



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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ -
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ
ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ
ΗΛΙΚΙΑΣ 5-12 ΕΤΩΝ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΧΑΡΩΝΙΤΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΕΠΙΜΕΛΙΑ: ΖΟΥΠΑΝΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΠΑΠΑΔΟΓΙΑΝΝΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ**

ΣΗΤΕΙΑ 2009



ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ...

- ...τους γονείς μας για την οικονομική και ψυχολογική υποστήριξη, στοιχεία τα οποία ήταν απαραίτητα για την καλύτερη υλοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας,
- ...τον κ. Δημητροπούλακη μαθηματικό, ο οποίος για ακόμη μια φορά μας μετέδωσε τις γνώσεις του πάνω στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS 11.0, με το οποίο έγιναν όλοι οι πίνακες,
- ...την κ. Παπαδάτου βρεφονηπιοκόμο, που μας βοήθησε στη δημιουργία των κατασκευών, που δόθηκαν στα παιδιά την τελευταία ημέρα της παρέμβασης. Εδώ θα πρέπει να ευχαριστήσουμε και όλους όσους βοήθησαν στην κατασκευή των κορνιζών, των μολυβοθηκών, καθώς και της Διατροφικής Πυραμίδας,
- ...το Gramiko & Design, τυπογραφείο της Ζακύνθου, για την υπέροχη αφίσα που δημιούργησε,
- ...τους διευθυντές, τους δασκάλους και τις νηπιαγωγούς των σχολείων, καθώς επίσης και τα ίδια τα παιδιά που έλαβαν μέρος στην έρευνα μας,
- Τέλος, ευχαριστούμε την κ. Χαρωνιτάκη, για την πολύτιμη βοήθειά της όσον αφορά την παροχή πληροφοριών για την δημιουργία της εργασίας, καθώς και για την καλύτερη μορφοποίηση, συντακτική και γραμματική, της Πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---------------|----|
| Περίληψη..... | 6 |
| Εισαγωγή..... | 10 |

Α' ΜΕΡΟΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

| | |
|---|----|
| 1.1 Ορισμός διατροφικών συνηθειών & παιδιά..... | 15 |
| 1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες..... | 17 |
| 1.3 Διαιτητική πρόσληψη (Ενέργεια, Μακροθρεπτικά, Μικροθρεπτικά, ανά ηλικία και φύλο)..... | 21 |
| 1.3.α Ενέργεια..... | 25 |
| 1.3.β Πρωτεΐνες..... | 25 |
| 1.3.γ Υδατάνθρακες..... | 26 |
| 1.3.δ Φυτικές ίνες..... | 26 |
| 1.3.ε Λίπη..... | 27 |
| 1.3.στ Βιταμίνες..... | 28 |
| 1.3.ζ Μέταλλα και ιχνοστοιχεία..... | 30 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

| | |
|--|----|
| 2.1 Συχνές διατροφικές ελλείψεις και ασθένειες που σχετίζονται με αυτές..... | 33 |
| 2.1.α Σιδηροπενική Αναιμία..... | 33 |
| 2.1.β Υπερκινητική Συμπεριφορά..... | 34 |
| 2.1.γ Δυσκοιλιότητα..... | 36 |
| 2.1.δ Οδοντική Τερηδόνα..... | 36 |
| 2.1.ε Αθηροσκλήρωση..... | 37 |
| 2.1.στ Αλλεργίες..... | 38 |
| 2.2 Παιδική παχυσαρκία..... | 40 |
| 2.3 Άρνηση τροφής..... | 47 |
| 2.4 Επιλεκτική πρόσληψη τροφής..... | 48 |

| | |
|--|----|
| 2.5 Σύνδρομο διάχυτης άρνησης..... | 49 |
| 2.6 Ο ρόλος της οικογένειας στις διαταραχές πρόσληψης της τροφής | 50 |
| 2.7 Παιδιά που ακολουθούν τη χορτοφαγική διατροφή..... | 51 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

| | |
|---|----|
| 3.1 Σημασία του πρωινού στη παιδική διατροφή..... | 56 |
| 3.2 Διατροφικές συνήθειες στην οικογένεια..... | 58 |
| 3.3 Διατροφικές συνήθειες στο σχολείο..... | 59 |
| 3.3.α Ολόημερο Σχολείο..... | 63 |
| 3.4 Φυσική δραστηριότητα..... | 64 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

| | |
|---|----|
| 4.1 Ορισμός συμβουλευτικής..... | 67 |
| 4.1.α Συμπεριφοριστική-Γνωσιακή θεραπεία..... | 70 |
| 4.1.β Ψυχαναλυτική θεωρία..... | 71 |
| 4.1.γ Η θεωρία του Maslow..... | 73 |
| 4.1.δ Πελατοκεντρική προσέγγιση..... | 73 |
| 4.2 Ορισμός διατροφικής συμβουλευτικής..... | 74 |
| 4.3 Στόχοι συμβουλευτικής παιδιών..... | 77 |
| 4.4 Δραστηριότητες στη Συμβουλευτική – Διατροφική Αγωγή Υγείας..... | 82 |
| 4.4.α Δραστηριότητες στη Συμβουλευτική..... | 82 |
| 4.4.β Διατροφική Αγωγή Υγείας..... | 86 |

Β' ΜΕΡΟΣ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

| | |
|--|----|
| 1. Σκοπός της συμβουλευτικής - διαιτολογικής παρέμβασης..... | 92 |
| 2. Δείγμα και τύπος διεξαγωγής της παρέμβασης..... | 93 |
| 3. Επιλογή μεθόδων και στρατηγικών - Σχεδιασμός και οργάνωση του υλικού παρέμβασης..... | 93 |
| 4. Αποτελέσματα έρευνας..... | 99 |

| | |
|---|-----|
| 5. Σύγκριση της παρούσας έρευνας με την υπάρχουσα βιβλιογραφία..... | 154 |
| Προβλήματα που αντιμετωπίσαμε..... | 177 |
| 6. Συμπεράσματα έρευνας..... | 178 |
| Σημείωση για τα κυκλεία..... | 180 |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

| | |
|---|-----|
| Παράρτημα Α - Ερωτηματολόγιο Διατροφής..... | 181 |
| Παράρτημα Β – Καμπύλες Ανάπτυξης..... | 185 |
| Παράρτημα Γ – Δραστηριότητες..... | 189 |
| Παράρτημα Δ - Ενημερωτικό Έντυπο Διατροφής..... | 216 |
| Παράρτημα Ε – Κατασκευές..... | 218 |
| Παράρτημα ΣΤ – Φωτογραφίες από την παρέμβαση..... | 219 |

| | |
|-------------------------|------------|
| ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ..... | 222 |
|-------------------------|------------|

| | |
|--------------------------|------------|
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 226 |
|--------------------------|------------|

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος: Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με σκοπό την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των μικρών παιδιών, ηλικίας 5-12 ετών σε θέματα διατροφής για την απόκτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

Δείγμα: Αρχικά προσεγγίστηκαν 251 παιδιά αλλά η έρευνα τελικά πραγματοποιήθηκε σε 247 παιδιά, σε ένα νηπιαγωγείο και ένα δημοτικό σχολείο του νομού Ζακύνθου καθώς και σε ένα νηπιαγωγείο και ένα δημοτικό σχολείο του νομού Χανίων. Αναλυτικότερα, έλαβαν μέρος 15 παιδιά από το νηπιαγωγείο Μουζακίου και 95 παιδιά από το 3^ο δημοτικό σχολείο Ρίζας του νομού Ζακύνθου και αντίστοιχα 12 παιδιά από το νηπιαγωγείο της Χρυσοπηγής και 125 παιδιά από το Δημοτικό σχολείο Χρυσοπηγής του νομού Χανίων.

Μέθοδος: Τα παιδιά συμπλήρωσαν μόνο τους ένα ερωτηματολόγιο διατροφής (ποιοτικό και ποσοτικό ερωτηματολόγιο) στην αρχή και στο τέλος της έρευνας. Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια δραστηριοτήτων – παιχνιδιών, όπου δινόταν η ευκαιρία για συμμετοχή και των ίδιων των παιδιών. Η παρέμβαση υλοποιήθηκε στη διάρκεια 5 διδακτικών ωρών (1 ώρα την ημέρα) για κάθε τάξη ξεχωριστά και περιλάμβανε τις εξής θεματικές ενότητες:

- ✓ Μάθημα 1^ο: Το σώμα μου - Οι ομάδες τροφίμων
- ✓ Μάθημα 2^ο: Η πυραμίδα της διατροφής
- ✓ Μάθημα 3^ο: Φρούτα - Λαχανικά
- ✓ Μάθημα 4^ο: Γαλακτοκομικά προϊόντα - Κρέας
- ✓ Μάθημα 5^ο: Το κυλικείο μας

Η στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του προγράμματος SPSS 11.0.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη δεν αξιολογήθηκε μόνο ένα στοιχείο αλλά συνολικά οι διατροφικές συνήθειες, έτσι υπάρχουν πολλά διαφορετικά αποτελέσματα. Σημαντικό κρίνουμε το γεγονός ότι αυξήθηκε η πρόσληψη πρωινού μετά την παρέμβαση και στους δύο νομούς (95% για τη Ζάκυνθο και 84% για τα Χανιά), ενώ μειώθηκε η παρακολούθηση της τηλεόρασης κατά τη διάρκεια κατανάλωσης κάποιου γεύματος (το 75% και το 69% των παιδιών της Ζακύνθου και των Χανίων, αντίστοιχα απάντησαν πως δεν παρακολουθούν τηλεόραση). Υπήρξαν όμως και ερωτήσεις στις οποίες φάνηκε ότι η συχνότητα κατανάλωσης κάποιου τροφίμου βελτιώθηκε μόνο σε

ένα νομό ή υπήρξε μεγαλύτερη βελτίωση σε έναν από τους δύο νομούς (π.χ. η κατανάλωση λαδερού φαγητού για το νομό της Ζακύνθου βελτιώθηκε κατά 35%, ενώ για τα Χανιά κατά 15%). Ακόμη, οι απαντήσεις των ερωτήσεων που αναφέρονταν στην κατανάλωση φαστ-φουντ, αναψυκτικών και γάλακτος ήταν από την αρχή σε πολύ καλά επίπεδα και για το λόγο αυτό δεν υπήρξαν κάποια σημαντικά αποτελέσματα.

Συμπεράσματα: Η τρέχουσα μελέτη παρουσιάζει μια ευνοϊκή επίδραση στην αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς σε ποικίλα επίπεδα. Καλό θα ήταν να δοθεί έμφαση στην διατροφική διαπαιδαγώγηση των παιδιών αυτής της ηλικίας, πραγματοποιώντας μια πιο συστηματική παρέμβαση, έτσι ώστε να τους γίνει τρόπος ζωής και να τα επωφελήσει στην παρούσα καθημερινότητά τους αλλά και στο μέλλον.

ABSTRACT

Objective: The present survey was conducted in order to inform and raise the awareness of small children aged 5-12 years to issues of nutrition towards a healthy lifestyle.

Sample: Initially, we approached 251 children but finally the research was conducted in 247 children from a kindergarten school and a primary school in the Municipality of Zakynthos and a kindergarten school and a primary school in the Municipality of Chania. More specifically, 15 children from the kindergarten school in Mouzakio, 95 children from the 3rd Primary School of Riza in Municipality of Zakynthos, 12 children from the kindergarten school in Chrysopigi and 125 children from the Primary School in Chrysopigi in the Municipality of Chania were involved.

Methods: The children filled in a questionnaire on nutrition (both qualitative and quantitative questionnaire) at the beginning and at the end of the research. The intervention took place through activities – games, during which the children themselves had the opportunity to participate. The intervention took part within 5 school hours (an hour per day) for each grade separately and consisted of the following topics:

- ✓ Lesson 1st: My body – The food groups
- ✓ Lesson 2nd: The food guide pyramid
- ✓ Lesson 3rd: Fruits - Vegetables
- ✓ Lesson 4th: Dairy - Meat
- ✓ Lesson 5th: Our school tuck-shop

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

Results: During the survey we assessed not only a single nutrition habit but the nutrition habits of the children on the whole, thus resulting in many different outcomes (percentages). In particular, the intake of breakfast was increased in both areas after the intervention (95% for Zakynthos and 84% for Chania), and television viewing was reduced during the consumption of a meal (75% and 69% of children of Zakynthos and Chania, answered that they do not watch television, respectively). There were also questions in which appeared that the consumption frequency of a particular food (e.g. casserole beans) was improved in one Municipality only or there

was bigger improvement in one of the two Municipalities (e.g. the casserole beans consumption was improved 35% for Zakynthos and only 15% for Chania). Also the questions that referred to the consumption of fast food, fizzy drinks and milk gave answers revealing good nutrition habits and therefore we have no significant results.

Conclusions: The present survey presents a positive effect towards the change of nutritional behavior in various levels. It would be advisable to put emphasis on the nutritional education of the children of that age, by having a more serious intervention. In this way, they will make their new nutritional habits a way of life and they will benefit their daily life not only at present time but in the future as well.

Α' ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με σεβασμό στην υγεία και το μέλλον των παιδιών και θεωρώντας ότι η σύγχρονη κοινωνία πολιορκεί τα παιδιά με όλο και περισσότερες ανθυγιεινές επιλογές και λανθασμένα πρότυπα, ασχοληθήκαμε στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας, με μια έρευνα που είχε ως σκοπό την συμβουλευτική-διαιτολογική παρέμβαση σχετικά με θέματα διατροφής και άσκησης σε παιδιά 5-12 ετών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα νηπιαγωγείο και ένα δημοτικό σχολείο του νομού Ζακύνθου καθώς και σε ένα νηπιαγωγείο και ένα δημοτικό σχολείο του νομού Χανίων.

Στον τομέα της διατροφής, έχουν γίνει ποικίλες έρευνες με σκοπό τη διαιτητική και συμβουλευτική παρέμβαση, όπως από το Αμερικανικό Κολλέγιο της Προληπτικής Ιατρικής (ACPM), όπου καθοδήγησε τους παθολόγους ώστε να παρέχουν συμβουλές στα παιδιά και τους εφήβους για να περιορίσουν το υπερβολικό βάρος (Rodin R. L., Alexander M. H., Guillory V. J. & Rogers J., 2007). Επίσης, σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Διατροφής (ADA), η πολιτεία έλαβε θέση στην επίλυση αυτού του θέματος, αναγνωρίζοντας ότι το υπερβολικό βάρος είναι ένα σημαντικό πρόβλημα για τα παιδιά και τους εφήβους. Η παρέμβαση αυτή απαιτούσε τον συνδυασμό οικογένειας και σχολικών προγραμμάτων, που περιλαμβάνουν την προώθηση της σωματικής δραστηριότητας και την εκπαίδευση των γονέων σε θέματα διατροφής, έτσι ώστε να παρέχουν τις κατάλληλες συμβουλές στα παιδιά (American Dietetic Association, 2006).

Σύμφωνα με άλλη έρευνα, μετά από την αξιολόγηση των διαθέσιμων διατροφικών στοιχείων για τον ευρωπαϊκό πληθυσμό, προέκυψε ότι ένα μεγάλο μέρος παιδιών και εφήβων καταναλώνουν λιγότερα φρούτα και λαχανικά από τις επιθυμητές συστάσεις. Γι' αυτό το λόγο εφαρμόστηκαν στρατηγικές προαγωγής υγείας που ενθαρρύνουν την υγιεινή κατανάλωση και τη σωματική δραστηριότητα, ώστε να έχουν ένα σημαντικό όφελος στην υγεία και την ευημερία κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και τα μεταγενέστερα στάδια της ζωής τους. Το πρόγραμμα περιλάμβανε δραστηριότητες μέσω του ηλεκτρονικού υπολογιστή και αντίστοιχη καθοδήγηση, όπου τα παιδιά ξεκινούσαν από το σχολείο τη δραστηριότητα και την

ολοκλήρωναν στο σπίτι μαζί με την οικογένειά τους, αφότου τους είχαν δοθεί συγκεκριμένες οδηγίες (Pérez R. C., Aranceta J., Brug H., et al, 2004).

Το δεύτερο μέρος της πτυχιακής μας εργασίας αφορά τις διατροφικές συνήθειες, όπου αναφέρονται τα έθιμα διατροφής και αφορούν: είδη τροφίμων, συχνότητες κατανάλωσης, τρόπους κατανάλωσης και μαγειρέματος, μαγειρικά σκεύη, αριθμό γευμάτων ανά ημέρα, χρονική διάρκεια κα συνθήκες γεύματος. Η μελέτη των διατροφικών συνηθειών στις μέρες μας είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς είναι ένα από τα κύρια εργαλεία για τις στρατηγικές που χαράζονται σε εθνικό επίπεδο και αποσκοπούν στην καλή υγεία του πληθυσμού, σε συνδυασμό με τη διατροφή. Η εξέταση και μελέτη των διατροφικών συνηθειών μπορεί να αφορούν μεμονωμένα άτομα, ομάδες ή πληθυσμούς. Είναι δε δυνατό να περιλαμβάνει σύγκριση ομάδων (Westenhoef J., 2002).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα σε παιδιά ηλικίας 2 - 14 ετών, με χρήση ανθρωπομετρήσεων και στοιχείων από τη διατροφή τους, απέδειξε πως αυτά κατανάλωναν περισσότερα λίπη και υδατάνθρακες από τα συνιστώμενα, ενώ στις πρωτεΐνες δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά. Ακόμα βρέθηκε πως τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά καταναλώνουν περισσότερες θερμίδες, πρωτεΐνες και λίπη σε σχέση με τα παιδιά φυσιολογικού βάρους, ενώ δεν υπήρχε καμία διαφορά στις προσλήψεις μικροθρεπτικών συστατικών, με εξαίρεση τη νιασίνη, τη βιταμίνη E και το φολικό οξύ όπου παρουσιάστηκε ανεπάρκεια 10-25% και στο ψευδάργυρο και το χαλκό που παρατηρήθηκε αύξηση μεγαλύτερη από τα επιτρεπόμενα όρια (Manios Y., Grammatikaki E., Papoutsou S., et al, 2008). Σε άλλη έρευνα που δημοσιεύτηκε από την Αμερικανική Διαιτολογική Εταιρεία ημερομηνία, εξετάστηκαν οι αντιλήψεις των γονέων για τα οικογενειακά γεύματα, με σκοπό να βελτιώσουν τη διαιτητική ποιότητα των γευμάτων. Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώθηκαν από τους γονείς, παρουσιάζοντας τα οφέλη των οικογενειακών γευμάτων. Έτσι, προτάθηκαν διάφορες συμβουλές ώστε να αυξηθεί η συχνότητα του οικογενειακού γεύματος, να προαχθούν τα υγιεινά τρόφιμα και να μοιράζονται οι ευθύνες μεταξύ γονέων και παιδιών στην προετοιμασία του γεύματος (Fulkerson J. A., Neumark-Sztainer D., Story M., Rydell S., 2008). Μια παρόμοια παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά και στους γονείς αυτών, είχε ως στόχο να περιορίσουν την πρόσληψη του λίπους και της ζάχαρης, καθώς και να αυξήσουν την πρόσληψη σύνθετων υδατανθράκων. Τα παιδιά χωρίστηκαν σε μια ομάδα ελέγχου και δυο

ομάδες παρέμβασης όπου και σημειώθηκαν θετικές αλλαγές ανάλογα με τις οδηγίες που είχαν δοθεί (Paineau D. L., Beaufils F., Boulier A., et al, 2008).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι σημαντικό ρόλο στην διαιτητική παρέμβαση διαδραματίζουν τα μέλη και το περιβάλλον στο οποίο λαμβάνει χώρα. Τα τελευταία 20 χρόνια, η δημόσια υγεία εστίασε κυρίως στην ποιότητα της διατροφής που μπορούν να επηρεάσουν την αρχή των χρόνιων παθήσεων, την ποιότητα και την υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής. Ο στόχος των κοινοτικών ενεργειών για την διατροφή επικεντρώνεται στην υγιεινή κατανάλωση τροφίμων προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής. Οι ενέργειες αυτές συμβάλουν στην προαγωγή της υγείας του πληθυσμού με προγράμματα και διάφορες υπηρεσίες. Οι κοινωνικές υπηρεσίες μπορεί να είναι, είτε τα σχολεία, είτε ο χώρος εργασίας, είτε η κοινότητα στην οποία ανήκει το άτομο και έχουν ως σκοπό να εξασφαλίσουν τον επαρκή θρεπτικό ανεφοδιασμό, παρέχοντας τρόφιμα τα οποία συμβάλλουν στην υγιεινή κατανάλωση, καθώς επίσης και να δώσουν συμβουλές μαγειρικής. Προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι νέες προκλήσεις, οι κοινωνία πρέπει να παρέχει κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες στον τομέα της διατροφής (Aranceta J., 2004).

Καμία εθνική πολιτική για την αγωγή υγείας στα σχολεία δεν υπάρχει μέχρι σήμερα στην Ελλάδα. Η πρώτη προσπάθεια να εφαρμοστεί ένα σχολικό πρόγραμμα παρέμβασης αγωγής υγείας προωθήθηκε το 1992 σε 4.171 μαθητές που εγγράφηκαν στην πρώτη τάξη του δημοτικού, σε δύο νομούς της Κρήτης. Οι 1.510 μαθητές που εγγράφηκαν σε έναν τρίτο νομό χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου. Η σχολική παρέμβαση και τα σεμινάρια που οργανώθηκαν για τους γονείς στόχευσαν πρώτιστα στη βελτίωση της διατροφής των παιδιών και της σωματικής δραστηριότητας. Οι μαθητές στην πρώτη τάξη, σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 40 σχολείων, εξετάστηκαν πριν από το πρόγραμμα παρέμβασης σε διάφορα θέματα όπως γνώση της κατάστασης της υγείας, διατροφή, σωματική δραστηριότητα, ανθρωπομετρικούς και βιοχημικούς δείκτες. Οι ίδιες μετρήσεις έγιναν μετά από τα 3 χρόνια του προγράμματος σε μια ομάδα 288 ατόμων παρέμβασης και σε 183 μαθητές που αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου. Παρουσιάστηκαν θετικές αλλαγές στα επίπεδα του λίπους και σε μεγάλη έκταση στην ομάδα παρέμβασης έναντι της ομάδας ελέγχου, ενώ ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) αυξήθηκε λιγότερο στην ομάδα παρέμβασης απ' ό,τι στις ομάδες ελέγχου. Τέλος, η αύξηση της γνώσης της υγείας και της

σωματικής δραστηριότητας πραγματοποιήθηκε σε μια υψηλότερη κλίμακα στην ομάδα παρέμβασης (Manios Y., Moschandreas J., Hatzis C. & Kafatos A., 1999).

Όσον αφορά την παρούσα έρευνα που πραγματοποιήθηκε στους νομούς Ζακύνθου και Χανίων, ξεκίνησε τον Δεκέμβριο του 2008, όπου χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο στα παιδιά ηλικίας 5 – 12 ετών, έτσι ώστε να διερευνηθούν οι διατροφικές συνήθειες του συνόλου των παιδιών. Το ερωτηματολόγιο, παρείχε ερωτήσεις ειδικά σχεδιασμένες ώστε να μπορούν τα παιδιά να απαντήσουν χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία. Για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου είχαμε ως βάση ένα ανάλογο ερωτηματολόγιο από το βιβλίο «Χτίζω σωστά εμένα» της Μαραζιώτη Ε. (2007). Στη συνέχεια, έγινε επέκταση αυτού του ερωτηματολογίου, τοποθετώντας περισσότερες ερωτήσεις για την καλύτερη διευκρίνιση τόσο των διατροφικών συνηθειών του παιδιού, όσο και των παραγόντων που τις επηρεάζουν, όπως το σχολείο, το κυλικείο και η οικογένεια.

Κατά το διάστημα Φεβρουαρίου – Μαρτίου του 2009, πραγματοποιήθηκε συμβουλευτική-διαιτολογική παρέμβαση, χρησιμοποιώντας παιχνίδια και συζητήσεις όσον αφορά θέματα διατροφής, με σκοπό τα παιδιά να ευαισθητοποιηθούν σχετικά με την υγιεινή διατροφή, τον υγιεινό τρόπο ζωής και την επιλογή του κατάλληλου κολατσιού στο σχολείο. Σχεδιάστηκαν 5 μαθήματα-παρεμβάσεις για κάθε τάξη όπου έχουν ως εξής:

Μάθημα 1^ο: Το σώμα μου - Οι ομάδες τροφίμων: τα παιδιά μέσω της γνωριμίας με το σώμα τους, έμαθαν ποια είναι η διαδικασία της πέψης και ποιες είναι οι ομάδες τροφίμων.

Μάθημα 2^ο: Η πυραμίδα της διατροφής: Πραγματοποιήθηκε κατασκευή της πυραμίδας με φωτογραφίες και ζωγραφιές, στις μικρές ηλικίες μέχρι δετών η πυραμίδα είχε τη μορφή φαναριού έτσι ώστε τα παιδιά με βάση τα χρώματα να ξεχωρίζουν τα τρόφιμα που τους κάνουν καλό και αυτά που πρέπει να αποφεύγουν. Τα μεγαλύτερα παιδιά κατασκεύασαν την πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής.

Μάθημα 3^ο: Φρούτα-Λαχανικά: με την βοήθεια καρτών ξεχώρισαν τα φρούτα από τα λαχανικά και στη συνέχεια έπαιξαν με ακροστιχίδες, μεσοστιχίδες, αινίγματα και γλωσσοδέτες.

Μάθημα 4^ο: Γαλακτοκομικά προϊόντα-Κρέας: στην αρχή αναφέρθηκαν τα διάφορα είδη γαλακτοκομικών προϊόντων που υπάρχουν και ποια μπορούν να επιλέγουν για κολατσιό. Στην συνέχεια επισημάνθηκαν τα διάφορα είδη κρεατικών και τι θα πρέπει

να προσέχουν όσον αφορά την επιλογή τους. Τα παιδιά ανέφεραν διάφορα γεύματα και έψαξαν ποια τρόφιμα ανήκουν στα γαλακτοκομικά και ποια στο κρέας.

Μάθημα 5^ο: Το κυλικείο μας: με όλα όσα έμαθαν από τα προηγούμενα μαθήματα συνδύασαν τρόφιμα που είχε το κυλικείο τους και αποτελούσαν μια υγιεινή επιλογή για κολατσιό και τα καλύτερα βραβεύτηκαν. Με τον τρόπο αυτό έγινε κατανοητό στα παιδιά ποια τρόφιμα από το κυλικείο θα πρέπει να απορρίπτουν. Κοιτάζοντας φωτογραφίες διδάχτηκαν σε ποια τρόφιμα κρύβεται η ζάχαρη. Τέλος στα παιδιά ηλικίας 10 - 12 ετών πραγματοποιήθηκε μια δραστηριότητα έτσι ώστε να γνωρίσουν την διατροφική ετικέτα και τι πρέπει να κοιτούν σε αυτήν.

Τέλος, κατά τον Απρίλιο του 2009, χορηγήθηκε ξανά το ίδιο ερωτηματολόγιο, για να διαπιστωθεί εάν έχει τροποποιηθεί ο τρόπος σκέψης και οι συνήθειές τους μετά από την παρέμβαση. Στο τέλος της διεξαγωγής της έρευνας, μοιράστηκε στα παιδιά ενημερωτικό έντυπο που προοριζόταν και για τους γονείς, αναφερόμενο στη σωστή διατροφή και άσκηση, με σκοπό να ενισχυθεί και να συνεχισθεί η προσπάθεια αυτή, και στα πλαίσια της καθημερινής οικογενειακής ζωής.

Αξίζει να σημειωθεί πως οι ιδέες για όλα τα παιχνίδια πηγάζουν από κάποιες ιστοσελίδες με παιχνίδια διατροφής για παιδιά και από παιδικά βιβλία που αφορούν την διατροφή και αναγράφονται στην βιβλιογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ορισμός διατροφικών συνηθειών & παιδιά

Με τον όρο διατροφικές συνήθειες αναφέρονται τα έθιμα διατροφής και αφορούν είδη τροφίμων, συχνότητες κατανάλωσης, τρόπους κατανάλωσης και μαγειρέματος, μαγειρικά σκεύη, αριθμό γευμάτων ανά ημέρα, χρονική διάρκεια και συνθήκες γεύματος.

Τα νεογέννητα δείχνουν μια προτίμηση για τις γλυκές γεύσεις, ενώ παρουσιάζουν μια δυσαρέσκεια για τα πικρά. Αυτό μπορεί να αποδοθεί σε σημαντικές βιολογικές λειτουργίες, όπου η γλυκύτητα εμφανίζεται με την κατανάλωση τροφίμων με αρκετές θερμίδες που προέρχονται από υδατάνθρακες ενώ η αίσθηση του πικρού συσχετίζεται με την τοξικότητα. Πιο άμεσα, η έμφυτη προτίμηση για τη γλυκιά γεύση μπορεί να ενισχύσει την κατανάλωση του μητρικού γάλακτος από το νεογέννητο μωρό (Westenhoefer J., 2002).

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν διεξαχθεί για τη διατροφή του παιδιού έχει παρατηρηθεί ότι κατά το 3^ο με 8^ο έτος της ηλικίας, η πρόσληψη όλων των θρεπτικών συστατικών αυξάνεται σταδιακά. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά πλέον προτιμούν την κατανάλωση γάλακτος σε συνδυασμό με δημητριακά ή το γάλα μπορεί να αντικατασταθεί από γιαούρτι και μέλι. Το κρέας πολλές φορές δεν προτιμάται, λόγω της σκληρότητάς του, πράγμα το οποίο μπορεί να προκαλέσει μειωμένη πρόσληψη σιδήρου, σε περίπτωση που δεν καταναλώνουν κάποιο άλλο υποκατάστατο, όπως θαλασσινά. Έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά δεν καταναλώνουν λαχανικά, εκτός αν είναι υπό μορφή σούπας. Αν μπορεί να επιτευχθεί, συνιστανται 1 – 2 κουταλάκια του γλυκού λαχανικών στο πιάτο του παιδιού και να αυξάνονται σταδιακά (Ζαμπέλας Α. 2003). Αντίθετα, τα γλυκά καταναλώνονται ευρέως από τα παιδιά, πράγμα στο οποίο πρέπει να δίδεται προσοχή. Καλό θα ήταν να μη δίδονται προ του γεύματος, επειδή μειώνουν την όρεξη ή προκαλούν κορεσμό, ενώ αν δε μπορεί να αποφευχθεί, μπορεί να προσφέρονται μετά το γεύμα και το φρούτο. Γενικότερα, «όπως και στους ενήλικες, τα κύρια γεύματα πρέπει να είναι τρία, με καλό πρωινό και ενδιάμεσα φρούτα, λαχανικά ή γαλακτοκομικά και οι προσφερόμενες ποσότητες πρέπει πάντα να είναι μικρές και να δίδεται κάτι επιπλέον μόνο όταν το παιδί τελειώσει το πιάτο του. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, εξαιτίας της μικρότερης πεπτικής ικανότητας

που παρουσιάζουν και της ευμετάβλητης όρεξης που έχουν, προτιμούν μικρές ποσότητες φαγητού, οι οποίες πρέπει να προσφέρονται πολλές φορές την ημέρα. Προσοχή πρέπει να δίδεται μόνο στη διάρκεια που το παιδί προσλαμβάνει την τροφή του και όχι όταν αρνείται να την καταναλώσει» (Ζαμπέλας Α., 2003, σελ.195).

Έχουν περιγραφεί τρεις σημαντικές διεργασίες που τροποποιούν την αποδοχή των τροφίμων και τις διατροφικές συνήθειες ενός παιδιού. Πρώτον, η απλή έκθεση σε άγνωστα τρόφιμα, δηλ. η επαναλαμβανόμενη εμπειρία και γευσιγνωσία του παιδιού σε κάποιο φαγητό, μειώνει την τάση να απορρίπτει το άγνωστο τρόφιμο, φαινόμενο που έχει ονομαστεί «νεοφοβία» (neophobia). Κατά συνέπεια, η προτίμηση για ένα από τα αρχικά νέα τρόφιμα αυξάνεται με την έκθεση, του παιδιού σ' αυτό. Δεύτερον, είναι η αποδοχή από κοινωνικές επιρροές, δηλαδή τα παιδιά μαθαίνουν να προτιμούν τα τρόφιμα που καταναλώνονται από ενήλικες, από τους συμμαθητές τους ή από ήρωες σε μια φανταστική ιστορία. Όμως η επιρροή αυτή μπορεί να είναι πιο ισχυρή από τους γονείς και έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικό στα παιδιά προσχολικής ηλικίας και ακόμα και σε παιδιά 2 ετών. Τρίτον, τα παιδιά μαθαίνουν να συνεργάζονται με τις φυσιολογικές συνέπειες της πρόσληψης τροφής από τη γεύση των τροφίμων. Αυτές οι διαδικασίες μάθησης ίσως τελικά να οδηγήσουν στη διαμόρφωση των στάσεων και των πεποιθήσεων των παιδιών σχετικά με τα τρόφιμα και το φαγητό, οι οποίες παίζουν σημαντικό ρόλο στον έλεγχο της πρόσληψης τροφής. Με δεδομένο το σημαντικό ρόλο των κοινωνικών επιδράσεων της ανάπτυξης των διατροφικών συνηθειών, η δραματική αλλαγή στο κοινωνικό πλαίσιο των διατροφικών συμπεριφορών πρέπει να αναγνωριστεί και να διερευνηθούν οι επιπτώσεις. Ενώ στο παρελθόν το φαγητό για τα παιδιά ήταν γενικά μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο, καθώς υπήρχαν τα οικογενειακά γεύματα, τώρα έχουν αντικατασταθεί από τα «μοναχικά» γεύματα, καθώς τα παιδιά συνηθίζουν να τρώνε μόνα (Westenhofer J., 2002).

Οι συνέπειες αυτής της αντικατάστασης, επισημαίνονται από τα πορίσματα μιας έρευνας, όπου διερευνήθηκαν οι διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές 551 μαθητών ηλικίας μεταξύ 7 και 16 ετών στο Αμβούργο (Γερμανία). Σε αυτή την έρευνα διαπιστώθηκε ότι η σημασία της οικογένειας, η οποία παρίσταται κατά την διάρκεια του γεύματος μειωνόταν συνεχώς με την πάροδο της ηλικίας. Παράλληλα, μελετήθηκε η σημασία της τηλεόρασης και η αύξηση του φαγητού με την ηλικία. Έτσι φαίνεται ότι η οικογένεια τείνει να αντικατασταθεί από την τηλεόραση, ως

«κοινωνική επιχείρηση» στα γεύματα, κυρίως στα παιδιά από 12 ετών και πάνω. Η τάση αυτή είναι αξιοσημείωτη λόγω στοιχείων που αποδεικνύουν ότι παρακολουθώντας τηλεόραση, αυξάνεται ο αριθμός των υπέρβαρων και των παχύσαρκων παιδιών (Westenhoefer J., 2002).

1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες

Στην αρχή της διατροφικής πορείας του ανθρώπου, οι διατροφικές συνήθειες και επιλογές μιας ομάδας ανθρώπων, που κατοικούσαν σε μια συγκεκριμένη περιοχή, εξαρτιόταν από το κλίμα του τόπου και την εποχή. Πλέον, λόγω της ανάπτυξης τόσο του εμπορίου όσο και των βοηθητικών προϊόντων παραγωγής (λιπάσματα, θερμοκήπια, κ.α.), οι παράγοντες αυτοί έχουν εξαλειφθεί, και στη θέση τους έχουν ανέρθει άλλοι, το ίδιο σημαντικοί για τα μεταγενέστερα δεδομένα. Οι παράγοντες, λοιπόν που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων και κατ' επέκταση των παιδιών είναι κοινωνικοί, οικονομικοί, θρησκευτικοί, γεωγραφικοί, ψυχολογικοί, καθώς και σχετικοί με την υγεία.

Ξεκινώντας με τους κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι κυρίως εμφανίζονται στις ανεπτυγμένες κοινωνίες του δυτικού κόσμου, ευθύνονται για τις διατροφικές συνήθειες λόγω της επιθυμίας κάποιων να ανήκουν σε μία ομάδα. Έτσι, τα άτομα αυτά χρησιμοποιούν τη μίμηση των προτύπων που παρουσιάζονται στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και τον τρόπο ζωής που υπαγορεύουν αυτά μέσα από τις διαφημίσεις. Το ίδιο ισχύει και με τα παιδιά, αφού από μικρή ηλικία περνούν πολλές ώρες μπροστά στην τηλεόραση, με αποτέλεσμα να γίνονται αποδέκτες των μηνυμάτων που αυτή μεταφέρει και κατ' επέκταση να υιοθετούν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά γύρω από το φαγητό. Επιπλέον, τα παιδιά επηρεάζονται εύκολα, καθώς στο εμπόριο υπάρχουν ποικιλίες τροφίμων, συσκευασμένων με πολύχρωμα υλικά ή έχοντας ως δώρο κάποιον ήρωα κινουμένων σχεδίων. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των συσκευασιών περιέχουν τρόφιμα, πλούσια σε θερμίδες και κορεσμένα λιπαρά, ενώ είναι χαμηλά σε άλλα απαραίτητα για τον οργανισμό θρεπτικά συστατικά (π.χ. ασβέστιο, φυτικές ίνες). Εντούτοις, έχει παρατηρηθεί ότι η κατανάλωση γευμάτων σε συνδυασμό με την τηλεόραση συνδέεται με περισσότερες συνολικές ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης και η αυξημένη αυτή παρακολούθηση έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί έναν ανεξάρτητο προάγγελο αλλαγής - αύξησης του Δείκτη Μάζας

Σώματος, καθώς και δημιουργία περιττού πάχους που ξεκινάει από την προσχολική ηλικία και φτάνοντας ως την εφηβεία (Economos C. D., et al, 2008).

Βέβαια, ανάλογοι παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών, βρίσκονται ακόμα και στα πλαίσια στα οποία αυτά κινούνται, αναφερόμενοι στους ίδιους τους γονείς αλλά και το κυλικείο. Οι γονείς, όπως είναι φυσικό, μεταφέρουν στα παιδιά τις γνώσεις που εκείνοι έχουν πάνω στα θέματα διατροφής, χωρίς αυτό απαραίτητα να είναι πάντα ορθό. Έτσι, τα παιδιά λαμβάνουν ανάλογες συνήθειες, που πολλές φορές φαίνεται να είναι ανθυγιεινές (Pryke R., 2009). Τέλος, όσον αφορά τα κυλικεία, αν και οι τροφές που επιτρέπεται να πωλούνται, περιγράφονται με Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργείων Υγείας και Παιδείας από το 1989 (Έγγραφο Α2/Οικ. 2087/9-5-1989 του Υπουργείου Υγείας), έχει παρατηρηθεί ότι τα περισσότερα κυλικεία δεν εφαρμόζουν καμία διάταξη για την προστασία και την προαγωγή της υγείας των παιδιών (Καταναλωτικά Βήματα - Τεύχος Σεπτεμβρίου 2005). Επομένως, τα παιδιά έχουν περισσότερους από ένα λόγους να επηρεάζονται από τις «λιχουδιές» των κυλικείων του σχολείου τους.

Οι κοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να σχετίζονται με την οικονομία, η οποία βρίσκεται στη βάση όλων των δραστηριοτήτων της σύγχρονης κοινωνίας. Έτσι, πίσω από τη διαφήμιση, που μας οδηγεί στην επιλογή συγκεκριμένου τροφίμου, βρίσκεται το κέρδος της μονάδας παραγωγής, επεξεργασίας και διακίνησης του τροφίμου. Παράλληλα, η υιοθέτηση διατροφικών συνηθειών σχετίζεται άμεσα με την οικονομική ευρωστία των ατόμων. Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι, ανάλογα με την οικονομική κατάσταση, το άτομο θα κοιτάξει και κατ' επέκταση θα αγοράσει ανάλογης ποσότητας και ποιότητας τρόφιμα. Η διεθνής βρετανική έρευνα διατροφής, έδειξε ότι οι προσλήψεις βιταμινών και ιχνοστοιχείων, με εξαίρεση την πρόσληψη λίπους, σχετίζονταν με την κοινωνικοοικονομική θέση. Μια μεγάλη Φινλανδική έρευνα, επίσης, έδειξε ότι οι κοινωνικοοικονομικές διαφορές στην πρόσληψη λίπους καθώς και άλλων μακροθρεπτικών συστατικών ήταν μικρές ή ανύπαρκτες, ενώ μόνες ουσιαστικές διαφορές βρέθηκαν για τη βιταμίνη C και τα καροτενοειδή. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε αύξηση της πρόσληψης των παραπάνω όταν υπήρχε αυξημένη κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Roos E. et al, 1996).

Επιπλέον, έχουν βρεθεί ισχυρές σχέσεις μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και των παραγόντων κινδύνου όσον αφορά την εκπαίδευση, και επίσης αποδεικνύεται ότι η τελευταία μπορεί να είναι ο σημαντικότερος κοινωνικός

"προάγγελος" για μια υγιεινή διατροφή. Διάφορες μελέτες προτείνουν ότι η γνώση περί διατροφής και οι σχετικές με την υγεία τοποθετήσεις μπορούν να συνδεθούν περισσότερο με τη διατροφική πρόσληψη από ότι τα παραδοσιακά κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Διάφορα πρότυπα έχουν προταθεί για να εξηγήσουν τη συμπεριφορά υγείας, όπως το μοντέλο γνώσης - στάσης- πρακτικής (knowledge – attitude – practice model), η θεωρία κοινωνικής εκμάθησης (social learning theory) και ο γεωμετρικός τόπος υγείας του ελέγχου (health locus of control), το μοντέλο πεποίθησης υγείας (the health belief model), η θεωρία της αιτιολογημένης δράσης (the theory of reasoned action) και η κοινωνική γνωσιακή θεωρία του Bandura (Bandura's social cognitive theory) (Johansson L., et al, 1999).

Μια διεθνούς επιπέδου διαιτητική έρευνα που διεξήχθη από το Διεθνές συμβούλιο Διατροφής και το Πανεπιστήμιο του Όσλο της Νορβηγίας, είχε ως στόχο την αξιολόγηση της σημασίας της κοινωνικής θέσης και του τρόπου ζωής στον καθορισμό των διατροφικών συνηθειών. Εξέτασαν τη σχέση μεταξύ των δεικτών για μια υγιεινή διατροφή, με την εκπαίδευση, την κοινωνικοοικονομική θέση, το εισόδημα, την τοποθεσία της κατοικίας, καθώς και μεταβλητές του τρόπου ζωής. Οι δείκτες διατροφικών συνηθειών ήταν τα φρούτα και τα λαχανικά, οι φυτικές ίνες, το ποσοστό του ολικού λίπους και το σκορ του Hegsted, το οποίο παρέχει μια εκτίμηση του αντίκτυπου των διαιτητικών λιπιδίων στη χοληστερόλη ορού. Τα στοιχεία συγκεντρώθηκαν με ένα ποσοτικό ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων που διανεμήθηκε σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα Νορβηγών, ανδρών και γυναικών, ηλικίας 16 - 79 ετών, με ανταπόκριση 3144 ατόμων (63%). Παρατηρήθηκε ότι η ηλικία και το θηλυκό φύλο συνδέθηκαν θετικά με τους δείκτες για τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες. Συγκεκριμένα, παρουσιάστηκε αυξημένη πρόσληψη φρούτων λαχανικών, φυτικών ινών, με την αύξηση της ηλικίας, αλλά και αυξημένο το σκορ του Hegsted. Από την άλλη, όσον αφορά τα αποτελέσματα του γυναικείου φύλου παρατηρήθηκε μεγαλύτερη πρόσληψη φρούτων, λαχανικών και φυτικών ινών, καθώς και ένα ελαφρώς χαμηλότερο ποσοστό διαιτητικής ενέργειας από το λίπος, σε σύγκριση με τα αποτελέσματα των αντρών. Έπειτα από μακρόχρονη εκπαίδευση, η σωματική άσκηση, που είχε ως στόχο την μακροπρόθεσμη διατήρηση του βάρους μετά από υγιεινή διατροφή, συνδέθηκε θετικά και με τους τέσσερις δείκτες για τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες και στα δύο φύλα. Η κοινωνικοοικονομική θέση, η τοποθεσία της κατοικίας και οι συνήθειες καπνίσματος συνδέθηκαν με τον έναν από

τους τρεις δείκτες για τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες, τα φρούτα και τα λαχανικά. Συγκεκριμένα, τα άτομα και των δύο φύλων με υψηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση, που δεν κάπνιζαν και που ζούσαν σε αστικές περιοχές καταλάωναν περισσότερα φρούτα και λαχανικά. Επιπλέον, η κατοικία στις πόλεις συνδέθηκε με δύο δείκτες για τους άνδρες (χαμηλότερο ποσοστό ολικού λίπους, και σκορ του Hegsted), αλλά με κανέναν για τις γυναίκες, όταν λήφθηκαν υπόψη η ηλικία, η εκπαίδευση και η προσοχή στην υγιεινή διατροφή. Τελικά, η εκπαίδευση συνδέθηκε με τους δείκτες μιας υγιεινής διατροφής, ενώ όταν δόθηκε προσοχή στην υγιεινή διατροφή παρουσιάστηκε ισχυρότερη συσχέτιση και με τους τέσσερις δείκτες για τις υγιεινές διαιτητικές συνήθειες και στα δύο φύλα. Αυτό έχει σαν συμπέρασμα, ότι οι προσωπικές προτιμήσεις μπορούν να είναι εξίσου σημαντικές για την κατοχή μιας υγιεινής διατροφής όπως ο καθοριστικός παράγοντας της κοινωνικής θέσης (Johansson L., et al, 1999).

Όσον αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες, έχει παρατηρηθεί ότι οι άνθρωποι, έχουν συνδυάσει τα τρόφιμα με συγκεκριμένα οργανοληπτικά χαρακτηριστικά (γεύση, άρωμα, υφή, κ.α.). Έτσι, την επόμενη φορά που θα δοκιμάσουν κάποιο τρόφιμο, λογικό είναι να αναμένουν την ίδια αίσθηση την πρώτη φορά που το καταλάωσαν. Πολλές φορές η επιλογή ενός τροφίμου επηρεάζεται από τα οργανοληπτικά χαρακτηριστικά και κυρίως στα παιδιά, όπου θέλουν στο πιάτο τους να βλέπουν ευχάριστα χρώματα και σχέδια (αν είναι εφικτό). Γενικότερα, η εικόνα του τροφίμου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο κατά την επιλογή και αυτό ισχύει περισσότερο κατά την πρώτη επαφή. Αυτό συμβαίνει, διότι σε αρκετά παιδιά προκαλείται ένα είδος «φοβίας» στην αποδοχή νέων προϊόντων και ο μόνος τρόπος που θα τα παρότρυνε να τα αποδεχτούν θα ήταν αν αποτελούν συνήθειες των γονέων και των συνομηλίκων τους. Αντίθετο αποτέλεσμα μπορεί να φέρει μια προηγούμενη δυσάρεστη εμπειρία (π.χ. πρόκληση εμετού) που έχει ως αποτέλεσμα το παιδί να απορρίπτει στο μέλλον το ανάλογο τρόφιμο (Ζαμπέλας Α., 2003).

Οι θρησκευτικοί παράγοντες στις ανεπτυγμένες κοινωνίες, φαίνεται να επηρεάζουν την επιλογή κάποιων τροφίμων σε συγκεκριμένες χρονικές περιόδους, όπως είναι η χριστιανική νηστεία. Πέρα από την χριστιανική νηστεία, υπάρχουν άλλες θρησκείες που αποκλείουν τελείως τροφές από κάποιες ομάδες τροφίμων, όπως για παράδειγμα, οι Μουσουλμάνοι οι οποίοι δεν καταναλώνουν το χοιρινό κρέας. Γενικά, οι διατροφικές συνήθειες αποτελούν ένα ακέραιο μέρος πολιτισμικής

συμπεριφοράς και συνήθως, σύμφωνα με εκείνες, κάθε τόπος προσδιορίζεται με συγκεκριμένες ονομασίες - ομάδες, τις περισσότερες φορές με μειωτικό ή χλευαστικό τρόπο. Συγκεκριμένα, οι Γάλλοι θεωρούνται «Βάτραχοι», οι Ιταλοί «Μακαρονάδες», και οι Βρετανοί «Limeys», από τα γλυκολέμονα (limes) (Fieldhouse P., 1986). Τέλος, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η γεωγραφική περιοχή. Αν και στις μέρες μας, οι εισαγωγές και εξαγωγές προϊόντων αποτελούν έναν αρκετά ανεπτυγμένο τομέα, παρόλα αυτά υπάρχουν διαφορετικές διατροφικές συνήθειες από χώρα σε χώρα, που πηγάζουν επίσης από παλαιότερες εποχές και που πιθανό σε κάποιον άλλο λαό να θεωρούνται παράξενες ή και αποκρουστικές. Τέτοιου είδους συμπεριφορές ανακαλύπτουμε στην Ιταλία όπου εκεί οι κάτοικοι καταναλώνουν κρέας αλόγου ή στην Κίνα όπου καταναλώνονται ευρέως τα φύκια και το ωμό ψάρι. Επίσης, σημασία έχει και ο τόπος όπου υπάρχει και αναπτύσσεται κάποιο είδος προς κατανάλωση, όπως στην Αυστραλία όπου καταναλώνεται το κρέας από καγκουρό και στρουθοκάμηλο ή ακόμα και τα αυγά του δεύτερου, για τον απλούστατο λόγο ότι μόνο σ' εκείνο τον τόπο εμφανίζονται. Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί ότι λόγω της μετανάστευσης κάποιων άλλων εθνικοτήτων στη χώρα μας, πιθανό για παροχή καλύτερων οικονομικών πόρων, βρισκόμαστε στη φάση υιοθέτησης και άλλων συνηθειών. Συγκεκριμένα, εκτός από τα φαστ-φουντ έχουν ανοιχτεί και εστιατόρια όπου προσφέρουν φαγητό από άλλους λαούς, όπως τα κινέζικα, τα ιταλικά ή τα μεξικάνικα. Αντίστροφα, οι διαφορετικές εθνικότητες που έρχονται να εγκατασταθούν στη χώρα μας, αρχικά αναγκάζονται να υποστούν τις δικές μας διατροφικές συνήθειες και έπειτα τις υιοθετούν (Fieldhouse P., 1986).

1.3 Διαιτητική πρόσληψη (Ενέργεια, Μακροθρεπτικά, Μικροθρεπτικά, ανά ηλικία και φύλο)

Κατά την προσχολική (4-6 ετών) και τη σχολική περίοδο (7-10 ετών) της ζωής ο ρυθμός ανάπτυξης είναι σταθερός και αργός, αλλά μπορεί να είναι ακανόνιστος σε συγκεκριμένα παιδιά. Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι αυτές οι διακυμάνσεις συμπίπτουν με ανάλογες αλλαγές στην όρεξη και στην πρόσληψη τροφής, καθώς και στο γεγονός ότι το παιδί είναι πλέον ικανό να τρέφεται από μόνο του.

Εκτός από την αύξηση του βάρους και του ύψους, υπάρχουν ακόμη πολλές αλλαγές στο σώμα των παιδιών, όπως η μεταβολή της σύστασης του σώματος κατά την παιδική ηλικία. Επίσης, το ποσοστό του λίπους, το οποίο είναι υψηλό μετά τη γέννηση και κατά τη βρεφική ηλικία, αρχίζει να μειώνεται σημαντικά μέχρι την ηλικία των 6 ετών, οπότε φτάνει στην ελάχιστη τιμή του (Ζαμπέλας Α., 2003). Μετά από αυτό το στάδιο αυξάνεται ξανά κατά την εφηβεία, ενώ σταδιακά, αλλάζει και η αναλογία μεταξύ των διαφόρων τμημάτων του σώματος.

Η ανάπτυξη και οι λειτουργικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά την παιδική ηλικία απαιτούν και αντίστοιχη πρόσληψη θρεπτικών συστατικών. Το παιδί χρειάζεται ενέργεια και θρεπτικά συστατικά προκειμένου να (Ζαμπέλας Α., 2003):

- διατηρήσει τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού,
- αναπληρώσει τις καθημερινές «φθορές», με παραγωγή νέων κυττάρων,
- ανταπεξέλθει στις καθημερινές σωματικές δραστηριότητες,
- αναπτυχθεί,
- δημιουργήσει αποθέματα στον οργανισμό για διάφορα θρεπτικά συστατικά.

Επειδή τα παιδιά αναπτύσσονται γοργά χρειάζονται πυκνότερα θρεπτικά τρόφιμα σε σχέση με το βάρος τους, συγκριτικά με τους ενήλικες. Τα παιδιά μπορεί εύκολα να εισέλθουν σε κίνδυνο για υποθρεψία αν δεν έχουν όρεξη για μεγάλο χρονικό διάστημα, αν λαμβάνουν περιορισμένο αριθμό τροφίμων ή αν εισάγουν στο διαιτολόγιό τους τρόφιμα με μικρή θρεπτική αξία (Ζαμπέλας Α., 2003).

Για τους παραπάνω λόγους, έχουν προκύψει συστάσεις για την παιδική ηλικία, προερχόμενες από τις προσλήψεις φυσιολογικών υγιών συνομηλίκων τους που παρουσιάζουν ικανοποιητικούς ρυθμούς ανάπτυξης. Δυστυχώς στηρίζονται σε μικρό αριθμό ερευνών και κατά βάση προκύπτουν με μαθηματικές πράξεις από τις συστάσεις για τα βρέφη και τους ενήλικες. Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τις συστάσεις που έχουν προέλθει από Αμερικανικές έρευνες του 1997, 1998, 2000 και 2001 (Institute of Medicine Dietary References Intakes, 1997, 1998, 2000, 2001), οι απαραίτητες προσλήψεις θρεπτικών συστατικών και βιταμινών για τα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας, αναφέρονται στους ακόλουθους πίνακες:

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ (DIETARY REFERENCE INTAKES – DRIs)

ΜΑΚΡΟΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

| Ηλικιακή ομάδα: | Ολικό Νερό ^α (L/d) | Υδατάνθρακες (g/d) | Φυτικές Ύνες (g/d) | Ολικό Λίπος ^β (g/d) | Πρωτεΐνη ^γ (g/d) |
|------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 4 – 8 ετών | 1,7 | 130 | 25 | ΔΥ | 19 |
| Αγόρια: 9-13 ετών | 2,4 | 130 | 31 | ΔΥ | 34 |
| Κορίτσια: 9-13 ετών | 2,1 | 130 | 26 | ΔΥ | 34 |

Πηγή: Dwyer J. (2004) *Dietary References Intakes (DRIs) Concepts and Implementation. Encyclopedia of gastroenterology, p. 621*

^α Το ολικό νερό περιλαμβάνει και τα υγρά που περιέχονται στα τρόφιμα, τα αφεψήματα, καθώς και το νερό που καταναλώνεται.

^β Δεν υπάρχουν συστάσεις όσον αφορά την πρόσληψη λίπους.

^γ Σύμφωνα με το 0,8/kg Σωματικού Βάρους για το συνιστώμενο σωματικό βάρος.

ΒΙΤΑΜΙΝΕΣ

| Ηλικιακή ομάδα: | Βιτ.Α (μg/d) | Βιτ. C (mg/d) | Βιτ. D (μg/d) | Βιτ. E (mg/d) | Βιτ.Κ (μg/d) | Θειαμίνη (mg/d) | Ριβοφλαβίνη (mg/d) | Νιασίνη (mg/d) | Βιτ.Β ₆ (mg/d) | Φολικό οξύ (μg/d) | Βιτ.Β ₁₂ (μg/d) | Παντοθενικό οξύ (mg/d) | Βιοτίνη (g/d) | Χολίνη (mg/d) |
|------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|--------------|-----------------|--------------------|----------------|---------------------------|-------------------|----------------------------|------------------------|---------------|---------------|
| 4 – 8 ετών | 400 | 25 | 5 | 7 | 55 | 0,6 | 0,6 | 8 | 0,6 | 200 | 1,2 | 3 | 12 | 250 |
| Αγόρια: 9-13 ετών | 600 | 45 | 5 | 11 | 60 | 0,9 | 0,9 | 12 | 1,0 | 300 | 1,8 | 4 | 20 | 375 |
| Κορίτσια: 9-13 ετών | 600 | 45 | 5 | 11 | 60 | 0,9 | 0,9 | 12 | 1,0 | 300 | 1,8 | 4 | 20 | 375 |

Πηγή: Dwyer J. (2004) *Dietary References Intakes (DRIs) Concepts and Implementation. Encyclopedia of gastroenterology, p. 616-617*

ΙΧΝΟΣΤΟΙΧΕΙΑ

| Ηλικιακή ομάδα: | Ασβέστιο (mg/d) | Χρόμιο (μg/d) | Χαλκός (μg/d) | Φθόριο (mg/d) | Ιώδιο (μg/d) | Σίδηρος (mg/d) | Μαγνήσιο (mg/d) | Μαγγάνιο (mg/d) | Μολυβδαίνιο (μg/d) | Φωσφόρος (mg/d) | Σελήνιο (μg/d) | Ψευδάργυρος (mg/d) | Κάλιο (g/d) | Νάτριο (g/d) | Χλώριο (g/d) |
|------------------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|--------------|----------------|-----------------|-----------------|--------------------|-----------------|----------------|--------------------|-------------|--------------|--------------|
| 4-8 ετών | 800 | 15 | 440 | 1 | 90 | 10 | 130 | 1,5 | 22 | 500 | 30 | 5 | 3,8 | 1,2 | 1,9 |
| Αγόρια: 9-13 ετών | 1300 | 25 | 700 | 2 | 120 | 8 | 240 | 1,9 | 34 | 1250 | 40 | 8 | 4,5 | 1,5 | 2,3 |
| Κορίτσια: 9-13 ετών | 1300 | 21 | 700 | 2 | 120 | 8 | 240 | 1,6 | 34 | 1250 | 40 | 8 | 4,5 | 1,5 | 2,3 |

Πηγή: Dwyer J. (2004) *Dietary References Intakes (DRIs) Concepts and Implementation. Encyclopedia of gastroenterology, p. 618*

Παρακάτω αναφέρονται με λεπτομερή τρόπο τα σημαντικότερα θρεπτικά συστατικά που είναι καταγεγραμμένα στους προηγούμενους πίνακες:

1.3.α Ενέργεια

Οι καθημερινές ανάγκες σε ενέργεια διαφέρουν σημαντικά από παιδί σε παιδί και καθορίζονται από το βασικό μεταβολισμό, το ρυθμό ανάπτυξης και τη φυσική του δραστηριότητα. Ο Βασικός Μεταβολικός Ρυθμός εξαρτάται από τον ενεργό μεταβολικά ιστό, ο οποίος διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία και το φύλο. Έως το 10^ο έτος της ηλικίας οι ενεργειακές ανάγκες των αγοριών και των κοριτσιών είναι παρόμοιες, ενώ μετά από αυτή την ηλικία, αυξάνονται οι ενεργειακές απαιτήσεις των αγοριών, λόγω της ταχύτερης αύξησης του μυϊκού ιστού. Καθώς το παιδί μεγαλώνει, οι συνολικές ανάγκες σε ενέργεια αυξάνονται, οι ανάγκες όμως σε ενέργεια ανά κιλό σωματικού βάρους ουσιαστικά μειώνονται σταδιακά. (Ζαμπέλας Α., 2003). Γενικά, η μέση ενεργειακή πρόσληψη για παιδιά ηλικίας 4-6 ετών έχει υπολογιστεί 100 – 110 kcal ανά κιλό σωματικού βάρους, ενώ για παιδιά ηλικίας 7-10 ετών είναι 70 – 100 kcal ανά κιλό σωματικού βάρους (Ζαμπέλας Α., 2003). Παρόλα αυτά, οι διατροφικές συστάσεις για τα παιδιά και τους εφήβους βασίζονται, σε γενικές γραμμές, σε λιγότερο επαρκή επιστημονικά στοιχεία από ότι οι συστάσεις για τους ενήλικες για τους οποίους υπάρχουν περισσότερα δεδομένα. Απουσία αξιόπιστων δεδομένων οι τιμές αναφοράς για τα παιδιά προκύπτουν συνήθως από παρέκταση από τις τιμές αναφοράς για τους νεαρούς ενήλικες. Ο υπολογισμός των διατροφικών απαιτήσεων βασίζεται γενικά στη ενεργειακή κατανάλωση, καθώς οι μεταβολικές απαιτήσεις για ενέργεια των παιδιών που βρίσκονται στην ανάπτυξη πιθανόν συμβαδίζουν με τις απαιτήσεις για θρεπτικά συστατικά (Gibney M. J., Vorster H. H., Kok, F. J., 2007).

1.3.β Πρωτεΐνες

Οι ανάγκες σε πρωτεΐνη καλύπτουν τη διατήρηση των ιστών, τις αλλαγές στη σύσταση του σώματος, τη σύνθεση νέων κυττάρων και ιστών καθώς και την παραγωγή αντισωμάτων, που βοηθούν στην καταπολέμηση των λοιμώξεων. Όπως και με την ενέργεια, οι συνολικές ημερήσιες ανάγκες σε πρωτεΐνη αυξάνονται σταδιακά, αν και οι ανάγκες ανά κιλό σωματικού βάρους μειώνονται. Η εκτίμηση της πρωτεϊνικής πρόσληψης ενός παιδιού πρέπει να βασίζεται στην επάρκεια του ρυθμού ανάπτυξης, την ποιότητα της πρωτεΐνης στα τρόφιμα που προσλαμβάνονται, τους

συνδυασμούς των τροφών που παρέχουν συμπληρωματικά αμινοξέα και την επάρκεια εκείνων των θρεπτικών συστατικών, βιταμινών και μετάλλων, καθώς και της ενέργειας, που είναι απαραίτητα για να προχωρήσει η σύνθεση της πρωτεΐνης (Ζαμπέλας Α., 2003). Σε μια ισορροπημένη διατροφή, το συνολικό ποσοστό των πρωτεϊνών της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης είναι 10 – 15%.

1.3.γ Υδατάνθρακες

Οι υδατάνθρακες είναι απαραίτητοι στη διατροφή των παιδιών, καθώς αποτελούν την κύρια πηγή ενέργειας για τον οργανισμό, είναι εύπεπτοι και συμβάλλουν στην καλή λειτουργία του πεπτικού συστήματος, ενώ έχουν πρωτεϊνοπροστατευτική δράση. Οι υδατάνθρακες μπορούν να ταξινομηθούν ως απλοί, όπου αναφέρονται στα γλυκά και διαλύονται εύκολα, καθώς και ως σύνθετοι, όπως το άμυλο. Καταναλώνονται είτε ως κύριο γεύμα είτε ως συνοδευτικό 2-3 φορές την εβδομάδα, ενώ καλό είναι να προτιμώνται οι σύνθετοι υδατάνθρακες, που βρίσκονται στα ζυμαρικά, τα φρούτα, τα λαχανικά, τις πατάτες, τα όσπρια και κάποια λαχανικά (μελιτζάνες, μπάμιες, φασολάκια, κ.α.). «Οι σύνθετοι υδατάνθρακες παρέχουν έναν υγιεινό τρόπο επίτευξης κορεσμού, χωρίς την κατανάλωση περίσσειας ενέργειας, ενώ ταυτόχρονα προσφέρουν και άλλα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά, όπως φυτικές ίνες ιχνοστοιχεία και βιταμίνες. Υπάρχουν τρεις διαφορετικοί τύποι που πρέπει να γνωρίζουμε: ακατέργαστοι υδατάνθρακες (δημητριακά ολικής αλέσεως), κατεργασμένοι ή τροποποιημένοι υδατάνθρακες (άσπρο αλεύρι, γλυκά) και φυτικές ίνες (φρούτα, λαχανικά)». (Pryke R., 2009, σελ. 174). Τέλος, η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη αυτού του θρεπτικού συστατικού είναι 50 – 60% (Dwyer J., 2004).

1.3.δ Φυτικές Ίνες

Οι φυτικές ίνες είναι μη αμυλώδεις πολυσακχαρίτες, που δεν πέπτονται, δεν απορροφώνται από τον οργανισμό και δεν έχουν θερμιδική αξία. Παρουσιάζουν σημαντικά οφέλη στην υγεία, καθώς βοηθούν στην πέψη και την απορρόφηση της τροφής, προάγουν την υγεία του εντέρου και προλαμβάνουν τη δυσκοιλιότητα. Αυτό επιτυγχάνεται με την αυξημένη κατανάλωση νερού προκειμένου να εξασφαλίζεται η δραστηριότητα των ινών, με αποτέλεσμα την αύξηση του όγκου των κοπράνων, ενώ μπορεί να έχει θετική επίδραση ακόμη και στον κορεσμό, καθώς και στα επίπεδα

γλυκόζης και χοληστερόλης στο αίμα (Gibney M. J., Vorster H. H. & Kok F. J., 2007). Πλούσιες πηγές φυτικών ινών αποτελούν τα φρούτα, κυρίως οι φρέσκες ή αποξηραμένες καρύδες, τα λαχανικά, τα δημητριακά ολικής αλέσεως, τα φασόλια, οι σπόροι και οι ξηροί καρποί.

Αν και γενικά στους ενήλικες συστήνεται η κατανάλωση περίπου 18gr φυτικών ινών καθημερινά, η ποσότητα αυτή ποικίλλει και εξατομικεύεται. Μερικά άτομα προσλαμβάνουν πολύ περισσότερες, ενώ άλλα πολύ λιγότερες φυτικές ίνες. Για τα παιδιά, η «σωστή» ποσότητα ποικίλλει επίσης με παρόμοιο τρόπο. Μερικά παιδιά χρειάζονται περισσότερες φυτικές ίνες από άλλα, ωστόσο πολλά παιδιά δεν καταναλώνουν σχεδόν καθόλου. Εάν ένα παιδί έχει δυσκοιλιότητα ή υποφέρει από κωλικούς του εντέρου, τότε οι φυτικές ίνες στη διατροφή του δεν επαρκούν. Τα παιδιά θα ωφεληθούν αρκετά εάν συνηθίσουν τη γεύση – ή τουλάχιστον μάθουν να την ανέχονται – τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες, έτσι ώστε σε περίπτωση που ο οργανισμός τους χρειάζεται περισσότερες φυτικές ίνες, να μπορούν ευχαρίστως να επιλέγουν τις κατάλληλες τροφές. Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν, θα πρέπει να στοχεύουν στην κατανάλωση σχεδόν της ίδιας ποσότητας φυτικών ινών με τους ενήλικες, δηλαδή περίπου 18 gr την ημέρα. Τα μικρά παιδιά δεν έχουν ανάγκη τόσο μεγάλης ποσότητας, γιατί η όρεξη τους είναι αναλογικά μικρότερη και οι πλούσιες σε φυτικές ίνες τροφές τείνουν να καταλαμβάνουν μεγάλο όγκο. Γι' αυτόν το λόγο, μια πολύ πλούσια σε φυτικές ίνες διατροφή μπορεί να δημιουργήσει στο παιδί το αίσθημα του κορεσμού πριν προλάβει να καταναλώσει αρκετή τροφή (Pryke R., 2009).

1.3.ε Λίπη

Το λίπος αποτελεί συμπυκνωμένη μορφή ενέργειας, η οποία παρέχει λιπαρά οξέα που είναι αναγκαία για το μεταβολισμό, την πήξη του αίματος και την απορρόφηση λιποδιαλυτών των βιταμινών. Ωστόσο, θα πρέπει να δίδεται προσοχή στην πρόσληψη αλλά και στο είδος του λίπους (π.χ. κορεσμένο), καθώς μπορεί να αυξήσει την χοληστερίνη του αίματος. Το λίπος είναι πολύ πλούσιο σε ενέργεια, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι υπάρχουν πολλές θερμίδες σε μια μικρή ποσότητα λίπους – περίπου διπλάσιες απ' ότι στην ίδια ποσότητα υδατανθράκων ή πρωτεϊνών. Μετά από τα πρώτα χρόνια της ζωής, στα οποία είναι απαραίτητη μια διατροφή πλούσια σε λιπαρά, τα παιδιά θα πρέπει να παρακινούνται σταδιακά ν' αρχίσουν να απολαμβάνουν λιγότερο λιπαρές τροφές, ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος

υπερβολικής αύξησης του βάρους και κατ' επέκταση η εμφάνιση της παχυσαρκίας. Τροφές που περιέχουν αρκετές ποσότητες λίπους είναι τα πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα, μερικές πρωτεϊνούχες τροφές (π.χ. κρέας), καθώς και τα κέικ, τα μπισκότα και τα γλυκά (Pryke R., 2009). Έτσι, η διατροφή των παιδιών θα πρέπει να είναι χαμηλή σε λιπαρά, καθώς συνίσταται καθημερινή πρόσληψη 25 – 35% (Dwyer J., 2004).

1.3.στ Βιταμίνες

Οι βιταμίνες είναι απαραίτητες για τη φυσιολογική ανάπτυξη. Σύμφωνα με τα DRIs οι ανάγκες των παιδιών σε βιταμίνες αυξάνονται με την ηλικία τους. Αναλυτικότερα, η **βιταμίνη Α** παρουσιάζει σημαντικό ρόλο σε αρκετές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού, όπως όραση, φυσική άμυνα του οργανισμού, νευρικό σύστημα, διατήρηση της δομικής λειτουργίας και λειτουργικής ικανότητας των κυττάρων, αιμοποιητικό σύστημα, ανάπτυξη οστών και σώματος, αναπαραγωγή, μεταβολισμό και στρες. Επίσης, τα καροτενοειδή, τα οποία αποτελούν διαιτητικές πρόδρομες ουσίες της βιταμίνης Α, θεωρούνται πολύ σημαντικά στην ενδυνάμωση του αντιοξειδωτικού προστατευτικού συστήματος του οργανισμού, ενώ έλλειψη της βιταμίνης μπορεί να προκαλέσει τύφλωση. (Ζερφυρίδης Γ., 1998). Τροφές πλούσιες σε βιταμίνη Α είναι το συκώτι, το λιπαρό τυρί, ενώ τροφές πλούσιες σε καροτένια είναι τα βερίκοκα, τα ροδάκινα, τα δαμάσκηνα, τα καρότα, το σπανάκι, η πατάτα κ.α. (Πλέσσας Σ., 1998).

Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των παιδιών παίζει η **βιταμίνη D**, η οποία είναι απαραίτητη για τη ρύθμιση του μεταβολισμού του ασβεστίου και του φωσφόρου, καθώς και την εναπόθεση του πρώτου στα οστά. Επειδή ο οργανισμός μπορεί να συνθέσει μόνος του τη βιταμίνη D από την προβιταμίνη D ύστερα από έκθεση του δέρματος στην ηλιακή ακτινοβολία, οι ανάγκες των παιδιών που εκτίθενται αρκετά στον ήλιο δεν εξαρτώνται άμεσα από τις διαιτητικές πηγές της βιταμίνης (βούτυρο, συκώτι, αβγά, παχιά ψάρια, πλήρες γάλα, γάλα ενισχυμένο/εμπλουτισμένο με βιταμίνη D) (Ζαμπέλας Α., 2003). Παρόλα αυτά, έλλειψή της μπορεί να προκαλέσει στα παιδιά ραχίτιδα (Πλέσσας Σ., 1998).

Η **βιταμίνη Ε (τοκοφερόλη)** είναι μια αντιοξειδωτική ουσία, που βοηθά στην πρόληψη της οξειδωσης των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων και παρέχει προστασία στις κυτταρικές μεμβράνες (Pryke R., 2009). Συγκεκριμένα, προστατεύει τα λευκά

και ερυθρά αιμοσφαίρια από τη ρήξη των μεμβρανών τους. Η προστασία από τη ρήξη των μεμβρανών των ερυθρών αιμοσφαιρίων προστατεύει τα παιδιά από αναιμία, ενώ η προστασία των λευκών αιμοσφαιρίων παρέχει προστασία στην άμυνα του οργανισμού κατά των ασθενειών. (Ζερφυρίδης Γ., 1998). Η πλούσια κατανάλωση πράσινων φυλλωδών λαχανικών, φυτικών ελαίων, ξηρών καρπών και δημητριακών ολικής αλέσεως παρέχουν τις απαιτούμενες ποσότητες σε αυτή τη λιποδιαλυτή βιταμίνη (Pryke R., 2009).

Η **βιταμίνη Κ** συντελεί στην πήξη του αίματος και επομένως στην πρόληψη αιμορραγίας (Ζερφυρίδης Γ., 1998), καθώς και στην ισχυροποίηση των οστών (Pryke R., 2009). Τροφές πλούσιες σε βιταμίνη Κ είναι το χοιρινό ήπαρ, ο κρόκος αυγού, το βούτυρο, το λάδι, τα πράσινα λαχανικά, το κουνουπίδι και η ντομάτα (Πλέσσας Σ., 1998).

Συνεχίζοντας με τις υδατοδιαλυτές βιταμίνες και το σύμπλεγμα βιταμινών Β, η **Β₁ (θειαμίνη)** είναι απαραίτητη για το μεταβολισμό των υδατανθράκων και βρίσκεται στα δημητριακά ολικής αλέσεως, το γάλα και τις πατάτες. (Πλέσσας Σ., 1998). Σημαντικές ποσότητες **Β₂ (ριβοφλαβίνη)** μπορούμε να λάβουμε από το γάλα, τα δημητριακά πρωινού, το τυρί, τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά και το κρέας και είναι απαραίτητη για την αξιοποίηση της ενέργειας των τροφών (Ζερφυρίδης Γ., 1998). Η **βιταμίνη Β₃ (νιασίνη)** συμβάλλει στη φυσιολογική λειτουργία του πεπτικού και του νευρικού συστήματος και προλαμβάνει την πελάγρα. Πηγές της αποτελούν το κρέας, τα πουλερικά, τα ψάρια, το πιτυρούχο ψωμί και τα δημητριακά (Πλέσσας Σ., 1998). Επιπλέον, το **φυλλικό οξύ (Β₉)** είναι απαραίτητο για τη σύνθεση του πυρηνικού οξέος και το μεταβολισμό ορισμένων αμινοξέων. Χρειάζεται για το σχηματισμό φυσιολογικών ερυθροκυττάρων, ενώ είναι απαραίτητο κατά τη διάρκεια του σχηματισμού της σπονδυλικής στήλης στο έμβryo (Pryke R., 2009). Περιέχεται σε τροφές όπως το συκώτι, τα πράσινα λαχανικά, τα δημητριακά, τους ξηρούς καρπούς και τα φρούτα (πορτοκάλια, μπανάνες), ενώ καταστρέφεται με τη θέρμανση, την οξείδωση και την υπεριώδη ακτινοβολία (Gibney M. J., Vorster H. H. & Kok F. J., 2007). Η **βιταμίνη Β₁₂**, σε συνεργασία με το φυλλικό οξύ, συμβάλλει στη δημιουργία υγιών ερυθροκυττάρων, καθώς και στη λειτουργία του νευρικού συστήματος, ενώ συμμετέχει και στο μεταβολισμό των μακροθρεπτικών συστατικών (Pryke R., 2009). Η βιταμίνη Β₁₂ βρίσκεται μόνο σε τρόφιμα ζωικής προέλευσης (κρέας, ψάρι, γαλακτοκομικά προϊόντα), αν και σχηματίζεται επίσης από ορισμένες

ζύμες και βακτήρια (Gibney M. J., Vorster H. H.& Kok F. J., 2007). Σε περιπτώσεις ανεπάρκειας αυτής της βιταμίνης εκδηλώνεται μεγαλοβλαστική αναιμία, καθυστερημένη σωματική αύξηση και προβλήματα στο νευρικό σύστημα (Pryke R., 2009).

Η **βιταμίνη C**, η οποία βρίσκεται στα εσπεριδοειδή (πορτοκάλια, λεμόνια) και τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, αποτελεί δομικό συστατικό οστών, μυών και αιμοφόρων αγγείων, ενώ είναι απαραίτητη για τη σύνθεση και διατήρηση του κολλαγόνου, την παραγωγή θυροξίνης από το θυροειδή αδένα, τη σύνθεση επινεφρίνης και των αντιφλεγμονωδών στεροειδών. Τέλος, φαίνεται να έχει αντιοξειδωτική δράση (Ζερφυρίδης Γ., 1998).

1.3.ζ Μέταλλα και Ιχνοστοιχεία

Τα ανόργανα στοιχεία (μέταλλα και ιχνοστοιχεία) είναι εξίσου σημαντικά με τις βιταμίνες για την ανάπτυξη των παιδιών και οι απαιτήσεις σε αυτά αυξάνονται επίσης με την ηλικία (Ζαμπέλας Α., 2003). Πιο συγκεκριμένα, η πρόσληψη **ασβεστίου** από την παιδική ηλικία, φαίνεται ότι προλαμβάνει την οστεοπόρωση, καθώς αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα δημιουργίας οστικής μάζας από την πρώιμη παιδική ηλικία έως το προεφηβικό ηλικιακό στάδιο σε υγιή παιδιά χωρίς ορμονικές ανωμαλίες. Εκτός από την περιεκτικότητα των τροφίμων σε ασβέστιο (γαλακτοκομικά προϊόντα, πράσινα φυλλώδη λαχανικά), σημαντικό ρόλο για την συνολική πρόσληψη ασβεστίου παίζει και ο βαθμός απορρόφησής του από τα διάφορα τρόφιμα, που κυμαίνεται από 30 έως 60%. Η απορρόφηση του ασβεστίου αυξάνεται όταν οι απαιτήσεις του οργανισμού είναι μεγάλες, όπως κατά τη βρεφική ηλικία και την εφηβεία, ενώ μειώνεται έως το 30% κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Επίσης, αυξημένη πρόσληψη πρωτεΐνης οδηγεί σε απώλεια ασβεστίου από τα ούρα. Εντούτοις, η απορρόφηση των πλούσιων σε ασβέστιο φυτικών τροφών μπορεί να αυξήσει έμμεσα την κατακράτηση ασβεστίου, μειώνοντας την οξύτητα του γεύματος, με αποτέλεσμα να περιοριστεί η απώλεια του ασβεστίου από τα ούρα. Το αντίθετο αποτέλεσμα συμβαίνει με την κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων, ειδικά όταν η πρόσληψη είναι υψηλή, λόγω της ζωικής πρωτεΐνης που περιέχουν (Ζαμπέλας Α., 2003).

Όσον αφορά το **σίδηρο**, από την προσλαμβανόμενη ποσότητά του απορροφάται περίπου το 10%, ενώ ο σίδηρος των ζωικών τροφίμων απορροφάται σε

μεγαλύτερο ποσοστό από το σίδηρο των φυτικών τροφίμων. Γενικά, οι απαιτήσεις σε σίδηρο διαφέρουν σημαντικά από άτομο σε άτομο, ανάλογα με το ρυθμό ανάπτυξης. Προβλήματα ανεπάρκειας σιδήρου είναι πιο συχνά σε περιπτώσεις νηπίων 4-24 μηνών, σε περιπτώσεις εφήβων, καθώς και στα κορίτσια μετά την εμμηναρχή. Ανεπάρκεια σιδήρου μπορεί να συμβεί και χωρίς την εμφάνιση αναιμίας και γι' αυτό το λόγο προσδιορίζεται από τα επίπεδα της φερριτίνης ορού. Η ανεπάρκεια αυτή είναι συνέπεια μη επαρκούς πρόσληψης σιδήρου, μειωμένης απορρόφησής του, μεγάλης αιμορραγίας, ή μικρών επαναλαμβανόμενων αιμορραγιών. Η σιδηροπενική αναιμία είναι από τα διατροφικά προβλήματα που εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα σε αυτή την ηλικία και εμφανίζεται συνήθως σε παιδιά που δεν έχουν τη στοματική δύναμη – κινητικότητα να μασήσουν κρέας και προτιμούν άλλες πηγές σιδήρου που είναι κατ' εξοχήν φυτικές, με αποτέλεσμα να προσλαμβάνουν τρισθενή σίδηρο, ο οποίος δεν απορροφάται εύκολα. Επίσης, το ασβέστιο έχει ενοχοποιηθεί πως μειώνει την απορρόφηση σιδήρου, καθώς και η πρόσληψη αντιόξινων, τσαγιού και φυτικών ινών σε μεγάλες ποσότητες. Έτσι, για την αύξηση της απορρόφησης του σιδήρου συνίσταται η πρόσληψη τροφίμων ή συμπληρωμάτων που περιέχουν βιταμίνη C. Επομένως, σε περιπτώσεις που η πρόσληψη σιδήρου από την τροφή είναι ανεπαρκής, συστήνεται ανάλογο συμπλήρωμα (Ζαμπέλας Α., 2003).

Συνεχίζοντας με το **φωσφόρο**, σημαντικό ποσοστό περιλαμβάνεται στα οστά και είναι σημαντικός για το σχηματισμό και τη διατήρησή τους. Καλές πηγές είναι το γάλα, το κρέας, τα δημητριακά, τα καρύδια και τα όσπρια (Πλέσσας Σ., 1998).

Ο **ψευδάργυρος** είναι απαραίτητος για τη διαδικασία της πρωτεϊνοσύνθεσης και την ανάπτυξη. Η ανεπάρκεια σε ψευδάργυρο έχει σοβαρές επιπλοκές, όπως μείωση του ρυθμού σωματικής και γενετικής ανάπτυξης, υπογευσία, διάρροια, καθώς και παράταση του χρόνου επούλωσης των τραυμάτων και νευρολογικές διαταραχές. Έχει παρατηρηθεί, ότι μικρά ποσά ψευδαργύρου απορροφώνται πιο αποτελεσματικά από τις μεγάλες ποσότητες, ενώ η υψηλή πρόσληψη φυτικών αλάτων και φυτικών ινών μειώνει την απορρόφηση ψευδαργύρου. Κύριες πηγές του αποτελούν το κρέας και τα θαλασσινά (Ζαμπέλας Α., 2003).

Το **μαγνήσιο** εναποτίθεται σε μεγάλο ποσοστό στα οστά, ενώ βοηθάει στη σύνθεση των πρωτεϊνών, τη σύνθεση και διάσπαση του DNA και αποτελεί απαραίτητο συστατικό ιστών του ήπατος, καρδιάς, παγκρέατος, κ.α. Τα πράσινα

λαχανικά, οι ξηροί καρποί και η μαύρη σοκολάτα αποτελούν καλές πηγές μαγνησίου (Ζερφυρίδης Γ., 1998).

Το **κάλιο** συμμετέχει στη διατήρηση της ισοτονίας μεταξύ ενδοκυττάριου και εξωκυττάριου υγρού, συντελώντας στην ομοιοστασία του κυτταρικού υγρού (Πλέσσας Σ., 1998). Επιπλέον, βοηθάει στο έλεγχο των υγρών του σώματος και της μετάδοσης των νευρικών ερεθισμάτων (Pryke R., 2009). Το κάλιο περιέχεται στο κρέας, τα λαχανικά (σπανάκι), τα φρούτα (μπανάνα, αποξηραμένα βερίκοκα) και τα χόρτα (Πλέσσας Σ., 1998).

