

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ –
ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ
ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ/ΤΡΙΕΣ Ε΄ ΚΑΙ ΣΤ΄ ΤΑΞΗΣ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ
ΣΧΟΛΕΙΩΝ.**

Της
Μαρίας Γιαννή

Μεταπτυχιακή διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα, για τη 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 «Παιδαγωγική και Δημιουργική Μάθηση».

Κομοτηνή
2010

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

1^{ος} Επιβλέπων: Αθανάσιος Τζιαμούρτας, Επ. Καθηγητής

2^{ος} Επιβλέπων: Ιωάννης Θεοδωράκης, Καθηγητής

3^{ος} Επιβλέπων: Αντώνιος Χατζηγεωργιάδης, Επ. Καθηγητής



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

Αριθ. Εισ.: 10092/1
Ημερ. Εισ.: 24/11/2011
Δωρεά: Συγγραφέα
Ταξιθετικός Κωδικός: Δ
372.37
ΓΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ



004000107776

Ευχαριστώ θερμά για την πολύτιμη βοήθειά τους στην ολοκλήρωση της διατριβής μου τους:

- *Αθανάσιο Τζιαμούρτα, Επίκουρο Καθηγητή στη «Βιοχημεία της Άσκησης» του Τ.Ε.Φ.Α.Α. του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας*
- *Μαίρη Χασάνδρα, Λέκτορα του Τ.Ε.Φ.Α.Α του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας*
- *Ευάγγελο Ζήκο, Υπεύθυνο Αγωγής Υγείας στην Α/βαθμια Εκπαίδευση του Ν. Μαγνησίας*
- *Μιχάλη Νικολαΐδη, Ερευνητή Δ' του Ινστιτούτου Σωματικής Απόδοσης και Αποκατάστασης του ΚΕΤΕΑΘ*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Γιαννή Μαρία: Αξιολόγηση παρεμβατικού προγράμματος αγωγής υγείας-υγιεινής διατροφής με στόχο τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών σε μαθητές/μαθήτριες Ε' και ΣΤ' τάξης δημοτικών σχολείων.

(Με την επίβλεψη του κ. Αθανάσιου Τζιαμούρτα, Επικ. Καθηγητή)

Σκοπός της έρευνας ήταν η αξιολόγηση ενός προγράμματος αγωγής υγείας-υγιεινής διατροφής με στόχο τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών σε μαθητές/τριες Ε' και ΣΤ' τάξης ολοήμερων δημοτικών σχολείων. Στην έρευνα συμμετείχαν 70 μαθητές/τριες (30 αγόρια και 40 κορίτσια). Την ομάδα ελέγχου, αποτέλεσαν μαθητές/τριες (n=35) της πρωινής ζώνης και την πειραματική ομάδα μαθητές/τριες (n=35) της μεσημεριανής. Η έρευνα ολοκληρώθηκε σε διάστημα τριών μηνών. Το παρεμβατικό πρόγραμμα εφαρμόστηκε για ένα μήνα στους μαθητές/τριες στα πλαίσια της μεσημεριανής ζώνης των σχολείων. Στην αρχική και την τελική μέτρηση της έρευνας και οι δύο ομάδες κατέγραψαν σε ένα εβδομαδιαίο ημερολόγιο τις διατροφικές τους συνήθειες. Επίσης, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν και ένα ερωτηματολόγιο διατροφής αλλαγής σταδίων ως προς το πρόγραμμα. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση διακύμανσης με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις έδειξαν ότι οι διατροφικές συνήθειες τόσο της πειραματικής όσο και της ομάδας ελέγχου δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά ($p > .05$) μετά την πάροδο του ενός μήνα που εφαρμόστηκε το παρεμβατικό πρόγραμμα. Στο ερωτηματολόγιο διατροφής, όμως, και οι δύο ομάδες παρουσίασαν σημαντική μεταβολή αποδεικνύοντας την προσπάθεια τους να στραφούν σε μια πιο υγιεινή διατροφή ($p < .05$). Συμπερασματικά, μελλοντικές έρευνες μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας προς την κατεύθυνση αυτή θα επιφέρουν θετικότερα αποτελέσματα και θα ωφελήσουν την ποιότητα ζωής των μαθητών/τριων στη συγκεκριμένη ηλικιακή φάση επηρεάζοντας σημαντικά τις στάσεις και στην ενήλικη ζωή.

