργούν μια ευκαιρία για αλλαγή της εξωτερικής εικόνας στην ιδανική αυτοεικόνα. Αυτό τα οδηγεί στο να ακολουθούν διάφορες πρακτικές για να μειώσουν το βάρος τους. Η ιδανική αυτοεικόνα κάθε ατόμου εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά που αυτό θα ήθελε να έχει. Σχηματίζεται κατά την πορεία κοινωνικοποίησης του παιδιού και έχει άμεση σχέση με τα πρότυπα κάθε κοινωνίας. Αν υπάρχει συμφωνία ανάμεσα στην ιδανική αυτοεικόνα και στα χαρακτηριστικά που αποδίδει στον εαυτό του, τότε το άτομο είναι προσωπικά ευτυχής και είναι ικανοποιημένο από την ζωή. Όταν συμβαίνει το αντίθετο τότε του δημιουργείται το αίσθημα του ανικανοποίητου και οδηγεί σε προβλήματα στην ψυχική υγεία.

Τα παχύσαρκα παιδιά συμβαίνει να ταπεινώνονται και να γίνονται αντικείμενο χλευασμού και κοροϊδίας από τους συμμαθητές του και τους καθηγητές τους, στις αθλητικές δραστηριότητες. Εάν τα παιδιά νομίζουν ότι η παχυσαρκία τα στιγματίζει, τα απομακρύνει από τους φίλους τους και τους συμμαθητές τους τότε παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Σύμφωνα με έρευνες Rierce Wardle που πραγματοποιήθηκαν το 1997 έδειξαν ότι τα επίπεδα αυτοεκτίμησης στα παχύσαρκα παιδιά, διαφέρουν ανάλογα με τα αίτια στα οποία αυτά αποδίδουν την κατάστασή τους. Τα παιδιά έχουν θετικότερη αυτοεκτίμηση όταν αισθάνονται ότι δεν ευθύνονται τα ίδια για την παχυσαρκία τους αλλά η κληρονομικότητα ή κάτι άλλο. Αντίθετα τα παιδιά που έχουν την πεποίθηση ότι η παχυσαρκία οφείλεται στο ότι τρώνε πολύ και δεν γυμνάζονται τότε έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. (<http://www.mednutrition.gr>)

Τα παχύσαρκα παιδιά έρχονται καθημερινά αντιμέτωπα με τον κοινωνικό ρατσισμό των συνανθρώπων τους. Η σύγχρονη έμφαση στο αθλητικό και λεπτό σώμα καθορίζει το τι θεωρούμε όμορφο και αυτό αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμα μεγέθη ρούχων αντικειμένων και άλλα για τα παχύσαρκα άτομα στην αγορά. (<http://www.paxysarkia.gr>).

8.2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ.

Μια πολύ συχνή συνέπεια της παχυσαρκίας στα παιδιά είναι η ανεπαρκής ψυχοκοινωνική τους δραστηριοποίηση. Τα παιδιά της προεφηβικής ηλικίας πιστεύουν ότι ένα άτομο που έχει υπέρβαρο ή παχύσαρκο σώμα έχει χαμηλή κοινωνικότητα, κακή ακαδημαϊκή απόδοση καθώς και φυσική κατάσταση και υγεία, επίσης παρουσιάζουν προβλήματα στον χαρακτήρα. (Κατσιλάμπρος, 2003)

Επίσης η απομόνωση των παχύσαρκων παιδιών από το περιβάλλον τους, η περιστασιακή υπερφαγία που παρουσιάζουν καθώς και η νευρογενής βουλιμία η κατάθλιψη και η χαμηλή αυτοπροβολή που ποικίλλει στις διάφορες κοινωνικές και εθνικές ομάδες είναι κάποιες από τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες. (<http://www.mednutrition.gr>)

Η παχυσαρκία αντιμετωπίζεται με ειρωνικό και χλευαστικό τρόπο με συνέπεια να δημιουργεί κοινωνικό στιγματισμό στα παχύσαρκα άτομα για το λόγο ότι θεωρείται, ότι αποκλίνει από το φυσιολογικό. Πιστεύεται ότι η απώλεια ελέγχου στο φαγητό είναι εκδήλωση αδυναμίας με ηθικές προεκτάσεις. (<http://www.stress.gr>)

8.3. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.

Η παχυσαρκία είναι υπεύθυνη για μία σειρά παθήσεων :

Καρδιαγγειακές:

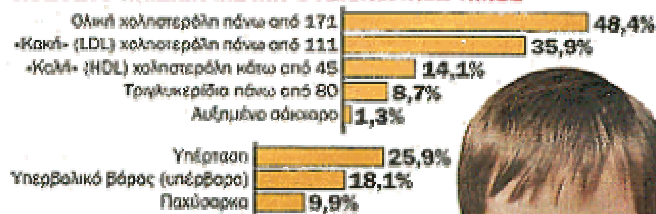
Στο 14^ο Ευρωπαϊκό συνέδριο για την παχυσαρκία το Μάιο του 2005 ανακοινώθηκε ότι πάνω από μισό εκατομμύριο παιδιά στην Ευρώπη πάσχουν από μεταβολικό σύνδρομο. Παρουσιάζουν δηλαδή μια συνάθροιση διαφορετικών αρνητικών χαρακτηριστικών που συνυπάρχουν με την αύξηση του σωματικού βάρους και αυξάνουν την πιθανότητα να νοσήσουν από σακχαρώδη διαβήτη, έμφραγμα ή εγκεφαλικό κατά την ενήλικη ζωή τους. Περισσότερο από 2.000.000 παιδιά πάσχουν από μεταβολικό σύνδρομο στις Η.Π.Α. Το πρόβλημα γίνεται εμφανές από τον τριπλασιασμό των εμφραγμάτων και των εγκεφαλικών επεισοδίων που πάσχουν από το σύνδρομο. (Σπανός, 2005)

Μεταβολικές ορμονικές: δυσλιπιδαιμία, υπερινσουλιναιμία, σακχαρώδης διαβήτης II κ.α.

Η δυσλιπιδαιμία: Η αύξηση του βάρους συνδυάζεται και με άμεση αύξηση των τριγλυκεριδίων και της χοληστερίνης. Ενώ η προστατευτική χοληστερίνη HDL μειώνεται, δεν μεταβάλλεται αμέσως αλλά αφού διατηρηθεί το καινούργιο βάρος για κάποιο χρονικό διάστημα. Η HDL αυξάνεται με την άσκηση. Η δυσλιπιδαιμία σχετίζεται με την αυξημένη συσσώρευση κοιλιακού λίπους (<http://www.medicum.gr>, Κατσιλάμπρος, 2003)

	Επίπτωση της παιδικής παχυσαρκίας στις ΗΠΑ (95η εκατοστιαία καμπύλη του BMI).	Επίπτωση της παχυσαρκίας εφήβων στις ΗΠΑ (95η εκατοστιαία καμπύλη του BMI).
1999 - 2000	15.3%	15.5%
1988 - 1994	11%	11%
1976 - 1980	7%	5%

ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΜΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ



■ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

ΤΗΝ ΠΙΕΣΗ ΑΝΕΒΑΖΟΥΝ

Πατατόκιο, αλλαντικά, πίστες, σουβιάκια, ζουγκάνικα, αναμικτικά με ανθρακικό, έλλειψη γυμναστικής, φρούτων και λαχανικών

■ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

ΤΗ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ ΑΝΕΒΑΖΟΥΝ

Κρέμα, αλλαντικά, παγωτά, πατατόκιο, μικρότα, καθιστική ζωή

■ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

ΤΑ ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΑ ΑΝΕΒΑΖΟΥΝ

Μπισκότα, δημητριακά χωρίς φυτικές ίνες, αναμικτικά, παγωτά



Η παχυσαρκία δεν είναι άμοιρη συνεπειών ακόμη και στην τρυφερή ηλικία. Σε μια πρόσφατη μελέτη της κλινικής και προληπτικής διατροφής του Πανεπιστημίου της Κρήτης, βρέθηκε ότι ένα στα δύο Ελληνόπουλα ηλικίας 4-7 ετών έχει υψηλή χοληστερόλη. Ενώ, ένα στα τέσσερα εμφανίζει υπέρταση. (όπως, φαίνεται στον παραπάνω πίνακα).

(<http://www.gomedica.org>).

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II: Ο διαβήτης τύπου II έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας και αυτό οφείλεται στην αυξανόμενη συχνότητα της εμφάνισης της παχυσαρκίας. Η εμφάνιση της παχυσαρκίας δεν είναι μόνο η αιτία εμφάνισης του διαβήτη τύπου II αλλά και ο ποίος σημαντικός παράγοντας κινδύνου που επιδέχεται αλλαγή. Το σπλαχνικό λίπος είναι μεταβολικά ενεργό και συμβάλλει στο αναπτυχθεί η αντίσταση στην ινσουλίνη η οποία σχετίζεται με τον κίνδυνο να εμφανιστεί ο διαβήτης τύπου II, καρδιαγγειακοί νόσοι και να αυξηθεί η θνητότητα(<http://www.medicum.gr>)

Στο 14^ο Ευρωπαϊκό συνέδριο για την παχυσαρκία αναφέρθηκε ότι 90.000 παιδιά με αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης θεωρείται προάγγελος του σακχαρώδη διαβήτη. Το παιδί που είναι παχύσαρκο έχει πενταπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξει σακχαρώδη διαβήτη στην ενήλικη ζωή αν πάσχει από το μεταβολικό σύνδρομο. Οι μητέρες που είναι διαβητικές έχουν παιδιά με υπερβολικό βάρος και τα οποία αργότερα γίνονται παχύσαρκα και σπάνια διαβητικά κατά την εγκυμοσύνη, αλλά γίνεται αργότερα πολύ μετά τον τοκετό της. (Jaques Decourt-Michel Rerin, 1963)

Ορθοπαιδικές : Είναι οι βλάβες μηριαίου οστού, πόνοι των ισχύων, κλήση κάτω άκρων. Επίσης μπορούν να εμφανίσουν ορθοπαιδικές διαταραχές. Οι πιο σοβαρές ορθοπαιδικές διαταραχές είναι : η ολίσθηση της κεφαλής, της μηριαίας επίφυσης και την νόσο Blount η οποία είναι μια αστική παραμόρφωση και η αιτία της είναι η υπερανάπτυξη της κνήμης. Επίσης παρουσιάζουν και διαστρέμματα του αστραγάλου.(<http://www.medicum.gr>, Κατσιλάμπρος, 2003).

Αναπνευστικές: Είναι η αποφρακτική υπνική άπνοια, αρτηριακή υπέρταση, προδιάθεση αρτηριοσκλήρυνσης.

Η αποφρακτική άπνοια: Συμβαίνει σε παχύσαρκα άτομα τα οποία παραπονούνται για υπερβολική υπνηλία. Το σύνδρομο κατά τον ύπνο χαρακτηρίζεται από έντονο ροχαλητό, προσπάθειες του ατόμου να πάρει αέρα ή ρουθουνίσματα που εναλλάσσονται με σιωπή που διαρκεί συνήθως 20"-30". Το τέλος της άπνοιας προειδοποιείται από ηχηρές προσπάθειες του ατόμου να πάρει αέρα, από μουρμουρητά, βογκητά ή κινήσεις όλου του σώματος και μπορεί να προκαλέσει τον θάνατο. (Μάνος, 1997)

Αρτηριακή υπέρταση: Έρευνες έχουν δείξει ότι η παχυσαρκία αυξάνει την πίεση του αίματος και ο δείκτης μάζας σώματος ο οποίος είναι αυξημένος σχετίζεται με την αρτηριακή πίεση. Η παχυσαρκία μαζί με την υπέρταση αποτελούν μέρος ενός συνδρόμου το οποίο χαρακτηρίζεται από παχυσαρκία πάνω από την μέση, αυξημένη αντοχή σε ινσουλίνη, υπερινσουλιναίνια, διαταραχές ανοχής της γλυκόζης, υπερτριγλυκεριδαιμία και χαμηλή HDL πλάσματος. Το σύνδρομο αυτό είναι γνωστό ως σύνδρομο X. (Βαρσαμής, 1996)

Ηπατικές και γαστρικές: Οι ηπατικές διαταραχές παρουσιάζονται στα παχύσαρκα άτομα και ιδιαίτερα το λιπώδες ήπαρ το οποίο χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα τρανσαμινασόν στον ορό. Σπάνια στα παιδιά και στους εφήβους εμφανίζονται παθολογικά επίπεδα ηπατικών ενζύμων που συνδέονται με λοχολιθίαση. Κάποιες γαστρικές διαταραχές με πιο συχνή την γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση οι οποίες προσβάλλουν παχύσαρκα παιδιά ίσως αποτελούν συνέπεια του αυξημένου κοιλιακού λίπους. (Κατσιλάμπρος, 2003)

Ενδοκρινικές διαταραχές: Στην ηλικία της ήβης και στα δύο φύλα έχει καταστρεπτικές συνέπειες στην εμφάνισή της, την πρόοδό της και την συμπλήρωσή της. Ο έφηβος οδηγείται στην υπερπλαστική μορφή της νόσου η οποία είναι ανθεκτική στην θεραπεία επειδή η ηλικία αυτή οφείλεται στην αυξημένη δημιουργία νέων λιποκυττάρων. Η γυναικομαστία στα παχύσαρκα αγόρια είναι πολύ συχνό φαινόμενο, το οποίο έχει τραυματικές επιπτώσεις στην ψυχική του ισορροπία. Ενώ στα έφηβα κορίτσια παρουσιάζεται υπερτρίχωση και αμηνόρροια, στην ενήλικη ζωή παρουσιάζονται διαταραχές της περιόδου με μείωση της γονιμότητας για τις γυναίκες, ενώ στους άνδρες έχουμε μείωση των ανδρικών ορμονών. (Μόρτγλου, 1996)

Δερματολογικές διαταραχές: Υπεριδρωσία, μυκητιάσεις, λεμφοίδημα οιδήματα κάτω άκρων.

Νεφρολογικές: Πρωτεϊνουρία, νεφροσκήρυνση.

Άλλες παθήσεις: Παρατηρούνται αλλαγές στις αρτηρίες, πλατυποδία, η χολολιθίαση (η συχνότητα χολολιθίασης αυξάνει παράλληλα με την αύξηση του σωματικού βάρους. Στις Η.Π.Α. το κόστος για την αντιμετώπιση της χολολιθίασης που οφείλεται στην παχυσαρκία φθάνει 3,2 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο), καρκίνο του παχέως εντέρου, ψευδόςκος του εγκεφάλου η οποία σχετίζεται με αυξημένη ενδοκρανική πίεση και μειωμένη λειτουργία κίνηση

8.4. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

Οι παραπάνω συνέπειες ισχύουν και στην ενήλικη ζωή των παχύσαρκων ατόμων. Κάποιες που δεν εμφανίζονται στην παιδική ηλικία είναι οι παρακάτω:

Η στεφανιαία νόσος, το εγκεφαλικό επεισόδιο, κάποιες μορφές καρκίνου όπως του μαστού, νεφρού, χοληδόχου κύστης, προστάτη για τους άνδρες και τραχήλου της μήτρας των ωοθηκών του ενδομητρίου κ.α, μυοσκελετικές όπως οστεοαρθρίτιδα γονάτων, οσφυαλγία, ουρική αρθρίτιδα, μαιευτικές επιπλοκές, κίνδυνοι κατά και μετά την χορήγηση αναισθησίας. Αύξηση του χειρουργικού κινδύνου καθώς και μετεγχειρητικές επιπλοκές, επιπλοκές στην εγκυμοσύνη, προβλήματα της σπονδυλικής στήλης, αναπνευστικά προβλήματα.

Επίσης, η παχυσαρκία βλάπτει την σεξουαλική και την ερωτική ζωή. Η παχυσαρκία για την σεξουαλική ζωή. Λέγεται ότι ο καλός έρωτας αρχίζει από το στομάχι. Φαίνεται όμως ότι για κάποιους ανθρώπους ότι το φαγητό σκοτώνει τον έρωτα. Σε μια έρευνα 1200 παχύσαρκων ασθενών που παρακολουθούνταν στο ιατρικό κέντρο του Πανεπιστημίου Duke βρέθηκε ότι 66% έχουν προβλήματα σε έναν από τους τέσσερις τομείς σεξουαλικής ζωής οι οποίοι είναι, επιθυμία για σεξ, η συχνότητα, η απόλαυση, και τα μηχανικά προβλήματα που δυσχεραίνουν την συνουσία. Τα άτομα με κανονικό βάρος εμφανίζουν ανάλογα προβλήματα σε ποσοστό 5%. Οι παχύσαρκοι έχουν 25 φορές περισσότερες πιθανότητες για σεξουαλικά προβλήματα σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν κανονικό βάρος. Οι γυναίκες παχύσαρκες παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα από τους άνδρες παχύσαρκους. (<http://www.infogate.gr>)

Η αρνητική εικόνα για το σώμα έχει ως συνέπεια την αποφυγή της ερωτικής ζωής. Πολλά άτομα νιώθουν πολύ άσχημα όταν εκθέτουν το σώμα τους και η παραμικρή ακόμα σκέψη που κάνουν ότι θα υποστούν εξονυχιστική παρατήρηση από το σύντροφό τους έχει ως αποτέλεσμα να χάνουν το ενδιαφέρον γι' αυτό. Άλλα άτομα δεν συνηθίζουν να αποφεύγουν τον έρωτα αλλά συμβαίνει να παίρνουν προφυλάξεις όπως να κλείνουν τα φώτα που έτσι περιορίζουν την ευχαρίστηση και αυτών αλλά και των συντρόφων τους. Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν θεωρούν το σώμα τους πηγή ερωτικής ευχαρίστησης. (<http://www.stress.gr>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

Στις μέρες μας η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην ζωή μας και έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει ένα μεγάλο ενδιαφέρον για τις διάφορες διαταραχές της διατροφής. Παρόλο, που η διατροφή είναι απαραίτητη δημιουργεί κάποιες διαταραχές της διατροφής, οι οποίες αναφέρονται παρακάτω.

9.1. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ Η ΝΕΥΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με την θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής καθώς φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της Ψυχογενής Ανορεξίας είναι:

- Η άρνηση του ατόμου να διατηρήσει ένα βάρος ίσο ή ανώτερο από το ελάχιστο βάρος που αντιστοιχεί στην ηλικία του και στο ύψος.
- Έντονος φόβος του ατόμου, μήπως αυξηθεί το βάρος του ή το πάχος του, ακόμα και όταν το βάρος του είναι πολύ χαμηλό.
- Η άποψη του ατόμου για τον εαυτό του επηρεάζεται από την μορφή και το βάρος του σώματος του. Και αρνείται τις συνέπειες του χαμηλού σωματικού βάρους. Παρουσιάζει διαταραχή στην σωματική εικόνα.
- Στις έφηβες εμφανίζεται αμηνόρροια δηλαδή, απουσία αμηνόρροιας τουλάχιστον κατά την διάρκεια τριών σημαντικών κύκλων και σημαντική απώλεια βάρους.(Gerard Apfeldorfer, 1997)

Τα άτομα που πάσχουν από αυτήν την διαταραχή νιώθουν παχιά ακόμα και όταν του είναι φυσιολογικό ή όταν το βάρος του είναι πολύ χαμηλό. Αυτό συμβαίνει γιατί, φοβούνται μήπως γίνουν

παχύσαρκα. Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν διαταραγμένη αντίληψη του σώματος του και της εξωτερικής τους σωματικής τους εικόνας. Αδυνατούν να αναγνωρίζουν σωματικές αισθήσεις και το αίσθημα της πείνας. Επίσης, πιστεύουν ότι το σώμα τους ή κάποια μέρη του είναι πολύ παχιά ακόμα και αν αυτό είναι αντίθετο από την πραγματικότητα.

Διακρίνονται δύο τύποι Ψυχογενής Ανορεξίας: Ο περιοριστικός τύπος και Ο τύπος υπερφαγίας κάθαρσης.

Στον Περιοριστικό τύπο: το άτομο επιτυγχάνει την απώλεια βάρους με δίαιτα, νηστεία ή υπερβολική άσκηση. Και δεν παρουσιάζει επεισόδια ανεξέλεγκτης υπερφαγίας ούτε συμπεριφορές εξισορρόπησης για να προλάβει την αύξηση βάρους.

Στον τύπο Υπερφαγίας Κάθαρσης: το άτομο παρουσιάζει ανεξέλεγκτες υπερφαγίες. Οι οποίες, συνοδεύονται από συμπεριφορές εξισορρόπησης για την πρόληψη αύξησης βάρους όπως: η πρόκληση εμετού, η λήψη καθαρικών ή διουρητικών ύστερα, από υπερφαγία ή ακόμα και την λήψη μικρών ποσοτήτων τροφής. (Gerard Apfeldorfer, 1997)

Τα ανορεκτικά άτομα παρουσιάζουν υποθερμία, οίδημα των αστραγάλων, βραδυκαρδία, υπόταση, lanugo, μεταβολικές διαταραχές και οδηγούνται στο θάνατο. Κάποια συνοδά συμπτώματα και διαταραχές είναι:

Καταθλιπτικά συμπτώματα (καταθλιπτική διάθεση, κοινωνική απόσυρση, αϋπνία, ευερεθιστότητα).

Ψυχαναγκαστικά, καταναγκαστικά συμπτώματα(φοβούνται να φάνε δημόσια).

Σωματικά συμπτώματα και σωματικές διαταραχές (δυσκοιλιότητα, κοιλιακοί πόνοι, δεν αντέχουν στο κρύο, έχουν αδυναμία, λήθαργο, υπόταση, υποθερμία, βραδυκαρδία, κιτρίνισμα του δέρματος, ξηρότητα του δέρματος κ.α.).

Η Ψυχογενής Ανορεξία είναι θανατηφόρος νόσος και η θνησιμότητα της ξεπερνάει το 10%. Το 90% των ανορεκτικών ατόμων είναι γυναίκες.

Τα αίτια είναι: Ψυχολογικά, κοινωνικά, γενετικά και βιολογικά. (Μάνος, 1997)

Όσον αναφορά την έφηβη, η έφηβη θεωρώντας ότι είναι πολύ παχιά, αποφασίζει όπως και οι άλλες κοπέλες στην ηλικία της να

αδυνατίσει. Όμως, η δίαιτα την κυριεύει και χωρίς να το γνωρίζει, χάνει τον έλεγχο, περνά από το φαινόμενο της μόδας την αναζήτηση αγνότητας και απορρίπτει το σώμα της. Παρόλο που υποφέρει από πείνα δίνει ασταμάτητη μάχη ενάντια στις ορέξεις της. (Gerard Apfeldorfer, 1997)

Στο τέλος του μεσαίωνα στην Ευρώπη αρκετές γυναίκες θεωρήθηκαν Αγίες ανορεκτικές επειδή, έκαναν νηστεία. Κάποιες είναι: η Αγία Αικατερίνη της Σιένας τον 19^ο αιώνα, η οποία πέθανε σε ηλικία 33 χρονών για το λόγο ότι σταμάτησε να τρώει και επέβαλε στον εαυτό της πολλές στερήσεις και πράξεις μετάνοιας. Η Αικατερίνη του Πάτζι απεβίωσε σε ηλικία 41 ετών επειδή, νήστευε σε μόνιμη βάση και προκαλούσε εμετό. Η Τερέζα Νιούμαν τον 20^ο μπορεί να θεωρηθεί και αυτή ως Αγία(από θρησκευτική άποψη) και ως ανορεκτική (από την Ψυχοπαθολογία). (Gerard Apfeldorfer, 1997)

9.2. ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ

Η Ψυχογενής Βουλιμία είναι η άλλη διαταραχή της πρόσληψης τροφής. Την δεκαετία του 80 ονομάστηκε «σύνδρομο παθολογικής υπερφαγίας» και αργότερα αντικαταστάθηκε από τον παραπάνω όρο. Ο όρος βουλιμία είναι ελληνική λέξη και σημαίνει μεγάλη και ακόρεστη πείνα. (Gerard Apfeldorfer, 1997)

Τα βουλιμικά άτομα έχουν φυσιολογικό βάρος. Τα βασικά χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Βουλιμίας τα οποία είναι και απαραίτητα για την διάγνωση της είναι:

- Το βουλιμικό άτομο έχει συχνά επεισόδια βουλιμίας δηλαδή, καταναλώνει μεγάλες ποσότητες τροφής και βιώνει μια αίσθηση απώλειας του ελέγχου την στιγμή αυτή.
- Χρησιμοποιεί συστηματικά μεθόδους για να αποφύγει την αύξηση του βάρους, τέτοιοι μέθοδοι είναι: αυτοαποκαλούμενος εμετός, η χρήση καθαρικών ή διουρητικών, η υπερβολική γυμναστική και η εντατική δίαιτα ή νηστεία.

- Η υπερβολική ενασχόληση με το σχήμα και το βάρος του σώματος του ή και τα δύο. (Christopher Fairburn, 1999).

Ένα επεισόδιο βουλιμίας χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω δύο στοιχεία:

1. Το άτομο τρώει μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (π.χ. μέσα σε δυο ώρες) μια ποσότητα τροφής. Η οποία είναι πολύ μεγαλύτερη από όσο θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι στο ίδιο χρονικό διάστημα και κάτω από παρόμοιες συνθήκες.
2. Υπάρχει μια αίσθηση έλλειψης του ελέγχου στην ποσότητα της τροφής, που καταναλώνει το άτομο(π.χ. το άτομο νιώθει ότι δεν μπορεί να σταματήσει ή να ελέγξει τι ή πόσο τρώει).

Το στοιχείο που κυριαρχεί στη βουλιμία είναι η αίσθηση απώλειας ελέγχου. Και αυτό την διαφοροποιεί από την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού και την απλή απόλαυση.

Τα χαρακτηριστικά ενός επεισοδίου βουλιμίας είναι:

Τα συναισθήματα στα πρώτα λεπτά του επεισοδίου είναι ευχάριστα. Τα άτομα νιώθουν μεγάλη απόλαυση, όμως μετά από λίγο νιώθουν αηδία και αποστροφή επειδή, καταναλώνουν πολύ φαγητό και δεν μπορούν να σταματήσουν.

Οι άνθρωποι τρώνε γρήγορα, παρατηρείται ότι γεμίζουν το στόμα τους με πολύ φαγητό και το μασούν ελάχιστα. Πίνουν πολλά υγρά για να βοηθήσουν την κατάποση. Οι γυναίκες με ψυχογενή βουλιμία έχει βρεθεί ότι τρώνε δύο φορές πιο γρήγορα από ότι οι φυσιολογικές.

Κατά την διάρκεια του επεισοδίου τα άτομα βηματίζουν πάνω – κάτω ή περιφέρονται αμήχανα. Έχουν μια λαχτάρα για φαγητό που δεν μπορούν να την ελέγξουν, με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε μια βλαβερή συνήθεια(συνεχής λήψη τροφής). Μπορεί να πάρουν φαγητό από άλλους, να κλέψουν από το σούπερ-μάρκετ ή να φάνε κάτι πεταμένο. Τα περισσότερα άτομα ντρέπονται για την συμπεριφορά τους και πιστεύουν ότι είναι αηδιαστική και υποτιμική.

Τα άτομα αυτά νιώθουν ότι βρίσκονται σε κατάσταση ύπνωσης κατά την φάση της βουλιμίας, σαν να μην τρώνε πραγματικά αυτά. Δηλαδή, η συμπεριφορά είναι αυτοματοποιημένη. Συχνά παρακολουθούν τηλεόραση ή ακούν μουσική ή κάτι άλλο για να μην σκέφτονται τι κάνουν.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι η μυστικότητα. Τα άτομα ντρέπονται πολύ και κάνουν οτιδήποτε για να κρύψουν την βουλιμία τους. Ένας τρόπος είναι, όταν είναι μαζί με άλλους τρώνε φυσιολογικά ή χρησιμοποιώντας κάποια τεχνάσματα.

Η απώλεια ελέγχου είναι το χαρακτηριστικό που κυριαρχεί στην βουλιμία και διαφέρει από άτομο προς άτομο. Κάποιοι νιώθουν απώλεια ελέγχου, πριν αρχίσουν να τρώνε, κάποιοι το νιώθουν σιγά-σιγά καθώς αρχίζουν να τρώνε. Και σε κάποιους εκδηλώνεται ξαφνικά όταν συνειδητοποιούν ότι έχουν φάει πολύ. Μερικοί προγραμματίζουν τα γεύματα τους για να ασκήσουν κάποιο έλεγχο στο πότε και που θα επιδοθούν στην βουλιμία τους. Έτσι, νιώθουν ότι δεν έχουν χάσει τον έλεγχο κάτι όμως, που δεν ισχύει. Όσοι πάσχουν από χρόνια βουλιμία δεν προσπαθούν να αντισταθούν γιατί, την θεωρούν αναπόφευκτη.

Υπάρχουν, διαφορές στην συχνότητα επεισοδίων ανάμεσα στα βουλιμικά άτομα. Τρώνε γλυκά ή χορταστικά φαγητά, απαγορευμένες τροφές ή παχυντικές όπως: κέικ, μπισκότα, σοκολάτες, παγωτά κ.α. τα επεισόδια βουλιμίας ποικίλουν όχι μόνο από άτομα σε άτομα αλλά, συμβαίνει και στο ίδιο άτομο.

Ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι κοινά στα βουλιμικά άτομα και συχνά υπάρχουν πριν την εμφάνιση της. Είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η παρορμητικότητα, η μεταιχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας.

Η σχέση βουλιμίας και παχυσαρκίας δεν είναι απλή και δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητή. Υπάρχουν, τρεις προβλέψεις για την μεταξύ τους σχέση.

1. **Η πρώτη είναι:** ότι η βουλιμία οδηγεί κάποια άτομα στην παχυσαρκία ή στο να αυξήσουν το βάρος τους.

Βουλιμία → Παχυσαρκία.

2. **Η δεύτερη είναι:** Τα άτομα που είναι παχύσαρκα κάνουν δίαιτα για να αδυνατίσουν και αυτό τα οδηγεί στην βουλιμία.

Παχυσαρκία → Δίαιτα → Βουλιμία.

3. **Η Τρίτη:** Ακόμα και αν η παχυσαρκία προηγείται της βουλιμίας είναι πιθανό η βουλιμία όταν, εκδηλωθεί να συμβάλλει στην επιδείνωση της παχυσαρκίας. Δημιουργώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο.



Έρευνες έχουν δείξει πως οι άνθρωποι που αναπτύσσουν ψυχογενή βουλιμία, διατρέχουν υψηλό κίνδυνο παχυσαρκίας. Καθώς πολλοί υπήρξαν υπέρβαροι κατά την παιδική τους ηλικία και παρατηρείται αυξημένο ποσοστό παχυσαρκίας, στα μέλη της οικογένειά τους.

Τα αίτια της ψυχογενούς βουλιμίας οφείλονται στις διαταραχές της διάθεσης, της προσωπικότητας, κοινωνικά αίτια, ψυχολογικά, σωματικά.
(Christopher Fairburn, 1999).

9.3 ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.

Άλλες διαταραχές της διατροφής είναι:

- 1) Το Σύνδρομο της Νυκτερινής Διατροφής,
- 2) Οι μεγάλες πείνες για σάκχαρα ή λαχτάρα των υδρογονανθράκων,
- 3) Η Διατροφή του Τσιμπολογήματος ή Διατροφικό Χάος ή Διατροφική Αναρχία.

1) Το Σύνδρομο της Νυχτερινής Διατροφής: Συνίσταται σε μια επιτακτική ανάγκη για φαγητό κατά την διάρκεια της νύχτας. Όπως, έχει περιγραφεί από τον Αμερικανό Ψυχίατρο Άλμπερτ Στανκαντ το 1995. Δηλαδή, το άτομο σηκώνεται στην διάρκεια της νύχτας και καταναλώνει ένα πλήρες γεύμα το οποίο πολλές φορές το τρώει μισοκοιμισμένο. Και, δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί εάν δεν ακολουθήσει αυτή τη διαδικασία. Όταν ξυπνήσει το πρωί έχει μόνο μία ακαθόριστη ανάμνηση για όσα κατανάλωσε την νύχτα. (Gerard Apfeldorfer,1997)

2) Οι Μεγάλες Πείνες για Σάκχαρα ή Λαχτάρα των Υδρογονανθράκων: Σύμφωνα με τους Ρ και Τ. Βάρτμαν το 1981, τα πυρετώδη και τα αγχώδη άτομα, έχουν μεγάλες πείνες για σακχαρώδης τροφές οι οποίες είναι οι μόνες που μπορούν να τα ηρεμήσουν. Αυτές οι μεγάλες πείνες θυμίζουν τοξικομανία και εξαρτώνται από τον εξής χημικό μηχανισμό: Η σακχαρόζη που λαμβάνεται οδηγεί σε αύξηση της σεροτονίνης.

