ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΑΓΩΓΗΣ & ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ

Ντάϊκου Παναγιώτα

Πλιάτσιου Ζωή

Πολυμενίδου Μαρία

Σβερώνη Αγορίτσα

Επιβλέπουσα: Τύμπα Ελένη, Επίκουρος Καθηγήτρια

Ιωάννινα, Νοέμβριος, 2018

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα, ……..

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Τύμπα Ελένη, Επίκουρος Καθηγήτρια

Μέλος επιτροπής:

Καραβίδα Βασιλική

Μέλος επιτροπής:

Κανελλοπούλου Ελένη

Ο Προϊστάμενος του Τμήματος:

Βρυώνης Γεώργιος

Υπογραφή:

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνουμε υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μας ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Ονοματεπώνυμα:

Ντάϊκου Παναγιώτα

Πλιάτσιου Ζωή

Πολυμενίδου Μαρία

Σβερώνη Αγορίτσα

Υπογραφή:

Υπογραφή:

Υπογραφή:

Υπογραφή:

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε υπό την επίβλεψη και καθοδήγηση της επίκουρου καθηγήτριας Τύμπα Ελένης, του Τμήματος Προσχολικής Αγωγής του ΤΕΙ Ηπείρου, στα πλαίσια της ολοκλήρωσης του Προπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών. Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας πτυχιακής εργασίας, αισθανόμαστε την υποχρέωση να ευχαριστήσουμε ορισμένους από τους ανθρώπους που γνωρίσαμε, συνεργαστήκαμε μαζί τους και έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίησή της.

Πρώτα από όλους θέλουμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια της πτυχιακής εργασίας Κυρία Τύμπα Ελένη, για την συνεχή καθοδήγηση και υποστήριξή της, καθώς επίσης και για την αδιάλειπτη διαθεσιμότητά της κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας και για την εκτίμηση και εμπιστοσύνη που μας έδειξε.

Επίσης, ευχαριστούμε τους παιδικούς σταθμούς των Ιωαννίνων, που συνέβαλαν στην διεκπεραίωση του ερευνητικού μας έργου.

Ευχαριστούμε τις οικογένειές μας για το κίνητρο που μας έδωσαν τόσα χρόνια προς αυτή την κατεύθυνση. Οι αξίες που μας έχουν μεταδώσει και ο χρόνος που μας έχουν αφιερώσει μας έκαναν τους ανθρώπους που είμαστε σήμερα. Θα θέλαμε να τους ευχαριστήσουμε για όλες τις θυσίες που έχουν κάνει, ώστε να μας δώσουν τη δυνατότητα να ασχοληθούμε κατά τρόπο απερίσπαστο με κάτι τόσο συναρπαστικό, όσο η αναζήτηση της γνώσης.

Τέλος, τις ευχαριστίες μας εκφράζουμε και στους καθηγητές Καραβίδα Β. και Κανελλοπούλου Ε. που δέχτηκαν να είναι μέλη της τριμελής επιτροπής αξιολόγησης της πτυχιακής μας εργασίας.

Περίληψη

Η τηλεόραση επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου (και πολύ περισσότερο των παιδιών) πολύ περισσότερο όμως, από όσο μπορεί να υπολογίσει ο ανθρώπινος νους. Η τηλεόραση έχει εισβάλει στην καθημερινότητά μας και υπολογίζεται ότι παιδιά προσχολικής ηλικίας (2 έως 4 ετών) στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής σπαταλούν πάνω από 4 ώρες ημερησίως μπροστά από μια οθόνη τηλεόρασης, παρόλο που σε αυτές τις ηλικίες η έκθεση θα έπρεπε να είναι μηδενική. Ίδια φαινόμενα, έχουν παρατηρηθεί και στην Ελλάδα. Σχετικές μελέτες καταδεικνύουν την θετική σχέση που έχει η πολύωρη παρακολούθηση τηλεοπτικών εκπομπών με το σωματικό βάρος ενός παιδιού. Η τηλεόραση, εν ολίγοις, συμβάλλει στην αύξηση του σωματικού βάρους.

Πέρα από την τηλεόραση όμως, είναι πολλοί οι παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Οι συνέπειές τους δεν είναι πάντοτε θετικές, αλλά ενδέχεται να επιδράσουν αρνητικά και να επιφέρουν διατροφικές διαταραχές, πνευματικές – νοητικές δυσκολίες, καθώς και δυσκολίες στο κοινωνικό πλαίσιο (π.χ. ρατσισμός, αποκλεισμός). Υπάρχουν όμως συγκεκριμένοι τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος και προώθησης ενός ισορροπημένου διαιτολογίου.

Το σχολείο και η οικογένεια έρχεται στο σημείο αυτό να επιτελέσει σημαντικό ρόλο, καθώς αποτελούν τα δύο πιο σημαντικά κοινωνικά πλαίσια των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Η εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, η τήρηση διατροφικού προγράμματος στο οικογενειακό πλαίσιο, η παρακολούθηση και εφαρμογή συμβουλών από παιδιάτρους και διαιτολόγους – διατροφολόγους, συμβάλλουν θετικά προς αυτή την κατεύθυνση.

Παρ’ όλα αυτά, σύμφωνα με έρευνα που έγινε σε 3 διαφορετικούς παιδικούς σταθμούς των Ιωαννίνων, η οποία διήρκησε περίπου 3 μήνες, διαπιστώθηκε ότι η έκθεση των παιδιών μπροστά στην τηλεόραση δεν επηρεάζει το σωματικό τους βάρος αρνητικά. Απορρέει επίσης το συμπέρασμα, ότι οι περισσότερες οικογένειες ακολουθούν μια ισορροπημένη διατροφή, γεγονός που ίσως συμβάλει στη διατήρηση φυσιολογικού βάρους των παιδιών.

Λέξεις κλειδιά: Παιδιά προσχολικής ηλικίας, τηλεόραση, διατροφή, σωματικό βάρος

Abstract

Television affects the eating habits of the individual (and much more children) much more than the human mind can calculate. Television has invaded our everyday lives and it is estimated that preschoolers (2 to 4 years old) in the United States are wasting more than 4 hours a day in front of a television screen, although at these ages the exposure should be at the lowest levels. Similar phenomena have also been observed in Greece. Relevant studies show the positive relationship between long-term TV viewing and the body weight of a child. Television, in short, helps to increase the body weight of a child.

Beyond television, however, there are many factors that affect children's eating habits. Their consequences are not always positive, but may have negative effects and cause eating disorders, intellectual / mental difficulties as well as social difficulties (eg racism, exclusion). But there are specific ways to tackle the problem and promote a balanced diet.

The role of the school and the family comes to play an important role as they are the two most important social contexts of preschool children. The implementation of Health Education programs, the maintenance of a nutrition program in the family context, the monitoring and implementation of counseling by pediatricians and dieticians - nutritionists, contribute positively in this direction.

However, according to a study conducted in three different childcare centers in Ioannina, which lasted about 3 months, it was found that children's exposure to television does not affect their body weight in a negative way. In conclusion, most families follow a balanced diet, which may help maintain the normal weight of infants.

Keywords: Preschool children, TV, diet, body weight

Περιεχόμενα

Περίληψη 5

Abstract 6

Πίνακας εικόνων 9

Εισαγωγή 10

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 12

Κεφάλαιο 1 – Διατροφή 12

1.1 Διατροφή και υγεία 12

1.2 Μεσογειακή διατροφή 15

1.3 Διατροφή στην προσχολική και σχολική ηλικία 18

Κεφάλαιο 2 – Διατροφικές διαταραχές και Παχυσαρκία 24

2.1 Εννοιολόγηση και οριοθέτηση διατροφικών διαταραχών 24

2.2 Υποσιτισμός 24

2.3 Ανορεξία 26

2.4 Βουλιμία 27

2.5 Παιδική παχυσαρκία 27

2.6 Αίτια – παράγοντες παχυσαρκίας 32

2.7 Επιπτώσεις παχυσαρκίας 36

2.8 Τρόποι αντιμετώπισης παχυσαρκίας από το εγγύς περιβάλλον του παιδιού 39

2.9 Η ελληνική πραγματικότητα 40

2.10 Ο ρόλος της οικογένειας 42

2.11 Ο ρόλος του σχολείου 44

Κεφάλαιο 3 – Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών 47

3.1Περιβαλλοντικοί παράγοντες 47

3.2 Κοινωνικοί παράγοντες 49

3.3 Οικονομικοί παράγοντες 50

3.4 Πολιτιστικοί παράγοντες 51

Κεφάλαιο 4 – Ο ρόλος της τηλεόρασης στην ανάπτυξη του παιδιού 53

4.1 Η τηλεόραση ως μέσο απασχόλησης και διασκέδασης 56

4.2 Θετικά στοιχεία και επιδράσεις της τηλεόρασης στην παιδική ηλικία 57

4.3 Τηλεόραση και παιδί προσχολικής ηλικίας 58

4.4 Τηλεόραση και διατροφικές συνήθειες 59

4.5 Τηλεόραση και αρνητικές επιδράσεις στην σωματική και γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών 60

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 64

Κεφάλαιο 1-Σκοπός 64

1.1 Σκοπός της έρευνας 64

1.2 Περιορισμοί 64

Κεφάλαιο 2- Μεθοδολογία 65

2.1 Δείγμα 65

2.2 Μέσα-Υλικά 65

2.3 Διαδικασία 65

2.4 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου 66

Συζήτηση – Συμπεράσματα 79

Προτάσεις 83

Βιβλιογραφία 86

Παράρτημα 1 97

Παράρτημα 2 104

Πίνακας εικόνων

ΕΙΚΟΝΑ	ΣΕΛΙΔΑ
1	13
2	14
3	17
4	20
5	21
6	21
7	26
8	29
9	30
10	30
11	31
12	37-38
13	39
14	44
15	55
16	61

Εισαγωγή

Η πτυχιακή εργασία αποτελείται από δύο μέρη: το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο πρώτο μέρος αναφέρεται η έννοια της διατροφής γενικά, καθώς επίσης αναλύεται το καταλληλότερο πρότυπο διατροφής (Μεσογειακή διατροφή). Εξετάζεται η διατροφή στην προσχολική και σχολική ηλικία, η οποία αποτελεί το βασικό σκέλος της πτυχιακής. Στη συνέχεια, αναφέρονται διάφορες διατροφικές διαταραχές και δίνεται έμφαση στην παχυσαρκία, η οποία αποτελεί σοβαρή νόσο της παιδικής ηλικίας στη χώρα μας. Σημειώνεται ο ρόλος της οικογένειας και του σχολείου, όσον αφορά την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας και την αντιμετώπισή της. Ακολουθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών, όπως το οικογενειακό ή το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Έπειτα, γίνεται λόγος για την τηλεόραση, η οποία αποτελεί βασικό παράγοντα που επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Για την διερεύνηση των επιδράσεων της τηλεόρασης χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που απευθύνθηκε στους γονείς. Η μεθοδολογία και τα συμπεράσματα αναλύονται στα αντίστοιχα κεφάλαια.

Πώς όμως η τηλεόραση επιδρά στο βάρος του παιδιού; Η πιο δυνατή επιρροή σχετίζεται με τη παθητική «δέσμευση» πολύτιμου και ωφέλιμου – δημιουργικού χρόνου, που θα μπορούσε να αξιοποιηθεί σε πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες. Για να ασχοληθεί ένα παιδί με αθλητικές δραστηριότητες, απαραίτητο στοιχείο λογίζεται η διασκέδαση. Ως διασκέδαση νοείται, η ικανοποίηση που έχουν τα παιδιά από τη συμμετοχή τους σε κάποια δραστηριότητα καθώς και τη συμμετοχή των φίλων τους. (Μανιός, 2007).

Έρευνες καταδεικνύουν πως η πολύωρη έκθεση στην τηλεόραση συνεπάγεται του αντίστοιχου ανθυγιεινού φαγητού για τα παιδιά. Το παιδί δεν τρέφεται υγιεινά (φρούτα, ανάλατους ξηρούς καρπούς, γιαούρτι) αλλά με τρόφιμα πλούσια σε αλάτι και λιπαρά που συμβάλλουν στην αύξηση βάρους. Μελετώντας τον ρόλο της τηλεόρασης στην παιδική παχυσαρκία γεννιέται το ερώτημα «και τώρα τι;», «ποιος μπορεί να βοηθήσει το παιδί και πώς;». Το παιδί, υπέρβαρο ή μη, χρειάζεται την καθοδήγηση σε πολλούς τομείς σε σχέση με την διατροφή και σίγουρα έχει ανάγκη την ενεργή συμμετοχή και την υποστήριξη

της οικογένειας και του σχολείου, δύο διαφορετικά περιβάλλοντα, αλλά εξίσου σημαντικά για το παιδί.

Η παιδική παχυσαρκία χαρακτηρίζεται τις τελευταίες δεκαετίες ως επιδημία. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, του παιχνιδιού και του τρόπου διασκέδασης ,συμβάλλουν στην σημερινή κατάσταση.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1 – Διατροφή

1.1 Διατροφή και υγεία

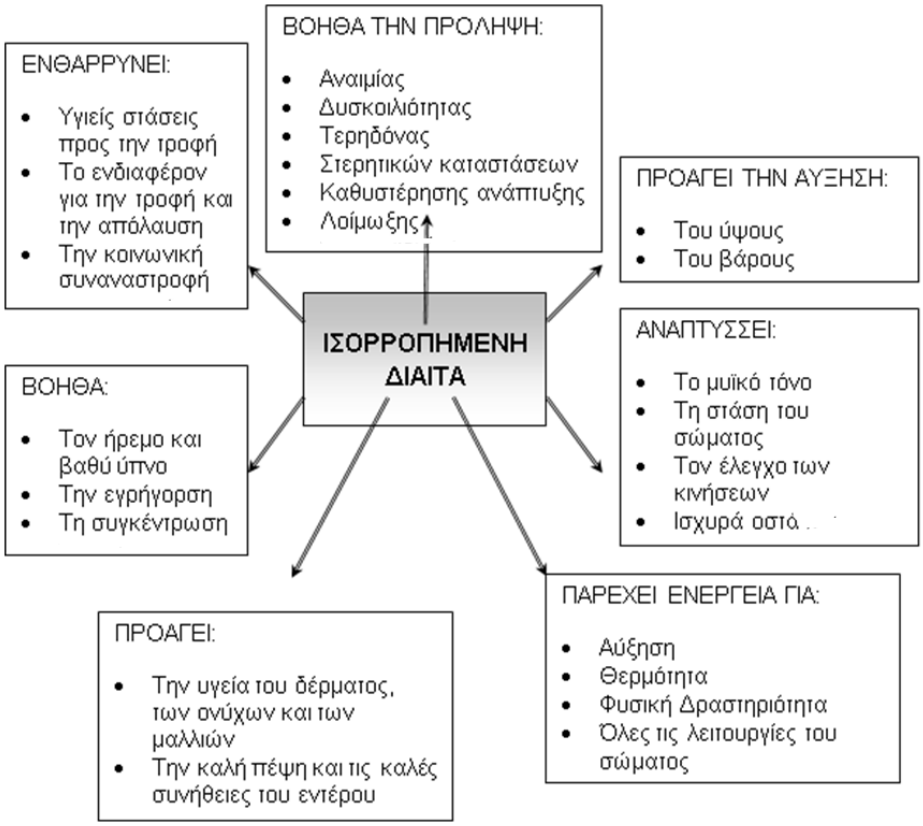
Κρίνεται σκόπιμο πριν την πλήρη ανάλυση και διερεύνηση του θέματος, να οροθετηθούν κάποιοι βασικοί ορισμοί, όπως διατροφή, τροφή, θρέψη.

Ετυμολογικά, η λέξη διατροφή ερμηνεύεται ως «η λήψη της τροφής μέσω ενός συστήματος ή κάποιας οδού (δια + τροφή)». Οι διεργασίες αυτές περιλαμβάνουν την πρόσληψη, πέψη, απορρόφηση και μεταβολισμό της τροφής. Ως τροφή, ορίζεται «κάθε οργανική ή ανόργανη ουσία που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από έναν οργανισμό με σκοπό τη θρέψη του». Τέλος, η θρέψη αναφέρεται στη «διαδικασία κατά την οποία τα τρόφιμα μεταβολίζονται από τον οργανισμό, δηλαδή περιλαμβάνει την πρόσληψη της τροφής, την απορρόφηση, την αφομοίωση, τη βιοσύνθεση, τον καταβολισμό και την απόκρισή της». Καταλήγουμε λοιπόν στη διαπίστωση πως η διατροφή του ατόμου αποτελείται από το σύνολο των γευμάτων που καταναλώνει. Τα τρόφιμα απαρτίζονται από όλα εκείνα τα (επεξεργασμένα ή μη) προϊόντα φυτικής ή/και ζωικής προέλευσης που καταναλώνονται από τον άνθρωπο, με σκοπό την ανάπτυξη, διατήρηση και ανάπλαση των ιστών του όταν είναι πλούσια σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά. Ελάχιστες είναι οι εξαιρέσεις όπου τα τρόφιμα είναι προϊόντα άλλων ζωικών ή φυτικών οργανισμών, όπως το αλάτι και η μαγειρική σόδα (Γκανιάτσα, 2010).

Άλλοι ορισμοί που έχουν αποδοθεί για τη διατροφή, διατυπώνονται ως εξής: «Η πρόσληψη τροφής σχετίζεται με τις διατροφικές ανάγκες του σώματος. Η ισορροπημένη διατροφή σε συνδυασμό με την τακτική σωματική δραστηριότητα αποτελεί το θεμέλιο λίθο της καλής υγείας» και «Το σύνολο των διεργασιών που εμπλέκονται στην πρόληψη και εκμετάλλευση ουσιών της τροφής από τους ζώντες οργανισμούς. Οι διεργασίες αυτές περιλαμβάνουν τη πρόσληψη, πέψη, απορρόφηση και μεταβολισμό της τροφής» (Αδαμίδου, 2012 ; Μάνος, 1997).

Η ισορροπημένη διατροφή έχει ως θετικό αποτέλεσμα για το άτομο, τη διατήρηση αλλά και τη βελτίωση της υγείας. Η υγιεινή διατροφή καλύπτει τις ενεργειακές ανάγκες και δεν θέτει το άτομο στην έκθεση και λήψη τοξικών και βλαβερών ουσιών και δεν

επέρχεται η αύξηση του βάρους μέσα από την κατανάλωση μεγάλων και λιπαρών ποσοτήτων. Η μειωμένη λήψη θερμίδων δεν αποτελεί σημαντικό ζήτημα ή πρόβλημα, όταν η διατροφή είναι ισορροπημένη και το άτομο έχει εντάξει στο πρόγραμμά του την σωματική άσκηση. Στην περίπτωση αυτή, τα αποτελέσματα είναι θετικά, οι πιθανότητες για εμφάνιση της παχυσαρκίας είναι μειωμένες, το ίδιο ισχύει και για ασθένειες και παθήσεις τις καρδιάς, διαβήτη τύπου 2, υπέρταση και καρκίνο.



Εικόνα 1 Οφέλη ισορροπημένης δίαιτας και διατροφής

Ο D. L. Katz (2014), επισήμανε: «Μια δίαιτα ελάχιστα επεξεργασμένων τροφίμων, κυρίως φυτικής προέλευσης, συνδέεται αποφασιστικά με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών και είναι σύμφωνη με τα σημαντικότερα συστατικά των φαινομενικά διακριτών διαιτητικών προσεγγίσεων.» Η υγιεινή διατροφή είναι σημαντικό να αποτελεί μέρος της καθημερινότητάς μας, καθώς μόνο θετικά αποτελέσματα θα επέλθουν στην υγεία μας. Επιθυμητή είναι η απώλεια 10% του σωματικού βάρους σε 6 μήνες. Βέβαια ο συνιστώμενος ρυθμός απώλειας βάρους σε υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά και εφήβους πρέπει να εξατομικεύεται με βάση την ηλικία, το βάρος, το ύψος, και το ΔΜΣ του παιδιού.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ως υγεία ορίζεται, η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. (Γκανιάτσα, 2010).

Τα πολλαπλά, μικρά γεύματα, πλούσια σε θρεπτικά στοιχεία και οι σωστές διατροφικές συνήθειες, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την υγιεινή – σωστή διατροφή και την υγεία των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Στην εποχή μας, η παιδική παχυσαρκία έχει αποκτήσει διαστάσεις επιδημίας τόσο σε ανεπτυγμένες όσο και σε αναπτυσσόμενες χώρες, κυρίως σε αστικές περιοχές (Μάντζιου κ. συν., 2012).

Εικόνα 2 - Από τι αποτελείται ένα υγιεινό πιάτο;

Η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών των ανθρώπων έχουν αλλάξει σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες και παρατηρείται πως γίνεται υψηλή κατανάλωση τροφών με υψηλά λιπαρά και ζάχαρη και παράλληλα με χαμηλή ποσότητα σε θρεπτικές ουσίες, ενώ απομακρύνονται από τον υγιεινό τρόπο διατροφής. Σύμφωνα με τον Τσαγδή και τους συνεργάτες του και την μελέτη που έκαναν σχετικά με τα διατροφικά χαρακτηριστικά 60 παιδιών προεφηβικής ηλικίας, παρατήρησαν ότι τα παιδιά καταναλώνουν καθημερινά επικίνδυνα υψηλά ποσοστά λιπών, με άμεσο αποτέλεσμα την ορατή αύξηση του

σωματικού τους βάρους και κατ' επέκταση του σωματικού τους λίπους (Grund et al, 2000).

Η αλλαγή των διατροφικών αλλαγών κυμαίνεται σε επίπεδα μεταξύ 7 – 11%, ενώ μεταξύ δύο δεκαετιών και συγκεκριμένα κατά τα χρόνια 1977 – 1996, έχει καταγραφεί μια αύξηση στην κατανάλωση φαγητών τύπου fast food από παιδιά προσχολικής ηλικίας (2 –5 ετών) σε ένα ποσοστό της τάξης του 30% βάση επιστημονικών μελετών (Κουρκούτα κ. συν., 2013).

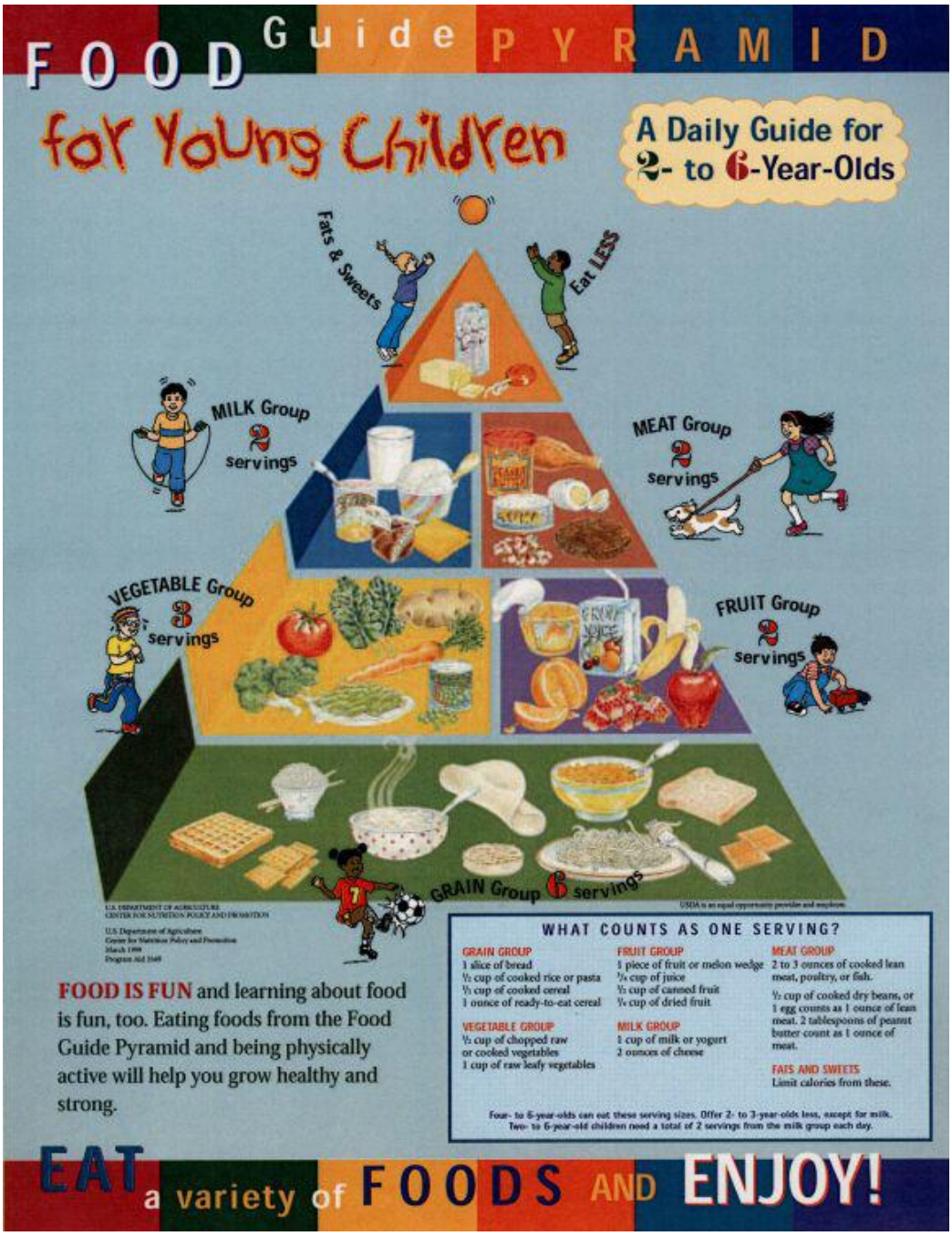
1.2 Μεσογειακή διατροφή

Η Μεσογειακή Διατροφή απεικονίζεται με το σχήμα της πυραμίδας (εικόνα 3). Πρόκειται για έναν οδηγό διατροφής, όπου οι διατροφολόγοι και διαιτολόγοι τον χρησιμοποιούν, για τη διατήρηση της υγείας του ανθρώπου. Οι διαιτολόγοι – διατροφολόγοι δίνουν μεγάλη σημασία στην ενεργειακή ή θερμιδική αξία των τροφών. Η ενεργειακή αξία, αφορά την ποσότητα μεγάλων θερμίδων (Kcal) που εμπερικλείουν τα τρόφιμα, ανά είδος και τρόπο μαγειρέματος και οι οποίες απελευθερώνονται κατά τη διάρκεια του μαγειρέματος. Με γνώμονα τα άνωθεν και τις οδηγίες του διαιτολόγου, το άτομο δύναται να ακολουθεί μια σωστή διατροφή, με αποτέλεσμα να αποκτά υγεία και μακροζωία, αφού την συνδυάζει με καθημερινή άσκηση (Βελέτζας & Τριάδη, 2003).

Το 1947, ο Ancel Benjamin Keys, υλοποιεί μαζί με τους συνεργάτες του, μια μελέτη με 281 μεσήλικες επιχειρηματίες άνδρες στη Μινεσότα της Αμερικής, μελετώντας το συσχετισμό μεταξύ πιθανών καρδιακών νόσων και του τρόπου ζωής. Σκοπός της έρευνας, ήταν να γίνει σύγκριση ανάμεσα στους άντρες, διαφορετικών πληθυσμών, που είχαν ως κύρια επαγγελματική απασχόληση παραδοσιακά επαγγέλματα, αναφορικά με το κίνδυνο εμφάνισης καρδιακής προσβολής σε συνδυασμό με τις διατροφικές συνήθειες που ακολουθούσαν. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν αυξημένη πρόσληψη γάλακτος, λίπους, προϊόντων ζάχαρης και πατάτας σε χώρες όπως η Ολλανδία και η Φινλανδία. Φρούτων, κρέατος και γλυκών στην Αμερική. Δημητριακών και αλκοόλ στην Ιταλία, ψωμιού στη Γιουγκοσλαβία, ελαιόλαδου και φρούτων στην Ελλάδα και τέλος, ψαριών, ρυζιού και προϊόντων σόγιας στην Ιαπωνία. Μέσα από τις διατροφικές συνήθειες της κάθε χώρας, προέκυψε το συμπέρασμα πως η διατροφή σχετίζεται με την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, ενώ παράλληλα, αναδύθηκε και το ζήτημα των ζωικών και φυτικών τροφίμων.

