

**ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΤΑΣΕΩΝ, ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΚΑΙ  
ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ  
ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΑΘΛΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗΣ**

της

Ζώρζου Αμαλία

Μεταπτυχιακή διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για την μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Άσκηση και Ποιότητα Ζωής» των Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Δημοκρίτειου Παν/μίου Θράκης και του Παν/μίου Θεσσαλίας στην κατεύθυνση Φυσική Δραστηριότητα Αθλητική Αναψυχή.

Κομοτηνή

2010

Εγκεκρίμενο από το καθηγητικό σώμα:

---

1<sup>ος</sup> Επιβλέπων: Μπεμπέτσος Ευάγγελος, Λέκτορας

---

2<sup>ος</sup> Επιβλέπων: Κώστα Γιώργος, Αναπληρωτής Καθηγητής

---

3<sup>ος</sup> Επιβλέπων: Σουλτανάκη Ελένη, Επίκουρος Καθηγήτρια



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

Αριθ. Εισ.: 9116/1

Ημερ. Εισ.: 14/03/2011

Δωρεά: \_\_\_\_\_

Ταξιθετικός Κωδικός: Δ

613

ZΩΡ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ



004000102934

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Επιθυμώ αρχικά, να εκφράσω τις ιδιαίτερες μου ευχαριστίες, τη βαθιά ευγνωμοσύνη και εκτίμησή μου στον Δρ. Ευάγγελο Μπεμπέτσο, για όλη τη βοήθεια και συμπαράσταση που μου προσέφερε, ο οποίος είχε την καλοσύνη να αναλάβει την καθοδήγησή μου, την στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας και την ερμηνεία τους.

Ευχαριστώ επίσης θερμά, τους καθηγητές μου Δρ. Γιώργο Κώστα, υπεύθυνο του εν λόγω Μεταπτυχιακού Προγράμματος και Ελένη Σουλτανάκη για την βοήθεια που μου προσέφεραν.

Θερμές ευχαριστίες εκφράζω και στον Δρ. Νικήτα Νικηταρά, καθηγητή Πανεπιστημίου Αθηνών και Αρχηγό αθλητικής κατασκήνωσης Αθιτάκη για την στήριξη που μου προσέφερε στην φάση αυτής της ερευνητικής εργασίας.

Θα ήθελα να εκφράσω ευγνωμοσύνη και ευχαριστίες στα παιδιά που με καλή θέληση αποδέχτηκαν να συμμετάσχουν στο παρεμβατικό πρόγραμμα και να δώσουν τα απαραίτητα στοιχεία, καθιστώντας εφικτή την διεξαγωγή αυτής της έρευνας.

Τελευταία στη σειρά, αλλά όχι και στη σημασία, ευχαριστώ την οικογένειά μου για την κατανόηση και τη βοήθεια που μου πρόσφερε, στην διάρκεια των σπουδών μου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αμαλία Ζώρζου: Σχέσεις Στάσεων, Προθέσης και Αυτοαποτελεσματικότητας με τις διατροφικές συνήθειες παιδιών αθλητικής κατασκήνωσης.

(Με την επίβλεψη του κ. Ευάγγελου Μπεμπέτσου, Λέκτορα)

Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να μελετηθεί, κατά πόσο μπορούν οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών να επηρεαστούν, μέσα από ένα παρεμβατικό πρόγραμμα που ακολουθήθηκε, ώστε να τους γίνει συνείδηση και τρόπος ζωής η υγιεινή επιλογή τροφών. Πιο συγκεκριμένα, διερευνήθηκαν οι στάσεις, οι προθέσεις και η σχέση τους με την αυτοαποτελεσματικότητα, ως προς το την ηλικιακή ομάδα και το φύλο των παιδιών αθλητικής κατασκήνωσης, όσο αναφορά τις Διατροφικές τους συνήθειες, πριν και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Για τον λόγο αυτό σχηματίστηκε μία σειρά τριών ερωτηματολογίων: των Στάσεων και Προθέσεων, της Αυτοαποτελεσματικότητας και των Διατροφικών Συνηθειών, τα οποία μοιράστηκαν σε δύο φάσεις πριν και μετά, σε μία περίοδο 3 εβδομάδων. Το δείγμα αποτελούσαν 175 παιδιά ηλικίας 10-15 ετών, και των δύο φύλων, που διέμεναν στην αθλητική κατασκήνωση «Sports Village» στο Γραμματικό Αττικής, την πρώτη κατασκηνωτική περίοδο. Εν συνεχεία, η διαδικασία παρέμβασης που εφαρμόστηκε για την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών του δείγματος, αποτελούταν από το διατροφικό πρόγραμμα που ακολουθούσαν μέσα στην κατασκήνωση, καθημερινά επιμορφωτικά σεμινάρια για υγιεινή διατροφή, με συζήτηση και ανάλυση των αποριών τους, προβολή οπτικοακουστικού υλικού για υποσυνείδητη βιωματική μάθηση, χορήγηση βοηθητικού υλικού (από επιστημονικά περιοδικά, εφημερίδες και διαδίκτυο και τέλος παρότρυνση για σωστή κατανάλωση τροφών. Στα αποτελέσματα, δεν παρουσιάστηκαν διαφορές μεταξύ των φύλων. Αυξήθηκε η αυτοαποτελεσματικότητα των παιδιών και βρέθηκαν διαφορές σε σχέση με την ηλικία, τα πιο μικρά παιδιά εμφανίστηκαν με καλύτερο αντιληπτό έλεγχο και αυτοταυτότητα. Με βάση τα αποτελέσματα, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο συνδυασμός των παραγόντων της τεχνικής για ψυχολογική παρέμβαση, που αποτελείται από τη διαρκή ενημέρωση, την ανατροφοδότηση, την αυτό-παρακολούθηση και τα προγράμματα άσκησης, ενίσχυσαν τις στάσεις, την πρόθεση και την αυτοαποτελεσματικότητα των παιδιών. Η ενίσχυση αυτή, τους βοήθησε να αλλάξουν

τις προβληματικές τους συμπεριφορές και να συνεχίσουν να συμμετέχουν σε προγράμματα άσκησης και υγιεινής διατροφής για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Λέξεις-κλειδιά: πρόθεση, στάσεις, αυτοαποτελεσματικότητα, αντιληπτό έλεγχο, διατροφικές συνήθειες.

## ABSTRACT

Zorzou Amalia: Relationship attitudes, intentions and self-efficacy of nutritional habits, of children sports camp.

(Under the supervision of Mr. Evangelo Bebetso, Lecturer)

The purpose of this research was to study the attitudes and intentions of children sports camp and their relationship to self-efficacy as a reference to physical activity and dietary habits. For this reason, formed a series of three questionnaires: attitudes, self-efficacy and dietary habits, which were divided into two phases before and after, in a period of 3 weeks to examine the relationship between exercise and nutrition children, who trained in a daily basis in a sports camp. The sample were 175 children aged 10-15 years, of both sexes, which kept the sports camp «Sports Village» Grammatiko in Athens, the first camping season. Thereafter, the process of intervention applied to change the eating habits of the sample consisted of a nutrition program that followed in the camp and the application exercise programs. The results showed that there was correlation between the intention and the final behavior. Improvements, the intentions and eating habits. There were no differences between the sexes. Increased self-efficacy of children and found differences in relation to age, younger children appeared better perceived control and self-identity. Based on the results, we conclude that the combination of technical factors for psychological intervention, consisting of the constant updating, feedback, self-monitoring and exercise programs, strengthened their attitudes, behavior and self-efficacy of children. This aid, helped to change their problematic behavior and continue to participate in exercise programs and healthy eating for as long periods of time.

Key-Words: attitudes, self-efficacy, dietary habits, intentions, perceived control.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	iii
ABSTRACT .....	v
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	vi
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	viii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ .....	ix
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ .....	x
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
Γενικά .....	1
Ορισμός .....	1
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ .....	4
Διατροφικές Συνήθειες και Υγεία .....	4
Παράγοντες που επηρεάζουν τις Διατροφικές Συνήθειες .....	8
Παιδική Παχυσαρκία .....	14
Στάσεις και συμπεριφορά .....	17
Διατροφικές Συνήθειες και Ψυχολογικοί Παράγοντες.....	25
Αυτοπεποίθηση – Αυτοαποτελεσματικότητα και Διατροφή.....	32
Φυσική Δραστηριότητα και Διατροφικές Συνήθειες .....	35
III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	38
Δείγμα .....	38
Όργανα μέτρησης.....	38
Διαδικασία μέτρησης .....	40
Προβλεπόμενη στατιστική ανάλυση.....	41
IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	42
V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	47

VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	53
VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	56
VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....	84
Παράρτημα 1 Ερωτηματολόγιο Αυτοαποτελεσματικότητα διατροφικών συνηθειών .....	85
Παράρτημα 2 Ερωτηματολόγιο Διατροφικών συνηθειών .....	90
Παράρτημα 3 Ερωτηματολόγιο Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς .....	96
Παράρτημα 4 Σημεία κλειδιά υγιεινής Διατροφής.....	99



**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ**

<b>Πίνακας 1.</b> Στοιχεία δείγματος της έρευνας.....	38
<b>Πίνακας 2.</b> Δείκτες εσωτερικής συνοχής των κλιμάκων.....	42
<b>Πίνακας 3.</b> Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις παράγοντα «Αυτοαποτελεσματικότητα».....	43
<b>Πίνακας 4.</b> Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις παράγοντα «Ηλικία».....	44
<b>Πίνακας 5.</b> Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις παράγοντα «Ηλικία».....	45
<b>Πίνακας 6.</b> Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις παράγοντα «Φύλο».....	45
<b>Πίνακας 7.</b> Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις παράγοντα «Φύλο».....	46

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ**

<b>Σχήμα 1.</b> Μεσογειακή διατροφή.....	7
<b>Σχήμα 2.</b> Διεύρυνση της θεωρίας της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς.....	25
<b>Σχήμα 3.</b> Αιτιογένεση των διαταραχών διατροφής.....	28
<b>Σχήμα 4.</b> Ηλικιακές ομάδες δείγματος.....	43

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ**

AIDS	προκαλείται από τον ιό HIV
BMI	Body mass index - Δείκτης μάζας σώματος
ΔΜΣ	Δείκτη μάζας σώματος
DBP	Διαστολική πίεση
Ε.ΚΑΤ.Ο.	Ελληνική Καταναλωτική Οργάνωση
HDL	Λιποπρωτεΐνες
NA	Νόσος Αλτσχάϊμερ
SBP	Συστολική πίεση
TC	Χοληστερόλη
WHO	World Health Organization

## ΣΧΕΣΗ ΑΣΚΗΣΗΣ, ΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΑΘΛΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗΣ

Όλο και περισσότεροι άνθρωποι, ακολουθούν έναν καθιστικό τρόπο ζωής, με αποτέλεσμα ένα μικρό μέρος του πληθυσμού να συμμετέχει σε προγράμματα που έχουν ως στόχο την βελτίωση της υγείας τους (Aittasalo, Miilunpalo, & Suni, 2003). Η άσκηση είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που καθορίζει το επίπεδο της υγείας και της ποιότητας ζωής των νέων ατόμων αλλά δεν θα εξεταστεί στην ακόλουθη έρευνα. Ένας υγιεινός τρόπος ζωής περιλαμβάνει, αρκετές καθημερινές συνήθειες οι οποίες επαυξάνουν την ποιότητά και πιθανώς την διάρκειά της (Williams, 1994). Τέτοιες καθημερινές συνήθειες είναι η σωστή διατροφή, η αποφυγή του καπνίσματος και του οινοπνεύματος και η ενασχόληση με την άσκηση. Η υγιεινή διατροφή είναι αναγκαία για τη διατήρηση της υγείας του σώματος και της ψυχής. Όσο πιο υγιές είναι ένα σώμα τόσο πιο εύκολα και άνετα κινείται στην καθημερινότητά του (Stampfer, Hu, Manson, Rimm & Willet, 2000; Hu, Manson, Stampfer, Graham, 2001; Fox, 1987). Η κίνηση αποτελεί μία βιολογική ανάγκη γιατί το ανθρώπινο σώμα υπακούει στη βιολογική αρχή της χρήσης ή της αχρηστίας. Όσο περισσότερο χρησιμοποιείται τόσο καλύτερα αποδίδει.

Η αξία της σωστής διατροφής είναι γνωστή σε όλους. Πρώτοι οι Κινέζοι δίδαξαν τη μεγάλη σημασία της διατροφής του τρόπου ζωής και της άσκησης, για την υγεία του ανθρώπου (Micozzi, 1997). Η ποσότητα και η ποιότητα της τροφής συνδέεται άμεσα με την καλή σωματική υγεία και την ψυχική διάθεση. Είναι γνωστό ότι συνήθως τα άτομα δεν είναι ικανοποιημένα με την εικόνα που παρουσιάζει το σώμα τους αυτό εκπίπτει στη ζωή τους. Είναι αποδειγμένο ότι πολλές παθήσεις συνδέονται με την παχυσαρκία. Τα άτομα με περιττά κιλά δυσκολεύονται ιδιαίτερα στις φυσικές τους δραστηριότητες, στην καλή απόδοση και στην παραγωγικότητα.

Η άσκηση είναι απαραίτητη για την ελάττωση ή την διατήρηση του κανονικού βάρους. Ωστόσο προγράμματα άσκησης δίχως σωστή διατροφή και δίαιτα δεν είναι αποτελεσματικά. Όπως επίσης προγράμματα δίαιτας και διατροφής χωρίς την άσκηση δεν είναι εξίσου αποτελεσματικά. Υπάρχουν πολλές ενδείξεις από έρευνες ότι η σταδιακή αύξηση της άσκησης βοηθάει τα άτομα να ελαττώσουν το βάρος τους (Bray, 1990). Η

συνεχής παρότρυνση στα άτομα που ακολουθούν κάποιο πρόγραμμα δίαιτας σύγχρονος να ακολουθούν και κάποιο πρόγραμμα άσκησης, είναι αναγκαία διότι έτσι η μελλοντική πιθανότητα επανεμφάνισης των περιττών τους κιλών ελαττώνεται. Ερευνητές υποστηρίζουν ότι η άσκηση σε συνδυασμό με σωστή διατροφή ελαττώνει πιο πολύ το βάρος ενός ατόμου από ότι η δίαιτα μόνη της (Hu, Manson, Stampfer, Graham, 2001; Stampfer, Hu, Manson, Rimm, Willet, 2000; Pavlou, Steffe, Letman & Burrows, 1985).

Όμως βασικός κανόνας στα άτομα που προσπαθούν αν αλλάξουν τις διατροφικές τους συνήθειες είναι η αλλαγή των ψυχολογικών παραγόντων και γενικότερα της συμπεριφοράς τους. Έχουν αναφερθεί αρκετές στρατηγικές που μπορούν να βοηθήσουν σε αυτή την προσπάθεια. Ο συνειδητός τρόπος διατροφής, η ελάττωση των πιθανοτήτων να βρεθούν τα άτομα σε δύσκολες καταστάσεις σε σχέση με το φαγητό, η χρήση της άσκησης ως τρόπος αντίστασης και η αλλαγή των προβληματικών συμπεριφορών, είναι ορισμένες από τις στρατηγικές που έχουν χρησιμοποιηθεί σε διάφορες έρευνες κατά το παρελθόν (Blades, 2001; Jordan, 1987). Τα άτομα που ελάττωσαν το βάρος τους με την χρήση της σωστής διατροφής και της άσκησης αναφέρουν ότι «νιώθουν πολύ καλά». Η άσκηση συντέλεσε στην καλύτερευση και στην αύξηση της ψυχικής ευεξίας και ειδικότερα στην αύξηση της αυτοεκτίμησης των ατόμων που έχασαν βάρος για τον εαυτό τους (Στεργίου, 2006; Sonstroem & Morgan, 1989). Με την άσκηση και την υγιεινή διατροφή, τα άτομα που έχασαν κιλά εμφανίζονται πιο κοινωνικά πιο σίγουρα για τον εαυτό τους και όπως δηλώνουν και τα ίδια χαίρονται τη ζωή τους κανονικά.

Η αυτοαποτελεσματικότητα δηλαδή η σιγουριά που νιώθει το άτομο ότι μπορεί να τα καταφέρει σε μια κατάσταση, είναι ένας από τους παράγοντες που έρευνες κατά το παρελθόν έδειξαν ότι επηρεάζει την συμπεριφορά των ατόμων όχι μόνο σε υγιείς πληθυσμούς, αλλά και σε πληθυσμούς με προβλήματα (Aittasalo, Miilunpalo, & Suni, 2003; Ewart, Taylor, Reese & DeBusk, 1983) και είναι ένας από τους παράγοντες που μπορεί να βοηθήσει στην προσπάθεια ελάττωσης του βάρους. Όσο πιο σίγουρα νιώθουν τα άτομα ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν σε ένα πρόγραμμα υγιεινής διατροφής και άσκησης, τόσο πιο εύκολα τα καταφέρνουν (Theodorakis, Natsis, Papaioannou, & Goudas, 2002; Weinberg, Hughes, Critelli, England, & Jackson, 1984). Όμως η συμπεριφορά των ατόμων, επηρεάζεται και εμποδίζεται από διάφορους εσωτερικούς παράγοντες (επιδεξιότητες, ικανότητες, γνώση) και εξωτερικούς (χρόνος, ευκαιρίες) (Ajzen & Madden, 1986). Με τη σειρά τους οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν αρνητικά τις στάσεις και προθέσεις των ατόμων για υγιεινή διατροφή. Κρίνεται αναγκαία η εφαρμογή διαφόρων στρατηγικών για την αλλαγή των προβληματικών αυτών στάσεων και προθέσεων των

ατόμων ως προς αυτά τα προγράμματα.

Εν κατακλείδι, με την εφαρμογή της παρέμβασης θα έχουμε διαρκή ενημέρωση, ανατροφοδότηση και αυτό-παρακολούθηση ως αναφορά στην υγιεινή διατροφή, θα γίνει προσπάθεια αλλαγής των προβληματικών στάσεων και συμπεριφορών των ατόμων. Επίσης θα εξεταστεί και η σχέση της αυτοαποτελεσματικότητας με το πρόγραμμα αυτό και κατά πόσο αυτή επηρεάζεται από την τυχών αλλαγή των στάσεων και των θέσεων των ατόμων.

Ας εφαρμόσουμε το ρητό του Ιπποκράτη «κάλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν».

## II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

### *Διατροφικές Συνήθειες και Υγεία*

Η διατροφή είναι μια σημαντική παράμετρος, που επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία, και για αυτό το λόγο η συσχέτισή της με την πρόκληση διαφόρων νόσων αλλά και η προστατευτική της επίδραση, έχει αποδειχθεί επιδημιολογικά (Τούντας, Τριανταφύλλου & Φρισήρας 2000). Οι διατροφικές συνήθειες και η επιλογή τροφίμων επηρεάζονται από ένα ευρύ φάσμα πολιτιστικών, κοινωνικών, οικονομικών και άλλων παραμέτρων που αντανακλούν στη νοσολογία των ατόμων (Τσαρούχη, 1997). Τροφές με πολλά κορεσμένα λίπη, με λίγες φυτικές ίνες, λίγα φρούτα και λαχανικά σχετίζονται με τον υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακών ανωμαλιών (στεφανιαία νόσος, εγκεφαλικά, υπέρταση), καρκίνου και άλλων χρόνιων νοσημάτων (McGinnis & Foege, 1993; Williamson, 1996; James, Ferro-Luzzia, Isaksson, Szostak, 1988; Trihopoulou, Lagiou 1997). Με αποτέλεσμα, ο παραδοσιακός τρόπος ζωής που χαρακτηρίζεται από υψηλή ενεργειακή δαπάνη και από πλούσια κατανάλωση υδατανθράκων και λαχανικών, να προστατεύει το άτομο από τον κίνδυνο ανάπτυξης της υπέρτασης, της υπερχοληστερολαιμίας, του καρκίνου και του διαβήτη (Chan, 2000). Η πρόσληψη επίσης του ασβεστίου, της βιταμίνης Κ και των άλλων θρεπτικών συστατικών μέσω της τροφής, διατηρεί την οστική πυκνότητα των ενηλίκων (Reeve, Bingham & Khaw, 1997). Επιπλέον, είναι ερευνητικά αποδεδειγμένη η επίδραση της διατροφής πάνω στις νοητικές ικανότητες και στις ψυχολογικές καταστάσεις (Swiss Society for Nutrition Research, 2000).

Η υγιεινή διατροφή έχει θετική επίδραση, όχι μόνο στην υγεία των ενηλίκων, αλλά και στην υγεία των παιδιών και των εφήβων, γιατί επιδρά στη φυσιολογική ανάπτυξη και εξέλιξη αυτών. Ειδικότερα συμβάλει στη μείωση του κινδύνου των καρδιαγγειακών δυσλειτουργιών, στη μείωση της αρτηριακής πίεσης και της συγκέντρωσης των λιπιδίων στο αίμα, στην αύξηση της οστικής πυκνότητας, τη βελτίωση της σωματικής σύστασης και την καταπολέμηση της αναιμίας και των προβλημάτων υγιεινής των δοντιών (Wells, 2000; Buttriss, 1995). Επιπρόσθετα η μη υγιεινή διατροφή στην παιδική ηλικία σχετίζεται με προβλήματα υγείας και χρόνιες δυσλειτουργίες (καρδιακές δυσλειτουργίες, καρκίνος, οστεοπόρωση, δυσλιπιδαιμίες και αθηροσκλήρωση), κατά την ενήλικη ζωή. Τα χαμηλά επίπεδα π.χ. των λιπαρών και η χαμηλή χοληστερόλη στο αίμα των εφήβων σχετίζεται με

τα επίπεδα χοληστερόλης των ενηλίκων (Ellison, et al., 1997). Επίσης, η υψηλή πρόσληψη άλατος και η χαμηλή πρόσληψη μαγνησίου, υδατανθράκων, πολυακόρεστων λιπαρών και φυτικών ινών, σχετίζονται με την υπέρταση των παιδιών (Simons-Morton & Obarzanek, 1997). Επιπλέον, το 16% των παιδιών ηλικίας 1,5-4,5 ετών είναι αναιμικά και το 17% έχουν προβλήματα με την υγιεινή των δοντιών τους. Αιτία θεωρείται η μεγαλύτερη κατανάλωση ζάχαρης, άλατος και η μικρότερη κατανάλωση φρούτων λαχανικών και τροφών πλούσιων σε σίδηρο (Buttriss, 1995).

Σχετικά με την κατανάλωση των τροφών, παιδιά και έφηβοι ηλικίας 9-19 χρονών δεν καταναλώνουν τις απαραίτητες ποσότητες γάλακτος, φρούτων και λαχανικών (Cavadini, Decarli & Dirren, 1999). Σε έρευνα που έγινε από τους Παπαευσταθίου, Βασιλάκου, Γναρδέλλη και Τριχοπούλου (1999), σε φοιτητές της σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας, βρέθηκε πως η αιτία της μη κατανάλωσης υγιεινών τροφών - απαραίτητων για τη καλή λειτουργία του οργανισμού, είναι το χαμηλό επίπεδο των διατροφικών γνώσεων.

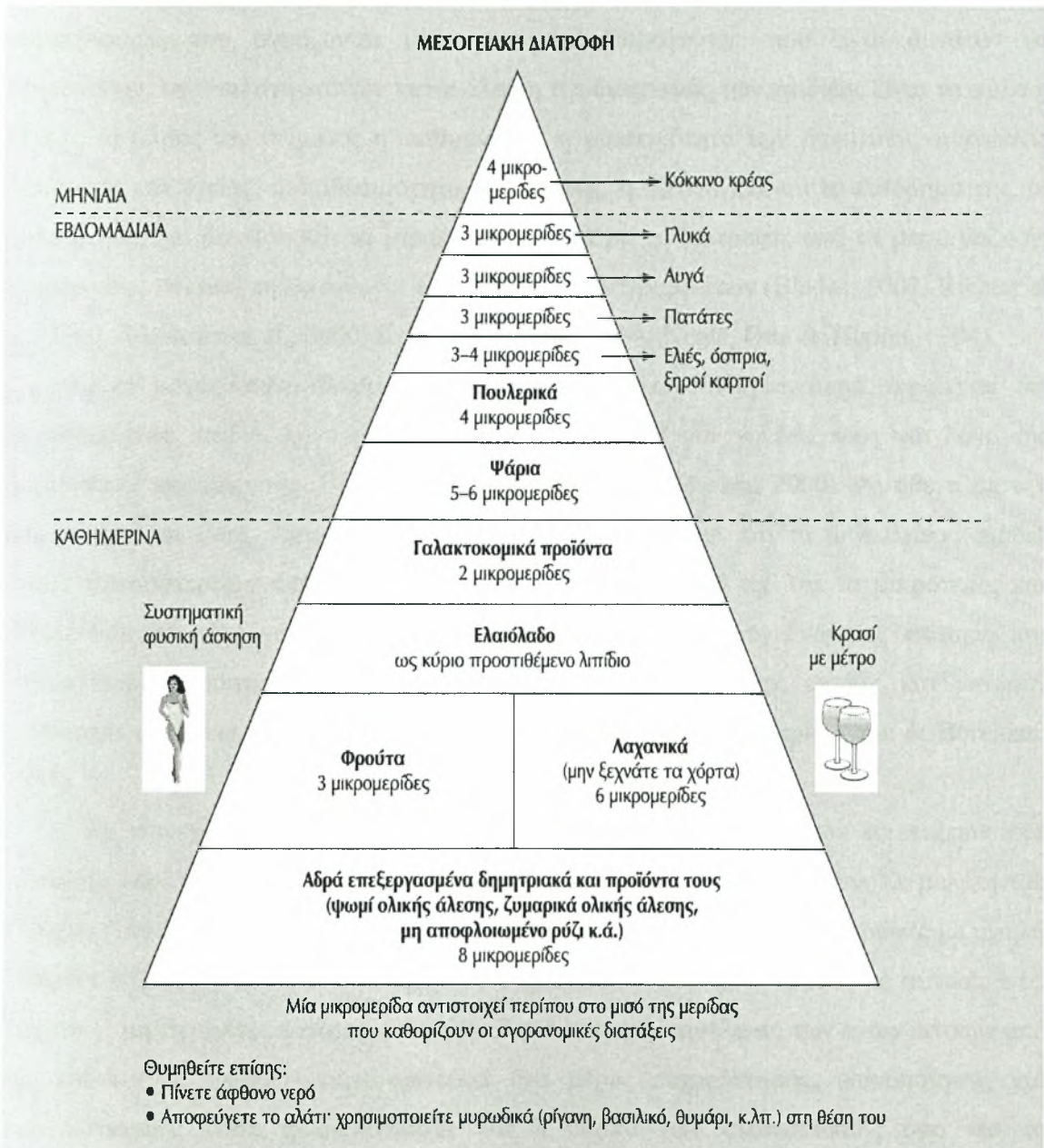
Επίσης και σε παιδιά ηλικίας 8-11 χρονών, οι τιμές πρόσληψης ενέργειας υδατανθράκων, φυτικών ινών και σιδήρου είναι κάτω από τα προτεινόμενα επίπεδα (R.N.I.) του «Department of Health», ενώ οι τιμές της προσλαμβανόμενης ζάχαρης και λιπαρών, είναι υψηλότερες από τις αντίστοιχες προτεινόμενες τιμές (Hunt & Rigley, 1995). Παρόμοια εικόνα, παρουσιάζουν και οι έφηβοι ηλικίας 11-16 ετών, αφού ο μέσος όρος της καθημερινής πρόσληψης ενέργειας είναι χαμηλότερος από τα προτεινόμενα επιτρεπτά όρια. Επιπλέον, ένα υψηλό ποσοστό των εφήβων έχουν χαμηλή πρόσληψη θρεπτικών συστατικών (βιταμίνες A, E, B, C, φολλικό οξύ, μαγνήσιο, ασβέστιο και σίδηρο), λόγω μειωμένης κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών (Decarli, et al., 2000).

Στην έρευνα των Νάσκα, Ορφανός, Χλόπτσιος και Τριχοπούλου (2005), που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, και εξέτασε τις διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων με περιγραφή της ημερήσιας κατανάλωσης τροφίμων και ποτών και της ημερήσιας πρόσληψης ενέργειας και θρεπτικών συστατικών σε 28.572 ενήλικες έδειξε ότι: α) υπάρχει υψηλή κατανάλωση λαχανικών, φρούτων, δημητριακών, κρέατος, γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων και προτίμηση στη χρήση του ελαιόλαδου, β) οι άνδρες, σε σχέση με τις γυναίκες, αναφέρουν γενικά μεγαλύτερη διατροφική πρόσληψη, γ) οι γυναίκες καταναλώνουν περισσότερο ελαιόλαδο, σε σύγκριση με τους άνδρες και δ) στις γυναίκες η πρόσληψη υδατανθράκων και λιπιδίων συνεισφέρει περισσότερο στην ημερήσια πρόσληψη ενέργειας. Σύμφωνα με τα παραπάνω, επιβεβαιώνονται προηγούμενες επιστημονικές σταδιακές απομάκρυνσή τους από την παραδοσιακή



ελληνική διατροφή. Επίσης, λαμβάνοντας υπόψη τις διατροφικές οδηγίες του Υπουργείου Υγείας, οι Έλληνες καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες κόκκινου κρέατος και μικρότερες ποσότητες λαχανικών, όσπριων και φρούτων από τις συνιστώμενες και δεν ασκούνται συστηματικά. Τα αποτελέσματα της έρευνας υποδεικνύουν την ανάγκη θέσπισης μέτρων δράσης για την παρακολούθηση και τη βελτίωση των διατροφικών επιλογών των Ελλήνων.

Κλείνοντας, η πρόληψη των νοσημάτων φθοράς, θα μπορούσε να είναι αποτελεσματικότερη, εντάσσοντας στις δραστηριότητές της τα πορίσματα των ερευνών σχετικά με το ρόλο της διατροφής στην ανάπτυξη νοσημάτων, που αιτιολογικά συνδέονται με αυτή. Η μεσογειακή διατροφή, εμπεριέχει πολλά στοιχεία, τα οποία υπόσχονται οφέλη για την υγεία. Πολλά από τα θρεπτικά η μη συστατικά που περιέχει όπως οι φυτικές ίνες, τα ιχνοστοιχεία και οι βιταμίνες, πιστεύεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του μεταβολικού ισοζυγίου. Παρόλο που δεν είναι επακριβώς γνωστή η επίδραση μιας τέτοιας διατροφής στην υγεία, γενικά πιστεύεται ότι το σύνολο των διατροφικών συνηθειών που τη διέπουν ενδεχομένως να είναι χρήσιμες στην πρόληψη νοσημάτων φθοράς. Πολλές μελέτες χωρών ή Διεθνών οργανισμών, όπως ο FAO, αποτελούν πηγές πληροφοριών για τη Μεσογειακή Διατροφή, χωρίς όμως τα στοιχεία τους να θεωρούνται επαρκή. Ιδιαίτερη έμφαση στις μελέτες αυτές δίνεται στην αντιοξειδωτική δράση των τροφών, κυρίως φυτικής προέλευσης. Για τα ελληνικά δεδομένα, η αναβίωση μεσογειακών προτύπων διατροφής αναμένεται να συμβάλει στην ανάσχεση τουλάχιστον των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των καρκίνων (Τσαρούχη, 1997) . Η διαγραμματική απεικόνιση σε μορφή πυραμίδας είναι γενικά συμβατή με αυτή που προτάθηκε από τους Willett et al. (1995), αλλά έχει μικρές διαφοροποιήσεις, που υπαγορεύθηκαν από πρόσφατες επιστημονικές έρευνες, και παρέχει ποσοτικοποιημένες οδηγίες που καλό θα ήταν να έχουμε σαν πρότυπο (Χασαπίδου, 2002; Τριχοπούλου, Λάγιου, 1999; Willett 1998) (σχήμα 1).



