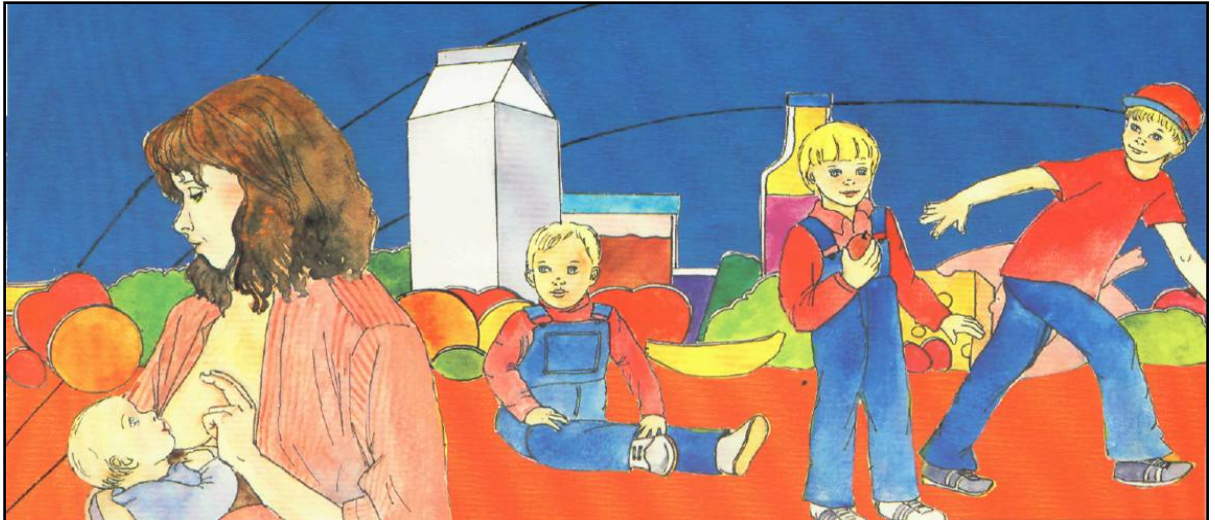


Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ

ΑΥΓΟΥΣΤΙΝΑΚΗ ΚΑΛΛΙΟΠΗΣ ΑΜ 109
ΑΤΖΟΛΕΤΑΚΗ ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ ΑΜ 111
ΖΑΧΑΡΑΚΗ ΜΑΡΙΝΑΣ ΑΜ 104

ΘΕΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

**“ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΒΡΕΦΩΝ- ΝΗΠΙΩΝ.
ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ ΝΗΠΙΑ ΑΠΟ 12 ΕΩΣ 24 ΜΗΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΑΡΧΙΑ
ΣΗΤΕΙΑΣ ΝΟΜΟΥ ΛΑΣΙΘΙΟΥ ”**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΚΑΤΣΑΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ - ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΑΚΗΣ ΠΕΤΡΟΣ - ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟΣ
ΚΑΤΣΑΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ-ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΟΣ
ΤΖΑΝΑΚΗΣ ΜΑΝΟΛΗΣ ΜΑΙΕΥΤΗΡΑΣ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ

ΣΗΤΕΙΑ ,ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2004

Ευχαριστίες

Θερμά ευχαριστούμε την παιδιατρική κλινική του Νοσοκομείου Σητείας και ιδιαίτερα τον επόπτη καθηγητή μας κύριο Κατσαράκη Ιωάννη, επιμελητή Α΄ νεογνολόγο - παιδίατρο, όπως και τους κυρίους Πάσσο Μιχάλη, βιοχημικό - διατροφολόγο PhD και Δημητροπουλάκη Πέτρο, μαθηματικό, για την πολύτιμη βοήθειά τους, που ήταν αναγκαία για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Στην παρούσα μελέτη εξετάζεται η σωματική και ψυχοκινητική ανάπτυξη των παιδιών μέχρι 2 ετών και η διατροφή τους που αποτελεί τον κύριο εξωγενή παράγοντα που επηρεάζει την αύξηση, την ανάπτυξη αλλά και την καλή υγεία και ευεξία τους.

Στην έρευνα συμμετείχαν 70 νήπια της επαρχίας Σητείας από 12 μηνών μέχρι 24 μηνών, αγόρια και κορίτσια.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια ερωτηματολογίων, στην παιδιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Σητείας, αλλά και με επισκέψεις σε διάφορα σπίτια της περιοχής, με αυτοπρόσωπη συμπλήρωση κατάλληλων ερωτηματολογίων .

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
1. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	6
1.1 Ανθρωπομετρία- Μεθοδολογία και Διατροφική Αξιολόγηση	6
1.2 Διατροφή – Διατροφική κατάσταση	8
1.3 Δυσθρεψία – Υποσιτισμός	9
1.4 Διατροφικές Συνήθειες- Άλλες δραστηριότητες και συμπεριφορά	9
1.5 Ερευνητικά Δεδομένα από την Ελλάδα	10
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	15
2.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	18
2.1 Σωματική ανάπτυξη και κινητική ανάπτυξη	18
2.2 Κοινωνική ανάπτυξη	26
2.3 Ψυχοκινητική ανάπτυξη	28
2.4 Θρέψη και Διατροφή του παιδιού	35
2.5 Προβλήματα σχετιζόμενα με τη σίτηση στη βρεφική και παιδική ηλικία	68
2.6 Ανθρωπομετρικοί δείκτες	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	81
3.1 Δειγματοληψία	81
3.2 Ερωτηματολόγιο	82
3.3 Στατιστική επεξεργασία	83
4.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	83
4.1 Ατομικά στοιχεία παιδιού	83
4.2 Πληροφορίες για το παιδί	84
4.3 Οικογενειακό ιστορικό	85
4.4 Ιστορικό εγκυμοσύνης	89
4.5 Τοκετός	93
4.6 Πρώτη κλινική εκτίμηση του νεογέννητου	94
4.7 Ψυχοκινητική κατάσταση κατά την έξοδο από το μαιευτήριο	102
4.8 Θηλασμός	102
4.9 Σωματομετρικά στοιχεία	104
4.10 Εκτίμηση της ανάπτυξης- Ακραιοί Ε.Θ.	112
4.11 Διατροφή	115
4.12 Συσχετίσεις	134
5.ΣΥΖΗΤΗΣΗ, ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	149
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I (Πρακτικός οδηγός Διατροφής των παιδιών)	153
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II (Παράθεση ερωτηματολογίου)	167
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III (Καμπύλες ανάπτυξης- κατανομή τιμών)	173

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα πρώτα χρόνια της ζωής του ανθρώπου χαρακτηρίζονται από κοσμογονικές αλλαγές που γίνονται με ιλιγγιώδη ταχύτητα. Το μικρό παιδί διπλασιάζει το βάρος γέννησης στον τέταρτο μήνα και το τριπλασιάζει στον πρώτο χρόνο. Αποκτά συνεχώς δεξιότητες και ικανότητες (κάθεται, περπατάει, μιλάει, κάνει λεπτούς χειρισμούς, διαμορφώνει συμπεριφορές και αποκτά συνήθειες). Για να παρακολουθήσουμε αυτές τις εκρηκτικές και ταχύτατες αλλαγές χωρίζουμε την περίοδο αυτή σε νεογνική ηλικία (πρώτος μήνας), βρεφική (30 ημερών μέχρι ενός έτους), νηπιακή (1-3 ετών) και παιδική (3-10 ετών). Ο κύριος εξωγενής παράγοντας που επηρεάζει την αύξηση και την ανάπτυξη είναι η διατροφή. Η διατροφή του παιδιού κατά τους πρώτους μήνες και τα πρώτα χρόνια της ζωής του θέτει τα θεμέλια για τη μελλοντική του υγεία και ευεξία

Το παιδί που μεγαλώνει μαθαίνοντας να τρώει άφθονα φρέσκα φρούτα και λαχανικά, άπαχο κρέας, ψάρι, γαλακτοκομικά προϊόντα και ψωμί και δημητριακά ολικής αλέσεως είναι ένα υγιές παιδί, που θα συνεχίσει να έχει υγιεινές διατροφικές συνήθειες και στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή του.

1. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

1.1 Ανθρωπομετρία- Μεθοδολογία και Διατροφική Αξιολόγηση

1) Έρευνα που έγινε σε παιδιά στη δυτική Κένυα τα οποία είχαν διανοητική και σωματική καθυστέρηση στην ανάπτυξη τους αξιολογώντας τα με βάση τους ανθρωπομετρικούς δείκτες και διάφορα άλλα κατάλληλα test τους δόθηκαν συμπληρώματα στη διατροφή τους . Το συμπέρασμα ήταν ότι περιορίστηκε η δυσμενής ανάπτυξη τους στην ήδη παθούσα ομάδα.

2α) Μία άλλη έρευνα που έγινε στα αναπτυσσόμενα έθνη της Αφρικής με βάση τους ανθρωπομετρικούς δείκτες έδειξε ότι ο υποσιτισμός είναι μια σοβαρή αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας των παιδιών.

2β) Έρευνα που κατέληξε σε προληπτική χρήση της διατροφικής αξιολόγησης επιτρέποντας την θρεπτική υποστήριξη και έτσι αποφεύγεται νοσηρότητα, θνησιμότητα, περιορίζοντας μακροπρόθεσμα το αντίκτυπο του υποσιτισμού στην αύξηση και την εξέλιξη.

3) Μελέτη που αξιολόγησε τους ανθρωπομετρικούς δείκτες σε παιδιά της Ινδίας (ύψος/ ηλικία, βάρος/ ηλικία, βάρος/ ύψος), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η πλήρης χρησιμοποίηση όλων των υπηρεσιών που στοχεύουν στην πρόβλεψη και βελτίωση του υποσιτισμού, οδηγούν σε σημαντική βελτίωση, επίσης όσον αφορά την νοσηρότητα τα στοιχεία έδειξαν ότι ο αριθμός και η διάρκεια της ασθένειας ήταν σημαντικά χαμηλότερα όταν χρησιμοποιήθηκαν όλες οι υπηρεσίες πλήρως παρά όταν χρησιμοποιήθηκαν μερικώς ή δεν χρησιμοποιούνταν καθόλου.

4) Έρευνα που έγινε σε παιδιά αστικών περιοχών της Υεμένης αξιολογώντας το μέσο όρο ύψος/ ηλικία, βάρος/ ηλικία, πάχος δερματοπτυχών, απέδειξε σημαντικά υψηλότερους θρεπτικούς παραμέτρους σε σύγκριση με παιδιά αγροτικών συνοικισμών της ίδιας περιοχής.

5) Έρευνα που ασχολήθηκε με θρεπτική αξιολόγηση παιδιών προσχολικής ηλικίας στη Νιγηρία χρησιμοποιώντας επιλεγμένες και ευαίσθητες ανθρωπομετρικές τεχνικές κατέληξε στο συμπέρασμα ότι είναι απαραίτητο η βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής θέσης της οικογένειας σε θέματα διατροφής και εκπαίδευσης της οικογένειας.

6) Έρευνα που έγινε στη Νότια Αφρική σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με βάση : α) Τις μετρήσεις βάρους και ύψους, β) Το αίμα, γ) Τα κόπρανα, δ) Τις 24ωρες διαιτητικές ανακλήσεις, ε) Την οικογενειακή κατάσταση, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει καμία σημαντική σχέση μεταξύ της οικογένειας με φτωχή κοινωνικοοικονομική κατάσταση παιδιών με καλό θρεπτικό δείκτη.

7) Έρευνα που έγινε σε παιδιά σε αγροτικό χωριό στη βόρεια Γκάνα αξιολογώντας: α) Δείγματα αίματος και κοπράνων, β) Εκτίμηση βάρους και ύψους παρατηρήθηκαν τα εξής συμπεράσματα: α) Συνολική χαμηλή θερμοϊδική πρόσληψη β) Μειωμένη λήψη πρωτεΐνης γ) Μειωμένη λήψη βιταμίνης Α, προβιταμίνης, βιταμίνης C, Ca, Fe, (άρα αυξημένο ποσό αναιμίας). Συμπερασματικά λοιπόν κατέληξαν ότι η φτωχή θρεπτική θέση των παιδιών αυτών είναι συνάρτηση κατά μεγάλο μέρος της χαμηλής λήψης μακροθρεπτικών και μικροθρεπτικών συστατικών.

8α) Έρευνα που έγινε στην Δυτική Άβα (περιοχές τσαγιού), συγκρίνει τη διατροφή στο σπίτι και σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας παιδιών. Δόθηκαν συμπληρώματα διατροφής για 12 μήνες στα παιδιά που έλαβαν μέρος στην

έρευνα και κατέληξαν ότι τα παιδιά αυτά είχαν φυσιολογικούς ανθρωπομετρικούς δείκτες σύμφωνα με την αναφορά της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας και δεν έπασχαν από καμμία πάθηση.

8β) Άλλη έρευνα που έγινε σε παιδιά της Δυτικής Ιάβας εκθέτει τα αποτελέσματα της πρόωρης συμπληρωματικής σίτισης με βάση: α) το βάρος, β) το ύψος, και γ) τις δερματοπτυχές. Τα αποτελέσματα ήταν θετικά και ξεκάθαρα και φάνηκαν μεταξύ 4^{ου} έως και 10^{ου} μήνα.

8γ) Έρευνα έδειξε ότι η θρεπτική κατάσταση των παιδιών με βάση την διατροφική τους αξιολόγηση στα κέντρα ημερήσιας φροντίδας ήταν καλύτερη από των υπόλοιπων παιδιών της ίδιας κοινότητας που δεν τρέφονταν σ' αυτά τα κέντρα.

9) Έγινε έρευνα σε 39 παιδιά (3^{ου} μηνών έως 3^{ου} ετών) με μειωμένη αύξηση 1^{ου} βάρους 2^{ου} ύψους και 3^{ου} βάρους/ ύψους. Αυτά τα παιδιά γράφτηκαν σε ειδικό συμπληρωματικό πρόγραμμα σίτισης με επέμβαση της κοινότητας το οποίο είχε θετικά αποτελέσματα: α) Στα ηλίκια αύξησης των παιδιών με ανεπάρκεια αύξησης β) Στις διατροφικές αντιλήψεις της οικογένειας και ιδιαίτερα της μητέρας.

10) Έρευνα που έγινε σε παιδιά της Κολομβίας και σε παιδιά του Εκουαδόρ του Αμαζονίου συγκρίνει τα ανθρωπομετρικά στοιχεία τους, διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των παιδιών αυτών στην θρεπτική τους κατάσταση η οποία απεικονίζει τη διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στην διαθεσιμότητα των αγαθών των δυο περιοχών.

11) Έγινε έρευνα στην Ινδία που αναφερόταν στην ενδομήτρια αύξηση η οποία είναι κλινική αξιολόγηση της θρεπτικής θέσης των νεογνών. Πιο αναλυτικά είναι ένας απλός κλινικός δείκτης για τον προσδιορισμό του εμβρυϊκού υποσιτισμού και για την πρόβλεψη νοσηρότητας.

12) Άλλη έρευνα που έγινε πάλι στην Ινδία ελέγχθηκαν νεογνά με πρωτεϊνικό υποσιτισμό με βάση α) το μήκος, β) το βάρος, γ) τον δείκτη BMI, δ) κλινική κατάσταση της τρίχας, των μαγουλών, των γλουτών, του δέρματος και των κοιλιακών τοιχωμάτων. Βρέθηκαν στα παραπάνω μειωμένες τιμές λόγω του πρωτεϊνικού υποσιτισμού. Αυτοί οι συντελεστές είναι απλοί γρήγοροι και προσδιορίσιμη μέθοδος για την αξιολόγηση του εμβρυϊκού υποσιτισμού.

13) Η έρευνα που έγινε στην Νότια Αμερική και αναφέρεται στην θρεπτική αξιολόγηση νεογνού ιδιαίτερα εκείνου που είναι πρόωρα γεννημένο (μικρότερο των 36 εβδομάδων ή λιγότερο από 1800 γρ. βάρους γέννησης), συνιστά συμπληρωματική διατροφή (μικτός θηλασμός) εάν αποτυγχάνει φυσιολογική αύξηση του νεογνού μόνο με μητρικό θηλασμό.

14) Μια έρευνα που έγινε στην Ταϊλάνδη για την αξιολόγηση της θρεπτικής κατάστασης μεταξύ παιδιών μη υποσιτιζόμενων ή υποσιτιζόμενων που νοσηλεύονταν σε νοσοκομείο. Από την έρευνα αυτή διαπιστώθηκε ότι οι τιμές του BMI είναι αξιόπιστες.

15) Παρόμοια έρευνα που έγινε σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Τουρκίας σε παιδιά διαφόρων ηλικιών υποσιτιζόμενα και μη με βάση τους ανθρωπομετρικούς δείκτες διαπιστώθηκε ότι 1^{ου} τα παιδιά που δεν είναι υποσιτιζόμενα δεν διατρέχουν κίνδυνο λόγω της εισαγωγής τους στο νοσοκομείο και 2^{ου} ο υποσιτισμός έχει δυσμενή συνέπεια στην νοσηρότητα και στη θνησιμότητα των νοσηλευομένων παιδιών.

1.2 Διατροφή – Διατροφική κατάσταση.

1) Σε έρευνα που έγινε στην Βραζιλία σε παιδιά ηλικίας μέχρι 6 ετών για την αξιολόγηση της θρεπτικής κατάστασης (βάρος, ύψος), μεταξύ παιδιών που ανήκουν σε πληθυσμό χαμηλού εισοδήματος και παιδιών και παιδιών σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η θρεπτική κατάσταση των παιδιών που παρακολουθήθηκαν σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας ήταν καλύτερη από τα υπόλοιπα παιδιά.

2) Μελέτη που έγινε σε παιδιά των αστικών περιοχών της Υεμένης έδειξε υψηλότερους δείκτες ανάπτυξης συγκριτικά με τα παιδιά αγροτικών περιοχών της Ινδίας.

3) Παρόμοια έρευνα που έγινε στην Ζιμπάμπουε της Αφρικής έδειξε ότι παιδιά σχολείων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης έχουν μέσο όρο βάρους και ύψους χαμηλότερο από άλλα παιδιά ίδιας ηλικίας άλλων περιοχών και η αύξηση τους σε ύψος και βάρος είναι επίσης χαμηλότερη.

4) Σε έρευνα που έγινε σε παιδιά από 5 έως 9 ετών σε 7 αγροτικές περιοχές με ήδη διαιτητικές ανεπάρκειες Zn και Fe έδειξε ότι υπήρχε ανεπάρκεια σε βιταμίνη A μεταξύ των μαθητών και η κατάσταση αναμένεται να είναι μεγαλύτερη σε παιδιά προσχολικής ηλικίας τα οποία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανεπάρκειας.

5) Άλλη έρευνα που έγινε στην Αφρική έδειξε ότι η ανεπάρκεια βιταμίνης A είναι υψηλότερη σε παιδιά που πηγαίνουν σχολείο σε συγκριτικά με παιδιά προσχολικής ηλικίας.

6) Η μελέτη αυτή έδειξε ότι η πρόωρη ανεπάρκεια Fe εμφανίζεται να έχει επιπτώσεις στην ανάπτυξη (σωματική και διανοητική) των νηπίων γι' αυτό κρίνεται απαραίτητη η συμπληρωματική χορήγηση Fe και ειδικά στα πρόωρα νήπια που τρέφονται μόνο με γάλα.

7) Σε έρευνα που έγινε στην Αφρική μελετήθηκαν 88 παιδιά σε νοσοκομείο παιδών η έρευνα έδειξε την αποτελεσματική δράση του αραβόσιτου και του ρυζιού για την αντιμετώπιση της αφυδάτωσης (ήπιας και μέτριας) σε περίπτωση διάρροιας.

8) Σε έρευνα που έγινε σε εφήβους της Κόστα Ρίκα έδειξε ότι η διατροφή που περιέχει τοκοφερόλες και καροτονοειδή παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη του καρκίνου και των καρδιακών παθήσεων.

9) Έρευνα που έγινε σε χώρες της Καραϊβικής αναφέρεται σε οδηγίες του προσωπικού υγείας για τη σίτιση των νηπίων και των παιδιών στις χώρες αυτές.

Οι οδηγίες αναφέρουν:

A) Τα οφέλη του θηλασμού και η σπουδαιότητα της συνέχισης του θηλασμού για 2 έτη.

B) Η προστασία και η υποστήριξη των επιλογών σίτισης των νηπίων και των μητέρων τους με HIV και άλλες μολύνσεις.

1.3 Δυσθρεψία – Υποσιτισμός

- 1) Έρευνα που έγινε σε παιδιά στα σύνορα Ουγκάντα – Κονγκό κατέληξε ότι για την καταπολέμηση του υποσιτισμού πρέπει να τηρούνται τα εξής:
 - α) Αντιμετώπιση φτώχειας, β) Κατάλληλη διατροφή, γ) Θεραπεία μολύνσεων.
- 2) Ανάλογη έρευνα που έγινε στο Ανατολικό Λονδίνο σε παιδιά μεταναστών 5 ετών βρέθηκαν υποσιτιζόμενα για τους παρακάτω λόγους:
 - α) Πρόσφατη άφιξη των οικογενειών τους(πρόσφυγες),
 - β) Αδύναμα μέτρα κοινωνικής υποστήριξης και
 - γ) Οικονομική πενιχρότητα των προσφυγικών αυτών οικογενειών.
- 3) Άλλη έρευνα που έγινε σε παιδιά της Νιγηρίας προσχολικής ηλικίας έδειξε ότι κατά 53,8% και 54,7% είναι υποσιτιζόμενα εξαιτίας της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης αυτών των οικογενειών.
- 4) Έρευνα που έγινε σε νεογνά με πρωτεϊνικό υποσιτισμό στο Hyderabad της Ινδίας έδειξε ότι είχαν μειωμένες τιμές μήκους, βάρους και BMI.
- 5) Έρευνα που έγινε σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Τουρκίας σε παιδιά διαφόρων ηλικιών με βάση τα ανθρωπομετρικά στοιχεία, έδειξε τα εξής αποτελέσματα: α) Τα παιδιά που δεν είναι υποσιτιζόμενα δεν διατρέχουν θρεπτικό κίνδυνο λόγω της εισαγωγής τους στο Νοσοκομείο, β) Ο υποσιτισμός έχει δυσμενή συνέπεια στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στους ασθενείς που έχουν ήπιο υποσιτισμό εξαιτίας του ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο δυσμενούς συνέπειας.
- 6) Έρευνα που έγινε σε αγροτική περιοχή της Δυτικής Κένυας καταλήγει στο συμπέρασμα ότι ο υποσιτισμός είναι πιθανό να αλληλεπιδράσει με τις μολυσματικές ασθένειες (επικράτηση ιών, ελονοσίας) σε παιδιά μικρότερα των 5 ετών και ειδικότερα σε παιδιά από 3^{ωv} έως 24 μηνών και να οδηγήσει σε πρόωρο θάνατο σε υψηλό ποσοστό.
- 7) Έρευνα που έγινε σε παιδιά στα αναπτυσσόμενα έθνη της Αφρικής έδειξε ότι: το συνολικό πλάσμα η χοληστερόλη, η ρετινόλη, το Na, το K, τα διπτανθρακικά άλατα και το ουρικό οξύ είναι σημαντικά χαμηλότερα στα υποσιτιζόμενα παιδιά (μαρασμός kwashiorkor), ενώ οι τρανσαμινάσες είναι αυξημένες.
- 8) Έρευνα που έγινε στην Ινδία έδειξε ότι η ενδομήτρια αύξηση είναι ένας απλός κλινικός δείκτης για τον προσδιορισμό του εμβρυϊκού υποσιτισμού και για την πρόβλεψη νοσηρότητας.
- 9) Έρευνα που έγινε στην Αμερική έδειξε ότι ο υποσιτισμός και οι επιπλοκές του μπορούν να καταστήσουν ένα πρόσωπο ευαίσθητο με την πάροδο του χρόνου και με μειωμένη θεραπευτική αποτελεσματικότητα με την οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή.

1.4 Διατροφικές Συνήθειες- Άλλες δραστηριότητες και συμπεριφορά

- 1) Μελέτη που έγινε σε 39 παιδιά (3 μηνών έως 3 ετών) με μειωμένη αύξηση υποστηρίζει το συμπληρωματικό πρόγραμμα σίτισης των παιδιών αυτών, το οποίο είχε θετικά αποτελέσματα στους δείκτες αύξησης και στη διατροφική συμπεριφορά της οικογένειας των παιδιών αυτών.
- 2) Έρευνα που έγινε ανάμεσα σε παιδιά που προέρχονται από οικογένειες στις οποίες η τηλεόραση είναι συνάρτηση των γευμάτων σε σύγκριση με παιδιά που προέρχονται από οικογένειες όπου η τηλεόραση αποτελεί χωριστά κομμάτια σε σχέση με το φαγητό έδειξε τα εξής:

- A) καταναλώνουν λιγότερα φρούτα και λαχανικά
- B) καταναλώνουν περισσότερες πίτσες
- Γ) καταναλώνουν περισσότερα πρόχειρα φαγητά
- Δ) καταναλώνουν σόδες και αναψυκτικά .

3) Μελέτη που έγινε στη Νιγηρία σε παιδιά προσχολικής ηλικίας βρέθηκαν 53,8% και 54,7% υποσιτιζόμενα καθώς η κοινωνικοοικονομική θέση της οικογένειας και η εκπαίδευση της κοινότητας παίζει σημαντικό ρόλο στη θρεπτική τους κατάσταση.

4) Έρευνα που ασχολήθηκε με την επέμβαση στην διατροφική εκπαίδευση σε γονείς χαμηλού εισοδήματος οι οποίοι έχουν μικρά παιδιά , προέκυψαν τα εξής:

- A) Εμπόδια στη παροχή υγιεινών γευμάτων
- B) Σωστή συμπεριφορά στα χρονικά διαστήματα των γευμάτων
- Γ) Έλλειψη ευθύνης
- Δ) Έλλειψη επιθυμητής εκπαίδευσης για διατροφικά ζητήματα.

1.5 Ερευνητικά Δεδομένα από την Ελλάδα

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ - ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Γ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΕΔΕΣΣΑΣ

Ε.Χρυσίδου, Κ.Σαρπασίδης, Β.Κεσίδου, Α.Στόγιος,, Ι.Λυμπάρη Μ.Πέσιου, Α.Σαλαγιάννη Κ.Αγοροπούλου, Δ.Λοβού.

Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Έδεσσας

Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της προαγωγής του θηλασμού σε μητέρες υπό την καθοδήγηση της **Παιδιατρικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου Έδεσσας**. Στο χρονικό διάστημα από το 28.9.2001 έως 30.01.2002 χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο σε τυχαίο δείγμα **200** μητέρων στο οποίο διερευνήθηκαν: χώρος τοκετού , εργασία της μητέρας, κοινωνικοοικονομική θέση, μορφωτικό επίπεδο, κατοικία, διάρκεια θηλασμού, φυσιολογικός τοκετός (Φ.Τ.) ή καισαρική τομή (Κ.Τ.), αιτίες διακοπής θηλασμού. Στην κλινική μας η προαγωγή του θηλασμού περιλαμβάνει: Rooming-in, θηλασμό από την πρώτη ημέρα παρουσία παιδίατρου, καθοδήγηση μητέρας.

Αποτελέσματα

Πρόθεση θηλασμού εκδήλωσαν 187 μητέρες (93%) από τις οποίες δεν θήλασαν 24 (12%). Η αιτίες μη θηλασμού :13(6,5%) άρνηση μητέρας, 9(4,5%) μη σωστή καθοδήγηση, 7 (3,5%) πρόβλημα θηλών, 4(2%) εργασία της μητέρας. Από τις 37 που δεν ακολούθησαν το θηλασμό, δεν εργαζόταν 22 (60%), εργαζόταν 15 (40%). 21(55%) κατοικούν σε αστική και 16(45%) σε μη αστική περιοχή, Φ.Τ έγινε σε 15(39%) και Κ.Τ σε 22 (61%). Από την ομάδα των 163, οι μητέρες που θήλασαν 1 μήνα είναι 30, πάνω από 2 μήνες 108, 1 χρόνο 19 και με μικτή διατροφή 6.

Συμπέρασμα:

1) Το ποσοστό εφαρμογής του μητρικού θηλασμού στην υπό ανάλυση ομάδα είναι αποδεκτό.

2) Κύριες αιτίες μη θηλασμού είναι η μη σωστή καθοδήγηση και άρνηση της μητέρας. Πολλοί παράγοντες (κατοικία, εργασία, μορφωτικό επίπεδο, ηλικία μητέρας, Φ.Τ. ή Κ.Τ.) στην μελέτη μας δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικοί.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΕ ΟΙΚΙΣΜΟ ΠΑΛΙΝΝΟΣΤΟΥΝΤΩΝ

ΟΜΟΓΕΝΩΝ

Αδαμίδης Δ., Χατζησταΰρου Μαρίνα, Ρώμα - Γιαννίκου Ελευθερία.

Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών.

Με την μέθοδο της 3μερης καταγραφής και το ιστορικό διατροφής μελετήθηκαν 73 παιδιά 6-9 ετών που έμεναν στον προσωρινό οικισμό παλιννοστούντων ομογενών στην Αλεξ/πολη. Υπολογίστηκε η μέση πρόσληψη συστατικών κατά το διάστημα της παραμονής στον οικισμό καθώς και ένα χρόνο πριν την εγκατάστασή τους (στην χώρα προέλευσης), τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με τα ευρήματα της Πανελλήνιας Έρευνας για την Διατροφή των Ελληνοπαίδων και την συνιστώμενη πρόσληψη στην Ευρώπη. Η στατιστική έγινε με την πολλαπλή ανάλυση μεταβλητότητας.

Αποτελέσματα

A. Μέση πρόσληψη : ενέργεια 1753 Kcal, πρωτεΐνη 62 γρ, υδατάνθρακες 181 γρ. λίπος 86 γρ, φυτικές ίνες 12, 5 γρ., ασβέστιο 875 mg , φώσφορο 1320mg, σίδηρος 9 mg, βιταμίνη A 950mg, βιταμίνη C 98mg , βιταμίνη D 4,9mg ανά 24ωρο

B. Δεν διαπιστώθηκαν σ.σ. διαφορές της διατροφής στον οικισμό με αυτή των Ελληνοπαίδων με μία εξαίρεση (οι παλιννοστούντες προσλαμβάνουν περισσότερο λίπος)

Γ. Δεν υπήρχαν ουσιώδεις διαφορές της διατροφής στην χώρα προέλευσης από τον οικισμό.

Συμπέρασμα

Η διατροφή των παλιννοστούντων δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις από τα παιδιά της χώρας μας, συνεπώς οι γενικότερες επισημάνσεις ισχύουν και σε αυτά: προσλαμβάνουν περισσότερο από το συνιστώμενο κεκορεσμένο λίπος και φωσφορο και λιγότερους υδατάνθρακες και φυτικές ίνες.

ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΚΑΙ ΑΜΙΝΟΞΕΩΝ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Ρώμα-Γιαννίκω Ελευθερία, Αδαμίδης Δ, Ματσανιώτης Ν.

Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Μελετήθηκε η διατροφή πανελλήνιου διαστρωματικού δείγματος παιδιών 2 - 14 χρ.(η=1936) με τις μεθόδους της 3μερης καταγραφής της τροφής και του ιστορικού διατροφής. Με βάση τους πίνακες συνθέσεως των τροφών (ΒΕ8) υπολογίστηκε η ημερήσια πρόσληψη ενεργείας, πρωτεϊνών και αμινοξέων και συγκρίθηκε με την συνιστώμενη, από την Ευρωπαϊκή Ένωση πρόσληψη (PRI), Η στατιστική έγινε με την, μέθοδο της πολλαπλής ανάλυσης μεταβλητότητας.

Η μέση πρόσληψη πρωτεΐνης καλύπτει το 1 5% τη ημερήσιας προσλαμβανόμενης ενέργειας (εύρημα σταθερό, στις ηλικίες και φύλα), μόνο 1% των παιδιών έχουν πρόσληψη μικρότερη από το 90ο/ PR.I , ενώ 59 % προσλαμβάνουν περισσότερο από 2 PRI (που θεωρείται ως μέγιστο όριο για τους ενήλικες).

Κανένα παιδί δεν βρέθηκε να προσλαμβάνει κάποιο απαραίτητο αμινοξύ λιγότερο από το αναγκαίο (μέση πρόσληψη : κυστεΐνη 778, ισολευκίνη 3062, λευκίνη 4938, λυσίνη 4008, μεθειονίνη 1340, φαινυλαλανίνη 2780, τυροσίνη 2272, θρεονίνη 2452, τρυπτοφάνη 733, βαλίνη 3496

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΣΜΜ-Γ) ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ (ΣΜΜ-Σ) ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΟ ΔΕΙΓΜΑ.

Αναστασίου Αναστασία¹ , Αεσύπρης Ν¹, Μπαρμπατσάλου Αγγελική ' Τσαλδάρη Χρυσούλα , Κατσιαρδάνη Πόπη .

1 : ΚΥ - Βελεστίνου - Νομού Μαγνησίας, 2: Δημοτικό Σχολείο Βελεστίνου 3: Βιολογικό Τμήμα Α.Π.Θ.

Σκοπός της μελέτης μας ήταν η συσχέτιση του **βάρους** και του **ύψους γέννησης** με το μετέπειτα βάρος και ύψος, 349 παιδιών 6-11 χρόνων κατοίκων περιοχής Βελεστίνου και γύρω κοινοτήτων (ΥΠΒ). Η μελέτη μας παρουσίαζε δύο μέρη:

1^{ον}. Ήταν προοπτική, όσον αφορά την καταγραφή των ΣΜΜ-Σ, η οποία έγινε με επίσκεψή μας στα σχολεία κατά το σχολικό έτος 1993 -1994.

2^{ον} Ήταν αναδρομική, όσον αφορά την καταγραφή των ΣΜΜ-Γ τα οποία ελήφθησαν από τα ατομικά βιβλιάρια των παιδιών, το χρονικό διάστημα της προοπτικής καταγραφής. Η ανάλυση των στοιχείων και η διερεύνηση της τυχόν συσχέτισης μεταξύ ΣΜΜ-Γ και ΣΜΜ-Σ έγινε πρωταρχικά υπολογίζοντας:

α) τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης (r) και (β) την τιμή του Cochran-Mantel-Haenszel - χ^2 (CMH - χ^2) κατά το οποίο η ηλικία και το φύλο ελήφθησαν υπ' όψιν. Τέλος, τα ευρήματα των παραπάνω μεθόδων επαληθεύθηκαν με την

μέθοδο της πολυπαραγοντικής ανάλυσης. Από το σύνολο των 349 παιδιών, εξαιρέθηκαν 62 και 133 επειδή δεν είχαν καταγραφμένα κυρίως το βάρος και το ύψος γέννησης αντίστοιχα, ή γιατί δεν είχαν προσκομίσει ατομικό βιβλιάριο υγείας την ημέρα της προοπτικής μελέτης.

1. Όσον αφορά το βάρος, στο σύνολο των 287 παιδιών εκ των οποίων 157 αγόρια, ανεβρέθει να υπάρχει θετική συσχέτιση του τωρινού βάρους με το βάρος γέννησης. Η τιμή κριτηρίου (που προέκυψε από r , CMH - χ^2 , πολυπαραγοντική), ήταν: **0.0006, 0.058, 0.0009 αντίστοιχα**.

2. Όσον αφορά το ύψος, σε σύνολο 216 παιδιών εκ των οποίων 118 αγόρια, βρέθηκε να υπάρχει επίσης θετική συσχέτιση του τωρινού ύψους με το ύψος γέννησης, και οι αντίστοιχες τιμές ήταν: **0.041, 0.042, 0.012**.

3. Ελέγχοντας ξεχωριστά τα αγόρια και τα κορίτσια, επαληθεύονται τα ανωτέρω ευρήματα, αποδυναμώνεται όμως η στατιστική σημαντικότητα των ευρημάτων (συσχετίσεων) και κυρίως στα κορίτσια όπου το δείγμα μας είναι ακόμη μικρότερο.

Τα βασικά συμπεράσματα εμφανίζονται παραστατικά με διαγράμματα και πίνακες εκατοστιαίων θέσεων που χαρακτηρίζουν το πληθυσμιακό δείγμα της ΥΠΒ (κωμόπολη Βελεστίνου και γύρω κοινότητες), αργινίνη 3091, ιστιδίνη 1538 mg/24ωρο). Μεγαλύτερη πρόσληψη πρωτεΐνης παρατηρείται από τα παιδιά των πόλεων και των εργαζομένων μητέρων ($p < 0.001$).

Συμπεραίνουμε ότι:

Τα παιδιά της χώρας δεν αντιμετωπίζουν κίνδυνο μειωμένης πρόσληψης πρωτεϊνών και αμινοξέων.

ΤΡΩΝΕ ΣΩΣΤΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΗΜΕΡΑ;

ΔΕΛΤΙΟ Α΄ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ: Δ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΑΚΗΣ

Μελέτη που έγινε σε **3.300 παιδιά 2-19 ετών**, σε **48 πολιτείες των ΗΠΑ**, έδειξε ότι τα παιδιά (με εξαίρεση τα γαλακτοκομικά για τις ηλικίες 2-11 ετών) βρίσκονται κάτω από τις ημερήσιες ανάγκες για όλες τις ομάδες τροφίμων. Δηλαδή, στο **30%** για τα φρούτα, τα δημητριακά, το κρέας και τα γαλακτοκομικά και στο **36%** για τα λαχανικά. Το **35%** της ενέργειας προσπορίζεται από το λίπος και **15%** από τα προστιθέμενα σάκχαρα.

Σε ανάλογη εργασία που δημοσιεύτηκε στο Archives of Diseases in Childhood το 2000, μελετήθηκε η διατροφή 90 000 εφήβων στις ΗΠΑ. Μεταξύ των ετών 1989 και 1996, η πρόσληψη λίπους αυξήθηκε κατά 4%, υδατανθράκων >15% και η πρωτεϊνών 1%. Το μεγαλύτερο μέρος της ενέργειας προερχόταν από το λίπος.

Ο κύριος προβληματισμός αφορά στη μείωση της κατανάλωσης νωπών φρούτων, φυτικών ινών και λαχανικών γενικά, πλην της πατάτας. Έτσι, επισημαίνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης χρονίων νοσημάτων, λόγω της ελαττωμένης πρόσληψης φυτικών ινών, αλλά και αντιοξειδωτικών, τα οποία μεταξύ άλλων πιστεύεται ότι παρέχουν προστασία από κάποιες μορφές καρκίνου.

Ανησυχία, επίσης, προκαλεί η μείωση της πρόσληψης γάλακτος, το οποίο δεν αντικαταστάθηκε από άλλες πλούσιες σε ασβέστιο τροφές αλλά από αναψυκτικά, με αποτέλεσμα αύξηση της τερηδόνας, υπερλιπιδαιμίες με κίνδυνο οστεοπόρωσης, ιδιαίτερα στα κορίτσια. Μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2001 από 6 χώρες της ΕΕ (**Γαλλία, Ισπανία, Ην. Βασίλειο Β. Ιρλανδία, Πορτογαλία, Γερμανία**) σε **παιδιά 6-18 ετών**, έδειξε ότι αυτή είναι μια πληθυσμιακή ομάδα σε κίνδυνο να αναπτύξει ανεπάρκειες, κυρίως Fe, βιταμινών C, E, B6 και φυλλικού.

Ο εμπλουτισμός των δημητριακών επηρέασε θετικά την πρόσληψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων στην παιδική και εφηβική ηλικία στις χώρες αυτές. Ο εμπλουτισμός κάποιων τροφίμων μπορεί να αποτελεί θετική παρέμβαση στην αντιμετώπιση της ανεπαρκούς πρόσληψης θρεπτικών στοιχείων, αλλά δεν πρέπει να υποκαταστήσει τη συνεχή εκπαίδευση για τη σωστή διατροφή,

ΚΑΜΠΥΛΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Εισήγηση Καθηγητή Γεωργίου Χρούσου

Πρόσφατα, η Α' Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών ολοκλήρωσε τη νεώτερη_ πληθυσμιακή ανάλυση των καμπυλών αύξησης Ελλήνων παιδιών και εφήβων. Η μελέτη έγινε με αντιπροσωπευτικά δείγματα από όλη την Ελλάδα και σε ικανοποιητικούς αριθμούς, περίπου 5000 αγόρια και 5000 κορίτσια. Στις καμπύλες ανάπτυξης μήκους/ύψους, βάρους και περιμέτρου κεφαλής προστέθηκαν και οι καμπύλες μεταβολής του ΔΜΣ από γέννησης μέχρι 18 ετών.

Η ερευνητική ομάδα της κλινικής που επετέλεσε το αξιόλογο έργο της συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων επιφυλάσσεται να συζητήσει τα αποτελέσματα και τη σημασία τους σε πρωτότυπες λεπτομερείς δημοσιεύσεις που σύντομα θα ακολουθήσουν. Δεν μπορώ όμως παρά να κάνω μερικές παρατηρήσεις για δυο ευρήματα που με εντυπωσίασαν και που έχουν μεγάλη σημασία για την Ελληνική κοινωνία.

Πρώτον, οι γενιές της τελευταίας εικοσαετίας έχουν ψηλώσει κι άλλο. Το σημερινό μέσο ύψος των 18 χρονών αγοριών και κοριτσιών είναι 177cm και 163cm αντίστοιχα. Τα ύψη αυτά είναι ακριβώς τα ίδια με αγοριών και κοριτσιών από τις ΗΠΑ που ελήφθησαν σε πρόσφατες μελέτες.

Δεύτερον, οι γενιές της τελευταίας εικοσαετίας και, κυρίως τα αγόρια, έχουν παχύνει, σημαντικά και ανησυχητικά. Ο μέσος δεκαοκτάχρονος Έλληνας και Ελληνίδα είναι 74 και 58kg αντίστοιχα, ήτοι παχύτεροι κατά 3 και 2kg από τους αντίστοιχους Αμερικανοπαίδες. Αυτό φαίνεται και στο ΔΜΣ που είναι 24,3 και 22,2 kg/m² στους Έλληνες και Ελληνίδες και 22 και 21kg/m² στους Αμερικάνους και Αμερικανίδες, αντίστοιχα. Σημειωτέον ότι οι ΗΠΑ έχουν τα πρωτεία στην παχυσαρκία παιδιών και ενηλίκων στο κόσμο, με ποσοστό που είναι διπλάσιο από τα δυτικοευρωπαϊκά. Αυτό σημαίνει ότι η κοινωνία μας έχει ξεπεράσει τις ΗΠΑ στην παιδική παχυσαρκία.

ΑΝΑΣΤΗΜΑ, ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

Ενδοκρινολογικό Τμήμα του 401 ΓΣΝΑ (Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών) και το Επιδημιολογικό Τμήμα του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ

ΨΗΛΩΣΕ ΚΑΙ ΠΗΡΕ ΚΙΛΑ Ο ΕΛΛΗΝΑΣ

Ο μέσος Έλληνας έχει ψηλώσει τουλάχιστον 8 εκατοστά και έχει «πάρει» το λιγότερο 6 κιλά... Είναι παγκόσμιο φαινόμενο που αφορά τόσο την Ευρώπη όσο και την Αμερική. «Οι Έλληνες μετά το 1950 αρχίζουν να κερδίζουν ύψος. Κατά την εικοσαετία 1970-1990 παρατηρούμε, αντίστοιχα, αύξηση ύψους», λέει ο < Δημήτρης Τριχόπουλος, καθηγητής Επιδημιολογίας στα Πανεπιστήμια Αθηνών και Χάρβαρντ.

Το 1968, το μέσο ύψος του αστικού πληθυσμού ήταν 1,76 μ. και του αγροτικού πληθυσμού 1,75 μ. Χρειάστηκε κάτι περισσότερο από δύο δεκαετίες για να σημειωθούν σημαντικές αλλαγές στον σωματότυπο των Ελλήνων. Έτσι, το '90 οι Έλληνες είναι ψηλότεροι κατά 8 πόντους και παχύτεροι κατά... 6 κιλά.

Αυτά προκύπτουν από δύο διαδοχικές μελέτες που διεξήχθησαν από το Ενδοκρινολογικό Τμήμα του 401 ΓΣΝΑ (Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών) και το Επιδημιολογικό Τμήμα του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ με τον τίτλο «Ανάστημα, Βάρος και Παχυσαρκία των Ελλήνων». Στην πρώτη όσο και στη δεύτερη φάση της έρευνας συμμετείχαν περισσότερα από 800 παιδιά.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της έρευνας, παρά τις αλλαγές που παρατηρήθηκαν στον σωματότυπο των Ελλήνων, ο ΔΜΣ παρέμεινε σταθερός.

«Αυτό συνέβη γιατί οι Έλληνες είχαν κερδίσει βάρος, παράλληλα όμως ψήλωσαν. Τώρα τα δεδομένα αρχίζουν και πάλι να αλλάζουν καθώς, ενώ σταθεροποιήθηκε ως ένα βαθμό η αυξητική πορεία του αναστήματος, τρέφονται με τον ίδιο ρυθμό. Ενδεικτικό είναι πως, σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, οι Έλληνες εμφανίζονται ως οι πιο παχύσαρκοι.

Την ίδια στιγμή, η σωματική εξάσκηση δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στη χώρα μας», εξηγεί ο κ. Τριχόπουλος.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Pollit-E; Jahari,-A; Husaini,- M; Kariger,- P; Saco- Pollitt,-C. Developmental trajectory of poorly nourished toddlers that received a micronutrient supplement with and without energy. J-Nutr. 2002 Sep; 132(9): 2617-25.

Famodu,- A-A; Adebaweo, -O-O; Fakoya,-E-A; Okosum,-Q-A..Serial haemorrhological changes in malnourished African children.West-Afr-J-Med.2002 Apr-Jun;21(2):91-4.

Ozturk,-Y; Buyukgebiz,-B; Arslan,- N; Ellidokuz,-h.Effects of hospital stay on nutritional anthropometric data in Turkish children.J-Trop-Pediatr, 2003 Jun: 49(3):189-90.

Friedman,-J-F; Phillipw-Howard,-P-A; Hawley,-W-A; Terlouw,-D-J; Kolczak,-M-S; Barber,-m; Okello,-N; Vulule,-J-M; Duggan,-C; Nahlen,-B-L; ter-Kuile,-F-O. Impact of permethrin-treated bed nets on growth, nutritional status, and body composition of primary school children in western Kenya. *Am-J-Trop-Med-hyg.* 2003 Apr; 68(4): 78-85.

Moreno,-L-A; Rodriguez,-G; Guillen,-J; Rabanaque,-M-J; Leon,-J-F; Arino,-A. Anthropometric measurements in both sides of the body in the assessment of nutritional status in prepubertal children. *Eur-J-Clin-Nutr.* 2002 Dec; 56(12):1208-15.

Tienboon,-P. Nutrition problems of hospitalised children in a developing country: Thailand. *Asia-Pacific-journal-of-clinical-nutrition.*

Khatib,-I-M. High prevalence of subclinical vitamin A deficiency in Jordan: a forgotten risk. *Food-Nutr-Bull.* 2002 Sep; 23(3Suppl):228-36.

Tumwine,-J-K; Barugahare,-w. Nutrition status of children in Kasese district at the Uganda-Congo border. *East-African-medical-journal.*

Asrat,-Y-T; Omwega,-A-M ; Muita,-J-W. Prevalence of vitamin A deficiency among pre-school and school-aged children in Arssi Zone, Ethiopia. *East-Afr-Med-J.* 2002 JUL; 79(7):355-9.

Raja'a,-Y-A; Sulaiman,-S-M; Elkarib,-S-A; Mubarak,-J-S. Nutritional status of Yemeni schoolchildren in Al-Mahweet Governorate. *East- Mediterr-Health-J.* 2001 Jan-Mar; 7(1-2):204-10.

Coon,-K-A; Goldberg,-J; Rogers,-B-L; Tucker,-K-L. Relationships between use of television during meals and children's food consumption patterns. *Pediatricw.* 2001 Jan; 107(1):E7.

Hall,-R-T. Nutritional follow-up of the breastfeeding premature infant after hospital discharge. *Pediatr-Clin-North-Am.* 2001 Apr; 48(2):453-60.

Abidoye,- R-O; Ihebuzor,-N-N. Assessment of nutritional status using anthropometric method on 1-4 year old children in an urban ghetto in Lagos, Nigeria. *Nutrition-and-health-Berkhamsted,-Hertfordshire.*

Esimai,-O-A; Ojofeitimi,-E-O; Oyebowale,-O-M. Sociocultural practices influencing under five nutritional status in an urban community in Osun State, Nigeria. *Nutr-Health.* 2001; 15(1):41-6.

Omar,-M-A; Cleman,- G; Hoerr,-S. Healthy eating for rural low-income toddlers: caregivers' perceptions. *J-Community-Health-Nurs.* 2001 Summer; 18(2):93-106.

Orr,-C-M; Dufour, D-L; Patton,-J-Q. A comparison of anthropometric indices of nutritional status in Tukanoan and Achuar Amerindians. *Am-J-Human-Biol.* 2001 May-Jun; 13(3):301-9.

Rao,-R; Georgieff,-M-K. Neonatal iron nutrition. *Semin-Neonatal.* 2001 Oct; 6(5):425-35.

Anonymous. Guidelines for young child feeding in the Caribbean-Part I. Caribbean Food and Nutrition Institute. *West-Indian-med-J.* 2000 Mar; 49(1):3-8.

Durnin,-J-V; Aitchison, -T-C; Beckett,-C; Husaini,- M; Pollit,-E. Nutritional intake of an undernourished infant population receiving an energy and micronutrient supplement in Indonesia. *Eur-J-Clin-Nutr.* 2000 May; 54 suppl 2:S43-51.

Dannhauser,-A; Bester.^Q; Joubert.-G; Badenhorst,-P; Slabber,-M; Badenhorst,-A; Du-Toit,-E; Barnard,-H; Botha,-P; Nogabe,-L . Nutritional status of preschool children in informal settlement areas near Bloemfontein, South Africa. *Public-Health-Nutr.* 2000 Sep, 3(3): 303-12. Okolo,-S-N; VanderJagt,-T-J; Vu,-T; VanderJagt,-T-A; VanderJagt,-D-J; Okonji,-M; Huang,-Y-S; Chuang,-L-T; Onwuanaku,-C; Glew,-R-H. The fatty acid composition of human milk in northern Nigeria. *J-Hum-Lact.* 2000 Feb; 16(1):28-35.

Akosa,-U-M; Ketiku.-A-O; Omotade,-O-O. The nutrient content and effectiveness of rice flour and maize flour based oral rehydration solutions. Afr-J-Med-Med-Sci. 2000 Jun; 29(2): 145-9.

Takyi,-E-E. Nutritional status and nutrient intake of preschool children in northern Ghana. East-Afr-Med-J. 1999 Sep; 76(9):510-5.

Nyirongo,-L-O; Chideme-Maradzika,-J; Woelk,-G; Chapman,-G-N; Siziya,-S. A comparison of nutritional indices of children in Chitungwiza, Zimbabwe, with the international reference

standard.. Cent-Afr-J-Med. 1999 Aug; 45(8): 198-203.

Yadav,-R-J; Singh,-P. Nutritional status and dietary intake in tribal children of Bihar. Indian-Pediatr. 1999 Jan;36(1):37-42.

Rao.-M-R; Balakrishna.-N; Rao,-K-V. Suitability of CANSORE for the assessment of the nutritional status of newborns. Indian-J-Pediatr. 1999 Jul-Aug; 66(4):483-92.

Ahmed,-F; Zareen,-M; Khan,-M-R; Banu,-C-P; Haq,-M-N; Jackson,-A-A. Dietary pattern, nutrient intake and growth of adolescent school girls in urban Bangladesh. Public-Health-Nutr. 1998 Jun; 1(2): 83-92.

Hopman,-E; Csizmadia,-C-G; Bastiani,-V-V-F; Engels,-Q-M; de-Graaf,-E-A; le-Cessie,-S; Mearin,-M-L. Eating habits of young children with Down syndrome in The Netherlands: adequate nutrient intakes out delayed introduction of solid food. J-Am-Diet-Assoc. 1998 Jul; 98(7): 790-4.

Goulet,-O. Assessment of nutritional status in clinical practice. Baillieres- Clin-Gastroenterol. 1998 Dec; 12(4):647-69.

Mehta.-S; Tandon.-A; Dua,-T; Kumari,-S; Singh,-S-K. Clinical assessment of nutritional status at birth.. Indian-Pediatr 1998 May; 35(5)423-8.

Reifsnider,-E . Reversing growth deficiency in children: the effect of a community-based intervention. J-Pediatr-Health-Care. 1998 Nov-Dec; 12(6 Pt 1): 305-12.

Ε.Χρυσίδου, Κ.Σαρπασίδης, Β.Κεσίδου, Α.Στόγιος,, Ι.Λυμπάρη

Μ.Πέσιου,Α.Σαλαγιάννη Κ.Αγοροπούλου, Δ.Λοβού. Προαγωγή του μητρικού θηλασμού -εφαρμογή στη παιδιατρική κλινική Γ.Νοσοκομείου Έδεσσας.

Παιδιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Έδεσσας 2001-2002

Αδαμίδης Δ., Χατζησταύρου Μαρίνα, Ρώμα - Γιαννίκου Ελευθερία: Η διατροφή των παιδιών σε οικισμό παλιννοστούντων ομογενών. Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Ρώμα-Γιαννίκου Ελευθερία, Αδαμίδης Δ, ΜασσανιώτηςΝ.. Πρόσληψη πρωτεϊνών και αμινοξέων από τα παιδιά της Ελλάδας. Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών.

Αναστασίου Αναστασία , Αεσύπρης Ν¹, Μπαρμπατσάλου Αγγελική ' Τσαλδάρη Χρυσούλα , Κατσιαρδάνη Πόπη . Συσχέτιση των σωματομετρικών στοιχείων γέννησης (ΣΜΜ-Γ) και των σωματομετρικών στοιχείων σχολικής ηλικίας (ΣΜΜ-Σ) στο ίδιο πληθυσμιακό δείγμα. 1 : ΚΥ - Βελεστίου - Νομού Μαγνησίας, 2: Δημοτικό Σχολείο Βελεστίου 3: Βιολογικό Τμήμα Α.Π.Θ 1993-1994.

Δ. Αναγνωστάκης .Δελτίο Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών.2000-2001 Εισήγηση Καθηγητού Γεωργίου Χρούσου. Καμπύλες ανάπτυξης παιδιών και έφηβων παρατηρήσεις για την παιδική παχυσαρκία στην Ελλάδα. Ενδοκρινολογικό Τμήμα του 401 ΓΣΝΑ (Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών) και το Επιδημιολογικό Τμήμα του Πανεπιστημίου του Χάρβαντ . Ανάστημα, βάρος και παχυσαρκία των Ελλήνων.

2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

2.1 Σωματική και κινητική ανάπτυξη

Ο όρος **αύξηση** χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις μεταβολές του ανθρώπινου σώματος που επέρχονται με την πάροδο του χρόνου. Στην κλινική πράξη η αύξηση ελέγχεται με τον προσδιορισμό του ύψους, του βάρους και της περιμέτρου της κεφαλής και λιγότερο συχνά, της περιμέτρου του θώρακα και του πάχους της δερματικής πτυχής.

Ο όρος **εξέλιξη** χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό των σταδίων της λειτουργικής εξέλιξης των διαφόρων οργάνων ή συστημάτων του οργανισμού.

Οι τιμές της αύξησης κάθε παραμέτρου, ευρίσκονται συνήθως κοντά στο μέσο όρο της τιμής που προκύπτει μετά από πολλές μετρήσεις για την ίδια ηλικία και φύλο. Η τιμή μιας παραμέτρου δεν θεωρείται παθολογική όταν δεν συμπίπτει με το μέσο όρο των μετρήσεων. Φυσιολογικές θεωρούνται όλες οι τιμές οι οποίες ευρίσκονται στην περιοχή η οποία, καθορίζεται από δύο σταθερές αποκλίσεις, πάνω και κάτω από τη μέση τιμή. Οι σταθερές αποκλίσεις είναι λιγότερο εύχρηστες και ακριβείς για τον καθορισμό της θέσης μιας παραμέτρου, γι' αυτό καθιερώθηκαν οι εκατοστιαίες θέσεις. Τιμές που βρίσκονται κάτω από την 5η ή πάνω από την 95η εκατοστιαία θέση, θεωρούνται ως παθολογικές.

Η εκτίμηση του αποτελέσματος των μετρήσεων αυτών πρέπει να γίνεται μετά από επανειλημμένες μετρήσεις, σε διάφορα χρονικά διαστήματα και αφού ληφθούν υπόψη το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό και τα ευρήματα από την αντικειμενική εξέταση.

Στην κλινική πράξη συχνά εκτός από τις παραπάνω παραμέτρους αναγκαίος είναι και ο υπολογισμός της επιφάνειας του σώματος, ο οποίος γίνεται με τη βοήθεια νομογραμμάτων. ευθεία που συνδέει τα σημεία ύψους και βάρους του ασθενούς, τέμνει τη μεσαία στήλη στο σημείο που αντιστοιχεί στην επιφάνεια του σώματος του .

Αύξηση και λειτουργική ανάπτυξη του εμβρύου

Στη διάρκεια των 2-3 πρώτων εβδομάδων της κύησης το μέγεθος του εμβρύου είναι σχεδόν μικροσκοπικό. Στις 12 εβδομάδες το μήκος του είναι περίπου 10 cm. Στις 20 εβδομάδες το μήκος του είναι περίπου 25 cm. Κατά τη γέννηση (40 εβδομάδων) το νεογνό έχει μήκος περίπου 53 cm. Η αύξηση του βάρους είναι περίπου ανάλογη με την τρίτη δύναμη της ηλικίας του εμβρύου. Στη διάρκεια των πρώτων μηνών της κύησης το βάρος του εμβρύου είναι σχεδόν μηδαμινό. Στους 51/2 μήνες είναι μόνο μισό kg. Στη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου της εγκυμοσύνης το έμβρυο παίρνει πάρα πολύ βάρος με αποτέλεσμα 2 μήνες πριν από τη γέννηση να ζυγίζει κατά μέσο όρο 1,5 kg, ένα μήνα πριν 2,2 kg, και κατά την γέννηση του 3,5 kg.

Ανάπτυξη των οργανικών συστημάτων του εμβρύου

Ένα μήνα μετά την γονιμοποίηση του ωαρίου τα διάφορα όργανα του εμβρύου έχουν διαμορφωθεί κατά ένα μέρος. Στη διάρκεια των επομένων 2-3 μηνών έχουν ολοκληρωθεί και οι λεπτομέρειες των διαφόρων οργάνων. Μετά τον 4^ο μήνα τα

όργανα του εμβρύου είναι σε αδρές γραμμές ίδιες με του νεογνού, όμως και κατά τη γέννηση ορισμένα στοιχεία και ιδιαίτερα το νευρικό σύστημα, οι νεφροί και το ήπαρ δεν έχουν φθάσει στην πλήρη τους ανάπτυξη.

Κυκλοφορικό σύστημα

Η καρδιά του εμβρύου αρχίζει να πάλλεται κατά την τέταρτη εβδομάδα μετά τη γονιμοποίηση με ρυθμό περίπου 65 συστολών /min. Αμέσως πριν τη γέννηση φθάνει στους 140 παλμούς/ min.

Σχηματισμός των κυττάρων του αίματος

Την 3^η εβδομάδα της ανάπτυξης του εμβρύου, στο λεκιθικό ασκό και τις μεσοθηλιακές στιβάδες σχηματίζονται εμπύρηννα ερυθροκύτταρα. Μία εβδομάδα αργότερα, ακολουθεί ο σχηματισμός απύρηνων ερυθροκυττάρων. Την 6^η εβδομάδα αρχίζει να σχηματίζεται το ήπαρ. Τον 3^ο μήνα αρχίζουν να παράγονται ερυθρά από το σπλήνα. Τέλος του τρίτου μήνα αρχίζει ο σχηματισμός όλο και μεγαλύτερου αριθμού ερυθροκυττάρων και λευκοκυττάρων από το μυελό των οστών.

Αναπνευστικό σύστημα

Κατά την εμβρυϊκή ζωή δεν υπάρχει αναπνοή. Ωστόσο στο τέλος του τρίτου τριμήνου της κύησης πραγματοποιούνται αναπνευστικές κινήσεις.

Νευρικό σύστημα

Τα περισσότερα περιφερικά αντανακλαστικά του εμβρύου έχουν αναπτυχθεί καλά με τον τρίτο ή τέταρτο μήνα της κύησης. Ουσιαστικά όμως η εμμύελωση μερικών κύριων δεμάτων του κεντρικού νευρικού συστήματος ολοκληρώνεται μόλις ένα περίπου χρόνο μετά την γέννηση.

Γαστρεντερικός σωλήνας

Στο πρώτο ήμισυ κύησης το έμβρυο πέπτει και απορροφά μεγάλες ποσότητες ενάμνιου υγρού ενώ στη διάρκεια των 2-3 τελευταίων μηνών η γαστρεντερική λειτουργία πλησιάζει τη λειτουργία του φυσιολογικού νεογνού.

Νεφροί

Οι νεφροί του εμβρύου είναι ικανοί για απέκκριση ούρων τουλάχιστο κατά το δεύτερο ήμισυ της κύησης και φυσιολογικά παρατηρείται ούρηση ενδομήτρια. Ωστόσο τα νεφρικά συστήματα ρύθμισης της ισορροπίας των ηλεκτρολυτών του εξωκυττάριου υγρού και της οξεοβασικής ισορροπίας είναι σχεδόν ανύπαρκτα ως το δεύτερο ήμισυ της κύησης και δεν φτάνουν στην πλήρη τους ανάπτυξη παρά μόνο ένα μήνα μετά την γέννηση.

Οργανικά Συστήματα

Τρία οργανικά συστήματα δεν ακολουθούν το γενικό πρότυπο αύξησης που παρατηρείται στο ύψος και το βάρος.

- Το λεμφικό σύστημα αυξάνεται σχετικά σταθερά και γρήγορα σ' όλη την παιδική ηλικία, έτσι ώστε κατά την έναρξη της εφηβείας το παιδί έχει σχεδόν τη διπλάσια ποσότητα λεμφικού ιστού από ένα ενήλικο. Έκτοτε ελαττώνεται το μέγεθος.
- Το αναπαραγωγικό σύστημα εκτός από ένα σύντομο χρονικό διάστημα αμέσως μετά την μεταγεννητική περίοδο, παρουσιάζει μικρή αύξηση μέχρι το τέλος της παιδικής ηλικίας και την εφηβεία.
- Η αύξηση του Κ.Ν.Σ. λαμβάνει χώρα σχεδόν αποκλειστικά κατά την διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής
- Κατά την γέννηση, ο εγκέφαλος έχει το 25% του βάρους ενήλικου.
- Μέχρι τα πρώτα γενέθλια του παιδιού ο εγκέφαλος έχει ολοκληρώσει το ήμισυ της μετεμβρυιακής του αύξησης και έχει το 75% του βάρους ενήλικου.
- Μειώνοντας σταδιακά τον ρυθμό αύξησης του, φθάνει το 80% του βάρους του ενήλικου μέχρι την ηλικία των 3 ετών και το 90% στην ηλικία των 7 ετών.

Λειτουργική Ανάπτυξη οργάνων

Είναι ανεξάρτητη από το μέγεθος του οργάνου και λαμβάνει χώρα κυρίως κατά τη διάρκεια της πρώιμης περιόδου αύξησης. Οι πιο σημαντικές αλλαγές συμβαίνουν στις λειτουργίες των νεφρών, του ανοσοποιητικού και του Κ.Ν.Σ.

Νεφρική λειτουργία

Κατά την γέννηση η νεφρική λειτουργία είναι ελαττωμένη. Λίγο αργότερα η νεφρική ικανότητα οξινοποίησης και συμπίκνωσης είναι λειτουργικά όμοιες μ' αυτές του ενήλικου. Στην ηλικία του 1^{ου} έτους, ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης η κάθαρση της ουρίας και οι μέγιστες σωληναριακές καθάρσεις ουσιών έχουν φθάσει σε επίπεδα ενηλίκων.

Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

Οι λειτουργικές αλλαγές του Κ.Ν.Σ. λαμβάνουν χώρα σε μεγαλύτερο βαθμό και πιο ταχύ ρυθμό κατά τη διάρκεια των πρώτων 4-5 ετών της ζωής και παρουσιάζονται κατά τον καλύτερο τρόπο με την ψυχοκινητική και διανοητική ανάπτυξη του παιδιού.

Σύσταση σώματος

- Οι πιο σημαντικές αλλαγές πριν από την εφηβεία αφορούν στις ποσότητες του λίπους και του ύδατος στο σώμα. Κατά τη γέννηση το σωματικό λίπος είναι περίπου 12% του βάρους του σώματος.
- Η αναλογία του αυξάνεται γρήγορα στο 25% ως τον 6^ο μήνα και κατόπιν με κάπως βραδύτερο ρυθμό.

- Στο 30% μέχρι το 1^ο έτος και ευθύνεται για την κοντόχοντρη εμφάνιση του βρέφους στην ηλικία του 1^{ου} έτους.
- Ακολούθως παρατηρείται μια μικρή πτώση μέχρι την ηλικία των 5-6 ετών όπου το σωματικό λίπος προσεγγίζει αυτό του νεογνού.
- Μετά απ' αυτό το κατώτατο σημείο , παρατηρείται ξανά μια βραδεία αύξηση μέχρι την έναρξη της ήβης.
- Μετά την εφηβεία η αύξηση συνεχίζεται στα κορίτσια, ενώ τα αγόρια γίνονται κάπως λεπτότερα.

Ύδωρ σώματος

Υπολογισμένο ως εκατοστιαία αναλογία του βάρους του σώματος είναι 75% κατά τη γέννηση, πέφτει στα 60% κατά το 1^ο έτος (σχεδόν ίσο με το ποσοστό του ενήλικου). Αυτή η αλλαγή οφείλεται κυρίως στην ελάττωση του εξωκυττάριου υγρού από το 45% σε 28% του σωματικού βάρους. Το ενδοκυττάριο υγρό παραμένει σχετικά σταθερό. Μετά την ηλικία του 1^{ου} έτους, παρατηρείται μια βραδεία και κάπως μεταβλητή μείωση του εξωκυττάριου υγρού και αύξηση του ενδοκυττάριου υγρού στα επίπεδα των ενηλίκων που είναι περίπου 16% και 47% αντίστοιχα. Το σχετικά μεγάλο ποσοστό του ύδατος στο σώμα , ο υψηλός ρυθμός ανακύκλωσής του και οι σχετικά υψηλές απώλειες από την επιφάνεια (λόγω της αναλογικά μεγάλης επιφάνειας του σώματος) κάνουν το βρέφος πιο ευαίσθητο στην αποστέρηση του νερού απ' ότι τα μεγαλύτερα παιδιά και οι ενήλικες.

Αύξηση κατά το 1ο έτος της ζωής

Τα περισσότερα από τα τελειόμηνα νεογνά επανακτούν το βάρος γέννησης περίπου την 10η μέρα της ζωής, το διπλασιάζουν στον 4ο-5ο μήνα και το τριπλασιάζουν στο τέλος του πρώτου έτους.

Το ύψος αυξάνει κατά 25-30 cm μέχρι το τέλος του πρώτου έτους.

Οι διαστάσεις της πρόσθιας πηγής μειώνονται προοδευτικά μετά τον 6ο μήνα και η πηγή δεν ψηλαφάται πλέον μετά τον 9ο-18ο μήνα. Η οπίσθια πηγή συνήθως δεν ψηλαφάται μετά τον 4ο μήνα.

Η περίμετρος της κεφαλής κατά τη γέννηση είναι 34-35 cm και φθάνει τα 44 cm περίπου τον 6ο μήνα και τα 47 cm στο τέλος του πρώτου έτους. Κατά τη γέννηση η περίμετρος της κεφαλής συχνά είναι μεγαλύτερη από την περίμετρο του θώρακα, γίνεται όμως ίση με την περίμετρο του θώρακα στο τέλος του πρώτου χρόνου

Νεογιλοί οδόντες	Ηλικία (μήνες)	Μόνιμοι οδόντες	Ηλικία (έτη)
Μέσοι τομείς	6-8	Μέσοι τομείς	6-8
Πλάγιοι τομείς	8-12	Πρώτοι γομφίοι	6-8
Πρώτοι προγόμφιοι	12-16	Πλάγιοι τομείς	7-9
Κυνόδοντες	16-20	Κυνόδοντες	9-13
Δεύτεροι προγόμφιοι	20-30	Πρώτοι προγόμφιοι	9-13
		Δεύτεροι	10-14
		Δεύτεροι γομφίοι	10-14
		Τρίτοι γομφίοι	16-40

Ανατολή των οδόντων

Τα νεογιλά δόντια εμφανίζονται μεταξύ του 5ου και 9ου μήνα. Προηγείται η ανατολή των δυο κάτω μέσων τομέων, ακολουθεί η ανατολή των τεσσάρων άνω και των πλαγίων κάτω τομέων; με αποτέλεσμα στο τέλος του πρώτου έτους το βρέφος να έχει 6-8 δόντια. Σε μερικά βρέφη παρατηρείται σημαντική καθυστέρηση στην ανατολή των δοντιών, χωρίς αυτό συνήθως να υποδηλώνει παθολογική κατάσταση.

