

Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ – ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διατροφική Συμβουλευτική
Παρέμβαση σε παιδιά ηλικίας 8-
12 ετών**

Εισηγήτρια: Χαρωνιτάκη Αικατερίνα

Επιμέλεια: Νικολόπουλος Δημήτριος - Ράμμος Γεώργιος

ΣΗΤΕΙΑ 2012

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας , κ. Χαρωνιτάκη για την αγαστή συνεργασία μας και για τη βοήθεια που μας παρείχε καθόλη τη διάρκεια της πτυχιακής μας εργασίας.

Επίσης τη σχολή μας, που μας δάνεισε ανεπιφύλακτα μέρος του εξοπλισμού της, όποτε το χρειαστήκαμε.

Ακόμα, το δήμο Σητείας για την αίθουσα που μας παραχώρησε και τους υπεύθυνους του πολιτιστικού κέντρο Λιθινών για τη φιλοξενία και τη συμπαράστασή τους.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τα παιδιά εκείνα που έλαβαν μέρος αλλά και τις οικογένειές τους για την συμμετοχή τους και την αξέχαστη εμπειρία που μας χάρισαν.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
 Θεωρητικό Μέρος:	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ	
1.1 Ορισμός συμβουλευτικής.....	13
1.2 Ορισμός Διατροφικής Συμβουλευτικής.....	15
1.3 Θεωρίες, μοντέλα και τεχνικές διατροφικών παρεμβάσεων.....	16
1.3.1 Πελατοκεντρική Προσέγγιση.....	17
1.3.2 Θεωρία του Maslow.....	18
1.3.3 Συμπεριφορική Θεραπεία.....	19
1.3.3.α Διαθεωρητικό Μοντέλο.....	20
1.3.3.β Συνέντευξη Κινητοποίησης.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	
2.1 Στόχοι συμβουλευτικής παιδιών.....	25
2.2 Διατροφική Αγωγή Υγείας.....	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΑΙΔΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

3.1 Διατροφικές Συνήθειες Παιδιών.....	32
3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τις Διατροφικές Συνήθειες Παιδιών...	34
3.3 Προβλήματα λόγω κακής διατροφής.....	41
3.4 Διατροφική Εκπαίδευση – Προγράμματα παρέμβασης.....	48

Πειραματικό Μέρος:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

4.1 Περιγραφή παρεμβάσεων – Μεθοδολογία.....	53
4.2 Παρουσίαση αποτελεσμάτων.....	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

5.1 Σύγκριση των αποτελεσμάτων με την βιβλιογραφία	77
5.2 Συμπεράσματα – Συζήτηση.....	82
5.3 Περιορισμοί έρευνας.....	84

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	86
----------------------------------	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΥΛΙΚΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.....	98
------------------------------------	----

ΑΡΘΟΓΡΑΦΙΑ.....	107
------------------------	------------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	112
--------------------------	------------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος: Η επίδραση της Συμβουλευτικής Διατροφικής Παρέμβασης για την βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και την ενίσχυση της αυτοεκτίμησής, σε παιδιά 8-12 ετών, η ανάλυση της προσωπικότητάς τους και εκτίμηση του κατά πόσο τα παιδιά αυτά ακολουθούν ή όχι τη Μεσογειακή Διατροφή μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης.

Δείγμα: Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 22 παιδιά, τα οποία χωρίστηκαν σε δυο ομάδες. Η πρώτη ομάδα αποτελούνταν από παιδιά που διαμένουν στο χωριό Λιθίνες και η έρευνα διεξήχθη στο πολιτιστικό κέντρο της περιοχής, ενώ η δεύτερη ομάδα απαρτιζόταν από παιδιά που πηγαίνουν σε σχολεία εντός Σητείας και οι παρεμβάσεις έγιναν σε χώρο που παραχωρήθηκε από το δήμο.

Μέθοδος: Τα παιδιά αρχικά συμπλήρωσαν, το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck, το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του Spielberger και το ερωτηματολόγιο διατροφής που κατασκευάστηκε για τις ανάγκες της έρευνας. Το κύριο μέρος της παρέμβασης περιέχει 5 διδακτικές ώρες, που κάθε μία από αυτές αποτελούσε και μια διαφορετική θεματική ενότητα. Οι θεματικές ενότητες ήταν:

- ✚ Αυτοεκτίμηση
- ✚ Υγιεινή Διατροφή
- ✚ Μεσογειακή Πυραμίδα
- ✚ Παραμύθια
- ✚ Ζωγραφίες

Στο τέλος, τα παιδιά συμπλήρωσαν για δεύτερη φορά το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του Spielberger, το ερωτηματολόγιο διατροφής και για πρώτη φορά το KidMed test.

Οι στατιστικές αναλύσεις θα πραγματοποιηθούν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, release 14, 2005, SPSS, Chicago, Illinois).

Αποτελέσματα: Η ερευνά μας έδωσε ποικίλα αποτελέσματα αφού δεν επικεντρωθήκαμε στην εξέταση ενός μόνο παράγοντα. Η προσωπικότητα του παρουσίασε υψηλό ψυχωτισμό, μοιρασμένα επίπεδα εσωστρέφειας - εξωστρέφειας, σταθερότητας και νευρωτισμού και ειλικρίνεια στις απαντήσεις. Τα παιδιά εμφάνισαν τόσο πριν όσο και μετά την παρέμβαση υψηλή αυτοεκτίμηση. Στο ερωτηματολόγιο διατροφής παρατηρήσαμε ορισμένες αλλαγές όπως, η καθημερινή κατανάλωση πρωινού από το σύνολο των μαθητών και η αύξηση της ποιότητας αυτού του γεύματος. Επίσης, εμφανείς ήταν οι αλλαγές στις διατροφικές επιλογές των παιδιών που κατανάλωναν σνακ προερχόμενα από το κυλικείο του σχολείου. Επιπλέον, σημαντικό είναι το γεγονός ότι αυξήθηκε ο αριθμός των γευμάτων (από 2-3 σε 4-5) αλλά και των οικογενειακών γευμάτων (από 1-2 σε 3 ή περισσότερα). Η κατανάλωση αναψυκτικών και τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας κυμάνθηκαν σε σταθερά επίπεδα. Τέλος, σύμφωνα με το KidMed test, το δείγμα μας ακολουθεί τη Μεσογειακή διατροφή σε αρκετά ικανοποιητικό επίπεδο.

Συμπεράσματα: Από τη παρούσα μελέτη μας εξάγαμε θετικά αποτελέσματα για την επίδρασή της στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Έτσι, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα στις ηλικίες αυτές, καθώς με τις κατάλληλες διατροφικές και συμβουλευτικές παρεμβάσεις είναι δυνατή η επίτευξη σημαντικών αλλαγών για τη προαγωγή της υγείας τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον.

Λέξεις Κλειδιά: διατροφικές συνήθειες σε παιδιά, διατροφικές συμβουλές σε παιδιά, διατροφική συμβουλευτική, μεσογειακή διατροφή

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate the effect of nutritional counseling in the improvement of dietary habits in addition to self-esteem and personality structure in children 8-12 years old. Furthermore, it has been studied whether these children followed or not the Mediterranean diet, after the intervention.

Sample: In this study participated 22 children, who were divided into two groups. The first group consisted of children who were living in Lithines village and the survey was conducted in the cultural center of the region. The second group consisted of children who were living in Siteia and the intervention took place in a place which belongs to the municipality.

Method: At first, children completed the Eysenck personality questionnaire, the self-esteem questionnaire of Spielberger and the nutrition questionnaire which were structured for the purpose of this research. The main part of the intervention concludes five different teaching hours. The topics were:

- ✚ Self – esteem
- ✚ Healthy Nutrition
- ✚ Mediterranean Pyramid
- ✚ Tails
- ✚ Paintings

After the completion of the intervention, the self-esteem questionnaire of Spielberger and the nutrition questionnaire were readministered, while children completed the Kidmed test, for the first time.

The statistical analysis of the questionnaire was made via the use of the program SPSS 11.0.

Results: Our research did not focused on the examination of a single factor, so there are variable results. The sample's personality has shown high levels of psychoticism, medium levels of extroversion - introversion, stability - neuroticism and honesty in its

responses. Children's self-esteem was high, before and after the intervention. In nutrition questionnaire some changes noticed, like daily consumption of breakfast in all students and the improvement of the quality of this meal. The changes were also visible in food choices of the children, who were used to eat snacks from the canteen of the school. Furthermore, it has been noticed an important increase in the number of meals (from 2-3 to 4-5) as well as in the number of family meals (from 1-2 to 3 or more). The consumption of soft drinks and the physical activity levels remained stable. Finally, according to Kidmed test our sample follows the Mediterranean diet.

Conclusions: This study suggested that there are significant results regarding the effect of nutritional counseling on eating habits. To sum up, special attention should be paid to those ages, because if appropriate nutritional counseling interventions are administered, it's possible to achieve significant changes to promote health not only at the present time, but in the future as well.

Key Words: dietary habits in children, nutritional advices in children, nutritional counselling, mediterranean diet

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συμβουλευτική ορίζεται ως η συνεργασία και η αλληλεπίδραση μεταξύ του υποκειμένου και του συμβούλου και σχετίζεται με την περίθαλψη που παρέχουν τα μέλη του προσωπικού για να βοηθήσουν τους ασθενείς στην υιοθέτηση συμπεριφορών που βελτιώνουν την υγεία τους (Pignone, et al 2003).

Ένας από του πιο σημαντικούς και ταυτόχρονα δύσκολους στόχους της διατροφικής εκπαίδευσης και συμβουλευτικής, είναι η παροχή βοήθειας στου πελάτες με στόχο την αλλαγή των διατροφικών τους συνηθειών. Οι συμμετέχοντες στις διατροφικές παρεμβάσεις είναι αναγκαίο να κατανοούν ποιες συμπεριφορές πρέπει να αλλάξουν, γιατί είναι σημαντικό να γίνει αυτό και παρότι έχουν θέληση για αλλαγή, ίσως να εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν προβλήματα στην διατήρηση των νέων συμπεριφορών διατροφής (Houts, et al 2006).

Οι παρεμβάσεις της συμβουλευτικής και η εκπαίδευση της υγείας που έχουν στο επίκεντρό τους τα παιδιά, είναι ύψιστης σημασίας, καθώς έχουν τη δυνατότητα να προωθήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής και να ελαττώσουν τις συμπεριφορές εκείνες που θέτουν την υγεία σε κίνδυνο. Επιπλέον, οι συμπεριφορές υγείας που υιοθετούνται στη παιδική ηλικία, μπορούν να προσδιορίσουν τους παράγοντες που θα προστατέψουν ή θα βλάψουν το άτομο κατά την ενήλικη ζωή του. Για παράδειγμα, είναι δύσκολο να αποφευχθούν ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως το κάπνισμα και η έλλειψη σωματικής άσκησης, όταν αυτές έχουν καθιερωθεί στην παιδική ηλικία. Επίσης είναι γνωστό, ότι οι παράγοντες κινδύνου για χρόνιες παθήσεις που κάνουν την εμφάνισή τους μετά την ενηλικίωσή, εγκαθιδρύονται στη παιδική ηλικία (Theunissen, et al 2004). Όταν τα παιδιά είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα, συγκεντρώνουν πολλές πιθανότητες να εξελιχθούν σε υπέρβαρους και παχύσαρκους ενήλικες. Τα παιδιά αυτά βρίσκονται στη κατηγορία υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση ασθενειών όπως η αρτηριακή πίεση, η υψηλή χοληστερόλη και ο διαβήτης τύπου 2. Εκτός από αυτές τις φυσικές συνέπειες, τα παιδιά θα αντιμετωπίσουν σε ένα μεγάλο ποσοστό και συναισθηματικές συνέπειες όπως τα πειράγματα και η πίεση που δέχονται από τους συνομηλίκους τους, η αρνητική αυτό - εικόνα, η μειωμένη αυτό-εκτίμηση και η δυσκολία να προτιμήσουν υγιεινές επιλογές (Beckham, et al 2006).

Σήμερα είναι κοινά αποδεκτό ότι τα παιδιά έχουν το θεμελιώδες δικαίωμα να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων υγειονομικής περίθαλψης και να έχουν την ανάλογη επικοινωνία συγκριτικά με την ηλικία και την ωριμότητά τους, αντί να είναι παθητικοί αποδέκτες της φροντίδας. Ένα ισχυρό επιχείρημα υπέρ της παιδικής φροντίδας που έχει ως επίκεντρο την υγεία είναι, ότι διαμέσου της ενεργής συμμετοχής, τα παιδιά είναι ικανά να αναπτύξουν την ευθύνη για την υγεία τους και τις καταναλωτικές τους συμπεριφορές (Theunissen, et al 2004). Η προσωπικότητα παίζει ένα αυξανόμενο σημαντικό ρόλο στην αποφυγή ή μη της πρόσληψης βάρους, καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν και επιλέγουν τον τρόπο ζωής τους και τις διατροφικές τους συνήθειες, είτε αυτές είναι αποδεχτές, είτε όχι. Ο αυτοέλεγχος, η ικανότητα ρύθμισης της συμπεριφοράς, η προσοχή και το συναίσθημα είναι σημαντικά για την επίτευξη των προσωπικών στόχων και προτύπων, καθώς απαιτούν επιλογές (διατροφικές συνήθειες) οι οποίες προστατεύουν από την αύξηση του βάρους, αντί αυτών που προσφέρουν μια άμεση ικανοποίηση (Duckworth, et al 2010).

Το μεσογειακό μοντέλο διατροφής είναι αυτό που κυριαρχεί μεταξύ των χωρών της νότιας Ευρώπης. Η μεσογειακή διατροφή χαρακτηρίζεται από: υψηλή πρόσληψη φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, δημητριακών, ξηρών καρπών, ψαριών και ελαιολάδου. Επίσης, έχουμε μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων και χαμηλή πρόσληψη κορεσμένου λίπους, κρέατος και πουλερικών. Η μεσογειακή διατροφή έχει συσχετισθεί με τη καλή υγεία και τη μακροζωία (Mariscal – Arcas, et al 2007).

Τέλος, πρέπει να κατανοήσουμε τις διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές των παιδιών καθώς αποτελούν σημαντικό ζήτημα για την υγεία τους, όχι μόνο στο παρόν αλλά και μελλοντικά στην ενήλικη ζωή τους (Scaglioni, et al 2008). Για αυτό πρέπει να γίνονται διατροφικές συμβουλευτικές παρεμβάσεις, ώστε να προωθήσουν τον υγιεινό τρόπο ζωής και να μειώσουν τις συμπεριφορές που θέτουν την υγεία σε κίνδυνο (Theunissen, et al 2004).

Στην έρευνά μας, πραγματοποιήθηκε διατροφική συμβουλευτική παρέμβαση σε 22 παιδιά ηλικίας 8-12 ετών (τρίτη-τετάρτη-πέμπτη-έκτη δημοτικού) στην ευρύτερη περιοχή της Σητείας, έτσι ώστε να μελετηθεί η προσωπικότητα τους, το επίπεδο αυτοεκτίμησης τους καθώς και οι διατροφικές τους συνήθειες. Στην πορεία

της έρευνας αξιολογήθηκε η επίδραση των συμβουλευτικών – διατροφικών παρεμβάσεων και ο αντίκτυπος αυτών στις διατροφικές τους συνήθειες και στην αυτοεκτίμησή τους. Τέλος, εξετάσαμε σε ποιο βαθμό το δείγμα μας υιοθετεί το Μεσογειακό διατροφικό μοντέλο.

Η διατροφική συμβουλευτική παρέμβαση που ενεργήθηκε, απαιτούσε ένα χρονικό διάστημα 6 εβδομάδων για να ολοκληρωθεί με επιτυχία. Στην διάρκεια αυτών των 6 εβδομάδων έγιναν 3 συναντήσεις με τους μαθητές. Στις δύο πρώτες εβδομάδες πραγματοποιήθηκαν οι 6 πρώτες διδακτικές ώρες και μετά το πέρας ενός μήνα η 7^η διδακτική ώρα.

Για την παρέμβαση χρειάστηκαν συνολικά 7 διδακτικές ώρες:

1. Στην πρώτη, συμπληρώθηκαν από τους μαθητές τα παρακάτω ερωτηματολόγια:
 - Ερωτηματολόγιο προσωπικότητας για παιδιά του Eysenck, στάθμιση στα ελληνικά Δημητρίου, Ε. (ημερομηνία;)
 - Ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης C. Spielberger, στάθμιση στα ελληνικά: Κ.Ν Φουντουλάκης , Α. Ιακωβίδης και Συν , STAI – GR. X-1
 - Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών για παιδιά σχεδιασμένο από τους ερευνητές.
2. Στην δεύτερη, πραγματοποιήθηκε παρέμβαση σχετικά με την αυτοεκτίμηση.
3. Στην τρίτη, πραγματοποιήθηκε γενική διατροφική διάλεξη, η οποία αποσκοπούσε στην απόκτηση γνώσεων για μια ισορροπημένη διατροφή και ένα υγιεινό τρόπο ζωής..
4. Στην τέταρτη, αναφερθήκαμε στην Μεσογειακή Πυραμίδα, την οποία τα παιδιά κατανόησαν μέσω της κατασκευής της. Ασχοληθήκαμε επίσης με εικαστικές παρεμβάσεις, δίνοντας την ευκαιρία στους μαθητές τη δυνατότητα να έρθουν σε επαφή με διατροφικά ζητήματα μέσω της ζωγραφικής.

5. Στην πέμπτη, αναλύθηκαν παραμύθια σχετικά με την διατροφή, με απώτερο στόχο να μάθουν μέσα από αυτά.
6. Στην έκτη, ασχοληθήκαμε με εικαστικές παρεμβάσεις, δίνοντας την ευκαιρία στους μαθητές να μάθουν σχετικά με διατροφικά ζητήματα μέσω της ζωγραφικής.
7. Στην έβδομη, συμπληρώθηκαν για δεύτερη φορά τα παραπάνω ερωτηματολόγια (εκτός από το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας για παιδιά του Eysenck) και χορηγήθηκε για πρώτη φορά το ερωτηματολόγιο εκτίμησης της Μεσογειακής Διατροφής KIDMED.

Τέλος, σκοπός της έρευνάς μας ήταν να παρέχει στους μαθητές τις απαραίτητες γνώσεις, ώστε να διαφοροποιήσουν και να διατηρήσουν βελτιωμένες διατροφικές συνήθειες, να αυξήσουν το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας τους, την αυτοεκτιμησή τους και να ακολουθούν όσο το δυνατόν περισσότερο τις αρχές της μεσογειακής διατροφής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

1.1 Ορισμός Συμβουλευτικής

Η συμβουλευτική ορίζεται ως η συνεργασία και η αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του συμβούλου και σχετίζεται με την περίθαλψη που παρέχουν τα μέλη του προσωπικού για να βοηθήσουν τους ασθενείς στην υιοθέτηση συμπεριφορών που βελτιώνουν την υγεία τους (Pignone, et al 2003).

Η συμβουλευτική είναι μια αυστηρά καθορισμένη σχέση, κατά την οποία εφαρμόζονται μια ή περισσότερες θεωρίες ψυχολογίας και ένα συγκεκριμένο σύνολο επικοινωνιακών δεξιοτήτων, οι οποίες αλλάζουν με την εμπειρία, τη διαίσθηση και άλλους διαπροσωπικούς παράγοντες, ανάλογα με τις προσωπικές ανησυχίες, τα προβλήματα ή τις επιθυμίες του ατόμου. Η κυρίαρχη φιλοσοφία της είναι πρώτα να διευκολύνει και στην συνέχεια να παρέχει συμβουλές ή να παρακινεί. Ενδέχεται να έχει πολύ σύντομη ή μακρά διάρκεια, να λαμβάνει χώρα σε χώρο δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα, καθώς και να μην επεμβαίνει σε πρακτικά, ιατρικά και άλλα ζητήματα που σχετίζονται με την προσωπική υγεία. Είναι μια υπηρεσία που την αναζητούν άνθρωποι που υποφέρουν από κάποια διαταραχή ή βρίσκονται σε σύγχυση και επιθυμούν να συζητήσουν και να επιλύσουν τα προβλήματά τους μέσα σε μια σχέση που θα είναι πιο πειθαρχημένη και εμπιστευτική από τη φιλία και ίσως τους στιγματίσει λιγότερο από τις σχέσεις βοήθειας που δημιουργούνται σε παραδοσιακό ιατρικό ή ψυχιατρικό περιβάλλον (McLeod, 2003).

Η συμβουλευτική στοχεύει στο να διευκολύνει καταρχήν τα άτομα να κατανοήσουν και να συμφιλιωθούν με ενδοψυχικά γεγονότα. Κατά συνέπεια οι συμβουλευτικές παρεμβάσεις επικεντρώνονται στην απόκτηση επίγνωσης, στην ανάπτυξη αυτογνωσίας και στη δημιουργία μια αρμονικής σχέσης με τον εαυτό, μέσα από την αναγνώριση και την έκφραση των συναισθημάτων, των αναγκών και των κινήτρων. Παράλληλα όμως, εστιάζεται και στο κοινωνικό πλαίσιο του ατόμου. Οι κοινωνικές, φιλικές, οικογενειακές και εργασιακές σχέσεις βρίσκονται στο επίκεντρο της Συμβουλευτικής Ψυχολογίας και διερευνώνται προκειμένου το άτομο να εδραιώσει αρμονικές σχέσεις με τον περίγυρό του (Woolfe, et al 2010).

Κάποιοι από τους στόχους της συμβουλευτικής είναι οι ακόλουθοι:

- Ενόραση: η απόκτηση της κατανόησης της προέλευσης και της εξέλιξης των συναισθηματικών δυσκολιών, που οδηγούν στην αύξηση της ικανότητας του ελέγχου των αισθημάτων και των πράξεων μέσω της λογικής.
- Η σχέση με τους άλλους ανθρώπους: το να γίνει το άτομο καλύτερο και να διατηρεί σημαντικές και ικανοποιητικές σχέσεις με τους ανθρώπους.
- Αυτογνωσία: η απόκτηση επίγνωσης των σκέψεων και των αισθημάτων που έχει αποκλείσει ή αρνηθεί, ή να αποκτήσει μια ακριβέστερη αίσθηση του πώς τον αντιλαμβάνονται οι άλλοι.
- Αυτοαποδοχή: η ανάπτυξη θετικής στάσης για τον εαυτό του.
- Αυτοπραγμάτωση: το να δρα κάποιος σύμφωνα με τις δυνατότητές του και να καταφέρει να ενσωματώνει πτυχές του εαυτού του που προηγουμένως ήταν σε σύγκρουση.
- Διαφώτιση: η παροχή βοήθειας προς τον πελάτη ώστε να αποκτήσει ένα υψηλότερο επίπεδο πνευματικής αφύπνισης.
- Επίλυση προβλημάτων: η απόκτηση μιας γενικότερης ικανότητας στην επίλυση προβλημάτων και η εξεύρεση λύσης για ένα συγκεκριμένο πρόβλημα.
- Ψυχολογική εκπαίδευση: η παροχή βοήθειας στο να μπορέσει να κατανοήσει και να ελέγξει τη συμπεριφορά του.
- Απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων: το να μάθει κανείς να χειρίζεται επιτυχώς κοινωνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες.
- Γνωστική αλλαγή: η τροποποίηση ή η αντικατάσταση μη λογικών πεποιθήσεων και σκέψεων που συνδέονται με αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
- Αλλαγή συμπεριφοράς: η μετατροπή ή η αντικατάσταση πρότυπων συμπεριφορών που βλάπτουν το άτομο.

- Συστηματική αλλαγή: η εισαγωγή της αλλαγής σε κοινωνικά συστήματα.
- Ενδυνάμωση: η άσκηση δεξιοτήτων, η επίγνωση και η γνώση που θα βοηθήσουν το άτομο να αποκτήσει έλεγχο της ζωής του.
- Επανάρθωση: συμφιλίωση του ατόμου με την προηγούμενη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
- Παραγωγικότητα και κοινωνική δράση: το να εμπνέει ο θεραπευτής σε ένα άτομο να είναι ενεργό μέλος της κοινωνίας. (McLeod, 2003)

1.2 Ορισμός Διατροφικής Συμβουλευτικής

Η διατροφική συμβουλευτική, είναι ένα κλάδος της συμβουλευτικής, που έχει ως σκοπό την παροχή βοήθειας στους πελάτες για να αλλάξουν εκείνες τις διατροφικές τους συνήθειες, που μπορούν να τους βλάψουν και να βελτιώσουν την υγεία τους. Οι συμμετέχοντες στις διατροφικές παρεμβάσεις είναι αναγκαίο να κατανοούν ποιες συμπεριφορές πρέπει να αλλάξουν, γιατί είναι σημαντικό να γίνει αυτό και παρότι έχουν θέληση για αλλαγή, ίσως να εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν προβλήματα στην διατήρηση των νέων συμπεριφορών διατροφής (Houts, et al 2006). Για να βοηθήσουν τους πελάτες να πραγματοποιήσουν διαιτητικές αλλαγές που θα διαρκέσουν, οι επαγγελματίες διαιτολόγοι είναι ανάγκη να έχουν την ικανότητα να εφαρμόσουν εντατικά τη διατροφική συμβουλευτική (Horacek, et al 2007).

Η αποτελεσματική επικοινωνία και οι δεξιότητες της συμβουλευτικής, είναι ουσιώδεις για τους επαγγελματίες υγείας, ώστε να καθοδηγήσουν τους πελάτες τους σε πιο υγιεινούς τρόπους ζωής. Οι έρευνες έχουν αποτυπώσει την εξής παραδοχή: η διαπροσωπική επικοινωνία παίζει σπουδαίο ρόλο στην υγεία του ασθενή, συμπεριλαμβάνοντας την αυξημένη συναισθηματική ικανοποίηση και καλύτερα ψυχολογικά αποτελέσματα. Οι κλινικές συστάσεις περιλαμβάνουν τη χρησιμοποίηση της διατροφικής εκπαίδευσης και τη συμβουλευτική για προσανατολισμένες συμπεριφορές, για να βοηθήσουν τους ασθενείς να αποκτήσουν τις δεξιότητες και τα κίνητρα να μεταβάλλουν τις διατροφικές τους συμπεριφορές. Οι δεξιότητες αυτές περιλαμβάνουν την αλλαγή των πολύπλοκων συμπεριφορών και συνηθειών του τρόπου ζωής, οι οποίες επηρεάζουν την υγεία του ατόμου. Οι παρεμβάσεις στη

συμπεριφορά, όπως η καθοδήγηση των πελατών στη θέσπιση στόχων, η αντιμετώπιση των εμποδίων για αλλαγή, η πρόληψη της υποτροπής, ο αυτοέλεγχος και η επίλυση των προβλημάτων είναι χρήσιμες στη τροποποίηση των διατροφικών επιλογών και μπορούν να ενσωματωθούν στη συμβουλευτική της διατροφής. Η συμβουλευτική που τοποθετεί τον πελάτη στο επίκεντρο της προσέγγισής της, περιλαμβάνει κύριες στρατηγικές επικοινωνίας για τη συμμετοχή του ασθενή στη λήψη των αποφάσεων και την παροχή κινήτρων για την επίτευξη επιθυμητών στόχων. Συμπεριλαμβάνει στρατηγικές από συμπεριφοριστικές και κοινωνικές επιστημονικές θεωρίες και μοντέλα, όπως τα στάδια της αλλαγής, τις πεποιθήσεις για την υγεία και την κοινωνική γνωστική θεωρία (Puri, et al 2010).

1.3 Θεωρίες, μοντέλα και τεχνικές διατροφικών παρεμβάσεων

Οι επαγγελματίες διαιτολόγοι για να είναι αποτελεσματικοί πρέπει να έχουν γνώσεις πάνω στη διατροφή και τις διαφορετικές εθνικές και περιφερειακές γαστρονομικές κουζίνες, όπως επίσης είναι σημαντικό να έχουν πρακτική εμπειρία βασισμένη στις διάφορες θεωρίες που υπάρχουν. Οι θεωρίες και τα μοντέλα που είναι επικυρωμένα μεταξύ των διαιτολόγων, είναι πλαίσια τα οποία βοηθούν αυτούς τους επαγγελματίες να κατανοήσουν εξωτερικά και εσωτερικά θέματα, με στόχο να οδηγήσουν τους πελάτες τους στις επιθυμητές αλλαγές συμπεριφοράς. Η χρήση αυτών των πλαισίων παρέχει μια ορθολογική επιλογή συγκεκριμένων στρατηγικών συμβουλευτικής, έτσι ώστε να επιτευχθεί ο σκοπός της συμβουλευτικής που χρησιμοποιήθηκε.

Οι στρατηγικές διατροφικής συμβουλευτικής είναι τεκμηριωμένες μέθοδοι ή σχέδια δράσης σχεδιασμένα να επιτύχουν την αλλαγή συμπεριφοράς που έχουμε θέσει για ένα συγκεκριμένο πελάτη. Κάθε θεωρία αλλαγής συμπεριφοράς προσφέρει κάποιες έννοιες που προσπαθούν να εξηγήσουν την αλλαγή της συμπεριφοράς και να ενσωματώσουν δεδομένα και πληροφορίες σχετικά με τη διαδικασία αυτή (αυτό-αποτελεσματικότητα, στάδια αλλαγής), που πιθανώς επηρεάζουν την αλλαγή της συμπεριφοράς. Οι θεωρίες και τα μοντέλα, συχνά προτείνουν στρατηγικές που αποσκοπούν στη προώθηση των επιθυμητών αλλαγών συμπεριφοράς. Μερικές στρατηγικές χρησιμοποιούν πολυάριθμες θεωρίες και μοντέλα για την επίτευξη του

στόχους τους. Οι επαγγελματίες διαιτολόγοι οικειοποιούνται διάφορες στρατηγικές και προσωπικά στιλ συμβουλευτικής, ανάλογα με το σύνολο των ικανοτήτων τους και τους πελάτες που έχουν απέναντί τους (Spahn, et al 2010).

1.3.1 Πελατοκεντρική προσέγγιση

Ο ιδρυτής της πελατοκεντρικής ή προσωποκεντρικής προσέγγισης στη συμβουλευτική και θεραπεία είναι ο Carl Rogers. Η πελατοκεντρική προσέγγιση βασίζεται στην φαινομενολογία που είναι μια μέθοδος φιλοσοφικής έρευνας που αναπτύχθηκε από τον Husserl, η οποία υποστηρίζει την άποψη ότι η έγκυρη γνώση και η κατανόηση μπορούν να κατακτηθούν μέσα από την έρευνα και περιγραφή του τρόπου με τον οποίο οι άνθρωποι βιώνουν τα πράγματα. Στόχος της είναι να απεικονίσει την φύση και την ποιότητα της προσωπικής εμπειρίας.

Το πρόσωπο, στην πελατοκεντρική προσέγγιση, θεωρείται ότι δραστηριοποιείται για να εκπληρώσει τις πρωταρχικές του ανάγκες. Πρώτη ανάγκη είναι η αυτοπραγμάτωση και η δεύτερη να αγαπηθεί και να εκτιμηθεί από τους άλλους.

Η κύρια υπόθεση της θεωρίας είναι ότι εάν ο θεραπευτής κατέχει τις τρεις βασικές προϋποθέσεις: γνησιότητα, άνευ όρων θετική αποδοχή και ενσυναίσθηση τότε θα πραγματοποιηθούν κάποιες θετικές αλλαγές στην συμπεριφορά του πελάτη. Η γνησιότητα αναφέρεται στο χαρακτηριστικό αυτό του θεραπευτή να είναι αληθινός, αυθεντικός, γνήσιος, να μην ενεργεί με επαγγελματικό τρόπο και οι εσωτερικές και οι εξωτερικές εκφράσεις του να βρίσκονται σε ισορροπία. Η άνευ όρων θετική αποδοχή χρησιμοποιείται για να περιγράψει τον σεβασμό, την φροντίδα και την εκτίμηση που έχει ο θεραπευτής για τον θεραπευόμενο. Τέλος, η ενσυναίσθηση αποτελεί χαρακτηριστικό που κάθε θεραπευτής πρέπει να κατέχει όπου οι θεραπευτές θα πρέπει να προσπαθήσουν να καταλάβουν τους θεραπευόμενους σε πιο βαθύ επίπεδο (Μαλικιώση – Λοΐζου, 2006).

1.3.2 Θεωρία του Maslow

Ο κεντρικός γνώμονας της θεωρίας των κινήτρων, είναι η ύπαρξη μιας σειράς βασικών ανθρώπινων αναγκών, που ενεργούν ως η κινητήρια δύναμη για την επίτευξη μιας συμπεριφοράς. Οι ανάγκες αυτές υποτίθεται ότι είναι ευρέως διαδεδομένες μεταξύ των ανθρώπων, οι οποίες μένουν προφανώς αμετάβλητες και η προέλευση τους είναι γενετική ή ενστικτώδης. Ο Maslow δεν πρότεινε ότι οι ανάγκες που προέρχονται από τα κίνητρα αυτά ήταν επίσης καθολικές. Οι ανάγκες λειτουργούν ως κίνητρα, τα οποία βρίσκονται σε ένα υποσυνείδητο επίπεδο, ενώ η προκύπτουσα συμπεριφορά φιλτράρεται μέσα από τη συνειδητή διαδικασία της αυτό - αξιολόγησής μας. Η έκφραση των αναγκών στις αντίστοιχες συμπεριφορές υπόκεινται συνεπώς, στις επιρροές της μάθησης, της παράδοσης και στα πολιτιστικά ήθη και περιορισμούς. Διαφορετικές κουλτούρες, ακόμα και διαφορετικά πρόσωπα που προέρχονται από την ίδια κουλτούρα, μπορεί να παρουσιάζουν προς τα έξω διαφορετικές συμπεριφορές ως απάντηση στην επιθυμία για ικανοποίηση των κοινών βασικών αναγκών.

Ο Maslow οργανώνει αυτό το τεράστιο σύνολο των ανθρώπινων αναγκών μέσα σε πέντε γενικές κατηγορίες: φυσιολογικές ανάγκες, ανάγκες για ασφάλεια, ανάγκη του «ανήκειν», ανάγκες αυτό - εκτίμησης και ανάγκη για αυτοπραγμάτωση.

