



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής
ής

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ
ΠΟΛΙΤΙΚΗ**

**Ειδίκευση: ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ
ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ
ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΨΥΧΙΣΜΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

ΠΑΠΑΙΩΑΝΝΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Γείτονα Μαρία (επιβλέπουσα)

Τόσκα Αικατερίνη

Λατσού Δήμητρα

Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2021

Ευχαριστίες

Για την διεκπεραίωση της παρούσας διπλωματικής θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κα Γείτονα Μαρία για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση που μου παρείχε προκειμένου να ολοκληρωθεί η προσπάθεια μου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος <<Οικονομία, Διοίκηση και Πολιτική Υγείας>> του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου για τις πολύτιμες γνώσεις που μου παρείχαν.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον κο Παναγιωτάκο Δημοσθένη και την κα Γκολστιού Κωνσταντίνα για την άδεια των ερωτηματολογίων , τα οποία αποτέλεσαν σημαντικά εργαλεία για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας. Ένα ακόμη ευχαριστώ ανήκει στις Επικουρικές καθηγήτριες Λατσου Δήμητρα και Τόσκα Αικατερίνη για τις συμβουλές τους για την συγγραφή της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους γονείς που είχαν την καλοσύνη να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και συμβάλλουν στην διεξαγωγή της έρευνας.

Τέλος θα ήθελα να αφιερώσω αυτή την εργασία στην οικογένεια μου.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	3
Ακρωνύμια.....	8
Περίληψη.....	9
Abstract.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	13
1.1. Η Παχυσαρκία ως Επιδημία.....	13
1.2. Η Παχυσαρκίας ως Πολιτιστικό, Υγειονομικό, Κοινωνικό και Οικονομικό Πρόβλημα.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.....	20
2.1. Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	20
2.2. Τρόποι Ταξινόμησης.....	21
2.2.1. Ανθρωπομετρικός Δείκτης.....	22
2.2.2. Πληθυσμιακός Δείκτης Αναφοράς.....	22
2.2.3. Σημεία Αποκοπής.....	23
2.3. Καθοριστικοί Παράγοντες της Παιδικής Παχυσαρκίας.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ.....	28
3.1. Συναισθηματική Διάσταση.....	28
3.1.1. Προσωπικό Επίπεδο.....	29
3.1.2. Κοινωνικό Επίπεδο.....	29
3.1.3. Οικογενειακό Επίπεδο.....	30
3.2. Παχυσαρκία στο Σχολείο.....	30
3.3. Φυσική Αγωγή.....	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	34
4.1. Σκοπός Έρευνας.....	34
4.2. Μεθοδολογία Έρευνας.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	37
5.1. Ατομικά Χαρακτηριστικά Γονέα.....	37
5.2. Ατομικά Χαρακτηριστικά Παιδιού.....	38
5.3. Μεσογειακή διατροφή.....	42
5.4. Ποιότητα ζωής παιδιών.....	46
5.5. Συγκρίσεις Μεσογειακής διατροφής και Ποιότητα ζωής με δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων και παιδιών.....	48
5.6. Συσχέτιση μεσογειακής διατροφής με ποιότητα ζωής παιδιών.....	51
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	53
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	59
Παράρτημα Α'	66

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1. Ατομικά Χαρακτηριστικά Γονέα.....	37
Πίνακας 2. Ατομικά Χαρακτηριστικά Παιδιού.....	38
Πίνακας 3. Δραστηριότητες παιδιού.....	39
Πίνακας 4. Μη επεξεργασμένα δημητριακά (ολικής αλέσεως ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι κ.α.).....	42
Πίνακας 5. Πατάτες.....	43
Πίνακας 6. Φρούτα.....	43
Πίνακας 7. Λαχανικά.....	43
Πίνακας 8. Όσπρια.....	43
Πίνακας 9. Ψάρι.....	44
Πίνακας 10. Κόκκινο κρέας και παράγωγα.....	44
Πίνακας 11. Πουλερικά και λευκά κρέατα.....	44
Πίνακας 12. Πλήρες σε λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί, γιαούρτι, γάλα).....	45
Πίνακας 13. Χρήση ελαιόλαδου στο μαγείρεμα (φορές / εβδομάδα).....	45
Πίνακας 14. Σωματική λειτουργία.....	46
Πίνακας 15. Συναισθηματική λειτουργία.....	47
Πίνακας 16. Κοινωνική λειτουργία.....	47
Πίνακας 17. Σχολική λειτουργία.....	47
Πίνακας 18. Μεσογειακή διατροφή σε σύγκριση με τόπο κατοικίας.....	49
Πίνακας 19. Ποιότητα ζωής παιδιών σε σύγκριση με τόπο διαμονής.....	49
Πίνακας 20. Ποιότητα ζωής παιδιών σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης μητέρας.....	50
Πίνακας 21. Ποιότητα ζωής παιδιών σε σύγκριση με δείκτη μάζας σώματος.....	50

Πίνακας 22. Διαστάσεις ποιότητας ζωής παιδιών σε σύγκριση με δείκτη μάζας σώματος.....51

Πίνακας 23. Συσχέτιση μεσογειακής διατροφής με ποιότητα ζωής παιδιών.....52

Περιεχόμενα Γραφημάτων

Γράφημα 1. Δείκτης Μάζας Σώματος.....38

Γράφημα 2. Πόσες ώρες την ημέρα βλέπει τηλεόραση.....40

Γράφημα 3. Πόσες ώρες την ημέρα παίζει παιχνίδια στον υπολογιστή;.....40

Γράφημα 4. Θέλει το παιδί σας να χάσει κιλά;.....41

Γράφημα 5. Σας παραπονιέται ότι θέλει να χάσει κιλά;.....41

Γράφημα 6. Του/της αρέσει το σώμα του/της;.....42

Γράφημα 7. Med Diet Score.....46

Γράφημα 8. Ποιότητα ζωής παιδιών.....48

Ακρωνύμια

HBSC	Συμπεριφοράς Υγείας στα Παιδιά Σχολικής ηλικίας (Health Behaviour in School-aged Children)
IOTF	ΔιεθνήΟμάδαΠαχυσαρκίας (International Obesity Task Force)
ΔΜΣ	Δείκτης Μάζας Σώματος
ΠΟΥ	Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

Περίληψη

Εισαγωγή: Η δραματική αύξηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας έχει γίνει ένα μεγάλο πρόβλημα υγείας. Συνεπώς, υπάρχει αυξανόμενη αναγνώριση της σχέσης μεταξύ της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία και της παχυσαρκίας στον παιδιατρικό πληθυσμό. **Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των απόψεων των γονέων σχετικά με την επιρροή της παιδικής στην ποιότητα ζωής τους. **Μεθοδολογία:** Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης διεξήχθη πρωτογενή έρευνα σε γονείς ανηλίκων παιδιών στο Νομό Κορίνθου. Για την συλλογή των ερωτηματολογίων ακολουθήθηκε η δειγματοληψία ευκολία (convenience sampling) και η μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης από τους γονείς. Το τελικό δείγμα της έρευνας ήταν 130 ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια που επιλέχθηκαν ήταν το MedDietScore που αξιολογεί την συμμόρφωση με την μεσογειακή διατροφή και το PedsQL 4.0 που αξιολογεί την ποιότητα ζωής των παιδιών. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences). **Αποτελέσματα:** Η πλειοψηφία των γονέων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν μητέρες (72,3%), με ελληνική εθνικότητα (79,2%) και άνω των 41 ετών (55,4%). Το 54,6% διέμενε σε αγροτική περιοχή. Το 51,5% ήταν άνω των 10 ετών. Η πλειοψηφία των παιδιών είχαν φυσιολογικό βάρος (61,5%) και δεν είχαν προβλήματα υγείας (87,6%). Το 79,8% των παιδιών αθλείται και το 45,7% αθλείται 1-2 φορές την εβδομάδα. Οι ώρες που παρακολουθούν συνήθως τα παιδιά τηλεόραση και παίζουν υπολογιστή είναι περίπου 2 ώρες την ημέρα. Η πλειοψηφία του δείγματος (70,8%) φαίνεται να είναι ικανοποιητικά συμμορφωμένη με την μεσογειακή διατροφή, ενώ το 29,2% έχει ανεπαρκής συμμόρφωση. Η σωματική λειτουργία βαθμολογήθηκε με την υψηλότερη μέση τιμή (705,47), ενώ η συναισθηματική λειτουργία είχε την χαμηλότερη βαθμολογία (394,08). Η ποιότητα ζωής των παιδιών αποδείχθηκε υψηλή. **Συμπεράσματα:** Σύμφωνα με την αντίληψη των γονέων, υπάρχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των παιδιών σε σχέση με το υπερβολικό βάρος. Επίσης, παιδιά που διαμένουν σε αγροτική περιοχή έχουν περισσότερες πιθανότητες να ακολουθούν την μεσογειακή διατροφή και να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Η γνώση της αντίληψης των γονέων είναι ζωτικής σημασίας για τη συμμετοχή αυτών στην πρόληψη και θεραπεία της παχυσαρκίας.

Abstract

Introduction: The dramatic increase in the prevalence of obesity has become a major health problem. Therefore, there is a growing recognition of the relationship between health-related quality of life and obesity in the pediatric population. **Aim:** The aim of this study is to investigate the views of parents regarding the impact of their childhood obesity on their quality of life. **Methodology:** In order to achieve the goal of the study, a primary survey was conducted on parents of minor children in the Prefecture of Corinth. For the collection of the questionnaires, the convenience sampling and the method of self-completion by the parents were followed. The final sample of the survey was 130 questionnaires. The questionnaires selected were the Med Diet Score which assesses compliance with the Mediterranean diet and the PedsQL 4.0 which measures the quality of life of children. The statistical program S.P.S.S. was used for data analysis. 25 (Statistical Package for Social Sciences). **Results:** The majority of parents who completed the questionnaire were mothers (72.3%), with Greek nationality (79.2%) and over 41 years (55.4%). 54.6% lived in a rural area. 51.5% of children were over 10 years old. The majority of children were normal weight (61.5%) and had no health problems (87.6%). 79.8% of children exercise and 45.7% exercise 1-2 times a week. The hours that children usually watch TV and play on a computer are about 2 hours a day. The majority of the sample (70.8%) seems to be satisfactorily compliant with the Mediterranean diet, while 29.2% have insufficient compliance. Physical function was rated the highest mean (705.47), while emotional function was rated the lowest (394.08). The quality of life of the children proved to be very good. **Conclusion:** According to the parents, there is a negative effect on the quality of life of children in relation to being overweight. Also, children living in rural areas are more likely to follow the Mediterranean diet and have a better quality of life. Knowledge of parents' perceptions is vital for their involvement in the prevention and treatment of obesity.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας και έχει αποκτήσει την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες χώρες (Kopelman, 2007, Lin, Strongetal., 2018). Το πρόβλημα υπάρχει εντοπίζεται κυρίως στα παιδιά. Ο παγκόσμιος επιπολασμός παιδικής παχυσαρκίας αυξήθηκε κατά 47,1% από το 1980 έως το 2013 (Lin, Griffiths, & Pakrou, 2018). Πιο συγκεκριμένα, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας ήταν πάνω από 20% στις ανεπτυγμένες χώρες και πάνω από 15% στις αναπτυσσόμενες χώρες το 2013 (Lin, Griffiths, etal., 2018). Η παχυσαρκία στην παιδική ηλικία συνδέεται με καρδιαγγειακά προβλήματα, διαβήτη τύπου II και παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή (Brisbois, Farmer, & McCargar, 2012).

Εκτός από τις φυσικές συνέπειες του υπερβολικού βάρους για τα παιδιά, επηρεάζει και την ψυχική υγείας (π.χ. υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης) (Puhl & Latner, 2007). Επιπλέον, τα υπέρβαρα/παχύσαρκα άτομα βιώνουν κοινωνικό στίγμα και διακρίσεις που επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογική τους ευημερία και τελικά την ποιότητα της ζωής τους (Farhangietal. 2017). Μια μελέτη ανασκόπησης ανέφερε ότι τα παιδιά και οι έφηβοι με παχυσαρκία έδειξαν κακή ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγείας από τους συνομηλίκους τους (Tsirosetal., 2009). Επιπλέον, υπήρξε μια αρνητική σχέση μεταξύ του αυξημένου δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) και της ποιότητας ζωής των παιδιών συγκεντρώνοντας δεδομένα από 13 μελέτες (Tsirosetal., 2009). Οι επιπτώσεις του υπερβολικού βάρους στην ποιότητα ζωής παρουσιάζονται ως επιδεινωμένη ποιότητα ζωής σε παιδιά με παχυσαρκία σε σύγκριση με τα αντίστοιχα με διαβήτη, γαστρεντερικές διαταραχές και καρκίνο (Burwinkle and Varni, 2003, Varnietal., 2007).

Η μέτρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να συμβάλει στον σχεδιασμό της πολιτικής για τη δημόσια υγεία και στην αξιολόγηση της αποδοτικότητας από πλευράς κόστους των αποτελεσμάτων της θεραπείας (Wallander, Schmitt, & Koot, 2001). Η σωματική υγεία των παιδιών, η ψυχολογική ευημερία, η κοινωνική αλληλεπίδραση και οι καθημερινές δραστηριότητες ζωής καλύπτονται όλα από μέτρα ποιότητας, και τόσο οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης όσο και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής υγείας μπορούν να αποκομίσουν οφέλη από τα ευρήματα μελετών ποιότητας ζωής στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Ως εκ τούτου, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, μια σειρά από μελέτες έχουν

προτείνει την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής για παχύσαρκους πληθυσμούς (Buttittaetal., 2014, Kolotkin et al., 2001).

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι διερεύνηση των απόψεων των γονέων σχετικά με την επιρροή της παιδικής παχυσαρκίας του παιδιού τους στην υγεία και στον ψυχισμό αυτού.

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελείται από δυο κύριες ενότητες. Στην πρώτη ενότητα παρουσιάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος και στη δεύτερη ενότητα παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας. Ειδικότερα:

Στο κεφάλαιο 1 παρουσιάζεται το ζήτημα της παχυσαρκίας και ειδικότερα η παχυσαρκία ως επιδημία, αλλά και ως πολιτιστικό, υγειονομικό, κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα.

Στο κεφάλαιο 2 αναπτύσσεται η έννοια της παιδικής παχυσαρκίας, παρουσιάζονται επιδημιολογικά στοιχεία, οι τρόποι ταξινόμησης αυτής όπως ο ανθρωπομετρικός δείκτης, ο πληθυσμιακός δείκτης αναφοράς και τα σημεία αποκοπής. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τους καθοριστικούς παράγοντες της παιδικής παχυσαρκίας.

Στο κεφάλαιο 3 περιγράφεται η παιδική παχυσαρκία σε σύγκριση με την ψυχική υγεία. Συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στην συναισθηματική διάσταση, στην επιρροή της παχυσαρκίας σε προσωπικό, κοινωνικό, οικογενειακό επίπεδο. Επίσης αναπτύσσεται το θέμα της παχυσαρκίας στο σχολείο.

Στο κεφάλαιο 4 παρατίθεται ο σκοπός και η μεθοδολογία της έρευνας, όπου αναφέρονται τα ερευνητικά ερωτήματα και αναλύεται η δειγματοληψία, ο τρόπος συλλογής των δεδομένων, το δείγμα της έρευνας, το ερωτηματολόγιο και οι στατιστικές αναλύσεις που χρησιμοποιήθηκαν.

Στο κεφάλαιο 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και συγκεκριμένα τα ατομικά χαρακτηριστικά των γονέων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο εκ μέρους των παιδιών τους, τα ατομικά χαρακτηριστικά του παιδιού, η μεσογειακή διατροφή που ακολουθεί, η ποιότητα ζωής των παιδιών. Τα αποτελέσματα ολοκληρώνεται με τις συγκρίσεις της μεσογειακής διατροφής και της ποιότητας ζωής με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων και παιδιών καθώς και την συσχέτιση της μεσογειακής διατροφής με την ποιότητα ζωής των παιδιών.

Στο τελευταίο κεφάλαιο πραγματοποιείται συζήτηση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας και γίνεται σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων ελληνικών και ξένων ερευνών. Επίσης, παρατίθενται τα συμπεράσματα της έρευνας και προτείνονται κάποιες πολιτικές και δράσεις για την παιδική παχυσαρκία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

1.1. Η Παχυσαρκία ως Επιδημία

Ο συναγερμός για την παγκόσμια επιδημία παχυσαρκίας ξεκίνησε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) το 2000. Η παιδική παχυσαρκία από τότε συνεχίζει να αυξάνεται: σύμφωνα με την Διεθνή Ομάδα Παχυσαρκίας (International ObesityTask Force - IOTF) η επικράτηση της παχυσαρκίας στα παιδιά, η οποία αυξήθηκε κατά περίπου 0,2% ετησίως τη δεκαετία του 1970 και κατά 0,8% ετησίως στην αρχή της Δεκαετίας του '90, στο κατώφλι της νέας χιλιετίας αυξήθηκε με πολύ υψηλότερο ρυθμό, έως και 2% ετησίως σε ορισμένες περιπτώσεις (ΠΟΥ 2005). Σχετικά πιο πρόσφατες εκτιμήσεις του ΠΟΥ μας λένε ότι, το 2021, 39 εκατομμύρια παιδιά κάτω των 5 ετών ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα.

Εικόνα 1. Τα Τρία Πρόσωπα της Κακής Διατροφής 2021

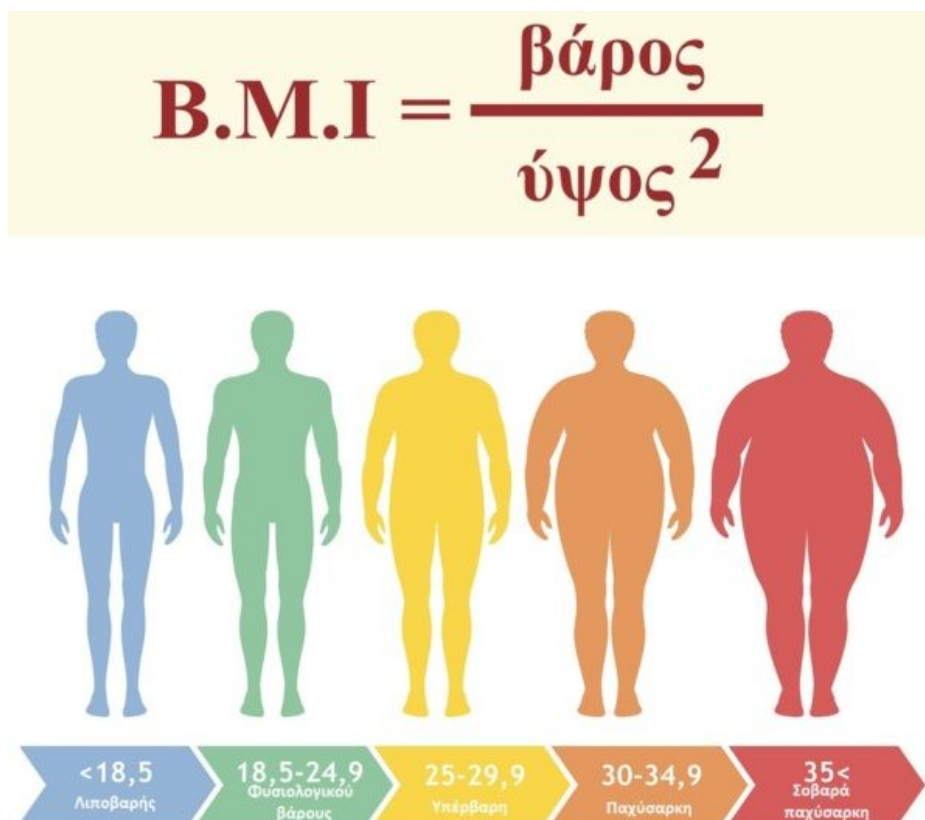


Πηγή: <https://www.who.int/news/item/06-05-2021-the-unicef-who-wb-joint-child-malnutrition-estimates-group-released-new-data-for-2021>

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία ορίζονται ως η ανώμαλη ή η υπερβολική συσσώρευση λίπους που παρουσιάζει κίνδυνο για την

υγεία ενός ατόμου. Για ενήλικες, χρησιμοποιείται συνήθως ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), που υπολογίζεται διαιρώντας το βάρος που εκφράζεται σε χιλιόγραμμα με το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα και ορίζεται ως α) λιποβαρές άτομο με ΔΜΣ κάτω από 18,5 β) κανονικού βάρους άτομο με ΔΜΣ μεταξύ 18,5 και 24,9 γ) υπέρβαρο άτομο με ΔΜΣ μεταξύ 25 και 29,9 και δ) παχύσαρκο άτομο με ΔΜΣ άνω των 30. Στην περίπτωση των αναπτυσσόμενων παιδιών και εφήβων, ελέγχονται τα εκατοστηαία του ΔΜΣ ανάλογα με το φύλο και την ηλικία. Τα παιδιά που υπερβαίνουν το 85ο εκατοστημόριο και παραμένουν στο 95ο εκατοστημόριο ορίζονται ως υπέρβαρα, ενώ εκείνα που υπερβαίνουν το 95ο εκατοστημόριο του ΔΜΣ για την ηλικία και το φύλο τους ορίζονται ως παχύσαρκα (Coleetal. 2000).