Σχήμα 1. Μεσογειακή διατροφή.

### *Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες*

Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φυσική ανάπτυξη και εξέλιξη τους και επηρεάζονται από ορισμένους παράγοντες και από συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Παράγοντες, που είναι δυνατόν να επηρεάσουν, την επιλογή και την κατανάλωση της διατροφής των παιδιών, είναι το φύλο η ηλικία, το βάρος του σώματος η επιθυμία και η γευστικότητα των γευμάτων, οι γνώσεις διατροφής και υγείας, η διαθεσιμότητα της τροφής, η οικογένεια και το εισόδημα της, οι δυνατότητες για άσκηση και τα μηνύματα σχετικά με τη διατροφή, από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και από τη λειτουργία των σχολικών προγραμμάτων (Blades, 2001; Richter et al., 2000; Wechsler et al., 2000; Keane & Willetts, 1994; Neale, Otte & Tilston, 1994).

Κατ' αρχάς παιδιά ηλικίας 9-11 χρονών καταναλώνουν υγιεινότερες τροφές απ' ό,τι τα μεγαλύτερα παιδιά, λόγω της μεγαλύτερης επιρροής των γονέων τους και λόγω της διατροφικής εκπαίδευσης (Barker, Robinson, Wilman & Barker, 2000). Αντίθετα με την άποψη αυτή οι Berg, Jonsson και Corner (2000), πιστεύουν ότι τα μεγαλύτερα παιδιά έχουν περισσότερες γνώσεις γύρω από την υγιεινή διατροφή απ' ό,τι τα μικρότερα, και επιπλέον έχουν την τάση να επιλέγουν και να υιοθετούν υγιεινότερες στάσεις και συμπεριφορές. Επίσης, τα κορίτσια καταναλώνουν υγιεινότερες τροφές και μετρούν συχνότερα το βάρος τους απ' ό,τι τα αγόρια (Riddoch, Savage, Murphey, Cran & Boreham, 1991).

Εν συνεχεία, η γευστικότητα και η προτίμηση των τροφών αποτελούν ένα σπουδαίο παράγοντα που επιδρά στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Σε μελέτη του Douglas (1998), γίνεται εμφανής η προτίμηση των 12 χρονών παιδιών σε τροφές με υψηλά λιπαρά και ζάχαρη, και η μη προτίμηση σε αμυλούχες τροφές, σε τροφές με φυτικές ίνες, λαχανικά, μη τηγανιτές πατάτες και γάλα. Επιπλέον, η κατανάλωση των αναψυκτικών από τα παιδιά έχει αυξηθεί, γιατί αποτελεί ένα μέρος ευχαρίστησης, ικανοποίησης και πειραματισμού. Τόσο η συσκευασία και η μάρκα των αναψυκτικών, όσο και το περιεχόμενο αυτών, οδηγούν τα παιδιά να τα προτιμούν και να τα καταναλώνουν. Η γεύση επομένως, η συσκευασία και η διαθεσιμότητα των προϊόντων, θεωρούνται πιο σημαντικοί παράγοντες προτίμησης, απ' ό,τι η θρεπτική τους αξία και η συμβολή τους στην υγεία των παιδιών (Duff, 1999).

Ύστερα οι γνώσεις και η ενημέρωση, σχετικά με τις τροφές που σχετίζονται με την υγιεινή διατροφή, αποτελούν σημαντικό παράγοντα που επιδρά στην επιλογή των ανθρώπων (Wardle, Partmenter & Waller, 2000). Εμμέσως πλην σαφώς, τα παιδιά και οι

έφηβοι είναι ενημερωμένοι για την υγιεινή διατροφή, αλλά οι επιλογές τους δεν αντανακλούν σ' αυτή τη γνώση, ιδιαίτερα μέσα στο σχολείο και μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον που ζουν (Brown, Mellveen & Strugnell, 2000; Ριζουζνια, 2001). Παρόμοια, οι σημαντικές συσχετίσεις που έχουν παρατηρηθεί μεταξύ των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία, δείχνουν την επίδραση που μπορεί να ασκήσει η μία συμπεριφορά πάνω στην άλλη, κατά την υιοθέτηση των θετικών στάσεων απέναντι στην υγεία (Burke et al., 1997; Hendricks et al., 2004). Επομένως, ένας υγιεινός τρόπος ζωής καθορίζεται όχι από μεμονωμένες συμπεριφορές, αλλά από ένα μεγαλύτερο σύνολο παραγόντων που προσδιορίζουν τη γενικότερη συμπεριφορά των ατόμων (Θεοδωράκης & Παπαϊωάννου, 2002).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τη μελέτη των Τσαμίτα και Καρτερολιώτης (2008), που εξέτασε τις σχέσεις μεταξύ διατροφικών συνηθειών, κοινωνικών παραγόντων και συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία των εφήβων, φάνηκε ότι, η κατανάλωση δημητριακών και φρούτων των παιδιών, σχετίζεται με το οικογενειακό εισόδημα, η κατανάλωση γαλακτοκομικών, με το μορφωτικό επίπεδο των γονέων και η κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών των παιδιών, με τη κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών των γονέων. Τα χαρακτηριστικά της οικογένειας (οικογενειακό εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο, δομή οικογένειας, στάσεις γονέων), όπως υποστηρίζεται διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση και διατήρηση υγιεινών συμπεριφορών των παιδιών και εφήβων (Theodorakis, Papaioannou, & Karastogianidou, 2004; Forshee et al., 2004; Janssen et al., 2004; Storey et al., 2003; Xie et al., 2003; Fisher, Johnson, Lindquist, Birch, & Goran, 2000; , Baranowski, Rittenberry, & Olvera, 2000; CullenMuñoz, Krebs-Smith, Ballard-Barbash, & Cleveland, L. 1997; Neumark-Sztainer et al., 1996; Livingstone, et al., 1992; Bandini, Schoeller, Cyr, & Dietz, 1990).

Το διαμορφωμένο κοινωνικό και μορφωτικό κλίμα και η διαθεσιμότητα και αύξηση των τροφών στην οικογένεια έχουν αλλάξει τον τρόπο ζωής και την διατροφή των παιδιών στις αναπτυγμένες χώρες (Edmonds, Baranowski, Cullen & Myers, 2001). Σύμφωνα με τα ευρήματα άλλων συναφών ερευνών (Muñoz et al., 1997; Neumark-Sztainer et al., 1996; Shi et al., 2005; Xie et al., 2003), το ποσοστό των παιδιών που καταναλώνει τις προτεινόμενες ποσότητες φρούτων και γαλακτοκομικών είναι υψηλότερο στις κατηγορίες των παιδιών που προέρχονται από οικογένειες με υψηλότερο εισόδημα (Muñoz et al., 1997), ενώ σε παρόμοια μελέτη παρατηρήθηκε ότι οι έφηβοι και τα παιδιά που προέρχονται από οικογένειες με υψηλότερο εισόδημα καταναλώνουν πιο συχνά

γαλακτοκομικά και προσλαμβάνουν περισσότερες πρωτεΐνες, ασβέστιο και φολικό οξύ (Xie et al., 2003; Hunt & Rigley, 1995).

Επιπρόσθετα, οι έφηβοι από οικογένειες με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, καταναλώνουν σημαντικά λιγότερους υδατάνθρακες και περισσότερα συνολικά λιπαρά, κορεσμένα λιπαρά και ζάχαρη, σε σχέση με παιδιά από οικογένειες με υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (Burghardt, Devaney, & Gordon, 1995; Devaney et al., 1995; Xie et al. 2003). Νεότερες έρευνες μας δείχνουν ότι μόνο το 42% των αγοριών και το 55% των κοριτσιών από οικογένειες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο κατανάωνε καθημερινά φρούτα, συγκριτικά με το 66% και το 72% αντίστοιχα των νέων εφήβων από οικογένειες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Shi et al., 2005). Ο μεγαλύτερος κίνδυνος της μη υγιεινής διατροφής την οποία ακολουθούν οι έφηβοι που προέρχονται από οικογένειες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου σε σχέση με τους εφήβους που προέρχονται από οικογένειες υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Johansen, Rasmussen, & Madsen, 2005), προέρχεται όχι μόνο από τις επιλογές κατανάλωσης μη υγιεινών τροφών αλλά και από τη χαμηλότερη ποιότητα αυτών (Oguntona, Aroyin, & Olateju, 1999).

Ωστόσο, έχουν υποστηριχθεί και αντίθετες απόψεις σύμφωνα με τις οποίες το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των γονέων δεν σχετίζεται με τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών και εφήβων (Burke, et al., 1997; Gibson, et al., 1998). Πιθανά η συσχέτιση του οικονομικού επιπέδου των γονέων και των διατροφικές συνθήκες των παιδιών τους να επηρεάζεται από τη διαθεσιμότητα της υγιεινής διατροφής στο σπίτι (Cullen et al., 2001). Στο σημείο αυτό ενδιαφέρουσα είναι η άποψη της Cottee (1999), η οποία υποστηρίζει ότι τα φρούτα και τα λαχανικά δεν είναι τόσο διαθέσιμα και προσβάσιμα στις οικογένειες χαμηλού εισοδήματος, γιατί αδυνατούν οικονομικά να τα προμηθευτούν. Εκτός αυτών, η ερευνήτρια παρατήρησε ότι στις συγκεκριμένες οικογένειες η εξασφάλιση του φαγητού στοχεύει στην καταπολέμηση της πείνας και όχι στην προαγωγή της υγείας. Επομένως, τροφές με υψηλά λιπαρά και ζάχαρη είναι καταλληλότερες για την επίτευξη αυτού του σκοπού από ό, τι είναι τα φρούτα και τα λαχανικά.

Παράλληλα, η σχέση του μορφωτικού επιπέδου των γονέων με τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών τους έχει τεκμηριωθεί σε συναφείς μελέτες (Gibson et al., 1998; Samuelson et al., 1996; Xie et al., 2003; Videon, & Manning, 2003). Συγκεκριμένα, αναφέρθηκε ότι έφηβοι που προέρχονται από οικογένειες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ικανοποιούν περισσότερο τα κριτήρια κατανάλωσης γαλακτοκομικών, φρούτων και λαχανικών, προσλαμβάνοντας μεγαλύτερες ποσότητες μικροθρεπτικών στοιχείων

(φολικό οξύ, βιταμίνη Α, σίδηρος και ψευδάργυρος) σε σχέση με τους εφήβους που προέρχονται από οικογένειες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (Mazur, Marquis, & Jensen, 2003; Xie et al., 2003; Videon, & Manning, 2003). Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας εμφανίστηκε να είναι λιγότερο σημαντικό στις διατροφικές συνήθειες των εφήβων από ό, τι στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών (Samuelson et al., 1996).

Σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες των γονέων, βρέθηκε ότι η κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών από τα παιδιά, σχετίζεται θετικά με την κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών και αρνητικά με την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών των γονέων. Αυτό επιβεβαιώνεται από έρευνες, δείχνοντας την επίδραση των γονέων στη διατροφή των παιδιών τους (Feunekes et al., 1998; Gibson et al., 1998; Neumark-Sztainer, Wall, Perry, & Story, 2003; Gillman et al., 2000). Επαληθεύοντας και τις αρχές της Κοινωνικογνωστικής θεωρίας (Bandura, 1986), σύμφωνα με την οποία η διατροφή των γονέων, που ανήκει στους κοινωνικο-περιβαλλοντικούς παράγοντες, είναι δυνατόν να επηρεάζει τη διατροφή των παιδιών. Παρόμοια, οι Cullen και συνεργάτες (2000) υποστήριξαν ότι οι γονείς, και ιδιαίτερα η μητέρα, ασκούν επίδραση στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών τους, υπό τη μορφή μοντέλου, το οποίο σχετίζεται θετικά, με την κατανάλωση φρούτων, χυμού φρούτων και λαχανικών των παιδιών (Cullen, et al., 2001).

Όσον αφορά την επίδραση της άσκησης πάνω στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών, παρατηρήθηκε ότι, παιδιά ηλικίας 5-15 ετών, τα οποία συμμετείχαν σε φυσικές δραστηριότητες, κατανάλωναν περισσότερο κρέας και ψάρια, από τα παιδιά που δεν συμμετείχαν, ενώ δεν υπήρχε διαφορά στη κατανάλωση γάλακτος, φρούτων και λαχανικών ανάμεσα στα δραστήρια και στα μη δραστήρια παιδιά. (Papaioannou et al., 2004; Jago et al., 2004; Lasheras et al. 2001; Neumark-Sztainer, Story, Perry, & Casey, 1999; Pate et al., 1996).

Οι δραστήριοι έφηβοι ή αθλητές καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες φρούτων και λαχανικών και προσλαμβάνουν μεγαλύτερες ποσότητες πρωτεϊνών, ασβεστίου, σιδήρου και ψευδαργύρου, συγκριτικά με τους λιγότερο δραστήριους ή μη αθλητές (Baumert, Henderson, & Thompson, 1998; Croll et al., 2006; Papaioannou, et al., 2004; Pate et al., 1996; Pate et al., 2000). Η κατανόηση της σχέσης της υγιεινής διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας, είναι πολύ σημαντική για την ταυτόχρονη προαγωγή τους, που οδηγεί στην επίτευξη μακροπρόθεσμων οφελών στην υγεία των εφήβων (Elgar, Roberts, Moore, & Tudor-Smith, 2005).

Ακόμα, παρατηρήθηκε από τον Utter και τους συνεργάτες του (2003) ότι η τηλεθέαση, η χρήση του βίντεο και του ηλεκτρονικού υπολογιστή σχετίζονται με την ημερήσια κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών και με τη μικρότερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια. Ο ρόλος της τηλεθέασης εξετάστηκε από τον Dickinson (2000), ο οποίος ανέφερε τη συχνή απεικόνιση των τροφών στις διαφημίσεις και στα προγράμματα της τηλεόρασης. Τα τηλεοπτικά προγράμματα προβάλλουν μια υγιεινότερη και πιο ισορροπημένη διατροφή απ' ό,τι οι διαφημίσεις (Young & Hetherington, 1996). Η συσχέτιση της διαφήμισης και της προαγωγής κατανάλωσης των φρούτων και λαχανικών είναι πολύ αδύνατη συγκριτικά με τη συσχέτιση της διαφήμισης και της προαγωγής διατροφής πλούσια σε υψηλά λίπη, ζάχαρη και αλάτι (Cottee, 1999). Αντίστοιχα αποτελέσματα εντοπίστηκαν και στον Ελλαδικό χώρο όπου σε σχετική έρευνα με 4.211 εφήβους, η τηλεθέαση σχετίστηκε με την κατανάλωση τροφών με πολλά λιπαρά και ζάχαρη (ανθρακούχα ποτά, μπισκότα, κέικ, γλυκίσματα με ζύμη, γλυκά, σοκολάτες) και με την κατανάλωση λίγων φρούτων και μικροθρεπτικών συστατικών (Yannakouli et al., 2004). Αντίθετα, ο χρόνος κατανάλωσης στη μελέτη και στις σχολικές εργασίες βρέθηκε να σχετίζεται με τη μικρότερη κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών και τη μεγαλύτερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Παράλληλα, άλλα ερευνητικά δεδομένα έδειξαν ότι η τηλεθέαση σχετίζεται αρνητικά με την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και την πρόσληψη φυτικών ινών και βιταμίνης C (Boynton-Jarrett et al., 2006; Ortega et al., 1996).

Τέλος, ευρήματα από μελέτες δείχνουν ότι οι έφηβοι καπνιστές καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες λιπαρών και μικρότερες ποσότητες φρούτων και λαχανικών, φυτικών ινών και γάλακτος/γαλακτοκομικών προϊόντων (Burke et al., 1997; Van Kooten, De Ridder, Vollebergh, & Van Dorsselaer, 2007; Wilson et al., 2005). Το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια, οι έφηβοι καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αναψυκτικών από ό,τι γάλακτος έρχονται να επιβεβαιώσουν με την ερευνά τους οι Cavadini, Siega-Riz και Popkin, (2000) και αυτό φαίνεται να είναι πιο έντονο στους καπνιστές. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί και σε έρευνες που έχουν γίνει στον Ελλαδικό χώρο σε φοιτητές (Bertsias, Linardakis, Mammias, & Kafatos, 2005; Mammias, Bertsias, Linardakis, Moschandreas & Kafatos, 2004). Συγκεκριμένα, οι καπνιστές φοιτητές εμφάνισαν υψηλότερη πρόσληψη ενέργειας, μεγαλύτερη κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών οξέων και χαμηλότερη πρόσληψη φυτικών ινών, φολικού οξέος και βιταμίνης C από ό,τι οι μη καπνιστές (Mammias et al., 2004). Επιπλέον, παρατηρήθηκε σε φοιτητές που καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά, ότι το 41% των μη καπνιστών καταναλώνει  $\geq 400$

γρ/ημέρα συγκριτικά με το 31% των καπνιστών (Bertsias et al., 2005).

Παρόλα αυτά, στη βιβλιογραφία αναφέρονται και μελέτες όπου (α) το κάπνισμα δεν σχετίστηκε με την κατανάλωση φρούτων (Wilson et al., 2005), (β) το κάπνισμα και το αλκοόλ δεν σχετίστηκαν με την κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών (Van Kooten et al., 2007) και (γ) έφηβοι που κατανάλωναν μεγαλύτερες ποσότητες κρέατος (παμφάγοι) και μικρότερες ή καθόλου (χορτοφάγοι) δεν διέφεραν ως προς το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ (Larsson et al., 2002). Η πιθανή εξήγηση που μπορεί να δοθεί στις μη σημαντικές συσχετίσεις του καπνίσματος και των ΔΣ των άνω ερευνών, ίσως μπορεί να βασιστεί στην άποψη των Turbin, Jessor και Costa (2000) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι το κάπνισμα στους εφήβους αντιμετωπίζεται περισσότερο σαν πρόβλημα συμπεριφοράς, όπως η επιθυμία του να είναι κάποιος μέλος μιας ομάδας συνομηλίκων, η αυτονομία από την εξουσία, η μεγαλύτερη ωριμότητα κ.ά., παρά σαν συμπεριφορά που βάζει σε κίνδυνο την υγεία του ατόμου, όπως η μη υγιεινή διατροφή, οι καθιστικές συνήθειες, η μη υγιεινή των δοντιών κ.ά.

Συμπερασματικά, οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών, σχετίζονται με το οικογενειακό εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο και τη διατροφή των γονέων, καθώς επίσης και με συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, όπως η φυσικής δραστηριότητα, ο δείκτης μάζας σώματος, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ. Επειδή κάποιες συνήθειες και στάσεις υιοθετούνται από τη μικρή ηλικία και τείνουν να διατηρηθούν στην ενήλικη ζωή (Kelder, Perry, Klepp, & Lytle, 1994) και ιδιαίτερα, οι διατροφικές συνήθειες που δεν αλλάζουν από την παιδική προς την εφηβική ηλικία (Clavien, Theintz, Rizzoli, & Bonjour, 1996), αν και η εφηβεία είναι περίοδος σημαντικών αλλαγών με διαφορετικές απαιτήσεις και αξιώσεις, απαιτείται προσοχή στην εκπαίδευση υγιεινής διατροφής, μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης, των σχολείων, των οργανισμών και των άλλων φορέων.

Κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις, μέσω του μαθήματος φυσικής αγωγής στο σχολείο, με σκοπό την πληροφόρηση, για τους κινδύνους υγείας, που οφείλονται στην υποκινητικότητα και στις ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, αλλά και για τη δημιουργία συμπεριφορών τέτοιων που θα ωθούν όλους τους μαθητές, σε καθημερινή φυσική δραστηριότητα και άσκηση (Κάμτσιος, Διγγελίδης, 2007). Ιδιαίτερη προσοχή ακόμα χρειάζεται στις στρατηγικές των γονιών ως προς τα αισθήματα των παιδιών τους, προς την υγιεινή διατροφή και αυτό βασίζεται στο γεγονός όπως προαναφέρθηκε, α) ότι οι διατροφικές προτιμήσεις και συνήθειες εγκαθίστανται στην παιδική ηλικία και τείνουν να διατηρηθούν στην ενήλικη ζωή, β) ότι οι επιδράσεις της



διατροφής επιφέρουν μακρόχρονα αποτελέσματα στην υγεία των παιδιών και γ) ότι η παιδική ηλικία είναι μια περίοδος ανοικτή στις τροποποιήσεις των επιλογών των τροφών.

### *Παιδική παχυσαρκία*

Η παχυσαρκία αναφέρεται στην κατάσταση της σωματικής σύστασης του ατόμου, που αποτελεί κίνδυνο για την υγεία του (Grundy et al., 1999). Ένα άτομο λέγεται παχύσαρκο όταν το ποσοστό λίπους είναι μεγαλύτερο απ' το κανονικό σε αναλογία με το συνολικό του βάρος (Bray, 1976). Σε ηλικία 18 χρονών περίπου το 15-18% του συνολικού βάρους ενός άνδρα είναι λίπος, ενώ για τη γυναίκα ηλικίας 18 χρονών το λίπος αντιστοιχεί στο 20-25% του συνολικού σωματικού βάρους. Η παχυσαρκία χαρακτηρίζεται από τιμές Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) μεγαλύτερες των  $30 \text{ kg/m}^2$ , καθώς και από τα ποσοστά του σωματικού λίπους, όταν αυτά ξεπερνούν το 25% του βάρους για τους άνδρες και το 32% για τις γυναίκες (Μπεμπέτσος, 1999; Heyward & Stolarezyk, 1996).

Η παχυσαρκία συνδέεται με την έλλειψη ενδιαφέροντος για άσκηση, τη χαμηλή φυσική δραστηριότητα, την καθιστική ζωή, την ηλικία και το χαμηλό βιοτικό και μορφωτικό επίπεδο (Martinez et al., 1999; Trost et al., 2001). Η γενική προδιάθεση για την αποθήκευση λίπους, σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως η αυξημένη κατανάλωση θερμίδων, η μειωμένη φυσική δραστηριότητα και η μη καλή σωματική, ψυχική και νοητική υγεία, φαίνεται να είναι τα πιθανότερα αίτια για την έξαρση της παιδικής παχυσαρκίας τα τελευταία χρόνια (Kotagal, Lois, Krahn & Slocumb (2004); Lui & Hannon, 2005; Wilborn et al., 2005). Μάλιστα, φαίνεται πως οι επιβαρυντικοί παράγοντες του περιβάλλοντος επιδεινώνονται συνεχώς με την πάροδο των χρόνων, γεγονός που αναμένεται να επιφέρει περαιτέρω αύξηση στα ποσοστά της παχυσαρκίας τα επόμενα χρόνια (Foreyt & Goodrick, 1995).

Σε ερευνά τους οι Deforche, Boundeaudhuij, Tanghe, Hills και Bode (2004), σε 24 παχύσαρκα παιδιά και εφήβους (8 αγόρια και 16 κορίτσια) με μέση ηλικία 13.5-21 έτη και BMI 33.5, προσπάθησαν να τους ενεργοποιήσουν να κινηθούν, με αποτέλεσμα η επέμβασή τους να είναι επιτυχής, στις επιθυμητές εντάσεις και τη συχνότητα άσκησης. Εντούτοις, η συντήρηση της συνήθειας για την άσκηση μετά από 6 μήνες κρίθηκε ανεπιτυχής. Η έλλειψη άσκησης και φυσικής δραστηριότητας, οδηγεί σε μειωμένη ενεργειακή κατανάλωση. Η χαμηλή ενεργειακή κατανάλωση, η αυξημένη ενεργειακή πρόσληψη, λόγω διατροφής και ο χαμηλός μεταβολικός ρυθμός, συνθέτουν την

πολύπλευρη αιτιολογία της παχυσαρκίας (Grundy et al., 1999).

Η παχυσαρκία στις ημέρες μας έχει πάρει διαστάσεις "επιδημίας" και για τις προηγμένες χώρες αποτελεί σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας (Χριστοδούλου, Δούδα, Τοκμακίδης, 2007). Στην έρευνα των Douglas, Finkelstein, Douglas και Renaud (2005) πάνω στις δημόσιες αντιλήψεις για την παιδική παχυσαρκία, οι εναγόμενοι θεώρησαν την παχυσαρκία παιδικής ηλικίας τόσο σοβαρή όσο άλλες σημαντικές απειλές υγείας παιδικής ηλικίας, όπως η χρήση καπνών και η βία, αλλά όχι τόσο σοβαρή όσο την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών.

Τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών και εφήβων, έχουν βρεθεί να αυξάνονται συνεχώς σε παγκόσμιο επίπεδο (Wilborn et al., 2005). Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών ηλικίας 6 έως 11 ετών, βρέθηκαν 15,3% σε επιδημιολογικές έρευνες τα έτη 1999-2000 και 2001-2002 (Hedley et al., 2004). Σημειώνεται, ότι το αντίστοιχο ποσοστό για τα έτη 1988-1994, ήταν 11,3% (Ogden et al., 2002). Η μελέτη των Wang et al., (2002), παρουσιάζει δεδομένα για την αύξηση του ποσοστού των υπέρβαρων παιδιών σε τρεις χώρες. Συγκεκριμένα, στις Η.Π.Α. το ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών από 15,4% στα έτη 1971-1974, αυξήθηκε σε 25,6% στα έτη 1988-1994. Νέα μελέτη του Κυριαζή (2009) βρήκε, ότι σχεδόν ένα στα τέσσερα παιδιά στις ΗΠΑ είναι παχύσαρκο, ενώ το ποσοστό αυτό είναι ακόμη υψηλότερο στα παιδιά ινδιάνικης καταγωγής, φθάνοντας αναλογία ένα στα τρία. Στη Βραζιλία από 4,1% το 1975, σε 13,9% το 1997 ενώ στη Κίνα, από 6,4% το 1991, σε 7,7% το 1997. Οι Lobstein και Freult (2003), στηριζόμενοι σε δεδομένα του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) από έρευνες σε διάφορες χώρες της Ευρώπης, παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά (21% - 36%) υπέρβαρων παιδιών και εφήβων στις χώρες της Μεσογείου σε σχέση με βορειότερες χώρες. Αντίστοιχα, υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας έχουν εντοπιστεί και σε άλλες χώρες (Tsai, Yang, Lin, & Fang, 2004).

Σε ό,τι αφορά στην παιδική παχυσαρκία, υπολογίζεται ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπάρχουν περίπου 3 εκατ. υπέρβαρα παιδιά και ο αριθμός τους αυξάνει κατά 400.000 ετησίως. Το ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών υπολογίζεται συνολικά στο 25% στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αλλά σε ορισμένες χώρες ξεπερνά το 30% (IOTF 2004; Currie et al. 2004).

Ανησυχητικές διαστάσεις, παίρνει και στην Ελλάδα η παιδική παχυσαρκία. Ένα στα τρία αγόρια και ένα στα τέσσερα κορίτσια στη χώρα μας έχουν βάρος πάνω από το φυσιολογικό, ποσοστά υψηλότερα σε σύγκριση με τα αντίστοιχα των περισσότερων μεσογειακών χωρών (Κυριαζή Ι. 2009). Στη μελέτη των Tzotzas et al. (2008) που

πραγματοποιήθηκε σε μεγάλο δείγμα και αφορά δεδομένα που συλλέχτηκαν το 2003 σε 14456 εφήβους ηλικίας 13-19 ετών, τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων αγοριών ήταν 23,3% και 6,1% αντίστοιχα, ενώ τα υπέρβαρα και παχύσαρκα κορίτσια ήταν 14% και 2,7% αντίστοιχα. Τα ποσοστά αυτά, κρίθηκαν από τους παραπάνω ερευνητές ως υψηλά, κυρίως για τα αγόρια, σε σύγκριση με αντίστοιχα ποσοστά σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες της Μεσογείου.

Στη μελέτη των Georgiadis και Nassis (2007), χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα που συλλέχτηκαν από εξειδικευμένο προσωπικό τα έτη 1990-1991, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 6.448 μαθητών ηλικίας 6-17 ετών. Με βάση τον υπολογισμό του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), το συνολικό ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών και εφήβων ήταν 16,9% για τα αγόρια και 17,6% για τα κορίτσια, ενώ αυτό των παχύσαρκων παιδιών και εφήβων ήταν 3,8% και 3,3% για τα αγόρια και τα κορίτσια αντίστοιχα. Επιπρόσθετα, στις ηλικίες άνω των 10 ετών, παρατηρήθηκε αύξηση στο ποσοστό των υπέρβαρων αγοριών και μείωση στο ποσοστό των υπέρβαρων κοριτσιών, σε σχέση με ηλικίες κάτω των 10 ετών (Georgiadis & Nassis, 2007).

Η μελέτη των Karayiannis, Yannakoulia, Terzidou, Sidossis, και Kokkevi (2003), έγινε σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 4.299 παιδιών ηλικίας 11-16 ετών, με αυτοδηλούμενο βάρος και ύψος, τα έτη 1997-1998. Με βάση τον υπολογισμό του ΔΜΣ, τα ποσοστά των υπέρβαρων αγοριών και κοριτσιών ήταν 21,7 και 9,1 αντίστοιχα. Από το συνολικό δείγμα παιδιών, ως παχύσαρκα χαρακτηρίστηκαν το 2,5% των αγοριών και το 1,2 των κοριτσιών. Οι ερευνητές επεσήμαναν πως ο επιπολασμός της παχυσαρκίας τουλάχιστον όσον αφορά τις συγκεκριμένες ηλικίες, βρέθηκε μικρότερος σε σχέση με τις περισσότερες δυτικές χώρες. Τέλος σε μια πρόσφατη έρευνα που έγινε στα Ιωάννινα σε 312 παιδιά ηλικίας 10-11 ετών, τα ποσοστά των υπέρβαρων παιδιών έφτασαν το 29,4% και 11,8% για τα αγόρια και το 39% και 7,5% για τα κορίτσια, αντίστοιχα (Angeopoulos, Milionis, Moschonis, & Manios, 2006).

Η παχυσαρκία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο σύμφωνα με την έρευνα των Poirier, Giles, Bray, Hong, Stern και Pi-Sunier (2006), σε παχύσαρκα παιδιά. Συνδέεται με επιπλοκές για την υγεία όπως η υπέρταση, η αρτηριοσκλήρωση, η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας της καρδιάς, η αντίσταση της ινσουλίνης, η υπερινσουλιναμία, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, η άπνοια κατά τον ύπνο και διάφορα ορθοπεδικά προβλήματα (Barlow & Dietz, 1998). Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι οι παραπάνω επιπτώσεις της παχυσαρκίας, δεν αφορούν μόνο τους ενήλικες. Υπάρχουν επιστημονικά δεδομένα που υποστηρίζουν, ότι οι επιπτώσεις αυτές

ενδέχεται να εμφανιστούν από τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός παχύσαρκου παιδιού, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία του (Poirier et al., 2006; Weiss et al., 2004; Schutte et al., 2003; Srof & Daniels, 2002; Barlow & Dietz, 1998; Freedman Srinivasan, Harsha, Webber, & Berenson, 1989).