Τέλος, το **ιώδιο** είναι σημαντικό συστατικό των θυρεοειδών ορμονών, θυροξίνης (T₄) και τριϊωδοθυρονίνης (T₃). Έλλειψη ιωδίου μπορεί να προκαλέσει βρογχικήλη, υποθυρεοειδισμό και κρετινισμό. Το αλάτι και τα ψάρια θεωρούνται από τις πιο ικανοποιητικές πηγές ιωδίου (Ζερφυρίδης Γ., 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Συγγές διατροφικές ελλείψεις και ασθένειες που σχετίζονται με αυτές

2.1.α Σιδηροπενική αναιμία

Η σιδηροπενική αναιμία εμφανίζεται ως αποτέλεσμα των μειωμένων επιπέδων σιδήρου στον οργανισμό. Ο σίδηρος είναι συστατικό της αιμοσφαιρίνης, της μυοσφαιρίνης και αρκετών ενζύμων. Ο κύριος ρόλος του είναι η μεταφορά οξυγόνου στους ιστούς. Ο σίδηρος χρησιμοποιείται επίσης για τη σύνθεση των νευροδιαβιβαστών, και κυρίως αυτών που ρυθμίζουν την ικανότητα προσοχής για το λόγο αυτό η έλλειψη του στα παιδιά σχετίζεται με δυσκολίες στη μάθηση. Η σιδηροπενία αποτελεί ένα από τα συχνότερα προβλήματα υγείας των παιδιών, και επηρεάζει τη διάθεση, την ικανότητα συγκέντρωσης, την ικανότητα μάθησης, όπως προαναφέρθηκε και βέβαια την ικανότητα κίνησης και συμμετοχής τους στις δραστηριότητες με τους συνομηλίκους τους (Ζαμπέλας Α., 2003).

Η διάγνωση της σιδηροπενικής αναιμίας γίνεται με εξετάσεις αίματος και συγκεκριμένα ελέγχοντας την αιμοσφαιρίνη, τον αιματοκρίτη και τους ερυθροκυτταρικούς δείκτες του αίματος. Η μέτρηση της φερριτίνης, αποτελεί τον καλύτερο δείκτη των αποθεμάτων σιδήρου στον οργανισμό.

Ο σίδηρος των φυτικών τροφών έχει πολύ χαμηλή βιοδιαθεσιμότητα, δηλαδή μικρότερη απορρόφηση, σε σχέση με το σίδηρο που περιέχουν οι ζωικές τροφές. Εάν λοιπόν βασιζόμαστε στις φυτικές πηγές σιδήρου, χρειάζονται πολύ μεγαλύτερες ποσότητες έτσι ώστε να αφομοιωθεί το ελάχιστο ημερήσιο ποσό.

Σε συνδυασμό με την ανάπτυξη και τις αυξημένες φυσιολογικές ανάγκες σε σίδηρο, η ανεπαρκής διατροφή μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση σιδηροπενικής αναιμίας. Στην περίπτωση όπου καταναλώνονται τροφές με χαμηλή περιεκτικότητα σε σίδηρο όπως τα γαλακτοκομικά προϊόντα και υπάρχει μείωση της κατανάλωσης άλλων τροφίμων στη διατροφή του παιδιού για οικονομικούς λόγους συνήθως, τότε κινδυνεύει να εμφανίσει σιδηροπενική αναιμία.

Για την πρόληψη της σιδηροπενικής αναιμίας, δεν αρκεί να καταναλώνονται τροφές πλούσιες σε σίδηρο, αλλά να δίνεται έμφαση σε τροφές που όταν συνδυάζονται με το σίδηρο αυξάνουν την απορρόφηση του.

Συμπερασματικά, το διαιτολόγιο του παιδιού πρέπει να περιλαμβάνει αρκετές πηγές καλά απορροφήσιμου σιδήρου, δηλαδή σιδήρου από ζωικά τρόφιμα (σुकώτι, αλλά κυρίως κρέας και θαλασσινά που μπορεί να καταναλωθούν με ασφάλεια σε πιο μόνιμη βάση), καθώς και αρκετές φυτικές πηγές σιδήρου (όσπρια, πράσινα φυλλώδη λαχανικά) σε συνδυασμό όμως με παράγοντες που αυξάνουν την απορρόφησή του, όπως η βιταμίνη C (άφθονη σε διάφορα φρούτα και λαχανικά).

2.1.β Υπερκινητική συμπεριφορά

Τα κύρια χαρακτηριστικά των παιδιών που εμφανίζουν υπερκινητική συμπεριφορά είναι η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα σε βαθμό δυσανάλογο με την ηλικία τους, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν περιορισμένες ικανότητες στη συγκέντρωσή τους, αναστολή των παρορμήσεων τους και ρύθμιση της συμπεριφοράς τους σύμφωνα με συγκεκριμένους κανόνες. Συνήθως εμφανίζεται πριν την ηλικία των 7 ετών σε ποσοστό περίπου 5-10% των παιδιών, διαρκεί 6 μήνες ή και περισσότερο και δε συνεπάγεται διανοητική ασθένεια ή καθυστέρηση (Ζαμπέλας Α., 2003).

Ο τρόπος εκδήλωσης των συμπτωμάτων αυτών και η κλινική εικόνα που παρουσιάζουν τα παιδιά αυτά επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι το φύλο και η ηλικία του παιδιού, οι συνήθειες αντιδράσεις των γονέων στη συμπεριφορά του, αλλά και οι συνθήκες μέσα στις οποίες αυτά τα συμπτώματα εκδηλώνονται (Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ., 2000).

Κάποιοι από τους παράγοντες που κατά καιρούς σχετίστηκαν με την υπερκινητική συμπεριφορά είναι οι τεχνητές χρωστικές ουσίες, τα βελτιωτικά γεύσεων, τα συντηρητικά, οι σαλικυλικές ενώσεις, καθώς επίσης και η ζάχαρη (Ζαμπέλας Α. 2003).

Η ζάχαρη κατηγορήθηκε ως υπεύθυνη για την υπερκινητική συμπεριφορά ορισμένων παιδιών, με αποτέλεσμα να προταθεί μια δίαιτα απαλλαγμένη από σάκχαρο. Ενώ στις περισσότερες μελέτες εξετάστηκε ο περιορισμός σακχαρόζης, μερικές εξέτασαν επίσης τον περιορισμό της φρουκτόζης ή της γλυκόζης. Η τεχνητή γλυκαντική ουσία που χρησιμοποιήθηκε πιο συχνά ως ψευδοφάρμακο ήταν η ασπαρτάμη, αλλά σε διάφορες μελέτες χρησιμοποιήθηκαν η σακχαρίνη ή η ασπαρτάμη και η σακχαρίνη ως ξεχωριστές καταστάσεις (Wolraich M., 1998). Ούτε όμως αυτές οι υποθέσεις αποδείχθηκαν ποτέ ερευνητικά.

Μια σημαντική κριτική αξιολόγηση της σύγχρονης εικόνας αναφορικά με τη διατροφή παρουσιάζει η Krause (1995) στο συμβουλευτικό οδηγό της. Αναφέρει τα πιο συνηθισμένα γλυκά που γίνονται «μανία» για τα υπερκινητικά παιδιά, καθώς και τις επιπτώσεις τους στο επίπεδο της σεροτονίνης. Εφιστά, όμως, την προσοχή μας στην ανεπαρκή έρευνα που έχει γίνει στον τομέα των συνεπειών. Αναφέρει μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε κλινική στο Mannheim από Γερμανούς ερευνητές, στην οποία παρατηρήθηκε βελτίωση των κύριων συμπτωμάτων μόνο στο 10% των παιδιών που ακολούθησαν μια πολλά υποσχόμενη «ολιγοαντιγονική» δίαιτα.

Η «ολιγοαντιγονική» (ή «ολιγοαλλεργιογόνος») δίαιτα βασίζεται στον περιορισμό των αλλεργιογόνων τροφίμων αρχίζοντας από μια γενικά περιορισμένη διατροφή και συνεχίζοντας με την σταδιακή προσθήκη εκείνων των τροφίμων που δεν επιδεινώνουν τη συμπεριφορά του παιδιού. Δεδομένου ότι η αρχική διατροφή είναι εξαιρετικά περιοριστική, πρέπει να υπάρξει μεγάλη προσοχή ώστε η διατροφή αυτή να είναι ισορροπημένη (Wolraich M., 1998).

Μία άλλη θεραπευτική προσέγγιση για τη ΔΕΠ-Υ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα) συνιστούσε τη χορήγηση υψηλών δόσεων μεγαβιταμινών ή/και ανόργανων αλάτων στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, επειδή υπήρχε η άποψη ότι αυτή η διαταραχή είναι το αποτέλεσμα μιας γενετικής ανωμαλίας που ευθύνεται για τις αυξημένες ανάγκες του οργανισμού για βιταμίνες και ανόργανα άλατα. (Marcason W., 2005)

Ωστόσο, η έλλειψη επιστημονικής στήριξης αυτής της υπόθεσης, σε συνδυασμό με τους πιθανούς κινδύνους που εγκυμονεί η υπερβολική χορήγηση συμπληρωμάτων στα παιδιά, απέτρεψε την υιοθέτηση της εν λόγω μεθόδου από τους ειδικούς.

Μια άλλη διαιτητική παρέμβαση που έχει αναφερθεί για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι η χρήση συμπληρωμάτων λιπαρών οξέων (EFA). Διάφορες μελέτες ανέφεραν ότι τα παιδιά με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής είχαν χαμηλά επίπεδα λιπαρών οξέων και ότι συμπληρώματα αυτών θα τα ωφελούσαν. Οι μελέτες που έχουν γίνει χρησιμοποιώντας συμπληρώματα λιπαρών οξέων δεν έχουν σαν αποτέλεσμα ένα σαφές όφελος για τη ΔΕΠ-Υ (Marcason W., 2005).

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι αλλαγές που έχουν κατά καιρούς προταθεί στη διατροφή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ για την αντιμετώπιση των δυσκολιών τους έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικές και σε ορισμένες περιπτώσεις

συντέλεσαν ακόμη και στην επιδείνωση των συμπτωμάτων τους. Έτσι μία ισορροπημένη διατροφή, η οποία αποτελείται από ποικιλία τροφίμων, μπορεί να βοηθήσει στη σωστή νοητική ανάπτυξη του παιδιού.

Πολλές φορές τα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν για ένα μικρό χρονικό διάστημα κάποιο είδος "υπερκινητικής" συμπεριφοράς, η οποία δε σχετίζεται σε καμία περίπτωση με το σύνδρομο που αναφέρθηκε παραπάνω. Υπάρχουν στιγμές που όλα τα παιδιά γίνονται ανήσυχα και "υπερκινητικά", επειδή θέλουν να προκαλέσουν το ενδιαφέρον των άλλων, λόγω έλλειψης ύπνου ή έλλειψης άσκησης. Η άσκηση είναι ζωτικής σημασίας, όχι μόνο για την ομαλή ψυχοσωματική, αλλά και τη νοητική ανάπτυξη των παιδιών.

2.1.γ Δυσκοιλιότητα

Η δυσκοιλιότητα είναι ένα συχνό πρόβλημα τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά. Σχετίζεται με τη δυσκολία κένωσης του εντέρου, με αναστολή ή επιβράδυνση των κενώσεων και με την δύσκολη αποβολή μικρών και σκληρών κοπράνων. Για το λόγο αυτό αποτελεί βασικό πρόβλημα για τις καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού.

Το παιδί για να μπορέσει να την αντιμετωπίσει μπορεί να αυξήσει τη φυσική του δραστηριότητα και να κάνει κάποιες αλλαγές στο διαιτολόγιο του. Οι αλλαγές αυτές βασίζονται στην αύξηση της κατανάλωσης φυτικών ινών, εμπλουτίζοντας το διαιτολόγιο του με φρούτα, λαχανικά, δημητριακά ολικής αλέσεως και όσπρια, καθώς επίσης να αποφεύγονται τροφές που δυσκολεύουν την κένωση όπως το ρύζι. Η αύξηση της πρόσληψης υγρών συμβάλλει στην αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας σε συνδυασμό με την φυσική δραστηριότητα και τις αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες του παιδιού.

2.1.δ Οδοντική Τερηδόνα

Η οδοντική τερηδόνα είναι μια νόσος των σκληρών ιστών των δοντιών που καταστρέφει τη σύσταση των δοντιών (την οδοντίνη, την αδαμαντίνη και λιγότερο την οστεΐνη) και η πορεία της είναι μη αντιστρεπτή. Αρχίζει από την εξωτερική επιφάνεια των δοντιών και προχωρεί εσωτερικά με αποτέλεσμα την οξεία ή χρόνια φλεγμονή και τελικά τη νέκρωση. Αποτελεί μία από τις συχνές ασθένειες που σχετίζονται με τη διατροφή. Η δημιουργία της τερηδόνας είναι αποτέλεσμα της

συνεπιδράσεως τριών κυρίως παραγόντων: του ξενιστή (δηλαδή των δοντιών), της οδοντικής μικροβιακής πλάκας (όπου βρίσκονται τα μικρόβια) και των ζυμώσιμων υδατανθράκων (κυρίως της ζάχαρης που λαμβάνεται με τη διατροφή). Όταν υπάρχει το κατάλληλο θρεπτικό υπόστρωμα, τα βακτήρια (το κυριότερο είναι το *Streptococcus mutans*) αναπτύσσονται και κατά το μεταβολισμό τους παράγουν οξέα και ένζυμα τα οποία επιδρούν στα δόντια και αφαιρούν άλατα, για το λόγο αυτό η παραμονή της ζάχαρης στο στόμα για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι ιδιαίτερα βλαπτική.

Ακόμα όταν το pH του στόματος μειωθεί κάτω του 5,5, τερηδογόνα βακτήρια προσβάλλουν το δόντι και το καταστρέφουν, με την εμφάνιση τερηδόνας. Η σίελος με pH = 6,5-7,0 δρα προστατευτικά κατά της εμφάνισης τερηδόνας.

Η υψηλή κατανάλωση αναψυκτικών, γλυκών και ζαχαρούχων τροφών ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της τερηδόνας και για το λόγο αυτό καλό θα ήταν να αποφεύγονται κατά την παιδική ηλικία. Σημασία έχει η συχνότητα με την οποία καταναλώνονται τα τρόφιμα που είναι πλούσια σε σάκχαρα.

Η έκκριση σιέλου μειώνεται κατά τη διάρκεια του ύπνου και επομένως χάνεται η προστατευτική της επίδραση, έτσι τα παιδιά πρέπει να αποφεύγουν να αφήνουν τα υπολείμματα της τροφής στο στόμα τους κατά τη διάρκεια της νύχτας, φροντίζοντας να μάθουν τι σημαίνει σωστός καθαρισμός των δοντιών και να τον εφαρμόζουν. Έχει βρεθεί πως οι φθοριούχες οδοντόκρεμες συμβάλλουν στην πρόληψη της τερηδόνας (Al-Ansari et al, 2006).

2.1.ε Αθηροσκλήρωση

Οι κύριοι προδιαθεσικοί παράγοντες αθηροσκλήρωσης είναι η παχυσαρκία, το οικογενειακό ιστορικό εμφράγματος, η καθιστική ζωή, η υπέρταση, και τα αυξημένα επίπεδα λιπιδίων στην κυκλοφορία του αίματος.

Είναι πλέον γνωστό ότι τα αυξημένα επίπεδα λιπιδίων στο αίμα παρατηρούνται από πολύ μικρές ηλικίες, ενώ και στοιχεία από το Πανεπιστήμιο της Κρήτης και από το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο συνηγορούν υπέρ αυτής της άποψης και όσον αφορά στη χώρα μας (Ζαμπέλας Α., 2003). Παιδιά σε υψηλό κίνδυνο θεωρούνται αυτά στα οποία υπάρχει ιστορικό στεφανιαίας νόσου στην οικογένεια τους πριν από την ηλικία των 55 ετών ή υπήρχαν επίπεδα χοληστερόλης ορού πάνω από 240 mg/dl.

Είναι απαραίτητο τα παιδιά να αλλάξουν τις διατροφικές τους συνήθειες για να μειωθεί ο κίνδυνος της αθηροσκλήρωσης. Επομένως, οι γενικές συστάσεις που πρέπει να ακολουθούνται σε αυτές τις περιπτώσεις με ισχυρό το γενετικό παράγοντα είναι (Ζαμπέλας Α., 2003):

- Μείωση του ολικού προσλαμβανόμενου λίπους στο 30% της προσλαμβανομένης ενέργειας.
- Μείωση του προσλαμβανόμενου κορεσμένου λίπους σε ποσοστό κάτω του 10% της προσλαμβανομένης ενέργειας και της χοληστερόλης από την τροφή σε λιγότερο των 300 mg ημερησίως.
- Παιδιά σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου πρέπει να ελέγχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Πάντως, πολλοί παιδίατροι δε συμφωνούν με αυτές τις συστάσεις, γιατί θεωρούν ότι με αυτές τις συστάσεις θα μειωθεί ο ρυθμός ανάπτυξης. Μειωμένος ρυθμός ανάπτυξης έχει όντως παρατηρηθεί σε αρκετές περιπτώσεις που οι γονείς προσπαθούν να τηρήσουν κατά γράμμα τις οδηγίες. Γι' αυτό το λόγο, συστήνεται η εφαρμογή αυτών των συστάσεων με μέτρο. Διαιτητική αγωγή πρέπει να συστήνεται για παιδιά με οριακά επίπεδα χοληστερόλης, ενώ για παιδιά με υψηλά επίπεδα, όταν αυτά είναι μεγαλύτερα των 10 χρόνων και δεν αντιδρούν σε διαιτητική αγωγή, πρέπει να συστήνεται φαρμακευτική αγωγή (Ζαμπέλας Α., 2003). Σημασία έχει να ακολουθούνται τα συνιστώμενα όρια για τα παιδιά.

2.1.στ Αλλεργίες

Μία αλλεργία δημιουργείται όταν μία πρωτεΐνη (χωρίς να διασπαστεί στο γαστρεντερικό σύστημα) ή κάποιο άλλο μεγάλο μόριο εισέλθει στον οργανισμό και προκαλέσει αντίδραση του ανοσοποιητικού συστήματος (Ζαμπέλας Α., 2003). Ο οργανισμός αντιδρά και συνθέτει αντισώματα για να μπορέσει να την αντιμετωπίσει. Τα συμπτώματα όμως μπορούν να εμφανιστούν μέσα σε λίγα λεπτά από τη σύνθεση του αντισώματος μέχρι και 24 ώρες μετά. Η τροφική αλλεργία συμβαίνει σε περίπου 1 στα 20 παιδιά (Ζαμπέλας Α., 2003).

Μια τροφική αλλεργία σημαίνει ότι το άτομο έχει μια μη φυσιολογική ανοσοποιητική αντίδραση σε τρόφιμα που είναι ακίνδυνα στους περισσότερους ανθρώπους. Αυτό συμβαίνει επειδή παράγονται αντισώματα από το σώμα μας ενάντια στην πρωτεΐνη της τροφής (το αλλεργιογόνο) έτσι ώστε να

απελευθερώνονται ισταμίνη και άλλα αμυντικά χημικά στοιχεία στον οργανισμό μας όταν τρώμε την τροφή, προκαλώντας φλεγμονή. Τα χημικά αυτά στοιχεία είναι που ενεργοποιούν αντιδράσεις οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν το αναπνευστικό μας σύστημα, την γαστρεντερική οδό, το δέρμα ή το καρδιαγγειακό σύστημα (Ζαμπέλας Α., 2003).

Αν κάποιος έχει μια σοβαρή τροφική αλλεργία, μπορεί να προκαλέσει μια αντίδραση που ονομάζεται αναφυλαξία και είναι επικίνδυνη για τη ζωή του ατόμου. Επηρεάζει ολόκληρο το σώμα, μέσα σε λίγα λεπτά από την κατανάλωση του τροφίμου στο οποίο είναι αλλεργικό το άτομο. Τα συμπτώματα της είναι τα εξής: γρήγορη εξάπλωση κνίδωσης σε όλο το σώμα, πρήξιμο του προσώπου, της γλώσσας και του λαιμού, δυσκολία στην αναπνοή, εμετός και τέλος απώλεια των αισθήσεων.

Συμπτώματα τροφικών αλλεργιών:

- ✓ Χαμηλή πίεση αίματος, ζαλάδα, ατονία ή λιποθυμία
- ✓ Πρήξιμο των χειλιών και του λαιμού, ναυτία και πρήξιμο, διάρροια και έμετος
- ✓ Στεγνός, κνησμώδης λαιμός και γλώσσα, βήχας, βρογχοσπασμός και δυσχέρεια στην αναπνοή και μύτη που τρέχει ή είναι βουλωμένη
- ✓ Φαγούρα στο δέρμα ή εξάνθημα, κνίδωση και ερεθισμένα κόκκινα και κνησμώδη μάτια (Μανιός Γ., 2006)

Τα 8 πιο κοινά αλλεργιογόνα είναι τα εξής:

| | | |
|--------------|----------------|--------------|
| Μαλακόστρακα | Γάλα | Ξηροί καρποί |
| Αυγά | Φιστίκια | Σουσάμι |
| Ψάρι | Φασόλια σόγιας | |

Θα πρέπει όταν προσδιορισθεί το τρόφιμο που προκαλεί την αλλεργία να απομακρυνθεί από τη δίαιτα του παιδιού για τουλάχιστον 1 με 2 χρόνια.

2.2 Παιδική παχυσαρκία

Παχυσαρκία ορίζεται η κατάσταση μεγάλης συσσώρευσης λίπους στο σώμα, ώστε να θέτει σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου. Η παιδική παχυσαρκία αυξάνεται σε όλη την Ευρώπη, αποτελώντας πλέον μία από τις συνήθειες χρόνιες παιδικές ασθένειες. Αποτελεί παγκόσμιο πρόβλημα, αφού φαίνεται ότι σημαντικό ποσοστό των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας σε όλο τον κόσμο είναι υπέρβαρα. Εδώ, αξίζει να σημειωθεί ότι, η εκτίμηση του βαθμού παχυσαρκίας γίνεται με βάση τις καμπύλες ανάπτυξης που αναφέρονται στο ΔΜΣ.

Η παιδική παχυσαρκία έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις στις μέρες μας. Το 10,3% των παιδιών ηλικίας 2-5 ετών και το 16% των παιδιών ηλικίας 6 έως 9 ετών είναι παχύσαρκα (ΔΜΣ $\geq 95^{\text{η}}$ εκ. θέση) (Rodin R. L. et al, 2007). Τα ποσοστά αυτά αλλάζουν ανάλογα με τη φυλετική ομάδα, αυτό όμως που δεν αλλάζει είναι η συνεχόμενη αύξηση τους σε όλες τις ηλικίες. Τα παιδιά τείνουν να καταναλώνουν όλο και περισσότερα λίπη και θερμίδες, λιγότερα φρούτα και λαχανικά, να βλέπουν τηλεόραση και να γυμνάζονται λιγότερο από αυτό που προτείνουν οι συστάσεις (Rodin R. L. et al, 2007).

Τα υπέρβαρα παιδιά βρίσκονται σε κίνδυνο για καρδιακά προβλήματα όπως αθηροσκλήρωση, ασυμπτωματική στεφανιαία νόσο, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία και υπερινσουλιναιμία. Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II και τα καρδιαγγειακά προβλήματα μπορούν να εμφανιστούν από την παιδική ηλικία, αν υπάρχει πρόβλημα βάρους. Με το αυξημένο βάρος σχετίζονται το άσθμα, τα ορθοπεδικά προβλήματα και τα ψυχολογικά προβλήματα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2003 αναφέρει πως 17,6 εκ. παιδιά είναι υπέρβαρα σε όλο τον κόσμο και το σημαντικότερο είναι πως αυτά τα παιδιά έχουν αυξημένες πιθανότητες να είναι υπέρβαρα και ως ενήλικες (Maffeis C. & Castellani M., 2006).

Το βάρος και η περίμετρος της μέσης αποτελούν έναν εύκολο τρόπο εκτίμησης του βαθμού παχυσαρκίας, ενώ η αντικειμενική αξιολόγηση της παχυσαρκίας, μπορεί να γίνει με μέτρηση των δερματικών πτυχών, η οποία όμως δεν εφαρμόζεται αρκετά συχνά. Η χρήση του ΔΜΣ για την εκτίμηση του βαθμού παχυσαρκίας των παιδιών και των εφήβων μπορεί να αμφισβητηθεί, καθώς παρουσιάζει την ισχνή και τη λιπώδη μάζα σώματος. Ωστόσο, χρησιμοποιείται ως ο τρόπος μέτρησης για την εκτίμηση του πάχους των νέων, ορίζοντας διαφορετικά όρια

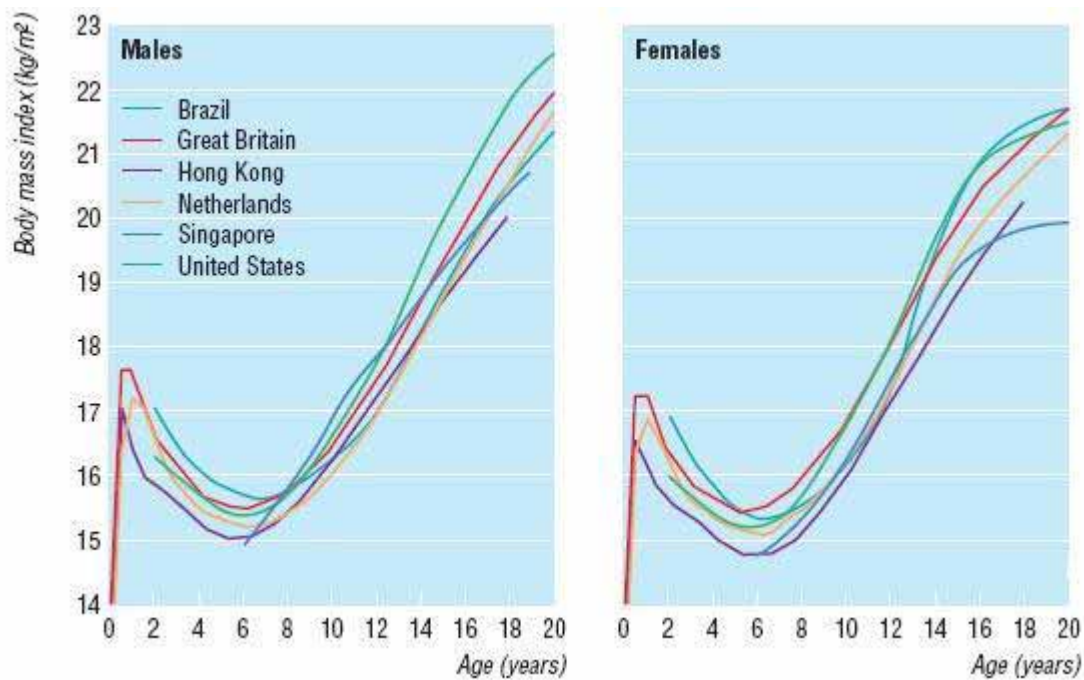
για κάθε ηλικία, σύμφωνα με τους αντίστοιχους πίνακες ανάπτυξης (Ζαμπέλας Α., 2003).

«Το παχύσαρκο παιδί αναπτύσσει ορισμένα χαρακτηριστικά. Η ήβη αρχίζει νωρίτερα και ενώ, αρχικά ψηλώνει περισσότερο από τους συνομήλικους του, τελικά η ανάπτυξη του σταματά σε μικρότερο ύψος. Αναπτύσσει μεγαλύτερη οστική και μυϊκή μάζα γιατί μεταφέρει περισσότερο βάρος και το σώμα του εμφανίζεται πιο συμπαγές. Επίσης, ο μεταβολικός του ρυθμός είναι ταχύτερος, λόγω του αυξημένου μυϊκού ιστού» (Ζαμπέλας Α., 2003, σελ.212).

Η παιδική και εφηβική παχυσαρκία λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας στο δυτικό κόσμο και στη χώρα μας τις τελευταίες δεκαετίες. Είναι χαρακτηριστικό ότι η χώρα μας βρίσκεται στην πρώτη θέση σε ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας ανάμεσα στα Ευρωπαϊκά κράτη σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποίησε ο Μανιός Γ. και οι συνεργάτες του στη Κρήτη και αποτελούσε το πρώτο πρόγραμμα παρέμβασης υγειονομικής αγωγής στην Ελλάδα που προωθήθηκε το 1992, το οποίο απευθυνόταν στους γονείς των μαθητών της πρώτης τάξης του δημοτικού και στόχευε στη βελτίωση της διατροφής και της σωματικής δραστηριότητας των παιδιών. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, παρατηρήθηκε πως το 30% των αγοριών και το 20% περίπου των κοριτσιών στο νησί της Κρήτης είχαν αυξημένο σωματικό βάρος ή παχυσαρκία. Επιπρόσθετα, παιδιά με αυξημένη περίμετρο μέσης και ΔΜΣ πάνω από το 75^ο εκατοστημόριο έχουν σχεδόν διπλάσια επίπεδα ινσουλίνης και κακή λιπιδαιμική εικόνα σε σύγκριση με τα παιδιά με μικρό ΔΜΣ και περίμετρο μέσης (κάτω από το 25^ο εκατοστημόριο) (Manios Y. et al, 1999).

Από μια ανασκόπηση των Cole T. και των συνεργατών τους (2000) σε 97.876 αγόρια και σε 94.851 κορίτσια ηλικίας 0 έως 25 ετών που κατάγονται από 6 χώρες (Βραζιλία, Μεγάλη Βρετανία, Χονγκ Κονγκ, Σιγκαπούρη, Ολλανδία και Ηνωμένες Πολιτείες) προκύπτουν οι παρακάτω καμπύλες με βάση το δείκτη μάζας σώματος (BMI):

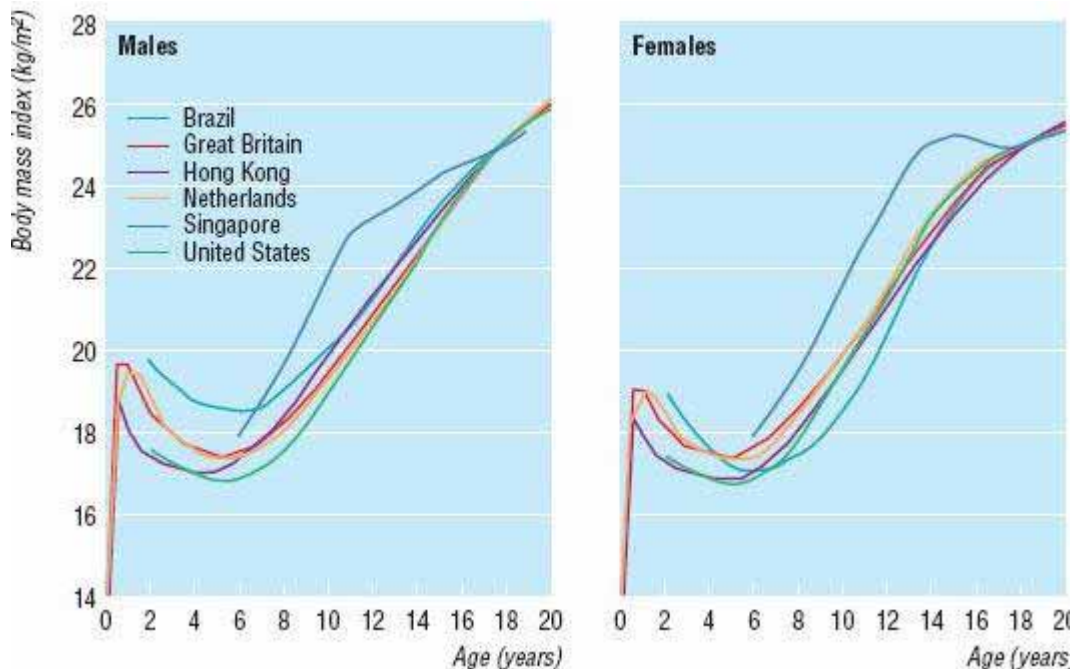
Σχέδιο 1: Μέσος όρος BMI με βάση την ηλικία και το φύλο, 6 χωρών



Πηγή: Cole Tim J., Bellizzi Mary C., Flegal Katherine M. and Dietz William H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, **320**:1-6, p.2

Στο σχέδιο 1 παρουσιάζεται ο μέσος όρος του δείκτη μάζας σώματος στις 6 βάσεις δεδομένων με βάση το φύλο από την στιγμή της γέννησης μέχρι την ηλικία των 20 ετών. Για όλες τις χώρες τα ποσοστά κυμαίνονται περίπου στο ίδιο επίπεδο και για τα δυο φύλα, εκτός από τα αγόρια της Σιγκαπούρης όπου έχουν την χαμηλότερη τιμή από την ηλικία των 6 έως 19 ετών και την υψηλότερη στην ηλικία των 11 ετών (Cole T. et al, 2000).

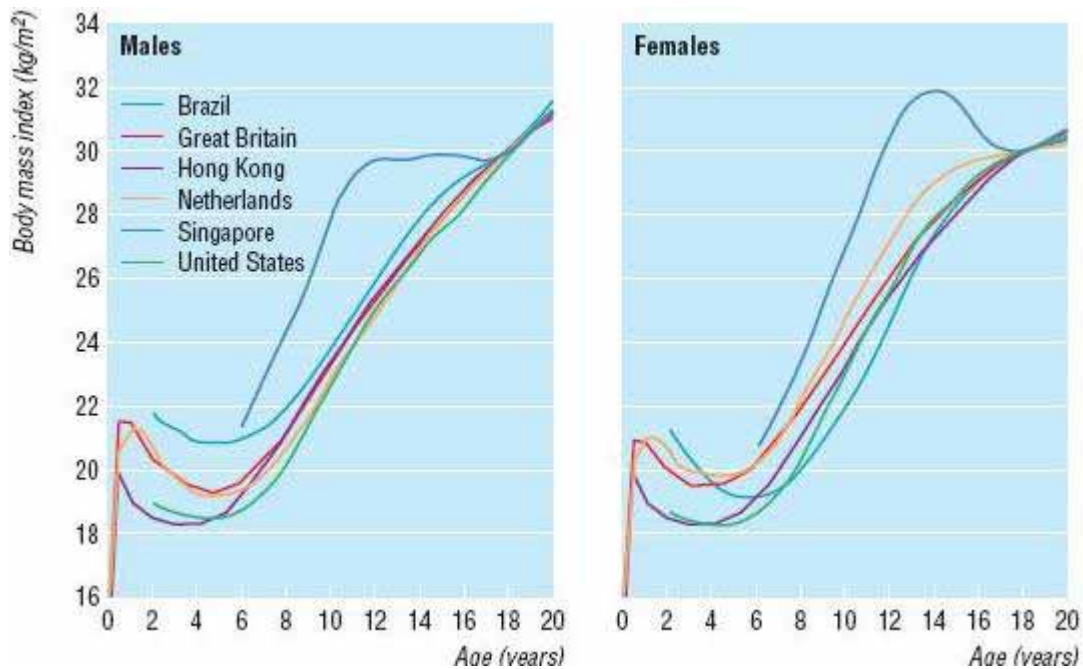
Σχέδιο 2: Καμπύλες υπέρβαρων: μετάβαση στο $BMI= 25\text{kg/m}^2$ σύμφωνα με το φύλο, την ηλικία και την χώρα.



Πηγή: Cole Tim J., Bellizzi Mary C., Flegal Katherine M. and Dietz William H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, **320**:1-6, p.3

Το σχέδιο 2 παρουσιάζει τις καμπύλες υπέρβαρων παιδιών και εφήβων και για τις 6 βάσεις δεδομένων (6 διαφορετικές χώρες) ανά φύλο. Οι καμπύλες είναι πιο κλειστές σε σχέση με τις καμπύλες του σχεδίου 1 (μεσαίες τιμές) κυρίως στην ηλικία των 10 ετών, επειδή οι εθνικές διαφορές στα υπέρβαρα παιδιά έχουν μεγαλύτερη επικράτηση. Η διάσταση της καμπύλης της Σιγκαπούρης είναι πιο έντονη από τον σχεδίο 1 (Cole T. et al, 2000). Αυτό σημαίνει ότι τα παιδιά της Σιγκαπούρης (αγόρια και κορίτσια) τείνουν να είναι υπέρβαρα σε μικρότερη ηλικία σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες, όπου παρουσιάζουν μικρές αποκλίσεις μεταξύ τους.

Σχέδιο 3: Καμπύλες παχύσαρκων: μετάβαση στο $BMI= 30\text{kg/m}^2$ σύμφωνα με το φύλο, την ηλικία και την χώρα.



Πηγή: Cole Tim J., Bellizzi Mary C., Flegal Katherine M. and Dietz William H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, **320**:1-6, p.3

Το σχέδιο 3 παρουσιάζει τις καμπύλες της παχυσαρκίας από κάθε βάση δεδομένων. Οι καμπύλες αυτές έχουν μικρότερη συμφωνία από τις καμπύλες των υπέρβαρων παιδιών και εφήβων, ενώ ακόμα και σ' αυτή τη φάση οι καμπύλες της Σιγκαπούρης φαίνεται να μην συμβαδίζουν με τις υπόλοιπες χώρες (Cole T. et al, 2000).

Συμπερασματικά, προκύπτει πως η συχνότητα των υπέρβαρων παιδιών και εφήβων 2-18 ετών κυμαίνεται κατά 5-18%, ενώ των παχύσαρκων κατά 0,1-4%, όπως προκύπτει από τα στοιχεία που δόθηκαν από τις εθνικές βάσεις δεδομένων (Cole T. et al, 2000).

Έχει παρατηρηθεί, ότι τα παιδιά που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας στην ενήλικη ζωή, όπως η αρτηριακή υπέρταση, ο διαβήτης, η καρδιακή νόσος, καθώς και τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα (Roblin L., 2007). Η αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας τα τελευταία χρόνια οφείλεται από περισσότερους από έναν παράγοντες, όπως τα υψηλά σε

θερμίδες τρόφιμα, η αύξηση της κατανάλωσης κάποιου γεύματος έξω από το σπίτι, η κατανάλωση περισσότερων επεξεργασμένων τροφίμων, η χαμηλή φυσική δραστηριότητα, καθώς και το γεγονός ότι πλέον τα παιδιά περνούν περισσότερο χρόνο παρακολουθώντας τηλεόραση ή χρησιμοποιώντας τον ηλεκτρονικό υπολογιστή (Roblin L., 2007). Επιπλέον, τα σημερινά παιδιά βιώνουν ένα άκρως πιεστικό πρόγραμμα, λόγω του ισχύοντος εκπαιδευτικού συστήματος, με αποτέλεσμα ο ελεύθερος χρόνος να είναι μειωμένος ή ακόμη και ανύπαρκτος, με αποτέλεσμα την αδυναμία ένταξης της άθλησης στην καθημερινότητά τους. Παράλληλα, το μέγεθος του σώματος των γονέων και το ποσοστό λίπους των παιδιών, καθώς και το πάχος των γονέων και των παιδιών, έχει αποδειχθεί ότι συνδέονται άμεσα (Ζαμπέλας Α., 2003).

«Συνεπώς, η μίμηση των μη ισορροπημένων διαιτητικών συνηθειών των γονιών, η κατανάλωση τροφίμων πλούσιων σε λίπος και ζάχαρη μεταξύ των γευμάτων, η πιεστική στάση των γονιών να καταναλώσουν τα παιδιά ολόκληρη την προβλεπόμενη μερίδα, η χρησιμοποίηση του φαγητού ως βραβείο, δώρο ή για την εκδήλωση αγάπης και στοργής, σε συνάρτηση με τη μείωση της φυσικής δραστηριότητας που παρατηρείται κατά τα τελευταία χρόνια, οδηγούν σε μεγάλη αύξηση του επιπολασμού της παιδικής παχυσαρκίας παγκοσμίως. Επιπλέον, η αδιαφορία των γονέων για το παιδί και η φτώχη υγιεινή είναι ισχυρός προδιαθεσικός παράγοντας εμφάνισης παχυσαρκίας στη νεαρή ενήλικη περίοδο, ανεξαρτήτως της ηλικίας, του ΔΜΣ κατά τη σχολική περίοδο, του φύλου και της κοινωνικής κατάστασης» (Ζαμπέλας Α., 2003, σελ. 212).

Σε αντιπαράθεση με τα παραπάνω, πλέον έχει παρατηρηθεί ότι ο αριθμός των παιδιών που τους απασχολεί το βάρος τους και θέλουν να το τροποποιήσουν μεγαλώνει. Κύριος στόχος της επίτευξης της μείωσης του βάρους είναι η αλλαγή των διαιτητικών συνηθειών του παιδιού και η παροχή των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών για την ανάπτυξή του. Έτσι, οι αλλαγές του βάρους στοχεύουν είτε σε επιβράδυνση του ρυθμού αύξησης, είτε σε σταθεροποίηση του βάρους, ώστε το παιδί καθώς αναπτύσσεται να αποκτήσει το κανονικό βάρος για το ύψος του. Σε λίγες μόνο περιπτώσεις παχύσαρκων παιδιών συστήνεται απόλυτη μείωση του σωματικού βάρους. (Ζαμπέλας Α., 2003). Πρακτικά, ως κριτήριο στη λήψη απόφασης για το ενεργειακό περιεχόμενο του διαιτολογίου, λαμβάνεται υπόψη ο ΔΜΣ. Επομένως, στην περίπτωση που βρίσκεται στην 85^η εκατοστιαία θέση ή παραπάνω (υπέρβαρο

παιδί), χρησιμοποιείται ισοθερμιδικό διαιτολόγιο, ενώ αν το παιδί εμφανίζεται με ΔΜΣ στην 95^η εκατοστιαία θέση ή παραπάνω (παχύσαρκο παιδί), πραγματοποιείται υποθερμιδικό διαιτολόγιο, με απώλεια 0,5 – 1 κιλό το μήνα. Στην πρώτη περίπτωση εφαρμόζεται συμπεριφορική – γνωσιακή θεραπεία, δίνοντας έμφαση στην αλλαγή της διατροφικής συμπεριφοράς και αντίληψης, σε συνδυασμό με γενικές οδηγίες για σταδιακή βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.

Είναι σημαντικό να δίνονται στα παιδιά κίνητρα για να αυξήσουν τη φυσική τους δραστηριότητα και να συμμετέχουν σε αθλητικές ή άλλες κοινωνικές εκδηλώσεις και να περιορίσουν αντίστοιχα τις ώρες που περνούν μπροστά στην τηλεόραση. Η εξάσκηση του σώματος παίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία απώλειας του περιττού βάρους και έπειτα στη διατήρησή του. Αρχικά, η άσκηση βοηθάει στην απώλεια λίπους, ενώ στη συνέχεια, σε συνδυασμό με τη μειωμένη κατανάλωση θερμιδογόνων τροφών, συντελεί στην απώλεια βάρους (Πιπεράκης Σ., 2002). Είναι επίσης σημαντικό να διερευνηθεί ποια είναι η γνώμη των γονέων για τη διατροφή του παιδιού τους και ποιοι είναι οι λόγοι που ωθούν τους γονείς να δίνουν στα παιδιά τους μεγάλες ποσότητες τροφής, ενώ θα πρέπει και οι ίδιοι να εκπαιδευτούν για το πώς θα πρέπει να ανταποκρίνονται όταν το παιδί πεινάσει και πώς να επικοινωνούν με εκείνο.

Οι στόχοι για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας μπορεί να επιτευχθούν έχοντας υπόψη τα ακόλουθα (Ζαμπέλας Α., 2003):

- Τα οικογενειακά γεύματα που σερβίρονται, πρέπει να αντικατοπτρίζουν τις ενεργειακές ανάγκες.
- Τα παιδιά πρέπει να τρώνε αργά, με παύσεις, να χαίρονται τη συντροφιά στο τραπέζι και να σταματάνε όταν χορτάσουν.
- Να μάθουν τα παιδιά να διαλέγουν τρόφιμα χαμηλά σε λίπος και να παίρνουν από μόνα τους την κατάλληλη ποσότητα φαγητού κατά το κύριο γεύμα.
- Ποτέ οι γονείς να μην πιέζουν τα παιδιά τους να τελειώνουν το πιάτο τους.
- Έμφαση πρέπει να δοθεί στη σωματική άσκηση, η οποία θα πρέπει να αντικαθιστά το χρόνο που καταναλώνεται μπροστά στην τηλεόραση ή στα βιντεοπαιχνίδια.

Έτσι αν αντιμετωπιστεί η παιδική παχυσαρκία θα επιτευχθεί η πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων και κατά συνέπεια η υγεία των παιδιών.

2.3 Άρνηση τροφής

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν τα παιδιά σε σχέση με τις διατροφικές τους προτιμήσεις, οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι η οικογένεια, το σχολείο, οι φίλοι του παιδιού καθώς επίσης και κάποιες δυσάρεστες εμπειρίες που πιθανόν να είχε παλιότερα με κάποιο συγκεκριμένο τρόφιμο.

Καθώς το παιδί αναπτύσσεται, το ενδιαφέρον του για το φαγητό μεγαλώνει και οι γονείς μπορούν να το βοηθήσουν να ανακαλύψει νέες γεύσεις και να διευρύνει τις γευστικές του προτιμήσεις. Είναι φυσιολογικό το παιδί να αρνείται να δοκιμάσει νέα τρόφιμα και στη συνέχεια να τα αποδέχεται. Η αποδοχή αυτή εξαρτάται άμεσα και από τις διαιτητικές συνήθειες των γονιών ή άλλων συνομήλικων του, όπως τις παρατηρεί το ίδιο το παιδί (Ζαμπέλας Α., 2003). Για παράδειγμα, υπάρχει περίπτωση να τρώει ένα τρόφιμο και να του αρέσει πολύ, αλλά επειδή οι φίλοι του δεν το τρώνε στη συνέχεια να μην το δέχεται. Αντίθετα, μια προηγούμενη δυσάρεστη εμπειρία (πρόκληση εμετού, διάρροιας, πόνου κ.ά.) μπορεί να έχει συνδυαστεί με την κατανάλωση κάποιου τροφίμου και αυτό να οδηγεί το παιδί στην άρνηση.

2.4 Επιλεκτική Πρόσληψη Τροφής

Πρόκειται για μια κατάσταση που χαρακτηρίζει τα παιδιά τα οποία θέτουν κάποια όρια στην πρόσληψη τροφής, όπου τείνουν να έχουν μια ιδιαίτερη προτίμηση σε κάποια φαγητά. Τα τρόφιμα αυτά συνήθως είναι υψηλά σε υδατάνθρακες και συχνά συμπεριλαμβάνονται το ψωμί και πατατάκια ή τα μπισκότα (Lask B., 2000).

Η συγκεκριμένη διαταραχή αρχίζει στην προσχολική ηλικία και έχει βρεθεί πως είναι πιο συχνή στα αγόρια κατά την παιδική ηλικία (Lask B., 2000). Κάθε προσπάθεια για αύξηση της ποικιλίας των τροφίμων και συνεπώς την εισαγωγή νέων τροφίμων στο διαιτολόγιο του παιδιού «συναντά» ενόχληση-δυσφορία και αντίσταση από τη μεριά των παιδιών.

Το βάρος πολλών από αυτών των παιδιών δεν έχει μειωθεί, αλλά ούτε και η ανάπτυξη τους, κάτι το οποίο δηλώνει πως η θερμιδική πρόσληψη των παιδιών είναι επαρκής (Lask B., 2000).

Οι γονείς τείνουν να είναι πιο αγχωμένοι και στεναχωρημένοι από τα ίδια τα παιδιά, καθώς είναι αυτοί που συνοδεύουν το πρόβλημα. Ακόμη στη διαταραχή αυτή

δεν υπάρχει καμία απασχόληση με το βάρος ή το σχήμα του σώματος και επίσης δεν υπάρχει διεστραμμένη αντίληψη με το μέγεθος του σώματος (Lask B., 2000).

Τέλος, τα αίτια αυτής της διαταραχής μπορεί να είναι οργανικά (π.χ. δυσκολία στην κατάποση) ή διάφορες ψυχολογικές καταστάσεις όπως είναι το άγχος και ο φόβος.

Τα παιδιά έρχονται στον κόσμο με την προδιάθεση να μάθουν για τις επιλογές του φαγητού, να μάθουν, δηλαδή, τι πρέπει να καταναλώνουν, ποιες τροφές να απορρίπτουν και ποιες να προτιμούν. Αυτή η διαδικασία φαίνεται να καθορίζεται από τις συνεχείς εμπειρίες τους με την διαδικασία του φαγητού: τον συγκερασμό των γευστικών ερεθισμάτων, της συναισθηματικής εμπειρίας που προκαλείται από το περιβάλλον μέσα στο οποίο τρώνε και των οργανικών συνεπειών του φαγητού.

Οι διαφορές στην κατανάλωση τροφής, τόσο στην ποιότητα όσο και στην ποσότητα, ξεκινούν μετά το τέλος της βρεφικής ηλικίας. (π.χ. τα παιδιά έχουν μία βιολογική προτίμηση για 'γλυκό' και 'αλμυρό', απορρίπτουν εύκολα καινούρια φαγητά ενώ η αποδοχή φαγητών χαμηλής περιεκτικότητας σε αλάτι και ζάχαρη, αλλά και υγιεινών τροφών όπως τα λαχανικά, γίνεται σταδιακά). Αυτές οι διαφορές, έχουν να κάνουν με τον διαφορετικό τρόπο διαπαιδαγώγησης από τους γονείς, κυρίως όσων αφορά την κατανομή του ελέγχου μεταξύ γονιού και παιδιού πάνω στο τι και πότε θα τραφεί το παιδί.

Τα παιδιά επηρεάζονται πολύ από την εμφάνιση και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του τροφίμου. Η υφή, το σχήμα, το άρωμα, η γεύση, καθώς και το μέγεθος των μερίδων μπορούν να παίζουν σημαντικό ρόλο στο πώς ένα παιδί θα αποδεχθεί αρχικά το συγκεκριμένο τρόφιμο. Το παιδί, γενικά, δεν προτιμά τα πολύ σκληρά και ξερά τρόφιμα, αλλά αντίθετα επιζητά τα τρυφερά και ζουμερά. Δείχνει προτίμηση σε τρόφιμα που μπορεί να προκαλέσουν διάφορους ήχους όταν τα μασάει, όπως ορισμένα ωμά λαχανικά. Επίσης, προτιμά τρόφιμα με έντονα, ζωηρά χρώματα, αλλά με ήπιες γεύσεις και μυρωδιές, επειδή διεγείρουν τους γευστικούς κάλυκες και αντιλαμβάνονται με μεγαλύτερη οξύτητα τη γεύση. Τα διάφορα καρυκεύματα και μπαχαρικά (πιπέρι, αλάτι, ξύδι, κτλ.) απωθούν το παιδί και για το λόγο αυτό θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με μέτρο. Τέλος, οι μεγάλες μερίδες μπορεί να αποτρέψουν και να τρομάξουν το παιδί, ώστε να αρνηθεί το συγκεκριμένο φαγητό. Καλό είναι τα τρόφιμα να είναι διαχωρισμένα στο πιάτο, ώστε να διακρίνονται και να αναγνωρίζονται (Ζαμπέλας Α., 2003).

2.5 Σύνδρομο Διάχυτης Άρνησης

Πρόκειται για μια σοβαρή διαταραχή που εμφανίζεται σε παιδιά ηλικίας 8 έως 15 ετών και κυρίως στα κορίτσια. Τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή αρνούνται να φάνε (τόσο τροφή, όσο και υγρά), να μιλήσουν, να παίξουν, να περπατήσουν αλλά και να κάνουν οποιαδήποτε δραστηριότητα έχει σχέση με την περιποίηση τους εαυτού τους (Lask B., 2004). Από την στιγμή που το παιδί αρνείται να καταναλώσει κάθε είδος τροφής είναι φυσιολογικό να παρουσιάζεται απώλεια βάρους. Τα συμπτώματα που μπορούν να εμφανιστούν είναι σωματική κόπωση, υπνηλία, κοιλιακό άλγος και ναυτία (Lask B., 2004).

Η αιτιολογία της διαταραχής δεν έχει βρεθεί ακόμα, οι ερευνητές πιστεύουν πως μπορεί να οφείλεται σε κάποιο μετατραυματικό στρες ή τα παιδιά αυτά να έχουν μια προσωπικότητα που χαρακτηρίζεται από ευσυνείδηση και τελειομανία (Lask B., 2004).

Σύμφωνα με τον Lask B. (2004), το σύνδρομο διάχυτης άρνησης έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με άλλες διαταραχές για το λόγο αυτό θα πρέπει να πραγματοποιείται μια διαφορική διάγνωση. Έτσι θα πρέπει να ελεγχτούν οι παρακάτω δέκα διαταραχές που μπορούν να σχετιστούν με το σύνδρομο άρνησης τροφής: κατάθλιψη, άγχος, διατροφικές διαταραχές, πλασματική ασθένεια, λήθαργος, επιλεκτική αλαλία, σωματόμορφες διαταραχές, σχολική άρνηση, κατατονικές διαταραχές και σύνδρομο χρόνιας κόπωσης.

Η θεραπεία περιλαμβάνει την εισαγωγή του παιδιού σε κάποια ψυχιατρική κλινική για παιδιά. Αυτό που απαιτείται για να πραγματοποιηθεί σωστά η θεραπεία είναι υπομονή, ενσυναίσθηση, νοσοκομειακή φροντίδα, φυσιοθεραπεία, ατομική θεραπεία και συμβουλευτική γονέων ή οικογενειακή θεραπεία. Με την σωστή θεραπεία, η πρόγνωση για τα παιδιά με το σύνδρομο είναι καλή (Lask B., 2004).

2.6 Ο ρόλος της οικογένειας στις διαταραχές πρόσληψης τροφής

Η οικογένεια αποτελεί το βασικότερο παράγοντα που επηρεάζει τις συνήθειες του παιδιού στο φαγητό. Οι γονείς αποτελούν πρότυπο για τα παιδιά, έτσι χρησιμοποιώντας αυτή την «ικανότητα» μπορούν να μεταδώσουν τα μηνύματα που θέλουν σε διάφορα θέματα που σχετίζονται με την διατροφή.

Οι γονείς οφείλουν να προσφέρουν στο παιδί ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο, χρησιμοποιώντας τη μεγάλη επιρροή που ασκούν σε αυτό. Η ευθύνη αυτή δεν περιορίζεται στην υγιεινή και την ασφάλεια του φαγητού, αλλά συμπεριλαμβάνει την ποικιλία, την ποσότητα, το ωράριο των γευμάτων, και πολύ περισσότερο την ατμόσφαιρα που υπάρχει γύρω από το τραπέζι και το γεύμα. Θα πρέπει να αποφεύγεται το παιδί να τρώει μόνο του, έτσι ώστε να αποκτήσει τις συνήθειες των γονέων. Έτσι η γνώση των γονέων σε θέματα διατροφής είναι ένας βασικός παράγοντας που θα επηρεάσει τις διατροφικές επιλογές των παιδιών. Οι γονείς θα πρέπει να φροντίζουν να υπάρχει αρκετός χρόνος για την προετοιμασία του φαγητού, να βρίσκονται όλοι μαζί στο τραπέζι, τουλάχιστον για κάποιο γεύμα, και να εξασφαλίζουν στο παιδί το κατάλληλο περιβάλλον και τη συναισθηματική ασφάλεια που θα του παρέχει τη δυνατότητα να απολαύσει το φαγητό (Ζαμπέλας Α., 2003).

Οι γονείς μπορούν να αποφεύγουν να επιβραβεύουν ή να τιμωρούν τα παιδιά με διάφορα τρόφιμα γιατί με τον τρόπο αυτό εκτός από την αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη που μπορούν να έχουν, αργότερα τα παιδιά θα αρνούνται το τρόφιμο με το οποίο θα έχουν τιμωρηθεί γιατί θα τους θυμίζει την αρνητική τους εμπειρία. Ακόμα οι γονείς καλό θα ήταν να μην πιέζουν τα παιδιά να καταναλώσουν όλη τους την τροφή, καθώς αυτά έχουν ανεπτυγμένο το αίσθημα του κορεσμού σε σχέση με τους ενήλικες.

Ένας σημαντικός παράγοντας για την αποδοχή των τροφίμων είναι η τηλεόραση. Τα παιδιά παρακολουθούν πολλές ώρες την εβδομάδα τηλεόραση και «παραμυθιάζονται» από τις διαφημίσεις και με τον τρόπο που τους παρουσιάζουν διάφορα είδη τροφίμων. Τα τρόφιμα αυτά είναι ιδιαίτερα θερμιδογόνα, πλούσια σε κορεσμένα λιπαρά και με χαμηλή περιεκτικότητα σε βιταμίνες, μέταλλα, ιχνοστοιχεία, φυτικές ίνες και σε μονοακόρεστα και πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (γλυκά, σοκολάτες, πατατάκια, γαριδάκια κ.ά.).

Τα παιδιά εκτός από την τηλεόραση βλέπουν τα διαφημιζόμενα τρόφιμα να καταναλώνονται και από τους φίλους τους με αποτέλεσμα να τα ζητάνε και τα ίδια

στους γονείς τους ή να πηγαίνουν να τα αγοράζουν και να αρνούνται στη συνέχεια να καταναλώσουν το υγιεινό γεύμα ή snack που οι γονείς τους προσφέρουν.

Το νήπιο και το παιδί της προσχολικής ηλικίας συνήθως δε μπορεί να ξεχωρίσει τις διαφημίσεις από το κανονικό πρόγραμμα της τηλεόρασης, και συνήθως δίνει περισσότερη προσοχή στις διαφημίσεις, αφού του κεντρίζουν το ενδιαφέρον, γιατί εντυπωσιάζεται από τη μουσική, τα χρώματα, τα σχήματα και τους γρήγορους ρυθμούς. Καθώς μεγαλώνει, αρχίζει να αντιλαμβάνεται το σκοπό των διαφημίσεων και μπορεί να γίνεται πιο κριτικό απέναντι τους, αν και πάντα παραμένει ευάλωτο στις διαφημίσεις. Επίσης, η τηλεόραση, εκτός από τα μηνύματα των διαφημίσεων για κατανάλωση συγκεκριμένων τροφίμων, καθλώνει το παιδί, του δίνει ερεθίσματα για "τσιμπολογήματα", και το αποτρέπει από τη φυσική δραστηριότητα (Ζαμπέλας Α., 2003).

2.7 Παιδιά που ακολουθούν τη χορτοφαγική διατροφή

Η αυστηρά χορτοφαγική διατροφή περιλαμβάνει φυτικές τροφές, προϊόντα σόγιας, δημητριακά και σιτηρά, φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ξηρούς καρπούς και φυτικά έλαια. Όμως υπάρχουν και άλλα είδη χορτοφαγικής διατροφής και είναι τα εξής:

- ✚ Γαλακτο-ωο-φυτοφάγοι: είναι η κατηγορία των φυτοφάγων που περιλαμβάνουν στο διαιτολόγιο τους γαλακτοκομικά προϊόντα και αυγά
- ✚ Γαλακτοφυτοφάγοι: είναι η κατηγορία των φυτοφάγων που περιλαμβάνουν στο διαιτολόγιο τους γαλακτοκομικά προϊόντα
- ✚ Μερικώς φυτοφάγοι: πρόκειται για αυτούς που τρώνε ψάρι ή ακόμη και κρέας ή πουλερικά λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα αλλά υπερισχύει η χορτοφαγική φιλοσοφία στη δίαιτα τους.

Παρακάτω δίνεται έμφαση στα χαρακτηριστικά της χορτοφαγικής διατροφής, καθώς αποτελεί μια κατηγορία, η οποία εμφανίζει τις περισσότερες διατροφικές ελλείψεις στην περίπτωση που δεν είναι σωστά σχεδιασμένη.

Η Αμερικανική Διαιτητική Ένωση και η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιάτρων συμφωνούν πως μια καλά σχεδιασμένη χορτοφαγική διατροφή μπορεί να καλύψει τις διατροφικές ανάγκες και να προωθήσει την ανάπτυξη τόσο των βρεφών όσο και των παιδιών (ADA, 2003). Ακόμα, την άποψη αυτή υποστηρίζουν αρκετές μελέτες όπου

έχει βρεθεί πως τα παιδιά αυτά μεγαλώνουν και αναπτύσσονται κανονικά (Dunham L. & Kollar L., 2006).

Έρευνες έχουν τονίσει τα διατροφικά πλεονεκτήματα από τις χορτοφαγικές δίαιτες τα οποία έχουν σχέση με τις υγιεινές συνήθειες που αποκτούν τα παιδιά από πολύ μικρή ηλικία. Έτσι τα παιδιά χορτοφάγοι έχουν χαμηλότερα επίπεδα χοληστερόλης, κορεσμένων λιπών και συνολικού λίπους, ενώ έχουν υψηλότερη πρόσληψη φρούτων, λαχανικών και φυτικών ινών, επίσης είναι και πιο αδύνατα από τα παιδιά μη-χορτοφάγους (Dunham L. & Kollar L., 2006).

Εκτός από τα πλεονεκτήματα της διατροφής αυτής υπάρχουν και άλλοι λόγοι που μπορεί να οδηγηθούν στη διατροφή αυτή, όπως: η οικονομική κατάσταση και διάφοροι περιβαλλοντολογικοί – οικολογικοί λόγοι (π.χ. ευαισθησία για τα ζώα).

Στην πραγματικότητα, μια χορτοφαγική διατροφή χρειάζεται:

Πρωτεΐνη: είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη, την ανάπλαση των ιστών και της καλής λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος. Οι χορτοφάγοι χρειάζονται ενημέρωση για τις εναλλακτικές πηγές πρωτεϊνών και για σωστούς συνδυασμούς για μέγιστη πρόσληψη. Τέτοιοι συνδυασμοί είναι τα προϊόντα σόγιας (π.χ. τοφού) με ρύζι ή σιτάρι, τα όσπρια με ρύζι, όσπρια με καλαμπόκι, φασόλια με ψωμί σταρένιο, ψωμί με φυστικοβούτυρο κ.ά. Όσον αφορά τα απαραίτητα αμινοξέα μπορούν να ληφθούν από μια ποικιλία φυτικών τροφών (Messina V., 2001).

Πίνακας 2.7.1: Πρωτεϊνικές συστάσεις για χορτοφάγους σε σύγκριση με των μη χορτοφάγων*

| Ηλικία (χρόνια) | Βάρος(kg) | Συνιστώμενο εύρος πρωτεΐνης (g/kg) | Πρωτεϊνικές Συστάσεις(gr/day) για χορτοφάγους | Πρωτεϊνικές Συστάσεις (gr/day) για μη χορτοφάγους |
|-------------------------------|-----------|---|---|---|
| 4-6(αγόρια- κορίτσια) | 20 | 1.3-1.4 | 26-28 | 24 |
| 7-10 (αγόρια- κορίτσια) | 28 | 1.1-1.2 | 31-34 | 28 |
| 11-14 (αγόρια) | 45 | 1.1-1.2 | 50-54 | 45 |
| 11-14 (κορίτσια) | 46 | 1.1-1.2 | 51-55 | 46 |

* Οι πρωτεϊνικές συστάσεις για τα παιδιά βασίζονται στα RDAs

Πηγή: Messina V. & Mangels A. R. (2001). Consideration in planning vegan diets: children. *J Am Diet Assoc*, **101**, 661-669

Σίδηρος: είναι αναγκαίος για τη μεταφορά οξυγόνου. Ο αιματικός σίδηρος βρίσκεται στο κρέας και είναι ο απορροφήσιμος τύπος, ενώ ο μη-αιματικός σίδηρος βρίσκεται στα φυτικά προϊόντα και η απορρόφηση του αυξάνεται αν συνδυαστεί με βιταμίνη C. Τρόφιμα όπως το σπανάκι, τα αποξηραμένα φρούτα, τα ξερά φασόλια, τα εμπλουτισμένα δημητριακά και κάποια προϊόντα σόγιας περιέχουν σίδηρο, σε συνδυασμό με τρόφιμα όπως τα πορτοκάλια, οι ντομάτες, οι φράουλες, τα λεμόνια μπορούν να αυξήσουν την απορρόφηση του.

Ασβέστιο: τα γαλακτοκομικά προϊόντα είναι η φυσική πηγή ασβεστίου για χορτοφάγους και μη χορτοφάγους. Οι αυστηρά χορτοφάγοι μπορούν να χρησιμοποιήσουν ως πηγές ασβεστίου τα προϊόντα σόγιας όπως το γάλα, το τυρί και το γιαούρτι. Ωστόσο τα οξαλικά και οι φυτικές ίνες στα φυτικά προϊόντα μειώνουν

την διαθεσιμότητα του ασβεστίου, έρευνες δείχνουν ότι η απορροφησιμότητα του ασβεστίου από τις φυτικές πηγές είναι άριστη. Η απορρόφηση του ασβεστίου από τα λαχανικά που έχουν χαμηλή περιεκτικότητα σε οξαλικά όπως το μπρόκολο, το σγουρό λάχανο και τα πράσινα λαχανικά κυμαίνεται από 52% έως 59%, σε σύγκριση με την απορρόφηση από το γάλα που είναι 32%. Η απορρόφηση από τα φασόλια και τους ξηρούς καρπούς είναι συγκριτικά χαμηλότερη (Messina V., 2001).

Ωστόσο, οι γονείς θα πρέπει να ελέγχουν τις ετικέτες καθώς δεν είναι όλα τα γαλακτοκομικά προϊόντα σόγιας εμπλουτισμένα με βιταμίνη D και ασβέστιο.

Ψευδάργυρος: η απορρόφηση του επηρεάζεται από τα φυτικά άλατα, αυτό συμβαίνει στα ολόκληρα ανεπεξέργαστα δημητριακά και στα όσπρια. Αρκετοί χορτοφάγοι λαμβάνουν υψηλότερες ποσότητες ψευδαργύρου από τη συνιστώμενη πρόσληψη. Μέθοδοι όπως το μούσκεμα των ξερών φασολιών πριν από το μαγείρεμα μπορούν να ενισχύσουν την απορρόφηση του ψευδαργύρου. Πηγές ψευδαργύρου είναι τα δημητριακά, το τοφού, τα όσπρια, οι ξηροί καρποί και τα σιτηρά (Dunham L. & Kollar L., 2006).

Βιταμίνη B₁₂: θεωρείται απαραίτητη για την πραγματοποίηση της κυτταρικής διαίρεσης και της διαμόρφωσης αίματος. Αν και η βιταμίνη B₁₂ μπορεί να προσληφθεί από κάποια προϊόντα σόγιας (π.χ. γάλα σόγιας), το ψωμί και τα δημητριακά δεν θεωρούνται αξιόπιστες πηγές και για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται εμπλουτισμένα τρόφιμα ή συμπληρώματα αυτής της βιταμίνης (Dunham L. & Kollar L., 2006).

Βιταμίνη D: βρίσκεται στα γαλακτοκομικά προϊόντα. Ο οργανισμός μας μπορεί να συνθέσει βιταμίνη D με την έκθεση μας στον ήλιο. Έρευνες έχουν δείξει πως αν τα χέρια ή το πρόσωπο μας εκτίθενται στον ήλιο 2 με 3 φορές την εβδομάδα για 20-30 λεπτά θα του παρέχει αρκετή ποσότητα αυτής της βιταμίνης. Αν τα παιδιά δεν εκτίθενται στον ήλιο θα πρέπει να πίνουν 500ml εμπλουτισμένου γάλακτος με βιταμίνη D ή να λαμβάνουν κάποιο συμπλήρωμα το λιγότερο 200IU (Dunham L. & Kollar L., 2006).

Ω-3 λιπαρά οξέα: πολλές χορτοφαγικές δίαιτες είναι χαμηλές σε ω-3 λιπαρά οξέα αν δεν συμπεριλαμβάνουν αυγά, ψάρι ή κάποια φύκια. Είναι απαραίτητο να προσθέσουν στη διατροφή τους μια αξιόπιστη πηγή λινολενικού οξέος. Τροφές όπως σπόροι λιναριού, ξηροί καρποί και σόγια περιέχουν ικανοποιητικές ποσότητες από λινολενικό οξύ (Messina V., 2001).

Τα παιδιά θα πρέπει από την πρώτη στιγμή να εκπαιδευτούν στις ιδιαιτερότητες της διατροφής τους και να τους γνωστοποιηθούν οι λόγοι για τους οποίους η οικογένεια τους επέλεξε να σιτίζεται με αυτό τον τρόπο. Κάποια παιδιά μπορεί να νιώσουν άσχημα που θα καταναλώνουν διαφορετικά τρόφιμα από τους φίλους τους. Ακόμα δεν υπάρχουν πολλά γεύματα στα σχολεία προσαρμοσμένα για τους φυτοφάγους και έτσι θα πρέπει να παίρνουν το φαγητό τους από το σπίτι. Είναι αναγκαία η αναφορά στην χορτοφαγική δίαιτα στα σχολεία όπου υπάρχουν παιδιά που την ακολουθούν έτσι ώστε να μην νιώθουν μειονεκτικά, άλλα και να γνωρίσουν και οι συμμαθητές τους το είδος αυτό της διατροφής.

Πίνακας 2.7.2: Οδηγός διατροφής για νήπια και παιδιά δημοτικού που ακολουθούν τη χορτοφαγική διατροφή

| Τροφή | Μερίδες για παιδιά ηλικίας 5-6 ετών | Μερίδες για παιδιά ηλικίας 7-12 ετών | Μέγεθος μερίδας |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Δημητριακά | 6+ | 7+ | 1 φέτα ψωμί, ½ φλιτζ. δημητριακά ή ζυμαρικά μαγειρεμένα |
| Λαχανικά | 2+ | 3+ | ½ φλιτζ. μαγειρεμένα ή 1 φλιτζ. ωμά |
| Φρούτα | 2+ | 3+ | ¾ φλιτζ. χυμό ή 1 μεσαίο φρούτο ή ½ φλιτζ. αποξηραμένα |
| Όσπρια | 1-2 | 2-3 | ½ φλιτζ. μαγειρεμένα |
| Ξηροί καρποί | 1 | 1 | 2κ.σ. |
| Εμπλουτισμένα προϊόντα σόγιας | 3 | 3 | 1 φλιτζ. |
| Λίπη | 4 | 5 | 1κ.γ. μαργαρίνη ή λάδι |

Πηγή: Messina V., Mangels A. R., (2001). Consideration in planning vegan diets: children. *J Am Diet Assoc*, **101**, 661-669

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΓΙΑ ΧΟΡΤΟΦΑΓΙΚΕΣ ΔΙΑΙΤΕΣ

- ✓ Σχεδιασμός του σχολικού γεύματος
- ✓ Επιλογή εναλλακτικών τροφών για γεύματα που θα έχουν με φίλους
- ✓ Επαρκής πρόσληψη ασβεστίου
- ✓ Εκπαίδευση του παιδιού στη χορτοφαγική διατροφή
- ✓ Διατροφική εκπαίδευση στο σχολείο μπορεί να συνεισφέρει στη μάθηση της χορτοφαγικής διατροφής τόσο σε ένα παιδί που την ακολουθεί, όσο και στα υπόλοιπα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Σημασία του πρωινού στην παιδική διατροφή

Η λήψη πλήρους πρωινού γεύματος ίσως είναι η πιο σημαντική συνήθεια διατροφής που πρέπει να αποκτήσει ένα παιδί για όλη τη διάρκεια της ζωής του. Γενικά, ένα σωστό πρωινό φαίνεται να βελτιώνει τη μνήμη, την ενεργή συμμετοχή του μαθητή στη διδασκαλία, καθώς και τις δραστηριότητές του στο διάλειμμα. Στη χώρα μας, αν και μεγάλο ποσοστό παιδιών παίρνει πρωινό πριν φύγει για το σχολείο, τα περισσότερα από αυτά πίνουν μόνο ένα ποτήρι γάλα ή προσλαμβάνουν κάποιο άλλο υδατανθρακούχο τρόφιμο, το οποίο όμως συνήθως δεν είναι δημητριακά πρωινού. Ακόμη λιγότερα παιδιά καταναλώνουν φρούτα ή φρέσκο χυμό φρούτων ή αυγό στο πρωινό τους. Γενικά, έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά που δεν παίρνουν συνήθως πρωινό έχουν 3 κιλά περίπου μεγαλύτερο βάρος και οι διαιτητικές συνήθειες είναι χειρότερες σε σύγκριση με παιδιά ανάλογης ηλικίας που παίρνουν πρωινό (Gajre N. S. et al, 2008). Σύμφωνα με άλλη μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο διεθνές ινστιτούτο διατροφής της Ινδίας, παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά που δεν τρώνε πρωινό έχουν χειρότερη επίδοση στις εργασίες που απαιτούν συγκέντρωση και εγρήγορση, ενώ μοιάζουν πολλές φορές πιο κουρασμένα και νωχελικά (52,2% έναντι εκείνων που λαμβάνουν πρωινό και είχαν ποσοστό επίδοσης 63,3% και εκείνων που κατανάλωναν λίγες φορές την εβδομάδα με ποσοστό 60%), πράγμα το οποίο μπορεί να φανεί ακόμα και στα παιδιά που τρώνε πρωινό, αλλά προς το μεσημέρι (Gajre N. S. et al, 2008). Ένας κύριος λόγος για τη μειωμένη απόδοση

στο σχολείο όταν το παιδί δεν παίρνει πρωινό είναι η μείωση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Η πρόσληψη τροφής κάθε περίπου τέσσερις ώρες διατηρεί τα επίπεδα γλυκόζης του παιδιού αρκετά υψηλά ώστε να τροφοδοτείται ικανοποιητικά ο εγκέφαλος και το νευρικό σύστημα. Βέβαια, εκτός από τη δημιουργία ενός καλού πρωινού για να βελτιωθεί η απόδοση του παιδιού στο σχολείο, απαιτείται και η κατάλληλη οργάνωση του σχολείου και του προγράμματος διδασκαλίας. Συνεπώς, τα παιδιά θα πρέπει να ξυπνούν νωρίτερα και να παίρνουν ένα καλό πρωινό χωρίς να βιάζονται, ή ακόμα και να μάθουν να το προετοιμάζουν μόνα τους (Ζαμπέλας Α., 2003).

Ένα ισορροπημένο πρωινό πρέπει να περιλαμβάνει ποικιλία τροφίμων, τα οποία να προσφέρουν πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες και φυτικές ίνες. Ένα ενδεικτικό πρωινό θα μπορούσε να έχει κάποια από τις παρακάτω μορφές:

- 1 φλιτζάνι γάλα με δημητριακά πρωινού και 1 φρούτο,
- 1 αβγό, 1 - 2 φέτες ψωμί, λίγο τυρί και 1 φρούτο,
- 1 φλιτζάνι γάλα, 1 κομμάτι κέικ και 1 φρούτο,
- 1 φλιτζάνι γάλα, 1 - 2 φέτες ψωμί με λίγο βούτυρο και μέλι και 1 φρούτο ή χυμό,
- 1 γιαούρτι με δημητριακά πρωινού και 1 - 2 φρούτα,
- 1 τوست (ψωμί, ζαμπόν, τυρί) και 1 φρούτο ή χυμός, κ.ά.

Οι γονείς πρέπει να αποτελούν παράδειγμα προς τα παιδιά τους, ενώ παράλληλα καλό είναι να γίνεται σταδιακή εισαγωγή τροφίμων στο πρωινό, στις περιπτώσεις όπου το παιδί δεν έχει συνηθίσει να προσλαμβάνει πρωινό. Επίσης, καλό θα ήταν στην αρχή, μέχρι το παιδί να συνηθίσει το πρωινό να ενισχυθεί λίγο το πρόγευμα. Βέβαια, σημαντικό ρόλο μπορούν να διαδραματίσουν και οι ίδιοι οι δάσκαλοι, αφιερώνοντας κάποιες ώρες στη σημασία του σωστού πρωινού, για τους λόγους που προαναφέρθηκαν. Τέλος, πρέπει να δοθεί προσοχή στις δραστηριότητες – τεχνικές που τυχόν θα χρησιμοποιηθούν, ώστε να έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη της νοημοσύνης του μαθητή, καθώς και την τροποποίηση της λανθασμένης συμπεριφοράς ή την ενίσχυση της σωστής (Ζαμπέλας Α., 2003).

3.2 Διατροφικές συνήθειες στην οικογένεια

Η οικογένεια, ιδιαίτερα κατά τη νηπιακή και την προσχολική ηλικία, αποτελεί το βασικότερο παράγοντα που επηρεάζει τις συνήθειες του παιδιού στο φαγητό. Οι γονείς μεταφέρουν με το παράδειγμα τους συμπεριφορές σε θέματα διατροφής. (Ζαμπέλας Α., 2003). Συνήθως τα παιδιά μαθαίνουν να καταναλώνουν εκείνα που καταναλώνει η οικογένεια. Κάτι τέτοιο ακούγεται πολύ προφανές, αλλά είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τεθούν σωστές βασικές αρχές, καθώς οι συνήθειες που αποκτώνται στην παιδική ηλικία συνήθως μας ακολουθούν σε όλη μας τη ζωή. «Όταν φαγητά πλούσια σε λιπαρά σερβίρονται σε καθημερινή βάση, τότε αυτό γίνεται κάτι φυσιολογικό και γνώριμο και έτσι επιθυμητό από τα παιδιά στο σπίτι. Εάν οι γονείς βάζουν λαχανικά στα πιάτα των παιδιών τους εκτός από τα δικά τους, τα παιδιά δεν θ' αργήσουν να αναρωτηθούν σχετικά μ' αυτό και στη συνέχεια να αντιγράψουν τη συνήθεια να μην τρώνε και εκείνα λαχανικά» (Pryke R., 2009, σελ. 13). Γενικά, έχει παρατηρηθεί, ότι οι κατ' εκτίμηση περιβαλλοντικές επιπτώσεις στη διαφορά του λιπώδους ιστού είναι ουσιαστικές. Σύμφωνα με έρευνα, έχει παρατηρηθεί ότι οι μητέρες μπορούν να διαδραματίσουν έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στον έλεγχο της ανάπτυξης της διατροφικής πρόσληψης των κορών τους, και ιδιαίτερα στο ξεκίνημα μιας δίαιτας καθώς και διατροφικών προβλημάτων. Σ' αυτή τη μελέτη, η σχέση μεταξύ του βάρους των μητέρων και των κορών αυτών ήταν σημαντική. Αυτή η μέτρια σχέση μεταξύ του σχετικού βάρους του γονέα και του παιδιού είναι ένα από τα κρίσιμα σημεία των στοιχείων που χρησιμοποιούνται στην καθιέρωση των οικογενειακών σχεδίων για την εναπόθεση λίπους (Birch L. L., Fisher J. O., 2000).

Σύμφωνα με τις κυβερνητικές οδηγίες, συστήνεται η κατανάλωση πέντε μερίδων φρούτων και λαχανικών (ως ελάχιστο) την ημέρα για τον καθένα. Παρόλα αυτά, όταν κανείς στην οικογένεια δεν καταναλώνει περισσότερες από δύο μερίδες την ημέρα κατά μέσο όρο, τότε και τα παιδιά θα ακολουθήσουν την ίδια νοοτροπία. «Το να τους πει κανείς απλά να τρώνε περισσότερο δεν θα βοηθήσει καθόλου, εκτός αν όλη η οικογένεια ακολουθεί τις ίδιες συνήθειες. Οι απλές οικογενειακές συνήθειες διατροφής δημιουργούν για τα παιδιά κάποια μορφή «τροφικής ιεραρχίας». Γνωρίζουν έτσι ποια είναι τα καθημερινά φαγητά, ποια επιφυλάσσονται για ειδικές περιπτώσεις και ποιες τροφές δεν αρέσουν στους γονείς τους. Η επίδραση αυτή είναι τεράστια για ορισμένες ομάδες ανθρώπων που τρώνε συνήθως καυτερά ή πικάντικα

φαγητά. Τα παιδιά από την Ασία δεν γεννιούνται με προτίμηση στα πικάντικα μπαχαρικά, αλλά βλέποντας τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να απολαμβάνουν τα καυτερά φαγητά, επηρεάζονται και τα αποδέχονται και για τον εαυτό τους. Εάν στους γονείς αρέσουν τα φρέσκα τρόφιμα και τα σερβίρουν στο τραπέζι καθημερινά, τότε τα παιδιά θα μεγαλώσουν συνηθίζοντας τα ως απαραίτητο συμπλήρωμα της καθημερινής ρουτίνας διατροφής (απαραίτητη δίαιτα), ανεξάρτητα από το αν το είδος του φρέσκου προϊόντος είναι διαφορετικό κάθε μέρα. Όταν όμως οι γονείς αρνούνται ακόμα και ν' ακουμπήσουν τα λαχανικά, τότε είναι φυσικό και τα παιδιά να τα αποστρέφονται» (Pryke R., 2009 σελ. 13-14). Κάτι ανάλογο συμβαίνει και στα γλυκά και τα λιπαρά φαγητά. Όταν σερβίρονται με κάθε γεύμα, τότε τα παιδιά διαμορφώνουν την αντίληψη ότι τα εν λόγω τρόφιμα αποτελούν υπόβαθρο μιας κανονικής διατροφής (Pryke R., 2009). Η γνώση των γονέων σε θέματα διατροφής είναι ένας βασικός παράγοντας που θα επηρεάσει τις διατροφικές επιλογές των παιδιών. Εντούτοις, οι γονείς πολύ συχνά χρησιμοποιούν τη μέθοδο της επιβράβευσης ή της τιμωρίας με κάποιο αγαπημένο φαγητό ή τρόφιμο, προκειμένου να πείσουν τελικά το παιδί να καταναλώσει την προγραμματισμένη από αυτούς ποσότητα τροφής. Έχει παρατηρηθεί αντίθετο αποτέλεσμα από το αναμενόμενο, καθώς το παιδί αντιλαμβάνεται την πίεση που του ασκείται, ενώ στο μέλλον, όπου δεν θα υπάρχουν οι ίδιες πιέσεις της επιβράβευσης ή της τιμωρίας, δεν θα προτιμήσει το φαγητό αυτό, αφού δε θα το έχει πραγματικά αποδεχθεί και αγαπήσει (Ζαμπέλας Α., 2003).

3.3 Διατροφικές συνήθειες στο σχολείο

Ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών στο σχολείο είναι τα τρόφιμα που διατίθενται και αγοράζονται από τα κυλικεία. Οι μαθητές δείχνουν προτίμηση στα λιπαρά τρόφιμα, απορρίπτοντας κάποιες υγιεινές επιλογές που τους προσφέρει το κυλικείο.

