

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΤΙΤΛΟΣ:
**ΠΑΙΔΙΚΗ
ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Childhood obesity and nursing
interventions

**ΧΡΟΝΗ
ΜΑΡΙΑΝΘΗ**



Εποπτεύουσα :
Βιολέττα Σακέτου
(MSc
Πανεπιστημιακή
Υπότροφος)

ΠΑΤΡΑ 2016

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα ανασκόπηση με θέμα <Παιδική παχυσαρκία και νοσηλευτική παρέμβαση > γίνεται στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας μου στην Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας στο Τμήμα Νοσηλευτικής.

Στην χώρα μας πολλά παιδιά αντιμετωπίζουν προβλήματα παχυσαρκίας από διάφορα αίτια είτε επειδή δεν έχουν καλή διατροφή είτε γιατί έχουν διάφορα προβλήματα υγείας που επηρεάζουν το βάρος τους και τους καθιστούν παχύσαρκους. Όλα αυτά με την βοήθεια ειδικευμένης ομάδας από ιατρούς και νοσηλευτές μπορούν να αντιμετωπιστούν και να δοθούν λύσεις για την απώλεια βάρους των παιδιών με σωστή διατροφή και πολλή υπομονή γιατί γνωρίζουμε ότι τα παιδιά είναι μια δύσκολη ομάδα ανθρώπων και θέλει πολύ προσοχή ο τρόπος που τα προσεγγίζεις.

Περίληψη

Η εργασία αυτή αποτελεί μια θεωρητική προσέγγιση της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία . Η εμφάνιση παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία αυξάνει την πιθανότητα ως 80% να διατηρηθεί και στην ενήλικη ζωή.

Αρχικά αναφέρεται το πώς ο εγκέφαλος επιδρά στην τροφική δραστηριότητα του παχύσαρκου και η σημασία της νευροφυσιολογικής ρύθμισης της πείνας. Στη συνέχεια αναλύονται οι παράγοντες που ευνοούν στην αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας αλλά και οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας τόσο στα παιδιά, όσο και στους ενήλικες. Επιπλέον, αναφέρονται ειδικά σημεία για την πρόληψη και αντιμετώπιση της παιδικής αλλά και ενήλικης παχυσαρκίας και κανόνες για την αποφυγή της.

Τέλος, προτείνεται ένα διαιτολόγιο και τρόποι σωματικής άσκησης ανάλογα με τις ηλικίες των παιδιών για αποφυγή ανάπτυξης παχυσαρκίας, καθώς κι ένα δείγμα του πώς γονείς και νοσηλευτές μπορούν με εύκολο και διασκεδαστικό τρόπο να κατευθύνουν τα παιδιά στο μονοπάτι της σωστής διατροφής .

ABSTRACT

In this thesis, the problem of childhood obesity is presented and theoretically examined. Obesity during childhood can have a harmful effect on the child's body in a variety of ways however, what is most shocking is that about 80 per cent of obese children will later become obese adults.

We begin by analyzing the way the child's brain affects its feeding activity and by emphasizing the importance of neurophysiological regulation of appetite. We then analyze the factors that contribute to the increase of obesity in children along with its effects to both children and adults. Moreover, a number of points and rules that help prevent obesity and maintaining a healthy body weight are mentioned.

Finally, a diet and a number of exercises that vary according to the child's age are proposed along with various examples as of how parents and nurses are able to guide children to develop healthy eating habits in an easy and fun way.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....</u>	<u>1</u>
<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</u>	<u>2</u>
<u>ABSTRACT.....</u>	<u>3</u>
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</u>	<u>5</u>
<u>ΟΡΙΣΜΟΣ.....</u>	<u>8</u>
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ – Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΔΥΤΙΚΟΥ ΚΟΣΜΟΥ.....</u>	<u>9</u>
1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	9
1.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ - ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΕΙΝΑΣ.....	10
1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	11
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΑΙΤΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.....</u>	<u>13</u>
2.1 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	14
2.2 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ – ΟΡΜΟΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	19
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....</u>	<u>22</u>
3.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	22
3.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ.....	25
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....</u>	<u>33</u>
4.1 ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	34
4.2 ΕΙΔΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	38
4.3 ΠΩΣ ΘΑ ΑΠΟΦΥΓΕΤΕ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΚΙΛΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ.....	39
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΔΙΑΙΤΗΛΟΓΙΟ, ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....</u>	<u>41</u>
5.1 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ.....	41
5.2 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΓΙΑ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	47
5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	49
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ – ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ.....</u>	<u>52</u>

6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ – ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑ.....	52
6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ.....	55
6.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΥΠΝΙΚΗ ΑΠΝΟΙΑ.....	58
<u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΕΠΙΛΟΓΟΣ</u>	
<u>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</u>	<u>60</u>
<u>ΤΕΛΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</u>	<u>61</u>
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</u>	<u>62</u>

Εισαγωγή

Η σχέση διατροφής με την υγεία είχε γίνει αντιληπτή από την αρχαιότητα. Συγκεκριμένα, ο Ιπποκράτης θεωρούσε κλειδί της καλής υγείας τη σωστή διατροφή. Η εσφαλμένη διατροφή και η έλλειψη σωματικής άσκησης, ειδικά όταν συνυπάρχουν με άλλους αρνητικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, οδηγούν σε παθολογικές καταστάσεις. (Φαχαντίδου. Χασαπίδου (2002))

Τα νοσήματα που προκαλούν τους περισσότερους θανάτους στον ελληνικό πληθυσμό σήμερα, σχετίζονται στενά με τη διατροφή. Οι θάνατοι αυτοί συμβαίνουν συνήθως σε άτομα μέσης και μεγάλης ηλικίας, οι παθολογοανατομικές όμως αλλοιώσεις αρχίζουν από την παιδική ηλικία. (Θεοδωρίδης, Χ. κ.ο. (1995))

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) η παχυσαρκία αποτελεί μία από τις τρεις σημαντικότερες αιτίες θανάτου για τους κατοίκους των «αναπτυγμένων χωρών» του Δυτικού κόσμου. (Δημοσθενόπουλος Χ., (2004))

Η σημασία της σωστής διατροφής στην παιδική ηλικία είναι μεγάλη, αφενός για την καλή υγεία στην υπόλοιπη ζωή ενός ανθρώπου, αφετέρου ως αφετηρία των σωστών διατροφικών συνηθειών που ακολουθούν έναν άνθρωπο σε όλα τα χρόνια της ζωής του. (Δόντας, Α. κ.ο., (2004))

Η εμφάνιση της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία είναι πολύ σημαντική για τη μετέπειτα ζωή του ατόμου, γιατί από τότε διαμορφώνονται οι διατροφικές συνήθειες, αλλά και από το χρονικό διάστημα (ηλικία) της εμφάνισής της εξαρτάται και το ποσοστό μονιμότητάς της. Η εμφάνιση της παχυσαρκίας στις ηλικίες 2-8 ετών αλλά και κατά την εφηβεία, αυξάνει την πιθανότητα μέχρι και 80% να γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες, γιατί αυξάνεται όχι μόνο το μέγεθος των λιποκυττάρων αλλά και ο αριθμός τους. (Ανθούλας Ι., (2005)

Στην εργασία αυτή, στο πρώτο κεφάλαιο, περιγράφεται ιατρικά το πώς ο εγκέφαλος επιδρά στον τρόπο διατροφής του παχύσαρκου ατόμου, πώς το άτομο αυτό είναι δυνατό να επέλθει στην αίσθηση κορεσμού και πώς το αίσθημα της πείνας μπορεί να ρυθμιστεί από το ίδιο το άτομο. (Υγεία, (1989)

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύονται τα αίτια που έχουν οδηγήσει στην αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας. Από τη μία λόγω περιβαλλοντικών ή κοινωνικών παραγόντων, όπως η βιομηχανοποίηση, η εργασιακή απασχόληση και των δύο γονέων, οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές και η επίδραση της διαφήμισης τροφίμων. Από την άλλη, λόγω ορμονικών ή γενετικών παραγόντων, όπως η κληρονομικότητα και τα ενδοκρινολογικά αίτια. Όλα αυτά έχουν οδηγήσει την παιδική διατροφή προς το χειρότερο.(Θεοδωρίδης Χ., κ.ο. (1995)

Στο τρίτο κεφάλαιο, περιγράφονται οι επιπτώσεις της παχυσαρκίας τόσο στα παιδιά, όσο και στους ενήλικους. Τα σωματικά, κοινωνικά-ψυχολογικά προβλήματα στα παχύσαρκα παιδιά, συνεχίζουν να υπάρχουν όταν γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες. Οι πιθανότητες να προσβληθούν από διαβήτη, καρδιοπάθειες, εγκεφαλικά επεισόδια και ορισμένες μορφές καρκίνου είναι πολλές. (Δεδούκος Σ., (Οκτώβριος 2005)

Στο τέταρτο κεφάλαιο, αναλύεται το κομμάτι της πρόληψης και της αντιμετώπισης της παχυσαρκίας των παιδιών και των ενήλικων. Η πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων, όπως η παχυσαρκία, πρέπει να αρχίζει από την παιδική ηλικία, καθώς οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με αυτά εμφανίζονται πολύ νωρίς. (Παιδιατρική (Νοέμβριος – Δεκέμβριος 2003)

Επίσης, στο ίδιο κεφάλαιο περιλαμβάνονται κάποια ειδικά σημεία τα οποία χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή για την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας, όπως και κάποιοι παράγοντες – κανόνες που βοηθούν στην αποφυγή της παχυσαρκίας.

Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο, γίνονται κάποιες διαιτητικές συστάσεις για τα παιδιά από τη γέννησή τους έως και την ηλικία των 11 ετών, η μεσογειακή διατροφή καθώς και η νοσηλευτική παρέμβαση. Επιπλέον, δίνεται προσοχή και στη σωματική άσκηση των παιδιών, η οποία παίζει σημαντικό ρόλο στη σωστή ανάπτυξή τους (Παιδική Παχυσαρκία, ΕΛΛΑΪΣ (2007)

Στο παράρτημα παρουσιάζεται ένας τρόπος εκπαίδευσης των παιδιών από γονείς, παιδαγωγούς και νοσηλευτές, όσον αφορά στη σωστή διατροφή, με χιουμοριστική και διασκεδαστική προσέγγιση.

Η παχυσαρκία, λοιπόν, θεωρείται η επιδημία της εποχής και λόγω των σοβαρών προβλημάτων που αυτή δημιουργεί, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά. (Δημοσθενόπουλος Χ., (2004)



ΕΙΚΟΝΑ 2

Ορισμός

Ως παχυσαρκία ορίζεται η κατάσταση της υπερβολικής συσσώρευσης λίπους στο ανθρώπινο σώμα σε βαθμό που επηρεάζεται αρνητικά η υγεία του ατόμου. Άρα η παχυσαρκία θεωρείται νόσος διότι επιδρά δυσμενώς στην ποσότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης. (Μανές, Χ., (19-21 Νοεμβρίου 2004)

Κάθε άτομο με αυξημένο βάρος δεν είναι αναγκαστικά και παχύσαρκο γιατί το υπερβολικό βάρος μπορεί να οφείλεται σε αυξημένη μυϊκή ή σκελετική μάζα και όχι σε υπερβολική άθροιση λίπους.

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (Π.Ο.Υ.) το 1996 χαρακτήρισε επίσημα την παχυσαρκία ως επιδημία. (Φαχαντίδου.Χασαπίδουκ.ο. (2002)

Τα παχύσαρκα άτομα διαφέρουν όχι μόνο στο ποσό υπερβάλλοντος λίπους που αποθηκεύεται αλλά και στην τοπική κατανομή του, στο σώμα τους. Η κατανομή του λίπους, καθορίζει τους κινδύνους που σχετίζονται με την παχυσαρκία, καθώς και το είδος διαταραχών που θα προκληθούν. Για το λόγο αυτό είναι χρήσιμη η διάκριση μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο λόγω «εναπόθεσης κοιλιακού λίπους» ή «ανδροειδούς παχυσαρκίας» όπως συνήθως αναφέρεται, και εκείνων με τη λιγότερο επικίνδυνη «γυναικοειδής» κατανομή λίπους, όπου το λίπος κατανέμεται πιο ομοιόμορφα και περιφερικά σε όλο το σώμα.

Η κατάταξη της παχυσαρκίας κατά την παιδική ηλικία είναι ακόμα πιο πολύπλοκη, λόγω του γεγονότος ότι το ύψος ακόμα αυξάνεται, ενώ η σύνθεση του σώματος συνεχώς μεταβάλλεται..(Κατσιλάμπρος Ν.Α., (2003)

Η παιδική παχυσαρκία εξετάζεται σε τρεις διαφορετικές περιόδους: την προγενετική, την μέχρι των τριών ετών και τριών ως έντεκα ετών. Η πιο χαρακτηριστική περίοδος για το κατά πόσο το παιδί θα γίνει υπέρβαρο είναι το διάστημα μεταξύ τριών ως έντεκα ετών..(Δόντας, Α., κ.ο., (2004)

Η παχυσαρκία της παιδικής - εφηβικής ηλικίας έχει ως χαρακτηριστικό την αύξηση των λιποκυττάρων και ονομάζεται υπερπλαστική. Αντίθετα, ως υπερτροφική παχυσαρκία είναι αυτή των μεγαλύτερων ηλικιών και χαρακτηρίζεται από υπερτροφία των λιποκυττάρων. Δόντας Α., κ.ο. (2004)

Η παχυσαρκία θεωρείται σήμερα ως ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα για την υγεία στο Δυτικό κόσμο. Ιδίως για τα παιδιά. Τα νεαρά άτομα διατρέχουν τον κίνδυνο να γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες, ενώ η νεανική παχυσαρκία προδιαθέτει και για μια ποικιλία από βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα ιατρικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα. (Δόντας, Α., κ.ο., (2004),

Η παχυσαρκία λοιπόν είναι μια νόσος που προσβάλλει όλες τις ηλικιακές ομάδες και για την αποτελεσματική πρόληψή της στους ενήλικες απαιτεί την πρόληψη και αντιμετώπισή της στην παιδική ηλικία. (Κατσίλαμπρος, Τσίγκος, (2003)

Κεφάλαιο 1 – Παχυσαρκία - Η νόσος του δυτικού κόσμου

Ενότητα 1.1 : Επιδημιολογικά στοιχεία

Η παχυσαρκία είναι το πιο συχνό πρόβλημα διατροφής στον δυτικό κόσμο. Περίπου το 7% του τρέχοντος παγκόσμιου πληθυσμού είναι παχύσαρκοι. Δύο με τρεις φορές περισσότεροι άνθρωποι είναι υπέρβαροι. Περίπου 14-15% όλων των 15χρονων στις ΗΠΑ κατηγοριοποιούνται ως παχύσαρκοι. Σύγκριση των δεδομένων από μελέτες που διεξήχθησαν σε σχολεία το 1997 και 1998 δείχνουν ότι η ΗΠΑ , η Ελλάδα , η Ιρλανδία και η Πορτογαλία είχαν τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας. Η άποψη ότι τα παιδιά στην Ελλάδα είναι από τα παχύτερα στην Ευρώπη έχει ακουστεί πολλές φορές. Υπάρχουν όμως και μελέτες που παρουσιάζουν δυσμενέστερα στοιχεία για την χώρα μας. Μία από αυτές είναι μία πρόσφατη μελέτη της Α' Παιδιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών σχετικά με την πληθυσμιακή ανάλυση των καμπύλων αύξησης Ελλήνων παιδιών και εφήβων. Σύμφωνα με

αυτή τη μελέτη η 95^η θέση έχει αυξηθεί την τελευταία 20ετία κατά 15 κιλά στα αγόρια και 7 κιλά στα κορίτσια. Αυτά είναι παχύτερα κατά 3 και 2 κιλά από τα αντίστοιχα παιδιά των ΗΠΑ που ήταν μέχρι τώρα τα παχύτερα παιδιά στον κόσμο (Κανακά-Gantenbein Περβανίδου,2007.

Το ινστιτούτο καταναλωτών χαρακτηρίζει την παχυσαρκία και την αλματώδη αύξησή της ως 'βραδυφλεγή βόμβα' και δεν έχει άδικο. Η παχυσαρκία στα παιδιά και τους εφήβους εξελίσσεται σε μία παγκόσμια επιδημία με τεράστιες προεκτάσεις στην δημόσια υγεία αν σκεφτεί κανείς μακροπρόθεσμα. Εκτός από τις επιπτώσεις που έχει η παχυσαρκία στα ίδια τα παιδιά και τους εφήβους, υπάρχει ποσοστό αυτών που εξελίσσεται σε παχύσαρκους ενήλικες με όλες τις επιπτώσεις που έχει αυτό για την ατομική και την δημόσια υγεία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η παχυσαρκία αποτελεί μία από τις τρεις σημαντικότερες αιτίες θανάτου για τους κατοίκους των 'ανεπτυγμένων χωρών' του δυτικού κόσμου.



Ενότητα 1.2 : Η επίδραση του εγκεφάλου στη νόσο της παχυσαρκίας –

Νευροφυσιολογική ρύθμιση της πείνας

Η αίσθηση πείνας οφείλεται κυρίως στις γαστρικές ενεργητικές συστολές. Καθένας μας, πράγματι, έχει πείρα αυτής της αίσθησης που ορισμένες φορές μετριάζεται ή εκλείπει με την απλή αίσθηση πίεσης του στομάχου.

Αντιθέτως, μια διαστολή έστω μικρή των γαστρικών τοιχωμάτων προκαλεί μian άμεση αίσθηση κορεσμού.

Την αίσθηση πείνας αισθάνονται και εκείνοι που για διάφορες αιτίες δεν έχουν στομάχι, ή έχουν υποστεί εγχειρήσεις απονεύρωσης του οργάνου.

Είναι επομένως φανερό ότι άλλοι μηχανισμοί πρέπει να είναι ένοχοι της αίσθησης της πείνας.

Η πιο σημαντική απ' αυτές πραγματοποιείται σε επίπεδο των υψηλής ειδίκευσης

εγκεφαλικών δομών, που βρίσκονται πάνω από τον αδένα της υπόφυσης, στους λεγόμενους πυρήνες του υποθαλάμου.

Αρκετές μελέτες έχουν ήδη εντοπίσει με βεβαιότητα την ύπαρξη νευρικών κέντρων σ' αυτό το επίπεδο, που ρυθμίζουν την πρόσληψη της τροφής.

Ένα απ' αυτά, ονομαζόμενο κέντρο της πείνας, ενεργοποιεί άμεσα ψυχικά και ενδοκοιλιακά φαινόμενα που συνδέονται με την αίσθηση της πείνας (εκνευρισμός, σιάλωση, γαστρικές συσπάσεις) και βρίσκεται στη μεσοπλάγιαυποθαλική χώρα.

Το δεύτερο που, αντίθετα, λέγεται κέντρο κορεσμού βρίσκεται στη μέση υποθαλική χώρα και η ενεργοποίησή του οδηγεί γρήγορα στην αίσθηση κορεσμού και αποστροφή προς το φαγητό.

Στην ουσία μια μικρή αύξηση της γλυκόζης στο αίμα προκαλεί με ένα μηχανισμό, που εξαρτάται από την παρουσία μιας ειδικής ορμόνης, της ινσουλίνης, την άμεση ενεργοποίηση του κέντρου κορεσμού, απ' όπου φεύγουν νευρικά ερεθίσματα από τη μια μεριά για να καθυσιάσουν το κέντρο της πείνας και από την άλλη να εμποδίσουν τις γαστρικές συσπάσεις.

Η δραστηριότητα του κέντρου του κορεσμού εξαρτάται στενά από τη γλυκόζη (και από την ινσουλίνη), περισσότερο από κάθε άλλη θρεπτική ουσία. Πρέπει να αναφέρουμε ότι το κέντρο της πείνας ενεργοποιείται, αντίθετα από αυτό που συμβαίνει στο κέντρο κορεσμού, όχι μόνο από τη διαφορετική στάθμη της γλυκόζης στο αίμα αλλά και από την ελάττωση άλλων ουσιών (λίπη και λευκώματα), όπως συμβαίνει στη νηστεία. Κυρίως ενεργοποιείται από νευρικά ερεθίσματα που προέρχονται από τον εγκεφαλικό φλοιό, όπως οπτικών (γεμάτα τραπέζια, τραπέζια με κόσμο γύρω απ' αυτά που τρώει), ακουστικών (θόρυβος πιάτων, πολλές φορές η σειρήνα που ειδοποιεί για το μεσημεριανό φαγητό, η συζήτηση για νόστιμα «φαγητά») ή τέλος ερεθισμού της όσφρησης ή της αφής (μυρωδιές κτλ.).