Επίσης, χαρακτηρίζονται από εποχική κατάθλιψη όπου, η έναρξη της αρχίζει το Φθινόπωρο και εξαφανίζεται την Άνοιξη. Τα συμπτώματα είναι: κόπωση, υπνηλία, επιβράδυνση των ψυχικών λειτουργιών, σακχαρώδης μεγάλες πείνες και αύξηση του βάρους. (Gerard Apfeldorfer,1997)

3) Η Διατροφή του Τσιμπολογήματος ή Διατροφικό χάος ή Διατροφική αναρχία: Σε αυτήν παρατηρείται μερική ή ολική παραίτηση του ατόμου από τα γεύματα, παρουσία κόσμου τα οποία αντικαθίστανται από διατροφικές λήψεις σε μικρές ποσότητες και σε άτακτα χρονικά διαστήματα. Προτιμούν τα φαγητά που δεν θέλουν προετοιμασία, τρώνε σε διάφορα μέρη περπατώντας, όρθια, ξαπλωμένα και όχι στο τραπέζι. Δεν τρώνε με μαχαιροπήρουνα αλλά, με τα χέρια. Αυτό έχει ως συνέπεια ένα μη φυσιολογικό βάρος. Αποτελεί χαρακτηριστικό των ανορεκτικών ατόμων, των παχύσαρκων και ατόμων με φυσιολογικό βάρος. Δεν είναι μια ψυχοπαθολογική διαταραχή αλλά, είναι αποτέλεσμα του πολιτισμού και της μοναξιάς και της εσωστρέφειας που παρατηρείται στον Δυτικό κόσμο.(Gerard Apfeldorfer, 1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10⁰

Η ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ, Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.

10.1. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ

Η γκάμα των προβληματικών διατροφικών συμπεριφορών που επιλέγουν τα παιδιά είναι, πολύ μεγάλη και είναι, διαφορετική από παιδί σε παιδί, ανάλογα με τον χαρακτήρα του, το φύλο του και την ηλικία του. Οι διατροφικές συμπεριφορές χαρακτηρίζονται από φτωχή διατροφή, επιλεκτική διατροφή (εδώ, παρατηρείται τα παιδιά να μην τρώνε λαχανικά, όσπρια ή κάποιες άλλες μορφές), το παιδί που τρώει πολύ ή λίγο, η καθυστέρηση σε θέματα μηχανισμών της διατροφής (όπως, δυσκολία στο μάσημα, αρνούνται να τρώνε τις σκληρές τροφές, δυσκολεύονται να μάθουν να τρώνε μόνα τους.), προβληματικές συμπεριφορές κατά την διάρκεια του γεύματος (όπως: κλαίνε, δεν συνεργάζονται) και κάποιες περίεργες διατροφικές συνήθειες (όπως, επιμένουν να θέλουν μη θρεπτικές και ανθυγιεινές τροφές). Οι παραπάνω συμπεριφορές οδηγούν στην παχυσαρκία.

Η επιλογή του παιδιού μιας συμπεριφοράς επηρεάζεται τόσο από τον χαρακτήρα του όσο και από την σχέση που έχει διαμορφώσει με τους γονείς του. Η οποία σχέση δημιουργείται και αναπτύσσεται κατά την διάρκεια των γευμάτων. Η τάση καθώς και η αγωνία που χαρακτηρίζει τους γονείς να προσπαθούν να επιβληθούν στην διατροφική συμπεριφορά των γονιών τους δημιουργούν «μάχες». Αυτές οι μάχες δεν έχουν το αποτέλεσμα που θα επιθυμούσαν οι γονείς αλλά, το αντίθετο και εντείνουν την συμπεριφορά του παιδιού, καθώς και πολλαπλασιάζουν τα προβλήματα.

Η προβληματική διατροφική συμπεριφορά του παιδιού που δεν θα επιλυθεί έχει μεγάλες πιθανότητες να προκαλέσει σοβαρή διατροφική διαταραχή, που ίσως, οδηγήσει σε κίνδυνο την ανάπτυξη του παιδιού. Παρατηρείται ότι, τα παιδιά που παρουσιάζουν μια προβληματική διατροφική συμπεριφορά, οι οικογένειες τους έχουν προβληματική σχέση με το φαγητό. Οι συνομήλικοι, οι δάσκαλοι και άλλοι σημαντικοί ενήλικες επηρεάζουν τα παιδιά στις επιλογές των τροφίμων κατά την

σχολική περίοδο. Τα χρήματα που έχουν τα παιδιά τα ξοδεύουν για να αγοράζουν σνακ και γεύματα έξω από το σπίτι.
(Ρήγος, 2006).

Οι ορμονικές μεταβολές προκαλούν αύξηση του ύψους στα κορίτσια και στα αγόρια στο τέλος της παιδικής ηλικίας. Η αύξηση αυτή παρουσιάζεται σε πιο μικρή ηλικία περισσότερο στα κορίτσια παρά, στα αγόρια, αυτό μπορεί να επιτευχθεί αυξάνοντας την ποσότητα του φαγητού. Η αναπτυξιακή αυτή έξαρση συνοδεύεται από αλλαγές στην σωματική εμφάνιση και των δύο φύλων. Αυξάνεται η μυϊκή μάζα και ιδιαίτερα στα αγόρια ενώ, στα κορίτσια παρουσιάζεται έξαρση στην ανάπτυξη των γοφών και δεν χάνουν λίπος σε σχέση με τα αγόρια. Καθώς τα κορίτσια σταματούν να ψηλώνουν αυξάνεται το λίπος του σώματος του ς στους μηρούς, κάτω από το δέρμα, στο στήθος, πάνω από τους γοφούς. Η ποσότητα του λίπους εξαρτάται από το φαγητό καθώς και από τις ορμονικές μεταβολές.

Στην αρχή της εφηβείας, οι έφηβοι τρώνε περισσότερο με αποτέλεσμα η πρόσληψη της ενέργειας για τα κορίτσια φθάνει στο μέγιστο στην ηλικία 11 με 14 ετών. Σε αυτές τις ηλικίες οι ανάγκες για ενέργεια είναι μεγάλες. Στην ηλικία των 14 ετών οι ανάγκες της έφηβης για ενέργεια μειώνονται. Αλλά, αν συνεχίσει να τρώει την ίδια ποσότητα, θα απορροφήσει ένα πλεόνασμα ενέργειας που θα μετατραπεί σε λίπος και θα γίνει παχιά. Ακόμα, πρέπει να ελέγχουν την πρόσληψη τροφής γιατί, έτσι θα ελέγχουν το βάρος τους, τέλος, παρατηρείται στις εφήβους επεισόδια βουλιμίας και ανορεξίας.

(Suzanne Abraham and Derek Llewellyn Jones, 1990)

Τα σνακ παρέχουν περίπου το 40% των θερμίδων της εφηβικής διατροφής. Τα πρόχειρα γεύματα όπως: τα τσιπς, τα μπισκότα και τα αναψυκτικά είναι ανεπαρκή σε θρεπτικά συστατικά. Τα παγωτά, τα χάμπουργκερ, η πίτσα περιλαμβάνουν σημαντικά θρεπτικά συστατικά αλλά, είναι πλούσια σε λιπαρά, νάτριο και θερμίδες. Οι έφηβοι προτιμούν τα fast food τα οποία προσφέρουν τροφές πλούσιες σε λιπαρά, θερμίδες κι νάτριο. Παρόλο αυτά οι ποικιλίες είναι περιορισμένες σε ποικιλίες φαγητών.(Mary Courtney Moore, 1997)

10.2. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.

Οι πρακτικές μέθοδοι για να διαγνώσουμε την ύπαρξη της παχυσαρκίας είναι οι παρακάτω:

1. **Η πρώτη μέθοδος είναι:** η σύγκριση του βάρους με πίνακες που περιέχουν το ιδανικό ή το επιθυμητό βάρος σε σχέση με το ύψος.
 $\% \text{ του BMW} = (\text{πραγματικό βάρος σώματος} / \text{ιδανικό βάρος σώματος}) \times 100.$
2. **Η δεύτερη μέθοδος είναι:** ο δείκτης μάζας σώματος.
3. **Η τρίτη μέθοδος είναι:** η μέτρηση του υποδόριου λίπους.
(Mary Courtney Moore, 1997).

10.3 Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ - Η ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Πριν κάποιο παχύσαρκο άτομο αρχίσει θεραπεία πρέπει να πραγματοποιήσει τριών ειδών εξετάσεις.

Οι μέθοδοι είναι: Πρώτον, η φυσική. Δεύτερον, η βιοχημική και Τρίτον η ψυχολογική.

Πραγματοποιείται πλήρης λήψη του ιατρικού ιστορικού καθώς και φυσική εξέταση. Στην φυσική εξέταση, γίνονται εξετάσεις για την πίεση του αίματος σε ηρεμία και την εξέταση των ούρων. Αξιολογούνται οι παθήσεις που επιδεινώνονται από την παχυσαρκία. Μετά το ιστορικό και την γενική φυσική εξέταση γίνονται ειδικές εξετάσεις, για να αποφασιστεί η κατάλληλη θεραπεία και ο χρόνος που θα χρειαστεί για να επιτύχει το άτομο το επιθυμητό του βάρος ειδικά αν είναι νοσηρά παχύσαρκο.

Τα νοσηρά παχύσαρκα άτομα έχουν μεγαλύτερη ποσότητα λιπαρού ιστού και το παραπάνω βάρος του είναι, η αιτία του λίπους. Κάποια όμως, κατακρατούν μεγάλη ποσότητα νερού που αποτελεί σημαντικό συστατικό του επιπλέον βάρους τους. Πρέπει, να γίνει μια διάκριση ανάμεσα στους δυο αυτούς τύπους για να, προσδιοριστεί η σύνθεση του σώματος.

Κλινική Εξέταση

Η αναλογία του λίπους στο σώμα υπολογίζεται αν μετρήσουμε το πάχος μιας πτυχής του δέρματος σε τέσσερα σημεία του σώματος. Τα πάχη πτυχών του δέρματος μετρούνται αν πιάσουμε μια πτυχή δέρματος και μετρήσουμε το πάχος της με ένα παχυμετρικό διαβήτη. Τα πάχη πτυχών δέρματος είναι τα εξής:

- **Η Δερματική πτυχή του δικέφαλου.** Μπροστά από τον βραχίονα στην μέση της απόστασης αγκώνα και ώμου.
- **Η Δερματική πτυχή τρικέφαλου.** Πάνω από το πίσω μέρος του βραχίονα στην μέση της απόστασης μεταξύ αγκώνα και ώμου.
- **Υποωμοπλάτια δερματική πτυχή.** Κάτω από το κάτω άκρο της ωμοπλάτης.
- **Υπερλαγόνιος δερματική πτυχή.** Πάνω από την κορυφή του λαγόνιου ιστού.

Το άθροισμα των μετρήσεων των παραπάνω τεσσάρων δερματικών πτυχών δίνει στοιχεία τα οποία χρησιμοποιούνται για να υπολογίσουμε το λίπος ως ποσοστό του βάρους του σώματος. Με αναφορά σε ειδικούς πίνακες που αφορούν κάθε φύλο και ηλικία. Αυτά τα αποτελέσματα συγκρίνονται με ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις και δείχνουν ότι η μέτρηση της δερματικής πτυχής, δίνει ακριβή ένδειξη του ποσοστού του λίπους στο σώμα. Οι εργαστηριακές εξετάσεις βοηθούν με το να δίνουν μια ακριβή εκτίμηση του σώματος. Αυτές είναι δύο, η πρώτη είναι η μέτρηση του ειδικού καλίου του σώματος και η δεύτερη, η μέτρηση του ειδικού ύδατος του σώματος. Και, οι δύο μετρήσεις πραγματοποιούνται με φασματόμετρο μάζας που ανιχνεύει την απελευθέρωση ισοτόπων.

(Suzanne Abraham and Derek Llewellyn Jones,1990).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11⁰

Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η Παχυσαρκία στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό έχει αναγνωριστεί σαν έναν από τους πέντε κυριότερους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου. (οι υπόλοιποι τέσσερις παράγοντες είναι: η ελαττωμένη φυσική δραστηριότητα, η δυσλιπιδαιμία, η υπέρταση και το κάπνισμα). Η παχυσαρκία δημιουργεί προβλήματα υγείας και κοινωνικών σχέσεων και στα παιδιά και στους ενήλικες, γιαυτό και η παχυσαρκία πρέπει να προληφθεί.

Ο στόχος της πρόληψης της παχυσαρκίας είναι να σταματήσει την αύξηση της παχυσαρκίας ή να ελαττώσει τον αριθμό των νέων περιπτώσεων της σε έναν πληθυσμό. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο αν ληφθούν οι αυξήσεις του μέσου όρου του BMI του πληθυσμού.

Αυτή πρέπει να ξεκινά από την παιδική ηλικία για τους δύο παρακάτω λόγους:

- 1) **Ο πρώτος λόγος είναι:** ότι η παχυσαρκία κατά την παιδική ηλικία σε μεγαλύτερο ποσοστό συνεχίζεται και στην ενήλικη ζωή. Το 70% των παιδιών ηλικίας 10-13 ετών εξελίσσεται σε παχύσαρκους ενήλικες. Ενώ, μικρό ποσοστό παιδιών με κανονικό βάρος εξελίσσονται σε παχύσαρκους ενήλικες.
- 2) **Ο δεύτερος λόγος είναι:** Η αποτροπή της δημιουργίας κυτάρων λίπους που δημιουργούνται στην παιδική και εφηβική ηλικία. Οι παχύσαρκοι ενήλικες που ήταν παχύσαρκα παιδιά, έχουν μεγάλο αριθμό και μεγάλο μέγεθος κυττάρων λίπους.

Σε επίπεδο πρόληψης ιδιαίτερη μεταχείριση και προσπάθεια χρειάζονται τα παιδιά τα οποία είναι παχύσαρκα και όσα έχουν οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας. Σε αυτήν την περίπτωση, η προσπάθεια πρέπει να επικεντρωθεί στην βελτίωση της διατροφής τους και της άσκησης. Και είναι απαραίτητο να συμμετέχουν στο προληπτικό αυτό πρόγραμμα και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

(Πιπεράκης, 2002).

11.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας στα σχολεία καθώς και το μάθημα της φυσικής αγωγής σε σχολεία , δίνουν στα παιδιά την δυνατότητα να αποκτήσουν τις απαραίτητες γνώσεις και τις συνήθειες για σωστή διατροφή και φυσική άσκηση. Κάποιες μελέτες δείχνουν ότι τα παιδιά που έχουν ενημερωθεί σε θέματα διατροφής και υγείας, παίρνουν στο σχολείο πιο υγιεινό κολατσιό ή αγοράζουν από το κυλικείο αυτά τα οποία είναι λιγότερο επιβλαβή για την υγεία. (Πιπεράκης,2002)

Το παιδί πρέπει να δέχεται μια αγωγή από το σχολείο αλλά, και από άλλους φορείς που θα περιλαμβάνει ενημέρωση σχετικά με τις συνήθειες της διατροφής και άσκησης. Έτσι η διατροφική εκπαίδευση θα πρέπει να στοχεύει στην παροχή πληροφοριών και την απόκτηση γνώσεων που αφορούν τους κανόνες της σωστής και ποιοτικά επαρκούς διατροφής και αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την πρόσληψη της παχυσαρκίας των παιδιών. (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 2006)

Τα περισσότερα προγράμματα πρόληψης επικεντρώνονται στο σχολείο και την οικογένεια: Τα προγράμματα που επικεντρώνονται στο σχολείο έχουν ως σκοπό την πρόληψη για να μην γίνουν τα παιδιά παχύσαρκα. Αυτά τα προγράμματα δεν περιλαμβάνουν μόνο πρωτοβουλίες που αφορούν την προαγωγή της υγείας και την σωματική δραστηριότητα. Αλλά, περιλαμβάνουν και παρεμβάσεις οι οποίες αναφέρουν:

- Προγράμματα μέσα στην τάξη, με σκοπό να ενθαρρυνθούν τα παιδιά για τη σωστή διατροφή. Και, για την αύξηση των αθλητικών δραστηριοτήτων.
- Οι αρχές της σωστής διατροφής επιδεικνύονται στην πράξη μέσω των σχολικών γευμάτων. Για να μειωθεί η κατανάλωση των λιπαρών και να αυξηθεί η κατανάλωση των φρούτων και των λαχανικών.
- Ανάληψη δράσης στα σχολεία με σκοπό να αυξηθεί ο χρόνος που αφιερώνεται σε σωματικές δραστηριότητες κατά την διάρκεια της ημέρας.
- Η επιτυχία των παραπάνω ενδοσχολικών πρωτοβουλιών εξαρτάται: Από τον ενθουσιασμό των διδασκόντων και από την κατάρτιση που έχουν σχετικά με τις αρχές στην πράξη της διατήρησης ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

Τα προγράμματα που επικεντρώνονται στην οικογένεια δίνουν έμφαση στην μάθηση της οικογένειας. Επειδή, πιστεύεται ότι εάν δεν ενθαρρυνθεί η οικογένεια να υιοθετήσει ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής, τα παιδιά δεν μπορούν να διατηρήσουν τις καλές συνήθειες που απέκτησαν στο σχολείο από τα παραπάνω προγράμματα. Στους επαγγελματίες υγείας και σε άλλους έχει ανατεθεί να τροποποιούν την συμπεριφορά όλης της οικογένειας. Με σκοπό να τηρεί τους κανόνες του υγιεινού τρόπου ζωής και μετά το τέλος των προγραμμάτων.

(<http://www.iad.gr>)

Θα πρέπει να εφαρμοστούν περισσότερα προγράμματα αγωγής και προαγωγής της υγείας, για την υγιεινή διατροφή. Τα οποία θα βοηθήσει τα άτομα να αλλάξουν τις διατροφικές τους συνήθειες αφού, όμως έχουν αποκτήσει τις απαραίτητες γνώσεις. Πρέπει να αρχίσει από τα παιδιά της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης όμως, για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει τα ολοήμερα σχολεία να διαθέτουν: κουζίνα με κατάλληλη υποδομή (όπως, ψυγείο, κουζίνα), αίθουσα διατροφής με τραπέζια στα οποία θα υπάρχουν στρωμένα τραπεζομάντιλα, τραπεζοκόμοι που θα προσφέρουν τις υπηρεσίες στα παιδιά και δεν θα πρέπει οι μαθητές να τρώνε στις αίθουσες διδασκαλίας. Εκτός, από τα προγράμματα διατροφής που πρέπει να γίνουν θα πρέπει και η Ελληνική Εκπαίδευση να προτείνει βιώσιμες πολιτικές κοινότητας, αλληλεγγύης και προαγωγής της υγείας στα σχολεία. (Δετοράκης, 2005).

11.2. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.

Οι γονείς παίζουν σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη της παχυσαρκίας. Οι γονείς είναι κύριοι προμηθευτές της τροφής των παιδιών τους και οι ίδιοι με την διατροφική τους συμπεριφορά και τις αθλητικές τους δραστηριότητες, αποτελούν παράδειγμα προς μίμηση από τα παιδιά τους.

Για να βοηθήσουν τα παιδιά τους να αποφύγουν την παχυσαρκία θα πρέπει οι γονείς να ενδιαφέρονται περισσότερο για

το τι τρώνε τα παιδιά τους στο σπίτι αλλά, και στο σχολείο. Πρέπει από όταν είναι ακόμη μικρά να τους μάθουν όλες τις γεύσεις και τα τρόφιμα ώστε, να γίνουν αποδεκτά από αυτά, όταν το φαγητό γίνεται συνειδητή και αυτόνομη διαδικασία. Θα πρέπει να ενδιαφέρονται για το τι τρώνε στο σχολείο ή για το τι έξω από αυτό για να μη μάθουν τα παιδιά στην κατανάλωση φαγητών fast food. Πρέπει να μάθουν τα παιδιά να τρώνε σαλάτες, φρούτα, να προτιμούν φυσικούς χυμούς από τα αναψυκτικά ή να προτιμούν μια φέτα ψωμί με μέλι από μια τυρόπιτα. Επίσης, θα πρέπει να τρώνε εξίσου τα όσπρια με το κρέας. Είναι καλό μαγειρεμένο φαγητό να προσφέρεται καθημερινά και το έτοιμο να προσφέρεται σε κάποιες ειδικές μέρες. (<http://www.iatronet.gr>).

Οι γονείς πρέπει να αντιμετωπίζουν με μεγάλη προσοχή και υπευθυνότητα το θέμα της διατροφής των παιδιών, να αφήσουν την πεποίθηση ότι το παιδί πρέπει να τρώει όσο και ο ενήλικας για να αναπτυχθεί σωστά. Κάποιες οδηγίες που πρέπει να ακολουθούν είναι οι εξής:

- Να μην δίνουν ως τον τέταρτο μήνα του βρέφους στερεές τροφές.
- Να μην επιβάλλουν στο παιδί να καταναλώνει περισσότερη ποσότητα φαγητού από όση θέλει.
- Να σέβονται την επιθυμία του παιδιού, όταν θέλει αυτό να φάει.
- Να μην του προσφέρουν φαγητό ως επιβράβευση και ανταμοιβή.
- Θα πρέπει να ωθούν τα παιδιά να γίνονται πιο δραστήρια, παρόλο που ο ελεύθερος χρόνος είναι ελάχιστος, θα πρέπει να καθορίσουν το ημερήσιο πρόγραμμα των δραστηριοτήτων του έτσι, ώστε να του μένουν κάποιες ελεύθερες ώρες ώστε να αθλείται με κάποιο άθλημα που αγαπά. (<http://www.neo.gr>).
- Να ενθαρρύνουν τις φυσικές δραστηριότητες και να συνδυάζουν άσκηση με διασκέδαση. Για παράδειγμα, ομαδικά αθλήματα.
- Να μαγειρεύουν στο σπίτι και να επιτρέπουν στα παιδιά να συμμετέχουν. Έτσι τους δίνεται η ευκαιρία να κάνουν ένα μάθημα υγιεινής διατροφής.
- Να υιοθετήσουν μια υγιεινή δίαιτα για την οικογένεια.
- Να μην σερβίρουν μεγάλες μερίδες φαγητού.

- Να μην ενθαρρύνουν να τρώνε γρήγορα και να μην τα αποτρέπουν να μην το καταναλώνουν όλο.
- Να μην τα πιέζουν να φάνε όταν δεν πεινούν.
- Να μην τρώνε οι ίδιοι όταν διασκεδάζουν ή ασχολούνται με κάποια δραστηριότητα όπως: όταν βλέπουν τηλεόραση και να μην επιτρέπουν και στα παιδιά το ίδιο.
- Να αποφεύγουν τα ενδιάμεσα γεύματα καθώς και τροφές οι οποίες είναι πλούσιες σε θερμίδες και ζάχαρη.
- Για δεκατιανό να δίνουν στα παιδιά κάτι υγιεινό όπως: φρούτα και γιαούρτι.
- Να αποφεύγουν τα fast- food. (<http://www.gomedica.org>).
- Να περιορίσουν τα παιδιά την παρακολούθηση της τηλεόρασης.
- Να μειώνουν την αγορά λιπαρών τροφών και γλυκών για το σπίτι.
- Αντί για γλυκά να προτιμούν τα φρούτα και άλλες υγιεινές τροφές και άλλα γλυκά, να τα καταναλώνουν στις γιορτές.
- Να μάθουν στα παιδιά να τρώνε ένα γερό καθώς και υγιεινό πρωινό κάθε μέρα.
- Να μην τρώνε παχυντικές τροφές το βράδυ.
- Να ελέγχουν το βάρος των παιδιών τακτικά και να το συγκρίνουν με το ιδανικό βάρος της ανάλογης ηλικίας και του φύλου. (Πιπεράκης, 2002).

11.3. ΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΤΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΩΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη της παχυσαρκίας πραγματοποιείται ακόμα με την εφαρμογή κάποιων κανόνων υγιεινής διατροφής. Οι οποίοι θεωρούνται απλοί καθώς και με την συχνή σωματική άσκηση. Οι κανόνες αυτοί δρουν βοηθητικά και στο να προληφθούν χρόνιες παθήσεις, οι οποίες είναι συνέπεια της παχυσαρκίας.

Οι κανόνες είναι οι εξής:

1. Πρέπει να τρώμε τρία κανονικά γεύματα κάθε μέρα.
2. Να τρώμε πολλά φρούτα, λαχανικά και όσπρια.
3. Συχνά ψάρι και κοτόπουλο κι σπανιότερα άλλα, κρέατα.

4. Να αποφεύγουμε τα ζωικά λίπη, τα βούτυρα, τις κρέμες και τις μαργαρίνες.
5. Να προτιμούμε το ελαιόλαδο αλλά, με μέτρο.
6. Να περιορίσουμε τα αναψυκτικά τα οποία περιέχουν ζάχαρη.
7. Να αποφεύγουμε τα οينوπνευματώδη ποτά.
8. Να αποφεύγουμε την πολύ ζάχαρη, τα πολλά γλυκά και τα παγωτά.
9. Να αποφεύγουμε τα αλλαντικά. (<http://www.geocities.com>).

11.4 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΡΑΤΙΚΩΝ ΦΟΡΕΩΝ.

Μεγάλη ευθύνη έχει και η πολιτεία στην πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας. Με συνεχές έλεγχο στις καντίνες των σχολείων, με την εφαρμογή ειδικών μαθημάτων που αφορούν θέματα διατροφής, με τον περιορισμό της διαφημιστικής καμπάνιας των αλυσίδων «έτοιμου» φαγητού. Καθώς και των τροφών πλούσιων σε θερμίδες και λιπαρά όπως: για παράδειγμα, σοκολάτες, γαριδάκια, αναψυκτικά κ.α. Οι τροφές και τα έτοιμα φαγητά, προβάλλονται σε ώρες όπου η τηλεθέαση της παιδικής ζώνης είναι αυξημένη. Τα παραπάνω συμβάλλουν στην πρόληψη της παχυσαρκίας στις παιδικές ηλικίες. (<http://www.iatronet.gr>).

Επίσης, απαιτούνται συντονισμένες και συγκεκριμένες ενέργειες από τους κρατικούς φορείς. (και, ειδικά από τους φορείς της υγείας και της παιδείας). Για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας πρέπει να δημιουργηθούν όχι μόνο κίνητρα αλλά, και χώροι, όπου θα αθλούνται και θα παίζουν τα παιδιά. Όπως: πλατείες, γήπεδα, παιδότοποι, ποδηλατόδρομοι κ.α. Να αυξηθούν οι ώρες της γυμναστικής στα σχολεία αλλά, και να δημιουργηθούν περισσότερα προγράμματα από τους κρατικούς φορείς, τα οποία θα είναι και πιο καλά και θα έχουν σχέση με την άσκηση και το παιχνίδι. Θα πρέπει να αυξηθούν τα σχολικά προγράμματα τα οποία αφορούν την αγωγή της διατροφής και της άσκησης, να εκπαιδευτούν οι γονείς πάνω σε θέματα άσκησης και υγείας.

Να συνεργαστούν οι φορείς υγείας και παιδείας, με σκοπό να εκδώσουν πληροφορίες, οδηγίες και κατευθύνσεις. Να δοθούν μεγάλες επιδοτήσεις σε ιδιώτες για να δημιουργηθούν χώροι και δράσεις που θα σχετίζονται με τη φυσική δραστηριότητα καθώς και

με το παιχνίδι. Να δοθούν κίνητρα και να δημιουργηθούν οργανωμένες δραστηριότητες, για να αυξηθεί η φυσική δραστηριότητα των παιδιών όπως: δράσεις που σχετίζονται με το περπάτημα.

Στην Αυστραλία πριν λίγα χρόνια, υπήρχε ένα πρόγραμμα που συμμετείχαν οι γονείς εθελοντικά για, να πηγαίνουν τα παιδιά στο σχολείο και να τα γυρνούν με τα πόδια και όχι με το αυτοκίνητο. (<http://www.MedNutrition.gr>).

11.5. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΤΙΘΕΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΣΧΟΛΙΚΑ ΚΥΛΙΚΕΙΑ

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ ΣΤΑ ΣΧΟΛΙΚΑ ΚΥΛΙΚΕΙΑ

Η Νομοθεσία που καθορίζει την διάθεση τροφίμων στα σχολικά κυλικεία είναι:

- Η Κοινή Υπουργική Απόφαση 487 (ΦΕΚ1219B-04.10.2000) σχετικά με την υγιεινή των τροφίμων είναι σε συμμόρφωση με την οδηγία 93/43/Ε.Ο.Κ. του Συμβουλίου.
- Η Υγειονομική Διάταξη Α1β/8577/83 (ΦΕΚ 526/83 τ.Β') και
- Η Κοινή Υπουργική Απόφαση Α2Ε/ΟΙΚ1653 (ΦΕΚ 563/98τ.β').

(Γραφείο Ενημέρωσης Καταναλωτή, 2006)

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΤΙΘΕΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΑ ΣΧΟΛΙΚΑ ΚΥΛΙΚΕΙΑ.

Σύμφωνα με τη Νομοθεσία τα προϊόντα που θα πρέπει να πωλούνται στα σχολικά κυλικεία, τόσο στην Πρωτοβάθμια όσο και στην Δευτεροβάθμια εκπαίδευση είναι:

- Σάντουιτς και τόστ με τυρί(η προσθήκη του φρέσκου βουτύρου καθώς και λαχανικών. Όπως: η ντομάτα είναι προαιρετική.
 - Ψωμί και απλά αρτοσκευάσματα (φρυγανιές, κουλούρια, φραντζολάκια, παξιμάδια).
 - Σταφιδόψωμο σε ατομική συσκευασία.
 - Τυρόπιτα ή σπανακόπιτα.
 - Τυριά.
 - Γάλα σε ατομική συσκευασία.
 - Γιαούρτι (χωρίς συνθετικές, γλυκαντικές και χρωστικές ύλες) όπως: με φρούτα, με φρυγανιές, δημητριακά.
 - Φρούτα εποχής τα οποία θα είναι πλυμένα και τυλιγμένα σε σελοφάν.
 - Φυσικοί χυμοί φρούτων με περιεκτικότητα χυμού 100%.
 - Ξηροί καρποί σε μικρή συσκευασία.
 - Τσάι και λοιπά αφεψήματα.
 - Καφές ο οποίος θα είναι μόνο για το προσωπικό.
- (Γραφείο Ενημέρωσης Καταναλωτή, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12⁰

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Οι αντικειμενικοί στόχοι των στρατηγικών αντιμετώπισης του βάρους για τα παιδιά διαφέρουν από των ενηλίκων, για το λόγο ότι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η σωματική και η πνευματική ανάπτυξη των παιδιών. Η αντιμετώπιση των ενηλίκων αποσκοπεί περισσότερο στην μείωση βάρους ενώ, η θεραπεία των παιδιών έχει στόχο την πρόληψη αύξησης του βάρους. Η μυϊκή μάζα του σώματος αυξάνεται όσο αυξάνεται η ηλικία των παιδιών και έτσι, η μείωση του λίπους και η διατήρηση του σε σταθερά επίπεδα οδηγεί σε σταθεροποίηση του βάρους του σώματος. Η θεραπεία των παχύσαρκων παιδιών θεωρείται ειδικός στόχος για πρόληψη γιατί, προλαμβάνει την εξέλιξη τους σε παχύσαρκους ενήλικες. Γιαυτό τον λόγο η θεραπεία της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία πρέπει να συνδυάζεται από την ανάπτυξη επιλεγμένων προληπτικών στρατηγικών. Που στοχεύουν σε ομάδες παιδιών υψηλού κινδύνου και θα πρέπει να είναι μέρος μιας καθολικής προσέγγισης, σε επίπεδο κοινότητας της πρόληψης παιδικής παχυσαρκίας.

Η παχυσαρκία κατά την παιδική και εφηβική ηλικία έχει αρνητικές συνέπειες στην υγεία και αυξάνει τον κίνδυνο της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μετά από 50 έτη. Τα παραπάνω υποστηρίζουν την ανάγκη ανάπτυξης αποτελεσματικής αντιμετώπισης, θεραπείας για την παχυσαρκία στα παιδιά. (Κατσιλάμπρος,2003).

Οι στόχοι της αντιμετώπισης της παιδικής παχυσαρκίας είναι οι τρεις παρακάτω:

1. Να υιοθετηθεί μια σωστή διατροφική συμπεριφορά καθώς και σωματική δραστηριότητα σε μόνιμη βάση.
2. Να αντιμετωπιστούν οι τυχόν επιπλοκές της παχυσαρκίας.
3. Να ελέγχεται τακτικά το σωματικό βάρος.