Οι φυσιολογικές ανάγκες αντιπροσωπεύουν αυτές τις απαιτήσεις που είναι απαραίτητες για την φυσική μας επιβίωση. Τα παραδείγματα του Maslow για αυτό το είδος των αναγκών είναι το οξυγόνο, η τροφή, το νερό, η κατοικία, το σεξ, ο ύπνος κ.τ.λ. Επίσης στη κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται αισθητηριακές ανάγκες όπως η αφή, η γεύση κ.τ.λ.

Οι ανάγκες για ασφάλεια συμπεριλαμβάνουν την επιθυμία να νιώθεις ελεύθερος από κινδύνους και αγχογόνες καταστάσεις που μπορεί να προκύψουν από αισθήματα ανασφάλειας.

Οι ανάγκες του να ανήκουμε κάπου, συνήθως αναφέρονται σε εμάς ως ανάγκες αγάπης, περιέχοντας μια ποικιλία επιθυμιών που διακατέχονται από μια αίσθηση υπαγωγής στη φιλία, τη συζυγική αγάπη, την αγάπη για τα παιδιά και τους γονείς.

Οι ανάγκες για αυτό - εκτίμηση αντιπροσωπεύουν την επιθυμία του ατόμου για αισθήματα εμπιστοσύνης και επάρκειας απέναντι στον εαυτό του. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει εσωτερικές επιθυμίες για δύναμη, επιτυχία, ανεξαρτησία, η εξωτερικούς παράγοντες όπως η υπόληψη, το πρεστίτζ και η αναγνώριση.

Η αυτοπραγμάτωση είναι σε γενικές γραμμές, η επιθυμία για τη πλήρη αξιοποίηση του δυναμικού ενός ατόμου. Αντιπροσωπεύει την ανάγκη για προσωπική ανάπτυξη και δεν μπορεί να ικανοποιηθεί εντελώς, ποτέ. Η κατασκευή αυτής της κατηγορίας είναι η τελευταία που ορίζεται με βάση τις ανθρώπινες ανάγκες και κατέχει μεγάλο μέρος στο έργο του Maslow.

Ο Maslow χρησιμοποιεί τις παραπάνω κατηγορίες αναγκών για να κατασκευάσει αυτό που ονομάζει ισχυρή ιεραρχία των αναγκών.

Κατά σειρά αναφέρονται, ξεκινώντας από το χαμηλότερο και οδεύοντας προς το υψηλότερο, τα επόμενα επίπεδα:

1. Φυσιολογικές (βασικές ανάγκες όπως η πείνα και η δίψα)
2. Ασφάλειας (ανάγκη για σιγουριά, απουσία κινδύνου)
3. Υπαγωγής (ανάγκη για στενές συναισθηματικές σχέσεις)
4. Εκτίμησης και Επίτευξης (ανάγκη για επιτυχία και σεβασμό)
5. Αυτοπραγμάτωσης (ανάγκη για χρησιμοποίηση και ανάπτυξη των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων) (Seeley, 1992).

1.3.3 Συμπεριφορική Θεραπεία

Η συμπεριφοριστική και η γνωστική θεωρία βασίζονται στην παραδοχή, ότι όλες οι συμπεριφορές μαθαίνονται και υιοθετούνται από περιβαλλοντικούς και εσωτερικούς παράγοντες. Οι θεωρίες αυτές, διαπραγματεύονται στρατηγικές όπως ο αυτοέλεγχος και η επίλυση προβλημάτων, οι οποίες ευαισθητοποιούν τους ανθρώπους με αποτέλεσμα να ενδιαφέρονται περισσότερο για τις εσωτερικές και εξωτερικές νύξεις και τις απαντήσεις τους. Οι πελάτες, πιθανώς να μάθουν μια ποικιλία από στρατηγικές οι οποίες προωθούν τις αλλαγές συμπεριφοράς και περιέχουν τον αυτοέλεγχο, την επίλυση προβλημάτων, την οριοθέτηση στόχων, την διαχείριση έκτακτων αναγκών, τη γνωστική αναδιάρθρωση, τη κοινωνική υποστήριξη, τον έλεγχο των ερεθισμάτων, τη διαχείριση του στρες και τη πρόληψη των υποτροπών. Το διαθεωρητικό μοντέλο, περιγράφει την αλλαγή της

συμπεριφοράς, ως μία σειρά από στάδια και μας παρέχει μια λογική για το ταίριασμα των στρατηγικών της συμβουλευτικής σε διαφορετικά στάδια αλλαγής. Η κοινωνική γνωστική θεωρία, εισάγει την έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας (η εμπιστοσύνη κάποιου στην ικανότητά του να κάνει μια συγκεκριμένη εργασία), η οποία ασκεί επιρροή στην επιθυμία του πελάτη να δαπανήσει χρόνο και ενέργεια για να υλοποιήσει ένα στόχο. Η ανάπτυξη της καλλιέργειας δεξιοτήτων και η οριοθέτηση στόχων, είναι μερικές από τις στρατηγικές που η κοινωνική γνωστική θεωρία υιοθετεί για την ενίσχυση της αυτό-αποτελεσματικότητας και την επιμονή του πελάτη για αλλαγή συμπεριφοράς (Sprahn, et al 2010).

1.3.3.α Διαθεωρητικό Μοντέλο

Το διαθεωρητικό μοντέλο, το οποίο στηρίζεται στα στάδια αλλαγής, περιγράφει μια ακολουθία γνωστικών (στάσεις και προθέσεις) και συμπεριφοριστικών βημάτων που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι, για να πραγματοποιήσουν επιτυχημένες αλλαγές σε συμπεριφορές υγείας με τη πάροδο του χρόνου. Το μοντέλο συνιστά, προσαρμοσμένες στρατηγικές παρέμβασης για κάθε στάδιο, ώστε να μετακινηθεί το άτομο προς τα εμπρός, από το ένα στάδιο, στο επόμενο (Sprahn, et al 2010)

Τα πέντε στάδια αλλαγής συμπεριφοράς:

- Πριν την σκέψη: είναι το στάδιο στο οποίο το άτομο δεν έχει σκοπό να αναλάβει δράση στο άμεσο μέλλον (συνήθως τους επόμενους 6 μήνες). Ένα άτομο μπορεί να βρίσκεται σε αυτό το στάδιο γιατί είναι ανενημέρωτο ή ελλιπώς ενημερωμένο για τις συνέπειες της συμπεριφοράς ή μπορεί να έχει προσπαθήσει πολλές φορές να αλλάξει και να έχει αποθαρρυνθεί από την ανεπιτυχή προσπάθειά του.
- Στάδιο σκέψης: είναι το στάδιο στο οποίο ένα άτομο σκοπεύει να αλλάξει την συμπεριφορά του στο άμεσο μέλλον (υπολογίζεται περίπου στους επόμενους έξι μήνες). Σε αυτό το στάδιο, το άτομο είναι ενημερωμένο τόσο για τα πλεονεκτήματα της επιδιωκόμενης συμπεριφοράς, όσο και για τις αρνητικές συνέπειες που η παρούσα συμπεριφορά του συνεπάγεται.

- Στάδιο προετοιμασίας: είναι το στάδιο κατά το οποίο το άτομο σκοπεύει να αναλάβει δράση στο άμεσο μέλλον, που συνήθως προσδιορίζεται μέσα στον επόμενο μήνα ενώ συνήθως έχει κάνει κάποια προσπάθεια αλλαγής συμπεριφοράς στο παρελθόν.
- Στάδιο δράσης: είναι το στάδιο κατά το οποίο το άτομο έχει κάνει συγκεκριμένες τροποποιήσεις στον τρόπο ζωής του, κατά τους προηγούμενους μήνες, για διάστημα μικρότερο των έξι μηνών. Επειδή η δράση μπορεί να παρατηρηθεί και να καταγραφεί, συχνά θεωρείται ότι έχει επιτευχθεί η επιδιωκόμενη αλλαγή συμπεριφοράς όταν το άτομο βρίσκεται στο στάδιο της δράσης. Ωστόσο, αποτελεί ένα από τα πέντε στάδια και τα άτομα κατατάσσονται σε αυτό μόνο αν πληρούν τα κριτήρια που έχει θέσει η επιστημονική κοινότητα. Τέλος, αποτελεί το στάδιο, στο οποίο η επαγρύπνηση για την αποφυγή υποτροπής είναι ουσιαστικής σημασίας.
- Στάδιο διατήρησης: είναι το στάδιο στο οποίο ένα άτομο προσπαθεί να διατηρήσει τις νέες συμπεριφορές και να μην υποτροπιάσει. Το άτομο που βρίσκεται σε αυτό το στάδιο μπαίνει πιο δύσκολα στο πειρασμό να υποτροπιάσει και έχει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση ότι μπορεί να συνεχίσει τις θετικές συμπεριφορές που έχει υιοθετήσει (Stephoe, et al 2003).

Η κατάληξη δεν αποτελεί ουσιαστικά στάδιο όπως τα υπόλοιπα. Στην κατάσταση αυτή το άτομο δεν αντιμετωπίζει πειρασμούς και έχει αυτοπεποίθηση, νιώθοντας πλήρως το αίσθημα της αυτοαποτελεσματικότητας.

Οι διαδικασίες αλλαγής συμπεριφοράς είναι δέκα και εμπεριέχουν όλες τις φανερές και κρυφές διαδικασίες που χρησιμοποιούν τα άτομα, προκειμένου να σημειώσουν πρόοδο κατά την διέλευσή τους από το ένα στάδιο στο άλλο. Οι πρώτες πέντε είναι βιωματικές και οι υπόλοιπες πέντε συμπεριφορικές διαδικασίες.

1. Αύξηση της συνείδησης: όταν το άτομο βρίσκει και μαθαίνει νέα γεγονότα, ιδέες και συμβουλές που θα στηρίξουν την υγιή αλλαγή της συμπεριφοράς του.

2. Συναισθηματική ανακούφιση: όταν το άτομο βιώνει νοητικά τις εμπειρίες των αρνητικών συναισθημάτων που συμβαδίζουν με τους κινδύνους μη- υγιεινών συμπεριφορών.
3. Περιβαλλοντική επανεκτίμηση: η συνειδητοποίηση της αρνητικής επίδρασης της μη υγιούς συμπεριφοράς ή της θετικής επίδρασης της υγιούς συμπεριφοράς στο εγγύς κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον.
4. Κοινωνική απελευθέρωση: η συνειδητοποίηση ότι τα κοινωνικά πρότυπα αλλάζουν προς την κατεύθυνση υποστήριξης της κοινωνικής συμπεριφοράς.
5. Αυτό-επανεκτίμηση: συνειδητοποίηση ότι η επιδιωκόμενη αλλαγή συμπεριφοράς είναι σημαντικό μέρος της ταυτότητας του ατόμου.
6. Έλεγχος των ερεθισμάτων: η απομάκρυνση περιβαλλοντικών ερεθισμάτων που ενθαρρύνουν την υιοθέτηση μη υγιεινών συμπεριφορών και η παροχή κινήτρων για την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών.
7. Σχέσεις αλληλοβοήθειας: η αναζήτηση και η χρησιμοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης για τις επιδιωκόμενες αλλαγές συμπεριφοράς.
8. Εναλλακτικές συμπεριφορές: η αντικατάσταση συγκεκριμένων συμπεριφορών με εναλλακτικές επιθυμητές συμπεριφορές
9. Διαχείριση της ενίσχυσης: η αύξηση των επιβραβεύσεων για τις θετικές αλλαγές συμπεριφοράς και μείωση των κινήτρων για τις αρνητικές συμπεριφορές.
10. Αυτό-απελευθέρωση: η αυστηρή και η σταθερή δέσμευση του ατόμου για αλλαγή της συμπεριφοράς του.

Τα μέτρα για την αξιολόγηση των σταδίων αλλαγής είναι η ζυγαριά των αποφάσεων και η αυτό-αποτελεσματικότητα. Η ζυγαριά των αποφάσεων αντικατοπτρίζει την σχετική βαρύτητα των μειονεκτημάτων και των πλεονεκτημάτων της υιοθέτησης μια νέας συμπεριφοράς και την στάθμιση της σημασίας των μειονεκτημάτων και των πλεονεκτημάτων. Η αυτό-αποτελεσματικότητα μπορεί να μετρηθεί είτε με ένα ερωτηματολόγιο αυτοπεποίθησης που αντιπροσωπεύει την εμπιστοσύνη που έχει το άτομο για τον εαυτό του ότι μπορεί να αντιμετωπίσει τις υψηλού κινδύνου καταστάσεις χωρίς υποτροπή στις προηγούμενες συνήθειές του, είτε με την κλίμακα πειρασμού που εκφράζει την ένταση της τάσης που νιώθει το

άτομο να υιοθετήσει της συγκεκριμένη προβληματική συμπεριφορά, όταν βρίσκεται στο μέσο δύσκολων καταστάσεων (Μανιός, 2007)

1.3.3.β Συνέντευξη Κινητοποίησης

Η συνέντευξη κινητοποίησης αποτελεί μια πελατοκεντρική στρατηγική, σχεδιασμένη να προκαλεί την αλλαγή της συμπεριφοράς βοηθώντας τους πελάτες να εξερευνήσουν και να επιλύσουν τα όποια προβλήματα τους εμποδίζουν. Οι επαγγελματίες διαιτολόγοι, συχνά χρησιμοποιούν τη συνέντευξη κινητοποίησης κατά τη διάρκεια του διαθεωρητικού μοντέλου, με πελάτες οι οποίοι βρίσκονται στα στάδια πριν τη σκέψη, κατά τη σκέψη και την προετοιμασία, με στόχο η παρέμβασή τους να απευθύνεται στα κίνητρα των συγκεκριμένων πελατών. Όταν η στρατηγική αυτή τίθεται σε εφαρμογή, ο διαιτολόγος και ο πελάτης πρέπει από κοινού να καθορίσουν την ημερήσια διάταξη των ενεργειών που θα ακολουθηθούν, ενώ είναι ανάγκη να υπάρχει ένα πλαίσιο υποστήριξης, ενθάρρυνσης, μη επικριτικής συμπεριφοράς και ενεργητικής ακρόασης από τη πλευρά του επαγγελματία. Οι ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, η ανακλαστική ακρόαση, η επιβεβαίωση και η περίληψη χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν το πελάτη να ξεπεράσει τις αμφιταλαντεύσεις και τα εμπόδια που του παρουσιάζονται και να επιτύχει τελικά την επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς. Η εξάσκηση των ικανοτήτων για μια σωστή και ολοκληρωμένη συνέντευξη κινητοποίησης, ενθαρρύνεται ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εκείνες, που οι πελάτες δεν έχουν βρεθεί ακόμα στο στάδιο της δράσης (Sprahn, et al 2010).

Οι πέντε γενικές αρχές της συνέντευξης κινητοποίησης:

1. Η ενσυνείδηση προς τον ασθενή: περιλαμβάνει την έκφραση αισθημάτων αποδοχής και κατανόησης από τον θεραπευτή προς τον ασθενή ώστε να διευκολυνθεί η αλλαγή συμπεριφοράς. Η τεχνική της αντανάκλαστικής ακρόασης αποτελεί βασικό εργαλείο για τον θεραπευτή. Η αμφιταλάντευση από την μεριά του ασθενή είναι φυσιολογική και δεν θα πρέπει να εκπλήσσει τον θεραπευτή.
2. Η ανάπτυξη διαφορών: περιλαμβάνει την κινητοποίηση για αλλαγή που επέρχεται από το άτομο όταν αντιληφθεί την διαφορά μεταξύ της κατάστασης

στην οποία βρίσκεται και της κατάσταση στην οποία θέλει να βρεθεί. Για να επιτευχθεί αυτό, προτείνεται αρχικά η συζήτηση ώστε ο ασθενής να αξιολογήσει την τωρινή του συμπεριφορά ως αντιφατική ως προς τους στόχους που έχει βάλει. Κατά την διάρκεια της συζήτησης, ο ασθενής δεν θα πρέπει να πιέζεται αλλά να διευκολύνεται από τον θεραπευτή στην εύρεση των διαφορών.

3. Η αποφυγή αντιπαραθέσεων: η κριτική και οι ερωτήσεις τύπου << γιατί >> καλλιεργούν αμυντική στάση από την μεριά του ασθενή. Με την αντιπαραθεση, η αντίσταση του ασθενούς αυξάνεται και αναγκάζεται να υπερασπιστεί τις συμπεριφορές που μαζί με τον θεραπευτή προσπαθούν να αλλάξουν. Η αντίσταση στην αλλαγή από την πλευρά του ασθενή είναι σημάδι ότι ο θεραπευτής πρέπει να αλλάξει τις θεραπευτικές στρατηγικές που ακολουθεί και να τις προσαρμόσει στο στάδιο αλλαγής που βρίσκεται ο ασθενής.
4. Ολίσθηση στην αντίσταση: ο θεραπευτής δεν αντικρούει την αντίσταση του ασθενούς αλλά χτίζει τη θεραπεία βάση αυτής και χρησιμοποιεί τα στοιχεία έκφρασης της αντίστασης ώστε να καταλάβει καλύτερα τις απόψεις του ασθενούς. Με αυτό τον τρόπο, ο ασθενής δεν γίνεται εριστικός και δεν αναγκάζεται να φέρεται αμυντικά και να υπερασπίζεται την τωρινή του συμπεριφορά.
5. Ενίσχυση της αυτό-αποτελεσματικότητας: ο ασθενής είναι υπεύθυνος για τις επιλογές, υπάρχει πληθώρα εναλλακτικών λύσεων και προβολή των δεξιοτήτων του ασθενή και παραθέτονται παραδείγματα επιτυχημένης προσπάθειας άλλων ασθενών (Μανιός, 2007, Britt, et al 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

2.1 Στόχοι συμβουλευτικής παιδιών

Οι παρεμβάσεις της συμβουλευτικής και η εκπαίδευση της υγείας που έχουν στο επίκεντρό τους τα παιδιά, είναι ύψιστης σημασίας, καθώς έχουν τη δυνατότητα να προωθήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής και να ελαττώσουν τις συμπεριφορές εκείνες που θέτουν την υγεία μας σε κίνδυνο. Επιπλέον, οι συμπεριφορές υγείας που υιοθετούνται στη παιδική ηλικία, μπορούν να προσδιορίσουν τους παράγοντες που θα προστατέψουν ή θα βλάψουν το άτομο κατά την ενήλικη ζωή του. Για παράδειγμα, είναι δύσκολο να αποφευχθούν ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως το κάπνισμα και η έλλειψη σωματικής άσκησης, όταν αυτές έχουν καθιερωθεί στην παιδική ηλικία. Επίσης είναι γνωστό, ότι οι παράγοντες κινδύνου για χρόνιες παθήσεις που κάνουν την εμφάνισή τους μετά την ενηλικίωσή, εγκαθιδρύονται στη παιδική ηλικία.

Σήμερα είναι κοινά αποδεκτό ότι τα παιδιά έχουν το θεμελιώδες δικαίωμα να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων υγειονομικής περίθαλψης και να έχουν την ανάλογη επικοινωνία συγκριτικά με την ηλικία και την ωριμότητά τους, αντί να είναι παθητικοί αποδέκτες της φροντίδας. Ένα ισχυρό επιχείρημα υπέρ της παιδικής φροντίδας που έχει ως επίκεντρο την υγεία είναι, ότι διαμέσου της ενεργής συμμετοχής, τα παιδιά είναι ικανά να αναπτύξουν την ευθύνη για την υγεία τους και τις καταναλωτικές τους συμπεριφορές (Theunissen, et al 2004).

Οι στόχοι της συμβουλευτικής των παιδιών θέτονται σε 4 διαφορετικά επίπεδα: επίπεδο 1 – θεμελιακοί στόχοι, επίπεδο 2 – οι στόχοι των γονέων, επίπεδο 3 – οι στόχοι που διαμορφώνονται από τον σύμβουλο και επίπεδο 4 – οι στόχοι του παιδιού.

Το επίπεδο 1 (θεμελιακοί στόχοι) αφορά γενικούς στόχους, εφαρμόσιμους σε κάθε παιδί που συμμετέχει σε μια συμβουλευτική – διαιτολογική – θεραπευτική σχέση που περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Τη δυνατότητα του παιδιού να αντιμετωπίζει οδυνηρά, για την περίπτωση, ζητήματα (π.χ. να είναι παχύσαρκο).

- Τη δυνατότητα του παιδιού να επιτύχει ένα επίπεδο συμφωνίας και συνέπειας μεταξύ των σκέψεων, των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς του.
- Την δυνατότητα του παιδιού να νιώθει καλά για τον εαυτό του.
- Την δυνατότητα του παιδιού να αποδέχεται τις δυνάμεις και τους περιορισμούς του και να αισθάνεται καλά γι' αυτά.
- Την δυνατότητα του παιδιού να τροποποιεί συμπεριφορές που έχουν αρνητικές συνέπειες.
- Την δυνατότητα του παιδιού να προσαρμόζεται και να λειτουργεί ικανοποιητικά στο πλαίσιο του εξωτερικού περιβάλλοντος (σπίτι, σχολείο κτλ.).
- Τη μεγιστοποίηση των ικανοτήτων του παιδιού ώστε να ανταποκριθεί με επιτυχία σε κρίσιμες περιόδους την ανάπτυξής του.

Το επίπεδο 2 (οι στόχοι των γονέων): πρόκειται για στόχους που θέτουν οι γονείς όταν φέρνουν το παιδί για θεραπεία, οι οποίοι σχετίζονται με τις ανάγκες των γονέων και βασίζονται στις συμπεριφορές των παιδιών που τους προβληματίζουν.

Το επίπεδο 3 (οι στόχοι που διαμορφώνονται από τον σύμβουλο) αφορά τους στόχους που ορίζει ο σύμβουλος ως απόρροια των υποθέσεων που κάνει σχετικά με τα αίτια μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς του παιδιού. Ο σύμβουλος μπορεί να υποθέσει ότι η ενέργεια του παιδιού είναι αποτέλεσμα των συναισθηματικών δυσκολιών που αντιμετωπίζει, γι' αυτό στόχος του είναι η επεξεργασία και η επίλυση των συναισθηματικών δυσκολιών του παιδιού.

Τέλος, το επίπεδο 4 (οι στόχοι του παιδιού): πρόκειται για στόχους που αναδύονται κατά την διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών και είναι ουσιαστικά οι στόχοι του ίδιου του παιδιού, αν και τις περισσότερες φορές δεν είναι σε θέση να τους διατυπώσει λεκτικά επακριβώς. Βασίζονται στο υλικό που το παιδί αποκαλύπτει στις συνεδρίες. Ο σύμβουλος θα πρέπει να συμβαδίζει με το ρυθμό του παιδιού ώστε να διευκολύνει την ανάδειξη και την θεραπευτική αντιμετώπιση των πραγματικών αναγκών του (Geldard, 2004).

Με βάση αυτά που ήδη γνωρίζουμε, δεν έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες για την αποσαφήνιση των αντιλήψεων των παιδιών σχετικά με την παροχή πληροφοριών και τις συμβουλευτικές διαδικασίες. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να προσδιορισθούν αρχικά οι προσδοκίες των ίδιων των παιδιών, από τη συμμετοχή τους σε ένα πρόγραμμα ανάλογου περιεχομένου. Η γονική υποστήριξη θεωρείται απαραίτητη για το παιδί, καθώς αυτό ακόμα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη δική τους παρουσία και βοήθεια (Nurpponen, 1998). Για τη τροποποίηση της διατροφής των παιδιών, σημαντικό ρόλο παίζει η ανάμειξη των γονέων, δεδομένου ότι αυτοί επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την επιλογή και την διαθεσιμότητα των τροφίμων στο σπίτι. Εντούτοις, δεν είναι απαραίτητη η αλλαγή της νοοτροπίας των γονέων, αφού υπάρχει περίπτωση οι γνώσεις, οι στάσεις και οι συμπεριφορές των παιδιών να τροποποιηθούν και έτσι να ενθαρρύνουν και το οικογενειακό τους περιβάλλον να υιοθετήσει αυτές τις αλλαγές (Westenhofer, 2001).

Το παιχνίδι, η ζωγραφική και τα σχέδια είναι περισσότερο φυσικές λειτουργίες της επικοινωνίας των παιδιών, ειδικά εκείνων που βρίσκονται πριν την εφηβική ηλικία. Ένας αποτελεσματικός σύμβουλος, είναι ανάγκη να έχει αποκτήσει δεξιότητες για τη σωστή χρήση τους. Όταν χρησιμοποιείται η προφορική επικοινωνία, είναι απαραίτητο για το σύμβουλο να καταφέρει να τη προσαρμόσει στο επίπεδο κατανόησης του παιδιού που κάθεται απέναντί του. Πιθανό να είναι προτιμότερο, η λεκτική αυτή ανταλλαγή να συνοδεύεται με τη πραγματοποίηση κάποιας άσχετης δραστηριότητας όπως για παράδειγμα, ένα επιτραπέζιο παιχνίδι (Nurpponen, 1998).

Η δημιουργία μιας σωστής θεραπευτικής σχέσης είναι μια περίπλοκη και χρονοβόρα διαδικασία αφού τα παιδιά σε αυτή τη φάση της ζωής τους δεν έχουν αρκετές εμπειρίες και είναι δύσκολο να κατανοήσουν τι περιλαμβάνει η συμβουλευτική. Οι προειδοποιήσεις των γονέων, ώστε τα παιδιά να μην εμπιστεύονται τους ξένους, επηρεάζουν τα παιδιά, τα οποία πιθανώς να είναι πολύ επιφυλακτικά, όταν τα προσεγγίσει ο σύμβουλος. Αρχικά ο σύμβουλος ξεκινά το παιχνίδι με το παιδί, έχοντας όμως ταυτόχρονα μια περίοδο κατά την οποία παρευρίσκονται και οι γονείς, με σκοπό εκείνοι να αναγνωρίσουν στο πρόσωπο του, ένα άτομο το οποίο μπορούν να εμπιστευθούν, για να συνεχιστεί έτσι ομαλά η διαδικασία. Η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο πλευρών, είναι εφικτό να

εγκαθιδρυθεί, με έναν αριθμό συχνότερων και μικρότερων συνεδριών, αντί για μια μεγάλη και κουραστική συνεδρία. Η βιασύνη είναι σημαντικό να αποφευχθεί κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας και τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν να είναι αργά και σταθερά. Η διαφορά ισχύος μεταξύ θεραπευτή και παιδιού πρέπει επίσης να αποσαφηνιστεί (Chesson, 2004).

Αν και το συμφέρον του παιδιού αποτελεί το κυρίαρχο ζητούμενο σε αυτές τις περιπτώσεις, ορισμένα παιδιά δεν έχουν την αναπτυξιακή ωριμότητα και την κατανόηση που απαιτείται για να εκτιμήσουν τι είναι προς το συμφέρον τους, ιδιαίτερα σε μακροπρόθεσμη βάση. Το έργο του συμβούλου σε αυτές τις περιπτώσεις είναι, να βοηθήσει το παιδί να κατανοήσει και να συμβιβαστεί με τις αποφάσεις που λαμβάνονται για αυτό χωρίς τη συγκατάθεση του, από γονείς, γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Σε όλες τις περιπτώσεις, οι επιθυμίες και τα συναισθήματα του εκάστοτε παιδιού πρέπει να αντιμετωπίζονται με σεβασμό από το σύμβουλο, ο οποίος έχει τη δυνατότητα και την ευθύνη να βοηθά το παιδί να διευκρινίζει αυτές του τις επιθυμίες και να παίρνει το θάρρος να τις κοινοποιεί στους ενήλικες που βρίσκονται απέναντί του, ακόμα και όταν αυτές δεν μπορούν να γίνουν δεκτές. Τέλος, βασική προϋπόθεση είναι η διερεύνηση των αναγκών των παιδιών και ο καθορισμός των προτεραιοτήτων τους (Nurpponen, 1998).

2.2 Διατροφική Αγωγή Υγείας

Ο ορισμός της διατροφικής αγωγής υγείας απορρέει από τον ευρύτερο ορισμό της αγωγής υγείας. Ο όρος αγωγή ή εκπαίδευση υγείας αναφέρεται στην σχεδιασμένη μαθησιακή διαδικασία που στοχεύει στην διαμόρφωση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία είτε σε ατομικό είτε σε συλλογικό επίπεδο.

Η αγωγή υγείας στα σχολεία είναι μια κατεξοχήν διαθεματική δραστηριότητα, η οποία συμβάλει στην αναβάθμιση της σχολικής ζωής και στη σύνδεση του σχολείου με την κοινωνική πραγματικότητα. Βασικός σκοπός της αγωγής υγείας είναι η προάσπιση, η βελτίωση και η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας των μαθητών, τόσο μέσα από την ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων τους και της κριτικής τους σκέψης, όσο και μέσα από την αναβάθμιση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντός τους (Μανιός, 2007). Ως επιμέρους σκοπός της διατροφικής αγωγής υγείας θα μπορούσε να είναι η διατροφική εκπαίδευση μέσω διατροφικών συμβουλευτικών παρεμβάσεων, ώστε να προωθήσουν τον υγιεινό τρόπο ζωής και να μειώσουν τις συμπεριφορές που θέτουν την υγεία σε κίνδυνο των μαθητών (Theunissen, et al 2004).

Υπάρχουν κάποια σοβαρά προβλήματα υγείας (π.χ παχυσαρκία, αναιμίες) τα οποία μπορούν να προληφθούν κατά την παιδική ηλικία, εξασφαλίζοντας ένα καλύτερο μέλλον στα παιδιά. Η βέλτιστη στρατηγική αγωγή υγείας είναι οι σχετικές προσπάθειες να επικεντρώνονται σε όλο τον πληθυσμό και όχι σε συγκεκριμένες ομάδες υψηλού κινδύνου. Σε αυτό το σημείο επικεντρώνεται και η πρακτικότητα που προκύπτει σε σχετικά με θέματα διατροφικής αγωγής σε παιδιά. Στην προσπάθεια να επιτευχθούν αλλαγές στη συμπεριφορά των παιδιών ως κοινωνικό υποσύνολο, το σχολείο αποτελεί τον ιδανικό χώρο εφαρμογής τέτοιων προγραμμάτων λόγω της δυνατότητας πρόσβασης στο σύνολο του πληθυσμού- στόχου που παρέχεται. Επίσης, μπορεί να εφαρμοσθεί και εκτός σχολείου, εφόσον υπάρχει ένα ικανοποιητικό μέγεθος του πληθυσμού. Τα παιδιά προσφέρονται να μάθουν και να διαμορφώσουν τάσεις και συμπεριφορές και μπορούν να προσεγγιστούν με ένα αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο μέσα στο σχολείο. Τα σχολεία παρουσιάζουν πολλές ευκαιρίες για να εφαρμοσθούν στην πράξη οι νέες συμπεριφορές που διαμορφώνονται και λειτουργούν ως κανάλια επικοινωνίας σημαντικών υγειονομικών μηνυμάτων, όχι

μόνο προς τους μαθητές , αλλά και προς τους γονείς και την τοπική κοινότητα. Στην βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής που ακολουθείται σήμερα παίζουν κάποιο σημαντικό ρόλο οι επαγγελματίες υγείας, τα σχολεία, η βιομηχανία τροφίμων , τα Μ.Μ.Ε, οι καταναλωτές και άλλοι.

Τα σημεία που χαρακτηρίζουν ένα επιτυχημένο πρόγραμμα προαγωγής της υγιεινής διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας έχουν 6 σημαντικά χαρακτηριστικά σύμφωνα με τους Lytte και Achterberg:

1. Εκπαιδευτική στρατηγική προσανατολισμένη στην αλλαγή συμπεριφοράς και βασισμένη σε συγκεκριμένο θεωρητικό μοντέλο. Εξάλλου, σε ελληνικό μαθητικό πληθυσμό, η εφαρμογή της συγκεκριμένης θεωρίας κατέληξε σε αξιοσημείωτα αποτελέσματα, τα οποία φαίνεται ότι μπορούν να διατηρηθούν για μεγάλα χρονικά διαστήματα σύμφωνα με έρευνες (Manios, et al 1998 ; Manios et al, 1999).
2. Επαρκής χρόνος και ένταση της παρέμβασης, εφόσον έχει βρεθεί ότι αποκλειστικά και μόνο από λάθος υπολογισμό του απαιτούμενου, υπάρχει περίπτωση να χαθεί μεγάλο μέρος των αποτελεσμάτων μιας παρέμβασης.
3. Εμπλοκή της οικογένειας, η οποία αυξάνει την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων που αφορούν κυρίως σε μικρότερα παιδιά.
4. Ενσωμάτωση μιας διαδικασίας αυτοαξιόλογησης και ανατροφοδότησης, η οποία αυξάνει την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων για μεγαλύτερα παιδιά.
5. Προώθηση συγκεκριμένων αλλαγών στο σχολικό περιβάλλον, στα πλαίσια μιας ενιαίας πολιτικής που θα ακολουθήσει το σχολείο, αλλά και η ευρύτερη κοινότητα, σύμφωνα με τις οδηγίες που προκύπτουν από τις σχετικές ομάδες εργασίας Eurodiet της ΕΕ. Επειδή ο όρος σχολικό περιβάλλον χρησιμοποιείται αρκετά συχνά, σκόπιμο είναι να αποσαφηνιστεί τι περιλαμβάνει αυτός :
 - Σχολικές υπηρεσίες υγείας
 - Σχολική υγειονομική εκπαίδευση
 - Σχολικό υγειονομικό περιβάλλον
 - Κοινές σχολικές και κοινοτικές προσπάθειες προαγωγής υγείας

- Φυσική αγωγή
 - Σχολικές διατροφικές υπηρεσίες
 - Σχολική συμβουλευτική
 - Πρόγραμμα προαγωγής υγείας για το διδακτικό προσωπικό
6. Παράλληλες παρεμβάσεις στην τοπική κοινότητα, οι οποίες στο παρελθόν έχουν δείξει αξιοσημείωτα αποτελέσματα στα παιδιά και στους ενήλικες.