Οι βορειοευρωπαίοι φαίνεται να έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν καρδιαγγειακές παθήσεις, σε αντίθεση με τους νοτιοευρωπαίους και συγκεκριμένα με τους κατοίκους της Κρήτης, οι οποίοι είχαν τις λιγότερες πιθανότητες από όλους. Έτσι, δημιουργείται το Μεσογειακό Πρότυπο Διατροφής, αλλά και η κρητική διατροφή (Kromhout et al., 1989; Menotti et al., 1999).

Η «μεσογειακή διατροφή» έχει περιγραφεί ως η ιδανικότερη διατροφή για μακροβιότητα και την μείωση της θνησιμότητας από χρόνια νοσήματα, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις και διάφορες μορφές καρκίνου. Οι αρχές της μεσογειακής διατροφής εντοπίζονται στα βασικά εννιά (09) χαρακτηριστικά που βρίσκονται στην υψηλή βαθμίδα κατανάλωσης (εικόνα 3). Ως βασικό λιπίδιο είναι το ελαιόλαδο. Χαρακτηριστικό είναι επίσης η υψηλή κατανάλωση φρούτων και δημητριακών, η μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, η μέτρια ή/και υψηλή κατανάλωση ψαριών και η μικρή κατανάλωση κρέατος. Τα οφέλη στην υγεία του ανθρώπου που ακολουθεί το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής προέρχονται από το διαιτολόγιό της ως σύνολο και όχι από κάποιο μεμονωμένο συστατικό του (Χασαπίδου & Φαχαντίδου, 2002). Εκτός από τις διατροφικές απαιτήσεις, σημαντική είναι επίσης και η καθημερινή κατανάλωση 1½ - 2 λίτρων νερού. Επιπλέον ενυδάτωση του οργανισμού, μπορεί να επιτευχθεί με φυσικούς χυμούς, αφεψήματα χωρίς προσθήκη ζάχαρης, χαμηλά σε νάτριο και λίπη. Η ενυδάτωση του κάθε οργανισμού σχετίζεται άμεσα με την ηλικία, τις προσωπικές ανάγκες, τις περιβαλλοντικές συνθήκες και τη φυσική δραστηριότητα του ατόμου (Bach-Faig et al., 2011).



Εικόνα 3 Διατροφική πυραμίδα (Πηγή: ADA reports 2004).

Σύμφωνα με αποτελέσματα πανελλαδικής έρευνας, το 2008, προέκυψε ότι μόλις ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 10% επί του πληθυσμού, ακολουθούν το μοντέλο της μεσογειακής διατροφής (Serra-Majem et al., 2014). Τα τελευταία χρόνια, οι διατροφικές συνήθειες έχουν αλλάξει, χώρες όπως η Ελλάδα, η Ιταλία και η Ισπανία έχουν αυξήσει την κατανάλωση των ζωικών προϊόντων (κρέας, αυγά, γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα) ενώ έχει μειωθεί η κατανάλωση δημητριακών. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί το ελαιόλαδο που εξακολουθεί να αντικαθιστά όλα τα άλλα λίπη και έλαια για όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Τέλος, τον 21^{ο} αιώνα πραγματοποιήθηκε μελέτη στην Αττική (2001-2002), σχετικά με το αν οι παχύσαρκοι και υπέρβαροι, οι οποίοι ακολουθούν μια διατροφή κοντά στο μεσογειακό πρότυπο, έχουν καλύτερες τιμές ινσουλίνης, καλύτερο λιπιδαιμικό προφίλ και καλύτερα επίπεδα πίεσης, συγκριτικά με όσους παχύσαρκους και υπέρβαρους, ακολουθούν μια δυτικού τύπου διατροφή. Το δείγμα αποτελούνταν από 3.042 άτομα, άντρες και γυναίκες. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι τα άτομα της πρώτης ομάδας, τα οποία ακολουθούσαν μια πιο ισορροπημένη διατροφή η οποία ταιριάζει στη Μεσογειακή Διατροφή, είχαν καλύτερη ευαισθησία στην ινσουλίνη, χαμηλότερα επίπεδα ολικής χοληστερόλης και συστολικής πίεσης (Pitsavos C, Panagiotakos DB, et al., 2005).

Πέρα από την Μεσογειακή Διατροφή, επιστημονικές έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως ένα επιπλέον ιδανικό διατροφικό μοντέλο αποτελεί η Κρητική Διατροφή. Στηρίζεται στην κατανάλωση διατροφικών ομάδων, παρόμοιων με τη Μεσογειακή Διατροφή. Βασικά συστατικά της, αποτελούν τα δημητριακά, λαχανικά, όσπρια, φρούτα, ελαιόλαδο, ελιές, ψάρια, ξηροί καρποί, η ελάχιστη κατανάλωση κόκκινου κρέατος και η μικρή κατανάλωση γαλακτοκομικών. Στοιχεία που συντελούν στην απώλεια βάρους, αλλά και στην διατήρησή του (Ζαμπέλας, 2003).

1.3 Διατροφή στην προσχολική και σχολική ηλικία

Οι διατροφικές ανάγκες για τον άνθρωπο είναι διαφορετικές ανά ηλικιακή ομάδα και για κάθε φύλο (Ζαμπέλας, 2003). Το φύλο του παιδιού επίσης, διαφοροποιεί τις διατροφικές συνήθειες που έχει υιοθετήσει το παιδί. Τα κορίτσια, για παράδειγμα, φαίνεται να ακολουθούν συχνά δίαιτες χαμηλές σε λιπαρά (Κουρκουτά, κ. συν., 2013). Οι διατροφικές συνήθειες κατά την προσχολική και νηπιακή ηλικία και ο τρόπος ζωής (το οικογενειακό περιβάλλον και τα γονεϊκά πρότυπα είναι βασικοί παράγοντες επιρροής) αποτελούν το «μαγικό» κλειδί για την υγιή ανάπτυξη των παιδιών (Μάντζιου κ. συν., 2012). Οι διατροφικές επιλογές του παιδιού καθορίζουν τη σωστή ανάπτυξη και λειτουργία του οργανισμού καθώς συμβάλλουν στην παραγωγή νέων κυττάρων, ενώ υποστηρίζουν τον οργανισμό να ανταπεξέρχεται στις καθημερινές του ανάγκες, αλλά και να δημιουργήσει αποθήκες θρεπτικών συστατικών. Τα καταναλωτικά πρότυπα τα οποία παρέχονται κατά την παιδική ηλικία ενδέχεται να παρουσιάσουν σε βάθος χρόνου, οφέλη ή και αρνητικές ακόμα συνέπειες για την υγεία. Παράγοντες όπως οι προτιμήσεις, οι

πολιτιστικοί κανόνες, και η διαθεσιμότητα τροφίμων επηρεάζουν τη διαιτητική συμπεριφορά κατά την επιλογή τροφίμων. Οι γονείς επίσης, ως άμεσο κοινωνικό περιβάλλον, ασκούν σημαντική επιρροή στα πρότυπα κατανάλωσης και φυσικής δραστηριότητας των παιδιών (Ebbeling et al., 2002).

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις συνήθως δεν γίνονται αντιληπτές στην παιδική ηλικία, αλλά κατά την ενηλικίωση. Παρ' όλα αυτά, οι παράγοντες που επιδρούν αρνητικά αυξάνουν τον κίνδυνο και σχετίζονται με την καρδιαγγειακή πάθηση στεφανιαίας αρτηρίας και υπέρτασης που αναπτύσσονται από την παιδική ακόμα ηλικία (ADA, 2004).

Οι παράγοντες κινδύνου για καρδιοαγγειακές παθήσεις συχνά έχουν την προέλευσή τους στην παιδική ηλικία, όταν πολλές συμπεριφορές τρόπου ζωής έχουν καθιερωθεί από τα πρώτα χρόνια ζωής (Proctor et al., 2003).

Τα φρούτα και τα λαχανικά είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της διατροφής των παιδιών, καθώς αποτελούν πλούσιες πηγές βιταμινών, μετάλλων, αντιοξειδωτικών ουσιών και φυτικών ινών. Η καθημερινή κατανάλωση τους μπορεί να προστατέψει από χρόνιες νόσους, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα και κάποιους τύπους καρκίνου (εφαρμογή της βάσης της μεσογειακής διατροφής). Σε έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) συνιστάται η πρόσληψη τουλάχιστον 400γρ. φρούτων και λαχανικών την ημέρα (με εξαίρεση τις πατάτες και άλλων αμυλούχων) για την πρόληψη χρόνιων ασθενειών και της παχυσαρκίας. Προτεραιότητα επίσης, σε θρεπτικά συστατικά στην παιδική ηλικία έχουν οι πρωτεΐνες, τα άλατα ασβεστίου, φωσφόρου και σιδήρου και οι βιταμίνες A, B, C, και D (Τσάκου, 1983).

Τρόφιμο	Ηλικία (2-3 χρόνων) Μέγεθος Μερίδας	Ηλικία (2-3 χρόνων) Αριθμός Μερίδων	Ηλικία (4-6 χρόνων) Μέγεθος Μερίδας	Ηλικία (4-6 χρόνων) Αριθμός Μερίδων	Σχόλια
Γάλα	¼ - ¾ φλ.	2 - 3	½ - ¾ φλ.	3	½ φλ. γάλακτος = 15 – 25 γρ. τυρί = ¼ - ½ φλ. γιαούρτι
Κρέας, κοτόπουλο, ψάρι	30 - 60 γρ.	2	30 – 60 γρ.	2	30 γρ. (κρέας, κοτόπουλο, ψάρι) = 4 – 5 κουταλάκια όσπρια = 1 αυγό
Φρούτα[1] και λαχανικά[2]		4 - 5		4 - 5	
Μαγειρεμένα[2]	3 – 4 κ.		3 – 4 κ.		Έστω 1 πράσινο φυλλώδες ή κίτρινο λαχανικό
Ωμά[2]	Μερικά κομματάκια		Μερικά κομματάκια		
Κονσέρβα[1]			4 – 6 κ.		Έστω 1 φρούτο ή χυμός πλούσιος σε Βιταμίνη C την ημέρα
Ωμά[1]			½ - 1 μικρό		
Χυμοί[1]			120 ml		
Δημητριακά	¼ - 1 φέτα	3	1 φέτα	4	1 φέτα ψωμιού = ½ φλ. μαγειρεμένου δημητριακού ή ζυμαρικών ή ρυζιού

Επεξηγήσεις: φλ. = φλιτζάνι (240 ml ή γρ.) γρ. = γραμμάρια κ. = κουταλάκι (5 ml ή γρ.)

Εικόνα 4 - Συνοπτικός πίνακας ισορροπημένου διαιτολογίου ανάλογα με την ηλικία (Μανωλά, 2016)

Άλλοι σχετικοί πίνακες υγιεινής διατροφής ανά ηλικιακή ομάδα παιδιών 1 – 3 ετών:

ΝΗΠΙΑ 1-2 ΕΤΩΝ

Ομάδες Τροφίμων	Μέγεθος Μερίδας	Μερίδες που χρειάζεται Ημερησίως
Αμυλούχες τροφές (ψωμί, δημητριακά, ρύζι, ζυμαρικά, όσπρια)	1 φέτα ψωμί, ½ φλιτζ αμυλούχα	4 – 6
Λαχανικά	½ φλιτζ ωμά ή μαγειρεμένα λαχανικά	3
Φρούτα	½ μέτριο φρούτο, ¼ – ½ φλιτζ κομμένα φρούτα	2
Γαλακτοκομικά	½ φλιτζ γάλα ή γιαούρτι, 30 γρ τυρί, 1 φτ τυρί του τοστ	4
Κρέας, ψάρι, αυγό	30 γρ μαγειρεμένο άπαχο κρέας, 1 αυγό	2 – 3

Εικόνα 5 - Ηλικίες 1 - 2 ετών

ΝΗΠΙΑ 2-3 ΕΤΩΝ

Ομάδες τροφίμων	Μέγεθος Μερίδας	Μερίδες που χρειάζεται ημερησίως
Αμυλούχες τροφές (ψωμί, δημητριακά, ρύζι, ζυμαρικά, όσπρια)	1 φέτα ψωμί, 1/2 φλιτζ αμυλούχα	3 – 5
Λαχανικά	1 φλιτζ ωμά ή ½ φλιτζ μαγειρεμένα λαχανικά	1 – 2
Φρούτα	1 μπαλάκι του τένις	2 – 3
Γαλακτοκομικά	1 φλιτζ γάλα ή 1 γιαούρτι ή 40 γρ τυρί	2 – 3
Κρέας, ψάρι, αυγό	30 γρ μαγειρεμένο κρέας ή ψάρι , 1 αυγό	2 – 4

Εικόνα 6 - Ηλικίες 2 - 3 ετών

Η φυσική δραστηριότητα στα νέα παιδιά συνεχώς μειώνεται, ενώ η παιδική παχυσαρκία συνεχώς αυξάνεται. Η προσχολική ηλικία αποτελεί κατάλληλη ηλικιακή ομάδα απόκτησης υγιεινών διατροφικών συνηθειών, έτσι ώστε να προάγουν έναν υγιή τρόπο ζωής. Οι συχνές παρεμβάσεις στην προσχολική ηλικία μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη της παχυσαρκίας, αλλά και των χρόνιων νοσημάτων στη μετέπειτα ζωή. Η

ελλιπής κατανάλωση φρούτων και λαχανικών στην παιδική ηλικία αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιων παθήσεων. Αρνητικά είναι τα αποτελέσματα ερευνών που διεξήχθησαν στην Αυστραλία, τα οποία φανερώνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό των παιδιών δεν καταναλώνουν επαρκείς ποσότητες φρούτων και λαχανικών (Μάντζιου κ. συν., 2012). Τα παιδιά έως 12 ετών, δεν αντιλαμβάνονται πλήρως τη λειτουργία των εσωτερικών οργάνων και ως απόρροια αυτού, δεν αντιλαμβάνονται ούτε τη μεταβολή των τροφών κατά τη διαδικασία της πέψης (Ζυμβρακάκη, 1998).

Σε μελέτη των Cornwell και McAlister σχετικά με την ανάπτυξη των διατροφικών προτιμήσεων στα παιδιά σημειώνεται η επίδραση της «νεοφοβίας» (ο φόβος δηλαδή, για την αλλαγή συνηθειών), της απέχθειας των παιδιών σε τροφές και συγκεκριμένων κλινικών χαρακτηριστικών. Αναγνωρίζεται ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας προτιμούν τις γλυκές και τις αλμυρές γεύσεις και αντιπαθούν τις πικρές γεύσεις ενώ τα δεδομένα είναι αντιφατικά σχετικά με τις όξινες γεύσεις. Τα τελευταία χρόνια, το προφίλ της διατροφής παιδιών προσχολικής ηλικίας στην Ελλάδα, έχει διαφοροποιηθεί σημαντικά σε σχέση με την παραδοσιακή εικόνα που χαρακτήριζε τη χώρα. Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αναφορικά με το ποσοστό για την κατανάλωση πρωινού στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα (0−6 ετών) είναι σημαντικά υψηλό (90,9%) παρά το γεγονός ότι μόνο οι μισοί από τους γονείς που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο δήλωσαν ότι θεωρούν σπουδαιότερο γεύμα το πρωινό (Μάντζιου κ. συν., 2012). Σύμφωνα με τον Έλληνα διατροφολόγο Γ. Μηνούδη και τους συνεργάτες του, είναι σημαντικό να δοθεί η πρέπουσα σημασία και βαρύτητα στην υγεία και στη σωστή ανατροφή των παιδιών. Η υγεία, η ανάπτυξη και η σωστή διατροφή είναι αλληλένδετα στοιχεία και εξαρτώνται από τρία θεμελιώδη στοιχεία, τη νοοτροπία, τη διατροφή και τον τρόπο ζωής. Τα άνωθεν επιδρούν σημαντικά τόσο στη νοητική, όσο και στη σωματική υγεία και ανάπτυξη των παιδιών (Μηνούδης κ. συν., 2012).

Τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών επισύρουν την προσοχή των ενηλίκων σχετικά με το ρόλο του θηλασμού στην πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας και τονίζουν τις μικρές καθημερινές συνήθειες των παιδιών που αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας αύξησης της παχυσαρκίας. Τέτοιοι παράγοντες είναι, η κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών στο σχολείο (κατά τη σχολική κυρίως ηλικία), η παρακολούθηση διαφημίσεων με ανθυγιεινές τροφές, η μειωμένη ή ελάχιστη σωματική άσκηση των παιδιών και η πολύωρη ενασχόλησή τους με ηλεκτρονικούς υπολογιστές, τηλεόραση,

κινητά τηλέφωνα, tablets (Centers for Disease Control and Prevention, 2013; Μπρουσκέλη, 2014) .

Κεφάλαιο 2 – Διατροφικές διαταραχές και Παχυσαρκία

2.1 Εννοιολόγηση και οριοθέτηση διατροφικών διαταραχών

Σύμφωνα με τον Σαλπιστή (2013) ως διατροφική διαταραχή ορίζεται: «Μία επίμονη μορφή διαταραχής του τρόπου λήψης τροφής ή της συμπεριφοράς ελέγχου του βάρους που επιδεινώνει εμφανέστατα τη σωματική υγεία και τον ψυχοκοινωνικό τρόπο λειτουργίας. Η διαταραχή δεν είναι το αποτέλεσμα κάποιας γνωστής ιατρικής πάθησης (π.χ. ένας όγκος στον υποθάλαμο) ή κάποιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (π.χ. αγχώδης διαταραχή)».

Η διατροφική διαταραχή αποτελεί μια ακραία μορφή εκδήλωσης συμπεριφοράς, σκέψεων και συναισθημάτων. Ως διαταραχή εμφανίζεται κυρίως στις γυναίκες και λιγότερο στους άντρες. Η πιο «κρίσιμη» και επικίνδυνη περίοδος της ζωής του ατόμου να εμφανιστεί κάποια διατροφική διαταραχή είναι η εφηβεία. Οι πιο σοβαρές μορφές διατροφικών διαταραχών είναι η ψυχογενής ανορεξία και η ψυχογενής βουλιμία. Οι παράγοντες που πυροδοτούν μια τέτοια διαταραχή ποικίλουν και ταξινομούνται σε κληρονομικούς, βιοχημικούς, προσωπικούς (φόβοι, ανεπαρκής επικοινωνία με την οικογένεια), κοινωνικούς (εμμονές σχετικά με την εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του, επιρροές από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης) (Σαλπιστής, 2013).

2.2 Υποσιτισμός

Υποσιτισμός είναι «η λήψη λιγότερης τροφής από την κανονική ποσότητα, με αποτέλεσμα να μην τρέφεται καλά ο οργανισμός και να μην αναπτύσσεται ομαλά το σώμα, καθώς υπάρχει ανεπαρκής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών». Ο υποσιτισμός αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα σε χώρες της Αφρικής αλλά και της Νότιας Ασίας. Αν και μπορεί να παρουσιαστεί και σε χώρες του δυτικού κόσμου, που ανήκουν στις ανεπτυγμένες χώρες, όπου υπάρχει διαθεσιμότητα τροφής. Αυτό συμβαίνει είτε λόγω κακών διατροφικών συνηθειών, είτε λόγω διαιτητικών προγραμμάτων που προκαλούν εξάντληση. Ο υποσιτισμός είναι μία από τις συνέπειες της φτώχειας και είναι πιο έντονος ως φαινόμενο σε περιόδους πολέμου και ξηρασίας (Λάντης, 2017).

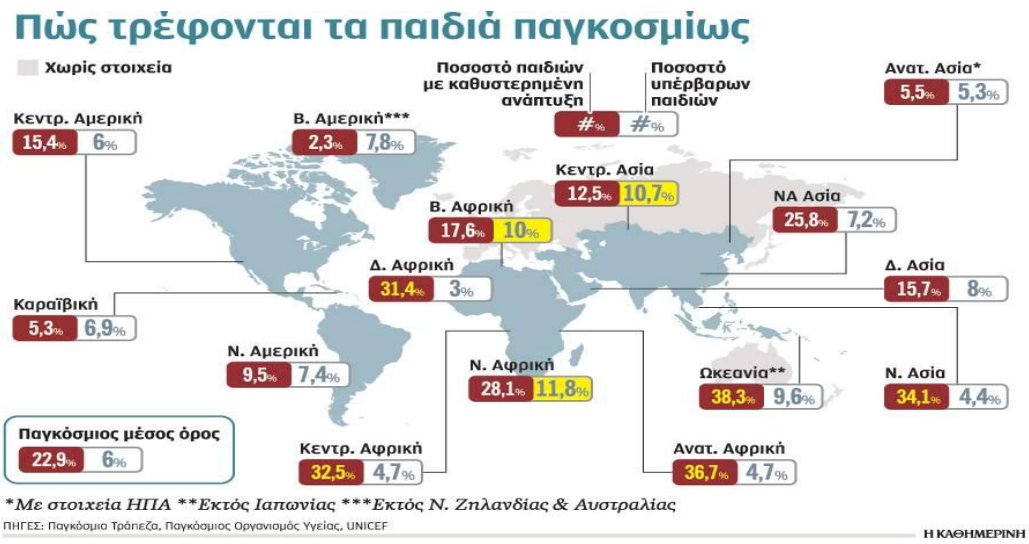
Οι αρνητικές συνέπειές του είναι αρκετές, ανάμεσά τους είναι οι διαταραχές στο πεπτικό σύστημα και η καχεξία στο σώμα (μειωμένο σωματικό βάρος και ύψος). Η αναιμία (έλλειψη σιδήρου) με συνέπεια τη χλωμότητα. Η κόπωση ακόμα και σε περίπτωση μειωμένης δραστηριότητας, η αδυναμία συγκέντρωσης, η μειωμένη απόδοση, ξηρότητα στο δέρμα, ζαλάδες, εύθραυστα νύχια, έντονη τριχόπτωση. Επίσης, τα άτομα που υποσιτίζονται στην παιδική και εφηβική ηλικία, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν οστεοπόρωση στην ενήλικη ζωή τους. Στην περίπτωση που ο υποσιτισμός διαρκεί μακροχρόνια μπορεί να επιφέρει ακόμα και θάνατο.

Τα συμπτώματα του υποσιτισμού των παιδιών περιλαμβάνουν:

- Αποτυχία ανάπτυξης αναφορικά με το βάρος, ύψος ή και τα δύο
- Οξυθυμία, βραδύτητα, υπερευαισθησία, αυξημένα επίπεδα άγχους, διάσπαση προσοχής.
- Μυϊκή αδυναμία.

Ο υποσιτισμός στα παιδιά, ελλοχεύει κινδύνους, όπως ασθένειες, νοητική υστέρηση και χαμηλή κοινωνική ανάπτυξη. Ο ανθρώπινος οργανισμός, στην περίπτωση αυτή, δίνει προτεραιότητα στη διατήρηση των ζωτικών λειτουργιών και «παραγκωνίζει» ενεργειακά τη διαδικασία της γνωστικής ανάπτυξης και της κοινωνικής δραστηριοποίησης. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, παιδιά που σιτίζονται με κακής ποιότητας διατροφή στην πρώιμη ηλικία, εμφανίζουν εξελικτικά, χαμηλότερα επίπεδα ευφυΐας, γνωστικής λειτουργίας, σχολικών επιδόσεων και μεγαλύτερα προβλήματα συμπεριφοράς (Λάντης, 2017).

Ο υποσιτισμός επιφέρει, όπως εύκολα γίνεται αντιληπτό, σοβαρές και αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, ιδιαίτερα κατά την παιδική ηλικία, περίοδο της ζωής του ανθρώπου που έχει ανάγκη από μία ισορροπημένη και πλήρης πρόσληψη θρεπτικών ουσιών τόσο για τη σωματική όσο και για την πνευματική ανάπτυξή του. Είναι γεγονός, πως ο υποσιτισμός έχει προκαλέσει μια αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας, αναιμία, ελλιπείς μαθησιακές ικανότητες και επιπρόσθετα αρνητικά δεδομένα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) 10 - 12 εκατ. παιδιά κάτω των πέντε (05) ετών, πεθαίνουν ετησίως στις αναπτυσσόμενες χώρες και για περισσότερους και πάνω από το 50% των θανάτων, η άμεση ή έμμεση αιτία είναι ο υποσιτισμός (Λάντης, 2017). Το πρόβλημα της παχυσαρκίας στις αναπτυγμένες χώρες συνδέεται με τα χρόνια νοσήματα, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες τείνει να αντικαταστήσει προβλήματα, όπως ο υποσιτισμός και τα λοιμώδη νοσήματα (Γκανιάτσα, 2010).



Εικόνα 7 Πηγή Λάντης (2017)

2.3 Ανορεξία

Η ψυχογενής ανορεξία αποτελεί τη σοβαρότερη ίσως διατροφική διαταραχή (καθώς οδηγεί το άτομο ακόμα και στο θάνατο) και ορίζεται ως «μια ηθελημένη προσπάθεια μείωσης του σωματικού βάρους, που μπορεί να φθάσει έως και το 85% του κανονικού, αρχίζει συχνά με τη μορφή μιας συνηθισμένης δίαιτας που δεν σταματά ποτέ.» (Σαλπιστής, 2013β).

Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία δεν έχουν μια σωστή εικόνα του σώματός τους και έχουν την πεποίθηση πως είναι παχύσαρκα, ενώ ισχύει το αντίθετο. Κυριαρχούνται από το φόβο αύξησης του σωματικού τους βάρους και καταφεύγουν συχνά σε προκλήσεις εμέτων και έντονη σωματική άσκηση (Σαλπιστής, 2013β).

Ως βασικό σύμπτωμά της χαρακτηρίζεται η τάση του ατόμου για ασιτία (την οποία την προκαλεί το ίδιο το άτομο) και ο έντονος φόβος του ότι θα γίνει παχύ, ακόμη κι όταν είναι υπερβολικά αδύνατο. Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται ποικιλοτρόπως, όπως για παράδειγμα με δίαιτα, με αποφυγή «λιπαρών» τροφών, με προκλητούς εμετούς μετά από κάθε γεύμα, με χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ανορεξιογόνων, με υπερβολική και εντατική γυμναστική (Μωρόγιαννης, 2000).

Η νευρική ανορεξία, ορίζεται ως «μια διατροφική διαταραχή που χαρακτηρίζεται κυρίως από άρνηση για διατήρηση ενός υγιούς φυσιολογικού βάρους και έναν μανιώδη φόβο για την απόκτηση βάρους σε συνδυασμό με μια διαστρεβλωμένη εικόνα για τον εαυτό τους που μπορεί να διατηρηθεί από διάφορες προκαταλήψεις σχετικά με το σώμα, το φαγητό και την διατροφή τους.»

Η αιτιότητα της ανορεξίας δεν είναι επακριβώς εξακριβωμένη, αλλά όπως και με πολλές άλλες διαταραχές, ενδεχομένως να αποτελεί έναν συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Θερμόπουλος, 2018).

2.4 Βουλιμία

Η ψυχογενής βουλιμία, αποτελεί «μια διαταραχή της λήψης τροφής που εκδηλώνεται διαμέσου περιοδικών επεισοδίων υπερφαγίας, στη διάρκεια των οποίων το άτομο καταναλώνει πολύ μεγαλύτερες ποσότητες τροφής από αυτές που θεωρούνται ως φυσιολογικές, βιώνοντας ταυτόχρονα πως έχει χάσει τον έλεγχο στο θέμα αυτό» (Σαλπιστής, 2013γ). Η υπερφαγία, ως συμπεριφορά, συμβαίνει όταν η διατροφή του ατόμου είναι εντελώς εκτός ελέγχου, με λήψη τεράστιων ποσοτήτων φαγητού, το οποίο καταναλώνεται με μανία, έτσι ώστε οι τροφές να τρώγονται μισομαγειρεμένες ή κατευθείαν από το ψυγείο (Μωρόγιαννης, 2000).