Εικόνα 2. Υπολογισμός και τιμές ΔΜΣ



Πηγή: <https://www.nikolakopoulos.gr/bmi/>

Η παιδική παχυσαρκία είναι ιδιαίτερα ανησυχητική καθώς τα παχύσαρκα παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκα ενήλικα και κατά

συνέπεια έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν μια σειρά παθολογικών καταστάσεων. Η παχυσαρκία, στην πραγματικότητα, αποτελεί παράγοντα κινδύνου για διάφορες χρόνιες παθήσεις όπως καρδιαγγειακές παθήσεις (ισχαιμίες, εγκεφαλικό επεισόδιο), αρτηριακή υπέρταση, διαβήτη τύπου 2, μυοσκελετικά και αναπνευστικά προβλήματα και ορισμένους τύπους καρκίνου (ιδίως στο στήθος, στην περιοχή της μήτρας και παχέος εντέρου). Επιπλέον, τα παχύσαρκα παιδιά βιώνουν αμέσως χειρότερες φυσικές συνθήκες υγείας (αναπνευστικά προβλήματα, υπέρταση, αντίσταση στην ινσουλίνη και προβλήματα οστεο-αρθρώσεων) και ζητήματα που σχετίζονται με τη ψυχική υγεία.

Στην πραγματικότητα, η παχυσαρκία στιγματίζεται έντονα, ειδικά στις δυτικές κοινωνίες. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι στις βιομηχανικές δυτικές κοινωνίες οι παχύσαρκοι άνθρωποι υφίστανται διακρίσεις σε πολλούς σημαντικούς τομείς όπως η εργασία, η εκπαίδευση και η υγεία (WHO 2000, Puhl&Brownell 2001, Puhl&Brownell 2003, Stunkard et al. 1998). Στο χώρο εργασίας, τα παχύσαρκα άτομα, για παράδειγμα, είναι λιγότερο πιθανό να προσληφθούν σε σχέση με τα αδύνατα άτομα με παρόμοια προσόντα, λαμβάνουν λιγότερες προαγωγές και έχουν χαμηλότερους μισθούς. Στο σχολικό περιβάλλον, εκτός από αντικείμενο χλευασμού και παρενόχλησης από τους συνομηλίκους τους, οι παχύσαρκοι μπορούν επίσης να υφίστανται διακρίσεις από τους δασκάλους, τόσο που έχει διαπιστωθεί ότι τα παχύσαρκα άτομα είναι λιγότερο πιθανό να εισαχθούν στο πανεπιστήμιο (Puhl&Brownell 2001).

Επιπλέον, οι διακρίσεις και τα στερεότυπα έχουν σοβαρές συνέπειες όσον αφορά την ψυχολογική ευημερία (Carpenter et al. 2000, Stunkard and Sorensen 2003, Haug et al. 2006). Αρκετές μελέτες έχουν βρει, για παράδειγμα, μια θετική συσχέτιση μεταξύ της παχυσαρκίας και της κατάθλιψης στον γυναικείο πληθυσμό (αν και δεν είναι ακόμη απολύτως σαφές ποια είναι η αιτιολογική κατεύθυνση της σχέσης - η οποία θα μπορούσε επίσης να είναι αμφίδρομη - ή ποιες είναι οι συμπεριφορικές ή φυσιολογικές οδοί που συνδέουν αυτές τις δύο συνθήκες) (Carpenter et al. 2000, Stunkard et al. 2003). Γενικά, οι γυναίκες φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες σε στερεότυπα και διακρίσεις. Αφενός, αναφέρουν περισσότερους στιγματισμούς λόγω βάρους από τους άνδρες (και σε χαμηλότερα επίπεδα υπέρβαρου), αφετέρου φαίνεται ότι υποφέρουν περισσότερο (οι διατροφικές διαταραχές, για παράδειγμα,

είναι διαδεδομένες κυρίως στις γυναίκες) (Puhl και Brownell 2003, Twigg 2006, Crosnoe 2007).

Αυτές οι διαφορές φύλου είναι επίσης ορατές μεταξύ των εφήβων. Είναι κυρίως υπέρβαρα / παχύσαρκα κορίτσια που πάσχουν από αυτήν την κατάσταση και υφίστανται διακρίσεις. Σύμφωνα με αρκετές αμερικανικές μελέτες, οι υπέρβαροι / παχύσαρκοι έφηβοι έχουν λιγότερες πιθανότητες να γίνουν δεκτοί στο κολέγιο και να παντρευτούν (Crosnoe 2007, Gortmaker et al 2008, Strauss and Pollack 2006). Οι υπερβολικές διατροφικές και διατροφικές διαταραχές είναι επίσης συχνές στα υπέρβαρα / παχύσαρκα κορίτσια και η δυσαρέσκεια για το σώμα τους είναι μεγαλύτερη (Currie et al 2012, Hu 2008).

Δυστυχώς, οι συνέπειες της παχυσαρκίας στην ψυχική ευεξία φαίνεται να είναι ιδιαίτερα έντονες σε παιδιά και εφήβους (Currie et al 2012, Hu 2008). Οι έρευνες της Συμπεριφοράς Υγείας στα Παιδιά Σχολικής ηλικίας (Health Behaviour in School-aged Children - HBSC) μεταξύ 2001 και 2010) διαπίστωσαν ότι σε παιδιά και εφήβους το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία σχετίζονται με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, χαμηλότερη ψυχολογική ευημερία, μεγαλύτερη δυσαρέσκεια σχετικά με τη δική τους ζωή και την αυξημένη παρουσία ψυχοσωματικών διαταραχών (Currie et al 2012, Haug et al. 2006). Επιπλέον, τα παχύσαρκα παιδιά και οι έφηβοι έχουν λιγότερες κοινωνικές επαφές από τους συνομηλίκους τους με φυσιολογικό βάρος, συχνότερα αναφέρουν ότι αισθάνονται θλίψη και μοναξιά και εκφοβίζονται συχνότερα (Janssen et al 2004, Currie et al. 2012).

Η παχυσαρκία έχει συνεπώς σημαντικό κόστος για το παχύσαρκο άτομο: κόστος που σχετίζεται με την εξασθένηση της ποιότητας ζωής και τη σωματική και ψυχοκοινωνική αδιαθεσία, κόστος ευκαιρίας που συνδέεται με το γεγονός ότι η παχυσαρκία περιορίζει τις δυνατότητες κοινωνικής και επαγγελματικής εκπλήρωσης των παχύσαρκων ατόμων, αλλά και καθαρά οικονομικό κόστος (για παράδειγμα εκείνα που το παχύσαρκο άτομο προκαλεί άμεσα για να θεραπευτεί, να προσπαθήσει να χάσει βάρος κ.λπ.) (ΠΟΥ 2000).

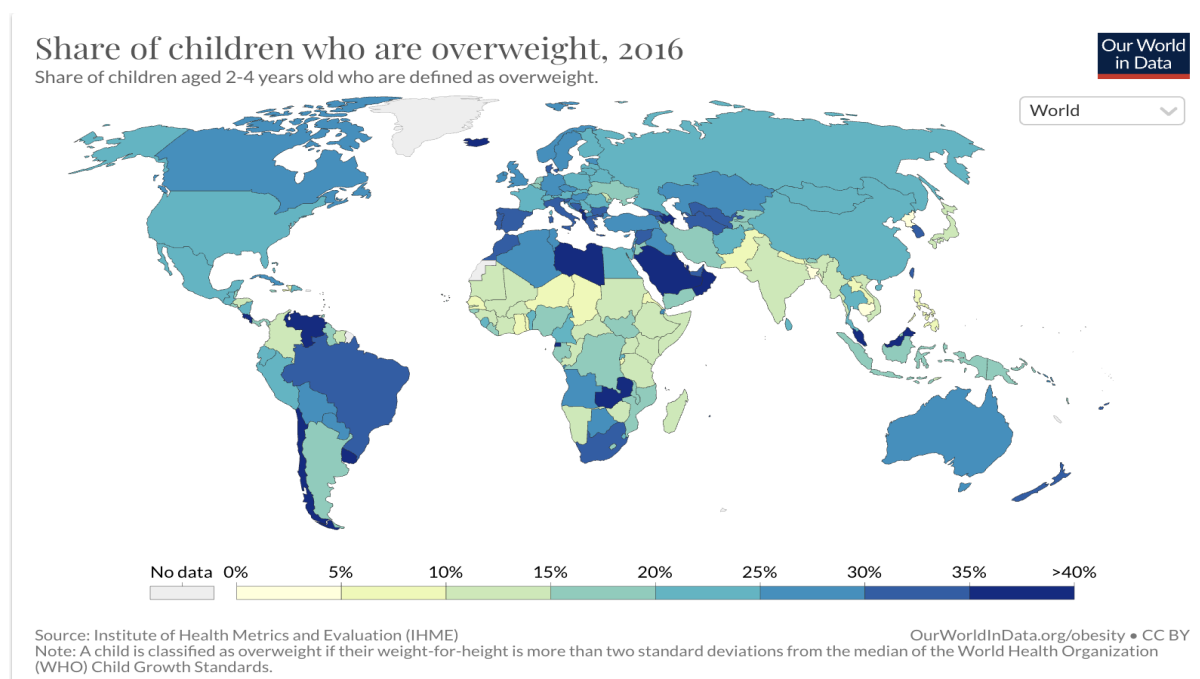
Η παχυσαρκία συνεπάγεται επίσης κόστος για την κοινωνία: άμεσο κόστος, που αποτελείται από τους πόρους που δαπανώνται για τη διάγνωση και θεραπεία της ίδιας της παχυσαρκίας και των σχετικών ασθενειών, και έμμεσο κόστος, λόγω της απώλειας της παραγωγικότητας που προκαλείται από τις αυξημένες απουσίες από την

εργασία των παχύσαρκων ατόμων και τον συχνά πρόωρο θάνατο τους (WHO 2000, Yacheta. 2006, Hu 2008). Σύμφωνα με τις τελευταίες εκτιμήσεις του ΠΟΥ, σήμερα περίπου το 7% του προϋπολογισμού υγείας των ευρωπαϊκών χωρών δαπανάται για ασθένειες που σχετίζονται με την παχυσαρκία (Σχέδιο δράσης της ΕΕ για την παιδική παχυσαρκία 2014-2020).

1.2. Η Παχυσαρκίας ως Πολιτιστικό, Υγειονομικό, Κοινωνικό και Οικονομικό Πρόβλημα

Η επιδημία της παχυσαρκίας επηρεάζει έναν αυξανόμενο αριθμό χωρών, με το αξιοσημείωτο αποτέλεσμα ότι οι αναπτυσσόμενες χώρες σήμερα συχνά αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα και τα δύο αντίθετα ακραία φαινόμενα διατροφής, αυτό της παχυσαρκίας και του υποσιτισμού. Στις αναπτυσσόμενες χώρες υπάρχουν πολλές διαφορές μεταξύ των κρατών. Στην Ευρώπη, σε αντίθεση με ό, τι νομίζει κανείς, ο επιπολασμός του υπέρβαρου και της παιδικής παχυσαρκίας είναι υψηλότερος στα κράτη της Μεσογείου όπου κυμαίνεται μεταξύ 20% και 36%, ενώ στις χώρες της βόρειας Ευρώπης ο επιπολασμός της παχυσαρκίας ποικίλλει μεταξύ 10% και 20%.

Εικόνα 3. Ποσοστά Υπέρβαρων Παιδιών ανά τον Κόσμο (2016)



Πηγή: <https://ourworldindata.org/obesity>

Παρόλα αυτά, είναι δύσκολο να καταλήξουμε σε σαφείς εκτιμήσεις σχετικά με τον επιπολασμό του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία. Οι τελευταίες έρευνες παρέχουν συχνά διαφορετικές εκτιμήσεις και είναι δύσκολο να συγκριθούν καθώς εστιάζουν σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, χρησιμοποιούν διαφορετικά δείγματα και μεθόδους συλλογής πληροφοριών (συγκεκριμένα, υπάρχουν μελέτες που ανιχνεύουν αυτοαναφερόμενο βάρος και ύψος ενώ άλλες που προχωρούν σε επί τόπου μετρήσεις του δείγματος τους). Στην πραγματικότητα, τόσο για τα παιδιά όσο και για τους ενήλικες υπάρχει μια αρνητική κοινωνική κλίση στην παχυσαρκία: τα παχύσαρκα άτομα τείνουν να συγκεντρώνονται στα κοινωνικοοικονομικά χαμηλότερα στρώματα της κοινωνίας.

Παρά τις μεθοδολογικές και ουσιαστικές διαφορές, σημειώνονται κάποιες γενικές τάσεις. Συγκεκριμένα, όλες οι έρευνες δείχνουν σαφώς την ύπαρξη γεωγραφικής και κοινωνικής κλίσης στον κίνδυνο υπέρβαρου και παχυσαρκίας. Η τακτική άσκηση και η υγιεινή διατροφή είναι χαρακτηριστικά λιγότερο συχνά σε οικογένειες στο κάτω μέρος της κοινωνικής πυραμίδας και πολλές εμπειρικές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει την ύπαρξη κοινωνικής κλίσης στον καθιστικό τρόπο ζωής (Crespo et al. 1999; Mancino et al. 2004) και στην έλλειψη κατανάλωσης υγιεινών τροφίμων όπως φρούτα και λαχανικά (De Irala et al. 2000; Roos et al. 2000; Galobardes et al. 2001). Εν μέρει, η σχέση με το οικογενειακό εισόδημα οφείλεται αναμφίβολα στην τιμή του φαγητού. Σήμερα τα πιο επιβλαβή, λιπαρά και θερμιδικά τρόφιμα είναι ιδιαίτερα βολικά σε οικονομικό επίπεδο, ειδικά σε σύγκριση με σχετικά ακριβά τρόφιμα (σκεπτόμενοι την ενέργεια που παρέχεται για κάθε ευρώ που δαπανάται) όπως φρούτα, λαχανικά, ψάρια.

Συνολικά, μπορούμε λοιπόν να πούμε, ότι ο τρόπος ζωής ενός παιδιού επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από το οικογενειακό περιβάλλον. Οι οικογενειακές επιρροές είναι στην πραγματικότητα τόσο κοινωνικές όσο και γενετικές και βιολογικές. Πέρα από τις κληρονομικές προδιαθέσεις για την παχυσαρκία, διάφοροι βιολογικοί μηχανισμοί που μπορούν να επηρεάσουν τον κίνδυνο παιδικής (και ενήλικης) παχυσαρκίας υπάρχουν ήδη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτή η περίοδος είναι καθοριστικής σημασίας για τον προσδιορισμό της υγείας του μωρού, διότι σε αυτούς τους μήνες πραγματοποιείται ο «βιολογικός προγραμματισμός» του εμβρύου και σχηματίζονται όλα τα όργανα και οι ιστοί (Barker 1998, Wadsworth & Butterworth 2006). Το άγχος της μητέρας - αλλά και ανεπαρκής

διατροφή, κάπνισμα ή έκθεση σε ατμοσφαιρική ρύπανση - όλα αυτά σχετίζονται με τη γέννηση λιποβαρών μωρών, αλλά ο υποσιτισμός προκαλεί το έμβρυο να αλλάξει οριστικά το μεταβολισμό, τη φυσιολογία και τη δομή με σοβαρές συνέπειες για τη μελλοντική υγεία, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης τάσης ως ενήλικες για την παχυσαρκία, τον διαβήτη και τις καρδιακές παθήσεις (Aphramor 2005, Wadsworth&Butterworth 2006).

Μόλις γεννηθεί το μωρό, οι επιρροές της οικογένειας συνεχίζουν να έχουν σημασία. Αρχικά, η οικογένεια διαμορφώνει έντονα το περιβάλλον διατροφής των παιδιών (Birch 1999, Faith&Kral 2006). Είναι πρώτα απ' όλα οι γονείς που καθορίζουν την έκθεση του παιδιού σε ορισμένα τρόφιμα και οι οποίοι, μέσω αυτού, μπορούν να επηρεάσουν σε κάποιο βαθμό τις γεύσεις του καθώς η αποδοχή ενός φαγητού αυξάνεται με την επανειλημμένη έκθεση σε αυτό και μπορεί να αυξηθεί με την παρατήρηση των άλλων που το τρώνε (Birch 1999).

Εκτός από τις γενικές τάσεις που επιβεβαιώθηκαν από όλες τις πιο πρόσφατες έρευνες, κάθε έρευνα διερευνά ορισμένες συγκεκριμένες πτυχές, ειδικά σχετικά με την κατανάλωση τροφίμων (ποσοτικά και ποιοτικά), τις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής.

Τα δεδομένα από την έρευνα για την υγεία του Οκκίотης Ιταλίας του 2012, στην οποία συμμετείχαν πάνω από 46.000 μαθητές της τρίτης δημοτικής τάξης και 48.000 γονείς, από όλες τις ιταλικές περιοχές, μας λένε ότι το 22,2% των παιδιών (μετρημένος ΔΜΣ) ήταν υπέρβαρο και το 10,6% σε συνθήκες παχυσαρκίας, με υψηλότερα ποσοστά στο Κέντρο και στα Νότια της χώρας. Σε ορισμένες κεντρικές-νότιες περιοχές όπως το Abruzzo, το Molise, την Puglia, την Campania και την Basilicata, ο επιπολασμός του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας σε ανήλικους ξεπερνά το 40%. Από τα δεδομένα αυτής της έρευνας προκύπτει η εξάπλωση της μη κατανάλωσης πρωινού γεύματος (το 9% των παιδιών παραλείπει το πρωινό και το 31% τρώει ανεπαρκές πρωινό, συνήθως επειδή δεν είναι ισορροπημένο ως προς τους υδατάνθρακες και τις πρωτεΐνες), το οποίο είναι ένα από τα οι παράγοντες που μπορούν να ευνοήσουν την εμφάνιση του υπερβολικού βάρους στα παιδιά (στην πραγματικότητα, τα παιδιά που παραλείπουν το πρωινό έχουν σχεδόν διπλό κίνδυνο υπερβολικού βάρους σε σύγκριση με εκείνα που τρώνε επαρκές πρωινό). Επιπλέον, το 22% των γονέων δηλώνει ότι τα παιδιά τους δεν καταναλώνουν φρούτα και / ή λαχανικά σε καθημερινή βάση και ότι το 44% συνήθως καταναλώνει ζαχαρούχα ή /

και ανθρακούχα ποτά.Όσον αφορά τη σωματική δραστηριότητα, το 17% δεν ασκείται, το 18% ασκείται όχι περισσότερο από μία ώρα την εβδομάδα, το 44% έχει τηλεόραση στο δωμάτιο, το 36% παρακολουθεί τηλεόραση και / ή παίζει βιντεοπαιχνίδια περισσότερο από 2 ώρες την ημέρα και μόνο ένα στα τέσσερα παιδιά περπατάει ή κάνει ποδήλατο για να πάει στο σχολείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

2.1. Επιδημιολογικά Στοιχεία

Υπάρχει όλο και περισσότερη έρευνα που δείχνει τη σημασία της σωστής διατροφής για την καλή ανάπτυξη και υγεία των παιδιών και των εφήβων και τον αντίκτυπο για το μέλλον τόσο σε προσωπικό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο. Οι επιπτώσεις της διατροφής στην υγεία μπορούν να φτάσουν ακόμη και στις επόμενες γενιές, όπως φαίνεται από την επιγενετική έρευνα (Pembrey 2002, KaatietaI. 2007).