Επίσης ιδιαίτερα μεγάλη σημασία δίνεται πλέον στο γεγονός πως η αγωγή υγείας πρέπει να βασίζεται σε επιστημονικές αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα της και γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να ακολουθούνται πάντοτε συγκεκριμένα βήματα κατά την ανάπτυξη μια σχετικής παρέμβασης:

- Εκτίμηση αναγκών
- Καθορισμός στόχων και αντικειμένων με σαφήνεια
- Σχεδιασμός
- Εφαρμογή
- Αξιολόγηση και ανατροφοδότηση (Ζαμπέλας, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΑΙΔΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

3.1 Διατροφικές Συνήθειες Παιδιών

Η κατανόηση των διατροφικών αναγκών και συμπεριφορών των παιδιών, είναι σημαντική για τη προώθηση της υγείας τους. Τα περισσότερα στοιχεία μας επιβεβαιώνουν, ότι οι διατροφικές συνήθειες που αποκτώνται κατά τη παιδική ηλικία, εξακολουθούν να υφίστανται και μετά την ενηλικίωση. Επιπλέον, έρευνες έχουν δείξει ότι η διατροφή στη παιδική ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία του ατόμου, στη ζωή του ως ενήλικας (Scaglioni, et al 2008).

Στην παιδική ηλικία, η ανάπτυξη του παιδιού είναι πιο αργή, αλλά γίνεται με σταθερό ρυθμό με αποτέλεσμα να αυξάνεται και σταθερά η διαιτητική του πρόσληψη. Ο χώρος και τα ενδιαφέροντα του παιδιού αλλάζουν καθώς περνάει ένα μεγάλο μέρος της ημέρας στο σχολείο, ή και σε εξωτερικές δραστηριότητες. Επιπλέον, δέχονται επιρροές από τους συνομήλικούς τους και ενήλικες (γονείς, δάσκαλοι, πρότυπα, Μ.Μ.Ε, κ.α). Συνήθως, το παιδί τρώει όποτε πεινάσει ή όταν θέλει να συμμετέχει σε μια κοινωνική εκδήλωση, ενώ πιο σπάνια χρησιμοποιεί το φαγητό για να τραβήξει την προσοχή και το ενδιαφέρον όπως συνέβαινε τα προηγούμενα χρόνια (Ζαμπέλας, 2003).

Αρχικά, η οικογένεια διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στη συγκεκριμένη διαδικασία, όχι μόνο επειδή είναι υπεύθυνη για τη τροφοδοσία του παιδιού, αλλά επίσης επειδή καθορίζει τα πρότυπα, ενεργεί ως μοντέλο μίμησης, ενθαρρύνει συγκεκριμένες συμπεριφορές και ανταμείβει ή περιορίζει κάποιες άλλες. Κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας, το κοινωνικό περιβάλλον των παιδιών διαφοροποιείται από το στενό κύκλο της οικογένειας και οι επιρροές αυτές καθίστανται πιο σημαντικές γι' αυτά. Τη χρονική στιγμή αυτή τα παιδιά γίνονται περισσότερο ανεξάρτητα, ξεκινούν να κάνουν τις δικές τους επιλογές τροφίμων και λαμβάνουν προσωπικές αποφάσεις σχετικά με το τι τρώνε. Η οικογένεια είναι πλέον λιγότερο σημαντική για τα παιδιά ενώ οι φίλοι, οι συμμαθητές και τα κοινωνικά πρότυπα επηρεάζουν κυρίως τις διατροφικές πρακτικές τους. Επιστημονικά στοιχεία υποστηρίζουν ότι οι διατροφικές συνήθειες σε αυτή την ηλικία επηρεάζουν την ανάπτυξη και έχουν αντίκτυπο στην υγεία, όχι μόνο σε αυτή την χρονική περίοδο,

αλλά επίσης και αργότερα στην ενήλικη ζωή τους. Η σωστή διατροφή κατά τη παιδική ηλικία συμβάλλει στη διατήρηση και στη βελτίωση της υγείας και στην απόκτηση μαθησιακών δεξιοτήτων. Τέλος, οι διατροφικές συνήθειες που υιοθετούνται στην εφηβεία είναι πολύ πιθανόν να διατηρηθούν και στην ενήλικη ζωή (Perez – Rodrigo, et al 2003).

Τα ακόλουθα στατιστικά μας παρουσιάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών και την ανεπάρκεια της υποστήριξης της υγιεινής διατροφής στο σχολικό περιβάλλον. Μόνο το 2% των παιδιών που βρίσκονται στη σχολική ηλικία καλύπτουν τις ημερήσιες ανάγκες τους με βάση τη διατροφική πυραμίδα, ενώ ένα ποσοστό μικρότερο από το 30% αυτών των παιδιών καταναλώνουν τη συνιστώμενη ποσότητα για κάθε μία από τις 5 ομάδες τροφίμων. Ακόμα ένα εντυπωσιακό και συνάμα αποθαρρυντικό στοιχείο, είναι ότι τα ποσοστά κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων λίπους μεταξύ των παιδιών σχολικής ηλικίας, ξεπερνούν το 84%. Πάνω από τα μισά εξ αυτών (51%), τρώνε λιγότερο από μία μερίδα φρούτων την ημέρα, ενώ το 29% δεν καταναλώνει περισσότερο από μία μερίδα λαχανικών την ημέρα. Οι τιμές αυτές απέχουν αρκετά από τις συνιστώμενες, που ανέρχονται στις 5 μερίδες φρούτων και λαχανικών ημερησίως. Ένας στους πέντε μαθητές ηλικίας 10-15, παραλείπει το πρωινό του συστηματικά. Η προσθήκη ζάχαρης αποτελεί το 20% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης στη διατροφή των παιδιών. Ανάλογα με την ηλικία και το φύλο, το 56-85% των ανήλικων καταναλώνει αναψυκτικά σε καθημερινή βάση. Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, η πρόσληψη γαλακτοκομικών προϊόντων έχει ελαττωθεί και έχει αντικατασταθεί από τα αναψυκτικά και τους συσκευασμένους φρουτοχυμούς. Τα γεύματα των μαθητών που προέρχονται από το σπίτι τους, τους παρέχουν συνήθως ενέργεια μικρότερη από το 1/3 της συνιστώμενης ενεργειακής πρόσληψης και μια δίαιτα φτωχή σε βιταμίνες, ασβέστιο, σίδηρο και ψευδάργυρο (Theunissen, et al 2004).

3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τις Διατροφικές Συνήθειες Παιδιών

Οι γονείς παρέχουν ένα διατροφικό περιβάλλον και είναι αυτοί που καθορίζουν τις πρώτες διατροφικές εμπειρίες των μικρών παιδιών τους. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η διατροφική συμπεριφορά ενός παιδιού είναι άρρηκτα συνδεδεμένη και επηρεάζεται δυναμικά από το οικογενειακό περιβάλλον. Το διατροφικό περιβάλλον της οικογένειας περιλαμβάνει τις συνήθειες των γονέων, οι οποίες και αφομοιώνονται σταδιακά από τα παιδιά. Αυτοί βοηθούν στην προώθηση της ανάπτυξης υγιών συμπεριφορών διατροφής και της διατήρησης ενός υγιούς σωματικού βάρους στα παιδιά, ή στην αντίθετη περίπτωση μια διαταραγμένη διατροφή και την υπερβολική αύξηση του βάρους από τη νεαρή ακόμα ηλικία.

Τα χαρακτηριστικά αυτών των περιβαλλοντικών συνθηκών περιλαμβάνουν κοινωνικούς, δημογραφικούς παράγοντες, τη γονική δραστηριότητα και τις διατροφικές συνήθειες των γονέων. Οι γονείς παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των διατροφικών συμπεριφορών των παιδιών, όχι μόνο από τα τρόφιμα που τους παρέχουν αλλά και από το δικό τους διατροφικό στυλ, τη συμπεριφορά τους κατά τη διάρκεια του φαγητού και τις πρακτικές που χρησιμοποιούν για να ταΐσουν το παιδί τους. Οι τεχνικές που ενστερνίζονται οι γονείς για να ταΐσουν τα παιδιά τους, συνδέονται τελικά με τις διατροφικές συμπεριφορές που αποκτούν τα παιδιά και οι οποίες περιλαμβάνουν συγκεκριμένα διατροφικά στυλ, επιλογές τροφίμων και προτιμήσεις και τη ποσότητα της ενεργειακής κατανάλωσης (Scaglioni, et al 2008).

Οι διατροφικές συμπεριφορές των παιδιών και τα επίπεδα της φυσικής τους δραστηριότητας επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τα χαρακτηριστικά των γονιών τους. Το οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζει:

1. Τη πρόσληψη τροφής, με βάση το διατροφικό στυλ, τη σύσταση της διατροφής, τις διατροφικές προτιμήσεις, τις πρακτικές ταΐσματος των παιδιών, τη διαθεσιμότητα αγνών ενεργειακών τροφών στο σπίτι, τη συχνότητα κατανάλωσης φαγητού το οποίο έχει μαγειρευτεί στο σπίτι ή της διατροφής μέσω εστιατορίων και προπαρασκευασμένου φαγητού και τα οικογενειακά γεύματα συγκριτικά με εκείνα που καταναλώνονται εκτός του οικογενειακού τραπεζιού.

2. Τις ενεργειακές δαπάνες του παιδιού που προέρχονται από τις φυσικές του δραστηριότητες, τις προτιμήσεις του όσον αφορά το είδος της φυσικής δραστηριότητας που θα ακολουθήσει, το μεταβολικό ρυθμό του, την ευχαρίστηση που του προσφέρει η ενασχόληση με αυτές τις δραστηριότητες, την ενθάρρυνση για μια ενεργή καθημερινότητα, τις ευκαιρίες που τους παρέχονται ώστε να παραμένουν ενεργά.

Οι γονείς μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη των διατροφικών συμπεριφορών των παιδιών, δια μέσου κάποιων ενεργειών που αν πραγματοποιούνται τακτικά θεωρείται ότι βοηθούν τα παιδιά να αφομοιώσουν τις απαιτούμενες συνήθειες, οι οποίες και στοχεύουν στη προώθηση της υγείας τους:

- Συντήρηση: Παροχή τροφής, προστασία από περιβαλλοντικές απειλές
- Διέγερση
- Υποστήριξη
- Δόμηση: οργάνωση διατροφικού περιβάλλοντος
- Επιτήρηση: έλεγχος κατά το γεύμα (Scaglioni, et al 2008).

Όσο αφορά τα παιδιά σχολικής ηλικίας, ένας παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα της διατροφής τους είναι τα τρόφιμα που διατίθενται και μετέπειτα αγοράζονται από τα κυλικεία των σχολείων. Ένα υγιές σχολικό περιβάλλον πρέπει να παρέχει στη νεολαία τις δεξιότητες και την υποστήριξη που χρειάζεται, με σκοπό να (α) θεσπίζει υγιεινές διατροφικές συμπεριφορές, να (β) διατηρεί μια φυσιολογική διατροφική κατάσταση και να (γ) επιδιώξει την ακαδημαϊκή επιτυχία. Το ποσοστό των παιδιών που απαρτίζουν τα σχολεία στις ηλικίες από 5-17 φθάνει το 95%, με αποτέλεσμα τα διάφορα σνακ και γεύματα που καταναλώνονται εκεί να διαδραματίζουν ένα κρίσιμο ρόλο στην ανάπτυξη των διατροφικών τους συνηθειών, καθώς παρέχουν το 1/3 και σε μερικές περιπτώσεις το μισό των ημερήσιων διατροφικών αναγκών των περισσότερων εξ αυτών. Αντίθετα, σήμερα μελέτες δείχνουν πως τα παιδιά προτιμούν στα κυλικεία τρόφιμα πλούσια σε λίπος, ζάχαρη και στις περισσότερες περιπτώσεις κακής ποιότητας τρόφιμα (Theunissen, et al 2004).

Σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο υπό αριθμό Α2γ/014/2087/9.5.89 το σχολικά κυλικεία πρέπει να παρέχουν τα εξής:

- Σάντουιτς και τοστ:

α. σάντουιτς με τυρί,

β. τοστ με τυρί.

Προαιρετική η προσθήκη μαργαρίνης και εποχιακών λαχανικών (π.χ. ντομάτα, μαρούλι)

- Ψωμί τύπου 90%.
- Τυριά ελληνικής παραγωγής.
- Ψωμί πολυτελείας σε συσκευασία.
- Κουλούρι σιμίτιο.
- Σταφιδόψωμο, σε ατομική συσκευασία.
- Φρυγανιές, σε μικρές συσκευασίες.
- Γάλα παστεριωμένο, σε ατομική συσκευασία.
- Γιαούρτι (χωρίς ζάχαρη ή άλλες προσμίξεις).
- Φρούτα εποχής, πλυμένα, τυλιγμένα σε σελοφάν.
- Φυσικοί χυμοί φρούτων (χωρίς ζάχαρη).
- Ξηροί καρποί (σε μικρή συσκευασία)
- Τυρόπιτα - Σπανακόπιτα, πολύ καλής ποιότητας.
- Τσάι και λοιπά αφεψήματα, (καφές μόνο για το προσωπικό).

Αν τα κυλικεία διαθέτουν κάτι πέρα από τα παραπάνω θεωρείται παράβαση του νόμου και θεωρείται αιτία για καταγγελία.

Προκύπτουν όμως σημαντικά ερωτήματα σε σχέση με την συνιστώμενη ποιότητα αυτών των τροφίμων. Καταρχήν, δεν διευκρινίζεται ποιο είναι το επιτρεπόμενο ποσό υδρογονωμένων λιπαρών οξέων, που μπορούν να υπάρχουν στις χρησιμοποιούμενες μαργαρίνες. Έπειτα, δεν διευκρινίζεται ποια πρέπει να είναι η ποιότητα του ψωμιού και των αρτοσκευασμάτων, που αναφέρονται στην παραπάνω λίστα (π.χ. λευκό, μαύρο ή πιτυρούχο). Τέλος, δεν γίνεται αναφορά στο συνολικό

ποσό λιπαρών που επιτρέπεται να διατίθενται από το κυλικείο και κατ' επέκταση δε γίνεται σύσταση για διάθεση γαλακτοκομικών με λίγα λιπαρά, ούτε γίνεται αναφορά στην ποιότητα των λιπαρών.

Τρόφιμα πλέον κατάλληλα για τα σχολικά κυλικεία:

- Ψωμί (κατά προτίμηση ολικής αλέσεως, αλλά και το λευκό είναι αποδεκτό).
- Για επάλειψη συστήνονται μαργαρίνες με μονοακόρεστα λιπαρά ή κρεμώδη τυριά.
- Τυρί (με λίγα λιπαρά και αλάτι).
- Ψάρι (π.χ. τόνος, σε κονσέρβα χωρίς λάδι ή επιπλέον αλάτι, όχι παστά και καπνιστά).
- Άφθονα φρέσκα φρούτα και λαχανικά εποχής σε σαλάτες ή μεμονωμένα (ώστε να βρίσκονται σε χαμηλή τιμή και στην κατάλληλη ποιότητα).
- Πατάτες ψητές σε φουρνάκι με την κατάλληλη γέμιση (όπως τυρί, σάλτσα ντομάτας, κ.α.).
- Χυμοί φρούτων (φυσικοί ή εμπορικοί μικρής διάρκειας, χωρίς πρόσθετη ζάχαρη ή άλλες γλυκαντικές ουσίες).
- Νερό
- Γάλα (χαμηλό σε λιπαρά).
- Ξηρά φρούτα, όχι εις βάρος των φρέσκων, τα οποία μπορούν να προστεθούν σε γιαούρτι, αντί για τις έτοιμες συσκευασίες του εμπορίου.
- Παγωμένα επιδόρπια, με βάση το γάλα ή το γιαούρτι, όπως milk-shakes.

Τρόφιμα κατάλληλα για περιστασιακή χρήση σε σχολικά κυλικεία:

- Λουκάνικα, αλλαντικά (με λίγα λιπαρά, αλλά με επιφύλαξη λόγω νιτρικών αλάτων), τυριά (πλήρη σε λιπαρά) θα ήταν προτιμότερο να μη διατίθενται καθημερινά.

- Παγωτά εμπορίου από τα οποία πρέπει να γίνει επιλογή.

Τρόφιμα ελάχιστα κατάλληλα για σχολικά κυκλεία:

- Σοκολάτες, μπισκότα, τσουρέκια κ.α.
- Αναψυκτικά
- Πίτες ή πίτσες κατεψυγμένες (Roset M, et al 2001).

Η κατάσταση υγείας των νέων απειλείται ολοένα και περισσότερο εξ αιτίας της σωματικής αδράνειας στην οποία και έχουν περιέλθει στη σύγχρονη εποχή. Μόνο το 25% παιδιών ηλικίας μεταξύ 10-21 συμμετέχουν σε δραστηριότητες μέτριας φυσικής έντασης καθημερινά. Η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας στη πλειονότητα των νέων σήμερα, συμβάλλει το ίδιο στην υψηλή συχνότητα εμφάνισης παχυσαρκίας, όσο και οι ανθυγιεινές διατροφικές συμπεριφορές. Η τακτική σωματική άσκηση αυξάνει τη λειτουργική ικανότητα του ατόμου και μειώνει πολλούς από τους παράγοντες κινδύνου για χρόνιες παθήσεις, που θα έκαναν την εμφάνισή τους σε μετέπειτα στάδια της ζωής τους. Η παροχή οδηγιών και η ανάπτυξη δεξιοτήτων κρίνεται ως επιτακτική ανάγκη, έτσι ώστε τα παιδιά να διατηρούν ένα φυσικά δραστήριο τρόπο ζωής. Δυστυχώς, οι τρέχουσες σχολικές πρακτικές στο τομέα της φυσικής αγωγής, δεν πληρούν τις προϋποθέσεις υγείας που έχουν προσδιοριστεί από τους εθνικούς στόχους (ADA, 2003).

Η προσωπικότητα, θεωρείται ότι διαδραματίζει ολοένα και σημαντικότερο ρόλο στον καθορισμό της αύξησης του βάρους κατά την εισαγωγή των παιδιών στα εφηβικά τους χρόνια. Καθώς τα παιδιά αναπτύσσουν την ανεξαρτησία από τους γονείς τους, έχουν μεγαλύτερο περιθώριο επιλογών προκειμένου να αποφασίσουν τι θα φάνε και πώς θα περάσουν τον ελεύθερο χρόνο τους. Η νεολαία στις μέρες μας υιοθετεί αυτές τις επιλογές στο τρόπο ζωής, μέσα σε ένα περιβάλλον όπου τα τρόφιμα υψηλής θερμιδικής αξίας είναι νόστιμα, ανέξοδα, βολικά και στο οποίο η φυσική άσκηση δεν αποτελεί μια καθημερινή απαίτηση για την επιβίωση (Duckworth, et al 2010).

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ασκούν μια ισχυρή επιρροή και έχουν την ικανότητα να οδηγούν τα παιδιά σε λάθος διατροφικές επιλογές. Ακόμα και μια σύντομη έκθεση σε τηλεοπτικές διαφημίσεις τροφίμων, είναι ικανή να επηρεάσει τις διατροφικές προτιμήσεις παιδιών που βρίσκονται στη προσχολική και σχολική ηλικία (Duckworth, et al 2010). Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ διαφημιζόμενων τροφίμων και αιτημάτων των παιδιών για κατανάλωση αυτών. Τα περισσότερα διαφημιζόμενα τρόφιμα είναι πλούσια σε λίπος και ζάχαρη ενώ είναι φτωχά σε φυτικές ίνες (Halford, et al 2004).

Διάφορες ψυχολογικές θεωρίες, όπως η συναισθηματική κατανάλωση τροφής, η εξωτερικά προσανατολισμένη κατανάλωση τροφής και η συγκρατημένη κατανάλωση τροφής, προσφέρουν κάποιες εξηγήσεις και μια ερμηνεία για την αντίσταση που επιδεικνύουν οι ασθενείς για την αλλαγή των ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών τους και του τρόπου ζωής. Οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, η ανεπαρκής σωματική άσκηση και γενικά ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής που ως επί το πλείστον παρουσιάζεται ήδη από τη νεαρή ηλικία είναι ιδιαίτερα επικίνδυνος, ειδικά στα άτομα εκείνα που παρουσιάζουν μια φυσική προδιάθεση για ανάπτυξη παχυσαρκίας. Με την εγκατάσταση ενός τέτοιου τρόπου ζωής, οι ψυχικές και κοινωνικές συνέπειες που αναφέρονται πιθανώς να προκαλέσουν ευκολότερα μερικές ακατάλληλες και ανθυγιεινές συμπεριφορές διατροφής (Bosch, et al 2004).

Τέλος, ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών είναι η λήψη ή μη πλήρους πρωινού γεύματος. Σύμφωνα με έρευνα που έγινε από το Πανεπιστήμιο Κρήτης, στο δείγμα των παιδιών της Κρήτης, εκείνα που δεν παίρνουν πρωινό έχουν 3 κιλά μεγαλύτερο βάρος από παιδιά ανάλογης ηλικίας που παίρνουν πρωινό, παρόλο που αυτά έχουν μεγαλύτερη πρόσληψη χοληστερίνης και κορεσμένου λίπους. Οι διαιτητικές συνήθειες των παιδιών που δεν καταναλώνουν πρωινό είναι χειρότερες σε σύγκριση με των παιδιών που λαμβάνουν πρωινό πριν φύγουν για σχολείο. Συγκεκριμένα, τα παιδιά που δεν λαμβάνουν πρωινό πίνουν λιγότερο γάλα και περισσότερα αναψυκτικά, τρώνε περισσότερο κόκκινο κρέας και γλυκά, ενώ καταναλώνουν λιγότερα αυγά, δημητριακά και λαχανικά. Αυτό φαίνεται και σε επίπεδο θρεπτικών συστατικών, όσο αφορά στις διαιτητικές ίνες ενώ, περιέργως, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα υπόλοιπα θρεπτικά συστατικά. Συνοπτικά τα αποτελέσματα στον παρακάτω πίνακα (Ζαμπέλας, 2003):

Διατροφική Συμβουλευτική Παρέμβαση σε παιδιά ηλικίας 8-12 ετών

Τροφές	Λήψη πρωινού	Μη λήψη πρωινού	Τιμη P
Γάλα	242	212	*
Τυρί – γιαούρτι	82	80	*
Κόκκινο κρέας	90	106	*
Λευκό κρέας	85	85	*
Αβγά	57	46	*
Δημητριακά	311	290	*
Λαχανικά	214	174	*
Φρούτα	253	212	*
Γλυκά αναψυκτικά	250	265	*
Μικρογεύματα	44	53	*
Θρεπτικά συστατικά	Λήψη πρωινού	Μη λήψη πρωινού	Τιμη P
Ενέργεια (θερμίδες)	1794	1529	**
Πρωτεΐνες (% ενέργεια)	14,2	14	**
Υδατάνθρακες (% ενέργεια)	48	48	**
Φυτικές ίνες (γραμ.)	15,6	12,8	**
Διαιτητική χοληστερόλη (mg)	203	169	**
Ολικό λίπος (% ενέργεια)	39	39	**
Κορεσμένο λίπος (% ενέργεια)	13,7	12,8	**
Μονοακόρεστα λίπη (% ενέργεια)	16,1	16,3	**
Πολυακόρεστα λίπη (% ενέργεια)	4,5	5,1	**
Trans λιπαρά οξέα (% ενέργεια)	0,8	0,8	**
ω-3 (γραμ.)	7,2	7	**
ω-6 (γραμ.)	0,54	0,53	**
* P ≤ 0,05, ** P ≥ 0,001 (Mann - Whitney test)			

3.3 Προβλήματα λόγω κακής διατροφής

1) Παιδική παχυσαρκία

Η παιδική ηλικία είναι μια κρίσιμη περίοδος για την ανάπτυξη και εγκατάσταση της παχυσαρκίας. Η αύξηση του βάρους κατά τη μετάβαση από τη παιδική ηλικία στην εφηβεία αποτελεί πλέον ένα σύνηθες φαινόμενο. Ωστόσο, η αύξηση του δείκτη μάζας σώματος (BMI) συγκριτικά πάντα με το φύλο και την ηλικιακή ομάδα κατά τη διάρκεια αυτής της μεταβατικής περιόδου, μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία στην ενήλικη ζωή όπως, η παχυσαρκία με αυξημένα ποσοστά υποδόριου και σπλαχνικού λίπους, η μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη, ο διαβήτης και τα στεφανιαία επεισόδια (Duckworth, et al 2010).

Η ισορροπημένη διατροφή και η τακτική σωματική άσκηση είναι απαραίτητα στοιχεία για τη μακροπρόθεσμη διατήρηση της υγείας των παιδιών. Τα νούμερα της παιδικής παχυσαρκίας έχουν πάρει επιδημικές διαστάσεις: περίπου 4.7 εκατομμύρια νέοι μεταξύ 6 και 17 ετών είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Ο αριθμός των νέων που είναι υπέρβαροι (11%) έχει υπερδιπλασιαστεί τα τελευταία 30 χρόνια, με την αρχή αυτής της δραστηρικής αύξησης του σωματικού βάρους των νέων να σημειώνεται από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 και μετά. Ο διαβήτης τύπου 2 θεωρείται ως ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα υγείας των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών, με το φαινόμενο να κλιμακώνεται και να καλύπτει το μεγαλύτερο εύρος αυτών των περιπτώσεων (Theunissen, et al 2004).

Όταν τα παιδιά είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα, συγκεντρώνουν πολλές πιθανότητες να εξελιχθούν σε υπέρβαρους και παχύσαρκους ενήλικες. Τα παιδιά αυτά βρίσκονται στη κατηγορία υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση ασθενειών όπως η αρτηριακή πίεση, η υψηλή χοληστερόλη και ο διαβήτης τύπου 2. Εκτός από αυτές τις φυσικές συνέπειες, τα παιδιά θα αντιμετωπίσουν σε ένα μεγάλο ποσοστό και συναισθηματικές συνέπειες όπως τα πειράγματα και η πίεση που δέχονται από τους συνομηλίκους τους, η αρνητική αυτό εικόνα, η μειωμένη αυτό εκτίμηση και η δυσκολία να προτιμήσουν υγιεινές επιλογές (Beckham, et al 2006).

Η παχυσαρκία είναι ένα δύσκολο πρόβλημα πρόκληση για την υγεία τόσο των παιδιών όσο και των ενηλίκων. Οι επιστήμονες μαθαίνουν συνεχώς περισσότερα για τις φυσιολογικές και περιβαλλοντικές αιτίες της παχυσαρκίας και αναζητούν αποτελεσματικές θεραπείες, χωρίς ωστόσο να έχουν ανακαλύψει ακόμα μία εύκολη και αβίαστη παρέμβαση. Οι κύριοι άξονες της θεραπείας παραμένουν η τροποποίηση της διατροφής και η έναρξη της φυσικής δραστηριότητας. Ωστόσο, εξίσου σημαντική είναι και η ενδεδειγμένη αξιολόγηση των ψυχολογικών και συναισθηματικών κινδύνων, όπως επίσης και οι υπάρχουσες διατροφικές συμπεριφορές και φυσικές δραστηριότητες. Τέτοιου είδους αξιολογήσεις είναι σημαντικό να προηγούνται των προσπαθειών για αλλαγή των εκάστοτε συμπεριφορών.

Σε πολλά παχύσαρκα παιδιά και εφήβους, οι πιο διαδεδομένες συνέπειες της παχυσαρκίας αφορούν ψυχικές και κοινωνικές καταστάσεις. Η σημασία της εμφάνισης γίνεται αισθητή στους νέους σε πολύ πρώιμα στάδια της ζωής τους και παίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνικοποίησή τους. Τόσο τα αγόρια, όσο και τα κορίτσια που αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως διαφορετικούς από τους αναγνωρισμένους κανόνες, αναφέρουν μία δυσαρέσκεια για τα χαρακτηριστικά τους, με το πλεονάζον βάρος να αποτελεί μια κοινή αιτία για τα αισθήματα διαφορετικότητας που κατακλύζουν αυτά τα παιδιά και τα διαφοροποιούν από το σύνολο. Οι παχύσαρκοι έφηβοι συχνά βρίσκονται αντιμέτωποι με τη κατάθλιψη και τη χαμηλή αυτό εκτίμηση. Παιδιά προσχολικής ηλικίας, τα οποία είναι παχύσαρκα εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα και υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικού άγχους και μεγαλύτερη ψυχιατρική συμπτωματολογία από συνομηλίκους τους που βρίσκονται σε φυσιολογικά επίπεδα σωματικού βάρους. Εκείνος ο επαγγελματίας υγείας που κατανοεί τη σημαντικότητα της ψυχολογικής κατάστασης ενός παχύσαρκου παιδιού, είναι ικανός να επικεντρώσει την ανησυχία του στην υγεία του παιδιού και να το παραπέμψει για παροχή συμβουλών στην περίπτωση εκείνη που το κρίνει απαραίτητο (Jonides, et al 2002).

2) Σιδηροπενική αναιμία

Η αναιμία είναι μια παθολογική κατάσταση που οφείλεται στο γεγονός ότι στο αίμα δεν υπάρχει αρκετή αιμοσφαιρίνη. Η αιμοσφαιρίνη είναι πρωτεΐνη που περιέχεται στα ερυθρά αιμοσφαίρια – κύτταρα. Η σιδηροπενική αναιμία είναι ένας τύπος αναιμίας που οφείλεται στην ανεπάρκεια σιδήρου, ο οποίος είναι ένα από τα ουσιώδη συστατικά της αιμοσφαιρίνης, της χρωστικής των ερυθρών αιμοσφαιρίων που μεταφέρει το οξυγόνο. Είναι η συχνότερη κατάσταση που συναντάται διεθνώς, περίπου το 25% του πληθυσμού της γης παρουσιάζει ανεπάρκεια σιδήρου. Οι ευπαθείς ομάδες της σιδηροπενικής αναιμίας είναι τα βρέφη 4-24 μηνών, τα παιδιά σχολικής ηλικίας, οι έφηβες γυναίκες, οι έγκυες και οι θηλάζουσες.

Οι συνήθεις αιτίες που μπορούν να οδηγήσουν σε αναιμία λόγω έλλειψης σιδήρου είναι οι εξής:

- Η αναιμία, συνήθως, προέρχεται από την απώλεια αίματος ή και την έλλειψη σιδήρου στην διαίτα, ειδικά σε περιόδους κατά τις οποίες οι απαιτήσεις είναι υψηλές (περίοδοι γρήγορης ανάπτυξης), όπως στην παιδική ηλικία και στην εφηβική.
- Κατά την πρώτη παιδική ηλικία, το πρόβλημα επιδεινώνεται από λανθασμένη διατροφή, ειδικά κατά τον απογαλακτισμό, όταν το μητρικό γάλα αντικαταθιστάται με τρόφιμα χαμηλής σε περιεκτικότητα σε σίδηρο. Το αγελαδινό γάλα, είναι ένα καλό παράδειγμα διότι αν και έχει την ίδια περιεκτικότητα σε σίδηρο με το μητρικό, η βιοδιαθεσιμότητά του είναι πολύ χαμηλή.
- Πολλές φορές έχει παρατηρηθεί, ότι οι γονείς αντικαθιστούν ένα γεύμα δίνοντας μόνο γάλα στα παιδιά.
- Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό και πολιτιστικό επίπεδο, οι κακές συνθήκες ζωής και η δύσκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (πχ. αποφυγή κρέατος) για οικονομικούς λόγους.

Το διαιτολόγιο ενός παιδιού θα πρέπει να περιέχει αρκετές καλές πηγές απορροφήσιμου σιδήρου. Ο σίδηρος περιέχεται σε ζωικά τρόφιμα όπως το συκώτι ,

στο κρέας και στα θαλασσινά και σε φυτικά τρόφιμα όπως όσπρια και πράσινα φυλλώδη λαχανικά. Επίσης, θα πρέπει να συνδυάζονται με βιταμίνη C ώστε να έχουμε μεγαλύτερη απορρόφηση από τον οργανισμό (Quieroz, et al 2000).

3) Οδοντική τερηδόνα

Η τερηδόνα είναι μια ασθένεια που καταστρέφει την σύσταση των δοντιών, την οδοντίνη και την αδαμαντίνη και η πορεία της είναι μη αναστρέψιμη. Αποτελεί μια ασθένεια που σχετίζεται με την διατροφή και εμφανίζεται συχνά στις παιδικές ηλικίες. Το 26% μεταξύ παιδιών 5 έως 11 χρονών και το 67% μεταξύ 12-17 εμφανίζει οδοντική τερηδόνα. Υπάρχει θετική συσχέτιση με την πρόσληψη υδατανθράκων και της τερηδόνας. Συγκεκριμένα η ζάχαρη θεωρείται ο πιο επικίνδυνος υδατάνθρακας, καθώς επίσης και η μαλτόζη, η λακτόζη και η φρουκτόζη. Η πρόσληψη αυτή σχετίζεται με την κατανάλωση αναψυκτικών, γλυκών και ζαχαρούχων τροφών και γι αυτό πρέπει να μειωθεί σημαντικά η κατανάλωσή τους, ιδιαίτερα στην παιδική ηλικία (Truman, et al 2002)

Τα βακτήρια της οδοντικής πλάκας χρησιμοποιούν ως ενέργεια την ενέργεια που προέρχεται από τον καταβολισμό των υδατανθράκων της τροφής και την χρησιμοποιούν για την σύνθεση τοξικών ουσιών και ενζύμων που έχουν την δυνατότητα να αποσυνδέσουν την αδαμαντίνη και οδοντίνη. Όταν το pH του στοματικού περιβάλλοντος μειωθεί κάτω του 5,5, τότε τα βακτήρια προσβάλλουν το δόντι. Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται τα τρόφιμα που επηρεάζουν το pH και κατ' επέκταση τον κίνδυνο εμφάνισης τερηδόνας (Ζαμπέλας, 2003)

Τρόφιμα πλούσια σε πρωτεΐνη *	Φρούτα **
Τυριά	Μήλα
Γάλα	Μπανάνες
Γαλοπούλα, κοτόπουλο, βοδινό	Αχλάδια
Γιαούρτι	Πορτοκάλια και χυμοί

Ανάλατοι ξηροί καρποί	Πεπόνι
Τόνος	Σταφύλια
Βραστό αυγό	Κονσερβοποιημένα φρούτα και χυμοί
Δημητριακά και προϊόντα τους **	Λαχανικά
Ψωμί ολική αλέσεως	Καρότα
Δημητριακά πρωινού ολικής αλέσεως	Σέλινο
Ποπ – κορν	Πράσινο πιπέρι
Κρακεράκια	Αγγούρι
	Τομάτα
	Μπρόκολο
	Χυμοί λαχανικών
* Τα τρόφιμα αυτά προστατεύουν κατά της μείωσης του pH όταν καταναλώνονται με τρόφιμα που περιέχουν υδατάνθρακες	
** Τα τρόφιμα αυτά περιέχουν υδατάνθρακες	

Τέλος, έρευνες έχουν δείξει ότι το φθόριο δρα προστατευτικά για την υγεία των δοντιών, οι περισσότερες οδοντόκρεμες περιέχουν φθόριο και σε μερικές χώρες γίνεται φθορίωση του νερού (Truman, et al 2002).