Λέξεις κλειδιά: *Α/βαθμια εκπαίδευση, διατροφική αξία, ολοήμερο σχολείο*

ABSTRACT

Yianni Maria: The evaluation of a health-healthy nutrition program, aiming at the improvement of the nutrition habits pupils of the 5th and 6th grades primary schools.

(Under the supervision of Athanasios Jamurtas, Professor)

The purpose of this study was to evaluate a health education-healthy nutrition intervention program on attitude, knowledge, behavior and nutritional habits in fifth and sixth grade students. The program intended to improve students' nutrition knowledge, their dietary habits, as well as their attitude toward healthy eating and behavior habits. Seventy students (30 boys and 40 girls) were split into two groups, a control group (n=35) and an experimental group (n=35). In the control group students were from the mainstream school and in the experimental students were from the afternoon activity zone. The intervention program took place for a month during the afternoon activity zone in schools. For the initial and final measurements, both groups recorded their dietary habits in a weekly diary. They also filled in questionnaires about their knowledge of healthy diet stages of change log and lifestyle and their attitude toward the program. One-way Anova with repeated measures showed that there was no significant difference in macronutrient nutritional intake after one month of the implementation of the program. Statistically significant change ($p < .005$) was noticed in the knowledge questionnaire of the experimental group after the intervention. Future research should examine whether a longer intervention program would be able to transform the enhanced knowledge from the implemented program into different and more healthier nutritional habits.

Key words: *primary education, nutrition value, all-day school*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	i
ABSTRACT	ii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	iii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ	vi
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
Περιγραφή του προβλήματος	2
Σημαντικότητα της έρευνας	3
Σκοπός της έρευνας	5
Ερευνητικές υποθέσεις	5
Περιορισμοί της έρευνας	6
Λειτουργικοί ορισμοί	6
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	
Στάσεις – γνώσεις για υγιεινή διατροφή	7
Σχέση άσκησης και διατροφής	9
Διατροφικές ανάγκες	10
Μοντέλα και Θεωρίες Αγωγής Υγείας	12
Θεωρίες στάσεων και συμπεριφοράς	17
Δεξιότητες ζωής	18
Παρεμβατικά προγράμματα	21
III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	
Δείγμα	23

Όργανα μέτρησης	23
Περιγραφή παρεμβατικού προγράμματος	24
Διαδικασία μέτρησης	24
Σχεδιασμός της έρευνας	25
 IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	 26
 V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	 31
 VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	
Προτάσεις για πρακτική εφαρμογή	36
Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες	37
 VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	 38
 VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
 <i>Πλάνο Διδασκαλίας 5.0. Επίλυση προβλημάτων. Πως να λύνω τα προβλήματα</i>	 <i>47</i>
<i>Πλάνο Διδασκαλίας 5.1. Ημερολόγιο διατροφής και εντοπισμός σταδίου αλλαγής συμπεριφοράς</i>	<i>49</i>
<i>Πλάνο Διδασκαλίας 5.2. Ξεπέραςμα εμποδίων. Εμπόδια ή δικαιολογίες; ..</i>	<i>52</i>
<i>Πλάνο Διδασκαλίας 5.3. Στόχοι. Στοχεύω σωστά;</i>	<i>54</i>
<i>Πλάνο Διδασκαλίας 5.4. Συμβόλαιο – δέσμευση για επίτευξη προσωπικού στόχου</i>	<i>56</i>

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.	Τρόποι υιοθέτησης υγιεινών συμπεριφορών	15
Πίνακας 2.	Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των εβδομαδιαίων διατροφικών συνηθειών των ομάδων (ελέγχου-πειραματικής) των δύο δημοτικών σχολείων.....	26

