

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία:

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ
ΗΛΙΚΙΑ

Σπουδαστές:

Κελεγκουρίδης Γεώργιος του Αναστασίου

Λάμπρου Μαρίνα του Δημητρίου

Τσούτση Αικατερίνη του Διονυσίου

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Κλωνή Παναγιώτα

Πάτρα, Μάιος 2014

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η διατροφή είναι απαραίτητη για τη ζωή του ανθρώπου καθώς είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη και σωστή λειτουργία των οργάνων. Από τη βρεφική κιόλας ηλικία μπαίνουν τα θεμέλια για την υγεία του ανθρώπου και για αυτό η σωστή διατροφή πρέπει να αποτελεί βασική φροντίδα των γονέων. Για να αναπτυχθούν όσο περισσότερο γίνεται, είναι σημαντικό να παρέχονται στα παιδιά διατροφικά πλήρεις δίαιτες. Οι συνήθειες διατροφής και σωματικής δραστηριότητας κατά την παιδική ηλικία κι εφηβεία μπορούν να διαμορφώσουν τη διαφορά μεταξύ υγείας και κινδύνου για ασθένειες στα επόμενα χρόνια. Η υγιεινή και ισορροπημένη διατροφική εκπαίδευση που ξεκινά από το οικογενειακό περιβάλλον, συνεχίζεται στο σχολικό περιβάλλον και ολοκληρώνεται στο κοινωνικό περιβάλλον θεωρείται απαραίτητη για τη διασφάλιση της υγείας και την πρόληψη της παχυσαρκίας με όλες τις συνεπακόλουθες συνέπειές της στην ενήλικη ζωή. (Τσιλιγκιρόγλου- Φαχαντίδου, 1993)

Παρόλα αυτά, η σημερινή κοινωνία με τις αυξημένες απαιτήσεις στον τομέα της εργασίας και όχι μόνο, ενισχύει την καθιστική ζωή, την τηλεθέαση και την αλλαγή στον τρόπο διατροφής. Συνέπεια αυτού του φαινομένου είναι η σταδιακή απομάκρυνση των ανθρώπων και κυρίως της νεότερης γενιάς από τα σωστά διατροφικά πρότυπα, κάνοντας έτσι δύσκολη την όλη διαδικασία της πρόληψης. Εύκολα καταλαβαίνει λοιπόν κανείς ότι η διατροφή στα πρώτα στάδια της ζωής ενός ανθρώπου (νηπιακή, παιδική και εφηβική ηλικία), είναι καθοριστική για την διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών του ατόμου (Alleman, 1999). Και μιας και η διατροφή και οι διατροφικές συνήθειες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την υγεία, εύλογο είναι ότι μια λανθασμένη διατροφή στις ευαίσθητες αυτές ηλικίες οδηγεί πολύ εύκολα σε αυξημένο βάρος, ελλείψεις θρεπτικών συστατικών, κακή διάθεση και ψυχολογία, κακή σχολική απόδοση κ.α. Συνεπώς μια σωστή διατροφή είναι σημαντική για την εξέλιξη ενός υγιούς παιδιού σε έναν υγιή ενήλικα, ενώ αντίστοιχα ένα παχύσαρκο παιδί ή έφηβος, έχει πολύ μεγάλες πιθανότητες να εξελιχθεί σε έναν παχύσαρκο και άρρωστο ενήλικα με πολλά σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα.

Περιεχόμενα

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	9
1.1 Θρεπτικές ουσίες	9
1.2 Διατροφικές ανάγκες στα διαφορετικά στάδια της ζωής	9
1.3. Συνήθη διαιτητικά σφάλματα.....	15
1.4 Διαταραχές λήψης τροφής σε παιδιά και εφήβους	15
1.4.1 Νευρογενής Ανορεξία.....	16
1.4.2 Νευρογενής Βουλιμία.....	16
1.4.3 Διαταραχή Επεισοδίων Υπερφαγίας/Αδηφαγίας.....	17
1.4.4 Άλλες διαταραχές πρόσληψης τροφής.....	18
1.5 Τρόποι με τους οποίους οι γονείς μπορούν να αναγνωρίσουν την προβληματική διαιτητική συμπεριφοράς.	20
1.6 Αίτια διατροφικών διαταραχών	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	24
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	24
2.1 Ορισμός Παχυσαρκίας.....	24
2.2 Παιδική Ηλικία	24
2.3 Παιδική παχυσαρκία.....	25
2.3.1 Εργαλεία μέτρησης παιδικής παχυσαρκίας	27
2.3.2 Διαστάσεις του φαινομένου	27
2.3.3 Ταξινομήσεις της παχυσαρκίας	29
2.4. Παράγοντες εμφάνισης της παχυσαρκίας.....	32
2.4.1. Ψυχολογικοί παράγοντες.	33
2.4.2. Περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες.....	37
2.4.3. Πολιτισμικοί και οικονομικοί παράγοντες.	40
2.4.4. Βιολογικοί γενετικοί και περιγενετικοί παράγοντες.....	42
2.4.5. Η παχυσαρκία συγκεκριμένα στην παιδική και εφηβική ηλικία.....	45
2.5. Συνέπειες της παχυσαρκίας.....	49
2.5.1. Ιατρικές Συνέπειες	49
2.5.2. Κοινωνικές συνέπειες	56
2.6. Ψυχολογικές επιπλοκές	59

2.7. Άλλες διαταραχές	63
2.7.1. Μεταβολικό σύνδρομο	63
2.8. Κοινωνικός αποκλεισμός και παχυσαρκία	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο	66
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ	66
3.1. Ορισμός της κοινωνικής εργασίας.....	66
3.2. Ενέργειες του κοινωνικού λειτουργού για την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας.....	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	69
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	69
4.1. Είδος της έρευνας.....	69
4.2. Πρωτοτυπία της έρευνας.....	70
4.3. Χρησιμότητα	70
4.4. Σκοποί και στόχοι της έρευνας	71
4.5. Ερευνητικά ερωτήματα	71
4.6. Ερωτηματολόγιο	72
4.6.1. Πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου.....	74
4.6.2. Μειονεκτήματα του ερωτηματολογίου.....	75
4.6.3. Είδη ερωτήσεων και κλίμακες	75
4.7. Πληθυσμός και Δείγμα	76
4.7.1. Γενίκευση του δείγματος.....	78
4.7.2. Μεταβλητές	78
4.8. Είδος δειγματοληψίας.....	78
4.9. Δεοντολογία.....	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	81
ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	81
5.1 Μεθοδολογία.....	81
5.2 Ανάλυση αποτελεσμάτων.....	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	116
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	116
6.1 Η χρήση του συμπεριφορισμού στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.....	116
6.2 Προγράμματα αντιμετώπισης της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία	119
6.3 Γενικές Προτάσεις.....	123
6.4. Φεμινιστική κοινωνική εργασία και Παχυσαρκία	123
6.5. Εκπαιδευτική άσκηση: Το μπαλόνι.....	124
6.6. Εκπαιδευτική άσκηση: Βιντεοπαιχνίδι	124

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	126
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	133
19. Τα παχύσαρκα παιδιά δείχνουν λιγότερη προσοχή και ενδιαφέρον στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής?	136

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία ασχολείται με τις επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία. Το πρίσμα κάτω από το οποίο γίνεται η έρευνα είναι αυτό της κοινωνικής εργασίας. Πώς όμως αυτή η επιστήμη υγείας και πρόνοιας μπορεί να συνεισφέρει στο πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας;

Στο πρώτο κεφάλαιο παρέχεται βιβλιογραφική ανασκόπηση των παραγόντων που οδηγούν είτε τα παιδιά, είτε τους ενήλικες στην παχυσαρκία. Μπορεί αυτοί να είναι γενετικοί, περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί ή ψυχολογικοί. Γίνεται απόπειρα συγκέντρωσης των διαταραχών που σχετίζονται με την πρόσληψη της τροφής.

Η παιδική ηλικία είναι μια ιδιαίτερα σημαντική περίοδος για την ανάπτυξη σωστών διατροφικών συνθηκών που επηρεάζουν την καλή υγεία του ατόμου στην μετέπειτα ζωή του. Είναι επίσης υψίστης σημασίας εποχή για την ορθή κοινωνική και ψυχολογική ανάπτυξη του. Οι κακές διατροφικές συνήθειες προκαλούν προβλήματα υγείας, κοινωνικά και ψυχολογικά τόσο στην παιδική ηλικία όσο και στην μετέπειτα ζωή.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας σε δασκάλους πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τον εντοπισμό του φαινομένου της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία. Γίνεται προσπάθεια εύρεσης των συνεπειών αυτής. Τέλος, αφιερώνονται κάποιες ερωτήσεις στην εξακρίβωση των μέσων πρόληψης που παρέχει το σχολείο ως χώρος παιδείας στο θέμα της παχυσαρκίας.

Αμέσως μετά περιλαμβάνονται τα ευρήματα της έρευνας, τα οποία αναλύθηκαν μέσω του προγράμματος του SPSS. Γενικότερα, υπήρχε μια ταύτιση των ευρημάτων με τις βιβλιογραφικές συνέπειες της παχυσαρκίας.

Τέλος, παρέχονται προτάσεις και προγράμματα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του προβλήματος, που είτε μπορούν να χρησιμοποιηθούν αυτούσια, είτε μπορούν να παρέχουν ιδέες για αντίστοιχες δράσεις.

Το παράρτημα περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο της έρευνας και την επιστολή που γράφηκε για τον προϊστάμενο της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης Ιωαννίνων για την πρόσβαση των ερευνητών στα σχολεία.

ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

The present diplomatic work deals with the repercussions of obesity in childhood. The research is conducted under the prism of social work. How however this science of health and providence can contribute in the problem of childhood obesity?

In the first chapter is provided bibliographic examination of factors that lead children and adults to obesity. They can be genetic, environmental, social or psychological. There is an attempt to concentrate the disturbances that are related with food. Finally, obesity is categorized according to the discoveries of bibliography.

Childhood is a particularly important period for the growth of right alimentary habits that influence a person's good health later in life. It is also a period of grave importance for his equitable social and psychological growth. The bad alimentary habits cause not only health problems, but also social and psychological problems in childhood and later in life.

In the next chapter we analyze the methodology of research in schoolteachers of first degree education to localize the phenomenon of childhood obesity. There is also an effort to find its consequences. Finally, there are some questions dedicated in the verification of means of prevention that the school provides as a space of education in the subject of obesity.

Immediately afterwards are included the discoveries of our research, which were analyzed via the SPSS program. Generally, existed an identification of discoveries with the bibliographic consequences of obesity.

Finally, there are some proposals and programs for the prevention and the confrontation of the problem, that can provide ideas for corresponding action.

The annex includes the questionnaire of research and the letter that was written for the head of first degree education of Ioannina so the researchers can have access to the schools.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

1.1 Θρεπτικές ουσίες

Όλοι οι άνθρωποι από την παιδική ηλικία χρειάζονται όλες τις θρεπτικές ουσίες που προσφέρουν οι τροφές ώστε ο οργανισμός τους να λειτουργεί σωστά και να αποφεύγουν τις ασθένειες. Σύμφωνα με την Τσιλιγκιρόγλου- Φαχαντίδου (1993), οι θρεπτικές ουσίες που περιέχουν οι τροφές είναι οι εξής:

- § Υδατάνθρακες (ψωμί, ζυμαρικά, φρούτα και λοιπά)

- § Λευκώματα ή πρωτεΐνες (κρέας, ψάρι, τυρί, όσπρια)

- § Λίπη (λάδι, βούτυρο, ξηροί καρποί)

- § Βιταμίνες

- § Νερό

1.2 Διατροφικές ανάγκες στα διαφορετικά στάδια της ζωής

Τα διαφορετικά στάδια της ζωής υπαγορεύουν και διαφορετικές διατροφικές ανάγκες. Σύμφωνα με τη Τσιλιγκιρόγλου- Φαχαντίδου (1993) ξεκινώντας από την βρεφική ηλικία η διατροφή του βρέφους έχει τρεις περιόδους:

1. Περίοδος θηλασμού.

Κατά τους πρώτους 12 μήνες της ζωής, ένα μωρό τριπλασιάζει το βάρος του και αυξάνει το μήκος του κατά 50%. (Τσιλιγκιρόγλου- Φαχαντίδου, 1993)

Ο θηλασμός παραμένει ο ιδανικός τρόπος διατροφής για υγιή μωρά. Το ανθρώπινο γάλα αποτελεί τη βέλτιστη διατροφή για την αύξηση και την ανάπτυξη. Οι πρώτοι 4 με 6 μήνες είναι μια περίοδος ταχείας ανάπτυξης,

ειδικά για το μυαλό, και η σύσταση του μητρικού γάλακτος σε αμινοξέα και λιπαρά οξέα είναι ιδανική ώστε να ανταποκριθεί σε αυτές τις ανάγκες. Το μητρικό γάλα περιέχει επίσης αντιβακτηριακούς και αντιμολυσματικούς παράγοντες, όπως οι ανοσοσφαιρίνες, που παίζουν σημαντικό ρόλο στην τόνωση της ανοσολογικής λειτουργίας.(Τσιλιγκιρόγλου- Φαχαντίδου, 1993)

Ο θηλασμός συνιστάται έντονα για φυσιολογικούς, ψυχολογικούς και συναισθηματικούς λόγους. Δεν υπάρχει λόγος να μην συνεχιστεί ο θηλασμός μέχρι και για 2 χρόνια, εφόσον ικανοποιεί διατροφικά τη μητέρα και το παιδί. (Τσιλιγκιρόγλου- Φαχαντίδου, 1993).

Τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού σύμφωνα με τον Θωμαΐδη (1993), συγκεκριμένα είναι τα εξής:

Για το παιδί:

1. Αποφυγή της παχυσαρκίας.
2. Αποφυγή των αλλεργικών εκδηλώσεων.
3. Προστασία από τις λοιμώξεις του πεπτικού και αναπνευστικού συστήματος.
4. Προστασία από την αβιταμίνωση D.
5. Προστασία από τη σιδηροπενική αναιμία.
6. Καλύτερος μεταβολισμός της χοληστερόλης, μελλοντικά.

Για τη μητέρα:

1. Αδυνάτισμα μετά τον τοκετό
2. Μερική αποκατάσταση του τόνου του μαστού
3. Παράταση της αμηνόρροιας
4. Ενίσχυση του ψυχικού δεσμού
5. Αποφυγή έτοιμων σκευασμάτων

2. Μεταβατική περίοδος.

Σύμφωνα με οδηγία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τα βρέφη είναι καλό να θηλάζουν αποκλειστικά κατά τους πρώτους έξι μήνες της ζωής τους. Η οδηγία αυτή είναι γενική και έχει ως στόχο να ενθαρρύνει τον αποκλειστικό και μακροχρόνιο θηλασμό ανά τον κόσμο. Επιπρόσθετα αποθαρρύνει πολύ δημοφιλείς πρακτικές πρόωρης έναρξης στερεών τροφών που μπορούν να βλάψουν τα μωρά και που υπονομεύουν τον θηλασμό. Οι επιστήμονες έχουν αποφανθεί ότι τα μωρά κάτω των τεσσάρων μηνών κινδυνεύουν από προβλήματα υγείας αν τους δοθούν τροφές εκτός του γάλατος. Το πεπτικό τους σύστημα δεν είναι ακόμα ώριμο ώστε να μπορούν να περάσουν σε αυτό το επόμενο αναπτυξιακό επίπεδο. (Παπαβέντσης, 2009)

Κατά τη μεταβατική περίοδο το παιδί αρχίζει να τρώει και στερεές τροφές ενώ ταυτόχρονα θηλάζει. Η εισαγωγή συμπληρωματικών στερεών τροφίμων είναι συνήθως μια σταδιακή διαδικασία που διαρκεί αρκετές εβδομάδες ή μήνες, ξεκινώντας περίπου στους 6 μήνες ζωής. Ο ακριβής χρόνος προσδιορίζεται από το κάθε βρέφος και μητέρα ξεχωριστά και αντανακλά το γεγονός ότι το μητρικό γάλα θα είναι αρκετό σε αυτούς τους πρώτους μήνες αλλά δεν θα επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών καθώς το βρέφος μεγαλώνει. (Τσιλιγκιρόγλου- Φαχαντίδου, 1993)

Τα μωρά διαφέρουν πολύ μεταξύ τους σε αυτό το θέμα και το καλύτερο που έχουμε να κάνουμε είναι να ακούσουμε το μωρό και τα δικά του μηνύματα που μας στέλνει. Κάθε μωρό είναι μοναδικό και, όπως συμβαίνει σε όλους τους τομείς της ανάπτυξης, προοδεύει με διαφορετικούς χρόνους και ρυθμούς. (Παπαβέντσης, 2009)

Η εισαγωγή συμπληρωματικών τροφίμων περίπου στους 6 μήνες είναι απαραίτητη για να εξασφαλίσει τη φυσιολογική ανάπτυξη της μάσησης και της ομιλίας. Η ποιότητα, ο αριθμός και η ποικιλία των στερεών τροφίμων μπορεί αν αυξηθεί σταδιακά και ο ρυθμός γενικά επιβάλλεται από το ίδιο το παιδί.(Παπαβέντσης 2009)

3. Διατροφή τύπου ενήλικα.

Κατά τα επόμενα έτη, το παιδί αρχίζει να διαμορφώνει την προσωπικότητά του και να επιδεικνύει την ανεξαρτησία του κινούμενο ελεύθερα και επιλέγοντας την τροφή του. Παρότι το παιδί ακόμη αναπτύσσεται, ο ρυθμός ανάπτυξης είναι μικρότερος από ότι τους πρώτους 12 μήνες της ζωής. Στο τέλος του τρίτου έτους, αγόρια και κορίτσια θα έχουν φτάσει στο 50% του ενήλικου ύψους τους. (Τσιλιγκιρόγλου- Φαχαντίδου, 1993)

Η παροχή ποικιλίας τροφίμων επιτρέπει στο παιδί να διαλέξει από ένα εύρος τροφίμων με διαφορετικές γεύσεις, υφές και χρώματα ώστε να ικανοποιήσει την όρεξή του. Ο πιο σημαντικός παράγοντας είναι να καλυφθούν οι ενεργειακές ανάγκες με μια ευρεία ποικιλία τροφίμων.

4. Διατροφή του νηπίου:

Μετά τα 4 χρόνια, οι ενεργειακές ανάγκες του παιδιού ανά κιλό σωματικού βάρους μειώνονται, αλλά το πραγματικό ποσό ενέργειας (θερμίδων) που απαιτείται αυξάνεται καθώς το παιδί μεγαλώνει. Από τα 5 έτη μέχρι την εφηβεία είναι μια περίοδος αργής αλλά σταθερής ανάπτυξης (Παπαβέντσης, 2009). Η διατροφή δεν πρέπει να γίνεται εμπειρικά . Θα πρέπει να είναι ισορροπημένη, να περιλαμβάνει δηλαδή όλες τις θρεπτικές ουσίες. Σύμφωνα με την Τσιλιγκιρόγλου- Φαχαντίδου(1993) σε ένα σωστό ημερήσιο γεύμα θα πρέπει να υπάρχουν οι εξής αναλογίες θρεπτικών ουσιών:

1. Λευκώματα ή πρωτεΐνες – 15-20 %
2. Λίπη - 25-30 %
3. Υδατάνθρακες 50-55 %

Σημαντικό επίσης είναι ότι τα παιδιά χρειάζονται πολλά υγρά, ειδικά αν κάνει ζέστη και είναι σωματικά ενεργά. Το νερό είναι προφανώς μια καλή πηγή υγρών και παρέχει υγρά χωρίς θερμίδες.

Οι λειτουργίες του οργανισμού που εξυπηρετούν οι θρεπτικές ουσίες είναι:

1. Η ανάπτυξη και διατήρηση της υγείας του ατόμου σε καλή κατάσταση. (Κυρίως μέσω των πρωτεϊνών : κρέας, αυγό, γάλα)
2. Η προμήθεια ενέργειας για να κινείται το άτομο αλλά και για να διατηρεί τη θερμοκρασία του σώματός του σε φυσιολογικά επίπεδα (Κυρίως μέσω των υδατανθράκων : ψωμί, γλυκά, δημητριακά)
3. Η ρύθμιση και ο συντονισμός του μεταβολισμού (Μέσω των λιπιδίων)

Σύμφωνα με την Τσιλιγκιρόγλου- Φαχαντίδου(1993) είναι σημαντικό τα φαγητά να:

1. Περιέχουν τις απαραίτητες θερμίδες, περίπου 40\kg
2. Περιέχουν τη σωστή αναλογία ημερησίως σε υδατάνθρακες, λίπη, πρωτεΐνες και να έχουν βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και σίδηρο.
3. Είναι εύγευστα, εύπεπτα και εύληπτα.
4. Μην έχουν βλαβερές προσμίξεις (συντηρητικά)
5. Χωρίζονται σε τρία κύρια γεύματα και δύο πρόχειρα

Διατροφή εφήβων:

Η περίοδος της εφηβείας αποτελείται από πολλές αλλαγές τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές. Αυτό επηρεάζει και τις διατροφικές απαιτήσεις των νέων Το ζενίθ της αύξησης παρουσιάζεται γενικά μεταξύ 11 και 15 ετών στα κορίτσια και 13 με 16 στα αγόρια. Οι ανάγκες για θρεπτικά συστατικά μεταξύ των εφήβων διαφέρουν έντονα και η πρόσληψη τροφής μπορεί να ποικίλλει εξαιρετικά μεταξύ των ημερών, τόσο που κάποιοι με ελλειείς ή υπερβολικές προσλήψεις τη μια μέρα, μπορούν εύκολα να αντισταθμίσουν την επομένη. Σε αυτή την περίοδο της ζωής, υπάρχει κίνδυνος

έλλειψης πολλών θρεπτικών συστατικών μεταξύ των οποίων ο σίδηρος και το ασβέστιο.(Herbert, 1996)

Σίδηρος:

Μεταξύ των εφήβων, η αναιμία λόγω έλλειψης σιδήρου είναι μια από τις πιο συνηθισμένες ασθένειες που σχετίζονται με διατροφικές ελλείψεις. Οι έφηβοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην αναιμία λόγω έλλειψης σιδήρου λόγω του αυξημένου όγκου αίματος και της αυξημένης μυϊκής μάζας κατά την αύξηση και την ανάπτυξη. Άλλοι παράγοντες που συνεισφέρουν στις αυξημένες ανάγκες για σίδηρο είναι η αύξηση του σωματικού βάρους και η έναρξη της εμμήνου ρύσης στα κορίτσια (Παπαβραμίδης, 2002).

Ασβέστιο:

Τα παιδιά χρειάζονται μεγάλες ποσότητες ασβεστίου ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας. Περίπου το 45% της ενήλικης σκελετικής μάζας σχηματίζεται κατά την εφηβεία, παρότι η αύξησή της συνεχίζεται και αργότερα. Όλο το ασβέστιο για την αύξηση του σκελετού πρέπει να προσληφθεί μέσω της διαίτας. Η επίτευξη μέγιστης οστικής μάζας κατά την παιδική ηλικία και εφηβεία είναι σημαντική καθώς προλαμβάνει την οστεοπόρωση τα επόμενα χρόνια. Με την κατανάλωση αρκετών μερίδων γαλακτοκομικών προϊόντων, όπως γάλακτος, γιαουρτιού και τυριού, μπορεί να επιτευχθεί η συνιστάμενη πρόσληψη ασβεστίου. (Παπαβραμίδης, 2002)

Οι στόχοι της διατροφικής παρακολούθησης ενός παιδιού-εφήβου είναι:

1. Σταθεροποίηση του βάρους ώστε το παιδί να μην είναι ούτε υπέρβαρο ούτε λιποβαρή
2. Εκπαίδευση του παιδιού-εφήβου ώστε να μάθει να καταναλώνει ποικιλία φαγητών σε σωστές μερίδες.

3. Κατανόηση του ρόλου κάθε τροφίμου στην διατροφή και της θρεπτικής αξίας του

4. Αλλαγή ή διόρθωση προβληματικής διατροφικής συμπεριφοράς

(Herbert, 1996)

1.3. Συνήθη διαιτητικά σφάλματα

1. Τροφές, φτωχές σε σίδηρο
2. Υπέρβαση στο αλάτι
3. Τροφικές αλλεργίες
4. Συχνή κατανάλωση φάστ φούντ και γλυκών
5. Έλλειψη φρούτων και λαχανικών από τη διατροφή

(Τσιλιγκιρόγλου- Φαχαντίδου, 1993)

1.4 Διαταραχές λήψης τροφής σε παιδιά και εφήβους

Οι διαταραχές της θρέψης χαρακτηρίζονται από διατάραξη της σχέσης μεταξύ της διατροφικής πρόσληψης και της εικόνας του σώματος, οδηγώντας σε συχνά επακόλουθα προβλήματα υγείας. Αν και οι διαταραχές της θρέψης συναντώνται κυρίως σε εφήβους και στους νεαρούς ενήλικες, παρουσιάζονται με αυξανόμενη συχνότητα στα παιδιά και στους προ εφήβους. Οι διαταραχές της θρέψης αποτελούν το τρίτο συχνότερο χρόνιο νόσημα στους εφήβους, μετά την παχυσαρκία και το άσθμα.

Πριν αναλύσουμε το πρόβλημα της παχυσαρκίας ας αναφερθούμε στις πιο γνωστές διαταραχές της θρέψης: νευρογενής ανορεξία, νευρογενής βουλιμία και Διαταραχή Επεισοδίων Υπερφαγίας/Αδηφαγίας.(Τζαβάρας, 2008)

1.4.1 Νευρογενής Ανορεξία

- § Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος του στο επίπεδο του ελαχίστου φυσιολογικού

- § Έντονος φόβος πάχους.

- § Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος και το σχήμα του σώματος, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή σχήματος του σώματος στην αυτοαξιολόγηση ή άρνησης της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού σωματικού βάρους.

- § Αμηνόρροια

(Τζαβάρας, 2008)

1.4.2 Νευρογενής Βουλιμία

Επαναλαμβανόμενα βουλιμικά επεισόδια τα οποία χαρακτηρίζονται από:

- § Κατανάλωση σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα μεγάλης ποσότητας τροφής , η οποία είναι πολύ μεγαλύτερη από αυτή που θα μπορούσε να καταναλώσει φυσιολογικά ένα άτομο στο ίδιο χρονικό διάστημα και κάτω από παρόμοιες συνθήκες.

- § Αίσθηση απώλεια ελέγχου της κατανάλωσης τροφής κατά τη διάρκεια των επεισοδίων.

- § Επαναλαμβανόμενη ακατάλληλη προσαρμοστική συμπεριφορά προκειμένου να παρεμποδιστεί η αύξηση του βάρους (εμετοί, κατάχρηση διουρητικών,

κλυσμάτων ή άλλων φαρμακευτικών ουσιών, νηστεία, υπερβολική σωματική δραστηριότητα)

§ Τα βουλιμικά επεισόδια και οι προσαρμοστικές συμπεριφορές συμβαίνουν και τα δυο, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για 3 μήνες.

§ Η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται υπέρμετρα από το βάρος & το σχήμα του σώματος.

(Τζαβάρας, 2008)

1.4.3 Διαταραχή Επεισοδίων Υπερφαγίας/Αδηφαγίας

Τα επεισόδια αδηφαγίας σχετίζονται με 3 τουλάχιστον από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

§ Το άτομο τρώει πιο γρήγορά από το συνηθισμένο ρυθμό κατανάλωσης γεύματος.

§ Το άτομο τρώει μέχρι να νιώσει δυσφορία.

§ Το άτομο τρώει μεγάλες ποσότητες φαγητού ενώ δεν πεινάει

- § Το άτομο τρώει μόνο του γιατί νιώθει αμήχανα ως προς την ποσότητα του φαγητού που καταναλώνει.
- § Το άτομο αισθάνεται αηδία για τον εαυτό του, κατάθλιψη ή μεγάλες ενοχές μετά το επεισόδιο αδηφαγίας.
- § Υπάρχει έντονη δυσφορία μετά το επεισόδιο αδηφαγίας.
- § Τα επεισόδια αδηφαγίας συμβαίνουν κατά μέσο όρο, τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για 6 μήνες.
(Τζαβάρας, 2008)

1.4.4 Άλλες διαταραχές πρόσληψης τροφής

Επιλεκτική Πρόσληψη Τροφής.

- § Περιορισμός της διαιτητικής πρόσληψης σε πολύ συγκεκριμένα αγαπημένα τρόφιμα (π.χ. για τουλάχιστον 2 χρόνια).
- § Τις περισσότερες φορές τρώνε 5-6 διαφορετικά φαγητά με συγκεκριμένο τρόπο μαγειρέματος ή συγκεκριμένης εταιρείας.
- § Απροθυμία να δοκιμάσουν νέα τρόφιμα.

§ Απουσία παθολογικών ενασχολήσεων με το βάρος ή/και το σχήμα του σώματος.

§ Το βάρος μπορεί να είναι υψηλό, χαμηλό ή φυσιολογικό για την ηλικία.
(Τζαβάρας, 2008)

Περιορισμένη Πρόσληψη Τροφής.

§ Τρώει ποσότητες μικρότερες από αυτές που απαιτούνται για την ηλικία

§ Το διαιτολόγιο είναι φυσιολογικό στη σύσταση αλλά όχι στην ποσότητα.

§ Απουσία παθολογικών ενασχολήσεων με το βάρος ή/και το σχήμα του σώματος.

§ Το βάρος μπορεί να είναι υψηλό, χαμηλό ή φυσιολογικό για την ηλικία.

(Τζαβάρας, 2008)

Γενική Άρνηση Τροφής.

§ Η άρνηση είναι επεισοδιακή ή περιστασιακή.

§ Απουσία παθολογικών ενασχολήσεων με το βάρος ή/και το σχήμα του σώματος.

§ Το βάρος μπορεί να είναι υψηλό, χαμηλό ή φυσιολογικό για την ηλικία.

(Τζαβάρας, 2008)

1.5 Τρόποι με τους οποίους οι γονείς μπορούν να αναγνωρίσουν την προβληματική διαιτητική συμπεριφοράς.

Οι πιο συνηθισμένες δυσκολίες την ώρα του φαγητού είναι οι κακοί τρόποι στο τραπέζι, η άρνηση και οι εξαιρετικά αργοί ρυθμοί στο φαγητό, οι ιδιοτροπίες, τα ξεσπάσματα θυμού και τα κλάματα. Συχνά οι γονείς δημιουργούν προβλήματα από μόνοι τους. Με αυτό τον τρόπο τιμωρούνται και οι ίδιοι όταν αποτυγχάνουν να καθιερώσουν εξαρχής ένα καθημερινό πρόγραμμα για την ώρα του φαγητού. Το πρόγραμμα (όπως και οι συνήθειες) είναι το μέσο για τη διατήρηση της ηρεμίας σε τέτοιες στιγμές. Ίσως οι γονείς προσφέρουν στο παιδί τους πολλές επιλογές. Ίσως στο περιβάλλον να υπάρχουν πολλές ευκαιρίες για απόσπαση της προσοχής και δημιουργία αναστάτωσης, για παράδειγμα από την τηλεόραση ή τους οικογενειακούς καβγάδες. Ίσως ακόμη οι γονείς γνωρίζουν πόσο πολύ η όρεξη του παιδιού επηρεάζεται από τη μερίδα του φαγητού, με αποτέλεσμα να ξεσπούν καβγάδες όταν αυτό τσιμπολογά ή αρνείται να αδειάσει το πιάτο του. (Herbert, 1996)

Στις περιγραφές τους οι γονείς αναφέρουν ένα ευρύ φάσμα δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά στο φαγητό. Η σοβαρότητά τους κυμαίνεται από τα απλά προβλήματα διατροφής μέχρι την καθυστέρηση στην ανάπτυξη εξαιτίας της συναισθηματικής κακοποίησης ή της ανεπαρκούς διατροφής. Ορισμένοι γονείς μπορεί να ανησυχήσουν βλέποντας μια μικρή κάμψη της όρεξης του παιδιού τους, ενώ άλλοι ενδέχεται να μην παρατηρήσουν ότι το παιδί τους υποσιτίζεται. (Herbert, 1996)

Βέβαια, είναι λογικό οι γονείς να νιώθουν άγχος για την υγεία των παιδιών αλλά υπάρχουν φορές που και οι ίδιοι ανησυχούν χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερος λόγος. Υπάρχουν τρόποι οι γονείς να καταλάβουν αν το παιδί τους έχει κάποιο διατροφικό πρόβλημα και είναι οι εξής: (Herbert, 1996)

- Έντονη ενασχόληση με το βάρος του σώματος.
- Η υπερβολική ενασχόληση με τη γυμναστική, πέρα από το καθορισμένο πρόγραμμα.
- Ενοχές με το φαγητό.
- Η υπερβολική ενασχόληση με τις τροφές, τη διατροφή, τις συνταγές, τη μαγειρική.
- Ο περίεργος χειρισμός των τροφών (π.χ. τεμαχισμός των τροφών).
- Η απότομη απώλεια βάρους.
- Η δυσαρέσκεια με κάθε σχόλιο που έχει να κάνει με το βάρος.
- Η εμμονή με τις δίαιτες.
- Χρήση σκευασμάτων για μείωση του σωματικού βάρους.
- Αποφυγή πρόσληψης τροφής «δημοσίως».
- Η αμηνόρροια στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας.

1.6 Αίτια διατροφικών διαταραχών

Οι ειδικοί δεν είναι απολύτως βέβαιοι για τους λόγους για τους οποίους προκύπτουν οι διατροφικές διαταραχές, που θεωρούνται πολυπαραγοντικές ασθένειες. Εικάζεται ότι παίζουν κάποιο ρόλο:(Alleman, 1999)

- Η κληρονομικότητα
- Οι αρχές της οικογένειας: Για παράδειγμα, μπορεί να προκύψει σε παιδιά που προέρχονται από οικογένειες με εμμονές στην υγιεινή διατροφή
- Τα προβλήματα στην οικογένεια
- Τα πρότυπα της κοινωνίας
- «Προβληματική» προσωπικότητα
- Το βάρος: Οι ειδικοί εξηγούν ότι είναι συνηθέστερο να παρουσιάζεται στα αδύνατα παιδιά παρά στα παχύσαρκα.

Σύμφωνα με τον Alleman (1999), πολλοί εξωτερικοί παράγοντες καθορίζουν τις διατροφικές επιλογές που κάνουν καθημερινά τα παιδιά – από τις διαφημίσεις στο δρόμο και στην τηλεόραση μέχρι τα προϊόντα που πωλούνται στο σχολείο ή το παιχνιδάκι που κάνουν δώρο στα παιδικά γεύματα των φαστ φουντ. Η πρόκληση είναι τα παιδιά να δούνε πέρα από αυτές τις επιρροές, ώστε να επιλέγουν υγιεινές τροφές ακόμα και όταν οι γονείς δεν είναι μαζί τους. Τα πλούσια σε λίπος και σάκχαρα και ελλιπή σε θρεπτικές ουσίες φαγητά μπορούν να καταναλώνονται σε

μικρό βαθμό και πάντα να συμπληρώνονται από τροφές πλούσιες σε βιταμίνες, μεταλλικά στοιχεία και φωτοχημικά που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξή τους.

Για την καλή υγεία απαιτείται καλή διατροφή. Η υγιής ζωή εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα και την τακτική πρόσληψη ισορροπημένων, υγιεινών τροφών. Η συγκεκριμένη απαίτηση γίνεται όλο και πιο προφανής όσον αφορά τα παιδιά, συμπεριλαμβάνοντας ακόμα και τα βρέφη. Μια σωστή διατροφή από την πρώτη μέρα θέτει τα απαραίτητα θεμέλια για μια υγιή παιδική ηλικία, παρέχοντας έτσι μια ισχυρή βάση για συνεχή ανάπτυξη και ένα καλό ξεκίνημα στη ζωή. Η υιοθέτηση ισορροπημένων διατροφικών συνηθειών είναι πρωταρχικής σημασίας για τους και τα παιδιά, αφού μια τέτοια διατροφή, σε συνδυασμό με καθημερινή άσκηση και μείωση των καθιστικών δραστηριοτήτων, αποτελεί τα καλύτερα εχέγγυα για υγεία και ευεξία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1 Ορισμός Παχυσαρκίας

Το βάρος του ατόμου σχετίζεται με τον σκελετό, τους μύες, την λιπώδη μάζα, το ύψος και την ηλικία του (Ματσανιώτης). Ως παχυσαρκία ορίζεται η κατάσταση όπου συγκεντρώνεται παραπάνω του φυσιολογικού λίπος στον λιπώδη ιστό σε σημείο βλαβερό για την υγεία (Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000, Αρχοντάκης, 1995, Καρβέλα, 2010, Σταύρου & Σταύρου, 2012). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η παχυσαρκία είναι ο πλεονασμός βάρους για ένα συγκεκριμένο ύψος (Σταύρου & Σταύρου, 2012). Για να θεωρηθεί κάποιος παχύσαρκος πρέπει το βάρος του να αυξηθεί κατά 20%- 30% και το λίπος στο δέρμα του να είναι μεγαλύτερο από αυτό που αναλογεί στην ηλικία και στο φύλο του (Ματσανιώτης). Η προέλευσή της εντοπίζεται στην αύξηση βάρους και στο ανεπιθύμητο ενεργειακό ισοζύγιο (Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000). Υπάρχει διαφορά της ποσότητας λίπους ανά παχύσαρκο άτομο όπως και στην κατανομή του λίπους στα διάφορα σημεία του σώματος (Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000). Η κατανομή φανερώνει και το είδος του κινδύνου λόγω της παχυσαρκίας (Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000).

2.2 Παιδική Ηλικία

Η παιδική ηλικία ορίζεται διαφορετικά από διαφορετικές κοινωνίες (Hughes & Kroelher, 2007, Καλδή). Χαρακτηρίζεται από βιολογική ατέλεια, η οποία περιλαμβάνει την έλλειψη σωματικής δύναμης και την σεξουαλική ανωριμότητα (Κανατσούλη, 2002, Καλδή). Επίσης τα παιδιά παρουσιάζουν αδυναμία στην αφηρημένη σκέψη και δυσκολία στην συγκέντρωση (Κανατσούλη, 2002). Για τους παραπάνω λόγους δεν μπορούν να ενεργήσουν μόνο τους και εξαρτώνται από τους

ενήλικες (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011). Παρόλα αυτά, τα παιδιά θεωρούνται πολίτες με δικαιώματα (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011). Η παιδική ηλικία στοχεύει στην ενηλικίωση (Καλδή). Για όλους τους παραπάνω λόγους, τα παιδιά προσκολλούνται και εξαρτούνται από τους γονείς (Καλδή, Κανατσούλη, 2002). Στοιχείο της παιδικής ηλικίας είναι ο αυθορμητισμός και η δεκτικότητα στην κυρίαρχη κουλτούρα (Κανατσούλη, 2002).