4) Αθηροσκλήρωση

Πολλές μελέτες έχουν δείξει πως η αθηρωματική διαδικασία σχετίζεται στην παιδική ηλικία με τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα. Οι κύριοι προδιαθεσικοί παράγοντες αθηροσκλήρωσης είναι τα υψηλά επίπεδα LDL

χοληστερόλης, το οικογενειακό ιστορικό εμφράγματος, η υπέρταση, η HDL <35 mg/dl, η παχυσαρκία και η καθιστική ζωή (A.D.A , 2003).

Όσα παιδιά έχουν υψηλά επίπεδα χοληστερόλης πρέπει να τροποποιήσουν τον τρόπο ζωής τους και τις διατροφικές συνήθειές τους ώστε να μειώσουν τον κίνδυνο για την δημιουργία αθηρωμάτων. Μια υγιεινή και ισορροπημένη διαίτα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο μέσω της μείωσης του σωματικού βάρους, της μείωσης της αρτηριακής πίεσης, τις επιδράσεις στα λιπίδια, τον έλεγχο της γλυκόζης στο αίμα και την μείωση της τάσης για θρόμβωση. Στόχος είναι η μείωση των επιπέδων της LDL χοληστερόλης και για να το πετύχουμε πρέπει να γίνει αντικατάσταση των κορεσμένων και trans λιπαρών οξέων με διαιτητικούς υδατάνθρακες και ακόρεστα λιπαρά οξέα. Επίσης, συνετό είναι να αυξηθεί η κατανάλωση φυτικών ινών και των φυτικών στερολών για την ενίσχυση του αποτελέσματος. Τέλος, η καθιστική ζωή αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου αθηροσκλήρωσης, γι' αυτό θα πρέπει να αυξηθεί η σωματική δραστηριότητα, καθώς βοηθάει στην μείωση της χοληστερόλης στο αίμα. (Baker, et al 2003).

5) Αλλεργίες

Η τροφική αλλεργία μπορεί να οριστεί ως μια ανοσολογική αντίδραση η οποία είναι αποτέλεσμα της πρόσληψης τροφής ή πρόσθετου τροφής. Είναι συχνό φαινόμενο κατά την παιδική ηλικία και εκτιμάται ότι το 6-8% όλων των παιδιών επηρεάζονται από τροφικές αλλεργίες. Οι αλλεργίες εμφανίζονται αφού προσληφθεί μια μικρή ποσότητα του αλλεργιογόνου και παρατηρούνται συμπτώματα όπως κοιλιακός πόνος, μετεωρισμός, διάρροια, δυσασπορρόφηση, καθυστέρηση ανάπτυξης, γαστρεντερική αιμορραγία, δερματίτιδα, εξανθήματα, πονοκέφαλο, κ.α. Οι πιο συχνές αλλεργίες που απαντώνται κατά την βρεφική και παιδική ηλικία είναι στην πρωτεΐνη του αγελαδινού γάλακτος, στην πρωτεΐνη σόγιας, στο ψάρι, στα αυγά και δημητριακά. Άλλες τροφές που μπορεί τα παιδιά να είναι αλλεργικά είναι οι φράουλες, οι ξηροί καρποί, τα φυστίκια και η σοκολάτα. Η αντιμετώπισή των αλλεργιών γίνεται με απομάκρυνση από το διαιτολόγιο του τροφίμου που μπορεί να προκαλέσει αλλεργία στο παιδί. Επίσης, πρέπει να λάβουμε υπόψιν να υπάρχει διατροφική συμπλήρωση του τροφίμου που αποκλείεται από το διαιτολόγιο ώστε να

καλύπτονται οι ανάγκες του παιδιού σε ιχνοστοιχεία και βιταμίνες. (Hendricks, et al 2003)

6) Δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα αποτελεί συχνό φαινόμενο κατά την παιδική ηλικία και ορίζεται ως η μείωση της συχνότητας των κενώσεων σε λιγότερες από 3 την εβδομάδα. Στην περίπτωση της δυσκοιλιότητας τα κόπρανα είναι σκληρά και η διαδικασία της κένωσης προκαλεί πόνο και δυσκολία , ακόμα μπορεί να προκαλέσει δυσάρεστη εμπειρία για το παιδί.

Δίαιτες χαμηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες και υγρά συχνά συμβάλλουν στην εμφάνιση της. Η διατροφική αντιμετώπιση αποτελεί το πρώτο βήμα για την θεραπεία και συχνά επαρκεί για την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Στο διαιτολόγιο του παιδιού θα πρέπει να αυξηθεί η πρόσληψη φυτικών ινών και είναι σημαντική η πρόσληψη επαρκούς ποσότητας υγρών προκειμένου να εξασφαλίζεται η δραστηριότητα των ινών. Επίσης, η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας μπορεί να ωφελήσει. Το Αμερικάνικο Ίδρυμα Υγείας συστήνει, να καλύπτεται η ημερήσια πρόσληψη φυτικών ινών που αντιστοιχεί ανάλογα την ηλικία συν 5 γραμμάρια για τα παιδιά άνω των 2 ετών. Τρόφιμα πλούσια σε φυτικές ίνες είναι: τα φρούτα , τα λαχανικά και ιδιαίτερα τα χόρτα, το λάχανο, το μαρούλι, το σέλινο και το σπανάκι, το ψωμί από πιτυρούχο αλεύρι, τα δημητριακά ολικής αλέσεως και το γάλα και το γιαούρτι και τα προϊόντα του, κ.α. (Hendricks, et al 2003)

3.4 Διατροφική Εκπαίδευση – Προγράμματα παρέμβασης

Η προαγωγή της υγείας από τα πρώτα στάδια της ζωής μπορεί να επιτευχθεί με την προώθηση υγιεινών διατροφικών πρακτικών και τη τακτική φυσική δραστηριότητα, που θα έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην υγεία και την ευημερία κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας, αλλά και στα μεταγενέστερα στάδια της ζωής του ατόμου. Τα παιδιά μαθαίνουν και αποκτούν σταδιακά τις ενδεδειγμένες διατροφικές επιλογές, καθώς μεγαλώνουν και αναπτύσσονται.

Τα μέτρα πολιτικής και εκπαίδευσης σε συγκεκριμένους χώρους όπως τα σχολεία, οι χώροι εργασίας, τα νοσοκομεία ή οι δήμοι αποτελούν πολύτιμες στρατηγικές για την προαγωγή της υγείας. Το σχολείο παρέχει το πιο αποτελεσματικό και πιο αποδοτικό τρόπο ώστε να προσεγγίσεις ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού: νέους ανθρώπους, το προσωπικό του σχολείου, οικογένειες και μέλη της κοινότητας. Για να επιτευχθεί μια σωστή διατροφική παρέμβαση πρέπει να ληφθούν υπόψη τα ενδιαφέροντα και οι ανάγκες των μαθητών, των δασκάλων και του σχολείου. Αυτό σημαίνει, ότι τα μέλη που απαρτίζουν τη σχολική κοινότητα πρέπει να έχουν ενεργό ρόλο στην όλη διαδικασία.

Οι στρατηγικές παρέμβασης είναι τυπικοί και άτυποι κανόνες που θεσπίζονται ως μια συλλογική βάση, για να καθοδηγήσουν τις ατομικές και ομαδικές συμπεριφορές. Οι περιβαλλοντικές στρατηγικές είναι τα μέτρα που ελέγχουν και μεταβάλλουν το νομικό, κοινωνικό, οικονομικό και φυσικό περιβάλλον, ώστε να υποστηρίξουν την υγεία και την ευημερία, δημιουργώντας ευκαιρίες για δράση και βοηθούν στην άρση των εκάστοτε εμποδίων για μια σωστή διατροφή. Στο πλαίσιο αυτό, η παρόχη τροφίμων στο σχολείο παίζει σημαντικό ρόλο. Οι εκπαιδευτικές στρατηγικές περιλαμβάνουν τις προσπάθειες για την αύξηση της ευαισθητοποίησης σε θέματα διατροφής, επικοινωνίας και απόκτησης δεξιοτήτων. Οι στόχοι των στρατηγικών αυτών πρέπει να είναι συναφής με τους στόχους του προγράμματος παρέμβασης και να λαμβάνουν υπόψη τις γνώσεις, τις ικανότητες και το επίπεδο των μαθητών στα συγκεκριμένα ζητήματα. Το πολιτιστικό υπόβαθρο είναι ύψιστης σημασίας. Τα μηνύματα της παρέμβασης θα πρέπει να εκληφθούν με τέτοιο τρόπο από τα παιδιά, ώστε να γίνονται κατανοητά και να μπορούν να τα διδάξουν τις

γνώσεις και τις δεξιότητες που απαιτούνται, για να βελτιώσουν και να ενισχύσουν τις διατροφικές συνήθειές τους.

Σε προηγούμενη βιβλιογραφία εντοπίστηκε ότι οι εκπαιδευτικές στρατηγικές που σχετίζονται με την συμπεριφορά, ευνοούν την επιτυχία των προγραμμάτων αυτών (Conteto, 1995, Roe, et al 1997, Hoelscher, et al 2002). Άλλα χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα είναι, η επαρκής παροχή χρόνου και η ένταση της παρέμβασης, η συμμετοχή των οικογενειών, ιδιαίτερα των μικρών παιδιών και ενσωμάτωση της αυτό-αξιολόγησης και ανατροφοδότησης στις παρεμβάσεις των μεγαλύτερων σε ηλικία μαθητών. Οι παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν ενέργειες για τη τροποποίηση του σχολικού περιβάλλοντος και εκείνες που πραγματοποιούνται εξωσχολικά και απευθύνονται σε μεγάλη μερίδα ατόμων, είναι πιο πιθανό να μας παρουσιάσουν θετικό αποτέλεσμα.

Αρκετές μελέτες έχουν εντοπίσει περιορισμένη πρόσβαση των μαθητών σε φρούτα και λαχανικά, το οποίο τα τελευταία χρόνια έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη προγραμμάτων που στηρίζονται στην αύξηση πρόσληψης φρούτων και λαχανικών, βασίζοντας τις στρατηγικές παρεμβάσεις τους στη κατανομή των φρούτων και των λαχανικών στα σχολεία. Αυτή η στρατηγική έχει αποδειχθεί μέχρι στιγμής αρκετά επιτυχής (Eriksen, et al 2003).

Τα παιδιά και οι νέοι πρέπει να ενισχύουν την αρμοδιότητά τους και να είναι πιο ενήμεροι καταναλωτές, ώστε να είναι σε θέση να εκτελούν τις διατροφικές επιλογές τους μέσα στη σύνθετη κοινωνία, η οποία περιέχει ένα ευρύ φάσμα διαθέσιμων τροφίμων. Τα σχολικά εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να εστιάζουν, όχι μόνο στις διατροφικές πληροφορίες αλλά και στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και συμπεριφορών που σχετίζονται με τομείς, όπως η προετοιμασία του φαγητού, η διατήρηση και η αποθήκευσή του, την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της δημιουργίας μιας θετικής εικόνας για το σώμα και τα χαρακτηριστικά των καταναλωτών (Dixey, et al 1999).

Πρόσφατα επιτυχημένα προγράμματα συμπεριλαμβάνουν διατροφικές παρεμβάσεις, σε μαθήματα όπως η γλώσσα και τα μαθηματικά. Σε αυτές τις μελέτες, οι εκπαιδευτικοί είχαν την ευθύνη για την εφαρμογή αυτής της διδακτέας ύλης, έχοντας συνάμα την υποστήριξη εξειδικευμένου προσωπικού (Story, et al 2000).

Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα μεθόδων διδασκαλίας που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ανάλογα με τους διάφορους μαθησιακούς στόχους: συζητήσεις στη τάξη, φύλλα εργασίας, τήρηση αρχείου τροφίμων και δοκιμές γεύσεων. Στις εξωσχολικές δραστηριότητες συγκαταλέγονται επίσης: η κηπουρική, η μαγειρική, εκθέσεις και άλλες δραστηριότητες στο εργαστήριο. Οι νέες τεχνολογίες όπως τα διαδίκτυο, τα CD – Roms, κ.α προσφέρουν επίσης τη δυνατότητα εκμάθησης μέσω αυτού του νέου διαδραστικού αντικειμένου. Οι παρεμβάσεις που βασίζονται σε ειδικά σχεδιασμένα προγράμματα ηλεκτρονικού υπολογιστή, γίνονται ολοένα και πιο δημοφιλείς και βρίσκονται μεταξύ των καινοτόμων και πολλά υποσχόμενων μεθόδων.

Όλα τα παραπάνω καθιστούν αναγκαίο να συμπεριληφθούν προγράμματα προαγωγής υγείας που σχετίζονται με τις διατροφικές συνήθειες και τη φυσική δραστηριότητα στα σχολεία. Η διατροφική εκπαίδευση θα πρέπει να γίνεται σταδιακά μέρος του σχολικού προγράμματος, από τις πρώιμες τάξεις του δημοτικού, έως και το τέλος της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Στην πραγματικότητα, σε πολλές περιπτώσεις, το περιεχόμενο των εκπαιδευτικών στόχων και τα κριτήρια αξιολόγησης που σχετίζονται με τα τρόφιμα και τη διατροφή, είναι ήδη μέρος διάφορων εθνικών προγραμμάτων σπουδών. Ωστόσο, αυτά είναι συχνά πολύ ασαφή και αόριστα. Ο βαθμός υλοποίησης εξαρτάται κυρίως, από τη προθυμία των εκπαιδευτικών να επιβαρυνθούν περαιτέρω με την εκτέλεση των κατάλληλων δραστηριοτήτων, για την επίτευξη των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Για να είναι αποτελεσματικά τα προγράμματα στις διάφορες κοινότητες είναι απαραίτητο, να προσαρμόζονται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού και στις συνθήκες που επικρατούν. Η εφαρμογή είναι συνήθως μια πολύπλοκη και αργή διαδικασία. Τα χαρακτηριστικά που πρέπει να πληρούν οι εκπαιδευτικοί και οι ανάγκες σε εκπαιδευτικό υλικό, καθορίζουν το επίπεδο υλοποίησης του προγράμματος σπουδών. Η υποστήριξη παρέχεται σε αυτούς από τους υπεύθυνους και το προσωπικό του προγράμματος. Ο σωστός σχεδιασμός μιας παρέμβασης μας επιτρέπει τη καλύτερη προσαρμογή, βελτίωση και ελάττωση του χρόνου ώστε να γίνει ευκολότερα αποδεκτό (Perez – Rodrigo, et al 2003).

Ένα από τα πρώτα και μεγαλύτερα προγράμματα ήταν το NETP (nutrition education program). Σκοπός του NETP ήταν η διδασκαλία της αξίας της ισορροπημένης διατροφής στους μαθητές του δημοτικού, τόσο μέσα από την εκπαιδευτική διαδικασία στη τάξη όσο και μέσα από το παρεχόμενο γεύμα στο εστιατόριο. Για τις ανάγκες του προγράμματος, εκτός από το υλικό που χρησιμοποιήθηκε οι δάσκαλοι και το προσωπικό του εστιατορίου ακολούθησαν ειδική εκπαίδευση.

Όταν το πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε στη Νεμπράσκα, διεξήχθη σε όλες τις τάξεις 98 δημοτικών σχολείων με το συνολικό πληθυσμό του δείγματος να ανέρχεται στους 2351 μαθητές. Η παρέμβαση αυτή στόχευε επίσης, στην εξοικείωση των μαθητών με τα φρούτα και τα λαχανικά. Η θεματολογία αφορούσε λειτουργίες θρεπτικών συστατικών, τα τρόφιμα τα οποία προέρχονται και τα διαφημιστικά μέσα. Τα αποτελέσματα του προγράμματος παρουσίασαν μια αύξηση στις γνώσεις των μαθητών όλων των τάξεων, ενώ αντίθετα μόνο οι μαθητές των πρώτων 3 τάξεων αύξησαν την κατανάλωση λαχανικών.

Αντίστοιχα, στη Νέα Υόρκη το NETP εφαρμόστηκε σε σύνολο 530 μαθητών όλων των τάξεων δημοτικού και νηπιαγωγείου τριών σχολείων. Οι γνώσεις και οι στάσεις των μαθητών βελτιώθηκαν σε αυτά τα σχολεία.

Στο Τέξας της Αμερικής, πραγματοποιήθηκε το πρόγραμμα <<Go for Health>>, το οποίο εφαρμόστηκε σε 174 μαθητές τρίτης τάξης και 195 μαθητές της τέταρτης τάξης. Αντίστοιχα, η ομάδα ελέγχου απαρτιζόταν από 130 και 157 μαθητές. Για την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος, υπήρξαν διάφορες αλλαγές στο περιεχόμενο των μαθημάτων φυσικής αγωγής, αλλά και στα παρεχόμενα γεύματα από το σχολείο. Η παρέμβαση αυτή διήρκεσε 2 χρόνια και μετά το τέλος της παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό λίπους στο φαγητό μειώθηκε κατά 15% και 10,4% αντίστοιχα, το κορεσμένος λίπος κατά 31,7% και 18,8% και το αλάτι κατά 40,2% και 53,6% αντίστοιχα. Τέλος, το ποσοστό του δείγματος που λάμβανε μέρος σε έντονες φυσικές δραστηριότητες σημείωσε αύξηση από 10% σε 40%.

Ένα άλλο πρόγραμμα με το όνομα << Nutrition in the changing world>> είχε ως στόχο του την παροχή γνώσεων και την απόκτηση δεξιοτήτων, ώστε οι μαθητές να έχουν τη δυνατότητα να επιλέγουν από μόνοι τους τρόφιμα, κατάλληλα για την

προαγωγή της υγείας τους. Το πρόγραμμα απευθυνόταν σε μαθητές κυρίως του δημοτικού. Η εφαρμογή του έλαβε χώρα σε 22 σχολεία, στα οποία 21 τάξεις συμμετείχαν στην παρέμβαση και άλλες τόσες αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Η παρέμβαση διήρκησε 9 εβδομάδες και οι δραστηριότητες ακολουθήθηκαν στην τάξη και το εστιατόριο ήταν: χειροτεχνικές ασκήσεις, παζλ, αφίσες και παιχνίδια στα οποία οι μαθητές κέρδισαν πόντους με την προϋπόθεση ότι θα κατανάλωναν τα λαχανικά του μεσημεριανού γεύματος. Η έρευνα έδειξε ότι το γνωσιακό επίπεδο των μαθητών σε αυτές τις τάξεις βελτιώθηκε, ενώ όσο αφορά τις διατροφικές συνήθειες των μαθητών, το πρόγραμμα φάνηκε να τις επηρέασε ελάχιστα (Μανιός, 2007)

ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟΣ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Σκοπός της έρευνας είναι να δούμε κατά πόσο μπορεί να επιδράσει η Συμβουλευτική Διατροφική Παρέμβαση που έγινε, στην βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και την ενίσχυση της αυτοεκτίμησής σε παιδιά 8-12 ετών, την μελέτη της προσωπικότητά τους και να γίνει εκτίμηση του κατά πόσο τα παιδιά αυτά ακολουθούν ή όχι τη Μεσογειακή Διατροφή με το πέρας της παρέμβασης.

4.1 Περιγραφή παρεμβάσεων – Μεθοδολογία

Στην έρευνα πραγματοποιήθηκε διατροφική συμβουλευτική παρέμβαση σε 22 παιδιά ηλικίας 8-12 ετών (τρίτη-τετάρτη-πέμπτη-έκτη δημοτικού) στην ευρύτερη περιοχή της Σητείας, έτσι ώστε να μελετηθεί η προσωπικότητα τους, το επίπεδο αυτοεκτίμησης τους καθώς και οι διατροφικές τους συνήθειες. Στην πορεία της έρευνας αξιολογήθηκε η επίδραση των συμβουλευτικών – διατροφικών παρεμβάσεων και ο αντίκτυπος αυτών στις διατροφικές τους συνήθειες και στην αυτοεκτίμησή τους. Τέλος, εξετάστηκε σε ποιο βαθμό το δείγμα μας υιοθετεί το Μεσογειακό διατροφικό μοντέλο.

Αναλυτικότερα, το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες των 11 ατόμων η καθεμία, με απώτερο στόχο τη μεγαλύτερη ανταπόκριση των μικρών μαθητών και τη καλύτερη διεξαγωγή του πειράματος. Η πρώτη ομάδα αποτελούταν από παιδιά που διαμένουν στο χωριό Λιθίνες και η έρευνα διεξήχθη στο πολιτιστικό κέντρο της περιοχής. Η δεύτερη ομάδα απαρτιζόταν από παιδιά που πηγαίνουν σε σχολεία εντός Σητείας και οι παρεμβάσεις έγιναν, μετά από παραχώρηση του δήμου, στο ωδείο –

πολιτιστικό κέντρο Έλενα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε εξωσχολικά με ευθύνη δική μας και των γονέων των παιδιών.

Η διατροφική συμβουλευτική παρέμβαση που ενεργήθηκε σε κάθε ομάδα απαιτούσε ένα χρονικό διάστημα 6 εβδομάδων για να ολοκληρωθεί με επιτυχία. Στην διάρκεια αυτών των 6 εβδομάδων έγιναν 3 συναντήσεις με τους μαθητές, οι οποίες περιελάμβαναν συμπλήρωση ερωτηματολογίων, διδακτικές ενότητες και ορισμένα παιχνίδια.

Στη πρώτη επίσκεψη διάρκειας 3 ωρών, συμπληρώθηκαν από τους μαθητές τα παρακάτω ερωτηματολόγια και παρουσιάστηκαν οι εξής διδακτικές ενότητες:

1. Συμπλήρωση ερωτηματολογίων

- Ερωτηματολόγιο προσωπικότητας για παιδιά του Eysenck.
- Ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης C. Spielberger, στάθμιση στα ελληνικά: Κ.Ν Φουντουλάκης , Α. Ιακωβίδης και Σύν , STAI – GR. X-1
- Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών για παιδιά

Το πρώτο ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε είναι το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας για παιδιά, του Eysenck. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ένα ψυχολογικό τεστ που αποτελείται από 84 ερωτήσεις και απαντάται με ναι ή όχι. Η εγκυρότητα της δομής του ερωτηματολογίου εδραιώθηκε μέσω της παραγοντικής ανάλυσης. Η αξιοπιστία των κλιμάκων αποκτήθηκε μέσω επαναληπτικών μετρήσεων.

Οι κλίμακες που αξιολογούνται είναι:

- Σταθερότητα – νευρωτισμός (N). Αυτή η κλίμακα υποδηλώνει εάν το υποκείμενο είναι σταθερό ή νευρωτικό. Υψηλό N δείχνει αυξημένα επίπεδα άγχους και συναισθηματικής αστάθειας γενικά. Χαμηλό N δείχνει συναισθηματική σταθερότητα.

- Εσωστρέφεια – εξωστρέφεια (E). Σε γενικές γραμμές, αυτή η κλίμακα υποδηλώνει την κοινωνικότητα του ατόμου. Το υποκείμενο εκείνο που εμφανίζει υψηλό σκορ στην κλίμακα αυτή μπορεί να χαρακτηριστεί ως κοινωνικό, αισιόδοξο, ανυπόμονο και ευαίσθητο. Χαμηλό σκορ φανερώνει ένα άτομο ήσυχο, απόμακρο, κοντρολαρισμένο και με χαμηλή τάση επιθετικότητας.
- Ψυχωτισμός (P) - Υπερεγώ. Αυτή η κλίμακα επικεντρώνεται στην μέτρηση των ψυχωτικών διαστάσεων που παρουσιάζει η συμπεριφορά ενός ατόμου όπως βιαιότητα, ανεμελιά, έλλειψη εμπάθειας και τάσεις συγκρούσεις με άλλους.
- Κλίμακα ψεύδους (L). Αυτή η κλίμακα μετράει την τάση του υποκειμένου να δίνει τις απαντήσεις εκείνες που θα δημιουργήσουν καλύτερη εντύπωση έτσι ως αποτέλεσμα αυτού, μετρά το βαθμό ακρίβειας των απαντήσεών του (Cruz, 2011).

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε είναι το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του C. Spielberger. Στο ερωτηματολόγιο αυτό περιγράφεται η διαδικασία του να βιώνεις το άγχος, ως αποτέλεσμα μιας χρόνιας ακολουθίας εσωτερικών και εξωτερικών αλληλεπιδράσεων και συναισθημάτων, γνωστικών παραγόντων καθώς και μηχανισμών άμυνας. Η ανήσυχη κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από την φυσιολογική διέγερση και από τις σκέψεις μια επικείμενης καταστροφής, υποκινείται είτε από εξωτερικούς παράγοντες άγχους, είτε από κάποιο εσωτερικό ερέθισμα (π.χ. μυϊκός σπασμός). Αν τα εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα προκαλούν ανησυχία και εκτιμηθούν ως απειλή τότε, μια αμυντική συμπεριφορά ενεργοποιείται για την καταπολέμηση του άγχους. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 40 ερωτήσεις που κατηγοριοποιούνται σε δύο μέρη. Οι πρώτες 20 ερωτήσεις περιγράφουν τα συναισθήματα που κατακλίζουν το άτομο τη στιγμή της μελέτης, ενώ οι υπόλοιπες 20 αναφέρονται στο πως αισθανόταν το άτομο γενικά τις τελευταίες μέρες. Υπάρχουν τέσσερις πιθανές απαντήσεις για κάθε ερώτηση και ανάλογα με το ποια από αυτές τους αντιπροσωπεύει καλύτερα δίνεται και η απάντηση. Οι απαντήσεις για το πρώτο μέρος είναι καθόλου, κάπως, μέτρια, πάρα

πολύ και για το δεύτερο σχεδόν ποτέ, μερικές φορές, συχνά, σχεδόν πάντοτε. Η κάθε ερώτηση βαθμολογείται από 1 έως 4 και το σκορ του τεστ κυμαίνεται από 20-80 για κάθε μέρος (Gros, et al 2007).

Τέλος, τα παιδιά θα συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών σχεδιασμένο από εμάς, που ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της έρευνας.

2. Αυτοεκτίμηση

Στο μάθημα αυτό μέσω της χρήσης PowerPoint και ενός προτζέκτορα έγινε μια διάλεξη για την αυτοεκτίμηση ώστε να γίνει αντιληπτό τι είναι και πώς μπορεί να ενισχυθεί. Με το πέρας της παρουσίασης έγινε συζήτηση και έπειτα αναγνώστηκαν δυο παραμύθια: <<Τα καινούργια ρούχα του αυτοκράτορα>> (σελ 213, Rowshan, 1998) και <<ο πατέρα και ο γιος>> (σελ 217, Rowshan, 1998). Με την βοήθεια των παιδιών αναλύθηκε το ηθικό δίδαγμα των παραμυθιών το οποίο αναφερόταν στην αυτοεκτίμηση και στην αναγκαιότητα να διατηρείται αυτή σε υψηλά επίπεδα.

3. Υγιεινή Διατροφή

Με τον ίδιο τρόπο όπως και προηγουμένως πραγματοποιήθηκε γενική διατροφική διάλεξη, η οποία είχε ως στόχο την απόκτηση γνώσεων για μια ισορροπημένη διατροφή και έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Τα παιδιά ήρθαν σε επαφή με τις ομάδες τροφίμων (γαλακτοκομικά, φρούτα, λαχανικά, άμυλο, κρέας, λίπος) και τους αναλύθηκε λεπτομερώς από τι τρόφιμα αποτελείται η κάθε ομάδα, ποια είναι τα κύρια θρεπτικά συστατικά που περιέχονται σε αυτά και ποια είναι η αξία τους για τον οργανισμό. Έπειτα, εξηγήθηκε με σαφήνεια στους μαθητές τον αριθμό των γευμάτων που πρέπει να καταναλώνουν αλλά και την σύνθεσή τους, ώστε να έχουν μια ισορροπημένη και σωστή διατροφή. Τέλος, έγινε συζήτηση με καθένα από αυτά για τις διατροφικές συνήθειές του και τους επισημάναμε τα λάθη που κάνουν με σκοπό να βελτιωθεί η διατροφή τους, ενώ αντίστοιχα ενθαρρύθηκαν οι σωστές διατροφικές συμπεριφορές.

Η δεύτερη επίσκεψη, επίσης διάρκειας 3 ωρών που έλαβε μέρος μια εβδομάδα αργότερα, είχε επίκεντρο τη Μεσογειακή διατροφή, τα παραμύθια και τις ζωγραφιές.

4. Μεσογειακή Πυραμίδα

Αρχικά, έγινε μια εισαγωγή στη Μεσογειακή διατροφή που περιελάμβανε ιστορική αναφορά, λίγα λόγια για τα τρόφιμα που περιέχονται στην εν λόγω πυραμίδα και τέλος πραγματοποιήσαμε την ανάλυση αυτής. Για τις ανάγκες του μαθήματος αυτού κατασκευάστηκε μια ξύλινη Μεσογειακή Πυραμίδα και με την βοήθεια των προπλάσμάτων παρουσιάστηκε στα παιδιά από τι αποτελείται, δηλαδή τα τρία επίπεδά της και τα τρόφιμα που αντιστοιχούν σε κάθε επίπεδο. Στην συνέχεια δώθηκε η ευκαιρία στα παιδιά να κατασκευάσουν από την αρχή την πυραμίδα τοποθετώντας τα προπλάσματα στις σωστές θέσεις. Έπειτα, δώθηκε στα παιδιά ένα φύλλο Α4 με την πυραμίδα κενή έτσι ώστε εκείνα να την συμπληρώσουν μόνα τους. Με το τέλος της διαδικασίας αυτής, κάθε παιδί έδειξε τη προσπάθειά του και έγινε επέμβαση όπου χρειάστηκε για να τους εξηγήθει ξανά η δομή της πυραμίδας. Τέλος, μοιράστηκε σε κάθε παιδί την Μεσογειακή Πυραμίδα σωστά συμπληρωμένη.

5. Παραμύθια

Μετάπειτα, διαβάστηκαν παραμύθια σχετικά με την διατροφή με απώτερο στόχο τα παιδιά να εκλάβουν το ηθικό δίδαγμα που απορρέει από αυτά. Τα παραμύθια που ακούστηκαν ήταν:

- Ο λιπαρούλης και ο βιταμινούλης (σελ 185, Πιπεράκης, 2002).
- Η περιπέτεια του Σπιρτούλη (σελ 154, Πιπεράκης, 2002).
- Στη χώρα του βασιλιά γαλάτη (σελ 166, Πιπεράκης, 2002)..
- Το μαγικό νερό (σελ 159, Πιπεράκης, 2002)..

6. Ζωγραφική

Τέλος, σειρά είχαν εικαστικές παρεμβάσεις, δίνοντας την ευκαιρία στους μαθητές να μάθουν σχετικά με διατροφικά ζητήματα μέσω της ζωγραφικής. Σε κάθε παιδί ζητήθηκε να ζωγραφίσει ένα ή περισσότερα τρόφιμα από κάθε κατηγορία τροφίμων και να τα χαρακτηρίσει με βάση τη πεποίθησή του ως υγιεινά ή όχι για τον οργανισμό. Η τελευταία ενέργεια ήταν να εξετασθούν οι ζωγραφιές και μέσω συζήτησης να πραγματοποιηθεί επανάληψη για το τι πρέπει να περιέχει μια σωστή διατροφή και ένας υγιεινός τρόπος ζωής.

Στη τρίτη επίσκεψη διάρκειας 1 ώρας, που έλαβε μέρος 1 μήνα αργότερα από την δεύτερη, συμπληρώθηκαν από τους μαθητές τα παρακάτω ερωτηματολόγια. Το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε θεωρήθηκε απαραίτητο, ώστε οι μαθητές να έχουν αναπτύξει την δική τους κρίση και η τελική απόφαση για τις διατροφικές επιλογές τους, να μην επηρεάζεται άμεσα από τις παρεμβάσεις που είχαν προηγηθεί. Συνέπεια αυτού είναι, τα αποτελέσματα της έρευνας να έχουν μεγαλύτερη αντικειμενικότητα και αξιοπιστία.

7. Συμπλήρωση ερωτηματολογίων

- Ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης C. Spielberger, στάθμιση στα ελληνικά: Κ.Ν Φουντουλάκης , Α. Ιακωβίδης και Συν , STAI – GR. X-1 για δεύτερη φορά.
- Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών για παιδιά
- Ερωτηματολόγιο KidMed

Το δείγμα συμπλήρωσε για δεύτερη φορά το ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης και εκείνο των διατροφικών συνηθειών, ώστε να αξιολογηθούν τυχόν διαφορές ή όχι στις αρχικές και τελικές τους απαντήσεις.