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1.	Το μοντέλο των «Πιστεύω Υγείας»	14
Σχήμα 2.	Μέσοι όροι των ομάδων (ελέγχου-πειραματικής) μετά την παρέμβαση του προγράμματος αγωγής υγείας-υγιεινής διατροφής	27
Σχήμα 3.	Μέσοι όροι της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την παρέμβαση του προγράμματος αγωγής υγείας-υγιεινής διατροφής	27
Σχήμα 4.	Μέσοι όροι της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την παρέμβαση του προγράμματος αγωγής υγείας-υγιεινής διατροφής	28
Σχήμα 5.	Συχνότητες εμφάνισης των ομάδων (ελέγχου-πειραματικής) στο ερωτηματολόγιο διατροφής αλλαγής σταδίων.....	29
Σχήμα 6.	Μέσοι όροι κατανάλωσης θερμίδων των δύο ομάδων (ελέγχου-πειραματικής) πριν και μετά την παρέμβαση του προγράμματος αγωγής υγείας-υγιεινής διατροφής.....	30
Σχήμα 7.	«Διατροφική Πυραμίδα».....	36

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΜΕ ΣΤΟΧΟ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ ΣΕ ΜΑΘΗΤΕΣ/ΤΡΙΕΣ Ε΄ ΚΑΙ ΣΤ΄ ΤΑΞΗΣ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ.

Η μακροβιότητα και η ποιότητα ζωής είναι απόρροια των κανόνων που διέπουν μια υγιεινή διατροφή υποστηρίζει ο Goldberg (2000), δεδομένου ότι η επιβίωση δε βασίζεται μόνο στο νερό και στο οξυγόνο, αλλά εξίσου και στην τροφή, η οποία παρέχει την ενέργεια που ο οργανισμός χρειάζεται καθώς και τα δομικά υλικά για την ανάπτυξη και τη διατήρηση του σώματος (Noble, Corney, Eves, Kirpps & Lumbers, 2000).

Η υγεία, λοιπόν, είναι ότι πιο σημαντικό στις μέρες μας, εάν αναλογιστούμε το σύγχρονο τρόπο ζωής των παιδιών που χαρακτηρίζεται από πολλές ώρες διαβάσματος, παρακολούθησης τηλεόρασης, παρουσίας μπροστά από τον υπολογιστή και πολύ λίγο χρόνο σε σωματικές δραστηριότητες. Ταυτόχρονα, ο βομβαρδισμός των διαφημίσεων για εύκολο και γρήγορο φαγητό παρασύρουν τα παιδιά, αλλά και τους γονείς να καταφεύγουν σε λύσεις φαγητών με πολλές θερμίδες και χαμηλή θρεπτική αξία.

Την ελλιπή διατροφική εκπαίδευση των μαθητών διαπιστώνουν οι ερευνητές και κρίνουν αναγκαία την παρέμβαση ειδικών προγραμμάτων διατροφικής αγωγής, καθώς αποδεικνύεται η αποτελεσματικότητα αυτών όσον αφορά στη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των μαθητών και στη διασφάλιση της υγείας τους (Xatzis & Kafatos, 2002). Οι γνώσεις για την υγιεινή διατροφή και για την επιλογή των καταλληλότερων τροφών κρίνονται αναγκαίες (Noble, et al. 2000; Manios et al. 2002), ιδιαίτερα δε όταν πρόκειται για παιδιά που βρίσκονται σε αναπτυξιακή φάση όπως η εφηβεία, που ο ρυθμός ανάπτυξης του οργανισμού επιταχύνεται με αποτέλεσμα οι ανάγκες να είναι διευρυμένες και κρίσιμες.

