



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ - ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ:

«ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ»

«Children's Obesity and the role of Nursing towards
both Children and the family»



ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ: ΛΕΜΟΝΟΥ ΕΛΕΝΗ, ΜΠΑΡΡΕ ΖΩΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ: ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΑ

ΠΑΤΡΑ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	4
Abstract	5
Εισαγωγή.....	6
Ευχαριστίες.....	7
Κεφάλαιο Πρώτο.....	8
Παιδική Παχυσαρκία.....	8
1.1 Ορισμός Παιδικής Παχυσαρκίας.....	8
1.2 Είδη και Μορφές Παιδικής Παχυσαρκίας.....	8
1.3 Επιδημιολογία.....	9
1.4 Δείκτης Μαζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.)	11
Κεφάλαιο Δεύτερο	12
Διατροφικές συνήθειες στην Παιδική Παχυσαρκία.....	12
2.1 Διατροφικά προβλήματα στην Παιδική Ηλικία και συστηνόμενη διατροφή.....	12
2.2 Μεσογειακή Διατροφή	16
Κεφάλαιο Τρίτο.....	19
Αίτια της Παιδικής Παχυσαρκίας	19
3.1 Ψυχολογικά Αίτια.....	19
3.2 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες	20
3.3 Σύνδρομο Prader-Willi	21
3.4 Ενδοκρινολογικά Αίτια.....	22
3.4.1 Μεταβολικό Σύνδρομο.....	22
3.5 Τρόπος ζωής.....	23
3.6 Λανθασμένες διατροφικές συνήθειες.....	24
3.7 Κληρονομικότητα.....	25
3.8 Ο Ρόλος Των Γονιών	25
Κεφάλαιο Τέταρτο.....	27
Οι Επιπτώσεις της Παιδικής Παχυσαρκίας.....	27
4.1 Παχυσαρκία και Κοινωνικο – Ψυχολογικές Επιπτώσεις	27
4.2 Σωματικές Επιπτώσεις.....	28
4.2.1 Αναπνευστικά Προβλήματα.....	28
4.2.2 Σακχαρώδης Διαβύτης Τυπου 2.....	28

4.2.3. Μελλοντικοί Καρδιοαγγειακοί Κίνδυνοι	29
4.2.4 Ορθοπαιδικά Προβλήματα	30
4.2.5 Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμιση	30
4.3 Επιπτώσεις στον οικονομικό τομέα.....	31
Κεφάλαιο Πέμπτο	32
Αντιμετώπιση Της Παιδικής Παχυσαρκίας.....	32
5.1 Γονείς, Σχολείο και Πολιτεία Υπεύθυνοι για την αντιμετώπιση της Παιδικής Παχυσαρκίας	32
5.2 Τρόποι Θεραπευτικής Προσέγγισης - Αντιμετώπισης	33
5.2.1 Αναγνώριση του Προβλήματος.....	34
5.2.2 Υιοθέτηση σωστής και υγιεινής διατροφής	34
5.2.3 Αλλαγή Συμπεριφοράς.....	34
5.2.4 Αύξηση Σωματικής Δραστηριότητας.....	35
5.2.5 Ψυχολογική Υποστήριξη.....	36
5.3 Τρόποι αποφυγής της Παχυσαρκίας και προσθήκης περιττών κιλών στο παιδί.....	37
5.4 Αντιμετώπιση της Παιδικής Παχυσαρκίας με χειρουργείο	37
5.5 Φαρμακευτική Αντιμετώπιση της Παιδικής Παχυσαρκίας	38
Κεφάλαιο Έκτο	39
Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στην Παιδική Παχυσαρκία	39
6.1. Ιστορική Αναδρομή.....	40
6.2 Οι Σχολικοί Νοσηλευτές στην Ελλάδα	42
6.3 Μάθημα Αγωγής της Υγείας στο Σχολείο.....	44
6.4 Καθήκοντα του Νοσηλευτή μέσα στο μάθημα	45
6.5 Ο Νοσηλευτής και η Θεραπευτική αντιμετώπιση της Παιδικής Παχυσαρκίας	48
6.6 Ο Νοσηλευτής ως παιδαγωγός.....	49
6.7 Στόχοι Μαθήματος « Αγωγή της Υγείας» για την Αντιμετώπιση των Παχύσαρκων Παιδιών	50
6.8 Συμβουλές θεραπευτικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας απο τον νοσηλευτή.....	51
6.8.1. Συμβουλές στη Διατροφή.....	53
6.8.2 Συμβουλές στην Άσκηση	54
Κεφάλαιο Έβδομο.....	55

Πρόληψη της Παχυσαρκίας	55
7.1 Αξία Πρόληψης Παχυσαρκίας	55
7.2 Οικογένεια και Παχυσαρκία.....	55
7.3 Σχολικό Περιβάλλον.....	56
7.4 Άσκηση.....	56
7.5 Μητρικός Θηλασμός και Πρόληψη Παχυσαρκίας.....	57
Συμπεράσματα.....	60
Κεφάλαιο Όγδοο.....	62
8.1 1 ^ο παράδειγμα Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	62
8.2 2 ^ο παράδειγμα Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	63
Βιβλιογραφία.....	64

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρακάτω πτυχιακή εργασία ασχολείται με την παιδική παχυσαρκία και διερευνά το κατά πόσο αυτή μπορεί να θεραπευτεί με τη βοήθεια του σχολικού νοσηλευτή.

Αρχικά παρουσιάζονται μερικοί σημαντικοί για την κατανόηση της πτυχιακής ορισμοί και στοιχεία που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Στην συνέχεια καταγράφονται οι διατροφικές συνήθειες των παχύσαρκων παιδιών αλλά και η σωστή διατροφή που πρέπει να ακολουθούν τα παιδιά αν θέλουν να απαλλαγούν από αυτή. Τα αίτια και οι λόγοι που οδηγούν ένα παιδί στο να γίνει παχύσαρκο αναλύονται εκτενώς στο 3^ο κεφάλαιο. Η παχυσαρκία είναι ικανή να δημιουργήσει στα παιδιά μια πληθώρα προβλημάτων υγείας, εκ των οποίων τα περισσότερα μπορεί να αποβούν πολύ σοβαρά.

Στα επόμενα κεφάλαια της εργασίας αναφέρονται οι τρόποι αντιμετώπισης και πρόληψης της παχυσαρκίας και αναλύεται ο σημαντικός ρόλος του σχολικού νοσηλευτή για την θεραπεία αυτής της σοβαρής παιδικής πάθησης. Τέλος στο τελευταίο κεφάλαιο αναλύονται δύο παραδείγματα Νοσηλευτικής Διεργασίας.

ABSTRACT

The following thesis deals with childhood obesity and whether it can be cured with the help of a school nurse.

Initially, some important definitions of obesity and related data to it are presented. Furthermore, there is an attempt to record the eating habits of obese children and the right diet that children should follow if they want to do away with it. The causes and reasons that lead a child to become obese are extensively analyzed in Chapter 3. Obesity is likely to cause children multitude health problems, most of which can turn out to be very serious.

In the following chapters of the paper, the ways to deal with and prevent obesity are presented as well as the important role of the school nurse in the treatment of this serious childhood illness. Last but not least, in the final chapter there is a detailed analysis concerning two examples of the nursing process.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί μια από τις νέες και πιο διαδεδομένες διατροφικές διαταραχές παγκοσμίως. Στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια η ασθένεια αυτή έχει λάβει τη μορφή επιδημίας. Η Ελλάδα βρίσκεται στην τρίτη θέση της παγκόσμιας κατάταξης στο τομέα της παιδικής παχυσαρκίας και στη δεύτερη θέση της παγκόσμιας κατάταξης στην παχυσαρκία των ενηλίκων. Εκτός αυτού, οι δείκτες και των δύο θέσεων έχουν αυξητική τάση, που σημαίνει πως τα επόμενα χρόνια περιμένουμε αύξηση και στις δυο θέσεις. Η Ελλάδα, δηλαδή, μπορεί «να κατακτήσει την κορυφή» στη παιδική παχυσαρκία παγκοσμίως (Καραγκιόζογλου - Λαμπούδη, 2017).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) έχει προειδοποιήσει εδώ και αρκετό καιρό για την ανησυχητική αύξηση των δεικτών παχυσαρκίας, όχι μόνο στους ενήλικες, αλλά και στα μικρά παιδιά και στους εφήβους. Σε παγκόσμιο τώρα επίπεδο η παχυσαρκία αποτελεί μια από τις πέντε συχνότερες αιτίες θανάτου. Ωστόσο, είναι από τις λίγες που μπορεί να προληφθεί και αντιμετωπιστεί εγκαίρως (Manios et al, 2007).

Τα υπέρβαρα παιδιά φαίνεται πως αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα και επιπλοκές στον τομέα της υγείας τους από μικρή κιόλας ηλικία. Είναι πολύ πιθανόν τα παχύσαρκα παιδιά να εμφανίσουν διαταραχές στην ανάπτυξη τους και μη αναστρέψιμες βλάβες στο ενδοθήλιο αλλά και σε ολόκληρο τον μεταβολισμό τους. Τα παιδιά αυτά έχουν αυξημένες πιθανότητες σε αντίθεση με τους συνομήλικους τους να παρουσιάσουν παιδικό διαβήτη (Howard, 2007).

Εκτός από τις σωματικές διαταραχές που προκαλούνται, η παιδική παχυσαρκία ευθύνεται και για τις ψυχολογικές διαταραχές των παιδιών αυτών. Πολλά υπέρβαρα παιδιά έχουν διαφορετική συμπεριφορά από το μέσο όρο των συνομηλίκων τους και γι' αυτό ευθύνεται η παχυσαρκία και η αντιμετώπιση που λαμβάνουν από τους άλλους. Αντιμετωπίζουν σε μεγάλο βαθμό κοινωνικά προβλήματα και προβλήματα συναναστροφής με τους συμμαθητές τους, τα οποία τα οδηγούν σε κατάθλιψη και απομόνωση. Ωστόσο, υπάρχουν πολλά παιδιά, τα οποία, αν και παχύσαρκα, συμπεριφέρονται φυσιολογικά κατά την παιδική τους ηλικία αλλά ξεσπάνε και εκδηλώνονται κατά την ενήλικη ζωή τους. Τα αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας οφείλονται σε ένα βαθμό για την αύξηση των ποσοστών κατάθλιψης στους νέους (Barlow, 2007).

Συνοψίζοντας, θα πρέπει να υπάρξει μια στρατηγική πρόληψης της παχυσαρκίας τόσο στον γενικό πληθυσμό της χώρας μας όσο και στα παιδιά. Η πρόληψη θα έχει ως στόχο την ενημέρωσή τους για τον σωστό τρόπο διατροφής και άσκησης που θα πρέπει να ακολουθούν προκειμένου να προλάβουν την παχυσαρκία. Η ενημέρωση θα πρέπει να γίνεται από άτομα με εξειδικευμένες γνώσεις πάνω στο θέμα. Οι νοσηλευτές θεωρούνται κατάλληλοι για να ενημερώσουν τα παιδιά μέσα από το μάθημα «Αγωγή της Υγείας» που διδάσκεται στα σχολεία. Έτσι τα παιδιά θα λάβουν από την ευαίσθητη σχολική ηλικία τις απαραίτητες γνώσεις, θα τις κατανοήσουν και θα τις ακολουθήσουν και στην ενήλικη ζωή τους.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια κα. Μιχαλοπούλου Έλενα για τη δυνατότητα που μας έδωσε να πραγματοποιήσουμε τη πτυχιακή μας εργασία. Κυρίως όμως θα θέλαμε να την ευχαριστήσουμε για την εξαιρετική συνεργασία και για το αμέριστο ενδιαφέρον που επέδειξε σε όλη τη διάρκεια της συγγραφής της παρούσας εργασίας.

Θα θέλαμε επίσης, να ευχαριστήσουμε όλους τους καθηγητές της Σχολής Νοσηλευτικής Πάτρας για τις πολύτιμες γνώσεις και τα σημαντικά εφόδια που μας πρόσφεραν όλα αυτά τα χρόνια.

Τέλος, το ευχαριστώ θα ήταν πολύ λίγο προς την οικογένεια μας για την αμέριστη συμπαράσταση, το συνεχές ενδιαφέρον και την απόλυτη υποστήριξη της σε όλα αυτά τα χρόνια των ακαδημαϊκών μας σπουδών.

Κεφάλαιο πρώτο

Παιδική παχυσαρκία

1.1 Ορισμός παιδικής παχυσαρκίας

Το φαινόμενο της παιδικής παχυσαρκίας λαμβάνει μεγάλες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια. Ο σύγχρονος τρόπος διαβίωσης έχει τροποποιήσει την καθημερινότητα της ελληνικής οικογένειας όχι μόνο ως προς τον ευρύτερο τρόπο ζωής, αλλά και ως προς τη διατροφή. Ως παιδική παχυσαρκία ορίζεται ως η αύξηση του σωματικού βάρους του παιδιού πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα. Όταν η αύξηση του σωματικού βάρους του παιδιού είναι δυσανάλογη του BMI και διατηρείται για μεγάλο χρονικό διάστημα, η κατάσταση αυτή δύναται να μεταβληθεί σε ιδιαίτερος επιβλαβή για την υγεία και τη ζωή του, καθώς δημιουργούνται προβλήματα στην υγεία του παιδιού. Η συγκεκριμένη διαταραχή πρόσληψης τροφής θεωρείται ως επιβλαβής για την υγεία, καθώς δημιουργεί αυξημένα ποσοστά λίπους σε διάφορα σημεία του σώματος (Ιατρός & Πλέσσας, 2010).

Τα τελευταία χρόνια η παιδική παχυσαρκία έχει αυξηθεί δραματικά. Τα παχύσαρκα παιδιά θα κληθούν να αντιμετωπίσουν πολλούς μελλοντικούς υγειονομικούς κινδύνους. Γι' αυτό το λόγο λοιπόν, είναι επιβεβλημένη η στήριξη σε οικογενειακό και επιστημονικό επίπεδο. Το οικογενειακό περιβάλλον οφείλει να έχει τον πρωταγωνιστικό ρόλο, φροντίζοντας για τον ορθό σχεδιασμό σε ποιότητα, ποσότητα και συχνότητα των γευμάτων, παρέχοντας την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη, χωρίς να παραλείπεται η συνεχής και άμεση συνεργασία με τους θεράποντες ιατρούς και διατροφολόγους, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. Να σημειωθεί πως αν η οικογένεια στο σύνολό της αποτελείται από παχύσαρκα μέλη, τότε η αντικατάσταση των διατροφικών συνηθειών των μελών της και ιδιαιτέρως των παιδιών, είναι δυσχερέστερη (Κωνσταντόπουλος, 2001).

1.2 Είδη και μορφές παιδικής παχυσαρκίας

Καθώς η παιδική παχυσαρκία αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα σύγχρονα προβλήματα υγείας

στις μέρες μας, σύμφωνα με τις τελευταίες επιστημονικές μελέτες και έρευνες, υπάρχουν δύο είδη παχυσαρκίας. Αυτές κατατάσσονται ως υπερτροφική και υπερπλαστική παχυσαρκία.

- Ως υπερτροφική ορίζεται η παχυσαρκία, όπου ο αριθμός των λιποκυττάρων βρίσκεται σε κανονικές τιμές και το βάρος του σώματος είναι αυξημένο.
- Αντίθετα, στην υπερπλαστική παχυσαρκία υπάρχει μόνο αύξηση μεγάλου ποσοστού λιποκυττάρων. Αυτή που αφορά άμεσα τη παιδική παχυσαρκία είναι η υπερπλαστική, η οποία έχει επικίνδυνα αποτελέσματα. Ακόμα τα παχύσαρκα παιδιά παίρνουν εύκολα βάρος αλλά αδυνατούν σε μεγάλο βαθμό να μειώσουν τα περιττά κιλά (Ιατρός & Πλέσσας, 2010).

Υπάρχουν πολλές μορφές παχυσαρκίας και αναφέρουμε κάποιες ενδεικτικά. Η ανδροειδής παχυσαρκία ή κοιλιακή, η οποία σχετίζεται με την εντόπιση συσσωρευμένου λίπους στο σημείο της κοιλιάς. Με τη συγκεκριμένη παχυσαρκία είναι πολύ πιθανό να αναπτυχθούν αρκετές ασθένειες, όπως αύξηση της αρτηριακής πίεσης, σακχαρώδης διαβήτης και καρδιοπάθεια.

Η Γλουτό-μηριαία παχυσαρκία είναι το αυξημένο πάχος που υπάρχει στα ισχία, στο κάτω μέρος της μέσης και στους μηρούς. Αυτή η μορφή παχυσαρκίας δεν ενέχει τόσους κινδύνους. Επίσης, αναφέρεται η εξωγενής παχυσαρκία, που δημιουργείται από μεγάλη λήψη φαγητού και η ενδογενής παχυσαρκία, η οποία έχει άμεση σχέση με ενδοκρινικές ή μεταβολικές δυσλειτουργίες. Άλλη μια μορφή παχυσαρκίας είναι η λεγόμενη αναπτυξιακή, η οποία ξεκινάει στην εφηβική ζωή και υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να συνεχιστεί και κατά την περίοδο της ενηλικίωσης. Τέλος, γίνεται λόγος για την υποθαλαμική παχυσαρκία, που δημιουργείται λόγω βλάβης του υποθαλάμου με αποτέλεσμα να επηρεάζει το νεύρο έτσι ώστε το άτομο να τρώει ασταμάτητα (Ιατρός & Πλέσσας, 2010).

1.3 Επιδημιολογία

Σύμφωνα με την πανελλήνια επιδημιολογική μελέτη που έγινε το 2003 από την Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας (ΕΙΕΠ) σε 17.341 ενήλικες και 18.055 παιδιά και εφήβους

παρατηρήθηκε ότι το 21,9% ήταν παχύσαρκοι και το 57,1% υπέρβαροι. Παράλληλα υπήρξε συνεχής αύξηση της παχυσαρκίας σε παιδιά και εφήβους σε ποσοστό που ξεκινά από 7,2% έως 20,7% (Ελληνική Ιατρική Εταιρία Παχυσαρκίας, 2003).

Σύμφωνα με μελέτες του International obesity task force (δηλαδή διεθνής ομάδα αντιμετώπισης της παχυσαρκίας, IOTF) η παχυσαρκία στα παιδιά δεν εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα σε όλες τις χώρες. Ενώ η συχνότητα σε γενικό πληθυσμό του υπερβολικού βάρους των παχύσαρκων παιδιών 5-17 ετών σε παγκόσμια κλίμακα είναι περίπου 10% και της παχυσαρκίας σε 2-3%, το ποσοστό αυτό πηγάζει από μια ευρύτερη κλίμακα άλλων επιπολασμών της παχυσαρκίας στα παιδιά από διαφορετικούς πολιτισμούς. Στην Ασία και την Αφρική υπολογίζεται κάτω του 10%, ενώ στην Ευρώπη και την Αμερική πάνω του 20% (Lobstein et al, 2004).

Στην Ελλάδα έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες για τον επιπολασμό της παχυσαρκίας σε διαφορετικές περιοχές. Όλες οι μελέτες αυτές αποδεικνύουν πως υπάρχουν μεγάλα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα (Manios et al, 2007 ; Farajian et al, 2011). Σύμφωνα με τη τελευταία ανάλυση που έγινε το 2015 από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), η Ελλάδα φαίνεται δυστυχώς να έχει τη πρωτιά στη παιδική παχυσαρκία. Μέχρι στιγμής η Η.Π.Α ήταν η χώρα με το μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών με παχυσαρκία, ωστόσο όμως έχει αρχίσει να μειώνεται το ποσοστό αυτό. Το 44% από τα αγόρια και το 38% από τα κορίτσια είναι παχύσαρκα στην Ελλάδα. Επιπλέον σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε με βάση τη διατροφή και την άθληση της κάθε χώρας σε ευρωπαϊκό επίπεδο η Ελλάδα και πάλι είναι πρώτη. Συγκεκριμένα η Ελλάδα έχει 33,4% ποσοστό παχυσαρκίας, οι Η.Π.Α 32,9%, η Πορτογαλία 23,8%, η Ισπανία 21,3% και η Αυστραλία 18,3%. Άρα παρατηρείται ότι όσο πιο αναπτυγμένη είναι μια χώρα, τόσο πιο μεγάλα ποσοστά παχυσαρκίας υπάρχουν σε αυτήν (Grigorakis et al, 2015).

Σε ανάλυση των ερευνών Kotanidou ETAL (2013) που έγιναν το 2001- 2010 σε 219.996 αγόρια και 210.772 κορίτσια από 1 έως 12 ετών ανακαλύφθηκε όσον αφορά τα κριτήρια IOTF ότι το 10,2% είναι παχύσαρκα , το 23,7% υπέρβαρα , ενώ η συσχέτιση καλύπτει το 34%. Στη μελέτη σχετικά με το φύλο τα ποσοστά της παχυσαρκίας ήταν 11% και το υπερβολικό βάρος 24,1% καθώς η συσχέτιση 35% για τα αγόρια και 9,7%, 23,2% και 32,6% για τα κορίτσια (Kotanidou, 2013). Η Ελλάδα βρίσκεται στην πρώτη θέση μεταξύ των άλλων χωρών όσον αφορά

τη παιδική παχυσαρκία (Brug et al, 2012).

Τέλος η Ευρωπαϊκή Πρωτοβουλία Επιτήρησης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την παιδική παχυσαρκία αποφάσισε να εξετάσει τα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας ανάμεσα σε 15 χώρες. Τα πρώτα αποτελέσματα βρέθηκαν το 2007-2008 ανάμεσα όμως σε 13 χώρες και το συμπέρασμα που προέκυψε, ήταν ότι το 24% παιδιών ηλικίας 6-9 είναι παχύσαρκα στην Ευρώπη (WHO, 2010).

1.4 Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.)

Ο Δ.Μ.Σ αποτελεί την πρώτη εξέταση που γίνεται από τον επαγγελματία υγείας προκειμένου να ορίσουμε το παιδί ή τον έφηβο ως φυσιολογικό, υπέρβαρο ή παχύσαρκο. Όμως, θα πρέπει να θυμόμαστε ότι μόνο από τον έλεγχο του Δ.Μ.Σ δεν γίνεται να βγει το τελικό αποτέλεσμα για το παιδί, θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν και άλλοι παράγοντες. Αρχικά, θα πρέπει να εξετασθεί αν υπάρχει κληρονομικότητα στην οικογένεια του, να γίνουν αιματολογικές εξετάσεις για να ελέγξουμε αν υπάρχει αυξημένο σάκχαρο ή κάτι άλλο που μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες εμφάνισης παχυσαρκίας, αν και κατά πόσο συχνά γυμνάζεται το παιδί και τέλος να ερωτηθεί το παιδί για τη διατροφή που κάνει (Freedman et al, 2005).

Για να υπολογίσουμε το ΔΜΣ διαιρούμε το βάρος προς το ύψος, υψωμένο στο τετράγωνο, για παράδειγμα, $\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{kg}/\text{m}^2$ (Σπηλιώτη, 2001). Ένας έφηβος θεωρείται παχύσαρκος όταν ο ΔΜΣ ξεπερνά το 30. Επίσης άλλη μια περίπτωση που μπορεί να θεωρηθεί παχύσαρκος είναι όταν το ύψος προς το βάρος του σώματος υπερβαίνει το 95% στη θέση στις καμπύλες ανάπτυξης (Rosner et al, 1998).

Σύμφωνα με τους Ιατρό και Πλέσσα (2010) αυτή η μέθοδος δεν είναι τόσο αξιόπιστη διότι δεν είναι πάντα πραγματοποιήσιμο για το προσδιορισμό του παχύσαρκου παιδιού. Ακόμα σε ορισμένους έφηβους υπήρξε η ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 όπου ο συγκεκριμένος διαβήτης εμφανίζεται στους ενήλικες. Κάποια ακόμα προβλήματα που εντοπίστηκαν ήταν αύξηση της αρτηριακής πίεσης και δυσλιπιδαιμία (Ιατρός & Πλέσσας, 2010).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Διατροφικές συνήθειες στην παιδική παχυσαρκία

Η παιδική παχυσαρκία αυξάνεται περισσότερο με τα χρόνια με αποτέλεσμα να γίνεται σοβαρό πρόβλημα. Κύριο λόγο στην παχυσαρκία παίζει η διατροφή των παιδιών και άμεση σχέση με τη διατροφή έχει και το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού (Μάτζιου και συν, 2012).