Στη συνέχεια, ήρθαν σε επαφή για πρώτη φορά με το KidMed test, το οποίο είναι ένα εργαλείο που βοηθά στη κατανόηση των διατροφικών τους συνηθειών και στο αν αυτές συνάδουν με τις αρχές του Μεσογειακού μοντέλου διατροφής. Η ανάπτυξη του βασίστηκε στα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής, αλλά και στα σημεία εκείνα που μπορούν να την υπονομεύσουν. Το τεστ αποτελούν 16 ερωτήσεις, με το σκορ να κυμαίνεται από 0 έως 12 και μπορεί να συμπληρωθεί από κάποιον ειδικό σε μία επικείμενη συνέντευξη ή από το ίδιο το άτομο. Με βάση το σκορ των απαντήσεων που δόθηκαν το άτομο εντάσσεται σε μια από τις 3 κατηγορίες του: φτωχή ≤ 3 , ικανοποιητική 4-7 , πλούσια ≥ 8 (Serra – Majem, et al, 2003, 2004).

Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, release 14, 2005, SPSS, Chicago, Illinois).

Το υλικό της παρέμβασης και τα ερωτηματολόγια παρατίθενται στο παράρτημα.

4.2 Αποτελέσματα έρευνας

Στο σημείο αυτό θα παραθέτουν αναλυτικά τα αποτελέσματα της διατροφικής – συμβουλευτικής παρέμβασής.

Αρχικά, θα αναλυθεί το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck, το οποίο συμπληρώθηκε από τα παιδιά κατά την πρώτη συνάντησή μας μαζί τους. Για να μπορέσει να επιτευχθεί η σύγκριση, διαχωρίστηκε το δείγμα μας με βάση το φύλο σε κορίτσια και αγόρια, όπως επίσης και με βάση την ηλικία καθενός από αυτά. Όπως φαίνεται ο παρακάτω πίνακας μας παρουσιάζει τόσο το μέσο όρο του δείγματος για κάθε μεταβλητή όσο και το μέσο όρο που είναι σταθμισμένος ανάλογα με την ηλικία.

ΚΟΡΙΤΣΙΑ										
	ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Μ.Ο δείγματος P	Μ.Ο P	Μ.Ο δείγματος E	Μ.Ο E	Μ.Ο δείγματος N	Μ.Ο N	Μ.Ο δείγματος L	Μ.Ο L
	8	1	6	1,43	15	18,57	6	6,29	19	22,86
	11	5	1,2	1,55	18,4	16,88	8,8	8,68	16,8	18,23
	12	4	2,75	1,98	18,25	17,16	8,5	9,97	15,5	16,81
ΑΓΟΡΙΑ										
	ΗΛΙΚΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	Μ.Ο δείγματος P	Μ.Ο P	Μ.Ο δείγματος E	Μ.Ο E	Μ.Ο δείγματος N	Μ.Ο N	Μ.Ο δείγματος L	Μ.Ο L
	8	3	3	1,18	16	13	6,7	5,45	17,7	22
	9	1	6	2,21	9	15,38	10	6,63	14	20,18
	10	2	5	2	16,5	16,48	3,5	6,94	17	19,19
	11	2	0,5	2,06	18,5	17,48	2,5	7,67	17,5	17,6
	12	4	1,75	2,79	19,75	17,5	10,75	8,47	18,5	16,19

Όσον αφορά τα κορίτσια ηλικίας 8 ετών, παρατηρούμε ότι στο νευρωτισμό – σταθερότητα, εσωστρέφεια – εξωστρέφεια και στην κλίμακα ψεύδους βρίσκονται κάτω από τον μέσο όρο ενώ ο ψυχωτισμός υπερβαίνει κατά πολύ τα φυσιολογικά όρια. Τα αποτελέσματα αυτά φανερώνουν ότι τα συγκεκριμένα άτομα είναι σταθερά, ήρεμα, εσωστρεφή, ειλικρινή αλλά και αρκετά διεκδικητικά, πολλές φορές αγενή και επιθετικά προς τους άλλους. Για τα κορίτσια ηλικίας 11 ετών, βλέπουμε ότι στο ψυχωτισμό και στην κλίμακα ψεύδους τα επίπεδα είναι χαμηλότερα του μέσου όρου, ενώ στο νευρωτισμό – σταθερότητα και στην εσωστρέφεια – εξωστρέφεια είναι

υψηλότερα αυτού. Στοιχεία του χαρακτήρα των ατόμων αυτών είναι η ειλικρίνεια, η κοινωνικότητα, η παρορμητικότητα, η ανησυχία και η ευερεθιστικότητα. Τέλος, για τα κορίτσια εκείνα που είναι 12 ετών, ο πίνακας δείχνει ότι στο νευρωτισμό – σταθερότητα και στην κλίμακα ψεύδους βρίσκονται κάτω από το μέσο όρο ενώ στο ψυχωτισμό και στην εσωστρέφεια – εξωστρέφεια πάνω από αυτόν. Αυτό σημαίνει ότι τα κορίτσια αυτά είναι ειλικρινή, σταθερά, ήρεμα, παρορμητικά, κοινωνικά, διεδικητικά και επιθετικά.

Αντίστοιχα για τα αγόρια 8 ετών, παρατηρούμε ότι στο νευρωτισμό – σταθερότητα, εσωστρέφεια – εξωστρέφεια και στο ψυχωτισμό βρίσκονται πάνω από τον μέσο όρο ενώ στην κλίμακα ψεύδους κάτω από αυτόν. Τα αποτελέσματα αυτά φανερώνουν ότι τα συγκεκριμένα άτομα είναι ειλικρινή, ανήσυχα, ευερέθιστα, διεδικητικά, επιθετικά και κοινωνικά. Για τα αγόρια ηλικίας 9 ετών, βλέπουμε ότι στην εσωστρέφεια – εξωστρέφεια και στην κλίμακα ψεύδους τα επίπεδα είναι χαμηλότερα του μέσου όρου, ενώ στο νευρωτισμό – σταθερότητα και στο ψυχωτισμό είναι υψηλότερα αυτού. Στοιχεία του χαρακτήρα των ατόμων αυτών είναι, η ειλικρίνεια, η ηρεμία, η μοναχικότητα, το άγχος, η συναισθηματική αστάθεια, η επιθετικότητα και η διεδικητικότητα. Για τα αγόρια εκείνα που είναι 10 ετών, ο πίνακας δείχνει ότι στο νευρωτισμό – σταθερότητα και στην κλίμακα ψεύδους βρίσκονται κάτω από το μέσο όρο ενώ στο ψυχωτισμό πάνω από αυτόν. Στην συγκεκριμένη περίπτωση αξιοπρόσεκτη είναι η ταύτιση μεταξύ των 2 μέσων όρων στην εσωστρέφεια – εξωστρέφεια, κάτι που μας δείχνει ότι η τιμή αυτή έχει μείνει σταθερή (Στα φυσιολογικά όρια είναι και πολλές από τις υπόλοιπες τιμές). Όσο αφορά το χαρακτήρα τους είναι ειλικρινή, σταθερά, ήρεμα, διεδικητικά και επιθετικά. Στα εντεκάχρονα αγόρια παρατηρούμε ότι στο ψυχωτισμό και στο νευρωτισμό – σταθερότητα οι μέσοι όροι του δείγματος είναι χαμηλότεροι ενώ στην εσωστρέφεια – εξωστρέφεια υψηλότεροι. Στην κλίμακα ψεύδους οι μέσοι όροι ταυτίζονται. Από αυτά βγαίνει ως συμπέρασμα ότι οι συγκεκριμένοι μαθητές έχουν ως κύρια χαρακτηριστικά τους την ηρεμία, τη κοινωνικότητα και τη παρορμητικότητα. Τέλος, για τα αγόρια ηλικίας 12 ετών γίνεται αντιληπτό ότι η εσωστρέφεια – εξωστρέφεια, ο νευρωτισμός – σταθερότητα και η κλίμακα ψεύδους παρουσιάζουν τιμές υψηλότερες του μέσου όρου ενώ ο ψυχωτισμός τιμή μικρότερη

του μέσου όρου. Ως συνέπεια, τα παιδιά αυτά είναι κοινωνικά, παρορμητικά, ανήσυχα, ευερέθιστα και δεν είναι ειλικρινή.

Στη συνέχεια, παραθέτονται τα αποτελέσματα του ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης του Spielberg.

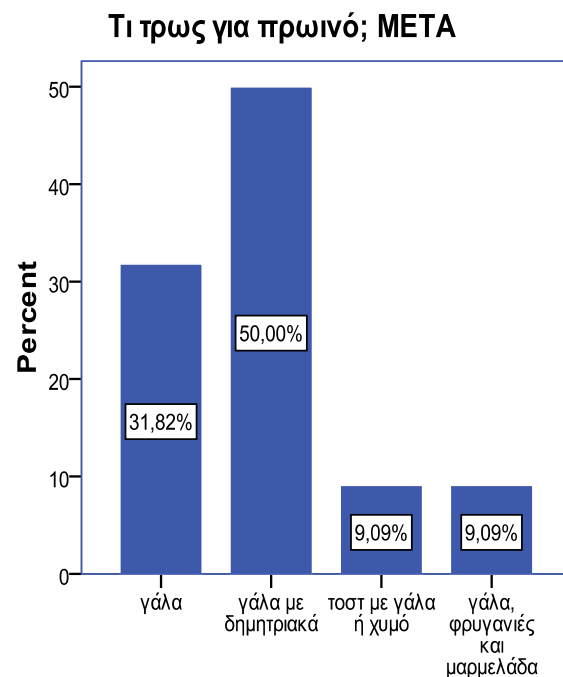
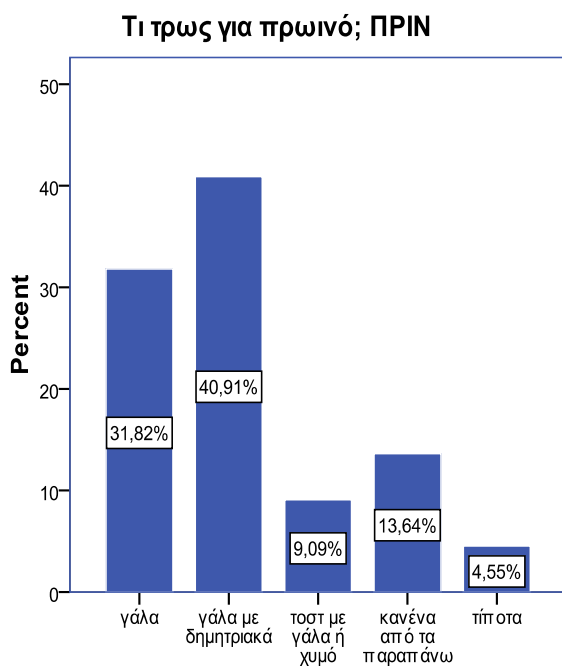
Δείγμα	Πρώτο μέρος ΠΡΙΝ	Δεύτερο μέρος ΠΡΙΝ	Αυτοεκτίμηση	Πρώτο μέρος ΜΕΤΑ	Δεύτερο μέρος ΜΕΤΑ	Αυτοεκτίμηση2
1	27	30	υψηλή	33	37	υψηλή
2	24	29	υψηλή	32	23	υψηλή
3	35	38	μέτρια	24	25	υψηλή
4	35	37	μέτρια	27	26	υψηλή
5	24	30	υψηλή	49	34	χαμηλή
6	34	33	υψηλή	31	28	υψηλή
7	24	31	υψηλή	22	33	υψηλή
8	26	26	υψηλή	23	22	υψηλή
9	24	26	υψηλή	25	32	υψηλή
10	26	32	υψηλή	29	44	μέτρια
11	47	33	χαμηλή	20	40	υψηλή
12	20	37	υψηλή	20	33	υψηλή
13	25	29	υψηλή	20	24	υψηλή
14	32	54	χαμηλή	24	29	υψηλή
15	29	35	υψηλή	21	27	υψηλή
16	20	28	υψηλή	20	27	υψηλή
17	23	34	υψηλή	24	26	υψηλή
18	34	33	υψηλή	23	24	υψηλή
19	27	31	υψηλή	27	31	υψηλή
20	20	43	μέτρια	20	31	υψηλή
21	22	24	υψηλή	20	23	υψηλή
22	24	31	υψηλή	21	32	υψηλή
Μέσος Όρος	27,4	32,9	υψηλή	25,2	29,6	υψηλή

Επίπεδο Αυτοεκτίμησης PRIN	Αγόρια	Κορίτσια
Χαμηλή	1	1
Μέτρια	2	1
Υψηλή	8	9
Σύνολο	11	11
Επίπεδο Αυτοεκτίμησης META	Αγόρια	Κορίτσια
Χαμηλή	0	1
Μέτρια	1	0
Υψηλή	10	10
Σύνολο	11	11

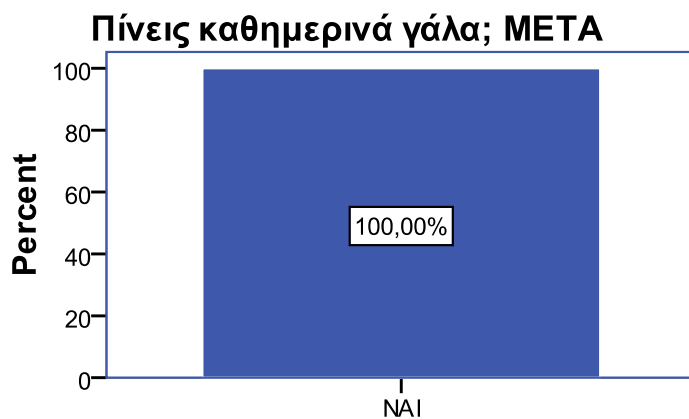
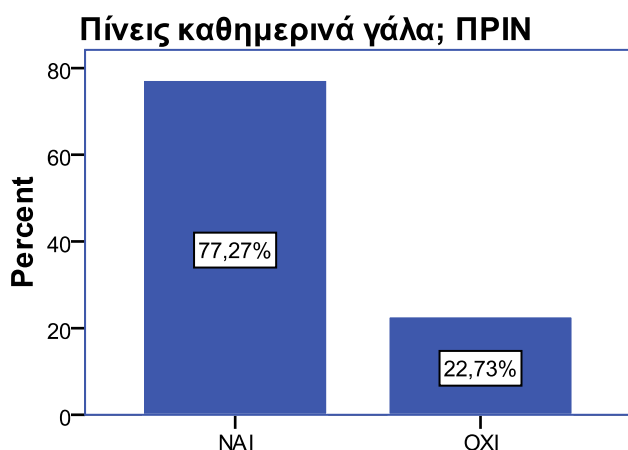
Από τούς παραπάνω πίνακα συμπεράσμα που προκύπτει είναι ότι, πριν την παρέμβαση αλλά και μετά, τα παιδιά έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση. Αναλυτικότερα, πριν τη παρέμβαση και στα δύο μέρη του ερωτηματολογίου τα παιδιά βρίσκονται κάτω από το μέσο σκορ του ερωτηματολογίου (40 για κάθε μέρος) , που αυτό μας δηλώνει πως το δείγμα μας όσο αφορά το άγχος έχουν χαμηλά επίπεδα και ανησυχούν σε φυσιολογικό βαθμό, με αποτέλεσμα να έχουν αυξημένα επίπεδα αυτοεκτίμησης. Το ίδιο ισχύει και για μετά το τέλος της παρέμβασης και μάλιστα βλέπουμε πως οι μέσοι όροι μετά είναι μικρότεροι απ' ότι πριν, έτσι μπορούμε να πούμε ότι η παρέμβαση είχε θετικό αντίκτυπο στην αυτοεκτίμησή τους. Τέλος, ο δεύτερος πίνακας δείχνει το επίπεδο αυτοεκτίμησης πριν και μετά ξεχωριστά για τα αγόρια και τα κορίτσια του δείγματος.

Ακολούθως, θα αναλύσουμε το ερωτηματολόγιο διατροφής που δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της έρευνας μας. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε 2 φορές από το δείγμα, μια πριν ξεκινήσει η παρέμβαση και μια ένα μήνα μετά το τέλος της. Η σύγκριση αφορά τις απαντήσεις που δόθηκαν πριν και μετά την παρέμβαση.

Στην πρώτη ερώτηση, παρατηρούμε ότι μετά τη ολοκλήρωση της παρέμβασης εκείνο το ποσοστό του δείγματός που δεν κατανάλωνε πρωινό, έχει αλλάξει διατροφικές συνήθειες και μάλιστα το πρωινό αποτελεί μια από τις υγιεινές επιλογές που είχαν προταθεί.

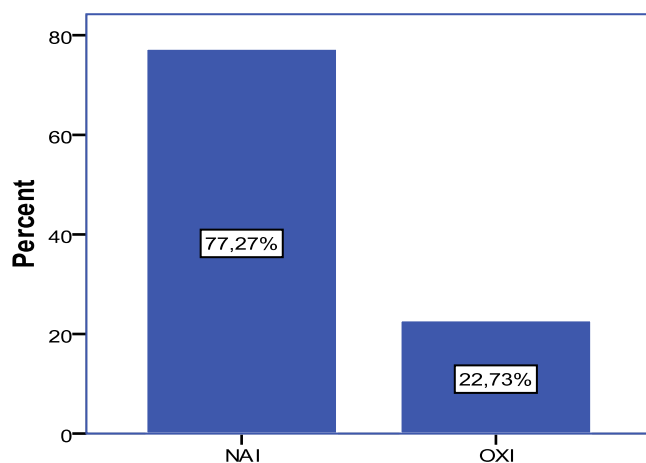


Στην δεύτερη ερώτηση, το σύνολο των μαθητών πίνει καθημερινά γάλα μετά την παρέμβαση.

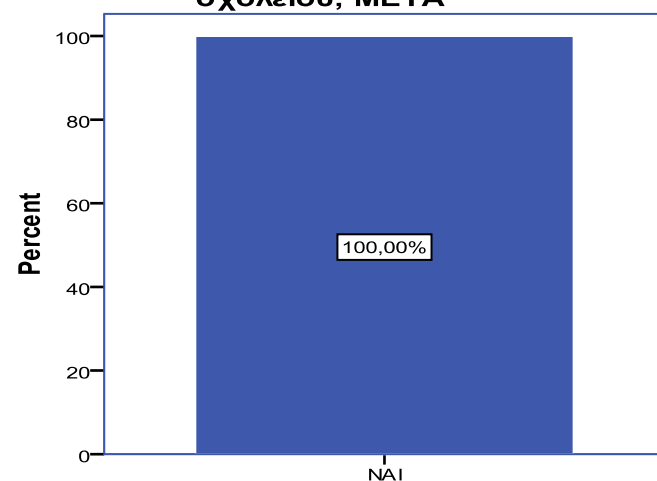


Η τρίτη ερώτηση δείχνει κάτι σημαντικό, καθώς τώρα πλέον όλοι οι μαθητές καταναλώνουν ένα σνακ κατά την διάρκεια του σχολείου.

Καταναλώνεις κάτι κατά την διάρκεια του σχολείου; ΠΡΙΝ

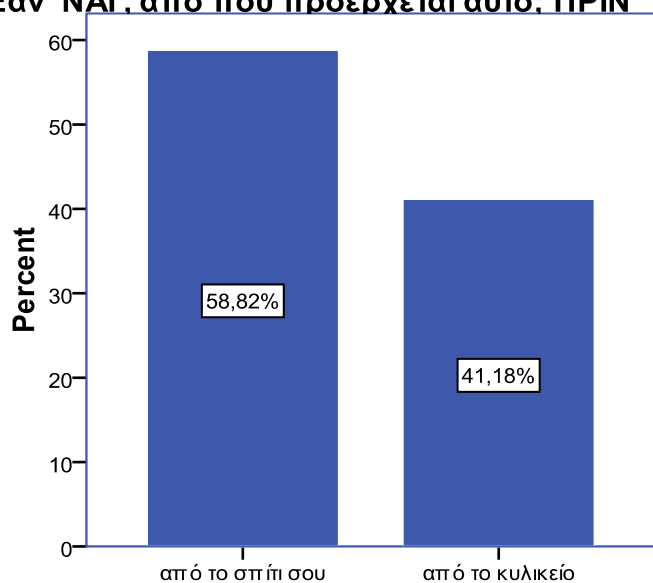


Καταναλώνεις κάτι κατά την διάρκεια του σχολείου; ΜΕΤΑ

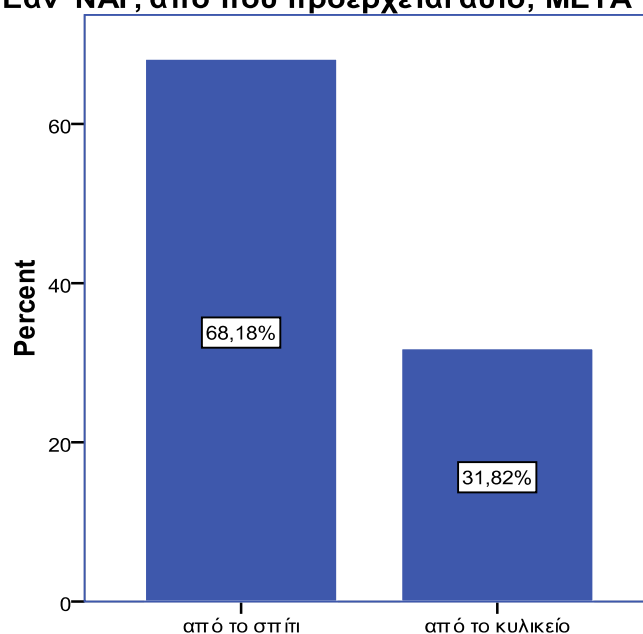


Επίσης στην τέταρτη ερώτηση φαίνεται ότι μειώθηκε το ποσοστό των παιδιών εκείνων που προτιμούν το κολατσιό τους να προέρχεται από το κυλικείο του σχολείου.

Εάν ΝΑΙ, από πού προέρχεται αυτό; ΠΡΙΝ

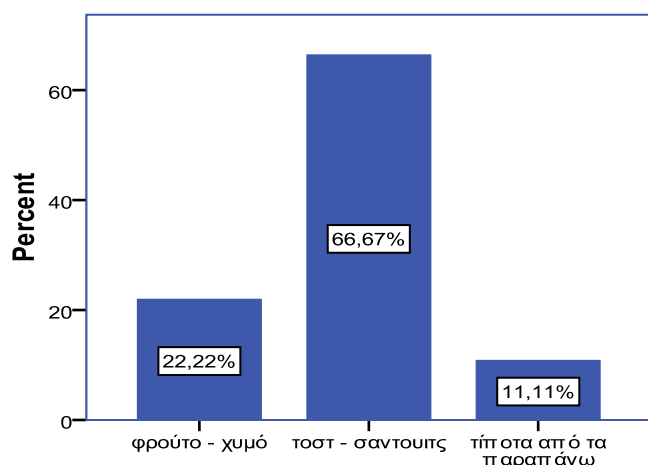


Εάν ΝΑΙ, από πού προέρχεται αυτό; ΜΕΤΑ

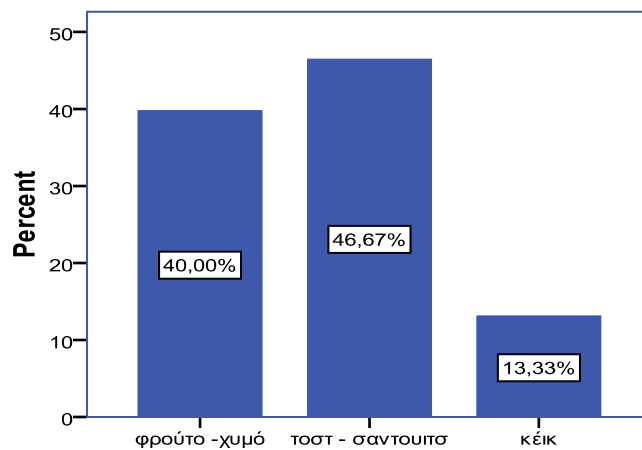


Τα σημαντικά ευρήματα της πέμπτης ερώτησης είναι ότι αυξήθηκε η κατανάλωση φρούτων και χυμών όπως επίσης και εκείνη σπιτικού κέικ.

Αν προέρχεται από το σπίτι , τι είναι συνήθως αυτό ; ΠΡΙΝ

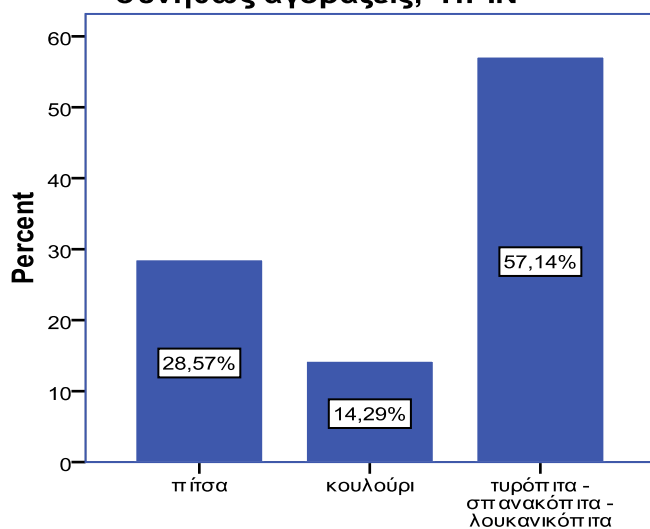


Αν προέρχεται από το σπίτι , τι είναι συνήθως αυτό ; ΜΕΤΑ

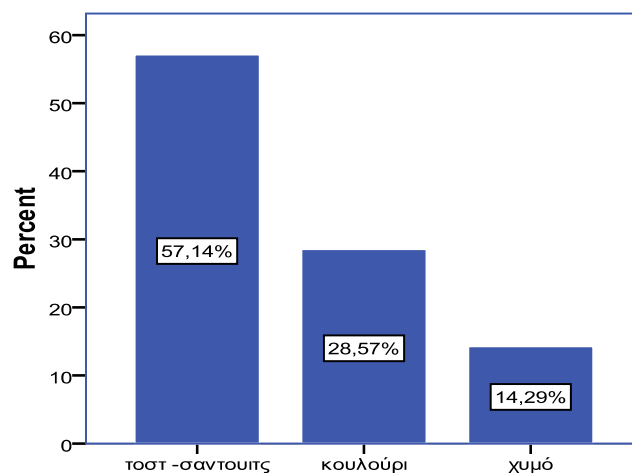


Στην έκτη ερώτηση παρατηρήθηκε μια αξιοπρόσεκτη μεταστροφή στις διατροφικές επιλογές όσων καταναλώνουν τρόφιμα από το κυλικείο, αναλυτικότερα οι ανθυγιεινές επιλογές (π.χ. πίτσα , σφολιατοειδή) έχουν αντικατασταθεί από πιο υγιεινές επιλογές.

Αν προέρχεται από το κυλικείο , τι συνήθως αγοράζεις; ΠΡΙΝ

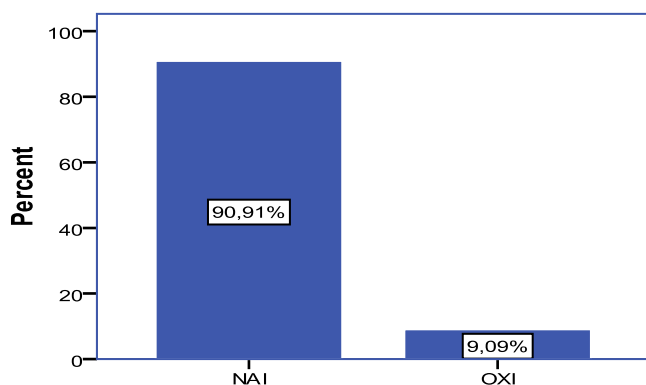


Αν προέρχεται από το κυλικείο , τι συνήθως αγοράζεις; ΜΕΤΑ

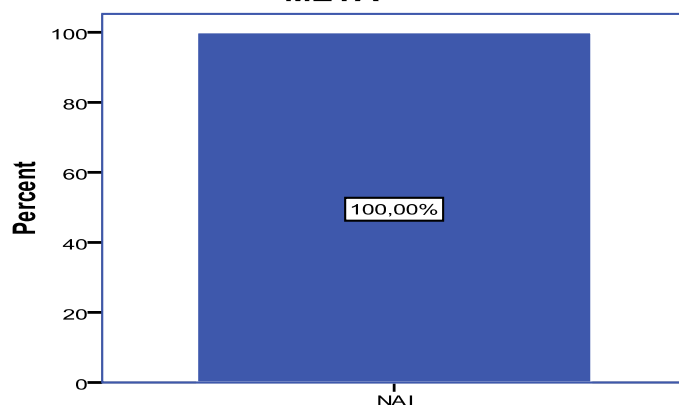


Στην επόμενη ερώτηση, όλα τα παιδιά καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά, μετά την παρέμβαση.

Σου αρέσουν τα φρούτα και τα λαχανικά; ΠΡΙΝ

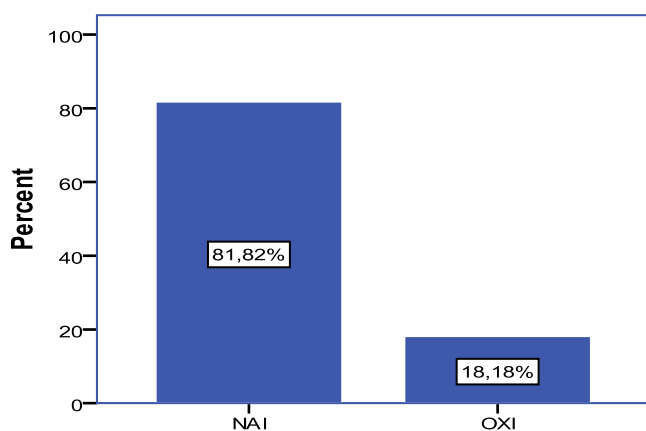


Σου αρέσουν τα φρούτα και τα λαχανικά; ΜΕΤΑ

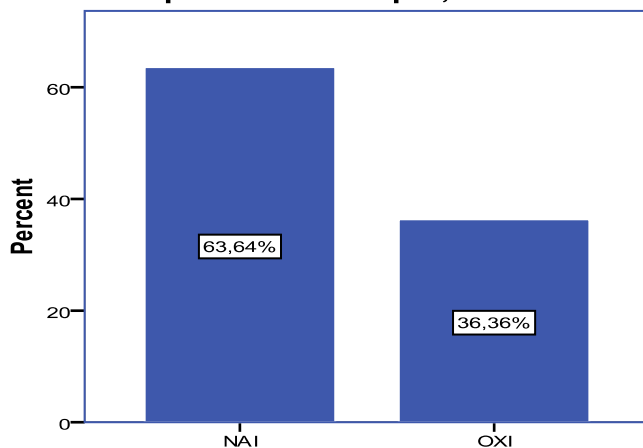


Στην όγδοη ερώτηση το αποτέλεσμα είναι αρνητικό αφού μειώθηκε το ποσοστό εκείνο που καταναλώνει όσπρια.

Σου αρέσουν τα όσπρια; ΠΡΙΝ

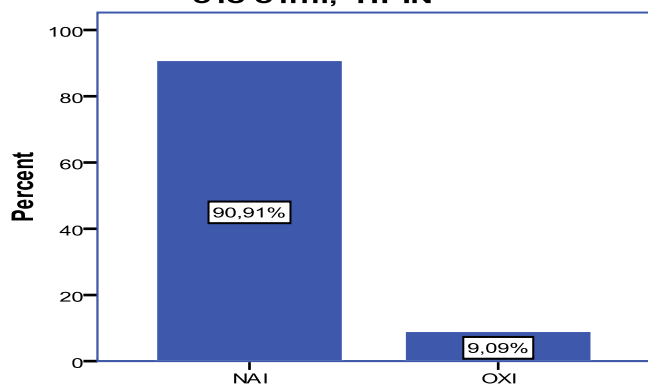


Σου αρέσουν τα όσπρια; ΜΕΤΑ

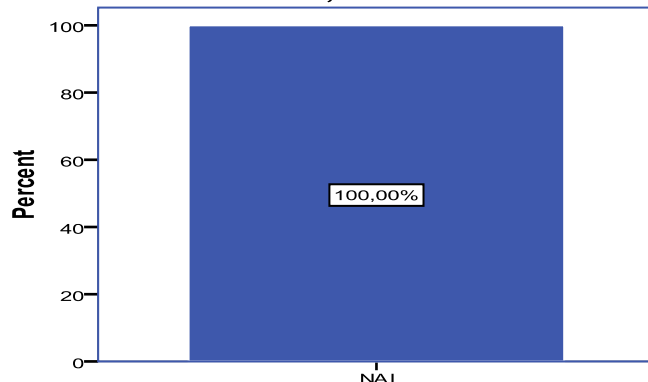


Στην ένατη ερώτηση είναι φανερό ότι μετά το πέρας της παρέμβασης εξαλείφθηκε το μικρό ποσόστο των παιδιών που δεν έβρισκαν μαγειρεμένο φαγητό στο σπίτι.