Όσον αφορά τα τρόφιμα που πρέπει να παρέχει στους μαθητές το κυλικείο υπάρχει ένα συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο, σύμφωνα με την υπό αριθμό Α2γ/014/2087/9.5.89 (ΦΕΚ 362/τΒ'/16.5.89) Κοινή Υπουργική απόφαση, όπως αυτή τροποποιήθηκε με την αριθμ. Υ3Ε/7810/93/18.3.94 (ΦΕΚ 216/τΒ'/1-4-94), το οποίο καθορίζει να διατίθενται 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 (Ρίσβας Γ., Ευσταθίου Ν., Ορφανοπούλου Ν., 2006).

Υπάρχει μεγάλη ανάγκη για την πώληση υγιεινών τροφίμων στο κυλικείο γιατί είναι ένας φορέας που προάγει την υγεία των παιδιών και θα πρέπει να συμβάλλει στην προώθηση της υγιεινής διατροφής. Έτσι ο ιδιοκτήτης του κυλικείου δεν γίνεται να στηρίζεται οικονομικά απ' αυτό, καθώς δεν πρόκειται για μια κερδοφόρα επιχείρηση. Τα σχολεία θα μπορούσαν να παροτρύνουν τους ίδιους τους μαθητές να το δουλεύουν, έτσι θα βοηθούσαν στην κοινωνικοποίηση των μαθητών και στην ανάθεση ευθυνών.

Αυτό που χρειάζεται προσοχή είναι ότι όλες οι τροφές μπορούν να καταναλωθούν κατά περίπτωση και με μέτρο, χωρίς να έχουν ιδιαίτερη επίπτωση στην υγεία ή στο βάρος. Όμως η ύπαρξη στο σχολικό κυλικείο και η αποκλειστική διάθεση μη υγιεινών επιλογών, ευνοεί την καθημερινή κατανάλωσή τους, με σαφώς βλαβερές συνέπειες για την υγεία των μαθητών (Ρίσβας Γ., Ευσταθίου Ν., Ορφανοπούλου Ν., 2006).

Έτσι το κυλικείο θα μπορεί να διαθέτει διάφορα τρόφιμα, τα οποία δεν θα είναι επιβλαβή για την υγεία τόσο των μαθητών, όσο και του προσωπικού του σχολείου.

Τα τρόφιμα αυτά δεν μπορούν σε καμία περίπτωση να είναι περιορισμένα σε αριθμό και ποιότητα, όπως συνέβαινε με την προηγούμενη σχετική νομοθεσία, για τον λόγο ότι κανείς δεν μπορεί να εμποδίσει πρακτικά τον μαθητή να αγοράσει κάποιο τρόφιμο εκτός σχολείου. Συνεπώς, πρέπει να αποφεύγεται η λογική της απαγόρευσης της διάθεσης των τροφίμων και να προσφέρεται μεγάλη ποικιλία από όλα τα τρόφιμα, με κάποια διαβάθμιση βέβαια (Ρίσβας Γ., Ευσταθίου Ν., Ορφανοπούλου Ν., 2006). Πιο συγκεκριμένα τα τρόφιμα μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες:

🚦 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 κυλικεία:

- Σοκολάτες, μπισκότα, τσουρέκια κ.α.
- Αναψυκτικά
- Πίτες ή πίτσες κατεψυγμένες

Τα παραπάνω μπορούν να διατίθενται σε μικρές ποσότητες, αλλά είναι επιθυμητή η απόσυρσή τους, με την εφαρμογή κατάλληλου προγράμματος Προαγωγής της Υγείας και τεχνικών προώθησης προϊόντων.

Στο σχολείο εκτός από το κυλικείο υπάρχει ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών και αυτός ο παράγοντας είναι οι ίδιοι οι δάσκαλοι. Ενώ στο σπίτι τα παιδιά έχουν ως πρότυπο τους γονείς, στο σχολείο το ρόλο αυτό έχουν οι δάσκαλοι και οι νηπιαγωγοί, έτσι εάν ο δάσκαλός τους καταναλώνει στο διάλειμμα ένα κρουασάν, τα παιδιά θα θεωρήσουν σωστό να αγοράσουν και τα ίδια ένα κρουασάν. Για το λόγο αυτό οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να είναι ενημερωμένοι σε θέματα διατροφής και να ακολουθούν απλούς κανόνες

υγιεινής διατροφής στο σχολείο και ειδικά όταν ασχολούνται με αυτές τις ευαίσθητες νηπιακές και σχολικές ηλικίες.

3.3.α Ολοήμερο Σχολείο

Το ολοήμερο σχολείο είναι κάτι σχετικά καινούργιο στη χώρα μας, συνήθως τα παιδιά που συμμετέχουν στο ολοήμερο σχολείο, έχουν το μεσημεριανό μαζί τους από το σπίτι τους και το ζεσταίνουν στο σχολείο.

Το σχολικό γεύμα πρέπει να συνεισφέρει στην παροχή ενός υγιούς, ισορροπημένου μοντέλου διατροφής στο σχολείο, να συμπληρώνει το καθημερινό διαιτολόγιο του παιδιού και να δρα συμβουλευτικά προς την οικογένεια σχετικά με τον τρόπο που μπορεί να καλύπτονται οι θρεπτικές ανάγκες του παιδιού.

Παρακάτω παρατίθεται ένας πίνακας – οδηγός ανάλογα με το ηλικιακό στάδιο του μαθητή, στην περίπτωση του μεσημεριανού στο ολοήμερο σχολείο:

Οδηγός σύστασης γεύματος κατά την παιδική ηλικία που μπορεί να προσλαμβάνεται στο νηπιαγωγείο ή το σχολείο

| Τρόφιμο | Σχολική ηλικία | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 4-6 ετών | 7-12 ετών |
| Γάλα | 1 φλιτζάνι | 1 φλιτζάνι |
| Άπαχο κρέας, πουλερικά και ψάρια | 60 γραμμάρια | 90 γραμμάρια |
| Τυρί | 60 γραμμάρια | 90 γραμμάρια |
| Μεγάλα αυγά | 2 | 3 |
| Φρούτα και λαχανικά | $\frac{3}{4}$ φλιτζανιού | $\frac{3}{4}$ φλιτζανιού |
| Ψωμί και παράγωγα | 8 μερίδες την εβδομάδα | 10 μερίδες την εβδομάδα |

Πηγή: Ρίσβας Γρ., Ευσταθίου Ν., Ορφανοπούλου Ν., (2006). Ισορροπημένη Διατροφή: Οδηγός Προαγωγής Υγείας για το Μαθητή του Δημοτικού Σχολείου. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, σελ. 95

3.4 Φυσική δραστηριότητα

Απαραίτητο κομμάτι ενός υγιεινού τρόπου ζωής είναι εκτός από την ισορροπημένη διατροφή και η οργανωμένη φυσική δραστηριότητα. Είναι πολύ σημαντικό τα παιδιά να έχουν κίνητρα για να ασκούνται καθημερινά. Η φυσική κατάσταση βελτιώνεται με την άσκηση και την αθλητική δραστηριότητα, που οδηγούν σε ευρωστία και μακροζωία. Αντίθετα όταν το σώμα δεν κινείται, φθείρεται (Μάστορα Ι., 2006). Έτσι η προώθηση της φυσικής δραστηριότητας είναι απαραίτητη για τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης, την επίτευξη ενός φυσιολογικού βάρους και τη διατήρησή του, καθώς επίσης και για τη βελτίωση των προβλημάτων υγείας που πιθανόν να αντιμετωπίζουν τα υπέρβαρα παιδιά (π.χ. αθηροσκλήρωση, δυσλιπιδαιμία).

Καλό θα ήταν τα παιδιά να γυμνάζονται καθημερινά. Οι οδηγίες για τη φυσική δραστηριότητα των παιδιών συνιστούν τη καθημερινή δραστηριότητα ως μέρος οργανωμένης (μπάσκετ, κολύμβηση) ή ανοργάνωτης (περπάτημα, ανέβασμα σκάλας) δραστηριότητας. Για την οργανωμένη δραστηριότητα οι συστάσεις αναφέρουν 20 λεπτά, 3 φορές την εβδομάδα.

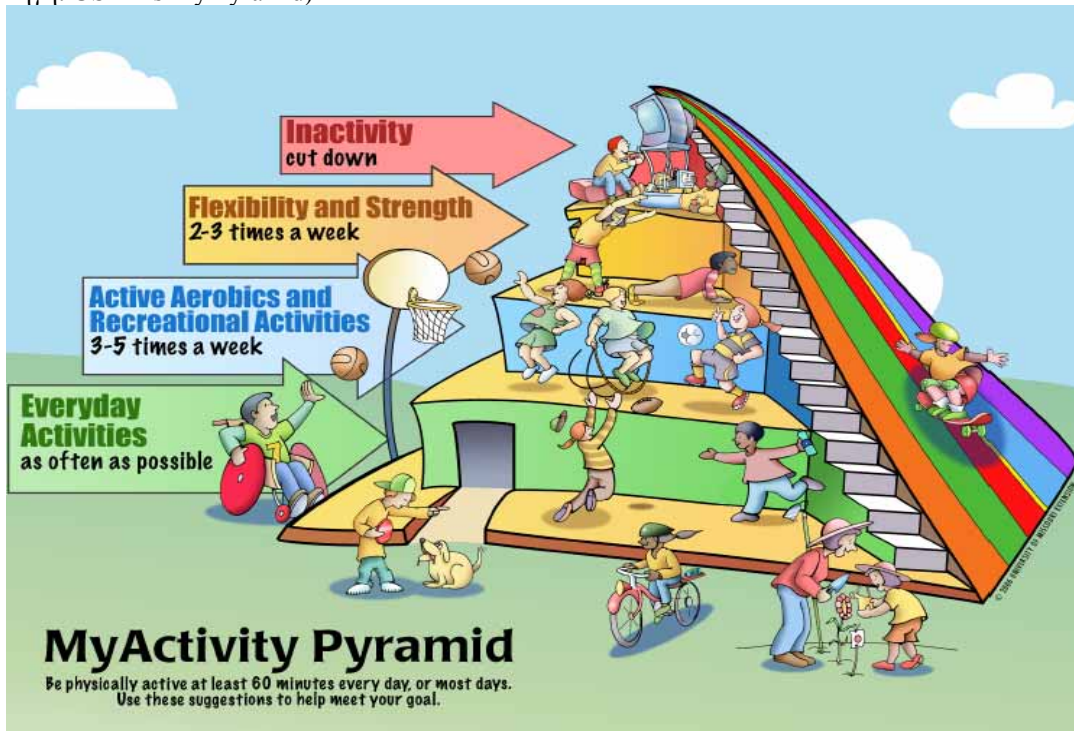
Η διεθνής ένωση αθλητικής και φυσικής εκπαίδευσης (the national association for sport and physical education) αναφέρει πως όλα τα παιδιά από τη στιγμή της γέννησης τους έως τα 5 έτη θα πρέπει να εκπαιδευτούν στο να συμπεριλάβουν τη φυσική δραστηριότητα που προωθεί τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και την δεξιότητα των κινήσεων, όμως η συχνότητα, η ένταση και η διάρκεια θα πρέπει να αλλάξουν με την πάροδο της ηλικίας. Τα παιδιά νηπιακής ηλικίας θα πρέπει να εμψυχώνονται για 30 λεπτά οργανωμένης δραστηριότητας και 60 λεπτά ανοργάνωτης καθημερινά. Για τα παιδιά σχολικής ηλικίας η οργανωμένη δραστηριότητα αυξάνεται στα 60 λεπτά, ενώ η ανοργάνωτη θα πρέπει να είναι πάνω από 60 λεπτά (Maffeis C. & Castellani M., 2006).

Είναι αναγκαίο οι γονείς να λαμβάνουν μέρος σε προγράμματα συμβουλευτικής, έτσι ώστε να αποκτούν γνώσεις για τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα των παιδιών τους και να έχουν ως στόχο τη βελτίωση τους. Δεν πρέπει να ξεχνούν και πως όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα αποτελούν πρότυπο για τα παιδιά, έτσι ο χρόνος παρακολούθησης της τηλεόρασης θα πρέπει να μειωθεί και να αυξήσουν και οι ίδιοι τη δραστηριότητα τους. Στο υπονομάτιο των

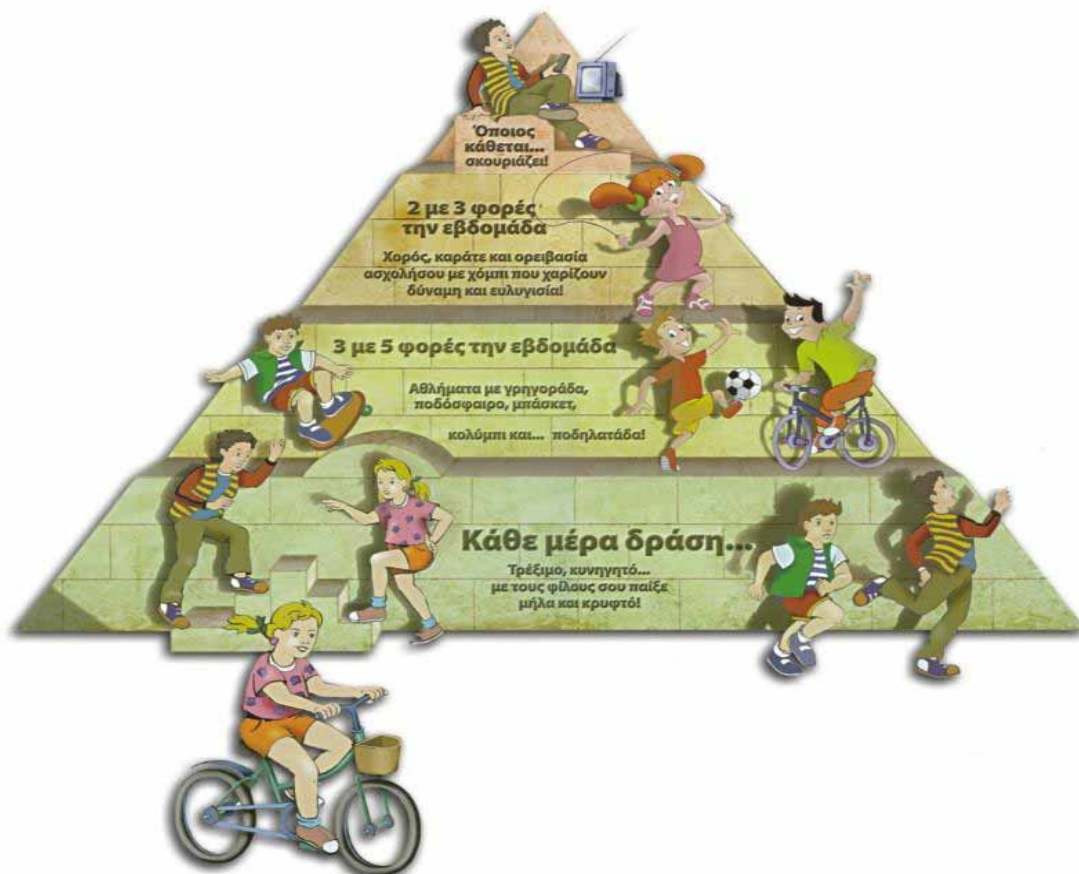
παιδιών καλό θα ήταν να μην υπάρχει τηλεόραση, έτσι ώστε οι γονείς να γνωρίζουν το χρόνο που τα παιδιά παρακολουθούν τηλεόραση ή παίζουν παιχνίδια σ' αυτήν ή στον ηλεκτρονικό υπολογιστή.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά και εφήβους (7 έως 17 ετών) στην Αυστραλία οι ερευνητές προσδιόρισαν και ταξινόμησαν τα σημαντικότερα αντιληπτά οφέλη και εμπόδια από την υγιεινή πρόσληψη τροφίμων και τη σωματική δραστηριότητα, έτσι ώστε να γίνουν κάποιες προτάσεις για να αντιμετωπιστούν αυτά τα εμπόδια. Στα οφέλη από την υγιεινή κατανάλωση τροφίμων συμπεριλαμβάνονταν η βελτίωση στη γνωστική και φυσική απόδοση, στην ικανότητα, στην αντοχή, στα ψυχολογικά οφέλη, στη φυσική αίσθηση και στην παραγωγή της ενέργειας. Από την άλλη μεριά στα εμπόδια συμπεριλαμβάνονται η ευκολία, η προτίμηση, και οι κοινωνικοί παράγοντες. Στα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας συμπεριλαμβάνονται οι κοινωνικές παροχές, η βελτίωση της ψυχολογίας, η φυσική αίσθηση, και η αθλητική απόδοση. Στα εμπόδια περιέλαβαν μια προτίμηση για τις εσωτερικές δραστηριότητες, την έλλειψη ενέργειας και το κίνητρο, τους χρονικούς περιορισμούς, και τους κοινωνικούς παράγοντες. Οι στρατηγικές για την υπερνίκηση των εμποδίων αποτελούνται από την υποστήριξη των γονέων και του σχολικού προσωπικού, τον καλύτερο προγραμματισμό, τη χρονική διαχείριση και τη μεγαλύτερη ποικιλία σωματικών δραστηριοτήτων (O'dea J. A., 2003).

Εικόνα 3.4.1: Η Αμερικάνικη Πυραμίδα Φυσικής Δραστηριότητας
(Πηγή: USDA's My Pyramid)



Εικόνα 3.4.2: Η Ελληνική Πυραμίδα Φυσικής Δραστηριότητας
(Πηγή : Διεθνές Ίδρυμα Ολυμπιακής & Αθλητικής Παιδείας)



Οι παραπάνω πυραμίδες αναφέρονται στη φυσική δραστηριότητα των παιδιών, όπου η εικόνα 3.4.2 απεικονίζει την ελληνική πυραμίδα φυσικής δραστηριότητας, ενώ η εικόνα 3.4.1 την αμερικάνικη πυραμίδα φυσικής δραστηριότητας. Έχουν κατασκευαστεί και οι δυο με την ίδια λογική τοποθετώντας στη βάση τις δραστηριότητες που πρέπει να γίνονται σε καθημερινή βάση (π.χ. τρέξιμο, κυνηγητό). Στο δεύτερο επίπεδο είναι οι αεροβικές δραστηριότητες που συστήνονται για 3-5 φορές την εβδομάδα (π.χ. ποδήλατο, ποδόσφαιρο, μπάσκετ). Στο τρίτο επίπεδο έχουν τοποθετηθεί οι δραστηριότητες που χαρίζουν δύναμη και ευλυγισία που συστήνονται για 2-3 φορές τη εβδομάδα (π.χ. χορός, καράτε). Στο τελευταίο επίπεδο βρίσκονται οι δραστηριότητες που στην ουσία τα παιδιά θα πρέπει να αποφεύγουν και αναφέρονται στην καθιστική ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Ορισμός συμβουλευτικής

Η συμβουλευτική ψυχολογία είναι ένας επιστημονικός κλάδος της ψυχολογίας που ασχολείται με την προώθηση ή την αποκατάσταση της ψυχικής υγείας του ανθρώπου, η οποία έχει διαταραχτεί από διάφορες περιβαλλοντικές επιδράσεις ή από εσωτερικές συγκρούσεις. (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006). Έτσι η συμβουλευτική ψυχολογία είναι ένας επιστημονικός κλάδος που ασχολείται και με την έρευνα, και με τη θεωρία και με την εφαρμογή. Κατά καιρούς έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες για να διατυπωθεί ένας ορισμός, όπως:

Ο Stefflre (1970) τόνιζε:

«Η συμβουλευτική είναι μια διαδικασία μάθησης-διδασκαλίας γιατί ο πελάτης μαθαίνει για το ζωτικό του χώρο... αν πρόκειται να κάνει ενημερωμένες και ουσιαστικές επιλογές, πρέπει ο ίδιος να γνωρίζει τα γεγονότα της παρούσας κατάστασης στην οποία βρίσκεται όπως και τις πιθανότητες... καθώς και τις πιο πιθανές επιπτώσεις των διάφορων επιλογών του».(Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006, σελ.17)

Ο Patterson (1973) τονίζει τόσο το στοιχείο της διαδικασίας όσο και αυτό της θεραπευτικής σχέσης, στον ορισμό που δίνει για τη συμβουλευτική:

«...είναι η διαδικασία που περιλαμβάνει ένα ιδιαίτερο είδος σχέσης μεταξύ ενός ανθρώπου που ζητάει βοήθεια, επειδή αντιμετωπίζει κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα, και ενός άλλου ανθρώπου που έχει εκπαιδευτεί για να παρέχει τέτοιου είδους βοήθεια». (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006, σελ.17)

Το στοιχείο της διαδικασίας στη συμβουλευτική ψυχολογία τονίστηκε ιδιαίτερα από τους Mahoney (1974), Meichenbaum (1974) και Kanfer (1975):

«Συμπεριφοριστική συμβουλευτική είναι η διαδικασία με την οποία οι άνθρωποι βοηθούνται να μάθουν πώς να επιλύουν μερικά διαπροσωπικά, συναισθηματικά προβλήματα και να παίρνουν αποφάσεις». (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006, σελ.17)

Λαμβάνοντας υπόψη τους διάφορους ορισμούς που είχαν διατυπωθεί, η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία, όρισε τη Συμβουλευτική Ψυχολογία ως: «...την ειδικότητα σύμφωνα με την οποία ο σύμβουλος ψυχολόγος βοηθά το συμβουλευόμενο να βελτιώσει την προσωπική του κατάσταση, να ανακουφιστεί από τη λύπη και τη στενοχώρια, να επιλύσει τις κρίσιμες καταστάσεις που αντιμετωπίζει, να αναπτύξει την ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων του και να μπορεί να παίρνει μόνος του αποφάσεις. Επίσης, υποστηρίζει την ψυχολογική ανάπτυξη και εξέλιξη του συμβουλευόμενου, βοηθώντας τον να κάνει καλύτερη χρήση των αποθεμάτων και των ικανοτήτων που διαθέτει ή δείχνοντας του το δρόμο για την ανάπτυξη νέων μεθόδων που θα τον διευκολύνουν να βοηθήσει μόνος του τον εαυτό του.

Ο συμβουλευτικός ψυχολόγος, για να πλησιάσει το συμβουλευόμενο, χρησιμοποιεί συστηματικές προσεγγίσεις που στηρίζονται στην έρευνα, ώστε να βοηθήσει τον εαυτό του αλλά και το συμβουλευόμενο να κατανοήσει πληρέστερα τα προβλήματά του και να αναπτύξει πιθανούς τρόπους επίλυσής τους. Τα προβλήματα που οδηγούν έναν άνθρωπο να ζητήσει τη βοήθεια του συμβουλευτικού ψυχολόγου, ζεπηθούν από περιβαλλοντικές επιδράσεις και επιρροές ή από εσωτερικές συγκρούσεις και μπορεί να είναι επαγγελματικά, εκπαιδευτικά, συναισθηματικά, κοινωνικά, εξελικτικά ή προβλήματα υγείας». (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006, σελ.19)

Συμπερασματικά, θα λέγαμε πως είναι δύσκολο να δοθεί ένας ακριβής ορισμός καθώς η συμβουλευτική ψυχολογία περιλαμβάνει πολλές διαφορετικές δραστηριότητες.

Στη σύγχρονη κοινωνία η ανάγκη για τη συμβουλευτική ψυχολογία είναι μεγάλη, καθώς πλήττεται από πολλά προβλήματα. Η οικογένεια για παράδειγμα είναι ένα περιβάλλον που προσπαθεί να παρέχει στα παιδιά της ότι καλύτερο για να γίνουν

σωστοί πολίτες, όμως τα πρότυπα που θα έπρεπε να έχουν τα παιδιά έχουν καταργηθεί. Καθώς στις μέρες μας τα διαζύγια κυριαρχούν, οι παππούδες και οι γιαγιάδες μεγαλώνουν τα παιδιά χωρίς να μπορούν να τους προσφέρουν αυτά που οι γονείς θα είχαν τη δυνατότητα ή ξένα πρόσωπα αναλαμβάνουν την φροντίδα τους χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα προσφοράς της αγάπης. Ακόμα και αν οι γονείς ζουν κάτω από την ίδια στέγη δουλεύουν συνεχώς και αγχώνονται για να ανταπεξέλθουν σε ότι απαιτεί η ζωή, διαθέτοντας έτσι ελάχιστο χρόνο για να ασχοληθούν με τα παιδιά τους.

Η συμβουλευτική ψυχολογία προσπαθεί να βοηθήσει τον άνθρωπο να βελτιώσει την ψυχολογική του κατάσταση, να επιλύσει τα διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζει, καθώς επίσης να του δώσει δύναμη για να αντιμετωπίζει οποιοδήποτε πρόβλημα του εμφανίζεται.

Ο συμβουλευτικός σχολικός ψυχολόγος μπορεί να διαπιστώσει αν κάποιος μαθητής έχει κάποια ειδική ικανότητα ή ανικανότητα, έτσι ώστε να μπορέσει να βοηθηθεί από κάποιο ειδικό. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να βοηθηθούν έτσι ώστε να εργάζονται πιο αποτελεσματικά. Ενώ οι γονείς μπορούν να επιλύσουν διάφορα προβλήματα τους (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

Γενικά, η συμβουλευτική ψυχολογία διακρίνεται σε ατομική και ομαδική. Η ατομική συμβουλευτική διεξάγεται μεταξύ του συμβουλευτικού ψυχολόγου και του συμβουλευόμενου, αποβλέποντας στην προώθηση της ψυχικής υγείας του δεύτερου, βοηθώντας τον σε καλύτερη προσαρμογή, μεγαλύτερη αυτογνωσία και επιτυχέστερους τρόπους ξεπεράσματος δυσκολιών. Η ομαδική συμβουλευτική είναι μια διαπροσωπική διαδικασία, που περιλαμβάνει το συμβουλευτικό ψυχολόγο και δύο ή περισσότερους ανθρώπους, που έχουν κάτι κοινό μεταξύ τους. Αποσκοπεί στην αντίχρευση του εαυτού, της ομάδας ή και των περιστάσεων σε μία προσπάθεια τροποποίησης της συμπεριφοράς ή των στάσεών τους. Μπορεί να εμπεριέχει την ατομική συμβουλευτική, γιατί μέσα από την ομαδική διαδικασία, ο κάθε συμβουλευόμενος βοηθιέται και στην προσωπική του αυτογνωσία και στο ξεπέρασμα των δυσκολιών του (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

4.1.α Συμπεριφοριστική-Γνωσιακή θεραπεία

Σύμφωνα με τον Patterson (1973) η συμπεριφοριστική συμβουλευτική θεωρία είναι η συμβουλευτική που εφαρμόζει διάφορες τεχνικές που συνδέονται ή προέρχονται από τη θεωρία της μάθησης, με στόχο να τροποποιήσει συγκεκριμένες απροσάρμοστες συμπεριφορές (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

Η συμπεριφορά μπορεί να διαμορφωθεί με τρεις τρόπους, οι οποίοι είναι οι εξής: η κλασσική εξαρτημένη μάθηση, η συντελεστική μάθηση και η μιμητική μάθηση.

Η κλασσική εξαρτημένη μάθηση ανακαλύφθηκε από τον Pavlov, αλλά εφαρμόστηκε από τον Watson και προσέφερε έννοιες για την ανάπτυξη μαθησιακών θεωριών που περιλάμβαναν πιο πολύπλοκες συμπεριφορές. Στη κλασσική εξαρτημένη μάθηση ένα φυσικό ερέθισμα συνδυάζεται με ένα εξαρτημένο ερέθισμα (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

Η θεωρία της συντελεστικής μάθησης του B. F. Skinner εμφανίστηκε το 1953 και επηρέασε ιδιαίτερα τη θεραπεία της συμπεριφοράς και χρησιμοποιήθηκε αρκετά για τη θεραπεία της νευρωτικής και ψυχωτικής συμπεριφοράς (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

Τέλος η μιμητική μάθηση προωθήθηκε από τον Albert Bandura και η σημασία της ήταν μεγάλη στη διαμόρφωση και τροποποίηση της συμπεριφοράς. Ακόμη παρατηρήθηκε πως σε αρκετές περιπτώσεις η μάθηση μπορεί να επιτευχθεί και χωρίς να υπάρχει ή να αναμένεται κάποια ενίσχυση (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

Από την άλλη μεριά η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία είναι η συμπεριφορική θεραπεία που τονίζει τη σημασία των γνωστικών παραγόντων στη διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Οι βασικές συμπεριφοριστικές-γνωσιακές θεραπείες είναι η Λογικό-Θυμική θεραπεία του Ellis, η Γνωσιακή θεραπεία του Beck και η θεραπεία της Γνωστικής Τροποποίησης της Συμπεριφοράς του Meichenbaum. Η Λογικό-Θυμική θεραπεία είναι ο κύριος εκπρόσωπος του συμπεριφοριστικού-γνωσιακού μοντέλου.

Ο Ellis ήταν ο πρώτος που συσχέτισε την γνώση με τα συναισθήματα και με την συμπεριφορά. Η Λογικό-Θυμική θεραπεία υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος διαφέρει από το υπόλοιπο ζωικό βασίλειο γιατί σκέφτεται, έχει αξίες και μπορεί να αναπτύσσει γνωστικές δομές (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

Σύμφωνα με τον Ellis «ο βασικός στόχος της ψυχοθεραπείας είναι η αποσαφήνιση της σκέψης από παραλογισμούς έτσι ώστε και ο εσωτερικός διάλογος του ανθρώπου να ξαναβρεί τη λογική του, οπότε και τα συναισθήματα θα γίνουν πιο θετικά» (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006, σελ.45).

Το μοντέλο συμπεριφοράς που χρησιμοποιούσε ο Ellis το ονομάζει μέθοδος ΑΒΓ (μέθοδος ABC, όπου Α = activating, Β = belief system, C = consequence): το Α είναι το γεγονός, το συμβάν που ενεργοποιεί τον άνθρωπο. Το Β είναι το σύστημα αντίληψης και το Γ είναι το συναισθηματικό και συμπεριφοριστικό αποτέλεσμα του ατόμου (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

Έτσι, το σύστημα πεποιθήσεων του ανθρώπου Β αξιολογεί το συμβάν Α και ως αποτέλεσμα έχουμε τη συναισθηματική αντίδραση Γ. Συνεπώς αιτία του Γ δεν είναι το Α όπως πιστεύουν αλλά το Β (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

4.1.β Ψυχαναλυτική θεωρία

Η ψυχαναλυτική θεωρία «γεννήθηκε» από τον Sigmund Freud και αναφέρει την επίδραση που έχει το ασυνείδητο στην ψυχική ζωή αλλά και στην προσαρμογή του ανθρώπου (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

Ο Freud αρχικά χρησιμοποιούσε την ψυχανάλυση (μια μέθοδο θεραπείας), αλλά αργότερα ανέπτυξε μια ολόκληρη ψυχολογική θεωρία που την ονόμασε «ψυχαναλυτική» θεωρία (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

Ο Freud εφάρμοζε την τεχνική του υπνωτισμού στους ασθενείς του, ώσπου διαπίστωσε πως ο υπνωτισμός δεν απέδιδε με όλους τους πελάτες του και έτσι άρχισε να χρησιμοποιεί τη μέθοδο των ελεύθερων συνειρμών. Οι πελάτες του απέδιδαν τις δραματικές του εμπειρίες σε βιώματα της παιδικής ηλικίας και έτσι ανακάλυψε πως οι περισσότερες από αυτές τις αναμνήσεις περιελάμβαναν σεξουαλικές εμπειρίες. Έτσι ο Freud διατύπωσε τη θεωρία της ψυχοσεξουαλικής εξέλιξης.

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία το παιδί μέχρι να ενηλικιωθεί περνάει κάποια συγκεκριμένα στάδια ανάπτυξης της προσωπικότητας και της ψυχοσεξουαλικότητας. «Κάθε στάδιο αναφέρεται σε μια περίοδο της ζωής του και συνδέεται με μια ερωτογενή ζώνη του σώματος στην οποία περικλείεται η ενέργεια της *libido* και η οποία ζητάει ικανοποίηση» (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

Τα στάδια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης από τη γέννηση μέχρι το τέλος της εφηβείας είναι τα εξής (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006):

- ✓ *Στοματικό στάδιο*: από τη γέννηση μέχρι το πρώτο έτος περίπου, το στόμα αποτελεί την ερωτογενή ζώνη και η ευχαρίστηση πηγάζει από τον θηλασμό και το πιπίλισμα.
- ✓ *Πρωκτικό στάδιο*: από 1½ ετών μέχρι το τρίτο έτος, η ερωτογενής ζώνη είναι ο πρωκτός και η ευχαρίστηση προέρχεται από την κατακράτηση ή την αποβολή των περιττωμάτων.
- ✓ *Φαλλικό στάδιο*: από 3½ ετών μέχρι και το έκτο έτος, η ερωτογενής ζώνη είναι τα γεννητικά όργανα και η ευχαρίστηση πηγάζει από την αφή, την έκθεση και το παιχνίδι των παιδιών με τα γεννητικά τους όργανα. Το στάδιο αυτό συνδέεται με τις Οιδιπόδειες επιθυμίες των παιδιών που χαρακτηρίζεται με την προσκόλληση τους στο γονέα του αντίθετου φύλου, ενώ εκφράζουν μια εχθρότητα για τον γονέα του ίδιου φύλου που τον θεωρούν ανταγωνιστή.
- ✓ *Στάδιο λανθάνουσας σεξουαλικότητας*: από το έκτο έτος μέχρι την αρχή της εφηβείας, σ' αυτό το στάδιο η σεξουαλική ενέργεια θεωρείται πως είναι σε κατάσταση νάρκης.
- ✓ *Γενετήσιο στάδιο*: από την αρχή μέχρι το τέλος της εφηβείας, στο στάδιο αυτό η σεξουαλική ένταση αυξάνεται και ο στόχος του σεξουαλικού ενστίκτου είναι η ανεύρεση του κατάλληλου ερωτικού συντρόφου.

Το 1900-1914 επεξεργάστηκε το πρώτο του ψυχαναλυτικό σύστημα ψυχολογίας, το οποίο ονόμασε Ψυχολογία του Εκείνου. Το σύστημα αυτό περιλαμβάνει τρεις έννοιες: το δυναμικό ασυνείδητο, τη θεωρία της libido και την αντίσταση της μεταβίβασης. Ακόμα το 1900 παρουσίασε τα τρία επίπεδα συνείδησης του ανθρώπου: το ασυνείδητο, το προσυνείδητο και το συνειδητό, όπου το 1919 τα μετονόμασε σε Εκείνο, Εγώ και Υπερεγώ (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

Το *Εκείνο* περιλαμβάνει ότι έχει κληρονομήσει ο άνθρωπος και υπάρχει ήδη από τη γέννηση του. «Είναι το ακαλλιέργητο, το πρωτόγονο, το ζώο μέσα στον άνθρωπο, με το οποίο ο άνθρωπος γεννιέται και δρα με βάση το ένστικτο» (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006, σελ.108). Έτσι το Εκείνο λειτουργεί σύμφωνα με την αρχή της ευχαρίστησης και το ένστικτο της καταστροφής.

Το *Εγώ* ξεκινά να αναπτύσσεται από τη γέννηση του ανθρώπου και μετά και βασίζεται στην αρχή της πραγματικότητας. Περιλαμβάνει λειτουργίες όπως η λογική και δημιουργική σκέψη και η επίλυση προβλημάτων. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η ευχαρίστηση μπορεί να αναβληθεί για μια πιο κατάλληλη στιγμή.

Το *Υπερεγώ* είναι η «συνείδηση» του ανθρώπου που περιλαμβάνει όλες τις κοινωνικές και ηθικές του αξίες. Αναπτύσσεται στο τέταρτο περίπου έτος, εφόσον έχει επιλυθεί το Οιδιπόδειο σύμπλεγμα. Το παιδί μαθαίνει από τους γονείς του για τα ιδανικά και τις αξίες μέσα από την αμοιβή και την τιμωρία. Το Υπερεγώ αυτό τιμωρεί αλλά και αυτό-αμείβει (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

Τα τρία αυτά επίπεδα βρίσκονται σε ισορροπία, αν η ισορροπία αυτή διαταραχθεί, υπάρχουν συμπτώματα δυσπροσαρμοστικότητας (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

4.1.γ Η θεωρία του Maslow

Ο Maslow συγκαταλέγεται σε όσους υποστηρίζουν πως η ανθρώπινη προσωπικότητα διαμορφώνεται μέσα από μια πορεία για αυτοπραγμάτωση. Η πορεία αυτή είναι δομημένη στη πυραμίδα των αναγκών.

Στη βάση της πυραμίδας βρίσκονται οι *βιολογικές ανάγκες* όπως η τροφή και το νερό, στο δεύτερο επίπεδο βρίσκονται οι *ανάγκες για ασφάλεια* όπως η στέγη και η σταθερότητα. Στο τρίτο επίπεδο είναι οι *ανάγκες για κοινωνικότητα και αγάπη* όπως οι φίλοι και ο έρωτας, στο τέταρτο επίπεδο βρίσκονται οι *συναισθηματικές ανάγκες* όπως ο αυτοσεβασμός και η θετική αξιολόγηση από τους άλλους. Τέλος στη κορυφή της πυραμίδας είναι οι *ανάγκες για αυτοπραγμάτωση* που είναι όλες οι ανάγκες οι οποίες κάνουν το άτομο να νιώθει πλήρης, πραγματωμένος και ευτυχισμένος.

Το μοντέλο του Maslow δεν είναι στατικό αλλά μεταβάλλεται και εξελίσσεται μέσα στον χρόνο και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως είναι ο πολιτισμός.

4.1.δ Πελατοκεντρική προσέγγιση

Εμπνευστής της πελατοκεντρικής προσέγγισης ή της προσωποκεντρικής θεωρίας ήταν ο Carl Rogers. Η πελατοκεντρική προσέγγιση είναι «η φαινομενολογική θεωρητική κατεύθυνση η οποία υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος διαθέτει από μόνος του την ικανότητα για προσωπική ανάπτυξη και αυτοπραγμάτωση, γιατί είναι ον λογικό, κοινωνικό, προοδευτικό και ρεαλιστικό» (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006, σελ.141).

Η κύρια υπόθεση της θεωρίας του είναι πως αν ο ψυχοθεραπευτής διαθέτει κάποιες βασικές βοηθητικές ικανότητες όπως είναι η ενσυναίσθητη κατανόηση

(ενσυναίσθηση), η γνησιότητα και ο θετικός σεβασμός (άνευ όρων θετική αποδοχή), τότε θα πραγματοποιηθούν κάποιες θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά του πελάτη, όπου θα μπορέσει να τις εφαρμόσει παντού και να αποδώσει (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

Η πελατοκεντρική προσέγγιση έχει κοινά στοιχεία με τον υπαρξισμό, καθώς και τα δυο σημειώνουν το πόσο σημαντικό είναι ο άνθρωπος να αποκτά εμπειρίες και το πώς τις αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο άνθρωπος.

Για να μπορέσουν να κατανοηθούν οι βασικές θεωρητικές αντιλήψεις του Rogers σε σχέση με την προσωπικότητα θα πρέπει να γίνει γνωστή η υπόθεση πως κάθε άνθρωπος διαθέτει ένα φαινομενολογικό πεδίο που είναι ουσιαστικά ένας ορισμός των γεγονότων ή των φαινομένων όπως εμφανίζονται σ' αυτόν. Το κεντρικό σημείο στην ανθρώπινη εξέλιξη κατέχει η ανάγκη για αυτοπραγμάτωση, έτσι ως αποτέλεσμα της ανάγκης αυτής ο άνθρωπος ξεχωρίζει τις εμπειρίες σε αυτές που γίνονται αντιληπτές και είναι χαρακτηριστικές του εαυτού του και σ' αυτές που δεν είναι χαρακτηριστικές του εαυτού του (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

Όπως αναφέρθηκε, οι βασικές προϋποθέσεις που πρέπει να έχει ο θεραπευτής είναι τρεις: η γνησιότητα, η άνευ όρων θετική αποδοχή και η ενσυναίσθηση.

Η γνησιότητα αναφέρεται στο χαρακτηριστικό του ασθενή να είναι αληθινός, γνήσιος, αυθεντικός, να μην ενεργεί με επαγγελματικό τρόπο και οι εξωτερικές με τις εσωτερικές του αντιδράσεις πρέπει να διέπονται από μια ισορροπία.

Η άνευ όρων θετική αποδοχή αναφέρεται στο σεβασμό, τη φροντίδα και την εκτίμηση που θα πρέπει να έχει ο θεραπευτής για τον θεραπευόμενο.

Τέλος, η ενσυναίσθηση αναφέρεται σε ένα χαρακτηριστικό που θα πρέπει οπωσδήποτε να έχει ο θεραπευτής. Έτσι ο θεραπευτής θα πρέπει να προσπαθεί να καταλάβει τον θεραπευόμενο όσο πιο πολύ μπορεί, να μπαίνει στον κόσμο του και να βιώνει σε βάθος το πρόβλημά του δίχως όμως να χάνει τον δικό του εαυτό (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006).

4.2 Ορισμός διατροφικής συμβουλευτικής

Η διατροφική συμβουλευτική αποτελεί πιο εξιδανικευμένο όρο. Συγκεκριμένα, είναι το κομμάτι εκείνο της συμβουλευτικής, όπου αναφέρεται στη διατροφή ενός ατόμου ή μιας ομάδας. Έχει παρατηρηθεί ότι η εκπαίδευση στη

διατροφική συμβουλευτική μπορεί να οδηγήσει σε βελτιώσεις πάνω στη γνώση των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με την αξιολόγηση και τη διαχείριση των διατροφικών προβλημάτων, τη δυνατότητα των επαγγελματιών αυτών να ανιχνεύσουν τέτοιου είδους προβλήματα και να παρέχουν τις κατάλληλες συμβουλές στον κηδεμόνα του παιδιού, την κατανόηση του κηδεμόνα και την ανάκληση βοήθειας και συμβουλών από ένα επαγγελματία υγείας, τις στάσεις του κηδεμόνα και τις συμπεριφορές σχετικά με τη σωστή διατροφική διαχείριση του παιδιού, την πρόσληψη του παιδιού σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά, την ανάπτυξη του παιδιού (Santos I. et al, 2001). Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι, αν και οι Αμερικανοί πάσχουν από αυξανόμενα ποσοστά παχυσαρκίας, υπερλιπιδαιμίας και διαβήτη, η διατροφική συμβουλευτική μπορεί να μειώσει τις επιπτώσεις αυτών των ασθενειών. Παρά τη δυνατότητα, όμως, για την παροχή συμβουλών ώστε να βελτιωθεί η διατροφή, φαίνεται ότι λιγότεροι από το 50% των παθολόγων περιλαμβάνουν τη διατροφική συμβουλευτική κατά τις επισκέψεις των ασθενών τους (Spencer E. H. et al, 2006).

Ανάλογα με τον αριθμό των ατόμων, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την ηλικία στην οποία απευθυνόμαστε χρησιμοποιούνται ανάλογοι τρόποι - τακτικές της συμβουλευτικής. Σ' αυτή την περίπτωση, αφού το προκείμενο θέμα είναι τα παιδιά, ένα είδος συμβουλευτικής βοήθειας αποτελεί η εκπαιδευτική συμβουλευτική, όπου παρουσιάζει ιδιαιτερότητες ανάλογα με τη βαθμίδα της εκπαίδευσης στην οποία εφαρμόζεται. Αν και η εκπαίδευση δεν είναι το κομμάτι εκείνο που απασχολεί το διαιτολόγο, παρόλα αυτά πρέπει να γνωρίζει τον τρόπο με τον οποίο θα μπορεί να επικοινωνεί, ώστε να προσελκύσει κατάλληλα τα παιδιά. Έτσι, «στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση οι κύριες λειτουργίες της συνίστανται στη συμβουλευτική των μαθητών, τη συμβουλευτική ομάδα μαθητών, τη συνεργασία και σύσκεψη του σύμβουλου - διαιτολόγου με τους δασκάλους, τη διοίκηση και τους γονείς κατά την αξιολόγηση» (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006). Αξίζει να σημειωθεί, ότι ο διαιτολόγος θα πρέπει να είναι εκπαιδευμένος και στο κομμάτι της συμβουλευτικής ψυχολογίας, ώστε, αφού αναγνωρίσει τα διατροφικά εκείνα σημεία που πρέπει να δώσει περισσότερη βάση, λόγω πιθανής έλλειψης ενημέρωσης, να έχει την ικανότητα και δυνατότητα να μεταβιβάσει μέρη από τις γνώσεις του στα παιδιά. Βέβαια, αυτό θα επιτευχθεί, τόσο με διαλέξεις όσο και με ανάλογες δραστηριότητες που θα κινήσουν το ενδιαφέρον των παιδιών.

Εκτός, όμως, από την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, ώστε να μπορούν να αξιολογούν τη διατροφική κατάσταση και τα διατροφικά προβλήματα, για να θεωρηθεί κατάλληλη η διατροφική συμβουλευτική και να δοθούν ακολούθως οι κατάλληλες συστάσεις, πρέπει επίσης να βελτιωθούν οι γνώσεις και η συμπεριφορά του κηδεμόνα πάνω στη διατροφή. Συνεπώς, πρέπει να βελτιωθεί η πρόσληψη του παιδιού σε ενέργεια και άλλα θρεπτικά συστατικά (Santos I. et al, 2001).

Από τον Φεβρουάριο του 1999, το ιατρικό κέντρο του Νοσοκομείου Παίδων στο Κινκινάτι του Οχάιο, ξεκίνησε ένα πρόγραμμα παροχής συμβουλών για τη βελτίωση του βάρους σε υπέρβαρα και παχύσαρκα νεαρά παιδιά, καθώς και στις οικογένειες αυτών. Το πρόγραμμα «HealthWorks!» (2002), καθοδηγούμενο από μια διετή συνεργασία με ειδικούς πάνω στον τομέα της παιδιατρικής, δεσμεύτηκε να εξετάσει την επιδημία της παιδιατρικής παχυσαρκίας. Η προγραμματισμένη επιτροπή αποτελούταν από αντιπροσώπους από τους τομείς της διατροφής, της ιατρικής, της ψυχολογίας, της νοσηλευτικής και της επιστήμης της άσκησης. Επιπλέον, η επιχειρησιακή διοίκηση του νοσοκομείου παρείχε οδηγίες στην ανάπτυξη ενός επιχειρησιακού σχεδίου. Το πρόγραμμα διαμορφώθηκε σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα ερευνητικά συμπεράσματα σχετικά με τις αποτελεσματικές μεθόδους. Η τρέχουσα έρευνα και έπειτα από συναίνεση με τους ειδικούς, θεώρησαν ότι οι αποτελεσματικότερες μέθοδοι για την παιδιατρική παχυσαρκία περιλαμβάνουν την τροποποίηση της διατροφής, την προώθηση της φυσικής δραστηριότητας ως τρόπο ζωής, τη συμπεριφοριστική θεραπεία, καθώς και την ενθάρρυνση της συμμετοχής των γονέων. Γενικότερα, αυτή η θεραπεία - παρέμβαση είναι αποτελεσματικότερη όταν διευκολύνεται από μια ομάδα επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης που είναι συμπονετικοί, αφοσιωμένοι, και αισιόδοξοι όσον αφορά τη βελτίωση της διαχείρισης της παιδικής και της εφηβικής παχυσαρκίας (Hipsky J., 2002).

Σύμφωνα με τις Kubik M. et al. (2001) τα σχολικά συμβούλια διατροφικής συμβουλευτικής (nutrition advisory councils – SNACs) αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα μιας προσέγγισης του σχολικού περιβάλλοντος στην προώθηση της διατροφικής υγείας των μαθητών. Οι ειδικοί στον τομέα της διατροφής αναγνωρίζουν την ισχυρή επιρροή που έχει το σχολικό περιβάλλον πάνω στα διατροφικά θέματα του μαθητή. Τα κέντρα ελέγχου ασθενειών (Centers for Disease Control), και οι Οδηγίες για τα σχολικά προγράμματα υγείας στην προαγωγή μιας εφ' όρου ζωής

υγιεινής κατανάλωσης (Guidelines for School Health Programs to Promote Lifelong Healthy Eating) προσδιορίζουν την ανάπτυξη και τη διάδοση μιας συντονισμένης πολιτικής της σχολικής διατροφής και στοχεύουν στη βελτίωση του περιβάλλοντος των σχολικών τροφίμων, υποστηρίζοντας την καθιέρωση των σχολικών συμβουλίων διατροφικής συμβουλευτικής (SNACs) ως βιώσιμο τρόπο, ώστε να κατασταθεί λειτουργική αυτή η διαδικασία.

Ένα τέτοιου είδους πρόγραμμα θεωρείται αποτελεσματικό όταν έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει τη διαθεσιμότητα των υγιεινών διατροφικών επιλογών στο σχολείο, καθώς επίσης και άλλους σχετικούς με το σχολείο παράγοντες που έχουν επιπτώσεις στις συμπεριφορές κατανάλωσης των μαθητών, όπως τα τρόφιμα που προσφέρονται στις μηχανές πώλησης. Αν και η κυβέρνηση και οι επαγγελματικές οργανώσεις έχουν δημοσιεύσει τις οδηγίες για την καθιέρωση των συμβουλίων και την ανάπτυξη της πολιτικής της σχολικής διατροφής, ελάχιστες κινητοποιήσεις έχουν επισημανθεί όσον αφορά την πρακτική διαδικασία στα σχολεία (Kubik M. et al, 2001).

4.3 Στόχοι συμβουλευτικής παιδιών

Τα παιδιά, λόγω του γεγονότος ότι βρίσκονται στη διαδικασία δημιουργίας της προσωπικότητάς τους και της μάθησης του τρόπου σκέψης, χρειάζονται έναν ιδιαίτερο τρόπο προσέλευσης, ώστε να αποφευχθεί η περίπτωση που τυχόν βαρεθούν και διακόψουν τη συμμετοχή τους στα θέματα εκείνα προς συζήτηση.

Πρώτος στόχος του συμβούλου - διαιτολόγου είναι να διευκολύνει την εμπλοκή των παιδιών σε μια διαδικασία επικοινωνίας στην οποία θα μπορούν να μιλήσουν ελεύθερα για διατροφικά ζητήματα, χρησιμοποιώντας λεκτικές δεξιότητες συμβουλευτικής σε συνδυασμό με άλλες στρατηγικές. Για παράδειγμα, το ενδιαφέρον του παιδιού θα μπορούσε να κινηθεί παίζοντας ή χρησιμοποιώντας κάποια αντικείμενα, όπως εικόνες τροφίμων, τις οποίες θα έπρεπε να ομαδοποιήσει. Ο συνδυασμός λεκτικών δεξιοτήτων και άλλων τεχνικών κάνει πιο εύκολη τη διαδικασία της συμβουλευτικής. Οι σύμβουλοι - διαιτολόγοι παρέχουν στο παιδί το περιβάλλον που διευκολύνει την επίτευξη θεραπευτικών αλλαγών.

Καθώς δεν μπορούμε να χρησιμοποιούμε αποκλειστικά λεκτικές δεξιότητες συμβουλευτικής, και επειδή ταυτόχρονα προσδοκούμε την επίτευξη κάποιου θετικού

αποτελέσματος πάνω στην πρόληψη και την εκπαίδευση στη διατροφή, πρέπει να εφαρμόζονται μέθοδοι της συμβουλευτικής σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές. Η μεθοδολογία αυτή περιλαμβάνει τις ακόλουθες διαστάσεις (Geldard K. & Geldard D., 2004):

α) Κατάλληλη επιλογή μεταξύ ατομικής ή ομαδικής προσέγγισης. Η συμβουλευτική των μικρών παιδιών σε ατομικό επίπεδο μπορεί να βοηθήσει να ξεπεραστούν δυσκολίες που πηγάζουν από τις οικογενειακές σχέσεις. Η ομαδική συμβουλευτική, από την άλλη πλευρά, αποτελεί μια ιδιαίτερα αποτελεσματική προσέγγιση, καθόσον το παιδί ενδιαφέρεται για την ανθρώπινη αλληλεπίδραση. Μέσα στην ομάδα το παιδί δοκιμάζει τα συναισθήματά του και γνωρίζει τα όριά του. Η ομαδική συμβουλευτική είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική με μικρότερης ηλικίας παιδιά, γιατί τους αρέσει να συμμετάσχουν σε ομάδες, έχουν αρκετά αναπτυγμένη κοινωνικότητα και επιπλέον μαθαίνουν πώς να αλληλεπιδρούν με άλλα πρόσωπα. Επιπλέον, το παιδί μαθαίνει ότι δεν είναι μόνο του και ότι η ομάδα θα το βοηθήσει να χειριστεί το πρόβλημά του, υποστηρίζοντάς το συναισθηματικά, ηθικά και πρακτικά.

β) Γνωστικό, κοινωνικό και συναισθηματικό αναπτυξιακό επίπεδο, στο οποίο βρίσκεται το παιδί. Η συμβουλευτική προσέγγιση θα πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψη αυτά τα τρία επίπεδα, στα οποία βρίσκεται το παιδί. Βέβαια, αρκετές διαφορές παρατηρούνται στα μικρά παιδιά ως προς την αναγνώριση και την έκφραση των συναισθημάτων. Στον κοινωνικό τομέα, τα παιδιά διαφέρουν στην ευκολία με την οποία δημιουργούν και διατηρούν σχέσεις με συνομήλικους αλλά και με ενήλικες.

γ) Δεξιότητες, τις οποίες πρέπει να διαθέτει ο σύμβουλος – διαιτολόγος για να προσεγγίσει το παιδί. Ειδικότερα, πρέπει να επιλέγονται οι κατάλληλοι τρόποι συμβουλευτικής, που έχουν ως στόχο να βοηθήσουν κάθε παιδί να εκφραστεί, να αφήσει ελεύθερα τα συναισθήματά του και να μάθει νέους τρόπους σκέψης, που θα το διευκολύνουν να αναπτύξει θετικά συναισθήματα για τον εαυτό του και τους άλλους και να αλλάξει τη συμπεριφορά του (π.χ. παρατηρητικότητα, ομιλία, παιχνίδι). Σ' αυτό το σημείο, καλό είναι να τονιστεί το γεγονός ότι, ο σύμβουλος – διαιτολόγος πρέπει να είναι σε θέση να χειρίζεται με άνεση τις δεξιότητες, ώστε να έχει τα εφικτά αποτελέσματα.

δ) Συμβουλευτική διαδικασία και τα στάδια από τα οποία θα πρέπει να περάσει το παιδί. Αυτή η διαδικασία σε μικρά παιδιά περιλαμβάνει διάφορες επιμέρους διεργασίες, οι οποίες αλληλεπιδρούν για να διαμορφώσουν τελικά μια

ενοποιημένη θεραπευτική διαδικασία (π.χ. ψυχοθεραπεία, συμμετοχή των γονέων). Ωστόσο, δεν ισχύουν οι ίδιες για κάθε παιδί, καθώς κάθε περιστατικό είναι μοναδικό. Πιθανό, σε κάποιο παιδί να κριθεί απαραίτητη η επανάληψη μιας διεργασίας, ενώ κατά τη θεραπευτική διαδικασία ενός άλλου παιδιού να εξελιχθούν ταυτόχρονα με κάποιες άλλες.

Εκτός, όμως, από τα μέσα, απαραίτητο ρόλο παίζει και το ύφος που χρησιμοποιείται ώστε να αναπτυχθεί μια οικεία σχέση μεταξύ συμβούλου και παιδιού.

Υπάρχουν τέσσερα διαφορετικά επίπεδα στα πλαίσια των οποίων θέτονται οι στόχοι της συμβουλευτικής (Geldard K. & Geldard D., 2004):

- Επίπεδο 1 - θεμελιακοί στόχοι
- Επίπεδο 2 - οι στόχοι των γονέων
- Επίπεδο 3 - οι στόχοι που διαμορφώνονται από το σύμβουλο
- Επίπεδο 4 - οι στόχοι του παιδιού

Αξίζει να σημειωθεί, ότι η συμβουλευτική – διαιτολογική διαδικασία καλό θα ήταν να εστιάζεται ταυτόχρονα και στα τέσσερα επίπεδα στόχων, τα οποία είναι εξίσου σημαντικά. Ορισμένες φορές όμως στην πορεία μιας παρέμβασης χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη προτεραιότητα σε κάποια από αυτά, πράγμα το οποίο είναι καθαρά ευθύνη του συμβούλου - διαιτολόγου.

Επίπεδο 1 - Θεμελιακοί στόχοι

Πρόκειται για στόχους γενικούς, εφαρμόσιμους σε κάθε παιδί που συμμετέχει σε μια συμβουλευτική - διαιτολογική - θεραπευτική σχέση. Οι στόχοι αυτοί περιλαμβάνουν τα ακόλουθα (Geldard K. & Geldard D., 2004):

- Τη δυνατότητα του παιδιού να αντιμετωπίζει οδυνηρά συναισθηματικά, για τη περίπτωση, ζητήματα (π.χ. είναι παχύσαρκο).
- Τη δυνατότητα του παιδιού να επιτύχει ένα επίπεδο συμφωνίας και συνέπειας μεταξύ των σκέψεων, των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς του.
- Τη δυνατότητα του παιδιού να νιώθει καλά για τον εαυτό του.
- Τη δυνατότητα του παιδιού να αποδέχεται τις δυνάμεις και τους περιορισμούς του και να αισθάνεται καλά γι' αυτά.
- Τη δυνατότητα του παιδιού να τροποποιεί συμπεριφορές οι οποίες έχουν αρνητικές συνέπειες.

- Τη δυνατότητα του παιδιού να προσαρμόζεται και να λειτουργεί ικανοποιητικά στο πλαίσιο του εξωτερικού περιβάλλοντος (όπως, για παράδειγμα, στο σπίτι ή στο σχολείο).
- Τη μεγιστοποίηση των ικανοτήτων του παιδιού έτσι ώστε να ανταποκριθεί με επιτυχία σε κρίσιμες περιόδους - ορόσημα της ανάπτυξής του.

Επίπεδο 2 - Οι στόχοι των γονέων

Πρόκειται για στόχους που θέτουν οι γονείς όταν φέρνουν το παιδί για θεραπεία. Οι στόχοι αυτοί σχετίζονται με τις ανάγκες των γονέων και βασίζονται στις παρούσες συμπεριφορές του παιδιού που τους προβληματίζουν.

Επίπεδο 3 - Στόχοι που διαμορφώνει ο σύμβουλος - διαιτολόγος

Οι στόχοι αυτοί διαμορφώνονται από το σύμβουλο 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. Έτσι, ο στόχος του συμβούλου θα είναι η επεξεργασία και επίλυση των συναισθηματικών δυσκολιών του παιδιού.

Επίπεδο 4 - Οι στόχοι του παιδιού

Πρόκειται για στόχους που αναδύονται κατά τη 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, και άλλες φορές συμφωνούν με τους στόχους του συμβούλου ενώ άλλες όχι. Ο σύμβουλος - διαιτολόγος θα πρέπει να συμβαδίζει με το ρυθμό του παιδιού έτσι ώστε να διευκολύνει την ανάδειξη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των πραγματικών αναγκών του.

Εάν οι θεραπευτικές συνεδρίες διεξάγονται κατάλληλα, τότε οι στόχοι του παιδιού θα αναδειχθούν αβίαστα. Εάν ο σύμβουλος τους αναγνωρίσει και δεν τους παραγκωνίσει δίνοντας προτεραιότητα είτε στους δικούς του στόχους είτε σε αυτούς των γονέων, τότε οι στόχοι του παιδιού θα μπορέσουν να ενσωματωθούν και τυπικά στη θεραπευτική διαδικασία, φυσικά μετά από συνεννόηση και με τους γονείς. Έτσι,

μέσα από τη διαδικασία που προτείνεται καλύπτονται και οι στόχοι των γονέων (Geldard K. & Geldard. D., 2004).

Σ' ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας με θέμα τη διατροφή των παιδιών που υλοποιείται στα πλαίσια της σχολικής κοινότητας, οι στόχοι που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο είναι εκείνοι των συμβούλων – διαιτολόγων και των παιδιών. Σ' αυτή τη φάση οι στόχοι των γονέων δεν είναι απαραίτητοι, καθώς οι διαιτολόγοι ασχολούνται αποκλειστικά με τον ανεξάρτητο χαρακτήρα των παιδιών. Βέβαια, κατά την υλοποίηση του προγράμματος, οι πρώτοι στόχοι θέτονται από τον σύμβουλο – διαιτολόγο, αλλά στη συνέχεια καλό είναι να δίδονται έμφαση στα σημεία εκείνα όπου τα παιδιά φαίνεται να χρειάζονται περισσότερο ενθάρρυνση. Κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής διαδικασίας χρειάζεται να επανεξετάζονται διαρκώς οι στόχοι που θέτονται και να τροποποιούνται όποτε κρίνεται αναγκαίο. Η καλλιέργεια των δεξιοτήτων που απαιτούνται ώστε ο σύμβουλος – διαιτολόγος να εντοπίζει τις πραγματικές ανάγκες του παιδιού προϋποθέτει εξάσκηση και εμπειρία.

Συνεπώς, ο καθορισμός των ειδικών στόχων μιας συμβουλευτικής συνεδρίας, ή ενός συνόλου συνεδριών, θα πρέπει γενικά να πραγματοποιείται δίνοντας το προβάδισμα στους στόχους του παιδιού, ενώ ταυτόχρονα θα λαμβάνονται υπόψη οι στόχοι που έχουν τεθεί από τους γονείς και το σύμβουλο στα επίπεδα 2 και 3. Από την άλλη, ο καθορισμός των στόχων σ' ένα συμβουλευτικό πρόγραμμα ξεκινάει από τον σύμβουλο – διαιτολόγο και κατά τη διάρκεια δίδεται έμφαση στους στόχους των παιδιών, όπου έπειτα θα πρέπει να έχουν προτεραιότητα. Και στις δύο περιπτώσεις, φαίνεται να επιτυγχάνονται αυτόματα και οι θεμελιώδεις στόχοι του επιπέδου 1 (Geldard K. & Geldard. D., 2004).

Ειδικότερα, οι στόχοι της διατροφής τίθενται να διαμορφώσουν τις συμπεριφορές κατανάλωσης και τις επιλογές εκείνων των τροφίμων που έχουν προσδιοριστεί και φαίνεται να οδηγούν στην υπερβολική ενεργειακή πρόσληψη. Αυτοί οι στόχοι εστιάζουν στη διαχείριση της πείνας (αποτροπή του υπερβολικού γεύματος και ενθάρρυνση για ισορροπημένα γεύματα και απλά σνακς), τον έλεγχο της μερίδας, τη μείωση της υπερβολικής κατανάλωσης των πλούσιων σε λιπαρά τροφίμων, τη μείωση της υπερβολικής προσλαμβανόμενης ενέργειας από τα υψηλής σε ενέργεια ποτά, την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, και την τροποποίηση του διατροφικού περιβάλλοντος στο σπίτι και σε άλλα πλαίσια στα οποία κάθε άτομο κινείται (Hipsky J., 2002).

4.4 Δραστηριότητες στη Συμβουλευτική – Διατροφική Αγωγή υγείας

4.4.α Δραστηριότητες στη Συμβουλευτική

Η συμβουλευτική των παιδιών εκτελείται με διαφορετικούς τρόπους απ' αυτήν των ενηλίκων. Στα παιδιά δεν μπορούμε να εφαρμόσουμε τον διάλογο που χρησιμοποιούμε στους ενήλικες, καθώς το ενδιαφέρον τους χάνεται πολύ γρήγορα με τη συζήτηση.

Έτσι θα μπορούσαμε, για παράδειγμα, να προτρέψουμε το παιδί να παίξει ή να χρησιμοποιήσει διάφορα αντικείμενα, όπως μικρά ζώα μινιατούρες, πηλό ή διάφορες άλλες μορφές τέχνης. Εναλλακτικά, θα μπορούσαμε να παρακινήσουμε το παιδί να συμμετάσχει στην αφήγηση μιας ιστορίας ή σε ένα ταξίδι στη φαντασία. Η συνδυασμένη χρήση λεκτικών δεξιοτήτων συμβουλευτικής και άλλων μέσων ή στρατηγικών διευκολύνει τη συμμετοχή του παιδιού σε μια θεραπευτικά επωφελή συμβουλευτική διεργασία (Geldard K. & Geldard D., 2004).

Έχει διαπιστωθεί ότι η συμβουλευτική παιδιών διεξάγεται πιο εύκολα και αποτελεσματικά μέσα σε έναν ειδικά διαμορφωμένο χώρο που δίνει τη δυνατότητα για παιγνιοθεραπεία και χρήση θεραπευτικών μέσων. Όποτε είναι εφικτό, οι σύμβουλοι που εργάζονται με παιδιά θα πρέπει να χρησιμοποιούν έναν τέτοιο χώρο που είναι ειδικά σχεδιασμένος γι' αυτό το σκοπό. Παρότι δεν υπάρχει πάντα αυτή η δυνατότητα, μπορούν να επιτευχθούν καλά θεραπευτικά αποτελέσματα και σε άλλους χώρους με πιο περιορισμένο εξοπλισμό, όπως όταν, για παράδειγμα, η άσκηση της συμβουλευτικής γίνεται σε σχολεία, νοσοκομεία ή άλλες κρατικές υπηρεσίες, όπου συνήθως δεν υπάρχουν διαθέσιμα ειδικά θεραπευτικά μέσα (Geldard K. & Geldard D., 2004).

Δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται στη συμβουλευτική των παιδιών είναι οι εξής:

- ✚ Η χρήση των μικρών ζώων: το παιδί έχει τη δυνατότητα να αφηγηθεί το πώς αντιλαμβάνεται τις προσωπικές αλλά και τις άλλες σχέσεις μέσα στο οικογενειακό του πλαίσιο. Τα ζώα είναι κατά προτίμηση πλαστικά και χρωματιστά κατάλληλα για να δείχνουν πραγματικά.
- ✚ Χρήση του δίσκου της άμμου: η ενασχόληση του παιδιού με τη χρήση του δίσκου της άμμου του δίνει την ευκαιρία να χρησιμοποιεί σύμβολα στο πλαίσιο ενός καθορισμένου χώρου για να αφηγηθεί την ιστορία του. Ο

δίσκος μπορεί να είναι είτε ξύλινος είτε πλαστικός και θα πρέπει να έχει αδιάβροχη επένδυση.

✚ Δουλεύοντας με πηλό: είναι ένα εξαιρετο μέσο και χρησιμοποιείται επειδή τα φυσικά χαρακτηριστικά του είναι και ελκυστικά και χρήσιμα από θεραπευτική άποψη. Το παιδί χρησιμοποιώντας το πηλό γίνεται δημιουργικό και οι πιθανότητες αποτυχίας της θεραπείας είναι ελάχιστες.

✚ Σχέδιο, Ζωγραφική, Κολάζ και Κατασκευές: στόχος είναι η δημιουργικότητα. Τα συγκεκριμένα μέσα ενθαρρύνουν το παιδί να διερευνήσει, να παίξει και να πειραματιστεί. Το παιδί μπορεί να τα χρησιμοποιήσει για να φτιάξει εικόνες ή συμβολικές αναπαραστάσεις των ζητημάτων που το απασχολούν και των συναισθημάτων ή των βασικών θεμάτων που σχετίζονται με την ιστορία του ή με ένα μέρος της. Έτσι το παιδί μπορεί να διαμορφώσει μια οπτική εικόνα του περιβάλλοντος του και να αναγνωρίσει τη δική του θέση μέσα σε αυτό. Μπορεί επίσης να διερευνήσει τις αλλαγές που έχουν συμβεί στο περιβάλλον ή αυτές που έχει ενδεχομένως επιφέρει το ίδιο στη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου. Τα παιδιά που δεν είναι σε θέση να μιλήσουν για τις επιθυμίες και τις ανάγκες τους σε σχέση με καταστάσεις του παρελθόντος, του παρόντος ή του μέλλοντος μπορούν να το επιτύχουν μέσω της συμβολικής γλώσσας του σχεδίου, της ζωγραφικής ή των καλλιτεχνικών κατασκευών (Geldard K. & Geldard D., 2004). Μετά τα 8 έτη τα παιδιά με τις ζωγραφιές τους εκφράζουν τις ατομικές διαφορές ανάλογα με τις ανάγκες του παιδιού και τα ζητήματα που το απασχολούν.

✚ Επιτραπέζια και παιχνίδια δεξιοτήτων: βοηθούν τα παιδιά που είναι ντροπαλά ή διστακτικά να συμμετέχουν στη συμβουλευτική σχέση. Τα παιδιά απολαμβάνουν τα παιχνίδια δεξιοτήτων και μέσα από αυτά αναπτύσσονται σωματικά, γνωστικά, συναισθηματικά και κοινωνικά. Κατά κανόνα, τα εν λόγω παιχνίδια απαιτούν συγκεκριμένες δεξιότητες και ποικίλλουν σε βαθμό δυσκολίας και πολυπλοκότητας. Ορισμένα, όπως είναι κάποια παιχνίδια μνήμης (π.χ. το Μνήμη), έχουν απλούς και ευκολονόητους κανόνες, και είναι πιο κατάλληλα για παιδιά ηλικίας από τεσσάρων έως επτά ετών. Κάποια άλλα πάλι έχουν πιο σύνθετους κανόνες και συνεπώς είναι καταλληλότερα για μεγαλύτερα παιδιά, ηλικίας από επτά έως δώδεκα ετών (Geldard K. & Geldard D., 2004).

✚ Κούκλες και μαλακά παιχνίδια: δίνεται η ευκαιρία στο παιδί να δημιουργήσει μια θεατρική αναπαράσταση. Έτσι μπορεί να προβάλει τις σκέψεις του και να διαμορφώσει την προσωπικότητα του. Το παιδί, επίσης εκφράζει συναισθήματα δύναμης και ισχύος.

✚ Βιβλία και ιστορίες: τα παιδιά αναγνωρίζουν τις δικές τους αγωνίες ή ανησυχίες όταν ταυτίζονται με τους χαρακτήρες ή τις καταστάσεις ενός παραμυθιού.

Επίσης βοηθούν τα παιδιά να ανακαλύψουν θέματα και συναφή συναισθήματα τα οποία επαναλαμβάνονται κατά διαστήματα στη ζωή τους. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να ανακαλύψει ότι έχει ένα μόνιμο φόβο πως θα το εγκαταλείψουν και θα το προδώσουν ή μπορεί να διαπιστώσει ότι νιώθει υπερβολικά υπεύθυνο για τους άλλους. Αν συνειδητοποιήσει την ύπαρξη αυτών των συναισθημάτων, θα μπορέσει να τα αντιμετωπίσει και στη συνέχεια να προχωρήσει στην επίλυση συναφών ζητημάτων. Τέλος, βοηθούν τα παιδιά να σκεφτούν και να διερευνήσουν εναλλακτικές λύσεις σε προβλήματα. Ο στόχος αυτός μπορεί να επιτευχθεί με την αλλαγή των ιστοριών έτσι ώστε να έχουν διαφορετικές εκβάσεις (Geldard K. & Geldard D., 2004).

✚ Παιχνίδι ανάληψης φανταστικών ρόλων: είναι ο τρόπος που συνηθίζουν να παίζουν τα μικρά παιδιά και τους είναι κάτι πολύ φυσικό, το παιδί γίνεται ηθοποιός με την πλήρη έννοια του όρου.

Με αυτό το παιχνίδι το παιδί έχει τη δυνατότητα να εξωτερικεύσει και να εκφράσει με λεκτικό και μη λεκτικό τρόπο ιδέες, επιθυμίες, φόβους και φαντασιώσεις του. Διευκολύνεται να εκφράσει τις βαθύτερες σκέψεις του ή τις διεργασίες της σκέψης του. Μπορεί να νιώσει ανακούφιση και να απαλλαγεί από το συναισθηματικό πόνο. Του δίνεται η ευκαιρία να βιώσει τη δύναμη μέσω της σωματικής έκφρασης του συναισθήματος, να αναπτύξει ενόραση για τα τρέχοντα και τα παρελθόντα γεγονότα της ζωής του, να δοκιμάσει νέες συμπεριφορές και να προετοιμαστεί για συγκεκριμένες καταστάσεις στη ζωή του (Geldard K. & Geldard D., 2004).

| ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ |
|--|--|
| Η χρήση των μικρών ζώων | Τα μικρά ζώα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αποκτήσουν γνώσεις τα παιδιά σε ότι έχει σχέση με την παραγωγή διαφόρων τροφίμων π.χ. από την αγελάδα παράγεται το γάλα. |
| Χρήση του δίσκου της άμμου | Τα παιδιά μπορούν να χωρίσουν ένα χαρτόνι με σχήμα δίσκου σε 12 τμήματα που το καθένα ανήκει σε ένα μήνα και στη συνέχεια να γράψουν και να ζωγραφίσουν τα φρούτα κάθε εποχής. Αν θέλουν μπορούν να ψάξουν και να βρουν σε ποιες περιοχές της Ελλάδας παράγονται αυτά τα φρούτα και αν γίνονται εισαγωγές φρούτων από άλλες χώρες. |
| Δουλεύοντας με πηλό | Δίνει την ευκαιρία στα παιδιά να δημιουργήσουν καθώς πλάθεται εύκολα, ψήνεται και χρωματίζεται. Τα φρούτα και τα λαχανικά αποτελούν καλή ύλη για συνθέσεις γιατί κόβονται και σκαλίζονται εύκολα. |
| Σχέδιο, Ζωγραφική, Κολάζ και Κατασκευές | Μπορούν τα παιδιά να μάθουν να ξεχωρίζουν τα φρούτα από τα λαχανικά, ζωγραφίζοντας εικόνες με αυτά ή να πραγματοποιηθεί η κατασκευή της πυραμίδας της μεσογειακής διατροφής. |
| Επιτραπέζια και παιχνίδια δεξιοτήτων | Τα παιδιά μπορούν να φτιάξουν κάποιο πάζλ που έχει ως εικόνα την διατροφική |

| | |
|--|--|
| | πυραμίδα και να ονομάσουν την κάθε ομάδα. |
| Κούκλες και μαλακά παιχνίδια | Μπορούν να φτιαχτούν μαριονέτες που θα δείχνουν τις τροφές ενός πρωινού και να αυτοσχεδιάσουν για να παίξουν το δικό τους θεατρικό δρώμενο. |
| Βιβλία και ιστορίες | Υπάρχουν πολλά βιβλία που αναφέρονται στα τρόφιμα ή που περιγράφουν την περιπέτεια κάποιου ήρωα με κάποιο τρόφιμο π.χ. πως η ζάχαρη κατέστρεψε τα δοντάκια κάποιου παιδιού. |
| Παιχνίδι ανάληψης φανταστικών ρόλων | Τα παιδιά μπορούν να παίξουν διάφορους ρόλους που σχετίζονται με το κυλικείο (π.χ. κυλικειάρχη, μαθητές, διευθυντής, έμπορος τροφίμων-προμηθευτής κ.ά.), όπου έχει πραγματοποιηθεί έλεγχος από επιτροπή στο κυλικείο του σχολείου και βρίσκονται τρόφιμα λιγότερο επιθυμητά και υγιεινά ή ότι καθαριότητα στο χώρο του κυλικείου δεν είναι η καταλληλότερη. Έτσι τα παιδιά μπορούν να φανταστούν και να δραματοποιήσουν το διάλογο που αναπτύσσεται. |

Πηγή δραστηριοτήτων: Δεσύπρη Ε. (2007), Πιπεράκης Σ. (2002), Ρίσβας Γ., Ευσταθίου Ν. & Ορφανοπούλου Ν. (2006)

4.4.β Διατροφική Αγωγή Υγείας

Ο όρος Διατροφική Αγωγή ανήκει στα πλαίσια του ευρύτερου όρου της Αγωγής Υγείας. Σαν αγωγή υγείας σύμφωνα με την ευρωπαϊκή ένωση ορίζεται «μια διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και χρησιμοποιεί προγραμματισμένες ευκαιρίες μάθησης, οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα στους ανθρώπους, όταν λειτουργούν ως άτομα ή ως σύνολο, να αποφασίζουν και να ενεργούν συνειδητά για θέματα που επηρεάζουν την υγεία τους» (Draijer J. & Williams T., 1991).

Για την πραγματοποίηση της διατροφικής αγωγής συνεισφέρουν οι διαιτολόγοι που είναι οι κύριοι αρμόδιοι, αλλά και οι νηπιαγωγοί, οι δάσκαλοι και οι καθηγητές μετά από κάποια εκπαίδευση. Αυτό βέβαια αφορά το κομμάτι της διατροφικής αγωγής που ασχολείται με την εκπαίδευση (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια), αλλά μπορεί να εφαρμοστεί και σε ενήλικες ανάλογα με το μήνυμα που επιδιώκεται να δώσει (π.χ. σε άτομα που νηστεύουν, σε εγκύους, σε αθλητές).

Η διατροφική αγωγή υγείας στις μέρες μας είναι απαραίτητη, καθώς η υγιεινή διατροφή αποτελεί ένα καθοριστικό παράγοντα για τη σωματική και ψυχική ανάπτυξη και επίσης η απουσία της έχει σχετιστεί με σοβαρά χρόνια νοσήματα. Η βέλτιστη στρατηγική Αγωγή Υγείας αφορά προσπάθειες που επικεντρώνονται σε όλο τον πληθυσμό και όχι σε συγκεκριμένες ομάδες υψηλού κινδύνου.

Το σχολείο αποτελεί τον ιδανικό χώρο εφαρμογής προγραμμάτων με αυτόν τον σκοπό λόγω της δυνατότητας πρόσβασης στο σύνολο του πληθυσμού – στόχου που παρέχεται. Έτσι η διατροφική αγωγή στο σχολείο στοχεύει στην παροχή πληροφοριών και στην απόκτηση γνώσεων για θέματα σωστής διατροφής, έτσι ώστε να διαμορφώσουν απόψεις και συμπεριφορές που σχετίζονται μ' αυτήν. Με τον τρόπο αυτό διαμορφώνονται υγιεινές συνήθειες διατροφής που θα συμβάλλουν όχι μόνο στην υγεία των παιδιών αυτής της ηλικίας, αλλά και στην υγεία τους όταν πια θα είναι ενήλικες. Όσον αφορά τη διατροφική αγωγή στην εκπαίδευση εκτός από την προώθηση της διατροφής, στόχος είναι και η προώθηση της φυσικής δραστηριότητας (Cullen K. W. et al, 2001).

Η σχολική ηλικία είναι η καλύτερη για την μάθηση της υγιεινής διατροφής και τη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών καθώς τα παιδιά αυτής της ηλικίας έχουν την δυνατότητα καλύτερης αφομοίωσης. Τα προγράμματα αγωγής ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση απευθύνονται σε όλα τα παιδιά, τα ευαισθητοποιούν σε θέματα διατροφής και τα παρακινούν στη διαμόρφωση σωστών διατροφικών συνηθειών από πολύ μικρή ηλικία. Έτσι οι μαθητές πληροφορούνται για την σπουδαιότητα της διατροφής στην λειτουργία, ανάπτυξη και καλή υγεία του ανθρώπινου οργανισμού. «Η Αγωγή Υγείας στα σχολεία θεσμοθετήθηκε από το Υπουργείο Παιδείας (ΥΠ.Ε.Π.Θ.) με Υπουργική Απόφαση το 1992, ενώ αργότερα με τη θεσμοθέτηση και των Υπευθύνων Εκπαιδευτικών για τα προγράμματα αγωγής υγείας ολοκληρώθηκε ένα δίκτυο που σκοπό είχε την εφαρμογή και την προώθηση

των σχετικών προγραμμάτων. Μια σειρά Προεδρικών Διαταγμάτων και Υπουργικών Αποφάσεων (1999- 2005) κανονίζουν τις περαιτέρω λεπτομέρειες για την εφαρμογή της Αγωγής Υγείας στα σχολεία» (Μανιός Γ., 2007, σελ. 211).

Η αγωγή υγείας στα σχολεία αποτελεί μία κατεξοχήν διαθεματική δραστηριότητα, η οποία συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχολικής ζωής και στη σύνδεση του σχολείου με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. «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 περιβάλλοντος τους. Ως επιμέρους σκοποί της αγωγής υγείας θεωρούνται η πρόληψη του αποκλεισμού των νεαρών ατόμων από την κοινωνία και την αγορά εργασίας, η ανάπτυξη δεξιοτήτων και η διαμόρφωση ατόμων με κριτική στάση, η μείωση της σχολικής αποτυχίας και της πρόωρης εγκατάλειψης της υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Τα τελευταία χρόνια μετά τη δημοσίευση του Διαθεματικού Ενιαίου Πλαισίου Προγραμμάτων Σπουδών (Δ.Ε.Π.Π.Σ.), Αρ. φύλ. 1366, τ. Β18-10-2001, άρθρο 1, στις γενικές αρχές της εκπαίδευσης, εκτός από την παροχή γενικής παιδείας, προβλέπεται η ανάδειξη των ενδιαφερόντων του μαθητή και η καλλιέργεια δεξιοτήτων, η εξασφάλιση ίσων ευκαιριών μάθησης για όλους τους μαθητές, η ενίσχυση της πολιτισμικής και γλωσσικής ταυτότητας στο πλαίσιο μιας πολυπολιτισμικής κοινωνίας, η προετοιμασία για την αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών πληροφόρησης και επικοινωνίας, η προαγωγή της φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας, καθώς και η ευαισθητοποίηση για την αναγκαιότητα προστασίας του φυσικού περιβάλλοντος και η υιοθέτηση νέων προτύπων συμπεριφοράς» (Μανιός Γ., 2007, σελ. 211). Επομένως, μεταξύ άλλων, τα προγράμματα αγωγής υγείας θεωρούνται επίσημα ως μέρη του Προγράμματος Σπουδών, καθώς οι γνώσεις, οι δεξιότητες και οι αντιλήψεις του ατόμου που σχετίζονται με τη διατήρηση και την ανάπτυξη της φυσικής και ψυχικής υγείας του μαθητή, πρέπει να αποτελούν βασικό τμήμα της παιδείας του.

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 εφαρμοστούν στην πράξη οι νέες συμπεριφορές που διαμορφώνονται και λειτουργούν ως κανάλια επικοινωνίας σημαντικών υγειονομικών μηνυμάτων, όχι

μόνο προς τους μαθητές, αλλά και προς τους δασκάλους, τους γονείς και την τοπική κοινότητα (Ζαμπέλας Α., 2003).