Η διατροφή του παιδιού συνήθως επηρεάζεται από τη ποιότητα του φαγητού δηλαδή αν το παιδί συνηθίζει να τρώει περισσότερο έτοιμο φαγητό απ' ότι σπιτικό. Επίσης, σημαντικό ρόλο στη παιδική παχυσαρκία παίζει και η ποσότητα του φαγητού, καθώς και η συχνότητα που λαμβάνεται το κάθε γεύμα. Τα παιδιά είναι καλό να αποφεύγουν τα ανθρακούχα ροφήματα και να τρώνε ένα πλούσιο γεύμα κάθε πρωί (Nicklas et al, 2004).

2.1 Διατροφικά προβλήματα στην παιδική ηλικία και συστηνόμενη διατροφή

Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί στην Ελλάδα μια προοδευτική μετάβαση από τη λεγόμενη Μεσογειακή δίαιτα σε δυτικόμορφα διατροφικά πρότυπα. Μάλιστα, μια έρευνα του 2003 κατέδειξε ότι μόνο το 33% των Ελλήνων και το 43% των Ελληνίδων ακολουθούν τα

πρότυπα της μεσογειακής διατροφής. Το ίδιο φαίνεται να συμβαίνει και σε παιδιά ηλικίας 11-14 ετών σύμφωνα με σχετικές έρευνες, όπου παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις η κατανάλωση ζάχαρης και ενδιάμεσων γευμάτων υψηλής θερμιδικής αξίας, με ταυτόχρονη μείωση της κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών και φυτικών ινών. Επίσης, παρατηρείται αυξημένη κατανάλωση κεκορεσμένου λίπους και η συστηματική παράλειψη του πρωινού ως γεύματος, καθώς και η αύξηση της ποσότητας της μερίδας που καταναλώνεται ανά γεύμα. Ωστόσο, ως άλλος σημαντικός παράγοντας που επιδρά σημαντικά στις διατροφικές επιλογές και στην κακή ποιότητα διατροφής των παιδιών και κατά συνέπεια οδηγεί στην παιδική παχυσαρκία, φαίνεται να είναι η αλλαγή στην καθημερινή ρουτίνα της οικογένειας και στην οργάνωση των ημερήσιων γευμάτων, λόγω αυξημένων επαγγελματικών υποχρεώσεων και έλλειψης χρόνου ενασχόλησης με τα παιδιά. Όλα αυτά θα διερευνηθούν λεπτομερώς στη συνέχεια μέσα από τα αποτελέσματα των επιστημονικών ερευνών.

Αναφορικά με τα ιδανικά γεύματα που πρέπει να λαμβάνει ένα παιδί, συστήνεται ότι για να έχει φυσιολογικό βάρος σώματος πρέπει να προσέχει τον αριθμό γευμάτων που λαμβάνει. Ο ιδανικός αριθμός γευμάτων είναι 5-6 γεύματα ημερησίως αλλά σε μικρές ποσότητες, έτσι ώστε να διατηρείται το φυσιολογικό βάρος σώματος του παιδιού (Toschke et al, 2005).

Συμπληρωματικά, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στη ποσότητα φαγητού που σερβίρουμε στο τραπέζι. Εάν σερβίρουμε μεγάλη ποσότητα φαγητών τότε θα καταναλώσουμε και περισσότερη τροφή (Patrick & Nicklas, 2005). Ένας λόγος που τα παιδιά τα οποία εκτίθενται σε μεγάλες ποσότητες ενεργειακά πλούσιων φαγητών εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας, είναι η κατάχρηση της υπερβολικής τροφής που λαμβάνουν (Robinson & Matheson, 2015).

Ακόμα, σύμφωνα με μελέτες, τα παιδιά κάτω των τριών χρονών μπορούν πιο εύκολα να ελέγξουν τη ποσότητα φαγητού την οποία θα καταναλώσουν, σε σχέση με τα μεγαλύτερα παιδιά τα οποία λαμβάνουν περισσότερες θερμίδες καθώς τρέφονται με μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού (Rolls et al, 2000).

Τα παχύσαρκα παιδιά συνήθως παρακινούνται από τις ποσότητες φαγητού που υπάρχουν στο τραπέζι με αποτέλεσμα να καταναλώνουν περισσότερο φαγητό. Επίσης μια ακόμα συνήθεια που αναπτύσσουν τα παιδιά έχει άμεση σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον, όταν ένα παιδί τρώει όλο του το φαγητό όσο μεγάλη κι αν είναι η μερίδα επιβραβεύεται. Σε αντίθεση με τα

παιδιά τα οποία έχουν μάθει να τρώνε με βάση της αίσθησης του κορεσμού τους και να λαμβάνουν την ιδανική μερίδα. Το καλύτερο για τη σίτιση ενός παιδιού είναι η μάθηση, έτσι ώστε να μη καταναλώνει υπερβολικές ποσότητες, άσχετα με το πόσο πλούσια σε γεύση είναι τα φαγητά (Birch & Fisher, 1998).

Τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί η ένταση του φαινομένου κι η ύπαρξη ουσιαστικού προβλήματος, καθώς αυξάνεται όλο και περισσότερο η ποσότητα των φαγητών που καταναλώνουν τα παιδιά έξω από το σπίτι. Τα παιδιά θεωρούν φυσιολογική τη κατανάλωση σε μεγάλες ποσότητες, με αποτέλεσμα να τρώνε εξίσου πολύ και στο σπίτι τους. Οι γονείς δε ξέρουν πλέον πως να χειριστούν αυτό το πρόβλημα διότι δε μπορούν και οι ίδιοι να υπολογίσουν τη σωστή μερίδα (Steenhuis & Vermeer, 2009).

Όπως προαναφέρθηκε, η παράλειψη του πρωινού ως το πιο βασικό γεύμα για το ξεκίνημα της ημέρας, προκύπτει ως μείζον θέμα. Η παράλειψή του προκαλεί ανησυχία διότι σχετίζεται με τη καλή διατροφή (Carson et al, 1999). Ακόμα τα παιδιά που δε τρώνε πρωινό ή που το πρωινό το οποίο λαμβάνουν είναι φτωχό σε ενέργεια έχουν χαμηλό δείκτη μάζας σώματος. Τρώνε πιο συχνά τρόφιμα βλαβερά για την υγεία τους, τα οποία δε τους προσφέρουν τα συστατικά που χρειάζονται για τη σωστή ανάπτυξή τους και έτσι καταναλώνουν περισσότερες θερμίδες την ημέρα (Moreno & Rodriguez, 2007).

Η λήψη πρωινού είναι πολύ σημαντική διότι προσφέρει ασβέστιο, σίδηρο, φυτικές ίνες, βιταμίνες και τη μείωση θερμίδων, χοληστερόλης και λίπους. Αντίθετα, τα παιδιά που δε λαμβάνουν πρωινό φέρουν αρνητικά αποτελέσματα. Το πρωινό έχει άμεση σχέση με τη διαίτα και περισσότερες επιλογές τροφών για το υπόλοιπο της ημέρας (Wilson et al, 2006). Η λήψη πρωινού είναι χρήσιμη για την ομαλή λειτουργία του μεταβολισμού (Παππάς & Καραγιάννη, 2011). Επίσης η καθημερινή κατανάλωση πρωινού βοηθάει τα παιδιά στη καλή λειτουργία της μνήμης, στη σωστή μάθηση και τέλος στη συγκέντρωση της προσοχής. Αυτό οφείλεται σε μηχανισμούς που συμπεριλαμβάνουν στη λήψη γλυκόζης του εγκεφάλου (Benton et al, 2007).

Φυσικά, οφείλουμε στο σημείο αυτό να τονίσουμε ότι η οικογένεια παίζει βασικό ρόλο στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών διότι ελέγχουν την ποιότητα των φαγητών καθώς και την ετοιμασία του γεύματος. Με λίγα λόγια, τα παιδιά μιμούνται τους γονείς και παίρνουν τις συνήθειες τους με αποτέλεσμα η οικογένεια να αντλεί επιρροή είτε αρνητική είτε θετική όσον αφορά τη διατροφή των παιδιών (Patrick & Nicklas, 2005 ; Birch & Davison, 2001). Ακόμα το

να τρώει όλη η οικογένεια μαζί όσα περισσότερα γεύματα μπορεί βοηθάει πολύ τα παιδιά στο να έχουν φυσιολογικά επίπεδα βάρους (Hammons & Fiese, 2011).

Ένα ακόμα θετικό στο να γευματίζει όλη η οικογένεια μαζί είναι ότι λαμβάνονται αρκετά θρεπτικά φαγητά όπως φρούτα, δημητριακά, λαχανικά, πρωτεΐνες, ασβέστιο, σίδηρο, βιταμίνες και φυτικές ίνες. Παρόλα αυτά λαμβάνονται και ανθυγιεινά φαγητά όπως τα τηγανιτά και τα ανθρακούχα ροφήματα (Neumark et al, 2003). Άλλο ένα λάθος που γίνεται μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον είναι το γεγονός ότι τα παιδιά προτιμούν να τρώνε βλέποντας τηλεόραση. Αυτό έχει ως συνέπεια να λαμβάνουν περισσότερες θερμίδες από αυτές που χρειάζονται (Manios et al, 2009 ; Κουρκούτα & συν, 2013).

Το να παρακολουθούν τα παιδιά τηλεόραση είναι επιζήμιο, γιατί τα προϊόντα που διαφημίζονται περιέχουν ζάχαρη και λιπαρά. Το γεγονός ότι τα μικρά σε ηλικία παιδιά βλέπουν τις διαφημίσεις είναι μεγάλο πρόβλημα, διότι δε μπορούν να ξεχωρίσουν τι είναι καλό και τι βλαβερό για την υγεία τους (Elliott, 2005).



Πολλά παιδιά κάνουν κατάχρηση των ζαχαρούχων ποτών με αποτέλεσμα να θεωρείται μια από τις αιτίες που δημιουργείται η παχυσαρκία (Malik et al, 2010). Αυτό οφείλεται στο ότι γίνεται υπερβολική και γρήγορη χρήση των ζαχαρούχων ποτών με συνέπεια το στομάχι να μην έχει τη δυνατότητα να τα απορροφήσει γρήγορα. Επίσης τα υγρά δεν μπορούν να τονώσουν την ελευθέρωση ινσουλίνης για να ρυθμιστεί σωστά ο μεταβολισμός (Woodward et al, 2011).

Ο πιθανός λόγος που η κατανάλωση αναψυκτικών έχει άμεση σχέση με τη παχυσαρκία έγκειται στην υπερβολική λήψη κενών θερμίδων, η οποία διαταράσσει το ενεργειακό ισοζύγιο (Dimeglio & Mattes, 2000). Μέσα από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με αυξημένο βάρος κάνουν υπερβολική κατάχρηση αναψυκτικών σε αντίθεση με τα παιδιά που έχουν κανονικό βάρος (Troiano et al, 2000). Τα αναψυκτικά και τα ζαχαρούχα ποτά έχουν αντικαταστήσει τα πιο πλούσια σε θρεπτικά συστατικά ροφήματα, όπως το γάλα, το φυσικό χυμό καθώς και το νερό που παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην υγεία των παιδιών. Επιπλέον η κατανάλωση των αναψυκτικών δεν παρέχει τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και συνήθως συνδυάζονται με ανθυγιεινά φαγητά, τα οποία είναι πολύ βλαβερά για τα παιδιά (Woodward et al, 2011).

Γενικότερα, θα λέγαμε ότι τα παιδιά είναι καλό να τρώνε πάντα καθισμένα και όχι όρθια για να μη τρώνε βιαστικά. Σε κάθε περίπτωση δε πρέπει να παραλείπεται το πρωινό γεύμα, όπως γίνεται κατανοητό και από τα αναφερθέντα. Επίσης, είναι σημαντικό τα παιδιά την ώρα του φαγητού να χαλαρώνουν και να μην υπάρχει φασαρία και πρέπει να φροντίσουν να τρώνε αργά και όχι λαίμαργα. Το φαγητό τους καλό είναι να μη συνοδεύεται από αναψυκτικά και είναι ιδανικό στο χώρο όπου τρώνε να μην υπάρχει τηλεόραση. Επιπροσθέτως, πρέπει οι γονείς να φροντίζουν ώστε τα παιδιά να παίρνουν φαγητό από το σπίτι όταν πηγαίνουν σχολείο και να μην αγοράζουν προϊόντα από το κυλικείο. Όπως θα αναφερθεί στην επόμενη ενότητα οφείλουμε να εντάσσουμε στη διατροφή του παιδιού τη μεσογειακή κουζίνα και να τα προτρέπουμε να τρώνε ψάρια, λαχανικά, φρούτα καθώς και να πίνουν περισσότερο νερό.

2.2 Μεσογειακή διατροφή

Μεσογειακή διατροφή ορίζεται ως η διατροφή που χαρακτηρίζει τις χώρες της Μεσογείου. Παρά τις διαφορές που υπάρχουν στη διατροφή των μεσογειακών λαών λόγω των περιβαλλοντικών, θρησκευτικών και άλλων αιτιών, τα βασικά στοιχεία τους είναι κοινά, και αποτελούν τη βάση της Μεσογειακής διατροφής (Trichopoulou et al, 1995):

- Μεγάλη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, δημητριακών και οσπρίων
- Χρήση του ελαιολάδου αντί άλλων λιπαρών.
- Χαμηλή κατανάλωση κρέατος και σχετικά αυξημένη κατανάλωση ψαριών.
- Μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων.

Πιο αναλυτικά, η Μεσογειακή διατροφή χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση ελαιολάδου, λαχανικών, οσπρίων, φρούτων και ανεπεξέργαστων δημητριακών, μέτρια ως υψηλή κατανάλωση ψαριών, χαμηλή κατανάλωση κόκκινου κρέατος και χαμηλή ως μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων. Οι διατροφικές οδηγίες της Μεσογειακής διατροφής συχνά σχηματοποιούνται με τη μορφή μιας πυραμίδας, στη βάση της οποίας τοποθετούνται τα τρόφιμα που θα πρέπει να καταναλώνονται πολύ συχνά και στην κορυφή τοποθετείται η διατροφή στην προσχολική ηλικία που θα πρέπει να καταναλώνονται σπάνια. Ανάλογα τοποθετούνται τα υπόλοιπα τρόφιμα στις ενδιάμεσες θέσεις. Η Μεσογειακή διατροφή έχει συσχετιστεί με την καλή υγεία και στηρίζεται στην παραδοσιακή διατροφή, η οποία αποτελούσε το πρότυπο διατροφής των ελαιοπαραγωγών περιοχών της Μεσογείου μέχρι τη δεκαετία του 1960. Αν και οι διάφορες περιοχές της Μεσογείου εμφανίζουν διαφορές στις τοπικές διατροφικές τους συνήθειες, έχουν πολλά κοινά στοιχεία, με κυριότερο το γεγονός ότι το ελαιόλαδο καταλαμβάνει κεντρική θέση στην καθημερινή τους διατροφή.

Πολλές έρευνες παρέχουν άμεσες αποδείξεις για την υποστήριξη των ευεργετικών ιδιοτήτων της μεσογειακής διατροφής (Trichopoulou et al, 1995). Στην εν λόγω μελέτη, τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τρία ελληνικά χωριά ώστε να αξιολογηθεί ο ρόλος της διατροφής στην επιβίωση των ηλικιωμένων Ελλήνων. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από 182 ηλικιωμένους κατοίκους ως τμήμα μιας διεθνούς μελέτης των διατροφικών συνηθειών. Η διατροφή αξιολογήθηκε με τη χρήση ενός ημι-δομημένου ερωτηματολογίου σχετικά με την πρόσληψη τροφής. Η μελέτη παρέχει την πρώτη άμεση απόδειξη ότι η μεσογειακή διατροφή επηρεάζει θετικά το προσδόκιμο ζωής μεταξύ των ηλικιωμένων.

Η μεσογειακή διατροφή και, ιδιαίτερα η παραδοσιακή Ελληνική διατροφή, προσελκύει σήμερα μεγάλο ενδιαφέρον λόγω των πιθανών οφελών της για την υγεία. Το ελαιόλαδο βρίσκεται στο επίκεντρο αυτής της δίαιτας, και της συζήτησης που έχει ανοίξει. Μια σειρά από συγγραφείς (Willett, 1994 ; Trichopoulou & Lagiou, 1997) υποθέτουν ότι τα αντιοξειδωτικά

μπορούν επίσης να είναι σημαντικοί παράγοντες στους οποίους οφείλονται οι εμφανείς επιπτώσεις στην υγεία από αυτή τη δίαιτα. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα, η κατανάλωση των λαχανικών περιλαμβάνει ακόμη και τα διάφορα άγρια χόρτα, τα οποία παραδοσιακά συλλέγονται σε όλη την Ελλάδα και καταναλώνονται με διάφορους τρόπους.

Η διατροφή στην προσχολική ηλικία συχνά στην αγροτική Ελλάδα, με τη μορφή της σαλάτας και της πίτας περιέχουν πολύ υψηλές ποσότητες φλαβονοειδών, οι οποίες γενικά θεωρούνται μια από τις πιο σημαντικές κατηγορίες αντιοξειδωτικών στη διατροφή του ανθρώπου. (Trichoroulou et al, 2000). Συνεπώς, μέχρι πρόσφατα η αποτίμηση της μεσογειακής διατροφής επικεντρωνόταν στην χαμηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά οξέα και στην υψηλή περιεκτικότητα σε σύνθετους υδατάνθρακες και φυτικές ίνες. Πρόσφατες μελέτες όμως, υποστηρίζουν ότι και άλλες ενώσεις της Μεσογειακής διατροφής, τα αντιοξειδωτικά, τα οποία υπάρχουν σε αφθονία στα λαχανικά, τα φρούτα, τα αφεψήματα και επίσης στο παρθένο ελαιόλαδο, μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη των καρδιοπαθειών και ενδεχομένως, διάφορων μορφών καρκίνου και άλλων ασθενειών, παρέχοντας έτσι μια εύλογη εξήγηση για τα οφέλη της (Trichoroulou & Vasilopoulou, 2000).

Όσον αφορά τη Μεσογειακή διατροφή και το βαθμό στον οποίο ακολουθείται από τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, θα πρέπει να σημειωθεί πως η αύξηση κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών και φυτικών ινών σε συνδυασμό με τα μαγειρεμένα γεύματα και τη σωματική άσκηση είναι αρνητικά συνδεδεμένα με την ανάπτυξη της παιδικής παχυσαρκίας. Τα στοιχεία αυτά αποτελούν βασικά συστατικά της Μεσογειακής διατροφής. Για την ορθή εφαρμογή των αρχών της Μεσογειακής διατροφής, αλλά και την καταπολέμηση της παιδικής παχυσαρκίας, συνιστάται η πρόσληψη τροφών με αργά απορροφούμενους υδατάνθρακες και να αποφεύγεται η πρόσληψη ταχέως απορροφούμενων υδατανθράκων και απλών σακχάρων (Μάντζιου κ.ό., 2012). Το νερό θα πρέπει να αποτελεί βασική πηγή πρόσληψης υγρών και να προτιμάται για τα παιδιά αντί για τα αναψυκτικά, τα οποία περιέχουν ζάχαρη. Τα παιδιά θα πρέπει να λαμβάνουν τέσσερα γεύματα, συμπεριλαμβανομένου και του πρωινού. Ακόμη, πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωση έτοιμων τροφίμων μεγάλης θερμιδικής αξίας. Μεγάλη σημασία θα πρέπει να δίνεται και στις μερίδες των φαγητών των παιδιών, οι οποίες θα πρέπει να είναι σύμφωνες με την ηλικία και το μέγεθος σώματος του κάθε παιδιού (Μάντζιου κ.ό., 2012).

Τα τελευταία χρόνια, το προφίλ της ελληνικής διατροφής παιδιών προσχολικής ηλικίας

έχει αλλάξει σε σχέση με την παραδοσιακή εικόνα που χαρακτήριζε τη χώρα. Πιο συγκεκριμένα, η μέση κατανάλωση κρεάτων και γαλακτοκομικών τείνει στα επίπεδα των άλλων ευρωπαϊκών χωρών, ενώ και η θερμιδική σημασία των λιπών, των ελαίων και της ζάχαρης βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα. Θετικό στοιχείο θεωρείται το γεγονός ότι διατηρείται η εφαρμογή της μεσογειακής δίαιτας, με την κατανάλωση ελαιολάδου και την υψηλή συχνότητα κατανάλωσης φρούτων, οσπρίων, λαχανικών και δημητριακών. Η κατανάλωση έτοιμης τροφής, στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα (0–6 ετών) είναι περιορισμένη. Σημαντική αύξηση παρατηρείται στην κατανάλωση γλυκών και παρασκευασμένων snacks, ενώ η σωματική άσκηση έχει μειωθεί σημαντικά (Μάντζιου κ.ό., 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Αίτια της παιδικής παχυσαρκίας

3.1 Ψυχολογικά αίτια

Παιδιά τα οποία είναι παχύσαρκα, συνεχώς δέχονται αρνητικά σχόλια για την εμφάνιση τους με αποτέλεσμα να θέλουν να μένουν μόνα τους και να μην έρχονται σε επαφή με άλλα άτομα, κάτι το οποίο οδηγεί σε κατάθλιψη (Nies & McEwen, 2013).

Η ψυχολογία του ανθρώπου επηρεάζει σημαντικά την αύξηση ή μείωση του βάρους του σώματός του. Σύμφωνα με πολλές έρευνες που έχουν γίνει κατά καιρούς, η κατάθλιψη είναι εκείνη, η οποία μπορεί να επηρεάσει το σωματικό βάρος ενός ανθρώπου. Πιο συγκεκριμένα, ένα άτομο το οποίο κάποια χρονική περίοδο της ζωής του βίωσε επεισόδια κατάθλιψης και αύξησε το βάρος του, είναι πολύ πιθανόν έως και σίγουρο να ξανά αυξήσει και πάλι το βάρος του, εάν βιώσει και πάλι επεισόδια κατάθλιψης. Το ίδιο ισχύει βέβαια και για άτομα, τα οποία μειώνουν το βάρος τους κατά τη περίοδο της κατάθλιψης.

Όταν ένα άτομο βιώνει τα δύσκολα συμπτώματα της κατάθλιψης και δεν μπορεί να απολαύσει ακόμα και τα πιο απλά καθημερινά γεγονότα της ζωής του, καταλήγει να

ακολουθήσει μια σειρά φαρμάκων, τα οποία έχουν ως συνέπεια να αυξήσουν το βάρος τους, όπως αναφέραμε και παραπάνω. Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν ότι, η σεροτονίνη στον εγκέφαλο, βοηθάει να ρυθμίζει τη διάθεση του ανθρώπου και αρκετοί είναι εκείνοι, οι οποίοι πιστεύουν ότι το φαγητό είναι αυτό που σταματά τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Αυτό γίνεται αντιληπτό και σε άλλες φάσεις της ζωής του ανθρώπου, όπως στη προ εμμηνόπαυση και όταν το άτομο διακόπτει το τσιγάρο (Ζαμπέλας, 2014).

Οι αδύνατοι άνθρωποι γίνονται αποδεκτοί από τη κοινωνία και θεωρούνται ότι έχουν το πιο ωραίο σώμα σε σχέση με τους παχύσαρκους ανθρώπους, οι οποίοι τις περισσότερες φορές αποκλείονται και δεν γίνονται επιθυμητοί λόγω βάρους. Με έρευνες που έχουν γίνει η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφών δεν προκαλείται για να καλύψουμε τη θλίψη που έχουμε για ένα γεγονός, αλλά ουσιαστικά γίνεται για να μετατρέψουμε το πρόβλημα μας σε κάτι πιο χαρούμενο, όπως είναι το φαγητό (Φαχαντίδου & Χασαπίδου, 2002).