Κρίνεται απαραίτητο, να τονίσουμε πως οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, η αλόγιστη χρήση της τροφής και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, αποτελούν τον βασικότερο παράγοντα για την αύξηση της παχυσαρκίας και τις νέες επιδημίες του σύγχρονου τρόπου ζωής, σύμφωνα με μελέτες (Rowlands, Ingledeu, & Eston, 2000; Trost et al., 2001, Craeynest, Crombez, Jan De Houwer, Deforche, Tanghe, Bourdeaudhuij, 2004). Αν κοιτάξουμε τα δεδομένα του παγκόσμιου οργανισμού υγείας, θα διαπιστώσουμε πως ενώ ακόμα ένα σημαντικό κομμάτι της γης πεθαίνει από υποσιτισμό, στις αναπτυγμένες και τις αναπτυσσόμενες χώρες προκαλούνται σοβαρά προβλήματα υγείας λόγω της υπερκατανάλωσης τροφής. Δυστυχώς, έχουμε επινοήσει ένα σωρό τρόπους να τρώμε όσο το δυνατόν περισσότερη τροφή χαμηλής ποιότητας, ενώ κάνουμε τα πάντα με όσο το δυνατόν λιγότερη σωματική άσκηση (Κάβουρας, 2007). Σε συνδυασμό των παραπάνω, με την παρουσία τεκμηριωμένων και νεότερων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου, προαναγγέλλουν την εμφάνιση σοβαρών καρδιαγγειακών και μεταβολικών ασθενειών στο μέλλον, αν δεν ληφθούν έγκαιρα μέτρα. Επισημαίνεται η ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, από την παιδική ηλικία, με έμφαση στην αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και την ισορροπημένη διατροφή (Χριστόδουλος, Τοκμακίδης, Δούδα, Τούσουλης και Γκίκα 2009).

### ***Στάσεις και συμπεριφορά***

Σύμφωνα με τη θεωρία της σχεδιασμένης συμπεριφοράς, αυτό που προηγείται άμεσα κάθε συμπεριφοράς είναι η «πρόθεση» του ατόμου να προβεί σε μια ενέργεια. Η πιθανότητα εκτέλεσης μιας συμπεριφοράς ονομάζεται «πρόθεση συμπεριφοράς». Όσο πιο δυνατή είναι η πρόθεση του ατόμου, τόσο πιο πιθανό είναι να προσπαθήσει το άτομο αυτό, να συμπεριφερθεί ανάλογα με την πρόθεσή του (Ajzen & Fishbein, 1980). Η πρόθεση λοιπόν με τη σειρά της επηρεάζεται από δυο παράγοντες, τον προσωπικό και το κοινωνικό. Ορίζεται ως «Στάση προς τη συμπεριφορά» και έχει σχέση με τον βαθμό θετικής ή αρνητικής εκτίμησης μιας αρνητικής συμπεριφοράς. Η «Στάση προς τη

συμπεριφορά» υποδηλώνει την προδιάθεση του ατόμου για ευμενή ή δυσμενή αντιμετώπιση της συμπεριφοράς. Ο δεύτερος βασικός παράγοντας που επηρεάζει την "πρόθεση" είναι το κοινωνικό περιβάλλον, κοινωνικός παράγοντας (Ajzen & Fishbein, 1977). Ορίζεται ως "Υποκειμενικό Πρότυπο" και αναφέρεται στη κοινωνική πίεση, για την εκτέλεση μιας συμπεριφοράς. Αναφέρετε στο ρόλο των "σημαντικών άλλων" προσώπων και τη γνώμη που έχουν τα πρόσωπα αυτά για την ανάλογη συμπεριφορά του ανθρώπου. Ο παράγοντας αυτός έχει σχέση με το τι θέλουν ή τι προσδοκούν άλλα σημαντικά πρόσωπα για μια πιθανή συμπεριφορά του (Tesser & Shaffer, 1990).

Σύμφωνα με την θεωρία της "Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς" (Planned Behavior) (Ajzen, 1985; Ajzen, 1988), η εκτέλεση μιας συμπεριφοράς δεν έχει μόνο σχέση με την πρόθεση του ατόμου. Μια συμπεριφορά μπορεί να είναι απόλυτα κάτω από τον έλεγχο του ατόμου, δηλαδή αν αυτό αποφασίσει να την εκτελέσει ή όχι. Ανεξάρτητα την πρόθεση του ατόμου να εκτελέσει μια συμπεριφορά, συνήθως υπάρχουν εμπόδια. Τέτοια εμπόδια είναι οι εσωτερικοί παράγοντες, όπως επιδεξιότητες, ικανότητες, γνώσεις, προγραμματισμός, και οι εξωτερικοί παράγοντες, όπως χρόνος, ευκαιρίες, συνεργασία με άλλους, κ.λ.π. (Ajzen & Madden, 1986). Οι Θεοδωράκης, Παπαϊωάννου και Καραστογιανίδου στην έρευνά τους (2004), πάνω στις σχέσεις μεταξύ της οικογενειακής δομής και των σχετικών με την υγεία τοποθετήσεων και συμπεριφορών των παιδιών, βρήκαν ότι οι μαθητές που μεγαλώνουν με το ένα ή κανένα γονέα δεν υιοθέτησαν τις περισσότερες ανθυγιεινές συνήθειες και συμπεριφορές τρόπου ζωής (κάπνισμα, χρήση φαρμάκων, βία, άσκηση, διατροφή) από τους μαθητές που μεγαλώνουν και με τους δύο γονείς. Τα συμπεράσματα προτείνουν ότι η οικογενειακή δομή συσχετίζεται με το αν είναι υγιής ή ανθυγιεινός ο τρόπος ζωής των μαθητών. Η απουσία γονέων, μειώνει τη δυνατότητα των μαθητών που συμμετέχουν στις σχετικές με την υγεία δραστηριότητες, που προστατεύουν την υγεία τους.

Στην έρευνα των Καρκαλέτση, Σκορδίλης & Κουτσούκη (2008), έγινε εφαρμογή της Θεωρίας της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς για την υιοθέτηση υγιεινής διατροφής σε ενήλικες, με σκοπό α) να εξεταστεί η πρόθεση Ελλήνων να υιοθετήσουν υγιεινή διατροφή και β) να διαπιστωθεί αν η διατροφική συμπεριφορά διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία, το δείκτη μάζας σώματος, τον τόπο κατοικίας, τη συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες, το μορφωτικό επίπεδο και το οικογενειακό τους εισόδημα. Στην έρευνα συμμετείχαν 80 ενήλικες, οι οποίοι συμπλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς και το Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πρόθεση των συμμετεχόντων να υιοθετήσουν

υγιεινή διατροφή ήταν θετική, ενώ ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος ήταν ο σημαντικότερος παράγοντας που την επηρέασε. Επιπλέον στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν αναφορικά με το δείκτη μάζας σώματος, τη συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες και τον τόπο κατοικίας.

Η προώθηση υγείας επιτρέπει στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο και να βελτιώσουν την υγεία τους, περιλαμβάνει την πρακτική των καλών συμπεριφορών υγείας και την αποφυγή εκείνων που συμβιβάζουν την υγεία. Οι υγιείς συνήθειες είναι σταθερά καθιερωμένες συμπεριφορές και αποδίδονται συχνά αυτόματα, χωρίς σχέση συνειδητοποίησης με την υγεία. Αναπτύσσονται συνήθως στην παιδική ηλικία και αρχίζουν να σταθεροποιούν γύρω από την ηλικία 11 ή 12 ετών (Κουρίδης, Τορναρίτης, Κουρίδης, Σάββα, Χατζηγεωργίου και Σιαμούνη, 1997). Οι ερευνητές συμφωνούν ότι πολλά σχέδια συμπεριφοράς, που έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία, πέρα από μια διάρκεια ζωής, διαμορφώνονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας (Stucky-Ropp & DiLorenzo, 1993; Taylor, 1999). Οι τοποθετήσεις και οι συμπεριφορές των παιδιών, θεωρούνται πιο ελατές από εκείνες των επιτυχημένων προσπαθειών των ενηλίκων, στο να επηρεάσουν τις σχετικές με την υγεία συμπεριφορές με τους θετικούς τρόπους νωρίς στη σχολική ζωή, που με τη σειρά τους μπορούν να έχουν τις σημαντικές και μακροπρόθεσμες εξοφλήσεις (Stucky-Ropp & DiLorenzo, 1993).

Σύμφωνα με την έρευνα των Διγγελίδη, Κάμτσιο και Θεοδωράκη (2007) που εξέτασαν τις διαφορές μεταξύ μαθητών και μαθητριών Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης δημοτικού σχολείου, με διαφορετικό δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) ως προς: α) τις στάσεις και τις προθέσεις τους ως προς την άσκηση, β) την αντίληψη εαυτού, γ) την ικανοποίηση από τη συμμετοχή στο μάθημα της φυσικής αγωγής, δ) τις διατροφικές τους συμπεριφορές και ε) το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας, διαπιστώθηκε ότι οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι μαθητές είχαν στατιστικά χαμηλότερα σκορ στην κλίμακα της ικανοποίησης από τη συμμετοχή τους στο μάθημα της φυσικής αγωγής, είχαν αρνητική εικόνα για το σώμα τους και χαμηλά σκορ στο δείκτη φυσικής δραστηριότητας σε σύγκριση με τους μαθητές που είχαν φυσιολογικό δείκτη ΔΜΣ. Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι μαθητές υιοθετούν περισσότερο καθιστικές συνήθειες στην καθημερινότητά τους, όπως πολλές ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης και ενασχόλησης με τον ηλεκτρονικό υπολογιστή (Robinson & Sirard 2005). Για να προσεγγίσει κανείς το πρόβλημα των συμπεριφορών αυτών όπως είναι η διαίτα, ή η άσκηση πρέπει να διερευνήσει τους παράγοντες που καθορίζουν αυτές τις συμπεριφορές. Η προσέγγιση αυτή θα γίνει με τη βοήθεια μιας συγκεκριμένης θεωρίας. Η θεωρία της σχεδιασμένης

συμπεριφοράς θα χρησιμοποιηθεί στην έρευνα αυτή για να μας βοηθήσει να απαντήσουμε σε μια σειρά προβλημάτων που τίθενται.

Η κοινωνικοποίηση των παιδιών στις οικογένειές τους, διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση των σχετικών με την υγεία συμπεριφορών. Οι οικογενειακές τοποθετήσεις και οι συμπεριφορές που περιλαμβάνουν τις επικίνδυνες δραστηριότητες, είναι σημαντικοί παράγοντες στη διαμόρφωση των υγιών τρόπων ζωής των παιδιών. Στην εξέταση των αποτελεσμάτων της οικογένειας, στην υιοθέτηση των σχετικών με την υγεία συνηθειών των παιδιών τους, οι κοινωνικοί ψυχολόγοι έχουν διαπιστώσει ότι οι συνήθειες υγείας συσχετίζονται έντονα με την πρόωρη κοινωνικοποίηση, ειδικά η επιρροή των γονέων ως πρότυπα ρόλου. Οι Wickrama, Lorenz, και Conger, (1997) παρείχαν τα στοιχεία για την επιρροή της γονικής υποστήριξης στην εφηβική υγεία, με άμεσες και έμμεσες αντιλήψεις μέσω των εφήβων. Βρήκαν μια δυναμική ένωση, μεταξύ της αντιληπτής γονικής υποστήριξης και της φυσικής κατάστασης της υγείας, από νωρίς, μέσω της πρόσφατης εφηβείας. Οι γονείς ενσταλάζουν (ή όχι) ορισμένες συνήθειες, όπως η φθορά της ζώνης ασφαλείας, το βούρτσισμα των δοντιών τακτικά, και η κατανάλωση του προγεύματος καθημερινά, έτσι γίνονται αυτόματοι. Η οικογένεια και οι φίλοι μπορούν να παρέχουν την ενημερωτική ή συναισθηματική υποστήριξη σε περίπτωση αγχωτικών γεγονότων. Εκτός από την παροχή των ψυχοκοινωνικών οφελών, η κοινωνική υποστήριξη εμφανίζεται επίσης να χαμηλώνει την πιθανότητα της ασθένειας (Taylor, 1999).

Η έρευνα έχει δείξει τις σχέσεις μεταξύ των γονικών τοποθετήσεων και των συμπεριφορών των παιδιών (McMurray, Bradley, Harrell, Bernthal, Frauman, & Bandiwala, 1993). Η οικογένεια, οι φίλοι, οι σύντροφοι και οι άνθρωποι από τον εργασιακό χώρο, μπορούν με τη σειρά τους να επηρεάσουν τις σχετικές με την υγεία συμπεριφορές, μερικές φορές σε μια ευεργετική κατεύθυνση, άλλες φορές πάλι, σε μια δυσμενή κατεύθυνση (Broman, 1993). Οι Lau, Quadrel, και Hartman (1990) εξέτασαν τις πηγές και τις αλλαγές πεποιθήσεων και συμπεριφορών υγείας των νέων ενηλίκων σχετικά με την κατανάλωση, τη διατροφή, την άσκηση, και τη φθορά των ζωνών ασφαλείας. Στις αναλύσεις έγινε ένας συσχετισμός μεταξύ των πεποιθήσεων των γονέων, της υγείας των παιδιών και της συμπεριφοράς τους. Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι οι έφηβοι που ήταν αδύνατοι στις τοποθετήσεις και τους γονικούς κανόνες ενάντια στο κάπνισμα, ήταν πιθανότερο να αυξήσουν το κάπνισμά τους, ενώ εκείνοι που ήταν δυνατοί στις τοποθετήσεις τους και στους γονικούς κανόνες ενάντια στο κάπνισμα (οι γονείς τους ήταν καπνιστές) ήταν λιγότερο πιθανό να αυξήσουν το κάπνισμά τους (Carvajal, Wiatrek,

Evans, Knee, Nash, 2000).

Σύμφωνα με το προγραμματισμένο πρότυπο συμπεριφοράς (Ajzen & Madden, 1986), η πρόθεση κάποιου να συμμετέχει στη σωματική δραστηριότητα ή η σχετική με την υγεία συμπεριφορά, επηρεάζεται από τον αντιληπτό συμπεριφοριστικό έλεγχο, από τη στάση τους απέναντι στη συμπεριφορά, και τις αντιλήψεις για την κοινωνική πίεση να εκτελεσθεί η συμπεριφορά από σημαντικές άλλες, π.χ., τους γονείς, τους φίλους, τους συγγενείς, και τους δασκάλους. Στις μελέτες με την ηλικία μαθητών 9 έως 12 έτη, η επιρροή σημαντικά άλλα ήταν σημαντική που συσχετίστηκε πρόθεση με των μαθητών να συμμετέχουν στον αθλητισμό και τις σωματικές δραστηριότητες (Greenockle, Lee, & Lomax, 1990; Theodorakis, 1992). Η επιρροή των προσωπικών ή κοινωνικών παραγόντων μπορεί να εξαρτηθεί κατά ένα μεγάλο μέρος από την ηλικία του πληθυσμού. Για το νεότερο πληθυσμό, ο κοινωνικός παράγοντας εμφανίζεται να είναι σημαντικότερος, απ' ό, τι για τους ενήλικους, τουλάχιστον για το πλαίσιο των σωματικών δραστηριοτήτων (Theodorakis, 1992). Στην προσθήκη, η ένωση της οικογένειας είναι μόνο μια από τις πολλές και διάφορες επιρροές, στις συνήθειες σωματικής δραστηριότητας ενός παιδιού (Taylor, Baranowski, & Sallis, 1994). Δεδομένου ότι τα παιδιά ωριμάζουν, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της εφηβείας, που υπάρχει μείωση της γονικής επιρροής.

Η επίδραση των κοινωνικών παραγόντων, στη σωματική δραστηριότητα της νεολαίας είναι τεκμηριωμένη στις περισσότερες μελέτες, επειδή οι νέοι, κάνουν ένα μεγάλο μέρος της σωματικής δραστηριότητάς τους με τις ομάδες, και για τις πιο μικρές ηλικίες, στην παιδική χαρά (Sallis & Owen, 1998). Οι γονείς, μπορούν να επηρεάσουν τη σωματική δραστηριότητα των παιδιών τους, με διάφορους τρόπους. Η μελετημένη κοινωνική επιρροή στη σωματική δραστηριότητα των νέων, αποτελείται από τις συνήθειες δραστηριότητας των γονέων (Taylor, et al., 1994). Σε μια σχετική μελέτη, Anderssen και Wold (1992), έδειξαν ότι η σωματική δραστηριότητα των νέων εφήβων, συσχετιζόταν με τη σωματική δραστηριότητα και την υποστήριξη των γονέων και των συνομηλίκων τους. Κατά συνέπεια, χρησιμοποιώντας τους ως πρότυπα και υποστηρικτές, εμφανίζονται να έχουν έναν σημαντικό ρόλο στην προώθηση της σωματικής δραστηριότητας των νέων και εφήβων. Η οικογένεια και το κοινωνικό περιβάλλον, υποτίθεται ότι ήταν σημαντικές στην ανάπτυξη των συνηθειών φυσικής ικανότητας στα παιδιά. Από αυτήν την υπόθεση, η απουσία και ενός ή των δύο γονέων στις οικογένειες θα δημιουργούσε πιθανώς μια λιγότερο ασφαλή, λιγότερο εποικοδομητική, και λιγότερο παραγωγική ατμόσφαιρα, και προβλήματα ρύθμισης στο σπίτι και στο σχολείο. Στη συνέχεια, αυτό θα οδηγούσε σε μια ασταθή, αγχωτική ζωή που περιλαμβάνει πληθώρα επικινδύνους παράγοντες για την υγεία,



συμπεριλαμβανομένης της μεγαλύτερης πιθανότητας της κατάχρησης ουσιών. Για παράδειγμα αυτού του τύπου σχέσης, οι Friedman, Tucker, Schwartz, Martin, Tomlinson-Keasey, Wingard, και Ciriui, (1995) εξέθεσαν την ένωση μεταξύ της ευσυνειδησίας παιδικής ηλικίας και της αναδρομικής μόνος-αναφερόμενης οικογενειακής πίεσης.

Μια έρευνα, αξιολόγησε την επίδραση ενός προγράμματος αγωγής υγείας και άσκησης, στις στάσεις ως προς την άσκηση καθώς και στην ψυχοκοινωνική ευεξία ενηλίκων με σύνδρομο Down. Οι 32 συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν ένα τέτοιο πρόγραμμα 12 εβδομάδων και οι 21 συμμετέχοντες αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου. Το παρεμβατικό πρόγραμμα είχε στόχο την καρδιαγγειακή, μυϊκή δύναμη και αντοχή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσοι συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης, είχαν στατιστικά σημαντική αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας για άσκηση, βελτίωσαν τη στάση τους απέναντι στην άσκηση, είχαν λιγότερα γνωστικά και συναισθηματικά εμπόδια, βελτίωσαν την ικανοποίησή τους από τη ζωή και εμφάνιζαν χαμηλά επίπεδα μελαγχολίας (Heller, Hsieh, Rimmer, 2004).

Σε ερευνά των Νάτση, Θεοδώρου, Κοκαρίδα, Χατζηγεωργιάδη και Θεοδωράκη (2004), για τη συμμετοχή των παιδιών με νοητική υστέρηση σε οργανωμένα προγράμματα άσκησης, με πρόβλεψη της πρόθεσης των γονέων, η συμμετοχή επηρεάζεται καθοριστικά από το ρόλο των γονέων και τη στάση τους απέναντι στην άσκηση. Η διερεύνηση έγινε με βάση τη Θεωρία Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς. Στην έρευνα συμμετείχαν 45 γονείς παιδιών με νοητική υστέρηση, από τρεις πόλεις της Ελλάδας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, ότι ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος συμπεριφοράς ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρέασε την πρόθεση των γονέων, για τη συμμετοχή των παιδιών τους σε άσκηση. Καθώς επίσης, ότι η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης είναι σημαντική για τη βελτίωση της φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής κατάστασης του παιδιού με νοητική υστέρηση.

Έχει προταθεί, ότι το παιδί πρέπει να αναπτύξει τη γνώση και τις δεξιότητες σε έξι σημαντικές σχετικές με την υγεία περιοχές, τον εθισμό φαρμάκων, την υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά, τη διατροφή, την άσκηση, την προσωπική υγιεινή, τη γνώση του σώματος, των εννοιών της ασθένειας, και εμπειρίας με τους ιατρικούς ανθρώπους και τα συστήματα (Rice, 1998). Σε μια σχετική χρήση οινοπνεύματος μελέτης (Hars, Stacy, & DeMatteo, 1984), η χρήση τσιγάρων, και η σκληρή χρήση φαρμάκων, συνδέθηκαν σημαντικά σε ένα δείγμα των σπουδαστών γυμνασίου και κολλεγίων. Η παρούσα μελέτη είναι ένα μέρος ενός μεγαλύτερου προγράμματος, που εξετάζει τις σχέσεις μεταξύ των υγιών και ανθυγιεινών τοποθετήσεων και των συμπεριφορών μεταξύ των παιδιών και των

νέων εφήβων. Αυτό το έγγραφο, εστίασε μόνο στη σχέση ενός κοινωνικού παράγοντα, με τις μόνες αναφερόμενες συμπεριφορές υγείας των παιδιών και του νέου εφήβου. Συγκεκριμένα, η μελέτη εξέτασε τη σχέση της οικογενειακής δομής και των σχετικών με την υγεία συνηθειών. Το προγραμματισμένο πρότυπο συμπεριφοράς χρησιμοποιήθηκε ως πλαίσιο για να εξετάσει τις συμπεριφορές και τη στάση απέναντι στους υγιείς ή ανθυγιεινούς τρόπους ζωής.

Σύμφωνα με τη θεωρία, ο κεντρικός αγωγός προηγούμενος της συμπεριφοράς είναι η πρόθεση του θέματος να εκτελεσθεί η συμπεριφορά. Η πρόθεση είναι με βάση έναν συνδυασμό τριών παραγόντων, στάσης απέναντι στη συμπεριφορά (θετική ή αρνητική προδιάθεση προς τη συμπεριφορά), υποκειμενικών κανόνων (η κοινωνική πίεση να εκτελεσθεί η συμπεριφορά), και αντιληπτού συμπεριφοριστικού ελέγχου. Ο αντιληπτός συμπεριφοριστικός έλεγχος είναι ένας σημαντικός παράγοντας, που καθορίζει πρόθεση και συμπεριφορά, ειδικά για συμπεριφορές που δεν είναι υπό έλεγχο ενός προσώπου, και εκφράζει την ευκολία ή τη δυσκολία μια συγκεκριμένη συμπεριφορά (Ajzen & Madden, 1986). Η υπόθεση ήταν, ότι πρέπει να υπάρξουν σημαντικές σχέσεις μεταξύ των σπουδαστών που μεγαλώνουν με το ένα ή χωρίς τους γονείς και τις ανθυγιεινούς τοποθετήσεις και τρόπους ζωής από τους σπουδαστές που μεγαλώνουν με τους γονείς τους.

Ο έλεγχος της συμπεριφοράς, βρίσκεται μεταξύ δύο άκρων: στο ένα άκρο είναι η απόλυτα ελεγχόμενη συμπεριφορά, και στο άλλο άκρο η απόλυτα ανεξέλεγκτη συμπεριφορά. Στη βασική μελέτη υποστήριξης της θεωρίας της "Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς" οι Ajzen και Madden (1986) έδειξαν ότι η θεωρία λειτούργησε καλύτερα σε μια δύσκολη ελεγχόμενη συμπεριφορά, (τι βαθμό θα πάρουν οι φοιτητές στο μάθημα) ενώ δεν συνείσφερε ιδιαίτερα σε μια συμπεριφορά ελεγχόμενη από τους φοιτητές, (όπως πόσες διαλέξεις ενός μαθήματος σκοπεύουν να παρακολουθήσουν).

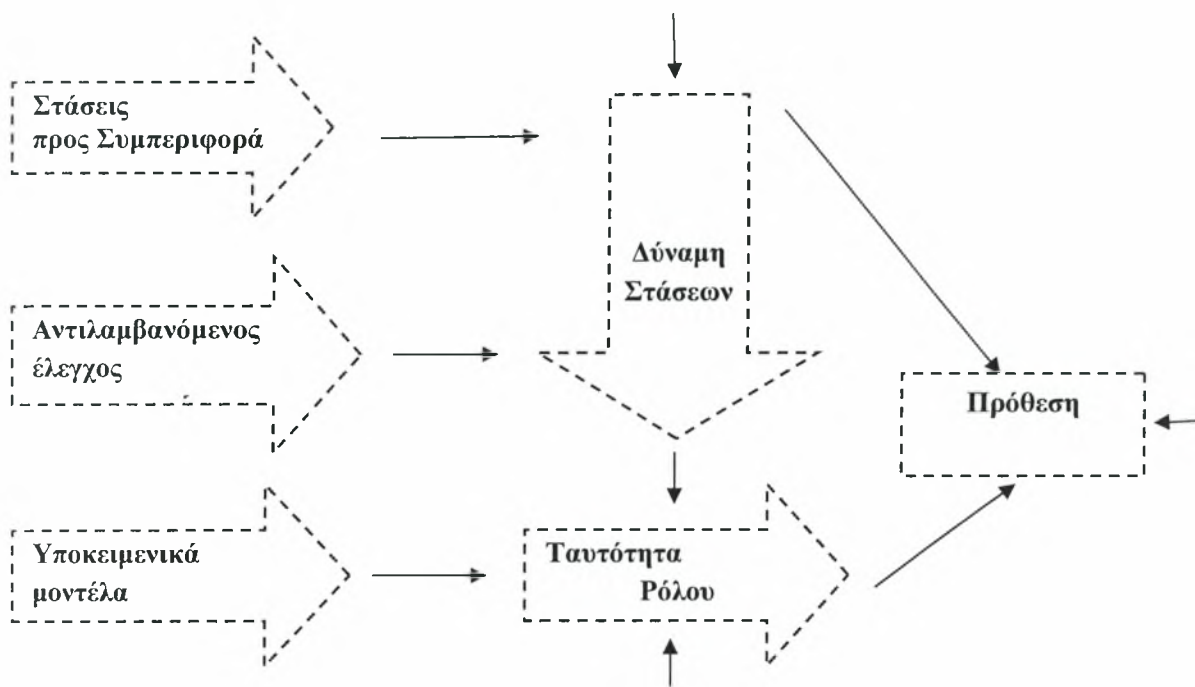
Η διεύρυνση της θεωρίας της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς περιγράφεται στο σχήμα που ακολουθεί (Σχήμα 2). Σε σχετικές έρευνες (Theodorakis, 1994, & 1995), εξετάστηκαν μερικοί ακόμα παράγοντες που σχετίζονται με την πρόβλεψη της συμπεριφοράς. Οι δύο αυτοί παράγοντες, επηρεάζουν την πρόθεση του ατόμου για τη συγκεκριμένη συμπεριφορά και η Δύναμη των Στάσεων και η αυτοταυτότητα. Η Δύναμη των Στάσεων εστιάζει στη σιγουριά που νιώθει το άτομο για τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, στο πόσο σωστή είναι η άποψη να ενεργήσει έτσι, στη σπουδαιότητα που νιώθει όσο αναφορά τη πρόθεσή του και κατά πόσο οι γνώσεις και το ενδιαφέρον παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της πρόθεσης (Bozionelos 1999). Η αυτοταυτότητα με

τη σειρά της εστιάζει, στο πόσο ικανό πιστεύει προσωπικά ότι είναι το κάθε άτομο, ώστε να ακολουθήσει καινούργια συμπεριφορά και την αυτοταυτότητα επηρεάζει η πρόθεση του ατόμου αλλά επηρεάζεται και από την δύναμη των στάσεων του. Παρατηρώντας τα αποτελέσματα στο διάγραμμα, φαίνεται η αλληλεπίδραση των μεταβλητών που εξετάστηκαν σε σχέση με την πρόθεση φοιτητών φυσικής αγωγής, να εργασθούν στο μέλλον με άτομα με ειδικές ανάγκες (Theodorakis, Bagiatis, Goudas, 1995). Η ανάλυση LISREL έδειξε ότι η πρόθεση των φοιτητών διαμορφώνεται άμεσα από τη δύναμη των στάσεών τους και ταυτόχρονα από την κοινωνική τους αυτοταυτότητα. Η δύναμη των στάσεών τους με τη σειρά της, διαμορφώνεται από τον έλεγχο που νομίζουν ότι ασκούν πάνω στη συμπεριφορά αυτή και ταυτόχρονα από τη στάση τους, προς τη συμπεριφορά αυτή. Αντίθετα, η κοινωνική τους ταυτότητα, διαμορφώνεται από την επίδραση των σημαντικών άλλων προσώπων.

Οι παραπάνω προτεινόμενες ψυχολογικές θεωρίες εξετάστηκαν με επιτυχία σε σχετική εργασία (Theodorakis, 1994) στη δυνατότητα πρόβλεψης της συμμετοχής ενήλικων ατόμων, σε πρόγραμμα άσκησης, για χρονικό διάστημα δυο μηνών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, ότι το μοντέλο της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς βοήθησε στη δυνατότητα πρόβλεψης της συμμετοχής ενηλίκων γυναικών σε πρόγραμμα άσκησης. Επίσης, τα αποτελέσματα ενίσχυσαν την άποψη ότι, τα προσωπικά προβλήματα των γυναικών, επηρεάζουν την ίδια τη συμμετοχή τους στα προγράμματα αυτά. Η στάση που είχαν τα άτομα όσο αναφορά στη συμπεριφορά, στην πρόθεση και στον αντιλαμβανόμενο έλεγχο συμπεριφοράς, ενίσχυσε την ικανότητα πρόβλεψης και βοήθησε στην κατανόηση της συμπεριφοράς που είχαν οι ενήλικοι για την άσκηση. Το μοντέλο της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς, είχε πιο επιτυχημένη εφαρμογή όταν δύο ακόμη μεταβλητές προστέθηκαν στις αναλύσεις, της δύναμης της στάσης και της ταυτότητας.

Κλείνοντας, η θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς σε συνδυασμό με την Κοινωνικό-γνωστική θεωρία, το μοντέλο των Πιστεύω Υγείας και τη Θεωρία της Πειθούς, βοήθησαν στον σχεδιασμό ενός προγράμματος αγωγής υγείας «Δεν καπνίζω, γυμνάζομαι» με σκοπό την ευαισθητοποίηση για την αποφυγή του καπνίσματος, για τους μαθητές της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, από τους Θεοδωράκη, Κοσμίδου, Χασάνδρα και Γούδα (2008). Για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας του προγράμματος πραγματοποιήθηκαν 8 διαφορετικές παρεμβατικές έρευνες, σε εννέα διαφορετικά σχολεία όλων των βαθμίδων, με τη συμμετοχή 1230 μαθητών-μαθητριών. Η ανασκόπηση των ερευνών αυτών δείχνει ότι η εφαρμογή του προγράμματος είχε ισχυρότερη επίδραση προς την επιθυμητή κατεύθυνση στα παιδιά δημοτικού, από ότι στις άλλες βαθμίδες, ενώ όταν

προστέθηκαν οδηγίες για τη διακοπή του καπνίσματος, το πρόγραμμα είχε θετικότερα αποτελέσματα και στα παιδιά του λυκείου. Τέλος, σε όλες τις εφαρμογές βελτιώθηκαν οι γνώσεις σχετικά με το κάπνισμα.



