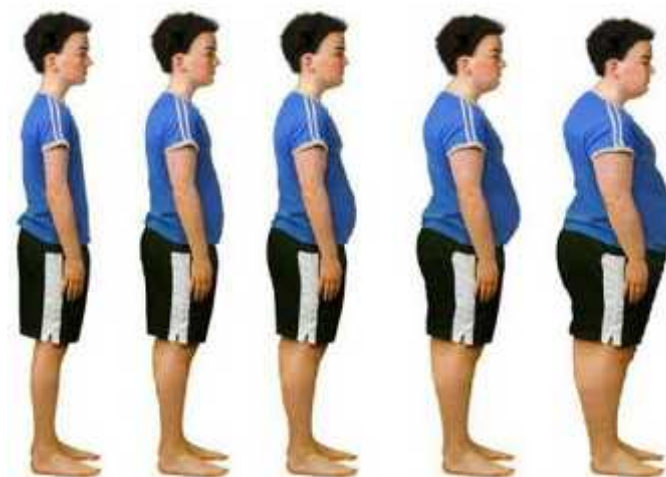


ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

**ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ**

ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ



Κλεϊς Κόζεμουντ-Σανίδα

Θεσσαλονίκη 2012

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Κλεϊς Κόζεμουντ-Σανίδη

Επόπτης Καθηγητής : Καλλιόπη Κοτζαηλία

Θεσσαλονίκη 2012

Περίληψη

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό την ανάλυση της νόσου της παιδικής παχυσαρκίας. Αυτή αποτελεί πρόβλημα της δημόσιας υγείας και η συχνότητα εμφάνισής της αυξάνεται συνεχώς.

Αρχικά γίνεται αναφορά στην παχυσαρκία γενικώς, έπειτα αναλύεται το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας πιο διεξοδικά, καθώς επίσης οι επιπλοκές που παρουσιάζονται στην υγεία του παιδιού και την ψυχολογία του.

Ακόμη δίνεται έμφαση στην παχυσαρκία στα παιδιά της Ελλάδας και τα αίτια εμφάνισής της σε αυτή. Αναφορικά παρατίθεται η ιστορική αναδρομή της παιδικής παχυσαρκίας.

Τελικά η νόσος της παιδικής παχυσαρκίας χρίζει ορθής αντιμετώπισης, με απαραίτητη προϋπόθεση την συνεργασία του παιδιού με τους γονείς. Κυριότερη δε είναι η λήψη μέτρων για την πρόληψή της.

Λέξεις κλειδιά: παιδική παχυσαρκία, διατροφή, άσκηση, παχυσαρκία στη Ελλάδα, γονείς και παχυσαρκία

Abstract

This study aims to analyze the disease of childhood obesity. This is a public health problem and its frequency is increasing continuously. Firstly referring to the general obesity, afterwards the problem of childhood obesity is analyzed in details, as well as the complications revealed in the child's health and its psychology. Emphasis is laid on childhood obesity in Greece and the causes of its appearance there. The historic path of the childhood obesity is briefly mentioned. Finally the disease of childhood obesity deserves proper treatment, which requires necessarily the cooperation between child and parents. Most important are the steps to be taken to prevent it.

Keywords: childhood obesity, diet, exercise, obesity in Greece, parents and obesity

Πίνακας Περιεχομένων

1. Εισαγωγή.....	7
2. Δομές.....	8
2.1 Παχυσαρκία.....	8
2.1.1 Ορισμός.....	8
2.1.2 Ιστορική Αναδρομή.....	8
2.1.3 Μορφές Παχυσαρκίας.....	12
2.1.4 Εντοπισμός της Παχυσαρκίας.....	12
2.1.5 Πρωτεΐνη της Παχυσαρκίας.....	12
2.1.6 Αιτίες Παχυσαρκίας.....	13
2.1.6.1 Υπερβολική πρόσληψη θερμίδων.....	13
2.1.6.2 Ελαττωμένη ή Περιορισμένη φυσική άσκηση.....	13
2.1.6.3 Κληρονομικότητα.....	13
2.1.6.4 Λήψη φαρμάκων.....	14
2.1.6.5 Ψυχολογικοί, Κοινωνικοί, Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	14
2.1.6.6 Ενδοκρινικές διαταραχές.....	14
2.1.6.7 Εγκεφαλικές παθήσεις.....	14
2.1.7 Κλινική εικόνα της παχυσαρκίας και Επιπλοκές.....	14
2.1.8 Δείκτης Μάζας Σώματος.....	15
2.1.9 Ψυχολογικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας.....	16
2.2 Βασικός μεταβολισμός και τρόποι μέτρησης του λίπους.....	16
2.2.1 Βασικός μεταβολισμός.....	16
2.2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τον Β.Μ.....	16
2.2.3 Εργαστηριακές μετρήσεις.....	17
2.2.3.1 Μέτρηση της πυκνότητας του σώματος.....	17
2.2.3.2 Μέτρηση του ολικού νερού της ελεύθερης λίπους μάζας του σώματος....	17
2.2.3.3 Μέτρηση του ολικού καλίου του σώματος.....	17
2.2.3.4 Λιποδιαλυτικά αέρια.....	17
2.2.4 Μηχανήματα προσδιορισμού της σύνθεσης του σώματος.....	17
2.2.4.1 Μετρήσεις ηλεκτρικής αγωγιμότητας.....	17
2.2.4.2 Υπέρυθρη ακτινοβολία.....	17
2.2.4.3 Μετρήσεις με ενεργοποίηση νετρονίου.....	17
2.2.4.4 Πυρηνικός μαγνητικός συντονισμός.....	18
2.2.4.5 Ηλεκτρονικός τομογράφος.....	18
2.2.4.6 Συσκευή υπερήχων.....	18
2.2.5 Ανθρωπομετρικές μετρήσεις.....	18
2.2.5.1 Δείκτης Broca.....	18
2.2.5.2 Επιθυμητό ή ιδανικό βάρος.....	18
2.2.5.3 Σχετικό βάρος.....	18
2.2.5.4 Δείκτης μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ).....	18
2.2.5.5 Μετρήσεις μέσης.....	19

2.2.5.6 Μετρήσεις του πάχους των δερματικών πτυχών.....	19
2.3 Παιδική παχυσαρκία.....	20
2.3.1 Ορισμός της παιδικής παχυσαρκίας.....	20
2.3.2 Αίτια παιδικής παχυσαρκίας.....	20
2.3.2.1 Το φαγητό.....	21
2.3.2.2 Τα ΜΜΕ.....	22
2.3.2.3 Τα φαστ φουντ.....	23
2.3.2.4 Τα τεχνάσματα των καταστημάτων τροφών.....	24
2.3.2.5 Τα σχολεία.....	24
2.3.2.6 Η εκτίμηση των αδύνατων.....	24
2.3.2.7 Μόνα στο σπίτι.....	24
2.3.2.8 Εμπόδια στην άσκηση.....	24
2.3.2.9 Μειωμένη σωματική δραστηριότητα.....	25
2.3.2.10 Ψυχοκοινωνικοί λόγοι.....	25
2.3.2.11 Ορμονικά αίτια.....	25
2.3.2.12 Ο ρόλος του θηλασμού.....	25
2.3.2.13 Κληρονομικότητα.....	25
2.3.3 Επιπλοκές παιδικής παχυσαρκίας.....	26
2.3.4 Κρίσιμες περίοδοι για την εκδήλωση της παχυσαρκίας στα παιδιά.....	27
2.3.5 Παιδική παχυσαρκία και οι επιπλοκές στην υγεία.....	27
2.3.6 Ο κίνδυνος παραμονής της παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή.....	29
2.3.7 Η παιδική παχυσαρκία στην Ελλάδα.....	30
2.4 Η ψυχολογία του παχύσαρκου παιδιού.....	31
2.5 Αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας.....	33
2.5.1 Διατροφή.....	33
2.5.1.1 Περίοδοι διατροφής.....	36
2.5.1.2 Περίοδος διατροφής με γάλα.....	36
2.5.1.3 Σχολική ηλικία.....	36
2.5.1.4 Η σημασία της καλής τροφής.....	37
2.5.1.5 Τακτικά γεύματα.....	37
2.5.1.6 Πρωινό το πολύτιμο αγαθό.....	37
2.5.1.7 Κολατσιό.....	40
2.5.1.8 Τα συστατικά μιας υγιεινής διατροφής.....	43
2.5.1.8.1 Λιπαρά.....	43
2.5.1.8.2 Υδατάνθρακες.....	45
2.5.1.8.3 Φρούτα και λαχανικά.....	46
2.5.1.8.4 Ζάχαρη.....	47
2.5.1.8.5 Αλάτι.....	47
2.5.1.8.6 Πρωτεΐνες.....	48
2.5.1.9 Καταστάσεις που επηρεάζουν τη λήψη τροφής και το βάρος των παιδιών.....	48
2.5.1.9.1 Αλλεργίες σε τροφές.....	48
2.5.1.9.2 Δυσανεξία στη λακτόζη ή στο αγελαδινό γάλα.....	49
2.5.1.9.3 Κατάθλιψη.....	50
2.5.1.9.4 Διαβήτης.....	50

2.5.2 Φυσική δραστηριότητα.....	51
2.5.2.1 Τα πλεονεκτήματα της άσκησης.....	54
2.5.2.2 Το είδος της άσκησης.....	55
2.5.2.3 Πόση γυμναστική πρέπει να κάνει ένα παιδί.....	56
2.5.3 Τροποποίηση συμπεριφοράς.....	56
2.5.4 Ψυχολογική υποστήριξη.....	57
2.5.5 Φάρμακα.....	57
2.5.6 Εγχειρήσεις.....	58
2.6 Πρόληψη.....	58
2.6.1 Οι φάσεις της ζωής που πρέπει να δίνεται έμφαση στη πρόληψη.....	59
2.6.2 Οι δυνατότητες παρέμβασης για επιτυχημένη πρόληψη.....	59
2.6.3 Στόχοι και συμπεριφορές για σωστή πρόληψη.....	60
2.7 Προβλήματα.....	61
2.7.1 Άγχος.....	61
2.7.2 Αστάθμητοι παράγοντες.....	61
2.7.3 Εξάρτηση από τη τηλεόραση.....	61
2.7.4 Θαυματουργικές δίαιτες.....	61
2.8 Η αύξηση της παχυσαρκίας στα Ελληνόπουλα.....	62
2.8.1 Η αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα.....	65
2.9 Οι γονείς.....	68
2.9.1 Συμβουλές για γονείς.....	70
2.9.2 Αμαρτίες γονέων παιδεύουσι τέκνα.....	71
2.9.3 Ηλικία καθοριστικός παράγοντας.....	71
2.9.4 Λάθη των γονέων.....	72
2.9.5 Οι γονείς το σωστό πρότυπο για το παιδί.....	73
3. Επίλογος.....	75
Βιβλιογραφία.....	76

1. Εισαγωγή

Η παχυσαρκία ορίζεται ως η περίσσεια του λίπους στο σώμα και συνοδεύεται από σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στα πάσχοντα άτομα. Αναγνωρίστηκε επίσημα ως νόσος το 1948, όταν ιδρύθηκε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και τη συμπεριέλαβε στη Διεθνή Ταξινόμηση των Παθήσεων (International Classification of Diseases).

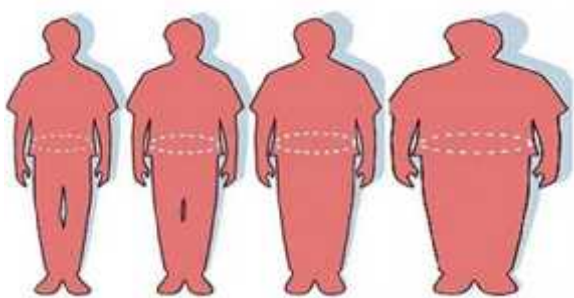
Σίγουρα σε πολλούς δημιουργείται η απορία "γιατί είναι νόσος". Ως νόσο ορίζουμε κάθε κατάσταση που μειώνει το προσδόκιμο χρόνο ζωής και την ποιότητα ζωής. Υφίσταται κυρίως σε χώρες πλούσιες και ανεπτυγμένες, αλλά παράλληλα σε άτομα με χαμηλή μόρφωση και κοινωνική τάξη.

Η παχυσαρκία όμως, δεν προσβάλλει μόνο τους ενήλικες, αλλά και τα παιδιά. Η παιδική παχυσαρκία εξαπλώνεται παγκοσμίως, αλλά και στην Ελλάδα. Αυτή έχει ως συνέπεια τη εμφάνιση επιπλοκών στην υγεία, αλλά και τη ψυχολογία των παιδιών. Τα παιδιά εμφανίζουν ψυχολογικά σύνδρομα και αντιμετωπίζουν τον χλευασμό στο περιβάλλον του σχολείου. Σήμερα τα παιδιά δεν ασκούνται, αρέσκονται στο γρήγορο φαγητό. Περνούν τον ελεύθερό τους χρόνο μπροστά στον ηλεκτρονικό υπολογιστή ή την τηλεόραση. Δεν παίρνουν μέρος σε ομαδικά αθλήματα. Προτιμούν τροφές που τους πλάσσουν οι διαφημίσεις, ανθυγιεινές, με χαμηλή θρεπτική αξία, πολύ αλάτι και ζάχαρη. Για την αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς απαιτείται η συμβολή των παιδιών και των γονέων, ώστε να αντιμετωπισθεί η παιδική παχυσαρκία, και ακόμη καλύτερα να προληφθεί.

2. ΔΟΜΕΣ

2.1 Παχυσαρκία

Εικόνα 2.1



Πηγή : αναρτήθηκε στις 15/05/2012 από

<http://www.google.gr/imgres?q=%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%BF%CE%B9+%CE%B5%CE%BD%CE%B7%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CF%82&um=1&hl=el&client=firefox>

2.1.1 Ορισμός

Παχυσαρκία είναι η υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους πέραν του φυσιολογικού και οφείλεται στην εναπόθεση λίπους στον λιπώδη ιστό.

Είναι η μεταβολική διαταραχή των τριγλυκεριδίων, μια επικίνδυνη παθολογική κατάσταση, κατά την οποία τα τριγλυκερίδια συσσωρεύονται στον λιπώδη ιστό, με αποτέλεσμα να αυξάνεται το συνολικό λίπος του οργανισμού.

Η μέτρηση του βάρους είναι απλή. Αντίθετα η μέτρηση του λίπους είναι πιο περίπλοκη.

Η αύξηση του βάρους εκτός από την εμφάνιση επηρεάζει και την υγεία σε ποσοστό 5% έως 30% πάνω από τη τιμή του ιδανικού-επιθυμητού βάρους. (Δερβίσογλου, 2003, Σαββίδου 2007)

2.1.2 Ιστορική Αναδρομή

Το ανθρώπινο είδος κατά τη διάρκεια του μεγαλύτερου μέρους της ιστορίας είχε να αντιμετωπίσει συνθήκες έλλειψης τροφής. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η παχυσαρκία να θεωρείται ένδειξη πλούτου και ευημερίας.

Οι πρώτοι που αναγνώρισαν την παχυσαρκία ως πάθηση ήταν οι Αρχαίοι Έλληνες. Συγκεκριμένα ο Ιπποκράτης παρατήρησε ότι οι παχύσαρκοι είχαν αυξημένες πιθανότητες θανάτου και ότι η παχυσαρκία ήταν αιτία εμφάνισης άλλων ασθενειών.

Ο Σουσρούτα, ινδός χειρουργός, συσχέτισε την παχυσαρκία με τον διαβήτη και τις καρδιοπάθειες.

Η παχυσαρκία εμφανιζόταν συχνά σε κατόχους υψηλών αξιωμάτων στη Ευρώπη κατά την Αναγέννηση και τον Μεσαίωνα, καθώς και σε αρχαίους πολιτισμούς της Ανατολικής Ασίας. (Βικιπαίδεια, 2012)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στην αναφορά του για την παχυσαρκία το 1997 επισημαίνει μεταξύ άλλων τα εξής:

- Παίρνει διαστάσεις επιδημίας σε όλο τον κόσμο.

- Οδηγεί σε άλλες ασθένειες με αυξημένο ιατρικό και κοινωνικό κόστος.
- Τα βασικά αίτια είναι η καθιστική ζωή και η υψηλή σε λιπαρά και πλούσια σε θερμίδες διατροφή.
- Είναι δυνατό να προληφθεί με την αλλαγή στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες.
- Η πρόληψη δεν είναι προσωπικό θέμα, αλλά χρειάζονται κοινωνικές αλλαγές.
- Τα υπέρβαρα άτομα που διατρέχουν τον κίνδυνο να γίνουν παχύσαρκα πρέπει να έχουν ιατρική παρακολούθηση.
- Η θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να είναι μακροχρόνια με στόχους μέτριας απώλειας βάρους.
- Υπάρχει άμεση ανάγκη για εκπαίδευση της ιατρικής κοινότητας. (Λάδα & Μπακάλη, 2008)

2,500 χιλιάδες χρόνια πριν τις επισημάνσεις αυτές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας όμως, ο Ιπποκράτης, αλλά και οι μετέπειτα συνάδελφοί του ανά τους αιώνες, θεωρούσαν την παχυσαρκία νόσο και χρησιμοποιούσαν θεραπευτικές μεθόδους παρεμφερείς με τις σημερινές για την αντιμετώπισή της. Παρ' όλα αυτά στην πατρίδα του Ιπποκράτη, σήμερα, δεν είναι επίσημα αναγνωρισμένη ως νόσος.

Αν και είναι πλέον κοινώς αποδεκτό ότι η επιδημική μορφή της παχυσαρκίας είναι απόρροια του σύγχρονου τρόπου ζωής, η παρουσία της ήταν εντονότατη από αρχαιοτάτων χρόνων. Μεγάλος αριθμός ειδωλίων της παλαιολιθικής εποχής (23,000 με 25,000 χρόνια πριν), που έχουν βρεθεί σε όλη την Ευρώπη και απεικονίζουν γυναικείες θεότητες (όπως η "Αφροδίτη του Willendorf"), έχουν στεατοπυγική μορφή, δηλαδή παρουσιάζουν σπλαχνική παχυσαρκία και έχουν υπερβολικά μεγάλο στήθος και φαρδείς γλουτούς. Οι μορφές αυτές, που σήμερα θα τις κατατάσσαμε, από πλευράς Δείκτη Μάζας Σώματος, στις σοβαρά παχύσαρκες, αποτελούσαν θεότητες της γονιμότητας και της αφθονίας της γης. Αλλά και στη νεολιθική εποχή και αργότερα μέχρι την εποχή του Χαλκού (μέχρι το 3000 π.χ.), βρίσκουμε πολλές Μητέρες-Θεές με την ίδια στεατοπυγική μορφή (μεγάλο, χαλαρό στήθος και μεγάλη περιφέρεια). Τα περισσότερα ευρήματα προέρχονται από την περιοχή της Ανατολίας και χρονολογούνται γύρω στο 5000 με 6000 π.χ. Προχωρώντας προς το σήμερα (2900 έως 1500 π.χ.), παρόμοιες μορφές υπάρχουν σε αγαλματίδια στη Μεσοποταμία αλλά και σε μούμιες Φαραώ και σε τοιχογραφίες τάφων στην Αίγυπτο. Ανάλογες αναφορές υπάρχουν στην κινεζική, τη θιβετιανή και την ινδική ιατρική, αλλά και στην ιατρική των Μάγια και των Αζτέκων, καταδεικνύοντας έτσι ότι η παχυσαρκία αποτελούσε ιατρικό πρόβλημα ακόμα και στο μακρινό παρελθόν. Φτάνοντας στους Ελληνορωμαϊκούς χρόνους, ο πατέρας της Ιατρικής, Ιπποκράτης, στα γραπτά του υποστηρίζει ότι "ο αιφνίδιος θάνατος είναι πιο συνηθισμένος στα παχύσαρκα άτομα απ' ό,τι στα αδύνατα" όπως επίσης, ότι η παχυσαρκία προκαλεί γυναικεία στειρότητα και πως οι παχύσαρκες γυναίκες παρουσιάζουν "ακανόνιστης συχνότητας έμμηνο ρύση". Ο Γαληνός, σημαντικός ιατρός των ρωμαϊκών χρόνων, είχε κατατάξει την παχυσαρκία σε δύο κατηγορίες: μέτρια (moderate) και υπερβολική (immoderate), όπου η πρώτη εθεωρείτο φυσιολογική και η δεύτερη νοσογόνος. Επίσης από τους ρωμαϊκούς χρόνους, υπάρχουν περιγραφές που συνδέουν την παχυσαρκία με την υπνηλία και την άπνοια ύπνου και αναφέρονται περιπτώσεις ανθρώπων που πέθαναν από υπερβολικό βάρος. Από το 400 μ.Χ., τη σκυτάλη παίρνει η Αραβική ιατρική. Το κοινό σημείο αναφοράς όλων των θεραπευτικών προσεγγίσεων, όσον αφορά στην παχυσαρκία στην αρχαιότητα, είναι η δίαιτα και η άσκηση. Τόσο ο Ιπποκράτης τον 5ο αιώνα π.Χ., όσο και ο Γαληνός και ο Αβικέννας πολύ αργότερα, παρά τις διαφορές που υπάρχουν στις θεραπείες τους, προτείνουν με τον ένα ή τον άλλο τρόπο σχεδόν τα ίδια πράγματα:

- σκληρή δουλειά
- γρήγορο τρέξιμο
- σκληρή άσκηση

- λιτή διατροφή και εγκράτεια
- όχι τσιμπολογήματα!!

Ο Ιπποκράτης συνιστούσε στους παχύσαρκους και σε όσους επιθυμούσαν να χάσουν βάρος:

- να εκτελούν κάποια επίπονη εργασία πριν το φαγητό
- να παίρνουν τα γεύματά τους αμέσως μετά, και όσο ακόμα είναι λαχανιασμένοι και καταπονημένοι από την προσπάθεια
- να μην πίνουν πριν από τα γεύματα, παρά μόνο κρασί, αραιωμένο και δροσερό
- να προσθέτουν στα γεύματα σουσάμι και άλλα καρυκεύματα
- να παίρνουν γεύματα πλούσια σε λιπαρά, ώστε ο κορεσμός να επέρχεται με λιγότερη ποσότητα φαγητού επίσης
- να τρώνε μόνο μία φορά την ημέρα
- να μην κάνουν μπάνιο
- να κοιμούνται σε σκληρό κρεβάτι και
- να κυκλοφορούν γυμνοί όσο περισσότερο μπορούν

Ο Γαληνός, περίπου 2.000 χρόνια πριν, υποστήριζε ότι μπορούσε, σε σύντομο χρονικό διάστημα, να καταστήσει οποιοδήποτε παχύσαρκο ασθενή, "μέτρια αδύνατο". Η αγωγή περιελάμβανε:

- γρήγορο τρέξιμο
- σκούπισμα του ιδρώτα με ένα πολύ μαλακό ή πολύ άγριο κομμάτι ύφασμα
- έντονο μασάζ με τονωτικά έλαια
- μπάνιο και αμέσως μετά γεύμα
- όχι έντονη δραστηριότητα μετά το γεύμα
- αμέσως μετά το γεύμα, δεύτερο μπάνιο
- άφθονη τροφή, φτωχή σε θρεπτική αξία, έτσι ώστε να επέλθει κορεσμός χωρίς μεγάλη ενεργειακή πρόσληψη

Ο Πέρσης ιατρός Αβικέννας, ο οποίος ασχολήθηκε εκτεταμένα με την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, στον "Κανόνα της Ιατρικής" περιγράφει τη "μέθοδο μείωσης βάρους για τα υπέρβαρα άτομα", η οποία απαιτεί:

- ταχεία κάθοδο της τροφής από το στομάχι και το έντερο, έτσι ώστε να εμποδίζεται η ολοκλήρωση της απορρόφησης από το μεσεντέριο
- κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων φαγητού, φτωχού όμως σε θρεπτική αξία
- μπάνιο πριν το φαγητό, συχνά
- έντονη άσκηση

Το 18ο αιώνα ο (J. Tweedy), παρά το γεγονός ότι προτείνει μία ή δύο αφαιμάξεις για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας (η αφαιμάξη ήταν ως γνωστόν διαδεδομένη θεραπευτική μέθοδος την εποχή εκείνη), συνιστά όμως και "αύξηση της σωματικής άσκησης προοδευτικά".

Το 1825, ο Γάλλος πολιτικός, δικαστής και συγγραφέας Jean Anthelme Brillat-Savarin, ο οποίος ασχολήθηκε εκτεταμένα με τη διατροφή και τη γαστρονομία, αναφέρει ως αιτίες παχυσαρκίας την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και τις κακές διατροφικές συνήθειες και προτείνει ένα τρίπτυχο θεραπείας που αποτελείται από:

- σύνεση στη διατροφή (με μια δίαιτα φτωχή σε άμυλο και δημητριακά)
- μέτρο στον ύπνο και
- άσκηση με τα πόδια ή πάνω σε άλογο

Το 1835, ο Βέλγος αστρονόμος, μαθηματικός, στατιστικολόγος και κοινωνιολόγος Lambert Adolphe Jacques Quetelet, στο πλαίσιο της έρευνάς του, εισήγαγε την έννοια του "μέσου ανθρώπου" και χρησιμοποίησε την αναλογία του σωματικού βάρους ενός ατόμου προς το τετράγωνο του ύψους του, ως μονάδα μέτρησης της παχυσαρκίας.

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος, γιατί περί αυτού πρόκειται, παρά το γεγονός ότι έχουν περάσει 167 χρόνια από τότε, αποτελεί μέχρι και σήμερα το επικρατέστερο κριτήριο για την εκτίμηση του σωματικού βάρους και την κατηγοριοποίηση της παχυσαρκίας και ένα σημαντικότατο εργαλείο για εμάς τους γιατρούς.

Το 1863, ο William Banting, στο έντυπο που εξέδωσε με τίτλο "Επιστολή προς το Κοινό σχετικά με την Παχυσαρκία" (Letter on Corpulence, addressed to the public), πρόδρομο των εντύπων που έχετε αυτή τη στιγμή στα χέρια σας, εξιστορεί με γλαφυρό τρόπο την προσπάθεια που έκανε ο ίδιος να χάσει βάρος, όντας σοβαρά παχύσαρκος και με πολλά προβλήματα υγείας.

Η πρώτη αυτή σοβαρή προσπάθεια προτεινόμενης διατροφής, για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, έγινε με τη βοήθεια του γιατρού William Harvey, αλλά ήταν ο ίδιος ο Banting που έγραψε και χρηματοδότησε την έκδοση και την προώθηση του εντύπου με σκοπό να βοηθήσει και άλλους παχύσαρκους να αντιμετωπίσουν το πρόβλημά τους. Η προτεινόμενη δίαιτα ήταν ιδιαίτερα αυστηρή αλλά το έντυπο έγινε ανάρπαστο και επανεκδόθηκε πολλές φορές, ο δε Banting έμεινε στην ιστορία, παρά το γεγονός ότι δεν ήταν παρά ένας εργολάβος ξυλουργός.

Από τις αρχές του 20ου αιώνα πλήθος άλλων ειδικών πρότειναν, μέσα από τα βιβλία τους, δίαιτες για απώλεια βάρους. Μέσα στον 20ο αιώνα όμως, και άλλες παράμετροι ήρθαν να προστεθούν στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας.

Έτσι, λοιπόν, το τρίπτυχο της σύγχρονης ιατρικής για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας αποτελείται από:

- υγιεινή διατροφή
- τροποποίηση διατροφικής συμπεριφοράς και
- σωματική δραστηριότητα

Σήμερα όμως, σε αντίθεση με το παρελθόν, η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη και με την πρόληψη. Είναι φανερό ότι στην αρχαιότητα οι ιατροί και οι κάθε είδους επιστήμονες-θεραπευτές προσπαθούσαν να αντιμετωπίσουν το φαινόμενο όταν αυτό είχε πλέον εμφανιστεί. Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι δίνονταν οδηγίες ή συμβουλές για να μην γίνει κάποιος παχύσαρκος.

Στις μέρες μας αυτό είναι κάτι παραπάνω από απαραίτητο. Οι στρατηγικές πρόληψης στο γενικό πληθυσμό στηρίζονται κυρίως στην προσπάθεια συνολικής εκπαίδευσης και ενημέρωσης των πολιτών σε θέματα διατροφής και σωματικής δραστηριότητας. Πριν από οτιδήποτε άλλο, πρέπει να περάσει στη συνείδηση του κάθε πολίτη, ότι η παχυσαρκία είναι μία χρόνια νόσος με σοβαρές επιπλοκές, η οποία ευκολότερα προλαμβάνεται παρά αντιμετωπίζεται. (Κακλαμάνος, 2000)

2.1.3 Μορφές Παχυσαρκίας

Οι μορφές της παχυσαρκίας είναι η υπερτροφική και η υπερπλαστική.

Κατά την υπερτροφική παχυσαρκία παρατηρείται αύξηση του μεγέθους των λιποκυττάρων, ενώ κατά την υπερπλαστικής παρατηρείται αύξηση του αριθμού των λιποκυττάρων του λιπώδους ιστού.

Οι κρίσιμες ηλικίες για την εμφάνιση και δημιουργία της παχυσαρκίας είναι:

A) από την γέννηση μέχρι το τέλος του δεύτερου έτους

B) από το τρίτο μέχρι το τέλος του όγδοου έτους

Γ) από το ένατο μέχρι το τέλος του δωδέκατου ή την αρχή της εφηβείας

Δ) από το δέκατο τρίτο έτος ή την αρχή της εφηβείας μέχρι και το τέλος της εφηβείας.

Τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός ατόμου δεν είναι καθοριστικά για τον αριθμό των λιποκυττάρων γιατί αυξάνονται φυσιολογικά. Καθοριστική είναι η δεύτερη περίοδος της ηλικίας για την μελλοντική διατήρηση του αυξημένου βάρους, και η παχυσαρκία σε αυτό το στάδιο είναι υπερπλαστική. Επίσης σημαντική περίοδος είναι η εφηβεία, γιατί τα λιποκύτταρα αυξάνονται και δημιουργούν μια ευνοϊκή κατάσταση για την διατήρηση της παχυσαρκίας στην υπόλοιπη ζωή του ατόμου.

Η παχυσαρκία μετά τα 25 είναι πάντοτε υπερτροφική. (Δερβίσογλου, 2003)

2.1.4 Εντοπισμός της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία διακρίνεται στην:

- ♦ Γενικευμένη παχυσαρκία: όπου καλύπτει όλες τις περιοχές του σώματος
- ♦ Παχυσαρκία άνω περιοχής του σώματος: εντοπίζεται κυρίως στην κοιλιακή χώρα και ορίζεται ως ανδροειδής ή ανδρική παχυσαρκία.
- ♦ Παχυσαρκία κάτω περιοχής του σώματος: εντοπίζεται κυρίως στην περιφέρεια και ορίζεται ως γυναικοειδής ή γυναικεία παχυσαρκία.
- ♦ Παχυσαρκία σπλαχνικού λίπους: χαρακτηρίζεται από σαφή συγκέντρωση λίπους στην κοιλιακή κοιλότητα.
- ♦ Παχυσαρκία υποδόριου λίπους: χαρακτηρίζεται από τη συγκέντρωση λίπους στον υποδόριο ιστό. (Λάδα & Μπακάλη, 2008)

2.1.5 Πρωτεΐνη της παχυσαρκίας

Η λεπτίνη (ob) είναι μια πρωτεΐνη, που είναι ανιχνεύσιμη και σε παιδιά. Εμφανίζεται αυξημένη σε παχύσαρκα άτομα και λειτουργεί στέλνοντας αρνητικά μηνύματα στα εγκεφαλικά κέντρα όρεξης και κορεσμού, υπερπαράγεται λεπτίνη και το άτομο δεν αισθάνεται ποτέ χορτασμένο και υπερκαταναλώνει τροφή. (Δερβίσογλου, 2003)

2.1.6 Αιτίες της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία διακρίνεται σε ενδογενή και εξωγενή, ανάλογα με την αιτία που την προκαλεί.

Τα αίτια της παχυσαρκίας είναι 90-95% εξωγενή και είναι:

- Υπερβολική πρόσληψη θερμίδων
- Ελαττωμένη ή περιορισμένη φυσική άσκηση
- Κληρονομικότητα
- Λήψη φαρμάκων
- Ψυχολογικοί, κοινωνικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Και κατά 5-10% ενδογενή αίτια, που είναι :

- Μεταβολικές διαταραχές
- Ενδοκρινικές διαταραχές
- Εγκεφαλικές παθήσεις (Δερβίσογλου, 2003)

2.1.6.1 Υπερβολική πρόσληψη θερμίδων

Η πείνα, η όρεξη και ο κορεσμός ρυθμίζονται από τον υποθάλαμο. Πείνα είναι η επιθυμία για φαγητό, ενώ όρεξη είναι η επιθυμία για τη λήψη μιας συγκεκριμένης τροφής.

Η πείνα και ο κορεσμός επηρεάζονται από ερεθίσματα που είναι τα εξής :

- Γαστρική διάταση με λήψη τροφής πλήρη σε κυτταρίνη και νερό, που απομακρύνει το αίσθημα της πείνας.
- Χημικά, η έλλειψη της γλυκόζης, δηλαδή η υπογλυκαιμία, διεγείρει την πείνα.
- Νευρικά ερεθίσματα, προκαλούν το αίσθημα της πείνας με συσπάσεις του κενού στομάχου.
- Θερμικά ερεθίσματα. Λόγω του ότι το θερμορρυθμιστικό κέντρο βρίσκεται κοντά στο κέντρο πείνας και κορεσμού, όταν διεγείρεται το θερμορρυθμιστικό κέντρο, διεγείρεται και το κέντρο πείνας και κορεσμού.

2.1.6.2 Ελαττωμένη ή περιορισμένη φυσική άσκηση

Η αδράνεια, τα μέσα μεταφοράς, η τηλεόραση, οι ανελκυστήρες, οι κυλιόμενες σκάλες, το κινητό τηλέφωνο και γενικότερα όλα τα βοηθήματα του σύγχρονου ανθρώπου συμβάλλουν στην αύξηση του βάρους.

2.1.6.3 Κληρονομικότητα

Ουσιαστικά η παχυσαρκία δεν προκαλείται από κάποια κληρονομική τάση για αύξηση βάρους, αλλά από τον τρόπο ζωής, την πολιτιστική παιδεία, τις συνθήκες φαγητού που αποκτούν τα παιδιά από τους γονείς.

Οι γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν το εσωτερικά συσσωρευμένο λίπος.

2.1.6.4 Λήψη φαρμάκων

Κάποια φάρμακα συμβάλουν στην αύξηση του βάρους όπως τα οιστρογόνα, τα κατασταλτικά, τα αντικαταθλιπτικά, τα αντιεπιληπτικά.

2.1.6.5 Ψυχολογικοί, κοινωνικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες

Αίτια της παχυσαρκίας μπορούν να είναι οι ψυχολογικές διαταραχές, δηλαδή σύνδρομα. Το άγχος συμβάλει σημαντικά στην αύξηση βάρους, καθώς το άτομο στρέφεται προς το φαγητό σαν λύση του προβλήματος.

Επίσης η πρόοδος του εκσυγχρονισμού, προκάλεσε ταχύτατη αύξηση στη συχνότητα της παχυσαρκίας.

Ακόμη οι κοινωνικοί παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση της παχυσαρκίας είναι η μόρφωση και το εισόδημα, καθώς σε ανεπτυγμένες χώρες η συχνότητα της παχυσαρκίας είναι μεγάλη. Αντίθετα σε χώρες του τρίτου κόσμου σπάνια τα άτομα εμφανίζουν παχυσαρκία και μόνο σε εύπορες κοινωνικά τάξεις. Και τέλος μετά το γάμο έχει παρατηρηθεί ότι το βάρος αυξάνεται.

2.1.6.6 Ενδοκρινικές διαταραχές

- Σύνδρομο Frohlich : σε αγόρια 3-6 ετών, εμφανίζουν μειωμένη ανάπτυξη, κρυμμένα γεννητικά όργανα και παχυσαρκία.
- Σύνδρομο Cushing : σε γυναίκες, εμφανίζουν παχυσαρκία της κεντρικής περιοχής του σώματος.
- Σύνδρομο Stein-leventhal : το «σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών» σε γυναίκες, οι οποίες μερικές φορές εμφανίζουν παχυσαρκία.
- Ερμαφροδιτισμός : σε άνδρες με χαρακτηριστικά και των δύο φύλων, εμφανίζουν παχυσαρκία τύπου Cushing.
- Υπογοναδισμός : στην περίπτωση του υπογοναδισμού το λίπος συσσωρεύεται στους γλουτούς, το στήθος, την κοιλιά, τους βραχίονες.
- Υποθυρεοειδισμός : στην περίπτωση αυτή μειώνεται η παραγωγή των ορμονών T3 και T4, με αποτέλεσμα τη μείωση της μεταβολικής δραστηριότητας, την μείωση της κινητικότητας και την αύξηση βάρους.

2.1.6.7 Εγκεφαλικές παθήσεις

Σε τραύματα : μετά από μετωπιαία λοβεκτομή

Σε φλεγμονή : μετά από εγκεφαλίτιδα

Σε διάφορους όγκους. (Σαββίδου, 2007)

2.1.7 Η κλινική εικόνα και οι επιπλοκές της παχυσαρκίας

Η αύξηση του βάρους επηρεάζει τη λειτουργία του οργανισμού και προκαλεί διαταραχές στα όργανα του σώματος.

Όσο αφορά το νευρικό σύστημα, παρατηρείται κατάθλιψη, αγωνία, κόμπλεξ κατωτερότητας, απώλεια αυτοεκτίμησης και έλλειψη ενδιαφερόντων. Σε ακραίες μορφές παχυσαρκίας το άτομο εμφανίζει επιθετικότητα και αυτοκαταστροφή.

Σε περίπτωση έντονης παχυσαρκίας εκδηλώνεται αναπνευστική ανεπάρκεια, το σύνδρομο Pickwick, με συμπτώματα υπνηλίας, κυάνωσης και το άτομο μπορεί να οδηγηθεί σε κώμα ή και θάνατο. Το λίπος εναποτίθεται στις αναπνευστικές

οδούς και εμποδίζει την διαφραγματική αναπνοή, καθώς και την καρδιακή λειτουργία, προκαλώντας καρδιακή ανεπάρκεια, αιμοσυμπύκνωση και θρόμβωση.

Ένα άλλο όργανο που επηρεάζεται είναι το δέρμα. Αυτό εμφανίζεται πιο παχύ από το φυσιολογικό, συχνά δημιουργούνται συγκάματα, ερύθημα και δερματικές φλεγμονές από μύκητες και βακτηρίδια.

Στο πεπτικό σύστημα παρατηρείται δυσπεψία, αέρια και δυσκοιλιότητα.

Συχνά εμφανίζονται κιρσοί, φλεβίτιδες, θρομβώσεις, αρθροπάθειες, παραμορφωτική αρθρίτιδα.

Τέλος στο γεννητικό σύστημα, όσον αφορά τις γυναίκες, διαπιστώνονται ανωμαλίες της εμμήνου ρήσεως, ακόμη και διακοπή αυτής, που έχει σαν αποτέλεσμα την στειρότητα.

Όσον αφορά τους άνδρες παρατηρείται πρόωρη εκσπερμάτωση, ανωριμότητα σπερματοζωαρίων, ανικανότητα στύσης και γονιμοποίησης.

Συμπερασματικά η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης νοσημάτων.