Η παιδική ηλικία δεν έχει ορισθεί καθολικά (Κανατσούλη, 2002). Είναι δύσκολο να ορισθεί γιατί τα όριά της είναι ρευστά (Κουλούρη 2003). Θεωρείται μια κοινωνική κατασκευή που σχετίζεται με την φυλή, την κοινωνική τάξη, τον πολιτισμό, το φύλο και το χρόνο (Καλδή, Κανατσούλη, 2002). Η αξία της αφορά το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον (Καλδή). Είναι ένα κομμάτι της οικογένειας που διαφοροποιείται λόγω της ηλικίας (Καλδή). Τα παιδιά δρουν κοινωνικά και παίρνουν πρωτοβουλίες (Καλδή, Κουλούρη 2003). Λόγω της σημασίας που δίνει ο δυτικός πολιτισμός στο παιδί, το σχολείο θεωρείται θεσμός (Καλδή). Η αξία της για της διατροφικές συνήθειες ενός ατόμου είναι μεγάλη, καθώς σε αυτό το χρονικό διάστημα αυτές διαμορφώνονται (Μάνιος, 1998). Η κατάσταση της υγείας του παιδικού πληθυσμού φανερώνει την κατάσταση της υγείας του μελλοντικού πληθυσμού (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011).

2.3 Παιδική παχυσαρκία

Η παιδική παχυσαρκία είναι δύσκολο να οριστεί, καθώς παρουσιάζονται μεταβολές στο ύψος και στην σύνθεση του σώματος των παιδιών, όπως επίσης και διαφορετικοί ρυθμοί ανάπτυξης από παιδί σε παιδί (Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000, Mantzoros, 2006). Για να οριστεί ένα παιδί ως παχύσαρκο, πρέπει να εξεταστεί ο συσχετισμός του ύψους με το βάρος του (Must & Strauss, 1999). Πρέπει ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) του να είναι μεγαλύτερος του διαστήματος μεταξύ της 85^{ης} και 95^{ης} εκατοστιαίας θέσης που υπάρχει για το ύψος, το φύλο και την ηλικία (Μόρτογλου, 1996). Κάποιοι ισχυρίζονται ότι παχύσαρκο είναι το παιδί με BMI 97^η εκατοστιαία μονάδα (Mantzoros, 2006). Πρέπει το παιδί να έχει BMI ίσο ή μεγαλύτερο του 30 (Μόρτογλου, 1996, Καπάνταης, 2004). Εάν ο BMI είναι άνω του 40, τότε το παιδί

εμφανίζει νοσογόνο παχυσαρκία (Καπάντασης, 2004). Παρόλα αυτά υπάρχει ασυμφωνία στους τρόπους μέτρησης της παιδικής παχυσαρκίας (Mantzoros, 2006). Σε γενικές γραμμές ως παχύσαρκο θεωρείται το παιδί που έχει βάρος 10% με 20% παραπάνω του φυσιολογικού, σε συσχέτισμό με την ηλικία και το φύλλο του (Παλλίδης, 1987).

Η παιδική παχυσαρκία έχει αυξηθεί ραγδαία στην εποχή μας. Η σημασία της ως πρόβλημα έγκειται στο γεγονός ότι μειώνει την ποιότητα της ζωής των ατόμων (Σταύρου & Σταύρου, 2012). Κυρίως εξαπλώνεται στις βιομηχανικές χώρες και θεωρείται το μεγαλύτερο πρόβλημα θρέψης (Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000, Ματσανιώτης, Αρχοντάκης, 1995).

Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των Η.Π.Α. την έχει χαρακτηρίσει ως ασθένεια και γενικά θεωρείται ότι φτάνει επίπεδα επιδημίας (Ντολάτζας, 2001, Καπάντασης, 2004, Καραμανώλης & Κατσαρέλα, 2010, Κοντορίγα & al, 2011). Προβλέπεται ότι θα αυξηθεί η έκτασή της τα επόμενα χρόνια (Καραμανώλης & Κατσαρέλα, 2010). Σύμφωνα με στοιχεία του NHANES του 2006 η παιδική παχυσαρκία έχει ήδη αυξηθεί ραγδαία (Mantzoros, 2006). Στην Ευρώπη σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε το 2004 έχει παρατηρηθεί αύξηση της παχυσαρκίας από 10% - 50% (Καπάντασης, 2004).

Στην Ελλάδα υπάρχουν υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας στα παιδιά και αυτό θεωρείται αποτέλεσμα κακών διατροφικών συνηθειών και έλλειψης άσκησης (Χριστόδουλος & al., 2009, Καραμανώλης & Κατσαρέλα, 2010). Μάλιστα η Ελλάδα είναι η χώρα με την μεγαλύτερη αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας στην Ευρώπη (Mantzoros, 2006). Πιο παχύσαρκα σύμφωνα με την έρευνα της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας και της Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών το 2004 και από πιο πρόσφατη έρευνα είναι τα αγόρια από τα κορίτσια (Καπάντασης, 2004, Mantzoros, 2006, Κυριαζής & al., 2010). Η παχυσαρκία έχει επίσης εμφανισθεί και στις χώρες του Τρίτου Κόσμου (Καπάντασης, 2004). Σε πρόσφατη έρευνα, έχει καταγραφεί αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας και στα δυο φύλα (Hansen & al., 2010). Βιβλιογραφικά έχουν εντοπιστεί δυο πρόσφατες έρευνες πάνω στην αύξηση της που έγιναν στην Ελλάδα. Η μια στην Αττική με το 10,7 % του δείγματος των μαθητών να έχουν παχυσαρκία (Χριστόδουλος & al., 2009). Η άλλη στην Πιερία όπου το 12,1 % των παιδιών ήταν παχύσαρκα.

Η παιδική παχυσαρκία αυξάνεται γρήγορα και μαζί με αυτήν και οι κίνδυνοι της (Lobstein & al., 2004). Είναι υπεύθυνη για την δημιουργία προβλημάτων στη σωματική και ψυχική υγεία (Καραμανώλης & Κατσαρέλα, 2010, Αρχοντάκης, 1995, Mantzoros, 2006, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Είναι επίσης προδιαθεσικός παράγοντας κινδύνου για νοσήματα στην ενήλικη ζωή (Καρβέλα, 2010).

2.3.1 Εργαλεία μέτρησης παιδικής παχυσαρκίας

Λόγω των συχνών μεταβολών της σωματικής σύστασης του σώματος κατά την παιδική ηλικία, έχουν αναπτυχθεί εξειδικευμένα εργαλεία για την μέτρηση της παιδικής παχυσαρκίας (Μάνιος, 1998). Τρία από αυτά είναι:

Ο τροποποιημένος δείκτης μάζας σώματος (BMI). Ο BMI είναι το πηλίκο του βάρους σε kg προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα. Δίνει πληροφορίες για την κατανομή και την ποσότητα του λίπους στο σώμα. Πολλές φορές όμως, παρουσιάζει ως παχύσαρκα τα παιδιά με αυξημένη οστική ή μυϊκή μάζα.

Η DEXA απορροφησιομέτρηση ακτίνων X δυαδικής ενέργειας

Η μέτρηση διάχυσης ραδιενεργούς O

Η μέτρηση περιφέρειας μέσης

(Αρχοντάκης, 1995, Κατσιλάμπρος & Τσίγκος, 2000, Καπάνταης, 2004, Καραμανώλης & Κατσαρέλα, 2010, Κυριαζής & al., 2010).

2.3.2 Διαστάσεις του φαινομένου

Σύμφωνα με πρόσφατη απόφαση της Π.Ο.Υ. (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας) η παχυσαρκία έχει χαρακτηριστεί νόσος, και συνεπώς σαν τέτοια πρέπει να αντιμετωπίζεται. Χαρακτηριστικό είναι ότι η επίπτωση της παχυσαρκίας των ενηλίκων στις αναπτυγμένες χώρες αυξήθηκε την τελευταία δεκαετία κατά 37%. Τουλάχιστον 2,8 εκατομμύρια ενήλικες χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο εξαιτίας της

παχυσαρκίας, αριθμός τριπλάσιος από τους θανάτους από τον καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου μαζί..

Η χώρα μας, μαζί με άλλες Μεσογειακές χώρες, έχει από τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας στην Ευρώπη. Τα άσχημα νέα για την Ελλάδα είναι ότι: κατέχει την πρώτη θέση στην Ε.Ε. στην παχυσαρκία των ανδρών με ποσοστό 27,6%, την δεύτερη θέση στις γυναίκες με ποσοστό 18,4%, ενώ τα νεαρά ελληνόπουλα είναι τα πιο παχύσαρκα παιδιά στην Ε.Ε. Είναι πλέον κοινώς αποδεκτό ότι η επιδημική μορφή της παχυσαρκίας είναι απόρροια του σύγχρονου τρόπου ζωής η οποία χαρακτηρίζεται από άνεση και αφθονία.(Ιωάννου & Αυγουστή, 1988) Η εμφάνιση και εδραίωση της παχυσαρκίας συνίσταται από πολλούς παράγοντες. Προϋπάρχει μια γενετική βάση και στην συνέχεια εξαρτάται από κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, την συναισθηματική κατάσταση, τις συνήθειες, άλλες εξωτερικές επιδράσεις και από τις γνώσεις και τις πληροφορίες που αποκτώνται. Από αυτές τις συνιστώσες εξαρτάται η διατροφική συμπεριφορά. (Ellrott & Pudel, 2002)

Παρά το γεγονός ότι το μορφωτικό επίπεδο έχει διεθνώς ανέβει και οι πληροφορίες για τη σωστή διατροφή βρίσκονται παντού γύρω μας, φαίνεται ότι τρώμε πολύ, γρήγορα και κακής ποιότητας τροφή. Παράλληλα, ασκούμεστε όλο και λιγότερο, κοιμόμαστε λιγότερο, παίρνουμε περισσότερα φάρμακα και απομακρυνόμαστε από τα πρότυπα της υγιεινής ζωής. Αποτέλεσμα είναι να προσλαμβάνουμε περισσότερες θερμίδες από όσες καταναλώνουμε και να αυξάνεται το ποσοστό λίπους στο σώμα. Πιο συγκεκριμένα όσον αφορά τον υπερσιτισμό υπάρχουν δύο βασικοί παράγοντες που οδηγούν σε αυτόν. Οι εσωτερικοί που αποτελούν την φυσιολογική ρύθμιση του οργανισμού όσον αφορά τον κορεσμό και εξωτερικοί που αφορούν την ευαισθησία στην θέαση των τροφών. Είναι γνωστό πως η εποχή μας χαρακτηρίζεται από υπερκατανάλωση και ο άνθρωπος κατακλύζεται συνεχώς από μηνύματα που τον οδηγούν να καταναλώνει αγαθά σε μεγαλύτερο βαθμό από όσα χρειάζεται. Αυτό συμβαίνει και με τα τρόφιμα όπου όλα τα μέσα διαφήμισης παρουσιάζουν την ελκυστική τους εικόνα.

2.3.3 Ταξινομήσεις της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία μπορεί να ταξινομηθεί με αρκετούς τρόπους:

Ταξινόμηση Πρώτη:

1. Πρωτοπαθής. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται τα άτομα στα οποία εμφανίζεται η παχυσαρκία χωρίς την ύπαρξη άλλων νοσημάτων που να προδιαθέτουν σε αυτήν. (όπως οι γυναίκες που παχαίνουν στην εμμηνόπαυση)
2. Δευτεροπαθής. Εδώ αντιθέτως είναι αποτέλεσμα άλλων νόσων κυρίως ενδοκρινικών και κληρονομικών. Συναντάμε περιπτώσεις με μειωμένη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος έχοντας ως συνέπεια την μείωση των καύσεων και επομένως αύξηση του σωματικού βάρους. Συναντάται σε:

- Διατροφή πλούσια σε λίπη. Όταν καταναλώνει το άτομο μεγάλες ποσότητες λιπαρών τροφών όχι μόνο παίρνει περισσότερες θερμίδες αλλά και οι καύσεις του μειώνονται από το λίπος του.
- Νηστεία . Αρκετοί άνθρωποι στην προσπάθεια τους να μην παχύνουν καταναλώνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα μικρές ποσότητες φαγητού. Συνεπώς μειώνονται στο ελάχιστο και οι καύσεις του οργανισμού. Όταν τα άτομα αυτά ξεκινήσουν να τρώνε έστω και κανονικά το βάρος τους θα αυξηθεί πολύ πιο εύκολα από αυτό που θα δικαιολογούσε η ποσότητα τροφής που καταναλώνουν.
- Κληρονομική παχυσαρκία. Έχει παρατηρηθεί πως τα παιδιά παχύσαρκων γονέων έχουν μειωμένες καύσεις ακόμα και πριν παχύνουν. Βέβαια αυτό δεν είναι σημαίνει πως είναι αναπόφευκτο να γίνουν και τα ίδια παχύσαρκα. Αρκεί σε μακροχρόνια βάση να κατορθώσουν να ελαττώσουν την τροφή που καταναλώνουν.
- Αύξηση της κορτιζόνης στο αίμα. Καθώς μετά από μακροχρόνια θεραπεία με κορτιζόνη συχνά πολλά άτομα αυξάνουν το βάρος τους θα πρέπει η θεραπεία αυτή να γίνεται σε συνδυασμό με μείωση της τροφής.

- Παθήσεις του θυρεοειδούς. Στις παθήσεις αυτές παρατηρούνται συχνά μικρές μεταβολές του σωματικού βάρους (5-10 κιλά) και σπάνιες είναι οι περιπτώσεις που αποτελούν την μοναδική αιτία εμφάνισης της παχυσαρκίας.
- Υψηλή θερμοκρασία του περιβάλλοντος. Στις υψηλές θερμοκρασίες οι άνθρωποι χρειάζονται λιγότερες θερμίδες οπότε η πολυφαγία στις ζεστές εποχές είναι συνυφασμένη με την αύξηση του βάρους και ίσως και με τον κίνδυνο θερμοπληξίας.
- Γαλουχία. Οι καύσεις στις γυναίκες κατά την διάρκεια του θηλασμού μειώνονται ώστε το μωρό να πάρει τα όλα τα θρεπτικά στοιχεία που χρειάζεται. Η λύση για να μην πάρουν κιλά είναι να μην ασπαστούν αυτό που συνηθίζεται να λέγεται “ τρώω για δύο”.

(Μόρτογλου, 1996)

Ταξινόμηση Δεύτερη:

1. Συγγενής (κληρονομική παχυσαρκία) Μελέτες που έγιναν έχουν δείξει πως η κληρονομική παχυσαρκία είναι αναμφισβήτητη. Συγκεκριμένα έρευνες πάνω σε υιοθετημένα παιδιά αποδεικνύουν πως το σωματικό τους βάρος είναι ανεξάρτητο από τους θετούς τους γονείς αλλά είναι άμεσα συνδεδεμένο με τους φυσικούς γονείς.
2. Επίκτητη παχυσαρκία. Στην κατηγορία αυτή η παχυσαρκία εμφανίζεται στα άτομα χωρίς την ύπαρξη κληρονομικών παραγόντων. Μελέτες που έχουν γίνει υποστηρίζουν πως η επίδραση του περιβάλλοντος είναι πιο ισχυρή ακόμα και από την κληρονομική επίδραση. Για παράδειγμα σε παχύσαρκα παιδιά η ύπαρξη παχύσαρκης μητέρας είναι πιο συνηθισμένη από την ύπαρξη παχύσαρκου πατέρα και αυτό διότι η μητέρα είναι αυτή που ελέγχει τις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας οι οποίες πιθανό να υιοθετηθούν αργότερα και από τα παιδιά. Ακόμα και το σκυλί ενός παχύσαρκου ατόμου

είναι και αυτό παχύσαρκο σε ποσοστό 56% αντίθετα αν ο ιδιοκτήτης έχει φυσιολογικό βάρος το ποσοστό παχύσαρκου σκυλιού είναι 25%. Αυτό μας δείχνει πόσο σημαντική είναι η επίδραση του περιβάλλοντος αφού επηρεάζονται ακόμα και τα κατοικίδια.

(Μόρτογλου, 1996)

Ταξινόμηση Τρίτη:

1. Μεταβολική παχυσαρκία. Αφορά τις περιπτώσεις ατόμων που παρουσιάζουν μειωμένες καύσεις σε σχέση με αυτές που θα έπρεπε να έχουν. Αυτό φυσικά εξαρτάται από το φύλο, την ηλικία, την σωματική δραστηριότητα, το σωματικό βάρος και το ύψος.
2. Υπερφαγική παχυσαρκία. Αφορά τις περιπτώσεις που τα άτομα τρώνε ανεξέλεγκτα χωρίς να νοιάζονται ούτε για το πόσο ούτε για το τι. Αυτό οφείλεται συνήθως σε περιβαλλοντικά, ψυχολογικά και ορμονικά αίτια.

(Μόρτογλου, 1996)

Αυτή η ταξινόμηση είναι βοηθητική στην θεραπεία καθώς η μεταβολική παχυσαρκία θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με μεθόδους που αυξάνουν τις καύσεις ενώ στην υπερφαγική με μεθόδους που μειώνουν την επιθυμία για πρόσληψη τροφής ή που κάνουν τα άτομα να χορταίνουν με κανονικές ποσότητες φαγητού. (Μόρτογλου, 2006)

Ταξινόμηση τέταρτη:

1. Βιολογική παχυσαρκία. Ανήκουν τα άτομα με παθολογικά μειωμένες καύσεις, τα άτομα που δεν αισθάνονται κορεσμό μετά την λήψη φυσιολογικής ποσότητας τροφής και τα άτομα με αυξημένη επιθυμία για λήψη τροφής.
2. Κοινωνική παχυσαρκία. Είναι γνωστό πως άτομα με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση παχυσαρκίας. Επίσης είναι συχνό φαινόμενο άτομα με έντονη κοινωνική ζωή να είναι υπέρβαρα καθώς στις μέρες μας οποιαδήποτε κοινωνική εκδήλωση συνοδεύεται και με γεύμα.
3. Ψυχολογική παχυσαρκία. Είναι συχνό φαινόμενο κάποιος λόγω ψυχολογικών προβλημάτων να “βρίσκει παρηγοριά” στο φαγητό και μακροχρόνια να οδηγείται στην παχυσαρκία. Από τη άλλη μεριά τα παχύσαρκα άτομα έχουν συχνά και πολλά ψυχολογικά προβλήματα τα οποία κάνουν την εμφάνισή τους σε πολλές πτυχές της ζωής τους όπως στην οικογένεια, στην επαγγελματική τους δραστηριότητα στην κοινωνική τους ζωή και τα λοιπά. Η παχυσαρκία είτε σαν αίτιο είτε σαν αποτέλεσμα πρέπει να αντιμετωπιστεί με ψυχολογική υποστήριξη και αλλαγή της διατροφικής τους συμπεριφοράς.

(Μόρτογλου, 1996).

2.4. Παράγοντες εμφάνισης της παχυσαρκίας

Υπάρχουν τρεις βασικές προϋποθέσεις για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Υπερσιτισμός απόλυτος ή σχετικός, η κληρονομική προδιάθεση και περιορισμός της κινητικότητας. Όταν υπάρχουν και οι τρεις αυτές προϋποθέσεις η παχυσαρκία είναι αναπόφευκτη. Όταν λείπει ένας από αυτούς και κυρίως ο πρώτος ή ο δεύτερος δύσκολα προκαλείται παχυσαρκία. (Κάσιμος, 1983) Όπως προείπαμε η αιτιολογία της παχυσαρκίας είναι πολυπαραγοντική. Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία

μπορούμε να χωρίσουμε τους παράγοντες αυτούς σε διάφορες κατηγορίες όπως γενετικοί, περιγενετικοί, περιβαλλοντικοί κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Το υπερβάλλον βάρος των παιδιών σχετίζεται επίσης με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο γονέων καθώς και με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά της οικογένειας. Ακολουθεί ανάλυση κάποιων παραγόντων για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας.16 π1

2.4.1. Ψυχολογικοί παράγοντες.

Τα ψυχολογικά αίτια της παχυσαρκίας αποτελούν αντικείμενο πολλών συζητήσεων. Τα όργανα της πέψης εξαρτώνται από το νευρικό σύστημα και βρίσκονται κάτω από την άμεση επίδραση των συναισθημάτων. Πολλοί άνθρωποι τρώνε αντιδραστικά στα αρνητικά συναισθήματα: στο άγχος, στη λύπη, στο θυμό. Πρόσφατη έρευνα αποκάλυψε πως το 70% των ανθρώπων, όταν αγχώνεται, καταφεύγει στο ψυγείο. Το φαγητό θεωρείται ένα ισχυρό καταπραϊντικό-ηρεμιστικό σε έντονα αρνητικά συναισθήματα. Πολλοί άνθρωποι αντισταθμίζουν τις ανικανοποίητες επιθυμίες με την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού. Αυτή η θεωρία εξηγεί πολλές περιπτώσεις παχυσαρκίας, ωστόσο δεν περιλαμβάνονται σε αυτή άτομα υπέρβαρα που είναι κοινωνικά και απολαμβάνουν να βρίσκονται συχνά σε μέρη όπου το φαγητό και το αλκοόλ ρέει άφθονο. Αρκετά άτομα με ελαφρά παχυσαρκία δεν οδηγούνται σε αυτή εξαιτίας των αρνητικών τους συναισθημάτων αλλά ούτε και της αυξημένης τους όρεξη μα επειδή δεν έχουν έντονο το αίσθημα του κορεσμού. (Γαλανός, 2001)

Παράλληλα οι παχύσαρκοι αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα εξαιτίας του βάρους τους. Βιώνουν συναισθήματα κατωτερότητας και ανασφάλειας. Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρείται σταδιακά λόγω των άσχημων συναισθημάτων τους να επιλέγουν να μένουν μόνοι. (Πιπεράκης, 2002) Ωστόσο επιθυμούν να έχουν αδύνατο σώμα, επιθυμία η οποία τους οδηγεί σε μακροχρόνιο διατροφικό περιορισμό με αποτέλεσμα την ακαταμάχητη έλξη σε τροφές με μεγάλη ποσότητα θερμίδων και σε άλλες υπερφαγικές συμπεριφορές. (Apfeldorfer, 1997) Τα υπέρβαρα παιδιά βιώνουν εξίσου σημαντικό πρόβλημα καθώς οι συνομήλικοι τους τα κοροϊδεύουν και τα περιθωριοποιούν. (Πιπεράκης, 2002) Έτσι λοιπόν δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος από τον οποίο είναι δύσκολο να ξεφύγουν. (Άσχημα συναισθήματα – Υπερφαγία – άσχημα συναισθήματα.)

Στη δεκαετία του 1930 οι μητέρες παχύσαρκων παιδιών περιγράφηκαν ως μητέρες υπερπροστατευτικές, “πνίγουν” τα παιδιά τους, έχουν την τάση να αποφασίζουν τι πρέπει να αισθάνεται το παιδί, και του υπαγορεύουν ποιες είναι οι ανάγκες του και τις καλύπτουν. Στην πραγματικότητα όμως δεν μπορούν να αντιληφθούν διαισθητικά τι έχει πραγματικά ανάγκη το παιδί επομένως σε κάθε ζήτηση ανταποκρίνονται δίνοντας τους τροφή. Ως αποτέλεσμα τα παιδιά δεν μπορούν να ανεξαρτητοποιηθούν και ούτε να καταλάβουν τι πραγματικά έχουν ανάγκη. Κάτι που τους ακολουθεί και στην μετέπειτα ζωή τους. (Apfeldorfer. 1997) Επίσης υπάρχουν μητέρες οι οποίες νομίζουν πως τα παιδιά τους είναι πολύ αδύνατα (λόγω του ότι γεννήθηκαν πρόωρα είτε λόγω κάποιας αρρώστιας) επομένως τείνουν να τους δίνουν γεύματα με αυξημένες θερμίδες. Έχει αποδειχτεί πως αν ξεκινήσει η διατροφή των παιδιών με κρέμες και άλλα φαγητά σε ηλικία μικρότερη των τριών η τεσσάρων μηνών υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν στο μέλλον βάρος άνω του φυσιολογικού.(Παλλίδης & Παλλίδου, 1999)

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι που οι ψυχολογικοί λόγοι επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες του ανθρώπου. Κάποια άτομα κατά την ετοιμασία του φαγητού χρησιμοποιούν την φαντασία τους, την δημιουργικότητα τους και βλέπουν το μαγείρεμα ως κάτι με το οποίο περνούν ευχάριστα τον χρόνο τους, ηρεμούν και καλύπτουν την ανάγκη τους για δημιουργία. Επιπλέον κάποια άτομα που ζητούν την εξερεύνηση επιδιώκουν να δοκιμάζουν συνεχώς καινούργιες γεύσεις και φαγητά.(Χασαπίδου & Φαχαντίδου, 2002)

Ένας άλλος παράγοντας που οδηγεί στην κατανάλωση μεγάλης ποσότητας φαγητού είναι η ευαισθησία σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα που σχετίζονται με την τροφή. Τα παχύσαρκα δηλαδή άτομα σε αντίθεση με τα υπόλοιπους ανθρώπους μπορεί να φάνε όχι για να καλύψουν την πείνα τους αλλά να παρασύρονται από την εικόνα, το πώς σερβίρεται μια τροφή, την γεύση καθώς αντιδρούν διαφορετικά στα διάφορα αυτά ερεθίσματα. Κορύφωση αυτού έχουμε στην παιδική ηλικία καθώς τους είναι ακόμα πιο δύσκολο να ελέγχουν τι τρώνε και πόσο.(Πιπεράκης, 2002) Είναι επίσης κοινώς αποδεκτό πως οι διατροφικές μας συνήθειες αλλάζουν με τις συναισθηματικές μας διακυμάνσεις. Συνεπώς βλέπουμε άτομα να μην έχουν όρεξη για φαγητό όταν είναι στενοχωρημένα ενώ όταν είναι χαρούμενα να έχουν αυξημένη όρεξη και το αντίθετο.

(Χασαπίδου & Φαχαντίδου, 2002) Μπορεί να βιώνουν κάποιες συγκινησιακές διαταραχές όπως άγχος, πένθος κάποιες άσχημες διαπροσωπικές σχέσεις που τους έχουν επηρεάσει. (Freud, 2005). Οπότε εμφανίζεται αυτό που ονομάζεται παχυσαρκία σαν αντιστάθμισμα, δηλαδή κάποιος που αισθάνεται δυστυχισμένος η ανικανοποίητος προσπαθεί να ξεχάσει τα προβλήματα του με φαγητό. (Bally, 1989)

Σε ψυχικό επίπεδο, τα **βιώματα της παιδικής ηλικίας**, επηρεάζουν σημαντικά το πώς θα εξελιχθούμε ως ενήλικες, ακόμα και αν δεν μπορούμε να θυμηθούμε με ευκολία λεπτομέρειες γεγονότων. Πολλοί άνθρωποι που έχουν βιώσει τραυματικές καταστάσεις στην παιδική τους ηλικία, προσπαθούν να τις καταπνίξουν και να τις μπλοκάρουν στην ενήλικη ζωή. Πιο συγκεκριμένα όσον αφορά την παχυσαρκία, τα παιδικά αυτά τραύματα μπορεί να **εκδηλωθούν μέσω μιας επιθυμίας** για συνεχές «τσιμπολόγημα» ή επιλέγοντας ανθυγιεινές τροφές.

Ας δούμε πώς μπορεί να λειτουργήσει κάτι τέτοιο. Για παράδειγμα, κάποιος που έχει πέσει θύμα σεξουαλικής κακοποίησης σε νεαρή ηλικία, συχνά αναπτύσσει σε ασυνείδητο επίπεδο φόβους και ανασφάλειες, που στη συνέχεια εκδηλώνονται ως επιθυμία να γίνει ή να παραμείνει παχύσαρκος σε μια ασυνείδητη προσπάθεια να μην είναι επιθυμητός ή ελκυστικός. Με το να μην είναι λοιπόν ελκυστικός, μειώνει τις πιθανότητες να πέσει ξανά θύμα κακοποίησης στο μέλλον. Με αυτή την έννοια, η παχυσαρκία λειτουργεί ως **ασπίδα προστασίας**, και κάνει το άτομο να νιώθει πιο ασφαλές.

Δεν σημαίνει φυσικά, ότι όλοι όσοι είναι παχύσαρκοι έχουν βιώσει τέτοια ακραία γεγονότα στο παρελθόν τους. Όταν μιλάμε για τραυματικές εμπειρίες ή γεγονότα της παιδικής ηλικίας, αναφερόμαστε σε ένα ευρύ φάσμα. Αυτό που προσπαθούμε να υπογραμμίσουμε είναι πώς μπορεί μια τέτοια συμπεριφορά να **«εξυπηρετεί» την ψυχική υγεία του ατόμου**, λειτουργώντας προστατευτικά με μια έννοια.

Έτσι λοιπόν οι υπερφαγίες θα μπορούσαν να είναι ένας τρόπος διαχείρισης των άσχημων συναισθημάτων. Αν για παράδειγμα κάποιος έπρεπε να αντιμετωπίσει μια μεγάλη δυσκολία στην ζωή του, οδηγείται σε μεγάλες ποσότητες φαγητού και αφήνεται στις ενοχές που το συνοδεύουν καθώς αυτό το συναίσθημα είναι πιο γνώριμο και επομένως πιο εύκολα αντιμετωπίσιμο, βάζοντας έτσι μια παρένθεση στο πραγματικό πρόβλημα που φαίνεται ανυπέρβλητο (Apfeldorfer, 1997). Παράλληλα

υπάρχουν άτομα που νιώθουν πως το βάρος τους, τους προστατεύει από τον σκληρό κόσμο γύρω τους. Χτίζουν λοιπόν ένα τοίχος λίπους που τους κρατάει προστατευμένους. Για παράδειγμα μια σύζυγος για να μην υποκύψει στον πειρασμό να απατήσει τον άντρα της αφήνεται να παχύνει. (Freud, 2005).

Οι πρώτες ψυχαναλυτικές εξηγήσεις τονίζουν την στοματική καθήλωση. Οι διαταραχές αυτές είναι πιθανό να εμφανιστούν στην εφηβεία όταν τα παιδιά θα πρέπει να επωμιστούν τους ρόλους τους (άντρας – γυναίκα). Στην περίπτωση που αισθανθούν ανίκανοι γυρίζουν σε πρώιμα στάδια της ζωής τους και ψάχνουν να βρουν ευχαρίστηση στο στοματικό και στο πρωκτικό στάδιο. Το στοματικό άτομο χαρακτηρίζεται από έντονη ανάγκη αφομοίωσης και μεγάλο ενδιαφέρον προς την τροφή όπως ακριβώς και το μωρό. Η διανοητική του λειτουργία χαρακτηρίζεται από ανικανότητα αναμονής, διχασμένες αντιδράσεις και έντονα συναισθήματα (άγχος, χαρά, θλίψη, πόνο με συνεχόμενες εναλλαγές). Συνεπώς τα στοματικά άτομα καταφεύγουν συνεχώς σε μεγάλες ποσότητες φαγητών ψάχνοντας να βρουν ικανοποίηση.

Σύμφωνα με την Χίλντα Μπρούκ το 1973 το σωματικό βίωμα έχει κυρίαρχη θέση. Πιστεύει πως κάποια άτομα δεν έχουν μάθει να διαχωρίζουν τις φυσικές αισθήσεις από τις σωματικές τους ανάγκες και συγκινήσεις, πείνα, κορεσμός, άγχος, θυμός συγχέονται.. Αυτός ο λανθασμένος διαχωρισμός προκύπτει από όταν το άτομο βρίσκεται σε μικρή ηλικία όπου η μητέρα του βρίσκει και καλύπτει όλες του της ανάγκες και δεν το αφήνει να τις νιώσει μόνο του. Οπότε δεν έχει μάθει να ερμηνεύει τι νιώθει και βιώνει αυτή τη σύγχυση.

Στις δεκαετίες του 1980 και 1990 ο Γάλλος ψυχίατρος Φιλίπ Ζαμέ έρχεται να τονίσει την προβληματική της ταυτότητας και την σημασία της εξάρτησης/αυτονομίας. Σύμφωνα με αυτόν η τροφή λειτουργεί ως υποκατάστατο για να μπορέσει το άτομο να ανεξαρτητοποιηθεί από τον ισχυρό του δεσμό με την μητέρα του. Από την στιγμή που δεν μπορεί να βάλει ένα τρίτο πρόσωπο ανάμεσα στον δεσμό αυτό υποκαθιστά μια επιθυμία με ένα αντικείμενο το οποίο είναι ελεγχόμενο. (Apfeldorfer, 1997).

Κάποιες άλλες παραπλήσιες απόψεις όσον αφορά την μεγάλη τάση προς την τροφή θεωρούν πως τα παχύσαρκα άτομα είναι οριακές προσωπικότητες με παρορμητικές συμπεριφορές που εκδηλώνονται σε διάφορες πτυχές της ζωής του ατόμου. Υποστηρίζεται επίσης πως τα άτομα αυτά έχουν “επιχειρησιακή σκέψη” δηλαδή επικεντρώνονται στην δράση και στο συγκεκριμένο και στερούνται την φαντασία και τα σύμβολα.

2.4.2. Περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες

Υπάρχουν διάφοροι περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζοντας την διατροφή και την σωματική δραστηριότητα οδηγούν στην αχρήστευση των ρυθμιστικών μηχανισμών του ανθρώπου για την διατήρηση φυσιολογικού βάρους. (Κατσιλάμπρος & Τσίγκος, 2003).

Η τροφή είναι αυτή που κρατάει τον άνθρωπο στην ζωή και στην διατήρηση της υγείας του. Οι άνθρωποι όμως συνηθίζουν αντί «να τρώνε για να ζήσουν, να ζουν για να τρώνε.» Ο άνθρωπος ίσως είναι το μοναδικό όν το ποίο τρώει όχι μόνο για να συντηρηθεί αλλά χρησιμοποιεί την τροφή και για απόλαυση. Δυστυχώς αυτή η πραγματικά μεγάλη απόλαυση φαίνεται ότι ανατρέπει τους βασικούς μηχανισμούς που ρυθμίζουν το θερμοϊδικό ισοζύγιο με αποτέλεσμα να τρώμε περισσότερο από όσο απαιτείται για την σωστή λειτουργία του οργανισμού μας. Έτσι χωρίς να το αντιλαμβανόμαστε φθάνουμε στην παχυσαρκία και τα νοσήματα φθοράς του οργανισμού που την συνοδεύουν.

Η τροφή έχει γίνει το σύμβολο της φιλίας και της κοινωνικότητας. Είναι πολύ συχνό φαινόμενο να καλούμε τους φίλους μας για φαγητό με σκοπό την διατήρηση της σχέσης μας μαζί τους. Επίσης είναι πολύ σημαντικό για μια οικογένεια να τρώνε μαζί τα μέλη της. Τα γεύματα φυσικά αλλάζουν ανάλογα τις περιστάσεις για παράδειγμα άλλα τρόφιμα επιλέγονται για ένα δείπνο εργασίας και άλλα για ένα πρόχειρο γεύμα με φίλους. (Χασαπίδου & Φαχαντίδου, 2002). Εφόσον λοιπόν γίνονται αρκετές

τέτοιες εκδηλώσεις είναι φυσικό αποτέλεσμα να συναντάται αρκετά συχνά η παχυσαρκία. (Γαλανός, 2001). Πόσο μάλλον αν κάποιο άτομο είναι αρκετά δημοφιλή και συχνά καλείται σε τέτοιες εκδηλώσεις (που σχεδόν πάντα περιλαμβάνεται γεύμα). Υπάρχουν κάποια επαγγέλματα στα οποία εκ των πραγμάτων "αναγκάζονται" οι άνθρωποι να τρώνε. Ένα αρκετά χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ενός υπαλλήλου ο οποίος έκανε δημόσιες σχέσεις και δικαιώθηκε στο δικαστήριο όπου ισχυρίστηκε πως έγινε αλκοολικός εξαιτίας της δουλειάς του καθώς ήταν αναγκασμένος κάθε μέρα να παρευρίσκεται σε γεύματα εργασίας. Επιπλέον η εταιρεία του υποχρεώθηκε να καταβάλει αποζημίωση σε αυτόν καθώς και να τον πληρώσει για όλες τις ημέρες που τον απέλυσαν λόγω του ότι ήταν αλκοολικός. (Γαλανός, 2001).

Κάτι ακόμα που συνηθίζουμε να βλέπουμε είναι τεράστιες μερίδες φαγητών που θα μπορούσαν να χορτάσουν δύο άτομα να καταναλώνονται από ένα άτομο καθώς προσφέρεται στον κατάλογο ως μερίδα ενός ατόμου. Οι πελάτες καθώς έχουν πληρώσει για αυτό που έχουν παραγγείλει το τρώνε ολόκληρο κι αν έχουν χορτάσει πολύ πριν αυτό τελειώσει. Επίσης συναντάμε συχνά προσφορές όπου με ένα- δυο ευρώ παραπάνω η κανονική μερίδα διπλασιάζεται, οπότε αφού αυτό συμφέρει περισσότερο ο κόσμος τείνει να παραγγέλλει την ακόμα μεγαλύτερη μερίδα κάνοντας μάλιστα προσπάθεια για να την φάει ολόκληρη. (εξάλλου όπως είπαμε την έχουν πληρώσει). (Alleman, 2003).

Οι οικογενειακές συνήθειες οδηγούν κάποιες φορές τα παιδιά στην παχυσαρκία. Για παράδειγμα η τροφή λειτουργεί ως τιμωρία/επιβράβευση είσαι καλό παιδί θα φας σοκολάτα- είσαι κακό δεν θα φας. Λειτουργεί επίσης ως πράξη αγάπης (η μητέρα ετοιμάζει φαγητό στο παιδί της). Οι ενήλικοι της οικογένειας είναι αυτοί που κάνουν τα ψώνια και είναι υπεύθυνοι για τις παχυντικές τροφές που υπάρχουν διαθέσιμες στο σπίτι. Είναι επίσης υπεύθυνοι, γονείς και παππούδες, γιατί έχουν εκπαιδεύσει τα παιδιά από πολύ μικρή ηλικία λανθασμένα. Είναι σφάλμα να χρησιμοποιείται η τροφή ως ανταμοιβή κάποιας συμπεριφοράς. Πολλοί ενήλικοι και κυρίως παππούδες, φοβούμενοι ότι το παιδί «είναι αδύνατο» ή «δεν έφαγε το φαγητό του», επιτρέπουν στα παιδιά που δεν έφαγαν ένα υγιεινό κυρίως γεύμα, να «βόσκουν» τρώγοντας οτιδήποτε ανθυγιεινό μέχρι το επόμενο κυρίως γεύμα το οποίο επίσης δε θα φάνε, έχοντας χορτάσει με διατροφικά «σκουπίδια» ενδιάμεσα.