Η θεραπεία θεωρείται ότι είναι επιτυχής όταν τα παιδιά διατηρούν το βάρος τους. Θεωρείται ότι όταν ψηλώνει το παιδί χωρίς να παίρνει βάρος είναι αδυνάτισμα. Όταν η απώλεια βάρους είναι πιο γρήγορη και πιο μεγάλη τότε έχουμε αύξηση του κινδύνου επιπλοκών. Κάποιες επιπλοκές είναι:

- Η μειωμένη πρόσληψη ιχνοστοιχείων- βιταμινών.
- Καθυστέρηση σωματικής ανάπτυξης.
- Απώλεια μυϊκής μάζας.
- Διαταραχές διατροφικής συμπεριφοράς.

(<http://www.Med Nutrition.gr>).

12.1. Η ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΚΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.

Στα υπέρβαρα παιδιά επιβάλλονται μόνο μικροί περιορισμοί στην ενεργειακή πρόσληψη της δίαιτας. Επειδή, απαιτείται τα παιδιά να προσλαμβάνουν επαρκή ποσότητα ενέργειας καθώς και επαρκή ποσότητα συστατικών για να μην διαταραχθεί η φυσιολογική ανάπτυξη και αύξηση των παιδιών. Η αντιμετώπιση και η θεραπεία πρέπει να γίνεται μετά τα έξη έτη.

Σημαντική μέθοδος για την μείωση της ενεργειακής πρόσληψης στα παιδιά είναι, να δίνονται σε αυτά μικρότερες μερίδες από τροφές που είναι πλούσιες σε ενέργεια. Αυτό επιτυγχάνεται όταν προετοιμάζονται και σερβιρίζονται μικρότερες θερμίδες τέτοιων φαγητών ή είτε παροτρύνονται αυτά να καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά απεριόριστα. Με σκοπό να μειωθεί η ενεργειακή πρόσληψη χωρίς να επιβάλλονται διατροφικοί περιορισμοί.

Επίσης, στον έλεγχο της ενεργειακής πρόσληψης βοηθά ο περιορισμός των έτοιμων τροφίμων, τα οποία είναι πλούσια σε λίπη και ενέργεια. Αυτές οι τροφές αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος της διατροφής των παιδιών και των εφήβων. Τα παιδιά θα πρέπει να μαθαίνουν να καταναλώνουν ελάχιστα λιπαρά πρόχειρα γεύματα, και επίσης, να μην προσλαμβάνουν μεγάλο ποσοστό της συνολικής ενέργειας, όπως: αναψυκτικά και να επιλέγουν να πίνουν αναψυκτικά που δεν έχουν ζάχαρη ή να πίνουν μόνο νερό.

(Κατσιλάμπρος, 2003).

12.2. Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ.

Η σωματική άσκηση δεν συμβάλλει από μόνη της αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας. Όταν όμως, συνδυάζεται με μια σωστή δίαιτα είναι σίγουρα πιο αποτελεσματική. Τα παιδιά πρέπει να προτρέπονται να είναι πιο πολύ σωματικά δραστήρια. Η ενεργειακή κατανάλωση αυξάνεται όταν αυξάνεται η γενική σωματική δραστηριότητα και το παιχνίδι και όχι από διάφορα αθλήματα ανταγωνισμού και οργανωμένες ασκήσεις. Επειδή, τα παχύσαρκα παιδιά είναι πολύ ευαίσθητα από την συμπεριφορά των συνομήλικων τους παρουσιάζουν προβλήματα μακροχρόνιας παραμονής στα προγράμματα της γυμναστικής, όπως, συμβαίνει και στους ενήλικες. Έτσι δεν είναι βοηθητικό να πραγματοποιούνται ανταγωνιστικά αθλήματα στα σχολεία για να βελτιωθούν τα επίπεδα της σωματικής δραστηριότητας των παιδιών αφού, δεν συμμετέχουν σε ομαδικά αθλήματα.

Κάποιες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στους ενήλικες για να αυξήσουν το χρόνο παραμονής τους σε προγράμματα σωματικής άσκησης, είναι το ίδιο χρήσιμες και στα παιδιά. Αυτές οι μέθοδοι περιλαμβάνουν την προσπάθεια να είναι η άσκηση ευχάριστη με το να αυξάνουν την επιλογή τόσο του τύπου όσο και του επιπέδου των ασκήσεων. Επίσης, επιβραβεύουν τα επιτεύγματα τους κατά την διάρκεια της άσκησης και όχι μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.

Η σωματική δραστηριότητα βοηθάει επίσης, στο να καταναλώνουν λιγότερα πρόχειρα γεύματα γιατί, δεν έχουν πολύ ελεύθερο χρόνο και έτσι μπορούν να προσαρμοστούν τα παιδιά σε κάποιο διατροφικό πρόγραμμα. Ακόμη, οι ασκήσεις αντοχής επιδρούν στην σύσταση του σώματος και είναι ανώτερες από αυτές της αεροβικής άσκησης. Οι ασκήσεις αντοχής οδηγούν στην αύξηση του μυϊκού ιστού του σώματος, έτσι αυξάνεται ο μεταβολικός ρυθμός καθώς και η συνολική ημερήσια ενεργειακή κατανάλωση. Επίσης, επιδρά θετικά και στην εμφάνιση. Η σωματική άσκηση περιορίζει το ποσοστό της απώλειας του μυϊκού ιστού από το αδυνάτισμα και, το ποσοστό της επαναπρόσληψης του βάρους. Η σωματική δραστηριότητα επηρεάζει θετικά την κατανομή του λίπους στο σώμα.

Δύο σχήματα προαγωγής της σωματικής δραστηριότητας είναι:

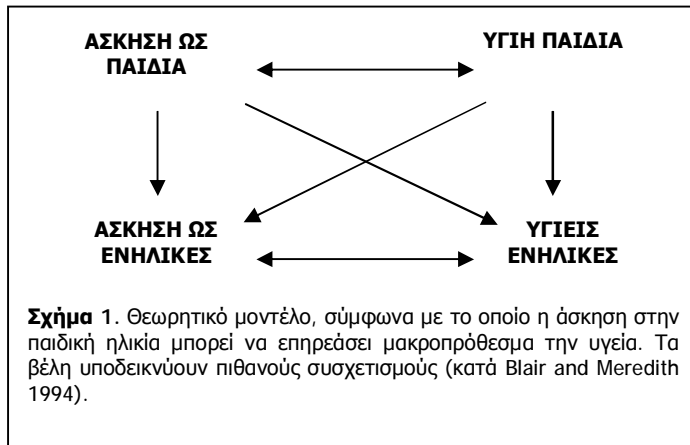
- 1) Μέτρα για την αύξηση της μέτριας έντασης καθημερινής άσκησης όπως: η βόλτα, η ποδηλασία. Εδώ, τα επιπλέον ενεργειακά ποσά που καταναλώνονται είναι 60-200kcalth /ώρα και είναι ανάλογα με την ένταση της άσκησης.
- 2) Φυσιολογική άσκηση για βελτίωση φυσικής κατάστασης με μέτρια / σωματική άσκηση: Περιλαμβάνει συνήθως προγράμματα ομαδικά επιβλεπόμενης γυμναστικής τα οποία διαρκούν 45- 60 λεπτά, τρεις φορές την εβδομάδα.
(Κατσιλάμπρος, 2003).

Απαιτείται φυσική δραστηριότητα μέτριας έντασης που θα διαρκεί 60- 90 λεπτά το λιγότερο πέντε φορές την εβδομάδα ή και καθημερινά. Αυτό βοηθάει τόσο στην πρόληψη αύξησης σωματικού βάρους όσο και στην απώλεια του σωματικού βάρους και στο να διατηρηθεί μετά την μείωση. (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 2006).

Η άσκηση επίσης, έχει και μια σειρά άλλων πλεονεκτημάτων, όσο αφορά την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Με την άσκηση μικρής ή μέτριας έντασης όπως: το πρόγραμμα φυσικής αγωγής, 3 φορές την εβδομάδα με διάρκεια 40-60 λεπτά για 20 εβδομάδες επιφέρει μικρές αλλά, ουσιαστικές αλλαγές στην σύσταση του σώματος. Επίσης, με την αερόβια άσκηση όπως: περπάτημα, τρέξιμο, κολύμπι, μειώνεται το σωματικό λίπος και όταν η αερόβια άσκηση συνδυάζεται με ασκήσεις με βάρη, προλαμβάνει την φυσική απώλεια της άλιπης μάζας και της μυϊκής δύναμης. Και, βελτιώνει την σύσταση του σώματος αφού, μεγαλώνει την δύναμη καθώς και την αντοχή. Η άσκηση συμβάλλει να μην ξαναπάρουν κιλά τα παχύσαρκα παιδιά που έχασαν με την άσκηση- δίαιτα. Επίσης, η άσκηση ελαττώνει τις επιδράσεις της γενετικής προδιάθεσης και έχει μακροχρόνια αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. (<http://www.Fa3.gr>).

Θα πρέπει τα παιδιά να απασχολούνται με τις παρακάτω δραστηριότητες:

- Βόλτα για 45-60 λεπτά.
- Μπάσκετ 15-20 λεπτά.
- Χορός γρήγορος 30 λεπτά.
- Κολύμπι 20 λεπτά.
- Ποδήλατο 5 χιλιόμετρα σε 15 λεπτά.
- Σχοινάκι 15 λεπτά.
- Τρέξιμο 2 χλμ σε 15 λεπτά. (<http://www.paxysarkia.gr>).



12.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.

Ο καθηγητής Φυσικής Αγωγής παρεμβαίνει για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, σε δύο επίπεδα: Στην οικογένεια και στο σχολείο.

Όσο αφορά τους τρόπους παρέμβασης του στην οικογένεια είναι ότι: Ο Καθηγητής Φυσικής Αγωγής πρέπει και οφείλει να ενημερώσει τους γονείς για την βιολογική κατάσταση του παχύσαρκου ή του υπέρβαρου μαθητή. Και, θα πρέπει να προτείνει στους γονείς την ιατρική αξιολόγηση του μαθητή για, να αντιμετωπιστεί η παχυσαρκία, έγκυρα, άμεσα και επιστημονικά. Επίσης, είναι καλό να συμβουλέψει τους γονείς τι θα πρέπει να αποτελεί ένα σωστό πρωινό καθώς και για μια σωστή διατροφή που θα πρέπει να ακολουθούν οι μαθητές, κατά την διάρκεια της σχολικής τους ημέρας και έτσι, θα μπορούν να ακολουθήσουν ένα υγιή τρόπο ζωής.

Όσο αφορά τους τρόπους παρέμβασης του καθηγητή Φυσικής Αγωγής στο σχολείο: Τόσο το σχολείο όσο και το μάθημα Φυσικής Αγωγής αποτελούν σημαντικό φορέα ο οποίος προωθεί την υγεία. Και, διαδραματίζει σημαντικό και βασικό ρόλο στο να προωθηθούν οι αξίες, οι οποίες σχετίζονται με έναν σωστό τρόπο ζωής. Η παρέμβαση του στο παχύσαρκο παιδί πρέπει να

είναι όχι γενική και αόριστη αλλά, συγκεκριμένη. Πρέπει να περιλαμβάνει στόχους οι οποίοι θα είναι προσωπικοί μετρήσιμοι και εφικτοί για το παιδί. Η αποτελεσματικότητα όμως, της παρέμβασης του εξαρτάται τόσο από την στάση του προς το παχύσαρκο παιδί όσο ως προς το σχολικό περιβάλλον συνολικά.

Γιαυτό θα πρέπει:

- Να μην κάνει αυτό που θέλουν οι μαθητές γιατί, θα έχει ως αποτέλεσμα μειωμένη απόδοση των μαθητών και παρακίνηση τους, στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής.
- Να αποκαλεί τα παχύσαρκα παιδιά όχι με το επώνυμο τους αλλά, με το όνομα τους. Γιατί, έτσι μόνο θα καταφέρει να τον νιώθουν κοντά τους και θα μπορεί να τα πείθει και να τα επηρεάζει πιο εύκολα αλλά και με αμεσότητα.
- Να δίνει πολλές ευκαιρίες στα παχύσαρκα παιδιά, να συμμετέχουν και να τα εντάσσει στις καλές ομάδες των μαθητών κατά την διάρκεια της διδασκαλίας των γνωστικών αντικειμένων της Φυσικής Αγωγής.
- Θα πρέπει να γνωρίζει ότι το σώμα και γενικότερα η εικόνα του μέσω της θεωρίας των προτύπων και των κινήτρων επηρεάζει, σε πολύ μεγάλο βαθμό τον μαθητή πάνω σε θέματα που αφορούν την σωστή σωματική ανάπτυξη του.
- Να γνωρίζει ότι το φύλο του καθηγητή Φυσικής Αγωγής επηρεάζει 70% την αποτελεσματικότητα της προσέγγισης του μαθητή του ίδιου φύλου, σε θέματα που έχουν να κάνουν με την παχυσαρκία.
- Να επιδιώκει την εισαγωγή αντικειμένων Αγωγής Υγείας και Διατροφής μέσα από το αναλυτικό Φυσικής Αγωγής, στην πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση με την μορφή της παρέμβασης τόσο στους μαθητές όσο και στους γονείς. Πάνω σε θέματα που θα μάθουν για τη σωστή διατροφή, την σωματική άσκηση, την φυσική και βιολογική λειτουργία και κατάσταση και να συμβουλεύει για τους περιοδικούς, βιοχημικούς ελέγχους.
- Ακόμα, να βοηθά και να παρεμβαίνει στην δημιουργία του καταλόγου των προϊόντων που πουλιούνται από τα σχολικά κυλικεία και να επιδιώκει να πωλούνται μόνο τα υγιεινά τρόφιμα.

(<http://www.fa3.gr>).

12.4. Η ΕΛΑΤΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΘΙΣΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ

Η καθιστική ζωή ή η σωματική αδράνεια σύμφωνα με νέα ερευνητικά δεδομένα συμβάλλει στην εμφάνιση προβλημάτων βάρους στα παιδιά. Κατά την παιδική ηλικία η απότομη αύξηση του υπερβάλλοντος βάρους από μια εκρηκτική αύξηση των παθητικών ενασχολήσεων των παιδιών όπως: τα παιχνίδια των υπολογιστών, των video. Η τηλεόραση είναι από τις πιο σημαντικές αιτίες της σωματικής αδράνειας των περισσότερων παιδιών και των ενηλίκων και σχετίζεται με τον επιπολασμό της παχυσαρκίας. Επίσης, η τηλεθέαση συσχετίζεται με την αύξηση της κατανάλωσης ενεργειακών πλούσιων σνακ.

Η μελέτη των Epstein έδειξε ότι η απώλεια του βάρους βραχυχρόνια ήταν μεγαλύτερη σε μια ομάδα παιδιών, τα οποία συμβούλεψε να ελαττώσουν την καθιστική ζωή. Παρά σε αυτά που ενθαρρύνθηκαν να αυξήσουν την σωματική τους άσκηση. Η μείωση της σωματικής αδράνειας οδηγεί στην διατήρηση της απώλειας του βάρους και δημιουργεί μια θετική στάση απέναντι στην εντατική γυμναστική. (Κατσιλάμπρος, 2003).

12.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.

Η ενημέρωση των γονέων είναι απαραίτητη γιατί, έχουν την ευθύνη επειδή, τα παιδιά δεν είναι σε θέση να λάβουν από μόνα τους τα κατάλληλα μέτρα για να ελέγξουν το βάρος τους. Οι γονείς των παχύσαρκων παιδιών πρέπει να συνεργαστούν με τον ειδικό για να προωθήσουν τις αναγκαίες αλλαγές για την διατροφή των παιδιών αλλά, και για τις συνήθειες όλης της οικογένειας. Πολλές φορές όμως, οι γονείς δεν παίρνουν σοβαρά τους κινδύνους της παχυσαρκίας για την υγεία των παιδιών τους και δεν αντιλαμβάνονται ότι η δική τους συμμετοχή είναι απαραίτητη και αναγκαία για να αλλάξουν. (<http://www.gomedica.org>).

Οι γονείς όταν πιστεύουν ότι το παιδί τους είναι υπέρβαρο πρέπει να απευθυνθούν αμέσως στον γιατρό τους. Ο γιατρός είναι το κατάλληλο άτομο που γνωρίζει αν το παιδί έχει πρόβλημα

βάρους. Αν ο γιατρός πει ότι το παιδί είναι υπέρβαρο, θα ζητήσει την συνεργασία των γονέων, θα αλλάξει κάποιες διατροφικές τους συνήθειες καθώς και τις συνήθειες της σωματικής δραστηριότητας όλης της οικογένειας. Οι γονείς είναι απαραίτητο να πουν στο παιδί ότι είναι καλά ακόμα και αν είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο. Αν αποδεχτούν το παιδί υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες να νιώσει και το ίδιο καλά. Θα πρέπει να μιλήσουν στο παιδί για την σημασία του βάρους του σώματος και έτσι του δίνουν την ευκαιρία να πουν τον προβληματισμό τους. Επειδή, τα παιδιά γνωρίζουν ότι έχουν πρόβλημα βάρους χρειάζονται υποστήριξη, αποδοχή και ενθάρρυνση από τους γονείς. Δεν θα πρέπει να αλλάζουν τις συνήθειες της σωματικής δραστηριότητας και της διατροφής του παιδιού μόνο, αλλά, όλης της οικογένειας. Πρέπει να γίνουν πρότυπο για τα παιδιά τους γιατί, όταν τα παιδιά βλέπουν ότι ασκούνται και διασκεδάζουν με αυτό τότε τους μιμούνται. Ακόμη, πρέπει να βοηθήσουν τα παχύσαρκα παιδιά τους να βρουν την δραστηριότητα που τους αρέσει και να ελαττώσουν το χρόνο που παρακολουθούν τηλεόραση. Δεν θα πρέπει σε καμιά περίπτωση να εφαρμόσουν στερητική δίαιτα στα παιδιά για να χάσουν βάρος γιατί, αυτό γίνεται μόνο από τον γιατρό και για ειδικούς λόγους.

Να φροντίζουν η διατροφή όλης της οικογένειας να είναι ισορροπημένη και να βασίζεται στην διατροφική πυραμίδα. Η βάση της διατροφής πρέπει να είναι τα δημητριακά ολικής αλέσεως, τα όσπρια, τα λαχανικά και τα φρούτα. Το κρέας και τα γαλακτομικά πρέπει να περιορίζονται σε μικρές ποσότητες και τα τρόφιμα που περιέχουν λιπαρά και ζάχαρη να καταναλώνονται σπάνια. Να προσπαθούν την ώρα του φαγητού να είναι ευχάριστοι και όχι να γίνονται παρατηρήσεις και να τρώει όλη η οικογένεια μαζί. Αν η ώρα του φαγητού είναι δυσάρεστη για το παιδί, θα φάει γρήγορα και θα φύγει από το τραπέζι, συνδυάζοντας το φαγητό με το stress.

Για να μην κόβεται η όρεξη των παιδιών για τα κυρίως γεύματα είναι σημαντικό να προγραμματίζουν την κατανάλωση ενδιάμεσων γευμάτων στις συγκεκριμένες ώρες της ημέρας. Επίσης, καλό θα ήταν να ετοιμάζαν οι ίδιοι το φαγητό του παιδιού στο σχολείο.

(<http://www.isk.gr>).

Οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν ότι η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι καλό να αρχίζει νωρίς μετά, την ηλικία των τριών ετών. Οι αλλαγές στην ζωή του παιδιού για την απώλεια βάρους θα πρέπει να γίνονται σταδιακά και αυτοί να γνωρίζουν τις επιπλοκές που οδηγεί η παχυσαρκία. Οφείλουν να υποστηρίζουν

τα παχύσαρκα παιδιά τους, ψυχολογικά, να μην τα επικρίνουν αλλά, να τα ενθαρρύνουν και ακόμη να ενημερώνονται σωστά. (<http://www.Med Nutrition.gr>).

12.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.

Ενώ, τα φάρμακα και οι χειρουργικές επεμβάσεις στους παχύσαρκους ενήλικες εφαρμόζονται και συστήνονται στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Τα φάρμακα αδυνατίσματος δεν συστήνονται για τα παιδιά, για το λόγο ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία και την επίδραση τους στην διατροφική συμπεριφορά στην παιδική και εφηβική ηλικία ή ακόμα και μακροχρόνια. Υπάρχουν περιορισμένες πληροφορίες για την χρήση των αυστηρών θεραπευτικών μέσων που είναι τα φάρμακα και οι χειρουργικές επεμβάσεις στα παιδιά και στους εφήβους. Τέτοιες θεραπείες μπορεί να εφαρμόζονται σε παιδιά με δυνητικά θανατηφόρες επιπλοκές της παχυσαρκίας. (Κατσιλάμπρος,2003).

12.7. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.

Η εισαγωγή προγραμμάτων πρόληψης της παχυσαρκίας στα σχολεία ενδείκνυται για πολλούς λόγους. Μεγάλος αριθμός παιδιών πηγαίνουν σχολείο και μεγάλο μέρος από την διατροφή τους και την άσκηση τους το λαμβάνουν στο σχολείο. Τα σχολεία βοηθούν να αναγνωριστούν τα παιδιά που είναι έτοιμα να εμφανίσουν παχυσαρκία με την βοήθεια των επιμορφωτικών προγραμμάτων και με επισκέψεις στο σχολικό γιατρό σε σημαντικά στάδια της αναπτυξής τους. Επίσης, η έναρξη του σχολείου ταιριάζει με την περίοδο όπου έχουμε αυξημένο κίνδυνο υπερβάλλουσας αύξησης του βάρους. Επειδή, τα παιδιά αρχίζουν να ανεξαρτοποιούνται και να μεταβάλλουν τις συνήθειες διατροφής

τους και της άσκησης τους, σύμφωνα με τις νέες συνθήκες της ζωής τους.

Τα σχολικά προγράμματα παρέμβασης για παιδιά και εφήβους υψηλού κινδύνου σύμφωνα, με αποτελέσματα δείχνουν ότι αυτά εφαρμόζονται με επιτυχία και καλύπτουν έναν πολύ σημαντικό αριθμό παιδιών που έχουν ανάγκη να προληφθούν από την παχυσαρκία. Παχύσαρκα παιδιά που είχαν ενταχθεί σε ομάδες θεραπείας έχουν μειώσει κατά πολύ το βάρος τους, σε σχέση με αυτά που δεν εντάχθηκαν. Η αύξηση της ομαδικής δραστηριότητας μέσα από τα προγράμματα της γυμναστικής στα σχολεία, θεωρείται ως στρατηγική για την βελτίωση του βάρους και της υγείας των παιδιών. Όμως, τα σχολικά προγράμματα παρουσιάζουν δυσκολίες μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα, επειδή δεν υπάρχει χρόνος, θεωρείται αναγκαία η επίβλεψη των μαθητών από τους δασκάλους και επειδή, υπάρχουν οικονομικοί περιορισμοί.

(Κατσιλάμπρος,2003).

12.8. ΕΙΔΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η αξία της έγκυρης πρόληψης της παχυσαρκίας στα παιδιά ή της αντιμετώπισης αυτής στα είδη παχύσαρκα είναι σημαντική και αναμφισβήτητη. Κάποια σημεία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν οργανώνονται προγράμματα, που αφορούν την παρέμβαση για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας.

Τα σημεία είναι τα εξής:

- **Ο κίνδυνος του υποσιτισμού.** Επειδή, κάποιες ποσότητες θρεπτικών συστατικών είναι απαραίτητες για την σωστή ανάπτυξη των παιδιών. Προτείνεται μόνο μικρή μείωση της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης. Σε περιπτώσεις όπου, μια προσέγγιση είναι απαραίτητη.
- **Κίνδυνος για διατροφικές διαταραχές.** Είναι πολύ σημαντικό, κάθε παρεμβάσεις να μην ενθαρρύνουν τους

διατροφικούς περιορισμούς. Οι οποίοι ευθύνονται για την εμφάνιση των διατροφικών διαταραχών και άλλων ψυχολογικών προβλημάτων.

- **Κίνδυνος Απομόνωσης**. Τα υπέρβαρα – παχύσαρκα παιδιά, δεν θα πρέπει να απομονώνονται και να περιθωριοποιούνται από τα υπόλοιπα παιδιά, είτε στο σπίτι είτε στο σχολείο. Σε αυτό μπορεί να βοηθήσει το μήνυμα ότι, μπορεί ο καθένας να εμφανίσει παχυσαρκία. Επίσης, πρέπει να ενημερωθεί η οικογένεια ώστε, να εφαρμόζει υγιεινές συνήθειες διατροφής όχι όμως, ως σκοπό την απώλεια βάρους (Κατσιλάμπρος,2003).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13⁰ **ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ** **ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.**

13.1. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ.

Για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας υπάρχουν δύο τύποι στρατηγικών παρέμβασης στην δημόσια υγεία. Ο πρώτος τύπος είναι αυτός που στοχεύει στην βελτίωση των γνώσεων και των ικανοτήτων των ατόμων της κοινότητας. Ο δεύτερος τύπος αποσκοπεί στην ελάττωση της έκθεσης των πληθυσμών στους περιβαλλοντικούς παράγοντες πρόκλησης της παχυσαρκίας. (Κατσιλάμπρος, 2003).

13.1.1. ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ.

Οι παρεμβάσεις στην δημόσια υγεία ως σήμερα στοχεύουν στον έλεγχο της παχυσαρκίας του πληθυσμού και βασίζονται σε μια ατομική προσέγγιση. Στηρίζονται στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, στις παρεμβάσεις στους χώρους εργασίας, στα προγράμματα σπουδών των σχολείων, στην εκπαίδευση κι απόκτηση δεξιοτήτων σε δείκτη ομάδων εργασίας και κοινοτικά κέντρα. Καθώς και σε κοινοτικά προγράμματα που στοχεύουν σε μεγάλο ακροατήριο, όπου πληροφορούν και προωθούν αλλαγές στην συμπεριφορά. Παρόλο που οι στρατηγικές για την βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων της κοινότητας έχουν αντιμετωπίσει πολλά προβλήματα υγείας δεν ισχύει το ίδιο και με την παχυσαρκία.

Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι αλλαγές στην διατροφή για την πρόληψη των προβλημάτων της δημόσιας υγείας, δεν επιφέρουν τις ίδιες θεμελιακές αντιδράσεις στην διατροφική συμπεριφορά. Όπως, αυτές που παρατηρούνται τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες, που βρίσκονται σε μια κατάσταση υποσιτισμού όσο αφορά την ενεργειακή πρόσληψη.

Παρατηρείται ότι οι κοινότητες γνωρίζουν πολύ καλά τα προβλήματα της παχυσαρκίας και αρκετά άτομα προσπαθούν να ελέγχουν το βάρος τους. Υπάρχει, μεγάλη ανταπόκριση στα προγράμματα ελέγχου της παχυσαρκίας και παρατηρείται ότι πολλά άτομα που έχουν αρχίσει να παίρνουν βάρος το χάνουν βραχυπρόθεσμα. Όμως, υπάρχει μικρή επίδραση στο γενικό μέσο όρο του δείκτη μάζας σώματος της κοινότητας και μια μικρή αλλαγή στον επιπολασμό της παχυσαρκίας ,που έχει ως αποτέλεσμα οι στρατηγικές πρόληψης να είναι πολύ σημαντικές. (Κατσιλάμπρος,2003).

13.1.2. ΕΛΑΤΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΕ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΠΟΥ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΙ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.

Μια περισσότερο αποτελεσματική στρατηγική αντιμετώπισης της παχυσαρκίας είναι αυτή που επεκτείνεται πέρα από την εκπαίδευση και ασχολείται με τους περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες, που ενθαρρύνουν μια συμπεριφορά που προάγει την παχυσαρκία ανάμεσα στα άτομα ενός πληθυσμού. Με αυτό τον τρόπο μπορεί πιθανώς να μειωθεί η έκθεση ολόκληρου του πληθυσμού σε κοινωνικούς παράγοντες που προάγουν την παχυσαρκία. Όπως: οι συνεχείς πειρασμοί για κατανάλωση λιπαρών τροφίμων και οι ευκολίες ενός καθιστικού τρόπου ζωής. (Κατσιλάμπρος,2003).

13.2. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια ραγδαία αύξηση της αντιμετώπισης των παραδοσιακών φαγητών από επεξεργασμένες τροφές, οι οποίες είναι πλούσιες ενεργειακά, διαφημίζονται συνέχεια και είναι γευστικές. Πολλά στοιχεία δείχνουν ότι οι

διαφημίσεις αυτών των τροφίμων έχουν ως αποτέλεσμα να επιλέγονται όχι μόνο από τα παιδιά και τους εφήβους αλλά και κάποιες ευάλωτες ομάδες ατόμων. Στις αναπτυσσόμενες χώρες ξοδεύεται σημαντικός αριθμός χρημάτων για αυτές τις τροφές, όμως, η κατανάλωση των έτοιμων φαγητών αυξάνεται συνεχώς και στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η Επιτροπή της Ιατρικής Εταιρείας της Μασαχουσέτης για την Διατροφή αναφέρει ότι, οι κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τον περιορισμό ή την διακοπή της κατανάλωσης των έτοιμων φαγητών δεν θα έχουν ούτε αποτέλεσμα αλλά ούτε και απήχηση. Θεωρεί ότι η προσέγγιση που θα ήταν αποτελεσματική είναι να βελτιωθεί η διατροφική ποιότητα των έτοιμων φαγητών και οι διατροφικές συνήθειες των καταναλωτών.

(Κατσιλάμπρος,2003).

13.2.1. ΑΝΑΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ

Οι παρεμβάσεις που είχαν την βάση τους στην εκπαίδευση με στόχο να αλλαχθεί η συμπεριφορά του πληθυσμού είχαν περιορισμένη επιτυχία στο να ελέγξουν την παχυσαρκία. Και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι αναπτυσσόμενες χώρες από την μία, διαθέτουν μεγάλη ποσότητα ενεργειακά πλούσιων και υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά τροφών. Και από την άλλη, παρατηρείται έλλειψη σωματικής δραστηριότητας του πληθυσμού. Απαιτούνται παρεμβάσεις οι οποίες θα στοχεύουν στην δημιουργία ενός περιβάλλοντος το οποίο, θα υποστηρίζει βελτιωμένες συνήθειες διατροφής καθώς και σωματική δραστηριότητα, σε όλη την κοινότητα. Αυτό θα οδηγήσει στην δημιουργία σαφών και ολοκληρωμένων στρατηγικών.

Για να εφαρμοστεί όμως, μια τέτοια προσέγγιση απαιτείται μια παραδοχή από όλους ότι η πρόληψη και η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας δεν είναι μόνο ευθύνη των ατόμων, των οικογενειών τους ή των επαγγελματιών υγείας αλλά και όλων των κοινωνικών φορέων. Μέχρι όμως, να πραγματοποιηθεί αυτό οι στρατηγικές της πρόληψης και της αντιμετώπισης που αφορούν την παχυσαρκία θα εξακολουθούν να μηνέχουν αποτέλεσμα. (Κατσιλάμπρος,2003).

13.2.2. ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΑΤΑ ΒΙΟΜΗΧΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ.

Πολλές περιβαλλοντικές στρατηγικές που έχουν προταθεί για τον έλεγχο της παχυσαρκίας απαιτούν μια συγκεκριμένη υποδομή η οποία στις αναπτυσσόμενες χώρες μπορεί να μην υπάρχει. Όμως, οι τελικοί στόχοι δηλαδή, η βελτίωση της ποιότητας της διατροφής και η εξασφάλιση των απαραίτητων επιπέδων σωματικής δραστηριότητας πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στις στρατηγικές πρόληψης για την επιδείνωση της παχυσαρκίας. Οι αναπτυσσόμενες και πρόσφατα βιομηχανοποιημένες χώρες δεν θα μπορέσουν να αντιμετωπίσουν την παχυσαρκία με μια απλή αναφορά στα παχύσαρκα άτομα και στις κοινότητες να αλλάζουν την διατροφή τους και την σωματική τους δραστηριότητα. Το ίδιο όμως συμβαίνει και στις αναπτυγμένες χώρες.

Είναι απαραίτητη και παράλληλα χρήσιμη να πραγματοποιηθεί μια βελτίωση η οποία θα είναι δραστική του κοινωνικού, του πολιτισμικού και του οικονομικού περιβάλλοντος. Στην οποία θα βοηθήσουν οι συνδυασμένες προσπάθειες της κυβέρνησης, της Βιομηχανίας Τροφίμων, των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, της κοινότητας και του πληθυσμού. Ζητήματα όπως, η ανάπτυξη των εθνικών διατροφικών κατευθύνσεων και των εισαγωγών, η κοστολόγηση καθώς και η διαθεσιμότητα των τροφίμων απαιτούν να ενεργοποιηθούν οι υπηρεσίες της δημόσιας υγείας.