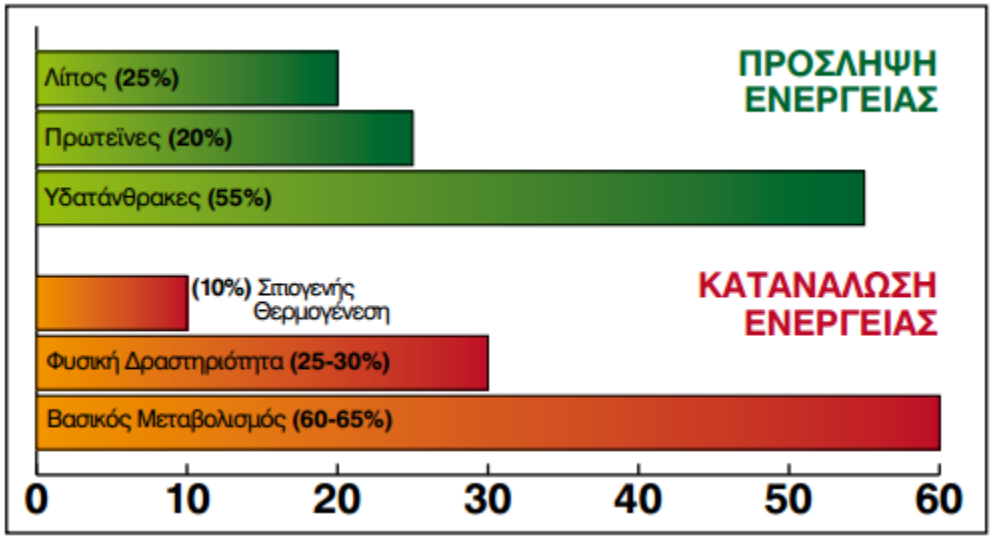
Πρόκειται για μια νέα σχετικά νόσο, που περιεγράφηκε από τον G. Russell το 1979. Ετυμολογικά, προέρχεται από την ελληνική λέξη βουλιμία που σημαίνει ακατανίκητη πείνα. Το άτομο που πάσχει από βουλιμία, αδυνατεί να ελέγξει τον εαυτό του, με αποτέλεσμα να καταναλώνει μεγάλες ποσότητες φαγητού και στη συνεχεία, ως αντιστάθμισμα, προκαλεί εμετούς ή λαμβάνει φάρμακα (καθαρτικά ή διουρητικά). Η βουλιμία αποτελεί ένα διακριτό κλινικό σύνδρομο που αρχίζει συνήθως μεταξύ των 15-20 ετών, και συχνά εμφανίζεται σε άτομα που είχαν προβλήματα στις συνήθειες διατροφής και το βάρος τους, όπως, ψυχογενή ανορεξία, παιδική παχυσαρκία, εφηβικό βάρος στα ανώτερα φυσιολογικά όρια και ιστορικό μεγάλων διακυμάνσεων του βάρους (Μωρόγιαννης, 2000).

2.5 Παιδική παχυσαρκία

Η παχυσαρκία αποτελεί μία ανεπιθύμητη κατάσταση, η οποία επιβαρύνει τόσο την υγεία όσο και την ψυχική ισορροπία του ατόμου, όταν εδραιώνεται στην παιδική ηλικία δημιουργεί μια σταθερή κατάσταση που απαιτεί έντονες προσπάθειες για να βελτιωθεί, διότι η παιδική ηλικία αποτελεί αναπτυξιακή περίοδο και χαρακτηρίζεται από συχνές και εμφανείς σωματικές και κατά συνέπεια ψυχολογικές αλλαγές. Από το 1948 έχει αναγνωριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ως νόσος. Ως νόσος ορίζεται «κάθε κατάσταση που μειώνει την ποιότητα και την ποσότητα της ζωής».

Ο ορισμός της παχυσαρκίας ποικίλει. «Η παχυσαρκία αποτελεί μια πολύπλοκη παθολογική διαταραχή που στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλεται σε υπερβολική πρόσληψη ενέργειας και ανεπαρκή κατανάλωση σε σωματική άσκηση». Η μεγάλη αύξηση της πρόσληψης θερμίδων και λίπους σε συνδυασμό με την έλλειψη άσκησης οδηγεί στην παχυσαρκία. Η παχυσαρκία σχετίζεται με γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν ενδοκρινικά, μεταβολικά και ρυθμιστικά τον οργανισμό και χαρακτηρίζεται από αύξηση του σωματικού βάρους πάνω από 10% του φυσιολογικού εξαιτίας συσσώρευσης κυρίως στο υποδόριο αλλά και σε διάφορα όργανα του σώματος υπερβολικής ποσότητας λίπους. Ως βασική αιτία λογίζεται η αύξηση της ενεργειακής πρόσληψης, σε σχέση με την ενεργειακή κατανάλωση. Η εξίσωση του ενεργειακού ισοζυγίου αντανακλά τη διαφορά μεταξύ της προσλαμβανόμενης ενέργειας (πρόσληψη τροφής) και της καταναλωμένης ενέργειας (Biro & Wien, 2010).

Στην περίπτωση που η προσλαμβανόμενη ενέργεια του ατόμου είναι μεγαλύτερη από την ενέργεια που καταναλώνει, τότε το αποτέλεσμα είναι η αποθήκευση ενέργειας, που μεταφράζεται με αύξηση του σωματικού βάρους και του λιπώδους ιστού, ενώ αντίθετα, όταν το άτομο καταναλώνει περισσότερη ενέργεια από την προσλαμβανόμενη ενέργεια, το σωματικό βάρος μειώνεται. Στην περίπτωση που υπάρχει ισότητα μεταξύ πρόσληψης και κατανάλωσης ενέργειας, το σωματικό βάρος παραμένει σταθερό (Biro & Wien, 2010). Σχηματικά διαφαίνεται ως ακολούθως:



Εικόνα 8 Σχέση πρόσληψης και κατανάλωσης ενέργειας (Φλωράκης, 2011).

Αυξημένο σωματικό βάρος δεν μεταφράζεται απαραίτητα ως παχυσαρκία και δεν είναι κριτήριό της. Αυξημένο σωματικό βάρος παρατηρείται και σε άτομα που εκτελούν βαριά μυϊκή εργασία ή στους αθλητές, λόγω υπερτροφίας του μυϊκού τους συστήματος. Η παχυσαρκία έχει δυο τύπους. Την υπερτροφική (αύξηση του μεγέθους των λιποκυττάρων) και την υπερπλαστική (αύξηση του αριθμού των λιποκυττάρων). Η παχυσαρκία στα παιδιά είναι συχνό φαινόμενο και παρουσιάζεται στο 4ο και 5ο έτος. Όταν και εφόσον αυτό συμβεί, είναι πιθανό να συνεχιστεί στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή. Η αύξηση του λίπους δημιουργεί διπλώσεις και ραβδώσεις του δέρματος. Τα χαρακτηριστικά του προσώπου είναι δυσανάλογα. Η κοιλιά προεξέχει και εμφανίζουν γυναικομαστία. Το πέος στα αγόρια αποκρύπτεται σχεδόν πλήρως από το λίπος του παιδιού πράγμα που δημιουργεί την ψευδή εντύπωση υπογεννητισμού. Το παχύσαρκο παιδί συνήθως έχει ψηλότερο ανάστημα από τα συνομήλικα παιδιά πριν την εφηβεία, αλλά μετά την εφηβεία το τελικό του ύψος μπορεί να υπολείπεται. Το παιδί κουράζεται εύκολα, έχει αυξημένη εφίδρωση και ταχύπνοια. Για αυτό τον λόγο περιορίζει πολύ τις δραστηριότητές του. Άλλα χαρακτηριστικά είναι η πλατυποδία, τα κυρτά πόδια, οι φλεβίτιδες και τα χαλασμένα δόντια. Το επιπλέον βάρος που δημιουργεί το λίπος στα παχύσαρκα παιδιά επηρεάζει το σώμα τους. Εμφανή είναι τα σημάδια στην αναπνοή (εύκολο λαχάνιασμα, κόπωση, και δύσπνοια), τον σκελετό (αλλοιώσεις των κάτω άκρων και νέκρωση της κεφαλής του μηριαίου οστού), καθώς και στην αισθητική (Πανοτόπουλος 2010).

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	ΔΜΣ (kg/m^2)	ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ
Λιποβαρής	<18,5	Χαμηλός
Φυσιολογικού Βάρους	18,5 – 24,9	Φυσιολογικός
Υπέρβαρος	25 – 29,9	Αυξημένος
Παχύσαρκος **Στάδιο Ι** **Στάδιο ΙΙ** **Στάδιο ΙΙΙ**	 30 – 34,9 35 – 39,9 >40	 Μέτριος Σοβαρός Πολύ Σοβαρός

Εικόνα 9 Παχυσαρκία και Δείκτης Μάζας Σώματος (Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2004).

Ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα παιδιών σχολικής ηλικίας:

ΑΓΟΡΙΑ

ΗΛΙΚΙΑ	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	ΥΠΕΡΒΑΡΟ	ΥΓΙΕΣ ΒΑΡΟΣ	ΧΑΜΗΛΟ ΒΑΡΟΣ
6 ετών	> 18,5	> 17	14 – 17	< 14
7 ετών	> 19	> 17,5	14 – 17,5	< 14
8 ετών	> 20	>18	14 – 18	< 14
9 ετών	> 21	> 18,5	14 – 18,5	< 14
10 ετών	> 22	> 19	14,5 – 19	< 14,5
11 ετών	> 23	> 20	14,5 – 20	< 14,5
12 ετών	> 24	> 21	15 - 21	< 15

Εικόνα 10 - Πίνακας συσχέτισης Δ.Μ.Σ. και ηλικίας και αγόρια

ΚΟΡΙΤΣΙΑ

ΗΛΙΚΙΑ	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ	ΥΠΕΡΒΑΡΟ	ΥΓΙΕΣ ΒΑΡΟΣ	ΧΑΜΗΛΟ ΒΑΡΟΣ
6 ετών	> 18,5	> 17	13,5 – 17	< 13,5
7 ετών	> 19,5	> 17,5	13,5 – 17,5	< 13,5
8 ετών	> 20,5	>18,5	13,5 – 18,5	< 13,5
9 ετών	> 21,5	> 19	14 – 19	< 14
10 ετών	> 23	> 20	14 – 20	< 14
11 ετών	> 24	> 20,5	14,5 – 20,5	< 14,5
12 ετών	> 25	> 21,5	14,5 – 21,5	< 14,5

Εικόνα 11 - Πίνακας συσχέτισης Δ.Μ.Σ. για κορίτσια σχολικής ηλικίας

Οι πιο σημαντικές χρονικές (ηλικιακές) περίοδοι για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας είναι αριθμητικά (04) τέσσερις:

α) η προγεννητική,

β) η νεογνική περίοδος,

γ) οι ηλικίες 3-10 χρόνων και

δ) η περίοδος της εφηβείας.

Η πιο κρίσιμη περίοδος που αυξάνεται η πιθανότητα να γίνει το παιδί υπέρβαρο είναι οι ηλικίες 3-10 χρονών. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος αυξάνεται στις ηλικίες 5-7 όταν τα παιδιά ξεκινούν κοινωνική δραστηριότητα, καθώς είναι η περίοδος αύξησης των λιποκυττάρων. Στην περίπτωση που η αύξηση γίνει νωρίτερα από την ηλικία αυτή ή με πολύ γρήγορο ρυθμό το παιδί παρουσιάζει μεγάλο κίνδυνο να εμφανίσει παχυσαρκία. Μεγαλύτερο ποσοστό κινδύνου διατρέχουν τα νεογνά χαμηλού βάρους τα οποία αναπτύσσονται απότομα και παρουσιάζουν αύξηση των λιποκυττάρων στην ηλικία των 3-4 χρόνων περίπου (Siddique, 2016).

2.6 Αίτια – παράγοντες παχυσαρκίας

Η αύξηση βάρους προκαλείται από τη λήψη περιττών θερμίδων. Το λίπος είναι αυτό που συμβάλλει κατά κύριο λόγο στην αυξημένη θερμιδική πρόσληψη, άρα και στην αύξηση του βάρους. Σημαντικό ρόλο στην αύξηση του βάρους παίζει επίσης η ποσότητα και η κατανομή των γευμάτων, καθώς και η πρόσληψη τροφής εκτός των κύριων γευμάτων. Προτείνονται δύο έως τρία γεύματα και όχι ένα μεγάλο καθώς μεταγευματικά αυξάνεται κατά 10 – 15% ο μεταβολισμός. Με τον όρο μεταβολισμό, αναφερόμαστε στο «σύνολο των χημικών μεταβολών που επιτελούνται μέσα στο σώμα και τις συνακόλουθες μετατροπές ενέργειας που προκαλούνται από αυτές και που υποχρεωτικά τις συνοδεύουν. Η βασική αιτία της παχυσαρκίας είναι η δυσμενής ανατροπή του ισοζυγίου ενέργειας, με αποτέλεσμα η πρόληψη ενέργειας με την τροφή να υπερβαίνει την κατανάλωση ενέργειας που προκύπτει από την φυσική δραστηριότητα, τότε το περίσσευμά της αποθηκεύεται ως λίπος. Η αύξηση του λιπώδους ιστού κατά την παιδική ηλικία είναι αποτέλεσμα αύξησης τόσο του μεγέθους, όσο και του αριθμού των λιποκυττάρων (Vazquez et al., 2003).

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα από μελέτη που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2001 διαπιστώθηκε μια σημαντική αυξητική τάση του αριθμού των παιδιών που χαρακτηρίζονται ως υπέρβαρα και παχύσαρκα (Γκανιάτσα, 2010).

Παρακάτω αναλύονται βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση παιδικής παχυσαρκίας:

- **ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ:**

Η παιδική παχυσαρκία μπορεί να προκληθεί τόσο από την κακή διατροφή όσο και από την έλλειψη της σωματικής άσκησης, χωρίς όμως να είναι απαραίτητη η παρουσία και των δύο αυτών παραγόντων. Ωστόσο, η μεταξύ τους αλληλεπίδραση κάνει ευκολότερη και γρηγορότερη την εμφάνιση μιας τέτοιας κατάστασης (Βλαχογιαννάκος, 2008). Η τηλεόραση και όχι μόνο –έμμεσα- προκαλεί αυξημένη κατανάλωση τροφών με υψηλή θερμιδική περιεκτικότητα ιδίως τις βραδινές ώρες. Είναι ξεκάθαρο πως υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας και καθιστικής ζωής και υπολογίζεται από δείκτες όπως ο χρόνος μπροστά στην τηλεόραση. Η σωματική άσκηση είναι ο μόνος τρόπος για να αυξηθεί φυσιολογικά η ενεργειακή κατανάλωση. Έτσι, η αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και ιδίως λίπους, η ελαττωμένη σωματική δραστηριότητα, μπορούν να προκαλέσουν παχυσαρκία. Φαίνεται πως η αυξημένη φυσική δραστηριότητα στα παιδιά αποτελεί μια ελκυστική προσέγγιση στην πρόληψη της παχυσαρκίας (Βλαχογιαννάκος, 2008). Ενώ αντίθετα, η μειωμένη άσκηση επιφέρει αντίθετα αποτελέσματα. Η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας προβλέπει περίπου το 65% των κρουσμάτων παχυσαρκίας τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια της χώρας (Bouziotas et al., 2001).

- **ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:**

Επιδημιολογικές, γενετικές και μοριακές μελέτες σε όλο τον κόσμο δείχνουν ότι κάποιοι άνθρωποι είναι πιο επιρρεπείς στην αύξηση του βάρους και στην εμφάνιση παχυσαρκίας (Βλαχογιαννάκος, 2008). Από μελέτες σε διδύμους ή σε υιοθετημένα παιδιά προκύπτει ότι ο βαθμός κληρονομικότητας της ποσότητας του λιπώδους ιστού κυμαίνεται από 25 – 40%, ενώ του κοιλιακού (σπλαχνικού) λίπους στο 50%. Η γενετική προδιάθεση συνεπάγεται τη μεγαλύτερη δυνατότητα ενός ατόμου να αυξήσει το βάρος του σε ένα μη ευνοϊκό περιβάλλον (κακή διατροφή, μειωμένη κινητικότητα). Η παχυσαρκία πλην ελάχιστων εξαιρέσεων είναι πολυγονιδιακή και πολυπαραγοντική νόσος (Bouziotas et al., 2001).

Οι Berkowitz, Stallings, Maislin και Stunkard αξιολόγησαν διαφορές στην ανάπτυξη των παιδιών, που γεννήθηκαν από υπέρβαρες γυναίκες (υψηλού κινδύνου) και παιδιών από αδύνατες μητέρες (χαμηλού κινδύνου). Έγιναν επανειλημμένες ανθρωπομετρικές μετρήσεις από την ηλικία των τριών μηνών έως και έξι ετών, σε 33 παιδιά με υψηλό κίνδυνο να εκδηλώσουν παχυσαρκία και σε 37 παιδιά χαμηλού κινδύνου. Από την ανάλυση των δεδομένων φάνηκε ότι ενώ στην ηλικία των δύο ετών δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές σε κάποια μέτρηση μεταξύ των δύο ομάδων, στην ηλικία των τεσσάρων ετών το βάρος και ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ήταν μεγαλύτερα στην ομάδα υψηλού κινδύνου σε σχέση με την άλλη ομάδα (Berkowitz et al., 2005). Ο δείκτης μάζας σώματος αποτελεί έναν απλό δείκτη βάρους ως προς το ύψος, ο οποίος χρησιμοποιείται συνήθως για την κατάταξη των ενηλίκων σε κατηγορίες χαμηλού ή υψηλού βάρους σε kg προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα (kg/m2). Γενικά ο υπολογισμός του ΔΜΣ υπολογίζεται με τον τύπο βάρος (kg)/ύψος(m)2. Στην ηλικία των έξι ήταν ακόμη μεγαλύτερη η διαφορά και για πρώτη φορά η μάζα λίπους ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα υψηλού κινδύνου. Η απότομη και γρήγορη αύξηση βάρους στην ηλικία των έξι ετών, προβλέφθηκε είτε για τα παιδιά που προέρχονταν από γονείς (κυρίως τη μητέρα) που ήταν υπέρβαροι, είτε για αυτά που παρουσίασαν αυξημένο βάρος ήδη από την ηλικία των τεσσάρων ετών, είτε για αυτά που προέρχονταν από οικογένειες με χαμηλό εισόδημα (Dietz, 2001).

Οι Agras και Mascola (2005) ανασκόπησαν την αρθρογραφία του 2004 σχετικά με τους πιο σημαντικούς παράγοντες επικινδυνότητας για την επικράτηση της παχυσαρκίας. Ένας αριθμός ερευνών επιβεβαίωσε ότι οι υπέρβαροι γονείς είναι ο πιο σοβαρός παράγοντας που οδηγεί στην παιδική παχυσαρκία. Φάνηκε, ότι η παιδική ιδιοσυγκρασία διευθετεί τις επιδράσεις των υπέρβαρων γονέων, με αποτέλεσμα ένας δύσκολος παιδικός χαρακτήρας να αυξάνει τον κίνδυνο της παχυσαρκίας.

Τα παιδιά με μειωμένα γνωστικά ερεθίσματα, παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες πρόωρης παχυσαρκίας. Το οικογενειακό περιβάλλον και πλαίσιο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας στα παιδιά, σε συνδυασμό με την κληρονομικότητα. Έχει παρατηρηθεί πως στα παιδιά που έχουν και τους δύο γονείς παχύσαρκους, αυξάνεται η πιθανότητα κατά 80% να γίνουν παχύσαρκα, κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Εάν όμως, μόνο ο ένας γονέας είναι παχύσαρκος, η πιθανότητα μειώνεται στο 40%. Αξιόλογο είναι επίσης ότι μόνο το 7% των παιδιών με αδύνατους γονείς είναι πιθανό να αναπτύξει παχυσαρκία κατά την παιδική ηλικία. Επιπλέον, οι μελέτες δείχνουν

ότι η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας των γονέων, προβλέπει έντονα την αδράνεια των παιδιών (Briony, 1983-5).

Η παχυσαρκία, από γενετικής απόψεως, κατατάσσεται σε:

- Μονογονιδιακή παχυσαρκία, η οποία προκαλείται από μεταλλάξεις ενός γονιδίου.
- Πολυγονιδιακή παχυσαρκία, η οποία είναι η πιο συνηθισμένη κλινική κατάσταση και οφείλεται στην κληρονομικότητα συνδυασμένης λειτουργίας πολυάριθμων γονιδίων.
- Συνδρομική παχυσαρκία, κατά την οποία οι ασθενείς παρουσιάζουν σοβαρή παχυσαρκία κι επιπλέον διακρίνονται από νοητική καθυστέρηση, δυσμορφικά χαρακτηριστικά κι αναπτυξιακές ανωμαλίες ειδικών οργάνων (Farooqi & O' Rahilly, 2007).

- **ΛΟΙΠΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:**

Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται σωματικά και ψυχικά προβλήματα (πχ. Θυρεοειδής, ψυχοπάθεια, κατάθλιψη). Αρκετοί είναι αυτοί που θεωρούν πως η παχυσαρκία οφείλεται σε διαταραχή των ενδοκρινών αδένων (ανάμεσά τους και ο θυρεοειδής αδένας, ο μικροσκοπικός αυτός αδένας που βρίσκεται στη βάση του λαιμού και έχει το σχήμα του θυρεού), ενώ σύμφωνα με την ιατρική επιστήμη, οι ενδοκρινοπάθειες ευθύνονται σε ποσοστό περίπου της τάξης του 1% των περιπτώσεων της παχυσαρκίας. Έχει επισημανθεί πως όταν ο θυρεοειδής αδένας υπολειτουργεί, οι καύσεις του οργανισμού περιορίζονται και το μεγαλύτερο ποσό βάρους που προστίθεται είναι έως 4 κιλά (Φλωράκης et al., 2009). Επίσης επιστημονικές έρευνες αποδεικνύουν τη θετική συνάφεια και σχέση μεταξύ του μεταβολισμού και των ψυχικών διαταραχών (Nousen et al., 2013).

Στους παράγοντες που επιδρούν στην αύξηση της παχυσαρκίας συμπεριλαμβάνονται οι γονείς, στην περίπτωση που δουλεύουν πολλές ώρες με αποτέλεσμα τα παιδιά να μην τρέφονται σωστά και να καταφεύγουν στο «γρήγορο» φαγητό. Τέλος στα μεγάλα αστικά κέντρα δεν υπάρχουν αρκετά γήπεδα και πάρκα ώστε να δημιουργούνται οι συνθήκες, οι προϋποθέσεις και οι ευκαιρίες να παίζουν και να αθλούνται τα παιδιά (Ροδίτης, 2016).

2.7 Επιπτώσεις παχυσαρκίας

Η παιδική παχυσαρκία προκαλεί προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας, κοινωνικού αποκλεισμού, καθώς επίσης και δυσκολίες στις πνευματικές διεργασίες του παιδιού.

Το παιδί που είναι παχύσαρκο από 3 ετών κινδυνεύει να παραμείνει και ως ενήλικας και αυτός ο κίνδυνος αυξάνει όσο αυξάνει η ηλικία του παιδιού και ο βαθμός της παχυσαρκίας του. Μετά την ηλικία των 6 ετών, η πιθανότητα για παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή είναι μεγαλύτερη από το 50% για τα παχύσαρκα παιδιά, ενώ είναι μόλις 10% για τα μη παχύσαρκα. Εάν το παιδί είναι μικρότερο από 10 ετών και είναι παχύσαρκο, έχει διπλάσιες πιθανότητες να εξελιχθεί σε παχύσαρκο ενήλικα, εάν έχει παχύσαρκο γονέα. Η πιθανότητα παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή ανέρχεται στο 79% στα παχύσαρκα παιδιά 10-14 ετών, όταν έχουν τουλάχιστον έναν παχύσαρκο γονέα (Σπηλιώτη, 2001; Μανιάτη-Χρηστίδη, 2001).

Η παχυσαρκία στην παιδική και εφηβική ηλικία θέτει το παιδί σε κίνδυνο παθολογικών καταστάσεων, πριν ακόμα γίνει ενήλικας. Τέτοιες καταστάσεις είναι η υπερλιπιδαιμία, η αύξηση του καρδιακού σφυγμού, η πρώιμη ήβη, ο παθολογικός μεταβολισμός της γλυκόζης, ο υποαερισμός των πνευμόνων και οι άπνοιες κατά τη διάρκεια του ύπνου. Σπανιότερα εμφανίζονται ορθοπεδικά προβλήματα, η υπέρταση, ο ψευδο-όγκος του εγκεφάλου, η νόσος των πολυκυστικών ωοθηκών και ηχολολιθίαση (Σπηλιώτη, 2001; Μανιάτη-Χρηστίδη, 2001). Η παχυσαρκία κατά την παιδική ηλικία προκαλεί ένα ευρύ φάσμα σοβαρών επιπλοκών και αυξάνει τον κίνδυνο των πρόωρων ασθενειών. Διάφορες επιπλοκές χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής. Οι κίνδυνοι υγείας που συνδέονται, συνήθως με την παιδική παχυσαρκία όπως έχουν ήδη αναφερθεί και καταγραφεί είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία, τα ορθοπεδικά προβλήματα, οι διαταραχές στην ανάπτυξη, το άσθμα αλλά και κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα (Ματσανιώτης & Καρπάθιος, 1999).

Η παχυσαρκία πριν την ενηλικίωση, θέτει το άτομο σε κίνδυνο για ορισμένες παθολογικές καταστάσεις. Οι πιο σημαντικές συνέπειες για την υγεία των υπέρβαρων ατόμων, όπου συνήθως εμφανίζονται μετά την ενηλικίωση, περιλαμβάνουν:

- Καρδιαγγειακές παθήσεις αλλά και εγκεφαλικά επεισόδια,

- Διαβήτη,
- Μυοσκελετικές διαταραχές,
- Ορισμένους τύπους καρκίνου (ενδομητρίου, μαστού και παχέος εντέρου) (Ζαμπέλας, 2003).

Νοσήματα και παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία (Φλωράκης et al., 2009).
• Καρδιαγγειακή νόσος (στεφανιαία νόσος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια) • Παθολογική ανοχή γλυκόζης, υπερινσουλιναιμία, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 • Αρτηριακή Υπέρταση • Δυσλιπιδαιμία (υπερτριγλυκεριδαιμία) • Αναπνευστικά νοσήματα (σύνδρομο άπνοιας ύπνου, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια) • Ουρική αρθρίτιδα, υπερουριχαιμία • Οστεοαρθρίτιδα, οσφυαλγία • Γαστρεντερικά νοσήματα (Γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση, πεπτικό έλκος) • Χολολιθίαση, λιπώδης διήθηση ήπατος • Ψυχολογικά νοσήματα (κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση) • Ορμονο-εξαρτώμενοι καρκίνοι (ενδομήτριο, μαστός, ωοθήκες, χοληδόχος κύστη, προστάτης, παχύ έντερο) • Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών • Υπογονιμότητα • Διαταραχές εμμηνορρυσιακού κύκλου (ολιγομηνόρροια, συχνομηνόρροια) • Δερματικές εκδηλώσεις (υπερτρίχωση) • Νεφρολιθίαση • Πρώιμη ήβη (στα παιδιά)

Εικόνα 12 Συγκεντρωτικός πίνακας νοσημάτων που σχετίζονται με την παχυσαρκία

Το παιδί που πάσχει από παχυσαρκία είναι πολύ συχνά αντιμέτωπο με τη μελαγχολία, εξαιτίας της κοινωνικής απομόνωσής του. Η σημερινή κοινωνία προβάλλει μία αρνητική στάση για τα παχύσαρκα άτομα και αυτή η στάση επηρεάζει τα παιδιά, ακόμα και από την ηλικία των 5 ετών. Μελέτη ζωγραφιών παιδιών από 4- 11 ετών δείχνουν ότι τα παιδιά αυτής της ηλικίας συνδέουν την παχυσαρκία με κακές κοινωνικές σχέσεις, μειωμένη σχολική απόδοση και προβλήματα υγείας. Τα παιδιά αισθάνονται μειονεκτικά και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση (Σπηλιώτη, 2001).

Τα παχύσαρκα παιδιά, πέφτουν συχνά θύματα εκφοβισμού, πειράγματος και ρατσισμού. Ο ρατσισμός και αποκλεισμός πολλές φορές δεν γίνεται αντιληπτός από τους εκπαιδευτικούς και εμφανίζει αυξητικές τάσεις, όσο αυξάνεται και η ηλικία των παιδιών (Γαλανάκη et al., 2009). Ο Olweus, Νορβηγός πανεπιστημιακός καθηγητής, τονίζει πως το bullying έχει διαφορά με το «πείραγμα» στα πλαίσια του παιχνιδιού. Το «πείραγμα» αυτό συνήθως συμβαίνει μεταξύ φίλων και δεν περιλαμβάνει την πρόκληση σωματικού πόνου των άλλων. Αντίθετα το bullying εμπλέκει άτομα που δεν έχουν φιλικές σχέσεις και περιλαμβάνει την πρόκληση του πόνου – συναισθηματικού ή σωματικού (Europe's AntiBullying Campaign, 2013).