3.2 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Η παχυσαρκία στις μέρες μας έχει αυξηθεί ραγδαία και αυτό δεν οφείλεται στη διαφορετική γενιά ανθρώπων, αλλά σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η νέα γενιά ανθρώπων ζει

διαφορετικά και ως προς τον τρόπο με τον οποίο τρέφεται, αλλά και ως προς τον τρόπο που ασκείται. Επιπλέον όσο αυξάνεται η τεχνολογία, τόσο μειώνεται η ενέργεια που χρειάζεται καθημερινά ο άνθρωπος. Συγχρόνως εμφανίζονται όλο και περισσότερα φαγώσιμα και συγκεκριμένα τρόφιμα με μεγάλη ενεργειακή πυκνότητα.

Επιπροσθέτως στα χρόνια που ζούμε η καθιστική ζωή έχει γίνει κομμάτι του εαυτού μας και όλο ένα μειώνεται ο χρόνος δραστηριότητας μας. Δεν υπάρχουν σίγουρα στοιχεία που να μας αποκαλύπτουν ότι η έλλειψη δραστηριότητας συνδέεται άμεσα με τη παχυσαρκία, αλλά υπάρχουν στοιχεία που μας δείχνουν ότι οι άνθρωποι στις μέρες μας τρώνε σχεδόν το ίδιο με παλαιότερα χρόνια, αλλά δραστηριοποιούνται λιγότερο στον ελεύθερο χρόνο τους. Με βάση λοιπόν όλα τα παραπάνω, μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι η μη δραστηριότητα του ατόμου έχει ως συνέπεια τη παχυσαρκία.

Οι πολλές ώρες εργασίας επιπλέον συνδέεται άμεσα με τη παχυσαρκία, καθώς οι γονείς δεν έχουν τον απαιτούμενο ελεύθερο χρόνο να αφιερώσουν για να προετοιμάσουν το σωστό φαγητό στο σπίτι τους. Αυτό έχει ως επακόλουθο να τρέφονται με φθηνό, γρήγορο και μεγάλης ενεργειακής πυκνότητας φαγητό, που οδηγεί άμεσα στην αύξηση του σωματικού βάρους.

Η έλλειψη μορφωτικού επιπέδου τέλος επηρεάζει στο τρόπο με τον οποίο τρέφονται τα άτομα αυτά, καθώς έχει αποδειχθεί ότι άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο τρέφονται με τροφές πλούσιες σε λιπαρά οξέα, παρά τη δυνατότητα που έχουν να τραφούν με καλές τροφές (Ζαμπέλας, 2014).

3.3 Σύνδρομο Prader-Willi

Είναι ένα σύνδρομο που σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη παχυσαρκία. Το έμβρυο είναι μικρόσωμο και παρουσιάζει μικρή κίνηση κατά τη διάρκεια που γεννιέται. Από την άλλη όμως, παρουσιάζει μεγάλη όρεξη και τάση για φαγητό, κυρίως από το 12^ο-18^ο μήνα. Όταν το παιδί φτάσει στο στάδιο της εφηβείας εμφανίζει και δυσκολίες στη συμπεριφορά, που είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν με αποτέλεσμα να κάνει πιο δύσκολη την όλη κατάσταση.

Το σύνδρομο Prader-Willi έχει δύο δύσκολα στάδια που πρέπει να αντιμετωπίσει η οικογένεια. Αρχικά, το νεογνό έως την ηλικία των 2 ετών δεν αναπτύσσεται και πρέπει να τραφεί

μέσω καθετήρων, προκειμένου να αυξηθεί το μειωμένο βάρος του. Και στη συνέχεια το άλλο στάδιο είναι, όταν πλέον το παιδί αρχίζει να αυξάνει το βάρος του, όμως με πολύ γρήγορο ρυθμό. Αυτό λοιπόν που θα πρέπει να γίνει, είναι να ξεκινήσει η οικογένεια με τη βοήθεια του νοσηλευτή και του διαιτολόγου να παρέχει στο παιδί μια σωστή και ολοκληρωμένη διατροφή, προκειμένου το παιδί να μην αυξήσει το σωματικό βάρος (Ζαμπέλας, 2014).

3.4 Ενδοκρινολογικά αίτια

Η παχυσαρκία πολλοί υποστηρίζουν ότι επηρεάζεται από το θυρεοειδή αδένος ο οποίος υπολειτουργεί, με αποτέλεσμα ο μεταβολισμός του ανθρώπου να είναι χαμηλός. Κάτι τέτοιο βέβαια φαίνεται να μην ισχύει σε μεγάλο βαθμό.

Ο υποθυρεοειδισμός είναι εκείνος που αυξάνει τα επίπεδα λίπους στον άνθρωπο με συνέπεια την αύξηση βάρους. Παρουσιάζει πρήξιμο, το οποίο υποχωρεί μετά την αποκατάσταση της θυρεοειδικής ορμόνης στα φυσιολογικά επίπεδα.

Πολλές είναι οι διαταραχές που επιφέρει η παχυσαρκία στους ανθρώπους, όπως μεγάλη έκκριση ινσουλίνης και αντίδραση του οργανισμού στη γλυκόζη. Αυτές οι διαταραχές σταματούν να υπάρχουν όταν το άτομο χάσει κιλά (American Diabetes Association, 2000).

3.4.1 Μεταβολικό σύνδρομο

Με τον όρο μεταβολικό σύνδρομο εννοούμε την άμυνα του οργανισμού απέναντι στην ινσουλίνη. Αυτό σημαίνει ότι οι ιστοί του οργανισμού δεν ανταποκρίνονται σωστά στις εκκρίσεις της ινσουλίνης που παράγονται από το πάγκρεας. Τα παχύσαρκα άτομα είναι εκείνα που αντιμετωπίζουν συχνά αυτό το φαινόμενο. Αρχικά δεν παρατηρείται αυξημένη γλυκόζη, καθώς

τα Β-κύτταρα εκκρίνουν μεγάλη ποσότητα ινσουλίνης, από το πάγκρεας. Για το λόγο αυτό οι παχύσαρκοι άνθρωποι, έχουν αυξημένα επίπεδα ινσουλίνης, στο αίμα τους. Το πάγκρεας κάποια στιγμή σταματάει όμως να εκκρίνει μεγάλα ποσά ινσουλίνης και έτσι τότε παρατηρείται, δυσαντοχή στη γλυκόζη και έπειτα σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. Σύμφωνα με τη μελέτη των Cook et al παρατηρήθηκε μόνο 4% ποσοστό παιδιών με μεταβολικό σύνδρομο από το σύνολο όλων των παιδιών, όμως το 30% από αυτά τα παιδιά ήταν υπέρβαρα (Cook et al, 2003). Επιπλέον τα ποσοστά που εμφανίζεται το μεταβολικό σύνδρομο σε παιδιά που δεν είναι παχύσαρκα είναι 4,2% με 8,4%, ενώ σε παχύσαρκα παιδιά το μεταβολικό σύνδρομο εμφανίζεται σε μεγαλύτερα ποσοστά 19,55 με 39%. Δηλαδή το μεταβολικό σύνδρομο μπορεί να εμφανισθεί σε οποιονδήποτε άνθρωπο, αλλά σε παχύσαρκα άτομα οι πιθανότητες εμφάνισης του είναι μεγαλύτερες, συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι το μεταβολικό σύνδρομο οδηγεί το παιδί στη παχυσαρκία (Κίτσιος & Παπαδοπούλου, 2011).

Επιπλέον η αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης μπορεί να προκαλέσει τα εξής: μειωμένη HDL «καλή» χοληστερίνη, αυξημένη LDL «κακή» χοληστερίνη. Τα άτομα επίσης, παρουσιάζουν αυξημένη αρτηριακή πίεση (Ζαμπέλας, 2014).

3.5 Τρόπος ζωής

Ο τρόπος ζωής στις μέρες μας έχει αλλάξει σε μεγάλο βαθμό και αυτό επηρεάζει αρκετά το σωματικό βάρος των παιδιών. Τα παιδιά σπαταλάνε πολυάριθμες ώρες ξεγνοιασιάς μπροστά στη τηλεόραση, παίζουν ηλεκτρονικά παιχνίδια και δεν επιθυμούν να κάνουν κανένα είδος δραστηριότητας στον ελεύθερο χρόνο τους. Αυτός ο τρόπος ζωής φυσικά οδηγεί στο να παρουσιάζονται ολοένα και περισσότερα παιδιά με παχυσαρκία (Nies & McEwen, 2013).

Το πρόγραμμα <<EYZHN>> πραγματοποίησε μια έρευνα σύμφωνα με την οποία συμμετείχαν 4000 σχολεία από όλη την Ελλάδα το σχολικό έτος 2014-2015. Σύμφωνα λοιπόν με αυτή την έρευνα διαπιστώθηκε ότι η Ελλάδα έχει μεγάλο ποσοστό παχύσαρκων παιδιών. Καθώς, μάλιστα αυτά τα παιδιά δεν δραστηριοποιούνται καθόλου και το ποσοστό μη δραστηριότητας τους φτάνει στο 45%. Αυτό το πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε για 3 χρόνια, τα αγόρια και τα 3 χρόνια φαινόταν να είναι πιο δραστήρια και να ασχολούνται περισσότερο με αθλητικά παιχνίδια

από τα κορίτσια. Όμως παρόλα αυτά και πάλι τα αγόρια στο τέλος διαπιστώθηκε ότι καθόταν περισσότερο στη τηλεόραση και χρησιμοποιούσαν τα τηλεπαιχνίδια πιο πολύ σε σχέση με τα κορίτσια (EYZHN, 2016).

3.6 Λανθασμένες διατροφικές συνήθειες

Η Ελληνική διατροφή δυστυχώς έχει αρχίσει να μοιάζει με την Αμερικάνικη διατροφή των ταχυφαγείων. Τροφές πλούσιες σε λίπη, θερμίδες και καθόλου θρεπτικής αξίας, εμπλουτίζουν το διαιτολόγιο των παιδιών. Οι μερίδες είναι πολύ μεγάλες, τα παιδιά τρέφονται τις περισσότερες φορές με πρόχειρα φαγητά, όπως κατεψυγμένα προϊόντα. Σπάνια τα παιδιά τρέφονται με σωστό φαγητό στο σπίτι τους, τα γλυκά και οι χυμοί δε λείπουν από τη διατροφή τους. Όλα αυτά λοιπόν, μπορούν να συμβάλουν ώστε τα παιδιά αυτά να γίνουν παχύσαρκα, είτε στη παιδική τους ηλικία, είτε αργότερα ως έφηβοι (Nies & McEwen, 2013).

Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, που έχουν διεξαχθεί στις δυτικές κοινωνίες, η επικράτηση της παχυσαρκίας φτάνει μέχρι το 25%. Περίπου το 25% των παιδιών στις Η.Π.Α είναι υπέρβαρα και περίπου 11% παχύσαρκα. Κατά την περίοδο των δέκα ετών, έρευνα για την εξέταση της διατροφής NHANES II (1976-1980) και NHANES III (1988-1991) απέδειξε ότι το ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών είχε αυξηθεί κατά 40% (Zhao & Grant, 2011).

Η παιδική παχυσαρκία στην Ελλάδα έχει χαρακτηριστεί από τους επιστήμονες ως «ωρολογιακή βόμβα» χαρακτηρίζεται με τον όρο από τους επιστήμονες. Την τελευταία δεκαετία παρουσιάζεται σταθερή αύξηση στην Ελλάδα. Το 2002 το ποσοστό της έφτανε το 15,4% ενώ το 2006 το 19,6% (Kollias et al, 2011). Αποτελέσματα ερευνών το 2003 κατατάσσουν την Ελλάδα στην 1^η θέση μέσα στην Ευρώπη. Το ποσοστό της παιδικής παχυσαρκίας ανέρχεται στο 29% (Πανδής, 2007) και πρωταγωνιστεί στην κατανάλωση θερμίδων και στα πιο παχύσαρκα παιδιά σε όλη την Ευρώπη. Σύμφωνα με την Διεθνή Ομάδα Εργασίας Παχυσαρκίας (IOTF), η Ελλάδα το 2004 κατατάσσεται στην 2^η θέση παγκόσμια, όσον αφορά τα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας. Το 32% των παιδιών 7-11 χρονών έχουν πάνω από το φυσιολογικό βάρος και είναι είτε

υπέρβαρα, είτε παχύσαρκα. Το 2007 η Ελλάδα βρισκόταν στην 1^η θέση στα υπέρβαρα αγόρια, 2^η στα παχύσαρκα αγόρια και 6^η στα παχύσαρκα κορίτσια. (Drenckpohl, 2017).

3.7 Κληρονομικότητα

Έχει μελετηθεί ότι η παχυσαρκία μπορεί να κληρονομηθεί σε ποσοστό 65-75%, ένα ποσοστό που είναι μεγαλύτερο από κάθε άλλη κληρονομώμενη νόσο (Παντσιώτου, 2004). Επιπλέον, με βάση την Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας (2012) διαπιστώνεται ότι 6 είδη γονιδίων επηρεάζουν αρκετά την αύξηση της παχυσαρκίας στους ανθρώπους. Πιο συγκεκριμένα το γονίδιο της προλακτίνης (PRL) επηρεάζει κατά 35%, ενώ το γονίδιο FTO επηρεάζει λιγότερο κατά 28%. Κάτι τέτοιο βέβαια έρχεται σε αντίθεση με αυτό που ισχύει για το συγκεκριμένο γονίδιο FTO, καθώς το γονίδιο αυτό ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τη παχυσαρκία (Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας, 2012).

3.8 Ο ρόλος των γονιών

Με βάση τη μελέτη GRECO (Greek Childhood Obesity Study) που έγινε το 2012 φάνηκε ότι οι γονείς έχουν καθοριστικό ρόλο, στο κατά πόσο τα παιδιά τους θα γίνουν παχύσαρκα. Αυτό συμπεραίνεται από τα παρακάτω, αρχικά όταν και οι δύο γονείς έχουν μη φυσιολογικό βάρος, τα παιδιά είναι πολύ πιθανόν να γίνουν και τα ίδια παχύσαρκα, έως τρεις φορές πιο πολλές είναι οι πιθανότητες σε σχέση με εκείνα που το βάρος των γονιών τους είναι φυσιολογικό. Όταν όμως μόνο ο ένας γονιός έχει αυξημένο βάρος τότε οι πιθανότητες είναι πιο λίγες σχεδόν 1,6% πιθανότητες να γίνουν και τα παιδιά παχύσαρκα.

Στη συνέχεια μέσα από τη μελέτη φάνηκε ότι οι γυναίκες σε μικρή ηλικία τα παιδιά που γεννούσαν γινόταν στη συνέχεια παχύσαρκα, σε σχέση με αυτά που γεννούσαν οι μεγάλες σε ηλικία γυναίκες, τα οποία είχαν φυσιολογικό βάρος. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι οι μεγάλες σε ηλικία μητέρες ήταν πιο προσεκτικές στη διατροφή των παιδιών. Επιπλέον αν οι

πατεράδες των παιδιών δε γυμνάζονται επηρεάζει το σωματικό βάρος των παιδιών και αυτό γιατί τα παιδιά έχουν ως πρότυπο το πατέρα τους και πραγματοποιούν τις ίδιες συνήθειες. Το 63% των παχύσαρκων παιδιών φαίνεται να μην γυμνάζονται οι πατεράδες.

Τέλος οι μητέρες των παιδιών που δουλεύουν πολλές ώρες και απουσιάζουν από το σπίτι τους έχουν πολλές πιθανότητες να κάνουν τα παιδιά τους παχύσαρκα, σε σχέση με εκείνες τις γυναίκες που δεν εργάζονται και βρίσκονται στο σπίτι μαζί με τα παιδιά τους. Αυτό βεβαίως ισχύει τις περισσότερες φορές, καθώς όταν η μητέρα απουσιάζει από το σπίτι πολλές ώρες έχει ως συνέπεια να μην μπορεί να αφιερώσει χρόνο για να φτιάξει ένα καλό φαγητό και να ενημερώνει συνεχώς το παιδί της για θέματα υγείας και διατροφής (Farajian et al, 2012).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Οι επιπτώσεις της παιδικής παχυσαρκίας

Όσο το παιδί είναι μικρό έχει να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις που προκαλούνται από τη παχυσαρκία. Όμως, όσο μεγαλώνουν τα παιδιά θα έρθουν αντιμέτωπα με σοβαρές ασθένειες, που θα έχουν προκληθεί λόγω του αυξημένου, μη φυσιολογικού βάρους τους (Ζαμπέλας, 2014).

4.1 Παχυσαρκία και κοινωνικο – ψυχολογικές επιπτώσεις

Δεν είναι λίγες οι φορές που τα παιδιά κάνουν διακρίσεις στα πιο παχουλά παιδιά της τάξης τους και στα οποία προσδίδουν άσχημους χαρακτηρισμούς. Κάτι τέτοιο βέβαια επιφέρει πολλές αρνητικές συνέπειες στη ψυχολογία τους (Ζαμπέλας, 2014). Είναι αναμενόμενο ότι τα παιδιά που παρεκκλίνουν από το μέσο όρο, όπως παιδιά με μη φυσιολογικό βάρος, θα παρουσιάζουν ολοένα και περισσότερα φαινόμενα ανάρμοστης συμπεριφοράς σε σχέση με τα παιδιά που έχουν φυσιολογικό βάρος, τα οποία συμπεριφέρονται με σωστό και ωραίο τρόπο. Κατά συνέπεια, γίνεται κατανοητό ότι τα παιδιά αυτά θα παρουσιάζουν προβλήματα και στις κοινωνικές σχέσεις τους και δυσκολία στην επικοινωνία τους με τα άλλα άτομα.

Παιδιά τα οποία δεν έχουν φυσιολογικό βάρος δεν επιθυμούν να βρίσκονται μαζί με άλλα άτομα, δεν είναι χαρούμενα και νιώθουν απογοητευμένα με το σώμα τους. Συλλέγοντας ζωγραφιές από παιδιά ηλικίας 4-11 ετών πραγματοποιήθηκε μελέτη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η παχυσαρκία επιφέρει πολλές επιπτώσεις στην υγεία του παιδιού, απομονώνει το παιδί και οι επιπτώσεις στο σχολείο του συνεχώς μειώνονται (Σπηλιώτη, 2001).

Τέλος, η παχυσαρκία δεν ανήκει στις κατηγορίες των ψυχικών διαταραχών, παρόλα αυτά οι επιπτώσεις που προκαλεί στον άνθρωπο είναι πολλές και σοβαρές για την υγεία του. Οι

ψυχολογικές επιπτώσεις τις περισσότερες φορές είναι πιο επικίνδυνες από τις οργανικές (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

4.2 Σωματικές επιπτώσεις

4.2.1 Αναπνευστικά προβλήματα

Το αναπνευστικό σύστημα επηρεάζεται αρνητικά από την παχυσαρκία. Αρχικά, η αυξημένη ποσότητα λίπους γύρω από το θώρακα και τη κοιλιακή χώρα, έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται ο αριθμός των αναπνοών, αυτό οφείλεται στο ότι δεν μπορεί να υπάρξει μεγάλη κίνηση του θώρακα, αυξάνεται ο όγκος των πνευμόνων και το διοξείδιο του άνθρακα που αποβάλλεται μειώνεται.

Επιπλέον τα περιττά κιλά που υπάρχουν στο άτομο, έχουν ως συνέπεια να αυξάνουν τον όγκο αίματος που ρέει στους πνεύμονες και να δυσκολεύουν τη λειτουργία της καρδιάς. Το μειωμένο οξυγόνο επίσης στον οργανισμό, μπορεί να επιφέρει δυσλειτουργία των πνευμόνων και της καρδιάς, που αυτό μπορεί να έχει ως συνέπεια την ανικανότητα πραγματοποίησης ενεργειών. Όταν κιόλας τα κιλά του σωματικού βάρους του είναι πάρα πολλά, το άτομο αδυνατεί να πραγματοποιήσει ακόμα και τις πιο βασικές – καθημερινές ανάγκες του.

Τέλος, κατά τη διάρκεια του ύπνου τα υπέρβαρα άτομα αντιμετωπίζουν περιόδους άπνοιας, κάτι το οποίο είναι πολύ επικίνδυνο για τη ζωή τους, γιατί μπορεί να επέλθει ακόμα και ο θάνατος (Ζαμπέλας, 2014).

4.2.2 Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Τα διαβητικά άτομα, τις περισσότερες φορές είναι και παχύσαρκα. Προκαλείται ινσουλινοαντοχή όταν το άτομο είναι υπέρβαρο, αυτό σημαίνει ότι τα κύτταρα του ήπατος, του σκελετικού μυός και του λιπώδους ιστού ανταποκρίνονται λιγότερο απέναντι στην ενεργοποίηση της ινσουλίνης. Αυτό έχει ως συνέπεια να δημιουργείται υπεργλυκαιμία, αφού το ήπαρ δε μπορεί

να ελέγξει σωστά την έκκριση γλυκόζης και επιπλέον οι περιφερικοί ιστοί δεν κάνουν σωστή χρήση της γλυκόζης από το αίμα.

Ο οργανισμός για να ανταπεξέλθει τότε, σε συνεργασία με τα β-κύτταρα του παγκρέατος αυξάνει τα επίπεδα της ινσουλίνης. Αρχικά λοιπόν, διατηρεί σταθερές τις συνθήκες του εσωτερικού του περιβάλλοντος, αλλά στη συνέχεια τα β-κύτταρα του παγκρέατος σταματούν να παράγουν ινσουλίνη και έτσι σιγά-σιγά τα επίπεδα ινσουλίνης μειώνονται. Αυτό λοιπόν έχει ως συνέπεια να δημιουργηθεί υπεργλυκαιμία, η οποία παρουσιάζει αρρυθμία και στη συνέχεια διάφορες ενδείξεις που μας οδηγούν στο διαβήτη (Ζαμπέλας, 2014).

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 φαίνεται να συνδέεται άμεσα με τη παιδική παχυσαρκία σε σχέση με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Πιο συγκεκριμένα σε μελέτη που έγινε από το Scott και τους συνεργάτες του το 1997, τα παιδιά που είχαν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 το ποσοστό του 90% από αυτά ήταν παχύσαρκα, ενώ τα παιδιά που είχαν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 μόνο το 25% από αυτά τα παιδιά ήταν παχύσαρκα. Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι να μας δείξει μέσα από τα ποσοστά, ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό τη παχυσαρκία στα παιδιά σε σχέση με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Θα πρέπει λοιπόν να γίνονται αιματολογικές εξετάσεις στα παιδιά, να ελέγχεται αν έχουν σακχαρώδη διαβήτη και τι τύπου, έτσι ώστε να δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στη διατροφή τους (Scott et al, 1997).

Επιπλέον, με βάση τη παγκόσμια έρευνα που έγινε το 2004, το 10% των παιδιών φαίνεται να εμφανίζουν μη φυσιολογικό βάρος σε σχέση με την ηλικία τους και μεγάλα επίπεδα λίπους. Κάτι τέτοιο βέβαια οδηγεί το 25% αυτών των παιδιών σε παχυσαρκία και στη συνέχεια στην εμφάνιση όλων των επιπτώσεων αυτής (Lobstein et al, 2004). Επιπλέον, με έρευνα που έγινε στο Βέρμοντ υποστηρίζεται ότι η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη παχυσαρκία με τη μειωμένη ευαισθησία στην ινσουλίνη δεν είναι συγκεκριμένη. Κάποιοι τυχαίοι άνδρες όταν θέλησαν να αυξήσουν το βάρος τους κατά 21% και ενώ αυτοί δεν αντιμετώπιζαν προβλήματα με το διαβήτη, όταν αύξησαν το βάρος τους οι τιμές του διαβήτη αυξήθηκαν. Όταν όμως έχασαν κιλά, οι τιμές του διαβήτη επανήλθαν και πάλι στις φυσιολογικές τιμές (Sims et al, 1973).