Ο υποδόριος ιστός αρχίζει να αυξάνει από το τέλος του δεύτερου μήνα και η ανάπτυξη του είναι ιδιαίτερα εμφανής τον 9ο μήνα.

Αύξηση κατά το 2ο έτος της ζωής

Κατά τη διάρκεια του 2ου έτους παρατηρείται μείωση του ρυθμού της αύξησης. Το βρέφος αυξάνει κατά 2,5 kg περίπου σε βάρος και 12 cm σε ύψος.

Η όρεξη για λήψη τροφής είναι μειωμένη και ο υποδόριος ιστός ελαττώνεται. Παρατηρείται λόρδωση της σπονδυλικής στήλης και προπέτεια της κοιλίας.

Ο ρυθμός αύξησης του εγκεφάλου μειώνεται και η περίμετρος αυξάνει κατά 2 cm μόνο κατά τη διάρκεια του 2ου έτους.

Κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής ανατέλλουν ακόμα οκτώ νεογιλά δόντια και στο τέλος του δεύτερου έτους το σύνολο των νεογιλών είναι 14-16.

Αύξηση κατά τη διάρκεια της προσχολικής, σχολικής και εφηβικής ηλικίας

Κατά τη διάρκεια του 3^{ου} έως 5ου έτους της ζωής το βάρος αυξάνει κάθε έτος κατά 2-3 kg και το ύψος κατά 6-8 cm. Η κοιλιά δεν προέχει και η λόρδωση αποκαθίσταται. Σε ηλικία 2 1/2 ετών έχουν ανατείλει όλα τα νεογιλά δόντια, τα οποία συνολικά είναι είκοσι

Στα επόμενα έτη έως τα δέκα για τα κορίτσια, και τα δώδεκα για τα αγόρια η ετήσια αύξηση του βάρους είναι 3 kg και του ύψους 6 cm.

Στη διάρκεια της πρώτης σχολικής περιόδου το παιδί διαμορφώνει τον οριστικό τύπο του σώματος του, που είναι ο **ε κ τ ο μ ο ρ φ ι κ ό ς**, με λεπτούς μυς και σκελετό και μικρή εναπόθεση λίπους, ο **ε ν δ ο μ ο ρ φ ι κ ό ς**, με κύριο χαρακτηριστικό την εναπόθεση μεγάλης

ποσότητας λίπους, ενώ ο σκελετός είναι μέσου βάρους και το μυϊκό σύστημα χαλαρό και ο **μεσομορφικός**, με χοντρό σκελετό, ισχυρό μυϊκό σύστημα και μικρή εναπόθεση λίπους.

Ο σωματικός τύπος δεν καθορίζει το τελικό ύψος, τα παιδιά όμως που ανήκουν στον ενδομορφικό τύπο παρουσιάζουν ταχύτερη βιολογική ωρίμανση. Με την έναρξη της εφηβείας ο ρυθμός αύξησης εξατομικεύεται. Άλλοτε η αύξηση σε ύψος και βάρος είναι ραγδαία, σε μικρό χρονικό διάστημα και άλλοτε ομαλή καθ' όλη τη διάρκεια της εφηβείας. Το τελικό ύψος καθορίζεται από κληρονομικούς παράγοντες για παιδιά που ζουν κάτω από τις ίδιες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Η έλλειψη κίνησης μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αύξηση σε ύψος, ενώ η φυσιολογική άσκηση (παιχνίδι), την ευνοεί. Η έντονη αθλητική δραστηριότητα ευνοεί την εναπόθεση αλάτων ασβεστίου στα οστά, των οποίων αυξάνει τη διάμετρο και την αντοχή, δεν είναι όμως γνωστό εάν δρα ευνοϊκά ή ανασταλτικά στην αύξηση σε ύψος.

Ωρίμανση των οστών

Η οστέωση του σκελετού αρχίζει από τον 5ο μήνα της εμβρυϊκής περιόδου. Προηγείται η οστέωση των οστών του θόλου του κρανίου και των κλειδών και ακολουθεί η οστέωση των μακρών οστών και της σπονδυλικής στήλης. Η κάτω επίφυση του μηριαίου και η άνω επίφυση της κνήμης στα τελειόμηνα νεογνά έχουν ήδη οστεωθεί κατά τη γέννηση.

Ο καθορισμός της οστικής ωρίμανσης αποτελεί τον καλύτερο δείκτη της βιολογικής ωρίμανσης ενός οργανισμού. Με ακτινολογικό έλεγχο προσδιορίζεται ο αριθμός και το μέγεθος των πυρήνων οστέωσης σε δεδομένη χρονολογική ηλικία καθώς και το μέγεθος, η μορφή και η εναπόθεση ασβεστίου στην επίφυση.

Οι πυρήνες των διαφόρων οστών, εμφανίζονται σε διαφορετική χρονολογική ηλικία. Κατά τη γέννηση είναι εμφανείς οι πυρήνες οστέωσης της άνω επίφυσης της κνήμης, της κάτω επίφυσης του μηριαίου και του κυβοειδούς του ταρσού.

Η ακτινογραφία των οστών του καρπού χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό της οστικής ωρίμανσης σε όλη την περίοδο της παιδικής ηλικίας. Σε περιπτώσεις που απαιτείται ακριβέστερος προσδιορισμός της οστικής ηλικίας, χρησιμοποιούνται πλην του καρπού και άλλα οστά και με βάση ειδικούς πίνακες καθορίζεται η οστική ωρίμανση.

Τα φυσιολογικά όρια της οστικής ωρίμανσης καθορίζονται, όπως και στην περίπτωση της σωματικής αύξησης, με εκατοστιαίες θέσεις. Φυσιολογική θεωρείται η οστική ωρίμανση η οποία ευρίσκεται μεταξύ 5ης και 95ης εκατοστιαίας θέσης.

Οι αλλαγές στο βάρος και στο ύψος συντελούνται με γοργό ρυθμό στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού. Μετά ακολουθούν μια πιο αργή πορεία μέχρι την εφηβεία, η οποία οριοθετεί ένα νέο εξελικτικό άλμα.

Οι σημαντικότεροι και πιο εύκολα μετρήσιμοι δείκτες ανάπτυξης του παιδιού, είναι το βάρος, το ύψος και η περιμέτρος κεφαλής, που βοηθά να εκτιμηθεί η ανάπτυξη του εγκεφάλου.

Υπάρχουν βέβαια μεγάλες αποκλίσεις στη φυσική ανάπτυξη κάθε παιδιού. Ο ρυθμός ανάπτυξης του κάθε παιδιού συγκρίνεται με ειδικές καμπύλες που δείχνουν τον φυσιολογικό ρυθμό ανάπτυξης των παιδιών της ηλικίας του. Οι

καμπύλες αυτές είναι αποτέλεσμα μετρήσεων της ανάπτυξης υγιών παιδιών που παρακολουθούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι δείκτες ανάπτυξης έχουν συνοπτικά την ακόλουθη πορεία:

Το βάρος

Το μέσο βάρος του νεογέννητου είναι περίπου 3,5kg. Υπάρχει μικρή απώλεια βάρους τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό λόγω κυρίως ανεπαρκούς διατροφής του βρέφους και καθυστέρησης στην έναρξη της σιτίσεώς του. Το βρέφος επανακτά συνήθως το βάρος της γεννήσεως του μέχρι τη 10η ημέρα. Μεταξύ του 5ου & του 6ου μήνα, το βάρος του παιδιού φθάνει το διπλάσιο του βάρους γέννησης, ενώ μέχρι τη συμπλήρωση του πρώτου χρόνου το 3πλάσιο. Με τη συμπλήρωση του 2ου χρόνου το βάρος του παιδιού έχει αυξηθεί κατά 2,5 kg, καθώς ο ρυθμός ανάπτυξης επιβραδύνεται. Στη συνέχεια μέχρι τον 5ο χρόνο, κερδίζει σχεδόν σταθερά 2kg περίπου το χρόνο.

Το ύψος

Το μέσο ύψος του τελειόμηνου νεογέννητου είναι περίπου 50cm. Το ύψος σε ύπτια θέση (μήκος) μπορεί να μετρηθεί με περισσότερη ακρίβεια απ' ό,τι το ύψος σε όρθια θέση στα παιδιά που είναι μικρότερα των 5 χρόνων. Το ύψος αυξάνει κατά 25-30cm μέχρι τη συμπλήρωση του 1ου χρόνου και φθάνει τα 70-75cm. Στο τέλος του 2ου χρόνου το ύψος του παιδιού φθάνει τα 85cm περίπου, ενώ τα επόμενα 3 χρόνια το παιδί κερδίζει σταθερά 6-8 cm τον χρόνο.

Περίμετρος κεφαλής

Η περίμετρος κεφαλής είναι ο καλύτερος και απλούστερος δείκτης για να εκτιμηθεί η ανάπτυξη του εγκεφάλου. Ο εγκέφαλος συμπληρώνει συνήθως την ανάπτυξη του τον δεύτερο χρόνο. Γι αυτό η περίμετρος κεφαλής αυξάνει πολύ γρήγορα τα δύο πρώτα χρόνια, ενώ στα μετέπειτα χρόνια έχουμε μικρή αύξηση του βάρους, κυρίως του εγκεφάλου. Η μέτρηση της περιμέτρου της κεφαλής έχει ιδιαίτερη σημασία στη βρεφική και προσχολική ηλικία. Φυσιολογικά, όλοι οι δείκτες των μετρήσεων του παιδιού πρέπει να βρίσκονται ανάμεσα στις δύο ακραίες γραμμές και να ακολουθούν μια προοδευτική αύξηση. Σοβαρό πρόβλημα μπορεί να υπάρχει όταν, από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις διαπιστώνεται ότι δεν αυξάνεται η περίμετρος κεφαλής, ή ότι αυξάνεται πολύ γρήγορα, ή είναι έξω από τα φυσιολογικά όρια. Σ' αυτές τις περιπτώσεις να συμβουλευτείτε τον παιδίατρο.

Η σωστή διατροφή είναι ένας από τους σπουδαιότερους παράγοντες που εξασφαλίζει την ομαλή ανάπτυξη του εγκεφάλου.

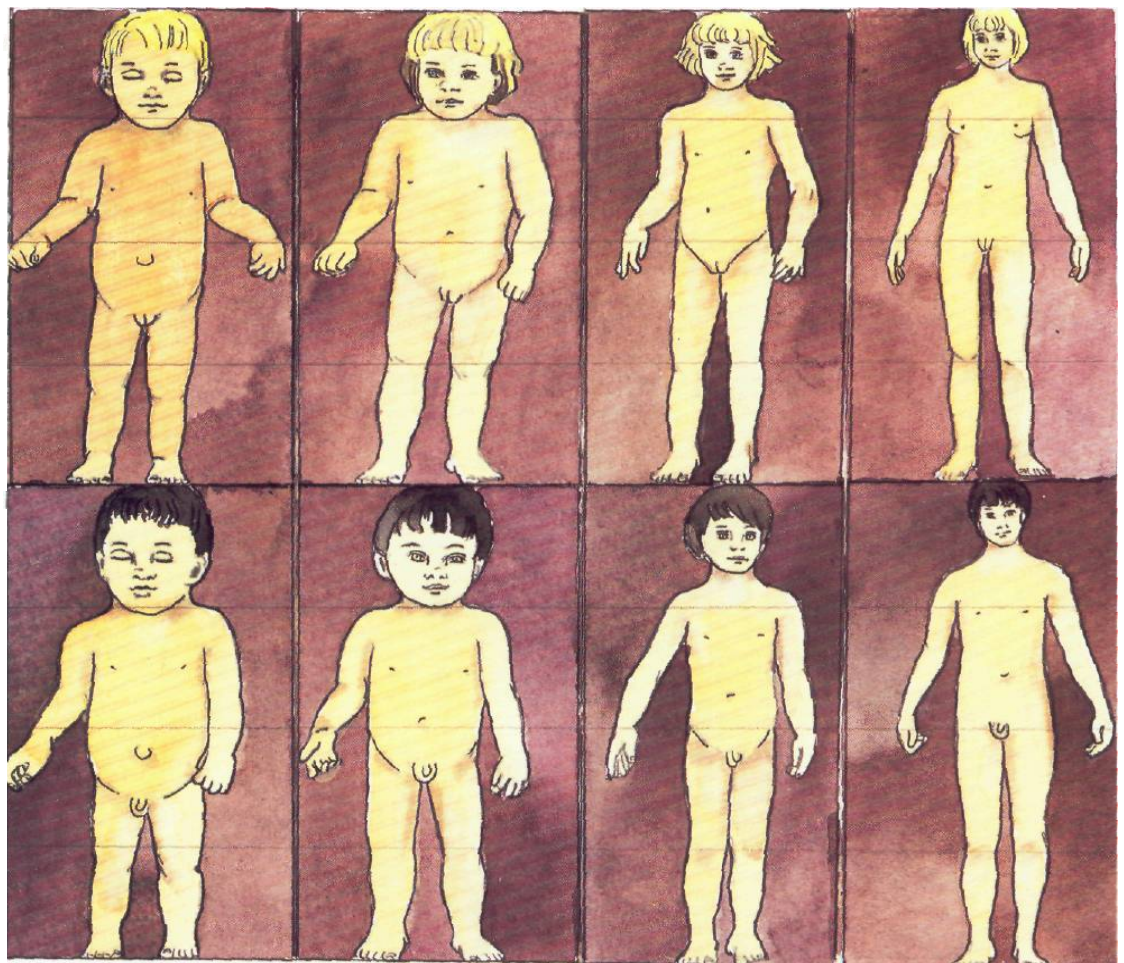
Η περίμετρος της κεφαλής μετριέται συνήθως από τον παιδίατρό σας αλλά, αν είστε μακριά από παιδίατρο, μπορεί η μαία ή η επισκέπτρια αδελφή να κάνει αυτή τη μέτρηση ως εξής: Μια πλαστική ταινία - μέτρο εφαρμόζεται σταθερά πάνω απ' το μεσόφρυο και τις υπερκόγχιες ακρολοφίες του μετωπιαίου οστού, στο εμπρός μέρος του κρανίου και πάνω απ' το τμήμα του ινιακού οστού, το οποίο δίνει τη μεγαλύτερη περίμετρο, στο πίσω μέρος του κρανίου. Οι αλλαγές στη δομή του σώματος φαίνονται σχηματικά στην εικόνα .

Νεογέννητο

12 μηνών

2 ετών

5 ετών



Είναι εμφανής η σταδιακή μείωση του μεγέθους του κεφαλιού συγκριτικά με το μέγεθος του κορμού. Τα πόδια γίνονται σχετικά μακρύτερα και λεπτότερα με την πάροδο της ηλικίας όπως και ο κορμός. Η εξέλιξη των αγοριών είναι βραδύτερη συγκριτικά μ' αυτή των κοριτσιών, μετά το 3^ο-4^ο έτος.

Το υποδόριο λίπος συμβάλλει πολύ στη διαμόρφωση της σωματικής εικόνας του παιδιού. Αυξάνει σημαντικά μετά τη γέννηση, φθάνει το μέγιστο της ανάπτυξης του στον 9^ο μήνα, για να μειωθεί στη συνέχεια. Το παχουλό βρέφος αρχίζει να μετασχηματίζεται σε μυώδες και λεπτό παιδί. Στη συσσώρευση του υποδόριου λίπους και στην ανάπτυξη του σκελετού οφείλονται η λόρδωση και η προπετής κοιλία που χαρακτηρίζουν τον 2^ο και 3^ο χρόνο της ζωής, γνωρίσματα που εξαφανίζονται προοδευτικά μέχρι την συμπλήρωση του 4^{ου} χρόνου.

Τα οστά σκληραίνουν σταδιακά πρώτα τα οστά των χεριών και των βραχιόνων **και κατόπιν τα οστά των ποδιών.**

Κινητική εξέλιξη του παιδιού μέχρι τα 3 χρόνια.

Στον εγκέφαλο οι περιοχές που ελέγχουν την κίνηση των χεριών, της κεφαλής και του σώματος αναπτύσσονται νωρίς. Οι βάσεις των κινητικών ικανοτήτων του παιδιού μπαίνουν στα δύο πρώτα χρόνια. Οι ικανότητες που ακολουθούν το βάδισμα αποτελούν κυρίως εξελίξεις των ήδη αποκτηθέντων ικανοτήτων και όχι εντελώς καινούργιες δεξιότητες. Ο όρος "Αδρή κινητικότητα" περιλαμβάνει τις κινήσεις του κορμού και των ποδιών, ενώ ο όρος "χειρισμός" αναφέρεται στις λεπτές κινήσεις των χεριών.

2.2 Κοινωνική ανάπτυξη



Η απαρχή της κοινωνικής συμπεριφοράς βρίσκεται στα πρώτα μόλις στάδια της ζωής του βρέφους. Η ευαισθησία του σε ανθρώπινα ερεθίσματα, το βοηθά να επικοινωνεί με τους ανθρώπους του περιβάλλοντος του. Από

τις πρώτες ώρες της ζωής δημιουργείται ένα "δέσιμο" ανάμεσα στους γονείς και το νεογνό. Όμως γενικά, οι πρώτες κοινωνικές συμπεριφορές (χαμόγελο, κλάμα, φωνητικοί ήχοι, προσήλωση προσοχής) του βρέφους απευθύνονται σε όλους όσους έρχονται σ'επαφή μαζί του. Καθώς αυτές οι κοινωνικές εκδηλώσεις και επαφές του πληθαίνουν και ενισχύονται κυρίως από τους γονείς ή κηδεμόνες του, δημιουργούνται "προσκολλήσεις". Ο όρος "προσκόλληση" χρησιμοποιείται για να εκφράσει το στενό δεσμό που δημιουργείται ανάμεσα στο βρέφος και συγκεκριμένα άτομα του περιβάλλοντος του. Εκδηλώνεται με τη δυσφορία του βρέφους, όταν τα άτομα αυτά απομακρύνονται, τον εφησυχασμό του με την παρουσία τους και την κατεύθυνση της προσοχής και συμπεριφοράς του προς αυτά.

Η δημιουργία τέτοιων στενών σχέσεων είναι πολύ σημαντική για την υγιή ανάπτυξη του παιδιού. Το παιδί χρησιμοποιεί τον γονέα ως ασφαλή βάση, από την οποία μπορεί να εξερευνήσει το περιβάλλον του και ν' αφομοιώσει τις αρχές για τη δημιουργία σχέσεων στοργής και εμπιστοσύνης στα μετέπειτα χρόνια. Επιπλέον ο σχηματισμός τέτοιων δεσμών συνδέεται με μεγαλύτερη κοινωνική προσαρμοστικότητα.

Έρευνες σε παιδιά που μεγάλωσαν σε ιδρύματα ή σε περιβάλλον που οι επαφές με ενήλικες ήταν ιδιαίτερα περιορισμένες, έδειξαν ότι τα παιδιά αυτά έμοιαζαν απομακρυσμένα και παθητικά

Όσο δε μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια στέρησης, τόσο μεγαλύτερη ήταν η δυσκολία ανάπτυξης στενών σχέσεων. Οι υγιείς "προσκολλήσεις" χρειάζονται τρυφερούς γονείς, ευαίσθητους στις ανάγκες του βρέφους. Ασφαλώς η υπερβολή μπορεί να αποτελέσει έναν άλλο πυρήνα προβλημάτων. Η υπερβολική προσκόλληση μπορεί να δημιουργήσει σχέση εξάρτησης και άγχους και να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην αυτοπεποίθηση και την ανεξαρτησία του παιδιού καθώς μεγαλώνει. Θετικοί παράγοντες όπως η υπευθυνότητα, η φιλικότητα, η αυτονομία και η αυτάρκεια προέρχονται από τρυφερά και σταθερά στις απόψεις και αποφάσεις περιβάλλοντα, που επιβραβεύουν και ενθαρρύνουν τις αυτόνομες και υπεύθυνες συμπεριφορές. Αντίθετα, παιδιά αυταρχικών και ψυχρών γονέων καθώς και παιδιά τρυφερών αλλά ευμετάβλητων γονέων δεν φαίνεται να προσαρμόζονται εύκολα και να αναπτύσσονται σωστά.

Εκτός από τη σχέση με τους γονείς ή κηδεμόνες, ιδιαίτερη σημασία έχουν οι σχέσεις με άλλα παιδιά. Μέσα από τα παιχνίδια φαντασίας που τα παιδιά παίζουν μόνα τους ή με άλλα παιδιά, ασκούνται, αποκτούν νέες δεξιότητες, εναλλάσσουν ρόλους, ταυτίζονται με τους συνομηλίκους και τα μεγαλύτερα παιδιά, εξωτερικεύουν συναισθήματα, ψάχνουν την ετεροεπιβεβαίωση, επικοινωνούν και μαθαίνουν να μοιράζονται τον πραγματικό τους κόσμο. Μέχρι τα τρία ή τέσσερα χρόνια τα παιδιά παίζουν μαζί, αλλά όχι μεταξύ τους. Το καθένα ουσιαστικά θέτει τους δικούς του κανόνες. Αρχικά λοιπόν το παιχνίδι είναι "παράλληλο". Μετά συνήθως από αυτή την ηλικία το παιχνίδι γίνεται "συνεργατικό". Παράλληλα, γύρω στα τρία χρόνια βλέπουμε ότι τα παιδιά

αρχίζουν να διαλέγουν συγκεκριμένους φίλους. Αποκτούν τους "καλύτερους" φίλους τους. Στα σχολικά χρόνια συνεχίζουν να διαμορφώνουν ιδιαίτερες φιλίες με συγκεκριμένα άτομα και ταυτόχρονα να μετέχουν σε μεγαλύτερες ομάδες. Στο δημοτικό οι ομάδες αυτές είναι συνήθως του ίδιου τύπου. Στην εφηβεία διευρύνονται και είναι τις περισσότερες φορές μικτές.

2.3 Ψυχοκινητική ανάπτυξη

Κατά τη διάρκεια της βρεφικής και της νηπιακής ηλικίας παρατηρείται ταχεία εξέλιξη στην ανάπτυξη του νευρικού συστήματος. Στο διάστημα αυτό συντελείται σε μεγάλο βαθμό η "ανάπτυξη των συνάψεων μεταξύ των νευρικών κυττάρων και η μυελίνωση των νευρικών ινών.

Αποτέλεσμα των επεξεργασιών αυτών είναι ο τετραπλασιασμός του βάρους του εγκεφάλου, το οποίο από 300g, περίπου κατά τη γέννηση, φθάνει τα 1200g στο τέλος του τέταρτου έτους.

Η εκτίμηση της νευρολογικής ανάπτυξης του βρέφους και του νηπίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της παιδιατρικής εξέτασης και έχει σκοπό την έγκαιρη αναγνώριση της καθυστέρησης στην εξέλιξη του νευρικού συστήματος.

Οι ικανότητες του παιδιού οι οποίες ελέγχονται, διακρίνονται στις εξής κατηγορίες:

A. Αδρή κινητικότητα

B. Λεπτή κινητικότητα και χειρισμοί

Γ. Ακοή και ομιλία

Δ. Αντίληψη

Κάθε μία από τις ικανότητες αυτές χαρακτηρίζεται από διάφορα στάδια εξέλιξης, τα οποία καλούνται ορόσημα ή σταθμοί εξέλιξης και είναι τα ίδια σε όλα τα παιδιά, είναι δυνατόν όμως να παρατηρηθούν σημαντικές διαφορές στο ρυθμό της ανάπτυξης των διαφόρων ικανοτήτων από το ένα παιδί στο άλλο. Π.χ. το παιδί πρέπει να μάθει να κάθεται πριν βαδίσει, αλλά η ηλικία που θα καθίσει και θα βαδίσει ποικίλλει σημαντικά.

Οι διάφορες ικανότητες αναπτύσσονται παράλληλα. Σε φυσιολογικά παιδιά είναι δυνατόν μία ικανότητα να υπολείπεται λίγους μήνες σε σχέση με άλλες, είναι σπάνιο όμως η καθυστέρηση να αφορά όλες τις ικανότητες. Το τελευταίο παρατηρείται μόνο σε παιδιά με ψυχοκινητική καθυστέρηση.

Εάν υπάρχει μεγάλη καθυστέρηση στην ανάπτυξη μιας ικανότητας, αυτό αποτελεί ένδειξη ύπαρξης νευρολογικού νοσήματος.

Η ανάπτυξη μιας ικανότητας εξαρτάται από την ωρίμανση του νευρικού συστήματος, με αποτέλεσμα το παιδί π.χ. να μην μπορεί να βαδίσει εάν το νευρικό του σύστημα δεν είναι ακόμη ώριμο για τη λειτουργία αυτή. Καμιά εξάσκηση δεν μπορεί να κάνει το παιδί να αποκτήσει μια σχετική επιδεξιότητα, αν δεν υπάρχει η ανάλογη ωρίμανση του νευρικού συστήματος.

Όταν δεν υπάρχει η εξάσκηση, η δυνατότητα να εκδηλωθεί η επιδεξιότητα υπάρχει ανεκδήλωτη, μόλις όμως του δοθεί η ευκαιρία εκδηλώνεται πολύ γρήγορα.

Στον τομέα της κινητικότητας, η ωρίμανση ακολουθεί κεφαλουραία κατεύθυνση, με αποτέλεσμα ο έλεγχος της κεφαλής και η χρησιμοποίηση των χεριών να προηγούνται του βαδίσματος.

Στο νεογέννητο η κινητικότητα εξυπηρετείται από μαζικές συσπάσεις μεγάλων ομάδων μυών και από αριθμό αρχέγονων αντανακλαστικών.

Προοδευτικά οι γενικευμένες μυϊκές κινήσεις αντικαθίστανται από εξειδικευμένες αντιδράσεις μικρών ομάδων μυών και οι άσκοπες κινήσεις των

πρώτων μηνών της ζωής αντικαθίστανται, τον έκτο μήνα περίπου, από τους εκούσιους χειρισμούς.

Ορισμένα αρχέγονα αντανακλαστικά, όπως π.χ. του δραγμού και της βάδισης, πρέπει να εξαφανισθούν όταν εμφανισθεί η αντίστοιχη εκούσια κίνηση (σύλληψη, βάδιση). Η σωστή εκτίμηση της νευρολογικής ανάπτυξης απαιτεί την εξασφάλιση της συνεργασίας του παιδιού. Για το λόγο αυτό είναι προτιμότερο το παιδί να υποβαστάζεται κατά τη διάρκεια της εξέτασης στην αγκαλιά της μητέρας του.

Από τη μητέρα ζητούνται πληροφορίες σχετικές με το ιστορικό της κυήσεως, του τοκετού, της περιγεννητικής περιόδου, καθώς και για τις ικανότητες του παιδιού και την ηλικία που είχε το παιδί όταν εκδηλώθηκε η κάθε ικανότητα για πρώτη φορά.

Εάν το παιδί έχει γεννηθεί πρόωρο, τότε η εκτίμηση κατά τα δύο πρώτα έτη της ζωής, γίνεται με βάση την ηλικία η οποία υπολογίζεται από τη στιγμή της σύλληψης. Στην αρχή της εξέτασης ο εξετάζων προσφέρει στο παιδί απλά αντικείμενα και παιχνίδια, ένα κάθε φορά και το προτρέπει να τα χρησιμοποιήσει με τρόπο που εξαρτάται από την ηλικία του παιδιού, όπως π.χ. να χτυπήσει δύο κύβους ή να βάλει τον ένα κύβο πάνω στον άλλο.

Η μητέρα πρέπει να συμμετέχει στην προσπάθεια του παιδιού, ενθαρρύνοντας το να δείξει τις ικανότητες του, χωρίς όμως και να το βοηθά. Πριν το παιδί χάσει το ενδιαφέρον του για το παιχνίδι, ο εξετάζων βρίσκει την ευκαιρία να το ρωτήσει για το είδος του αντικείμενου, τη χρησιμότητά του και να του ζητήσει να δώσει το αντικείμενο σ' αυτόν ή τη μητέρα. Μόλις το παιδί δείξει ότι έχει βαρεθεί το παιχνίδι, τότε του προσφέρεται άλλο..

Με τον τρόπο αυτό ελέγχεται η Επιδεξιότητα του παιδιού στους λεπτούς χειρισμούς και ταυτόχρονα η ομιλία του, η αντίληψή του, αλλά και η προσωπικότητα του γενικότερα.

Η ανάπτυξη της αδρής κινητικότητας ελέγχεται τελευταία, επειδή αυτό μπορεί να προκαλέσει δυσφορία στο βρέφος και να το κάνει να διακόψει τη συνεργασία του με το γιατρό. Στο τέλος της εξέτασης ζητούνται πληροφορίες σχετικά με ικανότητες του παιδιού που δεν μπορούν να ελεγχθούν κατά τη διάρκεια της εξέτασης, όπως η δυνατότητα να τρώει μόνο του, ο έλεγχος των σφιγκτήρων, η ικανότητα να φοράει ή να αφαιρεί τα ρούχα του κλπ.

Οι κυριότεροι σταθμοί της ανάπτυξης του φυσιολογικού βρέφους και του νηπίου μέχρι την ηλικία των 3 ετών αναφέρονται συνοπτικά στις επόμενες σελίδες. Φυσιολογικά υπάρχουν διαφορές στο ρυθμό ανάπτυξης και πολλά παιδιά φθάνουν στα σημεία που αναφέρονται ως σταθμοί ενωρίτερα ή αργότερα από την ηλικία που σημειώνεται. Για το λόγο αυτό, οι ηλικίες που αναφέρονται χρησιμεύουν για να δώσουν μια εικόνα της ανάπτυξης στο σύνολο.

Τα παρακάτω στοιχεία δεν συνιστούν ένα διαγνωστικό κατάλογο, αλλά καρπό πολύχρονων ψυχολογικών και ψυχογλωσσολογικών μελετών, οι οποίες συνεχίζονται και δείχνουν ότι η εικόνα της γλωσσικής κατάκτησης και της κοινωνικής και κινητικής συμπεριφοράς των μικρών παιδιών είναι περισσότερο πολύπλοκη από ό,τι παλαιότερα οι επιστήμονες πίστευαν. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στη νεογνική περίοδο (δηλαδή στον πρώτο μήνα της ζωής του παιδιού), στη διάρκεια της οποίας τόσο η κοινωνική και κινητική του συμπεριφορά, όσο και η με ήχους έκφραση του ελέγχονται από πιο πρωτόγονα εγκεφαλικά κέντρα. Ίσως το γεγονός αυτό να ευθύνεται για τη δυσκολία των ενηλίκων να κατανοήσουν πολλές φορές τις αντιδράσεις ενός βρέφους.



ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΤΡΙΑ ΕΤΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ

Ηλικία	Αδρή κινητικότητα	Χειρισμοί	Ακοή-Ομιλία	Αντίληψη-Κοινωνικότητα
Νεογέννητο	<i>Πρηγής θέση:</i> Το πρόσωπο είναι γυρισμένο στο πλάι. Τα πόδια μαζεμένα κάτω από την κοιλιά, η πύελος ψηλά.	Τα χέρια συνήθως είναι κλειστά.		
4 εβδομάδων	<i>Πρηγής θέση:</i> Σηκώνει στιγμιαία το σαγόνι πάνω από το κρεβάτι. Στην έλξη να καθήσει από την ύπτια θέση, το κεφάλι υπολείπεται σε σχέση με τον κορμό.			Προσηλώνει τα μάτια στο πρόσωπο της μητέρας όταν αυτή του ομιλεί.
6 εβδομάδων				Χαμογελάει στο πρόσωπο που του μιλάει.
3 μηνών	<i>Πρηγής θέση:</i> Σηκώνει το κεφάλι σε γωνία 45-90° από το κρεβάτι. Στηρίζει το βάρος του στα αντιβράχια.	Χέρια χαλαρά. Τραβάει τα σκεπάσματα.	Γυρίζει τα μάτια προς την πηγή του θορύβου. Λέει φωνήεντα α-α.ο. ου.ου.	Αναγνωρίζει τη μητέρα του και εκδηλώνει χαρά όταν δει το φάγητό του. Παρακολουθεί κινούμενο αντικείμενο μέχρι τις 180°

4 μηνών	Στηρίζει το κεφάλι	Συλλαμβάνει εκούσια το αντικείμενο που τοποθετείται στην παλάμη του	Χαμογελάει στο ειδωλό του στον καθρέφτη
5 μηνών	Το κεφάλι παραμένει σταθερό όταν στην καθιστή θέση ο εξεταστής προκαλεί ελαφρά κίνηση του κορμού.	Συλλαμβάνει εκούσια με όλη την παλάμη, αντικείμενο που προσφέρεται από απόσταση. Το βάζει στο στόμα.	Γελάει δυνατά
6 μηνών	Γυρίζει από την πρινή θέση στην ύπτια. Κάθεται με υποστήριγμα στην πλάτη. Υποστηρίζει μεγάλο μέρος του βάρους του, όταν κρατείται σε όρθια θέση.	Μεταφέρει αντικείμενο από το ένα χέρι στο άλλο. Πετάνει τον ένα κύβο όταν του προσφέρεται δεύτερος.	Παρατηρεί την πορεία αντικειμένου που έπεσε στο πάτωμα.
8 μηνών	Γυρίζει από ύπτια θέση σε πρινή Κάθεται για λίγα λεπτά χωρίς υποστήριγμα. Στηρίζει όλο το βάρος του όταν συγκρατείται όρθιο.	Κρατάει δύο κύβους ένα σε κάθε χέρι. Τους χτυπάει όταν του δείξουν.	Συνδυάζει δύο συλλαβές π.χ. ντα-ντα μπα-μπα.

Ψυχοκινητική εξέλιξη

Ηλικία	Αδρή κινητικότητα	Χειρισμοί	Ακοή-Ομιλία	Αντίληψη-Κοινωνικότητα
10 μηνών	Κάθεται σταθερά. Έρπει με την κοιλιά. Στέκεται όρθιο κρατώντας έπιπλα.	Πιάνει αντικείμενο χρησιμοποιώντας το δείκτη αντίχειρα. Ρίχνει αντικείμενα με πρόθεση.		
12 μηνών	Σηκώνεται όρθιο από την καθιστή θέση πιάνοντας έπιπλα. Περπατάει με το ένα χέρι κρατημένο ή κάνει λίγα βήματα μόνο του.	Βγάζει και βάζει κύβους ή μικρά αντικείμενα σε κουτί.	Λέει μία, δύο λέξεις με έννοια π.χ. μάμα, γιαγιά.	Κάνει αντίο, στέλνει φιλή όταν του ζητηθεί. Κυπτάζει όταν του ζητηθεί τα πόδια του.
15 μηνών	Βαδίζει μόνο του καλά.	Τοποθετεί τον ένα κύβο πάνω στον άλλο.	Λέει 4-5 λέξεις καθαρά.	Πίνει από ποτήρι μόνο του (με τα δύο χέρια). Ζητά αντικείμενα δείχνοντάς τα με το δάχτυλο.
18 μηνών	Τρέχει. Ανεβαίνει σκαλιά κρατώντας τα κάγκελλα. Σκαφαλώνει σε χαμηλό καρεκλάκι.	Χτίζει πύργο με τρεις κύβους. Μουτζουρώνει χαρτί. Τρώει με κουτάλι.		Δείχνει όταν του ζητηθεί τα μάτια, τη μύτη το στόμα. Εκτελεί διπλές εντολές (π.χ. πάρε τον κύβο και δώσε τον στη μητέρα).

2 ετών	Ανεβαίνει και κατεβαίνει σκαλιά.	Χτίζει πύργο με 6 κύβους. Γυρίζει τη λαβή της πόρτας. Βγάζει κάλτσες, παπούτσια, παντελόνι.	Συνδυάζει δύο λέξεις π.χ. «μπαμπάς έφυγε». Χρησιμοποιεί ρήματα και αντωνυμίες π.χ. εγώ, εμένα.	Γνωρίζει δύο κοινά αντικείμενα π.χ. μπάλα, παπούτσι. Λέει ότι θέλει να ουρήσει.
2,5 ετών	Αντιγράφει οριζόντια και κάθετη γραμμή.		Χρησιμοποιεί φράσεις με τρεις και τέσσερις λέξεις. Λέει ολόκληρο το όνομά του.	Έλεγχος των σφιγκτήρων στη διάρκεια της ημέρας.
3 ετών	Στέκεται στο ένα πόδι για λίγα δευτερόλεπτα. Κάνει ποδήλατο με τρεις ρόδες.	Χτίζει πύργο με 8 κύβους. Τρώει με κουτάλι και πηρούνι μόνο του. Αντιγράφει κύκλο με μολύβι.	Μιλάει ελεύθερα. Απαντάει στην ερώτηση τι κάνουμε με το κουτάλι, με το μολύβι.	Ξέρει να διακρίνει το μικρό και το μεγάλο. Έλεγχος των σφιγκτήρων κατά τη νύχτα.



2.4 Θρέψη - διατροφή

Ο κύριος εξωγενής παράγοντας που επηρεάζει την αύξηση, την ανάπτυξη, αλλά και την καλή υγεία και ευεξία είναι η διατροφή.

Με τη διατροφή επιδιώκεται η προσφορά των απαραίτητων ουσιών για τη φυσιολογική αύξηση, ανάπτυξη και συντήρηση του οργανισμού. Η καθιέρωση υγιεινών διατροφικών συνηθειών κατά τη βρεφική και νηπιακή ηλικία θέτει τα θεμέλια για τη μελλοντική σωματική, ψυχική και νοητική υγεία και ευεξία. Οι συνήθειες αυτές θα είναι πολύτιμες και χρήσιμες σε όλη την υπόλοιπη ζωή του παιδιού. Διαιτητικές παρεκτροπές είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε παθολογικές καταστάσεις (**παχυσαρκία, υποθρεψία**) ή στερητικά **νοσήματα** (αναιμία, ραχίτιδα). Η σωστή διατροφή από τη γέννηση προστατεύει από τα νοσήματα φθοράς και επιμηκύνει το προσδόκιμο επιβίωσης.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η διατροφή του βρέφους 0-6 μηνών

Αμέσως μετά τη γέννηση, το βρέφος χάνει ένα μέρος από το βάρος του, το οποίο

ξανακερδίζει περίπου την 7η-10η ημέρα και κατά το πρώτο έτος της ζωής του η αύξησή του είναι η μέγιστη. Ο βαθμός όμως της αύξησης αυτής έχει και ανάλογες διαιτητικές απαιτήσεις (τις μέγιστες). Η αναμενόμενη αύξηση σε βάρος και ύψος του παιδιού για τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής του δίνεται παρακάτω.

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΗ ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΥΨΟΥΣ ΤΩΝ ΒΡΕΦΩΝ

200g / εβδομάδα για το πρώτο 3/μηνο 150g / εβδομάδα για το δεύτερο 3/μηνο 100g / εβδομάδα για το τρίτο 3/μηνο 50g/εβδομάδα για το τέταρτο 3/μηνο

25cm ύψος περίπου για όλο τον πρώτο χρόνο
--

2,5kg, αύξηση του βάρους και 12cm του ύψους για το δεύτερο χρόνο

Το βρέφος που γεννιέται **τελειόμηνο** (που δεν είναι πρόωρο) είναι σε θέση να απορροφήσει τις πρωτεΐνες, ορισμένες ποσότητες λίπους και τους απλούς υδατάνθρακες. Δεν μπορεί όμως να πέψει εύκολα τους σύνθετους υδατάνθρακες, όπως το άμυλο, γιατί το ένζυμο που το διασπά βρίσκεται στον οργανισμό του σε χαμηλά επίπεδα και αυξάνεται προοδευτικά με την ηλικία.

Γι αυτό και δεν δίνουμε στο βρέφος άμυλο(π.χ. κρέμα) πριν από τον 5^ο-6^ο μήνα. Τα βρέφη χρειάζονται περισσότερα υγρά από τους ενήλικες. Οι ανάγκες τους καλύπτονται με την πρόσληψη του μητρικού γάλακτος και νερού ιδιαίτερα κατά τους θερινούς μήνες. Τα βρέφη έχουν περιορισμένα αποθέματα θρεπτικών συστατικών από την εμβρυϊκή τους ζωή και γι' αυτό είναι αναγκαίο να πάρουν όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζονται από την τροφή τους. Η μόνη τροφή που μπορεί να καλύψει όλες τις διατροφικές ανάγκες του βρέφους κατά τη διάρκεια του πρώτου εξαμήνου είναι το μητρικό γάλα, εφόσον βέβαια η μητέρα έχει καλό και πλήρες διαιτολόγιο κατά την περίοδο της γαλουχίας. Αν η μητέρα είχε σοβαρές ανεπάρκειες βιταμινών και ιχνοστοιχείων στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και τα αποθέματα αυτών των συστατικών έχουν εξαντληθεί, η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος είναι πιθανότατα χαμηλή σ' αυτές τις θρεπτικές ουσίες.

Η μητέρα πρέπει να προσφεύγει στην τεχνητή γαλουχία μόνο όταν υπάρχει κάποιος ιατρικός λόγος, που δεν της επιτρέπει να θηλάσει.

Ο πρώτος χρόνος της ζωής είναι περίοδος της πιο γρήγορης ανάπτυξης στη ζωή κάποιου. Όμως ο ρυθμός ανάπτυξης διαφέρει από παιδί σε παιδί και οι τροφικές ανάγκες σε ενέργεια, βιταμίνες, άλατα, πρωτεΐνες.

Η διατροφή του βρέφους περιλαμβάνει τρεις περιόδους



A) Περίοδο θηλασμού.

Περιλαμβάνει τους 4-6 μήνες από τη γέννηση. Κατά την χρονική αυτή περίοδο, το βρέφος διατρέφεται αποκλειστικά με γάλα (μητρικό ή εξανθρωποποιημένο γάλα αγελάδας). Νερό ή αφεψήματα μπορεί να χορηγούνται στα μεσοδιαστήματα των γευμάτων, κυρίως κατά τους θερινούς μήνες.

B) Μεταβατική περίοδος.

Αρχίζει τον 4-6 μήνα, διαρκεί μέχρι το τέλος του πρώτου έτους. Κατά την περίοδο αυτή αρχίζει η χορήγηση στερεών τροφών, ρυζάλευρου δημητριακών,



Picasso: Μητέρα και παιδί

φρούτων, κρέατος, και χορταρικών. Η χορήγηση αυτών που αντικαθιστούν γεύματα γάλακτος πρέπει να γίνεται βαθμιαία.

Ο φρουτοχυλός και το ρυζάλευρο δίνεται τον 4^ο-6^ο μήνα και αντικαθιστά το δεύτερο ημερήσιο γεύμα του γάλακτος.

Τα δημητριακά αναμειγμένα με γάλα χορηγούνται στη θέση του απογευματινού γεύματος.

Το αυγό χορηγείται από το τέλος του 8^{ου} μήνα, μέχρι 3 φορές την εβδομάδα. {μέρα παρά μέρα μέχρι κάθε μέρα έως τον δεύτερο χρόνο ζωής}. Η χρονική σειρά και ο τρόπος παρασκευής των διαφόρων στερεών τροφών μπορεί να μεταβάλλεται και να εξατομικεύεται. Κατά την περίοδο αυτή είναι απαραίτητη η χορήγηση νερού διότι αντικαθίστανται γεύματα γάλακτος που περιέχουν πολύ νερό, ενώ οι χορηγούμενες στερεές τροφές περιέχουν πολλούς ηλεκτρολύτες και μικρή ποσότητα νερού.

Γ) Περίοδος διατροφής «τύπου ενηλίκου».

Αρχίζει σταδιακά μετά τη συμπλήρωση του πρώτου έτους της ζωής και ολοκληρώνεται με τη συμπλήρωση του δεύτερου έτους. Στη περίοδο αυτή το παιδί σιτίζεται σταδιακά από το φαγητό της οικογένειας και όταν ολοκληρωθεί η προσαρμογή του ενθαρρύνεται να αρχίσει να τρώει μόνο του.

Μέθοδοι διατροφής του βρέφους

Το φυσιολογικό βρέφος θηλάζει ή τρέφεται τεχνητά με γάλα αγελάδας.

Θηλασμός

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης οι μαστοί της γυναίκας προετοιμάζονται για το θηλασμό. Από το δεύτερο μήνα της εγκυμοσύνης οι μαστοί αυξάνονται σε μέγεθος. Η άλως παίρνει ένα πιο σκούρο χρώμα. Οι θηλές επίσης μεγεθύνονται και προς το τέλος της εγκυμοσύνης με πίεση των θηλών βγαίνει ένα υγρό υποκίτρινο, το πύαρ.

Μετά τη γέννηση του εμβρύου το πύαρ μετατρέπεται σε γάλα, δηλαδή η υφή και η σύνθεση του αλλάζει ώστε να αντιμετωπισθούν οι ανάγκες του βρέφους αμέσως μετά το τοκετό.

Η έκκριση του μητρικού γάλακτος προκαλείται από την ορμόνη προλακτίνη που παράγεται στην υπόφυση.

Ο θηλασμός είναι η τροφή που σχεδίασε η φύση. Το γάλα είναι ειδικό για κάθε συγκεκριμένο μωρό και αν και σε πολλά μπορεί ν' αντιγραφεί στα βιομηχανοποιημένα γάλατα, στα πιο σημαντικά δεν μπορεί. Μεταβάλλεται καθώς το μωρό μεγαλώνει και οι ανάγκες του αλλάζουν.

Η ταχύτητα αύξησης ενός μωρού είναι η μέγιστη τον πρώτο χρόνο της ζωής, και ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες. Η μεγαλύτερη περιοχή ανάπτυξης αυτούς τους μήνες είναι ο εγκέφαλος. Είναι επομένως πολύ σημαντικό να καλύπτονται πλήρως οι ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά ώστε να επιτρέψουν σ' αυτή τη σημαντική ανάπτυξη να λάβει χώρα.

Το μητρικό γάλα είναι μια πλήρης τροφή για τους πρώτους μήνες της ζωής και δεν απαιτούνται συμπληρώματα άλλων θρεπτικών συστατικών.

Η σύνθεση του ανθρώπινου γάλακτος

Το μητρικό γάλα είναι μια τροφή μεταβαλλόμενη - προσαρμόζεται για ν' ανταποκριθεί στις ανάγκες του μωρού που μεγαλώνει.

Πύαρ

Αυτή η παχύρρευστη κιτρινωπή ουσία είναι το σημαντικό πρωτόγαλα που παράγεται από τους μαστούς από τον 5^ο περίπου μήνα της εγκυμοσύνης μέχρι 10 περίπου ημέρες μετά τον τοκετό.

Προστατεύει το νεογέννητο που είναι εκτεθειμένο στο δυνητικά επικίνδυνο περιβάλλον έξω από τη μήτρα. Έχει πολύ μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες απ' ό,τι αργότερα το ώριμο γάλα και δεν έχει πολύ λίπος και σάκχαρα. Αυτό θεωρείται ότι συμβαίνει διότι:

Οι πρωτεΐνες περιέχουν πολλά αντισώματα τα οποία επαλείφουν το έντερο του μωρού και προλαβαίνουν την είσοδο βλαπτικών μικροβίων στην κυκλοφορία του αίματος. Τα υψηλά επίπεδα πρωτεΐνης εξασφαλίζουν ότι ακόμη και τα μικρά ποσά που λαμβάνονται θα εφοδιάσουν το μωρό με επαρκή ενέργεια ώστε να του επιτρέψουν να κοιμάται για πολλές ώρες τις πρώτες ημέρες μετά τη γέννηση.

Γι' αυτούς τους λόγους, ακόμη και εάν δεν προτίθενται να συνεχίσουν να θηλάζουν, οι μητέρες συχνά παροτρύνονται να θηλάσουν τις πρώτες λίγες ημέρες.

Ώριμο μητρικό γάλα

Όταν το γάλα αρχίζει να παράγεται στους μαστούς και "έρχεται" τη δεύτερη με τέταρτη ημέρα, είναι ακόμη αναμεμιγμένο με πύαρ και φαίνεται πλούσιο και κρεμώδες. Από τη δέκατη μέρα, το ώριμο γάλα φαίνεται λεπτό και υδαρές συγκριτικά. Η αλλαγή στην εμφάνιση δεν αντανακλά αλλαγή στη σύνθεση, η οποία είναι φυσιολογική και κατάλληλη για τις ανάγκες του μωρού.

Στο τέλος της 4^{ης} εβδομάδας, το μητρικό γάλα περιέχει περίπου το 1/5 των πρωτεϊνών του πύατος και περισσότερο λίπος και γλυκόζη. Το γάλα στην αρχή ενός γεύματος ονομάζεται αρχικό γάλα. Έχει πολλή λακτόζη (σάκχαρο του γάλακτος) για ταχεία παροχή ενέργειας. Με το αντανάκλαστικό εκροής έρχεται το "τελευταίο, γάλα" το οποίο έχει μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε λίπος και επομένως είναι πλούσιο σε θερμίδες για την κάλυψη των αναγκών της αύξησης του βρέφους. Επίσης το χορταίνει για περισσότερο χρόνο.

Το ανθρώπινο γάλα είναι σχεδόν πλήρως αφομοιώσιμο. Οι πρωτεΐνες διασπώνται σε μαλακά πήγματα και περνούν γρήγορα στο λεπτό έντερο. Το νερό αποτελεί το υγρό μέρος του γάλακτος.

Όλα τα γάλατα είναι πτωχά σε σίδηρο και τα βρέφη εξαρτώνται από τις ποσότητες που εναποτίθενται στο σκώτι τους κατά τη διάρκεια της κυήσεως. Τα αποθέματα αυτά θα διαρκέσουν μέχρις ότου το βρέφος γίνει 4 — 6 μηνών. Η υψηλή συγκέντρωση λακτόζης και βιταμίνης C στο μητρικό γάλα βοηθά την απορρόφηση σιδήρου.

Θρεπτικά συστατικά μητρικού γάλακτος

Το ανθρώπινο γάλα αποτελεί μία πλήρη τροφή για τα βρέφη. Περιέχει όλες τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες (εκτός, ίσως, της βιταμίνης D) στην κατάλληλη για τον οργανισμό περιεκτικότητα

Πρωτεΐνες.

Το ανθρώπινο γάλα περιέχει λιγότερες πρωτεΐνες απ' ό τι το αγελαδινό και οι λειτουργίες των πρωτεϊνών του είναι τελείως διαφορετικές. Μερικές από αυτές διευκολύνουν την απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών και προστατεύουν τον οργανισμό από τις λοιμώξεις. Στο αγελαδινό γάλα και στις βρεφικές τροφές του εμπορίου δεν υπάρχουν τέτοιοι παράγοντες.

Αμινοξέα.

Το ανθρώπινο γάλα περιέχει πολύ χαμηλότερη αναλογία λυσίνης, μεθειονίνης, ιστιδίνης και ορισμένων άλλων αμινοξέων απ' ό τι το αγελαδινό γάλα, αλλά περιέχει πολύ μεγαλύτερη ποσότητα

κυστεΐνης. Δεν γνωρίζουμε τη σημασία αυτών των διαφορών (αν και είναι λογικό να θεωρήσουμε ότι η υψηλή περιεκτικότητα του ανθρώπινου γάλακτος σε κυστεΐνη πιθανότατα ωφελεί τα πρόωρα βρέφη λόγω έλλειψης του ειδικού ενζύμου και δεν μπορούν να μετατρέψουν επαρκώς τη μεθειονίνη σε κυστεΐνη).

Ταυρίνη.

Τα βρέφη που τρέφονται με ανθρώπινο γάλα συνδέουν τα χολικά άλατα με ταυρίνη· αντίθετα, τα βρέφη που τρέφονται με έτοιμες τροφές ελλειπείς σε ταυρίνη συνδέουν τα χολικά άλατα με γλυκίνη. Η σχετικά υψηλή περιεκτικότητα του ανθρώπινου γάλακτος σε ταυρίνη και η σπουδαιότητα του στο μεταβολισμό των ανήλικων γατών (που γεννιούνται σε πρωϊμότερο στάδιο ανάπτυξης σε σύγκριση με τον άνθρωπο) οδηγούν στην άποψη ότι η ταυρίνη μπορεί να αποτελεί απαραίτητη θρεπτική ουσία για τα πρόωρα βρέφη. Το ερώτημα παραμένει αναπάντητο. Τα λιποβαρή νεογνά που διατρέφονται με βάση διαιτητικές συνταγές στις οποίες έχει γίνει προσθήκη ταυρίνης δεν έχουν μέχρι στιγμής εμφανίσει βελτιωμένη ανάπτυξη ή μεταβολισμό.

Καρνιτίνη.

Τα ίδια ισχύουν και για την καρνιτίνη, τη χημική ουσία που μεταφέρει τα λιπαρά οξέα μακράς αλύσου στα μιτοχόνδρια. Ενώ στους υγιείς ενήλικες η καρνιτίνη συντίθεται σε επαρκείς ποσότητες, τα επίπεδα της στα νεογέννητα — και ειδικά τα πρόωρα — είναι χαμηλά. Τα βρέφη που διατρέφονται τεχνητά δεν προσλαμβάνουν καρνιτίνη με την τροφή τους. Δεν έχει ακόμα τεκμηριωθεί η τυχόν επίδραση της ελλιπούς πρόσληψης στο μεταβολισμό των νεογέννητων βρεφών.

Λιπίδια.

Το ανθρώπινο γάλα περιέχει περισσότερο λίπος από το αγελαδινό γάλα, αλλά το λίπος του είναι πιο εύπεπτο· τα λιπαρά οξέα είναι περισσότερο ακόρεστα, με βραχύτερη άλυσσο και συχνά τα βρίσκουμε σαν μονογλυκερίδια. Το ανθρώπινο γάλα περιέχει επίσης λιπάσες ειδικές για τα δικά του λιπίδια καθώς επίσης ορισμένα πρόσθετα λιπαρά οξέα, μονογλυκερίδια και λιπάσες που δρουν κατά των παθογόνων βακτηριδίων και ιών.

Μεταλλικά άλατα και νερό.

Το μητρικό γάλα έχει σχετικά χαμηλή περιεκτικότητα σε μεταλλικά άλατα και, επομένως, αποτελεί σχετικά μικρό φόρτο για τα νεφρά. γι' αυτό, τα μωρά που θηλάζουν — ακόμα και σε πολύ ζεστά, ξηρά κλίματα δεν χρειάζονται πρόσθετη χορήγηση νερού.

Ιχνοστοιχεία.

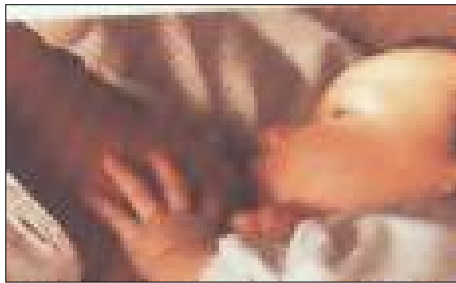
Στο ανθρώπινο γάλα τα ιχνοστοιχεία εμφανίζονται σε μικρές ποσότητες αλλά συνοδεύονται από παράγοντες που εντείνουν την απορρόφηση τους. Το χαμηλό επίπεδο σιδήρου είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Δύο πρωτεΐνες που δεσμεύουν το σίδηρο, η λακτοφερίνη και η τρανσφερίνη, είναι βακτηριοστατικές — αλλά μόνον όταν είναι ακόρεστες· υψηλότερα επίπεδα σιδήρου καταστρέφουν τις αντισηπτικές ιδιότητες αυτών των πρωτεϊνών

Βιταμίνες.

Η περιεκτικότητα του ανθρώπινου γάλατος σε βιταμίνες παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις και εξαρτάται, σε κάποιο βαθμό, από την πρόσληψη της μητέρας .

Συχνότητα και διάρκεια των γευμάτων

Η παραγωγή του μητρικού γάλακτος (ή γαλουχία) εγκαθίσταται ευκολότερα εάν το μωρό σιτιστεί εντός των τεσσάρων πρώτων ωρών από τη γέννηση. Κάθε μωρό είναι ένα ξεχωριστό άτομο και δεν είναι σωστό να το πιέζουμε σε ένα πλάνο φαγητού χάριν της άνεσης ενός ενήλικα. Τις λίγες πρώτες εβδομάδες της ζωής, τα μωρά που θηλάζουν συνήθως τρώνε συχνά κάθε 1-2 ώρες. Μερικά μωρά θα πάρουν όλο το γάλα που χρειάζονται εντός 5 λεπτών, ενώ άλλα θα χρειαστούν περισσότερο χρόνο. Είναι σημαντικό ν' αφήσουμε το μωρό ν' αποφασίσει για τη διάρκεια του θηλασμού ώστε να πάρει το πλούσιο σε λίπος "τελευταίο" γάλα που θα το κρατήσει χορτάτο για περισσότερο χρόνο. Ο θηλασμός κατά βούληση θα ελαττώσει τις πιθανότητες να διογκωθούν οι μαστοί και να υπερπληρωθούν με γάλα. Δεν είναι ανάγκη το μωρό να φάει και από τους δυο μαστούς σε κάθε γεύμα. Όμως θα ήταν φρόνιμο να προσφέρουμε τον άλλο μαστό στο επόμενο γεύμα.



Οφέλη για το μωρό από το θηλασμό

- Το μητρικό γάλα είναι κατάλληλο για όλες τις ανάγκες του μωρού και για το πεπτικό του σύστημα.
- Είναι σχεδόν στείρο μικροβίων (κατευθείαν από την παραγωγή στην κατανάλωση!).
- Το θρεπτικό περιεχόμενο του γάλακτος περιλαμβάνει προστατευτικά αντισώματα ιδιαίτερα αποτελεσματικά κατά της διάρροιας και των εμετών. Πιστεύεται επίσης ότι βοηθά την πρόληψη των αλλεργιών.
- Ένα μωρό που θηλάζει απολαμβάνει περισσότερο την αγκαλιά της μητέρας του.

Οφέλη για τη μητέρα

- Ο μητρικός θηλασμός πιστεύεται ότι βοηθάει τη σχέση μητέρας - παιδιού.
 - Είναι φθηνός.
 - Όταν εγκατασταθεί καλά χρειάζεται λιγότερο κόπο.
 - Βοηθά στη σύσπαση της μήτρας.
 - Δίνει ένα αίσθημα ικανοποίησης "ότι κάνεις το καλύτερο".

Παράγοντες που προάγουν την παραγωγή μητρικού γάλακτος

Οι παράγοντες που βοηθούν στην παραγωγή επαρκούς ποσότητας γάλακτος και διευκολύνουν τον θηλασμό περιλαμβάνουν:

1. Έναρξη του θηλασμού όσο το δυνατόν νωρίτερα μετά τον τοκετό και συχνός θηλασμός του νεογέννητου και από τους δύο μαστούς τις πρώτες μέρες.
2. Πλήρης κένωση των μαστών σε κάθε θηλασμό.
3. Σωστή διατροφή της μητέρας, ώστε να καλύπτονται οι θερμιδικές ανάγκες της καθώς και οι ανάγκες της σε θρεπτικά συστατικά. Οι θερμιδικές ανάγκες της μητέρας που θηλάζει ποικίλουν ανάλογα με την ηλικία της, τη διάπλασή της, ή το αν εργάζεται χειρωνακτικά.
4. Πρόσληψη επαρκούς ποσότητας υγρών στα γεύματα αλλά και στα ενδιάμεσα διαστήματα.
5. Η ψυχική αλλά και σωματική ξεκούραση είναι απαραίτητη για τη μητέρα που θηλάζει. Μια κουρασμένη και εκνευρισμένη μητέρα δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του βρέφους και το γάλα της προοδευτικά ελαττώνεται. Στην περίοδο του θηλασμού η μητέρα πρέπει να δώσει προτεραιότητα στο βρέφος σε σχέση με τις άλλες δραστηριότητες της.
Ψυχική ηρεμία της μητέρας κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Η μητέρα δεν θα πρέπει να ανησυχεί για την ποσότητα γάλακτος που πίνει το βρέφος της. Επιπλέον το περιβάλλον, κατά την ώρα του θηλασμού, πρέπει να είναι ευχάριστο και ήρεμο.
6. Αν υπάρχουν άλλα παιδιά πρέπει να απομακρύνονται, για να μην αποσπούν την προσοχή της μητέρας από το βρέφος.
7. Αποφυγή των φαρμάκων που δεν συνιστώνται από το γιατρό, του καπνίσματος, και του οινοπνεύματος, γιατί μειώνουν την παραγωγή γάλακτος και βλάπτουν το βρέφος.

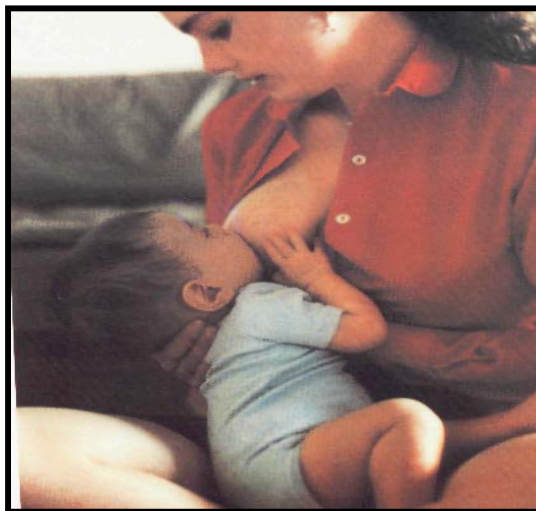
Θηλασμός: Αντενδείξεις και κωλύματα από τη μητέρα

- A) Συγγενής αγαλακτία, που είναι πολύ σπάνια
- B) Συγγενής ανωμαλίες της θηλής του μαστού, όπως εισέρχουσες ή υπερμεγέθεις θηλές. Στις περιπτώσεις αυτές συνιστάται η χρησιμοποίηση ειδικών τεχνητών θηλών.
- Γ) Ραγάδες της θηλής. Προκαλούν έντονο πόνο στη μητέρα με αποτέλεσμα ο θηλασμός να διακόπτεται προσωρινά, το γάλα να εκθλίβεται ενώ μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων ο θηλασμός συνεχίζεται κανονικά) Οξεία μαστίτιδα
- E) Λοιμώξεις, όπως πνευμονία, τύφος, ανοικτή πνευμονική φυματίωση, καθώς και χρόνια νοσήματα, όπως νεφρική, ηπατική και καρδιακή ανεπάρκεια

Θηλασμός: αντενδείξεις και κωλύματα από το βρέφος

- A) Συγγενής διαμαρτυρίες του στόματος, όπως λαγώχειλος και λυκόστομα
- B) Εξασθενημένα βρέφη με υποτονία των μυών κατάποσης
- Γ) Βρέφη με βαριές διαταραχές του Κ.Ν.Σ., που δεν παρουσιάζουν το αντανακλαστικό του θηλασμού
- Δ) Βαριές λοιμώξεις

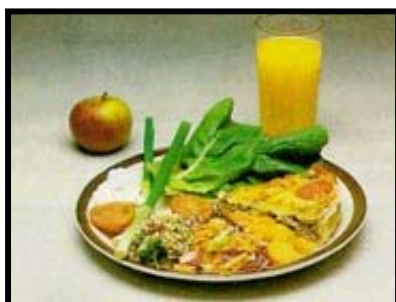
Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις το γάλα μπορεί να εκθλίβεται ή να παίρνεται με ειδικό θήλαστρο και να χορηγείται στο βρέφος



Διατροφή της θηλάζουσας

Στην περίοδο του θηλασμού, όπως και στην περίοδο της εγκυμοσύνης, η γυναίκα έχει αυξημένες ανάγκες, τόσο σε θερμίδες όσο και σε θρεπτικά συστατικά. Χρειάζεται ενέργεια (θερμίδες) περισσότερη ακόμα και από αυτήν που έχει ανάγκη κατά την εγκυμοσύνη.

Οι βασικές αρχές στη διατροφή της θηλάζουσας είναι:



1. **Να πίνει αρκετά υγρά.** Αυτά συνήθως τα καλύπτει με την πρόσληψη γάλακτος. Η θηλάζουσα χρειάζεται να πίνει ένα λίτρο γάλα την ημέρα (4 ποτήρια). Ένα ποτήρι γάλα μπορεί να αντικατασταθεί με 30-40γρ. τυρί ή ένα γιαούρτι. Είναι όμως προτιμότερο να πίνει γάλα, γιατί έτσι καλύπτει και τις ανάγκες της σε υγρά.
2. Η διαίτα της πρέπει να περιλαμβάνει **ποικιλία τροφίμων**, τα οποία να κατανέμονται σε τρία κύρια γεύματα.
3. Χρειάζεται να τρώει 2 φορές την ημέρα, ψάρι ή κοτόπουλο, κρέας ή όσπρια για να καλύψει τις **αυξημένες ανάγκες που έχει σε πρωτεΐνες**. Συκώτι χρειάζεται 1-2 φορές το μήνα. Πρέπει να γίνεται εξέταση αίματος για πιθανή χορήγηση συμπληρώματος σιδήρου και φυλλικού οξέος. Πρέπει να τονιστεί ότι τα όσπρια έχουν μεγάλη ποσότητα προτεΐνης γι'αυτό μπορεί η μητέρα 2-3 ημέρες την εβδομάδα να αντικαταστήσει με αυτά το κρέας και ψάρι.
4. Πρέπει να τρώει **πολλά λαχανικά και φρούτα** για να καλύψει τις αυξημένες ανάγκες που έχει σε βιταμίνες, μέταλλα και ίνες.
5. Βιταμίνη C: Διατηρεί υγιεινά ούλα και δόντια και γερά τοιχώματα αγγείων. Βελτιώνει την απορρόφηση του σιδήρου. Τα πράσινα λαχανικά, ιδιαίτερα ωμά σε σαλάτες και τα πορτοκάλια, λεμόνια έχουν μεγάλη ποσότητα βιταμίνης C.
6. Χρειάζεται να καταναλώνει αρκετές **άπεπτες** φυτικές ίνες (όσπρια, λαχανικά, φρούτα, δημητριακά και μαύρο ψωμί με όλο το πίτουρο).
7. **Πρέπει να αποφεύγει όλα τα φάρμακα.** Διότι πολλά από τα κοινά φάρμακα, απεκκρίνονται στο γάλα και μπορεί να προκαλέσουν παρενέργειες στο βρέφος. Εάν χρειαστεί να πάρει φάρμακα, αυτό πρέπει να γίνει μόνο μετά από τις οδηγίες του γιατρού της. Ακόμα πρέπει να αποφεύγει την καφεΐνη (καφέ και τσάι) σε υπερβολικές ποσότητες, γιατί μπορεί να διεγείρει το βρέφος. Να αποφεύγει επίσης το κάπνισμα, τα γλυκά και τα λιπαρά γεύματα γιατί ελαττώνουν την όρεξη για θρεπτικές τροφές και μπορεί να προκαλέσουν παχυσαρκία.

ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟ ΘΗΛΑΖΟΥΣΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Ένα πλήρες ημερήσιο διαιτολόγιο πρέπει να περιέχει τρόφιμα από όλες τις ακόλουθες πέντε κατηγορίες:

1. **Γάλα και παράγωγα γάλακτος:** 4 μερίδες. Μια μερίδα είναι 250 ml γάλακτος ή γιαούρτι ή άπαχη μυζήθρα ή 45 γραμ. τυρί
2. **Φρούτα και λαχανικά:** 5 μερίδες φρούτα, 5 μερίδες λαχανικά
Μια μερίδα είναι 100 γρ. λαχανικά 1 φρούτο ή 125 ml φρέσκο χυμό φρούτου
3. **Τρόφιμα που περιέχουν πρωτεΐνες:** 2 μερίδες
4. 1 μερίδα είναι: 90 γρ. ψάρι ή κοτόπουλο ή κρέας ή 2 αυγά ή 250 γρ. όσπρια (μαγειρευμένα φασόλια, φακές, κουκιά, ρεβίθια, φάβα κ.λ.π.) ή το 1/3 του φλιτζανιού καρύδια ή αμύγδαλα ή φιστίκια ή 60γρ.τυρί
5. **Μαύρο ψωμί και δημητριακά:** 5 μερίδες. Μια μερίδα είναι μια φέτα μαύρο ψωμί 30 γρ. ή μισό φλυτζάνι χόνδρο ή βρώμη ή 50γρ. μαγειρευμένο ρύζι ή μακαρόνια
6. **Ελαιόλαδο και ανάλατες ελιές:** (αποφεύγετε μαργαρίνες, βούτυρο και άλλα φυτικά λάδια)

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΔΙΑΙΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Πρωινό

1 φέτα ψωμί πιτυρούχο
125 γρ. χόνδρο με ένα ποτήρι γάλα
1 αυγό (κάθε 2η μέρα)
φρέσκος χυμός πορτοκάλι (120 γρ) ή άλλο φρούτο της εποχής

Πρόγευμα

1 ποτήρι γάλα (250 ml) ή ένα γιαούρτι
1 κρίθινο παξιμάδι

Μεσημεριανό

200 γρ σούπα λαχανικών
250 γρ. όσπρια
Μια πατάτα ψητή 200 γρ
Μια σαλάτα αγγούρι -ντομάτα-γλιστρίδα
4 κουτ. γλυκού ελαιόλαδο (στη σαλάτα ή στη σούπα ή στα όσπρια)
2 φέτες ψωμί πιτυρούχο
1 φρούτο

Απόγευμα

1 γιαούρτι (250ml)

Βραδινό

100 γρ. ψάρι
1 φλιτζάνι βρασμένα λαχανικά εποχής
2 φέτες ψωμί πιτυρούχο
4 κουταλ. Ελαιόλαδο
1 φλιτζάνι κρέμα (με ρυζάλευρο και γάλα)
1 φρούτο

Προτιμότερο είναι να καταναλώνετε το κρέας 1-2 ημέρες την εβδομάδα και τις υπόλοιπες να τρώτε ψάρι και όσπρια.

