

# ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΥΓΙΕΙΝΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

της  
Τζόλια Αικατερίνης

Μεταπτυχιακή διατριβή που υποβάλλεται  
στο καθηγητικό σώμα για τη μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων για την απόκτηση του  
μεταπτυχιακού τίτλου του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Άσκηση και  
Ποιότητα Ζωής» των Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του  
Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης και του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας στην  
κατεύθυνση «Παιδαγωγική και Δημιουργική Μάθηση».

Κομοτηνή  
2006

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

1<sup>η</sup> Επιβλέπουσα : Πολλάτου Ελιζάνα, Λέκτορας

2<sup>η</sup> Επιβλέπουσα : Ζαχοπούλου Ευριδίκη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

3<sup>ος</sup> Επιβλέπων : Παπαιωάννου Αθανάσιος, Αναπληρωτής Καθηγητής



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ & ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ**  
**ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»**

Αριθ. Εισ.: 5417/1

Ημερ. Εισ.: 06-09-2007

Δωρεά:

Ταξιδετικός Κωδικός: Δ

613.208 33

ΤΖΟ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



004000086561

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΤΖΟΛΙΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ: Μελέτη των υγιεινών συνηθειών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας  
(Υπό την επίβλεψη της Λέκτορος κ. Πολλάτου Ελιζάνας )

Σκοπός της παρούσης έρευνας ήταν η μελέτη των υγιεινών συνηθειών, διατροφής, φυσικής δραστηριότητας και υγιεινής σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Στην έρευνα συμμετείχαν 240 παιδιά (122 αγόρια, 118 κορίτσια), ηλικίας  $4,3 \pm 0,6$  έτη και οι γονείς τους. Η επιλογή του δείγματος έγινε με στρωσιγενή δειγματοληψία από την περιοχή της Θεσσαλονίκης. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε πρωτόκολλο αξιολόγησης των παιδιών με εικόνες και ερωτηματολόγιο υγιεινών συνηθειών για τους γονείς αναφορικά με τις συνήθειες των παιδιών τους. Η στατιστική ανάλυση που εφαρμόστηκε ήταν ανάλυση συχνοτήτων και εφαρμογή του μη παραμετρικού τεστ Mann-Whitney U. Από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου των γονέων διαπιστώθηκαν αναφορικά με τη διατροφή σοβαρές ελλείψεις στην ομάδα των λαχανικών και μικρότερες στην ομάδα φρούτων οσπρίων και κρέατος. Στην υγιεινή διαπιστώθηκαν σημαντικές ελλείψεις στη συχνότητα πλυσίματος των χεριών και βουρτσίσματος των δοντιών, όπως επίσης και στη σωστή μάσηση της τροφής. Στη φυσική δραστηριότητα διαπιστώθηκαν ελλείψεις στις κινητικές δραστηριότητες έξω από το σπίτι και στο χρόνο που αφιερώνουν οι γονείς σε τέτοιες δραστηριότητες μαζί με τα παιδιά τους. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του πρωτοκόλλου αξιολόγησης των παιδιών φάνηκε ότι τα παιδιά αναγνωρίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό τις υγιεινές τροφές, ενώ για τις ανθυγιεινές το ποσοστό αναγνώρισης ήταν μικρότερο. Όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα φάνηκε ότι τα παιδιά αναγνωρίζουν τις κινητικές δραστηριότητες ως υγιεινές, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό δεν αναγνωρίζει τις καθιστικές δραστηριότητες ως ανθυγιεινές. Το ποσοστό αναγνώρισης των κανόνων υγιεινής ήταν ιδιαίτερα ικανοποιητικό. Ανάμεσα στα δύο φύλα δεν διαπιστώθηκαν διαφορές. Διαπιστώνεται, λοιπόν, ότι χρειάζεται ενίσχυση των υγιεινών συνηθειών στην προσχολική ηλικία.

Λέξεις κλειδιά : υγιεινές συνήθειες, διατροφή, φυσική δραστηριότητα, υγιεινή

## ABSTRACT

Tzolia Aekaterini: Study of healthy habits in preschool children  
(Under the supervision of Lecturer Polatou Elizana)

The purpose of this study was to examine if preschool children have healthy habits, concerning nutrition, physical activity and hygiene. The participants were 240 children (122 boys, 118 girls) ) at the mean age of  $4.3 \pm 0.6$  and their parents. The sample was selected from the area of Thessaloniki through stratified sampling. For data collection was used an evaluation protocol with pictures and a healthy habits questionnaire for their parents. Descriptive frequencies analyses and non parametric Mann-Whitney U test were used. Statistical analyses of parents questionnaire revealed that children, according to their parents, have deficient nutrition especially on vegetables and then on fruits, on pulses and meat. About their hygiene there was found a lacking caring of their hand washing, tooth brushing and mumbling. Finally about their physical activity was found lacking physical activity outside and lacking physical activities sharing with their parents. From the children's protocol was found that children were able to recognize sufficiently the healthy food, whereas for unhealthy food the recognition percentage was lower. They were also able to recognize the motor activities as healthy habits, but they were not able to recognize the sedentary activities as unhealthy as well. The hygiene rules were sufficiently recognized. No differences were found between boys and girls. It is noted that healthy habits need reinforcement from the preschool age period.

Key words: healthy habits, nutrition, physical activity, hygiene.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	.ii
ABSTRACT .....	.iii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	iv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	vi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ .....	vii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
Ο ρόλος της υγιεινής διατροφής στην ανάπτυξη των παιδιών.....	1
Ο ρόλος της φυσικής δραστηριότητας στην ανάπτυξη των παιδιών.....	3
Το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας.....	5
Ο ρόλος των κανόνων υγιεινής στη διαφύλαξη της υγείας των παιδιών .....	6
Σημασία της έρευνας.....	8
Σκοπός της έρευνας.....	8
Θεωρητικοί και λειτουργικοί ορισμοί.....	9
Περιορισμοί της έρευνας .....	9
Οριοθετήσεις της έρευνας.....	9
Ερευνητικές Υποθέσεις .....	10
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ .....	12
Διατροφικές συνήθειες των παιδιών.....	12
Ενασχόληση των παιδιών με τη φυσική δραστηριότητα.....	18
Εντοπισμός, αντιμετώπιση και πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας... ..	22
Η υγιεινή των παιδιών.....	25
III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	30

Δείγμα .....	30
Περιγραφή των οργάνων μέτρησης.....	30
Πιλοτική έρευνα ανάπτυξης ερωτηματολογίου υγιεινών συνηθειών.....	30
Δείγμα πιλοτικής έρευνας .....	30
Διαδικασία μέτρησης πιλοτικής έρευνας.....	31
Αποτελέσματα πιλοτικής έρευνας.....	32
Ανάπτυξη πρωτοκόλλου αξιολόγησης παιδιών.....	34
Διαδικασία μέτρησης.....	35
Στατιστική ανάλυση.....	36
IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	37
Αποτελέσματα ερωτηματολογίου γονέων.....	37
Αποτελέσματα πρωτοκόλλου αξιολόγησης παιδιών.....	40
V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	44
VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	49
VII.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	54
VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....	61

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Συσχετίσεις παραγόντων .....	33
Πίνακας 2. Παράγοντες του ερωτηματολογίου .....	33
Πίνακας 3: Συχνότητα κατανάλωσης τροφών σε εβδομαδιαία βάση.....	38
Πίνακας 4: Συχνότητα κατανάλωσης τροφών σε ημερήσια βάση.....	38
Πίνακας 5: Ποσοστά τήρησης των κανόνων υγιεινής.....	39
Πίνακας 6: Ποσοστά ενασχόλησης των παιδιών με καθιστικές και κινητικές Δραστηριότητες.....	40
Πίνακας 7: Ποσοστά αναγνώρισης υγιεινών συνηθειών σε σχέση με το φύλο.....	42
Πίνακας 8: Αποτελέσματα της εφαρμογής του Mann-Whitney U τεστ για την σύγκριση των δύο φύλων.....	43

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Ποσοστά αναγνώρισης υγιεινών και ανθυγιεινών τροφών.....	41
Σχήμα 2: Ποσοστά αναγνώρισης κινητικών και καθιστικών δραστηριοτήτων.....	41
Σχήμα 3: Αναγνώριση των κανόνων υγιεινής.....	42



## ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΥΓΙΕΙΝΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Είναι γνωστό ότι η προσχολική ηλικία είναι η σημαντικότερη περίοδος της ζωής του ανθρώπου για τη μεταγενέστερη εξέλιξή του σε όλους τους τομείς ανάπτυξης. Είναι η ηλικία κατά την οποία το άτομο γνωρίζει τις συμπεριφορές, στάσεις και αξίες του κοινωνικού του περιβάλλοντος και μέσω των ενηλίκων οικειοποιείται τον πολιτισμό της κοινωνικής ομάδας στην οποία μεγαλώνει (Vygotsky, 1978).

Είναι επίσης κρίσιμη, τόσο για τη σωματική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού, όσο και για την υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών στον τρόπο ζωής του (Beyers, 2001). Η ισορροπημένη διατροφή σε συνδυασμό με τη φυσική δραστηριότητα καθώς και την τήρηση των κανόνων υγιεινής, συμβάλλουν σε μια υγιή και φυσιολογική ανάπτυξη.

### ***Ο ρόλος της υγιεινής διατροφής στην ανάπτυξη των παιδιών***

Ειδικότερα όσον αφορά τη διατροφή, το παιδί χρειάζεται ικανοποιητικές ποσότητες πρωτεϊνών, υδατανθράκων, λιπών, βιταμινών και μετάλλων, τις οποίες μπορεί να πάρει μέσα από την ποικιλία των φαγητών. Για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας οι πιο σημαντικές συστάσεις για τη διατροφή είναι η παροχή ικανοποιητικής ενέργειας και θρεπτικών συστατικών για τη φυσιολογική ανάπτυξη και δραστηριότητα, η ενδυνάμωση της ανάπτυξης της αίσθησης της γεύσης, της αποδοχής και της απόλαυσης των τροφών και η προαγωγή θετικών και εφ' όρου ζωής συνηθειών διατροφής (Dietitians of Canada & American Dietetic Association, 2000).

Σύμφωνα με τη διατροφική πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής τα παιδιά ηλικίας 2-6 ετών χρειάζονται 6 μερίδες την ημέρα από την ομάδα των δημητριακών που περιλαμβάνει το ρύζι, το ψωμί, και τα ζυμαρικά, τρεις με τέσσερις μερίδες από την ομάδα των λαχανικών, τρεις με τέσσερις από την ομάδα των φρούτων, τρεις ή περισσότερες μερίδες την ημέρα από την ομάδα των γαλακτοκομικών, μία ή δύο φορές την εβδομάδα όσπρια, δύο φορές την εβδομάδα ψάρι, μία με τρεις φορές την εβδομάδα κοτόπουλο ή κρέας και σπάνια λίπη και ζάχαρη (NIDDK Weight-control Information Network, 2004 ; Medical Library, 2004).

Οι βασικές αυτές ομάδες τροφών πληρούν τις ανάγκες του παιδιού , ενώ κάποιες από αυτές έχουν ιδιαίτερη θρεπτική αξία. Το γάλα είναι θρεπτικό και περιέχει πρωτεΐνες , ασβέστιο και βιταμίνες συμπλέγματος Β, ενώ τα φρούτα και τα λαχανικά παρέχουν υδατάνθρακες, φυτικές ίνες , μέταλλα και είναι πλούσια σε βιταμίνες. Τροφές όπως μπισκότα, γλυκά , κέικ και παγωτά πρέπει να αποφεύγονται γιατί έχουν πολλές θερμίδες και λίγες θρεπτικές ουσίες, ενώ ευνοούν και την τερηδόνα (Στόπαρντ, 2003).

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω οι διατροφικές προτιμήσεις του παιδιού διαμορφώνονται στην τρυφερή αυτή ηλικία και απ' ό,τι φαίνεται θα το συνοδεύουν και στην ενήλικη ζωή του. Στην προσχολική ηλικία το παιδί θα πρέπει να έχει αναπτύξει μια υγιή στάση απέναντι στο φαγητό. Θεωρητικά δεν θα πρέπει να χρησιμοποιεί το φαγητό – ή την άρνησή του- για να εκδηλώσει την ανυπακοή του, ούτε θα πρέπει να συνδυάζει την τροφή με την αγάπη και τη θαλπωρή. Κατά κανόνα θα πρέπει να θεωρεί το φαγητό ως μια φυσιολογική ανταπόκριση στην πείνα και τα γεύματα ως ευχάριστες στιγμές κοινωνικότητας. Θα πρέπει επίσης να ξέρει να χρησιμοποιεί σωστά το κουτάλι ή το πιρούνι, να χρησιμοποιεί την πετσέτα για να σκουπίζεται, να μην απλώνει το χέρι πάνω από το πιάτο κάποιου άλλου, να μη μπουκώνει το στόμα του και να μη μιλάει με το στόμα γεμάτο (Παπαδάτος, 2000).

Έτσι είναι πολύ σημαντικό τα παιδιά να διδαχθούν πώς πρέπει να τρώνε και ποια πρέπει να είναι η συμπεριφορά τους στο τραπέζι. Ένας καλός τρόπος για να επιτευχθεί αυτό είναι να έχει η οικογένεια ένα τουλάχιστον γεύμα την ημέρα στο τραπέζι, όπου θα είναι συγκεντρωμένοι όλοι μαζί. Θα πρέπει επίσης να γνωρίζουν ότι τα γεύματά τους θα πρέπει να τα παίρνουν στο τραπέζι σε κλίμα ηρεμίας και να μη συνδυάζουν το φαγητό με άλλες δραστηριότητες, όπως για παράδειγμα η παρακολούθηση τηλεόρασης που μπορεί να συνοδεύεται με ανθυγιεινά γεύματα στον καναπέ. Οι διαφημίσεις μπορούν επίσης να επηρεάσουν τις διατροφικές τους επιλογές, έτσι είναι απαραίτητος ο διαχωρισμός γευμάτων και παρακολούθησης τηλεόρασης (Παπαδάτος, 2000).

Ένα επίσης σημαντικό στοιχείο της υγιούς διατροφής είναι η ανάγκη για νερό. Ο οργανισμός μας για να πραγματοποιήσει τις ενδοκυτταρικές του λειτουργίες , έχει ανάγκη από νερό. Το νερό είναι πολύτιμο γιατί είναι διαλύτης μετάλλων , βιταμινών, αμινοξέων, της γλυκόζης και πολλών άλλων μικρών μορίων χημικών ενώσεων που κυκλοφορούν μέσα στο σώμα μας. Είναι επίσης κύριο συστατικό του αίματος και μεταφορέας των θρεπτικών συστατικών στα κύτταρα, ενώ είναι μέρος και των χημικών ενώσεων που αποτελούν τα δομικά συστατικά των κυττάρων ( π.χ. πρωτεΐνες). Βοηθά ακόμη τα κύτταρα να έχουν μια συγκεκριμένη μορφή και να μένουν το ένα δίπλα στο άλλο, δρα σαν

απορροφητής κραδασμών στο σώμα μας, βοηθά στην καλή λειτουργία του πεπτικού συστήματος και διατηρεί τη θερμοκρασία του σώματος σταθερή. Έτσι ένας καλά ενυδατωμένος οργανισμός επιτρέπει να εισέρχονται μέσα στο κύτταρο τα θρεπτικά συστατικά και να αποβάλλονται τα απόβλητα του οργανισμού. Είναι λοιπόν σημαντικό να πίνουν τα παιδιά αρκετό νερό κυρίως μεταξύ των γευμάτων και δέκα λεπτά πριν το γεύμα, ενώ καλό θα ήταν να αποφεύγουν να πίνουν νερό κατά τη διάρκεια των γευμάτων, γιατί αραιώνονται τα πεπτικά υγρά, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η διαδικασία της πέψης (Ζουμπανέας & Μανωλαράκης 2002).

### ***Ο ρόλος της φυσικής δραστηριότητας στην ανάπτυξη των παιδιών***

Η φυσική δραστηριότητα δεν δρα αποτελεσματικά μόνο στην αντιμετώπιση του προβλήματος της παχυσαρκίας αλλά είναι και ένας πολύ σημαντικός παράγοντας πρόληψής της. Οι канаδικές προδιαγραφές προαγωγής της φυσικής δραστηριότητας των παιδιών (Roths, 2002), συνιστούν συνεχή αύξηση της φυσικής τους δραστηριότητας, μέχρι να φτάσει το ελάχιστο όριο των 60' ημερησίως και μια ενεργητική καθημερινή δραστηριότητα τουλάχιστον για 30', δηλαδή σε σύνολο 90' φυσικής δραστηριότητας την ημέρα. Ο οδηγός αυτός δεν διευκρινίζει την ποσότητα ή το είδος των δραστηριοτήτων που είναι κατάλληλα για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας και τα διάφορα στάδια ανάπτυξής τους. Σύμφωνα με τον NIDDK (Weight- control Information Network, 2004), τα παιδιά πρέπει να έχουν 60' λεπτά φυσικής δραστηριότητας την ημέρα. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας δεν πρέπει να απασχολούνται με καθιστικές δραστηριότητες για περισσότερο από 60 λεπτά την ημέρα, εκτός από το χρόνο που κοιμούνται (National Association for Sport and Physical Education, 2002). Δραστηριότητες κατάλληλες για την προσχολική ηλικία είναι το τρέξιμο, το ποδήλατο, το σχοινάκι, και ο χορός.

Τα παιδιά χρειάζονται τη φυσική δραστηριότητα καθημερινά, ανεξάρτητα από τις καιρικές συνθήκες. Περισσότερα από τα μισά παιδιά στον Καναδά δεν είναι αρκετά φυσικά δραστήρια για την υγιή τους ανάπτυξη (Flynn & Staden, 2001). Η φυσική δραστηριότητα είναι απαραίτητη για την υγιή ανάπτυξη του παιδιού. Ανάμεσα στα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας συγκαταλέγεται η ενίσχυση της ανάπτυξης της εγκεφαλικής λειτουργίας, του συντονισμού, των κοινωνικών δεξιοτήτων, των αδρών κινητικών δεξιοτήτων, των συναισθημάτων, των αρχηγικών τάσεων, και της φαντασίας. Επίσης βοηθάει τα παιδιά να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση και θετική αυτοεκτίμηση, βελτιώνει την ευλυγισία, τη στάση του σώματος και την ισορροπία, καθώς και την καλή λειτουργία του οργανισμού, ενώ βοηθάει και στον καλό ύπνο. Σημαντική είναι επίσης η συνεισφορά της

στη διατήρηση του φυσιολογικού βάρους, ενώ ταυτόχρονα βοηθάει τα παιδιά να αποκτήσουν μια θετική στάση απέναντι στη φυσική δραστηριότητα και να την απολαμβάνουν (National Association for Sport and Physical Education, 2002).

Η φυσική δραστηριότητα που ξεκινάει από την παιδική ηλικία διατηρείται και στην ενηλικίωση, όπου ο καθιστικός τρόπος ζωής έχει την επίδρασή του. Τα οφέλη από τη διαρκή άσκηση περιλαμβάνουν έλεγχο του βάρους, χαμηλότερη αρτηριακή πίεση, λιγότερο άγχος, μικρότερο κίνδυνο για καρδιακές ασθένειες, διαβήτη τύπου 2 και οστεοπόρωση (Weiss & Ebbeck, 1996).

Τα τελευταία 40 χρόνια ο τρόπος ζωής άλλαξε δραματικά εμποδίζοντας τη φυσική δραστηριότητα των ατόμων. Στις κοινωνίες μας οι δραστηριότητες έχουν γίνει αυτοματοποιημένες και καταργούν το περπάτημα ή το ποδήλατο από την καθημερινότητα μικρών και μεγάλων. Τέτοιου είδους δραστηριότητες άρχισαν να μειώνονται για τα παιδιά ηλικίας 5-15 ετών από το 1977. Κυρίως λόγω της ανησυχίας των γονιών για την ασφάλειά τους τα παιδιά περνούν λιγότερο χρόνο έξω από το σπίτι παίζοντας. Η νέα τεχνολογία με τις τηλεοράσεις, τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές και τα βιντεοπαιχνίδια οδηγεί τα παιδιά να είναι λιγότερο φυσικά δραστήρια. Τα σχολεία έχουν μειώσει το χρόνο των μαθημάτων φυσικής αγωγής, επικεντρώνοντας το αναλυτικό τους πρόγραμμα στην ακαδημαϊκή γνώση ενώ ο χρόνος για δραστηριότητες έξω από το σπίτι, όπως σε πάρκα και παιδικές χαρές είναι περιορισμένος (Sanders , 2005).

Συνήθως οι γονείς υποθέτουν ότι τα παιδιά τους είναι από τη φύση τους δραστήρια και συμμετέχουν ήδη σε κινητικές δραστηριότητες από τα πρώτα τους χρόνια. Δυστυχώς, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η τηλεόραση , τα βιντεοπαιχνίδια οι ανησυχίες των γονιών για την ασφάλεια των παιδιών και οι απαιτήσεις του καθημερινού τους προγράμματος μειώνουν τις ευκαιρίες για φυσική δραστηριότητα. Η προσχολική ηλικία είναι ο ιδανικός χρόνος να βοηθηθούν τα παιδιά στην ανάπτυξη των βασικών κινητικών τους δεξιοτήτων και της θετικής τους στάσης απέναντι στον φυσικά δραστήριο τρόπο ζωής καθώς και στη διατήρησή του στην υπόλοιπη τους ζωή (Mc Whirter, Wallman & Alpert, 2003).

Για να αγαπήσουν τα παιδιά τη φυσική δραστηριότητα πρέπει να είναι διασκεδαστική και να αποτελεί μέρος της καθημερινότητάς τους , χωρίς όμως να τους επιβάλλεται αυτό. Τα παιχνίδια δράσης είναι ο καλύτερος τρόπος για να διατηρούνται τα παιδιά φυσικά δραστήρια. Ξεκινώντας από τη βρεφική ακόμα ηλικία, όλα τα παιδιά πρέπει να συμμετέχουν σε κινητικές δραστηριότητες που ενισχύουν τις κινητικές τους δεξιότητες. Πρέπει να τους παρέχονται ευκαιρίες για κίνηση με κατάλληλες για την

ηλικία τους και την ασφάλειά τους δραστηριότητες. Σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής τους τα παιδιά πρέπει να κατακτούν κινητικές δεξιότητες και να προσπαθούν να καταφέρουν ακόμη πιο σύνθετες κινήσεις. Όλες αυτές οι δεξιότητες αποτελούν τη βάση για τη θεμελίωση της μελλοντικής και εφ' όρου ζωής διατήρησης της φυσικής δραστηριότητας. Οι προσπάθειες πρέπει να επικεντρωθούν στη βελτίωση των βασικών κινητικών δεξιοτήτων, όπως το τρέξιμο, το πήδημα, τη συστροφή, το λάκτισμα, το πέταγμα και το πιάσιμο. Αυτές οι κινητικές δεξιότητες είναι η βάση για πιο σύνθετες κινητικές δεξιότητες. Οι βασικές κινητικές δεξιότητες πρέπει να ενθαρρύνονται γιατί δεν αποκτούνται έτσι απλά καθώς το παιδί μεγαλώνει. Η εξέλιξη αυτών των δεξιοτήτων εξαρτάται από την κληρονομικότητα, τις κινητικές εμπειρίες του παιδιού και το περιβάλλον (Valentine, 2003). Τα παιδιά πρέπει να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που θα τα κάνουν να αισθάνονται ανταγωνιστικά και ικανά να συμμετέχουν σε μια ποικιλία διασκεδαστικών και επιθυμητών αθλημάτων και δραστηριοτήτων. Τα παιχνίδια των παιδιών δεν πρέπει να ενθαρρύνουν την ανταγωνιστικότητα αλλά τη συμμετοχή (Canadian Child Federation, 2001).

### ***Το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας***

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα υγείας που ταλαιπωρούν το σύγχρονο κόσμο είναι η παχυσαρκία που θεωρείται η συχνότερη διαιτητική διαταραχή της παιδικής ηλικίας και ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα υγείας σε όλες τις ηλικίες. Η υψηλή συχνότητά της, η δύσκολη αντιμετώπισή της και η μακρόχρονη διάρκειά της έχει τρομερές ψυχολογικές και φυσικές επιπτώσεις στο άτομο και το περιβάλλον του (Χρυσανθόπουλος, 1999).

Τα παιδιά γίνονται υπέρβαρα όταν προσλαμβάνουν περισσότερη ενέργεια σε μορφή θερμίδων από όση δαπανούν σε δραστηριότητες. Αυτές οι επιπλέον θερμίδες αποθηκεύονται σε λίπος. Το θέμα όμως δεν είναι τόσο απλό. Ενδεχομένως όλα τα παιδιά να τρώνε περισσότερο απ' ότι χρειάζονται σε κάποιες περιπτώσεις, αλλά δεν γίνονται όλα υπέρβαρα, ενώ ακόμη λιγότερα είναι αυτά που γίνονται παχύσαρκα. Η παχυσαρκία τείνει να είναι κληρονομική. Το παιδί με έναν παχύσαρκο γονέα έχει πιθανότητες 40% να γίνει παχύσαρκο, ενώ το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε 80% όταν και οι δύο γονείς είναι υπέρβαροι. Δεν είναι γνωστό αν αυτό συμβαίνει λόγω κληρονομικής τάσης αποθήκευσης επιπλέον λιποκυττάρων ή επειδή οι οικογένειες τείνουν να έχουν κοινές διατροφικές συνήθειες και στάσεις απέναντι στη φυσική δραστηριότητα (Γουέσσκοτ, 2004).



Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η κακή διατροφή σε συνδυασμό με την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας μπορεί να οδηγήσουν σε παχυσαρκία και στην εμφάνιση άλλων παθήσεων. Η αιτιολογία του προβλήματος είναι πολύπλοκη και σχετίζεται με γενετικούς παράγοντες και με τον τρόπο ζωής. Δεν υπάρχουν βάσιμες ενδείξεις ότι τα παιδιά γίνονται παχύσαρκα μόνο επειδή υπερκαταναλώνουν θερμίδες ή λίπη. Αν συστήσουμε στα παιδιά να αλλάξουν ριζικά τις διατροφικές τους προτιμήσεις, ίσως θέσουμε σε κίνδυνο την ανάπτυξή τους και ίσως οδηγηθούν σε άλλα προβλήματα υγείας, όπως είναι η νευρική ανορεξία και η βουλιμία (Cheung & Richmond, 1995).

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος χρειάζεται εκτός των άλλων διαιτητικές οδηγίες που θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να καλύπτουν τις θερμιδικές ανάγκες του παιδιού και τη γευστική του απόλαυση. Απαραίτητη θεωρείται και η φυσική δραστηριότητα η οποία θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στις δυνατότητες του ατόμου, απλή στην εκτέλεσή της, θεληματική και άμεσης εφαρμογής (Χρυσανθόπουλος, 1999).

### ***Ο ρόλος των κανόνων υγιεινής στη διαφύλαξη της υγείας των παιδιών***

Όμως σε συνάρτηση με όλα τα παραπάνω και για τη διασφάλιση της καλής και υγιούς ανάπτυξης των παιδιών, δεν αρκεί μόνο η επιλογή υγιεινών τροφίμων και η διατήρηση της φυσικής δραστηριότητας στα επιθυμητά επίπεδα, πρέπει επίσης, να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση και στην τήρηση των κανόνων υγιεινής, ώστε να περιορίζονται οι πιθανότητες να νοσήσουν τα παιδιά.

Ένας βασικός κανόνας που σχετίζεται άμεσα με τη διατροφή είναι το καλό μάσημα της τροφής που είναι σημαντικό για δύο λόγους: α) γιατί υπάρχει κίνδυνος τα παιδιά να πνιγούν και β) γιατί σχετίζεται με την πέψη. Έτσι το καλό μάσημα της τροφής διευκολύνει την πέψη. Η διαδικασία που ακολουθείται είναι η εξής: το στόμα εκκρίνει μέσω των σιελογόνων αδένων το σάλιο, το οποίο βοηθά στην εύκολη κατάποση των τροφών και περιέχει ειδικές ουσίες, τα ένζυμα, που προετοιμάζουν και διευκολύνουν τη διάσπαση της κάθε μπουκιάς από τα υγρά του στομάχου απελευθερώνοντας τα θρεπτικά συστατικά. Το βασικότερο από τα ένζυμα που περιέχει είναι η αμυλάση, η οποία ειδικεύεται στο να διαλύει το άμυλο των τροφών. Η βιαστική κατάποση της τροφής δυσκολεύει την πέψη, προκαλεί φούσκωμα στο στομάχι και δυσκολεύει τη διάσπαση της τροφής, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών που έχουν τα τρόφιμα. Αλλά και ένας επίσης σημαντικός λόγος για να μην τρώμε βιαστικά είναι για να προλαβαίνει ο εγκέφαλος να στείλει το μήνυμα ότι έχουμε χορτάσει και να αποφεύγουμε έτσι την περιττή λήψη τροφής (Ζουμπανέας & Μανωλαράκης, 2002).



Είναι πολύ βασικό, επίσης να τηρούνται οι κανόνες υγιεινής κατά την προετοιμασία του φαγητού, αναφορικά με την καθαριότητα των σκευών , αλλά και των χεριών. Έτσι , αν δεν υπάρχει σωστή πρόληψη τα παιδιά μπορεί να νοσήσουν με τη διασπορά παθογόνων βιολογικών παραγόντων που γίνεται με άμεση επαφή ή και με έμμεση, μέσω του αέρα , του νερού, των τροφίμων και διαφόρων αντικειμένων ή σκευών. Οδοί μολύνσεως ονομάζονται οι τροχιές με τους ενδιάμεσους σταθμούς που ακολουθούν οι μολυσματικοί παράγοντες απ' όπου βρίσκονται μέχρι την είσοδό τους στον οργανισμό. Κυριότεροι σταθμοί και τρόποι μεταφοράς στον οργανισμό είναι τα χέρια και στη συνέχεια ακολουθούν αντικείμενα, σκεύη, τρόφιμα, νερό κλπ. Όπως είναι ευνόητο για την υγεία του ατόμου, αλλά και του πληθυσμού γενικά, είναι απαραίτητη η γνώση μέσα από την οποία εξάγονται κανόνες υγιεινής που πρέπει να τηρούνται από όλους προκειμένου να εξασφαλιστεί η ακεραιότητα της υγείας είτε είναι ατομική είτε πληθυσμιακή (Κιούγκιολης, 2002).

Σύμφωνα με το Κέντρο Πρόληψης και ελέγχου ασθενειών στις ΗΠΑ το πιο σημαντικό πράγμα που πρέπει να κάνει κάποιος για να μην αρρωστήσει είναι να πλένει τα χέρια του, γιατί το συχνό πλύσιμο των χεριών είναι ο καλύτερος τρόπος για να σταματήσει η εξάπλωση των μολυσματικών ασθενειών. Όταν πλένει κανείς τα χέρια του, διώχνει τα μικρόβια που μπορεί να έχει πιάσει από μολυσμένα αντικείμενα, ζώα, ή τα χέρια άλλων ανθρώπων που δεν πλένουν καλά τα χέρια τους. Επίσης τα παιδιά πλένοντας συχνά τα χέρια τους προστατεύονται από μολύνσεις των ματιών, το κοινό κρυολόγημα ή ακόμη και από πιο σοβαρές ασθένειες όπως ηπατίτιδα Α και μηνιγγίτιδα. Σε αυτή την ερευνητική προσπάθεια για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα του πλυσίματος των χεριών κατά της εξάπλωσης των ασθενειών σε παιδιά, αποδείχτηκε ότι αυτός είναι όντως ένας αποτελεσματικός τρόπος μείωσης της εξάπλωσής τους (Niffenegger, 1997).

Επειδή τα μικρόβια δε φαίνονται με γυμνό μάτι συνιστάται το πλύσιμο των χεριών απαραίτητα πριν την προετοιμασία του φαγητού, πριν το φαγητό, μετά την τουαλέτα, πριν περιποιηθούμε ένα τραύμα, αφού πιάσουμε κάποιο ζώο, και πολύ συχνά όταν στο χώρο που βρισκόμαστε παρευρίσκεται ένα άρρωστο άτομο.

Σημαντικό ρόλο από πλευράς υγιεινής κατέχει και η φροντίδα των δοντιών. Από το 1965 διαπιστώθηκε ότι οι οδοντιατρικές παθήσεις έπαιρναν επιδημική μορφή και επισημάνθηκε η αναγκαιότητα της οδοντιατρικής φροντίδας στη νηπιακή και παιδική ηλικία. Επιδημιολογικές μελέτες αποκάλυψαν ότι το 30-50% των παιδιών κάτω από την ηλικία των 2 χρόνων είχαν τερηδόνα. Το γεγονός αυτό σχετίζεται άμεσα και με την ανθυγιεινή διατροφή, την υπερβολική κατανάλωση ζαχαρωτών σ' αυτές τις ηλικίες, αλλά

και με την ελλιπή φροντίδα των δοντιών. Η στάση των γονέων μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο στην προφύλαξη των παιδιών από τις παθήσεις των δοντιών. Η εξέταση των μαλακών και σκληρών ιστών της στοματικής κοιλότητας θα πρέπει να αρχίσει από τον πρώτο χρόνο της ζωής (Χρυσανθόπουλος, 1999).

Πολλοί γονείς δεν θεωρούν την τερηδόνα πρόβλημα για την πρώτη οδοντοφυΐα, αφού ούτως ή άλλως τα δόντια αυτά θα πέσουν. Αυτή είναι μια παρακινδυνευμένη υπόθεση. Αν τα πρώτα δόντια πέσουν νωρίς, εξ' αιτίας τερηδόνας ή κάποιας λοίμωξης, τα δεύτερα δεν θα είναι ακόμη ώριμα να τα αντικαταστήσουν (Παπαδάτος, 2000). Η προσωρινή οδοντοστοιχία είναι πολύ σημαντική για τα παιδιά που χρειάζονται υγιή δόντια για να μασάνε, να μιλάνε καθαρά και να φαίνονται όμορφα στους εαυτούς τους και στους άλλους. Επίσης η προσωρινή οδοντοστοιχία είναι πολύ σημαντικό να είναι υγιής γιατί ορίζει τη θέση της μόνιμης οδοντοστοιχίας και η πρώιμη απομάκρυνσή της μπορεί να οδηγήσει στην ανάγκη για ορθοδοντική θεραπεία αργότερα (Παπαδάτος, 2000).

### ***Σημασία της έρευνας***

Από όλα τα προηγούμενα φαίνεται ότι οι υγιεινές συνήθειες αποτελούν ένα τεράστιο πεδίο διαφύλαξης της υγείας των παιδιών προσχολικής ηλικίας, και μάλιστα η ανάγκη θεμελίωσής τους από τα πρώτα χρόνια της ζωής τους, αποτελεί προϋπόθεση για την υγιή ανάπτυξη των παιδιών και εγγύηση για τη διατήρησή τους εφ' όρου ζωής. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο και η παρούσα έρευνα θα συμβάλλει με τα αποτελέσματά της στη διαπίστωση της ελληνικής πραγματικότητας, αναφορικά με τις υγιεινές ή ανθυγιεινές αντίστοιχα στάσεις που επικρατούν στην ευαίσθητη αυτή ηλικία. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θα δώσουν πληροφορίες σχετικά με το βαθμό αναγνώρισης των υγιεινών συνηθειών από τα ίδια τα παιδιά, ώστε να διαπιστωθεί πόσο καλά είναι ενημερωμένα σχετικά με τον τομέα αυτό. Έτσι θα φανεί κατά πόσο χρειάζεται ή όχι ενίσχυση των υγιεινών συνηθειών από πλευράς, οικογένειας, σχολείου και άλλων παραγόντων από την προσχολική ακόμα ηλικία.

### ***Σκοπός της έρευνας***

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διαπιστωθεί κατά πόσο οι υγιεινές συνήθειες αναγνωρίζονται από τα παιδιά προσχολικής ηλικίας και επίσης κατά πόσο, σύμφωνα με τους γονείς τους, εφαρμόζονται οι υγιεινές συνήθειες στην καθημερινότητά τους.



### ***Θεωρητικοί- Λειτουργικοί ορισμοί***

Ο όρος υγιεινές συνήθειες στην ευρύτερη έννοιά του περιλαμβάνει, εκτός από την υγιεινή διατροφή, τη φυσική δραστηριότητα και τους κανόνες υγιεινής, και τη γενικότερη φροντίδα του σώματος από άποψη υγιεινής και καθαριότητας, το παθητικό κάπνισμα, όπως επίσης και τον καλό ύπνο (Group Health Associates, 2002; McKenzie & Smeltzer, 1997).

### ***Περιορισμοί της έρευνας***

-Η διατροφή των παιδιών στηρίζεται σε ένα μεγάλο ποσοστό σε γεύματα τα οποία έχουν παρασκευαστεί στο σπίτι και οι γονείς είναι ενήμεροι για το τι περιλαμβάνει το καθημερινό διαιτολόγιο του παιδιού τους.

-Οι γονείς διαθέτουν τον κατάλληλο χρόνο, ώστε να μπορούν να έχουν μια πιο στενή επαφή και παρακολούθηση του παιδιού τους και δεν έχουν το ρόλο αυτό κατά τη διάρκεια της ημέρας τρίτα πρόσωπα όπως γιαγιάδες, νταντάδες κλπ .

- Από τους παράγοντες που δεν ελέγχθηκαν είναι οι απόψεις των παιδαγωγών καθώς και τα γεύματα που τυχόν παρέχονται στους παιδικούς σταθμούς , γιατί θεωρείται αυτονόητο ότι βασίζονται σε συγκεκριμένες προδιαγραφές υγιεινής διατροφής οι οποίες ορίζονται από το κράτος και γίνονται αυστηροί έλεγχοι για την ποιότητα και το περιεχόμενο των τροφίμων.

- Επίσης δεν ελέγχθηκαν άλλες υγιεινές ή ανθυγιεινές συνήθειες των παιδιών, όπως ο ύπνος, ή το παθητικό κάπνισμα, εφόσον δεν σχετίζονται άμεσα με τους τρεις βασικούς παράγοντες της έρευνας, δηλαδή της διατροφής, της φυσικής δραστηριότητας και της υγιεινής.

- Σχετικά με την υγεία των παιδιών δεν διευκρινίστηκαν κάποια ενδεχόμενα προβλήματα υγείας των παιδιών που να μπορούν να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά το βάρος τους ( αλλεργίες, άλλες παθήσεις του πεπτικού συστήματος κ.α.).

- Επίσης δεν λήφθηκε υπόψη η εποχή του έτους που έγινε η συλλογή των δεδομένων της έρευνας και η οποία σχετίζεται θεωρητικά με τη διατροφή ( καιρικές συνθήκες, εποχιακά φαγητά, νηστείες) και την φυσική δραστηριότητα ( καιρικές συνθήκες).

### **Οριοθετήσεις της έρευνας**

Σχετικά με το ερωτηματολόγιο των γονιών

- Στον πρώτο παράγοντα της διατροφής εξετάστηκε η κατανάλωση σε εβδομαδιαία και ημερήσια βάση τροφών από τις βασικές ομάδες τροφίμων, δημητριακών, γαλακτοκομικών, φρούτων, λαχανικών, κρέατος, οσπρίων, ζάχαρης, αναψυκτικών και νερού, σύμφωνα με τις συστάσεις της διατροφικής πυραμίδας της μεσογειακής διατροφής.
- Στο δεύτερο παράγοντα της φυσικής δραστηριότητας εξετάστηκε πώς συνηθίζουν τα παιδιά να καταναλώνουν τον ελεύθερο χρόνο τους, αν δηλαδή αφιερώνουν περισσότερο χρόνο σε κινητικές δραστηριότητες ή σε καθιστικές. Για παράδειγμα εξετάστηκε αν τα παιδιά αφιερώνουν χρόνο για παιχνίδια σε υπαίθριους χώρους ή απασχολούνται με κινητικές δραστηριότητες μέσα στο σπίτι, αν παρακολουθούν πολλές ώρες τηλεόραση ή παίζουν με βιντεοπαιχνίδια .
- Στον τρίτο παράγοντα της τήρησης των κανόνων υγιεινής εξετάστηκε κατά πόσο τα παιδιά τηρούν αυτούς τους κανόνες για να προστατέψουν την υγεία τους στην καθημερινότητά τους και με τη συχνότητα που κρίνεται απαραίτητη για την επαρκή προστασία της υγείας των παιδιών. Εξετάστηκε αν τα παιδιά πλένουν συχνά τα χέρια τους, αν βουρτσίζουν τα δόντια τους, και αν προσέχουν πώς τρώνε την ώρα του φαγητού, όπως επίσης και αν φροντίζουν να μη χρησιμοποιούν ξένα προσωπικά αντικείμενα ή σκεύη ή αν συνηθίζουν να καταναλώνουν σνακ την ώρα που παρακολουθούν τηλεόραση.

Σχετικά με το ερωτηματολόγιο των παιδιών

- Στον πρώτο παράγοντα της διατροφής εξετάστηκε αν τα παιδιά αναγνωρίζουν τις υγιεινές τροφές( ψάρι, γάλα, φρούτα)και τις ανθυγιεινές ( γλυκά, παγωτό).
- Στο δεύτερο παράγοντα της υγιεινής εξετάστηκε αν τα παιδιά αναγνωρίζουν την αναγκαιότητα τήρησης των κανόνων υγιεινής για την υγεία τους ( καθαριότητα σώματος, βούρτσισμα δοντιών, φαγητό στο τραπέζι, βιαστική κατάποση, βρώμικα χέρια).
- Στον τρίτο παράγοντα της φυσικής δραστηριότητας εξετάστηκε αν τα παιδιά αναγνωρίζουν τις κινητικές δραστηριότητες ως υγιεινές ( μπάλα, σχοινάκι, ποδήλατο) και τις καθιστικές ως ανθυγιεινές ( παρακολούθηση τηλεόρασης, ηλεκτρονικά παιχνίδια).

### **Ερευνητικές υποθέσεις**

Οι συνήθειες στους παράγοντες της διατροφής, της υγιεινής και της φυσικής δραστηριότητας που επικρατούν στην καθημερινότητα των παιδιών σύμφωνα με τις πληροφορίες των γονέων τους είναι οι υγιεινές.

Τα παιδιά ηλικίας  $4,3 \pm 0,6$  ετών αναγνωρίζουν τις υγιεινές και τις ανθυγιεινές συνήθειες στον παράγοντα της διατροφής, της υγιεινής και της φυσικής δραστηριότητας.

### *Στατιστικές υποθέσεις*

#### *Μηδενικές Υποθέσεις*

1<sup>η</sup> Μηδενική Υπόθεση: Τα ποσοστά των παιδιών που τρέφονται υγιεινά , ήταν ίδια με τα ποσοστά των παιδιών που τρέφονται ανθυγιεινά.

2<sup>η</sup> Μηδενική Υπόθεση: Τα ποσοστά των παιδιών που τηρούν τους κανόνες υγιεινής ήταν ίδια με αυτά των παιδιών που δεν τους τηρούν.

3<sup>η</sup> Μηδενική Υπόθεση: Τα ποσοστά των παιδιών που είναι φυσικά δραστήρια ήταν ίδια με αυτά των παιδιών που δεν είναι φυσικά δραστήρια.

4<sup>η</sup> Μηδενική Υπόθεση: Τα ποσοστά των παιδιών που αναγνώριζαν τις υγιεινές και ανθυγιεινές τροφές ήταν ίδια με αυτά που δεν τις αναγνώριζαν.

5<sup>η</sup> Μηδενική Υπόθεση: Τα ποσοστά των παιδιών που αναγνώριζαν τους κανόνες υγιεινής ήταν ίδια με αυτά που δεν τους αναγνώριζαν.

6<sup>η</sup> Μηδενική Υπόθεση: Τα ποσοστά των παιδιών που αναγνώριζαν τις κινητικές δραστηριότητες ως υγιεινές και τις καθιστικές ως ανθυγιεινές ήταν ίδια με αυτά των παιδιών που δεν τις αναγνώριζαν.

#### *Εναλλακτικές υποθέσεις*

1<sup>η</sup> Εναλλακτική Υπόθεση: Τα ποσοστά των παιδιών που τρέφονται υγιεινά , διέφεραν από τα ποσοστά των παιδιών που τρέφονται ανθυγιεινά.

2<sup>η</sup> Εναλλακτική Υπόθεση: Τα ποσοστά των παιδιών που τηρούν τους κανόνες υγιεινής διέφεραν από αυτά των παιδιών που δεν τους τηρούν.

3<sup>η</sup> Εναλλακτική Υπόθεση: Τα ποσοστά των παιδιών που είναι φυσικά δραστήρια διέφεραν από αυτά των παιδιών που δεν είναι φυσικά δραστήρια.

4<sup>η</sup> Εναλλακτική Υπόθεση: Τα ποσοστά των παιδιών που αναγνώριζαν τις υγιεινές και ανθυγιεινές τροφές διέφεραν από αυτά που δεν τις αναγνώριζαν.

5<sup>η</sup> Εναλλακτική Υπόθεση: Τα ποσοστά των παιδιών που αναγνώριζαν τους κανόνες υγιεινής διέφεραν από αυτά που δεν τους αναγνώριζαν.

6<sup>η</sup> Εναλλακτική Υπόθεση: Τα ποσοστά των παιδιών που αναγνώριζαν τις κινητικές δραστηριότητες ως υγιεινές και τις καθιστικές ως ανθυγιεινές διέφεραν από αυτά των παιδιών που δεν τις αναγνώριζαν.

## ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

### *Διατροφικές συνήθειες των παιδιών*

Ειδικότερα στις μέρες μας το γεγονός ότι η παιδική παχυσαρκία έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας προκαλεί μεγάλη ανησυχία και συνδέεται άμεσα με τις ανθυγιεινές συνήθειες των παιδιών. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο η ιδανική περίοδος για τη θεμελίωση των υγιεινών συνηθειών εφ' όρου ζωής είναι η προσχολική ηλικία. Οι γονείς κατέχουν αρχικά το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης προς την κατεύθυνση αυτή και στη συνέχεια συμμετέχουν οι παιδαγωγοί και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Η ανάγκη να τεθεί αυτός ο στόχος νωρίς προκύπτει και από το γεγονός ότι οι υγιεινές συνήθειες, όσο μεγαλώνουν τα παιδιά, μειώνονται. Σε έρευνα που διεξήχθη από το Heart and Stroke Foundation του Καναδά (1998) σε παιδιά ηλικίας 6-12 ετών φάνηκε ότι μόνο το 20% έπαιρνε τις απαιτούμενες ποσότητες ημερησίως σε φρούτα και λαχανικά, ενώ μόνο το 63% είχε τα απαιτούμενα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Μια πιο πρόσφατη έρευνα της Καναδικής Παιδιατρικής Εταιρείας (Canadian Pediatric Society, 2002) σε παιδιά ηλικίας 9-12 ετών είχε ποσοστά 14% και 56% αντίστοιχα.

Σ' αυτή την κατεύθυνση συνηγορεί και μια άλλη έρευνα, (King, 1999), που έδειξε ότι παιδιά ηλικίας 6 ετών συνήθιζαν να τρώνε πρωινό ή φρούτα και λαχανικά σε ημερήσια βάση περισσότερο απ' ό,τι τα παιδιά ηλικίας 10 ετών, τα οποία συνήθιζαν να τρώνε περισσότερα σνακ και να πίνουν περισσότερα αναψυκτικά από τα εξάχρονα.

Έχει αποδειχθεί ότι οι κακές διατροφικές συνήθειες σε συνδυασμό με την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας είναι ο μεγαλύτερος παράγοντας που συμβάλλει στη γιγάντωση του προβλήματος της παιδικής παχυσαρκίας, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε χρόνιες ασθένειες στην ενηλικίωση. Μερικές από αυτές είναι διάφορες καρδιαγγειακές παθήσεις, υπέρταση, διαβήτης τύπου 2, και άλλες χρόνιες παθήσεις (Rajen, 1999). Επίσης η ελλιπής πρόσληψη ασβεστίου και ο καθιστικός τρόπος ζωής κατά την παιδική ηλικία και κατά την ενηλικίωση, μπορούν να οδηγήσουν σε παθήσεις των οστών και αυξάνουν τον κίνδυνο οστεοπόρωσης.

Το διατροφικό περιβάλλον των παιδιών αλλάζει γρήγορα και ενώ αρχικά περιορίζεται στο σπιτικό φαγητό, στη συνέχεια προχωράει στο φαγητό έξω από το σπίτι, ή σε φαγητό έτοιμο προπαρασκευασμένο, ή σε μεμονωμένες επιλογές τροφών από τα

ξεχωριστά μέλη της οικογένειας. Επίσης τη φροντίδα των γευμάτων μπορεί να αναλάβουν σχολεία που παρέχουν γεύματα (St. Jeor, Perumean-Chaney & Sigman-Grant, 2002). Όσο λοιπόν είναι στο χέρι της οικογένειας ο πλήρης διατροφικός έλεγχος των παιδιών, είναι απαραίτητο να μπου οι βάσεις μιας υγιεινής διατροφής.

Τις τεράστιες διαστάσεις του προβλήματος της παιδικής παχυσαρκίας αποκαλύπτει έρευνα που έγινε στον Καναδά (Health Canada, 2002) και έδειξε ότι πάνω από το ένα τρίτο των παιδιών ηλικίας 2-11 ετών ήταν υπέρβαρα, ενώ περίπου τα μισά από αυτά μπορούσαν να θεωρηθούν παχύσαρκα. Σε ανάλογη έρευνα, που αφορούσε παιδιά ηλικίας 7-13 ετών, φάνηκε ότι η παιδική παχυσαρκία αυξήθηκε σταθερά από το 1981 , μέχρι το 1996 σε ποσοστό 25% (Tremblay & Willms, 2000).

Η δραματική αλλαγή της ζωής του σύγχρονου ανθρώπου, κυρίως όσον αφορά τη διατροφή, το κάπνισμα και την άσκηση, τον έχουν οδηγήσει μοιραία σε αυξημένη νοσηρότητα χρόνιων νοσημάτων φθοράς. Η επίδραση της διατροφής στην παθογένεια της παχυσαρκίας είναι αδιαμφισβήτητη. Η αντικατάσταση της παραδοσιακής μεσογειακής δίαιτας με τα δυτικά πρότυπα διατροφής έχει οδηγήσει σε αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας και άλλων προδιαθεσικών παραγόντων καρδιαγγειακών νοσημάτων στον Κρητικό πληθυσμό, τα τελευταία τριάντα χρόνια (Kafatos, Diacatou, Voukiklaris, Nikolakakis, Vlachonikolis & Kounali, 1997).

