



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
«ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ (12-18)  
ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»**



**ΕΥΓΕΝΙΑ ΘΕΛΕΡΙΤΗ  
ΕΥΤΥΧΙΑ ΖΕΡΒΟΥΔΑΚΗ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΑΛΜΠΙΑΝΗ ΕΛΕΝΗ**

**ΠΑΤΡΑ, 2019**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στην καθηγήτρια μας κ. Αλμπάνη Ελένη για την πολύτιμη βοήθεια και υποστήριξη της. Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τα παιδιά των κατασκηνώσεων Πάτρας, Λεχαινών και Αιγίου για την πολύτιμη βοήθεια τους.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT .....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	10
ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ .....	10
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	10
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ .....	10
1.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	11
1.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	19
ΣΥΝΔΕΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ .....	19
2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	19
2.2 Η ΤΡΟΦΙΚΗ ΠΥΡΑΜΙΔΑ .....	20
2.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΘΡΕΠΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ.....	21
2.4 ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΤΡΟΦΙΜΑ.....	21
2.5 ΜΕΤΑΛΛΑΓΜΕΝΑ ΤΡΟΦΙΜΑ .....	22
2.6 ΈΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ .....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	24
ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ.....	24
3.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	24
3.2 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	24

3.3 ΠΑΓΚΟΣΜΙΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΤΟΥ Π.Ο.Υ. ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ .....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	30
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ .....	30
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....	34
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	34
5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	34
5.2 ΔΕΙΓΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	34
5.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ .....	35
5.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ .....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	36
ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ .....	36
ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	65
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	74
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	76

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Πολλά προβλήματα που συνδέονται με την υγεία σχετίζονται με την παιδική παχυσαρκία. Η παιδική παχυσαρκία οδηγεί επίσης σε κινδύνους για την υγεία κατά την ενηλικίωση. Τα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την παχυσαρκία δεν είναι μόνο φυσικά αλλά και ψυχολογικά και κοινωνικά. Λόγω της ταχείας αύξησης του επιπολασμού της παχυσαρκίας και των σοβαρών συνεπειών για την υγεία, η παχυσαρκία θεωρείται συνήθως μια από τις πιο σοβαρές προκλήσεις της υγείας των αρχών του 21ου αιώνα.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών των παιδιών και των εφηβών (12-18) και ο ρολος του νοσηλευτή

**Μεθοδολογία:** Για την υλοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο που αποτελούταν από 4 ενότητες και 41 ερωτήσεις. Οι ενότητες του ερωτηματολογίου ερευνούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, τις διατροφικές συνήθειες, τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων & διατροφικής συμπεριφοράς, τις φυσικές δραστηριότητες και τις διατροφικές συνήθειες με την κλίμακα KIDMED. Υπήρξε τυχαία επιλογή του δείγματος σε κατασκηνώσεις της Πάτρας, των Λεχαινών και του Αιγίου όπου λήφθηκε άδεια από τους υπεύθυνους, ενώ υπήρξε δειγματοληψία ευκολίας.

**Αποτελέσματα:** Σχετικά με το χρόνο που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα περπατούν ή κάνουν ποδήλατο για τις μετακινήσεις ή σε άλλες δραστηριότητες επί καθημερινής βάσης, παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα παιδιά κάνουν τις προαναφερθείσες δραστηριότητες από 31 έως 45 λεπτά (29,1% του δείγματος), ενώ ακολούθησαν παιδιά τα οποία περπατούν ή κάνουν ποδήλατο από 15 έως 30 λεπτά (28,3% του δείγματος).

**Συμπεράσματα:** Έπειτα από αξιολόγηση του δείκτη ποιότητας διατροφής Kidmed των παιδιών παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα παιδιά βάσει των απαντήσεων τους είχαν χαμηλής ποιότητας διατροφή (39,4% του δείγματος), ενώ ακολούθησαν τα παιδιά με μέτρια ποιότητας διατροφή (36,2% του δείγματος), και τα παιδιά με άριστης ποιότητας διατροφή ήρθαν στη συνέχεια (24,4% του δείγματος). Μετά από ελέγχους προέκυψε πως όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνονται και το ύψος και το βάρος των παιδιών, επιπλέον παρατηρήθηκε πως όσο αυξάνεται το ύψος υπάρχει και αύξηση του βάρους τους.

**Λέξεις κλειδιά:** διατροφή, παιδική παχυσαρκία, διατροφή, άσκηση, νοσηλευτική

## ABSTRACT

**Introduction:** Many health related problems are related to childhood obesity. Childhood obesity also leads to health risks in adulthood. The health problems associated with obesity are not only physical but also psychological and social. Due to the rapid increase in the prevalence of obesity and its serious health implications, obesity is usually considered one of the most serious health challenges of the early 21st century.

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate the nutritional habits of children and adolescents (12-18) and the role of the nurse.

**Methodology** A structured questionnaire consisting of 4 sections and 41 questions was used to carry out the study. The sections of the questionnaire investigated the demographic characteristics of the sample, eating habits, frequency of eating and eating behavior, physical activity and eating habits on a KIDMED scale. The sample was randomly selected at the camps of Patras, Lechena and Aigio where permission was obtained from the managers, and convenience sampling was performed.

**Results:** Regarding the time children surveyed walked or cycled for commuting or other activities on a daily basis, it was observed that most children did the above activities from 31 to 45 minutes (29.1% of the sample). ), followed by children walking or cycling for 15 to 30 minutes (28.3% of the sample).

**Conclusions:** After evaluating the Kidmed Nutrition Quality Index of children it was observed that most children based on their answers had poor quality nutrition (39.4% of the sample), followed by children with moderate nutrition (36.2% of the sample), and children with high quality nutrition came next (24.4% of the sample). After tests it was found that as the age increased, the height and weight of the children increased, and as the height increased there was also an increase in their weight.

**Keywords:** diet, childhood obesity, diet, exercise, nursing

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλά προβλήματα που συνδέονται με την υγεία σχετίζονται με την παιδική παχυσαρκία. Η παιδική παχυσαρκία οδηγεί επίσης σε κινδύνους για την υγεία κατά την ενηλικίωση. Τα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την παχυσαρκία δεν είναι μόνο φυσικά αλλά και ψυχολογικά και κοινωνικά.

Λόγω της ταχείας αύξησης του επιπολασμού της παχυσαρκίας και των σοβαρών συνεπειών για την υγεία, η παχυσαρκία θεωρείται συνήθως μια από τις πιο σοβαρές προκλήσεις της υγείας των αρχών του 21ου αιώνα. Ο κόσμος διέρχεται μια ταχεία επιδημιολογική και διατροφική μετάβαση που χαρακτηρίζεται από επίμονες διατροφικές ελλείψεις, όπως αποδεικνύεται από την επικράτηση των ελλείψεων, αναιμίας και ανεπάρκειας σιδήρου και ψευδαργύρου. Συγχρόνως, παρατηρείται προοδευτική αύξηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας, του διαβήτη και άλλων χρόνιων νόσων που σχετίζονται με τη διατροφή (NRCs) όπως η παχυσαρκία, ο διαβήτης, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και κάποιες μορφές καρκίνου. Η παχυσαρκία έχει φτάσει σε επίπεδα επιδημίας στις ανεπτυγμένες χώρες. Τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης παιδικής παχυσαρκίας παρατηρούνται στις ανεπτυγμένες χώρες.

Το πολυάσχολο σημερινό παιδί με τις πολλές δραστηριότητες και φροντιστήρια και την πιεστική καθημερινή ρουτίνα, εύκολα τρέφεται σε ακανόνιστα ωράρια, παραλείπει γεύματα όπως το πρωινό και καταναλώνει μεγάλη ποσότητα φαγητού το βράδυ ή άλλοτε τσιμπολογά βιαστικά ανθυγιεινά σνακ που είναι εύκολα προσβάσιμα. Όλα αυτά συμβάλλουν στο μη έλεγχο της πείνας και στην απορρύθμιση του μεταβολισμού.

Η παιδική παχυσαρκία είναι μία από τις σοβαρότερες προκλήσεις της δημόσιας υγείας του 21ου αιώνα. Το πρόβλημα είναι παγκόσμιο και επηρεάζει σταθερά πολλές χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, ιδιαίτερα σε αστικές περιοχές. Ο επιπολασμός αυξάνεται με ανησυχητικό ρυθμό. Σε παγκόσμιο επίπεδο το 2018, ο αριθμός των υπέρβαρων παιδιών ηλικίας κάτω των πέντε ετών εκτιμήθηκε ότι υπερβαίνει τα 42 εκατομμύρια.

Η γενετική είναι ένας από τους μεγαλύτερους παράγοντες που εξετάζονται ως αιτία της παχυσαρκίας. Μερικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι ο ΔΜΣ είναι κατά 25-40% κληρονομικός. Ωστόσο, η γενετική ευαισθησία συχνά πρέπει να συσχετιστεί με τη συμβολή περιβαλλοντικών και συμπεριφορικών παραγόντων για να επηρεάσει το βάρος. Ο γενετικός παράγοντας αντιπροσωπεύει λιγότερο από το 5% των περιπτώσεων παιδικής παχυσαρκίας.



Επομένως, ενώ η γενετική μπορεί να διαδραματίσει κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας, δεν είναι η αιτία της δραματικής αύξησης της παιδικής παχυσαρκίας.

Ο βασικός μεταβολικός ρυθμός έχει επίσης μελετηθεί ως πιθανή αιτία παχυσαρκίας. Ο βασικός μεταβολικός ρυθμός, ή ο μεταβολισμός, είναι η δαπάνη ενέργειας του σώματος για κανονικές λειτουργίες ανάπαυσης. Ο βασικός μεταβολικός ρυθμός είναι υπεύθυνος για το 60% της συνολικής ενεργειακής δαπάνης. Έχει υποτεθεί ότι τα παχύσαρκα άτομα έχουν χαμηλότερα βασικά μεταβολικά ποσοστά. Ωστόσο, οι διαφορές στους βασικούς μεταβολικούς ρυθμούς δεν είναι πιθανό να είναι υπεύθυνες για την αύξηση των ποσοστών παχυσαρκίας.

Οι διαιτητικοί παράγοντες έχουν μελετηθεί εκτενώς για την πιθανή συμβολή τους στην αύξηση των επιπέδων παχυσαρκίας. Οι διαιτητικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την κατανάλωση ταχείας τροφής (fast food), τα ζαχαρούχα ποτά, τα σνακ και τα μεγέθη των μερίδων. Η αυξημένη κατανάλωση fast food συνδέεται με την παχυσαρκία τα τελευταία χρόνια. Πολλές οικογένειες, ειδικά εκείνες με δύο γονείς που εργάζονται εκτός του σπιτιού, επιλέγουν αυτά τα μέρη στα οποία τα τρόφιμα που σερβίρονται σε εστιατόρια γρήγορου φαγητού τείνουν να περιέχουν μεγάλο αριθμό θερμίδων με χαμηλές θρεπτικές τιμές. Αν και πολλές μελέτες έχουν δείξει αύξηση του σωματικού βάρους με τακτική κατανάλωση γρήγορου φαγητού, είναι δύσκολο να διαπιστωθεί μια αιτιώδης σχέση μεταξύ γρήγορου φαγητού και παχυσαρκίας.

Οι κοινωνικο-πολιτιστικοί παράγοντες έχουν επίσης βρεθεί ότι επηρεάζουν την ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Οι οικογενειακοί παράγοντες συνδέονται επίσης με την αύξηση των περιπτώσεων παχυσαρκίας. Οι τύποι τροφίμων που διατίθενται στο σπίτι και οι προτιμήσεις των μελών της οικογένειας μπορούν να επηρεάσουν τα τρόφιμα που τα παιδιά καταναλώνουν. Επιπλέον, οι οικογενειακές ώρες φαγητού και οι οικογενειακές συνήθειες μπορούν να επηρεάσουν τον τύπο της τροφής που καταναλώνεται από το παιδί.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

### **ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ**

#### **1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ**

Παχυσαρκία ορίζεται ως η υπερβολική και ανώμαλη συσσώρευση λίπους στο σώμα ή σε ορισμένες περιοχές του σώματος σε τέτοιο βαθμό που να επηρεάζεται δυσμενώς η υγεία του ατόμου. Αποτελεί μια σημαντική αιτία θνητότητας στο σύγχρονο κόσμο. Το 1998 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ανακοίνωσε πως κάθε παχύσαρκο άτομο χάνει 9 χρόνια ζωής. Ο τυπικός τρόπος μέτρησης της παχυσαρκίας γίνεται μέσω υπολογισμού του Δείκτη Μάζας Σώματος (βάρος σώματος / ύψος<sup>2</sup>). Όταν ο ΔΜΣ βρίσκεται >95η Εκατοστιαία Θέσης (ΕΘ) τότε το παιδί θεωρείται παχύσαρκο, ενώ όταν βρίσκεται μεταξύ 85ης και 95ης ΕΘ θεωρείται υπέρβαρο.

Η ανάγκη του ανθρώπου για επιβίωση στο ισχνό και ευτελές περιβάλλον που ζούσε για χιλιάδες χρόνια είχε ως προϋπόθεση την αποθήκευση ενέργειας. Οι συνθήκες όμως αυτές άλλαξαν στην πορεία της ανθρωπότητας. Η παχυσαρκία αποτελεί λοιπόν το φαινόμενο των επιβιωσάντων γόνων σε ένα περιβάλλον αφθονίας. Τις τελευταίες δεκαετίες η επίπτωση της παχυσαρκίας παγκοσμίως παρουσιάζει εντυπωσιακή αύξηση με χαρακτηριστικά επιδημίας. Η αλλαγή του τρόπου ζωής έχει ως συνέπεια τη διατάραξη του ισοζυγίου ενέργειας (η πρόσληψη ενέργειας μέσω της τροφής είναι μεγαλύτερη από την κατανάλωση ενέργειας) (Inchley, 2016).

#### **1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες η επικράτηση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας έχει αυξηθεί σημαντικά. Σε παγκόσμιο επίπεδο, περίπου 170 εκατομμύρια παιδιά (ηλικίας <18 ετών) εκτιμάται ότι είναι υπέρβαρα, ενώ σε ορισμένες χώρες ο αριθμός των υπέρβαρων παιδιών έχει τριπλασιαστεί από το 1980. Η επικράτηση του υπερβολικού βάρους και η παχυσαρκία έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία. Αυξημένος δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για ασθένειες όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτη τύπου 2 και πολλές μορφές καρκίνων (συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου του παχέος εντέρου, του νεφρού και του καρκίνου του οισοφάγου). Αυτές οι

ασθένειες, συχνά αναφερόμενες ως μη μεταδοτικές ασθένειες (NCDs), όχι μόνο προκαλούν πρόωρη θνησιμότητα αλλά και μακροχρόνια νοσηρότητα. Επιπλέον, το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία στα παιδιά συνδέονται με τη μείωση στην ποιότητα ζωής και μεγαλύτερο κίνδυνο κοινωνικής απομόνωσης (Kloss, 2015).

Η παγκόσμια στρατηγική για τη διατροφή, τη σωματική άσκηση και την υγεία (DPAS) αναπτύχθηκε από την Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) το 2004 για την αντιμετώπιση του αυξανόμενου επιπολασμού και επιβάρυνσης των μη μεταδοτικών ασθενειών.

Οι τέσσερις κύριοι στόχοι της DPAS είναι:

1. Να ενθαρρυνθεί η εφαρμογή μέτρων δημόσιας υγείας και προληπτικής παρέμβασης ώστε να μειωθούν οι παράγοντες κινδύνου που προκύπτουν από την ανθυγιεινή διατροφή και τη σωματική αδράνεια.

2. Να αυξηθεί η αναγνώριση των επιπτώσεων της ανθυγιεινής διατροφής και της ανεπαρκούς σωματικής δραστηριότητας.

3. Προώθηση πολιτικών και σχεδίων δράσης σε όλα τα επίπεδα για την αντιμετώπιση της διατροφής και της σωματικής άσκησης.

4. Να ενθαρρύνει την παρακολούθηση, την αξιολόγηση και την περαιτέρω έρευνα (Inchley, 2016).

### **1.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

#### **Ο ρόλος της διατροφής και του τρόπου ζωής**

Παρά το γεγονός ότι οι γενετικοί παράγοντες διαδραματίζουν το ρόλο τους, στο μεγαλύτερο ποσοστό η παχυσαρκία οφείλεται πρωτίστως σε σιτιστικά αίτια. Οι θερμίδες που προσλαμβάνονται είναι περισσότερες από αυτές που καταναλώνονται, οδηγώντας σε περίσσειμα ενέργειας που αποθηκεύεται υπό μορφή λίπους. Σημαντικό ρόλο έχει η κακή ποιότητα διατροφής, με αυξημένα κακά (trans) λιπαρά και ζάχαρη, που οδηγεί στην αύξηση βάρους και προβλήματα υγείας. Τα κακά λιπαρά (μεταλλαγμένα λιπαρά οξέα) επιμηκύνουν τη λήξη των προϊόντων και βρίσκονται συχνά στα επεξεργασμένα και προπαρασκευασμένα τρόφιμα, στα τυποποιημένα προϊόντα (μπισκότα, κέικ) καθώς και σε πολλές μαργαρίνες. Η ζάχαρη βρίσκεται σε πολλά προϊόντα (αναψυκτικά, ροφήματα με γλυκαντικές ουσίες, μπισκότα, σοκολάτες, εμπλουτισμένα δημητριακά, πολλά

αρτοσκευάσματα) με αποτέλεσμα να καταναλώνεται σε μεγαλύτερες ποσότητες από ότι πιστεύεται (Taveras, 2006).

Παράλληλα, ο σύγχρονος τρόπος ζωής συμβάλλει καθοριστικά στην εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας. Η φυσική άσκηση όπως η μετακίνηση με τα πόδια και το παιχνίδι σε εξωτερικούς χώρους έχει μειωθεί, ενώ ο χρόνος απασχόλησης των παιδιών στο διαδίκτυο έχει αυξηθεί δραστικά. Η ελλιπής σωματική δραστηριότητα καθώς και η κατανάλωση εύκολα προσβάσιμων επεξεργασμένων τροφών (fast food, λιπαρά, επεξεργασμένοι υδατάνθρακες) οδηγούν στη διατάραξη του ισοζυγίου ενέργειας.

### **Ο ρόλος της οικογένειας: Στην πρόληψη και τη διατροφή**

#### **Γενετικοί παράγοντες**

Υπάρχουν ορισμένοι γενετικοί παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία. Αυτοί οι γενετικοί παράγοντες αυξάνουν την ροπή του παιδιού προς την παχυσαρκία. Οι γενετικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τον μεταβολισμό, αλλάζοντας την περιεκτικότητα του σώματος σε λιπαρά, την πρόσληψη ενέργειας και την κατανάλωση ενέργειας. Η κληρονομικότητα επίσης, φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση της παιδικής παχυσαρκίας.

#### **Παράγοντες συμπεριφοράς**

Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες συμπεριφοράς που μπορούν να προκαλέσουν παχυσαρκία. Μερικές φορές τα παιδιά τρώνε περισσότερο ή καταναλώνουν περισσότερη ενέργεια μέσω τροφίμων και ποτών που δεν χρησιμοποιούνται σωστά. Τα παιδιά δύναται να καταναλώνουν μεγάλες μερίδες φαγητού, τροφές με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη και τροφές πλούσιες σε ενέργεια. Ως εκ τούτου, η πρόσληψη ενέργειας είναι υψηλότερη από την ενέργεια που δαπανάται. Έτσι, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση βάρους στα παιδιά.

Η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση παχυσαρκίας. Διαπιστώνεται ότι τα παιδιά και οι έφηβοι σήμερα στερούνται της απαιτούμενης σωματικής δραστηριότητας, εξ ου και οι θερμίδες δεν χρησιμοποιούνται σωστά και μπορούν να οδηγήσουν σε παχυσαρκία. Σε μια πρόσφατα διεξαχθείσα μελέτη μεικτών μεθόδων στο Ιράν, η έλλειψη ασφαλούς και εύκολης πρόσβασης για σωματική δραστηριότητα και η μη υποστηρικτική οικογένεια ήταν τα κύρια εμπόδια στη σωματική δραστηριότητα των εφήβων.

Θεωρείται επίσης ότι ο καθιστικός τρόπος ζωής είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την παχυσαρκία, καθώς πολλά παιδιά περνούν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους μπροστά από τις τηλεοράσεις, παίζουν βιντεοπαιχνίδια και χρησιμοποιούν υπολογιστές. Τα

παιδιά κατά μεγάλο βαθμό καταναλώνουν σνακ μπροστά από την τηλεόραση και περνούν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους χωρίς να ασκούνται.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες συμπεριφοράς βρίσκονται σε έναν φαύλο κύκλο με τον έναν να οδηγεί σε έναν άλλο. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι διαφημίσεις τροφίμων πλούσιων σε λιπαρά και ζάχαρη που εμφανίζονται στην τηλεόραση επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά των παιδιών και γι αυτό επιλέγουν να καταναλώνουν τέτοιου είδους τροφές οι οποίες οδηγούν στην εμφάνιση παχυσαρκίας. Η πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας ξεκινάει πολύ νωρίτερα από όσο πιστεύαμε. Προγεννητικά, όταν η μητέρα καπνίζει κατά την κύηση αυξάνονται οι πιθανότητες παχυσαρκίας στο παιδί. Αύξηση των πιθανοτήτων παρατηρείται και με το αυξημένο βάρος γέννησης (>4 κιλά) (Picard et.al. 2005).

### **Περιβαλλοντικοί παράγοντες**

Περιβαλλοντικοί παράγοντες θεωρούνται οι παράγοντες που βρίσκονται στον περίγυρο των παιδιών και επηρεάζουν την πρόσληψη τροφής και τη σωματική τους δραστηριότητα. Αυτοί οι παράγοντες είναι το σπίτι, το σχολείο και η κοινότητα. Στο σπίτι, η αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού είναι πολύ σημαντική, καθώς οι γονείς μπορούν να επηρεάσουν τις επιλογές των παιδιών σε τρόφιμα και να τους παρακινήσουν να έχουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Τα παιδιά περνούν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους στο σχολείο, επομένως το σχολικό περιβάλλον μπορεί να προάγει τις υγιεινές διατροφικές επιλογές και τη σωματική άσκηση.

Η έλλειψη προσβασιμότητας και οικονομικής προσιτότητας από την Κοινότητα για υγιεινή διατροφή μπορεί να επηρεάσει τη διατροφή αυτών των παιδιών. Η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη εγκαταστάσεων όπως ασφαλείς πλαγιές, ποδηλατοδρόμια και ασφαλή πάρκα.

Οι αλλαγές στα πρότυπα της διατροφής και της σωματικής δραστηριότητας είναι συχνά αποτέλεσμα περιβαλλοντικών και κοινωνικών αλλαγών που συνδέονται με την ανάπτυξη και έλλειψη υποστηρικτικών πολιτικών σε τομείς όπως η υγεία, η γεωργία, οι μεταφορές, ο πολεοδομικός σχεδιασμός, το περιβάλλον, η επεξεργασία τροφίμων, η διανομή, το μάρκετινγκ και η εκπαίδευση.

**Όσον αφορά τους παράγοντες βρεφικής ηλικίας**, η ταχεία αύξηση βάρους κατά τους πρώτους μήνες της ζωής φαίνεται να αυξάνει κατά πολύ τις πιθανότητες εμφάνισης παχυσαρκίας αργότερα. Παράγοντες που σχετίζονται με γρήγορη αύξηση βάρους στη βρεφική ηλικία συμπεριλαμβάνουν τη σίτιση με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, τη σίτιση με πρόγραμμα (feed on schedule) αντί της σίτισης κατ'απαίτηση (feed on demand) καθώς και η εισαγωγή στερεών τροφών πριν τους τέσσερις μήνες.