Εικόνα 13- Εκφοβισμός-Ρατσισμός

Η γνωστική και πνευματική ανάπτυξη σχετίζεται άμεσα με τη σωματική κατά την παιδική ηλικία. Η ωρίμανση και ανάπτυξη ορισμένων περιοχών του εγκεφάλου κατά την

παιδική ηλικία, βρίσκεται σε άμεση και εξαρτημένη σχέση με την ανάπτυξη ειδικών γνωστικών λειτουργιών, όπως η γλώσσα, η ανάγνωση και η μνήμη (Ghosh et al., 2010; Giedd et al., 2010). Τα τρόφιμα που καταναλώνει το άτομο (κατά την παιδική ηλικία και όχι μόνο) περιέχουν βιοδραστικά συστατικά, τα οποία επιδρούν στη γνωστική ανάπτυξη. Σημαντικό και θετικό ρόλο διαδραματίζουν οι τροφές που περιέχουν ω-3 λιπαρά, βιταμίνη Β-12 (η απώλειά της επιφέρει δυσκολίες στη μνήμη), φυλλικό οξύ, ψευδάργυρο, σίδηρο και ιώδιο (Nyaradi, 2013).

2.8 Τρόποι αντιμετώπισης παχυσαρκίας από το εγγύς περιβάλλον του παιδιού

Ο έλεγχος και η αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας περιλαμβάνει τόσο την πρόληψη όσο και την παρέμβαση και την αλλαγή ως προς τη στάση και συμπεριφορά στον ποιοτικό τρόπο ζωής. Η αντιμετώπιση για να επιτύχει χρειάζεται υπομονή και επιμονή. Σημαντική επίσης θεωρείται (και πιο προτιμητέα) η πρόληψη και όχι η θεραπεία, όπου το πρόβλημα έχει ήδη δημιουργηθεί και πρέπει να αντιμετωπισθεί. Η πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας είναι ευθύνη των ενηλίκων δηλαδή των γονέων, παιδιάτρων, εκπαιδευτικών, κοινωνικών και πολιτικών φορέων. Με την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας αποτρέπεται η δημιουργία κυττάρων λίπους που δημιουργούνται κατά την περίοδο της παιδικής και εφηβικής ηλικίας (Ζαμπέλας, 2003).

Η αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας πρέπει να περιλαμβάνει περιορισμό των προσλαμβανόμενων θερμίδων, αύξηση δραστηριότητας και ψυχολογική υποστήριξη. Στην παιδική ηλικία γίνεται αποδεκτός ένας μέτριος περιορισμός των προσλαμβανόμενων θερμίδων ώστε να μην επηρεαστεί αρνητικά ο φυσιολογικός ρυθμός αύξησης. Οι ημερήσιες προσλαμβανόμενες θερμίδες πρέπει να είναι ανάλογες με την ηλικία του ατόμου και ομοιόμορφα κατανεμημένες σε πέντε ισορροπημένα γεύματα (Ματσανιώτης & Καρπάθιος, 1999).

Σύμφωνα με τον Χούλη, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή για την παχυσαρκία στην παιδική και νεαρή ηλικία, καθώς η θεραπεία στην περίπτωση των παιδιών, στοχεύει στην παρεμπόδιση, επιβράδυνση του ρυθμού της αύξησης του βάρους τους, σε μια προσπάθεια να ελαττωθούν οι παράγοντες που οδηγούν στην παχυσαρκία και μπορούν να προκαλέσουν διάφορες ασθένειες ή ακόμη και τον θάνατο. Κοντολογίς, στοχεύουμε στη διατήρηση του σωματικού βάρους, δίχως όμως να επηρεάζεται αρνητικά η πνευματική και

σωματική ανάπτυξη των παιδιών και με συνεχιζόμενη την παροχή των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών για την ανάπτυξή τους (Ζαμπέλας, 2003).

Οι στόχοι της αντιμετώπισης της παχυσαρκίας είναι οι εξής:

• Υιοθέτηση σωστής διατροφικής συμπεριφοράς παιδιών και οικογένειας.

• Συστηματική φυσική δραστηριότητα.

• Αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών της παχυσαρκίας.

• Συνεχής έλεγχος σωματικού βάρους.

• Επιτυχής θεραπεία θεωρείται η διατήρηση του βάρους.

• Αδυνάτισμα είναι επίσης το να ψηλώνει το παιδί χωρίς να παίρνει βάρος (Ζαμπέλας, 2003).

2.9 Η ελληνική πραγματικότητα

Η παχυσαρκία αποτελεί μια συχνή και σοβαρή διαταραχή στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες με την ίδια περίπου συχνότητα σε ολόκληρη την παιδική και εφηβική ηλικία. Η αυξητική τάση της παιδικής παχυσαρκίας αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο με ελάχιστες εξαιρέσεις σε μερικές ευρωπαϊκές χώρες, όπως Σουηδία, Φιλανδία, Ολλανδία (Ebbeling et al., 2002).

Η παιδική παχυσαρκία στη χώρα μας, αλλά και διεθνώς, χρήζει άμεσης και σοβαρής αντιμετώπισης καθώς:

- Έχει λάβει επιδημικές διαστάσεις στον δυτικό κόσμο και στη χώρα μας.
- Τα ελληνόπουλα χαρακτηρίζονται ως τα πλέον παχύσαρκα παιδιά στην Ευρώπη.
- Με υπέρβαρα και παχύσαρκα τα 4 στα 10 ελληνόπουλα, η παιδική παχυσαρκία αποτελεί σοβαρό κίνδυνο τόσο της δημόσιας όσο και της υγείας των παιδιών.
- Η Ελλάδα κατατάσσεται 5η στη λίστα των χωρών με τα μεγαλύτερα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας.
- Αποτελεί μεγάλο πρόβλημα της δημόσιας υγείας.
- Έχει υψηλά ποσοστά υποτροπών μετά τη θεραπεία.

- Η αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας εντείνει τον κίνδυνο αύξησης των περιστατικών παχυσαρκίας στους ενηλίκους στο μέλλον (Σταματιάδου, 2015).

Η παιδική παχυσαρκία στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται με τον όρο ‹‹ωρολογιακή βόμβα›› από τους επιστήμονες. Την τελευταία δεκαετία παρουσιάζεται μια σταθερή αύξηση των παχύσαρκων παιδιών στην Ελλάδα. Το 2002 το ποσοστό έφτανε το 15,4% ενώ το 2006 το 19,6%. Αποτελέσματα ερευνών το 2003 κατατάσσουν την Ελλάδα στην 1η θέση μέσα στην Ευρώπη. Το ποσοστό της παιδικής παχυσαρκίας ανέρχεται στο 29% και έχει τα σκήπτρα στην κατανάλωση θερμίδων και τα πιο παχύσαρκα παιδιά σε όλη την Ευρώπη. Σύμφωνα με την Διεθνή Ομάδα Εργασίας Παχυσαρκίας (IOTF), η Ελλάδα το 2004 κατατάσσεται στην 2η 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 1η θέση στα υπέρβαρα αγόρια, 2η στα παχύσαρκα αγόρια και 6η στα παχύσαρκα κορίτσια (Drenckpohl, 2017).

Στοιχεία από τη Βόρεια Ελλάδα κατέδειξαν ότι η παχυσαρκία παρουσιάζεται πιο συχνά στα παιδιά σε σχέση με τους εφήβους, καθώς τα πρώτα ασκούνται όλο και λιγότερο, ενώ παράλληλα, τρέφονται με κακής ποιότητας τροφές (Drenckpohl, 2017).

Σε ανάλογη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2004 στον Βόλο, προέκυψε ότι τα αγόρια σε ποσοστό 35,6% ήταν υπέρβαρα και σε ποσοστό 6,7% ήταν παχύσαρκα, τα αντίστοιχα ποσοστά για τα κορίτσια είναι 25,7% και 6,7%. Σε μελέτες που διεξάχθηκαν στην περιοχή της Κρήτης, αναφέρεται ως μεγαλύτερη η εξάπλωση της παιδικής παχυσαρκίας με ποσοστό 41% υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών, αντίστοιχης ηλικιακής πληθυσμιακής ομάδας, σε πιο βόρειες περιοχές της Μεσογείου. Σε μια πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στην Κρήτη το 2007 κατέδειξε ότι το 17,3% των παιδιών ήταν υπέρβαρα, ενώ το ποσοστό των παχύσαρκων κυμαινόταν στο 3,3% (Yannakoulia et al., 2004).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του προγράμματος ΕΥΖΗΝ για το σχολικό έτος 2013-2014, προέκυψε πως υπέρβαρα ή παχύσαρκα είναι το 30% των παιδιών στην Ελλάδα.. Οι περιφέρειες της Ελλάδας με τα υψηλότερα ποσοστά υπέρβαρων ή παχύσαρκων παιδιών ήταν αυτές του Νότιου Αιγαίου (38,8%), του Βόρειου Αιγαίου (36,7%) και της Κρήτης (36,2%), ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στις περιφέρειες της Δυτικής Ελλάδας, της Θεσσαλίας και της Ηπείρου (30,5%, 32,3% και 32,6%). Αναφορικά με τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών το 63,6% του μαθητικού

πληθυσμού της Ελλάδας, απέχει σε μεγάλο βαθμό από τη Μεσογειακή Διατροφή (παρόμοια αποτελέσματα μεταξύ των δύο φύλων), αλλά και μεταξύ των μαθητών στις διάφορες περιφέρειες της χώρας (ΕΥΖΗΝ, 2015).

2.10 Ο ρόλος της οικογένειας

Ένα παιδί δεν έχει την ωριμότητα και τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να καταλάβει τους λόγους για τους οποίους πρέπει να ακολουθεί και να διατηρεί ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο. Η δυσκολία αυξάνεται όταν το παιδί είναι σε πιο μικρή ηλικία όπου την αποκλειστική ευθύνη την έχουν οι γονείς. Η οικογένεια (γονείς και κηδεμόνες) πρέπει να δώσει το καλό παράδειγμα με τις σωστές διατροφικές συνήθειες (Ροδίτης, 2016).

Η οικογένεια, ιδιαίτερα κατά τη νηπιακή ηλικία, αποτελεί το βασικότερο παράγοντα που επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού. Οι γονείς λειτουργούν ως πρότυπα για το παιδί, μεταφέροντας με το παράδειγμά τους συγκεκριμένες συμπεριφορές σε θέματα διατροφής. Οφείλουν να προσφέρουν στο παιδί ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο. Η ευθύνη αυτή δεν περιορίζεται στην υγιεινή του φαγητού, αλλά εμπερικλείει την ποικιλία, την ποσότητα, το ωράριο των γευμάτων, και πολύ περισσότερο την ατμόσφαιρα που υπάρχει γύρω από το τραπέζι και το γεύμα. Το οικογενειακό περιβάλλον, ως οι «σημαντικοί άλλοι», αποτελεί τη βασική πηγή πληροφόρησης και επιρροής των παιδιών και μέσα από αυτή την ακούσια και υποσυνείδητη επιρροή, διαμορφώνουν τα παιδιά γνώσεις και απόψεις γύρω από θέματα διατροφής (Ζυμβρακάκη, 1998). Σύμφωνα με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα, ένα είδος κοινωνικής πίεσης που επηρεάζει την εκδήλωση συμπεριφοράς, είναι οι άλλοι άνθρωποι, οι «σημαντικοί άλλοι». Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί μπορεί να αποτελέσουν ισχυρή επιρροή στην ενίσχυση του εσωτερικού σημείου ελέγχου όταν δίνουν την ευκαιρία στα παιδιά να εκφράσουν την άποψή τους σε θέματα που τα αφορούν, να παίρνουν αποφάσεις και να αξιολογούν κριτικά τις απόψεις τους (Τσαλίκη & Τσελφές, 2007).

Η γνώση επίσης σε θέματα διατροφής αποτελεί ένα βασικό παράγοντα που θα επηρεάσει τις διατροφικές επιλογές των παιδιών. Οι αλλαγές στη δομή της οικογένειας, για παράδειγμα με τη μητέρα να απασχολείται πολλές ώρες εκτός σπιτιού, έχουν ως αποτέλεσμα να περιορισθούν τα γεύματα στα οποία συνυπάρχουν όλα τα μέλη της οικογένειας και να μειώνονται παράλληλα οι ευκαιρίες προς παραδειγματισμό. Παρόλα

αυτά όμως, πάντα υπάρχει η δυνατότητα να αφιερώνουν οι γονείς κάποιο χρόνο να βρίσκονται όλοι μαζί στο τραπέζι, τουλάχιστον για κάποιο γεύμα, και να εξασφαλίζουν στο παιδί το κατάλληλο περιβάλλον και τη συναισθηματική ασφάλεια που θα του παρέχει τη δυνατότητα να απολαύσει το φαγητό. Οι γονείς, λοιπόν, αλλά και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας που εμπλέκονται στη διατροφή του παιδιού, θα πρέπει να εκπαιδεύονται στο πώς θα συνεργαστούν και θα βοηθήσουν με τον καλύτερο τρόπο το παιδί, ώστε να αποκτήσει σωστές διατροφικές συνήθειες (Μάντζιου κ. συν., 2012).

Οι γονείς είναι αυτοί που δημιουργούν ένα ισορροπημένο περιβάλλον στο οποίο τα παιδιά τους καλλιεργούν υγιεινές συνήθειες διατροφής και σωματικής άσκησης ή ενισχύουν την παχυσαρκία και τις διατροφικές διαταραχές. Τα χαρακτηριστικά αυτού του περιβάλλοντος περιλαμβάνουν κοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες, στοιχεία σχετιζόμενα με τη σωματική άσκηση των γονέων, το γονεϊκό διατροφικό προφίλ, τη συμπεριφορά τους κατά τα γεύματα αλλά και τις γνώσεις και τις στάσεις των γονέων για τη διατροφή του παιδιού τους. Ειδικότερα, η τελευταία παράμετρος σχετίζεται με τις διατροφικές συμπεριφορές των παιδιών, οι οποίες περιλαμβάνουν τις προτιμήσεις σε συγκεκριμένες τροφές ή κατηγορίες τροφών και τη ρύθμιση της ημερήσιας πρόσληψης ενέργειας (θερμιδική αξία διατροφής). Η αξιολόγηση των διατροφικών προτιμήσεων των παιδιών και η ανάπτυξη υγιεινών διατροφικών συνηθειών στην πρώτη βρεφική και παιδική ηλικία φαίνεται να είναι κομβικής σημασίας (Μάντζιου κ. συν., 2012).

Εικόνα 14-Σωστά διατροφικά πρότυπα

Συγκεκριμένα και σύμφωνα με την «Εθνική Έρευνα Διαιτολογίου και Διατροφής στη Βρετανία» που δημοσιεύτηκε το 2000, το 70% των παιδιών προσχολικής ηλικίας (1,5 μέχρι 4,5 χρονών) κατανάλωναν ανθυγιεινές τροφές όπως μπισκότα, γαριδάκια, σοκολάτα (σε ποσοστό 74%), γλυκά, τσιπς και έπιναν αναψυκτικά. Ο αρακάς και το καρότο αποτελούσαν τα μόνα μαγειρεμένα λαχανικά που κατανάλωναν. Μόνο το 24% έτρωγε ωμά λαχανικά και σαλάτες, ενώ το 38% τηγανιτό ή παναρισμένο ψάρι, ενώ μαγειρεμένο με όποιο άλλο τρόπο έτρωγε μόνο το 10%. Τα μοναδικά φρούτα που εντοπίστηκαν στο διαιτολόγιο τους, ήταν μήλο, αχλάδι και μπανάνες.

Η έγκαιρη έκθεση των παιδιών σε θρεπτικά τρόφιμα, είναι υποχρέωση και ευθύνη των γονιών, οι οποίοι πρέπει να τηρούν ένα σαφή και καθορισμένο ρόλο και προγραμματισμό στο διαιτολόγιο των παιδιών. Η επιβολή αυστηρών ελέγχων, αυξάνει τις προτιμήσεις των παιδιών σε λιπαρά τρόφιμα. Ενώ, η προσφορά υγιεινών τροφών σε συνδυασμό με το θετικό περιβάλλον (ενίσχυση), ενθαρρύνει τα παιδιά στην κατανάλωση υγιεινών τροφών.

Τι πρέπει να κάνει μια οικογένεια αν αντιληφθεί ότι το παιδί είναι υπέρβαρο:

1. Αλλαγή στις οικογενειακές διατροφικές συνήθειες.

2. Συμβουλή από παιδίατρο και ενδοκρινολόγο για τη δίαιτα.

3.Αποφυγή τιμωριών και δωροδοκιών.

4. Προώθηση για τα οφέλη της γυμναστικής και τη σημασία της άσκησης.

5.Περιορισμός της τηλεόρασης.

6. Αποφυγή γλυκισμάτων.

7. Οι γονείς να αποτελούν πρότυπο για το παιδί (Ροδίτης, 2016).

2.11 Ο ρόλος του σχολείου

Η σχολική παρέμβαση πρέπει να βρίσκεται σε αρμονία και με αγαστή συνεργασία με την οικογένεια των παιδιών, μέσω της διατροφικής παιδείας, της σωματικής υγείας και της φυσικής άσκησης (Ζαμπέλας, 2003).

Στο σχολείο, η/ο εκπαιδευτικός μέσα από κατάλληλες βιωματικές δραστηριότητες έχει τη δυνατότητα να οδηγήσει το μαθητή στην αλλαγή των συνηθειών που δεν προάγουν την υγεία και στη δημιουργία καινούργιων συνηθειών που την προάγουν (Γκανιάτσα, 2010). Το σχολείο, λοιπόν, ως κοινωνικός φορέας, μέσα από πολύπλευρες και διεπιστημονικές παρεμβάσεις θα πρέπει να εφαρμόσει καινοτόμα, οργανωμένα και στοχευμένα προγράμματα αγωγής υγείας έτσι ώστε να υπάρξει γνώση της αναγνώρισης και πρόληψης της παχυσαρκίας. Οι αρχές και οι στόχοι της Αγωγής Υγείας, είχαν παράλληλη πορεία με τις παιδαγωγικές αντιλήψεις που συναντάμε στην ιστορία της παιδαγωγικής επιστήμης (Ζυμβρακάκη, 1998).

Σύμφωνα με τα ισχύοντα Διαθεματικά Πλαίσια Προγραμμάτων Σπουδών (Δ.Ε.Π.Π.Σ., 2018) και το Παιδαγωγικό Ινστιτούτο (Π.Ι.) «Η Αγωγή Υγείας στα σχολεία είναι μία κατεξοχήν διαθεματική δραστηριότητα, η οποία συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχολικής ζωής και στη σύνδεση του σχολείου με την κοινωνική πραγματικότητα. Σκοπός της Αγωγής Υγείας είναι η προάσπιση, η βελτίωση και η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας των μαθητών, αφενός με την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της κριτικής τους σκέψης, αφετέρου με την αναβάθμιση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντός τους». Αλλιώς μπορούμε να θεωρήσουμε πως αναφέρεται «στη σχεδιασμένη μαθησιακή διαδικασία που στοχεύει στη διαμόρφωση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία είτε σε ατομικό ή σε συλλογικό επίπεδο». Ως γενικός στόχος της Αγωγής Υγείας αναφέρεται η προάσπιση και η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας, αλλά και της κοινωνικής ευεξίας. Τα διάφορα θέματα της Αγωγής Υγείας (π.χ. διατροφή, υγεία, άθληση) διερευνώνται, μελετώνται και αναλύονται με ολιστικό τρόπο και σε συνάρτηση με άλλα θέματα (π.χ. κοινωνικά, οικονομικά). Οι δραστηριότητες (οι οποίες άπτονται των ενδιαφερόντων τους και συντονίζονται από τον/την παιδαγωγό) είναι προσαρμοσμένες στις ιδιαιτερότητες και στις ικανότητες της ομάδας των παιδιών, με απώτερο σκοπό την κατάκτηση υγιεινών συνηθειών (Ζαμπέλας, 2003).

Το σχολείο παίζει σημαντικό ρόλο στην διδασκαλία της υγιεινής διατροφής και άσκησης, όπως και στην παροχή σωστών προτύπων. Τα θετικά στοιχεία του σχολικού περιβάλλοντος (σχολικών προγραμμάτων) είναι ότι:

1) Έχει πρόσβαση στην πλειοψηφία των παιδιών σε ένα πληθυσμό.

2) Τα παιδιά στο σχολείο περνάνε μεγάλο χρονικό διάστημα (6 τουλάχιστον ώρες για 10 τουλάχιστον χρόνια που είναι η υποχρεωτική εκπαίδευση). Οι ώρες που περνούν στο σχολείο τα παιδιά είναι οι πιο ευεργετικές ώρες της ημέρας.

3) Δίνει την ευκαιρία να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον υποστήριξης και προώθησης – προαγωγής της υγείας με την αλλαγή και παροχή υγιεινών διατροφικών συνηθειών καθώς βελτίωση των συνθηκών του τρόπου ζωής μέσα από τη συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες, όπως αθλήματα και διάφορα χόμπι.

4)Προωθεί το μάθημα της γυμναστικής.

5)Ενθαρρύνει προγράμματα για σωστή διατροφή και περισσότερο άσκηση (Πανδής, 2007).

Οι σχέσεις δασκάλων – μαθητών μπορούν να θεωρηθούν ως κοινωνικές σχέσεις αμοιβαίας επιρροής, όπου ο δάσκαλος λόγω του ρόλου και της θέσης του, επηρεάζει τα μέλη της τάξης του ποικιλοτρόπως. Οι βιωματικές δραστηριότητες, οι οποίες λαμβάνουν χώρα μέσα στην τάξη βοηθούν στον εμπλουτισμό των γνώσεων των μαθητών, στην συνειδητοποίηση των κυριότερων προβλημάτων της κοινωνίας και στην καλλιέργεια δημιουργικής σκέψης (Τσιπλητάρης, 1998).

Εκτός από αυτούς τους τρόπους, ο εκπαιδευτικός επηρεάζει έμμεσα και με άλλους τρόπους τους μαθητές. Τόσο με τη συμπεριφορά του, όσο και με το ήθος του, ο δάσκαλος είναι πρότυπο προς μίμηση για τους μαθητές του (Γεώργας, 1990; Καψάλης, 2002).

Κεφάλαιο 3 – Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών

Ο τρόπος ζωής επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες και τη σωματική δραστηριότητα. Η εκβιομηχάνιση και η αστυφιλία μειώνουν την ενεργειακή κατανάλωση (Κοκκέβη κ. συν., 2011).

Η οικογένεια, με τις όποιες γνώσεις/στάσεις και συμπεριφορές, οι φίλοι και συνομήλικοι, το σχολείο, τα Μ.Μ.Ε με τις διαφημίσεις θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Η επίδραση των συνομηλίκων δεν είναι έντονη στη προσχολική ηλικία (Ελληνική Εταιρεία Παχυσαρκίας, 2006).

Η διατήρηση του βάρους και η πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες που μπορεί οι περισσότεροι γονείς να αγνοούν, ανάμεσά τους είναι, η φυσική δραστηριότητα και άσκηση. Εξαρτάται όμως, από το είδος της άσκησης, την ένταση και τη συχνότητα. Οι απαιτήσεις και τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά διαφοροποιούνται όσο το άτομο μεγαλώνει. Ο ύπνος είναι απαραίτητος και καθοριστικός παράγων για την ανάπτυξη του παιδιού, το οποίο οφείλει να κοιμάται τουλάχιστον 8-10 ώρες, ώστε να εκκρίνεται η αυξητική ορμόνη, απαραίτητη για την ανάπτυξή τους (Κοκκέβη κ. συν., 2011).

3.1Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

1) στις λανθασμένες διατροφικές συνήθειες,

2) στην ποιότητα του τρόπου ζωής που περιλαμβάνει τον ρόλο της τηλεόρασης, την καθιστική ζωή, την ελλιπή φυσική δραστηριότητα και

3) το οικογενειακό περιβάλλον (Μανιάτη-Χρηστίδη, 2001).

Οι διατροφικές συνήθειες αποτελούν μια μορφή συμπεριφοράς η οποία διαμορφώνεται μέσα από μια διαδικασία μάθησης και απόκτησης εμπειριών. Η

διατροφική συμπεριφορά ξεκινάει από την γέννηση και επηρεάζεται από εξωτερικούς παράγοντες, από συναισθηματικά στοιχεία, επιδράσεις από την λήψη τροφής αλλά και από την απόκτηση γνώσεων και πληροφοριών.

Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γονέων και των παιδιών ενδέχεται να έχουν επιπτώσεις στις συμπεριφορές με αρνητικά αποτελέσματα για το σωματικό βάρος. Ο ρυθμός και οι συνήθειες της οικογενειακής ζωής έχουν αλλάξει πολύ κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων – συγκριτικά με τις προγενέστερες γενιές, με αύξηση της τάσης για φαγητό εκτός σπιτιού, καθώς και μεγαλύτερη πρόσβαση στην τηλεόραση (Briony, 1983-5). Σύμφωνα με τη Contente, από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, τα παιδιά τείνουν να διαλέγουν τα «λιγότερο θρεπτικά» φαγητά, καθώς αυτά τους αρέσουν περισσότερο. Οι διατροφικές επιλογές καθορίζονται από τις προτιμήσεις και όχι από τις γνώσεις τους. Η Turner, συμπληρώνει πως οι διατροφικές επιλογές των παιδιών δέχονται επιρροές από τα οικογενειακά πρότυπα, τα σχολικά γεύματα αλλά και από τις προσωπικές προτιμήσεις τους (Ζυμβρακάκη, 1998).

Είναι γεγονός ότι ο ρόλος της οικογένειας στη δημιουργία διατροφικών προτύπων έχει αλλάξει. Ο Dietz (2001) τόνισε τη σημασία της επιστροφής στα παραδοσιακά οικογενειακά πρότυπα, όπου όλη η οικογένεια μαζί απολάμβανε το φαγητό της και έτσι μπορούσαν οι γονείς να παρέχουν υγιεινά διατροφικά πρότυπα στα παιδιά τους, είτε έτρωγαν στο σπίτι, είτε έξω απ’ αυτό. Ο Gillman και οι συνεργάτες του, εξέτασαν την επίδραση της συχνότητας των οικογενειακών γευμάτων στην ποιότητα της διατροφής παιδιών ηλικίας 9 έως 14 ετών. Στα αποτελέσματα παρατηρήθηκε ότι τα συχνά οικογενειακά γεύματα σχετίζονταν με υγιεινά διατροφικά πρότυπα, τα οποία περιλάμβαναν περισσότερα φρούτα και λαχανικά, λιγότερα τηγανητά και σόδα, λιγότερα κορεσμένα λίπη και αρκετά θρεπτικά συστατικά, όπως ασβέστιο, σίδερο, βιταμίνες Β, C και Ε. Τονίζεται η σημασία ανάπτυξης πρακτικών υγιεινής διατροφής κατά την παιδική ηλικία, όταν ακόμη οι γονείς έχουν τον έλεγχο και τη φροντίδα της ποιότητας διατροφής των παιδιών τους (Gillman et al., 2000).

Παρατηρώντας τα τελευταία χρόνια την επιστημονική έρευνα σε θέματα υγείας να στρέφεται όλο και περισσότερο προς την προσχολική ηλικία, γίνεται σαφές ότι αυτή η ηλικιακή περίοδος είναι κρίσιμη για την πορεία της μετέπειτα υγείας των παιδιών. Είναι διαπιστωμένο ότι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται για την εκδήλωση της παχυσαρκίας σε παιδιά που έχουν την προδιάθεση, χωρίς όμως να υποτιμάται και η συμβολή των περιβαλλοντικών παραγόντων στην έξαρση αυτού του φαινομένου. Οι κυριότεροι

περιβαλλοντικοί παράγοντες που θίχθηκαν από τις ανωτέρω έρευνες ήταν η αυξημένη καθιστική συμπεριφορά των μικρών παιδιών, κυρίως λόγω της παρακολούθησης τηλεόρασης, και λιγότερο λόγω χρήσης «ψηφιακών» παιχνιδιών, η μειωμένη φυσική δραστηριότητα και φυσική κατάσταση, καθώς και η ανθυγιεινή διατροφή τους, τονίζοντας το ρόλο της οικογένειας, του σχολείου και της κοινωνίας στην ενίσχυση των παραγόντων αυτών. Έτσι η παρακολούθηση τηλεόρασης πάνω από δύο ώρες την ημέρα, φαίνεται να συμβάλλει στην αύξηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), ενώ τα βιντεοπαιχνίδια και ο Η/Υ δε φαίνεται να τον επηρεάζουν σημαντικά. Η διάθεση στο περιβάλλον των παιδιών, τροφίμων πλούσιων σε λιπαρά και φτωχών σε θρεπτικές ουσίες, καθώς και η τάση των παιδιών να προτιμούν αυτά τα τρόφιμα, επηρεασμένα από την οικογένεια και την ισχυρή επίδραση των ΜΜΕ, είναι γεγονός ότι συμβάλουν στην αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας. Όσον αφορά την μειωμένη φυσική δραστηριότητα των παιδιών ως παράγοντα που συμβάλει στην παιδική παχυσαρκία, οι περισσότερες έρευνες επιβεβαιώνουν τον καθοριστικό ρόλο που παίζει στην εμφάνιση της παχυσαρκίας και για τα δύο φύλα. Κάποιες άλλες έρευνες διαχωρίζουν την φυσική δραστηριότητα από την φυσική ικανότητα, αναφέροντας την πρώτη ως συμπεριφορά και τη δεύτερη ως χαρακτηριστικό γνώρισμα του ατόμου. Σύμφωνα με αυτό το διαχωρισμό κάποιοι ερευνητές δεν βρίσκουν σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), ενώ αντίθετα παρατηρούν ότι η φυσική ικανότητα των υπέρβαρων παιδιών μειώνεται αισθητά (James et al., 2004).