Σχήμα 2. Διεύρυνση της θεωρίας της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς.

### *Διατροφικές Συνήθειες και Ψυχολογικοί Παράγοντες*

Ένα σημαντικό θέμα που αφορά κυρίως τον θηλυκό πληθυσμό, είναι η διατήρηση του υγιεινού σωματικού βάρους και ιδιαιτέρως η διαμάχη μεταξύ δύο βασικών εννοιών αυτή του «όμορφου» και αυτή του «υγιούς» σωματικού μεγέθους. Ο διαχωρισμός μεταξύ των δύο αυτών εννοιών δεν είναι εύκολος. Κατά την «υγεία», το ιδανικό σώμα με ανάλογο ύψος και βάρος, είναι αυτό που έχει το μικρότερο ποσοστό θνησιμότητας. Αλλά, για πολλές γυναίκες το σημερινό ιδανικό σώμα συνδέεται με την έννοια της «ομορφιάς» (Μπεμπέτσος, 1999). Οι διαταραχές διατροφής, μπορούν να αποδοθούν σε σχέση με την ύπαρξη τριών χαρακτηριστικών: δυσλειτουργική διατροφική συμπεριφορά, αρνητική εικόνα σώματος, και προσπάθειες (επιτυχείς ή ανεπιτυχείς) απώλειας βάρους. Εκτός από την παραπάνω παθολογική διατροφική συμπεριφορά, τα άτομα με διαταραχές στην πρόσληψη τροφής υποφέρουν συνήθως από κατάθλιψη, άγχος, διαταραχές

προσωπικότητας και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Jansen, 2001).

Στην ερευνά τους οι Henderson και Vickers (1995), προσπάθησαν να διαφοροποιήσουν τις δύο αυτές έννοιες. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι η προτίμηση των γυναικών έκλεινε, περισσότερο προς την πλευρά της σωματικής ομορφιάς, παρά της σωματικής υγείας. Όπως έχει δηλωθεί και από τον Ussher (1989), αυτή η προτίμηση αρχίζει περίπου απ' την ενηλικίωση, και διαγράφεται μέσα σε όλη τη ζωή της γυναίκας, με κατάληξη μια συνεχή ανησυχία για το βάρος, την εμφάνιση και τη μη ικανοποίηση της γυναίκας με το σώμα της. Είναι γνωστό ότι οι διαταραχές διατροφής αφορούν κυρίως στη γυναίκα. Οι κοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται με τον κοινωνικό ρόλο της γυναίκας και τα κοινωνικά πρότυπα. Οι γυναίκες μαθαίνουν από νωρίς να επενδύουν στη σωματική τους εικόνα. Οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα αρχίζουν να διαφαίνονται με την εφηβεία. Αυξάνει το βάρος του κοριτσιού με την προσθήκη λίπους, και συγχρόνως λαμβάνει το κοινωνικό μήνυμα, "είσαι όμορφη όταν είσαι αδύνατη". Ενώ τα αγόρια, αντί για λίπος αποκτούν μυς, δηλαδή δύναμη (Χαρίτου-Φατούρου, 2004).

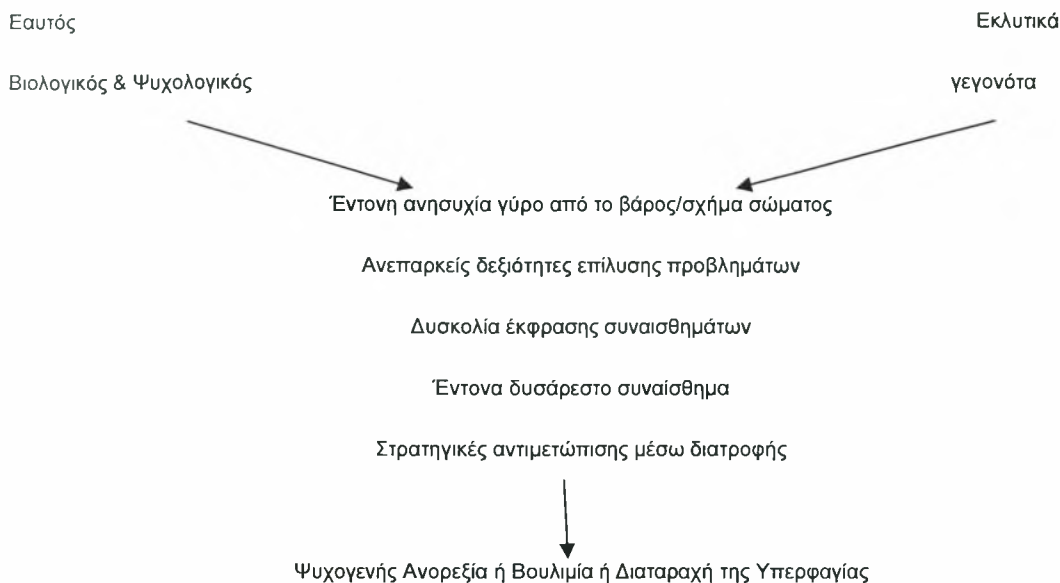
Έχει φανεί από διάφορες έρευνες (Blowers, Loxton, Grady-Flesser, Occhilinti & Dawe, 2003, Biro, Striegel-Moore, Franko, Padgett, & Bean (2006) ότι όσο πιο αρνητική είναι η εικόνα που το άτομο έχει για το σώμα του, τόσο χαμηλότερη αυτοεκτίμηση έχει. Κι αυτό δυστυχώς είναι κάτι που αφορά κυρίως στις γυναίκες, και όχι στους άνδρες η αυτοεκτίμηση των οποίων φαίνεται να επηρεάζεται από άλλους παράγοντες (κοινωνική, οικονομική θέση). Φαίνεται ότι η πίεση για μια νέα γυναίκα να είναι λεπτή έρχεται κυρίως μέσα από τους παραπάνω τρεις παράγοντες. Εσωτερικοποιεί μέσω της μίμησης και της έκθεσης από τα πρότυπα που προβάλλονται στα ΜΜΕ την εικόνα της λεπτής φιγούρας ως ιδανική και μέσα από την κοινωνική σύγκριση, αξιολογεί τον εαυτό της. Όταν το αποτέλεσμα αυτής της σύγκρισης δεν είναι ικανοποιητικό για την ίδια, τότε πολύ πιθανόν να μην είναι ικανοποιημένη από τη σωματική της εικόνα (Blowers et al., 2003). Εάν υπεραξιολογεί την εξωτερική της εμφάνιση και υπερεπενδύει σε αυτήν αυξάνονται οι πιθανότητες να αναπτύξει παθολογικές διατροφικές συμπεριφορές όπως είναι η δίαιτα και τα υπερφαγικά επεισόδια, καθώς και να έχει αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό της (Levine, & Piran 2004, Mendelson, Mendelson & Andrews, 2000). Η διατάραξη της σωματικής εικόνας φαίνεται να είναι το πρόβλημα-πυρήνας για τα άτομα με διάγνωση μίας διαταραχής διατροφής και ίσως το τελευταίο από τα συμπτώματα που βελτιώνεται με την θεραπεία Stewart και Williamson (2003).

Η οικογένεια, ο τρόπος λειτουργίας της, οι αντιλήψεις γύρω από το φαγητό και την σωματική εικόνα, καθώς και οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στα μέλη φαίνεται να

διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των διαταραχών διατροφής. Συχνά, στο οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων με βουλιμία ή διαταραχή της υπερφαγίας υπάρχει ιστορικό έντονης ενασχόλησης με το φαγητό, είτε μέσω ακραίων διατροφικών συμπεριφορών, είτε μέσω της ενασχόλησης με το λεπτό ιδεώδες σώμα. Συνήθως οι γονείς, και ιδιαίτερα η μητέρα, εμφανίζει κάποια διαταραχή διατροφής (Keery, Eisenberg, Boutelle, Neumark-Sztainer & Story, 2006, Hill & Franklin, 1998, Pike & Rodin, 1991), ή δυσαρέσκεια γύρω από το δικό της σώμα (Kischler & Crowther, 2001). Οι κόρες μητέρων με διαταραγμένες συμπεριφορές σε σχέση με την λήψη τροφής φαίνεται να υιοθετούν το μητρικό πρότυπο συμπεριφορών και αντιλήψεων σε σχέση με το φαγητό και να έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν και οι ίδιες παρόμοιες συμπεριφορές.

Οι οικογένειες των βουλιμικών συχνά χαρακτηρίζονται από δυσκολίες στην έκφραση συναισθημάτων και την συνοχή (Welsh, Doll, Davies & O'Connor, 1997, Pike, 1995), οπότε η υπερφαγία γίνεται μέσον διαχείρισης των συναισθημάτων. Επίσης, συχνά οι γονείς των βουλιμικών ατόμων είναι επικριτικοί και τελειοθηρικοί, χωρίς ζεστασιά και συναίσθηση (Humphrey, 1986). Η λήψη τροφής έρχεται να καλύψει τα συναισθηματικά κενά σε αυτά τα άτομα (Humphrey, 1989). Επίσης, οι οικογένειες αυτές δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη αυτονομίας και ατομικότητας στα μέλη, οπότε οι αυστηρές δίαιτες και η υπερφαγία που τις ακολουθεί αποτελεί μια προσπάθεια του ατόμου να ελέγξει κάτι στην ζωή του. Η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη αυτών των οικογενειών είναι συχνά αρνητική και χαρακτηρίζεται από αρνητικά σχόλια για τον σωματικό εαυτό (Fairburn et al., 1997, Fairburn, Doll, Welsh, Hay, Davies & O'Connor, 1998, Keere, Boutelle, van de Berg & Thompson, 2005).

Οι ψυχολογικοί παράγοντες σχετίζονται με προηγούμενες εμπειρίες ζωής, σχέση του ατόμου με το φαγητό, αντιλήψεις του ατόμου για τον εαυτό του και το ιδεώδες σώμα καθώς και με παράγοντες προσωπικότητας. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο όταν έρχεται αντιμέτωπο με κάποια αρνητικά γεγονότα ζωής (εκλυτικά αίτια), επειδή α) έχει δυσλειτουργικές αντιλήψεις για τον εαυτό του, β) διαθέτει ανεπαρκείς δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, γ) έχει δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων και δ) διαθέτει συγκεκριμένες αντιλήψεις και γνωσιακά σχήματα σε σχέση με το βάρος και το σχήμα του σώματος, καθώς και την τροφή, του δημιουργείται έντονα δυσφορικό συναίσθημα το οποίο προσπαθεί μέσω της διατροφής να αντιμετωπίσει (Χαρίλα, 2004). Έτσι, οδηγείται σε κάποια διατροφική διαταραχή (Σχήμα 3).



**Σχήμα 3.** Αιτιογένεση των διαταραχών διατροφής.

Επίσης, από την πλευρά της φυσιολογίας έχουμε την προσέγγιση του θέματος της παχυσαρκίας, όπου προσδιορίζεται ως εξάρτηση του ατόμου απ' το φαγητό (Χαρίλα, 2008; Foreyt & Goodrick, 1991). Πολλοί άνθρωποι προσπαθούν μέσω της διαίτας και της άσκησης να ελαττώσουν το βάρος τους. Σε πολλές έρευνες έχει βρεθεί, ότι παρά τις προσπάθειες των ατόμων να χάσουν κιλά, παρουσιάζεται υποτροπή και τα θετικά αποτελέσματα είναι ελάχιστα. Έχει αποδειχθεί ότι η υποτροπή που παρουσιάζεται σε υπέρβαρα άτομα, που τους απομακρύνει από τους στόχους τους που αφορούν την μείωση των κιλών, οφείλεται στην αγχώδη κατάσταση, και το συναισθηματικό στρες, και αυτά, τους προκαλούν αρνητικές διαθέσεις. Έτσι, καταναλώνουν ακατάλληλες τροφές και σε μεγάλες ποσότητες (Sjoberg & Persson, 1979). Έχει βρεθεί ότι, η επιτυχία της ελάττωσης του βάρους έχει αντίστροφη σχέση με τα ποσοστά της κατάθλιψης (Hall, Bass & Monroe, 1978). Μια άλλη έρευνα, έδειξε ότι η υποτροπή που οδηγεί στη μη σωστή κατανάλωση τροφών, παρουσιάζεται κάτω από αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, όταν το άτομο είναι μόνο του και κάτω από θετικές συναισθηματικές καταστάσεις, όταν το άτομο βρίσκεται με άλλους και όταν πεινάει πολύ (Schlundt, Sbrocco & Bell, 1989).

Σε ερευνά της η Παπαβενετίου, (2008), εξέτασε τη διερεύνηση της συσχέτισης διατροφικών συνηθειών και κατάθλιψης και την επίδραση της σχέσης αυτής στον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Κατά τη διάρκεια των ετών 2005-2007, 1.190 ηλικιωμένοι άνδρες και γυναίκες, κάτοικοι νήσων της Ελλάδος και της Κύπρου συμμετείχαν στη μελέτη. Οι διατροφικές συνήθειες εκτιμήθηκαν με βάση ημι-ποσοτικοποιημένο ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία εκτιμήθηκε με

βάση τη γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης (GDS). Η παρουσία παχυσαρκίας, δυσλιπιδαιμίας, υπέρτασης, σακχαρώδους διαβήτη και ο συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος, αποτιμήθηκαν. Βρέθηκε ότι, οι άνδρες και γυναίκες πάσχουν από μέτρια κατάθλιψη ενώ υιοθετούν μέτρια το Μεσογειακό πρότυπο διατροφής. Αναδείχθηκαν πέντε διατροφικά πρότυπα εκ των οποίων το 1ο εκφράζει την παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή, ενώ το 3ο τη «σύγχρονη» διατροφή των Ελλήνων. Το 2ο πρότυπο εκφράζει δίαιτα χαμηλή σε λίπος και πλούσια σε υδατάνθρακες ενώ το 4ο δίαιτα «Δυτικού» τύπου. Τέλος, το 5ο πρότυπο απεικονίζει μια αυστηρά φυτοφαγική δίαιτα. Η παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή σχετίζεται με ηπιότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία, αντίθετα με τη σύγχρονη διατροφή που φαίνεται να επιβαρύνει το καταθλιπτικό συναίσθημα. Η χαμηλή σε λίπος και πλούσια σε υδατάνθρακες δίαιτα σχετίζεται με μειωμένο καρδιαγγειακό κίνδυνο ενώ η δίαιτα Δυτικού τύπου επιβαρύνει τον κίνδυνο της νόσου. Υιοθέτηση του Μεσογειακού προτύπου δε σχετίζεται αρνητικά με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, όταν συνυπάρχει κατάθλιψη. Ωστόσο, παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, η Μεσογειακή δίαιτα φαίνεται να χάνει τον καρδιοπροστατευτικό της ρόλο. Φαίνεται πως ο τρόπος διατροφής στην τρίτη ηλικία ομοιάζει με μια γενικότερη στάση ζωής αποτελώντας ένα σύνολο παγιωμένων συνηθειών που πολύ δύσκολα αλλάζουν με το πέρασμα του χρόνου.

Σύμφωνα με την έρευνα της Φαρμάκη (2008), σε μια σύγχρονη επιδημιολογική μελέτη συλλογής πληροφοριών από παιδιά προεφηβικής ηλικίας (9-13 ετών) και τους γονείς τους, μετρήθηκε το ύψος και το βάρος των παιδιών και υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ). Βρέθηκε, ότι τα παχύσαρκα και υπέρβαρα παιδιά φαίνεται να έχουν πιο διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές και εικόνα σώματος με αποτέλεσμα να είναι πιο επιρρεπή σε περιοριστικές δίαιτες και να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές.

Επειδή η συμμετοχή στην άσκηση γίνεται μέσα σε μεγάλα κοινωνικά σύνολα, είναι κατανοητό, ότι διάφορες στρατηγικές παρουσίασης θα έχουν κάποια επίδραση στην συμπεριφορά άσκησης των ατόμων. Οι Eklund και Crawford (1994), προσπάθησαν να βρουν την σχέση μεταξύ κοινωνικού άγχους για τη σωματική κατασκευή (Social physique Anxiety) και άσκηση. Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν γυναίκες, οι οποίες έπαιρναν μέρος σε τάξεις αεροβικής γυμναστικής. Είναι ήδη γνωστό, ότι οι γυναίκες δείχνουν περισσότερο από τους άνδρες ανικανοποίητες με την εμφάνιση τους (Graeme K., 2009; Robin, 1992; Silberstein, Striegel- Moore, Timko & Robin, 1989). Επίσης, η σωματική κατασκευή παίζει μεγάλο ρόλο στην άσκηση των γυναικών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι



όντως η εικόνα του σώματος, είναι ένας σπουδαίος λόγος για την ενασχόληση με την άσκηση. Επίσης, ένα μεγάλο κίνητρο για άσκηση είναι το άγχος σωματικής κατασκευής. Ένα άτομο που αποδίδει την επιτυχία του σε ένα σταθερό αίτιο (π.χ ικανότητα), θα έχει μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας, ενώ αποδίδοντας την επιτυχία σε μη σταθερό αίτιο (π.χ πιθανότητα) δε θα έχει μεγάλη πιθανότητα επιτυχίας. Σε περίπτωση αποτυχίας, ένα άτομο που καταλογίζει την αποτυχία σε ένα σταθερό αίτιο, θα έχει μικρή πιθανότητα επιτυχίας σε μελλοντική εκτέλεση έργου. Ενώ αποδίδοντας την αποτυχία σε μη σταθερό αίτιο, ελαττώνει την προσδοκία της επιτυχίας.

Οι Hospers, Kok και Strecher στην έρευνά τους (1990), προσπάθησαν να βρουν τη σχέση που υπάρχει μεταξύ καταλογισμού της επιτυχίας στη προσπάθεια να ελαττωθεί το βάρος και στο χαμηλό ποσοστό προσδοκίας για τυχόν μελλοντική επιτυχία στο ίδιο θέμα. Δημιούργησαν ένα πρόγραμμα, στο οποίο πήραν μέρος 193 συμμετέχοντες για μια περίοδο 15 εβδομάδων. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι οι προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες των ατόμων, δεν είχαν τόσο σημασία, όσο η επεξήγηση που δόθηκε για αυτές τις αποτυχίες. Ο αριθμός των αποτυχιών, είχε σχέση με το πώς αντιλαμβάνονταν, τα αίτια των αποτυχιών τους, με συνέπεια αυτό να συντελεί σε λίγες ελπίδες επιτυχίας (Weiner & Kukla, 1970; Weiner, Frieze, Kukla, Rest & Rosenbaum, 1971; Weiner, 1986). Από την έρευνα βρέθηκε, ότι όταν υπάρχουν στόχοι και γίνεται προσπάθεια επίτευξης αυτών, μόνο τότε υπάρχει επιτυχία του προγράμματος.

Σε μία άλλη έρευνα οι Barker και Cooke (1992), προσπάθησαν να βρουν τις διάφορες αντιλήψεις που έχουν οι άνθρωποι σχετικά με τη παχυσαρκία. Αν και οι περισσότεροι άνθρωποι, μπορούν να χάσουν βάρος υιοθετώντας διάφορες δίαιτες, μακροχρόνια επιτυχία δίαιτας είναι σπάνια. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα τα άτομα να μπαίνουν σε έναν φαύλο κύκλο ελάττωσης και ξανά αύξησης του βάρους. Οι δίαιτες χρησιμοποιούνται μόνο για μια μικρή περίοδο και μετά το τέλος της περιόδου αυτής τα άτομα ξανά γυρίζουν στις προηγούμενες συνήθειές τους. Οι ερευνητές επισήμαναν, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων που είναι σε δίαιτα, προσπαθεί να χάσει βάρος γρήγορα και γι' αυτό αποτυγχάνει στην εκμάθηση και υιοθέτηση των καινούργιων συνηθειών διατροφής οι οποίες θα κάνουν αποτελεσματική την προσπάθειά τους να κρατήσουν το ελαττωμένο βάρος τους. Υπάρχει επομένως, μεγάλη ανάγκη για αλλαγή στο τρόπο σκέψης, ώστε η επιτυχία να είναι εμφανής και μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα και κρίνεται απαραίτητη, η συστηματική βοήθεια που περιλαμβάνει οργανωμένη άσκηση, σε παχύσαρκα και μη άτομα, καθώς και συμβουλευτική βοήθεια, που θα βελτιώσουν το επίπεδο την φυσικής δραστηριότητας και θα ενισχύουν θετικά την αυτοαντίληψη τους

(Τζέτζης, Κακαμούκας, Γούδας, Τσορμπατζούδης 2005).

Υπάρχουν όμως και ερευνητές, οι οποίοι πιστεύουν ότι η διαίτα αυξάνει την συναισθηματική διαταραχή (Παπακωνσταντίνου 2008). Σύμφωνα με τους Wilson και Brownell (1986), η μελαγχολία, το άγχος, η ερεθιστικότητα ή παρόμοια συμπτώματα, παρουσιάστηκαν σ' ένα ποσοστό τουλάχιστον του 50% των ανθρώπων που έκαναν δίαιτα. Τέτοιες καταστάσεις, μπορεί να είναι αποτέλεσμα των πιέσεων, που υφίσταται ένα άτομο προσπαθώντας να αλλάξει τις συνήθειες του φαγητού του, ή του άγχους που το διατρέχει, όταν απομακρύνεται απ' το φυσιολογικό του βάρος. Στα διάφορα σπορ χρησιμοποιούνται κοπέλες, οι λεγόμενες μαζορέτες, για να ξεσηκώνουν και να ενθαρρύνουν τους παίκτες και τον κόσμο. Η έρευνα των Thompson και Sherman (1993), ασχολήθηκε με τις διατροφικές διαταραχές που παρουσιάζονται σ' αυτόν τον πληθυσμό και ονόμασαν αυτά τα άτομα, ως κατεξοχήν πληθυσμό με αυξανόμενα ποσοστά διατροφικών διαταραχών.

Οι Reel και Gill (1996), έκαναν μια έρευνα στην οποία εξέτασαν τους ψυχολογικούς παράγοντες, που έχουν σχέση με τα διατροφικά προβλήματα των κοριτσιών αυτών. Στο δείγμα αυτό, πήραν μέρος άτομα, από διάφορα λύκεια και κολέγια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι διάφορες πιέσεις που δεχόντουσαν οι κοπέλες αυτές, είχαν άμεση σχέση με την ελάττωση του βάρους ή τη διατήρησή του, σε χαμηλότερα απ' το μέσο όρο κιλά. Η πίεση ήταν μεγαλύτερη στις κοπέλες των κολεγίων, από τις κοπέλες των λυκείων. Παρόλα αυτά όμως τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι οι κοπέλες των λυκείων παρουσίασαν μεγαλύτερες διατροφικές διαταραχές από τις μεγαλύτερες κοπέλες (κολεγίων). Η εξήγηση που δόθηκε, ήταν ότι τα παιδιά του λυκείου είναι πληθυσμός ο οποίος παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά διατροφικών προβλημάτων, γιατί και οι αλλαγές στο σώμα των κοριτσιών αυτής της ηλικίας είναι πολλές. Αυτή είναι και η αιτία, που τις κάνει και πιο αγχώδεις για το βάρος τους. Ωστόσο, τα ποσοστά στις κοπέλες των κολεγίων ήταν χαμηλά, επειδή πολλά άτομα αυτών των ομάδων στα κολέγια, όταν παρουσιάζουν διατροφικά προβλήματα, διώκονται από αυτές τις ομάδες επίδειξης. Πολλές φορές λοιπόν, ο φόβος ότι ο προπονητής μπορεί να μάθει ότι κάποιο άτομο παρουσιάζει διατροφικά προβλήματα εξαιτίας των οποίων υπάρχει περίπτωση να διωχθεί απ' την ομάδα, κάνει τα άτομα αυτά να μη δηλώνουν το πρόβλημά τους. Ενώ οι κοπέλες του κολεγιακού πρωταθλήματος, παρουσίασαν χαμηλότερα ποσοστά επηρεασμού από ψυχολογικούς παράγοντες στις διατροφικές τους συνήθειες, απ' τις κοπέλες των λυκείων, και οι δυο πληθυσμοί δήλωσαν ότι υπάρχει πίεση και σχέση όσο αναφορά στη δουλειά τους, στην ομάδα και στο σωματικό τους βάρος.

Κλείνοντας, σύμφωνα με την Ελληνική Καταναλωτική Οργάνωση (2008), οι

ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά τις διατροφικές συνήθειες του ανθρώπου ως εξής: α) Η τροφή συνδέεται με την αγάπη, η σχέση της μητέρας με το παιδί της, που το αγαπάει και δείχνει την αγάπη της ετοιμάζοντας το φαγητό του. β) Η τροφή συνδέεται με τιμωρία και ανταμοιβή, είσαι καλό παιδί γι' αυτό θα φας το γλυκό σου. γ) Η παρασκευή της τροφής, συνδέεται με δημιουργία. δ) Η τροφή συνδέεται με τη διάθεση για εξερεύνηση αλλά και με αίσθημα φοβίας. Ορισμένοι άνθρωποι δεν δοκιμάζουν εύκολα καινούργια φαγητά, γιατί νιώθουν φοβία, αντίθετα άλλοι θέλουν να δοκιμάζουν καινούργια φαγητά ικανοποιώντας την διάθεσή τους για εξερεύνηση.

### *Αυτοπεποίθηση – Αυτοαποτελεσματικότητα και Διατροφή*

Ο Bandura (1997) ορίζει την αυτοαποτελεσματικότητα, ως την πίστη που έχει ένα άτομο ότι διαθέτει τις ικανότητες να εκτελέσει ένα συγκεκριμένο έργο, υπό συγκεκριμένες συνθήκες. Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας, δεν υποδηλώνει τις πραγματικές ικανότητες που μπορεί να έχει ένα άτομο, αλλά το βαθμό της πίστης του ατόμου στις ικανότητές του. Όλο και περισσότεροι άνθρωποι ακολουθούν έναν καθιστικό τρόπο ζωής με αποτέλεσμα ένα μικρό μέρος του πληθυσμού να συμμετέχει σε προγράμματα που έχουν ως στόχο την βελτίωση της υγείας τους (Aittasalo, Miihlpalo, & Suni, 2003). Η άσκηση είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας, που καθορίζει το επίπεδο της υγείας και της ποιότητας ζωής των νέων ατόμων. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που παίρνουν μέρος σε φυσική δραστηριότητα έχουν πνευματική, ψυχολογική και σωματική υγεία (Hagger, Chatzisarantis, & Biddle, 2001), ενώ οι υγιεινές διατροφικές συνήθειες προάγουν γενικότερα την υγεία και απομακρύνουν τον κίνδυνο ασθενειών. Η συχνή άσκηση έχει πολλά οφέλη για την υγεία, στα οποία περιλαμβάνεται η καρδιοαναπνευστική αντοχή, η αύξηση της δύναμης και η βελτίωση της εικόνας του σώματος. Συνδέεται επίσης θετικά στους εφήβους με υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης και χαμηλότερα επίπεδα άγχους και στρες (Theodorakis, Natsis, Papaioannou, & Goudas, 2002).

Από διάφορες έρευνες προέκυψε, ότι σημαντικοί παράγοντες στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών της οικογένειας, είναι η κουλτούρα και η εθνολογική προέλευση της οικογένειας, η ενημέρωση των γονέων γύρω από συναφή θέματα, οι στάσεις και οι συνήθειες υγείας τους και τέλος το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων. Ο παράγοντας επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων, καθώς και το επίπεδο εκπαίδευσης μόνο της μητέρας,

βρέθηκαν να συσχετίζονται θετικά με την κατανάλωση τροφίμων φτωχών σε λιπαρά (Winkleby, Albright, Howard, Lin, & Fortmann 1994).

Οι σχετικές με τη διατροφή στάσεις και συμπεριφορές, διαμορφώνονται κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2006). Η σύγχρονη διατροφή σε διεθνές επίπεδο παρουσιάζει πολλά μειονεκτήματα εκ των οποίων μερικά από αυτά είναι η υπερβολική κατανάλωση τροφών με μεγάλο ποσοστό θερμίδων (ζάχαρη, άσπρο αλεύρι, λίπη, αλκοόλη), έλλειψη τροφών πλούσιων σε άπεπτες φυτικές ίνες (προϊόντα ολικής άλεσης, φρούτα και λαχανικά), ενώ έλλειψη σε αυτές σημαίνει έλλειψη βιταμινών, μεταλλικών στοιχείων και ιχνοστοιχείων (Hill, Stonecipher, Barnes, & Merrill, 2003).

Ένας σημαντικός παράγοντας στο θέμα των διατροφικών συνηθειών είναι η αυτοαποτελεσματικότητα και αρκετές έρευνες υποστηρίζουν το ρόλο της αναφορικά με την άσκηση, το κάπνισμα ή την παχυσαρκία (Μπεμπέτσος, 1999). Σύμφωνα με τον Bandura (1977) η αυτοαποτελεσματικότητα ή αυτεπάρκεια (self-efficacy), αναφέρεται στην πεποίθηση του ατόμου σχετικά με την ικανότητά του, να φέρει σε πέρας ένα συγκεκριμένο έργο, δηλαδή ότι η υπάρχουσα αυτοαποτελεσματικότητα βοηθά στην αλλαγή των διατροφικών συνηθειών. Όσο πιο σίγουρα νιώθουν τα άτομα ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν σε ένα πρόγραμμα διατροφής, τόσο πιο καλά τα καταφέρνουν.

Σύμφωνα με την έρευνα των Μπιμπήρη, Μπεμπέτσο, Θεοδωράκη και Μαυρίδη, (2008), εξετάστηκε κατά πόσο η παρέμβαση μπορεί να επηρεάσει την αυτοαποτελεσματικότητα, σε ασκούμενους άνδρες και γυναίκες, σχετικά με τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες σε 273 ασκούμενους, ηλικίας 17-50. Υπήρξε συνεχής ενημέρωση πάνω σε θέματα διατροφής και δόθηκαν ενημερωτικά φυλλάδια και συμβουλές. Στα αποτελέσματα, βρέθηκε, ότι οι γυναίκες όπως και οι άνδρες, αύξησαν την αυτοαποτελεσματικότητά τους καθώς επίσης διαπιστώθηκε πως, όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης αύξησαν τα σκορ τους από την 1η μέτρηση στην 2η.

Αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ότι ο σωστός χειρισμός της αυτοαποτελεσματικότητας μπορεί να φέρει θετικά αποτελέσματα ως αναφορά στην επιρροή που μπορεί να ασκηθεί σε συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, τις σωστές διατροφικές συνήθειες και τη παχυσαρκία (Weinberg, Hughes, Critelli, England & Jackson, 1984). Ο στόχος σε αυτές τις έρευνες ήταν ενθάρρυνση, των ατόμων για να αναλάβουν τις ευθύνες τους, ως αναφορά την προσωπική τους προσπάθεια για αλλαγή συμπεριφοράς. Οι Chambliss και Murray (1979) έδωσαν στο δείγμα τους θεραπεία χαπιών για να ελαττώσουν το κάπνισμα και μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα σταμάτησαν την παροχή της θεραπείας στα μισά άτομα. Με τον τρόπο αυτό, προσπάθησαν να δουν, κατά

πόσο οι προσωπικές τους προσπάθειες για ελάττωση του καπνίσματος θα αποδώσουν και κατά πόσο αυτές οι προσπάθειες θα αυξήσουν την αυτοαποτελεσματικότητα τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι τα συγκεκριμένα άτομα παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά ελάττωσης του τσιγάρου, από τα άτομα που συνέχισαν τη θεραπεία (Θεοδωράκης, Γιώτη & Ζουρμπάνος, 2005).

Οι Τσαμίτα, Κοντογιάννη και Καρτερολιώτης (2007), εξέτασαν σε 321 μαθητές, την σχέση των δημογραφικών και προσωπικών παραγόντων, όπως η αυτοαποτελεσματικότητα των παιδιών στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και την αντιλαμβανόμενη σημαντικότητα της υγιεινής διατροφής. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι οι μαθητές και μαθήτριες καταναλώνουν τις προτεινόμενες ποσότητες μόνο γαλακτοκομικών και φρούτων, ενώ η διατροφή τους είναι πλούσια σε ανθυγιεινές τροφές. Τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια και οι μικρότεροι μαθητές και μαθήτριες σε σχέση με τους μεγαλύτερους, εμφανίστηκαν να ακολουθούν υγιεινότερες διατροφικές συνήθειες. Η αυτοαποτελεσματικότητα των παιδιών στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, σχετίστηκε θετικά με την κατανάλωση γαλακτοκομικών, φρούτων και λαχανικών και αρνητικά με την κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών.

Οι Κάμτσιος και Φυλακτακίδου (2008), αναζήτησαν την σχέση φυσικής δραστηριότητας και της αυτοαποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 207 φοιτητές και φοιτήτριες του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, που συμπλήρωσαν ανώνυμα ερωτηματολόγια, των οποίων οι κλίμακες είχαν αποδεκτούς δείκτες εσωτερικής συνοχής. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε, πως αντιμετωπίστηκε σωστά το στρες, με θετική προσέγγιση και α) της συμμετοχής σε μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα και β) της αυτοαποτελεσματικότητας. Καθώς επίσης, βοήθησε τη συμμετοχή σε έντονη και μέτρια φυσική δραστηριότητα και την αυτοαποτελεσματικότητα για την αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους σε συγκεκριμένες συνθήκες.

Ο Weinberg και οι συνεργάτες του (1984) προσπάθησαν να ανακαλύψουν και να καταγράψουν την επίδραση που έχει η αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου στην ελάττωση του βάρους του, κατά την διάρκεια ενός προγράμματος δίαιτας. Τα αποτελέσματά τους υποστήριζαν την θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας του Bandura (1977 & 1986), αποδεικνύοντας δηλαδή ότι η προϋπάρχουσα αυτοαποτελεσματικότητα βοηθά στην μείωση του βάρους των παχύσαρκων ατόμων. Όσο πιο σίγουρα νιώθουν τα άτομα ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν σε ένα πρόγραμμα δίαιτας, τόσο πιο καλά τα καταφέρνουν.

### *Φυσική δραστηριότητα και διατροφικές συνήθειες*

Υγιεινή διατροφή αποτελεί ένα μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα της ελληνικής κοινωνίας σήμερα. Μερικές ιδιαίτερα απειλητικές ασθένειες που συνδέονται με την παχυσαρκία είναι η υπέρταση, ο διαβήτης, ο καρκίνος και οι καρδιοπάθειες (Wilfley & Brownell, 1994). Η από κοινού επίδραση της φυσικής δραστηριότητας, πάνω στις χρόνιες ανωμαλίες (στεφανιαία νόσος, διαβήτης, παχυσαρκία, οστεοπόρωση, υπέρταση) είναι ερευνητικά αποδεδειγμένη (Σβερκίδης, Χατζοπούλου, Βόλακλης, Δούδα, 2007; Blair et al., 1996; McGinnis & Foege, 1993). Ειδικότερα η μέτρια φυσική δραστηριότητα και η υγιεινή διατροφή είναι αποτελεσματικές στην πρόληψη της στεφανιαίας νόσου, εφ' όσον επηρεάζουν σε βάθος το μεταβολισμό των περιφερικών λιποπρωτεϊνών και βελτιώνουν την κατανομή αυτών (Badrudidin et al., 1993; Berg, Frey, Baumstarc, Halle & Keul, 1994).

Η υψηλή πίεση του αίματος επίσης επηρεάζεται από την πρόσληψη του νατρίου μέσω της τροφής, τη καθιστική ζωή κ τη παχυσαρκία (McGinnis & Foege, 1993). Η παχυσαρκία έχει εξελιχθεί σε μεγάλο πρόβλημα υγείας, γιατί αυξάνει τους κινδύνους των δυσλειτουργιών στο μεταβολικό και οστικό σύστημα. Σχετίζεται με τις καρδιακές δυσλειτουργίες, με μερικά είδη καρκίνου και με το διαβήτη. Τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των παχύσαρκων παιδιών έχει αυξηθεί σημαντικά. Το γεγονός αυτό, εξηγείται από την αύξηση των λιπιδίων της προσλαμβανόμενης τροφής και τη μείωση της φυσικής δραστηριότητας, ιδιαίτερα των παιδιών των μεγαλουπόλεων (Baranowski et al., 2000; Johnson, 2000; Schneider, 2000). Για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας προτείνεται διατροφή με μειωμένη πρόσληψη θερμίδων και φυσική άσκηση (Epstein et al., 1996; Roccini et al., 1988; Zwiauer, 2000). Ένα πρόγραμμα άσκησης, δύναται να προκαλέσει μεγαλύτερη απώλεια βάρους, πέρα από αυτή που μπορεί να προκαλέσει από μόνη της η διατροφή (Epstein et al., 1996). Επίσης, η αύξηση της συμμετοχής παιδιών και εφήβων σε φυσικές δραστηριότητες "Weight-Bearing" (κάψιμο λίπους) με ταυτόχρονη αύξηση, της πρόσληψης του ασβεστίου επιδρούν θετικά στην αύξηση της οστικής τους μάζας όπως βρήκαν σε έρευνα τους οι French, Fulkerson και Story, (2000) καθώς και οι Jenkins και Jones, (1996).

Ο Rabbia και οι συνεργάτες του (1994), εξέτασαν την εμφάνιση παραγόντων κινδύνου υγείας (υπέρταση, παχυσαρκία και η μη συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες) σε εφήβους 12-15 ετών. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι στο μεν 40,9% των κοριτσιών εμφανίστηκε υπέρταση (2,4%), η παχυσαρκία (8,6%) και η μη συμμετοχή σε

αθλητικές δραστηριότητες (29,9%), στο δε 39,6% των αγοριών εμφανίστηκε η υπέρταση (2,8%), η παχυσαρκία (16,4%) και η μη συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες (20,4%). Δυο παράγοντες κινδύνου εμφανίστηκαν στο 9,9% των κοριτσιών και το 10,9 των αγοριών, ενώ τρεις παράγοντες κινδύνου εμφανίστηκαν στο 2,7% των κοριτσιών και στο 1,1% των αγοριών. Επιπλέον η παχυσαρκία των παιδιών συσχετιστικέ με την αρτηριακή πίεση και το οικογενειακό ιστορικό τους.

Τα χαμηλά επίπεδα της φυσικής δραστηριότητας σχετίζονται με τη χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, το κάπνισμα, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, τη χαμηλή απόδοση στο σχολείο και τη τηλεθέαση (Pate, Heath, Douda & Trost, 1996). Η τηλεθέαση δεν επιδρά μόνο στη φυσική δραστηριότητα παιδιών ηλικίας 3-10 ετών, αλλά και πάνω στις διατροφικές τους συνήθειες, στο σωματικό βάρος, στον ύπνο, στο ενδιαφέρον για μελέτη, στη σχολική απόδοση και γενικός πάνω στην υγεία τους. Συγκεκριμένα με μέσω όρο 18,5 ώρες τηλεθέαση την εβδομάδα αυξήθηκε το βάρος κατά 19,6% των παιδιών, μειώθηκε η φυσική δραστηριότητα στο 30-40%, μειώθηκε η σχολική απόδοση στο 10% και διαταράχθηκε ο ύπνος στο 24% και εμφανίστηκαν ιατρικά προβλήματα στο 11,6% των παιδιών (Gupta, Saini, Acharya, & Miglani, 1994). Επιπλέον, η αύξηση των ωρών τηλεθέασης παρατηρήθηκε και κατά την διάρκεια των γευμάτων. Έτσι η τηλεθέαση αυξήθηκε στο πρόγευμα κατά 25%, στο μεσημεριανό γεύμα κατά 46% και στο βραδινό κατά 41% (Le Bigot, Macaux, 2001).

Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης και Χρόνη (2001), εξέτασαν μια σειρά από μεταβλητές που μπορεί να συντελέσουν στην ταυτόχρονη πρόβλεψη προθέσεων για άσκηση και υγιεινή διατροφή. Το δείγμα αποτέλεσαν 99 άτομα ηλικίας 17-50 ετών. Στην πρόβλεψη πρόθεσης για υγιεινή διατροφή, σημαντικότερες μεταβλητές ήταν η δύναμη στάσεων προς τη διατροφής, η αυτοταυτότητα άσκησης και η πληροφόρηση για την άσκηση. Στην πρόβλεψη της αυτοαποτελεσματικότητας για υγιεινή διατροφή, οι μεταβλητές που συνέβαλαν ήταν η πληροφόρηση διατροφής, τα κοινωνικά πρότυπα διατροφής, η αυτοταυτότητα διατροφής, οι στάσεις προς την άσκηση και η πρόθεση άσκησης. Σε γενικές γραμμές, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι προτεινόμενες θεωρίες και μεταβλητές προβλέπουν προθέσεις για άσκηση και διατροφή ταυτόχρονα, ή ότι τα άτομα συμπεριφέρονται παρόμοια σε θέματα άσκησης και υγιεινής διατροφής.

Η ενός έτους παρέμβαση των Digelidi, Papaioannou, Laparidi και Cristodoulidi (2003), σε 262 παιδιά πρώτης γυμνασίου, έγινε μέσω 88 καθημερινών μαθημάτων που στόχευαν στη διευκόλυνση της ανάπτυξης του στόχου-συμμετοχής στην άσκηση και την υγιεινή διατροφή. Η παρέμβαση αξιολογήθηκε μέσω των ερωτηματολογίων στην αρχή και

στο τέλος του σχολικού έτους και 10 μήνες μετά από το τέλος της παρέμβασης. Οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν τα μέτρα του κινητήριου κλίματος, των προσανατολισμών στόχου και των τοποθετήσεων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά διαμόρφωσαν μια θετικότερη στάση απέναντι στην άσκηση και στην υγιή κατανάλωση, το υπάρχοντα «εγώ» ήταν χαμηλότερο και είχαν τα υψηλότερα αποτελέσματα προσανατολισμού στόχου.

Κλείνοντας, πρέπει να τονίσουμε πως οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής μπορούν να δημιουργήσουν ένα θετικό κινητήριο κλίμα προσανατολισμού και στάσης στόχου, που διευκολύνει τους μαθητές απέναντι στην ενασχόλησή τους με την άσκηση και την στροφή τους προς την υγιεινή διατροφή. Τέλος, η φυσική δραστηριότητα μπορεί να τροποποιήσει ευνοϊκά ορισμένους από τους προδιαθεσικούς παράγοντες της στεφανιαίας και άλλων ασθενειών και να βελτιώσει την υγεία των ενήλικων και μη ατόμων και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής τους (Σβερκίδης, Χατζοπούλου, Βόλακλης, Δούδα, 2007).

Το συμπέρασμα που βγαίνει από αυτή την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι ότι η παχυσαρκία είναι ένα μεγάλο πρόβλημα που ταλαιπωρεί τον πληθυσμό των προηγμένων οικονομικά χωρών και πολλές φορές οδηγεί ακόμη και στο θάνατο. Παράγοντες όπως οι κοινωνικές αντιλήψεις, το μορφωτικό επίπεδο, το γένος, η εθνικότητα και η κληρονομικότητα την επηρεάζουν θετικά. Με την βοήθεια της ιατρικής, την τακτική και συστηματική άσκηση, την ψυχολογική υποστήριξη και την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών, η ζωή των υπέρβαρων ατόμων θα καλυτερεύσει και θα αποφευχθούν οι κίνδυνοι που караδοκούν (Μπεμπέτσος, 1999).

Με βάση τα παραπάνω, ο σκοπός της έρευνας αυτής ήταν:

- i. Κατά πόσο μπορούμε να προβλέψουμε την συμπεριφορά των ατόμων σε σχέση με την άσκηση και την υγιεινή διατροφή και
- ii. Κατά πόσο η αυτοαποτελεσματικότητα μπορεί να επηρεάσει τα άτομα σε τέτοιο βαθμό ώστε να αλλάξουν τις λανθασμένες συνήθειές τους σε σχέση με τη διατροφή τους.



### III. ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

#### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

##### *Δείγμα*

Το δείγμα της έρευνας αποτελέσαν 161 παιδιά ηλικίας 10-15 ετών και των δύο φύλων, που διέμεναν στην αθλητική κατασκήνωση «Sports Village» στο Γραμματικό Αττικής, την πρώτη κατασκηνωτική περίοδο (Πίνακας 1). Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε εθελοντικά. Οι εξεταζόμενοι ασχολούνταν με τις αθλητικές δραστηριότητες της κατασκήνωσης τουλάχιστον 3 φορές την ημέρα. Τα τρία ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε δύο φάσεις πριν και μετά, σε μία περίοδο 3 εβδομάδων.

Πίνακας 1. Στοιχεία δείγματος της έρευνας.

ΦΥΛΟ		
ΑΓΟΡΙΑ		ΚΟΡΙΤΣΙΑ
50		111
ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ		
10-12	12-13	13-15
43	43	75

##### *Όργανα μέτρησης*

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω όργανα μέτρησης και στις δυο μετρήσεις:

1) Ερωτηματολόγιο Αυτοαποτελεσματικότητα διατροφικών συνηθειών (Parcel, Edmundson, Perry, Feldman, O'Hara-Tompkins, Nader, Johnson και Stone, 1995), τροποποιήθηκε το ερωτηματολόγιο έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στο ελληνικό διαιτολόγιο (Μπεμπέτσος, 1999; Bebetsos, 2002). Τα παιδιά στο ερωτηματολόγιο αυτό καλούνταν να καταγράψουν το πόσο σίγουρα είναι ότι μπορούν να αλλάξουν τις μη υγιεινές διατροφικές τους συνήθειες (Παράρτημα 2). Εξετάστηκαν συνολικά 23 διατροφικές συνήθειες μέσα

από αντίστοιχο αριθμό ερωτήσεων. Παράδειγμα: «Πόσο σίγουρος είσαι ότι μπορείς να τρώς το φαγητό σου ανάλατο τους επόμενους δύο μήνες;». Οι απαντήσεις μπορούσαν να επιλέγουν από μια δεκαβάθμια κλίμακα τύπου Likert και βαθμολογούνται από το 1 που είναι καθόλου σίγουρος-η έως το 5 που είναι λίγο σίγουρος και το 10 που είναι πολύ σίγουρος-η.

2) Ερωτηματολόγιο Διατροφικών συνηθειών που εξετάζει πόσο συχνά ακολουθούσαν ορισμένες καλές και κακές διατροφικές συνήθειες τον προηγούμενο μήνα. Το ερωτηματολόγιο αυτό γράφτηκε με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνεται στο ελληνικό διαιτολόγιο (Μπεμπέτσος, 1999; Bebetzos 2002). Τα παιδιά στο ερωτηματολόγιο αυτό καλούνταν να καταγράψουν τις διατροφικές τους συμπεριφορές του προηγούμενου μήνα (Παράρτημα 1). Εξετάζονται συνολικά 33 διατροφικές συνήθειες μέσα από αντίστοιχο αριθμό ερωτήσεων. Παράδειγμα: «Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες φρέσκα λαχανικά;». Οι απαντήσεις που μπορούσαν να δοθούν είναι σε δεκαεξαβάθμια κλίμακα, και βαθμολογούνται από 0 που είναι η χαμηλότερη μέχρι το 30 που είναι η υψηλότερη.

3) Ερωτηματολόγιο Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς (Ajzen & Madden, 1986; Theodorakis, 1994). Τα άτομα στο ερωτηματολόγιο αυτό καλούνταν να καταγράψουν τις στάσεις και τις προθέσεις τους ως προς την υγιεινή διατροφή (Παράρτημα 3). Οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν σε επταβάθμια κλίμακα τύπου Likert και εξέτασαν τους ακόλουθους παράγοντες: 1) Στάσεις, 2) Πρόθεση, 3) Αυτοταυτότητα, 4) Αντιληπτό Έλεγχο Συμπεριφοράς μέσα από 13 ερωτήσεις και πιο συγκεκριμένα οι ερωτήσεις είναι:

α) 4 ερωτήσεις για την εξέταση των στάσεων, «Για μένα το να τρώω υγιεινά τους επόμενους 2 μήνες, είναι», με την επιλογή απάντησης που θα τους δίνετε, με ζεύγη επιθέτων την μορφής "καλό - κακό", "όμορφο - άσχημο", "χρήσιμο - άχρηστο" και "δυσάρεστο - ευχάριστο".

β) 3 ερωτήσεις πρόθεσης, «Σκοπεύω να τρώω υγιεινά τους επόμενους 2 μήνες», με την επιλογή απάντησης που θα τους δίνετε, με ζεύγη επιθέτων την μορφής "πιθανό - απίθανο" και "ναι - όχι".

γ) 4 ερωτήσεις αυτοταυτότητας, «Θεωρώ τον εαυτό μου ικανό να τρώω υγιεινά τους επόμενους 2 μήνες», με την επιλογή απάντησης που θα τους δίνετε, με ζεύγη επιθέτων την μορφής "συμφωνώ - διαφωνώ".

δ) 2 ερωτήσεις για τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς, «Είναι σίγουρο ότι θα τρώω υγιεινά τους επόμενους 2 μήνες», με την επιλογή απάντησης που θα τους δίνετε, με ζεύγη επιθέτων την μορφής “πάρα πολύ σίγουρο – καθόλου σίγουρο”, “πιθανό – απίθανο”.

4) Παρέμβαση - Διαρκή ενημέρωση των παιδιών:

Κάθε απόγευμα, για μία ώρα υπήρχε συγκέντρωση στο αμφιθέατρο της κατασκήνωσης, για συζήτηση και λύση τυχών αποριών με τα παιδιά, για τον κατάλληλο τρόπο υγιεινής διατροφής και το τι πρέπει να προσέχουν σε καθημερινή βάση ως αναφορά την κατανάλωση διαφόρων τροφών. Χορήγηση βοηθητικού υλικού (αποκόμματα από εφημερίδες και περιοδικά) και παρότρυνση για σωστή κατανάλωση τροφών.

5) Το πρόγραμμα άσκησης:

Τα παιδιά γυμνάζονταν καθημερινά κατ’ επιλογή τους από 3 έως 6 ώρες, σε διάφορες δραστηριότητες. Η ποικιλία των αθλημάτων και των προγραμμάτων άσκησης της κατασκήνωσης (πετοσφαίριση, πετοσφαίριση στην άμμο, ποδοσφαίριση, καλαθοσφαίριση, αντισφαίριση, επιτραπέζια αντισφαίριση, χειροσφαίριση, μίνι γκολφ, κολύμβηση, τοξοβολία, αναρρίχηση, ξιφασκία, ρόλερς, ιππασία, τραμπολίνο, ποδηλασία, αεροβική γυμναστική και αθλήματα ανοιχτού στίβου) μπορεί να αποτελέσει μέσο έλξης, ώστε να ακολουθήσουν τα παιδιά κάποιο άθλημα και να συνεχίσουν να γυμνάζονται και εκτός κατασκήνωσης.

#### *Διαδικασία - Σχεδιασμός της έρευνας*

Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν στην Αθλητική κατασκήνωση “Sports Village Athitaki” την χρονική περίοδο Ιούνιο - Ιούλιο. Έγιναν δύο μετρήσεις, αρχική μέτρηση (την πρώτη ημέρα) και τελική μέτρηση (την προτελευταία ημέρα πριν φύγουν τα παιδιά). Τα τρία ερωτηματολόγια που τους δόθηκαν είναι τα ίδια και στις δυο μετρήσεις. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε κάτω απ’ την επίβλεψη και βοήθεια της ερευνητικής ομάδας, για να δίνονται οι απαραίτητες διευκρινήσεις και να λύνονται οι τυχόν απορίες στην περίπτωση της μη κατανόησης των ερωτήσεων. Κάθε ημέρα τα παιδιά ακολουθούσαν διαφορετικές αθλητικές δραστηριότητες και δύο φορές τη βδομάδα υπήρχε συζήτηση για το τι πρέπει να προσέχουν σε καθημερινή βάση ως αναφορά την κατανάλωση διαφόρων τροφών, καθώς και χορήγηση βοηθητικού υλικού (αποκόμματα από εφημερίδες και περιοδικά) για παρότρυνση.

### *Προβλεπόμενη στατιστική ανάλυση*

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων περιλαμβάνει στατιστικές μεθόδους: Ανάλυση αξιοπιστίας (Άλφα του Cronbach) και ανάλυση διακύμανσης για εξαρτημένα δείγματα ως προς δύο παράγοντες (το φύλο και η ηλικία), από τους οποίους ο ένας είναι επαναλαμβανόμενος, για την εξέταση πρόβλεψης των μεταβλητών, «Πρόθεση, Αντιληπτό έλεγχο, Αυτοταυτότητα και Στάσεις για Υγιεινή Διατροφή», «Αυτοαποτελεσματικότητα Διατροφικών Συνηθειών» και «Κλίμακα Διατροφικών Συνηθειών» για αρχική και τελική μέτρηση.

#### IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

##### *Αποτελέσματα ελέγχου εγκυρότητας των ερωτηματολογίων*

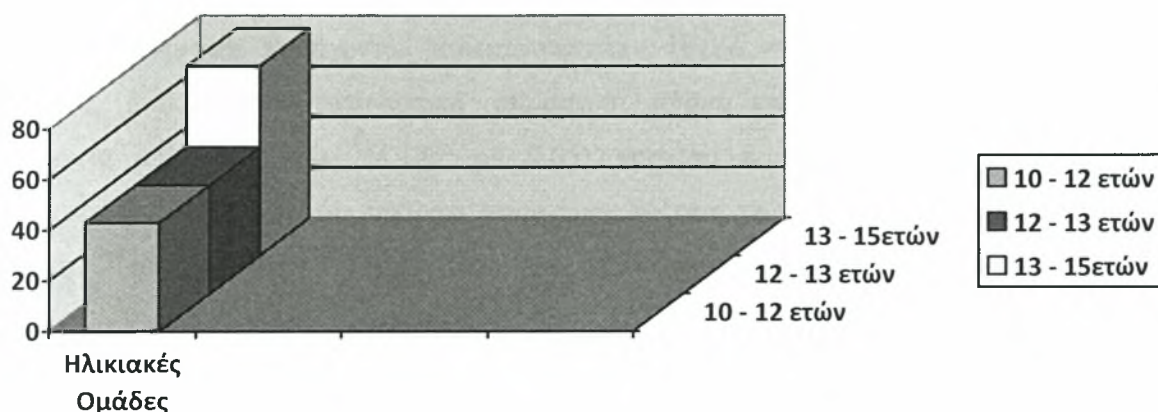
Τα αποτελέσματα του ελέγχου εγκυρότητας, έδειξαν καλούς συντελεστές αξιοπιστίας και για τα δύο ερωτηματολόγια. Πιο συγκεκριμένα, για το ερωτηματολόγιο της «Κλίμακας Αυτοαποτελεσματικότητας Υγιεινής Διατροφής», ο δείκτης  $\alpha$  του Cronbach για την αρχική μέτρηση κυμάνθηκε στο .70 και για την τελική, στο .71. Για το ερωτηματολόγιο της «Κλίμακας Υγιεινών Διατροφικών Συνηθειών», ο δείκτης για την αρχική μέτρηση κυμάνθηκε στο  $\alpha=.83$  και για την τελική στο .85. Και τέλος, για το ερωτηματολόγιο της «Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς» ο δείκτης  $\alpha$  του Cronbach για την αρχική μέτρηση κυμάνθηκε στο .70 για τις «Στάσεις», στο .69 για την «Πρόθεση», στο .73 για την «Αυτοταυτότητα» και στο .70 για τον «Αντιληπτό Έλεγχο Συμπεριφοράς» και για την τελική, στο .80 για τις «Στάσεις», στο .76 για την «Πρόθεση», στο .83 για την «Αυτοταυτότητα» και στο .81 για τον «Αντιληπτό Έλεγχο Συμπεριφοράς» (Πίνακας 2).

**Πίνακας 2.** Δείκτες εσωτερικής συνοχής των κλιμάκων.

<b>Ερωτηματολόγιο</b>	<b><math>\alpha</math> – Cronbach αρχική - τελική μέτρηση</b>
Κλίμακας Αυτοαποτελεσματικότητας Υγιεινής Διατροφής	.70 - .71
Κλίμακας Υγιεινών Διατροφικών Συνηθειών	.83 - .85
Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς <b><u>Παράγοντες</u></b>	
Στάσεις	.70 - .80
Πρόθεση	.69 - .76
Αυτοταυτότητα	.73 - .83
Αντιληπτό Έλεγχο Συμπεριφοράς	.70 - .81

## ΗΛΙΚΙΑ

Το δείγμα χωρίστηκε σε 3 ηλικιακές ομάδες.



Σχήμα 4. Ηλικιακές ομάδες δείγματος.

Αναλύσεις διακύμανσης για εξαρτημένα δείγματα ως προς δύο παράγοντες, από τους οποίους ο ένας είναι επαναλαμβανόμενος.

1) Από την ανάλυση διακύμανσης για εξαρτημένα δείγματα ως προς δύο παράγοντες, από τους οποίους ο ένας ήταν επαναλαμβανόμενος, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων ( $F_{2,158} = 0.485$ ;  $p = 0.617 > 0.05$ ). Επίσης, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική κύρια επίδραση του ανεξάρτητου παράγοντα «ηλικία» ( $F_{2,158} = 1.139$ ;  $p = 0.323 > 0.05$ ). Αντίθετα, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική κύρια επίδραση του επαναλαμβανόμενου παράγοντα «αυτοαποτελεσματικότητα» ( $F_{1,158} = 4.998$ ;  $p < 0,05$ ). Από το τεστ πολλαπλών συγκρίσεων Bonferroni διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σημαντική αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας κατά την 2<sup>η</sup> μέτρηση (τελική) σε σχέση με την πρώτη (αρχική), (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις παράγοντα «Αυτοαποτελεσματικότητα».

	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ
ΑΡΧΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ	7,33	3,58
ΤΕΛΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ	8,57	5,39

2) Από την ανάλυση διακύμανσης για εξαρτημένα δείγματα ως προς δύο παράγοντες, από τους οποίους ο ένας ήταν επαναλαμβανόμενος, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων ( $F_{2,152}=0.701$ ;  $p=0.498 > 0.05$ ). Επίσης, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική κύρια επίδραση του επαναλαμβανόμενου παράγοντα «αυτοταυτότητα» ( $F_{1,152}=0.495$ ;  $p=0.483 > 0.05$ ). Αντίθετα, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική κύρια επίδραση του ανεξάρτητου παράγοντα «ηλικία» ( $F_{2,152}=4.185$ ;  $p < 0,05$ ). Από το τεστ πολλαπλών συγκρίσεων Bonferroni διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σημαντική αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας κατά την 2<sup>η</sup> μέτρηση στην 1<sup>η</sup> ομάδα μόνο όμως σε σχέση με την 3<sup>η</sup> (Πίνακας 4).

**Πίνακας 4.** Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις παράγοντα «Ηλικία».

<b>ΑΡΧΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ</b>		
<b>ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ</b>	<b>ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ</b>
1	5,2	1,5
2	5,2	1,6
3	4,7	1,5
<b>ΤΕΛΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ</b>		
1	5,5	1,5
2	5,1	1,3
3	4,7	1,6

3) Από την ανάλυση διακύμανσης για εξαρτημένα δείγματα ως προς δύο παράγοντες, από τους οποίους ο ένας ήταν επαναλαμβανόμενος, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων ( $F_{2,152}=0.110$ ;  $p=0.898 > 0.05$ ). Επίσης, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική κύρια επίδραση του επαναλαμβανόμενου παράγοντα «αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς» ( $F_{1,152}=0.022$ ;  $p=0.881 > 0.05$ ). Αντίθετα, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική κύρια επίδραση του ανεξάρτητου παράγοντα «ηλικία» ( $F_{2,152}=4.955$ ;  $p < 0,05$ ). Από το τεστ πολλαπλών συγκρίσεων Bonferroni διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σημαντική αύξηση του αντιληπτού ελέγχου συμπεριφοράς κατά την 2<sup>η</sup> μέτρηση στην 1<sup>η</sup> ομάδα μόνο όμως σε σχέση με την 3<sup>η</sup> (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις παράγοντα «Ηλικία».

<b>ΑΡΧΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ</b>		
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ
1	4,8	1,2
2	5,3	1,4
3	5	1,5
<b>ΤΕΛΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ</b>		
1	5,3	1,4
2	5,2	1,4
3	5	1,5

### **ΦΥΛΟ**

1) Από την ανάλυση διακύμανσης για εξαρτημένα δείγματα ως προς δύο παράγοντες, από τους οποίους ο ένας ήταν επαναλαμβανόμενος δεν διαπιστώθηκε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο παραγόντων ( $F_{1,154} p=0.048$ ,  $p=0.827 > 0,05$ ). Επίσης, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική κύρια επίδραση του επαναλαμβανόμενου παράγοντα «πρόθεση» ( $F_{1,154}=0.526$ ;  $p=0.881 > 0.05$ ). Αντίθετα, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική κύρια επίδραση του ανεξάρτητου παράγοντα «ηλικία» ( $F_{2,154}=4$ ;  $p < 0,05$ ). Από το τεστ πολλαπλών συγκρίσεων Bonferroni διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σημαντική αύξηση της πρόθεσης κατά την 2<sup>η</sup> μέτρηση στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις παράγοντα «Φύλο».