Οι επιπλοκές της παχυσαρκίας

Οι άμεσες επιπλοκές της παχυσαρκίας είναι οι εξής :

- Υπερουριναιμία, με αύξηση του ουρικού οξέως στο αίμα και συσσώρευσή του στα όργανα και τις αρτηρίες.
- Αθηρωματική πλάκα, παρατηρείται αυξημένη τάση του αίματος να πήγνυται. Έτσι στο αίμα αυξάνονται τα ελεύθερα λιπίδια, αποθηκεύονται στα αρτηριακά τοιχώματα, τα οποία μετατρέπονται σε αποθήκες λιπαρών ουσιών.
- Αύξηση ινσουλίνης και γλυκόζης στο αίμα και εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη. (Δερβίσογλου, 2007)

2.1.8 Δείκτης Μάζας Σώματος

Δημιουργήθηκε από τον Adolphe Quetelet, το 1832. Είναι μια γενική ιατρική ένδειξη για τον υπολογισμό του βαθμού παχυσαρκίας ενός ατόμου.

Υπολογίζεται από τον τύπο :

$$\Delta\text{ΜΣ} = \text{βάρος(kg)} / (\text{ύψος})^2 (\text{m}^2)$$

Επομένως :

- Ποσοστό λίπους μικρότερο από 18,5 δείχνει ότι το άτομο είναι ελλιποβαρές.
- Ποσοστό λίπους μεταξύ 18,5 και 24,9 δείχνει ότι το άτομο έχει φυσιολογικό βάρος.
- Ποσοστό λίπους μεταξύ 25 και 29,9 δείχνει ότι το άτομο είναι υπέρβαρο.
- Ποσοστό λίπους 30 και μεγαλύτερο δείχνει ότι το άτομο πάσχει από παχυσαρκία.

Εξαρτάται από την ηλικία, το φύλλο και το σωματότυπο του ατόμου. Άτομα που αθλούνται ή έχουν γενικά αρκετούς μυς έχουν μεγαλύτερο Δ.Μ.Σ. χωρίς να έχουν περισσότερο λίπος. Άλλα άτομα που εξαιτίας της ηλικίας ή λόγω κάποιων παθήσεων έχουν χάσει μυϊκή μάζα θα έχουν μικρότερο Δ.Μ.Σ., αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι έχουν λιγότερο λίπος. (Βικιπαίδεια, 2011)

Κίνδυνος λάθους υπολογισμού υπάρχει σε περιπτώσεις οιδήματος, μυϊκής υπερτροφίας, σε μωδείς ανθρώπους, σε εγκύους και σε γυναίκες που θηλάζουν. (Λάδα & Μπακάλη, 2008)

2.1.9 Ψυχολογικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας

Το παχύσαρκο άτομο είναι φορτισμένο ψυχολογικά, βιώνει την κοινωνική και επαγγελματική προκατάληψη, στιγματίζεται κοινωνικά. Έτσι δημιουργείται το stress, η ντροπή, η ενοχή και η κατάθλιψη. Το άτομο αισθάνεται απαξίωση για το σώμα του και ενισχύεται η έλλειψη αυτοπεποίθησης και σεβασμού. (Σαββίδου, 2007)

2.2 Βασικός μεταβολισμός και τρόποι μέτρησης του λίπους

2.2.1 Βασικός μεταβολισμός

Βασικός μεταβολισμός είναι το κατώτερο όριο ενέργειας που χρειάζεται ο οργανισμός για να διατηρήσει τις βασικές λειτουργίες του στη ζωή. Για τον υπολογισμό είναι απαραίτητοι δύο παράμετροι, η νηστεία και η κατάσταση ηρεμίας, σε ουδέτερο θερμικά περιβάλλον, δηλαδή 20 – 25 βαθμούς κελσίου.

2.2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τον Β.Μ.

- Ηλικία : Στους ενήλικες ο Β.Μ. μειώνεται με την πάροδο του χρόνου 2% κάθε 10 χρόνια, λόγω ελαττωμένης μυϊκής μάζας ή έλλειψη φυσικής δραστηριότητας. Στη παιδική ηλικία ο Β.Μ. αυξάνεται, αργότερα μέχρι την εφηβεία μειώνεται και κατά την εφηβεία αυξάνεται.
- Σύνθεση του σώματος : Ο μυϊκός ιστός είναι μεταβολικά πιο δραστήριος από τον λιπώδη και για τον λόγο αυτό τα άτομα με μεγαλύτερη μυϊκή μάζα εμφανίζουν υψηλότερο Β.Μ.
- Φύλο : Επειδή οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε λίπος, οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερο Β.Μ. από τις γυναίκες.
- Θερμοκρασία σώματος : Ο Β.Μ. αυξάνεται σε περιπτώσεις λοιμώξεων, φλεγμονών και πυρετού, όπου παρατηρείται αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, 10% για κάθε ένα βαθμό κελσίου.
- Κλίμα : Όταν ελαττώνεται η θερμοκρασία του περιβάλλοντος ο Β.Μ. αυξάνεται, για να αντιμετωπίσει το ψυχρό περιβάλλον.
- Εγκυμοσύνη-Γαλουχία : Λόγω της αύξησης του βάρους του πλακούντα, της μήτρας και του εμβρύου, καθώς και της αύξησης της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, αυξάνεται ο Β.Μ. Στην διάρκεια της εγκυμοσύνης η ολική αύξηση του μεταβολισμού είναι 25 – 28%. Κατά την περίοδο της γαλουχίας, ο Β.Μ. αυξάνεται περίπου 60%.
- Ενδοκρινείς αδένες : Οι ορμόνες των ενδοκρινών αδένων και κυρίως του θυρεοειδούς αυξάνουν τον Β.Μ.
- Παθολογικές καταστάσεις : Οι ασθένειες με έντονη κυτταρική δραστηριότητα αυξάνουν τον Β.Μ. Για παράδειγμα στις παθήσεις του θυρεοειδούς, ο Β.Μ. μειώνεται στον υποθυρεοειδισμό και αυξάνεται στον υπερθυρεοειδισμό.
- Ύπνος : Ο Β.Μ. αυξάνεται στην αρχή του ύπνου και παραμένει ελαφρά χαμηλός καθόλη τη διάρκεια του ύπνου.
- Παχυσαρκία : Ο Β.Μ. μειώνεται σε μέτριες παχυσαρκίες και αυξάνεται σε παθολογικές μορφές παχυσαρκίας. (Σαββίδου, 2007)

2.2.3 Εργαστηριακές μετρήσεις

2.2.3.1 Μέτρηση της πυκνότητας του σώματος

Στον προσδιορισμό του ολικού λίπους του σώματος, βοηθάει το γεγονός ότι το λίπος είναι ελαφρότερο από το νερό, οι μύες και το αίμα βαρύτεροι και τα οστά ακόμη πιο βαριά.

Η μέθοδος βασίζεται στην αρχή του Αρχιμήδη. Απαιτείται κατάδυση όλου του σώματος στο νερό και μετά με διάφορες εξισώσεις επιτυγχάνεται η μέτρηση της πυκνότητας του σώματος, καθώς και ο προσδιορισμός του ολικού λίπους.

Η πυκνότητα του ανθρώπινου λίπους είναι $0,900 \text{ g/cm}^3$ και της ελεύθερης λίπους μάζας $1,100 \text{ g/cm}^3$, ενώ η μέση πυκνότητα του σώματος είναι $1,10 - 0,90 \text{ g/cm}^3$.

2.2.3.2 Μέτρηση του ολικού νερού της ελεύθερης λίπους μάζας του σώματος

Απαραίτητα είναι δύο στοιχεία, το δευτέριο και το τρίτιο, που δημιουργούν ισοζύγιο στα υδατικά διαμερίσματα του σώματος.

2.2.3.3 Μέτρηση του ολικού καλίου του σώματος

Μία εναλλακτική μέθοδος για τον υπολογισμό της ελεύθερης λίπους μάζας του σώματος.

2.2.3.4 Λιποδιαλυτικά αέρια

Το κυκλοπροπάνιο, το ραδιενεργό κρυπτό, καθώς και όλα τα αναισθητικά αέρια είναι λιποδιαλυτά.

Λόγω του ότι δεν κατανέμονται συμμετρικά στο υποδόριο λίπος, δεν δίνουν ακριβείς μετρήσεις.

Όλες οι παραπάνω μέθοδοι απαιτούν πολύ χρόνο και ειδικά εργαστήρια και για αυτόν το λόγο δεν εφαρμόζονται συχνά. (Σαββίδου, 2007)

2.2.4 Μηχανήματα προσδιορισμού της σύνθεσης του σώματος

2.2.4.1 Μετρήσεις ηλεκτρικής αγωγιμότητας

Βασίζεται στην αγωγιμότητα της άλιπης και της λιπώδους μάζας του σώματος.

2.2.4.2 Υπέρυθρη ακτινοβολία

Εκπέμπεται φως σε μήκος κύματος $700 - 1100 \text{ nm}$ προς το δέρμα και το φάσμα των ακτινών που ανακλώνται αναλύεται από κομπιούτερ. Ο λιπώδης και ο άλιπος ιστός έχουν διαφορετικής αλληλεπίδρασης φάσματα.

Τα μηχανήματα αυτά έχουν χαμηλό κόστος, αλλά η ακρίβεια της μέτρησης είναι μικρή.

2.2.4.3 Μετρήσεις με ενεργοποίηση νετρονίου

Πρόκειται για ένα πολύ ακριβό μηχάνημα και η εκπεμπόμενη ακτινοβολία είναι υπολογίσιμη για το άτομο. Για αυτό δεν βρίσκει ευρεία εφαρμογή.

2.2.4.4 Πυρηνικός μαγνητικός συντονισμός

Η ακτινοβολία που εκπέμπει δεν προκαλεί ζημιά στους ιστούς, είναι όμως μία πολύ ακριβή μέθοδος και τα αποτελέσματά της δεν έχουν καθοριστεί.

2.2.4.5 Ηλεκτρονικός τομογράφος

Δίνει εικόνες, από τις οποίες υπολογίζεται η ποσότητα του λίπους του σώματος.

2.2.4.6 Συσκευή υπερήχων

Το πάχος του λιπώδους στρώματος υπολογίζεται από τον χρόνο που κάνει το κύμα του υπερήχου να φτάσει από το δέρμα στον μυ και το αντίθετο. (Σαββίδου, 2007)

2.2.5 Ανθρωπομετρικές μετρήσεις

Υπάρχουν πολλοί μέθοδοι για τον υπολογισμό του σωματικού λίπους. Οι μέθοδοι αυτοί έχουν σκοπό τον υπολογισμό της λιπώδους και της άλιπης μάζας του σώματος και τον προσδιορισμό του βαθμού της παχυσαρκίας.

2.2.5.1 Δείκτης Broca

Πρόκειται για μία απλή μέθοδο, που έχει ως στόχο τον προσδιορισμό του ιδανικού ή επιθυμητού βάρους του ατόμου. Ο τύπος είναι : (ύψος-100-10% ή 15%), 10% για άνδρες και 15% για γυναίκες.

2.2.5.2 Επιθυμητό ή ιδανικό βάρος

Πρόκειται για το βάρος που ορίζεται από πίνακες ασφαλειών ζωής, λαμβάνοντας υπόψη το φύλο και την ηλικία. Αυτοί οι πίνακες κατατάσσουν τον σκελετό σε μικρό, μεσαίο και μεγάλο. Η εκτίμηση όμως είναι υποκειμενική.

2.2.5.3 Σχετικό βάρος

Εκφράζεται ως ποσοστό επί της % του ιδανικού βάρους σε σχέση με το φύλο και το ύψος του ατόμου.

Τα προβλήματα της μεθόδου είναι :

- Δεν εφαρμόζονται σε όλο τον πληθυσμό
- Δεν αντιπροσωπεύουν το σημερινό βάρος των ατόμων
- Ο καθορισμός του μεγέθους του σκελετού είναι υποκειμενικός
- Δεν δίνει δεδομένα πρόβλεψης της μακροζωίας υπέρβαρων ή παχύσαρκων ατόμων.

2.2.5.4 Δείκτης μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ)

Είναι η μέθοδος που χρησιμοποιείται περισσότερο και ο τύπος της είναι $B \text{ (kg)} / Y \text{ (m)}^2$. Τα κριτήρια είναι ίδια για τις γυναίκες και τους άνδρες.

Υπάρχουν δύο διαγράμματα ΔΜΣ ανα ηλικία, ένα για κορίτσια και ένα για αγόρια. Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν, η ποσότητα σωματικού λίπους τους αλλάζει. Αγόρια και κορίτσια διαφέρουν σε σωματικό λίπος, καθώς μεγαλώνουν. Τα νούμερα των διαγραμμάτων το λαμβάνουν αυτό υπόψη. Τα διαγράμματα ΔΜΣ ανα ηλικία περιέχουν μια σειρά καμπυλών που δείχνουν συγκεκριμένα εκατοστημόρια. Οι επαγγελματίες της υγείας χρησιμοποιούν αυτά τα στοιχεία για να αναγνωρίσουν υπέρβαρα και λιποβαρή παιδιά:

- Λιποβαρή : ΔΜΣ-ανά ηλικία <5^{ου} εκατοστημορίου
- Υγιές βάρος: ΔΜΣ-ανά ηλικία μεταξύ 5^{ου} και 85^{ου} εκατοστημορίου
- Κίνδυνος για υπέρβαρο: ΔΜΣ-ανά ηλικία >85^{ου} εκατοστημορίου
- Υπέρβαρο: ΔΜΣ-ανά ηλικία >95^{ου} εκατοστημορίου

Τυπικά, ο ΔΜΣ μειώνεται στα προσχολικά χρόνια και μετά αυξάνεται στην ενήλικη ζωή. Η παρακολούθηση του ΔΜΣ του παιδιού καθώς μεγαλώνει μπορεί να βοηθήσει τους γονείς να αναγνωρίσουν νωρίς αν το παιδί έχει κίνδυνο να γίνει υπέρβαρο. Τα παιδιά και οι ενήλικες με ΔΜΣ-ανά ηλικία πάνω από 95^{ου} εκατοστημορίου είναι πιθανότερο να έχουν μεγαλύτερους παράγοντες κινδύνου για καρδιακά νοσήματα. Επιπλέον, αυτά τα παιδιά είναι πιθανότερο να γίνουν υπέρβαροι ενήλικες.

Λόγω αυτών των ανησυχιών, τα ακόλουθα προληπτικά μέτρα συνιστώνται για χρήση από τους παιδίατρους στις ΗΠΑ, για την αξιολόγηση του βάρους των παιδιών:

- Παιδιά άνω των 2 ετών με ΔΜΣ στο 95^ο ή μεγαλύτερο του 95^{ου} σύμφωνα με την ηλικία τους και το φύλο τους θεωρούνται υπέρβαρα και θα έπρεπε να αξιολογηθούν από έναν επαγγελματία της υγείας.
- Παιδιά άνω των 2 ετών με ΔΜΣ μεταξύ 85^{ου} και 95^{ου} εκατοστημορίου σύμφωνα με την ηλικία και το φύλο τους θεωρούνται σε κίνδυνο και θα έπρεπε να ελεγχτούν σε σχέση με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως υψηλή αρτηριακή πίεση, υψηλή χοληστερόλη ή διαβήτη.
- Παιδιά με ετήσια αύξηση δύο ή περισσότερων μονάδων ΔΜΣ θα έπρεπε να αξιολογηθούν σε βάθος από έναν επαγγελματία της υγείας.

2.2.5.5 Μετρήσεις μέσης

Για τον υπολογισμό του λίπους της κοιλιακής χώρας χρησιμοποιείται ο λόγος της περιφέρειας της μέσης προς τα ισχία (W/H) όπου W= περιφέρεια μέσης και H= περιφέρεια ισχίων. Για τους άνδρες πάνω από 1.0 και για τις γυναίκες πάνω από 0.8 αποτελεί πρόγνωση παχυσαρκίας.

Μία άλλη μέθοδος είναι η απλή μέτρηση της περιφέρειας της μέσης.

Άλλες μετρήσεις είναι ο λόγος της περιφέρειας της μέσης προς την του μηρού (M/M), ο λόγος της μέσης προς το ύψος (M/Y).

2.2.5.6 Μετρήσεις του πάχους των δερματικών πτυχών

Οι θέσεις της μέτρησης των δερματικών πτυχών είναι τέσσερις. Ο δικέφαλος, τρικέφαλος, υποπλάτιος και ο άνω λαγόνιος. Οι μετρήσεις γίνονται με ειδικά όργανα και απαιτούνται πολλές επαναλήψεις. Το ποσοστό του σωματικού λίπους υπολογίζεται από ιδιικούς πίνακες. Η δυσκολία της μεθόδου είναι πως η κατανομή του λίπους αλλάζει με την πάροδο της ηλικίας. (Σαββίδου, 2007)

2.3 Παιδική παχυσαρκία

2.3.1 Ορισμός της παιδικής παχυσαρκίας

Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί μία από τις συχνότερες διατροφικές παθήσεις, με συχνότητα εμφάνισης που αυξάνεται συνεχώς σε όλες τις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η παχυσαρκία στην παιδική ηλικία και στην εφηβεία οδηγεί σε μόνιμη παχυσαρκία κατά την ενήλικη ζωή. Ως εκ τούτου, η πρόληψη της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική, όχι μόνο για την αποφυγή προβλημάτων υγείας που συνδέονται άμεσα με την παχυσαρκία όπως διαταραχές των λιπιδίων, ορθοπαιδικά προβλήματα, ψυχολογικές διαταραχές, αλλά επίσης για την πρόληψη απώτερων επιπλοκών κατά την ενηλικίωση, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, κακοήθειες, σακχαρώδης διαβήτης. Η κατάσταση του βάρους στα παιδιά και τους εφήβους περιπλέκεται από το γεγονός ότι το ύψος και η σύνθεση του σώματος διαρκώς μεταβάλλονται και οι μεταβολές αυτές επιτελούνται με διαφορετικούς χρόνους στους διάφορους πληθυσμούς, γεγονός που καθιστά τους απλούς, γενικής χρήσης, δείκτες του ποσού και της κατανομής λίπους περιορισμένης αξίας. Μέχρι σήμερα δεν έχει υπάρξει συμφωνία για την ταξινόμηση της παχυσαρκίας στα παιδιά και στους εφήβους, όπως έχει επιτευχθεί για τους ενήλικες.

Τα παιδιά συνήθως αποκτούν βάρος τους χειμωνιάτικους μήνες και χάνουν βάρος τους καλοκαιρινούς, λόγω αυξημένης σωματικής δραστηριότητας. Άλλοι παράγοντες που συντελούν στην αύξηση του βάρους των παιδιών είναι το άγχος, τα ψυχολογικά προβλήματα, διάφορες παθήσεις και τραυματισμοί.

Επομένως πρέπει να παρακολουθούνται οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική υγεία του παιδιού, καθώς το βάρος είναι ένα φορτισμένο συναισθηματικό ζήτημα, η διατροφή, η άσκηση.

Σημαντικό επίσης είναι να παρακολουθείται σε τακτικά χρονικά διαστήματα το ύψος και το βάρος του παιδιού.

Συνήθως τα άτομα του περιβάλλοντος του παιδιού δεν κρίνουν ψυχρά το παιδί και έτσι δεν βλέπουν το πραγματικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει.

Πρέπει να παρακολουθείται ακόμη και η παραμικρή αύξηση του βάρους, γιατί όσο νωρίτερα γίνει αντιληπτό το πρόβλημα του βάρους, τόσο ευκολότερα μπορεί να αντιμετωπιστεί με επιτυχία. (Sullivan, 2006 Βαβελίδου, Θεοδωρίδου, 2008)

2.3.2 Αίτια παιδικής παχυσαρκίας

Η κυριότερη αιτία είναι ο γρήγορος τρόπος ζωής των γονέων και σε αντίκρισμα στα παιδιά τους που δεν έχουν τον χρόνο να αφιερώσουν την απαραίτητη προσοχή στην διατροφή των παιδιών τους. Έτσι, παρέχουν στα παιδιά γρήγορα και πρόχειρα γεύματα, σνακ, γλυκά με αποτέλεσμα να γίνεται υπερκατανάλωση θερμίδων και λίπους και σε συνδυασμό με την μειωμένη φυσική δραστηριότητα να οδηγούμαστε στην παιδική παχυσαρκία. Πολλές φορές οι γονείς ή οι άνθρωποι από το στενό οικογενειακό περιβάλλον (παππούδες) για λόγους καθαρά συναισθηματικούς υπερσιτίζουν και πιέζουν το παιδί να φάει κάτι χωρίς αυτό να πεινάει πάντοτε νομίζοντας ότι έτσι θα εκφράσουν την αγάπη τους εφόσον δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο για να αφιερώσουν σε αυτό. Επίσης ένα ακόμη λάθος που κάνουν οι γονείς είναι η απαγόρευση τροφίμων ή η χρήση τους ως μέσα επιβράβευσης. Μια άλλη σημαντική αιτία της παιδικής παχυσαρκίας είναι η εικόνα που έχει το παιδί για τους γονείς του. Οι γονείς πρέπει να γίνουν πρότυπο για τα παιδιά τους. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα περισσότερα παχύσαρκα παιδιά έχουν και παχύσαρκους γονείς. Αν τα παιδιά βλέπουν ότι οι γονείς τρέφονται σωστά και ασκούνται χωρίς να τους είναι δυσάρεστο τότε πολύ πιθανό είναι να τους μιμηθούν. Μια καλή λύση είναι να αναπτύξουν οι γονείς με τα παιδιά κοινές δραστηριότητες, προκειμένου να ελαττώσουν το χρόνο που αυτοί και το παιδί τους βλέπουν τηλεόραση ή κάθονται στον υπολογιστή. Έτσι πέρα ότι το παιδί θα έχει πιο έντονη δραστηριότητα θα περιορίζονται οι ώρες που από ανία έτρωγε κάτι μη θρεπτικό. Επίσης η παιδική παχυσαρκία μπορεί να οφείλετε σε γενετικούς παράγοντες (κληρονομικότητα) και σε σπάνιες περιπτώσεις μια αρρώστια, όπως μια ενδοκρινική διαταραχή, μπορεί να προκαλέσει

την παιδική παχυσαρκία. Ανεξάρτητα αν το παιδί είναι παχύσαρκο ή όχι μια σωστά ισορροπημένη διατροφή που θα καλύπτει τις ανάγκες του και θα το βοηθήσει στην ανάπτυξη είναι απαραίτητη. Η απαραίτητη ενέργεια θα εφοδιάζει το σώμα και το μυαλό για να μπορεί να αποδώσει στις πνευματικές και σωματικές εργασίες του. Σημαντική είναι και η καθημερινή κατανάλωση ενός πλήρους και ισορροπημένου πρωινού. Έχει αποδειχτεί ότι τα παιδιά που τρώνε ένα καλό πρωινό υπερτερούν στις επιδόσεις τους σε σχέση με τα παιδιά που δεν τρώνε κάτι ή τρώνε έτοιμα σνακ του κυλικείου. Τρόφιμα όπως πατατάκια, γαριδάκια, σοκολάτα, μπισκότα, τυρόπιτες, αναψυκτικά τα οποία είναι πλούσια σε λίπος και ζάχαρη και φτωχά σε θρεπτικά συστατικά δεν θα βοηθήσουν στην απόδοση του παιδιού. (Τζεϊρανάκη, 2011)

Κυρίως οι εξωτερικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την αύξηση του βάρους των παιδιών.

Μερικοί από τους εξωτερικούς παράγοντες που ευνοούν την παχυσαρκία είναι :

- Το φαγητό θεωρείται ευχαρίστηση και διασκέδαση και διαφημίζεται ασταμάτητα από τα ΜΜΕ
- Τα φαστ φουντ δελεάζουν τα παιδιά με παιχνίδια και διαγωνισμούς
- Οι συσκευασίες των φαγητών και ο τρόπος που τοποθετούνται στα ράφια προσελκύουν τα παιδιά
- Οι μερίδες των εστιατορίων είναι μεγάλες, και συνήθως ανθυγιεινές
- Τα παιδιά τρώνε συχνά έξω από το σπίτι
- Τα σχολεία έχουν κακής ποιότητας φαγητά
- Η αξία που δίνεται στο να είναι κανείς αδύνατος συχνά έχει άσκημες συνέπειες
- Οι κακές διατροφικές συνήθειες μιας οικογένειας και οι λανθασμένες απόψεις για την υγεία
- Η έλλειψη ελεύθερου χρόνου
- Τα παιδιά μένουν μόνα τους στο σπίτι μετά το σχολείο
- Κάνουν καθιστική ζωή (τηλεόραση, Η/Υ κ.α.)
- Εμπόδια στην άσκηση (π.χ. έλλειψη πεζοδρομίων, γειτονιών) (Alleman, 2003)

2.3.2.1 Το φαγητό

Η εμφάνιση και η μυρωδιά του φαγητού δελεάζουν τα παιδιά, καθώς επίσης και η ελκυστική συσκευασία.

Η τροφή προσφέρεται εύκολα και παίρνει μορφή χόμπι και όχι ανάγκης για επιβίωση.

Ακόμη το να τρώει η οικογένεια μαζί είναι θετικό, γιατί έτσι προάγεται η επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας και η έννοια του φαγητού παίρνει άλλη μορφή.

Ακόμη ο υπερσιτισμός και η λανθασμένη διατροφή είναι από τα πιο συνηθισμένα αίτια παχυσαρκίας στην εποχή μας. Όταν το παιδί προσλαμβάνει σε μακροχρόνια βάση μεγαλύτερη ποσότητα τροφής, ιδίως πλούσια σε λίπος, από όση καταναλώνει ο οργανισμός του, τότε παχαίνει. Η αυξημένη πρόσληψη λιπαρών τροφών παίζει ιδιαίτερα επιβαρυντικό ρόλο. Επίσης, η συχνή και αλόγιστη χρήση σακχαρούχων αναψυκτικών συνδέεται άμεσα με την αύξηση του σωματικού βάρους. Στα παχύσαρκα παιδιά η αυξημένη θερμιδική πρόσληψη αφορά κυρίως στα ενδιάμεσα γεύματα, ενώ η πρόσληψη τροφής κατά τα γεύματα σπάνια είναι υπερβολικού βαθμού.

2.3.2.2 Τα ΜΜΕ

Εικόνα 2.3.2.2



Πηγή : αναρτήθηκε στις 7/06/2012 από

http://www.google.com/imgres?q=%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE+%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1&hl=en&biw=1366&bih=638&tbm=isch&tbnid=5_5whZ7Y2u_STM:&imgrefurl=http://diatrofikaiygeia.blogspot.com

Τα παιδιά παρακολουθούν κατά μέσο όρο 3,5 με 4 ώρες τηλεόραση καθημερινά. Οι βιομηχανίες φαγητού, προσλαμβάνουν έμπειρους διαφημιστές, που δελεάζουν τα παιδιά δημιουργώντας σλόγκαν, εικόνες χαρακτήρες. Κάθε σαββατοκύριακο πρωί, στα διαλείμματα των παιδικών σειρών, προβάλλονται διαφημίσεις με παχυντικές λιχουδιές και φαγητά πλούσια σε λίπη και ζάχαρη. Αντίθετα οι διαφημίσεις για φρούτα, λαχανικά, γαλακτοκομικά προϊόντα και πρωτεΐνες είναι ελάχιστες.

Τα < βρώμικα φαγητά > προβάλλονται σαν συνώνυμα της διασκέδασης.

Μελέτες σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν δείξει ότι τα παιδιά που παρακολουθούν διαφημίσεις τροφίμων είναι πιο πιθανό να επιλέξουν ή να ζητήσουν απ' τους γονείς τους τα διαφημιζόμενα τρόφιμα σε σύγκριση με παιδιά που δεν τις παρακολουθούν, σύμφωνα με έρευνα του Πανεπιστημίου του Λίβερπουλ που δημοσιεύτηκε το 2007.

Σύμφωνα με επιστημονικά δεδομένα, ο αριθμός των διαφημίσεων τροφίμων που είναι πλούσια σε λίπος και ζάχαρη φαίνεται να σχετίζεται θετικά με τη συχνότητα εμφάνισης παιδικής παχυσαρκίας. Πιο συγκεκριμένα, τα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας είναι υψηλότερα στις νότιες χώρες της Ευρώπης, σε σύγκριση με τις βόρειες, όπου η νομοθεσία σχετικά με τις διαφημίσεις είναι αυστηρότερη, σύμφωνα με δημοσίευση του T. Lobstein από τη Διεθνή Ομάδα Δράσης για την Αντιμετώπιση της Παχυσαρκίας, το 2006.

Φαίνεται πως τα παιδιά που παρακολουθούν πολλές ώρες τηλεόραση καταναλώνουν περισσότερα τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη και λίπος και λιγότερα φρούτα και λαχανικά, κάτι που ισχύει και στην Ελλάδα, όπως καταγράφεται σε μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, που δημοσιεύτηκε το 2006.

Ωστόσο, δεν είναι απόλυτα σαφές το κατά πόσο οι διαφημίσεις είναι αυτές που εντείνουν το φαινόμενο της παχυσαρκίας, καθώς, στην πλειονότητα των υπάρχουσών μελετών, ο επιπολασμός της παιδικής παχυσαρκίας έχει σχετιστεί με την τηλεθέαση και όχι με τις διαφημίσεις αυτές καθαυτές. Η συσχέτιση αυτή μπορεί να αποδοθεί στην υιοθέτηση ενός ευρύτερα καθιστικού τρόπου ζωής.

Οι ερευνητές έχουν προτείνει διάφορους πιθανούς μηχανισμούς, όπως ότι το παιδί καταναλώνει ασυναίσθητα τροφή κατά τη διάρκεια παρακολούθησης τηλεόρασης, τρώγοντας έτσι μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού, το γεγονός ότι η παρακολούθηση τηλεόρασης είναι συχνά συνυφασμένη με την κατανάλωση σνακ, αλλά και τη μειωμένη σωματική δραστηριότητα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι καθώς ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αλλά και η Ευρωπαϊκή Αρχή για την Ασφάλεια Τροφίμων (EFSA) έχουν αναγνωρίσει την επίδραση της υπερβολικής παρακολούθησης τηλεόρασης στη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών, αλλά και στην εμφάνιση παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας, ο Σύνδεσμος Ελληνικών Βιομηχανιών Τροφίμων σε συνεργασία με τον Σύνδεσμο Διαφημιζομένων Ελλάδας έχουν καταλήξει σε τρεις αρχές σχετικά με την διαφήμιση στα τρόφιμα:

Οι διατροφικοί ισχυρισμοί των τροφίμων πρέπει να τυγχάνουν επιστημονικής τεκμηρίωσης.

Η διαφήμιση που απευθύνεται σε παιδιά δεν πρέπει να υποβαθμίζει τη σημασία του φυσικού τρόπου διαβίωσης, ούτε να υπονομεύει το ρόλο του γονέα ή να παραπλανεί τα παιδιά.

Η διαφήμιση δεν πρέπει να προωθεί την υπερκατανάλωση προϊόντων που απευθύνονται σε παιδιά.

Παράλληλα, ο Ευρωπαϊκός Σύνδεσμος Εταιριών μη Αλκοολούχων Ποτών και Αναψυκτικών έχει θεσπίσει κανονισμό, ο οποίος προβλέπει τη μη στοχευμένη διαφήμιση των αναψυκτικών σε παιδιά κάτω των 12 ετών. Με τον κανονισμό αυτό αποκλείονται διαφημίσεις αναψυκτικών σε παιδικά περιοδικά, σε αμιγώς παιδικές τηλεοπτικές ζώνες, καθώς και σε εκπομπές όπου άνω του 50% των τηλεθεατών είναι παιδιά.

Οι βιομηχανίες αναψυκτικών με αυτόν τον τρόπο αναγνωρίζουν και σέβονται το δικαίωμα των γονέων να επιλέγουν οι ίδιοι τα τρόφιμα που θέλουν να δώσουν στα παιδιά τους και σίγουρα αποτελεί ένα βήμα για την αντιμετώπιση του φαινομένου υπερκατανάλωσης τροφίμων και ποτών πλούσιων σε ζάχαρη από τα παιδιά. (Ρίσβας, 2008)

2.3.2.3 Τα φαστ φουντ

Εικόνα 2.3.2.3



Πηγή : αναρτήθηκε στις 15/07/2012

από <http://www.google.com/imgres?q=%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE+%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1&hl=en&biw=1366&bih=638&tbm=isch&tbnid=IxnU0mq9uUilNM:&imgrefurl=http://2ogym>

Τα φαστ φουντ υπάρχουν πλέον σε κάθε γειτονιά. Επηρεάζουν τους <μικρούς> καταναλωτές με ύπουλους τρόπους. Τα πακέτα με παιχνίδια, όπου μαζί με το γεύμα δίνεται ένα δωρεάν παιχνίδι, καθώς και τα παιδικά κλάμπ, τα οποία δίνουν την αίσθηση στα παιδιά πως ανήκουν κάπου. Επιπλέον προσφέρουν τεράστιες μερίδες φαγητού.

Κάθε φορά που ένα παιδί τρώει το τυπικό παιδικό γεύμα, παίρνει :

- Σχεδόν τις μισές από τις θερμίδες που χρειάζεται για ολόκληρη την ημέρα
- 41% της ημερήσιας παροχής λίπους
- 40% της ανώτατης ημερήσιας παροχής κορεσμένου λίπους, το οποίο φράζει τις αρτηρίες
- 122% του νατρίου που χρειάζεται ένα παιδί
- 80% του προϋπολογισμού ζάχαρης για ολόκληρη την ημέρα

2.3.2.4 Τα τεχνάσματα των καταστημάτων τροφών

Οι πολύχρωμες συσκευασίες, οι εικόνες και τα εντυπωσιακά γράμματα ασκούν επιρροή στα αθώα παιδιά. Ακόμη τα έντονα χρώματα και οι συμπαθητικοί χαρακτήρες εύκολα έλκουν τα παιδιά. Επίσης συνήθως στις συσκευασίες των δημητριακών υπάρχει η ένδειξη <δωρεάν παιχνίδι μέσα!>.

2.3.2.5 Τα σχολεία

Δυστυχώς, οι κατασκευαστές τροφίμων προσφέρουν τεράστια χρηματικά ποσά στα σχολεία για να προβάλλουν διαφημίσεις, καθώς η αφοσίωση στις μάρκες σταθεροποιείται σε νεαρή ηλικία. Τοποθετούνται διαφημίσεις σε πίνακες ή στους διαδρόμους, στις τραπεζαρίες κι στα σχολικά λεωφορεία. Τα χρήματα είναι η αιτία του κακού!

2.3.2.6 Η εκτίμηση των αδύνατων

Ιδιαίτερα για τις γυναίκες η έννοια της ομορφιάς στον πολιτισμό μας έχει πάρει άλλες διαστάσεις. Έτσι τα κορίτσια από μικρή ηλικία ανησυχούν μήπως παχύνουν ή είναι ήδη υπέρβαρες και υιοθετούν επικίνδυνες διαιτητικές πρακτικές. Αυτές οι καταστάσεις μπορεί να έχουν μόνιμες βλαβερές επιπτώσεις, καταλήγοντας τελικά σε διατροφικές διαταραχές και αύξηση του βάρους.

2.3.2.7 Μόνα στο σπίτι

Τα παιδιά που μένουν μόνα στο σπίτι μετά το σχολείο ή και τα σαββατοκύριακα, επειδή οι γονείς εργάζονται, μπορεί ενδεχομένως να υποφέρουν από έλλειψη θρεπτικής τροφής και σωματικής δραστηριότητας.

2.3.2.8 Εμπόδια στην άσκηση

- Γειτονιές χωρίς πεζοδρόμια
- Δρόμους χωρίς σήμανση
- Μη ασφαλή πάρκα και παιδικές χαρές
- Δρόμους με συχνή διέλευση οχημάτων
- Πυκνοχτισμένα σπίτια, όπως οι πολυκατοικίες χωρίς αυλή
- Επιστροφή στο σπίτι αργά το βράδυ, ιδιαίτερα το χειμώνα οι μέρες είναι μικρές
- Άσχημος καιρός
- Μεγάλο σωματικό βάρος

2.3.2.9 Μειωμένη σωματική δραστηριότητα

Σήμερα τα παιδιά όχι μόνο γυμνάζονται λιγότερο, αλλά και έχουν λιγότερες καθημερινές μικροδραστηριότητες. Στην αύξηση αυτής της σωματικής αδράνειας συμβάλουν η τηλεόραση, οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές, τα βιντεοπαιχνίδια. Έχει βρεθεί ότι η τηλεόραση άνω των 2 ωρών ημερησίως αυξάνει σημαντικά το σωματικό βάρος των παιδιών. Η τηλεόραση προκαλεί επιπλέον και αυξημένη κατανάλωση σνακς με υψηλή θερμιδική περιεκτικότητα ιδίως τις βραδινές ώρες, κατά τις οποίες τα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στα διαφημιστικά διατροφικά μηνύματα.

2.3.2.10 Ψυχοκοινωνικοί λόγοι

Η έλλειψη επικοινωνίας παιδιού-μητέρας ή αντίθετα η υπερπροστασία, προδιαθέτει μέσω της υπερφαγίας, σε παιδική παχυσαρκία. Η σταδιακή αύξηση του βάρους δημιουργεί αρνητική εικόνα του παιδιού για το σώμα του, με συνέπεια τάσεις απομόνωσης και κατάθλιψης, που συχνά οδηγούν σε διαταραχές διατροφικής συμπεριφοράς και διαιώνιση του φαύλου κύκλου. Παρόμοιο αποτέλεσμα έχει και ο κοινωνικός στιγματισμός των παχύσαρκων παιδιών που παρατηρείται στα σχολεία.

2.3.2.11 Ορμονικά αίτια

Διαταραχές του θυρεοειδούς αδένος, των επινεφριδίων, των ωοθηκών, του υποθαλάμου ή της υπόφυσης αποτελούν σπάνια αίτια παχυσαρκίας.

2.3.2.12 Ο ρόλος του θηλασμού

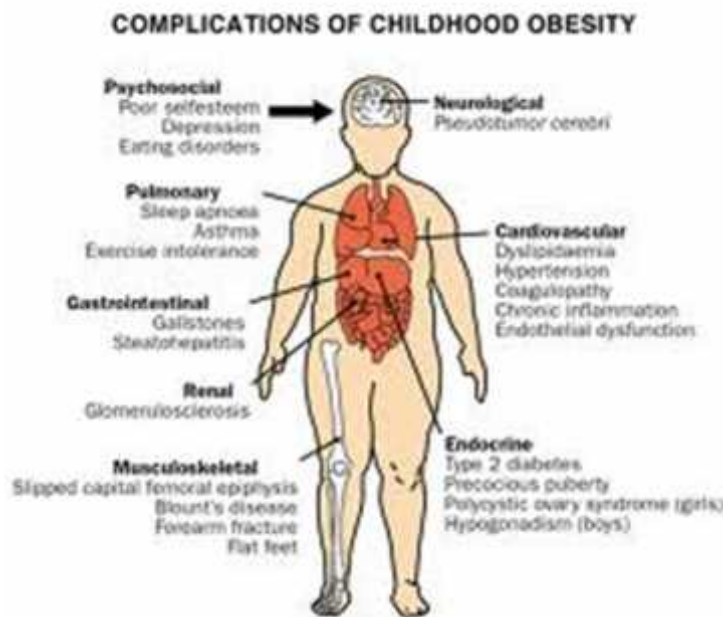
Το μητρικό γάλα φαίνεται ότι αποτελεί προστατευτική ασπίδα κατά της παιδικής παχυσαρκίας, ιδίως όταν λαμβάνεται ως αποκλειστική τροφή για τουλάχιστον 3 μήνες από την γέννηση. Ο μητρικός θηλασμός βοηθά στην εγκατάσταση διατροφικής ρύθμισης από τους πρώτους μήνες της ζωής. Επίσης, φαίνεται ότι προστατεύει από τις απώτερες μεταβολικές διαταραχές, όπως το σακχαρώδη διαβήτη, την υπερχοληστερολαιμία, την αρτηριακή υπέρταση κ.α.