4.2.3 Μελλοντικοί καρδιαγγειακοί κίνδυνοι

Ενώ για τους ενήλικες φαίνεται ότι η παχυσαρκία προκαλεί πολλά προβλήματα υγείας, που σχετίζονται με τη καρδιά όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικά επεισόδια, για τα παιδιά ακόμα δεν έχει διευκρινισθεί αν η παχυσαρκία, μπορεί να προκαλέσει τα ίδια προβλήματα (Γαλλή-Τσινοπούλου & Μαγγανά, 2011). Σε μια έρευνα που έγινε στο Πανεπιστήμιο του Michigan μεταξύ 1000 παιδιών της 6^{ης} Δημοτικού φάνηκε ότι το 15% από τα παιδιά αυτά ήταν παχύσαρκα. Μάλιστα το ποσοστό αυτό των παχύσαρκων παιδιών εμφάνιζαν υψηλότερη αρτηριακή πίεση σε σχέση με τα παιδιά που το βάρος τους ήταν φυσιολογικό. Το 15% αυτών των παχύσαρκων παιδιών επίσης, θα έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρδιαγγειακά νοσήματα ως ενήλικες (Παπανικολάου, 2009).

Δυστυχώς, η υπέρταση, ως αποτέλεσμα της παιδικής παχυσαρκίας, εμφανίζεται σε μεγάλα ποσοστά στις μέρες μας. Περίπου 20-30% από τα παχύσαρκα παιδιά αναπτύσσουν αυξημένη αρτηριακή πίεση. Οι πιθανότητες να έχουν αυξημένη αρτηριακή πίεση τα παχύσαρκα παιδιά είναι 3 φορές μεγαλύτερη, σε σχέση με τα αδύνατα παιδιά (Lee, 2009).

4.2.4 Ορθοπεδικά προβλήματα

Έχει διαπιστωθεί ότι τα παχύσαρκα παιδιά με μη φυσιολογικό βάρος παρουσιάζουν σε κάποια χρονική στιγμή της ζωής τους ορθοπεδικά προβλήματα όπως πτώση της κεφαλής της μηριαίας επίφυσης και τη νόσο Blount. Κάποιες άλλες διαταραχές που μπορεί προκληθούν είναι η ραιβογονία, καθώς επίσης τα παιδιά αυτά είναι πιο εύκολο να παρουσιάσουν διάστρεμμα στους αστράγαλους (Κατσίλαμπρος & Τσίγκος, 2003).

4.2.5 Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμιση

Γαστροοισοφαγική παλινδρόμιση είναι η παλινδρόμιση γαστρικού, εντερικού περιεχομένου στον οισοφάγο με τη βοήθεια ή όχι διαφόρων μέσων, όπως ο έμετος. Εμφανίζεται στη διάρκεια του ύπνου ή μετά από τα γεύματα και είναι υπεύθυνη να προκαλέσει στη συνέχεια διάφορες βλάβες στον οργανισμό ακόμα και καρκίνο του στομάχου.

Η παχυσαρκία στα παιδιά φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά και να παρουσιάζει ολοένα και περισσότερα φαινόμενα γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Απαιτείται άμεση παρακολούθηση και θεραπεία προκειμένου να αποφευχθούν περεταίρω ασθένειες, όπως είναι η οισοφαγίτιδα (Koebnick et al, 2010).

4.3 Επιπτώσεις στον οικονομικό τομέα

Τα παχύσαρκα άτομα φαίνεται να δίνουν περισσότερα χρήματα στις υπηρεσίες υγείας κατά 36% από εκείνα που το βάρος τους είναι φυσιολογικό (Sturm, 2002). Διαπιστώθηκε από τους Thompson et al (1998) ότι οι παχύσαρκοι άνδρες αλλά και οι γυναίκες δεν εργάζονται όλες τις ημέρες της εβδομάδας σε σχέση με τους αδύνατους ανθρώπους. Πιο συγκεκριμένα οι παχύσαρκοι άνδρες δεν πάνε 2 με 7 ημέρες περισσότερες στο χώρο όπου εργάζονται σε σχέση με τους μη παχύσαρκους άνδρες. Κάτι αντίστοιχο κάνουν και οι παχύσαρκες γυναίκες, οι οποίες δεν πάνε 5 με 1 ημέρες περισσότερο από εκείνες που είναι αδύνατες (Thompson et al, 1998). Οι Finkelstein et al επίσης υποστηρίζουν ότι οι παχύσαρκοι υπάλληλοι απουσιάζουν 5 με 1 ημέρες συν και τα χρήματα που δαπανούν για τους ιατρούς είναι πολύ περισσότερα (Finkelstein et al, 2005).

Οι άμεσες οικονομικές συνέπειες της παχυσαρκίας στα παιδιά δεν είναι τόσο ξεκάθαρες όσον αυτές των ενηλίκων, για πολλούς λόγους. Πρώτον, σε ελάχιστα παιδιά παρέχεται θεραπεία, οπότε τα έξοδα περίθαλψης δείχνουν χαμηλά. Αυτό υποδεικνύει, είτε ότι οι υπεύθυνοι υγείας δεν εκτιμούν την σοβαρότητα του προβλήματος, είτε ότι γίνονται διακρίσεις κατά των υπέρβαρων παιδιών μέσα στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα σχετιζόμενες με την παχυσαρκία ασθένειες να μην διαγιγνώσκονται, οπότε δεν αναφέρονται. Ακόμα και όταν υπάρχει ενδιαφέρον από τις υπηρεσίες υγείας, τα παιδιά από μόνα τους δεν είναι πάντα ικανά να γνωρίζουν τα διάφορα συμπτώματα ή δεν θεωρούν ότι είναι απαραίτητο να τα αναφέρουν.

Επίσης, σε αρκετές περιπτώσεις δεν καταγράφεται το σωματικό βάρος κατά την διάγνωση ασθενειών, οπότε δεν υπάρχει συχνά καταγραμμένη συσχέτιση της ασθένειας με το σωματικό βάρος. Αυτό που συμβαίνει όμως, είναι ότι η παιδική παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου ασθένειας κατά την ενήλικη ζωή, όπως επίσης κάποιες από αυτές τις ασθένειες ήδη έχουν αρχίσει και παρουσιάζονται στα παχύσαρκα παιδιά. Αυτό φυσικά οδηγεί σε μεγαλύτερο

διάστημα θεραπείας και εργασιακής ανικανότητας, το οποίο θα επιβαρύνει κι άλλο το σύστημα υγείας. Γενικότερα, θα λέγαμε, είναι δύσκολο να εκτιμηθούν ανάλογα τα κόστη της παιδικής παχυσαρκίας λόγω της μικρής συμβολής των παιδιών στην εθνική οικονομία. Αυτό όμως που μπορεί να εκτιμηθεί είναι οι γονικές άδειες που παίρνουν οι γονείς για να φροντίσουν τα άρρωστα παχύσαρκα παιδιά τους, οι ώρες που δεν πάνε σχολείο λόγω ασθένειας, και τα νεαρά άτομα που δεν μπορούν να βρουν δουλειά λόγω παχυσαρκίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΠΜΤΟ

Αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας

5.1 Γονείς, σχολείο και πολιτεία υπεύθυνοι για την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας

Το πρόβλημα της παχυσαρκίας θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από μικρή ηλικία, εφόσον αυτό εντοπιστεί έγκαιρα. Οι γονείς θα πρέπει να καταλάβουν ότι οι αλλαγές που θα γίνουν στα παιδιά τους, θα πρέπει να γίνουν και στους ίδιους. Τα παιδιά θα πρέπει να αλλάξουν τρόπο ζωής και ως προς το φαγητό, τις διατροφικές συνήθειες και ως προς τον τρόπο δραστηριότητας τους, να κινούνται περισσότερο. Όλα αυτά βέβαια να είναι μια μόνιμη αλλαγή στη ζωή τους και όχι κάτι που θα κρατήσει για λίγο. Η προσπάθεια απώλειας βάρους και η αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας είναι μια συλλογική προσπάθεια στην οποία συμβάλλουν όλοι, με τρόπους που δεν είναι αυστηροί και έχουν ως αποτέλεσμα το παιδί να χάνει γρήγορα σωματικό βάρος. Αντίθετα, οφείλουμε να βοηθάμε τα παιδιά και να τα εμψυχώνουμε και όχι να τα κατακρίνουμε για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν, κάνοντας πρωτίστως αποδεκτό το πρόβλημα και αποτελώντας σωστό πρότυπο οι γονείς για τα παιδιά με σύμμαχο την εκπαίδευση, την ενημέρωση, την ένταξη δραστηριοτήτων και φυσικής άσκησης, και τροποποιώντας εν γένει τον τρόπο και τη στάση απέναντι στη ζωή.

Αρωγός στη συλλογική αυτή προσπάθεια πρόληψης και αντιμετώπισης της παιδικής παχυσαρκίας μπορεί και πρέπει να σταθεί η πολιτεία. Θα πρέπει λοιπόν να ενημερώνει συνεχώς για τις επιπτώσεις που προκαλούνται από τη παιδική παχυσαρκία στα παιδιά ή και στους γονείς, να φτιάξει χώρους που να μπορούν οι γονείς να πηγαίνουν τα παιδιά τους για χορό και παιχνίδι, προκειμένου να είναι δραστήρια. Επιπλέον, θα πρέπει να ελέγχει όλα τα κυκλεία των σχολείων

τι περιέχουν προς πώληση στα παιδιά και να επιβάλει να δίνονται μόνο υγιείς τροφές (Μανιάτη-Χρηστίδη, 2001).

Έχει διαπιστωθεί σύμφωνα με μελέτες των Reece, Rifon και Rodriguez που έγιναν στις Η.Π.Α ότι τα είδη φαγητών που προβάλλονται περισσότερο στη τηλεόραση είναι τα δημητριακά με 39,2%, τα φαγητά των εστιατορίων με 21,6% και τα γλυκά με 21,4% (Reece et al, 1999). Στη συνέχεια ο Kotz και ο Story σημείωσαν όλα τα προϊόντα που προβάλλονται κατά σειρά σύμφωνα με το πόσο συχνά προβάλλονται κατά τη διάρκεια της ημέρας που υπάρχει παιδικό κοινό τηλεθέασης. Πιο συγκεκριμένα προβάλλονται σοκολάτες και γλυκά, δημητριακά, στη συνέχεια πρόχειρα φαγητά, τα οποία είναι πλούσια σε λίπη, αλκοολούχα ποτά, γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα, πατατάκια (Kotz et al, 1994). Έπειτα η Ελλάδα με δική της έρευνα των Μπαθρέλλου που πραγματοποίησε κατέγραψε και εκείνη τα προϊόντα που διαφημίζονται στη τηλεόραση όταν υπάρχει παιδικό κοινό. Η σειρά κατά την οποία διαφημίζονται πιο συχνά το κάθε προϊόν είναι: γαλακτοκομικά προϊόντα 31,7%, τσίχλες και καραμέλες 21%, σοκολάτες 11,8%, πατατάκια 11%, πρόχειρο φαγητό 6,7% και χυμοί 5,8% (Μπαθρελλού, 2006).

5.2 Τρόποι θεραπευτικής προσέγγισης - αντιμετώπισης

Εξαιρετικά σημαντική για κάθε ασθένεια, όπως και για την παιδική παχυσαρκία, θεωρείται η μέθοδος αντιμετώπισής της και οι ευρύτερες θεραπευτικές προσεγγίσεις που θα συμβάλλουν στην επίλυση του προβλήματος. Μέσα από την συνοπτική παρουσίαση των σταδίων και των ενδεικτικών τρόπων και μέσων θεραπείας – αντιμετώπισής της, σκοπός μας είναι να γίνει κατανοητό ότι πρόκειται για μια πολυσύνθετη διαδικασία που απαιτεί την εμπλοκή διαφόρων παραγόντων, προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα. Θα υποστήριζε κανείς, αν ήθελε να κάνει μια συνοπτική παρουσίαση των τρόπων αντιμετώπισης της παιδικής παχυσαρκίας, ότι αυτή βασίζεται στο τρίπτυχο: Δίαιτα-σωστή υγιεινή διατροφή άρα εκπαίδευση στη διατροφή, Άσκηση και Ψυχολογική υποστήριξη δηλαδή τροποποίηση συμπεριφοράς (Δεβετζόγλου, κ.ο, χ.χ.).

5.2.1 Αναγνώριση του προβλήματος

Αρχικά οι γονείς θα πρέπει να επισκέπτονται το παιδίατρο τους, προκειμένου οι ίδιοι να ελέγχουν κατά πόσο το παιδί έχει προδιάθεση να γίνει παχύσαρκο. Ο παιδίατρος είναι εκείνος που θα κρίνει στη συνέχεια τη σοβαρότητα του προβλήματος και θα προχωρήσει σε περαιτέρω εξετάσεις. Σε μεγαλύτερα παιδιά η παχυσαρκία είναι πιο εύκολο να γίνει αντιληπτή από τους γύρω. Οι γονείς θα πρέπει με τη βοήθεια κάποιου ειδικού να ελέγξουν το βάρος και το ύψος των παιδιών τους με βάση την ηλικία τους (Παπουτσάκη, 2008). Με βάση τις καμπύλες ανάπτυξης που απεικονίζονται στα βιβλιάρια των παιδιών, ο γιατρός θα αποφασίσει αν θα πρέπει να μειωθεί το βάρος ή όχι. Μετά τα αποτελέσματα των εξετάσεων, διαφαίνεται η στάση των γονιών και η διάθεση αντιμετώπισης και συνειδητοποίησης της σοβαρότητας του προβλήματος, μέσα από τις απαντήσεις που θα δώσουν στο παιδίατρο, στις διάφορες ερωτήσεις που θα τους τεθούν από τον/την παιδίατρο (Διαμαντόπουλος, 2010). Συχνά, πάντως, αρκετοί είναι οι γονείς εκείνοι που αδυνατούν να πιστέψουν όχι μόνο ότι το παιδί τους είναι παχύσαρκο, αλλά κι ότι οι ίδιοι ακόμη μπορεί να ευθύνονται για αυτό.

5.2.2 Υιοθέτηση σωστής και υγιεινής διατροφής

Έχει αποδειχθεί με έρευνες που έχουν γίνει ότι η μη σωστή και ισορροπημένη διατροφή πέρα από το γεγονός ότι παχαίνει, μειώνει τα επίπεδα νοημοσύνης (Παπανικολάου, 2009).

Η σωστή και ισορροπημένη διατροφή σε καθημερινή βάση για τα παιδιά είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της παιδικής παχυσαρκίας, καθώς επίσης και όλων των επιπτώσεων που προκαλεί η παχυσαρκία (Ξένος, 2009). Τέλος τα παιδιά σε πολύ μικρή ηλικία ξεκινούν να αποκτούν το δικό τους χαρακτήρα και να συλλέγουν όλες τις γνώσεις που τους δίνονται. Άρα θα πρέπει οι γονείς, το σχολείο, οι συγγενείς να περάσουν στα παιδιά το μήνυμα ότι, καλή διατροφή σημαίνει υγιή μετέπειτα ζωή. Αυτό θα το επιτύχουν με το να προσπαθήσουν να κάνουν το παιδί να έχει καλές σχέσεις με το κάλο φαγητό, το υγιές φαγητό (Καραμανιάν, 2012).

5.2.3 Αλλαγή συμπεριφοράς

Ο καλύτερος τρόπος για να αντιμετωπίσουμε τη παιδική παχυσαρκία δεν είναι αποκλειστικά να ακολουθήσουμε μια διατροφή, αλλά να αλλάξουμε εξολοκλήρου τον τρόπο με τον οποίο ζούμε. Άρα λοιπόν, θα πρέπει να παρακινήσουμε τα παιδιά να κάνουν μια υγιή διατροφή και να γίνουν πιο ενεργά, οι αλλαγές θα πρέπει να γίνουν με αργό ρυθμό. Σιγά, σιγά θα πρέπει οι γονείς να εισάγουν τρόφιμα στη διατροφή των παιδιών. Οι αργές αλλαγές θα έχουν καλύτερα και πιο μεγάλης διάρκειας αποτελέσματα. Καλό θα ήταν το παιδί να τρώει ένα ρόφημα το πρωί, θα μπορούσαν οι γονείς επίσης, να του προτείνουν να προσθέσει μερικές ημέρες της εβδομάδας κάποιο στέρεο φαγητό μαζί με το ρόφημα, έτσι ώστε να πειστεί να το τρώει συνέχεια (Πέππα, 2009).

5.2.4 Αύξηση σωματικής δραστηριότητας

Η παιδική παχυσαρκία δεν προκαλείται μόνο από τη κακή διατροφή αλλά και από τη μειωμένη δραστηριότητα, γι' αυτό λοιπόν το λόγο θα πρέπει οι γονείς από μικρή ηλικία να πείθουν τα παιδιά τους να βρίσκονται σε συνεχή δραστηριότητα ακόμα και όταν δεν έχουν πολύ ελεύθερο χρόνο (Δημοσθενόπουλος, 2004).

Για να αυξήσουμε τη κινητικότητα του παιδιού μας θα πρέπει να αλλάξουμε τον τρόπο ζωής τους, προσθέτοντας τη σωματική άσκηση και κάνοντας το πιο ενεργό. Ο τρόπος ζωής των παιδιών στις μέρες μας γνωρίζουμε καλά, ότι αποτελείται από τη τηλεόραση, τα βιντεοπαιχνίδια και οτιδήποτε άλλο κάνει τα παιδιά να είναι αδρανή. Θα πρέπει λοιπόν να αλλάξουμε αυτό τρόπο ζωής προσθέτοντας τη γυμναστική και διάφορα παιχνίδια που προσφέρουν στα παιδιά κίνηση και ενέργεια, απομακρύνοντας τα έτσι από το καθιστικό τρόπο ζωής (Παπαβραμίδης, 2002).

Η γυμναστική είναι ο καλύτερος τρόπος να αντιμετωπίσουμε την παιδική παχυσαρκία, εκτός αν υπάρχουν προβλήματα υγείας που το εμποδίζουν (Βλασσερός, 2011). Επιπλέον έχει ως αποτέλεσμα να μειώνει την όρεξη, να ιδρώνουν τα άτομα και έτσι να χάνουν υγρά. Τέλος με τη γυμναστική αυξάνεται η φυσική ικανότητα του ατόμου (Δεληγιάννης, 1997).

Σε μια μελέτη που έγινε στις Η.Π.Α ανάμεσα σε λίγα παιδιά ηλικίας 10 ετών και για χρονικό διάστημα 18 μήνες, συσχετίστηκε η παιδική παχυσαρκία με την γυμναστική. Αρχικά λοιπόν, μετρήθηκε το βάρος και το ύψος όλων των παιδιών, στη συνέχεια σημειώθηκε ο χρόνος δραστηριότητας τους, ο χρόνος που παρακολουθούν τηλεπαιχνίδια και οι διατροφικές συνήθειες τους. Αφού λοιπόν απαντήθηκαν όλα αυτά μέσα από ερωτηματολόγια, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 10% αγοριών και κοριτσιών ήταν παχύσαρκα, το 17,8% αγοριών και 14,8% ήταν υπέρβαρα (Laurson et al, 2008).

5.2.5 Ψυχολογική υποστήριξη

Η επιθυμία της απώλειας σωματικού βάρους είναι αρκετά δύσκολη, καθώς θα πρέπει να διαφοροποιήσει τις τροφές που λαμβάνει. Η ψυχολογία είναι αυτή που άμεσα επηρεάζεται γιατί δε μπορεί και δε ξέρει να αλλάξει όλους τους παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για τη διατροφή του (Πιπεράκης, 2002).

Αυτό έχει ως συνέπεια όμως το παιδί να τρώει σε σύντομα χρονικά διαστήματα, ακατάλληλες ώρες, μεγάλες ποσότητες φαγητού. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπεύθυνος για τη θεραπεία του παιδιού είναι ο ψυχολόγος ή ο παιδοψυχίατρος (Τζώχζας & Χαραλαμπίδης, 2005).

Για να αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά διάφορα θέματα της ζωής, όπως είναι η διατροφή, θα πρέπει να υπάρχει αρμονία και κοινός προορισμός με το ψυχολογικό κόσμο του ανθρώπου. Απαραίτητη είναι η βοήθεια από διάφορους φορείς της ψυχικής υγείας, προκειμένου να προσφέρουν τις γνώσεις τους για ψυχοθεραπεία (Βασιλειάδης, 2010). Αν το παιδί θέλει να χάσει κιλά και είναι παχύσαρκο, τότε η βοήθεια ενός υπεύθυνου και εξειδικευμένου ατόμου σχετικά με τη παχυσαρκία, είναι πολύ σημαντική για να αντιμετωπιστεί σωστά. Τα αρνητικά σχόλια δε πρέπει να υπάρχουν απέναντι στο παιδί, αντίθετα μόνο επιβραβεύσεις και συμπαράσταση είναι εκείνα που θα βοηθήσουν να υπάρξει αποτέλεσμα. Τέλος θα πρέπει να εξηγήσουμε στο παιδί ότι το θέμα της παχυσαρκίας είναι δύσκολο και χρειάζεται αρκετό χρόνο για να φτάσουμε στο επιθυμητό αποτέλεσμα, άρα συνεχής προσπάθεια και υπομονή είναι τα απαραίτητα στοιχεία για την αντιμετώπιση (Δεβετζόγλου, κ.ο, χ.χ).

5.3 Τρόποι αποφυγής της παχυσαρκίας και προσθήκης περιττών κιλών στο παιδί

Αρχικά μετράμε σε τακτά διαστήματα το ύψος και το βάρος του παιδιού και ο παιδίατρος είναι υπεύθυνος να μας ενημερώσει στη συνέχεια, αν υπάρχει ομαλή και σωστή ανάπτυξη στο παιδί. Επιπλέον, όλα τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να τρέφονται με υγιεινές τροφές, έτσι ώστε και το παιδί στη συνέχεια να υιοθετεί τον ίδιο τρόπο με τον όποιον θα τρέφεται. Καθώς επίσης, τα παιδιά είναι καλό να ενημερώνονται από τους γονείς τους, με τι είναι καλό να τρέφονται, έτσι ώστε να λαμβάνουν από μόνα τους, αυτές τις τροφές. Η ποσότητα του φαγητού θα πρέπει να είναι μέτρια προς μικρή. Οι γονείς είναι υπεύθυνοι να επιβλέπουν το παιδί τους για την ώρα που σπαταλά στην τηλεόραση και να το παροτρύνουν να ασχολείται περισσότερο με τη γυμναστική. Ποτέ να μην χρησιμοποιούν το φαγητό ως τιμωρία ή επιβράβευση και επιπλέον να μην αφαιρούν καμία τροφή που επιθυμεί το παιδί, αλλά τη δίνουν σε μικρή ποσότητα. Αυστηρές δίαιτες να μην δίνονται σε παιδιά και δίαιτες που δεν έχουν ελεγχθεί πρώτα από διαιτολόγο-διατροφολόγο. Τέλος οι μητέρες, οι οποίες θήλασαν τα παιδιά τους για μεγάλο χρονικό διάστημα, δηλαδή τουλάχιστον μέχρι 1 έτους, θα πρόσφεραν στα παιδιά τους το πλεονέκτημα να μην γίνουν παχύσαρκα στη μετέπειτα ζωή τους, ακόμη σε παιδιά που είναι κάτω των 3 ετών δεν επιτρέπεται να ελαττώσουμε το λίπος (Καφάτος, 2002).

5.4 Αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας με χειρουργείο

Τα τελευταία χρόνια η επιλογή χειρουργικής επέμβασης, προκειμένου να αντιμετωπίσουμε τη παχυσαρκία έχει αυξηθεί. Η χειρουργική επέμβαση έχει ως συνέπεια να δημιουργεί στον ασθενή την αίσθηση του κορεσμού πολύ γρήγορα με τη λήψη μικρής ποσότητας τροφής. Αυτό βέβαια επιτυγχάνεται με τη διαφοροποίηση του μεγέθους του στομάχου, η οποία θα κάνει το στομάχι πιο μικρό. Για να εκτελεστεί τέτοιου είδους επέμβαση, θα πρέπει αρχικά να το επιθυμεί ο ίδιος ο ασθενής και στη συνέχεια να είναι παρόντες ψυχολόγος και διαιτολόγος.