Επίσης, είναι σημαντική και ταυτόχρονα αποτελεί προτεραιότητα να βελτιωθεί το βιοτικό επίπεδο σε όλους τους τομείς της κοινωνίας, ακόμη και στις παραμελημένες μειονότητες του πληθυσμού.

(Κατσιλάμπρος,2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 14⁰ **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

Οι διαταραχές της διατροφής θεωρούνται αντικείμενο εργασίας κυρίως των γιατρών. Στην Ελλάδα λίγοι είναι αυτοί που γνωρίζουν πως οι διαταραχές της διατροφής ανάμεσα σε αυτές και η παιδική παχυσαρκία αποτελούν εξάρτηση. Η ενημέρωση είναι ελάχιστη και οι γνώσεις των ειδικών επίσης, περιορισμένες. Το βιβλιογραφικό υλικό επίσης, δεν επαρκεί για την κάλυψη των απαιτήσεων των ενδιαφερομένων. Ωστόσο, οι διαταραχές της διατροφής είναι εξάρτηση και ο Κοινωνικός Λειτουργός ανά πάσα στιγμή θα αντιμετωπίσει τέτοιες περιπτώσεις.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε σχέση με την παιδική παχυσαρκία έγκειται στην ανάμειξη του τόσο στον τομέα της πρόληψης, όσο και στον τομέα της αντιμετώπισης του προβλήματος.

Σχετικά με τον τομέα της πρόληψης:

Ένας από τους τομείς που μπορεί να δραστηριοποιηθεί ο κοινωνικός Λειτουργός και να παίξει σημαντικό ρόλο είναι αυτός της πρόληψης. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί και άλλοι επιστήμονες θεωρούν την πρόληψη ως την καλύτερη θεραπεία. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί όπου και αν εργάζονται οφείλουν να ενεργούν προληπτικά, έχουν μεγάλη ευθύνη απέναντι στην πρόληψη. Τα σημαντικότερα πλαίσια εργασίας που μπορεί να αναλάβει τέτοιου είδους πρωτοβουλίες είναι: το σχολείο δουλεύοντας με παιδιά και γονείς, η κοινότητα(κοινωνικός τομέας), σε νοσοκομεία κ.α.

- Σε περίπτωση που ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται σε σχολείο, τότε μπορεί να αναπτύξει μια καμπάνια ενημέρωσης γύρω από την παχυσαρκία και ειδικά την παιδική παχυσαρκία. Διαφωτίζοντας τους μαθητές για τις επιπτώσεις που προκαλεί η παιδική παχυσαρκία στον ανθρώπινο οργανισμό καθώς επίσης, και στην ανθρώπινη ψυχολογία. Η μεθοδολογία που θα χρησιμοποιήσει πρέπει να είναι τέτοια έτσι, ώστε να είναι κατανοητή προς τα παιδιά και να ταιριάζει στον ψυχικό τους κόσμο.

- Ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει την δυνατότητα να έρθει σε επαφή με τους γονείς προκειμένου να διερευνήσει τυχόν προβλήματα που υπάρχουν σε σχέση με την παιδική παχυσαρκία ή κάποια προδιάθεση που μπορεί να εμφανίζει κάποια από τα μέλη της οικογένειας. Αν εντοπίσει τέτοιου είδους προβλήματα μπορεί να εφαρμόσει Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια ή να την παραπέμψει σε κάποια αρμόδια κοινωνική οργάνωση.
- Ακόμα, πιο μεγάλο έργο μπορεί να προσφέρει ένας Κοινωνικός Λειτουργός που εργάζεται σε κοινότητα. Εκεί τους δίνεται η ευκαιρία να ενημερώσει και να πληροφορήσει το ευρύ κοινό γύρω, από την παιδική παχυσαρκία και την ενήλικη. Όπως: για τα αίτια και τους κινδύνους για την φυσική και ψυχική υγεία που κρύβει η παχυσαρκία και ιδιαίτερα στα παιδιά. Και για, άλλα στοιχεία όπως: για την σωστή διατροφή κ.α. μέσω της οργάνωσης ανάλογων εκδηλώσεων, ημερίδων και την διανομή υλικού σε συνεργασία με τα Υπουργεία Υγείας και Παιδείας.
- Πρέπει να μετέχει σε ερευνητικά προγράμματα με αντικείμενα την παχυσαρκία και ειδικά την παιδική και τα παχύσαρκα παιδιά και να αξιοποιεί δημιουργικά τα συμπεράσματα.
- Ανάλογη δράση ισχύει και για την περίπτωση που εργάζεται σε νοσοκομείο, όπου πολλά παιδιά εισάγονται για προβλήματα που αντιμετωπίζουν σχετικά με την παχυσαρκία.

Ο κοινωνικός Λειτουργός εκτός από τον τομέα της πρόληψης της παιδικής παχυσαρκίας πρέπει, να κάνει και τα εξής:

- Θα πρέπει να δημιουργηθεί μια θετική σχέση μετά παχύσαρκα, υπέρβαρα παιδιά αλλά, και με τις οικογένειες τους σε περίπτωση που έρθει σε επαφή μαζί τους. Μια σχέση που να την χαρακτηρίζουν στοιχεία όπως: η εμπιστοσύνη, η κατανόηση, η παραδοχή κ.α. για να επιτύχει όμως, μια τέτοια σχέση ο Κοινωνικός Λειτουργός από την πρώτη επαφή με το παχύσαρκο παιδί θα πρέπει να του δείξει μια στάση παραδοχής, ειλικρινούς ενδιαφέροντος, σοβαρότητας κ.α.

- Βοηθά στην εξάλειψη και αντιμετώπιση δυσκολιών και προβλημάτων που παρουσιάζονται κατά την κοινωνικοποίηση των παχύσαρκων παιδιών.
- Αναλύει, συμβουλεύει χρησιμοποιεί και ενεργοποιεί ως ομάδα στόχου όχι μόνο τα παχύσαρκα παιδιά αλλά, συμπεριλαμβάνει τους γονείς και τους δασκάλους στην εργασία του.
- Συνεργάζεται κυρίως με δασκάλους, ψυχολόγους, διαιτολόγους, γιατρούς σε μια ομάδα και προσπαθεί ταυτόχρονα να κερδίσει μια στενή συνεργασία με αυτούς.
- Θα πρέπει να υποβοηθά ατομικά τα παχύσαρκα παιδιά.
- Συνεργάζεται με την οικογένεια του παχύσαρκου παιδιού, η συνεργασία αυτή είναι απαραίτητη. Αυτά τα άτομα έχουν ανάγκη από την συναισθηματική στήριξη της οικογένειας τους και είναι καθοριστική η βοήθεια τους για την έκβαση της θεραπείας τους. Δημιουργεί ομάδες γονέων οι οποίες γίνονται σε εβδομαδιαία δράση με θέματα τα οποία αφορούν την παιδική παχυσαρκία. Προσπαθεί να βοηθήσει την οικογένεια να συνειδητοποιήσει το πρόβλημα του παιδιού και τους υποδεικνύει τρόπους για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της παχυσαρκίας. (Εκλογή, journal of social work and welfare, 1992)
- Θα πρέπει να εργαστεί θεραπευτικά και με την οικογένεια του παχύσαρκου παιδιού: να προετοιμάσει συναισθηματικά την οικογένεια για την θεραπευτική διαδικασία. Την απαγκιστρώνει και την ελαφρύνει συναισθηματικά από το πρόβλημα. Και, καθοδηγεί και συμπαραστέκεται στο παιδί μαζί με την οικογένεια του.
- Να προσφέρει συμβουλευτικές υπηρεσίες.
- Σε συνεργασία ο Κοινωνικός Λειτουργός με το παχύσαρκο παιδί, δεν εστιάζεται στο πρόβλημα της παχυσαρκίας αυτό κάθε αυτό. Τα παιδιά αυτά είναι ανασφαλή, συχνά εξαρτημένα συναισθηματικά, με περιορισμένη κοινωνική δράση γιαυτό και χρειάζονται συναισθηματική στήριξη.
- Είναι βασικό να ωθεί διαρκώς αυτά τα παιδιά σε νέες εμπειρίες και δραστηριότητες γιατί, συνήθως λόγω του προβλήματος τους είναι κοινωνικά «στερημένα».
- Πρέπει να παρατηρεί και να επισημαίνει την συμπεριφορά των παχύσαρκων παιδιών.
- Λήψη πλήρους κοινωνικού, οικογενειακού και ιατρικού ιστορικού, αν το παιδί έχει ήδη επισκεφθεί κάποιο γιατρό

ή αν το πλαίσιο εργασίας του Κοινωνικού Λειτουργού είναι το νοσοκομείο.

- Θα πρέπει να έχει πλήρη ενημέρωση για την παιδική παχυσαρκία. Και, θα πρέπει να ενημερώνεται συνεχώς από σεμινάρια, ημερίδες, έρευνες κ.α.

Τα στάδια αλλαγής της συμπεριφοράς και η συμβολή του Κοινωνικού Λειτουργού:

Ο Κοινωνικός Λειτουργός σε μια ομάδα με παχύσαρκα παιδιά προσπαθεί να αλλάξει την συμπεριφορά του έτσι ώστε τα παιδιά στην συνέχεια να χάσουν και βάρος. Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ο καταλύτης για να κάνει τα μέλη να εκφράσουν τα συναισθήματα τους. Η αλλαγή της συμπεριφοράς περνά από διάφορα διαδοχικά στάδια, τα οποία ονομάζονται στάδια της αλλαγής και τα οποία είναι τα ακόλουθα:

Το στάδιο της προθεώρησης: Στο συγκεκριμένο στάδιο, το παχύσαρκο άτομο δεν σκέφτεται καθόλου να αλλάξει την συμπεριφορά του ούτε τώρα αλλά, ούτε και στο μέλλον. Δηλαδή, το παχύσαρκο παιδί δεν σκέφτεται να κάνει κάτι για να χάσει βάρος.

Το στάδιο της θεώρησης: Το παχύσαρκο παιδί έχει αρχίσει να σκέφτεται ότι κάτι πρέπει να κάνει, ότι θα ήταν καλό να αλλάξει. Συγκρίνει τι έχει να χάσει και αυτό το στάδιο μπορεί να διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα.

Το στάδιο της ετοιμασίας: Το παχύσαρκο παιδί έχει αποφασίσει να αλλάξει την συμπεριφορά του, δεσμεύεται σε αυτήν την αλλαγή, συγκεντρώνει πληροφορίες που θα τον βοηθήσουν να αλλάξει και προσπαθεί να δημιουργήσει ένα πλάνο δράσης.

Το στάδιο της δράσης: Εδώ, το άτομο εφαρμόζει το σχέδιο δράσης, πηγαίνει σε ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα στον γιατρό, τον ειδικό, κάνει πράξη τις αλλαγές στην δίαιτα του. Το παιδί βρίσκεται σε θεραπεία.

Το στάδιο της συντήρησης: Εδώ, το παιδί είναι μέσα στην ομάδα και φαίνονται σημάδια αλλαγής.

Το στάδιο της υποτροπής: Η υποτροπή συνήθως είναι αναμενόμενη θεωρείται φυσιολογική και πολλές φορές ο Κοινωνικός Λειτουργός την χρησιμοποιεί για να μάθει ο πελάτης. Προσπαθεί να προλαμβάνει στην αρχή τις υποτροπές, αν όμως υποτροπιάσει πολλές φορές τότε οφείλεται στην προσωπικότητα του πελάτη-παιδιού, του περιβάλλον του και στα μέλη της ομάδας. Ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να έχει δουλέψει σωστά το πρόβλημα του ατόμου.

Το τελικό στάδιο: Το παχύσαρκο παιδί έχει τελειώσει την θεραπεία του στην ομάδα, έχει ενσωματώσει την νέα συμπεριφορά στην ζωή του και έχει χάσει βάρος.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

15.1. ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παχυσαρκία των παιδιών έχει αυξηθεί κατά πολύ τα τελευταία χρόνια και είναι μια «απειλή» για την σημερινή κοινωνία. Αυτό μας έδωσε το ερέθισμα να ασχοληθούμε με αυτό το θέμα.

Ο γενικός στόχος της παρούσας μελέτης μας είναι: να αξιολογήσουμε την ύπαρξη υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, αγοριών και κοριτσιών της πόλεως των Πατρών καθώς και της διατροφικής τους συμπεριφοράς.

Αυτό θα μας βοηθήσει ως Κοινωνικοί Λειτουργοί , στο να αποκτήσουμε τα κατάλληλα εφόδια και τη γνώση , για να μπορούμε να δημιουργήσουμε προγράμματα σωστής διατροφικής συμπεριφοράς και αγωγής υγείας για τα παιδιά αυτά.

15.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

15.2.1. ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την ερευνά μας ήταν η επισκόπηση.

Κατά κανόνα, οι επισκοπήσεις συλλέγουν δεδομένα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, αποσκοπώντας να περιγράψουν τη φύση των υπάρχουσων συνθηκών ή να εντοπίσουν σταθερές με βάση τις οποίες μπορούν να συγκριθούν οι υπάρχουσες συνθήκες ή να προσδιορίσουν τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα. Έτσι, οι επισκοπήσεις μπορεί να ποικίλουν ως προς τα επίπεδα πολυπλοκότητας τους, ξεκινώντας από αυτές που παρέχουν απλές μετρήσεις συχνότητας έως εκείνες που παρουσιάζουν ανάλυση σχέσεων. (Louis Cohen, Lawrence Manion, 1994).

Οι επισκοπήσεις διαφοροποιούνται επίσης και με βάση την έκταση που καλύπτουν. Η επισκόπηση είτε είναι μεγάλης κλίμακας και διεξάγεται από κυβερνητική υπηρεσία, είτε διεξάγεται από έναν μεμονωμένο ερευνητή και είναι μικρής κλίμακας. Για να συλλεχθούν οι πληροφορίες χρησιμοποιούνται κάποιες από τις παρακάτω τεχνικές συγκέντρωσης δεδομένων: Δομημένες ή μη δομημένες συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια τα οποία είτε συμπληρώνονται επί τόπου, είτε ερωτηματολόγια μέσω ταχυδρομείου, σταθμισμένα τεστ επίδοσης ή γνώσεων και κλίμακες τάσεων. (Louis Cohen, Lawrence Manion, 1994).

Το είδος της ερευνάς μας ήταν ποσοτική έρευνα και γιαυτό χρησιμοποιήσαμε ως εργαλείο μας το ερωτηματολόγιο. Οι ερωτήσεις διερευνούσαν τόσο το βάρος των παιδιών όσο και την διατροφική τους συμπεριφορά.

Όλες οι απαντήσεις των ερωτήσεων ελέγχθηκαν για την στατιστική τους σημαντικότητα με την δοκιμασία χ^2 – τετράγωνο (χ^2). Και, η επεξεργασία τους έγινε με το spss. Η δοκιμασία αυτή ελέγχει την ανεξαρτησία γραμμών και στηλών σε ένα πίνακα απαντήσεων. Πιθανότητα $P < 0.05$ (ή ,05) δείχνει ότι οι απαντήσεις δεν είναι τυχαίες αλλά, επηρεάζονται από τις στήλες ή τις γραμμές του πίνακα.

Η ερευνά μας διήρκεσε ένα μήνα.

Πρώτη φάση: προκαταρκτική φάση: Αρχικά, επικοινωνήσαμε με τους διευθυντές των σχολείων τους αναφέραμε τον ρόλο μας και ποιος ήταν ο σκοπός μας. Τους ζητήσαμε την άδεια να πάμε στα σχολεία έχοντας μαζί μας ερωτηματολόγια και άλλα υλικά μέσα όπως: ζυγαριά, μεζούρα και μέτρο για το ύψος. Όπου θα τα δίναμε στους μαθητές της Ε' και ΣΤ' Δημοτικού.

Η δεύτερη φάση: Κυρίως φάση: Σε αυτή την φάση πήγαμε στα δημοτικά σχολεία είχαμε μαζί μας τα ερωτηματολόγια και τα άλλα υλικά μέσα για την διεξαγωγή της έρευνας μας και τα δώσαμε στα παιδιά της Ε' και της ΣΤ' Δημοτικού. Κατόπιν, περιμέναμε μέχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία δηλαδή, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, δίναμε εξηγήσεις στα παιδιά σε κάθε ερώτηση. Όταν ολοκληρώθηκε η διαδικασία πήραμε τα ερωτηματολόγια και στην συνέχεια, μετρήσαμε το ύψος των παιδιών, το βάρος καθώς και την περιφέρεια της μέσης. Και, έπειτα πραγματοποιήσαμε ποσοτική ανάλυση μέσω του spss.

15.2.2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ

Ο πληθυσμός για την παρούσα μελέτη ήταν παιδιά.

Το δείγμα μας αφορά 557 παιδιά της Ε' και ΣΤ' Δημοτικού (278 κορίτσια και 279 αγόρια), ηλικίας 10 – 12, από 9 Δημοτικά σχολεία της Πάτρας. Η πλειοψηφία των παιδιών είναι ηλικίας 11 ετών και ζούν στην πόλη των Πατρών. Τα σχολεία είναι:

1. Το 9^ο
2. Το 8^ο
3. Το 61^ο
4. Το 42^ο
5. Το 55^ο
6. Το 32^ο
7. Το 28^ο
8. Το 13^ο
9. Το 29^ο

Η δειγματοληψία χαρακτηρίζεται τυχαία, βολική γιατί, είχαμε προσβασιμότητα στα Δημοτικά σχολεία και στα παιδιά της Ε' και ΣΤ' τάξης.

Στην βολική δειγματοληψία ή τυχαία ή ευκολίας δειγματοληψίας, όπως: ονομάζεται κάποιες φορές επιλέγοντας τα πλησιέστερα άτομα, για να χρησιμεύσουν ως απαντώντες. Και, αυτή η διαδικασία συνεχίζεται μέχρι να αποκτηθεί το απαιτούμενο μέγεθος του δείγματος. Ως απαντώντες σε επισκοπήσεις που βασίζονται στην βολική δειγματοληψία συχνά χρησιμεύουν "αιχμάλωτα" ακροατήρια όπως: οι μαθητές ή οι φοιτητές διδασκαλικών σχολών. (Louis Cohen, Lawrence Manion, 1994).

Περιγραφή διαδικασίας: Αρχικά, βρήκαμε πόσα δημοτικά σχολεία υπάρχουν στην Πάτρα. Έπειτα, είχαμε τηλεφωνική επικοινωνία με τους διευθυντές των σχολείων και αφού, τους εξηγήσαμε τον ρόλο για τον οποίο ήρθαμε σε επικοινωνία μαζί τους και αν γινόμασταν αποδεκτοί κλείναμε ραντεβού μαζί τους. Τις μέρες που είχαμε κλείσει τα ραντεβού πήγαμε στα Δημοτικά σχολεία, ήρθαμε σε επαφή με τους διευθυντές και αφού, ενημερώσαμε και τους δασκάλους πηγαίναμε στις τάξεις της Ε' και ΣΤ' τάξης για να, πραγματοποιήσουμε την έρευνα οι οποίες ήταν

το δείγμα μας. Στην συνέχεια, μοιράζαμε τα ερωτηματολόγια στα παιδιά τα οποία ήταν ανώνυμα. Τα ανώνυμα ερωτηματολόγια δίνουν την δυνατότητα στους ερωτώμενους να απαντήσουν με την μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια και υποκειμενικότητα. Παρουσία ή μη των δασκάλων, διευκρινίζοντας στα παιδιά κάποιες ερωτήσεις από το ερωτηματολόγιο που χρειάζονταν περαιτέρω εξήγηση. Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου μετράγαμε το ύψος, το βάρος, την μέση και τους γοφούς των παιδιών.

15.2.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.

Το ερωτηματολόγιο είναι το κύριο μέσο επικοινωνίας ανάμεσα στο συνεντευκτή και τον ερωτώμενο. Είναι το εργαλείο με το οποίο πρέπει να επιτύχουμε τον διπλό σκοπό της συνέντευξης. Δηλαδή, να δημιουργήσουμε το κίνητρο στον ερωτώμενο να μιλήσει και κατόπιν να μαζέψουμε τις κατάλληλες πληροφορίες για την έρευνα.

Το ερωτηματολόγιο πρέπει να απεικονίζει με ιδιαίτερες ερωτήσεις το αντικείμενο της έρευνας, και να προκαλεί απαντήσεις σε σχέση μ' αυτήν. Οι απαντήσεις πρέπει να είναι ειλικρινείς και να μπορούν να αναλυθούν σε σχέση με το αντικείμενο της έρευνας. Δηλαδή, η ερώτηση που μπαίνει σε σχέση μένα συγκεκριμένο σκοπό πρέπει να προκαλεί μια απάντηση που να ανταποκρίνεται στο σκοπό αυτό και να απεικονίζει έγκυρα και αμερόληπτα τη συμπεριφορά του ερωτώμενου. (Σαχίνη, Καρδόση, 2004).

Το ερωτηματολόγιο μας είναι ημιδομημένο γιατί, έχουμε ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών και χρησιμοποιήσαμε και την ερώτηση <<άλλο>>, εάν, έχουν να μας απαντήσουν κάτι διαφορετικό από τις απαντήσεις που τους δίνονταν. Το ερωτηματολόγιο μας δεν αποτελείται από ερωτήσεις ανοιχτού τύπου για, το λόγο ότι θα ήταν δύσκολο να απαντηθεί από τα παιδιά και θα ήταν επίσης, και κουραστικό.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η παρακάτω έρευνα πραγματοποιείται από εκπαιδευόμενες κοινωνικές λειτουργούς του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας, με σκοπό τη μελέτη της παιδικής παχυσαρκίας.

Η συμβολή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς θα χρησιμοποιηθεί στην πτυχιακή εργασία των σπουδαστών.

Το ερωτηματολόγιο είναι αυστηρά ανώνυμο και για το λόγο αυτό σας παρακαλούμε να απαντήσετε με απόλυτη ειλικρίνεια.

1. Φύλο

1) Αγόρι

2) Κορίτσι

2. Ηλικία:

3. Βάρος

κιλά

4. Ύψος

εκατοστά (cm)

5. Αναλογία μέσης

cm

6. Αναλογία γοφών

cm

7. Ποιο είναι το επάγγελμα του πατέρα σου;

1) Δημόσιος Υπάλληλος

2) Ιδιωτικός Υπάλληλος

3) Εργάτης

4) Αγρότης

5) Συνταξιούχος

6) Άνεργος

7) Άλλο

8. Ποιο είναι το επάγγελμα της μητέρας σου;

1) Δημόσιος Υπάλληλος

2) Ιδιωτικός Υπάλληλος

- 3) Εργάτρια
- 4) Αγρότισσα
- 5) Συνταξιούχος
- 6) Άνεργη
- 7) Άλλο

9. Πόσα γεύματα τρως την ημέρα;

10. Πόσο συχνά παίρνεις τα παρακάτω γεύματα; (Μια απάντηση για κάθε γεύμα)

	Καθημερινά	Μερικές φορές	Ποτέ
1. Πρωινό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Δεκατιανό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Μεσημεριανό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Απογευματινό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Βραδινό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Τι τρως πρωινό;

- 1) 1 Φλιτζάνι πλήρες γάλα
- 2) 1 Φλιτζάνι πλήρες γάλα με 2 φρυγανιές
- 3) 1 φλιτζάνι πλήρες γάλα με 2 φρυγανιές (με βούτυρο και μέλι) και 1 ποτήρι φρέσκο χυμό πορτοκαλιού
- 4) 1 φλιτζάνι σοκολατούχο γάλα και 1 φρυγανιά
- 5) 1 φλιτζάνι πλήρες γάλα και 1 φρυγανιά με μέλι
- 6) 1 φλιτζάνι πλήρες γάλα, 1 γαλλική τηγανίτα, 1 ποτήρι φρέσκο χυμό πορτοκαλιού, 1 φέτα κέικ

12. Στα διαλείμματα (δεκατιανό) τρώω ή πίνω συνήθως

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1) Πατάτες τσιπς | <input type="checkbox"/> |
| 2) Γαριδάκια | <input type="checkbox"/> |
| 3) Κρουασάν | <input type="checkbox"/> |
| 4) Μπισκότα | <input type="checkbox"/> |
| 5) Έτοιμες τυρόπιτες | <input type="checkbox"/> |
| 6) Αναψυκτικά και έτοιμους χυμούς | <input type="checkbox"/> |
| 7) Παγωτό | <input type="checkbox"/> |
| 8) Γλυκά | <input type="checkbox"/> |
| 9) Γιαούρτι | <input type="checkbox"/> |
| 10) Σάντουιτς με τυρί και ζαμπόν | <input type="checkbox"/> |
| 11) Σοκολάτα | <input type="checkbox"/> |
| 12) Κάτι άλλο | <input type="checkbox"/> |

13A. Που τρως συνήθως το μεσημέρι;

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1) Σπίτι | <input type="checkbox"/> |
| 2) Fast Food | <input type="checkbox"/> |
| 3) Πακέτο από εστιατόριο | <input type="checkbox"/> |

13B. Τι συνήθως τρως μεσημεριανό;

	Κάθε μέρα	1-2 φορές την εβδομάδα	Πάνω από 3 φορές την εβδομάδα	Σπάνια
1) Κρέας μοσχάρι/χοιρινό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Κρέας κατσικίσιο/αρνίσιο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Κοτόπουλο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Μπιφτέκι (από μοσχαρίσιο κιμά)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Ψάρι	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Πατάτες τηγανιτές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Λαχανικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Όσπρια (φακές, φασόλια, ρεβύθια)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Ζυμαρικά (μακαρόνια, ρύζι)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Άσπρο ψωμί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Ολικής άλεσης ψωμί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Πως σου αρέσουν κυρίως τα φαγητά;

- 1) Βραστά
- 2) Τηγανιτά
- 3) Σχάρας
- 4) Κοκκινιστά

15. Τρως συχνά γλυκά;

- 1) Κάθε μέρα
- 2) Σπάνια
- 3) Περιστασιακά
- 4) Καθόλου - δεν μου αρέσουν

16. Πόσες ώρες την ημέρα βλέπεις τηλεόραση;

17 Α. Έχεις κάποιο χόμπι;

1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

17 Β. Αν, ΝΑΙ, σε ποιο

- 1) Κολύμβηση
- 2) Τρέξιμο
- 3) Ποδόσφαιρο
- 4) Χορό
- 5) Ανόργανη Γυμναστική
- 6) Μπάσκετ
- 7) Καράτε
- 8) Βόλει

18 Α. Πόσες φορές την εβδομάδα απασχολείται με το παραπάνω άθλημα;

- 1) 1 φορά την εβδομάδα
- 2) 2 φορές την εβδομάδα
- 3) πάνω από 3 φορές

18 Β. Εάν, ΟΧΙ (ή αν απασχολούμαι 1-2 φορές την εβδομάδα με το άθλημα) γιατί έχω

1) Φροντιστήριο ξένης γλώσσας

2) Διάβασμα

3) Κάτι άλλο

19. Πόσες φορές την εβδομάδα κάνεις γυμναστική στο σχολείο;

20. Τι άθλημα συνήθως κάνεις στο σχολείο;

1) Τρέξιμο

2) Ποδόσφαιρο

3) Μπάσκετ

4) Βόλεϊ

5) Άλλο

15.3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

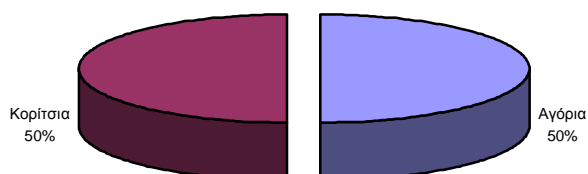
Α. ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ

Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Αγόρια	279	50,1	50,1	50,1
Κορίτσια	278	49,9	49,9	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Το δείγμα είναι ισοσκελισμένο ανάμεσα στα δύο φύλα.

Σχήμα 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο.

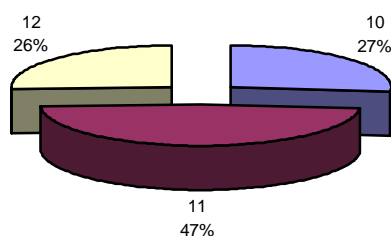


Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
10	148	26,6	26,6	26,6
11	265	47,6	47,6	74,1
12	144	25,9	25,9	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία, σχεδόν το μισό δείγμα αφορά παιδιά ηλικίας 11 ετών.

Σχήμα 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία (σε έτη).

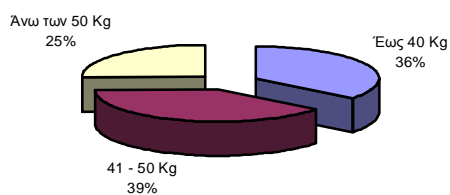


Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση του βάρους.

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Έως 40 Kg	198	35,5	35,5	35,5
41 - 50 Kg	218	39,1	39,1	74,7
Άνω των 50 Kg	141	25,3	25,3	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Η κατηγοριοποίηση του βάρους των παιδιών δείχνει ότι η πλειοψηφία ζυγίζει 40-50 κιλά.

Σχήμα 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγορία βάρους.

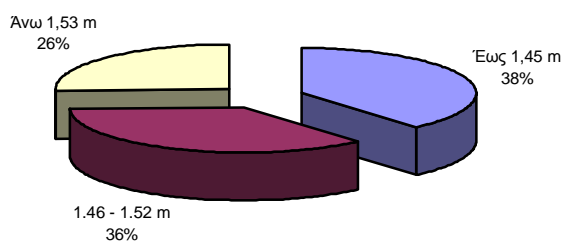


Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση του ύψους.

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Έως 1,45 m	215	38,6	38,6	38,6
1.46 - 1.52 m	199	35,7	35,7	74,3
Άνω 1,53 m	143	25,7	25,7	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών έχουν ύψος λιγότερο από 1,45 ενώ ένα στα 4 παιδιά έχει ύψος πάνω από 1,53 μέτρα.

Σχήμα 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση ύψους.

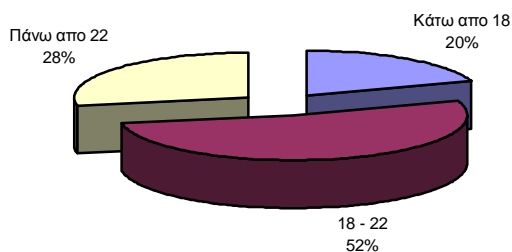


Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI).

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Κάτω απο 18	110	19,7	19,7	19,7
18 - 22	292	52,4	52,4	72,2
Πάνω απο 22	155	27,8	27,8	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (1 στα 2 παιδιά) φέρουν δείκτη BMI ανάμεσα στο 18 και στο 22. Πάνω από 22 έχει 1 στα 3 παιδιά.

Σχήμα 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση δείκτη μάζας σώματος (BMI).



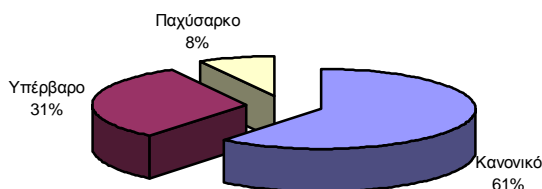
Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη βάρους με βάση τον Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI).

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Κανονικό	339	60,9	60,9	60,9
Υπέρβαρο	173	31,1	31,1	91,9
Παχύσαρκο	45	8,1	8,1	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Με βάση τα σωματομετρικά τους χαρακτηριστικά το 60,9% των παιδιών έχει κανονικό βάρος. Το 31,1% των παιδιών του δείγματος (1 στα 3) είναι υπέρβαρο, ενώ παχύσαρκα είναι το 8,1% του δείγματος. Πρόσφατα διεθνώς όρια του δείκτη μάζας σώματος $[BMI=(Kg)/Υψος^2(m)]$ σε παιδιά 2 έως 18 ετών για κατάταξη σωματικού υπέρβαρου και παχυσαρκίας ανάλογα με αυτά των ενηλίκων. Η κατάταξη αυτή έχει το πλεονέκτημα ότι προσφέρει έναν ενιαίο και συνεχή καθορισμό της παχυσαρκίας από την παιδική ζωή μέχρι την ενήλικη ζωή. Παρακάτω φαίνονται τα όρια (cutoff) του BMI για κάθε μια από τις ηλικίες των παιδιών του δείγματος ανάλογα με το φύλο, πάνω από τα οποία ένα παιδί θεωρείται υπέρβαρο ή παχύσαρκο.