Αντίθετα, η υιοθέτηση της μμεσογειακής δίαιτας έχει οδηγήσει σε σημαντική μείωση των καρδιαγγειακών επεισοδίων σε πρόγραμμα δευτερογενούς πρόληψης στη Γαλλία (De Lorgeril, Salen, Martin, Monjaud, Delaye & Memelle, 1999). Τροφές πλούσιες σε απλά σάκχαρα και λίπος και φτωχές σε φυτικές ίνες έχουν συσχετισθεί θετικά με τη συχνότητα του μη ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη και της παχυσαρκίας σε ενήλικες. Σε παιδιά επίσης, η υψηλή διαιτητική πρόσληψη λίπους και κατανάλωση τροφών με ψηλό γλυκαιμικό δείκτη προδιαθέτουν για παχυσαρκία (Maffeis, Zaffanello & Schutz, 1997).

Μια άλλη διάσταση του ίδιου προβλήματος αποκαλύφθηκε επίσης από την ίδια έρευνα . Το ένα τέταρτο των παιδιών ηλικίας 2-11 ετών που ζούσαν κάτω από το όριο της φτώχειας ήταν παχύσαρκα, ενώ τα παιδιά των οικογενειών πάνω από το όριο, ανήκαν στην ίδια κατηγορία σε ποσοστό 16%. Το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών μειωνόταν όσο αυξανόταν το οικονομικό επίπεδο της οικογένειας. Έχει επίσης παρατηρηθεί ότι είναι επιρρεπή στην ανθυγιεινή διατροφή παιδιά που είναι μέλη μειονοτήτων ή έχουν κάποιες αναπηρίες (McPherson, Montgomery & Nichaman, 1995).



Σ' αυτό συνηγορεί και μία έρευνα που έγινε στην Κύπρο και κατέδειξε ότι οι διαταραχές διατροφικής συμπεριφοράς σχετίζονται με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, την ηλικία και το βάρος σώματος των παιδιών (Χατζηγεωργίου, Τορναρίτης, Σάββας & Καφάτος, 2000).

Το οικογενειακό περιβάλλον ασκεί τεράστια επιρροή στη γενικότερη ανάπτυξη του παιδιού και ειδικότερα στον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες, όπως και στην προδιάθεση για παχυσαρκία (Fitzgibbon, Stolley & Dyer, 2002; Campbell & Crawford, 2001; Finn, Johannsen & Specker 2002 ).

Όσον αφορά τη συμπεριφορά των γονέων απέναντι στο πρόβλημα του υπερβολικού βάρους του παιδιού τους , έρευνα του WIC (Women, Infants and Child) έδειξε ότι οι μητέρες ένιωθαν προσβεβλημένες με το να θεωρείται το παιδί τους υπέρβαρο και πίστευαν ότι αυτό θα άλλαζε όταν το παιδί θα μεγάλωνε (Chamberlin, Sherman & Jain, 2000). Επίσης φαίνεται ότι οι γονείς έχουν ελλιπή πληροφόρηση σχετικά με τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού τους. Θα πρέπει να γνωρίζουν ποιο θεωρείται φυσιολογικό βάρος για το παιδί τους, ανάλογα με την ηλικία και το ύψος του. Ωστόσο δύο έρευνες του WIC έδειξαν ότι οι μητέρες των υπέρβαρων παιδιών προσχολικής ηλικίας δεν ανησυχούσαν για το βάρος του παιδιού τους (Chamberlin, Sherman & Jain, 2000; Jain, Sherman & Chamberlin , 2001).

Ο καλύτερος τρόπος για να μη γίνει ένα παιδί υπέρβαρο είναι να διδαχθεί σωστές διατροφικές συνήθειες , έχοντας στη διάθεσή του μια ευρεία ποικιλία διαφορετικών τροφών. Τα περισσότερα παιδιά εξισορροπούν φυσιολογικά αυτά που τρώνε , αν η διαίτά τους είναι υγιεινή και θρεπτική, με επαρκείς πρωτεΐνες , δημητριακά, φρούτα και λαχανικά και όσο το δυνατόν λιγότερες λιπαρές και ζαχαρώδεις τροφές. Τα υπέρβαρα παιδιά συχνά ακολουθούν μια διαίτα πιο περιορισμένη από τα παιδιά που έχουν φυσιολογικό βάρος και δεν τους αρέσουν τα φρούτα και τα λαχανικά (Γουέστκοτ, 2004).

Ένα πρότυπο υπερφαγίας μπορεί να έχει τις ρίζες του στη βρεφική ηλικία και να επιμείνει και στη νηπιακή ηλικία. Μερικές φορές, αυτό γίνεται όταν ένα μωρό ξεκινά υπερβολικά νωρίς τις στερεές τροφές, ίσως όταν οι γονείς προσπαθούν να το ηρεμήσουν ή να το βοηθήσουν να είναι χορτάτο και να κοιμάται μονοκόμματα τη νύχτα. Μερικές φορές συμβαίνει όταν οι γονείς έχουν τη συνήθεια να χρησιμοποιούν το φαγητό ως τρόπο να παρηγορούν το μωρό ή να αποσπούν την προσοχή του ή να του εκφράζουν τη στοργή τους. Μερικές φορές , προσφέρουν οι γονείς υπερβολικό φαγητό σε ένα παιδί σε μια απόπειρα να αντισταθμίσουν μια ανεπαρκή σχέση μαζί του. Τα παιδιά, από την άλλη

πλευρά, μπορεί να προσπαθούν να ευχαριστούν τους γονείς τους τρώγοντας όλα όσα τους προσφέρουν, ακόμα και αν δεν πεινούν (Γουέστκοτ, 2004).

Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν επίσης σε παχυσαρκία, διότι είναι δυνατό να αποτελέσουν την αφορμή ή το ερέθισμα για την κατανάλωση μεγαλύτερης ποσότητας τροφής. Ακόμη και στη νηπιακή ηλικία το παιδί αποκτά την εμπειρία να ανακουφίζει κάποια δυσαρέσκεία του με το φαγητό και συνδυάζει το φαγητό με το αίσθημα ασφάλειας, της άνεσης και της παρουσίας της μητέρας. Επιπλέον οι γονείς χρησιμοποιούν τις τροφές και ειδικότερα τα γλυκίσματα σαν επιβράβευση ή δωροδοκία, ώστε να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του παιδιού ή να του ανακουφίσουν την ενοχή του (Χρυσανθόπουλος, 1999).

Η διατροφική συμπεριφορά του παιδιού επηρεάζεται από τις διατροφικές προτιμήσεις και πεποιθήσεις των γονέων. Επηρεάζεται επίσης από την προβολή των παιδικών τροφών, από τα πρότυπα του περιβάλλοντός του, από τις διαφημίσεις των ΜΜΕ και από την αλληλεπίδραση γονέα παιδιού, ως προς την επιλογή των τροφών (Stockmyer, 2001; Birch & Davison, 2001). Έρευνες έδειξαν ότι η διατροφική ποιότητα του διαιτολογίου ενός παιδιού 3-5 ετών επηρεάζεται κυρίως από τις διατροφικές συνήθειες των γονέων (Oliverie, Ellison & Moore, 1992). Ομοιότητες μεταξύ των οικογενειών εντοπίζονται όχι μόνο σχετικά με τη διατροφή, αλλά και με την άσκηση και το σωματικό βάρος. Αυτή η διαπίστωση των χαρακτηριστικών της οικογένειας συνιστά την αξία των στρατηγικών που μπορούν να εφαρμοστούν για την ενίσχυση των υγιεινών συνηθειών και την αποτροπή των ανθυγιεινών αντίστοιχα (Fitzgibbon, Stolley & Dyer, 2002). Σε μια ερευνητική προσπάθεια που έγινε να εμπλακούν οι γονείς σε ένα πρόγραμμα διατροφής και άσκησης ενός σχολείου, φάνηκε ότι οι γονείς μπορούσαν να μεταφέρουν σχετικές πληροφορίες στα παιδιά τους περισσότερο παρά να διαμορφώσουν τη συμπεριφορά τους (Hopper, Gruber, Munoz & Herb, 1992).

Έχει αποδειχθεί ότι οι μητέρες που εφαρμόζαν αυστηρό έλεγχο της διατροφής των παιδιών τους ηλικίας 3-5 ετών, οδηγούσαν τα παιδιά στην κατανάλωση περισσότερης τροφής απ' αυτή που θα κάλυπτε τις ανάγκες τους (Johnson 1994; Drucker 1999; Fischer 1999a). Η αυστηρή αυτή μητρική επιρροή σε υψηλότερα επίπεδα έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την τάση για κατανάλωση σνακ στα κορίτσια ηλικίας 3-5 ετών (Fischer, 1999b). Από την άλλη μεριά η απόλυτα ελεύθερη επιλογή τροφών από τα παιδιά μπορεί να έχει επίσης βλαπτικές συνέπειες. Τα παιδιά που τους επιτρέπεται να τρώνε σνακ όποτε το επιθυμούσαν είχαν μεγαλύτερη πρόσληψη θερμίδων από τα παιδιά που κατανάλωναν υγιεινά σνακ προγραμματισμένα στο καθημερινό τους διαιτολόγιο (Birch, 1995). Μερικές

συνηθισμένες πρακτικές γονέων μπορεί να οδηγήσουν σε αντίθετα αποτελέσματα από αυτά για τα οποία προορίζονται. Τροφές ανθυγιεινές, πλούσιες σε λιπαρά και ζάχαρη, για παράδειγμα, όταν χρησιμοποιούνται σαν ανταμοιβή, τείνουν να αυξήσουν την προτίμηση των παιδιών σ' αυτά. Ενώ το να πειστούν τα παιδιά να φάνε ένα υγιεινό φαγητό και να ανταμειφθούν γι' αυτό τείνει ν' αυξήσει την προτίμησή τους σ' αυτό το φαγητό (Birch, 1999).

Η ανάμειξη της οικογένειας σε προγράμματα ενίσχυσης των υγιεινών συνηθειών διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα του προγράμματος (Barlow, 1998). Η συμμετοχή της οικογένειας φάνηκε ότι μπορεί να αυξήσει τις γνώσεις και τη θετική στάση των μαθητών απέναντι στις υγιεινές συνήθειες (Nader, 1996). Τελευταία πολλές σχολικές μεταρρυθμίσεις στηρίζονται και στη συμμετοχή των γονέων, ωστόσο συχνά αναφέρεται μικρή και όχι ουσιαστική εμπλοκή των γονέων στις προσπάθειες αυτές (Perry, 1998 ; Story, 2000). Όμως και μεμονωμένες προσπάθειες των γονέων από το σπίτι δεν μπορούν να αποδώσουν αρκετά, ώστε να οδηγήσουν σε μακροπρόθεσμες αλλαγές στις συνήθειες των παιδιών (Perry, 1998). Τέλος, τα προγράμματα πρόληψης του προβλήματος του υπερβολικού βάρους να περιλαμβάνουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη βελτίωση των συνηθειών ολόκληρης της οικογένειας (Jain, 2001).

Σε άμεση συνάρτηση με το πρόβλημα του αυξημένου σωματικού βάρους βρίσκεται η ανησυχία των παιδιών για την καλή εικόνα του σώματός τους. Σε έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ σε 318 παιδιά ηλικίας 3-6 ετών , περίπου τα μισά παιδιά (45%) επιθυμούσαν να ήταν πιο αδύνατα, 37% είχαν ήδη προσπαθήσει να χάσουν βάρος, 7% βρισκόταν σε κατάσταση νευρικής ανορεξίας και 1,3% παραδέχτηκε ότι προσπαθούσε να βγάλει το φαγητό που έφαγε για να ελέγξει την αύξηση του βάρους του (Maloney, McGuire, Daniels & Spector, 1989).

Μια έρευνα σε παιδιά έξι ετών έδειξε ότι τα μισά παιδιά ήθελαν να ζυγίζουν λιγότερο και 16% απ' αυτά προσπάθησαν να χάσουν βάρος. Γενικά φάνηκε ότι τα παιδιά ήταν καλά πληροφορημένα σχετικά με τις δίαιτες και ήξεραν ότι σωστή διατροφή σημαίνει αλλαγή των διατροφικών επιλογών και σωματική άσκηση. Μάλιστα τα περισσότερα από τα παιδιά (70%), είχαν ενημερωθεί για τα θέματα διαίτης από την οικογένειά τους (Schur, Sanders & Steiner, 2000).

Τα κορίτσια από πολύ νωρίς ( 5 χρονών) γνωρίζουν τι σημαίνει δίαιτα από τις μητέρες τους που βρίσκονται σε δίαιτα (Abramovitz & Birch, 2000). Οι γονείς θα πρέπει να γνωρίζουν ότι η προσπάθειά τους να ελέγξουν το βάρος τους μπορεί να επηρεάσει τη συμπεριφορά των παιδιών τους σε σχέση με την υγιεινή διατροφή.



Έτσι μια προσπάθεια για έλεγχο του βάρους και τροποποίηση του διαιτολογίου των παιδιών πρέπει να γίνεται κάτω από κάποιες προδιαγραφές. Από τον Πανελλήνιο Σύνδεσμο Διατροφολόγων Ελλάδας διατυπώθηκε η επισήμανση ότι τα παιδιά πρέπει να τρώνε μικρά και συχνά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Οι ευρωπαϊκές οδηγίες-πλαίσιο σωστής διατροφής συνιστούν τα παιδιά να λαμβάνουν επαρκείς μερίδες απ' όλες τις κατηγορίες τροφίμων, ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ηλικιακής ομάδας. Έτσι, οι γενικές συστάσεις για ποικιλία τροφίμων, περιορισμό των κορεσμένων λιπών, λογική χρήση του αλατιού, μείωση της κατανάλωσης διαφόρων γλυκισμάτων και προτροπή για έντονη φυσική δραστηριότητα και αυξημένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, που αναφέρονται στους ενήλικες μπορούν να εφαρμοσθούν και στα παιδιά (Ζαμπέλας, 2003).

Ενδιαφέρον θα είχε τώρα να δούμε από διάφορες έρευνες ανά τον κόσμο, κατά πόσο τα παιδιά τρέφονται σωστά ή όχι. Τα παιδιά των ΗΠΑ δεν τρώνε την απαραίτητη ποσότητα φρούτων και λαχανικών. Οι διατροφικές επιλογές των περισσότερων παιδιών στις ΗΠΑ δεν περιλαμβάνουν τις προδιαγραφές που ορίζονται από τη διατροφική πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής, η οποία προτείνει μια γενική διαιτητική προσέγγιση, ενθαρρύνοντας την πρόσληψη φρούτων λαχανικών και δημητριακών δίνοντας έμφαση στις επιλογές τροφίμων με χαμηλά λιπαρά (American Dietetic Association, 1999).

Τα δεδομένα του διατροφικού καθεστώτος των παιδιών προσχολικής ηλικίας στον Καναδά έδειξαν ότι υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις. Η πρόσληψη λιπαρών ήταν μεγαλύτερη από την απαιτούμενη, ενώ η πρόσληψη βιταμινών Α, C και Ε, σιδήρου και ασβεστίου ήταν χαμηλή (Skinner, Carruth & Houck, 1999).

Σε έρευνα που έγινε στην Αμερική για το πρόβλημα της παχυσαρκίας στα παιδιά διαφόρων εθνικοτήτων, οι Ισπανοί ήταν από τις ομάδες που είχαν τα υψηλότερα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας (Tanasescu, Ferris, Himmelgreen, Rodriguez & Perez- Escamila, 2000).

Στη Βρετανία γιατροί παρουσίασαν στην επιθεώρηση *British Medical Journal* μια μελέτη που αφορούσε στη διατροφή με γεύματα πλούσια σε λιπαρά, τα οποία, σε συνδυασμό με την περιορισμένη άσκηση και το "σημερινό" τρόπο ζωής του ανθρώπου, συντελούν στην εμφάνιση περισσότερων παχύσαρκων παιδιών. Η έρευνα κατέδειξε ότι υπάρχει μια αυξανόμενη τάση για παχυσαρκία από το διάστημα 1989-1998 και ότι τα παχύσαρκα παιδιά ηλικίας μικρότερης των τεσσάρων ετών στη Βρετανία είναι περισσότερα από ποτέ (Health.in.gr, 2001).

Στη Γερμανία σε έρευνα που έγινε σχετικά με τις διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών και εφήβων, οι επιλογές ήταν ίδιες άσχετα με το φύλλο και την ηλικία και περιελάμβαναν μεγάλο αριθμό λιπαρών, ενώ διαπιστώθηκε ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης των διατροφικών επιλογών χωρίς να διαταραχθούν σε μεγάλο βαθμό οι προηγούμενες διατροφικές προτιμήσεις (Alexy, Sichert- Hellert, Kersting & Manz, 2001).

Στην Κύπρο η παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα αφού προσβάλλει 10%-20% των παιδιών ηλικίας 11-12 ετών, πολλά από τα οποία θα συνεχίσουν σαν ενήλικες παχύσαρκοι με όλες τις δυσμενείς επιπτώσεις. Ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό είναι στην κατηγορία των υπέρβαρων με αυξημένο κίνδυνο να εξελιχθούν σε παχύσαρκους. Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα η παχυσαρκία έχει αυξηθεί τα τελευταία 8 χρόνια , πολύ πιθανόν σε συνδυασμό με τους άλλους παράγοντες κινδύνου αθηροσκλήρωσης, πολλαπλασιάζοντας έτσι τη βλαπτική επίδραση στον παιδικό οργανισμό (Κουρίδης, Τορναρίτης, Σάββας, Χατζηγεωργίου & Σιαμούνκη, 2000).

Στην Ελλάδα κάποια ενδεικτικά στοιχεία ερευνών μας τοποθετούν στα μέσα ευρωπαϊκά επίπεδα. Το ανησυχητικό είναι ότι η παιδική παχυσαρκία αυξάνεται περισσότερο από αυτή των ενηλίκων (Καπάνταης, 2001).

### ***Ενασχόληση των παιδιών με τη φυσική δραστηριότητα***

Είναι αποδεδειγμένο ότι τα φυσικά δραστηριοποιημένα παιδιά έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι υγιή. Τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας στα παιδιά είναι πάρα πολλά. Η καθημερινή άσκηση βοηθάει τα παιδιά να αποκτήσουν γερά κόκαλα, μυς και αρθρώσεις, βοηθάει στον έλεγχο αύξησης του βάρους, καίει τα λίπη, προλαμβάνει ή καθυστερεί την αύξηση της αρτηριακής πίεσης, εκτονώνει το στρες και την κατάθλιψη και μέσω της επίδρασής της στην πνευματική υγεία βοηθάει τα παιδιά να αυξήσουν την ικανότητά τους για μάθηση (Sanders, 2005).

Η φυσική δραστηριότητα είναι σημαντική για τα παιδιά , εφόσον ενισχύει τη φυσική ανάπτυξη και αυξάνει την αυτοπεποίθηση, συμβάλλει στην κοινωνική εξέλιξη και ευνοεί γενικότερα την υγεία. Μια ποικιλία από κινητικές και αθλητικές δεξιότητες στην πρώτη παιδική ηλικία θεμελιώνει τη μελλοντική ενασχόληση με τα σπορ και τη φυσική δραστηριότητα στην εφηβική και ενήλικη ζωή (Horn & Harris, 1996; Weiss & Ebbeck 1996).

Η συστηματική άσκηση μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα και εγκεφαλικά επεισόδια. Οι προτεινόμενοι μηχανισμοί με τους οποίους ασκείται η ευεργετική επίδραση της άσκησης στα νοσήματα αυτά φαίνεται ότι είναι

πολλαπλοί. Η άσκηση φάνηκε να μειώνει τον κίνδυνο με ελάττωση των προδιαθεσικών παραγόντων καρδιαγγειακών νοσημάτων με τροποποίηση του μεταβολισμού και τέλος με μείωση της ευαισθησίας της LDL- χοληστερόλης στην οξείδωση. Ανάμεσα στα άλλα, έχει τεκμηριωθεί και η επίδραση της σε δείκτες παχυσαρκίας τους οποίους αποδείχθηκε να μειώνει. Στα παιδιά και στους νεαρούς ενήλικες η παρατεταμένη έλλειψη άσκησης συνοδεύεται με αρνητική επίδραση στους προδιαθεσικούς παράγοντες καρδιαγγειακών νοσημάτων, ενώ επίσης σε παιδιά οι αδρανείς δραστηριότητες ευνοούν την πρόκληση ή τουλάχιστον τη διατήρηση της παχυσαρκίας (Maffeis, Zaffanello & Schutz, 1997). Η τηλεθέαση είναι μια τέτοια δραστηριότητα που οδηγεί τα παιδιά σε ελλιπή άσκηση και έχει θετική συσχέτιση με την παχυσαρκία (Λυδάκη, Καφάτος, Κουνάλη & Αποστολάκη, 1994). Η τηλεθέαση, επίσης, περισσότερο από 2 ώρες την ημέρα βρέθηκε να είναι καλύτερος προγνωστικός παράγοντας για υπερχοληστερολαιμία (>200 mg/dl) σε σχέση με το θετικό οικογενειακό ιστορικό υπερχοληστερολαιμίας. Η ολική χοληστερόλη σε παιδιά χωρίς οικογενειακό ιστορικό σχετίζεται θετικά με την παχυσαρκία και τις ώρες που βλέπει το παιδί τηλεόραση και αρνητικά με τις ώρες που γυμνάζεται. Αντίθετα σε παιδιά με οικογενειακό ιστορικό η κληρονομικότητα των λιπιδίων παίζει τον κυριότερο ρόλο (Ρέρρας, Κελεσίδης, Ραμπούσης, Μερτζάνος, Αραβαντινός, Φουρλεμάδης & Τούτουζας, 1996). Σε έρευνα στην Κύπρο αποδείχθηκε ότι τα παιδιά έχοντας αποκτήσει πιο δυτικά πρότυπα ζωής σε σχέση με το παρελθόν, έχουν παράλληλα αυξημένη συχνότητα προδιαθεσικών παραγόντων καρδιαγγειακών νοσημάτων φθοράς.

Αυτά που γνωρίζουμε λοιπόν για τη φυσική δραστηριότητα των παιδιών 4-12 ετών από έρευνες, δείχνουν ότι τα επίπεδά της είναι ιδιαίτερα περιορισμένα μετά την προσχολική ηλικία. Τα αγόρια φαίνεται να υπερτερούν στον τομέα αυτό απ' ότι τα κορίτσια, ενώ ο χρόνος που περνάνε τα παιδιά έξω από το σπίτι έχει και τα μεγαλύτερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Τον παράγοντα αυτόν φαίνεται να επηρεάζουν, η εποχή του έτους, η συσχέτιση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας των παιδιών και των γονιών τους, αλλά και το βάρος των γονέων (Sallis, Prochaska & Talyor, 2001).

Ενώ, λοιπόν, τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας είναι υψηλά στην προσχολική ηλικία, μειώνονται σημαντικά καθώς τα παιδιά αρχίζουν το σχολείο (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 2001). Η προσχολική ηλικία είναι κρίσιμη για την προαγωγή ενός φυσικά δραστήριου τρόπου ζωής, που μπορεί και πρέπει να διατηρηθεί στα σχολικά χρόνια και αργότερα. Γονείς και παιδαγωγοί πρέπει να ξέρουν ότι επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας των παιδιών (Dietitians of Canada, 2002). Αυτό μπορεί να δείχνει ότι ίσως πιστεύουν ότι τα παιδιά τους που βρίσκονται στην

προσχολική ηλικία είναι αρκετά φυσικά δραστήρια. Όμως ο στόχος είναι να διατηρηθούν έτσι και μεγαλώνοντας. Όταν οι γονείς αναφέρουν πρόβλημα στη διατήρηση της φυσικής δραστηριότητας των παιδιών τους, συνήθως αποκαλύπτουν τη δική τους έλλειψη χρόνου για να δραστηριοποιηθούν κινητικά με το παιδί τους. Έχει αποδειχτεί ότι παιδιά των οποίων οι γονείς ήταν φυσικά δραστήριοι είχαν μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα και αυτό οφειλόταν σε δραστηριότητες που μοιραζόταν μαζί με τους γονείς (Kohl & Hobb, 1998).

Ωστόσο, έρευνα που έγινε σε παιδιά 5-17 χρόνων έδειξε ότι περισσότερα από τα μισά παιδιά δεν ήταν αρκετά φυσικά δραστήρια, όσο χρειαζόταν για την καλή σωματική τους ανάπτυξη. Μια μεγάλη μερίδα κοριτσιών δεν ήταν φυσικά δραστήρια σε όλες τις ηλικίες, ενώ η μεγαλύτερη μείωση διαπιστωνόταν στην ενηλικίωση. Τα παιδιά 1-4 ετών , περνάνε 29 ώρες φυσικής δραστηριότητας και παιχνιδιού και 14 ώρες ήσυχου παιχνιδιού, όπως παρακολούθηση τηλεοπτικών προγραμμάτων, ζωγραφική κ.α. την εβδομάδα. Αυτό είναι ίσο με 4 ώρες φυσικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού κάθε μέρα. Όμως παρατηρείται μια αξιοσημείωτη μείωση των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας όσο τα παιδιά μεγαλώνουν και μπαίνουν στο σχολείο. Στον Καναδά τα παιδιά ηλικίας 5-12 χρόνων αφιερώνουν 16,5 ώρες και οι έφηβοι ηλικίας 13-17 χρόνων αφιερώνουν 14 ώρες την εβδομάδα στη φυσική δραστηριότητα σύμφωνα με τους γονείς τους. Οι πιο δημοφιλείς κινητικές δραστηριότητες στα παιδιά προσχολικής ηλικίας , είναι κούνιες , τσουλήθρες, τραμπάλες. Σχεδόν τα τρία τέταρτα των παιδιών κολυμπούν , τα δύο τρίτα τρέχουν, ή παίζουν με τη μπάλα και κάνουν ποδήλατο. Το πατίνι και η γυμναστική είναι κάποιες άλλες δημοφιλείς δραστηριότητες. Τα αγόρια αυτής της ηλικίας προτιμούν περισσότερο από τα κορίτσια το τρέξιμο και τα παιχνίδια με τη μπάλα (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 2000).