Η παχυσαρκία παρόλο που συγχέεται με την αυξημένη πρόσληψη τροφής στην πραγματικότητα δεν είναι απόλυτα σωστή αυτή η ταύτιση. Μπορεί κάποιος να τρώει πολύ αλλά να ασκείται αντίστοιχα αρκετά επομένως να μην αυξάνεται το σωματικό του βάρος. Σημαντικό ρόλο λοιπόν παίζει το θερμιδικό ισοζύγιο. Όταν δηλαδή ένα άτομο παίρνει περισσότερες θερμίδες από όσες καταναλώνει τότε αποθηκεύει την περίσσεια υπό μορφή υποδόριου λίπους. Είναι σημαντικό να τονισθεί πως δεν είναι απαραίτητο να υπάρχει αυξημένη λήψη θερμίδων σε μόνιμη βάση. Αν κάποιος παίρνει αρκετές θερμίδες παραπάνω από όσες έχει ανάγκη θα αυξήσει το σωματικό του βάρος και από την στιγμή που στην συνέχεια θα συνεχίσει να τρώει όσες ακριβώς θερμίδες χρειάζεται θα σταθεροποιηθεί το σωματικό βάρος που απέκτησε σε αυτό το επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, αν κάποιος πάρει για κάποιο λόγο δύο κιλά και στην συνέχεια γυρίσει σε αυτά που έτρωγε πριν πάρει τα κιλά αυτά θα έχει ως αποτέλεσμα τα δύο κιλά να παραμείνουν. Τα αίτια τα οποία οδηγούν σε θετικό ενεργειακό ισοζύγιο μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες. Στα αίτια τα οποία προκαλούν τη λήψη αυξημένης ποσότητας τροφής και σε αίτια τα οποία προκαλούν ελαττωμένη κατανάλωση θερμίδων. (Γαλανός, 2001).

Οπότε βασική προϋπόθεση για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας είναι ο περιορισμός της κινητικότητας. Στις μέρες μας παρατηρείται ελαττωμένη σωματική δραστηριότητα λιγοστεύουν έτσι οι ανάγκες σε ενέργεια. (Ιωάννου & Αυγουστή, 1988). Αρκετοί ενήλικες και παιδιά έχουν αφεθεί στην μακροχρόνια τηλεθέαση αφήνοντας έτσι τις ευκαιρίες για φυσική άσκηση. Επομένως μειώνει την ταχύτητα της καύσης των θερμίδων οι οποίες λαμβάνονται. (Πιπεράκης, 2002). Χρειάζεται να γίνει κατανοητό πως η παχυσαρκία είναι αναπόφευκτη όταν οι θερμίδες που λαμβάνουμε είναι περισσότερες από αυτές που καταναλώνουμε (Κάσιμος, 1983). Η επίδραση της σωματικής άσκησης είναι καθοριστική στην αύξηση του σωματικού βάρους.

Σύμφωνα με ανακοίνωση του υπουργείου υγείας των ΗΠΑ σχετικά με την φυσική δραστηριότητα και την υγεία η σωματική άσκηση επηρεάζει το σωματικό βάρος και την παχυσαρκία σε τρία επίπεδα. Πρώτον επηρεάζει το βάρος και την σύνθεση του σώματος καθώς μειώνει το λίπος και διατηρεί ή και αυξάνει την μυϊκή μάζα. Δεύτερον η ταχύτητα της μείωσης σωματικού βάρους είναι συνυφασμένη με την διάρκεια και την συχνότητα της σωματικής άσκησης. Και τρίτον για να επιτευχθεί μακροχρόνια ρύθμιση του σωματικού βάρους είναι απαραίτητο να ακολουθείται

αυξημένη σωματική δραστηριότητα με ταυτόχρονη διαίτα (Ellrott & Pudiel, 2002). Έχει παρατηρηθεί πως τα παχύσαρκα άτομα δεν τρώνε περισσότερο από τα υπόλοιπα άτομα με φυσιολογικό σωματικό βάρος. Αυτό σημαίνει πως για να γίνει κάποιος άνθρωπος παχύσαρκος δεν παίζει ρόλο μόνο η ποσότητα του φαγητού αλλά και η ποιότητά του. Βρέθηκε λοιπόν πως οι θερμίδες που λαμβάνονταν από τα παχύσαρκα άτομα αποτελούνται σε μεγάλο βαθμό από λίπη. (Cole & Cole, 2002).

2.4.3. Πολιτισμικοί και οικονομικοί παράγοντες.

Στις οικονομικά προηγμένες χώρες η παχυσαρκία είναι συχνό φαινόμενο παράλληλα όμως η μόδα δεν εγκρίνει αυτό το παραπάνω βάρος και έτσι οι παχύσαρκοι οδηγούνται σε εκτεταμένες προσπάθειες για να αδυνατήσουν. (Γαλανός, 2001). Οι αυξημένες συχνότητες εμφάνισης του φαινομένου αυτού είναι συχνά αποτέλεσμα της διαδικασίας εκσυγχρονισμού. (Κατσιλάμπρος & Τσίγκος, 2003). Στις φτωχές χώρες λόγω έλλειψης τροφής δεν συναντάται αυτό το φαινόμενο. Συχνά όμως έχουν να αντιμετωπίσουν το άλλο άκρο που είναι ο υποσιτισμός.

Το υψηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο λιγοστεύει την συχνότητα της παχυσαρκίας με τις σήμερα κρατούσες αντιλήψεις, ενώ το χαμηλό την αυξάνει. Πιο συγκεκριμένα 33% των ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο εμφανίζει υπερβολικό βάρος, ενώ αντίστοιχα το ίδιο ποσοστό μορφωμένων φθάνει μόνο το 7%. (Ιωάννου & Αυγουστή, 1988). Και αυτό όχι επειδή οι ανώτερες κοινωνικές τάξεις δεν έχουν την δυνατότητα να αγοράσουν μεγάλες ποσότητες τροφίμων αλλά γιατί προσέχουν περισσότερο την εμφάνισή τους. Αντίθετα οι πιο φτωχοί ίσως από αίσθημα ανασφάλειας δίνουν στα παιδιά τους μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού από αυτή που χρειάζονται στην πραγματικότητα για να μην στερηθούν και αυτά ότι είχαν στερηθεί αυτοί. (Γαλανός, 2001).

Είναι φυσικό η διατροφή του κάθε ανθρώπου να επηρεάζεται από την οικονομική του άνεση. Όσο περισσότερα χρήματα μπορεί να διαθέσει τόσο καλύτερης ποιότητας

αλλά προϊόντα μπορεί να αγοράσει. Για παράδειγμα τα βιολογικά προϊόντα παρουσιάζουν μια άνθιση την εποχή που ζούμε, λέγεται ότι έχουν περισσότερες βιταμίνες (αν και οι απόψεις επιστημόνων δίστανται) και κοστίζουν πολύ περισσότερο από ότι τα συμβατικής καλλιέργειας. Το φρέσκο ψάρι είναι πολύ πιο ακριβό από ότι το κατεψυγμένο αλλά και το κονσερβοποιημένο, και φυσικά έχει περισσότερες θρεπτικές ουσίες και καθόλου συντηρητικά. Το ίδιο συμβαίνει και στο κρέας αλλά και στα φρούτα και λαχανικά. Κάποιος λοιπόν που μπορεί να διαθέσει μέρος του εισοδήματός του χωρίς να στερηθεί κάτι άλλο μπορεί να έχει μια διατροφή πολύ καλύτερη (υγιεινή) από κάποιον άλλο που λόγω οικονομικής στενότητας καταφεύγει στα τυποποιημένα προϊόντα (πίτσες, κονσέρβες, έτοιμα γεύματα για ζέσταμα, προτηγανισμένα κ.α). Τα άτομα που τρέφονται κυρίως με υδατάνθρακες παχαίνουν πιο εύκολα από τα άτομα που τρέφονται κυρίως με λευκώματα. Έτσι συναντάται να έχουν αυξημένο σωματικό βάρος τα άτομα που δεν έχουν την δυνατότητα να αγοράσουν κρέας, γάλα και άλλα ζωικά τρόφιμα αλλά μπορούν να αγοράσουν υδατάνθρακες επομένως η διατροφή τους βασίζεται σε αυτούς. (Γαλανός, 2001) .

Οι διατροφικές συνήθειες επηρεάζονται εκτός από τις οικονομικές συνθήκες που επικρατούν σε μια χώρα και από τα διαθέσιμα τρόφιμα που υπάρχουν στην αγορά. Η σχέση ανάμεσα στην επαρκή γεωργική παραγωγή και την επαρκή παροχή τροφής είναι αυτονόητη. Υπήρχε η ελπίδα ότι η συνεχώς αυξανόμενη γεωργική παραγωγή τα τελευταία χρόνια θα έλυσε το παγκόσμιο διατροφικό πρόβλημα. Η πρόβλεψη αυτή όμως δεν επαληθεύθηκε. (Χασαπίδου & Φαχαντίδου, 2002)

Οι διατροφικές συνήθειες ενός ατόμου επηρεάζονται από τα στοιχεία του πολιτισμού του. Ο πολιτισμός μιας χώρας είναι το σύνολο των στοιχείων που περιλαμβάνει τη γνώση, τις πεποιθήσεις, την τέχνη, τους νόμους, τα ήθη και έθιμα, καθώς και όλες τις συνήθειες που αποκτά ο άνθρωπος όντας μέλος μιας κοινωνίας. Οι ανθρωπολόγοι περιγράφουν τον πολιτισμό όχι μόνο ως τα στοιχεία της κοινωνικής ζωής του ανθρώπου αλλά και τις καθημερινές συνήθειές του. Οι πολιτιστικές παραδόσεις συχνά επιβάλλουν τι θα τρώει ο λαός της, πως αυτό θα μαγειρεύεται και σε τι χρόνο θα καταναλώνεται «ο πολιτισμός περιλαμβάνει όχι μόνο τα γνωστά στοιχεία της κοινωνικής ζωής του ανθρώπου, (θρησκεία, γλώσσα, πολιτική, τεχνολογία και τα λοιπά), αλλά επίσης όλες τις καθημερινές συνήθειες, όπως για παράδειγμα την

προετοιμασία και το σερβίρισμα του φαγητού, τη φροντίδα των παιδιών και άλλα.» . Οι παραδόσεις αποτελούν βασικό στοιχείο πολλών λαών που καθορίζουν τα τρόφιμα που πρέπει να τρώγονται, τον τρόπο παραγωγής τους αλλά και την περίοδο κατανάλωσής τους. Για παράδειγμα μερικά τρόφιμα όπως το γάλα σε ορισμένες χώρες της Αφρικής δεν χρησιμοποιείται γιατί θεωρείται ως μια ακόμα έκκριση του ζώου. Οι Κινέζοι για παράδειγμα τρώνε καθημερινά ρύζι. Οι Έλληνες αλλά και πολλοί Ευρωπαίοι τρώνε ψωμί. Οι Ινδοί λόγω θρησκείας είναι φυτοφάγοι οι περισσότεροι. Ο σύγχρονος γρήγορος τρόπος ζωής της Δύσης αναγκάζει τον κόσμο να τρώει γρήγορο φαγητό (από ταχυφαγεία) ενώ ο Λατινοαμερικάνος ή Ισπανός το θεωρεί αδιανόητο να μην φάει και κοιμηθεί κανονικά το μεσημέρι. Επίσης κατά την διάρκεια του 2ου Παγκόσμιου Πολέμου το μαύρο ψωμί στην Αγγλία θεωρείτο είδος πολυτέλειας ενώ στην Ελλάδα το άσπρο θεωρείτο πολυτέλεια. Επίσης περιπτώσεις όπως γιορτές, γέννηση, θάνατος, γενέθλια συνήθως υπάρχει μια υπερκατανάλωση σε κρέατος αλλά και αλκοόλ στους Δυτικοευρωπαίους, πράγμα που επηρεάζει την διατροφή τους. Αντίθετα η νηστεία συνεπάγεται μια περίοδο που ο πιστός αποφεύγει κάποια συγκεκριμένα τρόφιμα. (Χασαπίδου & Φαχαντίδου, 2002).

2.4.4. Βιολογικοί γενετικοί και περιγενετικοί παράγοντες.

Η κληρονομικότητα χαρακτηρίζεται από πολλούς ως η βάση της παχυσαρκίας. Βρέθηκε πως τα παιδιά που έχουν παχύσαρκους γονείς έχουν 80% πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκα, 40-50% όταν ο ένας γονέας είναι παχύσαρκος και 10% όταν δεν είναι κανένας από τους γονείς. (Κάσιμος, 1983) Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί και στο ότι κάθονται στο ίδιο τραπέζι και είναι αποτέλεσμα συνηθειών που με την συμβίωση μεταδίδονται στα παιδιά (Ματσανιώτης, 2000). Νεότερες έρευνες όμως έχουν δείξει πως παιδιά υιοθετημένα από μικρά έχουν βάρος ανάλογα με τους φυσικούς τους γονείς και όχι με τους θετούς (Γαλανός 2001). Επίσης έχει βρεθεί ότι ένα ποσοστό ατόμων με παχύσαρκους γονείς εμφανίζει μειωμένες καύσεις από πριν παχύνει (Μόρτογλου, 1996). Έχει παρατηρηθεί ότι ένα βρέφος τείνει να έχει αυξημένο βάρος, αν η μάνα του είναι παχύσαρκτη σε σύγκριση με ένα άλλο βρέφος που ανατρέφεται από κάποιο πρόσωπο που έχει ιδανικό βάρος. Επίσης μονωγενή

δίδυμα που ανατρέφονται σε διαφορετικό περιβάλλον διαφέρουν στο βάρος περισσότερο από ότι τα μονωγενή δίδυμα που ανατρέφονται στο ίδιο περιβάλλον. Βέβαια το ερώτημα παραμένει αν οι διαφορές αυτές είναι αποτέλεσμα ιδιοτήτων που κληρονομούνται, όπως ο διαφορετικός μεταβολισμός, η ιδιοσυγκρασία που προσδιορίζει την κινητικότητα και την επιθυμία για φαγητό ή είναι αποτέλεσμα συνηθειών των γονέων που με την συμβίωση μεταδίδονται στα παιδιά, όπως για παράδειγμα κατανάλωση άφθονης τροφής, και πλούσιας σε θερμίδες τροφής από το παιδί που μιμείται τους γονείς του. Καθώς η κληρονομικότητα αποδεδειγμένα παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας οι γονείς που κυρίως αυτοί δίνουν την τροφή στα παιδιά θα ήταν συνετό να προσέχουν την διατροφή τους και την σωματική τους δραστηριότητα ώστε να αποτελούν σωστά πρότυπα για μίμηση από τα παιδιά τους. (Cole & Cole 2002, Ellrott & Pudl 2002).

Υπάρχουν γονείς που υποστηρίζουν πως όταν τα παιδιά τους προβληματιστούν με το βάρος τους θα είναι πολύ εύκολο να το επαναφέρουν στα φυσιολογικά επίπεδα. Αποψη η οποία δεν ισχύει καθώς τα παχύσαρκα παιδιά που γίνονται ενήλικοι έχουν να αντιμετωπίσουν το διπλάσιο πρόβλημα από αυτούς που ως παιδιά είχαν φυσιολογικό βάρος. Καθώς θα είναι μεγαλύτερος ο αριθμός και το μέγεθος των κυττάρων λίπους που θα διαθέτουν. Ας μην αγνοούμε επίσης πως το 70% των παχύσαρκων παιδιών γίνονται στην συνέχεια παχύσαρκοι ενήλικοι. (Πιπεράκης, 2002) Ένας επιστήμονας ο Wolff έδειξε ότι το φαινόμενο αυτό είναι πιο συχνό στα κορίτσια από ότι στα αγόρια. Επομένως για να προληφθεί η παχυσαρκία και η κακή φυσική κατάσταση η παιδική ηλικία θα πρέπει να είναι η αφετηρία για την υιοθέτηση σωστής διατροφής και σωματικής άσκησης. (Παλλίδης & Παλλίδου).

Ο προστατευτικός ρόλος του θηλασμού στον κίνδυνο υπερβάλλοντος βάρους διχάζει τις απόψεις των ερευνητών. Καθώς αρκετοί από αυτούς δεν παρατηρούν αξιοσημείωτη διαφορά ενώ κάποιοι άλλοι έχουν παρατηρήσει πως υπάρχει κίνδυνος στην ανάπτυξη αυξημένου σωματικού βάρους και παχυσαρκίας στα παιδιά τα οποία δεν έχουν θηλάσει σε σχέση με αυτά που έχουν θηλάσει επαρκώς. (πτυχιακή)

Όπως προείπαμε ένας βασικός παράγοντας για την εμφάνιση παχυσαρκίας είναι η ενεργειακή πρόσληψη (θερμιδικό ισοζύγιο). Ο άνθρωπος τείνει να διατηρήσει το σωματικό του βάρος σταθερό και ρυθμίζει κατάλληλα το ποσό των θερμίδων που παίρνει να μην υπερβαίνει το ποσό των θερμίδων που χρειάζεται για να καλύψει τις

ανάγκες του. Η ρύθμιση αυτή γίνεται από ειδικό κέντρο του εγκεφάλου του οποίου ενδεχόμενες βλάβες είναι δυνατόν να προκαλέσουν υπερφαγία και παχυσαρκία. Το αίτιο όμως αυτό ευθύνεται για μικρό μόνο ποσοστό των συνηθισμένων παχύσαρκων. (Γαλανός, 2001).

Οι ενδοκρινικοί παράγοντες λιγότερα επεμβαίνουν η προκαλούν αισθητές ιδιομορφίες μορφολογικής παχυσαρκίας. Όπως το μυξοίδημα από θυρεοειδική ανεπάρκεια που συνοδεύεται από κατακράτηση υγρών. Υπάρχουν επίσης κάποια ορμονικά σύνδρομα που παίζουν ρόλο στην εμφάνιση της παχυσαρκίας. Όπως ατροφία περιφερικών αδένων, υπολειτουργικά γεννητικά σύνδρομα, όγκοι, πρόωροι ορμονογεννητικοί ακρωτηριασμοί κάθε τύπου. Η καθυστερημένη ήβη είναι συχνά αιτία παχυσαρκίας, όπως και η εμμηνόπαυση, φυσικά αυτό δεν είναι απόλυτο καθώς εξαρτάται και από άλλους παράγοντες. Θα ήταν σωστό να ειπωθεί πως συνυπάρχουν παχυσαρκίες με ενδοκρινικές διαταραχές παρά ενδοκρινικές παχυσαρκίες. (Ιωάννου & Αυγουστή 1988).

Κάποιοι γιατροί θεωρούν πως τα παχύσαρκα αγόρια πάσχουν από ένα σύνδρομο που ονομάζεται σύνδρομο του R. Frohlich. Τις απόψεις αυτές όμως δεν τις δέχονται οι περισσότεροι γιατροί καθώς το σύνδρομο αυτό συναντάται πολύ σπάνια επομένως δεν είναι σωστό να ρίχνουμε τις ευθύνες για την παχυσαρκία σε ορμονικές διαταραχές. (Παλλίδης & Παλλίδου, 1999).

Τελευταία έχουν αναπτυχθεί κάποιες θεωρίες πάνω σε μια πρωτεΐνη την λεπτίνη την οποία έχουμε όλοι μας σε διαφορετικό βαθμό και είναι αυτή η οποία επηρεάζει το σωματικό μας βάρος. (Παλλίδης & Παλλίδου, 1999) Αμερικανικές έρευνες πέτυχαν να απομονώσουν στον άνθρωπο ένα γονίδιο του οποίου η πρωτεΐνη είναι υπεύθυνη για την επικοινωνία του λιπώδους ιστού του σώματος με το κεντρικό ρυθμιστικό στον υποθάλαμο. Το γονίδιο αυτό που ονομάστηκε ob (obesity= παχυσαρκία) κωδικοποιεί μια ob πρωτεΐνη (λεπτίνη) η οποία μέσω της κυκλοφορίας σηματοδοτεί την κατάσταση των λιποαποθηκών στον εγκέφαλο. (Ellrott & Pudel, 2002) Η λεπτίνη, μια ορμόνη που παράγεται κυρίως από λιποκύτταρα, φθάνει με την κυκλοφορία στον εγκέφαλο, συνδέεται σε υποδοχείς και προκαλεί την απελευθέρωση γλυκαγονοειδούς πεπτιδίου-1 και άλλων νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι καταστέλλουν άμεσα ή έμμεσα την όρεξη. Οι άνθρωποι με συγγενή έλλειψη λεπτίνης αναπτύσσουν υπέρμετρη λήψη τροφής και βαριά παχυσαρκία. Στα περισσότερα παχύσαρκα άτομα ωστόσο οι

συγκεντρώσεις της λεπτίνης είναι μάλλον πολύ υψηλές παρά χαμηλές. Έτσι, οι συχνές μορφές της παχυσαρκίας του ανθρώπου φαίνεται ότι στην πραγματικότητα είναι ανθεκτικές στην λεπτίνη. (Cole & Cole, 2002)

Μερικές ασθένειες μπορούν να οδηγήσουν στην παχυσαρκία ή έστω σε μια τάση αύξησης του βάρους. Ο υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο Cushing, η κατάθλιψη και ορισμένα νευρολογικά προβλήματα που μπορούν να οδηγήσουν στην υπερκατανάλωση τροφής ή στην αύξηση βάρους. Επίσης, τα φάρμακα όπως τα στεροειδή και μερικά αντικαταθλιπτικά χάπια μπορούν να προκαλέσουν αύξηση βάρους. (Adreoli & Carpenter & Griggs & Loscalzo, 2003)

Παρόλα αυτά η απότομη αύξηση των ποσοστών παχυσαρκίας τα τελευταία χρόνια εκδηλώθηκε σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, για να έχουν συμβεί οποιεσδήποτε σημαντικές γενετικές μεταβολές στους διάφορους πληθυσμούς. Αυτό σημαίνει ότι η κύρια αιτία αυτής της αύξησης θα πρέπει να αναζητηθεί στις περιβαλλοντικές και κοινωνικές αλλαγές, που επηρεάζουν σήμερα ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού σε παγκόσμια κλίμακα.

2.4.5. Η παχυσαρκία συγκεκριμένα στην παιδική και εφηβική ηλικία.

Οι περισσότεροι γονείς θεωρούν την αυξανόμενη πρόσληψη βάρους από τα παιδιά τους ως δείγμα υγείας και σωστής ανάπτυξης. Ορισμένες φορές όμως τα μερικά παραπάνω κιλά μπορούν να οδηγήσουν στην παχυσαρκία. Ένα παιδί που δεν κινείται, σε συνδυασμό με ανθυγιεινή διατροφή μπορεί να θεωρείται παχύσαρκο ενώ δεν του φαίνεται (π.χ. όταν δεν έχει αναπτύξει αρκετούς μυς σε σύγκριση με το ποσοστό λίπους). Με πρώτα τα παιδιά της Αμερικής, στην παγκόσμια κατάταξη, τα ελληνόπουλα κατέχουν την δεύτερη θέση σε σχέση με την παχυσαρκία. Τα τελευταία δέκα χρόνια η αύξηση της παχυσαρκίας φτάνει στο 54% σε παιδιά 6-11 ετών και το 40% σε εφήβους 12-17 ετών. Πρόκειται για μια νέα μάστιγα η οποία θα οδηγήσει στο να «χάσουμε» σε 20 χρόνια, περισσότερα παιδιά από την κακή διατροφή και τα επακόλουθα που έχει αυτή (υπέρταση, στεφανιαία νόσος, διαβήτης τύπου 2 κ.α), παρά από το aids και τα ναρκωτικά.

Όπως προείπαμε η παχυσαρκία εμφανίζεται πολλές φορές, ήδη από τη παιδική ηλικία και συντελεί σημαντικά στη παγίωση μίας υποτιμημένης εικόνας σώματος που μπορεί να επηρεάσει εξίσου:

- **τη ψυχική υγεία** του παιδιού, με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων
- **τη σωματική του υγεία**, με την εκδήλωση νοχελικότητας και περιορισμένης κινητικότητας
- **τις κοινωνικές του σχέσεις** με τα συνομήλικα παιδιά. Συνήθως το πάχος γίνεται αντικείμενο χλευασμών στο σχολικό περιβάλλον με αποτέλεσμα, το παιδί να απομονώνεται.

Οι όροι υπέρβαρος και παχύσαρκος εκφράζουν διαφορετικές διαβαθμίσεις του ίδιου προβλήματος, ωστόσο δεν είναι όλα τα παιδιά με κάποια παραπανίσια κιλά υπέρβαρα ή παχύσαρκα. (Cole & Cole, 2002) Είναι ορθότερο η διάκριση αυτή να γίνεται από τον οικογενειακό παιδίατρο, συνυπολογίζοντας διαδοχικές μετρήσεις του ύψους και βάρους του παιδιού, τις διατροφικές συνήθειες, τη σωματική δραστηριότητα, αλλά και τις συνήθειες και το ιστορικό της οικογένειας. Η παχυσαρκία προκαλείται από μια ανισορροπία μεταξύ της πρόσληψης και της κατανάλωσης ενέργειας. Η αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας αντανακλά μια γενικευμένη μείωση των επιπέδων της φυσικής δραστηριότητας και της ενεργειακής κατανάλωσης η οποία δεν συνοδεύεται από αντίστοιχη μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας. Η αύξηση των προσλαμβανόμενων θερμίδων οφείλεται στην υπερκατανάλωση από τα παιδιά φαγητών και ποτών με αυξημένη ενεργειακή περιεκτικότητα. Το πρώτο βήμα λοιπόν είναι μια επίσκεψη στον παιδίατρο με στόχο να καθοριστεί αν υπάρχει πρόβλημα αλλά και να εντοπίσει η οικογένεια τις συνήθειες που το προκαλούν. **Σε περίπτωση που όντως υπάρχει παχυσαρκία σε ένα παιδί τότε σίγουρα θα πρέπει να επιτευχθεί και να διατηρηθεί ένα υγιές σωματικό βάρος μέσα σε διεθνώς παραδεκτά πλαίσια γιατί το υπερβάλλον βάρος δεν αποτελεί μόνο αισθητικό**

πρόβλημα αλλά και σημαντικό κίνδυνο για την υγεία, τόσο την σωματική όσο και την ψυχική.

Πολλοί εξωτερικοί παράγοντες καθορίζουν τις διατροφικές συνήθειες που αποκτούν τα παιδιά. Αυτό που θα ήταν ορθό να γίνει είναι να βοηθηθούν ώστε να διαλέγουν υγιεινές τροφές και να μην επηρεάζονται από τα τεχνάσματα που χρησιμοποιούνται για να τα προσελκύσουν στις ανθυγιεινές συνήθειες.

Οι διαφημιστικές εταιρίες γνωρίζουν καλά πως ο πιο εύκολος τρόπος για να πουλήσουν τα προϊόντα τους είναι εντυπωσιάζοντας τα παιδιά. Έχει αποδειχτεί πως τα παιδιά καταναλώνουν τον περισσότερο ελεύθερο τους χρόνο βλέποντας τηλεόραση. Μέσα από αυτήν λοιπόν περνούν σε αυτά μηνύματα που οι ίδιοι θέλουν προωθώντας έτσι τον καταναλωτισμό. Αν παρατηρήσουμε τις διαφημίσεις με τις οποίες κατακλύζονται τα παιδιά μας καθημερινά θα δούμε πως αντί να προωθούνται οι υγιεινές τροφές, οι οποίες θα βοηθούσαν στην σωστή ανάπτυξη των παιδιών, παρουσιάζονται συνεχώς και με τον καλύτερο δυνατό τρόπο οι ανθυγιεινές τροφές. Για παράδειγμα υπάρχουν αρκετές διαφημίσεις δημητριακών αλλά δυστυχώς μόνο αυτών που περιέχουν ζάχαρη. Πλασάροντας φυσικά το οποιοδήποτε τρόφιμο με τον αντίστοιχο ήρωα κινουμένων σχεδίων που προτιμά η πλειονότητα των παιδιών στην οποία στοχεύει το εκάστοτε προϊόν.

Οι παιδικές σειρές τις οποίες λατρεύουν να παρακολουθούν τα παιδιά μπορεί να φαίνονται εντελώς αθώες στην πραγματικότητα όμως και αυτές περνούν τα δικά τους μηνύματα. Για παράδειγμα ο ήρωας της σειράς προτιμά να κάθεται και να βλέπει τηλεόραση αντί να βγει έξω και να ασχοληθεί με κάτι πιο δραστήριο, θέλει να αποφεύγει τις «αγγαρίες» που του βάζουν να κάνει (να φτιάξει το δωμάτιο του, να διαβάσει κ.α.) Οι γονείς του καθώς και οι φίλοι του παρουσιάζονται συνήθως με αυξημένο βάρος. Έτσι λοιπόν τα παιδιά μη έχοντας την κατάλληλη κριτική ικανότητα ταυτίζονται με τον ήρωα τους έχουν ως πρότυπο την συμπεριφορά του και η εικόνα με την οποία παρουσιάζονται τα υπόλοιπα πρόσωπα της σειράς ως κάτι εντελώς φυσιολογικό. (Alleman, 2003)

Το φαστ φουντ είναι ένας ακόμα κίνδυνος για την παιδική παχυσαρκία. Οι βιοτεχνίες τροφίμων συνδέουν τα πρόχειρα φαγητά με ήρωες παιδικών σειρών οι οποίοι προβάλλονται σε ολόκληρο το εστιατόριο, με αφίσες, στα ποτήρια και γενικά σε

οποιοδήποτε αντικείμενο για να προσελκύουν ακόμα περισσότερο τα παιδιά να τα αποκτήσουν. Συνηθίζεται ακόμα να δίνονται παιχνίδια και φιγούρες ηρώων ως δώρο με κάποιο γεύμα ή κάποιο συνδυασμό γευμάτων. Οπότε ποιο παιδί δεν θα διάλεγε να πάρει δωρεάν παιχνίδι; Παρασύρεται έτσι να διαλέξει κάτι ανθυγιεινό που του πλασάρουν με αυτόν τον διαφορετικό τρόπο. Ένας ακόμα τρόπος για να τα προσελκύσουν είναι η ένταξη αυτών σε κάποια κλάμπ που έχουν δημιουργηθεί ειδικά για αυτά. Στα παιδιά ως γνωστόν αρέσει να ανήκουν κάπου, να είναι μέλος κάποιας ομάδας για αυτό και συχνά παρατηρείται η ένταξή τους σε διάφορες συμμορίες που το μόνο που τους προσφέρουν είναι η κάλυψη αυτού του αισθήματος. Επομένως εκμεταλλευόμενοι την ανάγκη αυτή των παιδιών δημιούργησαν αυτά τα κλάμπ προσελκύοντας την συμμετοχή τους. Αυτά τα κλάμπ δεν είναι τίποτα περισσότερο από την συμπλήρωση κάποιων δελτίων που μέσω αυτών έρχονται στο σπίτι τους γράμματα τα οποία στην ουσία αποτελούνται από διαφημίσεις. (Alleman, 2003)

Εκτός από τα καταστήματα fast food ανάλογα τεχνάσματα χρησιμοποιούνται και αλλού. Για παράδειγμα όλα τα πακέτα δημητριακών (αυτά που περιέχουν ζάχαρη) κοσμούνται με φανταχτερά χρώματα, εικόνες ηρώων και συνήθως περιέχουν και κάποιο δώρο στο οποίο τα παιδιά δυσκολεύονται ακόμα περισσότερο να μην θέλουν να αγοράσουν. Οι χυμοί, οι οποίοι δεν πρέπει να συγχέονται με τους φυσικούς χυμούς, είναι μέσα σε πολύχρωμα μπουκάλια και πάλι αποτυπώνονται πάνω τους κάποιοι παιδικό ήρωες. Στο μεταξύ οι συσκευασίες των ανθυγιεινών αυτών προϊόντων ολοένα και μεγαλώνουν και είναι σε πολύ προσιτή τιμή. Οπότε ένας ανήλικος ο οποίος θα έπινε ένα αναψυκτικό 330 ml τώρα θα πίνει με ελάχιστη χρηματική διαφορά 500 ml. Το ίδιο ισχύει και με άλλα αντίστοιχα προϊόντα. (για παράδειγμα οι συνεχώς μεγαλύτερες σακούλες με πατατάκια, γαριδάκια...)

Τα παιδιά περνούν πολλές ώρες τις ημέρας τους στα σχολεία. Τι θα ήταν λοιπόν πιο βοηθητικό από μια σχετική ενημέρωση όσον αφορά την σωστή διατροφή, τους κινδύνους των γρήγορων φαγητών και την παρότρυνση για άσκηση; Δυστυχώς όμως στην πραγματικότητα δεν γίνεται τίποτα. Κανένας δάσκαλος ή καθηγητής είτε νηπιαγωγός δεν θεωρεί καθήκον του να πληροφορήσει τους μαθητές του για την υγιεινή ζωή. Τη δεκαετία του '70 όταν είχε αρχίσει να γίνεται αντιληπτή η σύνδεση της διατροφής με τις χρόνιες παθήσεις, το κογκρέσο θέσπισε το Πρόγραμμα Διατροφικής Εκπαίδευσης και Άσκησης (ΔΕΑ). Στόχος του προγράμματος ήταν να

εκπαιδευτούν οι δάσκαλοι, οι εργαζόμενοι στην τροφοδοσία των σχολείων και οι μαθητές σε διατροφικά ζητήματα. Παρόλο που το πρόγραμμα υπάρχει μέχρι και σήμερα και εν μέρει επιδοτείται αυτές οι επιδοτήσεις είναι τόσο υποβαθμισμένες που έχει ως αποτέλεσμα να μην λειτουργεί.

Η εφηβεία είναι μια αρκετά δύσκολη περίοδος στην ζωή του ανθρώπου. Ο έφηβος έχει την ανάγκη να είναι αρεστός στους γύρω του, και πολύ περισσότερο στους συνομήλικους του. Οπότε κάποιες φορές οδηγείται σε υπερβολές. Μια έφηβη με κάποια παραπανήσια κιλά ή μια έφηβη που απλώς φοβάται μην παχύνει αρχίζει και κάνει εξαντλητικές δίαιτες. Αυτό μπορεί να συνεχίζεται για κάποιο χρονικό διάστημα όπως είναι φυσικό όμως δεν θα συνεχιστεί για πάντα. Ο μεταβολισμός με αυτόν τον τρόπο απενεργοποιείται και όταν θα αρχίσει να τρώει κανονικά ακόμα και σε μικρές ποσότητες εκείνη θα αρχίσει να παίρνει κιλά. (Alleman, 2003)

Βλέπουμε λοιπόν, πως η παχυσαρκία σχετίζεται με πολλούς παράγοντες που αφορούν, μεταξύ άλλων, και την ψυχική υγεία. Τα αίτια μπορεί να ποικίλλουν άτομο σε άτομο.

2.5. Συνέπειες της παχυσαρκίας

2.5.1. Ιατρικές Συνέπειες

Καρδιαγγειακές νόσοι

Η παχυσαρκία εμποδίζει τις φυσικές δραστηριότητες και την μετακίνηση, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση της λειτουργικότητας και την ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων (Ζαμπάκος, 1989). Οι κακές διατροφικές συνήθειες των παιδιών, η κεντρική παχυσαρκία και η έλλειψη φυσικής άσκησης είναι υπεύθυνες για την δημιουργία καρδιαγγειακών και μεταβολικών συνδρόμων στην ενήλικη ζωή (Χριστόδουλος & al., 2009, Καρβέλα, 2010, Παππάς, 2008, Mantzoros, 2006).

Η παχυσαρκία θεωρείται λόγος της δημιουργίας αθηρωματικών πλακών στην παιδική ηλικία (Lobstein & al., 2004, Χριστόδουλος & al., 2009). Τα αθηρώματα προκαλούν τις καρδιαγγειακές νόσους (Μάνιος, 1998).

. Υπέρταση

Η παχυσαρκία προδιαθέτει την υπέρταση και έχει μεταθέσει την εμφάνισή της στην παιδική ηλικία (Χριστόδουλος & al., 2009, Μουντοκαλάκης, 1996, Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000, Ματσανιώτης, Αυγουστής, 1988, Ντολάτζας 2001, Παππάς, 2008, Mantzoros, 2006, Αδαμόπουλος, 2002). Μάλιστα, ενισχύεται από την έλλειψη φυσικής άσκησης, κακών παιδικών διατροφικών συνηθειών και κληρονομικότητας στην υπέρταση ή την παχυσαρκία των προγόνων (Αδαμόπουλος, 2002, Beavers, 2000 Στεργίου et al., 2011). Η υπέρταση είναι η αύξηση στην πίεση μέσα στις αρτηρίες που μεταφέρουν το αίμα απ' την καρδιά στο υπόλοιπο σώμα (Davidson, 2000, Αδαμόπουλος, 2002). Μπορεί να προκαλέσει στηθάγχη, εγκεφαλικό επεισόδιο και έμφραγμα (Davidson, 2000). Συγκεκριμένα η αύξηση του σωματικού βάρους σημαίνει την αύξηση της (Μόρτογλου, 1996). Στα παιδιά, η τιμή της είναι ίση ή μεγαλύτερη της 95^{ης} εκατοστιαίας θέσης κατανομής των τιμών των πιέσεων στην αντίστοιχη ηλικία (Μουντοκαλάκης, 1996, Αδαμόπουλος, 2002). Παιδιά που δεν ασκούνται και αυξάνουν το βάρος τους έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης υπέρτασης (Μουντοκαλάκης, 1996).

Ένα άλλο σύμπτωμα της παχυσαρκίας είναι επίσης υπεύθυνο για την υπέρταση στην παιδική ηλικία, η αντίσταση στην ινσουλίνη, η οποία προηγείται της ανάπτυξής της (Μουντοκαλάκης, 1996).

Η υπέρταση στην παιδική ηλικία χωρίζεται σε:

Ιδιοπαθή, πρωτογενή, χωρίς συμπτώματα. Μπορεί να προκαλέσει κεφαλαλγία, ζάλη, σπασμούς και πιο σπάνια συγκοπή στην παιδική ηλικία (Αδαμόπουλος, 2002).

Δευτεροπαθής υπέρταση. Κυρίως είναι νεφρικής αιτιολογίας. Προέρχεται από διαταραχές ενδοκρινικών αδένων (Αδαμόπουλος, 2002). Μπορεί να οφείλεται από καρδιαγγειακά νοσήματα, από τα νεφρά, και τις ορθοπεδικές κακώσεις (Αδαμόπουλος, 2002). Επίσης όσο μικρότερη η ηλικία του παιδιού και μεγαλύτερη η

αρτηριακή υπέρταση, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα εμφάνισης δευτεροπαθούς υπέρτασης στο μέλλον (Μουντοκαλάκης, 1996).

Στα παιδιά δύσκολα διακρίνεται από την αρτηριακή πίεση (Αδαμόπουλος, 2002).
Στα παιδιά τρία είναι τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης / υπέρτασης :

Το αυξημένο έως φυσιολογικό επίπεδο, με επίπεδο συστολικής και διαστολικής < 90^{ης} εκατοστιαίας θέσης για το φυσιολογικό και μεταξύ 90^{ης} και 95^{ης} για το αυξημένο.

Η υπέρταση, , με επίπεδο συστολικής και διαστολικής > της 95^{ης} εκατοστιαίας θέσης.

Η σημαντική υπέρταση, με επίπεδο συστολικής και διαστολικής μεταξύ 95^{ης} και 99^{ης} εκατοστιαίας θέσης

Η βαριάς μορφής υπέρταση, , με επίπεδο συστολικής και διαστολικής > 99^{ης} θέσης

(Αδαμόπουλος, 2002).

Οι παραπάνω τιμές θα πρέπει να εκτιμώνται μαζί με το ύψος, το φύλο και το βάρος του παιδιού.

Βέβαια είναι σπάνια σε παιδιά και είναι αποτέλεσμα νόσου νεφρών ή αρτηριών (Αδαμόπουλος, 2002).