Αυτό σημαίνει ότι εάν από τη μια μεριά αρκούν ορισμένα αισθητικά ερεθίσματα να προκαλέσουν το αίσθημα της πείνας, από την άλλη τρώγοντας είναι δυνατό να επέλθει η αίσθηση κορεσμού. Αυτό βοηθάει στο να κατανοηθεί πόσο εύκολο είναι στην καταναλωτική κοινωνία μας «να πεινάς», χωρίς στην πραγματικότητα να υπάρχει ένδεια μεταβολική, δηλ. σίτισης.

Ενότητα 1.3 : Διάγνωση παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία στα παιδιά είναι κάτι σοβαρό, και τις περισσότερες φορές γίνεται

αντιληπτή από τα εξωτερικά χαρακτηριστικά των παιδιών.

Τα χαρακτηριστικά του προσώπου τους συχνά παρουσιάζονται δυσανάλογα, ενώ η γενική αύξηση του υποδόριου λίπους δημιουργεί αναδιπλώσεις και ραβδώσεις του δέρματος, στους μηρούς, στα μπράτσα, στα στήθη, στο πηγούνι και στη κοιλιά, που προέχει και κρέμεται προς τα κάτω. Τέλος, η συσσώρευση λίπους στην περιοχή των μαστών των αγοριών δίνει την εντύπωση μεγαλομαστίας, και τα εξωτερικά γενετικά τους όργανα φαίνονται δυσανάλογα μικρά, ενώ στην πραγματικότητα πολύ συχνά είναι μεσαίου μεγέθους (Dr. Miriaki Stappard, «Ιατρική εγκυκλοπαίδεια για μωρά και παιδιά», Εκδόσεις Ακμή, 1988, σελ 201-202, Nelson, «Παιδιατρική Ι΄», ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα 1999).

Όμως, «για την εκτίμηση της παχυσαρκίας υπάρχουν διάφορες μέθοδοι που διακρίνονται σε εργαστηριακές και κλινικές. Οι εργαστηριακές μέθοδοι, είναι οι πλέον ακριβείς και δυσκολοεφάρμοστες στην καθημερινή πράξη. Ενώ, αντίθετα οι κλινικές μέθοδοι, όπως οι καμπύλες βάρους/ ύψους, ο Δείκτης Μάζας Σώματος ($\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{BMI}$) και το πάχος πτυχής δέρματος, είναι μεν λιγότερο ακριβείς, εύκολο όμως να εφαρμοστούν από τον γιατρό.» (Γ.Κάτζος, «Παιδική παχυσαρκία. Σύγχρονες απόψεις», για το περιοδικό «Νέα Παιδιατρικά Χρονικά», 2001)

Στο βιβλιάριο υγείας του παιδιού, υπάρχουν διαγράμματα, στα οποία φαίνεται πόσο πρέπει να είναι το βάρος του σε σχέση με την ηλικία του και πόσο πρέπει να είναι το βάρος του σε σχέση με το ύψος του. Για να δούμε λοιπόν αν το παιδί είναι χοντρό, πρέπει ο παιδίατρος να το ζυγίσει, να το μετρήσει και να ελέγξει τις αναλογίες του, με βάση τα διαγράμματα του βιβλιαρίου υγείας, ή να χρησιμοποιήσει ένα από τα εργαλεία, τους «μετρητές υγείας» που ονομάζεται «διακύμανση βάρους/ύψους για παιδιά / βρέφη» (Χ.Κανδηλώρος, Ενδοκρινολόγος γράφει «Παιδική παχυσαρκία», για το περιοδικό «Ιατρικός κόσμος», Περίοδος Β΄, τεύχος 80, Μάρτιος – Απρίλιος 2003)

«Ο Δείκτης Μάζας Σώματος ($\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{kg}/\text{m}^2$) υπολογίζεται αν διαιρέσουμε το βάρος του παιδιού (σε κιλά), με το ύψος του (μέτρα) στο τετράγωνο. Εάν ο $\Delta\text{Μ}\Sigma$ είναι μεταξύ 50ής και 85ής εκατοστιαίας θέσης, τότε λέμε ότι το παιδί είναι φυσιολογικό. Εάν, ο $\Delta\text{Μ}\Sigma$ είναι πάνω από 85η εκατοστιαία θέση, τότε λέμε ότι το παιδί είναι σε κίνδυνο για παχυσαρκία ή χρησιμοποιούμε τον όρο υπέρβαρο. Ενώ, εάν ο $\Delta\text{Μ}\Sigma$ είναι πάνω από την 95η εκατοστιαία θέση, θεωρούμε ότι το παιδί είναι παχύσαρκο. Ο Μέσος όρος $\Delta\text{Μ}\Sigma$ για αγόρια και κορίτσια δεν διαφέρει ιδιαίτερα κατά την παιδική ηλικία.» (Από το άρθρο της Χριστίνας Λιβέριου «Παιδική παχυσαρκία: Προσοχή, είναι αρρώστια», για το περιοδικό «Το παιδί μου και εγώ»,

τεύχος 94, Φεβρουάριος 2003)

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 1) παρουσιάζονται οι τιμές του ΔΜΣ για τις τρεις κατηγορίες(Από το άρθρο της Χριστίνας Λιβέριου «Παιδική παχυσαρκία: Προσοχή, είναι αρρώστια», για το περιοδικό «Το παιδί μου και εγώ», τεύχος 94, Φεβρουάριος 2003,):

Ηλικία	Κανονικό		Υπέρβαρο		Παχύσαρκο	
	(50η εκατ. θέση)		(85η εκατ. θέση)		(95η εκατ. θέση)	
	αγόρια	κορίτσια	αγόρια	κορίτσια	Αγόρια	κορίτσια
4 ετών	15,8	15,2	17	16,8	17,8	18
5 ετών	15,4	15,2	16,8	16,8	18	18,2
6 ετών	15,4	15,1	17	17	18,4	18,8
7 ετών	15,5	15,4	17,4	17,6	19	19,6
8 ετών	15,8	15,8	18	18,2	20	20,6
9 ετών	16,2	16,4	18,6	19	21	21,6
10 ετών	16,6	16,8	19,4	20	22	23

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

(Προσοχή! Οι αριθμοί δεν αναφέρονται σε κιλά!)

Εδώ, βασικό είναι να γίνει μια διάκριση: το υπέρβαρο παιδί έχει απλώς κάποια κιλά πάνω από το κανονικό, ενώ η παχυσαρκία πρέπει να αντιμετωπίζεται ως χρόνια νοσογόνος κατάσταση(Από το περιοδικό «Άποψη ζωής», αφιέρωμα για την υγεία : Οι συνήθειες «ύποπτοι» της παιδικής παχυσαρκίας, Άνοιξη 2003, τεύχος 4,)

Τέλος, η πιο απλή κλινική εξέταση που γίνεται από τον παιδίατρο είναι, με τον προσδιορισμό της πτυχής του δέρματος σε ορισμένες περιοχές του, με το παχύμετρο. Οι ανευρισκόμενες τιμές συγκρίνονται με τις φυσιολογικές, από συστηματικές μετρήσεις(Χρίστος Δ. Κάσιμος, «Γενική παιδιατρική», τόμος α΄, Θεσσαλονίκη 1995).

Κεφάλαιο 2 – Αίτια παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία θεωρείται η επιδημία της εποχής. Ο σημερινός τρόπος ζωής με την αστυφιλία και την πολύωρη εργασία, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου, η κατανάλωση έτοιμων φαγητών οδήγησε στην εμπορευματοποίηση και βιομηχανοποίηση. Η εσφαλμένη διατροφή, η μείωση των φυσικών δραστηριοτήτων, οι κοινωνικές αλλαγές με τη συμμετοχή της γυναίκας

στην παραγωγική διαδικασία και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες που ευνοούν στην ανάπτυξη της παιδικής παχυσαρκίας σήμερα, οι οποίοι αναλύονται παρακάτω(Φαχαντίδου Χασαπίδου (2002) .

2.1 Περιβαλλοντικοί – Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

A) Βιομηχανοποίηση και εμπορευματοποίηση

Η πορεία προς τη βιομηχανοποίηση, καθώς και προς μια οικονομία που βασίζεται στο εμπόριο στα πλαίσια μιας παγκόσμιας αγοράς, στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες έχει συντελέσει στην βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ωστόσο, οι ανωτέρω αλλαγές έχουν και ορισμένες αρνητικές συνέπειες. Έτσι, έχουν οδηγήσει, άμεσα και έμμεσα σε καταστροφικές συνήθειες διατροφής και σωματικής δραστηριότητας οι οποίες συμβάλλουν στην εμφάνιση της παχυσαρκίας. Η βιομηχανοποίηση της παραγωγής των τροφών έχει συμβάλει στην κατανάλωση μιας δίαιτας υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη και λίπη (ιδιαίτερα κορεσμένα λίπη) και πτωχής σε σύνθετους υδατάνθρακες. Η τροφή είναι ιδιαίτερα διαθέσιμη και η συνολική ενεργειακή απαίτηση του σύγχρονου τρόπου ζωής έχει ελαττωθεί σημαντικά. (Κατσίλαμπρος, Τσίγκος, (2003)

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η παχυσαρκία έχει αυξηθεί στις βιομηχανικές κοινωνίες, καθώς οι οικογένειες απομακρύνονται από το σπιτικό φαγητό και καταναλώνουν όλο και περισσότερο έτοιμα φαγητά.

B) Η συμμετοχή της γυναίκας στην παραγωγική διαδικασία

Σε βιομηχανικές κοινωνίες ένας ολοένα αυξανόμενος αριθμός γυναικών εισέρχεται στην αγορά εργασίας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να ασχολούνται όλο και λιγότερο με την αγορά τροφίμων και τη μαγειρική και έτσι η απαίτηση για διατροφικά προϊόντα «ευκολίας» έχει ιδιαίτερα αυξηθεί. (Κατσίλαμπρος, Τσίγκος, (2003)

Η συμμετοχή της γυναίκας στην παραγωγική διαδικασία την απομάκρυνε από το παραδοσιακό ρόλο της νοικοκυράς, με αποτέλεσμα τη μείωση της ποιότητας της διατροφής των μελών της οικογένειας. Η απομάκρυνση από την παραδοσιακή διατροφή συντελεί στην αύξηση του βάρους του σύγχρονου ανθρώπου. (Παπαβραμίδης Σ., Θ., (2002) .

Το σπιτικό φαγητό αποτελεί για πολλά νοικοκυριά μια συνήθεια όχι καθημερινή ή ακόμα μια πολυτέλεια.

Γ) “Ταχυφαγεία” - Η πρώτη επιλογή

Οι άνθρωποι στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες τρώνε έξω όλο και πιο συχνά, ξοδεύοντας τα μισά περίπου χρήματα στο φαγητό. Τα «φαστφουντ» προσφέρουν ποικιλία γευμάτων πλούσιων σε θερμίδες και λιπαρά. (Clinic M. (Σεπτέμβριος 2005)

Τα παιδιά τρώνε σε ταχυφαγεία (εστιατόρια τύπου fastfood) σε ποσοστό 7-42% τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα πολλοί μπορούν να πουν πως δεν είναι μεγάλο ποσοστό αλλά αν αναλογιστούμε το είδος της τροφής που προσφέρεται και καταναλώνεται σε αυτούς τους χώρους, την περιεκτικότητα σε λίπος, αλάτι και ζάχαρη των χάμπουργκερ, των τηγανιτών και των αναψυκτικών θα καταλάβουμε το γιατί παχαίνουν αυτά τα παιδιά. Τα παιδιά καταναλώνουν όλο και λιγότερες σαλάτες, λαχανικά και όσπρια, ενώ είναι σχεδόν καθημερινή η κατανάλωση κρέατος..(Δημοσθενόπουλος Χ., (2004) .



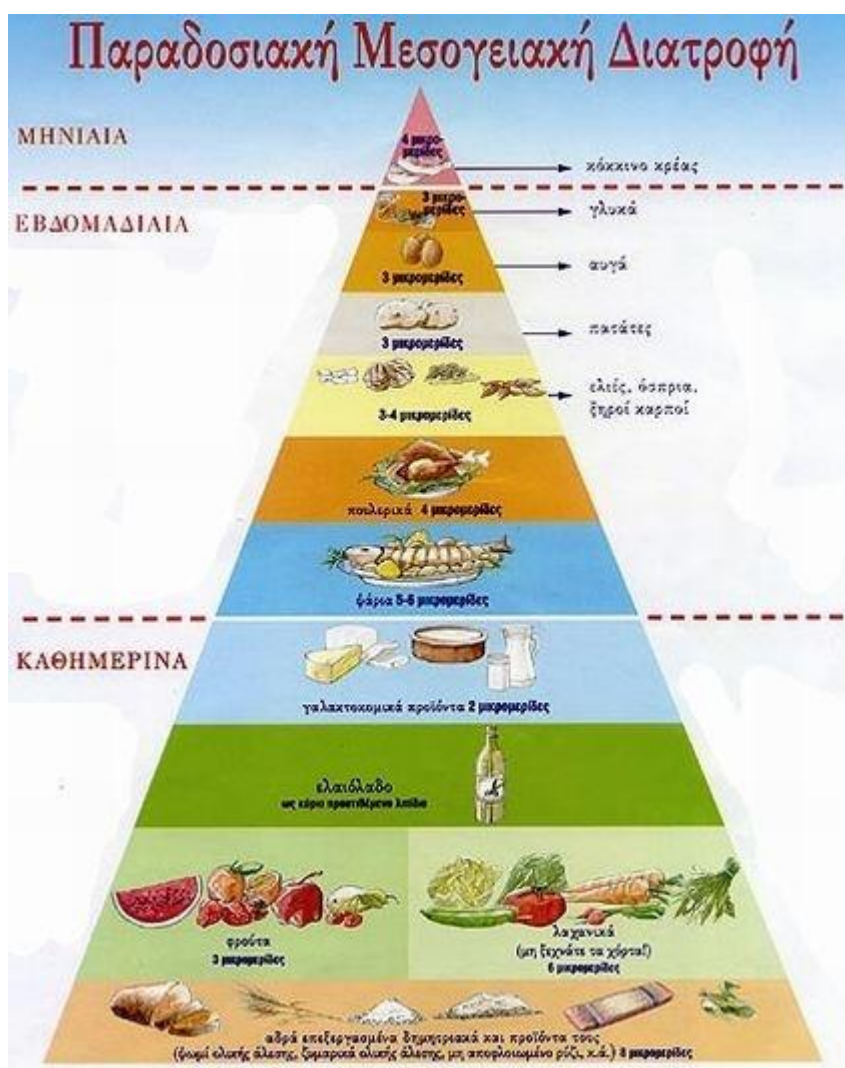
Τα παιδιά δεν εκπαιδεύονται στον υγιεινό τρόπο διατροφής και το έτοιμο φαγητό γίνεται συνήθεια. Καραμέλες, μπισκότα, γλυκά, αναψυκτικά έχουν κυρίαρχη θέση στη παιδική διατροφή. Τέτοιου είδους τρόφιμα, ουσιαστικά κενά ωφέλιμου θρεπτικού περιεχομένου, όχι μόνο περιέχουν πολλές άχρηστες θερμίδες αλλά επίσης ενισχύουν περαιτέρω την όρεξη και την επιθυμία για επανάληψη της κατανάλωσής τους, με αποτέλεσμα την παχυσαρκία.(Δεδούκος Σ., (Οκτώβριος 2005)

Δ) Από τη Μεσογειακή δίαιτα στο δυτικό τρόπο διατροφής

Σήμερα είναι εφικτή η παραγωγή προϊόντων διατροφής με οποιαδήποτε ποικιλία γεύσης, υφής και περιεχομένου θρεπτικών συστατικών. Μάλιστα, τα χαρακτηριστικά των τροφών συχνά τροποποιούνται σε τέτοιο βαθμό, ώστε είναι δύσκολο στον καταναλωτή να συσχετίσει την εμφάνιση, την υφή ή τη γεύση με το ενεργειακό περιεχόμενο των τροφών. Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, λόγω της αυξημένης τάσης χρησιμοποίησης προπαρασκευασμένων προϊόντων και ταυτόχρονα, λόγω της τάσης μείωσης της χρησιμοποίησης βασικών φυσικών συστατικών για την προετοιμασία των τροφών στο σπίτι (Κατσίλαμπρος.Τσίγκος, (2003). Τα παραδοσιακά φαγητά αντικαθίστανται από πλούσιες

ενεργειακά, λιπαρές τροφές, οι οποίες είναι γευστικές, προσφέρονται σε ελκυστική συσκευασία, είναι προ-επεξεργασμένες για ευκολία, διαφημίζονται εντατικά και είναι σχετικά φθηνές. Η κατανάλωση φαγητών ευκολίας αυξάνεται ραγδαία (Κατσίλαμπρος, Τσίγκος, (2003) . Οι καταναλωτές αποζητούν τυποποιημένα και βολικά γεύματα, τα οποία είναι πλούσια σε λιπαρά και υψηλής ενεργειακής συγκέντρωσης. (Κατσίλαμπρος, Τσίγκος, (2003)

Οι Έλληνες τα τελευταία χρόνια έχουν υιοθετήσει το δυτικό τρόπο ζωής με πολλά, λιπαρά και πολλές θερμίδες στη διατροφή τους. Η αυξημένη πρόσληψη θερμίδων τους οδηγεί στην αύξηση της παχυσαρκίας. (Φαχαντίδου, Χασαπίδου (2002)



ΣΧΗΜΑ 1

Η ταχεία μετάβαση από τον παραδοσιακό τρόπο διατροφής και τη Μεσογειακή διατροφή (πολλά φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ελαιόλαδο και λιγότερο κρέας, κοτόπουλο και ψάρια) στη σύγχρονη δίαιτα σε συνδυασμό με τον ολοένα και μεγαλύτερο περιορισμό της φυσικής δραστηριότητας έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην σημερινή έξαρση της παχυσαρκίας. (Ανθούλας Ι., (2005)

Η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή χαρακτηρίζεται κυρίως από την υψηλή κατανάλωση ελαιόλαδου, φρούτων, λαχανικών και όσπριων. Οι αντιοξειδωτικές ουσίες αποτελώντας κοινό στοιχείο των τροφίμων αυτών, παρέχουν ένα πιθανό βιολογικό μηχανισμό, μέσω του οποίου ασκείται η ευεργετική επίδραση των τροφίμων αυτών. (Τριχοπούλου, Α., (19-21 Νοεμβρίου 2004)

Ε) Τρώγοντας μπροστά στην τηλεόραση

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης τις τελευταίες δεκαετίες επέδρασαν σημαντικά στις αλλαγές των διατροφικών συνηθειών. Ιδιαίτερα η τηλεόραση παίζει τον κυριότερο ρόλο στην πληροφόρηση αλλά και επιρροή που ασκεί στα παιδιά.



Η εξέλιξη αυτή είναι πιθανά αρνητική καθώς για π.χ. το 91% των τροφίμων που διαφημίζονται κατά την διάρκεια των παιδικών εκπομπών στις Η.Π.Α. και παρόμοιο ποσοστό στην Αγγλία είναι πλούσια σε λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι. (Κατσίλαμπρος, Τσίγκος, (2003)

Επίσης η λήψη φαγητού κατά την διάρκεια της τηλεθέασης συσχετίστηκε με την εμφάνιση παχυσαρκίας. Η παρακολούθηση τηλεόρασης ποικιλοτρόπως αυξάνει την παχυσαρκία από την πρόσληψη υψηλών σε ενέργεια, λίπος, ζάχαρη και αλάτι τροφίμων όπως σοκολάτες, chips, προϊόντων fastfoodshops τα οποία και διαφημίζονται κατά κόρον στη τηλεόραση. (Παπαδοπούλου Κ.Σ., (2005)

ΣΤ) Μείωση φυσικής δραστηριότητας

Νέα ερευνητικά δεδομένα αρχίζουν να αποκαλύπτουν ότι ο χρόνος που δαπανάται σε καθιστική ζωή ή σωματική αδράνεια μπορεί να παίξει ένα ακόμα σπουδαιότερο ρόλο απ' ότι τα χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας στην εμφάνιση προβλημάτων βάρους στα παιδιά. Η απότομη αύξηση της εμφάνισης υπερβάλλοντος βάρους κατά την παιδική ηλικία συνοδεύεται από μια εκρηκτική αύξηση των παθητικών ενασχολήσεων των παιδιών, όπως είναι τα παιχνίδια με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές (H/Y) ή τα Video. Η τηλεόραση αποτελεί κύρια αιτία σωματικής αδράνειας και έχει συσχετιστεί με τον επιπολασμό της παχυσαρκίας. Η τηλεθέαση έχει γίνει η κύρια ασχολία κατά τη διάρκεια του ελεύθερου

χρόνου των παιδιών και ενηλίκων.(Κατσιλάμπρος,Τσίγκος, (2003)

Η οργάνωση της εκπαίδευσης των μαθητών αφήνει ελάχιστα περιθώρια χρόνου για φυσικές δραστηριότητες και άθληση. Ο κίνδυνος παχυσαρκίας αυξάνεται σημαντικά σε παιδιά που ενώ έχουν μειωμένες δραστηριότητες και προσλαμβάνουν υψηλό αριθμό θερμίδων. (Δεδούκος Σ., (Οκτώβριος 2005).