Περιγραφή του προβλήματος

Οι επιστημονικές έρευνες καταγράφουν ότι αυξάνεται ο αριθμός των νέων που συμμετέχουν σε ανθυγιεινές συνήθειες (αλκοόλ, κάπνισμα, κακή διατροφή). Οι νέοι που εμπλέκονται σε τέτοιες ανθυγιεινές συνήθειες αυξάνουν τις πιθανότητες ασθeneιών, προβλημάτων στο σπίτι και το σχολείο, αντικοινωνικών συμπεριφορών, σεξουαλικών συνθηθειών χωρίς προφυλάξεις ή αυτοκαταστροφικών τάσεων (Rodham, Hawton, Evans, & Weatherall, 2005). Από έρευνες φαίνεται ότι οι συνήθειες των νέων ομαδοποιούνται σε ανθυγιεινές ή υγιεινές. Ένας νέος, δηλαδή, συνήθως έχει ή πολλές υγιεινές ή πολλές ανθυγιεινές συνήθειες ταυτόχρονα. Δηλαδή, η μια συνήθεια επηρεάζει την άλλη. Μερικές φορές σχηματίζουν ένα ενιαίο σύνολο ενός συνδρόμου προβληματικής συμπεριφοράς. Αυτό, βέβαια, δε σημαίνει ότι όλες οι καταστροφικές για την υγεία συμπεριφορές αναπτύσσονται και εμπεδώνονται στην εφηβεία. Συμπεριφορές, όπως η παχυσαρκία, μπορεί να ξεκινούν στην εφηβεία, αλλά η κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να αρχίσει και πολύ αργότερα (Taylor, 1999).

Σε μια άλλη έρευνα έγινε μια προσπάθεια να προσδιοριστεί το προφίλ των παιδιών που ακολουθούν υγιεινές ή ανθυγιεινές συμπεριφορές ανάλογα με την επίδραση και τις συνήθειες της οικογένειας και των φίλων. Εξετάστηκαν 3.307 μαθητές ηλικίας 10 έως 16 χρονών. Με βάση τα αποτελέσματα οι μαθητές χωρίστηκαν σε τέσσερις κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αποτελούνταν από μαθητές που ασκούσαν συστηματικά, έτρωγαν φρούτα, δεν κάπνιζαν και δε συμμετείχαν σε βίαια επεισόδια. Η δεύτερη από μαθητές που δεν ασκούσαν, δεν κάπνιζαν και δε συμμετείχαν σε βίαια επεισόδια. Η τρίτη κατηγορία ήταν μαθητές που ασκούσαν, αλλά συμμετείχαν σε βίαια επεισόδια, κατανάλωναν φρούτα και δεν κάπνιζαν. Η τέταρτη αναφερόταν σε άτομα που κάπνιζαν, συμμετείχαν σε βίαια επεισόδια, δε γυμνάζονταν και δεν τρώγανε φρούτα. Οι μεγαλύτερης ηλικίας μαθητές από χωρισμένες οικογένειες και ιδιαίτερα τα αγόρια, είχαν τα μεγαλύτερα ποσοστά ανθυγιεινών συμπεριφορών. Οι μικρότερες ηλικίες που ζούσαν με τους δύο γονείς γυμνάζονταν περισσότερο, έτρωγαν περισσότερα φρούτα, κάπνιζαν λιγότερο και είχαν μικρότερη σχέση με συμμετοχή σε βίαια επεισόδια. Τα κορίτσια είχαν πιο υγιεινές συμπεριφορές από τα αγόρια. Τα παιδιά που αντιλαμβάνονταν το οικογενειακό περιβάλλον ως υποστηρικτικό, είχαν πιο θετικό προφίλ. Τέλος, οι υγιεινές ή ανθυγιεινές συμπεριφορές των φίλων και των γονέων επηρέαζαν ουσιαστικά τις συμπεριφορές των μαθητών. Οι επικίνδυνες συμπεριφορές των

παιδιών είχαν μεγάλη σχέση με τις επικίνδυνες συμπεριφορές των φίλων τους (Theodorakis, Papaioannou, Chatzigeorgiadis, & Papadimitriou, 2005).