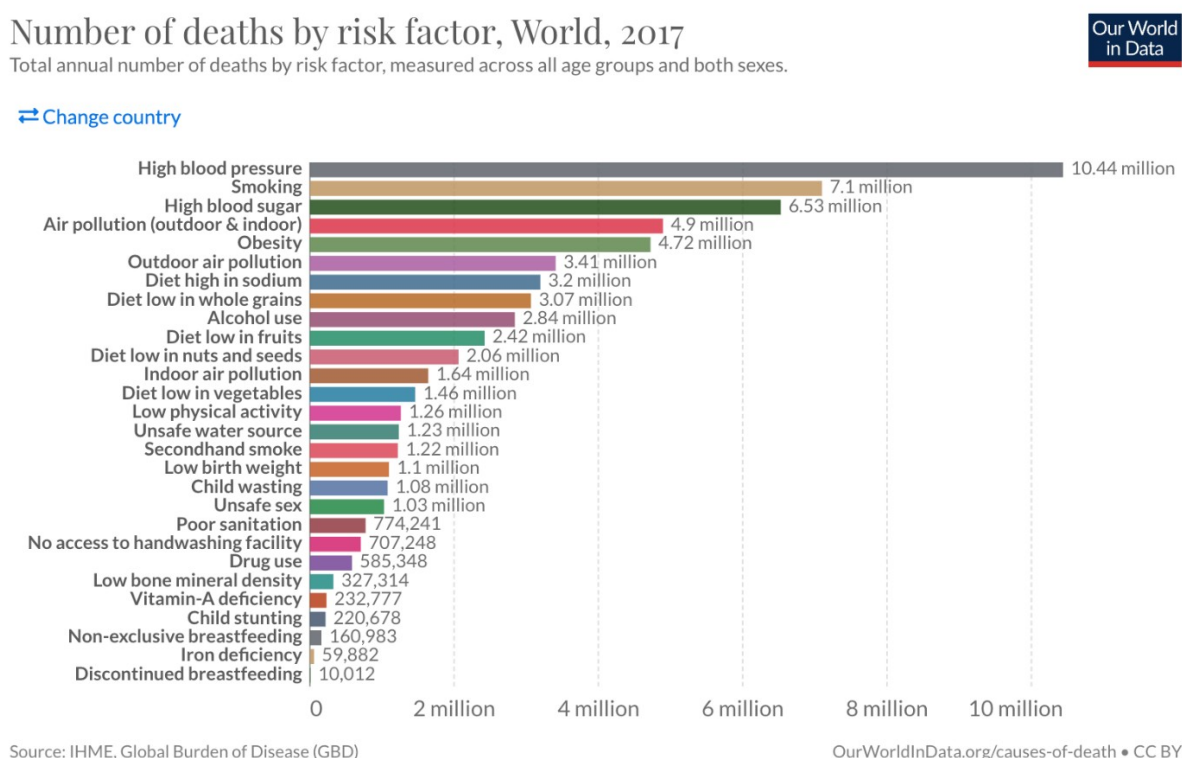
Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, τις τελευταίες δεκαετίες, ο επιπολασμός του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας στα παιδιά έχει αυξηθεί παγκοσμίως. Το υπερβολικό βάρος, το οποίο στην παιδική ηλικία οφείλεται κυρίως στο λίπος, αποτελεί παράγοντα κινδύνου για μεταγενέστερη νόσο ενηλίκων, αλλά σχετίζεται επίσης με επιδείνωση της υγείας κατά την παιδική ηλικία, συμπεριλαμβανομένου αυξημένου κινδύνου υπέρτασης, αντίστασης στην ινσουλίνη, λιπώδους νόσου του ήπατος, ορθοπεδικής δυσλειτουργίας και ψυχοκοινωνική δυσφορία. Μάλιστα, η παχυσαρκία από μόνη της κατατάσσεται ως την πέμπτη αιτία θανάτων παγκοσμίως, μετά από την αυξημένη πίεση, το κάπνισμα, το σάκχαρο και την ατμοσφαιρική ρύπανση (βλ. εικόνα 4).

Μόλις διαπιστωθεί, η παχυσαρκία στα παιδιά (όπως και στους ενήλικες) είναι δύσκολο να αντιστραφεί. Ως εκ τούτου, η παρακολούθηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας για την παροχή φροντίδας και να εκτιμηθεί ο αντίκτυπος είναι απαραίτητη.

Οι εκθέσεις που δημοσιεύθηκαν από τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη της Παχυσαρκίας (Neira& de Onis2006) το 2007 δείχνουν ότι οι χώρες με το υψηλότερο

ποσοστό υπέρβαρου σε παιδιά και εφήβους είναι η Ισπανία (35 και 32% για αγόρια και κορίτσια, αντίστοιχα), ακολουθούμενη από τη Μάλτα (30,9 και 20,1 %), Πορτογαλία (25,9 και 34,3%), Σκωτία (29,8 και 32,9%) και Αγγλία (29 και 29,3%).

Εικόνα 4. Παγκόσμιος Αριθμός Θανάτων ανά Παράγοντα Κινδύνου (2017)



Πηγή: <https://ourworldindata.org/obesity>

2.2. Τρόποι Ταξινόμησης

Αν και υπάρχει συμφωνία σχετικά με τη σημασία της χρήσης των γενικών συστάσεων για τον προσδιορισμό του κινδύνου παχυσαρκίας στον παιδικό πληθυσμό, γενικά οι ορισμοί του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας διαφέρουν στις μελέτες, γεγονός που τους καθιστά δύσκολο να συγκριθούν.

Η ταξινόμηση του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας βασίζεται σε τρεις προηγούμενες επιλογές (De Onís&Lobstein 2010): 1) Ένας επαρκής ανθρωπομετρικός δείκτης. 2) Ένας πληθυσμιακός δείκτης αναφοράς με τον οποίο συγκρίνεται ο δείκτης των παιδιών ή της κοινότητας και 3) Ορισμένα σημεία αποκοπής που προσδιορίζουν άτομα και πληθυσμούς που κινδυνεύουν από νοσηρότητα υπέρβαρου / παχυσαρκίας.

2.2.1. Ανθρωπομετρικός Δείκτης

Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), που είναι ο λόγος μεταξύ βάρους (kg) / ύψους² (m), έχει γίνει ο πιο πρακτικός ανθρωπομετρικός δείκτης για την ταξινόμηση του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας. είναι φθηνό, καθολικά εφαρμόσιμο και μη επεμβατικό.

Ωστόσο, υπάρχει κάποια απροθυμία να περιγραφούν τα παιδιά ως παχύσαρκα μόνο με βάση τον δείκτη μάζας σώματος, δηλαδή χωρίς να ληφθεί υπόψη κάποια πιο άμεση μέτρηση του σωματικού λίπους. Οι αναφορές για την ερμηνεία του είχαν ως αποτέλεσμα τη χρήση ΔΜΣ μόνο για την ηλικία και το φύλο για τον καθορισμό του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας από επιδημιολογική άποψη.

2.2.2. Πληθυσμιακός Δείκτης Αναφοράς

Δεδομένης της ποικιλίας των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται για τον καθορισμό του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας και ότι κάθε χώρα έχει σχεδιάσει τους δικούς της πίνακες και τα αποτελέσματα είναι δύσκολο να συγκριθούν και μερικές φορές προκαλούν ομαλοποίηση ανθυγιεινών καταστάσεων, όπως η τάση για αύξηση παχυσαρκία ή υποσιτισμός σε καταθλιπτικά έθνη (Ferrández et al. 2005). Σε διεθνές επίπεδο, οι Cole et al. (2007) δημοσίευσαν επιδημιολογικές έρευνες τα σημεία αποκοπής για παχυσαρκία που προτάθηκαν από αυτά της ενήλικης ζωής.

Ωστόσο, υπάρχουν συγγραφείς που θεωρούν ότι η χρήση αυτών των αποκοπών υποτιμά την παιδική παχυσαρκία.

Προκειμένου να βελτιωθούν αυτά και άλλα προβλήματα, ο ΠΟΥ βοήθησε στην κατασκευή ορισμένων γραφημάτων που έχουν την καινοτομία να είναι συνταγογραφικά, καθώς δείχνουν πώς πρέπει να μεγαλώνουν τα παιδιά όταν το περιβάλλον επιτρέπει τη βέλτιστη ανάπτυξη των γενετικών τους δυνατοτήτων. Το 2006, ο ΠΟΥ παρουσίασε τα τυποποιημένα γραφήματα για παιδιά κάτω των πέντε ετών. Υπάρχει τώρα μια ευρεία διεθνής συναίνεση σχετικά με τη χρησιμότητα αυτών των «Προτύπων Ανάπτυξης Παιδιού» του ΠΟΥ (Tanner&Whitehouse 2006) (βλ. www.who.int/childgrowth/el) για την αξιολόγηση της ανάπτυξης των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Επειδή τα πρότυπα αντιπροσωπεύουν φυσιολογική ανθρώπινη ανάπτυξη υπό βέλτιστες περιβαλλοντικές συνθήκες, παρέχουν ένα βελτιωμένο εργαλείο για την αξιολόγηση της ανάπτυξης. Τα πρότυπα του ΠΟΥ έχουν γίνει ευρέως αποδεκτά σε όλο τον κόσμο και έχουν υιοθετηθεί από περισσότερες από 125 χώρες.

Η ομάδα εργασίας του ΠΟΥ συνέστησε τη συνέχιση των γραφημάτων των ανηλίκων για τους μαθητές. Ζητήθηκε να αναπτυχθούν κατάλληλες καμπύλες ανάπτυξης για αυτές τις ηλικιακές ομάδες για εφαρμογές κλινικής και δημόσιας υγείας, αλλά με αυτήν την παγκόσμια επιδημία παχυσαρκίας, υπάρχει το πρόβλημα ότι η παχυσαρκία «ομαλοποιείται». Ως εκ τούτου, ο ΠΟΥ προχώρησε στην ανακατασκευή των καμπυλών αναφοράς του Κέντρου Στατιστικών των ΗΠΑ του 1977 με το αρχικό δείγμα (δείγμα μη παχύσαρκων). Το 2007, ο ΠΟΥ δημοσίευσε αυτές τις αναφορές για μαθητές ηλικίας 5-19 ετών, οι οποίες επιτρέπουν την ύπαρξη ομοιογενών κριτηρίων κατά τον υπολογισμό και τη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών (de Onis et al. 2007).

Οι νέες καμπύλες ταιριάζουν καλά με τα πρότυπα ανάπτυξης παιδιών του ΠΟΥ στα 5 έτη χρόνια και τα προτεινόμενα σημεία αποκοπής για ενήλικες για υπέρβαρο και παχυσαρκία στα 19 έτη (ΔΜΣ 25 και 30, αντίστοιχα).

Το πλήρες σύνολο γραφημάτων για το ύψος, το βάρος και το ΔΜΣ βρίσκεται στη διεύθυνση www.who.int/growthref/tools/el/. Ο ΠΟΥ έχει δημοσιεύσει επίσης ένα λογισμικό ANTHRO® και ANTHRO PLUS® που επιτρέπει ατομική και ομαδική διατροφική μελέτη, έτσι ώστε τα αποτελέσματα να είναι εύκολα προσιτά και

συγκρίσιμα, γεγονός που συμβάλλει σε μια τεράστια πρόοδο για παγκόσμιες συγκρίσεις δεδομένων.

2.2.3. Σημεία Αποκοπής

Αφού επιλεγεί ένας ανθρωπομετρικός δείκτης και ένας πληθυσμιακός δείκτης αναφοράς, είναι απαραίτητο να καθοριστούν τα όρια της "κανονικότητας". Στο μοντέλο IOTF, οι ορισμοί του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας ελήφθησαν ως δείκτης μάζας σώματος ΔΜΣ 25 και 30, αντίστοιχα, στην ηλικία των 18 ετών και ακολουθήθηκαν ξανά κατά μήκος της εκατοστιαίας στην ηλικία των δύο ετών, για αγόρια και κορίτσια χωριστά. Η σειρά τιμών, από την ηλικία των 2 ετών έως τα 18 έτη σε διαστήματα έξι μηνών, ορίστηκαν ως τα όρια αποκοπής για το υπέρβαρο και την παχυσαρκία στα παιδιά.

Η ορολογία που χρησιμοποιείται από τον ΠΟΥ διαφέρει ανάλογα με το αν τα παιδιά είναι μικρότερα ή μεγαλύτερα των 5 ετών, αν και είναι ένα σημασιολογικό ζήτημα και για λόγους προσοχής, όπως εξηγήθηκε αργότερα.

Αυτό το σύστημα ταξινόμησης, το οποίο διαφέρει μεταξύ παιδιών κάτω των πέντε ετών και εκείνων άνω των πέντε ετών, μπορεί να είναι παραπλανητικό, νομίζοντας ότι τα παιδιά που ταξινομήθηκαν ως υπέρβαρα στους 59 μήνες θα πρέπει να ταξινομηθούν ως παχύσαρκα στους 61 μήνες, έχοντας τον ίδιο ΔΜΣ. Ωστόσο, είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη η πραγματική αξία σε κιλά «περιττού» βάρους για ένα αναπτυσσόμενο παιδί πέντε ετών, σε αντίθεση με έναν έφηβο που έχει φτάσει το ύψος του ενήλικα στα 19 του χρόνια. Ο επαγγελματίας υγείας που φροντίζει το παιδί θα έχει περισσότερα δεδομένα για να αξιολογήσει τις πτυχώσεις και άλλα σημάδια περίσσιου λίπους.

2.3. Καθοριστικοί Παράγοντες της Παιδικής Παχυσαρκίας

Είναι πλέον ευρέως γνωστό ότι η παχυσαρκία είναι μια πολυπαραγοντική παθολογία. Παράλληλα με τους γενετικούς παράγοντες, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο (Price 2004, Faith&Kral 2006). Στην πραγματικότητα, η παχυσαρκία σπανίως είναι αποτέλεσμα κάποιας γενετικής αλλοίωσης (οι περιπτώσεις παχυσαρκίας που συνδέονται με μεταλλάξεις

μεμονωμένων γονιδίων είναι πολύ σπάνιες). Πολύ πιο συχνές είναι οι περιπτώσεις ατόμων που έχουν προδιάθεση για παχυσαρκία που συνδέονται με το γεγονός ότι έχουν γενετική δομή που διευκολύνει συνολικά τη συσσώρευση λιπώδους ιστού (Lyon&Hirschhorn 2005).

Αυτοί οι άνθρωποι κινδυνεύουν ιδιαίτερα σε ένα περιβάλλον «παχύσαρκου γονιδίου» όπως αυτό που αποτελούν οι σημερινές δυτικές κοινωνίες (WHO-FAO 2003, WHO 2007). Σε αυτές τις κοινωνίες, πολλοί παράγοντες (κυρίως η οικονομική και η τεχνολογική ανάπτυξη, οι αλλαγές στην αγορά εργασίας και η πολιτική των βιομηχανιών τροφίμων) προωθούν μια διατροφή που είναι πολύ υψηλή σε λιπαρά σε συνδυασμό με μία υπερβολικά καθιστική ζωή. Ο καθιστικός τρόπος ζωής και η κακή διατροφή είναι σημαντικές αιτίες παχυσαρκίας και αποτελούν επίσης ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για μια ποικιλία ασθενειών. Υπάρχουν τουλάχιστον δύο ισχυρισμοί που υποστηρίζουν τη σημασία των περιβαλλοντικών παραγόντων στον επιπολασμό της επιδημίας της παχυσαρκίας. Πρώτα απ' όλα, το γεγονός ότι αυτή η επιδημία έχει εξαπλωθεί με ταχύτατους ρυθμούς τα τελευταία είκοσι χρόνια, μια χρονική περίοδος κατά την οποία είναι αδύνατο να έχουν συμβεί γενετικές αλλαγές στον πληθυσμό που να δικαιολογούν την έκταση της επιδημίας (Price 2004). Δεύτερον, η περιβαλλοντική υπόθεση επιβεβαιώνεται επίσης σε αρκετές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε γηγενείς πληθυσμούς που βιώνουν δυτικοποίηση του τρόπου ζωής και ταυτόχρονα αύξηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας (Hu 2008).

Όσον αφορά τη διατροφή, τα τελευταία 50-60 χρόνια, οι ανεπτυγμένες χώρες (αλλά και πιο πρόσφατα οι αναπτυσσόμενες χώρες) έχουν βιώσει μια διατροφική μετάβαση (WHO 2007). Με άλλα λόγια, αυτές οι χώρες έχουν περάσει από μια δίαιτα βασισμένη κυρίως σε δημητριακά και λαχανικά σε μια διατροφή στην οποία καταναλώνουν τρόφιμα ζωικής προέλευσης και τρόφιμα πλούσια σε ενέργεια, λιπαρά και σάκχαρα. Επίσης, στην συγκεκριμένη διατροφή οι φυτικές ίνες λείπουν όλο και περισσότερο (ibidem).

Αυτές οι αλλαγές στη σύνθεση της δίαιτας συνοδεύτηκαν από αλλαγές στην πρόσληψη θερμίδων. Σύμφωνα με τον WHO-FAO (2003), στην πραγματικότητα, από τα μέσα της δεκαετίας του 1960 έως τα μέσα της δεκαετίας του 1990, η κατά κεφαλήν θερμιδική πρόσληψη ημερησίως αυξήθηκε παγκοσμίως κατά 450 kcal και, εάν εξετάσουμε μόνο τις ανεπτυγμένες χώρες η ημερήσια αύξηση είναι περισσότερη από 600 kcal. Αυτές οι τάσεις εξηγούνται εν μέρει από το γεγονός ότι τα

«βιομηχανικά» τρόφιμα, πλούσια σε λιπαρά και σάκχαρα (συστατικά που μπορούν να βελτιώσουν τη γεύση ακόμη και των κακής ποιότητας τροφίμων) δεν ήταν ποτέ τόσο φθηνά και εύκολα προσβάσιμα όσο σήμερα. Επιπλέον, οι βιομηχανίες τροφίμων έχουν ενισχύσει το παχύσαρκο περιβάλλον ενθαρρύνοντας τους ανθρώπους να τρώνε περισσότερο και ενισχύοντας την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών: σήμερα ο κόσμος μπορεί να καταναλώσει φαγητό σχεδόν οπουδήποτε και οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας και οι σημερινές μερίδες είναι πολύ περισσότερες από ό,τι ήταν στο παρελθόν (Nestle 2007). Επομένως, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι οι νέοι Ευρωπαίοι καταναλώνουν πολύ συχνά «άχρηστα» τρόφιμα και ποτά με ζάχαρη, συχνά τρώνε έξω από το σπίτι και καταναλώνουν όλο και λιγότερα γεύματα με την οικογένεια (σχέδιο ΕΕ έναντι παιδικής παχυσαρκίας).