Η τηλεθέαση οδηγεί τα παιδιά να γίνονται απρόθυμα και να μην συμμετέχουν σε φυσικές δραστηριότητες με αποτέλεσμα να γίνονται παχύσαρκα. Ακόμη, η συχνή έκθεση στα εμπορικά προγράμματα που αφορούν τρόφιμα είναι δυνατόν να αλλάζουν τις διατροφικές τους συνήθειες με αποτέλεσμα την περαιτέρω ώθησή τους στην παχυσαρκία. Οι τηλεοπτικές διαφημίσεις για τρόφιμα είναι ένα σοβαρό ζήτημα. Συνήθως παρουσιάζουν προϊόντα χαμηλής ποιότητας και αποδεικνύονται αποτελεσματικές κυρίως στα παιδιά. Προωθούν ανθυγιεινές δίαιτες επηρεάζοντας περισσότερο τους μικρούς ευάλωτους καταναλωτές.⁰ (Δημοσθενόπουλος Χ., (2004)



EIKONA 6

Η μεγάλη σημασία της σωματικής άσκησης είναι σημαντική για την πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Η τηλεόραση αλλά και η κατασκευή πολυκατοικιών εκεί όπου υπήρχαν αλάνες και ανοικτοί χώροι παιχνιδιού, οι δρόμοι χωρίς λωρίδες για ποδήλατα, η μείωση των ωρών παιχνιδιού ακόμη και οι κίνδυνοι που διατρέχουν τα παιδιά που παίζουν στο δρόμο προκαλούν τη μείωση της φυσικής δραστηριότητας και συντελούν στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Παπαβραμίδης, Σ. Θ. (2002)

Z) Η σημασία του πρωινού γεύματος



Ένας άλλος παράγοντας που συντελεί στην αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας είναι ότι πολλά παιδιά δεν τρώνε καθόλου πρωινό ή πίνουν μόνο ένα γάλα, αν και όλοι οι γονείς γνωρίζουν ότι είναι το πιο σημαντικό γεύμα της ημέρας.

Στην πλειοψηφία τα υπέρβαρα παιδιά τρώνε ανεπαρκές ή καθόλου πρωινό γεύμα, στη συνέχεια καταναλώνουν ανθυγιεινά σνακ, λιχουδιές και πρόχειρα φαγητά και στο τέλος της ημέρας «απολαμβάνουν» ένα θερμιδικά

πολύ πλούσιο δείπνο. Ακόμη και το μη σταθερό ωράριο των γευμάτων ευνοεί την αύξηση του σωματικού βάρους. (Ανθούλας Ι., (2005)

H) Η κυβερνητική ευθύνη

Οι κυβερνήσεις, η βιομηχανία τροφίμων, τα Μ. Μ. Ε. (μέσα μαζικής ενημέρωσης), οι καταναλωτές δημιουργούν ένα περιβάλλον που προωθεί την εμφάνιση της παχυσαρκίας.

Οι κυβερνήσεις και οι τοπικές αρχές είναι υπεύθυνες για την προστασία και προαγωγή της υγείας στην κοινότητα εξασφαλίζοντας την πρόσβαση σε ασφαλή, θρεπτικά και προσιτά στην τιμή τρόφιμα καθώς και σε οργανωμένες εγκαταστάσεις για σωματική άσκηση. Ο εκσυγχρονισμός και οι ανταγωνιστικές απαιτήσεις της οικονομικής ανάπτυξης και της υγείας έχουν δημιουργήσει μερικές φορές μια κατάσταση στην οποία οι ενέργειες των κυβερνήσεων συμβάλλουν στη μείωση της σωματικής άσκησης και στην αύξηση της κατανάλωσης ενεργειακά πλούσιας τροφής. Επίσης οι κυβερνήσεις και οι τοπικές αρχές είναι σε θέση να διασφαλίσουν την εφαρμογή των προγραμμάτων τακτικής άσκησης στα σχολεία και νηπιαγωγεία. Ωστόσο σε πολλές περιπτώσεις έχει επιτραπεί η μείωση της ώρας που αφιερώνεται σε τέτοιες δραστηριότητες καθώς η χρήση για άλλους σκοπούς των εκτάσεων που χρησιμοποιούνται απ' τα παιδιά για παιχνίδι.

Οι κυβερνήσεις αδυνατούν να αντιδράσουν στις αλλαγές που συμβαίνουν στην προμήθεια των τροφίμων, με επιβολή ή προσαρμογή κανονισμών που ρυθμίζουν την ποιότητα και την ασφάλειά τους, καθώς και τη σήμανση και τη διαφήμιση προϊόντων διατροφής. (Κατσίλαμπρος. Τσίγκος (2003)

2.2 Γενετικοί – Ορμονικοί παράγοντες

A) Κληρονομικά αίτια

Δυστυχώς και στο φαινόμενο που λέγεται παχυσαρκία ισχύει «αμαρτίες γονέων παιδεύουσι τέκνα». Έχει δηλ. παρατηρηθεί ότι, όταν, οι δύο γονείς είναι παχύσαρκοι στο 80% των περιπτώσεων, το παιδί θα είναι επίσης παχύσαρκο. Όταν μόνο ο ένας γονέας είναι παχύσαρκος, το παιδί είναι και αυτό παχύσαρκο σε ποσοστό 40%. Απεναντίας όταν και οι δύο γονείς έχουν φυσιολογικό βάρος, το παιδί γίνεται παχύ μόνο στο 7% των περιπτώσεων. (Ανθούλας Ι., (2005)

Μακροχρόνιες μελέτες οικογενειών με ιστορικό παχυσαρκίας έχουν δείξει ότι η

παχυσαρκία κληρονομείται σε ποσοστό 65-75% δηλ. μεγαλύτερο από άλλα κληρονομούμενα νοσήματα όπως σχιζοφρένεια, αλκοολισμός, αθηροσκλήρυνση. (Πανσιώτου Κ., (Μάρτιος – Απρίλιος 2004)

Η σχέση κληρονομικότητας και βαριάς παχυσαρκίας είναι προφανής στα σύνδρομα PraderWill, BartletBedl, Borjeson καθώς επίσης και στο σύνδρομο Wilson – Turner. (Παπαβραμίδης Σ., Δ., (2002), σελ. 80. Κατά κανόνα υπάρχουν δυσμορφικά χαρακτηριστικά, καθυστέρηση αύξησης ύψους, διανοητική καθυστέρηση και υπογοναδισμός. (Μιχαλόπουλος, Θ., (2006)

Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι ποσοστό 48 % ασθενών ανδρών και γυναικών με βαριά παχυσαρκία, είχαν ένα τουλάχιστο γονέα με το ίδιο πρόβλημα, ενώ ποσοστό 79% αυτών είχαν ένα στενό συγγενή (πατέρα, μητέρα, αδερφό, αδελφούς γονέων ή παππούδες) παχύσαρκο. (Παπαβραμίδης Σ., Δ., (2002)

B) Ορμονικά – Ενδοκρινολογικά

Στον ανθρώπινο οργανισμό υπάρχουν δύο είδη αδένων, οι εξωκρινείς και οι ενδοκρινείς. Οι εξωκρινείς (ιδρωτοποιοί αδένες, σμηγματογόνοι αδένες), ενδοκρινείς εκκρίνουν τις ορμόνες, οι οποίες εισέρχονται μέσω των τριχοειδών, στην κυκλοφορία του αίματος. Στους ενδοκρινείς αδένες ανήκουν ο υποθάλαμος, η υπόφυση, ο θυρεοειδής, τα επινεφρίδια, η επίφυση και ο θυμός αδένας. Οι ορμόνες μαζί με το νευρικό σύστημα ρυθμίζουν τη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Η παρουσία τους ή η απουσία τους επηρεάζει το μεταβολισμό, την εμφάνιση του ατόμου και την συμπεριφορά. (Καστορίνης Α., κ.ο. (1998)

Ο έλεγχος της προσλαμβανόμενης τροφής και η ρύθμιση του σωματικού βάρους σε κάθε φυσιολογικό άτομο επιτυγχάνεται μέσω του Κ.Ν.Σ. και πιο συγκεκριμένα σε μία περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται υποθάλαμος. Ο υποθάλαμος δέχεται κάποια «σήματα» που είναι οι διάφορες ορμόνες όπως η ινσουλίνη, η λεπτίνη κ.α.

Η λεπτίνη μέσω της δράσης της στον υποθάλαμο προκαλεί μείωση του σωματικού βάρους, ελαττώνοντας την ποσότητα της προσλαμβανόμενης τροφής και αυξάνοντας την κατανάλωση της ήδη αποθηκευμένης ενέργειας στον οργανισμό.

Ο υποθάλαμος αφού δεχτεί όλα αυτά τα μόρια - σήματα από την περιφέρεια τα επεξεργάζεται και παράγει με την σειρά του ποικιλία μορίων όπως η σεροτονίνη, ντοπαμίνη κ.α. τα οποία μέσω κάποιων πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων ελέγχουν το σωματικό βάρος στον οργανισμό.

Η παχυσαρκία εμφανίζεται στην δυσλειτουργία του συστήματος ελέγχου του

σωματικού βάρους όπως απλά αναφέραμε παραπάνω. (Γαλανοπούλου - Κούβαρη Π., (Φεβρουάριος 2005)

Οι εκκρίσεις επίσης ορισμένων αδένων όπως του θυρεοειδούς, των επινεφριδίων και των παραθυροειδών επηρεάζουν τον μεταβολισμό. Τα πιο εντυπωσιακά αποτελέσματα παρουσιάζουν οι διαταραχές του θυρεοειδούς αδένου. Ο υποθυρεοειδισμός χαρακτηρίζεται από μείωση του βασικού μεταβολισμού και αυτό οδηγεί στην αύξηση του σωματικού βάρους και την παχυσαρκία.

Ο βασικός μεταβολισμός είναι η ενέργεια που είναι απαραίτητη για τη διατήρηση των βασικών λειτουργιών του οργανισμού στη ζωή και ονομάζεται και αλλιώς μεταβολισμός ηρεμίας ή ανάπαυσης. (Φαχαντίδου. Χασαπίδου (2002).

Η παχυσαρκία που οφείλεται σε δυσλειτουργία διαφόρων ενδοκρινών αδένων είναι πολύ σπάνιες περιπτώσεις. Στο σύνολο των εκατό ατόμων, λιγότερα από πέντε ενδέχεται να παρουσιάζουν μία τέτοια διαταραχή. (Καφάτος, Α., Γ., (2002).

Γ) Ψυχολογικά – Ψυχιατρικά αίτια

Σύμφωνα με την ψυχογενή θεωρία η παχυσαρκία είναι αποτέλεσμα συναισθηματικής διαταραχής κατά την οποία η υπερβολική πρόσληψη τροφής αντικαθιστά ή αντικατοπτρίζει το άγχος, την πίεση και την κατάθλιψη στα οποία οι παχύσαρκοι είναι επιδεκτικοί.

Υπολογίζεται ότι το 30-50% των παχύσαρκων παρουσιάζουν συμπτώματα βουλιμίας, η βαρύτητα της οποίας συνδέεται ευθέως με συμπτώματα και συναισθήματα όπως κατάθλιψη, άγχος, τα επαγγελματικά προβλήματα, η οργή, η αποξένωση, η παρορμητικότητα, η υπερευαισθησία και η κοινωνική απομόνωση. Σημεία όπως η αυτό-υποτίμηση, ο ψυχαναγκασμός, η τελειομανία και το άγχος ανευρίσκονται σε πολλούς ασθενείς με βουλιμία, που οδηγεί ευθέως στην παχυσαρκία. (Παπαβραμίδης Σ., Δ., (2002),

Η σύγχρονη κοινωνία προωθεί το λεπτό σώμα σαν το ιδανικό σώμα και στιγματίζει τους παχύσαρκους. Σύμφωνα με έρευνες, η υπερφαγία δεν είναι τρόπος συναισθηματικής κάλυψης σε περίπτωση θλίψης, αλλά είναι αποτέλεσμα μετατόπισης ενός προβλήματος που απασχολεί το άτομο σε κάτι πιο ευχάριστο όπως είναι το φαγητό. (Φαχαντίδου. Χασαπίδου (2002)

Η σημαντικότητα των ψυχολογικών παραγόντων στις διαταραχές διατροφικής συμπεριφοράς είναι αναγνωρισμένη. (Δόντας, Α., κ.ο. (2004)



Κεφάλαιο 3 – Επιπτώσεις παχυσαρκίας

3.1. Επιπτώσεις παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία

Α) Καρδιαγγειακές παθήσεις στα παιδιά

Δυσλιπιδαιμία, υπέρταση και αντίσταση στην ινσουλίνη εμφανίζονται συχνά στα παχύσαρκα παιδιά ενώ η δυσλιπιδαιμία φαίνεται να σχετίζεται με την αυξημένη συσσώρευση κοιλιακού λίπους.

Τα αυξημένα επίπεδα λιπιδίων και λιπο-πρωτεϊνών στον ορό, η υπέρταση και η υπερινσουλιναμία στην παιδική ηλικία μεταφέρονται όλα στην ενήλικη ζωή. (Κατσίλαμπρος, Τσίγκας (2003) . Τα αίτια της αυξημένης έκκρισης της ινσουλίνης στην παχυσαρκία δεν έχουν διευκρινιστεί. Η υπεργλυκαιμία η οποία προκύπτει από την αυξημένη κατανάλωση τροφών αποτελεί από μόνη της σημαντικό παράγοντα υπερινσουλιναμίας. (Γαλλή – Τσινοπούλου, Α., κ.ο. (Ιανουάριος – Μάρτιος 2002)

Προοπτικές μελέτες διαρκείας έχουν δείξει ότι παιδιά με κατ' εξακολούθηση υψηλή αρτηριακή πίεση έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να γίνουν υπέρταστικοί ως ενήλικες (Καρκαβίτσας, Ν. (Ιούλιος – Αύγουστος 2003) ^{σελ. 264} και ότι πάνω από το 80% των παχύσαρκων παιδιών εξακολουθεί να είναι παχύσαρκο στην ενήλικη ζωή. Κατσίλαμπρος, Τσίγκας, (2003),

Επίσης η αυξημένη αρτηριακή πίεση στα παιδιά δημιουργεί προϋποθέσεις για πρόωμη υπέρταση. Η υπέρταση αποτελεί το σημαντικότερο προδιαθεσιακό παράγοντα για την ανάπτυξη αρτηριοσκλήρυνσης. Εξάλλου η ίδια η παχυσαρκία αποτελεί προδιαθεσιακό παράγοντα αρτηριοσκλήρυνσης όχι όμως τόσο ισχυρό όσο η υπέρταση και η υπερχοληστεριναιμία. (Χιωτης Δ.Π., (Ιανουάριος 2005)

B) Μεταβολικές παθήσεις

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των παχύσαρκων που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο διαβήτη, εκτός από την ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό, περιλαμβάνουν και την πρόωμη έναρξη της παχυσαρκίας. Η πρόωμη έναρξη της νόσου παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του διαβήτη τύπου 2. (Παπαβραμίδης, Σ.Θ. (2002)

Γ) Ηπατικές και γαστρικές παθήσεις

Ηπατικές διαταραχές έχουν αναφερθεί στα παχύσαρκα παιδιά και ιδιαίτερα το λιπώδες ήπαρ, το οποίο χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα τρανσαμινασών στον ορό.

Γαστροοίσοφαγική παλινδρόμηση και άλλες γαστρικές διαταραχές προσβάλλουν μια μειοψηφία των παχύσαρκων παιδιών. (Κατσίλαμπρος, Τσίγκας, (2003)¹

Δ) Αναπνευστικά προβλήματα

Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί αιτία πρόκλησης αναπνευστικών προβλημάτων κατά την διάρκεια του νυκτερινού ύπνου σύμφωνα με κινέζικη μελέτη. Ερευνητές του Κινέζικου Πανεπιστημίου Χονγκ-Κονγκ επισημαίνουν πως το 1/3 των παχύσαρκων παιδιών παρουσιάζουν δυσκολία στην αναπνοή τουλάχιστον μια φορά κατά την διάρκεια της νυκτερινής κατάκλισης, όταν το αντίστοιχο ποσοστό μεταξύ των παιδιών με φυσιολογικό βάρος δεν υπερβαίνει το 5%. Τα παχύσαρκα παιδιά διέθεταν 20% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σύνδρομο άπνοιας ύπνου σε σχέση με τα φυσιολογικού βάρους παιδιά.

Η παχυσαρκία αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εκδήλωσης άσθματος στα παιδιά σύμφωνα με αμερικανική μελέτη που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο *AmericanJournalofEpidemiology*. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι στα υπέρβαρα παιδιά ο κίνδυνος εκδήλωσης άσθματος κυμαινόταν από 52 έως 60%. (DrBerkovitsR., (2005)

Επίσης εκτός από την αποφρακτική υπνική άπνοια η παιδική παχυσαρκία δημιουργεί ψευδο-όγκους του εγκεφάλου και η αποφρακτική υπνική άπνοια μπορεί να προκαλέσει υπερατρισμό και ακόμα ξαφνικό θάνατο σε σοβαρές περιπτώσεις. Ο ψευδο-όγκος του εγκεφάλου αποτελεί μια σπάνια κατάσταση, η οποία σχετίζεται με αυξημένη ενδοκρανιακή

πίεση και απαιτεί άμεση ιατρική παρέμβαση.

Ε) Ορθοπεδικά προβλήματα

Είναι τεκμηριωμένο το γεγονός ότι τα παχύσαρκα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν ορθοπεδικές διαταραχές. Οι πιο σοβαρές από αυτές αφορούν την ολίσθηση της κεφαλής της μηριαίας επίφυσης και τη νόσο Blount (μια οστική παραμόρφωση που οφείλεται στην υπερανάπτυξη της κνήμης).

Δευτερεύουσες ανωμαλίες περιλαμβάνουν τη ραιβογονία (genu και gym) και την αυξημένη ευαισθησία για διαστρέμματα του αστραγάλου. (Κατσίλαμπρος, Τσίγκας, (2003)

ΣΤ) Ψυχολογικά, κοινωνικά και οικογενειακά προβλήματα

Η χρόνια παχυσαρκία αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης αλλοπρόσαλλης ψυχολογικής συμπεριφοράς μεταξύ των μικρών παιδιών σύμφωνα με Αμερικάνικη μελέτη.

Διαπιστώθηκε ότι όσα παιδιά εμφάνιζαν χρόνια παχυσαρκία έως την ηλικία 16 ετών είχαν διπλάσιες πιθανότητες να παρουσιάσουν αλλοπρόσαλλη έως επιθετική συμπεριφορά, σε σχέση με τα παιδιά που διατηρούσαν ένα φυσιολογικό βάρος. Επίσης, επισημαίνεται η άμεση σχέση παιδικής παχυσαρκίας και διαταραγμένης κοινωνικής συμπεριφοράς. Διαπιστώθηκε πως υπήρχε ξεκάθαρη σχέση ανάμεσα στην παχυσαρκία και τα προβλήματα κοινωνικής συμπεριφοράς. Μιλώντας με ποσοστά διαπιστώθηκε ότι το 21% των παιδιών που είχαν κοινωνικά προβλήματα ήταν υπέρβαρα, σε σχέση με τα παιδιά φυσιολογικού βάρους, το αντίστοιχο ποσοστό μεταξύ των οποίων δεν ξεπερνούσε το 11%.(Dr. Berkovits R., (2005)

Ακόμα ένα παχύσαρκο παιδί έχει πολύ βεβαρημένη ψυχολογία, γιατί τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζεται κοροϊδευτικά από το περιβάλλον του και δεν είναι επιθυμητό σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες που έχουν σχέση με την κίνηση. Το σημαντικότερο είναι ότι με τα χρόνια συσσωρεύονται αρνητικές προϋποθέσεις για την επιβάρυνση της υγείας και τότε, δυστυχώς θα είναι πολύ αργά για να λάβει τα μέτρα του σαν ενήλικας πλέον. Αγόρια και κορίτσια έχουν τεράστια κοινωνικά και οικογενειακά προβλήματα, λόγω του βάρους τους, γεγονός που τους δημιουργεί έντονα συμπλέγματα κατωτερότητας, (χαμηλή αυτό-εκτίμηση, κακή εικόνα σώματος), ψυχολογικής αστάθειας και πολλές φορές περιθωριοποίηση. (Ανθούλας Ι., (2005)

Η παχυσαρκία δεν αποτελεί ψυχική διαταραχή, είναι ωστόσο ένα πολύπλοκο πρόβλημα, το οποίο έχει σημαντικές ψυχολογικές ή οργανικές επιπτώσεις. Ορισμένες φορές οι ψυχολογικές επιπτώσεις είναι πιο σοβαρές από τις οργανικές (Κάκουρος Ε., κ.ο. (Ιανουάριος 2005)

3.2 Επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή

A) Καρδιαγγειακές παθήσεις

Η πιο σημαντική μακροπρόθεσμη συνέπεια της παιδικής παχυσαρκίας είναι η διατήρησή της κατά την ενήλικη ζωή με όλους τους συνοδούς κινδύνους για την υγεία.