Δύο νέα είδη επεμβάσεων είναι:

1. Η τοποθέτηση μπαλονιού με νερό που εισάγεται με τη βοήθεια της γαστροσκόπησης και ο ασθενής να βρίσκεται σε καταστολή. Η διαδικασία είναι γρήγορη, διαρκεί περίπου μισή

ώρα αλλά πρέπει ο ασθενής να παραμένει για μια νύχτα μέσα στο νοσοκομείο. Η διάρκεια παραμονής του μπαλονιού είναι περίπου 6 μήνες, αν όμως δεν έχουν επέλθει τα επιθυμητά αποτελέσματα, δηλαδή απώλεια καθορισμένου σωματικού βάρους, τότε μπορεί να τοποθετηθεί καινούργιο μπαλόνι.

2. Ο δεύτερος τρόπος επέμβασης είναι η μόνιμη ή μη τοποθέτηση δακτυλίου σιλικόνης γύρω από το στομάχι.

Τέλος, αυτές οι χειρουργικές επεμβάσεις θα πρέπει να επιλέγονται, αφού πρώτα εφαρμόζονται όλοι οι μη χειρουργικοί τρόποι αντιμετώπισης, όπως είναι η διατροφή – γυμναστική. Και βέβαια να πραγματοποιούνται μέσα σε ιατρικά κέντρα με τα κατάλληλα μέσα και τη παρουσία εξειδικευμένων ανθρώπων (Ζαμπέλας, 2007).

5.5 Φαρμακευτική Αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκία

Όταν δεν μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε την παιδική παχυσαρκία με όλα τα συντηρητικά μέσα, όπως γυμναστική, σωστή διατροφή κ.λ.π. τότε καταλήγουμε στη χορήγηση φαρμάκων, να σημειωθεί σε αυτό το σημείο ότι τα φάρμακα από μόνα τους δεν κάνουν θαύματα αν δεν τηρούνται από το παιδί και όλα τα συντηρητικά μέσα. Επιπλέον τα φάρμακα που υπάρχουν για τα παιδιά είναι πολύ λιγότερα σε σχέση με εκείνα που δίνονται για τους ενήλικες (Πέππα, 2009).

Η ορλιστάτη και η σιμπουτραμίνη είναι δύο ουσίες που βρίσκονται σε κάποια συγκεκριμένα φάρμακα. Η χρήση τους φέρει αποτελέσματα, αλλά έχει διαπιστωθεί ότι απαγορεύεται η χρήση αυτών των ουσιών για μικρά παιδιά. Φάρμακα τα οποία περιέχουν ορλιστάτη και χρησιμοποιούνται για ενήλικες επιτρέπεται πλέον να χρησιμοποιούνται και για εφήβους. Αυτά τα φάρμακα έχουν ως συνέπεια να μειώνουν την απορρόφηση λίπους από το έντερο, που αυτό οδηγεί στη μείωση του σωματικού βάρους, του λίπους, της χοληστερίνης και του σακχάρου (Τζώτζας & Χαραλαμπίδης, 2005).

Ένα επίσης καλό φάρμακο είναι η σιμπουτραμίνη, η οποία φέρει αποτελέσματα. Το συγκεκριμένο φάρμακο διακόπτει τη πρόσληψη της σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, αυτό προκαλεί στο άτομο μειωμένη όρεξη και αύξηση του κορεσμού. Χρησιμοποιήθηκε σε εφήβους

με πολύ καλά αποτελέσματα στην μείωση του σωματικού βάρους, αλλά πάντα με τη βοήθεια και την επίβλεψη διαιτολόγου.

Σε παιδιά που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα και τους χορηγούνται ψυχολογικά φάρμακα, η μετφορμίνη είναι η πιο κατάλληλη λύση στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Η μετφορμίνη είναι ένα αντιδιαβητικό φάρμακο που δίνεται ακόμα και σε παιδιά με διαβήτη, αφού η κύρια λειτουργία της είναι, η αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης (Πέππα, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην παιδική παχυσαρκία

Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί ένα πρόβλημα με πολλούς παράγοντες, το οποίο απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση. Η βασική μελέτη του ινστιτούτου φαρμάκων προτείνει ότι οι προσπάθειες για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας πρέπει να συμπεριλάβουν την εξάπλωση του ρόλου των νοσηλευτών και την επικέντρωσή τους στα σχολεία (IOM, 2012).

Πολλές επιστημονικές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι τα παιδιά που είναι στη κατηγορία των παχύσαρκων, ενέχουν το ρίσκο για σωματικές και ψυχολογικές παθήσεις όπως υπέρταση, διαβήτη τύπου 2 και κατάθλιψη. Οι σχολικοί νοσηλευτές βρίσκονται στο σωστό μέρος και είναι η μόνη παροχή υγείας, ικανοί να αντιμετωπίσουν τη ραγδαία αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας (Ogden et al, 2012). Τα σχολεία αποτελούν ιδανικό χώρο για να γίνουν σημαντικές αλλαγές καθώς είναι ο χώρος που τα παιδιά περνούν το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας τους και καταναλώνουν το 1/3 με 1/2 των καθημερινών τους θερμίδων (IOM, 2012).

Οι σχολικοί νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη πρόληψη της παχυσαρκίας διότι δίνουν συμβουλές στους γονείς αλλά και στα παιδιά όσον αφορά τη διατροφή. Όλη η οικογένεια πρέπει να είναι ενήμερη για τη διατροφική πυραμίδα, για το ποιες τροφές πρέπει να τρώει κυρίως το παιδί και για την σωματική άσκηση που πρέπει να εντάξει στη ζωή του. Με αυτές τις συμβουλές μπορούμε να ελαττώσουμε τα ποσοστά παχύσαρκων παιδιών ακόμα και να τα προλάβουμε. Η συνεννόηση, η αμοιβαία βοήθεια και οι κοινές προσπάθειες ανάμεσα στους σχολικούς νοσηλευτές, τους σχολικούς διευθυντές και το υπόλοιπο σχολικό προσωπικό ίσως να

είναι η πιο ενδεδειγμένη λύση στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι η αύξηση της δραστηριότητας των σχολικών νοσηλευτών συνδέθηκε με τη ποσοστιαία μείωση των παχύσαρκων μαθητών (O'Brien, 2012).

Ο σχολικός νοσηλευτής εκτός από την συνεργασία που πρέπει να έχει με τους μαθητές και το προσωπικό του σχολείου, είναι σημαντικό να επικοινωνεί επίσης και με τους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον ο σχολικός νοσηλευτής είναι υπεύθυνος στο να εκπαιδεύσει όλο το προσωπικό του σχολείου έτσι ώστε να γίνουν οι απαραίτητες διορθώσεις στο σχολείο. Και να οδηγήσουν σε έναν πιο ισορροπημένο τρόπο ζωής τους μαθητές, καθώς και να βελτιώσουν το τρόπο ζωής τους (James et al, 2004).



6.1 Ιστορική Αναδρομή

Οι σχολικοί νοσηλευτές ανήκουν στις κοινοτικές υπηρεσίες, οι οποίες βοηθάνε άτομα με προβλήματα υγείας που βρίσκονται σε σχολεία ή ιδρύματα. Επιπλέον βοηθάνε άτομα που δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω χαμηλού, είτε μηδενικού εισοδήματος.

Το 1893 άνοιξε στην Νέα Υόρκη το πρώτο κοινοτικό ίδρυμα, το οποίο παρείχε υπηρεσίες υγείας σε οικογένειες χαμηλών κοινωνικών τάξεων με χαμηλές οικονομικές απολαβές. Το

ίδρυμα λεγόταν «Henry Street Settlement» και είχε ιδρυθεί από τις Lillian Wald και Mary Brewster.

Τα επόμενα χρόνια ψηφίστηκε νόμος που όριζε την υποχρεωτική ιατρική παρακολούθηση των μαθητών στα σχολεία και κυρίως των παιδιών που έπασχαν από κάποια μεταδιδόμενη ασθένεια και ευθύνονταν για τη μετάδοση του νοσήματος τους σε όλη τη σχολική κοινότητα. Οι ιατροί είχαν ως εντολή να απομακρύνουν τα άρρωστα παιδιά από το σχολείο ώστε να προστατέψουν τα υγιείς παιδιά και να μην νοσήσουν και αυτά. Οι σχολικοί νοσηλευτές τοποθετήθηκαν στα σχολεία προκειμένου να σταματήσουν την διασπορά των μεταδοτικών νόσων (Νοσηλευτική 2006).

Έως το 1903 υπήρξε μείωση της τάξης του 90% στους άρρωστους μαθητές που βρίσκονταν εντός των σχολικών μονάδων. Κάθε χρόνο απομακρύνονταν συνολικά από τα σχολεία της Αμερικής περίπου 1000 παιδιά. Η μεταδιδόμενες ασθένειες μειώθηκαν ριζικά και αυτό χάρη στους σχολικούς νοσηλευτές που εκτός από την απομάκρυνση των παιδιών συνέβαλλαν και στη φροντίδα των μικρών μαθητών κατοίκων αλλά και στην ενημέρωση των γονιών σχετικά με την φροντίδα και την προστασία της υγείας των παιδιών τους.

Η ενημέρωση των γονιών όπως και η εκπαίδευση των μαθητών σχετικά με το τρόπο ζωής που πρέπει να ακολουθούν αποτελούσαν μεθόδους πρόληψης των ασθενειών. Οι νοσηλευτές μάθαιναν στα παιδιά την διατροφή που έπρεπε να ακολουθούν ώστε να τρέφονται σωστά και υγιεινά, τις ασκήσεις που έπρεπε να κάνουν ώστε να προστατεύουν το σώμα τους και αναπτυχθούν σωστά και τέλος τον βασικό ιατρικό έλεγχο που έπρεπε να κάνουν προκειμένου να προλαμβάνουν ασθένειες και να παραμένουν υγιείς.

Οι σχολικοί νοσηλευτές φαίνεται πως πέτυχαν πολύ μεγάλα και σημαντικά αποτελέσματα στο τομέα της υγείας των παιδιών και γι' αυτό μετά τη δοκιμαστική περίοδο της τοποθέτησης τους στα σχολεία, μονιμοποιήθηκαν και επεκτάθηκαν σε όλη την Αμερική. Η επιτυχία των σχολικών νοσηλευτών στις Η.Π.Α έκανε και άλλες χώρες να τους εντάξουν στο σχολικό τους σύστημα.

Το 1970 οι ευθύνες και ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή άλλαξε. Είχε πλέον ευθύνη για την προστασία της δημόσιας υγείας. Η πρόληψη και η προστασία της δημόσιας υγείας γίνονταν μέσα από την επίσκεψη του νοσηλευτή στα σπίτια των μαθητών.

Στην Ευρώπη ο σχολικός νοσηλευτής εισάχθηκε στα σχολεία το 1892 στον Λονδίνο, προκειμένου να ελέγχουν την διατροφή των μαθητών. Με το πέρασμα των χρόνων ο ρόλος τους αναβαθμίστηκε και είχαν ως ευθύνη την προαγωγή της υγείας σε βιοψυχοκοινωνικό επίπεδο. Οι χώρες της κεντρικής – βόρειας Ευρώπης Γερμανία, Δανία, Γαλλία και της Σκανδιναβίας, Σουηδία, Φιλανδία, Νορβηγία θεσμοθέτησαν τον ρόλο του σχολικού νοσηλευτή λίγα χρόνια μετά (Κυριακίδου, 2005).

6.2 Οι σχολικοί νοσηλευτές στην Ελλάδα

Ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή στην Ελλάδα χρονολογείται από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα, συμπίπτοντας περίπου χρονικά με τη δημιουργία του τομέα της Κεντρικής Υπηρεσίας στο Υπουργείο Παιδείας. Το 1914 θεσμοθετήθηκε ο ρόλος του σχολικού ιατρού και της υγειονομικής υπηρεσίας στα σχολεία.

Στη δεκαετία του '70 αρμόδια για τους σχολικούς ιατρούς ορίστηκε η Κοινωνική υπηρεσία. Η κοινωνική υπηρεσία είχε ξεχωριστή διεύθυνση που ασχολούνταν με τους σχολικούς νοσηλευτές το τμήμα «Σχολικής Υγιεινής». Το τμήμα αυτό είχε την ευθύνη για την δημιουργία και την εφαρμογή των προγραμμάτων σχετικά με την προστασία και την προαγωγή της υγείας στα σχολεία. Οι υπεύθυνοι του τμήματος αναλάμβαναν την πρόληψη του κατάλληλου εκπαιδευτικού προσωπικού που θα μπορούσε να διδάξει τους τρόπους υγιεινής στα σχολεία, σε κέντρα και σε ιδρύματα που φιλοξενούσαν παιδιά.

Παρόλο που οι σχολικοί νοσηλευτές ήταν αρμοδιότητα της Κοινωνικής Υπηρεσίας το Υπουργείο Παιδείας συνεργαζόταν στενά μαζί σχετικά με το θέμα των σχολικών νοσηλευτών. Το Υπουργείο Παιδείας είχε ως αρμοδιότητα του, την προστασία της υγείας των μαθητών, μέσα από προληπτικές εξετάσεις, έκδοση ατομικών δελτίων υγείας και καταγραφή των θανάτων των παιδιών αλλά και των εκπαιδευτικών από μεταδοτικές ασθένειες (PEARCE, 1995).

Το 1980 υπήρχαν και λειτουργούσαν καταγεγραμμένα 240 σχολικά ιατρεία και 6 Κέντρα Μαθηματικής Αντίληψης Πανελλαδικώς. Στα σχολεία διορίζονταν από το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, ως εκπαιδευτικοί, οι σχολικοί επισκέπτες υγείας. Παρόλα αυτά ποτέ δεν καλύφθηκαν πλήρως οι θέσεις των επισκεπτών υγείας στα σχολεία. Το 1985 ενώ υπήρχαν 362

θέσεις που έπρεπε να καλυφθούν, διορίστηκαν μόνο 32 νοσηλευτές σε όλη την Ελλάδα. Αυτό συνέβη λόγω της προβληματικής σύστασης που είχε τότε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ), το οποίο κατήργησε τις μονάδες παροχής υγείας που δίνονταν μέχρι τότε στα σχολεία.

Το 1992 ψηφίστηκε νόμος που όριζε την ύπαρξη και την παροχή των υπηρεσιών σχολικής υγείας με σκοπό την πρόληψη και την προστασία της υγείας, χωρίς όμως να προσδιορίζονται οι μονάδες που θα παρέχουν τις υπηρεσίες αυτές. Το 1997 δημιουργήθηκε μια νέα Διεύθυνση Σχολικής Υγείας από το Υπουργείο Παιδείας, η οποία είχε ευθύνη για την δημιουργία και την υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης και παροχής υγείας στα σχολεία. Τα προγράμματα είχαν ως στόχο και την προαγωγή και την προστασία της ψυχολογικής υγείας των παιδιών η οποία πραγματοποιούνταν μέσα από τη συστηματική εποπτεία των παιδιών στο σχολικό περιβάλλον. Ο ίδιος νόμος όριζε την ύπαρξη ενός τμήματος που θα ονομάζονταν «Διεύθυνση της Υγείας» και θα υπήρχε σε κάθε περιφέρεια της χώρας. Το τμήμα αυτό είχε παρόμοιες ευθύνες και αρμοδιότητες με το τμήμα « Διεύθυνση Σχολικής Υγείας», μόνο που θα αφορούσε την προστασία, τη πρόληψη και την προαγωγή της Υγείας όλων των κατοίκων της Περιφέρειας.

Τα παραπάνω τμήματα στελεχώνονταν σύμφωνα με τον νόμο με εξειδικευμένους γιατρούς διάφορων ειδικοτήτων όπως παιδίατροι, οδοντίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές (Καφάτος & Αποστολάκη, 1998).

Ωστόσο, ο νόμος όριζε πως οι νοσηλευτές δεν μπορούσαν να έχουν την πλήρη διεύθυνση ενός τέτοιου τμήματος. Την διεύθυνση των σχολικών τμημάτων αναλάμβαναν εκπαιδευτικοί, το διδακτικό προσωπικό των σχολείων ενώ των περιφερικών αναλάμβαναν άτομα από το προσωπικό της τοπικής αυτοδιοίκησης. Οι διευθυντές ορίζονταν από το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων. Τα διευθυντικά στελέχη πραγματοποιούσαν επισκέψεις στα σχολεία προκειμένου να ελέγξουν την κατάσταση της υγείας των παιδιών, πόσα έχουν διδαχθεί μέσα από τα προγράμματα υγείας που παρακολουθούν, τον τρόπο με τον οποίον δουλεύουν τα άτομα που στελεχώνουν τα τμήματα υγείας και κατά πόσο υλοποιούνται σωστά τα προγράμματα.

Το 2003 το τμήμα σχολικής υγείας στα σχολεία μετονομάστηκε σε τμήμα διεύθυνσης δημόσιας υγιεινής. Ωστόσο, η στελέχωση και ο τρόπος λειτουργίας του παρέμειναν ίδια. Τα σχολικά τμήματα υγείας πέρασαν στην αρμοδιότητα του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Θρησκευμάτων και του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Παιδείας.

Ο νόμος του 2003 ισχύει μέχρι και σήμερα μαζί με ορισμένες αλλαγές που έγιναν και θεσμοθετήθηκαν το 2005, οι οποίες σχετίζονταν με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργία των τμημάτων. Οι νοσηλευτές εργάζονται και διορίζονται στα σχολεία από το 1985 με μοναδικό κριτήριο να έχουν πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με την νοσηλευτική ή την βρεφονηπιοκομεία. Τα τμήματα διευθύνονται από εκπαιδευτικούς της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Σήμερα στα δημόσια σχολεία της χώρας ο τομέας της υγείας θα λέγαμε πως υπολειτουργεί. Πλέον, νοσηλευτές υπάρχουν μόνο σε σχολεία ειδικής αγωγής, πράγμα που σημαίνει πως πανελλαδικώς εργάζονται συνολικά μόνο 45 νοσηλευτές σε σχολεία. Στα ιδιωτικά σχολεία οι διευθυντές αποφασίζουν για την ύπαρξη ή όχι του νοσηλευτή. Δεν υπάρχει κάποιος ισχύον νόμος που να τους υποχρεώνει εξάλλου, να προσλάβουν ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Νοσηλευτική, 2006).

6.3 Μάθημα Αγωγής της Υγείας στο σχολείο

Το μάθημα της Αγωγής της Υγείας στα σχολεία δεν είναι πάντα προγραμματισμένο. Πολλές φορές μπορεί να ενταχθεί στο πρόγραμμα εκτάκτως, λόγω της ύπαρξης κάποιου απρόσμενου συμβάντος.

Τα προγραμματισμένα μαθήματα έχουν συγκεκριμένες ώρες και μέρες που πραγματοποιούνται. Το προγραμματισμένο μάθημα πραγματοποιείται μετά από συνεννόηση του υπεύθυνου με το διδακτικό προσωπικό και τη διεύθυνση του σχολείου.

Κατά τη διάρκεια του μαθήματος ο νοσηλευτής ενημερώνει σε προληπτικό τόνο, πάντα, τα παιδιά σχετικά με θέματα της υγείας. Η ατομική υγιεινή, η καθαριότητα και η συμβολή της άσκησης αποτελούν μερικά από τα κύρια θέματα συζήτησης. Επίσης, η συμβολή των εμβολίων, η πρόληψη των ατυχημάτων, τις επιβλαβές συνήθειες που έχει στην υγεία το κάπνισμα και τα ναρκωτικά καθώς και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και πως μπορούν να προστατευτούν. Συνήθως το θέμα της συζήτησης σε κάθε μάθημα επιλέγεται βάση των συνθηκών και των αναγκών που παρουσιάζονται. Ο σχολικός νοσηλευτής έχοντας τις

απαραίτητες γνώσεις διδάσκει τα παιδιά και τα προετοιμάζει σε περίπτωση που εκείνα χρειαστεί να έρθουν αντιμέτωπα με κάποια επιδημία, ατύχημα ή λοίμωξη (Παπανικολάου, 2009).

Παρόλα αυτά το γραφείο του σχολικού νοσηλευτή είναι πάντα ανοικτό για τα παιδιά και ο ίδιος είναι πάντα εκεί για να λύσει απορίες που μπορεί να έχουν οι μαθητές και να τους απασχολούν. Οι σχολικοί νοσηλευτές πρέπει να δημιουργούν μέσα από το μάθημα σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά ώστε εκείνα να έχουν το θάρρος και να πηγαίνουν να τον επισκεφτούν και να τον ρωτήσουν, όποτε τον χρειάζονται. Εξάλλου ο νοσηλευτής δεν είναι εκεί για να κρίνει και να εξετάσει τα παιδιά αλλά για να τους μάθει το σωστό τρόπο ζωής που πρέπει να ακολουθούν και να φύγουν ως ώριμοι και υγιείς ενήλικες από το σχολείο (Καφάτος, 1999).

6.4 Καθήκοντα του νοσηλευτή μέσα στο μάθημα

Ο σχολικός νοσηλευτής διορίζεται στα σχολεία μέσα από το Υπουργείο Παιδείας, το οποίο είναι αρμόδιο και υπεύθυνο για τις πράξεις του. Καθήκον του νοσηλευτή είναι να πραγματοποιεί το μάθημα σύμφωνα με τις οδηγίες που του έχουν δοθεί από το Υπουργείο Παιδείας. Η επίβλεψη του ωστόσο, επιλέγεται να γίνεται από άτομα που έχουν προϋπηρεσία στον τομέα της Υγείας τα οποία έχουν γνώσεις πάνω στο θέμα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επικεντρώνεται στα θέματα υγείας που απασχολούν το σχολείο και να αναπτύσσει τις δράσεις πάνω σε αυτόν το τομέα. Λόγω όμως αυτής της εξειδίκευσης και της επικέντρωσης τους μόνο σε θέματα του σχολείου, δεν έχει τον απαραίτητο χρόνο να ασχοληθεί με θέματα που αφορούν την κοινότητα και που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση πολλών σχολικών θεμάτων υγείας.

Οι σχολικοί νοσηλευτές ανήκουν στους κοινοτικούς νοσηλευτές και έτσι μπορούν να εργαστούν και να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και σε άλλα ιδρύματα και κοινοτικά συγκροτήματα. Έχει την δυνατότητα να προσφέρει παράλληλα τις υπηρεσίες του σε κάποιο σχολείο και σε κάποιο ίδρυμα της ίδιας περιοχής, δίχως να υπάρξει κάποιο πρόβλημα. Με αυτόν τον τρόπο συμβάλλει στην ενημέρωση και τη προστασία μεγαλύτερης μερίδας του πληθυσμού. Συνήθως οι νοσηλευτές που προσλαμβάνονται σε δημόσια σχολεία προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και αλλού. Οι νοσηλευτές που προσλαμβάνονται σε ιδιωτικά σχολεία δουλεύουν αποκλειστικά σε αυτά. (Lobstein et al, 2004).

Τα καθήκοντα των νοσηλευτών μέσα στο μάθημα περιλαμβάνουν την ενημέρωση των μαθητών για την προστασία της υγείας του, την εξέταση των μαθητών και την λήψη των απαραίτητων μέτρων. Εξαιτίας του εκπαιδευτικού του ρόλου, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την πρωτοβάθμια, την δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα των μαθητών.

Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την παροχή άμεσης φροντίδας των μαθητών σε περίπτωση τραυματισμού τους όπως και για την φροντίδα και την άμεση θεραπεία μαθητών που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου και αντιμετωπίζουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας. Επιπλέον, είναι υπεύθυνος για την δημιουργία προγράμματος προστασίας των μαθητών και των δασκάλων σε περίπτωσης κινδύνου εξαιτίας επιδημιολογικής κρίσης. Ακόμη αποτελεί μέλος της ομάδας υγείας του σχολείου που αποτελείται από ψυχολόγο, γιατρό και κοινωνικό λειτουργό αλλά και από κάποιον καθηγητή του σχολείου. Τέλος, είναι καθήκον του να εκπαιδεύει τα παιδιά σχετικά με θέματα υγείας που τους αφορούν.