Ο θηλασμός φαίνεται να δρα ως προστατευτικός παράγοντας, μειώνοντας κατά 15% τον κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας στα παιδιά που θήλασαν έστω και λίγο. Σύμφωνα με μια μελέτη (NHANES study) που διήρκησε από το 1999 μέχρι το 2008 στην Αμερική όπου έλαβαν μέρος 4000 παιδιά ηλικίας 3-6 ετών, τα παιδιά που είχαν θηλάσει είχαν 40% λιγότερες πιθανότητες να γίνουν υπέρβαρα, 60% λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης παχυσαρκίας και 40% λιγότερες πιθανότητες αυξημένης περιμέτρου μέσης. Η σίτιση με μητρικό γάλα έχει πολλά οφέλη; φέρνει το μωρό σε επαφή με περισσότερες γεύσεις, του επιτρέπει να ρυθμίζει μόνο του τη σίτιση (σύστημα πείνας- κορεσμού), συνδέεται με πολλά και συχνά γεύματα, οδηγεί σε μεγαλύτερη πρόσληψη καλών λιπαρών καθώς και στη λήψη όλων των θρεπτικών συστατικών που χρειάζεται το βρέφος εφόσον υπάρχει η δυνατότητα αλλαγής σύστασης του μητρικού γάλακτος ανάλογα με τις ανάγκες του. Αντίθετα, η σίτιση με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος οδηγεί σε λιγότερα, πιο αραιά γεύματα και κατανάλωση μεγαλύτερης συνολικής ποσότητας του υποκατάστατου. Επίσης, μελέτες καταδεικνύουν ότι η εισαγωγή στερεών τροφών πριν τους 4 μήνες κάνει 6,3 φορές πιθανότερη την εμφάνιση παιδικής παχυσαρκίας στα βρέφη. Αντίθετα, η εισαγωγή στερεών τροφών μετά τους 4 μήνες έχει σχετιστεί με χαμηλότερο BMI στην ενήλικη ζωή (Inchley, 2016).

Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν, οι γονείς θέτουν τις βάσεις για τη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών τους. Επιλέγουν και μαγειρεύουν τις τροφές που τρώει το παιδί και προδιαθέτουν τις προτιμήσεις του. Χρειάζεται λοιπόν να έχουν τη διάθεση και τις γνώσεις ούτως ώστε να παρέχουν στην οικογένεια θρεπτικά και ολοκληρωμένα γεύματα σε λογικές ποσότητες. Δυστυχώς, λόγω έλλειψης χρόνου, άγνοιας ή λανθασμένων αντιλήψεων πολλών γονιών, τα παιδιά δεν τρέφονται σωστά. Συχνά, οι γονείς αντικαθιστούν τα ισορροπημένα γεύματα από πρόχειρα αμυλούχα γεύματα (π.χ. μακαρόνια, φρυγανιές, πατάτες τηγανητές) και έτοιμα σνακ. Παππούδες και γιαγιάδες που φροντίζουν τα παιδιά όταν οι γονείς εργάζονται, για συναισθηματικούς λόγους τείνουν να τα υπερσιτιτίζουν, πιστεύοντας πως έτσι τα φροντίζουν.

Κάποιες τεχνικές σίτισης που χρησιμοποιούν οι γονείς δείχνουν να προβλέπουν αύξηση βάρους και παχυσαρκογενείς συμπεριφορές διατροφής σε μικρά παιδιά. Συγκεκριμένα, η επιβράβευση με φαγητό (π.χ. «Αν φας όλα τα λαχανικά σου θα σου δώσω σοκολάτα») φαίνεται να δημιουργεί στα παιδιά τάση για αυξημένη κατανάλωση τροφής καθώς και συναισθηματική διατροφή. Τα ίδια αποτελέσματα έχει και η χρήση του φαγητού για τον έλεγχο των αρνητικών συναισθημάτων του παιδιού. Το παιδί καταλήγει να πιστεύει ότι τα φαγητά που χρησιμοποιούνταν ως επιβράβευση είναι «καλύτερα» και τα προτιμά, ενώ τείνει

να τα χρησιμοποιεί και ως μέσο για να επιβραβεύει ή να αποφορτίζει συναισθηματικά τον εαυτό του. Απο την άλλη, η ολική απαγόρευση συγκεκριμένων τροφίμων (π.χ. σοκολάτας), ο περιορισμός του λίπους καθώς και προσπάθειες μείωσης βάρους, μπορεί να επιφέρουν το αντίθετο απο το επιθυμητό αποτέλεσμα – οι απαγορευμένες τροφές θα γίνουν πιο ελκυστικές και το αίσθημα στέρησης θα μεγαλώσει- προκαλώντας τάση για υπερφαγία.

Η Ελληνική Ιατρική Εταιρία Παχυσαρκίας παραθέτει έναν αλγόριθμο θεραπείας δίνοντας κατευθυντήριες γραμμές για το πώς θα πρέπει να δράσουμε σε κάθε περίπτωση. Όσον αφορά τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά 2-7 χρόνων, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στις παρεμβάσεις, προκειμένου να μην διαταραχθεί η ομαλή και σωστή ανάπτυξή τους. Έτσι, ενώ για τους ενήλικους η θεραπεία της παχυσαρκίας στοχεύει στην ελάττωση του βάρους, για τα παιδιά σκοπός είναι η σταθεροποίηση του σωματικού βάρους, δεδομένης της συνεχιζόμενης ανάπτυξής τους. Με άλλα λόγια, επιτυχής θεραπεία θεωρείται η παρεμπόδιση, ή η επιβράδυνση του ρυθμού της αύξησης του βάρους τους. Αντίθετα, στην περίπτωση νοσογόνου παχυσαρκίας, συστήνεται η άμεση απώλεια σωματικού βάρους, οδηγώντας συνήθως και στη διόρθωση των παθολογικών επιπλοκών. Για υπέρβαρα παιδιά με παθολογικά προβλήματα λόγω βάρους και για όλα τα παχύσαρκα παιδιά άνω των 7 ετών συνίσταται απώλεια βάρους, ώστε να αποκτήσουν το ιδανικό βάρος για το ύψος τους (Cecchini et.al. 2016).

Η παιδική παχυσαρκία αντιμετωπίζεται ουσιαστικά μόνο με αλλαγή στον τρόπο ζωής. Απαραίτητη είναι η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών και η υιοθέτηση ορθής διατροφικής συμπεριφοράς στα παιδιά και τις οικογένειες τους καθώς και η συστηματική φυσική δραστηριότητα. Επιπλέον, χρειάζεται να ελέγχεται το σωματικό βάρος και οι όποιες επιπλοκές της παχυσαρκίας (π.χ. μεταβολικές διαταραχές, σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, διαταραχές στα λιπίδια).

Ακόμη και όταν διαπιστωθεί ότι το παιδί χρειάζεται να χάσει βάρος, καλό είναι να αποφεύγονται τα κλασσικά προγράμματα δίαιτας, καθώς αυτά είναι αναποτελεσματικά. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο ρόλος του διαιτολόγου είναι να βοηθήσει το παιδί να χτίσει καλές διατροφικές συνήθειες και να διασφαλίσει ότι το πλάνο διατροφής του παιδιού θα του παρέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξή του. Το παιδί χρειάζεται να λαμβάνει αυξημένη πρωτεΐνη λόγω της αύξησης των ιστών του σώματος, καθώς και επαρκείς ποσότητες βιταμινών, ιχνοστοιχείων, μετάλλων, νερού και φυτικών ινών, απαραίτητα για την καλή λειτουργία του οργανισμού. Τα γεύματά του χρειάζεται να συνδυάζουν φρέσκες τροφές όπως τα λαχανικά και τα φρούτα, υδατάνθρακες όπως τα πλήρη δημητριακά, καθώς και πρωτεϊνούχες τροφές (π.χ. κρέας, ψάρι, γαλακτοκομικά). Σημαντικό

είναι επίσης να δοθούν κίνητρα για φυσική δραστηριότητα η οποία θα βοηθήσει σταδιακά το παιδί να μειώσει το θετικό ισοζύγιο ενέργειας (Cecchini et.al. 2016).

Ο καλύτερος τρόπος για να υιοθετήσει ένα παιδί καλές διατροφικές συνήθειες είναι να δίνουν οι γονείς το καλό παράδειγμα. Αν τα παιδιά βλέπουν τους γονείς τους να τρέφονται υγιεινά και να ασκούνται χωρίς να τους είναι δυσάρεστο, τότε πολύ πιθανό είναι να τους μιμηθούν. Οι κοινές δραστηριότητες όπως μια βόλτα στο πάρκο για παιχνίδι είναι διπλά ευεργετικές πρώτον γιατί αποτελούν ποιοτικό χρόνο με τα παιδιά ο οποίος είναι απαραίτητος για την ομαλή ανάπτυξη τους αλλά και γιατί συμβάλλουν σε ένα δραστήριο ευεργετικό τρόπο ζωής.

Ταυτόχρονα, σημαντικό είναι να συνειδητοποιούν οι γονείς ότι έχουν, εν μέρη, τον έλεγχο της διατροφής των παιδιών τους. Σύμφωνα με το χρυσό κανόνα της διατροφής των παιδιών, οι γονείς επιλέγουν το είδος των τροφών που παρέχονται στο σπίτι, τη συχνότητα κατανάλωσης, τον τρόπο μαγειρέματος και την ώρα των οικογενειακών γευμάτων. Από την άλλη, τα παιδιά επιλέγουν αν θα φάνε, ποιά από τις παρεχόμενες τροφές θα φάνε, πόσο θα φάνε και με τι ρυθμό θα φάνε. Για παράδειγμα, αν έχετε ένα παιδί φαινομενικά «δύσκολο» στο φαγητό, δε σημαίνει ότι πρέπει να ενδώσετε παρέχοντάς του ανθυγιεινές τροφές που μπορεί να ζητά. Δοκιμάστε να του ξαναπροσφέρετε το γεύμα που απέρριψε λίγο αργότερα ή να το μαγειρέψετε διαφορετικά ενθαρρύνοντας το παιδί να συμμετέχει στη διαδικασία (Inchley, 2016).

#### **1.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

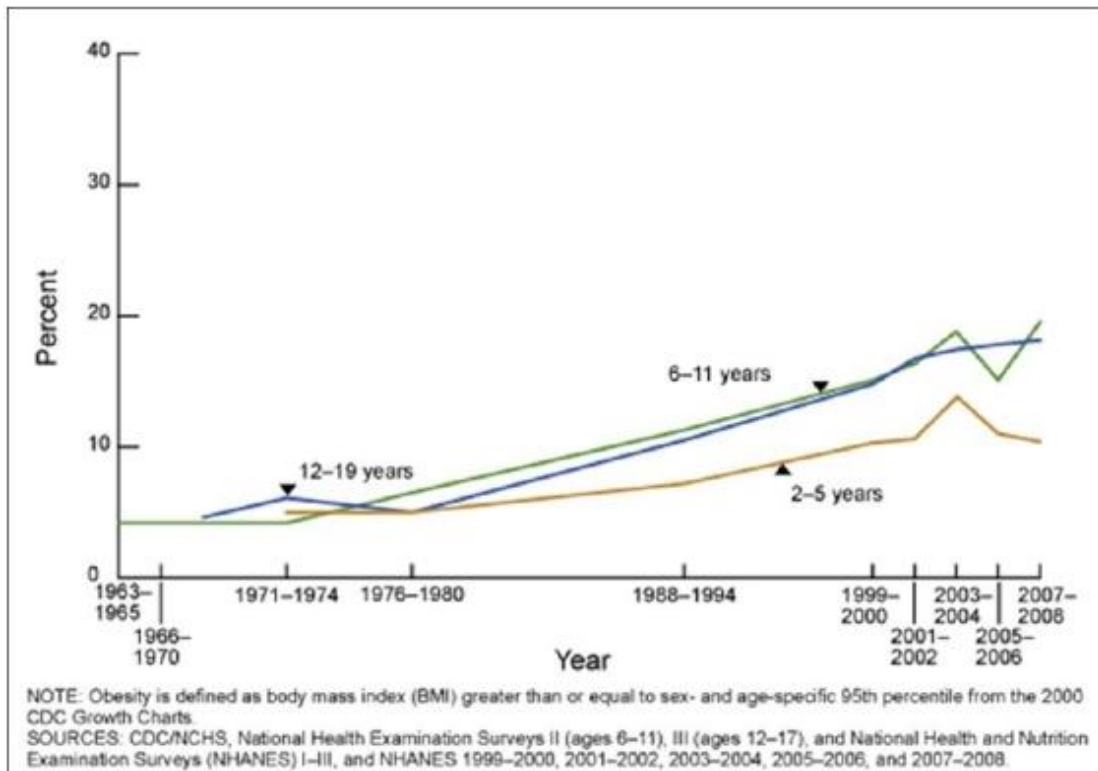
Ο ΠΟΥ το 2010 κατέταξε την παιδική παχυσαρκία ως το νούμερο ένα πρόβλημα υγείας καθώς παρατηρήθηκε ότι ο επιπολασμός της έχει αυξηθεί με την πάροδο των ετών. Η αυξημένη επικράτηση της παιδικής παχυσαρκίας μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις νοσηρότητας και θνησιμότητας στην ενήλικη ζωή του παιδιού. Η ανησυχία σχετικά με την παιδική παχυσαρκία έχει αυξηθεί παγκοσμίως. Έχει αυξηθεί ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία στην Αγγλία, ιδιαίτερα μεταξύ των παιδιών σχολικής ηλικίας τις τελευταίες δεκαετίες. Η παιδική παχυσαρκία είναι συχνή στο Ηνωμένο Βασίλειο και σύμφωνα με την έρευνα για την υγεία που πραγματοποιήθηκε το 2004, η παχυσαρκία μεταξύ των παιδιών ηλικίας 2-10 ετών ήταν 14% και μεταξύ των ατόμων ηλικίας 11-15 ετών ήταν 15%.



Η παιδική παχυσαρκία οφείλεται στην έλλειψη ισορροπίας μεταξύ της θερμιδικής πρόσληψης του παιδιού και των χρησιμοποιούμενων θερμίδων (για την ανάπτυξη, το μεταβολισμό και τις σωματικές δραστηριότητες). Κανονικά, η ποσότητα θερμίδων που καταναλώνει ένα παιδί μέσω τροφίμων ή ποτών, εάν δεν χρησιμοποιείται για ενεργειακές δραστηριότητες, οδηγεί στην παχυσαρκία. Οι παράγοντες που προκαλούν την παιδική παχυσαρκία είναι γενετικές, συμπεριφορικές και περιβαλλοντικές. Η παχυσαρκία μπορεί να είναι πολυπαραγοντική στα παιδιά.

Ο επιπολασμός της παιδικής παχυσαρκίας αυξάνεται στις ανεπτυγμένες και σε ορισμένες υποανάπτυκτες χώρες. Η εξέλιξη της μείωσης του προβλήματος της παχυσαρκίας και του υπερβολικού βάρους παρακολουθείται σε εθνικό επίπεδο με τη χρήση δεδομένων από την Έρευνα Εθνικής Εξέτασης για την Υγεία και τη Διατροφή.

Η έκθεση που παρουσίασε το National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) για την περίοδο 2007-2008 εκτιμά ότι το 16,9% των παιδιών και των εφήβων στην ηλικιακή ομάδα 2-19 ετών ήταν παχύσαρκοι. Ο επιπολασμός της παιδικής παχυσαρκίας για τις ηλικιακές ομάδες 6- 11 ετών τα έτη 2007-2008 αυξήθηκε από 6,5 σε 19,6%. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν την ίδια περίοδο δείχνουν ότι οι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι έφηβοι (ηλικιακή ομάδα 12-19 ετών) έχουν αυξηθεί από 5,0 σε 18,1% [Εικόνα 1, Πίνακας 1].



Εικόνα 1: Γραφική παρουσίαση της αυξανόμενης τάσης της παχυσαρκίας μεταξύ παιδιών και εφήβων από το 1963 έως το 2008. Πηγή: CDC / NCHS, Εθνικές Έρευνες Υγείας 11 (ηλικίες 6-11), 111 (ηλικίες 12-17) και Εθνικές έρευνες για την υγεία και τη διατροφή (NHANES) 1-111 και NHANES 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006 και 2007-2008

**Table 1**  
Prevalence of obesity among US children and adolescents aged 2-19, for selected years 1963-1965 through 2007-2008

Age (in years)	NHANES 1963-1965	NHANES 1971-1974	NHANES 1976-1980	NHANES 1988-1994	NHANES 1999-2000	NHANES 2001-2002	NHANES 2003-2004	NHANES 2005-2006	NHANES 2007-2008
Total	<sup>[3]</sup>	5.0	5.5	10.0	13.9	15.4	17.1	15.5	16.9
2-5	<sup>[3]</sup>	5.0	5.0	7.2	10.3	10.6	13.9	11.0	10.4
6-11	4.2	4.0	6.5	11.3	15.1	16.3	18.8	15.1	19.6
12-19	4.6	6.1	5.0	10.5	14.8	16.7	17.4	17.8	18.1

Note: Obesity defined as body mass index (BMI) greater than or equal to sex- and age-specific 95<sup>th</sup> percentile from the 2000 CDC Growth Charts

Πίνακας 1: Παρουσίαση της επικράτησης της παχυσαρκίας μεταξύ παιδιών και εφήβων ηλικίας 2-19 ετών, για επιλεγμένα έτη 1963-1965 έως 2007-2008 (Inchley, 2016).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΣΥΝΔΕΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

Η παροχή επαρκούς τροφής, η οποία με τη σειρά της παρέχει τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και την ενέργεια, είναι απαραίτητη για την υγεία και την ευημερία όλων των ανθρώπων. Σε υγιείς ενήλικες, η διαδικασία αυτή βασίζεται στη διαθεσιμότητα τροφίμων, στην πρόσληψη τροφής και στις επιλογές του τρόπου ζωής και γενικά έχει ως αποτέλεσμα ένα αποδεκτό φάσμα της υγείας και της διατροφικής κατάστασης. Η σχέση των τροφίμων, της διατροφής και της υγείας συχνά αλλάζει με τη γήρανση, με μεταβολές στις ανάγκες των θρεπτικών ουσιών που σχετίζονται με την ηλικία, με την απόκτηση οξείων και χρόνιων ασθενειών και με την απώλεια προσωπικής και οικονομικής ανεξαρτησίας (Taveras et.al. 2006).

Η διατροφή διαδραματίζει καίριο ρόλο στην ανθρώπινη υγεία και ευημερία. Αυτό συμβαίνει καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής: ξεκινώντας από τη σύλληψη και αργότερα σε όλα τα στάδια της ζωής: για μωρά, βρέφη, εφήβους, νέους και ηλικιωμένους. Στον αναπτυσσόμενο κόσμο, ο επιπολασμός του υποσιτισμού είναι υψηλός, κυρίως λόγω της περιορισμένης διαθεσιμότητας επαρκών τροφίμων. Υπάρχει, ωστόσο, επίσης ένα λιγότερο γνωστό πρόβλημα έλλειψης μικροθρεπτικών συστατικών στον ανεπτυγμένο κόσμο. Αν και η προσφορά τροφίμων μπορεί να είναι άφθονη, ορισμένες ομάδες πληθυσμού δεν επιτυγχάνουν το σωστό επίπεδο μικροθρεπτικών συστατικών στη διατροφή τους για να στηρίξουν την καλή υγεία. Οι επιστήμονες, οι γιατροί και οι ειδικοί της δημόσιας υγείας υπογραμμίζουν τη σημασία της διατροφής για τη βελτίωση της ανθρώπινης υγείας: μια επαρκής διαίτα που παρέχει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά θα συμβάλει όχι μόνο στην καλύτερη διατροφή, αλλά μακροπρόθεσμα θα μειώσει επίσης το βάρος σε ασθενείς των χρόνιων ασθενειών. Αναφέρεται ότι έως και το 50% των ασθενών στα νοσοκομεία πάσχουν από έλλειψη μικροθρεπτικών συστατικών στην καθημερινή τους διατροφή. Αυτό μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την επίδραση των θεραπειών τους και να οδηγήσει σε φτωχότερα αποτελέσματα ασθενών και τέλος σε πρόσθετο κόστος (Azadi et al., 2010).

## 2.2

Η τροφική πυραμίδα έχει σχεδιαστεί για να διευκολύνει την υγιεινή διατροφή. Υγιεινή διατροφή είναι η λήψη της σωστής ποσότητας των θρεπτικών ουσιών - πρωτεΐνες, λίπος, υδατάνθρακες, βιταμίνες και μέταλλα που χρειάζονται για την καλή υγεία.

Τα τρόφιμα που περιέχουν τον ίδιο τύπο θρεπτικών συστατικών ομαδοποιούνται στο ίδιο επίπεδο της Πυραμίδας Τροφίμων. Μελέτες δείχνουν ότι λαμβάνουμε πάρα πολλές θερμίδες από τρόφιμα και ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι, στο πάνω ράφι της Πυραμίδας Τροφίμων. Παρέχουν πολύ λίγες από τις απαραίτητες βιταμίνες και μέταλλα που χρειάζεται το σώμα. Ο περιορισμός αυτών είναι απαραίτητος για την υγιεινή διατροφή (Magnussona et al., 2003).

Η υγιεινή διατροφή με βάση την τροφική πυραμίδα περιλαμβάνει:

- πολλά λαχανικά, και φρούτα
- μια μερίδα δημητριακών και ψωμιών ολικής αλέσεως, πατάτας, ζυμαρικών και ρύζι σε κάθε γεύμα
- γάλα, γιαούρτι και τυρί
- κρέατα, πουλερικά, ψάρια, αυγά, φασόλια
- ξηρούς καρπούς
- φαγητά και ποτά με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος, ζάχαρη και αλάτι



### 2.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΘΡΕΠΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ

Οι δομικές συνιστώσες που συνθέτουν το ανθρώπινο σώμα, όπως οι μύες, τα όργανα και τα οστά, αποτελούνται τρέφονται από τα θρεπτικά συστατικά που περιέχονται στα τρόφιμα. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο το φαγητό και η λήψη των θρεπτικών συστατικών που παρέχουν ενέργεια και γίνονται τα συστατικά των σωματικών δομών και είναι απαραίτητα για τη διατήρηση της ανθρώπινης ζωής. Τα θρεπτικά συστατικά είναι οι ουσίες που βρίσκονται στα τρόφιμα και είναι απαραίτητες για το ανθρώπινο σώμα. Κατηγοριοποιούνται ως πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες (σάκχαρα, διαιτητικές ίνες), βιταμίνες και μέταλλα και εκτελούν τις ακόλουθες ζωτικές λειτουργίες.

- 1.Κατασκευή όλων των τμημάτων του σώματος όπως μυς, οστά, δόντια και αίμα
- 2.Παραγωγή ενέργειας
3. Κρατούν το σώμα σε καλή κατάσταση λειτουργίας (Crystal et al., 2012)

### 2.4 ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΤΡΟΦΙΜΑ

Ο όρος "βιολογική καλλιέργεια" αναφέρεται στη διαδικασία παραγωγής ορισμένων τροφίμων. Τα βιολογικά τρόφιμα έχουν καλλιεργηθεί χωρίς τη χρήση τεχνητών χημικών ουσιών, ορμονών, αντιβιοτικών ή γενετικά τροποποιημένων οργανισμών. Προκειμένου να χαρακτηριστεί ως βιολογικό, ένα προϊόν διατροφής πρέπει να είναι απαλλαγμένο από τεχνητά πρόσθετα τροφίμων. Αυτά περιλαμβάνουν τεχνητά γλυκαντικά, συντηρητικά, χρωστικές, αρωματικές ουσίες και γλουταμινικό νάτριο (MSG).