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις (CVD) περιλαμβάνουν τη στεφανιαία νόσο (CHD) το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και την περιφερική αγγειακή νόσο. Η στεφανιαία νόσος και το αγγειακό επεισόδιο ευθύνονται για ένα μεγάλο ποσοστό θανάτων ανδρών και γυναικών στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες, ενώ τα ποσοστά εμφάνισής τους αυξάνονται και στα αναπτυσσόμενα κράτη.

Η παχυσαρκία εκθέτει το άτομο σε έναν αριθμό καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου που

συμπεριλαμβάνουν την υπέρταση, την υπερχοληστερλαιμία και τη δυσανοχή στη γλυκόζη. Με βάση τη framinghamHeartStudy και άλλες μελέτες, μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι ο βαθμός περίσσειας βάρους σχετίζεται με το ποσοστό εμφάνισης (CVD) καρδιαγγειακών παθήσεων. Ο κίνδυνος ανάπτυξης (CHD) στεφανιαίας νόσου που σχετίζεται με την παχυσαρκία είναι μεγαλύτερος σε ομάδες μικρότερης ηλικίας και σε άτομα με κοιλιακή παχυσαρκία, παρά σε άτομα με περίσσεια λίπους στη περιφέρεια και στα πόδια. Επιπρόσθετα η θνησιμότητα από (CHD) στεφανιαία νόσο έχει αποδειχθεί ότι αυξάνεται σε ελαφρά υπέρβαρα άτομα με σωματικό βάρος μόνο 10% από το μέσο όρο.

Η σχέση μεταξύ της παχυσαρκίας και της υπέρτασης είναι πολύ καλά τεκμηριωμένη. Η συστολική αλλά και η διαστολική αρτηριακή πίεση αυξάνουν με το BMI και οι παχύσαρκοι διατρέχουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξη υπέρτασης απ' ότι τα λεπτόσωμα άτομα. Η αιτία για τη συσχέτιση αρτηριακής πίεσης και αυξημένου βάρους σώματος δεν είναι σαφής. Μια πιθανότητα είναι ότι η παχυσαρκία σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα ινσουλίνης στην κυκλοφορία (αποτέλεσμα ινσουλινοαντοχής) και κατ' επέκταση με αυξημένη νεφρική κατακράτηση νατρίων το οποίο συμβάλλει στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης.



EIKONA 9

(Κατσιλάμπρος, Τσίγκας ,(2003)

Τα παχύσαρκα άτομα έχουν γενικά υψηλότερη αρτηριακή πίεση. Στην ηλικία των 40-50 ετών οι παχύσαρκοι παρουσιάζουν πέντε φορές συχνότερα υπέρταση. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Π.ΟΥ. (παγκόσμιος οργανισμός υγείας) σήμερα σε όλο τον κόσμο υπάρχουν περίπου 1 δισεκατομμύριο υπέρβαροι ενήλικες και περισσότερα από 300 εκατ. παχύσαρκοι. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι είναι το 35% των ανδρών και το 31% των γυναικών.

Η παχυσαρκία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για στεφανιαία νόσο, ο οποίος αυξάνεται περαιτέρω σημαντικά λόγω συχνής συνύπαρξής της με δυσλιπιδαιμίες Σ.Δ. (σακχαρώδη διαβήτη) και υπέρταση. Στα παχύσαρκα άτομα οι παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο τείνουν να συσσωρεύονται, με αποτέλεσμα τον πολλαπλασιασμό του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Από κλινικές μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι οι παχύσαρκοι άντρες έχουν τουλάχιστον δύο φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν στεφανιαία νόσο ενώ οι παχύσαρκες γυναίκες τουλάχιστον δυόμισι φορές. (Dr. BerkovitsR., (2005)

B) Αναπνευστικές παθήσεις

Μηχανικοί παράγοντες που σχετίζονται με το υπερβάλλον λίπος σε ένα παχύσαρκο άτομο μπορούν να οδηγήσουν σε περιορισμό της λειτουργίας των πνευμόνων. Μόνιμη σοβαρού βαθμού κατάσταση παχυσαρκίας προκαλεί τη γνωστή «άπνοια του ύπνου» με υποξαιμία και υπερκανία, που μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονική υπέρταση. Η παχυσαρκία προξενεί βλάβες στην πνευμονική δομή και λειτουργία, οδηγώντας σε φυσιολογικές και παθοφυσιολογικές μεταβολές. Το έργο της αναπνοής αυξάνεται στην παχυσαρκία, κυρίως ως αποτέλεσμα της υπερβολικής ακαμψίας του θωρακικού κλωβού, που προέρχεται από τη συσσώρευση λιπώδους ιστού γύρω και ανάμεσα στις πλευρές, στην κοιλιακή χώρα και στο διάφραγμα.

Η υποξαιμία είναι συχνή, κυρίως γιατί ο μικρός όγκος χάλασης προκαλεί την επίτευξη αερισμού σε μικρότερο όγκο αέρα και επιδεινώνεται κατά την κατάκλιση λόγω της μείωσης της υπολειπόμενης λειτουργικής χωρητικότητας. (Κατσιλάμπρος,Τσίγκας ,(2003)

Γ) Ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές

Μια θετική συσχέτιση έχει παρατηρηθεί επανειλημμένως μεταξύ της παχυσαρκίας και του κινδύνου ανάπτυξη NIDDM (μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης) σε σύγχρονες αλλά και σε προοπτικές μελέτες. Όταν μελετήθηκαν γυναίκες ηλικίας 30-55 ετών για 14 χρόνια, ο επιπλέον κίνδυνος ανάπτυξη NIDDM για τις παχύσαρκες ήταν 40 φορές

μεγαλύτερος απ' ότι στις γυναίκες που παρέμειναν λεπτές.(Δείκτης μάζας σώματος - BMI<22).

Ο κίνδυνος ανάπτυξης NIDDM αυξάνει συνεχώς με την αύξηση του BMI και ελαττώνεται με την μείωση του βάρους. Περίπου 64% των περιπτώσεων NIDDM στους άντρες και 74% στις γυναίκες θα μπορούσαν θεωρητικά να είχαν προληφθεί, εάν κανείς από αυτούς δεν είχε BMI πάνω από 25.

Λεπτομερής ανάλυση της σχέσης μεταξύ παχυσαρκίας και NIDDM έχει αποκαλύψει ορισμένα χαρακτηριστικά των παχύσαρκων ατόμων, τα οποία αυξάνουν περαιτέρω τον κίνδυνο ανάπτυξης αυτής της νόσου. Τα χαρακτηριστικά αυτά περιλαμβάνουν την παχυσαρκία κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, τη σταδιακή αύξηση του βάρους σώματος από την ηλικία των 18 ετών και την ενδοκοιλιακή συσσώρευση λίπους. Ειδικότερα, η ενδοκοιλιακή συσσώρευση λίπους αποτελεί ισχυρό, προγνωστικό παράγοντα για NIDDM απ' ότι η συνολική παχυσαρκία.(Κατσιλαμπρος.Τσίγκας .(2003)

«Τουλάχιστον οι μισές απ' όλες τις περιπτώσεις διαβήτη εκτιμάται ότι δεν θα είχαν εκδηλωθεί, εάν μπορούσε να αποφευχθεί η απόκτηση επιπλέον κιλών» δήλωσε ο καθηγητής Παθολογίας της ιατρικής σχολής του πανεπιστημίου Αθηνών και πρόεδρος του Εθνικού Κέντρου Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη διαβήτη και των επιπλοκών του Σωτ. Α. Ράπτης. (Ράρρα, Β., (Μάιος - Ιούνιος 2004)

Στα παχύσαρκα άτομα η συχνότητα του διαβήτη είναι πάνω από 50% και παρουσιάζει αυξητικές τάσεις όσο η παχυσαρκία παραμένει. Αυτό οφείλεται στην ύπαρξη σχέσης μεταξύ μάζας λίπους και των υποδοχέων της ινσουλίνης. Υπερινσουλιναίμια, αντίσταση στην ινσουλίνη, Σ.Δ. τύπου II υπερουρικαιμία κ.α. είναι μερικές μόνο από τις παρενέργειες που παρουσιάζονται. (Δόντας, Α., (2004)

Ο διαβήτης διακρίνεται σε διάφορες μορφές, πιο κύριες από αυτές είναι: τύπος I ή ο διαβήτης που εξαρτάται από την ινσουλίνη (ινσουλινο-εξαρτώμενος) ο οποίος εμφανίζεται κύρια σε παιδική ηλικία και ο τύπος II ή διαβήτης που δεν εξαρτάται από την ινσουλίνη (μη ινσουλινο-εξαρτώμενος) που εκδηλώνεται στους ενήλικες.

Ο τύπος II διαβήτης σχετίζεται με την παχυσαρκία και ειδικότερα στους έφηβους και ενήλικες. Με κάθε 20% αύξηση του σωματικού βάρους διπλασιάζεται και η πιθανότητα κάποιος να αναπτύξει διαβήτη (τύπου II). Επίσης αυξάνεται και η υπερινσουλιμία, δηλαδή αυξάνεται η ινσουλίνη στο αίμα, αυξάνεται και η αντίσταση της ινσουλίνης λόγω ελάττωσης των υποδοχέων της ινσουλίνης, εξαιτίας της αύξησης του αριθμού και του μεγέθους των λιποκυττάρων. (Ζουμπανέας Ε., (2005)

Ένας βασικός παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση του μη ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη είναι το οικογενειακό ιστορικό. Η γενετική συμβολή είναι σημαντική, όπως άλλωστε φαίνεται από το ποσοστό >90% στους μονοζυγωτικούς δίδυμους τόσο στην Καυκάσια φυλή όσο και σε άλλες φυλές, με υψηλό ποσοστό εμφάνισης. Στην Καυκάσια φυλή, οι πιθανότητες εμφάνισης του μη ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη στην ηλικία των 80 ετών είναι 40% σε πρώτου βαθμού συγγενείς διαβητικών σε σύγκριση με μόνο 11% για τους συγγενείς των μη διαβητικών. (Prof. DrFashrettin,K,)

Έχει προταθεί από κάποιους ερευνητές ότι η αντίσταση στην ινσουλίνη αποτελεί μια προσαρμογή στην παχυσαρκία, η οποία προσπαθεί να περιορίσει την περαιτέρω εναπόθεση λίπους. Επιπλέον η αντίσταση στην ινσουλίνη αποτελεί μειονέκτημα όσον αφορά τον κίνδυνο εμφάνισης CVD, και άλλων χρόνιων παθήσεων.

Πρόσφατα ερευνητικά στοιχεία έχουν δείξει ότι τα λιποκύτταρα είναι κάτι περισσότερο από απλές αποθήκες λίπους. Έτσι λειτουργούν και ως ενδοκρινικά κύτταρα, ενώ παράγουν πολλές ορμόνες που δρουν τοπικά αλλά και σε απομακρυσμένους στόχους. Επίσης, αποτελούν κύτταρα στόχους για μεγάλο αριθμό ορμονών. Αρκετές ορμονικές διαταραχές παρατηρούνται σε παχύσαρκα άτομα και ειδικά σε εκείνα με ενδοκοιλιακή συσσώρευση λίπους (Κατσιλάμπρος Τσίγκας, (2003)

Δ) Δυσλιπιδαιμία

Με τον όρο δυσλιπιδαιμία αναφέρεται οποιαδήποτε εκτροπή των επιπέδων των λιπιδίων του αίματος πάνω από την 90^η ή κάτω από την 10^η εκατοστιαία θέση επιπέδων του γενικού πληθυσμού. (Θεοδωρίδης, X., κ.ο. (Μάιος – Ιούνιος 2004)

Τα παχύσαρκα άτομα χαρακτηρίζονται συχνά από μία δυσλιπιδαιμική κατάσταση, στην οποία τα τριγλυκερίδια του πλάσματος είναι αυξημένα, η συγκέντρωση της HDL - χοληστερίνης ελαττωμένη και τα επίπεδα της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνης aob (LDL - aob) αυξημένα. Από το μεταβολικό προφίλ εμφανίζεται συχνά στα παχύσαρκα άτομα με ενδοκοιλιακή συσσώρευση λίπους και έχει συνδεθεί σταθερά με αυξημένο κίνδυνο για CHD.

Ε) Ορμόνες και αναπαραγωγικές επιπλοκές

Σημαντικές συσχετίσεις παρατηρούνται στην ενδοκρινολογία της αναπαραγωγής μεταξύ περίσσειας λίπους σώματος, ειδικά κοιλιακής παχυσαρκίας και διαταραχών της ωορρηξίας, υπερανδρογοναιμίας και ορμονοεξαρτώμενων καρκίνων. Μεταβολές στα επίπεδα των κυκλοφορούντων ορμονών του φύλλου φαίνεται να αποτελούν το υπόστρωμα αυτών των διαταραχών.

Η μετρίου βαθμού παχυσαρκία σχετίζεται συχνά με το σύνδρομο των πολύ- κυστικών

ωοθηκών, το οποίο αποτελεί την πλέον ενδοκρινική ανωμαλία της αναπαραγωγής. Η παχυσαρκία συμβάλλει στην εμφάνιση των σχετικών ορμονικών διαταραχών και των διαταραχών του καταμήνιου κύκλου στις παχύσαρκες γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών ή και στην επιδείνωσή τους, ενώ η απώλεια βάρους δρα γενικά ευεργετικά. (Κατσιλάμπρος Τσίγκας, (2003)

Επίσης οι παχύσαρκες γυναίκες, έχουν συχνά προβλήματα στην εγκυμοσύνη τους, ανωμαλίες στην έμμηνο ρύση όπως και αυτόματες αποβολές ενώ μειωμένα επίπεδα τεστοστερόνης και αυξημένα επίπεδα οιστραδιόλης παρατηρούνται στους υπέρβαρους άρρενες. (Δόντας Α., (2004)

ΣΤ) Ηπατο-χοληφόρο σύστημα

Στο γενικό πληθυσμό, η χολολιθίαση είναι συχνότερη στις γυναίκες και στους ηλικιωμένους. Ωστόσο, η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης χολολιθίασης σε όλες τις ηλικίες. Τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, η χολολιθίαση αναπτύσσεται 3-4 φορές συχνότερα στα παχύσαρκα άτομα σε σχέση με τα μη παχύσαρκα, ενώ ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος όταν υπάρχει κοιλιακή συσσώρευση λίπους.

Ο υπερκορεσμός της χολής με χοληστερίνη και η μειωμένη κινητικότητα της χοληδόχου κύστης, που παρατηρούνται συχνά στους παχύσαρκους, πιστεύεται ότι αποτελούν παράγοντες που συντελούν στο σχηματισμό χολολίθων. Επιπρόσθετα, αφού οι χολόλιθοι αυξάνουν την τάση για φλεγμονή της χοληδόχου, η οξεία και χρόνια χολοκυστίτιδα είναι καταστάσεις συχνότερες στα παχύσαρκα άτομα. Άλλες πιθανές επιπλοκές των χολόλιθων είναι οι κολικοί των χοληφόρων και η οξεία παγκρεατίτιδα. (Κατσιλάμπρος. Τσίγκας .(2003)

Όσο αυξάνει ο Δ.Μ.Σ. (δείκτης μάζας σώματος) τόσο αυξάνει η πιθανότητα χολολιθίασης. Σε ελαφρά παχυσαρκία η σχέση Δ.Μ.Σ. και χολολιθίασης είναι γραμμική, αλλά όσο αυξάνει ο Δ.Μ.Σ. η σχέση γίνεται εκθετική. Η αιτία αύξησης της χολολιθίασης είναι ακόμα ο παρατηρούμενος υπερκορεσμός της χολής σε χοληστερίνη όπως και ο αυξημένος σχηματισμός πυρήνων χολικών αλάτων, καθώς και η μειωμένη σύσπαση της χοληδόχου κύστεως. (Κογιεβίνας Α).

Ζ) Οστεοαρθρίτιδα και ουρική αρθρίτιδα

Η παχυσαρκία σχετίζεται με την ανάπτυξη οστεοαρθρίτιδας και ουρικής αρθρίτιδας και επιπλέον στις παχύσαρκες ενήλικες γυναίκες κατά την εμμηνόπαυση ή μετεμμηνόπαυσιακά με πόνο στα γόνατα. Πιθανοί παράγοντες υπεύθυνοι για τη συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας και οστεοαρθρίτιδας περιλαμβάνουν τις μηχανικές καταπονήσεις λόγω του αυξημένου φορτίου που μεταφέρεται από τους παχύσαρκους, τις μεταβολικές αλλαγές

που συνδέονται με το αυξημένο λίπος, καθώς και διατροφικά στοιχεία (π.χ. υψηλό ποσοστό λίπους) που σχετίζονται με την ανάπτυξη της παχυσαρκίας.

Ο αυξημένος κίνδυνος για ουρική αρθρίτιδα, που συνοδεύει την παχυσαρκία, πιθανά σχετίζεται με τη συνήθως συμπαρομαρτούσα υπερουριναίμια. (Κατσίλαμπρος.Τσίγκας .(2003).

Η) Καρκίνος

Ένας αριθμός μελετών έχει δείξει θετική συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκία και ανάπτυξης καρκίνου, ιδιαίτερα των ορμονοεξαρτώμενων. Μεγαλύτερος κίνδυνος για ανάπτυξη καρκίνου στο ενδομήτριο, στις ωοθήκες, στον τράχηλο και στο μαστό μετεμμηνοπαυσικά έχει τεκμηριωθεί στις παχύσαρκες γυναίκες, ενώ υπάρχουν κάποιες ενδείξεις για αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του προστάτη μεταξύ των παχύσαρκων ανδρών. Η αυξημένη συχνότητα των ανωτέρω τύπων καρκίνου στους παχύσαρκους είναι μεγαλύτερη σ' αυτούς με περίσσεια κοιλιακού λίπους και πιστεύεται ότι αποτελεί άμεση συνέπεια των ορμονικών αλλαγών. Η συχνότητα του καρκίνου του γαστρεντερικού συστήματος, όπως του παχέος εντέρου και της χοληδόχου κύστης, έχει επίσης αναφερθεί ότι συσχετίζεται θετικά με το βάρος του σώματος ή την παχυσαρκία, σε κάποιες αν όχι σε όλες τις μελέτες, ενώ ο καρκίνος των νεφρών έχει επανειλημμένα βρεθεί ότι συνδέεται με το αυξημένο βάρος και την παχυσαρκία, ειδικά στις γυναίκες. (Κατσίλαμπρος.Τσίγκας .(2003).

Θ) Ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα

Τα ψυχολογικά προβλήματα που σχετίζονται με την παχυσαρκία δεν αποτελούν τις αναπόφευκτες συνέπειες της παχυσαρκίας αλλά μάλλον είναι αποτέλεσμα των κοινωνικών πολιτισμικών αξιών μέσω των οποίων οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν το λίπος του σώματος ως «ανθυγιεινό» και «άσχημο».

Τα ψυχολογικά προβλήματα στους παχύσαρκους είναι χειρότερα σε εκείνους που παράλληλα, υπέφεραν από χρόνιες παθήσεις ή τραύματα π.χ. ρευματοειδή αρθρίτιδα, καρκίνο ή κακώσεις της σπονδυλικής στήλης.

Τα παχύσαρκα άτομα αναγκάζονται να αντιμετωπίζουν διακρίσεις. Η αρνητική στερεότυπη αντίληψη και ο αντίστοιχος τρόπος αντιμετώπισης από τους επαγγελματίες της υγείας των παχύσαρκων ατόμων έχουν ιδιαίτερη σημασία. Η συνειδητοποίηση της αρνητικής αυτής αντιμετώπισης καθιστά τα παχύσαρκα άτομα διστακτικά στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας για την κατάστασή τους.

Πολλά παχύσαρκα άτομα έχουν μία αλλοιωμένη εικόνα για το σώμα τους π.χ. θεωρούν το σώμα τους άσχημο και πιστεύουν ότι κάποιος δεν τους θέλουν στο κοινωνικό

τους περιβάλλον.

Η επεισοδιακή υπερφαγία αποτελεί μία αναγνωρισμένη ψυχολογική κατάσταση που παρατηρείται με αυξανόμενη συχνότητα μεταξύ των παχύσαρκων ατόμων 30% περίπου των οποίων αναζητούν ιατρική βοήθεια για την αντιμετώπισή της. Συγκεκριμένα η διαταραχή αυτή συνδέεται με σοβαρή παχυσαρκία, με υψηλή συχνότητα κυκλικών μεταβολών του βάρους και αυξημένη ψυχιατρική νοσηρότητα. Χαρακτηρίζεται κυρίως από μη ελεγχόμενα επεισόδια υπερφαγίας συνήθως νωρίς το βράδυ ή τη νύχτα. Τα άτομα αυτά έχουν πολύ χειρότερη διάθεση και πιο σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα από τα παχύσαρκα άτομα χωρίς τη διαταραχή. (Κατσίλαμπρος, Τσίγκας .(2003).