Τεχνητή διατροφή

Μέχρι τις αρχές του αιώνα ο θηλασμός αποτελούσε τον αποκλειστικό τρόπο διατροφής κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής. Μετά τη μαζική παραγωγή του βιομηχανοποιημένου γάλακτος αγελάδας με τη μορφή σκόνης, καθώς και άλλων τυποποιημένων τροφών, ο θηλασμός βαθμιαία παρεκτοπίστηκε με αποτέλεσμα στις αρχές της 10ετίας του '70 τα περισσότερα βρέφη να διατρέφονται με γάλα αγελάδας. Τα πρώτα αποτελέσματα υπήρξαν καταστροφικά. Στη συνέχεια με τη παστερίωση του αγελαδινού γάλακτος και την ελάττωση της περιεκτικότητας του σε πρωτεΐνες και NaCl, τα αποτελέσματα βελτιώθηκαν. Οι βελτιώσεις αυτές συνεχίστηκαν και τελικά οδήγησαν στην παρασκευή τροποποιημένων γαλάτων α' και β' βρεφικής ηλικίας, τα οποία χρησιμοποιούνται σήμερα.

Τροποποιημένα γάλατα α' εξαμήνου

Χορηγούνται τους πρώτους έξι μήνες της ζωής ως αποκλειστική τροφή του βρέφους που δεν θηλάζει ή ως συμπληρωματική τροφή όταν το μητρικό γάλα ανεπαρκεί σε ποσότητα.

Οι αλλαγές που έγιναν στα τροποποιημένα γάλατα α' εξαμήνου περιλαμβάνουν:

A) Ποσοτική και ποιοτική τροποποίηση του λευκώματος του αγελαδινού γάλακτος. Έτσι το ολικό ποσό της πρωτεΐνης μειώθηκε από 3,5 g/dl σε 1,5 g/dl περίπου(1,2-2,9 g/dl) ενώ παράλληλα ελαττώθηκε η σχέση καζεϊνών προς τις πρωτεΐνες του ορού του γάλακτος.

Η περιεκτικότητα του τροποποιημένου γάλακτος σε πρωτεΐνη σκόπιμα παραμένει μεγαλύτερη από εκείνη του μητρικού γιατί η βιολογική αξία της πρωτεΐνης του αγελαδινού (περιεκτικότητα σε απαραίτητα αμινοξέα) είναι μικρότερη από εκείνη του μητρικού.

B) Προσθήκη αμινοξέων όπως είναι η μεθειονίνη και η ταυρίνη και νουκλεοτιδίων όπως η κυτιδίνη και η ουριδίνη. Δεν έχει όμως ακόμη αποδειχθεί αν τα προστιθέμενα νουκλεοτίδια διατηρούν την βιολογική τους αξία.

Γ) Προσθήκη υδατανθράκων και κυρίως λακτόζης.

Δ) Ποιοτική τροποποίηση του λίπους του αγελαδινού γάλακτος έτσι ώστε να προσομοιάζει με το μητρικό. Συγκεκριμένα το αγελαδινό γάλα αποβουτυρώνεται και στη συνέχεια προστίθενται φυτικά έλαια με αποτέλεσμα να αντικαθίστανται τα κορεσμένα λιπαρά οξέα βραχείας αλύσου από πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μακράς αλύσου(πχ λινολεϊκό και λινολενικό). Στα περισσότερα τροποποιημένα γάλατα α' εξαμήνου, το λινολεϊκό οξύ αντιπροσωπεύει περισσότερα από 10% του συνόλου των λιπαρών οξέων που περιέχονται σ' αυτά. Σε μερικά τροποποιημένα γάλατα έχουν προστεθεί και λιπαρά οξέα μέσης αλύσου σε

ποσότητα που προσομοιάζει μ' αυτές του μητρικού (περίπου 12% του συνόλου των λιπαρών οξέων).

Παρά τις μεταβολές αυτές, τα τροποποιημένα γάλατα διαφέρουν σημαντικά από το μητρικό γάλα ως προς την ποιοτική σύσταση του λίπους. Συγκεκριμένα δεν περιέχουν χοληστερόλη και περιέχουν μικρή ποσότητα μονοακόρεστων λιπαρών οξέων. Το μειονέκτημα αυτό αντιμετωπίζεται σε μερικά μόνο τροποποιημένα γάλατα με την προσθήκη λίπους ζωικής προέλευσης.

Ε) Αφαίρεση νατρίου.

ΣΤ) Προσθήκη βιταμινών σε τέτοια ποσότητα που η λήψη 750 ml γάλακτος να καλύπτει τις ημερήσιες ανάγκες των τελειόμηνων βρεφών.

Ζ) Προσθήκη σιδήρου έτσι ώστε η τελική περιεκτικότητα σε σίδηρο να είναι συνήθως 0,1-0,2 mg/dl.

Παρά τις τροποποιήσεις αυτές παραμένουν ακόμη σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα τροποποιημένα γάλατα α' εξαμήνου και το μητρικό. Για παράδειγμα παρόλο που η σχέση καζεϊνών προς τις πρωτεΐνες του ορού δεν έχουν την ίδια βιολογική δραστηριότητα με τις πρωτεΐνες του ορού του μητρικού (πχ απουσία αντιλοιμώδους δραστηριότητας). Εξάλλου τα γάλατα αυτά περιέχουν πολύ λιγότερες μη πρωτεϊνικές αζωτούχες ουσίες.

Τροποποιημένα γάλατα β' εξαμήνου

Στο β' εξάμηνο της ζωής το γάλα εξακολουθεί να αποτελεί την κύρια τροφή του βρέφους και καλύπτει περίπου 50% των θερμιδικών του αναγκών. Τα τροποποιημένα γάλατα β' εξαμήνου διαφέρουν από το αγελαδινό λιγότερο σε σχέση με τα τροποποιημένα γάλατα α' εξαμήνου.

Οι τροποποιήσεις περιλαμβάνουν:

Α) Ελάττωση της ποσότητας των πρωτεϊνών χωρίς όμως μεταβολή της σχέσης των καζεϊνών προς τις πρωτεΐνες του ορού, αφού μετά τον 4^ο μήνα της ζωής η δραστηριότητα των ενζύμων που εμπλέκονται στο μεταβολισμό των πρωτεϊνών είναι επαρκής.

Β) Αντικατάσταση του λίπους του αγελαδινού γάλακτος από φυτικά έλαια που είναι πλούσια σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα.

Γ) Προσθήκη υδατανθράκων με τη μορφή της λακτόζης ή και πολυσακχαριτών (πχ άμυλο, και μαλτόζη-δεξτρίνη)

Δ) Αφαίρεση νατρίου που είναι σημαντική αφού στο β' εξάμηνο το βρέφος προσλαμβάνει νάτριο και με άλλες τροφές

Ε) Προσθήκη σιδήρου σε ποσότητα (0,7-1,4 mg/dl) που καλύπτει τις αυξημένες ημερήσιες ανάγκες αυτής της περιόδου (1mg/kg β.σ./24ωρο)

ΣΤ) Προσθήκη βιταμινών σε επαρκή ποσότητα.

ΤΥΠΟΙ ΕΞΑΝΘΡΩΠΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΓΑΛΑΤΩΝ ΓΙΑ ΩΡΙΜΑ ΒΡΕΦΗ

ΤΥΠΟΙ	ΧΡΗΣΗ	ΠΗΓΗ		
		Πρωτεΐνες	Λίπη	Υδατάνθρακες
Βασιζόμενοι στο αγελαδινό γάλα	Από όλα τα υγιή ώριμα βρέφη	Άπαχο αγελαδινό γάλα	Φυτικά	Λακτόζη
		2.2-2.3 g/100Kcal	5.4-5.5 g/100 Kcal	10.5-10.8 g/100 Kcal
		9% Kcal	48-50% Kcal	41-43% Kcal
Με σόγια	Σε ευαισθησία στο αγελαδινό	Σόγια	Φυτικά	Σιρόπι από καλαμπόκι και /η σουκρόζη
		2.7-3.2 g/100 Kcal	5.1-5.6 g/100 Kcal	9.9-10.2 g/100 Kcal
		12-13% Kcal	45-51% Kcal	39-40% Kcal
Με καζεΐνη υδρολυμένη	Σε ευαισθησία στις πρωτεΐνες, γαλακτοζαμία	Καζεΐνη υδρολυμένη	Καλαμποκέλαιο ή Καλαμποκέλαιο & Τριγλυκερίδια μέσης αλυσίδας	Άμυλο Τ3ρίο3 και γλυκόζη, η σιρόπι από καλαμπόκι
		2.8-3.3 g/100 Kcal	3.9-4 g/100 Kcal	13.1-13.6 g/100 Kcal
		11-13% Kcal	35% Kcal	52-54% Kcal
Βασιζόμενοι στο κρέας	Σε ευαισθησία στο αγελαδινό γάλα,	Καρδιές βοδινού	Σισαμέλαιο και λίπος καρδιάς βοδινού	Άμυλο Ταρίο3α και σουκρόζη
		4.9/100 Kcal	4.8 9/100 Kcal	9 9/100 Kcal
		16% Kcal	47% Kcal	37% Kcal

Τύποι και ιδιότητες εξανθρωποποιημένων γαλάτων:

- Αφυδατωμένα γάλατα ή υγρά συμπυκνωμένα, που πρέπει να αραιώνονται με ίση ποσότητα νερού.
- Έτοιμα γάλατα σε υγρή μορφή. Είναι τα πιο ακριβά αλλά τα πιο βολικά. (Δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα)
- Σκόνες συμπυκνωμένες που αναμιγνύονται με νερό, ακριβώς όπως γράφουν οι οδηγίες χρήσεως.
- Γάλατα εμπλουτισμένα με σίδηρο και βιταμίνες. Το φρέσκο γάλα από αγελάδα, κατσίκα ή πρόβατο δεν είναι κατάλληλο για βρέφη μικρότερα των 12 μηνών, γιατί είναι δύσπεπτο, έχει λιγότερα θρεπτικά συστατικά από όσα χρειάζονται, ενώ περιέχει άλλα θρεπτικά συστατικά σε υπερβολική ποσότητα και μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία από το γαστρεντερικό και υπερφόρτωση στο νεφρικό σύστημα του βρέφους.

Μετά τους 12 μήνες μπορεί να χρησιμοποιείται μαζί με κατάλληλη ποσότητα στερεών τροφών, και μάλιστα τέτοιων, που να συμπληρώνουν τις ανάγκες του βρέφους σε σίδηρο και βιταμίνη C, συστατικά που στο αγελαδινό γάλα περιέχονται σε μικρές ποσότητες (π.χ. χυμούς φρούτων, δημητριακά). Η διατροφή μόνο με γάλα αγελάδας μπορεί να προκαλέσει σιδηροπενική αναιμία. Ακόμα στη διάρκεια του πρώτου έτους, τα βρέφη δεν πρέπει να τρέφονται με γάλα με ελαττωμένη περιεκτικότητα σε λίπος, για τους ακόλουθους λόγους:

- Ανεπαρκής πρόσληψη θερμίδων, που οδηγεί σε κινητοποίηση του λίπους του σώματος για να καλυφτεί το έλλειμμα σε ενέργεια. Προκαλείται έτσι υποθρεψία με ανεπαρκή ανάπτυξη του βρέφους.
- Το λινολεϊκό οξύ που περιέχεται στο λίπος του γάλακτος είναι ένα απαραίτητο λιπαρό οξύ για την ανάπτυξη και διάπλαση των ιστών του σώματος και ιδιαίτερα για την ανάπτυξη του εγκεφάλου. Ένας ειδικός τύπος εκζέματος έχει παρατηρηθεί σε ανεπάρκεια του λινολεϊκού οξέος.
- Μπορεί να προκαλέσει νεφρική βλάβη και διάρροια.
- Ποσότητα γάλακτος που χρειάζεται το βρέφος

Τις πρώτες εβδομάδες μετά τη γέννηση του το βρέφος πεινάει αρκετά συχνά. Όσο μεγαλώνει και τα διαστήματα ανάμεσα στα γεύματα γίνονται μεγαλύτερα. Ο αριθμός των γευμάτων καθώς και οι ποσότητες που χρειάζεται το βρέφος ποικίλουν, ανάλογα με το βάρος και την ηλικία του. Κατά μέσο όρο το βρέφος χρειάζεται την ημέρα 180ml/κιλό βάρους. Οι ανάγκες του σε θερμίδες μέχρι τον 6ο μήνα είναι 95-125Kcal/κιλό βάρους. Όπως είπαμε για το μητρικό θηλασμό, έτσι και για την τεχνητή γαλουχία δε χρειάζεται κάποιο αυστηρό πρόγραμμα στα γεύματα του βρέφους. Το βρέφος μετά από κάποιο διάστημα καθορίζει μόνο του ένα πρόγραμμα.

Αν πριν τους 4 μήνες συμβεί κάποια "έκρηξη" (φάση έντονης και γρήγορης) ανάπτυξης, πιθανόν να αυξηθεί η όρεξη του βρέφους. Τότε χρειάζεται περισσότερο γάλα, όχι εισαγωγή στερεών τροφών. Θα πρέπει ακόμα να θυμόμαστε ότι τα βρέφη κλαίει όταν διψάσουν. Τότε χρειάζονται νερό, χωρίς προσθήκη ζάχαρης, μελιού ή σιροπιού από καλαμπόκι, για να αντισταθμίσουν αυξημένες απώλειες (π.χ. το καλοκαίρι ή μεταξύ των γευμάτων).

Επίσης κλαίει, όταν είναι κουρασμένα, ταραγμένα ή χρειάζονται πλύσιμο και αλλαγή της πάνας ή κλαίει χωρίς να ξέρουμε το λόγο.



Βάρος βρέφους	Αριθμός γευμάτων	Συνιστώμενη ποσότητα γάλακτος	Ποσότητα γάλακτος ανά μπουκάλι
3-4 κιλά	6-8	540-720 ml	60-120 ml
4-5 κιλά	6	720-900 ml	120-150 ml
5-6 κιλά	6	900-1020 ml	150-180 ml
6-7 κιλά	4-5	1020-1200 ml	240-280 ml

Σύγκριση θηλασμού και τεχνητής διατροφής

Το γάλα της αγελάδας είναι ιδανικό για τα μοσχάρια, αλλά δεν είναι η φυσική τροφή για το μωρό του ανθρώπου. Το εμφιαλωμένο αγελαδινό γάλα, το κατσικίσιο γάλα και το γάλα εβαπορέ είναι ακατάλληλα για μωρά κάτω των 6 μηνών και δεν θα πρέπει να προτιμώνται πριν από τους 12 μήνες, διότι:

- Περιέχουν υψηλά επίπεδα καζεΐνης, η οποία είναι δύσκολο να χωνευθεί.
- Η υψηλή περιεκτικότητα σε αλάτι είναι δυνητικά επικίνδυνη για τα ανώριμα νεφρά των βρεφών,
- Το περιεχόμενο λίπος περιλαμβάνει μεγαλύτερη αναλογία λιπαρών οξέων, τα οποία δεν απορροφώνται καλά και μπορεί να εμποδίσουν την απορρόφηση ασβεστίου.

- Ο σίδηρος του αγελαδινού γάλακτος δεν απορροφείται καλά.

Οι φόρμουλες συνιστώνται για μωρά κατά το 1^ο έτος της ζωής που δεν θηλάζουν. Σχεδόν όλες βασίζονται στο γάλα της αγελάδας και έχουν τροποποιηθεί με προσαρμογή της πρωτεΐνης και του περιεχόμενου λίπους και με προσθήκη επιπλέον βιταμινών και μετάλλων. Η προσθήκη σιδήρου είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Τα εξανθρωποποιημένα (τροποποιημένα) γάλατα, παρ' όλο που μοιάζουν αρκετά ως προς τη σύνθεση με το μητρικό εξακολουθούν να υπάρχουν διαφορές που κάνουν το μητρικό γάλα το καταλληλότερο για το βρέφος.

Οι κυριότερες διαφορές είναι :

- Το μητρικό γάλα είναι αποστειρωμένο και έτσι δεν υπάρχει περίπτωση να μεταφερθούν μικρόβια στο βρέφος, πράγμα που μπορεί να συμβεί με το μπιμπερό αν αυτό δεν έχει καλά αποστειρωθεί.
- Το μητρικό γάλα δεν χρειάζεται προετοιμασία και έτσι δεν κουράζεται η μητέρα. Επιπλέον είναι οικονομικό (η μητέρα δεν χρειάζεται να αγοράσει εξανθρωποποιημένο γάλα ή κατάλληλα σκεύη).
- Μεταφέρει αντισώματα από τη μητέρα στο βρέφος και έτσι το βρέφος προφυλάσσεται από διάφορες παθήσεις, όπως λοιμώξεις του αναπνευστικού και του πεπτικού συστήματος.
- Στα βρέφη που θηλάζουν παρουσιάζονται πολύ πιο σπάνια γαστρεντερικές διαταραχές. Αυτό συμβαίνει, γιατί το μητρικό γάλα είναι πιο εύπεπτο.
- Τα βρέφη που θηλάζουν παρουσιάζουν σπάνια αλλεργικές αντιδράσεις.
- Ο θηλασμός είναι μια πολύ καλή άσκηση για την στοματική κοιλότητα και έχει ως αποτέλεσμα ένα καλοσχηματισμένο σαγόκι και ίσια δόντια.
- Ο θηλασμός είναι πολύ σημαντικός και για την μητέρα. Τη βοηθάει να πλησιάσει το βρέφος της και να συνδεθεί συναισθηματικά μαζί του. Από πολλούς ειδικούς έχει τονισθεί η σημασία του θηλασμού για την ενίσχυση του δεσμού μητέρας-βρέφους
- Είναι γνωστό ότι ο θηλασμός ελαττώνει την πιθανότητα καρκίνου του μαστού της μητέρας.
- Η ορμόνη που προκαλεί την έκκριση γάλατος, η προλακτίνη, εμποδίζει την ωοθηκική λειτουργία των οιστρογόνων και προγεσταγόνων. Οι περισσότερες γυναίκες δεν συλλαμβάνουν κατά το διάστημα που θηλάζουν.

ΑΠΟΓΑΛΑΚΤΙΣΜΟΣ

Η διατροφή του βρέφους 6 μηνών- 1 έτους

Από το γάλα στις πρώτες στερεές τροφές

Όταν ένα μωρό δεν ικανοποιείται πλέον με το θηλασμό ή με το ξένο γάλα και παίρνει μεγάλες ποσότητες υγρών, τότε θα πρέπει να σκεφθούμε τον απογαλακτισμό (την εισαγωγή στερεών τροφών).

Οι συστάσεις του **COMA**(Επιτροπή Ιατρικών Απόψεων για την Πολιτική Τροφίμων) είναι ότι αυτό δεν μπορεί να γίνει πριν από την ηλικία των 5 μηνών και όχι αργότερα από τους 6 μήνες.

Στους 4 μήνες η λειτουργία των νεφρών του μωρού είναι αρκετά ώριμη ώστε ν' ανταποκριθεί στο φυσικό αλάτι των τροφών μετά τον απογαλακτισμό.

Τα πεπτικά ένζυμα, το γαστρικό οξύ και η ικανότητα απορρόφησης του λεπτού και του παχέος εντέρου είναι έτοιμα για να επεξεργαστούν τις στερεές τροφές. Επίσης στον 4^ο μήνα, το μωρό μπορεί να κρατήσει το κεφάλι του να καταπιεί την τροφή και να την προωθήσει στο πίσω μέρος του στόματος. Αν δεν εισαχθούν στερεές τροφές τον 6^ο μήνα, αυτό το στάδιο κλειδί της ανάπτυξης μπορεί να χαθεί και να προκύψουν δυσκολίες μάσησης και άρνηση τροφής.

Ο απογαλακτισμός θα πρέπει να είναι μια ήπια, συνεχής διαδικασία μάθησης την οποία το μωρό και αυτός που το φροντίζει αναλαμβάνουν μαζί - δεν θα πρέπει ποτέ να είναι πεδίο διαμάχης.

Εισαγωγή στερεάς τροφής

Το μητρικό γάλα είναι τόσο πλήρες, που το βρέφος δεν χρειάζεται άλλες τροφές πριν από τον 6^ο μήνα, εφόσον η θηλάζουσα μητέρα έχει πλήρες διαιτολόγιο. Ο μητρικός θηλασμός είναι καλό να συνεχίζεται και μετά τον 6^ο μήνα, μέχρι και τον 12^ο μήνα. Μετά από τον 6^ο μήνα όμως πρέπει να αρχίσουμε να δίνουμε και άλλες τροφές στο βρέφος, ώστε αυτό να καλύψει τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες του σε διάφορα θρεπτικά συστατικά και να μάθει να μασάει το φαγητό του. Τα βρέφη που παίρνουν εξανθρωποποιημένα γάλατα, με μπιμπερό, καλύπτουν επίσης τις ανάγκες τους για τους πρώτους 6 μήνες μόνο με γάλα.

Οι λόγοι, που αποφεύγουμε να αρχίσουμε στερεά τροφή πριν από τον 5^ο ή 6^ο μήνα, είναι κυρίως οι γαστρεντερικές διαταραχές και αλλεργίες σ' ορισμένα τρόφιμα.

Ποιες είναι οι στερεές τροφές:

Δημητριακά (Βρεφικά ρυζάλευρα)

Αρχίστε με ρύζι ή σόγια και πολύ αργότερα κριθάρι ή βρώμη και σιτάρι. Μόνο αφού δοκιμαστεί κάθε σπόρος χωριστά μπορείτε να χρησιμοποιήσετε μείγματα δημητριακών.

Χυμοί φρούτων

Ποτέ μην βράζετε τους χυμούς! Αποφύγετε την προσθήκη ζάχαρης στους χυμούς φρούτων.

Λαχανικά

Αποφύγετε τις έτοιμες παιδικές τροφές σε βαζάκια του εμπορίου.

Κρέατα

Προτιμάτε άσπρο κρέας, κυρίως κοτόπουλο, ψάρι και μοσχάρι.

Υποκατάστατα κρέατος

Η μυζήθρα, το αυγό, τα όσπρια, το ψάρι.

Τροφές που τρώγονται με τα χέρια βοηθούν το παιδί να μάθει να τρώει μόνο του: καθαρισμένα φρούτα και λαχανικά, φρυγανιές ή ψωμί, μπισκότα, μέτρια σκληρό τυρί (φέτα).

Προσοχή: Κομμάτια από καρότα, μπιζέλια ή φασόλια μπορεί να εμφανιστούν στα κόπρανα των βρεφών, αφού αυτά δεν μπορούν να μασήσουν καλά την τροφή τους.

Τρόπος εισαγωγής στερεών τροφίμων στη διατροφή του βρέφους

- Μπορεί να αρχίσει μετά τον 5^ο ή 6^ο μήνα ζωής ενώ, θα συνεχίζεται ο θηλασμός σε ορισμένο γεύμα κάθε μέρα.
- Συμπλήρωμα βιταμίνης D δεν χρειάζεται πλέον
- Ο γιατρός σας θα αποφασίσει, αν χρειάζεται συμπλήρωμα σιδήρου.
- Μια βασική αρχή για το πρώτο διάστημα, που εισάγεται στερεά τροφή στη διατροφή του βρέφους, είναι ότι πρέπει να δίνεται μια καινούρια τροφή κάθε εβδομάδα και σε μικρές ποσότητες, οι οποίες αυξάνονται καθημερινά. Αυτό είναι απαραίτητο, γιατί το παιδί προσαρμόζεται στην καινούρια γεύση και ελέγχεται η αντίδραση του στις νέες τροφές για πιθανή αλλεργία. Είναι καλύτερα να δίνετε στο παιδί να δοκιμάζει τα νέα τρόφιμα το πρωί, διότι η διάθεση του είναι καλύτερη. Όταν δίνουμε στο παιδί μια νέα τροφή παρακολουθούμε μήπως τυχόν του δημιουργήσει κάποιο πρόβλημα. Αν παρατηρήσουμε κάποια δυσανεξία, δεν ξαναδίνουμε την τροφή αυτή για κάποιο διάστημα και την ξαναδοκιμάζουμε αργότερα.
- Η καινούρια τροφή προσφέρεται στο βρέφος συνήθως στην αρχή του γεύματος, χωρίς να βλέπει άλλο φαγητό.
- Αν είναι πολύ πεινασμένο δίνουμε λίγο γάλα πρώτα.
- Αν το βρέφος είναι εκνευρισμένο μπορεί να μη δεχτεί το καινούριο φαγητό.
- Σε κανένα φαγητό του βρέφους δεν πρέπει να προσθέσετε αλάτι ή ζάχαρη. Μην πιέζετε το βρέφος να δοκιμάσει, αν δεν θέλει. Μπορείτε να δοκιμάσετε ξανά μετά από λίγες ημέρες.
- Επιτρέψτε στο παιδί σας να εξετάσει το καινούριο φαγητό με τα χέρια του.
- Μπορεί να μη δοκιμάσει το καινούριο φαγητό, αν δεν είναι πεινασμένο. Γι' αυτό αφήσετε την όρεξη του παιδιού σας να σας οδηγήσει.

Η σειρά που συστήνεται για εισαγωγή στερεών τροφίμων είναι:

Στην αρχή εισάγεται η στερεά τροφή σε ημίρρευστη μορφή. Η πρώτη στερεά τροφή που συνήθως τρώει το βρέφος είναι οι κρέμες από ρυζάλευρο αραιωμένο με γάλα. Στην αρχή είναι πολύ αραιωμένο και στη συνέχεια γίνεται πυκνότερο. Δεν είναι σωστό να προστίθεται η κρέμα στο μπιμπερό.

Στις κρέμες του εμπορίου πολλές φορές έχουν προστεθεί βιταμίνες και μέταλλα, για να καλύψουν τις αυξημένες ανάγκες του βρέφους. Αντί για τις κρέμες του εμπορίου είναι προτιμότερο να παρασκευάζουμε εμείς τις κρέμες με αλεσμένα δημητριακά, όπως ρυζόγαλο με αναποφλοιώτο ρύζι, ή τραχανά

(χόντρο με αλεσμένο σιτάρι, που είναι πλήρες και περιέχει τις απαραίτητες ίνες για τη λειτουργία του εντέρου.

Λίγο αργότερα το βρέφος τρώει λαχανικά και μετά τον 7^ο μήνα όλα σχεδόν τα τρόφιμα πολτοποιημένα - περασμένα στον μύλο.

ΗΛΙΚΙΑ (σε μήνες)	ΝΕΟ ΦΑΓΗΤΟ	ΣΧΟΛΙΑ
5 ^ο - 6 ^ο	Ρυζάλευρο εμπλουτισμένο με σίδηρο	Αν δεν θηλάζει το βρέφος αρχίζουμε λίγο νωρίτερα
5 1/2	Φρούτα και φρέσκους χυμούς φρούτων	ΟΧΙ κρέμες του εμπορίου με γεύση και εικόνες φρούτων
6 ^ο	Λαχανικά Κοτόπουλο και μοσχάρι άπαχα	Αλεσμένα σε μορφή κρέμας μαζί με τα λαχανικά (σε μύλο). Στην αρχή, πολύ μικρές ποσότητες
7 ^ο -8 ^ο	Δημητριακά, Ζυμαρικά	Ψωμί, ένα ολόκληρο κομμάτι ανάμεσα στα γεύματα, βοηθά επίσης στην οδοντοφυΐα
9 ^ο	Τυρί (μυζήθρα ανάλατη) Γιαούρτι	Βρασμένο, μελάτο, μόνο τον κρόκο
11 ^ο –12 ^ο	Αυγό (ολόκληρο) άρι	1 βρασμένο, μελάτο 30 γραμμάρια, απλά μαγειρευμένο (μετά από 15 ημέρες από την εισαγωγή αυγού)
Από 12 ^ο	Όσπρια	Μικρή ποσότητα, καλά μαγειρευμένα σε πουρέ

Το βρέφος δεν πρέπει να συνηθίσει για μεγάλο διάστημα στα πολτοποιημένα τρόφιμα. Με την εμφάνιση των πρώτων δοντιών μπορούμε να δίνουμε και ορισμένα τρόφιμα, τα οποία απλώς έχουμε λιώσει με το πιρούνι ή ένα κομμάτι ψωμί. Έτσι στον 8^ο-12^ο μήνα το παιδί αρχίζει να τρώει στην αρχή σε πολύ μικρά και αργότερα σε μεγαλύτερα κομμάτια την τροφή του.

Το παιδί πρέπει να δοκιμάζει από όλα τα τρόφιμα. Ας εκμεταλλευτούμε γι' αυτό την περιέργεια του και τη διάθεση του να ανακαλύψει νέες γεύσεις. Αν κάποιο φαγητό δεν του αρέσει, μπορούμε να το αφήσουμε για κάποιο χρονικό διάστημα και να ξαναδοκιμάσουμε, ίσως με κάποιον άλλο

τρόπο μαγειρικής. Θα πρέπει, να μάθει το παιδί από νωρίς, να τρώει όλα τα τρόφιμα. Οι διαιτητικές συνήθειες του ανθρώπου καθώς και η αγωγή γύρω από το φαγητό ξεκινούν από την αρχή της ζωής του. Το παιδί πρέπει να μάθει έγκαιρα να τρώει μόνο του. Μετά τον 7^ο μήνα είναι σε θέση να κρατάει το κουτάλι του και το φλιτζάνι του.

Πρέπει να το μάθουμε να τρώει μόνο του. Στην αρχή ίσως μόνο την κρέμα του, ενώ, αργότερα, το παιδί του ενός έτους πρέπει να κάθεται κανονικά στο τραπέζι. Στα περισσότερα παιδιά αρέσουν τα γλυκά. Θα πρέπει όμως να αποφεύγονται όσο το δυνατόν, γιατί κάνουν κακό στα δόντια και ελαττώνουν την όρεξη, όταν καταναλίσκονται στα ενδιάμεσα των κύριων γευμάτων. Αποφεύγουμε τα μπισκότα, σοκολάτες ή άλλα τρόφιμα με ζάχαρη ως κύριο συστατικό.

Προφυλάξεις κατά τη διατροφή του βρέφους

Ορισμένες τροφές δεν πρέπει να προσφέρονται στα βρέφη γιατί:

1. Μπορεί να προκαλέσουν πνιγμονή

- Ξηροί καρποί
- γλυκά, chips, σταφίδες
- φρούτα με κουκούτσια (σταφύλια, κεράσια κ.λ.π)
- σκληρά λαχανικά (κυρίως ωμά)
- κόκαλα από ψάρι ή κρέας

2. Πέπτονται δύσκολα ή περιέχουν πολύ αλάτι και λίπη:

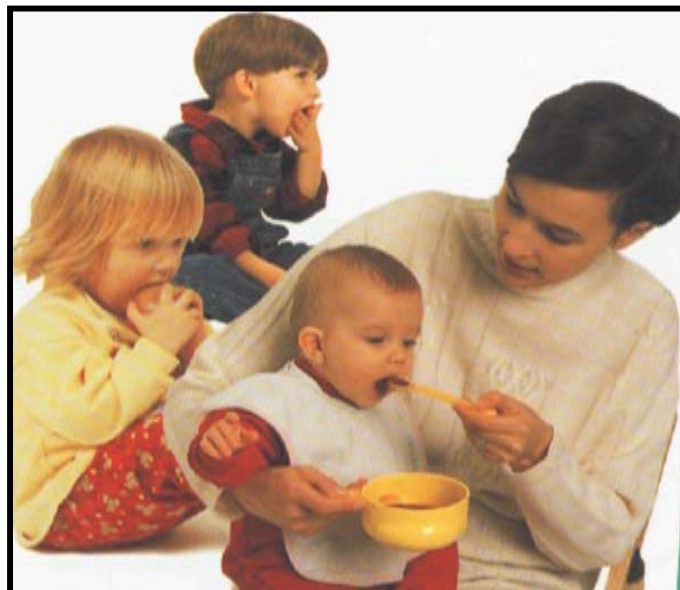
- λιπαρές τροφές, τηγανητά, μπέικον, τηγανητό κρέας

3. Περιέχουν ζάχαρη

- μέλι, ζάχαρη, γλυκά σοκολάτας, κέικ, κουλουράκια
- αναψυκτικά ή ποτά με άρωμα φρούτων.

4.-Είναι διεγερτικές

- -σοκολάτα, τσάι, καφές, αναψυκτικά (τύπου cola)



Βασικοί κανόνες διατροφής

Η ιδανική τροφή για την πρώτη περίοδο της ζωής του βρέφους, μέχρι να γίνει έξι μηνών, είναι αναμφισβήτητα ο θηλασμός. Τα πλεονεκτήματά του είναι πολλά για τη σωστή ανάπτυξη του μωρού, αλλά και για την υγεία τη δικιά σας.

Αν εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα όσο το μωράκι θηλάζει, δεν πρέπει να επέμβετε στη διατροφή του και να του δώσετε αυθαίρετα κάποιο γάλα του εμπορίου.

Αν το μικρό σας πρέπει να συμπληρώσει τη διατροφή του με γάλα του εμπορίου, είτε γιατί το μητρικό δεν είναι αρκετό είτε γιατί το βρέφος έχει κάποια δυσκολία στην πέψη του γάλακτος, τότε μπορεί ο παιδίατρος να σας υποδείξει να ξεκινήσετε τις στερεές τροφές λίγο νωρίτερα.

Μόλις το μωρό συμπληρώσει τους έξι μήνες, μπαίνει η στερεά τροφή στο καθημερινό του διαιτολόγιο, αρχικά με ρυζόκρεμα και φρουτόκρεμα και αργότερα με κρέμα δημητριακών.

Στην ηλικία των εφτάμισι μηνών πρέπει να προσθέσετε στη διατροφή του σταδιακά χορτόσουπα με πολτοποιημένα λαχανικά, πατάτες, καρότα, ρύζι, αργότερα, μακαρόνια (που θα πρέπει να είναι επίσης πολτοποιημένα), κρέας κοτόπουλο (όχι την πέτσα, μόνο τα λευκά μέρη), μοσχάρι, αρνάκι άπαχο και, τέλος, ψάρι (μετά τον 1ο χρόνο).

Στα πρώτα του γενέθλια μεγάλο μέρος της διατροφής του συμπίπτει με το οικογενειακό φαγητό.

Από την ηλικία του ενός έτους, τα μωρά θα πρέπει να τρέφονται έτσι ώστε να εξασφαλίζουν τις θερμιδικές τους ανάγκες κατά το 50% από τους υδατάνθρακες.

Είναι προτιμότερο το μεγαλύτερο ποσοστό να λαμβάνεται από τα δημητριακά, τα οποία περιλαμβάνουν επίσης κατά 13% πρωτεΐνη την οποία παίρνει το νήπιο και από το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα και κατά 36% το αναγκαίο λίπος το οποίο παίρνει επίσης από το κρέας αλλά και το ψάρι.

Αναγκαία είναι και η κατανάλωση ικανής ποσότητας φυτικών ινών, οι οποίες βρίσκονται στα δημητριακά, στα φρούτα και τα λαχανικά.

Οι βασικοί κανόνες υγιεινής διατροφής περιλαμβάνουν τα παρακάτω:

Τακτικά γεύματα. Τα γεύματα του μωρού πρέπει να είναι τακτικά, έτσι ώστε να μην προλαβαίνει να πεινάσει πολύ ή να έχει κουραστεί πριν φάει.

Ποικιλία τροφών. Πρέπει να προσφέρεται στο μωρό ποικιλία φαγητών διαφορετικών χρωμάτων και γεύσεων και να δίνονται απαραίτητα μικρές ποσότητες φαγητού την κάθε φορά.

Προσεγγμένο περιβάλλον. Το περιβάλλον όπου τρώει το μικρό παίζει επίσης πολύ σημαντικό ρόλο στη σχέση που θα αποκτήσει με το φαγητό του. Αν τρώει όλη η οικογένεια μαζί, αν το μωράκι κάθεται άνετα, αν έχει αρκετό χρόνο στη διάθεσή του για να φάει, τότε η ώρα του φαγητού θα γίνει μια από τις πιο ευχάριστες στιγμές του. Έτσι, δεν δημιουργούνται προβλήματα.

Γλυκά με μέτρο. Όσον αφορά τη ζάχαρη και τα γλυκά, αυτά δεν θα πρέπει να υπάρχουν στο τραπέζι, εκτός αν πρόκειται για μια ειδική περίπτωση. Δεν πρέπει, βέβαια, και να τα στερείτε εντελώς από το μικρό σας, αλλά να του τα δίνετε με μέτρο

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

	Αμυλούχες τροφές	Φρούτα – Λαχανικά	Πρωτεΐνες
6-9 μηνών	2-3μερίδες	2 μερίδες	1 μερίδα
9-12μηνών	3-4μερίδες	3-4μερίδες	1-2 μερίδες

Ποσότητες: Το μωρό σταδιακά θα τρώει μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού. Πέρα από τις ποσότητες των στερεών τροφών του παραπάνω οδηγού, το μωρό πρέπει να πίνει και 500-600ml γάλα την ημέρα. Μια μερίδα είναι μια φέτα ψωμί, ένα μικρό μπολ με δημητριακά ή μια μικρή ψητή πατάτα (αμυλούχες), ένα μήλο, ένα αχλάδι ή μια μπανάνα, ένα καρότο ή λίγα μπρόκολα ή ανθοί κουνουπιδιού (φρούτα-λαχανικά) και 25 γρ. κρέας ή ψάρι ή 50γρ. φακές (πρωτεΐνες).

Οι διατροφικές ανάγκες του βρέφους

Ποτέ δεν είναι πολύ νωρίς για να σχεδιάζετε το διαιτολόγιο του μωρού πάνω σε σωστές διατροφικές αρχές. Προσφέρετέ του όσο περισσότερες διαφορετικές τροφές δέχεται, αλλά να θυμάστε ότι μια υγιεινή δίαιτα ενηλίκων πλούσια σε φυτικές ίνες και φτωχή σε λίπος είναι ακατάλληλη για το πεπτικό σύστημα ενός μικρού παιδιού και τις ανάγκες του για ενέργεια. Φροντίζετε το μωρό να παίρνει καθημερινά κάποια από τα παρακάτω:

Φρούτα και λαχανικά:

Τα φρούτα και τα λαχανικά αποτελούν σημαντική πηγή βιταμινών, μετάλλων, ιχνοστοιχείων (θρεπτικών συστατικών που είναι σημαντικά αλλά υπάρχουν μόνο σε μικρές ποσότητες) και φυτικών ινών.

Σημαντικές βιταμίνες για τα μωρά και τα μικρά παιδιά είναι η βιταμίνη Α, που υπάρχει στα κόκκινα, τα πράσινα και τα κίτρινα φρούτα και λαχανικά, και η βιταμίνη C, που υπάρχει στα περισσότερα φρούτα και λαχανικά, (Αλλά κυρίως στα πράσινα λαχανικά και τα εσπεριδοειδή, τα μακρόστενα πεπόνια και στο μάνγκο.

Αμυλούχες τροφές (υδατάνθρακες):

Οι αμυλούχες τροφές όπως το ψωμί, οι πατάτες, το ρύζι, τα ζυμαρικά και τα δημητριακά είναι όλες σημαντικές επειδή παρέχουν ενέργεια, κάποια ποσότητα πρωτεϊνών και φυτικές ίνες, καθώς επίσης και ορισμένες βιταμίνες του συμπλέγματος Β. Πρωτεΐνες κρέας, ψάρι, αυγά, πουλερικά, όσπρια, ξηροί καρποί

Οι Πρωτεΐνες έχουν ζωτική σημασία στην ανάπτυξη του μωρού όσο προχωράει ο απογαλακτισμός, πρέπει να παίρνει το μωρό κάποιες πρωτεΐνες σε δύο γεύματα από τα τρία. Οι Πρωτεΐνες δεν είναι υποχρεωτικό να προέρχονται από κρέας ή ψάρι. Τα γαλακτοκομικά προϊόντα, τα φασόλια και οι φακές μαζί με κάποιο δημητριακό παρέχουν ικανοποιητική ποσότητα.

Λίπη:

Τα παιδιά αναλογικά χρειάζονται περισσότερο λίπος στη διαίτα τους απ' ό,τι οι ενήλικες, γι' αυτό τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού πρέπει να δίνονται γάλα, τυρί και γιαούρτι με όλα τους τα λιπαρά.

Φυτικές ίνες:

Το πεπτικό σύστημα ενός παιδιού δεν μπορεί να τ« βγάλει περά με πολύ μεγάλες ποσότητες φυτικών ινών. Μάλιστα, οι πλούσιες σε φυτικές ίνες τροφές μπορεί να κάνουν το παιδί να νιώθει χορτάτο χωρίς να του προσφέρουν τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται, Προτιμάτε ψωμιά και δημητριακά ολικής αλέσεως, αλλά μην προσθέτετε επιπλέον φυτικές ίνες στο φαγητό του .



ΚΡΕΑΣ-ΨΑΡΙ

Το κρέας και το ψάρι είναι συμπυκνωμένες πηγές πρωτεϊνών - που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη και την ικανότητα αποκατάστασης του σώματος του μωρού - και καλές πηγές και άλλων ζωτικών θρεπτικών συστατικών. Το κόκκινο κρέας και το συκώτι αποτελούν επίσης καλές πηγές σιδήρου.

Το άσπρο ψάρι είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες με λίγο λίπος και εύκολο στη μάσηση και την πέψη, ενώ τα λιπαρά ψάρια είναι καλές πηγές σιδήρου και λιποδιαλυτών βιταμινών όπως της βιταμίνης D, καθώς επίσης και πλούσιες πηγές ωμέγα-3 λιπαρών οξέων, που είναι σημαντικά για την ανάπτυξη του εγκεφάλου και την υγεία της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων.

ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΕΡΕΩΝ ΤΡΟΦΩΝ

Το πεπτικό σύστημα του μωρού δεν περιέχει τα απαραίτητα ένζυμα για να χωνεύονται οι στερεές τροφές. Η χορήγηση στερεών τροφών σε μωρό κάτω των τεσσάρων μηνών μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο να εμφανίσει αργότερα αλλεργίες όπως άσθμα, έκζεμα και αλλεργική ρινίτιδα. Αυτό συμβαίνει επειδή το έντερο δεν μπορεί να ξεχωρίσει και να απομακρύνει τα μεγάλα πρωτεϊνικά μόρια που μπορούν να προκαλέσουν αντιδράσεις.

Ο επίμονος βήχας είναι πιο συνηθισμένος στα μωρά που αρχίζουν να τρώνε στερεές τροφές πριν από τις 12 εβδομάδες.

Η επίμονη διάρροια, που προκαλείται από δυσανεξία στη γλουτένη, μια πρωτεΐνη που βρίσκεται στις τροφές με βάση το σιτάρι, είναι επίσης πιο συνηθισμένη στα μωρά που αρχίζουν να τρώνε στερεές τροφές πολύ νωρίς.

- Αν δώσουμε στερεές τροφές πολύ νωρίς σε ένα μωρό, καταπονούμε τα νεφρά του, αυξάνοντας τον κίνδυνο αφυδάτωσης.
- Τα μωρά που ξεκινούν πολύ νωρίς τις στερεές τροφές μπορεί να πάρουν υπερβολικό βάρος. Αυτό αποτελεί κίνδυνο για την υγεία. Τα υπέρβαρα βρέφη μπορεί να γίνουν υπέρβαροι ενήλικες με πρόσθετους κινδύνους για διαβήτη, καρδιοπάθειες και άλλα σοβαρά προβλήματα υγείας.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΠΡΩΩΡΩΝ ΚΑΙ ΛΙΠΟΒΑΡΩΝ ΒΡΕΦΩΝ

Πρώωρα συνήθως θεωρούνται αυτά που γεννήθηκαν πριν από την 37η εβδομάδα της εγκυμοσύνης και συχνά ζυγίζουν λιγότερο από 2500γρ. Για τα τελευταία χρησιμοποιείται και ο όρος λιποβαρή ή μικρά, σε σχέση με το βάρος και τη διάρκεια εγκυμοσύνης, είναι δηλαδή βρέφη που αν και είναι ώριμα (έχουν συμπληρώσει 36 βδομάδες εγκυμοσύνης) έχουν μικρό βάρος γέννησης και γενικά χαρακτηρίζονται από καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης.

Τα μικρά αυτά βρέφη:

- Έχουν περιορισμένα αποθέματα θρεπτικών συστατικών, τα οποία θα χρειαστούν σε περιόδους ανεπαρκούς διατροφής
- Έχουν πολύ περισσότερο νερό και λιγότερες πρωτεΐνες και μεταλλικά στοιχεία ανά κιλό βάρους σώματος.
- Έχουν λίγο υποδόριο λίπος
- Έχουν οστά φτωχά σε άλατα ασβεστίου
- Στο τέλος του δεύτερου τριμήνου εγκυμοσύνης το αντανακλαστικό του θηλασμού δεν έχει καλά αναπτυχθεί και το βρέφος είναι αδύναμο για να θηλάσει.

Οι μηχανισμοί του θηλασμού και της κατάποσης δεν έχουν συγχρονιστεί.

- Η γαστρική κινητικότητα και επομένως η κένωση του στομάχου δεν έχουν τελειώσει αναπτυχθεί καθώς και η κινητικότητα του εντέρου.
- Σ' αυτό το στάδιο ανάπτυξης το βρέφος φαινομενικά παράγει και εκκρίνει τις περισσότερες απ' τις κύριες ορμόνες του γαστρεντερικού συστήματος, αλλά σε σύγκριση με το τελειόμηνο βρέφος ή τον ενήλικα οι αντιδράσεις στα ερεθίσματα είναι αργές.

- Η νεφρική λειτουργία είναι περιορισμένη
- Το ανώριμο ήπαρ εκτός του ότι δεν έχει αναπτυγμένα αρκετά ενζυμικά συστήματα δεν έχει και επαρκείς αποθήκες σιδήρου.

Γενικά τα πρόωρα έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν τα λιπίδια ως κύρια πηγή ενέργειας. Οι ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά των μικρών αυτών βρεφών δεν έχουν πλήρως διερευνηθεί. Θεωρείται όμως ότι δεν προκαλούνται μεταβολικές διαταραχές, εφόσον χορηγούνται τέτοια θρεπτικά συστατικά, ώστε να συνεχίζεται ο ενδομήτριος ρυθμός ανάπτυξης. Ένα λιποβαρές βρέφος, που παίρνει 3-3.5gr/Kg/ημέρα πρωτεΐνη και περισσότερα από 120Kcal/Kg/ημέρα ενέργεια, θα αυξήσει το βάρος του σ' ένα ρυθμό ίσο ή μεγαλύτερο από τον ενδομήτριο. Το βρέφος για να έχει τον ενδομήτριο ρυθμό αύξησης χρειάζεται πρόσληψη: ασβεστίου 5-6 mmol/Kg/ημέρα και φωσφόρου 3-4 mmol/Kg/ημέρα. Οι απαιτήσεις για βιταμίνη D δεν ξεπερνούν τις 400 I.U./ημέρα, δηλαδή η ίδια πρόσληψη που συστήνεται και για τα τελειόμηνα. Η "ραχίτιδα της προωρότητας" είναι συνέπεια της ανεπαρκούς πρόσληψης ασβεστίου και / ή φωσφόρου μάλλον, παρά ανεπαρκούς πρόσληψης ή ατελούς μεταβολισμού της βιταμίνης D.

Τα βρέφη που τρέφονται με εξανθρωποποιημένα γάλατα, τα οποία περιέχουν μεγάλες ποσότητες πολυακόρεστων λιπαρών οξέων χρειάζονται συμπλήρωμα βιταμίνης E, αν η αναλογία βιταμίνη E/ πολυακόρεστα λιπαρά οξέα δεν είναι ικανοποιητική.

Επιπλέον η χορήγηση σιδήρου ή η χρήση εμπλουτισμένων με σίδηρο εξανθρωποποιημένων γαλάτων μπορεί να απαιτεί συμπλήρωμα βιταμίνης C. Στα πρόωρα και /ή λιποβαρή νεογόννητα είναι συνήθως απαραίτητη η χορήγηση συμπληρώματος σιδήρου κατά τους πρώτους 1-2 μήνες ζωής τους.

Ο ρόλος του ανθρώπινου γάλακτος στη διατροφή των λιπόβαρων βρεφών.

Εδώ και μια δεκαετία περίπου, έχει δείχτει ότι τα λιποβαρή βρέφη που τρέφονται με μητρικό γάλα κερδίζουν βάρος σχεδόν με τον ίδιο ρυθμό με τα βρέφη που τρέφονται με εξανθρωποποιημένο γάλα, αν και το γάλα αυτό παρέχει ένα πολύ μεγαλύτερο ποσό πρωτεΐνης. Ακόμη τα βρέφη που πίνουν μητρικό γάλα δεν εμφανίζουν τις μεταβολικές διαταραχές, οι οποίες παρατηρούνται συνήθως στα βρέφη που πίνουν εξανθρωποποιημένο γάλα αγελάδας.

Το γάλα απ' τις μητέρες οι οποίες γέννησαν πρόωρα περιέχει περίπου 20% περισσότερη πρωτεΐνη και επίσης περισσότερο νάτριο από το γάλα των μητέρων που γέννησαν τελειόμηνα.

Οι συγκεντρώσεις των περισσότερων άλλων θρεπτικών συστατικών, όσα έχουν μελετηθεί μέχρι σήμερα διαφέρουν ελάχιστα

στο γάλα των μητέρων που γέννησαν πρόωρα και εκείνων που έφθασαν στο τέλος της εγκυμοσύνης. Όμως το λίπος στις πρώτες είναι πιο εύπεπτο. Έτσι τα πρόωρα βρέφη που τρέφονται από το γάλα της μητέρας τους έχουν πιο καλούς ρυθμούς αύξησης βάρους από βρέφη που τρέφονται από γάλα ξένης μητέρας. Η υπονατριαιμία είναι ασυνήθιστη σε πρόωρα που τρέφονται με το γάλα της μητέρας τους, η ασβεστοποίηση όμως των οστών παραμένει προβληματική. Γι' αυτό απαιτούνται συμπληρώματα ασβεστίου και φωσφόρου. Επίσης συνιστώνται συμπληρώματα βιταμινών D και C και φυλλικού οξέος. Τα πρόωρα έχουν την ικανότητα να ελέγχουν την πρόσληψη θερμίδων και ν' αποφεύγουν έτσι τις συνέπειες από υπό- ή υπερσιτισμό. Η αντίθεση στις κατ' απαίτηση μεθόδους διατροφής προέρχεται συχνά από το νοσηλευτικό προσωπικό, που νομίζει ότι έτσι διαταράσσεται η τάξη του νοσοκομείου.

Λάθη κατά την διατροφή των πρόωρων βρεφών

Τα πιο συχνά περιλαμβάνουν:

- Εισαγωγή στερεών τροφών πριν από τον 4^ο μήνα ζωής
- Εισαγωγή αγελαδινού γάλακτος πριν τον 12^ο μήνα ζωής
- Προσφορά στερεών τροφών σε μπουκάλι
- Προσφορά άπαχου γάλακτος πριν τον 2^ο χρόνο ζωής.

Οι γονείς των πρόωρων μπορεί να είναι πιο αγχώδεις όσον αφορά στην αύξηση βάρους των παιδιών τους, και να κάνουν πιο συχνά τα παραπάνω λάθη. Δυστυχώς οι αρνητικές συνέπειες στην υγεία είναι πιο έντονες για τα πρόωρα σε σύγκριση με τα τελειόμηνα. Οι γονείς οφείλουν να θυμούνται ότι βρέφος ηλικίας 4 μηνών που γεννήθηκε πρόωρα 2 μήνες, είναι φυσιολογικά 2 μηνών.

Οι γονείς πρέπει να αποφεύγουν να παίρνουν οδηγίες για τη διατροφή και την ανάπτυξη των παιδιών τους από άσχετα επιστημονικά άτομα, όπως είναι οι υγιεινιστές. Οι ίδιοι οι γονείς μπορεί να έχουν την ιδιορρυθμία να ακολουθούν τις διάφορες αντιεπιστημονικές και αβάσιμες θεωρίες των υγιεινιστών, δεν έχουν όμως το δικαίωμα να τις επιβάλλουν στο νεογέννητο βρέφος τους, που δεν έχει τη βούληση να επιλέξει. Δεν έχουν το δικαίωμα οι γονείς αυτοί να θέτουν σε κίνδυνο την υγεία και ανάπτυξη του παιδιού τους, βασιζόμενοι σε αντιεπιστημονικές οδηγίες από ανεύθυνα άτομα.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΝΗΠΙΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 1-3 ΕΤΩΝ

Χαρακτηριστικά της ηλικίας αυτής

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, μετά τον πρώτο χρόνο της ζωής μειώνεται ο ρυθμός ανάπτυξης του παιδιού. Παρόλο όμως που δεν υπάρχει τόσο γρήγορη αύξηση, όσο τον πρώτο χρόνο, το σώμα του παιδιού αλλάζει. Τα πόδια μακραίνουν, το βρεφικό λίπος εξαφανίζεται και το βρέφος αρχίζει να παίρνει τα χαρακτηριστικά του παιδιού. Στο διάστημα αυτό αυξάνει σημαντικά η μυϊκή μάζα. Όταν το παιδί αρχίζει να περπατάει χρειάζεται περισσότερη μυϊκή μάζα, για να δυναμώσει το σώμα. Παράλληλα αναπτύσσεται ο σκελετός και κυρίως εναποτίθενται άλατα. Η εναπόθεση αυτή δυναμώνει τα οστά. Στον ένα χρόνο το παιδί έχει 6-8 δόντια. Στα 3 χρόνια έχει συμπληρωθεί η πρώτη οδοντοφυΐα (20 δόντια).

Οι ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά στην ηλικία αυτή

Ενέργεια Οι ανάγκες σε θερμίδες δεν είναι τόσο αυξημένες στην ηλικία αυτή, όσο μέχρι τον πρώτο χρόνο. Βεβαίως το παιδί εξακολουθεί να έχει πολύ περισσότερες ανάγκες σε θερμίδες ανά κιλό βάρους από ό,τι ο ενήλικας. Το ποσό των ενεργειακών αναγκών καθορίζεται από **τρεις** παράγοντες:

- α. μεταβολισμό,**
- β. το ρυθμό σωματικής αύξησης,**
- γ. δραστηριότητα**

Στον πρώτο χρόνο τα παιδιά χρειάζονται κατά μέσο όρο 1000 Kcal (βεβαίως εξαρτάται από την ανάπτυξη και την δραστηριότητα του παιδιού)- στον τρίτο χρόνο χρειάζονται κατά μέσο όρο 1400 kcal. Από τον πρώτο μέχρι τον δεύτερο χρόνο τα παιδιά δεν τρώνε, συνήθως, τόσο πολύ, όσο έτρωγαν από τους έξι μήνες μέχρι τον πρώτο χρόνο .

Η **θερμιδική πρόσληψη** πρέπει απαραίτητα να καλύπτεται, αλλά μια αυξημένη πρόσληψη είναι δυνατό να οδηγήσει σε παχυσαρκία που είναι πολύ συχνή, ιδιαίτερα κατά την πρώτη παιδική ηλικία, και σχετικά αποφασιστική για την ολοκλήρωση του κύκλου των διαιτητικών συνηθειών του άτομου.

Γενικά, το είδος της ζωής σήμερα περιορίζει τη δυνατότητα για ανάπτυξη πλήρους φυσικής δραστηριότητας του παιδιού με αποτέλεσμα να αυξάνει τη συχνότητα της παχυσαρκίας, κυρίως στις ανεπτυγμένες κοινωνίες. Η παχυσαρκία πρέπει πάντοτε να μας απασχολεί γιατί η θεραπεία της θεωρείται προβληματική. Η ύπαρξη της συνδέεται με πολλούς κινδύνους στη μετέπειτα ηλικία και η επιτυχημένη ακόμη αντιμετώπιση της ακολουθείται από πολλές «επιθυμίες» και διαιτητικά βιώματα

Πρωτεΐνες

Σε σχέση με τις ανάγκες σε θερμίδες, οι ανάγκες σε πρωτεΐνες είναι αυξημένες. Οι πρωτεϊνικές ανάγκες εξαρτώνται από την ποιότητα της πρωτεΐνης και τις φυσιολογικές ανάγκες του παιδιού. Το παιδί της ηλικίας αυτής χρειάζεται περίπου 23g πρωτεΐνης ημερησίως, επειδή στο διάστημα αυτό υπάρχει μια γρήγορη αύξηση του μυϊκού ιστού το παιδί έχει αυξημένες ανάγκες σε πρωτεΐνες. Οι πρωτεΐνες όμως αυτές πρέπει να προέρχονται

κατά τα δύο τρίτα από ζωικές πηγές (ψάρι, κοτόπουλο, αυγό, γάλα, τυρί) και το υπόλοιπο ένα τρίτο από φυτικές τροφές (όσπρια, δημητριακά, ρύζι, ψωμί και καλαμπόκι).

Βέβαια, ή ιδανική χρησιμοποίηση των πρωτεϊνών προϋποθέτει επαρκή θερμιδική κάλυψη, γιατί διαφορετικά μέρος των πρωτεϊνών μεταβολίζεται για παραγωγή ενέργειας. Ιδιαίτερα, για τα βρέφη μια δίαιτα θεωρείται πρωτεϊνικά επαρκής εφόσον οι θερμίδες από τις πρωτεΐνες της καλύπτουν το 10% τουλάχιστον των ολικών θερμιδών. Για τα παιδιά το ποσοστό αυτό καθορίζεται ακόμη χαμηλότερα (9%) και για τους ενήλικους 7%

Βιταμίνες-Μέταλλα

Το παιδί έχει αυξημένες ανάγκες σε βιταμίνες και μέταλλα. Ιδιαίτερα χρειάζεται ασβέστιο, απαραίτητο για το δυνάμωμα των οστών, που γίνεται παράλληλα με την αύξηση του μυϊκού ιστού. Πολλοί υποστηρίζουν ότι ή χορήγηση των βιταμινών A, D και C για τα πρώτα πέντε χρόνια της ζωής, καθώς και του σιδήρου για τα δυο πρώτα χρόνια τουλάχιστον, αποτελούν πολύ καλά προληπτικά μέτρα για την προφύλαξη από βιταμινική ανεπάρκεια και σιδηροπενική αναιμία. Για τους πρώτους μήνες της ζωής στα θηλάζοντα βρέφη φυσιολογικά δεν απαιτείται εμπλουτισμός σε βιταμίνες.

Τα φρούτα, τα λαχανικά και οι πλήρεις δημητριακοί καρποί (πιτυρούχοι) από τη μια αποτελούν φθηνές τροφές ιδιαίτερα πλούσιες σε βιταμίνες και νερό και λιγότερο σε άλατα και ιχνοστοιχεία και από την άλλη περιέχουν άπεπτες *φυτικές* ίνες απαραίτητες για τη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου.

Στην ηλικία αυτή το παιδί χρειάζεται 3 ποτήρια γάλα την ημέρα. Το μπιμπερό πρέπει να διακοπεί στους 12 μήνες. Πολλά παιδιά συνεχίζουν να πίνουν πολύ περισσότερο γάλα, μια συνήθεια που συνεχίζεται από την βρεφική ηλικία. Αυτό, πολλές φορές, έχει ως αποτέλεσμα να μην τρώνε αρκετές ποσότητες από άλλα τρόφιμα και έτσι να μην καλύπτουν τις ανάγκες τους σε ορισμένα θρεπτικά συστατικά (π.χ. σίδηρο, με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται σιδηροπενική αναιμία).

Βασικές αρχές διατροφής στην ηλικία αυτή

1. Πρέπει να του δίνουμε μικρές ποσότητες, αλλά πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά. Στην ηλικία αυτή, χρειάζεται περισσότερα μικρά γεύματα για να καλύψει τις ανάγκες του, σε σύγκριση με τον ενήλικα.
2. Τα παιδιά δεν πρέπει να πιέζονται από τους γονείς τους ,να φάνε περισσότερο από αυτό που θέλουν. Αν δεν φάνε αρκετά σε ένα γεύμα, θα πεινάσουν και θα φάνε περισσότερο στο επόμενο γεύμα, αρκεί να μην καταναλώσουν ενδιάμεσα γλυκά ή άλλα τρόφιμα που θα τα χορτάσουν και θα ελαττώσουν την όρεξη.
3. Να προσφέρονται πάντα θρεπτικές τροφές που μπορούν να φτιαχτούν εύκολα και γρήγορα, για να καταναλώνονται στα

ενδιάμεσα των κύριων γευμάτων διαστήματα, όπως τυρί, φρούτα.

4. Τα φαγητά πρέπει να μαγειρεύονται απλά, χωρίς αλάτι και καρυκεύματα. Πρέπει να αποφεύγονται τα τηγανητά και οι σάλτσες. Τα παιδιά στην ηλικία αυτή, πρέπει να αποκτήσουν σωστές διαιτητικές συνήθειες. Το πιο βασικό είναι να μάθουν να τρώνε ποικιλία τροφίμων. Αυτό μπορούν να το πετύχουν οι γονείς προσφέροντας στο παιδί καινούρια τρόφιμα και ενθαρρύνοντάς το να τα δοκιμάσει.
5. Βοηθάμε το παιδί να μάθει να τρώει μόνο του. Τα παιδιά στην ηλικία αυτή παλεύουν για την αυτονομία τους και στα περισσότερα αρέσει να προσπαθούν να φάνε μόνο τους. Οι γονείς δεν έχουν παρά να τα ενθαρρύνουν.
6. Μην πιέζετε το παιδί να φάει τροφές που αντιπαθεί. Συνήθως οι αντιπάθειες σε κάποια φαγητά δεν διαρκούν πολύ. Μπορείτε να προσφέρετε ένα όμοιο φαγητό, όπως φρούτο, αν δεν θέλει λαχανικά.

7. Τα παιδιά πρέπει να τρώνε σε ήρεμο περιβάλλον μαζί με όλη την οικογένεια. Θετικό ρόλο παίζει η εγγραφή στον Παιδικό Σταθμό όπου τρώει σε κανονικά διαστήματα και δοκιμάζει καινούργιες τροφές ή τροφές που απεχθανόταν. Τα παιδιά στην ηλικία αυτή, πρέπει να αποκτήσουν σωστές διαιτητικές συνήθειες. Το πιο βασικό είναι να μάθουν να τρώνε ποικιλία τροφίμων.

Τα περισσότερα παιδιά μετά τον πρώτο χρόνο συνηθίζουν σ' ένα πρόγραμμα διατροφής που αποτελείται από τρία κύρια γεύματα και δύο ενδιάμεσα. Στα ενδιάμεσα γεύματα το παιδί πίνει γάλα ή τρώει φρούτα.

Οι γονείς χρειάζεται να έχουν υπομονή και να αντιμετωπίζουν ήρεμα το θέμα της διατροφής των παιδιών τους.

Ο καλύτερος δείκτης για την αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης του παιδιού είναι η φυσιολογική του αύξηση σε βάρος και ύψος που συνοδεύεται από κλινική υγεία. Ο καθορισμός μιας αύξησης ως φυσιολογικής εξαρτάται από τη δυνατότητα του παιδιού να ακολουθεί την εκατοστιαία του θέση (σε βάρος και ύψος) σύμφωνα με τις διεθνείς σταθερές αύξησης, (εφόσον δεν υπάρχουν αντίστοιχες ελληνικές, που να θεωρούνται όμως καθολικά αποδεκτές). Γενικά δεν υπάρχει <<ιδεώδης>> δίαιτα για την κάλυψη των διαιτητικών απαιτήσεων στο παιδί. Υπάρχουν μόνο «ελάχιστες» διατροφικές απαιτήσεις για κάθε ηλικία, φύλο και σωματικό βάρος. Τις διατροφικές-ανάγκες του το παιδί είναι δυνατό να τις καλύψει με πολλούς συνδυασμούς τροφών.

ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΕΣ ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ ΘΡΕΠΤΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΥΓΗ ΠΑΙΔΙΑ				
	μέχρι 6 μήνες	μέχρι 12 μήνες	1-3 χρόνια	3-6 χρόνια
Ενέργεια				
kcal/ημέρα	650	850	1300	1800
kcal/ kg βάρους	95	84		
Πρωτεΐνες (g/ημέρα)				
	13	14	16	24
Απαραίτητα λιπαρά οξέα				
λινολεϊκό (g/kg βάρους)	0.2			
Λιποδιαλυτές βιταμίνες				
A (μg/ημέρα)	375	375	400	500
D (μg/ημέρα)	7.5 (300 IU)	10 (400 IU)	10	10
E (mg/ ημέρα)	3	4	6	6
K (μg/ημέρα)	5	10	1 μg/kg/ημέρα	1 μg/kg/ημέρα
Υδατοδιαλυτές βιταμίνες				
C (mg/ημ)	30	βαθμιαία αυξανόμενο ποσό		
B1 (mg/1000kcal)	0.4	0.4	0.5	0.5
B2 (mg/1000kcal)	0.6	0.6	0.6	0.6
νιασίνη (NES/100 kcal) (NES = Niacin Equivalent 60mg τρυπτοφάνης= 1 μg νιασίνης)	8	6.6	6.6	6.6
B6 (mg/ημ)	0.3	0.6		
B12 (μg/kg/ημ)	0.05	0.05		
φυλλικό οξύ (μg/kg/ημ)	3.6	3.6		
βιοτίνη (μg/ημ)	10	15		
παντοθενικό οξύ (mg/ημ)	2-3	2-3		
Μέταλλα και Ιχνοστοιχεία				
ασβέστιο (mg/ ημ)	400	600	800	800
φωσφόρος (mg/ημ)	300	500	800	800
μαγνήσιο (mg/ημ)	30	60	6mg/kg/ημ	6mg/kg/ημ
σίδηρος (mg/ημ) (χωρίς θηλασμό : 1mg/Kg/ημ)	10-15	10		
ψευδάργυρος (ng/ημ)	10	10	10	10
σελήνιο (μg/ημ)	5	15	15	15
χαλκός (μg/100kcal)	60	60	60	60
μαγγάνιο (mg/ημ)	0.4	0.7	0.7	0.7
φθόριο (mg/ημ)	0.1-1	0.1-1	0.5-1.5	0.5-1.5
νάτριο (mg/ημ)	120	200-225	300	300
χλώριο (mg/ημ)	180	300-350	500	
κάλιο (mg/ημ)	500	700-1000	1400	

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΔΙΑΙΤΑΣ ΝΗΠΙΟΥ ΗΛΙΚΙΑΣ 1-3 χρόνων

Χαρακτηριστικά:

500 ml φρέσκο γάλα παστεριωμένο ή βρασμένο
3-4 φορές την εβδομάδα, ψάρι, κοτόπουλο ή κρέας (μικρή ποσότητα περίπου 20-30 γρ.)
3-4 φορές την εβδομάδα όσπρια
1 φορά την εβδομάδα συκώτι (μικρή ποσότητα, 20-30γρ.)
τρεις ή τέσσερις φορές την ημέρα φρούτα

Πρωινό:

1 μικρό ποτήρι φρέσκο χυμό φρούτου ή 1 φρούτο
2 κουταλιές της σούπας δημητριακά για πρωινό
1 ποτήρι γάλα & 1 φέτα ψωμί

Ενδιάμεσο:

Μισό ποτήρι χυμού φρούτων (π.χ. πορτοκάλι)
1 αυγό

Μεσημέρι:

30 γραμ., ψάρι ή κοτόπουλο ή κρέας
50 γραμ. πατάτα βραστή ή ψητή
30 γραμ. καρότα ή άλλα λαχανικά (δύο κουταλιές της σούπας)
3 κουταλάκια του γλυκού ελαιόλαδο
Μισή ντομάτα
1 φρούτο

Απόγευμα:

1 ποτήρι γάλα ή μια κρέμα γάλακτος ή 1 γιαούρτι

Βράδυ:

30 γρ. ρύζι πιλάφι
Μισή ντομάτα ή καρότο
30 γρ. τυρί τριμμένο στο ρύζι

Προ του ύπνου:

1 ποτήρι γάλα ή γιαούρτι

2.5 Προβλήματα σχετιζόμενα με τη σίτιση στη βρεφική και παιδική ηλικία

ΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΔΥΣΑΝΕΞΙΕΣ

Δυσανεξία στη λακτόζη

Πολλά μωράκια υποφέρουν συχνά από πόνους στην κοιλίτσα, διάρροια και φουσκώματα, που οφείλονται στην αδυναμία του οργανισμού τους να ανεχθεί τη λακτόζη. Η λακτόζη είναι ένας υδατάνθρακας που περιλαμβάνεται στο μητρικό γάλα, αλλά συνήθως και στις βρεφικές τροφές, ο οποίος σε μερικές περιπτώσεις δεν γίνεται ανεκτός από το βρεφικό εντεράκι. Αυτό συμβαίνει όταν στον οργανισμό του μωρού δεν παράγεται επαρκώς η λακτάση, το ένζυμο που είναι υπεύθυνο για τη διάσπαση της λακτόζης και τη χρησιμοποίησή της από τον οργανισμό.