Οι με βιολογικές καλλιέργειες τείνουν να χρησιμοποιούν φυσικά λιπάσματα για τη βελτίωση της ανάπτυξης των φυτών. Στα ζώα που έχουν εκτραφεί με βιολογικό τρόπο δεν χορηγούνται ούτε αντιβιοτικά ούτε ορμόνες. Η βιολογική γεωργία τείνει να βελτιώσει την ποιότητα του εδάφους και τη διατήρηση των υπογείων υδάτων. Αναλυτικότερα, η βιολογική γεωργία είναι ένας τρόπος εκτροφής που δίνει ιδιαίτερη προσοχή στη φύση. Σημαίνει λιγότερες χημικές ουσίες στη γη, όπως τα τεχνητά λιπάσματα, που μπορούν να μολύνουν τις πλωτές οδούς. Σημαίνει μεγαλύτερη βιοποικιλότητα, απουσία κτηνιατρικών φαρμάκων, όπως τα αντιβιοτικά στην εκτροφή ζώων και η αποφυγή της γενετικής τροποποίησης. Η βιολογική γεωργία μπορεί επίσης να προσφέρει οφέλη για την καλή μεταχείριση των ζώων, καθώς τα ζώα πρέπει να διατηρούνται σε πιο φυσικές, ελεύθερες συνθήκες (Mateo et.al. 2017).

## 2.5 ΜΕΤΑΛΛΑΓΜΕΝΑ ΤΡΟΦΙΜΑ

Τα γενετικώς τροποποιημένα τρόφιμα (ή γενετικά τροποποιημένα τρόφιμα) είναι τα τρόφιμα που παράγονται από φυτά ή ζώα των οποίων το DNA έχει μεταβληθεί μέσω της γενετικής μηχανικής. Η γενετική είναι η διαδικασία του άμεσου χειρισμού των γονιδίων ενός οργανισμού - για παράδειγμα, η μεταμόσχευση DNA από άλλους οργανισμούς. Είναι διαφορετικό από τη συμβατική μέθοδο εκλεκτικής αναπαραγωγής φυτών και ζώων για να αποκτήσουν τα επιθυμητά χαρακτηριστικά. Τα γενετικώς τροποποιημένα τρόφιμα βρίσκονται στην αμερικανική αγορά από το 1994, από τότε που εισήχθησαν ντομάτες "Flavr Savr" που είχαν κατασκευαστεί για να ωριμάσουν πιο αργά.

Δεν υπάρχει κανένας προκαθορισμένος τύπος γενετικά τροποποιημένου οργανισμού - η γενετική μηχανική είναι ένα εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για διάφορους σκοπούς. Το μεγαλύτερο μέρος του καλαμποκιού και της σόγιας που καλλιεργούνται στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει τροποποιηθεί γενετικά ώστε να είναι ανθεκτικό στα ζιζανιοκτόνα, έτσι ώστε να είναι ευκολότερο να ψεκαστούν οι καλλιέργειες με το ζιζανιοκτόνο. Άλλες καλλιέργειες έχουν τροποποιηθεί ώστε να αντέχουν τα παράσιτα. Αλλά η γενετική μηχανική θα μπορούσε ενδεχομένως να συμβάλει στη δημιουργία καλλιεργειών που μπορούν να επιβιώσουν από την ξηρασία, ή να βοηθήσουν στην παραγωγή τροφής που είναι πιο θρεπτική.

Υπάρχει ευρεία επιστημονική συναίνεση ότι τα γενετικώς τροποποιημένα τρόφιμα που κυκλοφορούν σήμερα στην αγορά δεν αποτελούν πλέον κίνδυνο για την υγεία από τα κανονικά τρόφιμα. Ακόμα όμως από μερίδα της επιστημονικής κοινότητας, τα γενετικώς τροποποιημένα τρόφιμα είναι αμφιλεγόμενα (Magnussona et al., 2003).

## 2.6 ΈΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Όταν ένα άτομο καταναλώνει περισσότερες θερμίδες από ό, τι χρησιμοποιεί ως ενέργεια, το σώμα του θα αποθηκεύσει τις επιπλέον θερμίδες ως λίπος. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολικό βάρος και παχυσαρκία.

Επίσης, ορισμένοι τύποι τροφίμων είναι πιθανότερο να οδηγήσουν σε αύξηση του σωματικού βάρους, ειδικά σε εκείνους που έχουν υψηλά λιπαρά και σάκχαρα.

Τα τρόφιμα που τείνουν να αυξάνουν τον κίνδυνο του σωματικού βάρους περιλαμβάνουν:

- Ø γρήγορο φαγητό
- Ø τηγανητά τρόφιμα

- Ø επεξεργασμένα κρέατα
- Ø πολλά γαλακτοκομικά προϊόντα
- Ø τρόφιμα με προσθήκη ζάχαρης,
- Ø τρόφιμα που περιέχουν κρυφά σάκχαρα, όπως κονσερβοποιημένα και συσκευασμένα είδη διατροφής
- Ø αλκοολούχα ποτά
- Ø επεξεργασμένα, υψηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες τρόφιμα(Magnussona et al., 2003)

Τρώγοντας πάρα πολύ από αυτά τα τρόφιμα και κάνοντας λίγη άσκηση μπορεί το άτομο να οδηγηθεί σε αύξηση βάρους και παχυσαρκία. Ένα άτομο που ακολουθεί μια διατροφή που αποτελείται κυρίως από φρούτα, λαχανικά, δημητριακά ολικής αλέσεως και νερό δεν κινδυνεύει να πάρει υπερβολικό βάρος. Τα φρέσκα τρόφιμα και τα δημητριακά ολικής αλέσεως περιέχουν ίνες, γεγονός που κάνει το άτομο να αισθάνεται κορεσμό για περισσότερο χρόνο και να ενθαρρύνει την υγιή πέψη.

Κατά την ανάπτυξη και την παραγωγή υγιεινότερων προϊόντων υπάρχουν πολλές προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Κατά την επιλογή συστατικών για υγιεινότερα προϊόντα, είναι σημαντικό να εξεταστεί το αποτέλεσμα που μπορεί να έχει αυτό για την επεξεργασία και το χειρισμό, την ποιότητα των προϊόντων και την ασφάλεια των τροφίμων.

Η επιλογή των καταλληλότερων συστατικών πρέπει να γίνεται στο πλαίσιο του οδηγού πίσω από την αναδιατύπωση. Για παράδειγμα, αυτό μπορεί να είναι δεσμεύσεις ευθύνης, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης των επιπέδων κορεσμένων λιπαρών, αλατιού και ζάχαρης στα παρασκευασμένα τρόφιμα, η ανάπτυξη λειτουργικών τροφίμων που παρέχουν στον καταναλωτή συγκεκριμένα οφέλη για την υγεία ή δημιουργούν προϊόντα για άτομα με ειδικές διατροφικές ανάγκες (συγκεκριμένα αλλεργιογόνα). Βασικές τάσεις στα προϊόντα διατροφής είναι οι εναλλακτικές πρωτεΐνες στις πρωτεΐνες του κρέατος, όπως τα έντομα, τα φύκια και η πρωτεΐνη του ορού γάλακτος, η πεπτική υγεία και η διαχείριση του βάρους(Mateo et.al. 2017).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

#### **3.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Τα υπέρβαρα παιδιά έχουν αρνητική εικόνα σώματος με αποτέλεσμα να αισθάνονται μειονεκτικά και να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Παράλληλα, παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης και έντονη ανησυχία με αποτέλεσμα να υπάρχει αρνητικό αντίκτυπο στη συμπεριφορά τους το οποίο με τη σειρά του οδηγεί σε προβλήματα στην κοινωνικότητα τους και στην εκπαιδευτική διαδικασία.

Η παχυσαρκία δεν είναι ψυχολογική διαταραχή, αλλά ορισμένοι ερευνητές και κλινικοί γιατροί υποστηρίζουν ότι πρέπει να θεωρείται ένα πρόβλημα διανοητικής ή συμπεριφοράς. Η παχυσαρκία παραμένει μια ιατρική κατάσταση και, ίσως για τον λόγο αυτό, η διεθνής έρευνα δεν έχει επικεντρωθεί στην κατανόηση των ψυχολογικών επιπτώσεων της ζωής με την παχυσαρκία ούτε στην επίδραση της ψυχικής υγείας στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Αν και οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας έχουν εμπλακεί στη θεραπεία και / ή την πρόληψη της παχυσαρκίας, υποτίθεται ότι η απώλεια βάρους ή η πρόληψη της αύξησης του σωματικού βάρους, αντίστοιχα, θα λύσει τα ψυχολογικά / συναισθηματικά ζητήματα από αυτά που μπορεί να συνοδεύουν το υπερβολικό βάρος. Πρέπει να σημειωθεί ότι η θεραπεία της παιδιατρικής παχυσαρκίας μπορεί να ποικίλει ανάλογα με την ηλικία, καθώς οι προσεγγίσεις στην παιδική παχυσαρκία οδηγούνται σε ένα πιο ολοκληρωμένο μοντέλο κοινής ευθύνης παροχής υπηρεσιών. *Ο στιγματισμός βάσει βάρους ορίζεται ως οι "αρνητικές στάσεις και πεποιθήσεις που σχετίζονται με το βάρος και εκδηλώνονται με στερεότυπα, προκατάληψη, απόρριψη και προκατάληψη έναντι παιδιών και εφήβων επειδή είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι".* Συνεπώς οι ψυχικές αλλοιώσεις που οφείλονται στην παχυσαρκία αφορούν μεγάλο αριθμό παιδιών και πρέπει να ελέγχονται συστηματικά (Magnussona et al., 2003).

#### **3.2 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Τα παιδιά που παρουσιάζουν παχυσαρκία δύναται να εμφανίσουν πολλά προβλήματα υγείας όπως είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, υψηλή αρτηριακή πίεση και αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης. Η παιδική παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου 2 με αντοχή στην ινσουλίνη. Επίσης, τα παιδιά μπορεί να διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης



αναπνευστικών προβλημάτων όπως το άσθμα. Η παχυσαρκία προκαλεί δύσπνοια και άπνοια ύπνου. Οι φυσικές επιδράσεις της παχυσαρκίας μπορεί επίσης να επιβαρύνουν το μυοσκελετικό σύστημα που προκαλεί δυσφορία λόγω αυξημένου βάρους στην άρθρωση, προκαλώντας μυϊκή και οστική διαταραχή. Τέλος, μπορεί να επηρεάσει το ήπαρ προκαλώντας λιπώδη εκφυλισμό του ήπατος (Georgescu et.al. 2011).

Αναλυτικότερα, η αυξημένη θνησιμότητα σχετίζεται με αυξημένο σωματικό βάρος. Ένας υψηλός βαθμός θνησιμότητας οφείλεται σε καρδιακές παθήσεις, σακχαρώδη διαβήτη, ασθένεια της χοληδόχου κύστης, υψηλή αρτηριακή πίεση και καρκίνο. Εμφανίζονται καρδιαγγειακές μεταβολές, με αποτέλεσμα την υπερτροφία της αριστερής κοιλίας και τις ανωμαλίες των λιπιδίων. Η υπέρταση, το εγκεφαλικό επεισόδιο και η φλεβική στάση αυξάνονται. Οι πνευμονικές ανωμαλίες περιλαμβάνουν αποφρακτική άπνοια ύπνου, η οποία μπορεί να σχετίζεται με δευτερογενή πολυκυτταραιμία και υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας.

Σε παιδιά και ενήλικες, η παχυσαρκία προκαλεί γενικευμένη βλάβη στο αγγειακό σύστημα. Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει επίσης φλεγμονώδη ενεργοποίηση, τόσο τοπικά στο αγγειακό τοίχωμα όσο και στον λιπώδη ιστό. Οι Picard και Guarente (2005) ανέφεραν στη μελέτη τους αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γονιδίων ρύθμισης της διάρκειας ζωής και των λειτουργιών λιπώδους ιστού. Έτσι, η παχυσαρκία μπορεί να θεωρηθεί μια διαδικασία που είναι συμβατή με την επιταχυνόμενη γήρανση η οποία μπορεί - τουλάχιστον εν μέρει - να εξηγήσει την επιταχυνόμενη ανάπτυξη της αθηροσκλήρωσης σε παιδιά και νέους ενήλικους με παχυσαρκία.

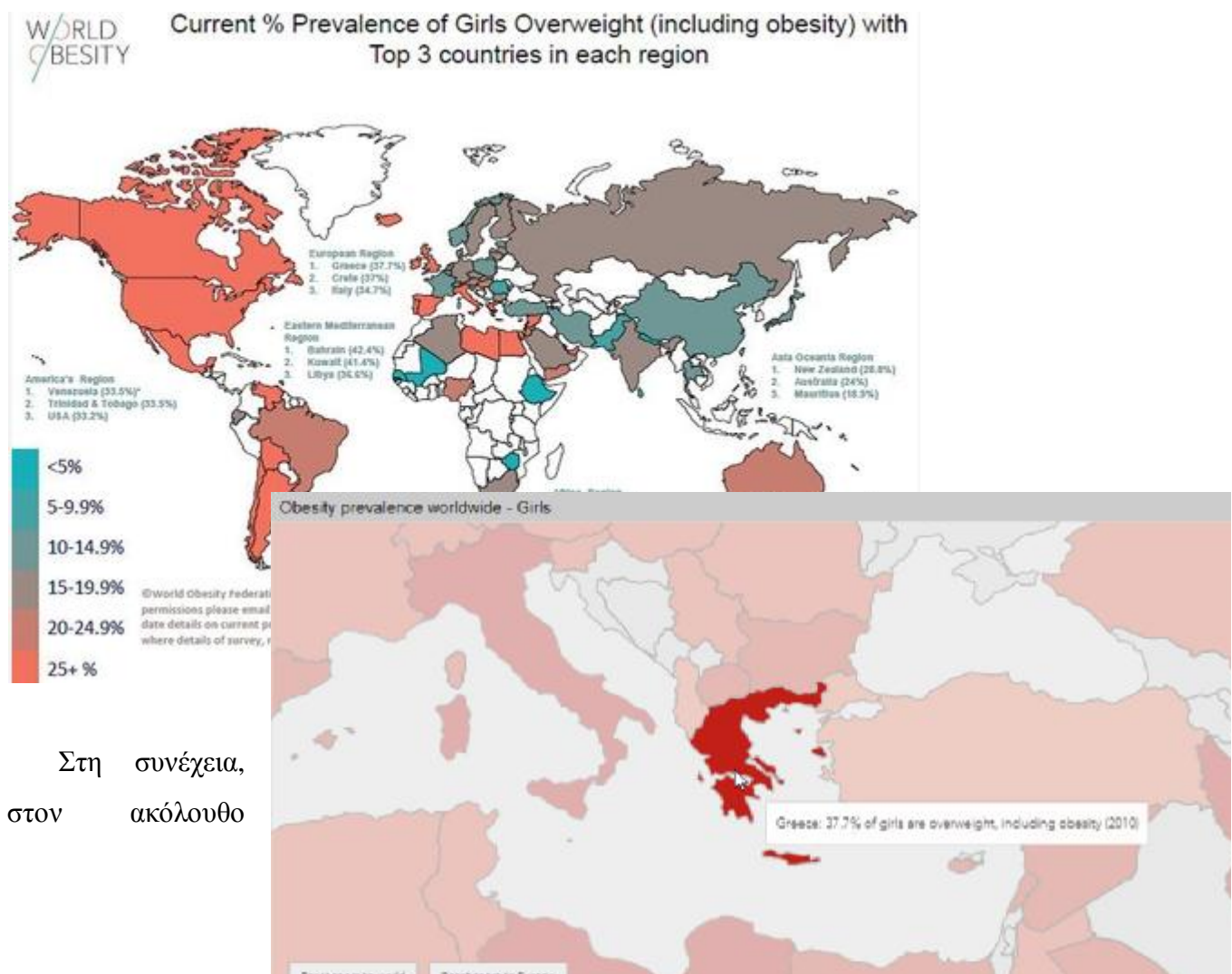
Τα παχύσαρκα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν άμεσες επιπτώσεις στην υγεία, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας που σχετίζονται με το βάρος κατά την ενηλικίωση. Τα παχύσαρκα παιδιά και οι έφηβοι έχουν διαπιστωθεί ότι έχουν παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (CVD), συμπεριλαμβανομένων των υψηλών επιπέδων χοληστερόλης, της υψηλής αρτηριακής πίεσης και της ανώμαλης ανοχής στη γλυκόζη. Σε ένα δείγμα ηλικίας 5 έως 17 ετών, σχεδόν το 60% των υπέρβαρων παιδιών είχε τουλάχιστον έναν παράγοντα κινδύνου CVD και το 25% των υπέρβαρων παιδιών είχε δύο ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου CVD. Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει ότι τα παχύσαρκα παιδιά και οι έφηβοι είναι πιο πιθανό να γίνουν παχύσαρκοι ως ενήλικες (Niemann et.al. 2011).

### 3.3 ΠΑΓΚΟΣΜΙΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΤΟΥ Π.Ο.Υ. ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η παγκόσμια επικράτηση της παχυσαρκίας σχεδόν διπλασιάστηκε μεταξύ του 1980 και του 2008. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των χωρών για το 2008, πάνω από το 50% των ανδρών και των γυναικών στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια της ΠΟΥ ήταν υπέρβαροι και περίπου το 23% των γυναικών και το 20% των ανδρών ήταν παχύσαρκοι. Με βάση τις τελευταίες εκτιμήσεις στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το υπερβολικό βάρος επηρεάζει το 30-70% και η παχυσαρκία επηρεάζει το 10-30% των ενηλίκων.

Οι εκτιμήσεις για τον αριθμό των υπέρβαρων βρεφών και παιδιών στην ευρωπαϊκή περιφέρεια της ΠΟΥ αυξήθηκαν σταθερά από το 1990 έως το 2008. Πάνω από το 60% των παιδιών που είναι υπέρβαρα πριν την εφηβεία θα είναι υπέρβαρα στην πρώιμη ενηλικίωση. Η παιδική παχυσαρκία συνδέεται έντονα με παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτη τύπου 2, ορθοπαιδικά προβλήματα, ψυχικές διαταραχές, χαμηλή επίδοση στο σχολείο και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση.

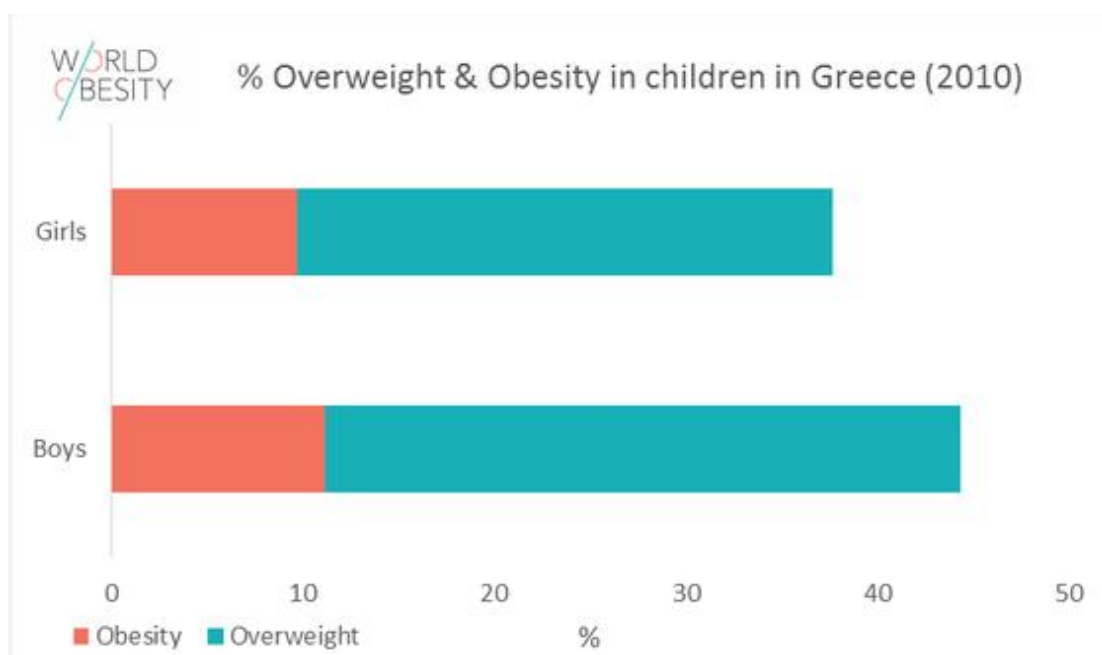
Στην Ελλάδα, όπως είναι εμφανές από το χάρτη που ακολουθεί τα κορίτσια καταλαμβάνουν την πρώτη θέση στα υπέρβαρα κορίτσια της Ευρώπης.



Στη συνέχεια,  
στον ακόλουθο

χάρτη παρατηρείται το ποσοστό των υπέρβαρων κοριτσιών στην Ελλάδα για το 2010.

Το ακόλουθο γράφημα παρουσιάζει τα παιδιά που είναι υπέρβαρα και παχύσαρκα στην Ελλάδα σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2010 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό κατά της Παχυσαρκίας.



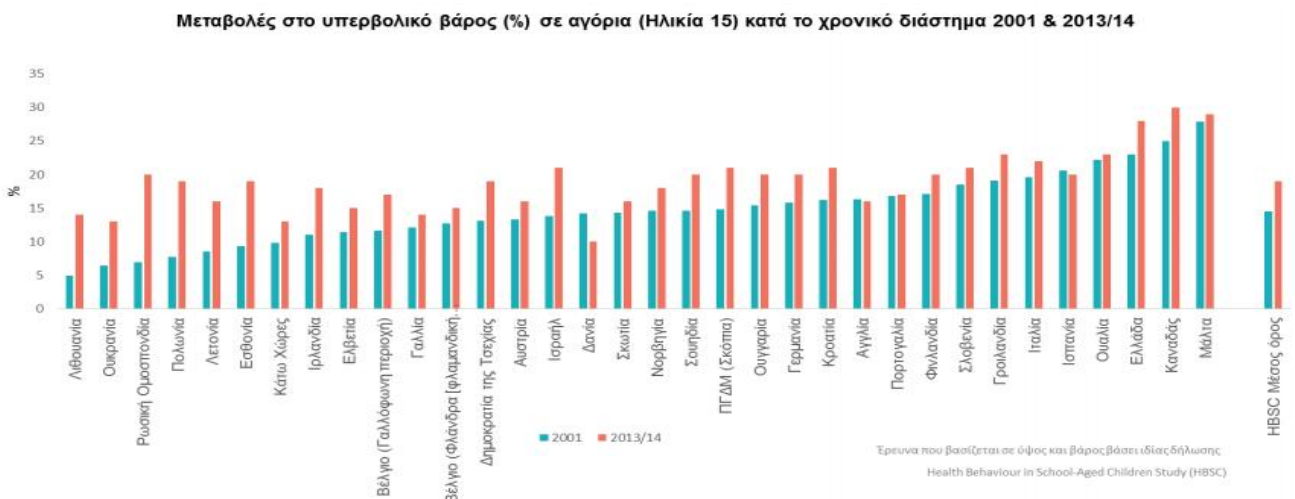
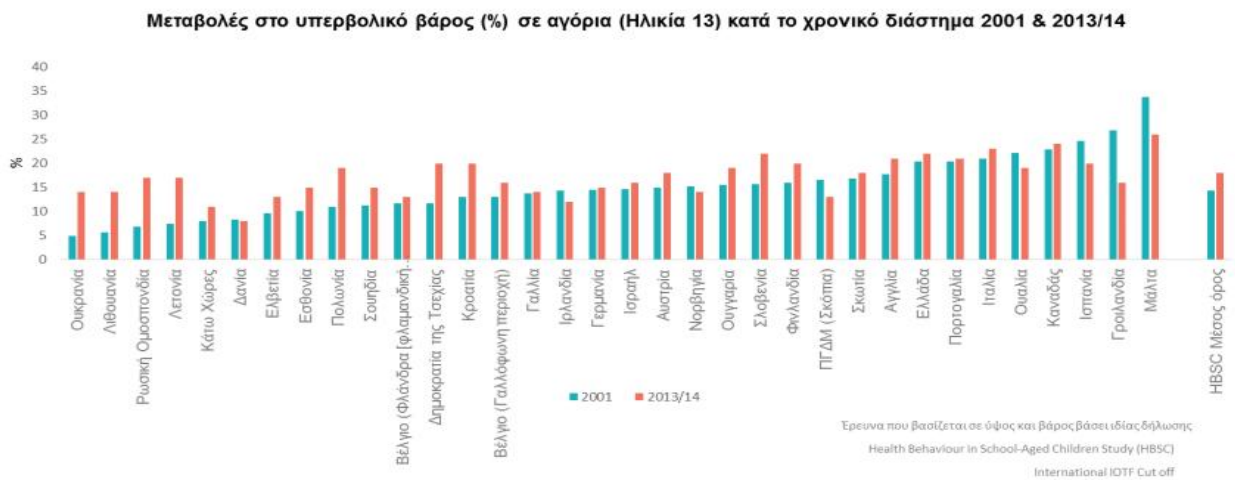
Το 2016, περίπου 41 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Μέχρι πρότινος οριζόταν ως ένα πρόβλημα των ανεπτυγμένων χωρών. Ωστόσο όμως παρατηρείται και στις αναπτυσσόμενες χώρες αλλά και στις υποανάπτυκτες χώρες.