. Αρτηριοσκλήρυνση

Η παχυσαρκία είναι λόγος προδιάθεσης για ανάπτυξη αρτηριοσκλήρωσης (Ματσανιώτης). Η αρτηριοσκλήρυνση συμβαίνει όταν το εσωτερικό τοίχωμα των αρτηριών σκληραίνει, παχιάνει και στενεύει, μειώνοντας έτσι την ελαστικότητά του (Beavers, 2000). Όταν αυτό συμβαίνει, το αίμα δεν μεταφέρεται μέσω των αγγείων στο σώμα και το μέρος του σώματος από το οποίο περνά η αρτηρία δεν παίρνει οξυγόνο (Beavers, 2000). Καθώς στενεύει η αρτηρία, δημιουργούνται θρόμβοι που την βουλώνουν και νεκρώνουν το τμήμα του σώματος στο οποίο παρέχει αίμα (Beavers, 2000). Αν νεκρώσει η καρδιά, δημιουργείται έμφραγμα, και αν νεκρώσει ο εγκέφαλος δημιουργείται εγκεφαλικό (Beavers, 2000).

Στεφανιαία νόσος

Λόγω της παχυσαρκίας, η στεφανιαία νόσος έχει παρατηρηθεί και σε παιδιά (Αυγουστής, 1988, Beavers, 2000). Είναι παθολογία του μυοκαρδίου που οφείλεται σε στένωση στεφανιαίων αρτηριών (Julian & Marley, 1994). Εξαιτίας της στένωσης, η καρδιά δεν μπορεί να παρέχει αίμα στο σώμα (Julian & Marley, 1994). Η στεφανιαία νόσος αναπτύσσεται σταδιακά (Davidson, 2000, Julian & Marley, 1994). Προκαλεί στηθάγχη (λόγω άσκησης, η παροχή αίματος είναι μικρότερη του κανονικού) , καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες και έμφραγμα του μυοκαρδίου (νέκρωση του μυοκαρδίου λόγω μειωμένης παροχής αίματος) (Davidson, 2000, Julian & Marley, 1994). Επίσης, συμπτώματα της παχυσαρκίας όπως ο διαβήτης, η υπέρταση και η έλλειψη άσκησης παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου (Davidson, 2000, Julian & Marley, 1994). Ο διαβήτης επηρεάζει την καρδιά και τα αγγεία με διαφορετικούς τρόπους (Julian & Marley, 1994).

Η στεφανιαία νόσος προκαλείται από τους εξής παράγοντες:

Από το αθήρωμα. Το αθήρωμα είναι ένα μαλακό και λιπώδες υλικό που συγκεντρώνεται στις αρτηρίες. Προκαλείται από αλληλεπίδραση ανάμεσα στο τοίχωμα των στεφανιαίων αρτηριών και στα κυτταρικά στοιχεία του αίματος(αιμοσφαίρια, λίπη, κ.λ.π.). Θεωρείται ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου.

Από την πήξη του αίματος

Από λίπη

Από την χοληστερίνη. Όταν δεσμεύεται με πρωτείνες δημιουργείται το χημικό πλέγμα της λιποπρωτεΐνης. Ανάλογα με τον τύπο της πρωτεΐνης που δεσμεύεται σχηματίζεται η χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (LDL) ή η υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη (HDL). Η LDL αποτελεί συστατικό της αθηρωματικής πλάκας και σχετίζεται με το αίμα και την στεφανιαία νόσο. Το ποσό των λιποπρωτεϊνών του αίματος εξαρτάται πιο πολύ από τα λίπη της διατροφής παρά από την χοληστερίνη καθεαυτή.

(Julian & Marley, 1994)

Αρτηριακή πίεση

Τα παχύσαρκα παιδιά παρουσιάζουν υψηλότερη αρτηριακή πίεση απ' τους υπόλοιπους συνομήλικούς τους (Ματσανιώτης, Αρχοντάκης, 1995, Beavers, 2000). Η αρτηριακή πίεση είναι η πίεση μέσα στα αιμοφόρα αγγεία, κάθε φορά που η καρδιά σπρώχνει αίμα στο σώμα (Beavers, 2000). Όσο πιο ψηλή η πίεση, τόσο μεγαλύτερος γίνεται ο κίνδυνος για την ανάπτυξη της στεφανιαίας νόσου (Beavers, 2000). Σημαντικός παράγοντας κινδύνου είναι η χοληστερόλη (Beavers, 2000). Αν η αρτηριακή πίεση είναι υψηλή, βλάπτονται τα αγγεία που μεταφέρουν αίμα στο σώμα (Beavers, 2000). Η αύξηση του βάρους συνεπάγεται αύξηση της πίεσης (Beavers, 2000).

Ορθοπεδικές επιπλοκές

Η παχυσαρκία σύμφωνα με πηγές είναι επαληθευμένα υπεύθυνη για την ύπαρξη ορθοπεδικών προβλημάτων και αρθροπαθειών στα παιδιά (Lobstein & al., 2004, Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000, Ντολάτζας, 2001, Αρχοντάκης, 1995). Η ύπαρξη των συνενωμένων αναπτυξιακών πλακών και των μαλακότερων χόνδρινων οστών συμβάλλουν στην εμφάνιση ορθοπεδικών ανωμαλιών σε παχύσαρκα παιδιά (Must & Strauss, 1999). Πιθανόν μπορεί να προκληθεί μόνιμη βλάβη στην μηριαία κεφαλή (Must & Strauss, 1999). Αυτό συμβαίνει γιατί πραγματοποιείται εξάρθρωση στην μηριαία αναπτυξιακή κεφαλή (Must & Strauss, 1999). Η νόσος Blount (κύρτωση ποδιών και κνήμης λόγω υπερανάπτυξης της δεύτερης) σχετίζεται με την βρεφική παχυσαρκία (Must & Strauss, 1999, Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000). Άλλες ορθοπεδικές επιπλοκές είναι η ραιβογονία και η αύξηση ευαισθησίας αστραγάλου (Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000). Τέλος, υπάρχουν παιδιά που λόγω παχυσαρκίας έχουν πλατυποδία (Παλλίδης, 1987).

Νευρολογικές επιπλοκές

Η παιδική παχυσαρκία συνοδεύεται από ιδιοπαθή αυξημένη ενδοκρανιακή υπέρταση με συμπτώματα όπως εμετούς, πονοκέφαλους και θολή όραση (Must & Strauss,

1999). Προκαλεί αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση (η οποία προκαλείται από την αυξημένη συγκέντρωση κοιλιακού λίπους), υπερζωοτική πίεση και καρδιακή πίεση, η οποία είναι υπεύθυνη για την φλεβική αντίσταση στον εγκέφαλο (Must & Strauss, 1999, Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000). Έχει παρατηρηθεί ότι η εμφάνιση ψευδόγκου του εγκέφαλου στην παιδική ηλικία έχει άμεση σχέση με την παχυσαρκία (Must & Strauss, 1999, Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000). Αν και είναι σπάνιο φαινόμενο, προκαλείται απ' την αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης (Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000).

Πνευμονικές επιπλοκές

Η παιδική παχυσαρκία μπορεί να προκαλέσει αναπνευστικά προβλήματα στην παιδική ηλικία (Παλλίδης 1987, Αυγουστής, 1988, Ντολάτζας, 2001, Mantzoros, 2006). Οι αναπνευστικές και οι καρδιακές επιπλοκές εμφανίζουν συμπτώματα όπως συνεχής κούραση και δυσκολία στην κίνηση (Ντολάτζας, 2001) Αν και δεν έχει αποδειχθεί η άμεση σχέση μεταξύ τους, η παιδική παχυσαρκία σχετίζεται με το άσθμα και την μείωση των δραστηριοτήτων λόγω αυτού (Must & Strauss, 1999, Lobstein & al., 2004). Τα παχύσαρκα παιδιά έχουν αναπνευστικά προβλήματα στον ύπνο (Must & Strauss, 1999, Lobstein & al., 2004). Ένα από αυτά είναι η υπνική άπνοια και γενικότερα οι διαταραχές ύπνου με συχνότερη την εμφάνιση της αποφρακτικής (Must & Strauss, 1999, Lobstein & al., 2004, Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000, Αρχοντάκης 1995, Mantzoros, 2006). Συγκεκριμένα οι Must & Strauss (1999) διευκρινίζουν ότι όσα παιδιά πάσχουν από αποφρακτική άπνοια στον ύπνο, παρουσιάζουν δυσκολίες στην μνήμη και στην μάθηση, ενώ οι Κατσιλάμπρος & Τσίγκας (2000) και ο Μόρτογλου (1996) ισχυρίζονται ότι αυτή προκαλεί υποαερισμό και αιφνίδιο θάνατο σε σοβαρές περιπτώσεις. Όσα παιδιά παρουσιάζουν σοβαρή παχυσαρκία πάσχουν και απ' το σύνδρομο του Pickwick (με συμπτώματα όπως υποαερισμό, υπνηλία, δεξιά υπερτροφική παχυσαρκία, σχέση με πνευμονική εμβολή και αιφνίδιο θάνατο) (Must & Strauss, 1999, Mantzoros, 2006). Τέλος, έχει παρατηρηθεί ροχαλητό σε παχύσαρκα παιδιά, καθώς και μειωμένη ικανότητα των πνευμόνων (Lobstein & al., 2004, Mantzoros, 2006).

Διαβήτης

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τον σακχαρώδη διαβήτη έχουν εμφανιστεί στα παιδιά (Σταύρου & Σταύρου, 2012). Η παχυσαρκία έχει άμεση σχέση με τις αιτίες του, την αντίσταση στην ινσουλίνη (έλλειψη ανταπόκρισης οργάνων- στόχων της ινσουλίνης) ή την έλλειψη αυτής, με αποτέλεσμα την αύξηση του σακχάρου στο αίμα (Must & Strauss, 1999, Lobstein & al., 2004, Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000, Αυγουστής, 1988, Γαλλική Ένωση Διαβητικών, 1993, Ντολάτζας, 2001, Καρβέλα, 2010, Παππάς, 2008, Mantzoros, 2006, Davidson, 2000, Julian & Marley, 1994, Σταύρου & Σταύρου, 2012). Η έλλειψη ινσουλίνης οδηγεί στην αδυναμία ρύθμισης των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα (Σταύρου & Σταύρου, 2012). Αυτή η κατάσταση λέγεται υπεργλυκαιμία και όσο περνά ο χρόνος προκαλεί ζημιά στα συστήματα του οργανισμού, κυρίως στα νεύρα και στα αιμοφόρα αγγεία (Σταύρου & Σταύρου, 2012). Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι πρόβλημα αφομοίωσης των γλυκιδίων στον οργανισμό με αποτέλεσμα την αύξηση του σακχάρου στο αίμα (Γαλλική Ένωση Διαβητικών, 1993). Προέρχεται από την έλλειψη ή ανεπάρκεια ινσουλίνης στον οργανισμό (επειδή δεν δημιουργήθηκε αρκετή από το πάγκρεας) , την κεντρική παχυσαρκία και την έλλειψη φυσικής άσκησης (Γαλλική Ένωση Διαβητικών, 1993, Καραμανώλης & Κατσαρέλα, 2010, Σταύρου & Σταύρου, 2012). Η κεντρική παχυσαρκία είναι ισχυρότατος παράγοντας κινδύνου για την πρόκληση σακχαρώδους διαβήτη τύπου II (Mantzoros, 2006, Davidson, 2000, Σταύρου & Σταύρου, 2012, Καραμανώλης & Κατσαρέλα, 2010). Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II είναι η δυσλειτουργία των β – κυττάρων του παγκρέατος (Σταύρου & Σταύρου, 2012). Ως αποτέλεσμα αυτού προκαλείται η ινσουλινοαντίσταση, η αδυναμία των κυττάρων του οργανισμού για αξιοποίηση της ινσουλίνης (Σταύρου & Σταύρου, 2012) . Σύμφωνα με έρευνα για κάθε κιλό που παίρνουμε στον οργανισμό μας, αυξάνεται κατά 9% η πιθανότητα εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου II (Mantzoros, 2006). Τα παιδιά που εντοπίστηκαν με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II είχαν BMI γύρω στην 97^η εκατοστιαία μονάδα, τιμή μέσα στην οποία θεωρείται ένα παιδί ως παχύσαρκο (Mantzoros, 2006). Ο λιπώδης ιστός έχει μεγάλη σημασία στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου II (Mantzoros, 2006). Καθοριστικός παράγοντας στην πρόκληση του στα παιδιά είναι η έλλειψη φυσικής άσκησης (Σταύρου & Σταύρου, 2012). Συνήθως πρέπει να υπάρχει κληρονομικότητα για να εμφανιστεί (Μόρτογλου,1996). Ο

διαβήτη αποτελεί παράγοντα πρόκλησης υψηλής αρτηριακής πίεσης (Beavers, 2000).

2.5.2. Κοινωνικές συνέπειες

Στις βιομηχανικές χώρες υπάρχει η αντίληψη ότι η παχυσαρκία φανερώνει ατέλειες του χαρακτήρα μας και πολλές φορές προκαλεί ψυχοκοινωνικά προβλήματα (Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000). Έχει τονισθεί η αρνητική σημασία της παχυσαρκίας στον ψυχικό και στο συναισθηματικό κόσμο του παιδιού, καθώς και οι διακρίσεις που δέχονται τα παχύσαρκα παιδιά (Must & Strauss, 1999, Κοντορίγα & al, 2011, Chen & Brown, 2005) .

Σύμφωνα με πολλές πηγές, πολλοί συμμαθητές παχύσαρκών παιδιών τα πειράζουν και τα στιγματίζουν, χαρακτηρίζοντας τα ως βρώμικα, ψεύτες, άσχημα, κλέφτες, απείθαρχα και τεμπέληδες (Must & Strauss, 1999, Lobstein & al., 2004, Παππάς 2008, Chen & Brown, 2005). Θεωρούνται λιγότερο ανταγωνιστικά σε σχέση με αυτούς (Chen & Brown, 2005). Πολλές φορές στιγματίζονται από τους δασκάλους τους και από επαγγελματίες υγείας (Chen & Brown, 2005). Σε έρευνες που έχουν γίνει, έχει παρατηρηθεί ότι στις προτιμήσεις κανονικών παιδιών έχουν την μικρότερη συχνότητα στην επιλογή του καλύτερού τους φίλου (Must & Strauss, 1999). Συμπερασματικά, η παχυσαρκία επιδρά αρνητικά στην κοινωνική προσαρμογή των παιδιών (Ματσανιώτης). Πάντως ο στιγματισμός της παχυσαρκίας εμφανίζεται κυρίως στις δυτικές κοινωνίες (Lobstein & al., 2004) .

Πολλά παχύσαρκα παιδιά δεν έχουν παρέες ή φίλους με αποτέλεσμα την μειωμένη ψυχική λειτουργικότητα κατά την ενηλικίωση τους (Lobstein & al., 2004). Πολλά παιδιά δεν προτιμούν παχύσαρκα άτομα για φίλους τους (Chen & Brown, 2005). Η αποδοκιμασία της παχυσαρκίας και η απαξίωση της από την κοινωνία την καθιστούν ως μια πιθανή παρέκκλιση (Thio, 2007). Με τον τρόπο που αντιμετωπίζεται η παχυσαρκία από την κοινωνία μπορούμε να πούμε ότι θεωρείται μια ήπια μορφή παρέκκλισης (Thio, 2007). Η θεώρηση της ως παρέκκλιση έχει υποκειμενικά αίτια, γεγονός που κατατάσσει την ανάλυσή της στην εποικοδομιστική προσέγγιση της παρέκκλισης (Thio, 2007).

Όσο μεγαλώνουν τα παιδιά τόσα περισσότερα στερεότυπα θα εμφανίζονται για την παχυσαρκία τους (Lobstein & al., 2004, Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000). Ένας σημαντικός παράγοντας μεταφοράς των κοινωνικών προβλημάτων της από την παιδική στην ενήλικη ζωή είναι η αυτοεκπληρούμενη προφητεία (Λυκίδου, 2012). Η αυτοεκπληρούμενη προφητεία είναι μια πρόβλεψη που γίνεται στην παιδική ηλικία για την ενήλικη ζωή και συμβάλλει στην πραγματοποίησή της (Λυκίδου, 2012). Αν τα στερεότυπα και οι αρνητικές κοινωνικές σχέσεις της παιδικής ηλικίας μεταφέρονται στην ενήλικη ζωή ενός παχύσαρκου, τότε πραγματοποιείται το παραπάνω φαινόμενο.

Οι κοινωνικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας γίνονται εντονότερες κατά την ενηλικίωση (Lobstein & al., 2004). Έχει αποδειχθεί ότι τα παχύσαρκα άτομα έχουν προβλήματα επαγγελματικής ανέλιξης στην ζωή τους (Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000, Μόρτογλου, 1996, Ντολάτζας 2001, Chen & Brown, 2005). Είναι γεγονός ότι επιδρά αρνητικά περισσότερο στις γυναίκες και λιγότερο στους άντρες στην μετέπειτα ζωή τους όσον αφορά την αμοιβή τους, τις εργασιακές ευκαιρίες που θα τους παρουσιαστούν, καθώς και την προτίμηση από κάποιον ερωτικό σύντροφο και την δημιουργία οικογένειας (Must & Strauss, 1999, Chen & Brown, 2005). Οι Chen & Brown, (2005) θεωρούν ότι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι άντρες χρησιμοποιούν ως κριτήριο επιλογής συντρόφου το βάρος. Η παραπάνω κοινωνική στάση μπορεί να επηρεάζεται από πατριαρχικές ιδέες, όπου το κοινωνικό σύστημα ορίζει ως ανώτερο των άνδρα (Payne, 2000). Την άποψη της πατριαρχίας την ενισχύουν τα διαφορετικά χαρακτηριστικά των δυο φύλων, όπου φιλτράρονται μέσα από την πολιτισμική υπόθεση ότι οι άντρες είναι ανώτεροι των γυναικών και επιδρά αρνητικά στις κοινωνικές σχέσεις των γυναικών (Payne, 2000).

Ως ιδανικό γυναικείο σώμα προβάλλεται το αδύνατο (Αδαμίδου & al., 2013). Στις γυναίκες η επίδραση είναι ισχυρή, επειδή αποζητούν την εκτίμηση τους σώματός τους από σημαντικούς άλλους (Αδαμίδου & al., 2013). Όσον αφορά την παιδική ηλικία, οι απόψεις των αγοριών για τα παχύσαρκα παιδιά μπορεί να επηρεάζονται από τους γονείς τους, οι οποίοι μπορεί να στηρίζουν την κυρίαρχη πατριαρχική

κουλτούρα, στην οποία τα παιδιά είναι δεκτικά, λόγω της εξάρτησής τους από τους μεγάλους.

Μάλιστα οι Chen & Brown (2005) θεωρούν πώς οι διακρίσεις σε παχύσαρκα άτομα φτάνουν σε επίπεδο ρατσισμού. Η στέρηση της εργασίας, της δημιουργίας οικογένειας και άλλων κοινωνικών αγαθών αποτελούν στοιχεία κοινωνικού αποκλεισμού (E.K.K.E., 2005). Αν λάβουμε υπόψη ότι η παχυσαρκία αντιμετωπίζεται ως μια παρέκκλιση, η κοινωνία μέσω των παραπάνω γεγονότων την απορρίπτει με αποτέλεσμα την επανεντακτική ντροπή των παχύσαρκων για την ενσωμάτωσή τους στα κοινωνικά πρότυπα ή την διασπαστική ντροπή, όπου σημαίνει την ρήξη τους με αυτήν (Thio, 2007).

Ένας σημαντικός παράγοντας στιγματισμού των παχύσαρκων παιδιών είναι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, τα οποία αλλοιώνουν την εικόνα τους (Chen & Brown, 2005). Τα παχύσαρκα άτομα παρουσιάζονται στερεοτυπικά καθώς είναι αντίθετα στα κοινωνικά πρότυπα και αξιοποιούνται ως πηγή χιούμορ (Chen & Brown, 2005). Οι Αδαμίδου & al. (2013) τονίζουν την επίδραση των Μ.Μ.Ε. στην εικόνα του σώματος. Αυτά επιβάλλουν πρότυπα στο στυλ του σώματος (Αδαμίδου & al., 2013). Πάντως για την διαμόρφωση προτύπων ενός παιδιού σημαντικοί παράγοντες είναι επίσης η οικογένεια, η κοινωνία και οι φίλοι (Αδαμίδου & al., 2013). Οι παραπάνω παράγοντες (που είναι και φορείς κοινωνικοποίησης) αναπαράγουν πληροφορίες, αξίες και στάσεις της κυρίαρχης κουλτούρας για τους παχύσαρκους που επηρεάζουν την γνώμη των παιδιών και τα ψυχικά τους κριτήρια όταν θα επιλέγουν αφαιρετικά την στάση και την επικοινωνία τους σε αυτούς (Payne, 2000) . Εφόσον αναπαράγουν αξίες της εποχής σχετίζονται με την ηθική αυτής. Η ηθική είναι το σύνολο εσωτερικευμένων αξιών που ορίζουν το σωστό και το λάθος και εκφράζεται μέσω της ηθικής σκέψης, του ηθικού συναισθήματος και της ηθικής συμπεριφοράς (Shaffer, 2004). Σύμφωνα με την στάση και τις αξίες των παραπάνω φορέων κοινωνικοποίησης η παχυσαρκία δεν είναι ηθική. Η ηθική συμπεριφορά τους εκφράζεται μέσω της αρνητικής ενίσχυσης της παχυσαρκίας. Οι παραπάνω φορείς κοινωνικοποίησης αξιοποιούν την εξάρτηση αυτών των ατόμων από την κοινωνία (Hughes & Kroelher, 2007).

Σύμφωνα με τα παραπάνω τα παχύσαρκα άτομα αντιμετωπίζουν καταστάσεις με στοιχεία ρατσισμού. Ο ρατσισμός είναι μια κοινωνική κατασκευή που επηρεάζει τις ευκαιρίες στην κοινωνία (Pachter & Coll, 2009). Στην παιδική τους ηλικία κατηγοριοποιούνται με βάση το φαινότυπό τους (Pachter & Coll, 2009). Στην ενήλικη ζωή τους είναι πιθανόν να αποκλειστούν απ' την εκπαίδευση και την εργασία με αποτέλεσμα να στερηθούν οικονομικά και πολιτισμικά αγαθά, που αποτελούν στοιχεία της δημόσιας ζωής (Pachter & Coll, 2009). Τέλος, οι Chen & Brown (2005) αναφέρουν ότι οι παχύσαρκοι πέφτουν θύματα σεξισμού.

Ένα ακόμα συμπέρασμα που προκύπτει απ' την αρνητική επίδραση της οικογένειας, του σχολείου, των Μ.Μ.Ε. και των συνομήλων σε αυτά τα παιδιά είναι η αδυναμία για κοινωνικοποίηση. Οι παραπάνω παράγοντες είναι υπεύθυνοι για αυτήν και η ελλιπής ή μηδαμινή κοινωνικοποίηση στερεί απ' αυτά τα άτομα την επαφή με τις ιδέες, αξίες, συμπεριφορές που χρειάζονται για ένα κοινωνικό ον (Hughes & Kroelher, 2007). Η αρνητική αλληλεπίδραση με τους άλλους συμβάλλει στην κακή εικόνα για τον εαυτό τους και στην έλλειψη αυτοεκτίμησης (Hughes & Kroelher, 2007).

2.6. Ψυχολογικές επιπλοκές

Η ψυχοκοινωνική δραστηριοποίηση παιδιών με παχυσαρκία κρίνεται ελλιπής και ανεπαρκής (Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000). Οι αρνητικές ψυχολογικές επιδράσεις της στον δυτικό βιομηχανικό κόσμο οφείλονται από την αρνητική άποψη της κοινωνίας προς το υπεράνω του κανονικού λίπος και στις αισθητικές επιπτώσεις αυτής, καθώς και στην αντίληψη ότι τα άτομα πρέπει να είναι αδύνατα (Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000, Ντολάτζας, 2001, Παππάς, 2008). Εφόσον λοιπόν θεωρείται λάθος από αυτές τις κοινωνίες υπάρχει η αντίληψη ότι εναντιώνεται στα κοινωνικά πρότυπα (Hughes & Kroehler, 2007). Τα παχύσαρκα άτομα θεωρούνται άτομα με χαμηλό έλεγχο του εαυτού τους (Παππάς, 2008). Το γεγονός αυτό μπορεί να ερμηνευθεί μέσω της ψυχοδυναμικής θεωρίας της κοινωνικής εργασίας που βασίζεται στην ψυχανάλυση του Freud. Ο χαμηλός αυτοέλεγχος έχει σχέση με τις ενορμήσεις. Η ψυχοδυναμική θεωρία της προσωπικότητας θεωρεί ότι οι ενορμήσεις

έχουν σχέση με το Id, το ασυνείδητο κομμάτι της ψυχής μας το οποίο δεν έχει ελεγχθεί από το Ego και το Superego (Payne, 2000) . Το Superego έχει σχέση με τις ηθικές αξίες που ορίζονται από την κοινωνία και το Ego είναι η αντισταθμιστική λειτουργία ανάμεσα στο Superego και το Id (Payne, 2000) . Η αποτυχία να τα καταφέρει προέρχεται από αναπτυξιακά προβλήματα της προσωπικότητας του ατόμου και ενισχύει την εμφάνιση των ορμών της παιδικής ηλικίας, πράγμα το οποίο συμβαίνει όταν υπάρχει έλλειψη αυτοελέγχου (Payne, 2000) .

Επιδρά αρνητικά στην ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους (Ματσανιώτης, Ντολάτζας, 2001). Η έλλειψη ανάπτυξης της προσωπικότητας μπορεί να συμβάλλει στην καθήλωση σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης και την αδυναμία ωρίμανσης του ατόμου (Payne, 2000) . Η ψυχολογική επίδραση της παιδικής παχυσαρκίας αφορά τομείς όπως η σχολική επίδοση, η κακή εικόνα που έχουν τα παιδιά για το σώμα τους (αφορά την αντίληψη που έχουν για το μέγεθος και την εμφάνιση τους, που επιδρά στον συναισθηματικό τους κόσμο) και η δυσκολία στις κοινωνικές διασυνδέσεις, προβλήματα στον χαρακτήρα και κακή υγεία (Lobstein & al., 2004, Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000, Mantzoros, 2006, Chen & Brown, 2005). Πιθανόν μαζί με την παχυσαρκία θα φταίει και η δυσκολία στην απόδοση πραγμάτων λόγω αυτής (Καραμανώλης & Κατσαρέλα, 2010, Παππάς, 2008).). Η μείωση της σχολικής επίδοσης δημιουργεί ένα κενό στις γνώσεις τους για την συναισθηματική και κοινωνική τους ανάπτυξη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Το παραπάνω γεγονός μπορεί να έχει σχέση με το 4ο στάδιο ψυχολογικής ωρίμανσης του ατόμου κατά τον Erikson, την φιλοπονία έναντι της κατωτερότητας. Αυτό το στάδιο, χρονικά αφορά την ηλικία από 6 έως 12 ετών (Shaffer, 2004). Σε αυτό το διάστημα τα παιδιά πρέπει να έχουν αποκτήσει κάποιες δεξιότητες στο σχολείο και κάποιες άλλες για κοινωνικοποίηση (Shaffer, 2004). Εάν τα παιδιά αποτύχουν να τα αναπτύξουν αισθάνονται αισθήματα κατωτερότητας (Shaffer, 2004). Η παραπάνω θεωρία μπορεί να ερμηνεύσει τα αισθήματα κατωτερότητας στα παχύσαρκα παιδιά λόγω των χαμηλών επιδόσεων καθώς και την προέλευση της έλλειψης αυτοεκτίμησής τους. Χαρακτηριστικό αυτού του σταδίου είναι η σύγκριση με συνομήλικους, που υποθετικά μπορεί να υπάρχει σε αυτά τα παιδιά. Η επιτυχία ή αποτυχία αυτού του σταδίου εξαρτάται και από τους δασκάλους και τους συνομήλικους (Shaffer, 2004). Η επίδραση των συνομήλικων αναλύεται παρακάτω, ενώ των δασκάλων οφείλει να εξεταστεί.

Όσον αφορά την συναισθηματική κατάσταση ενός παχύσαρκου ατόμου έχει παρατηρηθεί κοινωνική απομόνωση, δυσκολία στην προβολή του εαυτού του, ευαισθησία στα πειράγματα, μοναξιά και εσωστρέφεια λόγω συναισθημάτων κατωτερότητας, ενοχής και, ντροπής και αποστροφής από τον περίγυρο (Αυγουστής, 1988, Ντολάτζας, 2001, Mantzoros, 2006). Υπάρχει μια πιθανή σχέση της χαμηλής αυτοεκτίμησης αυτών των παιδιών με την παχυσαρκία και τα περιττά κιλά, αλλά δεν θεωρείται δεδομένη η σχέση τους (Must & Strauss, 1999, Lobstein & al., 2004, Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000, Κοντορίγα & al, 2011). Η οικογένεια θεωρείται ένας σημαντικός παράγοντας επίδρασης της αυτοεκτίμησης (Lobstein & al., 2004). Η οικογένεια μπορεί να κάνει πειράγματα, αρνητικά σχόλια, υποτιμήσεις ή συγκρίσεις με αδέρφια και φίλους (Ματσανιώτης). Αυτό μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην προσωπικότητά τους, καθώς αυτή δομείται από περιβαλλοντικούς παράγοντες (Hughes & Kroelher, 2007). Η οικογένεια με αυτά τα πειράγματα μπορεί να συμβάλλει αρνητικά στην αυτοπεποίθηση του παιδιού στις κοινωνικές του σχέσεις, καθώς τα πειράγματα αποτελούν αρνητικές οικογενειακές εμπειρίες (Payne, 1997). Οι αρνητικές αυτές εμπειρίες θα επιδράσουν αρνητικά στην διαχείριση των σχέσεων στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον καθώς και στην κατάκτηση επιθυμητών κοινωνικών ρόλων (Payne, 1997). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση εμφανίζεται περισσότερο στα κορίτσια (Lobstein & al., 2004). Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι τα νεαρά κορίτσια και αυτά της πρώιμης εφηβείας φοβούνται έντονα την αύξηση του σωματικού τους βάρους, λόγω του στιγματισμού της παχυσαρκίας (Must & Strauss, 1999).

Σύμφωνα με έρευνες δεν έχει αποδειχθεί στενή σχέση της παχυσαρκίας με ψυχικές διαταραχές στα παιδιά, αν και υπάρχουν παχύσαρκα παιδιά με κατάθλιψη (συχνότερη εμφάνιση στα κορίτσια) και διαταραχές άγχους (Lobstein & al., 2004, Κοντορίγα & al., 2011, Chen & Brown, 2005). Πολλά στοιχεία της συμπεριφοράς των παχύσαρκών παιδιών έχουν σχέση με την κατάθλιψη όπως η απομόνωση, η εσωστρέφεια, οι αρνητικές σκέψεις για το μέλλον (λόγω ενίσχυσης από την κοινωνία) τα αισθήματα ενοχής λόγω αρνητικής ενίσχυσης και τα δυσλειτουργικά γνωστικά σχήματα που τα εμποδίζουν να αναπτύξουν την προσωπικότητά τους. Οι Κοντορίγα & al. θεωρούν ότι η παχυσαρκία σχετίζεται με την καταναγκαστική συμπεριφορά, τις διαταραχές προσωπικότητας και κάποια αποκλίνοντα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Κοντορίγα & al, 2011) . Διαφορετική θεωρείται η επίδραση της

κατάθλιψης σε παχύσαρκα άτομα από ότι στον γενικό πληθυσμό (Κοντορίγα & al, 2011) .

Όσον αφορά τις αγχώδεις διαταραχές κάποια παχύσαρκα παιδιά παρουσιάζουν στοιχεία κοινωνικής φοβίας, όπως απομόνωση, απουσία από ομαδικές δραστηριότητες και αισθήματα απόρριψης από τον περίγυρό τους. Η απομόνωση από τους συνομήλικους μπορεί να εξηγηθεί μέσω της αρνητικής συντελεστικής ενίσχυσης του Skinner. Η αρνητική ενίσχυση έχει σχέση με ένα αρνητικό ερέθισμα που προκαλεί μια αρνητική αντίδραση, συνεπώς την απομάκρυνση από το δυσάρεστο συναίσθημα (Παρασκευόπουλος, 1988). Στην περίπτωση της παιδικής παχυσαρκίας το ερέθισμα είναι τα πειράγματα των συνομήλικων που την ενισχύουν αρνητικά. Η αντίδραση είναι η απομάκρυνση από τις παρέες των συνομήλικων, οι οποίοι προκαλούν το δυσάρεστο συναίσθημα και η απομόνωση. Η στάση των συνομήλικων επηρεάζεται από τους παραπάνω φορείς κοινωνικοποίησης (την οικογένεια, τα Μ.Μ.Ε. και την κοινωνία). Πιθανόν, αυτοί επηρεάζουν την ηθική σκέψη, το ηθικό συναίσθημα, την ηθική συμπεριφορά καθώς και τις αξίες που έχουν αυτά τα παιδιά για τους παχύσαρκους. Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση μπορεί να εξηγηθεί η στάση τους. Επίσης φαίνεται να ενδοβάλλουν την στάση των παραπάνω για την παχυσαρκία (Δημοπούλου - Λαγωνίκα, 2006).

Η εμφάνιση άγχους σύμφωνα με την ψυχοδυναμική θεώρηση της Klein σχετίζεται με το πένθος (Payne, 2000) . Το πένθος σχετίζεται με κάθε είδους απώλεια (Payne, 2000) . Ένα μέρος της συμπεριφοράς σε περίπτωση πένθους προέρχεται από τις κοινωνικές προσδοκίες για το άτομο σχετικά με την αναμενόμενη συμπεριφορά του (Payne, 2000) . Στην περίπτωση της παχυσαρκίας, η αδυναμία του παιδιού να αδυνατίσει και να ανταποκριθεί στις σχολικές και κοινωνικές του υποχρεώσεις του δημιουργεί πίεση και απώλεια στους παραπάνω τομείς, άρα και πένθος. Η απώλεια σύμφωνα με την θεωρία παρέμβασης στην κρίση θεωρείται ψυχοπιεστικό γεγονός και προκαλεί την κατάθλιψη (Payne, 2000) . Το άγχος επίσης με την ίδια θεωρία θεωρείται ψυχοπιεστικό γεγονός (Payne, 2000) . Προέρχεται από κάποια απειλή που νιώθει το άτομο (Payne, 2000) . Στην περίπτωση των παχύσαρκων παιδιών μπορεί να προέρχεται από την αποδοκιμασία, η οποία λειτουργεί ως απειλή για την πιθανή απομόνωσή του από τον κοινωνικό του περίγυρο. Η απομόνωση μπορεί να γίνει ένα επικίνδυνο γεγονός για την εμφάνιση μιας κρίσης στο παιδί και συμβάλλει στην απώλεια της ισορροπίας του ατόμου (Payne, 2000) .

Πολλά παχύσαρκα άτομα τρώνε σαν αντίδραση σε αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις και αυτό μπορεί να σχετίζεται με την ευκαιριακή κατανάλωση χωρίς μέτρο (Κοντορίγα & al, 2011, Mantzoros, 2006, Chen & Brown, 2005). Αυτό μπορεί να έχει σχέση με την εμφάνιση της ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής διαταραχής σε αυτά τα παιδιά (Κάκουρος & Μανιαδάκη). Έχει επίσης παρατηρηθεί η εμφάνιση διαταραχών συμπεριφοράς (Αυγουστής, 1988).

2.7. Άλλες διαταραχές

Έχει παρατηρηθεί σε παχύσαρκα παιδιά η ύπαρξη ηπατικών και γαστρεντερικών διαταραχών(Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000). Το λιπώδες ήπαρ είναι μια από τις ηπατικές ασθένειες και σχετίζεται με τα υψηλά επίπεδα των τρανσαμινασών στον ορό (Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000, Ντολάτζας, 2001). Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση εμφανίζεται στην μειοψηφία των παιδιών και έχει σχέση με την αύξηση του ενδοκοιλιακής πίεσης που αναφέρθηκε παραπάνω (Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000).

Τα παχύσαρκα παιδιά παρουσιάζουν μικρότερους δείκτες ανάπτυξης και ανεπάρκεια σε θρεπτικές ουσίες (Καραμανώλης & Κατσαρέλα, 2010). Οι κακές διατροφικές συνήθειες και η παχυσαρκία είναι προδιαθεσικοί παράγοντες για κάποιες μορφές καρκίνου στην παιδική ηλικία αλλά και αργότερα στην ενήλικη ζωή (Μάρκοβιτς & Μοναστηρίδου, 2011, Καρβέλα, 2010). Τα παχύσαρκα κορίτσια μπορεί να παρουσιάσουν πρόωμη ήβη, γυναικομασία και σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (Κυριαζής & al., 2010). Τέλος η παιδική παχυσαρκία έχει σχέση με τα χαλασμένα δόντια και με φλεβίτιδες, καθώς και με τα αυξημένα τριγλυκερίδια (Αρχοντάκης, 1995)

2.7.1. Μεταβολικό σύνδρομο

Θεωρείται αιτία των μεταβολικών διαταραχών σε παιδιά (Καραμανώλης & Κατσαρέλα, 2010, Αρχοντάκης 1995, Καρβέλα, 2010). Το μεταβολικό σύνδρομο είναι μια ομάδα μεταβολικών διαταραχών (δυσλιπιδαιμία, υπεργλυκαιμία, αρτηριακή πίεση κεντρικού τύπου) (Καρβέλα, 2010).

Τα κριτήρια του μεταβολικού συνδρόμου είναι τα εξής:

- α) δυσλιπιδαιμία.,
- β) υπέρταση,
- γ) κεντρική (κοιλιακή) παχυσαρκία,
- γ) υψηλή γλυκόζη και / ή αντίσταση στην ινσουλίνη
- δ) υπερτριγλυκεριδαιμία
- ε) χαμηλή συγκέντρωση της HDL χοληστερόλης
- στ) υψηλή γλυκόζη νηστείας του αίματος

(Καρβέλα, 2010, Σταύρου & Σταύρου, 2012).

Έχουν παρατηρηθεί δυσλιπιδαιμίες σε παιδικούς πληθυσμούς, οι οποίες σχετίζονται με την αυξημένη συσσώρευση λίπους στην κοιλιά (Χριστόδουλος & al., 2009, Κατσιλάμπρος & Τσίγκας, 2000, Mantzoros, 2006).

Βέβαια, τα κριτήρια του μεταβολικού συνδρόμου στα παιδιά δεν είναι ξεκάθαρα, πάρα την πιθανότητα ύπαρξης κάποιων από τις παραπάνω ασθένειες σε αυτά (Καρβέλα, 2010). Σύμφωνα με τους Σταύρου & Σταύρου (2012) το 50% των παχύσαρκων παιδιών μπορούν να επηρεαστούν από το μεταβολικό σύνδρομο. Σημαντικός παράγοντας στην εμφάνισή του είναι η έλλειψη φυσικής άσκησης (Σταύρου & Σταύρου, 2012).