<b>ΑΡΧΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ</b>		
ΦΥΛΟ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ
1	4,8	1,7
2	5,3	1,4
<b>ΤΕΛΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ</b>		
1	4,9	1,5
2	5,4	1,4



2) Από την ανάλυση διακύμανσης για εξαρτημένα δείγματα ως προς δύο παράγοντες, από τους οποίους ο ένας ήταν επαναλαμβανόμενος, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων ( $F_{1,159} = 2.714$ ;  $p = 0.617 > 0.05$ ). Επίσης, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική κύρια επίδραση του ανεξάρτητου παράγοντα «φύλο» ( $F_{1,159} = 2.234$ ;  $p = 0.137 > 0.05$ ). Αντίθετα, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική κύρια επίδραση του επαναλαμβανόμενου παράγοντα «διατροφικές συνήθειες» ( $F_{1,159} = 6.483$ ;  $p < 0,05$ ). Από το τεστ πολλαπλών συγκρίσεων Bonferroni διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σημαντική αύξηση των υγιεινών διατροφικών συνθηκών κατά την 2<sup>η</sup> μέτρηση (τελική) σε σχέση με την πρώτη (αρχική), (Πίνακας 7).

**Πίνακας 7.** Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις παράγοντα «Φύλο».

<b>ΑΡΧΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ</b>		
<b>ΦΥΛΟ</b>	<b>ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ</b>	<b>ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ</b>
1	8,8	3,3
2	6,7	3,3
<b>ΤΕΛΙΚΗ ΜΕΤΡΗΣΗ</b>		
1	8,4	4
2	8,7	4,9

## V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός αυτής της έρευνας, ήταν να μελετηθεί κατά πόσο μπορούν οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών να επηρεαστούν μέσα από ένα παρεμβατικό πρόγραμμα που θα ακολουθηθεί στην κατασκήνωση ώστε να τους γίνει συνείδηση και τρόπος ζωής. Πιο συγκεκριμένα, μελετήθηκαν οι στάσεις, η πρόθεση και η σχέση τους με την αυτοαποτελεσματικότητα, ως προς την ηλιακή ομάδα και το φύλο των παιδιών αθλητικής κατασκήνωσης, ως αναφορά τις Διατροφικές τους συνήθειες, πριν και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Το δείγμα της έρευνας αποτελέσαν 161 παιδιά (Σχήμα 4). Οι μετρήσεις έγιναν σε αθλητική κατασκήνωση, κατά τη διάρκεια της πρώτης περιόδου και η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γραμματικό Αττικής.

Οι αρχικές μας ερευνητικές και στατιστικές υποθέσεις για τις διαφορές μεταξύ των φύλων και των ηλικιακών ομάδων, ως προς τις Στάσεις, την Πρόθεση, τον Αντιληπτό Έλεγχο Συμπεριφοράς, την Αυτοταυτότητα, την Αυτοαποτελεσματικότητα και τις Υγιεινές Διατροφικές τους συνήθειες, στηρίζονται από τα αποτελέσματα.

Οι υψηλοί συντελεστές αξιοπιστίας και εγκυρότητας των οργάνων μέτρησης (Πίνακας 2) έδειξαν ότι η διαμόρφωση των κλιμάκων βρισκόταν στη σωστή κατεύθυνση. Όλες οι μεταβλητές παρουσίασαν υψηλό συντελεστή αξιοπιστίας σε όλες τις μετρήσεις και δεν υπήρξε διασπορά τιμών κατά την αρχική και τελική μέτρηση. Είναι πιθανόν, επειδή η διατροφή αρκετών παιδιών ήταν συνδεδεμένη με άλλους παράγοντες όπως το ότι ζούσαν στο πατρικό τους σπίτι με τους γονείς και τα αδέρφια τους, να συνέβαλε στο να μην μπορούν να αποφασίσουν αν θα ακολουθούσαν μία πιο υγιεινή διατροφή στο μέλλον παρόλο που το ήθελαν και ήξεραν ότι όντως πρέπει να αλλάξουν ορισμένες συνήθειές τους.

Επίσης, η σύγκριση των μέσων όρων όλων των μεταβλητών κατά την αρχική και τελική μέτρηση παρουσίασε αυξητική διαφορά. Τα παιδιά παρουσίασαν πιο θετικές στάσεις προς την υγιεινή διατροφή, αύξησαν τις γνώσεις τους σχετικά με την υγιεινή διατροφή, οι προθέσεις τους στο να ακολουθήσουν στο μέλλον ένα πρόγραμμα υγιεινής διατροφής αυξήθηκαν, όπως και το ενδιαφέρον τους για διάφορες πληροφορίες που είναι σχετικές με αυτό το θέμα.

Πολύ ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει και το ότι οι διατροφικές συνήθειες των

παιδιών άλλαξαν και έγιναν πιο υγιεινές, όπως και τα πιστεύω τους, ότι θα προσπαθήσουν περισσότερο στο μέλλον να ακολουθήσουν ένα πιο υγιεινό τρόπο διατροφής και αυτό στηρίζεται στην αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας για υγιεινή διατροφή από αρχική σε τελική μέτρηση. Όπως βλέπουμε και στην έρευνα των Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης και Χρόνη (2001) αποτελεί τον βασικό παράγοντα, που παροτρύνει τα άτομα να αποφασίσουν, ότι θα ασκηθούν στο μέλλον. Φαίνεται ότι όσο πιο σίγουρα νιώθουν τα άτομα ότι θα ακολουθήσουν πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες, τόσο πιο θετικά βλέπουν την ενασχόληση τους με την άσκηση. Τα παιδιά που πιστεύουν ότι είναι σωστό, βασικό και αναγκαίο να προσέχουν την διατροφή τους και νιώθουν σιγουριά ότι μπορούν, τότε θα ακολουθήσουν την συμπεριφορά αυτή. Έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και νιώθουν ικανά να ανταποκριθούν στην καινούργια αυτή συμπεριφορά.

Η επιμόρφωση βοηθά στην αύξηση της αυτόαποτελεσματικότητας όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες. Η συγκεκριμένη έρευνα συμφωνεί με την έρευνα των Δεμέτη, Ρόκκα, Μπεμπέτσο και Μαυρίδη (2006), όπου έδειξαν ότι το παρεμβατικό πρόγραμμα με ενημέρωση για υγιεινή διατροφή, τα ενημερωτικά φυλλάδια και οι συζητήσεις παράλληλα με τα προγράμματα άσκησης, μπορούν να βελτιώσουν την αυτοαποτελεσματικότητα και τις διατροφικές συνήθειες των ασκουμένων και να οδηγήσουν σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής.

Συμπερασματικά, η έρευνα υποστηρίζει αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών κατά τα οποία το παρεμβατικό πρόγραμμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών (Boutelle, Murray, Jeffrey, Hennrikus, & Lando, 2000; Jonson, et al., 1998), ότι η πληροφόρηση αποτελεί ένα βασικό παράγοντα πρόβλεψης των διατροφικών συνηθειών (Bagozzi & Yi, 1989; Marks & Miller, 1985; Davidson, et al., 1985). Επίσης, όσο πιο ισχυρές στάσεις έχουν, και πιο σίγουρα είναι τα άτομα στο να ακολουθήσουν προγράμματα διατροφής τόσο πιο καλά θα τα καταφέρουν (Theodorakis, 1994).

Επίσης, οι διαφορές μεταξύ των δύο μετρήσεων μας απέδειξε ότι όντως οι προαναφερόμενες διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές. Έτσι επιβεβαιώνονται οι υποθέσεις ότι ο συνδυασμός διαφόρων τεχνικών ψυχολογικής παρέμβασης βοηθάει στην αλλαγή προβληματικών συμπεριφορών σε σχέση με την άσκηση και την υγιεινή διατροφή. Ακόμη, ο συνδυασμός τεχνικών ψυχολογικής παρέμβασης ενισχύει τις στάσεις και την συμπεριφορά των ατόμων έτσι ώστε να συμμετέχουν σε προγράμματα άσκησης και υγιεινής διατροφής για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Από τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι δεν παρουσιάστηκαν διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα, ως προς τις Στάσεις, αφού η προδιάθεση και των δυο φύλων, προς την

αντιμετώπιση προβληματικών συμπεριφορών διατροφής, κυμάνθηκαν στις ίδιες τιμές. Επίσης, στον Αντιληπτικό έλεγχο συμπεριφοράς και από τις δυο πλευρές έχουμε τις ίδιες τιμές να εκφράζουν ότι ελέγχουν τις πράξεις τους. Καθώς, και η αυτοταυτότητα των παιδιών που εστιάζει στο πόσο ικανά πιστεύουν προσωπικά ότι είναι, ώστε να ακολουθήσουν μια καινούργια συμπεριφορά, εμφανίστηκε χωρίς διαφορές στις τιμές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών.

Σε αντίθεση με την έρευνα του Μπεμπέτσου (1999) όπου οι άντρες εμφάνισαν πιο θετική στάση προς την υγιεινή διατροφή αφού όπως είχαν δηλώσει, διέθεταν και περισσότερες γνώσεις πάνω σε αυτή. Πιθανή αιτιολογία αυτού του αποτελέσματος ίσως είναι η ηλικιακή διαφορά που υπάρχει. Ωστόσο και τα δύο φύλα έδειξαν ενδιαφέρον για προσπάθεια αλλαγής των διατροφικών τους συνηθειών όπως και στη παρούσα έρευνα.

Ελέγχοντας τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, βρήκαμε πως υπήρξε μεγαλύτερη βελτίωση στη πρόθεση των κοριτσιών, προς τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες από ότι στα αγόρια και αυτό γιατί, ένα σημαντικό θέμα που αφορά κυρίως τον θηλυκό πληθυσμό, είναι η διατήρηση του υγιεινού σωματικού βάρους και ιδιαιτέρως η διαμάχη μεταξύ δύο βασικών εννοιών αυτή του «όμορφου» και αυτή του «υγιούς» σωματικού μεγέθους. Ο διαχωρισμός μεταξύ των δύο αυτών εννοιών δεν είναι εύκολος. Κατά την «υγεία», το ιδανικό σώμα με ανάλογο ύψος και βάρος, είναι αυτό που έχει το μικρότερο ποσοστό θνησιμότητας. Αλλά, για πολλές γυναίκες το σημερινό ιδανικό σώμα συνδέεται με την έννοια της «ομορφιάς» (Μπεμπέτσος, 1999).

Στην ερευνά τους οι Henderson και Vickers (1995), προσπάθησαν να διαφοροποιήσουν τις δύο αυτές έννοιες. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι η προτίμηση των γυναικών έκλινε, περισσότερο προς την πλευρά της σωματικής ομορφιάς, παρά της σωματικής υγείας. Όπως έχει δηλωθεί και από τον Ussher (1989), αυτή η προτίμηση αρχίζει περίπου απ' την ενηλικίωση, και διαγράφεται μέσα σε όλη τη ζωή της γυναίκας, με κατάληξη μια συνεχή ανησυχία για το βάρος, την εμφάνιση και τη μη ικανοποίηση της γυναίκας με το σώμα της. Είναι γνωστό ότι οι διαταραχές διατροφής αφορούν κυρίως στη γυναίκα. Οι κοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται με τον κοινωνικό ρόλο της γυναίκας και τα κοινωνικά πρότυπα. Οι γυναίκες μαθαίνουν από νωρίς να επενδύουν στη σωματική τους εικόνα. Οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα αρχίζουν να διαφαίνονται με την εφηβεία. Αυξάνει το βάρος του κοριτσιού με την προσθήκη λίπους, και συγχρόνως λαμβάνει το κοινωνικό μήνυμα, "είσαι όμορφη όταν είσαι αδύνατη". Ενώ τα αγόρια, αντί για λίπος αποκτούν μυς, δηλαδή δύναμη (Χαρίτου-Φατούρου, 2004).

Έχει φανεί από διάφορες έρευνες (Blowers, Loxton, Grady-Flessner, Occhilinti &

Dawe, 2003; Biro, Striegel-Moore, Franko, Padgett, & Bean 2006) ότι όσο πιο αρνητική είναι η εικόνα που το άτομο έχει για το σώμα του, τόσο χαμηλότερη αυτοεκτίμηση έχει. Κι αυτό δυστυχώς είναι κάτι που αφορά κυρίως τις γυναίκες, και όχι τους άνδρες η αυτοεκτίμηση των οποίων φαίνεται να επηρεάζεται από άλλους παράγοντες (κοινωνική, οικονομική θέση). Φαίνεται ότι η πίεση για μια νέα γυναίκα να είναι λεπτή έρχεται κυρίως μέσα από τους παραπάνω τρεις παράγοντες.

Σύμφωνα με τους Μπεμπέτσο, Θεοδωράκη και Χρόνη (2001), η πρόθεση για υγιεινή διατροφή εμφανίζεται στα άτομα που νιώθουν πολύ σίγουρα στο να ακολουθήσουν πιο υγιεινή διατροφική συμπεριφορά και διαθέτουν πιο ισχυρές προθέσεις για υγιεινή διατροφή. Επίσης, όταν πιστεύουν ότι είναι σωστό ως μέρος της προσωπικής τους ταυτότητας, το να ακολουθήσουν μια υγιεινή διατροφική συμπεριφορά, διαμορφώνουν θετικότερες προθέσεις. Η πρόθεση των ατόμων διαμορφώνεται από τις πληροφορίες που έχουν σχετικά με το θέμα της άσκησης. Οι πληροφορίες τους για θέματα άσκησης, τους βοήθησαν να διαμορφώσουν θετικές στάσεις και προθέσεις, όχι μόνο προς την άσκηση, αλλά και προς την υγιεινή διατροφή. Φαίνεται ότι όσο πιο σίγουρα νιώθουν τα άτομα ότι θα ακολουθήσουν πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες, τόσο πιο θετικά βλέπουν την ενασχόληση τους με την άσκηση. Η άσκηση αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι των υγιεινών επιλογών για διατροφή. Τέλος τα άτομα που θεωρούν την υγιεινή διατροφή μέρος της κοινωνικής τους ταυτότητάς, έχουν πιο θετικές προθέσεις και για άσκηση.

Από το τεστ πολλαπλών συγκρίσεων διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σημαντική αύξηση των υγιεινών διατροφικών συνηθειών κατά την 2<sup>η</sup> μέτρηση (τελική) σε σχέση με την πρώτη (αρχική) και στα κορίτσια και στα αγόρια και αυτό μας δείχνει ότι η προσπάθεια αλλαγής των διατροφικών συνηθειών απέδωσε καρπούς, με αποτέλεσμα να δείχνουν ενδιαφέρον (Πίνακας 7). Ορισμένα παιδιά "δήλωσαν" στον ερευνητή ότι θα προσπαθήσουν στο μέλλον να τρέφονται πιο υγιεινά, όχι μόνο για μια καλύτερη σιλουέτα αλλά και γιατί πρέπει να αρχίσουν να προσέχουν την υγεία τους.

Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο συνδυασμός των παραγόντων της τεχνικής για ψυχολογική παρέμβαση που είναι η διαρκής ενημέρωση και ανατροφοδότηση, βοήθησε στην αλλαγή διαφόρων προβληματικών συμπεριφορών που έχουν σχέση με την υγιεινή διατροφή. Σημαντικό κρίνεται να αναφερθεί ότι ορισμένα παιδιά, κυρίως κορίτσια, ανέφεραν στον ερευνητή ότι το δισέλιδο βοήθημα που τους είχε δώσει, είχε τοποθετηθεί σε τέτοιο σημείο που να τους αποτρέπει από το να φάνε κάτι έξω από την υγιεινή του διατροφή ή να καταναλώσουν μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού.

Από τα κυριότερα ευρήματα της παρούσας έρευνας αποτελεί η παρουσία διαφορών

ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες (Πίνακας 5). Τα παιδιά μικρότερης ηλικίας εμφάνισαν υψηλότερες τιμές στην αυτοταυτότητα και στον αντιληπτό έλεγχο από ότι τα μεγαλύτερα. Η αυτοταυτότητα υποστηρίζεται στην έρευνα αυτή ως βασική μεταβλητή πρόβλεψης προθέσεων υγιεινής διατροφής και αυτοαποτελεσματικότητας υγιεινής διατροφής. Τα πιο μικρά παιδιά εμφανίστηκαν πιο αποφασισμένα στο να ακολουθήσουν ένα υγιεινό τρόπο διατροφής και αυτό συμφωνεί με τα αποτελέσματα της έρευνας των Barker, Robinson, Wilman και Barker (2000), όπου τα παιδιά ηλικίας 9-11 χρονών καταναλώνουν υγιεινότερες τροφές απ' ότι τα μεγαλύτερα παιδιά, λόγω της μεγαλύτερης επιρροής των γονέων τους και λόγω της διατροφικής εκπαίδευσης. Αντίθετα, με την άποψη αυτή οι Berg, Jonsson και Corner (2000), πιστεύουν ότι τα μεγαλύτερα παιδιά έχουν περισσότερες γνώσεις γύρω από την υγιεινή διατροφή απ' ότι τα μικρότερα, και επιπλέον έχουν την τάση να επιλέγουν και να υιοθετούν υγιεινότερες στάσεις και συμπεριφορές.

Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν την αναγκαιότητα να συμπεριληφθούν οι συγκεκριμένοι παράγοντες και οι συγκεκριμένες συμπεριφορές στον σχεδιασμό των παρεμβατικών προγραμμάτων και να αποτελέσουν τους επί μέρους «στόχους», ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα αυτών, στην προαγωγή της υγείας των παιδιών. Περιορισμοί της παρούσας μελέτης θα μπορούσαν να θεωρηθούν, το μη αντιπροσωπευτικό δείγμα σε εθνικό επίπεδο, οι συμμετέχοντες που ήταν παιδιά και επιλέχτηκαν τυχαία από μια κατασκήνωση στο Γραμματικό Αττικής, συμμετείχαν εθελοντικά και τέλος, οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν σε αθλητική κατασκήνωση, κατά τη διάρκεια της πρώτης περιόδου.

Αν και η γενίκευση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να γίνει με επιφύλαξη, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δίνουν το κίνητρο στους μελλοντικούς ερευνητές να εξετάσουν όχι μόνο τη σχέση των ΔΣ με τους αναφερόμενους παράγοντες αλλά και με άλλους προσωπικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, σε παιδιά 10-15 ετών, από όλη την Ελλάδα. Επιπλέον, θα ήταν σημαντικό να πραγματοποιηθούν οι σχετικές μελέτες όχι μόνο στα παιδιά αλλά και στους εφήβους, επειδή κάποιες συνήθειες και στάσεις υιοθετούνται από τη μικρή ηλικία και τείνουν να διατηρηθούν στην ενήλικη ζωή (Kelder, Perry, Klepp, & Lytle, 1994) και ιδιαίτερα, οι ΔΣ που δεν αλλάζουν από την παιδική προς την εφηβική ηλικία (Clavien, Theintz, Rizzoli, & Bonjour, 1996), αν και η εφηβεία είναι περίοδος σημαντικών αλλαγών με διαφορετικές απαιτήσεις και αξιώσεις. Κρίνεται λοιπόν επιτακτική η ανάγκη δημιουργίας προγραμμάτων παρέμβασης σε θέματα υγείας και όχι μόνο, από πολύ μικρές ηλικίες, ώστε να καταστεί δυνατό τα παιδιά να αποκτήσουν τέτοια συμπεριφορά στον τρόπο ζωής και στη διατροφή τους, που να επηρεάζει θετικά την υγεία

τους σε μακροχρόνια βάση . Σύμφωνα με τους Pate και Ross (1987), η παιδική ηλικία είναι η καλύτερη περίοδος για να εμπεδωθούν υγιεινές διατροφικές συνήθειες αφού η παχυσαρκία ξεκινά στην ηλικία μεταξύ 6 και 9 ετών.

## VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της έρευνας αυτής, η διατροφή αρκετών παιδιών είναι συνδεδεμένη με άλλους παράγοντες όπως το ότι ζουν στο πατρικό τους σπίτι με τους γονείς και τα αδέρφια τους και αυτό συμβάλει στο να μην μπορούν να αποφασίσουν αν θα ακολουθούσαν μία πιο υγιεινή διατροφή στο μέλλον παρόλο που το ήθελαν και ήξεραν ότι όντως πρέπει να αλλάξουν ορισμένες συνήθειές τους. Τα παιδιά παρουσίασαν πιο θετικές στάσεις προς την υγιεινή διατροφή, αύξησαν τις γνώσεις τους σχετικά με την υγιεινή διατροφή, οι προθέσεις τους στο να ακολουθήσουν στο μέλλον ένα πρόγραμμα υγιεινής διατροφής αυξήθηκαν, όπως και το ενδιαφέρον τους για διάφορες πληροφορίες που είναι σχετικές με αυτό το θέμα.

Πολύ ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει και το ότι οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών άλλαξαν και έγιναν πιο υγιεινές, όπως και τα πιστεύω τους, ότι θα προσπαθήσουν περισσότερο στο μέλλον να ακολουθήσουν ένα πιο υγιεινό τρόπο διατροφής και αυτό στηρίζεται στην αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας για υγιεινή διατροφή από αρχική σε τελική μέτρηση. Η αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας επιβεβαιώνεται με τα αποτελέσματα την έρευνα των Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης και Χρόνη (2001) όπου αποτελεί τον βασικό παράγοντα, που παροτρύνει τα άτομα να προσπαθήσουν να ασκηθούν στο μέλλον.

Επίσης, η επιμόρφωση βοηθά στην αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες. Η συγκεκριμένη έρευνα συμφωνεί με την έρευνα των Δεμέτη, Ρόκκα, Μπεμπέτσο και Μαυρίδη (2006), όπου έδειξαν ότι το παρεμβατικό πρόγραμμα με ενημέρωση για υγιεινή διατροφή, τα ενημερωτικά φυλλάδια και οι συζητήσεις παράλληλα με τα προγράμματα άσκησης, μπορούν να βελτιώσουν την αυτοαποτελεσματικότητα και τις διατροφικές συνήθειες των ασκουμένων και να οδηγήσουν σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής.

Συμπερασματικά, η έρευνα υποστηρίζει αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών κατά τα οποία το παρεμβατικό πρόγραμμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την αλλαγή των διατροφικών συνθηθειών (Boutelle, Murray, Jeffrey, Hennrikus, & Lando, 2000; Jonson, et al., 1998), ότι η πληροφόρηση αποτελεί ένα βασικό παράγοντα πρόβλεψης των



διατροφικών συνηθειών (Bagozzi & Yi, 1989; Marks & Miller, 1985; Davidson, et al., 1985).

Από τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι δεν παρουσιάστηκαν διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα, ως προς τις Στάσεις, αφού η προδιάθεση και των δυο φύλων, προς την αντιμετώπιση προβληματικών συμπεριφορών διατροφής, κυμάνθηκαν στις ίδιες τιμές. Επίσης, στον Αντιληπτικό έλεγχο συμπεριφοράς και από τις δυο πλευρές έχουμε τις ίδιες τιμές να εκφράζουν ότι ελέγχουν τις πράξεις τους. Καθώς, και η αυτοταυτότητα των παιδιών που εστιάζει στο πόσο ικανά πιστεύουν προσωπικά ότι είναι, ώστε να ακολουθήσουν μια καινούργια συμπεριφορά, εμφανίστηκε χωρίς διαφορές στις τιμές μεταξύ αγοριών και κοριτσιών. Ελέγχοντας τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, βρήκαμε πως υπήρξε μεγαλύτερη βελτίωση στη πρόθεση των κοριτσιών, προς τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες από ότι στα αγόρια και αυτό επιβεβαιώνεται με τις ακόλουθες συναφείς έρευνες (Ussher 1989; Henderson & Vickers 1995; Blowers, Loxton, Grady-Flessler, Occhilinti & Dawe, 2003; Biro, Striegel-Moore, Franko, Padgett, & Bean 2006).

Από το τεστ πολλαπλών συγκρίσεων διαπιστώθηκε ότι υπάρχει σημαντική αύξηση των υγιεινών διατροφικών συνηθειών κατά την 2<sup>η</sup> μέτρηση (τελική) σε σχέση με την πρώτη (αρχική) και στα κορίτσια και στα αγόρια και αυτό μας δείχνει ότι η προσπάθεια αλλαγής των διατροφικών συνηθειών απέδωσε καρπούς, με αποτέλεσμα να δείχνουν ενδιαφέρον.

Το κυριότερο εύρημα της παρούσας έρευνας αποτελεί η παρουσία διαφορών ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες. Τα παιδιά μικρότερης ηλικίας εμφάνισαν υψηλότερες τιμές στην αυτοταυτότητα και στον αντιληπτό έλεγχο από ότι τα μεγαλύτερα. Η αυτοταυτότητα υποστηρίζεται στην έρευνα αυτή ως βασική μεταβλητή πρόβλεψης προθέσεων υγιεινής διατροφής και αυτοαποτελεσματικότητας υγιεινής διατροφής. Τα πιο μικρά παιδιά εμφανίστηκαν πιο αποφασισμένα στο να ακολουθήσουν ένα υγιεινό τρόπο διατροφής (Barker, Robinson, Wilman & Barker 2000).

Από τα ανωτέρω πηγάζουν τα ακόλουθα συμπεράσματα, όσο μεγαλύτερη πληροφόρηση δίνεται στα παρεμβατικά προγράμματα στο θέμα των υγιεινών διατροφικών συνηθειών, τόσο πιο πολύ βοηθούνται τα παιδιά να διαμορφώσουν θετικές στάσεις και προθέσεις προς αυτή τη κατεύθυνση, αφού και τα ίδια νιώθουν ικανά να ακολουθήσουν πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες. Ο συνδυασμός των παραγόντων της τεχνικής για ψυχολογική παρέμβαση, που αποτελείται από τη διαρκή ενημέρωση, την ανατροφοδότηση και την αυτό-παρακολούθηση, ενίσχυσαν τις στάσεις και τις προθέσεις των παιδιών, για πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες και αυτό με τη σειρά του την αυτοαποτελεσματικότητά

τους (Weinberg, 1984). Κλείνοντας, πιστεύουμε ότι τα παιδιά βρίσκονται σε σωστό δρόμο για να αλλάξουν τις προβληματικές συμπεριφορές τους προς την διατροφή.

Η έρευνα αυτή συνέβαλε στο συμπέρασμα ότι η θεωρία της Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς σε συνδυασμό με τον παράγοντα της αυτοαποτελεσματικότητας και τους επιπλέον μεταβλητές της γνώσης και πληροφόρησης, μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην πρόβλεψη της πρόθεσης των ατόμων για άσκηση και υγιεινή διατροφή. Για ακόμα μία φορά υποστηρίζεται η σπουδαιότητα της άσκησης και του αθλητικού τρόπου ζωής στα άτομα και η επίδραση της άσκησης σε άλλες καθημερινές συνήθειες όπως είναι η διατροφή. Η έρευνα απέδειξε ότι για τη συνήθεια της υγιεινής διατροφής, οι παράγοντες της σιγουριάς, της αυτοπεποίθησης, της γνώσης και της πληροφόρησης αλληλεπιδρούν και διαμορφώνουν τις μελλοντικές επιλογές των ατόμων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής δίνουν ένα πλαίσιο απαντήσεων και αποτελούν αφετηρία για διάφορες άλλες προσεγγίσεις. Η παρούσα έρευνα μελέτησε τις στάσεις και τις προθέσεις των παιδιών, ηλικίας 10 – 15 ετών, αθλητικής κατασκήνωσης και τη σχέση τους με την αυτοαποτελεσματικότητα ως αναφορά την Φυσική Δραστηριότητα και τις Διατροφικές τους συνήθειες. Πραγματοποιήθηκε μόνο στην Αθλητική κατασκήνωση Athitaki στο Γραμματικό Αττικής και θα ήταν ίσως, παρακινδυνευμένο να γενικεύσουμε τα αποτελέσματά της για όλη την Ελλάδα. Η πραγματοποίηση σχετικών μελλοντικών ερευνών σε Πανελλαδική κλίμακα θα έδειχνε την πραγματική εικόνα, που επικρατεί σχετικά με τις στάσεις και τις προθέσεις των παιδιών, στις κατασκηνώσεις και τη σχέση τους με την αυτοαποτελεσματικότητα ως αναφορά την Φυσική Δραστηριότητα και τις Διατροφικές τους συνήθειες.

Η καταγραφή των Στάσεων και Προθέσεων, της Αυτοαποτελεσματικότητας και των Διατροφικών Συνηθειών, έγινε για χρονικό διάστημα 3 συνεχόμενων εβδομάδων, για να εξετάσουμε τη σχέση μεταξύ της άσκησης και της διατροφής των παιδιών, τα οποία γυμνάζονται σε καθημερινή βάση μέσα στην κατασκήνωση. Επειδή υπάρχει μεγάλη μεταβλητότητα στις στάσεις και προθέσεις, στην αυτοαποτελεσματικότητα και τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών από μέρα σε μέρα, προτείνεται σε μελλοντικές μελέτες η φυσική δραστηριότητα και η υγιεινές διατροφικές συνήθειες να καταγραφούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Τέλος, προτείνεται η χρήση της έρευνας σε: α) σε παιδιά εφηβικής ηλικίας, β) ειδικούς πληθυσμούς και γ) ηλικιωμένους.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Aittasalo, M., Miilunpalo, S. & Suni, J. (2003). The effectiveness of physical activity counselling in a work-site setting. A randomized controlled trial. *Patient Education Counseling*, 55, 193-202.
- Anderssen, N. & Wold, B. (1992). Parental and peer influences on leisure-time physical activity in young adolescents. *Research Quarterly for Sport and Exercise*, 63, 341-348.
- Ajzen, I., (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Bristol, Open University Press.
- Ajzen, I. & Madden, (1986). Predictions of goal-directed behavior. Attitudes, intentions and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-457.
- Ajzen, I., (1985). From intention to actions: A theory of planned behavior. In: *Action Control: From Cognition to Behaviour*, J. Kuhl & J.Beckman (Eds.), New York: Springer Verlag. pp.11-39.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977). Attitude- behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888- 918.
- Angelopoulos, P. D., Milionis, H. J., Moschonis, G. & Manios, Y. (2006). Relations between obesity and hypertension: preliminary data from a cross-sectional study in primary schoolchildren: The children study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 60, 1226-1234.

- Bandini, L. G., Scholler, D. A., Cyr, H. N., & Dietz, W. H., (1990). Validity of reported energy intake in obese and non obese adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 52, 421-425.
- Bandura, A., (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A., (1986). Social foundations of thought and action. A social cognitive theory. *Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall*.
- Bandura, A., (1977). Self-efficacy. The exercise of control. *New York. W.H. Freeman and Company*.
- Bandura, A., (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Badruddin, S. H., Molla, A., Khursheed, M., & Vatz, S., (1993). The impact of nutritional counseling on serum lipids, dietary and physical activity patterns of school children. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 42 (11), 235-237.
- Baranowski, T., Mendlein, J., Resnicow, K., Frank, E., Cullen, K. W. & Baranowski, J. (2000). Physical activity and nutrition in children and youth: an overview of obesity prevention. *Preventive Medicine*, 31, S1-S10.
- Barker, M., Robinson, S., Wilman, C. & Backer, D. J. P. (2000). Behavior, body composition and diet in adolescents girls. *Appetite*, 35, 161-170.
- Barker, R. & Cooke, B. (1992). Diet, obesity and being overweight: a qualitative research study. *Health Education Journal*, 51, 117- 121.
- Barlow, S. E. & Dietz, W. H. (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.