Αυτές οι διατροφικές αλλαγές συνέβησαν ακριβώς το ίδιο χρονικό διάστημα που παρατηρείται μία παράλληλη μείωση της θερμιδικής κατανάλωσης (π.χ. μέσω άσκησης) του μέσου Δυτικού κόσμου. Μεταξύ των παραγόντων που μπορεί να βοηθήσει στην εξήγηση των σημερινών χαμηλών επιπέδων φυσικής δραστηριότητας και κατανάλωσης ενέργειας συμπεριλαμβάνεται το αστικό περιβάλλον και οι τεχνολογικές αλλαγές (τηλεόραση και υπολογιστές που καταλαμβάνουν όλο και μεγαλύτερο μέρος του ελεύθερου χρόνου των νέων και συνδέονται επίσης με κακές διατροφικές συνήθειες, όπως η τυπική παθητική υπερκατανάλωση εκείνων που τρώνε πατατάκια ή σνακ μπροστά στην τηλεόραση χωρίς καν να το καταλάβουν). Στην Ευρώπη, όσον αφορά τη σωματική δραστηριότητα, μόνο ένα δεκαπεντάχρονο στα 5 ανέφερε ότι έκανε μέτρια έως έντονη σωματική άσκηση σε τακτική βάση και οι Ιταλοί, οι Γάλλοι και οι Δανοί ήταν εκείνοι που ανέφεραν τη λιγότερη σωματική δραστηριότητα.

Σύμφωνα με αρκετούς συγγραφείς, είναι η ίδια η φύση του λεγόμενου «junkfood» που δημιουργεί προβλήματα. Σήμερα είναι γνωστό ότι ο εγκέφαλος παίζει θεμελιώδη ρόλο στους πολύπλοκους μηχανισμούς που είναι υπεύθυνοι για τον έλεγχο του σωματικού βάρους. Φαίνεται ότι, με βάση τις πληροφορίες που λαμβάνει σχετικά με την ποσότητα λίπους και θερμίδων που υπάρχουν στο σώμα, ο εγκέφαλος ενεργεί για τη ρύθμιση της πρόσληψης και της κατανάλωσης ενέργειας και έτσι διατηρεί το βάρος σταθερό. Στην πραγματικότητα, υπάρχει η λεγόμενη λιποστάτη, ένα σύστημα ρύθμισης της συσσώρευσης λίπους που καθορίζει το σημείο ρύθμισης του βάρους ή το επίπεδο του σωματικού βάρους που αποτελεί ως στόχο στην παιδική

ηλικία και στην περίοδο της ανάπτυξης και το οποίο θα παραμείνει σχετικά σταθερό στην ενήλικη ζωή. Το θέμα είναι ότι το καθορισμένο σημείο μπορεί να αλλάξει από γενετικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, τρόφιμα με υψηλή θερμιδική ένταση μπορούν να προκαλέσουν ανισορροπία του συστήματος προς τα πάνω και, σε ορισμένες περιπτώσεις, να οδηγήσουν σε παχυσαρκία. Στην πραγματικότητα, ο εγκέφαλος δεν είναι πάντα σε θέση να εγγυηθεί την ενεργειακή ισορροπία, και αυτό συμβαίνει επίσης επειδή ορισμένες πτυχές της λειτουργίας του μπορούν να διευκολύνουν την ενεργειακή ανισορροπία και την αύξηση βάρους. Στον εγκέφαλο υπάρχουν επίσης τα λεγόμενα κυκλώματα ικανοποίησης / ανταμοιβής, τα οποία μπορούν να ενεργοποιηθούν από ορισμένα τρόφιμα και τα οποία μπορούν επομένως να διαδραματίσουν θεμελιώδη ρόλο στην επίδραση της διατροφής (Volkow&Wise 2005). Υπό αυτή την έννοια, ορισμένα τρόφιμα, που ορίζονται ως υψηλά σε γεύση (δηλαδή τρόφιμα πλούσια σε λίπος, ζάχαρη και αλάτι, ουσίες για τις οποίες φαίνεται να υπάρχει φυσική προτίμηση) λειτουργούν σαν φάρμακα στον εγκέφαλο.

Οι νευρώνες του εγκεφάλου που αντιδρούν στη γεύση και σε άλλα χαρακτηριστικά των τροφίμων υψηλά σε γεύση αποτελούν μέρος του κύκλου των οπιοειδών, του κύριου συστήματος ευχαρίστησης του σώματος. Τα «οπιοειδή», γνωστά και ως ενδορφίνες, είναι χημικές ουσίες που παράγονται από τον εγκέφαλο και δημιουργούν ανταμοιβές που μοιάζουν με αυτές που προκαλούνται από φάρμακα όπως η μορφίνη και η ηρωίνη. Η διέγερση του κυκλώματος οπιοειδών με τροφή μας ωθεί να συνεχίσουμε να τρώμε. Με άλλα λόγια, τα νόστιμα τρόφιμα ενεργοποιούν τα κυκλώματα ανταμοιβής στον εγκέφαλο τόσο μέσω των γρήγορων αισθητηριακών εισροών (δηλ. σωματοαισθητικών μηχανισμών) όσο και μέσω των μετα-κατάποσης συνεπειών (δηλαδή μέσω χημικών μηχανισμών όπως η αύξηση της γλυκόζης στον εγκέφαλο και το αίμα). Με αυτόν τον τρόπο, η πρόσληψη ορισμένων τροφών γίνεται αυτοενισχυμένη και, όπως στην περίπτωση πολλών φαρμάκων, ο κίνδυνος είναι να δημιουργηθεί όχι μόνο μια συνήθεια, αλλά στο τέλος να υπάρξει νευροβιολογική αναπροσαρμογή (αλλοίωση των νευρικών κυκλωμάτων) που τροποποιεί τα κίνητρα για φαγητό ή την ενεργειακή απόδοση (Volkow&Wise 2005).

Προφανώς, για να ενεργοποιηθούν αυτοί οι μηχανισμοί πρέπει να υπάρχει μεγάλη και έτοιμη διαθεσιμότητα τροφίμων υψηλής γεύσης (περιβαλλοντικός κίνδυνος), αν και πρέπει να τονιστεί ότι δεν γίνονται παχύσαρκα όλα τα άτομα που

εκτίθενται σε τροφές πλούσιες σε λιπαρά και σάκχαρα (πράγμα που υποδηλώνει ότι υπάρχει γενετικά καθορισμένη ευπάθεια) (ibidem). Οι βιολογικοί μηχανισμοί μπορούν επομένως να τροποποιηθούν από περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Για παράδειγμα, είναι σαφές ότι ο ρόλος των γενετικών επιρροών θα ποικίλλει σε διαφορετικές κοινωνίες ανάλογα με τον βαθμό στον οποίο δέχονται και προωθούν υψηλή περιεκτικότητα σε θερμίδες και υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

3.1. Συναισθηματική Διάσταση

Οι διατροφικές διαταραχές, γενικά, και η παχυσαρκία, ειδικότερα, συχνά αντιπροσωπεύουν απτά συμπτώματα μιας δυσφορίας που ταλαιπωρεί το άτομο στην πιο οικεία και βαθιά σφαίρα του. Δεδομένου ότι αυτή η διάσταση συχνά υποτιμάται, ειδικά στη μελέτη και την προσέγγιση της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία, αυτό το κεφάλαιο στοχεύει στην ανάπτυξη μιας πιο προσεκτικής ματιάς σχετικά με την συναισθηματική διάσταση με το φαγητό.

Αυτή η σχέση εκδηλώνεται με ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές, είτε «τσιμπώντας» συνεχώς, είτε με κρίσεις βουλιμίας, είτε με το αίσθημα της πείνας ακόμη και μετά από ένα μεγάλο γεύμα. Από τη δεκαετία του 1960, η Αμερικανίδα ψυχαναλύτρια HildeBrunch εστίασε την προσοχή στην παθολογική διάσταση των προβλημάτων που σχετίζονται με το βάρος, δηλώνοντας ότι «η κακή προσαρμογή της πρόσληψης τροφής στις ανάγκες του ατόμου, καθώς και η κακή ρύθμιση των δαπανών θερμίδων, δεν αποτελούν αποδεικτικά συμπτώματα ανά αλλά συμπτώματα πολύ βαθύτερων αλλοιώσεων»(HildeBrunch 1997).

Για το λόγο αυτό είναι καλό να σκεφτούμε ότι η φόρμουλα του να τρώμε λιγότερο και να κινούμαστε περισσότερο σπάνια μπορεί να είναι πραγματικά αποτελεσματική, αφού το άτομο που πάσχει από διατροφική διαταραχή είναι πολύ βυθισμένο στο σώμα του και στη δική του αγωνία, για να ακολουθήσει μια τέτοια ιδανική και λογική συμβουλή. Μάλιστα, η συσσώρευση λίπους ερμηνεύεται στην ψυχοσύνθεση του ως προστατευτικό φράγμα, ένα απτό σύμπτωμα της επιθυμίας να νιώθεις μεγαλύτερος και δυνατότερος, ώστε να αντιδρά μπροστά σε ένα τραυματικό γεγονός.

Η παιδική παχυσαρκία μπορεί να θεωρηθεί ένας τρόπος προσαρμογής σε νέες καταστάσεις, για παράδειγμα εκφράζοντας την επιθυμία να συνεχίσουν να αντιμετωπίζονται ως παιδιά ή να προστατεύονται από την αρχή της αλλαγής του σώματος. Ο Arfeldolfer υποστηρίζει, στην πραγματικότητα, ότι η λιπώδης μάζα βοηθά το παιδί να υπερασπιστεί τον εαυτό του από την πρόωρη εφηβεία, καθώς το

λιπώδες σώμα του επιτρέπει να προστατεύεται από το σεξουαλικό βλέμμα του άλλου (Wagneretal. 2013).

3.1.1. Προσωπικό Επίπεδο

Η παιδική παχυσαρκία μπορεί επομένως να διαβαστεί με το κλειδί μιας σωματικής αντίδρασης σε μια δυσφορία που εξαρτάται από την αδυναμία να επιλύσουμε εσωτερικές συγκρούσεις ή να βρούμε μια ικανοποιητική λύση σε ένα δεδομένο πρόβλημα.

Η επιδημική εξάπλωση εθιστικών παθολογιών, των οποίων η παχυσαρκία αντιπροσωπεύει τη σωματική πλευρά, μας δείχνει πώς το αντικείμενο-τροφή μπορεί να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα της μοναξιάς, της εγκατάλειψης, της έλλειψης, της θλίψης κ.λπ., που δεν μπορούν να υποστούν νοητική επεξεργασία. Αυτή η συγκεκριμένη ανάγκη κάλυψης του κενού που δημιουργείται, φαινομενικά αποτελεσματική, πρέπει να επαναλαμβάνεται συνεχώς και έτσι δεν επιτρέπει την αντιστάθμιση της ψυχικής δυσφορίας ή οποιασδήποτε έλλειψης, αφού τα τελευταία είναι ψυχικοί παράγοντες που δεν μπορούν να υποστούν επεξεργασία μέσω του σώματος. Ο κίνδυνος να αναζητηθεί η κάλυψη του κενού στο φαγητό δεν επιτρέπει στο παιδί να επεξεργαστεί πραγματική ψυχική δυσφορία. Η επαναλαμβανόμενη χρήση και ο εθισμός στο φαγητό είναι μια προσπάθεια να γεμίσει ένα κενό που δεν μπορεί να γεμίσει ποτέ, ενός εσωτερικού κόσμου που απουσιάζει. Το φαγητό, ανακουφίζοντας προσωρινά το ψυχικό στρες, εκτελεί μια μητρική λειτουργία που δεν έχει μάθει και δεν ξέρει πώς να ασκείται από μόνη της. Επομένως, δεν είναι προτεραιότητα να αναρωτηθούμε για το αντικείμενο τροφής από μόνο του, αλλά για την επίδραση που έχει στον ψυχισμό του παιδιού και στο συναισθηματικό του επίπεδο (Puder&Munsch 2010).

3.1.2. Κοινωνικό Επίπεδο

Η σύγχρονη κοινωνία ευνοεί τη βαθιά εμφάνιση συναισθημάτων όπως η πλήξη και η απάθεια, συναισθήματα δηλαδή που σχετίζονται στενά με τη δημιουργία ενός εσωτερικού κενού. Αν και αυτοί οι δύο όροι σχετίζονται με πολλαπλές σημασίες, στην περίπτωση του υπέρβαρου ή του παχύσαρκου παιδιού, τα συναισθήματα της πλήξης ή της απάθειας μπορούν να ξεπεραστούν μέσω της

συνεχούς πρόσληψης τροφής που ευνοεί μια φαινομενική επιστροφή στη συναισθηματική ευημερία και σε μια κατάσταση πληρότητας. Το σώμα εκδηλώνει έτσι συναισθήματα που δεν μπορούν να καλυφθούν μέσω της νοητικής οδού (Pitrouetal. 2010).

3.1.3. Οικογενειακό Επίπεδο

Τα στοιχεία των γονέων συμβάλλουν στην ανάπτυξη της υγιούς σχέσης του παιδιού με το φαγητό. Επομένως, η προσέγγιση του γονέα στην ανταπόκριση στις ανάγκες ή τις επιθυμίες του παιδιού χρησιμοποιώντας τη τροφή ως δώρο ή απειλή, το καθιστά ένα αντικείμενο που δεν είναι διακριτό και δεν αποσκοπεί αποκλειστικά στην ανταπόκριση σε μια φυσιολογική ανάγκη. Απλώς σκεφτείτε κάποιες συμπεριφορικές συνήθειες που μπορούν συχνά να σηματοδοτήσουν την πορεία του παιδιού, όπως η χρήση εκβιασμού "κάντο για τη μαμά" ή "φάε αν αγαπάς τη μαμά", που αναπόφευκτα βάζουν το παιδί στη θέση να πρέπει να διαχειριστεί τη συναισθηματική διάσταση μέσω του σώμα (Speiseretal. 2005, Hasenboehler etal. 2009).

3.2. Παχυσαρκία στο Σχολείο

Το σχολικό περιβάλλον είναι ένα μέρος όπου το παιδί αντιμετωπίζει άλλους συνομηλίκους του και το οποίο, στην περίπτωση των παχύσαρκων παιδιών, τα οδηγεί να αισθάνονται το βάρος του βλέμματος του άλλου (συχνά συνοδεύεται από κακόγουστα/κακοπροαίρετα επίθετα και βίαια και στιγματιστικά αστεία). Συχνά ο γονιός δεν ενημερώνεται για τη συνεχή ταλαιπωρία που προκαλούν οι συμμαθητές, ενώ το παιδί αντιμετωπίζει καθημερινά οδυνηρές εκφράσεις (όπως «χοντρομπαλάς», «τόφαλος» κ.α.) και προσβλητική κριτική. Αρκεί να σημειωθεί ότι μια αμερικανική μελέτη που χρονολογείται από τη δεκαετία του 1960 δείχνει ότι τα παιδιά ηλικίας από έξι έως δέκα ετών συνδέουν την εικόνα των παχύσαρκων παιδιών με όρους όπως "απατεώνας", "τεμπέλης", "βρώμικος", "κακός", "άσχημο", κλπ. Όλα αυτά αναμφίβολα ευνοούν την προοδευτική εμφάνιση δυσπιστίας και χλευασμού, επηρεάζοντας την αυτοεκτίμηση του παιδιού που αντιμετωπίζει δυσκολίες (Fischler 1993).

Η εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του είναι στενά συνδεδεμένη με αυτήν που αναφέρουν οι άλλοι και το περιβάλλον. Εάν ένα παιδί κοιταχτεί με περιφρόνηση, θα οδηγηθεί εύκολα να κοιτάξει το σώμα του με την ίδια περιφρόνηση και να δημιουργήσει μια δυσάρεστη εικόνα του εαυτού του. Η εικόνα του σώματος χτίζεται μέσα από αισθητηριακές αντιλήψεις (περιορισμένες στην περίπτωση παχύσαρκου ατόμου), αλλά και από ψυχικές εμπειρίες που συχνά στερούνται αντικειμενικότητας. Τα παιδιά στο σχολείο τείνουν έτσι να συσχετίζονται μεταξύ τους μέσω άμεσης σύγκρισης και μόλις υπάρξει ένδειξη διαφορετικότητας, εκείνα που δεν εμπίπτουν στους κανόνες της φαινομενικής κανονικότητας βρίσκονται στην κατηγορία των αποκλεισμένων.

Πώς αντιδρούν λοιπόν τα παιδιά στον χλευασμό; Πολύ συχνά συμβαίνει το στιγματισμένο άτομο να σιωπά και να διαχειρίζεται στη μοναξιά και τη σιωπή τον πόνο που προκαλούν οι σύντροφοί του, προσποιούμενος ότι δεν άκουσε την κακία που του προκαλούν. Σε άλλες περιπτώσεις, το παιδί μπορεί να αντιδρά προκαλώντας έναν κανγά, ακόμη και γνωρίζοντας ότι μια επιθετική αντίδραση θα δημιουργούσε νέες αφορμές για να χλευαστεί (για παράδειγμα, να κοροϊδευτεί για τη δική του αδεξιότητα). Και στις δύο περιπτώσεις, το παχύσαρκο παιδί βιώνει στιγμές εγκατάλειψης και συναισθηματικής απόστασης, ενισχύει την ψευδή πεποίθηση ότι δεν αξίζει την αγάπη κανενός, μειώνοντας έτσι περαιτέρω την αυτοεκτίμησή του. Συχνά η αναπόφευκτη παρηγορητική συνέπεια βασίζεται στο φαγητό, ένα μεταβατικό αντικείμενο για να γεμίσει τον πόνο της ψυχής. Λίγα παιδιά έχουν την εσωτερική δύναμη να απαντήσουν ήρεμα στους συμμαθητές τους, προσπαθώντας να τους κάνουν να αναρωτηθούν γιατί τους φαίνεται απαραίτητο να κοροϊδεύουν έναν συμμαθητή τους (Mellbin&Vuille 1989).

Δάσκαλοι και παιδιά δυσκολεύονται να μιλήσουν για το βάρος με παιδιά ή συντρόφους που υποφέρουν από αυτή τη δυσφορία, καθώς κυριαρχεί ένα είδος σεμνότητας, το οποίο απορρέει από την αντίληψη ότι αυτό το θέμα συνδέεται στενά με την πιο οικεία σφαίρα του ατόμου, όπως η σεξουαλικότητα. Όπου ένας μαθητής φαίνεται χλωμός, κουρασμένος και αδύνατος, είναι πιο πιθανό να παρέμβει ένας δάσκαλος, ρωτώντας τον για την ψυχική του κατάσταση, ενώ το ίδιο πράγμα δεν συμβαίνει σε σύγκριση με ένα παχύ παιδί. Ο φόβος συνδέεται συνήθως με την φοβία μην βλάψουμε το άτομο, για το οποίο οι δάσκαλοι (αλλά και πολλοί άλλοι) τείνουν να παραπέμπουν την υπόθεση σε κάποιον γιατρό (Ericksonetal. 2000).

Τα παιδιά σχολικής ηλικίας έχουν έντονη την επιθυμία να γίνουν αποδεκτά από την ομάδα, και μάλιστα με οποιοδήποτε κόστος. Για να γίνει αποδεκτός και αγαπητός ένας παχύσαρκος μαθητής, όπως είναι η επιθυμία κάθε ανθρώπου, θα πρέπει να αναλάβει τον ρόλο που οι άλλοι θέλουν να του αποδώσουν. Ο ClaudeFischler (1993) ορίζει τον ρόλο του «καλού» παχύσαρκου παιδιού ως το κέντρο της ομάδας, το οποίο παίζει το ρόλο του γελωτοποιού και δεν μπορεί ποτέ να γίνει ισότιμο μέλος της ομάδας, όπως οι άλλοι.

Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά στο σχολείο τείνουν να εφαρμόζουν διαφορετικές στρατηγικές για να γίνουν αποδεκτά από την ομάδα. Τα κορίτσια τείνουν να έχουν μια πολύ αλτρουιστική προσωπικότητα, κοινωνικά και προσαρμόσιμα σε διαφορετικές συνθήκες. Στα αγόρια, από την άλλη πλευρά, είναι πιο συχνή η έντονη αίσθηση του χιούμορ και ο αυτοσαρκασμός, μια στρατηγική που τους επιτρέπει να προβλέπουν τυχόν αστεία από τους συμμαθητές τους και έτσι να προστατεύονται από τη επιθετικότητα. Μια άλλη δραματική προσέγγιση που μπορεί να εφαρμόσει ένα παχύσαρκο παιδί στο σχολείο χαρακτηρίζεται από απομόνωση και διαχωρισμό. Αυτό που έχουν κοινό αυτά τα παιδιά είναι η κατασκευή μιας κοινωνικής ταυτότητας που απομακρύνεται από την πραγματική ταυτότητα του ατόμου, αφού η αναπαράσταση που έχουν χτίσει πάνω τους δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Μέσα από αυτή τη κατάσταση, βρίσκονται μπροστά σε ένα κενό που γεμίζει φαγητό (Ericksonetal. 2000).