Υπάρχουν ερευνητές οι οποίοι επισημαίνουν πως ο χρόνος που περνάει το παιδί μπροστά από την τηλεόραση αποτελεί έναν σημαντικό περιβαλλοντικό παράγοντα για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας (Arnas, 2006).

3.2 Κοινωνικοί παράγοντες

Ρόλο στην πρόληψη της παχυσαρκίας διαδραματίζει η πολιτεία και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, τα οποία αποτελούν το κοινωνικό περιβάλλον, πέρα από τον οικογενειακό πυρήνα και το σχολικό περιβάλλον. Η πολιτεία έχει τη δυνατότητα να δημιουργήσει κατάλληλους χώρους άθλησης και να παρεμβαίνει με προγράμματα στα κυλικεία των σχολείων (Ζαμπέλας, 2003).

Η καταγωγή, το επάγγελμα ή το μορφωτικό επίπεδο των γονιών, επηρεάζουν την καταναλωτική τους συμπεριφορά, αφού σε ένα πρώτο επίπεδο, επιδρούν στην αγοραστική δύναμη και σε ένα δεύτερο επίπεδο, ασκούν επίδραση στην ιεράρχηση των αναγκών. Μέσα λοιπόν, από τα συγκεκριμένα κοινωνικά στερεότυπα επηρεάζονται οι συνήθειες της οικογένειας, ανάμεσά τους και οι διατροφικές συνήθειες (Cheung, 1995). Ρόλο στην διατροφή των παιδιών παίζει επίσης το μορφωτικό επίπεδο των γονιών και η κοινωνικό – οικονομική κατάσταση. Έρευνες δείχνουν ότι οι μορφωμένοι γονείς φροντίζουν περισσότερο την διατροφή των παιδιών συγκριτικά με τους αμόρφωτους. Τα ποσοστά παχυσαρκίας δείχνουν επίσης να είναι υψηλότερα στα πιο χαμηλά κοινωνικά στρώματα. Τα τρόφιμα τα οποία είναι υψηλά σε ενέργεια, λιπαρά και απλά σάκχαρα είναι πιο φτηνά συγκριτικά με τα πιο υγιεινά και θρεπτικά τρόφιμα. Ένας χαμηλόμισθος οικογενειάρχης, αυτό που θα κοιτάξει πρώτο, δεν είναι οι υγιεινές επιλογές, αλλά να δώσει κάτι στα παιδιά του να φάνε (Σταματιάδου, 2015).

Οι πολλές ώρες εργασίας των γονιών, όπως και το φαινόμενο των μονογονεϊκών οικογενειών, φαίνεται ερευνητικά πως σχετίζονται με την κατανάλωση «εύκολων» και γρήγορων φαγητών, τα οποία δεν είναι απαραίτητα και θρεπτικά. Επίσης, έχει παρατηρηθεί πως σε βιομηχανικές χώρες, άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τείνουν να είναι πιο παχύσαρκα, ενώ αντίθετα, άτομα από λιγότερο βιομηχανικές χώρες, άτομα με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τείνουν να είναι πιο παχύσαρκα. Επίσης, πολλές φορές τα παιδιά μιμούνται τους φίλους τους, καθώς σε αυτή την ηλικία δεν έχουν αναπτύξει πλήρως την ατομική τους κρίση με αποτέλεσμα να παρασύρονται σε λανθασμένες διατροφικές επιλογές (Ζαμπέλας, 2003).

3.3 Οικονομικοί παράγοντες

Η οικονομική κατάσταση μιας χώρας επηρεάζει άμεσα τις διατροφικές επιλογές των πολιτών της (Χασαπίδου & Φαχαντίδου, 2002). Είναι σύνηθες φαινόμενο τα περισσότερα ανθυγιεινά τρόφιμα να είναι σε πιο προσιτές τιμές, γεγονός που συντελεί στην αυξημένη ζήτησή τους. Τα τελευταία οκτώ (08) χρόνια πλήττει τη χώρα μας η οικονομική κρίση και ύφεση. Έχει παρατηρηθεί πως όσο λιγότερα είναι τα χρήματα του οικογενειακού προϋπολογισμού, τόσο καταφεύγει η οικογένεια σε οικονομικότερες

λύσεις, αν και δεν πρέπει να παραγνωρίζουμε την πολυπαραγοντική φύση της παχυσαρκίας, με αποτέλεσμα να μειώνεται η διατροφική ποιότητα της τροφής και παράλληλα να αυξάνεται η κατανάλωση τροφών, οι οποίες υπολείπονται σε βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, καλά λιπαρά & φυτικές ίνες. Πάνω από τις μισές (52%) φτωχές οικογένειες στην Ελλάδα, δηλώνει μια ανεπάρκεια και αδυναμία να ανταποκριθεί στην κάλυψη των βασικών διατροφικών αναγκών, με αποτέλεσμα το υπέρβαρο παιδί-έφηβος της σύγχρονης κοινωνίας της Ελλάδας να αποτελεί «δημιούργημα» του αποκαλούμενου «σιωπηλού υποσιτισμού» του ανεπτυγμένου κόσμου. Το φαινόμενο του «σιωπηλού υποσιτισμού» αναφέρεται στα παιδιά εκείνα, που δεν παρουσιάζουν την τυπική εικόνα του ισχνού, σοβαρά λιπόσαρκου παιδιού, αλλά στη συντριπτική τους πλειονότητα πάσχουν από έλλειψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων (Λάντης, 2017).

3.4 Πολιτιστικοί παράγοντες

Ο πολιτισμός μιας χώρας (ή αλλιώς κουλτούρα) αποτελεί «το σύνολο των στοιχείων εκείνων που περιλαμβάνει τη γνώση, τις πεποιθήσεις, τα ήθη και τα έθιμα της κοινωνίας». Ορισμένες από τις συνήθειες που αποκτούν οι άνθρωποι μέσα από τους πολιτιστικούς παράγοντες της κοινωνίας, είναι οι διατροφικές (Χασαπίδου & Φαχαντίδου, 2002).

Η έννοια κουλτούρα επιδέχεται αρκετούς ορισμούς και ερμηνείες. Απαντάται είτε με τον όρο civilitas είτε με τον όρο culture. Δεδομένου ότι είναι πολυσύνθετη έννοια καθώς επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, οι ορισμοί της ποικίλουν. Ο όρος civilitas αναφέρεται στην έννοια του πολίτη ενώ όρος culture αναφέρεται στη φροντίδα για τις γεωργικές καλλιέργειες αλλά ταυτόχρονα και στην ανάπτυξη του πνεύματος και της αισθητικής ευαισθησίας (Heck & Hallinger, 2005).

Οι Hoy & Miskel (2008) ορίζουν την κουλτούρα ως «…ένα σύστημα κοινού προσανατολισμού που κρατούν τα μέλη του οργανισμού μαζί και του δίνουν μια ξεχωριστή ταυτότητα. Οι προσανατολισμοί είναι αξίες, κανόνες, μύθοι, συμπεριφορές και σιωπηρές παραδοχές» ενώ ο Φέντ (1989) θεωρεί ότι η πολιτισμικά επηρρεασμένη συμπεριφορά «είναι διδαγμένη συμπεριφορά» και ότι με τον όρο πολιτισμό « νοούνται γενικότητες, τυπικές μεταβολές και αποκλίσεις».

Οι Peterson D. K. & Deal E. T. (1998) ορίζουν την κουλτούρα ως «…το υπόγειο ρεύμα των κανόνων, αξιών, πεποιθήσεων, παραδόσεων και τελετουργικών που έχουν δημιουργηθεί με την πάροδο του χρόνου καθώς οι άνθρωποι εργάζονται μαζί, για να λύσουν προβλήματα και να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις. Αυτό το σύνολο των άτυπων προσδοκιών επηρεάζει πως σκέφτονται , αισθάνονται και δρουν οι άνθρωποι»

Η έννοια κουλτούρα είναι λοιπόν πολυδιάστατη και πολυεπίπεδη και συχνά συνδέεται στη βιβλιογραφία με τον όρο σχολικό κλίμα. Κατά τη δόμηση της πολιτισμικής ταυτότητας επιδρά επιτελικά το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον που ζει, δρα και αναπτύσσεται το άτομο και αυτή με τη σειρά της, επιδρά στον τρόπο σκέψης και στον τρόπο συμπεριφοράς, με κριτήρια εθνολογικά, κοινωνιολογικά και θρησκευτικά (Χατζηπαναγιώτου, 2008).

Σημαντικοί παράγοντες σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας αποτελεί η κουλτούρα και η καταγωγή της, όπως και η ενημέρωσή της γύρω από θέματα διατροφής, οι στάσεις και οι συνήθειες τους για την υγεία και τέλος το μορφωτικό επίπεδο τους. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι τα παιδιά μεταναστών με διαφορετικές διατροφικές συνήθειες από αυτές της χώρας υποδοχής, έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν βάρος ή να γίνουν παχύσαρκα (Χασαπίδου & Φαχαντίδου, 2002).

Κεφάλαιο 4 – Ο ρόλος της τηλεόρασης στην ανάπτυξη του παιδιού

Τα παιδιά, στην εποχή μας, έχουν πολύπλευρες προσλαμβάνουσες παραστάσεις οι οποίες το βοηθούν να αντιληφθεί τον κόσμο που τα περιβάλλει. Ανάμεσα στα εξωτερικά ερεθίσματα που λαμβάνει, συνεισφορά έχουν και τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας (Μ.Μ.Ε.). Η συνεισφορά τους είναι σημαντική καθώς το παιδί δέχεται τις πληροφορίες και τα ερεθίσματα μέσω δύο βασικών αισθήσεων, την όραση (εικόνα) και την ακοή (ήχος). Οι δύο αυτές αισθήσεις, αποτελούν τον δίαυλο απόκτησης της γνώσης. Τα Μ.Μ.Ε. (ιδιαίτερα η τηλεόραση, το βίντεο και το βιβλίο) ασκούν ιδιαίτερη επιρροή σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (3 - 6 ετών). Οι επιρροές τους διαφαίνονται κυρίως στην γλωσσική ανάπτυξη και εξέλιξη των παιδιών (Κιτσαράς, 2001). Τα Μ.Μ.Ε. διαμορφώνουν καθοριστικά την πορεία της σύγχρονης κοινωνίας, καθώς έχουν αποκτήσει πλέον μια οικουμενική διάσταση και εμβέλεια καθώς λειτουργούν ανάμεσα και κατά μήκος διαφορετικών κρατών και περιοχών (Παπαθανασόπουλος, 2011).

Στις κοινωνίες του 21^{ου} αιώνα, όπου η τηλεόραση και τα υπόλοιπα Μ.Μ.Ε., αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής μας (στις χώρες της δυτικής κοινωνίας), δημιουργούν ένα είδος «παράλληλου σχολείου», με την έννοια του «συνόλου των διαφόρων πηγών πληροφοριών και γνώσεων που αποκτώνται έξω από τη σχολική διαδικασία και κατά κύριο λόγο από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης» (Κούρτη, 2002).

Αρκετά μέλη από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα διαφωνούν ως προς τις επιδράσεις της τηλεόρασης στα παιδιά. Το ένα υποστηρίζει ότι η τηλεόραση κάνει τα παιδιά υπέρβαρα, βίαια, ανεύθυνα, σκληρά, αγράμματα (Winn, 1985; Howard, 1998).

Η άλλη πλευρά υποστηρίζει πως δεν ευθύνονται για όλα τα προγράμματα εικόνας αλλά η «κακή» τηλεόραση, το «κακό» διαδίκτυο (Gardner, 1982).

Ένα άλλο μέσο ενημέρωσης, το οποίο ενυπάρχει στην τηλεόραση – και όχι μόνο, είναι η διαφήμιση. Η διαφήμιση, ορίζεται ως «η διαδικασία γνωστοποίησης και επηρεασμού του καταναλωτικού κοινού για ένα προϊόν ή μία υπηρεσία επί πληρωμή.» Σύμφωνα με τον P. Kotler, «Διαφήμιση, είναι οποιαδήποτε πληρωμένη μορφή μη προσωπικής παρουσίασης και προώθησης μιας ιδέας, ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας από κάποιο μη αναγνωρισμένο χορηγό» (Kotler, 1997). Η διαφήμιση στηρίζεται στη δύναμη της εικόνας και όχι του λόγου και έχει ως προαπαιτούμενο την ελάχιστη αναλυτική αποκωδικοποίηση, χωρίς να προϋποθέτει ιδιαίτερη ωρίμανση των βιολογικών δομών και

δεξιοτήτων. Η διαφήμιση για την επίτευξη του σκοπού της, αξιοποιεί συγκινησιακά (επίκληση στο συναίσθημα) και λογικά χαρακτηριστικά (επίκληση στη λογική) αναλόγως τον σκοπό που θέλει ο διαφημιστής να επιτύχει. Η διαφήμιση επηρεάζει την καθημερινότητα μας, καθώς καθορίζει τις αγοραστικές συνήθειές μας και τον τρόπο με τον οποίο διαχειριζόμαστε τα χρήματά μας. Υπάρχουν πολλά είδη διαφημίσεων, στην τηλεόραση, το ραδιόφωνο, τα διαφημιστικά φυλλάδια, καθώς και το διαδίκτυο (Χαρτοφύλακα, 2013). Ο μέσος Έλληνας πολίτης δέχεται καθημερινά 1200 διαφημιστικά μηνύματα (Παπαθανασόπουλος, 1997). Η τηλεόραση αποτελεί ένα σύστημα επικοινωνίας που στηρίζεται στη μετάδοση και λήψη εικόνων και ήχου. Έχει χαρακτηριστεί ως το κύριο μέσο αποδοτικής διαφήμισης και μέσω της επανάληψης μιας διαφήμισης ή μιας έξυπνης ατάκας που ακούστηκε στην τηλεόραση ή που εκεί εδραιώθηκε ταυτιζόμενη με ένα συγκεκριμένο προϊόν, θεωρείται μεγάλη επιτυχία για το διαφημιζόμενο προϊόν (Χαρτοφύλακα, 2013).

Ανακύπτει στο σημείο αυτό το ερώτημα, πώς τα παιδιά εκλαμβάνουν τον «διαφημιστικό θόρυβο» που τα στοχεύει, πώς αντιλαμβάνονται τα μηνύματα με τα οποία οι διαφημίσεις επιχειρούν να τα επηρεάσουν έμμεσα και πώς διαχειρίζονται συναισθηματικά και ορθολογικά το περιεχόμενό τους (Ναυρίδης κ. συν., 1986). Οι διαφημίσεις αποτελούν ένα εργαλείο για την εισαγωγή διαφόρων τροφίμων και υπηρεσιών προς το κοινό. Στόχο τους αποτελεί η αύξηση των εμπορικών κερδών και των απαιτήσεων των καταναλωτών. Στο στόχαστρο των εμπόρων τροφίμων βρίσκονται κυρίως τα παιδιά και η νεολαία, θέλοντας να τους ασκήσουν αγοραστική επιρροή ως ενήλικες καταναλωτές στο μέλλον. Ως εκ τούτου, φροντίζουν να επηρεάζουν άμεσα την επιλογή των τροφίμων και τις διατροφικές τους συνήθειες. Στο σημείο αυτό λοιπόν, τίθεται η σημαντικότητα του ρόλου της οικογένειας και η ευθύνη των γονιών. Ευθύνη για τη δημιουργία σωστών στάσεων και κριτικής σκέψης έναντι των διαφημιστικών μηνυμάτων. Οφείλουν ως ενήλικες, να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν μια επικοινωνιακή σχέση, με γερές βάσεις, με τα παιδιά τους και να αποτελούν ένα σωστό πρότυπο για αυτά (Arnas, 2006).

Ένας τομέας που η διαφήμιση έχει δραστικό ρόλο είναι η διατροφή, καθώς με όλα τα προϊόντα (τα οποία δεν είναι όλα στη βάση τους υγιεινά) που προβάλλονται ελκυστικά κυρίως στην τηλεόραση, στέλνονται υποσυνείδητα λανθασμένα μηνύματα και οδηγούνται στην κατανάλωση τους. Τα παιδιά, ένα «εύκολο» κοινό για τους διαφημιστές, δεν διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις και τις κατάλληλες δυνατότητες, ώστε να είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται τα διαφημιστικά μηνύματα με τον ίδιο τρόπο που μπορούν οι ενήλικες

και τους ασκούν μεγάλη επίδραση στην λογική και την κρίση τους. Το πρόβλημα αυτό μειώνεται όσο τα παιδιά μεγαλώνουν, αλλά στις ηλικίες κάτω των (08) οκτώ ετών το πρόβλημα μεγιστοποιείται, καθώς τα παιδιά έχουν την τάση να πιστεύουν ότι οι διαφημίσεις παρουσιάζουν πάντοτε την αλήθεια με αμεροληψία και επιθυμούν να αποκτήσουν τα διαφημιζόμενα προϊόντα. Ο Ελληνικός Κώδικας Διαφήμισης και Επικοινωνίας αναφέρει ρητά πως «οι διαφημίσεις δεν πρέπει να κάνουν το παιδί να νιώθει πως η ευτυχία ή η κοινωνική καταξίωση προέρχονται από την απόκτηση συγκεκριμένου προϊόντος». Ο κώδικας δεοντολογίας σχετικά με τα παιδιά και τη διαφήμιση επικεντρώνονται στην τηλεόραση, ενώ άλλες μέθοδοι πωλήσεων και διαφήμισης που έχουν ως στόχο τα παιδιά, δεν έχουν πλήρως ρυθμιστεί (Χαρτοφύλακα, 2013).

Εικόνα 15- Παιδί και Διαφήμιση

Τα τελευταία χρόνια διεξάγονται ολοένα και περισσότερες μελέτες και τα ερευνητικά δεδομένα που προκύπτουν, αποκαλύπτουν τον ρόλο που διαδραματίζει το περιβάλλον στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών των ατόμων. Ο Dr. Kelly Brownell χαρακτηρίζει ως «τοξικό» το περιβάλλον διατροφής και φυσικής δραστηριότητας των σύγχρονων κοινωνιών, αναφέροντας σχετικά πως «όσο ισχυρή και αν είναι η γενετική προδιάθεση ενός ατόμου σπάνια θα οδηγήσει στην εμφάνιση παχυσαρκίας απουσία κακού περιβάλλοντος». Τα μηνύματα που προβάλλονται διαμέσου της τηλεόρασης, αποτελούν περιβαλλοντικούς παράγοντες που διαμορφώνουν συμπεριφορές και στάσεις υγείας. Στην πραγματικότητα, λόγω της εύκολης προσβασιμότητας της ως πηγή πληροφόρησης του κοινού σε θέματα υγείας, η τηλεόραση διαφαίνεται πως αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες διαμόρφωσης της διατροφικής μας συμπεριφοράς. Γίνεται λοιπόν σαφές, πως η τηλεόραση αποτελεί έναν από τους κύριους

περιβαλλοντικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τις διατροφικές συνήθειες των σύγχρονων κοινωνιών. Η υιοθέτηση ενός τρόπου διατροφής ανάλογου με τα πρότυπα που προβάλλονται στις τηλεοπτικές διαφημίσεις ευνοεί την υπερβολή ή/και την απώλεια του ελέγχου στη διατροφική μας συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα όμως, φαίνεται πως η κατανάλωση των διαφημιζόμενων τροφίμων οδηγεί στην υπερπρόσληψη όλων των συστατικών που σχετίζονται με χρόνια νοσήματα, καλύπτοντας κατά ένα μικρό μόνο ποσοστό τις ημερήσιες ανάγκες μας στα θρεπτικά συστατικά, που προασπίζουν την υγεία μας (Χαρτοφύλακα, 2013).

Οι τηλεοπτικές διαφημίσεις επηρεάζουν άμεσα τις συνήθειες των παιδιών σχετικά με την κατανάλωση τροφίμων, ενώ παρακολουθούν τηλεόραση αυξάνεται η επιθυμία τους να αποκτούν αγαθά που βλέπουν στις τηλεοπτικές διαφημίσεις. Αποτελεί ανησυχητικό το γεγονός ότι περισσότερο από το 50% των τροφίμων που παρουσιάζονται στις τηλεοπτικές διαφημίσεις είναι πλούσια σε λίπος και ζάχαρη (Arnas, 2006). Οι διαφημίσεις που σχετίζονται με τα τρόφιμα, προβάλουν προϊόντα υψηλής θερμιδικής αξίας και χαμηλών θρεπτικών συστατικών, σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ιατρικής (2012).

4.1 Η τηλεόραση ως μέσο απασχόλησης και διασκέδασης

Η επικοινωνία αποτελεί μια συμβολική διαδικασία που στις σύγχρονες κοινωνίες διεξάγεται όλο και περισσότερο με τη χρήση των Μ.Μ.Ε. Τα Μ.Μ.Ε εξαρτώνται από την εκάστοτε κοινωνία που τα περιβάλλει και δεν αποκλείεται το γεγονός της αμοιβαίας επιρροής, καθώς το άτομο κατανοεί και μαθαίνει τον κόσμο καλύτερα μέσα από τις αφηγήσεις των Μ.Μ.Ε και αυτό εξηγείται από τη θέση που έχουν πια στην εποχή μας (Παπαθανασόπουλος, 2011). Η επικοινωνία επιτρέπει νοητικά και μυθικά ταξίδια και αποτελεί σημαντικό παράγοντα όχι μόνο συναισθηματικής ανάπτυξης αλλά και καλλιέργειας και συνεργασίας. Είναι δύσκολο να αποφύγει κάνεις σήμερα την έννοια της επικοινωνίας ή να αποτελεί μέλος ενός συνόλου ή μιας κοινωνικής ομάδας, χωρίς να αξιοποιεί μια μορφή επικοινωνίας (λεκτικής ή μη). Αφορά μια κεντρική έννοια, η οποία περιλαμβάνει τα media, πολλούς επιστημονικούς κλάδους, επαγγέλματα και τη διαχείριση ανθρωπίνων πόρων και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Οι ανθρώπινες σχέσεις βασίζονται στην επικοινωνία (Βαρδακώστα, 2018).

Οι κινητές εικόνες, με τα έντονα και πολλά χρώματα, με τις πολλές και γρήγορες εναλλαγές, με στοιχεία πραγματικότητας ανακατεμένα με την φαντασία, αποσπούν την προσοχή των παιδιών και τα καθηλώνουν μπροστά από μία οθόνη. Γεγονός που αποτελεί μια ευχάριστη και διασκεδαστική δραστηριότητα για ένα παιδί, η οποία όμως, όταν διαφύγει από το μέτρο του επιτρεπτού ορίου ενδέχεται να επιφέρει την κοινωνική απομόνωση του παιδιού και της παραμέλησης άλλων δραστηριοτήτων (Κιτσαράς, 2001).

4.2 Θετικά στοιχεία και επιδράσεις της τηλεόρασης στην παιδική ηλικία

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα και αποτελέσματα σχετικά με την οπτικοακουστική ωφέλεια της συμπεριφοράς των παιδιών προσχολικής ηλικίας, δεν έχει καταγραφεί άμεση σχετιζόμενη επιβλαβής επίδρασης από την παρακολούθηση τηλεοπτικών προγραμμάτων (Κιτσαράς, 2001). Στο σημείο αυτό, έρχεται ο Η. Μετοχιανάκης (2000) να συμπληρώσει, ως θετικά στοιχεία της τηλεόρασης, την προώθηση και ανάπτυξη της φαντασίας και την καλλιέργεια των αφαιρετικών ικανοτήτων του παιδιού. Επισημαίνει επίσης, πως η τηλεόραση προσφέρει ψυχαγωγία στο παιδί και αισθητική καλλιέργεια, ενώ προσφέρει άμεσα (μέσω της εικόνας και του ήχου) γνώσεις στο παιδί και διευρύνει την σκέψη του, καθώς αποτελεί «παράθυρο στον κόσμο».

Το ερώτημα που ενδέχεται να ανακύψει είναι για ποιο λόγο μας αφορά η αισθητική καλλιέργεια στο παιδικό σταθμό. Μέσω της αισθητικής, το άτομο μπορεί να καλλιεργηθεί (ψυχικά και πνευματικά) και παράλληλα μαθαίνει να παρατηρεί, να ερμηνεύει και να αναγνωρίζει (Κόφφας, 1993). Σύμφωνα με ερευνητές, τα εικαστικά στον παιδικό σταθμό δεν πρέπει να περιλαμβάνουν μόνο δραστηριότητες παραγωγής σχεδίων αλλά παράλληλα να αναγνωρίζουν και να αντιλαμβάνονται τις σχέσεις ανάμεσα στα αντικείμενα καθώς και να αναγνωρίζουν συμβολικά συστήματα (Βροχαρίδου & Σωτηράκη, 2010). Με τις κατάλληλες δραστηριότητες, τα νήπια αναγνωρίζουν την ομορφιά στην τέχνη και αναπτύσσουν ενδιαφέρον για την καλλιτεχνική δημιουργία (Σαββαίδου–Καμπουροπούλου κ. συν., 2011).

4.3 Τηλεόραση και παιδί προσχολικής ηλικίας

Η τηλεόραση αποτελεί για τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας ένα εύκολα προσβάσιμο μέσο επικοινωνίας (Κιτσαράς, 2001). Συχνά οι ώρες που σπαταλούν τα παιδιά και οι έφηβοι μπροστά στην τηλεόραση ξεπερνούν ακόμα και τις ώρες που είναι στο σχολείο. Η στάση όμως και η συμπεριφορά των παιδιών απέναντι στην τηλεόραση, βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την ύπαρξη κανόνων και ορίων στην οικογένεια (Rogge, 2007). Ο Γάλλος ψυχαναλυτής Tisseron (2008) μελετώντας τις σχέσεις των νέων με τις νέες τεχνολογίες και τις επιπτώσεις της τεχνολογίας της πληροφορίας στους νέους ανθρώπους, ανέπτυξε τον κανόνα «3-6-9-12» ο οποίος είχε ως εξής: «Όχι τηλεόραση πριν από τα 3 χρόνια, όχι παιχνίδια σε κονσόλα πριν από τα 6, καθόλου internet πριν από τα 9 χρόνια, και καθόλου μέσα κοινωνικής δικτύωσης (facebook, twitter..) πριν από τα 12»

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από το Ινστιτούτο Στατιστικής του Quebec, και το κέντρο Μελέτης της Ανάπτυξης του Παιδιού, με δείγμα 2837 βρέφη/νήπια που γεννήθηκαν μεταξύ 1997 και το 1998 στο Κεμπέκ, κατέδειξε ως αποτέλεσμα ότι η έκθεση των παιδιών στην τηλεθέαση υπονομεύει την προσοχή τους (Pagani et al., 2010). Σύμφωνα με έρευνα των Christakis, Zimmerman, Giuseppe & MacCarty (2004), με δείγμα παιδιών ηλικίας 1 – 3 ετών, διαπιστώθηκε ότι η πρόωρη έκθεση στην τηλεόραση σχετίζεται με προβλήματα προσοχής.