Σύμφωνα με στοιχεία που έχουν δημοσιευτεί στην Αφρική, ο αριθμός των υπέρβαρων παιδιών ηλικίας κάτω των 5 ετών έχει αυξηθεί κατά 50% περίπου από το 2000. Το 2016 πάνω από 340 εκατομμύρια παιδιά και έφηβοι ηλικίας 5-19 ετών ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας μεταξύ των παιδιών και των εφήβων ηλικίας 5-19 ετών αυξήθηκε δραματικά από μόλις 4% το 1975 σε μόλις πάνω από 18% το 2016. Η άνοδος παρατηρήθηκε παρομοίως τόσο μεταξύ αγοριών όσο και κοριτσιών. Το 2016 το 18% των αγοριών ήταν υπέρβαρο.

Το 2016 περισσότερα από 124 εκατομμύρια παιδιά και έφηβοι (6% των κοριτσιών και 8% των αγοριών) ήταν παχύσαρκα σε σχέση με το 1975 όπου το 1% των παιδιών και των

εφήβων ηλικίας 5-19 ετών ήταν παχύσαρκοι. Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία συνδέονται με περισσότερους θανάτους παγκοσμίως σε σχέση με τους θανάτους από υποσιτισμό. Σε παγκόσμιο επίπεδο υπάρχουν περισσότεροι άνθρωποι που είναι παχύσαρκοι από ότι υποσιτισμένοι αυτό συμβαίνει σε κάθε περιοχή εκτός από περιοχές της Υποσαχάριας Αφρικής και της Ασίας.

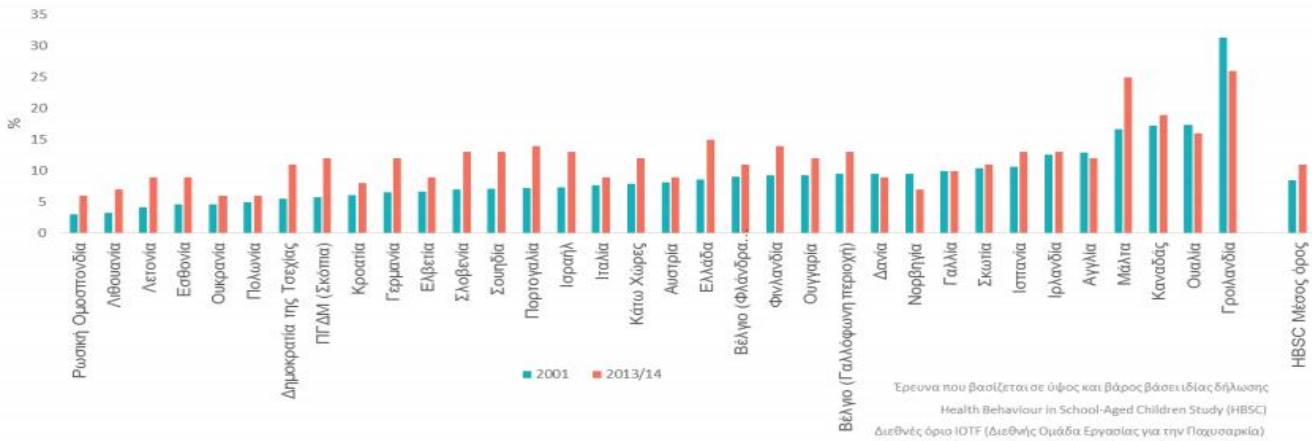
Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται οι μεταβολές των υπέρβαρων παιδιών (αγόρια και κορίτσια ηλικίας 13 και 15 ετών ) από το 2001 έως το 2012 –2014.



**Μεταβολές στο υπερβολικό βάρος (%) σε Κορίτσια (Ηλικία 13) κατά το χρονικό διάστημα 2001 & 2013/14**



**Μεταβολές στο υπερβολικό βάρος (%) σε Κορίτσια (Ηλικία 15) κατά το χρονικό διάστημα 2001 & 2013/14**



Μεταβολές των υπέρβαρων παιδιών ( αγόρια και κορίτσια ηλικίας 13 και 15 ετών ) από το 2001 έως το 2012 – 2014

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Οι νοσηλευτές αποτελούν αναπόσπαστο μέρος οποιασδήποτε πολυεπιστημονικής ομάδας και έχουν ρόλους που συνεχίζουν να αναπτύσσονται και να επεκτείνονται ως απάντηση σε οικονομικά κίνητρα, ελλείψεις ιατρού και επιτακτική ανάγκη μείωσης της πίεσης στα νοσοκομεία. Οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν ένα αυξανόμενο ποσοστό της διαχείρισης χρόνιων ασθενειών και προληπτικών συμβουλών για την υγεία. Μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των παρεμβάσεων περίθαλψης παρέχει ισχυρά διεθνή αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών σε ένα ευρύ φάσμα ρόλων, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης χρόνιων ασθενειών, της πρόληψης ασθενειών, της προαγωγής της υγείας και της ικανοποιητικής συμμόρφωσης των ασθενών στην αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων, (ποιότητα θνησιμότητας, ποιότητα φροντίδας, συμμόρφωση, γνώση, ικανοποίηση) και χρήση των πόρων.

Οι παρεμβάσεις αλλαγής τρόπου ζωής επικεντρώνονται στην αύξηση των υγιεινών συμπεριφορών σε ατομικό επίπεδο και στη μείωση του κινδύνου χρόνιων ασθενειών ελέγχοντας τις φυσιολογικές μεταβλητές που είναι γνωστό ότι συνδέονται με την εμφάνιση χρόνιων νόσων. Οι συστηματικές ανασκοπήσεις παρέχουν ισχυρή απόδειξη ότι οι παρεμβάσεις του τρόπου ζωής είναι αποτελεσματικές: στην αποτροπή της αύξησης του σωματικού βάρους σε ενήλικες που είναι παχύσαρκοι, στη μείωση της υπέρτασης, στη μείωση των επιπέδων λιπιδίων και στη μείωση της εμφάνισης του διαβήτη τύπου 2. Οι νοσηλευτές μπορούν να προωθήσουν υγιή πρότυπα τρόπου ζωής που μειώνουν τους κινδύνους παχυσαρκίας.

Οι νοσηλευτές στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη προσφέρουν ένα αυξανόμενο ποσοστό της διαχείρισης και συμβουλών προληπτικού τρόπου ζωής. Για παράδειγμα, ο θηλασμός, η σωματική δραστηριότητα, τα κανονικά γεύματα και η παροχή συμβουλών σε θέματα διατροφής και βάρους είναι όλες οι περιοχές στις οποίες μπορεί να βοηθήσουν οι νοσηλευτές μείωση του κινδύνου παχυσαρκίας.

Στις ΗΠΑ, οι νοσηλευτές παρέχουν υγεία σχετιζόμενη με το βάρος και την ενημέρωση του κοινού. Οι νοσηλευτές του σχολείου μπορούν να χρησιμοποιήσουν ερευνητικά στοιχεία για το σχεδιασμό την προαγωγή της υγείας για διάφορους πληθυσμούς. Σε όλες τις ΗΠΑ, οι νοσηλευτές του σχολείου ενθαρρύνονται - να ακολουθήσουν ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης παιδικής παχυσαρκίας (Lee et.al. 2005).

Οι πρακτικές νοσηλευτικής που παρουσιάστηκαν από πολλές χώρες τόσο της ΕΕ όσο και της άλλης άκρης του Ατλαντικού, κατέδειξαν με τον πιο εμφανή τρόπο ότι ο νοσηλευτής μπορεί να στηρίξει το σύστημα υγείας μιας χώρας και να βοηθήσει στον εξορθολογισμό των δαπανών και αυτό για την χώρα μας είναι εξαιρετικά αναγκαίο και σημαντικό.

Ας δούμε αναλυτικά, ορισμένες πρακτικές Νοσηλευτικής που παρουσιάστηκαν στο συνέδριο:

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ως αναγκαιότητα εμφανίστηκε τη δεκαετία του 1970. Έκτοτε έχουν γίνει πολλά σε θεσμικό και επιστημονικό επίπεδο και η ΠΦΥ έχει αναπτυχθεί και δοκιμαστεί ανά την υφήλιο σε πληθώρα εθνικών συστημάτων υγείας και μοντέλων συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Αντίστοιχα, έχει εξελιχθεί και η νοσηλευτική επιστήμη, κύτταρο της οποίας είναι η Κοινωνική Νοσηλευτική. Ανάλογη της εξέλιξης αυτής είναι και η ανάπτυξη και εφαρμογή του ρόλου του Νοσηλευτή στην ΠΦΥ που συναντάται σε ποικίλες μορφές και επίπεδα εφαρμογής μεταξύ των χωρών της Ευρώπης και διεθνώς. Για παράδειγμα, στη βόρεια-βορειοδυτική Ευρώπη και σε χώρες όπως η Σουηδία, η Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο ή τη Γαλλία υπάρχει μακρά εμπειρία της συμμετοχής των Νοσηλευτών στην ΠΦΥ, ενώ στην κεντρική Ευρώπη και το Νότο, όπως στη Γερμανία, Κροατία και Ιταλία, ο Νοσηλευτικός ρόλος υπολείπεται κυρίως λόγω της αυξημένης πυκνότητας γιατρών στον γενικό πληθυσμό, έναντι αυτής των νοσηλευτών.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχει μακρά ιστορία συμμετοχής και δράσης του νοσηλευτή στην κοινότητα. Όπως και οι Σκανδιναβοί συνάδελφοί τους έχουν ειδική εκπαίδευση (Nurse Practitioners), είναι υψηλών προσόντων και ειδικευμένοι στη συνταγογράφηση φαρμάκων (Nelson et.al. 2006).

Στη Γαλλία, οι δημόσιες αρχές έχουν ήδη στραφεί στην προσπάθεια της μείωσης των δαπανών υγείας και κυρίως αυτών που προκύπτουν από την νοσοκομειακή περίθαλψη και τη μακροχρόνια νοσηλεία ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Για το λόγο αυτό, έχουν δημιουργηθεί και αναπτυχθεί προγράμματα που ενθαρρύνουν τους ασθενείς να επιστρέφουν στο σπίτι και να επωφελούνται της κατ' οίκον φροντίδας τους από τους νοσηλευτές που είναι ο κύριος αν όχι ο μόνος επαγγελματίας υγείας που πραγματοποιεί τέτοιου είδους επισκέψεις. Πάνω από 65% των κατ' οίκον επισκέψεων για χρόνια προβλήματα υγείας γίνεται από νοσηλευτές, μειώνοντας έτσι τη διάρκεια των ημερών νοσηλείας, ενώ το 93% της κατ' οίκον φροντίδας γίνεται από ελεύθερους επαγγελματίες νοσηλευτές που αυτή τη στιγμή στη Γαλλία φτάνουν περίπου τους 100.000, δηλαδή το 20% του συνόλου των νοσηλευτών της χώρας όπου εργάζονται αυτόνομα ή συγκροτούν μικρές ομάδες-εταιρείες.

Από την άλλη πλευρά του Ατλαντικού, στον Καναδά, για το οποίο προσφάτως γίνεται λόγος και από Υπουργείο Υγείας, ο ρόλος του Νοσηλευτή στην ΠΦΥ είναι ιδιαίτερα αναβαθμισμένος. Ο Καναδός ειδικευμένος νοσηλευτής (Nurse Practitioner) είναι ένας αυτόνομος επαγγελματίας υγείας με προηγμένη εκπαίδευση που παρέχει ουσιώδεις υπηρεσίες υγείας βασισμένες σε αυστηρά επαγγελματικά, ηθικά και νομικά πρότυπα (Moore et.al. 2009).



## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Όσον αφορά το σκοπό της παρούσας μελέτης αυτός ήταν η διερεύνηση των Διατροφικών συνήθειων παιδιών και εφήβων και ο ρόλος του νοσηλευτή.

#### **5.2 ΔΕΙΓΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Όπως είναι νοητό ως πληθυσμό της μελέτης ορίζονταν όλα τα παιδιά της εφηβικής ηλικίας (12 έως 18 ετών). Υπήρξε τυχαία επιλογή του δείγματος σε κατασκηνώσεις της Πάτρας, των Λεχαινών και του Αιγίου όπου λήφθηκε άδεια από τους υπεύθυνους, ενώ υπήρξε δειγματοληψία ευκολίας. Συνολικά συλλέχθηκαν 127 ερωτηματολόγια από 57 αγόρια (44,9% του δείγματος) και 70 κορίτσια (55,1% του δείγματος). Η μέση ηλικία του δείγματος ισούταν με 15,83 έτη (με τυπική απόκλιση από το μέσο τα 0,87 έτη), με το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος να ήταν παιδιά που ήταν 16 ετών (39,4% του δείγματος). ακόμη τα περισσότερα παιδιά επρόκειτο να φοιτήσουν στη Δευτέρα λυκείου (39,4% του δείγματος).

Το μέσο βάρος του δείγματος ισούταν με 67,49 κιλά (με τυπική απόκλιση από το μέσο τα 8,64 κιλά), το ελάχιστο βάρος ισούταν με 50 κιλά και το μέγιστο βάρος ισούταν με 96 κιλά. Τα περισσότερα παιδιά ήταν από 66 έως 75 κιλά (40,2% του δείγματος). Επιπλέον 23 παιδιά ήταν από 76 έως 85 κιλά (18,1% του δείγματος), σχετικά με το μέσο ύψος του δείγματος ισούταν με 1,68 μέτρα (με τυπική απόκλιση από το μέσο τα 5,9 εκατοστά), το ελάχιστο ύψος ισούταν με 1,55 μέτρα και το μέγιστο ύψος ισούταν με 1,85 μέτρα. Τα περισσότερα παιδιά ήταν από 166 έως 175 εκατοστά σε ύψος (62,2% του δείγματος). Τέλος το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ανήκε σε τετραμελείς οικογένειες (34,6% του δείγματος) ενώ τα περισσότερα παιδιά διέμεναν σε μεγάλες πόλεις εκτός της Αττικής (55,1% του δείγματος).

### **5.3 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ**

Ωστε να είναι εφικτή η συλλογή απαντήσεων έγινε χρήση ενός ερωτηματολογίου που αποτελούνταν από 4 ενότητες και 41 ερωτήσεις. Αυτές οι ενότητες ερευνούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, τις διατροφικές συνήθειες, τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων & διατροφικής συμπεριφοράς, τις φυσικές δραστηριότητες και τις διατροφικές συνήθειες με την κλίμακα KIDMED (Serra- Majem et al.(2004).

Το ερωτηματολόγιο εμπεριείχε τροποποιήσεις ώστε να είναι εφικτή η χρήση τους στις απαιτήσεις της παρούσας μελέτης.

### **5.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

Τα στοιχεία που προέκυψαν μετά την συλλογή των απαντήσεων ψηφιοποιήθηκαν και εισάχθηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS. Τα δεδομένα αναλύθηκαν μέσω των συχνοτήτων (απόλυτες (N) και σχετικές (%) συχνότητες). Επιπλέον έγινε ανάλυση μέσω ελέγχου συσχετίσεων καθώς και διασταύρωσης απαντήσεων (Δημητρόπουλος, 2004).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

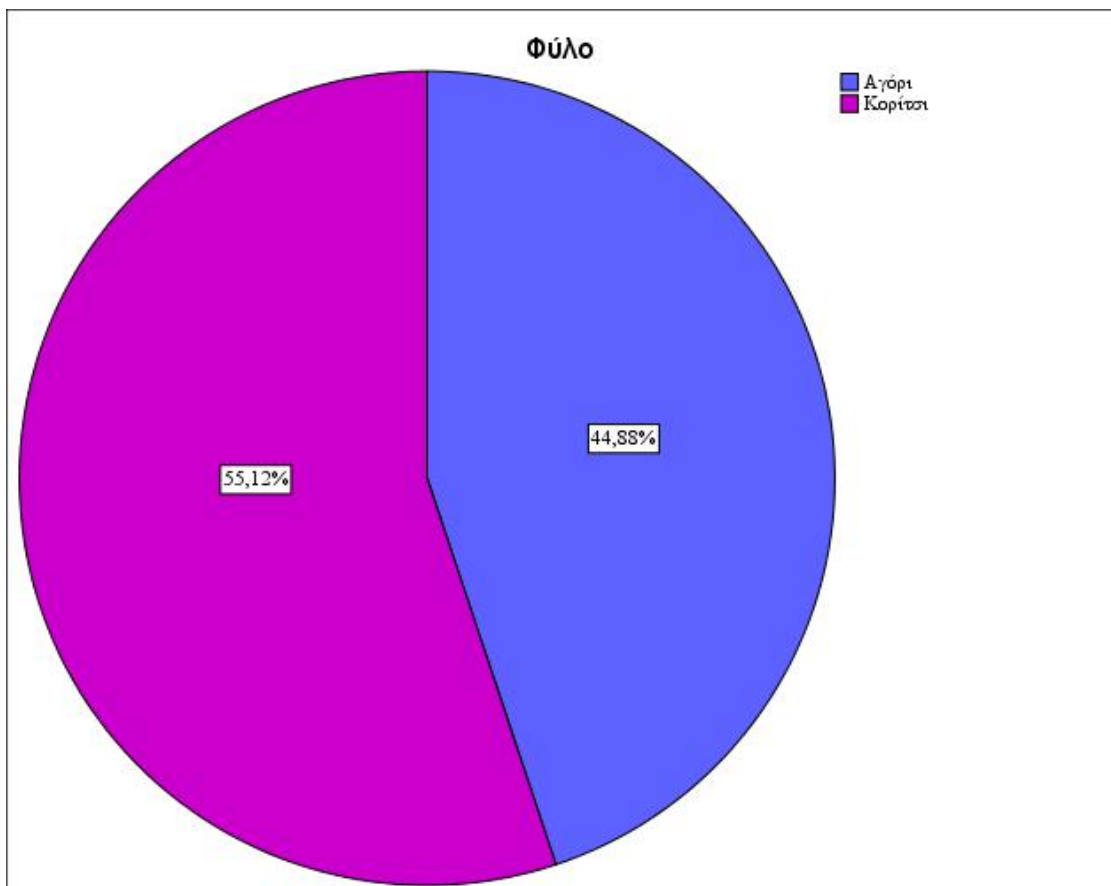
Ερώτηση 1:

Φύλο

Από τα 127 παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα τα 57 ήταν αγόρια (44,9% του δείγματος) ενώ τα υπόλοιπα 70 ήταν κορίτσια (55,1% του δείγματος).

		Φύλο	
		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	Αγόρι	57	44,9
	Κορίτσι	70	55,1
Σύνολο		127	100,0

Πίνακας συχνοτήτων 1: Παρουσίαση του φύλου των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπειτα η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 1: Παρουσίαση του φύλου των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

## Ερώτηση 2:

### Ηλικία

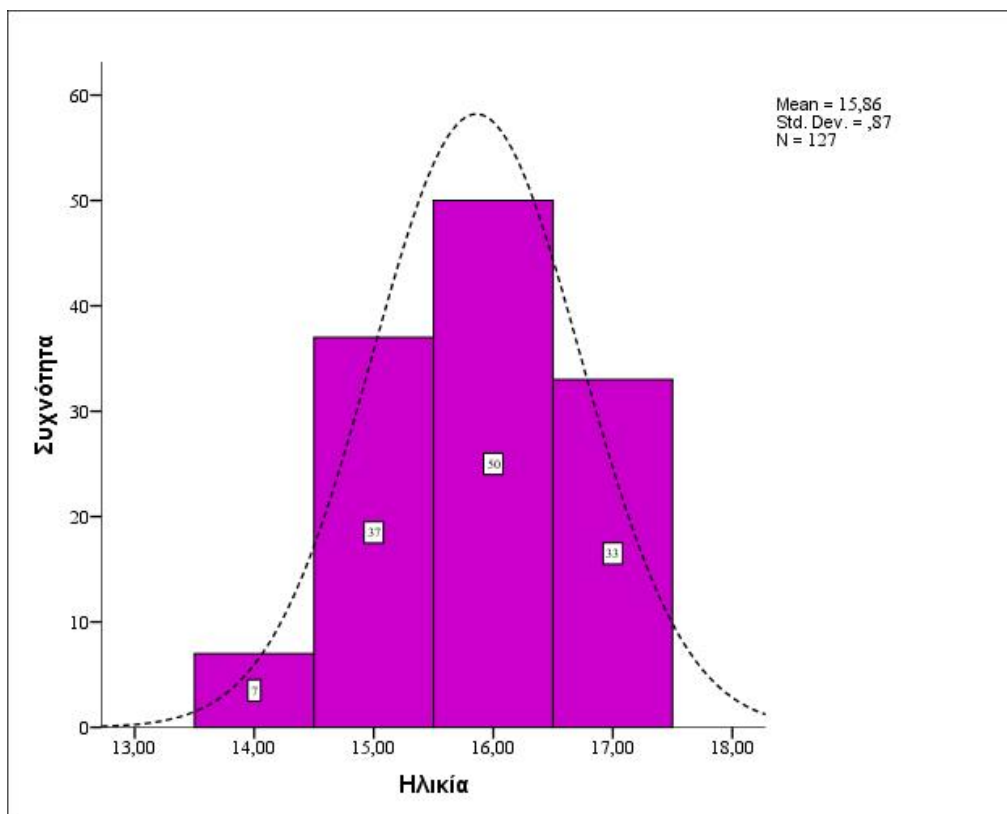
Η μέση ηλικία του δείγματος ισούταν με 15,83 έτη (με τυπική απόκλιση ίση με 0,87 έτη), επίσης 7 εξ αυτών ήταν παιδιά ηλικίας 14 ετών (5,5% του δείγματος). Επιπλέον 37 παιδιά ήταν 15 ετών (29,4% του δείγματος), 50 παιδιά ήταν 16 ετών (39,4% του δείγματος) και 33 παιδιά ήταν 17 ετών (26% του δείγματος).

		Ηλικία	
		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	14,00	7	5,5
	15,00	37	29,1
	16,00	50	39,4
	17,00	33	26,0
	Σύνολο	127	100,0

Πίνακας συχνοτήτων 2: Παρουσίαση της ηλικίας των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπεται η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.

Ηλικία					
	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ηλικία	127	14	17	15,8	,87036
Έγκυρο N	127			583	

Πίνακας 1: Παρουσίαση των περιγραφικών στοιχείων της ηλικίας των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα.



Ιστόγραμμα 1: Παρουσίαση της ηλικίας των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα με τη χρήση συχνοτήτων των απαντήσεων.