1.- Συμβαίνει μερικές φορές στα μικρά βρέφη, μετά από μία ιογενή γαστρεντερίτιδα, το τμήμα των κυττάρων του εντέρου που περιέχει το ένζυμο λακτάση που είναι υπεύθυνο για την αφομοίωση της λακτόζης να χάσει για λίγο καιρό την ακεραιότητά του και να μην παράγει την ποσότητα λακτάσης που είναι απαραίτητη για την αφομοίωση της λακτόζης, με αποτέλεσμα το μωρό να παρουσιάζει πόνο στην κοιλιά μετά το γάλα και διάρροιες.

Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να απευθυνθείτε στον παιδογαστρεντερολόγο ο οποίος θα υποβάλλει το μωρό σε μία απλή εξέταση (Test λακτόζης), και εάν πιστοποιήσει πρόβλημα στην αφομοίωση της λακτόζης θα συστήσει ειδικό γάλα, που μπορεί να περιέχει κάποιον άλλο υδατάνθρακα (σύνθετους πολυσακχαρίτες, άμυλο καλαμποκιού, πολυμερή γλυκόζης) για κάποιο χρονικό διάστημα που κυμαίνεται από 2 εβδομάδες μέχρι 1 μήνα.

2.-Υπάρχουν, ακόμη, και σοβαρές περιπτώσεις έλλειψης του ενζύμου που μπορεί να οφείλονται σε κάποια γενετική ανωμαλία. Σε αυτή την περίπτωση, τα συμπτώματα εκδηλώνονται αμέσως μετά τη γέννηση, μετά την πρώτη σίτιση του μωρού με γάλα και είναι πολύ σοβαρά. Ευτυχώς αυτή η περίπτωση είναι σπανιότατη και όταν υπάρξει, η διάγνωση γίνεται αμέσως. Τα συμπτώματα από τη δυσανεξία της λακτόζης συνήθως είναι τα εξής: ναυτία, κοιλιακός πόνος, έντονη κινητικότητα του εντέρου, φούσκωμα και υδαρείς κενώσεις.

Αλλεργία στις τροφές

Η αλλεργία στις τροφές είναι ένα συχνό πρόβλημα στην εποχή μας που μπορεί να παρουσιαστεί ακόμη και στη βρεφική ηλικία. Αλλεργία μπορεί να προκαλέσουν πολλές τροφές όπως το γάλα αγελάδας, το αυγό, τα σιτηρά, το πορτοκάλι, το ψάρι, οι ξηροί καρποί. Το γάλα αγελάδας προκαλεί συχνότερα από κάθε άλλη τροφή αλλεργία σε μωρά που έχουν προδιάθεση για αλλεργία, δηλαδή αυτά τα οποία έχουν γονείς ή αδέρφια αλλεργικούς. Η αλλεργία μπορεί να εκδηλωθεί με πολλούς τρόπους όπως κοκκινίλες στο δέρμα του προσώπου ή του σώματος, εμέτους και αναγωγές, κωλικούς, διάρροιες, πρόσμιξη αίματος στα κόπρανα, στασιμότητα βάρους, βήχα, δύσπνοια κ.α. Σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να απευθυνθείτε στον παιδογαστρεντερολόγο ο οποίος αφού υποβάλλει το μωρό σε

μερικές εξετάσεις για την πιστοποίηση της αλλεργίας, θα συστήσει το κατάλληλο γάλα για την σίτιση του μωρού.

Η αλλεργία προλαμβάνεται.

Η αλλεργία μπορεί να προληφθεί. Τα μωρά που προέρχονται από αλλεργικούς γονείς (ή έχουν αδέρφια με αλλεργία) θα πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να σιτίζονται με μητρικό γάλα κατά τους πρώτους 4-6 μήνες της ζωής. Οι στερεές τροφές δεν πρέπει να αρχίζουν πριν τον 6ο μήνα, το αυγό πριν τον 1ο χρόνο και το ψάρι πριν τον 3ο χρόνο. Σε περίπτωση που το γάλα της μητέρας δεν επαρκεί, τότε χορηγείται ειδικό υποαλλεργικό γάλα κατά τους πρώτους 6 μήνες τουλάχιστον, το οποίο θα το συστήσει ο παιδίατρος ή ο παιδογαστρεντερολόγος. Απαραίτητη παράλληλα είναι η δημιουργία υγιεινού περιβάλλοντος στο σπίτι με αποφυγή του καπνίσματος, όπως και η αποφυγή των παιδικών σταθμών με σκοπό την μείωση των ιώσεων στο βρέφος.

ΚΩΛΙΚΟΙ

Ως κωλικοί χαρακτηρίζονται τα επεισόδια πόνου στην κοιλιά που παρουσιάζει το βρέφος σε ηλικία από έξι εβδομάδων μέχρι τριών μηνών, τις απογευματινές, συνήθως, ώρες. Όταν το μωράκι υποφέρει από κωλικούς, κλαίει, μερικές φορές ουρλιάζει και παράλληλα τραβά τα πόδια προς την κοιλιά του, δείχνοντας ότι το ενοχλεί η κοιλιά του. Πρόκειται για ένα φυσιολογικό φαινόμενο το οποίο δεν βλάπτει το βρέφος, είναι περιορισμένης χρονικής διάρκειας, σταματά όταν το βρέφος γίνει τριών μηνών και δεν επιβαρύνει καθόλου την κατάσταση ή την ανάπτυξη του. Παρ' όλα αυτά, σίγουρα σας δημιουργεί άγχος και στρες. Οι κωλικοί, με χαρακτηριστική κλινική εικόνα, ποτέ δεν συνοδεύονται από άλλα συμπτώματα, όπως εμετούς, διάρροιες κ.λπ. Έτσι, λοιπόν, αν ο πόνος σε ένα βρέφος συνοδεύεται από εμετούς ή διάρροια ή άλλα συμπτώματα, δεν θα πρέπει να θεωρηθεί κωλικός. Μερικές φορές, η αιτία τέτοιων επίμονων κωλικών μπορεί να είναι η αλλεργία στο γάλα αγελάδας. Σε αυτή την περίπτωση, το μωρό μπορεί να παρουσιάζει παράλληλα τραχύτητα δέρματος και κοκκινάδες στα μάγουλα, διάρροιες ή πρόσμιξη αίματος στα κόπρανα.

Αναγωγές

Οι αναγωγές ("γουλίτσες") είναι ένα πολύ συνηθισμένο πρόβλημα κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του βρέφους. Συμβαίνουν σε ένα μεγάλο ποσοστό των μωρών (20% των βρεφών) και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν επηρεάζουν την ανάπτυξη του βρέφους. Μόνο ένα μικρό ποσοστό των βρεφών (7%) υποφέρει από τη λεγόμενη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, την παλινδρόμηση, δηλαδή, του φαγητού από το στομάχι στον οισοφάγο, που είναι σοβαρότερη κατάσταση. Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση μπορεί να δημιουργήσει διάφορα προβλήματα στα μικρά, από στασιμότητα βάρους μέχρι και αναπνευστικά προβλήματα ή και άπνοια. Ένα μεγάλο ποσοστό βρεφών με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (80%) ξεπερνούν το πρόβλημα στην ηλικία του ενός έτους, ενώ το 10-15% ξεπερνούν το πρόβλημα στην ηλικία των δύο ετών.

ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Η δυσκοιλιότητα, είναι ένα πρόβλημα το οποίο συμβαίνει στα μωρά τα οποία συνήθως τρέφονται με ξένο γάλα, ενώ τα μωράκια τα οποία θηλάζουν δεν παρουσιάζουν συχνά δυσκοιλιότητα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα λιπαρά οξέα που υπάρχουν στο μητρικό γάλα απορροφώνται πλήρως, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ελάχιστες ποσότητες σαπώνων ασβεστίου στα κόπρανα (οι σάπωνες είναι ουσίες στις οποίες οφείλεται η σκληρότητα των κοπράνων).

Ένα βρέφος έχει δυσκοιλιότητα όταν κάνει «κακά» λιγότερο από μία φορά κάθε τρεις μέρες, ενώ τα κόπρανά του είναι πολύ σκληρά. Αν η σκληρότητα παρουσιάζεται από τις πρώτες μέρες μετά τη γέννηση, τότε πρέπει οπωσδήποτε να απευθυνθείτε στον παιδίατρο. Σε σπάνιες περιπτώσεις, η δυσκοιλιότητα οφείλεται σε προβλήματα στένωσης του παχέος εντέρου σε κάποιο σημείο και γι' αυτό, όταν η δυσκοιλιότητα είναι επίμονη και ξεκινά από τη γέννηση, πρέπει να πηγαίνετε στον παιδίατρο για εξετάσεις.

ΔΙΑΡΡΟΙΑ ΚΑΙ ΕΜΕΤΟΙ

Η διάρροια χαρακτηρίζεται από το είδος των κοπράνων και όχι από τη συχνότητα, κυρίως όταν αναφερόμαστε στα βρέφη. Τα κόπρανα των βρεφών που θηλάζουν είναι συνήθως πιο μαλακά και ανοικτότερου χρώματος από εκείνα των βρεφών που τρέφονται με γάλα αγελάδας. Είναι πιθανόν ένα βρέφος να έχει κένωση μετά από κάθε γεύμα. Αυτό δεν είναι παθολογικό, αν τα κόπρανα είναι φυσιολογικής σύστασης (σαν κρέμα).

Η διάρροια οφείλεται σε κάποια γαστρεντερική διαταραχή και χαρακτηρίζεται από συχνές κενώσεις με αραιά (αραιότερα από κρέμα) κόπρανα, στα οποία πολλές φορές μπορεί να υπάρχει αίμα ή βλέννα. Όταν το παιδί έχει συνεχή διάρροια που συνοδεύεται από εμετούς τότε πρέπει να ειδοποιηθεί το συντομότερο ο γιατρός, γιατί ο κίνδυνος αφυδάτωσης είναι μεγάλος. Τα συμπτώματα της αφυδάτωσης είναι ο πυρετός, η ασυνήθιστη δίψα, το ξηρό στόμα, η απώλεια βάρους, η μη ούρηση για περισσότερες από 6 ώρες.

Στα βρέφη πολύ συχνά ο εμετός συγχέεται με την αναγωγή (δηλαδή την έξοδο από το στόμα του παιδιού μικρής ποσότητας τροφής, αμέσως μετά το γεύμα). Η αναγωγή είναι φυσιολογικό φαινόμενο στο 1^ο εξάμηνο της ζωής του παιδιού γιατί δεν έχει αναπτυχθεί ακόμη ο γαστροοισοφαγικός σφιγκτήρας, που εμποδίζει την παλινδρόμηση τροφής από το στομάχι στον οισοφάγο.

Αν οι αναγωγές είναι επίμονες, αντιμετωπίζονται με μικρά συχνά γεύματα και τοποθέτηση του παιδιού σε κατάλληλη θέση (ημικαθιστό για να βρίσκεται το κεφάλι πιο ψηλά από το σώμα), αμέσως μετά το γεύμα.

Η διάκριση αναγωγής-εμετού είναι δύσκολη στην ηλικία αυτή. Ο εμετός συμβαίνει κάποια ώρα μετά το γεύμα, η ποσότητα τροφής που βγαίνει είναι πιο μεγάλη, όπως επίσης και η δύναμη με την οποία το παιδί βγάζει την τροφή.

ΠΡΩΤΕΪΝΙΚΟΣ- ΘΕΡΜΙΔΙΚΟΣ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΣ

Είναι ένας συλλογικός όρος που καλύπτει τις κλινικές συνέπειες της νηστείας σε μικρά παιδιά. Αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο στις αναπτυσσόμενες χώρες και στοιχίζει πολυάριθμες ζωές. Χαρακτηρίζεται από ανησυχία, κλάμα, και ανεπαρκή πρόσληψη σωματικού βάρους παρά το πλήρες άδειασμα του μπιμπερό ή του στήθους, ο υποσιτισμός ομοίως μπορεί να δημιουργηθεί και από την ανικανότητα του βρέφους να προσλάβει επαρκή ποσότητα τροφής ακόμα και αν αυτή προσφέρεται σε επάρκεια.

Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να εξετάζονται:

- 1) η συχνότητα των γευμάτων**
 - 2) ο τρόπος χορήγησης τους**
 - 3) το μέγεθος της οπής της θηλής**
 - 4) η επάρκεια αποβολής του αέρα**
- η πιθανότητα ψυχικής δυσαρμονίας μεταξύ μητέρας/ βρέφους και η πιθανότητα σημαντικής νόσου του βρέφους.**

Ο βαθμός και η διάρκεια του υποσιτισμού καθορίζουν τις κλινικές εκδηλώσεις:

α) Δυσκοιλιότητα

β) Αϋπνία

γ) Ανησυχία και υπερβολικό κλάμα είναι τα προέχοντα σημεία

Μπορεί να υπάρχει απώλεια βάρους ή χαμηλή πρόσληψη βάρους.

Στην πρώτη περίπτωση το δέρμα είναι ξερό και ρυτιδωμένο, ο υποδόριος λιπώδης ιστός εξαφανίζεται και το βρέφος δίνει την εντύπωση γερασμένου απόμου. Η ανεπαρκής πρόσληψη βιταμινών Α, Β, C και D σιδήρου και κυρίως πρωτεϊνών μπορεί να είναι υπεύθυνη για την εμφάνιση χαρακτηριστικών κλινικών εκδηλώσεων.

Η θεραπεία συνίσταται στην αύξηση της πρόσληψης υγρών, θρεπτικών υλών (πρωτεΐνες) και υλικού ενέργειας (υδατάνθρακες ή λιπαρά) στην αντιμετώπιση της έλλειψης βιταμινών και ιχνοστοιχείων και στη σωστή καθοδήγηση της μητέρας όσον αφορά την τεχνική της διατροφής. Αν όμως υποκρύπτεται κάποια συστηματική νόσος ή ψυχολογικό πρόβλημα, απαιτείται ειδική αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών.

Κλινικές Μορφές

Ο πρωτεϊνικός-θερμιδικός υποσιτισμός συνήθως κατατάσσεται σε δυο κατηγορίες ασθενειών :

A) Kwashiorkor

B) Μαρασμό .

Μαρασμός:

Η μορφή αυτή προκύπτει από έλλειψη τόσο θερμιδών όσο και πρωτεϊνών (καθώς και άλλων θρεπτικών ουσιών) και οδηγεί σε καθολική φθορά του σώματος.

Kwashiorkor:

Η μορφή αυτή χαρακτηρίζεται από οίδημα και λιπώδη διήθηση του ήπατος και προκαλεί διάταση της κοιλιάς των παιδιών. Το οίδημα αποτελεί μειωμένη

συγκέντρωση λευκωματίνης στον ορό. Σύμφωνα λοιπόν με μελέτες τα παιδιά με υψηλές ανάγκες σε πρωτεΐνες εμφανίζουν τη μορφή

Χαρακτηριστικά των δύο σημαντικότερων μορφών πρωτεϊνικού - θερμιδικού υποσιτισμού.

	Μαρασμός	Kwashiorkor
Σημαντική έλλειψη	Πρωτεΐνες και ενέργεια	Πρωτεΐνες
Μέγιστη ηλικία εμφάνισης σε μήνες	6-18	12-48
Απίσχυανση	Σοβαρή	Λιγότερο σοβαρή
Οίδημα	Καθόλου	Ήπιο έως σοβαρό
Λιπώσης οίησηση ηπατος (οίογκωση κοιιλιάς)	Καθόλου έως ήπια	Σοβαρή
Δερματικές αλλαγές	Σπάνιες	Συνηθισμένες
Αλλαγές στα μαλλιά (κόκκινα, εύθραυστα	Σπάνιες	Συνηθισμένες
Λευκωματίνη ορού	Φυσιολογική έως χαμηλή	χαμηλή

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Υπέρβαρο: 10 - 20% πάνω από το ιδανικό βάρος

Παχυσαρκία: 20% (ή περισσότερο) πάνω από το ιδανικό βάρος

Η παχυσαρκία είναι από τα συχνότερα προβλήματα, τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες. Συχνά το πρόβλημα της παχυσαρκίας αρχίζει από την παιδική ηλικία. Πρακτικά, η διάγνωση γίνεται από την εμφάνιση του παιδιού και την προσεκτική μέτρηση του βάρους, του ύψους και των δερματικών πτυχών του παιδιού. Τα εύσωμα παιδιά μπορεί να έχουν σχετικά μεγάλο σκελετό και μυϊκό ιστό σε ποσότητα πάνω από το μέσο όρο, κι έτσι το βάρος και το ύψος τους να ξεπερνούν το μέσο όρο των παιδιών της ηλικίας τους, αλλά δεν πρέπει να θεωρούνται παχύσαρκα. Η παχυσαρκία είναι συνήθως συνέπεια υπερφαγίας. Μεγάλη ποσότητα λίπους συγκεντρώνεται στον υποδόριο αλλά και σ' άλλους ιστούς. Το λίπος του σώματος μπορεί να μετρηθεί ποσοτικά με τη μέτρηση των δερματικών πτυχών και με τη χρήση ορισμένων άλλων οργάνων.

Η παχυσαρκία οφείλεται στην υπερβολικά μεγάλη πρόσληψη τροφής, η οποία σχετίζεται με γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η όρεξη μπορεί να επηρεάζεται από μια ποικιλία παραγόντων που περιλαμβάνουν ψυχολογικές διαταραχές και οργανικές βλάβες, ενώ παράλληλα η επίδραση της κληρονομικότητας είναι πολύ ισχυρή.

Η απουσία κινητικής δραστηριότητας συμβάλλει επίσης συχνά στην εμφάνιση της παχυσαρκίας. Η ασθένεια που κρατά το παιδί στο κρεβάτι για παρατεταμένες χρονικές περιόδους μπορεί επίσης να καταλήξει σε παχυσαρκία. Η χρόνια και αλόγιστη προσφορά του μπιμπερό ως μέσου που θα ηρεμήσει ένα βρέφος το οποίο κλαίει ή είναι γκρινιάρικο, μπορεί να δημιουργήσει μια κακή συνήθεια που κάνει το βρέφος να περιμένει ή να ζητά τροφή, όποτε αισθάνεται απογοήτευση. Αν η παχυσαρκία αρχίσει από νωρίς, είναι πιθανόν να επιμείνει στα μετέπειτα χρόνια. Μια αλόγιστη και πρώιμη εισαγωγή στερεών τροφών με αυξημένη ενέργεια είναι ενδεχόμενο να οδηγήσει σε γρήγορη αύξηση του βάρους και παχυσαρκία.

Η παχυσαρκία μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, πιο συχνά όμως εμφανίζεται είτε στον πρώτο χρόνο ζωής, ή τον 5^ο-6^ο χρόνο ή ακόμα στη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας. Ψυχολογικές διαταραχές είναι συχνές στα παχύσαρκα παιδιά. Τα παιδιά παχύσαρκων γονέων ή εκείνα που έχουν παχύσαρκα αδέρφια πρέπει να ενθαρρύνονται να ακολουθούν ένα συστηματικό πρόγραμμα σωματικής άσκησης και μια ισορροπημένη σε ενέργεια διατροφή.

Το ιδανικό βάρος είναι επιθυμητό όχι μόνο για αισθητικούς λόγους αλλά και για να προληφθούν διάφορες επιπλοκές της παχυσαρκίας, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, οι αναπνοές μικρού εύρους και η αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Τα υπέρβαρα βρέφη μπορούν να γίνουν σε μεγάλο ποσοστό υπέρβαροι ενήλικες, αν μείνουν χωρίς θεραπεία.

Για να πετύχει όμως η θεραπεία ενός παχύσαρκου παιδιού χρειάζεται να δοθούν κίνητρα στο παιδί, ώστε να ελαττωθεί ο ρυθμός που παίρνει βάρος.

Σ' αυτό βοηθά η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και ο περιορισμός του χρόνου που παρακολουθεί τηλεόραση το παιδί. Στο σχεδιασμό της διαιτητικής αντιμετώπισης των παχύσαρκων παιδιών πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν ότι υποθερμιδική διατροφή μπορεί να αναστείλει την ανάπτυξη του παιδιού. Γι' αυτό, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στη σωστή επιλογή τροφίμων και στην αύξηση της σωματικής άσκησης. Μερικά παιδιά σταματάνε να τρώνε υπερβολικά, όταν επανέλθουν σε μια διατροφή ελεύθερης επιλογής.

Η διατροφή πρέπει να περιέχει όσο το δυνατόν πιο πολλές άπεπτες φυτικές ίνες (όσπρια, φρούτα, λαχανικά, μαύρο ψωμί και δημητριακά με πίτουρο). Μερικές φορές επιτυγχάνεται καλύτερη συνεργασία, αν προστεθούν ενδιάμεσα μικρά γεύματα, ειδικά το απογευματινό. Δεν πρέπει να γίνεται προσπάθεια απώλειας βάρους, αλλά μείωση του ρυθμού που κερδίζει βάρος το παιδί.

Οποσδήποτε πρέπει να υπάρχει στενή ιατρική επίβλεψη, συνεργασία ειδικού διαιτολόγου, όταν χρειάζεται, και κατά συχνά διαστήματα προσεκτική εκτίμηση της θρέψης και ανάπτυξης του παιδιού από τον παιδίατρο. Η ψυχολογική υποστήριξη είναι συχνά ουσιώδης και θα πρέπει να περιλαμβάνει και την οικογένεια.

ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Αυτή είναι η πιο συνήθης μορφή αναιμίας. Η έλλειψη σιδήρου εμποδίζει την παραγωγή αιμοσφαιρίνης, μιας πρωτεΐνης εντός των ερυθροκυττάρων, η οποία μεταφέρει οξυγόνο σ' όλο το σώμα.

Επαρκής σίδηρος αποθηκεύεται στο ήπαρ ενός βρέφους για τους τέσσερις πρώτους μήνες της ζωής. Βρέφη που γεννιούνται πρόωρα δεν έχουν αυτά τα αποθέματα σιδήρου και βρίσκονται σε κίνδυνο για αναιμία ιδίως τον πρώτο χρόνο της ζωής. Μια δίαιτα πτωχή σ' οποιαδήποτε ηλικία μπορεί να προκαλέσει αναιμία, αλλά τα νήπια που μπορεί να είναι απρόθυμα να φάνε στερεές τροφές είναι ιδιαίτερα επιρρεπή. Είναι επίσης συχνή στην κοιλιοκάκη λόγω της πτωχής απορρόφησης σιδήρου.

Αναγνώριση της αναιμίας στα παιδιά

Ένα παιδί με αναιμία πιθανόν να φαίνεται χλομό. Οι βλεννογόνοι των βλεφάρων και του στόματος θα είναι επίσης ωχροί - πιθανόν οι μόνες ευδιάκριτες περιοχές ωχρότητας σ' ένα παιδί με μαύρο δέρμα. Μπορείτε να παρατηρήσετε ότι κουράζεται γρήγορα, δεν έχει ενεργητικότητα και δυσπνοές κατά τη φυσική δραστηριότητα. Άλλα σημεία μπορεί να περιλαμβάνουν ανορεξία, ευερεθιστότητα, συχνές λοιμώξεις και καθυστέρηση αύξησης. Ναυτία, εμετοί και λιποθυμία μπορεί να συμβούν. Χαμηλό επίπεδο αιμοσφαιρίνης σε εξέταση αίματος σημαίνει αναιμία.

Θεραπεία και πρόληψη της αναιμίας

Θεραπεία

Τροφές πλούσιες σε σίδηρο συν συμπληρώματα σιδήρου υπό τη μορφή φαρμάκου ή δισκίων είναι η βάση της θεραπείας. Επειδή η όρεξη είναι κακή μπορεί να είναι δύσκολο να κάνουμε ένα μικρό παιδί να φάει τροφές πλούσιες σε σίδηρο.

Ο καλύτερος διαιτητικά σίδηρος περιέχεται σε τροφές όπως το κόκκινο κρέας, το συκώτι και τα προϊόντα του κρέατος. Καλείται σίδηρος της αίμης και απορροφάται αμέσως από τον οργανισμό. Σε πολλά παιδιά δεν αρέσει το συκώτι σκέτο αλλά μπορεί να κοπεί σε μικρά κομματάκια και να προστεθεί σε φαγητά μαγειρεμένα ή σε κιμά.

Ο σίδηρος που δεν είναι της αίμης, βρίσκεται σε φυτικές τροφές και λαχανικά όπως τα όσπρια, τα δημητριακά, τα λαχανικά με πράσινα φύλλα, τα ξερά φρούτα και το κακάο, απορροφάται λιγότερο καλά και είναι σημαντικό μ' αυτές τις τροφές να παρέχεται αρκετή βιταμίνη C η οποία βοηθά την απορρόφηση του σιδήρου.

Πρόληψη

Ενθαρρύνετε τακτικά και υγιεινά γεύματα και σνακς προσφέροντας μία ποικιλία τροφών από τις ομάδες τροφίμων. Αποθαρρύνετε το "τσιμπολόγημα" τροφών με πολλές θερμίδες που αφήνουν λίγο χώρο για βασικές θρεπτικές τροφές.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΕΛΛΕΙΨΗ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ

Αυτές προκύπτουν είτε από έλλειψη μιας συγκεκριμένης βιταμίνης στη διαίτα ή σαν αποτέλεσμα αδυναμίας απορρόφησης λόγω ενός εντερικού προβλήματος. Το μητρικό γάλα περιέχει όλες τις βιταμίνες που χρειάζεται ένα βρέφος καθ' όσον χρόνο η διαίτα της μητέρας του είναι ισορροπημένη και ποικίλη. Τα γάλατα σε φόρμουλα είναι εμπλουτισμένα με βιταμίνες.

Αν και οι ελλείψεις βιταμινών είναι σχετικά ασυνήθεις, η ταχεία αύξηση και ανάπτυξη που λαμβάνει χώρα κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία καθιστά δυνατή την έλλειψη και η ραχίτιδα και το σκορβούτο παρατηρούνται ακόμη στα παιδιά. Ραχίτιδα παρατηρείται συνηθέστερα μεταξύ των ασιατικών πληθυσμών.

Οφείλεται σε έλλειψη βιταμίνης D στην παραδοσιακή τους διαίτα με δημητριακά και λαχανικά καθώς επίσης και στις συνήθειες ένδυσης που μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα μικρότερη έκθεση στο ηλιακό φως. Μαργαρίνη, αυγά και λιπαρά ψάρια (όλα πηγές βιταμίνης D) μπορεί να περιληφθούν στη διαίτα. Καθημερινά συμπληρώματα βιταμινών A, D και C από την έναρξη του απογαλακτισμού μέχρι τα 5 χρόνια θα εξασφαλίσουν επαρκή πρόσληψη βιταμινών σε όλα τα παιδιά και ιδιαίτερα σ' εκείνα που μπορεί να λαμβάνουν διαίτα πτωχή ή περνούν μια φάση νευρικότητας στο φαγητό.

Οι εποχές με το μεγαλύτερο κίνδυνο έλλειψης βιταμινών είναι:

- κατά τον απογαλακτισμό οπότε η σίτιση μετατοπίζεται από το γάλα σε στερεές τροφές

- κατά τη νηπιακή ηλικία οπότε οι ιδιοτροπίες στο φαγητό είναι συχνές κατά τη διάρκεια νόσου

- σε περιοριστικές δίαιτες όπως σε αυστηρά χορτοφαγικές και μακροβιοτικές δίαιτες και σε περιπτώσεις τροφικής αλλεργίας ή δυσανεξίας

Τα βρέφη χρειάζονται μεγάλες ποσότητες ασβεστίου λόγω της ταχείας αύξησης και η βιταμίνη D είναι απαραίτητη για την απορρόφηση του ασβεστίου. Επειδή το ηλιακό φως είναι η καλύτερη πηγή βιταμίνης D, βρίσκονται ιδιαίτερο σε κίνδυνο για έλλειψη εάν ζουν μέσα για μακρά χρονικά διαστήματα, είναι καλυμμένα πάρα πολύ όταν βγαίνουν έξω ή όταν το ηλιακό φως σπανίζει.



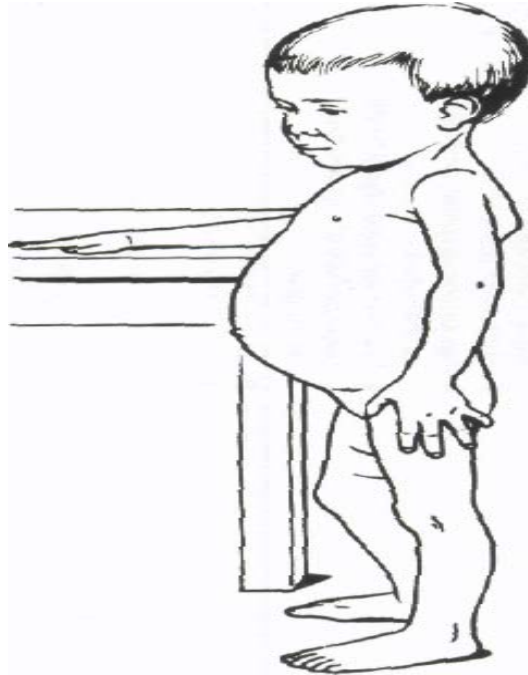
KOILIOKAKH

Η κοιλιοκάκη (δυσανεξία στη γλουτένη) σχεδόν πάντοτε ανιχνεύεται στη βρεφική ή παιδική ηλικία και συχνά εμφανίζεται κατά οικογένειες. Προκαλείται από δυσανεξία στη γλουτένη, μια πρωτεΐνη που ανευρίσκεται στο σιτάρι, στο κριθάρι, στη σίκαλη και στη βρώμη. Η γλουτένη προκαλεί βλάβη στο ενδοθήλιο του εντέρου με αποτέλεσμα κακή απορρόφηση βασικών θρεπτικών ουσιών. Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν εντός ολίγων μηνών από την εισαγωγή τροφών με γλουτένη κατά τη διαδικασία απογαλακτισμού. Τα πρώτα σημεία είναι μαλακά, ογκώδη, λιπαρά, δύσσομα κόπρανα (στεατόρροια) που είναι δύσκολο ν' απομακρυνθούν με νερό. Καθυστέρηση αύξησης, καθυστέρηση ανάπτυξης, υπνηλία, ευερεθιστότητα και έλλειψη ενθουσιασμού παρατηρούνται τυπικά. Υπάρχει επίσης μυϊκή ατροφία, ιδιαίτερα στους γλουτούς και διατεταμένη κοιλιά.

Η κοιλιοκάκη είναι μόνιμη, αλλά το παιδί θα αυξηθεί και θα παραμείνει καλά και υγιές με δίαιτα ελεύθερη γλουτένης. Εάν η δίαιτα ατονήσει, τα συμπτώματα θα επανεμφανιστούν. Επιπρόσθετη βιταμίνη D , σίδηρος και φυλλικό οξύ συνήθως συνταγογραφούνται.

Τροφές απογαλακτισμού ελεύθερες γλουτένης και άλλα προϊόντα αναγνωρίζονται με το σύμβολο του διαγραμμένου στάχυος ή τις λέξεις "ελεύθερο γλουτένης" στη συσκευασία.

Παιδί με κοιλιοκάκη. Προσέξτε τη διατεταμένη κοιλιά και τους αδυνατισμένους γλουτούς.



ΣΥΓΓΕΝΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΝΕΟΓΝΩΝ

ΦΑΙΝΥΛΚΕΤΟΝΟΥΡΙΑ

Η φαινυλκετονουρία κληρονομείται και απαντά περίπου 1 σε 10.000 γεννήσεις. Προκαλείται από υπερβολική ποσότητα φαινυλαλανίνης, ενός απαραίτητου αμινοξέος, που δεν μπορεί να μεταβολιστεί και να χρησιμοποιηθεί από τον οργανισμό λόγω της ελλείψεως ενός ηπατικού ενζύμου. Αυξάνεται στο αίμα και προκαλεί βλάβη του εγκεφάλου και καθυστέρηση μάθησης. Δεν υπάρχει ίαση αλλά

έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία θα προαγάγει τη φυσιολογική ανάπτυξη και μάθηση. Όλα τα νεογνά ελέγχονται (με το Guthrie τεστ) γι' αυτή τη διαταραχή 6 - 12 μέρες μετά τη γέννηση, χρόνο κατά τον οποίο το μωρό έχει ήδη αρκετές ημέρες σίτισης με γάλα. Το Guthrie τεστ περιλαμβάνει μια εξέταση δείγματος αίματος από τρύπημα της φτέρνας για τα επίπεδα φαιτυλαλανίνης. Ένα παθολογικά υψηλό επίπεδο επιβεβαιώνει τη διάγνωση. Η θεραπεία είναι δίαιτα για όλη τη ζωή. Τα κύρια χαρακτηριστικά της διαίτας, η οποία πρέπει να παρέχει επαρκή πρωτεΐνη για την αύξηση είναι: γεύματα από ειδικό γάλα (μικρή ποσότητα μητρικού γάλακτος μπορεί να δοθεί μετά από το ειδικό γάλα) μικρά ποσά φυσικών πρωτεϊνών συν ειδικές τροφές με υποκατάστατα πρωτεϊνών που διατίθενται με συνταγή συμπληρώματα βιταμινών και μετάλλων που λαμβάνονται με το υποκατάστατο πρωτεϊνών ή σαν φάρμακο. Μια γυναίκα με φαιτυλκετονουρία θα πρέπει να τηρεί μια δίαιτα πτωχή σε φαιτυλαλανίνη πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης για να ελαττώσει τον κίνδυνο βλάβης του μωρού της. Βρέφη και μικρά παιδιά με φαιτυλκετονουρία θα πρέπει να κάνουν τακτικές εξετάσεις αίματος. Φυσιολογική μάθηση μπορεί να επιτευχθεί με την τήρηση της διαίτας, η οποία είναι από τις πιο περιοριστικές ειδικές δίαιτες. Μπορεί να καταστεί δυνατόν να χαλαρώσουν κάποιοι από τους διαιτητικούς κανόνες άπαξ και η ανάπτυξη του εγκεφάλου έχει συμπληρωθεί. Σαν γενικός κανόνας, τροφές με άφθονη πρωτεΐνη όπως το κρέας, το γάλα, το τυρί, τα αυγά και τα όσπρια δεν πρέπει να τρώγονται. Επίσης πρέπει να αποφεύγονται τα μη οίονοπνευματώδη ποτά τύπου «cola» που περιέχουν τη τεχνητή γλυκαντική ουσία ασπαρτάμη (ασπαρτικό οξύ και φαιτυλαλανίνη). Το γάλα, τα δημητριακά και οι πατάτες μπορεί να επιτραπούν σε μικρές ποσότητες. Τα φρούτα και τα περισσότερα λαχανικά, τα λίπη, τα σάκχαρα, τα ειδικά ψωμιά και τα ζυμαρικά επιτρέπονται.

ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Παθολογική κατάσταση που όταν είναι αδιάγνωστη επιφέρει χαμηλό ύψος και κυρίως χαμηλή νοημοσύνη (κρετινοί νάνοι).

Αντιμετώπιση : Χορήγηση θυροξίνης δια βίου.

ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΑΦΥΔΡΟΓΟΝΑΣΗΣ ΤΗΣ 6-ΦΩΣΦΟΡΙΚΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ

Η οσμή της ναφθαλίνης, τα κουκιά και ορισμένα οξειδωτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν οξεία μόλυνση.

ΓΑΛΑΚΤΟΖΑΙΜΙΑ

Απαντά περίπου σε 1 στις 80.000 γεννήσεις. Κληρονομούμενη νόσος του μεταβολισμού της γαλακτόζης, αποτέλεσμα βλάβης ενός ή δύο ενζύμων που εμπλέκονται στη μετατροπή της γαλακτόζης σε γλυκόζη.

Είναι πραγματική αντέδειξη θηλασμού .

Το βρέφος πρέπει να σιτίζεται με ειδικό γάλα με βάση τη σόγια. Επίσης να ακολουθεί διαιτητικούς περιορισμούς εφ' όρου ζωής (αποκλεισμός γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων). Λήψη συμπληρωμάτων ασβεστίου για αποφυγή οστεοπόρωσης.

2.6 Ανθρωπομετρικοί δείκτες

Το βάρος

Το βάρος αξιολογείται με 3 τρόπους:

1. Βάρος σε σχέση με την ηλικία

Όταν το βάρος βρίσκεται κάτω από την 5^η ΕΘ για την ηλικία και το φύλο, αποτελεί ένδειξη ελλειπούς βάρους (υποσιτισμός). Είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται η πρόσφατη αλλαγή στο βάρος (απώλεια ή αύξηση) καθώς συχνά αποτελεί οξύ διατροφικό πρόβλημα π.χ. από συχνές γαστρεντερίτιδες, διάρροια, έμετοι αφυδάτωση απώλεια θρεπτικών συστατικών απώλεια βάρους. Μια απώλεια βάρους > 5% σε 1 μήνα θεωρείται μη φυσιολογική για τα νήπια.

2. Βάρος σε σχέση με το ύψος

Συγκρίνουμε την ΕΘ του βάρους για την ηλικία και το φύλο, με την ΕΘ του ύψους του. Αν το βάρος είναι πολύ μεγαλύτερο από την ΕΘ του ύψους πρέπει να ελεγχθεί το ενδεχόμενο της παχυσαρκίας. Αν είναι πολύ χαμηλότερο μπορεί να αντιμετωπίζει κάποιο οξύ διατροφικό πρόβλημα.

3. Βάρος σε σχέση με το ΔΜΣ

- Ένα βάρος σε πολύ υψηλή ΕΘ που δεν συνοδεύεται από ανάλογη αύξηση σε ύψος, δίνει επίσης ένα υψηλό ΔΜΣ → υπέρβαρο ή παχύσαρκο.
- Αντίθετα βάρος σε πολύ χαμηλή ΕΘ που δε συνοδεύεται από επίσης χαμηλή ΕΘ στο ύψος, δίνει πολύ χαμηλό ΔΜΣ → υποθρεψία.

Το ύψος/μήκος

- Επηρεάζεται σε περίπτωση υποσιτισμού τελευταίο κατά σειρά. Πρώτα το βάρος, μετά η περίμετρος της κεφαλής.
- Όταν το ύψος βρίσκεται πάνω από **1 σταθερή απόκλιση** από την 5^η ΕΘ για την ηλικία και το φύλο, αποτελεί δείκτη για σοβαρή καθυστέρηση της ανάπτυξης.
Σ' αυτό το **κοντό παιδί** αναζητούμε στο περιγεννητικό του ιστορικό
 1. Υπογλυκαιμίες → δείκτης ανεπάρκειας αύξησης
 2. Έλεγχος για αδιάγνωστο υποθυρεοειδισμό (οι θυρεοειδικές ορμόνες ευθύνονται για την κατά μήκος αύξηση των οστών μέχρι 2 ετών).
 3. Ανεπάρκεια υπόφυσης - ογκός (νανιτισμός)
 4. Επιπλέον ελέγχονται τα λευκώματα, η ηπατική και η νεφρική λειτουργία και η πιθανότητα εγκατάστασης αναιμίας.
 5. Η οστική ηλικία (ακτινογραφία καρπού) ή γονείς νάνοι
 - Μετρήσεις ύψους γύρω από την 5^η ΕΘ υποδεικνύουν την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση και παρακολούθηση (ρυθμού αύξησης) ανά τρίμηνο.
 - Τιμές πάνω από 1 σταθερή απόκλιση από την 95^η ΕΘ αποτελούν αιτία για διερεύνηση για όγκο υπόφυσης (γιγαντισμός).
 - Μετρήσεις ύψους γύρω από την 95^η ΕΘ συνήθως υποδεικνύουν ανάλογη σωματική διάπλαση κάποιου ή κάποιων

μελών της οικογένειας (πρόβλεψη ύψους ενήλικης ζωής - στα 3 χρόνια - με βάση το ύψος των γονέων).

Περίμετρος κεφαλής

- Επηρεάζεται από τη κατάσταση θρέψης μέχρι την ηλικία των 24-36 μηνών. Παρ' όλα αυτά οι διατροφικές ανεπάρκειες γίνονται εμφανείς μέσω των μετρήσεων του βάρους πριν επηρεάσουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου. Η συστηματική εξέταση μπορεί να διακρίνει πιθανές επιδράσεις στη ανάπτυξη του εγκεφάλου.
- Αποκλίσεις πάνω από την 95^η ΕΘ και κάτω απ' την 5^η ΕΘ (μακροκεφαλία, μικροκεφαλία) οφείλονται κατά κανόνα στο γενετικό κώδικα.

Δ Μ Σ

Θεωρείται πλέον διεθνώς ως ο καλύτερος δείκτης εκτίμησης παχυσαρκίας και στα παιδιά.

Έχει πολύ καλή συσχέτιση με το ολοσωματικό λίπος, συσχετίζεται με τις μεταβολικές επιπλοκές της παχυσαρκίας και είναι ιδανικός για συγκριτικές επιδημιολογικές μελέτες.

- Τιμές ΔΜΣ μεταξύ 85^{ης} ΕΘ και 95^{ης} ΕΘ δείχνουν αυξημένο σωματικό βάρος (υπέρβαρο) ενώ τιμές ΔΜΣ > από την 95^η ΕΘ αξιολογούν το άτομο σαν **"παχύσαρκο"**.
- Τιμές κάτω από την 5^η ΕΘ (χρόνιος υποσιτισμός) κατά κανόνα δεν αξιολογούνται επειδή ήδη θα έχει επηρεασθεί το βάρος, η περίμετρος κεφαλής και το ύψος. Τέτοιες τιμές κατά κανόνα εκφράζουν προσωρινή διαταραχή (απώλεια) στο βάρος λοιμώξεις, ιώσεις, γαστρεντερίτιδες, διάρροια, έμετοι → αφυδάτωση, κακή θρέψη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.-Δίαιτα(θεωρία και πράξη}.Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ ΑΘΗΝΑ 1993
- 2.-Πρότυπο ανάπτυξης ελληνικού πληθυσμού. Α' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠ..ΑΘΗΝΩΝ. Γ.ΧΡΟΥΣΟΣ-Δ.ΧΙΩΤΗΣ- Γ.ΤΣΙΦΤΗΣ- Ξ.ΚΡΙΚΟΣ.
- 3.-Επίτομη Παιδιατρική. Β "ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠ.ΑΘΗΝΩΝ:Χ.ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ-Δ.ΛΙΑΚΑΚΟΣ-Ι. ΜΑΘΙΟΥΔΑΚΗΣ.
- 4.-Διαιτητική του ανθρώπου. Σ.ΠΛΕΣΣΑ- ΑΘΗΝΑ 1998.Εκδόσεις ΦΑΡΜΑΚΟΝ -ΤΥΠΟΣ,
5. -Δίαιτα θεωρία και πράξη Α. ΠΑΠΑΗΛΙΟΥ.
- 6.-Καμπύλες σωματικής ανάπτυξης και λιποπρωτεϊνών αίματος παιδιών της Κρήτης. Παν. Κρήτης Τμήμα Ιατρικής. Α. ΚΑΦΑΤΟΣ.
- 7.-Διατροφή του παιδιού. Παν. Κρήτης Α. ΚΑΦΑΤΟΣ.
- 8.- Υγιεινή διατροφή για μωρά και νήπια. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΑΠΡΙΛΙΟΥ 1988.

- 9.**-Παιδιατρική Ι .Νέλσον
10.-Παιδιατρική διατροφή.C.MOORE,R.SHULMAN...ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΤΑΚΗ.
11. -Διαιτητική και υγιεινή διατροφή- θεραπευτικές δίαιτες .ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ: C.TOWNSEND, B. RUTH.
12.-Διατροφή : L.BARNES, J.CURRAN.
13.-Νευροαναπτυξιακή εκτίμηση του παιδιού στα 2 πρώτα χρόνια ζωής. CAPUTE A.J., CURR PROBL PEDIATRI 1996.
14.-Πρακτικός οδηγός διατροφής των παιδιών. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε. 1995.A.DARE, M. DONOVAN.
15.-Παιδιατρική σήμερα. ΑΝ.ΜΑΤΣΑΝΙΩΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ 2003.
16.-Συμβουλές για μητρικό θηλασμό .Θ.ΖΑΧΟΥ, Ι.ΣΟΜΑΤΖΗ.
17.-Παράγοντες που επηρεάζουν τον μητρικό θηλασμό .ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ. ΤΟΜΟΣ 60 ΤΕΥΧΟΣ 6° ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ-ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 1997.
18.-Θηλασμός 2002.ΔΕΛΤΙΟ Α ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΑΝΕΠ.ΑΘΗΝΩΝ 35^η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ 11,12 ΜΑΙΟΥ 2002.
19.-Συνήθειες στην διατροφή των παιδιών .Α.ΚΑΦΑΤΟΣ- ΑΠΟΣΤΟΛΑΚΗ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 1991 ΤΟΜΟΣ 54ΤΕΥΧΟΣ 1 ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ.
20.-Ανάπτυξη και διαιτητικές συνήθειες παιδιών σχολικής ηλικίας στην επαρχία Σητείας .ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΗΤΕΙΑΣ-ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΑΙΟΣ ,ΙΟΥΝΙΟΣ 1995.ΤΟΜΟΣ 58 ΤΕΥΧΟΣ 39.ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ.

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην έρευνα που έγινε κατεβλήθη κάθε δυνατή προσπάθεια να δώσουμε μια όσο γίνεται πιο ολοκληρωμένη εικόνα της ανάπτυξης του παιδιού, αν και τα βιβλία που θίγουν τόσο κρίσιμα θέματα, δεδομένης της τρέχουσας έρευνας, ποτέ δεν μπορεί να θεωρηθούν ως ολοκληρωμένα.

Η επικέντρωση στη βρεφική και πρώτη νηπιακή ηλικία έγινε γιατί η περίοδος αυτή είναι κρίσιμη και ουσιώδης για τη σωματική, νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Προσπαθήσαμε οι διάφορες έννοιες και ενότητες να δοθούν με όσο το δυνατόν πιο κατανοητό τρόπο .

Για τη ψυχοκινητική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού, όπου δεν υπάρχουν σαφή τελικά επιστημονικά συμπεράσματα, αναγκασθήκαμε να παραθέσουμε τις επικρατέστερες θεωρίες και υποθέσεις, ώστε να καλυφθούν τα ερωτήματα και τα κενά πάνω σε αυτά τα ουσιώδη θέματα.

Ο παιδίατρος παραμένει βέβαια πάντα ο απαραίτητος στενότερος σύμβουλος της οικογένειας για κάθε πρόβλημα και ιδιαιτερότητα στην ανάπτυξη του παιδιού. Σχετικά με τη διατροφή του παιδιού αναφέρθηκαν τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα, προσαρμοσμένα στην παραδοσιακή ελληνική διατροφή. Σε όλη την περίοδο της παιδικής ηλικίας το καλό παράδειγμα των γονιών και το αρμονικό οικογενειακό περιβάλλον αποτελούν τους καλύτερους παιδαγωγούς και θέτουν τα ισχυρότερα θεμέλια για την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού και τη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης προσωπικότητας, Στόχος της έρευνας ήταν να δώσει πληροφορίες για τα δυο στάδια ανάπτυξης: τη βρεφική και την πρώτη νηπιακή ηλικία. Εξετάζεται η σωματική-φυσική ανάπτυξη του βρέφους και του παιδιού πρώτης νηπιακής ηλικίας. Γίνεται επίσης αναφορά στα στάδια της ψυχοκινητικής ανάπτυξης του παιδιού, καθώς και στον κύριο εξωγενή παράγοντα που επηρεάζει την αύξηση, την ανάπτυξη, αλλά και την καλή υγεία και ευεξία που είναι η διατροφή

3.1 Δειγματοληψία

Η παρούσα μελέτη στηρίζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό σε στοιχεία που συγκεντρώθηκαν με τη βοήθεια ερωτηματολογίων. Στη μελέτη συμμετείχαν 70 νήπια ηλικίας 12 έως 24 μηνών (37 αγόρια και 33 κορίτσια).

Η επιλογή του δείγματος είναι τυχαία. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με συνεντεύξεις των μητέρων των παιδιών στην παιδιατρική μονάδα του Νοσοκομείου Σητείας όπου προσέρχονταν με τα παιδιά τους για εξέταση, και με συνεντεύξεις κατ' οίκον από τις μητέρες των παιδιών κατόπιν συνεννοήσεως. Η διάρκεια της κάθε συνέντευξης ήταν περίπου 20 λεπτά.

Η διάρκεια της έρευνας μας ήταν 6 μήνες, με καθημερινή παρουσία στην παιδιατρική μονάδα σε πενθήμερη βάση και επισκέψεις κατ' οίκον τα Σαββατοκύριακα. Ιδιαίτερες δυσκολίες κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δεν συναντήσαμε. Σημειώσαμε ωστόσο την τάση των περισσότερων μητέρων για απόκρυψη ορισμένων στοιχείων, που αφορούσαν κυρίως την οικογένεια αλλά και στοιχείων, που αφορούσαν τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού.

Αυτά ήταν αναμενόμενα και οφείλονται είτε σε ντροπή είτε σε άγνοια ή ενοχή, ειδικά για τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού. Πάντως όλες οι ερωτηθείσες μητέρες ήταν ιδιαίτερα προσφιλείς, θετικές και συνεργάσιμες γεγονός που διευκόλυne σημαντικά το έργο μας.

3.2 Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων, καταρτίστηκε με βάση τις πληροφορίες που ήταν καταγεγραμμένες στα ατομικά βιβλιάρια υγείας των παιδιών (οι πρώτες 7 ενότητες και η 9^η), συμπληρώθηκε με ερωτήσεις που η ομάδα μας συνέθεσε και αφορούσαν τον θηλασμό (8^η ενότητα) και την διατροφή (10^η ενότητα).

- Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει ατομικά στοιχεία παιδιού.
- Η δεύτερη ενότητα δίδει πληροφορίες για το ατομικό ιστορικό του παιδιού και περιλαμβάνει την ύπαρξη μερική ή ολική απουσία συγγενών παραγόντων (αλλεργίες, ένζυμα, φάρμακα, κληρονομικά ή λοιμώδη νοσήματα) που επηρεάζουν τη θρεπτική κατάσταση του παιδιού και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στο σχεδιασμό του διαιτολογίου του.

- Η τρίτη ενότητα αποτελεί το ιστορικό της οικογένειας (μητέρα, παππούς, γιαγιά) και δίδει στοιχεία για την κατάσταση της υγείας των μελών της οικογένειας όσον αφορά χρόνιες παθήσεις που μπορούν να κληρονομηθούν.
- Η τέταρτη ενότητα φωτίζει την περίοδο της εγκυμοσύνης για τις συνήθειες της εγκύου (κάπνισμα, οινόπνευμα, φάρμακα, συμπληρώματα διατροφής) που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό(αποβολή, προωρότητα) και την κατάσταση υγείας του νεογέννητου σχετικά με την αύξηση (βάρος, ύψος) και την ανάπτυξη του (ψυχοκινητική συμπεριφορά).
- Η πέμπτη ενότητα περιλαμβάνει το τοκετό: αν ήταν φυσιολογικός ή ποιόν ακριβώς τρόπο ο γυναικολόγος χρησιμοποίησε για να διεκπεραιώσει επιτυχώς τον τοκετό.
- Στην έκτη ενότητα παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν την πρώτη κλινική εικόνα του νεογέννητου και είναι : σωματομετρικά (βάρος, μήκος σώματος, περίμετρος κεφαλής) βιοχημικά(αιμοληψία για πιθανή ανεπάρκεια ή έλλειψη ενζύμων - ορμονών G6PD, PKU, TSH) και άλλα φυσιολογικά η παθολογικά ευρήματα (κλάμα, κυάνωση, ίκτερος, σπασμοί κ.λ.π.).
- Η έβδομη ενότητα δίνει πληροφορίες για την ψυχοκινητική κατάσταση του νεογνού κατά την έξοδο του από το μαιευτήριο.
- Στην όγδοη ενότητα η μητέρα απαντά σε ερωτήσεις που αφορούν το θηλασμό (μητρικό γάλα-διάρκεια, υποκατάστατο γάλατος-διάρκεια, μικτός θηλασμός- αναλογία, διάρκεια).
- Η ένατη ενότητα αφορά την σωματική ανάπτυξη του παιδιού (βάρος, ύψος, περίμετρος κεφαλής) στην ηλικία που επισκέφτηκε τον παιδίατρο για τακτική εξέταση. Το ο δείγμα που επιλέχθηκε αφορά νήπια από 12 έως 24 μηνών και παρέχονται πληροφορίες για το βάρος, το ύψος και την περίμετρο της κεφαλής τους.
- Η επιλογή της συγκεκριμένης περιόδου ζωής των παιδιών έγινε επειδή μετά την ολοκλήρωση των 12 πρώτων μηνών ζωής το παιδί εισάγει στο διαιτολόγιο του όλες τις ομάδες τροφίμων. Στην ίδια ενότητα παρέχονται πληροφορίες για την ψυχοκινητική του ανάπτυξη, και την οδοντοφυΐα του.
- Τέλος στην δέκατη και τελευταία ενότητα επιχειρείται διερεύνηση της διατροφής του παιδιού, που είναι ο κύριος εξωγενής παράγοντας που επηρεάζει την αύξηση, ανάπτυξη, καλή υγεία και ευεξία του. Η ίδια ενότητα παρέχει πληροφορίες για τον ύπνο (διάρκεια, ποιότητα) και το παιγνίδι που είναι επίσης ισχυροί αυξητικοί παράγοντες.

3.3 Στατιστική επεξεργασία

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν έγινε με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή και πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν τα στατιστικά πακέτα Spss Viewer και Scatter plot.

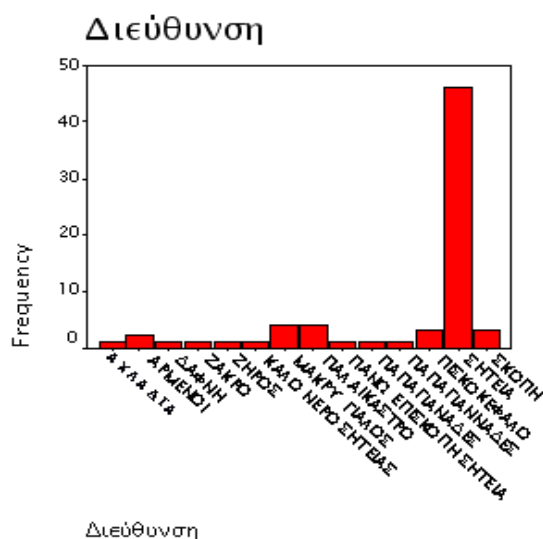
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι απαντήσεις που έδωσαν οι μητέρες στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ομαδοποιήθηκαν στο σύνολό τους. Στο κείμενο που ακολουθεί παρατίθενται τα αποτελέσματα εκείνα που έχουν άμεση σχέση με το θέμα της εργασίας.

4.1.Ατομικά στοιχεία παιδιού

Στην ερώτηση που αφορά την **διεύθυνση κατοικίας του παιδιού**

- Τα 46 παιδιά (65,7%) κατοικούν στη Σητεία.
- Τα υπόλοιπα παιδιά (34,3%) κατοικούν σε χωριά της επαρχίας Σητείας



Διεύθυνση

	Frequency	Percent	Mid Percent	Cumulative Percent
Val ΑΧΛΑΔΙΑ	1	1,4	1,4	1,4
ΑΡΜΕΝΟΙ	2	2,9	2,9	4,3
ΔΑΦΝΗ	1	1,4	1,4	5,7
ΖΑΚΡΟ	1	1,4	1,4	7,1
ΖΗΡΟΣ	1	1,4	1,4	8,6
ΚΑΛΟ ΝΕΡΟ	1	1,4	1,4	10,0
ΜΑΚΡΥ ΓΙΑ	4	5,7	5,7	15,7
ΠΑΛΑΙΚΑΣ	4	5,7	5,7	21,4
ΠΑΝΩ ΕΠΙΣ	1	1,4	1,4	22,9
ΣΗΤΕΙΑΣ	46	65,7	65,7	88,6
ΠΑΠΑΓΙΑΝ	1	1,4	1,4	90,0
ΠΑΠΑΓΙΑΝ	1	1,4	1,4	91,4
ΠΙΣΚΟΚΕΦ	3	4,3	4,3	95,7
ΣΗΤΕΙΑ	46	65,7	65,7	95,7
ΣΚΟΠΗ	3	4,3	4,3	100,0
Total	70	100,0	100,0	

4.2 Πληροφορίες για το παιδί

Στην ερώτηση **αν είναι αλλεργικό το παιδί**

- Τα 61 παιδιά δεν ήταν αλλεργικά (87,1%)

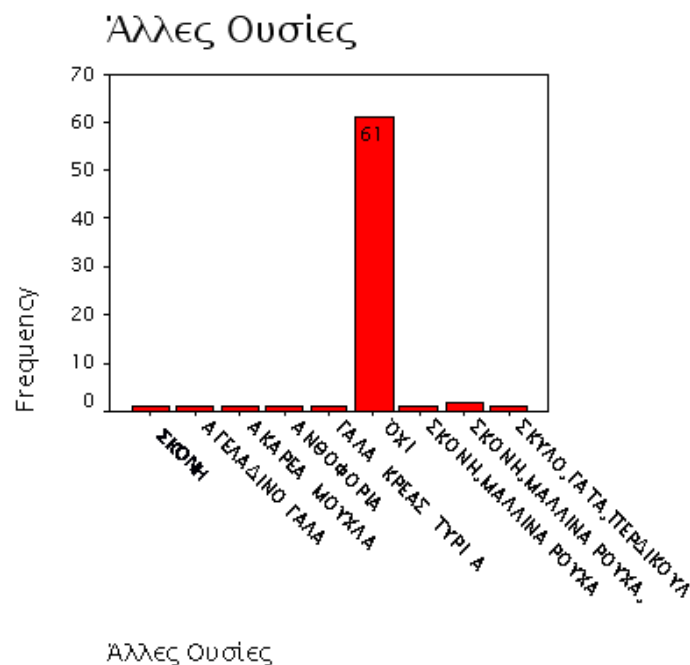
Στην ερώτηση σε ποιες ουσίες ήταν αλλεργικά τα υπόλοιπα 9 παιδιά (12,9%) βρέθηκε ότι:

- 1 παιδί ήταν αλλεργικό στο αγελαδινό γάλα.
- 1 παιδί ήταν αλλεργικό στη σκόνη.
- 1 παιδί ήταν αλλεργικό στο ακάρι της οικιακής σκόνης και τη μούχλα.
- 1 παιδί ήταν αλλεργικό στην ανθοφορία.
- 1 παιδί ήταν αλλεργικό στο γάλα το κρέας το τυρί, και το αυγό.
- 1 παιδί ήταν αλλεργικό στη σκόνη, και τα μάλλινα ρούχα.

- 2 παιδιά ήταν αλλεργικά στη σκόνη, στα μάλλινα ρούχα, και στο αγελαδινό γάλα.
- 1 παιδί ήταν αλλεργικό στο σκύλο στη γάτα και στο περδικούλι.

Άλλες Ουσίες

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΚΟΝΗ	1	1,4	1,4	1,4
	ΑΓΕΛΑΔΙΝΟ ΓΑΛΑ	1	1,4	1,4	2,9
	ΑΚΑΡΕΑ ΜΟΥΧΛΑ	1	1,4	1,4	4,3
	ΑΝΘΟΦΟΡΙΑ	1	1,4	1,4	5,7
	ΓΑΛΑ ΚΡΕΑΣ ΤΥΡΙ ΑΥΓΟ	1	1,4	1,4	7,1
	Ι				
	ΌΧΙ	61	87,1	87,1	94,3
	ΣΚΟΝΗ,ΜΑΛΛΙΝΑ ΡΟΥΧΑ	1	1,4	1,4	95,7
	ΣΚΟΝΗ,ΜΑΛΛΙΝΑ ΡΟΥΧΑ,ΓΑΛΑ ΑΓ	2	2,9	2,9	98,6
	ΣΚΥΛΟ,ΓΑΤΑ,ΠΕΡΔΙΚΟΥΛΙ	1	1,4	1,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	



4.3 Οικογενειακό ιστορικό

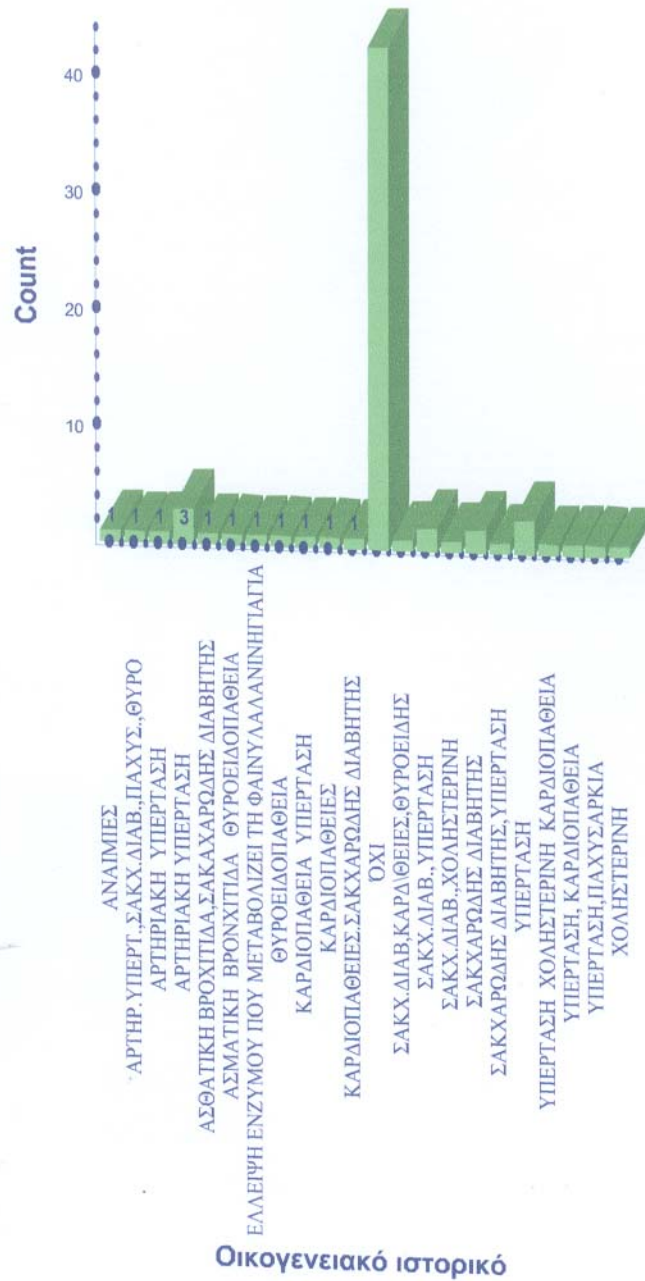
Στην ερώτηση που αφορά την κατάσταση υγείας των μελών οικογένειας 1ου βαθμού συγγενείας (παππούδες, γιαγιάδες)

- 44 απαντήσεις (62,9%) ήταν αρνητικές στα πιο συνηθισμένα χρόνια νοσήματα (καρδιοπάθειες, υπέρταση, παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, αναιμίες κ.τ.λ.)
- 26 απαντήσεις (37,1%) πάσχουν από κάποιο ή κάποια από τα παραπάνω νοσήματα

Οικογενειακό ιστορικό

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΑΝΑΙΜΙΕΣ	1	1,4	1,4	1,4
ΑΡΤ.ΥΠΕΡΤ.,ΣΑΚΧ ΠΑΧΥΣ.,ΘΥΡΟ	1	1,4	1,4	2,9
ΑΣΘΜ.ΒΡΟΓΧ. ΘΥΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙ	1	1,4	1,4	4,3
ΑΣΘΜ.ΒΡΟΓΧ.,ΣΑ ΒΗΤΗΣ	1	1,4	1,4	5,7
ΘΥΡΟΕΙΔΗΣ.ΣΑΚΧ ΚΑΡΔΙΘΕΙΕΣ	1	1,4	1,4	7,1
ΘΥΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ	1	1,4	1,4	8,6
ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ. ΙΑΒΗΤΗΣ	1	1,4	1,4	10,0
ΟΧΙ	44	62,9	62,9	74,3
ΣΑΚΧ.ΔΙΑΒ.,ΥΠΕΡ	3	4,3	4,3	78,6
ΣΑΚΧ.ΔΙΑΒ.,ΧΟΛΗ Η	1	1,4	1,4	80,0
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑ	2	2,9	2,9	82,9
ΥΠΕΡΤ.ΧΟΛΗΣΤ. ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ	1	1,4	1,4	84,3
ΥΠΕΡΤΑΣΗ	7	10,0	10,0	94,3
ΥΠΕΡΤΑΣΗ, ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ	2	2,9	2,9	97,1
ΥΠΕΡΤΑΣΗ,ΠΑΧΥ	1	1,4	1,4	98,6
ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ	1	1,4	1,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Percent

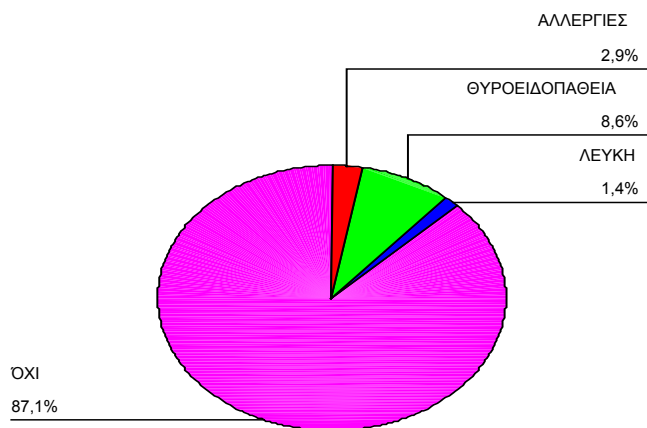


Στην ερώτηση προηγούμενες παθήσεις μητέρας (κληρονομικές)

- 6 μητέρες αναφέρουν θυρεοειδοπάθεια (8,6%).
- 2 μητέρες αναφέρουν αλλεργία (2,9%).
- 1 μητέρα αναφέρει λεύκη (1,4%).

Οι υπόλοιπες μητέρες (87,1%) δεν ανέφεραν καμία κληρονομική πάθηση.

Κληρονομικές Παθήσεις Μητέρας



Κληρονομικές Παθήσεις Μητέρας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ	2	2,9	2,9	2,9
ΘΥΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ	6	8,6	8,6	11,4
ΛΕΥΚΗ	1	1,4	1,4	12,9
Ο	61	87,1	87,1	
Total	70	100,0	100,0	

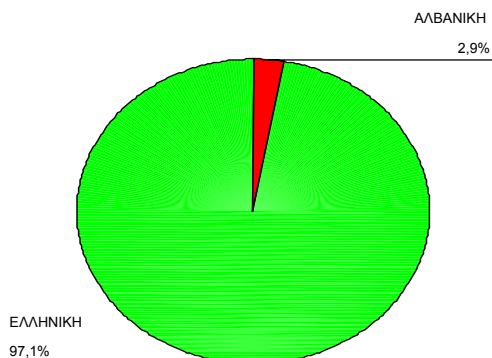
Στην ερώτηση Εθνικότητα μητέρας

Από τις 70 μητέρες οι 68 ήταν Ελληνίδες (97,1%) και 2 μητέρες ήταν Αλβανίδες (2,9%).

Εθνικότητα Μητέρας

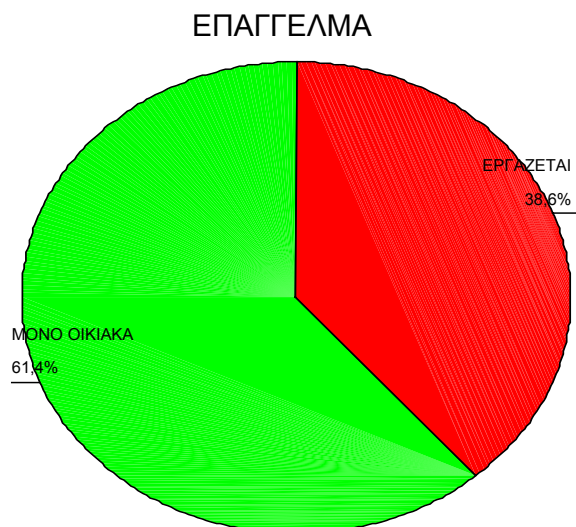
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΑΛΒΑΝΙΚΗ	2	2,9	2,9	2,9
ΕΛΛΗΝΙΚΗ	68	97,1	97,1	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Εθνικότητα Μητέρας



Στην ερώτηση **επάγγελμα μητέρας**

• Από τις 70 μητέρες οι 27 (38,6%) εργάζονται ενώ οι υπόλοιπες 43 (61,4%) ασχολούνται με οικιακά.



ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ	27	38,6	38,6	38,6
	ΜΟΝΟ ΟΙΚΙΑΚΑ	43	61,4	61,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

4.4 Ιστορικό εγκυμοσύνης

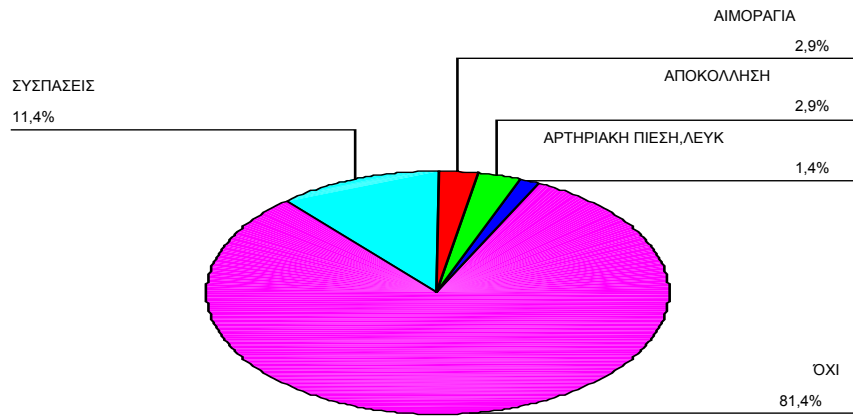
Στην ερώτηση **εάν υπήρχαν επιπλοκές κατά την διάρκεια της κύησης**

- 57 μητέρες (81,4%) δεν ανέφεραν καμία επιπλοκή.
- 8 μητέρες (11,4%) ανέφεραν συσπάσεις.
- 2 μητέρες (2,9%) ανέφεραν αιμορραγία.
- 2 μητέρες (2,9%) ανέφεραν αποκόλληση.
- 1 μητέρα (1,4%) ανέφεραν αρτηριακή υπέρταση, και λευκωματουρία.

Επιπλοκές Εγκυμοσύνης

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΙΜΟΡΑΓΙΑ	2	2,9	2,9	2,9
	ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ	2	2,9	2,9	5,7
	ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ,ΛΕΥΚΩΜΑ	1	1,4	1,4	7,1
	ΌΧΙ	57	81,4	81,4	88,6
	ΣΥΣΠΑΣΕΙΣ	8	11,4	11,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

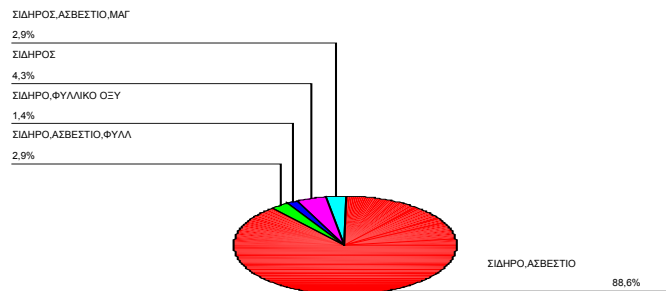
Επιπλοκές Εγκυμοσύνης



Στην ερώτηση αν οι μητέρες κατά τη διάρκεια της κύησης προσλάμβαναν συμπληρώματα διατροφής

Όλες οι μητέρες προσλάμβαναν συμπληρώματα διατροφής. Πιο συγκεκριμένα

- 62 μητέρες (88,6%) έπαιρναν Fe, Ca.
- 3 μητέρες (4,3%) έπαιρναν μόνο Fe.
- 2 μητέρες (2,9%) έπαιρναν Fe, Ca, Mg.
- 2 μητέρες (2,9%) έπαιρναν Fe, Ca, Φυλλικό οξύ.
- 1μητέρα (1,4%) έπαιρνε Fe, Φυλλικό οξύ.



Τύπος Συμπληρωμάτων

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΙΔΗΡΟ,ΑΣΒΕΣΤΙΟ	62	88,6	88,6	88,6
ΣΙΔΗΡΟ,ΑΣΒΕΣΤΙΟ,ΦΥΛΛΙΚΟ ΟΞΥ	2	2,9	2,9	91,4
ΣΙΔΗΡΟ,ΦΥΛΛΙΚΟ ΟΞΥ	1	1,4	1,4	92,9
ΣΙΔΗΡΟΣ	3	4,3	4,3	97,1
ΣΙΔΗΡΟΣ,ΑΣΒΕΣΤΙΟ,ΜΑΓΝΗΣΙΟ	2	2,9	2,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Στην ερώτηση **αν οι μητέρες κατά τη διάρκεια της κύησης κατανάλωναν αλκοόλ**

Από τις 70 μητέρες μόνο 2 μητέρες κατανάλωναν αλκοόλ

- Η 1 μητέρα κατανάλωνε 40 γρ. περίπου ανά ημέρα.
- Η άλλη μητέρα κατανάλωνε 100γρ. περίπου ανά ημέρα.

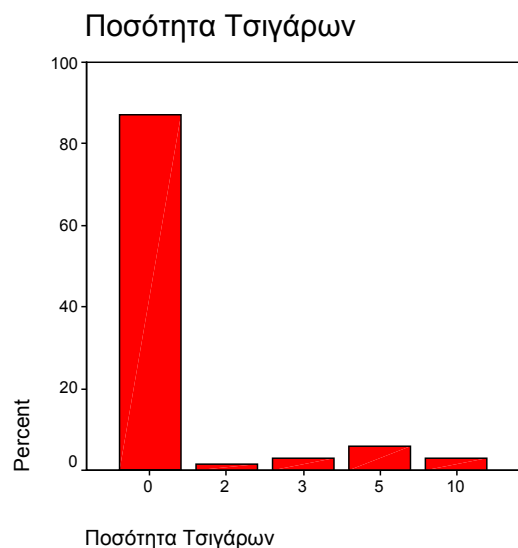
Κατανάλωση Οινοπνεύματος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 OXI	68	97,1	97,1	97,1
	1 NAI	2	2,9	2,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	



Στην ερώτηση **αν οι μητέρες κατά τη διάρκεια της κύησης κάπνιζαν**

Από τις 70 μητέρες μόνο 9 μητέρες κάπνιζαν (2 έως 10 τσιγάρα)



Ποσότητα Τσιγάρων

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	61	87,1	87,1	87,1
2	1	1,4	1,4	88,6
3	2	2,9	2,9	91,4
5	4	5,7	5,7	97,1
10	2	2,9	2,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Διάρκεια κύησης σε εβδομάδες.

Αναφέρουμε τα ποσοστά

Η διάρκεια κύησης κυμάνθηκε από 36 έως 40 εβδομάδες.

- **29 γυναίκες γέννησαν την 38η εβδομάδα.**
- **17 γυναίκες γέννησαν την 40η εβδομάδα.**
- **15 γυναίκες γέννησαν την 39η εβδομάδα.**
- **5 γυναίκες γέννησαν την 37η εβδομάδα.**
- **4 γυναίκες γέννησαν την 36η εβδομάδα (πρόωρα).**

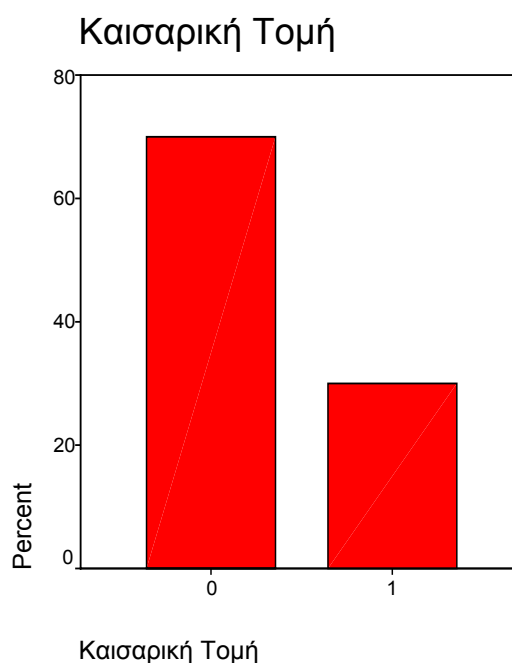
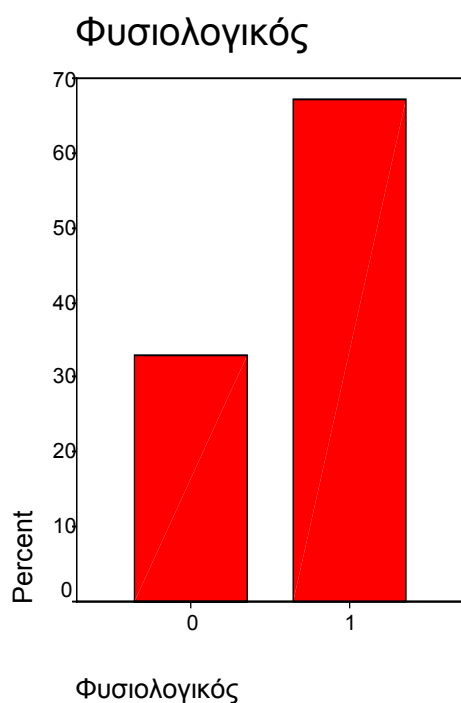
4.5.Τοκετός

Στην ερώτηση πόσες από τις μητέρες **γέννησαν φυσιολογικά και πόσες με καισαρική τομή** πήραμε τις εξής απαντήσεις

Από τις 70 μητέρες οι 47(67,1) γέννησαν φυσιολογικά και οι υπόλοιπες 23 (32,9%) με καισαρική τομή.

Φυσιολογικός

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	23	32,9	32,9	32,9
1	47	67,1	67,1	100,0
Total	70	100,0	100,0	



4.6 Πρώτη κλινική εκτίμηση του νεογέννητου

Το βάρος των νεογέννητων κυμαίνεται για

Τα αγόρια από 2450γρ. μέχρι 4060γρ .

Τα κορίτσια από 2500γρ. μέχρι 4040γρ.

Statistics

Βάρος Νεογέννητου σε gr

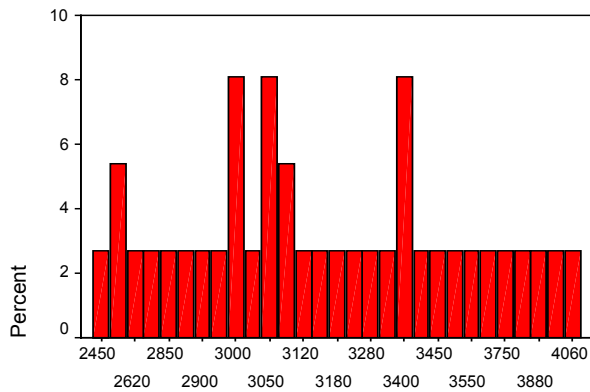
Αγόρι	N	Valid	37
		Missing	0
	Mean		3200,54
	Minimum		2450
	Maximum		4060
Κορίτσι	N	Valid	33
		Missing	0
	Mean		3069,09
	Minimum		2500
	Maximum		4040

Βάρος Νεογέννητου σε gr

φύλο			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Αγόρι	Valid	2450	1	2,7	2,7	2,7
		2500	2	5,4	5,4	8,1
		2620	1	2,7	2,7	10,8
		2730	1	2,7	2,7	13,5
		2850	1	2,7	2,7	16,2
		2880	1	2,7	2,7	18,9
		2900	1	2,7	2,7	21,6
		2980	1	2,7	2,7	24,3
		3000	3	8,1	8,1	32,4
		3040	1	2,7	2,7	35,1
		3050	3	8,1	8,1	43,2
		3100	2	5,4	5,4	48,6
		3120	1	2,7	2,7	51,4
		3170	1	2,7	2,7	54,1
		3180	1	2,7	2,7	56,8
		3270	1	2,7	2,7	59,5
		3280	1	2,7	2,7	62,2
		3350	1	2,7	2,7	64,9
		3400	3	8,1	8,1	73,0
		3430	1	2,7	2,7	75,7
		3450	1	2,7	2,7	78,4
		3500	1	2,7	2,7	81,1
		3550	1	2,7	2,7	83,8
		3630	1	2,7	2,7	86,5
		3750	1	2,7	2,7	89,2
		3800	1	2,7	2,7	91,9
		3880	1	2,7	2,7	94,6
		4000	1	2,7	2,7	97,3
		4060	1	2,7	2,7	100,0
				Total	37	100,0
Κορίτσι	Valid	2500	1	3,0	3,0	3,0
		2630	1	3,0	3,0	6,1
		2650	1	3,0	3,0	9,1
		2700	1	3,0	3,0	12,1
		2720	2	6,1	6,1	18,2
		2730	1	3,0	3,0	21,2
		2740	1	3,0	3,0	24,2
		2760	2	6,1	6,1	30,3
		2800	3	9,1	9,1	39,4
		2910	1	3,0	3,0	42,4
		2950	2	6,1	6,1	48,5
		3070	1	3,0	3,0	51,5
		3100	3	9,1	9,1	60,6
		3150	1	3,0	3,0	63,6
		3180	1	3,0	3,0	66,7
		3250	2	6,1	6,1	72,7
		3300	1	3,0	3,0	75,8
		3430	1	3,0	3,0	78,8
		3450	1	3,0	3,0	81,8
		3480	1	3,0	3,0	84,8
		3500	1	3,0	3,0	87,9
		3560	1	3,0	3,0	90,9
		3600	2	6,1	6,1	97,0
4040	1	3,0	3,0	100,0		
		Total	33	100,0	100,0	

Βάρος Νεογέννητου σε gr

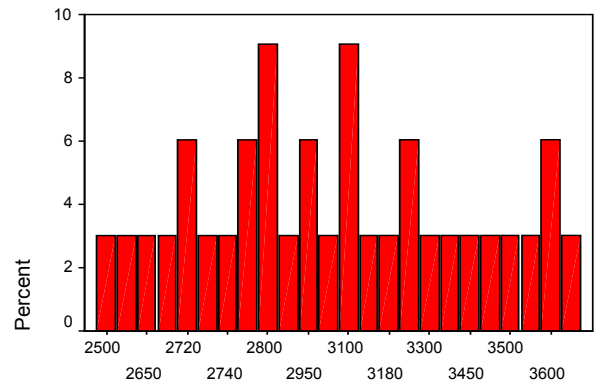
ΦΥΛΟ: Αγόρι



Βάρος Νεογέννητου σε gr

Βάρος Νεογέννητου σε gr

ΦΥΛΟ: Κορίτσι



Βάρος Νεογέννητου σε gr

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Βάρος Νεογέννητου σε gr * φύλο	70	100,0%	0	,0%	70	100,0%

Report

Βάρος Νεογέννητου σε gr

φύλο	Mean	N	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Αγόρι	3200,54	37	403,973	2450	4060
Κορίτσι	3069,09	33	365,516	2500	4040
Total	3138,57	70	389,196	2450	4060

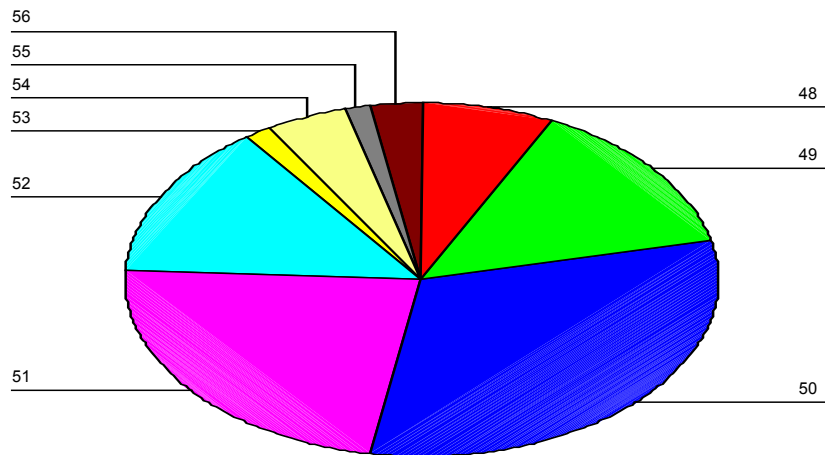
Το μήκος (ανάστημα) των νεογέννητων κυμαίνεται για

- τα αγόρια από 48cm μέχρι 56 cm .
- τα κορίτσια από 48cm μέχρι 56cm .

Μήκος σε cm

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 48	5	7,1	7,1	7,1
49	10	14,3	14,3	21,4
50	22	31,4	31,4	52,9
51	16	22,9	22,9	75,7
52	10	14,3	14,3	90,0
53	1	1,4	1,4	91,4
54	3	4,3	4,3	95,7
55	1	1,4	1,4	97,1
56	2	2,9	2,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Μήκος σε cm

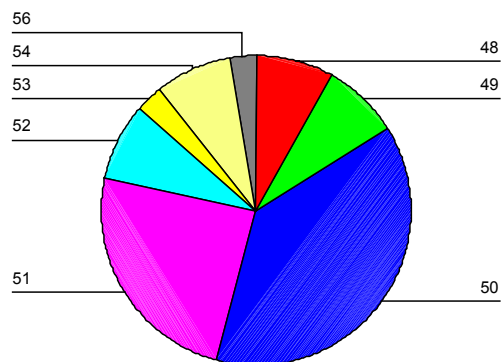


Μήκος σε cm

φύλο	Valid	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Αγόρι	48	3	8,1	8,1	8,1
	49	3	8,1	8,1	16,2
	50	14	37,8	37,8	54,1
	51	9	24,3	24,3	78,4
	52	3	8,1	8,1	86,5
	53	1	2,7	2,7	89,2
	54	3	8,1	8,1	97,3
	56	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	
Κορίτσι	48	2	6,1	6,1	6,1
	49	7	21,2	21,2	27,3
	50	8	24,2	24,2	51,5
	51	7	21,2	21,2	72,7
	52	7	21,2	21,2	93,9
	55	1	3,0	3,0	97,0
	56	1	3,0	3,0	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

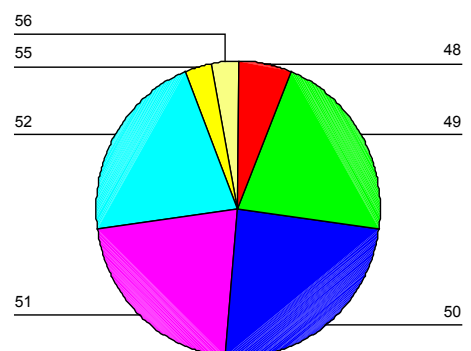
Μήκος σε cm

ΦΥΛΟ: Αγόρι



Μήκος σε cm

ΦΥΛΟ: Κορίτσι



Η περιμετρος κεφαλής των νεογέννητων κυμαίνεται για

•τα αγόρια από 31cm μέχρι 45 cm .

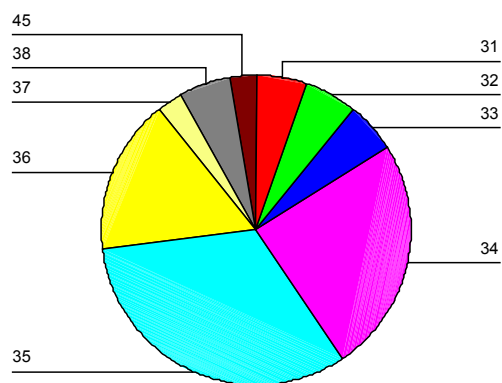
•τα κορίτσια από 32cm μέχρι 37cm .

Περίμετρος κεφαλής σε cm

φύλο			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Αγόρι	Valid	31	2	5,4	5,4	5,4
		32	2	5,4	5,4	10,8
		33	2	5,4	5,4	16,2
		34	9	24,3	24,3	40,5
		35	12	32,4	32,4	73,0
		36	6	16,2	16,2	89,2
		37	1	2,7	2,7	91,9
		38	2	5,4	5,4	97,3
		45	1	2,7	2,7	100,0
		Total		37	100,0	100,0
Κορίτσι	Valid	32	5	15,2	15,2	15,2
		33	4	12,1	12,1	27,3
		34	19	57,6	57,6	84,8
		35	1	3,0	3,0	87,9
		36	3	9,1	9,1	97,0
		37	1	3,0	3,0	100,0
		Total		33	100,0	100,0

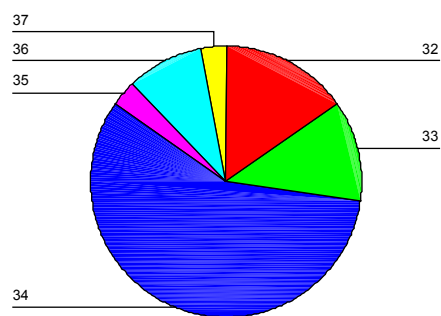
Περίμετρος κεφαλής σε cm

ΦΥΛΟ: Αγόρι



Περίμετρος κεφαλής σε cm

ΦΥΛΟ: Κορίτσι

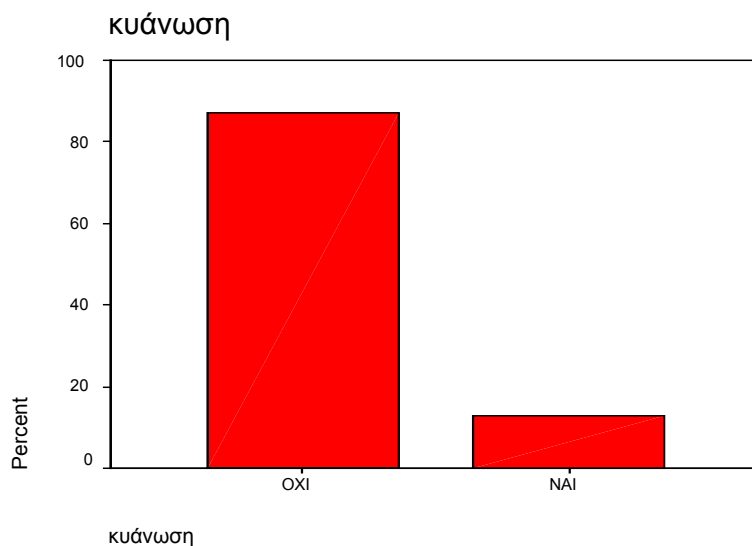


Στην ερώτηση **πόσα νεογέννητα γεννήθηκαν με κυάνωση** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

- **61 νεογέννητα (87,1%) γεννήθηκαν χωρίς κυάνωση.**
- **9 νεογέννητα (12,9%) γεννήθηκαν με κυάνωση.**

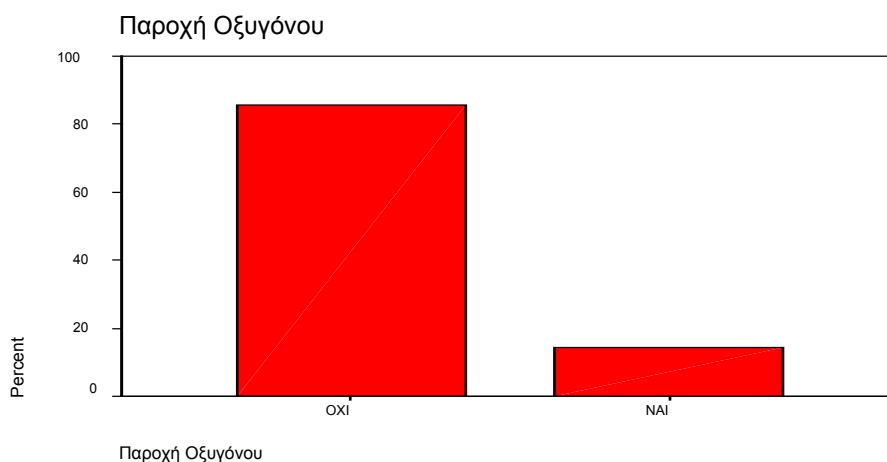
κυάνωση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 ΟΧΙ	61	87,1	87,1	87,1
	1 ΝΑΙ	9	12,9	12,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	



Στην ερώτηση **πόσα νεογέννητα έκλαψαν αμέσως** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

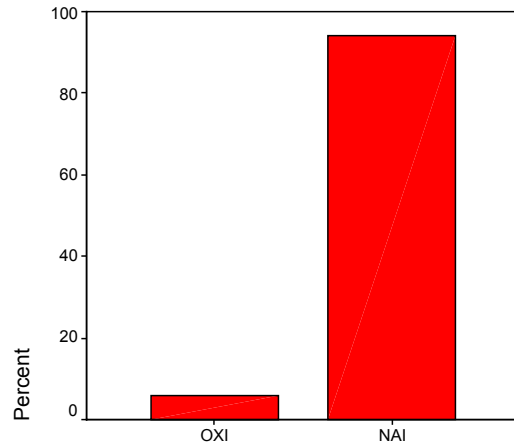
- **66 νεογέννητα (94,3%) έκλαψαν αμέσως.**
- **4 νεογέννητα (5,7%) δεν έκλαψαν αμέσως και έκαναν κρίση άπνοιας.**



Άμεσο Κλάμα

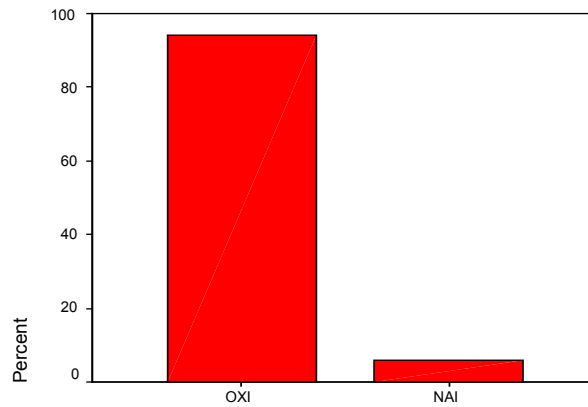
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 OXI	4	5,7	5,7	5,7
	1 NAI	66	94,3	94,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Άμεσο Κλάμα



Άμεσο Κλάμα

Κρίση άπνοιας



Κρίση άπνοιας

Κρίση άπνοιας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 OXI	66	94,3	94,3	94,3
	1 NAI	4	5,7	5,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Στην ερώτηση **πόσα νεογέννητα πήραν οξυγόνο** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

Χορηγήθηκε οξυγόνο σε 12 νεογέννητα (17,14%) και η διάρκεια χορήγησης οξυγόνου ήταν από 1 min έως 720 min.

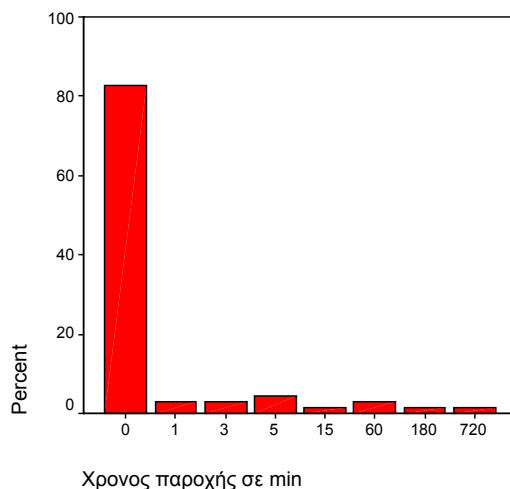
Παροχή Οξυγόνου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ΟΧΙ	58	82,86	82,86	82,84
1 ΝΑΙ	12	17,14	17,14	
Total	70	100,0	100,0	100,0

Χρονος παροχής σε min

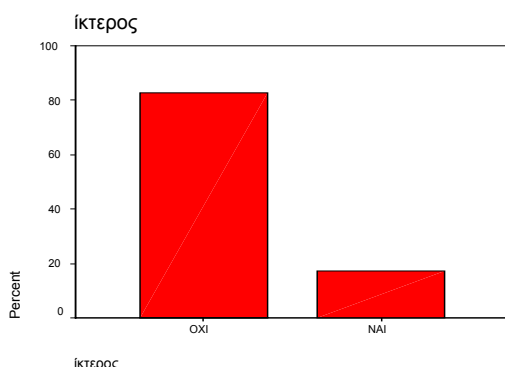
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	58	82,9	82,9	82,9
1	2	2,9	2,9	85,7
3	2	2,9	2,9	88,6
5	3	4,3	4,3	92,9
15	1	1,4	1,4	94,3
60	2	2,9	2,9	97,1
180	1	1,4	1,4	98,6
720	1	1,4	1,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Χρονος παροχής σε min



Στην ερώτηση **πόσα νεογέννητα παρουσίασαν ίκτερο** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

- 12 νεογέννητα (17,1%) παρουσίασαν ίκτερο.
- 58 νεογέννητα (82,9%) δεν παρουσίασαν .



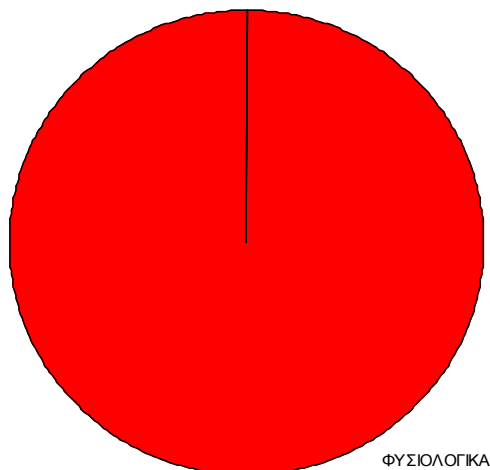
ίκτηρος

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ΟΧΙ	58	82,9	82,9	82,9
1 ΝΑΙ	12	17,1	17,1	100,0
Total	70	100,0	100,0	

4.7. Ψυχοκινητική κατάσταση κατά την έξοδο από το μαιευτήριο

Παρατηρείται **φυσιολογική** ψυχοκινητική κατάσταση σε όλα τα νεογέννητα κατά την έξοδο από το μαιευτήριο.

Ψυχοκινητικά Συμπτώματα



4.8 Μητρικός θηλασμός

Στην ερώτηση **πόσα βρέφη θήλασαν και για πόσο διάστημα** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

- 57 νεογνά (81,4%) θήλασαν
 - 13 νεογνά (18,6) δεν θήλασαν
- Από τα νεογνά που θήλασαν
- 19% των νεογέννητων θήλασαν τους 3 πρώτους μήνες.
 - 14% των νεογέννητων θήλασαν τον 1 πρώτο μήνα.
 - 13% των νεογέννητων θήλασαν τους 4 πρώτους μήνες.
 - 9% των νεογέννητων θήλασαν τους 6 πρώτους μήνες.
 - 6% των νεογέννητων θήλασαν τους 2 πρώτους μήνες.

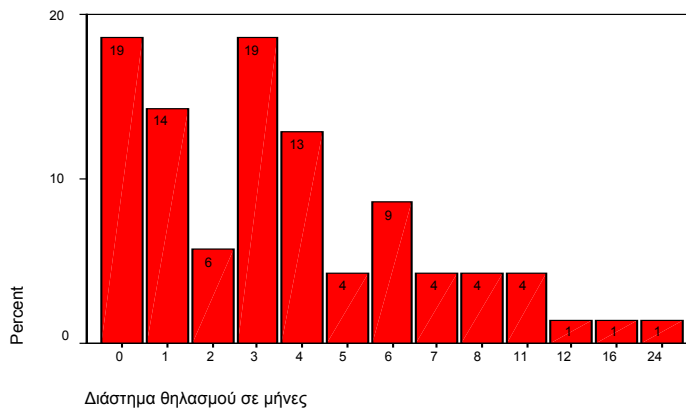
Μητρικός θηλασμός

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 OXI	13	18,6	18,6	18,6
1 NAI	57	81,4	81,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Διάστημα θηλασμού σε μήνες

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	13	18,6	18,6	18,6
	1	10	14,3	14,3	32,9
	2	4	5,7	5,7	38,6
	3	13	18,6	18,6	57,1
	4	9	12,9	12,9	70,0
	5	3	4,3	4,3	74,3
	6	6	8,6	8,6	82,9
	7	3	4,3	4,3	87,1
	8	3	4,3	4,3	91,4
	11	3	4,3	4,3	95,7
	12	1	1,4	1,4	97,1
	16	1	1,4	1,4	98,6
	24	1	1,4	1,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Διάστημα θηλασμού σε μήνες



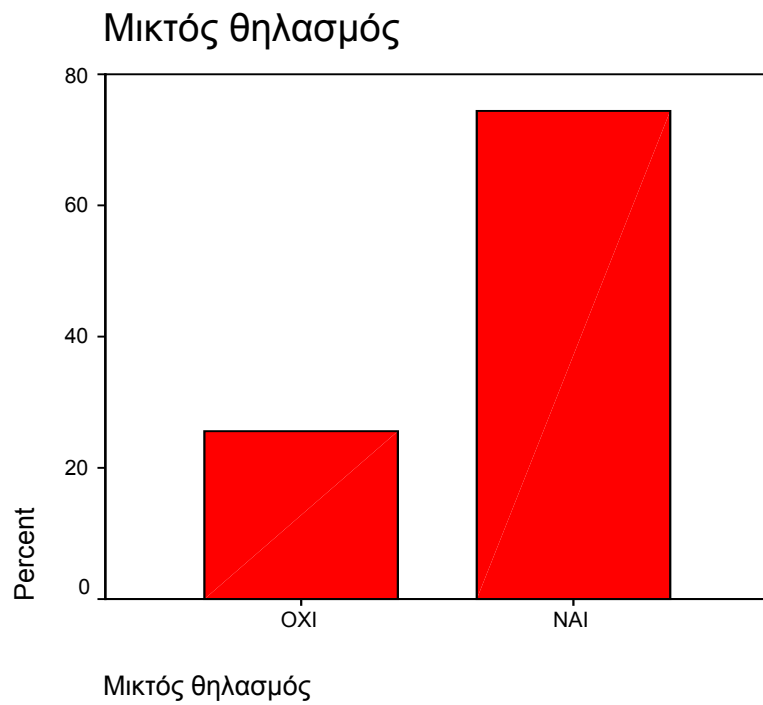
Μικτός θηλασμός

Στην ερώτηση **πόσα βρέφη θήλασαν με συνδιασμό μητρικού γάλακτος και υποκατάστατου** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

- Από τα 70 βρέφη τα 52 (74,3) θήλασαν και παράλληλα προσλάμβαναν υποκατάστατο αγελαδινού γάλακτος.
- Ενώ 18 βρέφη (25,7%) θήλασαν αποκλειστικά.

Μικτός θηλασμός

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 OXI	18	25,7	25,7	25,7
	1 NAI	52	74,3	74,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	



4.9 Σωματομετρικά στοιχεία

Στους παρακάτω πίνακες παρατίθενται στοιχεία που αφορούν τον αριθμό των νηπίων ανά ηλικία (μήνες), καθώς και τα σωματομετρικά τους (βάρος σε γρ. ύψος σε cm, περίμετρος κεφαλής σε cm και ΔΜΣ).

Ηλικία σε μήνες

φύλο			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Αγόρι	Valid	12	11	29,7	29,7	29,7
		13	6	16,2	16,2	45,9
		14	3	8,1	8,1	54,1
		15	1	2,7	2,7	56,8
		16	2	5,4	5,4	62,2
		17	1	2,7	2,7	64,9
		20	3	8,1	8,1	73,0
		22	1	2,7	2,7	75,7
		23	2	5,4	5,4	81,1
		24	7	18,9	18,9	100,0
		Total	37	100,0	100,0	
Κορίτσι	Valid	12	6	18,2	18,2	18,2
		13	3	9,1	9,1	27,3
		14	3	9,1	9,1	36,4
		15	2	6,1	6,1	42,4
		16	2	6,1	6,1	48,5
		17	1	3,0	3,0	51,5
		18	3	9,1	9,1	60,6
		20	1	3,0	3,0	63,6
		21	1	3,0	3,0	66,7
		22	1	3,0	3,0	69,7
		23	1	3,0	3,0	72,7
		24	9	27,3	27,3	100,0
		Total	33	100,0	100,0	

ΣΩΜΑΤΩΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ_Βάρος σε gr

φύλο			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Αγόρι	Valid	8420	1	2,7	2,7	2,7
		8550	1	2,7	2,7	5,4
		8900	1	2,7	2,7	8,1
		9180	1	2,7	2,7	10,8
		9500	1	2,7	2,7	13,5
		9880	1	2,7	2,7	16,2
		9900	2	5,4	5,4	21,6
		10000	1	2,7	2,7	24,3
		10250	1	2,7	2,7	27,0
		10480	1	2,7	2,7	29,7
		10500	2	5,4	5,4	35,1
		10600	1	2,7	2,7	37,8
		10650	1	2,7	2,7	40,5
		10700	1	2,7	2,7	43,2
		11000	2	5,4	5,4	48,6
		11200	1	2,7	2,7	51,4
		11350	1	2,7	2,7	54,1
		11400	1	2,7	2,7	56,8
		11500	3	8,1	8,1	64,9
		11750	1	2,7	2,7	67,6
		12000	3	8,1	8,1	75,7
		12500	2	5,4	5,4	81,1
		12600	1	2,7	2,7	83,8
		12670	1	2,7	2,7	86,5
		14000	3	8,1	8,1	94,6
		15000	1	2,7	2,7	97,3
		16000	1	2,7	2,7	100,0
Total		37	100,0	100,0		
Κορίτσι	Valid	8400	1	3,0	3,0	3,0
		8550	1	3,0	3,0	6,1
		8740	1	3,0	3,0	9,1
		9000	1	3,0	3,0	12,1
		9170	1	3,0	3,0	15,2
		9260	1	3,0	3,0	18,2
		9530	1	3,0	3,0	21,2
		9800	1	3,0	3,0	24,2
		10000	1	3,0	3,0	27,3
		10200	1	3,0	3,0	30,3
		10300	1	3,0	3,0	33,3
		10400	1	3,0	3,0	36,4
		10500	2	6,1	6,1	42,4
		10600	2	6,1	6,1	48,5
		11000	1	3,0	3,0	51,5
		11100	1	3,0	3,0	54,5
		11440	1	3,0	3,0	57,6
		11500	1	3,0	3,0	60,6
		11800	2	6,1	6,1	66,7
		12000	4	12,1	12,1	78,8
		12500	1	3,0	3,0	81,8
		12700	1	3,0	3,0	84,8
		13000	1	3,0	3,0	87,9
		13200	2	6,1	6,1	93,9
		13500	1	3,0	3,0	97,0
		15000	1	3,0	3,0	100,0
		Total		33	100,0	100,0

Ύψος σε cm

φύλο			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Αγόρι	Valid	68	2	5,4	5,4	5,4
		72	1	2,7	2,7	8,1
		75	2	5,4	5,4	13,5
		76	5	13,5	13,5	27,0
		78	5	13,5	13,5	40,5
		79	4	10,8	10,8	51,4
		80	2	5,4	5,4	56,8
		82	5	13,5	13,5	70,3
		83	2	5,4	5,4	75,7
		84	2	5,4	5,4	81,1
		86	2	5,4	5,4	86,5
		87	1	2,7	2,7	89,2
		90	1	2,7	2,7	91,9
		91	2	5,4	5,4	97,3
		96	1	2,7	2,7	100,0
		Total		37	100,0	100,0
Κορίτσι	Valid	70	1	3,0	3,0	3,0
		75	2	6,1	6,1	9,1
		76	2	6,1	6,1	15,2
		78	5	15,2	15,2	30,3
		79	1	3,0	3,0	33,3
		81	1	3,0	3,0	36,4
		82	6	18,2	18,2	54,5
		83	1	3,0	3,0	57,6
		84	2	6,1	6,1	63,6
		85	4	12,1	12,1	75,8
		86	1	3,0	3,0	78,8
		88	3	9,1	9,1	87,9
		89	2	6,1	6,1	93,9
		90	2	6,1	6,1	100,0
		Total		33	100,0	100,0

Δείκτης Μάζας Σωματος

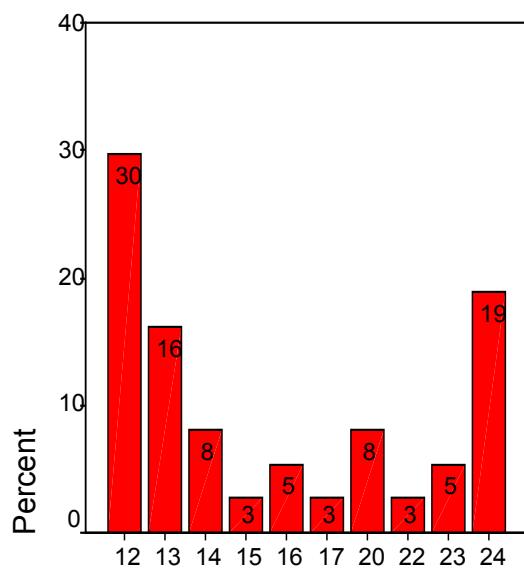
φύλο			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Αγόρι	Valid	13,28	1	2,7	2,7	2,7	
		14,49	1	2,7	2,7	5,4	
		14,58	1	2,7	2,7	8,1	
		14,80	1	2,7	2,7	10,8	
		14,87	1	2,7	2,7	13,5	
		15,19	1	2,7	2,7	16,2	
		15,22	1	2,7	2,7	18,9	
		15,46	1	2,7	2,7	21,6	
		15,82	1	2,7	2,7	24,3	
		15,86	1	2,7	2,7	27,0	
		16,16	1	2,7	2,7	29,7	
		16,22	1	2,7	2,7	32,4	
		16,27	1	2,7	2,7	35,1	
		16,56	1	2,7	2,7	37,8	
		16,66	1	2,7	2,7	40,5	
		16,79	1	2,7	2,7	43,2	
		16,85	1	2,7	2,7	45,9	
		17,10	1	2,7	2,7	48,6	
		17,11	1	2,7	2,7	51,4	
		17,47	1	2,7	2,7	54,1	
		17,71	1	2,7	2,7	56,8	
		17,73	1	2,7	2,7	59,5	
		17,85	1	2,7	2,7	62,2	
		18,08	1	2,7	2,7	64,9	
		18,14	1	2,7	2,7	67,6	
		18,50	1	2,7	2,7	70,3	
		18,52	1	2,7	2,7	73,0	
		18,90	2	5,4	5,4	78,4	
		19,75	1	2,7	2,7	81,1	
		19,84	1	2,7	2,7	83,8	
		20,03	1	2,7	2,7	86,5	
		20,28	1	2,7	2,7	89,2	
		21,94	1	2,7	2,7	91,9	
22,40	1	2,7	2,7	94,6			
22,71	2	5,4	5,4	100,0			
Total		37	100,0	100,0			
Κορίτσι	Valid	13,09	1	3,0	3,0	3,0	
		13,13	1	3,0	3,0	6,1	
		13,30	1	3,0	3,0	9,1	
		13,84	1	3,0	3,0	12,1	
		14,44	1	3,0	3,0	15,2	
		14,57	1	3,0	3,0	18,2	
		14,80	1	3,0	3,0	21,2	
		14,88	1	3,0	3,0	24,2	
		14,93	1	3,0	3,0	27,3	
		15,17	1	3,0	3,0	30,3	
		15,22	1	3,0	3,0	33,3	
		15,58	1	3,0	3,0	36,4	
		15,62	1	3,0	3,0	39,4	
		15,66	1	3,0	3,0	42,4	
		15,76	1	3,0	3,0	45,5	
		16,11	1	3,0	3,0	48,5	
		16,22	1	3,0	3,0	51,5	
		16,30	1	3,0	3,0	54,5	
		16,61	1	3,0	3,0	57,6	
		16,69	1	3,0	3,0	60,6	
		16,72	1	3,0	3,0	63,6	
		17,05	2	6,1	6,1	69,7	
		17,30	1	3,0	3,0	72,7	
		17,79	1	3,0	3,0	75,8	
		17,84	1	3,0	3,0	78,8	
		17,85	2	6,1	6,1	84,8	
		18,08	1	3,0	3,0	87,9	
		18,69	1	3,0	3,0	90,9	
		19,36	1	3,0	3,0	93,9	
		21,37	1	3,0	3,0	97,0	
		22,31	1	3,0	3,0	100,0	
		Total		33	100,0	100,0	

Περίμετρος κρανίου σε cm

φύλο			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Αγόρι	Valid	44	5	13,5	13,5	13,5
		45	4	10,8	10,8	24,3
		46	5	13,5	13,5	37,8
		47	3	8,1	8,1	45,9
		48	10	27,0	27,0	73,0
		49	1	2,7	2,7	75,7
		50	8	21,6	21,6	97,3
		51	1	2,7	2,7	100,0
		Total	37	100,0	100,0	
		Κορίτσι	Valid	0	1	3,0
42	1			3,0	3,0	6,1
44	3			9,1	9,1	15,2
45	7			21,2	21,2	36,4
46	6			18,2	18,2	54,5
47	5			15,2	15,2	69,7
48	6			18,2	18,2	87,9
49	3			9,1	9,1	97,0
52	1			3,0	3,0	100,0
Total	33			100,0	100,0	

Ηλικία σε μήνες

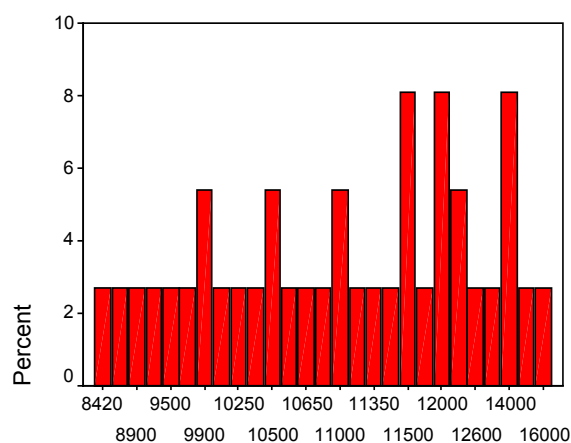
ΦΥΛΟ: Αγόρι



Ηλικία σε μήνες

ΣΩΜΑΤΩΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ_Βά

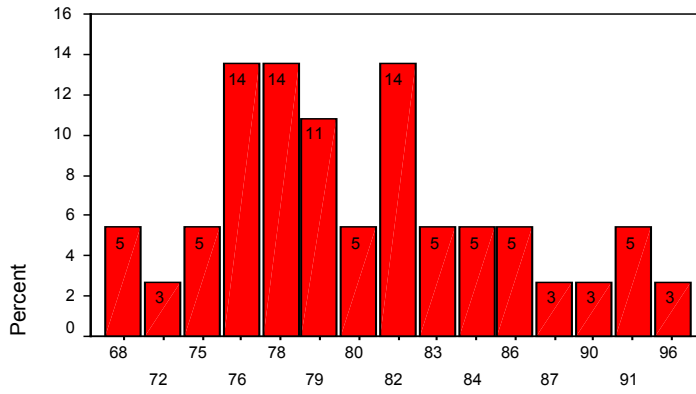
ΦΥΛΟ: Αγόρι



ΣΩΜΑΤΩΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ_Βάρος σε gr

Ύψος σε cm

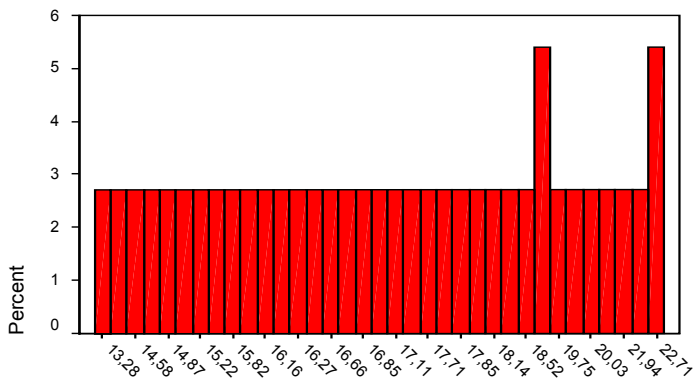
ΦΥΛΟ: Αγόρι



Ύψος σε cm

Δεικτης Μαζας Σωματος

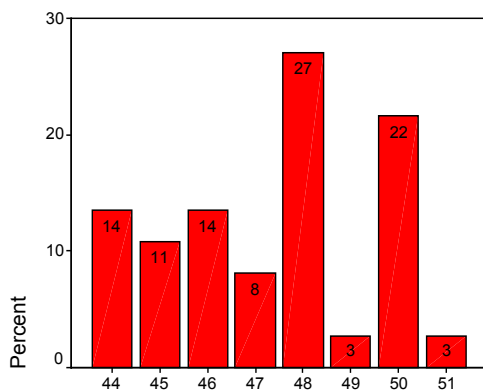
ΦΥΛΟ: Αγόρι



Δεικτης Μαζας Σωματος

Περίμετρος κρανίου σε cm

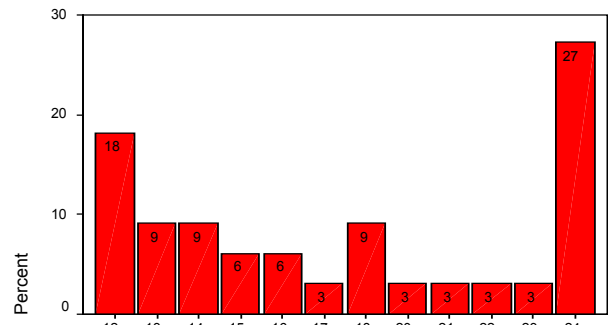
ΦΥΛΟ: Αγόρι



Περίμετρος κρανίου σε cm

Ηλικία σε μήνες

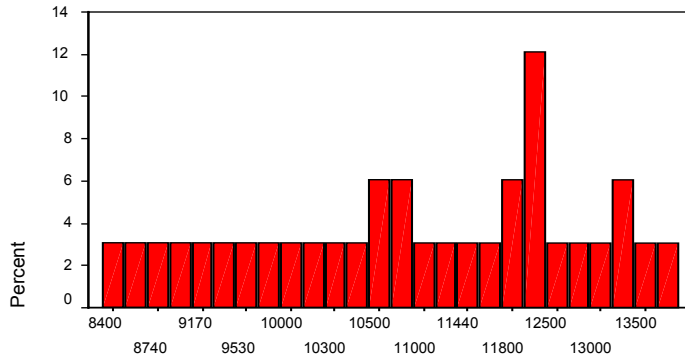
ΦΥΛΟ: Κορίτσι



Ηλικία σε μήνες

ΣΩΜΑΤΩΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ_Βάρος σε gr

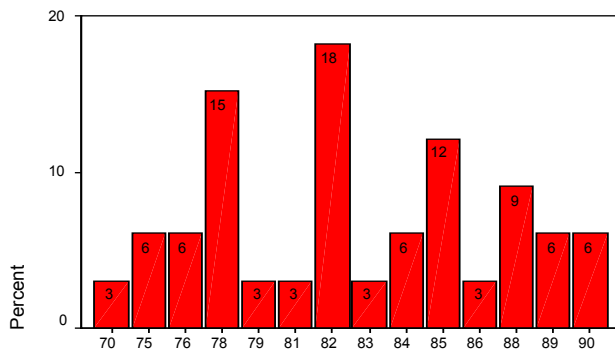
ΦΥΛΟ: Κορίτσι



ΣΩΜΑΤΩΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ_Βάρος σε gr

Ύψος σε cm

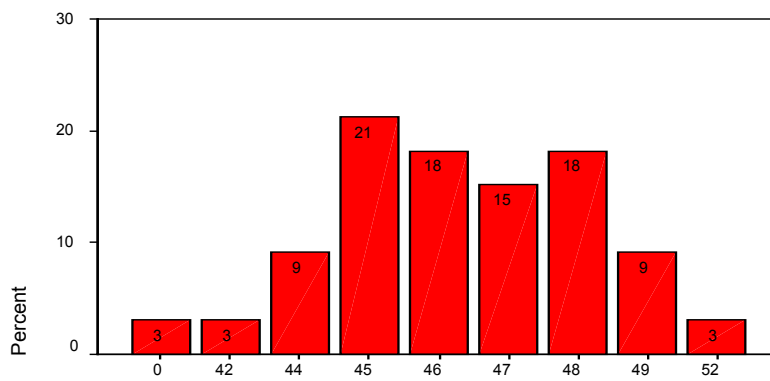
ΦΥΛΟ: Κορίτσι



Ύψος σε cm

Περίμετρος κρανίου σε cm

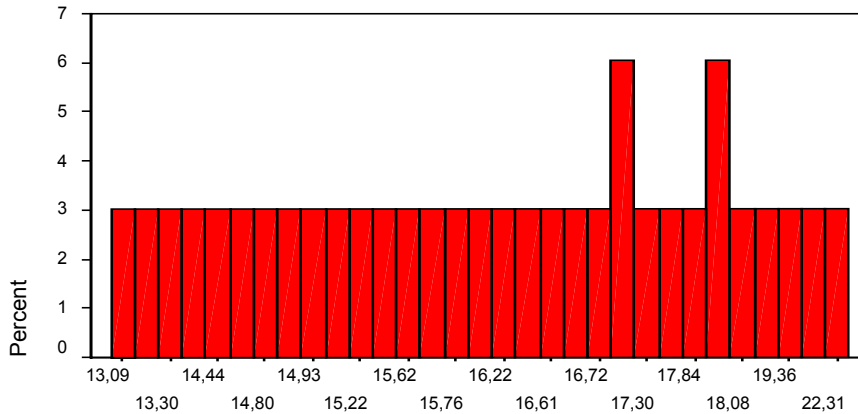
ΦΥΛΟ: Κορίτσι



Περίμετρος κρανίου σε cm

Δεικτης Μαζας Σωματος

ΦΥΛΟ: Κορίτσι



Δεικτης Μαζας Σωματος

4.10 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ-ΑΚΡΑΙΕΣ Ε.Θ.

Η εκτίμηση της αύξησης των 70 νηπίων της επαρχίας Σητείας έγινε με τη βοήθεια ειδικών διαγραμμάτων και πινάκων αύξησης (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ).

Τα διαγράμματα αύξησης και οι πίνακες περιλαμβάνουν τις Εκατοστιαίες Θέσεις (ΕΘ) των σωματομετρικών παραμέτρων (βάρος, ύψος, περίμετρος κεφαλής και ΔΜΣ) ανά φύλο και ηλικία. Εκατοστιαία ονομάζεται η θέση την οποία καταλαμβάνει το ελεγχόμενο στοιχείο του εξεταζομένου σε σειρά 100 συνομηλίκων του.

Οι πίνακες επιτρέπουν την εκτίμηση της παρούσας κατάστασης της αύξησης. Τα διαγράμματα επιτρέπουν επιπλέον τη γραφική παρακολούθηση του φαινομένου της αύξησης.

Στα διαγράμματα και τους πίνακες αυτούς απεικονίζονται ή καταγράφονται αντίστοιχα επτά ΕΘ (5η, 10η, 25η, 50ή, 75η, 90ή και 95η)

Αν ληφθεί υπόψη ότι τα στοιχεία για τον καταρτισμό των εκατοστιαίων θέσεων λαμβάνονται από «φυσιολογικά παιδιά», σωματομετρικά στοιχεία στις πολύ χαμηλές ή τις πολύ υψηλές ΕΘ δεν σημαίνουν υποχρεωτικά διαταραχή της αύξησης, αλλά απλώς υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο διαταραχής.

Εξάλλου, το ότι τα σωματομετρικά στοιχεία ενός παιδιού βρίσκονται ανάμεσα στην 5η και την 95η ΕΘ δεν σημαίνει υποχρεωτικά ότι το παιδί αυξάνεται φυσιολογικά, αλλά ότι υπάρχει απλώς μικρότερος κίνδυνος να υπόκειται διαταραχή της αύξησης.

Παιδιά με σωματομετρικά στοιχεία σε ακραίες θέσεις ενδέχεται να σιτίζονται ανεπαρκώς ή υπερβολικά ή να πάσχουν από νοσήματα που επηρεάζουν την αύξηση, όπως είναι χρόνιες λοιμώξεις, μεταβολικά νοσήματα και διαταραχές των ενδοκρινών αδένων.

Παιδιά των οποίων τα σωματομετρικά στοιχεία βρίσκονται κάτω από την 5η ΕΘ ή πάνω από την 95η ΕΘ είναι ύποπτα να έχουν διαταραχή της αύξησης και επομένως να χρειάζονται διερεύνηση.

Υπολογίζεται ότι μόνο στο 10% των παιδιών με ύψος κάτω από την 5η ΕΘ το κοντό ανάστημα οφείλεται σε οργανικά αίτια.. Διερεύνηση χρειάζονται ακόμη τα παιδιά που ανεξάρτητα από την ΕΘ του ύψους τους, παρουσιάζουν χαμηλό ή υψηλό ρυθμό αύξησης.

Ο ρυθμός αύξησης υπολογίζεται από τη διαφορά των τιμών του ύψους δύο μετρήσεων που απέχουν μεταξύ τους τουλάχιστον 6 μήνες. Η διαφορά αυτή (cm) ανάγεται στο έτος. Για την εκτίμηση του ρυθμού αύξησης χρησιμοποιούνται ειδικά διαγράμματα.

Μερικές φορές μπορεί να προκύψει πρόβλημα από τη συσχέτιση των σωματομετρικών στοιχείων της εξωμήτριας ζωής με εκείνα της γέννησης.

Υψηλή ή χαμηλή θέση των σωματομετρικών στοιχείων στη γέννηση δεν προδικάζει και ανάλογο εξωμήτριο ρυθμό αύξησης, γιατί τα σωματομετρικά στοιχεία του τελειόμηνου νεογνού αντικατοπτρίζουν κυρίως το ενδομήτριο περιβάλλον, ενώ το σωματικό μέγεθος από την ηλικία των δύο χρόνων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το γενετικό δυναμικό.

Βρέφη με υψηλό γενετικό δυναμικό που γεννήθηκαν μικρά, γιατί το ενδομήτριο περιβάλλον ήταν αντίξοο, μπορεί από τη γέννηση και μέχρι την ηλικία των 18 μηνών περίπου, να αυξηθούν σημαντικά και να καταλάβουν υψηλότερες ΕΘ εκφράζοντας το γενετικό δυναμικό τους. Αντίθετα νεογνά μεγάλα, λόγω ιδιαίτερα ευνοϊκού ενδομήτριου περιβάλλοντος (π.χ. παιδιά διαβητικής μητέρας) που προέρχονται από μικρόσωμους γονείς μπορεί να απολέσουν από τον 3ο μέχρι το 18ο μήνα της ζωής αρκετές ΕΘ, εκφράζοντας και πάλι το γενετικό δυναμικό τους.

Εκτίμηση της ανάπτυξης των νηπίων του δείγματός μας, με βάση τους ανθρωπομετρικούς δείκτες: ύψος/μήκος, βάρος, περίμετρος κεφαλής, ΔΜΣ.

Η κατανομή των ευρημάτων των ανθρωπομετρικών παραμέτρων του δείγματος των 70 νηπίων παρουσιάζεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.

Το βάρος

- Δε βρέθηκε κανένα αγόρι ή κορίτσι λιποβαρές (κάτω από τη 5^η ΕΘ)
- Βρέθηκαν 4 αγόρια και 4 κορίτσια πάνω από την 95^η ΕΘ (υπέρβαρα)

Από τα υπέρβαρα αγόρια:

3 έχουν και ΔΜΣ > της 95^{ης} ΕΘ → παχύσαρκα
ενώ το άλλο εμφανίζει ΔΜΣ μεταξύ 85^{ης} και 95^{ης} ΕΘ → υπέρβαρο

Από τα υπέρβαρα κορίτσια:

2 απ'αυτά είχαν επίσης ΔΜΣ > της 95^{ης} ΕΘ → παχύσαρκα
1 είχε ΔΜΣ μεταξύ 85^{ης} και 95^{ης} ΕΘ → υπέρβαρο
1 είχε ύψος επίσης πάνω από την 95^η ΕΘ και ΔΜΣ στη 50^η ΕΘ
→ φυσιολογικό.

Το ύψος/μήκος

- Βρέθηκαν 2 αγόρια και 1 κορίτσι πάνω απ' την 95^η ΕΘ, αλλά μέσα στο διάστημα μιας σταθερής απόκλισης (φαίνεται ότι ακολουθείται ο γενετικός κώδικας - ύψος γονέων).
- Δε βρέθηκε κανένα αγόρι ή κορίτσι κάτω από τη 5^η ΕΘ

Η περίμετρος κεφαλής

- Βρέθηκαν αγόρια και κορίτσια με τιμές πάνω από την 95^η ΕΘ ή κάτω από την 5^η ΕΘ. Επειδή όμως η ψυχοκινητική εξέλιξη των νηπίων βρέθηκε καλή, για τις αποκλίσεις αυτές ευθύνεται κυρίως ο γενετικός κώδικας.

Ο Δ.Μ.Σ

Αγόρια

Βρέθηκαν 5 αγόρια παχύσαρκα → ΔΜΣ > της 95^{ης} ΕΘ, εξ' αυτών τα 3 ήταν και υπέρβαρα όπως προαναφέρθηκε, ένα νήπιο με χαμηλό ύψος (7^η ΕΘ) και βάρος αναλογικά πολύ μεγαλύτερο για το ύψος του (70^η ΕΘ), ενώ ακόμη ένα βρέθηκε με δυσανάλογα αυξημένο βάρος σε σχέση με το ύψος του (90^η ΕΘ βάρος και 25^η ΕΘ ύψος).

Κορίτσια

- 2 κορίτσια ήταν παχύσαρκα που ήταν επίσης και υπέρβαρα

Επίσης

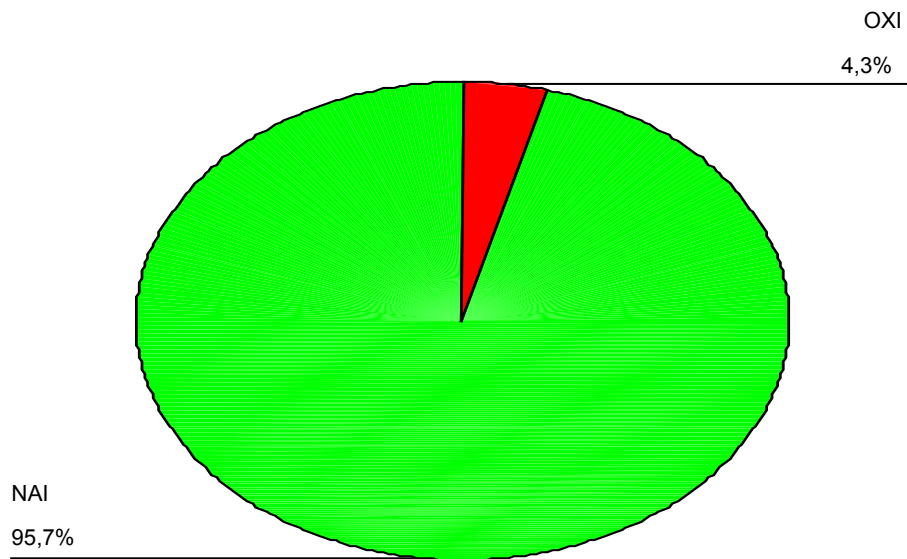
- 3 αγόρια και 1 κορίτσι φαίνονται υπέρβαρα, όλα εξ' αιτίας δυσαναλογίας βάρους ως προς το ύψος (αυξημένο βάρος ως προς το ύψος).
- Σημειώνεται ότι τιμές Δ.Μ.Σ > της 85^{ης} ΕΘ σηματοδοτούν κίνδυνο για εγκατάσταση παχυσαρκίας.
- Μερικά από τα παχύσαρκα νήπια είχαν τον ένα ή και τους δύο γονείς επίσης παχύσαρκους.
- Όλα τα παχύσαρκα και υπέρβαρα νήπια ήταν καλόφαγα, έτρωγαν μεγάλη ποσότητα φαγητού στο γεύμα και έτρωγαν σνακς (σοκολάτες, πατατάκια, γαριδάκια).

- Στην έρευνά μας βρέθηκαν περισσότερα νήπια αγόρια υπέρβαρα και παχύσαρκα από κορίτσια, πράγμα που επιβεβαιώνουν όλες οι μελέτες, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και Αμερικής.
- Ο ΔΜΣ κάτω από την 5^η ΕΘ (4 αγόρια και 1 κορίτσι) δεν αξιολογείται σαν δείκτης χρόνιας υποθρεψίας – υποσοτισμού, επειδή θα είχε πρώτα επηρεασθεί το βάρος (λιποβαρές νήπιο) που στην έρευνά μας δεν υπήρχε κανένα τέτοιο νήπιο. Εκφράζει απλά μια προσωρινή απώλεια βάρους από διάφορες αιτίες (οξεία επεισόδια) που σύντομα θα αποκατασταθεί.

4.11 Διατροφή

Στην ερώτηση αν οι μητέρες **ακολουθούν τις διαιτητικές οδηγίες του παιδιάτρου** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

- 67 μητέρες (95,7%) ακολουθούν τις διαιτητικές οδηγίες του παιδιάτρου
- 3 μητέρες (4,3) δεν ακολουθούν τις διαιτητικές οδηγίες του παιδιάτρου.



Στην ερώτηση **πότε άρχισε να τρώει στερεές τροφές το βρέφος** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

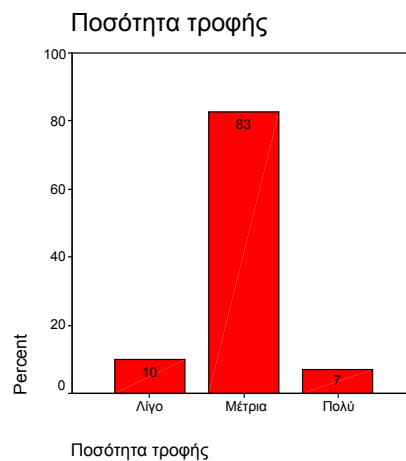
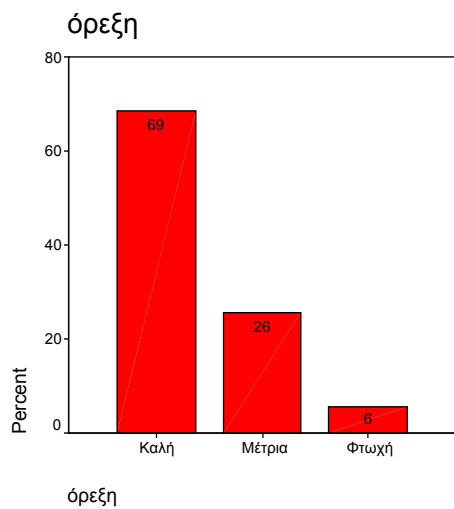
Ο χρόνος πρόσληψης στερεάς τροφής

- Στο 71% των βρεφών εισήχθη η στερεά τροφή στο διαιτολόγιο τους τον 6^ο μήνα.
- Στο 24% των βρεφών εισήχθη η στερεά τροφή στο διαιτολόγιο τους τον 5^ο μήνα.
- Στο 4% των βρεφών εισήχθη η στερεά τροφή στο διαιτολόγιο τους τον 7^ο μήνα.