Γίνεται εύκολα λοιπόν κατανοητό, πως η παιδική παχυσαρκία και η κακή διατροφή επιφέρει πιθανών μακροπρόθεσμα δυσκολίες και σχολικές αποτυχίες στην μετέπειτα σχολική περίοδο. Η παχυσαρκία στα κορίτσια συσχετίζεται με χαμηλότερες σχολικές επιδόσεις στην περίοδο της εφηβείας, σε αντίθεση με τις συνομήλικες τους που έχουν κανονικό βάρος, σύμφωνα με βρετανική έρευνα. Ειδικοί επιστήμονες από τα Πανεπιστήμια Στραθκλάιντ, Νταντί και Μπρίστολ, διατυπώνουν ξεκάθαρα σε δημοσίευσή τους, στο διεθνές περιοδικό για θέματα παχυσαρκίας «International Journal of Obesity», τα αποτελέσματα της μελέτης τους, όπου ανέλυσαν στοιχεία από δείγμα 6.000 παιδιών, συσχετίζοντας τους βαθμούς τους στο σχολείο με το βάρος τους στις ηλικίες των 11, 13 και 16 ετών. Από το σύνολο των παιδιών, το 72% είχαν φυσιολογικό για την ηλικία τους βάρος (σύμφωνα με το δείκτη σωματικής μάζας), το 13% ήταν υπέρβαρα και το 15% παχύσαρκα. Πιο συγκεκριμένα, τα παχύσαρκα κορίτσια, παρατηρήθηκε πως από τα 11 έως

τα 16 χρόνια παρουσιάζουν χαμηλότερες σχολικές επιδόσεις σε σχέση με τις συμμαθήτριές τους με κανονικό βάρος. Η σχέση ανάμεσα στην παχυσαρκία και στις σχολικές επιδόσεις όμως δεν ήταν το ίδιο ξεκάθαρη στα αγόρια. Οι χειρότερες επιδόσεις των παχύσαρκων κοριτσιών αφορούσαν τα βασικά μαθήματα (γλώσσα – λογοτεχνία, μαθηματικά, θετικές επιστήμες). Σύμφωνα με τη καθηγήτρια ψυχολογίας Τζόσι Μπουθ, «υπάρχει μια σαφής τάση που δείχνει ότι τα παχύσαρκα κορίτσια, στη διάρκεια όλης της εφηβείας τους, τα πάνε χειρότερα στο σχολείο από τους συνομηλίκους τους με υγιές βάρος». Ο Βρετανός καθηγητής Ράιλι δήλωσε ότι κρίνεται σκόπιμο να διεξαχθεί περαιτέρω έρευνα, ώστε να διαπιστωθεί η αιτία που η παχυσαρκία συσχετίζεται αρνητικά με τις σχολικές επιδόσεις των κοριτσιών. Μέσα από την ήδη υλοποιημένη έρευνα διαπιστώθηκε απλώς μια συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας – βαθμών και όχι μια σχέση αιτίας – αποτελέσματος (i-paideia, 2018).

Μελέτες μεταξύ των παιδιών, έχουν επίσης, καταδείξει μια θετική σχέση μεταξύ της τηλεθέασης και της παχυσαρκίας. Η ύπαρξη διαφορετικών μεθοδολογιών και αντιφατικών αποτελεσμάτων κατέστησαν δύσκολο στους ερευνητές να φτάσουν σε συμφωνία σχετικά με τη σημασία αυτής της σύνδεσης. Η Παιδική Μελέτη Framingham (FCS) έχει δείξει ότι όσο αυξάνεται η σωματική δραστηριότητα των παιδιών προσχολικής ηλικίας, τόσο μειώνεται το σωματικό λίπος (Proctor et al., 2003).

4.4 Τηλεόραση και διατροφικές συνήθειες

Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η παρακολούθηση τηλεόρασης αποτελεί έναν βασικό παράγοντα αρνητικής επιρροής και επίδρασης για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας στα παιδιά. Η τηλεόραση (έχει αποδειχθεί πως η ύπαρξη τηλεόρασης στο υπνοδωμάτιο αυξάνει την τηλεθέαση κατά 38 λεπτά ανά ημέρα ενδέχεται να συμβάλλει στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας ποικιλοτρόπως, όπως για παράδειγμα, υπάρχει δραματική μείωση στη φυσική δραστηριότητα των παιδιών και κατ’ επέκταση στην κατανάλωση της ενέργειας. Επιπρόσθετα, οι διαφημίσεις κατευθύνουν με έμμεσο τρόπο την επιθυμία των παιδιών στην υπερκατανάλωση φαγητών με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη, λίπη και αλάτι (Briony 1983-5). Ο Proctor μαζί με τους συνεργάτες του διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της παρακολούθησης τηλεόρασης και της αλλαγής στο σωματικό λίπος σε παιδιά προσχολικής ηλικίας μέχρι τα πρώτα χρόνια της εφηβείας τους. Από την ανάλυση των δεδομένων

προέκυψε ότι τα παιδιά που έβλεπαν τρεις ή/και περισσότερες ώρες τηλεόραση/ημέρα σε μικρή ηλικία, είχαν μεγαλύτερη αύξηση στο σωματικό τους λίπος όσο μεγάλωναν. Έτσι, η δυσμενής επίδραση της τηλεόρασης αυξάνονταν για τα παιδιά που είχαν γενικά μια καθιστική ζωή ή μια διατροφή υψηλή σε λιπαρά (Proctor et al., 2003).

Η τηλεθέαση μπορεί να αυξήσει το σωματικό βάρος και τον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) μέσω της μείωσης της σωματικής δραστηριότητας και της κατανάλωσης ανθυγιεινών τροφίμων κατά την παρακολούθηση διαφημίσεων και εκπομπών. Τα αποτελέσματα μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με το χρόνο παρακολούθησης και το περιεχόμενο της προβολής αλλά και το επίπεδο της γονικής εποπτείας. Ωστόσο, δεν έχουν διενεργηθεί μελέτες σχετικά με το κατά πόσον ο χρόνος παρακολούθησης της τηλεόρασης ή ο τύπος των προτεινόμενων προγραμμάτων μπορεί να επηρεάσει διαφορικά τον τρέχοντα ή τον μεταγενέστερο ΔΜΣ (Viner & Cole, 2005).

4.5 Τηλεόραση και αρνητικές επιδράσεις στην σωματική και γλωσσική ανάπτυξη των παιδιών

Η πολύωρη, χωρίς κρίση και χωρίς την επίβλεψη από ενήλικα, παρακολούθηση τηλεοπτικών προγραμμάτων, επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην παιδική σκέψη (άκριτη αποδοχή των όσων παρακολουθεί το νήπιο), όσο και στην σωματική ανάπτυξή του. Το παιδί παραμένει επί ώρες καθηλωμένο σε μία θέση, χωρίς κίνηση, παιχνίδι και σωματική άσκηση και άλλα παιδικά ενδιαφέροντα. Το γεγονός αυτό επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην σωματική ανάπτυξη των παιδιών (Μετοχιανάκης, 2000).

Σύμφωνα με τις αναλύσεις των δεδομένων από έρευνα των Lumeng Rahnama, Appugliese, Kaciroti & Bradley (2006), έδειξαν ότι τα παιδιά που παρακολουθούσαν δύο ή/και περισσότερες ώρες τηλεόρασης την ημέρα, είχαν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν υπέρβαρα, συγκριτικά με τα παιδιά που είχαν παρακολουθήσει λιγότερες ώρες τηλεόρασης ανά ημέρα.

Σύμφωνα με τον Dietz η πιο σταθερή συμπεριφορά που σχετίζεται με την παχυσαρκία είναι η παρακολούθηση τηλεόρασης. Η εμφάνιση της παχυσαρκίας, αλλά και η πιθανότητα απαλλαγής από αυτήν, βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με το χρόνο που δαπανούν τα παιδιά παρακολουθώντας τηλεόραση. Η παρακολούθηση τηλεόρασης

συνδέεται επίσης με την αύξηση κατανάλωσης snack που διαφημίζονται στην τηλεόραση (Proctor et al., 2003).

Αντιφατικά ήταν τα αποτελέσματα της έρευνας των Armstrong και των συνεργατών του, σχετικά με την εύρεση σχέσης μεταξύ Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), των ωρών παρακολούθησης τηλεόρασης και της φυσικής κατάστασης παιδιών σχολικής ηλικίας. Από τα αποτελέσματα δε βρέθηκε να υπάρχει σημαντική σχέση των ωρών παρακολούθησης τηλεόρασης με τον (ΔΜΣ), τη μυϊκή δύναμη/αντοχή και ευλυγισία (Armstrong et al., 1998).

Τα λανθασμένα διατροφικά πρότυπα και η έλλειψη της σωματικής δραστηριότητας συμβάλλουν στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας, με αρνητικά αποτελέσματα, τα οποία εμφανίζονται συνήθως κατά την ενηλικίωση, ιδιαίτερα μεταξύ των παιδιών τα οποία είναι παχύσαρκα κατά την εφηβεία. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν μια δραματική αύξηση των ποσοστών της παχυσαρκίας τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες στις Η.Π.Α. Στη δραματική αύξηση του φαινομένου, συμβάλλει και ο αυξανόμενος αριθμός ωρών παρακολούθησης τηλεόρασης (Proctor et al., 2003).

Εικόνα 16- Λανθασμένα διατροφικά πρότυπα

Σύμφωνα με την Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία, ο χρόνος που αφιερώνουν καθημερινά τα παιδιά στην τηλεόραση ή τον ηλεκτρονικό υπολογιστή, δεν πρέπει να ξεπερνάει τις δύο ώρες. Συμπληρώνει πως για τα βρέφη (παιδιά κάτω των 2 ετών), η τηλεόραση ενδέχεται να εντείνει την έλλειψη συγκέντρωσης των παιδιών, ακόμα και μακροπρόθεσμα. Στην ηλικία των 2-3 ετών ο χρόνος παραμονής του μπροστά στην τηλεόραση δεν πρέπει να ξεπερνά τα 10 - 20 λεπτά την ημέρα, στα παιδιά ηλικίας 3 - 5 ετών, ο χρόνος μπορεί να αυξηθεί έως και μισή ώρα. Οι αρνητικές επιδράσεις δεν φαίνονται άμεσα. Έχει παρατηρηθεί πως πέρα από τις σωματικές αρνητικές επιπτώσεις, τα παιδιά που δεν βλέπουν τηλεόραση και έχουν μάθει να χρησιμοποιούν την φαντασία τους περισσότερο μέσω του παιχνιδιού (π.χ. παιχνίδια ρόλων) συγκριτικά με τα παιδιά που βλέπουν τηλεόραση πολλές ώρες, τα δεύτερα μειονεκτούν. Έχουν υλοποιηθεί σχετικές έρευνες αναφορικά με τις ανησυχίες περί σωματικής ανάπτυξης, όπως όλα τα μέσα τα οποία αξιοποιούνται για την αγωγή των παιδιών, έτσι και ο ηλεκτρονικός υπολογιστής πρέπει να εφαρμόζεται με μέτρο (10 – 20 λεπτά) (Μάνεσης, 2009). Η πολύωρη και τακτική έκθεση των παιδιών στην ακτινοβολία της οθόνης μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους (Δαφέρμου κ. συν., 2002). Αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των νηπίων από την πολύωρη χρήση του υπολογιστή αποτελούν τα προβλήματα όρασης (οπτική κόπωση) και αυτό οφείλεται στην ακτινοβολία από την οθόνη του υπολογιστή, η ταλαιπωρία του μυοσκελετικού συστήματος (κυρίως του καρπού και του αυχένα) λόγω λάθος στάσης του σώματος και τέλος η παχυσαρκία, λόγω μη συμμετοχής των νηπίων σε κινητικές δραστηριότητες (Μάνεσης, 2009; Lumen et al., 2006). Η κοινωνική απομόνωση αποτελεί έναν επιπλέον κίνδυνο (Χατζηγεωργίου, 2012).

Μια δυσκολία που απαντάται συχνά και αφορά τόσο τη δυσκολία στην ανάγνωση, όσο και στην ορθογραφημένη γραφή είναι η δυσλεξία. Σύμφωνα με τον Πόρποδα (1997) με τον όρο δυσλεξία νοούνται οι δυσκολίες στην μάθηση της ανάγνωσης και της ορθογραφημένης γραφής και οι οποίες δεν συνδέονται με διανοητικά ή άλλα οργανικά ελλείμματα αλλά είναι ειδικές και προκαθορίζονται οργανικά.

Σύμφωνα με τον Παυλίδη (1990), οι περιβαλλοντικοί παράγοντες δεν προκαλούν δυσλεξία, αλλά μπορούν να συμμετέχουν στις αρνητικές συνέπειές ή την βελτίωσή της. Κοινωνικό-οικονομικά, ψυχολογικά προβλήματα και χαμηλή νοημοσύνη δεν προκαλούν δυσλεξία, ενώ αποδέχεται ως τη μία και μοναδική πραγματική αιτία μία εγκεφαλική δυσλειτουργία. Σύμφωνα με μελέτη του Παυλίδη και των συνεργατών του στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, προέκυψε ως αποτέλεσμα πως οι δυσλεξικοί σπαταλούν πολλή

ώρα βλέποντας τηλεόραση (8 ώρες την εβδομάδα) σε αντίθεση με τις μόλις 0,3 ώρες των κανονικών αναγνωστών (Pavlidis, 1990 & Thomson, 1990).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1-Σκοπός

1.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας μας ήταν να διαπιστωθεί κατά πόσο η τηλεόραση επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Επίσης, θέλαμε να διερευνήσουμε αν οι οικογένειες των παιδιών ακολουθούν σωστά πρότυπα διατροφής, αν τηρούνται οι τυπικοί χρονικοί περιορισμοί όσον αφορά την παρακολούθηση τηλεόρασης και κατά πόσο αυτό επηρεάζει το βάρος των παιδιών.

1.2 Περιορισμοί

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε τρεις μόνο παιδικούς σταθμούς στο κέντρο των Ιωαννίνων.

Κεφάλαιο 2- Μεθοδολογία

2.1 Δείγμα

Δόθηκαν εκατό ερωτηματολόγια σε τρεις διαφορετικούς παιδικούς σταθμούς του Δήμου Ιωαννιτών, που φιλοξενούν παιδιά από δεκαοχτώ μηνών έως τεσσάρων χρονών. Το σύνολο των γονέων που απάντησαν ήταν εξήντα εφτά.

2.2 Μέσα-Υλικά

Η έρευνα διεξήχθη με τη μορφή ερωτηματολογίου, το οποίο απαρτιζόταν από δύο ενότητες. Η πρώτη ενότητα αφορούσε δημογραφικά στοιχεία. Η δεύτερη είχε σχέση με τα ερευνητικά ερωτήματα και αποτελούνταν από ερωτήσεις κλειστού τύπου (ΝΑΙ – ΟΧΙ ή με 5βαθμη μέτρηση Likert).

2.3 Διαδικασία

Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους γονείς κωδικοποιήθηκαν στο πρόγραμμα του excel και προέκυψε μια απλή ποσοστική ανάλυση, εξετάζοντας τη συχνότητα παρακολούθησης τηλεόρασης και τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών.

2.4 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου

Δημογραφικά Στοιχεία

Σχήμα 1

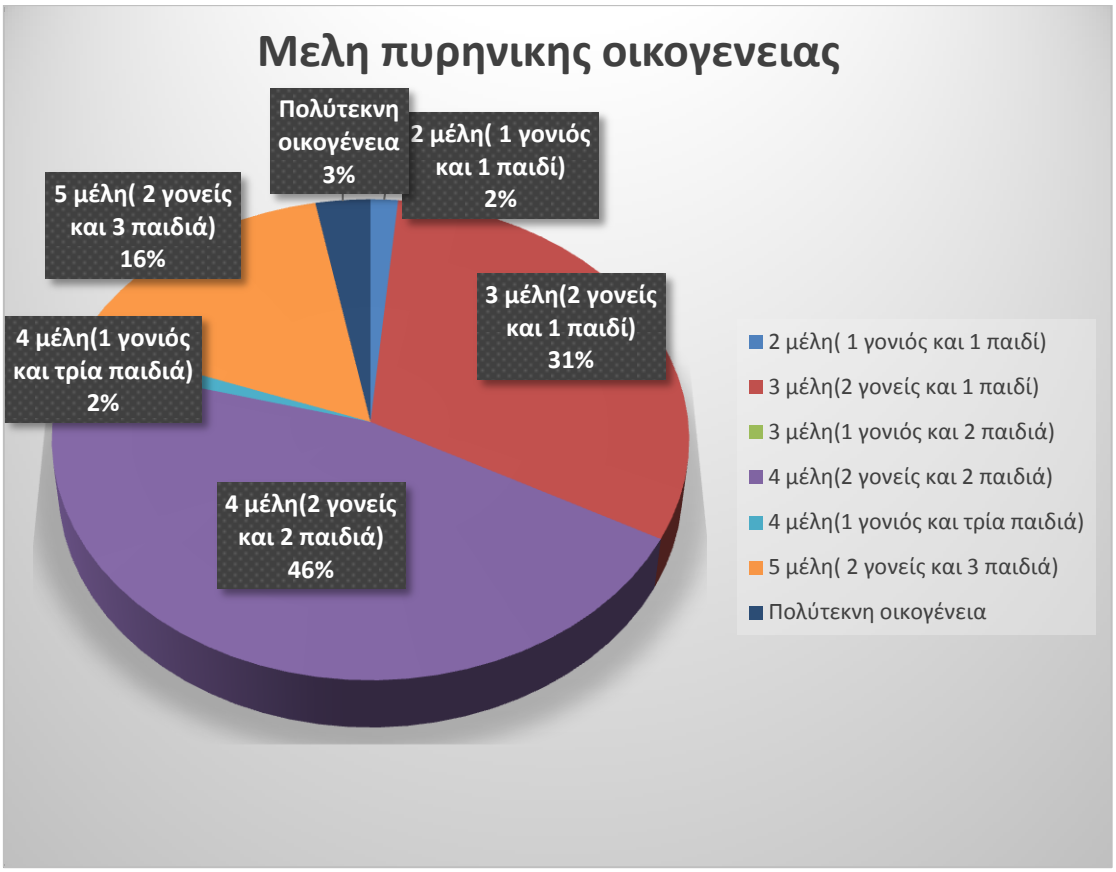
Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 65 μητέρες και 2 πατέρες.

Σχήμα 2

Τα ερωτηματολόγια κατά μέσο όρο συμπληρώθηκαν από γονείς ηλικίας 30-35 ετών και 35-40 ετών.

Σχήμα 3

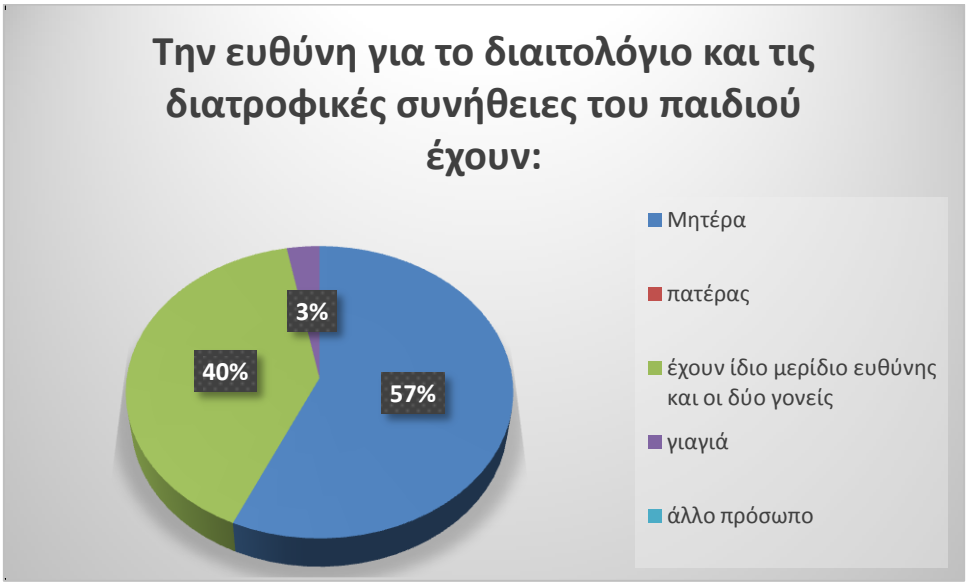
Το μεγαλύτερο ποσοστό (57%) φαίνεται να είναι γονείς απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ μόλις το 2% είναι απόφοιτοι της υποχρεωτικής εκπαίδευσης.



Σχήμα 4

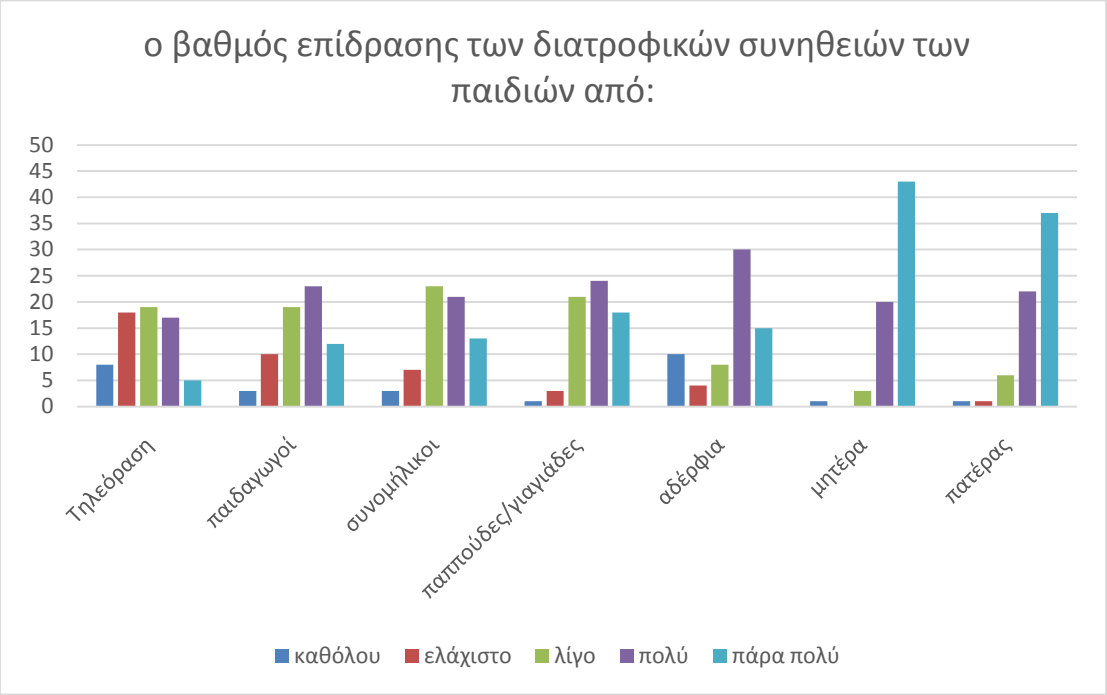
Παρατηρείται ότι οι περισσότερες οικογένειες είναι 4μελής(2 γονείς 2 παιδιά) και 3μελής(2 γονείς και 1 παιδί). Οι μονογονεϊκές οικογένειες φαίνεται να είναι ελάχιστες.

Β' Μέρος



Σχήμα 5

Φαίνεται πως την ευθύνη για τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών την έχει κατά μέσο όρο η μητέρα, καθώς επίσης σε ένα μεγάλο ποσοστό η ευθύνη μοιράζεται εξίσου και στους δύο γονείς.

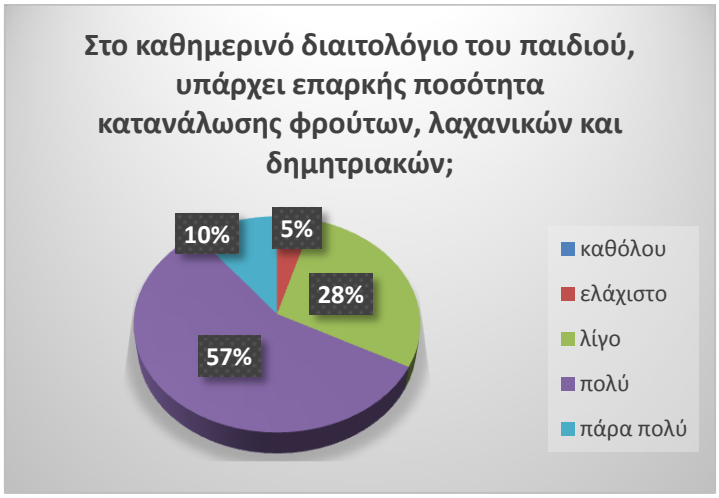


Σχήμα 6

Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Φαίνεται όμως πως σε αυτή την ηλικία η μεγαλύτερη επιρροή ασκείται από την οικογένεια.

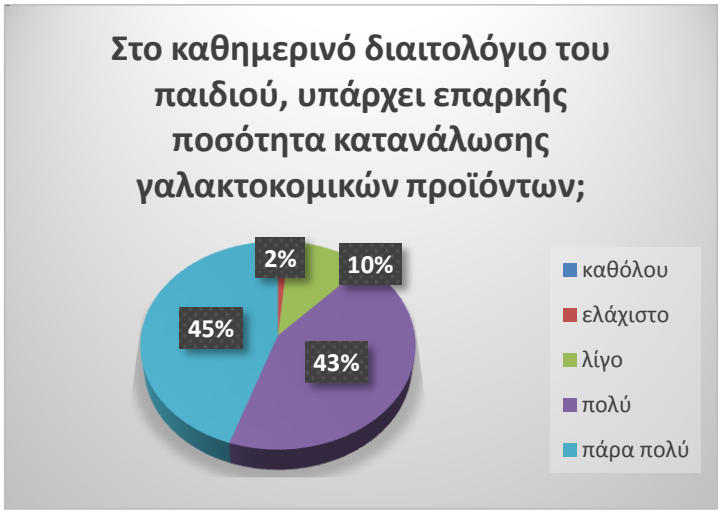
Σχήμα 7

Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών έχει ιδανικό βάρος για την ηλικία του, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών φαίνεται να έχουν λιγότερο βάρος από το κανονικό.



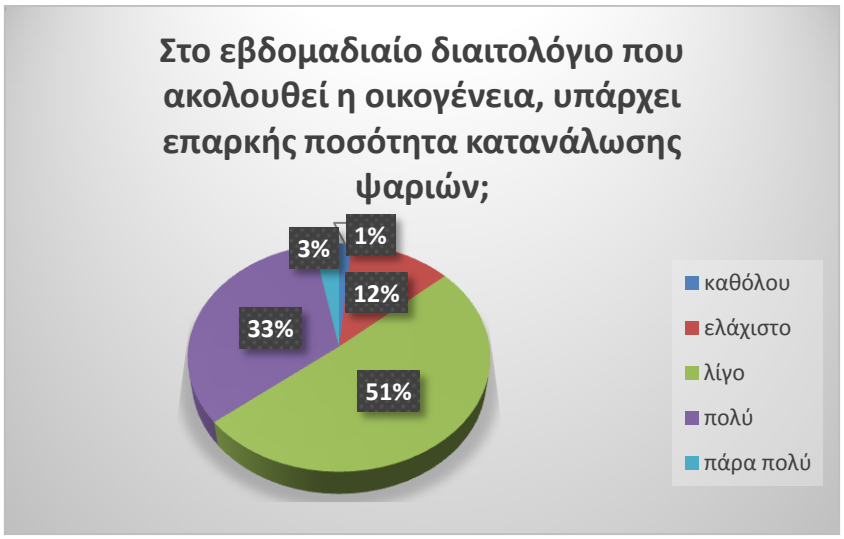
Σχήμα 8

Οι περισσότερες οικογένειες έχουν εντάξει στο καθημερινό διαιτολόγιο του παιδιού φρούτα, λαχανικά και δημητριακά. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι δεν υπάρχει καμία οικογένεια που να μην τα συμπεριλαμβάνει στο διαιτολόγιο του παιδιού.



Σχήμα 9

Φαίνεται πως τα γαλακτοκομικά προϊόντα έχουν κυρίαρχη θέση στα νοικοκυριά των Ιωαννίνων.



Σχήμα 10

Το 87% των οικογενειών έχουν εντάξει τα ψάρια στο εβδομαδιαίο διαιτολόγιο του παιδιού, ενώ εντοπίζεται ένα ποσοστό 13% που τα επιλέγει ελάχιστα έως καθόλου.

Σχήμα 11

Όλες οι οικογένειες έχουν εντάξει έστω και σε ένα μικρό ποσοστό τα λευκά κρέατα στο βασικό διαιτολόγιο του παιδιού.