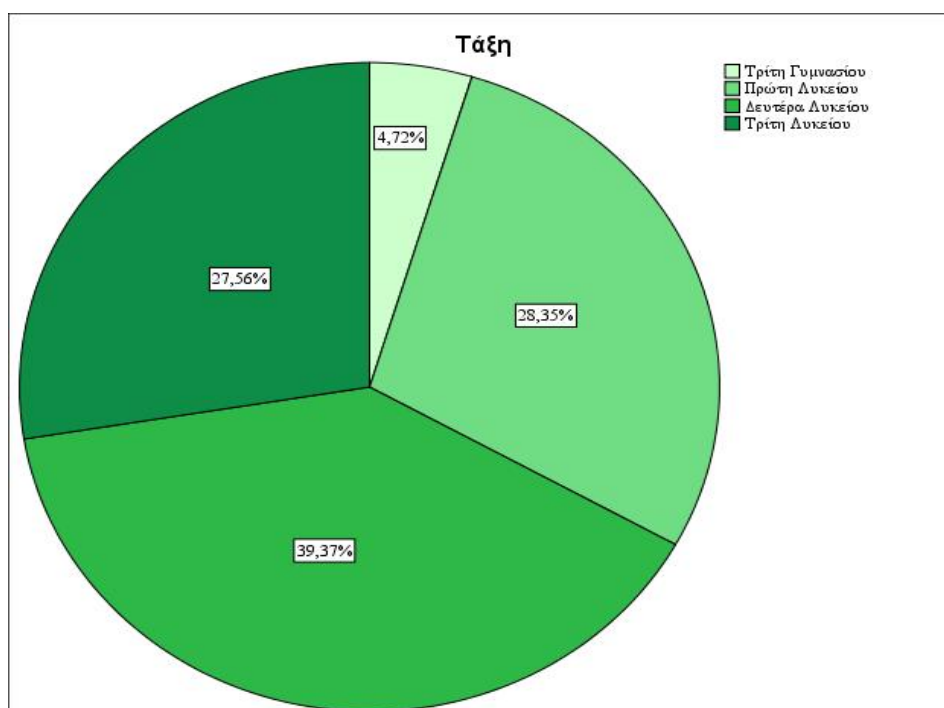
### Ερώτηση 3:

#### Τάξη

Αναφορικά με τις τάξεις που φοιτούσαν τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα, 6 εξ αυτών θα ήταν μαθητές ή μαθήτριες της Τρίτης γυμνασίου (4,7% του δείγματος). Επιπλέον 36 παιδιά θα ήταν μαθητές ή μαθήτριες της πρώτης λυκείου (28,3% του δείγματος), 50 παιδιά θα φοιτούσαν στη Δευτέρα λυκείου (39,4% του δείγματος) και 35 παιδιά επρόκειτο να φοιτήσουν στην Τρίτη Λυκείου (27,6% του δείγματος).

		Τάξη	
		Συχνότητα	Ποσοστό
Εγκυρο	Τρίτη Γυμνασίου	6	4,7
	Πρώτη Λυκείου	36	28,3
	Δευτέρα Λυκείου	50	39,4
	Τρίτη Λυκείου	35	27,6
Σύνολο		127	100,0

Πίνακας συχνοτήτων 3: Παρουσίαση της τάξης φοίτησης των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπειτα η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 2: Παρουσίαση της τάξης φοίτησης των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

#### Ερώτηση 4:

#### Βάρος

Το μέσο βάρος του δείγματος ισούταν με 67,49 κιλά (με τυπική απόκλιση ίση με 8,64 κιλά), το ελάχιστο βάρος ισούταν με 50 κιλά και το μέγιστο βάρος ισούταν με 96 κιλά. Πιο συγκεκριμένα 10 παιδιά ήταν έως 55 κιλά (7,9% του δείγματος), ακόμη 40 παιδιά ήταν από 56 έως 65 κιλά (31,5% του δείγματος) ενώ 51 άτομα ήταν από 66 έως 75 κιλά (40,2% του δείγματος). Επιπλέον 23 παιδιά ήταν από 76 έως 85 κιλά (18,1% του δείγματος), 2 παιδιά ήταν από 86 έως 95 κιλά (1,6% του δείγματος) και 1 παιδί ήταν από 96 κιλά (0,8% του δείγματος).

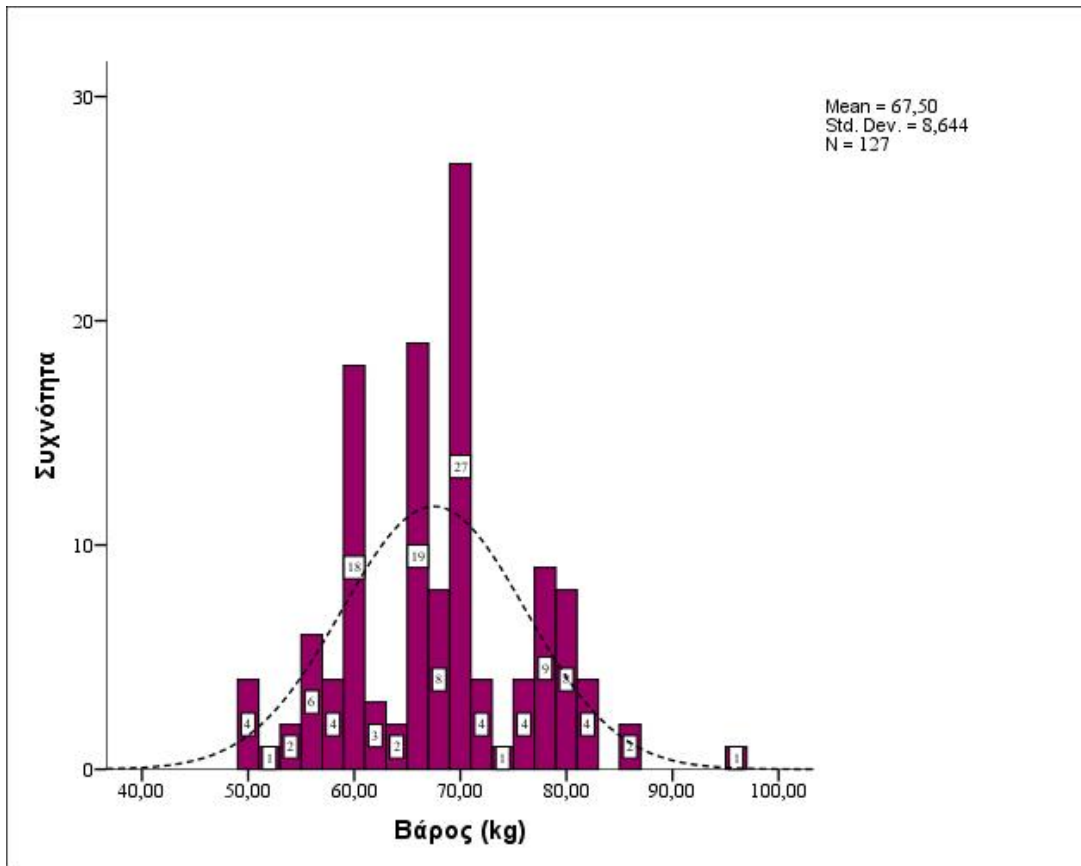
		Βάρος	
		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	έως 55 κιλά	10	7,9
	από 56 έως 65 κιλά	40	31,5
	από 66 έως 75 κιλά	51	40,2
	από 76 έως 85 κιλά	23	18,1
	από 86 έως 95 κιλά	2	1,6
	από 96 κιλά και άνω	1	,8
	Σύνολο	127	100,0

Πίνακας συχνοτήτων 4: Παρουσίαση του βάρους των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπειτα η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.

Βάρος					
	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσο	Τυπική απόκλιση
Βάρος	127	50,00	96,00	67,496	8,64363
Έγκυρο N (listwise)	127				

Πίνακας 2: Παρουσίαση των περιγραφικών στοιχείων του βάρους των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα.





Ιστόγραμμα 2: Παρουσίαση του βάρους των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα με τη χρήση συχνοτήτων των απαντήσεων.

Ερώτηση 5:

Ύψος

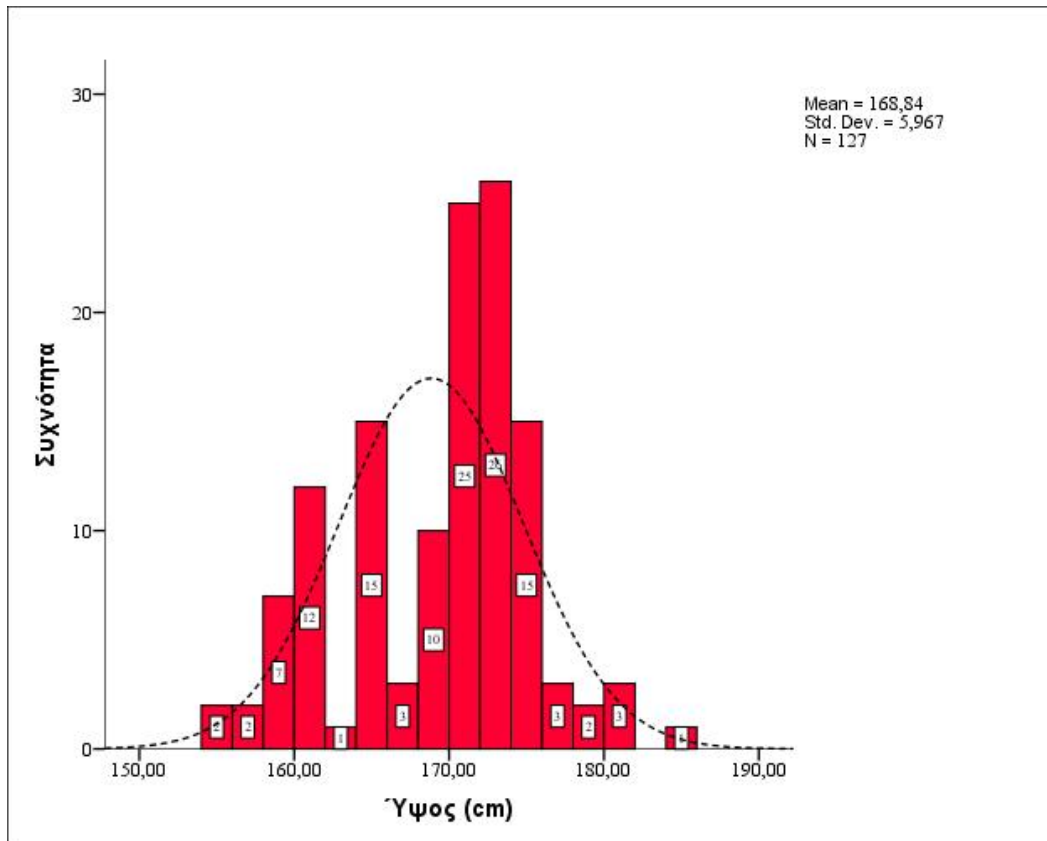
Το μέσο ύψος του δείγματος ισούταν με 1,68 μέτρα (με τυπική απόκλιση ίση με 5,9 εκατοστά), το ελάχιστο ύψος ισούταν με 1,55 μέτρα και το μέγιστο ύψος ισούταν με 1,85 μέτρα. Πιο αναλυτικά 2 παιδιά είχαν ύψος 155 εκατοστά (1,6% του δείγματος), ακόμη 37 παιδιά ήταν από 156 έως 165 εκατοστά (29,1% του δείγματος) ενώ 79 παιδιά ήταν από 166 έως 175 εκατοστά σε ύψος (62,2% του δείγματος), τέλος 9 παιδιά ήταν από 176 έως 185 εκατοστά (7,1 % του δείγματος).

		Ύψος	
		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	έως 155cm	2	1,6
	από 156 έως 165cm	37	29,1
	από 166 έως 175cm	79	62,2
	από 176 έως 185cm	9	7,1
	Σύνολο	127	100,0

Πίνακας συχνοτήτων 5: Παρουσίαση του ύψους των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπειτα η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.

Descriptive Statistics						
		N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσο	Τυπική απόκλιση
Ύψος		127	155,00	185,00	168,8425	5,96741
Έγκυρο	N	127				
(listwise)						

Πίνακας 3: Παρουσίαση των περιγραφικών στοιχείων του ύψους των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα.



Ιστόγραμμα 3: Παρουσίαση του ύψους των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα με τη χρήση συχνοτήτων των απαντήσεων.

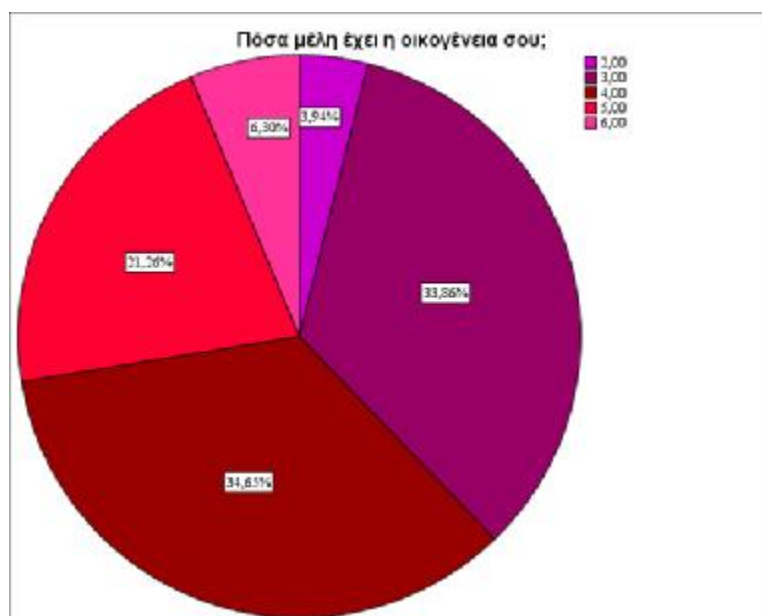
Ερωτηση 6:

Πόσα μέλη έχει η οικογένεια σου;

Αναφορικά με τα μέλη των οικογενειών των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα, οι οικογένειες 5 παιδιών αποτελούνταν μόνο από 2 μέλη (3,9% του δείγματος). Επιπλέον 43 παιδιά ανήκαν σε τριμελείς οικογένειες (33,9% του δείγματος), 44 παιδιά ανήκαν σε τετραμελείς οικογένειες (34,6% του δείγματος) και 27 παιδιά ανήκαν σε πενταμελείς οικογένειες (21,3% του δείγματος), τέλος 8 άτομα ανήκαν σε εξαμελείς οικογένειες (6,3% του δείγματος).

		Πόσα μέλη έχει η οικογένεια σου;	
		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	2,00	5	3,9
	3,00	43	33,9
	4,00	44	34,6
	5,00	27	21,3
	6,00	8	6,3
	Σύνολο		127

Πίνακας συχνοτήτων 6: Παρουσίαση του συνόλου των μελών των οικογενειών των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπειτα η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 3: Παρουσίαση του συνόλου των μελών των οικογενειών των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

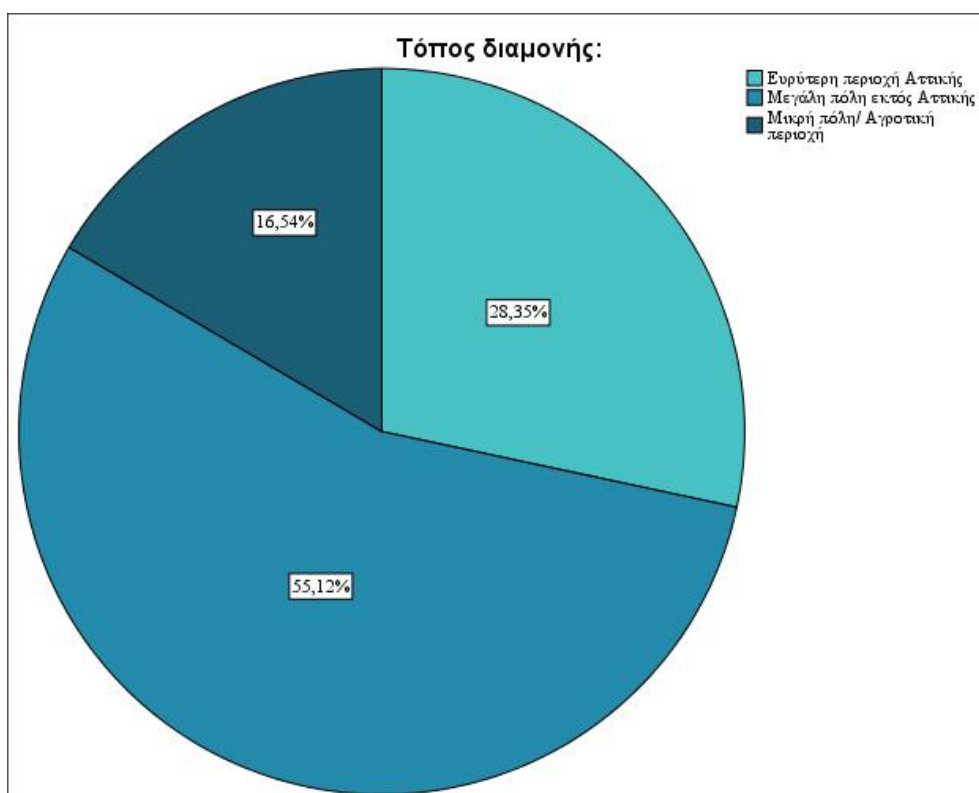
## Ερώτηση 7:

### Τόπος διαμονής

Σε σχέση με τον τόπο διαμονής των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα, 36 παιδιά διέμεναν στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής (28,3% του δείγματος). Επιπλέον 70 παιδιά διέμεναν σε μεγάλες πόλεις εκτός της Αττικής (55,1% του δείγματος) ενώ 21 άτομα διέμεναν σε μικρές πόλεις ή αγροτικές περιοχές (16,5% του δείγματος).

Τόπος διαμονής:		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	Ευρύτερη περιοχή Αττικής	36	28,3
	Μεγάλη πόλη εκτός Αττικής	70	55,1
	Μικρή πόλη/ Αγροτική περιοχή	21	16,5
	Σύνολο	127	100,0

Πίνακας συχνοτήτων 7: Παρουσίαση του τόπου διαμονής των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπεται η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 4: Παρουσίαση του τόπου διαμονής των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

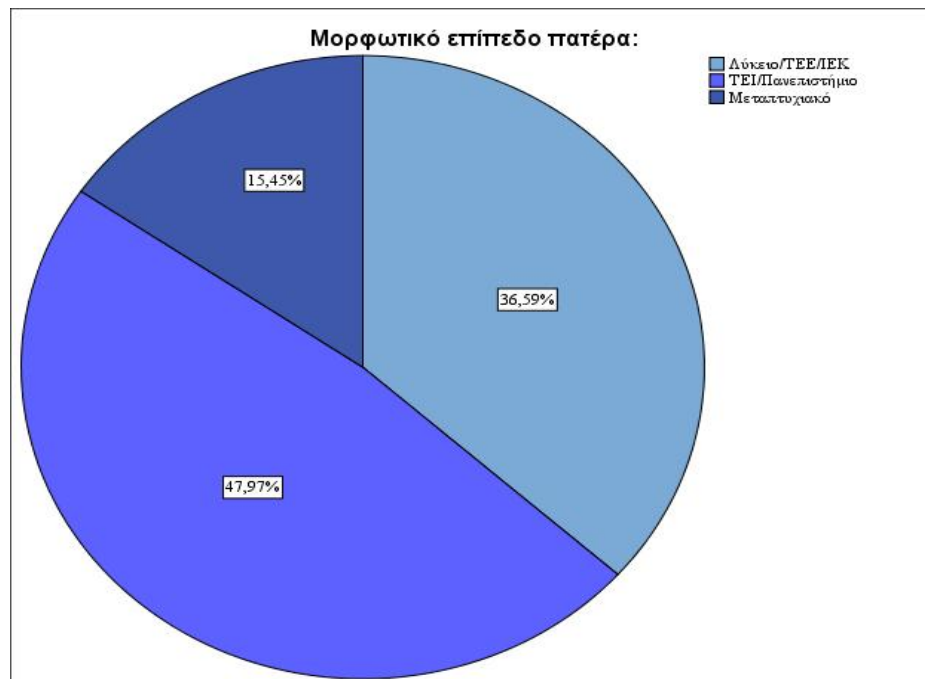
Ερώτηση 8:

Μορφωτικό επίπεδο πατέρα:

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των πατέρων των παιδιών 45 παιδιά είχαν πατέρα απόφοιτο Λυκείου/ ΤΕΕ/ΙΕΚ (36,6% του έγκυρου δείγματος). Επιπλέον 59 παιδιά απάντησαν πως οι πατέρες τους ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ/Πανεπιστημίων (48% του δείγματος) ενώ 19 άτομα είχαν πατέρες κατόχους Μεταπτυχιακών τίτλων (15,4% του δείγματος).

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Έγκυρο	Λύκειο/ΤΕΕ/ΙΕΚ	45	35,4	36,6
	ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	59	46,5	48,0
	Μεταπτυχιακό	19	15,0	15,4
	Σύνολο	123	96,9	100,0
Missing	System	4	3,1	
	Σύνολο	127	100,0	

Πίνακας συχνοτήτων 8: Παρουσίαση του μορφωτικού επιπέδου των πατέρων των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπειτα η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 5: Παρουσίαση του μορφωτικού επιπέδου των πατέρων των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

Ερώτηση 9:

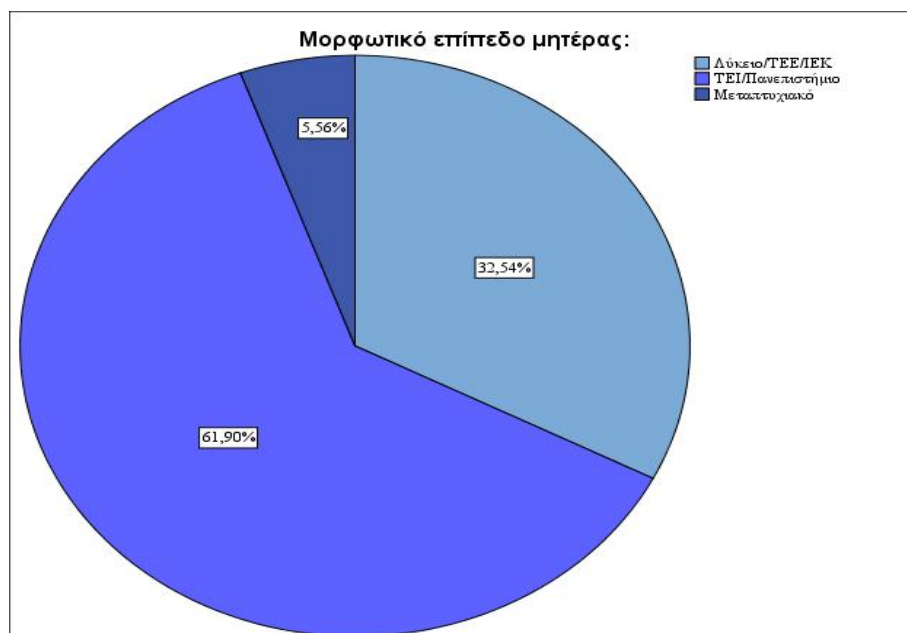
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας:

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων των παιδιών 41 παιδιά είχαν μητέρα η οποία είχα αποφοιτήσει από Λύκειο/ΤΕΕ/ΙΕΚ (32,5% του έγκυρου δείγματος). Επιπλέον 78 παιδιά απάντησαν πως οι μητέρες τους ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ/Πανεπιστημίων (61,9% του δείγματος) ενώ 7 άτομα είχαν μητέρες κατόχους Μεταπτυχιακών τίτλων (5,6% του δείγματος).