- Baumert, P. W., Henderson, J. M., & Thompson, N. J. (1998). Health risk behaviors of adolescents participants in organized sports. *Journal of Adolescent Health, 22*, 460-465.
- Bebetsos, E., (2002). Physically active students' intentions and self-efficacy towards healthy eating. *Psychological Reports, 91*, 485-495.
- Berg, A., Frey, I., Baumstarc, M. W., Halle, M., & Keul, J., (1994). Physical activity and lipoprotein lipid disorders. *Sports Medicine, 17*(1), 6-21.
- Bertsias, G., Linardakis, M., Mammias, I., & Kafatos, A., (2005). Fruit and vegetables consumption in relation to health and diet of medical students in Crete, Greece. *International Journal of Vitamin Nutrition Research, 75*, 107-117.
- Biddle, S., & Fox, K. R., (1989). Exercise and health psychology: Emerging relationships. *British Journal of Medical Psychology, 62*, 205-216.
- Biro, F.M., Striegel-Moore, R.H., Franko, D.L., Padgett, J. & Bean, J.A., (2006). Self Esteem in Adolescent Females. *Journal of Adolescent Health, 39*, 510-507.
- Blades, M. (2001). Factors affecting what we eat. *Nutrition & Food Science, 31*(2), 1-74.
- Blair, S.N., Horton, E., Leon, A. S., Lee, I-M. Drinkwater, B. L., Dishman, R.K., Mackey, M., & Kienholz, M. L., (1996). Physical activity, nutrition, and chronic disease. *Medicine and Sciences in Sports & Exercises, 28*(3), 335-349.
- Blowers, L.C., Loxton, N., J., Grady-Flessler, M., Occhipinti, S. & Dawe, S., (2003). The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behaviors, 4*, 229-244.
- Bonen, A.,(1995). Benefits of exercise for type II diabetics: convergence of epidemiologic, physiologic and molecular evidence. *Canadian Journal Applied Physiology, 20*(3), 261-279.

- Bouchard, C., & Despres, J.P., (1995). Physical activity and health: atherosclerotic, metabolic and hypertensive diseases. *Research Quarterly For Exercise and Sport*, 66(4), 268-275.
- Boynton-Jarrett, R., Thomas, T. N., Peterson, K. E., Wiecha, J., Sobol, A. M., & Gortmaker, S.L., (2006). Impact of television viewing patterns on fruit and vegetable consumption among adolescents. *Pediatrics*, 112, 1321-1326.
- Bozionelos, G. (1999). The Theory of Planned Behaviour as Predictor of Exercise. The Moderating Influence of Beliefs and Personality Variables. *Journal of Health Psychology*, 4(4) 517–529.
- Bray, G.A., (1990). *The obese patient*. Philadelphia, Saunders.
- Broman, C.L., (1993). Social relationships and health-related behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 335-350.
- Brown, K., Mellveen, H. & Strugnell, C. (2000). Nutritional awareness and food preferences of young consumers. *Nutrition & Food Science*, 30(5), 230-235.
- Burke, V., Milligan, R.A.K., Beilin, L.J., Dunbar, D., Spencer, M., Balde, E. & Gracey, M.P., (1997). Clustering of health-related behaviors among 18-yearold Australians. *Preventive Medicine*, 26, 724-733.
- Buttriss, J. (1995). Survey of preschool eating habits. *Nutrition & Food Science*, 4, 24-27.
- Carvajal, S., Wiatrek, D., Evans, R., Knee, R. & Nash, S. (2000) Psychosocial determinants of the onset and escalation of smoking: cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *Journal of Adolescent Health*, 27, 255-265.
- Cavadini, C., Siega-Riz, A.M., & Popkin, B.M., (2000). US adolescent food intake trends from 1965 to 1996. *Archives of Disease in Childhood*, 83, 18-24.

- Cavadini, C., Decarli, B., & Dirren, H., (1999). Assessment of adolescent food habits in Switzerland. *Appetite*, 32, 97-106.
- Center for Disease Control and Prevention, (2004). Physical activity and good nutrition: essential elements to prevent chronic diseases and obesity.
- Chambliss, C.A., & Murray, E.J., (1979). Cognitive procedures for smoking reduction: Symptom attribution versus efficacy attribution. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 91-96.
- Chan, W., (2000). Nutritional aspects of the development of cancer. *Nutrition & Food Science*, 30(4), 174-177.
- Clavien, H., Theintz, G., Rizzoli, R., & Bonjour, J-P., (1996). Does puberty alter dietary habits in adolescents living in a western society? *Journal of Adolescents Health*, 19, 68-75.
- Cottee, P., (1999). Tackling diet-related disease by promoting fruit and vegetables. *Nutrition & Food Science*, 4, 173-177.
- Craeynest, M., Crombez, G., Jan De Houwer, Deforche, B., Tanghe, A., & Bourdeaudhuij, I.D.,(2004). Explicit and implicit attitudes towards food and physical activity in childhood obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1111–1120.
- Croll, J.K., Meumark-Sztainer, D., Story, M., Wall, M., Perry, C., & Harnack, L., (2006). Adolescents involved in weight-related and power team sports have better eating patterns and nutrient intakes than non-sport-involved adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 709-717.
- Crone, D., Smith, A. & Gough, B. (2005). ‘I feel totally at one, totally alive and totally happy’: a psycho social explanation of the physical activity and mental health relationship. *Health Education Research*. 20, (5), 600-611.

- Cullen, K.W., Baranowski, T., Rittenberry, L., Cosart, C., Hebert, D., & Moor, C., (2001). Child reported family and peer influences on fruit, juice and vegetable consumption: Reliability and validity of measures. *Health Education Research*, 16, 187-200.
- Cullen, K.W., Baranowski, T., Rittenberry, L. & Olvera, N. (2000). Social-environmental influences on children's diets: Results from focus groups with African-, Euro- and Mexican- American children and their parents. *Health Education Research*, 15, 581-590.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Rasmussen Barnekow, V., (2004). Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/02 survey. *Health Policy for Children and Adolescents*, 4, 179-186.
- Decarli B., Cavadini C., Grin J., Blondel-Lubrano A., Narring F. & Michaud P-A. (2000). Food and nutrient intakes in a group of 11 to 16 year old Swiss teenagers. *International Journal Vitamin and Nutrition Research*. 70(3), 139-147.
- Deforche, B., Boundeaudhuij, I.D., Tanghe, A., Hills, A.P., & Bode, P.D., (2004), Changes in physical activity and psychosocial determinants of physical activity in children and adolescents treated for obesity. *Patient Education and Counseling*, 55,407-415.
- Δεμέτη, Σ., Ρόκκα, Σ., Μπεμπέτσος, Ε. & Μαυρίδης, Γ. (2006). Αυτοαποτελεσματικότητα ενηλίκων ασκουμένων σε ομαδικά προγράμματα άσκησης. *Πρακτικά 9<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Αθλητικής Ψυχολογίας* (σελ. 38-39). Τρίκαλα, Ελλάδα.
- Devaney, B.L., Gordon, A.R., & Burghardt, J.A., (1995). Dietary intakes of students. *American Journal of Clinical Nutrition*, 61, 205S-212S.
- Διγγελίδης, Ν., Κάμτσιος, Σ., & Θεοδωράκης, Ι., (2007). Σωματική Δραστηριότητα, Στάσεις προς την Άσκηση, Αντίληψη Εαυτού, Διατροφικές Συνήθειες και Δείκτης



Μάζα Σώματος Μαθητών Δημοτικού Σχολείου. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 5 (1), 27 – 40.

Digelidi, N., Papaioannou, A., Laparidi, K., & Cristodoulidi, T., (2003). A one-year intervention in 7th grade physical education classes aiming to change motivational climate and attitudes towards exercise. *Psychology of Sport and Exercise*, 4, 195-210

Dickinson, R., (2000). Food and eating on television: impacts and influences. *Nutrition & Food Science*, 30, (1), 24-29.

Douglas, W., Finkelstein, A., Douglas, B.K., & Renaud, J.M., (2005). Public Perceptions of Childhood Obesity. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1):26–32.

Douglas, L., (1998). Children's food choice. *Nutrition & Food Science*, 1, 14-18.

Duff, R., (1999). Children's drinks – what children really think. *Nutrition & Food Science*, 99, (3), 136-139.

Edman, J.L., Yates A., Aruguete, M.S., & Kurt DeBond, A., (2005). Negative emotion and disordered eating among obese college students. *Eating Behaviors*, 6, 308–317

Edmonds, J., Baranowski, T., Baranowski, J., Cullen, K. W., & Myres, D. (2001). Ecological and socioeconomic correlates of fruit juice, and vegetable consumption among Africa-American boys. *Preventive Medicine*, 32, 476.

Ελληνική Καταναλωτική Οργάνωση. Διαιτητικά τρόφιμα & συμπληρώματα διατροφής. Παράγοντες που επηρεάζουν την διατροφή του ανθρώπου. Ημερομηνία ανάκτησης: 5-23-2008 [http://www.ekato.org/gr/projects\\_files/diaititika\\_trofima.pdf](http://www.ekato.org/gr/projects_files/diaititika_trofima.pdf)

Ekdund, C.R., & Crawford, S., (1994). Active women, Social Physique Anxiety and Exercise. *Journal of sports and exercise psychology*, 16, 431 - 448.

- Elgar, F.J., Roberts, C., Moore, L., & Tudor-Smith, C., (2005). Sedentary behavior, physical activity and weight problems in adolescents in Wales. *Public Health*, 119, 518-524.
- Ellison, R.C., Moorre, L.L., Proctor, M.H., Nguyen, U.D.T., Schaefer, E.J., & Stare, F., (1997). Effect of response to a low-fat diet among adolescent males on their adult blood cholesterol levels. *Preventive Medicine*, 26, 6866-693.
- Epstein, L.H ., Coleman, K.J., & Myers M.D., (1996). Exercise in treating obesity in children and adolescents. *Medicine and Science in Sports & Exercise*, 28(4), 428-435.
- Ewart, C.K., Taylor, C.B., Reese, L.B., & DeBusk, R.F., (1983). Effects of early post myocardial infarction exercise testing on self-perception and subsequent physical activity. *American Journal of Cardiology*, 51, 1076-1080.
- Fairburn, C.G., Doll, H.A., Welch, S, Hay, P.J., Davies, B.A. & O' Connor, M.E., (1998). Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.
- Fairburn, C.G., Welch, S., Doll, H.A., Davies, B.A., & O' Connor, M.E., (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based, case- control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- Feunekes, G.I.J., Graaf, C., Meyboom, S., & Staveren, W.A. (1998). Food choice and fat intake of adolescents and adults: Associations of intakes within social networks. *Preventive Medicine*, 27, 645-656.
- Fisher, J.O., Johnson, R.K., Lindquist, C., Birch, L.L. & Goran, M.I., (2000). Influence of body composition on the accuracy of reported energy intake in children. *Obesity Research*, 8, 597-603.
- Foreyt, J. & Goodrick, K. (1995). The ultimate triumph of obesity. *Lancet*, 346, 134-135.

- Foreyt, J., & Goodrick, K., (1991). Factors common to successful therapy for the obese patient. *Medicine and science in sports and exercise*, 23, 292 – 297.
- Forshee, R.A., Anderson, P.A., & Storey, M.L., (2004). The role of beverage consumption, physical activity, sedentary behavior, and demographics on body mass index of adolescents. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 55, 463-478.
- Fox, K.R., (1987). Movement for fitness: A health related perspective in physical education. *Momentum*, 12, 1-17.
- Freedman, D.S., Srinivasan, S.R., Harsha, D.W., Webber, L.S., & Berenson, G.S., (1989). Relation of body fat patterning to lipid and lipoprotein concentrations in children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 50, 930-939.
- Friedman, H.S., Tucket, J.S., Schwartz, J.E., Martin, L.R., Tomlinson-Keasey, C., Wingard, D.L., & Criqui, M.H., (1995) Childhood conscientiousness and longevity: health behaviors and cause of death. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 696-703.
- French, S.A., Fulkerson, J.A. & Story, M., (2000). Increasing weight-bearing physical activity and calcium intake for bone mass growth in children and adolescents: a review of intervention trials. *Preventive Medicine*, 31, 722-731.
- Georgiadis, G., & Nassis, G., (2007). Prevalence of overweight and obesity in a national representative sample of Greek children and adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61, 1072-1074.
- Gibson, E.L., Wardle, J., & Watts, C.J., (1998). Fruit and vegetables consumption, nutritional knowledge and beliefs in mothers and children. *Appetite*, 31, 205-228.

- Gillman, M.W., Rifas-Shiman, S.L., Frazier, A.L., Rockett, H.R.H., Camargo, C.A., Field, A.E., et al., (2000). Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Archives of Family Medicine*, 9, 235-240.
- Graeme, K., (2009). Unmasking the gay male body ideal: a critical analysis of the dominant search on gay men's body image issues. *Gay & Lesbian Issues and Psychology Review*, 5,(1), 114-118.
- Greenockle, K.M., Lee, A. & Lomax, R. (1990) The relationship between selected student characteristics and activity patterns in a required high school physical education class. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 61, 59-69.
- Grundy, S.M., Blackburn, G., Higgins, M., Lauer, R., Perri, M.G. & Ruan, D. (1999). Physical activity in the prevention and treatment of obesity and its comorbidities. *Medicine and Science in Sports & Exercise*, February 4-7, S502-S507.
- Gupta, R.K., Saini, D.P., Acharya, U. & Miglani, N. (1994). Impact of television on children. *Indian Journal of Pediatrics*, 61(2), 153-159.
- Hall, S.M., Bass, A., & Moroe, J., (1978). Continued contact and monitoring as follow-up strategies: along – term study of obesity treatment. *Addictive Behavior*, 3. 139-147.
- Hagger, M., Chatzisarantis, N., & Biddle, S. (2001). The influence of self-efficacy and past behavior on the physical activity intentions of young people. *Journal of Sport Sciences*, 19, 711-725.
- Hars, R., Stacy, A., & De Matteo, M., (1984) Covariation among health related behaviors. *Addictive Behavior*, 9, 315-318.
- Hedley, A.A., Ogden, C.L., Johnson, C.L., Carroll, M.D., Curtin, L.R. & Flegal, K.L. (2004). Prevalence of Overweight and Obesity Among US Children, Adolescents, and Adults, 1999-2002. *Journal of the American Medical Association*, 291 (23), 2847-2850.

- Heller, T, Hsieh, K, & Rimmer, J,H, (2004). Attitudinal and psychosocial outcomes of a fitness and health education program on adults with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 109, 175-185,
- Henderson, L., & Vickers, P., (1995). Health or beauty? A survey of Dundee women's attitudes to body size. *Health Educational Journal*. 54: 61-73.
- Heyward, V.H., & Stolarczyk, L.M., (1996). Applied Body Commotion Assessment. Champaign, IL: *Human Kinetics*.
- Hendricks, K.M., Herbold, N., & Fung, T., (2004). Diet and other lifestyle behaviors in young college women. *Nutrition Research*, 24, 981-991.
- Hill, S.C., Stonecipher, L., Barnes, M.D. & Merrill, R.M. (2003). Tobacco, violence and nutrition health behaviors among adolescents in rural Ukraine. *The International Electronic Journal of Health Education*, 6, 61-72.
- Hill, A.J., & Franklin, J.A., (1998). Mothers, daughters and dieting: Investigating the transmission of weight control. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 3-13.
- Hospers, H., Kok, G., & Strecherm, V., (1990). Attributions for Failures and Subsequent Outcomes in a weight reduction Program. *Health Education Quarterly*, 17,409-315.
- Humphrey, L.L, (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57-2, 206-214.
- Humphrey, L.L., (1986). Structural analysis of parent-child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95-4, 395-402.
- Hunt, C., & Rigley, L., (1995). A study of the dietary habits, heights and weights of primary schoolchildren. *Nutrition & Food Science*, 4, 5-7.

International Obesity Task Force (2004). Διατροφή-Συχνότητα Παιδικής Παχυσαρκίας. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές 2008-2012 του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. [www.informahealthcare.com/doi/abs/10](http://www.informahealthcare.com/doi/abs/10)

Jago, R., Baranowski, T., Yoo, S., Cullen, K.W., Zakeri, I., Watsson, K., et al., (2004). Relationship between physical activity and diet among African American girls. *Obesity Research*, 12, 55S- 63S.

James, W.P.T., Ferro-Luzia, Isaksson, B., & Szostak, W.B, (1988). Healthy nutrition: preventing nutrition-related diseases in Europe. *World Health Organization Regional Publications, European Series, Copenhagen*, No 24.

Janssen, I., Katzmarzyk, P.T., Boyce, W.F., King, M.A., & Pickett, W. (2004). Overweight and obesity in Canadian adolescents and their associations with dietary habits and physical activity patterns. *Journal of Adolescent Health*, 35, 360-367.

Jansen, A., (2001). Towards effective treatment of eating disorders: nothing is as practical as a good theory. *Behavior Research and Therapy*, 39, 1007-1022.

Jenkins, J.E., & Jones, C., (1996). It pays to look after your bones! *Nutrition & Food Science*, 1, 14-19.

Johansen, A., Rasmussen, S., & Madsen, M., (2005). Health behavior among adolescents in Denmark: Influence of school class and individual risk factors. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 32-40.

Johnson, R.K., (2000). Changing eating and physical activity patterns of US children. *Proceedings of the Nutrition Society*, 59, 295-301.

Jordan, (1987). Obesity treatment. In, *Evaluation and measurement of obesity*, 1-21, J. Stolie & H.A. Jordan, Champaign, IL. Life Enhancement.

- Θεοδωράκης, Γ., Κοσμίδου, Ε., Χασάνδρα, Μ., & Γούδας, Μ., (2008). Ανασκόπηση των Εφαρμογών του Προγράμματος Αγωγής Υγείας «Δεν Καπνίζω, Γυμνάζομαι» σε Μαθητές και Μαθήτριες Δημοτικού, Γυμνασίου και Λυκείου. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 6 (2), 181 – 194
- Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα, Μ., (2006). *Σχεδιασμός προγραμμάτων αγωγής υγείας*. Εκδόσεις Χριστοδουλίδη, Θεσσαλονίκη.
- Θεοδωράκης Γ., Γιώτη Γ. & Ζουρμπάνος Ν. (2005). Κάπνισμα και άσκηση, μέρος 1<sup>ο</sup>, σχέσεις και αλληλεπιδράσεις, *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 3 (3), 225–238.
- Θεοδωράκης Γ. & Παπαϊωάννου Α. (2002). Το προφίλ μαθητών και μαθητριών με βάση υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές: Σχέσεις με τον αθλητισμό. *Ψυχολογία*, 9, 547-562.
- Κάβουρας, Σ. Α., (2007). Φυσική δραστηριότητα και υγεία. Ημερομηνία ανάκτησης: 3-04-2007.<http://www.fitsn.com/elgr/Document.aspx?ElementID=7840fb03-7d974a70-8dc0b924de1b2a9a>
- Κάμτσιος, Σ., & Φυλακτακίδου, Α., (2008). Σχέση Στρατηγικών Αντιμετώπισης Ερεθισμάτων Άγχους, Αυτοαποτελεσματικότητας και Συμμετοχή σε Φυσική Δραστηριότητα σε Φοιτητές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 6 (3), 303 – 310.
- Κάμτσιος, Σ. & Διγγελίδης Ν., (2007). Φυσική Κατάσταση, Διατροφικές Συνήθειες και Καθημερινές Κινητικές Δραστηριότητες Παχύσαρκων και μη, Μαθητών Ε΄ και ΣΤ΄ Τάξης Δημοτικού Σχολείου. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 5 (1), 63–71
- Karayiannis, D., Yannakoulia, M., Terzidou, M., Sidossis, L.S., & Kokkevi, A., (2003). Prevalence of overweight and obesity in Greek school-aged children and adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(9), 1189-1192.

- Καρκαλέτση, Φ., Σκορδίλης, Ε., & Κουτσούκη, Δ., (2008). Η εφαρμογή της θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς για την Υιοθέτηση Υγιεινής Διατροφής σε Ενήλικες. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 6(2), 195-205.
- Keane, A., & Willetts, A., (1994). Factors that affect food choice. *Nutrition & Food Science*, 4, (July/August), 15-17.
- Keere, H., Boutelle, K., Van de Berg, P., & Thompson, K., (2005). The Impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescent Health*, 37, 120-127.
- Keery, H., Eisenberg, M.E., Boutelle, K., Neumark-Sztainer, D., & Story, M., (2006). Relationships between maternal and adolescent weight-related behaviours and concerns: the role of perception. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 105-111.
- Kelder, S.H., Perry, C.L., Klepp, K.I., & Lytle, L.L., (1994). Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors. *American Journal of Public Health*, 84, 1121-1126.
- Kichler, J.C., & Crowther, J.H., (2001). The Effects of Maternal Modeling and Negative Familial Communication on Women's Eating Attitudes and Body Image. *Behavior Therapy*, 32, 443-457.
- Kotagal, S., Lois, E., Krahn, & Slocumb, N., (2004). A putative link between childhood narcolepsy and obesity. *Sleep Medicine* 5, 147–150.
- Κουρίδης, Γ., Τορναρίτης, Μ., Κουρίδης, Χ., Σάββα, Σ., Χατζηγεωργίου Χ. και Σιαμούνη, Μ. (1997). Η παχυσαρκία σε παιδιά ηλικίας 11-12 ετών στην Κύπρο. *Πρόγραμμα Υγείας του Παιδείου*, Λευκωσία.
- Κυριαζής, Η., Παχυσαρκία Σύγχρονες Προσεγγίσεις. Ημερομηνία ανάκτησης: 5-24-2009  
<http://www.healthview.gr/>



- Larsson, C.L., Klock, K.S., Astrom, A.N., Haugejorden, O., & Johansson, G., (2002). Lifestyle related characteristics of young low-meat consumers and omnivores in Sweden and Norway. *Journal of Adolescent Health*, 31, 190-198.
- Lasheras, L., Aznar, S., Merino, B., & Lopez, E.G., (2001). Factors associated with physical activity among Spanish youth through the National Health Survey. *Preventive Medicine*, 32, 455-464.
- Lau, R., Quadrel, M.J. & Hartman, K. (1990). Development and change of adults' preventive health beliefs and behavior: influence from parents and peers. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 240-259.
- Le Bigot Macaux, A., (2001). Eat to live or live to eat ? Do parents and children agree? *Public Health Nutrition*, 4(1A), 141-146.
- Levine, M.P., & Piran, N., (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*, 1, 57-70.
- Liu, C.G., & Hannon, S.T. (2005). Reasons for the Prevalence of Childhood Obesity. Genetic Predisposition and Environmental Influences. *The Epidemiologist*, 15, (1), 29-55.
- Livingstone, M.B.E., Prentice, A.M., Coward, W.A., Strain, J.J., Black, A.E., Davies, P. S.W., et al., (1992). Validation of estimates of energy intake by weighed dietary record and diet history in children and adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 56, 29-35.
- Lobstein, T., & Frelut, M. L., (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity Reviews*, 4, 195-200.

- Mammas, I., Bertias, G., Linardakis, M., Moschandreas, J., & Kafatos, A., (2004). Nutrient intake and food consumption among medical students in Greece assessed during a clinical nutrition course. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 55, 17-26.
- Martinez, J.A., Kearney, J.M., Kafatos, A., Paquet, S., & Gonzalez, M.A., (1999). Variables independently associated with self-reported obesity in the European Union. *Public Health Nutrition*, 2, 125-133.
- Mazur, R.E., Marquis, G.S., & Jensen, H.H., (2003). Diet and food insufficiency among Hispanic youths: Acculturation and socioeconomic factors in the third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Clinical Nutrition*, 78, 1120-1127.
- McArdle, W., Katch, F., & Katch, V., (1999). *Φυσιολογία της άσκησης*. Τόμος II, 2η εκδ. *Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης* (σελ. 704-707).
- McGinnis, J.M., & Foege, W.H., (1993). Actual causes of death in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 270 (18), 2207-2212.
- McMurray, R., Bradley, C., Harrell, J., Bernthal, P., Frauman, A. & Bandiwala, S. (1993). Parental influence on childhood fitness and activity patterns. *Research Quarterly for Sport and Exercise*, 64, 249-255.
- Mendelson, M.J., Mendelson, B.K. & Andrews, J. (2000). Self-Esteem, Body-Esteem, and Body-Mass in Late Adolescence: Is a Competence x Importance Model Needed? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 21(3), 249-266.
- Micozzi, M.S., (1997). Physicians need to know about patients' Use of "Alternative" Healthcare. *Medical Practice Communicator*, 4(3), 6.

- Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Γ., & Χρόνη, Σ., (2001). Παράγοντες πρόβλεψης πρόθεσης για άσκηση και υγιεινή διατροφή. *Φυσική δραστηριότητα & ποιότητα ζωής Ηλεκτρονικό περιοδικό*, (2), 13 – 20.
- Μπεμπέτσος, Ε., (1999). *Τεχνικές ψυχολογικής υποστήριξης για συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και ελέγχου του Βάρους*. Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή.
- Μπιμπίρη, Β., Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Γ. & Μαυρίδης, Γ., (2008). Σχέση άσκησης και αυτοαποτελεσματικότητας στις διατροφικές συνήθειες ασκούμενων. *Πρακτικά 10<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Αθλητικής Ψυχολογίας*. Εταιρία Αθλητικής Ψυχολογίας & Εργαστήριο Κινητικής Συμπεριφοράς & Αθλητικής Ψυχολογίας, ΤΕΦΑΑ Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Muñoz, K.A., Krebs-Smith, S.M., Ballard-Barbash, R., & Cleveland, L.E. (1997). Food intakes of US children and adolescents compared with recommendations. *Pediatrics*, 100, 323-329.
- Νάσκα, Α., Ορφανός, Φ., Χλόπτσιος, Ι., & Τριχοπούλου, Α., (2005). Οι διατροφικές συνήθειες των Ελλήνων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(3), 259-269.
- Νάτσης, Π., Θεοδώρου, Φ., Κοκαρίδας, Δ., Χατζηγεωργιάδης, Α., & Θεοδωράκης, Γ., (2004). Συμμετοχή των παιδιών με νοητική υστέρηση σε προγράμματα άσκησης. Πρόβλεψη της πρόθεσης των γονέων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 2 (1), 51 – 57.
- Neale, R.J., Otte, S. & Tilston, CH. (1994). Children's perceptions of Sweets in their food culture: comparisons between England and Germany. *Nutrition & Food Science*, 6, 10-15.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Perry, C., & Story, M., (2003). Correlates of fruit and vegetable intake among adolescents. Findings from project EAT. *Preventive Medicine*, 37, 198-208.

- Neumark-Sztainer D., Story, M., Perry, C., & Casey, M.A., (1999). Factors influencing food choices of adolescents: Findings from focus-group discussions with adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 99, 929-937.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Resnick, M.D., & Blum, R.W., (1996). Correlates of inadequate fruit and vegetable consumption among adolescents. *Preventive Medicine*, 25, 497-505.
- Ogden, C.L., Flegal, K.M., Carroll, M.D., & Johnson, C.L., (2002). Prevalence and trends in Overweight Among US Children and Adolescents, 1999-2000. *Journal of the American Medical Association*, 288(14), 1728-1732.
- Oguntona, C.R.B., Apoyin, M., & Olateju, A. (1999). Sources of nutrients in the diets of adolescent Nigerias. *Nutrition and Food Science*, 2, 72-77.
- Ortega, R.M., Andres, P., Requejo, A.M., Lopez- Sobaler, A.M., Redondo, M.R., & Gonzalez- Fernandez, M. (1996). Influence of the time spent watching television on the dietary habits, energy intake and nutrient intake of a group of Spanish adolescents. *Nutrition Research*, 16, 1467-1470
- Ελληνική Καταναλωτική Οργάνωση. Ψυχολογικοί Παράγοντες. Ημερομηνία ανάκτησης: 23-05-2008.[http://www.ekato.org/gr/projects\\_files/diaititika\\_trofima.pdf](http://www.ekato.org/gr/projects_files/diaititika_trofima.pdf)
- Παπαβενετίου, Ε., (2008). Διατροφικές συνήθειες, ψυχολογικοί παράγοντες και κλινικά χαρακτηριστικά, σε ηλικιωμένα άτομα: Επιδημιολογική μελέτη MEDIS. <http://hdl.handle.net/123456789/794>
- Παπαευσταθίου, Α., Βασιλάκου, Τ., Γναρδέλλη, Χ., & Τριχοπούλου, Α., (1999). Διατροφικές γνώσεις και στάσεις- συμπεριφορές σπουδαστών του ΤΕΙ Αθηνών. *Ιατρική*, 75 (3), 232-237.

- Παπακωνσταντίνου, Κ. Ψυχαναλυτική προσέγγιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. *Εγκέφαλος*. Ημερομηνία ανάκτησης:25-02-2007. <http://www.encephalos.gr/full/452-07g.htm>
- Papaioannou, A., Karastogiannidou, C., & Theodorakis, Y., (2004). Sport involvement, sport violence and health behaviours of Greek adolescents. *European Public Health Association*, 14, 168-172.
- Parcel, S.G., Edmundson, E., Perry, L.C., Feldman, A.H., Tompkins, N., Nader, R.P, Johnson, C.C., & Stone J.E. (1995). Measurement of self –efficacy for diet-related behaviors among elementary school children. *Journal of School Health*. 65, 23-27.
- Pate, R.R., Trost, S.G., Levin, S., & Dowda, M., (2000). Sports participation and health related behaviours among US youth. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine*, 154, 904-911.
- Pate, R. R., Heath, G. W., Dowda, M., & Trost, S. G.(1996). Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. *American Journal of Public Health*, 86, 1577-1581.
- Pate, R.R., & Ross, J.G. (1987). The national children and youth fitness study II: Factors associated with health related fitness. *Journal of Physical Education of Recreation and Dance*, 58(9), 93-95.
- Pavlou, K.N., Steffe, W.P., Letman, R.H., & Burrows, B., (1985). Effects of dieting and exercise on lean body mass, oxygen uptake, and strength. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 17, 466-471.
- Pike, K.M., (1995). Bulimic Symptomatology in High School Girls. Toward a Model of Cumulative Risk. *Psychology of Quarterly*, 19, 373-393.
- Pike, K.M., & Rodin, J., (1991). Mothers, daughters and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 198-204.

- Pirouznia, M., (2001). The influence of nutrition knowledge on eating behavior – the role of grade level. *Nutrition and Food Science*, 31,(2), 62-66.
- Poirier, P., Giles, T.D., Bray, G.A., Hong, Y., Stern, J.S., Pi-Sunier, F.X., et al., (2006). Obesity and Cardiovascular Disease: Pathophysiology, Evaluation and Effect of Weight Loss. *An Update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement. Circulation*, 113, 898-918.
- Rabbia, F., Veglio F., Pinna, G., Olina, S., Surgo, V., Rolando, B., Bessone, A., Melchio, R., & Chiandussi, L., (1994). Cardiovascular risk factors in adolescence: prevalence and familial aggregation. *Preventive Medicine*, 23, 809-815.
- Reel, J.J., & Gill, L.D., (1996). Psychosocial Factors Related to eating Disorders among High School and College Female Cheerleaders. *The Sport Psychologist*, 10, 195-206.
- Reeve, J., Bingham, S., & Khaw, K.T., (1997). The relationship of dietary calcium, vitamin K and other nutrients to conservation of femoral bone density in the young elderly: the EPIC/EPOS cohort study. *Nutrition & Food Science*, (6), 233-235.
- Riddoch, C., Savage, J. M., Cran, G. W., & Boreham, C. (1991). Long term health implications of fitness and physical activity patterns. *Archives of Disease in Childhood*, 66, 1426-1433.
- Richter, K. P., Jo Harris, K., Paine-Andrews, A., Fawcett, S. B., Schmid, T. L., Lankenau, B.H., & Johnston, J., (2000). Measuring the health environment for physical activity and nutrition among youth: a review of the literature and applications for community initiatives. *Preventive Medicine*, 31, S98-S111.
- Rice, P., (1998). Health psychology. *Pacific Grove, CA: Brooks/Cole*.
- Robin, J., (1992). *Body traps. New York, Morrow*.
- Robinson, T.N., Sirard, J.R., (2005). Preventing Childhood Obesity. A Solution Oriented Research Paradigm. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 2S2, 194–201.