3.3. Φυσική Αγωγή

Κατά τη διάρκεια των μαθημάτων φυσικής αγωγής, η προσοχή εστιάζεται στα σώματα, ενισχύοντας έτσι την κριτική για υπέρβαρα και / ή παχύσαρκα παιδιά. Συχνά βλέπουμε υπέρβαρα κορίτσια με υπερμεγέθη ρούχα να προσπαθούν να συγκαλύψουν το σώμα τους, ενώ επεκτείνουν τη σωματική άσκηση και προκαλούν αυξημένη εφίδρωση. Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ότι όσο πιο υπέρβαρο είναι ένα άτομο, τόσο πιο δύσκολο θα είναι να εκτελέσει οποιαδήποτε δραστηριότητα κίνησης. Ως αποτέλεσμα τα άτομα που υποφέρουν από αυξημένο βάρος εκδηλώνουν συμπτώματα κατά τη διάρκεια της άσκησης, όπως για παράδειγμα, την εμφάνιση βήχα, έντονο λαχάνιασμα, υπερβολική παραγωγή ιδρώτα και κόκκινο πρόσωπο.

Λαμβάνοντας υπόψη τις πολλαπλές δυσκολίες, η απόδοση των υπέρβαρων / παχύσαρκων παιδιών στις αθλητικές δραστηριότητες δεν μπορεί να φτάσει σε υψηλό ή έστω μέσο επίπεδο, επηρεάζοντας συνεχώς την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητο να τους δίνονται κίνητρα και να ενισχύονται οι μαθητές για τις προσπάθειές τους, προκειμένου να ευνοηθεί η κατανόηση του σώματός τους, αντί να ωθούνται να αξιολογήσουν τη σωματική ικανότητα στον αθλητισμό (Hillsetal. 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Σκοπός Έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι διερεύνηση των απόψεων των γονέων σχετικά με την επιρροή της παιδικής παχυσαρκίας του παιδιού τους στην υγεία και στον ψυχισμό αυτού.

Ερευνητικά Ερωτήματα

- Ακολουθούν τα παιδιά της μεσογειακή διατροφή;
- Έχουν τα παιδιά καλή ποιότητα ζωής;
- Επηρεάζουν τα ατομικά χαρακτηριστικά του παιδιού την μεσογειακή διατροφή ή την ποιότητα ζωής αυτών;
- Επηρεάζουν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων την μεσογειακή διατροφή ή την ποιότητα ζωής των παιδιών;
- Συσχετίζεται η μεσογειακή διατροφή με την ποιότητα ζωής των παιδιών;

4.2. Μεθοδολογία Έρευνας

Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης διεξήχθη πρωτογενή έρευνα σε γονείς ανηλίκων παιδιών στο Νομό Κορίνθου. Για την συλλογή των ερωτηματολογίων ακολουθήθηκε η δειγματοληψία ευκολία (convenience sampling) και η μέθοδος της αυτοσυμπλήρωσης από τους γονείς. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε 190 γονείς, ωστόσο 60 δεν ήταν πλήρως συμπληρωμένα και αποκλείστηκαν από την έρευνα. Το τελικό δείγμα της έρευνας ήταν 130 ερωτηματολόγια.

Εργαλεία έρευνας

Τα εργαλεία που επιλέχθηκαν για τη συγκεκριμένη μελέτη ήταν:

- **MedDietScore:** το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 11 ερωτήσεις σχετικά με την κατανάλωση μη επεξεργασμένων δημητριακών, ψωμιού και ζυμαρικών, φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, ψαριών, πατατών, κρέατος, πουλερικών, γαλακτοκομικών πλήρη λιπαρών, ελαιολάδου και αλκοόλ. Η κατανάλωση υπολογίζεται σε κλίμακα από 0 - 5 βαθμούς ανάλογα με την κατηγορία τροφίμου και την κατανάλωσή του. Η τελική βαθμολογία προκύπτει από το

άθροισμα των ανωτέρω ερωτήσεων. Για τις βαθμολογίες μεταξύ 0 – 13 βαθμών δεν ακολουθείται η μεσογειακή διατροφή, οι 14 – 27 βαθμοί κρίνεται ως ανεπαρκής η συμμόρφωση με τη μεσογειακή διατροφή, ενώ βαθμολογίες μεταξύ 28 – 41 βαθμούς ορίζεται ως ικανοποιητική συμμόρφωση. Ακόμη, οι βαθμολογίες 42 έως τους 55 βαθμούς κρίνονται ως πλήρους ή πολύ καλής συμμόρφωσης προς τη μεσογειακή διατροφή. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά από τους Panagiotakosetal, 2007.

- **PedsQL 4.0:** Το ερωτηματολόγιο αξιολογεί την ποιότητα ζωής των παιδιών. Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο το οποίο συμπληρώνεται από τους γονείς. Οι 23 ερωτήσεις του εργαλείου συνδέονται σε τέσσερις υποκλίμακες: σωματική λειτουργία, συναισθηματική λειτουργία, κοινωνική λειτουργία και σχολική λειτουργία. Οι απαντήσεις δίνονται με πεντάβαθμη κλίμακα Likert που κυμαίνεται από 0 (ποτέ πρόβλημα) έως 4 (σχεδόν πάντα ένα πρόβλημα). Οι βαθμολογίες μετατρέπονται σε κλίμακα από 0 σε 100, όπου τα στοιχεία μετατρέπονται ως εξής: 0 = 100, 1 = 75, 2 = 50, 3 = 25, 4 = 0. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά από τους Gkoltsiouetal, 2008.
- **Ερωτήσεις σχετικές με την άθληση** όπως: άθλημα που δραστηριοποιείται το παιδί, χρόνος που απασχολείται στο άθλημα, ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης, παιχνίδι με υπολογιστή.

Στο ερωτηματολόγιο συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις καταγραφής κοινωνικοδημογραφικών και εργασιακών στοιχείων όπως: ηλικία, εθνικότητα, τόπος κατοικίας, μορφωτικό επίπεδο πατέρα/μητέρας, μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, ηλικία παιδιού, τάξη, ύψος, βάρος, χρόνιο πρόβλημα υγείας.

Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα Α'.

Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S.25 (Statistical Package for Social Sciences). Η επεξεργασία βασίστηκε στην παρουσίαση περιγραφικών αποτελεσμάτων με τη μορφή ποσοστιαίων κατανομών, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων που αφορούσαν τις απαντήσεις των γονέων. Επίσης, στοχεύοντας στη σημαντικότητα των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε έλεγχος

ανεξαρτησίας των μεταβλητών. Οι ποιοτικές μεταβλητές όπως το MedDietScore συγκρίθηκε με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά μέσω της δοκιμασίας Pearson's chi-squared test. Οι μεταβλητές ακολουθούσαν κανονική κατανομή και έτσι επιλέχθηκαν τα παραμετρικά τεστ. Για ποσοτικές μεταβλητές με 3 και άνω τιμές πραγματοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης (Analysis of variances). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας θα τεθεί σε 0,05.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Ατομικά Χαρακτηριστικά Γονέα

Η πλειοψηφία των γονέων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν μητέρες (72,3%), με ελληνική εθνικότητα (79,2%) και άνω των 41 ετών (55,4%). Επίσης το 54,6% διέμενε σε αγροτική περιοχή. Το 59,2% των πατέρων είχαν ολοκληρώσει τη μέση εκπαίδευση όπως και το 45,8% των μητέρων. Σχετικά με το μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού το 56,9% δήλωσε ότι έχει από 1000 έως 1500 ευρώ. Το 85,4% ήταν έγγαμοι και το 47,7% είχαν 2 παιδιά.

Πίνακας 1. Ατομικά Χαρακτηριστικά Γονέα

	Αριθμός	Ποσοστό
Συμπλήρωση ερωτηματολογίου		
Μητέρα	94	72,3
Πατέρα	36	27,7
Εθνικότητα		
Ελληνική	103	79,2
Άλλη	27	20,8
Ηλικία γονέα		
<40 ετών	58	44,6
>40 ετών	72	55,4
Τόπος κατοικίας		
Αστική περιοχή	30	23,1
Ημιαστική περιοχή	29	22,3
Αγροτική	71	54,6
Μορφωτικό επίπεδο Πατέρα		
Βασική εκπαίδευση	11	8,5
Μέση εκπαίδευση	77	59,2
Ανώτερη εκπαίδευση	19	14,6
Ανώτατη εκπαίδευση	23	17,7
Μορφωτικό επίπεδο Μητέρας		
Βασική εκπαίδευση	12	9,2
Μέση εκπαίδευση	59	45,4
Ανώτερη εκπαίδευση	31	23,8
Ανώτατη εκπαίδευση	28	21,5
Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού		
<500 €	11	8,5
από 500-1000	45	34,6
από 1000-1500	74	56,9
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμη	1	0,8
Έγγαμη	111	85,4
Διαζευγμένη	18	13,8
Αριθμός παιδιών		

1	39	30,0
2	62	47,7
3	27	20,8
≥4	2	1,5

5.2. Ατομικά Χαρακτηριστικά Παιδιού

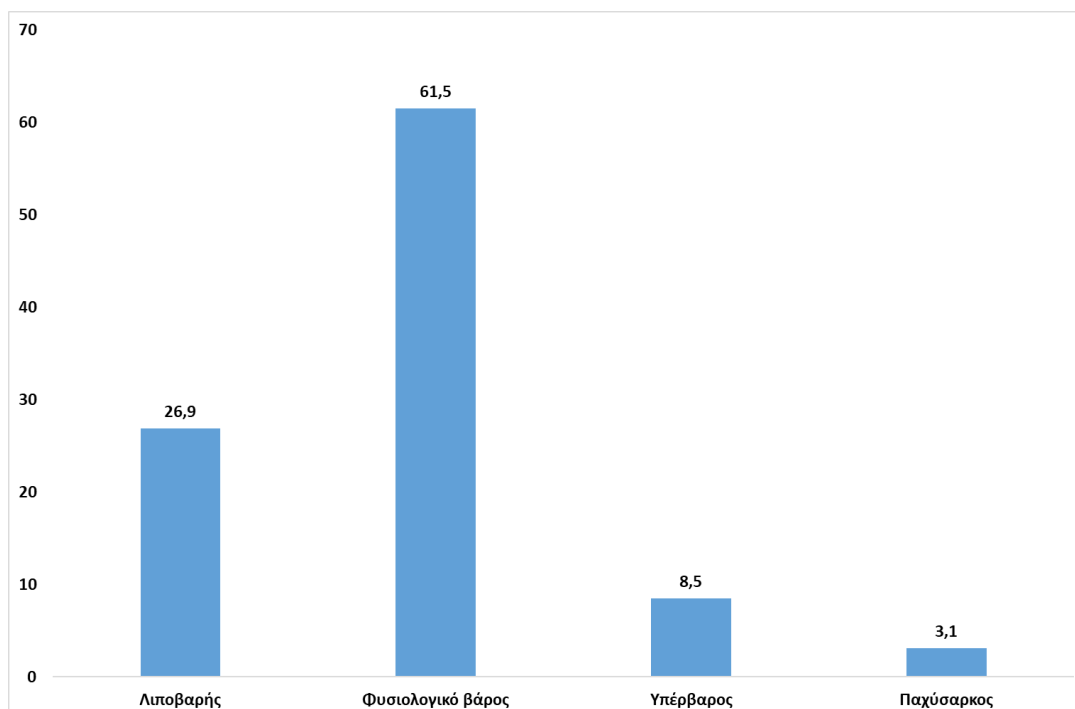
Όσον αφορά τα ατομικά χαρακτηριστικά του παιδιού, το 51,5% ήταν άνω των 10 ετών και όλα τα παιδιά παρακολουθούσαν το Δημοτικό.

Πίνακας 2. Ατομικά Χαρακτηριστικά Παιδιού

	Αριθμός	Ποσοστό
Ηλικία παιδιού		
<10 ετών	67	51,5
≥ 10 ετών	63	48,5
Τάξη		
Δημοτικό	130	100,0
Χρόνιο πρόβλημα υγείας		
Ναι	16	12,4
Όχι	113	87,6

Η πλειοψηφία των παιδιών είχαν φυσιολογικό βάρος (61,5%) και δεν είχαν προβλήματα υγείας (87,6%). Από τα παιδιά που είχαν προβλήματα αναφέρθηκαν τα εξής: αλλεργία, αναιμία, θυρεοειδής, υπέρταση.

Γράφημα 1. Δείκτης Μάζας Σώματος



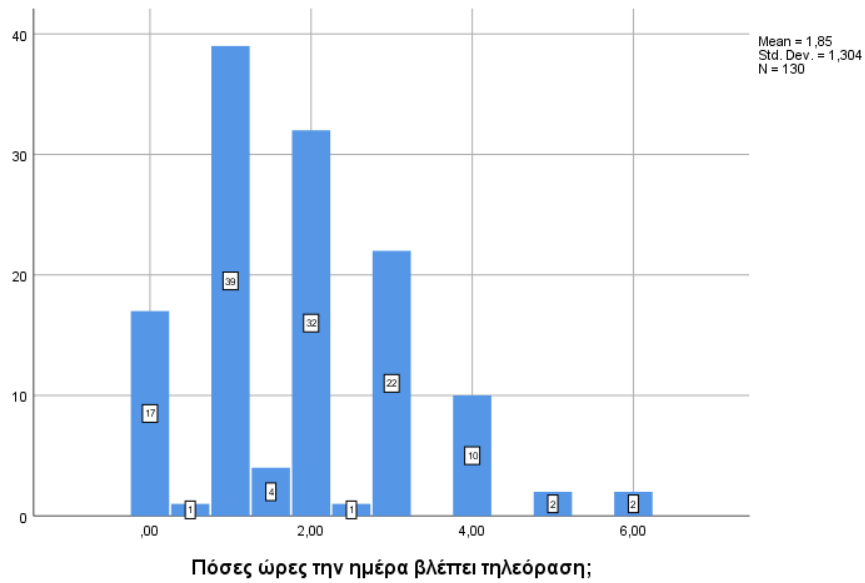
Το 79,8% των παιδιών αθλείται και το σύνηθες άθλημα ήταν το ποδόσφαιρο (35,2%). Το 45,7% αθλείται 1-2 φορές την εβδομάδα και το 48,6% αθλείται εδώ και 1-3 χρόνια.

Πίνακας 3. Δραστηριότητες παιδιού

	Αριθμός	Ποσοστό
Ασχολείται το παιδί σας με τον αθλητισμό;		
Ναι	103	79,8
Όχι	26	20,2
Άθλημα		
Ποδόσφαιρο	37	35,2
Ρυθμική	20	19
Κολύμβηση	17	16,2
Πολεμικές Τέχνες	9	8,6
Βόλλεϋ	7	6,7
Τέννις	6	5,7
Στίβο	5	4,8
Μπασκετ	3	2,9
Κάθε πότε αθλείται;		
Κάθε μέρα	13	12,4
5-6 φορές την εβδομάδα	15	14,3
4-3 φορές την εβδομάδα	26	24,8
1-2 φορές την εβδομάδα	48	45,7
Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα	2	1,9
Πόσα χρόνια αθλείται;		
Λιγότερο από 1 χρόνο	23	21,9
1-3 χρόνια	51	48,6
Περισσότερο από 3 χρόνια	31	29,5

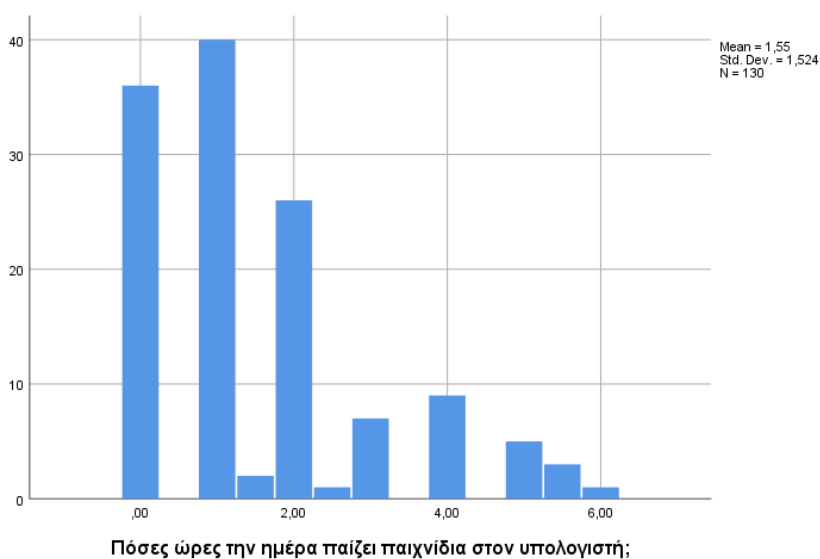
Οι ώρες που βλέπουν συνήθως τα παιδιά τηλεόραση είναι 1,85 ώρα την ημέρα. Το 30% δήλωσε ότι βλέπει 1 ώρα, 24,6% 2 ώρες και 16,9% 3 ώρες.

Γράφημα 2. Πόσες ώρες την ημέρα βλέπει τηλεόραση



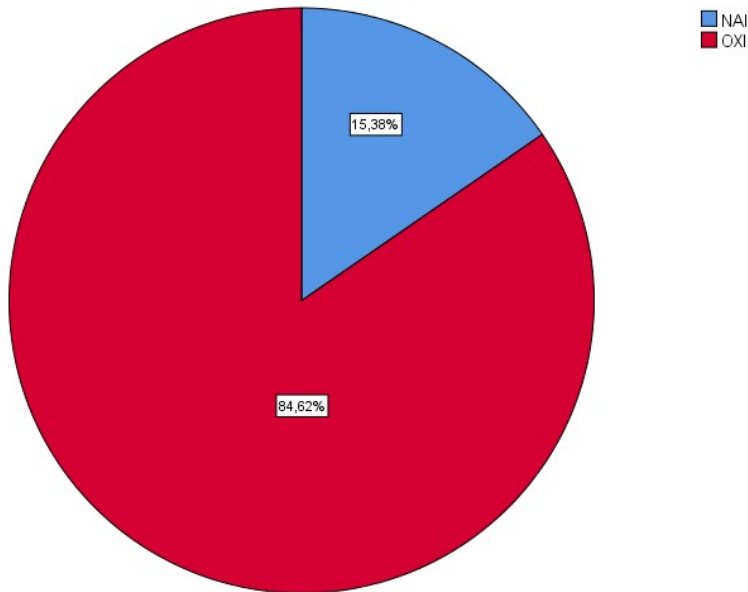
Οι ώρες που παίζουν τα παιδιά στον υπολογιστή συνήθως είναι 1,55 ώρα την ημέρα. Το 27,7% δήλωσε ότι δεν παίζει, το 30,8% δήλωσε ότι παίζει 1 ώρα και 20% 2 ώρες.

Γράφημα 3. Πόσες ώρες την ημέρα παίζει παιχνίδια στον υπολογιστή;



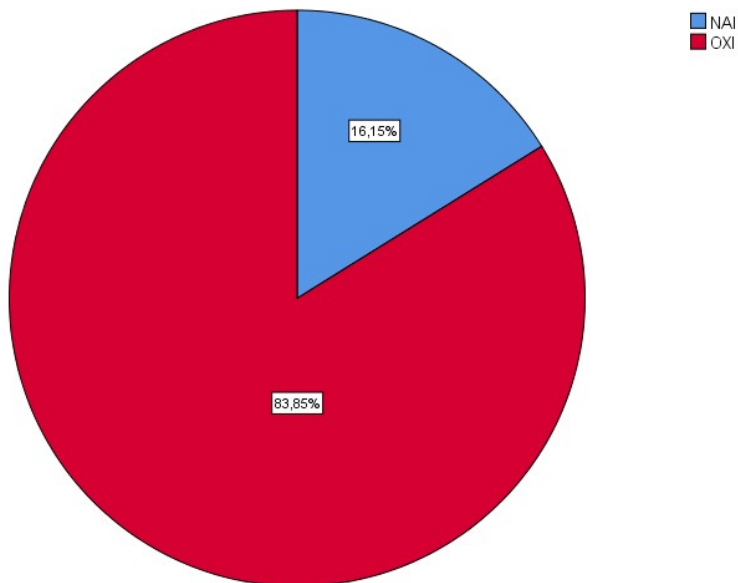
Η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι το παιδί δεν θέλει να χάσει κιλά (84,6%), ενώ μόνο το 15,4% απάντησε θετικά.