Αγόρια 10 ετών, υπέρβαρο (19,84), παχύσαρκα (24,00)
 Αγόρια 11 ετών, υπέρβαρο (20,55), παχύσαρκα (25,10)
 Αγόρια 12 ετών, υπέρβαρο (21,22), παχύσαρκα (26,02)
 Κορίτσια 10 ετών, υπέρβαρο (19,86), παχύσαρκα (24,11)
 Κορίτσια 11 ετών, υπέρβαρο (20,74), παχύσαρκα (25,42)
 Κορίτσια 12 ετών, υπέρβαρο (21,22), παχύσαρκα (26,67)

Σχήμα 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατάταξη βάρους με βάση τον Δείκτη Μάζα Σώματος (BMI).

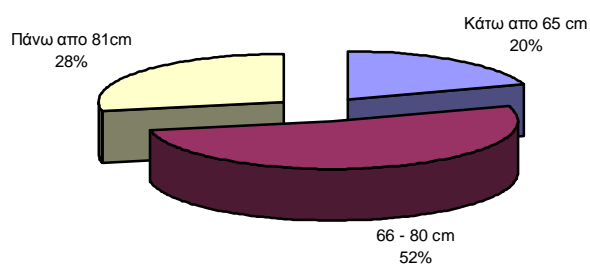


Πίνακας 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση της περιφέρειας μέσης.

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Κάτω απο 65 cm	112	20,1	20,1	20,1
66 - 80 cm	289	51,9	51,9	72,0
Πάνω απο 81cm	156	28,0	28,0	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει περιφέρεια μέσης 66-80 cm. Το ένα στα τρία παιδιά έχει περιφέρεια μέσης πάνω από 81 cm.

Σχήμα 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση της περιφέρειας μέσης.

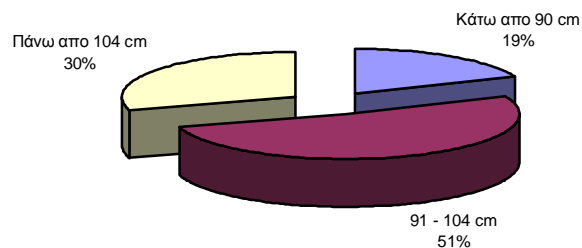


Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση αναλογίας γοφών.

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Κάτω απο 90 cm	104	18,7	18,7	18,7
91 - 104 cm	288	51,7	51,7	70,4
Πάνω απο 104 cm	165	29,6	29,6	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία των παιδιών έχει περιφέρεια γοφών από 91 έως 104 cm.

Σχήμα 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση της αναλογίας των γοφών.

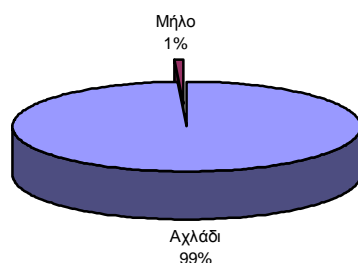


Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τύπος (σχήμα) σώματος.

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Αχλάδι	552	99,1	99,1	99,1
Μήλο	5	,9	,9	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Ο τύπος σχήματος είναι το αποτέλεσμα του πηλίκου της περιφέρειας μέσης προς την περιφέρεια των γοφών. Μεγαλύτερη μέση σε σχέση με τους γοφούς (πηλίκιο πάνω από 1) υποδεικνύει σχήμα σώματος σαν «μήλο» που είναι ένδειξη παρουσίας σπλαχνικού λίπους. Το σχήμα αυτό έχει ενοχοποιηθεί για προβλήματα βάρους στην ενήλικη ζωή του παιδιού. Στο δείγμα μόνο 5 παιδιά στα 557 (0,9%) φέρουν αυτόν τον τύπο σώματος.

Σχήμα 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τύπο (σχήμα) του σώματός τους.

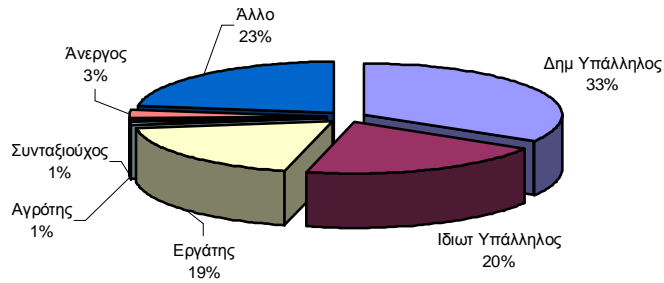


Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα του πατέρα

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Δημ Υπάλληλος	187	33,6	33,6	33,6
Ιδιωτ Υπάλληλος	113	20,3	20,3	53,9
Εργάτης	105	18,9	18,9	72,7
Αγρότης	7	1,3	1,3	74,0
Συνταξιούχος	4	,7	,7	74,7
Άνεργος	14	2,5	2,5	77,2
Άλλο	127	22,8	22,8	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία των παιδιών δήλωσε σαν επάγγελμα του πατέρα τους τον Δημ. Υπάλληλο.

Σχήμα 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα του πατέρα.

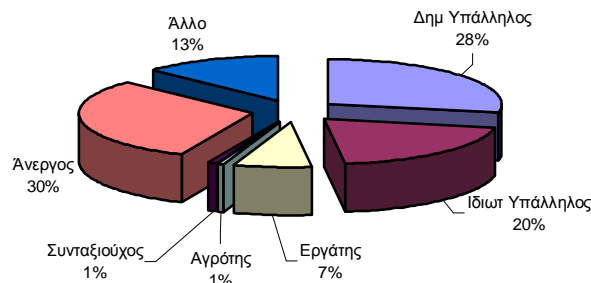


Πίνακας 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα της μητέρας.

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Δημ Υπάλληλος	156	28,0	28,0	28,0
Ιδιωτ Υπάλληλος	112	20,1	20,1	48,1
Εργάτρια	40	7,2	7,2	55,3
Αγρότισσα	3	,5	,5	55,8
Συνταξιούχος	5	,9	,9	56,7
Άνεργη	170	30,5	30,5	87,3
Άλλο	71	12,7	12,7	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία δήλωσε ότι η μητέρα τους είναι άνεργη.

Σχήμα 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επάγγελμα της μητέρας.

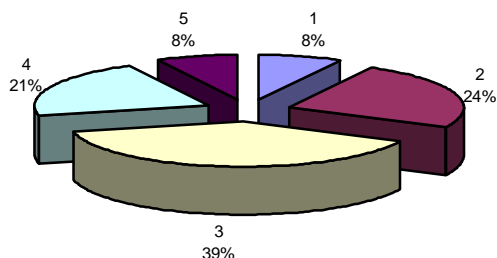


Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των γευμάτων ανά ημέρα

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
1	44	7,9	7,9	7,9
2	135	24,2	24,2	32,1
3	219	39,3	39,3	71,5
4	117	21,0	21,0	92,5
5	42	7,5	7,5	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία των παιδιών δηλώνει 3 γεύματα την ημέρα. Ένα ποσοστό 7,5% δηλώνει τουλάχιστο 5 γεύματα.

Σχήμα 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον ημερήσιο αριθμό γευμάτων.

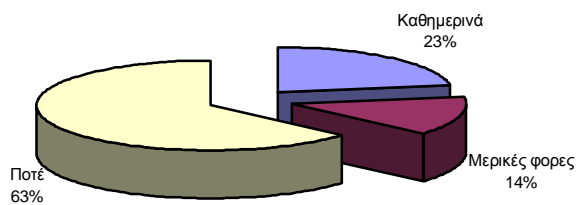


Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε πρωινό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Καθημερινά	354	63,6	63,6	63,6
Μερικές φορές	126	22,6	22,6	86,2
Ποτέ	77	13,8	13,8	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Το 63,6% των παιδιών δηλώνουν ότι καθημερινά τρώνε πρωινό. Το 13,8% δήλωσε ότι δεν παίρνει ποτέ πρωινό.

Σχήμα 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης πρωϊνού.

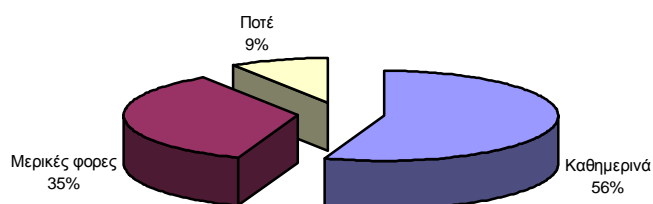


Πίνακας 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε δεκατιανό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Καθημερινά	310	55,7	55,7	55,7
Μερικές φορές	196	35,2	35,2	90,8
Ποτέ	51	9,2	9,2	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Ένα στα δύο παιδιά δηλώνει ότι παίρνει δεκατιανό σε καθημερινή βάση. Το ποσοστό όσων δηλώνουν αρνητικά είναι 9,2%.

Σχήμα 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης δεκατιανού.

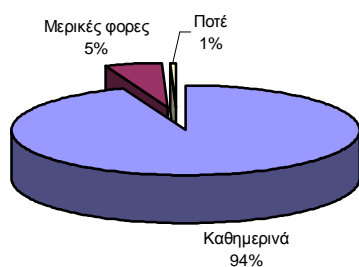


Πίνακας 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε μεσημεριανό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Καθημερινά	524	94,1	94,1	94,1
Μερικές φορές	30	5,4	5,4	99,5
Ποτέ	3	,5	,5	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Το σύνολο του δείγματος απαντά θετικά στην ερώτηση. Τρία παιδιά (0,9%) έδωσαν αρνητική απάντηση.

Σχήμα 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης μεσημεριανού.

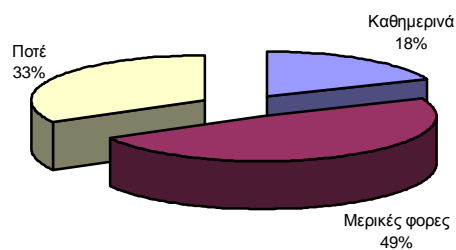


Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε απογευματινό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Καθημερινά	103	18,5	18,5	18,5
Μερικές φορές	270	48,5	48,5	67,0
Ποτέ	184	33,0	33,0	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά ένα στα 5 παιδιά, ενώ αρνητικά απαντά ένα στα τρία.

Σχήμα 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης απογευματινού.

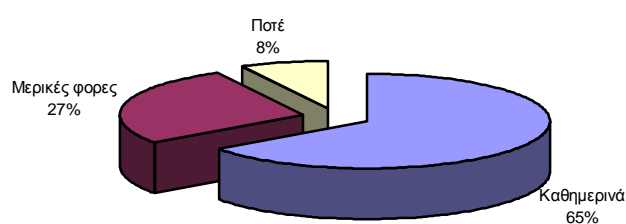


Πίνακας 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε βραδινό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Καθημερινά	362	65,0	65,0	65,0
Μερικές φορές	151	27,1	27,1	92,1
Ποτέ	44	7,9	7,9	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Καθημερινά απαντά το 65% του δείγματος. Αρνητικά απαντά το 7,9%.

Σχήμα 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης βραδυνού.

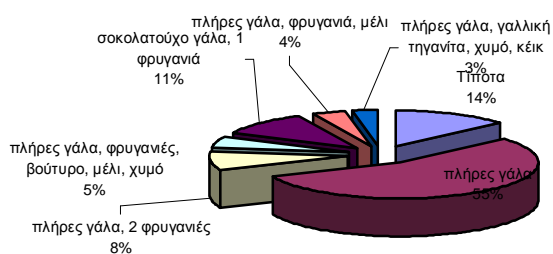


Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το τι τρώνε για πρωινό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Τίποτα	76	13,6	13,6	13,6
πλήρες γάλα	306	54,9	54,9	68,6
πλήρες γάλα, 2 φρυγανιές	46	8,3	8,3	76,8
πλήρες γάλα, φρυγανιές, βούτυρο, μέλι, χυμό	30	5,4	5,4	82,2
σοκολατούχο γάλα, 1 φρυγανιά	61	11,0	11,0	93,2
πλήρες γάλα, φρυγανιά, μέλι	21	3,8	3,8	96,9
πλήρες γάλα, γαλλική τηγανίτα, χυμό, κέικ	17	3,1	3,1	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία απαντά ότι για πρωινό πίνουν γάλα (~55%). Μικρότερα είναι τα ποσοστά όσων δίνουν εναλλακτικές απαντήσεις.

Σχήμα 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος πρωϊνού που καταναλώνουν.

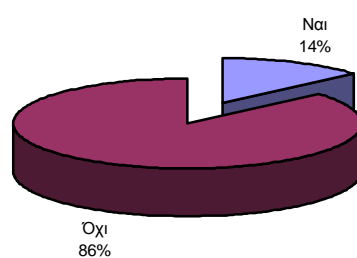


Πίνακας 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε πατάτες (τσιψς)

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	76	13,6	13,6	13,6
Όχι	481	86,4	86,4	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 13,6% του δείγματος. Η πλειοψηφία απαντά αρνητικά.

Σχήμα 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν καταναλώνουν πατάτες (τσιψς) για δεκατιανό.

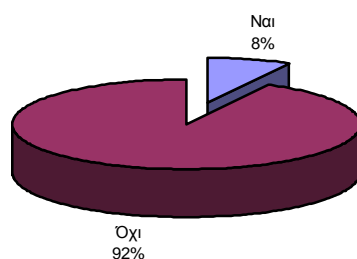


Πίνακας 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε γαριδάκια

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	44	7,9	7,9	7,9
Όχι	513	92,1	92,1	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 7,9% του δείγματος.

Σχήμα 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν καταναλώνουν γαριδάκια για δεκατιανό.

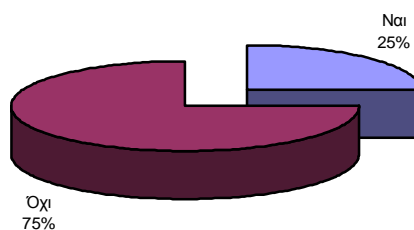


Πίνακας 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε κρουασάν

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	140	25,1	25,1	25,1
Όχι	417	74,9	74,9	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 25,1% του δείγματος.

Σχήμα 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν καταναλώνουν κρουασάν για δεκατιανό.

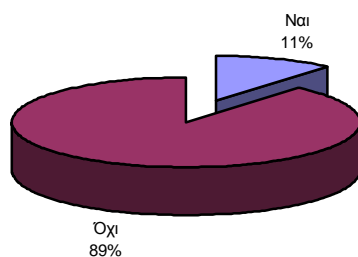


Πίνακας 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε μπισκότα

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	62	11,1	11,1	11,1
Όχι	495	88,9	88,9	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά ένα στα δέκα παιδιά.

Σχήμα 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν καταναλώνουν μπισκότα για δεκατιανό.

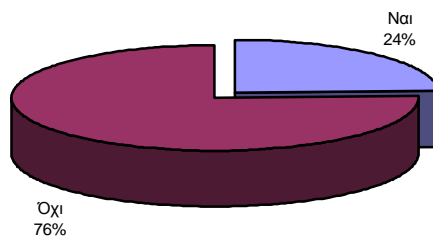


Πίνακας 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε έτοιμες τυρόπιτες

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	136	24,4	24,4	24,4
Όχι	421	75,6	75,6	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 24,4% του δείγματος.

Σχήμα 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν καταναλώνουν έτοιμες τυρόπιτες για δεκατιανό.

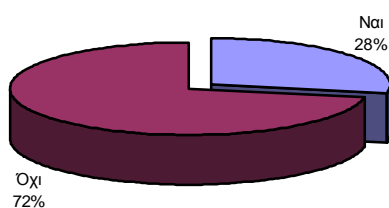


Πίνακας 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε αναψυκτικά και έτοιμους χυμούς

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	157	28,2	28,2	28,2
Όχι	400	71,8	71,8	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 28,2% του δείγματος.

Σχήμα 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν καταναλώνουν αναψυκτικά και έτοιμους χυμούς για δεκατιανό.

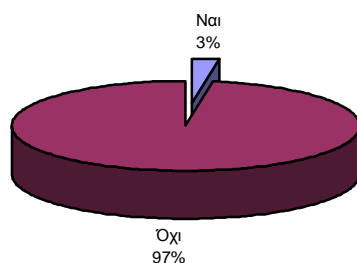


Πίνακας 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε παγωτό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	14	2,5	2,5	2,5
Όχι	543	97,5	97,5	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 2,5% του δείγματος.

Σχήμα 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν καταναλώνουν παγωτό για δεκατιανό.

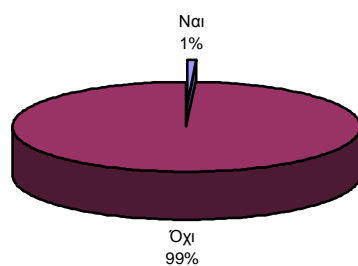


Πίνακας 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε γλυκά

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	5	,9	,9	,9
Όχι	552	99,1	99,1	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 0,9% του δείγματος ενώ αρνητικά το 99,1%.

Σχήμα 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν καταναλώνουν γλυκά για δεκατιανό.

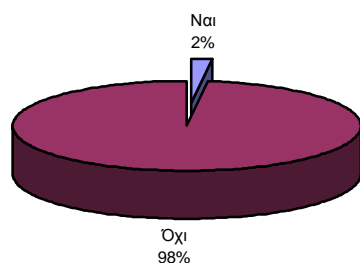


Πίνακας 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε γιαούρτι

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	11	2,0	2,0	2,0
Όχι	546	98,0	98,0	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 2,0% του δείγματος.

Σχήμα 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν καταναλώνουν γιαούρτι για δεκατιανό.

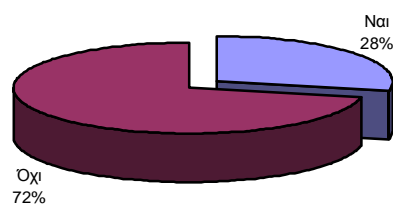


Πίνακας 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε σάντουιτς με τυρί και ζαμπόν

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	158	28,4	28,4	28,4
Όχι	399	71,6	71,6	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 28,4% του δείγματος.

Σχήμα 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν καταναλώνουν σάντουιτς με τυρί και ζαμπόν για δεκατιανό.

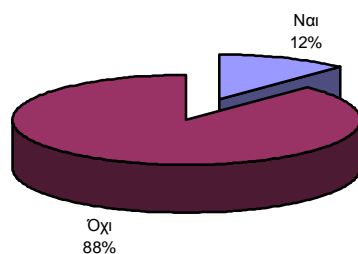


Πίνακας 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε σοκολάτα

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	68	12,2	12,2	12,2
Όχι	489	87,8	87,8	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 12,2%.

Σχήμα 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν καταναλώνουν σοκολάτα για δεκατιανό.

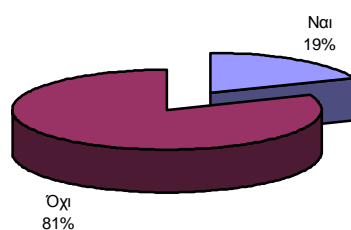


Πίνακας 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε άλλα πράγματα

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	105	18,9	18,9	18,9
Όχι	452	81,1	81,1	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά ένα στα πέντε παιδιά (~19%).

Σχήμα 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν καταναλώνουν κάτι άλλο από τα προηγούμενα για δεκατιανό.

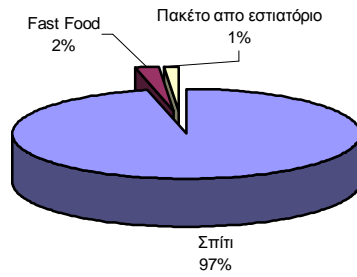


Πίνακας 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το που τρώνε συνήθως το μεσημέρι

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Σπίτι	537	96,4	96,4	96,4
Fast Food	12	2,2	2,2	98,6
Πακέτο απο εστιατόριο	8	1,4	1,4	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία δίνει το σπίτι σαν απάντηση.

Σχήμα 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο κατανάλωσης του μεσημεριανού τους.

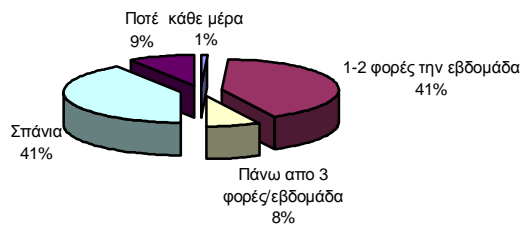


Πίνακας 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε κρέας μοσχάρι ή χοιρινό για μεσημεριανό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
κάθε μέρα	5	,9	,9	,9
1-2 φορές την εβδομάδα	231	41,5	41,5	42,4
Πάνω απο 3 φορές/εβδομάδα	43	7,7	7,7	50,1
Σπάνια	227	40,8	40,8	90,8
Ποτέ	51	9,2	9,2	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία απαντά 1-2 φορές την εβδομάδα. Πάντως είναι μεγαλύτερο το ποσοστό των παιδιών που απαντούν ότι δεν τρώνε ποτέ (9,2%) σε σχέση με αυτά που απαντούν ότι τρώνε καθημερινά.

Σχήμα 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης μοσχαρίσιου ή χοιρινού κρέατος για μεσημεριανό.

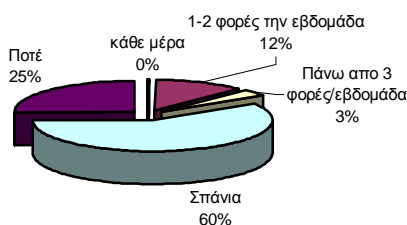


Πίνακας 33: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε κατσικίσιο ή αρνίσιο κρέας για μεσημεριανό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
κάθε μέρα	2	,4	,4	,4
1-2 φορές την εβδομάδα	68	12,2	12,2	12,6
Πάνω απο 3 φορές/εβδομάδα	19	3,4	3,4	16,0
Σπάνια	327	58,7	58,7	74,7
Ποτέ	141	25,3	25,3	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία δηλώνει σπάνια κατανάλωση.

Σχήμα 33: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη συχνότητα κατανάλωσης κατσικίσιου ή αρνίσιου κρέατος για μεσημεριανό.

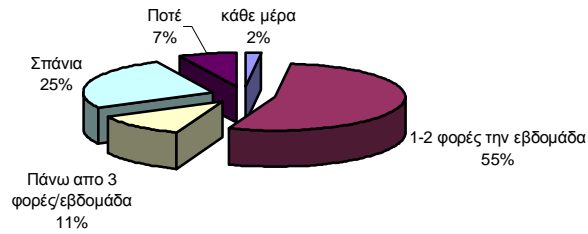


Πίνακας 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε κοτόπουλο για μεσημεριανό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
κάθε μέρα	11	2,0	2,0	2,0
1-2 φορές την εβδομάδα	300	53,9	53,9	55,8
Πάνω απο 3 φορές/εβδομάδα	63	11,3	11,3	67,1
Σπάνια	142	25,5	25,5	92,6
Ποτέ	41	7,4	7,4	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Σχεδόν το μισό δείγμα απαντά ότι καταναλώνει κοτόπουλο 1-2 φορές την εβδομάδα.

Σχήμα 34: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη συχνότητα κατανάλωσης κοτόπουλου για μεσημεριανό.

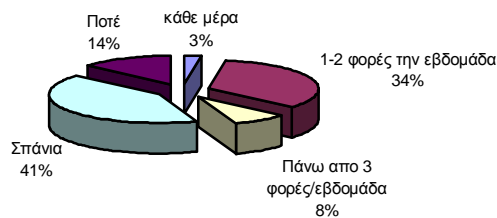


Πίνακας 35: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε μπιφτέκι (μοσχαρίσιο) για μεσημεριανό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
κάθε μέρα	14	2,5	2,5	2,5
1-2 φορές την εβδομάδα	188	33,8	33,8	36,3
Πάνω από 3 φορές/εβδομάδα	45	8,1	8,1	44,3
Σπάνια	234	42,0	42,0	86,4
Ποτέ	76	13,6	13,6	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία δηλώνει σπάνια κατανάλωση. Ένα στα τρία παιδιά δηλώνει 1-2 φορές την εβδομάδα.

Σχήμα 35: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη συχνότητα κατανάλωσης μοσχαρίσιου μπιφτεκιού για μεσημεριανό.

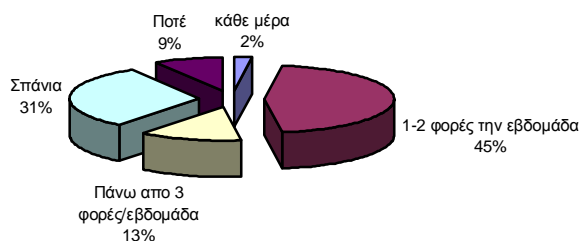


Πίνακας 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε ψάρι για μεσημεριανό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
κάθε μέρα	13	2,3	2,3	2,3
1-2 φορές την εβδομάδα	253	45,4	45,4	47,8
Πάνω απο 3 φορές/εβδομάδα	71	12,7	12,7	60,5
Σπάνια	172	30,9	30,9	91,4
Ποτέ	48	8,6	8,6	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Το 45,4% του δείγματος δηλώνει κατανάλωση 1-2 φορές την εβδομάδα.

Σχήμα 36: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη συχνότητα κατανάλωσης ψαριού για μεσημεριανό.

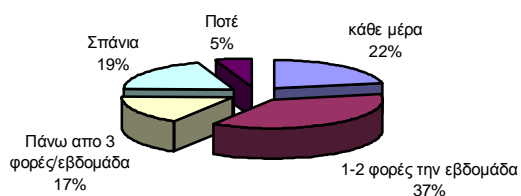


Πίνακας 37: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε πατάτες τηγανιτές για μεσημεριανό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
κάθε μέρα	122	21,9	21,9	21,9
1-2 φορές την εβδομάδα	206	37,0	37,0	58,9
Πάνω απο 3 φορές/εβδομάδα	92	16,5	16,5	75,4
Σπάνια	107	19,2	19,2	94,6
Ποτέ	30	5,4	5,4	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία απαντά ότι καταναλώνει πατάτες τηγανιτές σε συχνότητα 1-2 φορές την εβδομάδα.

Σχήμα 37: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη συχνότητα που καταναλώνουν τηγανιτές πατάτες για μεσημεριανό.

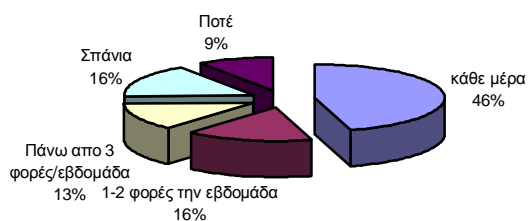


Πίνακας 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε λαχανικά για μεσημεριανό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
κάθε μέρα	253	45,4	45,4	45,4
1-2 φορές την εβδομάδα	89	16,0	16,0	61,4
Πάνω από 3 φορές/εβδομάδα	72	12,9	12,9	74,3
Σπάνια	91	16,3	16,3	90,7
Ποτέ	52	9,3	9,3	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Σχεδόν το μισό δείγμα δηλώνει καθημερινή κατανάλωση λαχανικών.

Σχήμα 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών για μεσημεριανό.

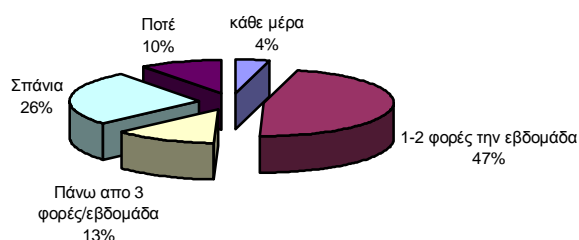


Πίνακας 39: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε όσπρια για μεσημεριανό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
κάθε μέρα	23	4,1	4,1	4,1
1-2 φορές την εβδομάδα	259	46,5	46,5	50,6
Πάνω απο 3 φορές/εβδομάδα	71	12,7	12,7	63,4
Σπάνια	146	26,2	26,2	89,6
Ποτέ	58	10,4	10,4	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία δηλώνει κατανάλωση 1-2 φορές την εβδομάδα.

Σχήμα 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη συχνότητα κατανάλωσης οσπρίων για μεσημεριανό.

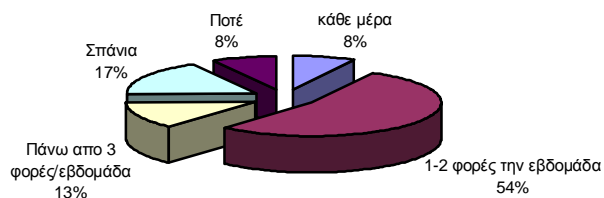


Πίνακας 40: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε ζυμαρικά για μεσημεριανό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
κάθε μέρα	43	7,7	7,7	7,7
1-2 φορές την εβδομάδα	300	53,9	53,9	61,6
Πάνω απο 3 φορές/εβδομάδα	73	13,1	13,1	74,7
Σπάνια	96	17,2	17,2	91,9
Ποτέ	45	8,1	8,1	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Το 53,9% του δείγματος δηλώνει κατανάλωση ζυμαρικών 1-2 φορές την εβδομάδα.

Σχήμα 40: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη συχνότητα κατανάλωσης ζυμαρικών για μεσημεριανό.

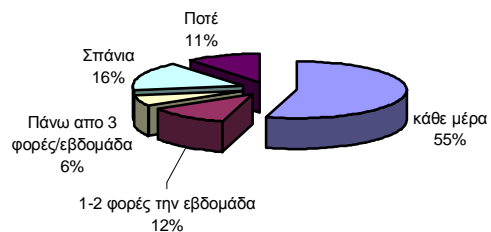


Πίνακας 41: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε άσπρο ψωμί στο μεσημεριανό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
κάθε μέρα	304	54,6	54,6	54,6
1-2 φορές την εβδομάδα	66	11,8	11,8	66,4
Πάνω από 3 φορές/εβδομάδα	36	6,5	6,5	72,9
Σπάνια	90	16,2	16,2	89,0
Ποτέ	61	11,0	11,0	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Καθημερινά δηλώνει η πλειοψηφία του δείγματος.

Σχήμα 38: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη συχνότητα κατανάλωσης άσπρου ψωμιού στο μεσημεριανό.

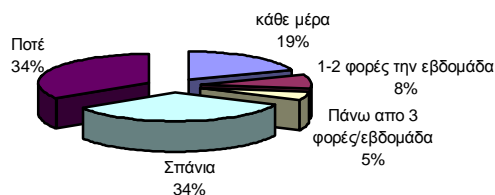


Πίνακας 42: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε ψωμί ολικής άλεσης στο μεσημεριανό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
κάθε μέρα	107	19,2	19,2	19,2
1-2 φορές την εβδομάδα	43	7,7	7,7	26,9
Πάνω απο 3 φορές/εβδομάδα	28	5,0	5,0	32,0
Σπάνια	189	33,9	33,9	65,9
Ποτέ	190	34,1	34,1	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Καθημερινά απαντά το 19,2% του δείγματος. Αρνητικά απαντά το 33,9%.

Σχήμα 42: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τη συχνότητα κατανάλωσης ψωμιού ολικής άλεσης στο μεσημεριανό.

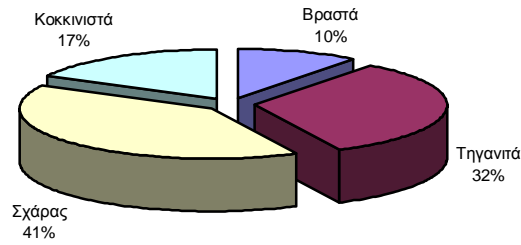


Πίνακας 43: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πως προτιμούν κυρίως τα φαγητά

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Βραστά	58	10,4	10,4	10,4
Τηγανιτά	180	32,3	32,3	42,7
Σχάρας	223	40,0	40,0	82,8
Κοκκινιστά	96	17,2	17,2	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία απαντά ότι προτιμά τα φαγητά κυρίως ψητά στην σχάρα.

Σχήμα 44: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πώς προτιμούν μαγειρεμένα τα φαγητά τους.

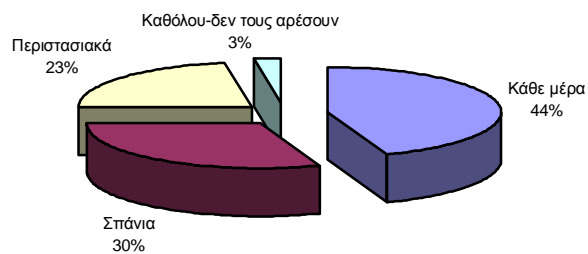


Πίνακας 44: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε γλυκά

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Κάθε μέρα	248	44,5	44,5	44,5
Σπάνια	169	30,3	30,3	74,9
Περιστασιακά	126	22,6	22,6	97,5
Καθόλου-δεν τους αρέσουν	14	2,5	2,5	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Σε καθημερινή βάση απαντά η πλειοψηφία.