2.3.2.13 Κληρονομικότητα

Υπάρχουν γονίδια που ρυθμίζουν το μεταβολισμό, την όρεξη ή την αποθήκευση λίπους, καθώς και χρόνιες ασθένειες και παθήσεις που σχετίζονται με τη διαίτα.(Alleman, 1999 [Ελληνική ιατρική εταιρία παχυσαρκίας, 2005])

2.3.3 Επιπλοκές παιδικής παχυσαρκίας

Εικόνα 2.3.3



Πηγή: αναρτήθηκε στις 28/07/2012 από

<http://www.google.com/imgres?q=%CF%80%CF%81%CF%8C%CE%BB%CE%B7%CF%88%CE%B7+%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82+%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1%CF%82&hl=en&biw=1366&bih=638&tbm=isch&tbnid=TBTPsPgVW98HbM:&imgrefurl=http://www.korinthiaportal.gr/news/2825/programma-prolipsis-tis-paidikis>

Η παιδική παχυσαρκία είναι ένα σοβαρό πρόβλημα αφού συνοδεύεται από σοβαρές επιπλοκές, τόσο άμεσες όσο και απώτερες. Είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Είναι πλέον γνωστό ότι ο ΣΔ 2 και το Μεταβολικό Σύνδρομο έχουν τις ρίζες τους στην παιδική και εφηβική ηλικία. Ο ΣΔ 2, νόσος άγνωστη στα παιδιά και στους έφηβους, αυξάνεται με επικίνδυνο ρυθμό, αποτελώντας το 8-45% των νεοδιαγνωσθέντων περιπτώσεων ΣΔ στις ηλικίες αυτές. Ένα μεγάλο ποσοστό παχύσαρκων παιδιών θα γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες και θα ανήκουν στους ασθενείς με Μεταβολικό Σύνδρομο. Ένα ιδιαίτερα ανησυχητικό δεδομένο είναι ο αυξημένος κίνδυνος πρόωρου θανάτου στην ενήλικη ζωή, κυρίως από καρδιαγγειακά νοσήματα, ανεξάρτητα αν ο παχύσαρκος νέος χάσει περιττά κιλά. Προδιαθέτει επίσης για πρώιμη ήβη, πολυκυστικές ωοθήκες, υπογοναδισμό, υπερλιπιδαιμία, υπέρταση, βρογχικό άσθμα, σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο, στεατοηπατίτιδα, χολολιθίαση, σπειραματονεφρίτιδα, μυοσκελετικές παθήσεις, ενδοκράνια υπέρταση. Αξιοσημείωτες είναι και οι ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας. Χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση, τάση για εξαρτήσεις και αυτοκαταστροφή είναι χαρακτηριστικά που συνοδεύουν συχνά τα παχύσαρκα άτομα. (Σκορδής, 2009)

Οι επιπλοκές της παχυσαρκίας στα παιδιά είναι:

- **Ψυχοκοινωνικές:** Είναι οι σημαντικότερες. Υποτίμηση εαυτού, τάσεις απομόνωσης, εκδήλωση διαταραχών διατροφικής συμπεριφοράς (υπερφαγία, ανορεξία, βουλιμία), αγχώδεις εκδηλώσεις και κατάθλιψη, ιδίως στους εφήβους.
- **Μηχανικές επιπλοκές (σε βαριά παχυσαρκία) :**
 - **Ορθοπεδικές :** Επιφυσιόληση μηριαίου οστού με πόνο στα ισχία και παθολογική κλίση των κάτω άκρων.
 - **Καρδιοαναπνευστικές :** Σύνδρομο υποαερισμού ή άπνοιας κατά τον ύπνο, αρτηριακή υπέρταση, προδιάθεση για αρτηριοσκλήρυνση.

- **Μεταβολικές-Ορμονικές :** Δυσλιπιδαιμία (αύξηση χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων), αύξηση ουρικού οξέος, υπερινσουλιναιμία, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, διαταραχές περιόδου, σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, μελανίζουσα ακάνθωση, πρόωμη έναρξη εφηβείας, λιπώδης διήθηση ήπατος, χολολιθίαση.

Ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας των ενηλίκων που εμφανίζεται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια και στα παιδιά είναι το μεταβολικό σύνδρομο. Αποτελείται από μια ομάδα μεταβολικών διαταραχών, που περιλαμβάνουν κατά βάση το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, τη δυσλιπιδαιμία (αύξηση τριγλυκεριδίων και ελάττωση της καλής χοληστερίνης, της HDL), την αρτηριακή υπέρταση και την κεντρικού τύπου παχυσαρκία, αλλά και άλλες διαταραχές όπως το λιπώδες ήπαρ, τη λευκωματουρία, το αυξημένο ουρικό οξύ, κλπ.

Ιδιαίτερα η συχνότητα του εγκατεστημένου σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 αυξάνει ανησυχητικά κατά την εφηβεία και αγγίζει το 2% στην Ευρώπη και το 4% στην Αμερική, ενώ το ποσοστό αυτών που παρουσιάζουν διαταραγμένο σάκχαρο νηστείας φτάνει το 25% στην Αμερική και το 5% στην Ευρώπη. Το μεταβολικό σύνδρομο και τα επιμέρους συστατικά του αποτελούν το κύριο αίτιο της αύξησης των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην ενήλικη ζωή.

2.3.4 Κρίσιμες περίοδοι για την εκδήλωση της παχυσαρκίας στα παιδιά

- Το βάρος του νεογνού, το οποίο επηρεάζεται από τις διατροφικές συνήθειες της μητέρας και από το βάρος της πριν τη σύλληψη, παίζει ουσιαστικό ρόλο. Αυξημένο βάρος νεογνού μπορεί να προδιαθέτει για εκδήλωση παχυσαρκίας μεταγενέστερα, ενώ αντίθετα το χαμηλό βάρος γέννησης συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για σακχαρώδη διαβήτη και καρδιαγγειακή νοσηρότητα στην ενήλικη ζωή.
- Η ηλικία των 5-7 χρόνων είναι η περίοδος της απότομης αύξησης των λιποκυττάρων. Εάν η φυσιολογική αυτή αύξηση γίνει νωρίτερα ή με πολύ ταχύ ρυθμό, το παιδί παρουσιάζει μεγάλο κίνδυνο για παχυσαρκία. Το μεγαλύτερο κίνδυνο φαίνεται να παρουσιάζουν τα νεογνά, τα οποία αναπτύσσονται απότομα στη συνέχεια και παρουσιάζουν έκρηξη λιποκυττάρων γύρω στην ηλικία των 3-4 χρόνων.
- Η περίοδος της εφηβείας απαιτεί επίσης προσοχή, διότι οι ορμονικές μεταβολές της φάσης αυτής συμβάλλουν στην αύξηση των λιποκυττάρων και στην ανακατανομή του λίπους. Επιπλέον, αρνητικό ρόλο μπορεί να παίζουν ψυχολογικοί παράγοντες και αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες που παρουσιάζονται στην περίοδο αυτή. Η εμφάνιση παχυσαρκίας στην εφηβεία, παραμένει κατά 50-70% στην ενήλικη ζωή και ευθύνεται για την αυξημένη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα επεισόδια στους ενήλικες.

2.3.5 Παιδική παχυσαρκία και οι επιπτώσεις στην υγεία

Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί σοβαρό πρόβλημα υγείας με συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα διεθνώς. Όσον αφορά στη χώρα μας, βρισκόμαστε στην πρώτη θέση σε ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας ανάμεσα στα Ευρωπαϊκά κράτη. Επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι περίπου το 20% των παιδιών της Ευρώπης είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Στο ίδιο ποσοστό κατέληξε και ελληνική μελέτη που έλαβε χώρα στη βόρεια Ελλάδα, αλλά και τρίτη ελληνική μελέτη σε παιδιά της Μεσσηνίας.

Τα παχύσαρκα παιδιά κινδυνεύουν από σοβαρές ασθένειες, όπως διαβήτη τύπου 2, υψηλή πίεση και υψηλή χοληστερόλη. Σε έρευνα του Πανεπιστημίου της Κρήτης βρέθηκε ότι ένα στα δύο Ελληνόπουλα ηλικίας 4 έως 7 ετών έχει υψηλή

χοληστερόλη. Επίσης, ανησυχητικά ήταν τα ευρήματα μια άλλης ελληνικής μελέτης, η οποία βρήκε αυξημένο επιπολασμό αρτηριακής υπέρτασης σε ελληνόπουλα από τη βόρεια Ελλάδα.

Τα παιδιά γίνονται παχύσαρκα για διάφορους λόγους. Το διαιτολόγιο ενός παιδιού και η σωματική του δραστηριότητα είναι δύο σημαντικοί παράγοντες που καθορίζουν το βάρος. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής περιλαμβάνει από τη μια πλευρά αυξημένη κατανάλωση θερμίδων και από την άλλη μειωμένη φυσική δραστηριότητα. Αυτός ο κακός συνδυασμός οδηγεί τα παιδιά στην παχυσαρκία, λόγω του θετικού ενεργειακού ισοζυγίου που δημιουργείται.

Στην ελληνική μελέτη genesis από το Χαροκόπειο πανεπιστήμιο βρέθηκε πως τα υπέρβαρα παιδιά προσλάμβαναν μεγαλύτερη ποσότητα ενέργειας, πρωτεΐνης και λίπους, σε σχέση με τα παιδιά φυσιολογικού σωματικού βάρους.

Τα βασικότερα αίτια της παχυσαρκίας

Η κακής ποιότητας διατροφή (τρόφιμα πλούσια σε λίπος και ζάχαρη τα οποία προσφέρονται μεταξύ γευμάτων, κατανάλωση 'έτοιμου' φαγητού – fast food).

Οι κακές διατροφικές συνήθειες που ξεκινούν από τους γονείς, οι οποίοι λειτουργούν ως πρότυπα για τα παιδιά (φαγητό μπροστά στην τηλεόραση)

Περιβαλλοντικοί παράγοντες (κακής ποιότητας τρόφιμα στα σχολικά κυλικεία, που όμως αποτελούν την εύκολη λύση για το παιδί)

Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Περιορισμένη φυσική δραστηριότητα

Κληρονομικότητα

Ο ρόλος του διαιτολόγου

Η εμφάνιση της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη μετέπειτα ζωή του παιδιού, γιατί τότε διαμορφώνονται οι διαιτητικές του συνήθειες. Η θεραπεία του παχύσαρκου παιδιού θα πρέπει να στοχεύει στην αλλαγή αυτών των λανθασμένων διαιτητικών συνθηκών, αλλά και να είναι συμβατή με την ανάπτυξη του, δηλαδή να του παρέχει τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά.

Για τον διαιτολόγο, επιτυχής θεραπεία στα παιδιά θεωρείται η επιβράδυνση του ρυθμού αύξησης ή η διατήρηση του βάρους, ώστε το παιδί καθώς αναπτύσσεται να αποκτήσει το ιδανικό βάρος για το ύψος του. Επίσης είναι πολύ σημαντικό να δίνονται στα παιδιά κίνητρα για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται σταδιακά το θετικό ισοζύγιο ενέργειας και το παιδί αποκτά ένα κανονικό βάρος.

Ο ρόλος των γονέων

Η αλήθεια είναι ότι οι γονείς καθορίζουν τα πράγματα σε σχέση με τη διατροφή των παιδιών. Ο ρόλος τους δεν είναι μόνο σημαντικός, αλλά έχει αποφασιστική σημασία για την εξέλιξη της ζωής του παιδιού. Ιδιαίτερα αυτοί που έχουν παιδιά παχύσαρκα θα πρέπει να απευθύνονται σε ομάδα ειδικών – παιδιάτρου, διαιτολόγου και ψυχολόγου. Τα ίδια τα παιδιά δεν είναι σε θέση να ξέρουν 'ποιο είναι το σωστό'. Οι γονείς θα τα καθοδηγήσουν, μιας και αποτελούν πρότυπα για αυτά. Τα λάθη συνήθως ξεκινούν από τη μικρή ηλικία και τα συνηθέστερα είναι τα εξής:

Η μαμά μόλις ακούσει κλάμα νομίζει ότι το παιδί πεινάει. Όταν αυτό γίνεται συστηματικά, το παιδί τείνει να πιστέψει ότι όταν δεν αισθάνεται καλά, το φαγητό είναι αυτό που θα του λύσει το πρόβλημα.

Υπάρχουν φορές που το παιδί αρνείται να φάει το κυρίως γεύμα. Στις περιπτώσεις αυτές, οι γονείς φοβούνται και πέφτουν στην παγίδα να του φτιάξουν κάτι πιο γευστικό, λιγότερο υγιεινό και με περισσότερες θερμίδες, προκειμένου να μη μείνει νηστικό. Αυτό βέβαια καταγράφεται από το παιδί και στη συνέχεια ακολουθείται ως τακτική.

Οι γονείς συχνά ασκούν πίεση στα παιδιά να τελειώνουν το φαγητό που υπάρχει στο πιάτο τους – και συνήθως μιλάμε για μεγάλη ποσότητα – από φόβο μήπως δεν αναπτυχθούν σωστά. Δημιουργείται λοιπόν μια αποστροφή στο παιδί για το τρόφιμο που πιέζεται να καταναλώσει και έτσι δύσκολα το επιθυμεί από μόνο του.

Άλλο ένα μεγάλο λάθος γίνεται από τους γονείς που χρησιμοποιούν το φαγητό ως μέσο τιμωρίας ή επιβράβευσης. Τα παιδιά δεν πρέπει να συνδέσουν το φαγητό με την αγάπη, την ασφάλεια ή την επιβράβευση. Αντίστοιχα, δεν πρέπει να ικανοποιείται κάθε τους επιθυμία για λιχουδιές.

Σημαντικές οδηγίες :

- Να μαγειρεύουν οι γονείς στο σπίτι και να αφήνουν τα παιδιά να συμμετέχουν στη διαδικασία του μαγειρέματος
- Οι μερίδες που σερβίρονται να ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες του παιδιού
- Το παιδί θα πρέπει να τρώει όταν πραγματικά πεινάει. Δεν χάθηκε ο κόσμος, αν αφήσει το πιάτο του μισογεμάτο. Το αδειάζει αργότερα που θα πεινάσει. Μέχρι τότε η λύση δεν πρέπει να είναι το εύκολο σνακ
- Να προτρέπουν οι γονείς τα παιδιά να επιλέγουν τρόφιμα χαμηλά σε λίπος και ζάχαρη και να εξοικειωθούν με τις υγιεινές τροφές
- Να τα μάθουν να τρώνε αργά και με παύσεις. Είναι επίσης σημαντικό να υπάρχει οικογενειακή, ευχάριστη ατμόσφαιρα στο τραπέζι
- Να τους δίνουν ανάμεσα στα γεύματα τροφές χαμηλές σε θερμίδες, όπως γιαούρτι, φρούτα και λαχανικά
- Να περιορίζουν τις εξόδους των παιδιών σε fast-food, χωρίς να τις απαγορεύουμε τελείως, γιατί είναι βέβαιο ότι θα υπάρξει αντίδραση
- Να εκπαιδεύσουν το παιδί ώστε να μη συνηθίσει να συνδυάζει κάποιο χόμπι ή δραστηριότητα με το φαγητό. Η διασκέδαση δεν πάει ‘πακέτο’ με κάποιο γεύμα
- Να περιορίσουν τις ώρες που το παιδί παρακολουθεί τηλεόραση ή παίζει παιχνίδια στον υπολογιστή. Να ενθαρρύνουν τη φυσική του δραστηριότητα, που δε βοηθάει μόνο στον έλεγχο του βάρους του, αλλά και στην καλή ψυχική του κατάσταση. Ένα παιδί (και ειδικά ένα παχύσαρκο παιδί) πρέπει να αθλείται και να περνάει συγχρόνως ευχάριστα, να διασκεδάσει
- Έχει παρατηρηθεί ότι πολλές φορές το παιδί προσπαθεί να καλύψει τις συναισθηματικές του ανάγκες με το φαγητό.
- Καλό είναι, επίσης, να αποφεύγονται οι αυτοσχέδιες δίαιτες και να ζητηθεί η συμβουλή ενός διαιτολόγου που θα ασχοληθεί επιστημονικά με τη διατροφή του παιδιού. Σε καμία περίπτωση δε γίνεται αναφορά για δίαιτα, αφού ο ειδικός ξεκινά τη θεραπεία με πρωταρχικό στόχο την επιβράδυνση του ρυθμού αύξησης του βάρους του παιδιού. Η διαδικασία της μελέτης και της σταθεροποίησης της διατροφής του παιδιού προηγείται του αδυνατίσματος. (Βλαχάκη, 2008)

2.3.6 Ο κίνδυνος παραμονής της παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή

Το 1/3 της παχυσαρκίας των ενηλίκων ξεκινά από τη παιδική ηλικία. Όσο νωρίτερα ξεκινήσει η αύξηση του βάρους, τόσο σοβαρότερου βαθμού παχυσαρκία θα εμφανιστεί στην ενήλικη ζωή. Η παχυσαρκία που ξεκινά από την εφηβεία είναι συνήθως ηπιότερου βαθμού, παραμένει όμως συχνότερα στον ενήλικα (σε ποσοστό 60%) και συνοδεύεται από αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι οι αγγειακές βλάβες εμφανίζονται νωρίς στα παχύσαρκα παιδιά, ιδίως σε αυτά που έχουν μεταβολικό σύνδρομο.

Οι κυριότεροι παράγοντες που προδιαθέτουν στην παραμονή της παχυσαρκίας μεταγενέστερα είναι :

ο βαθμός της παχυσαρκίας, η ηλικία έναρξης (όσο αργότερα αρχίσει, τόσο πιθανότερα παραμένει), και η παρουσία παχυσαρκίας στους γονείς. Άλλοι παράγοντες που παίζουν ρόλο είναι : το σωματικό βάρος γέννησης (αυξημένος κίνδυνος σε υψηλό βάρος γέννησης), οικονομική και κοινωνική κατάσταση της οικογένειας, επίπεδο σωματικής δραστηριότητας, διατροφικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. (Ελληνική ιατρική εταιρία παχυσαρκίας, 2005)

2.3.7 Η παιδική παχυσαρκία στην Ελλάδα

Τελευταία στατιστικά δεδομένα που παρουσιάστηκαν σε σχετικά ιατρικά συνέδρια μιλούν για περίπου 4 στα 10 παχύσαρκα παιδιά, κάτω των 10 ετών. Από αυτά πάλι 4 στα 10 έχουν τουλάχιστον ένα γονιό παχύσαρκο, ενώ η μεγάλη πλειοψηφία έχουν και τους δύο. Ειδικότερα στοιχεία από τη Βόρεια Ελλάδα έδειξαν ότι η παχυσαρκία είναι συχνότερη στα παιδιά σε σχέση με τους εφήβους. Ο INKA αναφέρει σε έκθεσή του ότι «Τρέφουμε τα πιο αμόρφωτα, αγύμναστα και παχύσαρκα (ή υπέρβαρα) παιδιά». Είναι σίγουρα μια ακραία και σοκαριστική άποψη, αλλά δυστυχώς τα τελευταία στοιχεία αποδεικνύουν τουλάχιστον τα δύο τελευταία χαρακτηριστικά, αφού τα παιδιά στη χώρα μας ασκούνται όλο και λιγότερο και τρέφονται ολοένα και με χειρότερο τρόπο. Επίσης από πρόσφατη μελέτη που έγινε στην ευρύτερη περιοχή Αθηνών από την Ενδοκρινολογική Μονάδα της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών με σκοπό τη δημιουργία Εθνικών προτύπων ανάπτυξης, προκύπτει ότι ο μέσος 18χρονος Έλληνας και Ελληνίδα είναι πιο παχύσαρκοι από τους αντίστοιχους Αμερικανοπαίδες. Τα παρακάτω στοιχεία είναι πολύ σημαντικά και απαιτούν άμεση αντιμετώπιση καθώς το 1/3 των παχύσαρκων παιδιών θα γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες, ενώ και τα υπόλοιπα κινδυνεύουν από τις επιπλοκές της παχυσαρκίας περισσότερο από ότι οι φυσιολογικού βάρους ενήλικες, ακόμα κι αν αυτά τα παιδιά με κάποιο τρόπο χάσουν βάρος στην ενήλικη ζωή τους. Το INKA- Ινστιτούτο Καταναλωτών χαρακτηρίζει την παχυσαρκία και την αλματώδη αύξησή της ως «βραδυφλεγή βόμβα».

Τι φταίει;

1. Το 77% των παιδιών δεν τρώει σχεδόν ποτέ με τους γονείς του, και περνάει πολλές ώρες μόνο του στο σπίτι. Έτσι συχνά το φαγητό που τρώνε δεν ελέγχεται όσο πρέπει από τους γονείς, ως προς τη ποσότητα και την ποιότητά του. 25%-48% των Ελληνόπουλων δεν έχουν ποτέ ενημερωθεί για θέματα διατροφής από τους γονείς τους.
2. Το «σπιτικό» φαγητό αποτελεί για πολλά ελληνικά νοικοκυριά μια συνήθεια όχι καθημερινή, ή ακόμα και μια πολυτέλεια. Η μητέρα δουλεύει, είναι πολυάσχολη, και η εύκολη λύση του φαγητού από έξω γίνεται όλο και περισσότερο συνήθεια για τη σύγχρονη ελληνική οικογένεια. Τα ίδια τα παιδιά όταν ρωτήθηκαν απάντησαν ότι κατά 63% καταναλώνουν πολύ κρέας και κατά 51% ότι δεν καταναλώνουν πολλά όσπρια και χόρτα.
3. Τα παιδιά τρώνε σε ταχυφαγεία (εστιατόρια τύπου “fast-food”) σε ποσοστό 7-42% τουλάχιστον μια φορά τη βδομάδα.
4. Ιδιαίτερα τα αναψυκτικά έχουν ενοχοποιηθεί και συσχετιστεί με την αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας. Επίσημα στοιχεία υπάρχουν μόνο για τις ΗΠΑ (όχι για τη χώρα μας), όπου μεταξύ 1991-1995 η μέση ημερήσια κατανάλωση αναψυκτικών αυξήθηκε από 345 σε 570 ml στους εφήβους, κάτι που επιβαρύνει θερμιδικά τα άτομα αυτά με πάνω από έξι 200 θερμίδες ημερησίως, συμβάλλοντας έτσι στην αύξηση της παχυσαρκίας.
5. Η διατροφή στα ελληνικά σχολικά κυλικεία δεν είναι κατάλληλη. Επίσημα στοιχεία του INKA δείχνουν ότι οι μαθητές αγοράζουν σνακς (γαριδάκια, πατατάκια κ.α.) σε ποσοστό 49-56% προϊόντα με πολύ ζάχαρη σε ποσοστό 36-65% χυμούς μη φυσικούς (τύπου νέκταρ) σε ποσοστό 53-57%. Γενικά το 81% των παιδιών προμηθεύεται για κολατσιό από το σχολείο είδη τροφής τα οποία δεν θα έπρεπε να διατίθενται στα σχολικά κυλικεία.
6. Το σχολείο, πέρα από τα «ακατάλληλα» κυλικεία δεν ενημερώνουν τα παιδιά για τη διατροφή τους. Κάποια γενικά στοιχεία δείχνουν ότι τα παιδιά στη Ελλάδα δεν είναι ενημερωμένα σε ποσοστό 53% για θέματα διατροφής (κάτι που καθιστά πολύ σημαντική και μάλλον απαραίτητη την καλύτερη εφαρμογή προγραμμάτων «Αγωγής Υγείας» από την πολιτεία στα σχολεία). Ακόμα, σε ποσοστό 61% δεν ξέρουν τα δικαιώματά τους, όσο αφορά την ποιότητα των προϊόντων διατροφής που καταναλώνουν.
7. Η αδυναμία των γονιών να ετοιμάσουν ένα υγιεινό και ισορροπημένο πρωινό τουλάχιστον στα παιδιά τους, τους οδηγεί στην εύκολη λύση του χαρτζιλικιού. Σύμφωνα πάντα με το INKA το 85% παίρνει υπερβολικό ποσό ως

«χαρτζιλίκι» το οποίο το καταναλώνει σε άχρηστα και συχνά επικίνδυνα τρόφιμα, ποτά και τσιγάρα. Ένα 4% μόνο δεν παίρνει λεφτά από το σπίτι, 31% παίρνει 3-5 ευρώ και 4% παίρνει 6-10 ευρώ. (Κύρου, 2008)

2.4 Η ψυχολογία του παχύσαρκου παιδιού

Το παχύσαρκο παιδί αισθάνεται διαφορετικό από τους συνομήλικούς του κι αυτό συντελεί στη δημιουργία συμπλεγμάτων και κατάθλιψης κυρίως κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Το παιχνίδι και η άθληση που αποτελούν βασικές ανάγκες και απολαύσεις της παιδικής κι εφηβικής ηλικίας γίνονται πηγές άγχους αφού το παχύσαρκο παιδί συχνά, όχι πάντα, δεν επιτυγχάνει στη γυμναστική και τα ομαδικά παιχνίδια τις επιδόσεις των συμμαθητών του με συνέπεια εκτός των άλλων να είναι λιγότερο δημοφιλές κι αποδεκτό στις συντροφίες. Αντί για χαρά κι ικανοποίηση τα σπορ μπορεί να προκαλούν ανησυχία και δυσφορία σε ένα παιδί ή έφηβο που δεν νιώθει καλά για το σώμα του και που συγκρίνει τις επιδόσεις αλλά και την εμφάνισή του με αυτή των πιο αδύνατων φίλων του.

Έρευνα του τμήματος Διαιτολογίας και Διατροφής του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου για την παιδική παχυσαρκία στη χώρα μας, η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 867.000 μαθητών απ' όλη την Ελλάδα και σε ένα διάστημα 13 ετών, δείχνει ότι τέσσερα στα δέκα παιδιά του Δημοτικού Σχολείου είναι παχύσαρκα, ενώ περίπου τα μισά ασκούνται ελάχιστα ή και καθόλου.

Το ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών τα τελευταία 13 έτη αυξήθηκε περίπου 30% (ήταν 19,5% το 1997 και 26% το 2009!!!) σε αστικές και αγροτικές περιοχές και είναι, δυστυχώς, ένα από τα υψηλότερα στην Ευρώπη.

Παράλληλα η φυσική κατάσταση των μαθητών Δημοτικού την τελευταία δεκαετία μειώθηκε περισσότερο από 5%.

Η μείωση αυτή αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων κατά 150% περίπου!!

Η τραγική αυτή αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας συνδέεται άμεσα με την έλλειψη άσκησης αλλά και την κακή διατροφή. Όπως διαπιστώνεται από την έρευνα πολλά παιδιά στη χώρα μας έχουν αποκτήσει συνήθειες καθιστικής ζωής πριν ακόμη μπουν στην εφηβεία.

Ειδικότερα:

- Μόνο το 45% των παιδιών παίζει εκτός σπιτιού, έστω και λίγο κάθε μέρα, ενώ το 90% αυτών βλέπει τηλεόραση συχνά ή κάθε μέρα κατά τη διάρκεια της εβδομάδας.

- Μόνο το 72% των αγοριών και το 56% των κοριτσιών πληρούν τις διεθνείς συστάσεις για σωματική δραστηριότητα, δηλαδή ασκούνται περισσότερο από μια ώρα την ημέρα (60 λεπτά ημερησίως).

Παχυσαρκία & έλλειψη άσκησης δημιουργούν μια πολύ επικίνδυνη συνθήκη όχι μόνο για την παιδική ηλικία αλλά και την ενήλικη ζωή μετέπειτα. Έχει διαπιστωθεί ότι συμβάλλει στην ανάπτυξη ασθενειών, όπως οι καρδιοπάθειες και ο διαβήτης τύπου 2 και μειώνει το προσδοκώμενο όριο ζωής μέχρι και 13 χρόνια.

Από παλαιότερες έρευνες για την παιδική παχυσαρκία στην Ελλάδα είχε καταδειχθεί ότι περίπου τα μισά παχύσαρκα παιδιά έχουν τουλάχιστον έναν γονιό παχύσαρκο, ενώ εκτιμάται ότι περίπου ένα στα τρία παιδιά θα γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες.

Αυτά είναι τα «θλιβερά συμπεράσματα», όπως αναφέρουν οι αναλυτές, της πρόσφατης έρευνας στην Ελλάδα. Ποιοι είναι όμως οι ψυχολογικοί παράγοντες που συντελούν στην αύξηση βάρους παιδιών και εφήβων και ποιες οι συνέπειες της παχυσαρκίας στην ψυχολογία τους;

Αιτίες

Οι διατροφικές συνήθειες των γονιών, δηλαδή το είδος φαγητού που καταναλώνεται στο σπίτι, η ποσότητα, οι ώρες φαγητού, κλπ είναι οι βασικοί υπεύθυνοι για τις κακές διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Όμως σε συνέχεια αυτών ή και εντελώς ανεξάρτητα ένα παιδί μπορεί να αυξήσει την πρόσληψη τροφής και για καθαρά ψυχολογικούς λόγους όπως:

Η έντονη απουσία των γονιών από το σπίτι, ειδικά στις ώρες φαγητού. Το παιδί βιώνει μοναξιά ή και εγκατάλειψη, βρίσκει παρηγοριά στο φαγητό και αναπτύσσει κακές διατροφικές συνήθειες με στόχο να καλύψει συναισθηματικές ανάγκες (ικανοποίηση, ασφάλεια, έλεγχο, μείωση της ανησυχίας και του ψυχικού πόνου).

Η απόρριψη από τον ένα ή και τους δύο γονείς ότι δεν είναι αρκετά καλό (καλό παιδί, καλός μαθητής, καλός γιος ή κόρη, κ.ο.κ.) ,η αίσθηση ότι δεν αξίζει και πολλά, δηλαδή η χαμηλή αυτοεκτίμηση. «Αφού ότι κι αν κάνω δεν είμαι και τόσο καλός/η, ας φάω τουλάχιστον να το ευχαριστηθώ». Η πρόσληψη τροφής καλύπτει και σ' αυτήν την περίπτωση συναισθηματικές ανάγκες.

Η κατάθλιψη ή η αίσθηση ματαιότητας ή ο ψυχικός πόνος. Η έλλειψη ουσιαστικής σχέσης αγάπης και αποδοχής από τους γονείς και την ευρύτερη οικογένεια, της ανοιχτής εκδήλωσης της αγάπης, της δημιουργίας ενός περιβάλλοντος ασφάλειας και σταθερότητας, της οριοθέτησης που πατά πάνω σε νοιάξιμο και όχι σε κατάχρηση εξουσίας, μπορούν να δημιουργήσουν σοβαρά ψυχικά ελλείμματα στο παιδί. Και πάλι το παιδί μπορεί να καταφύγει στην αυξημένη λήψη τροφής «για να γλυκάνει τον πόνο του» όπως ομολογεί η παροιμία.

Το άγχος να είναι «καλό παιδί», ίσως το μεγαλύτερο βάρος που κουβαλούν τα περισσότερα παιδιά των δυτικών κοινωνιών, «σωστό», «όπως πρέπει», καταπιέζοντας συχνά την ιδιοσυγκρασία του, τα θέλω και τις ανάγκες του για να χωρέσει στο πρότυπο του καλού παιδιού που ζητάει το περιβάλλον από αυτό.

Μια σημαντική απώλεια ανθρώπου ή και ζώου ακόμα, η οποία δεν έχει δουλευτεί και παραμένει ανοιχτή πληγή στον ψυχισμό του παιδιού.

Καταθλιπτικό γονέα ή γενικώς απαισιόδοξο και παθητικό. Το παιδί ενδέχεται να αναπαράγει τη στάση ζωής και να «οχυρωθεί» πίσω από το φαγητό.

Συνέπειες

Οι περισσότεροι ψυχικοί παράγοντες που αναφέρθηκαν μπορεί να είναι και αποτελέσματα της παχυσαρκίας ενός παιδιού ή εφήβου. Έτσι, παραδείγματος χάριν, το παχύσαρκο παιδί έχει χαμηλή αυτοπεποίθηση και αισθάνεται κατώτερο των φίλων και συμμαθητών του. Η αίσθηση αυτή μπορεί να συντελέσει στη δημιουργία συμπλεγμάτων και κατάθλιψης, κυρίως κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Ότι αποτελεί βασική ανάγκη και απόλαυση της παιδικής κι εφηβικής ηλικίας, όπως το παιχνίδι και η άσκηση (ποδόσφαιρο με φίλους, κυνηγητό, σκοινάκι, κ.ο.κ.) γίνεται πηγή άγχους αφού το παχύσαρκο παιδί συχνά, δεν επιτυγχάνει στη γυμναστική και τα ομαδικά παιχνίδια τις επιδόσεις των συμμαθητών του, με συνέπεια εκτός των άλλων, να είναι λιγότερο δημοφιλές κι αποδεκτό στις συντροφικές. Ή ένα παιδί ψυχικά αποσυρμένο που προσπαθεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες του μέσα από το φαγητό, μπορεί να «βολέψει» τον γονέα που δεν ξέρει πώς να σχετιστεί ουσιαστικά και να μοιραστεί συναισθήματα και δημιουργικό χρόνο με το παιδί του.

Άλλες συνέπειες μπορεί να είναι η μειωμένη κοινωνικοποίηση, η δυσκολία επαφής και μετέπειτα καλής σχέσης με το άλλο φύλο, η πιθανότητα ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών (βουλιμία, νευρική ανορεξία), η έλλειψη στόχων ζωής.

Μερικές βασικές συμβουλές

Οι γονείς να δίνουν στο παιδί τους αγάπη άνευ όρων! Η αγάπη δεν σχετίζεται με ικανότητες, επιτεύγματα, χαρακτηριστικά. Να αγαπούν το παιδί για αυτό που είναι και δείχνουν το με κάθε τρόπο, λεκτικό και μη λεκτικό.

Να κάνουν πράγματα μαζί. Να το βοηθήσουν να γίνει δημιουργικό, ενεργητικό, να αξιοποιήσει τις δεξιότητες και τις κλίσεις του. Να παίξουν μαζί μέσα ή έξω από το σπίτι, να αθληθούν, να ζωγραφίσουν, να πάνε θέατρο, σινεμά. Να ακούνε τι έχει να πει. Αν μέχρι σήμερα δεν ακούγανε, ας δώσουν τώρα χώρο στο παιδί να βρει το κουράγιο να αρχίσει να μιλάει για τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τα θέλω του. Να συζητάνε με κατανόηση τα παράπονά του για εσάς. Να ανοίξουν δίοδο ουσιαστικής επικοινωνίας με το παιδί τους.

Να βάλουν όρια. Τα παιδιά και οι νέοι χρειάζονται όρια για να νιώθουν ασφαλείς και για να μπορούν τα ίδια μετά να οριοθετούν τον εαυτό τους. Πχ σε σχέση με τη διατροφή μπορεί να μπει όριο ότι τα γλυκά καταναλώνονται ως το απόγευμα ή ότι στο σχολείο καταναλώνει το κολατσιό που έχει πάρει από το σπίτι.

Να αναγνωρίζουν ανοιχτά τα καλά του στοιχεία, εξωτερικά και εσωτερικά. Να το βοηθήσουν να δει τα χαρίσματά του και να νιώσει καλά με τον εαυτό του. Να επιβραβεύουν τις προσπάθειές του.

Ένα παιδί που μεγαλώνει με αγάπη σε μια οικογένεια που επιτρέπει τη ροή στην επικοινωνία, μοιράζεται χρόνο & δραστηριότητες, υποστηρίζει και επιβραβεύει την φυσική ανάπτυξη των χαρακτηριστικών του παιδιού, βάζοντας το πλαίσιο στο οποίο θα γίνουν όλα αυτά, έχει λίγες πιθανότητες να γίνει παχύσαρκο και πολλές να μειώσει σημαντικά το βάρος του (σε συνδυασμό με σωστή διατροφή) στην περίπτωση που ήδη είναι. (Ντάκου, 2012 [Στάμου 2010])

2.5 Αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας

Οι στόχοι της αντιμετώπισης της παιδικής παχυσαρκίας είναι :

1. Υιοθέτηση σωστής διατροφικής συμπεριφοράς και σωματικής δραστηριότητας σε μόνιμη βάση
2. Αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών της παχυσαρκίας
3. Έλεγχος σωματικού βάρους

Η αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας βασίζεται στην αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και την υιοθέτηση σωστού τρόπου διατροφής με έμφαση στην αλλαγή συνηθειών (τροποποίηση συμπεριφοράς) και την ψυχολογική υποστήριξη.

Η αντιμετώπιση πρέπει να αρχίσει νωρίς, από την ηλικία των 2-3 ετών. Οι ίδιοι οι γονείς πρέπει να είναι έτοιμοι για μόνιμες αλλαγές των συνηθειών τους, να γνωρίζουν τις επιπλοκές της παχυσαρκίας, να επιβλέπουν τις αλλαγές στη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα. Ακόμη πρέπει να αποφεύγονται προγράμματα αδυνατίσματος με αυστηρές δίαιτες και γυμναστική που προκαλούν ταχεία απώλεια βάρους.

Οι γονείς, επίσης, πρέπει να ενθαρρύνουν και να υποστηρίζουν ψυχολογικά τα παιδιά και όχι να τα επικρίνουν, να τα επιβραβεύουν για τις προσπάθειές τους, να ασχολούνται οι ίδιοι με την διαδικασία προετοιμασίας του φαγητού.

Να βρίσκουν ενδιαφέροντες τρόπους απασχόλησης για τα παιδιά τους και να συμμετέχουν στον ελεύθερο χρόνο τους, και κυρίως να ενημερώνονται σωστά, είτε από το γιατρό τους, είτε από επιστημονικούς φορείς.

(Ελληνική ιατρική εταιρία παχυσαρκίας, 2005)

2.5.1 Διατροφή

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στη διατροφή και σχετίστηκε η σύνθεσή της με την εξασφάλιση καλύτερης υγείας. Στην κατεύθυνση αυτή οδήγησαν αφενός η εξασφάλιση της υποθρεψίας από τις Δυτικές κοινωνίες και αφετέρου επιδημιολογικές μελέτες, οι οποίες συνέδεσαν νοσήματα φθοράς με διαιτητικές συνήθειες.

Όλες οι τροφές περιέχουν ποικιλία θρεπτικών ουσιών, αλλά ταυτόχρονα η κάθε μία χωριστά είναι ελλειμματική σε ένα ή περισσότερα συστατικά. Η διαπίστωση αυτή πρακτικά υπογραμμίζει την ανάγκη κατανάλωσης ποικιλίας τροφών, προκειμένου να επιτευχθεί το απαραίτητο ισοζύγιο. Γενικά τα επιμέρους ουσιώδη θρεπτικά στοιχεία βρίσκονται σε μεγαλύτερη ποσότητα και έχουν καλύτερη βιοδιαθεσιμότητα στις τροφές ζωικής προελεύσεως. Μάλιστα ο συνδυασμός αυτών με φρούτα, λαχανικά δημητριακά και όσπρια αποτελούν τη βάση της υγιεινής διατροφής.

Η διατροφή του παιδιού είναι συνδεδεμένη άμεσα και καθοριστικά με την επιβίωσή του. Η τροφή η οποία προσφέρεται είναι απαραίτητο να καλύπτει τις ανάγκες όχι μόνο σε ενέργεια αλλά και σε απαραίτητα θρεπτικά συστατικά, ώστε να διασφαλίζεται η αύξηση και η ανάπτυξη. Ιδιαίτερης σημασίας θεωρούνται τα δύο πρώτα χρόνια, επειδή στο διάστημα αυτό η αύξηση είναι ταχεία και όλα τα συστήματα, συμπεριλαμβανομένου και του ΚΝΣ, αναπτύσσουν αριθμό και δομή κυττάρων ενηλίκου τύπου. Για το λόγο αυτό ανεπάρκεια υπερβολή και ανισορροπία στη διατροφή έχει μακροχρόνια επίδραση στην υγεία.

