



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Τμήμα: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ

**Θέμα: Κατανοώντας το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή/τριας
στην παχυσαρκία των παιδιών δημοτικού σχολείου.**

Φοιτήτρια: Κατερίνα Πόππη

ΑΜ.: 11441

Εισηγητής: Στέφανος Μαντζούκας, επίκουρος καθηγητής

Ιωάννινα, Μάιος 2012

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ την οικογένειά μου,
για την υποστήριξη και την εμπύχωση
που μου έδωσε όλο αυτό το διάστημα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	7
ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	8
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	8
3.1 Ορισμοί	8
3.1.1 Ορισμός κοινοτικής νοσηλευτικής.....	8
3.1.2 Ορισμός σχολικής νοσηλευτικής	8
3.1.3 Ορισμός παχυσαρκίας	8
3.1.4 Ορισμός δείκτη μάζας σώματος.....	9
3.1.5 Ορισμός αγωγής υγείας	9
3.2 Παχυσαρκία	10
3.2.1 Αίτια.....	10
3.2.2 Κατηγοριοποίηση παιδικής παχυσαρκίας σύμφωνα με τις τιμές ΔΜΣ	11
3.2.3 Επιπτώσεις στην υγεία	12
3.2.4 Στατιστικά	12
3.2.5 Αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας στο σχολείο.....	13
3.3 Νοσηλευτικοί ρόλοι	15
3.3.1 Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή/τριας στην πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας.....	15
3.3.2 Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή/τριας στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας	15
3.3.3 Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή/τριας στην εκπαίδευση των παιδιών	16
3.3.4 Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή /τριας στην εκπαίδευση της οικογένειας	17
3.4 Αγωγή υγείας.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	18
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	18
4.1 Το είδος της έρευνας.....	18
4.2 Περιγραφή δείγματος.....	18
4.3 Κριτήρια αποδοχής - αποκλεισμού συλλογής δεδομένων.....	19
4.4 Συλλογή δεδομένων	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	22
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	22
5.1 Ανάλυση δεδομένων	22
5.1.1 1 ^η Θεματική ενότητα: Αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας.....	23
5.1.2 2 ^η Θεματική ενότητα: Αίτια και παράγοντες της παχυσαρκίας	23
5.1.3 3 ^η Θεματική ενότητα: Παιδική παχυσαρκία και επιπτώσεις.....	24
5.1.4 4 ^η Θεματική ενότητα: Αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας.....	25
5.1.5 5 ^η Θεματική ενότητα: Δυσκολίες των σχολικών νοσηλευτών/ τριών στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας.....	26
5.1.6 6 ^η Θεματική Ενότητα: Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή/τριας στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	29
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	34
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	38
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ	38
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	39
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	44
ΠΙΝΑΚΕΣ	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή

Η υγεία των ατόμων και το επίπεδό της, είναι η αντανάκλαση της κοινωνίας στην οποία ζούνε, δραστηριοποιούνται, παίζουν, εργάζονται και αποκτούν γνώσεις. Οι κοινωνίες, είναι αυτές που διαμορφώνουν τον τρόπο ζωής που υιοθετούν οι άνθρωποι και την πιθανότητα να ζουν με ασφάλεια, ικανοποίηση και παραγωγικότητα.

Η σχέση ανάμεσα στο επίπεδο της υγείας ενός δεδομένου πληθυσμού και της κοινωνίας στην οποία ζει, βρίσκεται -ή τουλάχιστον πρέπει να βρίσκεται- στο επίκεντρο του νοσηλευτή /τριας. Παρ' όλο που το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού, μέσα από την πρόοδο και την εξέλιξη της τεχνολογίας έχει πλέον τη δυνατότητα άμεσης και έγκυρης πληροφόρησης για όποια θέματα υγείας μπορεί να τον απασχολούν, βλέπουμε καθημερινά ότι ασθένειες που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί και στην πλειονότητά τους είναι αποτέλεσμα ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής, ταλαιπωρούν μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, επιβαρύνοντας τόσο τους ίδιους και το στενό τους οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και γενικότερα το κοινωνικό σύνολο. Για παράδειγμα, αυξάνονται τα ποσοστά παχυσαρκίας και διαβήτη, υπάρχει οικογενειακή βία, κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, αυξημένα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης.

Όλα αυτά, θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί σε σημαντικό βαθμό, εάν είχε ληφθεί πρόβλεψη από την κοινωνία ώστε όλα τα σχολεία να είναι επανδρωμένα με σχολικούς νοσηλευτές/τριες, οι οποίοι θα είχαν καθήκον να ενημερώνουν τα παιδιά για τα θέματα υγείας. Με αυτό τον τρόπο, τα παιδιά - από την μικρή αυτή ηλικία, θα υιοθετούσαν έναν υγιεινό τρόπο ζωής, ο οποίος θα τους ακολουθούσε και στην ενήλικη ζωή τους. Υιοθετώντας από τη νεότητα ένα υγιεινό και υπεύθυνο τρόπο ζωής, θα είχαμε κάνει ένα σημαντικό βήμα προς όσο το δυνατόν υγιέστερες κοινωνίες.

Η παρούσα εργασία, ερευνά το θέμα της παιδικής παχυσαρκίας και τον τρόπο, με τον οποίο οι σχολικοί νοσηλευτές /τριες μπορούν να συμβάλλουν αφ' ενός στην πρόληψη και αφ' ετέρου στην αντιμετώπισή της. Αρχικά, θέτονται ορισμένοι σκοποί και στόχοι, οι οποίοι θα πρέπει να έχουν ολοκληρωθεί μέχρι το τέλος της έρευνας. Εν συνεχεία, υπάρχει βιβλιογραφική ανασκόπηση, όπου δίνονται οι ορισμοί διαφόρων

εννοιών, όπως αυτού της παχυσαρκίας και της σχολικής νοσηλευτικής, τα αίτια της παχυσαρκίας - στα οποία περιλαμβάνονται η μειωμένη σωματική δραστηριότητα και η παρουσία ανθυγιεινών τροφών στην καθημερινή διατροφή - οι επιπτώσεις αυτής της ασθένειας, διότι πρόκειται περί ασθένειας και ορισμένα στατιστικά στοιχεία, σχετικά με την εξέλιξή της. Επιπλέον, μελετώνται οι ρόλοι που έχουν οι σχολικοί νοσηλευτές /τριες ως προς την πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας, την εκπαίδευση που πρέπει να παρέχουν στα παιδιά και τους γονείς τους, αλλά και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να γίνει η αγωγή υγείας. Στη συνέχεια, περιγράφεται η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την έρευνα και ακολουθούν ορισμένες θεματικές ενότητες, οι οποίες είναι βασισμένες στα αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών, δεδομένου ότι η παρούσα εργασία είναι αποτέλεσμα δευτερογενούς έρευνας. Τέλος, αναφέρονται επιπρόσθετες έρευνες, οι περισσότερες από τις οποίες συμφωνούν με τα όσα αναφέρονται στις θεματικές ενότητες, όμως υπάρχουν και ορισμένες έρευνες που καταλήγουν σε διαφορετικά αποτελέσματα και συμπεράσματα. Εν κατακλείδι, συζητούνται τα αποτελέσματα της έρευνας και βγαίνουν κάποια συμπεράσματα. Τέλος, αναφέρονται οι περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Στόχοι και σκοποί της εργασίας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι, παρουσιάζοντας το φαινόμενο της παιδικής παχυσαρκίας, τις αιτίες που το προκαλούν αλλά και τα δυσμενή αποτελέσματα που μπορεί να έχει, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα στην ενήλικη ζωή του ατόμου, να αναδείξει τη σημασία και την αναγκαιότητα ύπαρξης του θεσμού του σχολικού νοσηλευτή /τριας, ώστε να μειωθεί η εμφάνιση παχύσαρκων παιδιών και να μετριαστούν οι αρνητικές επιπτώσεις του φαινομένου. Ο λόγος για τον οποίο αποφασίστηκε να γίνει η εκπόνηση της παρούσας εργασίας, είναι, τόσο το προσωπικό ενδιαφέρον για τα θέματα της διατροφής των παιδιών και της υπερβολικής, ή της κακής επιλογής λήψης τροφίμων, όσο και το επαγγελματικό ενδιαφέρον για την νοσηλευτική φροντίδα και διδασκαλία των παιδιών, στο σχολικό τους περιβάλλον.

Η εργασία έχει ως στόχο να αναδείξει το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή /τριας στη διατροφική διαπαιδαγώγηση των παιδιών δημοτικών σχολείων, ηλικίας έξι με δώδεκα ετών. Επίσης, έχει ως στόχο να κάνει κατανοητά τα κοινωνικά ή πολιτισμικά εμπόδια που παρεμβάλλονται στην ανάπτυξη ενός υγιεινού τρόπου διατροφής, για παιδιά δημοτικού σχολείου και να εντοπίσει τις δυνατότητες και τις αδυναμίες του σχολείου στην προώθηση ενός υγιεινού τρόπου διατροφής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

3.1 Ορισμοί

3.1.1 Ορισμός κοινοτικής νοσηλευτικής

Κοινοτική νοσηλευτική είναι η σύγχρονη και συντονισμένη προσπάθεια εξασφάλισης ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στα άτομα, τις οικογένειες και το σύνολο της κοινότητας - όπως είναι το σπίτι, το σχολείο, ο χώρος εργασίας - με βάση τις ανάγκες της υγείας τους. Ως μέρος της ολικής κοινοτικής προσπάθειας που γίνεται για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, η κοινοτική νοσηλευτική ενδιαφέρεται τόσο για το υγιές όσο και για το άρρωστο ή ανάπηρο άτομο της κοινότητας (Κυριακίδου, 2000).

3.1.2 Ορισμός σχολικής νοσηλευτικής

Η σχολική νοσηλευτική αποτελεί μια εξειδίκευση της νοσηλευτικής επιστήμης, που ως σκοπό έχει να προάγει την ευεξία, την ακαδημαϊκή επιτυχία και τη βελτίωση των επιδόσεων των σπουδαστών δια βίου. Έτσι, οι σχολικοί νοσηλευτές προάγουν τη θετική ανταπόκριση των μαθητών στη φυσιολογική ανάπτυξη, την υγεία και την ασφάλεια. Πραγματοποιούν παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση πραγματικών ή δυνητικών προβλημάτων υγείας, διαχειρίζονται περιπτώσεις και συνεργάζονται ενεργά με άλλους, με στόχο να ενισχύσουν την ικανότητα του μαθητή και της οικογένειας για προσαρμογή, αυτοδιαχείριση, αυτοϋπεράσπιση και μάθηση (Nies, 2001).

3.1.3 Ορισμός παχυσαρκίας

Ως παχυσαρκία, ορίζεται η παθολογικά αυξημένη εναπόθεση λίπους στο ανθρώπινο σώμα, αναλογικά με τις προτεινόμενες τιμές για το ύψος, το φύλο και την ηλικία μας και οφείλεται στην λήψη υπερβολικής ποσότητας θερμίδων, η οποία υπερβαίνει το

ρυθμό ενεργειακής κατανάλωσης (Patterson et al., 2004). Η εμφάνιση της παχυσαρκίας στα παιδιά, οφείλεται στην αλληλεπίδραση γενετικών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων και πιο σπάνια, είναι αποτέλεσμα κάποιας ορμονικής διαταραχής.

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τον κληρονομικό παράγοντα, εάν ο ένας γονέας είναι παχύσαρκος, το παιδί έχει 50% πιθανότητες να γίνει παχύσαρκο, ενώ το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 80% στην περίπτωση που και οι δύο γονείς είναι παχύσαρκοι. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν κακές διατροφικές επιλογές, έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο και άλλα. Οι ψυχολογικοί παράγοντες αφορούν κυρίως προβλήματα μεταξύ επικοινωνίας παιδιού και γονέων, όπως για παράδειγμα η επιλογή ακατάλληλων μεθόδων επιβράβευσης, η υπερπροστασία γονέων, οι λανθασμένες πεποιθήσεις και αντιλήψεις των γονέων ως προς τη διατροφή, και άλλα (Χαριζάνη, 2010).

3.1.4 Ορισμός δείκτη μάζας σώματος

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) είναι η τυπική εκτίμηση της παχυσαρκίας στους ενήλικες και η χρήση του σε παιδιά, παρέχει ένα συνεκτικό μέτρο μεταξύ των ηλικιακών ομάδων. Ο ΔΜΣ εκφράζεται ως το σωματικό βάρος σε κιλά, διαιρούμενο με το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα (kg / m^2). Είναι ένας δείκτης ύψους προς βάρος που πληροί αυτά τα κριτήρια. (Barlow et al.)

$$\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{βάρος σε κιλά} / \text{ύψος}^2$$

3.1.5 Ορισμός αγωγής υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), «η αγωγή υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποβλέπει στην διαμόρφωση ή και τροποποίηση προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία οδηγούν στην προάσπιση, προαγωγή και βελτίωση του επιπέδου υγείας». Η αγωγή υγείας στα παιδιά αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό, αλλά και εξειδικευμένο κομμάτι της αγωγής υγείας, στο οποίο θα πρέπει να δίδεται ιδιαίτερη έμφαση (Αθανασίου, 2007).