Διαταραχή στην ποιότητα ζωής, κοινωνικός στιγματισμός και προκατάληψη, αλλά και τροποποίηση της εικόνας του σώματος, είναι μερικές από τις παρενέργειες της παχυσαρκίας. Έχουν επίσης παρατηρηθεί και περιπτώσεις μελαγχολίας και κατάθλιψης εξαιτίας της παχυσαρκίας. (Δόντας, Α., κ.ο. (2004),

Στις πιο σοβαρές μορφές παχυσαρκίας παρατηρείται κοινωνική απομόνωση, αρνητική στάση απέναντι στους άλλους, κατάθλιψη, αδράνεια, απάθεια, έλλειψη πρωτοβουλίας, αδιαλλαξία, άγχος, άρνηση παχύσαρκου για το ίδιο του το σώμα. Η παχυσαρκία επηρεάζει τα παιδιά ακόμη και στη σχολική απόδοση..(Καφάτος, Α. γ., (2002),

Επιπλοκές της παχυσαρκίας	
Επιπλοκή	Αποτελέσματα
Ψυχοκοινωνικές	Διάκριση μεταξύ των συνομιλήκων και μη αποδοχή στο σχολικό περιβάλλον , απομόνωση
Από την αύξηση	Προχωρημένη οστική ηλικία μεγαλύτερο ύψος , πρόιμη εμμηναρχή
Από το ΚΝΣ	Καλοήθης ενδοκράνια υπέρταση
Αναπνευστικές	Άπνοια κατά τον ύπνο , λοιμώξεις
Καρδιαγγειακές	Υπέρταση , υπερτροφία του μυοκαρδίου Ισχαιμική καρδιοπάθεια και αιφνίδιος θάνατος είναι σπάνιες επιπλοκές πριν από την ενήλικο ζωή
Ορθοπεδικές	Επιφυσιολίσθηση της κεφαλής του μηριαίου
Μεταβολικές	Αντοχή στην ινσουλίνη , σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 , υπερτριγλυκεριδαμία ,

υπερχοληστερολαιμία , πολυκυστική νόσος των
ωοθηκών , παγκρεατίτιδα

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Πηγή : Behrman,R.&Kliegman,R.(2004).*Nelson Βασική Παιδιατρική*.(Μτφρ.Παναγοπούλου,Μ.),

Αθήνα.

Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας,¹

Διαφορές στις τιμές των εξετάσεων αίματος μεταξύ κανονικών παχύσαρκων παιδιών		
	παιδιά με κανονικό βάρος	παχύσαρκα παιδιά
Ινσουλίνη (μu/ml)	4,6	8,6
Ολική χοληστερόλη (mg/dl)	177	177
Τριγλυκερίδια (mg/dl)	50	76
HDL-C (mg/dl)	57	50
Ολική χοληστερόλη/ HDL-C	3,3	3,7
Συστολική πίεση αίματος (mmHg)	104	114
Διαστολική πίεση αίματος (mmHg)	62	69

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

Από το άρθρο της Χριστίνα Λιβερίου “Παιδική παχυσαρκία: προσοχή, είναι αρρώστια”, για το περιοδικό “Το παιδί μου κι εγώ”, τεύχος 94, Φεβρουάριος 2003)

Κεφάλαιο 4 – Πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας

Οι αντικειμενικοί στόχοι των στρατηγικών αντιμετώπισης του βάρους για τα παιδιά διαφέρουν από εκείνους για τους ενήλικες γιατί πρέπει να ληφθούν υπ’ όψιν η σωματική και η πνευματική ανάπτυξη των παιδιών. Ενώ η αντιμετώπιση των ενηλίκων μπορεί να αποσκοπεί στην απώλεια βάρους, η θεραπεία των παιδιών στοχεύει στην πρόληψη της αύξησης αυτού. Η μυϊκή μάζα του σώματος αυξάνεται με την ηλικία των παιδιών και έτσι η ελάττωση του λίπους ή η διατήρηση αυτού σε σταθερά επίπεδα θα έχει ως αποτέλεσμα τη σταθεροποίηση του βάρους του σώματος.

Η θεραπεία των παχύσαρκων παιδιών, για να προληφθεί η εξέλιξή τους σε παχύσαρκους ενήλικες, μπορεί να θεωρηθεί ένας ειδικός στόχος για πρόληψη, καθ’ ότι η παιδική παχυσαρκία αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας κατά την ενήλικη ζωή. .(Κατσίλαμπρος Τσίγκας, (2003)

Η παχυσαρκία στην παιδική ηλικία απαιτεί ειδική προσοχή.

4.1 Βασικά στοιχεία προγράμματος πρόληψης και αντιμετώπισης της παιδικής παχυσαρκίας

- A. Η αλλαγή της διατροφής στην οποία πρέπει να συνηθίσει το παχύσαρκο παιδί.
- B. Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, η οποία συνίσταται στην αλλαγή των δραστηριοτήτων του παιδιού που σχετίζονται με τον καθιστικό τρόπο ζωής του και στην
αύξηση της σωματικής του δραστηριότητας.
Ουσιαστική συμμετοχή της οικογένειας σε κάθε προσπάθεια αντιμετώπισης της παχυσαρκίας του παιδιού.
- Γ. Η συμβολή του σχολείου στην αντιμετώπιση της νόσου.
- Δ. Η βοήθεια που πρέπει να λάβει το υπέρβαρο και παχύσαρκο παιδί και οι γονείς του είναι
από ειδικούς. (Παπαβραμίδης, Σ. Θ. (2002)

A. Αλλαγή διατροφικών συνηθειών

Η διαιτητική αγωγή θα πρέπει να στοχεύει σε μικρή ελάττωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας, όπως είναι η ελάττωση μερίδας των φαγητών. Επίσης, η κατανάλωση τροφών από τα εστιατόρια fastfood θα πρέπει να περιορίζεται επειδή οι τροφές αυτές περιέχουν υψηλές ποσότητες λίπους και μάλιστα αμφιβόλου προελεύσεως.

Η σωστή και ισορροπημένη διατροφή αποτελεί προϋπόθεση για την υγεία και για τη σωστή πνευματική και σωματική ανάπτυξη των παιδιών. Η διατροφή των παιδιών πρέπει να καλύπτει τις ενεργειακές τους ανάγκες, αλλά όχι να καταναλώνουν επιπλέον ενέργεια. (Χασαπίδου Μ., (2004),

Η αλλαγή της διατροφής του παιδιού συνίσταται στη μείωση της ενεργειακής πρόσληψης ή ποιοτικής βελτίωσης του φαγητού.



EIKONA 10

Το μαγειρεμένο φαγητό, τα φρούτα και τα λαχανικά θα πρέπει να υπάρχουν καθημερινά στο διαιτολόγιο του παιδιού. Το «άτακτο» τσιμπολόγημα θα πρέπει να αποθαρρύνεται. (Ανθούλας Ι., (2005)

Η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας σε ένα παιδί είναι πολύ πιο δύσκολη από ότι σε έναν ενήλικα. Πρώτα απ' όλα το παιδί βρίσκεται σε ανάπτυξη και πρέπει ο διαιτολόγος σε

συνεργασία με τον παιδίατρο, να χορηγήσουν προσεκτικά μια υποθερμιδική διαίτα. Η θερμιδική πρόσληψη πρέπει να είναι τέτοια ώστε να καλύπτονται οι διατροφικές ανάγκες του παιδιού. Η διαίτα που πρέπει να ακολουθεί για την αντιμετώπιση του προβλήματος εξαρτάται από το βαθμό του.

Σημαντικό σημείο είναι το παιδί να διδαχθεί, να μάθει να τρώει σωστά, γιατί η διαμόρφωση σωστών διατροφικών συνηθειών αποτελεί την εγγύηση της επιτυχίας. (Ανθούλας Ι., (2005)

Δώστε “τροφή” στον εγωισμό του

Το παιδί μεγαλώνει, όπως και το εγώ του. Αρχίζει να κάνει επιλογές και να εκφράζει προτιμήσεις. Τα πολύ μικρά παιδιά πολλές φορές είναι πολύ επιλεκτικά στο φαγητό. Μπορεί να έχουν μανία με κάποια τρόφιμα και να τρώνε κάποια λίγα φαγητά, όπως ζυμαρικά, πατάτες και ρύζι, ενώ μπορεί να μισούν κάποια άλλα. Το σημαντικό είναι να υπάρχει ποικιλία συστατικών, ώστε να είναι τα γεύματά τους υγιεινά και γευστικά ⁽⁹⁸⁾“Η ανάπτυξη του παιδιού μου”, Ο,τι πρέπει

να γνωρίζετε για τη διατροφή του, 0-12 ετών, ΕΛΛΑΙΣ-UNILEVERHELLAS.

B. Αύξηση σωματικής δραστηριότητας

Η παχυσαρκία δεν είναι μόνο αποτέλεσμα κακής διατροφής αλλά και περιορισμένης άσκησης. Τα παιδιά θα πρέπει να γίνουν πιο δραστήρια. Αν και ο ελεύθερος χρόνος των παιδιών γίνεται όλο και λιγότερος είναι σίγουρο ότι τουλάχιστον στα πρώτα χρόνια μπορεί να ασχοληθούν πιο συστηματικά με κάποια ήπια μορφή άσκησης. (Δημοσθενόπουλος Χ., (15/9/2004)



Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας επιτυγχάνεται με αλλαγή του καθιστικού τρόπου ζωής του παιδιού σε περισσότερο σωματικά ενεργό, κυρίως με αύξηση της σωματικής του άσκησης. Η αλλαγή του καθιστικού τρόπου ζωής μπορεί να γίνει με μείωση ^{ΕΙΚΟΝΑ 11}

του χρόνου που δαπανά το παιδί σε δραστηριότητες που συνδέονται στενά με τον τρόπο αυτόν ζωής (τηλεόραση, computers, video-παιχνίδια). Ο ελεύθερος χρόνος του παιδιού θα πρέπει να αναλώνεται σε παραδοσιακά παιχνίδια και άθληση και λιγότερο στην τηλεόραση και ηλεκτρονικά παιχνίδια. (Παπαβραμίδης, Σ.Θ. (2002)

Η ελάττωση της φυσικής αδράνειας, έχει αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματική για υπέρβαρα παιδιά και έχει σαν αποτέλεσμα μια θετικότερη στάση απέναντι στην εντατική γυμναστική. (Κατσίλαμπρος Τσίγκας, (2003)

Σωματική δραστηριότητα: αντίδοτο στην παχυσαρκία και σύμμαχος στην ψυχική ισορροπία των παιδιών

Τα παιδιά πρέπει να ενθαρρύνονται να απολαμβάνουν, εκτός από υγιεινή διατροφή και τη χαρά της σωματικής άσκησης. Ο αθλητισμός βοηθά στην ανάπτυξη ενός υγιούς σώματος, στη διατήρηση του ιδανικού βάρους, ενισχύει την ευλυγισία, ενώ συμβάλλει στην ψυχολογική ανανέωση και τόνωση των παιδιών. Άλλωστε, όσο περισσότερο παίζουν, τόσο λιγότερες ώρες αφιερώνουν στην τηλεόραση και τα videogames⁽¹⁰²⁾ "Η ανάπτυξη του παιδιού μου", Ό,τι πρέπει να γνωρίζετε για τη

διατροφή του, 0-12 ετών, ΕΛΛΑΙΣ-UNILEVERHELLAS

Γ. Ο ρόλος των γονέων και της οικογένειας

Οι οικογενειακές επιδράσεις αποτελούν ισχυρό παράγοντα γένεσης της παιδικής

παχυσαρκίας και ο ρόλος της οικογένειας είναι καθοριστικός στην προσπάθεια του παιδιού να μη γίνει παχύσαρκο ή εφόσον είναι, να απολέσει το επιπλέον βάρος του.

Είναι σημαντικό να διδάχτούν τα παιδιά και οι γονείς τους τα βασικά στοιχεία της υγιεινής διατροφής και να μάθουν τα πραγματικά οφέλη από το παραδοσιακό παιχνίδι. Η γνώση αυτή θα βοηθήσει στην απόκτηση υγιών διατροφικών συνηθειών από την πρώιμη παιδική ηλικία και θα συνεχίσει μέχρι την εφηβική και την ενηλικίωση.

Οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνουν τα παιδιά να παίζουν στη γειτονιά με τα άλλα παιδιά, να αθλούνται, να μην βλέπουν πολύ τηλεόραση, να μην παίζουν ηλεκτρονικά παιχνίδια και γενικά να έχουν έντονη δραστηριότητα. Στα όπλα της οικογένειας είναι ο έπαινος και η ανταμοιβή του παιδιού για τις προσπάθειες που καταβάλλει και που, εντέλει, αυξάνουν την αίσθηση της στήριξης. (Παπαβραμίδης, Σ.Θ. (2002)



Βάλτε τα παιδιά στο παιχνίδι ... της κουζίνας

Όταν το φαγητό γίνεται παιχνίδι και τα παιδιά παίρνουν ενεργά μέρος στην προετοιμασία του, τα μηνύματα για τη σωστή διατροφή μπορούν να χτιστούν βιωματικά και να έχουν μεγαλύτερη απήχηση.

Τα παιδιά αρχίζουν να αντιμετωπίζουν τα “όχι και τόσο ελκυστικά” λαχανικά, τα “περίεργα” φρούτα και το “αδιάφορο” ψάρι, με πιο θετική διάθεση όταν γίνονται μέρος του παιχνιδιού τους⁽¹⁰⁴⁾”Η ανάπτυξη του παιδιού μου”, Ο,τι πρέπει να γνωρίζετε για τη διατροφή του, 0-12 ετών, ΕΛΑΙΣ-UNILEVERHELLAS.

Δ. Συμβολή του σχολείου ή ευθύνη της πολιτείας

Τα παιδιά της σχολικής και προσχολικής ηλικίας στην εποχή μας, τρώνε στο σχολείο



πέντε ημέρες την εβδομάδα, ξεκουράζονται, παίζουν και διαβάζουν εκεί. Το σχολείο, άρα, έχει την δυνατότητα να διερευνήσει το χαρακτήρα του παιδιού, να δώσει την

κατάλληλη διατροφολογική παιδεία, να μεταβάλλει τις διατροφικές του συνήθειες και να αυξήσει τη σωματική του δραστηριότητα. Το σχολείο μπορεί επίσης να επισημάνει τα παιδιά που έχουν αυξημένες πιθανότητες παχυσαρκίας, να αναγνωρίσει τα παχύσαρκα παιδιά και να συμβάλλει στην

ΕΙΚΟΝΑ 13 Έγκαιρη αντιμετώπιση του προβλήματος.

Τα βραχυπρόθεσμα προγράμματα πρόληψης ή αντιμετώπισης της παχυσαρκίας στα σχολεία, αποδίδουν σημαντικά οφέλη για τη δημόσια υγεία. (Παπαβραμίδης, Σ.Θ. (2002)

Προγράμματα για την ενθάρρυνση της υγιεινής διατροφής και περισσότερες αθλητικές δραστηριότητες. (Δασκαλόπουλος, Α., (2006)

Μεγάλο μερίδιο ευθύνης έχει όμως και η Πολιτεία αφού ο έλεγχος στις καντίνες, η εφαρμογή των ειδικών μαθημάτων πάνω σε θέματα διατροφής, ο περιορισμός της διαφημιστικής καμπάνιας των αλυσίδων «έτοιμου φαγητού» καθώς και των επιβαρυντικών σνακ, ειδικά σε ώρες τηλεθέασης παιδικής ζώνης είναι λύσεις που θα συμβάλλουν με τα παραπάνω στη μείωση της παχυσαρκίας στις παιδικές ηλικίες. (Δημοσθενόπουλος Χ., (2/9/2005)

Ομαδικότητα: κλειδί για μια σωστή διατροφή

Η ένταξη των παιδιών στο πρώτο τους σχολικό περιβάλλον – παιδικό σταθμό ή νηπιαγωγείο – αποτελεί μια πολύ καλή ευκαιρία να καλλιεργηθούν καλές διατροφικές συνήθειες. Συνήθως η ομαδικότητα βοηθάει ακόμα και τα πιο δύστροπα στο φαγητό παιδιά να γίνουν πιο ανοιχτά σε δοκιμή νέων τροφών και να εντάξουν συστατικά που διαφορετικά δε θα έτρωγαν⁽¹⁰⁸⁾ Η

ανάπτυξη του παιδιού μου”, Ό,τι πρέπει να γνωρίζετε για τη διατροφή του, 0-12 ετών, ΕΛΛΑΙΣ-UNILEVERHELLAS.

Ο ρόλος των Φαρμάκων και της χειρουργικής επέμβασης

Υπάρχουν πολύ περιορισμένες πληροφορίες σχετικά με τη χρήση αυστηρών θεραπευτικών μέσων, όπως είναι τα φάρμακα και η χειρουργική επέμβαση, σε παιδιά και έφηβους, αν και τέτοιου είδους θεραπείες μπορεί να ενδείκνυνται για παιδιά με δυνητικά θανατηφόρες επιπλοκές της παχυσαρκίας. (Κατσίλαμπρος, Τσίγκος. (2003)

4.2 Ειδικά σημεία στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας

Είναι προφανής η αξία της προσπάθειας έγκαιρης πρόληψης της υπερβάλλουσας

αύξησης του βάρους στα παιδιά ή της ελάττωσης του βάρους στα ήδη παχύσαρκα παιδιά. Τα σημεία που αναφέρονται παρακάτω έχουν πολύ μεγάλη σημασία και θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη όταν οργανώνονται προγράμματα παρέμβασης με σκοπό την πρόληψη ή αντιμετώπιση της παχυσαρκίας σε νεαρά παιδιά.

Ø Κίνδυνος υποσιτισμού

Καθότι επαρκείς ποσότητες θρεπτικών συστατικών είναι απαραίτητες για τη διασφάλιση της σωστής ανάπτυξης, προτείνεται μια μικρή μόνο ελάττωση στη συνολική ενεργειακή πρόσληψη, σε περιπτώσεις όπου μια τέτοια προσέγγιση είναι απαραίτητη.

Ø Κίνδυνος για διατροφικές διαταραχές

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι εκάστοτε παρεμβάσεις να μην ενθαρρύνουν τους τύπους διατροφικών περιορισμών που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση διατροφικών περιορισμών που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών και άλλων ψυχολογικών προβλημάτων.

Ø Κίνδυνος απομόνωσης

Είναι πολύ σημαντικό τα υπέρβαρα παιδιά να μην απομονώνονται ή να αναγκάζονται να νιώθουν διαφορετικά από τα υπόλοιπα παιδιά, είτε στο σπίτι είτε στο σχολείο. (Κατσίλαμπρος Τσίγκας, (2003)

Ο σχεδιασμός του διαιτολογίου του παιδιού θα πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή από ειδικό Διατροφολόγο ειδικευόμενο σε θέματα νεανικής παχυσαρκίας και όχι από διάφορους αυτοαποκαλούμενους ειδικούς σε θέματα διατροφής. (Δημοσθενόπουλος X., (2004)

4.3 Πως θα αποφύγετε τους παράγοντες που ευνοούν την παχυσαρκία και τα επιπλέον κιλά του παιδιού

1. Τακτική μέτρηση των σωματομετρικών του παιδιού, δηλ. μέτρηση βάρους σώματος και

ύψος στην παιδιάτρο ο οποίος θα καθοδηγήσει επιστημονικά για την ανάπτυξη του παιδιού.

2. Σωστές διατροφικές συνήθειες όλης της οικογένειας γιατί μόνο έτσι το παιδί θα πειστεί να ακολουθήσει την ίδια τακτική.

3. Έλεγχος και επίβλεψη των ωρών που καταναλώνει το παιδί μπροστά στην τηλεόραση ή στα ηλεκτρονικά παιχνίδια και ενθάρρυνση για ομαδικά αθλήματα ή παιχνίδια.

4. Συζήτηση με τα παιδιά για το τι είναι καλό να τρώνε χωρίς να το επιβάλλουμε.

5. Όχι μεγάλες ποσότητες φαγητού.

6. Δεν εφαρμόζουμε στο παιδί στερητικές δίαιτες, ούτε δίαιτες που δεν προέρχονται από εξειδικευμένο προσωπικό. Δεν συνίσταται σε παιδιά κάτω των τριών ετών ελάττωση του λίπους.

7. Μην επιβραβεύεται ή τιμωρείτε το παιδί με διάφορα τρόφιμα καθώς και μην αποκλείετε τίποτα από αυτά που ζητάει να φάει αλλά να χορηγούνται με μέτρο.