Η παιδική ηλικία (από 5 - 10 ετών) αποτελεί μία σημαντική φάση της ζωής του ανθρώπου, καθώς είναι η περίοδος όπου πραγματοποιούνται σημαντικές αλλαγές στην ψυχοσωματική του ανάπτυξη και ωρίμανση. Το φαινόμενο της ανάπτυξης δεν αφορά φυσικά μόνο την αύξηση σε μέγεθος, αλλά και σε αλλαγές στη σύσταση και τη λειτουργία του σώματος. Αλλαγές οι οποίες στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο της ζωής παρουσιάζουν δύο πολύ σημαντικές χρονολογικές διαφοροποιήσεις.

Από την ηλικία των 5 έως 9 ετών ο οργανισμός βρίσκεται σε μία φάση σχετικής ύφεσης, καθώς μετά την πολύ έντονη και ταχύτατη αύξησή του κατά τη βρεφική ηλικία, ομαλοποιείται και επιβραδύνεται σχετικά αυτός ο ρυθμός, καθώς ο οργανισμός ολοκληρώνεται και προετοιμάζεται λειτουργικά για την περίοδο της έντονης προεφηβικής και εφηβικής αναπτυξιακής έκτασης.

Από την ηλικία των 9 - 10, μπαίνουν σε μία φάση εντονότερης ανάπτυξης, όπου πολλές φορές για ορισμένα παιδιά ξεκινούν ήδη προεφηβικές αναπτυξιακές διαδικασίες, οι οποίες συμπίπτουν με τη φάση της "προηβικής αναπτυξιακής έκρηξης". Στη φάση αυτή ο οργανισμός του παιδιού από το ναδίρ της ανάπτυξής του περνάει σταδιακά στο ζενίθ και προετοιμάζεται εντατικά για την περίοδο της ολοκληρωτικής του ψυχοσωματικής ωρίμανσης κατά την εφηβεία.

Αντιλαμβάνεται λοιπόν κανείς, ότι παρά τους ήπιους ρυθμούς ανάπτυξης των πρώτων τουλάχιστον χρόνων αυτής της ηλικίας, η περίοδος αυτή είναι πολύ σημαντική για τη μετέπειτα πορεία και υγεία του οργανισμού. Αποτελεί τη φάση της διαμόρφωσης δεξιοτήτων και χαρακτηριστικών που επιτρέπουν στο παιδί τη διαμόρφωση προσωπικής ανεξαρτησίας και ατομικής κλίμακας αξιών. Κατά συνέπεια είναι απαραίτητη η εξασφάλιση όλων εκείνων των απαραίτητων συνθηκών και προϋποθέσεων που θα επιτρέψουν την ομαλή αυτή πορεία. Μία από τις σημαντικότερες προϋποθέσεις είναι η επίτευξη σωστής και ισορροπημένης διατροφής και επάρκειας θρεπτικών συστατικών.

Διατροφικές απαιτήσεις

Οι διατροφικές απαιτήσεις των παιδιών αυτής της ηλικίας ποικίλουν ανάλογα με το ρυθμό ανάπτυξης, τη σύσταση σώματος, το επίπεδο φυσικής τους δραστηριότητας και όλους τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν τις βασικές τους ανάγκες. Κατά συνέπεια κάθε προσπάθεια για μία συνολική προσέγγιση του θέματος εμπεριέχει σαφώς τα στοιχεία της γενικότητας και της σχετικότητας, καθώς ο περαιτέρω χειρισμός της διατροφής ενός παιδιού αποτελεί μια κατεξοχήν εξατομικευμένη και λεπτή διαδικασία. Με δεδομένα τα παραπάνω θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι σε γενικές γραμμές μια ισορροπημένη διατροφή για ένα παιδί θα πρέπει να περιλαμβάνει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

Ενέργεια

Οι ενεργειακές απαιτήσεις ενός παιδιού αυτής της ηλικίας θα πρέπει τουλάχιστον να καλύπτουν τις ελάχιστες ανάγκες του, οι οποίες εξαρτώνται από τη σύσταση του σώματός του, το βάρος, το ύψος και τη φυσική του δραστηριότητα. Η μέση ενεργειακή κατανάλωση για ανάπτυξη θα μπορούσε σε γενικές γραμμές να προσδιοριστεί σε:

Παιδιά 4-6 ετών : 100-110 θερμίδες ανά κιλό σωματικού βάρους

Παιδιά 7-10 ετών : 70-100 θερμίδες ανά κιλό σωματικού βάρους

(Σημειώνεται και πάλι ότι για παιδιά με έντονη φυσική δραστηριότητα οι παραπάνω τιμές θα πρέπει να είναι αυξημένες).

Πρωτεΐνη - Λίπος - Υδατάνθρακες

Οι πρωτεϊνικές απαιτήσεις των παιδιών περιλαμβάνουν εκείνων που απαιτούνται για τη διατήρηση των ιστών, τις αλλαγές στη σύσταση σώματος και τη σύνθεση νέων ιστών. Κατά συνέπεια οι πρωτεΐνες θα πρέπει να παρέχουν το 13%-15% των συνολικών ημερησίων προσλαμβανομένων θερμίδων από το παιδί. Δηλαδή αν θεωρήσει κανείς ικανοποιητική μία πρόσληψη της τάξης των 2000 θερμίδων, η πρόσληψη σε πρωτεΐνη θα πρέπει να κυμαίνεται στα 60 - 70 γρ. ημερησίως (όταν 1 κρέας, π.χ. μια μέτρια μπριζόλα 150 γρ. περιέχει 35 γρ. πρωτεΐνης.

Όσον αφορά την πρόσληψη υδατανθράκων αυτή θα πρέπει να είναι επαρκής για να παρέχει στον οργανισμό την απαιτούμενη ενέργεια για τη φυσιολογική του λειτουργία. Οι υδατάνθρακες θα πρέπει να καλύπτουν το 60% των συνολικών προσλαμβανομένων θερμίδων ημερησίως, δηλαδή κατά μέσο όρο 250 - 300 γρ. ημερησίως.

Η πρόσληψη λίπους δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το 30 - 35% των συνολικών προσλαμβανομένων θερμίδων ημερησίως, δηλαδή τα 70 - 80 γρ. ημερησίως.

Μέταλλα, ιχνοστοιχεία και βιταμίνες

Η διατροφή των παιδιών θα πρέπει να είναι πλήρης σε μέταλλα, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Ιδιαίτερως σημαντική για την ανάπτυξή τους είναι η επαρκής πρόσληψη ασβεστίου, ψευδαργύρου και σιδήρου.

Όσον αφορά το ασβέστιο είναι απαραίτητο για τη σωστή ανάπτυξη και δομή του σκελετού, των δοντιών κ.α. του παιδιού. Σημαντικές πηγές ασβεστίου αποτελούν το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα.

Ο ψευδάργυρος είναι απαραίτητος για την ομαλή ανάπτυξη και σύνθεση των ιστών και όλων των συστημάτων του παιδιού. Διακυμάνσεις στα επίπεδά του στο αίμα μπορεί να έχουν σημαντικές συνέπειες στην καθημερινή δράση και απόδοση του οργανισμού. Σημαντικές πηγές αποτελούν το κρέας και τα προϊόντα του, καθώς επίσης και τα δημητριακά, σε λιγότερο απορροφήσιμη μορφή.

Ο σίδηρος αποτελεί ένα βασικότατο συστατικό για την ομαλή ανάπτυξη, το οποίο όμως παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συχνότητα ανεπάρκειας ανάμεσα στα θρεπτικά συστατικά κατά την παιδική ηλικία. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η επαρκής πρόσληψη τροφών που περιέχουν σίδηρο, όπως το κρέας, το γάλα, το αυγό κυρίως, και πράσινα φυλλώδη λαχανικά, όπως το σπανάκι, όσπρια όπως οι φακές δευτερευόντως.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Όλες οι συστάσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω θα μπορούσαν συμπερασματικά να μορφοποιηθούν και να μεταφραστούν σε ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο για το παιδί που θα περιλαμβάνει:

Τουλάχιστον 8 - 10 μερίδες δημητριακών, ψωμιού, ζυμαρικών ημερησίως (1μερίδα = 1 μικρή φέτα ψωμί, ½ φλιτζάνι μακαρόνια ή ρύζι, ½ φλιτζάνι δημητριακά πρωινού κ.α.)

Τουλάχιστον 3 - 4 φρούτα ημερησίως

Τουλάχιστον 5 μερίδες λαχανικών, δηλαδή 1 σαλάτα σε κάθε κυρίως γεύμα ημερησίως

Τουλάχιστον 3 - 4 μερίδες γαλακτοκομικών (1 μερίδα γαλακτοκομικών = 1 ποτήρι γάλα, 1 γιαούρτι)

Τουλάχιστον 3 μερίδες κρέατος ημερησίως (1 μερίδα = 100 γρ κρέας, 1 μεγάλο κομμάτι τυρί 100γρ.)

Να προτιμάται ελαιόλαδο στο μαγείρεμα και στο φαγητό

Να ξεκινάει πάντα η ημέρα με ένα πλήρες πρωινό γεύμα (Γεωργακάκης, 2003)

2.5.1.1 Περίοδοι διατροφής

Το μητρικό γάλα αποτελεί τη βάση της διατροφής του βρέφους κατά τους πρώτους μήνες της ζωής. Στη συνέχεια, όταν στη διατροφή αρχίζουν να εισάγονται ξένες τροφές, δεν υπάρχει σημείο αναφοράς και σαν τέτοιο χρησιμοποιούνται οι υποδείξεις από επιστημονικές εταιρίες και διεθνείς οργανισμούς, που έχουν μελετήσει εμπεριστατωμένα τις ανάγκες του βρέφους σε επί μέρους θρεπτικά στοιχεία και έχουν διατυπώσει ανάλογες υποδείξεις.

Οι λόγοι που επιβάλλουν τη διάκριση της διατροφής σε περιόδους χρονολογικά καθορισμένες, έχουν σχέση με την εξελισσόμενη ωρίμανση του ΚΝΣ, τη διαβατότητα του εντερικού βλεννογόνου σε μακρομοριακές ενώσεις και την ενζυμική του επάρκεια, καθώς και τη σταδιακά εγκατάσταση επαρκούς νεφρικής λειτουργίας. Οι παράγοντες αυτοί είναι ουσιαστικής σημασίας και καθορίζουν κατά κύριο λόγο τη διατροφή κατά τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής. Έτσι διακρίνονται οι ακόλουθες χρονικοί περίοδοι : η περίοδος της διατροφής με γάλα (0-6 μήνες), η μεταβατική περίοδος (6-12 μήνες) και η περίοδος προσαρμογής (12-24 μήνες).

Κατά τα μετέπειτα χρόνια η διατροφή του παιδιού διακρίνεται χρονικά σε περιόδους προσχολικής, σχολικής και εφηβικής ηλικίας, οι διακρίσεις όμως αυτές έχουν σχηματικό μόνο χαρακτήρα. Εκείνο που έχει μεγαλύτερη σημασία είναι η συμμόρφωση με επιστημονικά αποδεκτές συνήθειες διατροφής.

2.5.1.2 Περίοδος διατροφής με γάλα

Κατά τους 6 πρώτους μήνες της ζωής, το γάλα αποτελεί τη μόνη και αποκλειστική τροφή του βρέφους. Στην ηλικία αυτή το νεογνό ή το βρέφος διαθέτει την νευρομυϊκή ικανότητα να θηλάζει και να λαμβάνει μόνο υγρά. Το πεπτικό του σύστημα δεν έχει αναπτύξει μηχανισμούς ικανούς να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τη διάβαση από τον εντερικό βλεννογόνο μακρομορίων πρωτεϊνικής φύσεως, έχει όμως την λειτουργική επάρκεια να πέπτει πρωτεΐνες, λίπη και λακτόζη που περιέχονται στο μητρικό γάλα. Η ανώριμη νεφρική του λειτουργία δεν του επιτρέπει να ανταπεξέρχεται αποτελεσματικά υψηλά πρωτεϊνικά και ηλεκτρολυτικά φορτία.

2.5.1.3 Σχολική ηλικία

Οι διαιτητικές συνήθειες και οι γευστικές προτιμήσεις των παιδιών της σχολικής ηλικίας εξαρτώνται αποκλειστικά σχεδόν από τη διατροφή της οικογένειας και ήδη έχουν εγκατασταθεί από τα προσχολικά χρόνια. Για το λόγο αυτό μη αποδεκτοί τρόποι διατροφής αλλάζουν δύσκολα, επειδή συνήθως το παιδί αρέσκεται στις τροφές που έχει

συνηθίσει. Είναι φυσικό ότι η κριτική, οι παρατηρήσεις και τα σχόλια για τα προβλήματα διατροφής που θα προκύψουν μετά από χρόνια ως αποτέλεσμα της τυχόν κακής διατροφής του, δεν έχουν για αυτό καμία βαρύνουσα σημασία. Προκειμένου να ασκηθεί επιτυχής παρέμβαση είναι αυτονόητοι η συνεργασία της οικογένειας. Είναι π.χ. φυσικό και αναμενόμενο το παιδί να μη παίρνει πρωινό, αν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας κάνουν το ίδιο. Πρωινό και πρόγευμα που αποτελείται από γάλα, δημητριακά, φρούτα, ξηρούς καρπούς, ψωμί ή παξιμάδι, τυρί κ.α., είναι γνωστό ότι έχει θετική επίδραση στην υγεία και την ανάπτυξη των παιδιών της σχολικής ηλικίας. Έχει διαπιστωθεί ότι η αποφυγή του πρωινού ή του προγεύματος, είναι παράγοντες κινδύνου για παχυσαρκία. Η ενέργεια και τα θρεπτικά στοιχεία που χάνονται με την αποφυγή του πρωινού δεν αναπληρώνονται συνήθως στα άλλα γεύματα. Μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν την άποψη, ότι ακόμη και η νοητική λειτουργία των παιδιών δυνατόν να επηρεασθεί από την έλλειψη πρωινού, ιδιαίτερα μάλιστα εκείνων με ανεπαρκή θρέψη. Άλλο πλεονέκτημα ενός καλού πρωινού πλούσιου σε άπεπτους υδατάνθρακες, όπως αυτοί που περιέχονται στα φρούτα και τα πλήρη δημητριακά, είναι ότι ικανοποιείται η όρεξη και ελαττώνεται βραχυπρόθεσμα η πρόσληψη επιπλέον τροφής. (Σινανιώτης & Μυριοκεφαλιτάκης, 1992)

2.5.1.4 Η σημασία της καλής τροφής

Η διατροφή των παιδιών πρέπει να προσαρμοστεί όχι μόνο προς χάριν μιας πιο υγιεινής διατροφής για να μειωθούν οι πιθανότητες της παχυσαρκίας, αλλά και για την εξασφάλιση των θρεπτικών στοιχείων που χρειάζονται, τα μέταλλα και τις βιταμίνες.

2.5.1.5 Τακτικά γεύματα

Το πρώτο πράγμα που χρειάζονται όλα τα παιδιά, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, είναι τα τακτικά γεύματα. Πρωινό, γεύμα δείπνο και ενδιάμεσα το κολατσιό. Από το κολατσιό εξαρτάται η υγεία και το βάρος του παιδιού. Γι' αυτό πρέπει να είναι σωστό. Επίσης το πρωινό όσο μικρό και αν είναι, πρέπει να είναι θρεπτικό. Το κολατσιό και γενικά τα ενδιάμεσα γεύματα, βοηθού να παραμείνει το σάκχαρο σε χαμηλά επίπεδα, προλαμβάνουν τη λαιμαργία του παιδιού και κρατούν σταθερό το μεταβολισμό του. Πάντως η επιλογή των ενδιάμεσων γευμάτων είναι εξίσου σημαντική. Δεν θα πρέπει να θεωρούνται ως επιπλέον γεύματα, αλλά ως στοιχεία μιας προσεκτικά σχεδιασμένης διατροφής. Με λίγα λόγια, πρέπει να είναι θρεπτικά, χαμηλά σε ανθυγιεινά λιπαρά, αλάτι και ζάχαρη και να συνεισφέρουν σε βιταμίνες και άλατα στη διατροφή του παιδιού. Τα παιδιά συνήθως επιλέγουν ανθυγιεινά είδη τροφών, που τους κάνουν να νιώθουν κόπωση, λαιμαργία και κακά διάθεση.

2.5.1.6 Πρωινό το πολύτιμο αγαθό

Δεν είναι τυχαίο ότι ο Αγγλικός όρος για το πρωινό ('breakfast') σημαίνει 'σπάσιμο της νηστείας'. Μετά την ολονύκτια νηστεία και αφού έχει καταναλώσει όλη την αποθηκευμένη ενέργεια, ο οργανισμός χρειάζεται νέα εφόδια για να ξεκινήσει την ημέρα του. Φυσικά για τα παιδιά που αναπτύσσονται, το πρωινό έχει ακόμα μεγαλύτερη αξία: πληθώρα μελετών έχει δείξει ότι το πρωινό βοηθά στην καλύτερη ρύθμιση της όρεξης και του σωματικού βάρους, ενισχύει τη συγκέντρωση, τη μνήμη, την καλή συμπεριφορά και την απόδοση στο σχολείο, ενώ βοηθά τα παιδιά να έχουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας.

Τι περιλαμβάνει ένα ισορροπημένο παιδικό πρωινό

Τα δημητριακά σε συνδυασμό με γάλα ή γιαούρτι χαμηλών λιπαρών και φρούτα αποτελούν ένα πολύ καλό πρωινό (σημείωση: μετά τα 2 έτη ένα παιδί δεν χρειάζεται να πίνει πλήρες γάλα). Τα δημητριακά ολικής άλεσης περιέχουν σύνθετους υδατάνθρακες που δίνουν ενέργεια, φυτικές ίνες που προάγουν τον κορεσμό και συμβάλλουν στην καλή λειτουργία του εντέρου και διάφορες βιταμίνες και ιχνοστοιχεία απαραίτητα για την κάλυψη των αναγκών του οργανισμού σε μικροθρεπτικά συστατικά. Το γάλα και το γιαούρτι περιέχουν πρωτεΐνη και ασβέστιο, στοιχεία που βοηθούν στο χτίσιμο των μυών και στην καλή υγεία και ανάπτυξη των οστών και των δοντιών. Τέλος τα φρούτα δίνουν απλούς υδατάνθρακες, βιταμίνες και φυτικές ίνες συμβάλλοντας στην κάλυψη των αυξημένων αναγκών των παιδιών.

Δυστυχώς, πολλά από τα δημητριακά πρωινού που υπάρχουν στο εμπόριο, ειδικά αυτά που απευθύνονται στα παιδιά, περιέχουν αρκετή ζάχαρη και είναι χαμηλά σε φυτικές ίνες. Μια ασφαλής επιλογή είναι η βρώμη (κουάκερ) που δεν περιέχει ζάχαρη και αλάτι και σε συνδυασμό με γάλα χαμηλών λιπαρών, μέλι ή μπανάνα και ξηρούς καρπούς δίνει ένα πλήρες, γευστικό και εξαιρετικά θρεπτικό πρωινό. Από τα υπόλοιπα δημητριακά προτιμότερα είναι εκείνα με τη λιγότερη ζάχαρη και τις περισσότερες φυτικές ίνες. Επίσης τα δημητριακά είναι εκ φύσεως χαμηλά σε λιπαρά, εκτός αν περιέχουν επιπλέον συστατικά όπως η σοκολάτα, οπότε η ένδειξη ‘χαμηλό σε λιπαρά’ που συχνά υπάρχει στο μπροστά μέρος της συσκευασίας, δεν συνεπάγεται αυτόματα ότι το προϊόν είναι διατροφικά ισορροπημένο αν δεν ελεγχθεί πρώτα η συνολική σύσταση.

Μερικές ιδέες για πρωινό:

Γάλα χαμηλών λιπαρών, δημητριακά ολικής άλεσης και φρούτο
Γάλα χαμηλών λιπαρών, ψωμί ολικής άλεσης με μαργαρίνη χαμηλών λιπαρών, ταχίνι ή φυστικοβούτυρο και μέλι ή μαρμελάδα
Γάλα χαμηλών λιπαρών, σπιτικό κέικ, σταφιδόψωμο ή σπιτικά κουλουράκια, φρούτο
Γιαούρτι χαμηλών λιπαρών με μέλι και ξηρούς καρπούς
Τοστ και φρούτο ή φυσικός χυμός
Φυσικός χυμός, ψωμί ολικής άλεσης, βραστό αυγό
Φυσικός χυμός, κουλούρι Θεσσαλονίκης, τυρί χαμηλών λιπαρών.

Τι να αποφύγετε

Έτοιμες σφολιάτες, κρουασάν, συσκευασμένα μπισκότα και κέικ, πατατάκια, αλλαντικά υψηλά σε λιπαρά (μπέικον, λουκάνικα) και αναψυκτικά αποτελούν επιλογές που θα πρέπει να αποφεύγονται. Αν το παιδί επιθυμεί την κατανάλωσή τους, βάλτε ένα όριο στη συχνότητα κατανάλωσης (π.χ. μια φορά ανά 2-3 εβδομάδες), έτσι ώστε το παιδί να μάθει να εντάσσει τα τρόφιμα αυτά στη διατροφή του, χωρίς να του απαγορεύονται αλλά ούτε να προσφέρονται ελεύθερα. (Κολοτούρου, 2012)

Το πρωινό θεωρείται διαχρονικά ‘το πιο σημαντικό γεύμα της ημέρας’. Και όντως, έχουν δίκιο οι μαμάδες που προσπαθούν να κάνουν τα παιδιά να τρώνε κάτι το πρωί. Σχετικές έρευνες υποδεικνύουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό των παιδιών σχολικής ηλικίας (περίπου 40% των κοριτσιών και 32% των αγοριών) ξεκινά συστηματικά την ημέρα χωρίς φαγητό.

Κάτι που δεν θα πρέπει να μας παραξενεύει, αν αναλογιστούμε την κατάσταση μιας τυπικής οικογένειας ένα συνηθισμένο πρωινό: η μητέρα τρέχει πανικόβλητη να ετοιμαστεί για τη δουλειά και να ετοιμάσει τα παιδιά για το σχολείο, ενώ ο πατέρας ντύνεται και πίνει έναν καφέ ‘στο πόδι’, πριν φύγει για να γλιτώσει ‘την πρωινή κίνηση

στους δρόμους'. Με λίγα λόγια, είναι δύσκολο να καθίσει ολόκληρη η οικογένεια γύρω από το τραπέζι για να γευματίσει κανονικά.

Γιατί είναι τόσο σημαντικό το πρωινό;

Η απάντηση έγκειται στη φυσιολογία του σώματος. Το ανθρώπινο σώμα αποθηκεύει μέρος των υδατανθράκων/σακχάρων που τρώμε με τη μορφή γλυκογόνου στο ήπαρ. Το γλυκογόνο αποδίδει, όταν χρειάζεται, γλυκόζη στο αίμα, που χρησιμοποιείται σαν καύσιμο από τον εγκέφαλο, τους μύες και την καρδιά κ.α. Όταν δεν τρώμε πρωινό γεύμα, το σώμα μας 'ξεμένει' από γλυκογόνο σχετικά νωρίς, που σημαίνει ότι δεν έχει ενέργεια. Τότε το άτομο αισθάνεται κόπωση, πιθανόν ζάλη και νευρικότητα. Είναι το ίδιο, σαν να μένει το αυτοκίνητο από καύσιμα.

Τα παιδιά που δεν τρώνε πρωινό, δεν παίρνουν τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά, ώστε το σώμα τους να έχει αρκετή ενέργεια για να είναι συγκεντρωμένα και να μπορούν να αποδώσουν μαθησιακά. Έρευνες υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που τρώνε πρωινό αποδίδουν καλύτερα στα μαθηματικά και την ανάγνωση, έχουν αυξημένη προσοχή την ώρα του μαθήματος και συνολικά καλύτερη συμπεριφορά στην τάξη. Το πρωινό γεύμα ελαχιστοποιεί τα συμπτώματα πείνας (πονοκέφαλο, κόπωση, υπνηλία και ανησυχία), βοηθά τα παιδιά να σκέφτονται γρηγορότερα, να απαντούν πιο καθαρά σε ερωτήσεις και να είναι πιο ήρεμα.

Επιπλέον, το πρωινό γεύμα φαίνεται ότι βελτιώνει και τη συνολική υγεία των παιδιών. Είναι πιο πιθανό: να καταναλώνουν θρεπτικά συστατικά σημαντικά για την ανάπτυξή τους (π.χ. σίδηρο, ασβέστιο, φώσφορο, μαγνήσιο, βιταμίνες A, C, B12, ριβοφλαβίνη κ.α.), να ελέγχουν το σωματικό τους βάρος καλύτερα, να έχουν μικρότερα επίπεδα χοληστερόλης αίματος, να υποφέρουν λιγότερο συχνά από στομαχόπονο, κρυολογήματα ή γρίπη.

Τι μπορούν να κάνουν οι γονείς;

Καταρχάς να ενθαρρύνουν τα παιδιά τους να φάνε πρωινό, δίνοντας το καλό παράδειγμα. Να ξεκινήσουν δηλαδή να τρώνε πρωινό και οι ίδιοι. Είναι πιο πιθανό να αρχίσει να 'χτίζει' το παιδί υγιεινές συνήθειες, αν βλέπει τους γονείς του να τρώνε πρωινό γεύμα κάθε μέρα. Μπορούν να ενθαρρύνουν το παιδί προς στην κατεύθυνση αυτή:

- με το να συγκεντρώνεται όλη η οικογένεια στο τραπέζι κάθε πρωί,
- αφήνοντας το παιδί να βοηθά στο σχεδιασμό των πρωινών γευμάτων της εβδομάδας και
- αφήνοντας ένα μπουλ φρέσκα φρούτα στο τραπέζι, αγοράζοντας ατομικές συσκευασίες από γάλα και μπάρες δημητριακών, όταν κάποια πρωινά η οικογένεια βιάζεται. Αν τελικά τα πρωινά που δεν βιάζεστε είναι λίγα, ρωτήστε αν υπάρχει δυνατότητα να τρώει το παιδί πρωινό στο σχολείο ή τουλάχιστον στο πρώτο διάλειμμα.

Τι να φάει το παιδί;

Όταν τα πάντα γίνονται βιαστικά το πρωί, η εύκολη λύση είναι να πάρει μαζί του κάτι συσκευασμένο, συνήθως πλούσιο σε ζάχαρη και λιπαρά. Καλό θα ήταν να μεριμνήσετε ώστε τα ντουλάπια και το ψυγείο σας να περιέχουν γρήγορες μεν, αλλά πιο υγιεινές επιλογές δε:

Δημητριακά ολικής άλεσης με μέλι ή φρούτα και γάλα χαμηλών λιπαρών
Αυγά (καλά) βρασμένα από το προηγούμενο βράδυ, τα σερβίρετε κρύα με μια φέτα ψωμί του τοστ
Στρογγυλό ψωμάκι για σάντουιτς με άπαχο κρεμώδες τυρί και λαχανικά

Γάλα χαμηλών λιπαρών και μια μπάρα δημητριακών-φρούτων
Smoothie φρούτων, αλέστε διάφορα φρούτα μαζί με γάλα
Ατομικές συσκευασίες από γάλα ή γιαούρτι ή άλλα γαλακτοκομικά (π.χ. κρέμες)
Ψωμάκι ολικής άλεσης για σάντουιτς με μαργαρίνη και μαρμελάδα (με λιγότερη ζάχαρη) ή φυστικοβούτυρο
Χυμό φρούτων, ολόκληρα ή αποξηραμένα φρούτα
Βάφλες με μέλι ή μαρμελάδα (με λιγότερη ζάχαρη)
Γαλλικά τοστ ή τηγανίτες (πιο σπάνια)
Κουάκερ με γάλα χαμηλών λιπαρών, φρούτα και κανέλλα.

Με αυτόν τον τρόπο τουλάχιστον, θα αρχίσουν να τρώνε συστηματικά πρωινό. Στόχος θα πρέπει να είναι το πρωινό γεύμα να τους γίνει συνήθεια σιγά σιγά. Ούτως ή άλλως, έρευνες υποστηρίζουν ότι μια ενέργεια που επαναλαμβάνεται τακτικά, απαιτεί τουλάχιστον 2 εβδομάδες για να γίνει συνήθεια. (Μίλεσης, 2009)

2.5.1.7 Κολατσιό

Η παιδική ηλικία είναι μια ιδιαίτερα κρίσιμη περίοδος για τη σωστή σωματική και ψυχική ανάπτυξη του ανθρώπου. Εκτός του ότι τα παιδιά, λόγω της ανάπτυξης, έχουν ιδιαίτερες ανάγκες σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά, στην παιδική ηλικία αναπτύσσονται και οι διατροφικές συνήθειες που συνήθως μας συνοδεύουν σε όλη τη μετέπειτα ζωή μας.

Έρευνες έχουν δείξει ότι τις τελευταίες δεκαετίες τα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας αυξάνουν δραματικά. Η μείωση της φυσικής δραστηριότητας και οι λανθασμένες επιλογές τροφίμων είναι οι δύο κύριοι παράγοντες που συνθέτουν το παραπάνω πρόβλημα. Γενικότερα οι κακές διατροφικές συνήθειες σε αυτή την ηλικία θέτουν το παιδί σε κίνδυνο για ανάπτυξη, μακροπρόσθεσμα, διαφόρων προβλημάτων υγείας. Μην ξεχνάμε ότι η παιδική ηλικία είναι η πιο κρίσιμη, κατά την οποία σχηματίζεται ο αριθμός των λιποκυττάρων που θα έχει το άτομο και ως ενήλικας. Κατά συνέπεια, ένας μαθητής που πάσχει από παιδική παχυσαρκία πιθανότατα θα ταλαιπωρείται με το βάρος του και ως ενήλικας και παράλληλα αυξάνει τις πιθανότητές του να εμφανίσει προβλήματα όπως διαβήτη και καρδιαγγειακά μετέπειτα στην ζωή του.

Επίσης, οι λανθασμένες διατροφικές συνήθειες έχουν σαν αποτέλεσμα αρκετές φορές ελλείψεις θρεπτικών συστατικών (όπως πχ αβιταμινώσεις) οι οποίες εμφανίζονται ως μια γενική αδυναμία, με αποτέλεσμα μειωμένη απόδοση στο σχολείο και στις καθημερινές δραστηριότητες και γενικότερα λιγότερη αντοχή και διάθεση. Σε σπάνιες περιπτώσεις μια ελλειπής διατροφή μπορεί να συμβάλει στην καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης ενός παιδιού. Το σίγουρο είναι ότι οι κακές διατροφικές επιλογές, λόγω της αυξημένης ενέργειας και της ποσότητας ζάχαρης που περιέχουν, επηρεάζουν το βάρος και την υγεία των δοντιών στα παιδιά και συνιστάται προσοχή.

Πώς το παιδί και ο έφηβος πρέπει να τρώνε σε καθημερινή βάση:

Το παιδί χρειάζεται ενέργεια και θρεπτικά συστατικά προκειμένου να:

- διατηρήσει τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού
- αναπληρώσει τις καθημερινές 'φθορές' με παραγωγή νέων κυττάρων
- αντεπεξέλθει στις καθημερινές σωματικές δραστηριότητες
- αναπτυχθεί
- δημιουργήσει αποθέματα στον οργανισμό για διάφορα θρεπτικά συστατικά

Η ισορροπημένη διατροφή, που περιλαμβάνει ποικιλία τροφίμων από όλες τις κατηγορίες, μπορεί να προσφέρει στο παιδί τα θρεπτικά συστατικά και την ενέργεια που είναι απαραίτητα για την ομαλή ανάπτυξη και διατήρηση της υγείας του.

Ποια θα είναι τα τρόφιμα που πρέπει να προτιμούνται μέσα στην ημέρα;

Ότι συστάσεις ισχύουν για τους ενήλικες μπορούν να εφαρμοστούν και στα παιδιά. Η ανάγκη για ποικιλία τροφίμων, περιορισμό των κορεσμένων λιπών, λογική χρήση του αλατιού και μείωση της κατανάλωσης γλυκισμάτων είναι εξίσου σημαντική με τη προτροπή για έντονη φυσική δραστηριότητα και αυξημένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών.

Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν κάποιες ομάδες τροφίμων οι οποίες συνιστάται να περιλαμβάνονται στην καθημερινή διατροφή του παιδιού και είναι οι εξής:

- Ομάδα γάλακτος (γάλα, γιαούρτι)
- Ομάδα κρέατος (κρέας, ψάρι, πουλερικά, αυγά, τυριά κ.α.)
- Ομάδα ψωμιού (ψωμί, δημητριακά, ζυμαρικά, κ.α.)
- Ομάδα λαχανικών και φρούτων
- Ομάδα λιπών και ελαίων (λάδι, βούτυρο, μαργαρίνη, κ.α.)

Αναλυτικότερα, το διαιτολόγιό του μπορεί να περιλαμβάνει:

- μια μικρή σαλάτα σε κάθε γεύμα, μαγειρεμένα λαχανικά ή χορτόσουπα
- 2-4 φρούτα την ημέρα (ωμά, πολτοποιημένα, ως χυμό ή κομπόστα)
- 2-3 μερίδες γαλακτοκομικών προϊόντων την ημέρα (γάλα, τυρί, γιαούρτι, κρέμα)
- 1-2 φορές την εβδομάδα όσπρια
- 2 φορές την εβδομάδα ψάρι
- 3-4 αυγά
- 1-3 φορές κρέας και κοτόπουλο
- ελαιόλαδο για όλες τις χρήσεις
- ανάλατους ξηρούς καρπούς για μικρογεύμα

Οι παραπάνω συστάσεις αποτελούν έναν καλό οδηγό για την καθημερινή διατροφή του παιδιού κατά μέσο όρο μέσα στην εβδομάδα, όμως βασικό στοιχείο της διατροφής των μαθητών αποτελεί και το κολατσιό τους στο σχολείο. Οι επιλογές των παιδιών ποικίλουν αρκετά και φανερώνουν τις διαφορετικές τους διατροφικές επιλογές.

Υγιεινό και ελκυστικό κολατσιό στο σχολείο:

Τι είναι ένα υγιεινό κολατσιό;

Υγιεινό κολατσιό είναι αυτό που παρέχει σημαντικά θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται το σώμα μας, όπως υδατάνθρακες, βιταμίνες και μέταλλα. Η κατανάλωση κολατσιού μπορεί να είναι μια πολύ υγιής και ισορροπημένη διατροφική συνήθεια, για παράδειγμα πριν ή μετά την άσκηση ή αν τα κύρια γεύματα απέχουν χρονικά μεταξύ τους.

Γιατί πρέπει να τρώμε κολατσιό-Τα οφέλη του κολατσιού:

Καλύτερη συγκέντρωση
Βελτιωμένη διάθεση
Περισσότερη ενέργεια
Μεγαλύτερη απόδοση στις δραστηριότητες (π.χ μελέτη, αθλητισμός κτλ)

Τι να επιλέγουμε;

Το κολατσιό που θα επιλεγεί πρέπει να είναι φτωχό σε αλάτι, μέτριο σε λίπος, πλούσιο σε υδατάνθρακες (και κυρίως σύνθετους), να περιέχει επίσης φυτικές ίνες, βιταμίνες και ασβέστιο. Η κατανάλωση κολατσιού βοηθάει στην καλύτερη κατανομή της ποσότητας των θερμίδων σε περισσότερα των δύο ή τριών κυρίων γευμάτων την ημέρα, η οποία φαίνεται ότι συμβάλλει στην καλύτερη ρύθμιση μεταβολικών παραμέτρων του οργανισμού (γλυκόζη αίματος, χοληστερόλη, τριγλυκερίδια) και πιθανόν στον καλύτερο έλεγχο του σωματικού βάρους.

Μερικές προτάσεις για ένα έξυπνο κολατσιό:

Κουλούρι σουσαμένιο ή με σταφίδες
Σταφιδόψωμο
Ρυζογκοφρέτες, κράκερς και κριτσίνια
Μπάρες δημητριακών
Μπισκότα τύπου digestive
Σπιτική τυρόπιτα ή χορτόπιτα
Σπιτικό κέικ
Φρούτα φρέσκα ή αποξηραμένα
Φυσικός χυμός εμπλουτισμένος με σίδηρο ή / και ασβέστιο
Γιαούρτι με μέλι και ξηρούς καρπούς ή φρούτα
Ξηροί καρποί
Λαχανικά (καρότο, αγγουράκι) σε λωρίδες με ντιπ γιαουρτιού
Ζελέ με φρέσκα φρούτα
Μικρό σάντουιτς με τυρί ή κοτόπουλο ή άπαχο ζαμπόν ή μαρμελάδα κτλ
Ψωμί με ταχίни και μέλι

Συνηθισμένες λανθασμένες επιλογές κολατσιού

Αντίθετα από τις παραπάνω προτεινόμενες επιλογές κολατσιού, υπάρχουν και εκείνες που συνιστάται να αποφεύγονται για τακτική κατανάλωση. Τέτοιες αποτελούν όσες είναι πλούσιες σε κορεσμένα λιπαρά (τα οποία ανεβάζουν τα επίπεδα της ολικής και της ‘κακής’ χοληστερόλης και trans λιπαρά, μια άλλη κατηγορία λιπαρών ακόμη πιο επιβλαβή (τα οποία παράλληλα με τις δράσεις των κορεσμένων, μειώνουν και τα επίπεδα της ‘καλής’ χοληστερόλης. Trans λιπαρά οξέα υπάρχουν στο λίπος του μοσχαριού, στο βούτυρο και στο λίπος του γάλακτος, αλλά και στις τηγανιτές πατάτες. Τα μπισκότα που παρασκευάζονται από μερικώς υδρογονωμένα φυτικά έλαια περιέχουν 3%-9% trans λιπαρά οξέα, ενώ πολλά είδη πρόχειρου φαγητού (fast food, snack) περιέχουν από 8%-10% trans λιπαρά οξέα.

Επιπλέον, σημαντικό στοιχείο είναι και η περιεκτικότητα της ζάχαρης στο σνάκ του κολατσιού. Η ζάχαρη είναι ένα συστατικό που προκαλεί τερηδόνα και φθορές στην υγεία των δοντιών. Παράλληλα, είναι από εκείνα τα διατροφικά συστατικά που λέμε ότι έχουν ‘κενές’ θερμίδες, δηλαδή εκτός από την ενέργεια που προσφέρουν δεν περιλαμβάνουν κανένα άλλο θρεπτικό συστατικό (πρωτεΐνη, βιταμίνες, φυτικές ίνες, ανόργανα στοιχεία). Για το λόγο αυτό

παραδείγματα λανθασμένων επιλογών για το σνακ του κολατσιού είναι τα παρακάτω, τα οποία καλό θα ήταν να μην καταναλώνονται συχνά, αλλά να είναι η εξαίρεση στον κανόνα:

Έτοιμες τυρόπιττες, λουκανικόπιττες κτλ
Σοκαλατένια σνακς
Κρουασάν βουτύρου και σοκολάτας
Γαριδάκια
Πατατάκια
Σάντουιτς με παχιά αλλαντικά (σαλάμι αέρος, μορταδέλλα, μπέικον)
Μπισκότα γεμιστά
Αναψυκτικά
Ντόνατς
Λουκουμάδες
Γκοφρέτες
Παγωτό (Ηλιοπούλου, 2011)

2.5.1.8 Τα συστατικά μιας υγιεινής διατροφής

2.5.1.8.1 Λιπαρά

Παρά τις εντυπώσεις που δημιουργούν τα ΜΜΕ, το λίπος είναι απαραίτητο για την ανάπτυξη του σώματος και η έλλειψή του μπορεί να οδηγήσει στη λαιμαργία και σε προβλήματα υγείας. Το είδος του λίπους κάνει την διαφορά. Υπάρχουν πολλά είδη λιπών, απλά πρέπει να γίνεται η σωστή επιλογή αυτών.