**Μορφωτικό επίπεδο μητέρας:**

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Έγκυρο	Λύκειο/ΤΕΕ/ΙΕΚ	41	32,3	32,5
	ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	78	61,4	61,9
	Μεταπτυχιακό	7	5,5	5,6
	Σύνολο	126	99,2	100,0
Missing	System	1	,8	
Σύνολο		127	100,0	

Πίνακας συχνοτήτων 9: Παρουσίαση του μορφωτικού επιπέδου των μητέρων των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπειτα η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 6: Παρουσίαση του μορφωτικού επιπέδου των μητέρων των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

Ερώτηση 10:

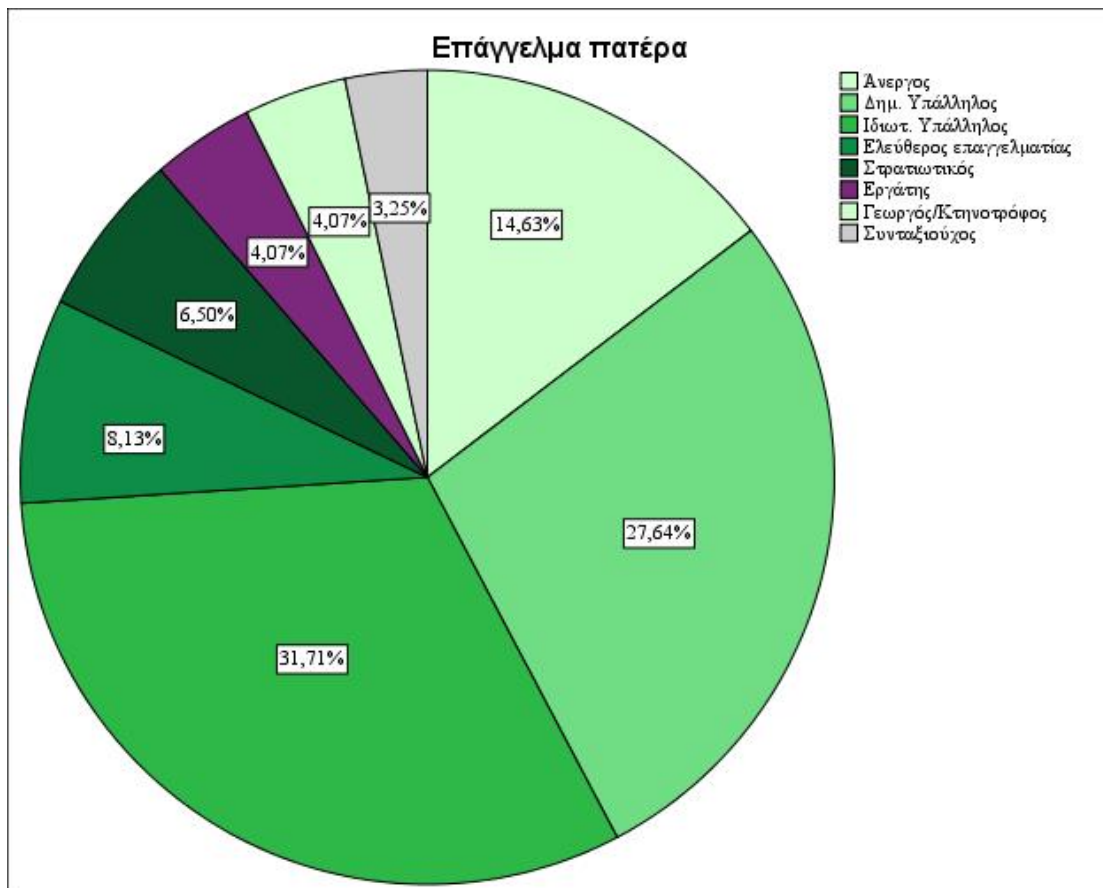
Επάγγελμα πατέρα:

Οι πατέρες των παιδιών αποτελούνταν κατά 31,7% από Ιδιωτικούς Υπαλλήλους (39 άτομα), κατά 27,6% από Δημόσιους Υπαλλήλους (34 άτομα), κατά 14,6% από Άνεργους (18 άτομα) ενώ το 8,1% των πατέρων ήταν Ελεύθεροι επαγγελματίες (10 άτομα). Ταυτόχρονα το 6,5% των πατέρων ήταν Στρατιωτικοί (8 άτομα), το 4,1% εργάτες και γεωργοί-κτηνοτρόφοι (5 άτομα στην κάθε περίπτωση) ενώ το 3,3% των πατέρων ήταν συνταξιούχοι (4 άτομα).

		Επάγγελμα πατέρα		
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Έγκυρο	Άνεργος	18	14,2	14,6
	Δημ. Υπάλληλος	34	26,8	27,6
	Ιδιωτ. Υπάλληλος	39	30,7	31,7
	Ελεύθερος επαγγελματίας	10	7,9	8,1
	Στρατιωτικός	8	6,3	6,5
	Εργάτης	5	3,9	4,1
	Γεωργός/Κτηνοτρόφος	5	3,9	4,1
	Συνταξιούχος	4	3,1	3,3
	Σύνολο	123	96,9	100,0
Missing	System	4	3,1	
	Σύνολο	127	100,0	

Πίνακας συχνότητων 10: Παρουσίαση του επαγγέλματος των πατέρων των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπεται η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.





Γράφημα πίτας 7: Παρουσίαση του επαγγέλματος των πατέρων των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

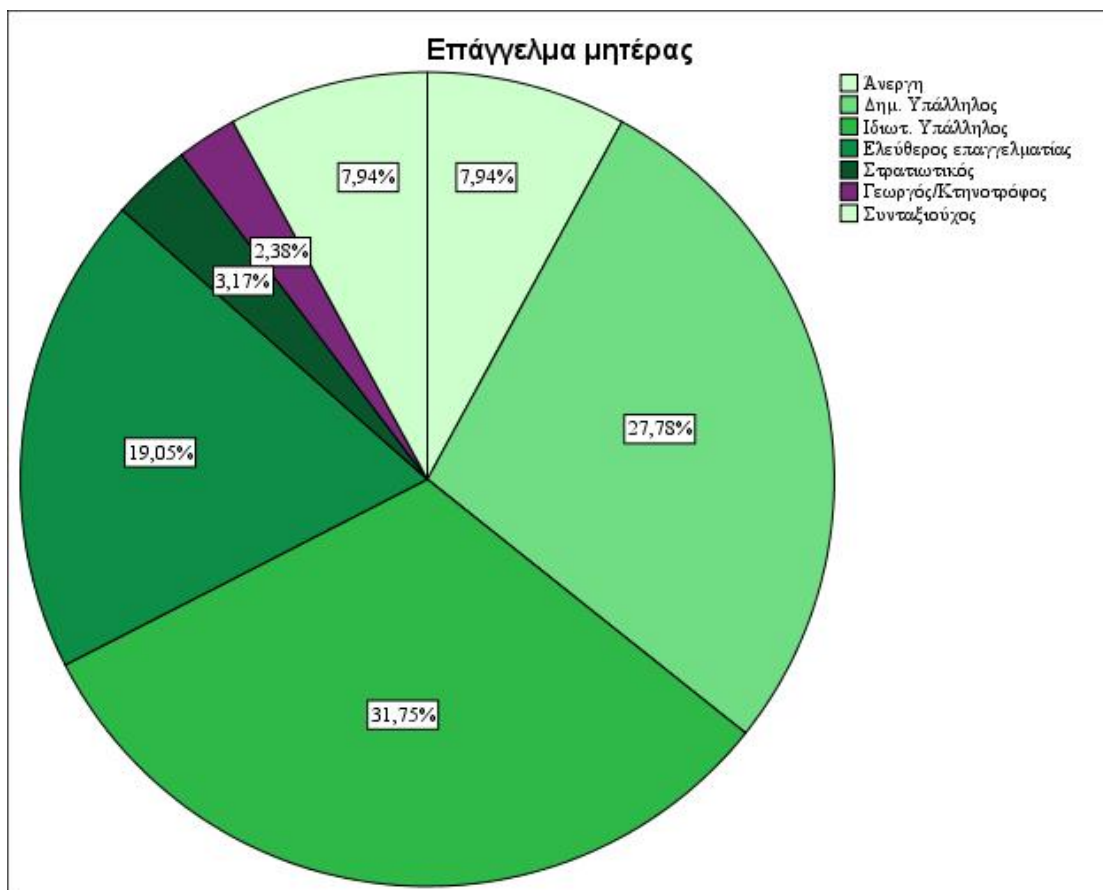
Ερώτηση 11:

Επάγγελμα μητέρας:

Αναφορικά με τις μητέρες των παιδιών αυτές αποτελούνταν κατά 31,7% από Ιδιωτικούς Υπαλλήλους (40 άτομα), κατά 27,6% από Δημόσιους Υπαλλήλους (35 άτομα), κατά 19% από Ελεύθερους Επαγγελματίες (24 άτομα) ενώ το 7,9% των μητέρων ήταν άνεργες και συνταξιούχοι (10 άτομα στην κάθε περίπτωση). Την ίδια στιγμή το 3,2% των μητέρων ήταν Στρατιωτικοί (4 άτομα) ενώ το 2,4% των μητέρων ασχολούταν με τη γεωργία ή την κτηνοτροφία (3 άτομα).

		Επάγγελμα μητέρας		
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Έγκυρο	Άνεργη	10	7,9	7,9
	Δημ. Υπάλληλος	35	27,6	27,8
	Ιδιωτ. Υπάλληλος	40	31,5	31,7
	Ελεύθερος επαγγελματίας	24	18,9	19,0
	Στρατιωτικός	4	3,1	3,2
	Γεωργός/Κτηνοτρόφος	3	2,4	2,4
	Συνταξιούχος	10	7,9	7,9
	Σύνολο	126	99,2	100,0
Missing	System	1	,8	
Σύνολο		127	100,0	

Πίνακας συχνοτήτων 11: Παρουσίαση του επαγγέλματος των μητέρων των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπειτα η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 8: Παρουσίαση του επαγγέλματος των μητέρων των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

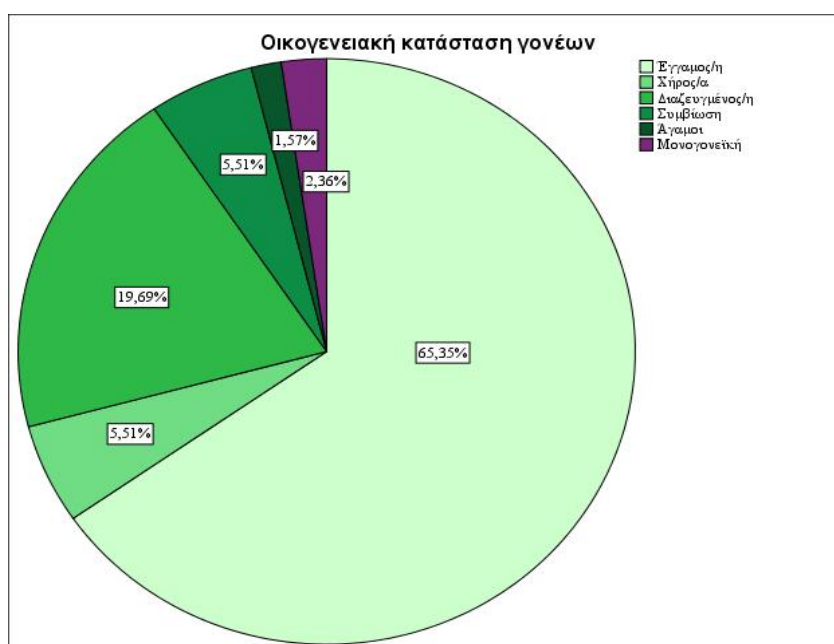
## Ερώτηση 12:

### Οικογενειακή κατάσταση γονέων

Διερευνώντας την οικογενειακή κατάσταση των γονιών των παιδιών οι 83 γονείς φάνηκε πως ήταν έγγαμοι (65,4% του δείγματος), οι 25 γονείς ήταν διαζευγμένοι (19,7% του δείγματος) ενώ 7 παιδιά ήταν μέλη οικογενειών που ζούσαν σε συμβίωση και εν χηρεία οικογενειών (5,5% του δείγματος σε κάθε περίπτωση). Την ίδια στιγμή το 3 παιδιά ανήκαν σε μονογονεϊκές οικογένειες (1,6% του δείγματος) ενώ 2 παιδιά είχαν άγαμους γονείς (1,6% του δείγματος).

Οικογενειακή κατάσταση γονέων		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	Έγγαμος/η	83	65,4
	Χήρος/α	7	5,5
	Διαζευγμένος/η	25	19,7
	Συμβίωση	7	5,5
	Άγαμοι	2	1,6
	Μονογονεϊκή	3	2,4
	Σύνολο	127	100,0

Πίνακας συχνοτήτων 12: Παρουσίαση της οικογενειακής κατάστασης των γονέων των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπειτα η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 9: Παρουσίαση της οικογενειακής κατάστασης των γονέων των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

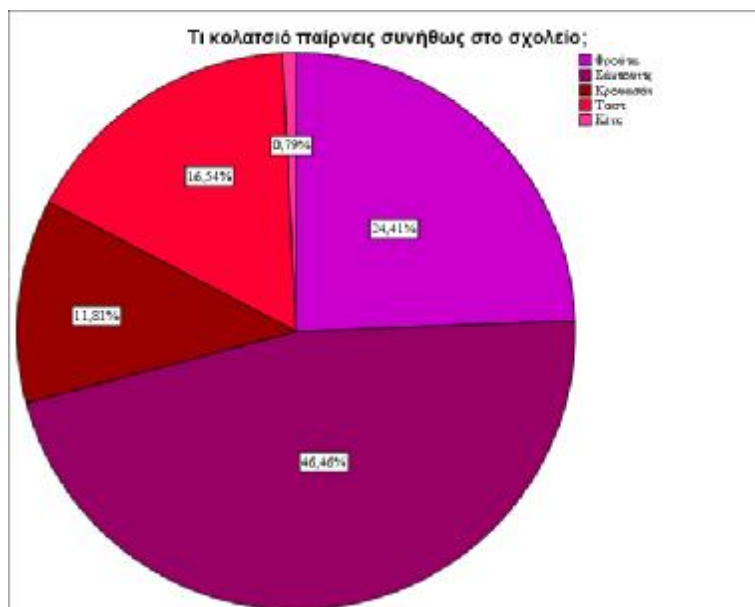
Ερωτηση 13:

Τι κολατσιό παίρνεις συνήθως στο σχολείο;

Όσον αφορά το κολατσιό που παίρνουν τα παιδιά μαζί τους στο σχολείο παρατηρήθηκε πως 59 παιδιά παίρνουν μαζί τους κάποιο σάντουιτς (46,5% του δείγματος), ενώ 31 παιδιά παίρνουν μαζί τους φρούτα (24,4% του δείγματος). Επιπροσθέτως 21 παιδιά παίρνουν μαζί τους τοστ (16,5% του δείγματος), 15 παιδιά παίρνουν μαζί τους συνήθως κρουασάν (11,8% του δείγματος) ενώ μόλις 1 παιδί απάντησε πως παίρνει μαζί του κέικ (0,8% του δείγματος).

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	Φρούτα	31	24,4
	Σάντουιτς	59	46,5
	Κρουασάν	15	11,8
	Τοστ	21	16,5
	Κέικ	1	,8
	Σύνολο	127	100,0

Πίνακας συχνοτήτων 13: Παρουσίαση του κολατσιού που παίρνουν συνήθως μαζί τους στο σχολεία τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπεται η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 10: Παρουσίαση του κολατσιού που παίρνουν συνήθως μαζί τους στο σχολεία τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

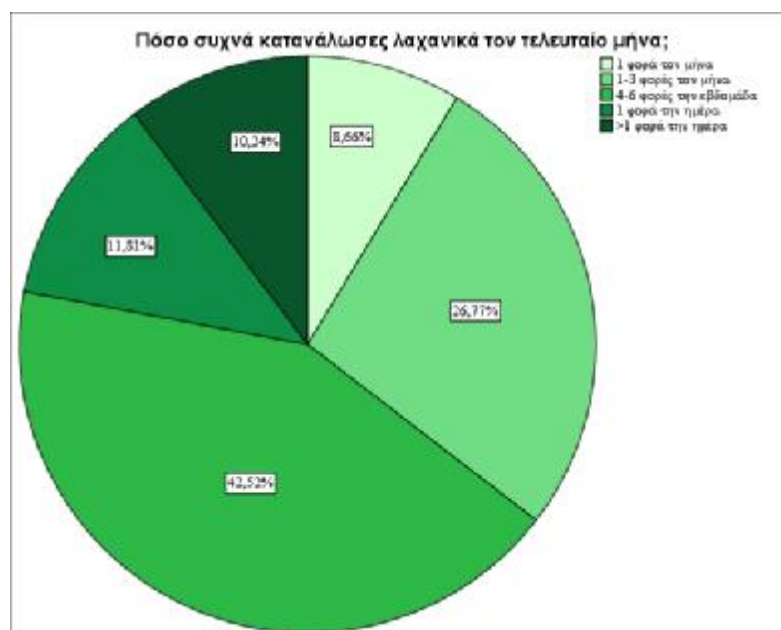
Ερώτηση 14:

Πόσο συχνά κατανάλωσες λαχανικά τον τελευταίο μήνα;

Όσον αφορά τη συχνότητα που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα κατανάλωσαν λαχανικά τον τελευταίο μήνα, παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα παιδιά κατανάλωσαν λαχανικά 4 με 6 φορές την κάθε εβδομάδα (42,5% του δείγματος), ενώ ακολούθησαν παιδιά τα οποία κατανάλωσαν λαχανικά από 1 έως 3 φορές μέσα στον μήνα (26,8% του δείγματος).

Πόσο συχνά κατανάλωσες λαχανικά τον τελευταίο μήνα;		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	1 φορά τον μήνα	11	8,7
	1-3 φορές τον μήνα	34	26,8
	4-6 φορές την εβδομάδα	54	42,5
	1 φορά την ημέρα	15	11,8
	>1 φορά την ημέρα	13	10,2
	Σύνολο	127	100,0

Πίνακας συχνότητων 14: Παρουσίαση της συχνότητας που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα κατανάλωσαν λαχανικά τον τελευταίο μήνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπειτα η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 11: Παρουσίαση της συχνότητας που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα κατανάλωσαν λαχανικά τον τελευταίο μήνα, με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

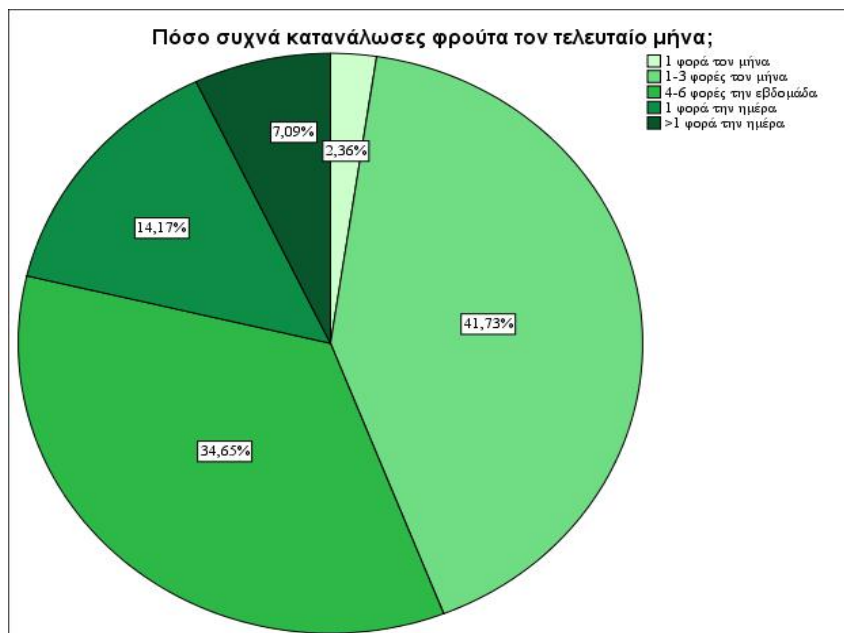
Ερώτηση 15:

Πόσο συχνά κατανάλωσες φρούτα τον τελευταίο μήνα;

Όσον αφορά τη συχνότητα που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα κατανάλωσαν φρούτα τον τελευταίο μήνα, παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα παιδιά κατανάλωσαν φρούτα 1 έως 3 φορές μέσα στον μήνα (41,7% του δείγματος), ενώ ακολούθησαν παιδιά τα οποία κατανάλωσαν φρούτα από 4 με 6 φορές την κάθε εβδομάδα (34,6% του δείγματος).

Πόσο συχνά κατανάλωσες φρούτα τον τελευταίο μήνα;			Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	1 φορά τον μήνα		3	2,4
	1-3 φορές τον μήνα		53	41,7
	4-6 φορές την εβδομάδα		44	34,6
	1 φορά την ημέρα		18	14,2
	>1 φορά την ημέρα		9	7,1
	Σύνολο		127	100,0

Πίνακας συχνοτήτων 15: Παρουσίαση της συχνότητας που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα κατανάλωσαν φρούτα τον τελευταίο μήνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπεται η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 12: Παρουσίαση της συχνότητας που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα κατανάλωσαν φρούτα τον τελευταίο μήνα, με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

### Ερώτηση 16:

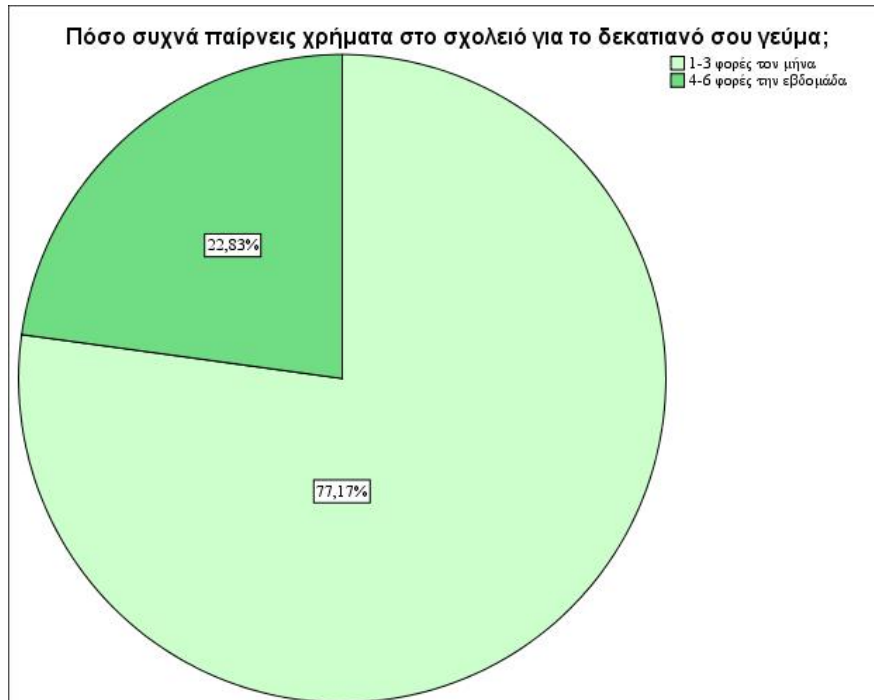
Πόσο συχνά παίρνεις χρήματα στο σχολείο για το δεκατιανό σου γεύμα;

Όσον αφορά τη συχνότητα που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα παίρνουν χρήματα στο σχολείο για το δεκατιανό τους γεύμα, παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα παιδιά παίρνουν χρήματα στο σχολείο για το δεκατιανό τους γεύμα από 1 έως 3 φορές το μήνα (77,2% του δείγματος), ενώ ακολούθησαν παιδιά τα οποία παίρνουν χρήματα στο σχολείο για το δεκατιανό τους γεύμα από 4 έως 6 φορές την εβδομάδα (22,8% του δείγματος).

**Πόσο συχνά παίρνεις χρήματα στο σχολείο για το δεκατιανό σου γεύμα;**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	1-3 φορές τον μήνα	98 77,2
	4-6 φορές την εβδομάδα	29 22,8
	Σύνολο	127 100,0

Πίνακας συχνοτήτων 16: Παρουσίαση της συχνότητας που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα παίρνουν χρήματα στο σχολείο για το δεκατιανό τους γεύμα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπεται η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 13: Παρουσίαση της συχνότητας που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα παίρνουν χρήματα στο σχολείο για το δεκατιανό τους γεύμα, με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.