2.8. Κοινωνικός αποκλεισμός και παχυσαρκία

Σύμφωνα με το “Governance and Social Development Centre”, « ο κοινωνικός αποκλεισμός περιγράφει μια κατάσταση όπου συγκεκριμένες ομάδες ατόμων μέσα σε μια κοινωνία, συστηματικά μειονεκτούν καθώς γίνονται διακρίσεις εις βάρος τους. Τέτοιες ομάδες συχνά διαφέρουν ως προς την φυλή, την εθνικότητα, την ηλικία ή το φύλο. Ο κοινωνικός αποκλεισμός εμφανίζεται σε κάποιο βαθμό σε όλες τις κοινωνίες και μπορεί να προκύψει σε διάφορους τομείς όπως ο οικονομικός, κοινωνικός, πολιτικός ή πολιτιστικός. Ο αποκλεισμός μπορεί να είναι επίσημος ή ανεπίσημος, και οι διακρίσεις έχουν να κάνουν με νομικά θέματα, συστήματα υγείας, εκπαίδευσης,

τον οικογενειακό τομέα καθώς και ολόκληρη την κοινότητα. Ο αποκλεισμός άλλοτε είναι εμφανής και άλλοτε υποβόσκει.»

Σύμφωνα με τα πρότυπα της κοινωνίας οτιδήποτε είναι διαφορετικό, περιθωριοποιείται. Έτσι συμβαίνει και στην περίπτωση της παχυσαρκίας. Από μικρή ηλικία τα παιδιά βομβαρδίζονται από εικόνες, κυρίως γυναικών, με καλλίγραμμα σώματα δημιουργώντας τους την εντύπωση πως αν έχουν παραπάνω κιλά δεν θα μπορέσουν να ενταχθούν στην κοινωνία. Και αυτό είναι κατά μέρους αλήθεια. Πολλές φορές και στην προσωπική αλλά και στην επαγγελματική ζωή υπάρχει προκατάληψη ενάντια στα παχύσαρκα άτομα και προτίμηση σε όσους ταιριάζουν με τα πρότυπα της δυτικής ομορφιάς.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να στιγματίζονται και να στέφονται σε καταστροφικές για την υγεία τους μεθόδους για να χάσουν κιλά. Έτσι φτάνουμε σε προβλήματα όπως η νευρική ανορεξία και βουλιμία. (Shaffer, 1999)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

3.1. Ορισμός της κοινωνικής εργασίας

Η κοινωνική εργασία είναι μια ανθρωποκεντρική επιστήμη η οποία βασίζεται σε θεμελιώδεις αξίες , όπως τα ανθρώπινα δικαιώματα , τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης , την ισότητα και την κοινωνική αλλαγή. Οι αξίες αυτές αποτελούν τον πυρήνα ύπαρξης της και εφαρμόζονται κατά την προσπάθεια της να αντιμετωπίσει τα προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπο ένα άτομο μια ομάδα ή μια κοινότητα. (Καλλινικάκη, 1986).

Το θεωρητικό υπόβαθρο της κοινωνικής εργασίας σύμφωνα με την Καλλινικάκη « βρίσκεται στις επιστήμες του ανθρώπου , στη φιλοσοφία , την ιατρική , την ψυχολογία , την κοινωνιολογία , την κοινωνική ανθρωπολογία , την κοινωνική πολιτική , το δίκαιο και την οικονομία»

Βασικό μέριμνα της κοινωνικής εργασίας είναι αφενός η πρόληψη μιας κοινωνικής δυσλειτουργίας και αφετέρου η αντιμετώπιση της, η παρέμβαση δηλαδή για επίλυση των προβλημάτων που παρεμποδίζουν τη λειτουργικότητα ενός ατόμου, μιας ομάδας ή μιας κοινότητας. (Καλλινικάκη, 1986)

3.2. Ενέργειες του κοινωνικού λειτουργού για την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο θέμα της παχυσαρκία είναι, όπως φαίνεται και από τον ορισμό, πρωτίστως η πρόληψη. Για να γίνει αυτό, ο κοινωνικός

λειτουργός πρέπει να παρέμβει και να συνεργαστεί με άτομα, ομάδες αλλά και με την κοινότητα.

Βασικό στοιχείο της παρέμβασης αυτής είναι η ενημέρωση. Πολλοί εξωτερικοί παράγοντες καθορίζουν τις διατροφικές επιλογές που κάνουν τα παιδιά. Η κοινωνία πιέζει τα μέλη της να τρέφονται ανθυγιεινά και να μην κινούνται σχεδόν καθόλου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα μια κοινωνία με πολλούς υπέρβαρους και παχύσαρκους ανθρώπους. Και όλα ξεκινούν από την παιδική ηλικία. (Alleman, 1999)

Κυρίως τα παιδιά χρειάζονται κάποιον να τους δώσει να καταλάβουν πως η υγιεινή διατροφή σχετίζεται άμεσα και με το υγιές σώμα. Ο κοινωνικός λειτουργός έχει τη δυνατότητα να οργανώσει αλλά και να συμμετέχει σε διάφορα προγράμματα και εκστρατείες ενημέρωσης που αφορούν τις διατροφικές συνήθειες και τις επιπτώσεις τους. Μέσω των προγραμμάτων αυτών ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες να βοηθήσει τα παιδιά να κατανοήσουν τη σημασία της διατροφής αλλά και τον αντίκτυπο που θα έχει στην ενήλικη ζωή τους. Σημαντικό επίσης είναι να αποκτήσουν κριτική σκέψη ώστε να μπορούν να παίρνουν αποφάσεις για τον εαυτό τους και να μην επηρεάζονται από τα ΜΜΕ ή από τις μόδες της εποχής.

Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί με τη βοήθεια άλλων επαγγελματιών υγείας όπως διατροφολόγων ή ψυχολόγων να κανονίσει συναντήσεις σε σχολεία όπου θα ενημερώνει τα παιδιά για τις επιπτώσεις της παχυσαρκίας.

Σύμφωνα με έρευνες τα παχύσαρκα παιδιά είναι πιθανόν να αντιμετωπίσουν αργότερα τα παρακάτω προβλήματα :

- § Διαβήτης τύπου 2
- § Υπέρταση
- § Υψηλά επίπεδα χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων
- § Άσθμα
- § Απόρριψη από τους φίλους
- § Διακρίσεις από καθηγητές και άλλους ενήλικες
- § Αρνητική ιδέα για τον εαυτό τους και χαμηλή αυτοεκτίμηση

(Alleman, 1991)

Τα περισσότερα παιδιά δεν γνωρίζουν αυτούς τους κινδύνους καθώς δεν υπάρχει κανείς για να τους ενημερώσει. Σημαντικό είναι η ενημέρωση να συμπεριλαμβάνει και τους γονείς αλλά και τους εκπαιδευτικούς ώστε να λειτουργήσουν ως πρότυπα για τα παιδιά.

Επίσης, οι καθηγητές θα μπορούσαν σε συνεργασία με τους κοινωνικούς λειτουργούς να φροντίσουν ώστε τα κυλικεία στα σχολεία να έχουν περισσότερα υγιεινά τρόφιμα όπως φρούτα και δημητριακά. Ένας άλλος χώρος που οι κοινωνικοί λειτουργοί θα μπορούσαν να παρέμβουν είναι αυτός της άθλησης στα σχολεία. Οι καθηγητές φυσικής αγωγής μπορούν να βοηθούν τα παιδιά να αθλούνται στο χώρο του σχολείου με διάφορα παιχνίδια που θα είναι διασκεδαστικά ώστε να μην βλέπουν την ώρα της γυμναστικής σαν ένα τρόπο να γλιτώνουν το μάθημα. Πρέπει να κάνουν την άσκηση μέρος της ζωής τους από νωρίς ώστε να είναι κάτι που θα συνεχίσουν και στην ενήλικη ζωή τους.

Βέβαια ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού δεν είναι μόνο η πρόληψη αλλά και η αντιμετώπιση ενός προβλήματος. Δυστυχώς πολλές φορές το πρόβλημα δεν προλαμβάνεται πριν εμφανιστεί και είναι δουλειά του κοινωνικού λειτουργού να βρει τρόπους να το αντιμετωπίσει.

Αρχικά είναι σημαντικό ο κοινωνικός λειτουργός να κάνει έρευνα, ώστε να ανακαλύψει τα πραγματικά αίτια της παχυσαρκίας. Αφού μάθει τα αίτια θα μπορεί να δημιουργήσει και το σχέδιο δράσης.

Ο κοινωνικός λειτουργός θα βοηθήσει στην στήριξη του ατόμου ώστε να μπορέσει να πετύχει τους στόχους του αλλά θα βοηθήσει και στη δημιουργία ενός συστήματος στήριξης για το παχύσαρκο άτομο. Το σύστημα αυτό μπορεί να περιλαμβάνει οικογένεια, φίλους αλλά και κοινωνικές υπηρεσίες που θα μπορούσαν να προσφέρουν υποστήριξη και καθοδήγηση.

Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να δημιουργήσει ομάδες αυτοβοήθειας ώστε το παχύσαρκο άτομο να έχει τη δυνατότητα να έρθει σε επαφή με άτομα που έχουν τα ίδια προβλήματα και στόχους με τον ίδιο ώστε να αντλήσουν δύναμη ο ένας από τον άλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Είδος της έρευνας

Το είδος της έρευνας που επιλέχθηκε από την ερευνητική ομάδα για την μελέτη των επιπτώσεων της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία είναι η επισκόπηση, το οποίο εντάσσεται στις ποσοτικές. Το είδος αυτό διευκολύνει την περιγραφή παροντικών επιπτώσεων της παχυσαρκίας και επιτρέπει την σύγκριση με ευρήματα από παρελθοντικές έρευνες πάνω στο θέμα (Cohen & al., 2000, Νόβα – Καλτσούνη, 2006). Ο περιγραφικός της χαρακτήρας ενισχύει τον εντοπισμό των πεποιθήσεων, των απόψεων και των στάσεων του δείγματος στο υπό μελέτη αντικείμενο (Cohen & al., 2000, Νόβα – Καλτσούνη, 2006, Δημητρόπουλος, 1994). Ως στάση ορίζεται ένα ψυχικό φαινόμενο που προέρχεται από μια επίδραση στο άτομο, προκαλώντας του μια συγκεκριμένη συμπεριφορά σε ένα ερέθισμα (Javeau, 2000). Η αναντιστοιχία ανάμεσα στην στάση και την ανάμεσα στην στάση και την συμπεριφορά βλάπτει την εγκυρότητα της έρευνας (Robson, 2010).

Γενικότερα οι περιγραφικές έρευνες αποκαλύπτουν τα στοιχεία που συνθέτουν ένα φαινόμενο (Φίλιας, 1996). Για αυτόν τον λόγο επιλέχθηκε η επισκόπηση στην παρούσα έρευνα. Η περιγραφή των γεγονότων εμφανίζεται μέσω της συχνότητας του γεγονότος μέσα στο δείγμα (Νόβα – Καλτσούνη, 2006). Γενικότερα οι επισκοπήσεις αξιοποιούνται στην έρευνα στο χώρο της εκπαίδευσης, πράγμα που ενδιαφέρει τους παρόντες ερευνητές (Δημητρόπουλος, 1994).

Θεωρείται θετικό ότι σε αυτό το είδος μπορεί να δοθεί συσχετισμός ανάμεσα σε δυο καταστάσεις (Φίλιας, 1996). Για παράδειγμα στην δική μας έρευνα, προσπαθούμε να δώσουμε συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο και στην μεγαλύτερη διάκριση με βάση αυτό.

Ένα άλλο πλεονέκτημα της επισκόπησης είναι η κατηγοριοποίηση των δεδομένων καθώς και οι σχέσεις σύνδεσης ανάμεσα σε καταστάσεις (Cohen & al., 2000). ΤΟ γεγονός αυτό μπορεί να εντοπιστεί στην έρευνα μας από τον εντοπισμό της μεγαλύτερης προκατάληψης ή μη από γυναίκες ή άντρες εκπαιδευτικούς προς τα παχύσαρκα παιδιά.

Η μέθοδος αυτή έχει εφαρμοστεί σε κοινωνικά και ψυχολογικά φαινόμενα (Cohen & al., 2000, Νόβα – Καλτσούνη, 2006). Η παχυσαρκία έχει κοινωνικές και ψυχολογικές επιδράσεις στο άτομο και τον περίγυρό του. Άρα επιβεβαιώνεται η καταλληλότητα της επισκόπησης για την εν λόγω έρευνα.

Το εν λόγω είδος έρευνας αποσκοπεί όχι μόνο στην εύρεση καταστάσεων, αλλά και στην γενίκευση των ευρημάτων (Cohen & al., 2000). Αυτό είναι εφικτό μέσω της συγκέντρωσης μεγάλου όγκου δεδομένων (Cohen & al., 2000, Φίλιας, 1996).

4.2. Πρωτοτυπία της έρευνας

Σημαντική παράμετρος είναι η πρωτοτυπία του θέματος (Νόβα – Καλτσούνη, 2006). Στην βιβλιογραφία που έχει ελεγχθεί κατά την ανασκόπηση δεν βρέθηκε κάποια έρευνα παρόμοια με την παρούσα. Πιθανόν να υπάρχει μια πρωτοτυπία που θα συμβάλλει στην εξαγωγή γνώσης στο υπό μελέτη θέμα (Νόβα – Καλτσούνη, 2006). Σε περίπτωση που έχει ξαναγίνει παρόμοια έρευνα με την παρούσα μελέτη, μπορεί να γίνει σύγκριση ανάμεσα στις συνθήκες διεξαγωγής της δικής μας με την προηγούμενη (Νόβα – Καλτσούνη, 2006).

4.3. Χρησιμότητα

Η χρησιμότητα της έρευνας βρίσκεται στον εντοπισμό των διαστάσεων του φαινομένου της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία στο παρόν, καθώς και των μέτρων πρόληψης που ήδη υπάρχουν στους χώρους πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Πιθανόν τα ευρήματα που θα εντοπιστούν να συμβάλλουν σε μια μελλοντική δράση πρόληψης από κρατικούς φορείς για την αντιμετώπιση του φαινομένου και την βελτίωση της ζωής των παχύσαρκων ατόμων. Ο περιγραφικός της χαρακτήρας μας δίνει τα στοιχεία που συνθέτουν την προβληματική κατάσταση, χρησιμεύοντας έτσι στην αποτελεσματικότερη λύση του προβλήματος (Φίλιας, 1996). Το προαναφερθέν γεγονός όμως μπορεί να θεωρηθεί ως μειονέκτημα, καθώς η επιφανειακότητα αυτή δεν λύνει απαραίτητα το πρόβλημα (Φίλιας, 1996). Πιθανόν να προκύψουν καινούρια ευρήματα σχετικά με το υπό μελέτη αντικείμενο (Φίλιας, 1996).

4.4. Σκοποί και στόχοι της έρευνας

Ένα σημαντικό ζήτημα στις επισκοπήσεις είναι ο προσδιορισμός των σκοπών της έρευνας (Cohen & al., 2000, Νόβα – Καλτσούνη, 2006). Ο βασικός σκοπός της έρευνας είναι η εύρεση γνώσεων πάνω στο αντικείμενο των επιπτώσεων της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία (Νόβα – Καλτσούνη, 2006). Σύμφωνα με τον Robson (2010), μιας και ο βασικός σκοπός μας επιδιώκει την γνώση των πτυχών μιας κατάστασης μέσω της περιγραφής της, θεωρείται περιγραφικός. Στην εν λόγω έρευνα υπάρχουν δυο στόχοι για την επίτευξη του προαναφερθέντος σκοπού. Ο πρώτος στόχος είναι η εύρεση των επιπτώσεων της παχυσαρκίας μέσα από τα μάτια του εκπαιδευτικού. Ο δεύτερος στόχος είναι τα μέσα της πρόληψης κατά της παχυσαρκίας που υπάρχουν στο σχολικό περιβάλλον. Ο στόχος αυτός ταιριάζει με την ώθηση για κοινωνική δράση, που ταιριάζει με τους απελευθερωτικούς σκοπούς μιας έρευνας (Robson, 2010).

Η επιθυμία των ερευνητών είναι να δημιουργήσουμε καινούριες ιδέες και ερωτήματα για μελλοντική έρευνα της παιδικής παχυσαρκίας. Αυτός ο σκοπός θεωρείται διερευνητικός (Robson, 2010).

4.5. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας έχουν προέλθει από το γενικότερο φάσμα της θεωρίας των συνεπειών της παιδικής παχυσαρκίας που αναλύθηκε στις προηγούμενες σελίδες (Νόβα – Καλτσούνη, 2006, Robson, 2010). Αυτές αφορούν τις κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες κυρίως, και δευτερευόντως τις ιατρικές. Έμφαση δόθηκε και στα μέσα πρόληψης του σχολείου για το εν λόγω πρόβλημα. Πιο συγκεκριμένα τα ερευνητικά ερωτήματα είναι:

- Ποιο είναι το προφίλ των παιδιών με παχυσαρκία που έχουν συναντήσει κατά την επαγγελματική εμπειρία τους οι εκπαιδευτικοί;
- Ποιες είναι οι διαστάσεις της παιδικής παχυσαρκίας στα σχολεία που οι εκπαιδευτικοί έχουν εργαστεί;

- Ποιες είναι οι απόψεις των εκπαιδευτικών και των μαθητών για τα παχύσαρκα παιδιά;
- Ποιες σωματικές και ψυχικές συνέπειες της παιδικής παχυσαρκίας έχουν συναντήσει οι εκπαιδευτικοί στην επαγγελματική τους εμπειρία;
- Ποια μέτρα πρόληψης εντός και εκτός τάξης έχουν πραγματοποιηθεί για την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας;

Κατά την διατύπωσή τους έγινε μια προσπάθεια να είναι όσο πιο σαφή, περιεκτικά, συγκεκριμένα και αλληλοσυνδεόμενα γίνεται κατά το δοκούν (Νόβα – Καλτσούνη, 2006, Robson, 2010). Βέβαια, υπάρχει ο κίνδυνος τα δυο πρώτα ερευνητικά ερωτήματα να θεωρηθούν ως υπερβολικά γενικά. Αλλά αυτό έγινε για να υπάρχει μια σωστή διάρθρωση στην δομή τους: από το γενικό στο ειδικό. Συν τοις άλλοις πρόθεση των ερευνητών είναι μέσω της παραγόμενης γνώσης είτε να επιβεβαιώσουμε τα θεωρητικά ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είτε να τα καταρρίψουμε (Νόβα – Καλτσούνη, 2006).

4.6. Ερωτηματολόγιο

Το κατεξοχήν εργαλείο της επισκόπησης είναι το ερωτηματολόγιο. Χρησιμοποιείται ευρέως σε ποσοτικές έρευνες, στις οποίες ανήκει η επισκόπηση (Νόβα – Καλτσούνη, 2006, Δημητρόπουλος, 1994).

Μέσω του ερωτηματολογίου, οι στάσεις μετατρέπονται σε δεδομένα (Cohen & al., 2000). Το γεγονός αυτό συμβάλλει στο να βρούμε το πόσο συχνά εμφανίζεται μια συγκεκριμένη στάση στο δείγμα (Cohen & al., 2000). Οι ερωτήσεις επίσης είναι ίδιες για όλους τους ερωτώμενους για τον εντοπισμό της ευρύτητας των υπό μελέτη καταστάσεων (Cohen & al., 2000).

Θεωρείται ένα οικονομικό εργαλείο έρευνας με μεγάλη αποτελεσματικότητα (Cohen & al., 2000). Παρέχει μεγάλο όγκο πληροφοριών σε σύντομο χρονικό διάστημα (Νόβα – Καλτσούνη, 2006). Μέσω αυτού μπορούμε να εξετάσουμε εάν οι συνέπειες της παχυσαρκίας στο παρόν είναι ίδιες ή όχι με το παρελθόν.

Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο είναι είτε κλειστού τύπου είτε πολλαπλής επιλογής (Cohen & al., 2000, Javeau, 2000). Στις κλειστού τύπου ερωτήσεις, οι απαντήσεις έχουν ορισθεί εκ των προτέρων (Javeau, 2000). Ένα ακόμα πλεονέκτημα του ερωτηματολογίου είναι ότι μπορεί να συμπληρωθεί με την παρουσία του ερευνητή, πράγμα που δεν επηρεάζει την κρίση του ερωτώμενου κατά την συμπλήρωση (Cohen & al., 2000).

Ένα μειονέκτημά του είναι ότι παρέχει περιορισμένες απαντήσεις προς απόκριση (Cohen & al., 2000, Νόβα – Καλτσούνη, 2000). Αυτό συμβαίνει καθώς στο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο κλειστές ερωτήσεις, οι οποίες δίνουν συγκεκριμένες επιλογές προς απάντηση (Cohen & al., 2000).

Στην έρευνά μας παρότι η πλειοψηφία των ερωτήσεων είναι κλειστού τύπου έγινε προσπάθεια για την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη πρόβλεψη της πληθώρας των πιθανών απαντήσεων. Παρόλα αυτά οι κλειστές ερωτήσεις είναι εύκολες στις συμπλήρωση (Cohen & al., 2000). Οι ερωτήσεις είναι κλειστές κατά παράδοση της επισκόπησης (Νόβα – Καλτσούνη, 2006, Robson, 2010). Αυτές ορίζουν την απάντηση (Νόβα – Καλτσούνη, 2006). Σημαντικό θεωρείται να είναι κατανοητές από τα μέλη του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο (Cohen & al., 2000, Νόβα – Καλτσούνη, 2006, Φίλιας, 1996). Στην δική μας περίπτωση το δείγμα μας δεν θα έχει πρόβλημα κατανόησης, λόγω του υψηλού μορφωτικού επιπέδου και έτσι μας παρέχει την πολυτέλεια να διατυπώσουμε τις ερωτήσεις με απόλυτη άνεση.

Προσοχή έχει δοθεί ώστε οι ερωτήσεις να μην εκφράζουν προκατάληψη προς τον αποκρινόμενο (Cohen & al., 2000). Η μοναδική ερώτηση που είναι ανοικτού τύπου μέσα στο ερωτηματολόγιο πιθανόν να μας δημιουργήσει πρόβλημα στην κωδικοποίηση (Cohen & al., 2000, Νόβα – Καλτσούνη, 2006, Javeau, 2000.). Οι ερωτήσεις ανοικτού τύπου χρησιμοποιήθηκαν η μια για μια μη προβλέψιμη κατάσταση (για το μάθημα) και η άλλη για ένα ευαίσθητο ζήτημα (Νόβα – Καλτσούνη, 2006, Javeau, 2000).

Το ερωτηματολόγιο παρέχει ανωνυμία, αρά και προστασία των συμμετεχόντων από πιθανές ανεπιθύμητες καταστάσεις που μπορούν να προκληθούν μέσω της έρευνας (Cohen & al., 2000). Η έλλειψη ελέγχου από τους ερευνητές κατά την διάρκεια της συμπλήρωσης ενισχύει την ειλικρινή απάντηση του ερωτώμενου (Νόβα – Καλτσούνη, 2006).

Οι πιο εύκολες ερωτήσεις έχουν τοποθετηθεί στην αρχή με απώτερο σκοπό το χτίσιμο εμπιστοσύνης ανάμεσα στους ερευνητές και τους εκπαιδευτικούς (Νόβα – Καλτσούνη, 2006). Συν τοις άλλοις γίνεται μια αλλαγή στην ροή τους από το γενικό αντικείμενο προς το ειδικό (Νόβα – Καλτσούνη, 2006). Αυτό γίνεται φανερό και από την σειρά των ερευνητικών ερωτημάτων. Οι πιο δύσκολες από αυτές έχουν τοποθετηθεί στην μέση του ερωτηματολογίου όπως συνηθίζεται (Νόβα – Καλτσούνη, 2006). Υπάρχουν ερωτήσεις που έχουν σχέση με το παρελθόν (πρόσφατο ή μη), καθώς θεωρούνται προτιμότερες για το ερωτηματολόγιο (Φίλιας, 1996). Γενικότερη επιθυμία μας είναι να κινητοποιηθεί ο ερωτώμενος να απαντήσει και να παράγει γνώση (Φίλιας, 1996). Προσπαθήσαμε να υπάρχουν όλα τα χαρακτηριστικά ορθότητας που καθορίζονται από την βιβλιογραφία. Αυτά είναι το ερωτηματολόγιο:

- Να εξυπηρετεί τους σκοπούς της έρευνας
- Να έχει υπόψη το μορφωτικό επίπεδο των υποκειμένων
- Να είναι σύντομο
- Να ενημερώνει πάνω στο υπό μελέτη θέμα

(Δημητρόπουλος, 1994).

Στο παρόν ερωτηματολόγιο έχει δοθεί έμφαση στις σωματικές, κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της παιδικής παχυσαρκίας. Η έμφαση αυτή ταιριάζει με τους σκοπούς της έρευνας. Οι ερωτήσεις για την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας πιθανόν να ενημερώνουν τους εκπαιδευτικούς για το τι πρέπει να κάνουν για το συγκεκριμένο πρόβλημα.

4.6.1. Πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο έχει τα εξής πλεονεκτήματα:

- Είναι εύκολο στο να δημιουργηθεί
- Διευκολύνεται η επεξεργασία των δεδομένων μετά το τέλος της συμπλήρωσης
- Όπως αναφέρθηκε παραπάνω για πολλούς λόγους ενισχύει τα άτομα να απαντήσουν
- Τα αποτελέσματά του μπορούν να γενικευθούν λόγω μεγάλου όγκου δείγματος

- Είναι άμεσο χρονικά στην συμπλήρωση και την ανάλυση στάσεων συμπεριφορών και αξιών
- Συμφέρει οικονομικά
- Δημιουργεί κίνητρο στον ερωτώμενο να απαντήσει ειλικρινά τις ερωτήσεις λόγω ανωνυμίας

(Δημητρόπουλος, 1994, Robson, 2010).

4.6.2. Μειονεκτήματα του ερωτηματολογίου

Από την άλλη έχει τα εξής μειονεκτήματα:

- Οι ανοιχτές ερωτήσεις δεν προσδιορίζουν ακριβώς την φύση της απάντησης, πράγμα που συμβαίνει και στην παρούσα έρευνα
- Το περιεχόμενο της ερώτησης μπορεί να μην ερμηνευθεί ορθά
- Υπάρχει δυσκολία στην επιλογή του δείγματος. Αυτό συνέβη και στην παρούσα έρευνα λόγω των ελάχιστων υπηρεσιών που σχετίζονται με την παχυσαρκία
- Η επιφανειακότητα της φύσης του
- Η πιθανή υποκειμενικότητα στις απαντήσεις
- Η πιθανή έλλειψη μνήμης σε ερωτήσεις για το παρελθόν
- Η πιθανή έλλειψη εμπειριών που απαιτούνται για την απάντηση. Στην παρούσα έρευνα αυτό μπορεί να εκφραστεί μέσω της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από άπειρους εκπαιδευτικούς)
- Η μη σοβαρή αντιμετώπιση του ερωτηματολογίου από τους αποκρινόμενους

(Δημητρόπουλος, 1994 , Robson, 2010).

4.6.3. Είδη ερωτήσεων και κλίμακες

Οι κλειστές ερωτήσεις συμβάλλουν:

- στην στατιστική ανάλυση των δεδομένων
- στην ευκολία του να απαντηθεί η ερώτηση

- παρέχει ανωνυμία

Οι διχοτομικές ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται στην έρευνά μας υπάρχουν γιατί με ένα ΝΑΙ ή ένα ΟΧΙ το άτομο φανερώνει την πραγματική του στάση για το ερωτώμενο ζήτημα (Cohen & al., 2000, Νόβα – Καλτσούνη, 2006, Δημητρόπουλος, 1994). Συν τοις άλλοις, είναι εύκολο στην κωδικοποίηση και μπορεί να προετοιμάσει κάποιον για τις επόμενες ερωτήσεις (Cohen & al., 2000). Διχοτομικές μεταβλητές μέσα στο ερωτηματολόγιό μας είναι το φύλο του αποκρινόμενου εκπαιδευτικού, καθώς και το φύλο των παχύσαρκων παιδιών που δέχεται διακρίσεις (Cohen & al., 2000). Ωστόσο, οφείλουμε να αναγνωρίσουμε τον εξής κίνδυνο. Σε πολλές διχοτομικές ερωτήσεις μέσα στο ερωτηματολόγιο οι αποκρινόμενοι έχουν την τάση να δίνουν μόνο θετικές απαντήσεις (Νόβα – Καλτσούνη, 2006).

Οι κλίμακες μέτρησης που χρησιμοποιούνται στην παρούσα έρευνα είναι οι εξής:

- Ονομαστική έρευνα, για παράδειγμα στην ερώτηση για το φύλο του αποκρινόμενου. Χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση χαρακτηριστικών.
- Τακτική κλίμακα, όπου μετράται η ποσότητα εμφάνισης μιας κατάστασης

(Νόβα – Καλτσούνη, 2006).

4.7. Πληθυσμός και Δείγμα

Μια ακόμα υπολογίσιμη παράμετρος στις ποσοτικές έρευνες είναι ο ακριβής προσδιορισμός του πληθυσμού από τον οποίο θα αντληθούν οι γνώσεις (Νόβα – Καλτσούνη, 2006, Javeau, 2000). Για τον ακριβή εντοπισμό του πληθυσμού εξετάζονται το θέμα της έρευνας και η μέθοδος (Νόβα – Καλτσούνη, 2006, Javeau, 2000). Ο πληθυσμός της έρευνάς μας είναι οι εκπαιδευτικοί της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Αυτοί καθορίστηκαν από εμάς τους ερευνητές και οριοθετούνται από το πρόβλημα (Δημητρόπουλος 1994). Λόγω του μεγάλου όγκου του πληθυσμού των εκπαιδευτικών θα αξιοποιηθεί ένας μικρός αριθμός του πληθυσμού αυτού, που θα αποτελεί το δείγμα μας (Φίλιας, 1996, Robson, 2010). Συν τοις άλλοις, θα μας

δώσει την δυνατότητα για γενίκευση λόγω αντιπροσωπευτικότητας των χαρακτηριστικών του δείγματος προς τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού (Φίλιας, 1996, Δημητρόπουλος, 1994, Javeau, 2000, Robson, 2010). Το δείγμα μας θα είναι οι εκπαιδευτικοί της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης Ιωαννίνων. Οι εν λόγω εκπαιδευτικοί επιλέχθηκαν λόγω της εγγύτητας των ερευνητών σε αυτούς, προκειμένου να μην γίνουν δαπάνες και σπατάλη χρόνου για την έρευνα (Νόβα – Καλτσούνη, 2006, Javeau, 2000). Λόγω της ένταξης της επισκόπησης στις ποσοτικές έρευνες, το δείγμα θα είναι μεγάλο σε αριθμητικό όγκο (Cohen & al., 2000). Αυτό σημαίνει ότι το ερωτηματολόγιο είναι πιο δομημένο στην ροή και στην διάρθρωσή του (Cohen & al., 2000). Ο όγκος των ερωτώμενων συμβάλλει στο κύρος της έρευνας (Robson, 2010). Επιπρόσθετα, για την διευκόλυνση στην ανάλυση δεδομένων οι ερωτήσεις οφείλουν να είναι κλειστές (Cohen & al., 2000). Έχει δοθεί σημασία στην αντιπροσωπευτικότητα και στην ομοιογένεια του δείγματος (Φίλιας, 1996). Ένα τυπικό ποσοτικό δείγμα οφείλει να ξεπερνά τον αριθμό των τριάντα ατόμων (Javeau, 2000).

Η επιλογή των εκπαιδευτικών για την συλλογή των δεδομένων μας έγινε για λόγους εγγύτητας του δείγματος. Συν τοις άλλοις το σχολείο είναι φορέας κοινωνικοποίησης για τα παιδιά (Hughes & Kroehler, 2007). Η κοινωνικοποίηση πραγματοποιείται μέσω των μαθημάτων του αναλυτικού προγράμματος (Hughes & Kroehler, 2007). Στην ουσία, τα μαθήματα αντικατοπτρίζουν τι γνώσεις αλλά και τι συμπεριφορές ενισχύει η κοινωνία (Hughes & Kroehler, 2007). Οι συμπεριφορές δημιουργούνται μέσω της εκπαίδευσης (Hughes & Kroehler, 2007). Οπότε μέσω της έρευνας μας μπορούμε να εντοπίσουμε από τον μικρόκοσμο του σχολείου πώς η κοινωνία αντιμετωπίζει την παιδική παχυσαρκία. Η μάθηση σαν διαδικασία που προέρχεται από την εμπειρία συμβάλλει στην αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου (Hughes & Kroehler, 2007). Ένα σχολείο παρέχει σωστά την εκπαίδευση όταν πείθει τους μαθητές του για την σοβαρότητα των μαθημάτων του (Hughes & Kroehler, 2007).

4.7.1. Γενίκευση του δείγματος

Λόγω της διεξαγωγής της έρευνας σε τοπικό επίπεδο (η έρευνα θα έχει ως δείγμα εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης της πόλης των Ιωαννίνων) η γενίκευση των ευρημάτων μας θα είναι μικρής εμβέλειας (Cohen & al., 2000). Στην ουσία θα αφορά μόνο την πόλη των Ιωαννίνων. Όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα της έρευνας τόσο μεγαλύτερη γενίκευση θα έχει η μελετώμενη κατάσταση στον πληθυσμό που αυτό ανήκει (Νόβα – Καλτσούνη, 2006).

4.7.2. Μεταβλητές

Οι μεταβλητές συμβάλλουν στην αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος προς τον πληθυσμό, ταυτίζοντας τα χαρακτηριστικά του ενός με του άλλου (Robson, 2010). Οι μεταβλητές, δηλαδή τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του δείγματος των εκπαιδευτικών αφορούν και τα δυο φύλα και περιλαμβάνουν εκπαιδευτικούς με μικρή ή μεγάλη εμπειρία στον εργασιακό τους χώρο (συγκεκριμένοι μεταβλητές) (Νόβα – Καλτσούνη, 2006, Javeau, 2000). Τα χαρακτηριστικά αυτά ορίζονται με βάση τον σκοπό της παρούσας έρευνας, δηλαδή τις επιπτώσεις της παχυσαρκίας που έχουν εντοπίζει οι εκπαιδευτικοί κατά την διάρκεια της επαγγελματικής τους εμπειρίας, συμπεριλαμβανομένης και της παρούσας φάσης (Παρασκευόπουλος, 1993). Τα χαρακτηριστικά αυτά οφείλουν να υπάρχουν στον υπό εξέταση πληθυσμό (Javeau, 2000). Λόγω του ποσοτικού χαρακτήρα της έρευνάς μας όλες οι υπό μελέτη καταστάσεις γίνονται μετρήσιμες μονάδες (Νόβα – Καλτσούνη, 2006). Σημαντικό γεγονός είναι ότι δεν υπάρχει ακριβής αριθμός δείγματος για την σωστή γενίκευση (Παρασκευόπουλος, 1993).

4.8. Είδος δειγματοληψίας

Η δειγματοληψία που θεωρήθηκε κατάλληλη για την συλλογή των δεδομένων είναι δειγματοληψία κατά δεσμίδες ή συστάδες. Η διαδικασία της αποτελείται από την

λήψη δείγματος δυο σταδίων (Φίλιας, 1996 , Δημητρόπουλος, 1994, Cohen & al., 2000). Παίρνουμε ένα δείγμα τυχαία από τις πρωτογενείς μονάδες και μετά ένα δείγμα από τις δευτερογενείς μονάδες (Φίλιας, 1996, Δημητρόπουλος, 1994 Javeau, 2000, Cohen & al., 2000). Οι δευτερογενείς μονάδες είναι ήδη καθορισμένες στον αριθμό τους από το πρωτεύον δείγμα και αξιοποιούνται σε όλο το μέγεθός τους (Φίλιας, 1996 ,Δημητρόπουλος, 1994, Javeau, 2000, Cohen & al., 2000). Το δείγμα σε αυτήν την δειγματοληψία οφείλει να είναι γεωγραφικά ορισμένο (Cohen & al., 2000). Στην εν λόγω έρευνα, πρωτογενείς μονάδες είναι τα σχολεία που θα επιλέξουμε για να κάνουμε την έρευνα. Δευτερογενείς μονάδες είναι οι δάσκαλοι που θα βρίσκονται σε αυτά τα σχολεία που θα έχουν επιλεγθεί. Τα στοιχεία του πληθυσμού μας θα έχουν επιλεγθεί από τις πρωτογενείς μονάδες (Φίλιας, 1996). Επιλέγουμε τυχαία μόνο από τις πρώτες (Φίλιας, 1996). Οι πρωτογενείς μονάδες πρέπει να έχουν μικρό μέγεθος, ίσο μέγεθος δευτερογενών μονάδων και ίσες πιθανότητες να επιλεγθούν στο δείγμα (Φίλιας, 1996). Η εν λόγω δειγματοληψία θεωρείται κατάλληλη για έρευνα σε σχολικούς χώρους (Javeau, 2000). Επίσης είναι συνήθης σε έρευνες μικρής κλίμακας, παρά το πρόβλημα της γενίκευσης των ευρημάτων (Cohen & al., 2000).

Επιλέχθηκε καθώς η δειγματοληψία επηρεάζεται από τον πληθυσμό (Cohen & al., 2000). Το σχέδιο δειγματοληψίας επηρεάζεται από το κόστος (Φίλιας, 1996). Οι τελικές μονάδες θα είναι περισσότερες από τις πρώτες (Φίλιας, 1996). Η χρονική διάρκεια επηρεάζεται από το μέγεθος του δείγματος, το που είναι αυτό διασκορπισμένο, το μέγεθος του ερωτηματολογίου, και τους διαθέσιμους επόπτες (Φίλιας, 1996). Η έλλειψη επόπτη για μεγάλο χρονικό διάστημα αύξησε το χρονικό διάστημα ολοκλήρωσης της έρευνας. Το είδος αυτό έχει χαμηλό κόστος (Φίλιας, 1996).

4.9. Δεοντολογία

Η δεοντολογία είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της έρευνας καθώς ο ερευνητής εισέρχεται στην προσωπική ζωή του ατόμου και υπάρχει πιθανότητα να θίξει ευαίσθητα ζητήματα (Cohen & al., 2000). Για αυτό τον λόγο, η έρευνά μας σέβεται αρχές δεοντολογίας όπως την διάθεση του μέλους του δείγματος να μην απαντήσει σε

όποια ερώτηση κρίνει, την προϋπόθεση ότι το άτομο συμμετέχει συνειδητά και με την θέλησή του και την ανωνυμία του για την προστασία από πιθανές επικίνδυνες καταστάσεις (Cohen & al., 2000). Η έρευνά μας μπορεί να ωφελήσει τα άτομα μέσα από ερωτήσεις για την πρόληψη ή τις συνέπειες της παχυσαρκίας, βάζοντας κάποια άτομα σε προβληματισμό για το εν λόγω θέμα (Cohen & al., 2000). Σημαντική είναι η διατύπωση των ερωτήσεων έτσι ώστε να μην προσβληθεί ο αποκρινόμενος (Cohen & al., 2000).