Τα κορίτσια τείνουν να είναι λιγότερο φυσικά δραστήρια από τα αγόρια. Αυτή η τάση μπορεί να οφείλεται ως ένα μέρος στον τρόπο κοινωνικοποίησης των παιδιών. Για παράδειγμα τα κορίτσια συνηθίζεται να παίζουν με κούκλες και τα αγόρια να ασχολούνται με πιο σκληρά παιχνίδια. Γενικά οι δραστηριότητες με τις οποίες πρέπει να απασχολούνται τα παιδιά πρέπει να είναι φυσικές και αυθόρμητες , ώστε ο δραστήριος τρόπος ζωής να ενισχύεται το ίδιο μέσω των δραστηριοτήτων όσο στα αγόρια τόσο και στα κορίτσια (Canadian Child Federation, 2001).

Το 2001 στον Καναδά τα παιδιά ηλικίας 2-11 χρόνων παρακολουθούσαν τηλεόραση κατά μέσο όρο για 14, 2 ώρες την εβδομάδα, ενώ οι έφηβοι 12-17 χρόνων για 13,1 ώρες την εβδομάδα (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 2001). Στο



χρόνο αυτό δε συμπεριλαμβάνονται οι ώρες που αφιερώνουν σε video games, ή σε παρακολούθηση DVD.

Ο χρόνος που αφιερώνουν τα παιδιά του Καναδά σε video games είναι ανάμεσα στους μεγαλύτερους του κόσμου (Research Unit in Health and Behavioral Change, 2000). Τα μισά παιδιά ηλικίας 4 -5 χρόνων παίζουν ηλεκτρονικά παιχνίδια τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Επίσης το 74% των εννιάχρονων και το 78% από τα παιδιά ηλικίας 10-11 χρόνων παίζουν ηλεκτρονικά παιχνίδια τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Το 22% των νέων που δε γυμνάζονται ή δεν ασχολούνται με κάποιο σπορ έξω από το σχολείο, βλέπουν τηλεόραση τέσσερις ή και παραπάνω ώρες την ημέρα, ενώ αντίθετα το 13% των νέων που γυμνάζονται βλέπουν τηλεόραση εφτά ή περισσότερες ώρες τη βδομάδα (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1999).

Παράλληλα με τα χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας διαπιστώνεται μια αύξηση στην καθιστική ζωή με ενασχολήσεις όπως παρακολούθηση τηλεοπτικών προγραμμάτων, ηλεκτρονικά παιχνίδια και χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή (Canadian Pediatric Society, 2002). Σύμφωνα με έρευνες , όσα παιδιά περνούν πάνω από 22 ώρες την εβδομάδα μπροστά στην τηλεόραση έχουν τάση προς παχυσαρκία (Παπαδάτος, 2000). Ο χρόνος που αφιερώνουν τα παιδιά σε καθιστικές δραστηριότητες είναι περισσότερος από αυτόν που περνάνε έξω από το σπίτι, στα κινητικά παιχνίδια ή τις κοινωνικές εκδηλώσεις. Σημαντικές ανησυχίες προκαλεί το γεγονός της απευθείας έκθεσης των παιδιών στις διαφημίσεις, τις κοινωνικές νόρμες που λανσάρονται και τον τρόπο συμπεριφοράς που προβάλλεται. Στις ηλικίες αυτές τα παιδιά είναι ιδιαίτερα δεκτικά στις διαφημίσεις γλυκών ή δημητριακών με ζάχαρη, αλμυρών τροφών και λιπαρών εδεσμάτων (Canadian Institute of Child Health, 2000 ; Παπαδάτος, 2000).

Η παρακολούθηση τηλεοπτικών προγραμμάτων έχει συνδεθεί με τον αυξανόμενο κίνδυνο παχυσαρκίας και ο περιορισμός των καθιστικών συνηθειών μπορεί να αποβεί σημαντικός στην πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας (Robinson, 1999). Η παρακολούθηση τηλεοπτικών προγραμμάτων συνδέεται με το βάρος των παιδιών όταν είναι μικρότερα ή και μεγαλύτερα, και λέγεται ότι περισσότερες από δυο ώρες τηλεόρασης την ημέρα αποτελούν επικίνδυνο παράγοντα αύξησης του βάρους (Saelens, Sallis & Nader, 2002).

Σε έρευνα που έγινε στην Κύπρο διαπιστώθηκε ότι το 32% των παιδιών ηλικίας 11-12 ετών παρακολουθούσε τηλεόραση περισσότερες από 28 ώρες την εβδομάδα και αποδείχθηκε ότι η τηλεθέαση συσχετιζόταν με την παχυσαρκία και τους υπόλοιπους

καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου (Κουρίδης, Τορναρίτης, Σάββας, Χατζηγεωργίου & Σιαμούνκη, 2000).

Οι γονείς περιορίζοντας την πρόσβαση στην τηλεόραση και ιδιαίτερα μειώνοντας τη συχνότητα των γευμάτων μπροστά στην τηλεόραση, μπορούν να περιορίσουν την παχυσαρκία. Μια έρευνα που έγινε στην Ουάσινγκτον σε 91 οικογένειες με παιδιά ηλικίας 4-6 ετών έδειξε ότι οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών, που στην οικογένειά τους συνδύαζαν τα γεύματα με την παρακολούθηση τηλεόρασης, συνήθως περιελάμβαναν λιγότερο φρούτα και λαχανικά και περισσότερο πίτσες, σνακ και αναψυκτικά, σε αντίθεση με τις οικογένειες που τα γεύματά τους ήταν ξεχωριστή δραστηριότητα (Coon, Goldberg, Rogers & Tucker, 2001).

Η Καναδική Παιδιατρική Εταιρεία συνιστά στις οικογένειες να μειώσουν τις καθιστικές δραστηριότητες, περιορίζοντας την έκθεση σε τηλεόραση, βίντεο και ηλεκτρονικά παιχνίδια. Παροτρύνει επίσης τους γονείς να είναι θετικά πρότυπα για τα παιδιά τους και να επιλέγουν κινητικές δραστηριότητες στις οποίες μπορούν να συμμετέχουν όλα τα μέλη της οικογένειας (Canadian Pediatric Society, 2002).

#### Εντοπισμός, αντιμετώπιση και πρόληψη του προβλήματος της παιδικής παχυσαρκίας

Σύμφωνα με έρευνες υπάρχουν τρεις περίοδοι στην παιδική ηλικία που είναι κρίσιμες για την ανάπτυξη παχυσαρκίας που θα παραμείνει στην ενήλικη ζωή. Η εμβρυϊκή περίοδος, η περίοδος αναστροφής του Δείκτη Μάζας Σώματος (adiposity rebound) και η εφηβεία. Η κατάσταση θρέψης στην εμβρυϊκή ηλικία θεωρείται κρίσιμη για την μετέπειτα ανάπτυξη και την εν γένει υγεία του εμβρύου (Dietz, 1997).

Έτσι η υποθρεψία του εμβρύου, όπως εκφράζεται με το χαμηλό βάρος γέννησης για την ηλικία κύησης, συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών και εγκεφαλικών επεισοδίων, αυξημένη συχνότητα μεταβολικού συνδρόμου, αυξημένο κίνδυνο μη-ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη, αυξημένο κίνδυνο για αρτηριακή υπέρταση, και αυξημένο κίνδυνο για παχυσαρκία στους ενήλικες. Η εφηβεία αποτελεί κρίσιμη ηλικία για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας με κίνδυνο παραμονής στην ενήλικη ζωή. Έτσι έχει βρεθεί ότι όσο ωριμάζει ο παχύσαρκος έφηβος, τόσο περισσότερο αυξάνονται οι πιθανότητες για παραμονή της παχυσαρκίας. Τα δεδομένα είναι αντικρουόμενα όσον αφορά την σχολική ηλικία αφού άλλες μελέτες δίνουν αυξημένες πιθανότητες για παραμονή της παχυσαρκίας του παιδιού και άλλες όχι. Έτσι ο σχετικός κίνδυνος για τις ηλικίες 3-5 ετών υπολογίστηκε σε 4,1 (δηλαδή 4,1 φορές κίνδυνος για

παραμονή της παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή σε σχέση με τα κανονικού βάρους παιδιά), για τις ηλικίες 6-9 ετών σε 10,3, για τις ηλικίες 10-14 ετών σε 28,3 και για τις ηλικίες 15-17 ετών σε 20,3 (Επιφανίου-Σάβα & Σάβας, 2000).

Μια άλλη μελέτη επιβεβαιώνει ότι η παχυσαρκία στην ηλικία των 35 ετών είναι άριστα προβλέψιμη από την παχυσαρκία του ατόμου στην ηλικία των 18 ετών, καλά στην ηλικία των 13 ετών και μέτρια στις ηλικίες κάτω των 13 ετών. Η αναστροφή του δείκτη μάζας σώματος (adiposity rebound) είναι το σημείο όπου η καμπύλη του δείκτη μάζας σώματος μετά από μια αύξηση στην βρεφική ηλικία ακολουθούμενη από μια πτώση στην νηπιακή και προσχολική ηλικία ακολουθείται από την τελική αύξηση. Η ηλικία που παρατηρείται αυτή η αναστροφή είναι γύρω στο 6ο – 7ο έτος ζωής (Επιφανίου-Σάβα & Σάβας, 2000).

Η παιδική παχυσαρκία, πρόβλημα με συνεχώς αυξανόμενη συχνότητα, οφείλει να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά από τον σύγχρονο άνθρωπο, ώστε να αποφευχθούν οι πιθανές άμεσες και απώτερες επιπλοκές της. Η αναγνώριση των παιδιών υψηλού κινδύνου μπορεί να υποβοηθηθεί έχοντας υπ' όψη τις τρεις κρίσιμες περιόδους εμφάνισης της παιδικής παχυσαρκίας, της εμβρυϊκής ηλικίας, της εφηβείας και της ηλικίας εμφάνισης αναστροφής του δείκτη μάζας σώματος (Επιφανίου-Σάβα & Σάβας, 2000).

Η παιδική παχυσαρκία συνοδεύεται επίσης από πλειάδα προβλημάτων, τόσο άμεσες (εκδήλωση στην παιδική ηλικία) όσο και απώτερες (εκδήλωση κατά την ενήλικη ζωή). Υπάρχουν επίσης και οι ψυχοκοινωνικές επιπλοκές της παχυσαρκίας, τουλάχιστον στις έφηβες, όπως η συμπλήρωση λιγότερων χρόνων εκπαίδευσης, αυξημένη συχνότητα φτώχειας και μικρότερα ποσοστά γάμων (Επιφανίου-Σάβα & Σάβας, 2000).

Οι σημαντικότερες επιπλοκές της παιδικής παχυσαρκίας είναι:

Άμεσες Επιπλοκές

- \_ Πρώιμη ήβη
- \_ Πρώιμη εμμηναρχή
- \_ Καθυστέρηση της ήβης
- \_ Γυναικομαστία
- \_ Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
- \_ Μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης
- \_ Υπερτριγλυκεριδαμία
- \_ Χαμηλή HDL-C
- \_ Αρτηριακή Υπέρταση
- \_ Σύνδρομο Άπνοιας στον Ύπνο

Απώτερες επιπλοκές

- \_ Παχυσαρκία
- \_ Αυξημένη θνησιμότητα (όλα τα αίτια)
- \_ Αυξημένη θνησιμότητα (καρδιαγγειακά επεισόδια)
- \_ Μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης
- \_ Καρκίνου παχέος εντέρου
- \_ Αρθρίτιδα

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό στοιχείο είναι ότι πολλές από τις απώτερες επιπλοκές της παιδικής παχυσαρκίας παρατηρούνται ανεξάρτητα από το σωματικό βάρος του ενήλικα και επομένως το στοιχείο αυτό πρέπει να αποτελεί ένα σημαντικό κίνητρο για την έγκαιρη αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας (Επιφανίου-Σάβα & Σάβας, 2000).

Η παχυσαρκία, που αποτελεί έναν από τους τεκμηριωμένους προδιαθεσικούς παράγοντες καρδιαγγειακών νοσημάτων, είναι πρόβλημα με ολοένα αυξανόμενη συχνότητα στους ενήλικες στις αναπτυγμένες χώρες, σε σημείο που να χαρακτηρίζεται ως επιδημία ή κοινωνική μάστιγα (Rosenbaum, Leibel & Hirsch, 1997). Σε μεγάλο βαθμό, για την αύξηση αυτή, ευθύνεται ο σύγχρονος τρόπος ζωής, κυρίως λόγω της μεγάλης τεχνολογικής εξέλιξης που έχει οδηγήσει σε σημαντική ελάττωση της καθημερινής κατανάλωσης ενέργειας. Η συχνότητα της παχυσαρκίας αυξάνεται σταδιακά και στα παιδιά στις αναπτυγμένες χώρες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες για παράδειγμα, παρατηρείται αύξηση της παχυσαρκίας σε παιδιά προσχολικής, σχολικής και εφηβικής ηλικίας τις τελευταίες δεκαετίες. Συγκεκριμένα στη Νέα Υόρκη, σε παιδιά προσχολικής ηλικίας το 10,2% των παιδιών ήταν υπέρβαρα, σε παιδιά σχολικής ηλικίας το 13,7%, σε εφήβους το 11,5% και τέλος σε νεαρούς ενήλικες το 34,9%. Στον Καναδά το ποσοστό των παιδιών σχολικής ηλικίας (9-12 ετών) που ήταν υπέρβαρα ήταν 39,4% (Ogden, Troiano, Briefel, Kuczmarski, Flegal & Johnson, 1997). Τέλος και σε Ευρωπαϊκές χώρες επίσης η συχνότητα της παιδικής παχυσαρκίας αυξάνει σημαντικά σε διάφορες εθνότητες. Στη Μεγάλη Βρετανία για παράδειγμα, το πάχος της δερματικής πτυχής τρικέφαλου αυξήθηκε κατά μέσο όρο 4,5% στα αγόρια και 2,9% στα κορίτσια ανάλογα με την εθνική τους καταγωγή, σε μια δεκαετία (1982-1993) (Johnson-Down, O'Loughlin, Koski & Gray-Donald, 1997). Ένα μείζον πρόβλημα που αφορά το πρόβλημα της παχυσαρκίας είναι η μετέπειτα εξέλιξη της στα παιδιά. Τα παχύσαρκα παιδιά έχουν αυξημένο κίνδυνο για παραμονή της παχυσαρκίας και στην ενήλικη ζωή. Ο κίνδυνος αυτός διπλασιάζεται στα παιδιά παχύσαρκων γονέων. Μία ενδιαφέρουσα μελέτη στη Βρετανία έδειξε ότι ο



κίνδυνος για μετέπειτα παχυσαρκία των παιδιών αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό των παχύσαρκων γονέων αλλά και το βαθμό παχυσαρκίας των γονέων . Στην ηλικία των 5-6 ετών ο δείκτης μάζας σώματος φτάνει φυσιολογικά στο ναδίρ του (adiposity rebound) για να ακολουθήσει η σταδιακή φυσιολογική αύξηση μέχρι την ενήλικη ζωή. Όσο νωρίτερα παρουσιάζεται αυτό το adiposity rebound, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος για παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή, ανεξάρτητα από την κατάσταση των γονέων. Αντίθετα το βάρος γέννησης του παιδιού δεν φαίνεται να επηρεάζει την συχνότητα της παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή ( Σάββας, Τορναρίτης & Επιφανίου-Σάββα, 2000).

Η αυξημένη συχνότητα της παχυσαρκίας και οι επιπτώσεις της, βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες, οριοθετούν την ανάγκη για αποτελεσματική πρόληψη και θεραπεία της. Υπάρχουν όμως σημαντικοί φραγμοί οι οποίοι παρεμποδίζουν την εφαρμογή ικανοποιητικών προγραμμάτων θεραπείας και πρόληψης. Οι φραγμοί αυτοί περιλαμβάνουν τον χρόνο που διαθέτουν οι ειδικοί για την παροχή συμβουλών στην οικογένεια, και την έλλειψη αποτελεσματικών θεραπευτικών πρωτοκόλλων (Dietz & Nelson, 1999).

Ο στόχος για υιοθέτηση υγιεινής διατροφής, σαφώς τίθεται υπέρνω της απώλειας βάρους, δεδομένης της θετικής επίδρασης της τόσο στους ίδιους τους προδιαθεσικούς παράγοντες των καρδιαγγειακών νοσημάτων αλλά πρωτίστως σε αυτή την ίδια τη νοσηρότητα και θνησιμότητα των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Μελέτες έχουν αποδείξει την ασφάλεια τέτοιων διαιτητικών συνηθειών, τόσο στην αύξηση, όσο και στην παροχή των απαραίτητων στοιχείων στα παιδιά (Barlow & Dietz , 1998).

### ***Η υγιεινή των παιδιών***

Οι ειδικοί της υγείας θεωρούν το πλύσιμο των χεριών την πιο αποτελεσματική άμυνα ενάντια στην εξάπλωση των μολυσματικών ασθενειών. Τα σχολεία μπορούν να μειώσουν την εξάπλωση των ασθενειών με το να δίνουν έμφαση στο πλύσιμο των χεριών από νωρίς. Όλοι οι γονείς ξέρουν ότι τα παιδιά αρρωσταίνουν πιο εύκολα από τους μεγάλους. Ειδικά τα παιδιά προσχολικής ηλικίας υποφέρουν από περισσότερες ιώσεις κάθε χρόνο γιατί δεν έχουν αποκτήσει ακόμα αρκετά αντισώματα. Ένας άλλος λόγος που τα κάνει πιο επιρρεπή στις αρρώστιες είναι το ότι συνηθίζουν να βάζουν τα χέρια τους στο στόμα, τη μύτη και τα μάτια πιο συχνά και έτσι εκτίθενται σε μεγαλύτερους κινδύνους μόλυνσης, όταν τα χέρια τους δεν είναι καθαρά. Άλλοι τρόποι μετάδοσης των ασθενειών είναι τα διάφορα παιχνίδια που βάζουν τα παιδιά στο στόμα τους, η επαφή με κατοικίδια

ζώα, ή η χρήση αντικειμένων και σκευών που έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί από άλλους, όπως καπέλα, ρούχα, βούρτσες, κουταλοπήρουνα κ.α (Robertson, 1997).

Έτσι συνιστάται τα παιδιά να πλένουν οπωσδήποτε τα χέρια τους όταν:

- επιστρέφουν από το σχολείο στο σπίτι
- πριν το φαγητό
- μετά το φαγητό, αφού πολλές φορές τρώγοντας μπορεί να βάλουν τα χέρια τους στο στόμα και έτσι να μεταφέρουν μικρόβια
- μετά το παιχνίδι έξω από το σπίτι
- μετά την τουαλέτα
- μετά το φτάρνισμα ή το φύσημα της μύτης ακόμη κι αν έχει χρησιμοποιηθεί χαρτομάντιλο
- μετά την επαφή με κατοικίδια ή άλλα ζώα

Επίσης οι ενήλικες που έρχονται σε επαφή με τα παιδιά πρέπει να πλένουν οπωσδήποτε τα χέρια τους όταν:

- πριν δώσουν κάποιο φάρμακο
- πριν και αφού βοηθήσουν τα παιδιά στην τουαλέτα
- αφού φυσήξουν τη μύτη τους
- πριν και αφού δώσουν πρώτες βοήθειες
- πριν το τάισμα των παιδιών
- κατά την προετοιμασία του φαγητού ( Robertson, 1997).

Τα χέρια είναι το σημείο του σώματος , που λόγω της θερμοκρασίας και της υγρασίας, αλλά και της επαφής με άλλα άτομα και αντικείμενα, αποτελούν το σημείο συγκέντρωσης πολλών μικροβίων. Χέρια λοιπόν που δεν πλένονται συχνά και σωστά μπορούν να μεταδώσουν μικρόβια στον οργανισμό. Έτσι λοιπόν το πλύσιμο των χεριών είναι ο πιο εύκολος, ο πιο απλός και ο πιο φθηνός τρόπος περιορισμού της εξάπλωσης των ασθενειών. Τα παιδιά , αλλά και όσοι φροντίζουν παιδιά πρέπει να μάθουν πότε και πώς να πλένουν τα χέρια τους για το σκοπό αυτό (Kimmel, 1996).

Το γρήγορο ξέπλυμα των χεριών κάτω από το νερό και το σκούπισμά τους από τα ρούχα δεν είναι ο σωστός τρόπος πλυσίματος των χεριών. Χρειάζεται ζεστό νερό για να βρέξουμε τα χέρια, σαπουνί και τρίψιμο για 10-15 δευτερόλεπτα. Το πλύσιμο των χεριών πρέπει να περιλαμβάνει και πλύσιμο του πάνω μέρους του καρπού, του χεριού καθώς και τρίψιμο των νυχιών. Ακολουθεί καλό ξέπλυμα των χεριών και σκούπισμα σε καθαρή



πετσέτα. Έχει αποδειχθεί ότι το σωστό πλύσιμο των χεριών απομακρύνει έως και το 90% των μικροβίων που βρίσκονται στα χέρια μας (Jet, 2003).

Δεν είναι απαραίτητο να χρησιμοποιούνται αντιβακτηριδιακά σαπούνια, αφού τα μικρόβια μπορούν να καταπολεμηθούν και με τον απλό τρόπο πλυσίματος των χεριών. Επιπλέον η χρήση των αντιβακτηριδιακών πρέπει να αποφεύγεται γιατί καταπολεμούνται και μικρόβια που είναι ωφέλιμα για τον οργανισμό (Robertson, 1997).

Στις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατόν να πλυθούν τα χέρια με νερό και σαπούνι καλό είναι να χρησιμοποιούνται υγρά μαντηλάκια, τα οποία δεν είναι βέβαια το ίδια αποτελεσματικά, μπορούν ωστόσο να απομακρύνουν κάποια από τα μικρόβια (Robertson, 1997).

Η προσχολική ηλικία αποτελεί κρίσιμη ηλικία για την εξάπλωση των ασθενειών γιατί:

- η συγκέντρωση πολλών παιδιών σε κλειστούς χώρους τα εκθέτει σε πολλά καινούρια μικρόβια.
- το ανοσοποιητικό τους σύστημα δεν έχει ακόμα τελειοποιηθεί
- δεν είναι ακόμη σε θέση να ελέγξουν απόλυτα το σώμα τους, με αποτέλεσμα να αποτελούν εστία μικροβίων ( μύτη που τρέχει, τουαλέτα κλπ)
- δεν έχουν μάθει ακόμη πώς πρέπει να φροντίζουν την ατομική τους υγιεινή με αποτέλεσμα να μην αποφεύγουν συνήθειες που μπορεί να τα εκθέσουν σε μικρόβια (Kimmel, 1996).

Έρευνες έχουν δείξει ότι παιδαγωγοί προσχολικής ηλικίας που εφάρμοσαν τη διδασκαλία και την πράξη του καλού πλυσίματος των χεριών, μείωσαν τη μετάδοση των ασθενειών μέχρι και 50%. Επίσης φάνηκε ότι η συνεργασία παιδαγωγών, γονέων και παιδιών ως προς την τήρηση των κανόνων υγιεινής μπορεί να προστατεύσει την υγεία όλων, αφού η απόκτηση των υγιεινών συνηθειών από νωρίς μπορούν να διατηρηθούν σε ολόκληρη τη ζωή (Mosma, Day & St Amaud, 1992).

Σε μια ερευνητική προσπάθεια για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα του πλυσίματος των χεριών κατά της εξάπλωσης των ασθενειών, αποδείχτηκε ότι αυτός είναι όντως ένας αποτελεσματικός τρόπος μείωσης της εξάπλωσής τους. Άρα με το συχνό πλύσιμο των χεριών μπορούν τα παιδιά να προστατευθούν από αρρώστιες και να περιοριστεί η εξάπλωσή τους στο σχολείο (Niffenegger, 1997).