Μεταλλαγμένα λιπαρά

Πρέπει να αποφεύγονται. Είναι το πιο βλαβερό είδος λιπαρών, δηλαδή το είδος με τη μεγαλύτερη συχνότητα στα ‘χαμηλά λιπαρά’ ή στις τροποποιημένες τροφές, όπως τα πρόχειρα φαγητά. Τα μεταλλαγμένα λιπαρά υφίστανται υδρογόνωση, μια χημική διαδικασία, που προσθέτει υδρογόνο σε ένα μη κορεσμένο λιπαρό, όπως το καλαμποκέλαιο, με σκοπό να το κάνει στερεό ή σε μορφή σπρέι. Είναι επίσης συνδεδεμένα με την αύξηση των καρδιοπαθειών. Και επιπλέον είναι χειρότερα από τα κεκορεσμένα λιπαρά, διότι αυξάνουν την κακή χοληστερόλη και μειώνουν την καλή. Επίσης είναι συνδεδεμένα με κάποιες μορφές καρκίνου.

Τα μεταλλαγμένα λιπαρά οξέα επιμηκύνουν τη λήξη των προϊόντων και εντοπίζονται πολύ συχνά στις επεξεργασμένες τροφές, στα τυποποιημένα προϊόντα του φούρνου και σε πολλές μαργαρίνες. Βεβαίως, οι τροφές δεν αναφέρουν τα μεταλλαγμένα λιπαρά στη σύνθεσή τους, αλλά τα ονομάζουν πάνω στην ετικέτα υδρογονωμένο αραβοσιτέλαιο ή λίπος. Μερικές τροφές είναι ‘μερικώς υδρογονωμένες’, που σημαίνει ότι ένα μέρος τους περιέχει πολύ υψηλά επίπεδα λιπαρών.

Κορεσμένα λιπαρά

Τα κορεσμένα λιπαρά πρέπει να καταναλώνονται με φειδώ. Βρίσκονται σε ζωικά προϊόντα όπως το βούτυρο, το τυρί, τα λιπαρά κρέατα, το πλήρες γάλα, η κρέμα γάλακτος και το παγωτό. Επίσης έχουν βρεθεί σε ορισμένα φυτικά έλαια, όπως της καρύδας και του φοινικέλαιου.

Μια διατροφή υψηλή σε κορεσμένα λιπαρά αυξάνει τη ποσότητα της ‘κακής’ χοληστερόλης στον οργανισμό και είναι ο κυριότερος παράγοντας για την καρδιοπάθεια.

Διατροφή υψηλή σε κορεσμένα λιπαρά, επιδρά στον τρόπο που το παιδί ανταποκρίνεται στη ζάχαρη και αυξάνει τις πιθανότητες να νοσήσει από διαβήτη τύπου 2.

Σε μια έρευνα που έγινε το 2004 βρέθηκε ότι τα παιδιά που κατανάλωναν λογικές ποσότητες από κάθε μορφή λιπαρών, ζύγιζαν λιγότερο από εκείνα που έτρωγαν λιγότερα ή περισσότερα λιπαρά.

Τα πρόχειρα φαγητά, τα οποία είναι πολύ υψηλά σε κορεσμένα και μεταλλαγμένα λιπαρά, είναι που καθιστούν μια διατροφή ανθυγιεινή. Βέβαια δεν υπάρχει κανένα αποτέλεσμα αν καταναλώνονται τα λιπαρά, ακόμη και τα κορεσμένα, με πολλά φρούτα και λαχανικά, απλά η επίδραση των λιπαρών δεν είναι τόσο βλαβερή. Κι αυτό συμβαίνει γιατί τα φρούτα και τα λαχανικά περιέχουν ‘αντιοξειδωτικά’, τα οποία περιορίζουν τη βλάβη που προκαλούν τα λιπαρά στο σώμα του παιδιού.

Πολυακόρεστα λιπαρά

Αποκαλούνται ‘απαραίτητα ή ουσιώδη’ για τα παιδιά και τους ενήλικες. Βρίσκονται κυρίως στα λαχανικά, στο ιχθυέλαιο και στα λιπαρά ελαιώδη ψάρια. Ως ουσιώδη λιπαρά οξέα, τα πολυακόρεστα έχουν πολλούς και σπουδαίους ρόλους να επιτελέσουν: βοηθούν στη μείωση της χοληστερόλης του αίματος αν χρησιμοποιούνται στη θέση των κορεσμένων λιπαρών, επίσης βοηθούν στην αντιπηκτικότητα του αίματος, χαλαρώνουν τα αιμοφόρα αγγεία, κατεβάζουν την πίεση, βοηθούν στην ισορροπία της ενυδάτωσης του οργανισμού, μειώνουν τις φλεγμονές και τον πόνο, βελτιώνουν το νευρικό σύστημα, ενισχύουν το ανοσοποιητικό, επιδρούν θετικά στην πνευματική κατάσταση και στο μεταβολισμό του παιδιού και διατηρούν σε ισορροπία τα επίπεδα σακχάρου του. Όλα τα παραπάνω συμβάλουν στην καλή και μακροπρόθεσμη υγεία του.

Πολυακόρεστα λιπαρά περιέχουν οι τροφές : σολομός, σαρδέλες, τόνος, ρέγκα, σκουμπρί, κολιός, σπόροι κανάβης, λιναρόσπορος, σπόροι ζαφοράς, ηλιόσποροι, σπόροι καλαμποκιού και κολοκύθας, φουντούκια, σουσάμι, σόγια και στάρι. Τα πολυακόρεστα λιπαρά είναι υγιεινά μόνο όταν δε ζεσταίνονται. Μόνο τα ωμά έλαια είναι καλές πηγές θρεπτικών στοιχείων.

Μονοακόρεστα λιπαρά

Πηγές τους είναι το ελαιόλαδο, το αβοκάντο, τα φιστίκια, οι σπόροι και το ραφανέλαιο. Τα μονοακόρεστα λιπαρά είναι τα πιο υγιεινά λιπαρά, γιατί όχι μόνο ρίχνουν τα επίπεδα της ‘κακής’ χοληστερόλης, αλλά ενισχύουν τα επίπεδα της καλής. Συνδέονται με την μακροζωία, τη μείωση του καρκίνου και τη συχνότητα της εμφάνισης της καρδιοπάθειας και της παχυσαρκίας.

Συμπερασματικά

- Τα πιο υγιεινά λιπαρά είναι αυτά που απαντώνται σε φυσικά κατάσταση στα μη ζωικά λιπαρά που δεν έχουν μεταλλαχθεί χημικά. Σ’ αυτά περιλαμβάνονται τα πολυακόρεστα λιπαρά και τα μονοακόρεστα λιπαρά.
- Τα κορεσμένα λίπη είναι καλά σε μικρές ποσότητες, αλλά πρέπει να καταναλώνονται ωμά, κυρίως σε ακατέργαστες τροφές μαζί με φρούτα και λαχανικά, τα οποία βοηθούν στη πρόληψη των βλαβερών επιδράσεων.
- Τα ανθυγιεινά λιπαρά είναι τα λίπη ή τα έλαια που προέρχονται από υδρογονωμένη ολικά ή εν μέρει πηγή, ή από χημική μετάλλαξη.

2.5.1.8.2 Υδατάνθρακες

Οι υδατάνθρακες είναι εκ διαμέτρου αντίθετοι με τα λιπαρά. Όσο τα καλά λιπαρά είναι ζωτικά για την υγεία, τόσο καλοί είναι οι υδατάνθρακες. Δυστυχώς, οι κακοί υδατάνθρακες συσσωρεύονται στα λεγόμενα junk food, και δρουν σαν αντιθρεπτικά, πράγμα που σημαίνει ότι καταστρέφουν όλα τα καλά στοιχεία των υγιεινών τροφών που καταναλώνουμε. Οι υδατάνθρακες είναι πηγή ενέργειας και η κύρια πηγή καυσίμων του οργανισμού μας. Υπάρχουν δύο κύριες κατηγορίες : ραφιναρισμένοι και αραφινάριστοι ή μη ραφιναρισμένοι.

Καλοί υδατάνθρακες

Στους μη ραφιναρισμένους περιλαμβάνονται:

- Λαχανικά και φρούτα
- Αλεύρι ολικής αλέσεως
- Ζυμαρικά ολικής αλέσεως
- Καστανό ρύζι
- Ψωμί ολικής αλέσεως
- Κουάκερ
- Όσπρια
- Κριθάρι

Οι μη ραφιναρισμένοι υδατάνθρακες προμηθεύουν τον οργανισμό με σταθερή ενέργεια πράγμα που σημαίνει ότι χρειάζονται χρόνο για να χωνευτούν και να αφομοιωθούν και περιέχουν βιταμίνες και μέταλλα, όπως και πρωτεΐνες, με αποτέλεσμα να δημιουργείται μια άριστη ισορροπία θρεπτικών συστατικών. Αν οι υδατάνθρακες είναι λευκοί, τότε δεν είναι καλοί.

Οι υδατάνθρακες που πρέπει να αποφεύγονται

Οι ραφιναρισμένοι υδατάνθρακες εφοδιάζουν με ενέργεια, αλλά αφομοιώνονται γρήγορα προκαλώντας μια δυνατή ενεργητικότητα, αλλά και μια εξίσου δυνατή κατάπτωση. Αργότερα το επίπεδο του σακχάρου πέφτει κατακόρυφα. Αυτή η απότομη άνοδος και πτώση μπορεί να προκαλέσει κακή διάθεση, ευερεθιστικότητα, νεύρα, λήθαργο και δάκρυα. Μετά το σχολείο, τα παιδιά κάποιες φορές είναι δακρυσμένα και κουρασμένα. Αυτό οφείλεται στα χαμηλά επίπεδα σακχάρου. Τα παιδιά των οποίων το γεύμα βασίζεται σε ραφιναρισμένους υδατάνθρακες θα καταπέσουν πολύ μετά το σχολείο σε σύγκριση με τα παιδιά που το γεύμα τους περιλαμβάνει ψωμί ολικής αλέσεως ή ζυμαρικά, λαχανικά, φρούτα και φρέσκους χυμούς.

Εκτός από το σάκχαρο, οι ραφιναρισμένοι υδατάνθρακες χάνουν την πλειονότητα των θρεπτικών τους συστατικών κατά τη διάρκεια του ραφινάρισματος. Σχεδόν όλο το χρώμιο χάνεται όταν το αλεύρι είναι ραφιναρισμένο. Άλλες μεγάλες απώλειες είναι το ασβέστιο, η βιταμίνη Β, ο σίδηρος, ο ψευδάργυρος και το κάλιο.

Στους ραφιναρισμένους υδατάνθρακες περιλαμβάνονται :

- Άσπρη ζάχαρη
- Άσπρο αλεύρι
- Άσπρο ρύζι

2.5.1.8.3 Φρούτα και λαχανικά

Εικόνα 2.5.1.8.3



Πηγή : αναρτήθηκε στις 18/07/2012

από <http://www.google.com/imgres?q=%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE+%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1&hl=en&biw=1366&bih=638&tbm=isch&tbnid=L5o4c6tV1xJqrM:&imgrefurl=http://www.babyspace.gr/Article/causes-childhood-obesity>

Είναι πάρα πολύ σημαντικό το παιδί να τρώει κάθε μέρα όσο το δυνατόν πιο πολλά φρούτα και λαχανικά.

Όχι μόνο γιατί είναι πλούσια σε θρεπτικά, αλλά γιατί περιέχουν ίνες, οι οποίες βελτιώνουν την πέψη και βοηθούν να μειωθεί η μεταφορά της ζάχαρης από τις τροφές στο αίμα του παιδιού.

Τα φρούτα όμως δεν αντικαθιστούν τα λαχανικά. Κατ' αρχήν, αν και τα φρούτα είναι πολύ θρεπτικά, περιέχουν πολλά σάκχαρα, που οδηγούν σε λαιμαργία και σε υψηλά επίπεδα σακχάρου. Δεύτερον, αν και είναι πλούσια σε πολλές βιταμίνες και κάποια μέταλλα, τα φρούτα δεν είναι τόσο θρεπτικά όσο τα λαχανικά σε όλα τα θρεπτικά επίπεδα. Τα λαχανικά περιέχουν πολλά σημαντικά μέταλλα και ίχνη που είναι απαραίτητα για την υγεία, ειδικά για τον παιδικό μεταβολισμό και το ενδοκρινές του σύστημα, που μπορεί να επηρεάσει το βάρος του. Επίσης περιέχουν πολύ λιγότερα σάκχαρα και περισσότερες ίνες.

Είναι σημαντικό λοιπόν να υπάρχει μία ισορροπία. Τα λαχανικά έχουν και αυτά αξιόλογο γλυκαιμικό δείκτη και πρέπει να υπάρχει η απαιτούμενη ισορροπία ανάμεσα σε αυτά που έχουν υψηλά σάκχαρα και σε αυτά που έχουν χαμηλά σάκχαρα. Αυτό δεν είναι πρόβλημα γιατί τα περισσότερα λαχανικά εμπίπτουν στη κατηγορία με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη.

Η συμβολή της διατροφής στην ακαδημαϊκή επίδοση των παιδιών έχει διαπιστωθεί εδώ και καιρό. Ωστόσο, οι περισσότεροι ερευνητές έχουν εστιάσει στην επίδραση που έχει ο υποσιτισμός, η έλλειψη συγκεκριμένων μικροθρεπτικών συστατικών, αλλά και η επίδραση του πρωινού γεύματος στην επίγνωση.

Η μελέτη που δημοσιεύτηκε πρόσφατα στο περιοδικό 'Journal of School Health' έδωσε στην επιστημονική κοινότητα νέα στοιχεία, αφού προσδιόρισαν συγκεκριμένους διαιτητικούς παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στη συσχέτιση μεταξύ της παιδικής διατροφής και της ακαδημαϊκής επίδοσης των παιδιών.

Οι ερευνητές μελέτησαν 5000 παιδιά της πέμπτης τάξης του δημοτικού στην περιοχή της Νέας Σκωτίας στον Καναδά, κατά το έτος 2003. Έλαβαν υπόψη τη διαιτητική πρόσληψη, το βάρος και το ύψος των μαθητών, καθώς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Με τη χρήση ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, οι ερευνητές υπολόγισαν την πρόσληψη φαγητού από τις συνιστώμενες για τα παιδιά ομάδες αλλά και την πρόσληψη ενέργειας και θρεπτικών συστατικών και στη συνέχεια ανέπτυξαν το Διεθνή Δείκτη Διατροφικής Ποιότητας (Diet Quality Index-International_DQI-I), ο οποίος αποτελεί μία σύνθετη μέτρηση διατροφικής ποιότητας.

Μάλιστα, οι ερευνητές ισχυρίζονται ότι ο δείκτης αυτός είναι προτιμότερος, καθώς παρέχει στοιχεία που αφορούν στην επάρκεια, την ποικιλία, την ισορροπία και το μέτρο και διακρίνει το καθένα από αυτά ως παραμέτρους διατροφικής ποιότητας καθώς επίσης παρέχει και ένα σκορ για την καθημία παράμετρο ξεχωριστά.

Η παράμετρος της διατροφικής επάρκειας του δείκτη DQI-I, αντιπροσωπεύει την πρόσληψη φαγητών και θρεπτικών συστατικών που είναι απαραίτητα σε μία υγιεινή διατροφή, όπως τα φρούτα, τα λαχανικά, οι φυτικές ίνες, οι πρωτεΐνες, ο σίδηρος, το ασβέστιο και η βιταμίνη C. Παράμετροι λιγότερης υγιεινής διατροφής αποτελούν το κορεσμένο λίπος, το

αλάτι και τα τρόφιμα 'κενών θερμίδων'. Η απόδοση των παιδιών έγινε με τη χρήση ενός ειδικά σχεδιασμένου ερωτηματολογίου αξιολόγησης της απόδοσής τους, σύμφωνα με το οποίο απαντούσαν σε ένα τεστ κατανόησης κειμένου. Βρέθηκε ότι οι μαθητές που είχαν αυξημένη διατροφική ποιότητα σύμφωνα με το δείκτη DQI-I, είχαν σημαντικά χαμηλότερη πιθανότητα να αποτύχουν στο τεστ. Πιο συγκεκριμένα, οι μαθητές με υψηλότερη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών και χαμηλότερη θερμιδική πρόσληψη είχαν πολύ μικρότερες πιθανότητες να αποτύχουν. (Michellé Asbridge Veugelers, 2008)

2.5.1.8.4 Ζάχαρη

Η ζάχαρη είναι ο πιο αγνός ραφινάρισμένος υδατάνθρακας, πράγμα που σημαίνει ότι πρέπει να αποκλειστεί από τη διατροφή των παιδιών. Για τον λόγο αυτό οι βιομηχανίες τροφίμων χρησιμοποιούν γενικές ονομασίες όπως σακχαρόζη, γλυκόζη, λακτόζη, γαλακτόζη στη προσπάθειά τους να την παρουσιάσουν πιο ελκυστική.

Η ζάχαρη είναι βλαβερή γιατί :

- Επιφέρει δυνατή κατάπτωση στο ανοσοποιητικό σύστημα. Σύμφωνα με μια μελέτη του 1997, 6 κουταλάκια του γλυκού την ημέρα μειώνουν το ανοσοποιητικό σύστημα κατά 25%.
- Η ζάχαρη ανεβάζει τα επίπεδα του σακχάρου πολύ υψηλά, με αποτέλεσμα τα παιδιά να έχουν 'υπερκινητικά' συμπτώματα. Μετά την άνοδο, ακολουθεί η πτώση που προκαλεί διάφορα συμπτώματα, όπως δάκρυα, κόπωση, νεύρα, έλλειψη συγκέντρωσης.
- Η ζάχαρη εκτός από τις θερμίδες δεν προσφέρει τίποτα άλλο, με αποτέλεσμα να καταστρέφει το σμάλτο των δοντιών και αυτά να σαπίζουν.
- Τροφές με υψηλό ποσοστό ζάχαρης περιέχουν πολύ υψηλά κορεσμένα λίπη, τα οποία προσθέτουν επιπλέον κιλά, προκαλώντας καρδιοπάθεια και διαβήτη.
- Το πιο σπουδαίο είναι ότι οι επιπλέον θερμίδες από την ζάχαρη εκτοπίζουν τα θρεπτικά συστατικά από την διατροφή. Αν το παιδί καταναλώνει πολλή ζάχαρη, κινδυνεύει να έχει έλλειψη σε βιταμίνες και μέταλλα, με αποτέλεσμα να έχει σοβαρά προβλήματα με το βάρος του.

Η αλυσίδα του Γλυκαιμικού Δείκτη

Οι τροφές με υψηλότερο γλυκαιμικό δείκτη έχουν μεγαλύτερη επίδραση στο σάκχαρο του αίματος από εκείνες με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη., γιατί οι τροφές με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη ενισχύουν την πείνα, οδηγούν στη λαιμαργία και αυξάνουν το σάκχαρο του αίματος που μεταβάλλεται σε λίπος.

Η ταχύτητα με την οποία μια τροφή αποδεσμεύει τη ζάχαρη μέσα στο αίμα μετριέται με μια κλίμακα από το 1 μέχρι το 100 και ξεκινάει από τη γρήγορη αποδέσμευση που είναι το 100 και την πιο αργή που είναι το 0. Όσο πιο μεγάλο νούμερο έχει μια τροφή τόσο πιο γρήγορα απελευθερώνει τη ζάχαρη μέσα στο αίμα και έχει τη μεγαλύτερη επίδραση στο σάκχαρο του αίματος και μακροπρόθεσμα στο βάρος.

Η πρωτεΐνη μπορεί να κατεβάσει το γλυκαιμικό δείκτη σε μια τροφή. Γενικά όταν ο γλυκαιμικός δείκτης βρίσκεται στο 70 θεωρείται υψηλός, στο 56-59 μεσαίος και από 55 και κάτω χαμηλός.

2.5.1.8.5 Αλάτι

Τα παιδιά συνηθίζουν να παίρνουν περισσότερο αλάτι από όσο χρειάζονται στη καθημερινή τους διατροφή. Οι κύριοι αίτιοι είναι οι επεξεργασμένες τροφές, όπως τα τηγανητά και άλλες λιχουδιές και προμαγειρεμένα φαγητά.

Σύμφωνα με την Επιστημονική Συμβουλευτική Επιτροπή επί της Διατροφής της αγγλικής κυβέρνησης η καθημερινή πρόσληψη αλατιού δεν πρέπει να υπερβαίνει :

- Μωρά μέχρι 6 μηνών λιγότερο από 1 γραμμάριο την ημέρα
- Μωρά από 7-12 μηνών 1 γραμμάριο την ημέρα
- Παιδί από 1-6 ετών 2 γραμμάρια την ημέρα
- Παιδί από 7-14 ετών 5 γραμμάρια την ημέρα
- Ενήλικος το πολύ 6 γραμμάρια την ημέρα

Το πολύ αλάτι δημιουργεί πίεση στα νεφρά και μπορεί να αυξήσει το ποσοστό του ασβεστίου που αποβάλλεται από το σώμα. Επίσης έχει συνδεθεί με την υπέρταση, τα εγκεφαλικά, την καρδιοπάθεια και τον καρκίνο του στομάχου.

2.5.1.8.6 Πρωτεΐνη

Οι πρότεινες είναι φτιαγμένες από 22 ξεχωριστούς συνδυασμούς αμινοξέων, που είναι απαραίτητα για να λειτουργήσει ο οργανισμός. Η έλλειψη πρωτεΐνης στη διατροφή επιβραδύνει την ανάπτυξη του παιδιού και μειώνει την ενέργεια. Το ιδανικό είναι τα παιδιά να τρώνε πρωτεΐνες και στα 3 γεύματα τους. (Sullivan, 2006)

2.5.1.9 Καταστάσεις που επηρεάζουν τη λήψη τροφής και το βάρος των παιδιών

2.5.1.9.1 Αλλεργίες σε τροφές

Οι αλλεργίες γίνονται ολοένα και πιο συχνές και μπορεί να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής μας, ιδιαίτερα στη παιδική. Τα περισσότερα παιδιά εμφανίζουν ήπιες αντιδράσεις, αλλά σε περιπτώσεις σοβαρής αλλεργικής αντίδρασης, μπορεί να παρουσιάσουν μία οξεία και απειλητική για τη ζωή κατάσταση που ονομάζεται αναφυλαξία. Σε αυτή την περίπτωση το σώμα αντιδρά με ανάπτυξη οιδήματος στο στόμα και τον λαιμό, με αποτέλεσμα αναπνευστική δυσχέρεια και λιποθυμία.

Μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί θεραπεία για τις τροφικές αλλεργίες, που σημαίνει ότι πρέπει να αποφεύγεται η συγκεκριμένη τροφή. Ορισμένες ήπιες αντιδράσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν με αντιισταμινικά χάπια.

Οι πιο συνηθισμένες τροφές που προκαλούν αλλεργικές αντιδράσεις είναι :

- Θαλασσινά
- Φιστίκια
- Αυγά
- Γάλα
- Σιτάρι
- Εσπεριδοειδή και φράουλες
- Προϊόντα σόγιας
- Μπανάνες
- Πρόσθετα τροφίμων
- Σοκολάτα

Η αλλεργία στις τροφές είναι ένα συχνό πρόβλημα στην σημερινή εποχή που μπορεί να παρουσιαστεί ακόμη και στη βρεφική ηλικία. Αλλεργία μπορεί να προκαλέσουν πολλές τροφές όπως το γάλα αγελάδας, το αυγό, τα σιτηρά, το πορτοκάλι, το ψάρι, οι ξηροί καρποί.

Το γάλα αγελάδας προκαλεί συχνότερα από κάθε άλλη τροφή αλλεργία σε μωρά που έχουν προδιάθεση για αλλεργία, δηλαδή αυτά τα οποία έχουν γονείς ή αδέρφια αλλεργικούς. Η αλλεργία μπορεί να εκδηλωθεί με πολλούς τρόπους όπως κοκκινίλες στο δέρμα του προσώπου ή του σώματος, εμέτους και αναγωγές, κωλικούς, διάρροιες, πρόσμιξη αίματος στα κόπρανα, στασιμότητα βάρους, βήχα, δύσπνοια κ.α. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να απευθυνθείτε στον παιδογαστρεντερολόγο ο οποίος αφού υποβάλλει το μωρό σε μερικές εξετάσεις για την πιστοποίηση της αλλεργίας, θα συστήσει το κατάλληλο γάλα για την σίτιση του μωρού. Τα υποαλλεργικά γάλατα τα οποία χορηγούνται στα βρέφη σε αυτές τις περιπτώσεις έχουν χειρότερη γεύση από τα συνηθισμένα γάλατα και μεγαλύτερο κόστος. Όσον αφορά στο πρόβλημα της γεύσης, ο παιδογαστρεντερολόγος συστήνει τρόπους αντιμετώπισής του. Όσον αφορά στο κόστος, αυτό καλύπτεται σε μεγάλο ποσοστό από τα περισσότερα ταμεία υγείας μετά από χορήγηση ιατρικής βεβαίωσης από τον παιδογαστρεντερολόγο.

Η αλλεργία προλαμβάνεται. Η αλλεργία μπορεί να προληφθεί. Τα μωρά που προέρχονται από αλλεργικούς γονείς (ή έχουν αδέρφια με αλλεργία) θα πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να σιτίζονται με μητρικό γάλα κατά τους πρώτους 4-6 μήνες της ζωής. Οι στερεές τροφές δεν πρέπει να αρχίζουν πριν τον 6ο μήνα, το αυγό πριν τον 1ο χρόνο και το ψάρι πριν τον 3ο χρόνο.

Σε περίπτωση που το γάλα της μητέρας δεν επαρκεί, τότε χορηγείται ειδικό υποαλλεργικό γάλα κατά τους πρώτους 6 μήνες τουλάχιστον, το οποίο θα το συστήσει ο παιδίατρος ή ο παιδογαστρεντερολόγος.

(Παπαδοπούλου, 2002)

2.5.1.9.2 Δυσανεξία στη λακτόζη ή στο αγελαδινό γάλα

Η λακτόζη είναι το κύριο σάκχαρο του γάλακτος και μεταβολίζεται από τον οργανισμό με ένα ένζυμο τη λακτάση. Στη δυσανεξία στη λακτόζη, το ένζυμο αυτό παρουσιάζει μερική ή ολική έλλειψη, με αποτέλεσμα την αδυναμία πέψης του γάλακτος. Πρόκειται για μια συνηθισμένη κατάσταση και δεν είναι απειλητική.

Η δυσανεξία στη λακτόζη προκαλεί ναυτία, κοιλιακές κράμπες, μετεωρισμό, αέρια και διάρροια. Τα συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως σύντομα μετά την κατανάλωση γάλακτος.

Ένα αρκετά συνηθισμένο πρόβλημα, που μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη του παιδιού, είναι η δυσανεξία στη λακτόζη, η οποία δεν επιτρέπει την απορρόφηση του ασβεστίου από το μητρικό και το αγελαδινό γάλα. Με την ανάλογη θεραπεία και τις κατάλληλες τροφές η αντιμετώπισή του μπορεί να είναι αποτελεσματική και πλήρης.

Η δυσανεξία στη λακτόζη είναι η μη πλήρης πέψη της λακτόζης στο λεπτό έντερο λόγω έλλειψης ή μειωμένης συγκέντρωσης του ενζύμου λακτάση. Η λακτόζη είναι το σάκχαρο που περιέχεται στο μητρικό και στο αγελαδινό γάλα και είναι σημαντικό για την απορρόφηση του ασβεστίου. Όταν η λακτόζη δεν διασπάται από τη λακτάση στο λεπτό έντερο, περνά στο παχύ έντερο όπου τα βακτηρίδιά του τη διασπούν και έπειτα από ζυμώσεις παράγονται αέρια τα οποία διατείνουν το έντερο, γίνεται όσμωση νερού και διάρροια και το παιδί εμφανίζει συμπτώματα. Τα συμπτώματα της δυσανεξίας στη λακτόζη είναι αέρια, μετεωρισμός κοιλίας, κοιλιακό άλγος, «φούσκωμα» μετά τα γεύματα που περιέχουν γάλα και διάρροια.

Η δυσανεξία στη λακτόζη είναι ιδιαίτερα συχνή και χωρίζεται σε δευτερογενή και σε πρωτοπαθή. Η δευτερογενής είναι πολύ πιο συχνή και εμφανίζεται ανά πάσα στιγμή μετά τα 3 έτη ζωής, δηλαδή μετά τον απογαλακτισμό του παιδιού, οπότε η παρουσία του ενζύμου λακτάση σταδιακά σβήνει από τον βλεννογόνο του λεπτού εντέρου. Έτσι η πλειονότητα των ενηλίκων ανά τον κόσμο έχει έλλειψη της λακτάσης. Η συχνότητα της δυσανεξίας στη λακτόζη στην Ευρώπη υπολογίζεται σε ποσοστό 20% και μεγαλύτερη είναι στη Νότια Ευρώπη σε σχέση με τη Βόρεια Ευρώπη.

Η πρωτοπαθής δυσανεξία στη λακτόζη (αλακτασία) είναι πάρα πολύ σπάνια διεθνώς και εμφανίζεται μετά τη γέννηση με βαριά διάρροια μετά την πρώτη σίτιση με γάλα και μπορεί να οδηγήσει σε αφυδάτωση.

Η διάγνωση και η θεραπεία

Το τεστ που χρησιμοποιείται συχνότερα για τη διάγνωση της δυσανεξίας στη λακτόζη είναι η μέτρηση του pH των κοπράνων που είναι όξινα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις ηλικίες παιδιών. Πιο ειδική εξέταση είναι το τεστ αναπνοής μέσω μέτρησης υδρογόνου στον εισπνεόμενο αέρα η οποία μπορεί να γίνει σε παιδιά μεγαλύτερα των 6 ετών. Σε περιπτώσεις πρωτοπαθούς αλλεργίας σε βρέφος χρειάζεται γαστροσκόπηση και βιοψία λεπτού εντέρου, όπου γίνεται μέτρηση του επιπέδου της λακτάσης του εντερικού βλεννογόνου.

Η δυσανεξία στη λακτόζη στα βρέφη και στα νήπια είναι παροδική και οφείλεται κυρίως στην καταστροφή των λαχνών του βλεννογόνου του εντέρου ύστερα από λοίμωξη. Στις περιπτώσεις αυτές χορηγούνται γάλα και ειδικές κρέμες χωρίς λακτόζη για 3 - 4 εβδομάδες, διάστημα που απαιτείται για την αποκατάσταση των εντερικών λαχνών και της λακτάσης. Έπειτα από αυτό το διάστημα η λακτόζη εντάσσεται στη δίαιτα του βρέφους, αφού συμβάλλει στην απορρόφηση του ασβεστίου και στην ανάπτυξη των οστών του.

Σε μεγαλύτερα παιδιά συνιστάται γάλα με μειωμένη κατά 70% λακτόζη ή καθόλου λακτόζη και συχνά μικρά γεύματα από κίτρινα τυριά και γιαούρτι στη διάρκεια της ημέρας. Τα κίτρινα τυριά και το γιαούρτι είναι καλύτερα ανεκτά από το γάλα, λόγω της περισσότερο σταδιακής τους μετάβασης από το στομάχι στο λεπτό έντερο.

Σε παιδιά που δεν μπορούν να πουν τα ειδικά γάλατα χωρίς λακτόζη μπορεί να χρησιμοποιηθούν σταγόνες λακτάσης που προστίθενται στο κανονικό γάλα και κυκλοφορούν στο εξωτερικό. Επίσης υπάρχουν δισκία λακτάσης που λαμβάνονται πριν από τα γεύματα τα οποία περιέχουν λακτόζη.

Σε περιπτώσεις όπου η δυσανεξία στη λακτόζη οφείλεται σε χρόνια εντεροπάθεια, π.χ. κοιλιοκάκη, ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, αλλεργική εντεροπάθεια, χρειάζεται θεραπεία της υποκείμενης νόσου για τη βελτίωση των εντερικών λαχνών και των συμπτωμάτων του παιδιού. (Ζέλλου, 2009)

2.5.1.9.3 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη δεν αποτελεί πάθηση μόνο των ενηλίκων, αλλά προσβάλλει και παιδιά.

Διάφορα από τα σωματικά συμπτώματα κατάθλιψης είναι :

- Πονοκέφαλοι
- Πόνος στη μέση
- Κόπωση και σωματική εξουθένωση
- Ναυτία και απώλεια όρεξης, που οδηγεί σε απώλεια βάρους
- Υπερβολική πείνα, που οδηγεί σε αύξηση βάρους
- Κοιλιακές κράμπες και διάρροια
- Συμπτώματα άγχους, όπως δύσπνοια και κρίσεις πανικού
- Θολερότητα στην όραση
- Ρίγη
- Εξάψεις και αλλαγές στη διάθεση

2.5.1.9.4 Διαβήτης

Ο διαβήτης είναι μία κατάσταση στην οποία η γλυκόζη του αίματος είναι υψηλότερη του φυσιολογικού.

Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι διαβήτη : ο τύπου 1 και ο τύπου 2 διαβήτη.

Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν δίψα, πολυουρία, αδυναμία, απώλεια βάρους και γενική αδιαθεσία, μερικά άτομα ωστόσο δεν εμφανίζουν καθόλου συμπτώματα.

Ένα άτομο με διαβήτη θα πρέπει να :

- Καταναλώνει τουλάχιστον τρία γεύματα την ημέρα, καθένα από τα οποία να περιλαμβάνει αμυλούχες τροφές, όπως πολύσπορο ψωμί, πατάτες, ρύζι ή ζυμαρικά.
- Τρώει άφθονα φρούτα, λαχανικά, δημητριακά ολικής αλέσεως και όσπρια
- Επιλέγει ποτά χωρίς ζάχαρη
- Περιορίζει τις ζαχαρούχες τροφές ή τις τροφές με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη
- Ελαττώνει την περιεκτικότητα σε λίπος της διατροφής του
- Αποφεύγει το επιπλέον αλάτι και να ελαττώσει την πρόληψή του
- Στοχεύει να τρώει υγιεινά τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας, ακόμα κι αν δεν καταφέρνει να το κάνει καθημερινά. (Pryke, 2006)

2.5.2 Φυσική δραστηριότητα

Εικόνα 2.5.2



Πηγή : αναρτήθηκε στις 2/08/2012 από

http://www.google.com/imgres?q=%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE+%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1&start=75&hl=en&biw=1366&bih=638&tbm=isch&tbnid=qP5S1fiEFKEXDM:&imgrefurl=http://www.mercydesmoines.org/health_questions

Η ελαττωμένη φυσική δραστηριότητα, η οποία οφείλεται κυρίως στην υποκινητικότητα και στην καθιστική ζωή, έχει σαν αποτέλεσμα την ελαττωμένη "δαπάνη" ενέργειας γεγονός που αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα για την αύξηση του βάρους. Συνεπικουρικός των δύο παραπάνω είναι και ο ρόλος της τηλεόρασης, της οποίας η επίδραση έχει τεκμηριωθεί. Πολλές έρευνες έχουν δείξει μια ισχυρή σχέση της αυξανόμενης παιδικής παχυσαρκίας σε συνδυασμό με τις ώρες που τα παιδιά βλέπουν τηλεόραση, με την κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών κατά τη διάρκεια που βλέπουν τηλεόραση καθώς και με τη μειωμένη συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες. Ενδεικτική είναι μια πρόσφατη μελέτη των Janssen, Katzmarzyk, Boyce, Vereecken, Mulvihill, Currie και Pickett, οι οποίοι εξέτασαν την επικράτηση του φαινομένου της παχυσαρκίας σε μαθητές από 34 χώρες. Το δείγμα τους αποτέλεσαν 137.593 παιδιά ηλικίας 10-16 ετών και τα

αποτελέσματα έδειξαν ότι στις χώρες στις οποίες η φυσική δραστηριότητα των νέων είναι χαμηλή και τα παιδιά βλέπουν πολλές ώρες τηλεόραση, η παχυσαρκία είναι αυξημένη. Οι παραπάνω ερευνητές προτείνουν ότι οι στρατηγικές που θα εφαρμοστούν για την πρόληψη και 23η θεραπεία της παχυσαρκίας στους νέους, θα πρέπει να έχουν ως στόχο τη μείωση της υποκινητικότητας με τη συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες και τη μείωση των ωρών που οι μαθητές βλέπουν τηλεόραση. Σε μια άλλη έρευνα των Wake, Hesketh, και Waters, συμμετείχαν 3104 παιδιά (5-13 ετών) και αφού μετρήθηκε το ύψος και το βάρος τους και βρέθηκε ο δείκτης μάζας σώματος, καταγράφηκε το ποσό του χρόνου που βλέπουν τηλεόραση, πόσο χρόνο ασχολούνται με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή, καθώς και οι διατροφικές τους και αθλητικές τους συνήθειες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά του δείγματος παρακολουθούσαν περισσότερες ώρες τηλεόραση και είχαν μειωμένη φυσική δραστηριότητα, σε σχέση με τα παιδιά με φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος. Επίσης δεν βρέθηκε τέτοια συσχέτιση με την ενασχόληση με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή. Οι ερευνητές καταλήγουν στο ότι, το 60% των αιτιών της παχυσαρκίας οφείλεται σε παράγοντες του σύγχρονου τρόπου ζωής, όπως η μείωση της φυσικής δραστηριότητας και η αύξηση της καθιστικής ζωής, καθώς και το γρήγορο και πρόχειρο φαγητό. Επίσης διαπιστώθηκε ότι όσο μεγάλωνε η ηλικία των μαθητών, τόσο περισσότερο αυξάνονταν τα ποσοστά παχυσαρκίας, καθώς μειωνόταν περισσότερο η φυσική δραστηριότητα και αυξάνονταν οι ώρες που οι μαθητές έβλεπαν τηλεόραση. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η έρευνα των Caroli, Argentieri, Cardone και Maci, οι οποίοι έκαναν μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για τη σχέση της παιδικής παχυσαρκίας, τις ώρες που τα παιδιά βλέπουν τηλεόραση και των διατροφικών τους συνηθειών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ενασχόληση με την τηλεόραση αντικαθιστά την ενασχόληση με τις κινητικές δραστηριότητες και υπάρχει μια θετική σχέση μεταξύ του υπέρβαρου και παχύσαρκου 24μαθητή με τις πολλές ώρες που περνά μπροστά στην τηλεόραση. Επίσης ανησυχητικό είναι και το γεγονός ότι τα τελευταία 30 χρόνια παγκοσμίως έχει αυξηθεί το ποσοστό των μαθητών που βλέπουν τηλεόραση πάνω από 4 ώρες την ημέρα. Σε μια άλλη διαχρονική έρευνα των Andersen, Crespo, Bartlett, Cheskin και Pratt, που διήρκησε από το 1988 μέχρι το 1996, εξετάστηκαν 4063 μαθητές (8-16 ετών), καταγράφηκε η ημερήσια φυσική τους δραστηριότητα και οι ώρες που έβλεπαν τηλεόραση καθημερινά και συνδυάστηκαν τα παραπάνω με το δείκτη μάζας σώματος και την παχυσαρκία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα κορίτσια και τα αγόρια που έβλεπαν 4 ή περισσότερες ώρες τηλεόρασης κάθε μέρα και δεν είχαν έντονη φυσική δραστηριότητα, ήταν περισσότερο παχύσαρκα και είχαν μεγαλύτερο δείκτη μάζας σώματος σε σχέση με εκείνα που έβλεπαν λιγότερο από 2 ώρες την ημέρα. Επίσης, φάνηκε ότι οι μαθητές που συμμετείχαν 3 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα σε φυσική δραστηριότητα, είχαν φυσιολογικό 1ΜΣ σε σχέση με εκείνους που δεν αθλούνταν. Ο Sable et.al, αναφέρει επίσης ότι τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά συνδέονται με αρνητικές συμπεριφορές ως προς τη συμμετοχή στα σπορ και στη φυσική δραστηριότητα και με θετικές συμπεριφορές ως προς τις πολλές ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης και ανθυγιεινών συμπεριφορών. Είναι φανερό λοιπόν ότι το κοινωνικό περιβάλλον περιλαμβάνει λίγες ευκαιρίες για φυσική δραστηριότητα και πολλές ευκαιρίες για καθιστική ζωή και υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών, κάτι που οδηγεί στην παχυσαρκία παιδιών, εφήβων αλλά και ενηλίκων. Στη Σικελία έσβησαν τις τηλεοράσεις για τρεις ολόκληρες ημέρες γιατί δεν έβρισκαν διαφορετικό, ή πιο υγιή τρόπο, διαμαρτυρίας για την παιδική παχυσαρκία. Οι Σικελιοί ανταποκρίθηκαν στον κώδωνα του 25κινδύνου που έκρουσε η νομαρχία του Παλέρμο. Νούμερα και στοιχεία έδειξαν πως το 36% των παιδιών στην Ιταλία είναι παχύσαρκα. Ότι σε 34 χρόνια το ποσοστό αυξήθηκε κατά το 26%, μαζί, φυσικά, και με τη σωματική τους περιφέρεια που πέρασε από το 1, στα 6 εκατοστά. Από τα 60 εκατομμύρια των Ιταλών, τα 5,4 είναι υπέρβαροι και ενημερώθηκαν πως το πάχος αφαιρεί 8 με 13 χρόνια ζωής. Αποδείχθηκε πως 6 είναι οι ώρες που τα ιταλικά παιδιά (6-11 χρονών) ξοδεύουν μπροστά στην τηλεόραση, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 71%. (Κύρου, 2008)

Η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας των παιδιών είναι ένας ιδιαίτερα επιβαρυντικός παράγοντας, ο οποίος θεωρείται από πολλούς επιστήμονες εξίσου σημαντικός με εκείνον της κακής διατροφής. Πολλά είναι τα αίτια της μειωμένης φυσικής δραστηριότητας των παιδιών αλλά και των εφήβων. Η ανυπαρξία χώρων παιχνιδιού και άθλησης στις μεγαλουπόλεις είναι μια από τις σημαντικότερες αιτίες εξαιτίας της οποίας τα παιδιά καθελώνονται μπροστά στην τηλεόραση ή σε έναν Η/Υ. Η υψηλή τεχνολογία είναι σίγουρα πολύ σημαντική και ένα επιπλέον εργαλείο στην εκπαίδευση και την ψυχαγωγία των παιδιών, μπορεί όμως να λειτουργήσει και ως τροχοπέδη, μειώνοντας το ενδιαφέρον των παιδιών για το παραδοσιακό υπαίθριο παιχνίδι, αφού πλέον πολλά από αυτά το θεωρούν λιγότερο δελεαστικό σε σχέση με ένα video game. Ο ρόλος της οικογένειας και τα πρότυπα καθημερινότητας που ακολουθούν τα παιδιά επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά εκτός από τις διαιτητικές συνήθειες, και τις συνήθειες εκείνες που σχετίζονται με την φυσική δραστηριότητα,

είτε πρόκειται για άσκηση είτε ακόμα και για απλές καθημερινές δραστηριότητες, όπως το περπάτημα. Οι ώρες της γυμναστικής στο σχολείο είναι πολύ λίγες και οι συνθήκες πολλές φορές δύσκολες, μειώνοντας την ποιότητα του μαθήματος. Συγκεκριμένα στο λύκειο οι μαθητές γυμνάζονται 1-2 45' λεπτά ανάλογα με το τρίμηνο και την τάξη που βρίσκονται. Οι ώρες αυτές είναι ελάχιστες και επιπλέον οι χώροι και οι συνθήκες αντί να προσελκύουν τα παιδιά, πολλές φορές απομακρύνουν το ενδιαφέρον τους. Υπάρχουν επίσης δημοτικά σχολεία στα οποία δεν υπάρχει καθηγητής φυσικής αγωγής με αποτέλεσμα, η γυμναστική να γίνεται είτε με τις φιλότιμες προσπάθειες των δασκάλων, είτε καθόλου. Όσον αφορά στον καθημερινό τρόπο ζωής, το αυτοκίνητο έχει κατακλύσει πλέον στις μέρες μας ακόμα και μικρές επαρχιακές πόλεις. Το γεγονός αυτό επηρεάζει τις μετακινήσεις της οικογένειας και συνεπώς τις περισσότερες φορές και τη φυσική δραστηριότητα των ίδιων των παιδιών. Ας μη ξεχνάμε τέλος έναν πολύ σημαντικό παράγοντα, ο οποίος είναι το ιδιαίτερα φορτωμένο καθημερινό πρόγραμμα των παιδιών το οποίο δεν τους αφήνει πολύ ελεύθερο χρόνο για παιχνίδι και άθληση. Συνεπώς εκτός από την αυξημένη και κακής ποιότητας διατροφή η οποία επιφέρει θετικό ενεργειακό ισοζύγιο και ως αποτέλεσμα αυτού αύξηση του σωματικού βάρους, καθοριστικής σημασίας είναι και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, γεγονός το οποίο μειώνει την ημερήσια ενεργειακή δαπάνη. Ως αποτέλεσμα των παταπάνων, η ζυγαριά του ενεργειακού ισοζυγίου γέρνει προς το θετικό, αφού οι θερμίδες πρόσληψης είναι περισσότερες από τις θερμίδες κατανάλωσης ημερησίως, με αποτέλεσμα αρχικά το παιδί να γίνει υπέρβαρο και αν συνεχιστεί η αύξηση του σωματικού βάρους, παχύσαρκο.