Η ανωνυμία που παρέχεται στο δείγμα από τους ερευνητές αφορά την προστασία της πνευματικής κατάστασης του ατόμου και των κοινωνικών του σχέσεων παρά την γνωστοποίηση των πληροφοριών, αλλά και την εξαγωγή γνώσης μέσω της έρευνας (Cohen & al., 2000, Νόβα – Καλτσούνη, 2006). Παρέχει εμπιστευτικότητα, καθώς δυσκολεύει τον εντοπισμό του εκάστοτε αποκρινόμενου (Cohen & al., 2000). Ενισχύει επίσης την ειλικρίνεια στην απάντηση (Φίλιας, 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

5.1 Μεθοδολογία

Υπάρχουν διάφορα σχέδια έρευνας που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο ερευνητής. Η παρούσα έρευνα είναι περιγραφική. Αφού καθορίστηκε επακριβώς το θέμα προς μελέτη, που στην παρούσα εργασία είναι η υλοποίηση έρευνας σχετικά με τους μαθητές με παραπάνω κιά στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, το πρώτο βήμα ήταν η συγκέντρωση πληροφορήσης σχετικά με τις μεταβλητές που θα συμπεριληφθούν στην έρευνα. Πραγματοποιήθηκε πρωτογενής και δευτερογενής έρευνα, δηλαδή βιβλιογραφική επισκόπηση και έρευνα πεδίου με τη χρήση του ερωτηματολογίου.

Η διαδικασία της έρευνας πεδίου ξεκινά με τον ορισμό του πληθυσμού, δηλαδή των ατόμων εκείνων που θεωρούνται κατάλληλοι για να συμμετέχουν στην έρευνα. Ο πληθυσμός ορίζεται από 4 παραμέτρους (Σιώμοκος & Βασιλακόπουλους, 2005): α) τα στοιχεία, δηλαδή τους ερωτώμενους που πήραν μέρος στην έρευνα και είναι οι δάσκαλοι της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, β) τη μονάδα δειγματοληψίας, δηλαδή την βασική μονάδα που περιέχει τα στοιχεία του πληθυσμού. Εάν γνωρίζουμε τα στοιχεία του ερωτώμενου η δειγματοληπτική μονάδα ταυτίζεται με τα στοιχεία του πληθυσμού, διαφορετικά ταυτίζεται με την γεωγραφική έκταση της έρευνας. Στην παρούσα εργασία δεν γνωρίζουμε τα στοιχεία των ερωτώμενων άρα η μονάδα δειγματοληψίας είναι η σχολική τάξη, γ) τη γεωγραφική έκταση που πραγματοποιήθηκε η έρευνα είναι ο χώρος που μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια δηλαδή η σχολική τάξη, δ) το χρόνο, είναι η χρονική περίοδος που διεξήχθη η έρευνα δηλαδή Δεκέμβριος του 2013.

Το μέγεθος του δείγματος της παρούσας έρευνας είναι 80 εκπαιδευτικοί της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν μη πιθανοτήτων αφού ο πληθυσμός ήταν άγνωστος και συγκεκριμένα δειγματοληψία ευκολίας, μοιράζονται ερωτηματολόγια τυχαία σε γνωστούς

εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ή πηγαίνοντας στα δημοτικά σχολεία της περιοχής μας.

Πριν υλοποιηθεί η κύρια έρευνα έγινε μια πιλοτική έρευνα σε 3 εκπαιδευτικούς ώστε να εντοπιστούν τυχόν αδυναμίες του ερωτηματολογίου. Πραγματοποιήθηκαν λίγες διορθώσεις διευκρινιστικές σε δύο ερωτήσεις για να κατανοούνται καλύτερα από τους ερωτώμενους.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα περιλαμβάνει 19 ερωτήσεις ονοματικές (nominal) δηλαδή ερωτήσεων με απαντήσεις διττές και διαστήματος (scale) τριτοβάθμιας ή τεταρτοβάθμιας κλίμακας. Οι προηγούμενες ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου, αφού δίνονται οι απαντήσεις και επιλέγει ο ερωτώμενος αυτή που θέλει. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει και δύο ερωτήσεις ανοικτού τύπου, όπου ο ερωτώμενος είναι ελεύθερος να δώσει όποια απάντηση θέλει. Οι απαντήσεις των ερωτήσεων ανοικτού τύπου ομαδοποιούνται σε συνώνυμες ή σχετικές και κωδικοποιούνται ομαδοποιημένες πριν εισαχθούν στη φόρμα το στατιστικού πακέτου που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν (Σιώμος & Βασιλακόπουλος, 2005). Το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε είναι το SPSS, έκδοση 19^η. Συνεπώς κωδικοποιήθηκαν όλα τα δεδομένα που συλλέχθηκαν και στη συνέχεια έγινε εισαγωγή στο SPSS, ανάλυση και παρουσίαση των αποτελεσμάτων μέσω διαγραμμάτων και πινάκων. Οι μεταβλητές που προέκυψαν είναι 33. Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της έρευνας.

5.2 Ανάλυση αποτελεσμάτων

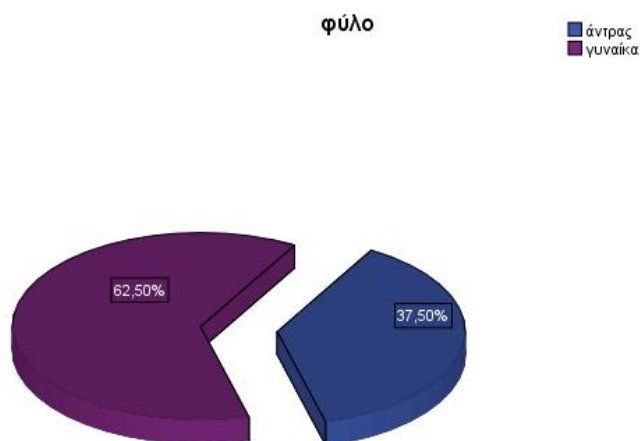
Στην παρούσα εργασία πήραν μέρος 80 εκπαιδευτικοί της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι γυναίκες, δηλαδή 62,5 % και το μικρότερο ποσοστό άντρες, δηλαδή 37,5%. Πιο συγκεκριμένα 50 ερωτώμενοι ήταν γυναίκες και 30 άντρες. Στον Πίνακα που ακολουθεί δίνονται αναλυτικά οι τιμές συχνότητας της μεταβλητής αυτής και τα ποσοστά, όπως προκύπτουν από την ανάλυση,

Πίνακας 1: Φύλο ερωτώμενων σε συχνότητα και ποσοστά %

Μεταβλητή: φύλο ερωτώμενων

	Συχνότητα	Ποσοστό
	(f)	(%)
άντρας	30	37,5
γυναίκα	50	62,5
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Στο διάγραμμα που ακολουθεί διαφαίνονται πιο καθαρά τα ποσοστά του φύλου των 80 συμμετεχόντων στην έρευνα.



Διάγραμμα 1: Φύλο ερωτώμενων σε ποσοστά %

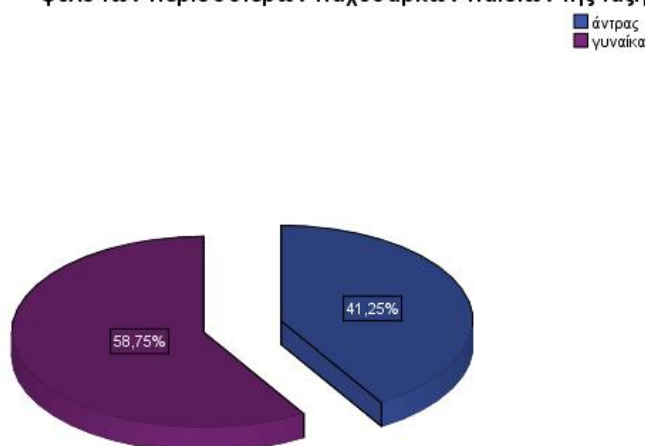
Όπως διαφαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί τα περισσότερα παιδιά με παραπανίσια κιλά στην τάξη των ερωτώμενων είναι κορίτσια σε ποσοστό 58,8 % και λιγότερα είναι τα αγόρια σε ποσοστό 41,3 %. Στον πίνακα δίνονται και οι συχνότητες της συγκεκριμένης μεταβλητής από όπου προκύπτει ότι 33 παιδιά με παραπανήσια κιλά στην τάξη είναι αγόρια και 47 κορίτσια. Τα αποτελέσματα δίνονται και σε διάγραμμα (βλ. πίτα). Ένα πρώτο συμπέρασμα που προκύπτει από αυτή την ανάλυση είναι ότι τα κορίτσια με παραπανήσια κιλά στο δημοτικό σχολείο είναι περισσότερα από τα αγόρια και χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής.

Πίνακας 2: Φύλο των περισσότερων παιδιών με παραπανήσια κιλά στην τάξη σε συχνότητα και ποσοστά %

Μεταβλητή: φύλο των περισσότερων παιδιών με παραπανήσια κιλά στην τάξη

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
άντρας	33	41,3
γυναίκα	47	58,8
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

φύλο των περισσότερων παχύσαρκων παιδιών της τάξης



Διάγραμμα 2: Φύλο των περισσότερων παιδιών με παραπανήσια κιλά (ή παχύσαρκα) στην τάξη σε ποσοστά %

Σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος σχετικά με το ποια παιδιά αντιμετωπίζουν περισσότερο διακρίσεις λόγω βάρους στο σχολείο, προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών που δέχονται διακρίσεις είναι κορίτσια (47,5%) και το μικρότερο αγόρια (28,8%). Ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 23,8% των εκπαιδευτικών απάντησαν ότι δεν ξέρουν. Τα κορίτσια που επιδέχονται περισσότερο διακρίσεις από τα άλλα παιδιά και πιθανόν αρνητικά σχόλια και αρνητική

συμπεριφορά στην τάξη των ερωτώμενων είναι 38, ενώ και σε αυτήν την περίπτωση τα αγόρια είναι λιγότερα και πιο συγκεκριμένα 23. Συνεπώς, τα κορίτσια χρήζουν προσοχής και στο θέμα των διακρίσεων που λαμβάνουν από τους λοιπούς συμμαθητές τους, λόγω των παραπανίστιων κιλών που έχουν. Μερικοί εκπαιδευτικοί και για την ακρίβεια 19, απάντησαν ότι δεν ξέρουν πιο φύλο λαμβάνει μεγαλύτερης διάκρισης λόγω παραπανήσιων κιλών.

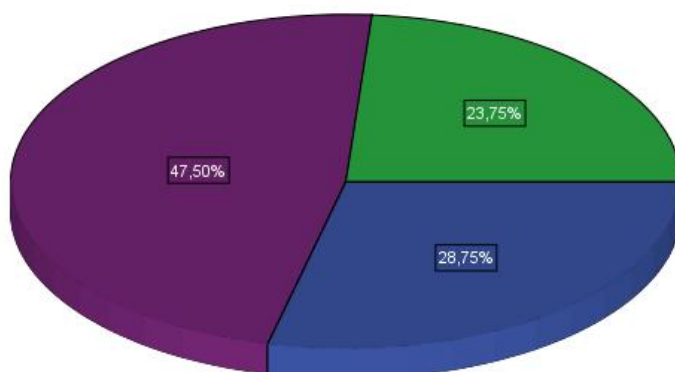
Πίνακας 3: Φύλο με περισσότερες διακρίσεις λόγω βάρους στην τάξη σε συχνότητα και ποσοστά %

Μεταβλητή: φύλο με περισσότερες διακρίσεις λόγω βάρους στην τάξη		
	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
αγόρι	23	28,8
κορίτσι	38	47,5
δεν ξέρω	19	23,8
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Τα ποσοστά των απαντήσεων σχετικά με το φύλο των παιδιών που δέχονται περισσότερες διακρίσεις από τους λοιπούς μαθητές σε μια σχολική τάξη του δημοτικού σχολείου λόγω βάρους, δίνονται και στο διάγραμμα που ακολουθεί. Σύμφωνα πάντα με τις απόψεις των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

φύλο με περισσότερες διακρίσεις λόγω βάρους στην τάξη

■ αγόρι
■ κορίτσι
■ δεν ξέρω



Διάγραμμα 3: Φύλο με περισσότερες διακρίσεις λόγω βάρους στην τάξη σε ποσοστά %

Στην ερώτηση πόσο σας έχει απασχολήσει το πρόβλημα της παχυσαρκίας στο σχολείο και συγκεκριμένα στην τάξη που διδάσκετε απάντησαν όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα. Οι απαντήσεις ήταν σε τετραβάθμια κλίμακα μέτρησης και οι ερωτώμενοι μπορούσαν να απαντήσουν μόνο σε μία. Αναλυτικότερα, η επιλογή 1 αντιστοιχεί στο καθόλου, η 2 αντιστοιχεί στο λίγο, η 3 στο πολύ και η 4 στο πάρα πολύ. Σύμφωνα με την ανάλυση προκύπτει ότι η μέση τιμή αυτής της μεταβλητής είναι 2,29, δηλαδή ανάμεσα στην κλίμακα 2 και 3. Το πρόβλημα της παχυσαρκίας, λοιπόν, απασχολεί τους εκπαιδευτικούς που συμμετείχαν στην έρευνα λίγο έως μέτρια. Τα αποτελέσματα δίνονται αναλυτικά και στον πίνακα που ακολουθεί. Ο πληθυσμός (N) είναι το δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα και απάντησε στην συγκεκριμένη ερώτηση. Το δείγμα είναι 80 εκπαιδευτικοί. Η ελάχιστη τιμή που απαντήθηκε είναι το 1 και η μέγιστη το 4. Συνεπώς δόθηκαν απαντήσεις σε όλες τις κλίμακες, τα ποσοστά των οποίων φαίνονται αναλυτικά στον επόμενο πίνακα 5. Η μέση τιμή που προέκυψε είναι το 2,29.

Πίνακας 4: Μέση τιμή ερώτησης πόσο σας απασχολεί το πρόβλημα της παχυσαρκίας στο σχολείο

<i>Μεταβλητή</i>	<i>Πληθυσμός (N)</i>	<i>Ελάχιστη τιμή</i>	<i>Μέγιστη τιμή</i>	<i>Μέση τιμή</i>
Πόσο σας έχει απασχολήσει το πρόβλημα της παχυσαρκίας στο σχολείο	80	1	4	2,29

Στη συνέχεια δίνονται αναλυτικά τα ποσοστά της τετραβάθμιας κλίμακας μέτρησης που αναλύθηκε προηγουμένως. Όπως φαίνεται και στον ακόλουθο πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων απάντησε λίγο στην ερώτηση πόσο σας έχει απασχολήσει το πρόβλημα της παχυσαρκίας στο σχολείο και συγκεκριμένα σε ποσοστό πάνω του μισού 56,3 %, δηλαδή 45 άτομα. Ποσοστό της τάξεως 21,3 % απάντησε πολύ, δηλαδή 17 άτομα. Λιγότεροι απάντησαν καθόλου ή πάρα πολύ. Συμπερασματικά, οι περισσότεροι απάντησαν λίγο.

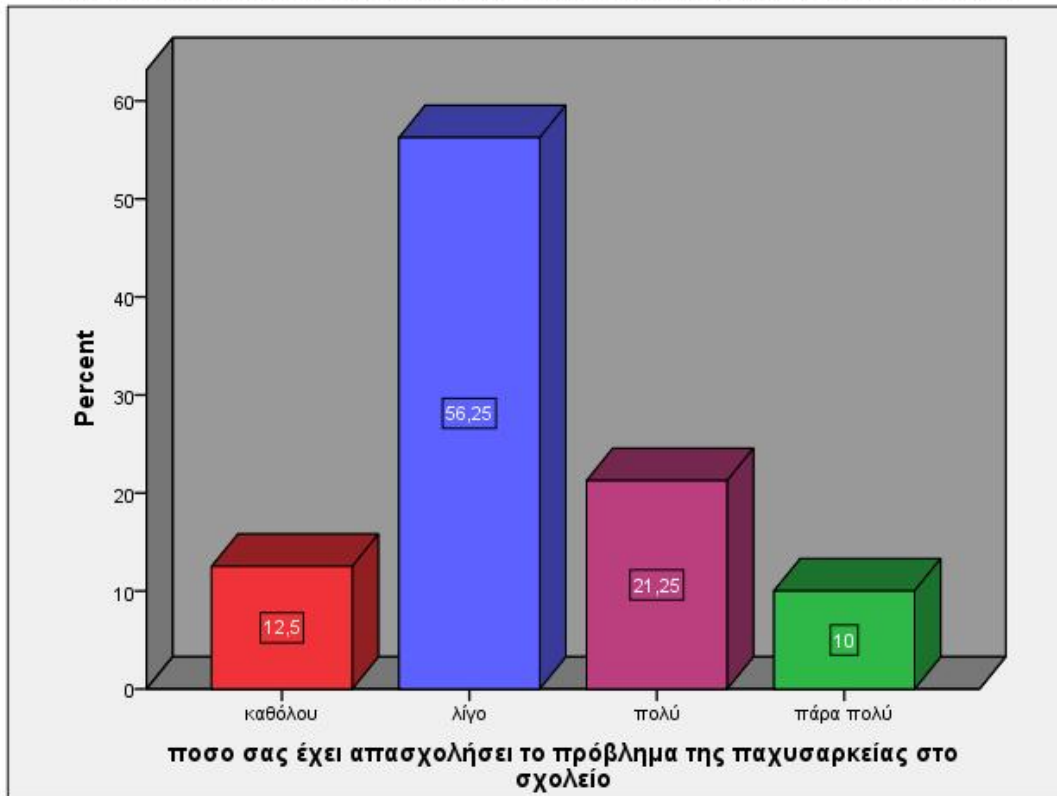
Πίνακας 5: Πόσο σας απασχολεί το πρόβλημα της παχυσαρκίας στο σχολείο σε ποσοστά της κλίμακας

Μεταβλητή: πόσο σας έχει απασχολήσει το πρόβλημα της παχυσαρκίας στο σχολείο

	<i>Συχνότητα (f)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
καθόλου	10	12,5
λίγο	45	56,3
πολύ	17	21,3
πάρα πολύ	8	10,0
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Τα αποτελέσματα του προηγούμενου πίνακα δίνονται και διαγραμματικά σε ιστόγραμμα, για πιο εύκολη κατανόηση.

ποσο σας έχει απασχολήσει το πρόβλημα της παχυσαρκείας στο σχολείο



Διάγραμμα 4: Πόσο σας απασχολεί το πρόβλημα της παχυσαρκείας στο σχολείο σε ποσοστά της κλίμακας

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στη έρευνα, το πλήθος των παιδιών με παραπάνω κιλά στην τάξη έχουν μέση τιμή 2,20. Η κλίμακα μέτρησης της συγκεκριμένης μεταβλητής ήταν τετραβάθμια με ελάχιστη τιμή 1 που αντιστοιχεί σε κανένα παιδί και μέγιστη τιμή 4 που αντιστοιχεί σε πάνω από 6 παιδιά. Η επιλογή 2 αντιστοιχεί σε 1 έως 3 παιδιά και η επιλογή 3 σε 3-6 παιδιά με παραπάνω κιλά στην τάξη. Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί απάντησαν ότι έχουν 1 έως 3 παιδιά στην τάξη. Δόθηκαν απαντήσεις και στις τέσσερις κλίμακες. Ακολουθεί ο πίνακας 7 που παρουσιάζει αναλυτικά τα ποσοστά της κάθε κλίμακας.

Πίνακας 6: Μέση τιμή μεταβλητής πλήθος παιδιών με παραπανήσια κιλά

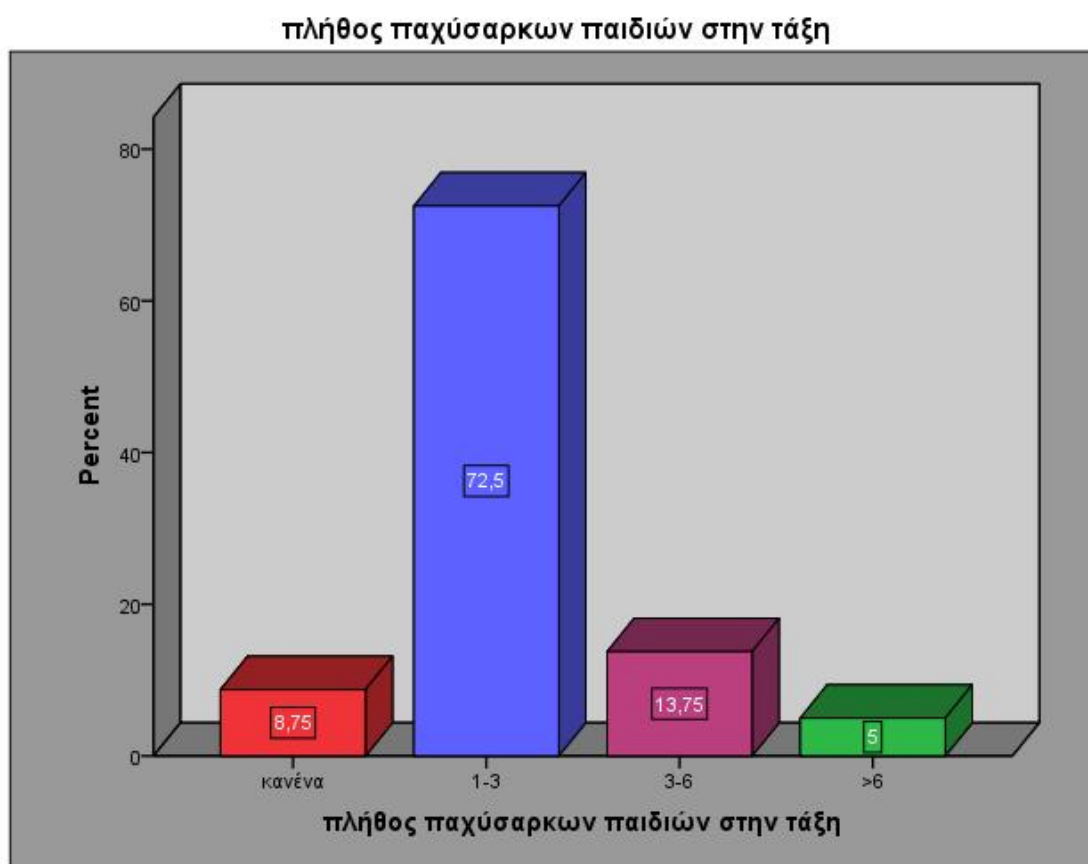
<i>Μεταβλητή</i>	<i>Πληθυσμός (N)</i>	<i>Ελάχιστη τιμή</i>	<i>Μέγιστη τιμή</i>	<i>Μέση τιμή</i>
πλήθος παιδιών με παραπανήσια κιλά στην τάξη	80	1	4	2,20

Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης απάντησαν ότι 1 έως 3 παιδιά της τάξης τους έχουν παραπανήσια κιλά. Πιο συγκεκριμένα 58 άτομα απάντησαν 1 έως 3 παιδιά, δηλαδή ποσοστό 72,5 %. Λιγότεροι απάντησαν 3 έως 6 παιδιά, δηλαδή ποσοστό 13,8 %. Ελάχιστοι απάντησαν κανένα παιδί ή πάνω από 6 παιδιά, σε πολύ χαμηλά ποσοστά που διαφαίνονται και στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 7: Ποσοστά και συχνότητες μεταβλητής πλήθος παιδιών με παραπανήσια κιλά στην τάξη

Μεταβλητή: πλήθος παιδιών με παραπανήσια κιλά στην τάξη		
	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
κανένα	7	8,8
1-3	58	72,5
3-6	11	13,8
>6	4	5,0
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται και διαγραμματικά στο ιστόγραμμα που ακολουθεί.



Διάγραμμα 5: Ποσοστά μεταβλητής πλήθος παιδιών με παραπανήσια κιλά στην τάξη

Στο σημείο αυτό μετράται η μέση τιμή της σχολικής απόδοσης των παιδιών με παραπανήσια κιλά, σύμφωνα πάντα με την άποψη των ερωτώμενων. Η κλίμακα μέτρησης της εν λόγω μεταβλητής ήταν τετραβάθμια. Η τιμή 1 αντιστοιχεί στην κακή σχολική απόδοση, η τιμή 2 στην μέτρια, η τιμή 3 στην καλή και η τιμή 4 στην πάρα πολύ καλή σχολική απόδοση. Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι δόθηκαν απαντήσεις στις τρεις από τις τέσσερις κλίμακες. Η ελάχιστη τιμή των απαντήσεων στη συγκεκριμένη ερώτηση είναι το 2 και η μέγιστη τιμή το 4. Συνεπώς κανείς δεν έδωσε απάντηση 1. Η μέση τιμή της μεταβλητής είναι 3,01, δηλαδή η σχολική απόδοση των παιδιών με παραπανήσια κιλά είναι καλή.

Πίνακας 8: Μέση τιμή μεταβλητής σχολικής απόδοσης παιδιών με παραπάνω βάρος

<i>Μεταβλητή</i>	<i>Πληθυσμός (N)</i>	<i>Ελάχιστη τιμή</i>	<i>Μέγιστη τιμή</i>	<i>Μέση τιμή</i>
σχολική απόδοση παιδιών με παραπάνω βάρος	80	2	4	3,01

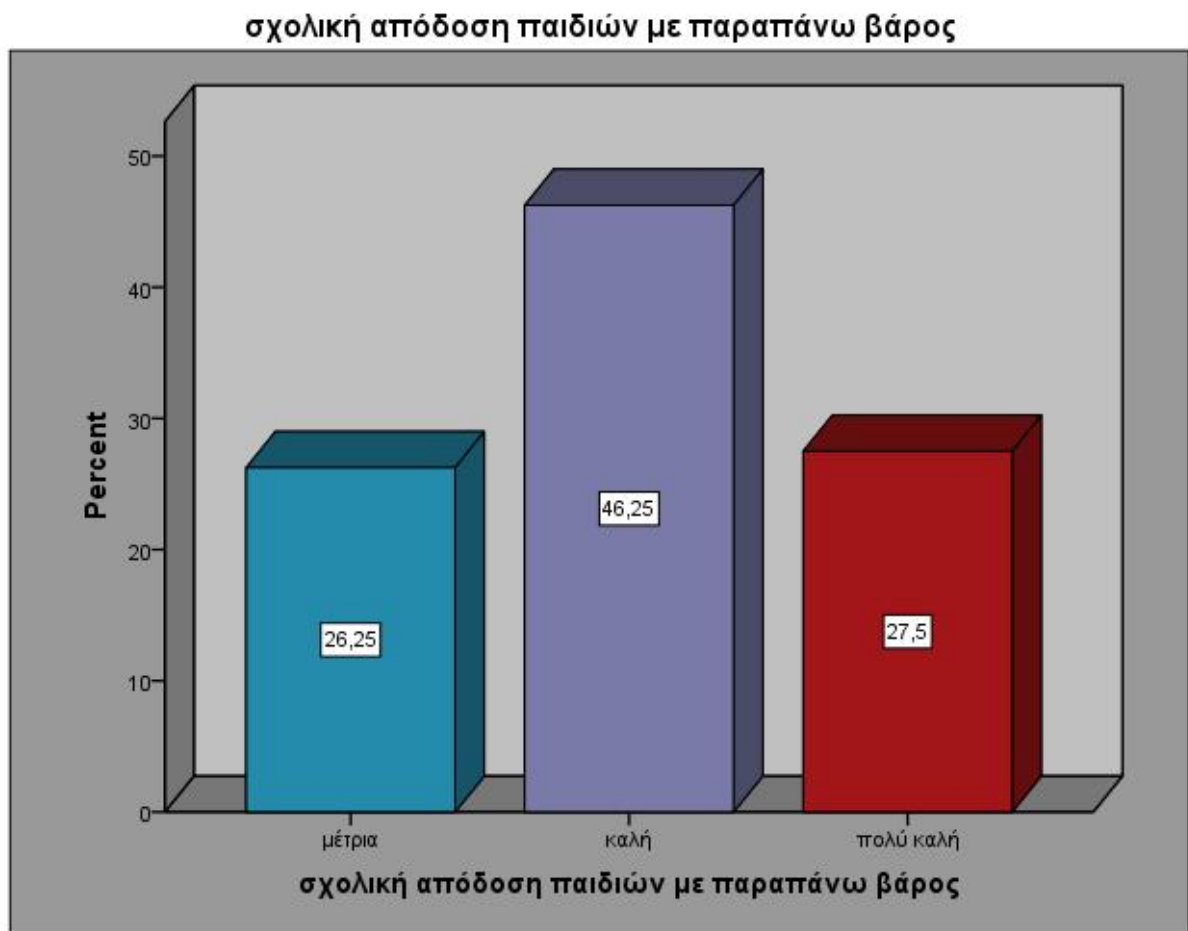
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συχνότητες εμφάνισης και τα ποσοστά της κάθε κλίμακας ξεχωριστά. Παρατηρείται ότι η κλίμακα μέτρησης καλή σχολική απόδοση συγκεντρώνει τις περισσότερες απαντήσεις σε ποσοστό 46,3 %, δηλαδή 37 άτομα από τα 80 την επέλεξαν ως απάντηση. Λιγότεροι απάντησαν μέτρια ή πάρα πολύ σε χαμηλότερα ποσοστά.

Πίνακας 9: Ποσοστά και συχνότητες μεταβλητής σχολικής απόδοσης παιδιών με παραπάνω βάρος

**Μεταβλητή: σχολική απόδοση παιδιών με
παραπάνω βάρος**

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
μέτρια	21	26,3
καλή	37	46,3
πολύ καλή	22	27,5
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Τα αποτελέσματα του προηγούμενου πίνακα δίνονται και διαγραμματικά σε ιστόγραμμα, για πιο εύκολη κατανόηση. Φαίνεται και διαγραμματικά ότι η απάντηση πολύ καλή σχολική απόδοση συγκέντρωσε τις περισσότερες απαντήσεις από το δείγμα.



Διάγραμμα 6: : Ποσοστά μεταβλητής σχολικής απόδοσης παιδιών με παραπάνω βάρος

Η οικογενειακή κατάσταση της οικογένειας των παιδιών με παραπάνω βάρος στην τάξη είναι μεταβλητή τριταβάθμιας κλίμακας και σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι η μέση τιμή της μεταβλητής αυτής είναι 2,72, δηλαδή ανάμεσα στις τιμές 2 και 3. Η τιμή 1 αντιστοιχεί στην απάντηση δε γνωρίζω, η τιμή 2 αντιστοιχεί στην απάντηση κακή, η τιμή 3 στην απάντηση μέτρια και η τιμή 4 στην απάντηση καλή οικονομική κατάσταση. Οι ερωτώμενοι έδωσαν απαντήσεις και στις 4 κλίμακες μέτρησης. Η μέση τιμή δηλώνει ότι η οικονομική κατάσταση της οικογένειας των παιδιών με παραπάνω βάρος της τάξης είναι ανάμεσα στην κακή και στην μέτρια οικονομική κατάσταση. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 10: Μέση τιμή μεταβλητής οικονομική κατάσταση της οικογένειας των παιδιών με παραπάνω βάρος

<i>Μεταβλητή</i>	<i>Πληθυσμός (N)</i>	<i>Ελάχιστη τιμή</i>	<i>Μέγιστη τιμή</i>	<i>Μέση τιμή</i>
οικονομική κατάσταση της οικογένειας των παιδιών με παραπάνω βάρος	80	1	4	2,72

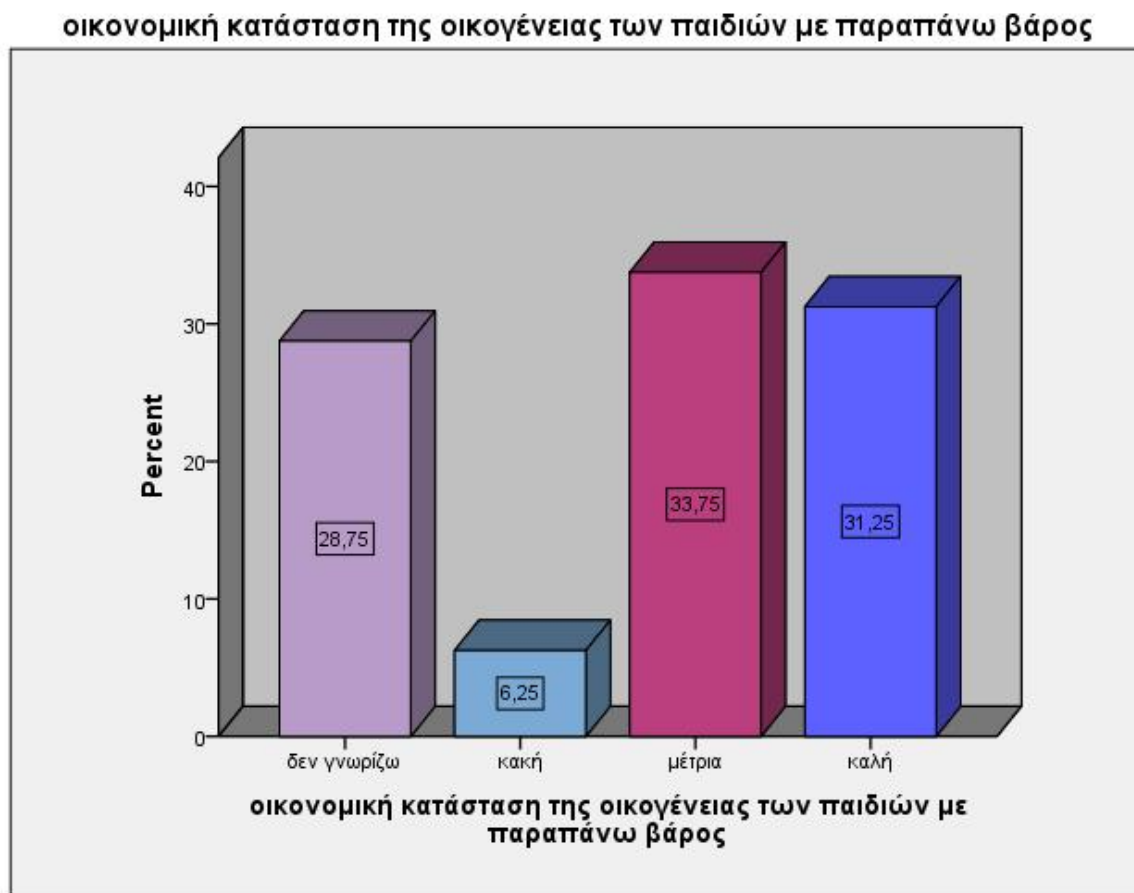
Δίνονται και αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα. Παρατηρείται ότι η απάντηση μέτρια, που ήταν η τιμή 3, συγκεντρώνει τις περισσότερες απαντήσεις σε ποσοστό 33,8, δηλαδή 27 εκπαιδευτικοί έδωσαν αυτήν την απάντηση. Αρκετοί απάντησαν καλή οικονομική κατάσταση και πιο συγκεκριμένα 25 άτομα, δηλαδή σε ποσοστό 31,3 %. Ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 28,8 % δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν την οικονομική κατάσταση. Χαμηλότερο ποσοστό 6,3 % των εκπαιδευτικών απάντησαν ότι η οικονομική κατάσταση της οικογένειας των παιδιών με παραπάνω βάρος είναι κακή. Ακολουθεί πίνακας με τα ποσοστά και τη συχνότητα εμφάνισης της κλίμακας αυτής της μεταβλητής.

Πίνακας 11: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής οικονομική κατάσταση της οικογένειας των παιδιών με παραπάνω βάρος

Μεταβλητή: οικονομική κατάσταση της οικογένειας των παιδιών με παραπάνω βάρος

	<i>Συχνότητα (f)</i>	<i>Ποσοστό (%)</i>
δεν γνωρίζω	23	28,8
κακή	5	6,3
μέτρια	27	33,8
καλή	25	31,3
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Ακολουθεί ιστόγραμμα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα για καλύτερη κατανόηση.



Διάγραμμα 7: Ποσοστά μεταβλητής οικονομική κατάσταση της οικογένειας των παιδιών με παραπάνω βάρος

Οι σχέσεις των παιδιών με παραπάνω κιλά με τους συμμαθητές τους είναι καλές, αφού η μέση τιμή της συγκεκριμένης μεταβλητής είναι 3 που αντιστοιχεί στις καλές σχέσεις. Η μεταβλητή αυτή είναι τετραβάθμιας κλίμακας με τιμές από το 1 έως το 4 που αντιστοιχούν στις κακές σχέσεις έως τις πολύ καλές σχέσεις αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα διαφαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί. Παρατηρείται ότι η ελάχιστη τιμή της εν λόγω μεταβλητής είναι το 2 γιατί κανείς ερωτώμενος δεν επέλεξε την τιμή 1 ως απάντηση. Πιο συγκεκριμένα κανείς από το δείγμα δεν δήλωσε ότι τα παιδιά με παραπάνω κιλά έχει κακές σχέσεις με τους συμμαθητές τους.

Πίνακας 12: Μέση τιμή μεταβλητής σχέσεις παιδιών παραπάνω βάρος με τους συμμαθητές τους

<i>Μεταβλητή</i>	<i>Πληθυσμός (N)</i>	<i>Ελάχιστη τιμή</i>	<i>Μέγιστη τιμή</i>	<i>Μέση τιμή</i>
------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------	----------------------

**σχέσεις παιδιών με
παραπάνω βάρος με
συμμαθητές τους**

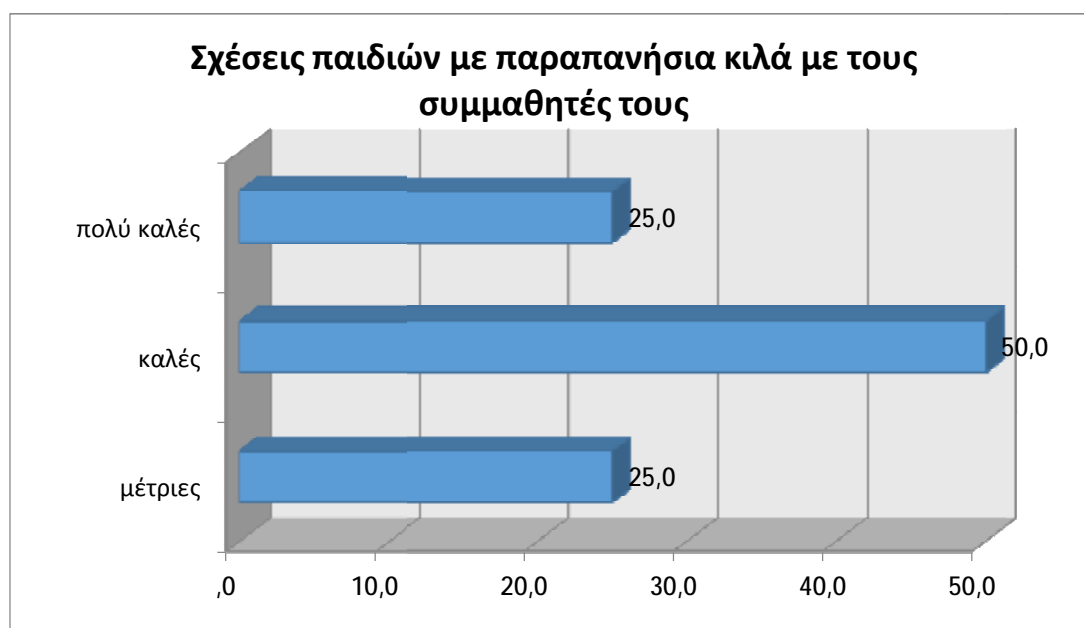
80

2

4

3,00

Στο ιστόγραμμα που ακολουθεί δίνονται αναλυτικά τα ποσοστά της κάθε απάντησης που έδωσαν οι εκπαιδευτικοί στην ερώτηση σχετικά με τις σχέσεις των παιδιών με παραπάνω βάρος με τους συμμαθητές τους. Διαφαίνεται, λοιπόν, ότι οι εκπαιδευτικοί που ερωτήθηκαν θεωρούν ότι οι σχέσεις των παιδιών αυτών με τους συμμαθητές τους είναι καλές σε ποσοστό 50 %. Το υπόλοιπο 50 % ποσοστό, μοιράζεται ισοδύναμα στις πολύ καλές σχέσεις και στις μέτριες σχέσεις των παιδιών. Κανένας εκπαιδευτικός δεν επέλεξε τις κακές σχέσεις των παιδιών αυτών με τους συμμαθητές τους ως απάντηση. Ακολουθεί και αναλυτικός πίνακας με τα ποσοστά αυτά και τη συχνότητα εμφάνισης της κάθε επιλογής, όπως προέκυψε από την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχτηκαν από 80 εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που συμμετείχαν στην έρευνα.