Στη συγκεκριμένη ηλικία το καθάρισμα των δοντιών επιτυγχάνεται με τη χρήση της οδοντόβουρτσας, την οποία πρέπει να διαθέτει κάθε παιδί από την ηλικία των δύο ετών. Το καθάρισμα των δοντιών δεν είναι αποτελεσματικό χωρίς γονική επίβλεψη πριν

από την ηλικία των 8 ετών. Έτσι οι γονείς θα πρέπει να επιβλέπουν το καθημερινό βούρτσισμα τουλάχιστον πριν τον ύπνο, που θεωρείται απαραίτητο, λόγω της αλλαγής της ποσότητας και της σύστασης του σάλιου που εκκρίνεται. Κανονικά τα δόντια θα πρέπει να βουρτσίζονται μετά από κάθε γεύμα και να μη χορηγούνται υγρά ή τροφές μετά από το βραδινό καθάρισμα. Τα παιδιά θα πρέπει να διδάσκονται να ξεπλένουν με νερό 3-4 φορές τη μέρα τα δόντια τους όταν το συχνό βούρτσισμα δεν προσφέρεται τακτικά. Οι ηλικίες με τη μεγαλύτερη συχνότητα τερηδόνας είναι για την προσωρινή οδοντοστοιχία 4-8 χρόνια και για τη μόνιμη 12-18 χρόνια (Χρυσανθόπουλος, 1999).

Ο καλύτερος τρόπος για την προστασία των δοντιών είναι να του δοθεί νωρίς η κατάλληλη εκπαίδευση, ώστε να μάθει να τα φροντίζει. Έτσι γρήγορα θα υιοθετήσει καλές οδοντοστοματικές συνήθειες ως μέρος της καθημερινής του ρουτίνας. Είναι σημαντικό κατά το βούρτσισμα να απομακρύνεται η οδοντική πλάκα, δηλαδή τα μαλακά και κολλώδη ιζήματα που εναποτίθενται πάνω στα δόντια και προκαλούν την τερηδόνα. Η βούρτσα των δοντιών πρέπει να είναι μαλακή και η ποσότητα οδοντόπαστας μικρή, λόγω της αναπόφευκτης κατάποσης (Παπαδάτος, 2000).

Εκτός από το τακτικό βούρτσισμα, καθοριστική σημασία θα παίξει και το είδος των τροφών που καταναλώνει το παιδί. Ο μεγαλύτερος εχθρός της υγείας των δοντιών είναι η ζάχαρη. Τροφές όπως οι καραμέλες, οι τσίχλες και τα αποξηραμένα φρούτα που μένουν στο στόμα και εναποθέτουν τη ζάχαρή τους πάνω στα δόντια μπορούν να προκαλέσουν τη μεγαλύτερη ζημιά (Παπαδάτος, 2000).

Η διατροφή λοιπόν σχετίζεται άμεσα με τη στοματική υγεία. Το υπ' αριθμόν ένα πρόβλημα των δοντιών για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι η τερηδόνα. Στην ηλικία των δύο ετών το 8% περίπου των παιδιών έχουν ήδη ένα ή περισσότερα χαλασμένα δόντια και το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 60% περίπου στην ηλικία των τριών ετών (Παπαδάτος, 2000). Οι παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη της τερηδόνας στην προσχολική ηλικία είναι, η έλλειψη φθορίου, του οποίου κύρια πηγή είναι το νερό της βρύσης, τα γλυκίσματα, τα φάρμακα και η χορήγηση υγρών (γάλα, χυμοί) πριν τον ύπνο με το πιπιπερό (Χρυσανθόπουλος 1999).

Έρευνα που διεξήχθη στον Καναδά έδειξε ότι μόνο ένα στα 5 παιδιά έχει υποβληθεί σε προληπτικό έλεγχο των δοντιών μέχρι τα είκοσί του χρόνια. Αυτή η ελλιπής φροντίδα αποτελεί ένα μεγάλο πρόβλημα υγείας του πληθυσμού. Η Αμερικανική Εταιρία Παιδικής Οδοντιατρικής συνιστά οι προληπτικές ενέργειες για την υγεία των δοντιών να ξεκινάνε τον πρώτο χρόνο της ζωής και να επαναλαμβάνονται κάθε έξι μήνες (Beaudry, 2002).

Για το λόγο αυτό και επειδή τα παιδιά χαμηλών κοινωνικοοικονομικών επιπέδων στις ΗΠΑ έχουν περιορισμένες δυνατότητες να επισκέπτονται τους οδοντιάτρους υπάρχουν ειδικά προγράμματα που παρέχουν τη δυνατότητα στα παιδιά αυτά να έχουν τις οδοντιατρικές υπηρεσίες που χρειάζονται καθώς και προληπτικούς ελέγχους. Όμως φαίνεται ότι η ανταπόκριση σ' αυτές τις παροχές δεν είναι μεγάλη, με αποτέλεσμα η κακή στοματική υγιεινή να αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία (Grembowski & Milgrom, 2000).

Η τερηδόνα αποτελεί μια κοινή παιδική ασθένεια, περίπου το 19% των παιδιών ηλικίας 2-5 ετών και το 52% των παιδιών ηλικίας 5-9 ετών έχουν υποστεί τερηδόνα (Edelstein , 1998). Τα παιδιά δε των μειονοτήτων και των χαμηλών οικονομικών επιπέδων έχουν ένα μεγαλύτερο ποσοστό τερηδόνας σε σύγκριση με τα υπόλοιπα παιδιά (Vargas, Crall & Schneider, 1998). Ενώ η τερηδόνα που δεν θεραπεύεται στην πρόωμη οδοντοστοιχία μπορεί να οδηγήσει και σε προβλήματα στην μόνιμη οδοντοστοιχία.

Παρόλο που η πρώτη επίσκεψη στον οδοντίατρο πρέπει να γίνεται περίπου στην ηλικία του ενός έτους, μόνο το 36% των παιδιών ηλικίας 2-4 ετών, είχαν στο παρελθόν επισκεφθεί τον οδοντίατρο. Γι' αυτό και οι παιδίατροι που ελέγχουν την υγεία των παιδιών τα πρώτα χρόνια της ζωής τους πρέπει να αναλάβουν το ρόλο αυτό, ειδικά για τα πολύ μικρά και φτωγά παιδιά (Vargas, Crall & Schneider, 1998).

Ο αριθμός των επικίνδυνων ενδείξεων για τερηδόνα είναι μεγάλος και βοηθούν ιδιαίτερα την οδοντιατρική πρακτική. Οι πιο συνηθισμένες για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι η παρουσία βλαβών από την τερηδόνα, η παρουσία πλάκας, και η αλλαγή χρώματος των δοντιών ή η εμφάνιση κηλίδων (Bethesda , 2001).



## ΜΕΘΟΔΟΣ

### *Δείγμα*

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 240 παιδιά που φοιτούσαν σε 13 παιδικούς σταθμούς της Θεσσαλονίκης και οι γονείς τους. Το δείγμα επιλέχθηκε με στρωσιγενή δειγματοληψία ανάλογα με τον τόπο κατοικίας και το φορέα στον οποίο ανήκαν οι παιδικοί σταθμοί, επιλέχθηκαν πέντε δημόσιοι παιδικοί σταθμοί από την ανατολική, τρεις δημόσιοι από τη δυτική Θεσσαλονίκη, και δυο δημόσιοι και τρεις ιδιωτικοί από τα περίχωρα. Το σύνολο των παιδιών που επιλέχθηκαν να συμμετάσχουν ήταν 258 παιδιά (134 αγόρια, 124 κορίτσια) με μέσο όρο ηλικίας  $4.3 \pm 0.6$  έτη. Το τελικό σύνολο των γονέων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ήταν 190, ενώ των παιδιών που αξιολογήθηκαν ήταν 240 παιδιά (122 αγόρια, 118 κορίτσια), λόγω της απουσίας ορισμένων παιδιών τη χρονική περίοδο της αξιολόγησης.

### *Περιγραφή των οργάνων μέτρησης*

Για τους σκοπούς της έρευνας κατασκευάστηκε ένα ερωτηματολόγιο υγιεινών συνηθειών που απευθυνόταν στους γονείς των συγκεκριμένων παιδιών και περιείχε ερωτήσεις για τις συνήθειες των παιδιών τους και ένα πρωτόκολλο αξιολόγησης για τα παιδιά με εικόνες.

### *Πιλοτική έρευνα ανάπτυξης ερωτηματολογίου υγιεινών συνηθειών*

#### *Δείγμα πιλοτικής έρευνας*

Στην έρευνα συμμετείχαν 110 γονείς απαντώντας σε ερωτήσεις που αφορούσαν στα παιδιά τους. Από τα παιδιά 52 ήταν αγόρια ηλικίας  $4.5 \pm 0.4$  έτη και 58 κορίτσια ηλικίας  $4.4 \pm 0.7$  έτη. Από τους γονείς ζητήθηκε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο υγιεινών συνηθειών. Έτσι επιλέχθηκαν τρεις παιδικοί σταθμοί της Θεσσαλονίκης, εκ των οποίων ένας ιδιωτικός παιδικός σταθμός της δυτικής Θεσσαλονίκης, ένας δημόσιος παιδικός σταθμός της ανατολικής Θεσσαλονίκης και ένας ιδιωτικός παιδικός σταθμός της κεντρικής Θεσσαλονίκης. Το δείγμα επιλέχθηκε με στρωσιγενή δειγματοληψία ανάλογα με τον τόπο κατοικίας και το φορέα στον οποίο ανήκαν οι παιδικοί σταθμοί.

### *Διαδικασία μέτρησης πιλοτικής έρευνας*

Για την κατασκευή του οργάνου που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των υγιεινών συνηθειών των παιδιών ακολουθήθηκε η παρακάτω διαδικασία. Τρεις παράγοντες επιλέχθηκαν, της διατροφής, της φυσικής δραστηριότητας και της υγιεινής, με βάση τα όσα αναπτύχθηκαν στην εισαγωγή. Μετά την επιλογή των παραγόντων επρόκειτο να χρησιμοποιηθούν στο ερωτηματολόγιο, δόθηκαν ανοιχτού τύπου ερωτήσεις σε 10 ειδικούς στις υγιεινές συνήθειες με εμπειρία από 10 έως 26 χρόνια. Οι ερωτήσεις αφορούσαν στη γνώμη των επιστημόνων για το ποιες ερωτήσεις θα αξιολογούσαν πληρέστερα τον κάθε παράγοντα. Με βάση τις ερωτήσεις που προτάθηκαν από τους 10 επιστήμονες και από άλλες παρεμφερείς έρευνες, η υπεύθυνη για την κατασκευή του ερωτηματολογίου διάλεξε ερωτήσεις ή δημιούργησε καινούργιες που να αναφέρονται στους παράγοντες οι οποίοι επιλέχθηκαν. Μετά από τη διαγραφή παρόμοιων ερωτήσεων και την αναπροσαρμογή κάποιων δυσνόητων διατυπώσεων, στο ερωτηματολόγιο παρέμειναν 30 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούσαν σε τρεις παράγοντες υγιεινών συνηθειών. Οι 30 ερωτήσεις δόθηκαν σε επτά ειδικούς, εκ των οποίων ένας ήταν αναπληρωτής καθηγητής, ένας λέκτορας, δύο διδάκτορες και τρεις υποψήφιοι διδάκτορες, όλοι τους με εκπαιδευτική εμπειρία από 7 έως 14 έτη. Σε αυτούς δόθηκαν οι παράγοντες που υποτίθεται ότι σχημάτιζαν το ερωτηματολόγιο και ζητήθηκε να τοποθετήσουν κάθε ερώτηση σε έναν από τους παράγοντες που τους δόθηκαν (Παράρτημα Α). Μετά από αυτή τη διαδικασία αφαιρέθηκαν οκτώ ερωτήσεις που κατά τη γνώμη της παραπάνω ομάδας δεν αντιστοιχούσαν σε κανένα παράγοντα ή θεωρήθηκε ότι αντιστοιχούν σε άλλο παράγοντα από αυτόν που αρχικά αναφερόταν. Οι 22 ερωτήσεις που απέμειναν (Παράρτημα Β) σχημάτισαν το τελικό ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο ονομάστηκε ερωτηματολόγιο υγιεινών συνηθειών και εξετάστηκε η εσωτερική συνοχή των παραγόντων και η εγκυρότητα του στην παρούσα εργασία.

Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου περιελάμβανε τρία μέρη, τη διατροφή, την υγιεινή και τη φυσική δραστηριότητα και αποτελούνταν από 22 ερωτήσεις.

Οι πρώτες 9 ερωτήσεις αφορούσαν το πρώτο μέρος της διατροφής και διαμορφώθηκαν με βάση τις συστάσεις της μεσογειακής διατροφής και της διατροφικής πυραμίδας. Έτσι οι τροφές χωρίστηκαν σε 7 ομάδες τροφίμων: του κρέατος, των οσπρίων, των λαχανικών, των φρούτων, των δημητριακών, των γαλακτοκομικών και των γλυκών, ενώ δύο ερωτήσεις αφορούσαν την κατανάλωση αναψυκτικών και νερού. Οι ερωτήσεις αναφερόταν στη συνήθη ημερήσια ή εβδομαδιαία λήψη των τροφών αυτών από τα παιδιά.

Σύμφωνα με τις συστάσεις της διατροφικής πυραμίδας τα παιδιά 2-6 ετών χρειάζονται 6 μερίδες δημητριακών την ημέρα, 3 μερίδες λαχανικών, 3 μερίδες φρούτων ή φυσικών χυμών, 3 μερίδες γαλακτοκομικών, τέσσερις φορές την εβδομάδα κρέας, κοτόπουλο, ψάρι, δύο φορές την εβδομάδα όσπρια και σπάνια λήψη ζάχαρης και λιπών. Η κατανάλωση αναψυκτικών θεωρείται απαγορευτική γι' αυτή την ηλικία, ενώ η λήψη της απαραίτητης ποσότητας νερού θεωρείται απαραίτητη για την καλή λειτουργία του οργανισμού (NIDDK, 2004).

Οι επόμενες 5 ερωτήσεις αφορούσαν το δεύτερο μέρος των κανόνων υγιεινής και περιελάμβαναν ερωτήσεις σχετικά με τις συνήθειες των παιδιών για το πλύσιμο των χεριών, το βούρτσισμα των δοντιών, την υγιεινή των τροφίμων, το μάσημα της τροφής και την αποφυγή χρήσης ξένων ατομικών αντικειμένων από τα παιδιά. Η τήρηση των κανόνων υγιεινής θεωρείται απαραίτητη για τη διαφύλαξη της υγείας (Robertson, 1997).

Οι τελευταίες 8 ερωτήσεις αφορούσαν το τρίτο μέρος της φυσικής δραστηριότητας και περιελάμβαναν ερωτήσεις όπως την κατανάλωση σνακ κατά την παρακολούθηση τηλεόρασης, την ενασχόληση των παιδιών με ηλεκτρονικά παιχνίδια, τη συχνότητα παρακολούθησης τηλεοπτικών προγραμμάτων από τα παιδιά, το παιχνίδι τους έξω από το σπίτι, τη συμμετοχή των παιδιών στα κινητικά παιχνίδια των παιδιών τους, τα κινητικά παιχνίδια των παιδιών εντός του σπιτιού και τέλος την ενασχόληση των παιδιών με κινητικά παιχνίδια που απαιτούν έντονη κίνηση-δράση. Οι καθιστικές και κινητικές δραστηριότητες των παιδιών έχει διαπιστωθεί ότι σχετίζονται άμεσα με το βάρος και κατά συνέπεια με την υγεία των παιδιών (NIDDK, 2004).

Οι απαντήσεις που καλούνταν να επιλέξουν οι γονείς ήταν κλειστού τύπου και είχαν τη μορφή πενταβάθμιας κλίμακας ( ποτέ, σπάνια, συχνά, πολύ συχνά, πάντα ). Σε μερικές περιπτώσεις οι απαντήσεις διαφοροποιούνταν ειδικά όταν γινόταν λόγος για τις συνήθειες των παιδιών μέσα στην εβδομάδα ( ποτέ, σπάνια (1,2 φορές την εβδομάδα), συχνά ( 3-4 φορές την εβδομάδα), πολύ συχνά ( 5-6 φορές την εβδομάδα), καθημερινά).

Η αξιολόγηση των απαντήσεων έγινε με κατώτερη βαθμολογία το ένα για τη χειρότερη απάντηση και με μια διαβάθμιση μέχρι το πέντε που ήταν η ανώτερη βαθμολογία για την καταλληλότερη απάντηση.

### ***Αποτελέσματα πιλοτικής έρευνας***

Ο αριθμός των παραγόντων που πρέπει να διατηρηθούν σε κάθε παραγοντική ανάλυση είναι ζωτικής σημασίας. Για τον καθορισμό τους έχουν προταθεί διάφορες



μέθοδοι. Ο πιο διαδεδομένος τρόπος είναι με βάση τις ιδιοτιμές των παραγόντων. Διατηρούνται δηλαδή τόσοι παράγοντες, όσων οι ιδιοτιμές είναι μεγαλύτερες της μονάδας (eigenvalues > 1.0). Μία άλλη μέθοδος είναι μέσω του γραφήματος του Scree-plot. Στη μέθοδο αυτή οι παράγοντες καθορίζονται μέσω της οπτικής εξέτασης ενός γραφήματος (Cattell, 1966). Για να καθοριστεί ο αριθμός των παραγόντων του ερωτηματολογίου έγινε παραγοντική ανάλυση κυρίων συνιστωσών χωρίς περιστροφή (Principal Component analysis). Η ανάλυση έδειξε ότι τρεις παράγοντες είχαν ιδιοτιμές μεγαλύτερες της μονάδας, ενώ και το γράφημα του Scree-plot συνηγορούσε για διατήρηση τριών παραγόντων. Κατόπιν έγινε παραγοντική ανάλυση και με ορθογώνια (varimax) αλλά και με πλάγια (oblimin) περιστροφή ώστε να εξεταστεί η δομή των παραγόντων του ερωτηματολογίου. Οι δύο αναλύσεις έδωσαν παρεμφερή αποτελέσματα.

**Πίνακας 1.** Συσχετίσεις παραγόντων

Παράγοντες	1	2	3
<b>Διατροφή</b>	1.0		
Υγιεινές συνήθειες	.28*	1.0	
Φυσική δραστηριότητα	.17*	.19*	1.0

\* σημαντικότητα συσχέτισης σε επίπεδο 0.05.

Ο πίνακας 1 δείχνει ότι οι παράγοντες είχαν χαμηλή συσχέτιση και έτσι αποφασίστηκε η παρουσίαση των αποτελεσμάτων με ορθογώνια περιστροφή (Tabachnick & Fidell, 1996). Η ανάλυση έδειξε ότι οι τρεις παράγοντες εξηγούν το 63.2% της διακύμανσης (KMO=.63, Bartlett's Test of Sphericity = 3368.48,  $p < .001$ ). Ο συντελεστής  $\alpha$  του Cronbach για τον παράγοντα «Διατροφή» (9 ερωτήσεις) ήταν .85, για τον παράγοντα «Υγιεινές συνήθειες» (6 ερωτήσεις) ήταν .90 και για τον παράγοντα «Φυσική δραστηριότητα» (7 ερωτήσεις) ήταν .94. Οι φορτίσεις των ερωτήσεων στους παράγοντες παρουσιάζονται στον πίνακα 2 (φορτίσεις μικρότερες του .30 δεν αναφέρονται).

**Πίνακας 2.** Παράγοντες του ερωτηματολογίου (φορτίσεις <.30 παραλείπονται)

	παράγοντες		
	1	2	3
Παράγοντας 1 – Διατροφή			
nutrition6	.862		
nutrition8	.847		

nutrition7	.812		
nutrition4	.802		
nutrition5	.772		
nutrition1	.633		
nutrition2	.623		
nutrition3	.459		
nutrition9	.450		
Παράγοντας 2 – Υγιεινές συνήθειες			
healthyhabits3		.902	
healthyhabits1		.891	
healthyhabits5		.724	
healthyhabits4		.698	
healthyhabits2		.692	
healthyhabits6		.567	
Παράγοντας 3 – Φυσική δραστηριότητα			
physactiv6		.923	
physactiv4		.898	
physactiv5		.851	
physactiv3		.653	
physactiv1		.598	
physactiv2		.521	
physactiv7		.445	
Ιδιοτιμές παραγόντων	2.318	2.055	1.607
Ποσοστό εξήγησης κατανομής	44.58%	11.85%	6.77%

Η παραγοντική ανάλυση επιβεβαίωσε την ύπαρξη των τριών παραγόντων του ερωτηματολογίου, με συνολικό αριθμό ερωτήσεων 22.

### *Ανάπτυξη Πρωτοκόλλου αξιολόγησης παιδιών*

Για την αξιολόγηση των παιδιών κατασκευάστηκε πρωτότυπο πρωτόκολλο αξιολόγησης με σύμβολα και εικόνες ειδικά σχεδιασμένο για παιδιά. Αυτός ο τρόπος αξιολόγησης προτείνεται από τα περισσότερα τεστ αξιολόγησης γι' αυτή την ηλικία, για παράδειγμα The Peabody Picture Vocabulary test III, (Dunn & Dunn 1997), The Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI, Slate & Jones, 1997). Οι εικόνες επιλέχθηκαν από παιδική εγκυκλοπαίδεια (Beaumont, 2000) και ήταν χωρισμένες σε τρεις κατηγορίες. Απεικόνιζαν τις πιο αντιπροσωπευτικές συνήθειες των παιδιών αυτής της ηλικίας για τον παράγοντα διατροφή, τον παράγοντα φυσική δραστηριότητα και τον

παράγοντα κανόνες υγιεινής (NIDDK, Weight-control Information Network, 2004), θέματα για τα οποία τα παιδιά είχαν ενημερωθεί κατά τη διάρκεια της φοίτησής τους στον παιδικό σταθμό, αφού το πρόγραμμά τους περιελάμβανε κάποια μαθήματα αγωγής υγείας από την αρχή της σχολικής χρονιάς. Το πρωτόκολλο αποτελούνταν από 15 καρτέλες υγιεινών και ανθυγιεινών συνηθειών, τις οποίες έπρεπε να τοποθετήσουν πάνω σε δύο ταμπλό αντίστοιχα. Ο αριθμός των υγιεινών συνηθειών ήταν κατά μια καρτέλα μεγαλύτερος, κι αυτό γιατί ο αριθμός των καρτελών στο σύνολό τους δεν θα έπρεπε να είναι μεγάλος, για να μην προκαλέσει κόπωση στα παιδιά. Επίσης η ανισότητα στον αριθμό των επιλογών αποτρέπει την τοποθέτηση των καρτελών με βάση τον αριθμό τους, δηλαδή τρεις καρτέλες στο ένα ταμπλό και τρεις στο άλλο. Στο ταμπλό με σύμβολο το χαμογελαστό προσωπάκι αντιστοιχούσαν οι υγιεινές συνήθειες και σ' εκείνο με σύμβολο το θλιμμένο προσωπάκι οι ανθυγιεινές. Από τις πέντε καρτέλες που αφορούσαν στη διατροφή οι τρεις απεικόνιζαν υγιεινές τροφές (γάλα, ψάρι, φρούτα) και οι δύο ανθυγιεινές (γλυκά, παγωτό). Η επιλογή αυτή βασίστηκε στις προδιαγραφές της πυραμίδας της Μεσογειακής Διατροφής, η οποία κατατάσσει τα γλυκά και τα λίπη στις τροφές που πρέπει να καταναλώνονται σπάνια. Τα ζαχαρωτά είναι από τις πιο συνήθεις αγαπημένες τροφές των παιδιών και σε συνδυασμό με την περιεκτικότητά τους σε θερμίδες και τη βλάβη που προκαλούν στα δόντια είναι από τις πιο ανθυγιεινές τροφές (NIDDK, Weight-control Information Network, 2004). Από τις πέντε καρτέλες που αφορούσαν στη φυσική δραστηριότητα, οι τρεις απεικόνιζαν κινητικές δραστηριότητες (μπάλα, σχοινάκι, ποδήλατο) και οι δύο καθιστικές (ηλεκτρονικά παιχνίδια, τηλεόραση), οι οποίες θεωρούνται ότι συμπεριλαμβάνονται στα παιχνίδια των παιδιών αυτής της ηλικίας. Τέλος από τις πέντε καρτέλες που αφορούσαν στους κανόνες υγιεινής, οι τρεις απεικόνιζαν υγιεινές συνήθειες (καθαριότητα σώματος, βούρτσισμα δοντιών, φαγητό στο τραπέζι) και οι δύο ανθυγιεινές (βιαστική κατάποση, βρώμικα χέρια).

### *Διαδικασία μέτρησης*

Η αξιολόγηση των παιδιών έγινε από την παιδαγωγό τους που θεωρείται το πιο οικείο πρόσωπο γι' αυτά. Για να αποφευχθούν τυχόν παρανοήσεις των εικόνων από τα παιδιά η κάθε παιδαγωγός παρουσίασε αρχικά τις καρτέλες εξηγώντας και συζητώντας με τα παιδιά τι ακριβώς απεικονίζουν, χωρίς περαιτέρω σχόλια για το ποιες συνήθειες θεωρούνται υγιεινές ή ανθυγιεινές. Στη συνέχεια η παιδαγωγός αξιολογούσε ένα - ένα τα παιδιά σε έναν ιδιαίτερο χώρο, ώστε να μην επηρεάζεται το ένα από τις απαντήσεις του άλλου. Η οδηγία που δινόταν σε όλα τα παιδιά ήταν ίδια και τους ζητούσε να

τοποθετήσουν αυτά που πρέπει να κάνουμε στο χαμογελαστό προσωπάκι κι αυτά που δεν πρέπει στο θλιμμένο. Οι απαντήσεις των παιδιών δεν επιτρεπόταν να διορθωθούν από την παιδαγωγό. Ο χρόνος που είχε στη διάθεσή του το κάθε παιδί ήταν τόσος όσος του χρειαζόταν για να τοποθετήσει όλες τις καρτέλες. Οι καρτέλες δινόταν στα παιδιά για να τις τοποθετήσουν σε τρεις φάσεις: πρώτα δινόταν οι πέντε καρτέλες της διατροφής, στη συνέχεια οι πέντε της φυσικής δραστηριότητας και τέλος οι πέντε των κανόνων υγιεινής. Η συλλογή των δεδομένων έγινε το μήνα Μάρτιο σε χρονικό διάστημα μιας εβδομάδας και ταυτόχρονα σε όλους τους παιδικούς σταθμούς.