Οι στάσεις και οι συμπεριφορές των παιδιών είναι πιο εύπλαστες και ευμετάβλητες από ό,τι αυτές των ενηλίκων (Taylor, 1999). Οι ερευνητές συμφωνούν ότι πολλές συμπεριφορές και συνήθειες που έχουν ουσιαστική επίδραση στην υγεία για όλη τη ζωή διαμορφώνονται στην παιδική και εφηβική ηλικία. Για αυτό το λόγο, οποιαδήποτε διαδικασία προαγωγής θετικών στάσεων σε θέματα υγείας και απόκτησης υγιεινών και αποφυγής ανθυγιεινών συνηθειών είναι ιδιαίτερα σημαντική για τις σχολικές ηλικίες .

Σημαντικότητα της έρευνας

Όσο πιο συστηματική είναι η προσπάθεια για να υιοθετήσουν οι μαθητές υγιεινές διατροφικές συνήθειες από μικρή ηλικία τόσο μακροχρόνια μπορεί να είναι τα αποτελέσματά στην υγεία τους (Lois, McBean & Miller, 1999). Η θρεπτική υπερκατανάλωση καθώς και ο τρόπος ζωής που υιοθετούν (π.χ. μειωμένη σωματική δραστηριότητα) ελλοχεύουν πολλά προβλήματα υγείας. Οι αρμόδιοι φορείς μπορούν να διαδραματίσουν έναν βασικό ρόλο στην παιδική μέριμνα αποτελώντας πρότυπα υγιούς συμπεριφοράς και επηρεάζοντας θετικά τις υγιεινές συνήθειες των παιδιών. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να προσφέρουν μέσα από διαφορετικά μαθήματα χρήσιμα στοιχεία στα παιδιά για τη σωστή διατροφή και τη σχέση της με την υγεία, αλλά και να προωθήσουν το πρότυπο του υγιούς σώματος.

Πλήθος βιβλιογραφικών δεδομένων συνδέουν τη σωματική δραστηριότητα με άλλες υγιεινές συμπεριφορές, όπως υγιεινή διατροφή, αποφυγή καπνίσματος και μείωση του άγχους. Ειδικότερα η σχέση της σωματικής άσκησης και της υγιεινής διατροφής φέρεται να είναι ισχυρή στην προαγωγή και προάσπιση της υγείας (Pate, et al. 2000), όπως υποστηρίζει ο Goldberg (2000) η πρόκληση της για την υγεία είναι ο συνδυασμός σωματικής άσκησης και υγιεινής διατροφής.

Η συμμετοχή των παιδιών σε προγράμματα σωματικής δραστηριότητας και οι κατάλληλες γνώσεις για τις διατροφικές ανάγκες του σύγχρονου ανθρώπου, καθώς και για τα προβλήματα που απορρέουν από έναν καθιστικό τρόπο ζωής και μια μη επαρκή σε θρεπτικά συστατικά διατροφή, ευαισθητοποιεί τα παιδιά με αποτέλεσμα η υιοθέτηση μιας θετικότερης στάσης απέναντι στην άσκηση και στην υγιεινή διατροφή να έχει περισσότερες πιθανότητες να επιτευχθεί και ενδεχομένως να διατηρηθεί και στην ενήλικη ζωή (Crockett, et al 1988; Manios, et al.2002).

Σε θεωρητικό επίπεδο έχουν ειπωθεί πολλά για τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας και του υγιεινού τρόπου διατροφής, στην πράξη έχουν γίνει λίγα. Η ανάπτυξη κατάλληλων παρεμβατικών προγραμμάτων κρίνεται αναγκαία (Wechsler, et al.2000). Οι προσπάθειες πρέπει να εστιαστούν στην προσοχή των κατάλληλων γνώσεων στους μαθητές, στην καλλιέργεια στάσεων και συμπεριφορών μέσα στο μάθημα της φυσικής αγωγής και εφαρμογής αυτών και εκτός σχολείου (Wechsler, et al.2000). Τα παρεμβατικά προγράμματα προσανατολισμένα στην υγεία έχουν επιδράσει θετικά στη συμπεριφορά των μαθητών απέναντι στα θέματα υγείας, (Manios, et al. 2002).