Υπάρχουν δυο είδη εκπαίδευσης. Το πρώτο είναι αυτό που δεν απαιτεί τη συμμετοχή των παιδιών (παθητική μέθοδος) και εφαρμόζεται χρησιμοποιώντας βίντεο, ομιλίες, ενημερωτικά φυλλάδια κ.ά. Το δεύτερο είδος περιλαμβάνει τη συμμετοχή των παιδιών (εκπαιδευτική μέθοδος) και πραγματοποιείται με ερωτηματολόγια, κατασκευές (κολάζ), παιχνίδια ρόλων κ.ά. (Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., 2006). Ο συνδυασμός και των δύο μεθόδων μπορεί να επιφέρει αξιόλογα αποτελέσματα, καθώς αφού το παιδί ενημερωθεί με κάποιον από τους προαναφερόμενους παθητικούς τρόπους, στη συνέχεια συμμετέχει σε διάφορες δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να κατανοεί και να μαθαίνει με ευχάριστο, για εκείνο, τρόπο. Πιο συγκεκριμένα, εάν στην αρχή της παρέμβασης ο σύμβουλος – διαιτολόγος ξεκινήσει μια διάλεξη που αφορά κάποιο τομέα της διατροφής (π.χ. μαθαίνω τα φρούτα και λαχανικά και πόσο ωφέλιμα είναι για την υγεία μας), στη συνέχεια μπορεί να δώσει το λόγο στα παιδιά είτε κατασκευάζοντας κάποιο κολάζ με ανάλογο θέμα, είτε εφαρμόζοντας ένα παιχνίδι ρόλων, ώστε να συμμετάσχουν τα ίδια τα παιδιά και να συνειδητοποιήσουν τα οφέλη μιας υγιεινής διατροφής (π.χ. έστω ένα παιδί ότι υποδύεται ένα φρούτο, ένα άλλο παιδί κάποιο λαχανικό και προσπαθούν με διάφορους τρόπους να προσελκύσουν ένα τρίτο παιδί, ώστε να ξεκινήσει να καταναλώνει φρούτα και λαχανικά καθημερινά).

Το παιχνίδι ανάληψης φανταστικών ρόλων αποτελεί ουσιαστικά το φυσικό τρόπο με τον οποίο παίζουν τα μικρά παιδιά. Στο πλαίσιο του παιχνιδιού τους αρέσει να μεταμφιέζονται και να χρησιμοποιούν διάφορα αντικείμενα, όπως άδεια κουτιά τροφίμων όταν «κάνουν» ότι έχουν βγει στην αγορά για ψώνια. Συνδυάζουν, με άλλα λόγια, αντικείμενα, συμπεριφορές, λέξεις και αλληλεπιδράσεις με φανταστικούς ανθρώπους για να στήσουν μια θεατρική αναπαράσταση. Τα παιδιά από τεσσάρων ετών και πάνω, μπορούν να χρησιμοποιήσουν άσχετα μεταξύ τους αντικείμενα για να συμβολίσουν ή να αντικαταστήσουν τα πράγματα που εμφανίζονται στο παιχνίδι τους. Για παράδειγμα, ίσως χρησιμοποιήσουν ένα κομμάτι ξύλο ως τηλέφωνο. Τα ακόμη μεγαλύτερα παιδιά προχωρούν σε διάφορες ενέργειες ως υποκατάστατα αντικειμένων. Για παράδειγμα, μπορεί να σφίγγουν γροθιά το χέρι τους και να το φέρνουν στο στόμα τους κάνοντας πως πίνουν κάτι. Επειδή τα μεγαλύτερα παιδιά διαθέτουν αφηρημένη σκέψη, μπορούν εύκολα να υποδυθούν διάφορους

φανταστικούς ρόλους, όπως τους σούπερ ήρωες, τα τέρατα και τις νεράιδες. Στο παιχνίδι ανάληψης φανταστικών ρόλων το παιδί είναι δυνατόν να απορροφηθεί σχεδόν ολοκληρωτικά από το ρόλο τον οποίο υποδύεται: γίνεται, δηλαδή, *ηθοποιός* με την πλήρη έννοια του όρου. Ορισμένες φορές, το παιχνίδι ανάληψης φανταστικών ρόλων προϋποθέτει κάποιες κοινωνικές δεξιότητες, οπότε μιλάμε για «κοινωνικό-δραματικό παιχνίδι». Οι κοινωνικές δεξιότητες αναδεικνύονται όταν χρησιμοποιούμε το παιχνίδι με τη μορφή της λεκτικής ή μη λεκτικής αλληλεπίδρασης παιδιού και συμβούλου, με το παιδί να υποδύεται διάφορους ρόλους (Geldard K. & Geldard D., 2004).

Η εκπαιδευτική στρατηγική πρέπει να είναι προσανατολισμένη στην αλλαγή συμπεριφοράς και βασισμένη σε ένα συγκεκριμένο θεωρητικό υπόβαθρο. Απαιτείται αρκετός χρόνος και ένταση της παρέμβασης, εφόσον έχει βρεθεί ότι αποκλειστικά και μόνο από λάθος υπολογισμό του απαιτούμενου χρόνου, υπάρχει περίπτωση να χαθεί μεγάλο μέρος των αποτελεσμάτων μίας παρέμβασης. Η εμπλοκή της οικογένειας αυξάνει την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων που αφορούν κυρίως μικρότερα παιδιά και τέλος η ενσωμάτωση μίας διαδικασίας αυτοαξιολόγησης και ανατροφοδότησης, η οποία αυξάνει την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων για μεγαλύτερα παιδιά (Ζαμπέλας Α., 2003).

Η Προαγωγή της Υγείας, πλέον, παύει να αποτελεί αντικείμενο ενός θεωρητικού μαθήματος και να θεωρείται μόνο ευθύνη των επαγγελματιών υγείας ή των εκπαιδευτικών και γίνεται μία προσπάθεια στην οποία καλούνται να εμπλακούν όλα εκείνα τα άτομα τα οποία, άμεσα ή έμμεσα, σχετίζονται με τις καθημερινές δραστηριότητες των παιδιών (Ζαμπέλας Α., 2003). Τέλος, σύμφωνα με τις Kubik M. et al. (2001) οι διαιτολόγοι και επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητο να τοποθετούνται βέλτιστα στα σχολεία για να παρέχουν υποστήριξη στις σχολικές οργανώσεις, όπως τα σχολικά συμβούλια διατροφικής συμβουλευτικής (SNACs), που εξαρτώνται από τις συνεργάσιμες προσπάθειες των ενδιαφερόμενων προσώπων ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι. Σε αυτό το πλαίσιο κανείς δεν στερείται ευθύνης για την τελική μορφή που παρουσιάζει η κοινωνία στην οποία ζουν τα παιδιά και η οποία, σύμφωνα με τις επιταγές των σχετικών διεθνών οργανισμών, οφείλει να προσφέρει όλες εκείνες τις ευκαιρίες ώστε το παιδί να μεγαλώσει και σαν ενήλικας, να εκμεταλλευτεί πλήρως τις σωματικές, πνευματικές, ψυχικές και κοινωνικές του δυνάμεις (Ζαμπέλας Α., 2003).

Β' ΜΕΡΟΣ

Η επιτυχία μίας παρέμβασης εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τη βαθύτερη γνώση του προβλήματος προς αντιμετώπιση και από την εξοικείωση με τον πληθυσμό - στόχο. Η Χαρτογράφηση της Παρέμβασης είναι ένα πλάνο εργασίας που αναπτύχθηκε από ομάδα ειδικών επιστημόνων στις Η.Π.Α. και αποτελεί το προϊόν της μακρόχρονης ερευνητικής τους δραστηριότητας και εμπειρίας. Το 1943 το Εθνικό Συμβούλιο Έρευνας των Η.Π.Α. τόνιζε ότι:

«Στην προσπάθεια εξασφάλισης καλής διατροφής σε εθνικό επίπεδο το πρώτο βήμα είναι να υπάρχουν οι επιστημονικές γνώσεις, που συνθέτουν τον ορισμό της σωστής διατροφής. Υπάρχει όμως και ένα δεύτερο βήμα, που απαιτεί τον ίδιο βαθμό επιστημονικής ορθότητας και που αφορά τον τρόπο και τα μέσα που πρέπει να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να υπάρχει η "θέληση" των ανθρώπων να κάνουν αυτό που πρέπει» (Μανιός, 2007, σελ.103).

Η Χαρτογράφηση της Παρέμβασης κατευθύνει ακριβώς το σχεδιαστή ενός προγράμματος, καθοδηγώντας τον σχετικά με τη μετάβασή του από το ένα σημείο της διαδικασίας του σχεδιασμού στο άλλο, ακολουθώντας συγκεκριμένα βήματα. Παράλληλα, δίνεται η δυνατότητα στο σχεδιαστή να επιστρέφει, όποτε θεωρηθεί απαραίτητο από την αξιολόγηση της διαδικασίας, σε προηγούμενα βήματα και να βελτιώνει το πλάνο που διαμορφώνεται, ώστε η διαδικασία να είναι κατεξοχήν αμφίδρομη και με συνεχή ανατροφοδότηση.

Η Χαρτογράφηση της Παρέμβασης αποτελεί μία συστηματική διαδικασία σχεδιασμού και υλοποίησης προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής υγείας, συνδυάζοντας τις θεωρίες αλλαγής της συμπεριφοράς με εμπειρικά στοιχεία. Ειδικότερα, δημιουργεί πλάνο εργασίας συνδέοντας τις παραμέτρους που ορίζουν τη συμπεριφορά υγείας και τα αντικείμενα της παρέμβασης, με συγκεκριμένες μεθόδους και στρατηγικές, οι οποίες καθοδηγούν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε κάθε σημείο του σχεδιασμού του προγράμματος. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζονται οι σωστές βάσεις για να ξεκινήσει ο σχεδιασμός της παρέμβασης, γεγονός που αποτελεί μία σημαντική καινοτομική και πρακτική προσέγγιση στον τρόπο υλοποίησης προγραμμάτων προαγωγής της υγείας.

Η διαδικασία της Χαρτογράφησης της Παρέμβασης μπορεί να αποτελείται από πέντε αλληλοσχετιζόμενα βήματα, τα οποία παρέχουν έναν οδηγό διατύπωσης ερωτημάτων σχετικά με τις εξωτερικές και εσωτερικές μεταβλητές που καθορίζουν τις συμπεριφορές υγείας στις διάφορες ομάδες του πληθυσμού - στόχου, τις μεθόδους και τις στρατηγικές που πρέπει να ακολουθηθούν για να τροποποιηθούν αυτές οι μεταβλητές, με αποτέλεσμα να υποδειχθεί ο τρόπος με τον οποίο μπορούν να επιτευχθούν αυτές οι αλλαγές. Τα βήματα αυτά, είναι τα εξής:

1. Σκοπός της συμβουλευτικής - διαιτολογικής παρέμβασης
2. Δείγμα και τόπος διεξαγωγής της παρέμβασης
3. Επιλογή μεθόδων και στρατηγικών - Σχεδιασμός και οργάνωση του υλικού παρέμβασης
4. Αποτελέσματα έρευνας
5. Συσχέτιση της παρούσας έρευνας με την υπάρχουσα βιβλιογραφία

Επομένως, σύμφωνα με τα παραπάνω βήματα, θα πρέπει αρχικά να αναφερθεί ο λόγος για τον οποίο πραγματοποιείται ένα πρόγραμμα παρέμβασης και στη συνέχεια να αναλυθεί διεξοδικότερα η διαδικασία που ακολουθήθηκε μέχρι την εξαγωγή των αποτελεσμάτων.

1. Σκοπός της συμβουλευτικής - διαιτολογικής παρέμβασης

Η σύγχρονη κοινωνία φαίνεται να πολιορκεί τα παιδιά με όλο και περισσότερες ανθυγιεινές επιλογές και λανθασμένα πρότυπα, με αποτέλεσμα την αποστασιοποίηση τους από τον υγιεινό τρόπο ζωής. Σκοπός αυτής της έρευνας είναι η προαγωγή της υγείας σε θέματα υγιεινής διατροφής, που πραγματοποιήθηκε σε σχολεία χρησιμοποιώντας τη συμβουλευτική – διαιτολογική παρέμβαση.

Ο πληθυσμός στόχος είναι παιδιά νηπιαγωγείου και δημοτικού (5-12 ετών) και ο στόχος της παρέμβασης είναι τόσο η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών όσο και η απόκτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών αξιολογήθηκαν με τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου διατροφής από τα ίδια τα παιδιά. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε συμβουλευτική-διαιτολογική παρέμβαση, χρησιμοποιώντας παιχνίδια και συζητήσεις όσον αφορά θέματα διατροφής με σκοπό

να ευαισθητοποιηθούν τα παιδιά σχετικά με την υγιεινή διατροφή, τον υγιεινό τρόπο ζωής και την επιλογή του κατάλληλου κολατσιού στο σχολείο.

2. Δείγμα και τόπος διεξαγωγής της παρέμβασης

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 251 παιδιά ηλικίας 5-12ετών, σε ένα νηπιαγωγείο και ένα δημοτικό σχολείο του νομού Ζακύνθου καθώς και σε ένα νηπιαγωγείο και ένα δημοτικό σχολείο του νομού Χανίων. Αναλυτικότερα, έλαβαν μέρος 15 παιδιά από το νηπιαγωγείο Μουζακίου και 97 παιδιά από το 3^ο δημοτικό σχολείο Ρίζας του νομού Ζακύνθου και αντίστοιχα 12 παιδιά από το νηπιαγωγείο της Χρυσοπηγής και 127 παιδιά από το Δημοτικό σχολείο Χρυσοπηγής του νομού Χανίων. Η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε στα σχολεία των παιδιών κατά τις ώρες των σχολικών μαθημάτων. Από τα 251 εξαιρέθηκαν 4 παιδιά, τα οποία παρουσίαζαν κάποια προβλήματα κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (πρόκειται για 2 παιδιά που πάσχουν από αυτισμό, 1 παιδί που είναι κωφάλαλο και 1 παιδί που είναι αγγλόφωνο), έτσι το τελικό δείγμα αποτελείται από 247 παιδιά.

3. Επιλογή μεθόδων και στρατηγικών - Σχεδιασμός και οργάνωση του υλικού παρέμβασης

Για να πραγματοποιηθεί η έρευνα στα σχολεία εγκρίθηκε από την 3μελή επιτροπή του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης - Παράρτημα Σητείας, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, αλλά και από την πρωτοβάθμια εκπαίδευση των νομών και κατ' επέκταση και από τα ίδια τα σχολεία και τα νηπιαγωγεία.

Στοιχεία όσον αφορά τους ανθρωπομετρικούς δείκτες (δηλ., βάρος σώματος και ύψος) των παιδιών λήφθηκαν με την χρήση τυποποιημένων διαδικασιών. Για τη μέτρηση του ύψους χρησιμοποιήθηκε μεζούρα (εκτατή ταινία), ενώ για τη μέτρηση του βάρους χρησιμοποιήθηκε ηλεκτρονική ζυγαριά. Συγκεκριμένα, η ηλεκτρονική ζυγαριά που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση του βάρους των παιδιών από τη Ζάκυνθο είχε τα εξής χαρακτηριστικά:

Εταιρεία: SOHENLE

Μοντέλο: 7400

Μέγιστο βάρος ζύγισης: 150kg

Ακρίβεια μέτρησης: +/- 50gr

ενώ η ηλεκτρονική ζυγαριά που χρησιμοποιήθηκε από τα παιδιά των Χανίων είχε τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

Μοντέλο: BFW 228

Μέγιστο βάρος ζύγισης: 150kg

Ακρίβεια μέτρησης: +/- 100gr

Ο Δείκτης Μάζας Σώματος υπολογίστηκε ως κιλά/μέτρο στο τετράγωνο (kg/m^2) και για την επεξεργασία των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν οι καμπύλες ανάπτυξης για αγόρια και κορίτσια ηλικίας ενός (1) μηνός έως δεκαέξι (16) ετών (Παράρτημα Β, σελ.185).

Το ερωτηματολόγιο διατροφής που χρησιμοποιήθηκε σχεδιάστηκε από εμάς για τις ανάγκες της παρούσας πτυχιακής και θεωρούμε ότι είναι κατάλληλα προσαρμοσμένο έτσι ώστε να μπορεί να απαντηθεί από τα ίδια τα παιδιά. Πρόκειται για ένα ποιοτικό και ποσοτικό ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Α- σελ. 181). Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε 2 φορές σε κάθε παιδί, στην αρχή και στο τέλος της παρέμβασης, έτσι ώστε να διαπιστωθεί εάν έχει τροποποιηθεί ο τρόπος σκέψης και οι συνήθειές τους μετά από την παρέμβαση. Το πρώτο ερωτηματολόγιο δόθηκε 16-19 Δεκεμβρίου 2008, ενώ το δεύτερο 26-30 Μαρτίου 2009. Η ανάλυση των ερωτηματολογίων έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS 11.0.

Το διάστημα 20 Φεβρουαρίου – 16 Μαρτίου του 2009, πραγματοποιήθηκε η συμβουλευτική-διαιτολογική παρέμβαση, χρησιμοποιώντας παιχνίδια και συζητήσεις όσον αφορά θέματα διατροφής, με σκοπό τα παιδιά να ευαισθητοποιηθούν σχετικά με την υγιεινή διατροφή, τον υγιεινό τρόπο ζωής και την επιλογή του κατάλληλου κολατσιού στο σχολείο. Είχαν σχεδιαστεί 5 μαθήματα-παρεμβάσεις για κάθε τάξη όπου είχαν ως εξής:

Μάθημα 1^ο: Το σώμα μου - Οι ομάδες τροφίμων

Μάθημα 2^ο: Η πυραμίδα της διατροφής

Μάθημα 3^ο: Φρούτα - Λαχανικά

Μάθημα 4^ο: Γαλακτοκομικά προϊόντα - Κρέας

Μάθημα 5^ο: Το κυλικείο μας

Στο τέλος της διεξαγωγής της έρευνας, μοιράστηκε στα παιδιά ενημερωτικό έντυπο που προοριζόταν και για τους γονείς, αναφερόμενο στη σωστή διατροφή. Το φυλλάδιο αυτό, παρέχοντας συμβουλές υγιεινής διατροφής και δίνοντας κάποιες επιλογές για κολατσιό στο σχολείο, καθώς επίσης και συμβουλές για βελτίωση της φυσικής κατάστασης των παιδιών, είχε ως σκοπό να ενισχυθεί και να συνεχισθεί η προσπάθεια μας, και στα πλαίσια της καθημερινής οικογενειακής ζωής (Παράρτημα Δ σελ. 216). Το έντυπο αυτό μοιράστηκε στα παιδιά μαζί με κάποιες κατασκευές, οι οποίες είχαν σχέδια διαφόρων φρούτων και ήταν μολυβοθήκες και κορνίζες (Παράρτημα Ε σελ.218).

Υλικό παρέμβασης:

Οι δραστηριότητες που χρησιμοποιήθηκαν ανά μάθημα είχαν ως εξής (όλες οι δραστηριότητες παρατίθενται αναλυτικά στο παράρτημα Γ, μαζί με την πηγή τους, σελ. 189):

Μάθημα 1^ο: Το σώμα μου-Οι ομάδες τροφίμων

Δραστηριότητα 1^η: Με την βοήθεια ενός σώματος που χρησιμοποιείται για την ανατομία και φαίνονται τα όργανα, τα παιδιά έμαθαν την διαδρομή που ακολουθούν οι τροφές στο σώμα τους και σε ποιο σημείο βρίσκονται τα όργανα αυτά. Τάξεις που χρησιμοποιήθηκε η δραστηριότητα αυτή: Νηπιαγωγείο, Α, Β, Γ, Δ, Ε και ΣΤ.

Δραστηριότητα 2^η: Πρόκειται για μια αντιστοίχιση που έκαναν τα παιδιά σχετικά με τις λειτουργίες διαφόρων οργάνων (π.χ. Στόμα → Εκεί ο άνθρωπος μασά και λιώνει την τροφή του). Τάξεις που έκαναν την αντιστοίχιση: Γ και Δ.

Δραστηριότητα 3^η: Ακροστιχίδα του οισοφάγου. Τάξεις που πραγματοποιήθηκε: Ε και ΣΤ.

Δραστηριότητα 4^η: Ομάδες τροφίμων. Πραγματοποιήθηκε αναφορά στις 6 ομάδες τροφίμων και με την συνεργασία των παιδιών βρέθηκαν τα τρόφιμα που τις αποτελούν. Τάξεις που χρησιμοποιήθηκε η δραστηριότητα αυτή: Νηπιαγωγείο, Α, Β, Γ, Δ, Ε και ΣΤ.

Δραστηριότητα 5^η: Αντιστοίχιση εικόνας με το γράμμα. Στη μια στήλη υπήρχαν τρόφιμα και στην άλλη το γράμμα τους (π.χ. Ελιά → Ε). Τάξεις που χρησιμοποιήθηκε: Νηπιαγωγείο, Α και Β.

Μάθημα 2^ο: Η πυραμίδα της διατροφής

Αρχικά δόθηκαν κάποιες μικρές συμβουλές διατροφής (π.χ. Μπορείτε να καταναλώνετε πληθώρα φρούτων και λαχανικών). Οι συμβουλές δόθηκαν σε όλες τις τάξεις.

Δραστηριότητα 1^η: Μαθαίνω τη διατροφική πυραμίδα. Τα παιδιά έμαθαν τα τρία επίπεδα της πυραμίδας και ποια τρόφιμα περιλαμβάνουν. Τάξεις που χρησιμοποιήθηκε η δραστηριότητα αυτή: Νηπιαγωγείο, Α, Β, Γ, Δ, Ε και ΣΤ.

Δραστηριότητα 2^η: Αντιστοίχιση παραγώγων «Από πού παίρνουμε τις τροφές;», στη μια στήλη υπήρχαν τρόφιμα και από στην άλλη η πηγή προέλευσής τους (π.χ. Αλεύρι → Σιτάρι). Τάξεις που πραγματοποίησαν τη δραστηριότητα αυτή: Νηπιαγωγείο, Α, Β, Γ και Δ.

Δραστηριότητα 3^η: Κατασκευή της πυραμίδας της διατροφής. Στα παιδιά του νηπιαγωγείου, της πρώτης, της δεύτερας και της τρίτης τάξης κατασκευάστηκε από μεγάλο φενιζόλ (διαστάσεις 1*1) μια πυραμίδα που τα τρία επίπεδα ήταν χωρισμένα με τα χρώματα του φωτεινού σηματοδότη (πράσινο, πορτοκαλί και κόκκινο) όπου οι φωτογραφίες των τροφίμων καρφιτσώθηκαν στα τρία επίπεδα με βάση το χρώμα. Στο πράσινο ήταν η καθημερινή κατανάλωση, στο πορτοκαλί τα τρόφιμα που καταναλώνονται σε εβδομαδιαία βάση και στο κόκκινο τα τρόφιμα που καταναλώνονται μηνιαία. Στα παιδιά της τετάρτης, της πέμπτης και της έκτης δημοτικού κατασκευάστηκε η πυραμίδα της Μεσογειακής διατροφής, όπου και σε αυτήν τα παιδιά καρφίτσωναν τις φωτογραφίες των τροφίμων στα τρία επίπεδα που ήταν χωρισμένα.

Μάθημα 3^ο: Φρούτα-Λαχανικά

Δραστηριότητα 1^η: Κάρτες φρούτων και λαχανικών. Με την βοήθεια καρτών τα παιδιά γνώρισαν τα φρούτα και τα λαχανικά και έμαθαν πώς να τα ξεχωρίζουν. Τάξεις που χρησιμοποιήθηκε η δραστηριότητα αυτή: Νηπιαγωγείο, Α, Β, Γ, Δ, Ε και ΣΤ.

Δραστηριότητα 2^η: Χρωματίζω. Τα παιδιά είχαν ένα φυλλάδιο με δυο πίνακες όπου στον ένα πίνακα ζωγράφιζαν μόνο τα φρούτα και στον άλλο μόνο τα λαχανικά. Τάξεις που χρωμάτισαν: Νηπιαγωγείο, Α και Β.

Δραστηριότητα 3^η: Μεσοστιχίδα φρούτων και λαχανικών. Τάξεις που συμπληρώθηκε: Γ, Δ, Ε και ΣΤ.

Δραστηριότητα 4^η: Το αλφάβητο των φρούτων και των λαχανικών. Δόθηκαν στα παιδιά δύο φυλλάδια, και τους ζητήθηκε να γράψουν ένα φρούτο και ένα λαχανικό για κάθε γράμμα της αλφαβήτου. Τάξεις που πραγματοποιήθηκε αυτή δραστηριότητα: Γ, Δ, Ε και ΣΤ.

Μάθημα 4^ο: Γαλακτοκομικά προϊόντα-Κρέας

Δραστηριότητα 1^η: «Πόσα γαλακτοκομικά προϊόντα γνωρίζετε;» Τα παιδιά ανέφεραν τα γαλακτοκομικά προϊόντα που γνωρίζουν και στη συνέχεια γινόταν επιλογή των υγιεινών. Τάξεις που χρησιμοποιήθηκε η δραστηριότητα αυτή: Νηπιαγωγείο, Α, Β, Γ, Δ, Ε και ΣΤ.

Δραστηριότητα 2^η: Ποιημάκια για το γάλα και τα γλυκά: Τα παιδιά μέσα από τα ποιήματα έμαθαν τη σημασία που έχει το γάλα για τον οργανισμό τους, καθώς και ότι πρέπει να δίνεται προσοχή στην κατανάλωση των γλυκών. Αυτή η δραστηριότητα πραγματοποιήθηκε στο Νηπιαγωγείο.

Δραστηριότητα 3^η: Πρωινό. Στον πίνακα γράφτηκαν 3-4 είδη πρωινού που είχαν καταναλώσει τα παιδιά και αναζητήθηκαν τα γαλακτοκομικά προϊόντα μέσα σε αυτά. Τάξεις όπου έλαβαν μέρος: Α, Β, Γ, Δ, Ε και ΣΤ.

Δραστηριότητα 4^η: Ομάδα κρέατος. Ζητήθηκε από τα παιδιά να πουν διάφορα είδη κρεατικών και στη συνέχεια χωρίστηκαν στις εξής κατηγορίες: άσπρο – κόκκινο κρέας και ψάρια – θαλασσινά. Τέλος επέλεξαν τα πιο υγιεινά. Τάξεις όπου πραγματοποιήθηκε η δραστηριότητα αυτή: Νηπιαγωγείο, Α, Β, Γ, Δ, Ε και ΣΤ.

Δραστηριότητα 5^η: Όσπρια. Τα παιδιά γνώρισαν όλα τα είδη των οσπρίων, μέσα από μια επίδειξη που πραγματοποιήθηκε στην τάξη τους, χρησιμοποιώντας αληθινά όσπρια. Αυτή η δραστηριότητα έλαβε χώρα στο Νηπιαγωγείο.

Μάθημα 5^ο: Το κυλικείο μας

Στην αρχή έγινε μια συζήτηση όσον αφορά τα τρόφιμα που επιτρέπεται να υπάρχουν στο κυλικείο και έπειτα αναφέρθηκαν τα πιο υγιεινά.

Δραστηριότητα 1^η: Βρες που κρύβεται η ζάχαρη: Δόθηκαν στα παιδιά διάφορες φωτογραφίες τροφίμων και ζητήθηκε να βρουν σε ποια από εκείνα τα τρόφιμα περιέχεται ζάχαρη. Τάξεις που χρησιμοποιήθηκε η δραστηριότητα αυτή: Νηπιαγωγείο, Α, Β, Γ, Δ, Ε και ΣΤ.

Δραστηριότητα 2^η: Ακροστιχίδα του κυλικείου. Τάξεις που χρησιμοποιήθηκε η δραστηριότητα αυτή: Α, Β, Γ, Δ, Ε και ΣΤ.

Δραστηριότητα 3^η: Διατροφική ετικέτα. Γράφτηκαν στον πίνακα τα συστατικά και η ετικέτα ενός τροφίμου και έπειτα τα παιδιά κλήθηκαν να απαντήσουν σε κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τα περιεχόμενα της ετικέτας. Τάξεις που πραγματοποιήθηκε η δραστηριότητα αυτή: Δ, Ε και ΣΤ.

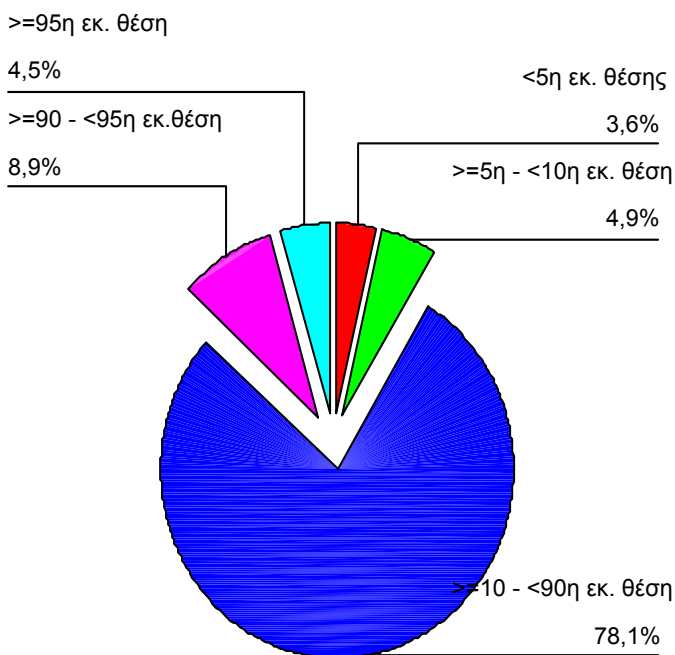
Όλες οι δραστηριότητες έγιναν στα πλαίσια του παιχνιδιού, με βαθμολογίες και επιβράβευση της υψηλότερης σε βαθμολογία ομάδας.

4. Αποτελέσματα έρευνας

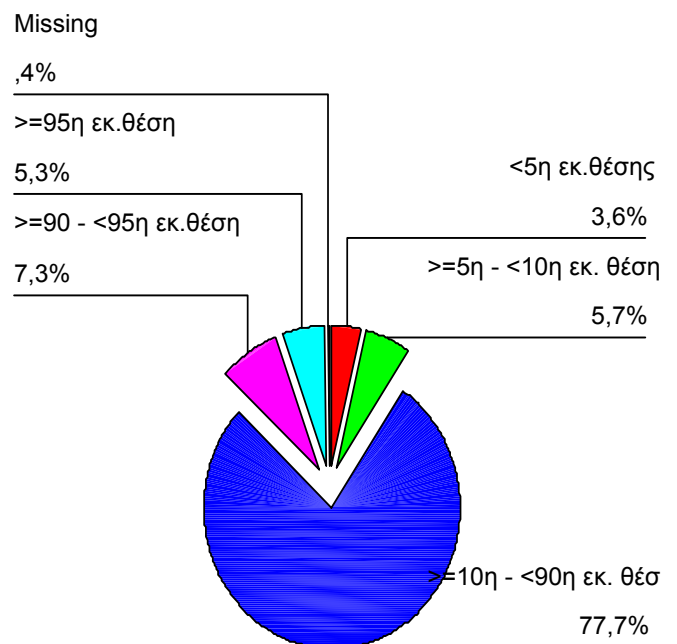
Ξεκινώντας με τον πρώτο πίνακα, παρουσιάζεται η μεταβολή του δείκτη μάζας σώματος μετά την παρέμβαση. Έτσι λοιπόν, όπως φαίνεται από τον Πίνακα 1 το ποσοστό των παιδιών που βρισκόταν κάτω από την 5^η εκ. θέση παρέμεινε ίδιο μετά την παρέμβαση (3,6%), εκείνων που βρισκόταν μεταξύ 5^{ης} και 10^{ης} εκ. θέσης αυξήθηκε από 4,9%, που ήταν πριν την παρέμβαση, σε 5,7%, σε αντίθεση με το ποσοστό των παιδιών που βρισκόταν μεταξύ της 10^{ης} και της 90^{ης} εκ. θέσης που μειώθηκε μετά την παρέμβαση (από 78,1% έγινε 77,7%). Από την άλλη μεριά, όπως φαίνεται τα παιδιά που βρισκόταν μεταξύ 90^{ης} και 95^{ης} εκ. θέσης μειώθηκαν, καθώς το ποσοστό πριν την παρέμβαση ήταν 8,9% και μετά την παρέμβαση είναι 7,3%, αλλά αυξήθηκαν τα παιδιά που ήταν πάνω από την 95^η εκ. θέση (από 4,5% αυξήθηκε στο 5,3%). Τα αποτελέσματα αυτά προκύπτουν από το σύνολο των παιδιών Ζακύνθου και Χανίων, καθώς δεν υπήρχε κάποια σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο πόλεων όπως φαίνεται από τον Πίνακα 1.α για την πόλη της Ζακύνθου και τον Πίνακα 1.β για τα Χανιά.

Πίνακας 1

Δείκτης Μάζας Σώματος ΠΡΙΝ



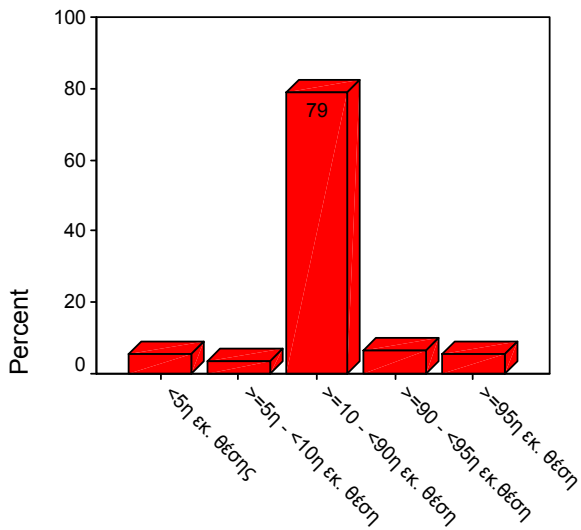
Δείκτης Μάζας Σώματος ΜΕΤΑ



Πίνακας 1.α

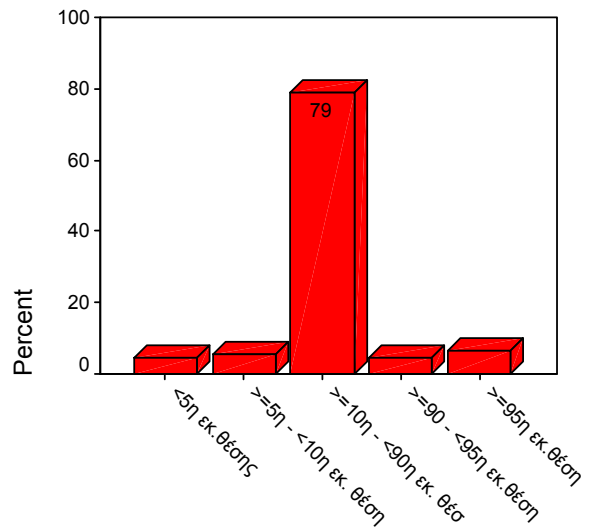
Δείκτης Μάζας Σώματος ΠΡΙΝ

ΠΟΛΗ: ΖΑΚΥΝΘΟΣ



Δείκτης Μάζας Σώματος ΜΕΤΑ

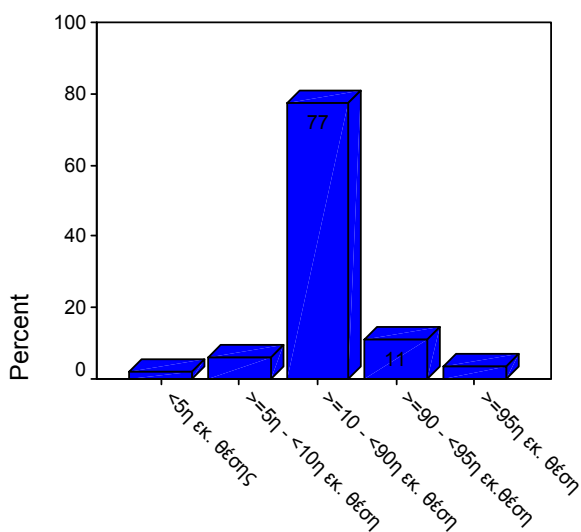
ΠΟΛΗ: ΖΑΚΥΝΘΟΣ



Πίνακας 1.β

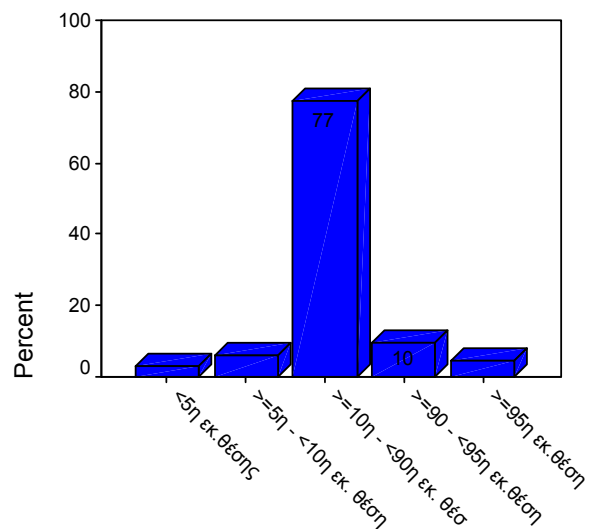
Δείκτης Μάζας Σώματος ΠΡΙΝ

ΠΟΛΗ: ΧΑΝΙΑ



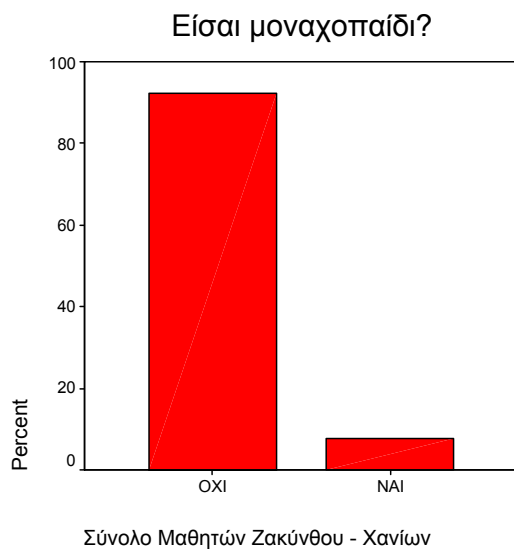
Δείκτης Μάζας Σώματος ΜΕΤΑ

ΠΟΛΗ: ΧΑΝΙΑ

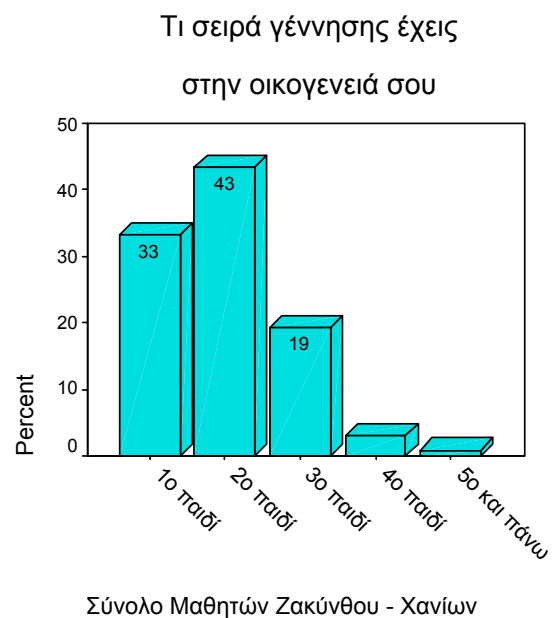


Συνεχίζοντας με την οικογενειακά κατάσταση των παιδιών, παρατηρήθηκε ότι το 7,7% ήταν μοναχοπαίδια (Πίνακας 2), ενώ τα υπόλοιπα παιδιά έχουν αδέρφια. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Πίνακα 2.α, το 33% ανέφερε ότι είναι το πρώτο παιδί της οικογένειας, το 43% το δεύτερο, το 19% το τρίτο, το 3,1% τέταρτο και το 0,9% είναι από πέμπτο και πάνω.

Πίνακας 2

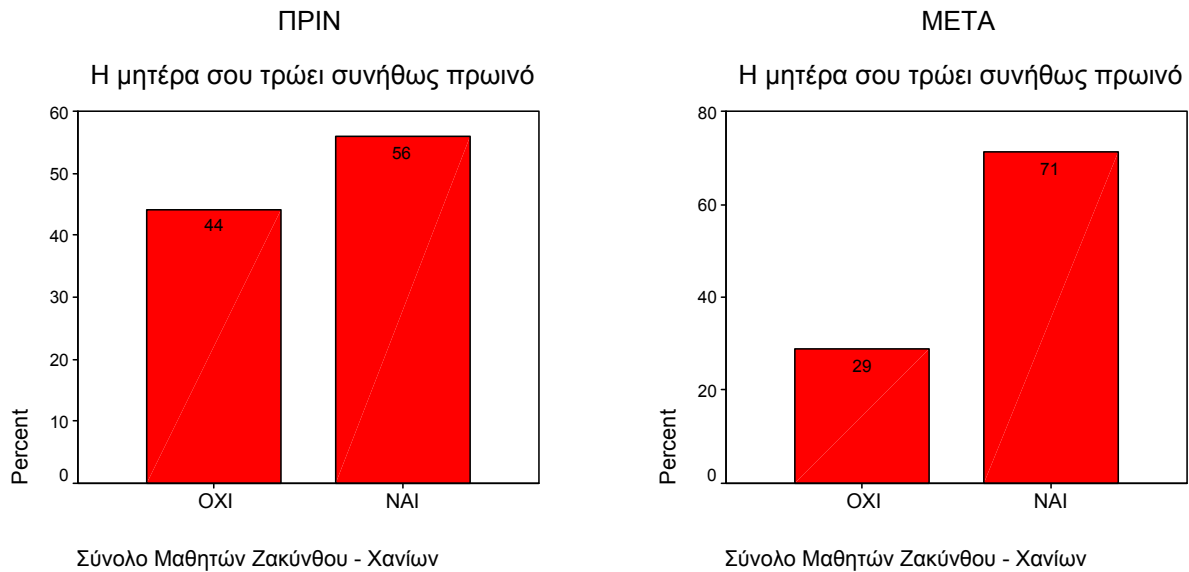


Πίνακας 2.α



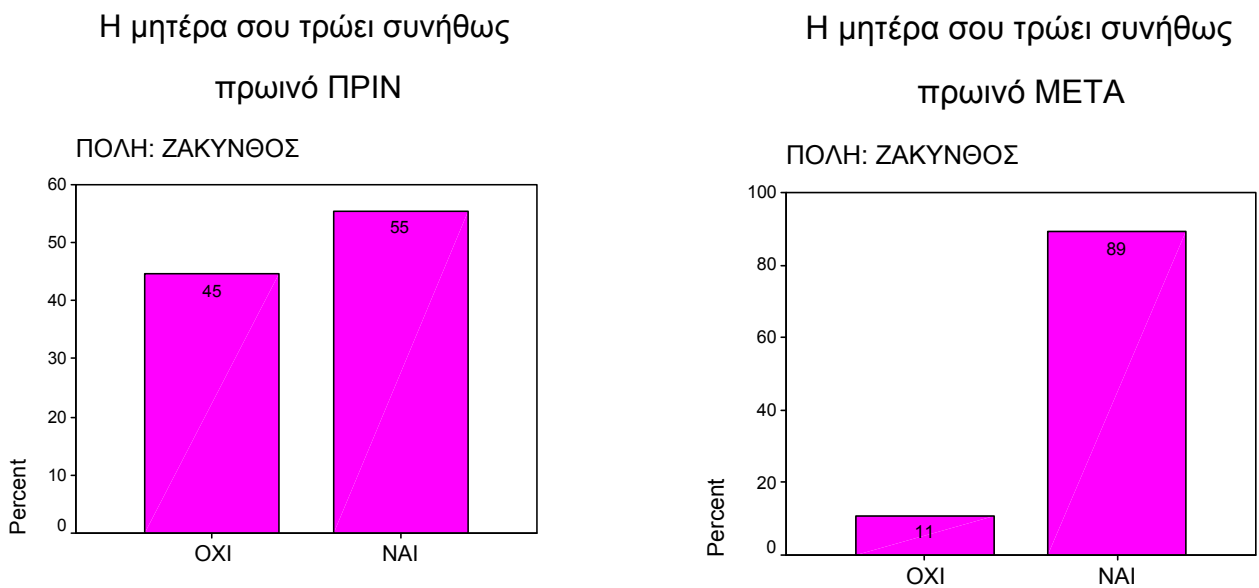
Σχολιάζοντας την ερώτηση για το πρωινό της μητέρας, παρατηρούμε από τον Πίνακα 3, πως μετά την παρέμβαση αυξήθηκε η κατανάλωση στο 71%, σε αντίθεση με τον αρχικό ισχυρισμό των παιδιών (56%).

Πίνακας 3



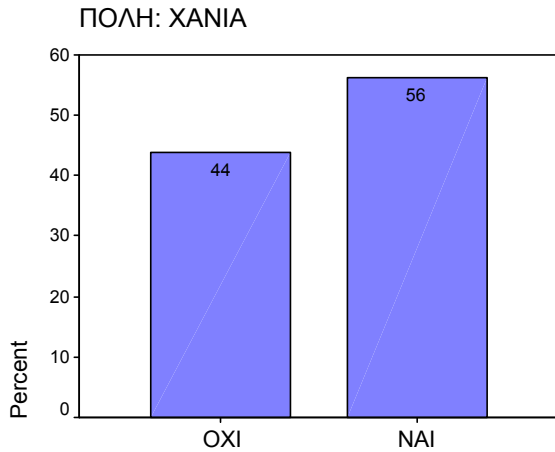
Σύμφωνα με τον Πίνακα 3.α, μετά την παρέμβαση αυξήθηκαν σημαντικά οι μητέρες στη Ζάκυνθο, που καταναλώναν πρωινό από 55% σε 89%. Αντίθετα, για τις μητέρες στα Χανιά δεν ήταν τόσο σημαντική η αύξηση καθώς από 56% αυξήθηκε στο 57% (Πίνακας 3.β).

Πίνακας 3.α

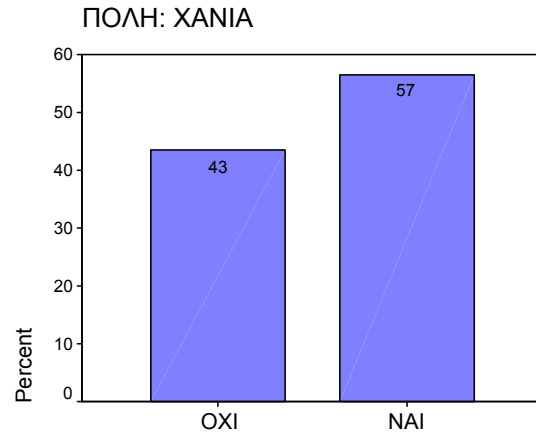


Πίνακας 3.β

Η μητέρα σου τρώει συνήθως
πρωινό ΠΡΙΝ



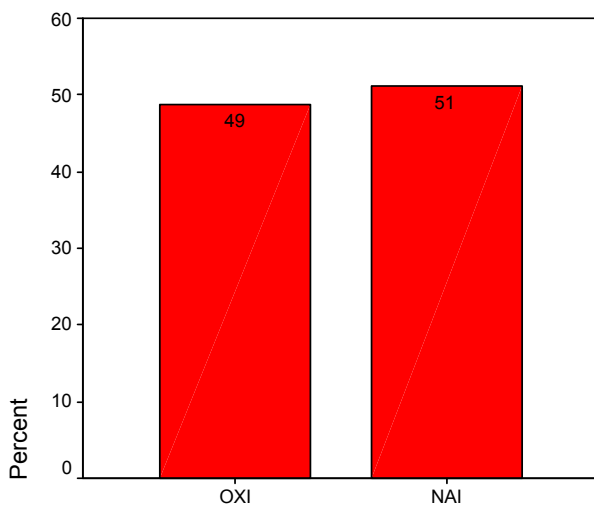
Η μητέρα σου τρώει συνήθως
πρωινό ΜΕΤΑ



Όσον αφορά το σύνολο των μαθητών της Ζακύνθου και όπως φαίνεται από τον Πίνακα 4, παρουσιάστηκε σημαντική αύξηση του αριθμού των πατέρων, οι οποίοι μετά την παρέμβαση ξεκίνησαν να καταναλώνουν πρωινό (67% έναντι του 51% όπου καταγράφηκε πριν την παρέμβαση).

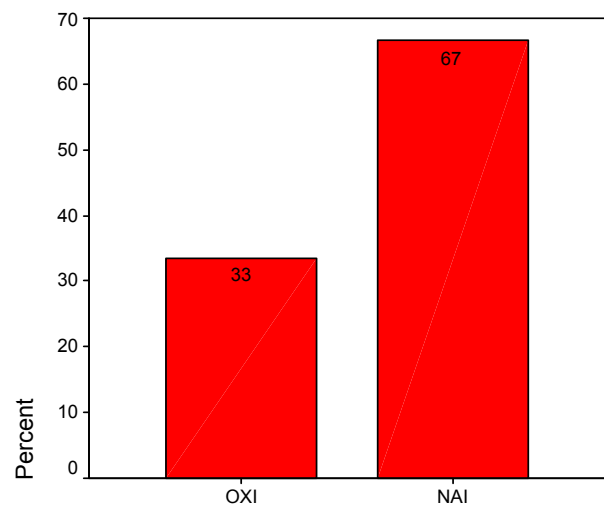
Πίνακας 4

Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων



Ο πατέρας σου τρώει συνήθως πρωινό ΠΡΙΝ

Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

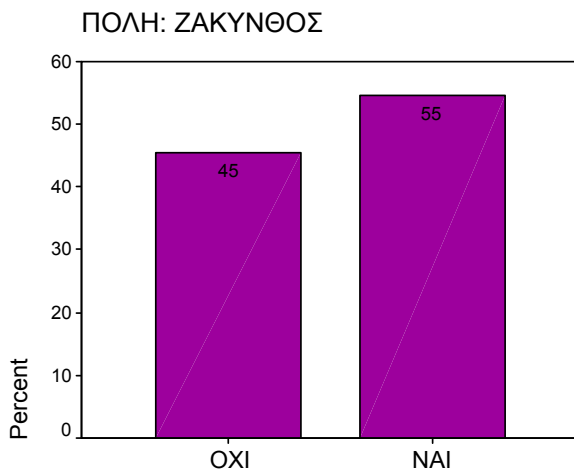


Ο πατέρας σου τρώει συνήθως πρωινό ΜΕΤΑ

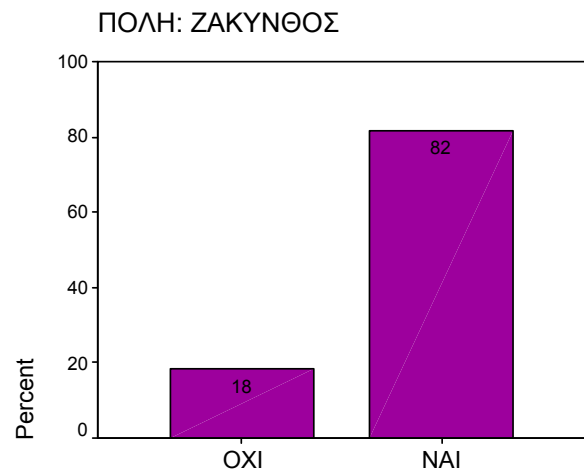
Παρόμοια αποτελέσματα με το πρωινό της μητέρας, είχαμε και για το πρωινό του πατέρα και στις δυο πόλεις. Στον Πίνακα 4.α φαίνεται πως στη Ζάκυνθο μετά την παρέμβαση το ποσοστό των πατέρων που καταλάωναν πρωινό αυξήθηκε από 55% σε 82%, ενώ στα Χανιά η αύξηση ήταν από 49% σε 54% (Πίνακας 4.β), μια αύξηση πιο σημαντική από αυτή των μητέρων στα Χανιά.

Πίνακας 4.α

Ο πατέρας σου τρώει συνήθως
πρωινό ΠΡΙΝ

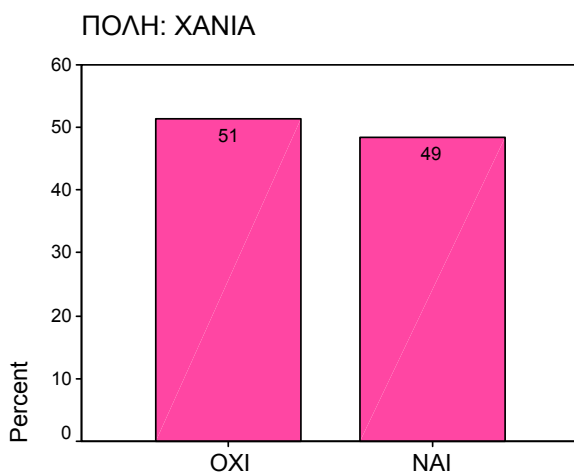


Ο πατέρας σου τρώει συνήθως
πρωινό ΜΕΤΑ

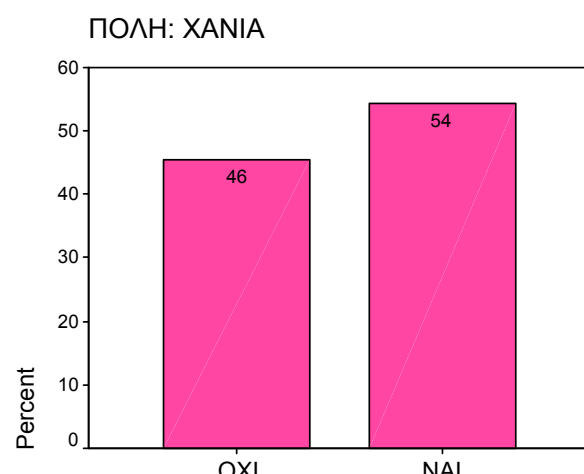


Πίνακας 4.β

Ο πατέρας σου τρώει συνήθως
πρωινό ΠΡΙΝ



Ο πατέρας σου τρώει συνήθως
πρωινό ΜΕΤΑ

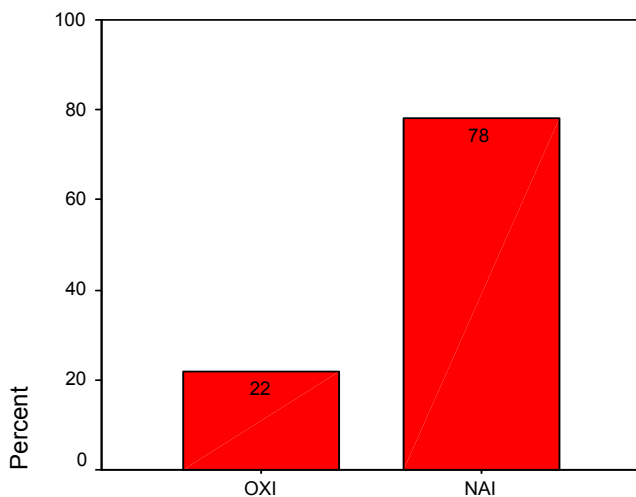


Όσον αφορά την κατανάλωση πρωινού από τα παιδιά, παρουσιάστηκε σημαντική αύξηση στην καθημερινή κατανάλωση στο σύνολο των μαθητών Ζακύνθου και Χανίων. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι το 89% των παιδιών πλέον καταναλώνει πρωινό, έναντι του 78% που είχε απαντήσει πριν την παρέμβαση (Πίνακας 5).

Πίνακας 5

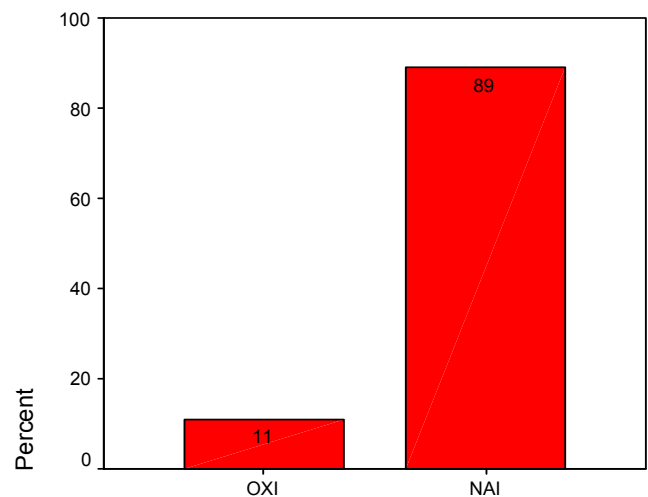
Τρως συνήθως πρωινό ΠΡΙΝ

Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων



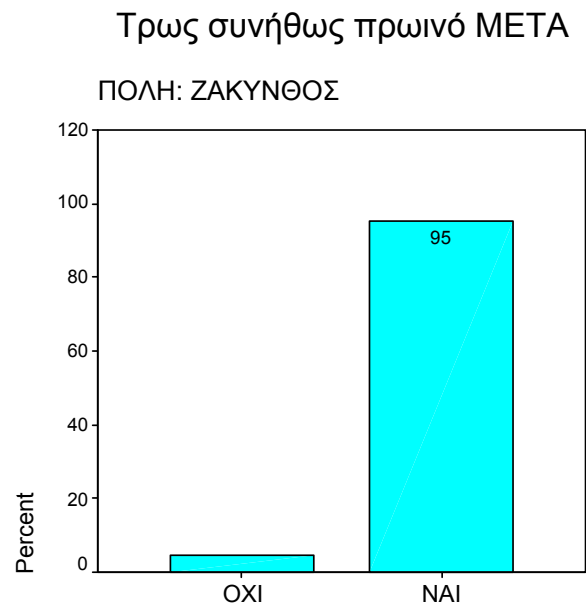
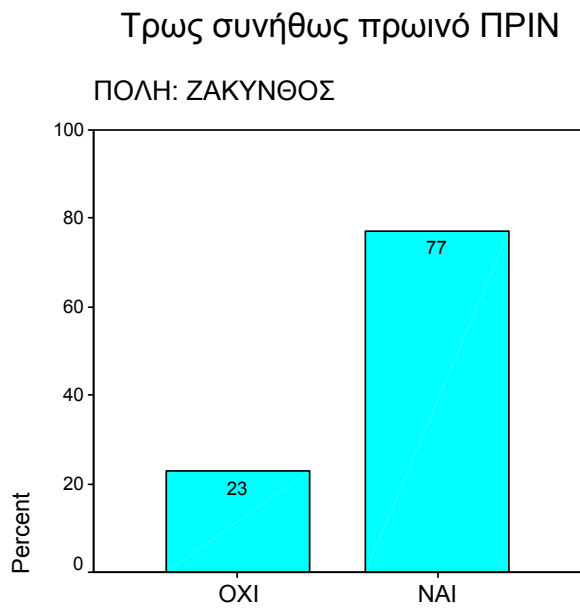
Τρως συνήθως πρωινό ΜΕΤΑ

Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων



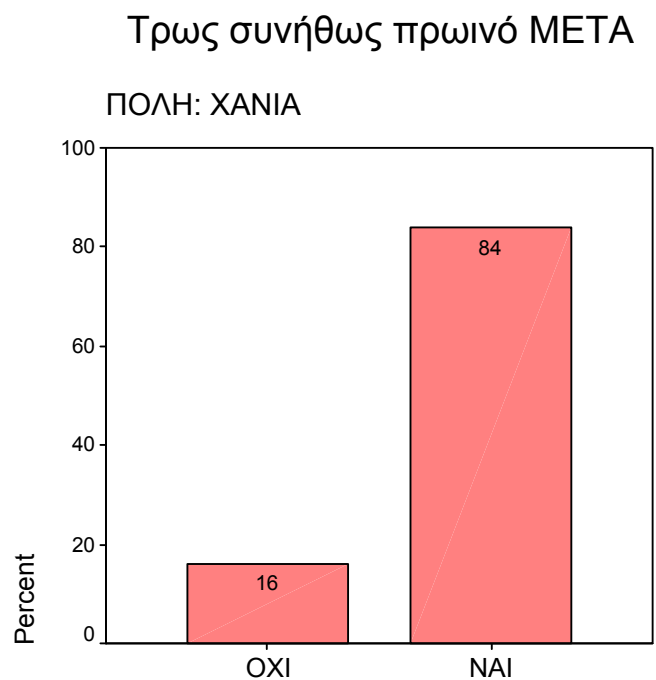
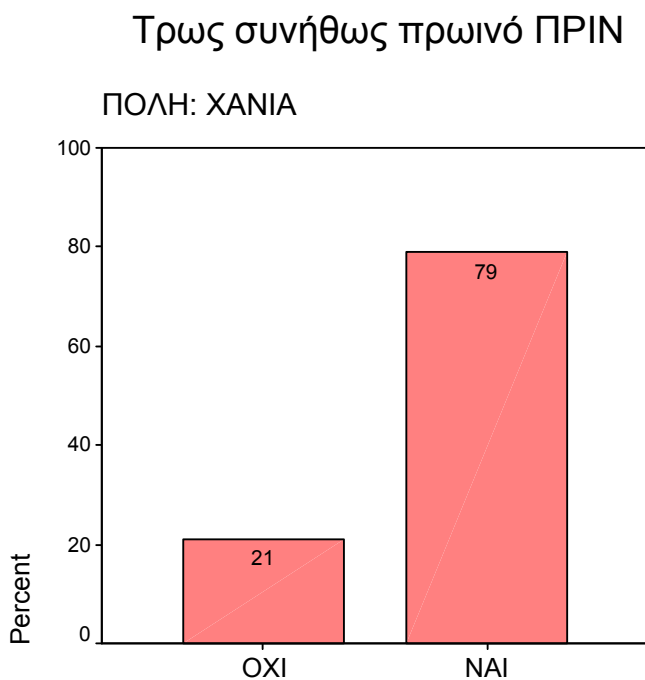
Αναφερόμενοι συγκεκριμένα σε κάθε πόλη ξεχωριστά και σύμφωνα με τους Πίνακες 5.α και 5.β, παρατηρήθηκε αρκετά μεγάλη αύξηση στην κατανάλωση πρωινού μετά την παρέμβαση από τα παιδιά της Ζακύνθου. Συγκεκριμένα, ενώ πριν την παρέμβαση, μόνο το 77% είχε απαντήσει ότι καταναλώνει πρωινό, στη δεύτερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εμφανίστηκε βελτίωση κατά 18% (δηλ. 95% μετά την παρέμβαση).

Πίνακας 5.α



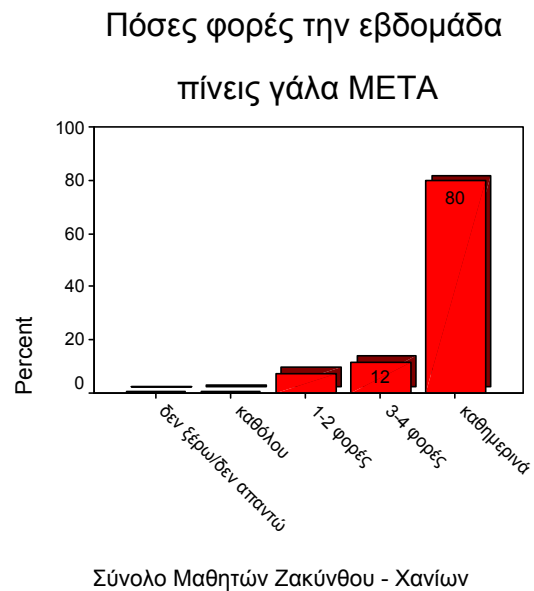
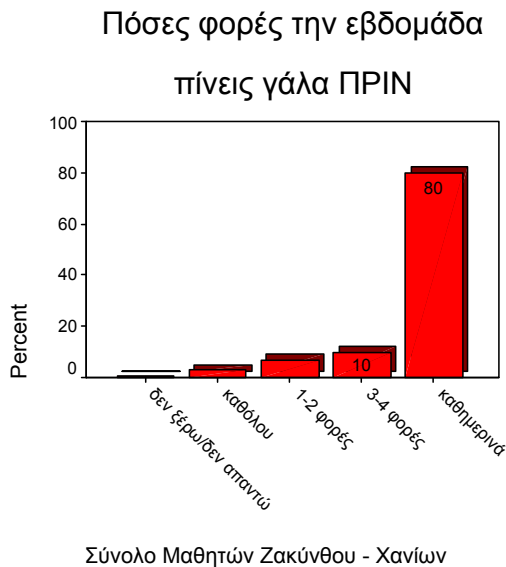
Ανάλογη, αλλά σε πολύ μικρότερο ποσοστό αύξηση υπήρξε και στα παιδιά των Χανίων, της τάξης του 5%, καθώς μετά την παρέμβαση το 84% απάντησε ότι καταναλώνουν πρωινό, έναντι του 79%, που ήταν πριν (Πίνακας 5.β).

Πίνακας 5.β



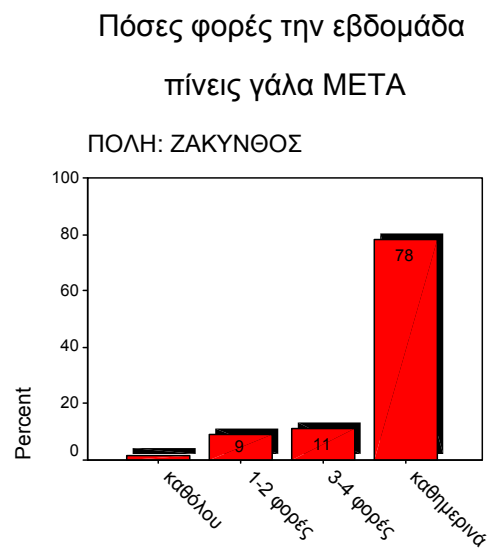
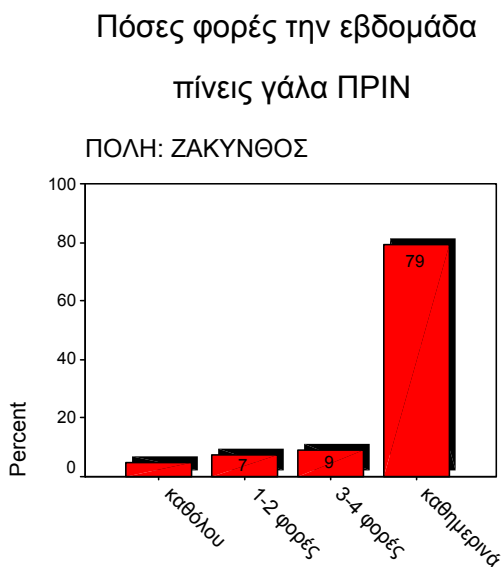
Η καθημερινή κατανάλωση γάλακτος ήταν από την αρχή σε υψηλά επίπεδα (80%) και στις δυο πόλεις και μετά την παρέμβαση παρέμεινε στο ίδιο ποσοστό (Πίνακας 6).

Πίνακας 6



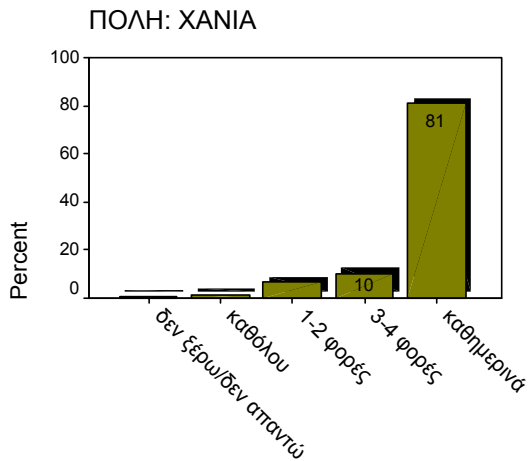
Ομοίως, αν λάβουμε κάθε πόλη ξεχωριστά, παρατηρούμε ότι το ποσοστό των παιδιών που καταναλώνουν γάλα στη Ζάκυνθο και τα Χανιά, δεν άλλαξε (Πίνακας 6.α και 6.β).

Πίνακας 6.α

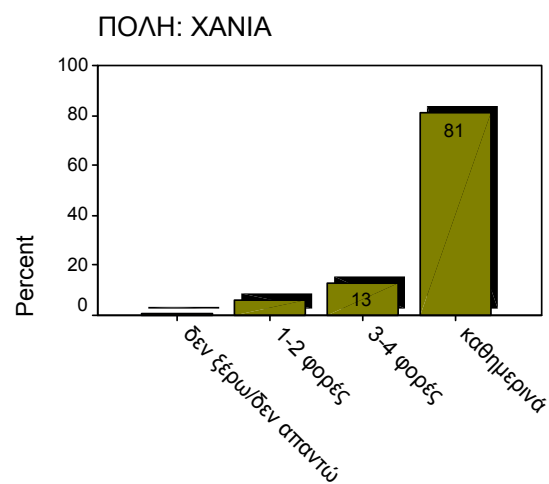


Πίνακας 6.β

Πόσες φορές την εβδομάδα
πίνεις γάλα ΠΡΙΝ



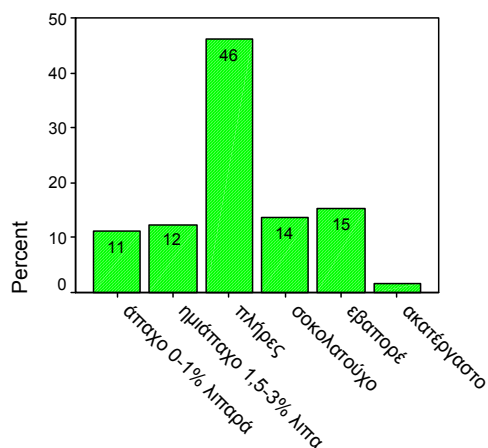
Πόσες φορές την εβδομάδα
πίνεις γάλα ΜΕΤΑ



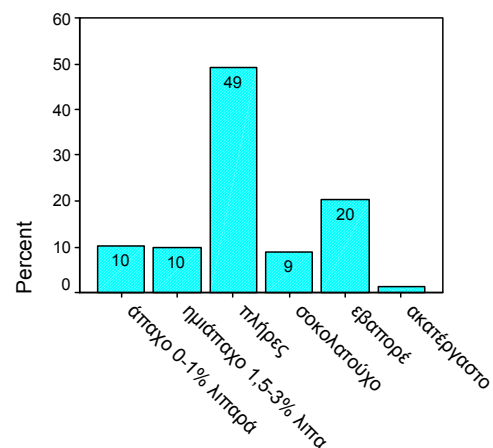
Όμως, παρατηρήθηκε μια μικρή μείωση της τάξης του 5% στην κατανάλωση του σοκολατούχου γάλακτος (από 14% πριν σε 9% μετά την παρέμβαση), σύμφωνα με τον πίνακα 6.γ. Καθώς επίσης όπως δείχνει ο πίνακας 6.δ μειώθηκε ο αριθμός των παιδιών που δεν έτρωγε καθόλου πρωινό(από 7% σε 2% μετά την παρέμβαση) ή έπιναν μόνο γάλα(από 56% σε 48% μετά την παρέμβαση) και αυξήθηκαν τα παιδιά που έτρωγαν ένα πιο ολοκληρωμένο πρωινό όπως χυμό και τοστ (από 2% σε 6% μετά την παρέμβαση) ή γάλα με δημητριακά (από 24% σε 29% μετά την παρέμβαση).

Πίνακας 6.γ

Τι είδους γάλα πίνεις ΠΡΙΝ



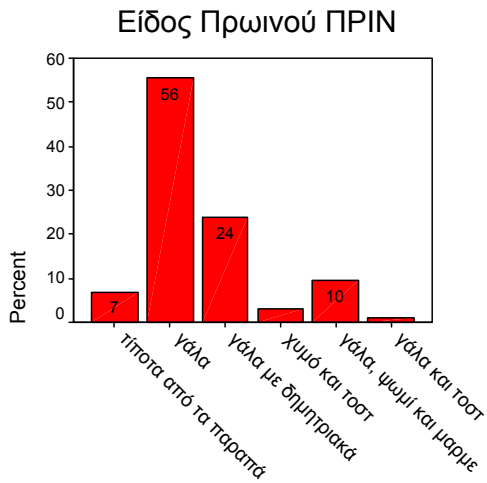
Τι είδους γάλα πίνεις ΜΕΤΑ



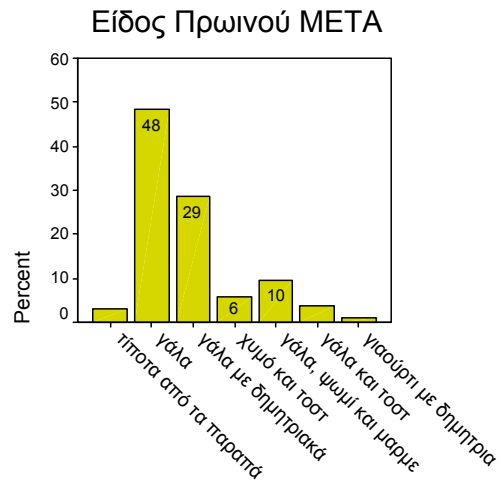
Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

Πίνακας 6.δ



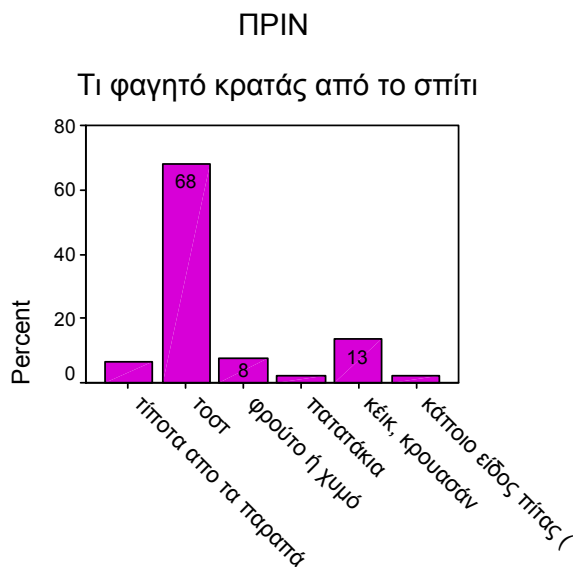
Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων



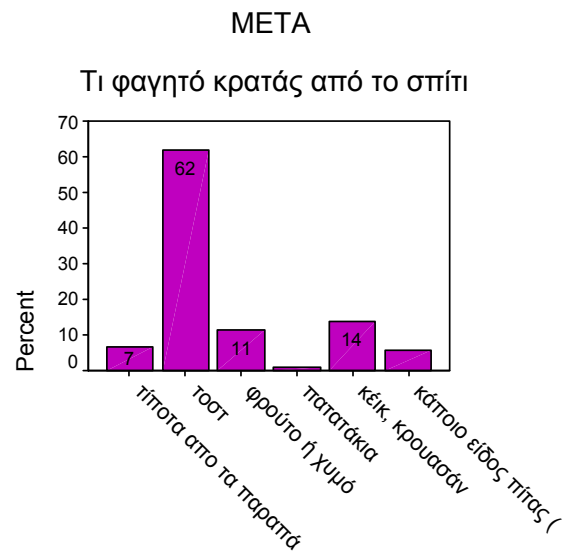
Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

Σύμφωνα με τον Πίνακα 7, όσα παιδιά απάντησαν θετικά στην ερώτηση «Συνήθως παίρνεις στο σχολείο φαγητό από το σπίτι?» η κυρίως επιλογή τους ήταν το τοστ πριν (68%) και μετά την παρέμβαση (62%).

Πίνακας 7



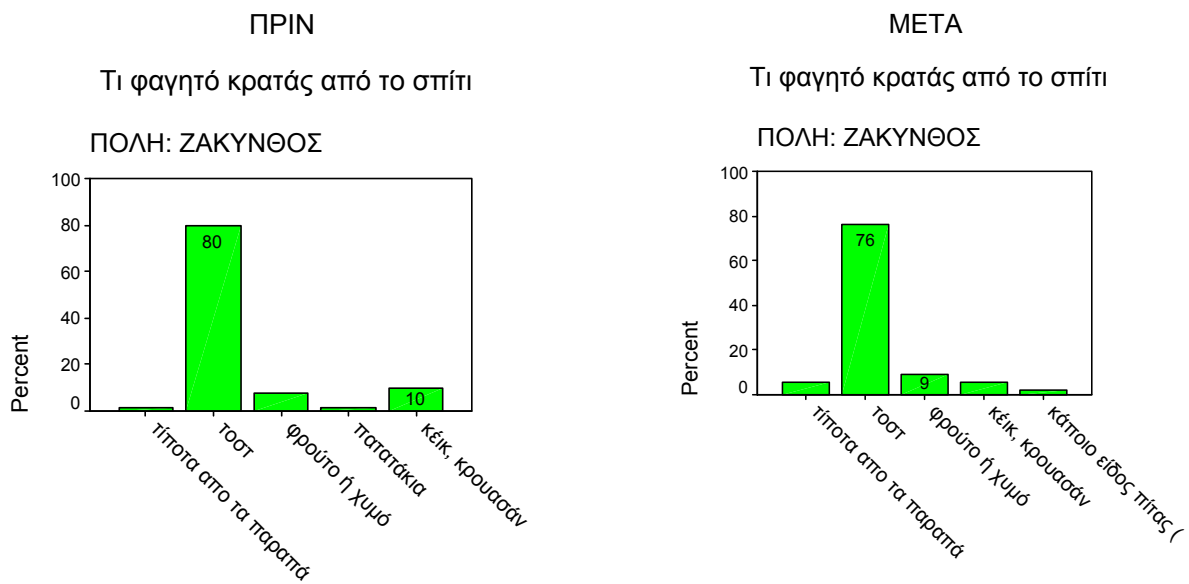
Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων



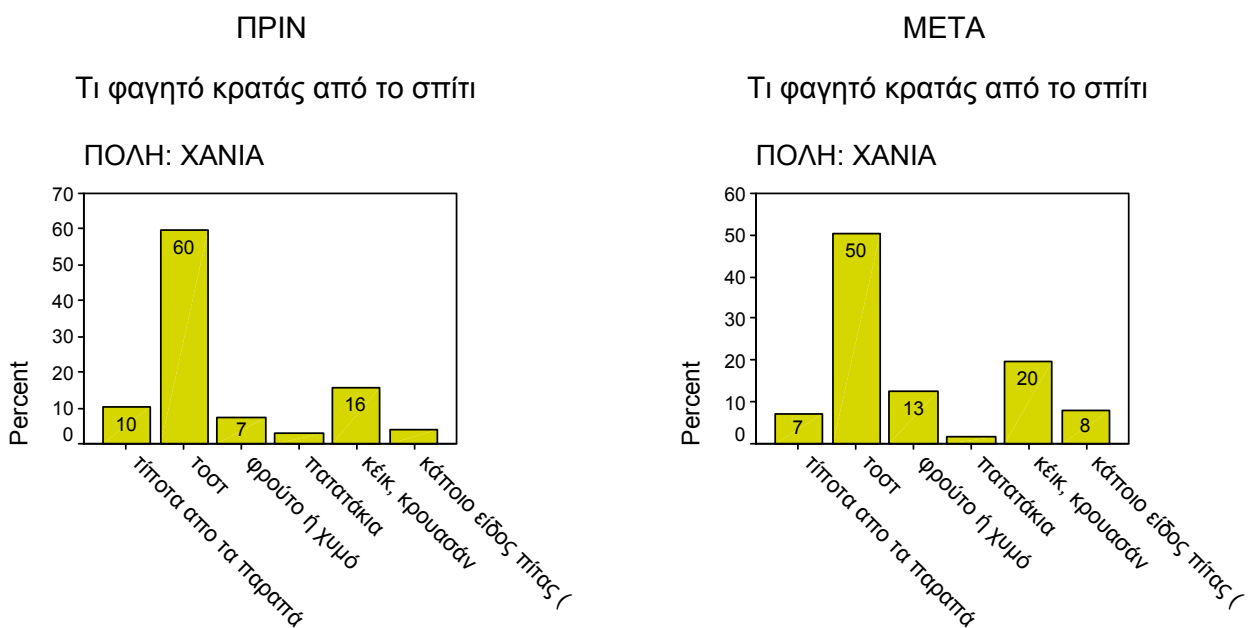
Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

Το ίδιο ισχύει και για κάθε πόλη ξεχωριστά, καθώς σύμφωνα με τα παιδιά της Ζακύνθου το ποσοστό που κρατάει τoστ στο σχολείο αρχικά ήταν 80%, ενώ μετά το τέλος της έρευνας ήταν 76% (Πίνακας 7.α). Επίσης, όσον αφορά τα Χανιά, το αρχικό ποσοστό κυμαινόταν στο 60% και έπειτα μειώθηκε στο 50%, ενώ αυξήθηκε η επιλογή φρούτου ή χυμού (Πίνακας 7.β).

Πίνακας 7.α

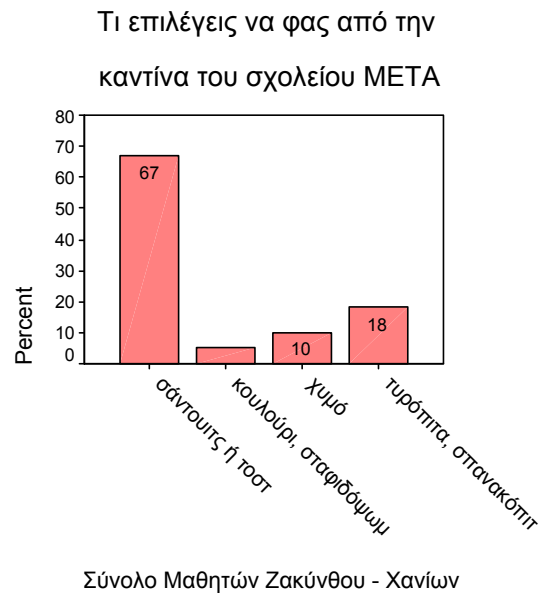
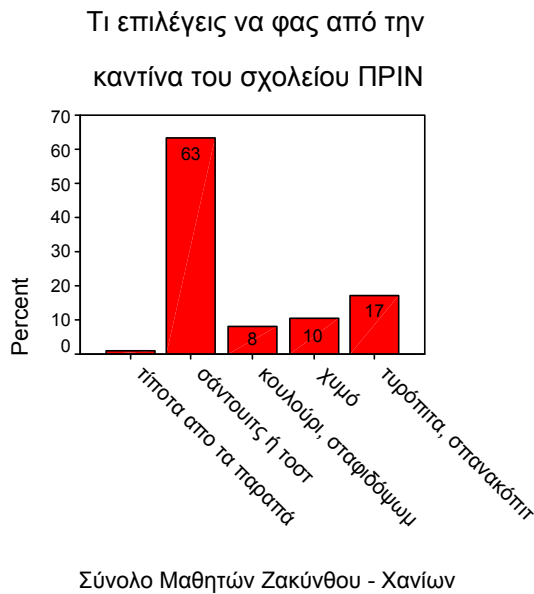


Πίνακας 7.β



Ανάλογα αποτελέσματα βρέθηκαν και από τα παιδιά που απάντησαν ότι οι γονείς τους δίνουν χρήματα, ώστε να αγοράσουν κάποιο είδος τροφίμου από την καντίνα του σχολείου τους (Πίνακας 8, 8.α και 8.β), καθώς η πλειοψηφία όσον αφορά το σύνολο των μαθητών Ζακύνθου και Χανίων, αλλά και κάθε πόλης ξεχωριστά ανέφεραν πως αγοράζουν σάντουιτς ή τοστ, μετά την παρέμβαση.