Προκειμένου να φανεί αντάξιος στα καθήκοντα του πρέπει να διαθέτει γνώσεις πάνω στην ψυχολογία και τη διαχείριση του στρες, πάνω στη διαχείριση των ενδοσχολικών προβλημάτων και της ψυχολογίας των παιδιών. Ο νοσηλευτής αποτελεί εκτός των άλλων παράδειγμα προ μίμηση για τα παιδιά και γι αυτό πρέπει να έχει την ικανότητα να καθοδηγεί τα παιδιά στο να πετύχουν τους στόχους τους και να τους μαθαίνει να λειτουργούν μέσα σε μια ομάδα (Γαρδίκας, 2018).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω οι νοσηλευτές έχουν ως στόχο τη πρωτογενή πρόληψη των μαθητών. Αυτό σημαίνει πως μέσα στις ιδιότητες τους περιλαμβάνεται η ένταξη δραστηριοτήτων μέσα από τις οποίες θα προάγεται η υγεία των παιδιών. Τα παιδιά θα μαθαίνουν να προστατεύουν τον εαυτό τους σε περίπτωση ατυχήματος ή κάποιας αρρώστιας. Για την επίτευξη της πρωτογενούς πρόληψης ο νοσηλευτής μαζί με τους μαθητές μπορούν να δημιουργήσουν αφίσες ή ακόμα ολόκληρες εκθέσεις, οι οποίες θα αφορούν την πρόληψη και την καταπολέμηση ασθενειών ή επιβλαβών συνηθειών για τη υγεία. Τα θέματα που μας αφορούν να πραγματεύονται είναι η αξία της υγιεινής διατροφής και της άσκησης, η καταπολέμηση του καπνίσματος, του αλκοόλ και των ναρκωτικών αλλά και τη προστασία του περιβάλλοντος. Επιπλέον, μπορούν να σχετίζονται με ψυχικά θέματα που απασχολούν τα παιδιά, όπως είναι ο σχολικός εκφοβισμός, η ενδοοικογενειακή βία και άλλα ζήτημα διαβίωσης (McPhee et al, 2008).

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την διάγνωση παιδιών με προβλήματα όρασης, ακοής και κινητικότητας, την καταπολέμηση τους και την ένταξη τους στο σχολικό περιβάλλον ισότιμα με τα άλλα παιδιά. Επιπλέον, είναι υπεύθυνοι για τον εμβολιασμό των παιδιών.

Σχετικά με την δευτερογενή πρόληψη οι νοσηλευτές ευθύνονται για την επίλυση επειγόντων περιστατικών. Ως επείγοντα περιστατικά θεωρούνται τα ατυχήματα που γίνονται εντός του σχολικού χώρου και οι ξαφνικές αρρώστιες των μαθητών του σχολείου. Ο νοσηλευτής είναι αυτός που θα διαγνώσει την ασθένεια ενός παιδιού και θα το παραπέμψει στον κατάλληλο γιατρό. Για να το καταφέρει αυτό πρέπει να ελέγχει τακτικά τους μαθητές, τα δελτία υγείας τους αλλά και να ενημερώνεται για την συμπεριφορά τους και την επίδοση τους μέσα στην τάξη.

Επιπλέον, η δευτερογενής πρόληψη τον ορίζει ως σύμβουλο των παιδιών σχετικά με προβλήματα υγείας σωματικά αλλά και ψυχολογικά. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι στη διαθεσιμότητα των παιδιών και να τα καθοδηγεί, να τα συμβουλεύει όποτε εκείνα τον χρειαστούν. Τα παιδιά πρέπει να έχουν την δυνατότητα να εντοπίζουν άμεσα τον νοσηλευτή και να επικοινωνούν μαζί του όποτε αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα. Αν ο νοσηλευτής δεν έχει την απαραίτητη εξειδίκευση και τις κατάλληλες γνώσεις πάνω στο θέμα που μπορεί να απασχολεί τον μαθητή, τότε είναι καθήκον του να τον παραπέμψει στον κατάλληλο ειδικό για να τον συμβουλέψει (Barlow, 2007).

Τέλος, η τριτογενής πρόληψη ορίζει πως ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την πρόληψη και την αποφυγή των ατυχημάτων και ασθενειών σε μαθητές του σχολείου. Ακόμη είναι αποκατάσταση των μαθητών που έχουν αρρωστήσει και στην επανένταξη τους στη τάξη και στο ευρύτερο σχολικό περιβάλλον. Φροντίζει και υποστηρίζει τα παιδιά με χρόνια προβλήματα υγείας εντός και εκτός σχολείου.

Στις αρμοδιότητες του συμπεριλαμβάνεται και η επίσκεψη στο σπίτι των παιδιών κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης τους. Έτσι συμβάλλει στην πλήρη αποκατάσταση τους, η οποία χάρη στην βοήθεια του επέρχεται πιο γρήγορα. Ενημερώνεται συνεχώς για την κατάσταση της υγείας των άρρωστων παιδιών και παρέχει τις πρώτες βοήθειες όποτε χρειάζεται σε αυτά.

Επιπλέον σε περιπτώσεις παιδιών με χρόνια σοβαρά προβλήματα υγείας όπως είναι ο καρκίνος, ο διαβήτης, η μεσογειακή αναιμία, οι καρδιοπάθειες αλλά και κινητικά προβλήματα, ο νοσηλευτής βρίσκεται σε άμεση επαφή και συνεργασία με τους καθηγητές, τους γονείς και τους

γιατρούς του παιδιού. Η συνεργασία τους και η ανταλλαγή χρήσιμων πληροφοριών μπορεί να τους βοηθήσει και να διαχειριστούν καλύτερα την κατάσταση του παιδιού. Όλοι μαζί μπορούν να διαμορφώσουν καλύτερες σχολικές συνθήκες και δομές για το σχολείο προκειμένου τα παιδιά να αισθάνονται άνετα. Η δημιουργία ραμπών, ειδικών χώρων και ειδικών διαδρόμων είναι μια συλλογική απόφαση η οποία πρέπει να λαμβάνεται πάντα με την καθοδήγηση των νοσηλευτών (Νοσηλευτική, 2006).

6.5 Ο νοσηλευτής και η θεραπευτική αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας

Οι νοσηλευτές εκτός από την φροντίδα και την προστασία των παιδιών κατά τη διάρκεια που αυτά βρίσκονται στο σχολείο είναι υπεύθυνοι και για την εκμάθηση τους του σωστό και ισορροπημένου τρόπου ζωής. Οι νοσηλευτές είναι εκείνοι που μέσα από το μάθημα της Αγωγής της Υγείας διαπαιδαγωγούν τα παιδιά σε θέματα υγείας. Ένα βασικό θέμα είναι και αυτό της σωστής και ισορροπημένης διατροφής και η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

Η ανάγκη για την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, ο οποίος περιλαμβάνει εκτός από την σωστή διατροφή και την σωματική άσκηση των παιδιών καθιστά αναγκαία την ύπαρξη του νοσηλευτή στο σχολικό περιβάλλον. Η διδασκαλία των υγιεινών αυτών συνθηκών πρέπει να γίνεται από ανθρώπους με γνώσεις και ειδικές σπουδές πάνω στο θέμα της, καθώς μπορεί να δημιουργήσουν στα παιδιά πέρα από την υπάρχουσα παχυσαρκία τους και επιπρόσθετα προβλήματα υγείας.

Ο νοσηλευτής αρχικά μαθαίνει στα παιδιά το σωστό διαιτολόγιο που πρέπει να ακολουθούν. Αρχικά τους λέει για το πόσο απαραίτητη θεωρείται η μείωση της πρόσληψης λιπών μέσα από τις τροφές και τα γεύματα που καταναλώνουν. Στη συνέχεια τους μαθαίνει τον τρόπο με τον οποίο μεταβολίζονται οι τροφές μέσα στο σώμα αλλά και ποιες τροφές δημιουργούν ταιριαστούς, θρεπτικούς και εύκολα μεταβολιζόμενους συνδυασμούς, έτσι ώστε τα παιδιά να τους μάθουν και να τους ακολουθούν. Έπειτα, τους μαθαίνει τις τροφές που δεν

προσφέρουν καμία θρεπτική αξία στον οργανισμό τους και γι' αυτό θα πρέπει να τις αφαιρέσουν από το διαιτολόγιο τους. Τέλος, τους μαθαίνει το μέγεθος των μερίδων που πρέπει να έχει κάθε γεύμα τους, ώστε να μην εκείνα να χορτάσουν αλλά παράλληλα να λαμβάνουν όλα τα απαραίτητα συστατικά που χρειάζονται δίχως να καταναλώνουν μεγάλες μερίδες φαγητού.

Ο νοσηλευτής επομένως κατέχει παιδαγωγική θέση μέσα στο σχολείο καθώς, αναλαμβάνει χρέη εκπαιδευτικού. Είναι εξολοκλήρου υπεύθυνος για το σχεδιασμό και την υλοποίηση του μαθήματος « Αγωγή της Υγείας », το οποίο είναι υψίστης σημασίας, καθώς αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για τη πρόληψη της υγείας σε όλα της τα επίπεδα (Onis & Blossner, 2000).



6.6 Ο Νοσηλευτής ως παιδαγωγός

Η πρόληψη της Υγείας των ανθρώπων αποτελεί τον κύριο σκοπό όλων όσων ασχολούνται με την κοινοτική νοσηλευτική. Η κοινοτική νοσηλευτική ερευνά την κοινωνική – ψυχολογική και βιολογική προσέγγιση των ασθενών και υγιών ανθρώπων με σκοπό να αναπτύξει τους σωστούς τρόπους μέσα από τους οποίους θα τους εκπαιδεύσει.

Η εκπαίδευση γίνεται με διάφορους μεθόδους, όπως για παράδειγμα διαλέξεις, εκπαιδευτικές εκδρομές, ατομικές διδασκαλίες με συγκεκριμένους στόχους. Πολλοί

εκπαιδευτικοί προκειμένου να πέτυχουν τους στόχους τους χρησιμοποιούν οπτικοακουστικά μέσα, δηλαδή προβάλλουν στα παιδιά ταινίες και βίντεο εκπαιδευτικού χαρακτήρα. Ο σωστός εκπαιδευτικός, όπως είναι και οι νοσηλεύτες που εργάζονται σε σχολικές μονάδες, χρησιμοποιεί όλα τα μέσα που έχει, προκειμένου να διδάξει τους μαθητές του.

Ωστόσο, στην Ελλάδα ο εκπαιδευτικός ρόλος των νοσηλευτών στις σχολικές μονάδες είναι περιορισμένος. Σε πολλά σχολεία δεν υπάρχει νοσηλεύτης. Στον υπόλοιπο, ωστόσο, κόσμο οι νοσηλεύτες βρίσκονται όχι μόνο στα σχολεία, αλλά και σε άλλες μεγάλες κοινοτικές δομές ώστε να προλαμβάνουν ατυχές συμβάντα αλλά και να συμβάλλουν στην περιθαλψη των τυχών τραυματιών και στην αποκατάσταση τους. Έτσι μειώνεται ο όγκος των ατόμων που πηγαίνουν στα νοσοκομεία προκειμένου να περιθαλπτούν .

Ο σχολικός νοσηλεύτης εξαιτίας της παιδαγωγικής του ιδιότητας δεν έχει μόνο ως ευθύνη την μάθηση του υγιεινού τρόπου ζωής στα παιδιά αλλά και την ευθύνη της εκμάθησης ολόκληρης της οικογένειάς τους. Ο νοσηλεύτης δίνει συμβουλές στους γονείς σχετικά με την διατροφή που πρέπει να ακολουθούν όλα τα μέλη στο σπίτι και ιδιαίτερα τα παιδιά προκειμένου να έχουν φυσιολογικό βάρος. Δίνει κυρίως τις συμβουλές του σε γονείς που έχουν παιδί με παχυσαρκία. Τους ενημερώνει για τις θερμίδες που πρέπει να λαμβάνουν καθημερινά, τη διατροφική αξία των τροφών και την σημαντικότητα της σωματικής άσκησης. Επιπλέον, είναι αρμοδιότητα του να ενημερώσει και τους δασκάλους του σχολείου όταν παρατηρεί πως κάποιο παιδί είναι παχύσαρκο, καθώς θεωρείται πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας, το οποίο μπορεί να προκαλέσει στο παιδί μακροχρόνιες επιπτώσεις (Νοσηλευτική, 2006).

6.7 Στόχοι μαθήματος «Αγωγή της υγείας» για την αντιμετώπιση των παχύσαρκων παιδιών

Για την αντιμετώπιση των παχύσαρκων παιδιών απαιτούνται συγκεκριμένες και στοχευμένες ενέργειες, οι οποίες όταν ολοκληρωθούν θα οδηγήσουν το παιδί στο να έχει ένα φυσιολογικό για την ηλικία του δείκτη μάζας σώματος. Για να συμβεί αυτό πρέπει το παιδί να αλλάξει ριζικά τρόπο ζωής.

Με την αλλαγή στο τρόπο ζωής θα αποκατασταθούν οι φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού του παιδιού όπως και η λειτουργία του ενδοθελίου. Η ελάττωση του δείκτη μάζας

σώματος του παιδιού θα οδηγήσει κυρίως σε μείωση του λιπώδη ιστού. Με την βοήθεια της άσκησης θα υπάρξει αύξηση στην ευαισθησία του λιπώδης ιστού του και της ινσουλίνης που περιέχει αλλά και την αύξηση της ευαισθησίας του σκελετικού μυ του.

Στους βασικούς στόχους του μαθήματος συγκαταλέγονται η μείωση της παραγωγής της ινσουλίνης από το ήπαρ και της συγκέντρωσης της στον οργανισμό μετά από κάθε γεύμα όπως επίσης και η μείωση της γλυκόζης που υπάρχει στον οργανισμό μετά την κατανάλωση κάποιου γεύματος. Επιπλέον κυρίως στόχος είναι η μείωση των εκρήξεων των κυτοκίνων στον οργανισμό και η μείωση της τιμής των λιπιδίων στο πλάσμα. Τέλος, τα παραπάνω θα οδηγήσουν σε καλύτερη λειτουργία του κυκλοφορικού συστήματος, που συνεπάγεται με μείωση της αρτηριακής πίεσης.

Για να μπορέσουν τα υπέρβαρα παιδιά να επιτύχουν τους παραπάνω στόχους πρέπει να μάθουν και να υιοθετήσουν τους σωστούς κανόνες διατροφικής συμπεριφοράς. Παράλληλα πρέπει να ξεκινήσουν να παρακολουθούν και να συμμετέχουν σε φυσικές δραστηριότητες και να μην κάθονται όλη μέρα στο σπίτι. Τα παιδιά θα πρέπει να ευαισθητοποιηθούν και να ελέγχουν μόνα τους το βάρος τους και τις διακυμάνσεις τους. Εξάλλου, επιτυχημένος, ισορροπημένος και υγιεινός τρόπος ζωής θεωρείται αυτός που διατηρεί τον άνθρωπο σε ένα σταθερό βάρος. Αν το παιδί σταματήσει να παίρνει κιλά, ενώ παράλληλα ψηλώνει τότε αδυνατίζει και αυτό θεωρείται ακόμη μια επιτυχία του προγράμματος. Τέλος, θα πρέπει να αντιμετωπίσουν οποιοδήποτε θέμα υγείας έχουν που μπορεί να εμποδίζει τον μεταβολισμό τους, είτε αυτό προέρχεται από την παχυσαρκία τους, είτε όχι.

Είναι προφανές πως αν το παιδί δεν αλλάξει ριζικά τον τρόπο ζωής του και τις ανθυγιεινές συνήθειες του δεν θα μπορέσει να απαλλαγεί από την παχυσαρκία. Όσο το γρηγορότερο διαγνώσει ο νοσηλευτής, είτε κάποιος παιδαγωγός, είτε κάποιο μέλος από την οικογένεια του παιδιού, είτε και το ίδιο το παιδί, ότι πάσχει από παχυσαρκία, τόσο το γρηγορότερο θα αρχίσει η θεραπεία και θα αποκατασταθεί το σωματικό του βάρος.

Ο νοσηλευτής μέσα από το μάθημα φροντίζει να κατανοήσουν τα παιδιά ότι η παχυσαρκία χρειάζεται χρόνο για να αντιμετωπιστεί. Η βασική θεωρία για την αντιμετώπιση της, συνοψίζεται στην λέξη «εξισορρόπηση». Με τον όρο εξισορρόπηση εννοούμε την κατανάλωση ίσης ενέργειας με αυτή την οποία καταναλώνουμε. Ωστόσο, η θεραπεία που θα ακολουθηθεί για

κάθε ασθενή εξαρτάται από το βάρος του παιδιού, την ηλικία του και την σοβαρότητα της κατάστασης του (Κυριακίδου, 2005).

6.8 Συμβουλές θεραπευτικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας απο τον νοσηλευτή

Σύμφωνα με τους νοσηλευτές για να αντιμετωπίσει ένα παιδί την παχυσαρκία πρέπει να ακολουθήσει τρεις βασικούς κανόνες. Πρώτον, πρέπει να ακολουθήσει μια σωστή, υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή, δεύτερον πρέπει να ασκηθεί και τρίτον πρέπει να έχει την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη από τον κοινωνικό του περίγυρο.

Η οικογένεια και η στήριξη που θα δώσει στο παιδί αποτελούν βασικό παράγοντά επιτυχίας. Οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνουν το παιδί να τρώει μικρά και υγιεινά γεύματα αλλά και να συμμετέχει και σε αθλητικές δραστηριότητες εκτός σπιτιού. Πολλές φορές πρέπει και οι ίδιοι να παρακινούν το παιδί ετοιμάζοντας του υγιεινά γεύματα και να το εντάσσουν σε αθλητικές ομάδες, ακόμα και αν το παιδί είναι αντίθετο.

Οι νοσηλευτές υποστηρίζουν πως δεν είναι όλα τα προγράμματα αντιμετώπισης της παχυσαρκίας πάντα πετυχημένα. Πολλοί ενδογενείς αλλά και εξωγενείς παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία τους. Η κληρονομικότητα, η ηλικία του παιδιού, τα κιλά του, το χρονικό διάστημα που είναι υπέρβαρο αποτελούν σημαντικούς παράγοντες επιτυχίας.

Οι νοσηλευτές είναι αυτοί που πρέπει να ενημερώσουν το παιδί αλλά και τους γονείς για τη φύση και τη σοβαρότητα της ασθένειας, λέγοντας τους για τα επικίνδυνα προβλήματα υγείας που μπορεί να δημιουργήσει. Επιπλέον είναι υπεύθυνος για την ενημέρωσή τους για τυχόν υποτροπές, αλλά και για την αντιμετώπιση της με φαρμακευτική αγωγή ή ακόμα και με χειρουργείο.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στα σχολεία έχει κυρίως συμβουλευτικό χαρακτήρα. Είναι εκεί για να συμβουλέψει τα παιδιά, τους γονείς τους ακόμη και τους δασκάλους σχετικά με προβλήματα υγείας που μπορεί να έχουν. Είναι εκεί για να τους καθοδηγήσει ώστε να αλλάξουν συνήθειες και να ακολουθήσουν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Το σημαντικότερο καθήκον του είναι η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας των παιδιών.

6.8.1. Συμβουλές στη διατροφή

Για τους νοσηλευτές η σωστή διαιτητική διατροφή οδηγεί το παιδί στην απώλεια τριών με τεσσάρων κιλών το μήνα. Λόγω των γνώσεων και των σπουδών τους συστήνουν στα παιδιά μια διατροφή υγιεινή και ταυτόχρονα ισορροπημένη με την κατανάλωση λίγων θερμίδων την ημέρα, περίπου στις 800 - 1400 Kcal/ημέρα. Τέτοιου είδους δίαιτες έχουν περιορισμένη κατανάλωση λίπους αλλά και επεξεργασμένων υδατανθράκων όπως ζάχαρη, σοκολάτα, γλυκά. Ωστόσο, ενθαρρύνουν τα παιδιά να αυξήσουν την πρόσληψη των φυτικών ινών.

Οι δίαιτες αυτού του τύπου συμβάλλουν στην αύξηση του ρυθμού καύση του λίπους. Έτσι το παιδί μπορεί να χάνει ένα κιλό μέσα σε 3 εβδομάδες και στη συνέχεια μέσα σε μόλις ένα μήνα. Στις πρώτες εβδομάδες της δίαιτας το παιδί είναι δυνατόν να παρατηρήσει μεγάλη και γρήγορη απώλεια βάρους. Στην πραγματικότητα τις πρώτες εβδομάδες το παιδί χάνει νερό και σκελετικές πρωτεΐνες. Στον δεύτερο μήνα της δίαιτας, όταν πλέον όλα τα παραπανίσια υγρά έχουν αποβληθεί, ο οργανισμός αρχίζει και αντιδρά φυσιολογικά στην ελαττωμένη πρόσληψη φαγητού και έτσι πλέον φροντίζει να εξοικονομεί ενέργεια μέσα από τις τροφές που λαμβάνει. Οι δίαιτες κατά τη διάρκεια των οποίων τα παιδιά τρέφονται με λίγες θερμίδες δεν πρέπει να επαναλαμβάνονται συχνά γιατί δημιουργούν προβλήματα στον οργανισμό. Πιο συγκεκριμένα απορυθμίζουν το μεταβολισμό του παιδιού και το οδηγούν σε μια χρόνια νοσηρότητα εξαιτίας των διατροφικών διαταραχών που δημιουργούνται.

Η μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων και η απώλεια βάρους που πετυχαίνεται οδηγεί στην ελάττωση της ανάπτυξης παιδικού διαβήτη, διαβήτη τύπου II και κυκλοφορικών νοσημάτων σε παιδιά και εφήβους με παχυσαρκία.

Η μείωση της κατανάλωσης τροφών με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη και υψηλά ποσοστά επεξεργασμένων υδατανθράκων και η αντικατάσταση των κορεσμένων λιπαρών οξέων με πολυακόρεστα λιπαρά και με Ω3 λιπαρά οξέα, ευθύνονται για τη μείωση της πρόσληψης των θερμίδων στον οργανισμό των παιδιών καθώς βελτιώνουν την ευαισθησία του οργανισμού στην ινσουλίνη και τον προστατεύουν από την δημιουργία επικίνδυνων επιπλοκών που οφείλονται στην παχυσαρκία.

Οι νοσηλευτές συμβουλεύουν τα παιδιά να ακολουθούν μια δίαιτα πλούσια σε λαχανικά, άπαχο κρέας (κοτόπουλου), φυτικές ίνες, ψάρια και γαλακτοκομικά. Όλες οι τροφές πρέπει να προέρχονται από προϊόντα άπαχα και να έχουν χαμηλή συγκέντρωση λιπαρών (Καραγκιόζογλου - Λαμπούδη, 2017).

6.8.2 Συμβουλές στην άσκηση

Οι σχολικοί νοσηλευτές εκτός από συμβουλές σχετικά με τη διατροφή δίνουν και συμβουλές σχετικά με τις ασκήσεις που πρέπει να ακολουθούν και να συμμετέχουν τα παιδιά, προκειμένου να ενεργοποιηθεί ο μεταβολισμός τους και σε συνδυασμό με τη διατροφή να κάψουν γρηγορότερα λίπος και να χάσουν τα περιττά κιλά. Μέσα από την άσκηση αυξάνονται οι καύσεις που κάνει ο οργανισμός. Η αύξηση των καύσεων συνεπάγεται με την αύξηση της ενέργειας που χρειάζεται ο οργανισμός για να λειτουργήσει. Όσο περισσότερες καύσεις κάνει ο οργανισμός, τόσο περισσότερη ενέργεια είναι αναγκαίο να λαμβάνει μέσα από τις τροφές.

Ο σχολικός νοσηλευτής πρέπει - εκτός από το να παρακινεί τα παιδιά στο να συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες - να ενημερώνει και τους γονείς των παιδιών σχετικά με τη σημαντική συμβολή τους στην αντιμετώπιση της παχυσαρκία των παιδιών τους.