Η διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας ήταν η εξής, μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια των γονέων από τις παιδαγωγούς των παιδικών σταθμών και συγκεντρώθηκαν συμπληρωμένα σε διάστημα μιας εβδομάδας. Παράλληλα συμπληρώθηκαν και τα ερωτηματολόγια των παιδιών .

### ***Στατιστική ανάλυση***

Η στατιστική ανάλυση που χρησιμοποιήθηκε για το ερωτηματολόγιο υγιεινών συνηθειών των παιδιών που απευθυνόταν στους γονείς ήταν περιγραφική ανάλυση συχνοτήτων.

Η στατιστική ανάλυση που χρησιμοποιήθηκε για το πρωτόκολλο αξιολόγησης των παιδιών ήταν περιγραφική ανάλυση συχνοτήτων και εφαρμογή του μη παραμετρικού τεστ Mann-Whitney U, για τη διερεύνηση των διαφορών ανάμεσα στα δύο φύλα.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### *Αποτελέσματα ερωτηματολογίου γονέων*

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, σχετικά με τον παράγοντα της διατροφής, φάνηκε ότι μόνο το 22% των παιδιών τρώει περισσότερες από τρεις φορές την εβδομάδα τροφές από την ομάδα του κρέατος, γεγονός που προτείνεται από την διατροφική πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής. Ωστόσο ένα ικανοποιητικό ποσοστό 38,7% τρώει τροφές από την ομάδα του κρέατος τρεις φορές την εβδομάδα, γεγονός που θεωρείται ότι μπορεί να καλύψει ουσιαστικές ανάγκες του παιδιού. Στην ομάδα των οσπρίων μόνο ένα ποσοστό 24, 5% των παιδιών τρώει δύο φορές την εβδομάδα, όπως συνιστάται , ενώ μία φορά την εβδομάδα τρώει ένα ποσοστό 58,9%. Σοβαρές ελλείψεις διαπιστώνονται στην ομάδα των λαχανικών, όπου ένα πολύ μικρό ποσοστό των παιδιών 3,1 %, τρώει λαχανικά καθημερινά, όπως συνιστάται. Στην ομάδα των δημητριακών τα παιδιά παίρνουν τις ποσότητες που απαιτούνται αφού, ένα ποσοστό 18, 8% τρώει δημητριακά τρεις φορές την ημέρα και ένα ποσοστό 19,8% τρώει περισσότερες , γεγονός που συνιστάται από τη μεσογειακή διατροφή. Σχετικά με τα φρούτα το 49,5% τρώει μία φορά την ημέρα, ενώ οι προδιαγραφές της μεσογειακής διατροφής συνιστούν τουλάχιστον δύο συμπεριλαμβανομένων και των φυσικών χυμών που παρασκευάζονται στο σπίτι. Το ποσοστό που αφορά την ομάδα των γαλακτοκομικών είναι ικανοποιητικό, αφού το 37% καταναλώνει γαλακτοκομικά προϊόντα τρεις φορές την ημέρα και το 25,5% περισσότερες. Όσον αφορά τα γλυκά ένα ποσοστό 56,3% καταναλώνει γλυκά μία φορά την ημέρα, ενώ συνιστάται να τα τρώνε τα παιδιά σπάνια. Στα αναψυκτικά μόνο ένα ποσοστό της τάξεως του 51,1% δεν καταναλώνει αναψυκτικά, όπως συνιστάται. Τέλος σχετικά με το νερό τα ποσοστά είναι ικανοποιητικά, αφού ένα ποσοστό 42, 7% πίνουν περισσότερα από τρία ποτήρια νερό την ημέρα, ενώ 28, 6% πίνει τρία ποτήρια την ημέρα. Η συχνότητα κατανάλωσης των τροφών από τα παιδιά παρουσιάζεται στον πίνακα 3 και στον πίνακα 4.



**Πίνακας 3:** Συχνότητα κατανάλωσης τροφών από τα παιδιά σε εβδομαδιαία βάση σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονέων.

	Συχνότητα κατανάλωσης τροφών					
	Καμία φορά την εβδομάδα	Μία Φορά την εβδομάδα	Δύο Φορές την εβδομάδα	Τρεις Φορές την εβδομάδα	Περισσότερες Φορές την εβδομάδα	Σύνολο
<b>Τροφές</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Κρέας	1,6	12,6	25,1	38,7	22,0	100
Όσπρια	9,4	58,9	24,5	6,7	0,5	100
Λαχανικά	7,3	53,6	27,1	8,9	3,1	100

**Πίνακας 4 :** Συχνότητα κατανάλωσης τροφών σε ημερήσια βάση σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονέων.

	Συχνότητα κατανάλωσης τροφών					
	Καμία φορά την ημέρα	Μία φορά την ημέρα	Δύο φορές την ημέρα	Τρεις φορές την ημέρα	Περισσότερες Φορές την ημέρα	Σύνολο
<b>Τροφές</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Δημητριακά	0	26,5	34,9	18,8	19,8	100
Φρούτα	6,3	49,5	23,4	9,4	11,4	100
Γαλακτοκομικά	0	7,8	29,7	37,0	25,5	100
Γλυκά	11,5	56,3	19,8	8,3	4,1	100
Αναψυκτικά	51,1	38,0	5,2	3,1	2,6	100
Νερό	1,1	6,8	20,8	28,6	42,7	100

Όσον αφορά το δεύτερο παράγοντα των κανόνων υγιεινής , από την ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε ότι τα παιδιά, μόνο σε ένα ποσοστό 37% πλένουν τα χέρια τους πάντα μετά την τουαλέτα ή πριν το φαγητό, γεγονός που θεωρείται απαραίτητο για τη διαφύλαξη της υγείας όλων των παιδιών. Ελλείψεις διαπιστώνονται επίσης και στο βούρτσισμα των δοντιών αφού μόνο ένα ποσοστό 20% βουρτσίζει πάντα τα δόντια του

τουλάχιστον το βράδυ πριν τον ύπνο. Όσον αφορά την υγιεινή των τροφίμων φάνηκε ότι τα παιδιά σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό 67,7% φροντίζουν πάντα να πλύνουν ένα φρούτο πριν το φάνε. Σχετικά με τη μάσηση της τροφής φάνηκε ότι οι γονείς συχνά χρειάζεται να συμβουλεύουν τα παιδιά τους να μασούν πιο αργά σε ποσοστό 19,9%, πολύ συχνά σε ποσοστό 22% και πάντα σε ποσοστό 22,5%, γεγονός που αποδεικνύει ότι τα παιδιά δεν γνωρίζουν ότι πρέπει να μασάνε σωστά. Σχετικά με την αποφυγή χρήσης προσωπικών σκευών ή αντικειμένων άλλων ατόμων φαίνεται ότι ένα ικανοποιητικό ποσοστό 66,9% των παιδιών το εφαρμόζει πάντα. Η συχνότητα τήρησης των κανόνων υγιεινής παρουσιάζεται στον πίνακα 5.

**Πίνακας 5:** Ποσοστά τήρησης των κανόνων υγιεινής από τα παιδιά σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονέων.

	Συχνότητα τήρησης των κανόνων υγιεινής					
	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ συχνά	Πάντα	Σύνολο
Υγιεινή	%	%	%	%	%	%
Πλύσιμο χεριών	1,6	10,9	26,5	24,0	37,0	100
Βούρτσισμα δοντιών	8,4	22,6	26,3	22,7	20,0	100
Πλύσιμο φρούτων	11,3	8,1	8,6	4,8	67,7	100
Μάσηση τροφής	20,4	15,2	19,9	22,0	22,5	100
Προσωπικά σκεύη	6,8	8,4	6,3	11,6	66,9	100
Κατανάλωση Σνακ & TV	35,9	47,9	13,5	2,7	0	100

Σχετικά με τον τρίτο παράγοντα της φυσικής δραστηριότητας, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε ότι τα παιδιά σε ένα ποσοστό 47,9% σπάνια συνδυάζουν την παρακολούθηση τηλεόρασης με την κατανάλωση σνακ, γεγονός που όταν συμβαίνει αποτελεί σημαντικό παράγοντα αύξησης του βάρους, εφόσον συνδυάζεται η καθιστική δραστηριότητα με ανθυγιεινή συνήθως τροφή. Όσον αφορά την ενασχόληση με ηλεκτρονικά παιχνίδια ένα πολύ μεγάλο ποσοστό 70,2% δεν ασχολείται ποτέ ενώ στην παρακολούθηση τηλεόρασης το 52,9% των παιδιών παρακολουθεί καθημερινά, οι καθιστικές αυτές δραστηριότητες όταν έχουν μεγάλη διάρκεια και αντικαθιστούν τις κινητικές μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα αύξησης βάρους. Τα ποσοστά των παιδιών που παίζουν καθημερινά έξω από το σπίτι είναι 9% και πολύ συχνά 13,3%, γεγονός που

εμποδίζει τα παιδιά να είναι φυσικά δραστήρια και αυξάνει την πιθανότητα αύξησης του βάρους τους. Χαμηλά είναι επίσης τα ποσοστά των γονέων που μοιράζονται κινητικές δραστηριότητες με τα παιδιά τους καθημερινά 10,2% και πολύ συχνά 20,4%. Παρήγορο είναι ότι ένα ποσοστό 50,6% των παιδιών απασχολείται με κινητικές δραστηριότητες εντός σπιτιού καθημερινά. Φάνηκε επίσης ότι τα παιδιά σπάνια διαθέτουν παιχνίδια που ενισχύουν τη φυσική τους δραστηριότητα σε ποσοστό 30,7%. Ενώ φαίνεται ότι η τάση των παιδιών να δημιουργούν παιχνίδια που εμπεριέχουν κίνηση δράση βρίσκεται σε ικανοποιητικά ποσοστά αφού ένα ποσοστό 35,6% το επιχειρεί πολύ συχνά και ένα ποσοστό 28,7% καθημερινά. Τα ποσοστά κινητικών και καθιστικών δραστηριοτήτων παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

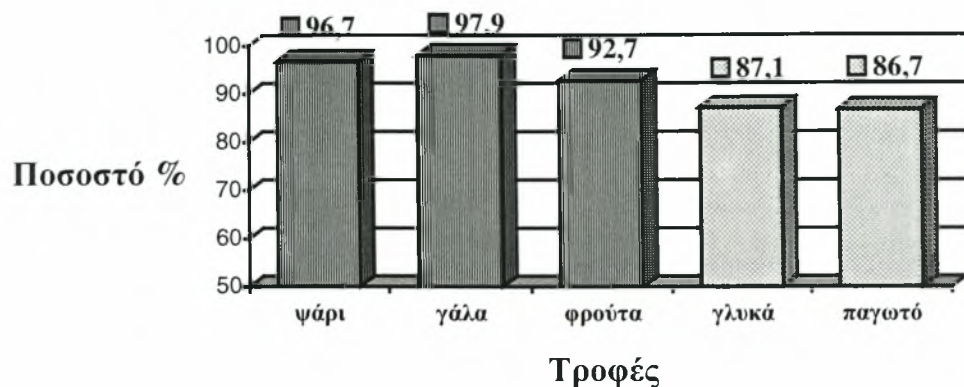
**Πίνακας 6:** Ποσοστά ενασχόλησης των παιδιών με καθιστικές και κινητικές δραστηριότητες.

	Συχνότητα					
	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ Συχνά	Καθημερινά	Σύνολο
<b>Δραστηριότητα</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
Ηλεκτρονικό Παιχνίδι	70,2	13,8	8,6	3,7	3,7	100
Τηλεόραση	0,5	14,8	19,6	12,2	52,9	100
Παιχνίδι έξω από το σπίτι	4,3	46,8	26,6	13,3	9,0	100
Συμμετοχή γονέων	4,8	32,3	32,3	20,4	10,2	100
Παιχνίδι μέσα στο σπίτι	1,6	9,0	19,7	19,1	50,6	100
Μπάλα, κορίνα σχοινάκι	8,0	30,8	25,0	28,2	8,0	100
Φανταστικό παιχνίδι	1,1	6,9	27,7	35,6	28,7	100

### *Αποτελέσματα πρωτοκόλλου αξιολόγησης παιδιών*

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας αναγνωρίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό τις υγιεινές τροφές (ψάρι 96,7 %, γάλα 97,9 %, φρούτα 92,7 %), ενώ στις ανθυγιεινές το ποσοστό αναγνώρισης ήταν μικρότερο (γλυκά 87,1%, παγωτό 86,7 %). Τα ποσοστά αναγνώρισης των υγιεινών και ανθυγιεινών τροφών φαίνονται στο Γράφημα 1.

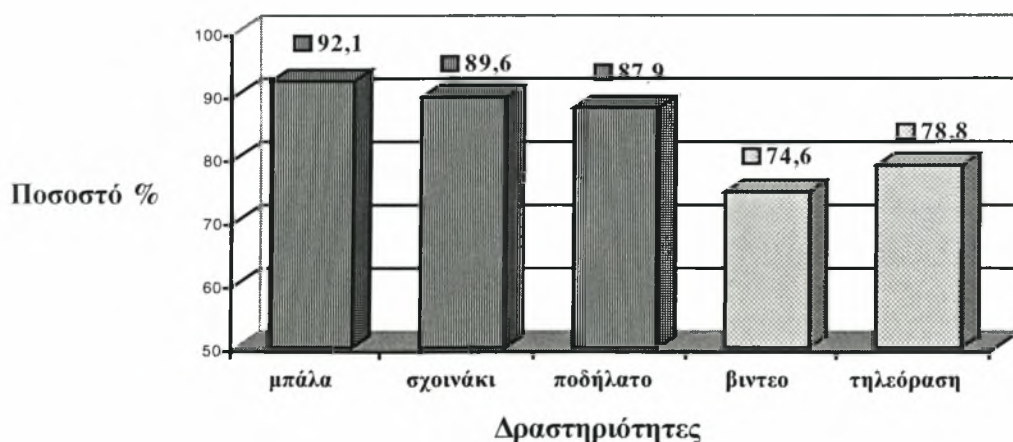
## Διατροφή



Σχήμα 1: Ποσοστά αναγνώρισης υγιεινών και ανθυγιεινών τροφών.

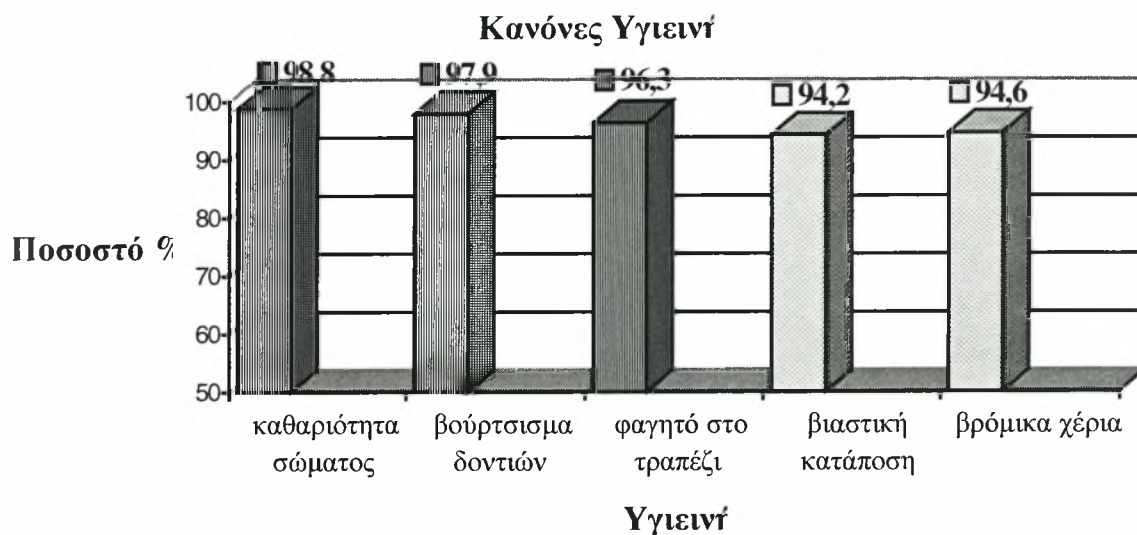
Στη φυσική δραστηριότητα φάνηκε ότι τα παιδιά αναγνωρίζουν τις κινητικές δραστηριότητες ως υγιεινές (παιχνίδια με τη μπάλα 92,1 %, παιχνίδια με το σχοινάκι 89,6 %, ποδήλατο 87,9 %) , ενώ ένα μεγάλο ποσοστό δεν αναγνωρίζει τις καθιστικές δραστηριότητες ως ανθυγιεινές (ενασχόληση με ηλεκτρονικά παιχνίδια 25,4 %, παρακολούθηση τηλεόρασης 21,3 %). Τα ποσοστά αναγνώρισης των κινητικών και καθιστικών δραστηριοτήτων αντίστοιχα φαίνονται στο Γράφημα 2.

## Φυσική Δραστηριότητα



Σχήμα 2: Ποσοστά αναγνώρισης κινητικών και καθιστικών δραστηριοτήτων

Στους κανόνες υγιεινής το σύνολο σχεδόν των παιδιών ήταν πολύ καλά ενημερωμένα για την αναγκαιότητα τήρησης των κανόνων υγιεινής (καθαριότητα σώματος 98,8 %, βούρτσισμα δοντιών 97,9 %, φαγητό στο τραπέζι 96,3 %, βιαστική κατάποση 94,2 % και βρόμικα χέρια 94,6 %). Τα ποσοστά αναγνώρισης των κανόνων υγιεινής φαίνονται στο Γράφημα 3.



**Σχήμα 3:** Αναγνώριση των κανόνων υγιεινής

Τα ποσοστά αναγνώρισης των υγιεινών και ανθυγιεινών συνηθειών σε σχέση με το φύλο παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

**Πίνακας 7:** Ποσοστά αναγνώρισης υγιεινών συνηθειών σε σχέση με το φύλο.

ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ	ΔΙΑΤΡΟΦΗ	Υγιεινές		ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤ.	Ανθυγιεινές		ΚΑΝΟΝΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	Αναγνώριση	
		Αγόρια %	Κορίτσια %		Αγόρια %	Κορίτσια %		Αγόρια %	Κορίτσια %
ΥΓΙΕΙΝΕΣ	Ψάρι	95.1	98.3	Μπάλα	91	93.2	Καθαριότητα σώματος	99.2	98.3
	Γάλα	97.5	98.3	Σχοινάκι	88.5	90.7	Βούρτσισμα δοντιών	98.4	97.5
	Φρούτα	91.8	94.1	Ποδήλατο	85.2	90.7	Φαγητό στο τραπέζι	96.7	95.8
ΑΝΘΥΓΙΕΙΝΕΣ	Γλυκά	86.1	88.1	Ηλεκτρονικά παιχνίδια	75.4	73.7	Μάσημα τροφής	94.3	94.1
	Παγωτό	85.2	88.1	Τηλεόραση	78.7	78.8	Βρόμικα χέρια	93.4	95.8



Με την εφαρμογή του μη παραμετρικού τεστ Mann-Whitney U ελέγχθηκαν οι διαφορές των δύο φύλων και τα αποτελέσματα εμφανίζονται στον Πίνακα 7, όπου διαπιστώνεται ότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

**Πίνακας 8:** Αποτελέσματα της εφαρμογής του Mann-Whitney U τεστ για την σύγκριση των δύο φύλων.

ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ	ΔΙΑΤΡΟΦΗ	Mann-Whitney U τεστ	ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡ.	Mann-Whitney U τεστ	ΚΑΝΟΝΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	Mann-Whitney U τεστ
ΥΓΙΕΙΝΕΣ	Ψάρι	Z = -1,388 (p>.05)	Μπάλα	Z = - ,640 (p>.05)	Καθαριότητα σώματος	Z = - ,609 (p>.05)
	Γάλα	Z = - ,413 (p>.05)	Σχοινάκι	Z = - ,545 (p>.05)	Βούρτσισμα δοντιών	Z = - ,489 (p>.05)
	Φρούτα	Z = - ,682 (p>.05)	Ποδήλατο	Z = - 1,288 (p>.05)	Φαγητό στο τραπέζι	Z = - ,699 (p>.05)
ΑΝΟΥΓΙΕΙΝΕΣ	Γλυκά	Z = - ,477 (p>.05)	Ηλεκτρονικά παιχνίδια	Z = - ,446 (p>.05)	Μάσημα τροφής	Z = - ,064 (p>.05)
	Παγωτό	Z = - ,657 (p>.05)	Τηλεόραση	Z = - ,132 (p>.05)	Βρόμικα χέρια	Z = - ,868 (p>.05)

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο τα παιδιά προσχολικής ηλικίας αναγνωρίζουν τις υγιεινές και ανθυγιεινές συνήθειες, σε σχέση με τη διατροφή, τη φυσική δραστηριότητα και τους κανόνες υγιεινής και κατά πόσο αυτές εφαρμόζονται στην καθημερινότητα τους, σύμφωνα με τις πληροφορίες των γονέων τους. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι συνήθειες των παιδιών στην καθημερινότητά τους, σύμφωνα με τις πληροφορίες των γονέων τους, είναι υγιεινές αλλά και ανθυγιεινές, γεγονός που διαφοροποιείται από την ερευνητική μας υπόθεση. Επίσης φάνηκε ότι τα παιδιά δεν αναγνωρίζουν σε μεγάλο βαθμό τις υγιεινές και ανθυγιεινές συνήθειες γεγονός που επίσης διαφοροποιείται από την ερευνητική μας υπόθεση.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου των γονέων σχετικά με τη διατροφή, φάνηκε ότι τα παιδιά παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις στην κατανάλωση λαχανικών αλλά και φρούτων, γεγονός που συμπίπτει και με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών για τα παιδιά των ΗΠΑ. Έτσι οι διατροφικές επιλογές των περισσότερων παιδιών στις ΗΠΑ δεν περιλαμβάνουν τις προδιαγραφές που ορίζονται από τη διατροφική πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής, η οποία προτείνει μια γενική διαιτητική προσέγγιση, ενθαρρύνοντας την πρόσληψη φρούτων, λαχανικών και δημητριακών, δίνοντας έμφαση στις επιλογές τροφίμων με χαμηλά λιπαρά (American Dietetic Association, 1999, Canadian Pediatric Society, 2002). Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι μόνο ένα ποσοστό 3,1% των παιδιών τρώνε καθημερινά λαχανικά, και 49,5% των παιδιών τρώνε ένα φρούτο καθημερινά, ενώ οι προδιαγραφές της μεσογειακής διατροφής ορίζουν την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών 3-4 φορές την ημέρα (NIDDK, Weight-control Information Network, 2004; Medical Library, 2004). Από τα αποτελέσματα διαπιστώνονται μικρότερες ελλείψεις στην κατανάλωση τροφίμων από την ομάδα κρέατος και οσπρίων, όπου διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά θα έπρεπε να τρώνε τέτοιου είδους τρόφιμα σε μεγαλύτερη συχνότητα (NIDDK, Weight-control Information Network, 2004, Medical Library, 2004). Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα αυτά με εκείνα άλλων παρόμοιων ερευνών σε άλλες χώρες διαπιστώνεται ότι τα παιδιά στον Καναδά παρουσίαζαν μεγαλύτερη πρόσληψη ζωικών λιπαρών από τη συνιστώμενη (Skinner, Carruth & Houck, 1999), όπως επίσης και στη Γερμανία (Alexy, Sichert- Hellert, Kersting & Manz, 2001).

Σχετικά με τα γλυκά και τα αναψυκτικά, των οποίων η κατανάλωση πρέπει να αποφεύγεται, φάνηκε ότι τα μισά από τα παιδιά που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, καταναλώνουν τέτοιου είδους τροφές τουλάχιστον μία φορά την ημέρα, γεγονός που μπορεί να βλάψει την υγεία τους, λόγω της περιεκτικότητάς τους σε ζάχαρη (Στόπαρντ, 2003).

Σ' αυτή την κατεύθυνση συνηγορεί και μια άλλη έρευνα, (King, 1999) που έδειξε ότι παιδιά ηλικίας 10 ετών συνήθιζαν να τρώνε περισσότερα σνακ και να πίνουν περισσότερα αναψυκτικά από τα επιτρεπόμενα. Σχετικά με την κατανάλωση νερού φάνηκε ότι τα παιδιά της παρούσας έρευνας καταναλώνουν τις κατάλληλες ποσότητες που απαιτούνται για την καλή λειτουργία του οργανισμού (Ζουμπανέας & Μανωλαράκης 2002).

Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου των παιδιών σχετικά με τη διατροφή έδειξαν ότι τα παιδιά είναι αρκετά καλά ενημερωμένα ως προς τις υγιεινές τροφές, ενώ για τις ανθυγιεινές ήδη αρχίζει να διαφαίνεται μια τάση ελλιπούς αναγνώρισης. Κι αυτό γιατί όλα τα υπόλοιπα ποσοστά της συγκεκριμένης έρευνας που αφορούσαν τις υγιεινές τροφές ήταν ιδιαίτερα υψηλά, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι, ακόμη και ένα μικρό ποσοστό μη αναγνώρισης των ανθυγιεινών τροφών, στη συγκεκριμένη περίπτωση μπορεί να αποτελέσει ένδειξη. Άλλωστε μπορεί να συνδυαστεί και με την αυξανόμενη τάση για ανθυγιεινή διατροφή κατά την παιδική ηλικία, σύμφωνα με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών (Canadian Pediatric Society, 2002; Heart & Stroke Foundation, 1998).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών τον πρώτο ρόλο στις διατροφικές συνήθειες του παιδιού, όπως και στην προδιάθεση για παχυσαρκία τον έχει το οικογενειακό περιβάλλον (Campbell & Crawford, 2001; Finn, Johannsen & Specker, 2002; Fitzgibbon, Stolley & Dyer, 2002). Ενώ έρευνες έχουν δείξει ότι η διατροφική ποιότητα του διαιτολογίου ενός παιδιού 3-5 ετών επηρεάζεται κυρίως από τις διατροφικές συνήθειες των γονέων (Oliverie, Ellison & Moore, 1992). Ομοιότητες μεταξύ των οικογενειών εντοπίζονται όχι μόνο σχετικά με τη διατροφή, αλλά και με την άσκηση και το σωματικό βάρος. Αυτή η διαπίστωση των χαρακτηριστικών της οικογένειας συνιστά την αξία των στρατηγικών που μπορούν να εφαρμοστούν για την ενίσχυση των υγιεινών συνηθειών και την αποτροπή των ανθυγιεινών αντίστοιχα (Fitzgibbon et al, 2002). Σημαντική επιρροή στη διαμόρφωση των διατροφικών προτιμήσεων των παιδιών μπορούν να παίξουν επίσης οι διαφημίσεις των ΜΜΕ και η προβολή διαφόρων παιδικών τροφών (Birch & Davison, 2001; Stockmyer, 2002).

Ο ρόλος των ΜΜΕ όμως δεν σταματάει εδώ, τα τελευταία χρόνια τα αποδεκτά και επιθυμητά πρότυπα της σωματικής εικόνας των ατόμων εκθειάζουν τη λεπτή σιλουέτα, με αποτέλεσμα την υπερβολική ανησυχία των ατόμων για έλεγχο του βάρους τους. Οι νέοι πολλές φορές παθιάζονται μ' αυτή την ιδέα ιδιαίτερα όταν στο στενό τους περιβάλλον υπάρχουν «σημαντικοί άλλοι» ενήλικες οι οποίοι αναγκάζονται να κάνουν δίαιτα. Έτσι παρουσιάζεται μια υπερβολική ανησυχία για τη σωματική εικόνα των ενηλίκων, η οποία παρατηρείται τα τελευταία χρόνια ακόμη και στα παιδιά του (Maloney, McGuire, Daniels & Spector, 1989; Schur, Sanders & Steiner, 2000; Abramovitz & Birch, 2000).

Από τις απαντήσεις των γονέων σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα προέκυψε ότι τα παιδιά δεν παίζουν αρκετά έξω από το σπίτι γεγονός που τους στερεί ευκαιρίες για σωματική άσκηση, παρότι οι ειδικοί συνιστούν αυξημένα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας γι' αυτή την ηλικία. Έρευνες έχουν δείξει ότι η φυσική δραστηριότητα από την παιδική ηλικία βοηθάει και στη διατήρηση ενός φυσικά δραστήριου τρόπου ζωής στην ενήλικη ζωή (Horn & Harris, 1996; Weiss & Ebbeck 1996).

Επίσης, φάνηκε ότι ο τρόπος ζωής των σημερινών οικογενειών μάλλον ενισχύει τις καθιστικές δραστηριότητες, αφού μόνο ένα 10% των γονέων φάνηκε να μοιράζεται κινητικές δραστηριότητες με το παιδί τους, γεγονός που όπως υποστηρίζουν προηγούμενες έρευνες επηρεάζει αρνητικά και τη συμμετοχή του παιδιού στη φυσική δραστηριότητα (Sallis, Prochaska & Talyor, 2001). Αν και από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι τα παιδιά έχουν σε ικανοποιητικό ποσοστό την τάση να δημιουργούν παιχνίδια που να εμπεριέχουν κίνηση και δράση, θα πρέπει να ενισχύεται αυτή η τάση τους παράλληλα και από την οικογένεια.

Από τις καθιστικές δραστηριότητες σ' αυτή την ηλικία φάνηκε ότι η επικρατέστερη είναι η παρακολούθηση τηλεόρασης, αφού πάνω από τα μισά παιδιά της παρούσας έρευνας παρακολουθούν τηλεόραση καθημερινά. Ο υπερβολικός χρόνος παρακολούθησης τηλεοπτικών προγραμμάτων, για παράδειγμα πάνω από δύο ώρες την ημέρα, έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί επικίνδυνο παράγοντα αύξησης του βάρους (Saelens, Sallis & Nader, 2002).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας τα περισσότερα παιδιά δεν συνηθίζουν να καταναλώνουν σνακ όταν παρακολουθούν τηλεόραση. Έρευνα που έγινε στην Ουάσινγκτον σε 91 οικογένειες με παιδιά ηλικίας 4-6 ετών έδειξε ότι οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών, που στην οικογένειά τους συνδύαζαν τα γεύματα με την παρακολούθηση τηλεόρασης, συνήθως περιελάμβαναν λιγότερο φρούτα και λαχανικά και

περισσότερο πίτσες, σνακ και αναψυκτικά, σε αντίθεση με τις οικογένειες που τα γεύματά τους ήταν ξεχωριστή δραστηριότητα (Coon, Goldberg, Rogers & Tucker, 2001).

Επίσης, από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου των παιδιών για τον ίδιο παράγοντα της φυσικής δραστηριότητας, φάνηκε ότι αν και τα παιδιά αναγνωρίζουν τις κινητικές δραστηριότητες ως υγιεινές, εμφανίζουν μια ανησυχητική τάση μη αναγνώρισης των καθιστικών δραστηριοτήτων ως ανθυγιεινές. Αυτό σε συνδυασμό με τη μείωση των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας στα σχολικά χρόνια, αποτελεί ένδειξη για τις προτιμήσεις των παιδιών στον ελεύθερο χρόνο τους. Η επιλογή των καθιστικών δραστηριοτήτων θεωρείται απειλή για τη διατήρηση ενός φυσικά δραστήριου τρόπου ζωής, που κρίνεται σημαντικός για τη διατήρηση της υγείας (Horn & Harris, 1996; Weiss & Ebbeck 1996). Ενώ, λοιπόν, τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας είναι υψηλά στην προσχολική ηλικία, μειώνονται σημαντικά καθώς τα παιδιά αρχίζουν το σχολείο (Canadian Pediatric Society, 2002). Η προσχολική ηλικία είναι κρίσιμη για την προαγωγή ενός φυσικά δραστήριου τρόπου ζωής, που μπορεί και πρέπει να διατηρηθεί στα σχολικά χρόνια και αργότερα. Γονείς και παιδαγωγοί πρέπει να ξέρουν ότι επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας των παιδιών (Dietitians of Canada, 2002). Το σχολείο μπορεί να ενισχύσει τις υγιεινές συνήθειες εντάσσοντας στο πρόγραμμά του θέματα υγιεινής διατροφής και περισσότερα προγράμματα κινητικών δραστηριοτήτων, εξηγώντας ταυτόχρονα στα παιδιά τα οφέλη της άσκησης στον οργανισμό και γενικότερα στη διατήρηση της υγείας.

Όταν οι γονείς αναφέρουν πρόβλημα στη διατήρηση της φυσικής δραστηριότητας των παιδιών τους, συνήθως αποκαλύπτουν τη δική τους έλλειψη χρόνου για να δραστηριοποιηθούν κινητικά με το παιδί τους. Έχει αποδειχτεί ότι παιδιά των οποίων οι γονείς ήταν φυσικά δραστήριοι είχαν μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα και αυτό οφειλόταν σε δραστηριότητες που μοιραζόταν μαζί με τους γονείς τους (Kohl & Hobb, 1998). Εφόσον λοιπόν οι γονείς μπορούν να αποτελέσουν θετικά πρότυπα για τα παιδιά τους, διαμορφώνοντας με τις δικές τους συνήθειες και τον τρόπο ζωής των παιδιών τους, θα πρέπει να αντιμετωπίσουν περισσότερο υπεύθυνα το ρόλο τους.

Ο παράγοντας φύλο δεν φαίνεται να επηρεάζει την αναγνώριση των υγιεινών και ανθυγιεινών συνηθειών των παιδιών. Σχετικά με τη διατροφή, προηγούμενες έρευνες έδειξαν ότι δεν υπάρχουν διαφορές στις διατροφικές επιλογές ανάμεσα στα δύο φύλα (Alexy et al, 2001), ενώ σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα υποστηρίζεται ότι τα αγόρια είναι περισσότερο φυσικά δραστήρια από τα κορίτσια (Sallis, Prochaska & Taylor,



2001). Αυτό σημαίνει ότι οι επιλογές των παιχνιδιών που σχετίζονται με το φύλο ενδεχομένως να προσφέρουν περισσότερες ευκαιρίες για κίνηση στα αγόρια, αν και από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας τα ποσοστά αναγνώρισης των κινητικών δραστηριοτήτων ως υγιεινών ήταν περίπου τα ίδια και στα δυο φύλα.

Σχετικά με τον τρίτο και τελευταίο παράγοντα που μελετήθηκε στην παρούσα έρευνα, τον παράγοντα της υγιεινής το ερωτηματολόγιο των γονέων έδειξε σοβαρές ελλείψεις στο συχνό πλύσιμο των χεριών και ακόμη περισσότερο στο βούρτσισμα των δοντιών, αφού φαίνεται ότι δεν τηρείται η συχνότητα που απαιτείται για τη διασφάλιση της υγείας τους. Οι γονείς και οι παιδαγωγοί είναι εκείνοι που οφείλουν να δώσουν τις κατάλληλες κατευθύνσεις αλλά και να επιμείνουν στην εφαρμογή των βασικών αυτών κανόνων στην πράξη, αφού αποτελεί βασικό παράγοντα διαφύλαξης της υγείας τους (Mosma, Day & St Amaud, 1992).

Φάνηκε όμως, ότι και στη μάσηση της τροφής, που είναι ζωτικής σημασίας για τον οργανισμό, για την πέψη και την αποφυγή λήψης περιττής τροφής (Ζουμπανέας & Μανωλαράκης, 2002), υπάρχει συχνά η ανάγκη να δίνονται οδηγίες από τους γονείς, ώστε τα παιδιά να μην πνιγούν και να μη βιάζονται να καταπιούν ή να συγκεντρώνουν μεγάλη ποσότητα φαγητού στο στόμα τους. Σχετικά όμως με την αποφυγή χρήσης προσωπικών αντικειμένων άλλων ατόμων και την υγιεινή των τροφίμων, φάνηκε ότι τα παιδιά ανταποκρίνονται ικανοποιητικά.

Από την άλλη μεριά, οι απαντήσεις των παιδιών σχετικά με τον παράγοντα της υγιεινής έδειξαν ότι τα παιδιά είναι αρκετά καλά ενημερωμένα για κάποιους βασικούς κανόνες υγιεινής, γεγονός που επίσης κρίνεται απαραίτητο για τη διαφύλαξη της υγείας τους. Από τα αποτελέσματα φάνηκε επίσης ότι τα παιδιά ξέρουν ότι πρέπει να τηρούν τους κανόνες υγιεινής. Αυτό που θα πρέπει να ελεγχθεί ίσως είναι το κατά πόσο τηρούνται στην πράξη αναφορικά με τις προδιαγραφές για τη διαφύλαξη της υγείας και σύμφωνα με τις ενδείξεις από το ερωτηματολόγιο των γονέων, απ' όπου φάνηκε ότι σ' αυτόν τον τομέα επικρατούν ελλείψεις.

Διαπιστώνεται, λοιπόν, ότι η προσχολική ηλικία είναι η ηλικία που μπορεί να τοποθετηθούν οι βάσεις για τη θεμελίωση των υγιεινών συνηθειών στα παιδιά. Φάνηκε, όμως, ότι παράγοντες όπως η οικογένεια και το σχολείο δρουν μάλλον ανασταλτικά στη διατήρηση των υγιεινών συνηθειών δια βίου. Από την πλευρά της εκπαίδευσης, και τα εντατικά προγράμματα αγωγής υγείας που ήδη εφαρμόζονται στο εξωτερικό μπορούν να αποδώσουν και στον ελληνικό χώρο. Η φυσική Αγωγή μπορεί να ενταχθεί στο ημερήσιο πρόγραμμα λειτουργίας των προσχολικών ιδρυμάτων. Όλα αυτά βέβαια σε στενή

συνεργασία με την οικογένεια, η οποία καλείται να αποτελέσει θετικό πρότυπο διαβίωσης για τα παιδιά.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

- Τα ποσοστά των παιδιών που τρέφονται υγιεινά ήταν μεγαλύτερα από αυτά των παιδιών που τρέφονται ανθυγιεινά, άρα επιβεβαιώνεται η 1<sup>η</sup> εναλλακτική υπόθεση.

- Τα ποσοστά των παιδιών που τηρούν τους κανόνες υγιεινής ήταν μεγαλύτερα από αυτά των παιδιών που δεν τους τηρούν, άρα επιβεβαιώνεται η 2<sup>η</sup> εναλλακτική υπόθεση.

- Τα ποσοστά των παιδιών που είναι φυσικά δραστήρια ήταν μεγαλύτερα από αυτά των παιδιών που δεν είναι φυσικά δραστήρια, άρα επιβεβαιώνεται η 3<sup>η</sup> εναλλακτική υπόθεση.

- Τα ποσοστά των παιδιών που αναγνώριζαν τις υγιεινές και ανθυγιεινές τροφές ήταν μεγαλύτερα από αυτά που δεν τις αναγνώριζαν, άρα επιβεβαιώνεται η 4<sup>η</sup> εναλλακτική υπόθεση.

- Τα ποσοστά των παιδιών που αναγνώριζαν τους κανόνες υγιεινής ήταν μεγαλύτερα από αυτά που δεν τους αναγνώριζαν, άρα επιβεβαιώνεται η 5<sup>η</sup> εναλλακτική υπόθεση.

- Τα ποσοστά των παιδιών που αναγνώριζαν τις κινητικές δραστηριότητες ως υγιεινές και τις καθιστικές ως ανθυγιεινές ήταν μεγαλύτερα από αυτά των παιδιών που δεν τις αναγνώριζαν, άρα επιβεβαιώνεται η 6<sup>η</sup> εναλλακτική υπόθεση.

Αναφορικά με τον πρώτο παράγοντα της διατροφής, που μελετήθηκε στην παρούσα έρευνα, φάνηκε ότι παρουσιάζονται ελλείψεις στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, γεγονός που συμπίπτει και με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών( Heart and stroke Foundation of Canada, 2002; Canadian Pediatric Society ,2002). Μικρότερες ελλείψεις εντοπίστηκαν στην κατανάλωση τροφίμων από την ομάδα των οσπρίων και του κρέατος. Από τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών σχετικά με την ομάδα του κρέατος φάνηκε ότι τα παιδιά στον Καναδά (Skinner, Carruth & Houck, 1999), όπως επίσης και στη Γερμανία (Alexy, Sichert- Hellert, Kersting & Manz, 2001) καταναλώνουν περισσότερα ζωικά λίπη από τα επιτρεπόμενα, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Σχετικά με την κατανάλωση ζάχαρης φάνηκε ότι τα παιδιά της παρούσας έρευνας καταναλώνουν τροφές με ζάχαρη συχνά και πίνουν αναψυκτικά επίσης συχνά , όπως συμβαίνει και με τα παιδιά άλλων ερευνών (King, 1999).

Αναφορικά με το δεύτερο παράγοντα που μελετήθηκε της φυσικής δραστηριότητας, φάνηκε ότι τα παιδιά της παρούσας έρευνας δεν παίζουν αρκετά έξω από το σπίτι, ενώ ο τρόπος ζωής των οικογενειών τους ενισχύει τις καθιστικές δραστηριότητες, αφού μόνο ένα μικρό ποσοστό των γονέων συμμετέχει σε κινητικές δραστηριότητες με το παιδί του, γεγονός που όπως έχει αποδειχθεί από προηγούμενες έρευνες επηρεάζει αρνητικά τη συμμετοχή του παιδιού στη φυσική δραστηριότητα (Sallis, Prochaska Taloyor, 2001). Η παρακολούθηση τηλεόρασης φάνηκε να είναι από τις επικρατέστερες δραστηριότητες των παιδιών τον ελεύθερο χρόνο τους, όπως συμβαίνει άλλωστε και με τα παιδιά άλλων χωρών και κυρίως του Καναδά (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 2001).

Τέλος, σχετικά με τον τρίτο παράγοντα των κανόνων υγιεινής της παρούσας έρευνας φάνηκε ότι υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στη συχνότητα τήρησης των κανόνων υγιεινής στο πλύσιμο των χεριών και το βούρτσισμα των δοντιών, όπως επίσης και στη σωστή μάσηση της τροφής. Έρευνες έχουν δείξει ότι το συχνό πλύσιμο των χεριών προστατεύει από την εξάπλωση των λοιμώξεων, ιδιαίτερα στην προσχολική ηλικία (Niffenegger, 1997). Ενώ σχετικά με τη φροντίδα των δοντιών η τερηδόνα αποτελεί σοβαρό πρόβλημα της δημόσιας υγείας (Grembowski & Milgrom, 2000). Η σωστή μάσηση της τροφής από την άλλη μεριά είναι ζωτικής σημασίας για την πέψη και την αποφυγή ατυχημάτων πνιγμού, αλλά και για την αποφυγή λήψης περιττής τροφής (Ζουμπανέας & Μανωλαράκης, 2002).

Από όλα τα παραπάνω είναι πλέον ξεκάθαρο ότι ο συνδυασμός της υγιεινής διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά να αποφύγουν μια τεράστια μάστιγα της σύγχρονης κοινωνίας, την παιδική παχυσαρκία. Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός πρέπει να συνεργαστούν όλοι οι παράγοντες της κοινωνίας, από τον πιο μικρό πυρήνα της οικογένειας, μέχρι τις κυβερνήσεις, τους ειδικούς της υγείας, τους παιδαγωγούς, τα ΜΜΕ και τις βιομηχανίες τροφίμων, αφού, όπως φάνηκε και σε ερευνητικές προσπάθειες στο παρελθόν, μόνο με τη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων μπορούμε να έχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα στον τομέα διαφύλαξης της υγείας (Dietz, Nelson, 1999; Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 2000; Stockmyer, 2001; Birch, Davison, 2001).

Ο ρόλος των γονέων έχει αποδειχθεί καθοριστικός, λόγω της τεράστιας επίδρασης που ασκούν στα παιδιά τους αφού το μοντέλο ζωής τους περνάει και στο παιδί τους. Θα πρέπει να γνωρίζουν οι γονείς ότι η στάση τους απέναντι σε συγκεκριμένα φαγητά, η στάση τους απέναντι στη φυσική δραστηριότητα και γενικότερα ο τρόπος ζωής που



επιλέγουν είναι συνυφασμένος με εκείνον των παιδιών τους. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο θα πρέπει να αποτελούν υγιεινά πρότυπα για τα παιδιά τους. Έρευνες έδειξαν ότι η διατροφική ποιότητα του διαιτολογίου ενός παιδιού 3-5 ετών επηρεάζεται κυρίως από τις διατροφικές συνήθειες των γονέων (Oliverie, Ellison, Moore, 1992).

Ως προς το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο η κυβέρνηση μπορεί να παίξει μοναδικό ρόλο στη βελτίωση της διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας των παιδιών θεσπίζοντας πολιτικές και παρέχοντας κατευθύνσεις για υγιεινή διατροφή ξεκινώντας από τα γεύματα του σχολείου. Επίσης παρέχοντας αναλυτικά προγράμματα που να περιλαμβάνουν μαθήματα Αγωγής Υγείας και φυσικής δραστηριότητας και διασφαλίζοντας πραγματικές και ουσιαστικές περιγραφές στα ενημερωτικά ταμπελάκια των τροφίμων. Επίσης πρέπει να παρέχονται ευκαιρίες για νέες έρευνες που θα οδηγήσουν σε σχέδια στρατηγικών πρόληψης σχετικά με τέτοια προβλήματα που αφορούν την υγεία των παιδιών.

Οι παιδαγωγοί από την πλευρά τους μπορούν να περάσουν σημαντικά μηνύματα υγιεινής διατροφής και άσκησης στα παιδιά, εξηγώντας τους την κατάταξη των συνηθειών σε υγιεινές και ανθυγιεινές και αντίστοιχα τα οφέλη και τους κινδύνους που ελλοχεύουν για τον οργανισμό.

Η συνδρομή των ΜΜΕ στην προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής είναι εξαιρετικής σημασίας (Stockmyer, 2001; Birch, Davison, 2001). Εφόσον όλα τα παιδιά αφιερώνουν πολύ χρόνο στην παρακολούθηση τηλεόρασης, τα θετικά μηνύματα μπορούν να συμπεριληφθούν στα τηλεοπτικά προγράμματα, ώστε να διαμορφώσουν μια θετική στάση των παιδιών απέναντι στην υγιεινή διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα. Οι διαφημίσεις μεγάλης ποικιλίας τροφίμων δίνουν τη δύναμη στα ΜΜΕ να ενισχύσουν τις υγιεινές τροφές στην αγορά.

Τέλος η βιομηχανία μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά προς αυτή την κατεύθυνση. Για παράδειγμα μπορεί να παράγει σνακ και γεύματα για τα παιδιά με χαμηλότερα λιπαρά, λιγότερο αλάτι και ζάχαρη. Επίσης εταιρείες που προσφέρουν προϊόντα υγιεινής διατροφής μπορούν να ενισχύσουν, μέσω της διαφήμισης την διάθεση των προϊόντων τους.

Σχετικά με τους κανόνες υγιεινής και τη σημασία τους για τη διατήρηση της υγείας των παιδιών είναι σημαντικό να δίνονται οι κατευθύνσεις από τους μεγαλύτερους, ώστε να συνειδητοποιήσουν τα παιδιά πώς πρέπει να προσέχουν την ατομική τους υγιεινή και πώς να προστατεύουν τον εαυτό τους από μεταδοτικά νοσήματα (Χρυσανθόπουλος, 1999). Όσο λοιπόν τα παιδιά βρίσκονται στην ευαίσθητη προσχολική ηλικία, το ρόλο αυτό



αναλαμβάνουν οι γονείς και οι παιδαγωγοί τους μέχρι η τήρηση των κανόνων υγιεινής να γίνει τρόπος ζωής για τα παιδιά τους.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να ελέγξουν αν τα παιδιά, που δείχνουν ότι ως ένα μεγάλο βαθμό αναγνωρίζουν τις υγιεινές και τις ανθυγιεινές συνήθειες, εφαρμόζουν τις υγιεινές συνήθειες και πρακτικά στην καθημερινότητα τους ή τείνουν να τις αγνοούν.

Εξίσου σημαντική επίσης είναι η διερεύνηση της επίδρασης των παραγόντων εκείνων που συμβάλλουν ώστε τα παιδιά να καταλήγουν στον ανθυγιεινό τρόπο ζωής, από τα σχολικά χρόνια έως την ενηλικίωση και να διαπιστωθεί ποια μέτρα πρέπει να ληφθούν, ώστε οι υγιεινές συνήθειες, που φαίνεται ότι χτίζονται κατά την προσχολική ηλικία, να διατηρηθούν και για την υπόλοιπη ζωή του ατόμου.

Θα μπορούσαν επίσης να δημιουργηθούν ειδικά επιστημονικά προγράμματα ενίσχυσης των υγιεινών συνηθειών που να στηρίζονται και στη συνεργασία της οικογένειας και να έχουν κυρίως προληπτικό χαρακτήρα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abramovitz BA, Birch LL .( 2000). Five-year-old girls' ideas about dieting are predicted by their mothers' dieting. *J Am Diet Assoc*, 100(10), 1157-63.
- Alexy U, Sichert- Hellert W, Kersting M, Manz F.(2001). The foods Most Consumed by German children and adolescents : Results of the DONALD Study. *Annual Nutrition Metabolism*, 45, 128-134.
- American Dietetic Association ( 1999). Dietary guidance for healthy children aged 2 to 11 years - Position of ADA. *J Am Diet Assoc*, 99,93-101.
- Barlow SE, Dietz WH.(1998). Obesity evaluation and treatment: expert committee recommendations. The Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration and the Department of Health and Human Services. *Pediatrics*, 102,E29.
- Blair SN ( 1992). Are American children and youth fit? The need for better data. *Research Quarterly for Exercise and Sport* , 62(2),120-123.
- Beaudry C. ( 2002). Tooth Brushing Tips for Tots, Baby Zone. <http://www.Babyzone.com/>.
- Beaumont E. ( 2000). *Εικόνες από το ανθρώπινο σώμα* ( X., Ισηγόνης Δ., μεταφρ.)Modern Times. Αθήνα.
- Bethesda M.( 2001). NIH Consensus Development Conference on Diagnosis and Management of Dental Caries Throughout Life. *J Dent Educ*, 65,935-1179.
- Beyers, J. (2001). Feasibility, Development and Validation of a “ Nutrition Screening Tool For Every Preschooler”. PHRED Connection REDSP, Nutristep. <http://www.nutristep.com/>.
- Birch LL.( 1999). Children's preferences for high-fat foods. *Nutr Rev*, 50, 249–55.
- Birch LL, Davison KK.( 2001). Family environmental factors influencing the developing behavioural controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric Clinics of North America* ,48(4),893-907.
- Birch LL, Fisher JA.( 1995). Appetite and eating behavior in children. *Pediatr Clin N Am*,42, 931–53.
- Campbell K and Crawford D. (2001). Family food environments as determinants of preschool-aged children's eating behaviours; implications for obesity prevention policy. A Review: *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*,58,19-25.
- Canadian Child Care Federation. ( 2001). Supporting your child' s physical activity. [www.cfc-efc.ca/docs/cccf/rs052-en.htm](http://www.cfc-efc.ca/docs/cccf/rs052-en.htm).