Σχήμα 44: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την συχνότητα κατανάλωσης γλυκών.

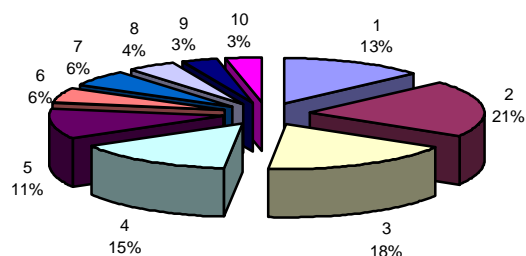


Πίνακας 45: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες ώρες την ημέρα βλέπουν τηλεόραση

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
1	75	13,5	13,5	13,5
2	112	20,1	20,1	33,6
3	101	18,1	18,1	51,7
4	84	15,1	15,1	66,8
5	59	10,6	10,6	77,4
6	32	5,7	5,7	83,1
7	32	5,7	5,7	88,9
8	25	4,5	4,5	93,4
9	18	3,2	3,2	96,6
10	19	3,4	3,4	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία απαντά ότι βλέπει τηλεόραση 2-3 ώρες την ημέρα.

Σχήμα 45: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης καθημερινά.

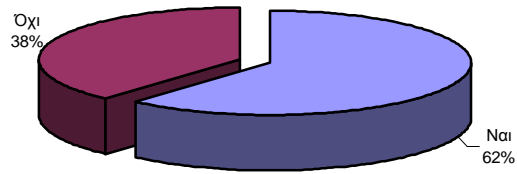


Πίνακας 46: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν έχουν κάποιο χόμπι

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	343	61,6	61,6	61,6
Όχι	214	38,4	38,4	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 61,6% του δείγματος.

Σχήμα 46: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν έχουν κάποιο χόμπυ

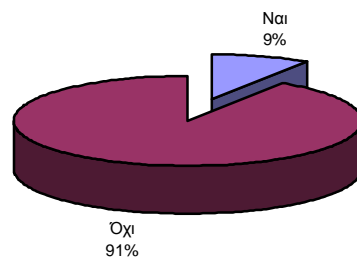


Πίνακας 47: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν ασχολούνται με την κολύμβηση

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	51	9,2	9,2	9,2
Όχι	506	90,8	90,8	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 9,2% του δείγματος.

Σχήμα 47: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν ασχολούνται με την κολύμβηση.

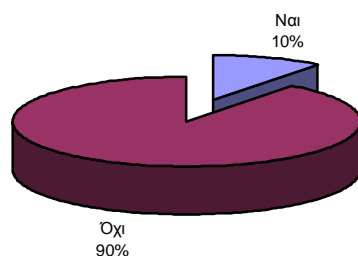


Πίνακας 48: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν ασχολούνται με το τρέξιμο

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	58	10,4	10,4	10,4
Όχι	499	89,6	89,6	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 10,4% του δείγματος.

Σχήμα 44: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν ασχολούνται με το τρέξιμο.

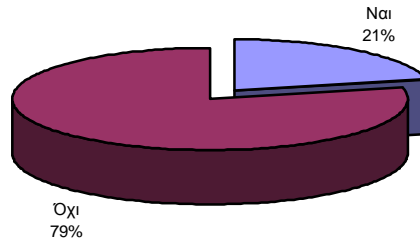


Πίνακας 49: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν ασχολούνται με το ποδόσφαιρο

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	119	21,4	21,4	21,4
Όχι	438	78,6	78,6	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 21,4% του δείγματος.

Σχήμα 49: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν ασχολούνται με το ποδόσφαιρο.

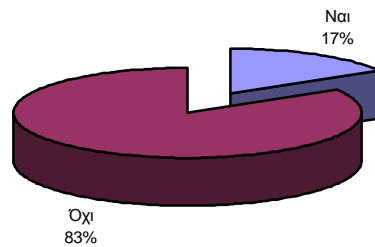


Πίνακας 50: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν ασχολούνται με τον χορό

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	92	16,5	16,5	16,5
Όχι	465	83,5	83,5	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 16,5% του δείγματος.

Σχήμα 50: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν ασχολούνται με το χορό.

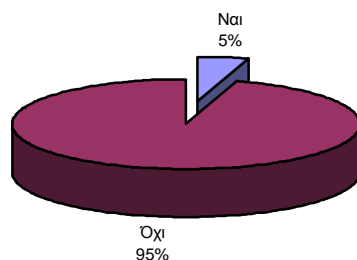


Πίνακας 51: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν ασχολούνται με την ενόργανη

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	26	4,7	4,7	4,7
Όχι	531	95,3	95,3	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 4,7% του δείγματος. Η πλειοψηφία απαντά αρνητικά.

Σχήμα 51: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν ασχολούνται με την ενόργανη γυμναστική.

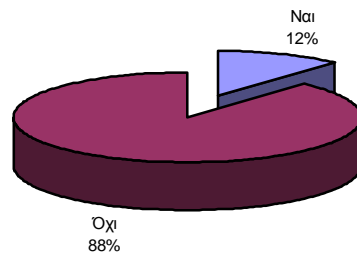


Πίνακας 52: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν ασχολούνται με το μπάσκετ

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	65	11,7	11,7	11,7
Όχι	492	88,3	88,3	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 11,7% του δείγματος.

Σχήμα 52: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν ασχολούνται με το μπάσκετ.

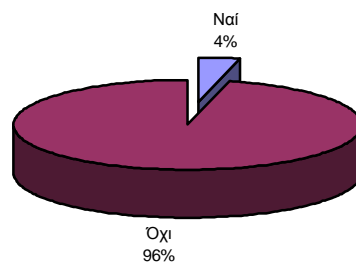


Πίνακας 53: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν ασχολούνται με το καράτε

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	22	3,9	3,9	3,9
Όχι	535	96,1	96,1	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 3,9% του δείγματος. Αρνητικά το 96,1%.

Σχήμα 53: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν ασχολούνται με το καράτε.

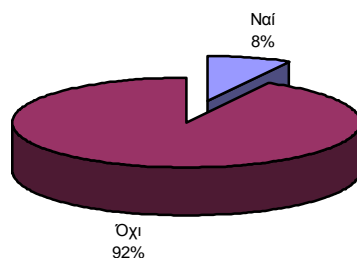


Πίνακας 54: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν ασχολούνται με το βόλεϊ

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	43	7,7	7,7	7,7
Όχι	514	92,3	92,3	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά το 7,7% του δείγματος.

Σχήμα 53: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν ασχολούνται με το βόλεϊ.

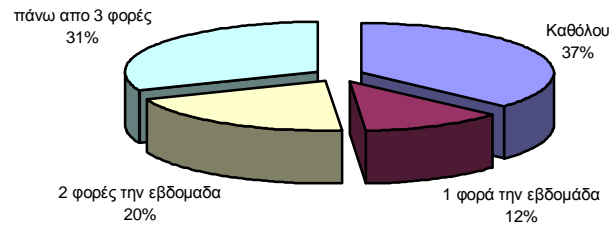


Πίνακας 55: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά την εβδομάδα απασχολούνται με το άθλημα τους

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Καθόλου	204	36,6	36,6	36,6
1 φορά την εβδομάδα	67	12,0	12,0	48,7
2 φορές την εβδομάδα	113	20,3	20,3	68,9
πάνω από 3 φορές	173	31,1	31,1	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία δηλώνει ενασχόλησης με το άθλημά του πάνω από 3 φορές την εβδομάδα.

Σχήμα 55: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά ασχολούνται με το άθλημά τους.

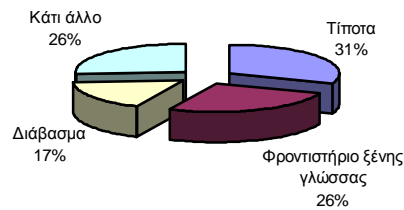


Πίνακας 56: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τι άλλο (εκτός των αθλημάτων) ασχολούνται εβδομαδιαίως

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Τίποτα	171	30,7	30,7	30,7
Φροντιστήριο ξένης γλώσσας	146	26,2	26,2	56,9
Διάβασμα	96	17,2	17,2	74,1
Κάτι άλλο	144	25,9	25,9	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει ότι δεν ασχολείται με τίποτα άλλο. Το 26,2% δηλώνει ότι κάνει φροντιστήριο.

Σχήμα 56: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ενασχόλησή τους με κάτι άλλο πλην του αθλήματος μέσα στην εβδομάδα.

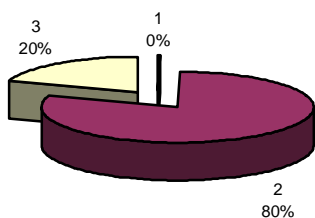


Πίνακας 57: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες φορές την εβδομάδα κάνουν γυμναστική στο σχολείο

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
1	1	,2	,2	,2
2	446	80,1	80,1	80,3
3	110	19,7	19,7	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνει 2 φορές την εβδομάδα.

Σχήμα 57: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις ώρες που κάνουν γυμναστική στο σχολείο εβδομαδιαίως.

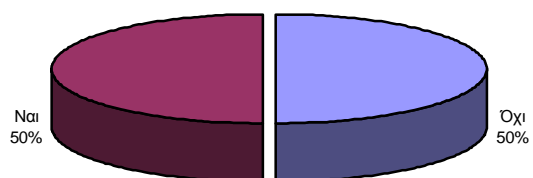


Πίνακας 58: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν συνήθως τρέχουν στο σχολείο (σαν άθλημα)

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	278	49,9	49,9	49,9
Όχι	279	50,1	50,1	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά σχεδόν το μισό δείγμα της έρευνας.

Σχήμα 58: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν τρέχουν στο σχολείο σαν άθλημα.

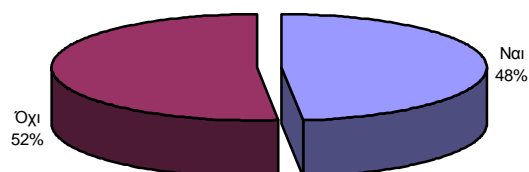


Πίνακας 59: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν συνήθως παίζουν ποδόσφαιρο στο σχολείο

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	269	48,3	48,3	48,3
Όχι	288	51,7	51,7	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά ένας στους δύο μαθητές.

Σχήμα 59: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν παίζουν ποδόσφαιρο στο σχολείο.

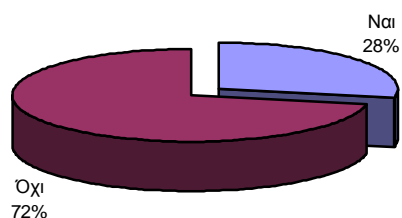


Πίνακας 60: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν συνήθως παίζουν μπάσκετ στο σχολείο

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	156	28,0	28,0	28,0
Όχι	401	72,0	72,0	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά 1 στους 3 μαθητές.

Σχήμα 60: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν συνήθως παίζουν μπάσκετ στο σχολείο.

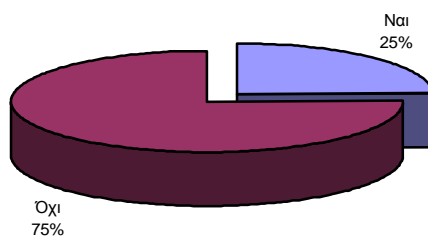


Πίνακας 61: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν συνήθως παίζουν βόλεϊ στο σχολείο

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	138	24,8	24,8	24,8
Όχι	419	75,2	75,2	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά ένας στους τέσσερις μαθητές.

Σχήμα 61: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν συνήθως παίζουν βόλεϊ στο σχολείο.

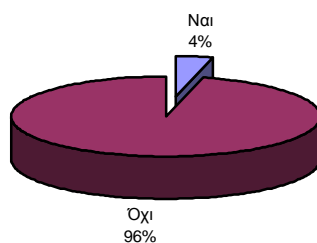


Πίνακας 62: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν συνήθως παίζουν κάτι άλλο στο σχολείο

	Απαντήσεις	%	Πραγματικό %	Αθροιστικό %
Ναι	22	3,9	3,9	3,9
Όχι	535	96,1	96,1	100,0
Σύνολο	557	100,0	100,0	

Θετικά απαντά μόνο το 3,9% του δείγματος.

Σχήμα 62: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το αν συνήθως παίζουν κάτι άλλο (πλην των παραπάνω) στο σχολείο.



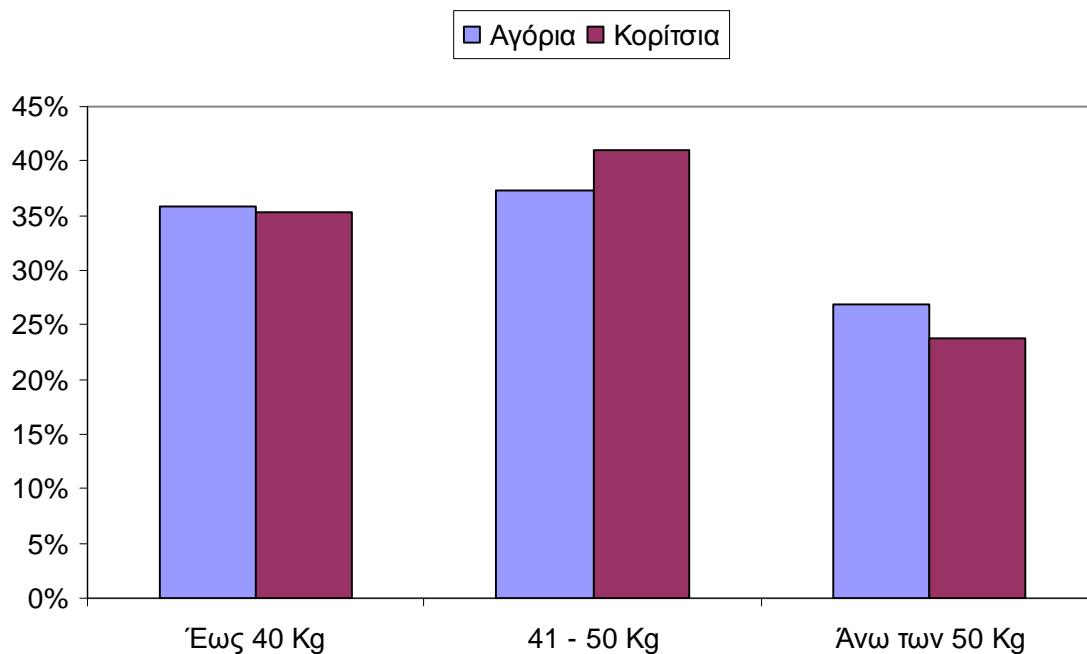
Β. ΠΙΝΑΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΥΡΩΣΗΣ (ΣΥΝΑΦΕΙΑΣ) ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΦΥΛΟ

Πίνακας 63: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση του βάρους και το φύλο

	Φύλο		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια	
Κατηγοριοποίηση βάρους Έως 40 Kg	100	98	198
	35,8%	35,3%	35,5%
41 - 50 Kg	104	114	218
	37,3%	41,0%	39,1%
Άνω των 50 Kg	75	66	141
	26,9%	23,7%	25,3%
Σύνολο	279	278	557
	100,0%	100,0%	100,0%

Αν και φαίνεται ότι περισσότερα κορίτσια από ότι αγόρια έχουν βάρος 41-50 Kg, ενώ ταυτόχρονα περισσότερα αγόρια έχουν βάρος πάνω από 50 Kg, η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική και άρα ίσα ποσοστά αγοριών και κοριτσιών κατατάσσονται στις παραπάνω κατηγορίες βάρους.

Σχήμα 63: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση του βάρους και το φύλο

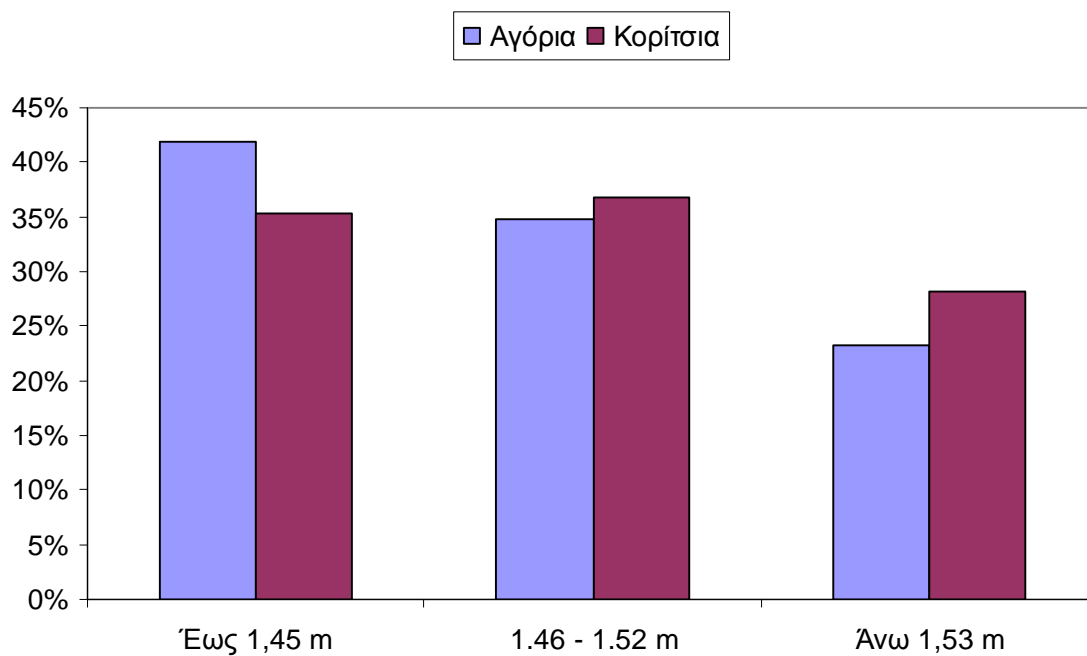


Πίνακας 64: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση του ύψους και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Κατηγοριοποίηση ύψους	Έως 1,45 m	117 41,9%	98 35,3%	215 38,6%
	1.46 - 1.52 m	97 34,8%	102 36,7%	199 35,7%
	Άνω 1,53 m	65 23,3%	78 28,1%	143 25,7%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Στην ουσία ίσα ποσοστά αγοριών και κοριτσιών ανήκουν στις παραπάνω κατηγορίες ύψους αφού οι όποιες διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Σχήμα 64: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση του ύψους και το φύλο

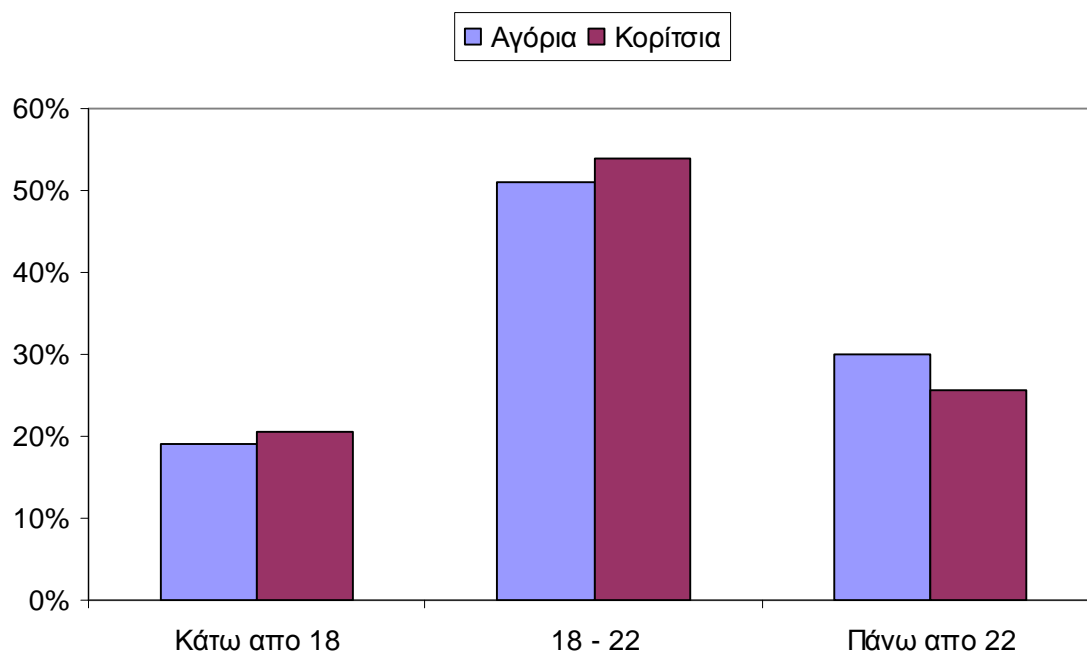


Πίνακας 65: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση του Δείκτη Μάζας Σώματος και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Κατηγοριοποίηση Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI)	Κάτω απο 18	53 19,0%	57 20,5%	110 19,7%
	18 - 22	142 50,9%	150 54,0%	292 52,4%
	Πάνω απο 22	84 30,1%	71 25,5%	155 27,8%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Αν και υπάρχουν κάποιες διαφορές (μη στατιστικά σημαντικές), ίσα ποσοστά αγοριών και κοριτσιών ανήκουν στις παραπάνω κατηγορίες BMI.

Σχήμα 65: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση του Δείκτη Μάζας Σώματος και το φύλο



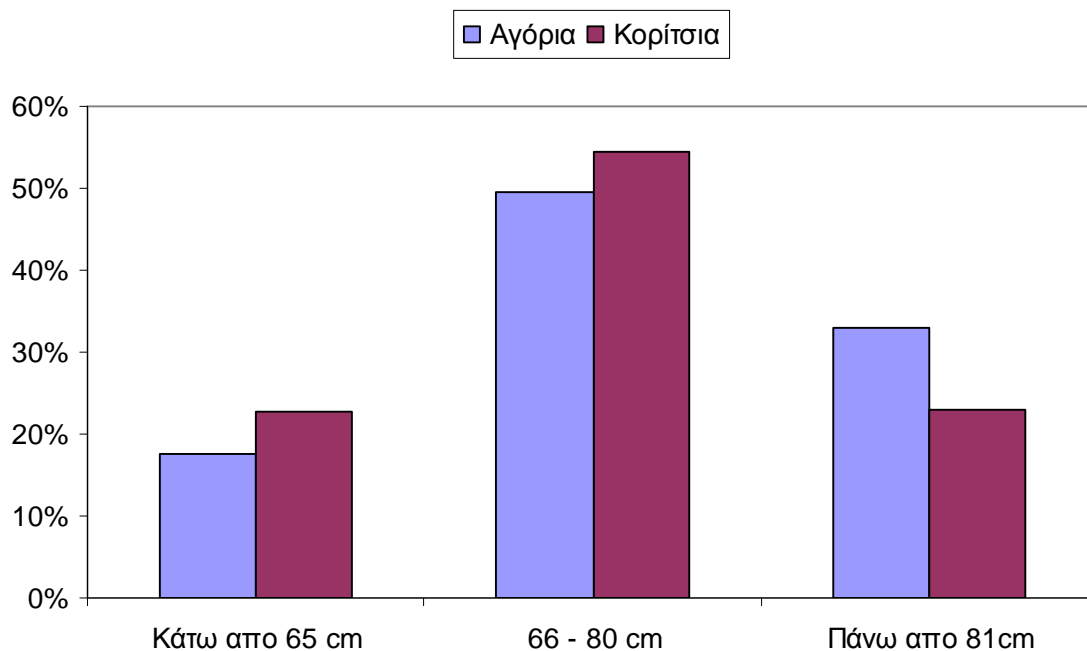
Πίνακας 66: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση της περιφέρειας μέσης και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Κατηγοριοποίηση περιφέρειας μέσης	Κάτω απο 65 cm	49 17,6%	63 22,7%	112 20,1%
	66 - 80 cm	138 49,5%	151 54,3%	289 51,9%
	Πάνω απο 81cm	92 33,0%	64 23,0%	156 28,0%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά των σωματομετρικών χαρακτηριστικών ανάμεσα στα αγόρια και τα κορίτσια.

($\chi^2 = 7.35$ B.E.=2 $p=0.025$)

Σχήμα 66: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κατηγοριοποίηση της περιφέρειας μέσης και το φύλο

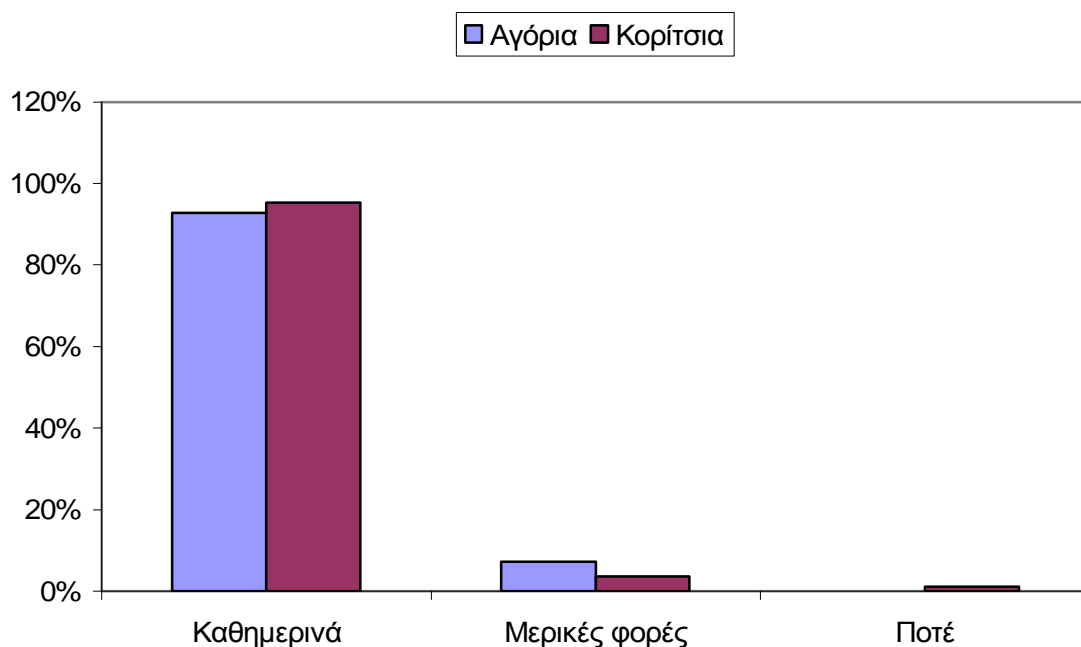


Πίνακας 67: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε μεσημεριανό και το φύλο

	Φύλο		Σύνολο	
	Αγόρια	Κορίτσια		
Πόσο συχνά τρώνε μεσημεριανό	Καθημερινά	259 92,8%	265 95,3%	524 94,1%
	Μερικές φορές	20 7,2%	10 3,6%	30 5,4%
	Ποτέ	0 ,0%	3 1,1%	3 ,5%
Σύνολο	279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%	

Η διαφορετικότητα του πίνακα βρίσκεται στις απαντήσεις που έδωσαν τα δύο φύλα όσον αφορά την δεύτερη επιλογή (Μερικές φορές)
 $(\chi^2 = 6.4 \quad \text{B.E.}=2 \quad p=0.041)$

Σχήμα 67: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε μεσημεριανό και το φύλο

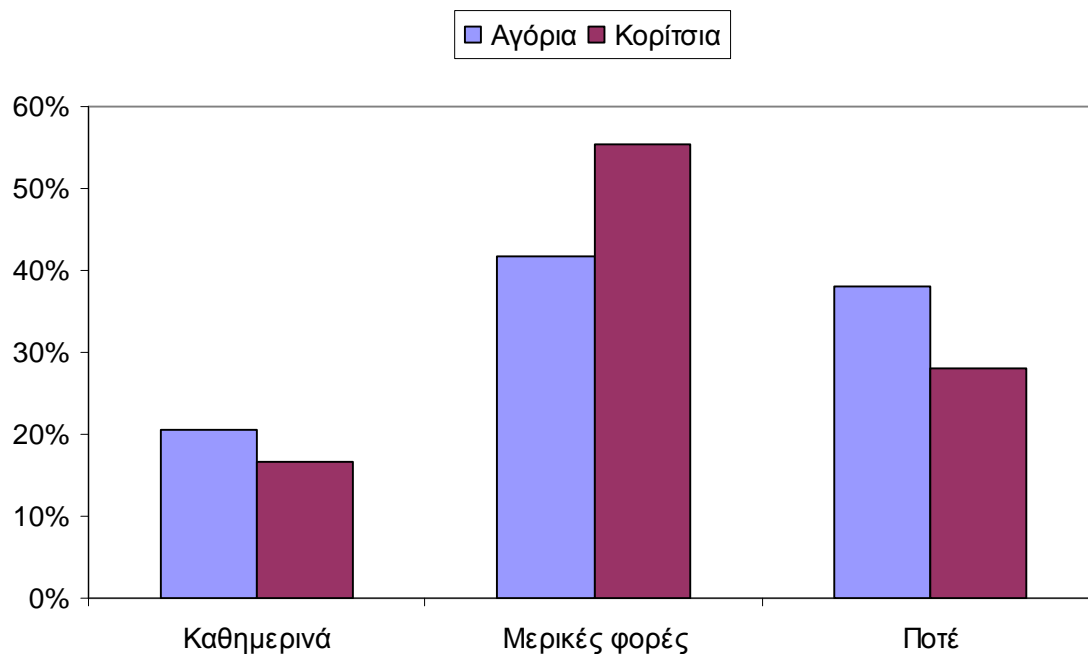


Πίνακας 68: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε απογευματινό και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Πόσο συχνά τρώνε απογευματινό	Καθημερινά	57 20,4%	46 16,5%	103 18,5%
	Μερικές φορές	116 41,6%	154 55,4%	270 48,5%
	Ποτέ	106 38,0%	78 28,1%	184 33,0%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Σε μεγαλύτερο ποσοστό τα αγόρια από ότι τα κορίτσια δεν τρώνε απογευματινό.
($\chi^2 = 10.7$ B.E.=2 $p=0.005$)

Σχήμα 68: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε απογευματινό και το φύλο

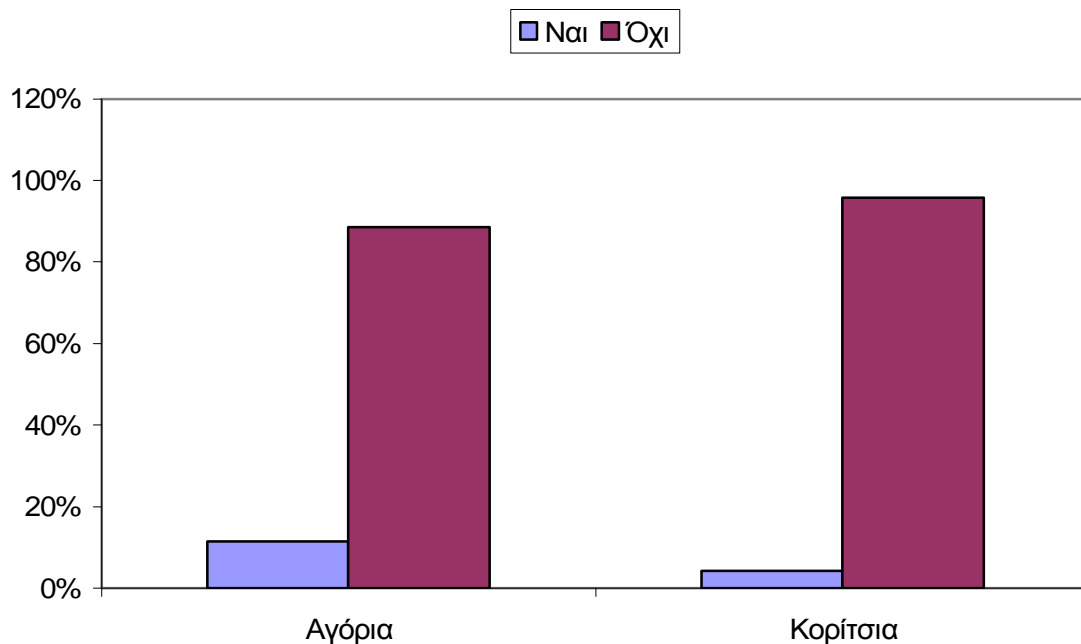


Πίνακας 69: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε γαριδάκια και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Για δεκατιανό τρώνε γαριδάκια	Ναι	32 11,5%	12 4,3%	44 7,9%
	Όχι	247 88,5%	266 95,7%	513 92,1%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Θετικά απαντά μεγαλύτερο ποσοστό αγοριών σε σχέση με τα κορίτσια.
($\chi^2 = 9.7$ B.E.=1 $p=0.002$)