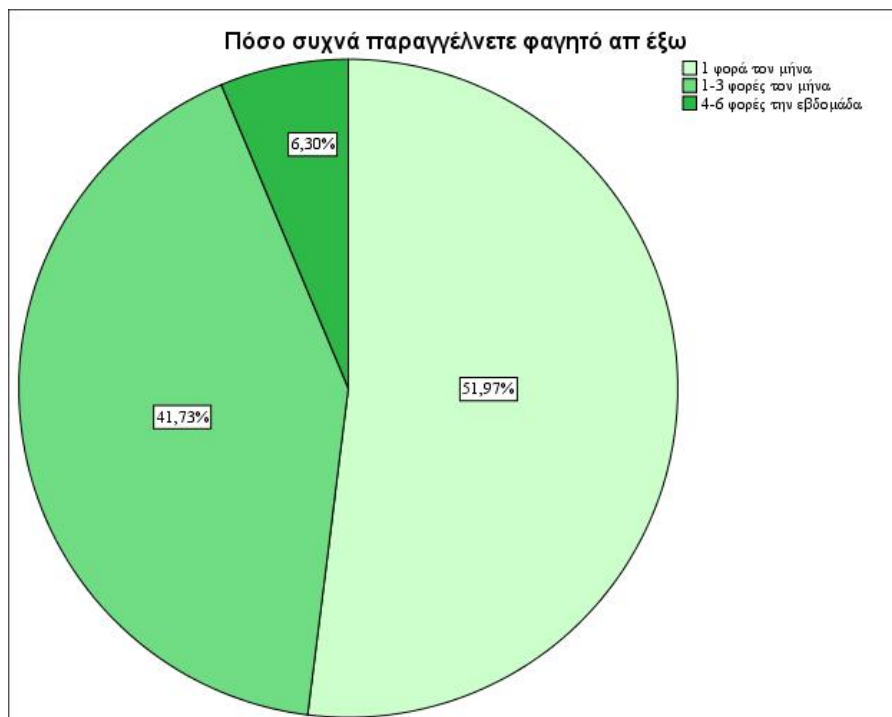
Ερωτηση 17:

Πόσο συχνά παραγγέλνετε φαγητό απ έξω;

Όσον αφορά τη συχνότητα που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα παραγγέλνουν φαγητό απ' έξω, παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα παιδιά παραγγέλνουν φαγητό απ' έξω 1 φορά το μήνα (52% του δείγματος), ενώ ακολούθησαν παιδιά τα οποία παραγγέλνουν φαγητό απ' έξω από 1 με 3 φορές τον μήνα (41,7% του δείγματος).

Πόσο συχνά παραγγέλνετε φαγητό απ έξω		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	1 φορά τον μήνα	66	52,0
	1-3 φορές τον μήνα	53	41,7
	4-6 φορές την εβδομάδα	8	6,3
	Σύνολο	127	100,0

Πίνακας συχνότητων 17: Παρουσίαση της συχνότητας που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα παραγγέλνουν φαγητό απ' έξω. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπειτα η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 14: Παρουσίαση της συχνότητας που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα παραγγέλνουν φαγητό απ' έξω, με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

### Ερώτηση 18:

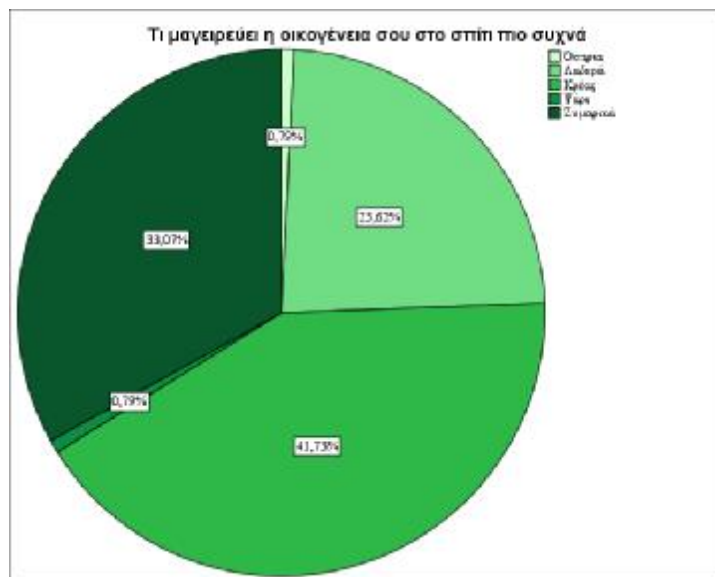
Τι μαγειρεύει η οικογένεια σου στο σπίτι πιο συχνά;

Όσον αφορά τα φαγητά που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα απάντησαν πως μαγειρεύονται πιο συχνά από την οικογένεια τους, παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα παιδιά απάντησαν πως μαγειρεύεται στο σπίτι τους πιο πολύ κρέας (41,7% του δείγματος), ενώ ακολούθησαν παιδιά στα σπίτι των οποίων μαγειρεύονται πιο πολύ ζυμαρικά (33,1% του δείγματος). Επιπλέον μεγάλος αριθμός παιδιών απάντησε πως στο σπίτι τους μαγειρεύονται πιο συχνά λαδερά (23,6% του δείγματος).

Τι μαγειρεύει η οικογένεια σου στο σπίτι πιο συχνά

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	Όσπρια	1	,8
	Λαδερά	30	23,6
	Κρέας	53	41,7
	Ψάρι	1	,8
	Ζυμαρικά	42	33,1
	Σύνολο	127	100,0

Πίνακας συχνοτήτων 18: Παρουσίαση τα φαγητά που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα απάντησαν πως μαγειρεύονται πιο συχνά από την οικογένεια τους. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπεται η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 15: Παρουσίαση τα φαγητά που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα απάντησαν πως μαγειρεύονται πιο συχνά από την οικογένεια τους, με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

Ερωτηση 19:

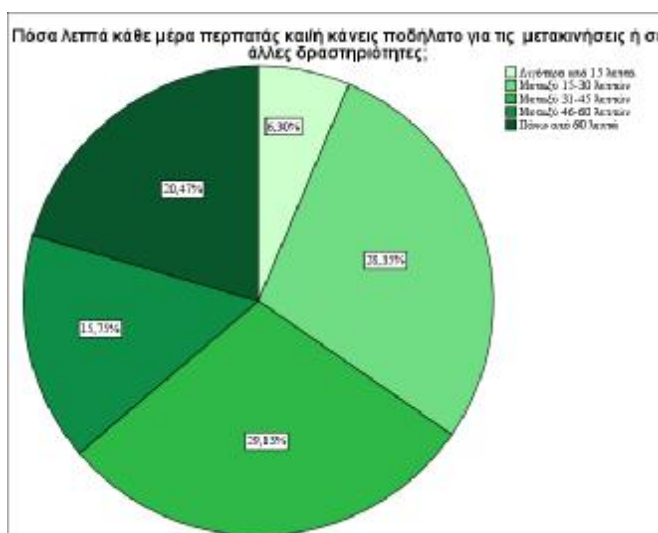
Πόσα λεπτά κάθε μέρα περπατάς και/ή κάνεις ποδήλατο για τις μετακινήσεις ή σε άλλες δραστηριότητες;

Σχετικά με το χρόνο που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα περπατούν ή κάνουν ποδήλατο για τις μετακινήσεις ή σε άλλες δραστηριότητες επί καθημερινής βάσης, παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα παιδιά κάνουν τις προαναφερθείσες δραστηριότητες από 31 έως 45 λεπτά (29,1% του δείγματος), ενώ ακολούθησαν παιδιά τα οποία περπατούν ή κάνουν ποδήλατο από 15 έως 30 λεπτά (28,3% του δείγματος).

Πόσα λεπτά κάθε μέρα περπατάς και/ή κάνεις ποδήλατο για τις μετακινήσεις ή σε άλλες δραστηριότητες;

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	Λιγότερο από 15 λεπτά	8	6,3
	Μεταξύ 15-30 λεπτών	36	28,3
	Μεταξύ 31-45 λεπτών	37	29,1
	Μεταξύ 46-60 λεπτών	20	15,7
	Πάνω από 60 λεπτά	26	20,5
	Σύνολο	127	100,0

Πίνακας συχνοτήτων 19: Παρουσίαση του χρόνου που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα καθημερινά περπατούν ή κάνουν ποδήλατο για τις μετακινήσεις ή σε άλλες δραστηριότητες. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπειτα η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 16: Παρουσίαση του χρόνου που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα καθημερινά περπατούν ή κάνουν ποδήλατο για τις μετακινήσεις ή σε άλλες δραστηριότητες, με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

Ερώτηση 20:

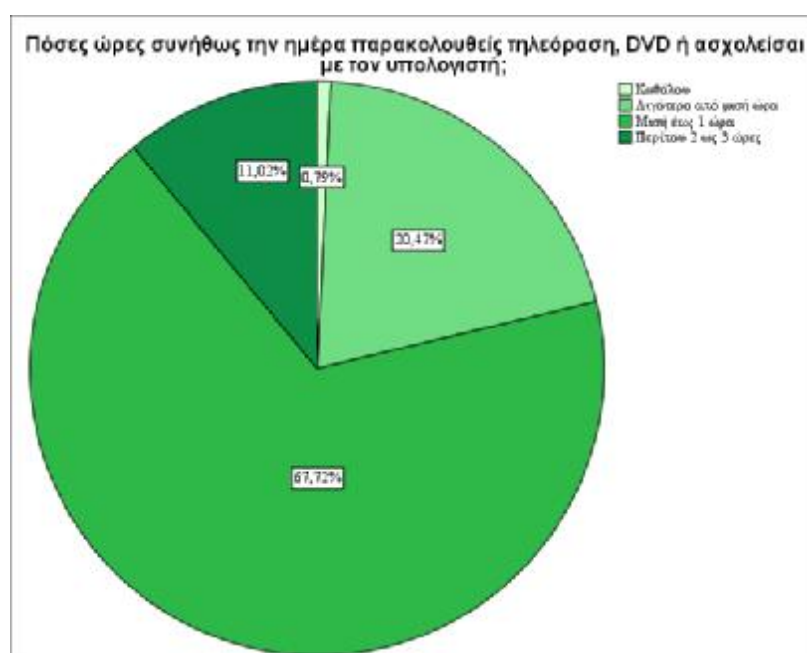
Πόσα λεπτά κάθε μέρα περπατάς και/ή κάνεις ποδήλατο για τις μετακινήσεις ή σε άλλες δραστηριότητες;

Σχετικά με το χρόνο που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα παρακολουθούν τηλεόραση, DVD ή ασχολούνται με τον υπολογιστή καθημερινά, παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα παιδιά ασχολούνται με την τηλεόραση ή τον Υπολογιστή από μισή έως μια ώρα (67,7% του δείγματος), ενώ ακολούθησαν παιδιά τα οποία ενασχολούνται με την τηλεόραση ή τον Υπολογιστή για λιγότερο από μια ώρα (20,5% του δείγματος).

**Πόσες ώρες συνήθως την ημέρα παρακολουθείς τηλεόραση, DVD ή ασχολείσαι με τον υπολογιστή;**

		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	Καθόλου	1	,8
	Λιγότερο από μισή ώρα	26	20,5
	Μισή έως 1 ώρα	86	67,7
	Περίπου 2 ως 3 ώρες	14	11,0
	Σύνολο	127	100,0

Πίνακας συχνοτήτων 20: Παρουσίαση του χρόνου που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα παρακολουθούν τηλεόραση, DVD ή ασχολούνται με τον υπολογιστή καθημερινά. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπεται η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 17: Παρουσίαση του χρόνου που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα παρακολουθούν τηλεόραση, DVD ή ασχολούνται με τον υπολογιστή καθημερινά, με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

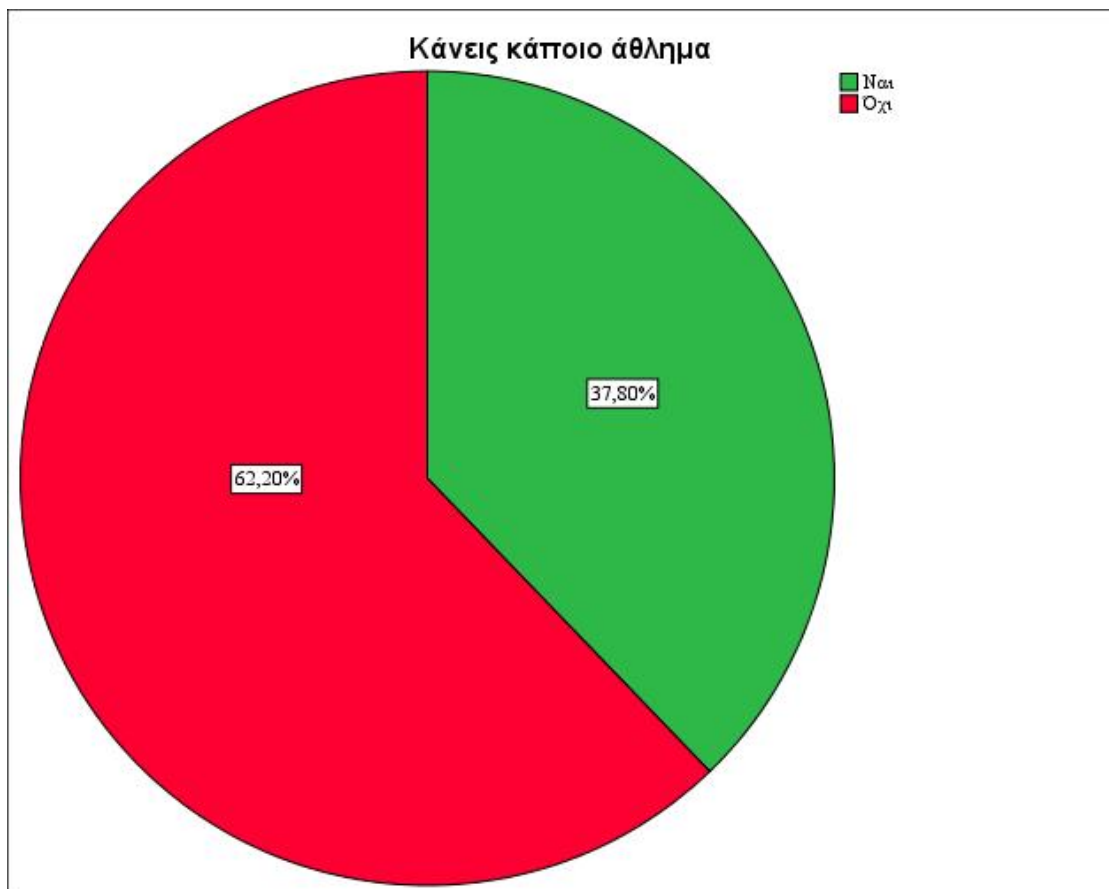
Ερώτηση 21:

Κάνεις κάποιο άθλημα;

Σχετικά με το εάν τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα ενασχολούνται με κάποιο άθλημα, παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα παιδιά δεν ασχολούνται με κάποιο άθλημα (62,2% του δείγματος), ενώ 48 παιδιά ενασχολούνται με τον αθλητισμό (37,8% του δείγματος).

		Κάνεις κάποιο άθλημα	
		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	Ναι	48	37,8
	Όχι	79	62,2
Σύνολο		127	100,0

Πίνακας συχνοτήτων 21: Παρουσίαση του εάν τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα ενασχολούνται με κάποιο άθλημα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπειτα η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 18: Παρουσίαση του εάν τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα ενασχολούνται με κάποιο άθλημα, με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

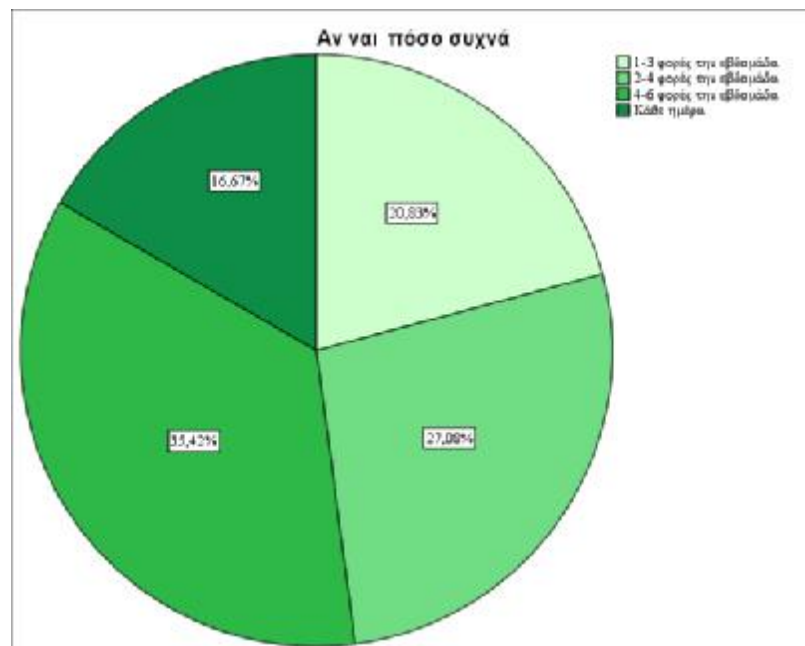
Ερωτηση 22:

Πόσο συχνά, κάνεις κάποιο άθλημα;

Σχετικά με τη συχνότητα που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα αθλούνται σε εβδομαδιαία βάση, παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα παιδιά δραστηριοποιούνται σε κάποιο άθλημα από 4 έως 6 φορές την εβδομάδα (35,4% του δείγματος), ενώ ακολούθησαν τα που αθλούνται από 2 έως 4 φορές την εβδομάδα (27,1% του δείγματος).

		Αν ναι πόσο συχνά		
		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Έγκυρο	1-3 φορές την εβδομάδα	10	7,9	20,8
	2-4 φορές την εβδομάδα	13	10,2	27,1
	4-6 φορές την εβδομάδα	17	13,4	35,4
	Κάθε ημέρα	8	6,3	16,7
	Σύνολο	48	37,8	100,0
Missing	System	79	62,2	
Σύνολο		127	100,0	0

Πίνακας συχνότητων 22: Παρουσίαση της συχνότητας που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα αθλούνται. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπειτα η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 19: Παρουσίαση της συχνότητας που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα αθλούνται, με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

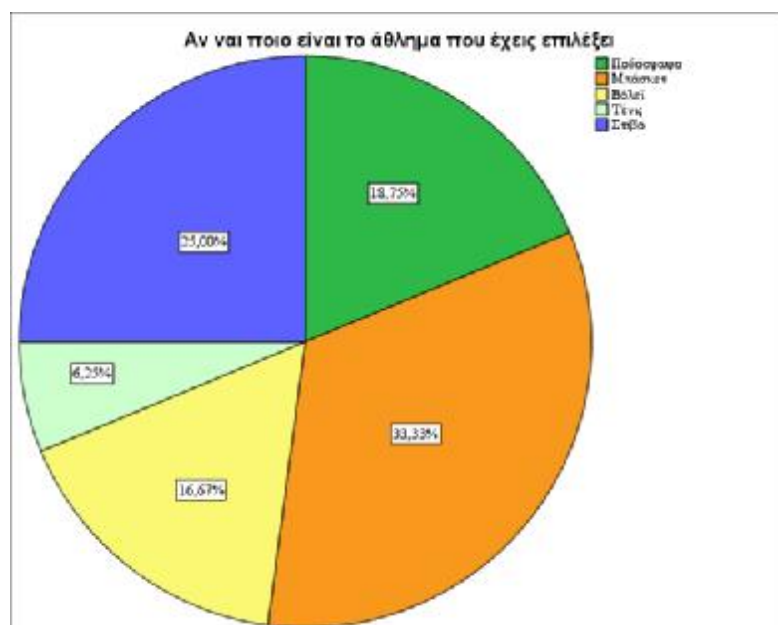
Ερωτηση 23:

Ποιο είναι το άθλημα που έχεις επιλέξει;

Αναφορικά με τα αθλήματα που ενασχολούνται τα παιδιά παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα παιδιά ασχολούνται με το Μπάσκετ (33,3% του δείγματος), ενώ ακολούθησαν ο Στίβος (25% του δείγματος), το Ποδόσφαιρο (18,8% του δείγματος), το Βόλεϊ (16,7% του δείγματος) και το Τένις (6,3% του δείγματος).

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό
Έγκυρο	Ποδόσφαιρο	9	7,1	18,8
	Μπάσκετ	16	12,6	33,3
	Βόλεϊ	8	6,3	16,7
	Τένις	3	2,4	6,3
	Στίβο	12	9,4	25,0
	Σύνολο	48	37,8	100,0
Missing	System	79	62,2	
Σύνολο		127	100,0	

Πίνακας συχνότητων 23: Παρουσίαση του αθλήματος με το οποίο ενασχολούνται τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπειτα η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 20: Παρουσίαση του αθλήματος με το οποίο ενασχολούνται τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα, με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.

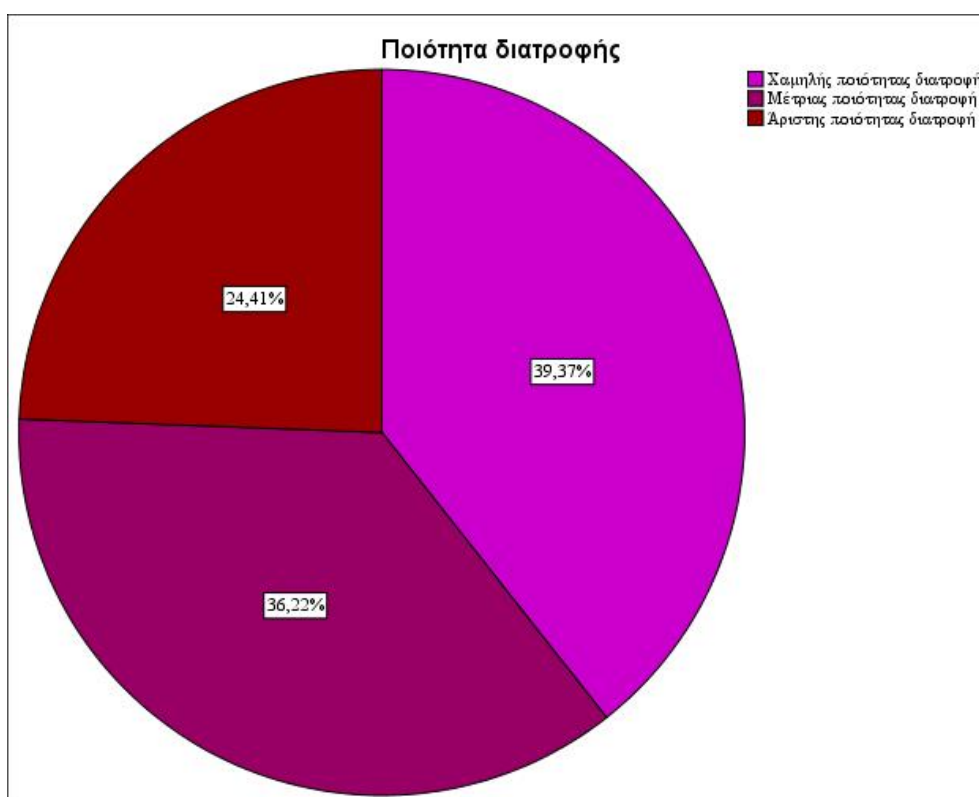
## Ερώτηση 24:

### Δείκτης ποιότητας διατροφής Kidmed

Αναφορικά με το Δείκτη ποιότητας διατροφής Kidmed των παιδιών παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα παιδιά βάση των απαντήσεων τους είχαν χαμηλής ποιότητας διατροφή (39,4% του δείγματος), ενώ ακολούθησαν τα παιδιά με μέτρια ποιότητας διατροφή (36,2% του δείγματος), και τα παιδιά με άριστης ποιότητας διατροφή ήρθαν στη συνέχεια (24,4% του δείγματος).

Ποιότητα διατροφής		Συχνότητα	Ποσοστό
Έγκυρο	Χαμηλής ποιότητας διατροφή	50	39,4
	Μέτριας ποιότητας διατροφή	46	36,2
	Άριστης ποιότητας διατροφή	31	24,4
Σύνολο		127	100,0

Πίνακας συχνοτήτων 24: Παρουσίαση του δείκτη ποιότητας διατροφής των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα. Από τα αριστερά είναι εμφανείς οι απαντήσεις, έπειτα η συχνότητα και στη συνέχεια το ποσοστό επί τοις εκατό των απαντήσεων.