Πίνακας 8



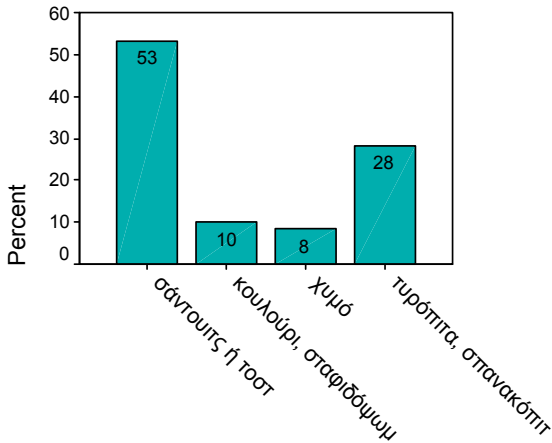
Πίνακας 8.α



Πίνακας 8.β

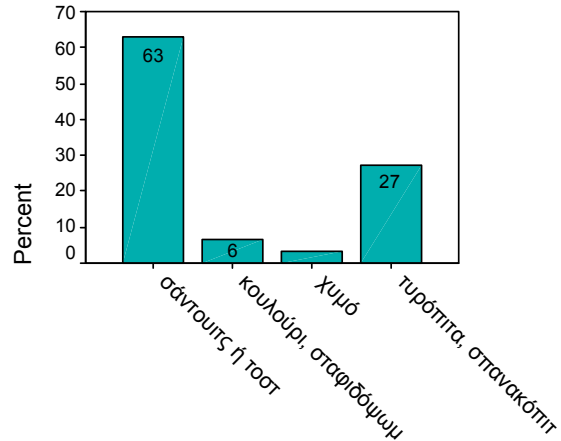
Τι επιλέγεις να φας από την
καντίνα του σχολείου ΠΡΙΝ

ΠΟΛΗ: ΧΑΝΙΑ



Τι επιλέγεις να φας από την
καντίνα του σχολείου ΜΕΤΑ

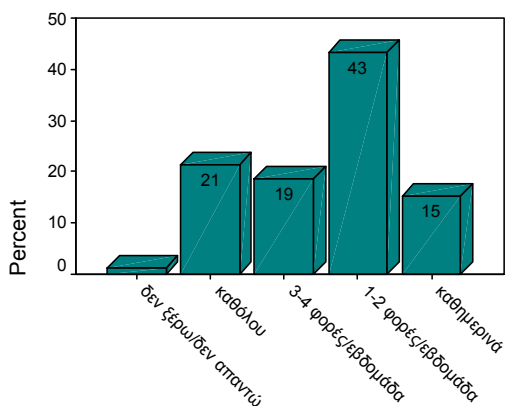
ΠΟΛΗ: ΧΑΝΙΑ



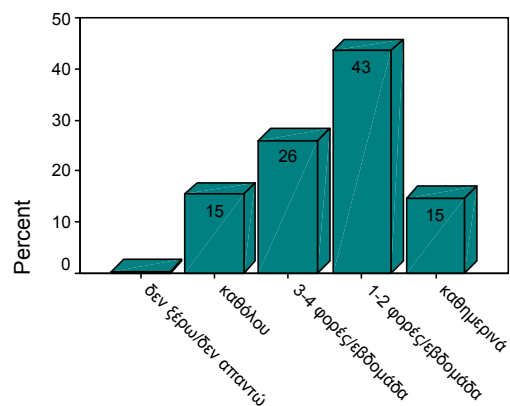
Συνεχίζοντας, τα παιδιά που έλαβαν μέρος στην έρευνα και δεν καταλάωναν καθόλου γιαούρτι μειώθηκαν από 21% σε 15% μετά την παρέμβαση και έτσι αυξήθηκε ο αριθμός των παιδιών που καταλάωναν γιαούρτι 3-4 φορές την εβδομάδα από 19% σε 26%. Όσον αφορά την καθημερινή κατανάλωση και την κατανάλωση γιαουρτιού 1-2 φορές την εβδομάδα δεν υπήρξε κάποια αλλαγή μετά την παρέμβαση για το σύνολο των παιδιών (Πίνακας 9).

Πίνακας 9

Πόσο συχνά τρως γιαούρτι κατά
τη διάρκεια της εβδομάδας ΠΡΙΝ



Πόσο συχνά τρως γιαούρτι κατά
τη διάρκεια της εβδομάδας ΜΕΤΑ



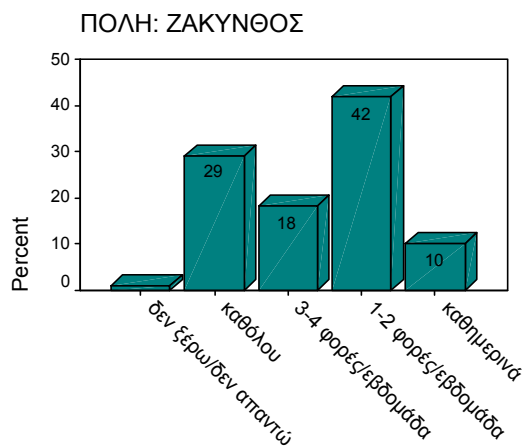
Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

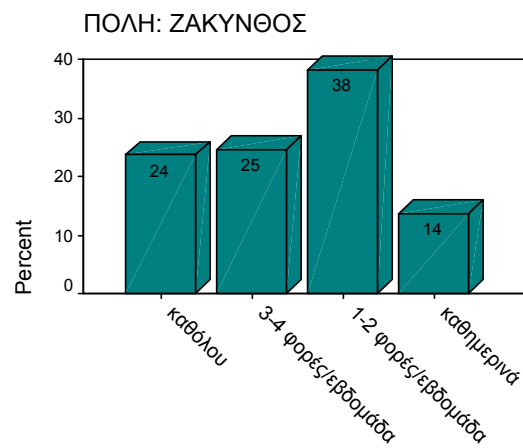
Σύμφωνα με τον Πίνακα 9.α και την κατανάλωση γιαουρτιού από τα παιδιά της Ζακύνθου, δεν εμφανίστηκαν ιδιαίτερα σημαντικές αλλαγές. Παρουσιάστηκε μόνο μια πολύ μικρή αύξηση της τάξης του 7% για την κατανάλωση 3-4 φορές την εβδομάδα. Ανάλογη βελτίωση παρατηρήθηκε και στους μαθητές των Χανίων, καθώς η κατανάλωση γιαουρτιού 3-4 φορές την εβδομάδα αυξήθηκε μόνο κατά 8% (Πίνακας 9.β).

Πίνακας 9.α

Πόσο συχνά τρως γιαούρτι κατά τη διάρκεια της εβδομάδας ΠΡΙΝ

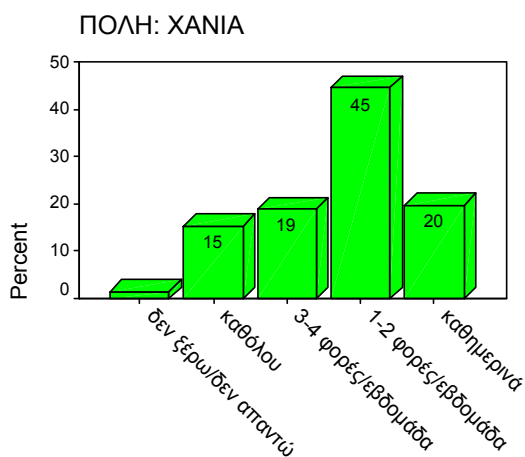


Πόσο συχνά τρως γιαούρτι κατά τη διάρκεια της εβδομάδας ΜΕΤΑ

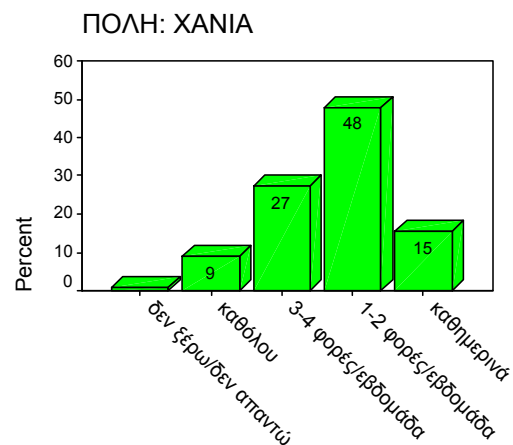


Πίνακας 9.β

Πόσο συχνά τρως γιαούρτι κατά τη διάρκεια της εβδομάδας ΠΡΙΝ



Πόσο συχνά τρως γιαούρτι κατά τη διάρκεια της εβδομάδας ΜΕΤΑ

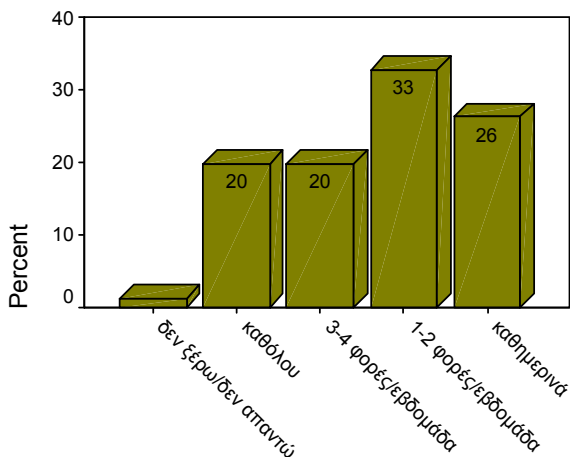


Για την κατανάλωση του τυριού η παρέμβαση είχε τα ίδια αποτελέσματα τόσο στη Ζάκυνθο όσο και στα Χανιά. Έτσι, όπως δείχνει ο Πίνακας 10, μειώθηκε ο αριθμός των παιδιών που δεν έτρωγε καθόλου τυρί από 20% σε 13% και παράλληλα αυξήθηκε ο αριθμός των παιδιών που το καταναλώνουν 3-4 φορές την εβδομάδα από 20% σε 29% μετά την παρέμβαση. Ακόμη, ο αριθμός των παιδιών που έτρωγαν τυρί καθημερινά μειώθηκε κατά 3%, ενώ καμιά αλλαγή δεν σημειώθηκε στην κατανάλωση του τυριού 1-2 φορές την εβδομάδα (33%).

Πίνακας 10

Πόσο συχνά τρως τυρί κατά

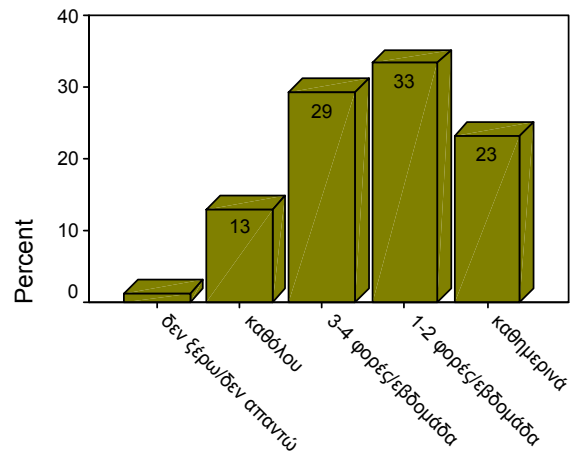
τη διάρκεια της εβδομάδας ΠΡΙΝ



Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

Πόσο συχνά τρως τυρί κατά

τη διάρκεια της εβδομάδας ΜΕΤΑ



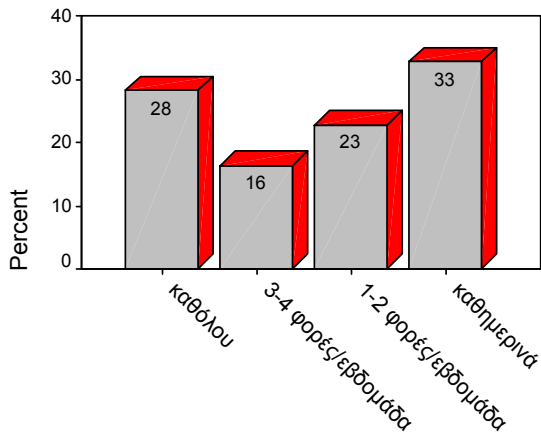
Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

Συνεχίζοντας με μια πιο αναλυτική άποψη για τις δύο πόλεις και σύμφωνα με τον Πίνακα 10.α, το ποσοστό των παιδιών της Ζακύνθου που δεν καταναλώνει τυρί, μειώθηκε κατά 11% (28% πριν και 17% μετά την παρέμβαση), αυξήθηκε η κατανάλωση κατά τη διάρκεια της εβδομάδας (27% 3-4 φορές την εβδομάδα, έναντι του 16% που ήταν πριν την παρέμβαση).

Πίνακας 10.α

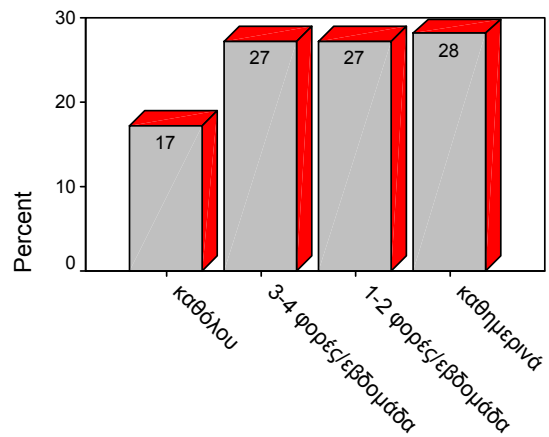
Πόσο συχνά τρως τυρί κατά τη διάρκεια της εβδομάδας ΠΡΙΝ

ΠΟΛΗ: ΖΑΚΥΝΘΟΣ



Πόσο συχνά τρως τυρί κατά τη διάρκεια της εβδομάδας ΜΕΤΑ

ΠΟΛΗ: ΖΑΚΥΝΘΟΣ

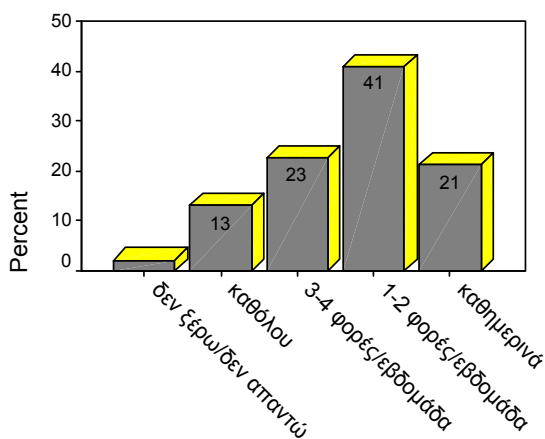


Όσον αφορά το ποσοστό των παιδιών στην πόλη των Χανίων (Πίνακας 10.β), δεν υπήρξε, επίσης, καμία σημαντική ένδειξη προς συζήτηση, εκτός από το γεγονός μιας πολύ μικρής αύξησης της κατανάλωσης τυριού κατά 3-4 φορές την εβδομάδα (31%).

Πίνακας 10.β

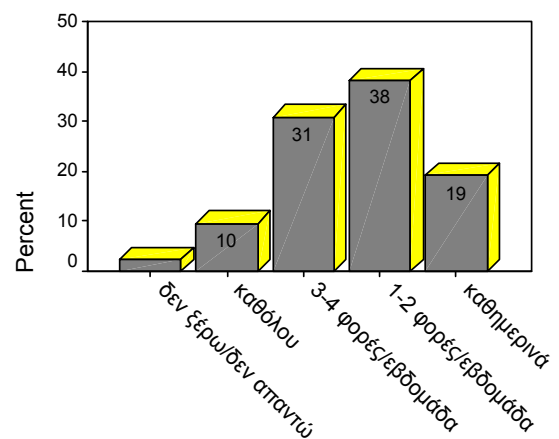
Πόσο συχνά τρως τυρί κατά τη διάρκεια της εβδομάδας ΠΡΙΝ

ΠΟΛΗ: ΧΑΝΙΑ



Πόσο συχνά τρως τυρί κατά τη διάρκεια της εβδομάδας ΜΕΤΑ

ΠΟΛΗ: ΧΑΝΙΑ

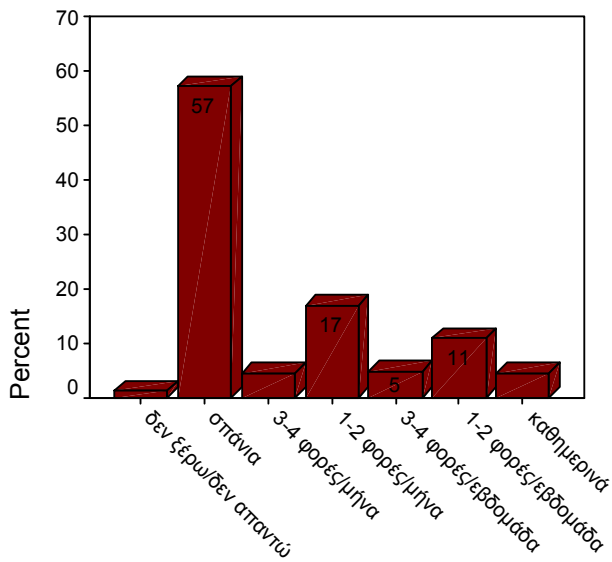


Στην ερώτηση που αναφερόταν στην κατανάλωση φαστ-φουντ, φάνηκε να υπάρχει μια μικρή αλλά σημαντική μείωση, καθώς είχε παρατηρηθεί ότι τα παιδιά και των δύο πόλεων ήταν αρκετά συνειδητοποιημένα πριν την παρέμβαση, καθώς η πλειοψηφία των παιδιών είχε απαντήσει πως καταναλώνει σπάνια τέτοιου είδους φαγητό. Συγκεκριμένα, πριν την παρέμβαση το 57% του συνόλου των παιδιών Ζακύνθου και Χανίων είχε απαντήσει ότι καταναλώνει σπάνια φαστ-φουντ, πράγμα το οποίο αυξήθηκε στο 61% μετά την παρέμβαση (Πίνακας 11).

Αναλυτικότερα, το 4% απάντησε ότι καταναλώνει φαστ-φουντ 3-4 φορές το μήνα (7% μετά την παρέμβαση), το 17% ανέφερε 1-2 φορές το μήνα (μετά την παρέμβαση 14%), το 5% απάντησε 3-4 φορές την εβδομάδα (μετά την παρέμβαση 3%), το 11% δήλωσε πως τρώει 1-2 φορές την εβδομάδα (13% μετά την παρέμβαση) και τέλος, μόνο το 4% τόνισε πως τρώει καθημερινά (μετά την παρέμβαση μόλις 1%).

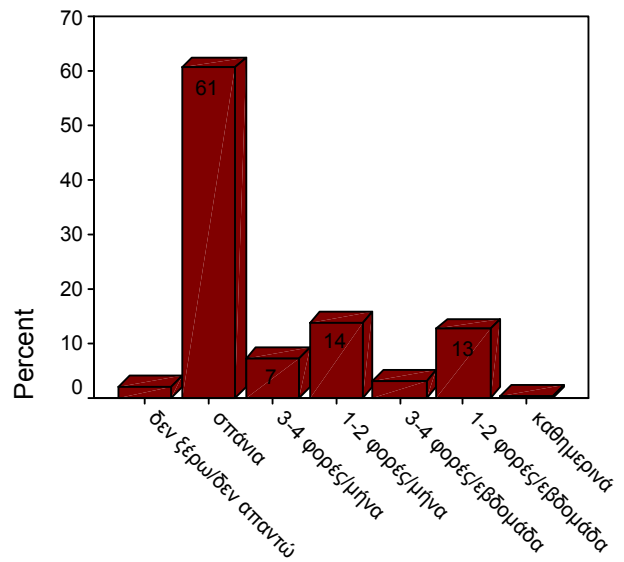
Πίνακας 11

Πόσο συχνά τρώς φαστ-φουντ ΠΡΙΝ



Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

Πόσο συχνά τρώς φαστ-φουντ ΜΕΤΑ



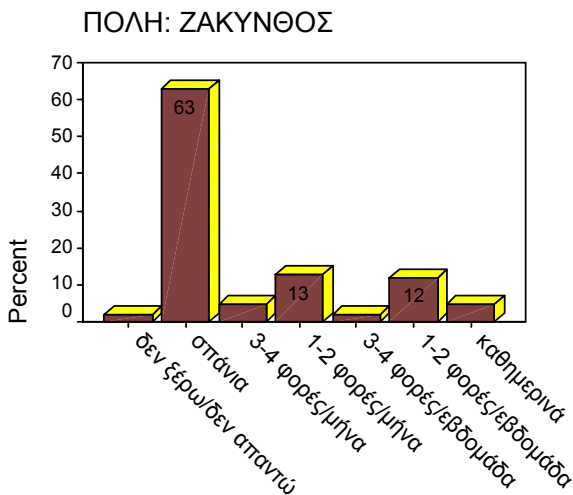
Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

Σημαντικότερη μείωση της κατανάλωσης φαστ-φουντ παρουσιάστηκε στα παιδιά των Χανίων σε σύγκριση με τους μαθητές της Ζακύνθου, καθώς ενώ στην αρχή το 53% καταναλώνει σπάνια φαστ-φουντ, μετά την παρέμβαση αυτό το ποσοστό ανέβηκε στο 65% (Πίνακας 11.β). Σε αντίθετη περίπτωση, τα παιδιά της Ζακύνθου,

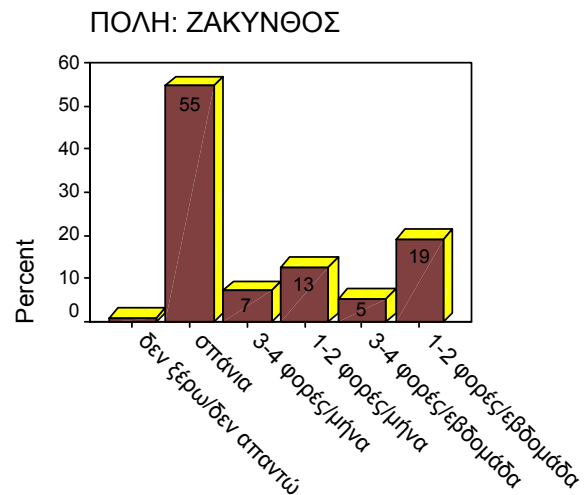
φαίνεται να αύξησαν την κατανάλωση αυτού του φαγητού, ακόμα και σε σχεδόν καθημερινή βάση (Πίνακας 11.α).

Πίνακας 11.α

Πόσο συχνά τρως
φαστ-φουντ ΠΡΙΝ

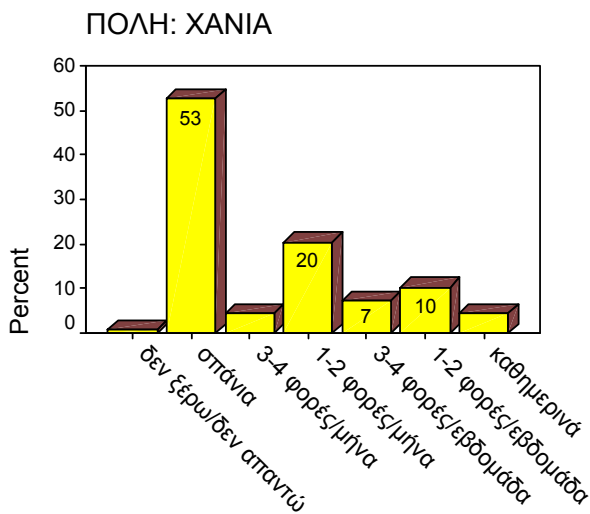


Πόσο συχνά τρως
φαστ-φουντ ΜΕΤΑ

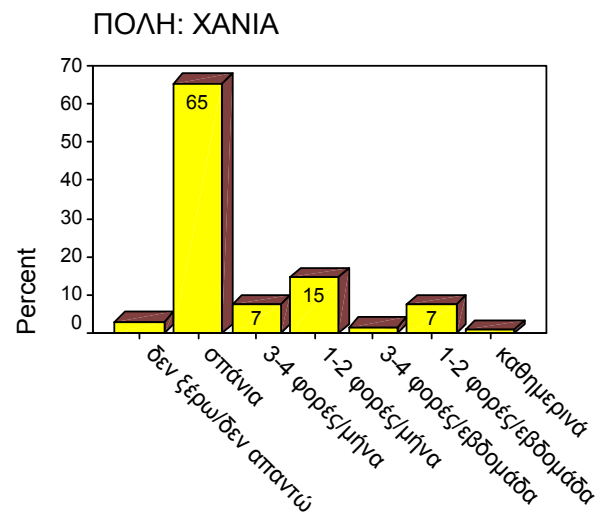


Πίνακας 11.β

Πόσο συχνά τρως
φαστ-φουντ ΠΡΙΝ



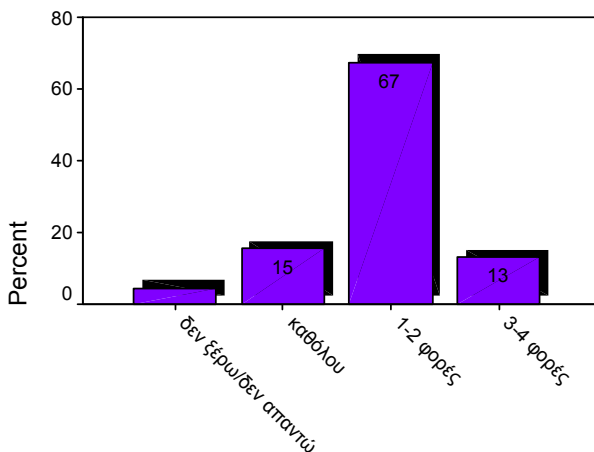
Πόσο συχνά τρως
φαστ-φουντ ΜΕΤΑ



Συνεχίζοντας με τον Πίνακα 12, και όσον αφορά την κατανάλωση ψαριού παρατηρήθηκε μια μικρή αύξηση της τάξης του 4% με συχνότητα 1-2 φορές την εβδομάδα για το σύνολο των μαθητών Ζακύνθου και Χανίων.

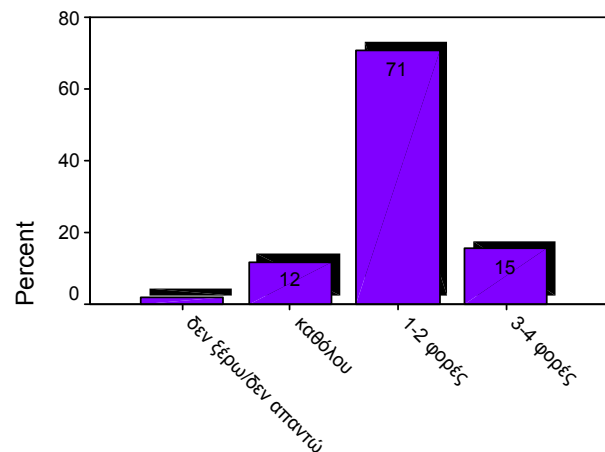
Πίνακας 12

Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως ψάρι ΠΡΙΝ



Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως ψάρι ΜΕΤΑ

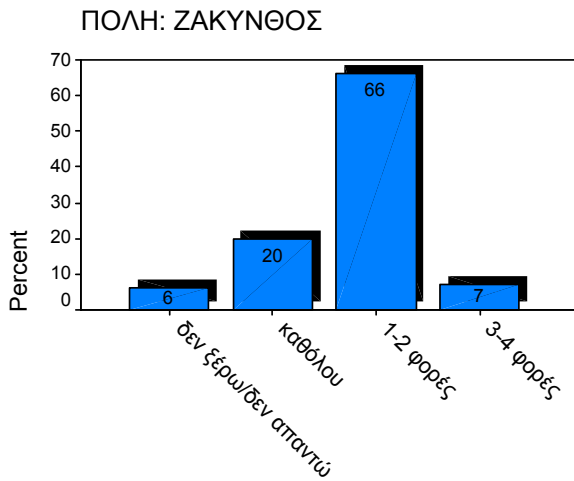


Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

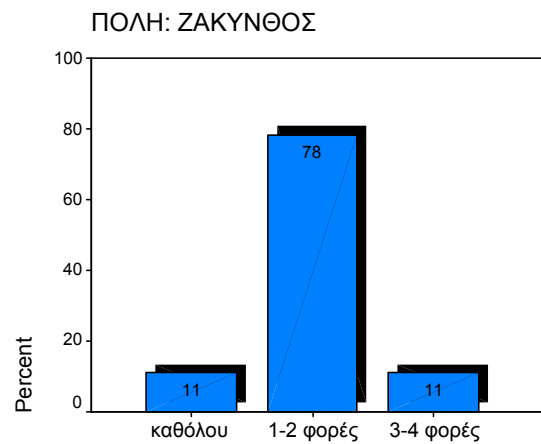
Αναλυτικότερα, φαίνεται πως τα παιδιά της Ζακύνθου μετά την παρέμβαση αύξησαν την κατανάλωση του ψαριού, καθώς μειώθηκαν τα παιδιά που καταρχήν είχαν απαντήσει «δεν ξέρω». Έτσι, όλα τα παιδιά γνώριζαν για την συχνότητα με την οποία κατανάλωναν ψάρι και αυξήθηκε τόσο ο αριθμός των παιδιών που κατανάλωναν ψάρι 1-2 φορές την εβδομάδα (από 66% σε 78%), όσο και αυτών που κατανάλωναν 3-4 φορές την εβδομάδα (από 7% σε 11%). Συνολικά όμως δεν υπήρχε κάποιο σημαντικό αποτέλεσμα (Πίνακας 12.α). Αντίθετα, δεν παρουσιάστηκαν ανάλογα θετικά ποσοστά στον πληθυσμό των μαθητών των Χανίων (Πίνακας 12.β).

Πίνακας 12.α

Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως ψάρι ΠΡΙΝ

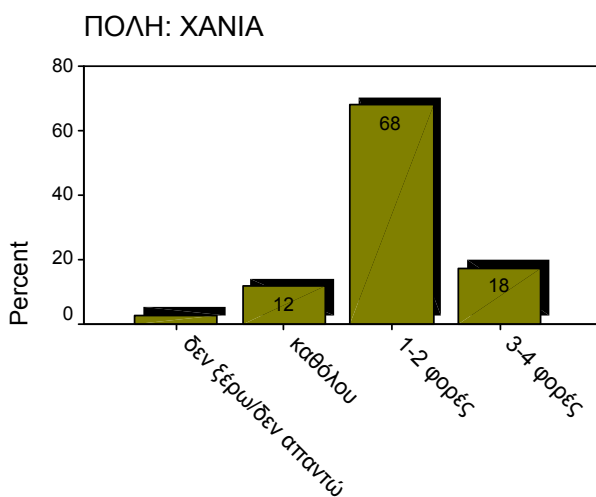


Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως ψάρι ΜΕΤΑ

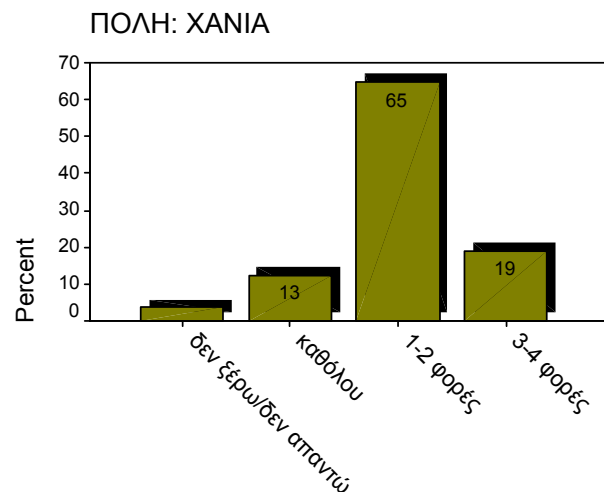


Πίνακας 12.β

Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως ψάρι ΠΡΙΝ

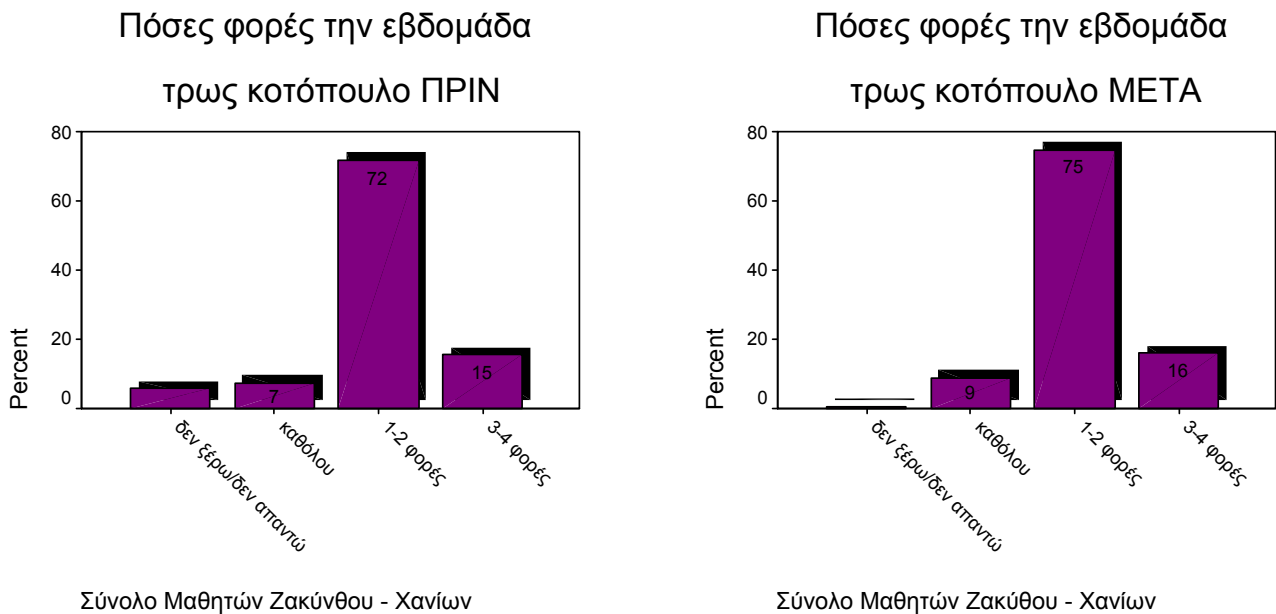


Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως ψάρι ΜΕΤΑ



Η κατανάλωση κοτόπουλου, δεν εμφάνισε σημαντική αλλαγή στο σύνολο των παιδιών της Ζακύνθου και των Χανίων (Πίνακας 13).

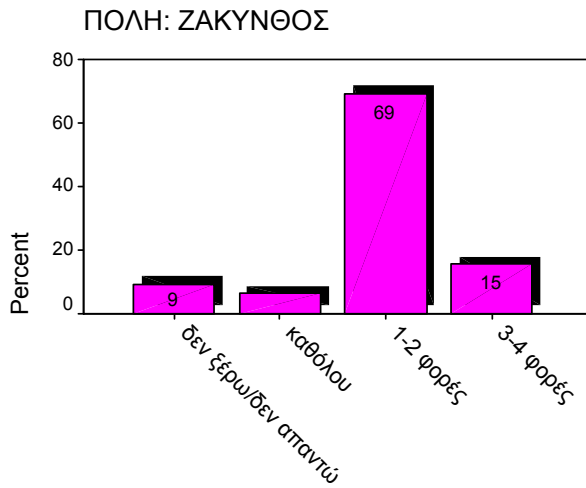
Πίνακας 13



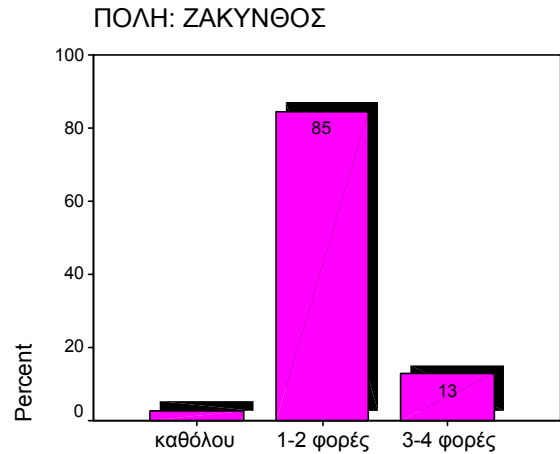
Όσον αφορά την κατανάλωση κοτόπουλου στη Ζάκυνθο, αυξήθηκαν τα παιδιά που το έτρωγαν 1-2 φορές την εβδομάδα, από 69% σε 85% μετά την παρέμβαση, ενώ μειώθηκαν τα παιδιά που έτρωγαν κοτόπουλο 3-4 φορές την εβδομάδα από 15% πριν την παρέμβαση σε 13% (Πίνακας 13.α). Αντίθετα στα Χανιά μειώθηκαν τα παιδιά που έτρωγαν κοτόπουλο 1-2 φορές την εβδομάδα από 74% σε 67% και αυξήθηκαν τα παιδιά που μετά την παρέμβαση έτρωγαν κοτόπουλο 3-4 φορές την εβδομάδα από 15% σε 19% μετά την παρέμβαση (Πίνακας 13.β).

Πίνακας 13.α

Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως κοτόπουλο ΠΡΙΝ

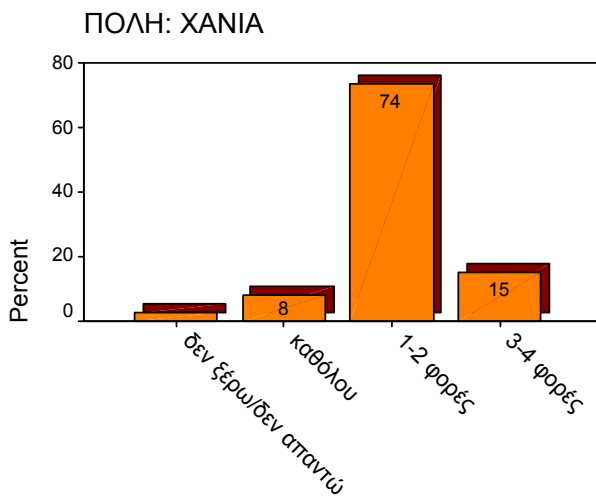


Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως κοτόπουλο ΜΕΤΑ

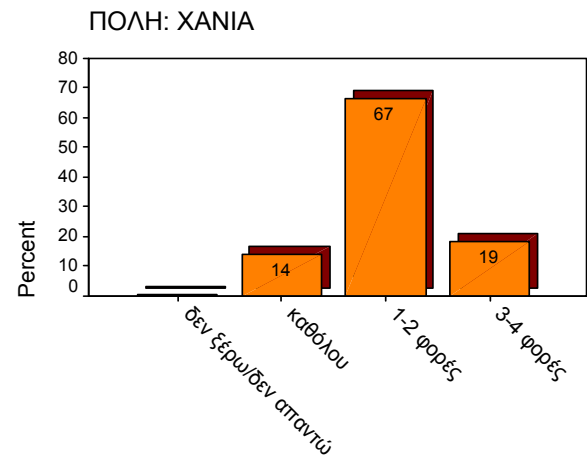


Πίνακας 13.β

Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως κοτόπουλο ΠΡΙΝ

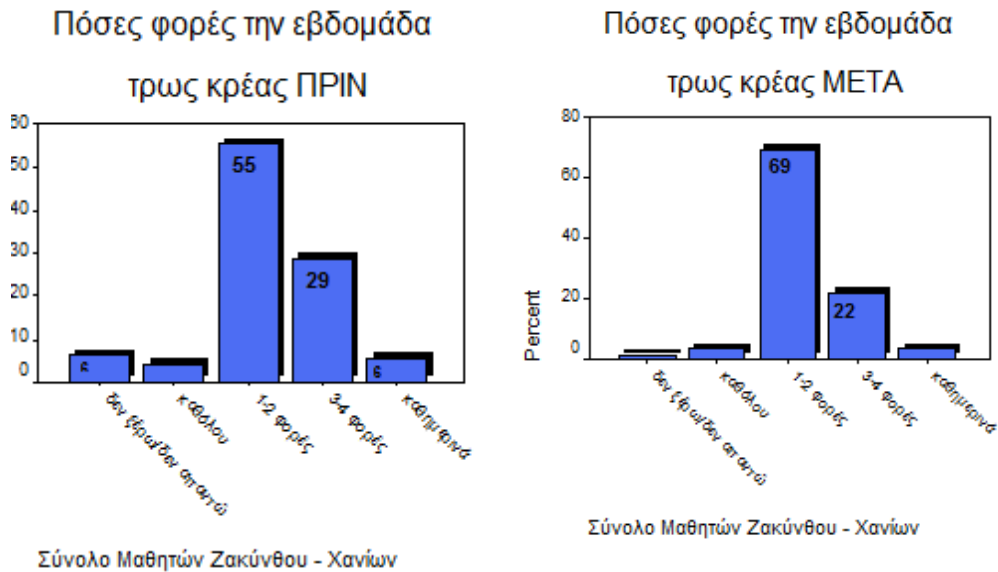


Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως κοτόπουλο ΜΕΤΑ



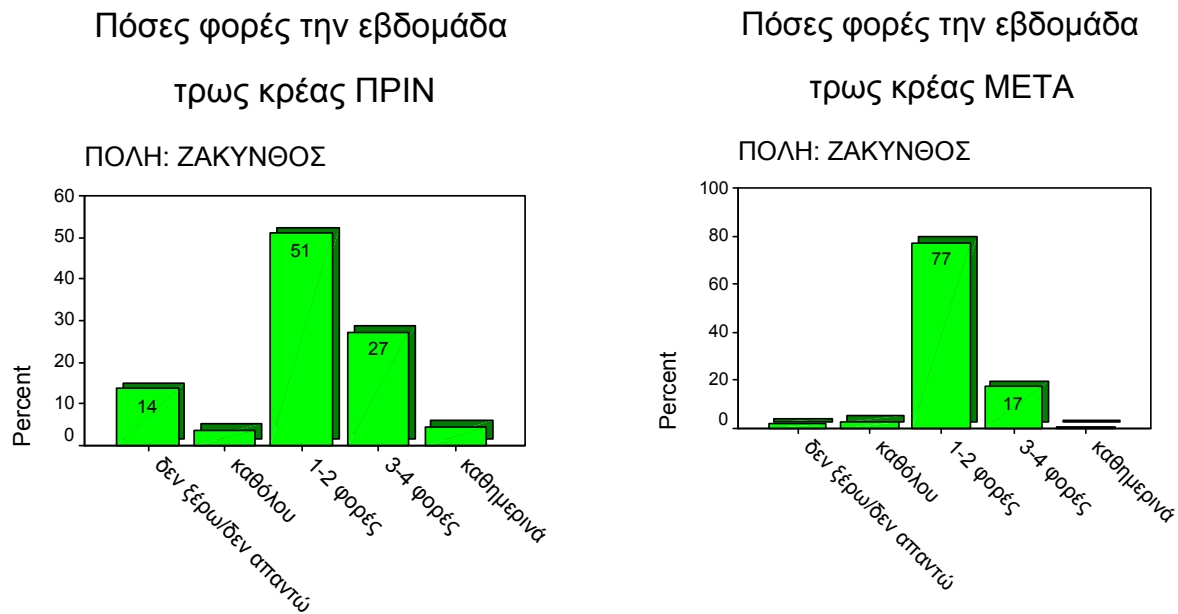
Μετά την παρέμβαση αυξήθηκε συνολικά το ποσοστό των παιδιών που καταναλώναν κρέας στο 69% (55% πριν την παρέμβαση) και μειώθηκε το ποσοστό των παιδιών που καταναλώνε το κρέας τόσο καθημερινά (από 6% στο 2%) όσο και 3-4 φορές την εβδομάδα (από 29% στο 22%) (Πίνακας 14).

Πίνακας 14



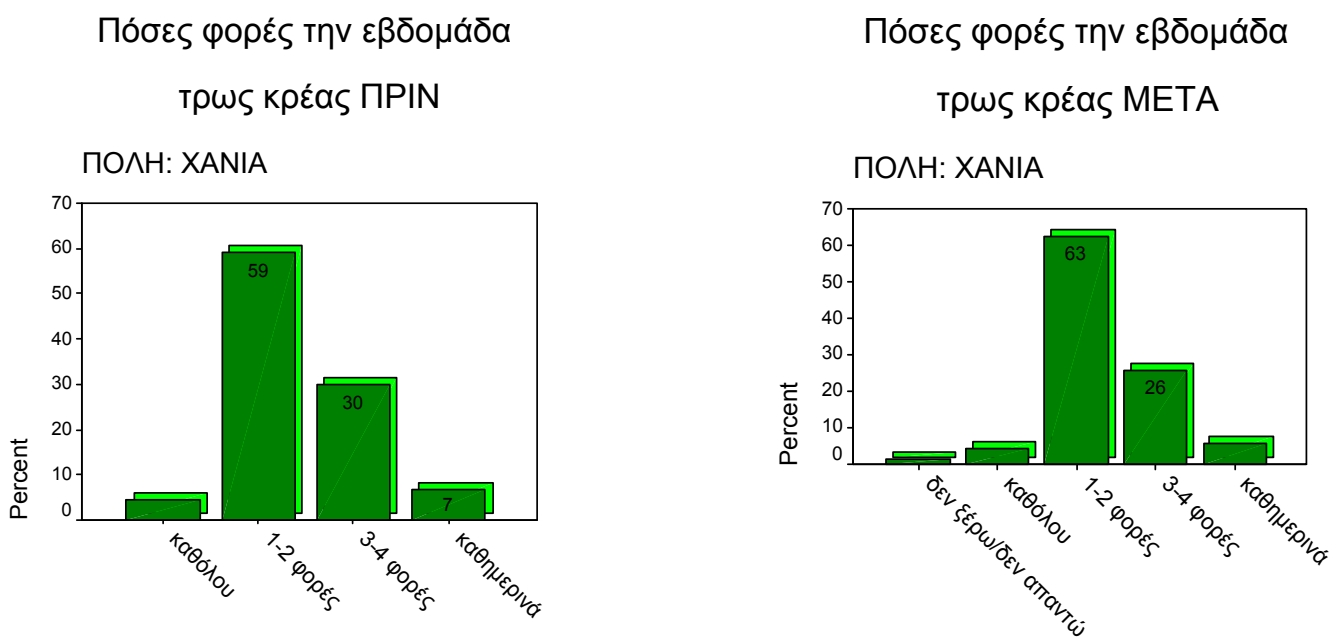
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τον Πίνακα 14.α για τους μαθητές της Ζακύνθου, φάνηκε μια αύξηση της κατανάλωσης του κρέατος σε συχνότητα 1-2 φορές την εβδομάδα (77% έναντι του 55% που ήταν πριν την παρέμβαση).

Πίνακας 14.α



Ανάλογη, αλλά μικρότερη αύξηση παρουσιάστηκε στην ίδια συχνότητα κατανάλωσης κρέατος, για τα παιδιά των Χανίων. Συγκεκριμένα, το 59% των παιδιών που κατανάλωνε κρέας στην αρχή της έρευνας, αυξήθηκε στο 63% έπειτα από την παρέμβαση (Πίνακας 14.β).

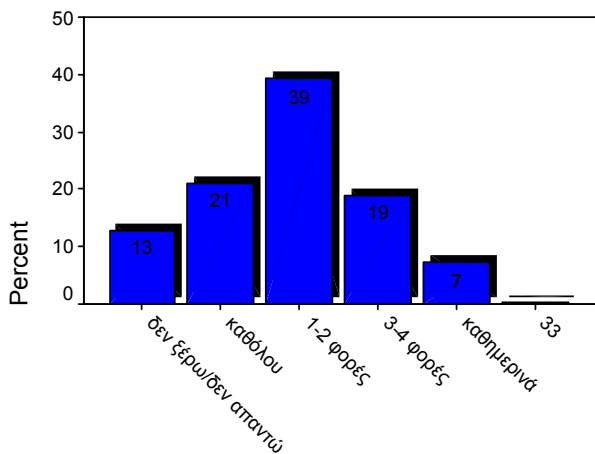
Πίνακας 14.β



Συνεχίζοντας με την ερώτηση που αναφέρεται στο «Πόσες φορές την εβδομάδα τρως λαδερό φαγητό;» το συνολικό ποσοστό των παιδιών και των δύο πόλεων αυξήθηκε όσον αφορά τη συχνότητα 1-2 φορές την εβδομάδα (Πίνακας 15). Συγκεκριμένα, το 39% των παιδιών που είχαν απαντήσει πριν την παρέμβαση ότι καταναλώνουν λαδερό φαγητό, αυξήθηκε στο 63%, ενώ το ποσοστό των παιδιών που είχαν απαντήσει ότι δεν καταναλώνουν καθόλου τέτοιου είδους φαγητά μειώθηκε κατά 10% (21% πριν και 11 μετά την υλοποίηση της έρευνας).

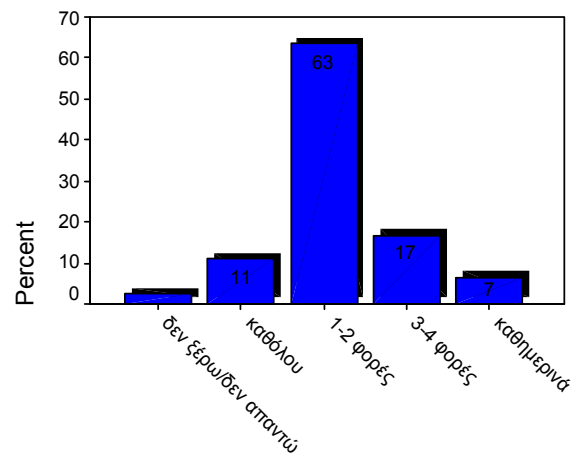
Πίνακας 15

Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως λαδερό φαγητό ΠΡΙΝ



Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως λαδερό φαγητό ΜΕΤΑ

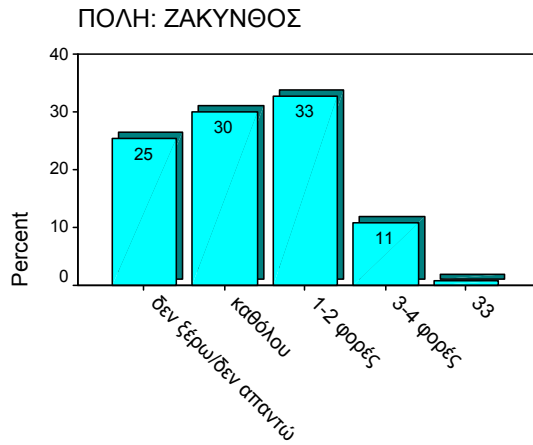


Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

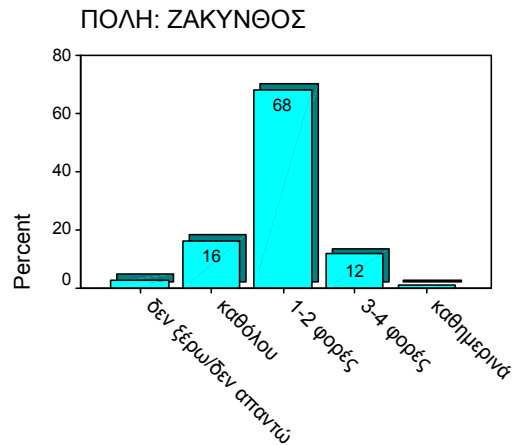
Όσον αφορά τα αποτελέσματα των δύο πόλεων ξεχωριστά, παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των μαθητών της Ζακύνθου που καταναλώνει λαδερό φαγητό 1-2 φορές την εβδομάδα αυξήθηκε μετά την παρέμβαση (68% έναντι του 33% που ήταν πριν την παρέμβαση) (Πίνακας 15.α).

Πίνακας 15.α

Πόσες φορές την εβδομάδα τρως
λαδερό φαγητό ΠΡΙΝ



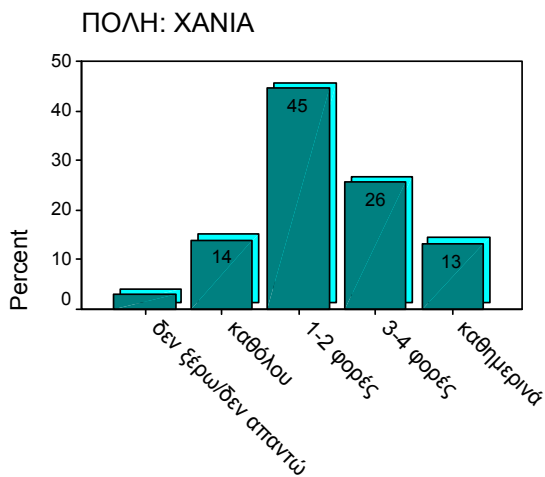
Πόσες φορές την εβδομάδα τρως
λαδερό φαγητό ΜΕΤΑ



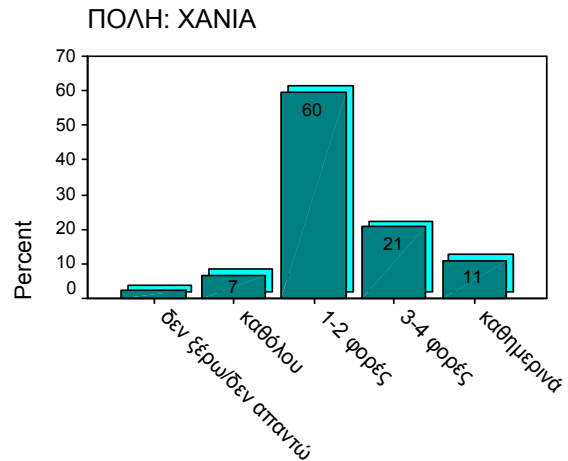
Το ίδιο περίπου ισχύει και για το ποσοστό των παιδιών των Χανίων, καθώς το 60% κατανάλωνε λαδερό φαγητό 1-2 φορές την εβδομάδα έναντι του 45% που είχε απαντήσει πριν την παρέμβαση. Βέβαια, εδώ θα πρέπει να τονίσουμε το γεγονός ότι παρατηρήθηκε μια μικρή μείωση των παιδιών που κατανάλωναν λαδερό φαγητό 3-4 φορές την εβδομάδα (21%) και καθημερινά από 13% σε 11% (Πίνακας 15.β).

Πίνακας 15.β

Πόσες φορές την εβδομάδα τρως
λαδερό φαγητό ΠΡΙΝ

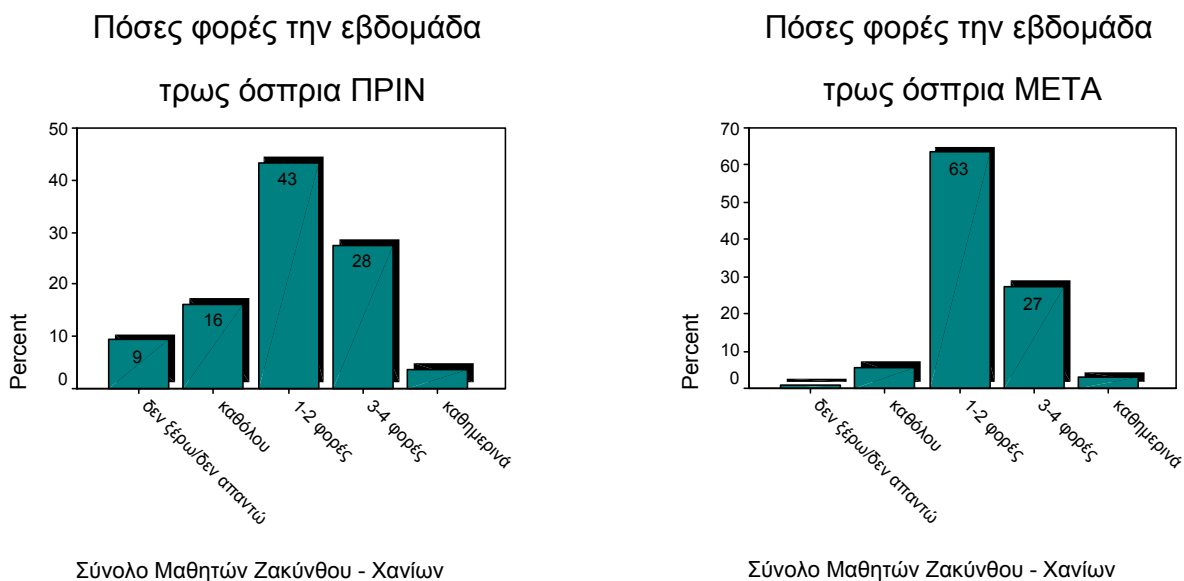


Πόσες φορές την εβδομάδα τρως
λαδερό φαγητό ΜΕΤΑ



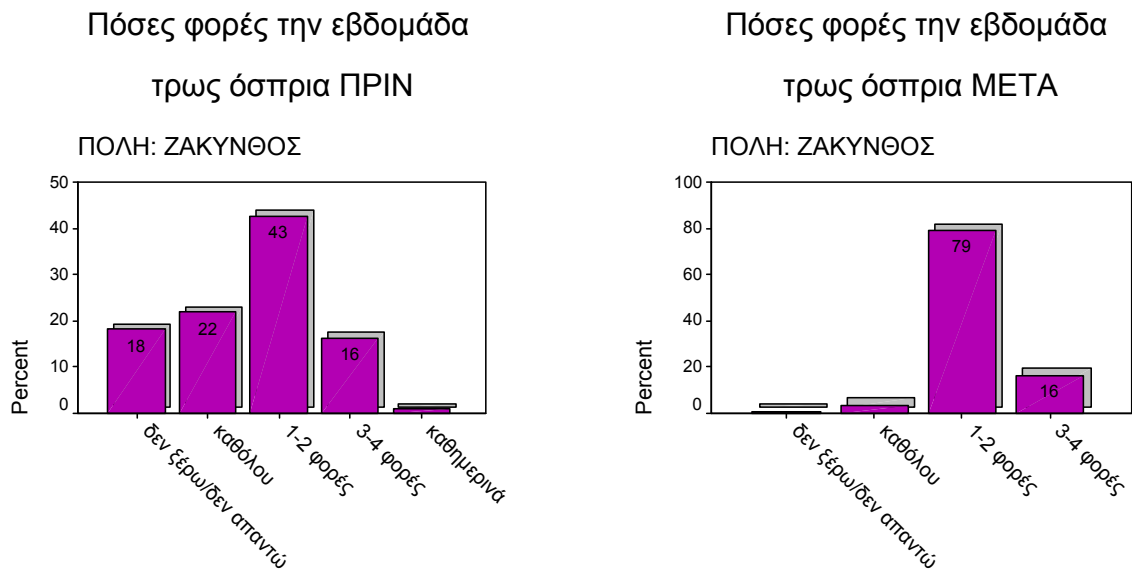
Όσον αφορά την ερώτηση για την εβδομαδιαία κατανάλωση οσπρίων παρουσιάστηκε μια σημαντική αύξηση και για τις δύο πόλεις της τάξεως του 63% έναντι του 43% του συνόλου των παιδιών που κατανάλωναν 1-2 φορές την εβδομάδα όσπρια πριν την παρέμβαση. Επιπλέον, είναι σημαντική και η μείωση του ποσοστού των παιδιών, που στην αρχή είχαν απαντήσει ότι δεν καταναλώνουν καθόλου όσπρια κατά τη διάρκεια της εβδομάδας, όπως φαίνεται στον Πίνακα 16.

Πίνακας 16



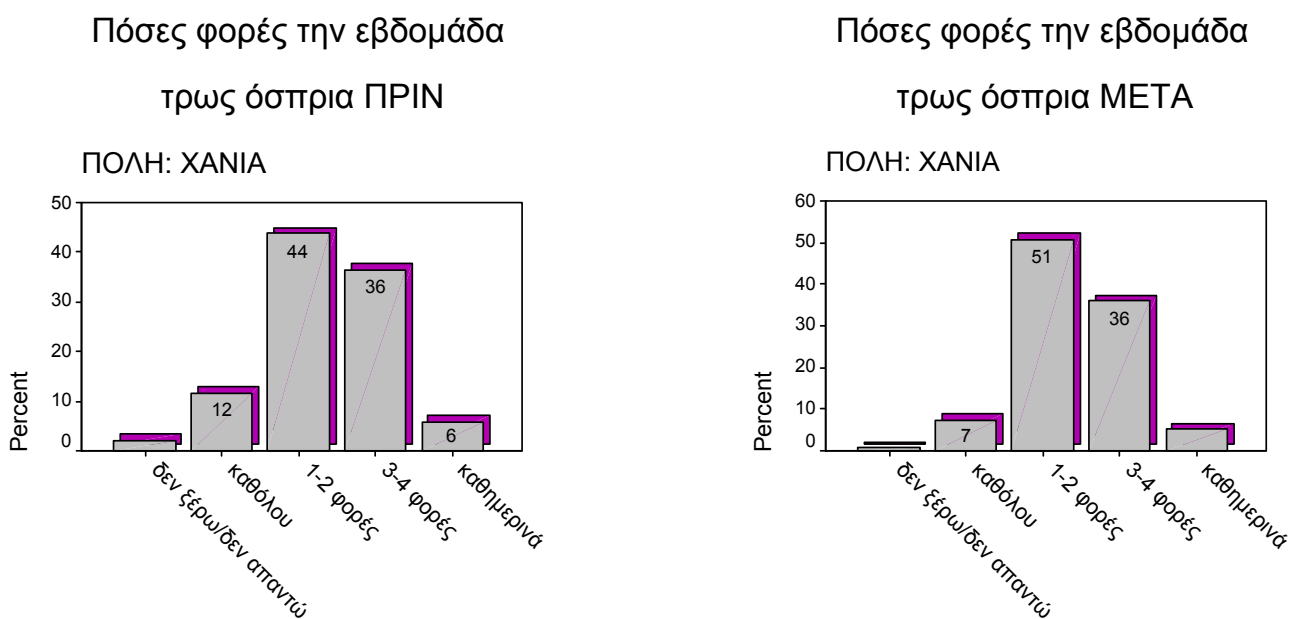
Αναλυτικότερα, για τη Ζάκυνθο, το 79% των παιδιών απάντησαν ότι πλέον καταναλώνουν όσπρια 1-2 φορές την εβδομάδα, ενώ ήταν μικρό το ποσοστό των παιδιών που απάντησαν ότι δεν καταναλώνουν καθόλου αυτή την ομάδα (Πίνακας 16.α).

Πίνακας 16.α



Στα Χανιά, αν και υπήρξε αύξηση δεν ήταν τόσο σημαντική σε σχέση με εκείνη της Ζακύνθου. Συγκεκριμένα, το 51% απάντησε ότι καταναλώνουν 1-2 φορές την εβδομάδα και το 7% ότι δεν καταναλώνουν καθόλου όσπρια, σε αντίθεση με τις απαντήσεις που είχαν δώσει πριν την παρέμβαση όπου βρίσκονταν στο 44% και το 12%, αντίστοιχα (Πίνακας 16.β).

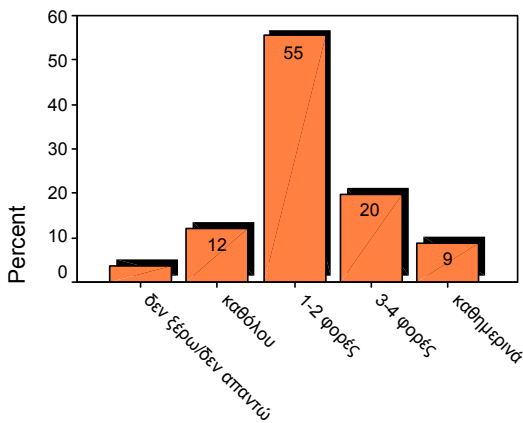
Πίνακας 16.β



Προχωρώντας στην ερώτηση όπου έχει να κάνει με την κατανάλωση αυγών, καμία από τις δύο πόλεις δεν παρουσίασε σημαντική αλλαγή (Πίνακας 17.α και 17.β), όπως και στο σύνολο (Πίνακας 17).

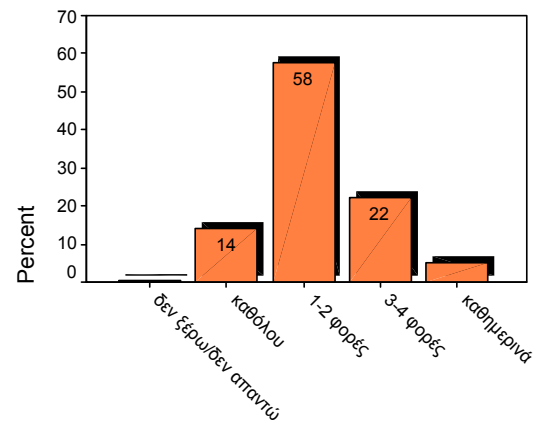
Πίνακας 17

Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως αυγά ΠΡΙΝ



Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

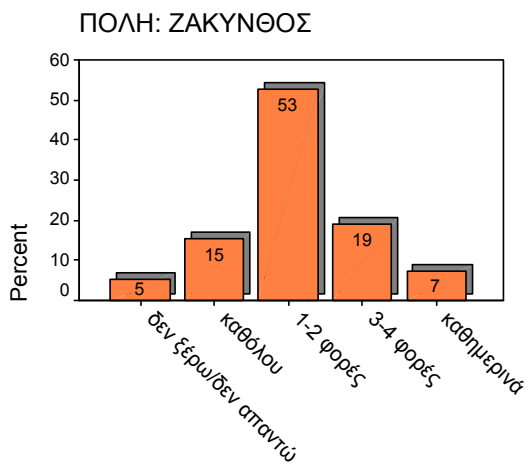
Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως αυγά ΜΕΤΑ



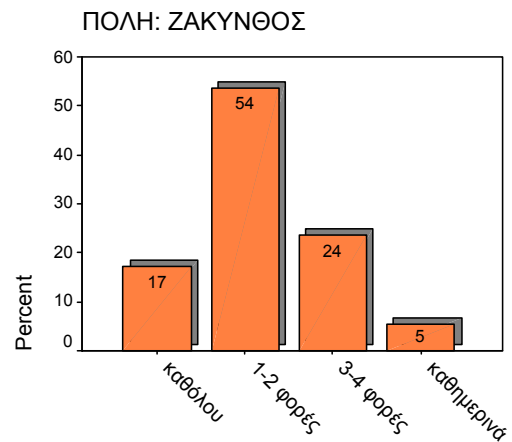
Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

Πίνακας 17.α

Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως αυγά ΠΡΙΝ

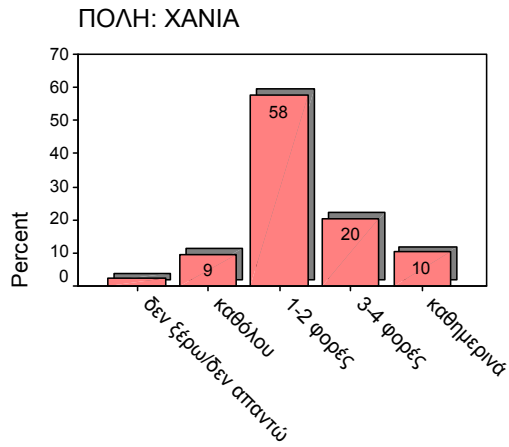


Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως αυγά ΜΕΤΑ

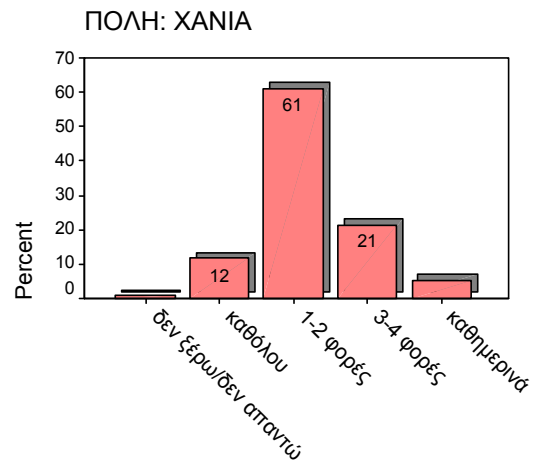


Πίνακας 17.β

Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως αυγά ΠΡΙΝ



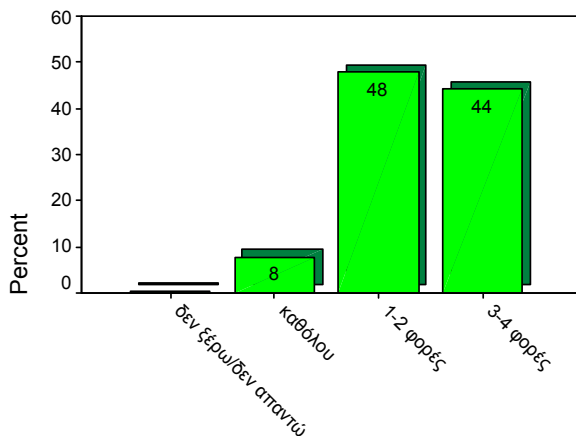
Πόσες φορές την εβδομάδα
τρως αυγά ΜΕΤΑ



Όσον αφορά, την ημερήσια κατανάλωση φρούτων (Ερώτηση 27), παρουσιάστηκε μια μικρή αλλά σημαντική αύξηση, καθώς μετά την παρέμβαση το 57% απάντησε ότι καταναλώνει 3-4 φορές φρούτα την ημέρα, σε αντίθεση με πριν όπου καταναλώνει μόνο το 44% των παιδιών (Πίνακας 18).

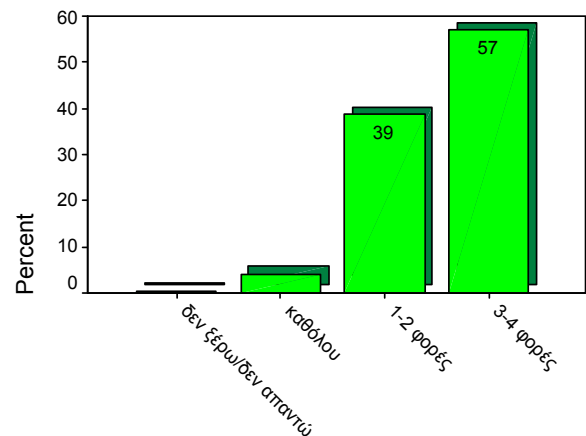
Πίνακας 18

Πόσες φορές την ημέρα
τρως φρούτα ΠΡΙΝ



Σύνολο αθλητών Ζακύνθου - Χανίων

Πόσες φορές την ημέρα
τρως φρούτα ΜΕΤΑ

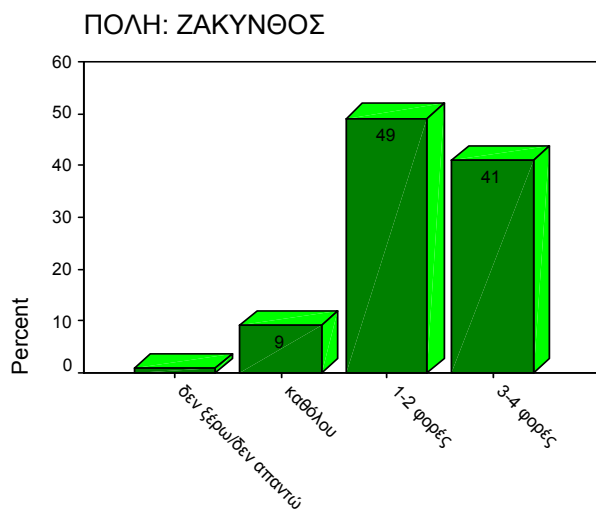


Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

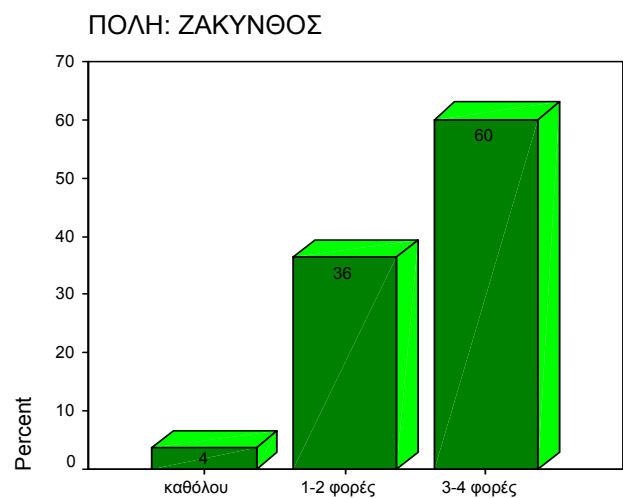
Πιο αναλυτικά, πριν την παρέμβαση, το 49% των μαθητών της Ζακύνθου καταναλώνει φρούτα 1-2 φορές την ημέρα, το 41% 3-4 φορές την ημέρα, και το 9% δεν καταναλώνει. Μετά την παρέμβαση, το ποσοστό των παιδιών που είχε απαντήσει «καθόλου» μειώθηκε στο 4%, εκείνο που είχε απαντήσει «1-2 φορές την ημέρα» μειώθηκε στο 36%, ενώ αυξήθηκε στο 60% το ποσοστό των παιδιών που καταναλώνουν φρούτα 3-4 φορές την ημέρα (Πίνακας 18.α).

Πίνακας 18.α

Πόσες φορές την ημέρα τρως φρούτα ΠΡΙΝ



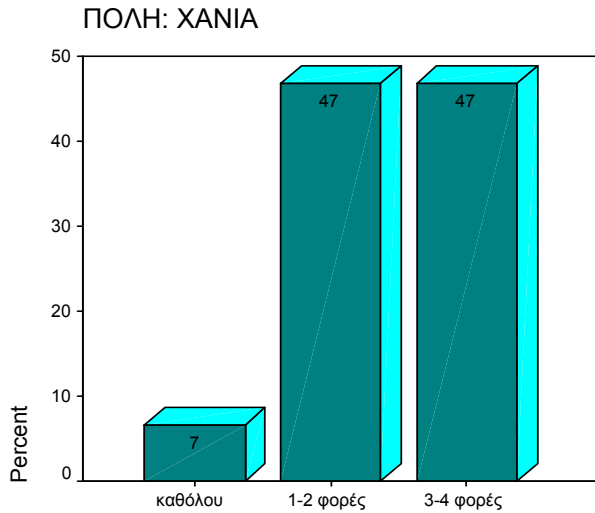
Πόσες φορές την ημέρα τρως φρούτα ΜΕΤΑ



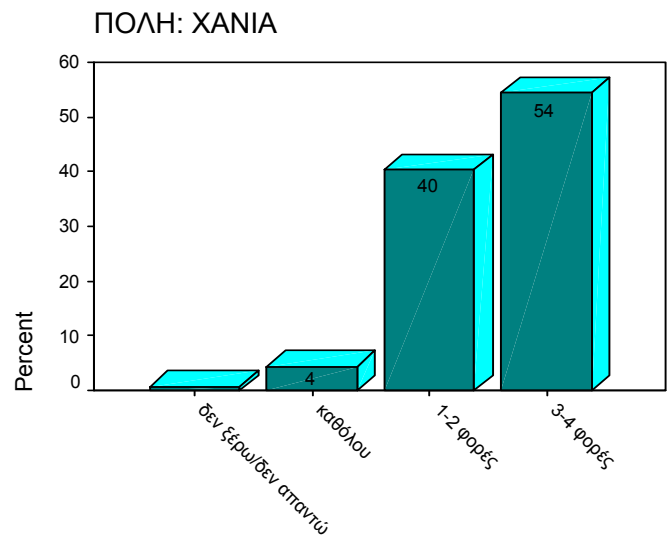
Αντίθετα, τα Χανιά, σ' αυτή τη φάση, δεν είχαν σημαντική αύξηση στην ημερήσια κατανάλωση των φρούτων (47% πριν και 54% μετά την παρέμβαση) (Πίνακας 18.β).

Πίνακας 18.β

Πόσες φορές την ημέρα τρως φρούτα ΠΡΙΝ



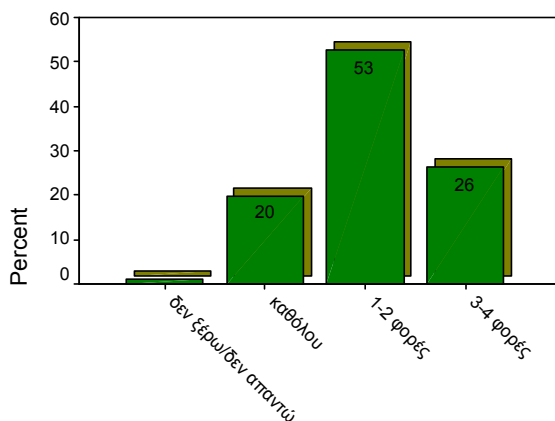
Πόσες φορές την ημέρα τρως φρούτα ΜΕΤΑ



Αξιόλογες αλλαγές προέκυψαν στο ποσοστό των μαθητών και των δύο πόλεων, όσον αφορά την κατανάλωση λαχανικών (Ερώτηση 28), καθώς το 20% των παιδιών που είχαν αναφέρει ότι δεν καταναλώνουν καθόλου λαχανικά, μετά την παρέμβαση μειώθηκε στο 7% (Πίνακας 19). Επιπλέον, αυξήθηκε κατά 8% η κατανάλωση λαχανικών 1-2 φορές την εβδομάδα.

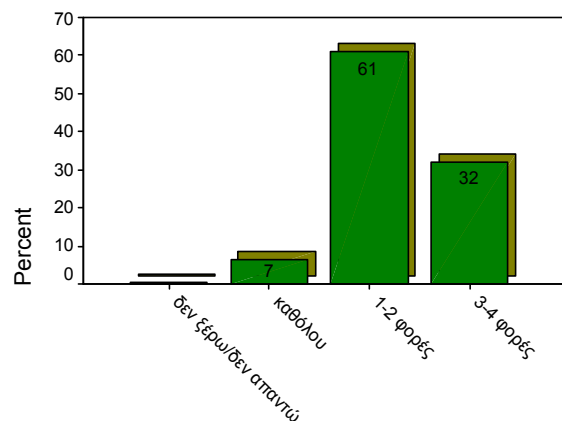
Πίνακας 19

Πόσες φορές την ημέρα
τρως λαχανικά ΠΡΙΝ



Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

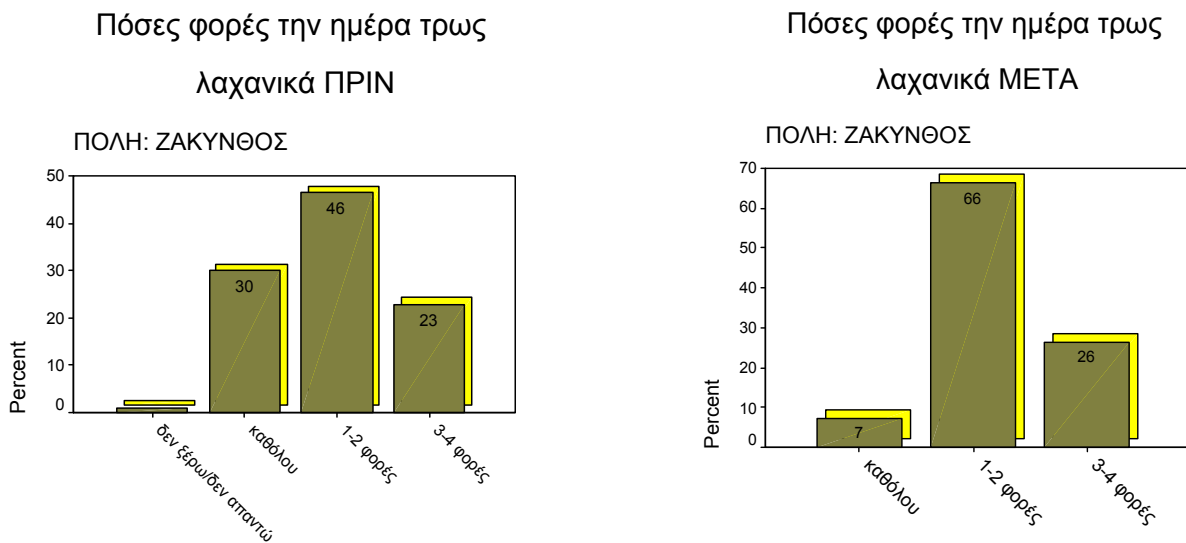
Πόσες φορές την ημέρα
τρως λαχανικά ΜΕΤΑ



Σύνολο μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

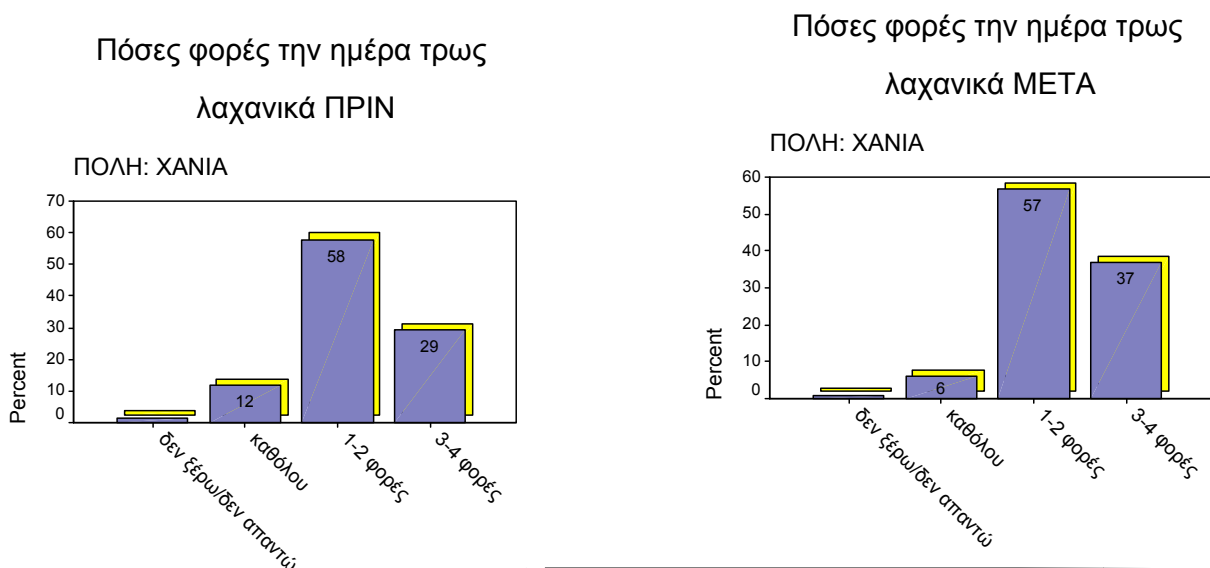
Ακόμα σημαντικότερα θετικά αποτελέσματα παρουσίασαν τα παιδιά της Ζακύνθου, στην κατανάλωση των λαχανικών. Συγκεκριμένα, αν και πριν την παρέμβαση υπήρξε ένα μεγάλο ποσοστό όπου δεν κατανάλωνε λαχανικά (30%), μετά την παρέμβαση μειώθηκε στο 7% και αυξήθηκε η κατανάλωση 1-2 φορές την ημέρα στο 66% (Πίνακας 19.α).