Σύμφωνα με τους νοσηλευτές ένα παιδί ιδανικά θα πρέπει να ασκείται για 45 – 60 λεπτά κάθε μέρα κάνοντας αερόβιες ασκήσεις, οι οποίες θεωρούνται ιδανικές ως προς την αύξηση της κατανάλωσης ενέργειας από τον οργανισμό. Επιπλέον, οι αερόβιες ασκήσεις επιδρούν θετικά και στη ψυχολογία, καθώς μέσα από αυτές το παιδί αποβάλλει το άγχος ενώ του δημιουργείται ταυτόχρονα και ένα αίσθημα ψυχικής ευφορίας. Ο συνδυασμός τους με αναερόβιες ασκήσεις, που συμβάλλουν στην αύξηση της μυϊκής μάζας και του μυϊκού ιστού, θεωρείται ο ιδανικός συνδυασμός. Συνοπτικά, θα λέγαμε, ότι οι σχολικοί νοσηλευτές συμβουλεύουν τα παιδιά με παχυσαρκία να ακολουθούν ένα πρόγραμμα που να λειτουργεί συνδυαστικά αναφορικά τόσο με τη λήψη της σωστής διατροφής όσο και με την υιοθέτηση της κατάλληλης σωματικής άσκησης (Καφάτος, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

Πρόληψη της παχυσαρκίας

7.1 Αξία πρόληψης παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία είναι ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα για την υγεία, για το λόγο αυτό είναι καλύτερη η πρόληψη από την αντιμετώπιση. Βασικός σκοπός μιας υγιεινής ζωής είναι η ισορροπημένη διατροφή, η σωματική άσκηση και οι κατάλληλες ώρες ύπνου στα παιδιά. Αντίθετα στις μέρες μας δεν είναι καθόλου εύκολο το παιδί να ανταπεξέλθει σε αυτές τις συνθήκες ζωής καθώς το πρόγραμμά του είναι επιβαρυνόμενο. Ειδικά όταν στο σπίτι, στη κοινωνία και στο σχολείο υπάρχουν τρόφιμα μη θρεπτικά με υπερβολικές ποσότητες ενέργειας, διαφημίσεις κακής ποιότητας τροφών, μεγάλες ποσότητες τροφών, απώλεια σωματικής δραστηριότητας, υπερβολικές ώρες παρακολούθησης στην τηλεόραση και στον υπολογιστή. Τέλος, υφίστανται κατά καιρό συχνά λανθασμένες διατροφικές απόψεις από τους ίδιους τους ενήλικες - γονείς που επηρεάζουν την εκπαίδευση του παιδιού. Όλα αυτά, αν τα λάβουμε σοβαρά υπόψη μας και αναλάβουμε δράση, μπορούμε να αντιμετωπίσουμε το πρόβλημα της παχυσαρκίας στο σπίτι, στην κοινωνία και στο σχολείο (Borgys et al, 2012).

7.2 Οικογένεια και παχυσαρκία

Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας στην πρόληψη της παχυσαρκίας είναι η οικογένεια, η οποία διαδραματίζει μεγάλο ρόλο στην ανάπτυξη του παιδιού γι' αυτό το λόγο πρέπει να συμβάλλει ώστε τα παιδιά να έχουν καλή διατροφή και σωματική άσκηση, ώστε να το

διατηρήσουν αυτό και στην υπόλοιπη ζωή τους. Επίσης, οι γονείς πρέπει να φροντίσουν να μάθουν τα παιδιά τους να τρώνε με μέτρο, να μη καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες ζάχαρης και αλμυρών προϊόντων. Να αποφεύγουν να τρώνε μπροστά στη τηλεόραση διότι δε μπορούν να συνειδητοποιήσουν την ποσότητα την οποία καταναλώνουν με αποτέλεσμα να λαμβάνουν περισσότερες θερμίδες. Καλό θα ήταν τα βραδινά γεύματα να είναι ελαφριά σε θερμίδες και πλούσια σε θρεπτικά συστατικά (Πιπεράκης, 2002 ; Δάκου-Βουτετάκη, 2001).

Ο ρόλος της οικογένειας είναι πολύ σημαντικός σχετικά με το παιδί και την παχυσαρκία διότι μπορεί να το βοηθήσει να μη πάρει περριτά κιλά. Οι γνώσεις που θα προσφέρουν οι γονείς στα παιδιά όσον αφορά τη διατροφή τους είναι χρήσιμες γιατί τα παιδιά θα μάθουν να ξεχωρίζουν τις υγιεινές τροφές από τις βλαβερές. Για να μπορούν οι γονείς να διδάξουν τα παιδιά τους θα πρέπει να φροντίζουν ώστε τα παιδιά να μη παραλείπουν το πρωινό, καθώς αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά γεύματα της ημέρας. Επιπλέον, όταν λαμβάνουν ένα πλούσιο πρωινό, αποφεύγουν τα τσιμπολογήματα.

Ακόμα τα παιδιά θα πρέπει να τα αφήνουν οι γονείς να ετοιμάζουν μόνα τους το φαγητό τους για να είναι σε θέση να καταλάβουν την ποιότητα των τροφών τους και να είναι επιλογή τους η υγιεινή διατροφή. Επίσης οι γονείς πρέπει να αποφεύγουν να τηγανίζουν τα φαγητά αλλά να τα ψήνουν στο φούρνο φροντίζοντας να μη γίνεται υπερβολική χρήση λαδιού (Παπαβραμίδης, 2002).

7.3 Σχολικό περιβάλλον

Καθώς τα παιδιά περνούν αρκετές ώρες της ημέρας στο σχολείο, ο ρόλος του σχολικού περιβάλλοντος θεωρείται καταλυτικός στο να συμβάλλει στην αλλαγή των διατροφικών συνηθειών των παιδιών (Story et al, 2006). Οι μαθητές έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν τη σωστή διατροφή, όταν μέσα από το σχολείο εκπαιδεύονται σωστά και ενημερώνονται πλήρως όσον αφορά την υγιεινή διατροφή. Ακόμα το προσωπικό του σχολείου μπορεί να λειτουργήσει θετικά ενάντια στη παιδική παχυσαρκία διότι δίνοντας συμβουλές υγιεινής διατροφής, μεταδίδοντας γνώσεις και εκφράζοντας δικές τους απόψεις σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν τους μαθητές στη πρόληψη της παχυσαρκίας (Kubik et al,

2002).

7.4 Άσκηση

Ένας άλλος τρόπος πρόληψης της παχυσαρκίας είναι η σωματική άσκηση. Το παιδί, για να μπορέσει να μειώσει το βάρος του ή για να μην πάρει περισσότερο βάρος, πρέπει να αυξήσει τη σωματική του δραστηριότητα με απλές καθημερινές συνήθειες. Μπορεί να εντάξει στη καθημερινότητά του τις βόλτες με το ποδήλατο, να ξεκινήσει κάποιο άθλημα που να του αρέσει ώστε να διασκεδάζει κιόλας, ακόμα μπορεί να βοηθάει στις δουλειές του σπιτιού ή να περιποιείται το κήπο (Παπαβραμίδης, 2002).

Σύμφωνα επίσης με την American Heart Association (Αμερικάνικη Ομοσπονδία Καρδιάς, ΑΗΑ) τα παιδιά από πολύ μικρή ηλικία συνήθως από 2 ετών συνιστάται να δραστηριοποιούνται κατά τη διάρκεια της ημέρας για τουλάχιστον 30 λεπτά (Πασπαλά, 2012).

7.5 Μητρικός θηλασμός και πρόληψη παχυσαρκίας

Στην προσπάθεια να διερευνηθούν από την επιστημονική κοινότητα τα αίτια που οδηγούν στην παιδική παχυσαρκία διατυπώθηκαν πολλές θεωρίες και απόψεις. Κάποιες από αυτές έστιασαν στην κληρονομικότητα, άλλες στην έλλειψη φυσικής άσκησης και άλλες στη διατροφή, ιδιαίτερα αυτή που συντελείται στις πρώτες ημέρες-εβδομάδες της ζωής του παιδιού. Έτσι αναπόφευκτα οδηγήθηκαν και στον μητρικό θηλασμό. Τα πλεονεκτήματα για το παιδί είναι πολλά και αδιαμφισβήτητα και θα μπορούσαν να διαχωριστούν σε άμεσα και μακροπρόθεσμα. Τα άμεσα αποτελέσματα μας είναι ως επί το πλείστον γνωστά: το μητρικό γάλα συμβάλλει στην σωστή ανάπτυξη του παιδιού, έχει ιδανική σύνθεση θρεπτικών συστατικών και έτοιμα αντισώματα. Προφυλάσσει το νεογνό από ιώσεις, αλλεργικές αντιδράσεις και άλλες επιπλοκές, συμβάλλει στην αύξηση της επιβίωσης των προώρων, στην ηρεμία και την καλή ψυχική υγεία του βρέφους, στο συναισθηματικό δέσιμο με την μητέρα, στην αύξηση του δείκτη νοημοσύνης.

Ωστόσο, έπειτα από μακροχρόνιες επιστημονικές έρευνες, έγιναν γνωστά και κάποια

άλλα οφέλη, εκείνα που αφορούν στα μακροπρόθεσμα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού. Ένα από αυτά είναι προστατευτική δράση που ασκεί η διάρκεια του μητρικού θηλασμού στην παιδική παχυσαρκία. Προς αυτή την κατεύθυνση στράφηκαν πολλοί ερευνητές με σκοπό να αποδείξουν ότι θηλασμός προφυλάσσει από την παχυσαρκία, το σακχαρώδη διαβήτη, μερικές μορφές καρκίνου, καρδιοπάθειες και τη σκλήρυνση κατά πλάκας (Araujo et al, 2006 ; Grummer-Strawn, L. & Zuguo Mei, Z. 2004 ; Mayer-Davis et al, 2006).

Σε μια συστηματική και μακροχρόνια έρευνα που πραγματοποίησαν οι ερευνητές Kramer και Kakuma (2004), διερεύνησαν το συσχετισμό του μητρικού θηλασμού με την γενική υγεία του παιδιού, την ανάπτυξη του και την πνευματική του υγεία, στην περίπτωση του αποκλειστικού θηλασμού επί 6 μήνες αλλά και αποκλειστικού θηλασμού επί 3-4 μήνες και έπειτα μικτή διατροφή έως τους 6 μήνες. Οι έρευνες αφορούσαν τη λήψη ύψους, το συσχετισμό ηλικίας-βάρους, περίμετρο κεφαλής, επίπεδα σιδήρου, γαστρικό σύστημα, αναπνευστικό, εκζέματα-δερματοπάθειες, άσθμα, νευροκινητική ανάπτυξη, διάρκεια αμηνόρροιας κατά το θηλασμό και απώλεια βάρους εγκυμοσύνης. Τα αποτελέσματα τους κατέδειξαν τα σημαντικά οφέλη του αποκλειστικού θηλασμού, επικεντρώνοντας κυρίως στο σημαντικά μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης γαστρικών προβλημάτων και ποσοστών θνητότητας, απώλεια βάρους κιλών της εγκυμοσύνης και καθυστερημένη έναρξη εμμηνόρροιας, μη συσχετισμό με την ανάπτυξη εκζέματος και εν γένει, ότι ο αποκλειστικός θηλασμός δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να θεωρηθεί φτωχή διατροφή.

Οι Monasta et al, (2010) αξιοποιώντας τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών, εξήγαγαν σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με την παιδική παχυσαρκία και το θηλασμό των βρεφών. Η έρευνα τους εστίασε στη μελέτη από τη στιγμή της σύλληψης έως τα πέντε πρώτα έτη της ζωής του παιδιού. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι οι ακόλουθοι παράγοντες ευθύνονται για την παιδική παχυσαρκία: α) μητρικός διαβήτης, β) κάπνισμα της μητέρας, γ) γρήγορη ανάπτυξη βρέφους, δ) μικρή διάρκεια ύπνου, ε) <30 λεπτά καθημερινής δραστηριότητας παιδιού, στ) κατανάλωση προϊόντων με ζάχαρη.

Σε δύο έρευνες που πραγματοποιήθηκαν προκειμένου να εξετασθεί αν ο μητρικός θηλασμός βοηθάει στη μείωση της παιδικής παχυσαρκίας, εξετάστηκαν τα παιδιά που τρέφονται με εμπορικά σκευάσματα γάλακτος και εκείνα που τρέφονται με το μητρικό γάλα. Αυτά που τρέφονται λοιπόν, με μητρικό γάλα βρέθηκε ότι έχουν λιγότερες πιθανότητες να γίνουν

παχύσαρκά στη μετέπειτα ζωή τους κατά 13-23% σε σχέση με εκείνα που τρέφονται γάλα του εμπορίου (Arenz et al, 2004 ; Owen et al, 2005). Πιο συγκεκριμένα, οι Owen et al, (2005) προέβησαν σε μια συστηματική εξέταση δημοσιευμένων και μη παρελθοντικών ερευνών, που αναζητούσαν τη σχέση ανάμεσα στο μητρικό θηλασμό και την παχυσαρκία. Οι αναλύσεις τους είχαν ως βάση τις διαφορές των μέσων τιμών των ΔΜΣ των παιδιών που είχαν θηλάσει και εκείνων που ακολούθησαν μια άλλη φόρμουλα διατροφής. Συνολικά από τις 70 έρευνες, οι 36 εμφάνιζαν διαφορές στο ΔΜΣ. Τα παιδιά του μητρικού θηλασμού, παρουσίαζαν ένα μέσο όρο του ΔΜΣ χαμηλότερο του αναμενόμενου και σε γενικές γραμμές ο μέσος όρος του ΔΜΣ, είναι μικρότερος σε παιδιά που έχουν θηλάσει σύμφωνα με αυτή την έρευνα. Τέλος εξετάστηκε και ο χρόνος κατά τον οποίο τρέφεται το παιδί με το μητρικό γάλα, αν μπορεί να καθορίσει τα ποσοστά εμφάνισης της παχυσαρκίας. Σε 17 μελέτες που διεξήχθησαν, συμπεράθηκε ότι κάθε ένας επιπλέον μήνας που τρέφεται το παιδί με μητρικό γάλα, μειώνει τη πιθανότητα να γίνει παχύσαρκο κατά 4%. Συνεπώς, γίνεται κατανοητό ότι όσο πιο πολύ τα παιδιά τρέφονται με το μητρικό γάλα, τόσο περισσότερο τα προφυλάσσουμε από τη παιδική παχυσαρκία (Harder et al, 2005). Το σύνολο των επιστημονικών ερευνών καταδεικνύει ότι η πρόληψη της παχυσαρκίας - από τα πρώτα στάδια της ζωής του εμβρύου και στη συνέχεια μέσω του μητρικού θηλασμού - δεν συνεπάγεται οφέλη μόνο κατά την περίοδο της παιδικής ηλικίας αλλά σχετίζεται και έχει επιπτώσεις στη μετέπειτα εφηβική και ενήλικη ζωή του ανθρώπου.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί μια από τις πιο διαδεδομένες και απειλητικές ασθένειες παγκοσμίως. Τα ποσοστά παχυσαρκίας σε παιδιά και εφήβους αυξάνονται ολοένα και περισσότερο κάθε χρόνο, με τη χώρα μας να βρίσκεται στις πρώτες θέσεις σε παγκοσμίως κατατάξεις στο θέμα αυτό.

Η παχυσαρκία δεν οφείλεται αποκλειστικά σε έναν και μόνο παράγοντα. Έρευνες έχουν δείξει ότι οφείλεται σε ένα σύνολο παραγόντων όπως είναι η ηλικία, το βάρος και η κληρονομικότητα. Όλοι οι παράγοντες συνδέονται μεταξύ τους και θεωρούνται όλοι ισάξιες αιτίες της παιδικής παχυσαρκίας. Η καθιστική ζωή, η κατανάλωση λιπαρών τροφών με πολλές

θερμίδες, η κατανάλωση έτοιμων μη θρεπτικών γευμάτων, η μη σταθερές και οι ακατάλληλες ώρες των γευμάτων θεωρούνται εξωγενείς παράγοντες και αποτελούν σημαντικά αίτια της παιδική παχυσαρκίας.

Η άσκηση παίζει καθοριστικό ρόλο στο βάρος των παιδιών. Η καθιστική ζωή και η έλλειψη άσκησης κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι αίτια πολλών άσχημων επιπτώσεων κυρίως για την υγεία των παιδιών. Παράλληλα το άγχος και το στρες οδηγούν τα παιδιά στο φαγητό, στο οποίο εκτονώνουν όλα τα αρνητικά και στρεσογόνα συναισθήματα τους και έτσι οδηγούνται προς τη νόσο της παχυσαρκίας.

Η πρόληψη είναι πολύ σημαντική για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Η πρόληψη της παχυσαρκίας έχει μηδαμινό κόστος μπροστά σε αυτό της θεραπείας και καταπολέμησής της. Σήμερα, εξαιτίας της εύκολης πρόσβασης που έχουν τα παιδιά σε ανθυγιεινά και παχυντικά φαγητά, η κατάσταση της παιδικής παχυσαρκίας αγγίζει τα όρια της επιδημίας. Η οικονομική κρίση έπαιξε μεγάλο ρόλο στην αύξηση των ποσοστών. Οι άνθρωποι, όπως φάνηκε, επέλεξαν το φαγητό προκειμένου να ξεχάσουν τα προβλήματα τους και αυτό οδήγησε σε αύξηση των ποσοστών παχυσαρκίας στη χώρα. Η ευαισθητοποίηση των πολιτών και η επαγρύπνηση τους σχετικά με την πρόληψη της ασθένειας αποτελεί ένα βασικό βήμα για την αντιμετώπιση της.

Στα σχολεία μέσα από το μάθημα «Αγωγή της Υγείας» και τις γνώσεις του νοσηλευτή τα παιδιά έχουν τη δυνατότητα να ενημερωθούν για τη νόσο και τις επιπτώσεις που έχει στην υγεία των ανθρώπων. Οι σχολικοί νοσηλευτές είναι αυτοί που θα διαγνώσουν αν ένα παιδί πάσχει από παχυσαρκία. Μόλις γίνει αυτό, ο νοσηλευτής θα μιλήσει στο παιδί αλλά και στους γονείς του και όλοι μαζί θα δημιουργήσουν ένα αυστηρό αλλά ταυτοχρόνως και θρεπτικό πρόγραμμα διατροφής, το οποίο σε συνδυασμό με την άσκηση θα οδηγήσει το παιδί σε γρήγορη απώλεια του περιττού του βάρους.

Η πρόληψη είναι το σημαντικότερο βήμα για την καταπολέμηση της παιδικής παχυσαρκίας. Αυτός εξάλλου είναι και ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή, να ενημερώνει τους μαθητές, τους καθηγητές και τους γονείς σχετικά με τη νόσο, τους παράγοντες που την προκαλούν και τις επιπτώσεις που έχει στη σωματική και ψυχολογική υγεία του παιδιού. Οι νοσηλευτές έχουν σοβαρό ρόλο ύπαρξης στα σχολεία και δεν θα έπρεπε να λείπουν από κανένα. Η υγεία των παιδιών είναι πολύ σημαντική και θα έπρεπε όλοι να ευαισθητοποιηθούν και να τα φροντίζουν περισσότερο.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ

Μη ισορροπημένη διατροφή στο παιδί: περισσότερη από τις απαιτήσεις του σώματος

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ- ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
-------------------	---	-------------------	-----------------	-----------------------------------

<p>-Αποτελέσματα υπό την εβδομαδιαία πρόσληψη βάρους. -Αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων. -Από τη διατροφή του ακολουθεί το παιδί.</p>	<p>-Καθιστικός τρόπος ζωής, πολλές ώρες μπροστά στη τηλεόραση. -Το παιδί χρησιμοποιεί το φαγητό για να ικανοποιήσει τα συναισθηματά του. -Τα επίπεδα χοληστερίνης στο παιδί είναι αυξημένα.</p>	<p>-Σχεδιασμός ενός προγράμματος για καθημερινή άσκηση του παιδιού για 1 μήνα. -Σχεδιασμός ενός προγράμματος μείωσης του βάρους, για 1 μήνα το παιδί θα ακολουθήσει μια σωστή και ισορροπημένη διατροφή προκειμένου να χάσει τουλάχιστον 5 kg. -Λήψη αίματος από το παιδί 1 φορά την εβδομάδα για έλεγχο της χοληστερίνης.</p>	<p>-Καθημερινή άσκηση του παιδιού για τουλάχιστον 30 λεπτά επί 1 μήνα και η απομάκρυνση του από τα τηλεπαιχνίδια. -Το παιδί ακολουθεί μια ισορροπημένη διατροφή, πλούσια σε φρούτα και λαχανικά, αποφεύγονται τα λιπαρά φαγητά. Επιπλέον 1 ημέρα της εβδομάδας γίνεται μέτρηση του βάρους και όλη αυτή η διαδικασία ακολουθείται για 1 μήνα. -Λήψη αίματος από το παιδί 1 φορά την εβδομάδα για έλεγχο των επιπέδων της χοληστερίνης προκειμένου να φτάσει στα φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>-Τηρήθηκε με επιτυχία το πρόγραμμα άσκησης, για καθημερινή άσκηση και αποχή από τα τηλεπαιχνίδια για έναν ολόκληρο μήνα. Με αυτό τον τρόπο έγινε πιο δραστήριο και άρχισε να γίνεται καύση του λίπους. -Για 1 μήνα το παιδί ακολουθείται μια σωστή και υγιεινή διατροφή. Αυτό είχε ως συνέπεια να χάσει 5.400g -Μετά τις συνεχείς λήψεις αίματος που γινόταν 1 φορά την εβδομάδα προκειμένου να ελέγχονται τα επίπεδα της χοληστερίνης. Την 4^η εβδομάδα μέτρησης τα επίπεδα της χοληστερίνης είναι 140mg/dL.</p>
---	---	--	---	--

8.1 1^ο Παράδειγμα νοσηλευτικής διεργασίας

8.2 2^ο Παράδειγμα νοσηλευτικής διεργασίας

Αναπνευστικά προβλήματα σε μικρό παιδί

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
------------	-----------------------------	------------	----------	------------------------

<p>Το παιδί δεν επιθυμεί συμμετέχει στις λητικές αστηριότητες που γίνονται στο σχολείο. Το παιδί παρουσιάζει σπνοια κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε αστηριότητας. Υπό τα αποτελέσματα 5 εβδομαδιαίας όσληνης βάρους.</p>	<p>-Τις περισσότερες ώρες της ημέρας το παιδί παραμένει αδρανή. -Τα επίπεδα O₂ στον οργανισμό του παιδιού είναι μειωμένα. -Το παιδί χρησιμοποιεί το φαγητό ως μέσο ικανοποίησης και η ποσότητα φαγητού που λαμβάνει είναι μη φυσιολογική.</p>	<p>-Σχεδιασμός ενός προγράμματος άσκησης για ένα μήνα με τη βοήθεια γυμναστή, φυσιοθεραπευτή προκειμένου να περιοριστεί η επιδείνωση της μη δραστηριότητας του παιδιού. -Συμμετοχή του παιδιού σε ολοκληρωμένο πρόγραμμα οξυγονοθεραπείας, προκειμένου να αυξηθεί το επίπεδο O₂ στον οργανισμό του και να μην παρουσιάζει δύσπνοια. -Σχεδιασμός μια ολοκληρωμένης-ισορροπημένης διατροφής, προκειμένου να μειωθεί το σωματικό βάρος του παιδιού. Το παιδί θα πρέπει να χάσει 4kg τουλάχιστον σε 1 μήνα.</p>	<p>-Το παιδί ακολουθεί ένα πρόγραμμα άσκησης με τη βοήθεια του γυμναστή και του φυσιοθεραπευτή. -Τουλάχιστον 30 λεπτά γυμναστικής την ημέρα θα πραγματοποιούνται καθώς και συγκεκριμένες ασκήσεις φυσιοθεραπείας προκειμένου να αυξηθεί η αντοχή του. -Ολοκληρωμένο πρόγραμμα οξυγονοθεραπείας πραγματοποιείται από το παιδί. Μετά το τέλος της 3^{ης} εβδομάδας το παιδί θα πρέπει να έχει τουλάχιστον πάνω από 60% O₂. -Μια ισορροπημένη διατροφή, χωρίς λιπαρά φαγητά τηρείται από το παιδί. Η διατροφή αυτή ακολουθείται για 1 μήνα.</p>	<p>-Με πλήρη επιτυχία ολοκληρώθηκε το πρόγραμμα άσκησης από το παιδί. Συγκεκριμένα πραγματοποιεί 45 λεπτά γυμναστική την ημέρα και 10 ασκήσεις φυσιοθεραπείας υπό την επίβλεψη του γυμναστή και του φυσιοθεραπευτή. Η αντοχή του συνεχώς βελτιώνεται. -Ακολουθήθηκε πιστά το πρόγραμμα οξυγονοθεραπείας. Έτσι το παιδί δε παρουσιάζει πλέον δύσπνοια κατά τη διάρκεια της ημέρας και το O₂ στον οργανισμό του είναι 75-80%. -Το παιδί ακολούθησε με προσοχή τις οδηγίες για μια σωστή διατροφή και αυτό είχε ως συνέπεια να χάσει 4.300g σε 1 μήνα.</p>
--	--	--	---	--

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη:

American Diabetes Association (2000), *Type 2 diabetes in children and adolescents*, Pediatrics.