Στην ερώτηση **αν η όρεξη του νηπίου είναι καλή, μέτρια, φτωχή** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

- **69% των νηπίων βρέθηκε να έχει καλή όρεξη.**
- **26% των νηπίων βρέθηκε να έχει μέτρια όρεξη.**
- **5% των νηπίων βρέθηκε να έχει φτωχή όρεξη.**

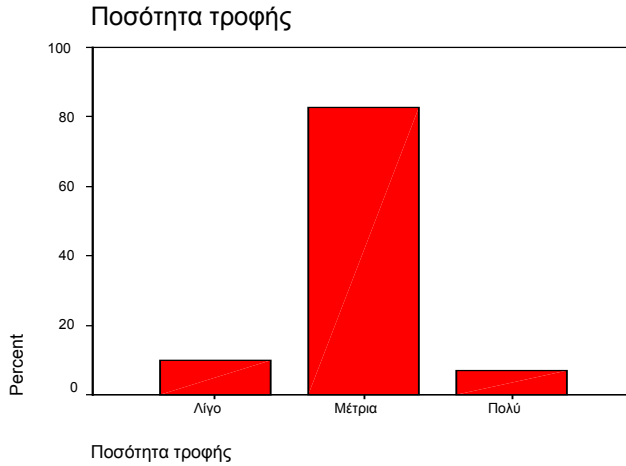


όρεξη

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καλή	48	68,6	68,6	68,6
	Μέτρια	18	25,7	25,7	94,3
	Φτωχή	4	5,7	5,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Στην ερώτηση πόση ποσότητα τροφής προσλαμβάνουν τα νήπια καθημερινά (λίγη, μέτρια, πολλή) **λάβαμε τις εξής απαντήσεις**

- **Ικανοποιητική ποσότητα τροφής προσλαμβάνει το 83% των νηπίων**
- **Το 10% των νηπίων τρέφεται με λίγη ποσότητα τροφής (υποσιτίζεται).**
- **Το 7% των νηπίων τρέφεται με μεγάλη ποσότητα τροφής (υπερσιτίζεται).**



Ποσότητα τροφής

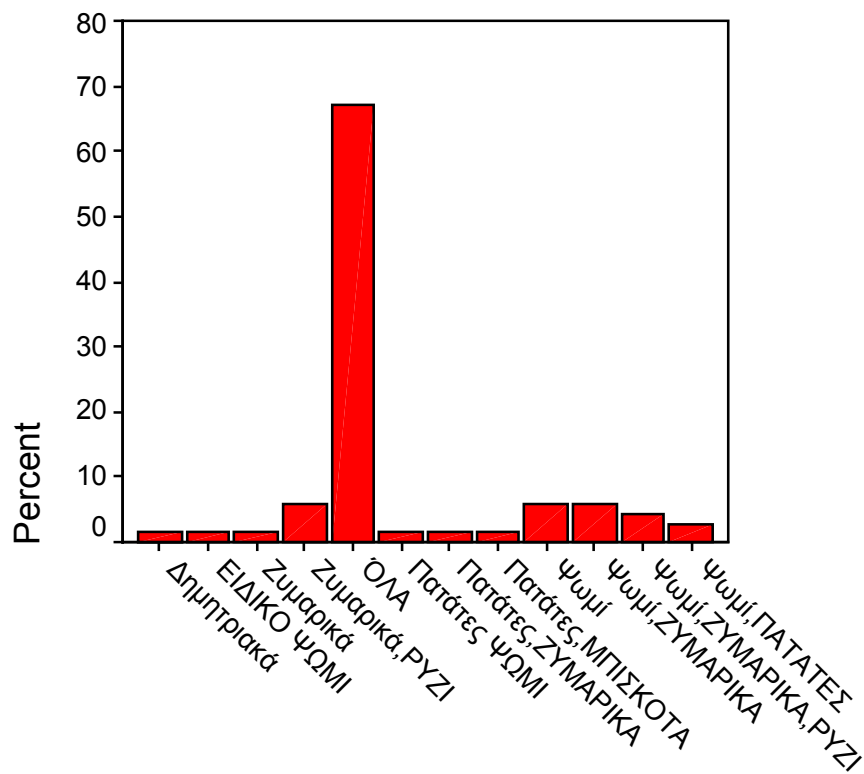
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λίγο	7	10,0	10,0	10,0
	Μέτρια	58	82,9	82,9	92,9
	Πολύ	5	7,1	7,1	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Στην ερώτηση **ποιες τροφές προτιμά από την ομάδα των υδατανθράκων, των γαλακτοκομικών, των φρούτων, των λαχανικών, των πρωτεϊνών και του λίπους** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

Υδατάνθρακες(ψωμί, πατάτες, ρύζι, ζυμαρικά, όσπρια, μπισκότα)

- 61 νήπια προτιμούν το ψωμί στη διατροφή τους.
- 60 νήπια προτιμούν τα ζυμαρικά στη διατροφή τους.
- 52 νήπια προτιμούν τις πατάτες στη διατροφή τους.
- 54 νήπια προτιμούν το ρύζι στη διατροφή τους.
- 48 νήπια προτιμούν τα μπισκότα στη διατροφή τους.
- 1 μόνο νήπιο προτιμά τα όσπρια στη διατροφή του

Υδατάνθρακες



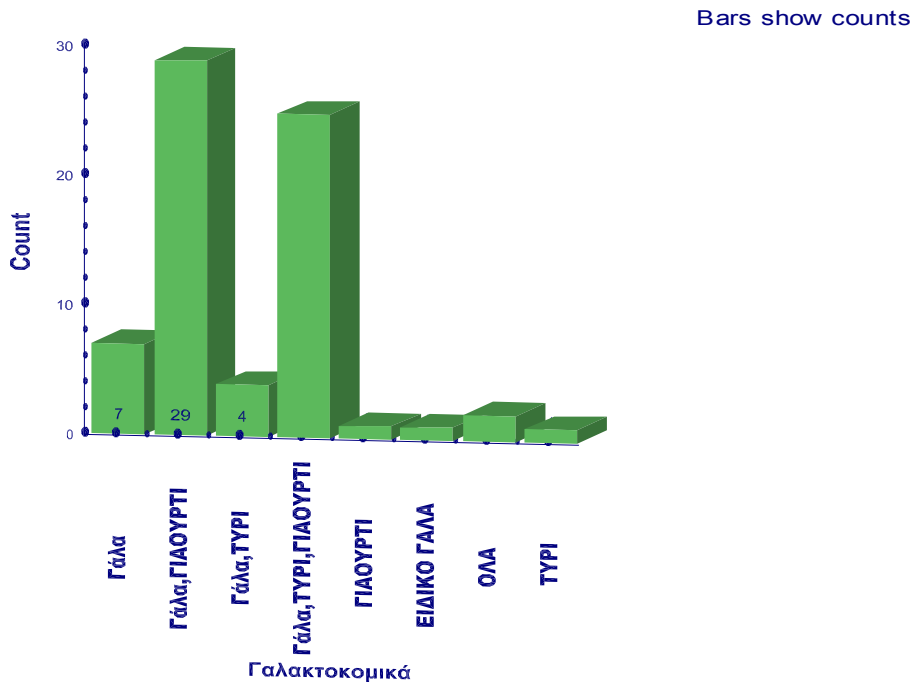
Υδατάνθρακες

Υδατάνθρακες

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δημητριακά	1	1,4	1,4	1,4
ΕΙΔΙΚΟ ΨΩΜΙ	1	1,4	1,4	2,9
Ζυμαρικά	1	1,4	1,4	4,3
Ζυμαρικά,ΡΥΖΙ	4	5,7	5,7	10,0
ΌΛΑ	47	67,1	67,1	77,1
Πατάτες ΨΩΜΙ	1	1,4	1,4	78,6
Πατάτες,ΖΥΜΑΡΙΚΑ	1	1,4	1,4	80,0
Πατάτες,ΜΠΙΣΚΟΤΑ	1	1,4	1,4	81,4
Ψωμί	4	5,7	5,7	87,1
Ψωμί,ΖΥΜΑΡΙΚΑ	4	5,7	5,7	92,9
Ψωμί,ΖΥΜΑΡΙΚΑ	3	4,3	4,3	97,1
Ψωμί,ΠΑΤΑΤΕΣ	2	2,9	2,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Γάλα και Γαλακτοκομικά

- 67 νήπια προτιμούν το γάλα στην διαίτά τους.
- 57 νήπια προτιμούν το γιαούρτι στην διαίτά τους.
- 32 νήπια προτιμούν το τυρί στην διαίτά τους.
- 2 νήπια προτιμούν όλα τα γαλακτοκομικά στην διαίτά τους.



Γαλακτοκομικά

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,ΓΙΑΟΥΡΤΙ	1	1,4	1,4	1,4
,ΤΥΡΙ	1	1,4	1,4	2,9
Γάλα	7	10,0	10,0	12,9
Γάλα ΤΥΡΙ	1	1,4	1,4	14,3
ΓΑΛΑ ΤΥΡΙ ΓΙΑΟΥΡΤΙ	2	2,9	2,9	17,1
ΓΑΛΑ ΤΥΡΙ	1	1,4	1,4	18,6
ΓΑΛΑ,ΓΙΑΟΥΡΤΙ	2	2,9	2,9	21,4
Γάλα,ΓΙΑΟΥΡΤΙ	23	32,9	32,9	54,3
Γάλα,ΓΙΑΟΎΡΤΙ,ΤΥΡΙ	1	1,4	1,4	55,7
Γάλα,ΤΥΡΙ	1	1,4	1,4	57,1
Γάλα,τυρί	1	1,4	1,4	58,6
ΓΑΛΑ, ΤΥΡΙ,ΓΙΑΟΥΡΤΙ	1	1,4	1,4	60,0
Γάλα,ΤΥΡΙ,ΓΙΑΟΥΡΤΙ	14	20,0	20,0	80,0
Γάλα,τυρί,γιαούρτι	1	1,4	1,4	81,4
Γάλα,ΤΥΡΙ,ΓΙΑΟΥΡΤΙ,Φ	2	2,9	2,9	84,3
ΓάλαΓΙΑΟΥΡΤΙ	1	1,4	1,4	85,7
ΓάλαΤΥΡΙ ΓΙΑΟΥΡΤΙ	1	1,4	1,4	87,1
Γιαούρτι ΓΑΛΑ	1	1,4	1,4	88,6
Γιαούρτι ΓΑΛΑ ΤΥΡΙ	1	1,4	1,4	90,0
ΓιαούρτιΓΑΛΑ	2	2,9	2,9	92,9
ΕΙΔΙΚΟ ΓΑΛΑ	1	1,4	1,4	94,3
ΌΛΑ	4	5,7	5,7	100,0
Total	70	100,0	100,0	

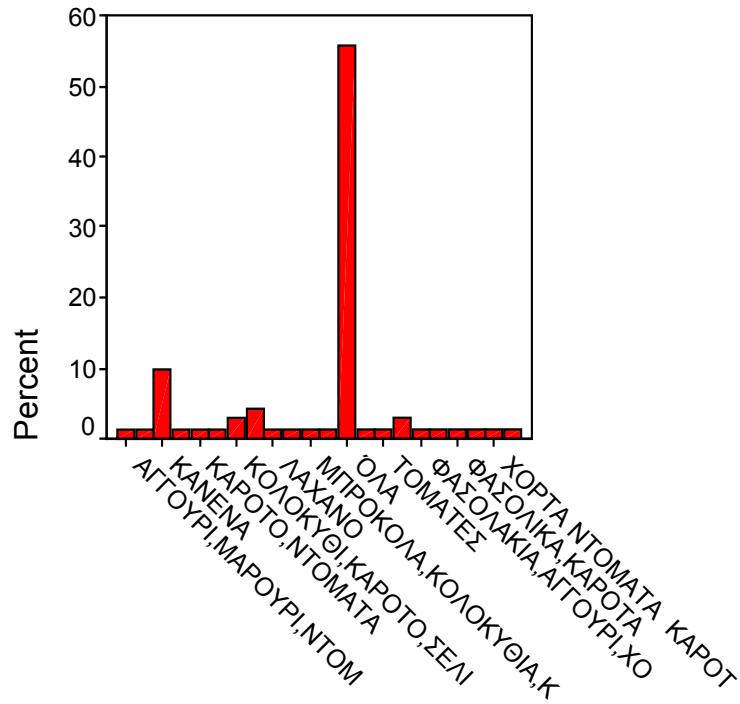
Προτίμηση σε φρούτα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΑΧΛΑΔΙ	1	1,4	1,4	1,4
ΑΧΛΑΔΙ,ΚΑΡΠΟΥΖΙ	1	1,4	1,4	2,9
ΑΧΛΑΔΙ,ΜΗΛΟ	2	2,9	2,9	5,7
ΑΧΛΑΔΙ,ΜΗΛΟ,ΠΟΡΤΟΚΑΛΙ	1	1,4	1,4	7,1
ΑΧΛΑΔΙ,ΜΠΑΝΑΝΑ	1	1,4	1,4	8,6
ΑΧΛΑΔΙ,ΜΠΑΝΑΝΑ,ΚΑΡΠΟΥΖΙ	1	1,4	1,4	10,0
ΑΧΛΑΔΙ,ΠΕΠΟΝΙ,ΜΗΛΟ	1	1,4	1,4	11,4
ΚΑΝΕΝΑ	2	2,9	2,9	14,3
ΚΑΡΠΟΥΖΙ,ΣΤΑΦΥΛΙ,ΜΗΛΟ	1	1,4	1,4	15,7
ΚΕΡΑΣΙΑ,ΣΤΑΦΥΛΙ,ΑΧΛΑΔΙ	1	1,4	1,4	17,1
ΜΗΛΟ	1	1,4	1,4	18,6
ΜΗΛΟ,ΜΠΑΝΑΝΑ	1	1,4	1,4	20,0
ΜΠΑΝΑΝΑ	3	4,3	4,3	24,3
ΜΠΑΝΑΝΑ,ΑΧΛΑΔΙ	4	5,7	5,7	30,0
ΜΠΑΝΑΝΑ,ΚΑΡΠΟΥΖΙ,ΚΕΡΑΣΙ	1	1,4	1,4	31,4
ΜΠΑΝΑΝΑ,ΜΗΛΟ	1	1,4	1,4	32,9
ΜΠΑΝΑΝΑ,ΜΗΛΟ,ΑΧΛΑΔΙ	10	14,3	14,3	47,1
ΌΛΑ	31	44,3	44,3	91,4
ΠΟΡΤΟΚΑΛΙ	2	2,9	2,9	94,3
ΠΟΡΤΟΚΑΛΙ,ΜΑΝΤΑΡΙΝΙ,ΚΑΡΠΟΥΖΙ,ΠΕΠΟΝΙ	1	1,4	1,4	95,7
ΠΟΡΤΟΚΑΛΙ,ΜΗΛΟ	1	1,4	1,4	97,1
ΠΟΡΤΟΚΑΛΙ,ΜΗΛΟ,ΜΠΑΝΑΝΑ,ΑΧΛΑΔΙ	1	1,4	1,4	98,6
ΠΟΡΤΟΚΑΛΙΑ,ΑΧΛΑΔΙΑ	1	1,4	1,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Λαχανικά

- 44 νήπια προτιμούν το αγγούρι και τα φασολάκια.
- 45 νήπια προτιμούν την ντομάτα.
- 51 νήπια προτιμούν το καρότο.
- 49 νήπια προτιμούν τα κολοκύθια.
- 40 νήπια προτιμούν τις μπάμιες.
- 41 νήπια προτιμούν τον αρακά.
- 50 νήπια προτιμούν τα χορταρικά.
- 39 νήπια προτιμούν όλα τα λαχανικά.
- 7 νήπια δεν προτιμάνε κανένα λαχανικό.
- 1 νήπιο δεν τρώει φασόλια και μπάμιες.

Προτίμηση σε λαχανικά



Προτίμηση σε λαχανικά

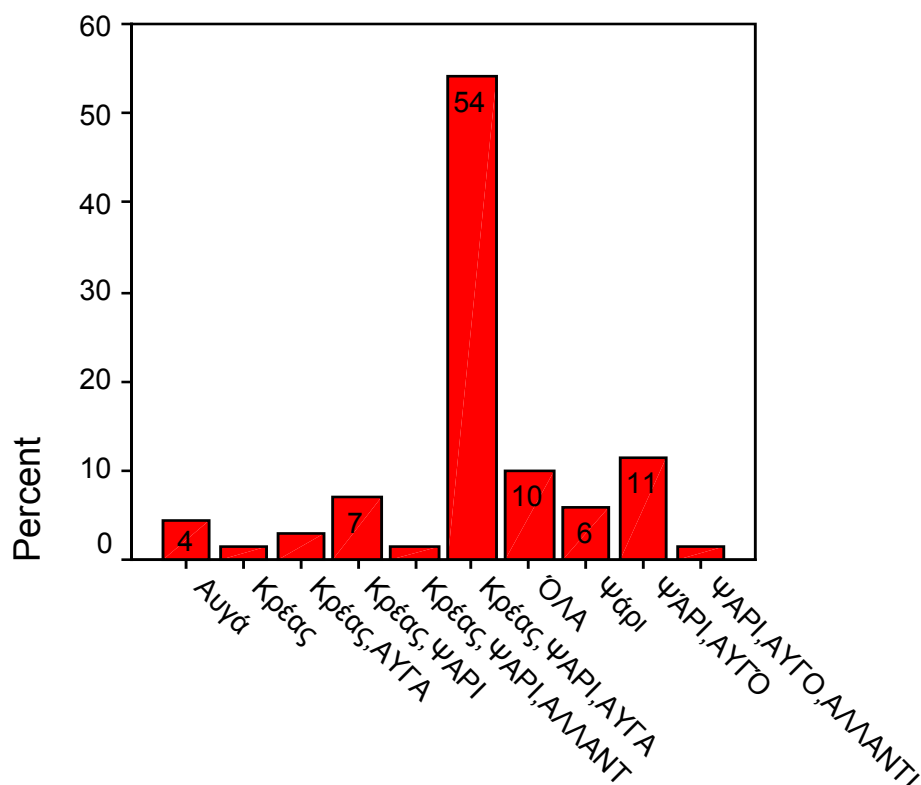
Προτίμηση σε λαχανικά

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
ΑΓΓΟΥΡΙ,ΜΑΡΟΥΡΙ,Ν ΤΟΜΑΤΑ	1	1,4	1,4	1,4
ΑΓΓΟΥΡΙΑ	1	1,4	1,4	2,9
ΚΑΝΕΝΑ	7	10,0	10,0	12,9
ΚΑΡΟΤΑ,ΚΟΛΟΚΥΘΙΑ	1	1,4	1,4	14,3
ΚΑΡΟΤΟ,ΝΤΟΜΑΤΑ	1	1,4	1,4	15,7
ΚΑΡΟΤΟ,ΣΕΛΙΝΟ,ΚΟ ΛΟΚΥΘΙ,ΚΡΕΜΜΥΔΙΑ	1	1,4	1,4	17,1
ΚΟΛΟΚΥΘΙ,ΚΑΡΟΤΟ, ΣΕΛΙΝΟ	2	2,9	2,9	20,0
ΚΟΛΟΚΥΘΙΑ,ΚΑΡΟΤΑ	3	4,3	4,3	24,3
ΛΑΧΑΝΟ	1	1,4	1,4	25,7
ΜΠΑΜΙΕΣ	1	1,4	1,4	27,1
ΜΠΡΟΚΟΛΑ,ΚΟΛΟΚΥ ΘΙΑ,ΚΑΡΟΤΑ	1	1,4	1,4	28,6
ΝΤΟΜΑΤΑ,ΑΓΓΟΥΡΙ, ΜΑΡΟΥΛΙ,ΚΕΜΜΥΔΙ	1	1,4	1,4	30,0
ΌΛΑ	39	55,7	55,7	85,7
ΌΛΑ ΕΚΤΟΣ	1	1,4	1,4	87,1
ΦΑΣΟΛΙΑ,ΜΠΑΜΙΕΣ	1	1,4	1,4	88,6
ΤΟΜΑΤΕΣ	1	1,4	1,4	90,0
ΦΑΣΟΛΑΚΙΑ	2	2,9	2,9	92,9
ΦΑΣΟΛΑΚΙΑ,ΑΓΓΟΥΡ Ι,ΧΟΡΤΑ	1	1,4	1,4	94,3
ΦΑΣΟΛΙΑ,ΑΡΑΚΑΣ	1	1,4	1,4	95,7
ΦΑΣΟΛΙΚΑ,ΚΑΡΟΤΑ	1	1,4	1,4	97,1
ΧΟΡΤΑ	1	1,4	1,4	98,6
ΧΟΡΤΑ ΝΤΟΜΑΤΑ	1	1,4	1,4	100,0
ΚΑΡΟΤΟ	1	1,4	1,4	100,0
χόρτα,κολοκύθια	1	1,4	1,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Πρωτεΐνες(κρέας, ψάρι, αυγά, αλλαντικά)

- Τα 54 νήπια προτιμούν το κρέας στο διαιτολόγιό τους.
- Τα 64 νήπια προτιμούν το ψάρι στο διαιτολόγιό τους.
- Τα 59 νήπια προτιμούν τα αυγά στο διαιτολόγιό τους.
- Τα 9 νήπια προτιμούν τα αλλαντικά στο διαιτολόγιό τους.
- Τα 7 νήπια τα προτιμούν όλα στο διαιτολόγιό τους.
- Τα 3 νήπια προτιμούν μόνο τα αυγά στο διαιτολόγιό τους.
- Τα 4 νήπια προτιμούν μόνο το ψάρι στο διαιτολόγιό τους.
- 1 νήπιο προτιμά μόνο το κρέας στο διαιτολόγιό του

Πρωτεΐνες



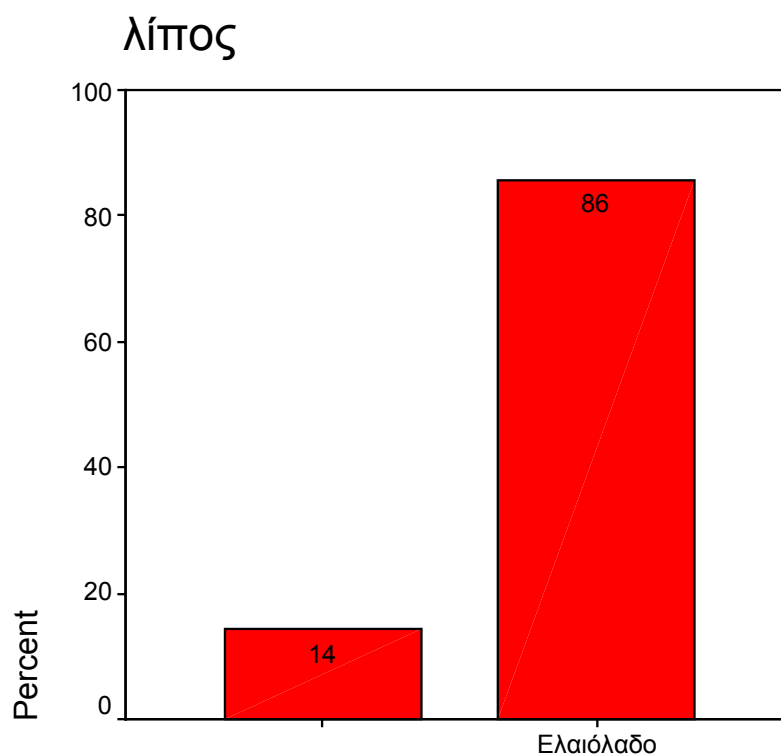
Πρωτεΐνες

Πρωτεΐνες

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αυγά	3	4,3	4,3	4,3
Κρέας	1	1,4	1,4	5,7
Κρέας,ΑΥΓΑ	2	2,9	2,9	8,6
Κρέας,ΨΑΡΙ	5	7,1	7,1	15,7
Κρέας,ΨΑΡΙ,ΑΛΛΑΝΤ	1	1,4	1,4	17,1
Κρέας,ΨΑΡΙ,ΑΥΓΑ	38	54,3	54,3	71,4
Όλα	7	10,0	10,0	81,4
Ψάρι	4	5,7	5,7	87,1
ΨΑΡΙ,ΑΥΓΟ	8	11,4	11,4	98,6
ΨΑΡΙ,ΑΥΓΟ,ΑΛΛΑΝΤ	1	1,4	1,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Λίπος(ελαιόλαδο, βούτυρο)

- Τα 70 νήπια (86%) προτιμούν το ελαιόλαδο στο διαιτολόγιό τους.
- Τα 10 νήπια (14%) προτιμούν το βούτυρο στο διαιτολόγιό τους.



Λίπος

Λίπος

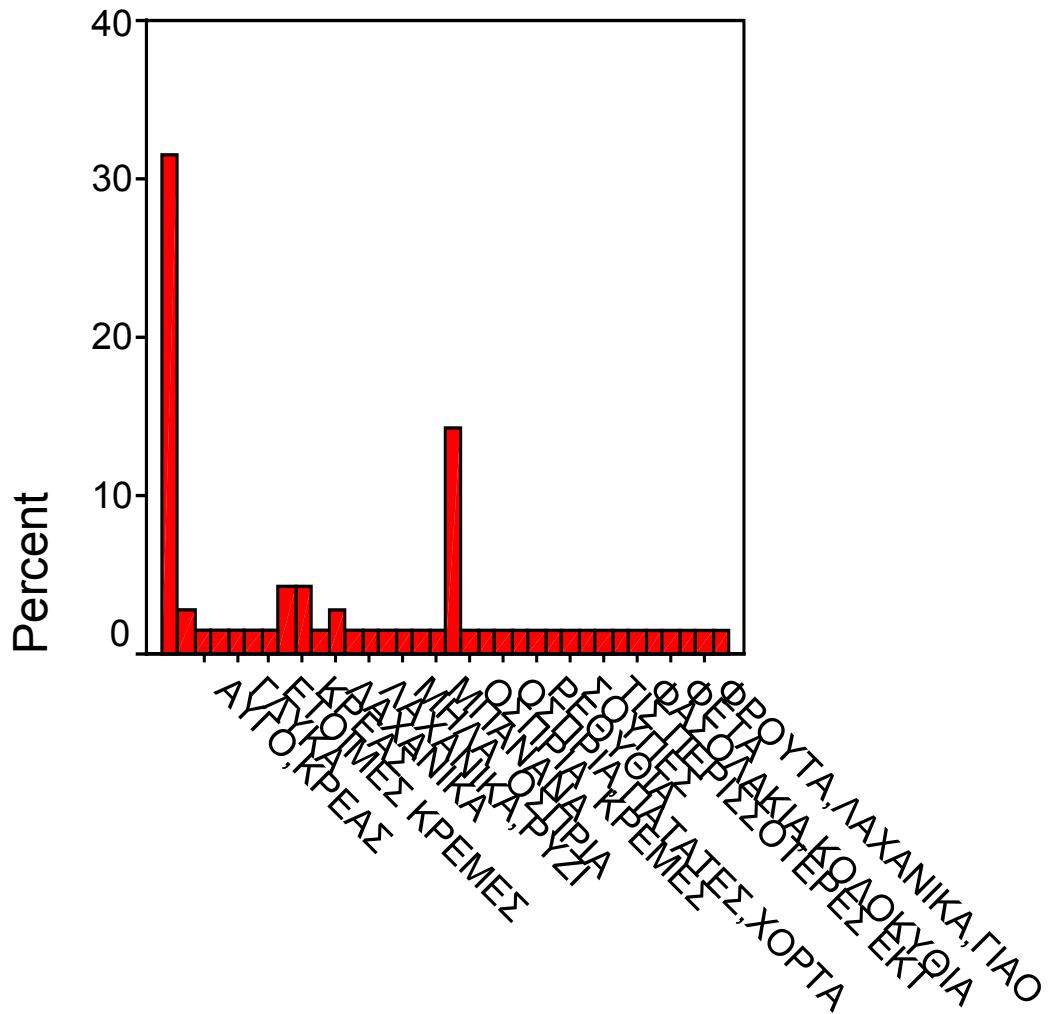
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10	14,3	14,3	14,3
Ελαιόλαδο	60	85,7	85,7	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Τροφές που αντιπαθούν

Στην ερώτηση **ποιες τροφές αντιπαθούν τα νήπια** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

- Τα 22 νήπια (32%) δεν αντιπαθούν καμμία τροφή.
- Τα 10 νήπια (14,3%) αντιπαθούν τα όσπρια.
- Τα υπόλοιπα νήπια αντιπαθούν κάποια τρόφιμα(το πολύ 3 είδη από τις βασικές ομάδες τροφίμων).

Τροφές που αντιπαθεί



Τροφές που αντιπαθεί

Τροφές που αντιπαθεί

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	22	31,4	31,4	31,4
ΑΥΓΟ	2	2,9	2,9	34,3
ΑΥΓΟ,ΚΡΕΑΣ	1	1,4	1,4	35,7
ΑΥΓΟ,ΦΡΟΥΤΑ,ΚΡΕΑΣ	1	1,4	1,4	37,1
ΓΛΥΚΑ	1	1,4	1,4	38,6
ΓΛΥΚΑ,ΑΛΛΑΝΤΙΚΑ	1	1,4	1,4	40,0
ΕΤΟΙΜΕΣ ΚΡΕΜΕΣ	1	1,4	1,4	41,4
ΚΑΜΜΙΑ	3	4,3	4,3	45,7
ΚΡΕΑΣ	3	4,3	4,3	50,0
ΚΡΕΑΣ,ΨΑΡΙ	1	1,4	1,4	51,4
ΛΑΧΑΝΙΚΑ	2	2,9	2,9	54,3
ΛΑΧΑΝΙΚΑ,ΠΑΤΑΤΕΣ,ΟΣΠΡΙΑ	1	1,4	1,4	55,7
ΛΑΧΑΝΙΚΑ,ΡΥΖΙ	1	1,4	1,4	57,1
ΛΑΧΑΝΙΚΑ,ΦΑΚΕΣ	1	1,4	1,4	58,6
ΜΗΛΑ ΟΣΠΡΙΑ	1	1,4	1,4	60,0
ΜΠΑΜΙΕΣ,ΡΕΒΥΘΙΑ	1	1,4	1,4	61,4
ΜΠΑΝΑΝΑ	1	1,4	1,4	62,9
ΟΣΠΡΙΑ	10	14,3	14,3	77,1
ΟΣΠΡΙΑ ΚΡΕΜΕΣ	1	1,4	1,4	78,6
ΟΣΠΡΙΑ,ΛΑΧΑΝΙΚΑ	1	1,4	1,4	80,0
ΟΣΠΡΙΑ,ΠΑΤΑΤΕΣ,ΧΟΡΤΑ	1	1,4	1,4	81,4
ΡΕΒΥΘΙΑ	1	1,4	1,4	82,9
ΡΕΘΥΘΙΑ	1	1,4	1,4	84,3
ΡΥΖΙ,ΨΑΡΙ,ΣΑΛΤΣΕΣ	1	1,4	1,4	85,7
ΣΟΥΠΕΣ	1	1,4	1,4	87,1
ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ	1	1,4	1,4	88,6
ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ				
ΕΚΤΟΣ ΓΑΛΑ ΚΑΙ ΓΙΑΟΥΡΤΙ	1	1,4	1,4	90,0
φασολάκια	1	1,4	1,4	91,4
ΦΑΣΟΛΑΚΙΑ,ΚΟΛΟΚΥΘΙΑ	1	1,4	1,4	92,9
ΦΑΣΟΛΙΑ,ΜΠΑΜΙΕΣ,ΟΣΠΡΙΑ	1	1,4	1,4	94,3
ΦΕΤΑ	1	1,4	1,4	95,7
ΦΡΟΥΤΑ	1	1,4	1,4	97,1
ΦΡΟΥΤΑ,ΛΑΧΑΝΙΚΑ,ΓΙΑΟΥΡΤΙ	1	1,4	1,4	98,6
ΨΑΡΙ	1	1,4	1,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Αριθμός γευμάτων

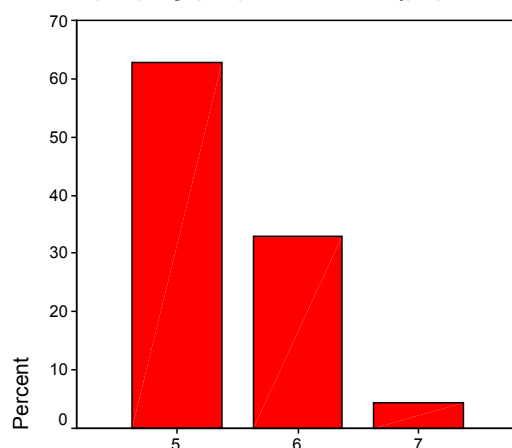
Στην ερώτηση **πόσες φορές ημερησίως γευματίζουν τα νήπια** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

- Τα νήπια που γευματίζουν 5 φορές την ημέρα(62,9%) είναι 44.
- Τα νήπια που γευματίζουν 6 φορές την ημέρα(32,9%) είναι 23.
- Τα νήπια που γευματίζουν 7 φορές την ημέρα(4,3%) είναι 3.

Αριθμός γευμάτων ανα ημέρα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5	44	62,9	62,9	62,9
6	23	32,9	32,9	95,7
7	3	4,3	4,3	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Αριθμός γευμάτων ανα ημέρα



Αριθμός γευμάτων ανα ημέρα

Πότε πεινάει περισσότερο

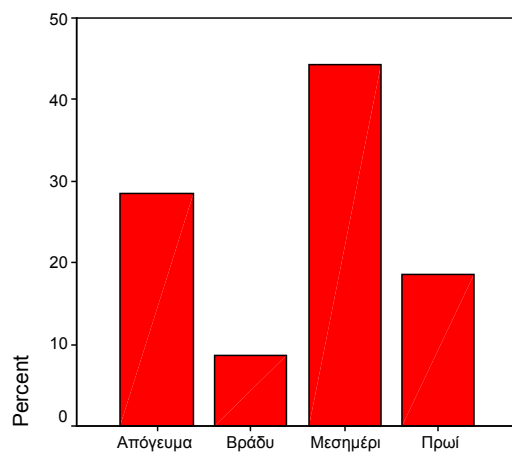
Στην ερώτηση **πότε πεινάνε περισσότερο τα νήπια κατά τη διάρκεια της ημέρας** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

- Τα νήπια που πεινάνε περισσότερο το πρωί (18,6%) είναι 13.
- Τα νήπια που πεινάνε περισσότερο το μεσημέρι(44,3%) είναι 31.
- Τα νήπια που πεινάνε περισσότερο το απόγευμα (28,6%) είναι 20.
- Τα νήπια που πεινάνε περισσότερο το βράδυ (8,6%) είναι 6.

Πότε πεινάει περισσότερο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Απόγευμα	20	28,6	28,6	28,6
	Βράδυ	6	8,6	8,6	37,1
	Μεσημέρι	31	44,3	44,3	81,4
	Πρωί	13	18,6	18,6	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Πότε πεινάει περισσότερο



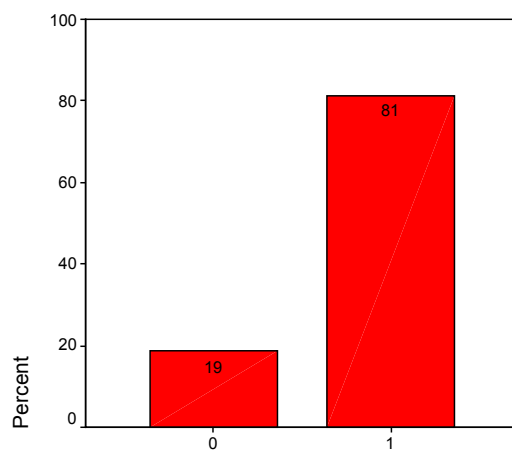
Πότε πεινάει περισσότερο

Σταθερό ωράριο γευμάτων

Στην ερώτηση **αν τα νήπια τρώνε την ίδια ώρα κάθε μέρα** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

- Τα 13 νήπια(19%) δεν έχουν σταθερό ωράριο γευμάτων.
- Τα 57 νήπια(81 %) έχουν σταθερό ωράριο γευμάτων

Σταθερό ωράριο γευμάτων



Σταθερό ωράριο γευμάτων

Σταθερό ωράριο γευμάτων

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	13	18,6	18,6	18,6
1	57	81,4	81,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

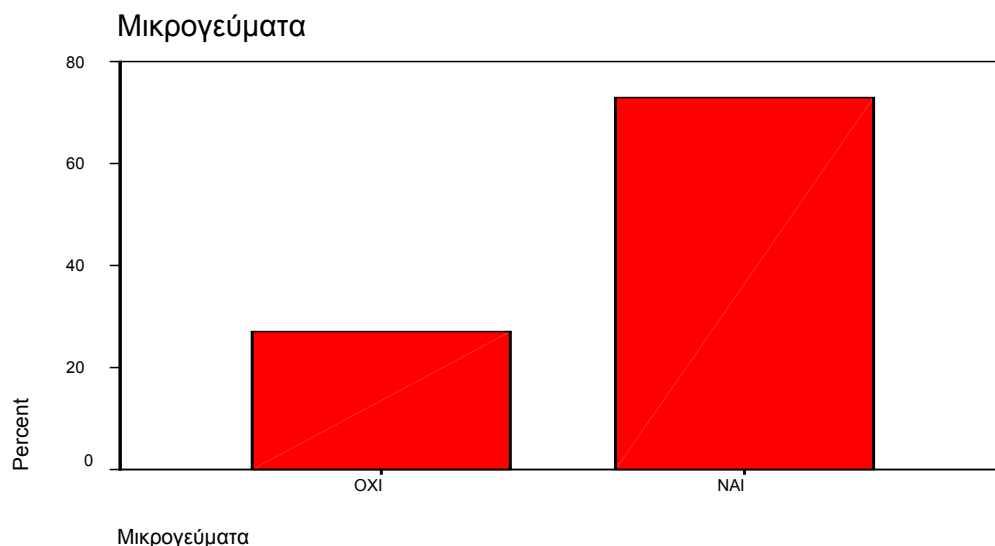
Τρώνε μικρογεύματα

Στην ερώτηση **αν τα νήπια τρώνε μικρογεύματα** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

- τα 51 νήπια (73%) τρώνε μικρογεύματα
- τα 19 νήπια (27%) δεν τρώνε μικρογεύματα.

Μικρογεύματα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 OXI	19	27,1	27,1	27,1
1 NAI	51	72,9	72,9	100,0
Total	70	100,0	100,0	



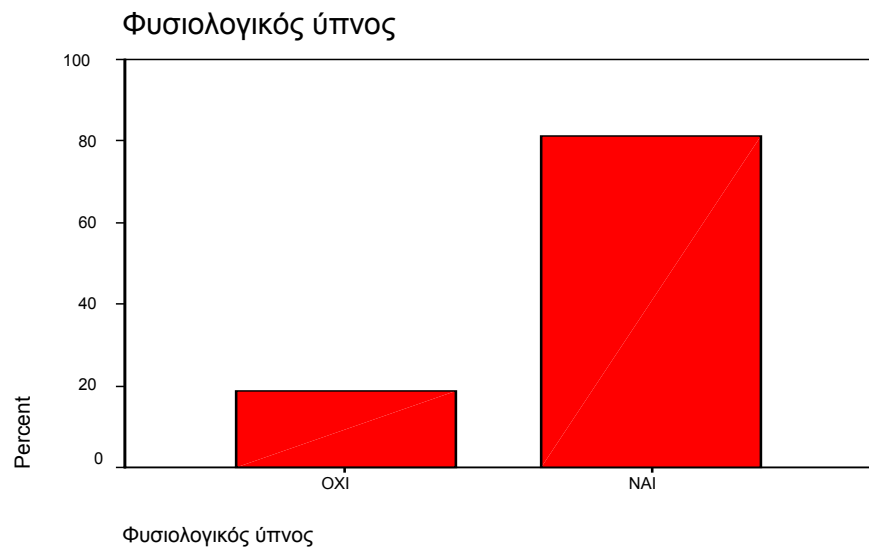
Φυσιολογικός ύπνος

Στις ερωτήσεις **πόσες ώρες κοιμούνται ,αν ο ύπνος τους είναι φυσιολογικός και αν κοιμούνται το μεσημέρι** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

- 57 νήπια (81,4%) έχουν φυσιολογικό ύπνο.
- 13 νήπια (18,6%) δεν έχουν φυσιολογικό ύπνο.

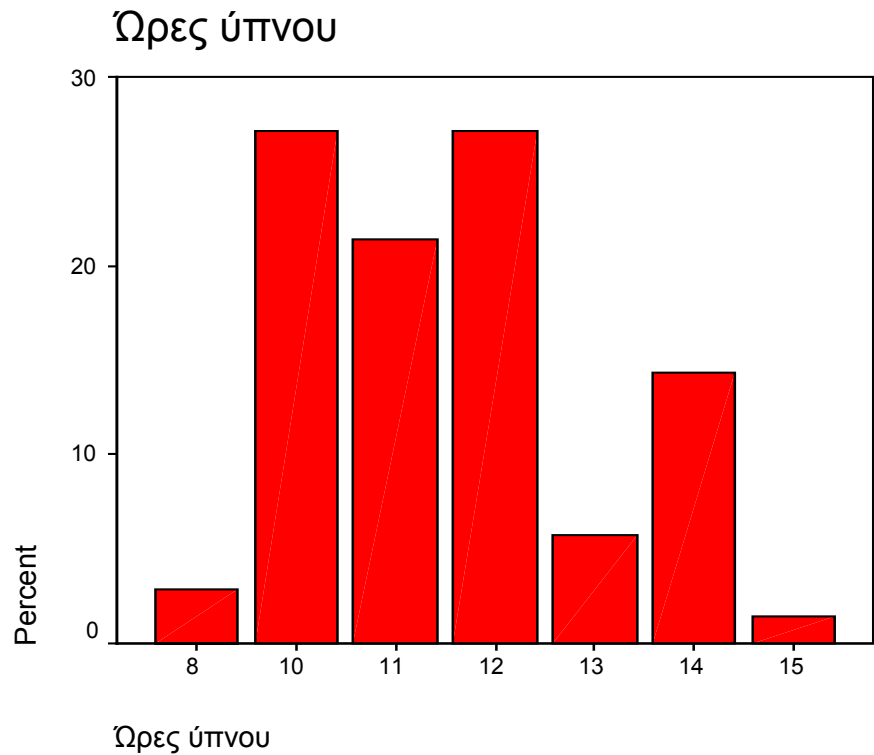
Φυσιολογικός ύπνος

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ΟΧΙ	13	18,6	18,6	18,6
1 ΝΑΙ	57	81,4	81,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	



Ώρες ύπνου

Οι συνολικές ώρες ύπνου το 24ωρο για τα νήπια κυμάνθηκαν από 8 έως 15 ώρες.

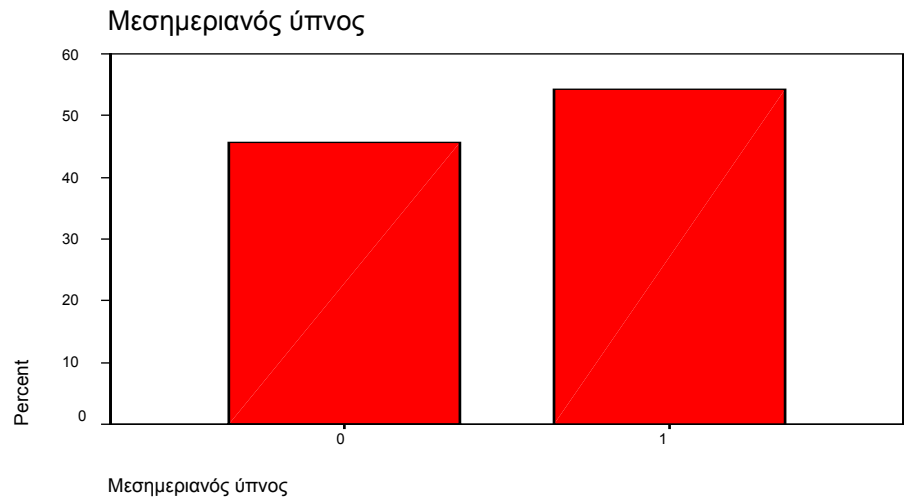


Ώρες ύπνου

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8	2	2,9	2,9	2,9
	10	19	27,1	27,1	30,0
	11	15	21,4	21,4	51,4
	12	19	27,1	27,1	78,6
	13	4	5,7	5,7	84,3
	14	10	14,3	14,3	98,6
	15	1	1,4	1,4	100,0
Total		70	100,0	100,0	

Μεσημεριανός ύπνος

- 38 νήπια (54,3%) κοιμούνται τις μεσημεριανές ώρες.
- 32 νήπια (46,7%) δεν κοιμούνται τις μεσημεριανές ώρες



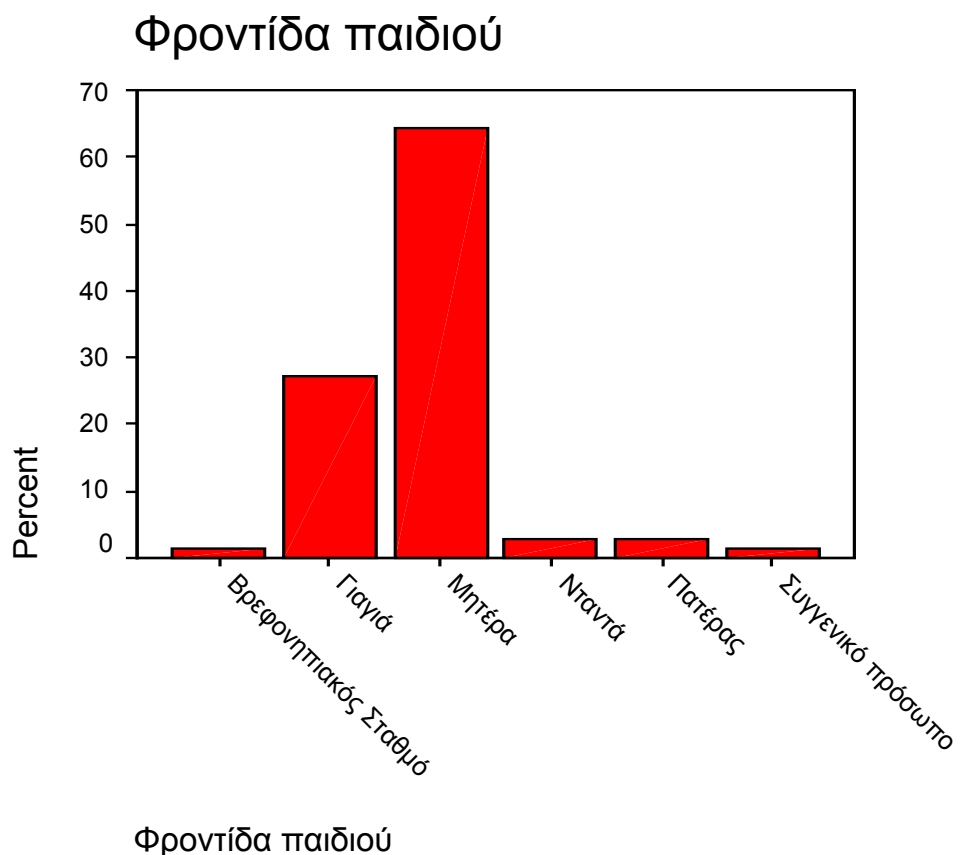
Μεσημεριανός ύπνος

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	32	45,7	45,7	45,7
1	38	54,3	54,3	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Φροντίδα νηπίου

Στην ερώτηση **ποιος από την οικογένεια έχει αναλάβει την φροντίδα του νηπίου** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

- Σε 45 νήπια(64,3%) έχει αναλάβει η μητέρα.
 - Σε 19 νήπια(27%) έχει αναλάβει η γιαγιά.



Φροντίδα παιδιού

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Βρεφονηπιακός Σταθμός	1	1,4	1,4	1,4
Γιαγιά	19	27,1	27,1	28,6
Μητέρα	45	64,3	64,3	92,9
Νταντά	2	2,9	2,9	95,7
Πατέρας	2	2,9	2,9	98,6
Συγγενικό πρόσωπο	1	1,4	1,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Φροντίδα παιδιού

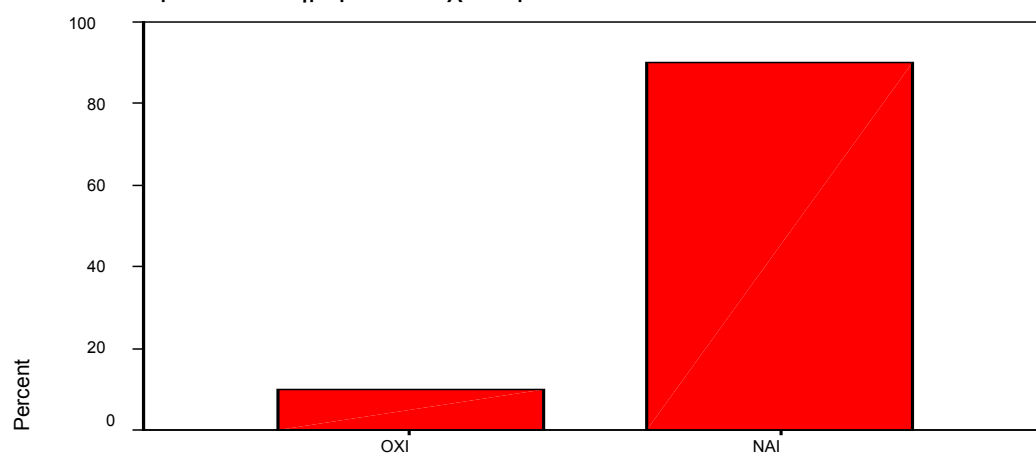
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Βρεφονηπιακός Σταθμός	1	1,4	1,4	1,4
Γιαγιά	19	27,1	27,1	28,6
Μητέρα	45	64,3	64,3	92,9
Νταντά	2	2,9	2,9	95,7
Πατέρας	2	2,9	2,9	98,6
Συγγενικό πρόσωπο	1	1,4	1,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Αρκετό καθημερινό παιχνίδι

Στην ερώτηση **αν αφιερώνουν αρκετό χρόνο καθημερινά για να παίξουν μαζί του** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

- 7 νήπια(10%) δεν παίζουν με κάποιο μέλος της οικογένειας
- 63 νήπια(90%) παίζουν με κάποιο μέλος της οικογένειας.

Αρκετό καθημερινό παιχνίδι με το παιδί



Αρκετό καθημερινό παιχνίδι με το παιδί

Αρκετό καθημερινό παιχνίδι με το παιδί

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0 ΟΧΙ	7	10,0	10,0	10,0
1 ΝΑΙ	63	90,0	90,0	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Συμμετοχή στις παιδικές δραστηριότητες

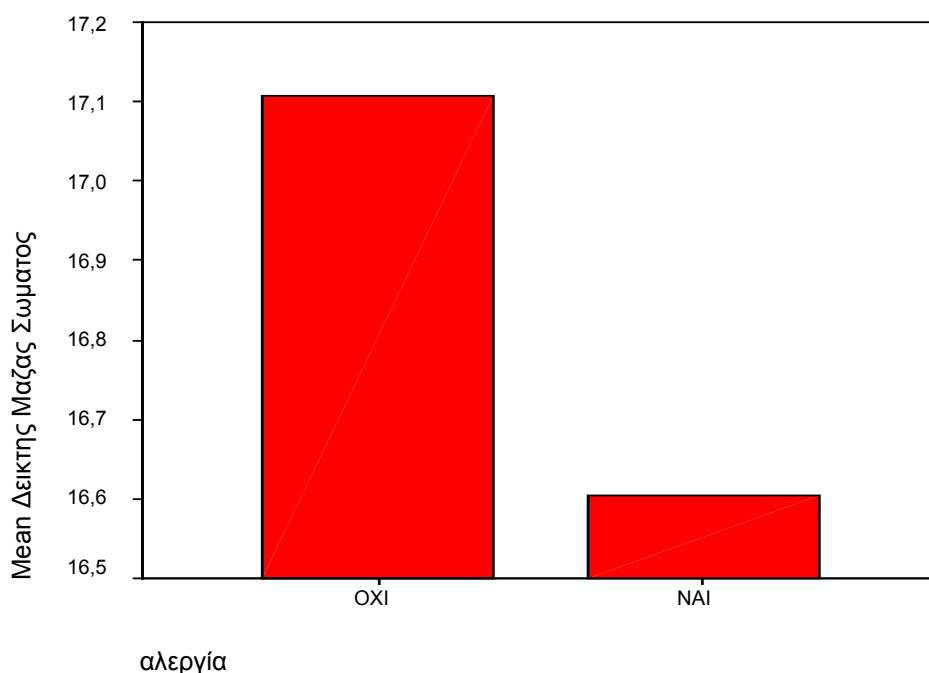
Στην ερώτηση **πόσο πολύ συμμετέχουν στις δραστηριότητες και σε όσα το απασχολούν** λάβαμε τις εξής απαντήσεις

- Σε 64 νήπια (90%) συμμετείχε αρκετά κάποιος από το οικογενειακό περιβάλλον σε προβλήματα και δραστηριότητες που το απασχολούσαν .
- Σε 3 νήπια (4,3%) συμμετείχε πολύ κάποιος από το οικογενειακό περιβάλλον σε προβλήματα και δραστηριότητες που το απασχολούσαν .
- Σε 2 νήπια (2,9%) συμμετείχε πάρα πολύ κάποιος από το οικογενειακό περιβάλλον σε προβλήματα και δραστηριότητες που το απασχολούσαν .

4.12 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

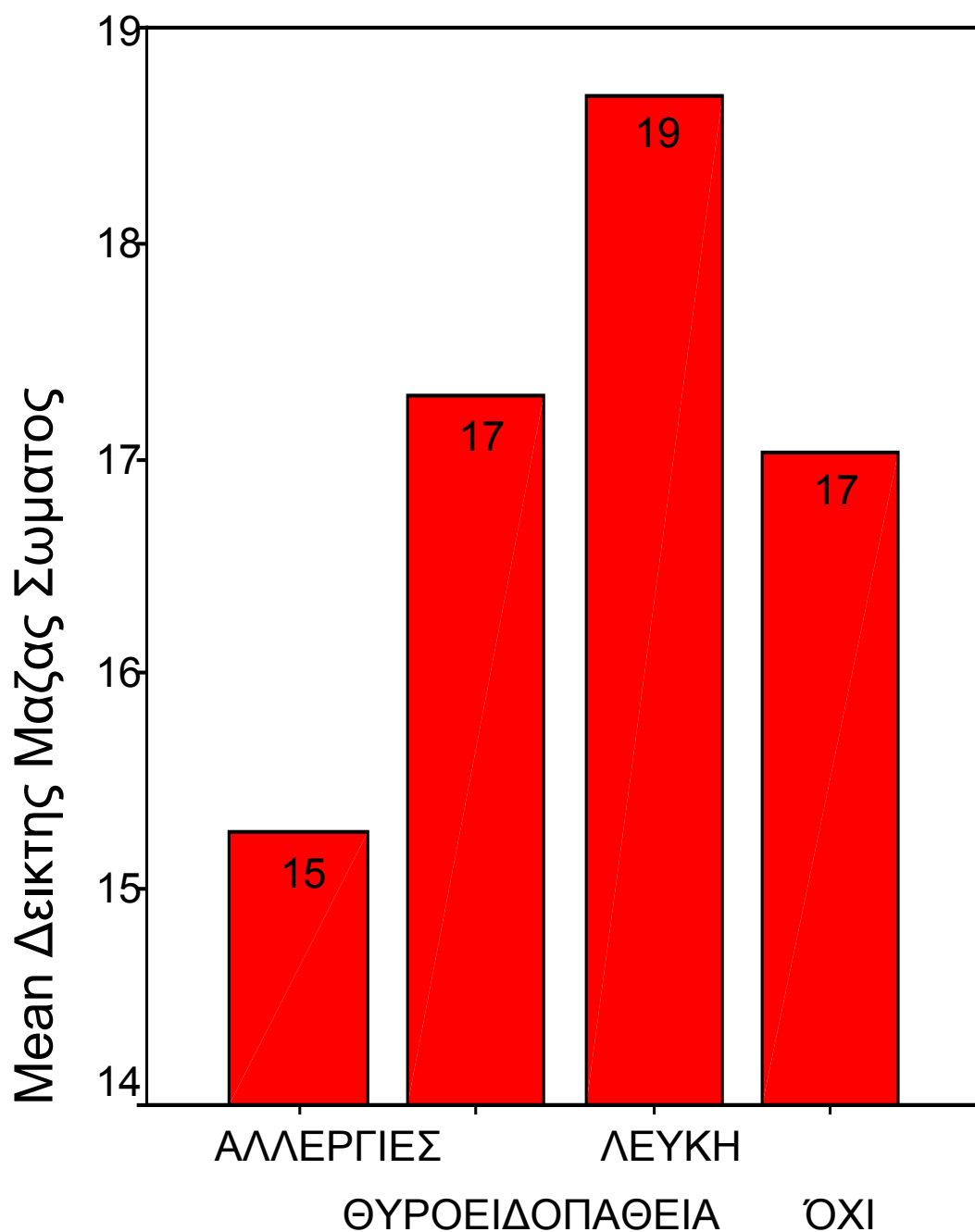
Η συσχέτιση μεταξύ **αλλεργίας του νηπίου και ΔΜΣ** έδειξε τα παρακάτω στοιχεία:

- Τα νήπια που δεν πάσχουν από αλλεργία έχουν ΔΜΣ 17,1.
- Τα νήπια που πάσχουν από αλλεργία έχουν ΔΜΣ 16.



Η συσχέτιση **μεταξύ κληρονομικών παθήσεων της μητέρας και ΔΜΣ του νηπίου** έδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα:

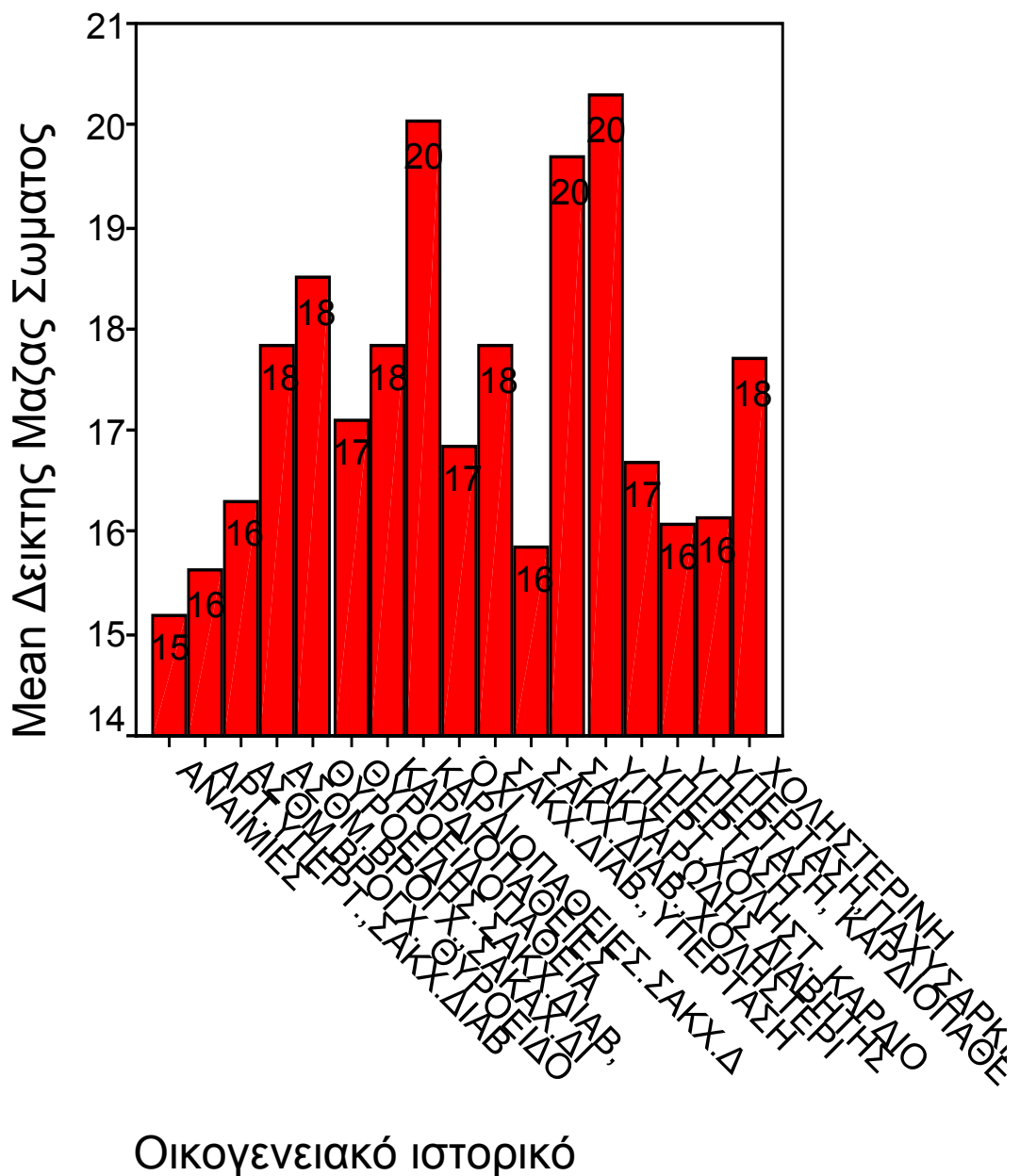
- Τα νήπια των μητέρων που πάσχουν από αλλεργίες έχουν ΔΜΣ 15.
- Τα νήπια των μητέρων που πάσχουν από θυρεοειδοπάθεια έχουν ΔΜΣ 17.
- Το νήπιο μιας μητέρας που πάσχει από λεύκη έχει ΔΜΣ 19.
- Τα νήπια των μητέρων που δεν πάσχουν από καμία κληρονομική ασθένεια έχουν ΔΜΣ 17.



Κληρονομικές Παθήσεις Μητέρας

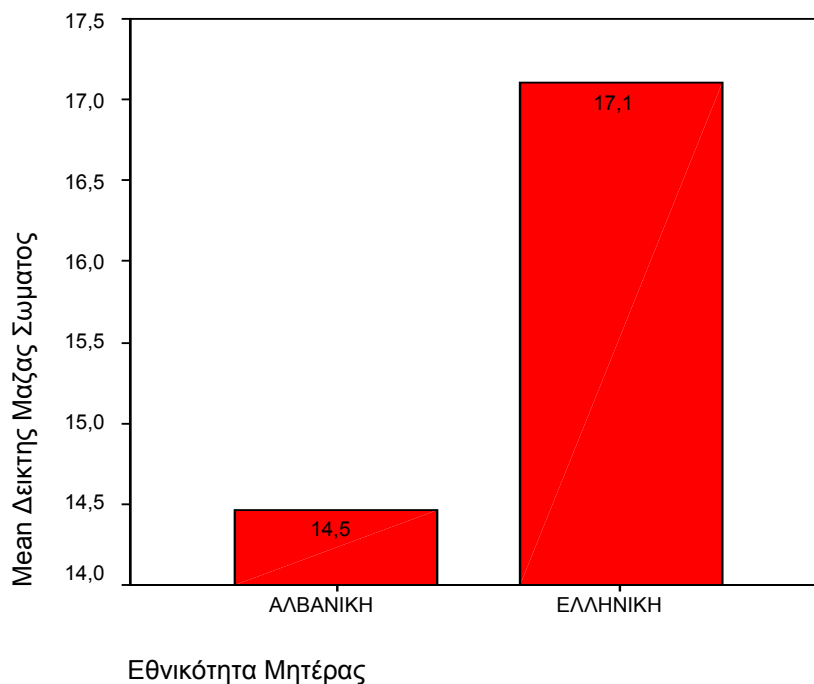
Η συσχέτιση **μεταξύ οικογενειακού ιστορικού και ΔΜΣ του νηπίου** έδειξε ότι:

- Τα νήπια που έχουν οικογενειακό ιστορικό Σ.Διαβήτη, καρδιοπάθειας, υπερχοληστερολαιμίας, έχουν ΔΜΣ 20
- Τα νήπια που έχουν οικογενειακό ιστορικό, θυρεοειδοπάθειας και υπέρτασης, έχουν ΔΜΣ 17.
- Τα νήπια που έχουν οικογενειακό ιστορικό θυρεοειδοπάθειας και ασθματικής βρογχίτιδας, έχουν ΔΜΣ 16.
- Τα νήπια που έχουν οικογενειακό ιστορικό αναιμιών έχουν ΔΜΣ 15.
- Τα νήπια που δεν είχαν οικογενειακό ιστορικό παθήσεων βρέθηκαν με ΔΜΣ 17.



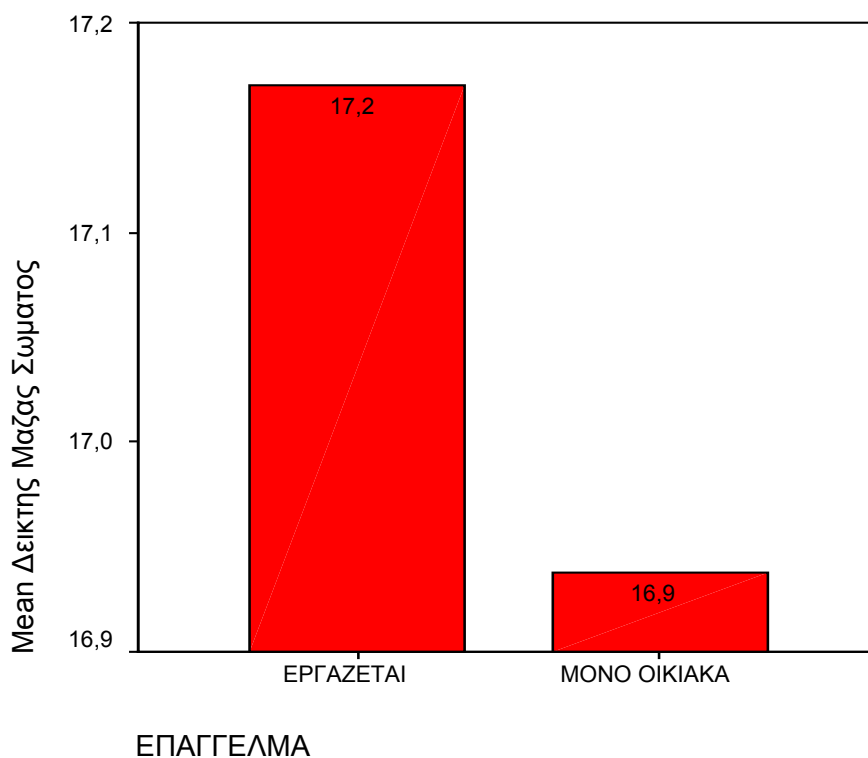
Η συσχέτιση **Δ.Μ.Σ και εθνικότητας της μητέρας** μας έδωσε τα εξής αποτελέσματα:

- Τα νήπια που η μητέρα τους είναι Αλβανικής καταγωγής έχουν Δ.Μ.Σ 14,5
- Τα νήπια που η μητέρα τους είναι Ελληνικής καταγωγής έχουν Δ.Μ.Σ 17,1 .



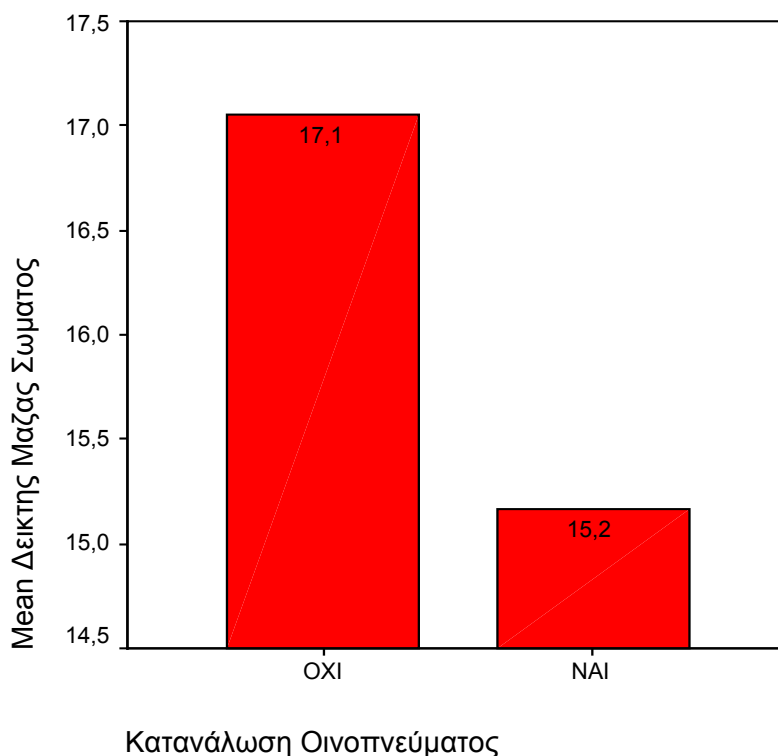
Η συσχέτιση **μεταξύ επαγγέλματος της μητέρας και Δ.Μ.Σ του νηπίου** έδειξε τα εξής αποτελέσματα:

- Τα παιδιά των μητέρων που εργάζονται έχουν Δ.Μ.Σ 17,2 .
- Τα παιδιά των μητέρων που ασχολούνται μόνο με οικιακά έχουν Δ.Μ.Σ 16,9



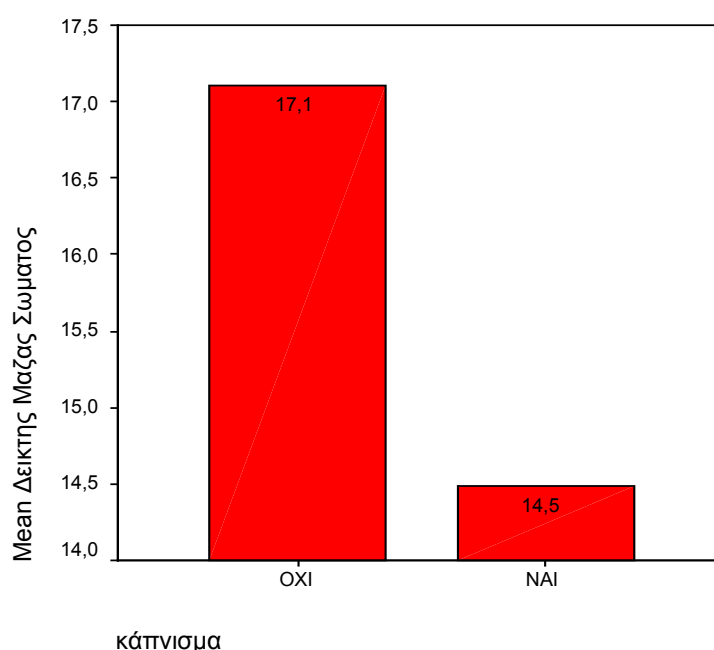
Συσχετίζοντας **την κατανάλωση οινοπνεύματος της εγκύου με τον Δ.Μ.Σ των νηπίων τους** πήραμε τα εξής αποτελέσματα:

- Οι εγκυμονούσες των νηπίων που δεν έπιναν ο Δ.Μ.Σ των νηπίων τους είναι 17,1.
- Οι εγκυμονούσες των νηπίων που έπιναν ο Δ.Μ.Σ των νηπίων τους είναι 15,2.



Η συσχέτιση **μεταξύ των εγκύων μητέρων που κάπνιζαν με το Δ.Μ.Σ των νηπίων τους** έδειξε τα εξής αποτελέσματα:

- Οι εγκυμονούσες που δεν κάπνιζαν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης φαίνεται να έχουν νήπια με Δ.Μ.Σ 17,1.
- Οι εγκυμονούσες που κάπνιζαν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης φαίνεται να έχουν νήπια με Δ.Μ.Σ 14,5.