3.2 Παχυσαρκία

3.2.1 Αίτια

Τα αίτια για την επιδημία της παχυσαρκίας στον ελληνικό παιδιατρικό πληθυσμό δεν είναι σαφή. Το φαινόμενο της διατροφικής μετάβασης, η οποία αποτελείται από μια σειρά διατροφικών αλλαγών, φυσικής δραστηριότητας και υγείας, καθώς οι φτωχές χώρες γίνονται πιο ευημερούσες, είναι ιδιαίτερα έντονο στην Ελλάδα. Όντως, η χώρα υποβλήθηκε σε γρήγορη κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη κατά τη δεκαετία του 1970, προσχώρησε στην Ευρωπαϊκή Ένωση και βίωσε έναν δυτικού τύπου εκσυγχρονισμό. Αυτό, καθυστέρησε ακόμα την απότομη οικονομική εξέλιξη, σαν αποτέλεσμα μιας γρήγορης αλλαγής από την παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή, στη διατροφή δυτικού τύπου. Πράγματι, οι λίγες έρευνες που έχουν εκτιμήσει τα τρέχοντα επίπεδα πρόσληψης διατροφής και τα πρότυπα κατανάλωσης τροφικών ομάδων στα ελληνόπουλα, δείχνει αυξημένη πρόσληψη συνολικών και κορεσμένων λιπαρών και μειωμένη πρόσληψη υδατανθράκων, ιδιαίτερα στα υπέρβαρα παιδιά. Αυτές οι διαιτητικές αλλαγές, πιθανώς ευθύνονται, εν μέρει τουλάχιστον, για την επιδημία της παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα.

Η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας ή η αυξημένη καθιστική ζωή, μπορούν επίσης να συνεισφέρουν στο πρόβλημα του περίσσιου σωματικού βάρους στην Ελλάδα. Τα πρότυπα φυσικής δραστηριότητας, βρίσκονται συχνά, αλλά όχι πάντα, να είναι αντιστρόφως ανάλογα του δείκτη μάζας σώματος και της επικράτησης της παχυσαρκίας. Πιο σταθερά είναι τα αποτελέσματα από πρόσφατες μελέτες, που δείχνουν πως ο καθιστικός τρόπος ζωής, εξαιτίας της υπερβολικής προβολής ιδίως της τηλεόρασης, συμβάλλει ιδιαίτερα σε αυτή την επιδημία παχυσαρκίας.

Εξετάζοντας παράγοντες, όπως η σωματική δραστηριότητα και η διαίτα, πρέπει επίσης να λάβουμε υπ' όψιν μεγαλύτερες πολιτισμικές ή ιστορικές τάσεις στην Ελλάδα. Η πυρηνικού τύπου οικογένεια, στην Ελλάδα αποτελεί θεμελιώδη πτυχή του ελληνικού τρόπου ζωής και η φροντίδα των παιδιών είναι μια εκτεταμένη οικογενειακή προσπάθεια. Μια έρευνα που εξέτασε ένα δείγμα Ελλήνων παιδιών, ηλικίας οχτώ με δώδεκα ετών, έδειξε θετική σχέση μεταξύ των ποσοστών παχυσαρκίας και των παιδιών που η γιαγιά μαγειρεύει στο σπίτι. Έχει προταθεί ότι η παιδική παχυσαρκία, μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί από την υπερπροστατευτική συμπεριφορά και την αναγκαστική σίτιση από τους Έλληνες γονείς (Tzotzas et al., 2011).

3.2.2 Κατηγοριοποίηση παιδικής παχυσαρκίας σύμφωνα με τις τιμές ΔΜΣ

Ο δείκτης μάζας σώματος αλλάζει ουσιωδώς με την ηλικία. Κατά την γέννηση, ο μέσος όρος είναι 13 kg/m^2 , αυξάνει μέχρι 17 kg/m^2 κατά τον πρώτο χρόνο ζωής, μειώνεται έπειτα στα $15,5 \text{ kg/m}^2$ κατά την ηλικία των έξι ετών και στη συνέχεια, αυξάνει στα 21 kg/m^2 στα είκοσι έτη. Για το λόγο αυτό, ήταν αναγκαία η δημιουργία διαχωριστικών κριτηρίων, για τον προσδιορισμό της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας, που να σχετίζονται με την ηλικία (Cole et al., 2000).

Η κατηγοριοποίηση των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών, είναι πιο πολύπλοκη απ' ό,τι στους ενήλικες. Οι αλλαγές στη σωματική σύσταση που επιτελούνται κατά την ανάπτυξη, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, καθώς οι αλλαγές στην τιμή του δείκτη μάζας σώματος προέρχονται από δύο παραμέτρους – το βάρος και το ύψος – που διαρκώς μεταβάλλονται κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (Malina & Bouchard, 1991).

Για την κατηγοριοποίηση των παιδιών σε λιποβαρή, υπέρβαρα και παχύσαρκα, έχουν χρησιμοποιηθεί τα εξής κριτήρια αναφοράς :

1. Τα εκατοστημόρια αναφοράς του Must και των συνεργατών του, τα οποία βασίστηκαν στη μελέτη NHANES I και συστήθηκαν από τον WHO (World Health Organisation) (Must et al., 1991/ WHO, 1995).
2. Οι χάρτες ανάπτυξης του CDC (Centers for Disease Control and Prevention) για τις Ηνωμένες Πολιτείες, οι οποίοι απευθύνονται αποκλειστικά σε αμερικανικές πληθυσμιακές ομάδες (Flegal et al., 2002), όπου η κατάταξη των παιδιών γίνεται σύμφωνα με το παράρτημα, πίνακας 1 (CDC growth charts, 2000).
3. Οι πίνακες ανάπτυξης του Cole και των συνεργατών του, που προορίζονται για όλους τους πληθυσμούς και παρουσιάζουν κριτικές τιμές του ΔΜΣ και για τα δύο φύλα και για κάθε ηλικία από δύο ετών έως δεκαοχτώ ετών (Cole et al., 2000). Οι πίνακες αυτοί βασίστηκαν στις νόρμες που ισχύουν για τους ενήλικες, σύμφωνα με το WHO, όπου όταν ο ΔΜΣ είναι 25 kg/m^2 αντιστοιχεί σε υπέρβαρο άτομο και όταν είναι 30 kg/m^2 αντιστοιχεί σε παχύσαρκο άτομο. Επεξεργάστηκαν λοιπόν τις τιμές του ΔΜΣ παιδιών από τη γέννηση έως την ηλικία των δεκαοχτώ ετών, από μελέτες σε έξι μεγάλες χώρες (Βραζιλία, Μεγάλη Βρετανία, Χόνγκ- Κόνγκ, Ολλανδία, Σιγκαπούρη και Αμερική). Ο στόχος ήταν να προκύψουν κριτικές τιμές του ΔΜΣ που να είναι κατάλληλες για διεθνή χρήση, για τη σύγκριση μεταξύ των πληθυσμών. Για αυτό και υπερτερούν έναντι των χαρτών του CDC, που έχουν περιορισμένη χρήση,

αφού προορίζονται αποκλειστικά για τον αμερικανικό πληθυσμό (Cole et al., 2000).
Παράρτημα, πίνακας 2

3.2.3 Επιπτώσεις στην υγεία

Η παιδική παχυσαρκία, συνοδεύεται επίσης από πλειάδα προβλημάτων υγείας, τόσο άμεσα - τα οποία εκδηλώνονται στην παιδική ηλικία - όσο και απώτερα, τα οποία εκδηλώνονται κατά την ενήλικη ζωή.

Στα άμεσα προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβάνονται η πρόωμη ήβη, η πρόωμη εμμηναρχή, η καθυστέρηση της ήβης, η γυναικομαστία, το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, ο μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης, η χαμηλή HDL-C, η υπερτριγλυκεριδαιμία, η αρτηριακή υπέρταση και το σύνδρομο άπνοιας στον ύπνο.

Στα έμμεσα προβλήματα συγκαταλέγονται η παχυσαρκία, η αυξημένη θνησιμότητα, ο μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος παχέος εντέρου και η αρθρίτιδα (Επιφανίου-Σάββα & Σάββα, 2000).

3.2.4 Στατιστικά

Η συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας αυξάνεται ολοένα και περισσότερο, τόσο στις ανεπτυγμένες, όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, σε όλες τις κοινωνικο-οικονομικές τάξεις, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας και εθνικότητας. Αποτελεί παγκοσμίως τη δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτων που μπορούν να αποφευχθούν και μειώνει σημαντικά την ποιότητα και τη διάρκεια της ζωής (Χαριζάνη, 2010).

Η παχυσαρκία δε θεωρείται διαταραχή στη λήψη τροφής. Συνεπώς, πολλοί επαγγελματίες, συμπεριλαμβανομένων και των νοσηλευτών/τριών, την παραβλέπουν. Η παχυσαρκία αποτελεί σοβαρό πρόβλημα ακόμα και στην παιδική ή εφηβική ηλικία και η πρόληψη, ή η θεραπεία της, πρέπει να απασχολούν τον νοσηλευτή/τρια σχολικής υγιεινής. Στατιστικές δείχνουν ότι περισσότερο από το 80% των παχύσαρκων παιδιών, μεγαλώνουν για να γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες.

Η παχυσαρκία ανήκει στους παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης καρδιαγγειακών παθήσεων, κάποιων μορφών καρκίνων και άλλων διαταραχών, όπως η οστεοαρθρίτιδα, η υπνική άπνοια και η χολολιθίαση. Επιπρόσθετα, η παχυσαρκία μπορεί να έχει αρνητικές κοινωνικές συνέπειες και έκπτωση στην ποιότητα ζωής, που σχετίζονται με τη φυσική αντοχή και πιθανές διακρίσεις στην εργασία. Τα παχύσαρκα

παιδιά στιγματίζονται συχνά από τους συνομηλίκους τους και γίνονται στόχος για αστεϊσμούς. Για να είναι επιτυχής η θεραπεία της παχυσαρκίας πρέπει να ξεκινήσει έγκαιρα και να είναι πολύπλευρη (Nies, 2001).

3.2.5 Αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας στο σχολείο

Η βελτίωση της διατροφικής κατάστασης των παιδιών σχολικής ηλικίας, αποτελεί μία αποτελεσματική επένδυση για την μελλοντική γενιά. Τα σχολεία προσφέρουν πολλές δυνατότητες για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας στα παιδιά. Αποτελούν επίσης, ένα πιθανό σημείο όπου οι γονείς και τα μέλη της κοινότητας μπορούν να συμμετέχουν στην πρόληψη της κακής διατροφής των παιδιών και κατά συνέπεια της παχυσαρκίας (Chiabi & Obama, 2009).

Το Κογκρέσο έθεσε σε ισχύ το Πρόγραμμα Διατροφικής Αγωγής (NET) το 1997. Το NET επικεντρώθηκε στη διδασκαλία των παιδιών για υγιεινές επιλογές σχετικές με τη διατροφή, καθώς και στη συζήτηση των θεμάτων προαγωγής της υγείας και πρόληψης της νόσου στο περιβάλλον του σχολείου και της παιδικής φροντίδας. Επιπρόσθετα, η Αμερικανική Διαιτητική Εταιρεία και η Αμερικανική Εταιρεία Υπηρεσιών Διατροφικής Αγωγής, θεωρούν ότι πρέπει να παρέχονται ολοκληρωμένα σχολικά διατροφικά προγράμματα και υπηρεσίες σε όλους τους μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ο τελικός στόχος των προσπαθειών αυτών, είναι η υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών επιλογών, εντός και εκτός του σχολικού περιβάλλοντος.