8. Ο επιτυχής θηλασμός ο οποίος θεωρείται ο θηλασμός που συνεχίζεται για 6-12 μήνες αποτελεί τον καλύτερο τρόπο πρόληψης της παχυσαρκίας από πολύ νωρίς στην ανθρώπινη ζωή. (Καφάτος, Α.Γ. (2002)

Κεφάλαιο 5 – Προτεινόμενο διαιτολόγιο, σωματική άσκηση και νοσηλευτική παρέμβαση

5.1 Διαιτητικές συστάσεις για συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες

Διαιτητικές συστάσεις για συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες

Στις συστάσεις για τη διατροφή των παιδιών λαμβάνονται υπ' όψη η οικογένεια και τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της. Πέρασαν δεκαετίες από τότε που οι άνθρωποι έτρωγαν κυρίως στο σπίτι. Τώρα υπάρχει το σχολείο, ο παιδικός σταθμός, τα εστιατόρια, οι συσκευές πώλησης έτοιμου φαγητού, οι καντίνες του χώρου εργασίας και τα μισοέτοιμα φαγητά για το σπίτι, που θέλουν πολύ λίγη προετοιμασία για να φθάσουν στο τραπέζι. Με τους δύο γονείς να εργάζονται, τις μονογονεϊκές οικογένειες και τα ωράρια εργασίας που κρατούν τους γονείς εκτός σπιτιού τις ώρες του φαγητού, η παρασκευή φαγητού στο σπίτι όλο και περιορίζεται, ενώ, παράλληλα, τα παιδιά έχουν πολύ φορτωμένα προγράμματα, που τα αναγκάζουν να τρώνε εκτός σπιτιού. Επίσης, στα σχολικά προγράμματα έχει περιορισθεί ή καταργηθεί τελείως το μάθημα οικιακής οικονομίας με παροχή γνώσεων σχετικά με την παρασκευή φαγητού.

Πολιτισμικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν είτε θετικά είτε αρνητικά τη διατροφή και τις διαιτητικές συνήθειες. Είναι, ακόμη, πολύ διαδεδομένη η πεποίθηση ότι το πάχος στο παιδί σημαίνει υγεία. Επίσης, οι παραδοσιακές κουζίνες μπορεί να αναμιγνύουν υγιεινά και μη υγιεινά συστατικά. Έρχεται, τέλος, και η ανεξέλεγκτη διαφήμιση στην τηλεόραση και άλλα ΜΜΕ, που προσπαθεί να πουλήσει κάθε είδους προϊόντα διατροφής χαμηλής διατροφικής αξίας. Στις ημέρες μας, σε αντίθεση με οποιαδήποτε άλλη περίοδο της ιστορίας της ανθρωπότητας, έχουμε στη διάθεσή μας τη μεγαλύτερη αφθονία και ποικίλα τροφής. Αυτό απαιτεί ιδιαίτερη προσπάθεια από τον γονιό, για να περάσει μέσα από τον βομβαρδισμό αυτό των μηνυμάτων για ποικίλα προϊόντα και να προσφέρει στο παιδί και την οικογένειά του μια σωστή διατροφή.

Είναι ευθύνη των γονιών να επιλέξουν τις ώρες των γευμάτων και των μικρογευμάτων, καθώς και του είδους της τροφής και των ποτών που θα φθάσουν στο οικογενειακό τραπέζι, αλλά είναι δικαίωμα του παιδιού να επιλέξει πόσο θα φάει. Οι γονείς πρέπει να αποτελούν πρότυπα για μίμηση με τη συμπεριφορά τους. Το «κάνε ότι κάνω» είναι πολύ πιο αποτελεσματικό και ουσιαστικό από το «κάνε ότι σου λέω». Μια επίσης καίρια

παράμετρος για την υιοθέτηση διαιτητικών αλλαγών σε επίπεδο κοινωνίας είναι η αντίληψη που έχει η δεδομένη κοινωνία για τον κίνδυνο. Αν δεν πεισθεί ο κόσμος ότι ορισμένες διαιτητικές συνήθειες είναι επικίνδυνες για την υγεία, αν δεν πεισθούν οι παρασκευαστές και προμηθευτές τροφίμων ότι αυτό που προσφέρουν στους πελάτες τους βάζει σε κίνδυνο την υγεία τους, τα ερεθίσματα και οι παροτρύνσεις για αλλαγές στον τρόπο διατροφής θα έχουν περιορισμένα αποτελέσματα. Μόνο η έντονη κοινωνική πίεση για μια σωστή διατροφή μπορεί να αντιπαρατεθεί στην πρόκληση της πανταχού παρουσίας φαγητού και της προώθησης στο εμπόριο πολυθερμιδικών χαμηλής διατροφικής αξίας επιλογών.

Από τη γέννηση μέχρι την ηλικία των 2 χρόνων

Πολλή σημασία έχει δοθεί στις επιδράσεις του ενδομήτριου περιβάλλοντος και της διατροφής του βρέφους στον μελλοντικό κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Διατυπώθηκε η υπόθεση ότι ο «προγραμματισμός» της μελλοντικής εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου γίνεται είτε ενδομήτρια είτε σε απάντηση της διατροφής του βρέφους τους πρώτους μήνες της ζωής. Πειραματικά πρότυπα σε ζώα υποστηρίζουν την υπόθεση του «προγραμματισμού», αλλά τα αντίστοιχα στοιχεία για τον άνθρωπο είναι, ακόμη, περιορισμένα. Το χαμηλό βάρος γέννησης, πιθανόν λόγω πιθανής ενδομήτριας υποθρεψίας, σε συνδυασμό με ταχεία αύξηση του βάρους μετά τη γέννηση σχετίζεται με κεντρική παχυσαρκία, μεταβολικό σύνδρομο, σακχαρώδη διαβήτη και καρδιαγγειακή νόσο στον ενήλικο. Μεγάλα για την ηλικία κύησης παιδιά, δυνητική συνέπεια της ύπαρξης αντίστασης στην ινσουλίνη και μειωμένης ανοχής στη γλυκόζη στη μητέρα, έχουν, επίσης, αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση παχυσαρκίας αργότερα.



Είναι, επίσης, σημαντικό να διατηρούν οι γονείς σωστό σωματικό βάρος, επειδή παιδιά των οποίων οι μητέρες ήταν παχύσαρκες στην αρχή της εγκυμοσύνης έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν υπέρβαρα σε μικρή ηλικία. Το ίδιο ισχύει και για παιδιά των οποίων οι γονείς είναι ή γίνονται παχύσαρκοι, όσο ακόμη το παιδί είναι μικρό. Η υπερβολική αύξηση του βάρους

της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζεται με διπλάσιο έως τριπλάσιο κίνδυνο να

παραμένει η μητέρα παχύσαρκη και μετά τον τοκετό.

Αυτό μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για το παιδί να εμφανίσει παχυσαρκία, μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη, παθολογική έκκριση ινσουλίνης ή διαβήτη τύπου 2 κατά την εφηβεία. Επίσης, το διαιτολόγιο της εγκύου μπορεί να επηρεάσει την αρτηριακή πίεση του παιδιού αργότερα.

Τα μητρικό γάλα είναι μοναδικό για τη διατροφή του βρέφους, πλούσιο σε κεκορεσμένα λιπαρά οξέα και χοληστερόλη, αλλά έχει χαμηλή περιεκτικότητα σε νάτριο. Σύμφωνα με μετα-αναλύσεις σχετικών μελετών, δεν έχει τεκμηριωθεί σημαντική επίδραση του θηλασμού στον μετέπειτα καρδιαγγειακό κίνδυνο ή τη θνητότητα από κάθε αιτία στην ενήλικη ζωή, ενώ σε άλλες μελέτες διαπιστώνεται ευεργετική επίδραση του θηλασμού στην πρόληψη μελλοντικής παχυσαρκίας. Ο θηλασμός σχετίζεται, επίσης, με χαμηλότερες τιμές αρτηριακής πίεσης κατά την παιδική ηλικία. Αν και ο θηλασμός σχετίζεται με υψηλότερες τιμές χοληστερόλης στην ηλικία του 1 έτους, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα χαμηλότερες τιμές χοληστερόλης στον ενήλικα. Η ταχεία αύξηση του βάρους κατά τους πρώτους 4-6 μήνες της ζωής σχετίζεται με μελλοντικό κίνδυνο παχυσαρκίας. Βρέφη σε μικτή διατροφή προσλαμβάνουν κατά 20% περισσότερες θερμίδες την ημέρα από εκείνα που σιτίζονται αποκλειστικά με μητρικό θηλασμό.

Εκτός των άλλων, με τον θηλασμό αποκτώνται δύο τουλάχιστον συνήθειες, που μπορεί να σχετίζονται με μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου αργότερα, αλλά δεν υπάρχουν ακόμη δεδομένα από μεγάλες μελέτες. Η πρώτη έχει να κάνει με τη δυνατότητα που δίνεται στο βρέφος να ρυθμίζει μόνο του την πρόσληψη τροφής. Σε σύγκριση με μητέρες που σιτίζουν το παιδί με μπουκάλι, εκείνες που θηλάζουν φαίνεται ότι επιτρέπουν έναν ενεργητικό ρόλο στο παιδί ως προς την ποσότητα που θα πάρει, πράγμα που δυνητικά θα συνεχισθεί και αργότερα, όταν μεγαλώσει. Παιδιά που έχουν μάθει να ρυθμίζουν μόνα τους πόσο θα φάνε, μπορούν να αντισταθούν πιο αποτελεσματικά στην αφθονία τροφής που τα περιβάλλει. Η δεύτερη έχει να κάνει με τις γευστικές προτιμήσεις το παιδιού. Τόσο το αμνιακό υγρό όσο και το μητρικό γάλα αποτελούν γευστικό ερέθισμα για το έμβρυο και το βρέφος. Η έκθεση σ' αυτά επηρεάζει τις γευστικές του επιλογές μετά τον απογαλακτισμό. Έτσι, η έκθεση σε υγιεινή τροφή μέσω της υγιεινής διατροφής της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού μπορεί να διευκολύνει και να βελτιώσει την αποδοχή υγιεινών τροφών μετά τον απογαλακτισμό. Επειδή η ανταπόκριση του βρέφους στα γευστικά ερεθίσματα διαφέρει από τη μετέπειτα ώριμη γευστική ικανότητα, αυτή η πρώιμη έκθεση μπορεί να παίζει καίριο ρόλο στον καθορισμό των διατροφικών προτιμήσεων αργότερα.

Ένα σοβαρό πρόβλημα για τη μητέρα, που θέλει να θηλάσει το παιδί της, είναι η

κοινωνική δομή, η οποία δεν διακρίνεται για την ανεκτικότητα της ως προς την υποστήριξη του θηλασμού. Το ποσοστό των βρεφών που θηλάζουν μειώνεται κατακόρυφα μετά τους πρώτους 2-3 μήνες, τότε, δηλαδή, που πολλές μητέρες πρέπει να επιστρέψουν στην εργασία τους. Γενικά, οι μητέρες με πλήρη επαγγελματική απασχόληση θηλάζουν πολύ λιγότερο. Σε χώρες, όμως, όπως η Νορβηγία, όπου, μετά τον τοκετό, η μητέρα δικαιούται αδείας 42 εβδομάδων με πλήρεις αποδοχές ή 52 εβδομάδων με το 80% των κανονικών αποδοχών, 97% των μητέρων φεύγουν από το μαιευτήριο θηλάζοντας, 80% θηλάζουν τον 3^ο μήνα και 36% τον 12^ο μήνα της ζωής. Οι περισσότερες αφρικανικές και ασιατικές χώρες υποστηρίζουν ενεργώς τον θηλασμό. Η υιοθέτηση αλλαγών στις συνθήκες εργασίας και τους δημόσιους χώρους θα μπορούσαν να βοηθήσουν τη θηλάζουσα μητέρα, ώστε να αυξηθεί το ποσοστό των παιδιών που θηλάζουν και η διάρκεια του θηλασμού.

Το διάστημα από τον 4^ο-6^ο μήνα της ζωής μέχρι περίπου τα 2 χρόνια συμπίπτει με ριζικές αλλαγές στη διατροφή του παιδιού, η οποία περνά από μια διατροφή βασιζόμενη αποκλειστικά στο γάλα στο φάσμα της διατροφής του ενήλικου. Η χορήγηση άλλων τροφών πρέπει να αρχίζει μεταξύ 4ου και 6ου μήνα, για να εξασφαλισθεί η επαρκής πρόσληψη μικροθρεπτικών στοιχείων. Μια νέα υγιεινή τροφή μπορεί να χρειασθεί να προσφερθεί επανειλημμένα, μέχρι και 10 φορές, για να αποκτηθεί η γευστική προτίμηση. Σύμφωνα με σχετικά δεδομένα, τα βρέφη εκτίθενται σε ποικίλες «τροφές για παιδιά», πλούσιες σε λιπαρά και ζάχαρη, όπως φρουτοχυμούς σε μεγάλη ποσότητα, αεριούχα ποτά με ζάχαρη, τηγανητές πατάτες, και πτωχής διατροφικής αξίας μπισκότα, βουτήματα κλπ. Σε βρέφη και μικρά παιδιά, η συνήθης πρόσληψη θερμίδων μπορεί να ξεπερνά τις απαιτούμενες. Υπολογίζεται ότι σε ηλικία 0-6 μηνών η πρόσληψη ξεπερνά τις απαιτήσεις κατά 10-20% και σε ηλικία 1 - 4 χρόνων κατά 20-35%. Μερικές από τις εκτιμήσεις αυτές, πιθανόν να μην είναι απολύτως ακριβείς, αλλά τα στοιχεία αυτά θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν την αύξηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας σε πολύ μικρή ηλικία. Σε μελέτη διαπιστώθηκε ότι παιδιά ηλικίας 1-5 χρόνων πίνουν τη διπλάσια από τη συνιστώμενη (250ml/ημέρα) ποσότητα χυμού φρούτων.

Τέλος, στις οδηγίες προς του γονείς που χρησιμοποιούν μπουκάλι για τη σίτιση του παιδιού, πρέπει να τονίζεται ότι πρέπει να μάθουν πότε χορταίνει το παιδί και να μην το πιέζουν να φάει περισσότερο.

Από 2 μέχρι 6 χρόνων

Για την ηλικία αυτή, οι συστάσεις είναι ίδιες με εκείνες για μεγαλύτερα παιδιά. Το παιδί πρέπει να παίρνει ποιοτική τροφή με θρεπτικά στοιχεία και να αποφεύγει την υπερβολική πρόσληψη θερμίδων. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα είναι μείζονες πηγές κεκορεσμένου λίπους και χοληστερόλης και, για τον λόγο αυτό, είναι σημαντική η μετάβαση σε γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα με χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά. Οι γονείς δεν πρέπει να λησμονούν ότι είναι δική τους ευθύνη να διαλέξουν το είδος της τροφής, τον χώρο και την ώρα του γεύματος, αλλά ανήκει στο παιδί το δικαίωμα να διαλέξει πόσο θα φάει. Πολύ συχνά οι γονείς πιέζουν



EIKONA 15

το παιδί να φάει ή του απαγορεύουν ορισμένες τροφές. Και τα δύο πρέπει να αποφεύγονται, επειδή συχνά οδηγούν σε υπερφαγία ή αποστροφή προς το φαγητό ή υπερβολικό ενδιαφέρον για απαγορευμένα πράγματα.

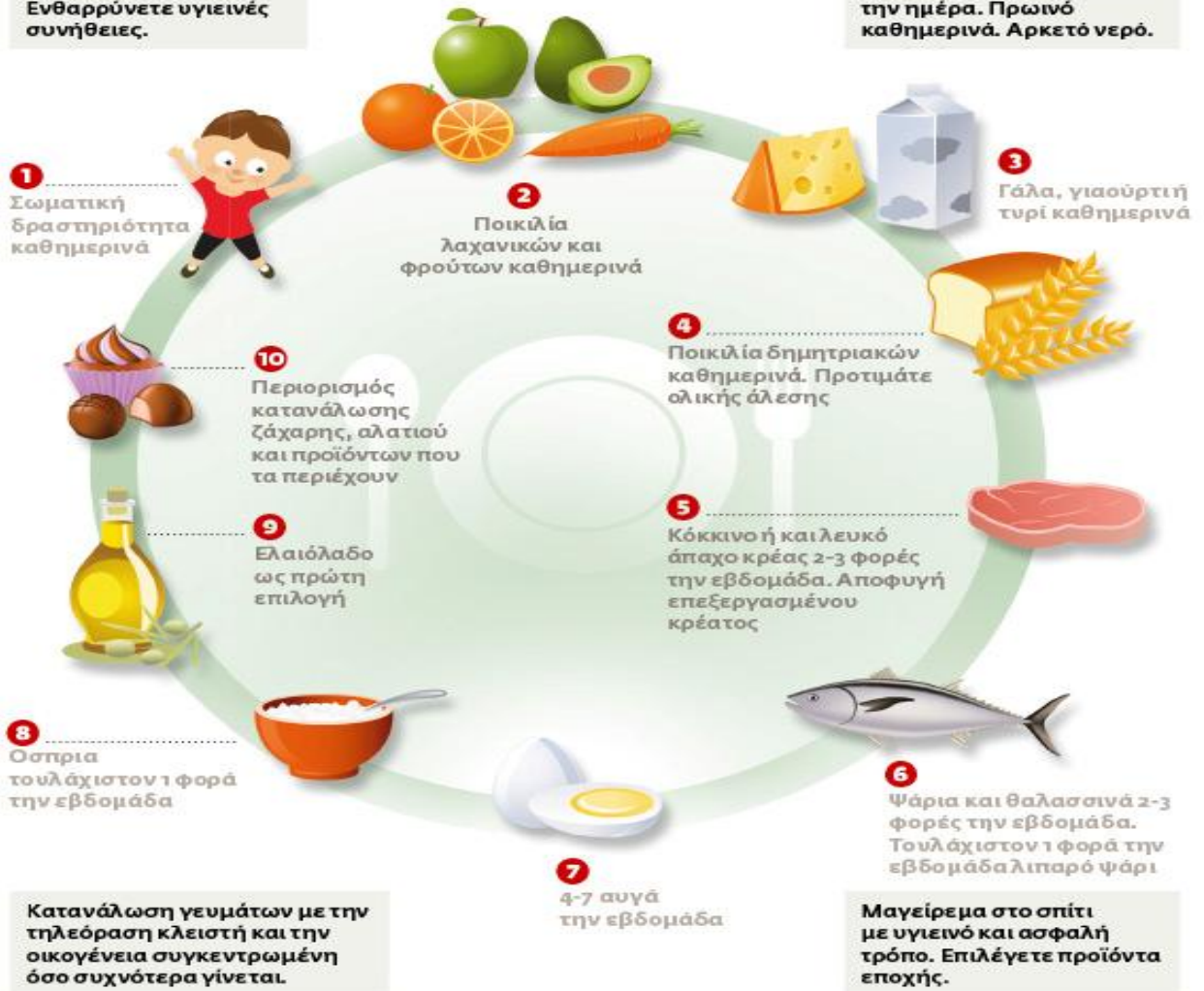
Από 6 έως 11 χρόνων

Για την ηλικία αυτή οι συστάσεις είναι ίδιες με εκείνες για τα παιδιά ηλικίας έως 6 ετών. Η οικογένεια είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας και παίζει πρωταρχικό ρόλο στο να βοηθήσει το παιδί να κάνει τις σωστές επιλογές. Το παιδί πρέπει να εκπαιδευτεί σταδιακά σε θέματα διατροφικής αγωγής μέσα από την ενεργή συμμετοχή τόσο στον τρόπο παρασκευής των φαγητών όσο και στα ψώνια. Βέβαια, κάτι τέτοιο απαιτεί οι γονείς να αφιερώσουν χρόνο. Επίσης, τα γεύματα που τρώει το παιδί στο σπίτι θα αποτελέσουν οδηγό για τα γεύματα που θα διαλέγει από μόνο του. Έτσι, σκόπιμο είναι να αγοράζουμε ποικιλία από υγιεινές τροφές όπως φρούτα, λαχανικά, ψωμί και δημητριακά ολικής αλέσεως. Με τον τρόπο αυτό κατευθύνουμε τα σνακ του παιδιού. Επίσης, βοηθά όταν υπάρχουν συγκεκριμένες ώρες για το κάθε γεύμα και σνακ γιατί ο οργανισμός έχει το βιολογικό ρολόι κι ένα παιδί πεινάει πάντα συγκεκριμένες ώρες.

Ο «δεκάλογος» της υγιεινής διατροφής

Λειτουργήστε ως πρότυπο για τα παιδιά. Ενθαρρύνετε υγιεινές συνήθειες.

3 κύρια γεύματα και τουλάχιστον 1 μικρογεύμα την ημέρα. Πρωινό καθημερινά. Αρκετό νερό.



Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη θερμίδων και ο ημερήσιος αριθμός μερίδων για δημητριακά, φρούτα, λαχανικά και γάλα/γαλακτοκομικά, ανάλογα με την ηλικία και το φύλο έχουν ως εξής:

	1 χρ.	2-3 χρ.	4-6 χρ.	6-11 χρ.
Kcal	900	1000		
Κορίτσια			1200	1200
Αγόρια			1400	1400
Λιπαρά (% ημερήσιων kcal)	30-40	30-35	25-35	25-35

Γάλα/γαλακτοκομικά (φλιτζάνια) ¹	2 ²	2	2	2
Άπαχο κρέας, φασόλια (g)	42	57		
Κορίτσια			85	85
Αγόρια			113	113
Φρούτα (φλιτζάνια) ³	1	1	1,5	1,5
Κορίτσια				
Αγόρια				
Λαχανικά (φλιτζάνια) ³	3/4	1		
Κορίτσια			1	1
Αγόρια			1,5	1,5
Δημητριακά (g) ⁴	57	85		
Κορίτσια Αγόρια			113	113
			141	141

Ο υπολογισμός των θερμίδων βασίζεται σε καθιστικό τρόπο ζωής. Σε αυξημένη σωματική δραστηριότητα απαιτούνται επιπλέον 0-200 kcal/ημέρα για μέτρια και 200-400 kcal/ημέρα για έντονη δραστηριότητα

¹ Χωρίς λιπαρά (εκτός από τα 2 πρώτα χρόνια της ζωής)

² Για παιδιά 1 χρόνου υπολογίζεται γάλα με 2% λιπαρά

³ Η μερίδα υπολογίζεται σε 1/4 του φλιτζανιού για ηλικία 1 χρόνου, 1/3 για ηλικία 2-3 χρόνων και 1/2 για ηλικία άνω των 4 χρόνων

⁴ Το 50% πρέπει να είναι μη επεξεργασμένα

ΠΙΝΑΚΑΣ

5.2 Σωματική άσκηση για συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες

Συστάσεις για την κατάλληλη για την ηλικία σωματική άσκηση

Οι γιατροί πρέπει να ενθαρρύνουν τους γονείς να μειώσουν τις συνήθειες καθιστικής ζωής και να συνιστούν την ενδεικνυόμενη για την ηλικία και το επίπεδο ανάπτυξης του παιδιού σωματική άσκηση ή αθλοπαιδιά. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής συνιστά τα ακόλουθα για διάφορες ηλικιακές ομάδες.



EIKONA 16

Βρέφη και νήπια

Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να συστηθεί συγκεκριμένο πρόγραμμα άσκησης για βρέφη και νήπια στο πλαίσιο προαγωγής της σωματικής άσκησης ή της πρόληψης της εμφάνισης παχυσαρκίας αργότερα. Συνιστάται η διάθεση ασφαλούς, ευχάριστου και όσο το δυνατόν λιγότερο δομημένου περιβάλλοντος για παιχνίδι. Πρέπει να δίνεται η ευκαιρία σε βρέφη και νήπια να μάθουν να απολαμβάνουν δραστηριότητες και αναζητήσεις στο ύπαιθρο, πάντοτε υπό την επίβλεψη ενηλίκου, όπως μια βόλτα στη γειτονιά



EIKONA 17

ή στο πάρκο, ελεύθερο παιχνίδι, μια επίσκεψη στον ζωολογικό κήπο. Η σύσταση της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής είναι να μην παρακολουθούν καθόλου τηλεόραση παιδιά ηλικίας κάτω των 2 χρόνων.

Παιδιά προσχολικής ηλικίας (4-6 χρόνων)

Πρέπει να ενθαρρύνεται το ελεύθερο παιχνίδι με έμφαση στην ψυχαγωγία, την

εξερεύνηση και τον πειραματισμό πάντοτε υπό ασφαλείς συνθήκες και επιτήρηση. Κατά προτίμηση, το ελεύθερο παιχνίδι γίνεται σε ομαλή επιφάνεια με λίγα πρόσθετα στοιχεία και οδηγίες που περιορίζονται στο να δείξουμε και να ονομάσουμε τις κινήσεις. Κατάλληλες δραστηριότητες είναι το τρέξιμο, το κολύμπι, το πέταγμα και πιάσιμο αντικειμένου (π.χ. μπάλα). Στην ηλικία αυτή, το παιδί πρέπει να αρχίσει να περπατά λογικές αποστάσεις, που δεν ξεπερνούν την αντοχή του, παρέα με άλλα μέλη της οικογένειας. Οι γονείς πρέπει να μειώσουν τις μετακινήσεις με αυτοκίνητο και να περιορίσουν τον χρόνο παρακολούθησης τηλεόρασης το πολύ σε 2 ώρες την ημέρα.

Παιδιά σχολικής ηλικίας (6-11 χρόνων)

Τα παιδιά του Δημοτικού (6-11 χρόνων) έχοντας πλέον αποκτήσει καλύτερο έλεγχο του σώματός τους και συνεπώς των κινήσεών τους, καθώς και των βασικών τους δεξιοτήτων μπορούν να ασκούνται πιο συστηματικά. Διαθέτοντας πλέον τη δυνατότητα να κατανοήσουν βασικές οδηγίες από τους γυμναστές/προπονητές τους και να τις επαναφέρουν στη μνήμη τους έχουν την ικανότητα να συμμετέχουν σε πληθώρα αθλημάτων όπως η αντισφαίριση, το ποδόσφαιρο, η καλαθοσφαίριση, η ενόργανη γυμναστική, οι πολεμικές τέχνες, τα αθλήματα του στίβου και τα οποία με την πάροδο των ετών θα γίνουν αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής τους.

Ο ρόλος των γονέων στην καθιέρωση της σχέσης παιδιού-σωματικής δραστηριότητας είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Οι γονείς θα πρέπει πάντα να ενθαρρύνουν τα παιδιά να ασκούνται και να αποτελούν οι ίδιοι πρότυπα μιας δραστήριας και υγιούς στάσης ζωής. Με αυτόν τον τρόπο τα παιδιά θα αγαπήσουν το εκάστοτε άθλημα που κάνουν, θα το καταστήσουν βασικό και αναντικατάστατο κομμάτι της καθημερινότητάς τους και θα καρπωθούν τα οφέλη που η άσκηση έχει για τη ζωή όλων!



EIKONA 18

5.3. Νοσηλευτική Παρέμβαση

1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας

Ο νοσηλευτής κάνει μετρήσεις του ΔΜΣ ετησίως, με σκοπό να αναγνωρίσει τα παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο για εμφάνιση παχυσαρκίας και εν συνεχεία, ενημερώνει εκτενώς τους γονείς αυτών των παιδιών.^{Schantz, 2007}

Επίσης, ενημερώνει τα παιδιά σε θέματα διατροφής. Η διατροφική αγωγή είναι ουσιαστική και πρέπει να περιλαμβάνει τους γονείς, τους δασκάλους και το παιδί. Το παιδί πρέπει να γνωρίζει και να κατανοεί την πυραμίδα της διατροφής, πώς να κάνει σωστές επιλογές ενδιάμεσων γευμάτων και να γνωρίζει, κυρίως, τη σημασία εξισορρόπησης της φυσικής άσκησης και πρόσληψης τροφής. Η παχυσαρκία, μπορεί να μειωθεί ή να προληφθεί με σωστή εκπαίδευση και αλλαγές του τρόπου ζωής. Επιπρόσθετα, τα παιδιά άνω των δύο ετών, πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με την πρόσληψη κεκορεσμένων λιπών.(Nies, 2001)

2. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας

Οι νοσηλευτές έχουν γνώσεις και εμπειρία στον τομέα της διατροφής, της διατήρησης του βάρους και της άσκησης. Συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας μέσω της αγωγής υγείας, των υποστηρικτικών προγραμμάτων, των συμβουλευτικών υπηρεσιών, την παραπομπή σε γιατρούς, την παρακολούθηση και την υποστήριξη.

Οι νοσηλευτές συνεργάζονται με τα παιδιά, τις οικογένειες και την σχολική κοινότητα, συμβάλλοντας έτσι στη μείωση της παιδικής παχυσαρκίας και την πρόληψη των σχετιζόμενων νόσων, όπως είναι ο διαβήτης τύπου 2, άσθμα και άλλα.(Schantz, 2007)

3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευση των παιδιών

Οι νοσηλευτές μέσω της αγωγής υγείας προσπαθούν να επιτύχουν την εθελοντική προσαρμογή της συμπεριφοράς των παιδιών, με τη χρήση εκπαιδευτικών μεθόδων. Βασικά στοιχεία της θεωρητικής προσέγγισης της αγωγής υγείας, αποτελούν η ψυχολογία και η παιδαγωγική.

Οι στόχοι της αγωγής υγείας παρουσιάζονται σε επτά στάδια τα οποία δεν είναι απαραίτητα διαδοχικά. Τα στάδια αυτά είναι η ευαισθητοποίηση και η συνειδητοποίηση των παιδιών ως προς την ύπαρξη του προβλήματος στη διατροφή τους, που πρέπει να διορθωθεί.

Η παροχή γνώσεων, ώστε τα παιδιά να δράσουν προς τη σωστή κατεύθυνση, η ιεράρχηση των αξιών με σκοπό την αποσαφήνιση, τη διαμόρφωση ή την τροποποίηση αξιών που σχετίζονται με τη διατροφή. Επιπρόσθετα, η αλλαγή πεποιθήσεων και στάσεων, όπου το παιδί διαμορφώνει διαφορετικές από τις αρχικές του πεποιθήσεις και στάσεις, με βάση τα νέα δεδομένα, η λήψη αποφάσεων, στο βαθμό που μπορεί, αφού έχουν προηγηθεί τα στάδια που αναφέρθηκαν. Εν συνεχεία, ακολουθεί η τροποποίηση της συμπεριφοράς, η οποία αναφέρεται στην υιοθέτηση της ληφθείσας απόφασης και πρέπει να μονιμοποιηθεί και να αποτελέσει ένα νέο τρόπο ζωής. Τέλος, η αλλαγή περιβάλλοντος αποτελεί ένα ακόμα στάδιο και αναφέρεται στην τροποποίηση των παραγόντων του περιβάλλοντος που επηρεάζουν τα παιδιά, ώστε η σωστή επιλογή να γίνει και η ευκολότερη. (Καλοκαιρινού, 2005)

Οι εκπαιδευτικές μέθοδοι για την αγωγή υγείας ποικίλουν και διακρίνονται σε ενεργητικές, σε οπτικοακουστικά μέσα, σε γραπτό υλικό και στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να επιλέξουν τις μεθόδους που θα χρησιμοποιήσουν ώστε να γίνουν κατανοητοί στα παιδιά και να αποφέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Έτσι, μπορούν να μάθουν στα παιδιά ποια τρόφιμα συμπεριλαμβάνονται στη σωστή διατροφή, ποια η σημασία της και ποια η αναγκαιότητά της, μέσω παιχνιδιών, εικόνων, επιδείξεως αντικειμένων, παραμυθιών και φωτογραφιών. Ακόμα, τα παιδιά μπορούν εύκολα να μάθουν για ποιο λόγο πρέπει να αλλάξουν τις άσχημες διατροφικές συνήθειές τους μέσω τραγουδιών, ποιημάτων, αινιγμάτων, ζωγραφικής και κουκλοθέατρου. Επιπλέον, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ερωτηματολόγια στα μεγαλύτερα παιδιά, για να ανακαλύψουν τις γνώσεις τους στο θέμα της διατροφής και έπειτα να συζητήσουν τις απαντήσεις που δόθηκαν, καθώς και να χωριστούν σε ομάδες δημιουργώντας κολλάζ όπου θα καλούνται να φτιάξουν μια διατροφική πυραμίδα, επιλέγοντας τα τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνουν ανάλογα με τη συχνότητα κατανάλωσής τους.(DeYoung, 2009/Καλοκαιρινού, 2005/Μεράκου, 2007)

4.Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευση της οικογένειας

Τα προγράμματα για τον έλεγχο του σωματικού βάρους, χρειάζεται να στοχεύουν και στους γονείς, οι οποίοι μπορεί να μη γνωρίζουν το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι νοσηλευτές στην πρόληψη της παχυσαρκίας των παιδιών τους. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τους γονείς να αναπτύξουν υγιεινότερες διατροφικές συνήθειες στο σπίτι, που θα επηρεάσουν άμεσα τις οικογένειές τους.(Nies, 2001)

Κεφάλαιο 6 - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑ

6.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ως Νοσηλευτική Διεργασία **ορίζεται** ο τρόπος σκέψης και δράσης του Νοσηλευτή, για την αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου περιστατικού ασθενούς. Η εν λόγω αντίδραση του Νοσηλευτή, η οποία οριοθετείται στο πλαίσιο των οριζόμενων από τη Νοσηλευτική επιστήμη, βασίζεται στην επιστημονική μεθοδολογία που ακολουθείται για την επίλυση προβλημάτων. Είναι ένας συστηματικός τρόπος για την παροχή αυτόνομης Νοσηλευτικής πρακτικής (Alfaro-LeFevre, R.*Εφαρμόζοντας τη Νοσηλευτική Διεργασία – Προάγοντας τη Συνεργατική Φροντίδα*. 2005).

Η Νοσηλευτική Διεργασία αποτελεί το θεμέλιο λίθο της κλινικής Νοσηλευτικής. Ειδικότερα, στο πλαίσιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας, λαμβάνει χώρα συνεργασία ανάμεσα σε Νοσηλευτή και ασθενή που έχει σαν σκοπό :

- Û Να αξιολογήσει την ανάγκη για Νοσηλευτική φροντίδα.
- Û Να προγραμματίσει και να εφαρμόσει τη Νοσηλευτική φροντίδα.
- Û Να αξιολογήσει τα αποτελέσματα της Νοσηλευτικής φροντίδας.

Ο ασθενής παραμένει πάντα το κέντρο και υπάρχουν πάντοτε συγκεκριμένοι στόχοι.

Η Νοσηλευτική Διεργασία ολοκληρώνεται στα ακόλουθα πέντε βήματα ή **στάδια**, τα οποία είναι αλληλοσχετιζόμενα, αλληλοεξαρτώμενα, δυναμικά, ευέλικτα και συχνά επικαλύπτονται (Taylor, C.- Lillis, C.- LeMone, P.*Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής – Η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας*. 2010) :

1. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Αποτελεί το πρώτο στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας, κατά το οποίο ο Νοσηλευτής προβαίνει στις ακόλουθες ενέργειες :

- Ø Δημιουργεί τη βάση δεδομένων, η οποία περιλαμβάνει το Νοσηλευτικό ιστορικό, τη φυσική εξέταση, την ανασκόπηση του φακέλου του ασθενούς και της Νοσηλευτικής βιβλιογραφίας καθώς και πληροφορίες από τα υποστηρικτικά άτομα και τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας του ασθενούς.
- Ø Ενημερώνει συνεχώς τη βάση δεδομένων.
- Ø Επιβεβαιώνει την εγκυρότητα των δεδομένων.
- Ø Μεταδίδει τα δεδομένα σε άλλους επαγγελματίες υγείας.

Ανάλογα με τη Νοσηλευτική θεωρία που εφαρμόζεται στο συγκεκριμένο ίδρυμα όπου νοσηλεύεται ο ασθενής, ακολουθούνται συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες συλλογής δεδομένων.

Το στάδιο αυτό είναι πολύ σημαντικό, καθόσον τα επόμενα στάδια της Νοσηλευτικής Διεργασίας εξαρτώνται από την πληρότητα και την ακρίβεια των συλλεγέντων δεδομένων.

2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στο δεύτερο αυτό στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας, ο Νοσηλευτής προβαίνει στις ακόλουθες ενέργειες :

- Ø Ερμηνεύει και αναλύει τα δεδομένα του ασθενούς.
- Ø Προσδιορίζει τις δυνατότητες και τα προβλήματα υγείας του ασθενούς (πραγματικά ή δυνητικά).
- Ø Καθορίζει εάν κάθε πρόβλημα υγείας του ασθενούς αντιμετωπίζεται καλύτερα από τη Νοσηλευτική ή από κάποιον άλλο επιστημονικό κλάδο υγείας.
- Ø Διατυπώνει και επιβεβαιώνει τη Νοσηλευτική Διάγνωση, στην περίπτωση κατά την οποία αποκαλυφθεί ένα πραγματικό ή δυνητικό πρόβλημα υγείας που μπορεί να προλάβει ή να αντιμετωπίσει η Νοσηλευτική παρέμβαση.
- Ø Αναπτύσσει ένα ιεραρχικό κατάλογο Νοσηλευτικών Διαγνώσεων.

(Taylor, C.- Lillis, C.- LeMone, P. *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής – Η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας*. 2010)

3. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Σε αυτό το τρίτο στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας, ο Νοσηλευτής ενεργεί ως ακολούθως :

- Ø Καθορίζει τις προτεραιότητες, με γνώμονα και τον ιεραρχικό κατάλογο των Νοσηλευτικών Διαγνώσεων που έχει αναπτύξει κατά το δεύτερο στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.
- Ø Καταγράφει, κατόπιν συνεργασίας με τον ασθενή, τους σκοπούς και τις αναμενόμενες εκβάσεις για την πρόληψη, ελάττωση ή επίλυση των προβλημάτων που αναγνωρίστηκαν στις Νοσηλευτικές Διαγνώσεις που διατυπώθηκαν στο δεύτερο στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

- Ø Προσδιορίζει / Επιλέγει τις σχετικές Νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να βοηθήσουν τον ασθενή στην επίτευξη των παραπάνω σκοπών.
- Ø Γνωστοποιεί το σχέδιο της Νοσηλευτικής φροντίδας.

4. ΕΦΑΡΜΟΓΗ

Κατά το στάδιο της Εφαρμογής που έρχεται τέταρτο στη σειρά κατά την πραγματοποίηση της Νοσηλευτικής Διεργασίας, ο Νοσηλευτής προβαίνει στα ακόλουθα :

- Ø Εκτελεί το σχέδιο Νοσηλευτικής φροντίδας που οριστικοποιήθηκε κατά το τρίτο στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.
- Ø Συνεχίζει τη συλλογή δεδομένων και τροποποιεί το σχέδιο Νοσηλευτικής φροντίδας, στην περίπτωση που αυτό ενδείκνυται.
- Ø Τεκμηριώνει την παρεχόμενη Νοσηλευτική φροντίδα (γραπτή και νόμιμη καταγραφή στον κατάλληλο χρόνο, όλων των εφαρμοζόμενων Νοσηλευτικών παρεμβάσεων, με πληρότητα, επάρκεια, σαφήνεια και εμπιστευτικότητα).

5. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στο πέμπτο και τελευταίο στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας, ο Νοσηλευτής ενεργεί ως ακολούθως :

- Ø Εκτιμά την επίτευξη των επιθυμητών σκοπών και εκβάσεων που είχαν καθοριστεί σε συνεργασία με τον ασθενή κατά το τρίτο στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.
- Ø Προσδιορίζει παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία ή αποτυχία του σχεδίου Νοσηλευτικής φροντίδας.
- Ø Τροποποιεί το σχέδιο Νοσηλευτικής φροντίδας, εάν ενδείκνυται. (Taylor, C.- Lillis, C.- LeMone, P. *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής – Η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας*. 2010)

6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ

Στο πλαίσιο της δημιουργίας της βάσης δεδομένων για την αξιολόγηση του περιστατικού (1^ο στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας) ο εξειδικευμένος Νοσηλευτής αντλεί τις ακόλουθες πληροφορίες :

ΙΑΤΡΙΚΟ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

(Πηγή : ο φάκελος του ασθενούς)

Όνοματεπώνυμο ασθενούς:	Χ. Μαρία
Όνομα Πατρός :	Γιάννης
Φύλο :	Θυλέων
Ηλικία :	9 ετών
Επάγγελμα :	Μαθητής
Τόπος Γέννησης :	Αθήνα
Τόπος Κατοικίας :	Αθήνα
Χρόνος Νοσηλείας :	2 μέρες
Διαγνωσθέν Νόσημα :	Μυοσκελετικό πόνο λόγο παχυσαρκίας

ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

(Πηγή : οι γονείς του ασθενούς)

Πατέρας, Μητέρα

ΣΧΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

(Πηγή : το στενό περιβάλλον της οικογένειας)

Φυσιολογική σχέση γονέων προς τέκνα. Περιστασιακά διακρίνονται κάποιες τάσεις υπερπροστασίας των γονέων προς το άρρωστο παιδί, που χαρακτηρίζονται ως φυσιολογική αντίδραση σε παρόμοιες περιπτώσεις.

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

(Πηγή : οι συνεργαζόμενοι επαγγελματίες υγείας και το στενό οικογενειακό περιβάλλον)

Παράλληλα με το παθολογικό νόσημα, το οποίο υφίσταται και αντιμετωπίζεται με συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή, τις τελευταίες δυο μέρες , ο ασθενής παρουσιάζει διαταραχές στη συμπεριφορά και στη διάθεση.