Επιστημονικά τεκμηριωμένα αποτελέσματα από μελέτες σε κλινικά αλλά και σχολικά δείγματα έχουν αποδείξει ότι ο συνδυασμός δίαιτας και άσκησης έχει τα καλύτερα αποτελέσματα στη μείωση του σωματικού βάρους στα παιδιά. Σε μελέτη που έγινε σε σχολικό δείγμα από τον Figueroa-Colon και τους συνεργάτες έγινε συνδυασμός για 16 εβδομάδες υποθερμιδικής δίαιτας (λίγο κάτω από τις ημερήσιες ενεργειακές απαιτήσεις) και άσκησης (45 λεπτά, 5x/εβδ. έντασης 25-75% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας*). Συμμετείχαν 19 παιδιά ηλικίας 9-13 ετών από 1-6 μήνες. Η μείωση σωματικού βάρους που επήλθε στην ομάδα που υποβλήθηκε στο πρόγραμμα συνδυασμού διατροφής και άσκησης ήταν στατιστικά σημαντική σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Στις περισσότερες μελέτες ο συνδυασμός διατροφής και άσκησης επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με τη μεμονωμένη δίαιτα, άλλοτε στατιστικά σημαντικά και άλλοτε όχι.

Συνεπώς ο ρόλος της άσκησης είναι ιδιαίτερα σημαντικός και χρήσιμος στα θεραπευτικά μοντέλα αντιμετώπισης της παιδικής παχυσαρκίας, εφόσον φυσικά κάποιοι λόγοι υγείας δεν τον αποκλείουν. Εκτός από την ενεργειακή κατανάλωση που προκαλείται, είναι επιστημονικά τεκμηριωμένα και άλλα οφέλη που σχετίζονται με την άσκηση. Η αύξηση της μυϊκής μάζας και η μείωση του λιπώδους ιστού, η βελτίωση της ινσουλινοευαισθησίας με αποτέλεσμα την κατάλληλη προώθηση της γλυκόζης προς τους ιστούς, η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, η βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ, αλλά και ψυχική ευεξία είναι κάποια από τα σημαντικότερα οφέλη που μπορούν επηρεάσουν θετικά τη υγεία ενός παχύσαρκου παιδιού. Εκτός όμως από την άσκηση, εφόσον αυτή δεν είναι εφικτή, ακόμα και απλές φυσικές δραστηριότητες όπως το περπάτημα ή κάποιες καθημερινές χειρωνακτικές εργασίες θεωρούνται ιδιαίτερα ευεργετικές. (Βλασσερός, 2011) Μόνο το ένα τρίτο των κοριτσιών και μόλις τα μισά αγόρια ακολουθούν την συνιστώμενη ποσότητα σωματικής δραστηριότητας της μίας ώρας την ημέρα. Αυτό δεν οφείλεται μόνο στους υπολογιστές και στην τηλεόραση, αλλά αντανακλούν και τις αλλαγές της κοινωνίας μας. Τα παιδιά κάνουν λιγότερο ποδήλατο απ' ό,τι στο παρελθόν, κατά ένα μέρος λόγω των κινδύνων ασφαλείας, αλλά επίσης και λόγω της αναστάτωσης και των δυσκολιών που συνοδεύουν τη συμμετοχή του παιδιού σε κάποια ομάδα και την υποχρεωτική συνοδεία στις δραστηριότητες του από έναν γονιό. Τα παιδιά περπατούν λιγότερο, γεγονός που αντανακλά την αύξηση στη χρήση αυτοκινήτων, ενώ μπορούν να βρίσκονται με τους φίλους τους, μέσω των κινητών τηλεφώνων και της ηλεκτρονικής αλληλογραφίας, χωρίς να χρειάζονται να φύγουν από το σπίτι. Οι πόλεις έχουν αλλάξει, με τα σπίτια να χτίζονται στα προάστια, όπου επίσης υπάρχουν καταστήματα κάθε είδους, με αποτέλεσμα λιγότεροι νέοι να κατεβαίνουν στο κέντρο της πόλης με τους φίλους ή την οικογένεια για να περπατήσουν στα μαγαζιά. Η μετακίνηση με το αυτοκίνητο αυξάνεται συνεχώς, καθώς τα αυτοκίνητα γίνονται ολοένα και πιο προσιτά στον πληθυσμό. Τα μέσα ενημέρωσης έχουν αποκτήσει τεράστια ισχύ και συνεχώς εκπέμπουν μηνύματα για παράξενους κινδύνους και προβλήματα ασφάλειας των παιδιών στο σπίτι, με αποτέλεσμα οι γονείς να φοβούνται να αφήσουν τα παιδιά μόνα έξω από το σπίτι. Αυτοί και πολλοί άλλοι παράγοντες έχουν οδηγήσει τα παιδιά να μένουν

περισσότερο μέσα στο σπίτι και να συνηθίζουν σε μία καθιστική ζωή, καθώς το να γυμναστεί κανείς προϋποθέτει οργάνωση και προσπάθεια.

Η καθιέρωση βασικών κανόνων δραστηριοτήτων βοηθάει πολύ ιδιαίτερα γιατί τα παιδιά συνεχίζουν κάποια μορφή γυμναστικής, καθώς περνούν από τα χρόνια της εφηβείας, όταν τα επίπεδα δραστηριότητας τείνουν να ελαττώνονται σημαντικά. (Pryke, 2006)

Η σπουδαιότητα της γυμναστικής δεν πρέπει να υποτιμάται καθόλου στη μάχη κατά της παχυσαρκίας. Τα παιδιά περπατούν λιγότερο, δεν παίρνουν μέρος σε εξωσχολικά αθλήματα ή σε ομαδικές δραστηριότητες του σχολείου, και τις ελεύθερες ώρες τους αρέσκονται να κάθονται μπροστά στη τηλεόραση ή στο κομπιούτερ και να παίζουν ηλεκτρονικά παιχνίδια.

Σήμερα τα πάρκα είναι πολύ λιγότερα, ενώ οι περισσότερες εγκαταστάσεις που δημιουργούν οι δήμοι και οι κοινότητες είναι ακριβές και απαιτούν γονική συγκατάθεση. Ο ολοένα αυξανόμενος αριθμός αυτοκινήτων και λεωφορείων στους δρόμους σημαίνει ότι τα ατυχήματα είναι συνηθισμένα, άρα δεν είναι ασφαλές να παίζουν τα παιδιά στο δρόμο.

Οι γονείς νιώθουν την υποχρέωση να γυμνάζονται τα παιδιά τους, πράγμα που σημαίνει ότι κάτι πολύ φυσιολογικό και αυθόρμητο μετατρέπεται σε υποχρεωτική κατάσταση. Κι επειδή οι γονείς είναι απασχολημένοι και δεν γυμνάζονται επαρκώς, είναι ακόμη ευκολότερο τα παιδιά να κάθονται μπροστά στη τηλεόραση.

Η άσκηση μειώνει το πρόβλημα του βάρους και κρατάει υπό έλεγχο πολλές λειτουργίες του οργανισμού και επίσης προλαμβάνει πολλά προβλήματα υγείας, ακόμη και συναισθηματικά προβλήματα που σχετίζονται με τη παχυσαρκία.

2.5.2.1 Τα πλεονεκτήματα της άσκησης

- Η άσκηση δυναμώνει το καρδιαγγειακό σύστημα και αυξάνει τη καρδιακή μάζα. Επομένως μειώνει τον κίνδυνο της καρδιοπάθειας. Επειδή τα σημάδια στα παιδιά εμφανίζονται από πολύ νωρίς, η άσκηση είναι απαραίτητη για να αποφευχθεί η βλάβη και να προληφθούν καρδιακά προβλήματα πριν γίνουν μόνιμα.
- Η άσκηση βοηθάει στην αύξηση της ταχύτητας του ρυθμού του μεταβολισμού. Η άσκηση μπορεί να κάψει πολλές θερμίδες ώστε να μειωθεί το σωματικό λίπος και οι υπέρβαροι να αρχίσουν να χάνουν κιλά. Είναι φανερό ότι ο αριθμός της απώλειας κιλών εξαρτάται από το επίπεδο και το είδος της δραστηριότητας.
- Η άσκηση διαστέλλει τα αιμοφόρα αγγεία και έτσι η καρδιά μπορεί με μεγαλύτερη ευκολία να διοχετεύει το αίμα και στο υπόλοιπο σώμα. Το αποτέλεσμα είναι να είναι χαμηλή η αρτηριακή πίεση. Η υπέρταση είναι πιο δημοφιλής στα παιδιά, λόγω της έλλειψης δραστηριότητας και της διατροφής με πολλά λιπαρά και αλάτι.
- Η άσκηση μειώνει το άγχος. Τα παιδιά και οι έφηβοι εκτίθενται σε μια σειρά <στρεσογόνων> καταστάσεων με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η συμπεριφορά τους και η φυσική και πνευματική υγεία τους. Η άσκηση χρησιμοποιεί την αδρεναλίνη η οποία ευθύνεται για το άγχος. Επίσης, δημιουργεί ενδομορφίνες, τις ορμόνες που φτιάχνουν τη καλή διάθεση και δίνουν κίνητρα και αντοχή για να ξεπεραστούν οι διάφορες παθήσεις.
- Η άσκηση κάνει καλό στον εγκέφαλο. Η αεροβική άσκηση αυξάνει τον αριθμό των χημικών του εγκεφάλου που λέγονται νευροδιαβιβαστές, με αποτέλεσμα τα μηνύματα να μεταφέρονται γρηγορότερα στα εγκεφαλικά κύτταρα. Αυτό αυξάνει την εγκεφαλική ευελιξία για μεγάλες περιόδους. Επιπλέον, η τακτική άσκηση αυξάνει τα αποθέματα της οξυγόνωσης του αίματος στον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα να βελτιώνονται η συγκέντρωση, τα ανακλαστικά και οι πνευματικές ικανότητες. Πολλά υπέρβαρα παιδιά είναι νωθρά, ληθαργικά και κουράζονται χωρίς ιδιαίτερο λόγο, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η βαθμολογία τους και, μέσα από αυτή, η εμπιστοσύνη στον εαυτό τους η αυτοπεποίθησή τους.

- Η τακτική άσκηση βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου. Πολλά παιδιά δεν νιώθουν κουρασμένα προς το τέλος της μέρας με αποτέλεσμα να αργούν να πέσουν για ύπνο και ο ύπνος τους να είναι διαταραγμένος. Τα παιδιά πρέπει να κουράζονται σωματικά πριν πέσουν στο κρεβάτι, για να έχουν ποιοτικό ύπνο.
- Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που γυμνάζονται κανονικά συνεχίζουν και ως ενήλικοι. Τα υπέρβαρα παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν υπέρβαροι ενήλικες, εκτός αν αλλάξουν οι διατροφικές συνήθειες και ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής τους.
- Η τακτική άσκηση ενισχύει αξιοσημείωτα την ικανότητα του οργανισμού να αναπνέουν καλύτερα οι πνεύμονες, αυξάνει την κυκλοφορία του αίματος και βοηθάει το αίμα στη καλύτερη μεταφορά του οξυγόνου. Αυτό αυξάνει τα επίπεδα ενέργειας, τα οποία συνήθως είναι πεσμένα στα υπέρβαρα παιδιά.
- Η καθημερινή άσκηση μειώνει και τις θερμίδες. Σε μία έρευνα που έγινε σε 43 υπέρβαρα αγόρια ηλικίας 8-10 ετών που είχαν πάρει μέρος ένα τετράμηνο εκγύμνασης που περιλάμβανε κάθε εβδομάδα διαφορετικές ασκήσεις, η καθημερινή θερμιδική λήψη μειώθηκε εντυπωσιακά στο 12%.
- Μια άλλη απόδειξη είναι ότι η άσκηση βοηθάει πολύ στην αύξηση της ευαισθητοποίησης της ινσουλίνης και στην ανθεκτικότητα κατά του διαβήτη. Οι μελέτες φανερώνουν ότι περισσότερο δραστήρια άτομα έχουν 30-50% χαμηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν διαβήτη. Η άσκηση έχει δείξει την καθυστέρηση ή ακόμη και την πρόληψη της ανθεκτικότητας της γλυκόζης που μετατρέπεται σε διαβήτη κι επίσης έχει πλεονεκτήματα ακόμη και για εκείνους που έχουν διαγνωσμένο διαβήτη.
- Η άσκηση έχει επίσης συνδεθεί με την αυτοεκτίμηση και την πνευματική συμπεριφορά. Η τακτική άσκηση δημιουργεί μυϊκή δύναμη, με καλύτερα αποτελέσματα στην αεροβική άσκηση, θετική σκέψη απέναντι στους άλλους, πράγματα που κάνουν τα παιδιά να νιώθουν καλύτερα με τους εαυτούς τους.

2.5.2.2 Το είδος της άσκησης

Εικόνα 2.5.2.2



Πηγή : αναρτήθηκε στις 30/06/2012 από

<http://www.google.com/imgres?q=%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE+%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1+%CE%BA%CE%B1%CE%B9+%CF%86%CF%85%CF%83%CE%B9%CE%BA%CE%AE+%CE%B4%CF%81%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1&start=191&hl=en&biw=1366&bih=638&tbm=isch&tbnid=3UUJfG8LG8IGM:&imgrefurl=http://diatrofikaigygia>

Τα παιδιά χρειάζονται το ίδιο τύπο άσκησης με τους ενήλικες. Η πλειονότητα των δραστηριοτήτων μπορεί να γίνει μέσα από το παιχνίδι. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι, όπως :

- Υπάρχουν σύλλογοι που ασχολούνται με ευχάριστες δραστηριότητες, όπως πεζοπορία, αναρρίχηση, γυμναστική, μποξ και σχοινάκι. Αυτές οι δραστηριότητες είναι και αεροβικές.
- Η αεροβική άσκηση είναι η καλύτερη για το καρδιαγγειακό σύστημα. Οι καταλληλότερες αεροβικές ασκήσεις για τα παιδιά είναι το κολύμπι, το πατίνι, το ποδήλατο, το τρέξιμο, το ποδόσφαιρο και το παγοδρόμιο.
- Ασκήσεις που βελτιώνουν και αυξάνουν την ευλυγισία, όπως ενόργανη γυμναστική, τζούντο και καράτε, αναρρίχηση σε εικονικά βουνά και μπαλέτο. Υπάρχουν επίσης ομάδες με γιόγκα για παιδιά οι οποίες είναι κατάλληλες για να μειώσουν το άγχος.
- Το παιδί θα γίνει δυνατότερο παίρνοντας μέρος σε δραστηριότητες όπου κινητοποιούνται οι μυς του. Από τη στιγμή που οι μυς καίνε περισσότερες θερμίδες παρά λίπος κι αυξάνεται η μυϊκή μάζα, τότε θα είναι πολύ ευκολότερο να χάσει βάρος το παιδί και να διατηρηθεί σε φυσιολογικά επίπεδα.
- Μπορεί να ασχοληθεί με ομαδικά σπορ όπως το σκουός, το ράγκμπι, κρίκετ, τένις, ποδόσφαιρο, που βελτιώνουν την αρμονία του, την επιδεξιότητά του και φυσικά το ομαδικό πνεύμα του.
- Όμως κάθε 15 λεπτά δραστηριότητας τα παιδιά πρέπει να ξεκουράζονται. Η ξεκούραση δεν σημαίνει και σταμάτημα της δραστηριότητας, είναι απαραίτητη.

Η φυσική δραστηριότητα θα πρέπει να ενταχθεί στην καθημερινή ζωή των παιδιών και των οικογενειών τους. Επιπλέον, θα πρέπει η έντασή της να είναι τέτοια που να δημιουργεί έντονο λαχάνιασμα, αλλά ποτέ πόνο. Αν το παιδί έχει συνηθίσει να κάθεται, η γυμναστική θα πρέπει να αρχίσει σταδιακά.

Είναι πολύ σημαντικό τα παιδιά να ασχολούνται με δραστηριότητες που κάνουν τα σώματά τους να κινούνται. Μάλιστα, μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι η ποικιλία δραστηριοτήτων μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά να κινητοποιηθούν. Τα παιδιά δραστηριοποιούνται μέσα από το παιχνίδι, ακόμη και μέσα από τις αγγαρείες του σπιτιού.

2.5.2.3 Πόση γυμναστική πρέπει να κάνει ένα παιδί

Τα μικρότερα παιδιά πρέπει να κάνουν σύντομες και έντονες ασκήσεις σε όλη τη διάρκεια της ημέρας.. γενικά, στόχος θα πρέπει να είναι ένα παιδί να συμμετέχει σε μέτριας ενεργητικότητας δραστηριότητες, που στο σύνολό τους διαρκούν μία ώρα και είναι κατανεμημένες σε όλη τη διάρκεια της κάθε ημέρας. Δραστηριότητα μιας ώρας κατανεμημένη σε όλη τη διάρκεια της μέρας, μπορεί να αποτελείται από τα ακόλουθα :

- Δέκα λεπτά περπάτημα μέχρι την παιδική χαρά ή τον παιδικό σταθμό ή το σχολείο
- Δέκα λεπτά παιχνίδι
- Πέντε λεπτά κυνηγητό ή κρυφτό
- Μία ώρα παιχνίδι έξω από το σπίτι, με τρέξιμο και παιχνίδι ή ποδήλατο, που ισοδυναμεί με 20 λεπτά ενεργητικού παιχνιδιού
- Δέκα λεπτά χορού (Pryke, 2006)

2.5.3 Τροποποίηση συμπεριφοράς

Η μακροχρόνια επιτυχία και η διατήρηση του βάρους, μπορεί να υπάρξει μόνο εφόσον το παιδί μπορέσει να μάθει και να υιοθετήσει νέες συνήθειες ως προς τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα σε μόνιμη βάση. Η τροποποίηση της

συμπεριφοράς είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της αντιμετώπισης της παχυσαρκίας παιδιών και έχει επιτυχία μόνο αν υπάρχει συμμετοχή ολόκληρης της οικογένειας.

Το πρόγραμμα της θεραπείας συμπεριφοράς αποτελείται από τροποποίηση των συνηθειών φαγητού και ο περιορισμός της θερμιδικής πρόσληψης, καθώς και την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, τη βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων.

Τα κύρια σημεία της τροποποίησης είναι:

- Αυτοπαρακολούθηση, δηλαδή την καθημερινή καταγραφή της προσλαμβανόμενης τροφής, της ποσότητας, της συναισθηματικής του κατάστασης πριν και μετά τη λήψη φαγητού. Η χρήση της αυτοπαρακολούθησης βοηθά στην εκτίμηση της προόδου.
- Έλεγχος ερεθισμάτων, δηλαδή τον περιορισμό της έκθεσης στα σήματα που υποβάλλουν την υπερφαγία.
- Σχεδιασμός διατροφικής πρόσληψης, να αποφεύγονται οι αυστηρές δίαιτες και να αυξηθεί η πρόσληψη των πολυσύνθετων υδατανθράκων
- Στρατηγική γνωστικής συμπεριφοράς, δηλαδή μία μέθοδος ενημέρωσης για την αναγνώριση και τροποποίηση δυσλειτουργικών σκέψεων και συμπεριφορών για τη ρύθμιση του βάρους
- Διαπροσωπικές σχέσεις, για να αντιμετωπισθεί η υπερφαγία και να αυξηθεί η κοινωνική υποστήριξη στον έλεγχο του βάρους.
- Πρόληψη αποτροπής, για την διατήρηση του απολεσθέντος βάρους.

Συμπερασματικά η τροποποίηση της συμπεριφοράς περιλαμβάνει :

- ο Οικοδόμηση κοινωνικής υποστήριξης
- ο Στρατηγικές γνωστικής συμπεριφοράς
- ο Ανάπτυξη ικανοτήτων
- ο Διατροφική παιδεία
- ο Αύξηση της φυσικής δραστηριότητας

2.5.4 Ψυχολογική υποστήριξη

Η αναγνώριση και αντιμετώπιση των ψυχολογικών παραγόντων από ειδικό βοηθάει σημαντικά στην επιτυχέστερη θεραπεία. Επιπλέον, σε καταστάσεις όπου προέχουν οι διαταραχές διατροφικής συμπεριφοράς όπως η περιστασιακή υπερφαγία, η νυχτερινή υπερφαγία, η βουλιμία ή η ανορεξία, αρχικό θεραπευτικό ρόλο έχουν ο ψυχολόγος ή ο παιδοψυχίατρος.

2.5.5 Φάρμακα

Λίγα φάρμακα είναι επιστημονικά δεδομένα για τη χρήση φαρμάκων στα παιδιά. Το φάρμακο Ορλιστάτη, το οποίο χρησιμοποιείται ευρέως για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας των ενηλίκων, πήρε πρόσφατα έγκριση για να χορηγείται και σε παχύσαρκους εφήβους ηλικίας 12 έως 16 χρονών. Το φάρμακο ελαττώνει την απορρόφηση του λίπους των τροφών από το έντερο, μειώνοντας έτσι την αποθήκευση του λίπους, το σωματικό βάρος, αλλά και τη χοληστερίνη και το σάκχαρο αίματος. Χορηγείται πάντα σε συνδυασμό με ήπια ολιγοθερμιδική δίαιτα πτωχή σε λιπαρά, δεν απορροφάται στη κυκλοφορία και δεν προκαλεί ιδιαίτερες παρενέργειες. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατόν να ελαττωθούν οι λιποδιαλυτές βιταμίνες Α, D και Ε.

Σε εξέλιξη βρίσκονται μελέτες σε παχύσαρκους εφήβους με το φάρμακο Σιμπουτραμίνη, το οποίο αυξάνει το αίσθημα του κορεσμού και ελαττώνει την όρεξη.

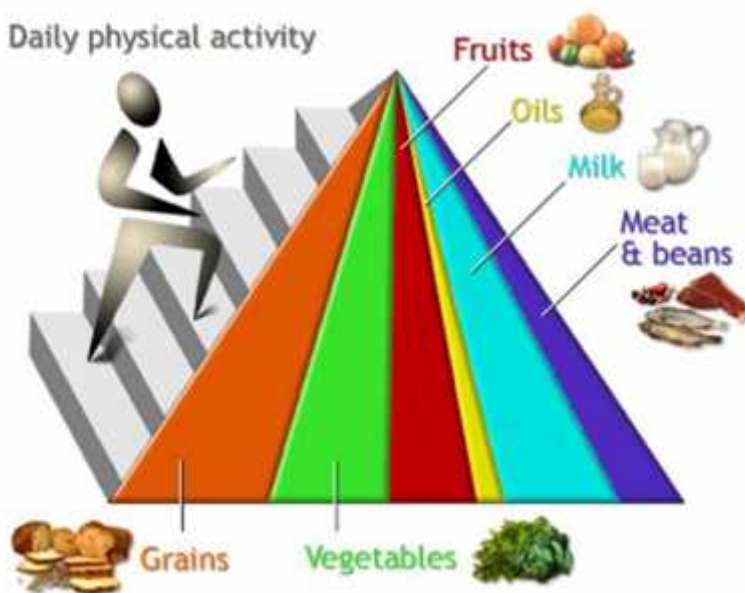
Σε κάθε περίπτωση, τυχόν χορήγηση φαρμάκου κατά της παχυσαρκίας σε εφήβους απαιτεί στενή παρακολούθηση από ειδικό ιατρό.

2.5.6 Εγχειρήσεις

Ελάχιστα είναι τα στοιχεία που έχουμε για την εφαρμογή χειρουργικών επεμβάσεων στη παιδική παχυσαρκία και κατά συνέπεια δεν πρέπει να συστήνονται. Εξαιρέση μπορεί να αποτελούν βαριές μορφές εφηβικής παχυσαρκίας με επιπλοκές, όπου όμως πρέπει να προηγηθεί συζήτηση με επιστήμονες πολλών ειδικοτήτων.
(Σινανιώτης & Μυριοκεφαλιτάκης, 1992)

2.6 Πρόληψη

Εικόνα 2.6



Πηγή : αναρτήθηκε στις 20/08/2012 από

http://www.google.com/imgres?q=%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE+%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1&start=423&hl=en&biw=1366&bih=638&tbm=isch&tbid=UeY5ycAOa5_CvM:&imgrefurl=http://usdrugstore.blog.com/childhood-obesity-learn-about-causes-prevention-and-how-are-childhood-obesity

Η καλύτερη θεραπεία της παχυσαρκίας είναι η πρόληψη και ίσως η μόνη βιώσιμη μακροχρόνια στρατηγική στη σοβαρή αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος.

Η πρόληψη περιλαμβάνει :

- Την κατανόηση των ψυχολογικών παραμέτρων της παχυσαρκίας
- Η αλλαγή συμπεριφοράς
- Η αύξηση των επιπέδων της φυσικής δραστηριότητας και η μείωση του διατροφικού λίπους
- Και κυρίως η παιδεία και η ενημέρωση (Σαββίδου, 2007)

2.6.1 Οι φάσεις της ζωής που πρέπει να δίνεται έμφαση στην πρόληψη

Οι μέθοδοι της πρόληψης πρέπει να εφαρμόζονται ακόμη και από την ενδομήτρια ζωή. Η έγκυος πρέπει να τρέφεται σωστά και να γυμνάζεται ελαφρά ώστε να αναπτυχθεί σωστά το έμβρυο, διότι το αυξημένο βάρος των νεογνών προδιαθέτει για παχυσαρκία με την πάροδο του χρόνου.

Ο θηλασμός πρέπει να ενισχύεται διότι ελαττώνει τον κίνδυνο σωματικού υπέρβαρου κατά 30% και της παχυσαρκίας κατά 40%. Κρίσιμη περίοδος είναι η ηλικία των 5-7 χρόνων, όπου αυξάνει απότομα ο λιπώδης ιστός. Στις ηλικίες αυτές πρέπει να μπαίνουν οι βάσεις της υγιεινής διατροφής και της σωματικής δραστηριότητας. Η περίοδος της εφηβείας χρειάζεται επίσης επαγρύπνηση διότι τότε το άτομο αλλάζει σωματικά, ανεξαρτητοποιείται και μεταβάλλει τις διατροφικές του συνήθειες. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στα κορίτσια τα οποία υιοθετούν λεπτά σωματικά πρότυπα, τέτοια όπως προβάλλονται στις διαφημίσεις, και είναι επιρρεπή σε διαταραχές διατροφικής συμπεριφοράς με ακραίες συνέπειες τη νευρογενή ανορεξία ή βουλιμία.

2.6.2 Οι δυνατότητες παρέμβασης για επιτυχημένη πρόληψη

1. Πρόληψη από την πολιτεία

Εφαρμογή προγραμμάτων διατροφής και άσκησης σε εθνικό επίπεδο, προώθηση υγιεινών τροφίμων, βελτίωση μέσων συγκοινωνίας, κατασκευή πεζοδρομίων, πάρκων, αθλητικών κέντρων κ.λπ., περισσότερο περπάτημα, ποδήλατο και αθλοπαιδείες. Χρηματοδότηση προγραμμάτων πρόληψης της παιδικής παχυσαρκίας και γενικά έρευνας.

2. Μέσα μαζικής ενημέρωσης

Έλεγχος διαφήμισης και μείωση προώθησης <ανθυγιεινών> προϊόντων που απευθύνεται σε παιδιά. Αντίθετα προώθηση μηνυμάτων υγιεινού τρόπου διατροφής.

3. Σύστημα υγείας

Ευαισθητοποίηση γυναικολόγων, μαιών, παιδιατρών και σχολιάτρων σε θέματα διατροφής και παιδικής παχυσαρκίας. Εκπαίδευση και μετεκπαίδευση ειδικών ιατρών και άλλων επιστημόνων (ψυχολόγων, διαιτολόγων, γυμναστών κλπ).

4. Σχολεία

Ένταξη μαθημάτων διατροφής και άθλησης στο επίσημο σχολικό πρόγραμμα. Σωστή οργάνωση κυλικείων : αντικατάσταση έτοιμων τροφών όπως πατατάκια, σάντουιτς, τυρόπιτες, γλυκίσματα, από φρούτα, χυμούς και γιαούρτια. Προώθηση του μαθήματος της γυμναστικής.

5. Οικογένεια

Διατροφική εκπαίδευση γονέων. Κινητοποίηση της οικογένειας για σωματικές δραστηριότητες. Μείωση ωρών τηλεόρασης. Ευαισθητοποίηση των ίδιων των γονέων για έλεγχο του βάρους τους.
(Σινανιώτης & Μυριοκεφαλιτάκης, 1992)

2.6.3 Στόχοι και συμπεριφορές για σωστή πρόληψη

Αν και πληθώρα μελετών έχει δείξει τη σαφή επίδραση της κληρονομικότητας στον κίνδυνο εμφάνισης υπερβάλλοντος βάρους, τα γονίδια δεν φαίνεται να είναι 'πεπρωμένο'. Όπως, το περιβάλλον έκθεσης και η συμπεριφορά ενός ατόμου με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του δέρματος επηρεάζει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης της πάθησης, έτσι και το περιβάλλον και η συμπεριφορά μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης υπερβάλλοντος βάρους σε άτομα με αυξημένο γενετικό κίνδυνο.

Δεδομένης της δυσκολίας της απώλειας βάρους καθώς και της επακόλουθης διατήρησης του χαμηλότερου βάρους όπως και του κόστους για την αντιμετώπιση του υπερβάλλοντος βάρους και των συνοδών νοσημάτων, η πρόληψή της αποτελεί πρωτεύοντα στόχο των φορέων δημόσιας υγείας. Μάλιστα, οι προσπάθειες θα πρέπει να ξεκινούν από την πρώιμη παιδική ηλικία, καθώς τα άτομα με αυξημένο βάρος κατά την παιδική ηλικία φαίνεται να το διατηρούν και κατά την ενήλικη ζωή.

Σύμφωνα με την ειδική επιτροπή για την πρόσληψη, εκτίμηση και αντιμετώπιση του υπερβάλλοντος βάρους σε παιδιά και εφήβους της Αμερικάνικης Παιδιατρικής Ακαδημίας, η πρόληψη αφορά όλα τα παιδιά και θα πρέπει να ξεκινάει με τη γέννηση. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής με στόχο την πρόληψη του υπερβάλλοντος βάρους – και όχι την παρέμβαση για τη μείωσή του – περιλαμβάνουν τις ακόλουθες συμπεριφορές στόχους:

- Περιορισμός της κατανάλωσης φρουτοποτών και αναψυκτικών.
- Ενθάρρυνση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών (σύμφωνα με τις συστάσεις για κάθε ηλικιακή ομάδα).
- Περιορισμός στο χρόνο που δαπανάται στην τηλεόραση, τον υπολογιστή ή άλλα ηλεκτρονικά παιχνίδια, επιτρέποντας ένα μέγιστο 2 ωρών την ημέρα και απομακρύνοντας την τηλεόραση και άλλες οθόνες από τα υπνοδωμάτια των παιδιών.
- Κατανάλωση πρωινού καθημερινά.
- Περιορισμός κατανάλωσης φαγητού έξω σε εστιατόρια ή fast-food.
- Ενθάρρυνση οικογενειακών γευμάτων κατά τα οποία γονείς και παιδιά τρώνε μαζί (τα οικογενειακά γεύματα έχουν συσχετιστεί με δίαιτα υψηλότερης θρεπτικής αξίας καθώς και με χαμηλότερο επιπολασμό παχυσαρκίας όπως και με άλλα ψυχο-κοινωνικά οφέλη)
- Περιορισμός του μεγέθους των μερίδων

Επιπλέον, η ειδική επιτροπή για την πρόληψη του παιδικού και εφηβικού υπερβάλλοντος βάρους προτείνει:

- Κατανάλωση δίαιτας υψηλής περιεκτικότητας ασβεστίου (σύμφωνα με τις συστάσεις για την κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων).
- Κατανάλωση δίαιτας υψηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες.
- Κατανάλωση δίαιτας με ισορροπημένη πρόσληψη μακροθρεπτικών συστατικών (σύμφωνα με τις συστάσεις).
- Ενθάρρυνση αποκλειστικού θηλασμού μέχρι και την ηλικία των 6 μηνών και διατήρηση του θηλασμού και μετά την εισαγωγή στέρεας τροφής μέχρι και την ηλικία των 12 μηνών ή/και περισσότερο.
- Προώθηση μέτριας ή έντονης έντασης άσκησης διάρκειας 60 λεπτών καθημερινά.
- Περιορισμός της κατανάλωσης πλούσιων ενεργειακά τροφίμων. (Πέτσιος, 2010)

2.7 Προβλήματα

2.7.1 Άγχος

Τα παιδιά αγχώνονται όπως και οι ενήλικες. Κάποιες φορές και μπορεί να είναι και χειρότερα, γιατί τα παιδιά δεν μπορούν να εκφράσουν με λόγια τα συναισθήματά τους όπως οι ενήλικες. Ένα υπέρβαρο παιδί θα έχει διαφορετικού είδους άγχος από ένα παιδί με φυσιολογικό βάρος, πίεση από τους συμμαθητές του, εκφοβισμός, χαμηλή αυτοεκτίμηση και μια συνεχής ανησυχία αν θα τα καταφέρει με το βάρος του. Σε περιόδους άγχους, πολλά παιδιά μπορεί να υπαναχωρούν και να καταφεύγουν στο φαγητό ακόμη και σε ακραίες συμπεριφορές. Μπορεί να χάσουν το κίνητρό τους και να νιώσουν αβοήθητα και πιεσμένα. Το άγχος είναι η κυριότερη αιτία της υπαναχώρησης.

Το άγχος μπορεί να προέρχεται και από δυσκολίες στο σχολείο, εξετάσεις, φορτωμένο πρόγραμμα, διαζύγιο γονέων, έλλειψη ελεύθερης ώρας, αυστηρή διαίτα, ανεπαρκής ύπνος ή άσκηση ή κάποιο τραύμα.

Τα πιο φανερά συμπτώματα είναι:

- Λαχάνιασμα και ταχυκαρδία
- Ναυτία
- Ανικανότητα για χαλάρωση
- Ευερεθιστότητα
- Αυπνία
- Αλλεργίες
- Δερματικά προβλήματα
- Κόπωση
- Αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες

2.7.2 Αστάθμητοι παράγοντες

Οι αναποδιές εμφανίζονται και όταν συντρέχουν κι άλλοι παράγοντες, όπως το άγχος, συναισθηματικά προβλήματα ή ακόμη και λόγοι υγείας. Η φυσιολογική αντίδραση σε τέτοιες καταστάσεις είναι να γυρίσουν πίσω στις παλιές κι άνετες συνήθειες. Πρέπει να βρεθεί η αιτία, για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα.