Τα παιδιά σχολικής ηλικίας, διέρχονται περιόδους ταχείας αύξησης και ανάπτυξης και συνεπώς έχουν υψηλές διατροφικές ανάγκες. Έτσι, πρέπει να καταναλώνονται διάφορες τροφές ώστε να ικανοποιούνται οι καθημερινές ανάγκες του οργανισμού τους. Τα διαιτολόγια πρέπει να περιλαμβάνουν ένα σωστό ισοζύγιο υδατανθράκων, πρωτεϊνών και λίπους με επαρκή πρόσληψη βιταμινών και μεταλλικών στοιχείων. Παρ' όλα αυτά όμως, τα παιδιά και οι έφηβοι, όπως είναι γνωστό, προτιμούν ακατάλληλες τροφές. Η δίαιτά τους έχει υψηλή περιεκτικότητα λιπών και ζάχαρης και συνήθως, συνίσταται από φαστ φουντ, αντί για φρούτα και λαχανικά. Η παράλειψη γευμάτων και κυρίως πρωινού και η κατανάλωση πολλαπλών ανθυγιεινών πρόχειρων γευμάτων, συμβάλλουν στην κακή θρέψη των παιδιών. Ο αδρός έλεγχος και η αναγνώριση των διατροφικών προβλημάτων, η συμβουλευτική

και οι κατάλληλες παραπομπές, είναι σημαντικές συνιστώσες στο σχολικό περιβάλλον (Nies, 2001).

Τα κυλικεία των δημοτικών σχολείων, αποτελούν σημαντική έως και αποκλειστική πηγή για τη διατροφή των παιδιών, εφ' όσον τα περισσότερα παιδιά αγοράζουν το φαγητό τους από εκεί και δεν το παίρνουν από το σπίτι τους.

Σύμφωνα με τη σχετική ελληνική νομοθεσία, τα κυλικεία των σχολείων πρέπει να έχουν τα εξής τρόφιμα στη διάθεση των μαθητών:

- Σάντουιτς και τοστ με τυρί, γαλοπούλα, ντομάτα, ψωμί λευκό ή ολικής
- Απλά αρτοσκευάσματα (φρυγανιές, αρτίδια, φρατζολάκια, κουλούρια, παξιμάδια, κριτσίνια) σε ατομική συσκευασία, έως 50γρ.
- Διάφορα αρτοσκευάσματα (σταφιδόψωμο, μουστοκούλουρα, μπισκότα χωρίς γέμιση) σε ατομική συσκευασία, έως 60γρ.
- Τυρόπιτα – σπανακόπιτα (με τυρί φέτα ή κασέρι), έως 200γρ.
- Γιαούρτι, χωρίς ζάχαρη ή άλλες προσμίξεις και χαμηλό σε λιπαρά
- Φρέσκα φρούτα (μήλο, αχλάδι), καλά πλυμένα και σε ατομική συσκευασία
- Ξηρά φρούτα (σύκα, δαμάσκηνα, βερίκοκα χωρίς κουκούτσι), σε ατομική συσκευασία, έως 50γρ.
- Γάλα χαμηλό σε λιπαρά, γάλα πλήρες και γάλα με κακάο χωρίς συνθετικές γλυκαντικές ουσίες, σε ατομική συσκευασία, έως 250 ml για το γάλα με κακάο, έως 330 ml για το σκέτο γάλα
- Ρυζόγαλο απλό, κρέμα απλή, χωρίς προσθήκη άλλων συστατικών, έως 150ml
- Φυσικοί χυμοί φρούτων (100% χυμός), χωρίς πρόσθετη ζάχαρη, σε ατομική συσκευασία, έως 330 ml
- Εμφιαλωμένο νερό του 0,5 λίτρου.
- Καφές και αφεψήματα μόνο για το προσωπικό

Η παρουσία οποιουδήποτε άλλου τροφίμου στα κυλικεία, αποτελεί παράβαση του σχετικού νόμου και αιτία για καταγγελία της σύμβασης με το κυλικείο (ΦΕΚ,2006).

3.3 Νοσηλευτικοί ρόλοι

3.3.1 Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή/τριας στην πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας.

Ο σχολικός νοσηλευτής/τρια κάνει μετρήσεις του ΔΜΣ ετησίως, με σκοπό να αναγνωρίσει τα παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο για εμφάνιση παχυσαρκίας και εν συνεχεία, ενημερώνει εκτενώς τους γονείς αυτών των παιδιών (Schantz,2007).

Επίσης, ενημερώνει τα παιδιά για θέματα διατροφής. Η διατροφική αγωγή είναι ουσιαστική και πρέπει να περιλαμβάνει τους γονείς, τους δασκάλους και το παιδί. Το παιδί πρέπει να γνωρίζει και να κατανοεί την πυραμίδα της διατροφής, πώς να κάνει σωστές επιλογές ενδιάμεσων γευμάτων και να γνωρίζει, κυρίως, τη σημασία εξισορρόπησης της φυσικής άσκησης και πρόσληψης τροφής. Η παχυσαρκία, μπορεί να μειωθεί ή να προληφθεί με σωστή εκπαίδευση και αλλαγές του τρόπου ζωής. Επιπρόσθετα, τα παιδιά άνω των δύο ετών, πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με την πρόσληψη κεκορεσμένων λιπών (Nies, 2001).

3.3.2 Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή/τριας στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας.

Οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες έχουν γνώσεις και εμπειρία στον τομέα της διατροφής, της διατήρησης του βάρους και της άσκησης. Συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας, μέσω της αγωγής υγείας, των υποστηρικτικών προγραμμάτων, των συμβουλευτικών υπηρεσιών, την παραπομπή σε γιατρούς, την παρακολούθηση και την υποστήριξη.

Οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες συνεργάζονται με το προσωπικό του σχολείου, τους παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τους μαθητές, τις οικογένειες και την σχολική κοινότητα, συμβάλλοντας έτσι στη μείωση της παιδικής παχυσαρκίας και την πρόληψη των σχετιζόμενων νόσων, όπως είναι ο διαβήτης τύπου 2, άσθμα και άλλα (Schantz,2007).

3.3.3 Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή/τριας στην εκπαίδευση των παιδιών.

Οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες, μέσω της αγωγής υγείας, προσπαθούν να επιτύχουν την εθελοντική προσαρμογή της συμπεριφοράς των παιδιών, με τη χρήση εκπαιδευτικών μεθόδων. Βασικά στοιχεία της θεωρητικής προσέγγισης της αγωγής υγείας αποτελούν η ψυχολογία και η παιδαγωγική.

Οι στόχοι της αγωγής υγείας παρουσιάζονται σε επτά στάδια τα οποία δεν είναι απαραίτητως διαδοχικά. Τα στάδια αυτά είναι η ευαισθητοποίηση και η συνειδητοποίηση των παιδιών ως προς την ύπαρξη ενός προβλήματος στη διατροφή τους, που πρέπει να διορθωθεί. Η παροχή γνώσεων, ώστε τα παιδιά να δράσουν προς τη σωστή κατεύθυνση, η ιεράρχηση των αξιών με σκοπό την αποσαφήνιση, τη διαμόρφωση ή την τροποποίηση αξιών που σχετίζονται με τη διατροφή. Επιπρόσθετα, η αλλαγή πεποιθήσεων και στάσεων, όπου το παιδί διαμορφώνει διαφορετικές από τις αρχικές του πεποιθήσεις και στάσεις, με βάση τα νέα δεδομένα, η λήψη αποφάσεων, στο βαθμό που μπορεί, αφού πρώτα έχουν προηγηθεί τα προαναφερθέντα στάδια. Εν συνεχεία, ακολουθεί η τροποποίηση της συμπεριφοράς, η οποία αναφέρεται στην υιοθέτηση της ληφθείσας απόφασης και πρέπει να μονιμοποιηθεί και να αποτελέσει ένα νέο τρόπο ζωής. Τέλος, η αλλαγή περιβάλλοντος αποτελεί ένα ακόμα στάδιο και αναφέρεται στην τροποποίηση των παραγόντων του περιβάλλοντος που επηρεάζουν τα παιδιά, ώστε η σωστή επιλογή να γίνει και η ευκολότερη (Καλοκαιρινού, 2005).

Οι εκπαιδευτικές μέθοδοι για την αγωγή υγείας ποικίλουν και διακρίνονται σε ενεργητικές, σε οπτικοακουστικά μέσα, σε γραπτό υλικό και στα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες είναι σε θέση να επιλέξουν τις μεθόδους που θα χρησιμοποιήσουν ώστε να γίνουν κατανοητοί στα παιδιά και να αποφέρουν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Έτσι, μπορούν να μάθουν στα παιδιά ποιά τρόφιμα συμπεριλαμβάνονται στη σωστή διατροφή, ποιά η σημασία της και ποιά η αναγκαιότητά της, μέσω παιχνιδιών, εικόνων, επιδείξεως αντικειμένων, παραμυθιών και φωτογραφιών. Ακόμα, τα παιδιά μπορούν εύκολα να μάθουν για ποιο λόγο πρέπει να αλλάξουν τις άσχημες διατροφικές συνήθειές τους μέσω τραγουδιών, ποιημάτων, αινιγμάτων, ζωγραφικής και κουκλοθέατρου. Επιπλέον, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ερωτηματολόγια στα μεγαλύτερα παιδιά, για να ανακαλύψουν τις γνώσεις των μαθητών στο θέμα της διατροφής και έπειτα, να συζητήσουν τις απαντήσεις που δόθηκαν, καθώς και να χωριστούν σε ομάδες δημιουργώντας κολλάζ,

όπου θα καλούνται να φτιάξουν μια διατροφική πυραμίδα, επιλέγοντας τα τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνουν ανάλογα με τη συχνότητα κατανάλωσής τους (DeYoung, 2009 / Καλοκαιρινού, 2005 / Μεράκου, 2007).

3.3.4 Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή /τριας στην εκπαίδευση της οικογένειας.

Συχνά, οι νοσηλευτές/τριες σχολικής υγιεινής χρειάζεται να παρέχουν υγειονομική ενημέρωση στην οικογένεια, τους γονείς και την κοινότητα. Η αγωγή υγείας στην κοινότητα, πρέπει να απαρτίζεται από προγράμματα σχεδιασμένα να επηρεάσουν θετικά τους γονείς, το προσωπικό και άλλους, σε θέματα σχετικά με την υγεία. Τα προγράμματα για τον έλεγχο του σωματικού βάρους, χρειάζεται να στοχεύουν και στους γονείς, οι οποίοι μπορεί να μη γνωρίζουν το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι νοσηλευτές/τριες στην πρόληψη της παχυσαρκίας των παιδιών τους. Οι νοσηλευτές /τριες σχολικής υγιεινής, μπορούν να βοηθήσουν τους γονείς να αναπτύξουν υγιεινότερες διατροφικές συνήθειες στο σπίτι, που θα επηρεάσουν άμεσα τις οικογένειες τους (Nies, 2001).

3.4 Αγωγή υγείας

Μια πάρα πολύ σημαντική παράμετρος για την εφαρμογή της αγωγής υγείας, είναι το γεγονός ότι οι συνήθειες που αποκτά κανείς στην παιδική του ηλικία, συχνά τον ακολουθούν σε όλη του τη ζωή. Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο, είναι ότι πολλές φορές, οι αρχικές βλάβες που είναι και οι πλέον σημαντικές σε μερικές μακροχρόνιες ασθένειες, εγκαθίστανται αμετάκλητα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Για παράδειγμα, οι βλάβες στην καρδιά και τα αγγεία που εκδηλώνονται σε μετέπειτα στάδια της ζωής, έχουν συχνά την αρχή τους σε γεγονότα ή καταστάσεις της παιδικής ηλικίας που οφείλονται στην διατροφή.

Οι βασικοί παράγοντες που διαμορφώνουν τις πρώτες συνήθειες και τις στάσεις των παιδιών σε θέματα υγείας, είναι οι γονείς και η οικογένεια, οι νηπιαγωγοί και οι δάσκαλοι, ενώ στη σύγχρονη δυτικού τύπου κοινωνία, σημαντικότερο ρόλο παίζουν και τα ΜΜΕ, με πρώτη την τηλεόραση (Αθανασίου, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Μεθοδολογία

4.1 Το είδος της έρευνας

Η παρούσα εργασία είναι αποτέλεσμα δευτερογενούς ποιοτικής έρευνας - αναφέρεται στην παιδική παχυσαρκία και τον ρόλο των σχολικών νοσηλευτών/τριών στην αντιμετώπισή της – και ακολουθεί ερμηνευτική ανάλυση δεδομένων.

Η δευτερογενής έρευνα μπορεί να είναι περίληψη ή ταξινόμηση προγενέστερων ερευνών, ή και σύνθεση μιας νέας έρευνας, η οποία στηρίζεται σε προϋπάρχουσες (Wikipedia), όπως είναι η παρούσα εργασία.

«Η ποιοτική έρευνα, χαρακτηρίζεται από την επιδίωξη του ερευνητή να εξερευνήσει και να κατανοήσει σε βάθος τις υποκειμενικές αντιλήψεις, πεποιθήσεις και εμπειρίες συγκεκριμένων προσώπων αναφορικά με κάποιο φαινόμενο, ώστε να δημιουργηθεί μία βαθύτερη, αρτιότερη και περισσότερο επεξεργασμένη γνώση για το υπό έρευνα φαινόμενο, η οποία θα εμπεριέχει μια ολιστική και βαθύτερη ερμηνεία για τους συμμετέχοντες στην έρευνα και το περιβάλλον τους, σε σχέση με το φαινόμενο της έρευνας» (Μαντζούκας, 2007).