Γράφημα 4. Θέλει το παιδί σας να χάσει κιλά;



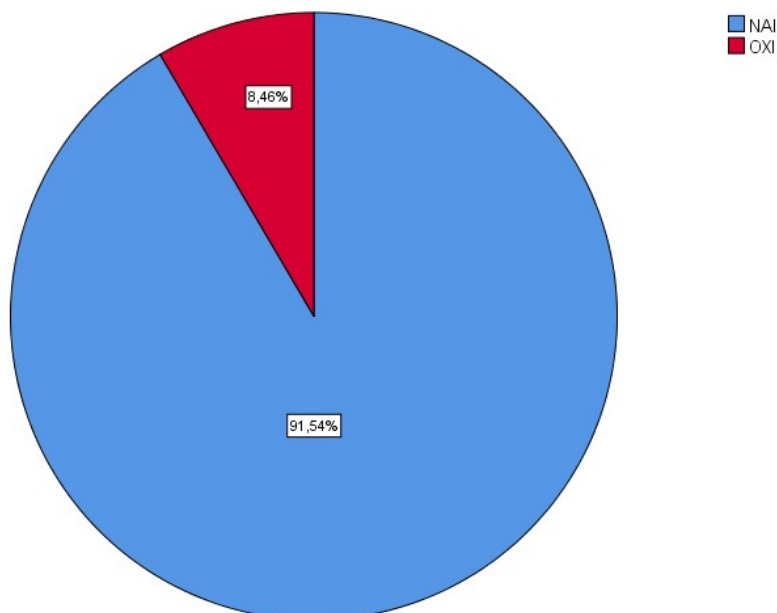
Αντίστοιχα είναι και τα ποσοστά στην ερώτηση εάν το παιδί παραπονιέται ότι θέλει να χάσει κιλά.

Γράφημα 5. Σας παραπονιέται ότι θέλει να χάσει κιλά;



Το 91,5% των γονέων δήλωσε ότι αρέσει το σώμα των παιδιών σε αυτά, ενώ το 8,5% απάντησε αρνητικά.

Γράφημα 6. Του/της αρέσει το σώμα του/της;



5.3. Μεσογειακή διατροφή

Η πλειοψηφία του δείγματος των παιδιών (44,6%) καταναλώνει 1-6 μερίδες την εβδομάδα μη επεξεργασμένα δημητριακά (ολικής αλέσεως ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι κ.α.), ενώ το 32,3% καταναλώνει 7-12 μερίδες. Χαμηλότερα ήταν τα ποσοστά στις υπόλοιπες απαντήσεις.

Πίνακας 4. Μη επεξεργασμένα δημητριακά (ολικής αλέσεως ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι κ.α.)

	Αριθμός	Ποσοστό
Ποτέ	5	3,8
1-6	58	44,6
7-12	42	32,3
13-18	18	13,8
19-31	6	4,6
>32	1	,8

Το 40% των παιδιών καταναλώνει 1-4 μερίδες την εβδομάδα πατάτες, ενώ το 27,7% 5-8 μερίδες.

Πίνακας 5. Πατάτες

	Αριθμός	Ποσοστό
Ποτέ	23	17,7
1-4	52	40,0
5-8	36	27,7
9-12	15	11,5
13-18	3	2,3
>18	1	,8

5 έως 8 μερίδες την εβδομάδα φρούτα καταναλώνεται από το 37,7% των παιδιών, ενώ το 24,6% καταναλώνει 9 έως 15 μερίδες.

Πίνακας 6. Φρούτα

	Αριθμός	Ποσοστό
Ποτέ	2	1,5
1-4	24	18,5
5-8	49	37,7
9-15	32	24,6
16-21	19	14,6
>22	4	3,1

Λαχανικά καταναλώνει το 35,4% των συμμετεχόντων από 7 έως 12 μερίδες την εβδομάδα, ενώ το 26,2% καταναλώνει 1 έως 6 μερίδες και το 20,8% 13-20 μερίδες.

Πίνακας 7. Λαχανικά

	Αριθμός	Ποσοστό
Ποτέ	5	3,8
1-6	34	26,2
7-12	46	35,4
13-20	27	20,8
21-32	16	12,3
>33	2	1,5

Τα περισσότερα παιδιά (30%) καταναλώνει 3-4 μερίδες την εβδομάδα όσπρια, ενώ το 28,5% καταναλώνει <1 μερίδα και το 27,7% 1-2 μερίδες. Χαμηλότερα ήταν τα ποσοστά στις υπόλοιπες απαντήσεις.

Πίνακας 8. Όσπρια

	Αριθμός	Ποσοστό
Ποτέ	1	0,8
<1	37	28,5

1-2	36	27,7
3-4	39	30,0
5-6	13	10,0
>6	4	3,1

Το 34,6% των παιδιών καταναλώνει <1 μερίδα την εβδομάδα ψάρι, ενώ το 30,8% 1-2 μερίδα.

Πίνακας 9. Ψάρι

	Αριθμός	Ποσοστό
Ποτέ	28	21,5
<1	45	34,6
1-2	40	30,8
3-4	15	11,5
5-6	2	1,5
>6	28	21,5

2 έως 3 μερίδες την εβδομάδα κόκκινο κρέας και παράγωγα καταναλώνεται από το 48,5% των παιδιών, ενώ το 25,4% καταναλώνει <1 μερίδα.

Πίνακας 10. Κόκκινο κρέας και παράγωγα

	Αριθμός	Ποσοστό
<1	33	25,4
2-3	63	48,5
4-5	20	15,4
6-7	13	10,0
8-10	1	,8
>10	33	25,4

Πουλερικά και λευκά κρέατα καταναλώνει το 33,1% των παιδιών >10 μερίδες την εβδομάδα, και το ίδιο ποσοστό <3 μερίδες.

Πίνακας 11. Πουλερικά και λευκά κρέατα

	Αριθμός	Ποσοστό
<3	43	33,1
4-5	41	31,5
5-6	31	23,8
7-8	13	10,0
9-10	2	1,5

>10	43	33,1
-----	----	------

Η πλειοψηφία του δείγματος των παιδιών (34,6%) καταναλώνει 11-15 μερίδες την εβδομάδα πλήρες σε λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί, γιαούρτι, γάλα), ενώ το 18,5% καταναλώνει 16-20 μερίδες και το 16,2% ≤ 10 μερίδες.

Πίνακας 12. Πλήρες σε λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί, γιαούρτι, γάλα)

	Αριθμός	Ποσοστό
<10	21	16,2
11-15	45	34,6
16-20	24	18,5
21-28	19	14,6
29-30	14	10,8
>30	7	5,4

Το 92,3% του δείγματος χρησιμοποιεί καθημερινά ελαιόλαδο στο μαγείρεμα.

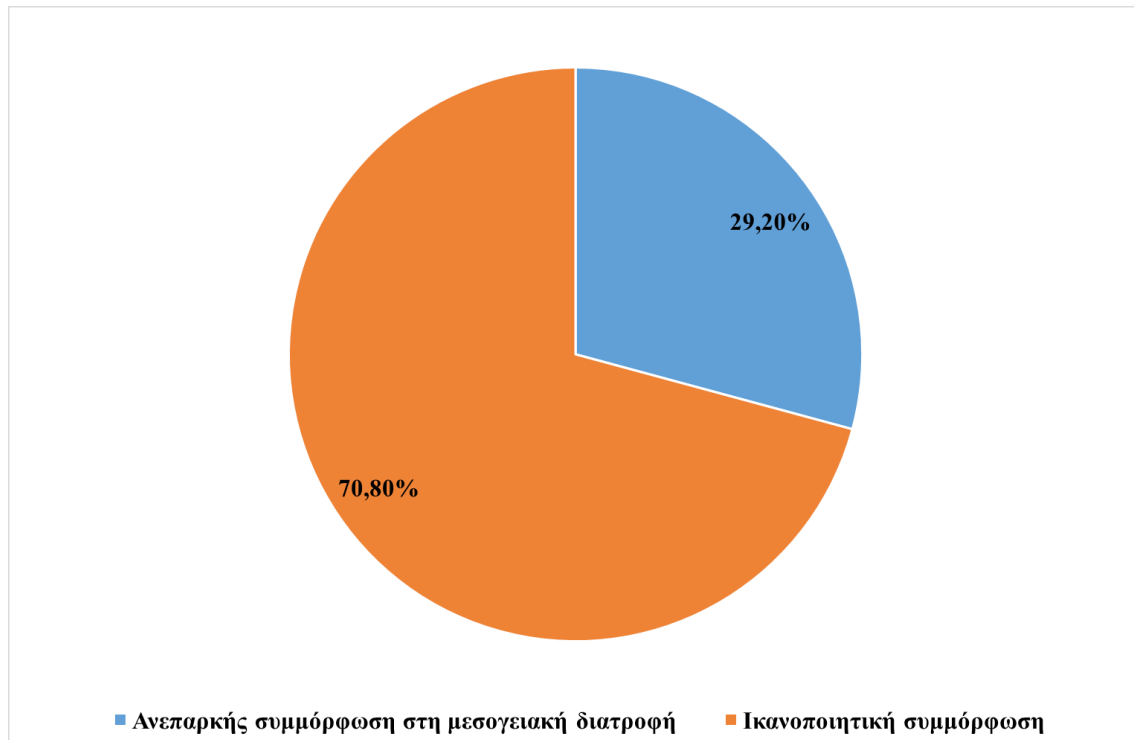
Πίνακας 13. Χρήση ελαιόλαδου στο μαγείρεμα (φορές / εβδομάδα)

	Αριθμός	Ποσοστό
3-5	10	7,7
Καθημερινά	120	92,3

Το 100% των παιδιών δεν καταναλώνει αλκοολούχα ποτά.

Η πλειοψηφία του δείγματος (70,8%) φαίνεται να είναι ικανοποιητικά συμμορφωμένη με την μεσογειακή διατροφή, ενώ το 29,2% έχει ανεπαρκής συμμόρφωση.

Γράφημα 7. MedDietScore



5.4. Ποιότητα ζωής παιδιών

Η πλειοψηφία των παιδιών δεν έχουν πρόβλημα στην σωματική λειτουργία όπως φαίνεται από τον Πίνακα 16. Χαμηλότερο ήταν το ποσοστό 60% σχετικά με τις δουλειές στο σπίτι.

Πίνακας 14. Σωματική λειτουργία

	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
Να περπατά περισσότερο από ένα οικοδομικό	79,1	17,8	1,6	1,6	79,1
Να τρέχει	74,6	19,2	3,8	1,5	0,8
Να συμμετέχει σε σπορ ή άσκηση	80	14,6	3,1	2,3	0
Να σηκώνει κάτι βαρύ (όπως την σχολική τσάντα)	83,7	11,6	3,9	0,8	0
Να κάνει μπάνιο ή ντους μόνο του	85,3	6,2	7	1,6	0
Να κάνει δουλειές μέσα στο σπίτι	60	8,5	16,2	9,2	6,2
Να έχει σωματικούς πόνους	86,9	7,7	3,8	1,5	0
Να νιώθει κουρασμένος	86,9	7,7	3,8	1,5	0

Η πλειοψηφία των παιδιών δεν έχουν πρόβλημα στην συναισθηματική λειτουργία όπως παρουσιάζει ο Πίνακας 17. Χαμηλότερο ήταν το ποσοστό 52,7% σχετικά με το ότι το παιδί νιώθει λυπημένο.

Πίνακας 15. Συναισθηματική λειτουργία

	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
Να νιώθει φοβισμένο	60	23,1	16,2	0	0,8
Να νιώθει λυπημένο	52,7	24	20,2	2,3	0,8
Να νιώθει θυμωμένο	46,9	20,8	16,9	14,6	0,8
Να δυσκολεύεται στον ύπνο	70,8	16,2	12,3	0	0,8
Να ανησυχεί για το τι μπορεί να του συμβεί	70,8	16,2	12,3	0,8	0

Η πλειοψηφία των παιδιών δεν έχουν πρόβλημα στην κοινωνική λειτουργία όπως παρουσιάζει ο Πίνακας 18. Χαμηλότερο ήταν το ποσοστό 66,2% σχετικά με την ενόχληση του να τον πειράζουν τα άλλα παιδιά.

Πίνακας 16. Κοινωνική λειτουργία

	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
Να τα πηγαίνει καλά με άλλα παιδιά	67,7	16,9	10	2,3	3,1
Να μην θέλουν άλλα παιδιά να είναι φίλοι του	73,8	19,2	6,2	0,8	0
Να τον πειράζουν άλλα παιδιά	66,2	20	13,1	0,8	0
Να μην μπορεί να κάνει πράγματα που άλλα παιδιά της ηλικίας του μπορούν	77,7	16,2	3,8	1,5	0,8
Να ακολουθεί σε όλα όταν παίζει με τα άλλα παιδιά	76,9	16,2	3,8	1,5	0,8

Η πλειοψηφία των παιδιών δεν έχουν πρόβλημα στην σχολική λειτουργία όπως φαίνεται από τον Πίνακα 19. Χαμηλότερο ήταν το ποσοστό 60,8% σχετικά με το ότι ξεχνά πράγματα και ο 65,4% σχετικά με την ανταπόκριση στα μαθήματα.

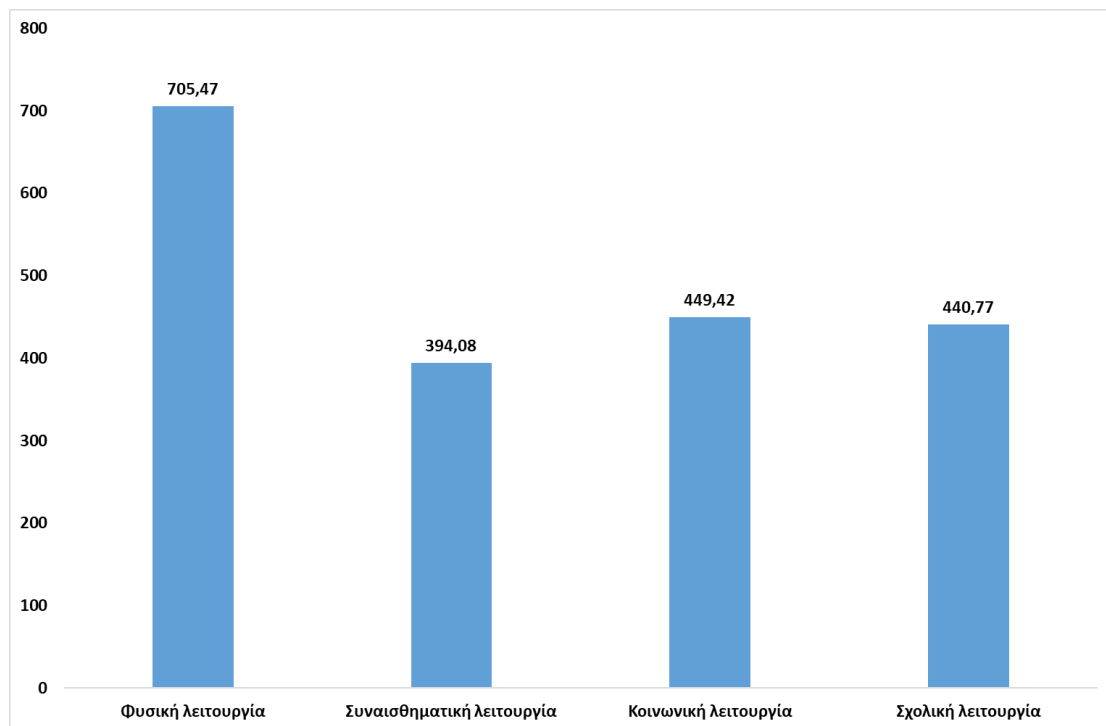
Πίνακας 17. Σχολική λειτουργία

	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
Να προσέχει μέσα στην τάξη	54,6	26,9	16,2	2,3	0

Να ξεχνά πράγματα	60,8	20	14,6	4,6	0
Να ανταποκρίνεται στα μαθήματα	65,4	17,7	13,8	2,3	0,8
Να λείπει από το σχολείο επειδή δεν ένωθε καλά	70,8	18,5	10	0,8	0
Να λείπει από το σχολείο για να πηγαίνει στον γιατρό ή στο νοσοκομείο	73,8	25,4	,8		0

Η σωματική λειτουργία βαθμολογήθηκε με την υψηλότερη μέση τιμή (705,47), ενώ η συναισθηματική λειτουργία είχε την χαμηλότερη βαθμολογία (394,08). Η ποιότητα ζωής των παιδιών αποδείχθηκε υψηλή.

Γράφημα 8. Ποιότητα ζωής παιδιών



5.5. Συγκρίσεις Μεσογειακής διατροφής και Ποιότητα ζωής με δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων και παιδιών.

Το 39,4% των παιδιών που είχαν ανεπαρκή συμμόρφωση στη μεσογειακή διατροφή διέμεναν σε αγροτική περιοχή σε σύγκριση με τα χαμηλότερα ποσοστά των παιδιών που διέμεναν σε αστική ή ημιαστική περιοχή.

Πίνακας 18. Μεσογειακή διατροφή σε σύγκριση με τόπο κατοικίας

		Τόπος κατοικίας			P value
		Αστική περιοχή	Ημιαστική περιοχή	Αγροτική	
Ανεπαρκής συμμόρφωση στη μεσογειακή διατροφή	Αριθμός	6	4	28	0,017
	%	20,0%	13,8%	39,4%	
Ικανοποιητική συμμόρφωση	Αριθμός	24	25	43	
	%	80,0%	86,2%	60,6%	

Τα παιδιά που διέμεναν σε αγροτική περιοχή είχαν υψηλότερες μέσες τιμές σε όλες τις διαστάσεις, σε σύγκριση με τα παιδιά που διέμεναν σε αστική και ημιαστική περιοχή.

Πίνακας 19. Ποιότητα ζωής παιδιών σε σύγκριση με τόπο διαμονής

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Σωματική λειτουργία	Αστική περιοχή	30	669,17	117,94	0.004
	Ημιαστική περιοχή	29	681,90	100,87	
	Αγροτική	71	730,44	74,72	
Συναισθηματική λειτουργία	Αστική περιοχή	30	358,33	81,30	0.001
	Ημιαστική περιοχή	29	354,48	110,49	
	Αγροτική	71	425,35	70,39	
Κοινωνική λειτουργία	Αστική περιοχή	30	420,00	79,71	0.002
	Ημιαστική περιοχή	29	427,59	110,67	
	Αγροτική	71	470,77	51,58	
Σχολική λειτουργία	Αστική περιοχή	30	404,17	84,35	0.001
	Ημιαστική περιοχή	29	415,52	73,62	
	Αγροτική	71	466,55	53,78	

Το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας φάνηκε να επηρεάζει την ποιότητα ζωής των παιδιών. Ειδικότερα, τα παιδιά όπου οι μητέρες είχαν μέση εκπαίδευση φάνηκε αν έχουν υψηλότερη τιμή στην διάσταση σωματική λειτουργία. Επίσης, τα παιδιά όπου

οι μητέρες είχαν μέση ή ανώτατη εκπαίδευση φάνηκε αν έχουν υψηλότερη τιμή στην διάσταση συναισθηματική λειτουργία

Πίνακας 20. Ποιότητα ζωής παιδιών σε σύγκριση με επίπεδο εκπαίδευσης μητέρας

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Σωματική λειτουργία	Βασική εκπαίδευση	11	688,64	110,32	0,001
	Μέση εκπαίδευση	77	735,39	64,04	
	Ανώτερη εκπαίδευση	19	647,37	105,70	
	Ανώτατη εκπαίδευση	23	661,35	128,53	
Συναισθηματική λειτουργία	Βασική εκπαίδευση	11	345,91	139,32	0,016
	Μέση εκπαίδευση	77	412,01	79,84	
	Ανώτερη εκπαίδευση	19	353,95	71,81	
	Ανώτατη εκπαίδευση	23	390,22	90,69	

Σχετικά με την σύγκριση του δείκτη μάζας σώματος και της ποιότητας ζωής, φάνηκε ότι τα παιδιά που είναι λιποβαρή ή έχουν φυσιολογικό βάρος έχουν υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις σωματική και κοινωνική λειτουργία.