Υπάρχει καθημερινά μαγειρεμένο φαγητό στο σπίτι; ΠΡΙΝ

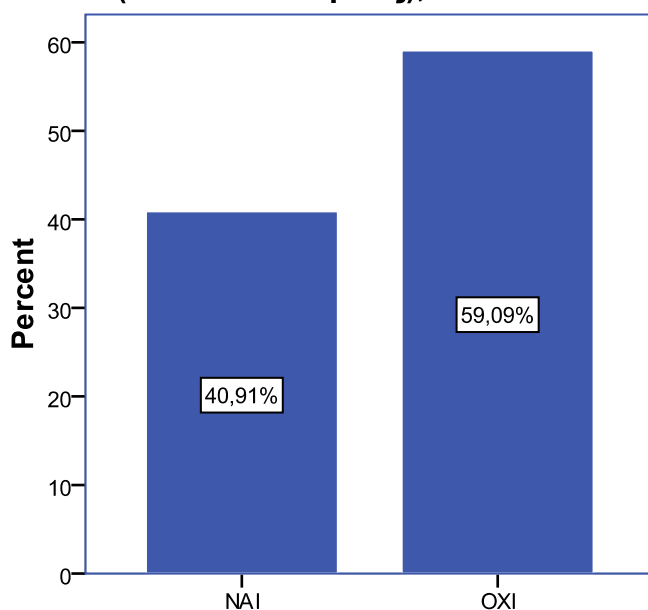


Υπάρχει καθημερινά μαγειρεμένο φαγητό στο σπίτι; ΜΕΤΑ

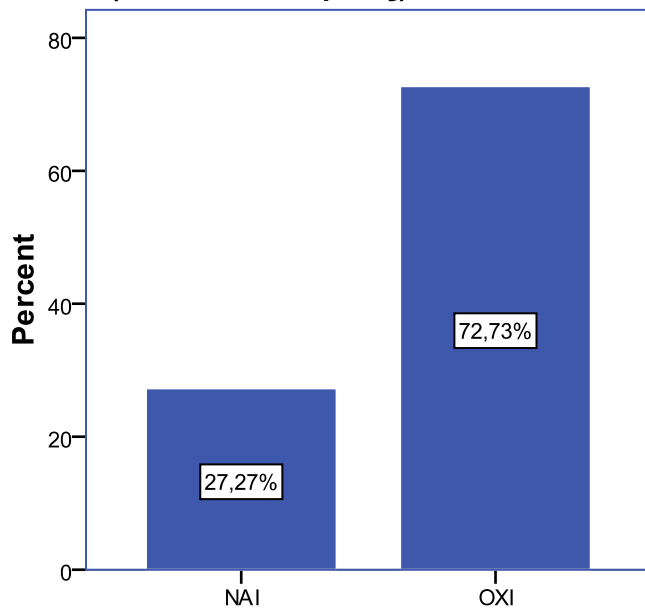


Στην δέκατη ερώτηση παρατηρήθηκε ότι μειώθηκε η κατανάλωση ψωμιού κατά την διάρκεια των γευμάτων.

Μαζί με το φαγητό σου, τρως πολύ ψωμί (πάνω από 2 φέτες); ΠΡΙΝ

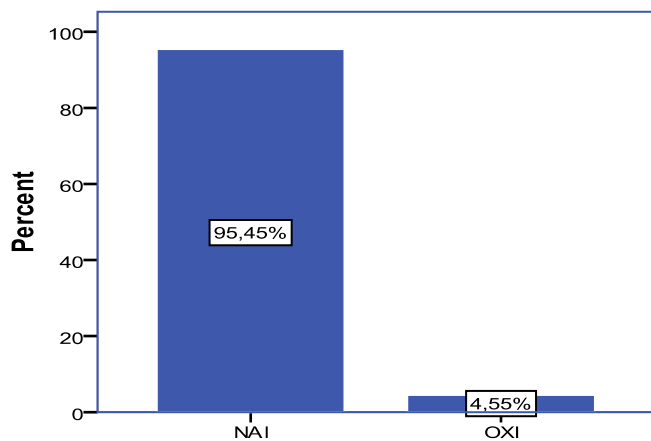


Μαζί με το φαγητό σου, τρως πολύ ψωμί (πάνω από 2 φέτες); ΜΕΤΑ

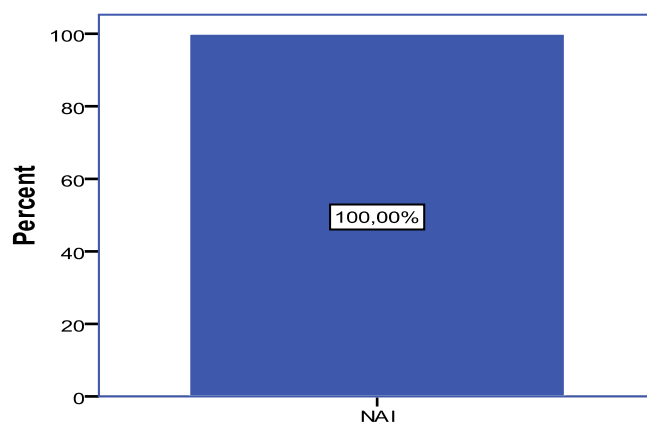


Στην επόμενη ερώτηση φαίνεται ότι το σύνολο των μαθητών καταναλώνει σαλάτα μαζί με το φαγητό.

Μαζί με το φαγητό σου, τρως σαλάτα; ΠΡΙΝ

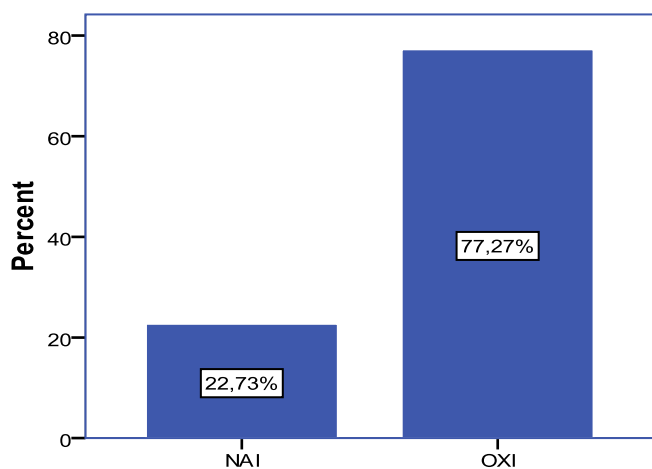


Μαζί με το φαγητό σου, τρως σαλάτα; ΜΕΤΑ

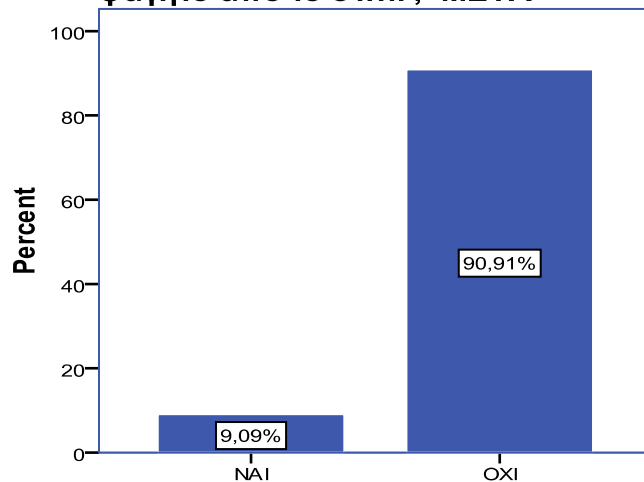


Στην δωδέκατη ερώτηση μειώθηκε το ποσοστό των παιδιών που προτιμούν το έτοιμο φαγητό συγκριτικά με το σπιτικό.

Προτιμάς να τρως φαγητό απ έξω αντί για φαγητό από το σπίτι ; ΠΡΙΝ

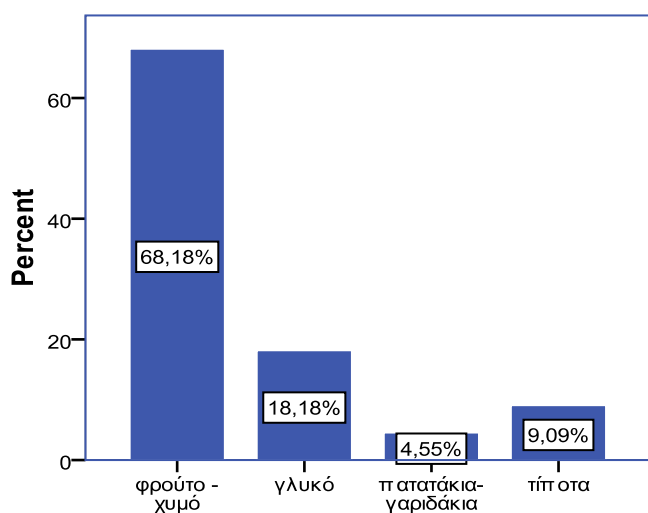


Προτιμάς να τρως φαγητό απ έξω αντί για φαγητό από το σπίτι ; ΜΕΤΑ

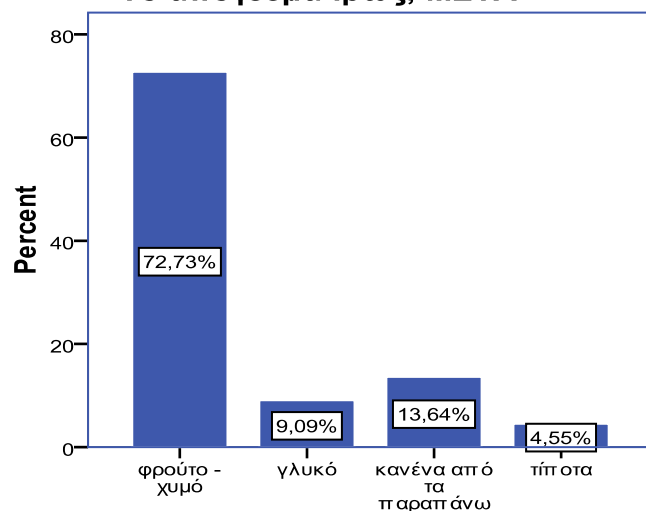


Στην δέκατη τρίτη ερώτηση διακρίνεται ότι τα παιδιά ελάττωσαν την κατανάλωση ανθυγιεινών σνακ το απόγευμα. Επίσης, μειώθηκε το ποσοστό των παιδιών εκείνων που δεν έτρωγαν κάτι ως απογευματινό.

Το απόγευμα τρως; ΠΡΙΝ

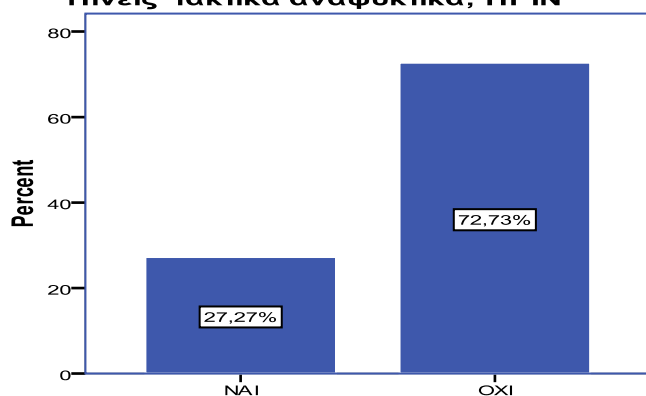


Το απόγευμα τρως; ΜΕΤΑ

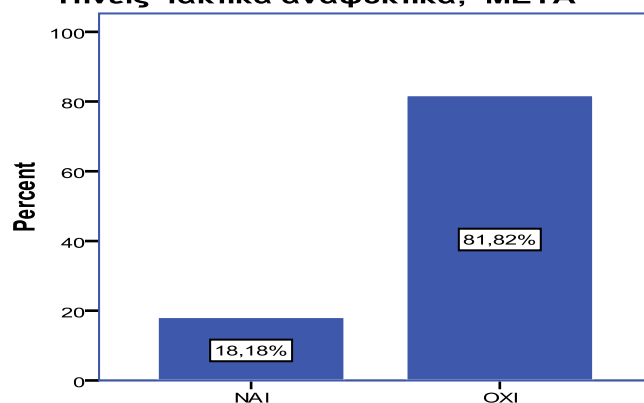


Η παρακάτω ερώτηση δείχνει μια μείωση του ποσοστού κατανάλωσης αναψυκτικών.

Πίνεις τακτικά αναψυκτικά; ΠΡΙΝ

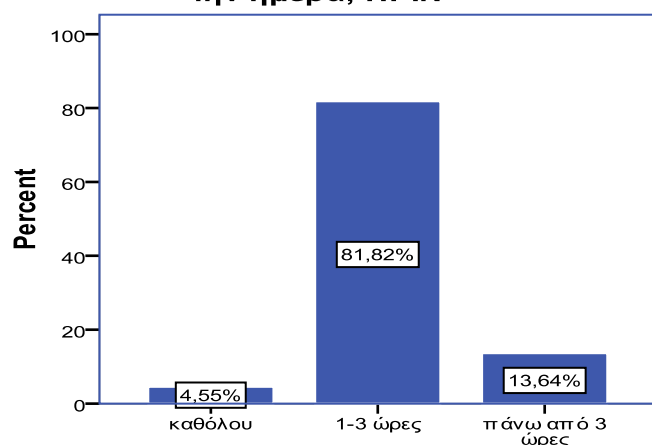


Πίνεις τακτικά αναψυκτικά; ΜΕΤΑ

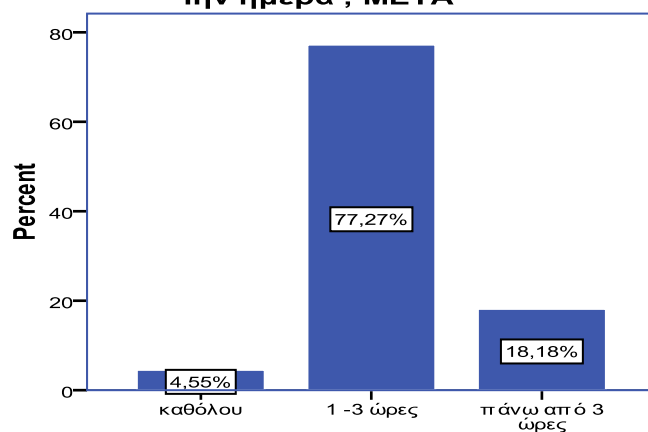


Στην δέκατη πέμπτη ερώτηση παρατηρήθηκε ότι αυξήθηκε το ποσοστό αυτών που παρακολουθούν πάνω από 3 ώρες τηλεόραση.

Ποσές ώρες παρακολουθείς τηλεόραση την ημέρα; ΠΡΙΝ

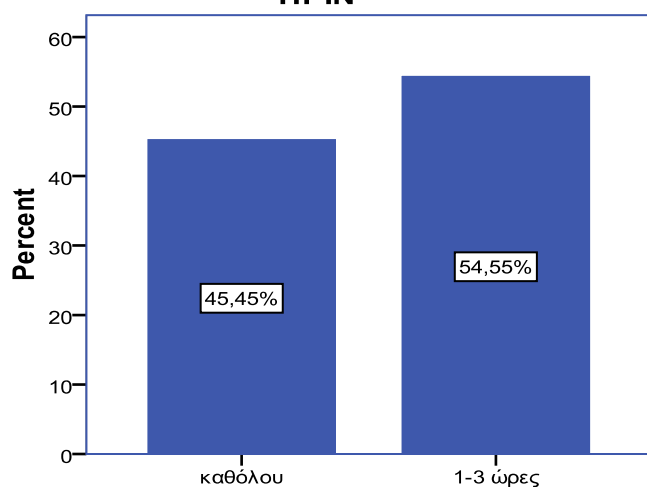


Ποσές ώρες παρακολουθείς τηλεόραση την ημέρα; ΜΕΤΑ

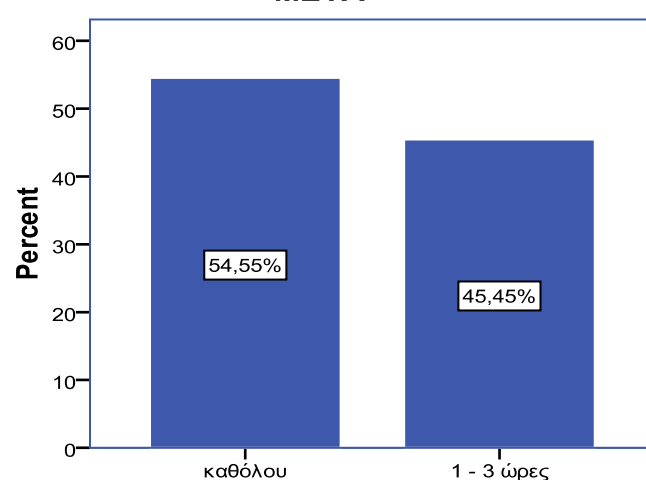


Στην επόμενη ερώτηση βλέπουμε ότι το ποσοστό των παιδιών που δεν παίζει βιντεοπαιχνίδια αυξήθηκε.

Πόσες ώρες παίζεις μετά το σχολείο ηλεκτρονικά παιχνίδια – βιντεοπαιχνίδια; ΠΡΙΝ

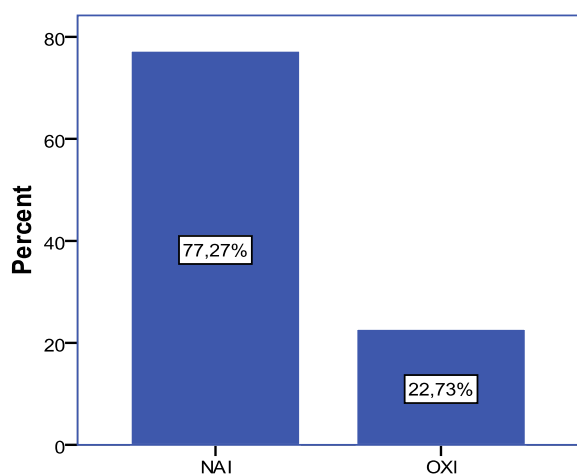


Πόσες ώρες παίζεις μετά το σχολείο ηλεκτρονικά παιχνίδια – βιντεοπαιχνίδια; ΜΕΤΑ

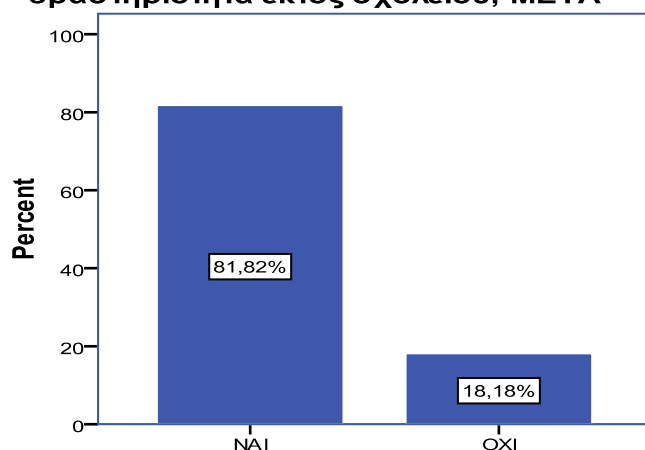


Στην ερώτηση αυτή δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια σημαντική διαφορά μετά το πέρας της παρέμβασης αφού μόνο ένα ποσοστό τις τάξης του 4% ξεκίνησε να ασχολείται με κάποια αθλητική δραστηριότητα.

Ασχολείσαι με κάποια αθλητική δραστηριότητα εκτός σχολείου; ΠΡΙΝ

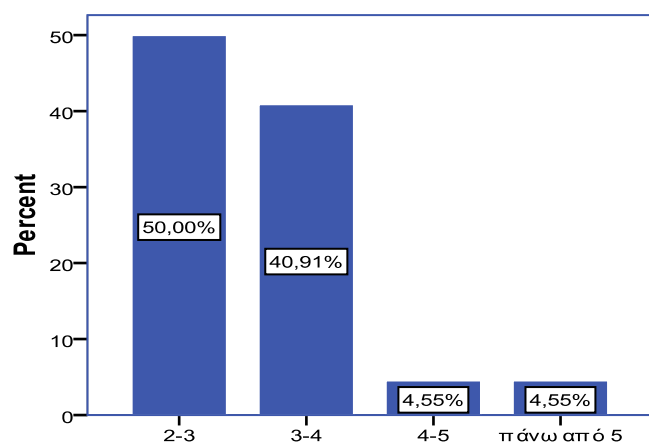


Ασχολείσαι με κάποια αθλητική δραστηριότητα εκτός σχολείου; ΜΕΤΑ

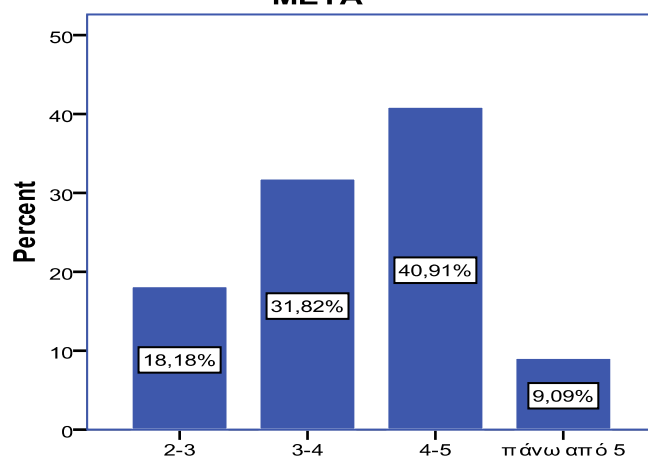


Στην προτελευταία ερώτηση παρατηρήθηκε ότι οι μαθητές, διαφοροποίησαν σημαντικά τον αριθμό των γευμάτων που καταναλώνουν καθημερινά, καθώς τώρα γευματίζουν 4-5 φορές ημερησίως

Πόσα γεύματα την ημέρα καταναλώνεις; ΠΡΙΝ

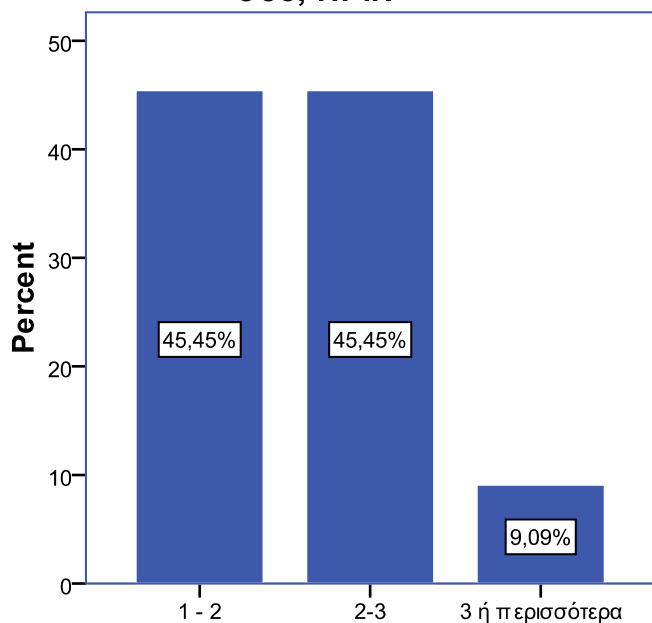


Πόσα γεύματα την ημέρα καταναλώνεις; ΜΕΤΑ

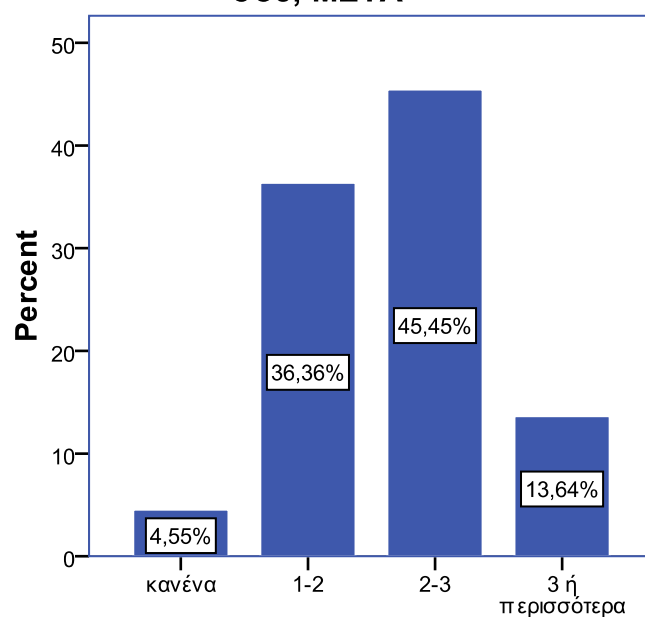


Στην τελευταία ερώτηση, τα παιδιά επιδιώκουν να τρώνε περισσότερες φορές με τους γονείς τους.

Πόσα γεύματα τρως μαζί με τους γονείς σου; ΠΡΙΝ

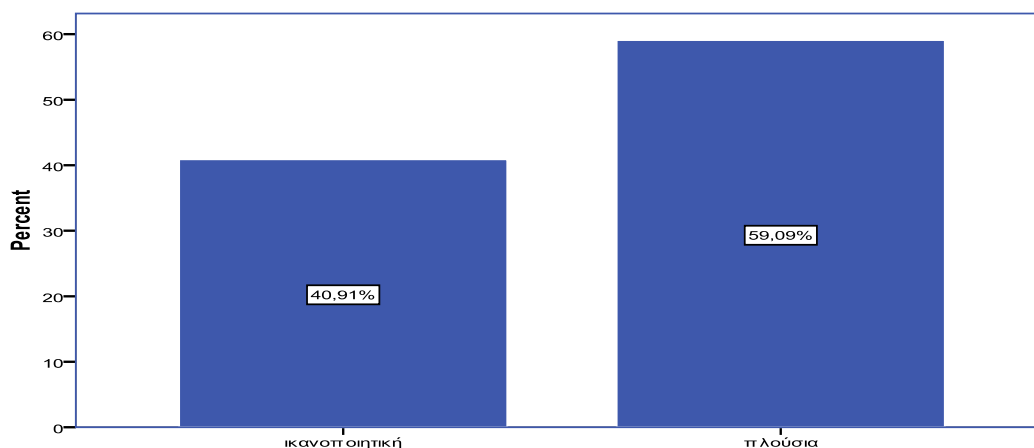


Πόσα γεύματα τρως μαζί με τους γονείς σου; META



Τέλος, από το KidMed test ,το οποίο δείχνει κατά πόσο το δείγμα μας ακολουθεί το Μεσογειακό τρόπο διατροφής, συμπεραίνουμε ότι τα περισσότερα παιδιά εμφανίζουν μια πλούσια διατροφή στηριγμένη στο μεσογειακό διατροφικό μοντέλο ενώ τα υπόλοιπα μια αρκετά ικανοποιητική διατροφή με βάση το μεσογειακό πρότυπο.

KIDMED TEST



Έπειτα, θα συσχετίσουμε το επίπεδο αυτοεκτίμησης μετά την παρέμβαση με το KidMed test.

Mann-Whitney Test

μετα_αυτο εκτίμηση	N	Mean Rank	Sum of Ranks
kidmed χαμηλή	1	14,50	14,50
υψηλή	21	11,36	238,50
Total	22		

	kidmed
Mann-Whitney U	7,500
Wilcoxon W	238,500
Z	-,483
Asymp. Sig. (2-tailed)	,629
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,727 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: μετα_αυτοεκτίμηση

Από το Mann Whitney test φαίνεται να μην υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της αυτοεκτίμησης μετά τη παρέμβαση και του KidMed test. Το $p > 0,05$ άρα το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

Στη συνέχεια θα συσχετίσουμε το KidMed test με το ψυχωτισμό.

Mann-Whitney Test

Ranks				
	ψυχωτισμός	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kidmed	υψηλός	14	10,50	147,00
	χαμηλός	8	13,25	106,00
	Total	22		

Test Statistics ^b	
	kidmed
Mann-Whitney U	42,000
Wilcoxon W	147,000
Z	-1,121
Asymp. Sig. (2-tailed)	,262
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,365 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: ψυχωτισμός

Από το Mann Whitney test φαίνεται να μην υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του ψυχωτισμού και του KidMed test. Το $p > 0,05$ άρα το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

Τέλος θα δούμε αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας ψεύδους με το KidMed.

Mann-Whitney Test

Ranks

κλίμακα_ψεύδο υς	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kidmed ειλικρινή	17	11,47	195,00
μη ειλικρινή	5	11,60	58,00
Total	22		

Test Statistics^b

	kidmed
Mann-Whitney U	42,000
Wilcoxon W	195,000
Z	-,046
Asymp. Sig. (2-tailed)	,963
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	1,000 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: κλίμακα_ψεύδους

Από το Mann Whitney test φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας ψεύδους και του KidMed test. Το $p > 0,05$ άρα το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Σύγκριση των αποτελεσμάτων με τη βιβλιογραφία

Η παιδική παχυσαρκία είναι ένα συνεχώς αυξανόμενο πρόβλημα παγκοσμίως και οι μεσογειακές χώρες εμφανίζουν υψηλά ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών (Tzotzas, et al 2011). Ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες είμαστε μάρτυρες μιας ανησυχητικής αύξησης του επιπολασμού τόσο των υπέρβαρων όσο και των παχύσαρκων παιδιών (Westenhoefer, 2001). Αυτή τη στιγμή το 11% των παιδιών και των εφήβων στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι παχύσαρκα και επιπρόσθετα το 14% είναι υπέρβαρα. Προβληματισμός επικρατεί στις Ευρωπαϊκές χώρες καθώς τα ποσοστά αυτά συνεχίζουν να αυξάνονται και κυρίως οφείλονται στις κακές διατροφικές συνήθειες και στην έλλειψη φυσικής δραστηριότητας των νεαρών ατόμων (Tzotzas, et al 2011).

Τα παιδιά παραλείπουν το πρωινό περισσότερο από κάθε άλλο γεύμα της ημέρας. Το ποσοστό των παιδιών κάθε ηλικιακής ομάδας που δεν καταναλώνουν πρωινό στις Ηνωμένες Πολιτείες σύμφωνα με έρευνα είναι 8% (1-7 ετών), 12% (8-10 ετών), 20% (11-14), 30% (15-18). Σε άλλες μελέτες ο επιπολασμός της παράλειψης του πρωινού κυμαίνεται από 12 έως 34%. Το 21% των οκτάχρονων και εννιάχρονων παιδιών και το 42% των παιδιών εκείνων μεταξύ των ηλικιών 12-13 αναφέρουν ότι δεν τρώνε πρωινό κάθε μέρα. Το 4% των παιδιών και των εφήβων αναφέρουν επίσης ότι αποφεύγουν συστηματικά την κατανάλωση του (Rampersaud, et al 2005). Σε μια άλλη έρευνα σε παιδιά ηλικίας 10 ετών, παρατηρήθηκε ότι οι μαθητές εκείνοι που λάμβαναν το 25% των συνολικών ημερήσιων αναγκών τους από το πρωινό τους γεύμα, παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας στο σχολείο, σε αντίθεση με εκείνα που η πρόσληψη θερμίδων δεν ξεπερνούσε το 10% των ενεργειακών αναγκών τους (Lazzeri, et al 2006). Η παράλειψη του πρωινού εμφανίζεται συνήθως σε μεγαλύτερο βαθμό στα κορίτσια, στα παιδιά από χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, στα μεγαλύτερα παιδιά και τους εφήβους. Επίσης, η συμπεριφορά αυτή έχει συνδεθεί με μερικές εκφάνσεις του τρόπου ζωής όπως το κάπνισμα, η ελλιπής άσκηση και οι ανησυχίες σχετικά με το σωματικό βάρος. Ακόμα, κοινοί λόγοι για τους οποίους τα παιδιά αποφεύγουν την κατανάλωση

πρωινού περιλαμβάνουν το περιορισμένο χρόνο ή την έλλειψη πείνας. Σύνηθες φαινόμενο για τα άτομα εκείνα που συμπεριλαμβάνουν στη διατροφή τους το πρωινό, είναι επίσης ότι οι επιλογές στις οποίες προβαίνουν είναι λανθασμένες (Rampersaud, et al 2005). Στην έρευνά μας, το σύνολο σχεδόν του δείγματος κατανάλωνε πρωινό εξαρχής, ενώ αυτό που επιτεύχθηκε μετά τη μεσολάβηση των παρεμβάσεων ήταν η ποιοτικότερη σύνθεση των γευμάτων.

Όλες οι ηλικιακές ομάδες των παιδιών έχουν απομακρυνθεί από τη κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων, τα οποία αντικαθιστούν κυρίως με αναψυκτικά και έτοιμους χυμούς φρούτων πλούσιους σε ζάχαρη. Τα παιδιά αποτυγχάνουν να καλύψουν τις ανάγκες τους σε ασβέστιο, με συνέπεια να μην έχουν σωστή σκελετική ανάπτυξη (ADA, 2003). Αυτό δεν ωφείλεται μόνο στην έλλειψη του γάλακτος από το πρωινό των παιδιών, αλλά και γενικά από την μη κατανάλωσή του κατά την διάρκεια της ημέρας (Rampersaud, et al 2005). Στις Ηνωμένες Πολιτείες η κατανάλωση γάλακτος μεταξύ των παιδιών και των εφήβων, έχει μειωθεί σημαντικά τις τελευταίες 3 δεκαετίες. Ενδεικτικό είναι ότι το 1977-1978 η μέση κατανάλωση γάλακτος ήταν 76% ενώ αντίστοιχα το 2005-2006 ήταν μόνο 48% (Sebastian, et al 2010). Όσο αφορά την έρευνά μας, το ποσοστό των παιδιών που καταναλώνουν καθημερινά γάλα μετά την παρέμβαση έφτασε το 100%.

Ο καλύτερος και πιο αποδοτικός τρόπος που είναι διαθέσιμος για την βελτίωση της υγείας των παιδιών είναι η συστηματική εγκαθίδρυση υγιεινών διατροφικών συνηθειών και σωματικής άσκησης από την σχολική ηλικία προωθώντας το συγκεκριμένο τρόπο ζωής και αναπτύσσοντας αποτελεσματικά τις ικανότητες τους στην λήψη αποφάσεων. Μελέτες έχουν αναφέρει ότι τα πρώτα προϊόντα σε πωλήσεις στο κυλικείο είναι τρόφιμα πλούσια σε λίπη και θερμίδες (π.χ. πίτσα, αναψυκτικά, πατατάκια, γλυκά και παγωτά) (Cullen, et al 2004). Αυτό αποδείχθηκε και στην έρευνά μας, αφού πριν πραγματοποιηθεί η παρέμβαση, τα παιδιά συνήθιζαν να κάνουν ανθυγιεινές επιλογές. Σημαντική ήταν η μεταστροφή αυτών των παιδιών όσο αφορά την ποιότητα των επιλογών τους. Γένικα, τα παιδιά δεν καταναλώνουν στο σχολείο φρούτα κατί το οποίο επιβεβαιώθηκε και στην δική μας έρευνα καθώς πριν την παρέμβαση (Gonzalez, et al 2008) μόνο ένα μικρό ποσοστό των παιδιών επέλεγε τα φρούτα ως σνακ στο σχολείο.