Η συγκεκριμένη μέθοδος, επιλέχθηκε με στόχο την διερεύνηση της παιδικής παχυσαρκίας, όχι μόνο σε μία μικρή περιοχή της Ελλάδας, αλλά παγκοσμίως, με σκοπό την βαθύτερη κατανόηση του προβλήματος της παιδικής παχυσαρκίας και το ρόλο των σχολικών νοσηλευτών /τριών .

4.2 Περιγραφή δείγματος

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η βάση δεδομένων «pubmed». Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν στην αναζήτηση περιελάμβαναν τις λέξεις «childhood», «obesity», «nurse's role», «childhood obesity and nurse's role» για την εύρεση δεδομένων.

Αναλυτικότερα, η λέξη «childhood» έδωσε 158443 αποτελέσματα, η λέξη «obesity» 158444, ενώ η πρόταση «nurse's role» δίνει 31661 αποτελέσματα. Όλες οι λέξεις κλειδιά μαζί έδωσαν 45 αποτελέσματα.

Η λέξη «childhood» επιλέχθηκε με στόχο να περιοριστούν τα αποτελέσματα στην παιδική ηλικία, η οποία μας ενδιαφέρει. Οι δύο επόμενες λέξεις, χρησιμοποιήθηκαν για να βρούμε πληροφορίες πάνω στην παχυσαρκία και τον ρόλο του νοσηλευτή, που είναι και το κύριο θέμα της εργασίας μας. Τέλος, χρησιμοποιήθηκαν όλες οι λέξεις μαζί, με σκοπό να περιορίσουμε τον αριθμό των αποτελεσμάτων, ώστε να είναι εφικτό να μελετήσουμε όλα τα άρθρα που περιέχουν το σύνολο των πληροφοριών που χρειαζόμαστε.

4.3 Κριτήρια αποδοχής - αποκλεισμού συλλογής δεδομένων

Η βιβλιογραφία περιορίστηκε στην τελευταία δεκαετία, με ιδιαίτερη έμφαση στην τελευταία πενταετία. Οι 14 πιο συναφείς εργασίες, που αντιπροσώπευαν τις λέξεις-κλειδιά ως προς τη σχετικότητα, επιλέχθηκαν από μια πληθώρα χωρών.

Από την άλλη μεριά, τα υπόλοιπα άρθρα αποκλείστηκαν, είτε γιατί δεν ήταν ελεύθερα προς ανάγνωση για το ευρύ κοινό, είτε επειδή δεν ήταν σχετικά με το θέμα της παρούσης εργασίας.

4.4 Συλλογή δεδομένων

A/A	ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ	ΕΤΟΣ	ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ
1	Akhtar-Danesh et al.	Parents' perceptions and attitudes on childhood obesity: a Q-methodology study.	<u>J Am Acad Nurse Pract.</u>	2011	Ποιοτική
2	Morrison-Sandberg et al.	Obesity prevention practices of elementary school nurses in Minnesota: findings from interviews with licensed school nurses.	<u>J Sch Nurs</u>	2011	Ποιοτική
3	Lazarou & Kouta	The role of nurses in the prevention and management of obesity.	<u>Br J Nurs</u>	2010	Ποιοτική

4	Ben-Sefer, Ben-Natan & Ehrenfeld	Childhood obesity: current literature, policy and implications for practice.	<u>Int Nurs Rev.</u>	2009	Ποιοτική
5	Nauta, Byrne & Wesley	School nurses and childhood obesity: an investigation of knowledge and practice among school nurses as they relate to childhood obesity.	<u>Issues Compr Pediatr Nurs.</u>	2009	Ποσοτική
6	Alexander et al.	When does severe childhood obesity become a child protection issue?	<u>Med J Aust.</u>	2009	Ποιοτική
7	Mason et al.	Childhood obesity: a transtheoretical case management approach.	<u>J Pediatr Nurs.</u>	2008	Ποιοτική
8	Budd & Hayman	Addressing the childhood obesity crisis: a call to action.	<u>MCN Am J Matern Child Nurs.</u>	2008	Ποιοτική
9	Snethen, Hewitt & Goretzke	Childhood obesity: the infancy connection.	<u>J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.</u>	2007	Ποσοτική
10	Howard	Childhood overweight: parental perceptions and readiness for change.	<u>J Sch Nurs.</u>	2007	Ποιοτική
11	Murphy & Polivka	Parental perceptions of the schools' role in addressing childhood obesity.	<u>J Sch Nurs.</u>	2007	Ποιοτική

12	Opalinski	Pouring rights contracts and childhood overweight: a critical theory perspective.	<u>J Spec Pediatr Nurs.</u>	2006	Ποιοτική
13	Sadler	A weight on their minds.	<u>Nurs Stand.</u>	2005	Ποιοτική
14	Moyers, Bugle & Jackson	Perceptions of school nurses regarding obesity in school-age children.	<u>J Sch Nurs.</u>	2005	Ποσοτική

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Αποτελέσματα/ευρήματα

5.1 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων είναι μια διαδικασία για τον έλεγχο, τον καθαρισμό, τη μετατροπή και τη μοντελοποίηση δεδομένων, με στόχο την ανάδειξη χρήσιμων πληροφοριών, προτείνοντας συμπεράσματα, και την υποστήριξη λήψης αποφάσεων. Έχει πολλαπλές όψεις και προσεγγίσεις, περιλαμβάνει ποικίλες τεχνικές, υπό διάφορες ονομασίες, σε διαφορετικές επιχειρήσεις, επιστήμες και τομείς της κοινωνικής επιστήμης (Wikipedia).

Η ανάλυση δεδομένων έχει ως στόχο την ερμηνεία και την κατανόηση του υπό έρευνα φαινομένου (Μαντζούκας, 2007). Στη παρούσα έρευνα, η ανάλυση δεδομένων θα προσπαθήσει να επεξηγήσει το φαινόμενο της παιδικής παχυσαρκίας και τον ρόλο που έχουν οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες σε αυτόν. Η ανάλυση δεδομένων συμπεριλαμβάνει τη δημιουργία θεματικών ενοτήτων, βασισμένων στις έρευνες που μελετήθηκαν.

Κάθε θεματική ενότητα αναφέρεται σε όμοια χαρακτηριστικά, τα οποία υπάρχουν σε τουλάχιστον δύο, από τις υπό μελέτη έρευνες και τα οποία συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου που μελετάται στην παρούσα εργασία (Μαντζούκας, 2007).

Οι θεματικές ενότητες που ορίστηκαν είναι έξι και είναι οι εξής:

1. Αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας.
2. Αίτια και παράγοντες της παχυσαρκίας.
3. Παιδική παχυσαρκία και επιπτώσεις.
4. Αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας.
5. Δυσκολίες των σχολικών νοσηλευτών/τριών στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας.
6. Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή/τριας στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας.

5.1.1 1^η Θεματική ενότητα: Αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας

Πολλοί ερευνητές, συμφωνούν στο γεγονός ότι η παιδική παχυσαρκία έχει πάρει ανησυχητικές διαστάσεις. Οι Ben Sefer και συν. (2009) αναφέρουν ότι στο μεγαλύτερο μέρος του βιομηχανοποιημένου κόσμου, είναι προφανής μια επιδημία παιδικής παχυσαρκίας, με τα νούμερα να αυξάνουν κάθε χρόνο. Οι Nauta και συν. (2009), διαπίστωσαν ανησυχητική αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας την τελευταία εικοσαετία, καθώς μελετούσαν για τις γνώσεις των σχολικών νοσηλευτών/τριών σε σχέση με την παιδική παχυσαρκία. Επιπλέον, αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας παρατήρησαν και οι ερευνητές Murphy και Polivka (2007), σε έρευνα που έκαναν για το ρόλο του σχολείου στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Alexander και συν. (2009) και ο Howard (2007). Τέλος, η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται ως επιδημία από τους Moyers και συν. (2005), όσον αφορά τον πληθυσμό σχολικής ηλικίας στο Μισούρι, ενώ οι Budd και Hayman (2008), συμπληρώνουν ότι το φαινόμενο αυτό είναι γεγονός όχι μόνο στις ΗΠΑ αλλά και παγκοσμίως.

Συμπερασματικά, αυτή η θεματική ενότητα τονίζει ότι η παιδική παχυσαρκία αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα, το οποίο αφορά ολοένα και περισσότερα παιδιά των τάξεων του δημοτικού σχολείου. Όλες οι έρευνες που επιλέχθηκαν προς μελέτη, ανεξάρτητα από τη χρονολογία που πραγματοποιήθηκαν, καταλήγουν σε αυτό το συμπέρασμα.

5.1.2 2^η Θεματική ενότητα: Αίτια και παράγοντες της παχυσαρκίας

Σύμφωνα με μελέτη των Akhtar-Danesh και συν. (2011) για τις αντιλήψεις των γονέων σχετικά με την παχυσαρκία, τα αίτια της παχυσαρκίας κατά τους γονείς είναι η διατροφή και η έλλειψη άσκησης, με την άσκηση να είναι πολύ σημαντική στη κατάσταση της υγείας ενός παιδιού. Ίδια είναι τα αίτια σύμφωνα με επιστημονικά ευρήματα, τα οποία αποκαλύπτουν το σημαντικό ρόλο συγκεκριμένων διατροφικών συνηθειών και προτύπων και την επιρροή τους στην παχυσαρκία, με έμφαση στην παιδική παχυσαρκία (Lazarou & Kouta, 2010). Το 2008, σε έρευνα που δημοσίευσαν οι Budd και Hayman (2008), σημειώνουν ότι μεγάλη συνεισφορά για το φαινόμενο της παιδικής παχυσαρκίας, έχει το σωματικό και κοινωνικό περιβάλλον, που προωθεί τρόφιμα πλούσια σε λίπος και θερμίδες και ελαχιστοποιεί τις ευκαιρίες για σωματική

δραστηριότητα. Σε άλλη μελέτη, περισσότερο από το 80% των γονέων, προσδιόρισε την αδράνεια, την κακή διατροφική συμπεριφορά, την έλλειψη γονικού ελέγχου στη διατροφή των παιδιών τους και το γεγονός ότι τρώνε αυξημένες ποσότητες, ως τις κύριες αιτίες της παιδικής παχυσαρκίας (Murphy & Polivka, 2007).

Επίσης, άλλη μελέτη συμφωνεί ότι στους παράγοντες της παιδικής παχυσαρκίας ανήκει και η γονική αμέλεια. Η υπερβολική παιδική παχυσαρκία, μπορεί να θεωρηθεί ως μια κατοπτρική εικόνα σοβαρής, μη βιολογικής αποτυχίας για ευημερία. Η γονική αμέλεια, ενδέχεται να είναι ένας παράγοντας που προκαλεί αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας, καθώς και των νοσημάτων που σχετίζονται με αυτήν. (Alexander et al., 2009). Σε έρευνα των Snethen και συν. (2007), μελετήθηκαν παράγοντες οι οποίοι υπάρχουν κατά τη διάρκεια της κύησης και στην βρεφική ηλικία και επηρεάζουν τον κίνδυνο να γίνουν υπέρβαρα τα παιδιά κατά την παιδική ηλικία. Ως σημαντικοί παράγοντες αναδείχθηκαν οι εξής: α) ο μητρικός τρόπος ζωής, β) οι μεταβάσεις στη διατροφή των νεογνών και γ) οι περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Καταλήγοντας, το συμπέρασμα το οποίο προκύπτει από αυτή την θεματική ενότητα, είναι πως στο φαινόμενο της παιδικής παχυσαρκίας συμβάλλουν η κακή διατροφή και η ελλιπής, αν όχι ανύπαρκτη άσκηση. Πράγματι, η κοινωνία επιδρά αρνητικά, προωθώντας λιπαρά και αυξημένα σε θερμίδες τρόφιμα και οι γονείς δεν ελέγχουν την ποιότητα και την ποσότητα των τροφών που τρώνε τα παιδιά τους. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο παίζει η διατροφή της εγκυμονούσας και του νεογνού.