Araujo, C. L., Victora, C. G., Hallal, P. C & Gigante, D.P., (2006). *Breastfeeding and overweight in childhood: evidence from the Pelotas 1993 birth cohort study*. International Journal of Obesity, 30

Arenz, S., Ruckerl, R., Koletzko, B. & von Kries, R. (2004). *Breast-feeding and childhood obesity- a systematic review*. *Int J Obes Relat Metab Disord* vol.28, 1247-1256.

Barlow, S. (2007). *Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report*. Pediatrics, 120(Supplement 4), pp.S164-S192.

Benton, D., Maconie, A. & Williams, C. (2007). *The influence of the glycemic load of breakfast on the behavior of children in school*. *Physiol Behav*, 92:717–724.

Birch, L.L. & Davison, K.K. (2001). *Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight*. *Pediatric Clin North Am*, 48:893–907.

Birch, L.L. & Fisher, J.O. (1998). *Development of eating behaviors among children and adolescents*. Pediatrics, 101:539–549.

Borys, J-M., Le Bodo, Y., Jebb, S.A., Seidell, J., Summerbell, C., Richard, D., De Henauw, S., Moreno, L.A., Romon, M., Visscher, T.L.S., Raffin, S. & Swinburn, B. (Apr 2012). *Approach for childhood obesity prevention: methods, progress and international development*, *Obes Rev*, 13(4): 299-315.

Brug, J., van Strallen, M.M., TeVelde, S.J., Chinapaw, M.J., DeBourdeaudhuij, Lien, N. et al. (2012). *Differences in Weight Status and Energy-Balance Related Behaviors among Schoolchildren across Europe: The ENERGY-Project*. *PLoSOne*, 7:e34742.

Carson, T.A., Siega-Riz, A.M. & Popkin, B.M. (1999). *The importance of breakfast meal type to daily nutrient intake: Differences by age and ethnicity*. *Cereal Foods World*, 44:414–422.

Cook, S., Weitzman, M., Auinger, P., Nguyen, M., & Dietz, W.H. (2003). *Prevalance of a Metabolic Syndrome phenotype in Adolescents: Findings from the Third National Health and Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157, 821-827.

Dimeglio, D.P. & Mattes, R.D. (2000). *Liquid versus solid carbohydrate: Effects on food intake and body weight*. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 24:794–800.

Drenckpohl D. (2017). *Adding Dietary Green Beans to Formula Improves Stool Consistency in Neonates after Undergoing a Bowel Resection*, *Insight Medical Publishing, Journal of Childhood Obesity*, online διαθέσιμο στο <http://childhood-obesity.imedpub.com/adding-dietary-greenbeans-to-formula-improves-stool-consistency-in-neonates-after-undergoing-a-bowelresection.php?aid=18278>

Elliott, C. (2005). *Childhood obesity and our “toxic environment”: Suggestions for future research*. *J FAM Consum Sci Educ*, 23:47–51.

Farajian, P., Panagiotakos, D.B., Risvas, G., Karasouli, K., Bountziouka, V., Vountzourakis N., Zampelas, A. (2012). *Socio-economic and demographic determinants of childhood obesity prevalence in Greece: the GRECO (Greek Childhood Obesity) study*. *Public Health Nutr*. Vol. 25, 1-8.

Farajian, P., Risvas, G., Karasouli, K., Pounis, GD., Kastorini, CM., Panagiotakos, DB., Zampelas, A. (2011), *Very high childhood obesity prevalence and low adherence rates to the Mediterranean diet in Greek children: the GRECO study*. *Atherosclerosis*, vol. 217(2), 525-30.

Finkelstein, E., Fiebelkorn, I. & Wang, G. (2005). *The Costs of Obesity among Full-Time Employees*. *American Journal of Health Promotion*, 20(1), pp.45-51.

Freedman, D., Wang, J., Maynard, L., Thornton, J., Mei, Z., Pierson, R. et al. (2005). *Relation of BMI to fat and fat-free mass among children and adolescents*. *International Journal of Obesity*, vol. 29, 1-8.

Grigorakis, D. A., Georgoulis, M., Psarra, G., Tambalis, K. D., Panagiotakos, D. B., & Sidossis, L. S. (2015). *Prevalence and lifestyle determinants of central obesity in children. European Journal of Nutrition Eur J Nutr.*

Grummer - Strawn, L. & Zuguo Mei, Z., (2004). *Does breastfeeding protect against pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from the Centers for Disease Control and prevention pediatric nutrition surveillance system. Pediatrics, 113, 81- 86, 500-506.*

Hammons, A.J. & Fiese, B.H. (2011). *Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? Pediatrics, 127:e1565–e1574.*

Harder, T., Bergmann, R., Kallischnigg, G. & Plagemann, A. (2005). Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* vol. 162, pp. 397-403?

Howard, K. (2007), *Childhood Overweight: Parental Perceptions and Readiness for Change. The Journal of School Nursing, 23(2), p.73.*

Institute of Medical (IOM). (2012). **Acces -eating progress in obesity prevention: Solving the weight of the nation** [Consensus report]. Washington, DC: National Academies Press.

James, J., Thomas, P., Cavan, D., Kerr, D. (May, 2004). *Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomized controlled trial, BMJ 22; 328(7450):1237.*

Koebnick, C., Getahun, D., Smith, N., Porter, A., Der-Sarkisian, J., & Jacobsen S. (2010). Extreme Childhood Obesity is Associated with Increased Risk for Gastroesophageal Reflux Disease in a Large Population-Based Study. *Clinical Medicine & Research.*, vol. 8(3-4), 205-206.

Kollias A., Skliros E.A. (2011), *Childhood obesity in Greece: the emerging role of primary health care*, US National Library of Medicine National Institutes of Health, Hippokratia, 15(2):188–189, online διαθέσιμο στο <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3209690>

Kotanidou, E., et al. (2013). *Ten year's obesity and overweight prevalence in geek children: a systematic review and meta-analysis of 2001-2010 data. Hemonos (Αθήνα) 2013, 12:537549.*

Kotz, K & Story, M: Food advertisements during children's Saturday morning television programming: are they consistent with dietary recommendations? *J Am Diet Assoc* (1994); 94: 1296-1300.

Kramer MS, Kakuma R. (2004). *The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review*. *Adv Exp Med Biol*. 2004; 554:63-77. Review.

Kubik, M.Y., Lytle, L.A., Hannan, P.J., Story, M. & Perry, C.L. (2002). *Food related beliefs, eating behavior, and classroom food practices of middle school teachers*. *J Sch Health*, 72(8):339-45.

Laurson, K.R., Eisenmann, J.C., Welk, G.J., Wickel, E.E., Gentile, D.A. & Walsh, D.A. (2008). *J Pediatr*. Aug; 153(2):209-14, Epub 2008 Apr 16.

Lee, Y.S. (2009). Consequences of Childhood Obesity, *Ann Acad Med Singapore*, vol. 38, 75-81.

Lobstein, T., Baur, L. and Uauy, R. (2004). *Obesity in children and young people: a crisis in public health*. *Obesity Reviews*, 5(s1), pp.4-85.

Malik, V.S., Popkin, B.M., Bray, G.A., Despres, J.P. & HU FB. (2010). Sugar-sweetened beverages, obesity, type 2 diabetes mellitus and cardiovascular disease risk. *Circulation*, 121:1356-1364.

Manios, Y., Costarelli, V., Kolotourou, M., Kondakis, K., Tzavara, C. and Moschonis, G. (2007). *Prevalence of obesity in preschool Greek children, in relation to parental characteristics and region of residence*. *BMC Public Health*, 7(1).

Manios, Y., Kourlaba, G., Kondaki, K., Grammatikaki, E., Birbilis, M., Oikonomou, E., & Roma-Giannikou E. (2009). Diet quality of preschoolers in Greece based on the Healthy Eating Index: the GENESIS study. *J Am Diet Assoc.* , vol. 109(4), 616-23.

Mayer -Davis, E., Rifas-Shiman, S., Zhou, L., Hu, F., Colditz, G. & Gillman, M., (2006). *Breast-Feeding and Risk for Childhood Obesity*. *Diabetes Care*, 29, 2231 - 37.

McPhee, S., Papadakis, M. & Tierney, L. (2008). *Current medical diagnosis & treatment*. New York: McGraw-Hill Medical, pp.56 - 76.

Monasta, L., Batty, G. D., Cattaneo, A., Lutje, V., Ronfan, L., van Lenthe, f. J. & Brug, J. (2010). *Early life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews*. Obesity Revision. Epub ahead of print.

Moreno, L.A. & Rodriguez, G. (2007). Dietary risk factors for development of childhood obesity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 10:336–341.

Neumark-Sztainer, D., Hannan, P.J., Story, M., Croll, J., Perry, C. et al. (2003). Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *J Am Diet Assoc*, 103:317–322.

Nicklas, T.A., Morales, M., Linares, A., Yang, S.J., Baranowski, T., De Moor C. et al. (2004). Children's meal patterns have changed over a 21-year period: The Bogalusa Heart Study. *J Am Diet Assoc*, 104:753–761.

Nies M., McEwen M. (2013). *Κοινωνική νοσηλευτική – Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας, Προάγοντας την Υγεία των πληθυσμών*. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.

O' Brien, M.J. (2012). *The Associations of the level of the school wellness policy implementation and school children in Massachusetts*. (Unpublished doctoral dissertation). University of Massachusetts, Boston.

Ogden, C.L., M.D., Kit, B.K. & Flegal, K.M. (2012). *Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010*. *Journal of the American Medical Association*, 307 (5), 483-490. doi:10.1001/jama.2012.40.

Onis, M. & Blossner, M. (2000). *Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries*. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 72(4), pp.1032-1039.

Owen, C., Martin, R., Whincup, P., Smith, G. & Cook, D. (2005). *Effect on infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence*. *Pediatrics* vol. 115, 1367-1377.

Patrick, H. & Nicklas, T.A. (2005). *A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality*. *J Am Coll Nutr*, 24:83–92.

Pearce, E. (1995). *Συστήνω το βιβλίο. Συστήνω τον συγγραφέα. Ανατομία και Φυσιολογία για νοσηλευτές με σημειώσεις για την κλινική τους εφαρμογή*. Mosby, pp.152 - 160.

Reece, B., Rifon, N., & Rodriguez, K: Selling Food to Children. In Macklin MC, Carlson L (eds): *Advertising to children: concepts and controversies*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, (1999), xiv, 322p.

Robinson, T.N. & Matheson, D.M. (2015). *Environmental strategies for portion control in children*. *Appetite*, 88:33–38.

Rolls, B.J., Engell, D. & Birch, L.L. (2000). *Serving portion size influences 5-year-old but not 3-year-old children's food intakes*. *J Am Diet Assoc*, 100:232–234.

Rosner B., Prineas R., Loggie J. & Daniels S. (1998). Percentiles for body mass index in U.S. children 5 to 17 years of age. *The Journal of Pediatrics*, 32, 216, 219.

Scott CR, Smith JM, Craddock MM, Pihoker C. (1997), *Characteristics of youth-onset non-insulin-dependent diabetes mellitus and insulin-dependent diabetes mellitus at diagnosis*. *Pediatrics*, vol. 100, 84–91.

Sims, E.A.H., Danforth, E.J.D., & Salans, L.B. (1973). *Endocrine and metabolic effects of experimental obesity in man*. *Recent Progress in Hormone Research*, 29, 457-496.

Steenhuis, I.H. & Vermeer, W.M. (2009). Portion size: Review and framework for interventions. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 6:58.

Story, M., Kaphingst, K.M. & French, S. (2006). The role of schools in obesity prevention. *Future Child*, 16(1):109-42.

Sturm, R. (2002). *The Effects of Obesity, Smoking, and Drinking on Medical Problems and Costs: Obesity Outranks Both Smoking and Drinking in Its Deleterious Effects on Health and Health Costs*. *Health Affairs*, 21(2), pp.245-253.

Thompson, D., Edelsberg, J., Kinsey, K.L, & Oster, G. (1998). *Estimated economic costs of obesity to U.S. business*. *American Journal of Health Promotion*, 13(2), pp.120-127.

Toschke, A.M., Kuchenhoff, H., Koletzko, B., Von Kries, R. et al. (2005). *Meal frequency and childhood obesity*. *Obes Res*, 13:1932–1938.

Trichopoulou, A., Kouris-Blazos, A., Wahlqvist, M. L., Gnardellis, C., Lagiou, P., Polychronopoulos, E., Vassilakou, T., Lipworth, L., Trichopoulos, D. (1995), “*Diet and overall survival in elderly people*”, *British Medical Journal*, Vol. 311, pp. 1457-1460

Trichopoulou, A., Lagiou, P., (1997), “*Healthy traditional Mediterranean diet: an expression of culture, history and lifestyle*”, *Nutrition Reviews*, Vol. 55, pp. 383-389.

Trichopoulou, A., Vasilopoulou, E., (2000), “*Mediterranean diet and longevity*”, *British Journal of Nutrition*, Vol. 84, Suppl. 2, pp. S205- S209.

Trichopoulou, A., Vasilopoulou, E., Hollman, P., Chamalides, C., Foufa, E., Kaloudis, T., Kromhout, D., Miskaki, P., Petrochilou, I., Poulima, E., Stafilakis, K., Theophilou, D., (2000), “*Nutritional composition and flavonoid content of edible wild greens and green pies: a potential rich source of antioxidant nutrients in the Mediterranean diet*”, *Food Chemistry*, Vol. 70, pp. 319-323.

Troiano, R.P., Briefel, R.R., Carroll, M.D. & Blalostosky, K. (2000). *Energy and fat intakes of children and adolescents in the United States: Data from the national health and nutrition examination surveys*. *Am J Clin Nutr*, 72:1343S–1353S.

Willett, W. C., (1994), “*Diet and health: what we should eat?*” *Science*, Vol. 264, pp. 532-537.

Wilson, N.C., Parnell, W.R., Wohler’s, M. & Shirley, P.M. (2006). *Eating breakfast and its impact on children’s daily diet*. *Nutrition & Dietetics*, 63:15–20.

Woodward-Lopez, G., Kao, J. & Ritchie, L. (2011). *To what extent have sweetened beverages contributed to the obesity epidemic?* *Public Health Nutr*, 14:499–509.

World Health Organization (2010), *Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting*, Geneva, 15–17 December 2009. Geneva: World Health Organization.

Zhao, J., Grant, S. (2011), *Genetics of Childhood Obesity*, <http://www.hindawi.com>.

Ελληνική:

Βασιλειάδης, Γ. (2010). Η ψυχολογία της παχυσαρκίας, <http://www.dromostherapeia.gr/diatarahes-proslipsis-trofis/i-psihiologia-tis-pahisarkias.html>.

Βλασσερός, Γ. (2011). Παιδική Παχυσαρκία. Ο ρόλος της Φυσικής Δραστηριότητας.

Γαλλή-Τσινοπούλου, Α., Μαγγανά, Ι. (2011). *Παιδική Παχυσαρκία*. Κ. GROUP.

Γαρδίκας, Κ. (2018). Ειδική Νοσολογία, ΤΟΜΟΣ Ι. Μεταγλωττισμένη στην Καθομιλούμενη. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε., pp.345 - 347.

Δάκου-Βουτετάκη, Α. (2001). Παχυσαρκία της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, Παιδιατρική θεραπευτική ενημέρωση.

Δεβετζόγλου, Γ. & Χατζηαθανασίου, Χ., Κουρή, Ν., Βαδάλα, Χ., Καλλέργη, Χ., Κουλιέρη, Α., Παπαλαζάρου, Τ., Κρητικού, Δ., Τζιβνίκου, Γ. (χ.χ). *Σνακ; Να μας... λίπη!*, <http://kids.in.gr/kid-related/diet/article/?aid=5440123>.

Δεληγιάννης, Α. (1997). Ιατρική της Άθλησης από τη θεωρία στη πράξη, Θεσσαλονίκη. University Studio Press.

Δημοσθενόπουλος, Χ. (2004). Παιδική Παχυσαρκία στην Ελλάδα: τι φταίει και τι μπορεί να γίνει, <http://www.iatronet.gr/article.asp?>

Διαμαντόπουλος, Σ. (2010), *Παιδική παχυσαρκία, αίτια, αντιμετώπιση*, <http://www.infokids.gr/2010/04/παιδικη-παχυσαρκια-αιτια-αντιμετωπιση/>.

Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας (2003), Εξελίξεις στην Παχυσαρκία, *Περιοδική Επιστημονική Ενημέρωση της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας*, vol. 26, 2.

Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας (2012), Εξελίξεις στην Παχυσαρκία, *Περιοδική Επιστημονική Ενημέρωση της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας*, vol. 26, 2.

EYZHN. *Συνοπτικά Αποτελέσματα Αξιολόγησης 2014-2015 στο πλαίσιο του Προγράμματος EYZHN.* Διαθέσιμο σε :

http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/EyzinProject/ResultsSV.aspx?ArticleID=8#.Vuw_Cv197IU

Ζαμπέλας Α. (2014). Κλινική διαιτολογία και διατροφή με στοιχεία παθολογίας. Εκδόσεις BROKEN HILL PUBLISHERS LTD, NICOSIA, CYPRUS.

Ζαμπέλας, Α. (2007). «Κλινική Διαιτολογία και Διατροφή με στοιχεία Παθολογίας II», Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα.

Ιατρός Σ.Τ & Πλέσσας (2010). Διαιτητική του ανθρώπου. Εκδόσεις Φαρμάκων-Τύπος.

Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Α. (2005). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αναπτυξιακή Προσέγγιση.* Αθήνα: Δάρδανος.

Καραγκιόζογλου - Λαμπούδη, Θ. (2017), *Πρακτικός Οδηγός Κλινικής Διατροφής για Διαιτολόγους*, ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε., pp.329 - 341.

Καραμανιάν, Αρετή. (Ιούλιος - Αύγουστος 2012). Συνήθειες για υγιή παιδιά. Παράθυρο στην εκπαίδευση του παιδιού, (73), 84 – 89.

Κατσιλάμπρος, Ν., Τσίγκος, Κ. (2003). *Παχυσαρκία: Η πρόληψη και η αντιμετώπιση μίας παγκόσμιας επιδημίας. Αναφορά μιας σύσκεψης του ΠΟΥ.* Αθήνα. Βήτα.

Καφάτος, Α. & Αποστολάκη, Ι. (1998). *Διατροφή και Υγεία.* Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης.

Καφάτος, Α.Γ. (2002). *Παχυσαρκία: Πρόληψη και Αντιμετώπιση*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Καφάτος, Τ. (1999). «Ο ρόλος της διατροφής στην προαγωγή της Υγείας και στη πρόληψη των ασθενειών». Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Κίτσιος, Κ., Παπαδοπούλου, Μ. (2011). *Το Μεταβολικό Σύνδρομο και οι προεκτάσεις του στην παιδική και εφηβική ηλικία*, Παιδιατρική ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ, vol.23, 7-22.

Κουρκούτα, Λ., Παππά, Α. & Αμπραχίμ, Σ. (2013). Η διατροφή των παιδιών στη σχολική ηλικία. Επιστημονικά Χρονικά, 18:78–82.

Κυριακίδου, Ε. (2005). Κοινωνική νοσηλευτική. 6th ed. Αθήνα: Ταβιθά, pp.130 - 140.

- Κωνσταντόπουλος, Α. (2001). Κλινική παιδιατρική και υγεία παιδιού. Εκδόσεις: Επιστημονικές εκδόσεις, Αθήνα.
- Μανιάτη-Χρηστίδη Μ. (2001), Παχυσαρκία παιδιών και εφήβων: Παθοφυσιολογία-αντιμετώπιση, Παιδιατρική θεραπευτική ενημέρωση.
- Μάντζιου, Θ., Πέτσιος, Κ., Τσουμάκας, Κ., Μάτζιου, Β., (2012). «Μελέτη των διατροφικών συνηθειών παιδιών προσχολικής ηλικίας, καθώς και των γνώσεων και των στάσεων των γονέων τους», Νοσηλευτική, Vol. 51, No. 3, pp. 317-326.
- Μάτζιου, Β., Τσουμάκος, Κ., Πέτσιος, Κ & Μάτζιου Θ. (2012). *Μελέτη των διατροφικών συνηθειών, παιδιών προσχολικής ηλικίας, καθώς και των γνώσεων και των στάσεων των γονέων τους*. Νοσηλευτική 2012, 51:317–326.
- Μπαθρέλλου, Ε., Γιαννακούλια, Μ., Βουτζουράκης, Ν., Ζήσης, Π., Ματάλα, ΑΛ., & Συντώσης ΛΣ: *Διαφημίσεις τροφίμων στην παιδική ζώνη: διατροφικά χαρακτηριστικά και τρόποι προσέγγισης*. Παιδιατρική (2006) ; 69: 127-133.
- Νοσηλευτική, (2006). General Article. Nosileftiki, 45(3):308–314.
- Νοσηλευτική, (2006). Λόγοι επίσκεψης μαθητών της Σουηδίας, στη σχολική νοσηλεύτρια και οι απόψεις τους για τον ρόλο της. 43 (2): 216- 225.
- Ξένος, Κ. (2009). Τα ναι και τα όχι της διατροφής, <http://www.babyspace.gr/Article/children-health-nutrition/429-571>. Html.
- Πανδής Ο. (2007), *Το διαιτολόγιο του μυαλού και της μνήμης, ο εγκέφαλός μας είναι ο εαυτός μας*, Αθήνα, Γαβριηλίδης
- Παντσιώτου Κ., (Μάρτιος-Απρίλιος 2004), *Το λίπος του σώματος ένας ενδοκρινής αδένας*. Παιδιατρική, σελ. 67,2,75-85.
- Παπαβραμίδης, Σ.Θ. (2002). Παχυσαρκία Θεωρία και Πράξη, Θεσσαλονίκη, Σιώκης.
- Παπανικολάου Γ. (2009). *Σύγχρονη Διατροφή και Διαιτολογία. Δίαιτες για όλες τις παθήσεις - με βιταμίνες και ιχνοστοιχεία*. Εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα. pp.647 - 653.
- Παπουτσάκη, Κ. (Ιούλιος – Αύγουστος 2008). Πρακτικές οδηγίες για την διατροφή των παιδιών. Παιδί, Υγεία & Ανατροφή, Τριμηνιαία έκδοση. (45), 56-60.

Παππάς, Α. & Καραγιάννη, Σ. (2011). Παιδική και εφηβική παχυσαρκία. Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα.

Πασπαλά, Ι. (2012). Η φυσική δραστηριότητα ως μέσο και τρόπος διαπαιδαγώγησης και πρόληψης της νηπιακής _ παιδικής παχυσαρκίας, <http://medidiatrofi.gr/> η φυσική διατροφή ως μέσο_ τρο/.

Πέππα, Μ. (2009). Παιδική παχυσαρκία: Η σύγχρονη επιδημία, http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=7218

Πιπεράκης, Σ. (2002). Τροφή, διατροφή, ανατροφή. Οι διατροφικές συνήθειες: ενημέρωση-εκπαίδευση- τρόπος ζωής. Αθήνα: Δάρδανος.

Σπηλιώτη Β. (2001). Παχυσαρκία, *Παιδιατρική θεραπευτική ενημέρωση*.

Τζώτζας, Θ., Χαραλαμπίδης, Β. (2005). Παιδική Παχυσαρκία, ένας ενημερωτικός και συμβουλευτικός οδηγός για την ελληνική οικογένεια. Ελληνική εταιρία παχυσαρκίας, <http://www.eiep.gr/oldsite/txts/paidpax.pdf>

Φαχαντίδου Α., Χασαπίδου Μ., (2002), *Διατροφή Υγεία Άσκηση και Αθλητισμός*, Θεσσαλονίκη, University Studio Press.