Σχήμα 12

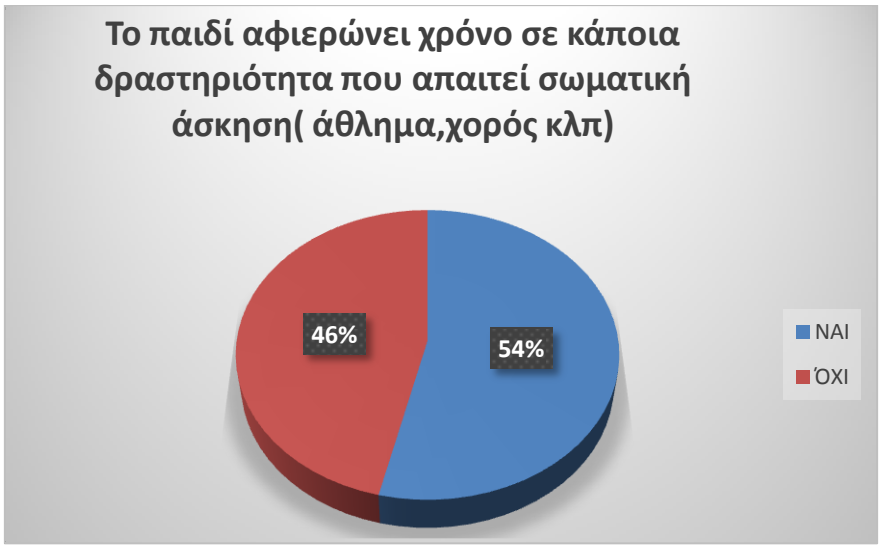
Σημαντικό είναι το γεγονός ότι υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό (40%) που καταναλώνει λίγο κόκκινο κρέας.

Σχήμα 13

Περίπου τα μισά παιδιά της έρευνάς μας καταναλώνουν γλυκά και τυποποιημένα σνακ σε φυσιολογικό βαθμό. Έχει καταγραφεί ότι στο 3% των παιδιών δεν προτιμώνται.

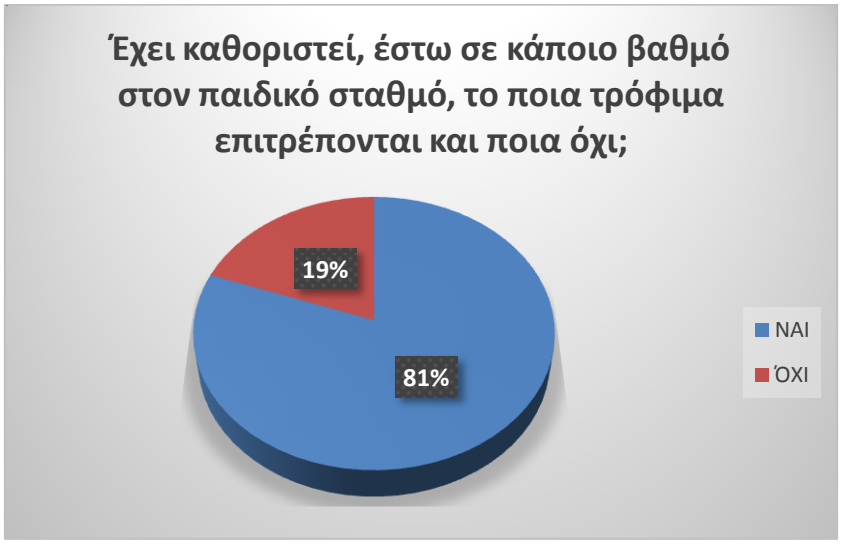
Σχήμα 14

Φαίνεται ότι τα γλυκά και τα τυποποιημένα σνακ επιλέγονται από τα μέλη της οικογένειας με μέτρο.



Σχήμα 15

Παρόλο που τα ποσοστά αποκλίνουν ελάχιστα, θετικό είναι το γεγονός ότι το ναι υπερτερεί.



Σχήμα 16

Το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί ότι έχει καθοριστεί. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι το 19% των ερωτηθέντων έχει αντίθετη άποψη.

Σχήμα 17

Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων θεωρούν σημαντική την επιρροή που έχουν οι παιδαγωγοί στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Ωστόσο, αρκετοί γονείς δεν έχουν την ίδια άποψη.

Σχήμα 18

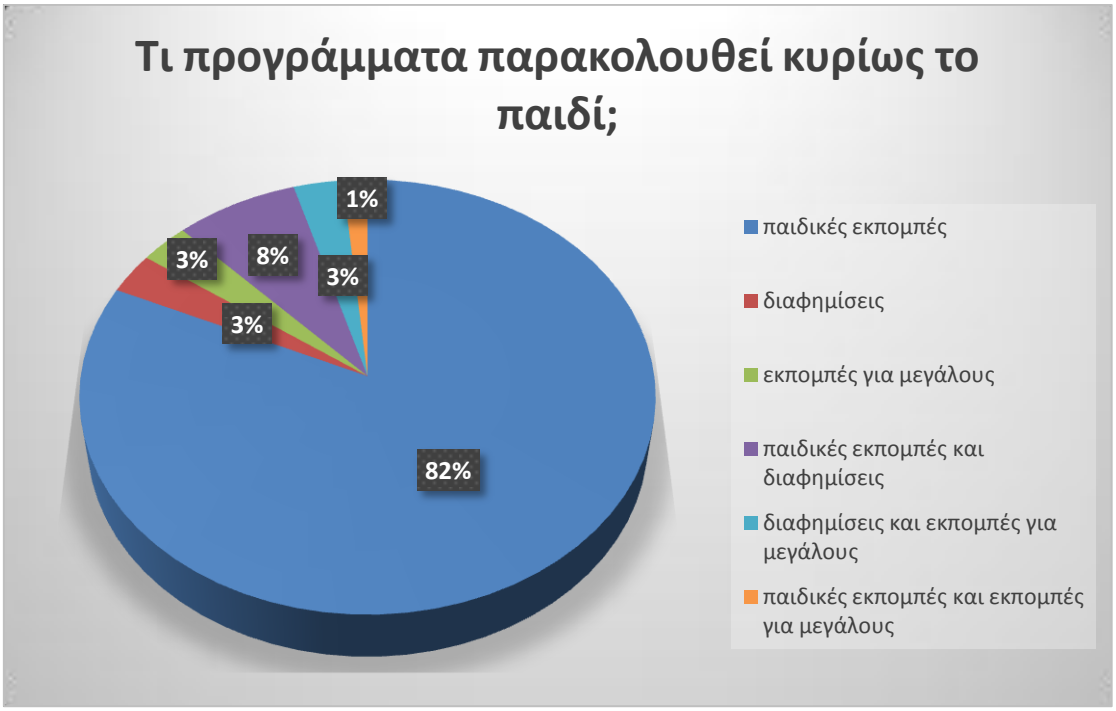
Παρατηρείται πως σχεδόν όλα τα παιδιά παρακολουθούν τηλεόραση σε διαφορετική συχνότητα. Ελάχιστο είναι το ποσοστό που δεν παρακολουθεί καθόλου.

Σχήμα 19

Η παρακολούθηση της τηλεόρασης πραγματοποιείται σε διαφορετικές ώρες ανά οικογένεια. Πολλές είναι οι περιπτώσεις που παρακολουθούν και το βράδυ.

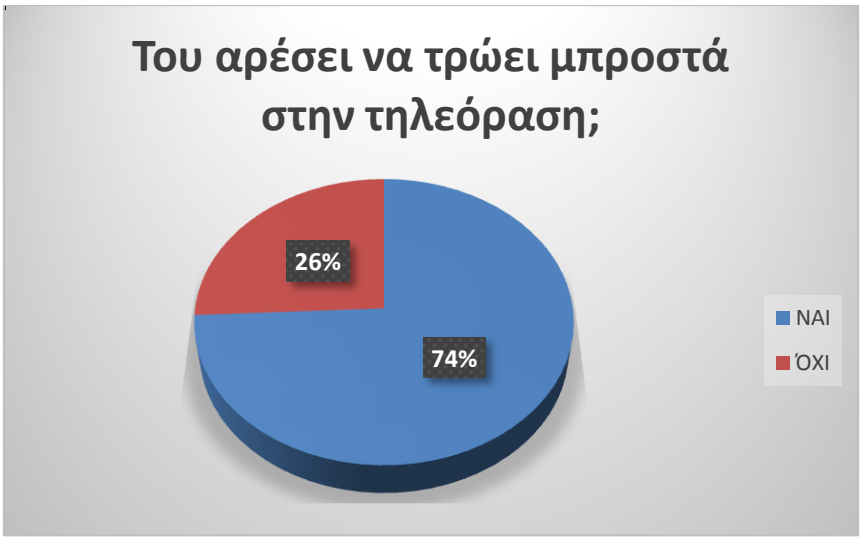
Σχήμα 20

Είναι φανερό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων ελέγχει τις ώρες που παρακολουθούν τα παιδιά τηλεόραση.



Σχήμα 21

Ομολογουμένως οι παιδικές εκπομπές έχουν μεγαλύτερη απήχηση στα παιδιά.

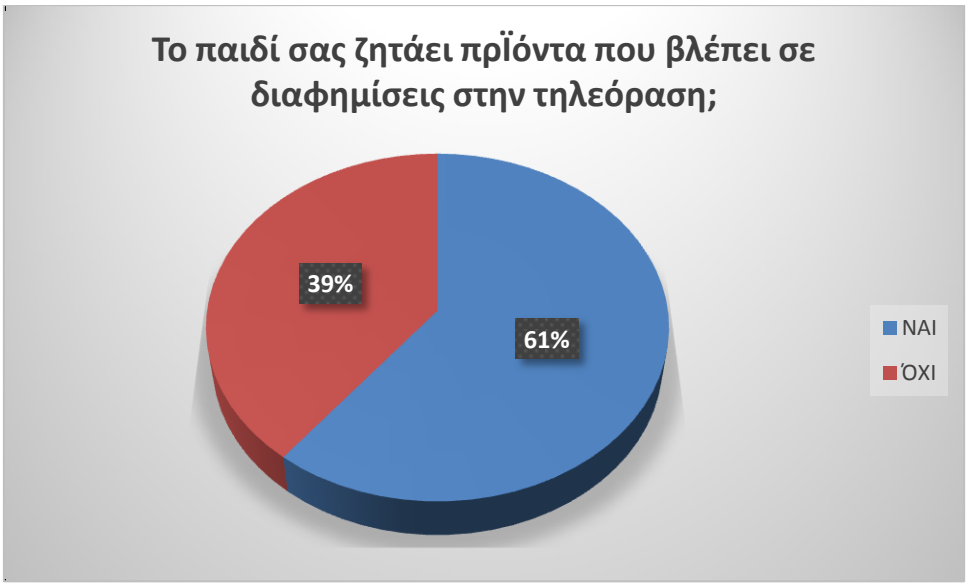


Σχήμα 22

Στις περισσότερες περιπτώσεις η παρακολούθηση της τηλεόρασης συνεπάγεται με την κατανάλωση προϊόντων που θα αναλυθούν παρακάτω.

Σχήμα 23

Ποικιλία τροφών φαίνεται να καταναλώνουν τα παιδιά μπροστά στην τηλεόραση. Κυρίαρχο ρόλο έχει το σπιτικό φαγητό.



Σχήμα 24

Ενώ φαίνεται οι διαφημίσεις να επηρεάζουν σε μεγάλο ποσοστό τα παιδιά των περισσότερων οικογενειών, μεγάλο ποσοστό γονέων έχει αντίθετη άποψη.

Συζήτηση – Συμπεράσματα

Όπως έχει ήδη αναφερθεί νωρίτερα στην παρούσα μελέτη, η παιδική παχυσαρκία στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται με τον όρο ‹‹ωρολογιακή βόμβα›› από τους επιστήμονες, καθώς τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται μια σταθερή αύξηση των παχύσαρκων παιδιών στη χώρα μας. Το 42% των αγοριών και το 38% των κοριτσιών στην Ελλάδα είναι υπέρβαρα, ενώ παχύσαρκα είναι το 20% των αγοριών και το 14% των κοριτσιών, σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Πρωτοβουλίας Επιτήρησης της Παιδικής Παχυσαρκίας (COSI) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ).Όσον αφορά τα υπέρβαρα αγόρια, η Ελλάδα βρίσκεται στη δεύτερη θέση στην Ευρώπη, μαζί με την Ιταλία και την Ισπανία που έχουν επίσης ποσοστό 42%, ενώ στην πρώτη θέση είναι η Κύπρος (43%).Στα υπέρβαρα κορίτσια, η Ελλάδα βρίσκεται στην τρίτη θέση πανευρωπαϊκά, μαζί με την Ιταλία (επίσης 38%), ενώ στις δύο πρώτες θέσεις είναι η Κύπρος (43%) και η Ισπανία (41%).Στα παχύσαρκα αγόρια, η Ελλάδα με 20% είναι τρίτη μετά την Κύπρο και

την Ιταλία (21% και οι δύο). Στα παχύσαρκα κορίτσια η Ελλάδα με 14% βρίσκεται στην τέταρτη θέση μαζί με την Ιταλία, ενώ τις τρεις πρώτες θέσεις έχουν η Κύπρος (19%), η Ισπανία (17%) και η Μάλτα (15%). (Π.Ο.Υ, 2018)

Οι παράγοντες που επιδρούν στην παιδική παχυσαρκία είναι γενετικοί παράγοντές, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, η καθιστική ζωή και η πολύωρη απασχόληση με τις ηλεκτρονικές συσκευές.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών είναι περιβαλλοντικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί (ιδιαίτερα έχει παρατηρηθεί πως από την έναρξη της οικονομικής κρίσης, τα επίπεδα παχυσαρκίας έχουν αυξηθεί) και οι πολιτιστικοί.

Οι αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και πνευματική ανάπτυξη των παιδιών είναι πολλαπλές, όπως με ακρίβεια έχουν ήδη καταγραφεί και αναλυθεί. Οι συνέπειες γίνονται ορατές μακροπρόθεσμα και δύσκολα αναστρέψιμες.

Στην εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας, σημαντικός ήταν ο ρόλος της έρευνας που διεξήχθη κατά την διάρκεια της πρακτικής μας άσκησης, σε διαφορετικούς παιδικούς σταθμούς των Ιωαννίνων (Α,Β,Γ). Η έρευνα, που πραγματοποιήθηκε με τη μορφή ερωτηματολογίων, απέφερε αποτελέσματα προς σχολιασμό και συζήτηση. Αρχικά, εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν σχεδόν αποκλειστικά από μητέρες ηλικίας 20-40 και άνω, οι περισσότερες από τις οποίες φαίνεται να έχουν λάβει εκπαίδευση υψηλών βαθμίδων.

Είναι φανερό ότι ο πατέρας δεν έχει αποκλειστική ευθύνη για τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού. Παρ ’όλα αυτά καταγράφονται περιπτώσεις ανάληψης ευθύνης σε συνεργασία με την μητέρα. Ελάχιστες είναι οι περιπτώσεις όπου οι γιαγιάδες επιφορτίζονται αυτή την ευθύνη. Από τον πίνακα διαφαίνεται ξεκάθαρα ότι το στενό οικογενειακό περιβάλλον έχει άμεση επιρροή στις διατροφικές συνήθειες του παιδιού. Όσον αφορά το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού, φαίνεται να το επηρεάζει σε μικρότερα ποσοστά.

Οι απαντήσεις των γονέων για το εβδομαδιαίο διατροφολόγιο των παιδιών τους ομαδοποιήθηκαν και προέκυψαν οι εξής παρατηρήσεις:

- Τα φρούτα/λαχανικά/δημητριακά αποτελούν αναπόσπαστο μέρος στη ζωή των παιδιών, διότι δεν έχει βρεθεί καμία οικογένεια που να μην το έχει συμπεριλάβει στην καθημερινότητα του παιδιού έστω και σε μικρό βαθμό.

- Η Ήπειρος είναι ευρέως γνωστή για την πλούσια παραγωγή γαλακτοκομικών προϊόντων. Ίσως, αυτός να είναι ένας λόγος που οι περισσότερες οικογένειες καταναλώνουν αυτά τα προϊόντα σε τεράστιο ποσοστό.

- Παρ ’όλο που η περιοχή των Ιωαννίνων δεν είναι παραθαλάσσια, υπάρχει ένα ικανοποιητικό ποσοστό κατανάλωσης ψαριών από τα παιδιά. Πιθανόν, σε αυτό να συμβάλει και η λίμνη Παμβώτιδα διότι αλιεύονται καθημερινά διάφορα είδη ψαριών προς κατανάλωση. Αξίζει να σημειωθεί, ότι στην ευρύτερη περιοχή των Ιωαννίνων κυριαρχεί η πώληση της πέστροφας.

- Πληρότητα λευκών κρεάτων παρατηρείται σε όλα τα νοικοκυριά των Ιωαννίνων. Μάλιστα, τα σκήπτρα της εγχώριας παραγωγής κοτόπουλου κρατά η Ήπειρος. Συγκεκριμένα το κοτόπουλο, είναι μια σημαντική πηγή πρωτεϊνών και σίγουρα είναι πολύ πιο προσιτό οικονομικά σε σχέση με τα κόκκινα κρέατα.

- Διχάζει την τοπική κοινωνία η επιλογή των κόκκινων κρεάτων, αφού διαφαίνεται πως ένα μεγάλο ποσοστό γονέων το έχουν συμπεριλάβει στην εβδομαδιαία διατροφή του παιδιού. Ως αντίποδας στο παραπάνω λειτουργεί το γεγονός πως υπάρχουν αρκετοί γονείς που το επιλέγουν σπάνια. Σύμφωνα με την τροφική πυραμίδα η κατανάλωση κόκκινων κρεάτων ανέρχεται σε 2 έως 3 φορές μηνιαίως. Αποτελεσματικά, οι γονείς που το επιλέγουν σπανιότερα φαίνεται να ακολουθούν σωστά τα διατροφικά πρότυπα.

- Το βάρος της πλειονότητας των παιδιών του δείγματός μας ανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στην ελεγχόμενη κατανάλωση των προϊόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας.

- Η μίμηση προτύπων είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα σε αυτή την ηλικία. Η έρευνα μας αποδεικνύει ότι οι γονείς σε κάθε περίπτωση τείνουν να επηρεάζουν τα παιδιά τους. Αποδεδειγμένα η σωστή διατροφή και η άσκηση συμβάλουν στην ευεξία και τη μακροβιότητα. Το δείγμα μας περιλαμβάνει παιδιά που σε γενικές γραμμές τρέφονται σωστά, σύμφωνα με την τροφική πυραμίδα και έχουν ιδανικό βάρος για την ηλικία τους. Παρόλο που παρατηρείται, ότι περίπου τα μισά παιδιά δεν ασχολούνται με κάποια σωματική δραστηριότητα, ευχάριστο είναι το γεγονός ότι η ζυγαριά γέρνει στη θετική απάντηση.

Κατά γενική ομολογία οι παιδαγωγοί επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Είναι έκδηλο ότι αποτελούν σωστό πρότυπο διατροφής, καθώς τα περισσότερα παιδιά έχουν κανονικό βάρος και ελάχιστα είναι αυτά που έχουν την τάση για παχυσαρκία (Σχήμα 7, σχήμα 17).

Η τηλεόραση είναι αναμφισβήτητα μια πηγή γνώσεων και μάθησης. Πόσες ώρες όμως το παιδί μπορεί να παρακολουθεί τηλεόραση; Το Ομοσπονδιακό Κέντρο για την Ενημέρωση της Υγείας της Γερμανίας (BZGA στην Κολονία) συνιστά τους εξής χρονικούς περιορισμούς για την παρακολούθηση προγραμμάτων στην τηλεόραση:

- Παιδιά 3-5 ετών: 30 λεπτά
- Παιδιά 6-10 ετών: 1 ώρα
- Παιδιά 10-13 ετών: 1 ώρα και 30 λεπτά (Spiegel,2007)

Δυστυχώς τα αποτελέσματα της έρευνάς μας αποδεικνύουν ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό δεν βλέπει καθόλου τηλεόραση. Επιπλέον, τα αποτελέσματα δεν είναι θετικά ούτε όσον αφορά το ποιες ώρες παρακολουθεί τηλεόραση, ούτε το πόσες ώρες παρακολουθεί. Παρατηρήθηκε ότι πολλά παιδιά εκτίθενται μπροστά στην οθόνη διάφορες στιγμές της ημέρας, ακόμη και βραδινές ώρες. Μόνο το 36% των οικογενειών τηρεί τους τυπικούς χρονικούς περιορισμούς .Επιπροσθέτως, οι παιδικές εκπομπές κατέχουν την πρώτη θέση στις προτιμήσεις των παιδιών. Ωστόσο, δεν είναι αμελητέο το ποσοστό των παιδιών που παρακολουθούν διαφημίσεις και εκπομπές για μεγάλους.

Το 74% του δείγματος μας απάντησε ότι είναι αρεστό στα παιδιά να τρώνε μπροστά στην τηλεόραση. Κατά πόσον αυτό όμως είναι σωστό; Όταν η τηλεόραση είναι

αναμμένη η προσοχή όλων είναι στραμμένη στον ήχο και στην εικόνα. Τα παιδιά έχοντας ως πρότυπο πάντα τους γονείς μαθαίνουν να τρώνε μπροστά στην τηλεόραση και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επηρεάζονται αρνητικά οι διατροφικές τους συνήθειες. Στην έρευνα μας εντοπίστηκε ότι επιλέγεται κατά κύριο λόγο το σπιτικό φαγητό. Παρόλο που η κατανάλωση τροφών μπροστά στην τηλεόραση είναι συχνή, ωφέλιμο είναι το γεγονός ότι επιλέγεται το σπιτικό φαγητό. Τα παιδιά γίνονται καθημερινοί δέκτες διαφημίσεων που τα παροτρύνουν να καταναλώσουν προϊόντα που θα τα καταστήσουν δημοφιλή άρα αποδεκτά, αγαπητά στο σχολείο, στην οικογένεια και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Αυτό αποδεικνύεται και από τα αποτελέσματα της έρευνας καθώς το 61% των παιδιών επιθυμεί συνεχώς διαφημιζόμενα προϊόντα.

Συνοψίζοντας, οι γονείς διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών των παιδιών και αυτό συνάδει απόλυτα με το θεωρητικό μέρος, όπου περιγράφεται η συμπεριφορά των γονέων ως καθοριστική για το διαιτολόγιο που ακολουθούν τα παιδιά τους.

Μετά το πέρας της έρευνας και λαμβάνοντας υπόψιν την έλλειψη εμπειρίας πάνω στη διεξαγωγή ερευνών, παρατίθενται ορισμένες αδυναμίες της μελέτης. Αρχικά ,το δείγμα ήταν πολύ μικρό σε σχέση με τον πληθυσμό και τον αριθμό παιδικών σταθμών των Ιωαννίνων. Επίσης η έρευνα θα ήταν πιο αξιόπιστη αν τα αποτελέσματα προερχόταν από παιδικούς σταθμούς διαφόρων πόλεων της Ελλάδας ή της Ηπείρου.

Προτάσεις

Τα πρότυπα καθορίζουν τη συμπεριφορά και τις συνήθειες των παιδιών, που βοηθούν στη διαμόρφωση του χαρακτήρα τους και των ενεργειών τους στη μετέπειτα ζωή. Είναι αναγκαίο λοιπόν, οι γονείς όχι μόνο να παρέχουν μία ισορροπημένη διατροφή στο παιδί, αλλά να την ακολουθούν και οι ίδιοι. Επίσης, ο ελεύθερος χρόνος θα πρέπει να αξιοποιείται με διάφορες μορφές ψυχαγωγίας και όχι απλής διασκέδασης. Τα παιδιά βρίσκονται στο στόχαστρο των πολυεθνικών και των διαφημιστών, οι οποίοι λανσάρουν προϊόντα που θέλγουν τον ψυχικό τους κόσμο, επιθυμώντας να τα αποκτήσουν. Η παιδεία αποτελεί το σημαντικότερο όπλο των γονέων έναντι του υπερκαταναλωτισμού και των διαφημίσεων. Η τιμωριτική στάση των γονέων απέναντι στα παιδιά που αρέσκονται στην προβολή της οθόνης δεν είναι ευδόκιμη. Η οικογένεια θα πρέπει να δώσει στο παιδί να καταλάβει, ότι η τεχνολογία μπορεί να του παρέχει δυνατότητες για να διευρύνει τους

πνευματικούς του ορίζοντες και ότι η ειδοποιός διαφορά ανάμεσα στην καλή και την κακή τηλεόραση βρίσκεται στον τρόπο που αυτή χρησιμοποιείται.

Κορωνίδα της εκπαιδευτικής διαδικασίας θεωρείται η συνεργασία οικογένειας και σχολείου. Το τελευταίο, μέσω των διαθεματικών προσεγγίσεων και την εκγύμναση των κινητικών δεξιοτήτων των παιδιών συμβάλει αβίαστα στην υιοθέτηση των υγιεινών διατροφικών συνηθειών. Επίσης όσον αφορά την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας ειδικοί επιστήμονες (παιδίατροι, διαιτολόγοι – διατροφολόγοι, γυμναστές), μπορούν να υποστηρίξουν το παιδί για την απώλεια του περιττού σωματικού βάρους. Η εφαρμογή κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων (project), στο χώρο της προσχολικής εκπαίδευσης μειώνει τον χρόνο θέασης της τηλεόρασης και οδηγεί στην ενίσχυση θετικών διατροφικών συνηθειών. Η διαθεματική προσέγγιση στην προσχολική εκπαίδευση περιλαμβάνει μια σχετική επαφή των παιδιών με την οθόνη. Σε μία κοινωνία όπου είναι σχεδόν αδύνατο η τεχνολογία να μην επηρεάζει τη ζωή των οικογενειών και των παιδιών τους, κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση της σωστής χρήσης της τηλεόρασης και του διαδικτύου. Η ποιοτική αξιοποίηση εκπαιδευτικών βίντεο μικρής διάρκειας όχι μόνο δεν έχει αρνητικά αποτελέσματα στην ανάπτυξη του παιδιού, απεναντίας τα παιδιά μαθαίνουν τις ωφέλιμες δυνατότητες του διαδικτύου.

Η κοινωνία μέσα στην οποία ζει και μεγαλώνει το παιδί οφείλει να του παρέχει δυνατότητες για να βελτιώσει την αδρή και λεπτή κινητικότητα , να οξύνει την φαντασία του και να διευρύνει τους πνευματικούς του ορίζοντες με σύγχρονες εγκαταστάσεις που πληρούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις και συμβάλλουν στην ολόπλευρη ανάπτυξη του. Είναι αναγκαίο να εφαρμοστούν εκπαιδευτικά προγράμματα, προγράμματα πρωτοβάθμιας δημόσιας υγείας σε όλα τα εκπαιδευτικά ιδρύματα με στόχο την πρόληψη και την αντιμετώπιση διάφορων διατροφικών διαταραχών. Παιδικές παραστάσεις σε ανοιχτά θέατρα, οργάνωση κουκλοθέατρου και θεάτρου σκιών από την τοπική κοινότητα, αποτελούν γνήσιες μορφές ψυχαγωγίας που αντικαθιστούν τη νόθα ψυχαγωγία. Τέλος, οι κυβερνητικοί φορείς έχουν τη δυνατότητα να προωθούν προγράμματα και διαφημίσεις με υγιεινά τρόφιμα για το πρωινό και ενδιάμεσα γεύματα και να απαγορεύσουν τις διαφημίσεις με τα ταχυφαγεία που αναφέρονται σε παιδιά μικρής ηλικίας.

Κλείνοντας, θεωρείται καθοριστικός ο ρόλος τόσο των γονέων όσο και της παιδαγωγού όσον αφορά την υιοθέτηση των διατροφικών συνηθειών και την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας. Απαραίτητα κρίνονται τα εκπαιδευτικά προγράμματα παρέμβασης και πρόληψης της παιδικής παχυσαρκίας από την πρώιμη ηλικία. Τα πρώτα έξι χρόνια της

ζωής του ατόμου αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την μετέπειτα συμπεριφορά του σε θέματα όπως η διατροφή και η σωστή διαχείριση των μέσων μαζικής ενημέρωσης.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Αδαμίδου Ι. MS, RD (2012) "Διατροφικές διαταραχές (Προσπελάστηκε 13/10/2018) http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=11449

Βαρδακώστα, Ι. (χ.χ.). Η έννοια της επικοινωνίας και η εφαρμογή της στις Ακαδημαϊκές Βιβλιοθήκες: Μια πρώτη προσέγγιση. Ανάκτηση στις 09/08/2018 από: https://www.academia.edu/1844028

Βελεντζας, Δ. & Τριάδη, Δ. (χ.χ)(2003) Θέματα διατροφής – διαιτολογίας. Αθήνα.