Πίνακας 19.α



Αντίθετα, τα παιδιά των Χανίων αύξησαν τη συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών από 1-2 σε 3-4 φορές την ημέρα (29% πριν και 37% μετά την παρέμβαση).

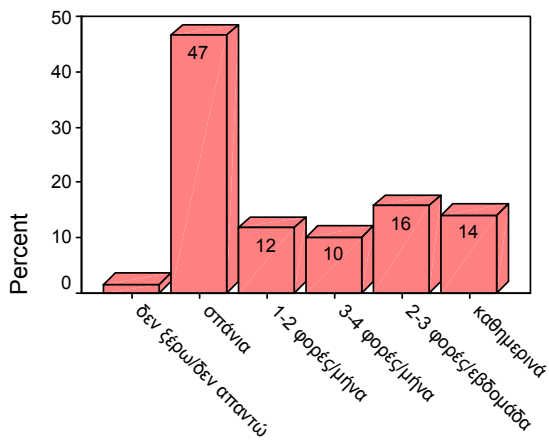
Πίνακας 19.β



Συνεχίζοντας για την συχνότητα κατανάλωσης επιδόρπιο κατά τη διάρκεια της εβδομάδας, δεν παρουσιάστηκαν αξιόλογες αλλαγές μετά την παρέμβαση σε καμία από τις δύο πόλεις (Πίνακας 20, 20.α και 20.β). Επομένως, δεν υπάρχει λόγος περαιτέρω σχολιασμού.

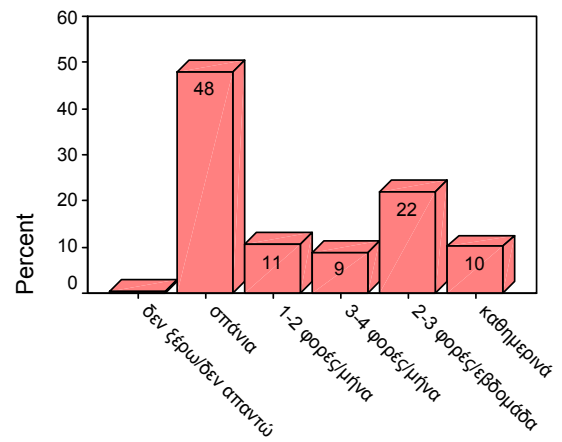
Πίνακας 20

Πόσο συχνά τρως επιδόρπιο
μετά το γεύμα ΠΡΙΝ



Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

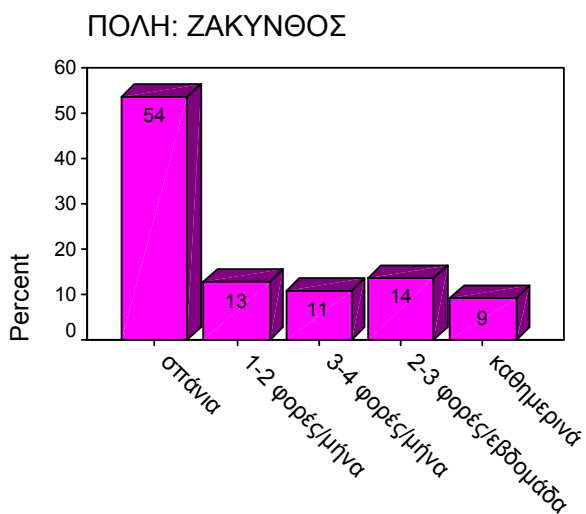
Πόσο συχνά τρως επιδόρπιο
μετά το γεύμα ΜΕΤΑ



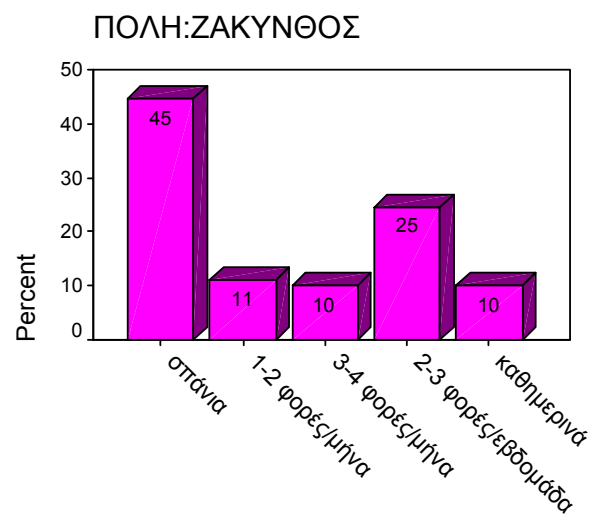
Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

Πίνακας 20.α

Πόσο συχνά τρως επιδόρπιο
μετά το γεύμα ΠΡΙΝ

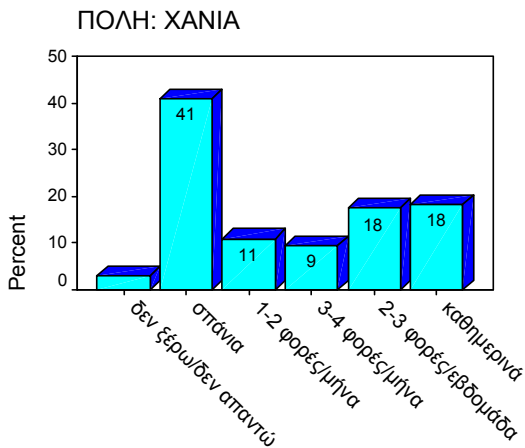


Πόσο συχνά τρως επιδόρπιο
μετά το γεύμα ΜΕΤΑ

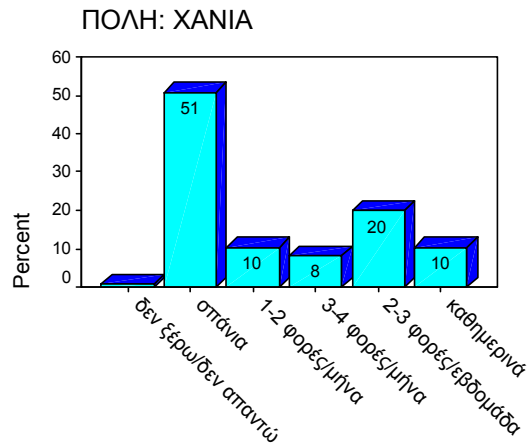


Πίνακας 20.β

Πόσο συχνά τρως επιδόρπιο
μετά το γεύμα ΠΡΙΝ



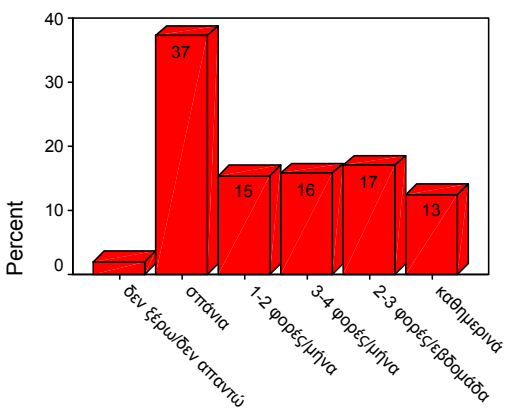
Πόσο συχνά τρως επιδόρπιο
μετά το γεύμα ΜΕΤΑ



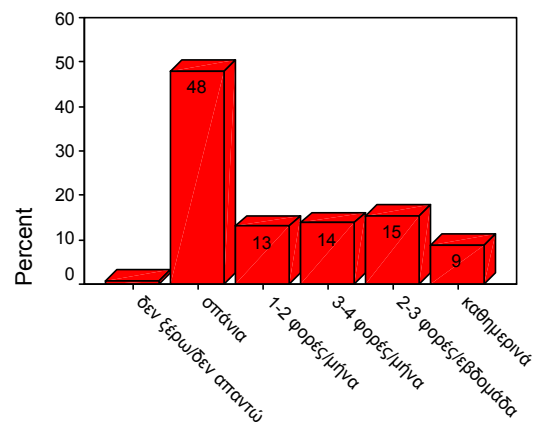
Η ερώτηση που αναφερόταν στην κατανάλωση αναψυκτικών, όπου γενικότερα φάνηκε να υπάρχει μια μικρή αλλά σημαντική μείωση, καθώς είχε παρατηρηθεί ότι τα παιδιά και των δύο πόλεων ήταν αρκετά συνειδητοποιημένα προτού ξεκινήσει η παρέμβαση. Συγκεκριμένα, πριν την παρέμβαση το 37% του συνόλου των παιδιών Ζακύνθου και Χανίων είχε απαντήσει ότι καταναλώνει σπάνια αναψυκτικά, πράγμα το οποίο αυξήθηκε κατά 48% μετά την παρέμβαση (Πίνακας 21).

Πίνακας 21

Πόσο συχνά καταναλώνεις
αναψυκτικά ΠΡΙΝ



Πόσο συχνά καταναλώνεις
αναψυκτικά ΜΕΤΑ



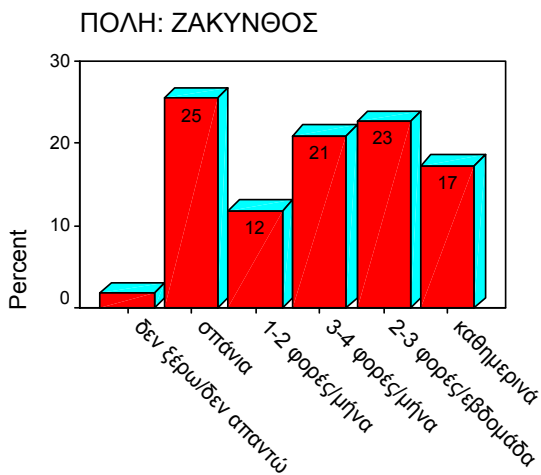
Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

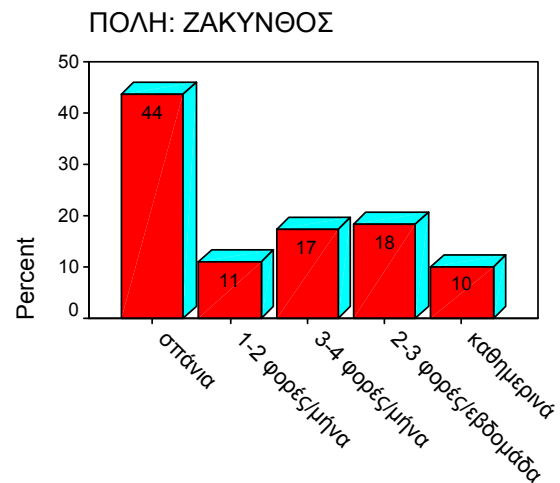
Σημαντικότερη μείωση της κατανάλωσης αναψυκτικών παρουσιάστηκε στα παιδιά της Ζακύνθου, καθώς ενώ στην αρχή μόνο το 25% κατανάλωνε σπάνια αναψυκτικά, μετά την παρέμβαση αυτό το ποσοστό ανέβηκε στο 44% (Πίνακας 21.α). Αντίθετα, αν και τα παιδιά των Χανίων, φάνηκε να βελτίωσαν την πρόσληψή τους σε αναψυκτικά, τα αποτελέσματα δεν ήταν τόσο αξιόλογα, ώστε να σχολιαστούν (Πίνακας 21.β).

Πίνακας 21.α

Πόσο συχνά καταναλώνεις
αναψυκτικά ΠΡΙΝ

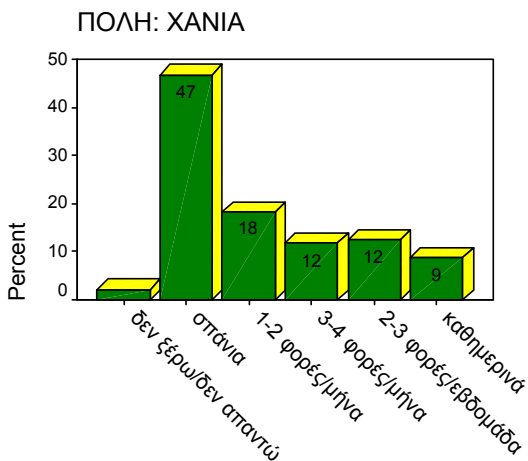


Πόσο συχνά καταναλώνεις
αναψυκτικά ΜΕΤΑ

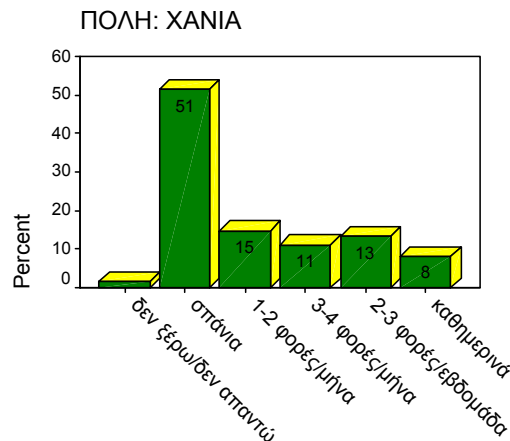


Πίνακας 21.β

Πόσο συχνά καταναλώνεις
αναψυκτικά ΠΡΙΝ



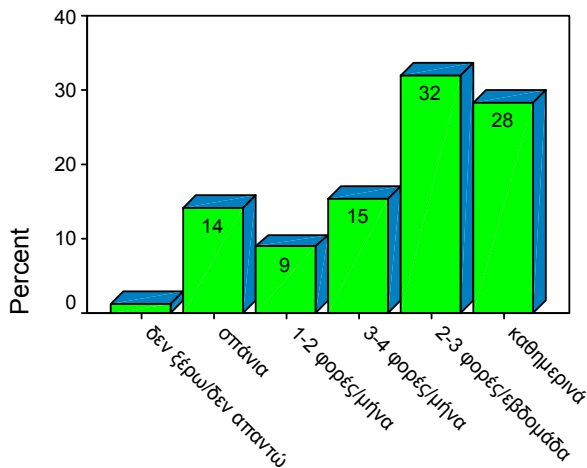
Πόσο συχνά καταναλώνεις
αναψυκτικά ΜΕΤΑ



Όσον αφορά την κατανάλωση φυσικών χυμών, παρουσιάστηκε σημαντική αύξηση στην καθημερινή κατανάλωση στο σύνολο των μαθητών Ζακύνθου και Χανίων. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Πίνακα 22, φάνηκε ότι το 41% των παιδιών πλέον καταναλώνει φυσικούς χυμούς, έναντι του 28% που είχε απαντήσει πριν την παρέμβαση.

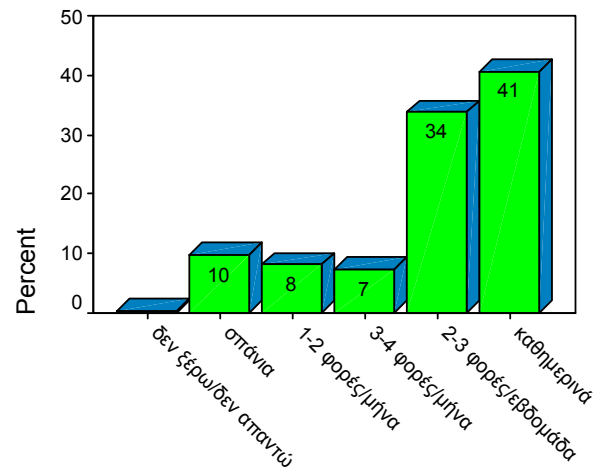
Πίνακας 22

Πόσο συχνά καταναλώνεις
φυσικούς χυμούς ΠΡΙΝ



Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

Πόσο συχνά καταναλώνεις
φυσικούς χυμούς ΜΕΤΑ

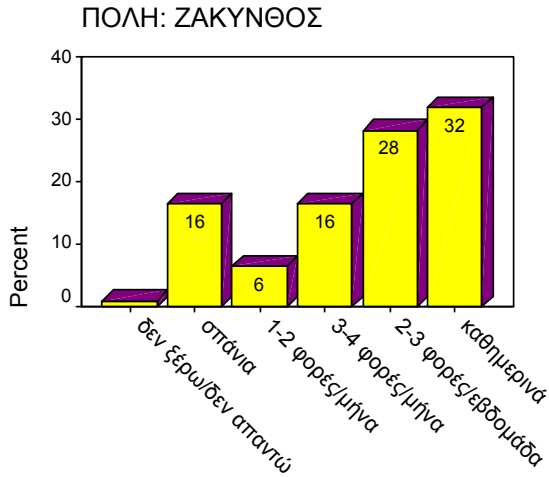


Σύνολο Μαθητών Ζακύνθου - Χανίων

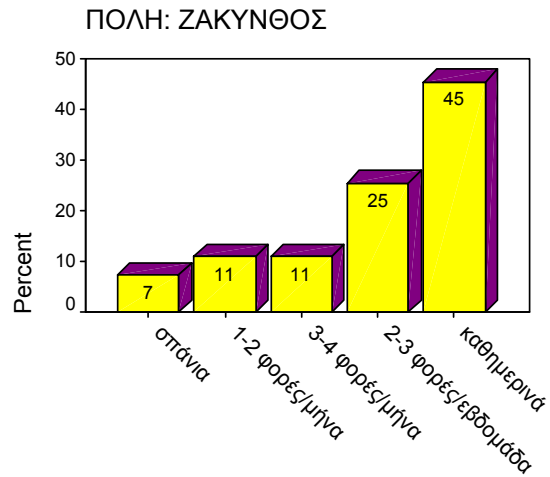
Πιο αναλυτικά, στη Ζάκυνθο, υπήρχε ένα μικρό ποσοστό όπου κατανάλωνε σπάνια φυσικούς χυμούς (16%), πράγμα το οποίο μειώθηκε ακόμη περισσότερο μετά την παρέμβαση (11%). Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των παιδιών που καταναλώναν φυσικό χυμό λίγες φορές το μήνα μειώθηκε και αντ' αυτού αυξήθηκε η καθημερινή κατανάλωση στο 45% έναντι του 32% που ήταν πριν (Πίνακας 22.α).

Πίνακας 22.α

Πόσο συχνά καταναλώνεις
φυσικούς χυμούς ΠΡΙΝ



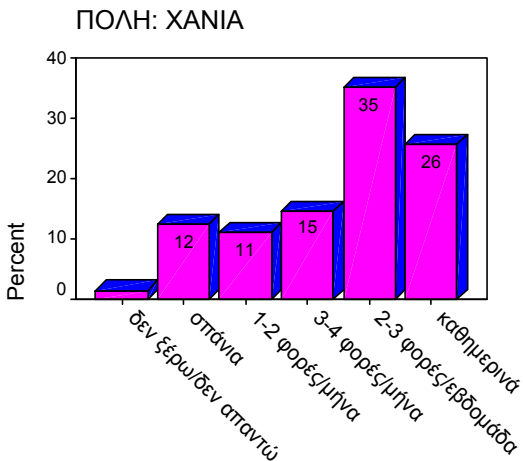
Πόσο συχνά καταναλώνεις
φυσικούς χυμούς ΜΕΤΑ



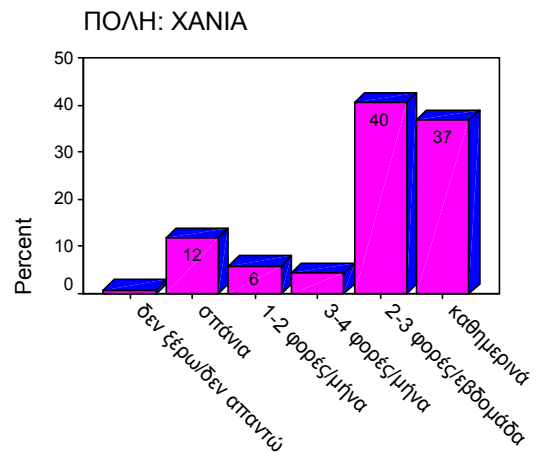
Παρομοίως, σύμφωνα με τα αποτελέσματα των μαθητών από τα Χανιά, και όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 22.β, υπάρχει μια αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης φυσικού χυμού (37%), μειώθηκε η κατανάλωση από λίγες φορές το μήνα, ενώ δε φάνηκε αλλαγή στο ποσοστό που είχε απαντήσει ότι καταναλώνει σπάνια χυμούς (12%).

Πίνακας 22.β

Πόσο συχνά καταναλώνεις
φυσικούς χυμούς ΠΡΙΝ



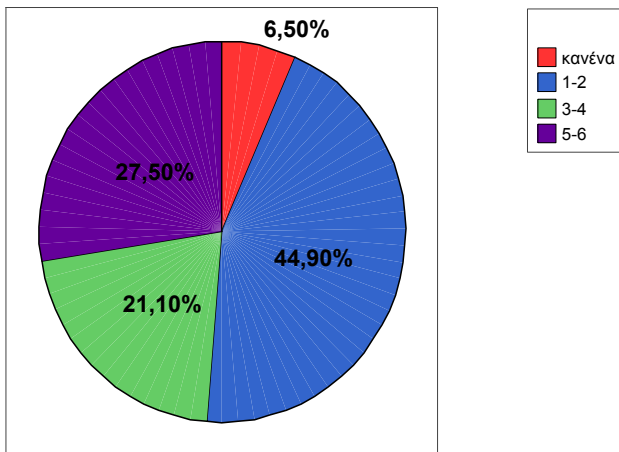
Πόσο συχνά καταναλώνεις
φυσικούς χυμούς ΜΕΤΑ



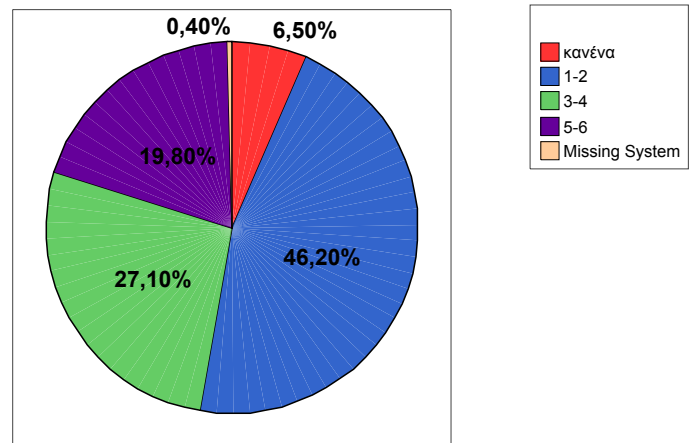
Για την ερώτηση «Πόσα γεύματα τρως μαζί με όλη την οικογένεια;» δεν βρέθηκαν σημαντικές και θετικές αλλαγές. Αντιθέτως, παρουσιάστηκε μείωση στη μεγαλύτερη συχνότητα κατανάλωσης γευμάτων (19,8% από 27,5%), ενώ αυξήθηκε λίγο η κατανάλωση 1-2 γευμάτων την ημέρα μαζί με όλη την οικογένεια. Παρηγορητικό σημείο αποτελεί το γεγονός ότι αυξήθηκε κατά 6% η κατανάλωση 3-4 γευμάτων μαζί με όλη την οικογένεια (Πίνακας 23).

Πίνακας 23

Πόσα γεύματα τρως μαζί με όλη την οικογένεια ΠΡΙΝ
Statistics : Percent



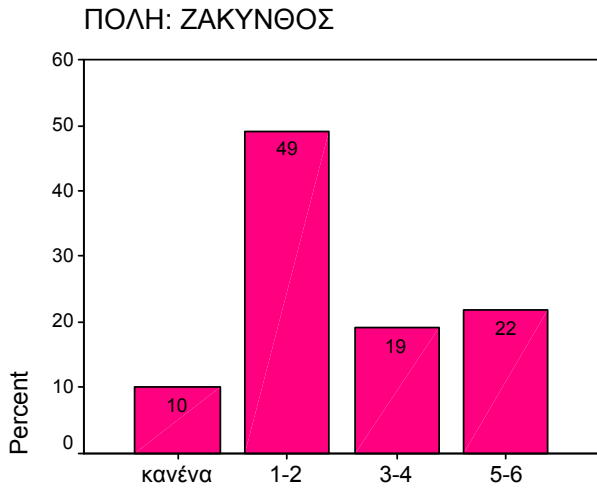
Πόσα γεύματα τρως μαζί με όλη την οικογένεια ΜΕΤΑ
Statistics : Percent



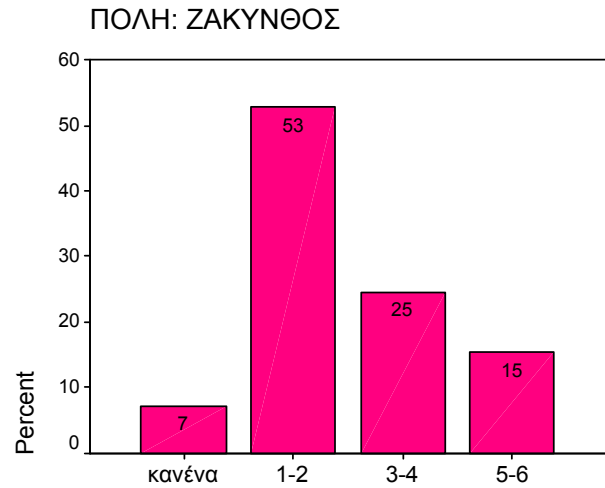
Παρομοίως, σχολιάζοντας τα αποτελέσματα από κάθε πόλη, τα παιδιά της Ζακύνθου και των Χανίων, μετά την παρέμβαση, μείωσαν τα οικογενειακά γεύματα από 5-6 σε 1-2 ή 3-4, όπως φαίνεται από τον Πίνακα 23.α. και 23.β.

Πίνακας 23.α

Πόσα γεύματα τρως μαζί με
όλη την οικογένεια ΠΡΙΝ

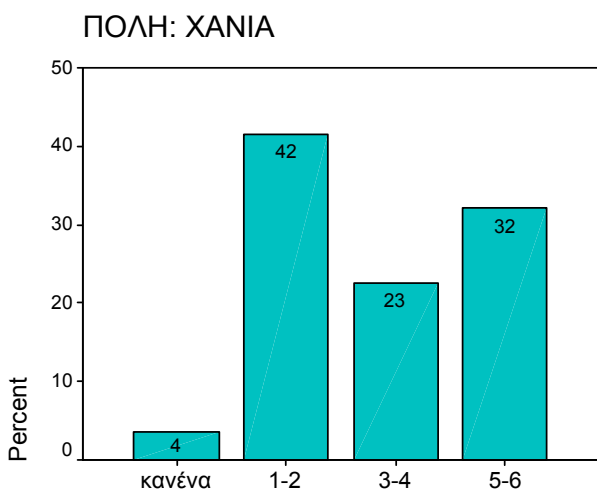


Πόσα γεύματα τρως μαζί με
όλη την οικογένεια ΜΕΤΑ

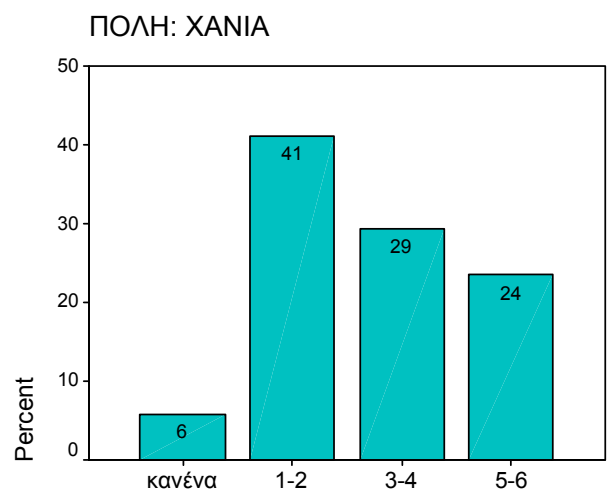


Πίνακας 23.β

Πόσα γεύματα τρως μαζί με
όλη την οικογένεια ΠΡΙΝ



Πόσα γεύματα τρως μαζί με
όλη την οικογένεια ΜΕΤΑ

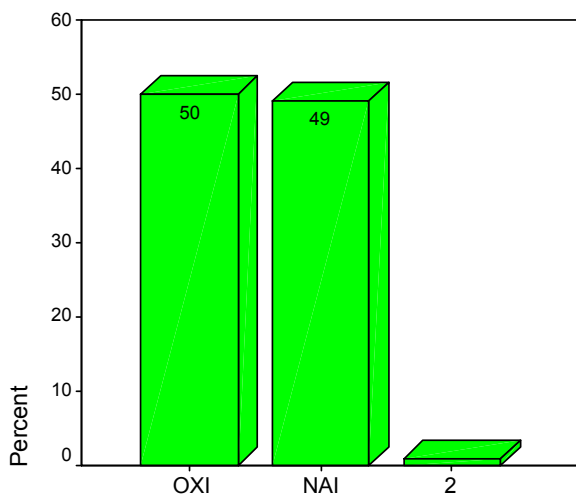


Συνεχίζοντας με τη ερώτηση που αναφέρεται στην κατανάλωση κάποιου γεύματος με την παράλληλη παρακολούθηση της τηλεόρασης, παρουσιάστηκαν σημαντικές θετικές αλλαγές τόσο στα παιδιά της Ζακύνθου, όσο και στα παιδιά των Χανίων. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τα αποτελέσματα της Ζακύνθου, το ποσοστό των παιδιών που παρακολουθούσε τηλεόραση κατά τη διάρκεια κάποιου γεύματος κυμαινόταν πριν την παρέμβαση στο 49%, ενώ μετά την παρέμβαση μειώθηκε στο 25% (Πίνακας 24.α). Ο αριθμός 2 που βρίσκεται στο πρώτο διάγραμμα του Πίνακα 24.α, αναφέρεται σε 2 παιδιά της Ζακύνθου, τα οποία δεν είχαν απαντήσει στην εν λόγω ερώτηση.

Πίνακας 24.α

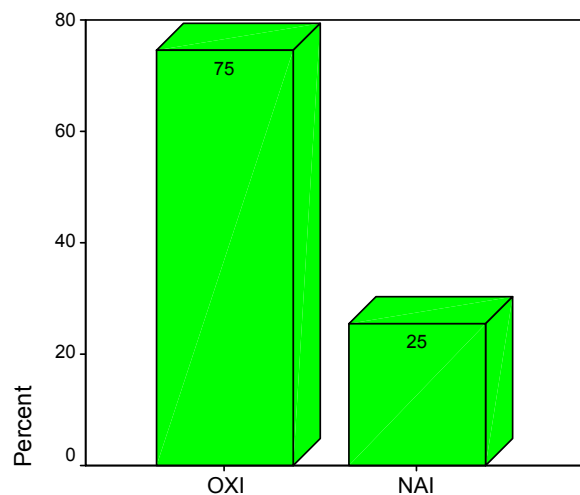
Τρως βλέποντας τηλεόραση ΠΡΙΝ

ΠΟΛΗ: ΖΑΚΥΝΘΟΣ



Τρως βλέποντας τηλεόραση ΜΕΤΑ

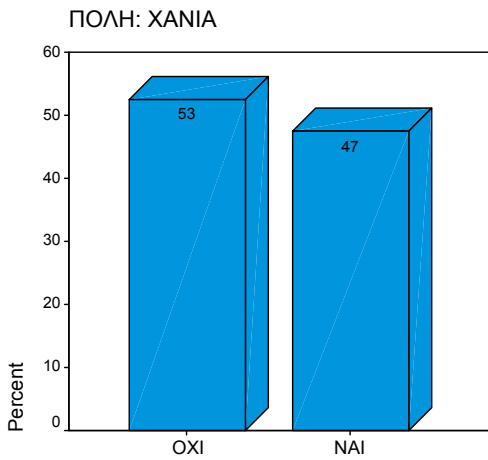
ΠΟΛΗ: ΖΑΚΥΝΘΟΣ



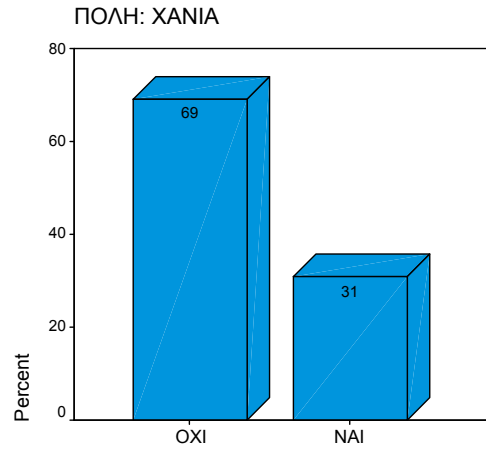
Ανάλογα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και στα Χανιά, καθώς, όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 24.β, ενώ στην αρχή το 47% κατανάλωνε κάποιο γεύμα και παρακολουθούσε ταυτόχρονα κάποιο πρόγραμμα στην τηλεόραση, μετά την παρέμβαση μειώθηκε στο 31%.

Πίνακας 24.β

Τρως βλέποντας τηλεόραση ΠΡΙΝ



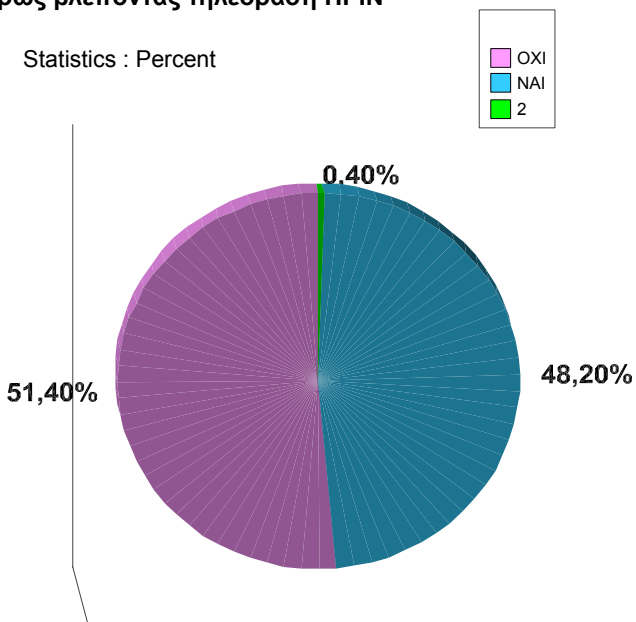
Τρως βλέποντας τηλεόραση ΜΕΤΑ



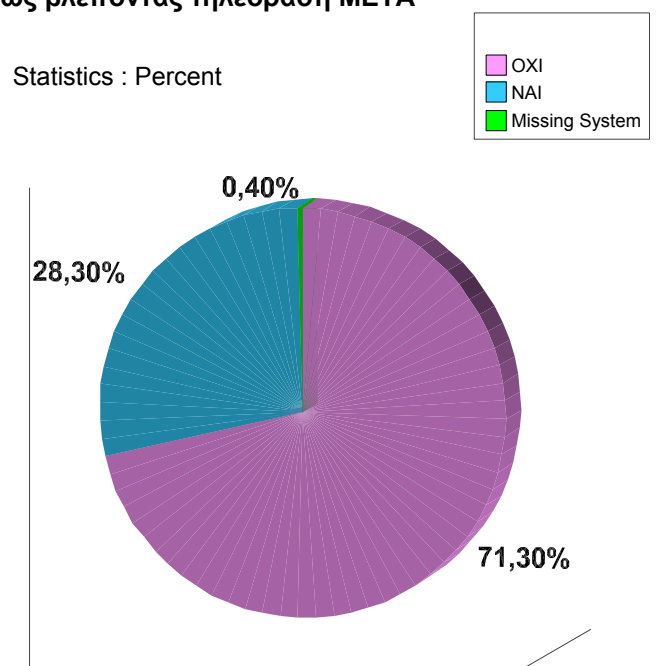
Γενικότερα, έχοντας μια συνολική εικόνα για αυτήν την ερώτηση, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το 19,9% άλλαξε στάση και ακολουθώντας τις σωστές οδηγίες μείωσε την παρακολούθηση της τηλεόρασης κατά τη διάρκεια κατανάλωσης κάποιου γεύματος. Έτσι, το 51,4% του συνόλου των μαθητών Ζακύνθου και Χανίων, που δεν παρακολουθούσε τηλεόραση μετατράπηκε σε 71,30% μετά την παρέμβαση.

Πίνακας 24

Τρως βλέποντας τηλεόραση ΠΡΙΝ

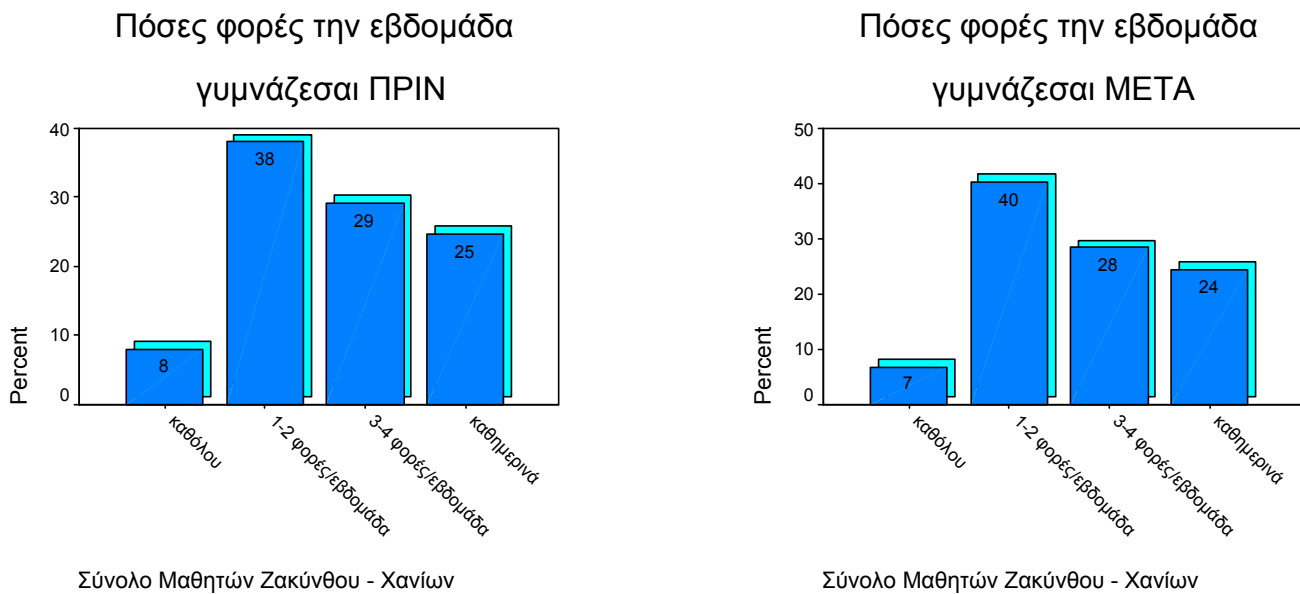


Τρως βλέποντας τηλεόραση ΜΕΤΑ



Τέλος, για να δούμε τη συχνότητα της φυσικής δραστηριότητας των παιδιών, ζητήσαμε από τα παιδιά να απαντήσουν στην ακόλουθη ερώτηση: Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι; Σ' αυτήν την ερώτηση μας ενδιέφερε να μάθουμε εάν τα παιδιά αθλούνται εκτός σχολείου. Γενικότερα, φάνηκε ότι τα παιδιά ακόμα και πριν από την παρέμβαση ασχολούνταν με κάποιο άθλημα (Πίνακας 25).

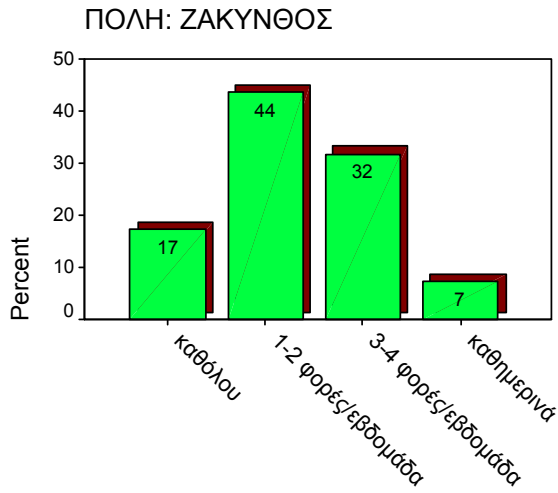
Πίνακας 25



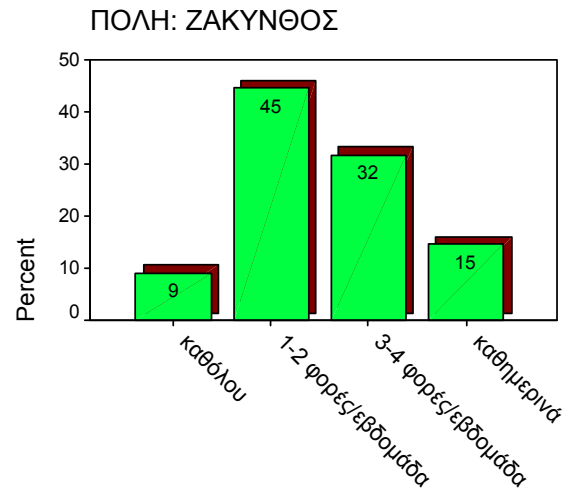
Παρόλα αυτά, μετά την παρέμβαση δεν υπήρξε σημαντική αλλαγή σε καμία από τις δύο πόλεις. Παρόλα αυτά, παρουσιάστηκε μια μικρή μείωση στο ποσοστό των παιδιών από τη Ζάκυνθο, όπου αρχικά είχε απαντήσει ότι δεν γυμνάζεται καθόλου (17% πριν και 9% μετά την παρέμβαση), ενώ διπλασιάστηκε η καθημερινή ασχολία (7% πριν και 15% μετά την παρέμβαση) (Πίνακας 25.α).

Πίνακας 25.α

Πόσες φορές την εβδομάδα
γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ



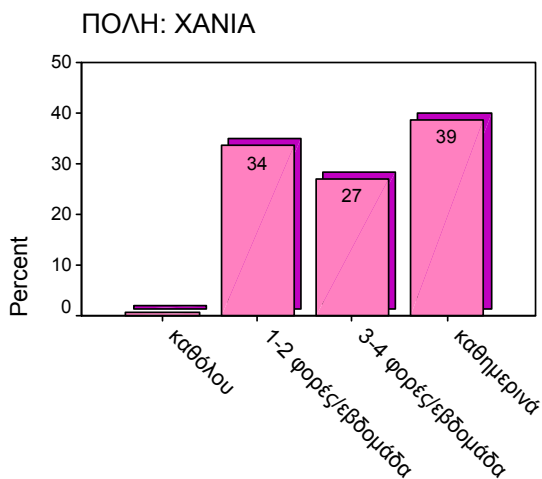
Πόσες φορές την εβδομάδα
γυμνάζεσαι ΜΕΤΑ



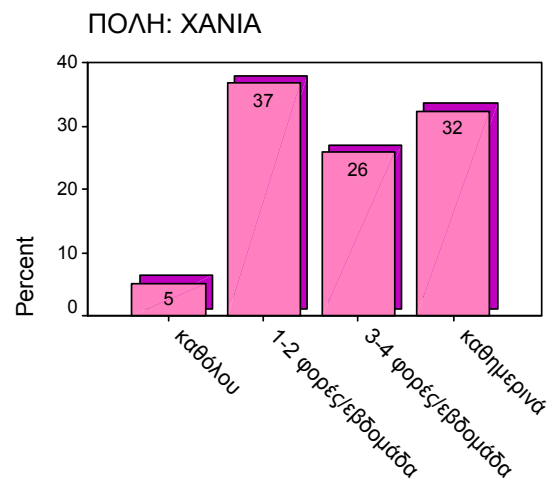
Αντίθετα, στα Χανιά, ενώ στην αρχή είχε φανεί ότι τα παιδιά γυμνάζονταν αρκετές φορές την εβδομάδα, μετά την παρέμβαση η συχνότητα μειώθηκε σε 1-2 φορές την εβδομάδα (34% πριν και 37% μετά την παρέμβαση) (Πίνακας 25.β).

Πίνακας 25.β

Πόσες φορές την εβδομάδα
γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ

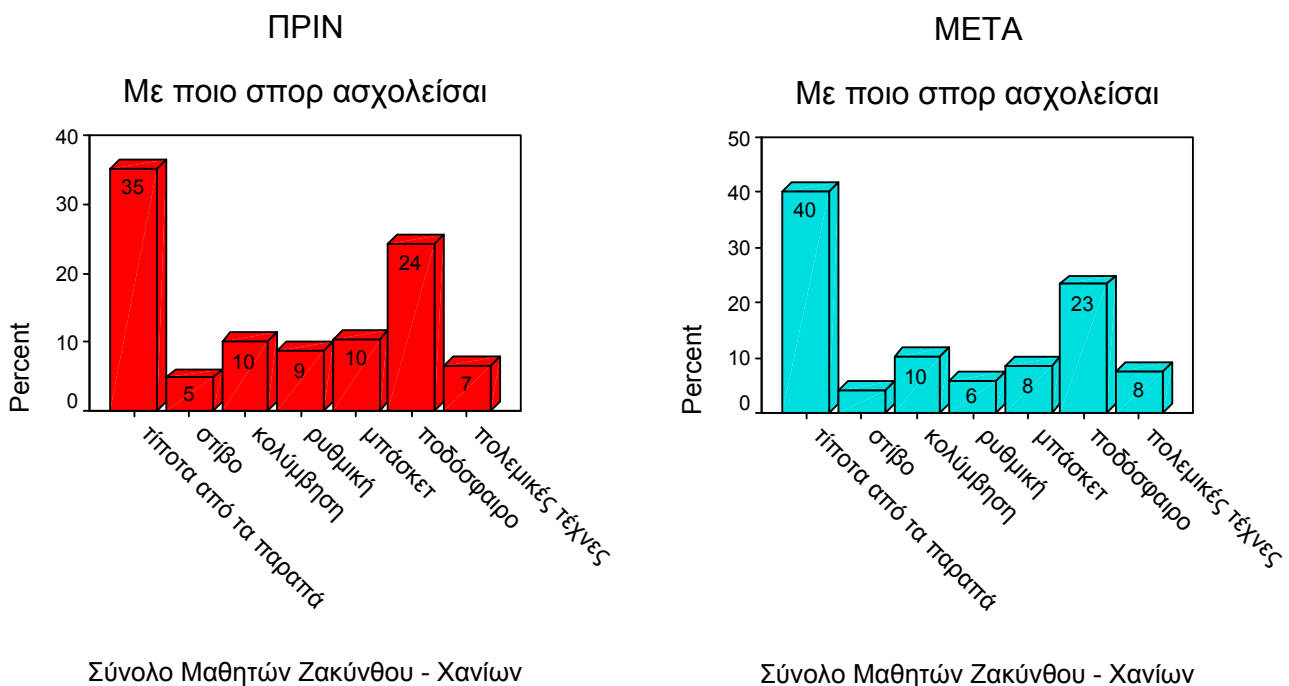


Πόσες φορές την εβδομάδα
γυμνάζεσαι ΜΕΤΑ



Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε και το γεγονός ότι η πλειοψηφία των μαθητών ασχολείται με κάποιο άθλημα πριν και μετά την παρέμβαση (Πίνακας 26). Έτσι, η φυσική δραστηριότητα εκείνων των παιδιών, μπορούμε να πούμε ότι βρίσκεται σε αρκετά καλά επίπεδα, λαμβάνοντας υπόψη και τη συχνότητα πραγματοποίησης του αθλήματος κατά τη διάρκεια της εβδομάδας.

Πίνακας 26



Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, θεωρήσαμε σημαντικό να αναφέρουμε τυχόν σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ γονέα και παιδιού, όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες, το βάρος, το Δείκτη Μάζας Σώματος και την ηλικία του καθενός. Επομένως, ο Πίνακας 27 αναφέρεται στο ΔΜΣ των παιδιών σε σύγκριση με την κριτική του βάρους. Συγκεκριμένα, το 89,1% των παιδιών που δεν ήξεραν απαντήσουν σ' αυτή την ερώτηση, ο ΔΜΣ τους βρισκόταν στα φυσιολογικά επίπεδα (10^η – 90^η εκ. θέση), το 71,8% που ήταν στα ίδια επίπεδα πίστευε ότι πρέπει να χάσει βάρος, το 83,5% που θεώρησε το βάρος του φυσιολογικό ήταν και στην

πραγματικότητα, ενώ το 64,1% που απάντησε ότι πιστεύει πως πρέπει να πάρει βάρος, ο ΔΜΣ ήταν επίσης, μεταξύ 10^{ης} και 90^{ης} εκατοστιαίας θέσης.

Πίνακας 27

Δείκτης Μάζας Σώματος

| Νομίζεις ότι εσύ χρειάζεται να ΠΡΙΝ | | Frequency | Percent |
|--|----------------------|-----------|---------|
| δεν ξέρω/δεν απαντώ | <5η εκ. θέσης | 1 | 2,2 |
| | >=10 - <90η εκ. θέση | 41 | 89,1 |
| | >=90 - <95η εκ.θέση | 4 | 8,7 |
| | Total | 46 | 100,0 |
| χάσεις βάρος | >=5η - <10η εκ. θέση | 2 | 2,8 |
| | >=10 - <90η εκ. θέση | 51 | 71,8 |
| | >=90 - <95η εκ.θέση | 9 | 12,7 |
| | >=95η εκ. θέση | 9 | 12,7 |
| | Total | 71 | 100,0 |
| είσαι φυσιολογικού βάρους | <5η εκ. θέσης | 3 | 3,3 |
| | >=5η - <10η εκ. θέση | 2 | 2,2 |
| | >=10 - <90η εκ. θέση | 76 | 83,5 |
| | >=90 - <95η εκ.θέση | 8 | 8,8 |
| | >=95η εκ. θέση | 2 | 2,2 |
| Total | 91 | 100,0 | |
| πάρεις βάρος | <5η εκ. θέσης | 5 | 12,8 |
| | >=5η - <10η εκ. θέση | 8 | 20,5 |
| | >=10 - <90η εκ. θέση | 25 | 64,1 |
| | >=90 - <95η εκ.θέση | 1 | 2,6 |
| | Total | 39 | 100,0 |

Σύμφωνα με τον Πίνακα 28.α, φαίνεται ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του πρωινού των γονέων και των παιδιών. Συγκεκριμένα, όταν το παιδί απαντάει πως καταναλώνει πρωινό το ίδιο φαίνεται να έχουν απαντήσει και οι γονείς και κυρίως η μητέρα ($r = 0,240$, $df = 245$, $p < 0,001$).

Πίνακας 28.α

Correlations

| | | Η μητέρα σου τρώει συνήθως πρωινό ΠΡIN | Ο πατέρας σου τρώει συνήθως πρωινό ΠΡIN | Τρως συνήθως πρωινό ΠΡIN |
|---|---------------------|--|---|--------------------------|
| Η μητέρα σου τρώει συνήθως πρωινό ΠΡIN | Pearson Correlation | 1 | ,857** | ,240** |
| | Sig. (2-tailed) | , | ,000 | ,000 |
| | N | 247 | 246 | 247 |
| Ο πατέρας σου τρώει συνήθως πρωινό ΠΡIN | Pearson Correlation | ,857** | 1 | ,229** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | , | ,000 |
| | N | 246 | 246 | 246 |
| Τρως συνήθως πρωινό ΠΡIN | Pearson Correlation | ,240** | ,229** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | , |
| | N | 247 | 246 | 247 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας 28.β

Correlations

| | | Η μητέρα σου τρώει συνήθως πρωινό META | Ο πατέρας σου τρώει συνήθως πρωινό META | Τρως συνήθως πρωινό META |
|---|---------------------|--|---|--------------------------|
| Η μητέρα σου τρώει συνήθως πρωινό META | Pearson Correlation | 1 | ,710** | ,292** |
| | Sig. (2-tailed) | , | ,000 | ,000 |
| | N | 246 | 245 | 245 |
| Ο πατέρας σου τρώει συνήθως πρωινό META | Pearson Correlation | ,710** | 1 | ,302** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | , | ,000 |
| | N | 245 | 245 | 244 |
| Τρως συνήθως πρωινό META | Pearson Correlation | ,292** | ,302** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | , |
| | N | 245 | 244 | 245 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και μετά την παρέμβαση (Πίνακας 28.β), καθώς η σχέση μεταξύ του πρωινού των γονέων και του πρωινού των παιδιών φαίνεται να είναι ακόμη μεγαλύτερη. Επιπλέον, παρατηρείται ότι η σχέση έγινε πιο σημαντική μεταξύ του πατέρα, αυτή τη φορά, και του παιδιού ($r = 0,302$, $df = 242$, $p < 0,001$).

Όσον αφορά τον Πίνακα 29.α, μπορούμε να δούμε ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ του πρωινού της μητέρας και του πρωινού του παιδιού ($r = ,240$).

Συμβουλευτική - Διαιτολογική Παρέμβαση στις Διατροφικές Συνήθειες των Παιδιών
Ηλικίας 5-12 ετών

Αντίθετα, παρατηρείται ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ του πρωινού του παιδιού και του φύλου ($r = -0,133$, $df = 245$, $p = 0,036$).

Πίνακας 29.α

Correlations

| | | Φύλο | Τρως συνήθως πρωινό ΠΡΙΝ | Η μητέρα σου τρώει συνήθως πρωινό ΠΡΙΝ |
|--|---------------------|--------|--------------------------------|---|
| Φύλο | Pearson Correlation | 1 | -,133* | -,050 |
| | Sig. (2-tailed) | , | ,036 | ,433 |
| | N | 247 | 247 | 247 |
| Τρως συνήθως πρωινό ΠΡΙΝ | Pearson Correlation | -,133* | 1 | ,240** |
| | Sig. (2-tailed) | ,036 | , | ,000 |
| | N | 247 | 247 | 247 |
| Η μητέρα σου τρώει συνήθως πρωινό ΠΡΙΝ | Pearson Correlation | -,050 | ,240** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,433 | ,000 | , |
| | N | 247 | 247 | 247 |

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Μετά την παρέμβαση, παρουσιάστηκε υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ του πρωινού της μητέρας και του πρωινού του παιδιού ($r = 0,292$, $p < 0,001$), αλλά καμία σε σχέση με το φύλο (Πίνακας 29.β).

Πίνακας 29.β

Correlations

| | | Φύλο | Τρως συνήθως πρωινό ΜΕΤΑ | Η μητέρα σου τρώει συνήθως πρωινό ΜΕΤΑ |
|--|---------------------|-------|--------------------------------|---|
| Φύλο | Pearson Correlation | 1 | ,003 | -,068 |
| | Sig. (2-tailed) | , | ,966 | ,290 |
| | N | 247 | 245 | 246 |
| Τρως συνήθως πρωινό ΜΕΤΑ | Pearson Correlation | ,003 | 1 | ,292** |
| | Sig. (2-tailed) | ,966 | , | ,000 |
| | N | 245 | 245 | 245 |
| Η μητέρα σου τρώει συνήθως πρωινό ΜΕΤΑ | Pearson Correlation | -,068 | ,292** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,290 | ,000 | , |
| | N | 246 | 245 | 246 |

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Σύμφωνα με το Πίνακα 29.γ, πριν την παρέμβαση το 87% των αγοριών και των κοριτσιών είχαν απαντήσει πως η μητέρα τους καταναλώνει πρωινό. Αυτό το ποσοστό αυξήθηκε αρκετά μετά την παρέμβαση, καθώς το 94,3% των παιδιών και των δύο φύλων, απάντησαν ότι η μητέρα τους καταναλώνει πρωινό.

Πίνακας 29.γ

Τρως συνήθως πρωινό ΠΡΙΝ

| Φύλο | Η μητέρα σου τρώει συνήθως πρωινό ΠΡΙΝ | | Frequency | Percent |
|---------|---|-------|-----------|---------|
| Κορίτσι | OXI | OXI | 10 | 20,4 |
| | | NAI | 39 | 79,6 |
| | | Total | 49 | 100,0 |
| | NAI | OXI | 9 | 13,0 |
| | | NAI | 60 | 87,0 |
| | | Total | 69 | 100,0 |
| Αγόρι | OXI | OXI | 26 | 43,3 |
| | | NAI | 34 | 56,7 |
| | | Total | 60 | 100,0 |
| | NAI | OXI | 9 | 13,0 |
| | | NAI | 60 | 87,0 |
| | | Total | 69 | 100,0 |

Τρως συνήθως πρωινό META

| Φύλο | Η μητέρα σου τρώει συνήθως πρωινό META | | Frequency | Percent |
|---------|---|--------|-----------|---------|
| Κορίτσι | , Missin | System | 1 | 100,0 |
| | | OXI | 8 | 26,7 |
| | | NAI | 22 | 73,3 |
| | | Total | 30 | 100,0 |
| | NAI | OXI | 5 | 5,7 |
| | | NAI | 82 | 94,3 |
| | | Total | 87 | 100,0 |
| Αγόρι | OXI | OXI | 10 | 24,4 |
| | | NAI | 31 | 75,6 |
| | | Total | 41 | 100,0 |
| | NAI | OXI | 4 | 4,5 |
| | | NAI | 83 | 94,3 |
| | | Total | 87 | 98,9 |
| | Missin | System | 1 | 1,1 |
| | Total | | 88 | 100,0 |

Στον πίνακα 30, λαμβάνεται υπόψη ο ΔΜΣ του παιδιού, το φύλο του και η απάντηση που έχει δώσει για το βάρος της μητέρας του. Αναλυτικότερα, παρατηρείται ότι υπάρχει μια μικρή συσχέτιση μεταξύ του ΔΜΣ των κοριτσιών και του βάρους των μητέρων τους. Δηλαδή, όσο υψηλότερος είναι ο ΔΜΣ των κοριτσιών, τόσο μεγαλύτερο πιθανολογείται να είναι το βάρος των μητέρων τους σύμφωνα με τις απαντήσεις των κοριτσιών ($r = 0,094$, $df = 116$, $p = 0,312$). Αντίθετα, παρατηρείται μια μικρή αρνητική συσχέτιση όσον αφορά το ΔΜΣ των αγοριών με το βάρος των μητέρων τους. Δηλαδή, όσο μεγαλύτερος είναι ο ΔΜΣ των αγοριών, τόσο μικρότερο ή φυσιολογικό βάρος έχουν οι μητέρες ($r = - 0,23$).

Πίνακας 30

Correlations

| Φύλο | | | Δείκτης Μάζας Σώματος | Νομίζεις ότι η μητέρα σου χρειάζεται να ΠΡΙΝ |
|---------|--|---------------------|-----------------------|--|
| Κορίτσι | Δείκτης Μάζας Σώματος | Pearson Correlation | 1 | ,094 |
| | | Sig. (2-tailed) | , | ,312 |
| | | N | 118 | 118 |
| | Νομίζεις ότι η μητέρα σου χρειάζεται να ΠΡΙΝ | Pearson Correlation | ,094 | 1 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,312 | , |
| | | N | 118 | 118 |
| Αγόρι | Δείκτης Μάζας Σώματος | Pearson Correlation | 1 | -,023 |
| | | Sig. (2-tailed) | , | ,796 |
| | | N | 129 | 129 |
| | Νομίζεις ότι η μητέρα σου χρειάζεται να ΠΡΙΝ | Pearson Correlation | -,023 | 1 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,796 | , |
| | | N | 129 | 129 |

Συνεχίζοντας με τον Πίνακα 31, φαίνεται πως δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση όσον αφορά το φύλο σε σύγκριση με τη συχνότητα της φυσικής δραστηριότητας ($r = - 0,25$).

Πίνακας 31

Correlations

| | | Φύλο | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ |
|--|---------------------|-------|--|
| Φύλο | Pearson Correlation | 1 | -,025 |
| | Sig. (2-tailed) | , | ,695 |
| | N | 247 | 247 |
| Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Pearson Correlation | -,025 | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,695 | , |
| | N | 247 | 247 |

Αντίθετα, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία των μαθητών παρουσιάζονται διαφορετικά και πιο αξιόλογα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, μετά την παρέμβαση παρατηρήθηκε σημαντική θετική σχέση μεταξύ ηλικίας και φυσικής δραστηριότητας ($r = .295$, $df = 244$, $p < 0,001$). Αυτό σημαίνει ότι, ενώ τα παιδιά αναπτύσσονται ηλικιακά, αυξάνεται και η φυσική δραστηριότητά τους (Πίνακας 32).

Πίνακας 32

Correlations

| | | Ηλικία | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΜΕΤΑ |
|--|---------------------|--------|--|--|
| Ηλικία | Pearson Correlation | 1 | ,152* | ,295** |
| | Sig. (2-tailed) | , | ,017 | ,000 |
| | N | 247 | 247 | 246 |
| Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Pearson Correlation | ,152* | 1 | ,293** |
| | Sig. (2-tailed) | ,017 | , | ,000 |
| | N | 247 | 247 | 246 |
| Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΜΕΤΑ | Pearson Correlation | ,295** | ,293** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | , |
| | N | 246 | 246 | 246 |

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Συμβουλευτική - Διαιτολογική Παρέμβαση στις Διατροφικές Συνήθειες των Παιδιών
Ηλικίας 5-12 ετών**

Βέβαια, λαμβάνοντας υπόψη έναν ακόμη παράγοντα, την τάξη, φαίνεται ότι το φύλο παίζει ουσιαστικό ρόλο στη φυσική δραστηριότητα, και στις δύο πόλεις (Πίνακας 33), όπως επίσης και η ηλικία καθώς με την πάροδο της ηλικίας αυξάνεται και η φυσική δραστηριότητα (Πίνακας 33.α).

Πίνακας 33

Correlations

Πόλη: ΖΑΚΥΝΘΟΣ

| Τάξη | Φύλο | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Φύλο | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ |
|-------|--|---|---------------------|--|
| Νήπιο | Φύλο | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1 , 15 | ,202 ,471 15 |
| | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,202 ,471 15 | 1 , 15 |
| Α | Φύλο | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1 , 13 | ,086 ,780 13 |
| | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,086 ,780 13 | 1 , 13 |
| Β | Φύλο | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1 , 12 | -,333 ,290 12 |
| | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,333 ,290 12 | 1 , 12 |
| Γ | Φύλο | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1 , 17 | ,275 ,285 17 |
| | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,275 ,285 17 | 1 , 17 |
| Δ | Φύλο | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1 , 19 | ,134 ,586 19 |
| | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,134 ,586 19 | 1 , 19 |
| Ε | Φύλο | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1 , 16 | -,360 ,171 16 |
| | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,360 ,171 16 | 1 , 16 |
| ΣΤ | Φύλο | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1 , 18 | -,271 ,277 18 |
| | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,271 ,277 18 | 1 , 18 |

Correlations

Πόλη: ΧΑΝΙΑ

| Τάξη | Φύλο | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Φύλο | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ |
|-------|--|---|---------------------|--|
| Νήπιο | Φύλο | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1 , 11 | ,286 ,395 11 |
| | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,286 ,395 11 | 1 , 11 |
| Α | Φύλο | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1 , 19 | -,033 ,893 19 |
| | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,033 ,893 19 | 1 , 19 |
| Β | Φύλο | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1 , 17 | -,114 ,662 17 |
| | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,114 ,662 17 | 1 , 17 |
| Γ | Φύλο | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1 , 22 | ,287 ,195 22 |
| | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,287 ,195 22 | 1 , 22 |
| Δ | Φύλο | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1 , 22 | ,101 ,655 22 |
| | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,101 ,655 22 | 1 , 22 |
| Ε | Φύλο | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1 , 22 | ,103 ,648 22 |
| | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,103 ,648 22 | 1 , 22 |
| ΣΤ | Φύλο | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1 , 24 | -,057 ,790 24 |
| | Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,057 ,790 24 | 1 , 24 |

Συμβουλευτική - Διαιτολογική Παρέμβαση στις Διατροφικές Συνήθειες των Παιδιών
Ηλικίας 5-12 ετών

Πίνακας 33.α

Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΠΡΙΝ

| Ηλικία | | Frequency | Percent |
|--------|--------------------|-----------|---------|
| 5 | καθόλου | 4 | 18,2 |
| | 1-2 φορές/εβδομάδα | 11 | 50,0 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 3 | 13,6 |
| | καθημερινά | 4 | 18,2 |
| | Total | 22 | 100,0 |
| 6 | καθόλου | 3 | 10,0 |
| | 1-2 φορές/εβδομάδα | 14 | 46,7 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 8 | 26,7 |
| | καθημερινά | 6 | 16,7 |
| | Total | 31 | 100,0 |
| 7 | 1-2 φορές/εβδομάδα | 4 | 44,4 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 3 | 33,3 |
| | καθημερινά | 2 | 22,2 |
| | Total | 9 | 100,0 |
| 8 | καθόλου | 3 | 7,9 |
| | 1-2 φορές/εβδομάδα | 17 | 44,7 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 8 | 21,1 |
| | καθημερινά | 10 | 26,3 |
| | Total | 38 | 100,0 |
| 9 | καθόλου | 3 | 9,7 |
| | 1-2 φορές/εβδομάδα | 13 | 41,9 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 7 | 22,6 |
| | καθημερινά | 8 | 25,8 |
| | Total | 31 | 100,0 |
| 10 | καθόλου | 3 | 6,0 |
| | 1-2 φορές/εβδομάδα | 15 | 30,0 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 21 | 42,0 |
| | καθημερινά | 11 | 22,0 |
| | Total | 50 | 100,0 |
| 11 | καθόλου | 2 | 5,4 |
| | 1-2 φορές/εβδομάδα | 10 | 27,0 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 12 | 32,4 |
| | καθημερινά | 13 | 35,1 |
| | Total | 37 | 100,0 |
| 12 | καθόλου | 2 | 7,7 |
| | 1-2 φορές/εβδομάδα | 8 | 30,8 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 9 | 34,6 |
| | καθημερινά | 7 | 26,9 |
| | Total | 26 | 100,0 |
| 13 | 1-2 φορές/εβδομάδα | 2 | 66,7 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 1 | 33,3 |
| | Total | 3 | 100,0 |

Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι ΜΕΤΑ

| Ηλικία | | Frequency | Percent |
|----------------|--------------------|-----------|---------|
| 5 | καθόλου | 5 | 22,7 |
| | 1-2 φορές/εβδομάδα | 12 | 54,5 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 4 | 18,2 |
| | καθημερινά | 1 | 4,5 |
| | Total | 22 | 100,0 |
| 6 | 1-2 φορές/εβδομάδα | 25 | 80,0 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 2 | 6,7 |
| | καθημερινά | 4 | 13,3 |
| | Total | 31 | 100,0 |
| 7 | 1-2 φορές/εβδομάδα | 5 | 55,6 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 4 | 44,4 |
| | Total | 9 | 100,0 |
| 8 | καθόλου | 1 | 2,6 |
| | 1-2 φορές/εβδομάδα | 16 | 42,1 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 10 | 26,3 |
| | καθημερινά | 11 | 28,9 |
| Total | 38 | 100,0 | |
| 9 | καθόλου | 5 | 16,1 |
| | 1-2 φορές/εβδομάδα | 11 | 35,5 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 3 | 9,7 |
| | καθημερινά | 12 | 38,7 |
| Total | 31 | 100,0 | |
| 10 | καθόλου | 1 | 2,0 |
| | 1-2 φορές/εβδομάδα | 15 | 30,0 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 22 | 44,0 |
| | καθημερινά | 11 | 22,0 |
| | Total | 49 | 98,0 |
| Missing System | 1 | 2,0 | |
| Total | 50 | 100,0 | |
| 11 | καθόλου | 4 | 10,8 |
| | 1-2 φορές/εβδομάδα | 5 | 13,5 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 15 | 40,5 |
| | καθημερινά | 13 | 35,1 |
| | Total | 37 | 100,0 |
| 12 | 1-2 φορές/εβδομάδα | 10 | 38,5 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 9 | 34,6 |
| | καθημερινά | 7 | 26,9 |
| | Total | 26 | 100,0 |
| 13 | 1-2 φορές/εβδομάδα | 1 | 33,3 |
| | 3-4 φορές/εβδομάδα | 1 | 33,3 |
| | καθημερινά | 1 | 33,3 |
| | Total | 3 | 100,0 |

**Συμβουλευτική - Διαιτολογική Παρέμβαση στις Διατροφικές Συνήθειες των Παιδιών
Ηλικίας 5-12 ετών**

Ένα επιπλέον σημαντικό σημείο της έρευνας, το οποίο κρίναμε απαραίτητο να αναφέρουμε, είναι η σχέση του ΔΜΣ των κοριτσιών με το βάρος των μητέρων τους. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την κρίση των κοριτσιών για το βάρος των μητέρων τους, όσες από εκείνες είχαν ΔΜΣ μεταξύ 10^{ης} – 90^{ης} εκατοστιαίας θέσης, το 52,2% των μητέρων ήταν φυσιολογικού βάρους. Σημείο προς έκπληξη, αποτέλεσε η απάντηση των κοριτσιών με ΔΜΣ μεταξύ της 90^{ης} - 95^{ης} εκατοστιαίας θέσης, από τις οποίες το 87,5% θεωρούν πως οι μητέρες τους είναι φυσιολογικού βάρους. Αντίθετα, το 75% των κοριτσιών με ΔΜΣ πάνω από την 95^η εκατοστιαία θέση ανέφερε πως η μητέρες τους πρέπει να χάσουν βάρος.

Πίνακας 34

Νομίζεις ότι η μητέρα σου χρειάζεται να ΠΙΝ

Φύλο: Κορίτσι

| Δείκτης Μάζας Σώματος | | Frequency | Percent |
|-----------------------|---------------------------|-----------|---------|
| <5η εκ. θέσης | δεν ξέρω/δεν απαντ | 1 | 25,0 |
| | χάσει βάρος | 1 | 25,0 |
| | είναι φυσιολογικού βάρους | 1 | 25,0 |
| | πάρει βάρος | 1 | 25,0 |
| | Total | 4 | 100,0 |
| ≥5η - <10η εκ. θέση | δεν ξέρω/δεν απαντ | 1 | 25,0 |
| | χάσει βάρος | 2 | 50,0 |
| | είναι φυσιολογικού βάρους | 1 | 25,0 |
| | Total | 4 | 100,0 |
| ≥10 - <90η εκ. θέση | δεν ξέρω/δεν απαντ | 17 | 17,7 |
| | χάσει βάρος | 33 | 34,4 |
| | είναι φυσιολογικού βάρους | 38 | 39,6 |
| | πάρει βάρος | 8 | 8,3 |
| | Total | 96 | 100,0 |
| ≥90 - <95η εκ.θέση | δεν ξέρω/δεν απαντ | 1 | 11,1 |
| | χάσει βάρος | 2 | 22,2 |
| | είναι φυσιολογικού βάρους | 6 | 66,7 |
| | Total | 9 | 100,0 |
| ≥95η εκ. θέση | χάσει βάρος | 2 | 40,0 |
| | είναι φυσιολογικού βάρους | 2 | 40,0 |
| | πάρει βάρος | 1 | 20,0 |
| | Total | 5 | 100,0 |

Νομίζεις ότι η μητέρα σου χρειάζεται να ΜΕΤΑ

Φύλο: Κορίτσι

| Δείκτης Μάζας Σώματος META | | Frequency | Percent | |
|----------------------------|----------------|---------------------------|---------|-------|
| | Missing System | 1 | 100,0 | |
| <5η εκ.θέσης | Valid | δεν ξέρω/δεν απο | 1 | 14,3 |
| | | χάσει βάρος | 4 | 57,1 |
| | | είναι φυσιολογικού βάρους | 2 | 28,6 |
| | | Total | 7 | 100,0 |
| ≥5η - <10η εκ. θέσ | Valid | είναι φυσιολογικού βάρους | 3 | 50,0 |
| | | πάρει βάρος | 3 | 50,0 |
| | | Total | 6 | 100,0 |
| ≥10η - <90η εκ. θε | Valid | δεν ξέρω/δεν απο | 14 | 15,2 |
| | | χάσει βάρος | 22 | 23,9 |
| | | είναι φυσιολογικού βάρους | 48 | 52,2 |
| | | πάρει βάρος | 8 | 8,7 |
| | | Total | 92 | 100,0 |
| ≥90 - <95η εκ.θέσ | Valid | χάσει βάρος | 1 | 12,5 |
| | | είναι φυσιολογικού βάρους | 7 | 87,5 |
| | | Total | 8 | 100,0 |
| ≥95η εκ.θέση | Valid | χάσει βάρος | 3 | 75,0 |
| | | είναι φυσιολογικού βάρους | 1 | 25,0 |
| | | Total | 4 | 100,0 |

5. Σύγκριση της παρούσας έρευνας με την υπάρχουσα βιβλιογραφία

Ο αυξανόμενος επιπολασμός της παιδικής παχυσαρκίας αποτελεί σημαντική ανησυχία για τη δημόσια υγεία. Έχει παρατηρηθεί ότι το 14% των παιδιών ηλικίας 2 έως 5 ετών και το 19% των παιδιών ηλικίας 6 έως 11 ετών είναι πλέον παχύσαρκα. (Ogden C. L., 2006). Τα παιδιά με υπερβολικό βάρος ή με παχυσαρκία είναι πιθανότερο να παραμείνουν υπέρβαρα ή παχύσαρκα κατά την ενηλικίωση, πράγμα που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνό για υπέρταση, καρδιαγγειακή πάθηση, και διαβήτη. Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας, ο επιπολασμός του διαβήτη τύπου 2 αυξήθηκε στα παιδιά, ενώ οι αναπνευστικές ασθένειες είναι ακόμη πιο κοινές στα υπέρβαρα παιδιά. Σε μια μεγάλη μελέτη για τα παιδιά και τους εφήβους ηλικίας 5 έως 17 ετών, το 58% των υπέρβαρων παιδιών βρέθηκαν να έχουν τουλάχιστον έναν παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακή ασθένεια (Freedman D. S., 1999).

Σύμφωνα με τους Esther M. F. van Sluijs, Mireille N. M. van Poppel, Willem van Mechelen και μετά από μια εκτενή αναζήτηση που εκτέλεσαν στη λογοτεχνία μέχρι τον Ιούλιο του 2002, τα επιστημονικά στοιχεία για την επίδραση των σταδίων αλλαγής που βασίζονται σε παρεμβάσεις του τρόπου ζωής στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι περιορισμένα όσον αφορά τη σωματική δραστηριότητα και τη διαιτητική συμπεριφορά και ακόμη συζητούνται. Αν και κανένα στοιχείο δεν βρέθηκε να επιδρά στην αλλαγή των επιπέδων της σωματικής δραστηριότητας, το μόνο που παρουσιάστηκε ήταν μια απότομη αύξηση στην πρόσληψη του λίπους, η οποία φάνηκε να διατηρείται για μεγάλο χρονικό διάστημα (Van Sluijs Esther M. F. et al, 2004).

Σύμφωνα με στοιχεία που φανερώνουν ότι η διατροφή διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των χρόνιων παθήσεων, διάφορες εθνικές και σχετικές με την υγεία οργανώσεις έχουν εκδώσει ορισμένες οδηγίες ωθώντας τους Αμερικανούς να μειώσουν την κατανάλωση λίπους και να αυξήσουν την πρόσληψη φρούτων και λαχανικών. Έχει παρατηρηθεί ότι οι χαμηλότερες προσλήψεις κορεσμένου λίπους και η υψηλότερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών συνδέονται με την καλύτερη υγεία. Πολυάριθμες οδηγίες είναι διαθέσιμες για την υγειονομική περίθαλψη, σχετικά με τα συγκεκριμένα τρόφιμα και τις θρεπτικές ουσίες που πρέπει να καταναλώνονται από τους ασθενείς, σε μια προσπάθεια θεραπείας και αποτροπής μιας χρόνιας πάθησης. Πολύ λιγότερες πληροφορίες είναι

διαθέσιμες σχετικά με το βαθμό στον οποίο οι διαιτητικές παρεμβάσεις μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντική αλλαγή ή σε καλύτερες στρατηγικές για την επίτευξη ενός θετικού αποτελέσματος. Στην προηγούμενη δεκαετία, η συμπεριφοριστική έρευνα για διαιτητική αλλαγή και τη μείωση του κινδύνου χρόνιων ασθενειών είχε γίνει πιο αυστηρή. Η διαιτητική αλλαγή συμπεριφοράς είναι περίπλοκα συνδεδεμένη με κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς, πολιτιστικούς, και μεμονωμένους ψυχοκοινωνικούς και γνωστικούς παράγοντες. Μελέτες έδειξαν χαρακτηριστικά μικρές αλλαγές στην ομάδα παρέμβασης που ήταν σημαντικά μεγαλύτερες από τις αλλαγές στην ομάδα ελέγχου, αν και το μέγεθος των αποτελεσμάτων ποικίλουν και ρυθμίζονται από το πληθυσμό, από το μήκος και από την ένταση της παρέμβασης. Οι παρεμβάσεις εμφανίζονται να είναι περισσότερο επιτυχείς με τους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Οι διαιτητικές παρεμβάσεις ήταν ομοίως επιτυχείς ως προς τη μείωση της πρόσληψης του συνολικού και του κορεσμένου λίπους, καθώς και την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών (Ammerman A. S. et al, 2002).

Ακόμη, με αφορμή την επιδημία της παχυσαρκίας στις Ηνωμένες Πολιτείες, το 2006 πραγματοποιήθηκε μια μελέτη για την πρόσληψη ενέργειας, λίπους, φρούτων και λαχανικών. Αυτό που μελετήθηκε ήταν το πόσο έτοιμοι είναι οι άνθρωποι για να πραγματοποιήσουν κάποια συμπεριφοριστική αλλαγή σε σχέση με την διατροφή τους. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες αποκρίθηκαν ότι υγιεινή διατροφή σημαίνει κατανάλωση αφθονίας φρούτων και λαχανικών και περιορισμός της πρόσληψης λίπους. Αυτό που έδειξε η μελέτη ήταν πως για να αλλάξει κάποιος τον τρόπο με τον οποίο καταναλώνει τα τρόφιμα και να αποκτήσει πιο υγιεινές επιλογές, είναι απαραίτητο να ληφθούν κάποια στρατηγικά μέτρα, ώστε να προσδιοριστεί και να επιτευχθεί το στάδιο αλλαγής. Επίσης αποδείχθηκε πως τα μέτρα στρατηγικής είναι πιο ευαίσθητα από τα μέτρα της δίαιτας (Nothwehr F., 2006). Στη δική μας έρευνα, παρότι δεν προσδιορίστηκε το στάδιο αλλαγής, με βάση τα αποτελέσματά μας μπορούμε να πούμε πως η παρέμβαση πραγματοποιήθηκε την κατάλληλη περίοδο όπου τα παιδιά είχαν τη διάθεση και τη θέληση να κάνουν κάτι που θα τα ωφελήσει στο παρόν αλλά και στο μέλλον. Αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι η παρέμβαση έγινε σε άτομα τα οποία διαβάζουν, μαθαίνουν και επηρεάζονται από πολλούς εξωτερικούς παράγοντες, όπως είναι οι γονείς, αλλά και οι συμμαθητές τους. Βρίσκονται σε μια ηλικία όπου έχουν ξεκινήσει να δομούν τον εαυτό και το

χαρακτήρα τους, δοκιμάζοντας αρκετά πράγματα καθημερινά και κρατώντας τις περισσότερες φορές αυτά που θεωρούν ότι τους ωφελούν.

Το 2000 ολοκληρώθηκε μια προσπάθεια για την παροχή διατροφικής συμβουλευτικής, που στόχευσε να φθάσει το διαιτητικό λίπος σε μια αναλογία ακόρεστου και κορεσμένου λίπους 2:1, μέσα σε μια συνολική πρόσληψη λίπους του 30% ως 35% της συνολικής ενέργειας. Από τη μελέτη αυτή αποδείχθηκε πως η διαιτητική παρέμβαση για την αντικατάσταση των κορεσμένων με τα ακόρεστα λιπαρά οξέα είναι ασφαλής, επειδή δεν αυξάνεται η πρόσληψη των trans λιπαρών οξέων (Salo P. et al, 2000). Όσον αφορά τη δικής μας έρευνα, δε θέλαμε να εμβαθύνουμε και να ασχοληθούμε με την πρόσληψη θρεπτικών συστατικών. Έτσι δεν μπορούμε να εκφέρουμε άποψη πάνω σε αυτό το θέμα. Παρόλα αυτά, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιό μας και με βάση κάποιες ερωτήσεις, όπως τη συχνότητα κατανάλωσης fast food, τα οποία περιέχουν σε μεγάλη ποσότητα κορεσμένα λίπη, το 61% του συνόλου των παιδιών και από τις δύο πόλεις μετά την παρέμβαση καταναλώνουν σπάνια ή και καθόλου τέτοιου είδους τρόφιμα, έναντι του 57% που είχε απαντήσει στην αρχή.