5.1.3 3^η Θεματική ενότητα: Παιδική παχυσαρκία και επιπτώσεις

Η παχυσαρκία έχει ισχυρή συσχέτιση με χρόνια προβλήματα υγείας, σε παιδιά και ενήλικες. Όταν υπάρχει κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, συχνά επιμένει και κατά την ενηλικίωση και ανθίσταται σε παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν μόνο προτάσεις για μείωση της θερμιδικής κατανάλωσης και αύξηση της θερμιδικής δαπάνης, μέσω αυξημένης σωματικής δραστηριότητας. Η πρόκληση με αυτή την προσέγγιση της παιδικής παχυσαρκίας, είναι ότι δεν έχει θεωρητικές βάσεις, ούτε λαμβάνει υπ' όψιν τις αντιλήψεις του παιδιού ή των γονέων για το πρόβλημα υγείας, ή την μετάπτωση τους στα στάδια της αλλαγής της συμπεριφοράς (Mason et al., 2008). Σε έρευνα σχετικά με την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας, φαίνεται πως είναι σχετιζόμενη με πολυάριθμες συνθήκες συν-νοσηρότητας, και αναγνωρίζεται επίσης, ως παράγοντας κινδύνου για πολλαπλές χρονίζουσες

καταστάσεις και πρόωμη θνησιμότητα στην ενήλικη ζωή. Τα παιδιά και οι ενήλικες, ιδιαίτερα όσοι προέρχονται από εθνικές μειονότητες και αγροτικούς πληθυσμούς με χαμηλό εισόδημα, έχουν έναν επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα για να γίνουν παχύσαρκοι και να αποκτήσουν νοσήματα που σχετίζονται με την παχυσαρκία (Budd & Hayman, 2008).

Αθροιστικά, η παιδική παχυσαρκία μπορεί να οδηγήσει σε παχυσαρκία και στην ενήλικη ζωή και αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για πολλές άλλες χρόνιες ασθένειες. Ακόμα, είναι αυξημένος ο κίνδυνος για εμφάνιση πρόωρου θανάτου στους ενήλικες, λόγω της παχυσαρκίας και των νόσων που έχει ως αποτέλεσμα.

5.1.4 4^η Θεματική ενότητα: Αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας

Για να μπορέσει να αντιμετωπιστεί η παιδική παχυσαρκία, οι γονείς ανέφεραν πως τα σχολεία θα πρέπει να έχουν ρόλο στην παιδική παχυσαρκία. Ο τρόπος με τον οποίο μπορεί να γίνει αυτό εφικτό, είναι να λαμβάνουν οι γονείς πληροφορίες σχετικά με το δείκτη μάζας σώματος του παιδιού τους από το σχολείο, μέσω μιας επιστολής από τον νοσηλευτή/τρια του σχολείου. Ακόμη, οι συμμετέχοντες στην έρευνα συμφώνησαν ότι θα πρέπει να υπάρχουν στα σχολεία μαθήματα φυσικής αγωγής, καθώς και μονάδες ελέγχου της διατροφής και του βάρους. Οι γονείς, υποστήριξαν επίσης την εξάλειψη των μηχανών διανομής πρόχειρου φαγητού (αυτόματοι πωλητές) και την προσφορά ειδικών γευμάτων χαμηλών σε θερμίδες (Murphy & Polivka, 2007). Ένα χρόνο νωρίτερα, ο Opalanski (2006), σε έρευνα που διεκπεραίωσε, υποστηρίζει πως υπάρχει ανάγκη να προχωρήσουμε πέρα από μια αποκλειστικά ατομική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των υπέρβαρων παιδιών και περιλαμβάνει μια κοινωνικο-οικολογική προσέγγιση. Αυτό, συνεπάγεται μια ώθηση για την κοινωνική αλλαγή, καθώς και απομάκρυνση των μηχανημάτων σόδας από τα σχολεία, και να αλλάξουν τις πρακτικές μάρκετινγκ που απευθύνονται στα παιδιά. Οι Ben Sefer και συν. (2009), κάνουν λόγο για μια ευρύτερη αλλαγή, σε κρατικό επίπεδο. Κάθε χώρα που έχει αυξημένα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας ή αυξάνονται συνεχώς τα ποσοστά, πρέπει να αναγνωρίσει τους κεντρικούς παράγοντες οι οποίοι συνεισφέρουν σε αυτό το σοβαρό πρόβλημα υγείας, την παιδική παχυσαρκία. Επιπλέον, η κοινωνική πολιτική και οι συνεργασίες της κοινότητας, που περιλαμβάνουν όλους τους επιστήμονες υγείας, έχουν ευθύνη

στην πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας. Αυτό μπορεί να εφαρμοστεί με έρευνα για την πιο αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας και μέσω της εξειδικευμένης εκπαίδευσης, για τα θέματα της παιδικής παχυσαρκίας, όλων των νοσηλευτών που ασχολούνται με παιδιά και οικογένειες.

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι για να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο της παιδικής παχυσαρκίας, θα πρέπει να μπει στην καθημερινή σχολική ζωή των παιδιών η γυμναστική και η μέτρηση του δείκτη μάζας σώματος, μία φορά το χρόνο, από τους σχολικούς νοσηλευτές. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να ελέγχονται τα τρόφιμα στα οποία έχουν πρόσβαση οι μαθητές στο σχολείο και να προωθούνται υγιεινές τροφές.

5.1.5 5^η Θεματική ενότητα: Δυσκολίες των σχολικών νοσηλευτών/τριών στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας

Σε έρευνα των Nauta και συν. (2009), οι νοσηλευτές, παρότι σε ποσοστό 99% γνωρίζουν ότι η παιδική παχυσαρκία γίνεται ολοένα και πιο επικρατής, περισσότερο από το 35% των σχολικών νοσηλευτών/τριών ανέφερε έλλειψη ικανότητας στο να προτείνει προγράμματα για απώλεια βάρους, ώστε να προάγουν υγιείς επιλογές του τρόπου ζωής για τους μαθητές τους. Περισσότερο από το 65% των σχολικών νοσηλευτών/τριών που συμμετείχαν στην έρευνα, απάντησαν ότι χρησιμοποιούσαν τον εξαρτώμενο από την ηλικία δείκτη μάζας σώματος κάποιες φορές ή σπάνια. Τα δεδομένα από αυτή τη μελέτη δείχνουν ότι οι σχολικοί νοσηλευτές του New Jersey γνωρίζουν τα σχετικά με την παιδική παχυσαρκία, αλλά πολλοί δεν δείχνουν επίπεδα αποτελεσματικότητας στο να προτείνουν αντιμετώπιση για απώλεια βάρους, ώστε να προωθήσουν υγιεινές επιλογές τρόπου ζωής για τους μαθητές τους (Nauta και συν., 2009). Επίσης, λίγοι είναι οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες που πραγματοποιούν ετήσιες μετρήσεις βάρους και ύψους στα σχολεία (Sadler, 2005). Τέλος, οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες στο Μισούρι, αν και υποστήριξαν προληπτικές παρεμβάσεις και ήταν γνώστες των κινδύνων της παιδικής παχυσαρκίας, είπαν πως ήταν λιγότερη η αποδοχή της θεραπείας και της παροχής συμβουλών για τα παχύσαρκα παιδιά στο σχολικό περιβάλλον. Το 1/3 των σχολικών νοσηλευτών, δεν συνιστούν θεραπεία για την απώλεια βάρους και το ήμισυ των νοσηλευτών/τριών, παρείχαν στα υπέρβαρα παιδιά συμβουλές και τα παρέπεμπαν μόνο όταν οι γονείς ζήτησαν βοήθεια. Οι αντιλήψεις των σχολικών νοσηλευτών/τριών όσον αφορά την παιδική παχυσαρκία

περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: α) η παροχή συμβουλών για την παχυσαρκία είναι δύσκολη, β) υπάρχει έλλειψη της γονικής υποστήριξης, γ) η ικανότητα όσον αφορά την παροχή συμβουλών είναι χαμηλή. Αυτές οι αντιλήψεις αποτελούν εμπόδια για τους σχολικούς νοσηλευτές/τριες στο να λάβουν έναν πιο ενεργό ρόλο στην πρόληψη και τη θεραπεία της παιδικής παχυσαρκίας (Moyers et al., 2005).

Συνοψίζοντας, οι σχολικοί νοσηλευτές δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την παιδική παχυσαρκία, εξ' αιτίας της ανεπαρκούς τους πρωτοβουλίας για προγράμματα που στοχεύουν στη μείωση των κιλών, της αρνητικής στάσης του σχολείου στη θεραπεία της παχυσαρκίας και επειδή δεν εφαρμόζουν τις μετρήσεις ύψους και βάρους που θα έπρεπε να κάνουν κάθε χρόνο στους μαθητές.

5.1.6 6^η Θεματική Ενότητα: Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή/τριας στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας

Οι νοσηλευτές έχουν ένα μοναδικό ρόλο στο σύστημα υγείας και είναι από τους καλύτερους διαμεσολαβητές για να παραδώσουν μαθήματα υγείας στο κοινό. Επομένως, είναι ικανοί να εκπαιδεύσουν τους γονείς και να αυξήσουν τις γνώσεις τους, σχετικά με τα αίτια και τις συνέπειες της παιδικής παχυσαρκίας (Akhtar-Danesh et al., 2011). Σε έρευνά τους οι Morrison-Sandberg και συν. (2011), έδειξαν ότι οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος (ΑΣΝ) παρείχαν κάποιες πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες καταπολέμησης της παχυσαρκίας. Οι ΑΣΝ πίστευαν ότι οι σχολικοί νοσηλευτές, οι διαχειριστές και οι γονείς, θα πρέπει να υποστηρίζουν τις προσπάθειες πρόληψης της παχυσαρκίας που βασίζονται στο σχολείο και καθοδηγούνται από τους ΑΣΝ. Το ενδιαφέρον για αυξανόμενες προσπάθειες περιοριζόταν από χρονικούς περιορισμούς, στελέχωση και πόρους. Οι σχολικοί νοσηλευτές, τοποθετούνται ώστε να παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης που θα συμβάλλουν στην ελάττωση της παιδικής παχυσαρκίας. Θετικός είναι ο ρόλος των νοσηλευτών και της νοσηλευτικής, με βάση τους Budd και Hayman (2008), δρώντας για να προωθήσουν αλλαγές με τα άτομα και τις οικογένειές τους και δρώντας ως σύμβουλοι με πολυεπίπεδες πρωτοβουλίες, για την αντιστροφή της επιδημίας και τη βελτίωση της υγείας των μελλοντικών γενεών. Επιπλέον, πρέπει να υπάρχει καθοδήγηση των σχολικών νοσηλευτών, ώστε να αξιολογούν τους γονείς

παιδιών σχολικής ηλικίας με κίνδυνο παχυσαρκίας, για την ετοιμότητα για αλλαγή υγιεινής συμπεριφοράς και μετά να επιλέγουν παρεμβάσεις εστιασμένες στους γονείς, βασισμένες στο στάδιο της ετοιμότητας για αλλαγές (Howard, 2007).

Καταλήγοντας, οι σχολικοί νοσηλευτές /τριες συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας μέσω της παροχής γνώσεων στους γονείς και συμμετέχοντας σε διάφορες πρωτοβουλίες με κέντρο το σχολείο, που σκοπό έχουν τη σωστή διατροφή και την κατάλληλη διαπαιδαγώγηση των παιδιών. Για να μπορούν να είναι αποτελεσματικοί στην μείωση της παχυσαρκίας σε σημαντικό βαθμό, θα πρέπει να στηρίζεται η προσπάθειά τους από τους γονείς των παιδιών και από την κοινωνία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Συζήτηση αποτελεσμάτων

Τα συμπεράσματα από τις παραπάνω θεματικές ενότητες συγκρίθηκαν με την ευρύτερη βιβλιογραφία και τα αποτελέσματα που προέκυψαν, παρουσιάζονται στη συνέχεια.

Σύμφωνα με το συμπέρασμα που προέκυψε από την πρώτη θεματική ενότητα, η παιδική παχυσαρκία αποτελεί ένα αυξανόμενο πρόβλημα, το οποίο δεν περιορίζεται σε ορισμένες κοινωνικές, θρησκευτικές ή οικονομικές ομάδες, αλλά αφορά τον παιδικό πληθυσμό παγκοσμίως. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και άλλες μελέτες. Αύξηση του φαινομένου της παιδικής παχυσαρκίας, ήδη από το τέλος της δεκαετίας του 1980, παρατηρούν οι ερευνητές Nadeau και συν. (2011), ενώ σε έρευνα που διεξήγαγαν οι Lehto και συν. (2011) στο Ελσίνκι, σε μαθητές ηλικίας 9-11 ετών κατά μέσο όρο, μεταξύ των ετών 2006 και 2008, διαπίστωσαν μικρότερη αύξηση στο ΔΜΣ το 2008, από ότι το 2006. Άλλοι ερευνητές διαπιστώνουν ότι η παιδική παχυσαρκία αποτελεί μία από τις σοβαρότερες παγκόσμιες προκλήσεις του 21^{ου} αιώνα, καθώς η επικράτηση αυτού του προβλήματος έχει αυξηθεί σε ανησυχητικό ποσοστό τόσο στις αναπτυγμένες, όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες (Guran & Bereket, 2011 / Κυριαζής και συν., 2010). Σταθεροποίηση των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών στην Γαλλία, δείχνει έρευνα που έλαβε χώρα μεταξύ του 2000 και του 2007, σε παιδιά ηλικίας επτά με εννιά ετών (Salanave et al., 2009). Από την άλλη μεριά, μείωση του ΔΜΣ, που αντιστοιχεί σε μείωση του βάρους της τάξεως του 0,8%, σε παιδιά δημοτικού σχολείου, παρατηρήθηκε σε μελέτη των Waters και συν. (2011).