Διάγραμμα 8: Ποσοστά μεταβλητής σχέσεις παιδιών παραπάνω βάρος με τους συμμαθητές τους

Πίνακας 13: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής σχέσεις παιδιών παραπάνω βάρος με τους συμμαθητές τους

**Μεταβλητή: σχέσεις παιδιών με παραπάνω
βάρος με συμμαθητές τους**

Συχνότητα

Ποσοστό

(f)

(%)

μέτριες	20	25,0
καλές	40	50,0
πολύ καλές	20	25,0
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Κατά τον σχεδιασμό του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκε μια ερώτηση ανοιχτή, δηλαδή κενή, χωρίς κάποια έτοιμη επιλογή, όπου οι ερωτώμενοι μπορούσαν να γράψουν όποια απάντηση ήθελαν. Οι ερώτηση αυτή είναι ιδανική για περιπτώσεις που υπάρχουν πληθώρα απαντήσεων και συνεπώς ο ερευνητής δεν μπορεί να τις σκεφτεί όλες. Η ερώτηση αυτή αφορά στα χαρακτηριστικά των παιδιών με παραπάνω κιλά της τάξης, σύμφωνα πάντα με την άποψη των ερωτώμενων. Οι απαντήσεις με τα χαρακτηριστικά που συλλέχτηκαν ήταν πολλές και πραγματοποιήθηκε ομαδοποίηση των απαντήσεων αυτών. Χαρακτηριστικά συνώνυμα, με παρόμοια έννοια ομαδοποιήθηκαν σε μία κοινή κατηγορία. Στους πίνακες που ακολουθούν δίνονται αναλυτικά τα ποσοστά και η συχνότητα εμφάνισης του κάθε χαρακτηριστικού αυτών των παιδιών. Το κάθε χαρακτηριστικό, μετά την ομαδοποίηση, αποτέλεσε μια ξεχωριστή μεταβλητή. Οι εκπαιδευτικοί απάντησαν ότι τα παιδιά με παραπάνω κιλά είναι εσωστρεφή, μελαγχολικά, φυσιολογικά (όπως δηλαδή και τα υπόλοιπα παιδιά, έχουν έλλειψη αυτοπεποίθησης, κ.α. Κάποιοι εκπαιδευτικοί δήλωσαν ότι είναι ζωηρά. Οι πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται αναλυτικά τα ποσοστά του κάθε χαρακτηρισμού, σύμφωνα πάντως με τους συμμετέχοντες στην έρευνα.

Ο χαρακτηρισμός των παιδιών αυτών ως μελαγχολικά συγκέντρωσε ένα μικρό ποσοστό 18,8 % του συνολικού δείγματος. Δηλαδή το ποσοστό αυτό θεωρεί ότι τα παιδιά αυτά είναι μελαγχολικά. Το υπόλοιπο ποσοστό 81, 3 % θεωρεί ότι δεν είναι μελαγχολικά. Στο τέλος της αναλυτικής παρουσίασης των χαρακτηρισμών των παιδιών με παραπάνω κιλά σύμφωνα με την οπτική των διδασκάλων τους, μέσω της χρήσης πινάκων, δίνεται ένα συγκεντρωτικό διάγραμμα των χαρακτηρισμών αυτών για καλύτερη κατανόηση από τον αναγνώστη.

Πίνακας 14: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρος ως μελαγχολικά

Μεταβλητή: χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρος - μελαγχολικά

<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
<i>(f)</i>	<i>(%)</i>

ναι	15	18,8
όχι	65	81,3
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Ευαίσθητα χαρακτήρισαν τα παιδιά με παραπάνω κιλά 14 εκπαιδευτικοί, δηλαδή ποσοστό 17,5 %. Τα αποτελέσματα διαφαίνονται αναλυτικά στον κάτωθι πίνακα.

Πίνακας 15: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρος ως ευαίσθητα

Μεταβλητή: χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρος - ευαίσθητα

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
ναι	14	17,5
όχι	66	82,5
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Εσωστρεφή χαρακτήρισαν τα παιδιά με παραπάνω κιλά στην τάξη τους 28 εκπαιδευτικοί, δηλαδή ποσοστό 35,0 % του συνολικού δείγματος. Τα αποτελέσματα διαφαίνονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 16: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρος ως εσωστρεφή

Μεταβλητή: χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρος - εσωστρεφή

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
--	------------------	----------------

	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
ναι	28	35,0
όχι	52	65,0
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Ήρεμα χαρακτήρισαν τα παιδιά με παραπανήσια κιλά στην τάξη τους 12 εκπαιδευτικοί, δηλαδή ποσοστό 15,0 % του δείγματος. Τα αποτελέσματα διαφαίνονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 17: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρος ως ήρεμα

Μεταβλητή: χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρος - ήρεμα

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
ναι	12	15,0
όχι	68	85,0
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 7,5 %, δηλαδή 6 συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα, δήλωσαν ότι τα παιδιά με παραπανήσια κιλά είναι ζωηρά. Τα αποτελέσματα διαφαίνονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 18: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρος ως ζωηρά

Μεταβλητή: χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρος - ζωηρά

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
ναι	6	7,5
όχι	74	92,5
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Λίγοι εκπαιδευτικοί χαρακτήρισαν τα παιδιά αυτά ως καλοσυνάτα. Πιο συγκεκριμένα 10 εκπαιδευτικοί, δηλαδή ποσοστό 12,5 % απάντησαν πως τα παιδιά με παραπάνω βάρους είναι καλοσυνάτα. Πιο αναλυτικά δίνονται οι συχνότητες και τα ποσοστά της μεταβλητής αυτής στον πίνακα 19 που ακολουθεί.

Πίνακας 19: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρους ως καλοσυνάτα

Μεταβλητή: χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρους – καλοσυνάτα

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
ναι	10	12,5
όχι	70	87,5
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Κάποιοι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι τα παιδιά με παραπάνω βάρους έχουν έλλειψη αυτοπεποίθησης και συγκεκριμένα 14 άτομα, δηλαδή ποσοστό 17,5 %. Ακολουθεί πίνακας με τα αποτελέσματα.

Πίνακας 20: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρος ως έχοντες έλλειψη αυτοπεποίθησης

Μεταβλητή: χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρος – έλλειψη αυτοπεποίθησης

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
ναι	14	17,5
όχι	66	82,5
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Φυσιολογικά χαρακτήρισαν τα παιδιά με παραπάνω κιλά στην τάξη τους 21 εκπαιδευτικοί, δηλαδή ποσοστό 26,3 % του συνολικού δείγματος. Συγκεκριμένα, δήλωσαν ότι τα παιδιά με παραπάνω βάρος δεν διαφέρουν σε τίποτα από τα άλλα παιδιά της τάξης τους, έχουν ίδια συμπεριφορά και είναι φυσιολογικά. Τα αποτελέσματα διαφαίνονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 21: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρος ως φυσιολογικά

Μεταβλητή: χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρος – φυσιολογικά

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
ναι	21	26,3
όχι	59	73,8
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Ανασφαλή χαρακτήρισαν τα παιδιά με παραπάνω κιλά 16 εκπαιδευτικοί, δηλαδή ποσοστό 20,0 % του συνολικού δείγματος. Τα αποτελέσματα διαφαίνονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 22: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρος ως ανασφαλή

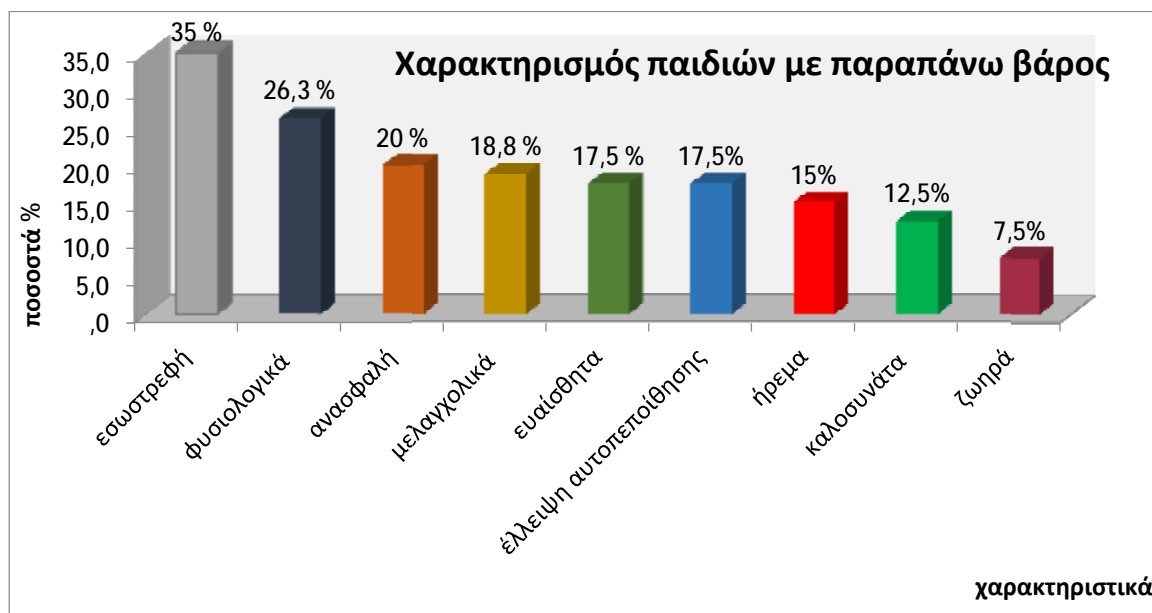
Μεταβλητή: χαρακτηρισμός παιδιών με παραπάνω βάρος - ανασφαλή

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
ναι	16	20,0
όχι	64	80,0
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Ακολουθεί συγκεντρωτικός πίνακας με τα χαρακτηριστικά των παιδιών με παραπάνω κιλά σε ποσοστά, σύμφωνα πάντα με τις απόψεις των διδασκάλων τους. Ακολουθεί και συνοπτικό διάγραμμα για καλύτερη κατανόηση.

Πίνακας 23: Συγκεντρωτικός πίνακας χαρακτηρισμός παιδιών σε ποσοστά

Χαρακτηρισμός παιδιών	Ποσοστό (%)
εσωστρεφή	35,0
φυσιολογικά	26,3
ανασφαλή	20,0
μελαγχολικά	18,8
ευαίσθητα	17,5
έλλειψη αυτοπεποίθησης	17,5
ήρεμα	15,0
καλοσυνάτα	12,5
ζωηρά	7,5



Διάγραμμα 9: Συγκεντρωτικό διάγραμμα χαρακτηρισμών παιδιών σε ποσοστά

Προκύπτει, λοιπόν ότι σύμφωνα με τις απόψεις των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα τα περισσότερα παιδιά με παραπάνω βάρος είναι εσωστρεφής, όπου ο χαρακτηρισμός αυτός συγκεντρώνει το υψηλότερο ποσοστό 35% του συνολικού δείγματος. Αρκετοί εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι τα παιδιά αυτά είναι φυσιολογικά σε ποσοστό 26,3 % του συνολικού δείγματος. Κάποιοι θεωρούν ότι είναι ανασφαλής, μελαγχολικά και έχουν έλλειψη αυτοπεποίθησης σε ποσοστά από το συνολικό δείγμα που διαφαίνονται στο παραπάνω διάγραμμα. Λιγότεροι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι είναι ήρεμα και καλοσυνάτα. Ελάχιστοι θεωρούν ότι αυτά τα παιδιά είναι ζωντρά.

Οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι τα παιδιά με παραπάνω βάρος λαμβάνουν αρνητική συμπεριφορά από τους συμμαθητές τους σε υψηλό ποσοστό 62,5 %. Απάντησαν, δηλαδή, θετικά σε αυτήν την ερώτηση 50 άτομα. Αρνητικά απάντησαν 30 άτομα, δηλαδή 37,5%. Ακολουθεί πίνακας με τα αποτελέσματα αυτά.

Πίνακας 24: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής αρνητική συμπεριφορά απέναντι στα παιδιά με παραπάνω βάρος από συμμαθητές τους

Μεταβλητή: αρνητική συμπεριφορά απέναντι στα παιδιά με παραπάνω βάρος από συμμαθητές τους

	Συχνότητα	Ποσοστό
	(f)	(%)
ναι	50	62,5
όχι	30	37,5

ΣΥΝΟΛΟ

80

100,0

Η επίδραση των παραπάνω κιλών που έχει ένα παιδί στην κοινωνικοποίησή του είναι γεγονός. Οι δάσκαλοι που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή θεωρούν ότι τα επηρεάζει μερικώς στην κοινωνικοποίηση τους σε ποσοστό 88,0. Επέλεξαν αυτή την απάντηση 71 άτομα. Λιγότεροι θεωρούν ότι τα απομονώνει ή ότι δεν τα επηρεάζει καθόλου. Η μεταβλητή αυτή είναι διαστήματος τριτοβάθμιας κλίμακας, όπου το 1 αντιστοιχεί στο ότι τα απομονώνει, το 2 στο ότι τα επηρεάζει μερικώς και το 3 ότι δεν τα επηρεάζει καθόλου. Ακολουθεί πίνακας με τα αποτελέσματα της εν λόγω μεταβλητής.

Πίνακας 25: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής επίδραση παραπάνω κιλών στην κοινωνικοποίηση των παιδιών

**Μεταβλητή: επίδραση παραπάνω κιλών στην
κοινωνικοποίηση των παιδιών**

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
τα απομονώνει	5	6,3
τα επηρεάζει μερικώς	71	88,8
δεν τα επηρεάζει καθόλου	4	5,0
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Στην ερώτηση εάν απουσιάζουν παιδιά από την τάξη λόγω προβλημάτων υγείας που προκαλούνται από την παχυσαρκία οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί απάντησαν όχι. Πιο συγκεκριμένα αρνητικά απάντησαν 74 άτομα, δηλαδή 92,5 %. Ακολουθεί πίνακας με τα αποτελέσματα.

Πίνακας 26: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής απουσία παιδιού λόγω προβλημάτων υγείας από παχυσαρκία

Μεταβλητή: απουσία παιδιού λόγω προβλημάτων υγείας από παχυσαρκία		
	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
ναι	6	7,5
όχι	74	92,5
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Πολλοί εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι τα παραπάνω κιλά επιδρούν αρνητικά στην αυτοπεποίθηση των παιδιών. Ουσιαστικά 75 άτομα από τα 80 απάντησαν θετικά σε αυτήν την ερώτηση, μεγάλο ποσοστό όπως φαίνεται και στον κάτωθι πίνακα.

Πίνακας 27: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής επίδραση των παραπάνω κιλών στην αυτοπεποίθηση των παιδιών

**Μεταβλητή: επίδραση των παραπάνω κιλών
στην αυτοπεποίθηση των παιδιών**

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
ναι	75	93,8
όχι	5	6,3
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι υπάρχουν λίγα παιδιά με παραπάνω κιλά και συνύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής στην τάξη τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό της τάξεως 77,5 % του δείγματος αναφέρει ότι δεν υπάρχουν παιδιά με παραπάνω κιλά και ψυχική διαταραχή, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό 22,5 % του δείγματος δηλώνει ότι υπάρχουν.

Πίνακας 28: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής ύπαρξη παχύσαρκου παιδιού με ψυχική διαταραχή στην τάξη

**Μεταβλητή: ύπαρξη παχύσαρκου παιδιού με
ψυχική διαταραχή στην τάξη**

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
ναι	18	22,5
όχι	62	77,5
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Σύμφωνα με την άποψη των συμμετεχόντων στην έρευνα ο δημοφιλέστερος τρόπος ενημέρωσης των μαθητών για την παχυσαρκία είναι η οικογένεια, όπου 32 άτομα επέλεξαν την οικογένεια ως τόπο ενημέρωσης. Ακολουθούν το σχολείο, τα βιβλία, η ενημέρωση από άλλους συνομήλικους και τέλος η ενημέρωση από κάποιους σχετικούς συλλόγους. Η συχνότητα και τα ποσοστά των απαντήσεων παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 29: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής τρόπος ενημέρωσης μαθητών για παχυσαρκία

Μεταβλητή: τρόπος ενημέρωσης μαθητών για παχυσαρκία

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
οικογένεια	32	40,0
βιβλία	7	8,8
MME	17	21,3
σχολείο	19	23,8
σύλλογοι	2	2,5
συνομιλήκοι	3	3,8
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Στην ερώτηση σχετικά με την ύπαρξη μαθήματος ενημέρωσης των μαθητών για την παχυσαρκία στο σχολείο που διδάσκουν οι εκπαιδευτικοί, 48 άτομα απάντησαν ότι υπάρχουν μαθήματα και 32 απάντησαν ότι δεν υπάρχουν μαθήματα ενημέρωσης.

Πίνακας 30: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής ύπαρξη μαθήματος ενημέρωσης μαθητών για παχυσαρκία

Μεταβλητή: ύπαρξη μαθήματος ενημέρωσης μαθητών για παχυσαρκία

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
ναι	48	60,0
όχι	32	40,0
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Από τους εκπαιδευτικούς που απάντησαν ότι υπάρχουν μαθήματα ενημέρωσης για την παχυσαρκία στο σχολείο τους, δηλαδή 48 άτομα, ζητήθηκε να αναφέρουν πια μαθήματα είναι αυτά. Η απάντηση αυτή ήταν ανοιχτή και οι εκπαιδευτικοί έδιναν ελεύθερα όποια απάντηση ήθελαν και δεν επέλεξαν από κάποια μαθήματα που τους δίνονταν στο ερωτηματολόγιο. Κάποιοι εκπαιδευτικοί έγραψαν περισσότερα από ένα μαθήματα και κάποιοι από αυτούς δεν απάντησαν καθόλου. Υπήρξαν και 3 περιπτώσεις εκπαιδευτικών που ενώ απάντησαν όχι στην προηγούμενη ερώτηση, έγραψαν κάποιο μάθημα. Οι περιπτώσεις αυτών που δεν απάντησαν δίνονται στους παρακάτω πίνακες ως ελλιπείς τιμές. Οι ελλιπείς αυτές τιμές είναι 29 και απορρίπτονται από την ανάλυση. Άρα, το δείγμα σε αυτές τις μεταβλητές είναι $N = 51$. Το πρώτο μάθημα ενημέρωσης για την παχυσαρκία και τον τρόπο σωστής διατροφής που παρουσιάζεται είναι η Μελέτη του Περιβάλλοντος. Από αυτούς που απάντησαν σε αυτήν την ερώτηση, 22 θεωρούν ότι η Μελέτη Περιβάλλοντος είναι μάθημα που περιλαμβάνει ενημέρωση για την παχυσαρκία και τη σωστή διατροφή, ενώ 29 πιστεύουν ότι δεν είναι. Ακολουθεί αναλυτικός πίνακας με τα αποτελέσματα χωρίς τις ελλιπείς τιμές και με τις ελλιπείς τιμές.

Πίνακας 31: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής μάθημα ενημέρωσης – Μελέτη Περιβάλλοντος

Μεταβλητή: μάθημα ενημέρωσης – Μελέτη περιβάλλοντος			
	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>	<i>Αθροιστικό Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>	<i>(%)</i>
ναι	22	27,5	43,1
όχι	29	36,3	56,9
ΣΥΝΟΛΟ	51	63,8	100,0
<i>χωρίς ελλιπείς τιμές</i>			
Ελλιπείς τιμές (missing value)	29	36,3	
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0	

Ομοίως και για το μάθημα της Φυσικής Αγωγής, 7 άτομα πιστεύουν ότι στα πλαίσια του μαθήματος αυτού υπάρχει ενημέρωση για την παχυσαρκία και για το τι περιλαμβάνει μια καλή διατροφή που προφυλάσσει από την παχυσαρκία, ενώ 44

άτομα θεωρούν ότι δεν υπάρχει σχετική ενημέρωση. Ακολουθεί αναλυτικός πίνακας με τα αποτελέσματα χωρίς τις ελλιπείς τιμές και με τις ελλιπείς τιμές.

Πίνακας 32: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής μάθημα ενημέρωσης – Φυσική Αγωγή

	Μεταβλητή: μάθημα ενημέρωσης – Φυσική αγωγή		
	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>	<i>Αθροιστικό Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>	<i>(%)</i>
ναι	7	8,8	13,7
όχι	44	55,0	86,3
ΣΥΝΟΛΟ	51	63,8	100,0
<i>χωρίς ελλιπείς τιμές</i>			
Ελλιπείς τιμές (missing value)	29	36,3	
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0	

Σχετικά με το μάθημα της Ευέλικτης Ζώνης 19 άτομα θεωρούν ότι περιλαμβάνει μαθήματα ενημέρωσης για τη σωστή διατροφή, ενώ 32 θεωρούν ότι δεν περιλαμβάνει ενημέρωση. Ακολουθεί αναλυτικός πίνακας με τα αποτελέσματα χωρίς τις ελλιπείς τιμές και με τις ελλιπείς τιμές.

Πίνακας 33: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής μάθημα ενημέρωσης – Ευέλικτη Ζώνη

Μεταβλητή: μάθημα ενημέρωσης – Ευέλικτη ζώνη			
	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>	<i>Αθροιστικό Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>	<i>(%)</i>
Ναι	19	23,8	37,3
Όχι	32	40,0	62,7
ΣΥΝΟΛΟ	51	63,8	100,0
<i>χωρίς ελλειπίες τιμές</i>			
<i>Ελλειπίες τιμές</i>			
<i>(missing value)</i>	29	36,3	
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0	

Ελάχιστοι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι το μάθημα της Φυσικής ενημερώνει τους μαθητές για την σωστή διατροφή και για την ακρίβεια μόλις 2 άτομα. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι θεωρούν ότι το μάθημα της Φυσικής δεν ενημερώνει τους μαθητές για την σωστή διατροφή. Ακολουθεί αναλυτικός πίνακας με τα αποτελέσματα χωρίς τις ελλειπίες τιμές και με τις ελλειπίες τιμές.

Πίνακας 34: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής μάθημα ενημέρωσης – Φυσική

Μεταβλητή: μάθημα ενημέρωσης – Φυσική			
	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>	<i>Αθροιστικό Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>	<i>(%)</i>
Ναι	2	2,5	3,9
Όχι	49	61,3	96,1
ΣΥΝΟΛΟ	51	63,8	100,0
<i>χωρίς ελλειπίες τιμές</i>			

Ελλιπείς τιμές (missing value)	29	36,3
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Στο πρόγραμμα διδασκαλίας της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης γίνονται και κάποια μαθήματα συμπληρωματικά και ενημερωτικά για διάφορα μαθήματα. Γίνονται, δηλαδή και κάποια μαθήματα σχετικά με τη διατροφή. Οι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι αυτά τα προγράμματα ενημερώνουν τα παιδιά για την παχυσαρκία και για τον σωστό τρόπο διατροφής τους. Ποσοστό 49% των εκπαιδευτικών απάντησαν θετικά σε αυτήν την ερώτηση και 51% απάντησαν αρνητικά. Ακολουθεί αναλυτικός πίνακας με τα αποτελέσματα.

Πίνακας 35: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής μάθημα ενημέρωσης – Πρόγραμμα διατροφής

Μεταβλητή: μάθημα ενημέρωσης – Πρόγραμμα διατροφής			
	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>	<i>Αθροιστικό Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>	<i>(%)</i>
ναι	25	31,3	49,0
όχι	26	32,5	51,0
ΣΥΝΟΛΟ	51	63,8	100,0
<i>χωρίς ελλιπείς τιμές</i>			
Ελλιπείς τιμές (missing value)	29	36,3	
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0	

Λίγοι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι το μάθημα της Γλώσσας ενημερώνει τα παιδιά για την σωστή διατροφή σε ποσοστό 9,8 %. Ακολουθεί αναλυτικός πίνακας με τα αποτελέσματα.

Πίνακας 36: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής μάθημα ενημέρωσης – Γλώσσα

Μεταβλητή: μάθημα ενημέρωσης – Γλώσσα			
	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>	<i>Αθροιστικό Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>	<i>(%)</i>
ναι	4	6,3	9,8
όχι	46	57,5	90,2
ΣΥΝΟΛΟ	51	63,8	100,0
<i>χωρίς χαμένες τιμές</i>			
Ελλιπείς τιμές (missing value)	29	36,3	
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0	

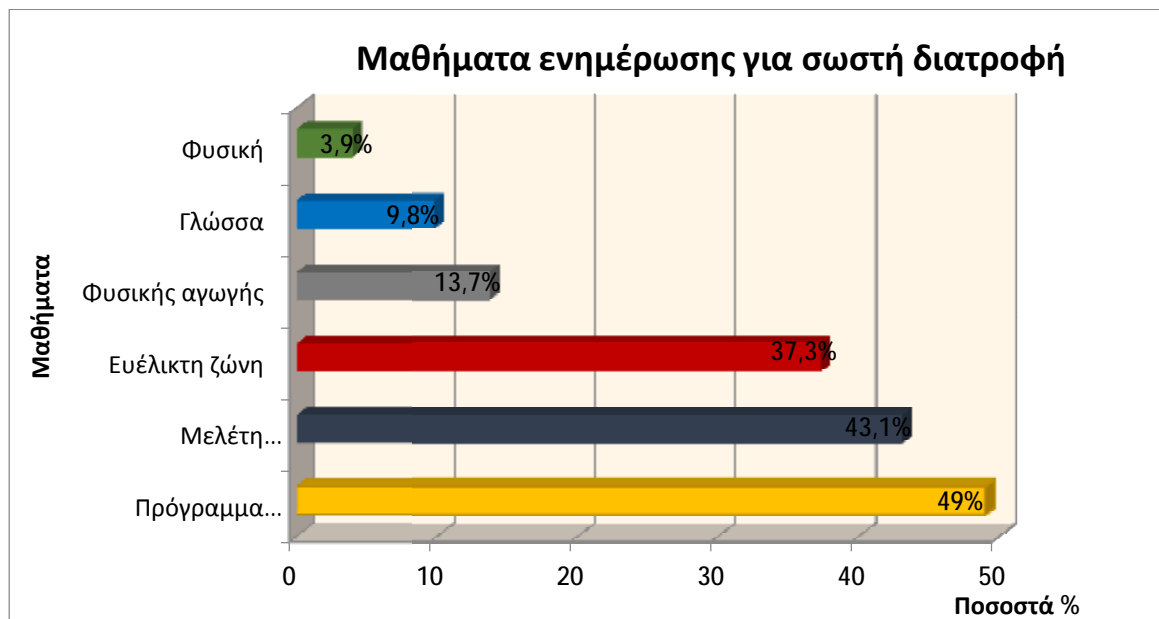
Για καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων από τον αναγνώστη, ακολουθεί συγκεντρωτικός πίνακας των μαθημάτων που θεωρούν οι ερωτώμενοι ότι ενημερώνουν τα παιδιά για την σωστή διατροφή και την παχυσαρκία. Μεγαλύτερο ποσοστό από τους εκπαιδευτικούς που απάντησαν σε αυτήν την ερώτηση συγκέντρωσε το Πρόγραμμα διατροφής, ακολουθεί η Μελέτη του περιβάλλοντος και το μάθημα της Ευέλικτης ζώνης. Χαμηλότερα ποσοστά συγκεντρώνουν τα μαθήματα Φυσικής Αγωγής, Γλώσσας και Φυσικής.

Πίνακας 37: Συγκεντρωτικός πίνακας μαθημάτων ενημέρωσης για τη σωστή διατροφή στο σχολείο σε ποσοστά

Μαθήματα	Ποσοστό
	(%)

Πρόγραμμα διατροφής	49
Μελέτη περιβάλλοντος	43,1
Ευέλικτη ζώνη	37,3
Φυσικής αγωγής	13,7
Γλώσσα	9,8
Φυσική	3,9

Τα αποτελέσματα του ανωτέρου συγκεντρωτικού πίνακα μαθημάτων ενημέρωσης για τη σωστή διατροφή και την παχυσαρκία στο σχολείο δίνονται και στο διάγραμμα που ακολουθεί.



Διάγραμμα 10: Συγκεντρωτικό διάγραμμα μαθημάτων ενημέρωσης για τη σωστή διατροφή στο σχολείο σε ποσοστά

Οι ώρες γυμναστικής του σχολείου εβδομαδιαίως είναι 2 έως 3 φορές συγκεντρώνοντας τις περισσότερες απαντήσεις από τους ερωτώμενους σε μεγάλο ποσοστό 91,3 % του δείγματος.

Πίνακας 38: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής ώρες γυμναστικής εβδομαδιαίως

Μεταβλητή: ώρες γυμναστικής εβδομαδιαίως

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
Μία φορά	3	3,8
2-3 φορές	73	91,3
κάθε μέρα	4	5,0
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Στην ερώτηση εάν υπάρχει συγκεκριμένος χώρος γυμναστικής στο σχολείο που διδάσκουν οι εκπαιδευτικοί που συμμετείχαν στην έρευνα, οι περισσότεροι απάντησαν θετικά σε ποσοστό 88,8 %.

Πίνακας 39: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής ύπαρξη συγκεκριμένου χώρου γυμναστικής

Μεταβλητή: ύπαρξη συγκεκριμένου χώρου γυμναστικής

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
Ναι	71	88,8
Όχι	9	11,3
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί απάντησαν θετικά και στη ερώτηση εάν τα παχύσαρκα παιδιά δείχνουν λιγότερο ενδιαφέρον στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής, σε ποσοστό 62, 5 % του δείγματος.

Πίνακας 40: Ποσοστά και συχνότητα μεταβλητής τα παχύσαρκα παιδιά δείχνουν λιγότερο ενδιαφέρον στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής

Μεταβλητή: τα παχύσαρκα παιδιά δείχνουν λιγότερο ενδιαφέρον στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής

	<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό</i>
	<i>(f)</i>	<i>(%)</i>
Ναι	50	62,5
Όχι	30	37,5
ΣΥΝΟΛΟ	80	100,0

Στο σημείο αυτό τελείωσε η περιγραφική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν. Στη συνέχεια της ανάλυσης έγινε μια προσπάθεια εντοπισμού τυχόν συσχετίσεων των μεταβλητών. Πριν γίνει η έρευνα για συσχετίσεις πραγματοποιήθηκε έλεγχος της κανονικότητας των μεταβλητών για τον εντοπισμό των κατάλληλων τεστ που θα χρησιμοποιηθούν για τις συσχετίσεις. Εάν οι μεταβλητές είναι κανονικές θα τρέξουμε παραμετρικά τεστ, εάν δεν είναι κανονικές θα τρέξουμε μη παραμετρικά τεστ. Ο έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών γίνεται μέσω του spss με τη χρήση του τεστ Kolmogorov Smirnov. Αφού έγινε το τεστ διαπιστώθηκε ότι καμία μεταβλητή δεν είναι κανονική. Συνεπώς, θα τρέξουμε μη παραμετρικά τεστ¹ για τον εντοπισμό τυχόν συσχετίσεων². Διαπιστώθηκε, λοιπόν ότι υπάρχουν μόνο δύο συσχετίσεις στις μεταβλητές της παρούσας έρευνας. Επειδή οι μεταβλητές είναι ονοματικές (nominal) χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ Kendall Tau b (Σιώμκος & Βασιλακόπουλος, 2005).

Η πρώτη συσχέτιση που προκύπτει είναι ανάμεσα στις μεταβλητές «επίδραση παραπάνω κιλών στην κοινωνικοποίηση των παιδιών» και «η ύπαρξη παχύσαρκων παιδιών με κάποια ψυχική διαταραχή στην τάξη». Η συσχέτιση αυτή είναι μικρής εντάσεως 0,245, θετική και με στατιστική σημαντικότητα πολύ καλή (0,027) στο επίπεδο 0,01. Αυτό σημαίνει ότι όταν αυξάνεται η επίδραση των παραπάνω κιλών στην κοινωνικοποίηση των παιδιών, τότε αυξάνεται και η ύπαρξη παχύσαρκων παιδιών με κάποια ψυχική διαταραχή στην τάξη. Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί. Η ένταση της συσχέτισης δίνεται από το Correlation Coefficient και παίρνει τιμές από το 0 έως το 1. Όσο πιο κοντά στην μονάδα είναι η τιμή που προκύπτει, τόσο πιο ισχυρή είναι η ένταση της συσχέτισης. Η στατιστική σημαντικότητα της συσχέτισης φαίνεται από το sig. (Σιώμκος & Βασιλακόπουλος, 2005).

¹ no parametric tests

² correlations

Πίνακας 41: Συσχέτιση δυο μεταβλητών

		έχετε συναντήσει ποτέ στην τάξη σας παχύσαρκο παιδί με ψυχική διαταραχή
επίδραση παραπάνω κιλών στην κοινωνικοποίηση των παιδιών	Correlation Coefficient	,245
	Sig. (2-tailed)	,027
	N	80

Η δεύτερη συσχέτιση που προκύπτει είναι ανάμεσα στις μεταβλητές «επίδραση παραπάνω κιλών στην κοινωνικοποίηση των παιδιών» και «αρνητική συμπεριφορά απέναντι στα παιδιά με παραπάνω βάρος από συμμαθητές τους». Η συσχέτιση αυτή είναι μικρής εντάσεως 0,332, θετική και με στατιστική σημαντικότητα πολύ καλή (0,003) στο επίπεδο 0,01. Αυτό σημαίνει ότι όταν αυξάνεται η επίδραση των παραπάνω κιλών στην κοινωνικοποίηση των παιδιών, τότε αυξάνεται και η αρνητική συμπεριφορά απέναντι στα παιδιά με παραπάνω βάρος από συμμαθητές τους. Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 42: Συσχέτιση δυο μεταβλητών

		αρνητική συμπεριφορά απέναντι στα παιδιά με παραπάνω βάρος από συμμαθητές τους
επίδραση παραπάνω κιλών στην κοινωνικοποίηση των παιδιών	Correlation Coefficient	,332
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ

6.1 Η χρήση του συμπεριφορισμού στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

Για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στους ενήλικους ενδείκνυται ο συνδυασμός δίαιτας με χαμηλή πρόσληψη σε θερμίδες, σωματικής άσκησης και συμπεριφοριστικής θεραπείας (Σίμος, 2008). Η παραπάνω θεραπεία έχει αποδειχθεί μέσα από έρευνες ότι έχει πρόσκαιρα αποτελέσματα (Σίμος, 2008). Το βάρος επανέρχεται μετά από ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (Σίμος, 2008). Οι λόγοι της αποτυχίας εντοπίζονται στην μη ικανοποίηση των ατόμων με το βάρος που έχουν χάσει και στο ότι δεν συμμετέχουν ούτε αποφασίζουν για τις στρατηγικές διατήρησης του παρόντος ενεργειακού ισοζυγίου (Σίμος, 2008).

Οι στρατηγικές της συμπεριφοριστικής θεραπείας για την απώλεια και την διατήρηση του βάρους είναι οι εξής:

- Η καταγραφή των συμπεριφορών που σχετίζονται με την δίαιτα και την σωματική άσκηση σε ένα ημερολόγιο
- Ο εντοπισμός των καταστάσεων που εμποδίζουν την ομαλή πορεία της δίαιτας, όπως και τις συνθήκες μέσα στο σπίτι που σχετίζονται με την διατροφή
- Η επιβράβευση του εαυτού για την απόκτηση καινούριων, υγιεινών διατροφικών συνηθειών
- Ο ορισμός ρεαλιστικών στόχων για την απόκτηση δεξιοτήτων επιθυμητών για την αλλαγή. Οι στόχοι ορίζονται από τον θεραπευτή και τον εξυπηρετούμενο μαζί
- Η αλλαγή πεποιθήσεων (αναπλαισίωση) σχετικά με την εικόνα που έχει ο εξυπηρετούμενος για το σώμα του και για την απώλεια βάρους
- Η στήριξη του κοντινού περιβάλλοντος του εξυπηρετούμενου για τις επιθυμητές αλλαγές και οι συμμετοχή του σε αντίστοιχες ομάδες που ενισχύουν την καινούρια του συμπεριφορά

(Σίμος, 2008).

Το παραπάνω μοντέλο έχει κοινά στοιχεία με το μοντέλο αυτοκατευθυνόμενης αλλαγής των Watson και Tharp. Η αυτοκατευθυνόμενη συμπεριφορά είναι μια συμπεριφοριστική τεχνική που αξιοποιείται αρκετά σε περιπτώσεις παχυσαρκίας (Corey, 2000). Σκοπός αυτής είναι ο έλεγχος της συμπεριφοράς από το άτομο και συμβάλλει στην απόκτηση δεξιοτήτων (Corey, 2000). Για την επιτυχία ενός προγράμματος αυτής της τεχνικής πρέπει να υπάρχουν πολλές τεχνικές αυτοδιαχείρισης, χρονική συνέπεια προς την χρήση των τεχνικών, ρεαλισμός στους στόχους, αυτό-ενίσχυση και υποστήριξη του περιβάλλοντος (Corey, 2000). Τα τρία τελευταία εμφανίζονται και στο παραπάνω μοντέλο.

Οι παραπάνω τακτικές χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές τεχνικές, ανάλογα με τις ανάγκες του εκάστοτε εξυπηρετούμενου (Σίμος, 2008). Η συμπεριφοριστική θεραπεία της παχυσαρκίας οφείλει να είναι μακροπρόθεσμη (Σίμος, 2008).

Η μη εκμάθηση των κατάλληλων συμπεριφορών για την διατήρηση του βάρους μετά από δίαιτα αποδεικνύει την αποτυχία των συμπεριφοριστικών τεχνικών (Σίμος, 2008). Η αποτυχία αυτών οφείλεται στο ότι οι ασθενείς μετά την θεραπεία δεν εντοπίζουν τις αλλαγές που προσδοκούσαν (Σίμος, 2008). Έτσι τα άτομα αυτά παλινδρομούν και επιστρέφουν στις ανθυγιεινές διατροφικές τους συνήθειες (Σίμος, 2008).