Ακόμα ένα εντυπωσιακό και συνάμα αποθαρρυντικό στοιχείο, είναι ότι τα ποσοστά κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων λίπους μεταξύ των παιδιών σχολικής ηλικίας, ξεπερνούν το 84%. Το 40 -61% (Gonzalez, et al 2008, ADA, 2003) των παιδιών τρώνε λιγότερο από μία μερίδα φρούτων την ημέρα, ενώ το 29% δεν καταναλώνει περισσότερο από μία μερίδα λαχανικών την ημέρα. Οι τιμές αυτές απέχουν αρκετά από τις συνιστώμενες, που ανέρχονται στις 5 μερίδες φρούτων και λαχανικών ημερησίως. Στην έρευνά μας παρατηρούμε ότι το δείγμα μας αρέσκεται να καταναλώνει φρούτα και λαχανικά καθημερινά, αφού με βάση και το KidMed test ακολουθεί επιτυχώς την μεσογειακή διατροφή.

Η διατροφή μέσω πρόχειρου φαγητού έχει εξαπλωθεί σχεδόν σε όλα τα τμήματα της κοινωνίας, όπως τα σχολεία και τις τοπικές κοινότητες. Αυτή η τάση υποκινείται από τις διαφημίσεις, το σύγχρονο τρόπο ζωής και απευθύνεται κυρίως στα μικρά παιδιά και τους γονείς. Τα παιδιά λαμβάνουν το 29 – 38% των συνολικών ενεργειακών τους αναγκών από τα έτοιμα φαγητά, ανάλογα με την ηλικία στην οποία βρίσκονται. Συγκρίνοντας τα παιδιά που καταναλώνουν έτοιμα φαγητά, με αυτά που δεν τρώνε, η συνολική ημερήσια πρόσληψη ήταν μεγαλύτερη κατά 3,6% στις ηλικίες 4-8 και 6,4% στις ηλικίες 9-13. Επίσης, οι καταναλωτές αυτοί, λαμβάνουν μεγαλύτερες ποσότητες συνολικού λίπους, περισσότερο κορεσμένο λίπος, περισσότερους υδατάνθρακες, περισσότερα πρόσθετα ζάκχαρα, μεγαλύτερη ποσότητα αναψυκτικών, λιγότερα φρούτα και γάλα (Bowman, et al 2012). Ανάλογα με την ηλικία και το φύλο, το 56-85% των ανήλικων καταναλώνει αναψυκτικά σε καθημερινή βάση (ADA, 2003). Στα αποτελέσματά μας βλέπουμε ότι τα παιδιά προτιμούν το σπιτικό από το έτοιμο φαγητό ακόμα και πριν από την παρέμβαση. Τέλος, υπάρχει μειωμένη πρόσληψη αναψυκτικών στην καθημερινότητά τους.

Σε έρευνα που διεξήχθη στην Τοσκάνη και έλαβαν μέρος 3076 παιδιά, εξετάστηκαν οι διατροφικές συνηθειές τους κατά την διάρκεια της ημέρας. Όσον αφορά το απογευματινό τους γεύμα τα παιδιά έδειχναν μια προτίμηση στα παρακάτω υγρά: χυμός φρούτων 22,9% , τσάι 12,9% , γιαούρτι 8,5%, αναψυκτικά 6,7% , γάλα 5,9% και στα εξής τρόφιμα: τοστ 19,2% , συσκευασμένα σνακ 16,7%, πίτσα 14%, σάντουιτς 11,5% και παγωτό 10,8% (Lazzeri, et al 2006). Στην μελέτη μας, το

απογευματινό των παιδιών αποτελούταν και πριν την παρέμβαση από φρούτα και χυμό. Η διαφορά εμφανίζεται στην μείωση της καταναλώσης γλυκών και την εξάλειψη της επιλογής συσκευασμένων σνακ. Τέλος, ελαττώθηκε το ποσοστό των παιδιών εκείνων που δεν έτρωγαν καθόλου για απόγευμα.

Οι νέοι άνθρωποι είναι μνημένοι στην σημαντικότητα της εμφάνισης από τα πρώτα στάδια της ζωής τους. Τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια που εκλαμβάνουν τους εαυτούς τους διαφορετικούς από τα αναγνωρισμένα πρότυπα, αναφέρουν ότι δυσανασχετούν με τους εαυτούς τους και ότι το περίσσιο βάρος είναι κοινός λόγος για να αισθάνονται διαφορετικοί (Jonides, et al 2002). Οι περιβαλλοντικές και συμπεριφορικές αλλαγές τα τελευταία χρόνια, όπως η αύξηση παρακολούθησης τηλεόρασης και η μείωση της ενασχόλησης με κάποια φυσική δραστηριότητα, σχετίζεται με τα αυξημένα επίπεδα παχυσαρκίας (Ekelund, et al 2006). Αφού η σωματική άσκηση μπορεί να τροποποιηθεί, κατανοούμε ότι είναι μια σημαντική συνιστώσα απώλειας ενέργειας που μπορεί να βοηθήσει στη διαχείριση του σωματικού βάρους. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 4163 παιδιών ηλικίας 8-16 βρέθηκε ότι το 20% προπονούνται το πολύ 2 φορές την εβδομάδα ή λιγότερο. Επιπλέον, το 67% παρακολουθούσε τηλεόραση πάνω από 2 ώρες την ημέρα (Jonides, et al 2002). Σύμφωνα με άλλη έρευνα, μόνο το 25% παιδιών ηλικίας μεταξύ 12-21 συμμετέχουν σε δραστηριότητες μέτριας φυσικής έντασης καθημερινά (ADA, 2003). Στην έρευνά μας, οι μαθητές δεν έδειξαν να επηρεάζονται από τη παρέμβασή μας, καθώς συνέχισαν να μένουν μπροστά από την οθόνη της τηλεόρασης τους για αρκετές ώρες σε καθημερινή βάση. Μικρή αλλαγή σημειώθηκε σχετικά με την ενασχόληση με τα βιντεοπαιχνίδια, στα οποία παρατηρήσαμε μια μείωση μετά το πέρας της παρέμβασης. Τέλος, ελάχιστη ήταν η διαφορά στα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας που ήταν ήδη υψηλά.

Μελέτες προτείνουν, ότι υπάρχουν διάφορα χαρακτηριστικά διατροφικής συμπεριφοράς, όπως η συχνότητα των γευμάτων, η ώρα των γευμάτων και ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ τους, η παράλειψη του πρωινού, η συχνότητα των γευμάτων που καταναλώνονται εκτός κατοικίας και το κατά πόσο αυτά συνοδεύονται από τη παρουσία των γονιών τους. Όλα τα παραπάνω αποτελούν ένα διατροφικό μοτίβο που μπορεί να επηρεάσει το σωματικό βάρος (Lazzeri, et al 2006). Σε έρευνα αποδείχθηκε

ότι η συχνότητα που γευματίζουν μαζί γονείς και παιδιά σχετίζεται σημαντικά με την διατροφική υγεία των παιδιών και των εφήβων. Τα παιδιά που μοιράζονται 3 ή περισσότερα γεύματα την εβδομάδα με τους γονείς τους είναι περισσότερο πιθανό να έχουν φυσιολογικό βάρος και πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες, από αυτά που καταναλώνουν λιγότερα από 3 οικογενειακά γεύματα. Επιπλέον, είναι λιγότερο πιθανό να αντιμετωπίσουν κάποια διατροφική διαταραχή (Hammons, et al 2011). Στην μελέτη μας βλέπουμε ότι τα παιδιά αύξησαν τον αριθμό των γευμάτων τους μετά την παρέμβαση όπως επίσης και εκείνο το ποσοστό που περιλαμβάνει κοινά γεύματα με τους γονείς, όμως εμφανίστηκε και ένα μικρό ποσοστό που δεν έτρωγε μαζί με τους δικούς του.

Το μεσογειακό μοντέλο διατροφής είναι αυτό που κυριαρχεί μεταξύ των χωρών της νότιας Ευρώπης. Η μεσογειακή διατροφή χαρακτηρίζεται από: υψηλή πρόσληψη φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, δημητριακών, ξηρών καρπών, ψαριών και ελαιολάδου. Επίσης, έχουμε μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων και χαμηλή πρόσληψη κορεσμένου λίπους, κρέατος και πουλερικών. Η μεσογειακή διατροφή έχει συσχετισθεί με τη καλή υγεία και τη μακροζωία. Ωστόσο, υπάρχει μια ευρεία επιδημιολογική απόδειξη για την ραγδαία αλλαγή των διατροφικών συνηθειών στις χώρες της Μεσογείου, όπου παρατηρείται μεγαλύτερη κατανάλωση ζωικών προϊόντων και κορεσμένου λίπους. Από το 2004, το μέσο ποσοστό που ακολουθεί την Μεσογειακή διατροφή στην Ισπανία αγγίζει το 43%, το οποίο είναι ίδιο για όλες τις κοινωνικές ομάδες, με ορισμένες μόνο διαφορές που σχετίζονται με την ηλικία, το φύλο και τη φυσική δραστηριότητα. Επιπλέον, παρόμοια αποτελέσματα αναφέρθηκαν σε άλλες μελέτες για τις διαιτητικές αλλαγές μεταξύ των νεαρών ατόμων στις Μεσογειακές χώρες (Mariscal – Arcas, et al 2007). Στην έρευνά μας φάνηκε ότι το δείγμα μας υιοθετεί την Μεσογειακή διατροφή και μάλιστα σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό.

Έρευνες συστήνουν τη χρησιμοποίηση του επαίνου ως ανταμοιβή για την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης μετά από μια κοινωνικά επιθυμητή συμπεριφορά ή αυτό-βελτίωση. Οι συσχετίσεις μεταξύ της αυτοεκτίμησης και της σχολικής επίδοσης δείχνουν ότι η υψηλή αυτοεκτίμηση δεν οδηγεί πάντα σε καλούς βαθμούς, αλλά αποτελεί εν μέρει το αποτέλεσμα μιας καλής σχολικής επίδοσης. Οι προσπάθειες για

την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των μαθητών δεν έχουν δείξει ότι βελτιώνουν τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και μπορεί μερικές φορές να είναι αντιπαραγωγικές (Baumaister, et al 2003). Στη μελέτη μας, το δείγμα παρουσίασε εξαρχής υψηλή αυτοεκτίμηση, με τα αποτελέσματα αυτής να αυξάνονται μετά τη παρέμβαση. Επίσης, τα παιδιά παρότι είχαν υψηλή αυτοεκτίμηση, βελτίωσαν τις διατροφικές συνήθειες.

Σε μια μεγάλη έρευνα (Big Five study) που συμμετείχε και η Ελλάδα, βρέθηκε ότι το 25% των παιδιών στην χώρα μας ήταν εσωστρεφή, το 10% περίπου ήταν συναισθηματικά σταθερά, το 18% είχαν ανοιχτό χαρακτήρα και σχεδόν το 25% ήταν ευγενή και στοργικά (Zurancic, 2008). Στη μελέτη μας, η προσωπικότητα του δείγματος παρουσίασε υψηλό ψυχωτισμό, μοιρασμένα επίπεδα εσωστρέφειας - εξωστρέφειας, σταθερότητας και νευρωτισμού και ειλικρίνεια στις απαντήσεις.

5.2 Συμπεράσματα – Συζήτηση

Ο εύπλαστος χαρακτήρας των παιδιών κατά τη σχολική ηλικία, αποτελεί ένα μεγάλο σύμμαχο στη διαμόρφωση της διατροφικής συμπεριφοράς και της προσωπικότητας που θα ακολουθεί το νεαρό άτομο καθόλη τη διάρκεια της ζωής του. Οι σωστά διαμορφωμένες διατροφικές και συμβουλευτικές παρεμβάσεις είναι μεγάλης σημασίας και έχουν τη δυνατότητα να επιδράσουν θετικά σε καίρια σημεία τόσο στην ανήλικη όσο και στην ενήλικη ζωή. Τα παραπάνω διαφάνηκαν στα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας, παρότι ο αριθμός του δείγματος στο οποίο απευθυνθήκαμε ήταν μικρός.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά την προσωπικότητα των συμμετεχόντων παρατηρήθηκε ότι εμφάνιζαν τάσεις υψηλού ψυχωτισμού και εξωστρέφειας. Τα άτομα αυτά είναι γενικά σταθερά, μη νευρωτικά και οι απαντήσεις που έδωσαν στηρίζονταν στην ειλικρίνειά τους. Η αυτοεκτίμησή τους παρουσιάστηκε σε υψηλά επίπεδα, ιδιαίτερα μετά την ολοκλήρωση των παρεμβάσεών μας, πράγμα που μας δηλώνει την σημαντικότητα της πίστης στον εαυτό τους, που τους οδήγησε στις εν λόγω αλλαγές. Πεποίθηση μας είναι, πως οι αλλαγές που παρατηρήθηκαν θα

διατηρηθούν στα περισσότερα παιδιά και στη μετέπειτα ζωή τους, αν εξακολουθήσουν να έχουν υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης.

Χρήσιμα συμπεράσματα εξάγονται από τη σύγκριση του ερωτηματολογίου διατροφής που συμπληρώθηκε 2 φορές, μια πριν και μια μετά την παρέμβαση. Τα αποτελέσματα μας έδειξαν ότι το δείγμα μας κατανάλωνε πρωινό, το οποίο και βελτιώθηκε ποιοτικά αφότου μεσολάβησαν οι παρεμβάσεις, με τους μαθητές να στρέφονται σε πιο υγιεινές επιλογές για το πρώτο γεύμα της ημέρας. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι η κατανάλωση γάλακτος είναι καθημερινή και αφορά όλα τα παιδιά, που δεν παραλείπουν να τρώνε κάποιο σνακ κατά τη διάρκεια της σχολικής ημέρας, είτε αυτό προέρχεται από το κυλικείο του σχολείου, είτε από το σπίτι τους. Επιπρόσθετα, τα παιδιά ξεκίνησαν να πραγματοποιούν καλύτερες διατροφικές αγορές όταν βρίσκονταν στο σχολικό περιβάλλον. Στα θετικά προσμετράμε επίσης το γεγονός ότι, οι περισσότεροι μαθητές προτιμούν την επιλογή του σπιτικού φαγητού αντί του έτοιμου φαγητού και ότι δεν συνηθίζουν να καταναλώνουν αναψυκτικά. Επιπλέον, είναι φανερό ότι παρά την αύξηση του χρόνου τηλεθέασης, η φυσική δραστηριότητα και η σωματική άσκηση παρέμεινε ανεπηρέαστη και μάλιστα γνώρισε και μια μικρή αύξηση με το πέρας της παρέμβασης. Τέλος, αξιοσημείωτη είναι η αύξηση του αριθμού των γευμάτων κατά την διάρκεια της ημέρας, όπως και η επιδίωξη των παιδιών να γευματίζουν μαζί με τους γονείς τους. Από τα παραπάνω μας δίνεται η δυνατότητα να συμπεράνουμε ότι, οι παρεμβάσεις στις οποίες προβήκαμε απέδωσαν καρπούς, αφού παρατηρείται βελτίωση στις διατροφικές τους συνήθειες.

Με βάση το KidMED test και σε συνδυασμό με ορισμένα σημεία του ερωτηματολογίου διατροφής όπως προέκυψαν μετά την παρέμβαση, είναι φανερό ότι οι μαθητές ακολουθούν τη Μεσογειακή διατροφή σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό. Άξια αναφοράς, είναι η ταύτιση των διατροφικών συνηθειών του δείγματος με τη πρότυπη Μεσογειακή διατροφή, κάτι το οποίο οδηγεί στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά ακολουθούν ένα ενδεδειγμένο τρόπο ζωής και διατροφής, που θα τους εξασφαλίσει υγεία και ένα καλύτερο επίπεδο ζωής μελλοντικά.

Τέλος, προκύπτει η αναγκαιότητα να πραγματοποιηθούν μελλοντικά και άλλες τέτοιες ενέργειες, με στόχο τα παιδιά να αποκτήσουν τις γνώσεις εκείνες, που θα τα βοηθήσουν να βελτιώσουν τον τρόπο ζωής και διατροφής τους. Χρήσιμη θα μπορούσε να φανεί, η ύπαρξη ενός τέτοιου μαθήματος ή η άμεση επικοινωνία με ένα εξειδικευμένο άτομο σε αυτούς τους τομείς.

5.3 Περιορισμοί έρευνας

Για να υλοποιηθεί η συγκεκριμένη μελέτη, αντιμετωπίσαμε διάφορα προβλήματα και δυσκολίες, τα οποία εμπόδισαν στο να καταλήξουμε σε ένα καλύτερο αποτέλεσμα. Τα προβλήματα αυτά έκαναν τη εμφάνισή τους, τόσο κατά τη προετοιμασία όσο και κατά τη διεξαγωγή της έρευνας μας.

Η σημαντικότερη δυσκολία που βρήκαμε στο δρόμο μας ήταν η ανεύρεση των μαθητών εκείνων που απαρτίζουν το δείγμα μας. Το γεγονός ότι ο τόπος διεξαγωγής της έρευνας δεν ήταν το σχολικό περιβάλλον, εξαιτίας της νομοθεσίας που δεν επιτρέπει την είσοδο και την διδασκαλία σε άτομα που δεν είναι εκπαιδευτικό προσωπικό χωρίς ειδική άδεια, αποτέλεσε μείζων εμπόδιο όσο αφορά τον αριθμό του δείγματός μας. Η παραχώρηση της σχετικής άδειας είναι μια χρονοβόρα κι δύσκολη διαδικασία, χωρίς κανείς να σου εγγυάται οτι τελικά θα σου καταχωρηθεί η άδεια-περιττό. Ως συνέπεια αυτού, η έρευνά μας έγινε εξωσχολικά και οι μαθητές προσεγγίστηκαν μοιράζοντάς τους αιτήσεις συμμετοχής και εξηγώντας τους τη διαδικασία που θα ακολουθούσε. Κατά σειρά οι αιτήσεις αυτές θα έπρεπε να παραδοθούν στους γονείς και με την σύμφωνη γνώμη τους να συμπληρωθούν ώστε όσα παιδιά ήθελαν να είχαν τη δυνατότητα να συμμετάσχουν. Η μικρή ανταπόκριση από πλευράς των μαθητών, μπορεί και να οφείλεται στο ότι οι αιτήσεις δεν έφτασαν τελικά στα χέρια των γονέων. Όλο αυτό είχε ως αποτέλεσμα το δείγμα που συγκεντρώσαμε να μην ξεπερνά τα 22 άτομα.

Κατά την διάρκεια των συναντήσεων με τα παιδιά, υπήρχαν στιγμές που προέκυψαν ορισμένα προβλήματα. Ένα από αυτά, που εστιαζόταν κυρίως στα μικρότερα παιδιά, ήταν η δυσκολία να κατανοήσουν κάποιες ερωτήσεις από τα ερωτηματολόγια που τους χορηγήθηκαν. Αυτό συνέβη αφού στα ερωτηματολόγια υπήρχαν και δυσνόητες λέξεις, τις οποίες και προσπαθήσαμε να τους εξηγήσουμε με το καλύτερο δυνατό τρόπο. Ένα ακόμα πρόβλημα ήταν η έλλειψη συγκέντρωσης από μερίδα μαθητών, η οποία μάλλον δικαιολογείται από το γεγονός ότι η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε εξωσχολικά, απογεύματα μετά το σχολείο για τη μια ομάδα και Σάββατο πρωί για την άλλη ομάδα. Επίσης, παρατηρήθηκε μια αμάθεια όσο αφορά αρκετά τρόφιμα, ειδικά από τα παιδιά ηλικίας 8-9 ετών, η οποία έγινε φανερή από την συζήτηση, αλλά και από τις ζωγραφιές τους, τις οποίες αρκετά εξ αυτών δυσκολεύονταν να δημιουργήσουν.

Σε ενδεχόμενη περίπτωση παρόμοιας μελλοντικής μελέτης, κρίνεται αναγκαίο οι ερευνητές να συγκεντρώσουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερο δείγμα, έτσι ώστε τα αποτελέσματα να είναι πιο αντικειμενικά και αξιόπιστα. Θα ήταν προτιμότερο ο τόπος διεξαγωγής της έρευνας να είναι το σχολείο και οι παρεμβάσεις να πραγματοποιηθούν εντός του σχολικού ωραρίου. Επιπλέον, θα ήταν επιθυμητό το χρονικό διάστημα που θα μεσολαβεί μεταξύ της 2^{ης} και της τελευταίας συνάντησης να είναι μεγαλύτερο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

EYSENCK, J.P.Q. (Ερωτηματολόγιο προσωπικότητας για παιδιά)

(Προσαρμογή στον ελληνικό πληθυσμό: Ευάγγελος Χρ. Δημητρίου)

Όνοματεπώνυμο:.....

Κωδικός:.....

Φύλλο: Αγόρι Κορίτσι

Ηλικία:..... Τάξη:.....

ΟΔΗΓΙΕΣ

Απαντήστε σε κάθε ερώτηση βάζοντας ένα κύκλο γύρω από το ΝΑΙ ή ΟΧΙ που υπάρχει μετά την ερώτηση. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις, ούτε «πονηρές» ερωτήσεις. Εργάσου γρήγορα και μην πολυσκέφτεσαι να βρεις την ακριβή σημασία της κάθε ερώτησης.

E 1.	Σου αρέσει να υπάρχει ζωντάνια και κίνηση γύρω σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 2.	Σου αρέσει να στεναχωρείς και να πληγώνεις ανθρώπους που αγαπάς;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 3.	Έτυχε ποτέ από πλεονεξία να πάρεις περισσότερα από όσα ανήκαν στο μερίδιό σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 4.	Σ' ευχαριστεί να κάνεις αστεία, που μερικές φορές μπορεί να πληγώσουν τους άλλους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
L 5.	Κάνεις πάντα αμέσως αυτό που σου λένε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-E 6.	Προτιμάς να μένεις μόνος αντί να βρίσκεσαι με άλλα παιδιά;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 7.	Έχεις καμιά φορά αϋπνία επειδή σου μπαίνουν σκέψεις στο κεφάλι;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 8.	Έχεις ποτέ παραβιάσει τους κανονισμούς του Σχολείου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

P 9.	Θα ήθελες να σε φοβούνται τα άλλα παιδιά;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 10.	Θεωρείς τον εαυτό σου μάλλον ζωνρό παιδί;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 11.	Υπάρχουν πολλά πράγματα που σε ενοχλούν;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 12.	Θα σου άρεσε να κόβεις ζώα για να μελετήσεις ανατομική στο μάθημα Φυσικής Ιστορίας ή Ζωολογίας;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 13.	Πήρες ποτέ κάτι που ανήκε σε άλλον (έστω και μια καρφίτσα ή μια ζωγραφιά);	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 14	Έχεις πολλούς φίλους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 15	Νιώθεις καμιά φορά κακόκεφος χωρίς ιδιαίτερο λόγο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 16	Σου αρέσει μερικές φορές να πειράζεις τα ζώα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 17.	Προσποιήθηκες ποτέ ότι δεν άκουσες κάποιον που σε φώναζε;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 18.	Θα σου άρεσε να εξερευνήσεις ένα παλιό στοιχειωμένο κάστρο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 19.	Αισθάνεσαι συχνά ότι η ζωή είναι χωρίς ενδιαφέρον;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 20.	Νομίζεις ότι είσαι περισσότερο καβγατζής από τα άλλα παιδιά;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
L 21.	Τελειώνεις τα μαθήματά σου στο σπίτι πάντοτε πριν αρχίσεις το παιχνίδι;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 22.	Θα ήθελες να εργασθείς σε Λούνα Παρκ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 23.	Σου αρέσει να κάνεις πράγματα που απαιτούν γρήγορη δράση;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 24.	Στεναχωριέσαι μήπως σου συμβούν τρομερά πράγματα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
L 25.	Όταν ακούς παιδιά να βρίζουν προσπαθείς να τα σταματήσεις;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 26.	Μπορείς να δώσεις ζωή σε ένα πάρτυ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 27.	Πληγώνεσαι εύκολα όταν οι άλλοι βρίσκουν λάθη σε σένα ή στη δουλειά σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-P 28.	Θα σε αναστάτωνε πάρα πολύ αν έβλεπες ένα σκυλί να το πατά αυτοκίνητο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
L 29.	Ζητάς πάντα συγγνώμη όταν έχεις φερθεί με αγένεια;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 30.	Νομίζεις ότι το θαλάσσιο σκι είναι διασκεδαστικό;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 31.	Αισθάνεσαι συχνά κουρασμένος χωρίς λόγο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 32.	Σου αρέσει να πειράζεις τ' άλλα παιδιά;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

L 33.	Σωπαίνεις πάντα όταν μιλούν οι μεγαλύτεροι;	NAI	OXI
E 34.	Παίρνεις συνήθως εσύ την πρωτοβουλία για να κάνεις καινούργιους φίλους;	NAI	OXI
N 35.	Είσαι ευαίσθητος για ορισμένα πράγματα;	NAI	OXI
P 36.	Παίρνεις μέρος σε πολλούς καβγάδες;	NAI	OXI
-L 37.	Έχεις ποτέ πει κακό για κάποιον;	NAI	OXI
E 38.	Σου αρέσει να λες αστεία και ανέκδοτα στους φίλους σου;	NAI	OXI
N 39.	Έχεις ζαλάδες;	NAI	OXI
N 40.	Έχεις περισσότερα προβλήματα στο σχολείο από ότι τα άλλα παιδιά;	NAI	OXI
L 41.	Συνηθίζεις να μαζεύεις τα χαρτιά και τα άλλα σκουπίδια που πετούν τα άλλα παιδιά στο πάτωμα της τάξης;	NAI	OXI
E 42.	Έχεις πολλά και διάφορα εξωσχολικά ενδιαφέροντα (χόμπυ);	NAI	OXI
N 43.	Πληγώνεσαι εύκολα από τα λόγια των άλλων;	NAI	OXI
P 44.	Σου αρέσει να κάνεις φάρσες σε βάρος των άλλων (να σπάζεις πλάκα);	NAI	OXI
L 45.	Πλένεις πάντα τα χέρια σου πριν από το φαγητό;	NAI	OXI
-E 46.	Στα πάρτυ προτιμάς να κάθεσαι και να βλέπεις αντί να παίζεις και να χορεύεις;	NAI	OXI
N 47.	Νιώθεις συχνά μπουχτισμένος (βαριεστημένος);	NAI	OXI
P 48.	Νιώθεις καμιά φορά ευχαρίστηση όταν βλέπεις τα μεγάλα παιδιά να πειράζουν ένα μικρό παιδί;	NAI	OXI
L 49.	Είσαι πάντα ήσυχος μέσα στην τάξη και όταν ακόμα ο δάσκαλος δεν είναι μέσα στην αίθουσα;	NAI	OXI
L 50.	Στην προσευχή και στα τραγούδια στο σχολείο, τραγουδάς πάντοτε μαζί με τα άλλα παιδιά;	NAI	OXI
E 51.	Σου αρέσει να κάνεις παρέα με τα άλλα παιδιά;	NAI	OXI
N 52.	Βλέπεις συχνά τρομακτικά όνειρα;	NAI	OXI
P 53.	Είναι οι γονείς σου αυστηροί, χωρίς λόγο, μαζί σου;	NAI	OXI
E 54.	Θα σου άρεσε το πήδημα με αλεξίπτωτο;	NAI	OXI

N 55.	Στεναχωριέσαι για πολλή ώρα όταν νιώσεις πως έχεις γελοιοποιηθεί;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
L 56.	Τρως πάντα όλο το φαί σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 57.	Αφήνεις τον εαυτό σου ελεύθερο να διασκεδάσεις πολύ σε ένα ζωηρό πάρτυ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 58.	Νιώθεις καμιά φορά ότι δεν αξίζει να ζει κανείς;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-P 59.	Θα ένιωθες μεγάλη λύπη αν έβλεπες ένα ζώο πιασμένο σε παγίδα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 60.	Φέρθηκες καμιά φορά με αναίδεια στους γονείς σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 61.	Αποφασίζεις συχνά να κάνεις κάτι στα ξαφνικά, χωρίς να το σκεφτείς προηγουμένως;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 62.	Όταν κάνεις μια δουλειά σκέφτεσαι συχνά άλλα πράγματα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 63.	Σου κάνουν συχνά παρατηρήσεις οι γονείς σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 64.	Όταν τα παιδιά σου βάζουν τις φωνές, τους φωνάζεις κι εσύ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 65.	Σου αρέσει να κάνεις βουτιές στη θάλασσα και στην πισίνα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 66.	Αργεί να σε πιάσει ο ύπνος το βράδυ επειδή στεναχωριέσαι για διάφορα πράγματα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 67.	Έχεις ποτέ γράψει ή μουτζουρώσει επάνω σε σχολικό βιβλίο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 68.	Έχεις πάντα φασαρίες στο σπίτι;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 69.	Σε θεωρούν οι άλλοι πολύ ζωηρό παιδί;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 70.	Νιώθεις συχνά μοναξιά;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
L 71.	Μοιράζεσαι πάντοτε με τους άλλους όλα τα γλυκά που έχεις;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 72.	Σου αρέσει να βγαίνεις έξω πολύ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 73.	Χαλούν συχνά οι φίλιες σου εξαιτίας των φίλων σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 74.	Έχεις ποτέ κλέψει σε παιχνίδι;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-E 75.	Το βρίσκεις πραγματικά δύσκολο να διασκεδάσεις σε ένα ζωηρό πάρτυ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
N 76.	Νιώθεις μερικές φορές πολύ χαρούμενος και άλλες φορές πολύ λυπημένος, χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερος λόγος;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 77.	Πετάς άχρηστα χαρτιά στο πάτωμα όταν δεν υπάρχει κοντά καλάθι ακρήστων;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

-L 78.	Κάνεις συχνά πράγματα χωρίς να τα καλοσκεφτείς;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 79.	Δέχτηκες ποτέ να πάρεις έπαινο ή αμοιβή για κάτι που ήξερες ότι το είχε κάνει κάποιος άλλος;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 80.	Θεωρείς τον εαυτό σου αμέριμνο και ευτυχισμένο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 81.	Νιώθεις συχνά την ανάγκη να έχεις φίλους γύρω σου, για να αισθανθείς πιο χαρούμενος;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-L 82	Έτυχε ποτέ να σπάσεις ή να χάσεις κάτι που ανήκε σε άλλον;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
E 83	Θα ήθελες να οδηγείς ή να είσαι καβάλα σε ένα γρήγορο μοτοποδήλατο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
P 84	Σε στεναχώρησε που συμπλήρωσες αυτό το ερωτηματολόγιο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

C. SPIELBERGER

ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ: Κ.Ν ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗΣ, Α. ΙΑΚΩΒΙΔΗΣ ΚΑΙ
ΣΥΝ

STAI – GR. X-1

Όνοματεπώνυμο:.....

Κωδικός:.....

Φύλλο: Αγόρι Κορίτσι

Ηλικία:..... Τάξη:.....

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσης για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό που αισθάνεστε τώρα.

	Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
-1 Αισθάνομαι ήρεμος	1	2	3	4
-2 Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
3 Νιώθω μια εσωτερική ένταση	1	2	3	4
4 Αισθάνομαι σφιγμένος	1	2	3	4
-5 Αισθάνομαι άνετα	1	2	3	4
6 Αισθάνομαι αναστατωμένος	1	2	3	4

7 Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες	1	2	3	4
- 8 Αισθάνομαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
9 Αισθάνομαι φοβισμένος	1	2	3	4
-10 Αισθάνομαι βολικά	1	2	3	4
-11 Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
12 Αισθάνομαι νευρικότητα	1	2	3	4
13 Τρέμω από νευρικότητα	1	2	3	4
14 Είμαι αναποφάσιτος	1	2	3	4
-15 Είμαι χαλαρωμένος	1	2	3	4
-16 Αισθάνομαι ευχαριστημένος	1	2	3	4
17 Ανησυχώ	1	2	3	4
18 Είμαι μπερδεμένος	1	2	3	4
-19 Αισθάνομαι σταθερότητα	1	2	3	4
-20 Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

ΥΠΟ Α. ΛΙΑΚΟΥ ΚΑΙ C. SPIELBERGER

STAI – GR. X-2

ΟΔΗΓΙΕΣ: Πιο κάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά βάλτε σε κύκλο τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσης για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα δηλαδή συνήθως. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε φράση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό που αισθάνεστε γενικά.

	Σχεδόν ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Σχεδόν πάντοτε
-21 Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4
22 Κουράζομαι εύκολα	1	2	3	4
23 Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία	1	2	3	4
24 Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι	1	2	3	4
25 Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίζω αρκετά γρήγορα	1	2	3	4
-26 Αισθάνομαι αναπαυμένος	1	2	3	4
-27 Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος	1	2	3	4
28 Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω	1	2	3	4

29 Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία	1	2	3	4
-30 Είμαι ευτυχισμένος	1	2	3	4
31 Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα	1	2	3	4
32 Μου λείπει η αυτοπεποίθηση	1	2	3	4
-33 Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
34 Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας	1	2	3	4
35 Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση	1	2	3	4
-36 Είμαι ικανοποιημένος	1	2	3	4
37 Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί	1	2	3	4
38 Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου	1	2	3	4
-39 Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας	1	2	3	4
40 Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέπτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου	1	2	3	4

Ερωτηματολόγιο Διατροφικών Συνηθειών για Παιδιά

Όνοματεπώνυμο:.....

Κωδικός:.....

Φύλλο: Αγόρι Κορίτσι

Ηλικία:..... Τάξη:.....

ΟΔΗΓΙΕΣ: Κυκλώστε τις απαντήσεις που σας αντιπροσωπεύουν καλύτερα.