2.7.3 Εξάρτηση από τη τηλεόραση

Τα παιδιά που έχουν περάσει, δυσανάλογα με την ηλικία τους, πολλές ώρες μπροστά στη τηλεόραση, μπορεί να έχουν πάθει εξάρτηση. Τα μοναχικά παιδιά ιδίως θεωρούν «φίλους» τα προγράμματα της τηλεόρασης. Αν κοπεί απότομα η συνήθεια της τηλεόρασης τότε το παιδί μπορεί να νιώσει στερημένο, μοναχικό και να βαριέται. Δεν πρέπει να βγει εντελώς από τη ζωή του.

2.7.4 Θαυματουργικές δίαιτες

Τα παιδιά κάποιες φορές μπαίνουν στον πειρασμό να ακολουθήσουν θαυματουργικές δίαιτες, σαν γρήγορη λύση στο πρόβλημα τους. Τέτοιου είδους δίαιτες όμως στερούν τον οργανισμό από πολύτιμα, για την ανάπτυξη, την εξέλιξη κι τη μάθηση του παιδιού θρεπτικά συστατικά. (Sullivan, 2006)

2.8 Η αύξηση της παχυσαρκίας στα Ελληνόπουλα

Τα τελευταία επιδημιολογικά δεδομένα καταδεικνύουν πως η γρήγορη πρόσληψη βάρους κατά τη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για παιδική και ενήλικη παχυσαρκία καθώς και για ινσουλινοαντίσταση. Η τελευταία δε, με βάση στοιχεία ελληνικής μελέτης, είναι πολύ συχνή ανάμεσα σε υπέρβαρα και παχύσαρκα ελληνόπουλα, με το γυναικείο φύλο, το σωματικό βάρος, το δείκτη μάζας σώματος και την περιφέρεια μέσης να αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση ινσουλινοαντίστασης στην παιδική ηλικία.

Πιθανό χαμηλό βάρος γέννησης του παιδιού σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για ενήλικη ινσουλινοαντίσταση και εμφάνιση διαβήτη τύπου 2. Η ‘εμβρυική θεωρία της ινσουλίνης’ υποστηρίζει πως οι κληρονομούμενες γονιδιακές βλάβες που οδηγούν σε ινσουλινοαντίσταση σχετίζονται με το μέγεθος του μωρού και με τον κίνδυνο για διαβήτη τύπου 2. Τη θεωρία αυτή φαίνεται να ενισχύει και πολύ πρόσφατη ελληνική μελέτη του Χαροκοπέιου πανεπιστημίου (Genesis study) η οποία εντόπισε πως το μικρό μέγεθος του νεογνού, η έλλειψη πρακτικής του αποκλειστικού θηλασμού αλλά και το αυξημένο βάρος των γονέων μπορούν να προβλέψουν το υπέρβαρο στη βρεφική ηλικία.

Η ινσουλινοαντίσταση όμως είναι μόνο ένα επικίνδυνο για την υγεία χαρακτηριστικό. Αν συνδυαστεί με αυξημένη περιφέρεια μέσης, η οποία αποτελεί δείκτη συγκέντρωσης ενδοκοιλιακού σπλαγχνικού λίπους, υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων, χαμηλά επίπεδα ‘καλής χοληστερόλης’ και υπέρταση δημιουργεί μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται ως μεταβολικό σύνδρομο και θεωρείται πρόδρομος του διαβήτη τύπου 2 και της αθηροσκληρωτικής καρδιαγγειακής νόσου. Σε ποιο βαθμό όμως το μεταβολικό σύνδρομο υπάρχει και στα παιδιά; Τα υπάρχοντα δεδομένα δεν έχουν καθορίσει σαφή κριτήρια για τη διάγνωσή του στα παιδιά. Πολύ πρόσφατη ελληνική μελέτη σε 420 ελληνόπουλα βρήκε πως ο επιπολασμός του μεταβολικού συνδρόμου ήταν υψηλός, ενώ μια δεύτερη μελέτη στη νοτιοανατολική Αττική βρήκε πως 1 στα 4 παχύσαρκα παιδιά και έφηβους παρουσιάζει ενδείξεις πρόωρου μεταβολικού συνδρόμου.

Επίσης ανησυχητικά ήταν τα ευρήματα μια άλλης ελληνικής μελέτης η οποία βρήκε αυξημένο επιπολασμό αρτηριακής υπέρτασης σε ελληνόπουλα από τη βόρεια Ελλάδα. Το τελικό συμπέρασμα για τους μικρούς φίλους μας είναι πως αν έχουν μεγάλη περιφέρεια μέσης τότε είναι πολύ πιθανό να έχουν και μεταβολικό σύνδρομο με όλες τις προαναφερόμενες δυσάρεστες συνέπειες.

Αν κάποιος, όμως, ήθελε να εξετάσει τον ρόλο της διατροφής στην εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας θα διαπίστωνε πως η πρόσληψη πρωτεΐνης κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών μετά τη γέννηση έχει συσχετισθεί με μεγαλύτερο βάρος και αυξημένη ποσότητα σωματικού λίπους καθώς και ότι ο θηλασμός συσχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο υπέρβαρου ή παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι τα βρέφη που τρέφονται με υποκατάστατα γάλακτος λαμβάνουν μεγαλύτερα ποσά ενέργειας και πρωτεΐνης.

Η ελληνική μελέτη genesis από το Χαροκόπειο πανεπιστήμιο βρήκε πως τα υπέρβαρα παιδιά ή αυτά που είχαν αυξημένη πιθανότητα να είναι υπέρβαρα προσλάμβαναν μεγαλύτερη ποσότητα ενέργειας, πρωτεΐνης και λίπους. Η γευστικότητα και η ενεργειακή πυκνότητα των τροφίμων επηρεάζουν την παιδική διατροφική συμπεριφορά, με άλλα λόγια τη συχνότητα και την ποσότητα των καταναλισκόμενων γευμάτων. Μια λύση σε αυτό το πρόβλημα είναι τα παιδιά να καταναλώνουν φρούτα, λαχανικά και σούπες, τα οποία είναι τροφές με χαμηλή ενεργειακή πυκνότητα και υψηλή ικανότητα κορεσμού.

Ένα άλλο μεγάλο κεφάλαιο της παιδικής παχυσαρκίας είναι η κατανάλωση των αναψυκτικών από τα παιδιά. Εκείνο που έχει φανεί ως τώρα είναι πως παρά την υψηλή κατανάλωση αναψυκτικών, τα παιδιά δε μειώνουν αντίστοιχα τον αριθμό των γευμάτων με αποτέλεσμα να δημιουργείται θετικό ενεργειακό ισοζύγιο και περίσσεια θερμίδων.

Υπάρχει, όμως, και η κατηγορία των αναψυκτικών που εξαιτίας της περιεκτικότητάς τους σε σιρόπι καλαμποκιού υψηλής περιεκτικότητας σε φρουκτόζη μπορούν να παίζουν ρόλο στην αύξηση του βάρους επειδή επηρεάζουν τη λιπογένεση, την έκκριση της ινσουλίνης και την παραγωγή λεπτίνης (ορμόνης του λιπώδους ιστού). Εκτός από τα αναψυκτικά ρόλο στην εφηβική παχυσαρκία φαίνεται να παίζει και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, όπως έδειξε ελληνική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Τήνο.

Η παχυσαρκία, με βάση τη μελέτη αυτή, ήταν υψηλότερη ανάμεσα στους έφηβους που έπιναν και η κατανάλωση αλκοόλ ολοένα και αυξάνεται στις τάξεις των εφήβων. Σε όλα αυτά έρχονται να προστεθούν τα ευρήματα μια άλλης ελληνικής

μελέτης τα οποία έδειξαν ότι η υπερκατανάλωση αλατισμένων και γλυκών τροφίμων από τα παιδιά συσχετίστηκε με αυξημένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης μέσω της αύξησης του σωματικού βάρους.

Το ολοένα αυξανόμενο μέγεθος των μερίδων (σνακς, αναψυκτικά, φαστ φουντ), η εύκολη προσβασιμότητα των ταχυφαγείων, ο ελάχιστος ελεύθερος χρόνος, ο καθιστικός τρόπος παιχνιδιού, η κατανάλωση φαγητού για μεγάλο χρονικό διάστημα μπροστά στην τηλεόραση, η προβολή ανθυγιεινών προϊόντων από τις διαφημίσεις, η τάση για μεγαλύτερη κατανάλωση φαγητού σε εστιατόρια, η παράλειψη του πρωινού γεύματος*, τα φτωχά σε θρεπτικά συστατικά και πλούσια σε αλάτι και κορεσμένα λιπαρά μενού των σχολικών κυλικείων είναι παράγοντες που έχουν συσχετισθεί με ανθυγιεινές συμπεριφορές και υπερβολική πρόσληψη λίπους και θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη.

Επίσης ας μη λησμονείται πως απαιτούνται τουλάχιστον 30 λεπτά για να παρατηρηθούν αλλαγές των επιπέδων στο αίμα των ορμονών που ρυθμίζουν την όρεξη. Έτσι, αν ένα παιδί καταναλώνει το γεύμα μέσα σε 15 λεπτά, δεν παρέχει στον οργανισμό του τον απαιτούμενο χρόνο για να προσαρμοστεί και να νιώσει το αίσθημα κορεσμού με πιθανότερο αποτέλεσμα την μετέπειτα αθρόα εισροή θερμίδων τη στιγμή που το γεύμα θα έπρεπε να είχε τερματιστεί.

Ελληνική μελέτη διαπίστωσε πως τα αγόρια τρώνε γρηγορότερα σε σχέση με τα κορίτσια, πράγμα το οποίο δικαιολογεί εύρημα άλλης ελληνικής μελέτης που διαπίστωσε υψηλότερο ποσοστό υπέρβαρου σε αγόρια σε σχέση με κορίτσια. Τα τελευταία φάνηκε πως είναι πιο επιρρεπή σε διατροφικές παρεκτροπές όταν είναι συναισθηματικά φορτισμένα.

Επιπρόσθετα σε αυτά τα δεδομένα, η μελέτη της Τήνου έδειξε πως αρκετά από τα ελληνόπουλα του νησιού έτρωγαν λιγότερα από 3 γεύματα την ημέρα, δεν καταλάωναν πρωινό γεύμα και στο σχολείο δεν έτρωγαν τίποτα. Κάποια άλλα έπιναν μόνο γάλα για πρωινό. Τα περισσότερα δε, καταλάωναν γλυκά περισσότερες από 3 φορές την ημέρα, ενώ έτρωγαν γρήγορα μπροστά στην τηλεόραση ή τον υπολογιστή.

Συμπερασματικά, το φαινόμενο της παχυσαρκίας έχει τέτοια διεισδυτικότητα που κατάφερε να αλώσει μέχρι και τις νεότερες και ευαίσθητες τάξεις του πληθυσμού μας. Ειδικά στην Ελλάδα, στη χώρα της μεσογειακής διατροφής με τις τόσες ευεργετικές επιδράσεις για την υγεία, είναι ανεπίτρεπτο να έχουμε φτάσει στο σημείο του πληθυσμιακού συναγερμού σε ό,τι αφορά το συγκεκριμένο φαινόμενο. (Παπαμίκος & Πασπαλιάρη, 2007)

Σαφής αύξηση των ποσοστών της παχυσαρκίας παρατηρείται στα Ελληνόπουλα ηλικίας 9 έως 10 ετών, σύμφωνα με στοιχεία του προγράμματος COSI που εφαρμόζεται στη χώρα μας από το 2010 και χρηματοδοτείται από την Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας και το ΤΕΙ Διατροφής στη Θεσσαλονίκη.

Σύμφωνα με τα πρώτα αποτελέσματα καταγραφής και παρακολούθησης της παιδικής παχυσαρκίας, προκύπτει ότι το 23% των ηλικιών 7-8 ετών είναι υπέρβαρα και το 14% παχύσαρκα. Τα ποσοστά των υπέρβαρων στις ηλικίες 9-10 ετών ανέρχεται στο 29% και των παχύσαρκων στο 13%.

Στο πρόγραμμα COSI συμμετείχαν 5.700 παιδιά ηλικίας 7-8 ετών και 9-10 από 150 σχολεία της Ελλάδας.

Τα επιμέρους στοιχεία του προγράμματος αποκαλύπτουν ότι τα ελληνικά σχολεία δεν υπάρχουν θεσμοθετημένα εκπαιδευτικά προγράμματα υγιεινής διατροφής. Αντίστοιχα ο χρόνος σωματικής δραστηριότητας και παιχνιδιού των παιδιών, είναι ελάχιστος. Μόνο το 25% των δημοτικών σχολείων στην Ελλάδα αφιερώνουν τρεις ή περισσότερες ώρες γυμναστικής εβδομαδιαίως στα σχολικά προγράμματά τους. Από την άλλη πλευρά, και τα κυλικεία διαθέτουν μικρό ποσοστό υγιεινών τροφίμων, όπως γάλα, γιαούρτι και φρέσκα φρούτα. (Χασαπίδου, 2012)

Ακουμε συχνά την άποψη από ειδικούς επιστήμονες και μη, ότι τα παιδιά στην Ελλάδα είναι από τα παχύτερα στην Ευρώπη. Είναι όμως αυτό σωστό; Τι είναι αυτό που άλλαξε τις τελευταίες δεκαετίες και συνέβαλλε στην αύξηση αυτή; Τελευταία στατιστικά δεδομένα που παρουσιάστηκαν σε σχετικά ιατρικά συνέδρια μιλούν για περίπου 4 στα 10 παχύσαρκα παιδιά, κάτω των δέκα ετών. Από αυτά μάλιστα πάλι 4 στα 10 έχουν τουλάχιστον ένα γονιό παχύσαρκο, ενώ η μεγάλη πλειοψηφία έχουν και τους δύο. Ειδικότερα στοιχεία από τη Βόρεια Ελλάδα έδειξαν ότι η παχυσαρκία είναι συχνότερη στα παιδιά σε σχέση με τους εφήβους. Ο INKA αναφέρει σε έκθεσή του ότι "Τρέφουμε τα πιο αμόρφωτα, αγύμναστα και παχύσαρκα (ή υπέρβαρα) παιδιά". Είναι σίγουρα μια ακραία και σοκαριστική άποψη, αλλά δυστυχώς τα τελευταία στοιχεία αποδεικνύουν τουλάχιστον τα δύο τελευταία χαρακτηριστικά, αφού τα παιδιά στη χώρα μας ασκούνται όλο και λιγότερο και τρέφονται ολοένα και με χειρότερο τρόπο.

Τα παρακάτω στοιχεία είναι πολύ σημαντικά και απαιτούν άμεση αντιμετώπιση καθώς το 1/3 των παχύσαρκων παιδιών θα γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες, ενώ και τα υπόλοιπα κινδυνεύουν από τις επιπλοκές της παχυσαρκίας περισσότερο από

ότι οι φυσιολογικού βάρους ενήλικες, ακόμα και αν αυτά τα παιδιά με κάποιο τρόπο χάσουν βάρος στην ενήλικη ζωή τους.

Το INKA-Ινστιτούτο Καταναλωτών χαρακτηρίζει την παιδική παχυσαρκία και την αλματώδη αύξηση της ως "βραδυφλεγή βόμβα" και δεν έχει άδικο. Η παχυσαρκία θεωρείται η επιδημία της εποχής και λόγω των σοβαρών προβλημάτων που αυτή δημιουργεί (στεφανιαία νόσο, διαβήτης, υπερλιπιδαιμίες κ.ά.) πρέπει να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά από τους υπεύθυνους φορείς. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η Παχυσαρκία αποτελεί μία από τις τρεις σημαντικότερες αιτίες θανάτου για τους κατοίκους των "αναπτυγμένων χωρών" του Δυτικού Κόσμου.

Τι φταιει;

Το 77% των παιδιών δεν τρώει σχεδόν ποτέ μαζί με τους γονείς του και περνάει πολλές ώρες μόνο του στο σπίτι. Έτσι συχνά το φαγητό που τρώει δεν ελέγχεται όσο πρέπει από τους γονείς, ως προς την ποσότητα και την ποιότητα του. 25-48% των Ελληνόπουλων δεν έχουν ποτέ ενημερωθεί για θέματα διατροφής από τους γονείς τους.

Το "σπιτικό" φαγητό αποτελεί για πολλά νοικοκυριά μια συνήθεια όχι καθημερινή, η ακόμα και μια πολυτέλεια. Η μητέρα δουλεύει, είναι πολυάσχολη, και η εύκολη λύση του φαγητού από έξω γίνεται όλο και περισσότερο συνήθεια για τη σύγχρονη, ελληνική οικογένεια. Τα ίδια τα παιδιά όταν ρωτήθηκαν απάντησαν ότι κατά 63% καταναλώνουν πολύ κρέας και κατά 51% ότι δεν καταναλώνουν πολλά όσπρια και χόρτα.

Τα παιδιά τρώει σε ταχυφαγεία (εστιατόρια τύπου "fast food") σε ποσοστό 7-42 % τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα. Πολλοί μπορεί να πούνε πως δεν είναι μεγάλο ποσοστό. Αλλά αν αναλογιστούμε το είδος της τροφής που προσφέρεται και καταναλώνεται σε αυτούς τους χώρους, την περιεκτικότητα σε λίπος, αλάτι και ζάχαρη των χάμπουργκερ, των τηγανητών και των αναψυκτικών θα καταλάβουμε και το γιατί παχαίνουν αυτά τα παιδιά αλλά και γιατί τα περισσότερα από αυτά προτιμούν το φαγητό από έξω από το σπιτικό, μια και αναζητούν διαρκώς γεύσεις έντονες. Με αυτό τον τρόπο καταναλώνουν όλο και λιγότερο σαλάτες, λαχανικά και όσπρια, ενώ είναι σχεδόν καθημερινή η κατανάλωση κρέατος, στη μια ή την άλλη μορφή. Από το 1984 μέχρι το 2000 υπήρξε μια αύξηση στην κατανάλωση έτοιμου φαγητού κατά 956%! Αν συνδυάσουμε αυτή την αύξηση με τον πενταπλασιασμό των αρχικών μερίδων στα ταχυφαγεία σε σχέση με τα σημερινά εύκολα καταλαβαίνουμε γιατί στις ΗΠΑ υπήρξαν άνθρωποι που μήνυσαν γνωστή αλυσίδα fast food, για τη συμβολή της στην αύξηση του σωματικού τους βάρους (αν και σαφώς είναι μια ακραία κίνηση).

Ιδιαίτερα τα αναψυκτικά έχουν ενοχοποιηθεί και συσχετιστεί με την αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας. Επίσημα στοιχεία υπάρχουν μόνο για τις ΗΠΑ (όχι για τη χώρα μας), όπου μεταξύ 1991-1995 η μέση ημερήσια κατανάλωση αναψυκτικών αυξήθηκε από 345 σε 570 ml στους εφήβους, κάτι που επιβαρύνει θερμιδικά τα άτομα αυτά με πάνω από έξτρα 200 θερμίδες ημερησίως, συμβάλλοντας έτσι στην αύξηση της παχυσαρκίας.

Η διατροφή στα σχολικά κυλικεία δεν είναι κατάλληλη. Επίσημα στοιχεία του INKA δείχνουν ότι οι μαθητές αγοράζουν σνακς (γαριδάκια, πατατάκια κ.ά) σε ποσοστό 49-56%, προϊόντα με πολύ ζάχαρη σε ποσοστό 36-65%, χυμούς μη φυσικούς με προσθήκη ζάχαρης (τύπου νέκταρ) σε ποσοστό 53-57%. Γενικά το 81% των παιδιών προμηθεύεται για κολατσιό από το σχολείο είδη τροφής τα οποία (αν εφαρμόζονταν ο νόμος που έχει ψηφιστεί εδώ και καιρό) δεν θα έπρεπε να διατίθενται από τα σχολικά κυλικεία.

Το σχολείο, πέρα από τα "ακατάλληλα" κυλικεία δεν ενημερώνουν τα παιδιά για τη διατροφή τους. Κάποια γενικά στοιχεία δείχνουν ότι τα παιδιά στην Ελλάδα δεν είναι ενημερωμένα σε ποσοστό 53% για θέματα διατροφής (κάτι που καθιστά πολύ σημαντική και μάλλον απαραίτητη την καλύτερη εφαρμογή των προγραμμάτων "Αγωγής Υγείας" από την Πολιτεία στα σχολεία. Ακόμα, σε ποσοστό 61% δεν ξέρουν τα δικαιώματά τους, όσο αφορά την ποιότητα των προϊόντων διατροφής που καταναλώνουν.

Η αδυναμία των γονιών να ετοιμάσουν ένα ισορροπημένο και υγιεινό πρωινό τουλάχιστον στα παιδιά τους, τους οδηγεί στην εύκολη λύση του χαρτζηλικιού. Σύμφωνα πάντα με το INKA το 85% των παιδιών παίρνει υπερβολικό ποσό ως "χαρτζηλίκι" το οποίο το καταναλώνει σε άχρηστα και συχνά επικίνδυνα τρόφιμα, ποτά και τσιγάρα. Ένα 4% μόνο δεν παίρνει λεφτά από το σπίτι, 31% παίρνει 3-5 ευρώ και 4% παίρνει 6-10 ευρώ.

Τι πρέπει να γίνει;

Η λύση στο πρόβλημα της παχυσαρκίας τόσο για τα παιδιά όσο και για τους ενήλικες είναι σύνθετο και δύσκολο. Δεν είναι θέμα μόνο να πείσουμε και να πείσουμε τα παιδιά να μην τρώνε πολύ. Είναι ένα πρόβλημα που για να λυθεί απαιτεί την παρέμβαση της πολιτείας, του σχολείου, των γονέων.

Οι γονείς θα πρέπει να ενδιαφερθούν περισσότερο για το τι τρώνε τα παιδιά τους στο σπίτι αλλά και στο σχολείο. Πρέπει από μικρά να τα εκπαιδεύσουν σε όλες τις γεύσεις και όλα τα τρόφιμα ώστε να είναι αποδεκτά από αυτά, όταν το φαγητό γίνει συνειδητή και αυτόνομη διαδικασία. Το μαγειρεμένο φαγητό με τη σαλάτα θα πρέπει να υπάρχει καθημερινά (ή σχεδόν καθημερινά) στο τραπέζι και η λύση του "έτοιμου φαγητού" θα πρέπει να περιορίζεται σε ελάχιστες ειδικές μέρες, όταν οι υποχρεώσεις δεν αφήνουν χρονικά περιθώρια για μαγειρική παρασκευή. Ακόμα θα πρέπει να ενδιαφέρονται για το τι τρώνε στο σχολείο ή στις εξόδους τους., ώστε να μη μάθουν τα παιδιά στην εύκολη επιλογή του fast food και της υποκατάστασης του σπιτικού φαγητού από χαμηλής θρεπτικής αξίας τρόφιμα και σνακ. Μάθετε τα παιδιά να τρώνε σαλάτες και φρούτα, να προτιμούν τους φυσικούς χυμούς από τα αναψυκτικά, να προτιμούν μια φέτα ψωμί με μέλι από μια τυρόπιτα και να τρώνε εξίσου τα όσπρια με το κρέας. Ακόμα θα πρέπει να αποφεύγουμε την επιβράβευση του παιδιού για τις επιδόσεις του στο σχολείο ή αλλού με την προσφορά σοκολάτας, άλλων γλυκών ή με την έξοδο σε κάποιο ταχυφαγείο, με την κατανάλωση των "παιδικών μενού", που αυτά παρέχουν.

Επειδή η παχυσαρκία δεν είναι μόνο αποτέλεσμα της κακής διατροφής αλλά και της περιορισμένης άσκησης θα πρέπει να ωθήσουν τα παιδιά να γίνουν πιο δραστήρια. Αν και ο ελεύθερος χρόνος των παιδιών γίνεται όλο και λιγότερος, είναι σίγουρο ότι τουλάχιστον στα πρώτα χρόνια μπορεί να ασχοληθούν πιο συστηματικά με κάποια ήπια μορφή άσκησης. Τελευταία στοιχεία έχουν δείξει μεγάλη αύξηση των ωρών τηλεθέασης, που είναι συνδυασμός ακινησίας με σύγχρονη κατανάλωση σνακ, που είναι υψηλά σε θερμίδες, λίπος και αλάτι. Κλείστε την τηλεόραση και ασχοληθείτε περισσότερο με τα παιδιά...

Μεγάλο μερίδιο ευθύνης έχει όμως και η Πολιτεία αφού ο έλεγχος στις καντίνες, η εφαρμογή των ειδικών μαθημάτων πάνω σε θέματα διατροφής, ο περιορισμός της διαφημιστικής καμπάνιας των αλυσίδων "έτοιμου φαγητού" καθώς και των επιβαρυντικών σνακ (γαριδάκια, σοκολάτες, μπισκότα, χυμοί και αναψυκτικά), ειδικά σε ώρες τηλεθέασης παιδικής ζώνης είναι λύσεις που θα συμβάλλουν με τα παραπάνω στη μείωση της παχυσαρκίας στις παιδικές ηλικίες. Δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι ένα παχύσαρκο παιδί έχει 1/3 μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνει παχύσαρκος ενήλικας και για αυτό θα πρέπει να αντιμετωπίσουμε τη "μάστιγα" αυτή έγκαιρα και δυναμικά. (Δημοσθενόπουλος, 2004)

2.8.1 Η αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα

Η παιδική παχυσαρκία αυξάνεται σε όλη την Ευρώπη, αποτελώντας πλέον μία από τις συνήθεις χρόνιες παιδικές ασθένειες. Συνολικά, το 10% των παιδιών σχολικής ηλικίας σε όλο τον κόσμο είναι υπέρβαρα και περίπου 22 εκ. παιδιά κάτω των 5 ετών. Η εμφάνιση της παχυσαρκίας στις ΗΠΑ φτάνει διαστάσεις επιδημίας επηρεάζοντας το 24% των παιδιών και εφήβων.

Οι αναπτυσσόμενες χώρες και αυτές που βρίσκονται σε περίοδο οικονομικής μετάβασης, επίσης, παρατηρούν αύξηση του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας στους παιδιατρικούς πληθυσμούς.

Διατροφική Πολιτική στην Ελλάδα

Το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας δεν έχει αφήσει ανεπηρέαστη ούτε τη δική μας χώρα. Έρευνα που διεξήχθη στη Θεσσαλονίκη διαπίστωσε ότι μεταξύ παιδιών και εφήβων ηλικίας 6-17 ετών, η παρουσία του υπέρβαρου κυμαίνεται σε ποσοστό 22%, ενώ της παχυσαρκίας στο 4%. Η Ελλάδα, εκπροσωπούμενη από τη Θεσσαλονίκη, έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά υπέρβαρου στα παιδιά σχολικής ηλικίας της Ευρώπης.

Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας και Διατροφής στην Κρήτη

Έως το 1992 δεν υπήρχε καμία εθνική διατροφική πολιτική για την αγωγή υγείας στην Ελλάδα. Με την έγκριση του Υπουργού Παιδείας πρώτη φορά το 1992 ξεκίνησε η εφαρμογή ενός εξαετούς προγράμματος αγωγής υγείας στην Κρήτη με στόχο την προώθηση υγιεινών συνηθειών διατροφής και ζωής που θα ελαχιστοποιούσαν τον κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο.

Το πρόγραμμα αυτό αντιπροσώπευε την πρώτη προσπάθεια στην Ελλάδα για τη συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων και την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης αγωγής υγείας σε δημοτικά σχολεία στην Ελλάδα. Η παρέμβαση εφαρμόστηκε σε 4.171 μαθητές της 1ης τάξης σε 41 σχολεία της Κρήτης. Στόχος των τριών πρώτων ετών της παρέμβασης ήταν η αύξηση της συνειδητοποίησης των μαθητών και των γονέων όσον αφορά στα θέματα υγιεινής διατροφής και φυσικής δραστηριότητας και η ενθάρρυνση των μαθητών να βελτιώσουν τις συνήθειες διατροφής και άσκησης.

Στους μαθητές μοιράστηκαν βιβλιαράκια με θέματα διατροφής, άσκησης, καλής φυσικής κατάστασης, οδοντικής υγιεινής, καπνίσματος και πρόληψης ατυχημάτων. Επίσης, δόθηκε εκπαιδευτική βοήθεια στους καθηγητές και οι υπεύθυνοι για τη φυσική δραστηριότητα παρουσίασαν τα νέα υλικά που θα χρησιμοποιούνταν.

Τα βοηθήματα για τους καθηγητές περιλάμβαναν πόστερ, παραμύθια σε οπτικοακουστική απόδοση, βιβλία εργασίας και εγχειρίδια για τους στόχους της παρέμβασης. Παράλληλα με τα μαθήματα διατροφής και άσκησης έλαβε χώρα και ενημέρωση των γονέων με τη διοργάνωση συναντήσεων και την παροχή ενημερωτικών εγχειριδίων υγείας, διατροφής και άσκησης.

Τα αποτελέσματα της τριετούς αυτής παρέμβασης όσον αφορά στους δείκτες παχυσαρκίας και λιπιδίων ήταν θετικά και η επιτυχία της παρέμβασης μπορεί να αποδοθεί στην αποτελεσματικότητά της, στα σεμινάρια για τους καθηγητές και τους γονείς τα οποία είχαν πολύ υψηλά ποσοστά παρακολούθησης.

Δηλαδή, ο συνδιασμός ενός προγράμματος αγωγής υγείας με μαθήματα άσκησης μεγιστοποίησε τη φυσική δραστηριότητα και την καλή φυσική κατάσταση καθώς και τις διατροφικές συνιστώσες. Τέτοιες παρεμβάσεις παρέχουν ένα αξιολογικό μοντέλο για την προαγωγή της υγείας στα σχολεία για πρόληψη από καρδιαγγειακά νοσήματα χωρίς να απαιτούνται ιδιαίτερες διδακτικές ώρες.

Στο τέλος της εξαετούς περιόδου, σημαντική βελτίωση βρέθηκε στην ολική χοληστερόλη, αλλαγή στο BMI, στις δερματοπτυχές δικεφάλου, στην ενεργειακή πρόσληψη και στο τρέξιμο στην ομάδα παρέμβασης. Η δεκαετής παρακολούθηση αποκάλυψε ότι οι ευνοϊκές αλλαγές στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου συνέχιζαν να υπάρχουν και 4 χρόνια μετά τη διακοπή της.

Επιτροπή Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής το 2002

Το 2002 το Ανώτατο Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας της χώρας προώθησε τις Διαιτητικές Οδηγίες για Ενηλίκους στην Ελλάδα. Το 2002 το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας ίδρυσε την Επιτροπή Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής. Η επιτροπή έθεσε προτεραιότητες και σαν αρχικό στόχο τη μείωση της κατανάλωσης κρέατος, την αύξηση της πρόσληψης ψαριών, τη μείωση της παιδικής παχυσαρκίας, την αύξηση της κατανάλωσης οσπρίων και λαχανικών και τη βελτίωση της ποιότητας και ασφάλειας τροφίμων σε υπηρεσίες μαζικού catering και την αύξηση της γνώσης των καταναλωτών για την ποιότητα και ασφάλεια των τροφίμων.

Όσον αφορά στην παιδική παχυσαρκία, η επιτροπή έχει εξελίξει ένα σχέδιο δράσης για την εφαρμογή εθνικών διατροφικών οδηγιών στα σχολεία. Επίσης, έχουν διατυπωθεί διαιτητικές οδηγίες για τα νηπιαγωγεία και τις καλοκαιρινές κατασκηνώσεις.

Έρευνα του ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΩΝ (INKA)

Έρευνα που πραγματοποίησε το INKA και δημοσίευσε το Σεπτέμβριο του 2005, χαρακτήρισε τους Έλληνες μαθητές καπνιστές, πότες, αγύμναστους και υπέρβαρους. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι μαθητές καταναλώνουν σε

σημαντικά ποσοστά τρόφιμα όπως γαριδάκια, πατατάκια, κρουασάν, αναψυκτικά, ζαμπονόπιτες και λουκανικόπιτες, προϊόντα, δηλαδή, που κανονικά δεν θα έπρεπε να διατίθενται στα σχολικά κυλικεία σύμφωνα με τις υγειονομικές διατάξεις.

Από την έρευνα αυτή διαπιστώθηκε ότι οι αγοραστικές προτιμήσεις των μαθητών από τα σχολικά κυλικεία δεν περιορίζονται εκεί αλλά επεκτείνονται και μάλλον αποτελούν μέρος μιας συνολικότερης εικόνας, αφού η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και τσιγάρων αρχίζει, οριακά, τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια από την ηλικιακή ομάδα 10-12 ετών και κορυφώνεται στις ηλικιακές ομάδες 13-15 ετών και 16-18 ετών.

Εθνικό Πρόγραμμα Προώθησης ενός υγιεινού μοντέλου διατροφής

Σύμφωνα με το δελτίο τύπου στις 29/3/2006 ο Υπουργός Ανάπτυξης, κ. Δ. Σιούφας και ο Υφυπουργός κ. Γ. Παπαθανασίου παρουσίασαν πρόταση του Υπουργείου Ανάπτυξης για το Εθνικό Πρόγραμμα Προώθησης ενός υγιεινού μοντέλου διατροφής μέσω της καθημερινής κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών.

Στο δελτίο τύπου αναγράφεται επακριβώς:

‘...επιτακτική την ανάγκη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινωνίας, με σκοπό την αναβάθμιση των διατροφικών συνηθειών και ιδιαίτερα όσον αφορά τα παιδιά. Η συστηματική κατανάλωση φρούτων και λαχανικών έχει αποδειχθεί ότι βοηθά σημαντικά στη διατήρηση του σωστού σωματικού βάρους και ευνοεί, τόσο τη συνολική υγεία του ανθρώπου, όσο και την ποιότητα ζωής του. Τα φρούτα και τα λαχανικά περιέχουν βιταμίνες, φυτικές ίνες, ιχνοστοιχεία και χιλιάδες άλλες δραστικές φυτοχημικές ουσίες, που όταν όλα μαζί προσφέρονται στον οργανισμό, δρουν σε συνέργεια και προάγουν την υγεία, μειώνοντας τον κίνδυνο διαφόρων ασθενειών. Η μεσογειακή, δηλαδή η ελληνική διατροφή, καθώς και η μεγάλη αγροτική μας παραγωγή σε φρούτα και λαχανικά, αποτελούν δύο σημαντικά επιπλέον στοιχεία, που συνηγορούν στην ανάγκη η Ελλάδα να ενταχθεί στο δίκτυο των χωρών που πρωτοστατούν στην ενημέρωση και στην προτροπή των πολιτών τους να καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά τουλάχιστον πέντε φορές την ημέρα’. Αναγνωρίζοντας την ανησυχητική αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας και στη χώρα μας και του καθοριστικού ρόλου της διατροφής, το πρόγραμμα στοχεύει στην ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση των μαθητών και γονέων σε θέματα σωστής διατροφής.

Σύμφωνα με το πρόγραμμα ενεργειών του Εθνικού Προγράμματος Προώθησης ενός υγιεινού μοντέλου διατροφής, σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας θα διοργανωθεί κοινή συνέντευξη τύπου, όπου θα παρουσιασθεί έρευνα-μελέτη για τη διατροφή των παιδιών στην χώρα μας.

Στη συνέχεια, θα διοργανωθούν ενημερωτικές επισκέψεις σε σχολεία της Αττικής και της Περιφέρειας. Διατροφολόγοι και ιατροί θα επισκεφθούν τα σχολεία και θα μιλήσουν στους μαθητές για τη σωστή διατροφή και τη διατροφική αξία των φρούτων και λαχανικών.

Στα σχολεία πρόκειται να διανεμηθεί έξυπνο και δημιουργικό gadget με φρούτα και λαχανικά, ενημερωτικό έντυπο για τους μαθητές και τους γονείς, αφίσες του προγράμματος για να τοιχοκολληθούν στα σχολεία. Παράλληλα πρέπει να ενθαρρυνθεί η προσφορά προϊόντων φρούτων και λαχανικών στα κυλικεία των σχολείων.

Νέα υπουργική απόφαση για τα σχολικά κυλικεία τον Οκτώβρη του 2006

Στα πλαίσια αυτά το Υπουργείο Υγείας και Θρησκευμάτων εξέδωσε την υπουργική απόφαση ΔΥ1γ/Γ.Π./οικ.93828 (ΦΕΚ 1183/31-08-2006 τ.Β’) για τα προϊόντα που θα διατίθενται από τα σχολικά κυλικεία. Η απόφαση αυτή περιλαμβάνει αναλυτικό κατάλογο των τροφίμων που επιτρέπεται να διατίθενται στα σχολικά κυλικεία και διαφοροποιείται σε σχέση με την προηγούμενη (2000) στην εξειδίκευση ανάλογα με τη βαθμίδα του σχολείου, δηλαδή πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση. Αυτό γιατί τα παιδιά ανάλογα με την ηλικία και τις γνώσεις τους σε σχέση με την αγωγή υγείας με διαφορετικά κριτήρια θα επιλέξουν τα τρόφιμα από το κυλικείο.

Σε γενικές γραμμές, η νέα υπουργική απόφαση προσθέτει στον κατάλογο συγκεκριμένα τρόφιμα, παραδοσιακά της ελληνικής διατροφής, όπως το παστέλι, το χαλβά, το μέλι και το ρυζόγαλο. Επιπλέον, επιτρέπει τη διάθεση μπισκότων και γενικά αρτοσκευασμάτων με καθορισμένη περιεκτικότητα σε trans λιπαρά οξέα και ζάχαρη.

Επιπλέον, δίνει τη δυνατότητα επιλογής στους μαθητές λυκείου ενός τροφίμου που έως τώρα δεν συμπεριλαμβανόταν στον κατάλογο επιτρεπόμενων τροφίμων, της σοκολάτας (παρέχοντας ορισμένες συστάσεις για την κατανάλωσή της).

Όπως, όμως, υποστηρίζει ο πρόεδρος της Ένωσης Κυλικειάρχων Αττικής κος Δ. Μελισσουργός, δεν υπάρχει η δυνατότητα ελέγχου της περιεκτικότητας των τροφίμων σε λιπαρά και ζάχαρη. Από την άλλη, στο εμπόριο δεν κυκλοφορούν προϊόντα με τόσο χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και ζάχαρη.

Ενστάσεις φέρουν και οι γονείς, αφού τα προϊόντα που θα διατίθενται στα κυλικεία δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και οι αλλαγές δεν είναι ουσιαστικές, όπως υποστηρίζουν, αφού δεν ελέγχονται οι προμηθευτές και αγνοούνται τα ζεστά φαγητά και τα βιολογικά προϊόντα. Ο γενικός γραμματέας της Ανώτατης Συνομοσπονδίας Γονέων Ελλάδος κ. Θ. Τσούμπος τονίζει ότι οι αλλαγές δεν είναι ενταγμένες σε ένα συνολικότερο πρόγραμμα αγωγής υγείας και διατροφής.

Η παχυσαρκία αναγνωρίζεται ως χρόνια ασθένεια, ρίζα για πολλές άλλες χρόνιες νόσους και δε θα πρέπει να παραγκωνίζεται αντιμετωπιζόμενη σαν απλή αδυναμία αυτοκυριαρχίας και λαιμαργία. Το αυξημένο βάρος στην παιδική και εφηβική ηλικία σχετίζεται με πλήθος ψυχοκοινωνικών και ιατρικών επιπλοκών βραχυ-και μακροπρόθεσμων. Ζωτικής σημασίας καθίσταται, λοιπόν, η αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση του προβλήματος από την παιδική ηλικία. Προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί σε προγράμματα παρέμβασης στον παιδικό πληθυσμό, επειδή είναι ευκολότερο να χάσει κανείς βάρος όντας στην παιδική ηλικία και διότι είναι ευκολότερη η εφαρμογή ενός προγράμματος πρόληψης σε σχολικό περιβάλλον.