Πίνακας 21. Ποιότητα ζωής παιδιών σε σύγκριση με δείκτη μάζας σώματος

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Σωματική λειτουργία	Λιποβαρής	35	725,71	76,57	0,025
	Φυσιολογικό βάρος	80	707,33	92,72	
	Υπέρβαρος	11	670,45	96,71	
	Παχύσαρκος	4	587,50	202,59	
Κοινωνική λειτουργία	Λιποβαρής	35	455,71	68,35	0,025
	Φυσιολογικό βάρος	80	456,56	63,11	
	Υπέρβαρος	11	411,36	109,75	
	Παχύσαρκος	4	356,25	212,50	

Όσο αυξάνει το ΔΜΣ μειώνεται η σωματική λειτουργία ($r=-0.242$) καθώς και η κοινωνική λειτουργία ($r=-0.202$), ενώ δεν επηρεάζεται η συναισθηματική και σχολική λειτουργία.

Πίνακας 22. Διαστάσεις ποιότητας ζωής παιδιών σε σύγκριση με δείκτη μάζας σώματος

		ΔΜΣ
Σωματική λειτουργία	PearsonCorrelation	-,242**
	Sig. (2-tailed)	,005
	N	130
Συναισθηματική λειτουργία	PearsonCorrelation	-,081
	Sig. (2-tailed)	,362
	N	130
Κοινωνική λειτουργία	PearsonCorrelation	-,202*
	Sig. (2-tailed)	,021
	N	130
Σχολική λειτουργία	PearsonCorrelation	,024
	Sig. (2-tailed)	,786
	N	130

5.6. Συσχέτιση μεσογειακής διατροφής με ποιότητα ζωής παιδιών

- Δεν βρέθηκε συσχέτιση της μεσογειακής διατροφής με την ποιότητα ζωής παιδιών σε καμία από τις διαστάσεις αυτής.
- Θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της σωματικής λειτουργίας και της συναισθηματικής λειτουργία($r= 0.565$).
- Θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της κοινωνικής λειτουργία και των διαστάσεων σωματικήλειτουργία ($r= 0.585$) και συναισθηματική λειτουργία($r= 0.726$).
- Θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της σχολικής λειτουργία και των διαστάσεων σωματικήλειτουργία ($r= 0.391$), συναισθηματική λειτουργία($r= 0.655$) και κοινωνική λειτουργία($r= 0.598$).

Πίνακας 23. Συσχέτιση μεσογειακής διατροφής με ποιότητα ζωής παιδιών

		Μεσογειακή διατροφή	Σωματική λειτουργία	Συναισθηματική λειτουργία	Κοινωνική λειτουργία	Σχολική λειτουργία
Σωματική λειτουργία	PearsonCorrelation	-,112	1			
	Sig. (2-tailed)	,204				
	N	130	130			
Συναισθηματική λειτουργία	PearsonCorrelation	-,166	,565**	1		
	Sig. (2-tailed)	,060	,000			
	N	130	130	130		
Κοινωνική λειτουργία	PearsonCorrelation	-,132	,585**	,726**	1	
	Sig. (2-tailed)	,135	,000	,000		
	N	130	130	130	130	
Σχολική λειτουργία	PearsonCorrelation	-,116	,391**	,655**	,598**	
	Sig. (2-tailed)	,189	,000	,000	,000	
	N	130	130	130	130	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πλειοψηφία των παιδιών αθλούνταν 1-2 φορές εβδομαδιαίως. Συνήθως παρακολουθούν τηλεόραση περίπου 2 ώρες την ημέρα και επίσης 2 ώρες παίζουν στον υπολογιστή. 8 στα 10 παιδιά δεν θα ήθελα να χάσει βάρος και 9 στα 10 παιδιά του αρέσει το σώμα του σύμφωνα με τις δηλώσεις των γονέων. Σημαντικό είναι ότι η πλειοψηφία των παιδιών είναι ικανοποιητικά συμμορφωμένη με την μεσογειακή διατροφή. Επίσης, η ποιότητα ζωής αυτών φάνηκε να είναι υψηλή καθώς όλες διαστάσεις είχαν υψηλές μέσες τιμές με την σωματικήλειτουργία να βαθμολογήθηκε με την υψηλότερη και συναισθηματική λειτουργία με ην χαμηλότερη. Τα υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Επίσης, τόσο η διατροφή όσο και η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από τον τόπο διαμονής των παιδιών. Τα παιδιά που διέμεναν σε αγροτική περιοχή είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής και υψηλότερη πιθανότητα να ακολουθούν την μεσογειακή διατροφή.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με αυτά της διεθνής βιβλιογραφίας. Στην έρευνα των Khodaverdietal. (2011) η μείωση της ΠΖ δεν ήταν σημαντική για τα παιδιά με υπερβολικό βάρος, αλλά πιο έντονη για εκείνα που ήταν παχύσαρκα. Σε αυτό συμφωνεί και η παρούσα έρευνα. Επειδή ηΠΖ είναι πολυδιάστατη έννοια, είναι εφικτό κάποιες διαστάσεις να επηρεάζονται περισσότερο από το υπερβολικό βάρος ή την παχυσαρκία. Τα παχύσαρκα παιδιά διέφεραν από τα παιδιά με φυσιολογικό βάρος, πιο έντονα στις βαθμολογίες της σωματικής και κοινωνικής λειτουργίας, ενώ η σχολική και συναισθηματική λειτουργία φαινόταν ανεπηρέαστη. Οι Williamsetal. (2005) χρησιμοποίησαντο Peds QL 4.0 για να αξιολογήσουν την ποιότητα σε ένα δείγμα παχύσαρκων παιδιών με βάση την κοινότητα και ανέφεραν ότι η συνολική βαθμολογία, η σωματική υγεία και η κοινωνική λειτουργία μειώθηκαν σημαντικά καθώς αυξήθηκε το βάρος. Χρησιμοποιώντας ένα παρόμοιο δείγμα παιδιών σχολικής ηλικίας, οι Friedlanderetal. (2003), διαπίστωσαν ότι τα υπέρβαρα παιδιά είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες για την ψυχοκοινωνική, φυσική λειτουργία και την συνολική ποιότητα ζωής σε σύγκριση με παιδιά υγιούς βάρους. Σε άλλη έρευνα σε παιδιά σχολικής ηλικίας, ο Fiveash (2003) αξιολόγησε τις σωματικές και ψυχοκοινωνικές συνέπειες της παχυσαρκίας στην ποιότητα ζωής και παρατήρησε σημαντικά χαμηλότερες

βαθμολογίες για την κοινωνική λειτουργία σε παχύσαρκα παιδιά από ότι σε υπέρβαρα. Κλινική μελέτη με πολύ παχύσαρκα παιδιά και εφήβους κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα παχύσαρκα παιδιά είχαν περισσότερες από πέντε φορές πιθανότητες να αναφέρουν χαμηλή βαθμολογία ποιότητας ζωής σε σύγκριση με παιδιά φυσιολογικού βάρους (Schwimmeretal. 2003).Ο υψηλότερος ΔΜΣ έχει αρνητικό αντίκτυπο στις σωματικές, κοινωνικές, συναισθηματικές και σχολικές λειτουργίες μεταξύ παιδιών και εφήβων (Linnet al. 2018, Mirietal. 2017). Ωστόσο, οι αρνητικές επιπτώσεις του υψηλού ΔΜΣ είναι ισχυρότερες στον σωματικό τομέα παρά στον ψυχικό τομέα (Ford et al. 2001).

Τα παχύσαρκα και υπέρβαρα παιδιά στη μελέτη μας είχαν μειωμένη σωματική λειτουργία. Παρατηρήσαμε ότι ο ΔΜΣ συσχετίστηκε αντίστροφα με τη σωματική λειτουργία. Αυτό υποστηρίζει την ιδέα ότι η μειωμένη ικανότητα κίνησης με αυξανόμενο βάρος οδηγεί σε μείωση των θερμιδικών δαπανών με πιθανή συνέπεια μια περαιτέρω αναντιστοιχία στο ενεργειακό ισοζύγιο που οδηγεί σε επιπλέον βάρος (Schwimmeretal. 2003).Αυτό το εύρημα διευκρινίζει τους περιορισμούς που σχετίζονται με το υπερβολικό βάρος (π.χ. δύσκολο τρέξιμο, δουλειές του σπιτιού) για παχύσαρκα και υπέρβαρα παιδιά, ακόμη και αν δεν είναι τόσο βαριά όσο οι πληθυσμοί που αναζητούν θεραπεία.

Η παχυσαρκία είναι μια από τις πιο στιγματιστικές και λιγότερο κοινωνικά αποδεκτές καταστάσεις στην παιδική ηλικία (Schwimmeretal. 2003). Πράγματι, τα παχύσαρκα παιδιά σχολικής ηλικίας είναι πιο πιθανό να πέσουν θύματα εκφοβιστικής συμπεριφοράς (Janssen et al. 2004). Τα παχύσαρκα παιδιά συνήθως υφίστανται διακρίσεις και πειράγματα από τους συνομηλίκους τους (Dietz 1998, Brylinskyetal.1994, Hill 1995).Η μελέτη έδειξε ότι τα παχύσαρκα παιδιά παρουσίασαν διαταραχές στον κοινωνικό τομέα, ωστόσο η διαφορά ήταν χαμηλή, υποδηλώνοντας η μέτρια μείωση του βάρους μπορεί να βελτιώσει την κοινωνική ευημερία.

Οι διαφορές στις συναισθηματικές βαθμολογίες της ΠΖ ανά κατηγορία βάρους δεν ήταν σημαντικές. Τα παχύσαρκα παιδιά διατηρούν τη συναισθηματική τους υγεία παρουσιάζοντας ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Αυτά τα παιδιά παρά το γεγονός ότι αντιμετωπίζουν κάποιο βαθμό σωματικών και κοινωνικών δυσκολιών, μπορεί να είναι το κλειδί για τις προσπάθειες που αποσκοπούν στην κατανόηση της φύσης και

στην ανάπτυξη προληπτικών παρεμβάσεων για την προαγωγή της ευημερίας στα παχύσαρκα παιδιά (Dulmusetal. 2004).

Ένα υψηλό ποσοστό προβλημάτων ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, έχει τεκμηριωθεί μεταξύ παχύσαρκων/υπέρβαρων παιδιών (Braetetal. 1997, Russell-Mayhewetal. 2012). Οι ανησυχίες για το βάρος στα παιδιά μπορεί να εκδηλωθούν ως συμπτώματα κατάθλιψης συχνότερα σε υπέρβαρα/παχύσαρκα άτομα από τους συνομηλίκους τους με φυσιολογικό βάρος (Ericksonetal. 2000). Ωστόσο, η εγκυρότητα της μέτρησης της κατάθλιψης είναι ένα δύσκολο ζήτημα κατά την ανάπτυξη ενός παιδιατρικού οργάνου ΠΖ.

Το κύριο πλεονέκτημα αυτής της μελέτης ήταν η χρήση ενός έγκυρου και αξιόπιστου εργαλείου για την αξιολόγηση της ΠΖ. Υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί της παρούσας μελέτης. Αρχικά, το 61,5% των παιδιών στην παρούσα μελέτη δεν ήταν παχύσαρκα ή υπέρβαρα. Επομένως, η γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων μας μπορεί να είναι κάπως περιορισμένη. Συγκεκριμένα, τα ευρήματά μας θα πρέπει να ερμηνεύονται και να εφαρμόζονται κλινικά με προσοχή όταν διαχειριζόμαστε πιθανά ψυχολογικά θέματα σε παχύσαρκα/υπέρβαρα παιδιά. Επίσης, οι ικανότητες διάκρισης των διαστάσεων ΠΖ για ψυχοκοινωνικά ζητήματα και ΔΜΣ αξιολογήθηκαν με μια συγχρονική μελέτη. Τρίτον, ζητήθηκε από τους γονείς να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και όχι απευθείας τα παιδιά και ενδέχεται να μην μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παιδική παχυσαρκία είναι μια παγκόσμια επιδημία, με τα ποσοστά επιπολασμού να διπλασιάζονται ή να τριπλασιάζονται τα τελευταία 15 χρόνια. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η παχυσαρκία εμφανίζεται σε έναν από τους δέκα ανθρώπους παγκοσμίως (WHO 2008, vanVliet-Ostapchouketal. 2014). Τα αποτελέσματα της έρευνας του WHO-CollaborativeHealthBehaviorinChildren-School (HBSC) έδειξαν ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας ήταν υψηλότερος από 10% μεταξύ των παιδιών σχολικής ηλικίας στις περισσότερες χώρες, από 7,6% στη Λετονία έως 28,8% σε Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) (Haug et al. 2009).

Η παρούσα έρευνα έδειξε ότι 11% του δείγματος των παιδιών ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Η πλειοψηφία των παιδιών ακολουθούσαν την μεσογειακή διατροφή και υψηλότερο ήταν το ποσοστό αυτών που διέμεναν σε αγροτική περιοχή. Επίσης η ποιότητα ζωής των παιδιών φάνηκε να επηρεάζεται από την παχυσαρκία καθώς, τα παιδιά με παχυσαρκία ή υπερβολικό βάρος είχαν χαμηλότερη σωματική και κοινωνική λειτουργία.

Αρνητικές συνέπειες της παχυσαρκίας είναι οι χρόνιες ασθένειες σε ενήλικη ζωή αλλά και ως παιδιά. Εκτός από την αυξημένη συννοσηρότητα, οι ψυχοκοινωνικοί περιορισμοί παίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή αυτών των παιδιών. Η ποιότητα ζωής (QOL) μπορεί να οριστεί ως μια πολυδιάστατη κατασκευή που αντανακλά τις προσωπικές αντιλήψεις για την απόλαυση και την ικανοποίηση από τη ζωή (14). Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής της παιδικής ηλικίας μπορεί να δώσει πληροφορίες για την αυτοαξιολόγηση του παιδιού για τη σωματική, κοινωνική, συναισθηματική και σχολική λειτουργία, αλλά οι περισσότερες έρευνες για την ποιότητα του παιδιού έχουν πραγματοποιηθεί με άτομα που αντιμετωπίζουν δυσφορία που σχετίζεται με το βάρος αρκετά σημαντική για να αναζητήσουν θεραπεία.

Προτάσεις

Η παχυσαρκία είναι σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται στην κοινότητα. Ειδικότερα:

- ❖ Τα σχολεία θα πρέπει να εφαρμόζουν πρότυπα διατροφής για όλα τα τρόφιμα και τα ποτά που σερβίρονται σε σχολικούς χώρους, συμπεριλαμβανομένων εκείνων από αυτόματους πωλητές. Έχει σημειωθεί ραγδαία αύξηση στη

διαθεσιμότητα και την εμπορία τροφίμων, όπως αναψυκτικά και σνακ από αυτόματα μηχανήματα πώλησης, καθώς και άλλα τρόφιμα και ποτά υψηλής θερμιδικής αξίας και χαμηλών θρεπτικών συστατικών που ανταγωνίζονται αυτά που προσφέρονται μέσω ομοσπονδιακών προγραμμάτων σχολικών γευμάτων.

- ❖ Τα σχολεία θα πρέπει να διευρύνουν τις ευκαιρίες για όλους τους μαθητές να ασκούν τουλάχιστον 30 λεπτά μέτριας έως έντονης σωματικής δραστηριότητας κάθε μέρα. Τα σχολεία πρέπει να παρέχουν μαθήματα φυσικής αγωγής που διαρκούν 30 έως 60 λεπτά κάθε μέρα. Επειδή τα παιδιά έχουν ποικίλες ικανότητες και ενδιαφέροντα, τα σχολεία θα πρέπει επίσης να διευρύνουν τις ευκαιρίες πέρα από τα παραδοσιακά μαθήματα φυσικής αγωγής για να δημιουργήσουν ή να ενισχύσουν τα αθλήματα, το περπάτημα και την ποδηλασία στο σχολείο και άλλους χώρους και προγράμματα.
- ❖ Οι σχολικές υπηρεσίες υγείας πρέπει να μετρούν το βάρος, το ύψος και τον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) κάθε μαθητή ετησίως και να παρέχουν τα αποτελέσματα στους μαθητές και τις οικογένειες. Δεδομένου ότι πολλοί έφηβοι δεν υποβάλλονται σε ετήσιους ελέγχους, αυτές οι πληροφορίες θα βοηθήσουν τις οικογένειες να αντιληφθούν τυχόν προβλήματα βάρους και να παρακολουθήσουν την πρόοδο των παιδιών τους.
- ❖ Οι βιομηχανίες τροφίμων, ποτών και ψυχαγωγίας θα πρέπει να αναπτύξουν εθελοντικά και να εφαρμόσουν κατευθυντήριες γραμμές για τη διαφήμιση και το μάρκετινγκ που απευθύνονται σε παιδιά και νέους.
- ❖ Οι γονείς πρέπει επίσης να παίξουν το ρόλο τους, παρέχοντας υγιεινά τρόφιμα στο σπίτι και ενθαρρύνοντας τη σωματική δραστηριότητα περιορίζοντας την τηλεόραση, τα βιντεοπαιχνίδια και τον υπολογιστή των παιδιών τους σε λιγότερο από δύο ώρες την ημέρα. Παρόλο που πολλοί κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τις διατροφικές και δραστηριότητες των παιδιών, οι γονείς μπορούν να ασκήσουν βαθιά επιρροή στα παιδιά τους προωθώντας υγιεινά τρόφιμα και έναν ενεργό τρόπο ζωής από μικρή ηλικία και χρησιμεύοντας ως πρότυπα, αναφέρει η έκθεση. Οι γονείς μπορούν να ενθαρρύνουν τα παιδιά τους να αναπτύξουν μια υγιεινή, ποικίλη διατροφή εισάγοντας νέα τρόφιμα. Η επανειλημμένη έκθεση είναι πιο κρίσιμη κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής και

μπορεί να χρειαστούν πέντε έως 10 εκθέσεις σε ένα νέο τρόφιμο προτού το αποδεχτεί ένα παιδί. Επιπλέον, οι γονείς πρέπει να λάβουν υπόψη τους μικρότερα μεγέθη μερίδας, να ενθαρρύνουν τα παιδιά να σταματήσουν να τρώνε όταν αισθάνονται χορτάτα και να αποφεύγουν τη χρήση του φαγητού ως ανταμοιβή.

- ❖ Οι γιατροί, οι νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συζητούν ενεργά το βάρος και τον ΔΜΣ των ασθενών τους με τους γονείς και με τα ίδια τα παιδιά με ευαίσθητο και κατάλληλο για την ηλικία τρόπο. Οισυνομιλίες σχετικά με το βάρος στο ιατρείο μπορεί να είναι δύσκολες λόγω ανησυχιών σχετικά με τον στιγματισμό και την απροθυμία να αναγνωρίσουν ένα προκλητικό πρόβλημα. Τα προγράμματα κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας και οι επαγγελματικές οργανώσεις θα πρέπει να απαιτούν την ενσωμάτωση γνώσεων και δεξιοτήτων που σχετίζονται με την πρόληψη της παχυσαρκίας στα προγράμματα σπουδών και τις εξετάσεις τους, έτσι ώστε οι επαγγελματίες υγείας να έχουν την επίγνωση και τις δεξιότητες για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων.