Με βάση τη δεύτερη θεματική ενότητα, η ύπαρξη και αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας οφείλεται στον καθημερινό τρόπο ζωής, με τους γονείς να μην δίνουν την απαραίτητη προσοχή στη διατροφή των παιδιών τους και με τα παιδιά να καταναλώνουν ανθυγιεινές και παχυντικές τροφές και να μην ασκούνται όσο πρέπει. Ακόμα, παρατηρήθηκε ότι οι προοπτικές για παιδική παχυσαρκία δημιουργούνται κατά την εγκυμοσύνη και τη νεογνική ηλικία, όταν δεν υπάρχει σωστή διατροφή. Η ευρύτερη βιβλιογραφία, συμφωνεί πως η ύπαρξη της παχυσαρκίας είναι θέμα διατροφής και μη άσκησης. Τα κύρια αίτια της παιδικής παχυσαρκίας, είναι ο καθιστικός τρόπος ζωής, τα ανθυγιεινά διατροφικά πρότυπα, οι γενετικοί παράγοντες,

η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, η εθνικότητα, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και εμπορίας, καθώς και το φυσικό περιβάλλον (Guran & Bereket, 2011). Οι διατροφικές συνήθειες που βρέθηκαν να έχουν θετική συσχέτιση με την παχυσαρκία, ήταν η μη λήψη πρωινού, η μη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, η κατανάλωση ψωμιού και η κατανάλωση αναψυκτικών. Η συχνότητα της διατροφής σε ταχυφαγεία, συσχετίστηκε επίσης θετικά με την κεντρικού τύπου παχυσαρκία, καθώς και οι ώρες ενασχόλησης με την τηλεόραση, συσχετίστηκαν θετικά με όλες τις μορφές παχυσαρκίας (Κυριαζής και συν., 2010). Διαφορετικά αποτελέσματα, έρχεται να φέρει μια πρόσφατη μελέτη που ασχολήθηκε με παιδιά που ζουν σε φτωχές περιοχές και μειονοτικές γειτονιές και το ρόλο της διαθεσιμότητας των τοπικών τροφίμων στον κίνδυνο παχυσαρκίας. Όταν εξετάστηκαν σε ένα πολυεπίπεδο πλαίσιο μοντελοποίησης, διαφορεική έκθεση σε διατροφικές διεξόδους δεν εξηγεί την πρόσληψη βάρους με την πάροδο του χρόνου, σε αυτό το δείγμα παιδιών δημοτικού σχολείου. Η παραλλαγή σε οικιακές διατροφικές διεξόδους, επίσης δεν εξηγεί τις κοινωνικοοικονομικές και φυλετικές διαφορές (Lee, 2012).

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την τρίτη θεματική ενότητα, είναι πως η παιδική παχυσαρκία έχει μακροχρόνιες συνέπειες. Μπορεί να ακολουθήσει τα παιδιά και στην ενήλικη ζωή τους, να τους δημιουργήσει χρόνιες ασθένειες καθώς και να τους οδηγήσει πρόωρα στον θάνατο όντας ενήλικοι. Σε αυτά τα συμπεράσματα καταλήγουν και άλλες έρευνες που μελετήθηκαν. Η παιδική παχυσαρκία δεν έχει μόνο προβλήματα βάρους, αλλά αποτελεί αιτία άλλων παθήσεων και στην ενήλικη ζωή. Η παχυσαρκία και το αυξημένο επίπεδο παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία, μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο περιστατικού υπέρτασης (Cheng et al., 2011). Σε έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2011, σχετική με την παχυσαρκία και τους σχετιζόμενους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, μεταξύ των μαθητών στην Ελλάδα - και ύστερα από βιβλιογραφική ανασκόπηση- οι μελετητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία, προβλέπουν την ύπαρξη υψηλής αρτηριακής πίεσης, χαμηλής χοληστερόλης (HDL-C) και αυξημένων τριγλυκεριδίων (Kollias, 2011). Τα προβλήματα του καρδιαγγειακού όμως, δεν είναι τα μόνα. Πρόσφατη μελέτη που ερευνήσε τη συσχέτιση της οδοντικής τερηδόνας με την παχυσαρκία, διαπίστωσε σύμφωνα με το ποσοστό μάζας σωματικού λίπους, πως τα παχύσαρκα παιδιά έχουν αυξημένο δείκτη τερηδόνας, συγκρινόμενα με αυτά που έχουν κανονικό βάρος (Costacurta, 2011). Ακόμη, εκτός από τα προβλήματα υγείας, υπάρχουν εμπόδια στις δραστηριότητες των παιδιών. Τα παιδιά με αυξημένο βάρος,

είχαν μικρότερη βαθμολογία σε ερωτηματολόγιο σχετικό με την φυσική δραστηριότητα, όπως και στα αθλήματα (Gonzalez-Suarez & Grimmer-Somers, 2011).

Η τέταρτη θεματική ενότητα, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι για να αντιμετωπιστεί η παιδική παχυσαρκία, πρέπει τα παιδιά να γυμνάζονται καθημερινά, να ελέγχεται αν είναι υγιεινές οι τροφές, οι οποίες είναι στη διάθεσή τους στο σχολείο και να ελέγχεται ο ΔΜΣ των παιδιών ετησίως. Η ευρύτερη βιβλιογραφία συμφωνεί πως πρέπει να αλλάξει η διατροφή των παιδιών και να μπει η άσκηση στην καθημερινή τους ζωή. Στις μελέτες που ακολουθούν αναφέρονται ορισμένοι τρόποι με τους οποίους μπορούν να γίνουν αυτές οι αλλαγές. Για την αντιμετώπισή της, σε προσωπικό επίπεδο, απαιτείται αύξηση του χρόνου της σωματικής δραστηριότητας σε τουλάχιστον τριάντα λεπτά τη μέρα, με δέκα λεπτά έντονης άσκησης, με στόχο η άσκηση να φθάσει συνολικά τα ενενήντα λεπτά τη μέρα (Pradinuk et al., 2011). Επιπλέον, παιδιά και γονείς θα πρέπει να λαμβάνουν οδηγίες σχετικά με τον καθορισμό στόχων, τον αυτοδιάλογο, τον έλεγχο των ερεθισμάτων, με στόχο την ενθάρρυνση για πιο υγιεινές επιλογές τροφίμων, όπως περισσότερα δημητριακά ολικής άλεσης, φρούτα και λαχανικά, και λιγότερο συμπυκνωμένα λίπη και ζάχαρη, τη μείωση του μεγέθους των μερίδων και τη μείωση των ζαχαρούχων ποτών. Επακόλουθο αυτών των πράξεων, είναι η μείωση του ΔΜΣ εντός δύο ετών. Τέλος, καλύτερα αποτελέσματα επιφέρει η ενημέρωση μέσα από την αλληλογραφία, τις τηλεοπτικές διαφημίσεις, τα φυλλάδια, από ότι χρησιμοποιώντας μόνο μια προληπτική προσέγγιση, μέσω της παραπομπής στους γιατρούς (Hare et al., 2012). Σε επίπεδο κοινωνίας, προτείνεται στις μεγάλες επιχειρήσεις που πωλούν τρόφιμα και ποτά που είναι υψηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη ή λίπος, να τους ανατεθεί η ευθύνη της μείωσης των ποσοστών παχυσαρκίας σε μια συγκεκριμένη ομάδα παιδιών. Το μερίδιο μιας εταιρείας από τη συνολική ευθύνη, θα πρέπει να βασίζεται επί του μεριδίου της στην αγορά "κακών" τροφίμων και τα παιδιά που της έχουν ανατεθεί, θα είναι οργανωμένα κατά γεωγραφικά εγγύς σχολεία, όπου τα ποσοστά παχυσαρκίας είναι προς το παρόν πάνω από το εθνικό ποσοστό-στόχο του σχεδίου των 8%. Οι επιχειρήσεις που αδυνατούν να επιτύχουν τους στόχους τους θα υπόκεινται σε σοβαρές οικονομικές κυρώσεις (Sugarman & Sandman, 2007).

Στην πέμπτη ενότητα, διαπιστώνεται δυσκολία των σχολικών νοσηλευτών/τριών στη αποτελεσματική αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας. Αυτό οφείλεται

στους ίδιους τους νοσηλευτές και στο σχολείο. Άλλες έρευνες που μελετήθηκαν, συμφωνούν ότι δεν είναι εύκολη υπόθεση η αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας και η ευθύνη για την αναποτελεσματική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας βαραίνει κυρίως τους νοσηλευτές, αλλά και τους γονείς. Επίσης, σημαντική βαρύτητα έχει και η διαφήμιση. Τα προβλήματα που υπάρχουν για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στα παιδιά, είναι η έλλειψη τεχνογνωσίας των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η έλλειψη των πόρων, η ελλιπής επαφή των σχολικών νοσηλευτών/τριών με τα παιδιά του δημοτικού σχολείου, τα αίτια της παιδικής παχυσαρκίας και η ανάγκη για συνεργασία με τους γονείς. Επίσης, πολύ λίγοι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από αυτούς που έλαβαν μέρος στην έρευνα, είχαν γνώση της πρόσφατης καθοδήγησης. Οι επαγγελματίες, δεν βλέπουν σήμερα την πρωτοβάθμια φροντίδα ως αποτελεσματική θεραπεία για τη ρύθμιση της παιδικής παχυσαρκίας και είναι μάλλον απίθανο, ότι η καθοδήγηση από το Υπουργείο Υγείας και το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας, θα έχει σημαντική επίδραση στη διαχείριση τους υπό αυτή την κατάσταση (Turner et al., 2009). Ακόμη, η διαφήμιση παίζει μεγάλο ρόλο. Η διαφήμιση των φαστ φουντ σχετίστηκε σημαντικά με το ΔΜΣ των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών, αποκαλύπτοντας ανιχνεύσιμες επιδράσεις για μια ευάλωτη ομάδα παιδιών. Η έκθεση σε διαφημίσεις για τρόφιμα πλούσια σε θερμίδες και φτωχά σε θρεπτική αξία, μπορεί να αυξήσει τη συνολική κατανάλωση ανθυγιεινών κατηγοριών τροφίμων (Andreyeva et al., 2011). Σε άλλη μελέτη, με συμμετέχοντες και αυτή τη φορά τους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, πάνω από το 90% των ερωτηθέντων ανέφεραν ως σημαντικά ή πολύ σημαντικά εμπόδια για την πρόληψη της παχυσαρκίας και τη θεραπεία της, το γεγονός ότι οι γονείς και τα παιδιά δεν είναι κινητοποιημένοι, οι ίδιοι οι γονείς είναι υπέρβαροι, οι οικογένειες τρώνε συχνά φαστ φουντ, βλέπουν πολλή τηλεόραση και δεν ασκούνται αρκετά (Spivack et al., 2010). Επιπρόσθετα, ένας άλλος παράγοντας που εμποδίζει την πρόληψη του υπό μελέτη φαινομένου, είναι το γεγονός ότι οι νοσηλευτές /τριες δεν χρησιμοποιούσαν συστηματικά το ΔΜΣ, για την παρακολούθηση των παιδιών που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για παχυσαρκία, ο αμερικανικός τρόπος ζωής, η γονική συμπεριφορά, καθώς και η έλλειψη πόρων τόσο για τις οικογένειες, όσο και για τους νοσηλευτές/τριες.