Στη συσχέτιση **Δ.ΜΣ και διάστημα θηλασμού σε μήνες** η επεξεργασία των αποτελεσμάτων έδωσε τα εξής:

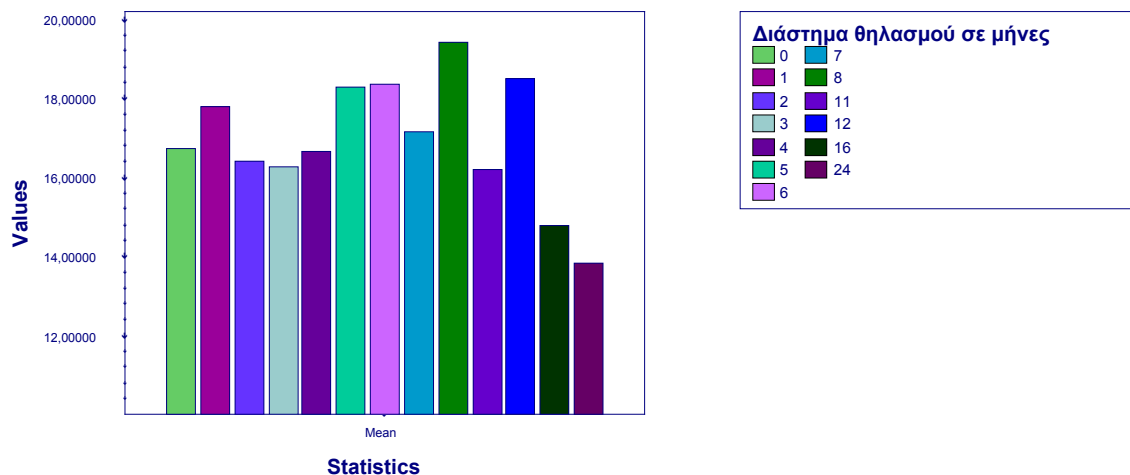
- Τα βρέφη που δεν θήλασαν είχαν Δ.ΜΣ 17.
- Τα βρέφη που θήλασαν 1 μήνα είχαν Δ.ΜΣ 18.
- Τα βρέφη που θήλασαν 2 μήνες είχαν Δ.ΜΣ 16,5.
- Τα βρέφη που θήλασαν 3 μήνες είχαν Δ.ΜΣ 16,5.
- Τα βρέφη που θήλασαν 4 μήνες είχαν Δ.ΜΣ 17.
- Τα βρέφη που θήλασαν 5 και 6 μήνες είχαν Δ.ΜΣ 18.
- Τα βρέφη που θήλασαν 7 μήνες είχαν Δ.ΜΣ 17.
- Τα βρέφη που θήλασαν 8 μήνες είχαν Δ.ΜΣ 19.
- Τα βρέφη που θήλασαν 11 μήνες είχαν Δ.ΜΣ 16
- Τα βρέφη που θήλασαν 12 μήνες είχαν Δ.ΜΣ 18.
- Τα βρέφη που θήλασαν 16 μήνες είχαν Δ.ΜΣ 15.
- Τα βρέφη που θήλασαν 24 μήνες είχαν Δ.ΜΣ 14.

Report

Διάστημα	Mean
0	16,7414
1	17,7982
2	16,4065
3	16,2715
4	16,6786
5	18,2902
6	18,3670
7	17,1608
8	19,4221
11	16,2061
12	18,4965
16	14,8026
24	13,8408

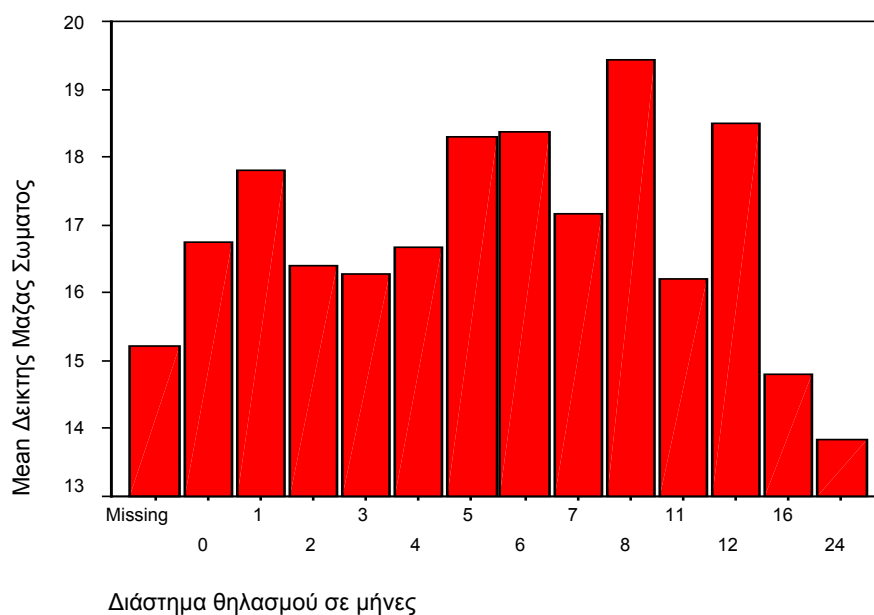
Report

Variables : Δεικτης Μαζας Σωματος



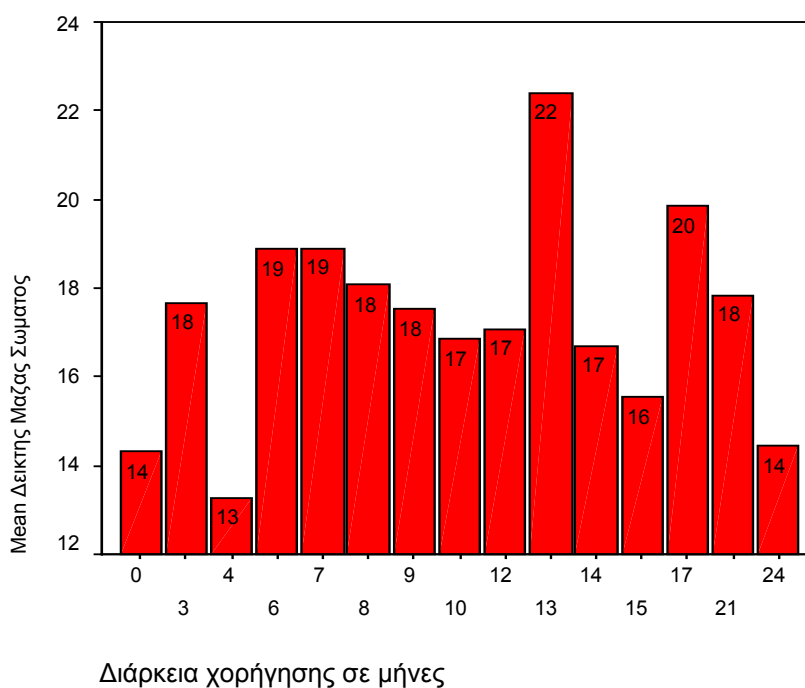
Στη συσχέτιση των νεογέννητων που θήλασαν και του Δ.ΜΣ τους η επεξεργασία των απαντήσεων έδειξε τα εξής:

- Τα νήπια (12-24 μηνών) των μητέρων, που δεν θήλασαν καθόλου τα βρέφη τους, είχαν Δ.ΜΣ 16,6.
- Τα νήπια (12-24 μηνών) των μητέρων, που θήλασαν τα βρέφη τους, είχαν Δ.ΜΣ 17,1.



Στη συσχέτιση διάρκεια χορήγησης σε μήνες μικτού θηλασμού (μητρικό γάλα και υποκατάστατο γάλακτος) με Δ.ΜΣ φάνηκαν τα εξής :

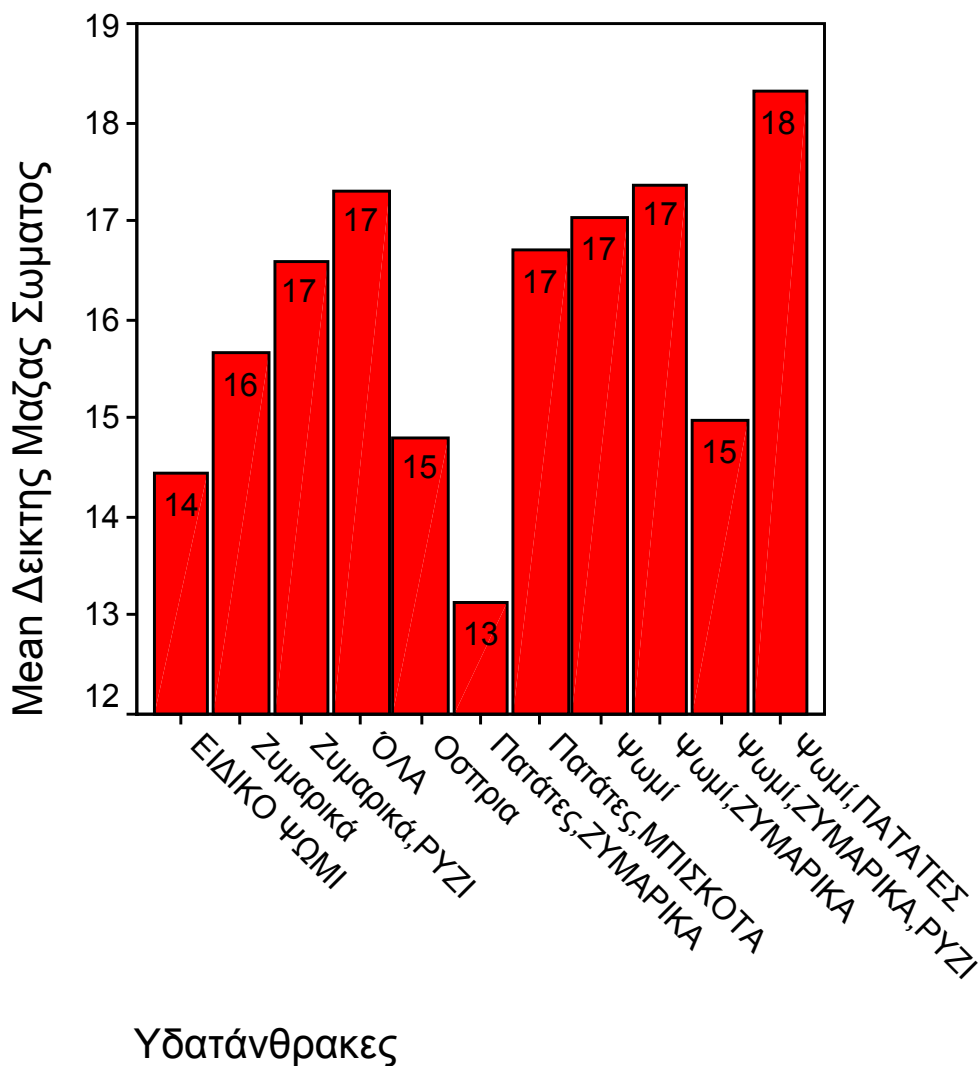
Παρατηρείται μια αυξομείωση του Δ.ΜΣ στο διάστημα μεταξύ του 1^{ου} και του 24^{ου} μήνα με ανώτατη τιμή του Δ.Μ.Σ 22 τον 13^ο μήνα και κατώτατη τιμή τον 4^ο μήνα με Δ.ΜΣ. 13



- Συσχετίζοντας το βάρος των νηπίων κοριτσιών με το Δ.ΜΣ υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση.
- Συσχετίζοντας το ύψος των νηπίων αγοριών με το Δ.ΜΣ υπάρχει σημαντική αρνητική συσχέτιση.

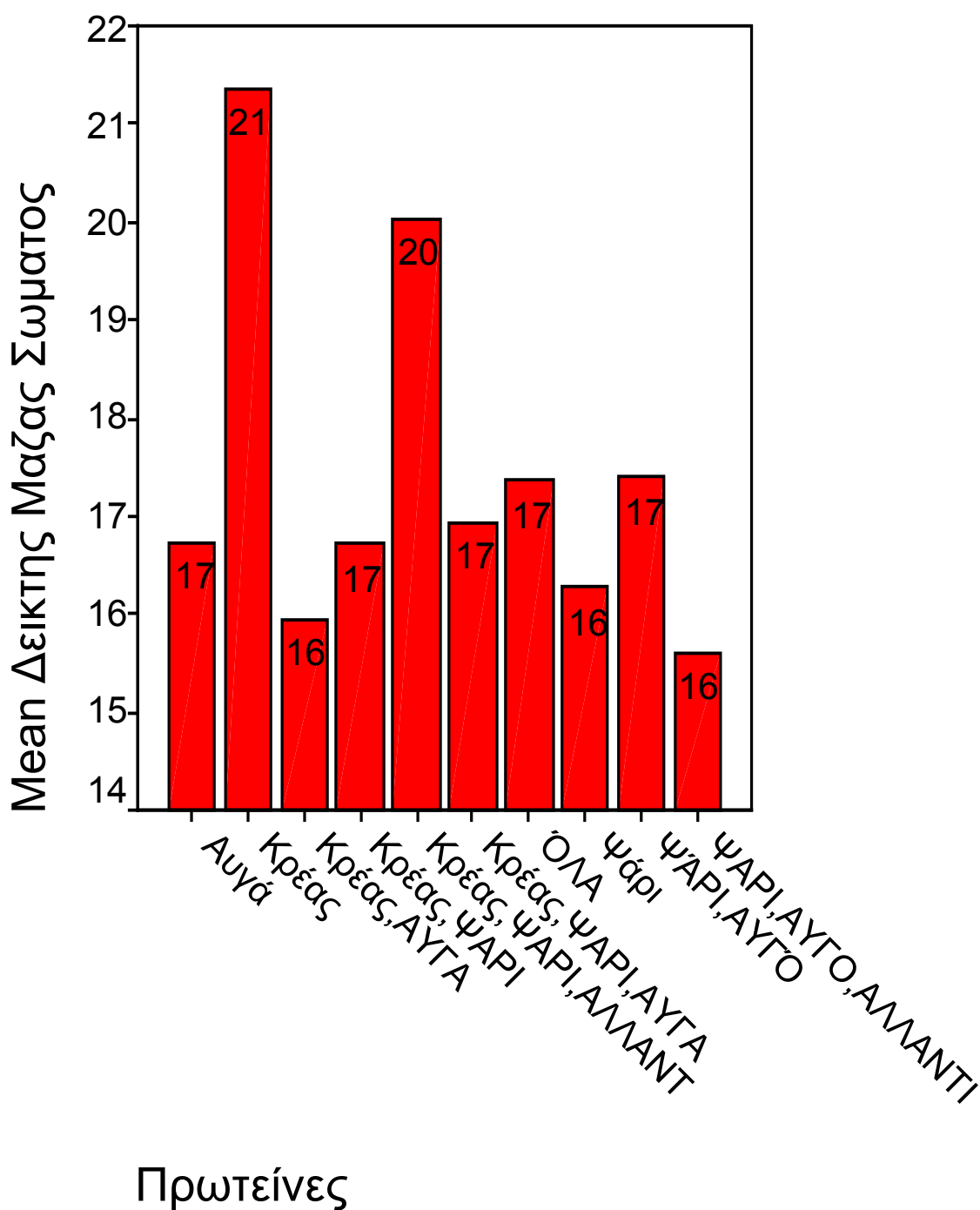
Στη συσχέτιση προτίμησης υδατανθράκων στο διαιτολόγιο των νηπίων σε σχέση με τον Δ.ΜΣ φάνηκαν τα εξής αποτελέσματα:

- Τα νήπια που προτιμούσαν το ψωμί και τις πατάτες είχαν Δ.ΜΣ 18.
- Τα νήπια που προτιμούσαν το ψωμί τα ζυμαρικά τις πατάτες και τα μπισκότα είχαν Δ.ΜΣ 17.
- Τα νήπια που προτιμούσαν το ρύζι και τα όσπρια είχαν Δ.ΜΣ 15.
- Τα νήπια που προτιμούσαν μόνο τα ζυμαρικά είχαν Δ.ΜΣ 16.
- Τα νήπια που τα προτιμούσαν όλα είχαν Δ.ΜΣ 17



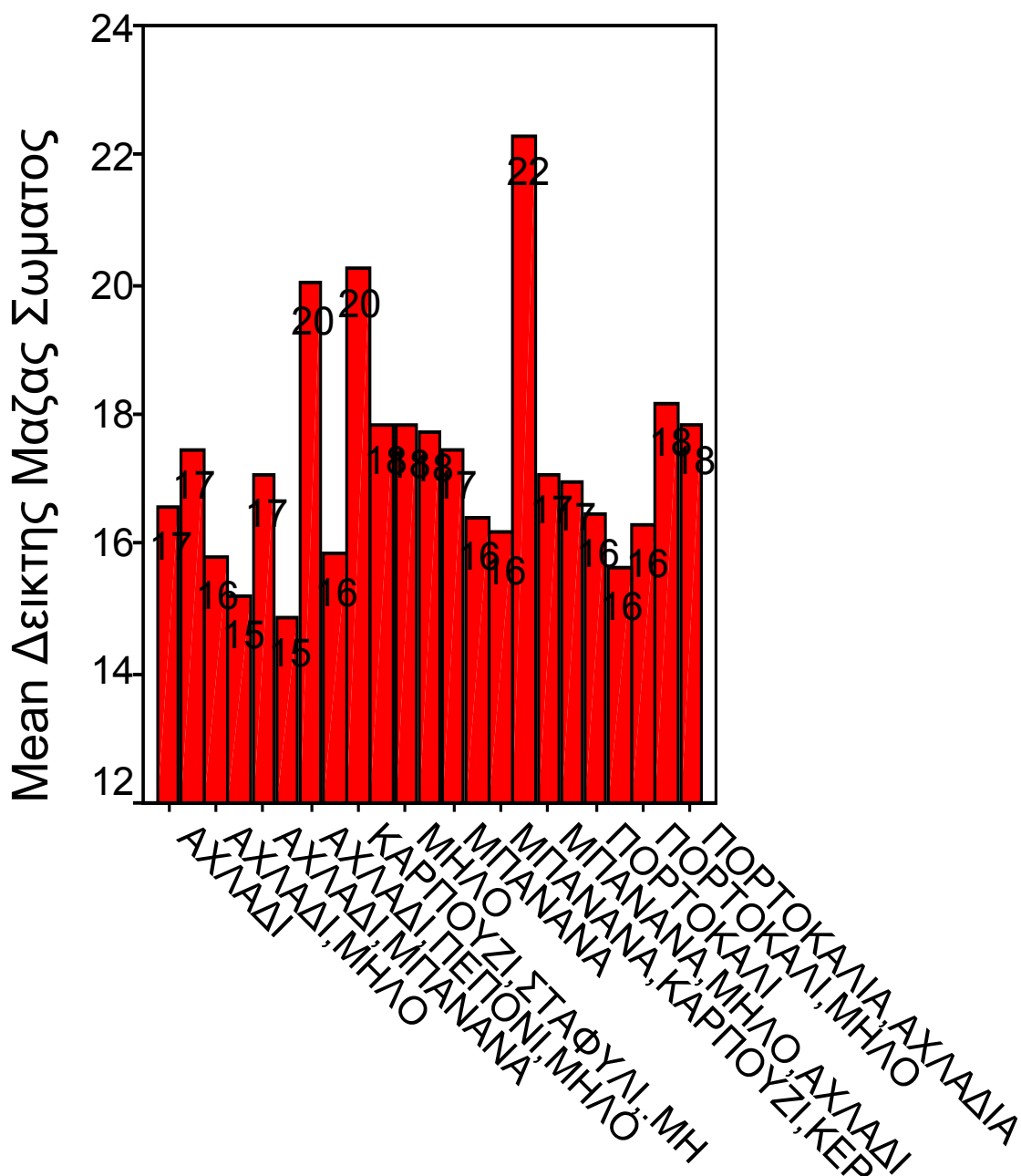
Στη συσχέτιση **προτίμησης του νηπίου στις πρωτεΐνες σε σχέση με τον Δ.ΜΣ** φάνηκαν τα εξής αποτελέσματα:

- Τα νήπια που προτιμούσαν το κρέας στη διατροφή τους είχαν Δ.ΜΣ 21.
- Τα νήπια που προτιμούσαν το κρέας το ψάρι και τα αλλαντικά στη διατροφή τους είχαν Δ.ΜΣ 20.
- Τα νήπια που προτιμούσαν το κρέας τα αυγά και το ψάρι στη διατροφή τους είχαν Δ.ΜΣ 17.
- Τα νήπια που προτιμούσαν μόνο το ψάρι στη διατροφή τους είχαν Δ.ΜΣ 16.
- Τα νήπια που τα προτιμούσαν όλα στη διατροφή τους είχαν Δ.ΜΣ 17.



Στη συσχέτιση **προτίμησης φρούτων στο διαιτολόγιο των νηπίων σε σχέση με τον Δ.ΜΣ** φάνηκαν τα εξής:

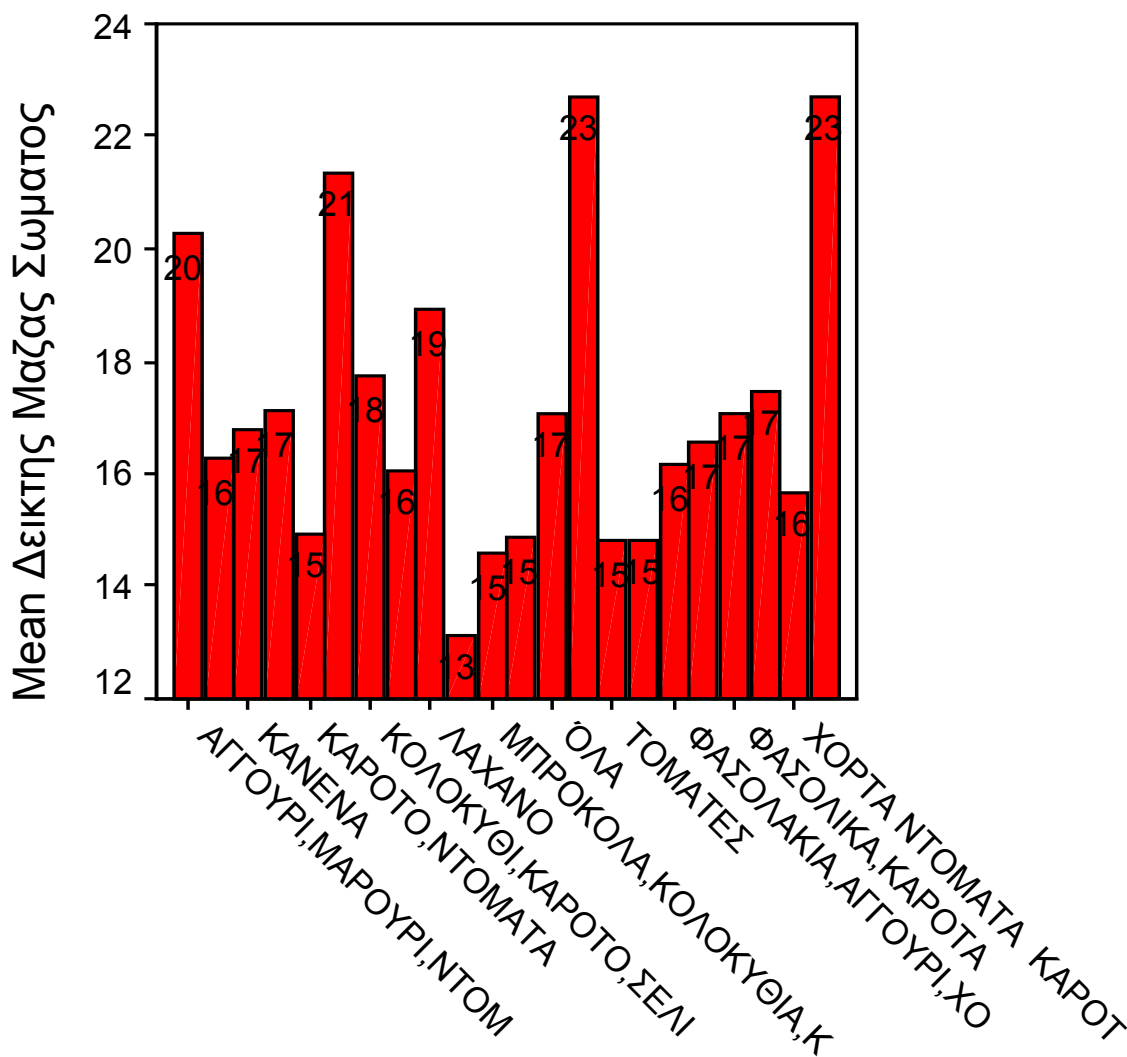
- Στα νήγια που προτιμούσαν την μπανάνα, το καρπούζι, τα κεράσια, το σταφύλι, το μήλο, το αχλάδι, και το πεπόνι στη διατροφή τους, ο Δ.ΜΣ τους κυμάνθηκε από 22 έως 20.
- Στα νήγια που προτιμούσαν μόνο το πορτοκάλι ή την μπανάνα ή το αχλάδι ή το μήλο στη διατροφή τους, ο Δ.ΜΣ τους κυμάνθηκε από 18 έως 15.



Προτίμηση σε Φρούτα

Στη συσχέτιση **προτίμησης λαχανικών στο διαιτολόγιο των νηπίων σε σχέση με τον Δ.ΜΣ** φάνηκαν τα εξής:

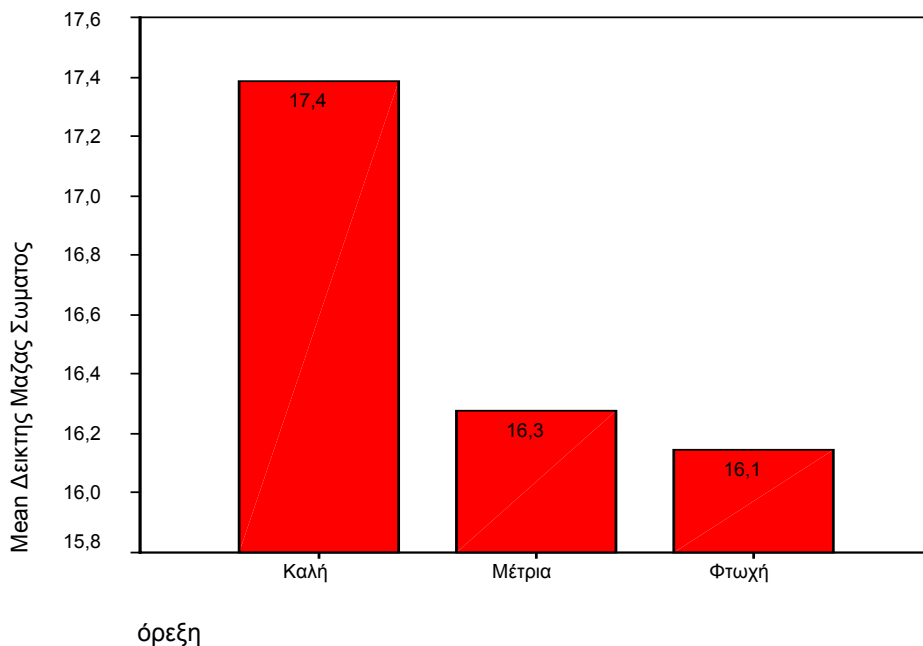
- Τα νήπια που προτιμούσαν όλα τα λαχανικά στη διατροφή τους είχαν Δ.ΜΣ 20 έως 22.
- Τα νήπια που δεν προτιμούσαν κανένα λαχανικό στη διατροφή τους είχαν Δ.ΜΣ 17.
- Τα νήπια που προτιμούσαν 1 έως 3 λαχανικά στη διατροφή τους είχαν Δ.ΜΣ 15 έως 18.
- Τα νήπια που προτιμούσαν μόνο το λάχανο στη διατροφή τους είχαν Δ.ΜΣ 13.



Προτίμηση σε λαχανικά

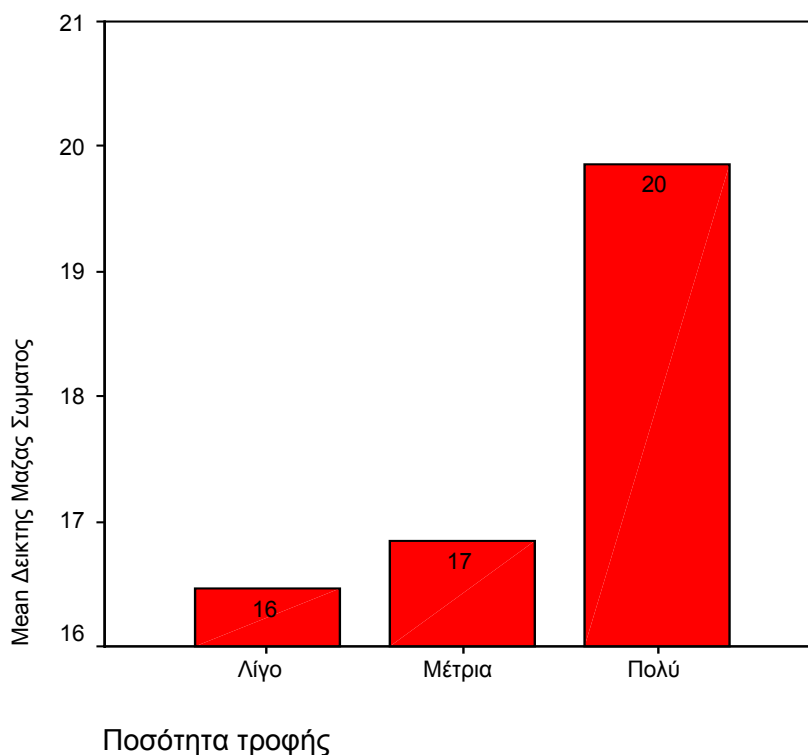
Στη συσχέτιση **όρεξης του νηπίου με τον Δ.ΜΣ** η επεξεργασία έδωσε τα εξής αποτελέσματα:

- Στα νήπια που είχαν καλή όρεξη ο Δ.ΜΣ τους ήταν 17,4.
- Στα νήπια που είχαν μέτρια όρεξη ο Δ.ΜΣ τους ήταν 16,3.
- Στα νήπια που είχαν φτωχή όρεξη ο Δ.ΜΣ τους ήταν 16,1.



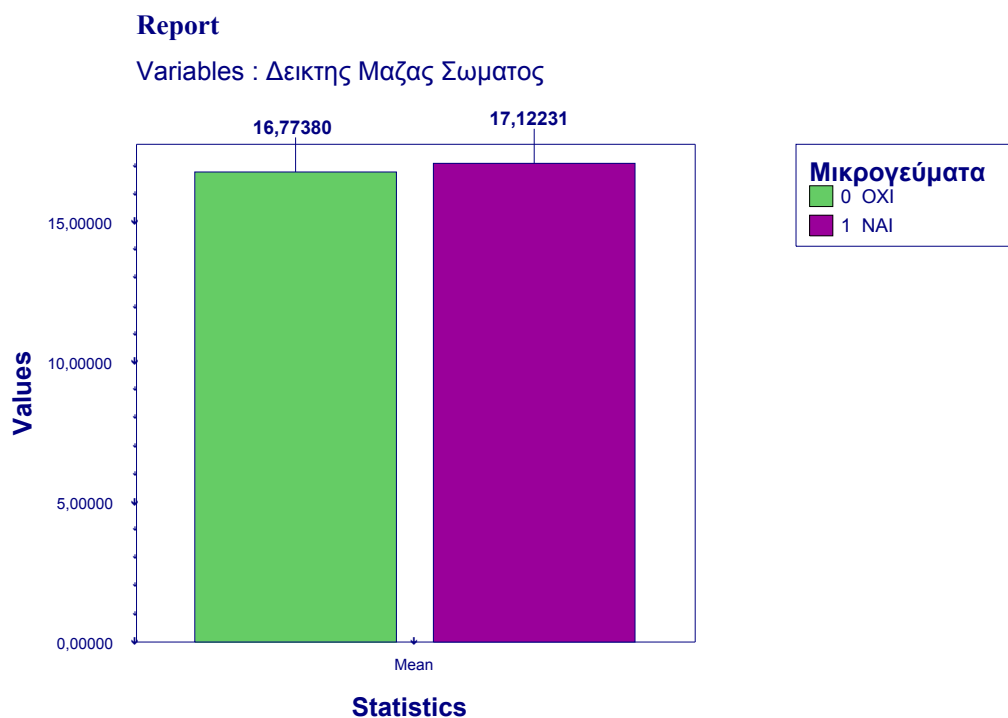
Στη συσχέτιση **ποσότητας τροφής που έτρωγαν τα νήπια με τον Δ.ΜΣ** τους φάνηκαν τα εξής :

- Τα νήπια που έτρωγαν λίγη ποσότητα τροφής είχαν Δ.ΜΣ 16.
- Τα νήπια που έτρωγαν μέτρια ποσότητα τροφής είχαν Δ.ΜΣ 17.
- Τα νήπια που έτρωγαν μεγάλη ποσότητα τροφής είχαν Δ.ΜΣ 20.



Συσχετίζοντας τα μικρογεύματα με το ΔΜΣ των νηπίων πήραμε τα εξής αποτελέσματα:

- Τα νήπια που δεν λαμβάνουν μικρογεύματα στο ημερήσιο διαιτολόγιό τους έχουν Δ.ΜΣ 17,12.
- Τα νήπια που λαμβάνουν μικρογεύματα στο ημερήσιο διαιτολόγιό τους έχουν Δ.ΜΣ 16,7.



Στη συσχέτιση Δ.ΜΣ με τις ώρες ύπνου του νηπίου η επεξεργασία των απαντήσεων έδωσε τα εξής:

- Τα νήπια που κοιμούνται από 8 έως 10 ώρες συνολικά έχουν Δ.ΜΣ 16,5.
- Τα νήπια που κοιμούνται από 11 έως 13 ώρες συνολικά έχουν Δ.ΜΣ 17,5 περίπου.
- Τα νήπια που κοιμούνται 14 ώρες συνολικά έχουν Δ.ΜΣ 16,5.
- Τα νήπια που κοιμούνται 15 ώρες συνολικά έχουν Δ.ΜΣ 15,5.

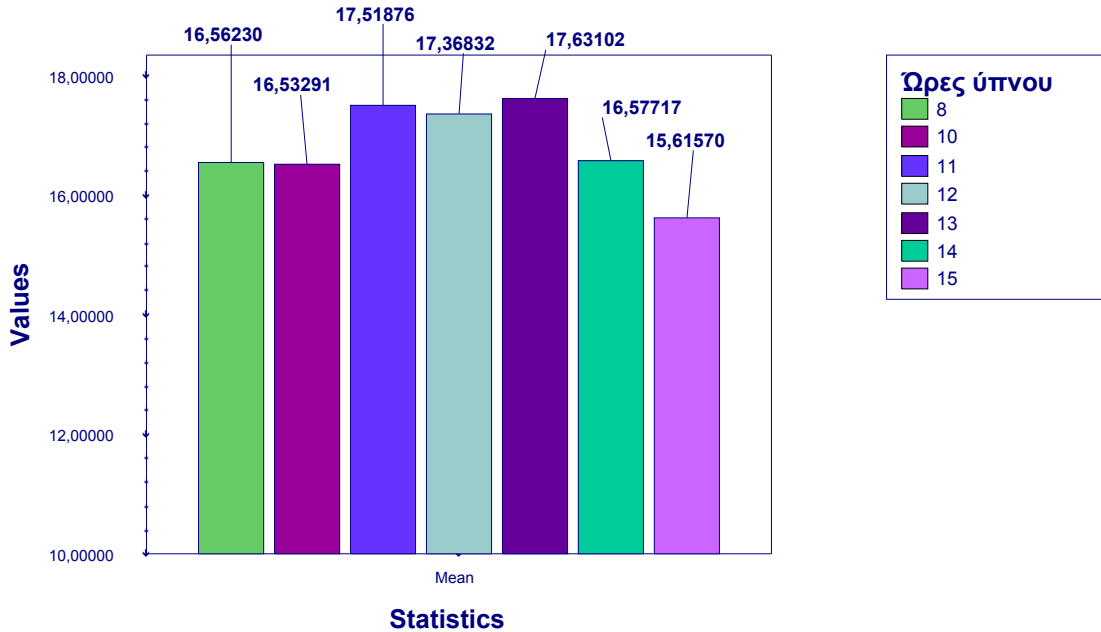
Report

Δεικτης Μαζας Σωματος

Ώρες ύπνου	Mean
8	16,5623
10	16,5329
11	17,5188
12	17,3683
13	17,6310
14	16,5772
15	15,6157

Report

Variables : Δεικτης Μαζας Σωματος



Συσχετίζοντας τον μεσημεριανό ύπνο των νηπίων με τον Δ.ΜΣ τους πήραμε τα εξής αποτελέσματα:

- Τα νήπια που δεν κοιμούνται το μεσημέρι έχουν Δ.ΜΣ 16,5.
- Τα νήπια που κοιμούνται το μεσημέρι έχουν Δ.ΜΣ 17,5.

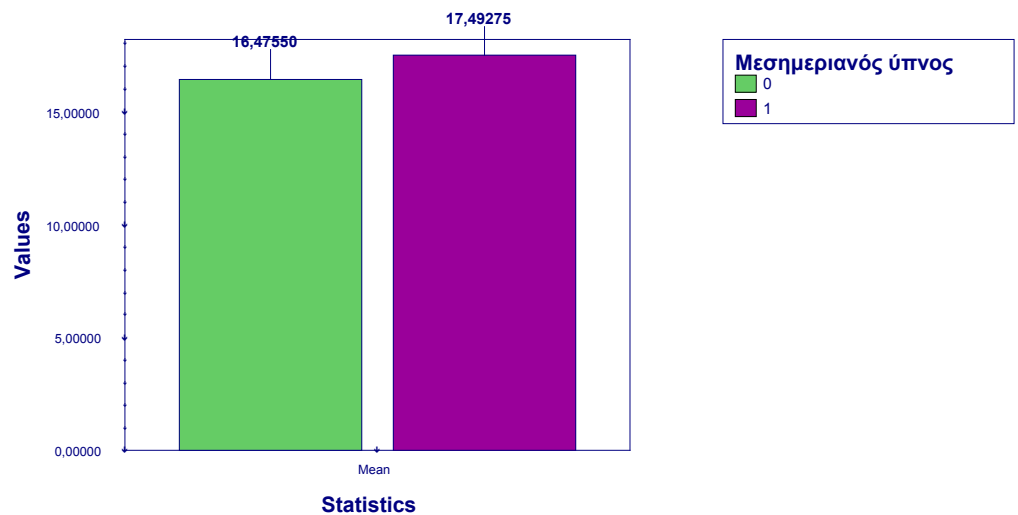
Report

Δεικτης Μαζας Σωματος

Μεσημεριανός ύπνος	Mean
0	16,4755
1	17,4928

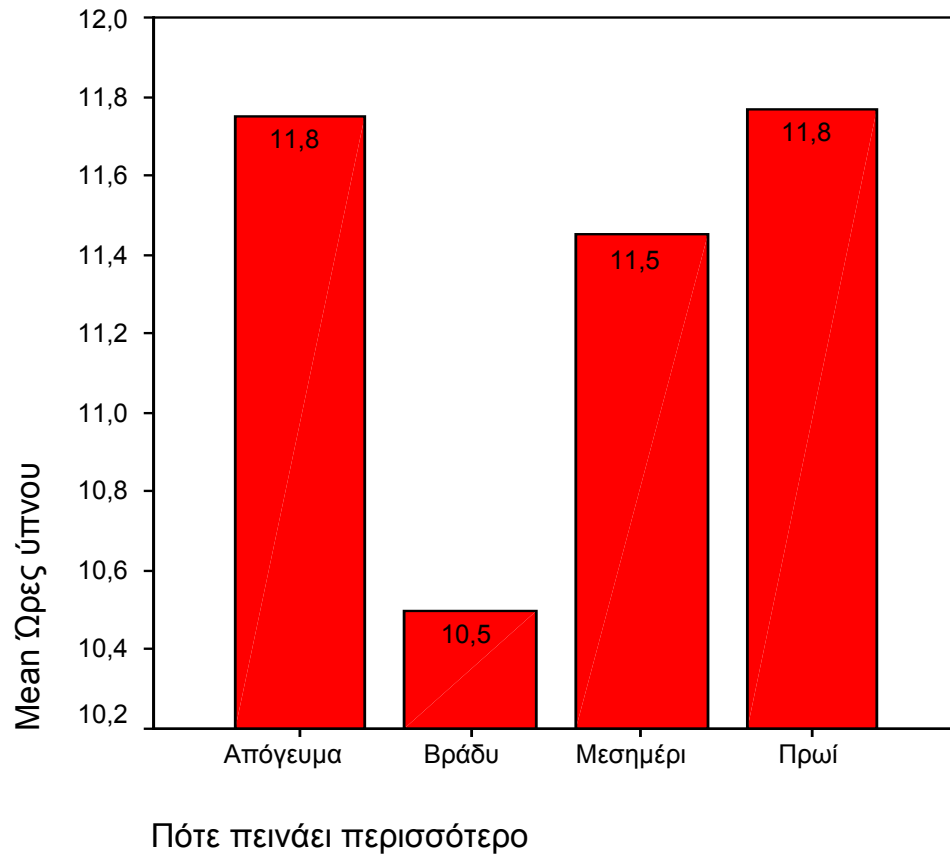
Report

Variables : Δεικτης Μαζας Σωματος



Συσχετίζοντας τις συνολικές ώρες ύπνου των νηπίων με το χρονικό διάστημα της ημέρας που πεινάνε περισσότερο (πρωί, μεσημέρι, απόγευμα, βράδυ) πήραμε τα εξής αποτελέσματα:

- Τα νήπια που κοιμούνται συνολικά 12 ώρες πεινούν περισσότερο κατά τις πρωινές ώρες ή τις απογευματινές.
- Τα νήπια που κοιμούνται συνολικά 10,5 ώρες πεινούν περισσότερο κατά τις βραδινές ώρες .



5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ, ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρούμε τα εξής :

1. Το 88,6% των μητέρων στην διάρκεια της κύησης προσλάμβαναν συμπληρώματα διατροφής ασβεστίου και σιδήρου. Το ασβέστιο είναι απαραίτητο για να σχηματιστεί ο σκελετός του εμβρύου και για να διατηρούνται υγιή τα οστά και τα δόντια της μητέρας. Η λήψη ασβεστίου είναι πολύ σημαντική κατά το τελευταίο τρίμηνο, τότε που σχηματίζονται τα οστά του εμβρύου. Ο σίδηρος είναι απαραίτητος για τη παραγωγή αιμοσφαιρίνης στο αίμα της μητέρας και του εμβρύου. Επειδή το ένα τρίτο του σιδήρου απορροφάται από το έμβρυο για να σχηματίσει το αίμα του, η έλλειψή του μπορεί να προκαλέσει αναιμία στην έγκυο.
2. Υψηλό ΔΜΣ είχαν τα νήπια με κληρονομικό ιστορικό σε καρδιοπάθειες και Σ. Διαβήτη.
3. Τα νήπια των μητέρων Αλβανικής καταγωγής είχαν πολλή χαμηλό ΔΜΣ σε σχέση με τα νήπια Ελληνικής καταγωγής.
4. Το μεγαλύτερο ποσοστό των νηπίων 81,4 θήλασε ενώ το υπόλοιπο 18,6% δεν θήλασε. Από τα νεογνά που θήλασαν το 19% θήλασε τους 3 πρώτους μήνες, το 14% μόνο τον 1^ο μήνα το 13% τους 4 πρώτους μήνες και ένα 9% των νεογέννητων θήλασαν τους 6 πρώτους μήνες. Δηλαδή ένα ποσοστό στις θηλάζουσες μητέρες μειώθηκε αισθητά μετά τον 5^ο μήνα. Όμως όσον αφορά το διάστημα θηλασμού δεν υπάρχει κάποιος κανόνας σχετικά με το πότε πρέπει να σταματήσει, καθώς ιατρικοί, κοινωνικοί και προσωπικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο. Αυτό φαίνεται και από την έρευνα μας. Επίσης διαπιστώθηκε αύξηση του ΔΜΣ των βρεφών που θήλαζαν ο οποίος στη συνέχεια μειώθηκε αισθητά (μετά τον 12^ο μήνα) καθώς έχουμε εισαγωγή όλων των ομάδων τροφίμων στη διατροφή των νηπίων.
5. Το 97% των μητέρων ακολουθούσαν τις διαιτητικές οδηγίες του παιδίατρου.
6. Το 71% των βρεφών άρχισε να τρώει στερεές τροφές τον 6^ο μήνα. Η χρονική περίοδος κατά την οποία εισάγονται ημιστερεές ή στερεές τροφές στο διαιτολόγιο του βρέφους καθορίζεται χρονικά μετά τον 6ο μήνα. Σε ηλικία 6 μηνών είναι πιο εύκολο για ένα βρέφος να καταναλώνει τροφές όπως κρέμες, πουρέ και πολτοποιημένα φαγητά, γιατί έχει καλύτερο έλεγχο της γλώσσας του, το πεπτικό του σύστημα είναι πιο ώριμο, αρχίζουν να ανατέλουνέχει δόντια, του αρέσει να βάζει πράγματα στο στόμα του και να δοκιμάζει καινούργιες γεύσεις.
7. Όσον αφορά τις διατροφικές προτιμήσεις των νηπίων, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρούμε ότι η διατροφή τους περιλαμβάνει όλες τις ομάδες τροφίμων.
8. Από την ομάδα των υδατανθράκων προτιμούν κυρίως ψωμί, δημητριακά, πατάτες, ρύζι και μπισκότα.
9. Από την ομάδα των πρωτεϊνών προτιμούν κυρίως το ψάρι και λιγότερο το κρέας και τα αυγά.
10. Από την ομάδα των γαλακτοκομικών προτιμούν κυρίως το γάλα και το γιαούρτι.
11. Από την ομάδα των φρούτων προτιμούν κυρίως το αχλάδι την μπανάνα και το μήλο(η δύναμη της συνήθειας επειδή εισάγονται τον 6ο μήνα σαν

αθώα φρούτα, ενώ το πορτοκάλι δεν το προτιμούν γιατί δεν έχει γλυκιά γεύση συνήθως).

12. Από την ομάδα των λαχανικών προτιμούν σχεδόν όλα τα γνωστά λαχανικά.

13. Από την ομάδα του λίπους η κατεξοχήν πηγή λίπους είναι το ελαιόλαδο ενώ η προτίμηση των άλλων λιπών (βούτυρο, μαργαρίνη) είναι περιορισμένη. Στην κρητική διατροφή χρησιμοποιείται κυρίως ελαιόλαδο καθώς η χρήση των άλλων λιπών είναι περιορισμένη.

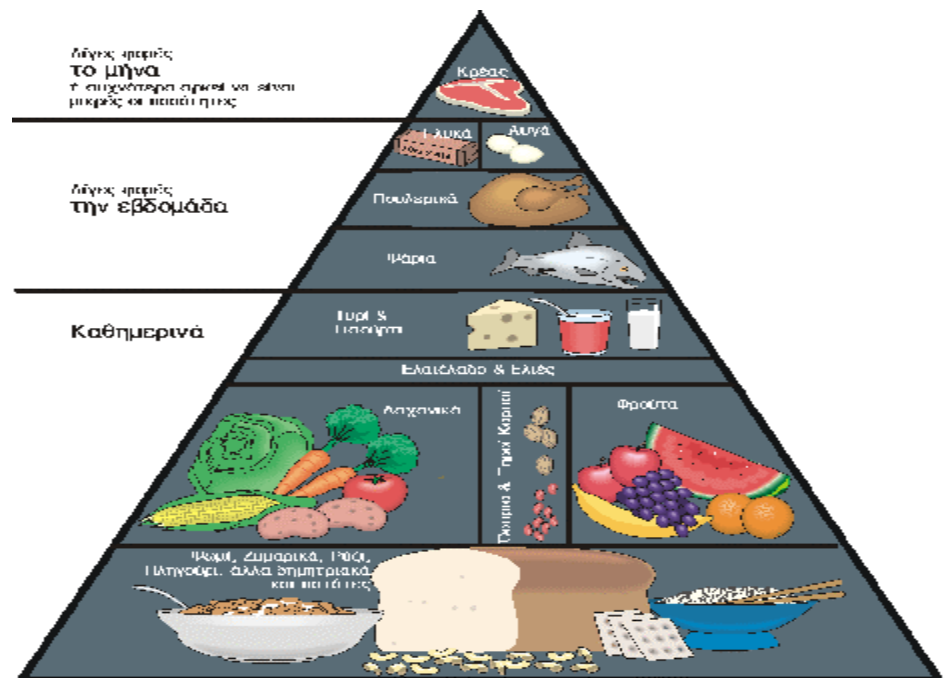
14. Από τις τροφές που αντιπαθούν το 32% των νηπίων δεν αντιπαθεί καμία τροφή ενώ το 14,3% αντιπαθεί τα όσπρια και το υπόλοιπο ποσοστό των νηπίων αντιπαθεί κάποια τρόφιμα (το πολύ 3 είδη) από τις βασικές ομάδες τροφίμων.

Η αντιπάθεια αυτή μπορεί να υποκρύπτει μια δυσανεξία ή τροφική αλλεργία. Σαν τροφική αλλεργία μπορεί να ορισθεί ως μία ανοσολογική αντίδραση, η οποία είναι αποτέλεσμα της πρόσληψης τροφής, ή πρόσθετης τροφής, σε αντίθεση με το γενικό όρο (τροφική δυσανεξία) ο οποίος περιλαμβάνει οποιαδήποτε μη φυσιολογική αντίδραση σε μια τροφή. Η τροφική δυσανεξία δεν έχει αποδειχτεί ότι είναι ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού, και μπορεί να οφείλεται σε ιδιοσυγκρασιακές, μεταβολικές, φαρμακολογικές και τοξικές επιδράσεις των τροφών ή των προσθέτων. Υπάρχουν 4 τύποι αντίδρασης οι οποίοι μπορεί να εμφανιστούν μεμονωμένα ή σε συνδυασμό προκειμένου να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις. Πολλοί παιδιατρικοί ασθενείς ξεπερνούν τις τροφικές αλλεργίες από 3ων έως 5 ετών, με εξαίρεση τις αλλεργίες στα φιστίκια, στο ψάρι, στα οστρακοειδή και στους ξηρούς καρπούς.

15. Παρατηρούμε επίσης ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νηπίων γευματίζουν 5 φορές την ημέρα (πρωί, ενδιάμεσα, μεσημέρι, απόγευμα,βράδυ), ενώ το 81% των νηπίων έχουν σταθερό ωράριο γευμάτων.

Παρακάτω παραθέτουμε μια πυραμίδα με τις ομάδες τροφίμων έτσι όπως διαμορφώθηκε βάση των ερωτηματολογίων, της έρευνάς μας.

Η παρακάτω πυραμίδα απεικονίζει ποιες τροφές καταναλώνουν τα νήπια της επαρχίας Σητείας, όπως διαμορφώθηκε από τα ερωτηματολόγια της έρευνας. Σύμφωνα με την πυραμίδα αυτή:



- Σε καθημερινή βάση καταναλώνονται δημητριακά, φρούτα, λαχανικά και σε μικρότερη ποσότητα λάδι και γαλακτοκομικά.
- Ψάρια, αυγά, πουλερικά και γλυκά, καταναλώνονται μερικές φορές την εβδομάδα σε μέτριες ποσότητες.
- Με μέτρο καταναλώνεται το κόκκινο κρέας (μηνιαίως)

Από τη παραπάνω ανάλυση των καμπυλών αύξησης τα αποτελέσματα που προέκυψαν δεν είναι προσδιορίσιμα διότι η ανάπτυξη του νηπίου μεταβάλλεται μέχρι την ηλικία των 3ων ετών. Από τον 1^ο έως το 2^ο έτος τα νήπια αυξάνουν με πιο αργό ρυθμό γι'αυτό πέφτουν και οι ΕΘ του ΔΜΣ.

Διαγνώστηκαν 4 υπέρβαρα νήπια ΔΜΣ μεταξύ 85^{ης} και 95^{ης} ΕΘ (3 αγόρια και 1 κορίτσι) και 7 παχύσαρκα νήπια ΔΜΣ >95^{ης} ΕΘ (5 αγόρια και 2 κορίτσια) στην έρευνά μας. Δε βρέθηκε κανένα υποσιτισμένο νήπιο.

Τα αίτια της παιδικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα είναι διάφορα και ως επί το πλείστον προλήψιμα και αντιμετωπίσιμα. Γενετική προδιάθεση, μητέρες παχιές στην εγκυμοσύνη, υπερβολική σίτιση στην βρεφική ηλικία, υψηλής θερμιδικής αξίας αλλά κακής ποιότητας τροφές και ακατάστατοι χρόνοι γευμάτων. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι περίπου τα μισά βρέφη ηλικίας 1^{ος} που είναι υπέρβαρα θα είναι επίσης υπέρβαρα και μετά τα 21 τους χρόνια.

Αντίθετα από τα βρέφη που είναι κανονικά ή λεπτά στην ηλικία των 12 μηνών, μόνο το 20% θα γίνουν παχύσαρκα κατά την ενηλικίωση. Διαγνώστηκαν και νήπια με

ελλιπή ανάπτυξη (ΔΜΣ κάτω από την 5^η ΕΘ) Αυτό σημαίνει ότι δεν καταφέρνουν να διατηρήσουν τον αναμενόμενο ρυθμό ανάπτυξης με την πάροδο του χρόνου.

Αυτό εμφανίζεται συχνά στα τρία πρώτα χρόνια της ζωής και αποκαθίσταται αργότερα. Όμως η ανάπτυξη αξιολογείται καλύτερα στην διάρκεια του χρόνου, καθώς ένα μόνο σημείο στον πίνακα ανάπτυξης δεν αντικατοπτρίζει τις διακυμάνσεις της ανάπτυξης ή τρόπο ανάπτυξης των συγκεκριμένων νηπίων.

Όμως το ανάστημα, το βάρος, το ύψος/μήκος, η περίμετρος κεφαλής και ο ΔΜΣ καθορίζονται και από γενετικούς παράγοντες.

Τροποποιητικά στην γενετική καταβολή επενεργεί το περιβάλλον, οι συνθήκες διαβίωσης, οι ασθένειες και οι ψυχοκοινωνικές συνθήκες.

Οι τιμές που λάβαμε μας επέβαλαν την οριοθέτηση των σωματομετρικών παραμέτρων. Όμως πρέπει να γίνεται παρακολούθηση και κυρίως του βάρους και του ύψους ανά τακτά χρονικά διαστήματα τόσο για την παρακολούθηση των τάσεων όσο και για την ακριβέστερη οριοθέτηση των φυσιολογικών προτύπων με βάση τα οποία θα προσδιοριστεί η παρέκκλιση

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- ▶ Αποκλειστική σίτιση του βρέφους με μητρικό γάλα στους 6 πρώτους μήνες ζωής.
- ▶ Από τον 5^ο-6^ο μήνα εισαγωγή ημιστερεών- πολτοποιημένων τροφών και σταδιακά έως το τέλος του πρώτου έτους εισαγωγή όλων των τροφίμων (εκτός από όσπρια).
- ▶ Ποικιλία τροφών.
- ▶ Μικρά και τακτικά γεύματα.
- ▶ Περιορισμός στο αλάτι και γλυκά με μέτρο.
- ▶ Αυξημένες ποσότητες πρωτεΐνης υψηλής βιολογικής αξίας (κρέας, ψάρι, αυγό, γάλα).
- ▶ Σεβασμός στις διατροφικές προτιμήσεις και αποστροφές των νηπίων.
- ▶ Υπομονή και κατανόηση των ιδιαιτεροτήτων των νηπίων, από την οικογένεια.
- ▶ Επιμονή στο μεσημεριανό ύπνο.
- ▶ Άμεση διαιτητική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας των νηπίων (πιθανότητα μόνιμης εγκατάστασης) και τακτικός παιδιατρικός έλεγχος (ανθρωπομετρικοί δείκτες).
- ▶ Εισαγωγή των προτύπων καμπυλών ανάπτυξης του Δ.Μ.Σ. του παιδικού και εφηβικού πληθυσμού της Ελλάδας στο βιβλιάριο υγείας του παιδιού.

Ωστόσο πρέπει και οι γονείς να εκπαιδεύονται σωστά σε θέματα διατροφής και να εφαρμόζουν της αρχές της, πρώτα στο δικό τους διαιτολόγιο (η δύναμη του σωστού παραδείγματος).



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι
Πρακτικός οδηγός διατροφής των παιδιών

1 ΣΥΝΘΕΣΗ

Ενώσεις άνθρακος, υδρογόνου και οξυγόνου που διαιρούνται σε: **σάκχαρα** και **άμυλα**

2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Παρέχουν ενέργεια και θερμότητα

3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΕΠΑΡΚΟΥΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ

- Έλλειψη ενέργειας
- Αίσθημα ψύχους
- Ισχνότης

4 Οι υδατάνθρακες είναι η κύρια ομάδα τροφίμων στη διαίτα μας.

5. Η συντηθιμένη ζάχαρη (σοκρόζη) παρασκευάζεται από σακχαροκάλαμο και σακχαρότευτλα. Μπορεί να είναι:

α Ραφιναρισμένη - περισσότερο γνωστή ως "επιτραπέζια ζάχαρη" και χρησιμοποιείται επιπλέον στην παρασκευή και επεξεργασία πολλών τροφίμων

β Μη ραφιναρισμένη - διατηρεί φυσικές μοιάσεις και μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά τον ίδιο τρόπο με τη ραφιναρισμένη.

Και οι δύο τύποι είναι πλούσιοι σε Joules / θερμίδες και είναι δυναμικά επιβλαβείς για την υγεία των δοντιών και μπορεί να οδηγήσουν σε παχυσαρκία.

6 ΣΑΚΧΑΡΑ

α) Μονοσακχαρίτες (απλά σακχαρα) (σχηματίζονται από ένα μόριο σακχάρου)

Γλυκόζη (δεξτρόζη): Φρουκτόζη (το γλυκύτερο γνωστό σάκχαρο) Γαλακτόζη (τιμήμα της λακτόζης)

ανευρίσκεται σε μερικά φρούτα φυτικούς χυμούς κατά την πέψη των υδατανθράκων

ανευρίσκεται σε φρούτα λαχανικά μέλι

Βοηθά στο σχηματισμό του σακχάρου του γάλακτος

β) Δισακχαρίτες

(σχηματίζονται από δύο μόρια σακχάρου)

Σουκρόζη (γλυκόζη + φρουκτόζη) Μαλτόζη (δύο μόρια γλυκόζης) Λακτόζη (γλυκόζη + γαλακτόζη)

ανευρίσκεται στη λευκή και μαύρη ζάχαρη π.χ. κρυσταλλική ζάχαρη, γλάσο, άχνη, συντηρητικά, κλπ..

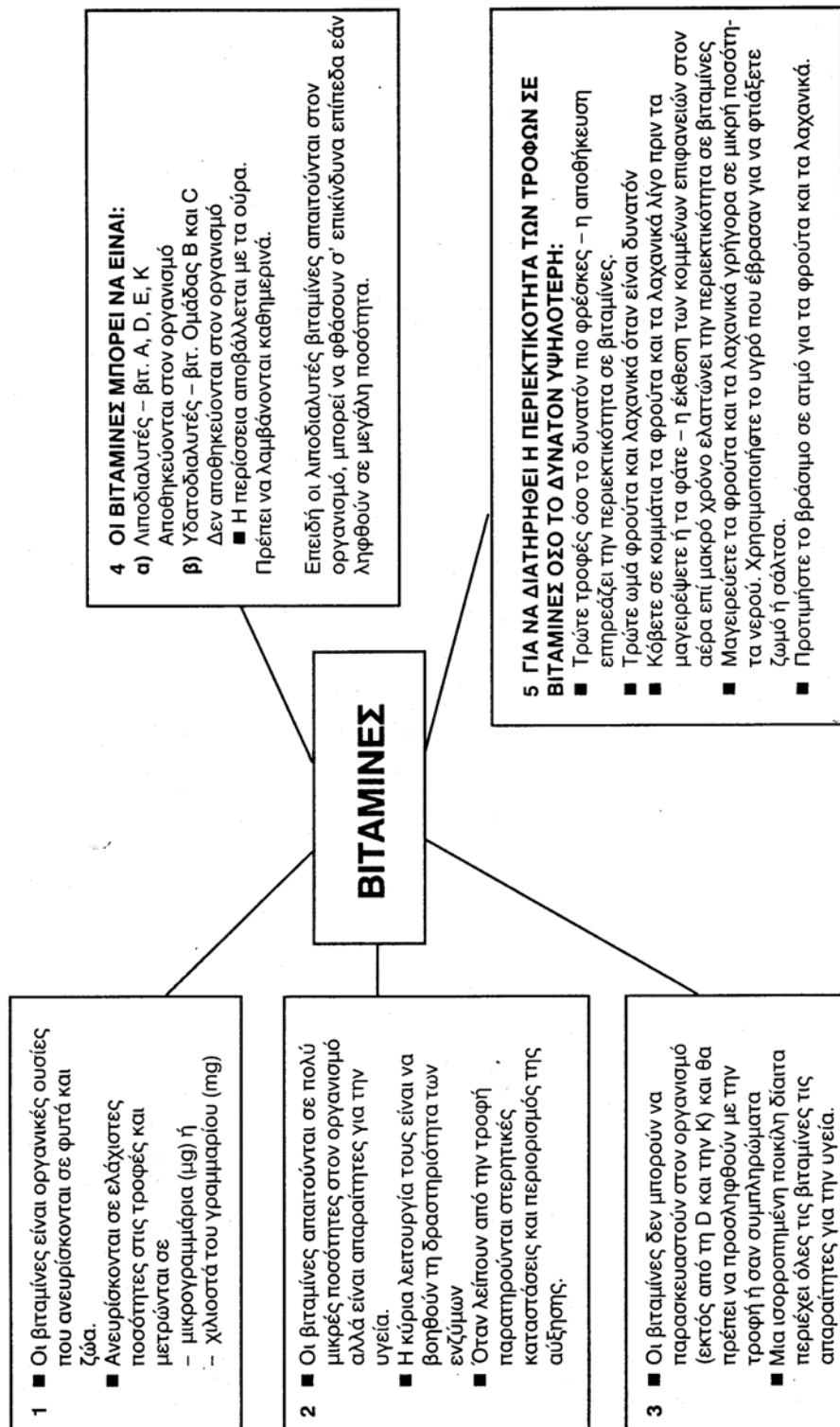
παραγεται κατά: την πέψη του αμύλου τη ζύμωση της κριθής

7. ΣΑΚΧΑΡΑ ΑΝΕΥΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ:

- Φρούτα, λαχανικά, μέλι, γάλα (απαντώνται φυσικά, βλέπε παραπάνω)
- Επιτραπέζια σάκχαρα
- Χυμούς και μαρμελάδες (υπάρχουν και σκευάσματα με λίγη ζάχαρη)
- Κέικ, γλυκά, μπισκότα
- Πουτίγες και ζελέ
- Κονσερβοποιημένα φρούτα (υπάρχουν κονσερβοποιημένα φρούτα σε φυσικό χυμό)
- Δημητριακά με προσθήκη σακχάρου
- Επεξεργασμένες τροφές
- Εμφιαλωμένες σάλτσες
- Γλυκίσματα και σοκολάτες
- Ποικιλία αναψυκτικών

ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

1 gr υδατάνθρακος παρέχει 17 KJ / 4 Kcal.