1. Τι τρως για πρωινό;
A. γάλα **B.** γάλα με δημητριακά **Γ.** τοστ με γάλα ή χυμό
Δ. γάλα, φρυγανιές και μαρμελάδα **Ε.** κανένα από τα παραπάνω **ΣΤ.** τίποτα
2. Πίνεις καθημερινά γάλα; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
3. Καταναλώνεις κάτι κατά την διάρκεια του σχολείου: **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
4. Εάν **ΝΑΙ** , από πού προέρχεται αυτό:
A. από το σπίτι σου **B.** από το κυλικείο
5. Αν προέρχεται από το σπίτι , τι είναι συνήθως αυτό ;
A. φρούτο - χυμό **B.** τοστ - σάντουιτς **Γ.** κέικ **Δ.** τίποτα από τα παραπάνω.
6. Αν προέρχεται από το κυλικείο , τι συνήθως αγοράζεις;
A. τοστ – σάντουιτς **B.** πίτσα **Γ.** κουλούρι **Δ.** χυμό
Ε. σοκολάτα - μπισκότα **ΣΤ.** πατατάκια , γαριδάκια
Z. αναψυκτικά **H.** τυρόπιτα – σπανακόπιτα – λουκανικόπιτα
Θ. κανένα από τα παραπάνω

7. Σου αρέσουν τα φρούτα και τα λαχανικά; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
8. Σου αρέσουν τα όσπρια (πχ. φακές, φασόλια, αρακάς);
ΝΑΙ **ΟΧΙ**
9. Υπάρχει καθημερινά μαγειρεμένο φαγητό στο σπίτι; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
10. Μαζί με το φαγητό σου, τρως πολύ ψωμί (πάνω από 2 φέτες);
ΝΑΙ **ΟΧΙ**
11. Μαζί με το φαγητό σου, τρως σαλάτα; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
12. Προτιμάς να τρως φαγητό απ έξω αντί για φαγητό από το σπίτι ;
ΝΑΙ **ΟΧΙ**
13. Το απόγευμα τρως:
A. φρούτο –χυμό **B.** γλυκό (σοκολάτα , μπισκότα, κρουασάν κ.α.)
Γ. πατατάκια – γαριδάκια **Δ.** κανένα από τα παραπάνω
Ε. τίποτα
14. Πίνεις τακτικά αναψυκτικά; **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
15. Ποσές ώρες παρακολουθείς τηλεόραση την ημέρα ;
A. καθόλου **B.** 1-3 ώρες **Γ.** πάνω από 3 ώρες
16. Πόσες ώρες παίζεις μετά το σχολείο ηλεκτρονικά παιχνίδια – βιντεοπαιχνίδια;
A. καθόλου **B.** 1-3 ώρες **Γ.** πάνω από 3 ώρες
17. Ασχολείσαι με κάποια αθλητική δραστηριότητα εκτός σχολείου;
ΝΑΙ **ΟΧΙ**
18. Πόσα γεύματα την ημέρα καταναλώνεις;
A. 2 -3 **B.** 3-4 **Γ.** 4-5 **Δ.** πάνω από 5
19. Πόσα γεύματα τρως μαζί με τους γονείς σου;
A. κανένα **B.** 1-2 **Γ.** 2-3 **Δ.** 3 ή περισσότερα

KIDMED TEST

Όνοματεπώνυμο:.....

Κωδικός:.....

Φύλλο: Αγόρι Κορίτσι

Ηλικία:..... Τάξη:.....

1. Καταναλώνω ενά φρούτο ή χυμό κάθε μέρα
2. Καταναλώνω και δεύτερο φρούτο κάθε μέρα
3. Καταναλώνω φρέσκα ή μαγειρεμένα λαχανικά μια φορά την ημέρα
4. Καταναλώνω φρέσκα ή μαγειρεμένα λαχανικά πάνω από μια φορά την ημέρα
5. Καταναλώνω τακτικά ψάρι (τουλάχιστον 2-3 μερίδες την εβδομάδα)
6. Πηγαίνω μια φορά την εβδομάδα ή περρισσότερες σε fast food εστιατόρια
7. Μου αρέσουν τα όσπρια και τα τρώω πάνω από μία φορά την εβδομάδα
8. Καταναλώνω ζυμαρικά ή ρύζι σχεδόν κάθε μέρα (5 η περισσότερες φορές την εβδομάδα)
9. Καταναλώνω δημητριακά ή αλεσμένα προϊόντα για πρωινό
10. Καταναλώνω ξηρούς καρπούς τακτικά (τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα)
11. Χρησιμοποιώ ελαιόλαδο στο σπίτι
12. Δεν τρώω πρωινό
13. Καταναλώνω κάποιο γαλακτοκομικό (γάλα, γιαούρτι, κ.τ.λ.) προϊόν στο πρωινό
14. Το πρωινό μου περιέχει γλυκά και αρτοσκευάσματα (πχ. κρουασάν)
15. Καταναλώνω δυο γιαούρτια ή τυρί (40γρ.) καθημερινά
16. Καταναλώνω γλυκά και καραμέλες αρκετές φορές την ημέρα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΥΛΙΚΟ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΠΥΡΑΜΙΔΑ

Μεσογειακή Πυραμίδα
Συμπλήρωσε στα πλαίσια τις τροφές που ανήκουν στο κάθε επίπεδο, σύμφωνα με τη μεσογειακή διατροφή

Μήλα

Καρότα

Καφές

Άσκηση

Γράψε εδώ

Γράψε εδώ

Γράψε εδώ

Γράψε εδώ

Γράψε εδώ

Γράψε εδώ

Γράψε εδώ

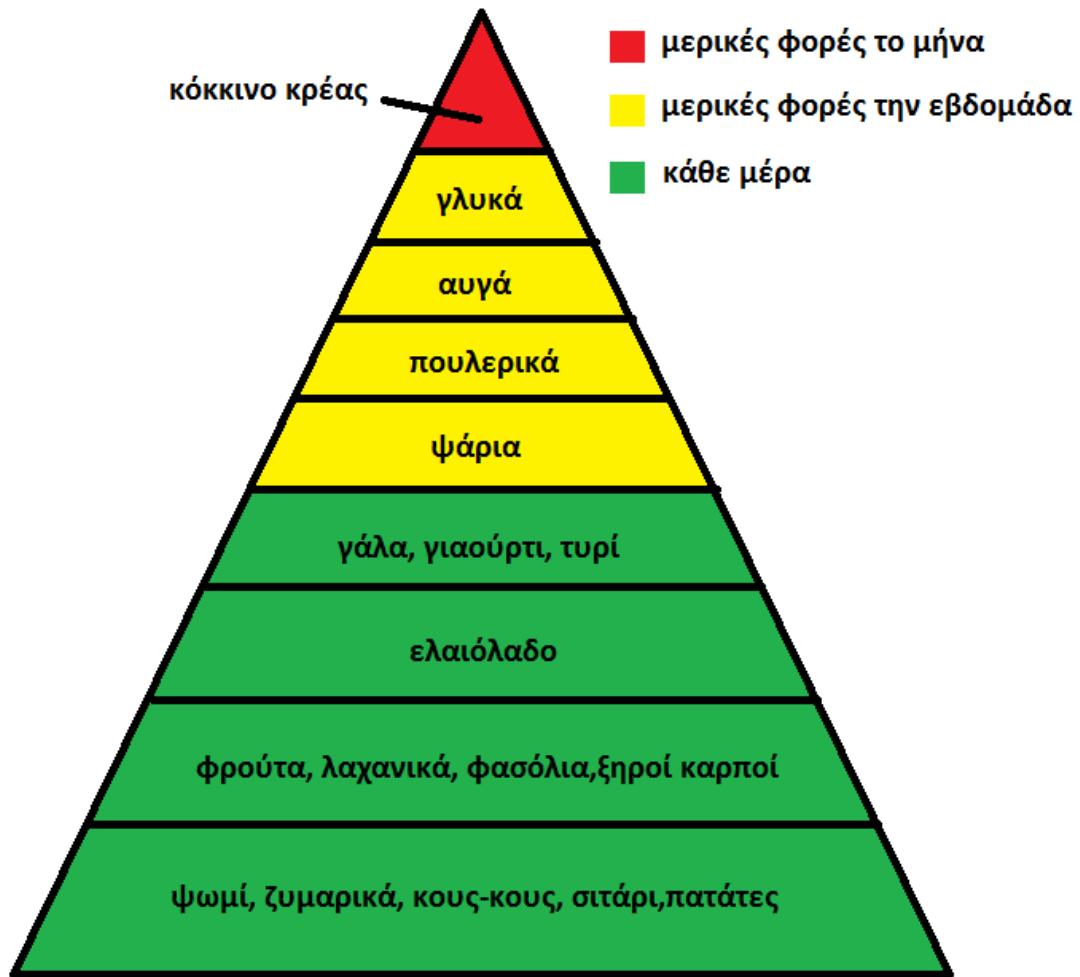
Γράψε εδώ

Γράψε εδώ

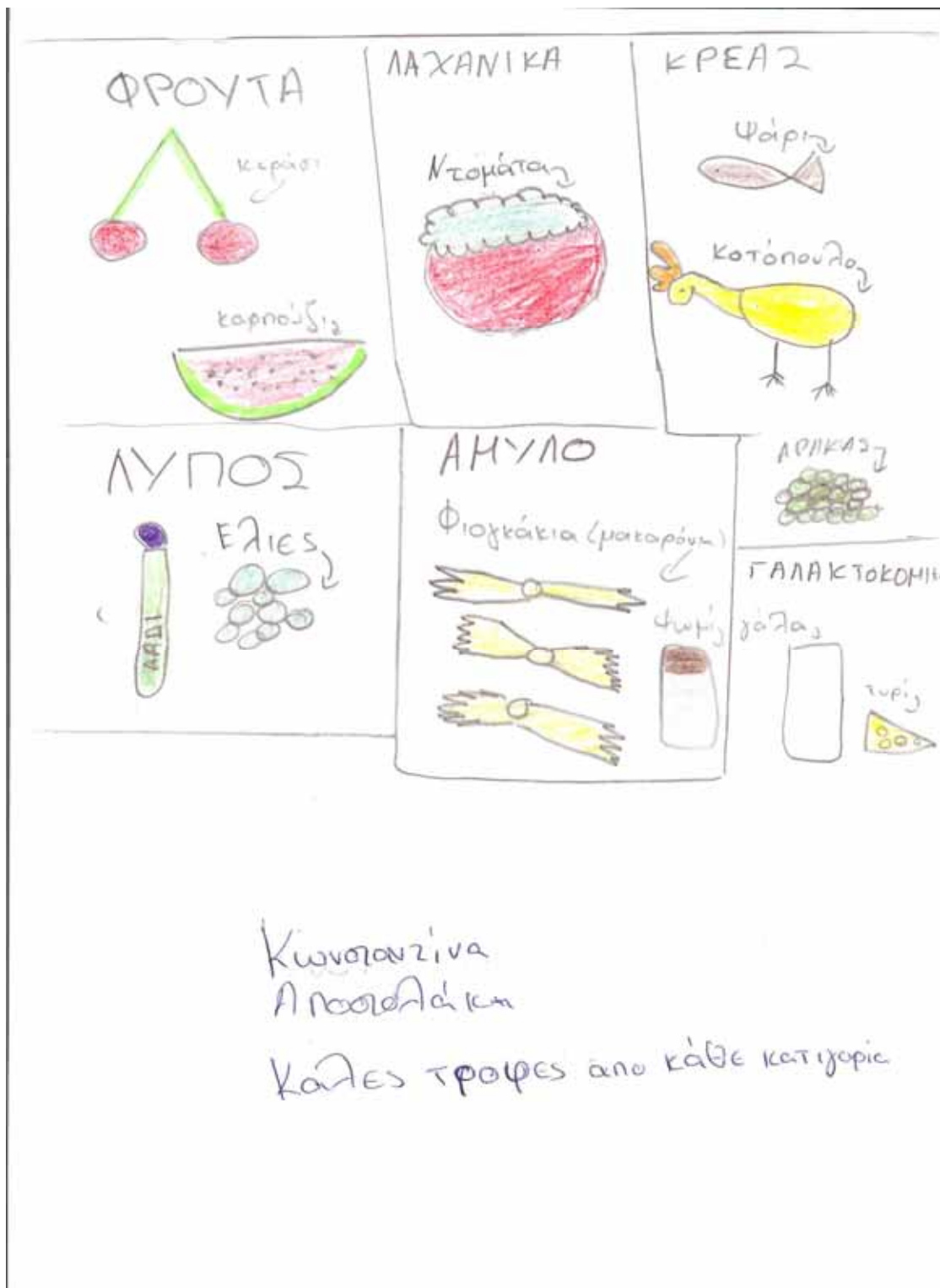
<p>ΦΡΟΥΤΑ</p>  <p>κεράσια</p> <p>καρπούζι</p>	<p>ΛΑΧΑΝΙΚΑ</p>  <p>κτομάτα</p>	<p>ΚΡΕΑΖ</p>  <p>ψάρι</p> <p>κοτόπουλο</p>
<p>ΛΥΠΟΣ</p>  <p>ΑΡΑΒΙ</p> <p>ΕΛΙΕΣ</p>	<p>ΑΜΥΛΟ</p>  <p>Φισχάκια (μακαρόνια)</p> <p>Φωγί γάλα</p>	<p>ΑΡΗΚΑΣ</p>  <p>ΑΡΗΚΑΣ</p> <p>ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΗ</p>  <p>γάλα</p> <p>τυρί</p>

Κωνοσάνζινα
Αποσελάκη

Καλές τροφές από κάθε κατηγορία

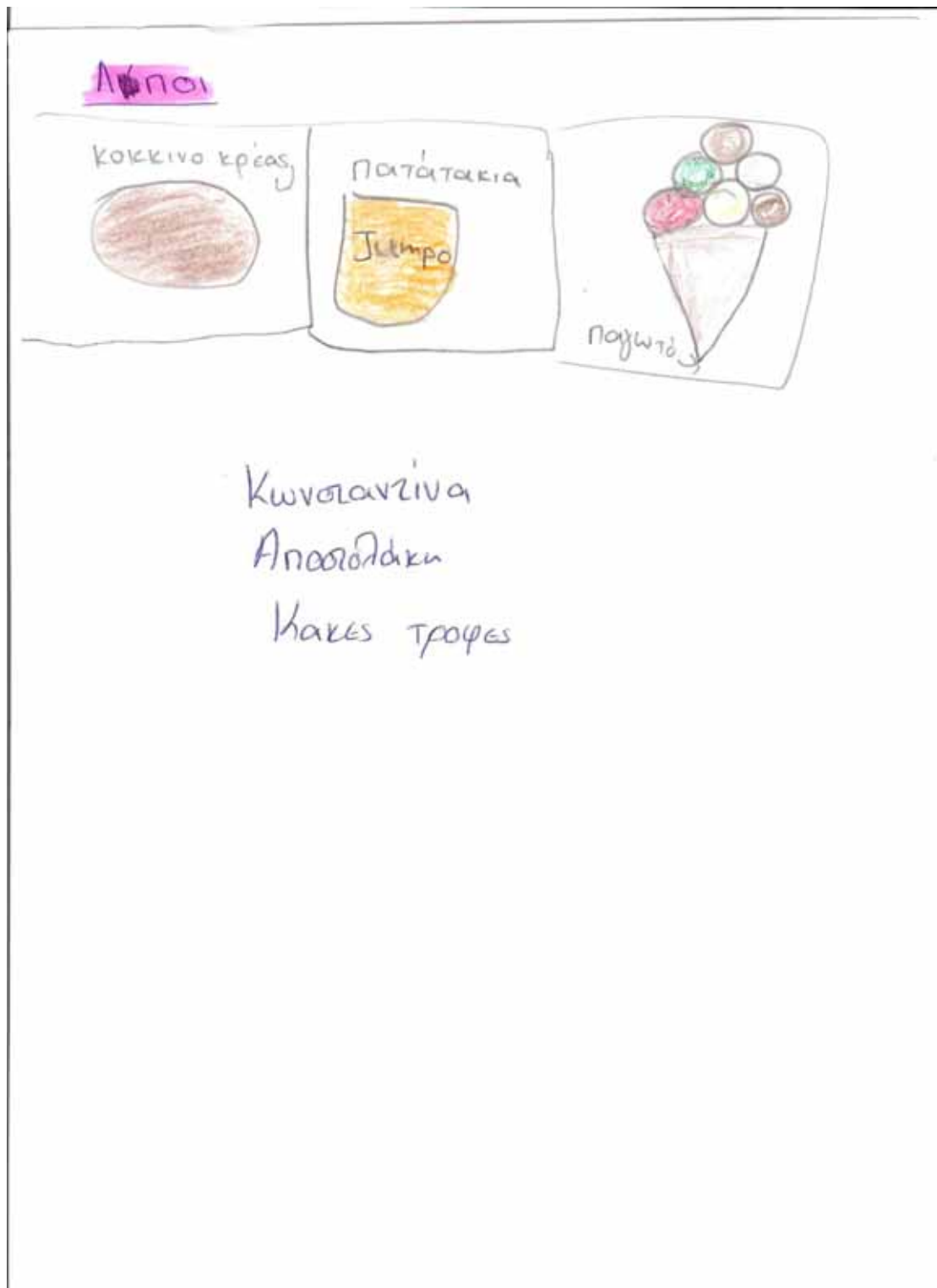


ΖΩΓΡΑΦΙΕΣ

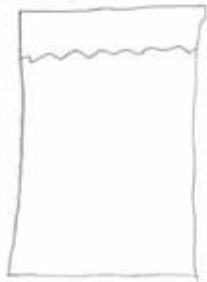


Κωνοστάνινα
Αποστολάκη

Καλές τροφές από κάθε κατηγορία



γάλα → γαλακτομικά



μπατάτα
→ φρούτα



καρότο →
λαχανικά



ψωμί → άμυλο



αρακάς →
ασπρια



ελαιόλαδο
→ λιπη



ψάρι → κρέας



Ηλέκτρα

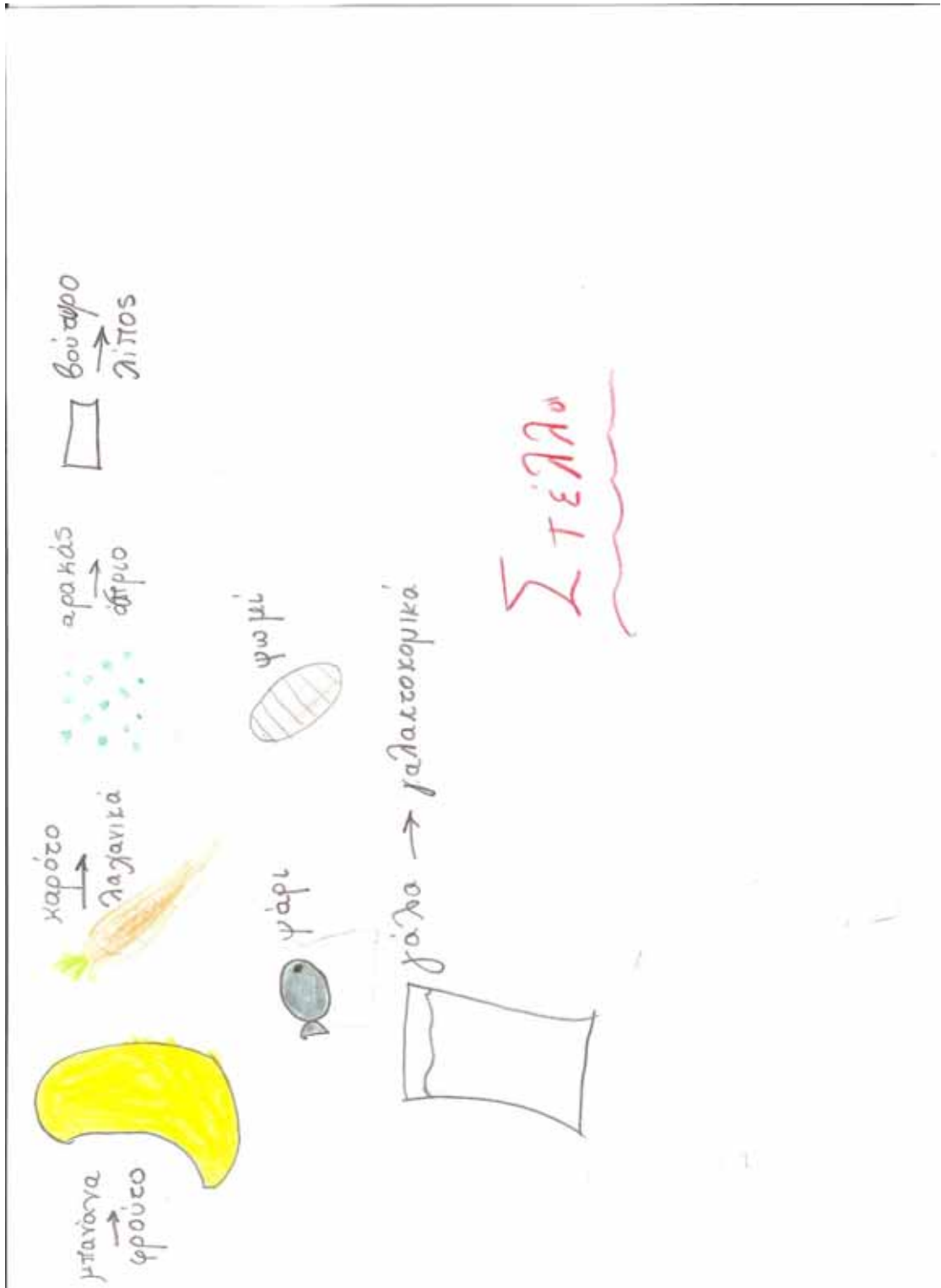
καλαμάκια

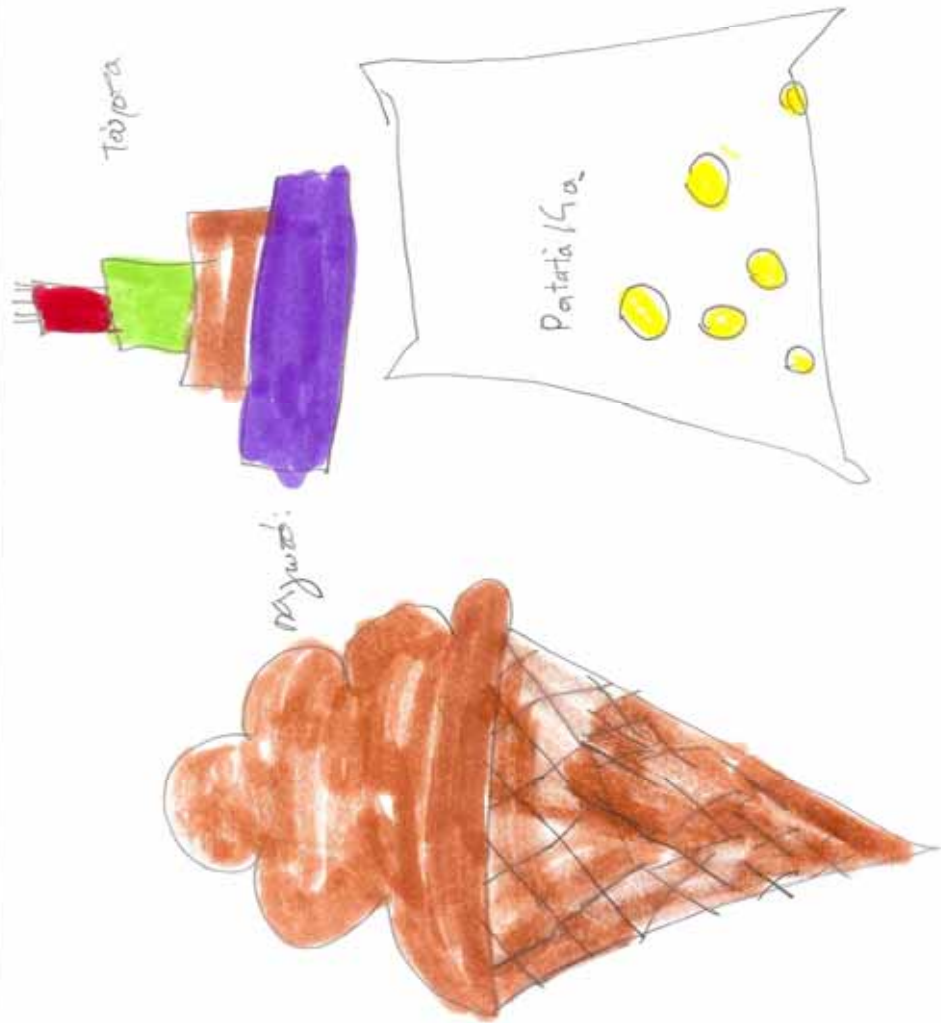


Κοκα - Κόλα



Η Ρεϊκτρα





Αρθρογραφία

1. ADA reports. Position of the American Dietetic Association, society for nutrition education and American school food service association – nutrition services: an essential component of comprehensive school health programs, *Journal of the American Dietetic Association*, 2003.
2. American Diabetes Association. Management of Dyslipidemia in children and adolescents with diabetes, 2003.
3. Baker J. European guidelines cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third joined task force of European and other society on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*, 10(1);1-78, 2003.
4. Baumeister R, Campbell J, Krueger J, Vohs K. Does high self esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyles? *Psychological science in public*, 4(1);1-44, 2003.
5. Beckham H, Hawley S, Bishop T. Application of theory based health behavior change techniques to the prevention of obesity in children, *J Pediatr Nurs* 21(4):266-275, 2006.
6. Bosch J, Stradmeijer M, Seidell J. Psychosocial Characteristics of obese children/youngsters and their families: implications for preventive and curative interventions, *Patient Education and Counseling* 55, 353-362, 2004.
7. Bowman S, Gortmaker S, Ebbeling C, Pereira M, Ludwig D. Effects of fast food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey, *Pediatrics*, 113(1);112-118, 2004.
8. Britt E, Hudson S, Blampied N. Motivational interview in health settings: a review, *Patient Education and counseling* 53, 147-155, 2004.
9. Chesson R, Chisholm D, Zaw W. Counseling children with chronic physical illness, *Patient education and counseling*, 55;331-338, 2004.

10. Contento R. The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs and research. *J. Nutr. Educ.* 27;:279–418, 1995.
11. Cruz R. Systematic review of Eysenck personality questionnaire, *Liberabit*, 17(2), 147-155, 2011.
12. Cullen K, Zakeri I. Fruits, vegetables, milk and sweetened beverages consumption and access to snack bar meals at school, *Am J public health*, 94;463-467, 2004.
13. Dixey R, Heindl I, Loureiro I, Perez-Rodrigo C, Snel J, Warnking P. *Healthy Eating for Young People in Europe. A School-based Nutrition Education Guide.* Copenhagen: European Network of Health Promoting Schools. 1999
14. Duckworth A, Tsukayama E, Geier A. Self controlled children stay leaner in the transition to adolescence, *Appetite* 54;304–308, 2010.
15. Ekelund U, Brage S, Froberg K, Harro M, Anderssen S, Sardinha L, Riddoch C, Andersen L. TV viewing and physical activity are independently associated with metabolic risk in children: the European youth heart study. *Plos medicine*, 3(12);2449-2457, 2006.
16. Eriksen K, Haraldsdottir J, Pederson R, Flyger H. Effect of a fruit and vegetable subscription in Danish schools. *Public Health Nutr.* 6; 57–63, 2003
17. Gonzalez W, Jones S, Frongillo E. Restricting snacks in US elementary school is associated with higher frequency of fruit and vegetable consumption, *The journal of Nutrition*, 139;142-144, 2009.
18. Gros F, Antony M, Simms L, McCabe R. Psychometric properties of the state – trait inventory for cognitive and somatic anxiety: comparison to the STAI. *Psychological Assessment*, 19(4);369-381, 2007.
19. Halford C, Gillespie J, Brown V, Pontin E, Dovey M. Effect of television advertisements for foods on food consumption in children. *Appetite*, 42;221-225, 2004.

20. Hammons A, Fiese B. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents?, *Pediatrics*, 127(6);1565-1574, 2011.
21. Hoelscher M, Evans A, Parcel S, Kelder. Designing effective nutrition interventions for adolescents. *J. Am. Diet. Assoc*, 102;52-53, 2002.
22. Horacek T, Salomon J, Nelson E. Evaluation of dietetic students and interns application of a lifestyle oriented nutrition counseling model, *Patient Education and Counseling* 68 ;113–120, 2007.
23. Houts P, Sharada S, Klassen A, Robinson E, McCarthy M. A problem solving approach to nutrition education and counseling, *J Nutr Educ Behav*. 38;254-258, 2006.
24. Jonides L, Buschbacher V, Barlow S. Management of child and adolescent obesity: psychological, emotional and behavioral assessment, *Pediatrics* 110;215-221, 2002.
25. Lazzeri G, Giallombardo D, Guidoni C, Zani A, Casorelli A, Grasso A, Pozzi T, Rossi S, Giacchi M. Nutritional surveillance in Tuscany: eating habits ta breakfast, mid – morning and afternoon snacks among 8-9 years old children. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 47;91-99, 2006.
26. Mariscal - Arcas M, Romaguera D, Rivas A, Feriche B, Pons A, Tur J, Olea – Serrano F. Diet quality of young people in southern Spain evaluated by a Mediterranean adaptation of the diet quality index – international. *British Journal of nutrition*, 98(6);1267-1273, 2007.
27. Nupponen R. What is counseling all about – basics in the counseling of health related physical activity, *Patient Education and Counselling*, 33;61-67, 1998.
28. Perez – Rodrigo C, Aranceta J. Nutrition education in schools: experiences and challenges. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57 (1); 82-85, 2003.

29. Pigone M, Ammerman A, Fernandez L, Orleans C, Nola Pender, Woolf S, Lohr K, Sonya Sutton. Counseling to promote a healthy diet in adults, *Am J Prev Med* 24(1);75-92, 2003.
30. Puri R, Bell C, Evers W. Dietetics students' ability to choose appropriate communication and counseling methods is improved by teaching behavior – change strategies in computer – assisted instruction, *Journal of the American Dietetic Association*, 110;892-897, 2010.
31. Quieroz S, Torres M. Iron deficiency anemia in children, *J. pediatr.* 76(3);298-304, 2000.
32. Rampersaud G, Pereira M, Girard B, Adams J, Metz J. Breakfast habits, nutritional status, body weight and academic performance in children and adolescents, *Journal of the American Dietetic Association*, 2005.
33. Roe L, Hunt P, Bradshaw H, Rayner. Health Promotion Interventions to Promote Healthy Eating in the General Population: A Review. London: HEA, 1999.
34. Roset M, Gonzalvo B. Schools meals in Catalonia: surveillance and quality control, *Public health Nutrition*, 4(6):1339-1341, 2001.
35. Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C, Influence of parental attitudes in the development of children eating behavior, *British Journal of Nutrition*, 99(1); S22–S25, 2008.
36. Sebastian R, Goldman J, Enns C, La Comb R. Fluid milk consumption in the United States, *Food surveys research group* 3, 2010.
37. Seeley E. Human needs and consumer economics: The implications of Maslow's theory of motivation for consumer expenditure patterns, *The journal of Socio – Economics*, 21(4);303-324, 1992.
38. Serra – Majem L, Ribas L, Garcia A, Perez-Rodrigo C, Aranceta J, Nutrient adequacy and Mediterranean diet in Spanish school children and adolescents, *European Journal of Clinical Nutrition*, 35-39, 2003,

39. Serra – Majem L, Ribas L, Ngo J, Ortega R, Garcia A, Perez – Rodrigo C, Aranceta J. Food, youth and Mediterranean diet in Spain. Development of Kidmed, Mediterranean diet quality index in children and adolescents. *Public Health Nutrition*, 7(7);931-935, 2004.
40. Spahn J, Reeves R, Keim K, Laquatra I, Kellog M, Jortberg , Klark N. State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change, *Journal of the American Dietetic Association*, 110;879-891, 2010.
41. Steptoe A, Perikns – Porras L, McKay C, Rink E, Hilton S, Cappuccio F. Behavioral counseling to increase consumption of fruit and vegetables in low income adults: randomized trial, *BMJ*, 326;1-6, 2003.
42. Story M, Neumark-Stzainer D, Sherwood N, Holt K, Sofka D, Trowbridge F, Barlow S. Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills and training needs among health care professionals, *Pediatrics* 110;210-214, 2002.
43. Theunissen N, Tates K. Models and theories in studies on educating and counseling children about physical health: a systematic review, *Patient Education and Counseling* 55;316–330, 2004.
44. Truman B, Gooch B, Sulemana I, Gift E, Horowitz A, Evans C, Griffin S, Carande – Kulis V. Review of evidence on interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers and sports related craniofacial injuries. *Am J Prev Med*, 23; 21-53, 2002.
45. Tzotzas T, Kapantais E, Tziomalos K, Ioannidis I, Mortoglou A, Bakatselos S, Kaklamanou M, Lanaras L, Kaklamanou D. Prevalence of overweight and abdominal obesity in Greek children 6-12 years old: Resultes from the national epidemiological survey, *Hippokratia*, 15(1);48-53, 2011.
46. Westenhoefer J. Establishing good dietary habits – capturing the minds of children. *Public Health Nutrition*, 4(1A);125-129, 2001.

47. Willett WC, Sacks F, Trichopoulos A, et al. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *American Journal of Clinical Nutrition* 61:1402S-1406S, 1995.
48. Zupancic M. The big five: recent developments in Slovene child personality research. *17(4):7-32*, 2008.

Βιβλιογραφία

1. Geldard K., Geldard D. (2004). Συμβουλευτική Ψυχολογία στα Παιδιά. Θεωρία εφαρμογές. Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
2. Hendricks, Duggan, Walker (2003). Εγχειρίδιο παιδικής διατροφής. Αθήνα, Εκδόσεις Παρισσιανού.
3. McLeod J . (2005). Εισαγωγή στη συμβουλευτική. Αθήνα, Εκδόσεις Μεταίχιμο.
4. Rowshan A. (1998). Πες το με μια ιστορία. Αθήνα, Εκδόσεις Η δυναμική της Επιτυχίας.
5. Woolfe, R., Strawbridge, S., Douglas, B. & Dryden, W. (2010). *Handbook of Counselling Psychology*. London: Sage.
6. Ζαμπέλας Α. (2003). Η διατροφή στα στάδια της ζωής. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης
7. Μαλικιώση Μ., Λοΐζου Μ. (2006). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
8. Μανιός Γ. (2007). Διατροφική Αγωγή: θεωρίες και μοντέλα αγωγής & προαγωγής υγείας. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης
9. Πιπεράκης Σ. (2002). Τροφή, Διατροφή, Ανατροφή. Αθήνα, Εκδόσεις Τυποθήτω