Περίπου 115 εκ. παιδιά σχολικής ηλικίας παρακολουθούν σχολείο σε νήπια, δημοτικά και γυμνάσια στην Ευρώπη και επομένως η παρέμβαση αυτή θα φτάσει σε σημαντικό αριθμό ατόμων, αφού οι μαθητές παρακολουθούν σχολείο πέντε φορές εβδομαδιαία, για 9-12 έτη. Επιπλέον, οι σχολικές παρεμβάσεις δίνουν τη δυνατότητα της εδραίωσης υγιεινών συνηθειών διατροφής και άσκησης που μπορεί να συνεχιστούν στην ενήλικη ζωή μειώνοντας τον κίνδυνο χρόνιων ασθενειών.

Η βελτίωση της διατροφής στα σχολεία μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα στη στρατηγική υγιεινής σίτισης των παιδιών και εφήβων. (Παπαμίκος &Πασπαλιάρη, 2007)

2.9 Οι γονείς

Εικόνα 2.9



Πηγή : αναρτήθηκε στις 16/08/2012 από

<http://www.google.com/imgres?q=%CE%B3%CE%BF%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CF%82+%CE%BA%CE%B1%CE%B9+%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%AE+%CF%80%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1&hl=en&biw>

Οι γονείς παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της διατροφικής συνείδησης των παιδιών. Ειδικά στις μικρότερες ηλικίες, αποτελούν το σημαντικότερο πρότυπο προς μίμηση, ενώ είναι οι κύριοι υπεύθυνοι για τη διαθεσιμότητα φαγητού. Δεν είναι τυχαίο ότι τα παιδιά που έχουν γονείς με αυξημένο σωματικό βάρος, κινδυνεύουν να γίνουν υπέρβαρα ή παχύσαρκα.

Το δυσάρεστο είναι ότι, σε πολλές περιπτώσεις, οι άνθρωποι αυτοί δεν έχουν κάποια έγκυρη διατροφική πληροφόρηση/εκπαίδευση. Μάλιστα, συχνά δέχονται αντικρουόμενα ή μεμονωμένα μηνύματα από διάφορες πηγές, με αποτέλεσμα να νιώθουν ανασφαλείς ή να ακολουθούν οδηγίες αμφίβολης προέλευσης.

Εξίσου σημαντικό είναι και το θέμα της ποσότητας. Πολλοί γονείς δεν έχουν επίγνωση του μεγέθους της μερίδας που πρέπει να σερβίρουν, με αποτέλεσμα να δίνουν στα παιδιά τους περισσότερο φαγητό από όσο χρειάζονται. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε πολλές οικογένειες τα παιδιά καταναλώνουν μερίδες ενηλίκων από την ηλικία των 5-6 ετών. Ένα ακόμη εμπόδιο στην υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών είναι ο τρόπος επικοινωνίας τους από τους γονείς. Για παράδειγμα, πολλές φορές οι συνήθειες αυτές παρουσιάζονται σαν υπόθεση του υπέρβαρου παιδιού, οι οποίες δεν αφορούν την υπόλοιπη οικογένεια. Αυτό συμβαίνει συχνά σε νοικοκυριά όπου υπάρχει και παιδί με υγιές βάρος. Ωστόσο, η υποστήριξη από την οικογένεια είναι το Α και το Ω στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας. Επομένως, η τήρηση ίσων όρων για όλα τα μέλη είναι απαραίτητη. Με τον τρόπο αυτό δίνεται το μήνυμα ότι η ισορροπημένη διατροφή πρέπει να εφαρμόζεται από όλους, ανεξαρτήτως βάρους.

Νέα δεδομένα δείχνουν ότι τα παιδιά που έχουν γονείς, οι οποίοι κάνουν συχνά δίαιτες, έχουν αυξημένο κίνδυνο παχυσαρκίας και διατροφικών διαταραχών. Πλέον, οι περισσότεροι ενήλικες -ειδικά οι γυναίκες/μητέρες- κάνουν κάποια στιγμή στη ζωή τους δίαιτα, αυξάνοντας τον κίνδυνο τα παιδιά τους να απασχολούνται με το βάρος τους από μικρή ηλικία. Μάλιστα πολλοί γονείς, αγχωμένοι με το θέμα της παιδικής παχυσαρκίας, πιστεύουν ότι το υπέρβαρο παιδί πρέπει να «χάσει κιλά». Στην πραγματικότητα, για τα περισσότερα παιδιά η διατήρηση βάρους (ή αργή απώλεια) μέσω ισορροπημένης διατροφής και άσκησης είναι ο καλύτερος τρόπος να αποκτήσουν τις επιθυμητές συνήθειες μακροπρόθεσμα, χωρίς αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη και στην ψυχολογία τους.

Τέλος, με τους σημερινούς ρυθμούς ζωής, ο οικογενειακός προγραμματισμός δυσκολεύει. Για παράδειγμα, καταναλώνεται συχνότερα φαγητό απέξω, τα παιδιά διαθέτουν πιο συχνά χρήματα για την αγορά τροφίμων (π.χ. από την καντίνα του σχολείου) και μένουν πολλές ώρες μόνα στο σπίτι (οπότε δεν υπάρχει έλεγχος της ποσότητας και του είδους τροφίμων που καταναλώνουν). Τέλος, το πρωινό συχνά παραλείπεται και τα γεύματα είναι πιο ακατάστατα. (Ελευθεροτυπία, 2009)

Ένας μεγάλος αριθμός μελετών έχει δείξει ότι τα παιδιά των οποίων οι γονείς είναι παχύσαρκοι αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο να γίνουν και τα ίδια παχύσαρκα. Σύμφωνα με μία ενδιαφέρουσα μελέτη στη Βρετανία, ο κίνδυνος για μετέπειτα παχυσαρκία των παιδιών αυξάνεται ανάλογα με τον αριθμό των παχύσαρκων γονέων, αλλά και με τον βαθμό παχυσαρκίας των γονέων. Μια πολύ πρόσφατη μελέτη που εξέτασε τα ποσοστά παχυσαρκίας σε 2374 παιδιά προσχολικής ηλικίας στην Ελλάδα, έδειξε ότι η πιθανότητα για ένα παιδί 1-5 ετών, να είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο, είναι 2,38 φορές μεγαλύτερη, όταν και οι δύο γονείς του είναι παχύσαρκοι.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα παιδιά απλά υιοθετούν τις διατροφικές συνήθειες των γονέων τους. Ωστόσο, δεν αποκλείεται να εμπλέκονται και κάποιοι γενετικοί παράγοντες που να εξηγούν την παραπάνω συσχέτιση.

Οι γονείς αποτελούν το κλειδί για την ανάπτυξη ενός οικογενειακού περιβάλλοντος, το οποίο προάγει τον υγιεινό τρόπο διατροφής, καθώς επίσης και τις ευκαιρίες για αυξημένη φυσική δραστηριότητα των παιδιών και εφήβων. Οι γονείς είναι αυτοί που διαμορφώνουν κατά ένα μεγάλο ποσοστό τον τρόπο διατροφής των παιδιών τους, καθώς επίσης και τα επίπεδα της φυσικής τους δραστηριότητας, γεγονός που δύναται να επηρεάσει και το σωματικό βάρος των παιδιών. Το φαγητό, η φυσική δραστηριότητα, το παιχνίδι, ακόμα και η παρακολούθηση τηλεόρασης, αποτελούν σημαντικές δραστηριότητες αλληλεπίδρασης μεταξύ γονέα-παιδιού και τα πρότυπα που καθιερώνονται στην μικρή παιδική ηλικία, όσον αφορά τους προαναφερόμενους παράγοντες, φαίνεται να σχετίζονται άμεσα με τον κίνδυνο ανάπτυξης της παιδικής παχυσαρκίας. Πολύ ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα μιας πολύ πρόσφατης μελέτης σε 1138 παιδιά σχολικής ηλικίας στην περιοχή της Αττικής, σύμφωνα με την οποία, τα παιδιά των οποίων οι γονείς είχαν πάρει διαζύγιο, είχαν στατιστικά περισσότερες πιθανότητες να είναι υπέρβαρα από τα παιδιά που ζούσαν και με τους δύο γονείς. Ο ρόλος του διαζυγίου

παρέμεινε σημαντικός ακόμα και όταν σταθμίστηκε για άλλους παράγοντες, όπως η κοινωνικο-οικονομική τάξη και τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας.

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γνώσεις των γονέων για την υγιεινή διατροφή, η επιλογή των τροφίμων, η δομή, η ώρα και η συχνότητα των γευμάτων, καθώς επίσης και τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας των ιδίων, φαίνεται να επηρεάζουν καθοριστικά τον κίνδυνο ανάπτυξης παχυσαρκίας των παιδιών τους, τόσο στη νηπιακή όσο και στη σχολική και εφηβική ηλικία. Η μίμηση των μη ισορροπημένων διαιτητικών συνηθειών των γονέων, η κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε ζάχαρη και λίπος μεταξύ των γευμάτων, η χρησιμοποίηση της τροφής ως βραβείο ή δώρο ή για την εκδήλωση αγάπης και στοργής, η πολλές φορές πιεστική στάση των γονέων να καταναλώσουν τα παιδιά ολόκληρη τη μερίδα τους, φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση της παχυσαρκίας. (Κωσταρέλλη, 2011)

Στην Ελλάδα, αν και χώρα με τα μεγαλύτερα ποσοστά υπέρβαρου και παχυσαρκίας στα παιδιά στην Ευρώπη, ελάχιστα γνωρίζουμε για το πώς οδηγούμαστε σε αυτή τη συνεχιζόμενη ανοδική πορεία. Μιλώντας για παιδική παχυσαρκία μέχρι σήμερα οι περισσότεροι εστιάζουν στην ποιότητα της διατροφής των παιδιών και τα γονίδια και πολύ λιγότερο στην έλλειψη άσκησης, την επίδραση της οικογένειας στις διατροφικές συνήθειές τους... πόσο μάλλον στην επίδραση του περιβάλλοντος και της κοινωνικής και οικονομικής δομής, στη διαμόρφωση συνηθειών των παιδιών που οδηγούν στα παραπάνω κιλά.

Από τα πιο ενδιαφέροντα ευρήματα της μελέτης, που πραγματοποιήθηκε σε 2315 οικογένειες σε δέκα περιφέρειες (δεκατέσσερις νομούς) σε ολόκληρη τη χώρα, ήταν τα εξής:

Το βάρος του γονέα: Όταν ένας από τους δύο γονείς ήταν υπέρβαρος ή παχύσαρκος, οι πιθανότητες τα παιδιά τους να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα ήταν 1,6 φορές μεγαλύτερες σε σύγκριση με τους γονείς με φυσιολογικό βάρος, ενώ οι πιθανότητες για το παιδί να είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο σχεδόν τριπλασιάστηκαν όταν και οι δύο γονείς ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι.

Η ηλικία του γονέα: Κι όμως, η μελέτη έδειξε πως τελικά τα νέα δεδομένα των δυτικών κοινωνιών που θέλουν τις γυναίκες να αποκτούν παιδιά σε μεγαλύτερη ηλικία ίσως – εν μέρει- να είναι «προστατευτικά» για την εμφάνιση παιδικής παχυσαρκίας, καθώς μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες είχαν μικρότερη πιθανότητα να έχουν υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά σε σύγκριση με νεότερες γυναίκες, εύρημα που ενδεχομένως ερμηνεύεται από το γεγονός ότι οι μητέρες μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιο ευαισθητοποιημένες σε θέματα υγείας.

Ο ρόλος του πατέρα: Ενδιαφέρον ήταν και το γεγονός πως μόνο το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας του πατέρα συσχετίστηκε με την εμφάνιση παχυσαρκίας στα παιδιά. Αναλυτικότερα, το 63% των πατεράδων των παχύσαρκων ή υπέρβαρων παιδιών δεν έκανε συστηματικά κάποια σωματική δραστηριότητα συγκριτικά με το 57% των μη δραστήριων πατεράδων των φυσιολογικού βάρους παιδιών.

Και η εργασία: Ενδιαφέρον είναι και το γεγονός πως μητέρες που εργάζονταν ως ελεύθεροι επαγγελματίες ή ιδιωτικοί υπάλληλοι είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά συγκριτικά με τις γυναίκες που ασχολούνταν με οικιακά, ήταν άνεργες ή δημόσιοι υπάλληλοι, δεδομένο που δείχνει πως οι αυξημένες ώρες εργασίας των γονιών πιθανόν να επιδρούν στο βάρος των παιδιών. Η συσχέτιση αυτή πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι οι πολλές ώρες που οι μαμάδες αφιερώνουν στη δουλειά τους συνεπάγεται μειωμένο χρόνο ενασχόλησης με τα παιδιά, και λιγότερες ώρες για τη διατροφική εκπαίδευση των παιδιών. (Φαρατζιάν, 2012)

2.9.1 Συμβουλές για γονείς

Να περιορίζουν την κατανάλωση τροφής μπροστά στη τηλεόραση ή τον υπολογιστή. Μελέτες ενός παιδίατρου στο πανεπιστήμιο του Stanford έδειξαν πως τα παιδιά που ΔΕΝ συνηθίζουν να τρώνε μπροστά στην τηλεόραση ή στον υπολογιστή είναι κατά κανόνα πιο αδύνατα από αυτά που έχουν την παραπάνω συνήθεια.

Να μην γκρινιάζουν διαρκώς για το βάρος ή για τις τροφές που το παιδί σας καταναλώνει. Το παιδί σας θα αγανακτήσει και πιθανότατα θα αρχίσει να τρώει στα κρυφά. Εάν προσπαθίσουν να αστυνομεύσουν το είδος και την ποσότητα των

τροφών που καταναλώνει το παιδί τους υπάρχει κίνδυνος να συμβάλουν στην πρόκληση συναισθημάτων μελαγχολίας, ενοχών, ντροπής, εγκατάλειψης.

Να ενθαρρύνουν τα παιδιά τους να έχουν αυξημένη δραστηριότητα. Είναι προτιμότερο από το να τα μαλώνουν ώστε να μειώσουν την ποσότητα τροφής που καταναλώνουν.

Να προσπαθίσουν να διερευνήσουν αν μια μελαγχολία ή άλλη συναισθηματική πίεση ευθύνεται για την αύξηση βάρους του παιδιού. Συχνά, τα παιδιά, αντικαθιστούν την έλλειψη φίλων με φαγητό. (Δοϊρανλής, 2005)

2.9.2 Αμαρτίες γονέων παιδεύουσι τέκνα

Αμαρτίες Ελλήνων γονέων παιδεύουσι τέκνα -όπως αποδεικνύεται- και στο θέμα της διαμόρφωσης του σωματικού βάρους, με τις πιθανότητες ενός παιδιού να γίνει υπέρβαρο ή και παχύσαρκο να τριπλασιάζονται όταν και οι δύο γονείς είναι οι ίδιοι παχύσαρκοι ή υπέρβαροι, έναντι των παιδιών, των οποίων οι γονείς έχουν φυσιολογικό βάρος.

Πρόσφατη μεγάλη πανελλαδική μελέτη, με την ονομασία GRECO (Greek Childhood Obesity), μελετά, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, τη σύνδεση κοινωνικο-οικονομικών και δημογραφικών παραγόντων, με τον επιπολασμό της παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα.

Τα ευρήματα της μελέτης είναι συγκλονιστικά, καθώς, για παράδειγμα, προκύπτει ότι ο δείκτης μάζας σώματος της μητέρας και του πατέρα συσχετίζεται άμεσα με τον δείκτη μάζας σώματος των παιδιών, στοιχείο που επαληθεύτηκε και στα δύο φύλα.

Για του λόγου το αληθές, σύμφωνα πάντα με τη μελέτη GRECO, όταν ένας γονιός είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος οι πιθανότητες να έχει υπέρβαρο ή παχύσαρκα παιδιά είναι 162% υψηλότερες σε σύγκριση με τους γονείς με φυσιολογικό βάρος. Και μάλιστα τριπλασιάζονται, όταν και οι δύο γονείς είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι σε σύγκριση με τους γονείς με φυσιολογικό βάρος.

Περαιτέρω, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας του πατέρα φαίνεται ότι επηρεάζει το φαινόμενο παιδικής παχυσαρκίας. Συγκεκριμένα, στις περιπτώσεις υπέρβαρων ή παχύσαρκων Ελληνόπουλων βρέθηκε ότι το 63% των πατεράδων τους είχαν απόλυτα καθιστική ζωή, προφανώς επηρεάζοντας και τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας όλης της οικογένειας.

2.9.3 Ηλικία καθοριστικός παράγοντας

Εκτός από το ίδιο το βάρος των γονέων και η ηλικία τους (συγκεκριμένα η ηλικία της μητέρας) φαίνεται ότι επηρεάζει τη διαμόρφωση του σωματικού βάρους του παιδιού. Έτσι, η έρευνα διαπιστώνει ότι οι πιθανότητες να αναπτύξουν τα παιδιά υπερβολικό βάρος μειώνονται όσο αυξάνεται η ηλικία της μητέρας, με τους ερευνητές της μελέτης να εξηγούν ότι αυτό ερμηνεύεται -εν μέρει- από το γεγονός ότι οι μητέρες μεγαλύτερης ηλικίας είναι πιο ευαισθητοποιημένες σε θέματα υγείας. Παράλληλα διαπιστώθηκε ότι νεαρότερες μητέρες που εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες ή ιδιωτικοί υπάλληλοι είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν υπέρβαρο ή παχύσαρκα παιδιά.

Σύμφωνα με τον κ. Ζαμπέλα, Καθηγητή Διατροφής του Ανθρώπου, του Τμήματος Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων του Γεωπονικού Πανεπιστημίου Αθηνών, και επιστημονικό υπεύθυνο της μελέτης, «τα δεδομένα της έρευνας πρέπει να αφυπνίσουν όχι μόνο τους γονείς αλλά και όσους εμπλέκονται στην πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας, καθώς παράγοντες που έχουν να κάνουν με την κοινωνική και οικονομική κατάσταση της οικογένειας επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την πιθανότητα εμφάνισης παχυσαρκίας στα παιδιά. Είναι επιτακτική πλέον η ανάγκη διαμόρφωσης διατροφικής πολιτικής στη χώρα μας με σκοπό την αντιμετώπιση της

παχυσαρκίας που να εμπλέκει διαφορετικούς τομείς του κράτους όπως η παιδεία, η υγεία, η ανάπτυξη και όχι απλά την οικονομία, με σκοπό τόσο τη διατροφική εκπαίδευση των παιδιών όσο και τη δημιουργία βοηθητικών δομών μέσα στην κοινότητα για τη στήριξη της οικογένειας στην προσπάθεια αυτή». (Economist, 2012)

2.9.4 Λάθη των γονέων

Οι γονείς διαβάζουν, ενημερώνονται και προσπαθούν για να δώσουν, στο παιδί τους, τις βάσεις για την ανάπτυξη μιας σωστή διατροφικής συμπεριφοράς. Παρόλα αυτά, υπάρχουν κάποια λάθη που κάνουν οι γονείς και μπορεί να επηρεάσουν με λάθος τρόπο τη στάση των παιδιών τους απέναντι στο φαγητό.

1. «Καθάρισε το πιάτο σου». Τα υγιή παιδιά τρώνε όταν πεινάνε και σταματάνε όταν χορταίνουν.

Τα παιδιά ακολουθούν τα δικά τους εσωτερικά μηνύματα για το πόσο θα φάνε και εμείς δεν πρέπει να τα αναγκάζουμε να τρώνε πέρα από το σημείο κορεσμού. Το να διδάξουμε τα παιδιά μας να λειτουργούν με βάση τη πείνα τους και τον κορεσμό τους θα τα βοηθήσει να έχουν μια φυσιολογική σχέση με το φαγητό. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά όλων των ηλικιών τρώνε περισσότερο όταν τους σερβίρονται μεγάλες μερίδες. Τι να κάνετε: Μην ενθαρρύνετε το παιδί "να αδειάζει" το πιάτο του. Βάλτε στο παιδί σας μικρές προς μέτριες μερίδες (με εξαίρεση τα λαχανικά)

2. "Φάε τις φακές και μετά θα σου δώσω παγωτό". Το να πείσθει το παιδί να φάει όσπρια ή λαχανικά μπορεί να γίνει πολύ κουραστικό κι οι γονείς πολλές φορές ακολουθούν το δρόμο της "εξαγοράς".

Δυστυχώς αυτή η τακτική μαθαίνει στα παιδιά μας ότι οι φακές ή το μπρόκολο αποτελούν υποχρέωση ενώ το γλυκό είναι βραβείο. Τι να κάνουν οι γονείς: να μην συνδέουν το γλυκό με τ' άλλα φαγητά και μην το παρουσιάζουν σαν το θησαυρό στο τέλος του λαβυρίνθου.

3. Πλήρες απαγορευτικό στα γλυκά. Αυτή είναι μια ακραία και λάθος τακτική.

Μελέτες δείχνουν πως όταν απαγορεύουμε στα παιδιά την κατανάλωση των γλυκών, τότε αυξάνεται η επιθυμία τους για αυτά κι είναι πολύ πιθανόν να τα καταναλώσουν χωρίς μέτρο όταν τα βρουν μπροστά τους. Τι να κάνουν οι γονείς: να προσπαθήσουν τα επιδόρπια να μην ξεπερνούν τις 150 Kcal (2 μπισκότα, 1 απλό παγωτό). Επιλέξτε γλυκά με βάση το γάλα και τα φρούτα.

4. Συχνή προσφορά φαγητού. Οι γονείς προσφέρουν συνεχώς φαγητό στα παιδιά την ώρα του διαβάσματος ή του παιχνιδιού για να έχουν ενέργεια. Το διαρκές τσιμπολόγημα μπορεί να οδηγήσει τα παιδιά στην αδιαφορία σχετικά με το γεύμα ή το δείπνο και δύσκολα θα δοκιμάσουν νέες τροφές (π.χ. λαχανικά) που προσφέρονται στο κυρίως γεύμα. Τι να κάνουν οι γονείς: να προσπαθήσουν να υπάρχει ένας σταθερός αριθμός γευμάτων. 3 κυρίως γεύματα και 2-3 σνακ. Το ένα γεύμα από το άλλο να μην γίνεται σε διάστημα μικρότερο των δυο ωρών.

5. Μη βάζετε το παιδί σας να καταναλώνει υγρές θερμίδες. Μια έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2008 στο Pediatrics αναφέρει ότι σήμερα τα παιδιά λαμβάνουν το 10-15% της ημερήσιας ενεργειακής τους πρόσληψης από ροφήματα που περιέχουν ζάχαρη (όπως αναψυκτικά, ενεργειακά ροφήματα και φρουτοποτά) καθώς και φρουτοχυμούς. Τα τελευταία 10 χρόνια, η μέση ημερήσια θερμιδική κατανάλωση από αυτά τα ροφήματα αυξήθηκε από 242 θερμίδες σε 270 θερμίδες και συνεχίζει να αυξάνεται. Τα περισσότερα από αυτά τα ποτά μας δίνουν άδειες θερμίδες, δηλαδή μας δίνουν θερμίδες χωρίς να μας προσφέρουν άλλα πολύτιμα θρεπτικά συστατικά. Επιπλέον τα ροφήματα αυτά, εκτός της μεγάλης τους θερμιδικής πυκνότητας, δεν υποκινούν τους ίδιους μηχανισμούς που επιφέρουν τον κορεσμό όπως η στέρεα τροφή. Με λίγα λόγια τα παιδιά σας παίρνουν άδειες θερμίδες, οι οποίες οδηγούν σε αύξηση βάρους. Τι να κάνουν οι γονείς: να μην αγοράζουν

για το σπίτι τέτοια ροφήματα και να προσπαθήσουν να εξηγήσουν στο παιδί τους τους λόγους. Μα πρώτα απ' όλα δείξουν πρώτοι εκείνοι το καλό παράδειγμα. (Αστερία,2011)

2.9.5 Οι γονείς το σωστό πρότυπο για το παιδί

Οι γονείς είναι η πιο σημαντική επιρροή των παιδιών. Μπορούν να κάνουν πολλά πράγματα για να βοηθήσουν τα παιδιά τους να αναπτύξουν υγιεινές διατροφικές συνήθειες που θα τους ακολουθούν σε όλη τους τη ζωή. Η ποικιλία των φαγητών βοηθά τα παιδιά να λάβουν όλα τα θρεπτικά συστατικά που είναι απαραίτητα από την κάθε ομάδα τροφίμων.

Είναι επίσης πιο πιθανό να δοκιμάσουν νέα φαγητά και να τους αρέσουν περισσότερα φαγητά. Όταν τα παιδιά αναπτύσσουν προτιμήσεις για πολλά είδη φαγητών είναι πιο εύκολο να σχεδιάσετε τα οικογενειακά γεύματα. Πρέπει να μαγειρέψουν μαζί τους, να φάνε μαζί τους, να συζητήσουν μαζί τους και κάνουν την ώρα του φαγητού οικογενειακή στιγμή.

Οι γονείς πρέπει να δώσουν το παράδειγμα:

- Να καταναλώνουν φρούτα, λαχανικά και φυτικές ίνες με τα γεύματα ή τα σνακς τους. Να αφήνουν τα παιδιά τους να δουν ότι τους αρέσει να μασάτε ωμά λαχανικά.
- Να πηγαίνουν να ψωνίζουν φαγητό μαζί τους: Η αγορά ειδών διατροφής μπορεί να διδάξει το παιδί πολλά πράγματα σχετικά με το φαγητό και τη διατροφή. Να συζητάνε από πού προέρχονται τα φρούτα, τα λαχανικά, οι φυτικές ίνες, το γάλα και το κρέας. Να αφήνουν τα παιδιά τους να κάνουν υγιεινές επιλογές.
- Να γίνουν δημιουργικοί στην κουζίνα: Να τεμαχίζουν το φαγητό σε αστεία και εύκολα σχήματα με τους κόπτες μπισκότων. Να ονομάζουν ένα φαγητό που το παιδί τους βοήθησε να ετοιμαστεί. Να σερβίρουν την Σαλάτα της Μαρίας' ή τις Τεμιστές πατάτες του Κωστάκη' για βραδινό. Να ενθαρρύνουν το παιδί τους να εφεύρει νέα σνακς.
- Να προσφέρουν το ίδιο φαγητό σε όλους: Να σταματήσουν να μαγειρεύουν ξεχωριστά πιάτα για να ικανοποιούν τα παιδιά τους. Είναι πιο εύκολο να σχεδιάζουν τα οικογενειακά γεύματα όταν όλοι τρώνε τα ίδια φαγητά.
- Να ανταμείβουν με την προσοχή τους, όχι με φαγητό: Να δείχνουν την αγάπη τους με αγκαλιές και φιλία. Να ανακουφίζουν με αγκαλιές και συζήτηση. Να προτιμούν να μην προσφέρουν γλυκά ως ανταμοιβή. Αυτό κάνει τα παιδιά να πιστεύουν ότι τα γλυκά ή τα επιδόρπια είναι καλύτερα από άλλα φαγητά. Όταν το φαγητό δεν έχει καταναλωθεί, τα παιδιά δεν χρειάζονται κάτι 'έξτρα'- όπως γλυκά ή μπισκότα- ως αντικατάστατα.
- Να επικεντρώνονται ο ένας στον άλλο στο τραπέζι: Να συζητάνε για αστεία και χαρούμενα θέματα κατά τη διάρκεια του φαγητού. Να κλείνουν την τηλεόραση. Να απαντάνε στο κινητό τους τηλέφωνο αργότερα. Να προσπαθούν να μετατρέπουν τα γεύματα σε μια διαδικασία χωρίς άγχος.
- Να ακούνε το παιδί τους: Όταν το παιδί λέει ότι πεινάει, μπορούν να του προσφέρουν ένα μικρό και υγιεινό σνακ- ακόμα και όταν δεν είναι ο προγραμματισμένος χρόνος του να φάει. Να προσφέρουν επιλογές. Να ρωτάνε το 'Τι προτιμάς για βραδινό: μπρόκολο ή κουνουπίδι' αντί για 'Θέλεις μπρόκολο για βραδινό';
- Να περιορίζουν τον χρόνο παρακολούθησης τηλεόρασης: Να μην επιτρέπουν πάνω από 2 ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης την ημέρα, όπως συστήνεται από την Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιάτρων.
- Να ενθαρρύνουν τη φυσική δραστηριότητα: Να κάνουν τη φυσική δραστηριότητα μια χαρούμενη διαδικασία για όλη την οικογένεια. Να περπατάνε, να τρέχουν και να παίζουν με το παιδί τους- αντί να κάθονται στο περιθώριο. Να δώσουν το παράδειγμα με το να είναι φυσικά ενεργοί και να χρησιμοποιούν εργαλεία ασφάλειας, όπως είναι τα κράνη των ποδηλάτων.

Να είναι ένα καλό υγιεινό πρότυπο:

- Να δοκιμάζουν νέα φαγητά οι ίδιοι.
- Να περιγράφουν τη γεύση, υφή και μυρωδιά.
- Να προσφέρουν ένα νέο φαγητό κάθε φορά.
- Να σερβίρουν κάποιο φαγητό που αρέσει στο παιδί τους μαζί με το νέο.
- Να προσφέρουν τα νέα φαγητά στην αρχή του γεύματος, όταν το παιδί είναι πολύ πεινασμένο.
- Να αποφύγουν να κάνουν διάλεξη ή να αναγκάζουν το παιδί τους να φάει. (Μανίκα, 2009)

3. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η μελέτη αυτή είχε ως σκοπό, την ανάλυση της παιδικής παχυσαρκίας αλλά και την επίδραση που έχει αυτή στον οργανισμό και την ψυχολογία του παιδιού.

Η αναγνώριση των παιδιών υψηλού κινδύνου γίνεται αν ληφθούν υπόψη οι κρίσιμοι περίοδοι εμφάνισης της παιδικής παχυσαρκίας.

Οι γονείς από την άλλη μεριά θα πρέπει να ακολουθήσουν τους κανόνες πρόληψης για την αποφυγή της παχυσαρκίας στο παιδί τους. Για τα παιδιά όμως που ήδη βιώνουν το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας πρέπει να ληφθούν μέτρα για την αντιμετώπιση της νόσου αυτής.

Και οι ίδιοι οι γονείς πρέπει να αλλάξουν τις διατροφικές τους συνήθειες σύμφωνα με τις ανάγκες του παιδιού τους. Το πιο σημαντικό είναι να γίνουν οι γονείς το σωστό παράδειγμα για τα παιδιά τους, τρώγοντας υγιεινά και όντας σωματικά δραστήριοι.

Καθότι δεν υπάρχουν σημαντικές αναφορές για την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας με αισθητικές μεθόδους, μελλοντικά παρουσιάζεται η προοπτική της ενασχόλησης της αισθητικής με το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας.

Βιβλιογραφία

Alleman, G. (2003). Σώστε το παιδί σας από την παχυσαρκία. (Π. Σεριάτου, μεταφρ.). Αθήνα: Μοντέρνοι Καιροί Α.Ε.Ε. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 1999).

Βικιπαίδεια. (25 Ιουνίου, 2012). Δείκτης μάζας σώματος. Ανακτήθηκε 13 Ιουλίου, 2012, από http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%94%CE%B5%CE%AF%CE%BA%CF%84%CE%B7%CF%82_%CE%BC%CE%AC%CE%B6%CE%B1%CF%82_%CF%83%CF%8E%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CF%82.

Βικιπαίδεια. (15 Ιουλίου, 2012). Παχυσαρκία. Ανακτήθηκε 11 Ιουνίου, 2012, από <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%B1%CF%87%CF%85%CF%83%CE%B1%CF%81%CE%BA%CE%AF%CE%B1>.

Βλαχάκη, Χ. (25 Φεβρουαρίου, 2008). Παιδική παχυσαρκία και επιπτώσεις στην υγεία. Ανακτήθηκε 25 Ιουλίου, 2012, από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=4125.

Γεωργακάκης, Χ. (16 Σεπτεμβρίου, 2003). Διατροφή στην παιδική ηλικία. Ανακτήθηκε 3 Σεπτεμβρίου, 2012, από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=612.

Δερβίσογλου, Κ. (2003). Ηλεκτροθεραπεία-Αισθητική Σώματος ΙΙΙ. Θεσσαλονίκη: Α.Τ.Ε.Ι.Θ.

Δημοσθενόπουλος, Χ. (9 Σεπτεμβρίου, 2004). Παιδική παχυσαρκία στην Ελλάδα: τι φταίει και τι μπορεί να γίνει;. Ανακτήθηκε 29 Ιουνίου, 2012, από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=608.

Δοϊρανλής, Ν. (14 Οκτωβρίου, 2005). Παιδική παχυσαρκία: Συμβουλές για γονείς. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2012, από <http://e-psychology.gr/eating-disorders/132---->.

Ελευθεροτυπία. (19 Φεβρουαρίου, 2009). Παιδική παχυσαρκία : ο ρόλος των γονέων. Ανακτήθηκε 16 Ιουλίου, 2012, από <http://www.dietforall.gr/articles/eleftherotipia/71-childobesity.html>.

Economist. (20 Ιουλίου, 2012). Παιδική παχυσαρκία: Αμαρτίες γονέων παιδεύουσι τέκνα. Ανακτήθηκε 2 Αυγούστου, 2012, από http://www.economist.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=11648:paidiki-paxisarkia&catid=38:2011-11-24-12-35-17&Itemid=85.

Ζέλλου, Α. (25 Αυγούστου, 2009). Δυσανεξία στη λακτόζη: Ένα συνηθισμένο πρόβλημα. Ανακτήθηκε 8 Ιουνίου, 2012, από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=9226.

Ηλιοπούλου, Η. (12 Δεκεμβρίου, 2011). Υγιεινό κολατσιό στο σχολείο. Ανακτήθηκε 23 Αυγούστου, 2012, από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=16737.

Θεοδωρίδου, Α. & Βαβελίδου, Π. (2008). Παιδική & εφηβική παχυσαρκία. Θεσσαλονίκη: Α.Τ.Ε.Ι.Θ.

- Κακλαμάνος, Ι. (1 Ιανουαρίου, 2000). Η ιστορία της Παχυσαρκίας: Από τον Ιπποκράτη στην Ορλιστάτη. Ανακτήθηκε 13 Αυγούστου, 2012, από <http://www.eier.gr/c02.asp?id=44>.
- Κολοτούρου, Μ. (1 Μαρτίου, 2012). Παιδικό πρωινό: πολύτιμο και αναντικατάστατο. Ανακτήθηκε 8 Αυγούστου, 2012, από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=17522.
- Κωσταρέλλη, Β. (8 Σεπτεμβρίου, 2011). «Γονείς και Παιδική Παχυσαρκία». Ανακτήθηκε 31 Μαΐου, 2012, από <http://www.mednutrition.gr/goneis-kai-paidiki-pahysarkia>.
- Κύρου, Α. (2008). Παιδική-Εφηβική παχυσαρκία. Θεσσαλονίκη: Α.Τ.Ε.Ι.Θ.
- Λαδά, Κ. & Μπακάλη, Ε. (2008). Παχυσαρκία και κυτταρίτιδα και αντιμετώπιση τους με μάλαξη και προϊόντικές φροντίδες στο εργαστήριο αισθητικής. Θεσσαλονίκη: Α.Τ.Ε.Ι.Θ.
- Μανίκα, Β. (6 Νοεμβρίου, 2009). Διατροφή: 10 tips για να δώσετε στα παιδιά το καλό παράδειγμα. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2012, από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=9909.
- Μίλεσης, Γ. (17 Σεπτεμβρίου, 2009). Πρωινό: Πώς θα χτίσει το παιδί υγιεινές συνήθειες. Ανακτήθηκε 20 Ιουλίου, 2012, από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=9423.
- Michelle, Asbridge, Veugelers, D. (12 Σεπτεμβρίου, 2008). Φρούτα και λαχανικά για καλή απόδοση. Ανακτήθηκε 23 Ιουνίου, 2012, από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=5943.
- Ντάκου, Ε. (16 Ιανουαρίου, 2012). Παιδική Παχυσαρκία & Ψυχολογία. Ανακτήθηκε 4 Μαΐου, 2012, από <http://gonis.gr/index.php?pN=%CE%95%CF%80%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AC&txtWebPageID=421>.
- Παπαδοπούλου, Α. (19 Δεκεμβρίου, 2002). Αλλεργία στις τροφές. Ανακτήθηκε 23 Ιουλίου, 2012, από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=622.
- Παπαμίκος, Πασπαλιάρη, Β. (27 Αυγούστου, 2007). Η αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα. Ανακτήθηκε 31 Μαΐου, 2012, από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=2634.
- Πετσιος, Δ. (2 Σεπτεμβρίου, 2010). Συμπεριφορές στόχοι για την πρόληψη του παιδικού υπερβάλλοντος βάρους. Ανακτήθηκε 23 Ιουνίου, 2012, από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=12522.
- Pryke, R. (2009). Παιδική Παχυσαρκία. (Ε. Μαγκλάρη-Κατσιλάμπρου, Τσαρούχη, μεταφρ.). Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 2006).
- Ρίσβας, Γ. (16 Δεκεμβρίου, 2008). Ο ρόλος της διαφήμισης στην παιδική παχυσαρκία. Ανακτήθηκε 12 Μαΐου, 2012, από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=7050.
- Σαββίδου, Α. (2007). Παχυσαρκία Κυτταρίτιδα Μάλαξη. Θεσσαλονίκη: Α.Τ.Ε.Ι.Θ.

Σινανιώτης, Κ. & Μυριοκεφαλιτάκης, Ν. (1992). Διατροφή βρέφους και παιδιού. Αθήνα: Β΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών.

Σκορδής, Ν. (1 Οκτωβρίου, 2009). Παιδική παχυσαρκία: Αιτίες, επιπλοκές. Ανακτήθηκε 2 Αυγούστου, 2012, από <http://www.paidiatros.com/children/Childhood-obesity/>.

Σταματάκη, Α. (14 Μαρτίου, 2011). 5 λάθη γονέων στην διατροφική συμπεριφορά των παιδιών. Ανακτήθηκε 25 Μαΐου, 2012, από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=14234.

Στάμου, Ε. (1 Μαΐου, 2010). Παιδική παχυσαρκία. Ανακτήθηκε 3 Μαΐου, 2012, από <http://evastamou.blogspot.gr/2010/05/blog-post.html>.

Sullivan, K. (2006). Πως να βοηθήσετε ένα υπέρβαρο παιδί. (Μ. Σπανδωνή, μεταφρ.). Αθήνα: Ψύχαλου. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 2006).

Τζεϊρανάκη, Ε. (10 Μαΐου, 2011). Παιδική παχυσαρκία : Αίτια-ο ρόλος της οικογένειας και του διαιτολόγου-Προτεινόμενα διαιτολόγια. Ανακτήθηκε 6 Ιουνίου, 2012, από <http://www.dietup.gr/paidi/diatrofi/3608.html>.

Τζώτζας, Χαραλαμπίδης. (2005). Παιδική Παχυσαρκία. [Φυλλάδιο]. Αθήνα: Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας.

Φαρατζιάν, Π. (30 Ιουλίου, 2012). Τα αίτια της παιδικής παχυσαρκίας στο κοινωνικό μικροσκόπιο στην Ελλάδα. Ανακτήθηκε 10 Σεπτεμβρίου, 2012, από http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=19078.

Χασαπίδου, Μ. Αυξήθηκαν τα παχύσαρκα Ελληνόπουλα. (2012, 17 Μαρτίου). Εμπρός, σ. 11.