Βλαχογιαννάκος, Ι., (2008). Παιδί και Έφηβος. Γονείς και Παιδική Παχυσαρκία. «Υγεία & Διατροφή», (34), 26 - 30.

Βροχαρίδου, Α. & Σωτηράκη, Σ. (2010). Προσέγγιση της Τέχνης με τη βοήθεια Διαδραστικού Πίνακα στο Νηπιαγωγείο. Στο Α. Τζιμογιάννης (επιμ.) Πρακτικά Εργασιών 7ου Πανελλήνιου Συνεδρίου με Διεθνή Συμμετοχή «Οι ΤΠΕ στην Εκπαίδευση», τόμος ΙΙ, 23 – 26 Σεπτεμβρίου 2010: 529 – 536. Κόρινθος.

Γαλανάκη, Ε., Αμανάκη, Ε. & Νοικοκύρη, Ε. (2009). Εκφοβισμός/θυματοποίηση και μοναξιά του παιδιού στην ομάδα των συνομηλίκων και στη δυαδική φιλία. Παιδαγωγική Επιθεώρηση, 48, 71 – 89. Αθήνα: Ατραπός.

Γεώργας, Δ. (1990). Κοινωνική Ψυχολογία. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Γκανιάτσα, Δ. (2010). Διατροφικές συνήθειες των παιδιών της προσχολικής ηλικίας. Διδακτορική διατριβή. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Δαφέρμου, Χ., Κουλούρη, Π., Μπασαγιάννη, Ελ., (2002). Οδηγός Νηπιαγωγού. Εκπαιδευτικοί σχεδιασμοί. Δημιουργικά περιβάλλοντα μάθησης. Αθήνα: ΟΕΔΒ.

Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας. *Παιδική Παχυσαρκία,* 2η Έκδοση, 2005-2006.

Ζαμπέλας, Α. (2003). Η διατροφή στα στάδια της ζωής. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

Ζυμβρακάκη, Ε. (1998). Αναπαραστάσεις μαθητών/τριών και εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τα τρόφιμα και την υγεία. Μια μελέτη αγωγής υγείας. Διδακτορική διατριβή. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Ανάκτηση στις 13/07/2018 από: http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/10450#page/1/mode/2up

Θερμόπουλος, Μ. (2018). Νευρική ανορεξία: Όλα τα αίτια και συμπτώματα – Μην τα αγνοείτε! Ανάκτηση στις 27/06/2018 από: http://www.iatropedia.gr/diatrofi/nevriki-anorexia-etia-ke-simptomata/40053/

Καψάλης, Γ.Α. (2002) Παιδαγωγική Ψυχολογία. Αθήνα: Αφοί Κυριακίδη.

Κιτσαράς, Γ. (2001). Προσχολική παιδαγωγική. Αθήνα.

Κοκκέβη, Α., Σταύρου, Μ., Φωτίου, Α. & Καναβού, Ε., (2011). Η παχυσαρκία στους εφήβους, Σειρά θεματικών τευχών: Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Πανελλήνια έρευνα στους μαθητές 2010. Αθήνα.

Κουρκουτά, Λ., Ράρρα, Α. & Αμπραχίμ, Σ.Ε. (2013). Η διατροφή των παιδιών στη σχολική ηλικία. Επιστημονικά χρονικά, 18 (2): 78 – 82.

Κούρτη, Ε. (2002). Ο αλφαβητισμός στα ΜΜΕ στο νηπιαγωγείο. Επιστημονικό Συνέδριο «Γλώσσα και Μαθηματικά στην Προσχολική Ηλικία», 148 – 159, Ρέθυμνο: Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Κόφφας, Α. (1993). Δραστηριότητες αισθητικής αγωγής στο νηπιαγωγείο. Θεωρία και πράξη. Αθήνα.

Λάντης, Γ. (2017). «Σιωπηλός Υποσιτισμός» και Παχυσαρκία: Αναγνώριση του Παραδόξου. Ανάκτηση στις 27/06/2018 από: http://www.kathimerini.gr/930533/article/ygeia/ygeia-epikairothta/siwphlos-ypositismos-kai-paxysarkia-anagnwrish-toy-parado3oy

Μάνεσης, Δ., (2009). Ο ρόλος και η επίδραση των Τ.Π.Ε. στην προσχολική εκπαίδευση. Σύγχρονο Νηπιαγωγείο, 68: 98 – 102, Αθήνα: Δίπτυχο.

Μανιάτη-Χρηστίδη Μ. (2001). Παχυσαρκία παιδιών και εφήβων: Παθοφυσιολογία-αντιμετώπιση, Παιδιατρική θεραπευτική ενημέρωση.

Μανιός Γ. (2007). Διατροφική Αγωγή. Αθήνα: Πασχαλίδη.

Μάνος Ν. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, αναθεωρημένη έκδοση. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών

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, 51(3): 317–326.

Ματσανιώτης, Ν. & Καρπάθιος, Θ. (1999). Παιδιατρική. (τόμος Β΄) Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Μετοχιανάκης, Η. (2000). Εισαγωγή στην παιδαγωγική. Ηράκλειο.

Μηνούδης, Γ., Τούμπα, Α. & Σαρδέλης, Σ. (2012). Παιδική διατροφή, ανάπτυξη και υγεία των παιδιών σας από τη γέννηση μέχρι την εφηβεία. Αθήνα: Κέδρος.

Μπρουσκέλη, Β. (2014). Αποτελεσματικές παρεμβάσεις κατά της παχυσαρκίας για παιδιά προσχολικής ηλικίας: σύγχρονες τάσεις. Έρευνα στην Εκπαίδευση, 2, 167-182.

Μωρόγιαννης, Φ. (2000). Διαταραχές διατροφής και ψυχοπαθολογία. Επιδημιολογική έρευνα σε μαθητές Λυκείου στο Νομό Ιωαννίνων. Διδακτορική Διατριβή. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Ναυρίδης, Κλ., Σόλμαν, Μ. & Τσαούλα, Ν. (1986) Η Αλίκη στη χώρα των πραγμάτων. Αθήνα: Υποδομή.

Πανδής, Ο. (2007). Το διαιτολόγιο του μυαλού και της μνήμης, ο εγκέφαλός μας είναι ο εαυτό μας. Αθήνα: Γαβριηλίδης.

Πανοτόπουλος, Α. (2010). Παιδική παχυσαρκία, Iatronet, online διαθέσιμο στο http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=12369

Παπαθανασόπουλος, Σ. (2011). Τα μέσα επικοινωνίας στον 21^{ο} αιώνα. Αθήνα: Καστανιώτη.

Παπαθανασόπουλος, Σ. (1997). Η δύναμη της τηλεόρασης. Αθήνα: Καστανιώτη.

Πόρποδας, Κ. (1997). Δυσλεξία. Η ειδική διαταραχή στη μάθηση του γραπτού λόγου (Ψυχολογική Θεώρηση). Αθήνα: Μορφωτική.

Ροδίτη, Μ. (2016). Παιδική Παχυσαρκία: Τρόποι πρόληψης και αντιμετώπισης. Ανάκτηση στις 17/09/2018 από: https://www.mommy.gr

Σαββαίδου – Καμπουροπούλου, Μ., Σταμάτης, Π. & Κόνσολας, Μ. (2011). Οι «Συνθέσεις» του W. Kandinsky στην προσέγγιση γεωμετρικών εννοιών. Αυτοέκφραση και επικοινωνία στο νηπιαγωγείο. Σύγχρονο Νηπιαγωγείο, 81: 128 – 134. Αθήνα: Δίπτυχο.

Σαλπιστής, Σ. (2013). Διατροφικές Διαταραχές: Ορισμός, είδη, παράγοντες κινδύνου. Ανάκτηση στις 27/06/2018 από: http://www.i-psyxologos.gr/diatrofikes-diataraxes/

Σαλπιστής, Σ. (2013β). Ψυχογενής Ανορεξία: Συμπτώματα, αιτιολογία, αντιμετώπιση. Ανάκτηση στις 27/06/2018 από: http://www.i-psyxologos.gr/psixogenis-anorexia/

Σαλπιστής, Σ. (2013γ). Ψυχογενής Βουλιμία: Συμπτώματα, αιτιολογία, αντιμετώπιση. Ανάκτηση στις 27/06/2018 από: http://www.i-psyxologos.gr/psixogenis-voulimia/

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

Σταματιάδου, Μ. (2015). Παιδική παχυσαρκία – Αιτίες και τρόποι αντιμετώπισης. Ανάκτηση στις 17/09/2018 από: https://www.juniorsclub.gr/marianna-stamatiadou-pediki-pachisarkia-eties-ke-tropi-antimetopisis/

Τσαλίκη, Ε. & Τσελφές, Β. (2007). «Οι Σημαντικοί Άλλοι». Πεποιθήσεις Σχετικές με τις Κοινωνικές Πιέσεις που Επηρεάζουν την Εκδήλωση Πρόθεσης για Συμμετοχή σε Φιλοπεριβαλλοντικές Δράσεις. Καστοριά: ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ για την ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ 3ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ «ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΕΙΦΟΡΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: ΚΟΙΝΩΝΙΑ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ-ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ». Ανάκτηση στις 13/07/2018 από: http://kpe-kastor.kas.sch.gr/peekpe/proceedings/synedria_4_ereunes/Tsaliki_Tselfes.pdf

Τσάκου Π. (1983). Διατροφή και υγεία. Αθήνα.

Τσιπλητάρης, Φ.Α. (1998). Ψυχοκοινωνιολογία της σχολικής τάξης. Αθήνα: Περιβολάκι.

Φεντ, Χ. (1989). Κοινωνική ένταξη και Εκπαίδευση. Αθήνα: Καστανιώτη.

Φλωράκης, Δ. (2011). Η Επίδραση της Σιμπουτραμίνης στην Ορμονική και Μεταβολική Εικόνα Παχύσαρκων Γυναικών με το Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών (Διδακτορική Διατριβή). Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Φλωράκης, Δ., Κατσίκης, Η., Καρκανάκη, Α., Χατζηδημητρίου, Δ., Ζουρνατζή, Β. & Πανίδης, Δ. (2009). Παχυσαρκία Ι: Ορισμός, ταξινόμηση, αιτιολογία, παθοφυσιολογία. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ & ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ, 21(4):299-310.

Χαρτοφύλακα, Ε. (2013). Η διαφήμιση και ο ρόλος της. Ερευνητική εργασία. Αθήνα.

Χασαπίδου Μ. & Φαχαντίδου Α. (2002). Διατροφή για Υγεία, Άσκηση & Αθλητισμό. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Χατζηγεωργίου, Γ. (2012). Γνώθι το curriculum. Γενικά και ειδικά θέματα αναλυτικών προγραμμάτων και διδακτικής. Αθήνα: Διάδραση.

Χατζηπαναγιώτου, Π. (2008). Ο ρόλος της κουλτούρας στην αποτελεσματικότητα του σχολικού οργανισμού, ΥΠ.Ε.Π.Θ., Ένταξη παιδιών παλιννοστούντων και αλλοδαπών στο σχολείο (γυμνάσιο), Δ. Κ Μαυροσκούφης (Επιμ.), Οδηγός Επιμόρφωσης. Διαπολιτισμική Εκπαίδευση και Αγωγή, Θεσσαλονίκη, σελ.213-230.

Ξενόγλωσση

ADA Reports, (2004). Position of the American Dietetic Association: Dietary Guidance for Healthy Children Ages 2 to 11 Years. Journal of The American Dietetic Association, 104, 660-677.

Agras, W.S. & Mascola, A.J. (2005). Risk factors for childhood overweight. Current Opinion in Pediatrics, 17(5), 648-652.

Armstrong, C.A., Sallis, J.F., Alcaraz, J.E., Kolody, B., McKenzie, T.L. & Hovell, M.F. (1998). Children's television viewing, body fat, and physical fitness. Am J Health Promot., 12(6),363-36

Arnas, Y.A. (2006). The effects of television food advertisement on children's food purchasing requests. Pediatrics International, 48, 138–145.

Bach-Faig A., Berry E., Lairon D., Reguant J., Trichopoulou A., Dernini S., Medina X., Battino M., Belahsen R., Miranda G. & Serra-Majem L. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. Public Health Nutrition, 14(12A): 2274–2284.

Berkowitz, R.I., Stallings, V.A., Maislin, G. & Stunkard, A.J. (2005). Growth of children at high risk of obesity during the first 6 y of life: implications for prevention. American Journal of Clinical Nutrition, 81(1), 140-146.

Biro, F. M., & Wien, M. (2010). Childhood obesity and adult morbidities. American Journal of Clinical Nutrition, vol. 91(5).

Bouziotas, C., Koutedakis, Y., Shiner, R., Pananakakis, Y., Fotopoulou, V. & Gara, S. (2001). The prevalence of selected modifiable coronary heart disease risk factors in 12-year-old Greek boys and girls. Pediatric Exercise Science, 13, 173-184.

Briony, T., foreword by Dame Barbara Clayton (1983-5). Manual of Dietetic Practice. Oxford: Blackwell Science.

Centers for Disease Control and Prevention (2013). A growing problem: what causes

Chamey E. (1998). Childhood obesity: The measurable and the meaningful, The journal of pediatrics, editorials, 132, 2, 194.

Cheung LWY, Richmond JB (επιμ.). Την παιδική υγεία, τη διατροφή και τη σωματική άσκηση. Ανθρώπινα Κινητική: Champaign, 1995, σελ. 179-204. Sallis JF, McKenzie TL.

childhood obesity? Overweight and obesity. Ανάκτηση 07/08/18 από: http://www.cdc.gov/obesity/childhood/problem.html

Christakis, D., Zimmerman, F., DiGiuseppe, D. & McCarty, C. (2004). Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems in Children. PEDIATRICS, 113, 708 – 713.

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. Ανάκτηση στις 13/10/2018 από: http://childhood-obesity.imedpub.com/adding-dietary-green-beans-to-formula-improves-stool-consistency-in-neonates-after-undergoing-a-bowel-resection.php?aid=18278

Dietz, W.H. (2001). The obesity epidemic in young children. BMJ, 322, 313-314.

Ebbeling, C.B., Pawlak, B.D. & Ludwig, D.S.(2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. The Lancet, 360, 473-82.

Epstein LH.(1993). Methodological issues and ten-year outcomes for obese children. Ann NY Acad Sci , vol. 669, 237–249.

Europe's AntiBullying Campaign, (2013). Ευρωπαϊκή καμπάνια κατά του σχολικού εκφοβισμού. Διαδραστικό εκπαιδευτικό εργαλείο. Εγχειρίδιο χρήσης. Αθήνα.

Farooqi I.S. & O' Rahilly S. (2007). Genetic factors in human obesity. Obesity Reviews. pp 37 – 40.

Ghosh, A.K., Murga-Zamalloa, C.A., Chan, L., Hitchcock, P.F., Swaroop, A., and Khanna, H. (2010) Human retinopathy-associated ciliary protein Retinitis Pigmentosa GTPase Regulator (RPGR) regulates cilia-dependent vertebrate development. Hum. Mol. Genet.. 19(1):90-98.

Giedd, J. N., & Rapoport, J. L. (2010). Structural MRI of Pediatric Brain Development: What Have We Learned and Where Are We Going? Neuron, 67(5), 728–734.

Gillman, M.W., Rifas-Shiman, S., Frazier, A.L., Rockett, H.R.H., Camargo, C.A., Field, A.E., Berkey, C.S. & Colditz, G.A. (2000).Family Dinner and diet quality among older children and adolescents. Arch Fam Med, 9, 235-240.

Grund, A., Dilba, B., Forberger, K., Krause, H., Siewers, M., Rieckert, H. & Muller, M.J. (2000). Relationships between physical activity, physical fitness, muscle strength and nutritional state in 5- to 11-year-old children. Eur J Appl Physiol, 82, 425-438.

Heck, R & Hallinger, P. (2005). The Study of Educational Leadership and Management Where Does the Field Stand. Tod

Hoy, W. & Miskel, C. (2008). Educational Administration: Theory, Research and Practice, 7th ed. McGraw-Hill: New York, NY.

James, J., Thomas, P., Cavan, D. & Kerr, D. (2004). Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial. BMJ, 328, 1230- 1236.

Katz, D. (2014). Can we say what diet is best for health? Annu Rev Public Health 35: 83–103.

Kotler, P (1997). Marketing Management. Prentice-Hall.

Kromhout D., Keys A., Aravanis C., Buzina R., Fidanza F., Giampaoli S., Jansen A., Menotti A., Nedeljkovic S. & Pekkarinen M. (1989). Food consumption patterns in the 1960s in seven countries. The American Journal of Clinical Nutrition, 49:889-94.

Lumeng, J., Rahnama, S., Appugliese, D., Kaciroti, N. & Bradley, R. (2006). Television Exposure and Overweight Risk in Preschoolers. American Medical Association, 100, 417 -422.

Menotti A., Kromhout D., Blackburn H., Fidanza F., Buzina R. & Nissinen A. (1999). Food intake patterns and 25-year mortality from coronary heart disease: Cross-cultural correlations in the Seven Countries Study. European Journal of Epidimiology, 15(6):507-515.

Nousen EK, Franco JG & Sullivan EL. (2013). Unraveling the mechanisms responsible for the comorbidity between metabolic syndrome and mental health disorders. Neuroendocrinology.

Nyaradi, A., Li, J., Hickling, S., Foster, J., & Oddy, W. H. (2013). The role of nutrition in children's neurocognitive development, from pregnancy through childhood. Frontiers in Human Neuroscience, 7, 97.

Pagani, L., Fitzpatrick, c., Barnett, T. & Dubow, E. (2010). Prospective Associations Between Early Childhood Television Exposure and Academic, Psychosocial, and Physical Well-being by Middle Childhood. ARCH PEDIATR ADOLESC MED/VOL 164 (NO. 5), 425 -431.

Pavlidis, G. Th. (1990) "Dyslexia: Conceptualization, Etiology, Symptoms, and Diagnostic Criteria". In: G.Th.Pavlidis, (ed.) Dyslexia: Cognitive, Language, and Treatment Perspectives. Volume II, Chichester, England. J.Wiley & Sons.

Peterson, D.K. & Deal, E.T. (1998). Realizing a Positive School Climate**.** Educational Leadership,Vol56, No1.

Pitsavos C, Panagiotakos DB, Tzima, N, Chrysohoou C, Economou M, Zampelas A. et al. (2005). Adherence to the Mediterranean diet is associated with total antioxidant capacity in healthy adults: the ATTICA study. Am J Clin Nutr. 82(3):694-699.

Proctor, MH, Moore, LL, Gao, D, Cupples, LA, Bradlee, ML, Hood, MY & Ellison, RC. (2003). Television viewing and change in body fat from preschool to early adolescence: The Framingham Children's Study. International Journal of Obesity, 27, 827–833.

Rogge, J.-U. (2007) Τα παιδιά επιτρέπεται να βλέπουν Τηλεόραση- Οι ανησυχίες των γονιών και η πραγματικότητα. Αθήνα: Θυμάρι.

Serra-majem, L.(2014). The Mediterranean Diet and Nutritional Adequacy: A Review. Nutrients, 6(1), 231-248.

Siddique, H. (2016). Childhood obesity 'an exploding nightmare', says health expert. The Guardian. Ανάκτηση στις 13/10/2018 από: https://www.theguardian.com/society/2016/jan/25/childhood-obesity-commission-world-health-organisation

Thomson, M. (1990). Developmental Dyslexia. London: Whurr.

Vazquez I. & Hanger J. (2003). Οδηγίες Σίτισης για παιδιά και εφήβους. Στο Hendricks K., Duggan C. & Walker A. Εγχειρίδιο Παιδικής Διατροφής. Αθήνα: Παρισσιανού Α.Ε.

Viner, R. & Cole, T. (2005). Television viewing in early childhood predicts adult body mass index. Department of Paediatrics, Royal Free and University College Medical School, and the Centre for Paediatric Epidemiology & Biostatistics, Institute of Child Health, University College London.

Winn, M. (1985). *The Plug – In Drug*. New York: Penguin.

Yannakoulia M., Karayannis D., Terzidou M., Kokkevi M. & Sidossis L. (2004). Nutrition- related habits of Greek adolescents. Eur J Clin Uutr., 58:580-586.

Διαδικτυακές Πηγές

i-paideia (προσπέλαση στις 30/07/2018) http://www.ipaideia.gr/paidagogika-themata/paxisarka-paidia-kakoi-vathmoi-sto-sxoleio

Δ.Ε.Π.Π.Σ. για την Αγωγή Υγείας (προσπέλαση στις 16/07/2018) http://www.pi-schools.gr/download/programs/depps/29deppsaps_AgogiYgias.pdf

ΕΥΖΗΝ (2015). Προσπέλαση 12/10/2018: http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/EyzinProject/ResultsSV.aspx?ArticleID=8#.Vuw_Cvl97IU

https://www.bzga.de/presse/pressearchiv/?jahr=2008&nummer=436

https://psychopedia.gr/o-kanonas-3-6-9-12-gia-tin-othoni-ke-ta-pedia/

Παράρτημα 1

Ερωτηματολόγιο

Δημογραφικά στοιχεία

1. Το ερωτηματολόγιο το συμπληρώνει:

   A. Μητέρα
   B. Πατέρας
   C. Κηδεμόνας

2. Ηλικιακή ομάδα γονιών του παιδιού προσχολικής ηλικίας:

   A. 20-25
   B. 25-30
   C. 30-35
   D. 35-40
   E. 40 και άνω

3. Μορφωτικό επίπεδο γονιών (ή κηδεμόνων):

   A. Απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης
   B. Απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
   C. Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (ΙΕΚ, Κολέγιο)
   D. Απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ, ΑΤΕΙ, Μεταπτυχιακό Δίπλωμα, Διδακτορικό Δίπλωμα)
   E. Απόφοιτοι διαφορετικών βαθμίδων εκπαίδευσης

4. Μέλη πυρηνικής οικογένειας:

A. 2 μέλη (1 γονιός και 1 παιδί)
B. 3 μέλη (2 γονείς και 1 παιδί)
C. 3 μέλη (1 γονιός και 2 παιδιά)
D. 4 μέλη (2 γονείς και 2 παιδιά)
E. 4 μέλη (1 γονιός και 3 παιδιά)
F. 5 μέλη (2 γονείς και 3 παιδιά)
G. Πολύτεκνη οικογένεια

Β' Μέρος

1. Την ευθύνη για το διαιτολόγιο και τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού έχει επιφορτιστεί:

   A. Η μητέρα
   B. Ο πατέρας
   C. Έχουν ίδιο μερίδιο ευθύνης και οι δύο γονείς
   D. Η γιαγιά
   E. Άλλο πρόσωπο:_____

2. Ποιος πιστεύετε πως είναι ο βαθμός επίδρασης των διατροφικών συνηθειών των παιδιών:
   (1= καθόλου, 2=ελάχιστο, 3=λίγο, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)

   Τηλεόραση 1 2 3 4 5
   Εκπαιδευτικοί 1 2 3 4 5
   Συνομήλικοι 1 2 3 4 5
   Παππούδες και γιαγιάδες 1 2 3 4 5
   Αδέρφια 1 2 3 4 5
   Μητέρα 1 2 3 4 5
   Πατέρας 1 2 3 4 5

3. Το βάρος του παιδιού σας, σύμφωνα με τους πίνακες ανάπτυξης, είναι το ιδανικό για την ηλικία του:
   A. Ναι
   B. Όχι, έχει παραπάνω βάρος
   C. Όχι, έχει λιγότερο βάρος.

4. Στο καθημερινό διαιτολόγιο του παιδιού σας, υπάρχει επαρκής ποσότητα κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών και δημητριακών;
   (1= καθόλου, 2=ελάχιστο, 3=λίγο, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)

1 2 3 4 5

5. Στο καθημερινό διαιτολόγιο του παιδιού σας, υπάρχει επαρκής ποσότητα κατανάλωσης γαλακτοκομικών προϊόντων ;

(1= καθόλου, 2=ελάχιστο, 3=λίγο, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)

1 2 3 4 5

6. Στο εβδομαδιαίο διαιτολόγιο που ακολουθεί η οικογένεια, υπάρχει επαρκής ποσότητα κατανάλωσης ψαριών;

(1= καθόλου, 2=ελάχιστο, 3=λίγο, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)

1 2 3 4 5

7. Στο εβδομαδιαίο διαιτολόγιο που ακολουθεί η οικογένεια, υπάρχει επαρκής ποσότητα λευκών κρεάτων (πχ κοτόπουλο, γαλοπούλα);
(1= καθόλου, 2=ελάχιστο, 3=λίγο, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)

1 2 3 4 5

8. Στο εβδομαδιαίο διαιτολόγιο που ακολουθεί η οικογένεια, υπάρχει επαρκής ποσότητα κόκκινων κρεάτων;
(1= καθόλου, 2=ελάχιστο, 3=λίγο, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)

1 2 3 4 5

9. Καταναλώνει το παιδί σας γλυκά ή διάφορα τυποποιημένα σνακ;
   (1= καθόλου, 2=ελάχιστο, 3=λίγο, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)

   1 2 3 4 5

10. Καταναλώνει κάποιο μέλος της οικογενείας σας γλυκά ή διάφορα τυποποιημένα σνακ;

(1= καθόλου, 2=ελάχιστο, 3=λίγο, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)

   1 2 3 4 5

11. Το παιδί σας αφιερώνει χρόνο σε κάποια δραστηριότητα που απαιτεί σωματική άσκηση (άθλημα, χορός κλπ);

   ΝΑΙ ΟΧΙ

12. Έχει καθοριστεί, έστω σε κάποιο βαθμό στον παιδικό σταθμό, το ποια τρόφιμα επιτρέπονται και ποια όχι;

   ΝΑΙ ΟΧΙ

13. Κατά πόσον θεωρείτε, ότι οι διατροφικές επιλογές των παιδαγωγών επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών;

   (1= καθόλου, 2=ελάχιστο, 3=λίγο, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)

   1 2 3 4 5

14. Το παιδί σας παρακολουθεί τηλεόραση;
(1= καθόλου, 2=ελάχιστο, 3=λίγο, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)

1 2 3 4 5

15. Ποιες ώρες παρακολουθεί τηλεόραση το παιδί σας;

Πρωί ☐ Μεσημέρι ☐ Απόγευμα ☐ Βράδυ ☐

16. Πόσες ώρες κατά μέσο όρο την εβδομάδα παρακολουθεί τηλεόραση το παιδί σας;

Κάτω από 5 ☐ 5-10 ☐ 15-20 ☐ Πάνω από 20 ☐

17. Τι προγράμματα αρέσουν κυρίως στο παιδί σας να παρακολουθεί;

Παιδικές Εκπομπές ☐
Διαφημίσεις ☐
Εκπομπές για μεγάλους ☐

18. Του αρέσει να τρώει μπροστά στην τηλεόραση;

ΝΑΙ ΟΧΙ

19. Αν ναι, τι αρέσει στο παιδί σας να τρώει;

Σνακ ☐ Γλυκά ☐ Φρούτα & Λαχανικά ☐ Σπιτικό Φαγητό ☐

20. Το παιδί σας, ζητάει προϊόντα που βλέπει σε διαφημίσεις στην τηλεόραση;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Παράρτημα 2

Συνοδευτική επιστολή

Αγαπητέ/ή μπαμπά/μαμά, ονομάζομαι _____ και είμαι φοιτήτρια στο Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, στο τμήμα Προσχολικής Αγωγής. Στα πλαίσια του προγράμματος σπουδών μου και για την πτυχιακή εργασία μου με επιβλέπουσα καθηγήτρια την κυρία Τύμπα, κάνω μια μελέτη σχετικά με:

«Παιδί προσχολικής ηλικίας, διατροφικές συνήθειες και τηλεόραση.»

Θα σας ζητούσα να αφιερώσετε λίγα λεπτά από τον χρόνο σας για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο και να συμβάλλετε και εσείς στην έρευνα.

Η συμμετοχή στην έρευνα **δεν είναι υποχρεωτική**.

Η διαδικασία είναι **ανώνυμη** και **εμπιστευτική** και δεν πρόκειται να προβώ σε οποιαδήποτε κίνηση για να ταυτίσω τις απαντήσεις με πρόσωπα.

Με εκτίμηση,

_____