Σχήμα 69: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε γαριδάκια και το φύλο

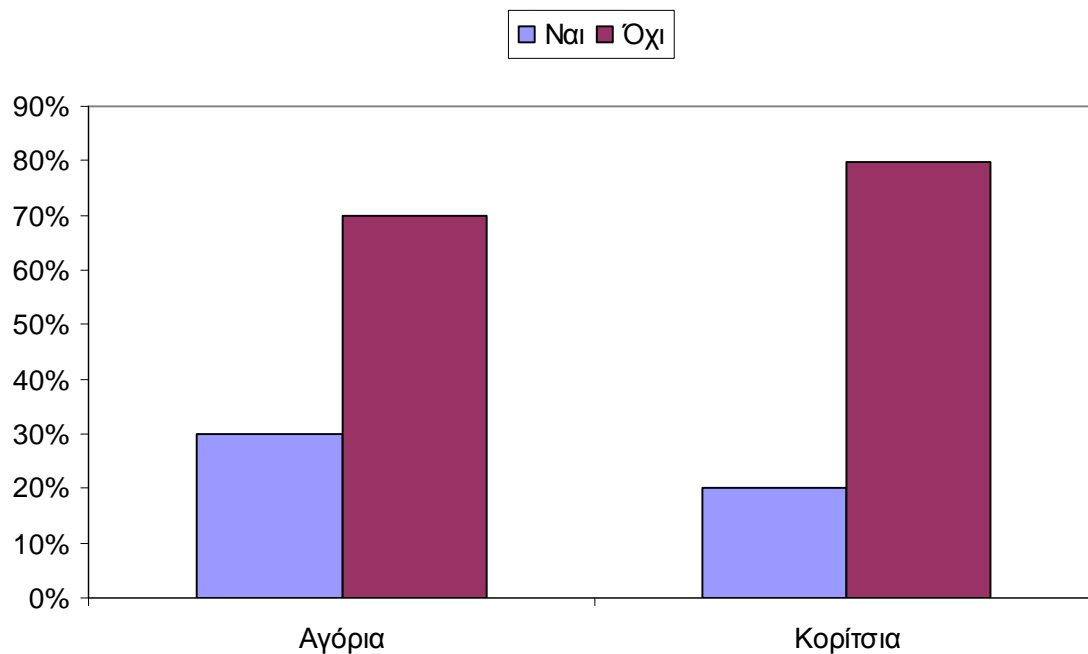


Πίνακας 70: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε κρουασάν και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Για δεκατιανό τρώνε κρουασάν	Ναι	84 30,1%	56 20,1%	140 25,1%
	Όχι	195 69,9%	222 79,9%	417 74,9%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Θετικά απαντά μεγαλύτερο ποσοστό αγοριών από ότι κορίτσια.
 ($\chi^2 = 7.36$ B.E. = 1 $p = 0.007$)

Σχήμα 70: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε κρουασάν και το φύλο

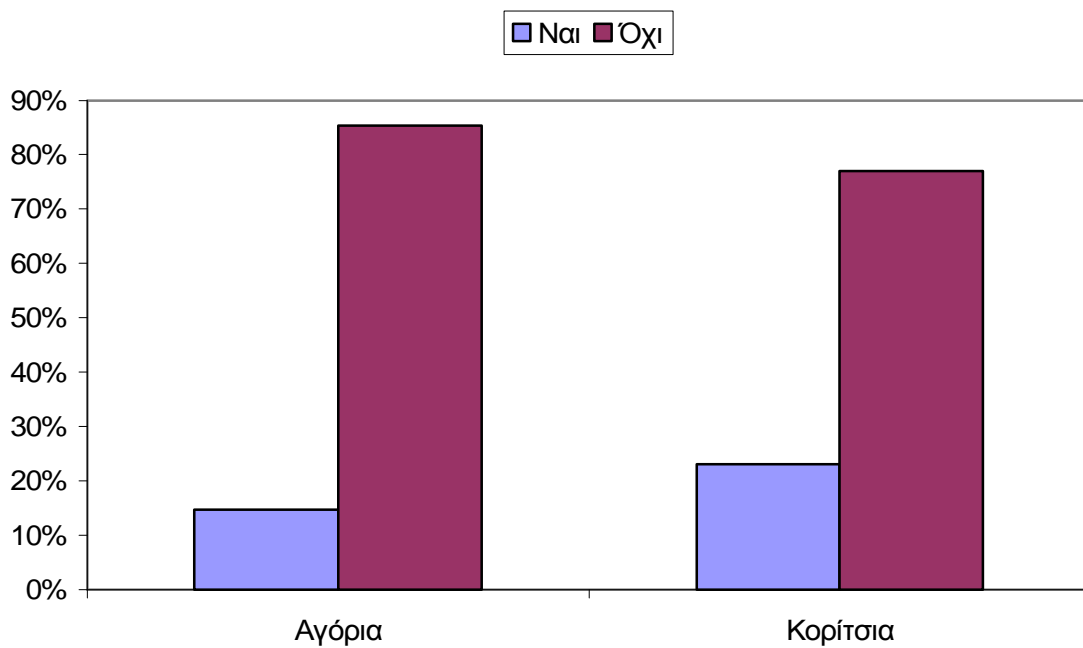


Πίνακας 71: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε άλλα πράγματα και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Για δεκατιανό τρώνε άλλα πράγματα	Ναι	41 14,7%	64 23,0%	105 18,9%
	Όχι	238 85,3%	214 77,0%	452 81,1%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Θετικά απαντά μεγαλύτερο ποσοστό κοριτσιών από ότι αγόρια.
($\chi^2 = 6.31$ B.E.=1 $p=0.012$)

Σχήμα 71: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν για δεκατιανό τρώνε άλλα πράγματα και το φύλο

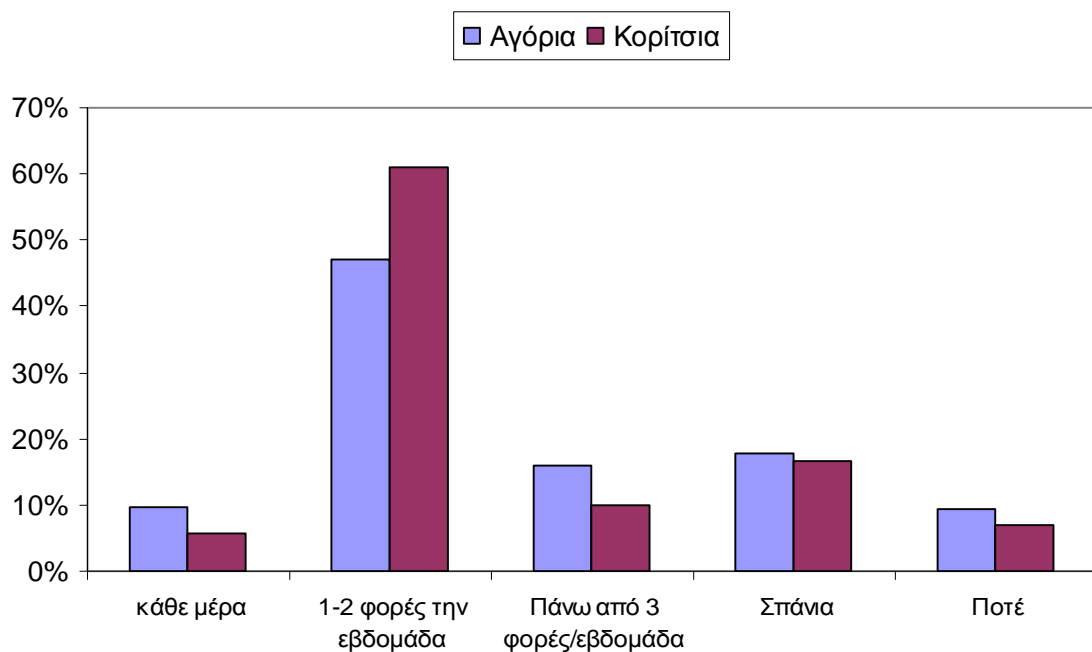


Πίνακας 72: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε ζυμαρικά για μεσημεριανό και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Πόσο συχνά τρώνε ζυμαρικά για μεσημεριανό	κάθε μέρα	27 9,7%	16 5,8%	43 7,7%
	1-2 φορές την εβδομάδα	131 47,0%	169 60,8%	300 53,9%
	Πάνω από 3 φορές/εβδομάδα	45 16,1%	28 10,1%	73 13,1%
	Σπάνια	50 17,9%	46 16,5%	96 17,2%
	Ποτέ	26 9,3%	19 6,8%	45 8,1%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Υπάρχουν διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις των δύο φύλων με την μεγαλύτερη συχνότητα (καθημερινά ή πάνω από 3 φορές την εβδομάδα) να απαντούν τα αγόρια.
($\chi^2 = 12.84$ B.E.=4 $\rho = 0.012$)

Σχήμα 72: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε ζυμαρικά για μεσημεριανό και το φύλο

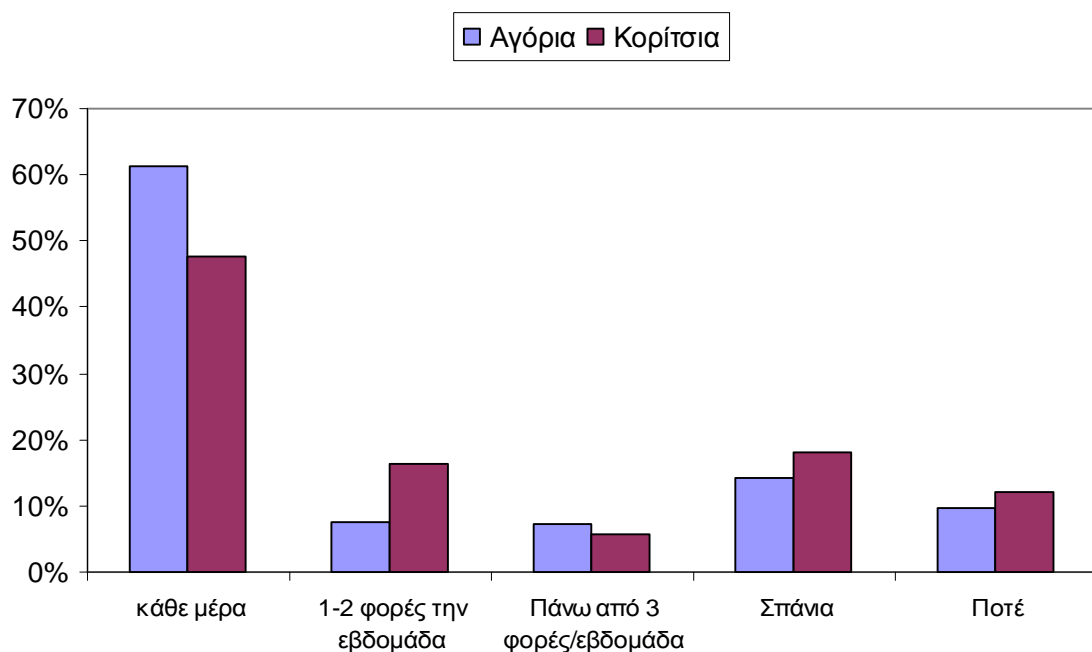


Πίνακας 73: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε άσπρο ψωμί στο μεσημεριανό και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Πόσο συχνά τρώνε άσπρο ψωμί στο μεσημεριανό	κάθε μέρα	171	133	304
		61,3%	47,8%	54,6%
	1-2 φορές την εβδομάδα	21	45	66
		7,5%	16,2%	11,8%
	Πάνω από 3 φορές/εβδομάδα	20	16	36
		7,2%	5,8%	6,5%
Σπάνια		40	50	90
		14,3%	18,0%	16,2%
Ποτέ		27	34	61
		9,7%	12,2%	11,0%
Σύνολο		279	278	557
		100,0%	100,0%	100,0%

Μεγαλύτερη συχνότητα κατανάλωσης εμφανίζουν τα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια.
($\chi^2 = 15.84$ B.E.= 4 $\rho = 0.003$)

Σχήμα 73: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσο συχνά τρώνε άσπρο ψωμί στο μεσημεριανό και το φύλο

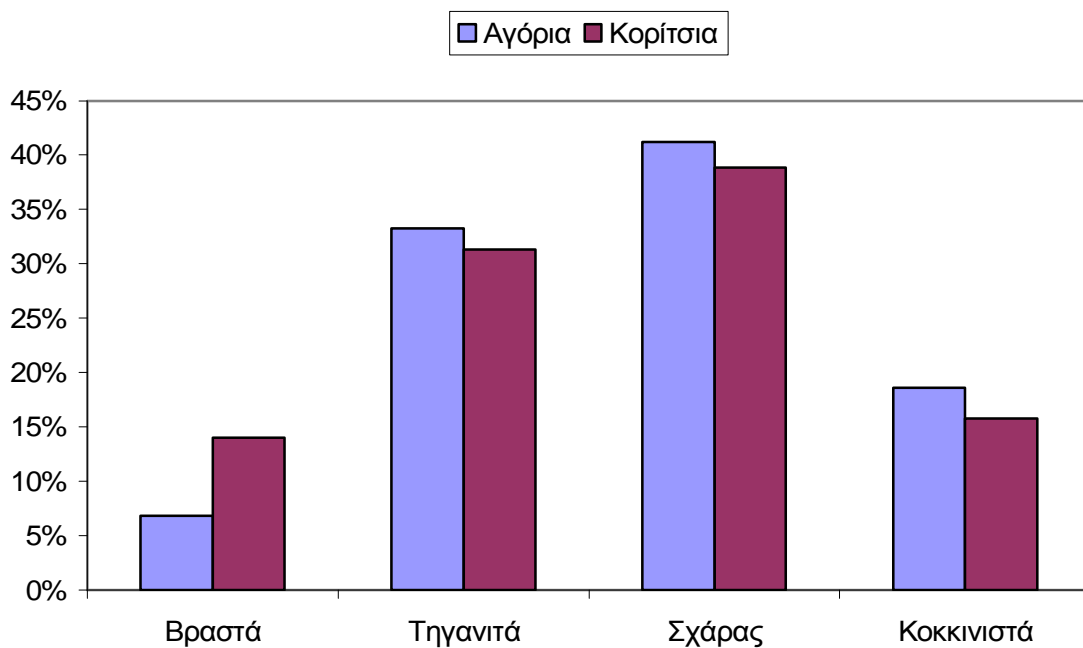


Πίνακας 74: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πως προτιμούν κυρίως τα φαγητά και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Πως προτιμούν κυρίως τα φαγητά	Βραστά	19 6,8%	39 14,0%	58 10,4%
	Τηγανιτά	93 33,3%	87 31,3%	180 32,3%
	Σχάρας	115 41,2%	108 38,8%	223 40,0%
	Κοκκινιστά	52 18,6%	44 15,8%	96 17,2%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Υπάρχουν κάποιες διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις του δίνον τα δύο φύλα.
($\chi^2 = 7.98$ B.E.=3 $p = 0.046$)

Σχήμα 74: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πως προτιμούν κυρίως τα φαγητά και το φύλο

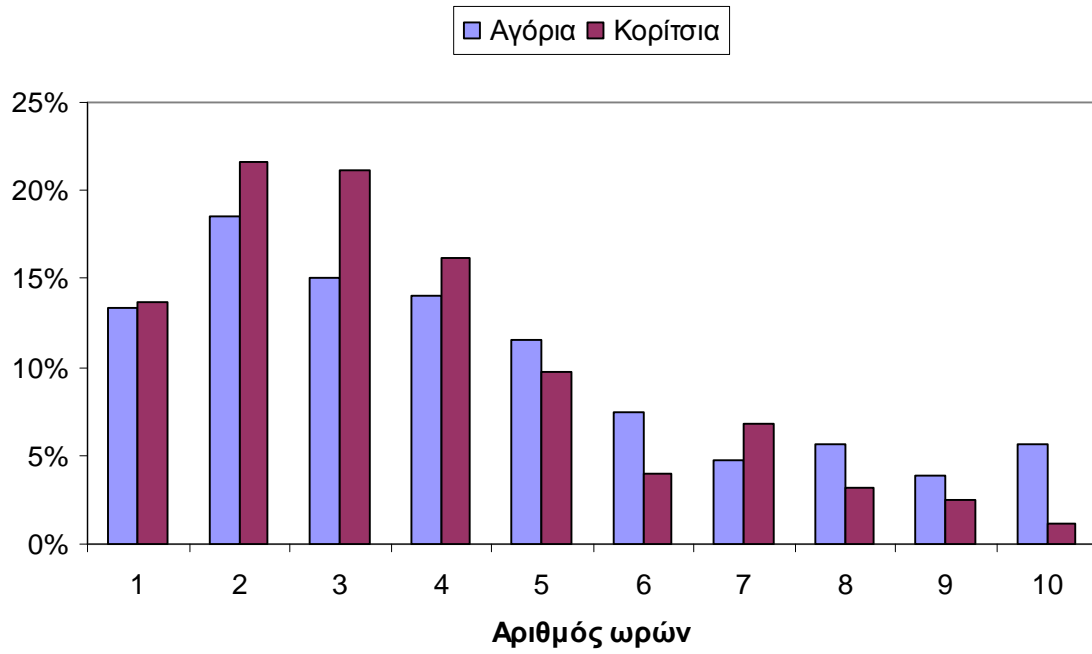


Πίνακας 75: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες ώρες την ημέρα βλέπουν τηλεόραση και το φύλο

	Φύλο		Σύνολο
	Αγόρια	Κορίτσια	
Πόσες ώρες την ημέρα βλέπουν τηλεόραση			
1	37 13,3%	38 13,7%	75 13,5%
2	52 18,6%	60 21,6%	112 20,1%
3	42 15,1%	59 21,2%	101 18,1%
4	39 14,0%	45 16,2%	84 15,1%
5	32 11,5%	27 9,7%	59 10,6%
6	21 7,5%	11 4,0%	32 5,7%
7	13 4,7%	19 6,8%	32 5,7%
8	16 5,7%	9 3,2%	25 4,5%
9	11 3,9%	7 2,5%	18 3,2%
10	16 5,7%	3 1,1%	19 3,4%
Σύνολο	279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Τα αγόρια βλέπουν περισσότερο τηλεόραση από ότι τα κορίτσια.
 ($\chi^2 = 20.29$ B.E.=9 $p=0.016$)

Σχήμα 75: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πόσες ώρες την ημέρα βλέπουν τηλεόραση και το φύλο

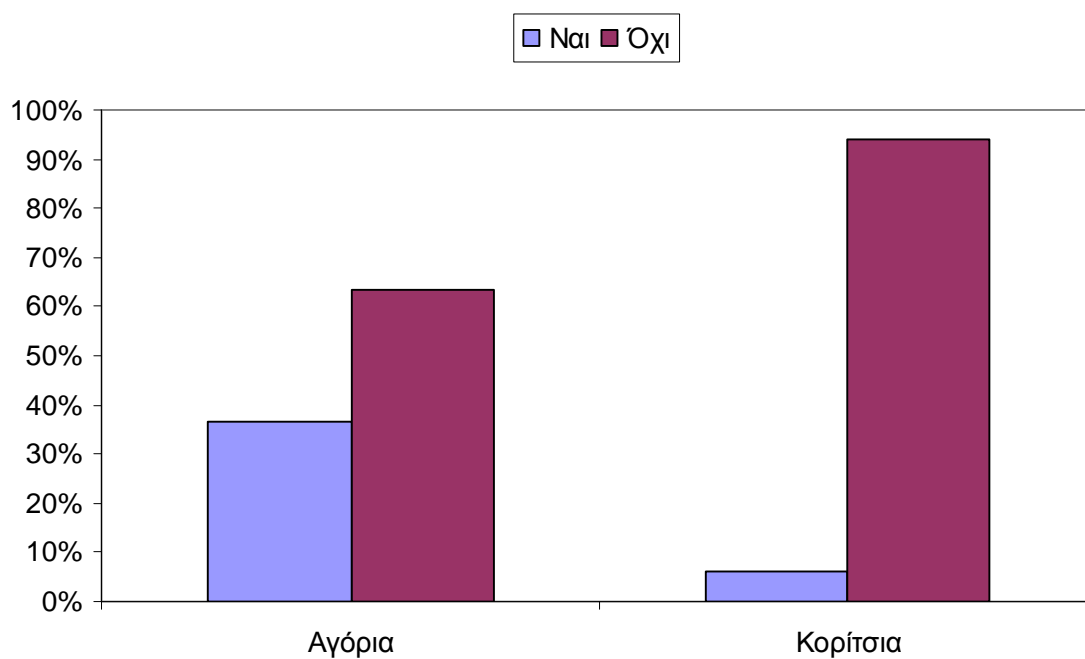


Πίνακας 76: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν ασχολούνται με το ποδόσφαιρο και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Ασχολούνται με το ποδόσφαιρο	Ναι	102 36,6%	17 6,1%	119 21,4%
	Όχι	177 63,4%	261 93,9%	438 78,6%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Τα αγόρια περισσότερο από τα κορίτσια ασχολούνται με το ποδόσφαιρο.
($\chi^2 = 76.8$ B.E.=1 $p=0.000$)

Σχήμα 76: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν ασχολούνται με το ποδόσφαιρο και το φύλο

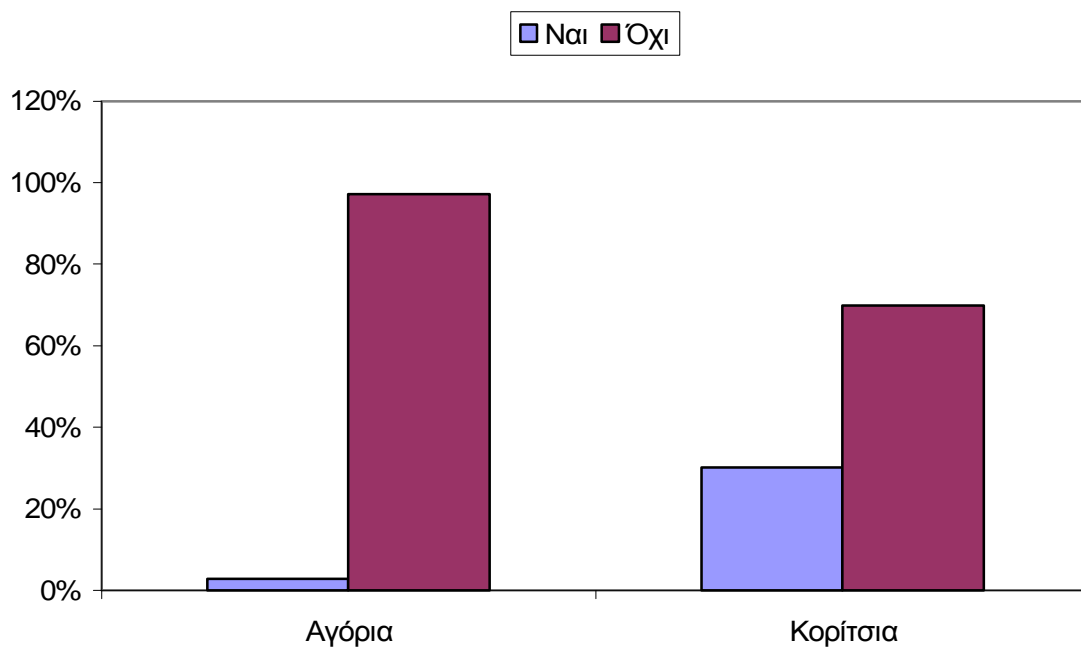


Πίνακας 77: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν ασχολούνται με τον χορό και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Ασχολούνται με τον χορό	Ναι	8 2,9%	84 30,2%	92 16,5%
	Όχι	271 97,1%	194 69,8%	465 83,5%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Τα κορίτσια περισσότερο σε σχέση με τα αγόρια ασχολούνται με τον χορό.
 ($\chi^2 = 75.5$ B.E.=3 $p= 0.000$)

Σχήμα 77: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν ασχολούνται με τον χορό και το φύλο

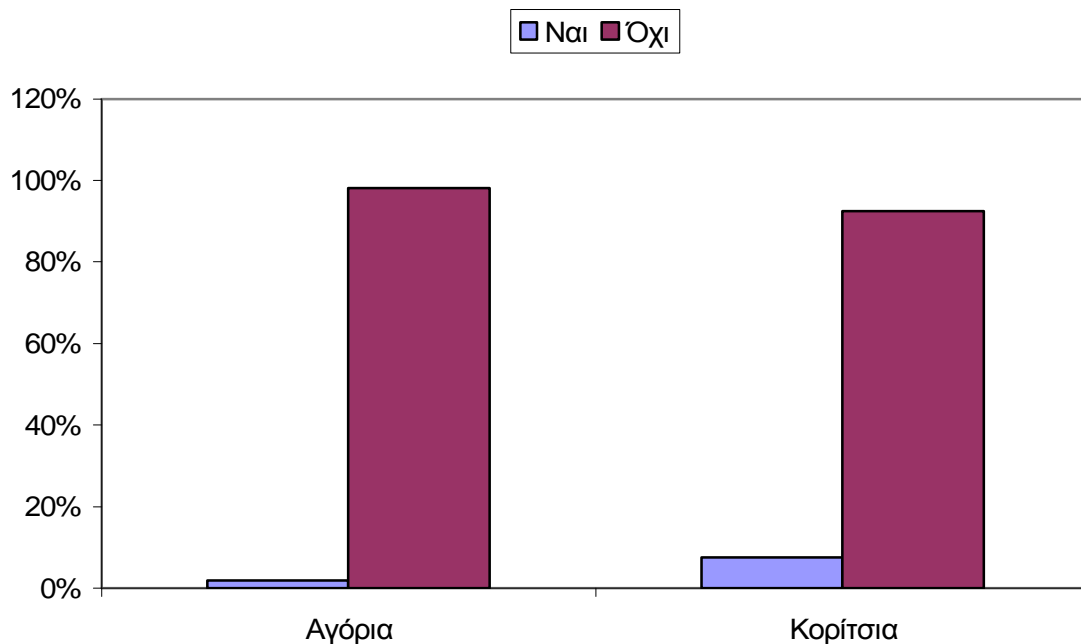


Πίνακας 78: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν ασχολούνται με την ενόργανη και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Ασχολούνται με την ενόργανη	Ναι	5 1,8%	21 7,6%	26 4,7%
	Όχι	274 98,2%	257 92,4%	531 95,3%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Περισσότερα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια ασχολούνται με την ενόργανη.
($\chi^2 = 10.38$ B.E.=1 $\rho=0.001$)

Σχήμα 78: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν ασχολούνται με την ενόργανη και το φύλο

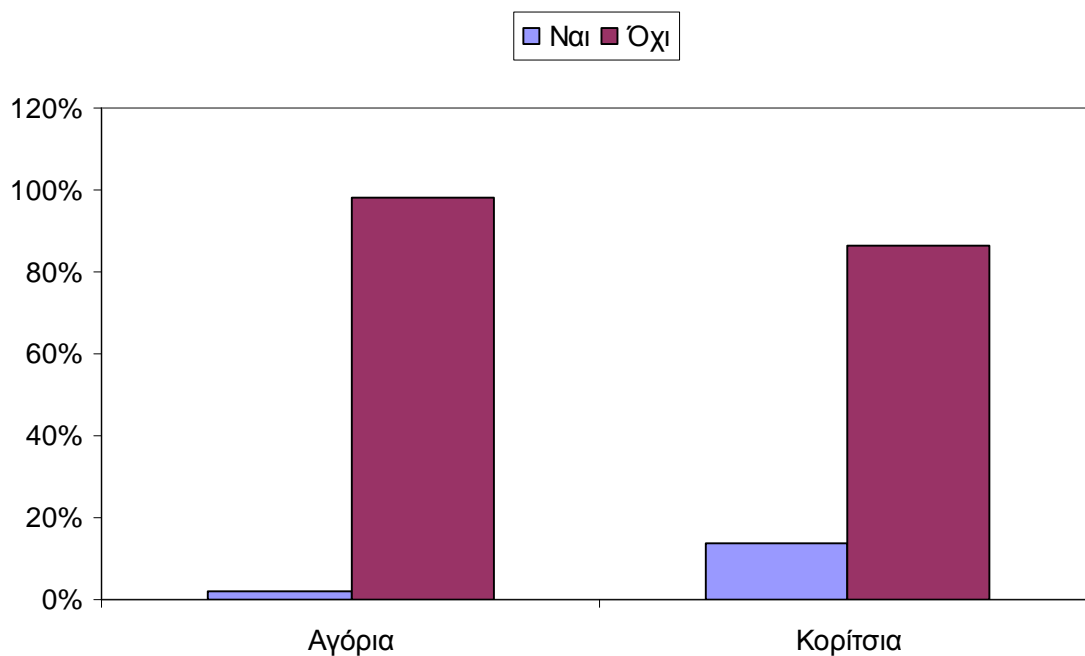


Πίνακας 79: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν ασχολούνται με το βόλεϊ και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Ασχολούνται με το βόλεϊ	Ναι	5 1,8%	38 13,7%	43 7,7%
	Όχι	274 98,2%	240 86,3%	514 92,3%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Και εδώ τα κορίτσια φαίνεται πως ασχολούνται περισσότερο από τα αγόρια.
 ($\chi^2 = 27.57$ B.E.=1 $p=0.000$)

Σχήμα 79: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν ασχολούνται με το βόλεϊ και το φύλο

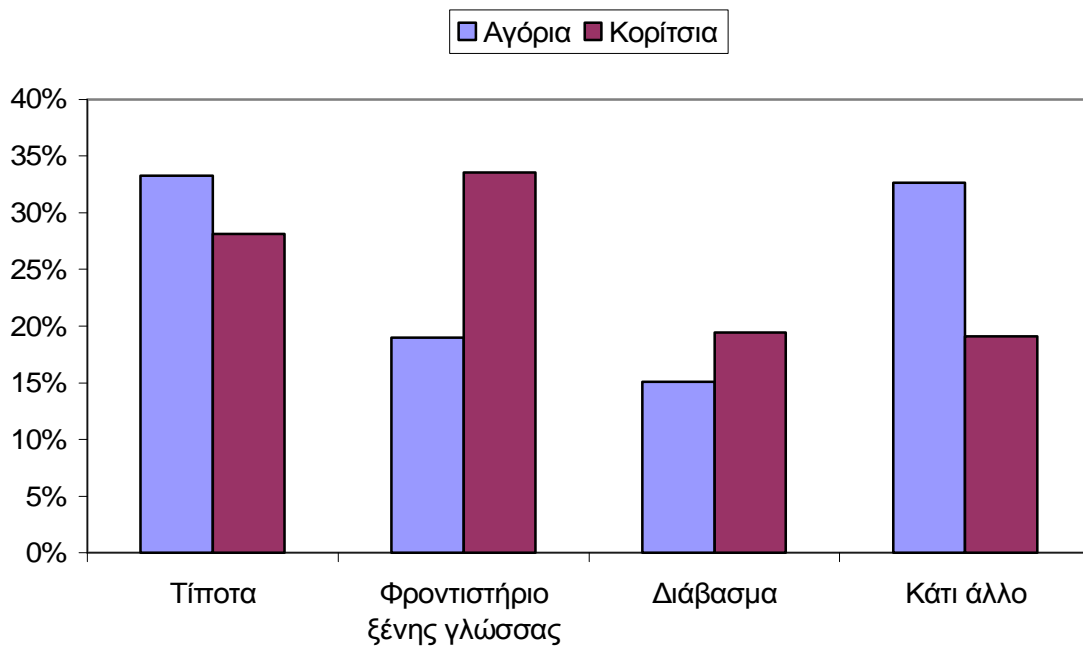


Πίνακας 80: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τι άλλο (εκτός των αθλημάτων) ασχολούνται εβδομαδιαίως και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Με τι άλλο (εκτός των αθλημάτων) ασχολούνται εβδομαδιαίως	Τίποτα	93 33,3%	78 28,1%	171 30,7%
	Φροντιστήριο ξένης γλώσσας	53 19,0%	93 33,5%	146 26,2%
	Διάβασμα	42 15,1%	54 19,4%	96 17,2%
	Κάτι άλλο	91 32,6%	53 19,1%	144 25,9%
Σύνολο	279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%	

Τα κορίτσια περισσότερο από τα αγόρια έχουν και άλλες ενασχολήσεις την εβδομάδα.
($\chi^2 = 23.8$ B.E.= 3 $p = 0.000$)

Σχήμα 80: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τι άλλο (εκτός των αθλημάτων) ασχολούνται εβδομαδιαίως και το φύλο