- Roccini, A.P., Katch, V., Anderson, J., Hinderliter, J., Becque, D., Martin, M., & Marks, C. (1988). Blood pressure in obese adolescents: effect of weight loss. *Pediatrics*, 82 (1), 16-23.
- Rowlands, A.V., Ingledeu, D.K., & Eston, R.G. (2000). The effect of type of physical activity measure on the relationship between body fatness and habitual physical activity in children: a meta-analysis. *Annual Human Biology*, 27, (5), 479-497.
- Sallis, J.F., & Owen, N., (1998). *Physical activity and behavioral medicine*.
- Samuelson, G., Bratteby, L.E., Enghardt, H., & Hedgren, M., (1996). Food habits and energy and nutrient intake in Swedish adolescents approaching the year 2000. *Acta Paediatrica*, 415, 1S-20S.
- Schlundt, D.G, Sbrocco, T., & Bell, C., (1989). Identification of high-risk situations in a behavioral weight loss program: application of the relapse prevention model. *International Journal Obesity*, 13, (2), 223-34.
- Schneider, D., (2000). International trends in adolescent nutrition. *Social Science & Medicine*, 51, 955-967.
- Schutte, A.E., Husman, H.W., Van Royen, J.M., De Ridder, J.H., & Malan, N.T., (2003). Associations between Arterial Compliance and Anthropometry of Children from Four Ethnic Groups in South Africa: the Thusa Basng Study. *Blood pressure*, 12, 97-103.
- Σβερκίδης, Θ., Χατζοπούλου, Α., Βόλακλης, Κ., & Δούδα, Ε., (2007). Συσχέτιση προδιαθεσικών παραγόντων της στεφανιαίας νόσου με βάση το αποτέλεσμα της δοκιμασίας κόπωσης. *Νοσηλευτική*, 46, (4), 529-536.
- Shi, Z., Lien, N., Kumar, B.N., & Holmboe-Ottessen, G., (2005). Socio-demographic differences in food habits and preferences of school adolescents in Jiangsu Province China. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, 1439-1448.

- Sjöberg, L., & Persson, L., (1979). A study of attempts by obese patients to regulate eating. *Addictive Behaviors*, 4, (4), 349-359.
- Silberstein, R.H., Striegel-Moore, C., Timko, R.H., & Robin, J., (1989). Men and their bodies: A comparison of homosexual and heterosexual men. *Psychosomatic Medicine*, 51, 337-346.
- Simons-Morton, B. G. & Obarzanek, E., (1997). Diet and blood pressure in children and adolescents. *Pediatric Nephrology*, 11, 244-249.
- Sonstroem, R.J., & Morgan, W.P., (1989). Exercise and self-esteem , Rationale and model. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 21, 329-337.
- Sorof, J. M., Poffenbarger, T., Franco, K., Bernard, L., & Portman, R.J., (2002). Isolated systolic hypertension, obesity, and hyperkinetic hemodynamic states in children. *Journal of Pediatrics*, 140, 660-666.
- Stewart, T.M., & Williamson, D.A., (2003). Body Positive: A New Treatment for Persistent Body Image Disturbances in Partially Recovered Eating Disorders. *Clinical Case Studies*, 2 ,(2) 154-166.
- Storey, M.L., Forshee, R.A., Weaver, A.R., & Sansalone, W.R. (2003). Demographic and lifestyle factors associated with body mass index among children and adolescents. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 54, 491-503.
- Stucky-Ropp, R. C. & DiLorenzo, T. M. (1993). Determinants of exercise in children. *Preventive Medicine*, 22, 880-889.
- Swiss Society for Nutrition Research, (2000). *Nutrition and mental performance*. *International Journal Vitamin and Nutrition Research*, 70, (5), 260-267.
- Taylor, W.C., Baranowski, T. & Sallis, J.F., (1994) Family determinants of childhood physical activity: a social-cognitive model. In R. K. Dishman (Ed.), *Advances in exercise adherence*, Champaign, 319-342.



- Tesser, A., & Shaffer, D.R. (1990). Attitudes and attitude change. *Annual Review Psychology*, 41, 479-523.
- Theodorakis, Y., Papaioannou, A., & Karastigianidou, C, (2004). Relations between family structure and students' health related attitudes and behaviors. *Psychological Reports*, 95, 851-858.
- Theodorakis, Y., Natsis, P., Papaioannou, A., & Goudas, M., (2002). Correlation between exercise and other health related behaviors in Greek students. *International Journal of Physical Education*, 39, 30-34.
- Theodorakis, Y., Bagiatis, & Goudas, M., (1995). Attitudes towards teaching individuals with disabilities: Application of planned behavior theory. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 12, 151- 160.
- Theodorakis, Y., (1994). Planned behavior, attitude strength, self-identity, and the prediction of exercise behavior. *The Sport Psychologist*, 8, 149- 165.
- Theodorakis, Y., (1992) Prediction of athletic participation: a test of planned behavior theory. *Perceptual and Motor Skills*, 74, 371-379.
- Thompson, R.A., & Sherman, R.T., (1993). Helping athletes with eating disorders. *Champaign,IL.: Human Kinetics*.
- Τζέτζης, Γ., Κακαμούκας, Β., Γούδας, Μ. & Τσορμπατζούδης, Χ. (2005). Σύγκριση της Φυσικής Δραστηριότητας και της Σωματικής Αυτοαντίληψης Παχύσαρκων και μη Παχύσαρκων Παιδιών. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 3 (1), 29 – 39.
- Τοκμακίδης, Σ., Μπογδάνης, Γ., Συντώσης, Λ., Μούγιος, Β., & Mamen, A., (2000). Άσκηση και παχυσαρκία. *Άθληση και Κοινωνία*, 32, 5-21.
- Τούντας, Γ., Τριανταφύλλου, Δ., & Φρισήρας, Σ., (2000). Δείκτης Υγείας στην Ευρώπη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 17, (1),89-100.

- Trihopoulou, A., & Lagiou, P., (1997). Methodology for the Exploitation of HBS Food Data and Results on Food Availability in 5 European Countries. *European Commission DAFNE 1 study, Directorate General Science, Research and Development, Brussels.*
- Τριχοπούλου, Α., & Λάγιου, Π., (1999). Διατροφικές οδηγίες για ενήλικες στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 16, (6), 615-625.
- Trost, S.G., Kerr, L.M., Ward, D.S., & Pate, R.R., (2001). Physical activity and determinants of physical activity in obese and non- obese children. *International Journal of Obesity*, 25, 822-829.
- Tsai, W.L., Yang, C.Y., Lin, S.F., & Fang, F.M (2004). Impact of obesity on medical problems and quality of life in Taiwan. *American Journal of Epidemiology*, 160, 557-565.
- Τσαμίτα, Ι., Κοντογιάννη, Π., & Καρτερολιώτης, Κ., (2007). Αξιολόγηση Διατροφικών Συνηθειών μαθητών σε μια Πόλη της Επαρχίας. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 5, (1), 105– 115.
- Τσαμίτα, Ι., & Καρτερολιώτης, Κ., (2008). Συμπεριφορές που Σχετίζονται με την Υγεία, Κοινωνικοί Παράγοντες και Διατροφικές Συνήθειες Εφήβων σε μια Ελληνική Επαρχιακή Πόλη. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 6, (1), 25 – 36.
- Τσαρούχη, Α., (1997). Διατροφική συμπεριφορά και Υγεία. *Αρχεία ελληνικής Ιατρικής*, 14, (5), 499-505.
- Turbin, M.S., Jessor, R., & Costa, F.M. (2000). Adolescent cigarette smoking: Health related behavior or normative transgression? *Prevention Science*, 1, 115-124.
- Tzotzas, T., Kapantais, E., Tziomalos, K., Ioannidis, I., Mortoglou, A., Bakatselos, S., et al. (2008). Epidemiological Survey for the Prevalence of Overweight and Abdominal Obesity in Greek Adolescents. *Obesity*, 16, (7), 1718-1722.

- Yannakoulia, M., Karayiannis, D., Terzidou, M., Kokkevi, A., & Sidossis, L.S., (2004). Nutrition-related habits of Greek adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58, 580-586.
- Young, B., & Hetherington, M., (1996). The literature on advertising and children's food choice. *Nutrition & Food Science*, 5, 15-18.
- Ussher J., (1989). *The Psychology of the female body*. London, Routledge.
- Utter, J., Neumark-Sztainer, D., Jeffery, R., & Storry, M. (2003). Couch potatoes or French fries: Are sedentary behaviors associated with body mass index, physical activity, and dietary behaviors among adolescents? *Journal of American Dietetic Association*, 103, 1298-1305.
- Van Kooten, M., De Ridder, D., Vollebergh, W., & Van Dorsselaer, S. (2007). What's so special about eating? Examining unhealthy diet of adolescents in the context of other health-related behaviors and emotional distress. *Appetite*, 48, 325-332.
- Videon, T.M., & Manning, C.K. (2003). Influences on adolescents eating patterns: The importance of family meals. *Journal of Adolescent Health*, 32, 365-373.
- Vuori, I.M., (2001). Dose-response of physical activity and low back pain, osteoarthritis, and osteoporosis. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33, S551-S586.
- Vardle, J., Parmenter, K., & Waller, J., (2000). Nutrition knowledge and food intake. *Appetite*, 34, 269-275.
- Wang, Y., Monteiro, C., & Popkin, B.M. (2002). Trends of obesity and overweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China and Russia. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75, 971-977.

- Wechsler, H., Devereaux, R.S., Davis, M., & Collins, J., (2000). Using the school environment to promote physical activity and health eating. *Preventive Medicine*, 31, S121-137.
- Weinberg, R., Hughes, H., Critelli, W., England, R., & Jackson, A., (1984). Effects of preexisting and manipulated Self- Efficacy on weight loss in a self- control program. *Journal of Resaearch in Personality*, 18, 352-358.
- Weiner, B., (1986). *An attribution theory of motivation and emotion*. Springer - Verlag.
- Weiner, B., Frieze, I., Kukla, A., Rest, S., & Rosenbaum, R.M., (1971). Perceiving the causes off success and failure. *In: Attribution Perceiving the Causes of Behavior*.
- Weiner, B., & Kukla, A., (1970). Attribution analysis of achievement motivation. *Journal of Perspective Social Psychology*, 15, 1-20.
- Weiss, R., Dziura, J., Burgert, S.T., Tamborlane, V.W., Taksali, E.S., Yeckel, W.D., et al., (2004). Obesity and the Metabolic Syndrome in Children and Adolescents. *New England Journal of Medicine*, 350, (23), 62-74.
- Wells, J., (2000). Drinks for young children: the dental and nutritional benefits of milk. *Nutrition & Food Science*, 30, (2), 76-79.
- Wickrama, K.A.S., Lorenz, F.O., & Conger, R.D., (1997) Parental support and adolescent physical health status: a latent growth-curve analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 149-163.
- Wilborn, C., Beckham, J., Campebell, B., Harvey, T., Galbreath, M., La Bountry, P., et al. (2005). Obesity: Prevalence, Theories, Medical Consequences, Management, an Research Directions. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 2 (2), 4-31.
- Willett W.C., Sacks F., Trichopoulou A., Drescher G., Ferro-Luzzi A., Helsing E., et al. (1995). Mediterranean diet pyramid: a cultural model for health eating. *American Journal for Clinical Nutrition* , 61,1402S.1406S.

- Willett W.C., (1998). The dietary pyramid: does the foundation need repair? *American Journal Clinical Nutrition*, 68:218.219.
- Williams, M.M. (2003). *Nutrition for health, fitness and sport*. Old Dominion University, McGraw-Hill Companies.
- Williamson, G., (1996). Protective effects of fruits and vegetables in diet. *Nutrition & Food Science* (January/February), 6-10.
- Wilson, G.T. & Brownell, K.D. (1980). Behavior therapy for obesity: an evaluation of treatment outcomes. *Advances in behavior research and therapy*, 3, 49- 86.
- Wilson, D.B., Smith, B.N., Speizer, I.S., Bean, M.K., Mitchell, K.S., Uguy, L.S., & Fries, E.A. (2005). Differences in food intake and exercise by smoking status in adolescents. *Preventive Medicine*, 40, 872-879.
- Winkleby, M.A, Albright, C.L., Howard, P.B., Lin, J., & Fortmann, S.P. (1994). Hispanic white differences in dietary fat intake among low educated adults and children. *Prevention Medicine*, 23, 465-473.
- Φαρμάκη, Α.Ε. Παιδική Παχυσαρκία: Επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στο ισοζύγιο ενέργειας. Εστία - Ψηφιακή Βιβλιοθήκη Χαροκόπειου Πανεπιστημίου. Ημερομηνία ανάκτησης:27-05-2008. <http://openarchives.gr/view/275423>
- Χαρίλα, Ν., (2008). Κρίσεις Υπερφαγίας: Γνωσιακοί μηχανισμοί και θεραπευτικές παρεμβάσεις. *Εγκέφαλος, Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*.
- Χασαπίδου, Μ., (2002). *Διατροφή για υγεία, άσκηση και αθλητισμό*. Θεσσαλονίκη. University Studio Press.
- Χαρίτου, Μ., & Φατούρου, Μ., (2004). Διαταραχές Διατροφής και Γυναίκα. *Νέα Υγεία*, 45, 6.

- Xie, B., Gilliland, F.D., Li, Y., & Rockett, H.R., (2003). Effects of ethnicity, family income, and education on dietary intake among adolescents. *Preventive Medicine*, 36, 30-40.
- Χριστοδούλου, Α., Τοκμακίδης, Σ., Δούδα, Ε, Τούσουλης, Δ. & Γκίκα, Ε., (2009). Τεκμηριωμένοι και νεότεροι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου στην παιδική ηλικία. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 26, (1), 70-78.
- Χριστοδούλου, Α., Δούδα, Ε., & Τοκμακίδης, Σ., (2007). Εγκυρότητα των αυτό αναφερόμενων Ανθρωπομετρικών Δεικτών ως Μεθόδου Εκτίμησης της Παχυσαρκίας σε Παιδιά του Δημοτικού. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 5, (2), 207 – 214.
- Zwiaur, K.F.M., (2000). Prevention and treatment of overweight and pbesity in children and adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 159, (Suppl 1) S56-S68.

**VIII ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

*1<sup>ο</sup> ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ***Παρακαλώ απαντήστε τις παρακάτω ερωτήσεις:**

1) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες αλάτι με το φαγητό σου;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

2) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες φρέσκα λαχανικά;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

3) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες καταψυγμένα λαχανικά;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

4) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες διάφορα γαριδάκια ή πατατάκια;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

5) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες ανάλατους ξηρούς καρπούς;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

6) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες σαλάτα με μαγιονέζα;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**



7) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες σαλάτα από φρέσκα λαχανικά με λάδι και ξύδι ή λεμόνι;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

8) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα ήπιες γάλα ελαφρύ;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

9) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες γιαούρτι;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

10) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες γιαούρτι με φρούτα;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

11) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες γλυκά ή σοκολάτες;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

12) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες φρέσκα φρούτα;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

13) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες τυρόπιτες ή μπουγάτσες;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

14) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες τηγανιτές πατάτες στο φαγητό σου;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

15) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες μαγειρεμένες πατάτες στο φαγητό σου;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

16) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα ήπιες αναψυκτικά;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

17) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα ήπιες φυσικούς χυμούς;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

18) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες μακαρόνια σκέτα;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

19) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες μακαρόνια με σάλτσα;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

20) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες ρύζι;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

21) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες μαγειρεμένο ή τηγανιτό κόκκινο κρέας (ή κεφτεδάκια);

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

22) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες τηγανιτές μελιτζάνες και πιπεριές ;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

23) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες ψητές μελιτζάνες και πιπεριές;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

24) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες τηγανιτά ή μαγειρεμένα ψάρια

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

25) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες ψητά ψάρια;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

26) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες κίτρινο τυρί;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

27) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες ανάλατο τυρί;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

28) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες τηγανητά αυγά;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

29) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες βραστό ανάλατο αυγό;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

30) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες βοδινό κρέας;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

31) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες χοιρινό κρέας;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

32) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες κοτόπουλο;

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

33) Πόσες φορές τον προηγούμενο μήνα έφαγες όσπρια (φακές, ρεβιθιά, φασόλια);

**0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30**

Ημερομηνία γέννησης: \_\_\_\_\_

Ευχαριστούμε για την συνεργασία σας.

## 2<sup>ο</sup> ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1) Πόσο σίγουρος είσαι ότι μπορείς να τρως το φαγητό σου ανάλατο τους επόμενους δύο μήνες;

καθόλου			λίγο				πολύ		
σίγουρος			σίγουρος				σίγουρος		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να τρως φρέσκα λαχανικά και όχι καταψυγμένα τους επόμενους δύο μήνες;

καθόλου			λίγο				πολύ		
σίγουρος			σίγουρος				σίγουρος		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις τα γαριδάκια ή πατατάκια με ανάλατους ξηρούς καρπούς τους επόμενους δύο μήνες;

καθόλου			λίγο				πολύ		
σίγουρος			σίγουρος				σίγουρος		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις τις σαλάτες με μαγιονέζα, με σαλάτες από φρέσκα λαχανικά (ντομάτα, αγγούρι) με λάδι και ξύδι ή λεμόνι τους επόμενους δύο μήνες;

καθόλου			λίγο				πολύ		
σίγουρος			σίγουρος				σίγουρος		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις το ολόπαχο γάλα που πίνεις με γάλα χαμηλής περιεκτικότητας σε πάχος (2%, 0%) τους επόμενους δύο μήνες;

καθόλου			λίγο				πολύ		
σίγουρος			σίγουρος				σίγουρος		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις το γλυκό σου ή την σοκολάτα με φρέσκα φρούτα τους επόμενους δύο μήνες;

καθόλου			λίγο				πολύ		
σίγουρος			σίγουρος				σίγουρος		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7) Πόσο σίγουρος είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις την τυρόπιτα ή την μπουγάτσα που τρως με ένα κουλούρι τους επόμενους δύο μήνες;

καθόλου			λίγο				πολύ		
σίγουρος			σίγουρος				σίγουρος		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να φας το κοτόπουλο χωρίς την πέτσα του τους επόμενους δύο μήνες;

καθόλου			λίγο				πολύ		
σίγουρος			σίγουρος				σίγουρος		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις το γλυκό (πάστα, κέικ) με ένα γιαούρτι με μέλι τους επόμενους δύο μήνες;

<i>καθόλου</i>			<i>λίγο</i>				<i>πολύ</i>		
<i>σίγουρος</i>			<i>σίγουρος</i>				<i>σίγουρος</i>		
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>

10) Πόσο σίγουρος είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις με ένα κουλούρι τα αλατισμένα μπισκότα που τρως τους επόμενους δύο μήνες;

<i>καθόλου</i>			<i>λίγο</i>				<i>πολύ</i>		
<i>σίγουρος</i>			<i>σίγουρος</i>				<i>σίγουρος</i>		
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>

11) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις τις τηγανιτές πατάτες στο φαγητό σου με μαγειρεμένες πατάτες τους επόμενους δύο μήνες;

<i>καθόλου</i>			<i>λίγο</i>				<i>πολύ</i>		
<i>σίγουρος</i>			<i>σίγουρος</i>				<i>σίγουρος</i>		
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>

12) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις το αναψυκτικό που πίνεις με φυσικό χυμό τους επόμενους δύο μήνες;

<i>καθόλου</i>			<i>λίγο</i>				<i>πολύ</i>		
<i>σίγουρος</i>			<i>σίγουρος</i>				<i>σίγουρος</i>		
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>

13) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις σε ένα μαγαζί έξω ένα σάντουιτς και τηγανιτές πατάτες με μία σαλάτα τους επόμενους δύο μήνες;

<i>καθόλου</i>			<i>λίγο</i>				<i>πολύ</i>		
<i>σίγουρος</i>			<i>σίγουρος</i>				<i>σίγουρος</i>		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι προτιμάς μία απλή μακαρονάδα αντί μίας με πολύ σάλτσα και τυρί τους επόμενους δύο μήνες;

<i>καθόλου</i>			<i>λίγο</i>				<i>πολύ</i>		
<i>σίγουρος</i>			<i>σίγουρος</i>				<i>σίγουρος</i>		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

15) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να φας μία ανάλατη σαλάτα με πολύ λίγο λάδι αντί μίας αλατισμένης και με πολύ λάδι τους επόμενους δύο μήνες;

<i>καθόλου</i>			<i>λίγο</i>				<i>πολύ</i>		
<i>σίγουρος</i>			<i>σίγουρος</i>				<i>σίγουρος</i>		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις μαγειρεμένα ή τηγανιτά κεφτεδάκια με ένα μπιφτέκι στην σχάρα τους επόμενους δύο μήνες;

<i>καθόλου</i>			<i>λίγο</i>				<i>πολύ</i>		
<i>σίγουρος</i>			<i>σίγουρος</i>				<i>σίγουρος</i>		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



17) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις τις τηγανιτές μελιτζάνες και πιπεριές με ψητές μελιτζάνες και πιπεριές τους επόμενους δύο μήνες;

<i>καθόλου</i>			<i>λίγο</i>				<i>πολύ</i>		
<i>σίγουρος</i>			<i>σίγουρος</i>				<i>σίγουρος</i>		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις τα τηγανιτά ψάρια με ψάρι στην σχάρα τους επόμενους δύο μήνες;

<i>καθόλου</i>			<i>λίγο</i>				<i>πολύ</i>		
<i>σίγουρος</i>			<i>σίγουρος</i>				<i>σίγουρος</i>		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις το άσπρο ψωμί με ψωμί ολικής αλέσεως τους επόμενους δύο μήνες;

<i>καθόλου</i>			<i>λίγο</i>				<i>πολύ</i>		
<i>σίγουρος</i>			<i>σίγουρος</i>				<i>σίγουρος</i>		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις τα κίτρινα τυριά (κασέρια) με άπαχο τυρί τους επόμενους δύο μήνες;

<i>καθόλου</i>			<i>λίγο</i>				<i>πολύ</i>		
<i>σίγουρος</i>			<i>σίγουρος</i>				<i>σίγουρος</i>		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις το τηγανιτό αυγό με βραστό ανάλατο αυγό τους επόμενους δύο μήνες;

καθόλου			λίγο				πολύ		
σίγουρος			σίγουρος				σίγουρος		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22) Πόσο σίγουρος/η είσαι ότι μπορείς να αντικαταστήσεις το κόκκινο κρέας (βοδινό, χοιρινό) που τρως με άσπρο κρέας (κοτόπουλο, ψάρι) τους επόμενους δύο μήνες;

καθόλου			λίγο				πολύ		
σίγουρος			σίγουρος				σίγουρος		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23) Πόσο σίγουρος είσαι ότι μπορείς να φας 3 φορές την εβδομάδα όσπρια (φακές, ρεβίθια, φασόλια) τους επόμενους δύο μήνες;

καθόλου			λίγο				πολύ		
συχνά			συχνά				συχνά		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

### 3<sup>ο</sup> ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Για μένα το να τρώω υγιεινά τους επόμενους 2 μήνες, είναι:

πολύ      αρκετά      λίγο      έτσι κι έτσι      λίγο      αρκετά      πολύ  
καλό      καλό      καλό           κακό      κακό      κακό

πολύ      αρκετά      λίγο      έτσι κι έτσι      λίγο      αρκετά      πολύ  
όμορφο      όμορφο      όμορφο           άσχημο      άσχημο      άσχημο

πολύ      αρκετά      λίγο      έτσι κι έτσι      λίγο      αρκετά      πολύ  
χρήσιμο      χρήσιμο      χρήσιμο           άχρηστο      άχρηστο      άχρηστο

πολύ      αρκετά      λίγο      έτσι κι έτσι      λίγο      αρκετά      πολύ  
ευχάριστο      ευχάριστο      ευχάριστο           δυσάρεστο      δυσάρεστο      δυσάρεστο

Σκοπεύω να τρώω υγιεινά τους επόμενους 2 μήνες

πολύ      αρκετά      λίγο      έτσι κι έτσι      λίγο      αρκετά      πολύ  
πιθανό      πιθανό      πιθανό           απίθανο      απίθανο      απίθανο

Είμαι αποφασισμένος/η να τρώω υγιεινά τους επόμενους 2 μήνες

σίγουρα ναι      ναι      μάλλον ναι      Και ναι & όχι      μάλλον όχι      όχι      σίγουρα όχι

Θα προσπαθήσω να τρώω υγιεινά τους επόμενους 2 μήνες

-----

σίγουρα όχι    όχι    μάλλον όχι    Και ναι & όχι    μάλλον ναι    ναι    σίγουρα ναι

Θεωρώ τον ΕΑΥΤΟ μου ικανό να τρώω υγιεινά τους επόμενους 2 μήνες

-----

συμφωνώ    συμφωνώ    συμφωνώ    έτσι κι έτσι    διαφωνώ    διαφωνώ    διαφωνώ  
πολύ    αρκετά    λίγο       λίγο    αρκετά    πολύ

Θεωρώ ότι ΕΙΜΑΙ ένα άτομο που μπορώ να τρώω υγιεινά τους επόμενους 2 μήνες

-----

διαφωνώ    διαφωνώ    διαφωνώ    έτσι κι έτσι    συμφωνώ    συμφωνώ    συμφωνώ  
πολύ    αρκετά    λίγο       λίγο    αρκετά    πολύ

Είμαι στο ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ μου να τρώω υγιεινά τους επόμενους 2 μήνες

-----

συμφωνώ    συμφωνώ    συμφωνώ    έτσι κι έτσι    διαφωνώ    διαφωνώ    διαφωνώ  
πολύ    αρκετά    λίγο       λίγο    αρκετά    πολύ

Γενικά, είμαι ο ΤΥΠΟΣ του ατόμου που θα τρώει υγιεινά τους επόμενους 2 μήνες

-----

συμφωνώ    συμφωνώ    συμφωνώ    έτσι κι έτσι    διαφωνώ    διαφωνώ    διαφωνώ  
πολύ    αρκετά    λίγο       λίγο    αρκετά    πολύ

Είναι σίγουρο ότι θα τρώω υγιεινά τους επόμενους 2 μήνες

-----:-----:-----:-----:-----:-----:-----:-----:

πάρα πολύ    πολύ    αρκετά    έτσι κι    λίγο    πολύ λίγο    καθόλου  
σίγουρο/η    σίγουρο/η    σίγουρο/η    έτσι    σίγουρο/η    σίγουρο/η    σίγουρο/η

Μπορώ να τρώω υγιεινά τους επόμενους 2 μήνες

-----:-----:-----:-----:-----:-----:-----:-----:

πολύ    αρκετά    λίγο    έτσι κι έτσι    λίγο    αρκετά    πολύ  
πιθανό    πιθανό    πιθανό       απίθανο    απίθανο    απίθανο

Φύλο \_\_\_\_\_ Ηλικία \_\_\_\_\_

*Ευχαριστούμε πολύ για την βοήθεια σου!*

#### 4<sup>ο</sup> ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Για την προσπάθεια αλλαγής των διατροφικών σας συνηθειών τα παρακάτω σημεία μπορούν να σας βοηθήσουν:

- Τα κατάλληλα προγράμματα δίαιτας χαρακτηρίζονται από επαρκή διατροφή.
- Τα γρηγορότερα προγράμματα δίαιτας τα οποία βασίζονται σε μεγάλη μείωση της καθημερινής τροφής είναι επιστημονικά ακατάλληλα και μπορεί να είναι επικίνδυνα για την υγεία.
- **Ο ρυθμός ελάττωσης βάρους δεν πρέπει να είναι πιο μεγάλος από ένα κιλό την εβδομάδα.**

- 1) Ισορροπημένη διατροφή, με ποικιλία τροφών σε κάθε γεύμα.
- 2) Μείωση της πρόσληψης θερμίδων και αύξηση της κατανάλωσης.
- 3) Καταναλώστε τροφές με λίγες θερμίδες, πολύ όγκο και πολλές φυτικές ίνες.
- 4) Αποφεύγετε ή περιορίστε το αλάτι.
- 5) Περιορίστε την κατανάλωση κρέατος.
- 6) Προτιμήστε πουλερικά και ψάρια.
- 7) Τρώτε φρέσκα λαχανικά.
- 8) Αποφεύγετε παχυντικά υλικά στις σαλάτες π.χ. μαγιονέζα.
- 9) Αποφεύγετε ή περιορίστε την κατανάλωση ζάχαρης και γλυκών.
- 10) Αυξήστε την κατανάλωση φρέσκων φρούτων.
- 11) Καταναλώστε γαλακτοκομικά προϊόντα με χαμηλή περιεκτικότητα πάχους.
- 12) Αποφύγετε την κατανάλωση αναψυκτικών και αυξήστε την κατανάλωση φρέσκων χυμών και νερού.
- 13) Πίνετε 6 με 8 ποτήρια υγρά την ημέρα.
- 14) Αποφεύγετε τα τηγανιτά ή μαγειρεμένα φαγητά.
- 15) Αποφεύγετε την κατανάλωση τηγανιτών αυγών.
- 16) Κάνετε χρήση φαγητών στην σχάρα.
- 17) Αποφεύγετε τις διάφορες σάλτσες στα φαγητά.
- 18) Αντικαταστήστε το άσπρο ψωμί, με ψωμί ολικής αλέσεως.
- 19) Προσαρμόστε στο εβδομαδιαίο διαιτολόγιο σας την κατανάλωση οσπρίων (2-3 φορές).

- 20) Περιορίστε το αλκοόλ.
- 21) Προτιμάτε τους ανάλατους ξηρούς καρπούς αντί να τρώτε πατατάκια.
- 22) Προτιμήστε να φάτε μια σαλάτα όταν βγαίνετε, από ένα τοστ ή ένα γύρο.
- 23) Για πρωινό θα ήταν καλύτερα να τρώγατε ένα κουλούρι αντί μίας τυρόπιτας ή μιας μπουγάτσας.

-Προσπαθήστε να τρώτε αργά και χαλαρά.

-Αποφεύγετε να περνάτε από μέρη που σας επηρεάζουν (ζαχαροπλαστεία, ταβέρνες).

-Κάνετε ένα πρόγραμμα καθημερινής τροφής.

-Κάνετε ωρολόγιο πρόγραμμα των γευμάτων σας.

-Αγοράζετε τα προϊόντα που σας είναι απαραίτητα.

-Αγοράζετε τροφές όταν πεινάτε.

-Μην βάζετε πολλά φαγητά στο τραπέζι.

-Σχεδιάστε μια μικρή καθυστέρηση προτού αρχίσετε το φαγητό.

-Στο τέλος αφήστε λίγο φαγητό στο πιάτο σας.