Ως συμπλήρωση για την βελτίωση των προαναφερθέντων στρατηγικών χρησιμοποιείται η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία (Σίμος, 2008). Αυτή η μορφή θεραπείας δίνει έμφαση σε εκείνους τους παράγοντες που επηρεάζουν την απώλεια και την διατήρηση του βάρους (Σίμος, 2008). Σχετικά με την απώλεια οι παράγοντες που δίνει βάση είναι αν το άτομο έχει αποκτήσει την επιθυμητή για αυτό εμφάνιση, εάν η σωματική αλλαγή έχει επηρεάσει την αυτοπεποίθησή του, εάν οι συναναστροφές του έχουν βελτιωθεί ως αποτέλεσμα της απώλειας βάρους και εάν έχει θετική πορεία της υγείας (Σίμος, 2008). Όσον αφορά την διατήρηση του μετά την δίαιτα ο στόχος της θεραπείας είναι η αποτροπή από το να χάσουν και άλλο βάρος (Σίμος, 2008). Η κοινωνική εργασία χρησιμοποιεί στην πρακτική της άσκηση συμπεριφοριστικές τεχνικές (Payne, 2000).

Η δομή της γνωσιακής συμπεριφοριστικής θεραπείας για την παχυσαρκία είναι η εξής:

- Ενότητα 1: Περιγράφεται η θεραπεία στον εξυπηρετούμενο. Γίνεται διαχωρισμός ανάμεσα στην διαδικασία απώλειας βάρους και στην διαδικασία διατήρησής του. Το άτομο ενθαρρύνεται να παρακολουθεί τον εαυτό του για το πώς πάει η δίαιτα. Επίσης, ο θεραπευτής το διδάσκει πώς να υπολογίζει τις θερμίδες που έχει χάσει, χρησιμοποιώντας το διάγραμμα βδομάδας
- Ενότητα 2: Σχεδιάζεται η δίαιτα μαζί με τον εξυπηρετούμενο, λαμβάνοντας υπόψη τις διατροφικές του προτιμήσεις. Το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι ο εξυπηρετούμενος να μην χάνει πάνω από χίλιες πεντακόσιες θερμίδες ημερησίως
- Ενότητα 3: Απομάκρυνση καταστάσεων που εμποδίζουν την απώλεια βάρους
- Ενότητα 4: Ενσωμάτωση σωματικής άσκησης στην καθημερινότητα του εξυπηρετούμενου
- Ενότητα 5: Αναπλαισίωση αντιλήψεων για την εικόνα του σώματος που οδηγεί στην ενίσχυση για απώλεια βάρους
- Ενότητα 6: Εντοπισμός ρεαλιστικών στόχων για την απώλεια βάρους
- Ενότητα 7: Αντιμετώπιση στόχων που έχουν άμεση επίδραση με την απώλεια βάρους (για παράδειγμα η αλλαγή της εμφάνισης). Άμα αντιμετωπιστούν σωστά, ο εξυπηρετούμενος ενισχύεται να συνεχίσει την θεραπεία
- Ενότητα 8: Ενσωμάτωση της υγιεινής διατροφής στην καθημερινή ζωή του εξυπηρετούμενου σε μακροπρόθεσμο πλάνο
- Ενότητα 9: Εδώ δίνεται βάση στην διατήρηση του απολεσθέντος βάρους, στο οποίο δίνει έμφαση ολόκληρη η θεραπεία. Ο εξυπηρετούμενος ενισχύεται αρνητικά από το να χάσει και άλλο βάρος.

(Σίμος, 2008).

Επιπρόσθετες στρατηγικές στους ενήλικους για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι η χρήση φαρμάκων και τα χειρουργεία (Σίμος, 2008).

Η αλλαγή της αντίληψης του ατόμου για την εικόνα του σώματός του, καθώς και η ενσωμάτωση της σωματικής άσκησης και της υγιεινής διατροφής στην ζωή του ταιριάζουν με δυο από τα τρία στάδια ανασυγκρότησης της Golan, που αξιοποιούνται στην παρέμβαση στην κρίση, ένα μοντέλο ιδιαίτερα διαδεδομένο στην πρακτική της κοινωνικής εργασίας. Η αλλαγή για την αυτοεικόνα ταιριάζει με την αλλαγή της

γνωστικής αντίληψης του ατόμου, ενώ το δεύτερο ταιριάζει με την δημιουργία νέων συμπεριφορών για την αντιμετώπιση προβλημάτων (Payne, 2000).

6.2 Προγράμματα αντιμετώπισης της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία

Στην προσχολική ηλικία, ακόμα, χρησιμοποιείται ο συνδυασμός της διατροφικής αγωγής με σωματική άσκηση στα παιδιά (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Η λογική αυτή χρησιμοποιείται τα τελευταία χρόνια με πολύ θετικά αποτελέσματα (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Η αλλαγή αυτή ταιριάζει και με την ανάγκη αναδιαμόρφωσης των δράσεων στην κοινότητα για την περαιτέρω ανάπτυξη της (Σταθόπουλος, 2000). Οι δράσεις επηρεάζονται από εξωτερικούς παράγοντες (Σταθόπουλος, 2000). Στην εν λόγω περίπτωση είναι η ραγδαία αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας. Για να είναι όμως αποτελεσματικό το πρόγραμμα σε παιδιά τέτοιας ηλικίας, είναι απαραίτητη η συμμετοχή τουλάχιστον ενός από τους γονείς τους (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Η διαδικασία της διαπαιδαγώγησης των παιδιών πάνω στο ζήτημα γίνεται με δραστηριότητες (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Αξιοποιείται ιδιαίτερα ο συμπεριφορισμός στις εκπαιδευτικές διαδικασίες των προγραμμάτων (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Η χρησιμότητά του έχει φανερωθεί στην πράξη (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Η παράθεση των προγραμμάτων αυτών μπορεί να δώσει ιδέες για καινούριες δράσεις πάνω στο πρόβλημα.

Για την παιδική παχυσαρκία έχουν υπάρξει κατά καιρούς αρκετές κοινοτικές παρεμβάσεις, τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Στην Αμερική, μάλιστα λόγω πολύχρονης εμπειρίας, έχουν διεξαχθεί έρευνες πάνω στην αποτελεσματικότητά τους (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Τα αποτελέσματα της έρευνας για την επίδραση των παρεμβάσεων υπήρξαν θετικά (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012).

Στις Η.Π.Α. έχουν εφαρμοστεί προγράμματα πρόληψης της παιδικής παχυσαρκίας κυρίως σε οικονομικά ασθενέστερους πληθυσμούς (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Το γεγονός αυτό μπορεί να αποδείξει την πιθανή σύνδεση της παχυσαρκίας με τις χαμηλότερες κοινωνικά τάξεις και τα προβλήματα που σχετίζονται με αυτή. Η επέμβαση ενός κοινωνικού λειτουργού, του οποίου το φάσμα της δουλειάς επηρεάζει και την κοινότητα, μπορεί να δημιουργήσει ανακατανομή των πόρων προς τους μη

προνομιούχους (Σταθόπουλος, 2000). Στην εν λόγω περίπτωση μπορεί να εξασφαλίσει πόρους για προγράμματα μέσα στην κοινότητα. Η ανεπάρκεια πόρων μπορεί επίσης να αντιμετωπιστεί με την επικεντρωμένη σε στόχους κοινωνική εργασία (Payne, 2000).

Τα προγράμματα που έχουν εφαρμοστεί στις Η.Π.Α. είναι τα εξής:

- Το πρόγραμμα παρέμβασης MEND, το οποίο αφορά την τοπική κοινωνία. Αποτελείται από τρία προγράμματα ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Η πρώτη ομάδα αφορά τις ηλικίες 2-4 ετών, η δεύτερη τις ηλικίες 5-7 και τελευταία από επτά μέχρι δεκατριών χρόνων. Περιλαμβάνει συνεδρίες διάρκειας δέκα εβδομάδων, όπου το κάθε παιδί συνοδεύεται από έναν γονέα του. Στις συνεδρίες αυτές το κάθε παιδί παίζει με τον γονέα του. Στην συνέχεια, οι γονείς συμμετέχουν σε ομάδες συζήτησης, ενώ τα παιδιά ασχολούνται με δραστηριότητες του χώρου. Το πρόγραμμα αυτό έχει αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματικό.
- Το πρόγραμμα WIC, το οποίο αποσκοπεί στην διαφύλαξη των υγιεινών διατροφικών συνηθειών των εγκύων μητέρων και κατά επέκταση στα νεογέννητα παιδιά τους. Η λογική του προγράμματος αυτού βασίζεται στα αποτελέσματα μιας έρευνας που το ίδιο έχει διεξάγει. Η έρευνα έχει αποδείξει ότι όταν οι διατροφικές συνήθειες των υπέρβαρων μητέρων αλλάζουν, αλλάζουν και οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών τους. Κυρίως αυτό συμβαίνει γιατί αυτές καθορίζουν την καθημερινή τροφή μέσα στο σπίτι. Το πρόγραμμα είναι επίσης αξιόπιστο για την παιδική παχυσαρκία.
- Το πρόγραμμα Active Families αποσκοπεί στην αντιμετώπιση της καθιστικής ζωής όλης της οικογένειας. Οι υπεύθυνοι επαγγελματίες του προγράμματος έχουν δημιουργήσει έναν οδηγό ενημέρωσης για τους χώρους αναψυχής της εκάστοτε πόλης, καθώς επίσης και για τις εκδηλώσεις που πραγματοποιούνται σε αυτήν.
- Το πρόγραμμα Food Friends, το οποίο ενθαρρύνει τα παιδιά να δοκιμάσουν καινούρια τρόφιμα, για την αύξηση των υγιεινών διατροφικών συνηθειών. Η εν λόγω δράση δίνει στα παιδιά παιδικά βιβλία για την διατροφή και ενημερώνει τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς πάνω στο θέμα.
- Η καμπάνια ‘‘5-4-3-2-1 Go!!!’’. Έχει πάρει την ονομασία της από της πέντε μερίδες φρούτων και λαχανικών, τα τέσσερα ποτήρια νερό, τις τρεις μερίδες

άπαχα γαλακτοκομικά που πρέπει να παίρνουμε μέσα στην μέρα, τις 2 ή και λιγότερες ώρες που πρέπει να καθόμαστε μπροστά σε οθόνη υπολογιστή ή τηλεόρασης και την μία ώρα φυσικής άσκησης την ημέρα. Η εκστρατεία αυτή προσπαθεί να διαδώσει το μήνυμα για όλα τα παραπάνω με την υποστήριξη πολιτικών, αθλητών και άλλων δημοφιλών μελών της κοινωνίας. Ο εντοπισμός τέτοιων ατόμων θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί από έναν κοινωνικό λειτουργό που λειτουργεί ως κοινοτικό στέλεχος. Η δουλειά ενός τέτοιου στελέχους είναι να έρχεται σε επαφή με ηγετικά στελέχη μιας κοινότητας και μέσω των δημοσίων του σχέσεων να ενημερώνει την κοινότητα για το εκάστοτε πρόβλημα.. Έχουν επίσης δημιουργήσει και ιστοσελίδα για την ενημέρωση του κοινού για τον σκοπό της. Παρέχει συμβουλευτική σε γονείς για το πώς να αντιμετωπίσουν την παχυσαρκία των παιδιών τους.

- Η παρέμβαση LAUNCH (συγκεκριμένα διεξήχθη στο Οχάιο), η οποία αξιοποιεί συμπεριφορικές τεχνικές σε παχύσαρκα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Η παρέμβαση αυτή περιλαμβάνει ατομικές και ομαδικές συνεδρίες σε γονείς και παιδιά. Οι γονείς μαθαίνουν στρατηγικές αλλαγής της συμπεριφοράς του παιδιού τους και την δική τους (σε περίπτωση μη υγιεινής διατροφής) πάνω στην φυσική άσκηση και την διατροφή

(Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012, Σταθόπουλος, 2000).

Στην Ευρώπη τα προγράμματα που έχουν υπάρξει για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι τα εξής:

- Το πρόγραμμα HabEat, στόχος του οποίου είναι η επίδραση των παραγόντων και των κρίσιμων ηλικιών που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου. Διαρκεί τέσσερα χρόνια (2010-2014).
- Το πρόγραμμα Toybox, διήρκησε τέσσερα χρόνια, και αξιοποίησε συμπεριφοριστικές τεχνικές για την καταπολέμηση της παιδική παχυσαρκίας.
- Το πρόγραμμα EPODE, με στόχο την πρόληψη της παχυσαρκίας και των συνοδών διαταραχών της.

(Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012).

Η Ελλάδα ως χώρα έχει επωφεληθεί από το HabEat, το EPODE (το 2008) και ένα παρακλάδι του τελευταίου, την Παιδειατροφή (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Το τελευταίο αποσκοπεί στην πρόληψη της παχυσαρκίας με την συμμετοχή τοπικών παραγόντων (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Ασχολείται με την παιδική παχυσαρκία από την ηλικία των έξι μηνών ως τα δώδεκα έτη (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Οι πόλεις που επωφελούνται από το εν λόγω πρόγραμμα κάνουν ενημερωτικές εκδηλώσεις για τον παραπάνω σκοπό (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012).

Στην Μεγάλη Βρετανία η μελέτη TrimTot έχει δημιουργήσει ομάδες σε κοινότητες με οικονομικά ασθενή μέλη όπου ενημερώνονται τα παιδιά και οι γονείς για την διατροφή με διαφορετική θεματική ενότητα ανά βδομάδα. Στην συνέχεια, γίνεται αξιοποίηση της πρακτικής έκφρασης των γνώσεων που αποκτήθηκαν στην ομάδα (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Μια ακόμα ενέργεια στο ίδιο μέρος για την αντιμετώπιση του προβλήματος είναι η παρέμβαση Fighting Fit Tots. Η παρέμβαση αυτή οργανώνει ομάδες διαρκεί έντεκα εβδομάδες (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Σε κάθε συνεδρία συμμετέχουν τα παιδιά με τους γονείς τους (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Τα πρώτα 45 λεπτά της συνάντησης οι γονείς μαζί με τα παιδιά ασκούν το σώμα τους (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Στη συνέχεια πραγματοποιείται διάλειμμα δεκαπέντε λεπτών, όπου τους διανέμεται φρούτα και νερό (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012). Τέλος, για σαράντα πέντε λεπτά τα παιδιά απασχολούνται με δραστηριότητες στον βρεφονηπιακό σταθμό, ενώ οι γονείς ενημερώνονται για την σωστή διατροφή από διατροφολόγο και επισκέπτη υγείας (Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012).

Η ενημέρωση της κοινότητας που αναφέρθηκε στα παραπάνω προγράμματα ταιριάζει με την αρμοδιότητα ενός κοινωνικού λειτουργού – κοινοτικού στελέχους να διαπαιδαγωγεί την κοινότητα. Η αρμοδιότητα αυτή αξιοποιείται ευρέως σε θέματα υγείας όπως στην περίπτωση της παχυσαρκίας (Σταθόπουλος, 2000). Η διαπαιδαγώγηση επιτυγχάνεται με σεμινάρια (στην περίπτωσή μας στους γονείς και τους παιδαγωγούς πάνω στην διατροφή και την άσκηση), ημερίδες και άρθρα σε εφημερίδες (Σταθόπουλος, 2000).

6.3 Γενικές Προτάσεις

Οι Ζαμπέλας & Πιτταρά (2012) κάνουν προτάσεις που οφείλουν να γίνουν για περαιτέρω αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Αυτές είναι:

- Η παρέμβαση στα σχολικά γεύματα για την ύπαρξη υγιεινών επιλογών για τους μαθητές
- Η συνεργασία των επαγγελματιών που δουλεύουν σε χώρους όπου εμφανίζεται η παιδική παχυσαρκία με φορείς που απασχολούνται με τις σύνοδες με αυτήν ασθένειες
- Στον τομέα της πρωτοβάθμιας υγείας οι επαγγελματίες οφείλουν να συνεργαστούν με τους οικογενειακούς παιδίατρος για την ενημέρωση της υγείας του παιδιού
- Οι επισκέψεις κατόπιν συναίνεσης της οικογένειας στο σπίτι, βοηθά στον εντοπισμό της κατάστασής της και πιθανόν φέρνει σε επαφή των επαγγελματία με την οικογένεια
- Η χρήση της συμπεριφορικής θεραπείας ενδείκνυται και για τους παχύσαρκους γονείς και για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Οι επαγγελματίες σε χώρους όπου εντοπίζεται η παιδική παχυσαρκία θα είναι πιο αποτελεσματικοί στην αντιμετώπισή της εάν είναι γνώστες της

(Ζαμπέλας & Πιτταρά, 2012).

6.4. Φεμινιστική κοινωνική εργασία και Παχυσαρκία

Με αφορμή το συμπέρασμα της έρευνας ότι τα κορίτσια δέχονται περισσότερες διακρίσεις από ό, τι τα αγόρια στα θέμα της παχυσαρκίας, δημιουργείται ένας ευρύτερος προβληματισμός για την έλλειψη ισότητας ανάμεσα στα δυο φύλα την εποχή μας. Το παραπάνω συμπέρασμα προέρχεται από την άποψη ότι η γυναίκα είναι κατώτερη από τον άντρα σε όλους τους κοινωνικούς τομείς (Payne, 2000).

Λόγω αυτής της ανισότητας προσφέρεται γόνιμο έδαφος για την αξιοποίηση της φεμινιστικής κοινωνικής εργασίας. Σκοπός της είναι η βελτίωση του

συναισθηματικού κόσμου των γυναικών (Payne, 2000). Στην περίπτωση αυτή, οι τεχνικές της μπορούν να αξιοποιηθούν στις μητέρες των κοριτσιών με παχυσαρκία, εφόσον και αυτές αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα. Η αντιμετώπιση αυτής της φύσεως των προβλημάτων εκ μέρους τους θα προσφέρει πρότυπα στα παιδιά τους που θα τα εξισώνει με τους άντρες στην κοινωνία. Οι τεχνικές που αξιοποιούνται είναι η χρήση ατομικών συνεδριών και ομάδων για την ανάπτυξη δεξιοτήτων και γνώσεων που καθιστούν την ισότητα των δυο φύλων δυνατή (Payne, 2000).

6.5. Εκπαιδευτική άσκηση: Το μπαλόني

Παρακάτω περιγράφεται μια άσκηση που μπορεί να αξιοποιηθεί για εκπαιδευτικούς σκοπούς στην εκμάθηση των συνεπειών της παχυσαρκίας στο παιδί. Βασίζεται στην συντελεστική ενίσχυση. Ο επαγγελματίας που αναλαμβάνει την ενημέρωση σε τάξεις ή ομάδες βάζει το κάθε ένα παιδί ξεχωριστά να πραγματοποιήσει την άσκηση των κοιλιακών ενώ κάθετα στην καρέκλα. Στην συνέχεια επαναλαμβάνει ακριβώς το ίδιο ενώ τοποθετεί μέσα από την μπλούζα του παιδιού στον χώρο της κοιλιάς ένα μπαλόني. Το μπαλόني είναι μια προσομοίωση του παραπάνω λίπους της παχυσαρκίας. Τα παιδιά θα δυσκολεύονται περισσότερο να πραγματοποιήσουν την άσκηση με το μπαλόني παρά χωρίς αυτό. Έτσι θα ενισχυθούν αρνητικά για την παχυσαρκία, συμπεραίνοντας ότι αυτή συμβάλλει στην έλλειψη άσκησης και δραστηριοτήτων. Η άσκηση αυτή οφείλει να ελεγχθεί μέσω έρευνας, καθώς έχει πραγματοποιηθεί σε μία μόνο ομάδα διατροφικής αγωγής.

6.6. Εκπαιδευτική άσκηση: Βιντεοπαιχνίδι

Μια ακόμα ενδιαφέρουσα πρόταση στην ενημέρωση των παιδιών για την υγιεινή διατροφή είναι χρήση βιντεοπαιχνιδιών στο μάθημα είτε στην τάξη είτε σε ομάδες. Τα βιντεοπαιχνίδια θεωρούνται από τις αμεσότερες μεθόδους μάθησης σε νέους και μία από τις συχνότερες καθημερινές ασχολίες διασκέδασής τους (Παπαδοπούλου, 2013). Η ιδέα είναι το παιχνίδι να προσομοιώνει ένα άτομο που επιλέγει να καταναλώνει τρόφιμα και αν επιλέγει να τρώει υγιεινά να επιβραβεύεται (μια

κλασική μέθοδος των βιντεοπαιχνιδιών) (Παπαδοπούλου, 2013). Εάν όχι να οδηγείται σε εικονικές συνέπειες, όπως παχυσαρκία κ.α.. Καθώς το βιντεοπαιχνίδι αναδομεί την γνωστική ικανότητα του ατόμου, θα το βοηθήσει να κατανοήσει βαθύτερα της επιπτώσεις της παχυσαρκίας και να αποκτήσει μια εμπειρία σχετικά με αυτήν (Παπαδοπούλου, 2013). Ένα τέτοιο παιχνίδι οφείλει να σχεδιαστεί.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδαμίδου, Ε., Β.Ζήση, Μ.Χασάνδρα, Σ.Χρόνη. *Εικόνα σώματος σε έφηβους 13 – 17 ετών “Επιδράσεις φύλου και φυσικής δραστηριότητας”*, Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή και τον Αθλητισμό, τόμος 11, σελ.65 – 75, Ε.Α.Φ.Α., Απρίλιος, 2013
- Αδαμόπουλος, Π.Ν., (2002) *Υπέρταση: Μηχανισμοί- Ανίχνευση – Διάγνωση – Διερεύνηση – Αντιμετώπιση*, ενήλικες, ηλικιωμένοι, γυναίκες, παιδική – εφηβική ηλικία. Αθήνα: Παρισιανού
- Αυγουστής, Ι.Ν., (1998) *Παχυσαρκία και Διατροφή: Διαβήτης, Μεταβολικές και Ενδοκρινικές Διαταραχές*, Αθήνα
- Αφελντορφε, Ζ.,(1997). *Ανορεξία βουλιμία παχυσαρκία*. Αθήνα: εκδόσεις Τραυλός.
- Βασδέκης, Γ., (1993) *Ο διαβήτης σήμερα*. Αθήνα: Γαλλική Ένωση Διαβητικών
- Γαλανός,Δ., (2001), *Η διατροφή μας σήμερα*. Αθήνα: Εκδόσεις εθνικό και καποδιστριακό πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Δημητρόπουλος Ε.Γ., (1994) *Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας*. Αθήνα: Έλλην
- Δημοπούλου – Λαγωνίκα Μ., (2009) *Μεθοδολογία κοινωνικής εργασίας – Μοντέλα παρέμβασης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (2005) *Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα: κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής*. Τόμος Α’, Αθήνα
- Ζαμπάκος, Γ., (1989) *Παχυσαρκία*. Αθήνα: Βήτα
- Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ., (2006) *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση* Αθήνα: Τυπωθήτω
- Κανατσούλη, Μ., (2002) *Εισαγωγή στη θεωρία και κριτική της παιδικής λογοτεχνίας*. Θεσσαλονίκη
- Κασιμάτη, Κ., (1998) *Κοινωνικός αποκλεισμός: Η ελληνική εμπειρία*. Αθήνα: Gutenberg

- Κατσιλάμπρος, Ν.Λ., Τσίγκος Κ., (2000) *Παχυσαρκία: Η πρόληψη και η αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας επιδημίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα
- Κουλούρη, Χ., *Παιδική ηλικία. Ευάλωτη και απειλητική*, εφημερίδα το Βήμα 21/12/2003
- Ματσανιώτης, Ν., *Εμείς και το παιδί μας*, Αθήνα
- Μουντοκαλάκης, Θ.Δ., (1996) *Υπέρταση: Πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία*. Αθήνα: Βήτα
- Μόρτογλου, Α., (1986) *Παχυσαρκία, ένας πρακτικός ενημερωτικός και θεραπευτικός οδηγός για όλους*. Αθήνα : Advance Publishing
- Μπίβερς. Τ., (2000) *Αρτηριακή Πίεση: οικογενειακός ιατρικός οδηγός*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα
- Νόβα – Καλτσούνη, Χ., (2006) *Μεθοδολογία εμπειρική έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες: Ανάλυση δεδομένων και χρήση του SPSS 13*. Αθήνα: Gutenberg
- Ντολάντζας, Θ., (2001) *Ο γιατρός συμβουλεύει: Προληπτική Ιατρική*. Αθήνα: Λίγκας Books
- Παλλίδης, Σ., (1987) *Το φυσιολογικό παιδί: Η φροντίδα και τα προβλήματά του*. Θεσσαλονίκη : Αιβάζης – Ζουμπούλης
- Παλλίδης, Σ. & Παλλίδου Χ., (1999). *Το παιδί, η φροντίδα και τα προβλήματά του*. Θεσσαλονίκη: εκδόσεις University studio press.
- Παπαβέντσης, Σ., (2010). *Προικισμένα μωρά, εμπνευσμένοι γονείς: Για μια άλλη προσχολική διατροφή*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη
- Παπαβραμίδης, Σ., (2002). *Παχυσαρκία: Θεωρία και πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Σιώκης
- Παρασκευόπουλος, Ι.Ν., (1988) *Κλινική Ψυχολογία: Διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών*. Αθήνα
- Παρασκευόπουλος Ι., (1993) *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας: Τόμος 2*. Αθήνα
- Πιπεράκης, Σ., (2002) *Τροφή, διατροφή, ανατροφή*. Αθήνα: εκδόσεις Γιώργος Δαρδανός.
- Σταθόπουλος. Π., (2000) *Κοινωνική Εργασία*, Αθήνα: Παπαζήση

- Σιώμοκος Γ. και Βασιλικοπούλου Αικ. (2005), *Εφαρμογή μεθόδων ανάλυσης στη έρευνα αγοράς*, Αθήνα: Σταμούλης
- Τζαβάρας, Δ., (2008). *Διαταραχές πρόσληψης τροφής*. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce
- Τσιλιγκιλόγλου- Φαχαντίδου, Α., (1993). *Παιδική ανάπτυξη και υγεία*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Univercity studio press
- Φίλιας Β., (γενική εποπτεία) (1996) *Εισαγωγή στην μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών*. Αθήνα: Gutenberg
- Χασαπίδου, Μ., & Τσιλιγκιρόγλου, Α., *Διατροφή για υγεία, Άσκηση και αθλητισμό*. Θεσσαλονίκη: University studio press.
- Χρίστος Δ. Κάσιμος, (1983). *Πρακτική παιδιατρική: ανάπτυξη-γενετική-μεταβολισμός- διατροφή*. Θεσσαλονίκη : εκδόσεις university studio press.
- Alleman, G.P., (2003). *Save your child from fat epidemic*. Αθήνα: Εκδόσεις Μοντέρνοι καιροί
- Bally, p., (1989), *Παχυσαρκία και κυτταρίτις*. Αθήνα: εκδόσεις ΑΛΜΑ Ε.Π.Ε.
- Cohen L., L. Manion, K.Morrison, (2007) *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο
- Cole M. & Cole S.,(2002) *Η ανάπτυξη των παιδιών Γνωστική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη κατά τη νηπιακή και μέση παιδική ηλικία*. Αθήνα: εκδόσεις Γιώργος Δαρδανός.
- Corey, G., (1999) *Θεωρία και πρακτική της συμβουλευτικής και της ψυχοθεραπείας* Αθήνα: Έλλην
- Ellrott, t. & Pudel, V., (2002). *Θεραπεία της παχυσαρκίας σύγχρονες προοπτικές*. Αθήνα: εκδόσεις Παρισσιανού Α.Ε.
- Freud,M., (2005), *Αδυνάτισε! Βρες τον εαυτό σου*. Αθήνα: εκδόσεις Κριτική.
- Herbert, M., (2000). *Διατροφή και ύπνος των παιδιών*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα
- Hughes, M., Kroehler C.J., (2007) *Κοινωνιολογία, οι βασικές έννοιες*. Αθήνα: Κριτική
- Javeau C., (2000) *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο: το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή* Αθήνα: Τυπωθήτω
- Julian, D., Marley C., (1994) *Η στεφανιαία νόσος*. Αθήνα: Κάτοπτρο

- Mantzoros, C.S., (2006) *Obesity and Diabetes*. New Jersey: Humana Press
- Norris, P.E., (1972) *Διαβήτης, ο διαβητικός και η διατροφή του*. Αθήνα: Διόπτρα
- Payne M., (2010) *Σύγχρονη Θεωρία της Κοινωνικής Εργασίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Robson C. (2010) *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου*. Αθήνα: Gutenberg
- Shaffer D.R., (2004) *Εξελικτική Ψυχολογία: Παιδική Ηλικία και Εφηβεία*. Αθήνα: Έλλην
- Thio A., (2008) *Παρεκκλίνουσα συμπεριφορά* Αθήνα: Έλλην

Καραμανώλης, Ε, Κατσαρέλα Επιπολασμός λιποβαρούς, υπέρβαρου και παχυσαρκίας στα παιδιά των δημοτικών σχολείων του δήμου Δίων Πιερίας, *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας – Διατροφής*, σελ. 106 – 114, 2010

<http://www.hjnutrdiet.com/attachments/issues/pdf/1792-4030-1-12.pdf>

Αρχοντάκης, Σ., Παχυσαρκία 1995

http://www.google.gr/books?hl=el&lr=&id=Z1BlwmNNllgC&oi=fnd&pg=PA7&dq=%CE%B5%CF%80%CE%B9%CF%80%CF%84%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82+%CF%84%CE%B7%CF%82+%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1%CF%82+%CF%83%CF%84%CE%B1+%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%AC&ots=fFMY4mmnv-&sig=io9ByFgtXrFS1fJ9T0ezMA6xcNI&redir_esc=y#v=onepage&q=%CE%B5%CF%80%CE%B9%CF%80%CF%84%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%CF%83%CF%84%CE%B1%20%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%AC&f=false

Καρβέλα, Α., Η επίδραση των κυτταροκινών /ορμονών σε λιπώδη ιστό παχύσαρκων και φυσιολογικών παιδιών: In vitro συγκριτική μελέτη’ Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, 2010

http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/4959/1/Nimertis_Karvela%28i%29.pdf

Κοντορίγα, Α., Ο. Μούζας, Ν.Π. Γεωργούλιας, Γ.Ερωτόκριτου, Ν.Αγγελόπουλος, Μ.Τσακαλάκη Επιδημιολογική μελέτη για κατάθλιψη σε άτομα με παχυσαρκία στην περιοχή Δήμου Μακρακώμης, *Εγκέφαλος* νο.48, σελ.128 – 130, 2011

<http://www.encephalos.gr/pdf/48-3-06g.pdf>

Β.Παππάς “ Στατιστική και μη παραμετρική ανάλυση δεδομένων με σκοπό την ανίχνευση επιδράσεων γενετικών και δημογραφικών παραγόντων στον δείκτη μάζας σώματος” Διπλωματική εργασίας, επίβλεψη Κ.Νικήτα, Αθήνα, Δεκέμβριος, 2008

<http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/bitstream/10889/3813/1/Pappas%20Evangelos%20Thesis.pdf>

E.C.Chamers, E.S.Tull,, H.S.Fraser, N.R.Mutunhu, N.Soberns. E.Niles “The relationship of internalized Racism to body fat distribution and insulin resistance among African adolescent youth” *Journal of National Medical Association* no.96, pages 1594 -1598, December, 2004

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2568670/>

E.Y. Chen, M. Brown “Obesity Stigma in sexual relationships” *Obesity: a research journal* vol. 13, issue 8 pages 1393 -1397, North American Association for the study of obesity, 2005

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/oby.2005.168/full>

Α. Χριστόδουλος, Σ. Τοκμακίδης, Δ. Τούσουλης, Ε. Γκίνα “ Τεκμηριωμένοι και νεότεροι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου στην παιδική ηλικία” *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* νο.26, σελ. 70 – 78, 2009

<http://mednet.gr/archives/2009-1/pdf/70.pdf>

T.Lobstein, L.Baur, R Uauy “Obesity in children and young people; a crisis in public health” *Obesity Reviews* vol.5, pages 4 – 85, May, 2004

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-789X.2004.00133.x/full>

A. Must, R.S.Strauss “Risks and consequences of childhood and adolescent obesity”, *International Journal of Obesity*, Stocton Press, 1999

<http://www.nature.com/ijo/journal/v23/n2s/pdf/0800852a.pdf>

B. Σταύρου, Σ. Σταύρου “Η επίδραση διαφορετικών μορφών άσκησης σε ασθενείς με παχυσαρκία και σακχαρώδη διαβήτη τύπου II”, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 4, νο.1, σελ. 18 – 24, 2012

<http://inhealthcare.gr/article/el/i-epidراسi-diaforon-morfon-askisis-se-astheneis-me-paxusarkia-kai-sakxarodi-diaviti-typou-ii>

X.Κλεισιάρης, Π.Χαραλάμπους, Γ.Αγά “Μελέτη συνθηκών υγιεινής σε εξυπηρετούμενους από την δράση βοήθεια στο σπίτι του Δήμου Σαρανταπόρου” *e-Journal of Science and Technology*, Ιούλιος, 2009

http://e-jst.teiath.gr/issue_12_2009/kleisiaris_12.pdf

Γ.Μάρκοβιτς, Σ.Μοναστηρίδου “ Η υγεία των παιδιών και η σύγχρονη κοινωνία: Επισκόπηση της παρούσας κατάστασης και των δράσεων υγείας” *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας*, νο.28, σελ.345 – 350, 2011

<http://mednet.gr/archives/2011-3/pdf/345.pdf>

Ι.Κυριαζής, Μ.Ρεκλείτη, Μ.Σαρίδη “Δείκτες παχυσαρκίας: διατροφικοί και άλλοι παράγοντες σε μαθητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης αστικών περιοχών του νομού Αττικής” *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας*, νο.27, σελ.937 – 943, 2010

<http://www.mednet.gr/archives/2010-6/pdf/937.pdf>

Γ. Σίμος, “Η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία της παχυσαρκίας”, *Εγκέφαλος*, Τόμος 45, νο.2, Απρίλιος – Ιούνιος 2008

<http://www.encephalos.gr/full/45-2-10g.htm>

Α. Ζαμπέλας, Κ. Πιτταρά, “ Πιλοτικό πρόγραμμα διατροφικής αγωγής στους παιδικούς σταθμούς του Δήμου Γαλατσίου”, *DSPace*, 2012

<http://dspace.aua.gr/jspui/handle/10329/3820>

Γ.Σ. Στεργίου, Α.Βαζαίου, Κ.Στεφανίδης, Α.Καπογιάννης, Δ.Γεωργακόπουλος, Σ.Δούμα, Μ.Δούμας Π.Ζεμπεκάκης, Θ.Μακρής, Κ.Τσιούφης, Α.Μανώλης “Υπέρταση στα παιδιά και τους εφήβους: Διάγνωση, διερεύνηση και αντιμετώπιση”, *Archives of Hellenic Medicine*, sel.116 – 126, 2011

<http://www.mednet.gr/archives/2012-1/pdf/116.pdf>

Σ.Φ.Λυκίδου “Αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τους μαθητές και οι προσδοκίες τους για τη σχολική επίδοση. Μια ερευνητική προσέγγιση σε πολιτισμικά διαφορετικούς μαθητές “, διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα, 2012

<http://nemertes.lis.upatras.gr/jspui/handle/10889/5783>

Pachter, L.M., Coll. C.G., *Racism and Child Health; a review of literature and future directions*, National Library of Medicine - National Institutes of Health, NCBI publications, 16/11/2009

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2794434/>

Καλδή, Σ., *Η παγκοσμιοποίηση της παιδικής ηλικίας: Τα παραδείγματα του αναπτυσσόμενου και αναπτυσσόμενου κόσμου.*

<http://www.pee.gr/wp->

[content/uploads/praktika_synedrion_files/pr_syn/s_nay/c/1/kaldi.htm](http://www.pee.gr/wp-content/uploads/praktika_synedrion_files/pr_syn/s_nay/c/1/kaldi.htm)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Η εν λόγω ένδειξη (**) στην αρχή του ερωτήματος υποδεικνύει ότι μπορούν να συμπληρωθούν πάνω από μία απαντήσεις.

1. Τι φύλο είστε;

Ανδρας

Γυναίκα

2. Πόσο έχει απασχολήσει το πρόβλημα της παχυσαρκίας τα σχολεία στα οποία έχετε εργαστεί;

Πάρα πολύ

Πολύ

Λίγο

Καθόλου

3. Στην παρούσα τάξη στην οποία βρίσκεστε πόσα παιδιά με παραπάνω βάρος έχετε;

Κανένα

1-3

3-6

>6

4. Τι φύλο έχουν τα περισσότερα παιδιά με παραπάνω βάρος στις τάξεις που έχετε διδάξει;

Αρσενικό

Θηλυκό

5. Ποιο από τα δυο φύλα έχει δεχτεί περισσότερες διακρίσεις λόγω του βάρους του σε τάξεις που έχετε διδάξει;

Αγόρια

Κορίτσια

Δεν ξέρω

6. Πως θα χαρακτηρίζατε την σχολική απόδοση παιδιών με παραπάνω βάρος;

Πολύ Καλή

Καλή

Μέτρια

Κακή

7. Λαμβάνοντας υπόψη την πιθανή οικειότητα που έχετε με τις οικογένειες των μαθητών σας, ποιά είναι η οικονομική κατάσταση της οικογένειας των παιδιών με παραπάνω βάρος;

Καλή

Μέτρια

Κακή

Δεν γνωρίζω

8. Τι γενικό χαρακτηρισμό θα δίνατε στα παιδιά με παχυσαρκία που έχετε συναντήσει μέχρι πρόσφατα; _____

9. Πώς θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις τους με τους συμμαθητές τους;

Πολύ Καλές

Καλές

Μέτριες

Κακές

10. Έχετε παρατηρήσει κάποια αρνητική συμπεριφορά απέναντι στα παιδιά με παραπάνω βάρος από τους συμμαθητές τους;

Ναι

Όχι

11. Πώς πιστεύετε ότι επηρεάζει το παραπάνω βάρος την κοινωνικοποίηση των παιδιών στο σχολείο;

Τα απομονώνει

Τα επηρεάζει μερικώς

Δεν τα επηρεάζει καθόλου

12. Έχετε συναντήσει απουσία παιδιού με παχυσαρκία λόγω προβλημάτων υγείας που αυτή τα προκαλεί;

Ναι

Όχι

13. Πιστεύετε πως το παραπάνω βάρος επηρεάζει την αυτοπεποίθηση των παιδιών;

Ναι

Όχι

14. Έχετε συναντήσει στην μέχρι τώρα καριέρα σας παχύσαρκο παιδί με διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή;

Ναι

Όχι

** 15. Από πού πιστεύετε πως ενημερώνονται οι μαθητές για την παχυσαρκία;

Από την οικογένεια

Από βιβλία

Από τα Μ.Μ.Ε.

Από το σχολείο

Από συλλόγους

Από συνομήλικους

16. Υπάρχει μάθημα στο σχολικό πρόγραμμα που ενημερώνει τους μαθητές για την παχυσαρκία;

Ναι

Όχι

16.i. Αν ναι ποιο είναι; _____

17. Πόσες ώρες αφιερώνονται στην γυμναστική μέσα στο εβδομαδιαίο πρόγραμμα;

Μια φορά την βδομάδα

2-3 φορές την

18. Υπάρχει συγκεκριμένος χώρος στο σχολείο που χρησιμοποιείται αποκλειστικά για γυμναστική (ακόμα και τις βροχερές μέρες);

Ναι

Όχι

19. Τα παχύσαρκα παιδιά δείχνουν λιγότερη προσοχή και ενδιαφέρον στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής?

Ναι

Όχι

βδομάδα

Κάθε μέρα