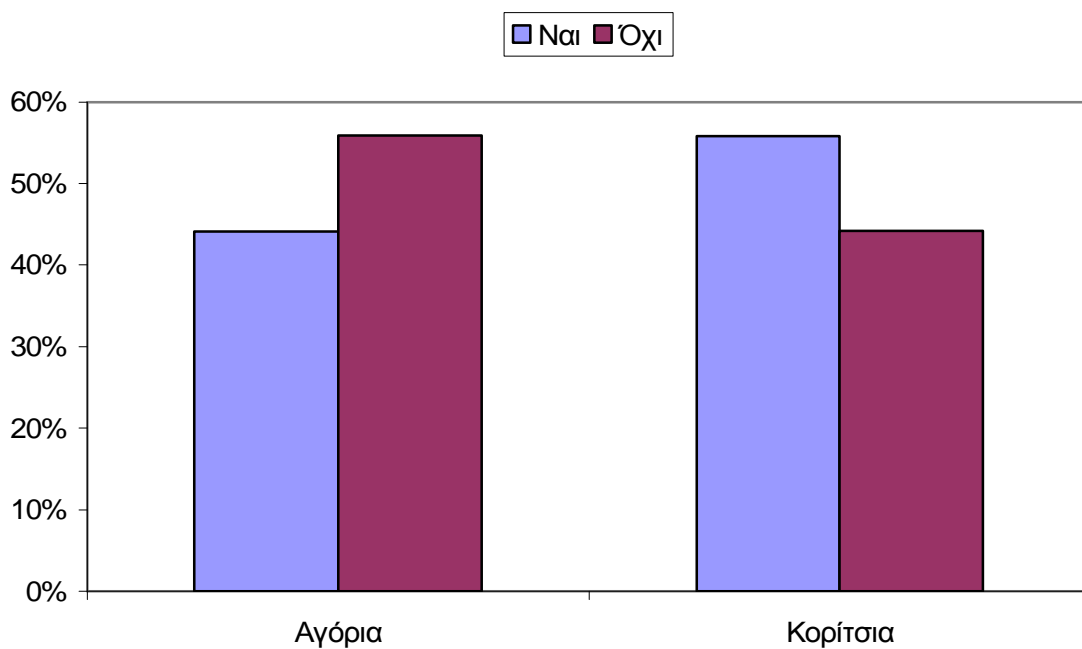


Πίνακας 81: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν συνήθως τρέχουν στο σχολείο (σαν άθλημα) και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Συνήθως τρέχουν στο σχολείο (σαν άθλημα)	Ναι	123 44,1%	155 55,8%	278 49,9%
	Όχι	156 55,9%	123 44,2%	279 50,1%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Τα κορίτσια φαίνεται ότι ασχολούνται περισσότερο με το τρέξιμο στο σχολείο σε σχέση με τα αγόρια.
($\chi^2 = 7.58$ B.E.=1 $p = 0.006$)

Σχήμα 81: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν συνήθως τρέχουν στο σχολείο (σαν άθλημα) και το φύλο

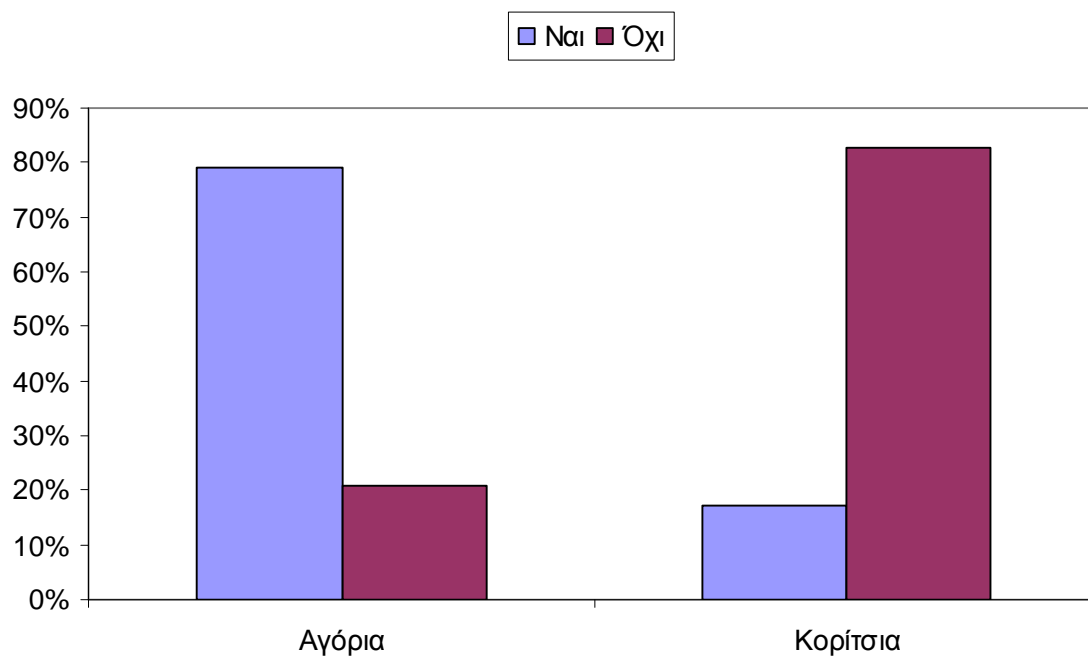


Πίνακας 82: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν συνήθως παίζουν ποδόσφαιρο στο σχολείο και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Συνήθως παίζουν ποδόσφαιρο στο σχολείο	Ναι	221 79,2%	48 17,3%	269 48,3%
	Όχι	58 20,8%	230 82,7%	288 51,7%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Τα αγόρια σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τα κορίτσια ασχολούνται με το ποδόσφαιρο στο σχολείο.
 $(\chi^2 = 213.9 \quad B.E.=1 \quad p=0.000)$

Σχήμα 82: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν συνήθως παίζουν ποδόσφαιρο στο σχολείο και το φύλο

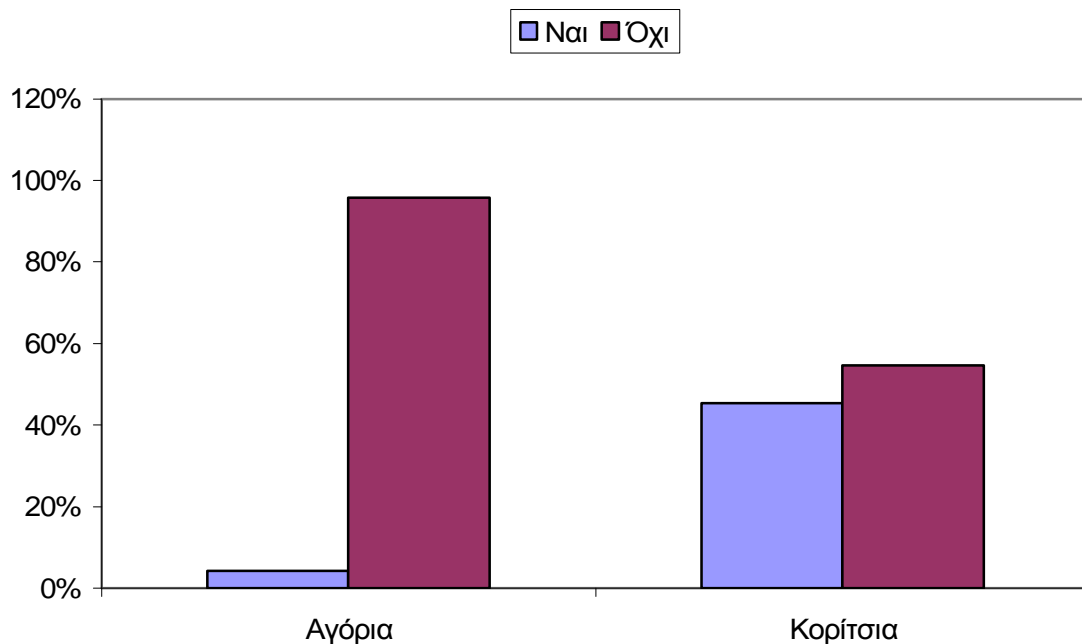


Πίνακας 83: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με εάν συνήθως παίζουν βόλεϊ στο σχολείο και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Συνήθως παίζουν βόλεϊ στο σχολείο	Ναι	12 4,3%	126 45,3%	138 24,8%
	Όχι	267 95,7%	152 54,7%	419 75,2%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Τα κορίτσια παίζουν περισσότερο βόλεϊ από ότι τα αγόρια.
($\chi^2 = 125.73$ B.E.=1 $p=0.000$)

Σχήμα 83: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με εάν συνήθως παίζουν βόλεϊ στο σχολείο και το φύλο

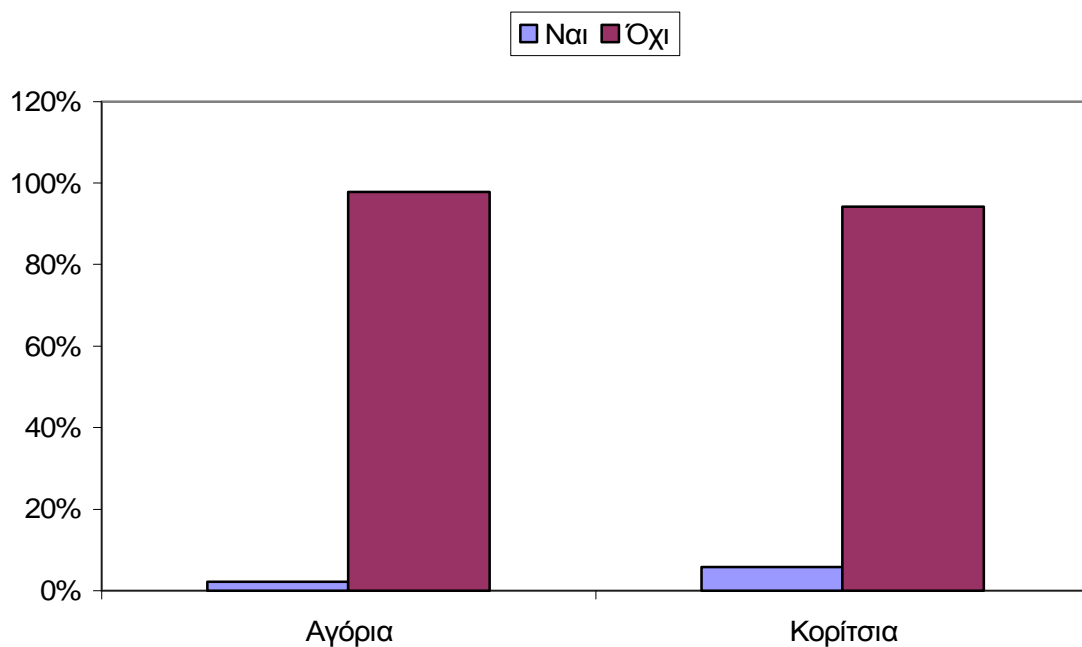


Πίνακας 84: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν συνήθως παίζουν κάτι άλλο στο σχολείο και το φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Αγόρια	Κορίτσια	
Συνήθως παίζουν κάτι άλλο στο σχολείο	Ναι	6 2,2%	16 5,8%	22 3,9%
	Όχι	273 97,8%	262 94,2%	535 96,1%
Σύνολο		279 100,0%	278 100,0%	557 100,0%

Τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια έχουν και εναλλακτικούς τρόπους παιχνιδιού στο σχολείο.
($\chi^2 = 4.77$ B.E.=1 $p=0.029$)

Σχήμα 84: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν συνήθως παίζουν κάτι άλλο στο σχολείο και το φύλο



15.4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το δείγμα μας αποτελείται από 557 παιδιά (κορίτσια 278 και αγόρια 179) από τα Δημοτικά σχολεία της Πόλεως των Πατρών. Η ηλικία των παιδιών είναι από 10 έως 12 ετών. Η πλειοψηφία, αφορά παιδιά ηλικίας 11 ετών.

Το βάρος των παιδιών του δείγματος στην πλειοψηφία του ζυγίζει 40-50 κιλά.

Το μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών έχουν ύψος λιγότερο από 1,45 ενώ 1 στα 4 παιδιά, έχει πάνω από 1,53 μέτρα.

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) με βάση τα σωματομετρικά του χαρακτηριστικά το (60,9%) των παιδιών έχει κανονικό βάρος. Το 31,1% των παιδιών του δείγματος (1 στα 3) είναι υπέρβαρο. Ενώ, παχύσαρκο το 8,1% του δείγματος.

Όσο αφορά την περιφέρεια της μέσης το 72% έχει περιφέρεια μέσης 66-80 cm. Το ένα στα τρία παιδιά έχει περιφέρεια μέσης πάνω από 81cm. Το 17,6% των αγοριών και το 22,7% των κοριτσιών έχουν περιφέρεια κάτω από 65cm. Το 49,5% των αγοριών και το 54,3% των κοριτσιών έχει 66-80cm. Το 33% των αγοριών και το 23% των κοριτσιών έχει πάνω από 81%cm. Η πλειοψηφία των παιδιών έχει περιφέρεια γοφών από 91 έως 104cm.

Το 99,1% των παιδιών έχει τύπο σώματος αχλάδι (αυτή του τύπου η παχυσαρκία αντιμετωπίζεται πιο δύσκολα) ενώ, το 1% έχει τύπο σώματος μήλου που είναι ένδειξη παρουσίας σπλαχνικού λίπους. Και, αυτή ευθύνεται για προβλήματα βάρους στην ενήλικη ζωή του παιδιού.

Το 39,3% των παιδιών παίρνει τρία γεύματα την ημέρα, το 24,2% δύο γεύματα, το 21% τέσσερα, το 7,9% ένα γεύμα και το 7,5% πέντε γεύματα.

Από αυτά καθημερινά τρώνε πρωινό το 63,6% ενώ, το 13,8% δεν τρώει ποτέ. Το 55,7% τρώει καθημερινά δεκατιανό δηλαδή, ένα στα δύο παιδιά και το ποσοστό 9,2% δεν τρώει ποτέ. Όσον αναφορά, το μεσημεριανό το 94% τρώει καθημερινά και μόνο το 0,9 δεν τρώει ποτέ. Παρατηρείται μια διαφοροποίηση των απαντήσεων ανάμεσα στα δύο φύλα που παίρνουν μερικές φορές μεσημεριανό, όπου 7,2% τα αγόρια και 3,6% τα κορίτσια.

Ένα στα πέντε παιδιά τρώνε καθημερινά απογευματινό, ενώ, ένα στα τρία ποτέ. Παρατηρείται, ότι τα αγόρια το 38% δεν τρώνε απογευματινό σε σχέση με τα κορίτσια 28,1%. Ενώ, βραδινό γεύμα καθημερινά τρώει το 65% και το 7,9 δεν τρώει καθόλου.

Παρατηρήθηκε ότι, η πλειοψηφία το 55% των παιδιών παίρνουν για πρωινό μόνο γάλα (όπου, μόνο αυτό δεν καλύπτει τις

ανάγκες του οργανισμού, γιατί το πρωινό για να είναι σωστό και θρεπτικό πρέπει να είναι πλήρες γεύμα). (Αναλύεται στο θεωρητικό μέρος.

Όσο αφορά τις προτιμήσεις των παιδιών για το δεκατιανό: Πατάτες τσιπς παίρνει το 13,6% ενώ, το 86,4% όχι. Γαριδάκια το 7,9%, τα αγόρια απαντούν θετικά με μεγαλύτερο ποσοστό 11,5% σε σχέση με τα κορίτσια με ποσοστό 4,3%. Κρουασάν τρώει 25,1% και εδώ παρατηρείται να τρώει το μεγαλύτερο ποσοστό τα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια, 30,1% και 20,1% αντίστοιχα. Μπισκότα τρώνε ένα στα δέκα παιδιά. Έτοιμες τυρόπιτες το 24,4% του δείγματος. Αναψυκτικά και χυμούς το 28,2% του δείγματος. Παγωτό το 2,5%, γλυκά το 2,5%, γιαούρτι το 0,9%, σάντουιτς με τυρί και ζαμπόν το 28,4%. Επίσης, ένα σημαντικό ποσοστό τρώει σοκολάτα 12,2%. Τέλος, τρώνε κάτι άλλο ένα στα πέντε παιδιά, με μεγαλύτερο ποσοστό, των κοριτσιών.

Στην ερώτηση που τρώνε συνήθως το μεσημέρι παρατηρήθηκε ότι, ενώ η πλειοψηφία τρώει στο σπίτι υπάρχει και ένα ποσοστό 2,2% που τρώνε σε fast-food και 1,4% σε εστιατόριο.

Κατόπιν, στην ερώτηση πόσο συχνά καταναλώνουν τις πιο σημαντικές κατηγορίες τροφίμων το μεσημέρι, οι απαντήσεις ποίκιλαν αλλά, η πλειοψηφία απάντησε ότι κρέας μοσχάρι ή χοιρινό, κοτόπουλο ψάρι, όσπρια, ζυμαρικά καταναλώνουν μια έως δύο φορές την εβδομάδα. Στα ζυμαρικά παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα κατανάλωσης καθημερινά ή πάνω από τρεις φορές την εβδομάδα στα αγόρια. Κρέας, κατσίκι ή αρνί και μπιφτέκι σπάνια. Πατάτες τηγανίτες πάνω από φορές την εβδομάδα. Λαχανικά και ψωμί άσπρο καθημερινά. Ψωμί άσπρο τρώνε πιο συχνά, τα αγόρια από ότι τα κορίτσια σε καθημερινή βάση. Επίσης, μικρό ποσοστό παιδιών καταναλώνει ψωμί ολικής αλέσεως.

Στην ερώτηση που αφορούσε το πόσο συχνά τρώνε γλυκά η πλειοψηφία το 44,5% απάντησε ότι τρώει καθημερινά, ενώ μόνο το 2,5% δεν τρώει καθόλου.

Σχετικά με το πόσες ώρες την ημέρα βλέπουν τηλεόραση, υπήρχε ποικιλία απαντήσεων από 1-10 ώρες, με την πλειοψηφία των παιδιών να βλέπει 2-3 ώρες τηλεόραση την ημέρα. Βρέθηκε ότι τα αγόρια βλέπουν περισσότερες ώρες τηλεόραση σε σχέση με τα κορίτσια.

Το 61% του δείγματος έχει κάποιο χόμπι και ασχολείται με ποσοστό 31,1% πάνω από 3 φορές την εβδομάδα. Ενώ, το υπόλοιπο 38,4% απάντησε ότι δεν ασχολείται με κάποιο χόμπι. Τα παιδιά που δεν έχουν χόμπι και όσα έχουν, αλλά απασχολούνται μια, δυο φορές την εβδομάδα οι λόγοι στην πλειοψηφία τους είναι

ότι έχουν φροντιστήριο ξένη γλώσσας και κάποια άλλη υποχρέωση.

Σχετικά με τα αθλήματα κατά την διάρκεια της γυμναστικής στο σχολείο: Με το τρέξιμο θετικά απαντά ότι ασχολείται το μισό δείγμα της έρευνας. Με τα κορίτσια να ασχολούνται περισσότερο από τα αγόρια. Με ποδόσφαιρο ένας στους δύο μαθητές, με συντριπτικό ποσοστό αυτών των αγοριών. Με μπάσκετ ένας στους τρεις, βόλεϊ ένας στους τέσσερις με συντριπτικό ποσοστό των κοριτσιών έναντι των αγοριών. Ακόμη, τα κορίτσια παίζουν και κάτι άλλο στο σχολείο σε σχέση με τα αγόρια.

15.5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Για την καλύτερη αγωγή της παιδικής παχυσαρκίας έχουμε να προτείνουμε τα εξής:

- Εκπαίδευση και ενημέρωση των Κοινωνικών Λειτουργών για την διατροφή, την παιδική παχυσαρκία για θέματα αγωγής υγείας, σχετικά με την παχυσαρκία.
- Ανάληψη ενεργά παρεμβατικού ρόλου από τον Κοινωνικό Λειτουργό, για να αντιμετωπίσει την ψυχολογική κρίση που βρίσκεται το παχύσαρκο παιδί. Όταν βιώνει απομόνωση ή το «κοροΐδεμα» από τα άλλα άτομα γύρω του.
- Διοργάνωση σεμιναρίων με θέμα την παιδική παχυσαρκία, τον τρόπο που βιώνουν τα παιδιά την παχυσαρκία, ποια είναι τα συναισθήματα που διαπερνούν την σκέψη τους κ.α.. προγραμματισμός συνεδρίων με επιστημονικές ανακοινώσεις και συμπεράσματα.
- Με στόχο την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, των παχύσαρκων παιδιών που είναι αποτέλεσμα της παχυσαρκίας συνιστώνται τα παρακάτω: πληροφόρηση σε σχέση με παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, δημιουργία τμημάτων για παχύσαρκα παιδιά στα κέντρα υγείας και στα νοσοκομεία.
- Εισαγωγή ειδικού μαθήματος για την διατροφή και για την παιδική παχυσαρκία σε όλες τις σχολές των επαγγελματιών υγείας. Στόχος του μαθήματος αυτού θα είναι η αύξηση γνώσεων και κατανόησης για το θέμα αυτό καθώς και για τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.
- Πλήρης ενημέρωση των γονέων και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου για το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας, καθώς και για την διατροφή (όπως, το πόσο σημαντικό θεωρείται το πλήρες γεύμα πρωινού).
- Δημιουργία περισσότερων προγραμμάτων Αγωγής Υγείας της Διατροφής και της Παχυσαρκίας, με στόχο την ενημέρωση των παιδιών.
- Το κράτος να δώσει περισσότερες επιχορηγήσεις για προγράμματα και σεμινάρια που αφορούν την παιδική παχυσαρκία.
- Το κράτος να δημιουργήσει περισσότερους χώρους όπως, πλατείες, γήπεδα, πάρκα, κολυμβητήρια κ.α. όπου

θα δίνεται στα παιδιά, η ευκαιρία για περισσότερη άθληση.

- Κάθε Δήμος πρέπει να διοργανώνει σεμινάρια που θα αποσκοπούν στην ενημέρωση.
- Να δημιουργηθούν Κέντρα Στήριξης. Όπου θα πηγαίνουν τα παχύσαρκα παιδιά και θα συζητούν με ειδικούς (ψυχολόγους, κοινωνικούς Λειτουργούς και άλλους) για τα προβλήματα που προκύπτουν, σε οποιοδήποτε τομέα.
- Περισσότεροι κρατικοί έλεγχοι στα εστιατόρια και στα fast-food τόσο για την ποιότητα όσο και για την θρεπτική αξία των τροφών.
- Οι γονείς θα πρέπει να περιορίσουν την κατανάλωση τόσο των ίδιων όσο και των παιδιών τους, ώστε, να καταναλώνουν λιγότερα φαγητά από fast-food.
- Το κράτος να μεριμνήσει, ώστε το ωράριο των εργαζόμενων μητέρων είτε να μειωθεί, είτε να προσαρμοστεί. Όστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις απέναντι στα παιδιά τους, όπως: να μαγειρεύουν σπιτικά φαγητά, πιο υγιεινά, πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και με χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά.
- Περισσότεροι έλεγχοι στα σχολικά κυλικεία, για το αν αυτά προσφέρουν στα παιδιά τις τροφές που έχουν καθοριστεί από την νομοθεσία και επιβολή προστίμων σε αυτά για την τήρηση της νομοθεσίας.
- Οι γονείς δεν θα πρέπει να επιτρέπουν στα παιδιά τους να καταναλώνουν γλυκά σε καθημερινή βάση, αφού τους εξηγήσουν πρώτα το λόγο. Και, να φτιάχνουν όλες τις κατηγορίες τροφών.
- Θα πρέπει οι γονείς να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στο να ασχοληθούν με τα παιδιά τους. Όπως: παίζοντας μαζί κάποια αθλήματα, αντί να βλέπουν μαζί τηλεόραση ή να μην επιτρέπουν στα παιδιά να βλέπουν για το λόγο ότι η τηλεόραση οδηγεί στην εκδήλωση της παιδικής παχυσαρκίας.
- Απαγόρευση των διαφημίσεων πριν από τις 9 η ώρα. Και, παράλληλα να καθιερωθεί ειδική σήμανση σε προϊόντα με υψηλή περιεκτικότητα σε αλάτι, ζάχαρη και λιπαρά.
- Παροχή από τους γονείς ενός πλήρους γεύματος πρωινού προς τα παιδιά τους και συμμετοχή τους σε αυτό. Όστε, να καταλάβουν αυτά την σπουδαιότητα του.

ПАРАРТНМА

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α΄ ΒΙΒΛΙΑ

1. Αποστολόπουλος Α. , " Πληθυσμιακή Υγιεινή2", Πάτρα 2003.
2. Αυγούστης Ι. Ν. , "Παχυσαρκία και διατροφή", Εκδόσεις Αθήνα, 1988.
3. Βαρσαμής Ε. "Η θεραπεία της υπέρτασης", Εκδόσεις Μαρία ΓΡ. Παριστανού, Αθήνα 1996.
4. Κατσιλάμπρος Ν.Λ. , Τσίγκος Κ., "Παχυσαρκία. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας επιδημίας", Εκδόσεις Βήτα, 2003.
5. Κατσουγιαννόπουλος Χ. Β., "Υγιεινή και κοινωνική ιατρική", Εκδόσεις Αδελφών Κυριακίδη Α.Ε., Θεσσαλονίκη 2003.
6. Μάνος Ν., "Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997.
7. Μορτόγλου Α., "Παχυσαρκία. Ένας πρακτικός ενημερωτικός και θεραπευτικός οδηγός για όλους", Εκδόσεις Advance Publishing, Αθήνα 1996.
8. Μπαζαίος Κ., "Οι τροφές που χαρίζουν υγεία", Εκδόσεις Nutricare Α.Ε., 1981.
9. Μπέρκιτ Ν., " Οι φυτικές ίνες", Εκδόσεις Α. Ψυχογιός. 1983.
10. Παλλίδης Σ., "Το φυσιολογικό παιδί", Εκδόσεις Αϊβαζής – Ζουμπούλης, Θεσσαλονίκη 1987.
11. Πιπεράκης Σ. Μ., "Τροφή, Διατροφή, Ανατροφή", Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα 2002.
12. Σαχίνη – Καρδάση Α., "Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας", Εκδόσεις Βήτα, 2004.

13. Abraham Suzanne and Liewellyn Devek – Jones, "Η αλήθεια για τις διαταραχές της διατροφής", Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα 1990.
14. Arfeldorfer Gerard, "Ανορεξία, Βουλιμία, Παχυσαρκία", Εκδόσεις Π. Τραυλός – Ε. Κωσταράκη, 1997.
15. Cohen Louis, Manion Lawrence, "Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας", Εκδόσεις Χατζηνικολή, Αθήνα 1990.
16. Courtney Moore Mary, "Διαιτολογία ", Εκδόσεις Βήτα, 1997.
17. Decourt Jaques – Michel Perin, "Η παχυσαρκία", Εκδόσεις I.N.Ζαχαρόπουλος, Αθήνα 1963.
18. Fairbum Christopher, "Βουλιμία. Ξανακερδίστε τον έλεγχο", Εκδόσεις Πατάκη, 1999.
19. Tokmakidis P. Savas, Kasambalis Athanasios, Christodoulos D. Antonios, "Fitness levels of Greek primary school children in relationship to overweight and obesity", Ewr. J. Pediatr. May 2 2006.

Β΄ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Εκλογή, "Joynal of social work and welfare", Τεύχος 94, Αθήνα 1992.
2. Καριπίδου Μ, «Μήπως το παιδί μου έχει παραπάνω βάρος από το κανονικό», Περιοδικό Επιθυμίες, Τεύχος 16, Χειμώνας 2005-2006.
3. Κούτσικας Κ., «Η σημασία του πρωινού για τα παιδιά», Περιοδικό Στους ρυθμούς της καρδιάς , Τόμος 14, Τεύχος 164, Δεκέμβριος 2005.
4. Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, «Παχυσαρκία vs Υγεία», Περιοδικό Διατροφή, Healthy+wellness, Τεύχος 7, Φεβρουάριος, Μάρτιος, Απρίλιος, 2006.

5. Ρήγος Η., «Τα παιδιά μας παίζουν με το φαγητό», "Περιοδικό Διατροφή, Health + wellness," τεύχος 8, Μάιος, Ιούνιος, Ιούλιος 2006.

6. Σπανός Β., «Παχύσαρκα παιδιά σήμερα, καρδιοπαθείς αύριο», Περιοδικό Στους ρυθμούς της καρδιάς, Τόμος 14, Τεύχος 159, Ιούλιος 2005.

Γ΄ ΑΡΘΡΑ

1. Δετοράκης Ι. , "Παχυσαρκία και οι συνέπειες της",2005.

2. Δήμος Πατρέων. Κοινωνικός Τομέας, Γραφείο Ενημέρωσης Καταναλωτή. «Σχολικά γεύματα», Μάιος 2006.

Δ΄ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

1. [Http://web4health.info/elanswers/ed-neg-thought.htm](http://web4health.info/elanswers/ed-neg-thought.htm).

2. [Http://www.asxetos.gr/articleprint.aspx?i=454](http://www.asxetos.gr/articleprint.aspx?i=454).

3. [Http://www.diabetes-in-greece.gr/view.asp?lp=1155](http://www.diabetes-in-greece.gr/view.asp?lp=1155).

4. [Http://www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc_id=s](http://www.ephebiatrics.gr/GR/experts.asp?doc_id=s).

5. [Http://www.Fa3.gr/artura/5_paxysarkia.Htm](http://www.Fa3.gr/artura/5_paxysarkia.Htm).

6. [Http://www.gomedica.org/obesity_child.htm](http://www.gomedica.org/obesity_child.htm).

7. [Http://www.haso.gr/KATEGORY/kategory.htm1](http://www.haso.gr/KATEGORY/kategory.htm1).

8. [Http://www.iad.gr/ver2/site/content.php?sel=338artid=61](http://www.iad.gr/ver2/site/content.php?sel=338artid=61).

9. [Http://www.iad.gr/ver2/site/content.php?sel=338artid=62](http://www.iad.gr/ver2/site/content.php?sel=338artid=62).

10. [Http://www.iator.gr/pQpalazarou/paidiki%2520paxisarkia.htoo](http://www.iator.gr/pQpalazarou/paidiki%2520paxisarkia.htoo).

11. [Http://www.iatronet.gr/article.asp?artid=608](http://www.iatronet.gr/article.asp?artid=608).

12. [Http://www.infogate.gr/php/modules.php?name=Nevs&file=article&sid=42](http://www.infogate.gr/php/modules.php?name=Nevs&file=article&sid=42).
13. [Http://www.isk.gr/gr/content/view/40/35/](http://www.isk.gr/gr/content/view/40/35/).
14. [Http://www.medicum.gr/news/index.cfm?pageID=38areaID=368naID=188newscate](http://www.medicum.gr/news/index.cfm?pageID=38areaID=368naID=188newscate).
15. [Http://www.mednytrition.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=243&Itemid=...](http://www.mednytrition.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=243&Itemid=...)
16. [Http://www.mednutrition.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=243&Itemid=...](http://www.mednutrition.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=243&Itemid=...)
17. [Http://www.mednutrition.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=224&Itemid=...](http://www.mednutrition.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=224&Itemid=...)
18. [Http://www.mednutrition.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=258&Itemid=...](http://www.mednutrition.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=258&Itemid=...)
19. [Http://www.mednutrition.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=41&Itemid=...](http://www.mednutrition.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=41&Itemid=...)
20. [Http://www.myworld.gr/browse/16103](http://www.myworld.gr/browse/16103).
21. [Http://www.neo.gr/website/ergrasiamathiti/26.htm](http://www.neo.gr/website/ergrasiamathiti/26.htm).
22. [Http://www.nutr.teithe.gr/~tridim/clinicaldiet/procedure.htm](http://www.nutr.teithe.gr/~tridim/clinicaldiet/procedure.htm).
23. [Http://www.paxysarkia.gr/08.asp](http://www.paxysarkia.gr/08.asp).
24. [Http://www.paxysarkia.gr/04.asp](http://www.paxysarkia.gr/04.asp).
25. [Http://www.politis_news.com/cgi-bin/hweb?-A=16987&-v=fake11oi7-w=](http://www.politis_news.com/cgi-bin/hweb?-A=16987&-v=fake11oi7-w=)
26. [Http://www.startpoint.gr/page.aspx?ID=792](http://www.startpoint.gr/page.aspx?ID=792).
27. [Http://www.stress.gr/disorders/weight2.htm1](http://www.stress.gr/disorders/weight2.htm1).
28. [Http://www.stress.gr/disorders/weight1.htm1](http://www.stress.gr/disorders/weight1.htm1).
29. [Http://www.users.thess.sch.gr/thomale-hos/piramida.htm](http://www.users.thess.sch.gr/thomale-hos/piramida.htm).