Στην έκτη και τελευταία θεματική ενότητα, το συμπέρασμα που προκύπτει είναι πως ο ρόλος των σχολικών νοσηλευτών /τριών είναι σημαντικός. Στο πλαίσιο

σχολικών προγραμμάτων, ενημερώνουν τους γονείς και τα παιδιά για τα θέματα της παχυσαρκίας και την υγιεινή διατροφή. Για να είναι όμως αποτελεσματικοί οι σχολικοί νοσηλευτές /τριες θα πρέπει να στηρίζονται τα έργα τους από τους γονείς των παιδιών και από την κοινωνία. Στην ευρύτερη βιβλιογραφία που μελετήθηκε, προκύπτουν τα ίδια συμπεράσματα, χωρίς όμως να δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην υποστήριξη του νοσηλευτικού έργου από τους γονείς. Οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες διδάσκουν τους γονείς να προωθούν τις επιλογές των υγιεινών τροφών και της άσκησης στις οικογένειές τους (Larsen et al., 2006). Επιπλέον, μπορούν να συνηγορήσουν για την λειτουργία σχολικών προγραμμάτων κατά της παχυσαρκίας, που στόχο έχουν την καλύτερη αντιμετώπισή της, καθώς τα παιδιά των μειονοτικών σχολείων επηρεάζονται δυσανάλογα από το υπερβολικό βάρος, την παχυσαρκία και τις φτωχές συμπεριφορές υγείας (Johnson et al., 2011). Σε έρευνα των Tucker και συν., παρατηρήθηκε μείωση του ΔΜΣ και των μερίδων σόδας, ενώ παρατηρήθηκε αύξηση των μερίδων φρούτων και λαχανικών, όπως και των βημάτων που έκαναν καθημερινά οι μαθητές που δέχονταν συχνές επισκέψεις από σχολικούς νοσηλευτές/τριες. Σε αντίθεση, στους μαθητές που δεν είχαν τόσο συχνή επαφή με τους σχολικούς νοσηλευτές/τριες, υπήρξε αύξηση του ΔΜΣ, μείωση του καθημερινού χρόνου παρακολούθησης τηλεόρασης και των μερίδων χυμού (Tucker et al., 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη συγκεκριμένη μελέτη, απαντούν στους αρχικούς ερευνητικούς στόχους. Πιο συγκεκριμένα, ο πρώτος στόχος που τέθηκε, ήταν να αναδειχθεί ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή/τριας στη διατροφική διαπαιδαγώγηση των παιδιών δημοτικού σχολείου. Ο στόχος αυτός επιτεύχθηκε, καθώς η παρούσα έρευνα έδειξε ότι οι νοσηλευτές προσεγγίζουν με τις κατάλληλες μεθόδους τα παιδιά, για να τα ενημερώσουν για την διατροφή που πρέπει να έχουν και σύμφωνα με τις έρευνες, τα παιδιά ανταποκρίνονται θετικά απέναντι στις γνώσεις που λαμβάνουν. Ένας άλλος στόχος, ήταν να γίνουν αντιληπτά τα κοινωνικά ή πολιτισμικά εμπόδια στην ανάπτυξη της υγιεινής διατροφής. Το συμπέρασμα που προκύπτει όσον αφορά αυτόν τον στόχο, είναι πως δεν προωθείται η υγιεινή διατροφή στα κυλικεία, οι διαφημίσεις επηρεάζουν τα παιδιά σε λιγότερο υγιεινές επιλογές και η ίδια η οικογένεια δεν συνεισφέρει στην ανάπτυξη μιας υγιεινής διατροφής. Τέλος, ο τρίτος και τελευταίος στόχος που τέθηκε, ήταν να εντοπιστούν οι δυνατότητες και αδυναμίες του σχολείου στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας. Οι δυνατότητες που έχει το σχολείο για την αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας, είναι η διαπαιδαγώγηση των παιδιών και των γονέων σε θέματα διατροφής από τους σχολικούς νοσηλευτές/τριες, οι μετρήσεις του ύψους και του βάρους των παιδιών - για την ανεύρεση των παιδιών που οδεύουν προς την παχυσαρκία, οι φυσικές δραστηριότητες που παρέχει στα παιδιά και η παροχή υγιεινών διατροφικών επιλογών, μέσω του κυλικείου. Η αδυναμία του σχολείου να αντιμετωπίσει το φαινόμενο της παιδικής παχυσαρκίας, οφείλεται στην έλλειψη πρωτοβουλιών, στην έλλειψη πόρων, αλλά και στη περιορισμένη εφαρμογή των δυνατοτήτων του.

Αναλυτικότερα, έχει παρατηρηθεί αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας την τελευταία εικοσαετία σε πολλές χώρες παγκοσμίως, τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες. Ο κύριος παράγοντας είναι η λανθασμένη διατροφή των παιδιών και ο καθιστικός τρόπος ζωής που κάνουν. Τα παιδιά στις μέρες μας, περνούν πολύ περισσότερες ώρες τη μέρα μέσα στο σπίτι από ότι παλαιότερα, παίζουν με ηλεκτρονικά παιχνίδια, αντί να

ασκούνται παίζοντας με άλλα παιδιά και να έχουν κάποια σωματική δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να έχουν αποκτήσει έναν καθιστικό τρόπο ζωής. Ακόμα, πολλά παιδιά δεν τρώνε πρωινό στο σπίτι καθώς επίσης προτιμούν να τρώνε διάφορα σνακ, αναψυκτικά, γλυκά, λιπαρά φαγητά, όπως είναι τα τηγανιτά και τα φαστ φουντ, αντί για φρούτα και λαχανικά. Στο φαινόμενο αυτό, συμβάλλουν κατά πολύ και οι οικογένειες, με τους γονείς να μην δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στα τρόφιμα που καταναλώνουν τα παιδιά τους, είτε επειδή δε θέλουν να στεναχωρηθούν τα παιδιά τους, είτε επειδή λείπουν πολλές ώρες από το σπίτι και δε μπορούν να ελέγξουν τη διατροφή των παιδιών τους.

Όμως το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας, δεν είναι μόνο ένα πρόβλημα στο οποίο τα παιδιά έχουν πολλά κιλά πέραν του φυσιολογικού, αλλά ένα πολυδιάστατο πρόβλημα. Η παιδική παχυσαρκία επιδρά στην εμφάνιση των παιδιών, στην υγεία και στην ψυχολογία τους. Νοιώθουν μειονεκτικά απέναντι στους συμμαθητές τους λόγω της εμφάνισής τους και πολλές φορές πέφτουν θύματα χλευασμού και ειρωνείας από τους συνομηλίκους τους, γεγονός που κάνει τα παχύσαρκα παιδιά να είναι απόμακρα από το κοινωνικό τους περιβάλλον και από τις κοινωνικές εκδηλώσεις. Το πρόβλημα όμως δεν σταματάει στην παιδική ηλικία. Ένα παχύσαρκο παιδί, πολλές φορές εξελίσσεται σε έναν παχύσαρκο ενήλικα. Το γεγονός αυτό, έχει ως συνέπεια την δημιουργία ποικίλων προβλημάτων υγείας, κυρίως προβλημάτων του καρδιαγγειακού συστήματος, αλλά και την αυξημένη πιθανότητα για πρόωρο θάνατο.

Πώς όμως μπορεί να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο της παιδικής παχυσαρκίας; Βασική παραδοχή είναι, πως για την αποτελεσματική αντιμετώπισή του είναι απαραίτητη η συμβολή όλων. Οι γονείς από την μεριά τους, θα πρέπει να προσέχουν την διατροφή των παιδιών τους και να τους παρέχουν τρόφιμα που είναι θρεπτικά και υγιεινά. Δεν πρέπει να τα ανταμείβουν ή τα ηρεμούν δίνοντάς τους σοκολάτες, πίτσες και διάφορα άλλα τρόφιμα που δεν τα ωφελούν. Ακόμη, η πολιτεία θα πρέπει να λάβει και αυτή κάποια μέτρα. Οι διαφημίσεις επηρεάζουν πάρα πολύ τα «θέλω» των παιδιών. Έτσι, θα πρέπει να περιοριστούν – αν όχι να απαγορευτούν- οι διαφημίσεις που απευθύνονται στα παιδιά και αφορούν τρόφιμα όπως πατατάκια, γαριδάκια, αναψυκτικά, φαστ φουντ και άλλες ανθυγιεινές επιλογές. Τέτοιες διαφημίσεις απευθύνονται κυρίως μέσω της τηλεόρασης, η οποία έχει μπει στην καθημερινή ζωή της πλειοψηφίας των παιδιών. Επιπλέον, θα πρέπει να τοποθετηθούν σε όλα τα σχολεία σχολικοί νοσηλευτές/τριες και μια από τις αρμοδιότητές τους, θα αποτελεί η

διαπαιδαγώγηση των παιδιών και των γονέων σε θέματα διατροφής. Οι σχολικοί νοσηλευτές /τριες θα πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι για τις μεθόδους που πρέπει να ακολουθήσουν για την ενημέρωση των παιδιών και των γονέων και να ενημερώνονται συχνά για τις όποιες εξελίξεις. Μαθαίνουν στα παιδιά τη σημασία των τροφών, ποιες τροφές πρέπει να επιλέγουν, ποιες να αποφεύγουν και γιατί. Ακόμη, δίνουν στους γονείς να καταλάβουν πόσο σημαντική είναι η σωστή διατροφή των παιδιών τους για την σωστή ανάπτυξή τους και για την υγεία τους, καθώς και για την μετέπειτα ζωή τους, αφού στην παιδική ηλικία θέτονται τα θεμέλια της σκέψης και της νοοτροπίας των ατόμων. Επιπλέον, πέρα από τις γνώσεις που παρέχουν οι σχολικοί νοσηλευτές/τριες, κάνουν και μετρήσεις ύψους και βάρους και υπολογίζουν το ΔΜΣ των παιδιών, ώστε να τα ταξινομήσουν σε λιποβαρή, κανονικά, υπέρβαρα και παχύσαρκα και να λαμβάνουν τα απαραίτητα μέτρα για τα παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο.

Το σχολείο, όπως και η οικογένεια, αποτελούν τις κύριες πηγές διαπαιδαγώγησης και ενημέρωσης των παιδιών. Οι δυνατότητες που έχει το σχολείο για να αντιμετωπίσει την παιδική παχυσαρκία είναι αρκετές και σημαντικές. Με τις καθημερινές αθλητικές δραστηριότητες, που μπορούν να πραγματοποιούνται στο σχολικό πλαίσιο, τα παιδιά μαθαίνουν και συνηθίζουν στην άσκηση, διατηρούνται σε φόρμα και τους δίνεται το έναυσμα να ασχοληθούν με κάποιο άθλημα. Επίσης, το κάθε σχολείο μπορεί να εφαρμόσει κάποιο πρόγραμμα υγιεινής διατροφής των μαθητών του, όπως έχει ήδη εφαρμοστεί σε ορισμένα σχολεία. Επιπρόσθετα, ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, συμβάλλει σημαντικά στην προσπάθεια αντιμετώπισης της παιδικής παχυσαρκίας, ακόμα και με τον έλεγχο των τροφίμων που διαθέτει το κυλικείο, εάν έχει φρούτα, γάλα και γενικά τα τρόφιμα που αναφέραμε ότι προβλέπεται να έχει.

Ακολουθώντας τα βήματα τα οποία ενδεικτικά αναφέραμε, αλλά και άλλα ενδεχομένως, θα είναι πιο εύκολα πραγματοποιήσιμη η αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας, καθώς θα γίνεται μια συλλογική και συντονισμένη προσπάθεια. Εξάλλου μας αφορά όλους, είτε γιατί στο οικογενειακό ή φιλικό μας περιβάλλον υπάρχουν παιδιά τα οποία δεν θέλουμε να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που απορρέουν από την παχυσαρκία, είτε γιατί σαν πολίτες, στο τέλος καλούμαστε να συμμετάσχουμε και να επωμιστούμε από κοινού το φόρτο που προκαλείται τόσο από την σκοπιά των εξόδων, όσο και από την επιβάρυνση των δομών υγείας - από τις σχετικές με την παχυσαρκία ασθένειες - ενώ είναι καταστάσεις που δύναται να

αποφευχθούν. Θα πρέπει λοιπόν οι γονείς να είναι δεκτικοί στις συμβουλές των σχολικών νοσηλευτών/τριών, το σχολείο να υποστηρίζει το έργο τους και προπάντων, η πολιτεία να βάλει σχολικούς νοσηλευτές/τριες στα σχολεία και να διαθέτει τα απαραίτητα χρήματα για τη σωστή λειτουργία του θεσμού αυτού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για το μέλλον

Οι περιορισμοί που υπήρξαν για αυτή την έρευνα ήταν λίγοι. Ο κυριότερος περιορισμός ήταν το γεγονός ότι ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή /τριας δεν είναι ευρέως διαδεδομένος στην Ελλάδα, παρά την σχετική νομοθεσία περί σχολικών νοσηλευτών/τριών και έτσι δεν ήταν εφικτή μια ικανοποιητική μελέτη της ελληνικής πραγματικότητας, σχετικά με την ύπαρξη και την αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας. Η ελλιπής ύπαρξη του θεσμού, είχε ως αποτέλεσμα και την ελλιπή ελληνική βιβλιογραφία, σχετικά με το ρόλο των σχολικών νοσηλευτών/τριών στη διατροφή των παιδιών.