BIBLIOGRAFIA

- Aphramor, L. 2005 Is a Weight-Centred Health Framework Salutogenic? Some Thoughts on Unhinging Certain Dietary Ideologies, in *Social Theory & Health*, 3, pp. 315-340.
- Barker, D.J.P. 1998 *Mothers and Babies and Health in Later Life*, Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Birch, L.L. 1999 Development of food preferences, in *Annual Review of Nutrition*, 19, pp. 41-62.
- Braet C., Mervielde I., Vandereycken W. Psychological aspects of childhood obesity: A controlled study in a clinical and nonclinical sample. *Journal of Pediatric Psychology*. 1997;22:59–71.
- Bruch, H. (1997), Obesity in Childhood and Personality Development. *Obesity Research*, 5: 157-161. <https://doi.org/10.1002/j.1550-8528.1997.tb00657.x>
- Brylinsky JA, Moore JC. The identification of body build stereotypes in young children. *J Res Pers*. 1994;28:170–81. [[Google Scholar](#)]
- Carpenter, K.M., Hasin, D.S., Allison, D.B. e M.S. Faith 2000 Relationships Between Obesity and DSM-IV Major Depressive Disorder, Suicide Ideation, and Suicide Attempts: Results from a General Population Study, in *American Journal of Public Health*, 90, pp. 251-257.
- Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index to define thinness in children and adolescent: International survey. *BJM*. 2007;335:166-7.
- Cole, T.J., Bellizzi, M, Flegal, K.M. e Dietz H. 2000 Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey, *BMJ*, 320(7244): 1240-43.
- Crespo, C.J., Ainsworth, B.E., Keteyian, S.J., Heath, G.W. e E. Smit “L’obesità infantile: un problema rilevante e di sanità pubblica” 1999 Prevalence of Physical Inactivity and Its Relation to Social Class in U.S. Adults: Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994, in *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31, pp. 1821-1827.

- Crosnoe, R. 2007 Gender, Obesity and Education, in *Sociology of Education*, 80, pp. 241-260.
- Currie, C., et al., (eds.) 2012 Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- De Irala-Estévez, J., Groth, M., Johansson, L., Oltersdorf, U., Prättälä, R. e M.A. Martínez-González 2000 A Systematic Review of Socio-Economic Differences in Food Habits in Europe: Consumption of Fruit and Vegetables, in *European Journal of Clinical Nutrition*, 54, pp. 706-714.
- de Onis M, Blössner M, Borghin E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children *Am J Clin Nutr*. 2010;92:1257-64.
- de Onís M, Lobstein T. Defining obesity risk status in the general childhood population: Which cut-offs should we use? *Int J PediatrObes*. 2010;5(6):458-60.
- de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull WHO*. 2007;85:660-7.
- Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*. 1998;101:518–25.
- Dulmus CN. *Rapp-Paglicci LA* Prevention and resilience. In: Dulmus CN, Wodar JS, editors. *Rapp-Paglicci LA*. Wiley; US: 2004. pp. 3–11. *Handbook of Preventive Interventions for Children and Adolescents*.
- Erickson S.J., Robinson T.N., Haydel K.F., Killen J.D. Are overweight children unhappy?: Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*. 2000;154:931–935.
- Erickson SJ, Robinson TN, Haydel KF, Killen JD. Are overweight children unhappy?: Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Arch PediatrAdolesc Med* 2000; 154: 931–935.
- Faith, M.S. e Kral, T.V.E. 2006 Social environment and genetic influences on obesity and obesity-promoting behaviors: Fostering research integration, in *Genes*,

Behavior, and the Social Environment – Moving Beyond the Nature/Nurture Debate, Hernandez LM, Blazer DG (a cura di), Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academies Press, pp. 236-280.

Ferrández A, Baguer L, Labarta J, Labena C, Mayayo E, Puba B, et al. Longitudinal study of normal spanish children from birth to adulthood (anthropometric, pubertal, radiological and intellectual data. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2005;2 (suppl 4):425.

Fischler, C (1993) 'A nutritional cacophony or the crisis of food selection in affluent societies'. Nestle Nutrition Workshop Series: For a Better Nutrition in the 21st Century , 57 - 65.

Fiveash LB. 2003. The relationship among obesity, QOL, and health care in African American school children. [PhD thesis]. The University of Alabama at Birmingham.

Ford E.S., Moriarty D.G., Zack M.M., Mokdad A.H., Chapman D.P. Self-Reported Body Mass Index and Health-Related Quality of Life: Findings from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Obesity.* 2001;9:21–31.

Friedlander SL, Larkin EK, Rosen CL, Palermo TM, Redline S. Decreased quality of life associated with obesity in school-aged children. *Arch PediatrAdolesc Med.* 2003;157:1206–11.

Galobardes, B., Morabia, A. e M.S. Bernstein 2001 Diet and Socioeconomic Position: Does the Use of Different Indicators Matter?, in Intern Journal of Epidemiology, 30, pp. 334-340.

Gkoltsiou, K., Dimitrakaki, C., Tzavara, C., Papaevangelou, V., Varni, J. W., &Tountas, Y. (2008). Measuring health-related quality of life in Greek children: psychometric properties of the Greek version of the Pediatric Quality of Life Inventory TM 4.0 Generic Core Scales. *Quality of Life Research*, 17(2), 299-305.

Hasenboehler K, Munsch S, Meyer AH, Kappler C, Vogele C. Family structure, body mass index, and eating behavior. *Int J Eating Disord* 2009; 42: 332–338.

Haug E, Rasmussen M, Samdal O, Iannotti R, Kelly C, Borraccino A, Vareecken C, Melkevik O, Lazzeri G, Giacchi M, Ercan O, Due P, Ravens-Sieberer U, Currie

- C, Morgan A, Ahluwalia N. Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors-results from the WHO-collaborative health behaviour in school-aged children (HBSC) study. *Int J Public Health*. 2009;54(2):167–79.
- Hill AJ, Silver EK. Fat, friendless and unhealthy: 9 year old children's perception of body shape stereotypes. *Int J ObesRelatMetabDisord*. 1995;19:423–30.
- Hills AP, Andersen LB, Byrne NM Physical activity and obesity in children *British Journal of Sports Medicine* 2011;45:866-870.
- Hu, F. B. 2008 *Obesity Epidemiology*, New York, Oxford University Press.
- Janssen I, Craig WM, Boyce WF, Pickett W. Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. *Pediatrics*. 2004;113:1187–94.
- Kaati G, Bygren LO, Pembrey ME, Sjöström M Transgenerational response to nutrition, early life circumstances and longevity. *Eur J Human Genetics*. 2007;15:784-90.
- Khodaverdi, F., Alhani, F., Kazemnejad, A., & Khodaverdi, Z. (2011). The relationship between obesity and quality of life in school children. *Iranian journal of public health*, 40(2), 96.
- Lin Y.-C., Latner J.D., Fung X.C.C., Lin C.-Y. Poor health and experiences of being bullied in adolescents: Self-perceived overweight and frustration with appearance matter. *Obesity*. 2018;26:397–404.
- Lyon, H.N. e J.N. Hirschhorn 2005 Genetics of Common Forms of Obesity: A Brief Review, in *American Journal of Clinical Nutrition*, 82 (suppl.), pp. 215S-217S.
- Mancino, L., Lin, B.H. e N. Ballenger 2004 The Role of Economics in Eating Choices and Weight Outcomes, in «*Agriculture Information Bulletin*» n. 791, Economic Research Service (ERS), U.S. Department of Agriculture (USDA).
- Mellbin T, Vuille JC. Rapidly developing overweight in school children as an indicator of psychosocial stress. *Acta PaediatrScand* 1989; 78: 568–575.
- Miri S.F., Javadi M., Lin C.-Y., Irandoost K., Rezazadeh A., Pakpour A.H. Health related quality of life and Weight Self-Efficacy of Life style among normal-

- weight, overweight and obese Iranian adolescents: A case control study. *International Journal of Pediatrics*. 2017;5:5975–5984.
- Neira M, de Onis M. The Spanish strategy for nutrition, physical activity and the prevention of obesity. *Br J Nutr*. 2006;96 Suppl 1:S8-11.
- Nestle, M. 2007 *Food Politics: How the Food Industry Influences Nutrition and Health*, Berkeley, University of California Press.
- Pembrey ME. Time to take epigenetic inheritance seriously. *Eur J Human Genetics*. 2002;10:669-71.
- Pitrou I, Shojaei T, Wazana A, Gilbert F, Kovess-Masfety V. Child overweight, associated psychopathology, and social functioning: a French school-based survey in 6- to 11-year-old children. *Obesity (Silver Spring)* 2010; 18: 809–817.
- Price, R.A. 2004 *Genetics and Common Obesity: Background, Current Status, Strategies and Future Prospects*, in T.A. Wadden e A.J. Stunkard (a cura di), *Handbook of Obesity Treatment*, New York, Guilford Press, pp. 73-94.
- Puder, Jarden&Munsch, Simone. (2010). Psychological correlates of childhood obesity. *International journal of obesity* (2005). 34 Suppl 2. S37-43. 10.1038/ijo.2010.238.
- Puhl, R.M. e K.D. Brownell 2001 Bias, Discrimination, and Obesity, in *Obesity Research*, 9, pp. 788-805. 2003 *Ways of Coping with Obesity Stigma: Conceptual Review and Analysis*, in *Eating Behaviors*, 4, pp. 53-78.
- Roos, G., Johansson, L., Kasmel, A., Klumbiené, J. e R. Prättälä 2000 Disparities in Vegetable and Fruit Consumption: European Cases from the North to the South, in *Public Health Nutrition*, 4, pp. 35-43.
- Russell-Mayhew S., McVey G., Bardick A., Ireland A. Mental health, wellness, and childhood overweight/obesity. *Journal of Obesity*. 2012;2012:281801.
- Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JM. Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA*. 2003;289:1813–19.
- Speiser PW, Rudolf MC, Anhalt H, Camacho-Hubner C, Chiarelli F, Eliakim A et al. Childhood obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90: 1871–1887.

- Stunkard, A.J. e T.I.A. Sorensen 1993 Obesity and Socioeconomic Status: A Complex Relation, in «New England Journal of Medicine», 329, pp. 1036-1037.
- Stunkard, A.J., LaFleur, W.R. e T.A. Wadden 1998 Stigmatization of Obesity in Medieval Time: Asia and Europe, in International Journal of Obesity, 22, pp. 1141-1144.
- Tanner JM, Whitehouse RH. WHO multicentre growth reference study group. The WHO child growth standards, length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight for height, body mass index-for-age:, Methods and development. Genève: World Health Organization; 2006.
- van Vliet-Ostapchouk JV, Nuotio ML, Slagter SN, Doiron D, Fischer K, Foco L, Joensuu A. The prevalence of metabolic syndrome and metabolically healthy obesity in Europe - a collaborative analysis of ten large cohort studies. BMC EndocrDisord. 2014;14(1):9.
- Wadsworth, M. and S. Butterworth 2006 Early Life, in M. Marmot e R.G. Wilkinson, Social Determinants of Health, New York, Oxford University Press, pp. 31-53.
- Wagner IV, Sergeyev E, Dittrich K, Gesing J, Neef M, Adler M, Geserick M, Pfäffle RW, Körner A, Kiess W. Beeinflusst die kindliche Adipositas die Pubertätsentwicklung? [Does childhood obesity affect sexual development?]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013 Apr;56(4):504-10. German. doi: 10.1007/s00103-012-1617-x. PMID: 23529595.
- WHO (World Health Organization) 2000 Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation, (WHO Technical Report Series n. 894), Geneva
- WHO (World Health Organization) 2008. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation. Geneva: WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44583/1/9789241501491_eng.pdf.
- WHO 2005 The Challenge of Obesity in the WHO European Region (Fact Sheet EURO/13/05), Copenhagen

WHO, Ufficio Regionale per l'Europa. 2007 The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response: Summary, WHO Regional Office for Europe.

WHO-FAO 2003 Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, Geneva, 28 gennaio-1 febbraio 2002 (WHO technical report series, 916), Geneva, OMS.

Williams J, Wake M, Hesketh K, Maher E, Waters E. Health-related quality of life of overweight and obese children. *JAMA*. 2005;293:70–6.

Παράρτημα Α΄



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ «ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ»

Αγαπητέ /ή,

Το παρόν ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθεί για την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας μου με θέμα "*Η παιδική παχυσαρκία και οι επιπτώσεις στην υγεία και στον ψυχισμό του παιδιού.*" Στόχος της παρούσας έρευνας είναι διερεύνηση των απόψεων των γονέων σχετικά με την επιρροή της παιδικής παχυσαρκίας του παιδιού τους στην υγεία και στον ψυχισμό αυτού.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς αυτής.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται **ανώνυμα** και απαιτεί 5- 10 λεπτά από τον πολύτιμο χρόνο σας. Η συμβολή σας είναι σημαντική για την διεξαγωγή της έρευνας.

Με εκτίμηση,

Παπαϊωάννου Ευαγγελία

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά Γονέα

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται από	<input type="checkbox"/> Μητέρα	<input type="checkbox"/> Πατέρα		
Ηλικία				
Εθνικότητα	<input type="checkbox"/> Ελληνική	<input type="checkbox"/> Άλλη		
Τόπος κατοικίας	<input type="checkbox"/> Αστική περιοχή	<input type="checkbox"/> Ημιαστική περιοχή	<input type="checkbox"/> Αγροτική	
Μορφωτικό επίπεδο Πατέρα	<input type="checkbox"/> Βασική εκπαίδευση		<input type="checkbox"/> Μέση εκπαίδευση	
	<input type="checkbox"/> Ανώτερη εκπαίδευση		<input type="checkbox"/> Ανώτατη εκπαίδευση	
Μορφωτικό επίπεδο Μητέρας	<input type="checkbox"/> Βασική εκπαίδευση		<input type="checkbox"/> Μέση εκπαίδευση	
	<input type="checkbox"/> Ανώτερη εκπαίδευση		<input type="checkbox"/> Ανώτατη εκπαίδευση	
Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού	<input type="checkbox"/> <500 €	<input type="checkbox"/> από 500-1000		<input type="checkbox"/> από 1000-1500
	<input type="checkbox"/> από 1500-2000		<input type="checkbox"/> >2000 €	
Οικογενειακή κατάσταση	<input type="checkbox"/> Άγαμη	<input type="checkbox"/> Έγγαμη	<input type="checkbox"/> Διαζευγμένη	<input type="checkbox"/> Χήρα
Αριθμός παιδιών	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> ≥4

Χαρακτηριστικά Παιδιού

Ηλικία παιδιού			
Τάξη	<input type="checkbox"/> Δημοτικό		<input type="checkbox"/> Γυμνάσιο
	<input type="checkbox"/> Λύκειο		
Ύψος			
Βάρος			
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	<input type="checkbox"/> Ναι		<input type="checkbox"/> Όχι
Εάν ΝΑΙ παρακαλώ προσδιορίστε:			

Διατροφικές συνήθειες

Σημειώστε ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ καταναλώνει το παιδί σας τα παρακάτω τρόφιμα σε μια συνήθη εβδομάδα.

Πόσο συχνά καταναλώσατε	Συχνότητα κατανάλωσης (μερίδα / εβδομάδα ή καθορισμένα διαφορετικά)					
	Ποτέ	1-6	7-12	13-18	19-31	>32
Μη επεξεργασμένα δημητριακά (ολικής αλέσεως ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι κ.α.)	Ποτέ	1-6	7-12	13-18	19-31	>32
Πατάτες	Ποτέ	1-4	5-8	9-12	13-18	>18
Φρούτα	Ποτέ	1-4	5-8	9-15	16-21	>22
Λαχανικά	Ποτέ	1-6	7-12	13-20	21-32	>33
Όσπρια	Ποτέ	<1	1-2	3-4	5-6	>6
Ψάρι	Ποτέ	<1	1-2	3-4	5-6	>6
Κόκκινο κρέας και παράγωγα	≤1	2-3	4-5	6-7	8-10	>10
Πουλερικά και λευκά κρέατα	≤3	4-5	5-6	7-8	9-10	>10
Πλήρες σε λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί, γιαούρτι, γάλα)	≤10	11-15	16-20	21-28	29-30	>30
Χρήση ελαιόλαδου στο μαγείρεμα (φορές / εβδομάδα)	Ποτέ	Σπάνια	<1	1-3	3-5	Καθημερινά
Αλκοολούχα ποτά (ml / ημέρα, 100ml=1 ποτήρι)	<300	300	400	500	600	>700 ή 0

Άθληση – Καθημερινές συνήθειες

Ασχολείται το παιδί σας με τον αθλητισμό;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Αν ΝΑΙ, με ποιο άθλημα ασχολείται;	Ποδόσφαιρο <input type="checkbox"/>	Μπασκετ <input type="checkbox"/>	Βόλλεϋ <input type="checkbox"/>
	Στίβο <input type="checkbox"/>	Κολύμβηση <input type="checkbox"/>	Τέννις <input type="checkbox"/>
	Υδατοσφαίριση <input type="checkbox"/>	Ρυθμική <input type="checkbox"/>	Πολεμικές Τέχνες <input type="checkbox"/>
Κάθε πότε αθλείται;	Κάθε μέρα	5-6 φορές την εβδομάδα	4-3 φορές την εβδομάδα
	1-2 φορές την εβδομάδα	Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα	
Πόσα χρόνια αθλείται;	Λιγότερο από 1 χρόνο	1-3 χρόνια	Περισσότερο από 3 χρόνια
Πόσες ώρες την ημέρα βλέπει τηλεόραση;	_____ (ώρες)		
Πόσες ώρες την ημέρα παίζει παιχνίδια στον υπολογιστή;	_____ (ώρες)		
Θέλει το παιδί σας να χάσει κιλά;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Σας παραπονιέται ότι θέλει να χάσει κιλά;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Του/της αρέσει το σώμα του/της;	ΝΑΙ	ΟΧΙ	

PedsQL™

Παιδιατρικό Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα της Ζωής

ΑΝΑΦΟΡΑ ΓΟΝΕΩΝ για ΠΑΙΔΙΑ (ηλικίες 8-12 ετών)

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

Στην επόμενη σελίδα υπάρχει μια λίστα από πράγματα που μπορεί να προκαλούν πρόβλημα στο παιδί σας.

Κατά τον τελευταίο **ΕΝΑ μήνα**, πόσο πρόβλημα είχε το παιδί σας με το ...

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (προβλήματα με...)

	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Να περπατά περισσότερο από ένα οικοδομικό	0	1	2	3	4
2. Να τρέχει	0	1	2	3	4
3. Να συμμετέχει σε σπορ ή άσκηση	0	1	2	3	4
4. Να σηκώνει κάτι βαρύ (όπως την σχολική τσάντα)	0	1	2	3	4
5. Να κάνει μπάνιο ή ντους μόνο του	0	1	2	3	4
6. Να κάνει δουλειές μέσα στο σπίτι	0	1	2	3	4
7. Να έχει σωματικούς πόνους	0	1	2	3	4

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (προβλήματα με ...)

	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Να νιώθει φοβισμένο	0	1	2	3	4
2. Να νιώθει λυπημένο	0	1	2	3	4
3. Να νιώθει θυμωμένο	0	1	2	3	4
4. Να δυσκολεύεται στον ύπνο	0	1	2	3	4

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (προβλήματα με ...)

	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Να τα πηγαίνει καλά με άλλα παιδιά	0	1	2	3	4
2. Να μην θέλουν άλλα παιδιά να είναι φίλοι του	0	1	2	3	4
3. Να τον πειράζουν άλλα παιδιά	0	1	2	3	4
4. Να μην μπορεί να κάνει πράγματα που άλλα παιδιά της ηλικίας του μπορούν	0	1	2	3	4

ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (προβλήματα με...)

	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Να προσέχει μέσα στην τάξη	0	1	2	3	4
2. Να ξεχνά πράγματα	0	1	2	3	4
3. Να ανταποκρίνεται στα μαθήματα	0	1	2	3	4
4. Να λείπει από το σχολείο επειδή δεν ένιωθε καλά	0	1	2	3	4

Σας ευχαριστούμε πολύ!