Γράφημα πίτας 21: Παρουσίαση του δείκτη ποιότητας διατροφής των παιδιών που πήραν μέρος στην έρευνα, με τη χρήση ποσοστών επί τοις εκατό των απαντήσεων.



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως είναι εμφανές από τον πίνακα που ακολουθεί η ηλικία επηρεάζει το βάρος και το ύψος των παιδιών, συνεπώς καθιστάτε εμφανές πως όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνονται και τα άλλα δύο μέτρα. Επιπλέον παρατηρήθηκε πως το ύψος επηρεάζει και το βάρος, συνεπώς όσο αυξάνεται το ύψος των παιδιών υπάρχει και αύξηση του βάρους τους.

		Correlations		
		Ηλικία	Κιλά	Ύψος
Ηλικία	Pearson Correlation	1	,404**	,456**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	127	127	127
Κιλά	Pearson Correlation	,404**	1	,738**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	127	127	127
Ύψος	Pearson Correlation	,456**	,738**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	127	127	127

Πίνακας συσχετίσεων των μεταβλητών

Σε σχέση με την ποιότητα διατροφής των παιδιών παρατηρήθηκε πως τα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια είχαν σε μεγαλύτερο βαθμό χαμηλής ποιότητας διατροφή (42,1% αγόρια – 37,1% κορίτσια), επιπλέον τα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια είχαν και σε μεγαλύτερο βαθμό άριστης ποιότητας διατροφή (29,8% αγόρια – 20% κορίτσια). Τέλος τα κορίτσια φάνηκε να έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό μέτριας ποιότητας διατροφή.

**Φύλο ως προς την Ποιότητα διατροφής**

	Ποιότητα διατροφής			Σύνολο	
	Χαμηλής ποιότητας διατροφή	Μέτριας ποιότητας διατροφή	Άριστης ποιότητας διατροφή		
Φύλο	Αγόρι	24 42,1%	16 28,1%	17 29,8%	57 100%
	Κορίτσι	26 37,1%	30 42,9%	14 20,0%	70 100%
Σύνολο		50 39,4%	46 36,2%	31 24,4%	127 100%

*Πίνακας διασταύρωσης απαντήσεων 1: Ανάλυση της ποιότητας διατροφής ως προς το φύλο.*

Σε σχέση με την ποιότητα διατροφής των παιδιών και την τάξη φοίτησης τους παρατηρήθηκε πως τα παιδιά που πήγαιναν Τρίτη γυμνασίου είχαν μέτριας ποιότητας διατροφής (100%) ενώ όσο αυξάνονταν οι τάξεις η πλειοψηφία των παιδιών είχε χαμηλής ποιότητας διατροφή και σε μικρότερο βαθμό μέτριας.

**Τάξη ως προς την Ποιότητα διατροφής**

		Ποιότητα διατροφής			Σύνολο
		Χαμηλής ποιότητας διατροφή	Μέτριας ποιότητας διατροφή	Άριστης ποιότητας διατροφή	
Τάξη	Τρίτη Γυμνασίου	0 0,0%	6 100%	0 0,0%	6 100%
	Πρώτη Λυκείου	14 38,9%	11 30,6%	11 30,6%	36 100%
	Δευτέρα Λυκείου	20 40,0%	17 34,0%	13 26,0%	50 100%
	Τρίτη Λυκείου	16 45,7%	12 34,3%	7 20,0%	35 100%
Σύνολο		50 39,4%	46 36,2%	31 24,4%	127 100%

*Πίνακας διασταύρωσης απαντήσεων 2: Ανάλυση της ποιότητας διατροφής ως προς την τάξη.*

Αναφορικά με τον τόπο διαμονής των παιδιών και την ποιότητα διατροφής τους παρατηρήθηκε πως τα παιδιά που έμεναν στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής καθώς και σε μικρές πόλεις ή αγροτικές περιοχές κατά κύριο λόγο είχαν μέτριας ποιότητας διατροφή (36,1% - 52,4%). Επιπλέον τα παιδιά που διέμεναν σε μεγάλη πόλη εκτός της Αττικής κατά κύριο λόγο είχαν χαμηλής ποιότητας διατροφή (45,7%).

**Τόπος διαμονής ως προς την Ποιότητα διατροφής**

		Ποιότητα διατροφής			Σύνολο
		Χαμηλής ποιότητας διατροφή	Μέτριας ποιότητας διατροφή	Άριστης ποιότητας διατροφή	
Τόπος διαμονής:	Ευρύτερη περιοχή Αττικής	12 33,3%	13 36,1%	11 30,6%	36 100%
	Μεγάλη πόλη εκτός Αττικής	32 45,7%	22 31,4%	16 22,9%	70 100%
	Μικρή πόλη/ Αγροτική περιοχή	6 28,6%	11 52,4%	4 19,0%	21 100%
Σύνολο		50 39,4%	46 36,2%	31 24,4%	127 100%

*Πίνακας διασταύρωσης απαντήσεων 3: Ανάλυση της ποιότητας διατροφής ως προς τον τόπο διαμονής.*

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα των παιδιών και την ποιότητα διατροφής τους παρατηρήθηκε πως όσο αυξανόταν το μορφωτικό επίπεδο των πατέρων αυξάνεται η ποιότητα διατροφής τους.

**Μορφωτικό επίπεδο πατέρα ως προς την Ποιότητα διατροφής**

		Ποιότητα διατροφής			Σύνολο
		Χαμηλής ποιότητας διατροφή	Μέτριας ποιότητας διατροφή	Άριστης ποιότητας διατροφή	
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα:	Λύκειο/ΤΕΕ/ΙΕΚ	26 57,8%	11 24,4%	8 17,8%	45 100%
	ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	17 28,8%	28 47,5%	14 23,7%	59 100%
	Μεταπτυχιακό	4 21,1%	6 31,6%	9 47,4%	19 100%
Σύνολο		47 38,2%	45 36,6%	31 25,2%	123 100%

*Πίνακας διασταύρωσης απαντήσεων 4: Ανάλυση της ποιότητας διατροφής ως προς το Μορφωτικό επίπεδο πατέρα.*

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων των παιδιών και την ποιότητα διατροφής τους παρατηρήθηκε πως τα παιδιά με μητέρες απόφοιτους Λυκείου/ΤΕΕ/ΙΕΚ, καθώς και με κάποιο Μεταπτυχιακό τίτλο φάνηκε να έχουν κατά κύριο λόγο χαμηλής ποιότητας διατροφή (46,3% - 42,9%). Τέλος τα παιδιά με μητέρες απόφοιτους ΤΕΙ/ΑΕΙ φάνηκε να έχουν κατά κύριο λόγο μέτριας ποιότητα διατροφή (38,5%).

**Μορφωτικό επίπεδο μητέρας ως προς την Ποιότητα διατροφής**

		Ποιότητα διατροφής			Σύνολο
		Χαμηλής ποιότητας διατροφή	Μέτριας ποιότητας διατροφή	Άριστης ποιότητας διατροφή	
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας:	Λύκειο/ΤΕΕ/ΙΕΚ	19 46,3%	13 31,7%	9 22,0%	1 100%
	ΤΕΙ/Πανεπιστήμιο	28 35,9%	30 38,5%	20 25,6%	8 100%
	Μεταπτυχιακό	3 42,9%	2 28,6%	2 28,6%	7 100%
Σύνολο		50 39,7%	45 35,7%	31 24,6%	26 100%

*Πίνακας διασταύρωσης απαντήσεων 5: Ανάλυση της ποιότητας διατροφής ως προς το Μορφωτικό επίπεδο μητέρας.*

Αναφορικά με το εάν τα παιδιά κάνουν κάποιο άθλημα παρατηρήθηκε πως τα παιδιά που ασχολούταν με κάποιο άθλημα κατά κύριο λόγο είχαν άριστη ποιότητα διατροφής (58,3%), ενώ τα παιδιά που δεν ασχολούνται με κάποιο άθλημα κατά κύριο λόγο είχαν χαμηλής ποιότητα διατροφή (53,2%).

**Κάνεις κάποιο άθλημα ως προς την Ποιότητα διατροφής**

		Ποιότητα διατροφής			Σύνολο
		Χαμηλής ποιότητας διατροφή	Μέτριας ποιότητας διατροφή	Άριστης ποιότητας διατροφή	
Κάνεις κάποιο άθλημα	Ναι	8 16,7%	12 25,0%	28 58,3%	48 100%
	Όχι	42 53,2%	34 43,0%	3 3,8%	79 100%
Σύνολο		50 39,4%	46 36,2%	31 24,4%	127 100%

*Πίνακας διασταύρωσης απαντήσεων 6: Ανάλυση της ποιότητας διατροφής ως προς την ενασχόληση με κάποιο άθλημα.*

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρατηρώντας συνολικά τα ευρήματα της μελέτη κατέστη εμφανές ότι τα παιδιά επιλέγουν σε μεγαλύτερο βαθμό να παίρνουν μαζί τους κάποιο σάντουιτς (46,5%), με τα φρούτα (24,4%), τα τοστ (16,5%), τα κρουασάν (11,8%) και τα κέικ (0,8%) να ακολουθούν. Επιπλέον προέκυψε ότι τα περισσότερα παιδιά κατά των τελευταίο μήνα κατανάλωσαν λαχανικά 4 με 6 φορές την κάθε εβδομάδα (42,5%), ενώ φρούτα από 1 έως 3 φορές μέσα στον μήνα (41,7% του δείγματος).

Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα κατά κύριο λόγο παίρνουν χρήματα στο σχολείο για το δεκατιανό τους γεύμα από 1 έως 3 φορές το μήνα (77,2% του δείγματος), ενώ αρκετά παιδιά απάντησαν πως παραγγέλνουν φαγητό απ' έξω 1 φορά το μήνα με τις οικογένειες τους (52% του δείγματος). Ακόμη παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα παιδιά απάντησαν πως μαγειρεύεται στο σπίτι τους πιο πολύ κρέας (41,7%), ακολούθησαν τα παιδιά που απάντησαν πως μαγειρεύονται πιο πολύ λαδερά (33,1%).

Σε σχέση με τις φυσικές δραστηριότητες των παιδιών παρατηρήθηκε πως κατά κύριο λόγο τα παιδιά περπατούν ή κάνουν ποδήλατο για τις μετακινήσεις ή σε άλλες δραστηριότητες επί καθημερινής βάσης από 31 έως 45 λεπτά (29,1%), ενώ τα περισσότερα παιδιά δεν ασχολούνται με κάποιο άθλημα (62,2%). Τα αθλήματα που είναι πιο διαδεδομένα στα παιδιά που ασχολούνται με τον αθλητισμό στοχευμένα ήταν το Μπάσκετ (33,3%), ο Στίβος (25%), το Ποδόσφαιρο (18,8%), το Βόλεϊ (16,7%) και το Τένις (6,3%) ενώ τα περισσότερα παιδιά ενασχολούνται με τα αθλήματα τους από 4 έως 6 φορές την εβδομάδα (35,4%).

Αναφορικά με το χρόνο που τα παιδιά που πήραν μέρος στην έρευνα παρακολουθούν τηλεόραση, DVD ή ασχολούνται με τον υπολογιστή καθημερινά, παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα παιδιά ενασχολούνται με προαναφερθέντα από μισή έως μια ώρα (67,7%).

Έπειτα από αξιολόγηση του δείκτη ποιότητας διατροφής Kidmed των παιδιών παρατηρήθηκε πως τα περισσότερα παιδιά βάση των απαντήσεων τους είχαν χαμηλής ποιότητας διατροφή (39,4% του δείγματος), ενώ ακολούθησαν τα παιδιά με μέτρια ποιότητας διατροφή (36,2% του δείγματος), και τα παιδιά με άριστης ποιότητας διατροφή ήρθαν στη συνέχεια (24,4% του δείγματος). Μετά από ελέγχους προέκυψε πως όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνονται και το ύψος και το βάρος των παιδιών, επιπλέον παρατηρήθηκε πως όσο αυξάνεται το ύψος υπάρχει και αύξηση του βάρους τους.



Ακόμη προέκυψε μετά από ελέγχους ότι τα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια είχαν σε μεγαλύτερο βαθμό χαμηλής ποιότητας διατροφή (42,1% αγόρια – 37,1% κορίτσια), επιπλέον τα αγόρια είχαν και σε μεγαλύτερο βαθμό άριστης ποιότητας διατροφή (29,8% αγόρια – 20% κορίτσια), ενώ τα κορίτσια φάνηκε να έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό μέτριας ποιότητας διατροφή. Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά που έμεναν στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής καθώς και σε μικρές πόλεις ή αγροτικές περιοχές κατά κύριο λόγο είχαν μέτριας ποιότητας διατροφή (36,1% - 52,4%), ενώ τα παιδιά που διέμεναν σε μεγάλες πόλεις εκτός της Αττικής κατά κύριο λόγο είχαν χαμηλής ποιότητας διατροφή (45,7%).

Σημαντικό είναι πως παρατηρήθηκε ότι όσο αυξανόταν το μορφωτικό επίπεδο των πατέρων αυξάνεται η ποιότητα διατροφής των παιδιών τους όμως παρατηρήθηκε πως τα παιδιά με μητέρες απόφοιτους Λυκείου/ΤΕΕ/ΙΕΚ, καθώς και με κάποιο Μεταπτυχιακό τίτλο φάνηκε να έχουν κατά κύριο λόγο χαμηλής ποιότητας διατροφή (46,3% - 42,9%), ενώ τα παιδιά με μητέρες απόφοιτους ΤΕΙ/ΑΕΙ φάνηκε να έχουν κατά κύριο λόγο μέτριας ποιότητα διατροφή (38,5%).

Τέλος σημαντικό είναι και το γεγονός ότι τα παιδιά που ασχολούταν με κάποιο άθλημα κατά κύριο λόγο είχαν άριστη ποιότητα διατροφής (58,3%), ενώ τα παιδιά που δεν ασχολούνται με κάποιο άθλημα κατά κύριο λόγο είχαν χαμηλής ποιότητα διατροφή (53,2%).

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Azadi H., Ho P. (2010). Genetically modified and organic crops in developing countries: A review of options for food security. Volume 28, Issue 1, Pages 160–168

Cecchini, M., Warin, L. (2016). Impact of Food Labelling Systems on Food Choices and Eating Behaviours: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Studies. *Obesity Reviews*, Vol. 17(3), pp. 201-210.

Crystal Smith-Spangler, Margaret L. (2012). Are Organic Foods Safer or Healthier Than Conventional Alternatives?: A Systematic Review, *Ann Intern Med.* 157(5):348-366.

Crystal Smith-Spangler, Margaret L. Brandeau, Grace E. Hunter, J. Clay Bavinger, BA; Maren Pearson, Paul J. Eschbach; Vandana Sundaram, MPH; Hau Liu, MD, MS, MBA, MPH; Patricia Schirmer, MD; Christopher Stave, MLS; Ingram Olkin, PhD; and Dena M. Bravata. (2012). Are Organic Foods Safer or Healthier Than Conventional Alternatives?: A Systematic Review, *Ann Intern Med.* 157(5):348-366.

Devaux, M., Sassi, F. (2015). The Labour Market Impacts of Obesity, Smoking, Alcohol Use and Related Chronic Diseases. *OECD Health Working Papers*, No. 86

Flegal K. , Kruszon-Moran D., Carroll M., (2016) Trends in Obesity Among Adults in the United States, 2005 to 2014, *JAMA.* 315(21):2284-2291

Georgescu A, Popov D, Constantin A, Nemezc M, Alexandru N, Cochior D, (2011). Dysfunction of human subcutaneous fat arterioles in obesity alone or obesity associated with type 2 diabetes. *Clin Sci (Lond)* 120:463–72

Inchley, J. Deepa AS, Kumar R (2016). Growing Up Unequal: Gender and Socioeconomic Differences in Young People’s Health and Well-being, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study, International Report from the 2013/2014 Survey, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Kloss, L. Khan IM, Ansari MA (2015). Sodium Intake and Its Reduction by Food Reformulation in the European Union – A Review. *NFS Journal*, Vol. 1, pp. 9-19.

Magnussona M., Anne Arvola, Ulla-Kaisa Koivisto Hurstia, Lars Åberg, Per-Olov Sjödéna. (2003). Choice of organic foods is related to perceived consequences for human health and to environmentally friendly behaviour. *Volume 40, Issue 2, Pages 109–117*

Mateo, K.J., Proescholdbell, S.K., Register-Mihalik, J., Waller, A.E., Marshall, S.W. (2017) Characteristics of sports and recreation-related emergency department visits among school-age children and youth in North Carolina, *Injury Epidemiology* 5(1),23

Morley, B. Maclean H. (2013). What Types of Nutrition Menu Labelling Lead Consumers to Select Less Energy-dense Fast Food? An Experimental Study. *Appetite*, Vol. 67, pp. 8-15.

Niemann B, Chen Y, Teschner M, Li L, Silber RE, Rohrbach S. (2011) Obesity induces signs of premature cardiac aging in younger patients: the role of mitochondria. *J Am Coll Cardiol.* 57:577–85.

OECD/EU. (2016). *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.

Picard F, Guarente L.(2005) Molecular links between aging and adipose tissue. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 29:S36–9

Taveras E.M., Sandora T.J., Shih M.C. , Ross Deghan D. (2006), The association of television and video viewing with fast food intake by pre – school age children’, *Vol.14, Issue 11, Pafes 2034 -2041*

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο αφορά τις διατροφικές συνήθειες παιδιών και εφήβων και αποτελεί τμήμα πτυχιακής εργασίας του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι μη υποχρεωτική ενώ τα στοιχεία που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για το σκοπό της μελέτης.

**Ονόματα ερευνητριών**

**Ευγενία Θελερίτη**

**Ευτυχία Ζερβουδάκη**

### **Φύλο**

- Αγόρι
- Κορίτσι

### **Ηλικία:**

### **Τάξη :**

### **Κιλά:**

### **Ύψος:**

### **Μορφωτικό επίπεδο πατέρα:**

- Αναλφάβητος
- Υποχρεωτική Εκπαίδευση
- Λύκειο/ΤΕΕ/ΙΕΚ
- ΤΕΙ
- Μεταπτυχιακό
- Διδακτορικό

### **Μορφωτικό επίπεδο μητέρας**

- Αναλφάβητη
- Υποχρεωτική Εκπαίδευση

- Λύκειο/ΤΕΕ/
- ΤΕΙ
- ΑΕΙ
- Μεταπτυχιακό
- Διδακτορικό

**Επάγγελμα πατέρα**

- Άνεργος
  
- Οικιακά
- Δημ. Υπάλληλος
- Ιδιωτ. Υπάλληλος,
- Ελεύθερος επαγγελματίας
- Στρατιωτικός
- Εργάτης
- Γεωργός/Κτηνοτρόφος
- Συνταξιούχος

**Επάγγελμα μητέρας**

- Άνεργος
- Οικιακά
- Δημ. Υπάλληλος
- Ιδιωτ. Υπάλληλος,
- Ελεύθερος επαγγελματίας
- Στρατιωτικός
- Εργάτης
- Γεωργός/Κτηνοτρόφος
- Συνταξιούχος

<b>B</b>	<b>Ερωτήσεις διατροφικών συνήθειων, συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων &amp; διατροφικής συμπεριφοράς</b>
<b>0</b>	<b>Πόσο συχνά κατανάλωσες λαχανικά τον τελευταίο μήνα;</b> Καθόλου                    1 φορά τον μήνα                    1-3 φορές τον μήνα                    1-3 φορές την εβδομάδα 4-6 φορές την εβδομάδα                    1 φορά την ημέρα                    >1 φορά την ημέρα
<b>1</b>	<b>Πόσο συχνά κατανάλωσες φρούτα τον τελευταίο μήνα;</b> Καθόλου                    1 φορά τον μήνα                    1-3 φορές τον μήνα                    1-3 φορές την εβδομάδα 4-6 φορές την εβδομάδα                    1 φορά την ημέρα                    >1 φορά την ημέρα

<b>Γ</b>	<b>Ερωτήσεις φυσικής δραστηριότητας</b> Στις παρακάτω ερωτήσεις επέλεξε μία ή περισσότερες απαντήσεις (ανάλογα με την ερώτηση). Δεν υπάρχει σωστή ή λάθος απάντηση.
<b>0</b>	<b>Πόσα λεπτά κάθε μέρα περπατάς και/ή κάνεις ποδήλατο για τις μετακινήσεις πηγαίνοντας στο σχολείο, στο φροντιστήριο, για ψώνια ή σε άλλες δραστηριότητες;</b> Λιγότερο από 15 λεπτά                    Μεταξύ 15-30 λεπτών                    Μεταξύ 31-45 λεπτών Μεταξύ 46-60 λεπτών                    Πάνω από 60 λεπτά
<b>1</b>	<b>Πόσες ώρες συνήθως την ημέρα παρακολουθείς τηλεόραση, DVD ή ασχολείσαι με τον υπολογιστή;</b> Καθόλου                    Λιγότερο από μισή ώρα                    Μισή έως 1 ώρα Περίπου 2 ως 3 ώρες                    Περίπου 4 ώρες                    Παραπάνω από 4 ώρες

Δ	Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνήθειων – KIDMED
	Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις με ένα ΝΑΙ ή ΟΧΙ: Το παιδί σας
0	<b>Καταναλώνεις ένα φρούτο ή χυμό φρούτων κάθε ημέρα;</b> Ναι Όχι
1	<b>Καταναλώνεις ένα δεύτερο φρούτο κάθε ημέρα;</b> Ναι Όχι
2	<b>Καταναλώνεις λαχανικά μία φορά την ημέρα;</b> Ναι Όχι
3	<b>Καταναλώνεις λαχανικά περισσότερο από μία φορά την ημέρα;</b> Ναι Όχι
4	<b>Καταναλώνεις ψάρι τακτικά (τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα);</b> Ναι Όχι
5	<b>Καταναλώνεις πρόχειρο φαγητό (τύπου fastfood) περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα;</b> Ναι Όχι
6	<b>Καταναλώνεις όσπρια περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα;</b> Ναι Όχι
7	<b>Καταναλώνεις ψωμί, ζυμαρικά ή ρύζι σχεδόν κάθε ημέρα (5 ή περισσότερες ημέρες κάθε εβδομάδα);</b> Ναι Όχι
8	<b>Για πρωινό τρώς συνήθως δημητριακά (τύπου cornflakes) ή ψωμί ή φρυγανιές ή αρτοσκευάσματα;</b> Ναι Όχι
9	<b>Καταναλώνεις ξηρούς καρπούς τακτικά (τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα);</b> Ναι Όχι
10	<b>Καταναλώνεις ελαιόλαδο είτε σε σαλάτα, είτε στο φαγητό;</b> Ναι Όχι
11	<b>Συνήθως παραλείπεις το πρωινό;</b> Ναι Όχι
12	<b>Για πρωινό συνήθως τρως ή πίνεις ένα γαλακτοκομικό προϊόν, όπως γάλα ή γιαούρτι;</b> Ναι Όχι
13	<b>Για πρωινό τρως συνήθως γλυκά;</b> Ναι Όχι

14	<p><b>Καταναλώνεις δυο γιαούρτια ή/και λίγο τυρί (δηλαδή περίπου 40 γραμμάρια) ημερησίως;</b>          Ναι Όχι</p>
15	<p><b>Καταναλώνεις γλυκά κάθε ημέρα;</b>          Ναι Όχι</p>
	<p><b>Βαθμολογία</b>          Όπου «ΝΑΙ» προσθέτετε έναν βαθμό, όπου κόκκινο «ΝΑΙ» αφαιρείτε έναν βαθμό.          Το «ΟΧΙ» δεν έχει βαθμούς.  <b>Αποτελέσματα</b>          Βαθμοί <math>\geq 8</math>: Άριστης ποιότητας διατροφικές συνήθειες με βάση τα πρότυπα της μεσογειακής διατροφής          Βαθμοί 4-7: Μέτριας ποιότητας διατροφικές συνήθειες          Βαθμοί <math>\leq 3</math>: Η διατροφή είναι χαμηλής ποιότητας και πρέπει άμεσα να βελτιωθεί.</p>