Στην Ελλάδα υπάρχουν πολύ λίγες μελέτες που έχουν ερευνήσει τη θρεπτική πρόσληψη των παιδιών. Μια από τις μελέτες που αξιολόγησε τη θρεπτική επάρκεια των παιδιών ήταν η Genesis study, η οποία πραγματοποιήθηκε τον Απρίλιο του 2003 έως τον Ιούλιο του 2004 σε 2.374 παιδιά ηλικίας 1-5 ετών και υπολογίστηκε τόσο η πρόσληψη της ενέργειας όσο και η πρόσληψη θρεπτικών συστατικών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης ένας σημαντικός αριθμός παιδιών κατανάλωνε περισσότερο λίπος και υδατάνθρακες από το συνιστώμενο και λιγότερη πρωτεΐνη. Τα παιδιά που βρίσκονταν "σε κίνδυνο υπέρβαρων" και "υπέρβαρων" παιδιών (τα ποσοστά ήταν 16,7% και 16,4%, αντίστοιχα) κατανάλωναν την περισσότερη συνολικά ενέργεια, πρωτεΐνη, και λίπος συγκρινόμενα με τα αντίστοιχα στοιχεία των παιδιών με φυσιολογικό βάρος, ενώ καμία διαφορά δεν βρέθηκε για τις προσλήψεις μικροθρεπτικών. Επιπλέον υπολογίστηκε ότι υπάρχει ανεπάρκεια μεταξύ του 10% και 25% για τη νιασίνη, τη βιταμίνη E, και το φολικό οξύ. Συνηθισμένες προσλήψεις που υπερβαίνουν τα ανεκτά ανώτερα επίπεδα πρόσληψης καταγράφηκε για τον ψευδάργυρο και το χαλκό. Μια σημαντική εύρεση ήταν ότι οι μέσες προσλήψεις ενέργειας για τα μικρά παιδιά και τα νήπια υπερέβησαν τις απαιτήσεις, που είχαν υπολογιστεί με βάση τις εξισώσεις EER. Τέλος, θεώρησαν πως ο λόγος για τον οποίο

τα μικρά παιδιά είχαν οδηγηθεί στην υπερβολική αύξηση του βάρους ήταν η όλο και μεγαλύτερη μείωση της φυσικής δραστηριότητας (Manios Y. et al, 2008). Το ποσοστό των παιδιών που βρισκόταν σε «κίνδυνο υπέρβαρων» μετά την παρέμβαση ήταν για τα παιδιά της Ζακύνθου 6,7%, ενώ για τα παιδιά των Χανίων 36,4%. Σε καμία από τις δύο πόλεις δεν υπήρχαν παιδιά μετά την παρέμβαση που να είναι «υπέρβαρα», δηλ. με δείκτη μάζας σώματος πάνω από την 95^η εκ. θέση, αν και το δείγμα αυτό είναι πολύ μικρό (26 νήπια, 15 από τη Ζάκυνθο και 11 από τα Χανιά), για να μπορεί να γίνει μια αντικειμενική σύγκριση (Πίνακας 1). Όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα που έχουν τα παιδιά σε αυτή την ηλικία είναι πολύ μικρότερη από τα παιδιά της Α' δημοτικού, καθώς το 55% των νηπίων δήλωσαν πως γυμνάζονται 1-2 φορές την εβδομάδα και καθημερινά γυμνάζεται μόνο το 3%, ενώ για τα παιδιά της Α' δημοτικού τα ποσοστά είναι 80% και 13% αντίστοιχα (Πίνακας 33.α).

Επίσης, όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα των παιδιών το 2002 ολοκληρώθηκε ένα πρόγραμμα που συνολικά είχε διάρκεια 10 έτη (6 έτη η παρέμβαση και 4 έτη μετά έγινε μια επανεξέταση) και πραγματοποιήθηκε στην Κρήτη σε παιδιά που η μέση ηλικία ήταν 6,3-11,5 ετών. Αυτό που βρέθηκε είναι πως τα αγόρια που έλαβαν μέρος στο πρόγραμμα είχαν καλύτερα αποτελέσματα από τα κορίτσια, καθώς η επίδραση της παρέμβασης διατηρήθηκε 4 έτη μετά από το τέλος του προγράμματος (Manios Y., 2006). Από μια παρόμοια σύγκριση που πραγματοποιήσαμε για τη φυσική δραστηριότητα των δυο φύλων, παρατηρήθηκε πως τα αγόρια έχουν υψηλότερο δείκτη φυσικής δραστηριότητας από τα κορίτσια. Αυτό το συμπέρασμα προέρχεται από την ερώτηση που έγινε στα παιδιά για το πόσο συχνά γυμνάζονται, έτσι το 20,5% των κοριτσιών είπε καθημερινά, το 44,4% είπε 1-2 φορές την εβδομάδα, το 24,8% 3-4 φορές την εβδομάδα και το 10,3% δεν γυμνάζεται καθόλου, ενώ τα αγόρια στην ίδια ερώτηση απάντησαν ως εξής: το 27,9% γυμνάζεται καθημερινά, το 36,4% 1-2 φορές την εβδομάδα, το 31,8% 3-4 φορές την εβδομάδα και μόνο το 3,9% δεν γυμναζόταν καθόλου (Πίνακας 25). Ακόμα παρατηρήθηκε πως με τη πάροδο της ηλικίας η φυσική δραστηριότητα αυξάνεται σημαντικά και στα δυο φύλα (Πίνακας 30).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι στη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές συμπεριφοριστικές έρευνες πάνω σε θέματα διατροφής και φυσικής δραστηριότητας. Έτσι, σε μια μελέτη που υλοποιήθηκε σε 34 τυχαία επιλεγμένα σχολεία της

Αυστραλίας, όπου έλαβαν μέρος μαθητές από τη Δευτέρα τάξη του δημοτικού μέχρι την Τρίτη Λυκείου (ηλικίες 7-17, N = 213) και συμμετείχαν σε 38 ομάδες εστίασης. Στόχος της εν λόγω έρευνας ήταν τα παιδιά και οι έφηβοι να προσδιορίσουν και να ταξινομήσουν τα σημαντικότερα αντιληπτά οφέλη και εμπόδια στην υγιεινή κατανάλωση τροφίμων και τη σωματική δραστηριότητα, ώστε να προταθούν στρατηγικές μείωσης των εμποδίων. Οι βελτιώσεις στη γνωστική και σωματική απόδοση, τη φυσική κατάσταση, την αντοχή, τα ψυχολογικά οφέλη, τη φυσική αίσθηση (αίσθημα φυσικής ευφορίας), και την παραγωγή ενέργειας, αποτελούσαν τα σημαντικά οφέλη της υγιεινής κατανάλωσης τροφίμων. Αντίθετα, ως εμπόδια καταγράφηκε η ευκολία, η γεύση, καθώς και κοινωνικοί παράγοντες. Όσον αφορά τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας θεωρούνταν οι κοινωνικές παροχές, η ενδυνάμωση της ψυχολογικής κατάστασης, η φυσική αίσθηση και η αθλητική απόδοση, ενώ στα εμπόδια περιλαμβάνονταν η προτίμηση για τις εσωτερικές δραστηριότητες, η έλλειψη ενέργειας και κινήτρου, ο περιορισμένος χρόνος, καθώς και κοινωνικοί παράγοντες. Προτεινόμενες στρατηγικές για την υπερνίκηση των εμποδίων δόθηκαν από τα ίδια τα παιδιά που βρίσκονταν στην Πέμπτη τάξη του Δημοτικού έως και την Τρίτη Λυκείου. Οι στρατηγικές αυτές αποτελούνταν από υποστήριξη από τους γονείς και το σχολικό προσωπικό, καλύτερος προγραμματισμός (να κρατάνε φαγητό από το σπίτι και όχι να κρατάνε χρήματα στο σχολείο), καλύτερη διαχείριση του χρόνου, αυτο-κίνητρο, εκπαίδευση, αναδόμηση του φυσικού περιβάλλοντος, καθώς και μεγαλύτερη ποικιλία σωματικών δραστηριοτήτων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης φανερώνεται ότι το μεγαλύτερο κίνητρο για υγιεινή διατροφική κατανάλωση στα παιδιά και τους εφήβους είναι η επιθυμία δημιουργίας ενός «καθαρού», «αναζωογονημένου», και «σε ενέργεια» μυαλού, σώματος, και συναισθηματικής κατάστασης. Οι συμμετέχοντες και των δύο φύλων, όλων των ηλικιών και των εθνικοτήτων εξέθεσαν με συνέπεια τη βίωση των βραχυπρόθεσμων διανοητικών, φυσικών, και ψυχολογικών οφελών από την υγιεινή διατροφική κατανάλωση, καθώς επίσης και των παρόμοιων οφελών από τη σωματική δραστηριότητα (O' Dea J. A., 2003). Στη δική μας περίπτωση, δεν υπήρχε ανάλογη ερώτηση στο ερωτηματολόγιο ούτε ανάλογη θεματική ενότητα προς συζήτηση. Παρόλα αυτά, φάνηκε πως και σ' αυτά τα παιδιά η σωματική δραστηριότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινότητά τους, αφού το 60% του συνόλου των παιδιών και των δύο πόλεων, ασχολούνται με κάποιο άθλημα (Πίνακας 26). Επομένως, θα

μπορούσαμε να πούμε ότι με αυτόν τον τρόπο τα παιδιά, αν και πιθανόν να μην το γνωρίζουν, συμβάλλουν (ως ένα σημείο) στην πρόληψη καρδιαγγειακού κινδύνου στη μετέπειτα ζωή.

Το γεγονός πως η παρέμβασή μας συμπεριέλαβε και τα παιδιά του νηπιαγωγείου ήταν ένα δίλημμα, καθώς πρόκειται για μια ευαίσθητη ηλικία και θεωρούσαμε πως μια παρέμβαση 5 ωρών δεν αρκεί για τα παιδιά αυτής της ηλικίας. Σχεδόν σε όλα τα μαθήματα δεν μπορούσαν να μείνουν προσηλωμένα για περισσότερο από 30 λεπτά γι' αυτό το λόγο τους δίναμε την ευκαιρία να ξεκουραστούν και να ανακτήσουν δυνάμεις για να συνεχίσουμε. Ακόμη η παρέμβαση του νηπιαγωγείου γινόταν το πρωί (8:30π.μ.) καθώς ήταν η καλύτερη ώρα για να προσέξουν αυτό που κάναμε. Βέβαια, τα εν λόγω προβλήματα ήταν γνώριμα σε εμάς και έτσι είχαμε προετοιμαστεί, χάριν της υπάρχουσας βιβλιογραφίας καθώς, ενώ σημαντικές και θετικά αποτελεσματικές προσπάθειες έχουν στοχεύσει στη μείωση καρδιαγγειακών κινδύνων και την εκπαίδευση της υγείας για τα παιδιά του δημοτικού, παρόμοιες προσπάθειες που στόχευαν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας είχαν ατυχή αποτελέσματα. Η λογική της δημιουργίας προγραμμάτων για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας για τη μείωση καρδιαγγειακών κινδύνων βασίζεται στην προϋπόθεση ότι οι παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή ασθένεια κυριαρχούν από την ηλικία των 3 ετών και τείνουν να ακολουθούν με το χρόνο, πολύ συχνά η υπερχοληστερολαιμία και η παχυσαρκία, καταστάσεις οι οποίες σχετίζονται με τη διατροφή. Αφού οι συμπεριφορές για τους παράγοντες διατροφικού κινδύνου έχουν ξεκινήσει να εγκαθίστανται από πολύ νωρίς στη ζωή, είναι σημαντικό να αναπτυχθούν και να εκτιμηθούν νέες εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες που να σκοπεύουν αρχικά στην πρόληψη των παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών στα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης μπορεί να καθοριστεί μέσω της εκτίμησης των αλλαγών στη διαιτητική πρόσληψη των παιδιών προσχολικής ηλικίας στα σχολικά γεύματα και σνακ, ιδιαίτερα με σεβασμό στην πρόσληψη του συνολικού και του κορεσμένου λίπους. Η εκτίμηση του συστατικού της εκπαίδευσης θα περιλαμβάνει αξιολόγηση των αλλαγών στη γνώση σε θέματα διατροφής από τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, και την αξιολόγηση των αλλαγών στα γεύματα όπου τα παιδιά καταναλώνουν στο σπίτι (Williams C. L. et al, 1998).

Η διατροφική πολιτική του σχολείου αποτελεί έναν από τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Πολλαπλής στάθμης

αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν για να εξετάσουν την πιθανή επιρροή της διατροφικής πολιτικής ενός σχολείου στη Φλαμανδική περιοχή (N = 50) πάνω στην κατανάλωση των φρέσκων φρούτων, πρόχειρων φαγητών, νερού, χυμού φρούτων, γάλακτος, σακχαρούχου γάλακτος και σακχαρούχων αναψυκτικών από τα παιδιά (N = 1678, ηλικίες 2.5 - 6.5 ετών). Στην εν λόγω έρευνα έλαβαν μέρος εκτός από τα παιδιά, οι διευθυντές και οι δάσκαλοι, οι οποίοι εποπτεύουν τα παιδιά κατά τη διάρκεια των μεσημεριανών γευμάτων. Τα κύρια θέματα που περιλήφθηκαν σε αυτό το ερωτηματολόγιο ήταν: διαθεσιμότητα των μεσημεριανών γευμάτων στο σχολείο (π.χ. δυνατότητα να υπάρχει ένα ζεστό γεύμα), πρόχειρα φαγητά/ροφήματα που διανέμονται στο σχολείο (π.χ. σχολικό γάλα) οι μηχανές πώλησης στο σχολείο, εκπαίδευση διατροφής για τα παιδιά, εκστρατείες διατροφής που πρόσφατα επικρατούν στο σχολείο και κανόνες διατροφής (π.χ. εάν τα ανθρακούχα ποτά επιτρέπονται κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων).

Γενικότερα, με τη πάροδο του χρόνου, φάνηκε να υπάρχει χαμηλή ανταπόκριση από τα παιδιά. Επιπλέον, η εκπαίδευση των μητέρων και των πατέρων ήταν αντίστοιχα, χαμηλή: 46% και 54%, μέτρια: 38% και 24% και υψηλή: 17% και 22%. Με άλλα λόγια, φάνηκε ότι οι παιδικοί σταθμοί δεν επηρέασαν την κατανάλωση νερού, πρόχειρων φαγητών, σακχαρούχων ανθρακούχων ποτών και γάλακτος, ενώ η παραλλαγή στην κατανάλωση χυμού φρούτων, σακχαρούχων γαλάτων και φρούτων δεν αποδόθηκε μόνο στους επιλεγμένους μεμονωμένους παράγοντες. Λιγότερο θετικό ήταν ότι κανένα από τα σχολεία δεν παρείχε τακτικά φρούτα και μόνο 2 από τα 50 συμμετέχοντα σχολεία οργάνωναν εβδομαδιαία μια μέρα υγιεινής. Η μεγαλύτερη κατανάλωση σακχαρούχου γάλακτος και η μικρότερη κατανάλωση φυσικού γάλακτος στα σχολεία που προσφέρουν σακχαρούχο γάλα, φανερώνει ότι η διαθεσιμότητα στο σχολικό επίπεδο μπορεί πράγματι να κάνει μια διαφορά. Η αντικατάσταση του χυμού φρούτων από φρέσκα φρούτα και μη σακχαρούχα ποτά, όπως το φρέσκο γάλα ή/και το νερό θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην πρόληψη της επιδημίας της παχυσαρκίας. Επίσης η αντικατάσταση του σακχαρούχου γάλακτος από το φρέσκο γάλα στο σχολείο θα μείωνε την επιπρόσθετη πρόσληψη ζάχαρης σε ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών, ενώ θα μπορούσε ενδεχομένως να βοηθήσει στην πρόληψη της παχυσαρκίας καθώς και σε σχετικές με την παχυσαρκία ασθένειες στην μετέπειτα ζωή. (Vereecken Carine et al, 2008).

Όσον αφορά τη δική μας έρευνα και σύμφωνα με προσωπικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, οι νηπιαγωγοί ήταν αρκετά συνειδητοποιημένοι, καθώς ήδη είχαν αναφέρει στα παιδιά τον όρο υγιεινή διατροφή. Μάλιστα, στο νηπιαγωγείο των Χανίων υπήρχε στην τάξη η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής, όπου είχε κατασκευαστεί από την ίδια τη νηπιαγωγό, ενώ μία φορά την εβδομάδα είχαν μια «Μέρα φρούτου», όπου τα παιδιά κρατούσαν για κολατσιό ένα φρούτο της επιλογής τους. Εντούτοις, σύμφωνα με τα αποτελέσματα από το ερωτηματολόγιο, φάνηκε ότι τα παιδιά του νηπιαγωγείου και των δύο πόλεων αύξησαν την κατανάλωση φρούτων (69% 3-4 φορές την εβδομάδα), την κατανάλωση λαχανικών (77% 1-2 φορές την ημέρα), την κατανάλωση φυσικών χυμών (62% καθημερινά), ενώ μείωσαν την κατανάλωση αναψυκτικών (50%) μετά την παρέμβαση. Γενικά, η συνολική πρόσληψη ενέργειας από τα ροφήματα αυξάνεται στα παιδιά, οδηγώντας στην υπόθεση ότι η υπερβολική ενέργεια από τα θερμιδογόνα γλυκαντικά ποτά μπορεί να σχετίζεται με τον αυξανόμενο επιπολασμό του υπερβολικού βάρους στα παιδιά (Nielsen S. J., Popkin B. M., 2004).

Ανάλογη και πιο εξιδανικευμένη έρευνα για την πρόσληψη θερμίδων από τα διάφορα ροφήματα, πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο του Wisconsin του Madison. Οι ερευνητές ονόμασαν τα τέσσερα δείγματα ροφημάτων για τα παιδιά ηλικίας 2 έως 5 ετών ως ελαφρύ-ανάμεικτο ρόφημα (mix/light drinker), γάλα πλήρες (high-fat milk), νερό (water), και χυμοί φρούτων (fruit juices), ενώ χώρισαν τα παιδιά σε ανάλογες ομάδες. Παρόμοια δείγματα ροφημάτων παρατηρήθηκαν επίσης για τα παιδιά ηλικίας 6 έως 11 ετών. Οι ερευνητές εδώ ονόμασαν τα πέντε δείγματα ποτών ως ελαφρύ-ανάμεικτο ρόφημα (mix/light drinker), γάλα πλήρες (high-fat milk), νερό (water), γλυκαντικά ποτά (sweetened drinks), και σόδα (soda). Τα παιδιά ηλικίας 2 έως 5 και 6 έως 11 ετών στην ομάδα με το δείγμα του πλήρους γάλακτος είχαν σημαντικά υψηλότερο συνολικό ποσοστό ενεργειακής πρόσληψης από τα ροφήματα (35,2% της ενέργειας και 25,7% της ενέργειας, αντίστοιχα) έναντι των άλλων ομάδων - ροφημάτων. Το είκοσι εννέα τοις εκατό της ενέργειας προήλθε από τα ροφήματα της ομάδας του χυμού φρούτων για τα προσχολικά παιδιά, και το 24,3% και 22,8% της συνολικής καθημερινής ενεργειακής πρόσληψης προήλθαν από τις ομάδες των γλυκαντικών ποτών και της σόδας, αντίστοιχα, για τα παιδιά σχολικής ηλικίας (Larowe T. L. et al, 2007).

Η ποιότητα διατροφής διέφερε σημαντικά στα παιδιά ηλικίας 2 έως 5 ετών. Οι ενεργειακές προσλήψεις ήταν υψηλότερες στις ομάδες πλήρους γάλατος και του χυμού φρούτων, ενώ ήταν χαμηλότερες στις ομάδες ελαφρού ποτού και νερού. Το ποσοστό ενέργειας από την πρωτεΐνη ήταν υψηλότερο στην ομάδα του πλήρους γάλακτος και χαμηλότερο στις ομάδες του χυμού φρούτων και του ελαφρού ποτού. Για τα παιδιά ηλικίας 6 έως 11 ετών, ο ΔΜΣ ήταν σημαντικά υψηλότερος στις ομάδες του νερού, των γλυκαντικών ποτών, και της σόδας (μέσος όρος ΔΜΣ = 19,9 kg/m², 18,7 kg/m², και 18,7 kg/m², αντίστοιχα) σε σύγκριση με τις ομάδες ελαφρού ποτού και του πλήρους γάλακτος (μέσος όρος ΔΜΣ = 18,2 kg/m² και 17,8 kg/m², αντίστοιχα) ($p < 0.05$). Συνολικά, τα αποτελέσματά αυτής της έρευνας έδειξαν ότι η ποιότητα διατροφής διέφερε σημαντικά στα δείγματα ροφημάτων και για τις δύο ηλικιακές ομάδες των παιδιών. Για τα παιδιά ηλικίας 6 έως 11 ετών, και συγκεκριμένα οι ομάδες του νερού, των γλυκαντικών ποτών, και της σόδας είχαν το υψηλότερο ΔΜΣ. Αξίζει να σημειωθεί ότι η κατανάλωση υψηλών ποσοτήτων θερμιδογόνων γλυκαντικών ποτών μπορεί να οδηγήσει στην υπερβολική πρόσληψη ενέργειας, η οποία μπορεί να οδηγήσει στο υπερβολικό βάρος. Οι ερευνητές παρατήρησαν ότι τα παιδιά κατανάλωναν κατά προσέγγιση ένα τέταρτο των καθημερινών ενεργειακών τους προσλήψεων από ποτά, τα όποια ήταν συνήθως θερμιδογόνα και με γλυκαντικές ουσίες. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι η ποιότητα διατροφής ήταν χειρότερη στα παιδιά σχολικής ηλικίας έναντι των προσχολικών παιδιών. Όσον αφορά τα παιδιά προσχολικής ηλικίας στην ομάδα του πλήρους γάλακτος, παρατηρήθηκε ότι περισσότερα από το ένα τρίτο της συνολικής τους καθημερινής ενεργειακής πρόσληψης προήλθαν από ροφήματα, και κυρίως από το πλήρες γάλα. Επιπλέον, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος της πρόσληψης φρούτων αυτών των παιδιών μπορεί να προέλθει από τους χυμούς φρούτων, παρά από ολόκληρα τα φρούτα, καθώς δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στην πρόσληψη φυτικών ινών στις διαφορετικές ομάδες ροφημάτων. Σ' αυτό το σημείο, στη δική μας έρευνα παρατηρήσαμε ότι μετά την παρέμβαση τα παιδιά αύξησαν την κατανάλωση φρούτων σε 3-4 φορές την ημέρα (57%), ενώ, αν και αυξήθηκε, μόνο το 41% καταναλώνει φυσικούς χυμούς καθημερινά (Πίνακες 18 και 22).

Συνεχίζοντας, η ίδια έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα ροφήματα συνδέονται με την ποιότητα διατροφής στα παιδιά. Επιπλέον, ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων του Δείκτη Υγιεινής Διατροφής (Healthy Eating Index = HEI)

μεταξύ των παιδιών σε όλες τις ομάδες ροφημάτων ήταν κάτω από 81 (αποτέλεσμα από 81 και πάνω αντιπροσωπεύει μια «καλή» διατροφή), δείχνοντας ότι η διατροφή των παιδιών ηλικίας 2 έως 11 ετών χρειάζεται βελτίωση. Ανεξάρτητα από το δείγμα των ροφημάτων, όλα τα παιδιά θα μπορούσαν να ωφεληθούν με τη μείωση της κατανάλωσης της σόδας και άλλων θερμιδογόνων γλυκαντικών ροφημάτων που μπορούν να μετατοπίσουν σημαντικά τρόφιμα με μεγάλη περιεκτικότητα σε μικροθρεπτικά συστατικά που απαιτούνται για την ανάπτυξη και την εξέλιξη. (Larowe T. L. et al, 2007).

Παραπάνω, εκτός από τα ροφήματα, έγινε αναφορά στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Έχει παρατηρηθεί σε χώρες της Ευρώπης, ότι η πρόσληψη φρούτων και λαχανικών στα παιδιά είναι ακόμα κάτω από τα συνιστώμενα επίπεδα (Yngve A. et al, 2005). Σε μια μελέτη που διεξήχθη στην Ευρώπη παρήχθησαν κάποιες συμβουλές για τους μαθητές ηλικίας 9-12 ετών προσαρμοσμένες στο διαδίκτυο, ενώ στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε και μια συνοπτική και υποστηρικτική διατροφική συμβουλευτική διάρκειας 5 λεπτών μέσω του διαδικτύου από μια νοσοκόμα και με την παρουσία τουλάχιστον του ενός γονέα. Η παρέμβαση περιλάμβανε 240 ζεύγη (παιδί και γονέας) μέσα στην προληπτική υγειονομική περίθαλψη για την προώθηση της πρόσληψης φρούτων και λαχανικών. Κατά τη διάρκεια των σχολικών ωρών, όλα τα παιδιά συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με την πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, τα οποία είχαν διεξαχθεί στο Διαδίκτυο. Τρεις (3) μήνες μετά την πρώτη αξιολόγηση από τη νοσοκόμα, τα παιδιά συμπλήρωσαν ένα παρόμοιο ερωτηματολόγιο. Παρατηρήθηκε ότι οι γονείς συνειδητοποίησαν την ανεπαρκή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών σε αρκετά σύντομο χρονικό διάστημα. Έτσι μια οργανωμένη παρέμβαση με πρωταγωνιστικό ρόλο μόνο δύο στοιχεία (όπως έγινε σ' αυτή τη μελέτη, τα φρούτα και τα λαχανικά) μπορεί να προκαλέσει θετικές αλλαγές στη γνώση και τη συνειδητοποίηση των επιπέδων πρόσληψης φρούτων και λαχανικών στους μαθητές. Όμως, για να προκληθούν αλλαγές στα επίπεδα πρόσληψης απαιτούνται και άλλου είδους παρεμβάσεις (Mangunkusumo Resiti T. et al, 2006). Όπως μπορούμε να δούμε από την δίκη μας προσπάθεια για την αύξηση της πρόσληψης των φρούτων και των λαχανικών, αν και δεν πραγματοποιήθηκε μέσω του διαδικτύου, επιτεύχθηκε σε σημαντικό βαθμό ακόμα κι αν η συζήτηση για τα στοιχεία αυτά διήρκεσε μόνο μια διδακτική ώρα. Βέβαια σε σημαντικό βαθμό βοήθησε η κατασκευή της Πυραμίδας

της διατροφής και η πυραμίδα της Μεσογειακής διατροφής, όπου φάνηκε στην πράξη πόσο σημαντικά είναι τα φρούτα και τα λαχανικά για τον οργανισμό. Επίσης το έντυπο διατροφής το οποίο είναι ειδικά διαμορφωμένο για τα παιδιά, μοιράστηκε έτσι ώστε να επαναλαμβάνονται στα παιδιά κάποιες από τις συμβουλές που τους δόθηκαν κατά τη διάρκεια των μαθημάτων και να γίνεται μια υπενθύμιση κάθε φορά που το διαβάζουν. Έτσι, με την επανάληψη, τα παιδιά (και οι γονείς στην περίπτωση που διαβάσουν και οι ίδιοι το έντυπο) ευαισθητοποιούνται ακόμη περισσότερο, πράγμα που επιφέρει θετικά αποτελέσματα. Έτσι, πριν την παρέμβαση το 44% του συνόλου των παιδιών και στις δύο πόλεις καταλάωνε φρούτα 3-4 φορές την ημέρα, ενώ μετά την παρέμβαση το ποσοστό αυτό αυξήθηκε στο 57%. Από την άλλη μεριά, τα παιδιά που καταλάωναν σε ποσοστό 53% 1-2 φορές την ημέρα και 26% 3-4 φορές την ημέρα λαχανικά, μετά την παρέμβαση τα ποσοστά αυτά μετατράπηκαν σε 61% και 32% αντίστοιχα.

Η παραπάνω έρευνα αναφέρθηκε σε έναν δείκτη, ο οποίος λειτουργεί ως σύστημα αποτελεσμάτων για την αξιολόγηση της εμμονής στις διαιτητικές οδηγίες των Αμερικανών (HEI = Healthy Eating Index), από την Αμερικανική κυβέρνηση. Στόχος των Αμερικανών ερευνητών ήταν να εξετάσουν τη δυνατότητα του HEI ώστε να ελέγξει την ποιότητα διατροφής της νεολαίας. Ένας άλλος δείκτης κατανάλωσης υγιεινής διατροφής για τους νέους (YHEI = Youth Healthy Eating Index) εστιάζει στην ποιότητα τροφίμων και αξιολογεί τα υγιεινά και τα ανθυγιεινά τρόφιμα καθώς και τις διατροφικές συμπεριφορές αυτών. Τα αποτελέσματα και των δύο δεικτών (HEI και YHEI) υπολογίστηκαν από ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων (FFQ) που ταχυδρομήθηκε στους συμμετέχοντες (8.807 κορίτσια και 7.645 αγόρια ηλικίας 9 – 14 ετών) της μελέτης με όνομα Growing Up Today Study το 1996.

Το αποτέλεσμα του HEI συσχετίστηκε ιδιαίτερα με τη συνολική ενεργειακή πρόσληψη ($r = 0.67$), δείχνοντας μια ισχυρή ένωση με την ποσότητα κατανάλωσης τροφίμων. Αντίθετα, ο δείκτης YHEI δεν συσχετίστηκε έντονα με τη πρόσληψη ενέργειας ($r = 0.12$). Το συστατικό του HEI για την ποικιλία στην επιλογή τροφίμων αποτέλεσε 60% της παραλλαγής στο συνολικό αποτέλεσμα και διάφορα συστατικά HEI συσχετίστηκαν ιδιαίτερα το ένα με το άλλο, ιδιαίτερα εκείνους για το συνολικό και κορεσμένο λίπος ($\rho = 0.78$).

Τα υψηλότερα αποτελέσματα για τα δημητριακά, τα φρούτα, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, το συνολικό και το κορεσμένο λίπος, και τη χοληστερόλη

όλα συνέβαλλαν στα υψηλότερα συνολικά αποτελέσματα του HEI στη μελέτη Growing Up Today Study. Τα χαμηλότερα αποτελέσματα στη μελέτη αυτή μπορούν να αποδοθούν στον περιορισμένο αριθμό διατροφικών στοιχείων του ερωτηματολογίου συχνότητας (Food Frequency Questionnaire – FFQ) σε σύγκριση με τον απεριόριστο αριθμό στοιχείων από μια διαιτητική ανάκληση. Τα αποτελέσματα νατρίου από τη μελέτη Growing Up Today Study ήταν επίσης χαμηλότερα. Γενικότερα, φάνηκε ότι τα αποτελέσματα ήταν υψηλότερα για τα γαλακτοκομικά προϊόντα (8,0 για τα κορίτσια, 8,5 για τα αγόρια) και για την αναλογία κρέατος (7,2 για τα κορίτσια, 7,0 για τα αγόρια). Αντίθετα, τα αποτελέσματα ήταν χαμηλότερα για τα δημητριακά ολικής αλέσεως (2,6 για τα κορίτσια, 2,9 για τα αγόρια) και για το πρόχειρο φαγητό (4,2 για τα κορίτσια, 3,6 για τα αγόρια) (Feskanich D. et al, 2004). Στη δική μας περίπτωση, όσον αφορά την κατανάλωση γαλακτοκομικών, φάνηκε ότι για το γιαούρτι δεν υπήρξε σημαντική αλλαγή (26% 3-4 φορές την εβδομάδα έναντι του 19% που ήταν πριν την παρέμβαση), ανάλογη περίπτωση για το τυρί (29% 3-4 φορές την εβδομάδα έναντι του 20% που ήταν πριν την παρέμβαση), ενώ στην κατανάλωση γάλακτος δεν υπήρξε καμία αλλαγή (80% καθημερινά πριν και μετά την παρέμβαση). Ανάλογα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν και στο κρέας, καθώς η συχνότητα κατανάλωσης του κοτόπουλου δεν άλλαξε (Πίνακας 13), ενώ γενικά από την υπόλοιπη ομάδα του κρέατος φάνηκε μια μικρή μείωση της συχνότητας από 3-4 φορές σε 1-2 φορές την εβδομάδα (το 22% των παιδιών απάντησε 3-4 φορές την εβδομάδα έναντι του 29%, που είχε απαντήσει πριν την παρέμβαση, Πίνακας 14).

Τελικά, παρεμβάσεις που στοχεύουν στην τροποποίηση διαιτητικών συμπεριφορών και τις συμπεριφορές φυσικής δραστηριότητας των μικρών παιδιών, απαιτούν ακρίβεια και ακριβή εργαλεία μέτρησης. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά ηλικίας 8-13 ετών, τα παιδιά έπρεπε να ταξινομήσουν κάποιες κάρτες τροφίμων σε σωρούς παρόμοιων διατροφικών στοιχείων και είχαν δικαίωμα να κάνουν όσες στοίβες ήθελαν. Η μελέτη αυτή είχε ως στόχο να δημιουργήσει μια ανάκληση 24ώρου μόνο για παιδιά. Τα παιδιά δημιούργησαν κατά μέσον όρο 11,1 (\pm 4.4) σωρούς με 5,4 (\pm 4.9) κάρτες ανά σωρό. Τα παιδιά ταξινόμησαν τα τρόφιμα σε παρόμοιες ομάδες, αλλά χρησιμοποίησαν διαφορετικά ονόματα για να τα ονομάσουν. Αυτές οι κατηγορίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να διευκολύνουν την αναζήτηση τροφίμων των ερευνητών σε μια αυτοματοποιημένη

εικοσιτετράωρη διαιτητική ανάκληση για τα παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδας. Τελικά, αυτή η μελέτη αξιολόγησε την κατηγοριοποίηση και την ονομασία 62 διατροφικών στοιχείων από τα παιδιά ηλικίας 8-13 ετών από 18 κατηγορίες που καθορίστηκαν από τους επαγγελματίες διατροφής. Αυτή η εύρεση προτείνει ότι τα παιδιά των διαφορετικών ηλικιών, φύλων, εθνικότητας, και άλλων δημογραφικών χαρακτηριστικών ταξινομούν και κατά κάποιο τρόπο σκέφτονται τα διατροφικά στοιχεία με παρόμοιο τρόπο. Παρόμοια συγκέντρωση ανιχνεύθηκε και στα παιδιά ηλικίας 5-11 ετών, τα οποία ομαδοποίησαν τα τρόφιμα σε γλυκά, επιδόρπια, κέικ, καραμέλα, και πρωινό (Beltran Alicia et al, 2008).

Ως τμήμα ενός μεγαλύτερου προγράμματος βασισμένο στην κοινότητα, αναπτύχθηκαν τρία σχολικά ερωτηματολόγια ώστε να αξιολογήσουν (α) την πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, (β) τη σωματική δραστηριότητα και την παρακολούθηση της τηλεόρασης, και (γ) την αντιληπτή γονική υποστήριξη για τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα. Η αξιοπιστία δοκιμής επανελέγχου εκτελέστηκε σε όλα τα ερωτηματολόγια και η ισχύς μετρήθηκε για την πρόσληψη των φρούτων και των λαχανικών, τη σωματική δραστηριότητα, και την παρακολούθηση της τηλεόρασης. Συνολικά στη μελέτη συμμετείχαν 86 παιδιά από δύο χαμηλού προς μέτριου εισοδήματος κοινότητες (40 από την κοινότητα παρέμβασης και 46 από την κοινότητα ελέγχου). Οι Κοινότητες ήταν πόλεις έξω από τη Βοστώνη και είχαν παρόμοια κοινοτικά δημογραφικά χαρακτηριστικά. Το τελικό δείγμα που παρέχει τα χρησιμοποιήσιμα στοιχεία ήταν 84 παιδιά (54% κορίτσια). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν $8,3 \pm 1,1$ έτη. Η αξιοπιστία του επανελέγχου εκτελέστηκε με τη χρησιμοποίηση των ερωτηματολογίων δύο φορές, 1 με 2 ώρες μετά. Η ισχύς του ερωτηματολογίου των φρούτων και των λαχανικών μετρήθηκε από την άμεση παρατήρηση, ενώ το ερωτηματολόγιο σωματικής δραστηριότητας και τηλεόρασης επικυρώθηκε από μια τηλεφωνική συνέντευξη με τους γονείς. Και τα τρία τα ερωτηματολόγια παρήγαγαν άριστη αξιοπιστία επανελέγχου ($p < 0.001$). Η πλειοψηφία των ερωτήσεων για τα φρούτα και τα λαχανικά και οι ερωτήσεις σχετικά με τις συγκεκριμένες σωματικές δραστηριότητες και την παρακολούθηση τηλεόρασης είχαν μεγάλη ισχύ. Χαμηλά αποτελέσματα ισχύος βρέθηκαν για τις ερωτήσεις όσον αφορά την παρακολούθηση της τηλεόρασης κατά τη διάρκεια του πρωινού ή του βραδινού. Αυτά τα ερωτηματολόγια είναι αξιόπιστα και έγκυρα εργαλεία ώστε να αξιολογηθούν οι συμπεριφορές πρόσληψης φρούτων και

λαχανικών, σωματικής δραστηριότητας και παρακολούθησης της τηλεόρασης στις πρώτες τάξεις του δημοτικού σχολείου. Αντίθετα, εμφανίστηκαν μεγάλες αποκλίσεις από τις απαντήσεις γονέα – παιδιού, όσον αφορά την παρακολούθηση τηλεόρασης από τα παιδιά κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Επομένως, η αξιολόγηση σ' αυτό το σημείο δεν ήταν εφικτή. (Economos C. D. et al, 2008). Συμπερασματικά, όσον αφορά τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας για την τηλεόραση, βρέθηκε πως το 42,2% των κοριτσιών και το 55,3% των αγοριών παρακολουθούν τηλεόραση κατά τη διάρκεια του πρωινού, το 40% των κοριτσιών και το 35,1% των αγοριών κατά τη διάρκεια του βραδινού, ενώ το 88,6% των κοριτσιών και το 94,9% των αγοριών έχουν τηλεόραση στο υπνοδωμάτιο τους (Economos C. D. et al, 2008 p. 700). Αντίθετα, στη δική μας παρέμβαση, εξαιτίας του γεγονότος ότι δεν συμμετείχαν οι γονείς, αλλά μόνο τα παιδιά, έχουμε πιο υποκειμενικά αποτελέσματα. Βέβαια, αυτό δε σημαίνει απαραίτητα ότι οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων είναι ειλικρινείς, καθώς τα παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδας (και κυρίως τα μικρότερα) δεν είναι ακόμη σε θέση να κατανοήσουν τις ημέρες και τη συχνότητα κατανάλωσης κάποιων τροφίμων. Γι' αυτό το λόγο, κι εμείς θα πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί. Παρόλα αυτά, από τις απαντήσεις των μαθητών στην ερώτηση που υπήρχε σχετικά με το αν βλέπουν τηλεόραση κατά τη διάρκεια του γεύματος, το 47% απάντησε πως όταν κατανάλωνε κάποιο γεύμα παρακολουθούσε ταυτόχρονα κάποιο πρόγραμμα στην τηλεόραση, ενώ μετά την παρέμβαση μειώθηκε στο 31% (Πίνακας 24).

Στις μεγάλες σε κοινοτικό επίπεδο μελέτες παρέμβασης που στοχεύουν σε συμπεριφορές διατροφής και σωματικής δραστηριότητας στα παιδιά, είναι σημαντικό να καθοριστεί εάν η παρέμβαση επηρεάζει ιδιαίτερες συμπεριφορές υγείας. Οι πιο κοινά χρησιμοποιούμενες μέθοδοι αξιολόγησης διατροφικής πρόσληψης στα παιδιά είναι η 24ωρη ανάκληση, τα ερωτηματολόγια συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων και το διαιτητικό ιστορικό. Η ολοκληρωμένη προσέγγιση από την παρατηρούμενη διατροφική πρόσληψη από το ερωτηματολόγιο ανάκλησης κατέδειξε μια υποσχόμενη μέθοδο για την αξιολόγηση της πρόσληψης φρούτων και λαχανικών σ' αυτήν την ηλικιακή ομάδα των παιδιών. Λόγω της φύσης των ερωτήσεων της σωματικής δραστηριότητας και το μέγεθος του δείγματος, ούτε άμεση παρατήρηση ούτε το ερωτηματολόγιο ήταν αρκετά καλές πρακτικές μέθοδοι για να βγουν αξιόλογα αποτελέσματα. Οι ερωτήσεις σχετικά με το συνηθισμένο τρόπο μεταφοράς στο και από το σχολείο καθώς και την παρουσία της τηλεόρασης στο υπνοδωμάτιο του

παιδιού ήταν και οι δύο ιδιαίτερα αξιόπιστες και έγκυρες, ενώ οι ερωτήσεις «πόσο συχνά τα παιδιά βλέπουν τηλεόραση κατά τη διάρκεια είτε του πρωινού είτε του βραδινού γεύματος» είχαν μικρότερη ισχύ. (Economos C. D. et al, 2008).

Οι Στρατηγικές Δημόσιας Υγείας για να αποτρέψουν την παχυσαρκία παρουσιάζουν διατροφικές συστάσεις ώστε να περιορίσουν την πρόσληψη λίπους και ζάχαρης και να αυξήσουν την πρόσληψη των σύνθετων υδατανθράκων, σε συνεργασία με την οικογένεια. Χίλιες δεκατρείς οικογένειες περιλήφθηκαν σε αυτήν την 10μηνη, τυχαιοποιημένη δοκιμή παρέμβασης σε 54 σχολεία της Γαλλίας. Από κάθε οικογένεια, συμμετείχαν το δεύτερο ή το τρίτο παιδί (ηλικίας 7-9 ετών) και ένας από τους γονείς του/της. Αυτή η ηλικία των παιδιών επιλέχτηκε για 2 λόγους: 1) αυτή η ηλικία αντιστοιχεί στην περίοδο αύξησης του λιπώδους ιστού, και συγκεκριμένα τότε που μπορούν να εμφανιστούν το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία, και 2) τα παιδιά αυτής της ηλικίας είναι δεκτικά στις διαιτητικές παρεμβάσεις, επειδή έχουν περάσει τη φάση της νεοφοβίας. Ο επιπολασμός του υπερβολικού βάρους στην αρχή της παρέμβασης (συμπεριλαμβανομένης της παχυσαρκίας) ήταν 18% στα παιδιά και 33% στους γονείς, χωρίς διαφορές μεταξύ των ομάδων. Ο θεραπευτικός στόχος επιτεύχθηκε για τα λίπη στις ομάδες παρέμβασης. Στη δική μας περίπτωση, αν και δεν χρησιμοποιήσαμε ανάλογες μεθόδους, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσαν τα παιδιά και συγκεκριμένα την ερώτηση που αφορούσε την κριτική του βάρους τους, φάνηκαν τα εξής στοιχεία (Πίνακας 27): ο ΔΜΣ του 89,1% των παιδιών που δεν ήξεραν την κατάσταση του βάρους τους, βρισκόταν στα φυσιολογικά επίπεδα (10^{th} – 90^{th} εκ. θέση), το 71,8% που ήταν στα ίδια επίπεδα πίστευε ότι πρέπει να χάσει βάρος, το 83,5% που θεώρησε το βάρος του φυσιολογικό ήταν και στην πραγματικότητα, ενώ ο ΔΜΣ του 64,1% των παιδιών που πίστευαν πως πρέπει να πάρουν βάρος, ήταν επίσης, μεταξύ 10^{th} και 90^{th} εκατοστιαίας θέσης.

Συνεχίζοντας με την έρευνα των Paineau et al (2008), η πρόσληψη ζάχαρης μειώθηκε μόνο στην ομάδα Β (298 οικογένειες, όπου έλαβαν συμβουλές ώστε να μειώσουν το διαιτητικό λίπος στο 35% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης, και τη ζάχαρη κατά -25% της αρχικής πρόσληψης, ενώ να αυξήσουν τους σύνθετους υδατάνθρακες σε 50% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης) και η πρόσληψη των σύνθετων υδατανθράκων αυξήθηκε μόνο στην ομάδα Α (297 οικογένειες όπου έλαβαν συμβουλές ως προς τη μείωση του διαιτητικού λίπους κατά 35% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης, και ως προς το πως να την αυξήσουν τους

σύνθετους υδατάνθρακες στο 50% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης). Οι παρεμβάσεις οδήγησαν στις συνολικές προσλήψεις υδατανθράκων που υπερβαίνουν το 50% της συνολικής ενέργειας στα παιδιά και περίπου το 46% στους γονείς. Έναντι των ελέγχων, η συνολική προσλαμβανόμενη ενέργεια μειώθηκε στα παιδιά (ομάδες Α και Β) και στους γονείς (ομάδα Β). Στα παιδιά, οι αλλαγές στη φυσική δραστηριότητα σε όλη τη μελέτη δεν διέφεραν μεταξύ των ομάδων, ούτε για την καθημερινή παρακολούθηση της τηλεόρασης. Τα ίδια αποτελέσματα βρέθηκαν στους γονείς.

Οι αρχικοί στόχοι αυτής της έρευνας ήταν να ερευνηθεί μέχρι ποιο σημείο η οικογενειακή διαιτητική εκπαίδευση θα προκαλούσε διατροφικές αλλαγές και θα βελτιώνε τον έλεγχο του βάρους στη ζωή των παιδιών και των γονέων. Διατροφικές αλλαγές εμφανίστηκαν κυρίως τους πρώτους 3 μήνες της παρέμβασης και διατηρήθηκαν έπειτα μέχρι το τέλος της παρέμβασης, προτείνοντας ότι τέτοιες αλλαγές ήταν βιώσιμες στα πλαίσια της μελέτης. Οι θρεπτικοί στόχοι επιτεύχθηκαν για τα λίπη και σε μικρότερη έκταση για τα σάκχαρα. Εντούτοις, οι συμβουλές για τα σάκχαρα βασίστηκαν μόνο στα εξωγενή σάκχαρα, περιορίζοντας τις ευκαιρίες να μειωθούν. Με βάση μελέτες σε κανονικά προς υπέρβαρα άτομα, οι Drummond και Kirk διαπίστωσαν ότι οι πληθυσμοί μπορούν να βρουν δυσκολίες στο να διατηρήσουν τις ταυτόχρονες μειώσεις των λιπών και των σακχάρων, κυρίως για λόγους ωραίας γεύσης. Εντούτοις, στη μελέτη που περιγράφεται παραπάνω, οι ερευνητές έλαβαν ταυτόχρονες μειώσεις λιπών και σακχάρων στην ομάδα Β. Ακόμη, παρατηρήθηκε μια τάση προς μια μείωση στην πρόσληψη των σακχάρων και στην ομάδα Α, αν και αυτή η ομάδα έλαβε συμβουλές μόνο για τα λίπη. Επίσης φάνηκε ότι η αύξηση στους σύνθετους υδατάνθρακες ήταν ανεπαρκής στο να αντισταθμίσει το ενεργειακό έλλειμμα λόγω της μείωσης στα λίπη και τα σάκχαρα, ειδικά στην ομάδα Β. Στους γονείς, η μείωση της ενεργειακής πρόσληψης συνδέθηκε με μια αύξηση στο βάρος του σώματος σε 2 ομάδες (ομάδα Α και ομάδα ελέγχου), προτείνοντας ότι οι τελικές προσλήψεις ενέργειας ήταν ακόμα υψηλότερες από τις απαιτήσεις. Παρόμοιες παρατηρήσεις έγιναν στα παιδιά στις ομάδες Α και Β. Στα παιδιά, οι παρεμβάσεις δεν είχαν καμία επίδραση στους κλινικούς δείκτες. Στους γονείς, οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου παρουσίασαν μια αύξηση στους κλινικούς δείκτες (ΔΜΣ και βάρος σώματος), όπως αναμένεται για αυτόν τον πληθυσμό. Αυτοί οι δείκτες βελτιώθηκαν στις ομάδες παρέμβασης, ειδικά στην ομάδα Β (μείωση του ΔΜΣ), δείχνοντας ότι η οικογενειακή διαιτητική εκπαίδευση ήταν αποτελεσματική στη βελτίωση του ελέγχου

του βάρους σε αυτόν τον πληθυσμό. Οι αλλαγές στους κλινικούς δείκτες και η μείωση στην πρόσληψη λίπους είναι θετικά αποτελέσματα της παρέμβασης σχετικά με την πρόληψη της παχυσαρκίας και των καρδιαγγειακών παθήσεων (Paineau D. L. et al, 2008). Η εν λόγω έρευνα δεν παρουσιάζει ιδιαίτερα κοινά σημεία με τη δική μας, καθώς η πρώτη παρείχε συγκεκριμένες συμβουλές διατροφής σε γονείς και παιδιά, σε αντίθεση με τη δεύτερη, όπου δόθηκαν γενικές συμβουλές διατροφής σε παιδιά. Παρόλα αυτά, λόγω των αρκετά θετικών αποτελεσμάτων που φάνηκαν ύστερα από την αξιολόγηση του ερωτηματολογίου (αύξηση κατανάλωσης οσπρίων, φρούτων, λαχανικών, μείωση κατανάλωσης αναψυκτικών, κ.α.), μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι αυτή η παρέμβαση μπορεί να οδηγήσει επίσης στην πρόληψη της παχυσαρκίας. Παράλληλα, σημαντικό σημείο στη δική μας έρευνα αποτελεί το γεγονός της αύξησης της κατανάλωσης του πρωινού από τα παιδιά, αλλά και από τους γονείς. Συγκεκριμένα, το 89% του συνόλου των παιδιών, το 71% των μητέρων και το 67% των πατέρων, μετά την παρέμβαση πλέον φαίνεται να καταναλώνουν πρωινό, σε αντίθεση με την πρώτη αξιολόγηση όπου τα αποτελέσματα ήταν 78%, 56% και 51%, αντίστοιχα (Πίνακες 3, 4 και 5).

Το πρώτο πρόγραμμα παρέμβασης υγειονομικής αγωγής στην Ελλάδα προωθήθηκε το 1992, το οποίο απευθυνόταν στους γονείς των μαθητών της πρώτης τάξης του δημοτικού και στόχευε στη βελτίωση της διατροφής και της σωματικής δραστηριότητας των παιδιών. Ο γενικός στόχος του προγράμματος παρέμβασης ήταν να προωθηθούν οι υγιεινές διαιτητικές συνήθειες καθώς και του τρόπου ζωής στα παιδιά, με απώτερο στόχο την ελαχιστοποίηση του κινδύνου ανάπτυξης καρδιαγγειακών στην ενήλικη ζωή. Το δείγμα που χρησιμοποίησαν οι ερευνητές χωρίστηκε σε δυο ομάδες – ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου – και η ομάδα παρέμβασης μετρήθηκε τρία χρόνια μετά την παρέμβαση. Αυτό που φάνηκε ήταν κατά κύριο λόγο οι θετικές αλλαγές των επιπέδων των λιπιδίων ορού, που εμφανίστηκαν σε μεγάλη έκταση στην ομάδα παρέμβασης από ότι στην ομάδα ελέγχου. Ο δείκτης μάζας σώματος αυξήθηκε λιγότερο στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με εκείνον της ομάδας ελέγχου. Τέλος η αύξηση στη γνώση περί υγείας και τη σωματική δραστηριότητα πραγματοποιήθηκε σε μια υψηλότερη έκταση στην ομάδα παρέμβασης έναντι των ελέγχων (Manios Y. et al, 1999). Όπως φαίνεται οι γονείς παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση των παιδιών και στην αλλαγή των διατροφικών τους συνηθειών. Επειδή εμείς θεωρήσαμε προτιμότερο να μην τους

συμπεριλάβουμε στην παρέμβαση, κατασκευάσαμε ένα έντυπο διατροφής με το οποίο μπόρεσαν να ενημερωθούν και οι ίδιοι αλλά και να συζητήσουν κάποια πράγματα με τα παιδιά τους. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της κατανάλωσης κάποιων τροφίμων που θεωρούνται απαραίτητα για τον οργανισμό, αλλά και την μείωση κάποιων που θεωρούνται ανθυγιεινά. Συγκεκριμένα, κάποια από αυτά τα αποτελέσματα είναι η αύξηση της κατανάλωσης φρούτων (57% καθημερινά), λαχανικών (61% 1-2 φορές την ημέρα), φυσικών χυμών (41% καθημερινά) οσπρίων (63%), ενώ όπως αναφέρθηκε παραπάνω, παρουσιάστηκε αύξηση της κατανάλωσης του πρωινού από τα παιδιά και τους γονείς. Επιπλέον, παρατηρήθηκε μείωση της κατανάλωσης φαστ-φουντ (το 61% απάντησε «σπάνια») και αναψυκτικών (το 48% απάντησε «σπάνια»).

Σε μία άλλη έρευνα, με συμμετοχή των παιδιών και των γονέων, στόχος της ήταν αν οι διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών είναι κοινές με τους γονείς αυτών. Ακόμα και μετά από την παρουσίαση της έκφρασης της προτίμησης του ενήλικα για τα τρόφιμα εκείνα όπου δεν αρέσουν στα παιδιά, τα δεύτερα επέλεξαν πάλι το στοιχείο που ο ενήλικας προσδιόρισε ως ηδονικά θετικό. Τα παιδιά ήταν πιο πιθανό να επιλέξουν το ερέθισμα που προσδιορίζεται ως ηδονικά θετικό από τον ενήλικα όταν το ερέθισμα ήταν τρόφιμο (σε αντιδιαστολή με το μη φαγώσιμο), και όταν η ηδονική αξιολόγηση του ενήλικου θεωρήθηκε ως απόλυτη ("πιστεύω ότι αυτό είναι νόστιμο") σε αντιδιαστολή με μια συγκριτική δήλωση ("αυτό μου αρέσει περισσότερο"). Τα αποτελέσματα υπονοούν ότι ο προσδιορισμός ενός ενήλικου για ένα τρόφιμο ως ηδονικά θετικό αποτελεί και έναν σημαντικό οδηγό στη διατροφική επιλογή των παιδιών, ακόμα και όταν τα παιδιά αναγνωρίζουν ότι οι ενήλικοι έχουν πολύ διαφορετικές ηδονικές αξιολογήσεις των τροφίμων από αυτά. Παρόλα, αυτά, τα παιδιά γνωρίζουν ότι οι ενήλικοι είναι γενικά πιο πεπειραμένοι από ότι τα ίδια και στηρίζονται στις πληροφορίες που παρέχονται από αυτούς για να καθοδηγήσουν τη συμπεριφορά τους στις διαφορούμενες ή άγνωστες καταστάσεις. Η σχέση γονέα-παιδιού κατά τη σίτιση είναι ίσως ένα από τα πιο σαφή παραδείγματα της σκόπιμης παροχής ψεύτικης δήλωσης στα παιδιά για να διαμορφώσουν τη συμπεριφορά. Οι γονείς λένε συχνά στα παιδιά ότι τα τρόφιμα είναι εύγευστα όταν στην πραγματικότητα δεν είναι (π.χ., "αυτό το σπανάκι είναι νόστιμο!") με αξιέπαινο στόχο την ενθάρρυνση του παιδιού για κατανάλωση θρεπτικών τροφίμων. Κατά την ηλικία των 18 μηνών, τα παιδιά αναγνωρίζουν ότι ένας ενήλικας μπορεί να προτιμάει

κάποια τρόφιμα (π.χ., μπρόκολο) που δεν αρέσουν στο παιδί (Lumeng J. C. et al, 2008).

Σημαντικό ρόλο παίζει και η κατανάλωση των οικογενειακών γευμάτων. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την έρευνα μας, βρήκαμε ότι το 44,9 % των παιδιών καταναλώνουν 1-2 γεύματα την ημέρα μαζί με την οικογένεια τους, το 21,1% 3-4 γεύματα την ημέρα και το 27,5% 5-6 γεύματα την ημέρα, ενώ το 6,5% των παιδιών τρώνε μόνα τους. Μετά την παρέμβαση παρουσιάστηκαν αυξομειώσεις με τα αντίστοιχα νέα ποσοστά 46,2%, 27,1%, 19,8% και 6,5%. Σε μια έρευνα όπου έλαβαν μέρος 107 γονείς παιδιών ηλικίας 8-10 ετών, εξετάστηκαν οι αντιλήψεις των γονέων για τα οικογενειακά γεύματα και προσδιορίστηκαν οι στρατηγικές που μπορούν να βελτιώσουν την διατροφική ποιότητα των γευμάτων. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα $\frac{3}{4}$ των οικογενειών καταναλώναν όλοι μαζί το βραδινό γεύμα τουλάχιστον πέντε (5) φορές την εβδομάδα και ένα παρόμοιο ποσοστό ανέφερε πως τουλάχιστον ο ένας γονέας ήταν παρών σχεδόν σε κάθε βραδινό γεύμα. Από την άλλη μεριά το $\frac{1}{4}$ των γονέων ανέφερε πως αγοράζει γρήγορο φαγητό (fast-food) τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα, ενώ τουλάχιστον οι μισές οικογένειες έτρωγαν 1 φορά την εβδομάδα το βραδινό τους γεύμα σε εστιατόριο. Επίσης ερευνήθηκε η συχνότητα παρακολούθησης τηλεόρασης από τα παιδιά κατά τη διάρκεια του γεύματος, όπου μόνο το 1% των παιδιών βλέπουν κάθε μέρα τηλεόραση, ενώ το 75,7% απάντησε ποτέ ή σπάνια (Jayne A. et al, 2008). Το αντίστοιχο δικό μας ποσοστό είναι 48,2% για τα παιδιά που βλέπουν τηλεόραση κατά τη διάρκεια του γεύματος και 51,4% για αυτά που δεν βλέπουν (μετά την παρέμβαση τα ποσοστά αυτά άλλαξαν θεαματικά σε 28,3% για τα παιδιά που βλέπουν τηλεόραση κατά τη διάρκεια του γεύματος και 71,3% για τα παιδιά που δεν βλέπουν).

Από μια συσχέτιση που πραγματοποιήσαμε για την δήλωση των κοριτσιών για το βάρος της μητέρας τους και για το βάρος των ίδιων (Πίνακας 34), παρατηρήσαμε πως το 57,1% των κοριτσιών με ΔΜΣ κάτω από την 5^η εκ. θέση πιστεύουν πως η μητέρα τους πρέπει να χάσει βάρος, το 52,2 % των κοριτσιών με ΔΜΣ ανάμεσα στη 10^η και 90^η εκ. θέση δήλωσαν πως οι μητέρες τους έχουν φυσιολογικό βάρος, ενώ το 23,9% πως πρέπει να χάσουν βάρος. Από την άλλη μεριά το 87,5% των κοριτσιών που βρισκόταν σε «κίνδυνο υπέρβαρων» (ΔΜΣ ανάμεσα στην 90^η και 95^η εκ. θέση) θεωρούν πως η μητέρα τους είναι φυσιολογικού βάρους,

αντίθετα το 75% των κοριτσιών που ήταν υπέρβαρες (ΔΜΣ πάνω από την 95^η εκ. θέση) πιστεύουν πως η μητέρα τους πρέπει να χάσει βάρος.

Από μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 156 ζευγάρια μητέρες-κόρες, βρέθηκε πως υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ του βάρους των μητέρων και των κορών. Ο μέσος δείκτης μάζας σώματος των μητέρων έδειξε πως ήταν υπέρβαρες και φάνηκε πως οι πρακτικές που χρησιμοποιούν αυτές οι μητέρες αυξάνουν τον κίνδυνο ώστε οι κόρες τους να γίνουν υπέρβαρες. Ακόμη, οι μητέρες με επιπλέον κιλά φαίνεται να έχουν κόρες με επίσης αρκετά κιλά, και αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι αυτές οι οικογενειακές ομοιότητες προκύπτουν από γενετικούς παράγοντες και η χρήση κάποιων πρακτικών απλά ενθαρρύνουν τα προβλήματα κατανάλωσης και κατά συνέπεια την αύξηση βάρους των κορών. Επίσης κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της ελεύθερης πρόσβασης, όταν μετρήθηκαν οι απαντήσεις των κορών στη διαθεσιμότητα των πρόχειρων φαγητών και η απουσία επίβλεψης των μητέρων τους, τα κορίτσια κατανάλωναν ουσιαστικά ποσά ενέργειας, ακόμα κι αν είχαν καταναλώσει ακριβώς πριν το μεσημεριανό γεύμα και δεν ήταν πεινασμένα. Τέλος κόρες που κάνουν δίαιτα από την εφηβεία τείνουν να έχουν μητέρες που κάνουν δίαιτα, ενώ οι μητέρες μπορούν να ενθαρρύνουν τις κόρες στη διατροφή και να τις βοηθήσουν να μάθουν τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να τρέφονται σωστά, αρκεί και οι ίδιες να το γνωρίζουν. Τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης μελέτης προτείνουν ότι η μεταφορά των προβλημάτων κατανάλωσης και βάρους μεταξύ των μητέρων και των κορών μπορεί να αρχίσει κατά την περίοδο που το κορίτσι πηγαίνει παιδικό σταθμό, δηλαδή πολύ νωρίς στην ανάπτυξη των κοριτσιών (Birch L. 2000). Επίσης, ακόμη μια συσχέτιση που έγινε σχετικά με το πρωινό έδειξε πως το 73,3% των κοριτσιών που τρώνε πρωινό, έχουν μητέρες που δεν τρώνε, ενώ όταν και οι μητέρες τρώνε πρωινό το ποσοστό ανέρχεται στο 94,3%. Αυτή η συσχέτιση είναι υψηλότερη σε σύγκριση που πραγματοποιήθηκε μεταξύ μητέρας και γιου, καθώς όταν οι μητέρες δεν τρώνε πρωινό, τα αγόρια τρώνε σε ποσοστό 75,6%, ενώ αν και οι μητέρες καταναλώνουν πρωινό το ποσοστό είναι το ίδιο με εκείνο των κοριτσιών (94,3%) (Πίνακας 29.γ).

Το πρωινό έχει περιγραφεί ως το σημαντικότερο γεύμα της ημέρας. Υπάρχουν ιδιαίτερα στοιχεία ότι τα άτομα που καταναλώνουν πρωινό, συμπεριλαμβανομένων των έτοιμων για κατανάλωση δημητριακών (RTE), έχουν τα καλύτερα γενικά χαρακτηριστικά διατροφής, παρουσιάζουν βελτιώσεις στη γνωστική λειτουργία, και

μπορεί να είναι λιγότερο πιθανό να γίνουν υπέρβαρα (Rampersaud G, et al, 2005). Παρά τα αναφερόμενα οφέλη της κατανάλωσης πρωινού, υπάρχει μια αύξηση, κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών, στον αριθμό των παιδιών που πηγαίνουν στο σχολείο χωρίς να έχουν πάρει πρωινό. Συγκεκριμένα, αυτήν την περίοδο, το 6,5 % των παιδιών ηλικίας 4 έως 8 ετών, το 20,5 % των 9 έως 13 ετών, και το 36,1 % των 14 έως 18 ετών δεν καταναλώνουν τακτικά πρωινό (Song W.O. et al, 2006). Όσον αφορά τα δικά μας αποτελέσματα, παρατηρήσαμε, ότι 89% του συνόλου των παιδιών ηλικίας 5-12 ετών σε Ζάκυνθο και Χανιά καταναλώνουν καθημερινά πρωινό (Πίνακας 5). Βέβαια, το ποσοστό αυτό ήταν σε υψηλά επίπεδα ακόμα και πριν από την παρέμβαση (78%, Πίνακας 5).

Σκοπός, μιας άλλης έρευνας που διεξήχθη από το Κέντρο για την Πολιτική των Τροφίμων και την Παχυσαρκία (Rudd Center for Food Policy and Obesity) και ασχολήθηκε με το πρωινό των παιδιών, ήταν να καθοριστεί εάν υπήρξαν ευπροσδιόριστες διαφορές στη θρεπτική ποιότητα μεταξύ των δημητριακών που πωλούνται κυρίως στα παιδιά και τα δημητριακά που δεν πωλούνται στα παιδιά. Από τα 161 δημητριακά που προσδιορίστηκαν μεταξύ του Ιανουαρίου και του Φεβρουαρίου του 2006, τα 73 (46%) ήταν ταξινομημένα ως αναλώσιμα για τα παιδιά (π.χ. η συσκευασία περιείχε έναν χαρακτήρα ή περιείχε μια δραστηριότητα σχεδιασμένη για τα παιδιά), και τα 88 (54%) ήταν ταξινομημένα ως μη αναλώσιμα στα παιδιά. Οι διατροφικές πληροφορίες λήφθηκαν άμεσα από τις συσκευασίες των δημητριακών ή από την ιστοσελίδα της επιχείρησης. Τα δημητριακά των παιδιών συγκρίθηκαν με τα υπόλοιπα δημητριακά στα θρεπτικά συστατικά ανά τη συνιστώμενη προσλαμβανόμενη ποσότητα (όπως περιγράφεται στην Επιτροπή Γεγονότων Διατροφής – Nutrition Facts Panel - για κάθε είδος δημητριακών) καθώς επίσης και στα θρεπτικά συστατικά ανά γραμμάριο δημητριακών. Οι αναλύσεις εστιάστηκαν στην ενέργεια και τα θρεπτικά συστατικά που πρέπει να αναφέρονται στις ετικέτες διατροφής (δηλ. η ενέργεια από το λίπος, το συνολικό λίπος, το κορεσμένο λίπος, η χοληστερόλη, το νάτριο, οι υδατάνθρακες, οι φυτικές ίνες, η ζάχαρη, και η πρωτεΐνη). Ανά γραμμάριο, τα παιδικά δημητριακά ήταν σημαντικά υψηλότερα σε ενέργεια, νάτριο, υδατάνθρακες, και ζάχαρη, και ήταν σημαντικά χαμηλότερα σε φυτικές ίνες και πρωτεΐνη. Τα δημητριακά δεν διέφεραν στην ενέργεια από το λίπος, το συνολικό λίπος, το κορεσμένο λίπος, ή τη χοληστερόλη. Κατά μέσο όρο, τα παιδικά δημητριακά περιείχαν 8% περισσότερη ενέργεια ανά

γραμμάριο, 15% περισσότερο νάτριο ανά γραμμάριο, και 52% περισσότερη ζάχαρη ανά γραμμάριο από τα άλλα δημητριακά, τα οποία δεν πωλούνται ως παιδικά. Όπως φάνηκε, τα παιδικά δημητριακά πρωινού που ανέφεραν ότι περιέχουν δημητριακά ολικής αλέσεως είχαν την υψηλότερη περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες. Αυτά τα δημητριακά είχαν επίσης τη χαμηλότερη περιεκτικότητα σε ζάχαρη, αλλά υψηλότερη περιεκτικότητα λίπους σε σύγκριση με τα δημητριακά που δεν ήταν ολικής αλέσεως. Προς έκπληξη, τα δημητριακά με μια αναφορά στην ενέργεια είχαν πραγματικά το υψηλότερο ενεργειακό περιεχόμενο από εκείνα χωρίς κάποια αναφορά. Έναντι των δημητριακών που δεν προμηθεύονται στα παιδιά, τα παιδικά δημητριακά περιείχαν περισσότερη ενέργεια, ζάχαρη, και νάτριο, αλλά λιγότερες φυτικές ίνες και πρωτεΐνη. Η πλειοψηφία των παιδικών δημητριακών (66%) απέτυχε να ανταποκριθεί στα διεθνή πρότυπα διατροφής, ιδιαίτερα όσον αφορά την περιεκτικότητα σε ζάχαρη. Συνολικά, υπήρξαν σημαντικές διαφορές στη θρεπτική ποιότητα μεταξύ των «παιδικών» δημητριακών και των άλλων δημητριακών. Οι διαιτητικές συμβουλές για τα παιδιά ώστε να αυξήσουν την κατανάλωση έτοιμων για κατανάλωση δημητριακών πρωινού πρέπει να προσδιορίσουν και να συστήσουν εκείνα τα δημητριακά με τα καλύτερα θρεπτικά χαρακτηριστικά. Παρόλα αυτά, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα δημητριακά των παιδιών είναι πυκνότερα σε ενέργεια, ζάχαρη, και νάτριο, αλλά λιγότερο πυκνά σε άλλα σημαντικά θρεπτικά συστατικά, και επομένως αποτυγχάνουν να ανταποκριθούν ως πρότυπα υγιεινής διατροφής. (Schwartz M. B. et al, 2008).

Ένα άλλο επίσης σημαντικό θέμα, θέτει υπό αμφισβήτηση το γεγονός αν οι επαγγελματίες εκτός του τομέα της διατροφής είναι σε θέση να συμβουλευσουν διατροφικά τους ασθενείς τους. Έχει παρατηρηθεί ότι η παροχή συμβουλών διατροφής από τους παθολόγους μπορεί να βελτιώσει τις διαιτητικές συμπεριφορές των ασθενών, ενώ επηρεάζεται από τη διατροφή των παθολόγων. Ο στόχος της έρευνας ήταν να παρασχεθούν πληροφορίες όσον αφορά την αντίληψη των σπουδαστών ιατρικής για την διατροφική συμβουλευτική, αναφερόμενη στη συχνότητα παροχής συμβουλών διατροφής, και της πρόσληψης φρούτων και λαχανικών. Οι πρωτοετείς φοιτητές (72%) ήταν πιθανότερο να βρουν τη διατροφική συμβουλευτική ιδιαίτερα σχετική από ότι εκείνοι που βρίσκονταν στη φάση αποφοίτησης (61%) ή κατά τη μέση της σχολικής περιόδου (46%). Οι σπουδαστές ήταν σημαντικά πιθανότερο να βρουν την διατροφική συμβουλευτική ιδιαίτερα σχετική εάν ήταν θηλυκού γένους,

κατανάλωναν περισσότερα φρούτα και λαχανικά, πίστευαν στην πρόωγη πρόληψη, είχαν προσωπικούς παθολόγους που ενθάρρυναν την πρόληψη ασθενειών, ή που σκόπευαν να ειδικευτούν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Μόνο το 19% των σπουδαστών θεώρησε ότι είχε εκπαιδευτεί εκτενώς στη διατροφική συμβουλευτική, και το 17% των φοιτητών που βρίσκονταν στη μέση της φοιτητικής περιόδου, ανέφερε ότι συμβούλευε συχνά τους ασθενείς τους για θέματα σχετικά με τη διατροφή.

Οι σπουδαστές που κατανάλωναν περισσότερα φρούτα και λαχανικά, θεώρησαν ότι θα ήταν πιο αξιόπιστοι εάν κατανάλωναν μια υγιεινή διατροφή, ή σκόπευαν να ειδικευτούν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη συμβουλευοντας έτσι τους ασθενείς για τη διατροφή συχνότερα. Οι σπουδαστές ιατρικής κατανάλωσαν έναν μέσο όρο 3,0 μερίδων φρούτων και λαχανικών την ημέρα, οι οποίες μειώθηκαν κατά τη διάρκεια του χρόνου. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε ενώ οι σπουδαστές ήταν πρωτοετείς και περιείχε μόνο μια ερώτηση παροχής συμβουλών διατροφής: "Πόσο σχετική θεωρείτε την συζήτηση με τους ασθενείς για τη διατροφή;" Οι επιλογές απάντησης ήταν «καθόλου», «κάπως» και «ιδιαίτερα». Όλα τα επόμενα ερωτηματολόγια επίσης περιλάμβαναν ερωτήσεις όσον αφορά την εμπιστοσύνη και την κατάρτιση στην παροχή συμβουλών διατροφής. Η κατανάλωση των γυναικών μειώθηκε από 2,8 έως 2,4 μερίδες την ημέρα, και η κατανάλωση των αντρών από 2,6 έως 2,2 μερίδες την ημέρα. Συνολικά, οι πρωτοετείς σπουδαστές ήταν πιθανότερο (72%) να θεωρήσουν τη διατροφική συμβουλευτική ιδιαίτερα σχετική, σε σχέση με τους απόφοιτους (61%) ή εκείνους που βρίσκοντας στο μέσο έτος (46 συνολικά P για την τάση =0.0003). (Spencer E. H. et al, 2006).

Σε αντιπαράθεση με την παραπάνω έρευνα και σύμφωνα με τους Victor Wong, Barbara E. Millen, Alan C. Geller et al, υπεύθυνοι για να δώσουν ειδικές συστάσεις για την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και τη μείωση διαφόρων αιτιών νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι οι ειδικοί υγείας πάνω στις ιατρικές επιστήμες διατροφής (Victor W., Barbara E., Alan C. et al, 2004).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΜΕ

Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι ασχοληθήκαμε με μια αρκετά δύσκολη ηλικία, καθώς αν και τα παιδιά βρίσκονται στη φάση που διαβάζουν και μαθαίνουν, δεν παύει αρκετές φορές να αποστασιοποιούνται από το μάθημα και να σκέφτονται το παιχνίδι. Επομένως ένα σημαντικό θέμα ήταν η ανησυχία των παιδιών με αποτέλεσμα, πολλές φορές να μην προλαβαίνουμε να αναφερθούμε σε όσα προγραμματίζαμε και θεωρούσαμε απαραίτητα. Επιπλέον, δεν έλειψαν στιγμές όπου τα παιδιά είχαν αρκετές ερωτήσεις, πράγμα το οποίο επίσης καθυστερούσε την πορεία του μαθήματος. Παρόλα αυτά, καθώς οι απορίες των παιδιών ήταν πάντοτε σε θέματα διατροφής (π.χ. είχαν ακούσει μια θεωρία και ήθελαν να μάθουν αν όντως ισχύει), μας έκανε να αισθανθούμε πως τα παιδιά σκέφτονται, θέλουν να ενημερώνονται και ασχολούνται με θέματα διατροφής. Έτσι, κι εμείς με τη σειρά μας προσπαθήσαμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο να απαντήσουμε στις ερωτήσεις τους.

Παράλληλα, κατά τη διάρκεια των μαθημάτων βρεθήκαμε αντιμέτωποι με κάποια ζητήματα. Ξεκινώντας με το πρώτο μάθημα, που ήταν η αναφορά στις ομάδες των τροφίμων, τα παιδιά των μικρών τάξεων και κυρίως της πρώτης δεν ήξεραν να πουν κάποια επιπλέον τρόφιμα και έτσι επαναλάμβαναν τα ίδια. Όσον αφορά το δεύτερο μάθημα, τα φρούτα και τα λαχανικά, υπήρχε μια δραστηριότητα κατά την οποία τα παιδιά θα έπρεπε να βρουν φρούτα και λαχανικά για κάθε γράμμα της αλφαβήτου. Στις περισσότερες τάξεις όπου πραγματοποιήθηκε αυτή η δραστηριότητα, τα παιδιά αναφέρονταν στα βότανα (π.χ. δυόσμος, βασιλικός) και τα συγκατέλεγαν στα λαχανικά. Στο τρίτο μάθημα (Το γάλα και το κρέας), επειδή σε ορισμένες τάξεις (κυρίως στις μικρότερες) τα παιδιά ήταν δύσκολο να κατανοήσουν ευθέως όσα αναφέραμε, με αποτέλεσμα να επαναλαμβάνουμε αρκετά θέματα κι έτσι να μην υπάρχει χρόνος αναφοράς για το δεύτερο θέμα που ήταν το κρέας. Βέβαια, εδώ θα πρέπει να τονίσουμε πως αν και δεν υπήρχε χρόνος, έγινε μια μικρή αναφορά στο κρέας, ώστε τα παιδιά να έχουν μια μικρή βάση γνώσεων.

Υπήρξαν, μάλιστα, και ημέρες όπου σε κάποιες τάξεις γινόταν η παρέμβαση σε ελάχιστα παιδιά, καθώς τα περισσότερα απουσίαζαν λόγω κωλύματος. Επιπλέον, θα θέλαμε να τονίσουμε το γεγονός ότι η παρέμβαση είχε διάρκεια 5 διδακτικές ώρες σε τάξη, από μια διδακτική ώρα την ημέρα. Η διάρκεια κάθε διδακτικής ώρας είναι

45 λεπτά, χρονικό περιθώριο το οποίο σε συνδυασμό με τη συζήτηση, τυχόν απορίες των μαθητών και επεξηγήσεις, φαίνεται να είναι πολύ μικρό για την κατανόηση κάθε θεματικής ενότητας. Επομένως, καλό θα ήταν να αφιερώνονταν περισσότερες διδακτικές ώρες, ώστε να πραγματοποιείται μεγαλύτερη ανάλυση του θέματος και να υπάρχει ευκαιρία επανάληψης. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα τα παιδιά να έχουν το χρόνο να εμπεδώσουν τη συζήτηση και να τη εφαρμόσουν στην πράξη.

Τέλος, εδώ θα πρέπει να τονίσουμε ότι, ακόμα και πριν την παρέμβαση αντιμετωπίσαμε κάποιες καταστάσεις. Συγκεκριμένα κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι μαθητές είχαν αρκετές απορίες σε όλες τις τάξεις και στις δύο πόλεις. Για παράδειγμα (αν και λογικό) δε γνώριζαν πόση περιεκτικότητα σε λιπαρά είναι το είδος του γάλακτος που πίνουν, πράγμα στο οποίο γινόταν επεξήγηση από την αρχή. Επιπλέον, πολλά παιδιά, κυρίως από τις μικρότερες τάξεις δεν γνώριζαν το εβαπορέ γάλα, ενώ αρκετά δε γνώριζαν τον όρο λαδερό φαγητό, φαστ-φουντ ή το επιδόρπιο.

6. Συμπεράσματα έρευνας

Μετά από εξέταση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου, μπορούμε να πούμε ότι καταλήγουμε στο συμπέρασμα, πως η Συμβουλευτική-Διαιτολογική παρέμβαση είναι απαραίτητη στις ηλικίες κυρίως του δημοτικού, καθώς θα αποτελέσει μια σημαντική βάση για την μετέπειτα ζωή. Αν και η εν λόγω έρευνα είχε μικρή διάρκεια, παρουσιάστηκαν αρκετά θετικά αποτελέσματα στο σύνολο των μαθητών Ζακύνθου και Χανίων, ως προς τη συχνότητα κατανάλωσης οσπρίων, φρούτων, λαχανικών και χυμών κατά τη διάρκεια της εβδομάδας, ενώ μειώθηκε η κατανάλωση αναψυκτικών. Υπήρξε μια μικρότερη αύξηση στην πρόσληψη πρωινού, λαδερού φαγητού, ενώ μειώθηκε η κατανάλωση των φαστ-φουντ. Παρόλα αυτά, δεν εμφανίστηκαν σημαντικές αλλαγές στο ΔΜΣ των παιδιών, καθώς και στη συχνότητα κατανάλωσης αυγών, επιδόρπιου, γιαουρτιού, τυριού, ψαριού, κοτόπουλου και κρέατος. Επιπλέον, δεν υπήρξε καμία αλλαγή όσον αφορά την πρόσληψη γάλατος, αν και ήταν ήδη σε υψηλό ποσοστό, ενώ αρνητικό θεωρούμε το γεγονός μείωσης των οικογενειακών γευμάτων μετά την παρέμβαση. Τέλος, τα επίπεδα συχνότητας της φυσικής δραστηριότητας των παιδιών δεν παρουσίασαν ιδιαίτερη αύξηση, ενώ πολύ σημαντική αλλαγή παρουσιάστηκε στα επίπεδα παρακολούθησης της τηλεόρασης

κατά τη διάρκεια των γευμάτων, καθώς μετά την παρέμβαση μειώθηκαν σε μεγάλο βαθμό (το 71,3% του συνόλου των παιδιών απάντησε ότι δεν παρακολουθούν τηλεόραση).

Αξίζει να σημειωθεί ότι συγκριτικά με τις δύο πόλεις και σύμφωνα με τα αποτελέσματα, φάνηκε να υπάρχει μεγαλύτερη βελτίωση στους μαθητές της Ζακύνθου έναντι των μαθητών των Χανίων. Παρόλα αυτά, η Συμβουλευτική-Διαιτολογική παρέμβαση και στις δύο πόλεις, παρουσίαζε ευρεία συμμετοχή των μαθητών, με αποτέλεσμα να υπάρχει θετική απόδοση, αν και σε αρκετά μικρό χρονικό διάστημα. Αυτό σημαίνει ότι μια πιο συστηματική και μεγαλύτερης διάρκειας έρευνα, θα μπορούσε να μειώσει σε σημαντικό βαθμό τον κίνδυνο της παιδικής παχυσαρκίας, και κατ' επέκταση τον κίνδυνο νοσογόνου παχυσαρκίας και τυχόν καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά την περίοδο της ενηλικίωσης. Βέβαια, για να υπάρχουν μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, καλό θα ήταν ανά τακτά χρονικά διαστήματα να γίνεται επανάληψη των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για την διατροφική αξιολόγηση των παιδιών ή/και βελτίωση αυτών. Ακόμη καλύτερα συμπεράσματα θα υπάρχουν, αν πραγματοποιείται και παράλληλη αξιολόγηση πάνω στη θρεπτική κατάσταση των παιδιών. Αυτό σημαίνει, ότι καλό θα ήταν να εφαρμόζονται και αιματολογικές εξετάσεις, ώστε να υπάρχει μια καλύτερη εικόνα της πρόσληψης των θρεπτικών συστατικών, καθώς και των επιπέδων, όπως της χοληστερόλης, για κάθε παιδί ξεχωριστά. Έτσι, με αυτόν τον τρόπο, στα σημεία εκείνα όπου φαίνεται να υπάρχει κατά κύριο λόγο ανάγκη για παροχή συμβουλών, να δίδεται η ανάλογη βάση, χωρίς όμως, να παραλείπονται αναφορές στα φαινομενικά δεδομένα θέματα.

Επομένως, καταλήγουμε σε ένα δεύτερο συμπέρασμα, ότι Συμβουλευτική παρέμβαση στις διατροφικές συνήθειες του ατόμου θα πρέπει να γίνει σταθερό μάθημα στα δημοτικά σχολεία ολόκληρης της Χώρας. Με αυτόν τον τρόπο, το παιδί στα πλαίσια του σχολείου, θα ακούσει, θα ρωτήσει και θα μάθει για θέματα σχετικά με τη διατροφή και όχι σε σύντομο χρονικό διάστημα. Έτσι, θα έχει τη δυνατότητα να επεξεργαστεί μόνο του τη συζήτηση όπου θα έχει πραγματοποιηθεί στην τάξη και την επόμενη φορά να εκφέρει τη δική του άποψη ή και τυχόν επιπλέον απορίες. Εντούτοις, στην περίπτωση εισαγωγής του εν λόγω και τόσο σημαντικού μαθήματος στα σχολεία, θα ήταν αρμόζων να διδάσκεται από ειδικό σύμβουλο διατροφής, ώστε

οι απαντήσεις στις ερωτήσεις των παιδιών να είναι σαφείς και να αποφευχθεί η τυχόν οποιαδήποτε παραπληροφόρησή τους.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΚΥΛΙΚΕΙΑ

Εδώ, θα πρέπει να τονίσουμε ότι αξίζει να αναφερθούν κάποια σημεία, που προς έκπληξή μας παρατηρήσαμε στα κυλικεία των δύο δημοτικών σχολείων. Αρχικά, και τα δύο κυλικεία φαίνεται να τηρούν τους κανόνες του ΕΦΕΤ, καθώς τα προϊόντα που έχουν προς πώληση είναι αυτά που επιτρέπονται βάσει του νόμου που έχει θεσμοθετηθεί. Συνεχίζοντας, διακρίναμε το κυλικείο του 3^{ου} Δημοτικού Σχολείου Ρίζας της Ζακύνθου, και θεωρούμε ότι είναι πρέπον να επιβραβεύσουμε την προσπάθεια που κάνει ο διευθυντής, αλλά και οι δάσκαλοι του σχολείου ώστε το κυλικείο τους να περιλαμβάνει υγιεινά τρόφιμα, καθώς δείχνουν μεγάλο ενδιαφέρον και έχουν διάθεση να ασχοληθούν με αυτό το τόσο σημαντικό κομμάτι του σχολικού περιβάλλοντος. Αναφορικά, τα τρόφιμα τα οποία πωλούνται εκεί είναι τα εξής:

- Τυρόπιτα που την προμηθεύονται κάθε πρωί από τον φούρνο της γειτονιάς,
- Ψωμάκι στρογγυλό από τον ίδιο φούρνο,
- Σάντουιτς, το οποίο φτιάχνεται από διαφορετικό δάσκαλο/α κάθε μέρα και αποτελείται από ψωμάκι στρογγυλό, τυρί και γαλοπούλα,
- Χυμούς χωρίς ζάχαρη και
- Νερό

Το εν λόγω κυλικείο λειτουργείται από τα παιδιά της Δ, Ε και ΣΤ τάξης, ενώ τα χρήματα πηγαίνουν στο σχολικό συνεταιρισμό. Διαπιστώνουμε, λοιπόν, πόσο σημαντική δουλειά πραγματοποιεί το προσωπικό αυτού του σχολείου, όταν η πλειοψηφία των σχολείων νοικιάζει το κυλικείο σε κάποιον ιδιώτη, με αποτέλεσμα τις περισσότερες φορές να το εκμεταλλεύεται. Επομένως, θεωρούμε ότι αυτό το κυλικείο αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση για τα κυλικεία της υπόλοιπης Ελλάδας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΚΩΔΙΚΟΣ:

ΦΥΛΟ: ΑΓΟΡΙ ΚΟΡΙΤΣΙ

ΒΑΡΟΣ:..... ΥΨΟΣ:..... ΔΜΣ:..... ΗΛΙΚΙΑ:.....