Μια πρόταση για το μέλλον, είναι να γίνει μία πρωτογενής έρευνα, καθώς δε βρέθηκαν δεδομένα, για το αν και κατά πόσο επηρεάζει η παχυσαρκία τη μάθηση των παιδιών και την εξέλιξή τους στο σχολείο. Επίσης, μία άλλη πρόταση είναι να ερευνηθεί το φαινόμενο της παιδικής παχυσαρκίας από την οπτική γωνία των παιδιών. Δηλαδή, να δούμε πώς αντιλαμβάνονται τα παιδιά το φαγητό, αν αλλάζουν οι διατροφικές τους συνήθειες ανάλογα με την συναισθηματική τους κατάσταση και με τι κριτήρια επιλέγουν τα τρόφιμα που καταναλώνουν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Αθανασίου Κ. (2007). *Αγωγή Υγείας*. Γρηγόρη, Αθήνα.
2. Επιφανίου-Σάββα Μ. & Σάββας Σ. (2000). Ερευνητικό και Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα Υγεία του Παιδιού. *Παιδική Ενημέρωση* 4, 1-6.
3. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. & Σουρτζή Π. (2005). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Βήτα ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα.
4. Κυριαζής Ι., Ρεκλείτη Μ. & Σαρίδη Μ. (2010). Δείκτες παχυσαρκίας, διατροφικοί και άλλοι παράγοντες σε μαθητές πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης αστικών περιοχών του νομού Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27 (6), 937-943.
5. Κυριακίδου Ε. (2000). *Κοινωνική Νοσηλευτική* έκδοση 3^η, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα.
6. Μαντζούκας Σ. (2007). Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική* 46 (1), 88-98.
7. Μεράκου Κ. & Κουρέα-Κρεμαστινού Τζ. (2007). *Υγιεινή Διατροφή για παιδιά 4-8 ετών*. Εκδόσεις Πατάκη.
8. ΦΕΚ 1183 (2006). *Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας* τεύχος 2.
9. Χαριζάνη Φ., Καματέρη Κ., Ζάγκαλης Θ., Γουρνή Μ., Πολυκανδριώτη Μ. & Γουρνή Π. (2010). Συχνότητα εμφάνισης παχυσαρκίας σε μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 9 (2), 187-204.

Ξένα

1. Akhtar-Danesh N., Dehghan M., Morrison K.M. & Fonseka S. (2011). Parents' perceptions and attitudes on childhood obesity: a Q methodology study. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 23 (2), 67-75.
2. Alexander S.M., Baur L.A., Magnusson R. & Tobin B. (2009). When does severe childhood obesity become a child protection issue?. *Medical Journal of Australia* 190 (3), 136-139.

3. Andreyeva T., Kelly I.R. & Harris J.L. (2011). Exposure to food advertising on television: associations with children's fast food and soft drink consumption and obesity. *Economics & Human Biology* 9 (3), 221-233.
4. Barlow S.B. & Dietz W.H. (1998). Obesity Evaluation and Treatment: Expert Committee Recommendations. *Pediatrics* 102 (3), 29.
5. Ben-Sefer E., Ben-Natan M., Ehrenfeld M. (2009). Childhood obesity: current literature, policy and implications for practice. *International Nursing Review* 56 (2), 166–173.
6. Budd G.M. & Hayman L.L. (2008). Addressing the childhood obesity crisis: a call to action. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 33 (2), 111-118, quiz 119-120.
7. CDC. (2000). Chronic Disease Notes and Reports, Special focus: Nutrition and Physical Activity. *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion* 13 (1).
8. Chiabi A. & Obama M. (2009). Nutrition-Friendly Schools Initiative (NFSI): Another brainstorming strategy. *Clinics in Mother and Child Health* 6 (2), 1155-1156.
9. Cheng H., Yan Y.K., Duan J.L., Er Y.L. & Mi J. (2011). Association between obesity in childhood and hypertension incidence: a prospective cohort study. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi* 45 (8), 696-701.
10. Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M. & Diet W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 320 (7244), 1240.
11. Costacurta M., Di Renzo L., Bianchi A., Fabiocchi F., De Lorenzo A. & Docimo R. (2011). Obesity and dental caries in paediatric patients. A cross-sectional study. *European Journal of Paediatric Dentistry* 12 (2), 112-116.
12. De Young S. (2010). *Μέθοδοι Διδασκαλίας στη Νοσηλευτική Εκπαίδευση*. Έκδοση 2^η, Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα.
13. Flegal K.M., Carroll M.D., Ogden C.L., Flegal C. & Johnson C.L. (1999-2000). Prevalence and trends of obesity among US adults. *Jama* 288 (14), 1728-1732.
14. Gonzalez-Suarez C.B. & Grimmer-Somers K. (2011). The association of physical activity and physical fitness with pre-adolescent obesity: an

- observational study in Metromanila, Philippines. *Journal of Physical Activity and Health* 8 (6), 804-810.
15. Guran T. & Bereket A. (2011). International epidemic of childhood obesity and television viewing. *Minerva Pediatric* 63 (6), 483-490.
 16. Hare M.E., Coday M., Williams N.A., Richey P.A., Tylavsky F.A. & Bush A.J. (2012). Methods and baseline characteristics of a randomized trial treating early childhood obesity: The Positive Lifestyles for Active Youngsters (Team PLAY) trial. *Contemporary Clinical Trials* 33 (3), 534-549.
 17. Howard K.R. (2007). Childhood overweight: parental perceptions and readiness for change. *The Journal of School Nursing* 23 (2), 73-79.
 18. Johnson T., Weed L.D. & Touger-Decker R. (2012). School-Based Interventions for Overweight and Obesity in Minority School Children. *Journal of School Nursing* 28 (2), 116-123.
 19. Kollias A., Skliros E., Stergiou G.S., Leotsakos N., Saridi M. & Garifallos D. (2011). Obesity and associated cardiovascular risk factors among schoolchildren in Greece: a cross-sectional study and review of the literature. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism* 24 (11-12), 929-938.
 20. Larsen L., Mandleco B., Williams M. & Tiedeman M. (2006). Childhood obesity: prevention practices of nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 18 (2), 70-79.
 21. Lazarou C. & Kouta C. (2010). The role of nurses in the prevention and management of obesity. *British Journal of Nursing* 19 (10), 641-647.
 22. Lee H. (2012). The role of local food availability in explaining obesity risk among young school-aged children. *Social Science & Medicine* 74 (8), 1193-1203.
 23. Lehto R., Ray C. & Roos E. (2011). Longitudinal associations between family characteristics and measures of childhood obesity. *International Journal of Public Health*. <http://www.springerlink.com/content/bx963526023534v1/> (accessed 04 August 2011).
 24. Malina R. & Bouchard C. (1991). *Growth, Maturation and Physical Activity*. Human Kinetics, Illinois.
 25. Mason H.N., Crabtree V., Caudill P. & Topp R. (2008). Childhood obesity: a transtheoretical case management approach. *Journal of Pediatric Nursing* 23 (5), 337-344.

26. Morrison-Sandberg L.F., Kubik M.Y., & Johnson K.E. (2011). Obesity prevention practices of elementary school nurses in Minnesota: findings from interviews with licensed school nurses. *The Journal of School Nursing* 27 (1), 13-21.
27. Moyers P., Bugle L. & Jackson E. (2005). Perceptions of school nurses regarding obesity in school-age children. *The Journal of School Nursing* 21 (2), 86-93.
28. Murphy M. & Polivka B. (2007). Parental perceptions of the schools' role in addressing childhood obesity. *The Journal of School Nursing* 23 (1), 40-46.
29. Must A., Dallal G.E. & Dietz W.H. (1991). Reference data for obesity: 85th and 95th percentiles of body mass index (wt/ht²) and triceps skinfold thickness. *American Journal of Clinical Nutrition* 53 (4), 839-846.
30. Nadeau K.J, Maahs D.M., Daniels S.R. & Eckel R.H. (2011). Childhood obesity and cardiovascular disease: links and prevention strategies. *Nature Reviews Cardiology* 14 (8), 513-525.
31. Nauta C., Byrne C. & Wesley Y. (2009). School nurses and childhood obesity: an investigation of knowledge and practice among school nurses as they relate to childhoodobesity. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 32 (1), 16-30.
32. Nies A.M. & McEwen M. (χ.χ.). *Κοινωνική Νοσηλευτική* (μτφρ. Σακοράφας Γ.) τόμος Β'. Έκδοση 3^η. Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα.
33. Opalinski A. (2006). Pouring rights contracts and childhood overweight: a critical theory perspective. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 11 (4), 234-243.
34. Patterson R.E., Frank L.L., Kristal A.R. & White E. (2004). A comprehensive examination of health conditions associated with obesity in older adults. *American Journal of Preventive Medicine* 27 (5), 385-390.
35. Pradinuk M., Chanoine J.P. & Goldman R.D. (2011). Obesity and physical activity in children. *Canadian Family Physician* 57 (7), 779-782.
36. Sadler C. (2005). A weight on their minds. *Nursing Standard* 19 (52), 22-24.
37. Salanave B., Peneau S., Rolland-Cachera M.F., Hercberg S. & Castetbon K. (2009). Stabilization of overweight prevalence in French children between 2000 and 2007. *International Journal of Pediatric Obesity* 4 (2), 66-72.
38. Schantz S (2007). Child and Adolescent Obesity, BMI and the School Nurses Role. *NASN Newsletter* 22 (4), 22-23.

39. Snethen J.A., Hewitt J.B. & Goretzke M. (2007). Childhood obesity: the infancy connection. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 36 (5), 501-510.
40. Spivack J.G., Swietlik M., Alessandrini E. & Faith MS. (2010). Primary care providers' knowledge, practices, and perceived barriers to the treatment and prevention of childhood obesity. *Obesity (Silver Spring)* 18 (7), 1341-1347.
41. Sugarman S.D. & Sandman N. (2007). Fighting childhood obesity through performance-based regulation of the food industry. *Duke Law Journal* 56 (6), 1403-1490.
42. Tucker S., Lanningham-Foster L., Murphy J., Olsen G., Orth K., Voss J., Aleman M. & Lohse C. (2011). A school based community partnership for promoting healthy habits for life. *Journal of Community Health* 36 (3), 414-422.
43. Turner K.M., Shield J.P. & Salisbury C. (2009). Practitioners' views on managing childhood obesity in primary care: a qualitative study. *British Journal of General Practice* 59 (568), 856-862.
44. Tzotzas T., Kapantais E., Tziomalos K., Ioannidis I., Mortoglou A., Bakatselos S., Kaklamanou M., Lanaras L., and Kaklamanou D. (2011). Prevalence of overweight and abdominal obesity in Greek children 6-12 years old: Results from the National Epidemiological Survey. *Hippokratia* 15 (1), 48-53.
45. Waters E., de Silva-Sanigorski A., Hall B.J., Brown T., Campbell K.J., Gao Y., Armstrong R., Prosser L. & Summerbell CD. (2011). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane database of systematic reviews*.
46. WHO. Expert Committee, Technical Report Series (1995). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organization* 854, 1- 452.

Internet

1. http://en.wikipedia.org/wiki/Secondary_research
2. http://en.wikipedia.org/wiki/Data_analysis
3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Παράρτημα

Πίνακες

Πίνακας 1

<i>Όρια κατάταξης των παιδιών και εφήβων</i>	
ΔΜΣ ως προς την ηλικία	Εύρος εκατοστιαίων υποδιαίρεσεων
Ελλιποβαρή	Λιγότερη της 5ης εκατοστιαίας υποδιαίρεσης
Υγιές βάρος	Από την 5η έως τη λιγότερη της 85ης εκατοστιαίας υποδιαίρεσης
Κίνδυνος υπέρβαρου	85η έως τη λιγότερη της 95ης εκατοστιαίας υποδιαίρεσης
Υπέρβαρα	Ίση ή μεγαλύτερη της 95ης εκατοστιαίας υποδιαίρεσης

Πηγή: (CDC growth charts, 2000).

Πίνακας 2

<i>ΑΓΟΡΙΑ</i>			<i>ΚΟΡΙΤΣΙΑ</i>		
Ηλικία (έτη)	Όριο για υπέρβαρο	Όριο για Παχυσαρκία	Ηλικία (έτη)	Όριο για υπέρβαρο	Όριο για Παχυσαρκία
6	17,6	19,8	6	17,3	19,7
7	17,9	20,6	7	17,8	20,5
8	18,4	21,6	8	18,4	21,6
9	19,0	22,8	9	19,1	22,8
10	19,8	24,0	10	19,9	24,1
11	20,6	25,1	11	20,7	25,1
12	21,2	26,0	12	21,7	26,7

Πηγή: (Cole et al, 2000)