Βιταμίνες

Όνομα Βιταμίνης	Πηγές	Λειτουργίες	Αποτελέσματα ανεπαρκούς πρόσληψης	Επισημάνσεις
Βιταμίνη Α 1 Ρετινόλη	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ζωικά λίπη ■ Γαλακτοκομικά ■ Εμπλουτισμένη μαργαρίνη ■ Αυγά ■ Σικώτι ■ Ιχθυέλαια ■ Ηπατέλαια 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Προάγει την υγεία του δέρματος, των μαλλιών, των νυχιών, του αναπνευστικού ■ Βοηθά την καλή όραση στο αμυδρό φως ■ Προάγει την αύξηση 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Μικρή αντίσταση στις λοιμώξεις ιδίως του δέρματος και του αναπνευστικού ■ Κακή όραση τη νύκτα ■ Τύφλωση (σε μεγάλη έλλειψη) ■ Καθυστερήση ανάπτυξης 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Λιποδιαλυτή ■ Αυξημένη πρόσληψη βιτ. Α κατά την κύηση μπορεί να βλάψει το έμβryo. Συνιστάται στις εγκύους να μην τρώνε σικάκι λόγω της μεγάλης περιεκτικότητας του σε βιτ. Α ούτε να παίρνουν συμπλήρωμα βιτ. Α
2 καρωτίνη (πορτοκαλοκίτρινη χρωστική)	<ul style="list-style-type: none"> ■ πράσινα φυλλώδη λαχανικά ■ καρότα ■ ντομάτες ■ βερύκοκκα ■ μάνγκο ■ ροδάκινα 			
Βιτ. Ομάδας Β B ₁ Θειαμίνη B ₂ Ριβοφλαβίνη Νιασίνη B ₆ Πυριδοξίνη B ₁₂ Κυανοκοβαλαμίνη	<ul style="list-style-type: none"> ■ Κρέας ■ Σικώτι ■ Γάλα ■ Πράσινα λαχανικά ■ Όσπρια ■ Σπύροι ■ Μαγιά ■ Αυγά ■ Δημητριακά προγεύματος 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Βοηθούν <ul style="list-style-type: none"> - Στην καλή λειτουργία των μυών και των νεύρων - Στη μετατροπή των υδατανθράκων σε ενέργεια και του σιδήρου σε αιμοσφαιρίνη. ■ Προάγουν την υγεία των δοντιών και των ούλων ■ Προστατεύουν από την αναιμία 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ατροφία μυών ■ Προβλήματα πέψης ■ Ανορεξία ■ Αναιμία ■ Στερωτικές διαταραχές <ul style="list-style-type: none"> - Beri - beri - Πελλάγρα - Κακοήθης αναιμία 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Υδατοδιαλυτές ■ Ανευρίσκονται όλες στις ίδιες τροφές ■ Καταστρέφονται εύκολα με το μαγείρεμα ■ Συνήθως προστίθενται στα δημητριακά του προγεύματος
Φυλλικό οξύ	<ul style="list-style-type: none"> ■ Σικώτι ■ Πατάτες ■ Πράσινα φυλλώδη λαχανικά ■ Ψωμί ■ Εμπλουτισμένα δημητριακά του προγεύματος 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Προστατεύει από την αναιμία ■ Βοηθά στην ελάττωση του κινδύνου των ελλειμμάτων του νευρικού σωλήνος στο έμβryo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Συσχετίζεται με ανεγκεφαλία και διαχυδή ράχη στο νεογνό (αδυναμία του εγκεφάλου και της σπονδυλικής στήλης ν' αναπτυχθούν κανονικά) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Καταστρέφεται εύκολα με το μαγείρεμα ■ Συμπληρώματα συνιστώνται πριν από τη σύλληψη και στην αρχή της εγκυμοσύνης

ΠΡΑΚΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Βιταμίνες συνέχεια

Όνομα Βιταμίνης	Πηγές	Λειτουργίες	Αποτελέσματα ανεπαρκούς πρόσληψης	Επισημάνσεις
Βιταμίνη C (Ασκορβικό οξύ)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Εσπεριδοειδή <ul style="list-style-type: none"> - Πορτοκάλια - Λεμόνια - Λάιμ - Γκρέιπφρουτ ■ Φράουλες ■ Σταφίδα ■ Φυτικοί χυμοί φρούτων ■ Πιπεριές ■ Πατάτες ■ Ντομάτες ■ Πράσινα φυλλώδη λαχανικά 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Προάγει: <ul style="list-style-type: none"> - Την υγεία του δέρματος - Την επούλωση ■ Βοηθά: <ul style="list-style-type: none"> - την απορρόφηση σιδήρου - το σχηματισμό των οστών και τον οδόντων ■ Δημιουργεί ισχυρούς ιστούς και αιμοφόρα αγγεία 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Μικρή αντοχή στις λοιμώξεις ■ Καθυστέρηση της επούλωσης ■ Αναμία ■ Σκροβούτο 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Υδατοδιαλυτή ■ Καταστρέφεται εύκολα στο μαγείρεμα και στις ζεστές τροφές ■ Η περιεκτικότητα των φρούτων και λαχανικών σε βιτ. C ποικίλει ανάλογα με την εποχή, τη φρεσκάδα και την ποικιλία
Βιταμίνη D (Καλιοφερόλη)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ηπατέλαιο ■ Λιπαρά ψάρια ■ Βούτυρο ■ Αυγά ■ Εμπλουτισμένες τροφές <ul style="list-style-type: none"> - Μαργαρίνη - Βρεφικά γάλατα ■ Γάλα και τυρί (μικρές ποσότητες) ■ Ηλιακή ακτινοβολία 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Απαραίτητη για: <ul style="list-style-type: none"> ■ το σχηματισμό οστών και οδόντων ■ την απορρόφηση του ασβεστίου και του φωσφόρου 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Τερηδόνα ■ Ραχίτις 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Λιποδιαλυτή ■ Μπορεί να παραχθεί στον οργανισμό (σύνθεση) με τη δράση του ηλιακού φωτός στο δέρμα
Βιταμίνη E (Τοκοφερόλη)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Αυγά ■ Προϊόντα σόγιας ■ Ψύτρο σίτου ■ Φυτικά έλαια ■ Πράσινα λαχανικά ■ Ξηροί καρποί και σπόροι 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Βοηθά: <ul style="list-style-type: none"> ■ την πήξη του αίματος ■ το μεταβολισμό των λιπών ■ την παραγωγή των ορμονών του φύλου ■ Προάγει την επούλωση 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Διαταραχές καρδιάς και αίματος ■ Βλάβη μυών και ιστών ■ Μπορεί να συμβάλει σε αποβολές 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Λιποδιαλυτή αλλά δεν μπορεί να αποθηκευθεί επί μακρόν
Βιταμίνη K	<ul style="list-style-type: none"> ■ Πράσινα λαχανικά ■ Σόγια ■ Σπόροι ■ Κρόκος αυγού ■ Σικώτι 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Χρειάζεται για: <ul style="list-style-type: none"> ■ την πήξη του αίματος ■ την επούλωση των πληγών 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Αιμορραγική διάθεση ■ Καθυστέρηση επούλωσης 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Λιποδιαλυτή ■ Μπορεί να παραχθεί από μικρόβια στο έντερο ■ Δίδεται σε όλα τα νεογνώνητα

ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

Διαταραχές από έλλειψη βιταμινών

Βιταμίνη	Διαταραχή	Σημεία και συμπτώματα έλλειψης	Θεραπεία	Παρατηρήσεις
Βιταμίνη Α	<ol style="list-style-type: none"> 1. Νυκταλωπία 2. Προβλήματα από το δέρμα και το αναπνευστικό 3. Επιοφθαλμία που οδηγεί σε τύφλωση 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αδυναμία να δει κανείς στο αμυδρό φως 2. Δέρμα ξηρό, τραχύ με απολέπιση <ul style="list-style-type: none"> ■ Κνησμός δέρματος και οφθαλμών ■ Λοιμώξεις του αναπνευστικού 3. Μαλακυνση του κρανιοεγκεφαλικού και οφθαλμικές λοιμώξεις που προκαλούν μόνιμη οφθαλμική βλάβη 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Μεγάλες δόσεις βιτ. Α ■ Δίαιτα πλούσια σε γαλακτοκομικά και ιχθυέλαια ■ Σκούρα πράσινα, κίτρινα και πορτοκαλόχρωσα λαχανικά και φρούτα 	<p>Τα συμπληρώματα βιταμινών και η εμπλουτισμένη μαργαρίνη καθιστούν την έλλειψη σπάνια αν και εμφανίζεται ακόμη στην Ινδία και την Αφρική όπου πολλά παιδιά τυφλώνονται</p>
Βιταμίνη Β₁	Beri - Beri	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ανησυχία και ευερεθιστότητα ■ Ανορεξία ■ Έμετοι και δυσκοιλιότητα ■ Βλάβη των νευρών που οδηγεί σε πόνους στα πόδια ■ Καρδιακή διάταση. ■ Η έναρξη στα βρέφη μπορεί να είναι οξεία προκαλώντας καρδιακά προβλήματα 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Συμπληρώματα βιταμίνης Β₁ ■ Δίαιτα πλούσια σε θειαμίνη - όσπρια, κρέας, αυγού, σικωί, εμπλουτισμένα δημητριακά 	<p>Εμφανίζεται κυρίως σε χώρες όπου η βασική τροφή είναι το επεξεργασμένο (λευκό) ρύζι. Η κατεργασία του ρυζιού αφαιρεί τη φλούδα που περιέχει βιταμίνη Β₁</p>
Φυλλικό οξύ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αναίμια 2. Ελλείμματα του νευρικού σωλήνα 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Βλέπε σελίδα 107 2. Δισχιδής ράχη και ανεγκεφαλία (ανεμιαλίες της σπονδυλικής στήλης και του εγκεφάλου) συνδέονται με την έλλειψη φυλλικού οξέος 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αντιμετώπιση της αναμίας (βλέπε σελ. 107) και συμπληρώματα φυλλικού οξέος 2. Αντιμετώπιση και θεραπεία σύμφωνα με τις ανάγκες του βρέφους 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Σίδηρος και συμπληρώματα φυλλικού οξέος συνιστώνται πριν από τη σύλληψη και στην αρχή της εγκυμοσύνης μαζί με δίαιτα πλούσια σε μη αποφλοιωμένους σπόρους, κρέας, σκουροπράσινα λαχανικά, καρτά, γάλα ■ Δυσαστορρόφηση φυλλικού οξέος συχνά παρατηρείται στην κοιλιοκάκη <p>Παρατηρείται κυρίως στην Αφρική και την Ινδία όπου βασική τροφή είναι ο αραβόσποτος που είναι πτωχός σε βιταμίνη</p>
Νιασίνη	Πελλάγρα	<ul style="list-style-type: none"> ■ Απώλεια βάρους ■ Αξρό, πεταχυσμένο δέρμα με καστα-νέφριδες περιοχές που εμφανίζονται στο πρόσωπο, το λαιμό και τα χέρια ■ Ευερεθιστότητα ■ Διάρροια ■ Διανοητική σύγχυση 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Συμπληρώματα νιασίνης ■ Ψωμί και αραβόσποτος εμπλουτισμένα με νιασίνη 	

Διαταραχές από έλλειψη βιταμινών

Βιταμίνη	Διαταραχή	Σημεία και συμπτώματα έλλειψης	Θεραπεία	Παρατηρήσεις
Βιταμίνη C	Σκορβούτο	<ul style="list-style-type: none"> ■ Διογκωμένα ούλα που αιμορραγούν ■ Τάση για μώλωπες εύκολα ■ Επώδυνα, ευαίσθητα μέλη ■ Πτώχη άμυνα προς τις λοιμώξεις ■ Αναμία 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Συμπληρώματα βιταμίνης C ■ Φρέσκα εσπεριδοειδή ■ Φρέσκα λαχανικά 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Η βιταμίνη C καταστρέφεται εύκολα κατά το μαγείρεμα και την έκθεση στον αέρα ■ Ο πόνος ελαττώνεται γρήγορα άπαξ και αρχίσει η θεραπεία
Βιταμίνη D	Ραχίτιδα	<ul style="list-style-type: none"> ■ Καθυστερημένο κλείσιμο της προσθίας πηγής ■ Μαλακά παραμορφωμένα οστά ■ Επώδυνες αρθρώσεις ■ Ανωμαλίες θέσεως – ραβιά πόδια, κύρτωση σπονδυλικής στήλης ■ Ελαττωμένος μυϊκός τόνος ■ Καθυστερημένη κινητική ανάπτυξη και οδοντοφυΐα ■ Ραχτικό κομβολόγιο – προεξέχοντα κομβία χόνδρου στο πρόσθιο άκρο των πλευρών 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Μεγάλες δόσεις βιταμίνης D ■ Τουλάχιστον 1 ριπί γάλα την ημέρα για το περιεχόμενο ασβέστιο ■ Να μη σηκώνουν βάρη μέχρι την αποκατάσταση των οστών και των αρθρώσεων 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Τα παιδιά που εκτίθενται λίγο στο ηλιακό φως μπορεί να είναι σε κίνδυνο για έλλειψη ■ Τα διαπολύγια στα οποία τα δημητριακά και τα λαχανικά αποτελούν τη βασική τροφή είναι πιθανόν να είναι ελλειμματικά σε βιταμίνη D.

ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΙΤΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΘΡΕΨΕΩΣ

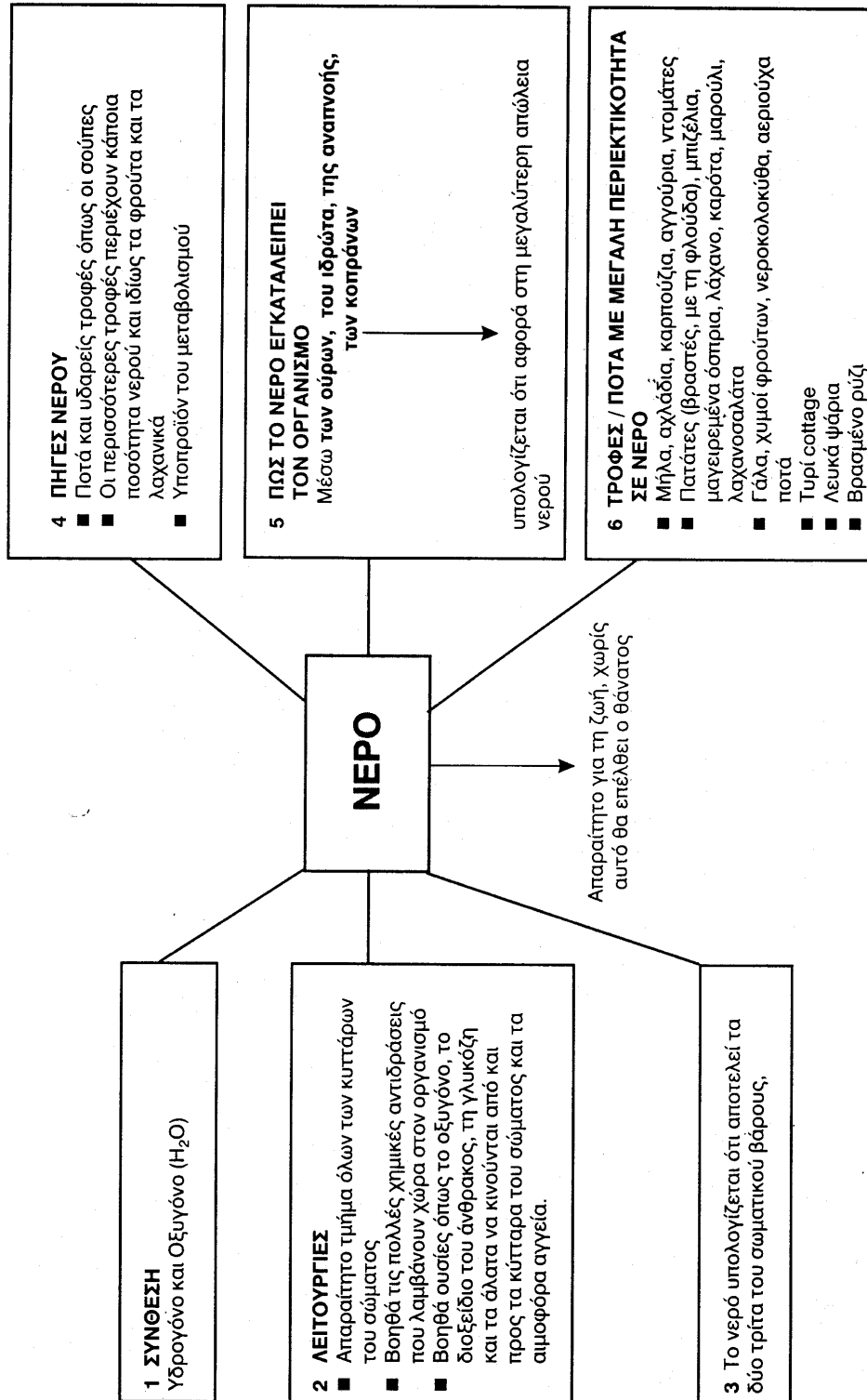
Μέταλλα

Μείζονα μέταλλα	Πηγές	Λειτουργίες	Αποτελέσματα ανεπαρκούς πρόσληψης	Επισημάνσεις
Σίδηρος	<ul style="list-style-type: none"> ■ Κρέας, συκώτι, νεφρά ■ Κρόκος αυγού ■ Λιπαρά ψάρια ■ Πράσινα φυλλώδη λαχανικά, ■ Μαύρο ψωμί ■ Εμπλουτισμένο λευκό ψωμί και δημητριακά του προγεύματος ■ Όσπρια ■ Αποξηραμένα φρούτα <ul style="list-style-type: none"> - Βερύκοκκα - Δαμάσκηνα - Σταφίδα και σουλτανίνα - Κακάο 	<p>Σχηματίζει την αιμοσφαιρίνη η οποία μεταφέρει το οξυγόνο σε όλους τους ιστούς του σώματος</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Σιδηροπενική αναιμία ■ Έλλειψη ενεργητικότητας ■ Δύσπνοια ■ Ωχρότητα ■ Λοιμώξεις ■ Καθυστερήση ανάπτυξης 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Η βιτ. C βοηθά στην απορρόφηση έτσι τα πράσινα λαχανικά, οι σπάλτες, οι πατάτες, τα φρέσκα φρούτα κατά τα γεύματα είναι σημαντικά. ■ Η τανίνη του τσαγιού εμποδίζει την απορρόφηση του σιδήρου ■ Ο σίδηρος είναι σημαντικόξ ιδιαίτερα: <ul style="list-style-type: none"> - στα παιδιά και στους εφήβους - στην εγκυμοσύνη και στη γαλουχία
Ασβέστιο	<ul style="list-style-type: none"> ■ Γαλακτοκομικά ■ Όσπρια ■ Ψάρι και οστά του ψαριού (σαρδέλλες, σολωμός) ■ Κάρδαμο και άλλα πράσινα φυλλώδη λαχανικά ■ Εμπλουτισμένα αλεύρα και αρτοσκευάσματα ■ Σκληρό νερό 	<p>Διατηρεί ισχυρά τα οστά και τα δόντια</p> <p>Βοηθά:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Τη φυσιολογική λειτουργία των μυών - Την πήξη του αίματος 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Τερηδόνα ■ Ραχίτις (τα οστά δεν σκληραίνουν) ■ Μικρές κρήμες ■ Καθυστερήση της πήξεως του αίματος 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Η βιτ. D βοηθά την απορρόφηση του ασβεστίου ■ Όταν το ασβέστιο δεν απορροφείται από τον οργανισμό καθώς και τα παιδιά που δεν μπορούν να φάνε γαλακτοκομικά προϊόντα θα πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά
Φωσφόρος	<ul style="list-style-type: none"> ■ Γαλακτοκομικά προϊόντα ■ Κρέας ■ Ψάρι ■ Αυγά ■ Δημητριακά ■ Φρούτα και λαχανικά και πολλές άλλες τροφές 	<p>Συnergάζεται με το ασβέστιο για γερά οστά και δόντια</p> <p>Βοηθά την απορρόφηση των υδατανθράκων</p> <p>Βοηθά τη διατήρηση του ισοζυγίου υγρών στον οργανισμό</p>	<p>Έλλειψη είναι σπάνια αλλά μπορεί να παρατηρηθεί σε παθήσεις των νεφρών</p>	<p>Μεγάλη πρόσληψη τις πρώτες ημέρες της ζωής με τη χρήση μη τροποποιημένου γαλακτος αγελάδος μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τετανία (μυϊκές συσπάσεις)</p>

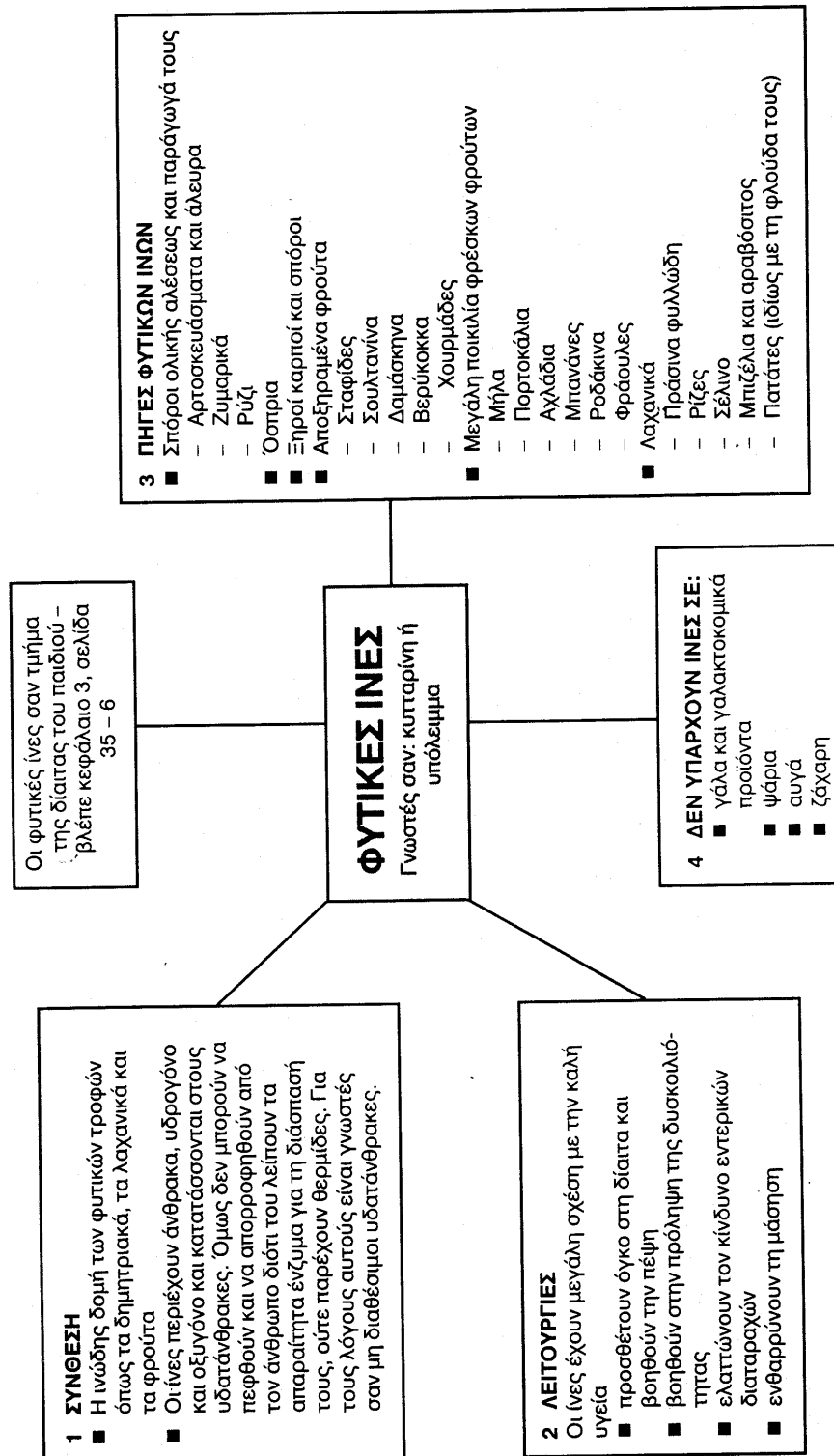
Μέταλλα συνήχεια

Μείζονα μέταλλα	Πηγές	Λειτουργίες	Αποτελέσματα ανεπαρκούς πρόσληψης	Επισημάνσεις
Χλωριούχο νάτριο (αλάτι)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Κοινό αλάτι ■ Φρέσκο κρέας και ψάρι ■ Επεξεργασμένες τροφές ■ Μπέικον και ζαμπόν ■ Καπνιστά ψάρια (παστά) ■ Κράκερς (αλμυρά) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Διατηρεί το ισοζύγιο υγρών στον οργανισμό ■ Βοηθά τη μεταβίβαση των νευρικών ώσεων ■ Βοηθά τη μυϊκή δραστηριότητα 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Μυϊκές κράμπες ■ Κόπωση 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Μεγάλη πρόσληψη άλατος συνδέεται με υψηλή αρτηριακή πίεση. ■ Αλάτι δεν θα πρέπει να προστίθεται στις τροφές των βρεφών και των μικρών παιδιών
Κάλιο	<ul style="list-style-type: none"> ■ Κρέας ■ Γάλα ■ Δημητριακά, τροφές ολικής αλέσεως ■ Φρούτα ■ Λαχανικά ■ Καφές 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Συνεργάζεται στενά με το νάτριο στη διατήρηση του ισοζυγίου υγρών 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Έλλειψη του στη διαίτα είναι σπάνια 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ευρέως διαδεδομένο στις φρέσκες τροφές ■ Ο καφές δεν συνιστάται στα μικρά παιδιά
Ίχνοστοιχεία				
Φθόριο	<ul style="list-style-type: none"> ■ Φθοριωμένο νερό ■ Οστά ιχθύων (σαρδέλλες, σολομός) ■ Δισκία ή σταγόνες φθορίου ■ Οδοντόκρεμα 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Κάνει την αδομαντίνη των δοντιών πιο ανθεκτική στην τερηδόνα 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Τερηδόνα 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Πολύ φθόριο μπορεί να προκαλέσει κηλίδες των δοντιών και καθυστέρηση στην απόπτωση τους ■ Η φθορίαση του νερού αποτελεί αμφιλεγόμενη πολιτική

ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ



ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

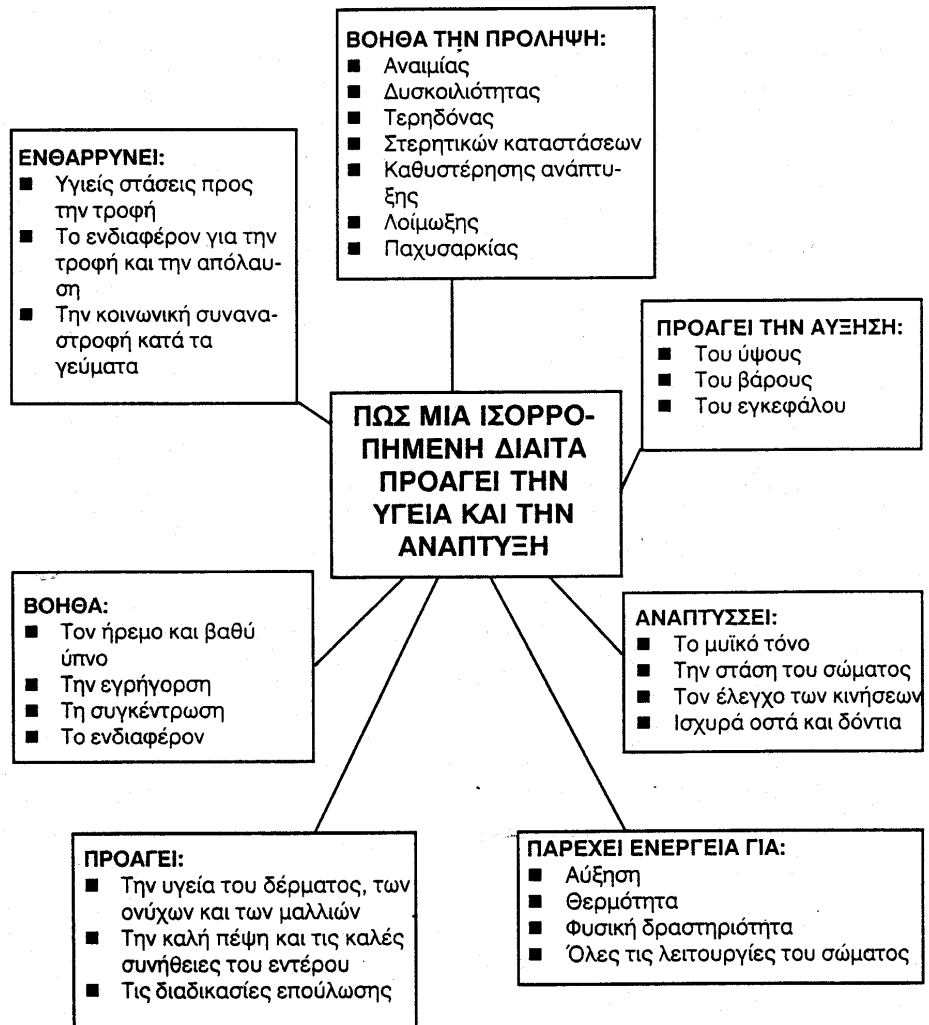


Μπορείτε να ελέγξετε εάν η διαίτα ενός παιδιού είναι επαρκής εκτιμώντας:

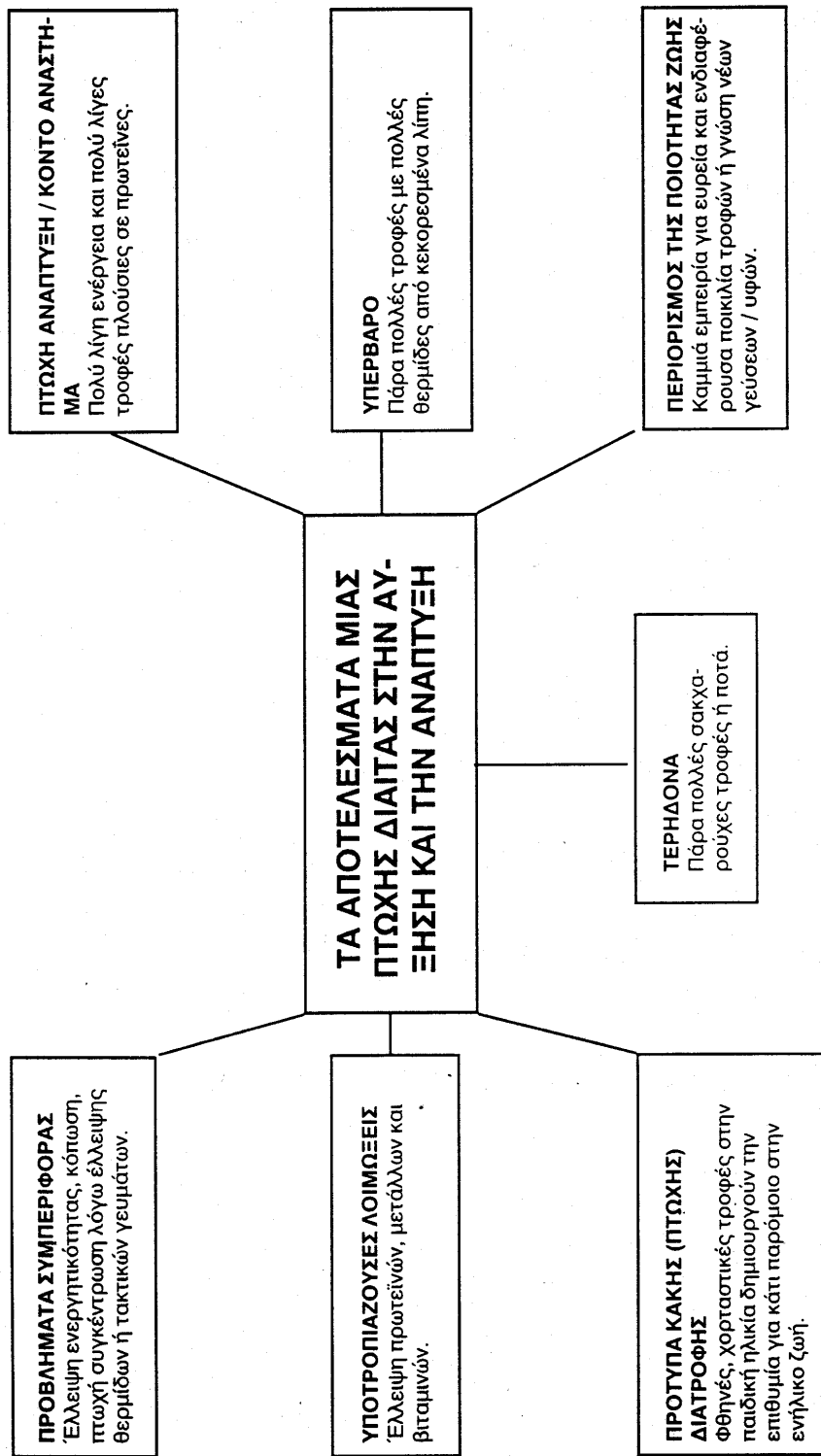
- την κατάσταση της υγείας του
- την αύξηση και την ανάπτυξη του
- την παραγωγή ενέργειας

Οποιαδήποτε εκτίμηση της περιεκτικότητας σε θρεπτικά συστατικά της διαίτας ενός παιδιού, θα πρέπει να γίνει για χρονική περίοδο δύο ή τριών εβδομάδων και όχι για τη διαίτα μίας μόνο ημέρας.

Ο παρακάτω πίνακας περιγράφει πώς μια ισορροπημένη διαίτα προάγει την υγεία και την ανάπτυξη στα παιδιά



ΠΡΑΚΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

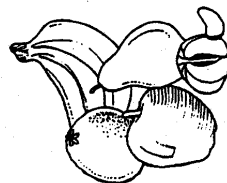


ΠΡΑΚΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

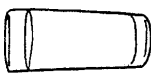
ΠΡΟΣΦΕΡΕΤΕ ΤΑΚΤΙΚΑ



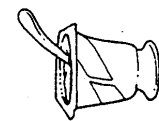
- Πλυμένα ωμά λαχανικά κομμάτια καρότου και σέλινου
- κομμάτια λάχανου
 - κομμάτια από αγγούρι



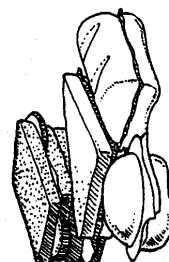
- Φρέσκα φρούτα
- μήλα
 - πορτοκάλια
 - αχλάδια
 - μπανάνες
 - ακτινίδια
 - μανταρίνια, κ.λπ..



Γάλα ή νερό για ποτό



Σκέτο γιαούρτι



- Σάντουιτς / κολούρια (Λευκά και ολικής αλέσεως)
- ζαμπόν
 - τυρί σκληρό και κάτσατζ
 - εκχύλισμα μαγιόνας
 - συστατικά σαλάτας
 - μπανάνα
 - φυτικό βούτυρο
 - άλειμμα από ταχίνι



- Αποξηραμένα φρούτα
- μήλα
 - βερύκοκκα
 - σικά
 - δαμάσκηνα και χουρμάδες

Π Ρ Ο Χ Ε Ι Ρ Α Γ Ε Υ Μ Α Τ Α

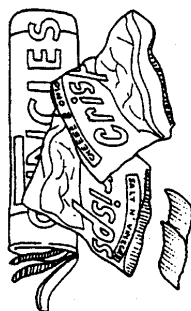
ΠΡΟΣΦΕΡΕΤΕ ΜΟΝΟ ΣΠΟΡΑΔΙΚΑ



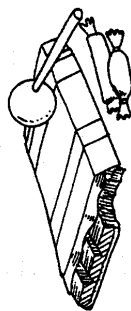
Τσιπς



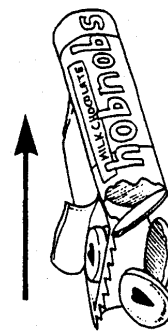
Έτοιμες πίτες και σάντουιτς με λουκάνικο



Κρακεράκια



Γλυκά και σοκολάτες



Κόκα-κόλα

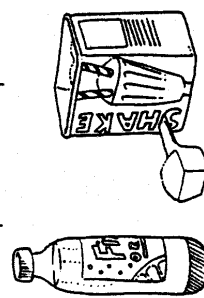


Λεμονάδα

Σοκολατένια άλλα και γλυκά μπισκότα



Επιδόρπια σε σκόνη



Μιλκ-οέικ σε σκόνη

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Παράθεση ερωτηματολογίου



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

Επώνυμο..... Όνομα

Φύλο

Τόπος γέννησης.....

Διεύθυνση
κατοικίας.....

Τηλέφωνο.....

2. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ

Ομάδα
αίματος.....

Αλλεργία.....

Φάρμακα.....

Άλλες ουσίες.....

Έλλειψη ενζύμου
G.6.P.D.....

Κληρονομικά και άλλα σοβαρά νοσήματα (π.χ. Αιμολυτικές Αναμιξίες, Σακχ.
Διαβήτη)
.....

Λοιμώδη
νοσήματα.....

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Α.ΜΗΤΕΡΑ

Όνομα.....

Εθνικότητα και τόπος
καταγωγής.....

Επάγγελμα.....

Κατάσταση υγείας
τωρινή.....

Προηγούμενες
παθήσεις.....

Β.ΠΑΤΕΡΑΣ

Όνομα.....

Εθνικότητα και τόπος
καταγωγής.....

Επάγγελμα.....

Κατάσταση υγείας
τωρινή.....

Προηγούμενες
παθήσεις.....

4. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Επιπλοκές
εγκυμοσύνης.....

Πόσο βάρος πήρε ως τον
τοκετό.....

Έπινε οινοπνευματώδη ποτά ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι
πόσο.....

Κάπνιζε ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι
πόσο.....

Έπαιρνε φάρμακα ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι ποια και
γιατί.....

Έπαιρνε συμπληρώματα ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, τι
είδους.....

Ποιος γυναικολόγος την
παρακολουθούσε.....

Εδώ
(Σητεία).....

Αλλού.....

Χωρίς
προβλήματα.....

Αιμορραγία.....

Ακινησία.....

Περίδεση.....

Λοίμωξη.....

Αρτηριακή
Πίεση.....

Εργαστηριακά
Ευρήματα.....

Βάρος
γέννησης.....

Διάρκεια
κύησης.....

.....Πρόωρο.....

5. ΤΟΚΕΤΟΣ

Φυσιολογικός.....

Κεφαλική προβολή.....Ισχιακή προβολή.....

Επιπλοκές.....

Με επέμβαση.....

Καισαρική τομή.....

Εμβρυολκία.....Μετασηματισμός.....

Εξελκυσμός.....Με απορροφητήρα.....

Άλλες
επεμβάσεις.....

Αιτία για την
επέμβαση.....

6. ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ

Βάρος.....Μήκος.....
Περίμετρος
κεφαλιού.....Κυάνωση.....
Έκλαψε αμέσως.....Κρίση άπνοιας.....
Πήρε οξυγόνο.....Πόσο χρονικό διάστημα.....
Θεραπευτική
αγωγή.....
Μπήκε σε θερμοκοιτίδα.....
Πόσες
μέρες.....Αίτια.....
Παρουσίασε:
Λοίμωξη.....
Σπασμούς.....Ίκτερο.....
Φάρμακα που
χορηγήθηκαν.....
Αιμοληψία για G6PD, PKU, TSH.....

**7. ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ
ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ**

Φυσιολογική ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν όχι

τι παρουσίασε.....

8. ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Μητρικός ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι πόσο

διάστημα.....

Αν όχι τι υποκατάστατο έπαιρνε

Τύπος.....

Διάρκεια.....

Μικτός θηλασμός (Συνδυασμός, μητρικό γάλα με
υποκατάστατο).....

Αναλογία.....

9. ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ηλικία.....Βάρος.....Ύψος.....

Περίμετρος κρανίου.....

Ψυχοκινητική

ανάπτυξη.....

Δόντια.....

10. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Ακολουθεί τις οδηγίες της παιδιάτρου ΝΑΙ ΟΧΙ

Πότε άρχισε να τρώει στερεές τροφές,
χρόνος προσαρμογής.....

Η όρεξη του είναι: Καλή Μέτρια Φτωχή

Τρώει: Λίγο Μέτρια Πολύ

Ποιες τροφές προτιμά :

-Υδατάνθρακες
Σάκχαρα

- Ψωμί
- Δημητριακά
- Πατάτες
- Ζυμαρικά
- Ρύζι
- Ζάχαρα και παράγωγα (σοκολάτες, μπισκότα κ.τ.λ.)
- Άλλο

-Γάλα και γαλακτοκομικά προϊόντα

- Γάλα
- Τυρί
- Γιαούρτι
- Άλλο

-Φρούτα Είδος.....

-Λαχανικά Είδος

-Πρωτεΐνες

- Κρέας
- Ψάρι
- Αυγά
- Αλλαντικά
- Άλλο.....

-Λίπος

- Λάδι
- Βούτυρο
- Μαργαρίνη
- Άλλο.....

Ποιες τροφές

αντιπαθεί.....

Υπάρχουν τροφές που αποφεύγετε να του δίνετε για άλλους
λόγους.....

Αριθμός και ώρες των

γευμάτων.....

Τρώει την ίδια ώρα κάθε μέρα ΝΑΙ ΟΧΙ

Τρώει συνήθως

μικρογεύματα.....

Πότε.....

Πότε πεινάει

κυρίως.....

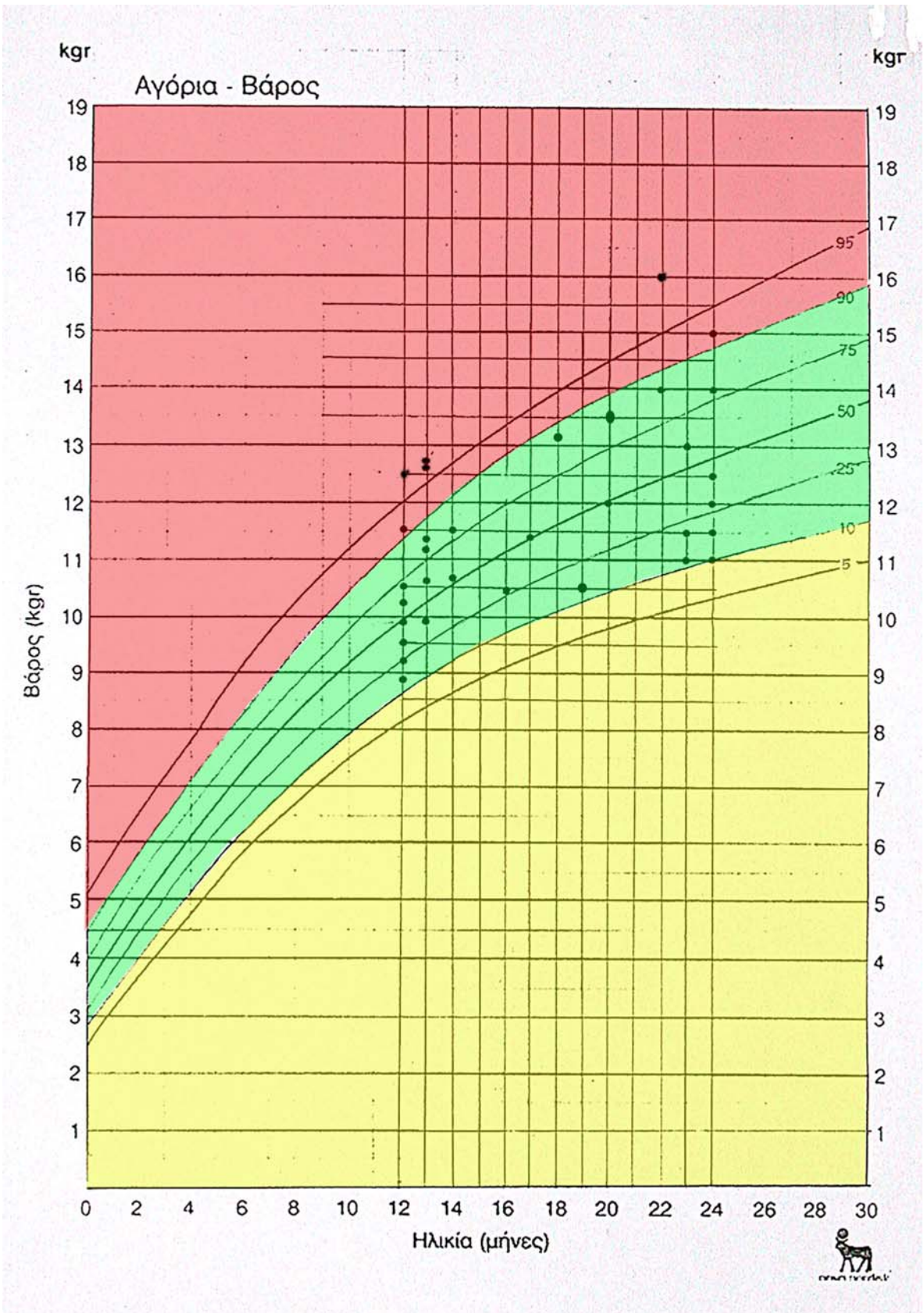
Ο ύπνος του είναι φυσιολογικός

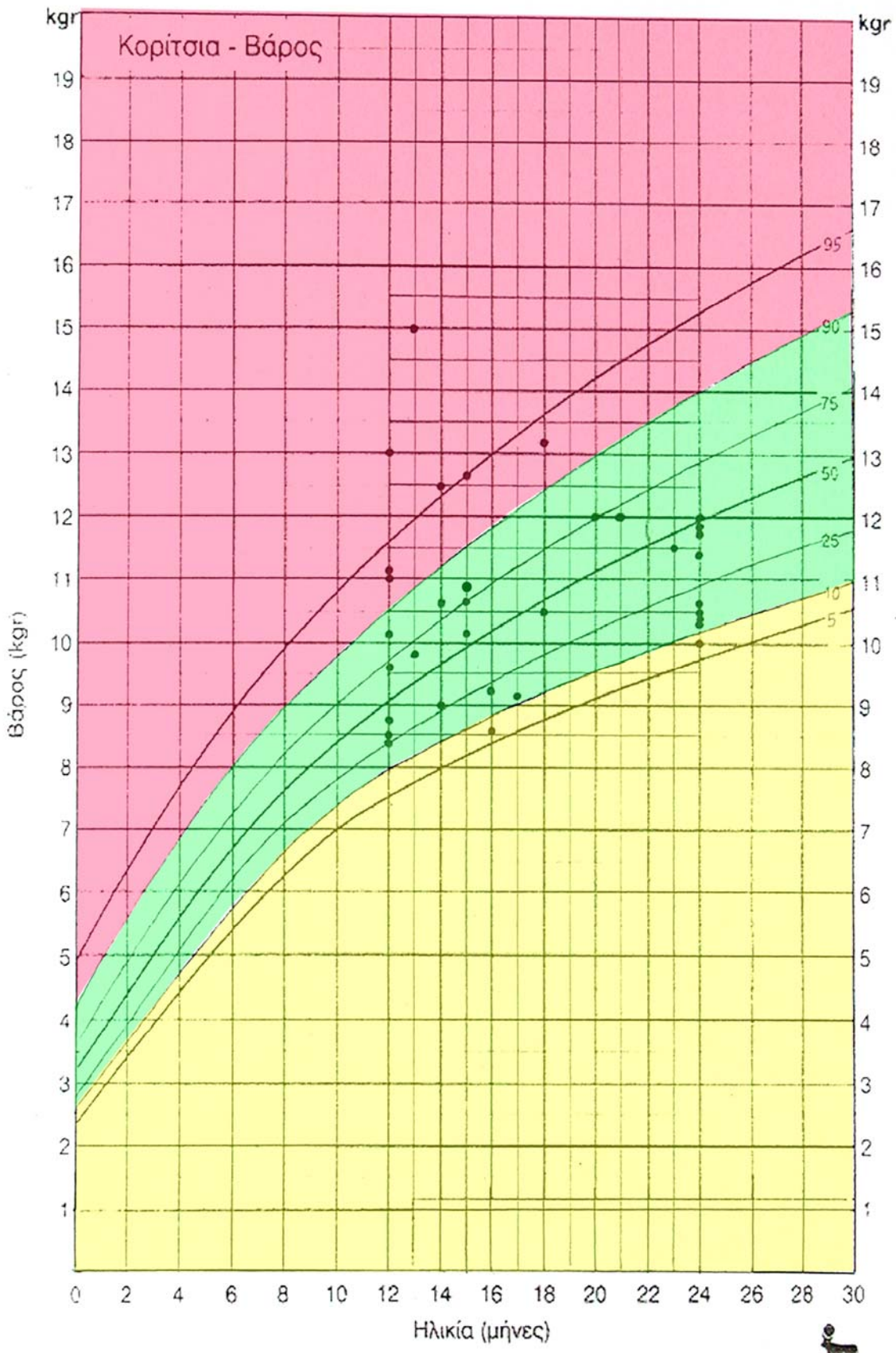
.....

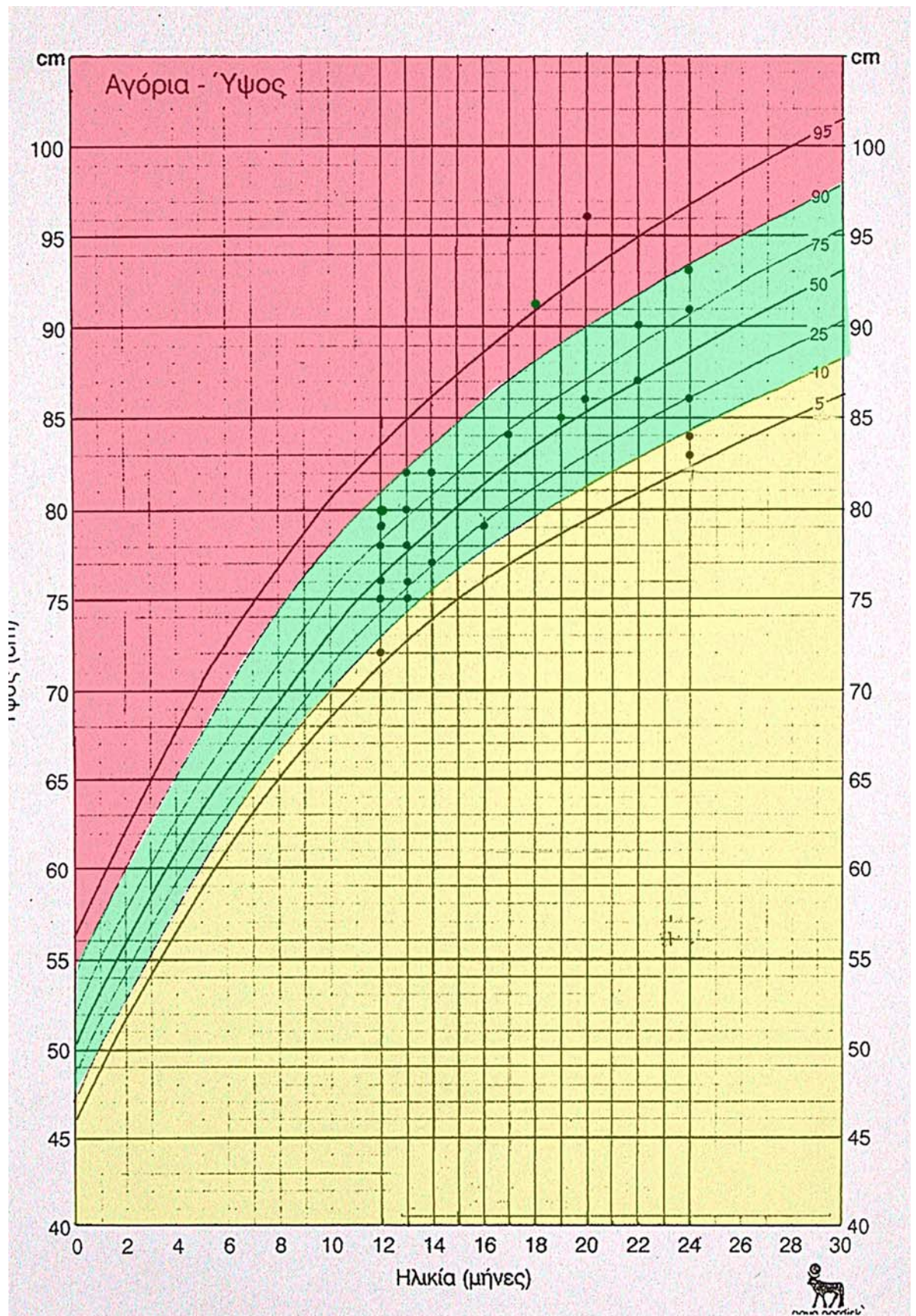
Πόσες
ώρες.....
Ποιος από την οικογένεια
έχει αναλάβει την φροντίδα του.....
Αφιερώνετε αρκετό χρόνο καθημερινά για να παίξετε μαζί του.....
Συμμετέχετε στις δραστηριότητες του και σε όσα το
απασχολούν.....

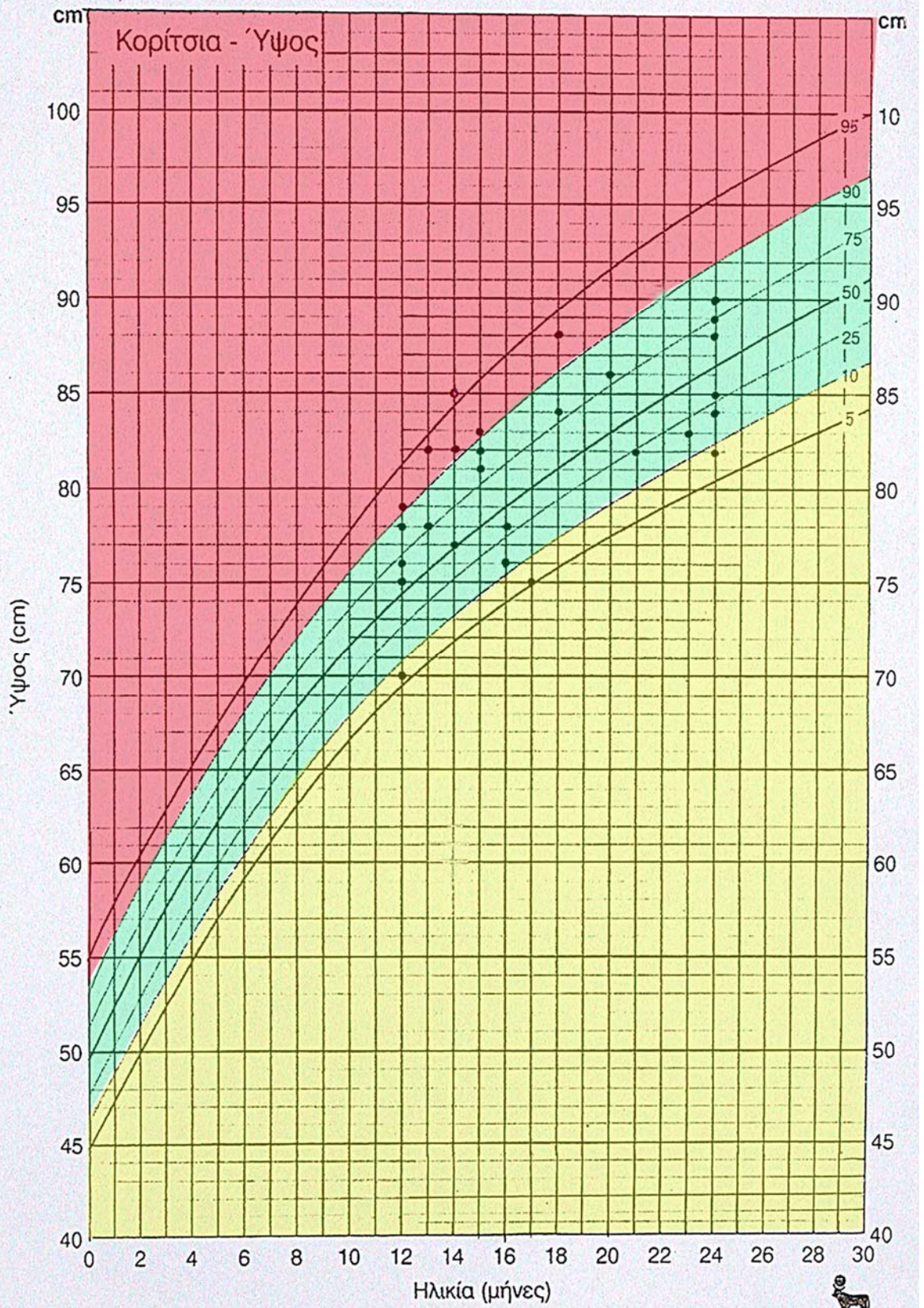
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

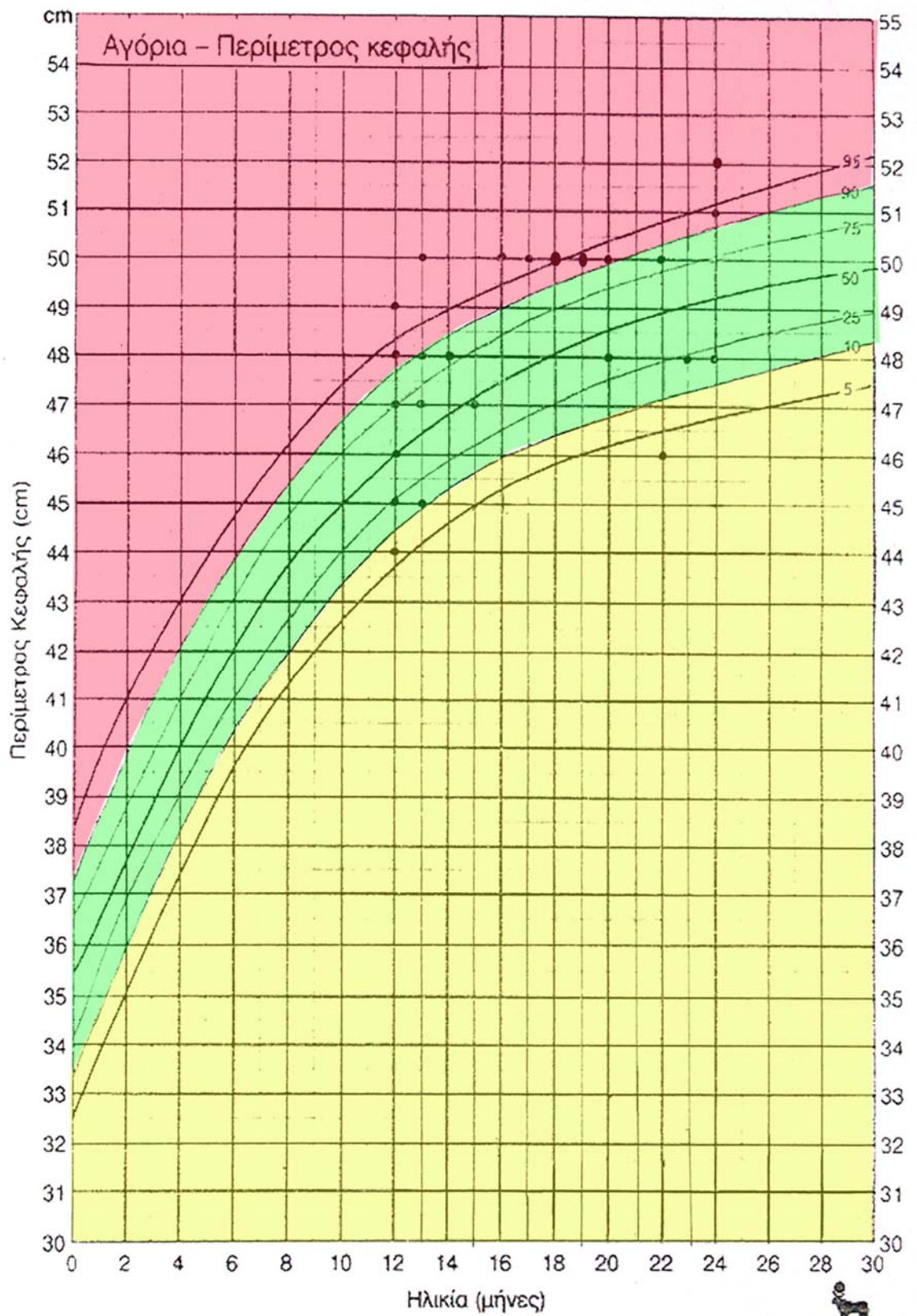
Καμπύλες Ανάπτυξης- Κατανομή Τιμών

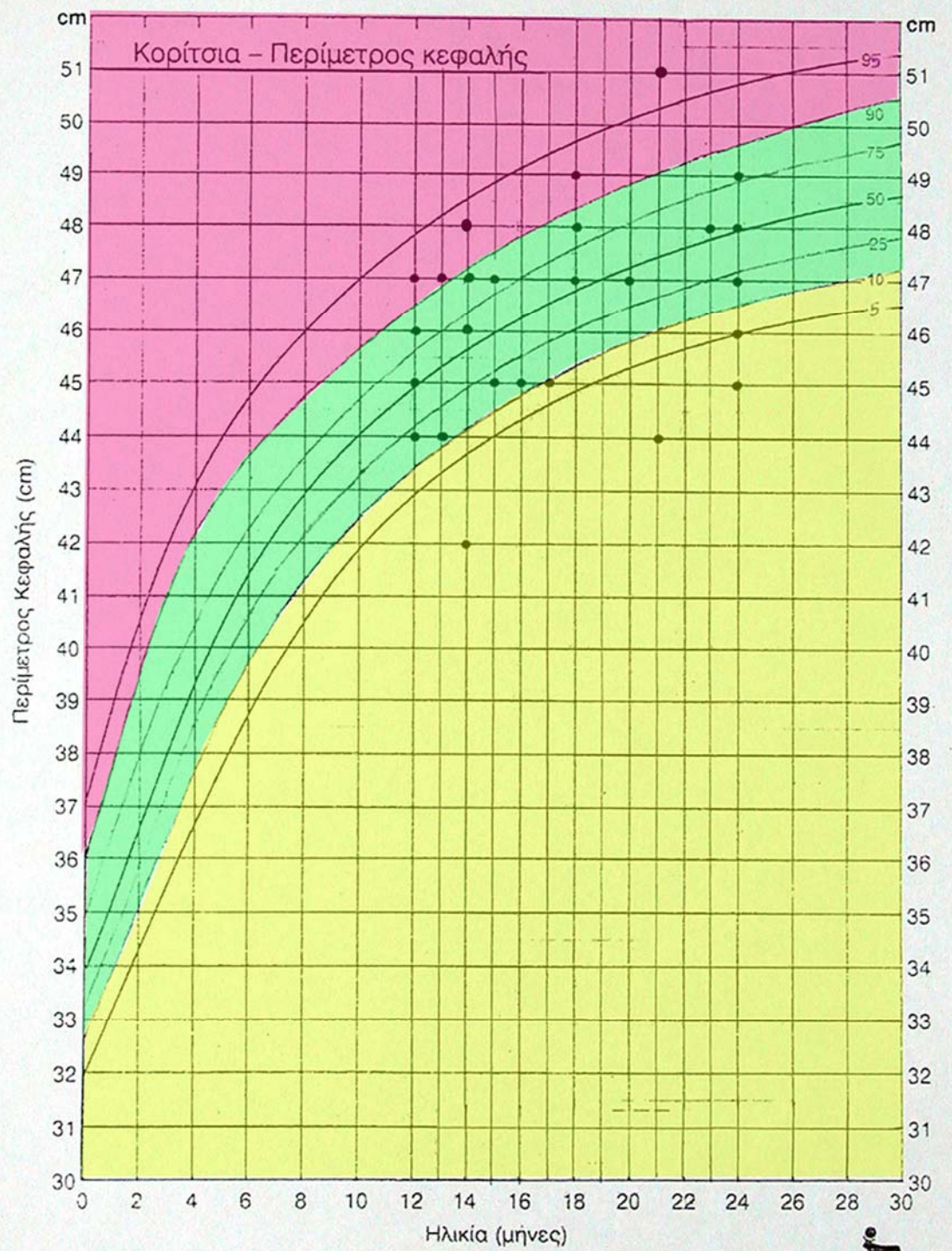


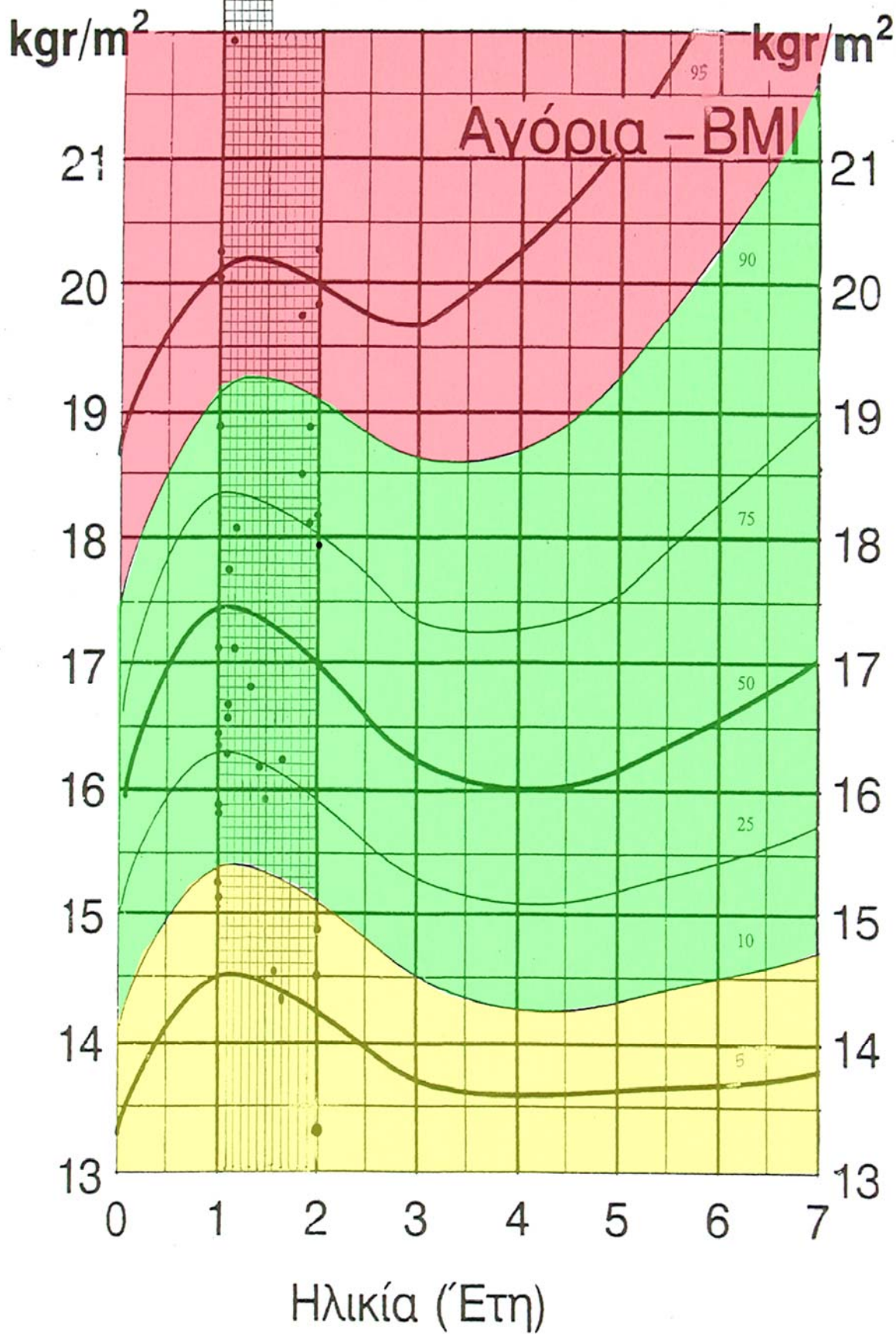






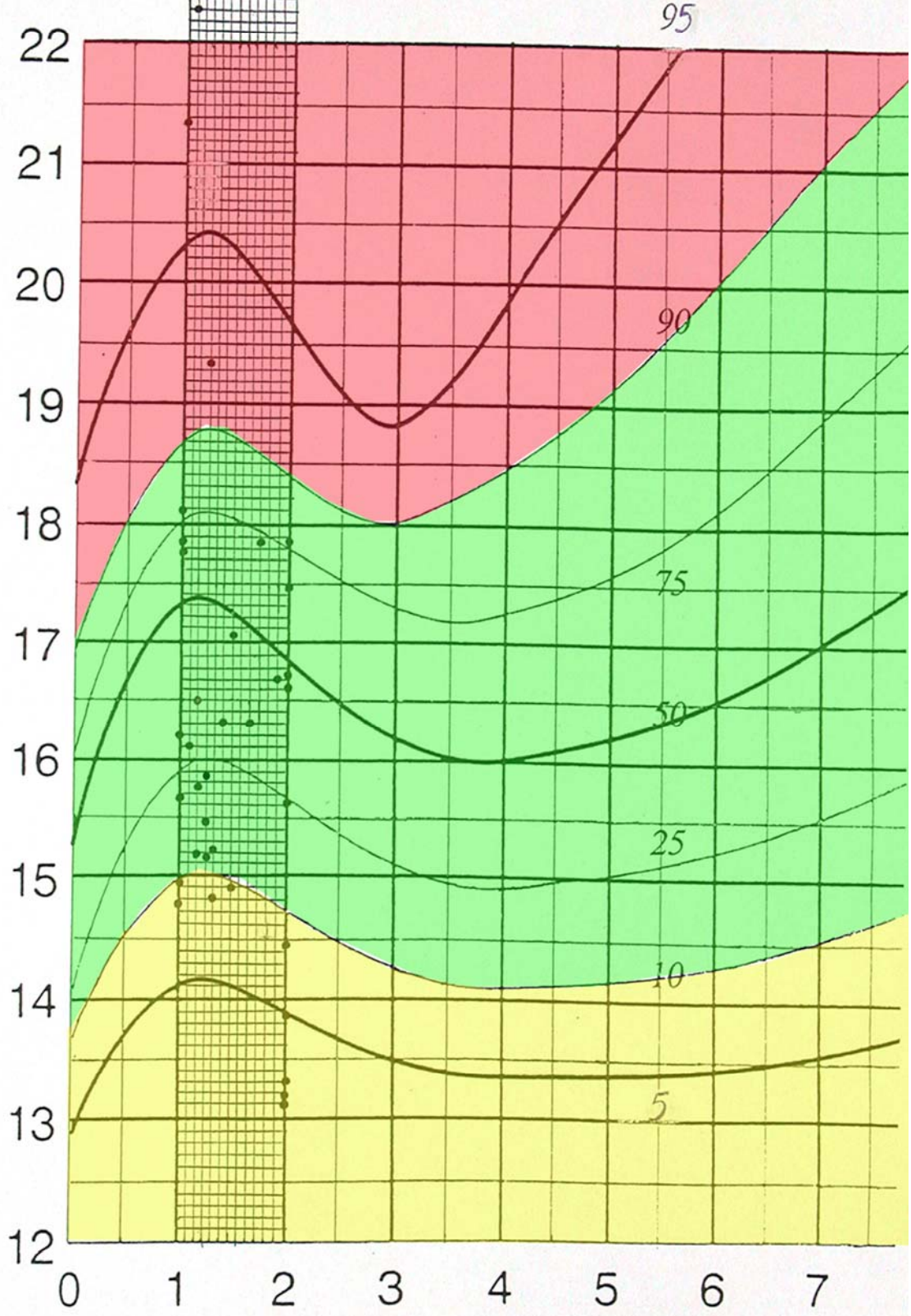






kg/m²

Κορίτσια - BMI



Ηλικία (Έτη)

**TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE
(T.E.I) OF CREETE
SCHOOL OF FOOD TECHNOLOGY AND
DIETETICS
DEPARTMENT OF HUMAN NUTRITION AND
DIETETICS**

DIPLOMATICAL SURVEY OF:

**AVGOUSTINAKI KALLIOPI
ATZOLETAKIS EVANGELOS
ZACHARAKI MARINA**

SUBJECT:

**"NUTRITION AND INDICATORS OF GROWTH OF INFANTS ,
RESEARCH IN INFANTS FROM 12 TO 24 MONTHS OLD, IN
THE PROVINCE OF SITIA - LASITHI "**

**SUPERVISOR PROFESSOR:
KATSARAKIS IOANNIS**

SITIA, NOVEMBER 2004

SUMMARY

In the present research the physical and psychomotor development of children aged 1 to 2 years old is studied and also the role of the nutrition that consists the main exogenous factor influencing the growth, development and good health.

A total of 70 infants were examined boys and girls, 12 to 24 months old from district of Sitia of those 37 were boys and 33 were girls.

The collection of data was done by the help of questionnaire in Pediatric department of General Hospital of Sitia and also by visiting children at their home in the same region. From the processing of results

- Infants with inheritance of diabetes mellitus or cardiopathy had high BMI (19-21) whereas those with anemia inheritance had low BMI (15).
- Infants of Albanian origin had lower BMI in comparison with Greek children (14,5).
- 5 boys had BMI higher than 95th position whereas 3 of them were between 85th-95th position.
- 2 girls had BMI higher than 95th position, whereas 1 girl was between 85th-95th position. (Values of BMI equal or higher than 95th percentile position for sex and age, by using the models of growth of each country, constitute indication for evaluation and curing of obesity. Values between the 85th-95th position signify overweight infants.
- No infant was found malnourished.

Among children's population the usage of BMI has not been evaluated sufficiently, for that reason the usage of percentile position is recommended than the absolute values, because this value changes with the growth.

- Among 70 infants, 81,4% were breast-fed.
- All infants prefer all kinds of food containing complex carbohydrates
- From foods containing animal proteins (meat, fish, egg) infants prefer mainly the fish.
- From the dairy foods, infants prefer mainly milk and yogurt.
- From fruit, infants prefer pear, banana and apple
- All infants prefer the known vegetables.
- We mainly use olive oil when we cook food for infants
- 81% of infants are fed at the same time
- 73% of infants have small meals
- 46,7% of infants do not sleep at noon
- All infants had normal psychomotor development

The nutrition in infantile age is important for the whole life. A proper nutrition in this stage of life should contain:

- **regular meals**
- **food's variety**
- **controlled environment**
- **sweets under control**

Specifically, the daily caloric demands of an infant must be covered from protein in percent of 14%, from lipid of 36% and carbohydrates in 50%. It is preferable the major part of carbohydrates to be received from cereals that contains also proteins.

This is also received from milk and milk products. Finally the needed fat except olive oil is taken from meat, fish, egg and dairy products.

It is also demanded the consuming of sufficient quantity of fibers contained in cereals fruits and vegetables. For the achievement of normal growth of an infant, parents should be educated in nutritional subjects and they should also adapt a proper diet in their own every day life.