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

(από τον εξειδικευμένο Νοσηλευτή)

1. Ζωτικά Σημεία :

- Αρτηριακή Πίεση : 110 / 70 mmHg
- Σφίξεις : 70
- Θερμοκρασία : 36,0 °C
- Αναπνοές : 25/min

2. Ψυχική-Διανοητική Κατάσταση

- Επικοινωνία : φυσιολογική

Προβλήματα που προορίζονται για Νοσηλευτική Διεργασία

- ⊖ Αυξημένα επίπεδα άγχους
- ⊖ Άρνηση αποδοχής του παθολογικού νοσήματος
- ⊖ Αρνητική αντίδραση στην ακολουθούμενη θεραπευτική αγωγή
- ⊖ Μεγάλες εναλλαγές στη διάθεση
- ⊖ Άρνηση ενασχόλησης με δραστηριότητες ενδιαφέροντος του ηλικιακού επιπέδου του ασθενή.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Έντονος μυοσκελετικός πόνος λόγω της παχυσαρκίας</p> <p>Τάση για ναυτία</p>	<p>Ø Εκδήλωση πόνου</p> <p>Ø Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης και αλλαγές στην ψυχοσύνθεση του ασθενή λόγω της αλλαγής της εικόνας του σώματός του. Απώλεια για τις δραστηριότητες που αναπτύσσει ο ασθενής καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του μέχρι τώρα.</p> <p>Ø Αυξημένα επίπεδα άγχους που οφείλονται στην νοσηλεία.</p> <p>Ø Εκδήλωση ναυτίας</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Γίνεται μια φαρμακευτική αγωγή σε πρώτο στάδιο να απαλλαγεί το παιδί από το πόνο που νιώθει. Δόθηκε αντιεμετικό · Στο δεύτερο στάδιο αντιμετωπίζουμε το άγχος που έχει. · Και στο τρίτο στάδιο βρίσκουμε λύσεις για να χάσει βάρος 	<ul style="list-style-type: none"> · Χορηγούμε παυσίπονο και αντιεμετικό · Αντιμετωπίζουμε το άγχος με ευχάριστες δραστηριότητες όπως η παιχνιδοθεραπεία · Και μέσα από τη παιχνιδοθεραπεία του μαθαίνουμε το σωστό τρόπο για μια ισορροπημένη διατροφή με τεχνικές όπως διάφορα παραμύθια. 	<p>Ύστερα από την χορήγηση παυσίπονου και αντιεμετικού η ναυτία και ο πόνος υποχώρησαν.</p> <p>Μετά την παρέλευση δυο μηνών από την εφαρμογή των σχεδιαζόμενων Νοσηλευτικών παρεμβάσεων στο παχύσαρκο παιδί, διαπιστώνεται :</p> <p>Û Αποτελεσματικότερη συνεργασία του με τη θεραπευτική ομάδα για τη λήψη της ισορροπημένης διατροφής</p> <p>Û Σταδιακή επαναφορά των ενδιαφερόντων του.</p>

6.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΕΙ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΥΠΝΙΚΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ

Παιδί με υπνική άπνοια εμφανίζει μεγάλη βυθιότητα καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας λόγω μείωσης SpO₂. Έγινε από τον ιατρό μέτρηση αερίων αίματος και ευρέθη PCO₂ : 50 mmHg και PO₂ : 75mmHg .

Στο πλαίσιο της δημιουργίας της βάσης δεδομένων για την αξιολόγηση του περιστατικού ο εξειδικευμένος Νοσηλευτής, όπου απευθύνθηκαν οι γονείς του παιδιού, αντλεί τις ακόλουθες πληροφορίες :

ΙΑΤΡΙΚΟ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

(Πηγή : ο φάκελος του ασθενούς, ο οποίος αναζητήθηκε από το νοσοκομείο <ΜΗΤΕΡΑ>

Όνοματεπώνυμο ασθενούς:	ΠΕΤΡΟΣ Μ.
Όνομα Πατρός :	ΓΕΩΡΓΙΟΣ
Φύλο :	Άρρεν
Ηλικία :	7 ετών
Επάγγελμα :	Μαθητής
Τόπος Γέννησης :	Αθήνα
Τόπος Κατοικίας :	Αθήνα
Διαγνωσθέν Νόσημα :	Υπνική άπνοια μέσα από μια μελέτη ύπνου που έγινε στο παιδί και εμφάνιση μεγάλης βυθιότητας καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας
Χρόνος Νοσηλείας :	1 Ημέρα

ΣΧΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

(Πηγή : οι γονείς και ο ασθενής)

Οι γονείς έχουν άριστες σχέσεις με το παιδί .

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

(από τον εξειδικευμένο Νοσηλευτή)

3. Ζωτικά Σημεία :

- Αρτηριακή Πίεση : 100 / 80 mmHg
- Σφίξεις : 92

- Θερμοκρασία : 36,3 °C
- Αναπνοές : 20/min

4. Ψυχική-Διανοητική Κατάσταση

- Επικοινωνία : λεκτική και μη, φυσιολογική

Προβλήματα που προορίζονται για Νοσηλευτική Διεργασία

- Ø Δυσκολία επέλευσης και διατήρησης του ύπνου.
- Ø Μειωμένη σωματική και ψυχική αντοχή λόγω στέρησης καλού ύπνου.
- Ø Δυσκολία στην αναπνοή.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>Πραγματικό πρόβλημα κατά τον ύπνο.</p> <p>Αποδίδεται στο σύνδρομο υπνικής άπνοιας</p> <p>Πρόβλημα στην σωστή αναφορά αερίων και στην αναπνοή.</p>	<p>Ø Εκδήλωση δυσκολίας κατά την επέλευση και διατήρηση του ύπνου.</p> <p>Ø Εκδήλωση ανησυχίας</p> <p>Ø Εμφάνιση εφίδρωσης</p> <p>Ø Εμφάνιση</p>	<p>Δεν ενδείκνυται η φαρμακευτική αντιμετώπιση.</p> <p>Η θεραπεία εστιάζεται</p> <ul style="list-style-type: none"> • Στην απώλεια βάρους του παιδιού • Στην αλλαγή θέσης ύπνου. • Στην ηρεμία του παιδιού • Νυχτερινή οξυμετρία 	<p>Σιγά σιγά και με υπομονή αλλάζουμε της διατροφικές συνήθειες του παιδιού ξεκινάει και σωματική άσκηση</p> <p>Με προσπάθεια αλλάζουμε και την θέση</p>	<p>Μετά από ένα μήνα από την εξέταση και με την καθοδήγηση του νοσηλευτή προς τους γονείς βλέπουμε ότι το παιδί τα πήγε πολύ καλά.</p> <p>Σημειώθηκε απώλεια βάρους και βελτιώθηκε ο βραδινός ύπνος. (Υπνος χωρίς ανησυχία και προβλήματα στην αναπνοή)</p>

	<p>στοματικής αναπνοής</p> <p>Ø Διαπίστωση μειωμένης σωματικής και ψυχικής αντοχής που αποδίδεται στη στέρηση καλού ύπνου.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Οξυγονοθεραπεία με ρινικό στα 3 λίτρα · 	<p>ύπνου</p> <p>Προσπαθούμε να είναι πάντα ήρεμο το παιδί</p>	
--	--	--	---	--

Προτάσεις

Η παιδική ηλικία είναι μια ευαίσθητη ηλικία. Η πρότασή μου είναι ότι πρέπει κυρίως οι γονείς να γνωρίζουν πως θα τρέφονται σωστά και να τους βάζουν ένα σωστό πρόγραμμα

διατροφής. Δεύτερον θα πρέπει να πηγαίνουν ειδικευμένοι νοσηλευτές σε σχολεία και να ενημερώνουν και τα ίδια τα παιδιά για το πως θα τρέφονται σωστά και πως η άσκηση είναι κάτι σημαντικό για την ζωή μας και ότι και τα δυο μαζί μπορούν να βοηθήσουν στην καλή ποιότητα ζωής του παιδιού.

Τελικά συμπεράσματα

Ανακεφαλαιώνοντας, μπορούμε να πούμε ότι στην σημερινή εποχή η παιδική παχυσαρκία συνιστά ένα σημαντικό πρόβλημα σε όλες της χώρες του κόσμου, έχοντας πάρει διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας, ενώ μέσα στις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας συγκαταλέγεται και η Ελλάδα.

Η αιτιολογία πολυσύνθετη, ενώ οι συνέπειες και τα προβλήματα που απορρέουν από αυτή πολλά, σοβαρά και επικίνδυνα για την σωματική και ψυχική υγεία των παχύσαρκων παιδιών.

Η συνειδητοποίηση του προβλήματος από τους γονείς και η υπεύθυνη επιλογή κάποιου προγράμματος, σε συνεργασία πάντα με τον γιατρό, τον διαιτολόγο και την οικογένεια για την αντιμετώπιση και την θεραπεία είναι τα απαραίτητα βήματα για την απαλλαγή της παιδικής παχυσαρκίας.

Επειδή όμως, ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, και ιδιαίτερα στα παιδιά, είναι η πρόληψη, είναι πολύ σημαντικό τα παιδιά από μικρή ηλικία να γνωρίζουν τους κανόνες της υγιεινής διατροφής και άθλησης.

Δεν αρκεί όμως μόνο η πρόληψη των παιδιών και των οικογενειών τους, αλλά θα πρέπει κάθε πολιτεία και κάθε κράτος να λαμβάνουν προληπτικά μέτρα για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και ιδιαίτερα της παιδικής παχυσαρκίας, μια και **το μέλλον είναι τα παιδιά και ό,τι χτίσουν σωστά σήμερα θα το απολαύσουν με υγεία αύριο.**



ΕΙΚΟΝΑ 19

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ Ξενόγλωσση

- Ø Behrman R. & Kliegman R., (2004) Nelson Βασική Παιδιατρική, (μτφρ Παναγοπούλου Μ), Αθήνα, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, σελ. 71
- Ø DeYoung S. (2010), Μέθοδοι Διδασκαλίας στη Νοσηλευτική Εκπαίδευση, Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα
- Ø Dr Miriaki Stappard (1998) Ιατρική εγκυκλοπαίδεια για μωρά και παιδιά, εκδόσεις Ακμή, σελ. 201-202
- Ø Nelson (1999) Παιδιατρική Ι, ιατρικές εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα, σελ. 268-272
- Ø Nies A.M. & McEwen M. (χ.χ.), Κοινωνική Νοσηλευτική (μτφρ Σακοράφας Γ.), τόμος Β, Έκδοση 3^η, Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα
- Ø Schantz S. (2007), Child and Adolescent Obesity, BMI and the School Nurses Role, NASN Newsletter 22 (4), 22-23

Ελληνική

- Ø Δόντας Α., Ιωαννίδης Ι., Καρούτσος Κ., Κόκκινος Π., Κουμαντάκης Ε., Παπακωνσταντίνου Μ., Πιτσάβος Χ., Ρωμαγιαννίκου Ε., Σιαμόπουλος Κ., Τούτουζας Π., Χούλης Ν. Η., Ψωμαδάκη Ζ., (2004), 14 γιατροί συμβουλεύουν για δίαιτα και διατροφή, Αθήνα, Κάκτος.
- Ø Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. & Σουρτζή Π. (2005) Κοινωνική Νοσηλευτική, Βήτα Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα
- Ø Κάσιμος Δ. Χ., (1995), Γενική Παιδιατρική, τόμος Α, Θεσσαλονίκη, σελ. 125-128
- Ø Καστορίνης Α., Κωστάκη-Αποστολοπούλου Μ., Μπαρώνα-Μάμαλη Φ., Περάκη Β., Πιαλόγλου Π., (1998), Βιολογία Β' τάξης Ενιαίου Λυκείου Θετικής Κατεύθυνσης, Αθήνα, Ο.Ε.Δ.Β.

- Ø Κατσίλαμπρος Ν. Α., Τσίγκος Κ., (2003), Η πρόληψη και η αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας επιδημίας, Αθήνα, Βήτα.
- Ø Καφάτος Α. Γ., (2002), Παχυσαρκία: Πρόληψη και Αντιμετώπιση, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Ø Μαραζιώτη Γ. Ε., Χτίζω εμένα σωστά, εκδ. Όραση – Γραφικές Τέχνες, σελ. 1-32
- Ø Μεράκου Κ. & Κουρέα-ΚρεμαστινούΤζ. (2007), Υγιεινή διατροφή για παιδιά 4-8 ετών, Εκδόσεις Πατάκη
- Ø
- Ø Παπαβραμίδης Σ. Θ., (2002), Παχυσαρκία Θεωρία και Πράξη, Θεσσαλονίκη, Σιώκης.

- Ø Υγεία, Οδηγός Υγιεινής, (1989), Παχυσαρκία, Αθήνα, Εκδόσεις «ΔΟΜΙΚΗ» Ο.Ε. Γκούμας – Κωτσιόπουλος.

- Ø Φαχαντίδου Α., Χασαπίδου Μ., (2002), Διατροφή Υγεία Άσκηση και Αθλητισμός, Θεσσαλονίκη, UniversityStudioPress.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΑΡΘΡΑ

- Ø Prof. DeFahrettinΚ., Επιδημιολογικά δεδομένα και παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, Diabetographia, No18 σελ. 2.

- Ø ClinicM., (Σεπτέμβριος 2005), Τι προκαλεί την παχυσαρκία και πώς να την αντιμετωπίσετε, Κάντε ένα checkup, σελ. 6,8-9.

- Ø Αφιέρωμα για την υγεία «Οι συνήθειες «ύποπτοι» της παιδικής παχυσαρκίας», Άνοιξη 2003, Άποψη ζωής, τεύχος 4, σελ. 44-45

- Ø Γαλανοπούλου-Κούβαρη Π., (Φεβρουάριος 2005), Παχύσαρκος ο ασθενής, Ιατρικά, σελ. 153,4-13.
- Ø Γαλλή-Τσινοπούλου Α., Καραμούζης Μ., Νούσια-Αρβανιτάκη Σ., (Ιανουάριος – Μάρτιος 2002), Υπερινσουλιναίμια και αντίσταση στην ινσουλίνη σε προεφηβικά παιδιά με παχυσαρκία, Παιδιατρική Βορείου Ελλάδας, 14, 1, σελ.75.
- Ø Δεδούκος Σ., (Οκτώβριος 2005), Παιδική Παχυσαρκία SOS, Δίαιτα και διατροφή, σελ. 67, Αρμονία, Συλλεκτική Έκδοση Νο17, 3-30.
- Ø «Ηανάπτυξη του παιδιού μου», Ό,τι πρέπει να γνωρίζετε για τη διατροφή του, 0-12 ετών, ΕΛΑΙΣ-UNILEVERHELLAS
- Ø Θεοδωρίδης Χ., Πέτρου Β., Τερτίπη Α., (Μάιος – Ιούνιος 2004), Οι δυσλιπιδαιμίες στα παιδιά και η αντιμετώπισή τους, Παιδιατρική, 67, 3, σελ.152.
- Ø Θεοδωρίδης Χ., Μαμέλη Ε., Μάρκου Π., Μπαρούτσου-Τσέλιου Ε., (1995), Μελέτη παιδικής παχυσαρκίας μέσα από το διαιτολόγιο προσλαμβανόμενες θερμίδες, δραστηριότητα και άλλους παράγοντες, Ελληνική Παιδιατρική Εταιρία.
- Ø Κακούρος Ε., Καπνίση Ε., Μανιαδάκη Κ., (Ιανουάριος 2005), Παιδική παχυσαρκία και η σχέση της με τις γονικές αντιλήψεις και διατροφικές συνήθειες, Παιδιατρική, 68, 1, σελ. 45.
- Ø Καρκαβίτσας Ν., Καφάτος Α., Κυριακάκης Μ., Λιναρδάκης Μ., Μάμμας Γ., Μαργιώρης Α., Μοσχανδρέας Ι., Μπέρτας Γ., Χατζής Γ., (Ιούλιος – Αύγουστος 2003), Δείκτες παχυσαρκίας και παράγοντες κινδύνου σε παιδιά αγροτικής ορεινής περιοχής της Κρήτης, Παιδιατρική, 66, 4, σελ.264.
- Ø Καρκαβίτσας Ν., Καφάτος Α., Κυριακάκης Μ., Λιναρδάκης Μ., Μάμμας Γ., Μαργιώρης Α., Μοσχανδρέας Ι., Μπέρτας Γ., Χατζής Γ., (Ιούλιος – Αύγουστος 2003), Δείκτες παχυσαρκίας και παράγοντες κινδύνου σε παιδιά αγροτικής ορεινής περιοχής της Κρήτης, Παιδιατρική, 66, 4, σελ.264.
- Ø Καφάτος Α., Λιναρδάκης Μ., Μάρκατζη Ε., Μπερβανάκη Φ., Σαρρή Κ., Φλουρή Σ.,

- Χατζής Χ., (Νοέμβριος – Δεκέμβριος 2003), Αξιολόγηση 10 ετών από την έναρξη προγράμματος αγωγή υγείας στα σχολεία της Κρήτης, Παιδιατρική, σελ. 66,6,436-446.
- Ø Κογεβίνας Α., Παχυσαρκία και Πεπτικό Σύστημα, Ιατρική του σήμερα, σελ. 38,32-33.
- Ø Κάτζος Γ., (2001), «Παιδική Παχυσαρκία. Σύγχρονες απόψεις», για το περιοδικό Νέα Παιδιατρικά Χρονικά, σελ. 13-20
- Ø Λιβέριου Χ., Φεβρουάριος 2003, «Παιδική Παχυσαρκία: Προσοχή είναι αρρώστια», Το παιδί μου κι εγώ, τεύχος 94, σελ. 69-77
- Ø Παιδιατρική σήμερα, παιδική παχυσαρκία, ετήσια έκδοση (2008), Αθήνα, Α. Ν. Μαντανιώτης Α. Ε. (ΕΛΑΪΣ).
- Ø Παιδική Παχυσαρκία – ΕΛΑΙΣ, 2007
- Ø Παντσιώτου Κ., (Μάρτιος – Απρίλιος 2004), Το λίπος του σώματος ένας ενδοκρινής αδένας, Παιδιατρική, σελ. 67,2,75-85.
- Ø Ράρρα Β., (Μάϊος – Ιούνιος 2004), Διαβήτης και παχυσαρκία, Ιατρικό Βήμα, 92, σελ.46.
- Ø Χιώτης Δ. Π., (Ιανουάριος 2005), Από παιδί η εύθραυστη υγεία, Ιατρικά, 148, 41-44.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ - ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- Ø DrBerkovitsR., (2005), Παχύσαρκη μητέρα ... Παχύσαρκο παιδί, <http://health.in.gr/print.asp?IngArticleID=115343>

- Ø Δημοσθενόπουλος Χ., (2004), Παιδική Παχυσαρκία στην Ελλάδα : τι φταίει και τι μπορεί να γίνει, Iatronet, <http://www.ecocrete.gr/index.php?option=com-contenttask=viewID=754Hemid=85>
- Ø Δημοσθενόπουλος Χ., (2004), Παιδί και διατροφή, www.iatronet.gr/HTMLpages/MainPages/Diatrofi/paxysarkia-tv.html
- Ø Ανθούλας Ι., (2005), Παιδική Παχυσαρκία, Ο διαιτολόγος σας συμβουλεύει – Veriaonline, <http://www.veria-on-line.gr/diaita/paidikh.htm>
- Ø Παπαδοπούλου Κ.Σ., (2005), Άσκηση και διατροφή στην παιδική παχυσαρκία, <http://www.inkamak.gr/a-asf.html>
- Ø Ζουμπανέας Ε., (2005), Παιδική Παχυσαρκία, <http://www.ionianet.gr/health/obesity.htm>
- Ø Κανδηλώρος Χ., (2005), Παιδική Παχυσαρκία, <http://health.in.gr/print.asp?IngArticleID=44768>
- Ø Μιχαλόπουλος Θ., (2006), Οδηγίες για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας, www.mednet.gr/greek/soc/ede/diab168.htm
- Ø Δασκαλόπουλος Α., (2006), Υπερβάλλον σωματικό βάρος σε παιδιά και εφήβους: αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της παχυσαρκίας και προβλήματα που σχετίζονται με αυτή, <http://www.iad.gr/ver2/site/content.php?sel=33&artid=61>
- Ø Κανακά – GantenbeinX. & Περβανίδου Ν. (2007), Παχυσαρκία, www.ephebiatrics.gr

ΣΥΝΕΔΡΙΑ

- Ø Τριχοπούλου Α., (19-21 Νοεμβρίου 2004), Χαρακτηριστικά και πλεονεκτήματα της Μεσογειακής διατροφής, 6^ο Μακεδονικό Συνέδριο διατροφής, Θεσσαλονίκη. Σελ. 138
- Ø Χασαπίδου Μ., (19-21 Νοεμβρίου 2004), Διατροφική αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας, 6^ο Μακεδονικό Συνέδριο διατροφής, Θεσσαλονίκη. Σελ. 140
- Ø Μανές Χ., (19-21 Νοεμβρίου 2004), Παχυσαρκία: Η άποψη των κλινικών ιατρών, 6^ο Μακεδονικό Συνέδριο διατροφής, Θεσσαλονίκη. Σελ. 140