Canadian Pediatric Society. ( 2002). Healthy active living for children and youth - Position Statement, *Pediatric Child Health*, 7(5),339-345.

Canadian Pediatric Society ( 2002). Healthy active living for children and youth. *Journal Pediatric Child Health* ,7(5), 339-345.

Canadian Institute of Child Health. (2000). *The Health of Canada's Children* - Third Edition, Ottawa.

Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute. ( 2000). Physical Activity Monitor. Statistics Canada. ( 2001). Average hours per week of television viewing.

Cattel, RB. ( 1996). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.

Καφάτος Α. (2004).Κακές διατροφικές συνήθειες έχουν τα παιδιά νηπιακής και προνηπιακής ηλικίας.<<http://www.health.in.gr/>>.

Καπάντας Ε. (2001). Η παιδική Παχυσαρκία. <<http://www.health.in.gr/>>.

Κιούγκιολης Φ Γ. ( 2002). Σημειώσεις υγιεινής, ΤΕΙ Θεσσαλονίκης.

Chamberlin LA, Sherman SN, Jain A. ( 2000). The challenge of preventing and treating obesity in low-income, preschool children. *Arch Pediatr Adolesc. Med*, 156,662-668.

Cheung L.W.Y. , Richmond J. B. ( 1995). *Child Health, Nutrition and Physical Activity*. Human Kinetics. USA.

Coon KA, Goldberg J, Rogers BL, Tucker KL. ( 2001). Relationships between use of television during meals and children's food consumption patterns. *Pediatrics* ,107(1), E7.

Γουέσσκοτ Π. ( 2004 ). *Υγιεινή διατροφή για μωρά και νήπια*. Μετφ. Βεατρίκη Κάντζολα-Σαμπατάκου. Μίνωας, Αθήνα.

De Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Memelle N. (1999). Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction. *Circulation*, 99, 779-85.

Dietitians of Canada & American Dietetic Association. ( 2000). *Manual of Clinical Dietetics*, 6thEdition, Chapter 4 – Toddlers and Preschool Children p 93-98.

Dietitians of Canada . ( 2002). Healthy Start for Life Needs Assessment Survey. [www.dietitians.ca/news/downloads/HS Survey Final Results Feb03.pdf](http://www.dietitians.ca/news/downloads/HS_Survey_Final_Results_Feb03.pdf)

Dietz WH. ( 1997). Periods of risk in childhood for the development of adult obesity- What do we need to learn? *Journal of Nutrition* , 127, 1884-1888

Dietz WH, Nelson A. ( 1999) . Barriers to the treatment of childhood obesity: A call to action. *Journal of Pediatrics* , 134, 535-6.

- Drucker RR, Hammer LD, Agras WS, Bryson S. ( 1999).Can mothers influence their child's eating behavior? *J Dev Behav Pediatr*,20,88–92.
- Dunn, L. M. & Dunn, L. M. (1997). *Peabody Picture Vocabulary Test-Third Edition: Manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.
- Επιφανίου – Σάββα Μ, Σάβας ΧΣ. ( 2000). Παιδική Παχυσαρκία – Κρίσιμες περίοδοι εμφάνισής της. *Παιδιατρική Ενημέρωση* , 4, 1-6.
- Edelstein BL. ( 1998). Evidence-based dental care for children and the age 1 dental visit. *Pediatr Ann*, 1998;27:569-74.
- Finn K, Johannsen N, and Specker B .( 2002). Factors associated with physical activity in preschool children. *Journal Pediatric*, 140,81-5.
- Fisher JO, Birch LL.( 2000). Parents' restrictive feeding practices are associated with young girls'negative self-evaluation of eating. *J Am Diet Assoc* ,100,1341–6.
- Fisher JO, Birch LL.( 1999a) Restricting access to foods and children's eating. *Appetite* ,32, 405–19.
- Fisher JO, Birch LL.( 1999b) Restricting access to palatable foods affects children's behavior response, food selection, and intake. *Am J Clin Nutr* ,69,1264–72.
- Fitzgibbon ML, Stolley MR, Dyer AR. (2002). A community-based obesity prevention program for minority children; rationale and study design for Hip-Hop to Health. *American Journal of Preventive Medicine*, 34,289-297.
- Flynn MAT, Staden K. ( 2001). The obesity epidemic among children and adolescents. *WellSpring* ,12 (2), 5-6.
- Grembowski D, Milgrom PM. ( 2000). Increasing Access to Dental Care For Medicaid Preschool children : The Access to Baby and Child Dentistry Program-ABCD. Public Health report.
- Group Health Associates Physicians & Surgeons ( 2002).  
<<http://www.cgha.com/>>.
- Health Canada (2002): Canada's Physical Activity Guide for Children.
- Health Canada (2002): National Longitudinal Survey of Children and Youth: Childhood Obesity , *The Daily*, (10), 18.
- Heart and Stroke Foundation of Canada. ( 2002). Report Card on Health.  
<http://www.heartandstroke.com>
- Hopper CA, Gruber MB, Munoz KD, Herb RR. ( 1992). Effect of including Parents in a school Based Exercise and Nutrition Program for Children. *Research Quarterly for Exercise and Sport* , 63(3), 315-321.

- Horn TS and Harris A. ( 1996). Perceived competence in young athletes; research findings and recommendations for coaches and parents. In F. Smoll and RE Smith (Eds.) *Children and Youth and Sport. A Biopsychosocial perspective* (p 309-329). Brown and Benchmark, Madison, WI.
- Jain A, Sherman S, Chamberlin L, Carter Y, Powers S, Whitaker R.( 2001). Why don't low income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics*,107,1138-46.
- Johnson SL, Birch LL.( 1994). Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics*, 94,653-61.
- Jet. ( 2003). Handwashing: The basic prevention of illness – health.
- Johnson-Down L, O'Loughlin J, Koski KG, Gray-Donald K.( 1997). High prevalence of obesity in low income and multiethnic schoolchildren: A diet and physical activity assessment. *Journal of Nutrition*, 127, 2310-5.
- Καπάνταης Ε. (2001). Η παιδική παχυσαρκία.  
<<http://health.in.gr/news/article.asp?arcode=4410>>.
- ΚΑΦΑΤΟΣ Α. (2004).Κακές διατροφικές συνήθειες έχουν τα παιδιά νηπιακής και προνηπιακής ηλικίας. <<http://www.health.in.gr/>>.
- Kafatos A, Diacatou A, Voukiklaris G, Nikolakakis N, Vlachonikolis J, Kounali D. (1997). Heart disease risk-factors status and dietary changes in the Cretan population over the past 30 y: the seven countries study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 65, 1882-6.
- Kimel L. ( 1996). Handwashing Education Can Decrease Illness Absenteeism . *Journal of School Nursing*, 12(2), 14-18.
- King, A.J.C.(1999). Trends in the Health of Canadian Youth, cited in *The Health of Canada's Children*, Third Edition, Canadian Institute of Child Health.
- Kohl H, Hobb KE.( 1998). Development of physical activity among children and adolescents. *Pediatrics*,101,549-55.
- Κουρίδης Γ, Τορναρίτης Μ, Σάββας ΧΣ, Χατζηγεωργίου Χ, Σιαμούνκη Μ. (2000). Η παχυσαρκία σε παιδιά ηλικίας 11-12 ετών στην Κύπρο : Σημαντική αύξηση τα τελευταία 8 χρόνια. *Παιδιατρική*, 63, 137-144.
- Λυδάκη Ε, Καφάτος Α, Κουνάλη Δ, Αποστολάκη Ι. ( 1994). Διαιτητικές συνήθειες, φυσική δραστηριότητα και λιπίδια ορού παχύσαρκων παιδιών ηλικίας 12-14 χρονών. *Παιδιατρική* , 57, 330-43.
- Maffeis C, Zaffanello M, Schutz Y.( 1997). Relationship between physical inactivity and adiposity in prepubertal boys. *Journal of Pediatrics* , 131, 288-92.



McKenzie J.F. & Smeltzer J.I. (1997). *Planning, Implementing and Evaluating Health Promotion Programs*, Second Edition. Allyn and Bacon: USA.

NIDDK, WEIGHT-CONTROL INFORMATION NETWORK, (2004). Helping your child, Tips for parents.  
<http://www.niddk.nih.gov/health/nutrit/pubs/parentips/tipsforparents.htm>

McPherson RS, Montgomery DH, Nichaman MZ. (1995). Nutritional Status of Children; what do we know? *J Nutrition Education*, 27(5), 225-234.

McWhorter W, Wallman HW, Alpert PT. (2003). The obese child : Motivation as a tool for exercise. *Journal of Pediatric Health Care*, 17, 11-17.

Maloney M, McGuire J, Daniels S, Spector B. (1989). Dieting Behavior and Eating Attitudes. *Children Pediatrics*, 84,482-487.

Medical Library. (2004). Healthy Food choices: 2 to 5 years . American Medical Association.  
[http://medem.com/MedLB/article\\_detailb\\_for\\_printer.cfm?articleID=ZZ...](http://medem.com/MedLB/article_detailb_for_printer.cfm?articleID=ZZ...)

Mosma M, Day R, St Amaud S. (1992). Hand washing makes a difference . *Journal of School Health*, 62(3), 109-111.

Nader PR, Sellers DE, Johnson CC, Perry CL, Stone EJ, Cook KC, Bebhuk J, Luepker RV. (1996). The effect of adult participation in a school-based family intervention to improve children's diet and physical activity: the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health. *Prev Med*, 25,455-64.

National Association for Sport and Physical Education. (2002). *Active Start : A statement of physical activity guidelines for children birth to five years*. Reston, VA.

Niffenegger P. J., PhD. (1997). Proper hand washing promotes wellness in child care. *Journal of Pediatric Health Care*, 11, 26-31.

Ogden CL, Troiano RP, Briefel RR, Kuczmarski RJ, Flegal KM, Johnson CL. (1997). Prevalence of overweight among preschool children in the United states, 1971 through 1994. *Pediatrics*, 99.

Oliverie SA, Ellison RD, Moore LL. (1992). Parent-child relationships in nutrient intake; the Framingham Children's Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 56(3),593-8.

Παπαδάτος Κ, (2000). *Η φροντίδα του μωρού και του μικρού σας παιδιού*. Ποταμός, Αθήνα.

Perry CL, Luepker RV, Murray DM, Kurth C, Mullis R, Crockett S, Jacobs DR Jr. (1988). Parent involvement with children's health promotion: the Minnesota Home Team. *Am J Public Health*, 78,1156-60.

- Perry CL, Bishop DB, Taylor G, Murray DM, Mays RW, Dudovitz BS, Smyth M, Story M. ( 1998). Changing fruit and vegetable consumption among children: the 5-a-Day Power Plus Program in St. Paul, Minnesota. *Am J Public Health* ,88, 603–9.
- Rajen S. (1999). Profile of Overweight Children, *Nutrition Insights*,5, (13).
- Renner J.M. ( 2000). A helping hand, American School and University.
- Πέρρας Α, Κελεσιδης Κ, Ραμπούσης Δ, Μερτζάνος Γ, Αραβαντινός Χ, Φουρλεμάδης Μ, Τούτουζας Π. ( 1996). Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, 22<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, Αθήνα.
- Research Unit ( 2000) in Health and Behavioral Change, Health Behaviour in School-aged Children.
- Robertson C. ( 1997). *Safety, Nutrition and Health in Early Education*. Delmar Publishers, ITP.
- Robinson TN. ( 1999). Reducing children’s television viewing to prevent obesity; a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association* , 27, 282(16),1561-7.
- Rosenbaum M, Leibel RL, Hirsch J. ( 1997). Obesity. *New England Journal of Medicine*, 337, 396-407.
- Σάββας ΧΣ , Τορναρίτης Μ, Επιφανίου-Σάββα Μ. ( 2000). Παιδική Παχυσαρκία και καρδιαγγειακά νοσήματα. *Ιατρική Κύπρος* , 17, 20-26.
- Saelens BE, Sallis JF, Nader PR.(2002). Home environmental influences on children’s television watching from early to middle childhood. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23(3),127-132.
- Sanders S. ( 2005). The issues : Physically active for life. PBS Teacher Source. <<http://www.pbs.org/teachersource/prek2/issues/703issue.shtml>>
- Schur EA, Sanders M, Steiner H. ( 2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *Int J Eat Disord*, 27(1),74-82.
- Skinner JD, Carruth BR, Houck KS . (1999). Longitudinal study of nutrient and food intakes of white preschool children aged 24 to 60 months. *J Am Diet Assoc*, 99,1514-1521.
- Slate J.R. & Jones C.H. ( 1997). WISC-III IQ Scores and Special Education Diagnosis. *The Journal of Psychology* , 131(1),119-120.
- St. Jeor ST, Perumean-Chaney S, Sigman-Grant M . ( 2002). Family-based interventions for the treatment of childhood obesity. *J Am Diet Assoc* ,(5), 640-644.
- Stockmyer C. ( 2001). Remember when mom wanted you home for dinner? *Nutrition Reviews*, 59(2),57-60.

- Στόπαρντ Μ. (2003). *Η πλήρης φροντίδα του παιδιού*. Μετφ. Στέλλα Δαπέργολα. Μίνωας, Αθήνα.
- Story M, Mays RW, Bishop DB, Perry CL, Taylor G, Smyth M, Gray C.( 2000). 5-a-Day Power Plus: Process evaluation of a multicomponent elementary school program to increase fruit and vegetable consumption. *Health Educ Behav* ,27,187–200.
- Tanasescu M, Ferris AM, Himmelgreen DA, Rodriguez N, Perez- Escamila R. ( 2000). Biobehavioral Factors are associated with Obesity in Puerto Rican children. American Society for Nutritional Sciences, *Journal of Nutrition*, 130 , 1734-1742.
- Tabachnick B & Fidel L. ( 1996). *Using Multivariate Statistics* ( 3<sup>rd</sup> ed).NY : Harper Collins College Publishers.
- Tremblay MS and Willms JD. (2000). Secular trends in the body mass index of Canadian children. *CMAJ* ,163(11),1429-33.
- Valentine J. (2003). Don' t children get all the exercise they need from playing? *Wellspring* ,14(1), 6-8.
- Vargas CM, Crall JJ, Schneider DA.( 1998). Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHANES III, 1988-1994. *Journal of American Dentist Association* ,129,1229-38.
- Vygotsky, L. ( 1978). *Mind in Society : The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Weiss MR and Ebbeck V. ( 1996). Self-esteem and perceptions of competence in youth sports; theory, research and enhancement strategies. In O. Bar-Or (Ed.), *The Child and Adolescent Athlete* (p. 364-382) Blackwell Science. Osney mead, Oxford.
- Χατζηγεωργίου Χ, Τορναρίτης Μ, Σάββας ΣΧ, Καφάτος Α. ( 2005) . Έλεγχος διαταραχών διατροφικής συμπεριφοράς σε 1900 παιδιά και εφήβους στην Κύπρο. Εκπαιδευτικό και ερευνητικό ίδρυμα « Υγεία του Παιδιού».
- Χρυσανθόπουλος Χ. (1999). *Παιδιατρική πρωτοβάθμια φροντίδα*. Θεσσαλονίκη ,[χ.ε.]
- Ζαμπέλας Α. (2003). *Διατροφή στα Στάδια της Ζωής*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.
- Ζουμπανέας Ε., Μανωλαράκης Μ. ( 2002).*Τι καλό θα μαγειρέψεις σήμερα μαμά; Ελληνικά Γράμματα*, [χ.τ.].

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Διαδικασία αξιολόγησης των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου υγιεινών συνηθειών

Παράγοντες ερωτηματολογίου:

**διατροφή** : ημερήσια και εβδομαδιαία κατανάλωση τροφών από τις ομάδες τροφίμων

**φυσική δραστηριότητα**: ο χρόνος που αφιερώνουν τα παιδιά σε κινητικές και καθιστικές δραστηριότητες

**υγιεινές συνήθειες** : τήρηση των βασικών κανόνων υγιεινής

Εκτιμήσεις για τις ερωτήσεις:

Πολύ σχετική.....τελείως άσχετη

1            2            3            4            5            6            7

πολύ σαφής.....τελείως ασαφής

1            2            3            4            5            6            7

1. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώει το παιδί σας κόκκινο κρέας, κοτόπουλο, ψάρι;

Διατροφή	
Φυσική δραστηριότητα	
Υγιεινές συνήθειες	

πολύ σχετική.....τελείως άσχετη

1            2            3            4            5            6            7

πολύ σαφής.....τελείως ασαφής

1            2            3            4            5            6            7

## Ερωτηματολόγιο Υγιεινών Συνηθειών

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις σχετικά με το παιδί σας. Για να καταγραφούν ακριβείς πληροφορίες, το ερωτηματολόγιο αυτό πρέπει να συμπληρωθεί από το άτομο που είναι το πιο υπεύθυνο για το παιδί στον χώρο του σπιτιού. Σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να είναι η μητέρα ή ο πατέρας του παιδιού, ενώ σε κάποιες άλλες περιπτώσεις μπορεί να είναι κάποιο άλλο μέλος του ευρύτερου οικογενειακού κύκλου.

Ευχαριστούμε προκαταβολικά για τον χρόνο που θα διαθέσετε.

ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ :

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ :

ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ (χρονολογία γέννησης):

ΒΑΡΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ :

ΥΨΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ :

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ :

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ:

1. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώει το παιδί σας κόκκινο κρέας, κοτόπουλο, ψάρι:

καμία ή περισσότερες  μια  δυο  τρεις  τέσσερις  
από τέσσερις

2. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώει το παιδί σας όσπρια:

καμία  μια  δυο  τρεις  περισσότερες από τρεις

3. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώει το παιδί σας λαχανικά:

καμία  
 σπάνια (1-2 φορές τη βδομάδα)  
 συχνά (3-4 φορές τη βδομάδα)  
 πολύ συχνά (5-6 φορές τη βδομάδα)  
 Καθημερινά

4. Πόσες φορές την ημέρα τρώει το παιδί σας δημητριακά, ψωμί, ρύζι, ζυμαρικά:



- καμία  μια  δυο  τρεις  περισσότερες από τρεις
5. Πόσες φορές την ημέρα τρώει το παιδί σας φρούτα ή πίνει φυσικούς χυμούς παρασκευασμένους στο σπίτι;
- καμία  μια  δυο  τρεις  περισσότερες από τρεις
6. Πόσες φορές την ημέρα τρώει το παιδί σας γάλα, γιαούρτι, τυρί;
- καμία  μια  δυο  τρεις  περισσότερες από τρεις
7. Πόσες φορές την ημέρα τρώει το παιδί σας ζαχαρωτά και γλυκά όπως κέικ , μπισκότα, κ.λ.π. ;
- καμία  μια  δυο  τρεις  περισσότερες από τρεις
8. Πόσες φορές την ημέρα πίνει το παιδί σας αναψυκτικά ή χυμούς του εμπορίου;
- καμία  μια  δυο  τρεις  περισσότερες από τρεις
9. Πόσα ποτήρια νερό πίνει το παιδί σας την ημέρα:
- κανένα  ένα  δύο  τρία  περισσότερα από τρία
10. Συνηθίζει το παιδί σας να πλένει τα χέρια του μετά την τουαλέτα ή πριν το φαγητό:
- ποτέ  σπάνια  συχνά  πολύ συχνά  πάντα
11. Βουρτσίζει το παιδί σας τα δόντια του κάθε βράδυ πριν τον ύπνο;
- ποτέ  
 σπάνια (1-2 φορές τη βδομάδα)  
 συχνά (3-4 φορές τη βδομάδα)  
 πολύ συχνά (5-6 φορές τη βδομάδα)  
 Καθημερινά

12. Πριν φάει κάποιο φρέσκο φρούτο, φροντίζει προηγουμένως να το πλύνει;

- ποτέ    σπάνια    συχνά    πολύ συχνά    πάντα

13. Δίνετε συχνά οδηγίες στο παιδί σας όπως «μάσησε καλά τη μπουκιά σου» ή «τρώγε πιο αργά» ;

- ποτέ    σπάνια    συχνά    πολύ συχνά    πάντα

14. Αποφεύγει να χρησιμοποιεί σκεύη ή αντικείμενα ( ποτήρι, κουτάλι, οδοντόβουρτσα) χρησιμοποιημένα από άλλους;

- ποτέ    σπάνια    συχνά    πολύ συχνά    πάντα

15. Τρώει το παιδί σας διάφορα σνακ όταν παρακολουθεί τηλεόραση;

- ποτέ    σπάνια    συχνά    πολύ συχνά    πάντα

16. Πόσο συχνά απασχολείται το παιδί σας με ηλεκτρονικά παιχνίδια την εβδομάδα;

- ποτέ  
 σπάνια (1-2 φορές τη βδομάδα)  
 συχνά (3-4 φορές τη βδομάδα)  
 πολύ συχνά (5-6 φορές τη βδομάδα)  
 Καθημερινά

17. Πόσο συχνά παρακολουθεί το παιδί σας τηλεόραση την εβδομάδα;

- ποτέ  
 σπάνια (1-2 φορές τη βδομάδα)  
 συχνά (3-4 φορές τη βδομάδα)  
 πολύ συχνά (5-6 φορές τη βδομάδα)  
 Καθημερινά

18. Πόσο συχνά παίζει το παιδί σας έξω από το σπίτι ( παιδικές χαρές, αθλητικά πάρκα, πλατείες) ;

- ποτέ  
 σπάνια (1-2 φορές τη βδομάδα)

- συχνά (3-4 φορές τη βδομάδα)
- πολύ συχνά (5-6 φορές τη βδομάδα)
- Καθημερινά

19. Συμμετέχετε στα κινητικά παιχνίδια του παιδιού σας τον ελεύθερο χρόνο σας (περιπάτους, ποδηλασία, παιχνίδια με τη μπάλα) :

- ποτέ
- σπάνια (1-2 φορές τη βδομάδα)
- συχνά (3-4 φορές τη βδομάδα)
- πολύ συχνά (5-6 φορές τη βδομάδα)
- Καθημερινά

20. Συμμετέχει το παιδί σας σε παιχνίδια με έντονη δράση (κυνηγητό , πάλεμα) μέσα στο σπίτι, μαζί σας ή με τα αδέρφια του :

- ποτέ
- σπάνια (1-2 φορές τη βδομάδα)
- συχνά (3-4 φορές τη βδομάδα)
- πολύ συχνά (5-6 φορές τη βδομάδα)
- Καθημερινά

21. Παίζει το παιδί σας με παιχνίδια όπως μπάλες, σχοινάκι, κορίνες, ρακέτες, στεφάνια :

- ποτέ
- σπάνια
- συχνά
- πολύ συχνά
- πάντα

22. Δημιουργεί το παιδί σας φανταστικά παιχνίδια και ρόλους που εμπεριέχουν κίνηση - δράση :

- ποτέ
- σπάνια
- συχνά
- πολύ συχνά
- πάντα

Ευχαριστούμε για τον χρόνο που διαθέσατε!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΑΙΔΙΩΝ

ΥΓΙΕΙΝΑ 

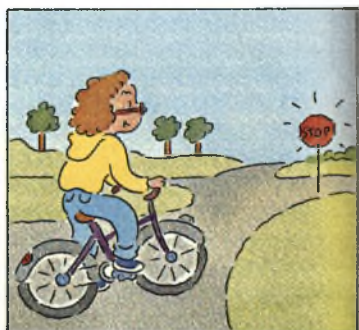
ΑΝΟΥΓΙΕΙΝΑ 



## Διατροφή



## Φυσική δραστηριότητα



## Υγιεινή



Η έρευνα χρηματοδοτήθηκε από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας & Θρησκευμάτων και την Ευρωπαϊκή Ένωση, Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ. ΙΙ, ΜΕΤΡΟ 2.2 «Αναμόρφωση Προγραμμάτων Σπουδών – Διεύρυνση Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης», Ενέργεια 2.2.3 «Προγράμματα Μεταπτυχιακών Σπουδών - Έρευνα - Υποτροφίες», Κατηγορία Πράξεων 2.2.3.ζ. Αρχιμήδης: Ενίσχυση ερευνητικών ομάδων στα ΤΕΙ (ΕΕΟΤ), κωδικός ΜΙΣ 87301, Τμήμα Βρεφονηπιοκομίας, ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης, Επιστημονικός Υπεύθυνος κ. Ε. Βιδάλη, Καθηγήτρια.