ΠΟΛΗ:..... ΣΧΟΛΕΙΟ:..... ΤΑΞΗ:.....

- Είσαι μοναχοπαίδι;
ΝΑΙ ΟΧΙ
- Αν όχι, τι σειρά γέννησης έχεις στην οικογένειά σου;
Α. 1^ο παιδί Β. 2^ο παιδί Γ. 3^ο παιδί Δ. 4^ο παιδί Ε. 5^ο και πάνω
- Ζεις με:
Α. τους γονείς σου Β. γονείς – παππού, γιαγιά Γ. με τον ένα γονέα
Δ. τίποτα από τα παραπάνω
- Νομίζεις ότι εσύ χρειάζεται να:
Α. πάρεις βάρος Β. χάσεις βάρος Γ. είσαι φυσιολογικού βάρους
Δ. δεν ξέρω/δεν απαντώ
- Νομίζεις ότι η μητέρα σου χρειάζεται να:
Α. πάρει βάρος Β. χάσει βάρος Γ. είναι φυσιολογικού βάρους
Δ. δεν ξέρω/δεν απαντώ
- Νομίζεις ότι ο πατέρας σου χρειάζεται να:
Α. πάρει βάρος Β. χάσει βάρος Γ. είναι φυσιολογικού βάρους
Δ. δεν ξέρω/δεν απαντώ
- Η μητέρα σου τρώει συνήθως πρωινό; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Ο πατέρας σου τρώει συνήθως πρωινό; ΝΑΙ ΟΧΙ

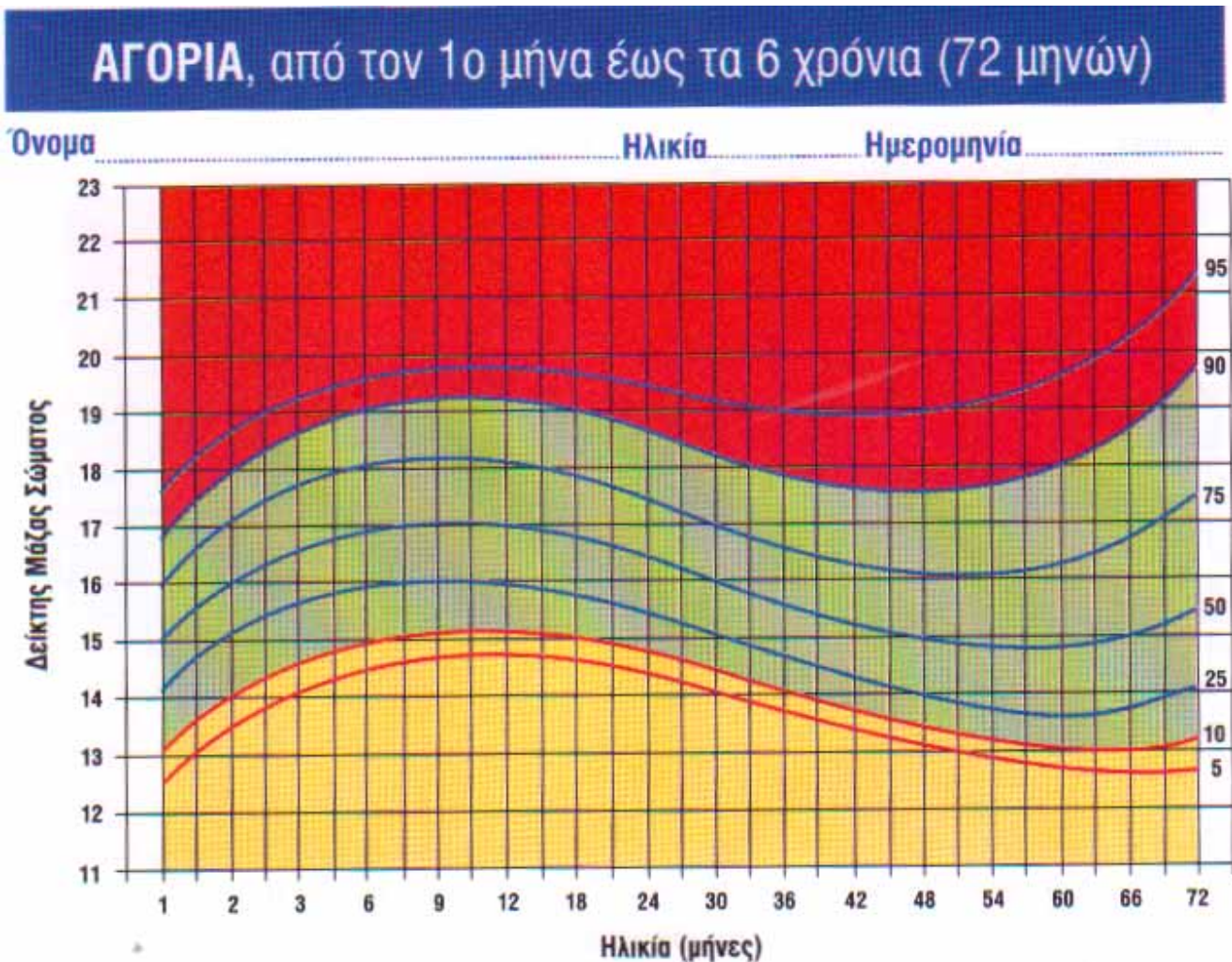
9. Τρως συνήθως πρωινό; ΝΑΙ ΟΧΙ
10. Σήμερα έφαγες πρωινό; ΝΑΙ ΟΧΙ
11. Αν ναι, τι έφαγες για πρωινό;
Α. γάλα Β. γάλα με δημητριακά Γ. χυμό και τοστ
Δ. γάλα, ψωμί και μαρμελάδα Ε. γάλα και τοστ ΣΤ. γιαούρτι με
δημητριακά και φρούτο Ζ. τίποτα από τα παραπάνω
12. Τι είδους γάλα πίνεις;
Α. άπαχο 0 - 1% λιπαρά Β. ημιάπαχο 1,5 - 3% λιπαρά Γ. πλήρες
Δ. σοκολατούχο Ε. εβαπορέ ΣΤ. ακατέργαστο
13. Πόσο συχνά τρως γιαούρτι κατά τη διάρκεια της εβδομάδας;
Α. καθημερινά Β. 1 - 2 φορές/εβδομάδα Γ. 3 - 4 φορές/εβδομάδα
Δ. καθόλου Ε. δεν ξέρω/δεν απαντώ
14. Πόσο συχνά τρως τυρί κατά τη διάρκεια της εβδομάδας;
Α. καθημερινά Β. 1 - 2 φορές/εβδομάδα Γ. 3 - 4 φορές/εβδομάδα
Δ. καθόλου Ε. δεν ξέρω/δεν απαντώ
15. Συνήθως παίρνεις στο σχολείο φαγητό από το σπίτι; ΝΑΙ ΟΧΙ
16. Αν ναι, τι φαγητό είναι αυτό;
Α. τοστ Β. φρούτο ή χυμό Γ. πατατάκια Δ. κέικ, κρουασάν
Ε. κάποιο είδος πίτας (π.χ. σπανακόπιτα, τυρόπιτα)
ΣΤ. τίποτα από τα παραπάνω
17. Συνήθως κρατάς χρήματα για να αγοράσεις κάποιο σνακ ή φαγητό από την
καντίνα του σχολείου; ΝΑΙ ΟΧΙ
18. Αν ναι, τι επιλέγεις να φας;
Α. σάντουιτς ή τοστ Β. κουλούρι, σταφιδόψωμο Γ. χυμό
Δ. τυρόπιτα, σπανακόπιτα Ε. πατατάκια, γαριδάκια ΣΤ. σοκολάτα ή
μπισκότα Ζ. τίποτα από τα παραπάνω
19. Πόσο συχνά τρως φαστ-φουντ;
Α. καθημερινά Β. 1 - 2 φορές/εβδομάδα Γ. 3 - 4 φορές/εβδομάδα
Δ. 1 - 2 φορές/μήνα Ε. 3 - 4 φορές/μήνα ΣΤ. σπάνια Ζ. δεν ξέρω/δεν
απαντώ

- 20.** Πόσες φορές την εβδομάδα πίνεις γάλα;
Α. καθημερινά Β. 3 – 4 φορές Γ. 1 – 2 φορές Γ. καθόλου
Δ. δεν ξέρω/δεν απαντώ
- 21.** Πόσες φορές την εβδομάδα τρως ψάρι;
Α. 3 – 4 φορές Β. 1 – 2 φορές Γ. καθόλου
Δ. Δεν ξέρω/δεν απαντώ
- 22.** Πόσες φορές την εβδομάδα τρως κοτόπουλο;
Α. 3 – 4 φορές Β. 1 – 2 φορές Γ. καθόλου
Δ. Δεν ξέρω/δεν απαντώ
- 23.** Πόσες φορές την εβδομάδα τρως κρέας;
Α. καθημερινά Β. 3 – 4 φορές Γ. 1 – 2 φορές Δ. καθόλου
Ε. δεν ξέρω/δεν απαντώ
- 24.** Πόσες φορές την εβδομάδα τρως λαδερό φαγητό;
Α. καθημερινά Β. 3 – 4 φορές Γ. 1 – 2 φορές Δ. καθόλου
Ε. δεν ξέρω/δεν απαντώ
- 25.** Πόσες φορές την εβδομάδα τρως όσπρια;
Α. καθημερινά Β. 3 – 4 φορές Γ. 1 – 2 φορές Δ. καθόλου
Ε. δεν ξέρω/δεν απαντώ
- 26.** Πόσες φορές την εβδομάδα τρως αυγά;
Α. καθημερινά Β. 3 – 4 φορές Γ. 1 – 2 φορές Δ. καθόλου
Ε. δεν ξέρω/δεν απαντώ
- 27.** Πόσες φορές την ημέρα τρως φρούτα;
Α. 3 – 4 φορές Β. 1 – 2 φορές Γ. καθόλου
Δ. δεν ξέρω/δεν απαντώ
- 28.** Πόσες φορές την ημέρα τρως λαχανικά;
Α. 3 – 4 φορές Β. 1 – 2 φορές Γ. καθόλου
Δ. δεν ξέρω/δεν απαντώ
- 29.** Πόσο συχνά τρως επιδόρπιο μετά το γεύμα;
Α. καθημερινά Β. 2 – 3 φορές/εβδομάδα Γ. 3 - 4 φορές/μήνα
Δ. 1 - 2 φορές/μήνα Ε. σπάνια ΣΤ. δεν ξέρω/δεν απαντώ

- 30.** Πόσο συχνά καταναλώνεις αναψυκτικά; (π.χ. ένα κουτάκι πορτοκαλάδα με ανθρακικό);
Α. καθημερινά Β. 2 – 3 φορές/εβδομάδα Γ. 3 - 4 φορές/μήνα
Δ. 1 - 2 φορές/μήνα Ε. σπάνια ΣΤ. δεν ξέρω/δεν απαντώ
- 31.** Πόσο συχνά καταναλώνεις φυσικούς χυμούς;
Α. καθημερινά Β. 2 – 3 φορές/εβδομάδα Γ. 3 - 4 φορές/μήνα
Δ. 1 - 2 φορές/μήνα Ε. σπάνια ΣΤ. δεν ξέρω/δεν απαντώ
- 32.** Ποιος επιλέγει τι θα φας στο σπίτι;
Α. εγώ Β. η μαμά Γ. ο μπαμπάς Δ. η γιαγιά
Ε. όλοι μαζί ΣΤ. τίποτα από τα παραπάνω
- 33.** Πόσα γεύματα τρως μαζί με όλη την οικογένεια;
Α. 5 – 6 Β. 3 – 4 Γ. 1 – 2 Δ. κανένα
- 34.** Τρως βλέποντας τηλεόραση; ΝΑΙ ΟΧΙ
- 35.** Τι παιχνίδια σ' αρέσει να παίζεις περισσότερο;
Α. κρυφτό – κυνηγητό Β. επιτραπέζια Γ. υπολογιστή
Δ. ποδόσφαιρο – βόλεϋ Ε. τίποτα από τα παραπάνω
- 36.** Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεσαι;
Α. καθημερινά Β. 3 – 4 φορές/εβδομάδα Γ. 1 – 2 φορές/εβδομάδα
Δ. καθόλου
- 37.** Με ποιο σπορ ασχολείσαι;
Α. στίβο Β. κολύμβηση Γ. ρυθμική Δ. μπάσκετ
Ε. ποδόσφαιρο ΣΤ. πολεμικές τέχνες Ζ. τίποτα από τα παραπάνω

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β - ΚΑΜΠΥΛΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Πίνακας 1:

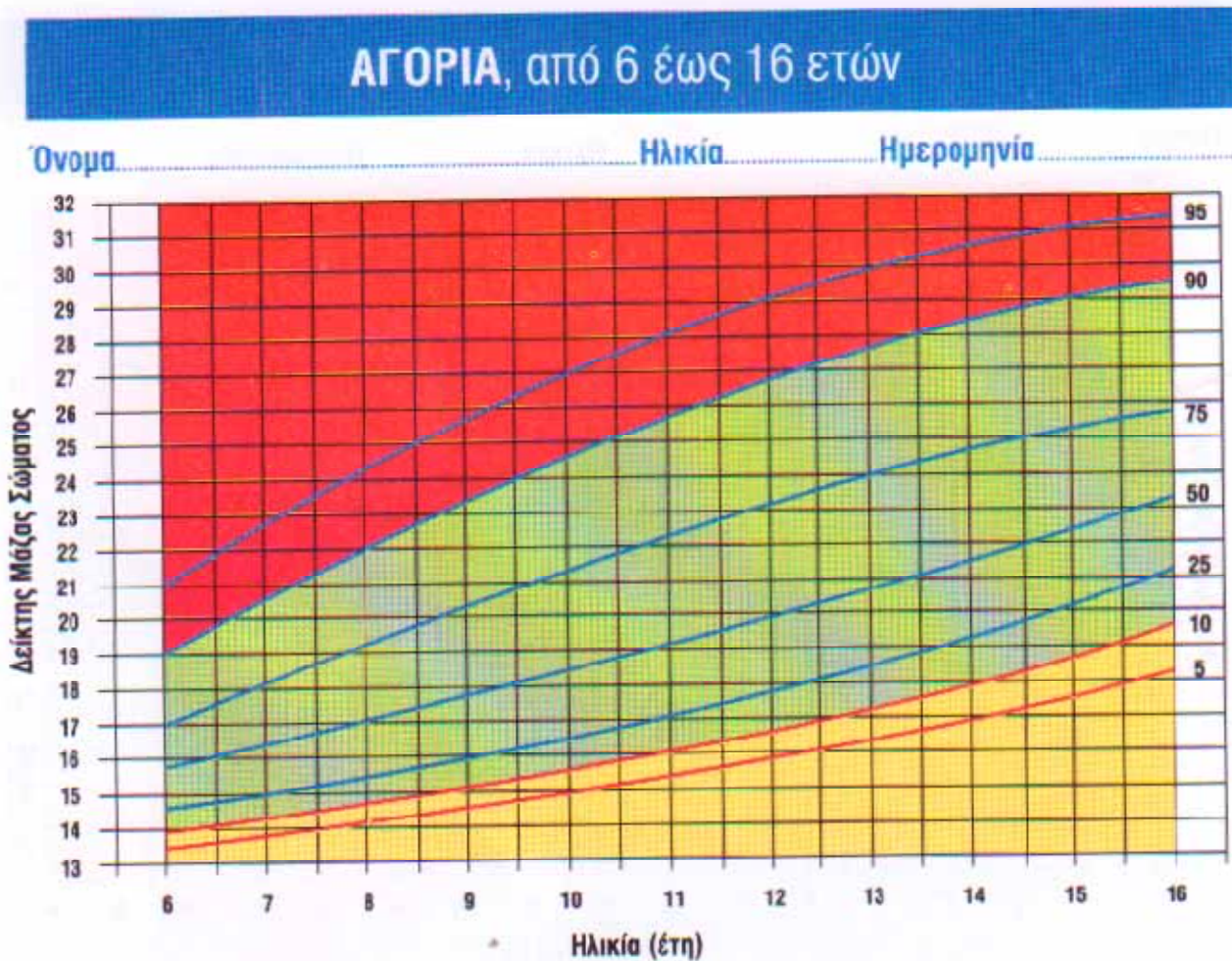


Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) είναι καλός δείκτης παχυσαρκίας και υπολογίζεται εύκολα. Ο ΔΜΣ υπολογίζεται με διαίρεση του βάρους του παιδιού σε κιλά δια του μήκους στο τετράγωνο (σε μέτρα). Παράδειγμα: Αγόρι 24 μηνών έχει βάρος 13 kg και μήκος 88 cm, δηλαδή 0.88 μέτρα και $\Delta\text{Μ}\Sigma = 13 / (0.88 \times 0.88) = 16.88 \text{ kg/m}^2$.

Στο σημείο που μια κατακόρυφη γραμμή στους 24 μήνες συναντάται με μια οριζάντι στο ΔΜΣ 16.88 δείχνει ότι το παιδί αυτό έχει ΔΜΣ μεταξύ 50ης και 75ης εκατοστιαίας θέσης. Είναι δηλαδή λίγο πάνω από την 50η εκατοστιαία θέση που θεωρείται ιδανική ανάπτυξη.

ΔΜΣ πάνω από την 90η εκατοστιαία θέση σημαίνει αυξημένο βάρος ενώ πάνω από την 95η θεωρείται πολύ αυξημένο βάρος.

Πίνακας 2:

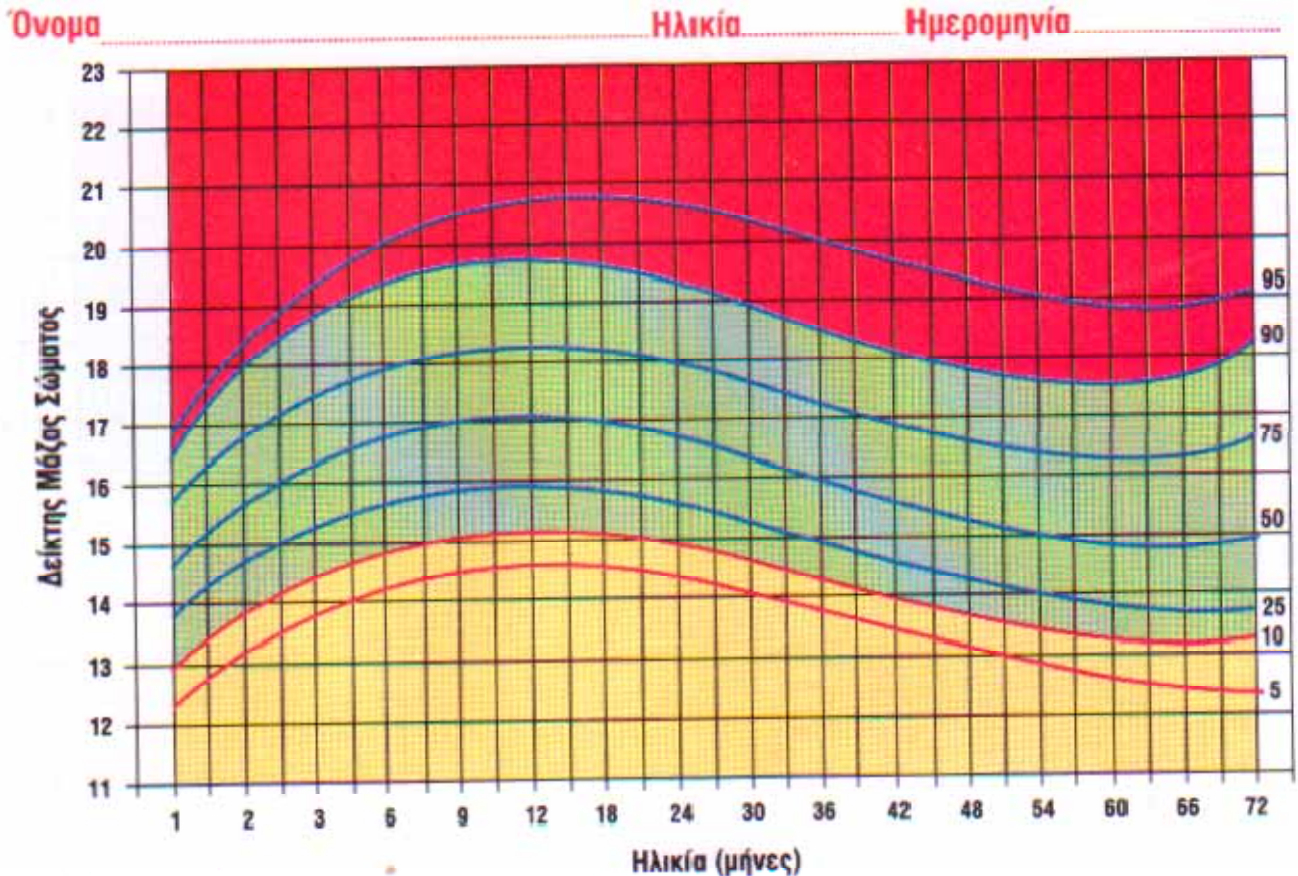


Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) είναι καλός δείκτης παχυσαρκίας και υπολογίζεται εύκολα. Ο ΔΜΣ υπολογίζεται με διαίρεση του βάρους του παιδιού σε κιλά δια του ύψους στο τετράγωνο (σε μέτρα). Παράδειγμα: Αγόρι 11 ετών έχει βάρος 45 kg και ύψος 154 cm, δηλαδή 1.54 μέτρα και $\Delta\text{Μ}\Sigma = 45 / (1.54 \times 1.54) = 18.97 \text{ kg/m}^2$. Στο σημείο που μια κατακόρυφη γραμμή στα 11 χρόνια συναντάται με μια οριζόντια στο ΔΜΣ 18.97 δείχνει ότι το παιδί αυτό έχει ΔΜΣ μεταξύ 50ης και 75ης εκατοστιαίας θέσης. Είναι δηλαδή λίγο πάνω από την 50η εκατοστιαία θέση που θεωρείται ιδανική ανάπτυξη. ΔΜΣ πάνω από την 90η εκατοστιαία θέση σημαίνει αυξημένο βάρος ενώ πάνω από την 95η θεωρείται πολύ αυξημένο.

Πηγή: Α. Καφάτος, Χ. Χατζής, Γ. Μανιός, Μ. Λιναρδάκης, Ι. Μοσχονδρέα, Ε. Μάρκατζη "Αγωγή Υγείας στα σχολεία της Κρήτης. Ο τρόπος επεξεργασίας & παρουσίασης στους γονείς των κλινικών και εργαστηριακών αποτελεσμάτων των παιδιών τους ως μέρος της εκπαιδευτικής παρέμβασης. "Παιδιατρική 1999: 62:371-378.
Πενεπιστήμιο Κρήτης/Τμήμα Ιατρικής/Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής/Κλινική Προληπτικής Ιατρικής & Διατροφής.

Πίνακας 3

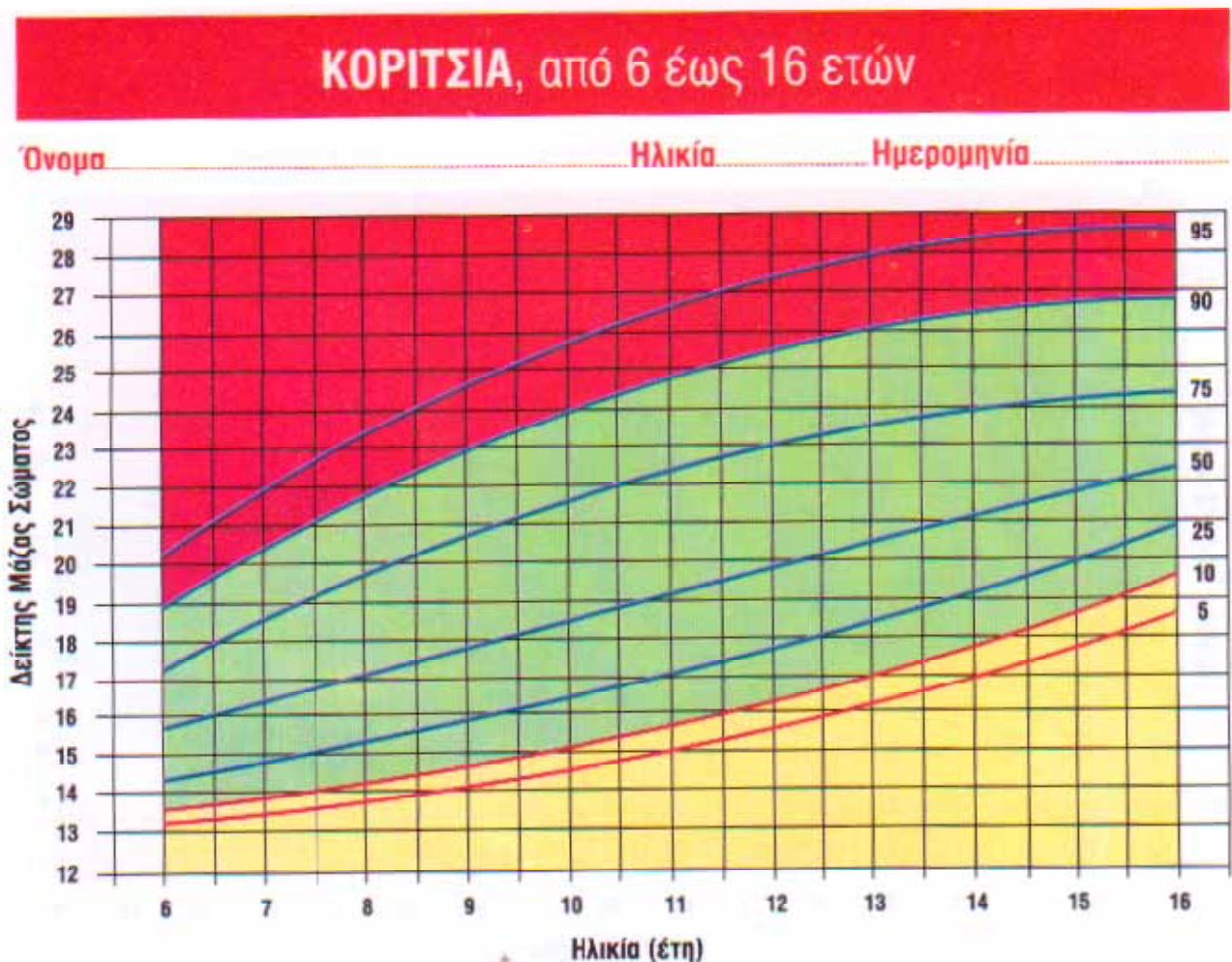
ΚΟΡΙΤΣΙΑ, από τον 1ο μήνα έως τα 6 χρόνια (72 μηνών)



Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) είναι καλός δείκτης παχυσαρκίας και υπολογίζεται εύκολα. Ο ΔΜΣ υπολογίζεται με διαίρεση του βάρους του παιδιού σε κιλά δια του μήκους στο τετράγωνο (σε μέτρα).
Παράδειγμα: Κορίτσι 24 μηνών έχει βάρος 13 kg και μήκος 88 cm, δηλαδή 0.88 μέτρα και $\Delta\text{Μ}\Sigma = 13 / (0.88 \times 0.88) = 16.88 \text{ kg/m}^2$.
Στο σημείο που μια κατακόρυφη γραμμή στους 24 μήνες συναντάται με μια οριζόντιο στο ΔΜΣ 16.88 δείχνει ότι το παιδί αυτό έχει ΔΜΣ μεταξύ 50ης και 75ης εκατοστιαίας θέσης. Είναι δηλαδή λίγο πάνω από την 50η εκατοστιαία θέση που θεωρείται ιδανική ανάπτυξη.
ΔΜΣ πάνω από την 90η εκατοστιαία θέση σημαίνει αυξημένο βάρος ενώ πάνω από την 95η θεωρείται πολύ αυξημένο βάρος.

Πηγή: Μ. Λιναρδάκης, Ι. Μοσχονδρέα, Α. Καφάτος "Καμπύλες σωματικής ανάπτυξης παιδιών βρεφικής & προσχολικής ηλικίας της Κρήτης που προέκυψαν από διαχρονική παρακολούθησή τους." Παιδιατρική 2000; 63:391-407.
Πανεπιστήμιο Κρήτης/Τμήμα Ιατρικής/Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής/Κλινική Προληπτικής Ιατρικής & Διατροφής.

Πίνακας 4:



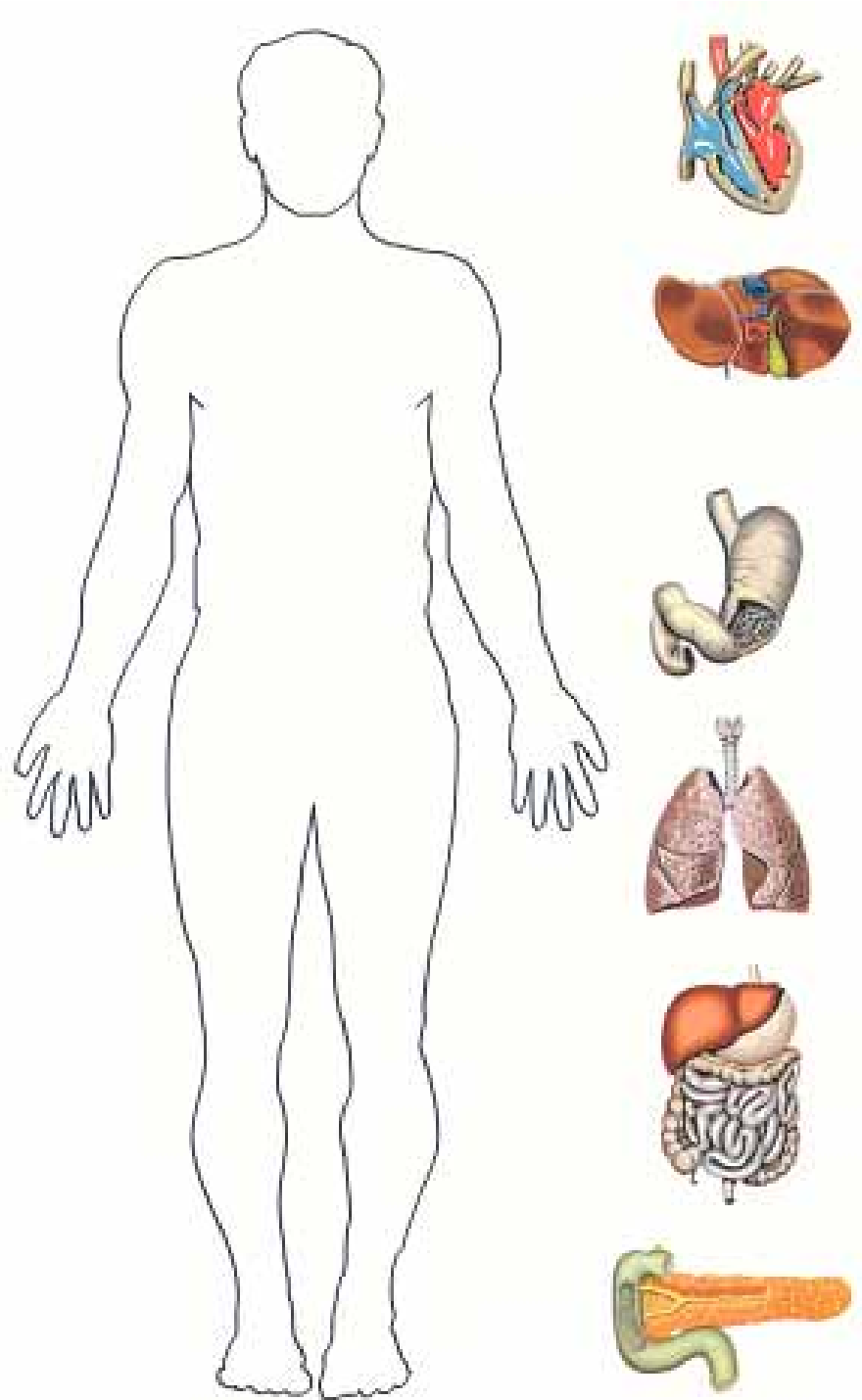
Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) είναι καλός δείκτης παχυσαρκίας και υπολογίζεται εύκολα. Ο ΔΜΣ υπολογίζεται με διαίρεση του βάρους του παιδιού σε κιλά δια του ύψους στο τετράγωνο (σε μέτρα).
Παράδειγμα: Κορίτσι 11 ετών έχει βάρος 45 kg και ύψος 154 cm, δηλαδή 1.54 μέτρα και $\Delta\text{Μ}\Sigma = 45 / (1.54 \times 1.54) = 18.97 \text{ kg/m}^2$.
Στο σημείο που μια κατακόρυφη γραμμή στα 11 χρόνια συναντάται με μια οριζόντια στο ΔΜΣ 18.97 δείχνει ότι το παιδί αυτό έχει ΔΜΣ μεταξύ 50ης και 75ης εκατοστιαίας θέσης. Είναι δηλαδή λίγο πάνω από την 50η εκατοστιαία θέση που θεωρείται ιδανική ανάπτυξη.
ΔΜΣ πάνω από την 90η εκατοστιαία θέση σημαίνει αυξημένο βάρος ενώ πάνω από την 95η θεωρείται πολύ αυξημένο.

Πηγή: Α. Καφάτος, Χ. Χατζής, Γ. Μανιός, Μ. Λιναρδάκης, Ι. Μοσχονδρέα, Ε. Μάρκατση "Αγωγή Υγείας στα σχολεία της Κρήτης. Ο τρόπος επεξεργασίας & παρουσίασης στους γονείς των κλινικών και εργαστηριακών αποτελεσμάτων των παιδιών τους ως μέρος της εκπαιδευτικής παρέμβασης. "Παιδιατρική 1999; 62:371-378.
Πανεπιστήμιο Κρήτης/Τμήμα Ιατρικής/Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής/Κλινική Προληπτικής Ιατρικής & Διατροφής.
Πανεπιστήμιο Κρήτης/Τμήμα Ιατρικής/Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής/Κλινική Προληπτικής Ιατρικής & Διατροφής.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ - ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Μάθημα 1^ο: Το σώμα μου - Οι ομάδες τροφίμων

Δραστηριότητα 1^η



Πηγή: Ρίσβας Γρ., Ευσταθίου Ν., Ορφανοπούλου Ν. (2006). Ισορροπημένη Διατροφή: Οδηγός Προαγωγής Υγείας για το Μαθητή του Δημοτικού Σχολείου. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα σελ. 42

Δραστηριότητα 2η:

➤ **Αντιστοίχιση (Η διαδρομή των τροφών στο σώμα μας):**

Οι χρήσιμες ουσίες των τροφών μεταφέρονται στο αίμα

Στόμα

Η τροφή κατεβαίνει στο στομάχι

Λεπτό έντερο

Εκεί ο άνθρωπος μασά και λιώνει την τροφή του

Στομάχι

Οι τροφές μετατρέπονται σε χυλό και διασπώνται ακόμα περισσότερο τα κρέατα και το γάλα

Παχύ έντερο

Οι άχρηστες ουσίες αποβάλλονται από τον πρωκτό

Οισοφάγος

Δραστηριότητα 3η:

➤ **Ακροστιχίδα του οισοφάγου**

1. Ο _____
2. Ι _____
3. Σ _____
4. Ο _____
5. Φ _____
6. Α _____
7. Γ _____
8. Ο _____
9. Σ _____

1. Συγκρατούν τα δόντια στη στοματική κοιλότητα.
2. Γλυκιά φυσική θρεπτική ουσία που υποκαθιστά τη ζάχαρη (αντίστροφα).
3. Λέγεται το ήπαρ στη δημοτική.
4. Βοηθά στο σχηματισμό των δοντιών και των οστών και βρίσκεται σε αρκετές τροφές αλλά κυρίως στο γάλα (αντίστροφα).
5. Χρήσιμη ουσία που βρίσκεται στα γαλακτοκομικά προϊόντα, ψάρια, κρέας και στους ξηρούς καρπούς και αποτελεί τη λειτουργική βάση των οστών και των δοντιών.
6. Μαζί με τις φλέβες κυκλοφορούν το αίμα σε όλο το σώμα.
7. Υγρή τροφή πολύ σημαντική για τη σωστή ανάπτυξη των οστών.
8. Λέμε αλλιώς τα κόκαλα.
9. Συγκρατούν τα οστά στο σκελετό (αντίστροφα).

Πηγή: Ρίσβας Γρ., Ευσταθίου Ν., Ορφανοπούλου Ν. (2006). Ισορροπημένη Διατροφή: Οδηγός Προαγωγής Υγείας για το Μαθητή του Δημοτικού Σχολείου. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα σελ. 39

Δραστηριότητα 4η:

➤ Ομάδες τροφίμων



Πηγή: Δεσύπρη Ε. (2007). Γνωρίζω την Υγιεινή Διατροφή. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαδόπουλος σελ. 6

Δραστηριότητα 5η:

➤ Αντιστοίχιση εικόνας με το γράμμα



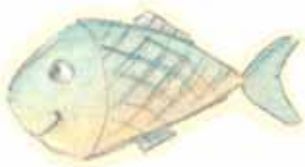
Π π

Σ σ



Μ μ

Α α



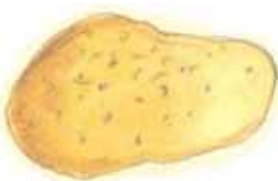
Ε ε

Ψ ψ



Κ κ

Γ γ



Τ τ

Λ λ



Πηγή: Δεσύπρη Ε. (2007). Γνωρίζω την Υγιεινή Διατροφή. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαδόπουλος σελ. 6

Μάθημα 2^ο: Η πυραμίδα της διατροφής

Δραστηριότητα 1η:

- Μαθαίνω τη διατροφική πυραμίδα



φρούτα

Πατάτες

Ξηροί Καρποί

Λαχανικά

Γαλακτοκομικά

Λευκό Κρέας

Τρόφιμα που πρέπει να τρώγονται λιγότερο συχνά

Αβγά

Ψωμί - Ρύζι - Δημητριακά

Ψάρια

Ελαιόλαδο

Όσπρια

Κόκκινο Κρέας

Πηγή: Ρίσβας Γρ., Ευσταθίου Ν., Ορφανοπούλου Ν. (2006). Ισορροπημένη Διατροφή: Οδηγός Προαγωγής Υγείας για το Μαθητή του Δημοτικού Σχολείου. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα σελ. 47

Δραστηριότητα 2η:

➤ Αντιστοίχιση παραγώγων «Από πού παίρνουμε τις τροφές;»



Σταφύλι



Ψωμί



Σιτάρι



Κρασί



Μέλισσα



Γιαούρτι

Γάλα



Πρόβατο



Λάδι



Ελιά



Μέλι

Πηγή: Δεσύπρη Ε. (2007). Γνωρίζω την Υγιεινή Διατροφή. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαδόπουλος, σελ. 10

Δραστηριότητα 3η:

- Κατασκευή της πυραμίδας της διατροφής





Μάθημα 3^ο: Φρούτα – Λαχανικά

Δραστηριότητα 1η:

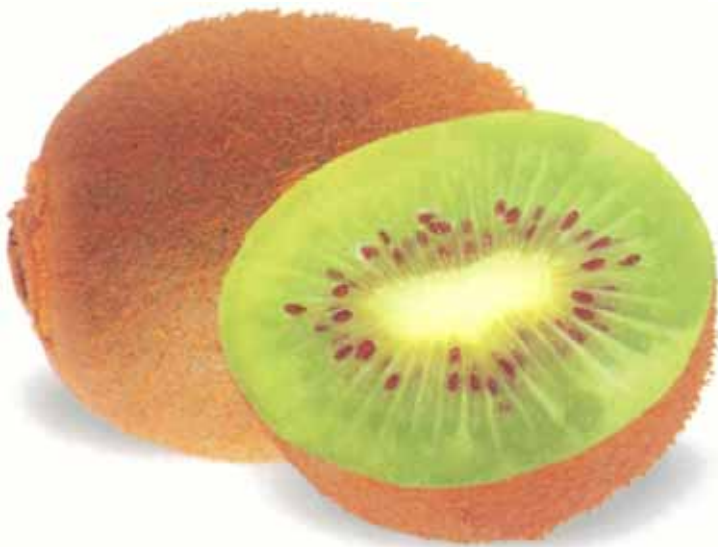
- Κάρτες φρούτων και λαχανικών:



μπανάνες



μήλα



ακτινίδιο



σταφύλια



ρόδι



γκρέιπφρουτ



δαμάσκηνα



φράουλες



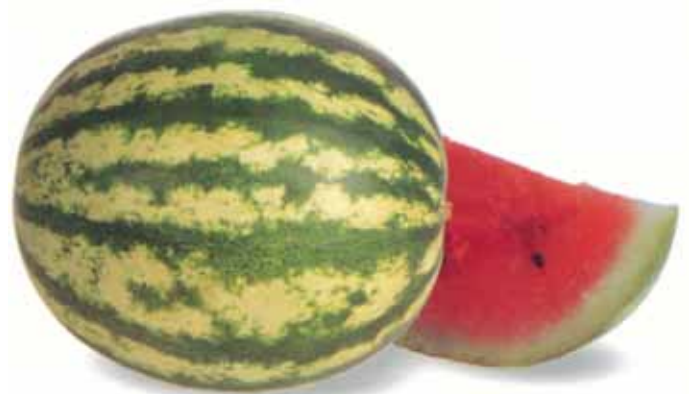
πορτοκάλι



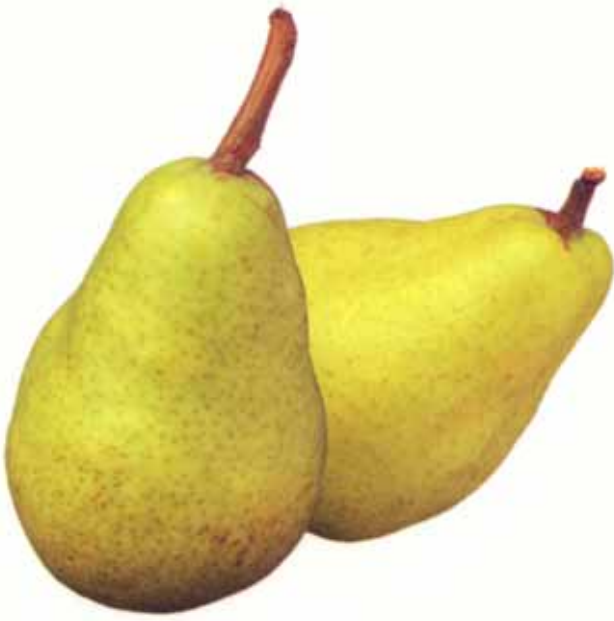
μάνγκο



καρύδα



καρπούζι



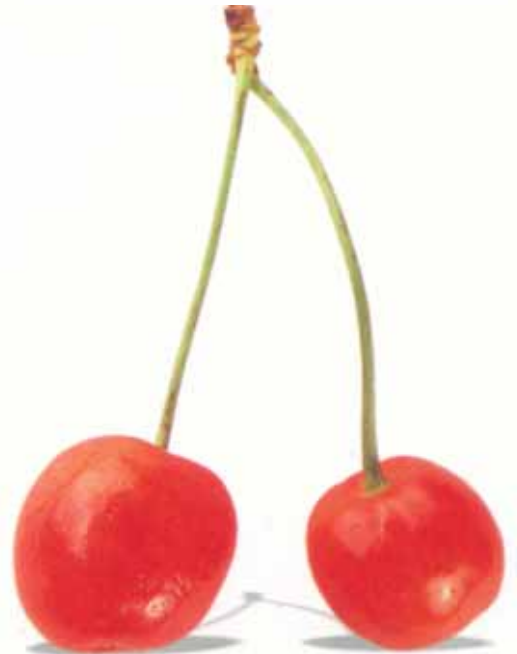
αχλάδια



ανανάς



παπάγια



κεράσια



βατόμουρα



πεπόνι



ροδάκινα



λεμόνι

ντομάτες



ντομάτες

μαρούλι



μαρούλι

σκόρδο



σκόρδο

καρότα



καρότα

γλυκοπατάτα



γλυκοπατάτα

κρεμμύδι



κρεμμύδι

φασολάκια



φασολάκια

πιπεριές



πιπεριές

μανιτάρια



μανιτάρια

μπάμιες



μπάμιες

μπρόκολο



μπρόκολο

αγγουράκι



αγγουράκι

μπιζέλι



μπιζέλι

παντζάρι



παντζάρι

κολοκύθα

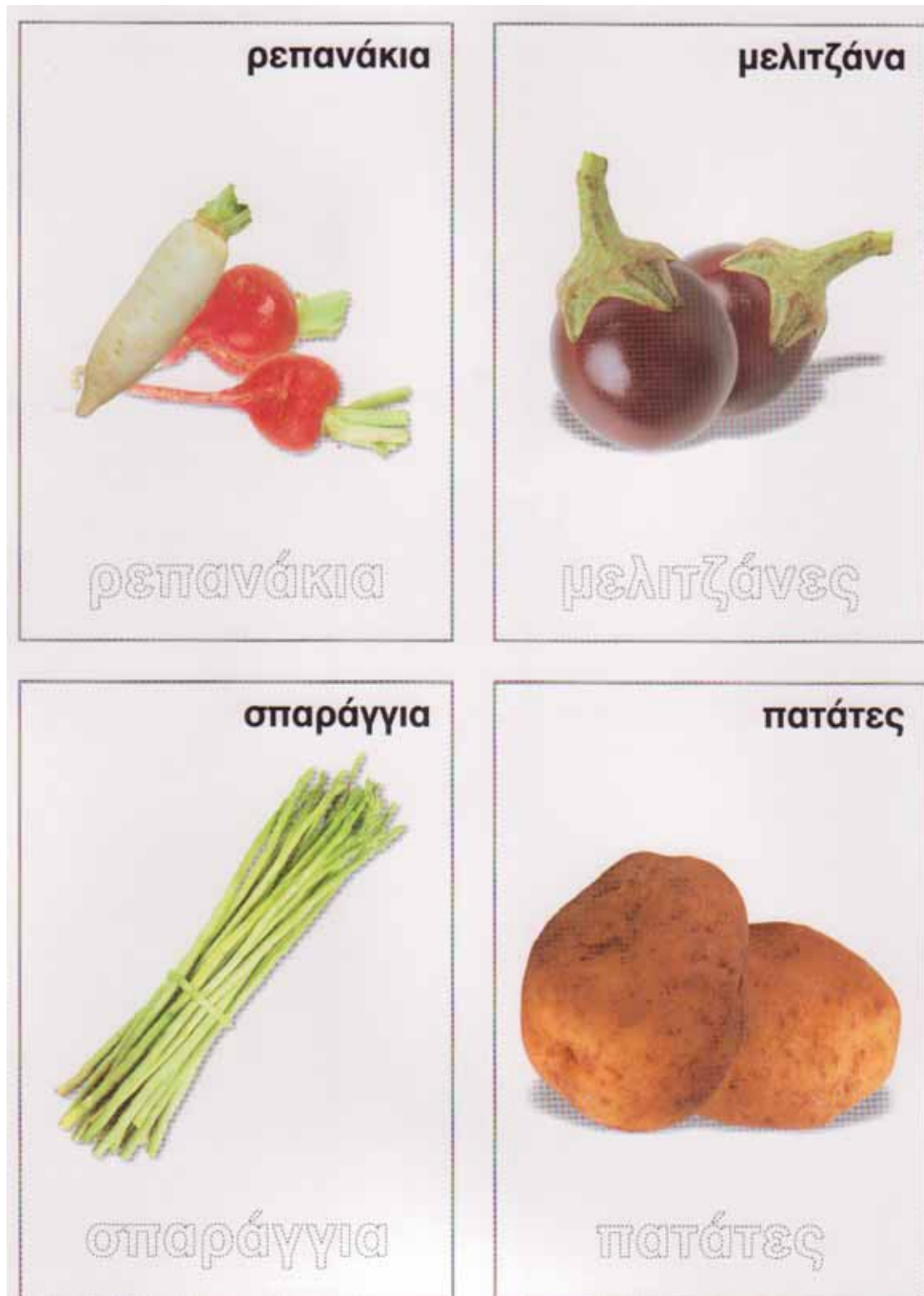


κολοκύθα

λάχανο



λάχανο

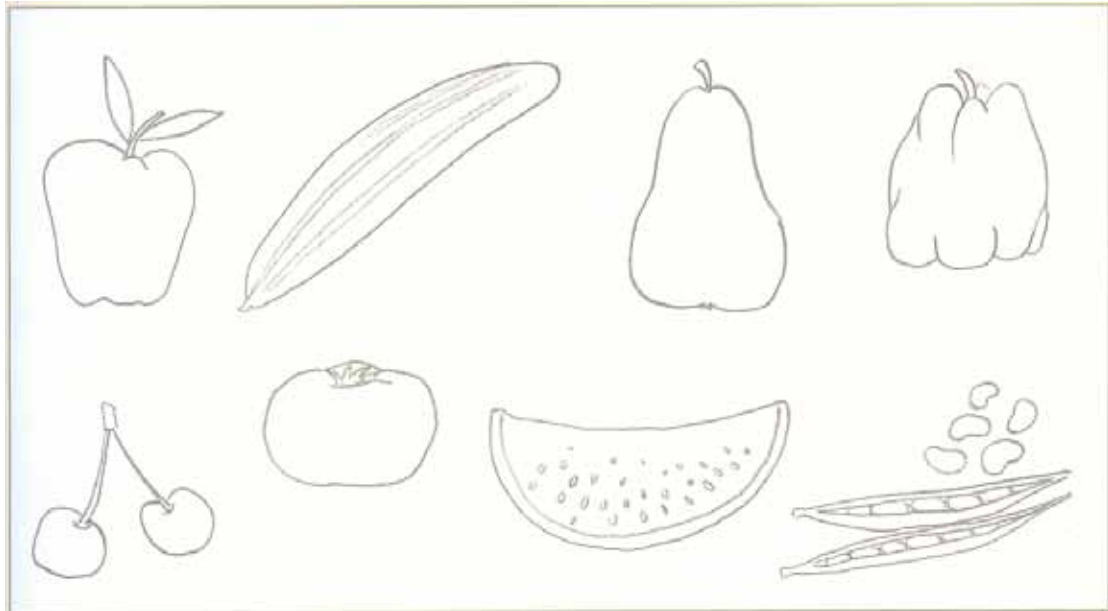


Πηγή: (2003). Φρούτα - Λαχανικά. Γράψε, σβήσε και ξαναγράψε. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Ρέκος

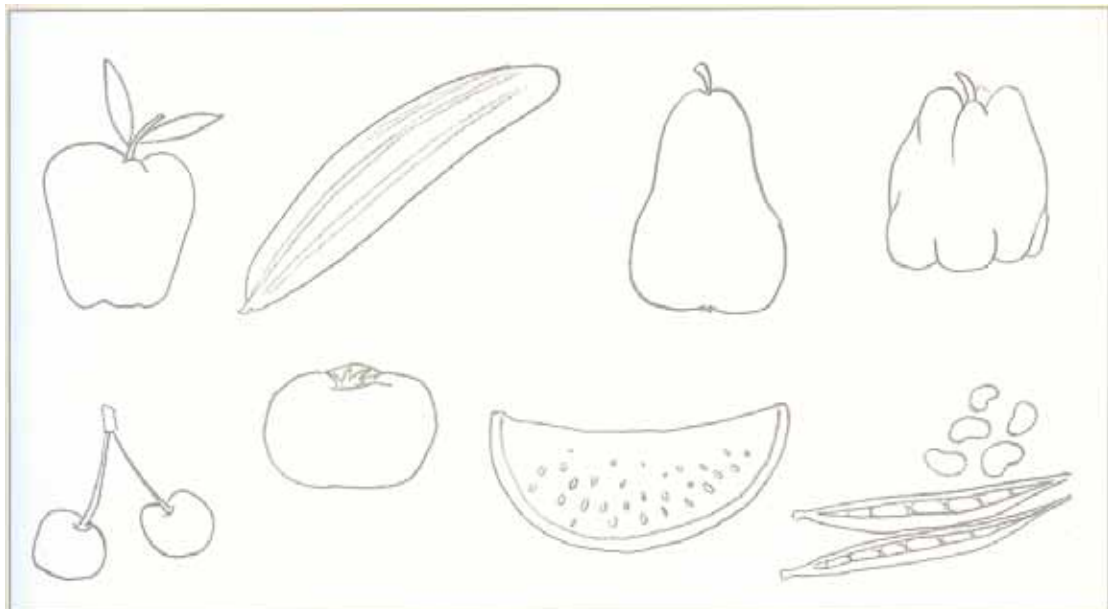
Δραστηριότητα 2η:

➤ Χρωματίζω

Χρωμάτισε μόνο τα φρούτα:



Χρωμάτισε μόνο τα λαχανικά:



Δραστηριότητα 4^η:

➤ Το αλφάβητο των φρούτων και των λαχανικών

Δόθηκαν στα παιδιά δυο φυλλάδια, όπου στο ένα έγραφαν φρούτα και στο άλλο λαχανικά, ψάχνοντας να βρουν αν μπορούν να συμπληρώσουν όλα τα γράμματα της αλφαβήτου. Τα φυλλάδια είχαν ως εξής:

| Γράμματα | Όνομα φρούτου | Γράμματα | Όνομα φρούτου |
|----------|---------------|----------|---------------|
| A | | N | |
| B | | Ξ | |
| Γ | | Ο | |
| Λ | | Π | |
| Ε | | Ρ | |
| Ζ | | Σ | |
| Η | | Τ | |
| Θ | | Υ | |
| Ι | | Φ | |
| Κ | | Χ | |
| Λ | | Ψ | |
| Μ | | Ω | |

| Γράμματα | Όνομα λαχανικού | Γράμματα | Όνομα λαχανικού |
|----------|-----------------|----------|-----------------|
| A | | N | |
| B | | Ξ | |
| Γ | | Ο | |
| Δ | | Π | |
| Ε | | Ρ | |
| Ζ | | Σ | |
| Η | | Τ | |
| Θ | | Υ | |
| Ι | | Φ | |
| Κ | | Χ | |
| Λ | | Ψ | |
| Μ | | Ω | |

Πηγή: Honor Head. (2007). Μαθαίνω να τρώω σωστά (Σειρά). Αθήνα, Εκδόσεις Σαββάλας

Μάθημα 4^ο: Γαλακτοκομικά προϊόντα – Κρέας

Δραστηριότητα 1^η:

- «Πόσα γαλακτοκομικά προϊόντα γνωρίζετε;»

Τα παιδιά ανέφεραν τα γαλακτοκομικά προϊόντα που γνωρίζουν και στη συνέχεια γινόταν επιλογή των υγιεινών. Η δραστηριότητα πραγματοποιήθηκε καταγράφοντας τα γαλακτοκομικά προϊόντα στο πίνακα και στη συνέχεια γινόταν βράβευση των υγιεινών.

Πηγή: Honor Head. (2007). Μαθαίνω να τρώω σωστά (Σειρά). Αθήνα, Εκδόσεις Σαββάλας

Δραστηριότητα 2^η:

- Ποιηματάκια για το γάλα και τα γλυκά

Γάλα:

Το γάλα μου το πίνω
Το πίνω σαν νερό.
Και στάλα δεν αφήνω
Με κάνει δυνατό.
Το γάλα μ' αρέσει
Πόσο μ' αρέσει
Όταν το πίνω κρύο ή ζεστό.
Το γάλα μ' αρέσει
Πόσο μ' αρέσει
Με κάνει δυνατό.

Γλυκά:

Αν θες δόντια γερά
Ν' αποφεύγεις τα γλυκά.
Γλυκά και ζάχαρη πολλή
Δεν είναι υγιεινή διατροφή.

Δραστηριότητα 3^η:

➤ Πρωινό

Γράφθηκαν στον πίνακα 3-4 είδη πρωινού που είχαν καταναλώσει τα παιδιά και αναζητήθηκαν τα γαλακτοκομικά προϊόντα μέσα σε αυτά. Η κάθε σωστή επιλογή που γινόταν βραβευόταν, ενώ η λανθασμένες δεν έπαιρναν βαθμούς

Πηγή: Honor Head. (2007). Μαθαίνω να τρώω σωστά (Σειρά). Αθήνα, Εκδόσεις Σαββάλας

Δραστηριότητα 4^η:

➤ Ομάδα κρέατος

Ζητήθηκε από τα παιδιά να πουν διάφορα είδη κρεατικών και στη συνέχεια χωρίστηκαν στις εξής κατηγορίες: άσπρο – κόκκινο κρέας και ψάρια – θαλασσινά. Τέλος επέλεξαν τα πιο υγιεινά και αυτή η δραστηριότητα πραγματοποιήθηκε στον πίνακα.

Πηγή: Honor Head. (2007). Μαθαίνω να τρώω σωστά (Σειρά). Αθήνα, Εκδόσεις Σαββάλας

Δραστηριότητα 5^η:

➤ Οσπρια

Τα παιδιά με τη βοήθεια αληθινών οσπρίων, έμαθαν τις ονομασίες τους και διάφορους τρόπους με τους οποίους μπορούν να καταναλωθούν.



Μάθημα 5^ο: Το κυλικείο μας

Δραστηριότητα 1^η:

- Βρες που κρύβεται η ζάχαρη

Η ιδέα για τη δραστηριότητα αυτή πηγάζει από μια δραστηριότητα από το βιβλίο *Ισορροπημένη Διατροφή* (Ρίσβας Γρ, Ευσταθίου Ν. Ορφανοπούλου Ν. (2006). *Ισορροπημένη Διατροφή: Οδηγός Προαγωγής Υγείας για το Μαθητή του Δημοτικού Σχολείου*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα) που ονομαζόταν «Ψάχνω τη ζάχαρη στο κυλικείο». Επειδή στα σχολεία που πραγματοποιήθηκε η έρευνα τα κυλικεία περιλάμβαναν λίγα τρόφιμα και χωρίς ζάχαρη, βοηθήσαμε τα παιδιά να ανακαλύψουν που κρύβεται η ζάχαρη με τη βοήθεια φωτογραφιών διαφόρων τροφίμων.



Δραστηριότητα 2^η:

➤ Ακροστιχίδα του κυλικείου

Θέλετε να παίξουμε με το κυλικείο;

- | | |
|----|--------|
| 1. | K_____ |
| 2. | Υ_____ |
| 3. | Λ_____ |
| 4. | Ι_____ |
| 5. | Κ_____ |
| 6. | Ε_____ |
| 7. | Ι_____ |
| 8. | Ο_____ |

1. Τέτοιοι ξηροί πρέπει να υπάρχουν στο κυλικείο.
2. Αυτή είναι πολύτιμη για τη ζωή μας.
3. Τα γαλακτοκομικά του κυλικείου καλό είναι να έχουν χαμηλά.
4. Είναι γλυκό, το παράγει η μέλισσα και το γράφεις αντίστροφα.
5. Είναι στρογγυλό με σουσάμι.
6. Τα φρούτα είτε φρέσκα είτε ξηρά είναι πηγή.
7. Είναι νόστιμο, μοιάζει με ψωμί και μπορεί να έχει σταφίδες (αντίστροφα).
8. Αυτόν πρέπει να πίνουμε στα διαλείμματα αρκεί να μην έχει ζάχαρη (αντίστροφα).

Πηγή: Ρίσβας Γρ., Ευσταθίου Ν., Ορφανοπούλου Ν. (2006). Ισορροπημένη Διατροφή: Οδηγός Προαγωγής Υγείας για το Μαθητή του Δημοτικού Σχολείου. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα σελ. 98

Δραστηριότητα 3^η:

➤ Διατροφική ετικέτα.

Η δραστηριότητα αυτή προέρχεται από το εξής site στο internet: <http://www.coolfoodplanet.org/gr/home.htm> . Η ετικέτα που χρησιμοποιήθηκε είναι διαφορετική από το site και βασίζεται σε πραγματική ετικέτα αλλά έχει γίνει αλλαγή στα στοιχεία της εταιρείας.

ΓΙΑΟΥΡΤΙ ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΑ ΚΑΙ ΦΡΑΟΥΛΑ 1%

Συστατικά: Γάλα αγελάδος αποβουτυρωμένο, ανθόγαλα και πρωτεΐνη γάλακτος (80%), κομμάτια φράουλας (8%), φρουκτόζη, δημητριακά (2%) (κριθάρι, σιτάρι, σίκαλη, βρώμη, ρύζι), άμυλο, ζελατίνη, ρυθμιστής οξύτητας κιτρικό νάτριο, χυμός μούρων, αρωματική ύλη, μαγιά γιαουρτιού.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

| | Ανά 100gr | Ανά κεσεδάκι |
|--------------|-----------|--------------|
| Ενέργεια | 85kcal | 212,5kcal |
| Πρωτεΐνες | 5,2gr | 13gr |
| Υδατάνθρακες | 13,8gr | 34,5gr |
| Λιπαρά | 1gr | 2,5gr |

Διατηρείται στο ψυγείο
Ανάλωση κατά προτίμηση
πριν το τέλος: 17/4/09

Παρασκευάζεται στην Ελλάδα
από τη ΓΑΛΑ Α.Ε.

ΚΑΘΑΡΟ ΒΑΡΟΣ :250gr

Λεωφ. Μαραθώνος 33, Αττική

Τα παιδιά απάντησαν στις παρακάτω ερωτήσεις:

- 1) Ποια είναι η ονομασία του προϊόντος;
- 2) Εκτός από το γάλα, ποιο άλλο είναι το βασικό συστατικό του προϊόντος;
- 3) Ποια είναι η ημερομηνία κατά την οποία προτείνεται να καταναλωθεί το συγκεκριμένο τρόφιμο;
- 4) Πόσο λίπος περιέχει όλο το γιαούρτι;
- 5) Που πρέπει να αποθηκευτεί το προϊόν;
- 6) Που παρασκευάζεται το προϊόν;
- 7) Ποιο είναι το βάρος του προϊόντος;

Τι να πίνω στο σχολείο:

- 1) Ένα ποτήρι με μαύρο φρούμι μαζί με τυρί, γιαουρτάκι και μαρούλι ή ντομάτα.
- 2) Ένα φλιμακι με λίγο τυρί και ένα αυγό βραστό που έχω κομμάτι στη μέση.
- 3) Ένα κουλούρι και πίνω ένα χυμό.
- 4) Τυρόπιτα - Σπανισάκι που γεμίζω ότι είναι καλής ποιότητας.

Στο 2 δίδεμα που η κοιλία γουργουρίζει θα φάω 2 φρούτα ή θα πίνω ένα χυμό χωρίς ανθρακικό.

Δεν πρέπει να νιώθω άσχημα που παίρνω από το σπίτι το κολατσάκι μου γιατί έτσι δείχνω πόσο πολύ αγαπώ και φροντίζω τον οργανισμό μου!

Συμβουλές Υγιεινής Διατροφής

- Απολαμβάνω όλες τις τροφές, αλλά σε μέτριες ποσότητες.
- Η διατροφή μου αποτελείται πιο πολύ από υδάνθρακες όπως ψωμί, ζυμαρικά και δημητριακά ολικής άλεσης και καστανό ρυζί.
- Τρώω πάντα φρέσκα φρούτα, λαχανικά και φυτικούς χυμούς ή χυμούς χωρίς ανθρακικό.
- Για να μην πεινάω συνεχώς τρώω σνακ ανάμεσα στα κύρια γεύματα μου (δηλαδή έχω δεκάτι και απογευματινό γεύμα).
- Δεν ξεχνώ να πίνω κάθε μέρα αρκετό νερό (5-6 πατημα).
- Δεν τρώω συχνά λιχουδιές γιατί δεν θέλω να αυξήσω το βάρος μου.
- Δεν τρώω ποτέ όρθιος/α, ούτε βλέπω τηλεόραση την ώρα του φαγητού.
- Θέλω να τρέχω, να παίζω με τους φίλους μου. Η άσκηση βελτιώνει τη φυσική μου κατάσταση.
- Ζυγίζομαι τακτικά για να ελέγχω το βάρος μου.
- Δεν κάνω ποτέ μόνη/ος μου δίαιτα για να μειώσω στα αδύνατα μόνελα γιατί βάζω σε κίνδυνο την υγεία μου, θα αρρωσταίνω εύκολα, θα χάσουν τα δοντάκια μου και θα δείχνω άρρωστη/ός.

Μην «ξεχάσω» να γυμνάζομαι!

- Η έλλειψη άσκησης μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση του βάρους μου.
- Κάνει καλό στην καρδιά και έχω καλή υγεία και ευχάριστη διάθεση.
- Δεν χρειάζεται να γίνω αθλήτης για να γυμνάσω το σώμα μου.
- Μπορώ να βοηθώ στις δουλειές του σπιτιού, να πάω βόλτα το σκύλο μου, να παίζω με τους φίλους μου κρυφτό, κρηνητό, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, κ.ά.
- Είναι σημαντικό για μας να έχουμε ελεύθερο χρόνο για παιχνίδι.

Κάθε μέρα δράση...
Ταξίδι ανακάλυψης με τους φίλους μου ή μόνη και ανεξάρτητη

Πηγή εικόνες: Αιμίλιος Βλάχος Οικονομικός & Αθλητικός Ψυχολόγος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε - ΚΑΤΑΣΚΕΥΕΣ

Μολυβοθήκες



Κορνίζες



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ - ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Νηπιαγωγείο Μουζακίου (Ζάκυνθος)



Β' Δημοτικού 3^ο Δημοτικό Ρίζας (Ζάκυνθος)



Ε' Δημοτικού 3^ο Δημοτικό Ρίζας (Ζάκυνθος)



Νηπιαγωγείο Χρυσοπηγής (Χανιά)



Β' Δημοτικού, Δημοτικό Χρυσοπηγής (Χανιά)



ΣΤ' Δημοτικού, Δημοτικό Χρυσοπηγής (Χανιά)



ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

1. Al-Ansari J. M., Al-Jairan L.Y., Gillespie G.M. (2006). Dietary habits of the primary to secondary school population and implications for oral health. *J Allied Health.*, **35(2)**, 75-80
2. Ammerman Alice S., Lindquist Christine H., Kathleen N. Lohr James Hersey. (2002). The Efficacy of Behavioral Interventions to Modify Dietary Fat and Fruit and Vegetable Intake: A Review of the Evidence. *Preventive Medicine* **35**, 25-41
3. American Dietetic Association. (2006). Position of the American Dietetic Association: Individual-, Family-, School-, and Community-Based Interventions for Pediatric Overweight. *J Am Diet Assoc*, **106**, 925-945
4. American Dietetic Association. (2008). Position of the American Dietetic Association: Nutrition Guidance for Healthy Children Ages 2 to 11 Years. *J Am Diet Assoc.*, **108**, 1038-1047
5. Aranceta J. (2004). Community Nutrition. *Arch Latinoam Nutr.*, **54**, 9-13
6. Beltran Alicia, Karina Knight Sepulveda, Kathy Watson, Tom Baranowski, Janice Baranowski, Noemi Islam, Mariam Missaghian. (2008). Diverse Food Items Are Similarly Categorized by 8- to 13-year-old Children. *J Nutr Educ Behav.*, **40**, 149-159
7. Birch Leann L. and Fisher Jennifer O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight, *Am J Clin Nutr*, **71**:1054-61.
8. Cole Tim J., Bellizzi Mary C., Flegal Katherine M. and Dietz William H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, **320** :1240-1245
9. Cullen Karen Weber, Baranowski Tom, Smith Stella P. (2001). Using goal setting as a strategy for dietary behavior change. *J Am Diet Assoc*: **101**, 562-566
10. Draijer J., Williams T. (1991): School Health Education and Promotion in the Member States of the European Community, CEC/V/E/1/LUX/69/91. Luxembourg: The Commission of the European Communities.
11. Dunham L., Kollar L. (2006). Vegetarian Eating for Children and Adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, **20**, 27-34
12. Dwyer Johanna. (2004). Dietary References Intakes (DRIs) Concepts and Implementation. *Encyclopedia of gastroenterology*, 613-623
13. Economos Christina D., Sacke Jennifer M., Kenneth Kwan Ho Chui, Irizzary Laura, Guillemont Juliette, Collins Jessica J., Hyatt Raymond R..

- (2008). School-based behavioural assessment tools are reliable and valid for measurement of fruit and vegetable intake, physical activity, and television viewing in young children. *J Am Diet Assoc*, **108**, 695-701
14. Feskanich Diane, Rockett Helaine R. H., Colditz Graham A.. (2004). Modifying the Healthy Eating Index to Assess Diet Quality in Children and Adolescents. *J Am Diet Assoc.*, **104**, 1375-1383
15. Freedman D. S., Dietz W. H., Srinivasan S. R., Berenson G. S. (1999). The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: The Bogalusa Heart Study (Abstract). *Pediatrics*. **103**:1175-1182.
16. Fulkerson Jayne A., Story Mary, Neumark-Sztainer Dianne, Rydell Sarah. (2008). Family Meals: Perceptions of Benefits and Challenges among Parents of 8- to 10-Year-Old Children. *J Am Diet Assoc.*, **108**, 706-709
17. Gajre N. S., Fernandez S., Balakrishna N., Vazir S.. (2008). Breakfast Eating Habit and its Influence on Attention-concentration, Immediate Memory and School Achievement, *Indian Pediatrics*, Volume 45_ October 17
18. Guidelines for competitive foods sold in schools. Alliance for a Healthier Generation Web site:
http://www.healthiergeneration.org/uploadedFiles/For_Schools/snack-food-guidelines.pdf. Accessed February 24, 2007.
19. Hipsky Jennifer, Kirk Shelley. (2002). HealthWorks! Weight management program for children and adolescents. *Journal of the American dietetic association*, **3**, S64-S67
20. Johansson Lars, Dag S. Thelle, Kari Solvoll, Gunn-Elin Aa. Bjørneboe and Christian A. Drevon. (1999). Healthy dietary habits in relation to social determinants and lifestyle factors, *British Journal of Nutrition*, **81**, 211–220
21. Kubik Martha Y., Lytle Leslie A., Story Mary. (2001). A practical theory-based approach to establishing school nutrition advisory councils. *J Am Diet Assoc.*, **101**, 223-228
22. Larowe Tara L., Moeller Suzen M., Adams Alexandra K. (2007). Beverage Patterns, Diet Quality, and Body Mass Index of US Preschool and School-Aged Children. *J Am Diet Assoc.*, **107**, 1124-1133
23. Lask Bryan (2000). Eating Disorders in Childhood and Adolescence. *Current Paediatrics*, **10**, 254-258
24. Lask Bryan (2004). Pervasive refusal syndrome, *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. **10**, 153-159

25. Lumeng Julie C., Cardinal Tiffany M., Jankowski Meghan, Kaciroti Niko, Gelman Susan A.. (2008). Children's use of adult testimony to guide food selection. *Appetite*, **51**, 302–310
26. Maffeis C., Castellani M. (2006). Physical activity: An effective way to control weight in children?. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, **17**, 394-408
27. Mangunkusumo Resiti T., Brug Johannes, Harry J. de Koning, Johan van der Lei and Hein Raat. (2006). School-based Internet-tailored fruit and vegetable education combined with brief counselling increases children's awareness of intake levels. *Public Health Nutrition*, **10(3)**, 273–279
28. Manios Yannis, Grammatikaki Evangelia, Papoutsou Stalo, Liarigkovinos Thodoris, Kondaki Katerina, Moschonis George. (2008). Nutrient Intakes of Toddlers and Preschoolers in Greece: The GENESIS Study. *J Am Diet Assoc.*, **108**, 357-361
29. Manios Yannis, Kafatos Irene, Kafatos Anthony. (2006). Ten-year follow-up of the Cretan Health and Nutrition Education Program on children's physical activity levels. *Preventive Medicine*, **43**, 442–446
30. Manios Yannis, Moschandreas Joanna, Hatzis Christos, and Kafatos Anthony. (1999). Evaluation of a Health and Nutrition Education Program in Primary School Children of Crete over a Three-Year Period. *Preventive Medicine*, **28**, 149–159
31. Marcason W. (2005). Can Dietary Intervention Play a Part in the Treatment of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder? *Journal of the American Dietetic Association*. **1161-1162**
32. Messina Virginia, Mangels Ann Reed. (2001). Considerations in planning vegan diets: children. *J Am Diet Assoc*, **101**, 661-669
33. Nielsen S. J., Popkin B. M. (2004). Changes in beverage intake between 1977 and 2001. (Abstract). *Am J Prev Med*. **27(3)**:205-210
34. Nothwehr Faryle, Snetselaar Linda, Yang Jingzhen, Haotong W.U. (2006). Stage of Change for Healthful Eating and Use of Behavioral Strategies. *J Am Diet Assoc.*, **106**, 1035-1041
35. O'dea Jennifer A. (2003). Why do kids eat healthful food? Perceived benefits of and barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents. *J Am Diet Assoc*, **103**, 497-501
36. Ogden C. L., Carroll M. D., Curtin L. R., McDowell M. A., Tabak C. J., Flegal K. M. (2006). Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA*. **295**:1549-1555.

37. Paineau Damien L., Beaufile Francois, Boulier Alain, Cassuto Dominique-Adèle, Chwalow Judith, Combris Pierre, Couet Charles, Be´atrice Jouret, Lionel Lafay, Martine Laville, Sylvain Mahe, Claude Ricour, Monique Romon, Chantal Simon, Mar´te´ Tauber, Paul Valensi, Ve´ronique Chapalain, Othar Zourabichvili, Francis Bornet. (2008). Family Dietary Coaching to Improve Nutritional Intakes and Body Weight Control. *Arch Pediatr Adolesc Med.* **162(1)**, 34-43
38. Pérez Rodrigo C., Aranceta J., Brug H., Wind M., Hildonen Ch., Klepp K. I. (2004). School-based education strategies to promote fruit and vegetable consumption: the Pro Children Project. *Arch Latinoam Nutr.* **54**, 14-9
39. Position of the American Dietetic Association and Dieticians of Canada: (2003). Vegetarian diets. *J Am Diet Assoc.*, **103**, 748-765
40. Rampersaud G., Pereira M., Girard B., Adams J., Metz J. (2005). Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents. *J Am Diet Assoc.* **105**:743-760.
41. Roblin Lynn. (2007). Childhood obesity: food, nutrient, and eating – habit trends and influences. *Appl. Physiol. Nutr. Metab.* **32**, 635 - 645
42. Rodin Rachel L., Miriam H. Alexander, V. James Guillory, and Jennifer Rogers. (2007). Physician Counseling to Prevent Overweight in Children and Adolescents: American College of Preventive Medicine Position Statement. *J Public Health Management Practice*, **13(6)**, 655–661
43. Roos E., Prattala R., Lahelma E., Kleemola P. & Pietinen P. (1996). Modern and healthy? socioeconomic differences in the quality of diet (Abstract). *European Journal of Clinical Nutrition*, **50**, 753–760.
44. Salo Pia, Seppänen-Laakso Tuulikki, Laakso Into, Seppänen Ritva, Nünikoski Harri, Vükari Jorma and Simell Olli. (2000). Low-saturated fat, low-cholesterol diet in 3-year-old children: Effect on intake and composition of trans fatty acids and other fatty acids in serum phospholipid fraction – The STRIP study. *J Pediatr*, **136**, 46-52
45. Santos Ina, Cesar G. Victora, Jose Martines, Helen Goncalves, Denise P. Gigante, Neiva J. Valle and Gretel Pelto. (2001). Nutrition Counseling Increases Weight Gain among Brazilian Children, *J. Nutr.*, **131**: 2866–2873.
46. Schwartz Marlene B., Vartanian Lenny R., Wharton Christopher M., Brownell Kelly D.. (2008). Examining the Nutritional Quality of Breakfast Cereals Marketed to Children. *J Am Diet Assoc*, **108**, 702-705
47. Song W. O., Chun O. K., Kerver J., Cho S., Chung C. E., Chung S. J. (2006). Ready to-eat breakfast cereal consumption enhances milk and calcium intake in the US population. *J Am Diet Assoc.* **106**;1783-1789.

48. Spencer Elsa H., Frank Erica, Elon Lisa K., Hertzberg Vicki S., Serdula Mary K., and Galuska Deborah A.. (2006). Predictors of nutrition counseling behaviors and attitudes in US medical students, *Am J Clin Nutr*, **84**:655– 62
49. Van Sluijs Esther M. F., Van Poppel Mireille N. M., van Mechelen Willem. (2004). Stage-Based Lifestyle Interventions in Primary Care Are They Effective?. *Am J Prev Med*, **26(4)**, 330–343
50. Vereecken Carine, Huybrechts Inge, Maes Lea, Stefaan De Henauw. (2008). Food consumption among preschoolers: does the school make a difference?. *Appetite* **51(3)**, 723-726
51. Westenhoefer Joachim. (2002). Establishing Dietary Habits during Childhood for Long-Term Weight Control. *Ann Nutr Metab*, **46**, 18–23
52. Williams C. L., Squillace M. M., Bollella M. C., Brotanek J., Campanaro L., D'Agostino C., Pfau J., Sprance L., Strobino B. A., Spark A. and Boccio Laura. (1998). Healthy Start: A Comprehensive Health Education Program for Preschool Children1. *Preventive Medicine*, **27**, 216–223
53. Wolraich M. (1998). Hyperactivity. *Elsevier* Vanderbilt University, Nashville, TN, USA
54. Wong Victor, Millen Barbara E., Geller Alan C., Rogers Adrienne E., Maury Jean-Jacques and Prout Marianne N.. (2004). What's in store for medical students? Awareness and utilization of expert nutrition guidelines among medical school preceptors. *Preventive Medicine*, **39**, 753–759
55. Yngve A., Wolf A., Poortvliet E., Elmadfa I., Brug J., Ehrenblad B., Franchini B., Haraldsdóttir J., Krølner R., Maes L., Pérez-Rodrigo C., Sjostrom M., Thórsdóttir I., Klepp K. I. (2005). Fruit and vegetable intake in a sample of 11-year-old children in 9 European countries: The Pro Children Cross-sectional Survey. *Ann Nutr Metab.*, Jul-Aug; **49(4)**: 236-45.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Dr. Pryke Rachel. (2009). *Παιδική Παχυσαρκία. Ένας πλήρης οδηγός σχετικά με το βάρος, τη διατροφή και τα φυσική κατάσταση*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα
2. Fieldhouse Paul (1986). *Food and nutrition: Customs and Culture*. London: Groom Helm. 233 pp
3. Geldard K., Geldard D. (2004). *Συμβουλευτική Ψυχολογία στα Παιδιά. θεωρία – εφαρμογές*. Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
4. Gibney Michael J., Vorster Hester H., Kok Frans J.. (2007). *Εισαγωγή στη Διατροφή του Ανθρώπου*, Αθήνα, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.

5. Honor Head. (2007). *Μαθαίνω να τρώω σωστά (Σειρά)*. Αθήνα, Εκδόσεις Σαββάλας
6. Howwitt Dennis, Cramer Duncan. (2003). *Στατιστική με το SPSS 11 για WINDOWS*. Αθήνα, Εκδόσεις Κλειδάριθμος
7. Krause J. 1995. *Leben mit hyperaktiven kindern*. Munchen: Piper Serie Gesundheit..
8. Puckett Ruby P., Byers Brenda A. (2004). *Food service manual for health care institutions*, American Society for Healthcare Food Service Administrators, Carlton Green Edition: 3, John Wiley and Sons
9. Βερούλη Άννα, Μιχαλόπουλος Νίκος. (2008). *Πέντε σωματούλακες κλεισμένοι στο ψυγείο: Μια ιστορία για τη σωστή διατροφή*. Αθήνα, Εκδόσεις Άγκυρα
10. Δεσύπρη Ε. (2007). *Γνωρίζω την Υγιεινή Διατροφή*. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαδόπουλος
11. ΕΦΕΤ. (2007). *Διάλειμμα για κολατσιό... και απλές συμβουλές διατροφής για τους μικρούς μας φίλους*. Έκδοση του Ενιαίου Φορέα Ελέγχου Τροφίμων
12. Ζαμπέλας Α. (2003). *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης
13. Ζερφυρίδης Γ. (1998). *Διατροφή του ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Γιαχούδη
14. Καντσά Μ. (2008). *Το κουτί της γνώσης*. Αθήνα, Εκδόσεις Σαββάλας
15. Κάκουρος Ε., Μανιαδάκη Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
16. Μαλικιώση Μ., Λοΐζου Μ. (2006). *Συμβουλευτική Ψυχολογία*. Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
17. Μανιός Γ. (2007). *Διατροφική Αγωγή: θεωρίες και μοντέλα αγωγής & προαγωγής υγείας*. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης
18. Μανιός Γ. (2006). *Διατροφική Αξιολόγηση: Διαιτολογικό & Ιατρικό ιστορικό, Σωματομετρικοί, Κλινικοί & Βιοχημικοί Δείκτες*. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης
19. Μαραζιώτη Ε. (2007). *Χτίζω σωστά εμένα*. Αθήνα, Εκδόσεις Χριστάκη
20. Μάστορα Ι. (2006). *Η πυραμίδα της φυσικής δραστηριότητας, Διεθνές Ίδρυμα Αθλητικής και Ολυμπιακής Παιδείας*

21. Πιπεράκης Σ. (2002). *Τροφή, Διατροφή, Ανατροφή*. Αθήνα, Εκδόσεις Τυποθήτω
22. Πλέσσας Σ. (1998). *Διαιτητική του ανθρώπου*. Αθήνα. Εκδόσεις Φάρμακον – Τύπος
23. Ρίσβας Γρ., Ευσταθίου Ν., Ορφανοπούλου Ν. (2006). *Ισορροπημένη Διατροφή: Οδηγός Προαγωγής Υγείας για το Μαθητή του Δημοτικού Σχολείου*. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα
24. (2003). *Φρούτα. Γράψε, σβήσε και ξαναγράψε*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Ρέκος
25. (2003). *Λαχανικά. Γράψε, σβήσε και ξαναγράψε*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Ρέκος