Η σημαντικότητα τέτοιων παρεμβατικών προγραμμάτων ενισχύεται από το γεγονός ότι ασχολούνται με άτομα που διανύουν την κρίσιμη για τη ζωή αναπτυξιακή περίοδο της εφηβείας. Χαρακτηριστικά το άτομο στην εφηβική ηλικία λαμβάνει το 20% του τελικού ύψους και το 50% του βάρους που έχει ως ενήλικας. Η σωστή ανάπτυξη του εξαρτάται πολύ από την άσκηση και τη λήψη επαρκής θρεπτικής αξίας τροφής. Το γεγονός ότι οι έφηβοι γνωρίζουν τα λιγότερα για το πώς πρέπει να φροντίζουν την υγεία τους (Klein, 2000), χρήζει ιδιαίτερης αντιμετώπισης. Σύμφωνα με τους Giovannini et al.(2000), όλοι οι έφηβοι θα έπρεπε να τύχουν εφαρμογής προγραμμάτων διατροφικής εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια φοίτησής τους στο σχολείο. Άλλωστε υγεία στην εφηβεία σημαίνει υγεία και στην ενήλικη ζωή (Klein,2000). Παρεμβάσεις που να βοηθούν τα παιδιά και τους εφήβους στο να αλλάξουν το διαιτολόγιό τους ή το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας πρέπει να εφαρμοστούν και αποτελεσματικά προγράμματα πρέπει να σχεδιαστούν, να εφαρμοστούν και να αξιολογηθούν (Baranowski et al. 2000).

Από τη μια η αντίληψη ότι η εμπλοκή στη φυσική δραστηριότητα του παιδιού δίνει περισσότερες πιθανότητες συνέχισής της και στην ενήλικη ζωή (Francis,1999) και από την άλλη το γεγονός ότι οι διατροφικές συνήθειες είναι δύσκολο να αλλάξουν ιδιαίτερα στους ενήλικες δείχνουν τη σημαντικότητα της αγωγής πάνω στη φυσική δραστηριότητα και στην υγιεινή διατροφή. Το σχολείο θεωρείται το σημείο κλειδί για την προαγωγή της φυσικής δραστηριότητας και του υγιεινού τρόπου διατροφής (Wechsler, Devereaux, Davis & Collins, 2000).

Το σχολείο αποτελεί σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης διατροφικών στάσεων και υγιεινών συμπεριφορών μέσα από την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας. Από ανασκοπήσεις ερευνών, σχετικών με την πρόληψη υγιεινών συμπεριφορών, φαίνεται ότι τα καλύτερα αποτελέσματα στην παιδική-εφηβική ηλικία προέκυψαν

από εκπαιδευτικά προγράμματα που στόχευαν στην προώθηση της φυσικής δραστηριότητας και της σωστής διατροφής (Michell, 1994). Επίσης, φάνηκε ότι τα προγράμματα αυτά δεν επιδιώκουν να επιβάλουν στα παιδιά την ορθή άποψη αλλά τους βοηθούν να κατανοήσουν - ανακαλύψουν τους λόγους και τους τρόπους υιοθέτησης θετικών για την υγεία συμπεριφορών (Stead, Hastings & Tudor-Smith, 1996).

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να αξιολογηθεί η επίδραση που έχει ένα παρεμβατικό πρόγραμμα αγωγής υγείας-υγιεινής διατροφής στις διατροφικές συνήθειες των μαθητών/τριων. Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε στα πλαίσια της μεσημεριανής ζώνης του σχολείου σε μαθητές της Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης.

Ερευνητικές Υποθέσεις

Ηα: Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις εβδομαδιαίες διατροφικές συνήθειες των μαθητών/τριων Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης της μεσημεριανής ζώνης πριν και μετά την παρέμβαση.

Ηο: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις εβδομαδιαίες διατροφικές συνήθειες των μαθητών/τριων Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης της μεσημεριανής ζώνης πριν και μετά την παρέμβαση.

Ηβ: Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις εβδομαδιαίες διατροφικές συνήθειες των μαθητών/τριων Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης της πρωινής ζώνης σε σχέση με τη μεσημεριανή.

Ηο: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις εβδομαδιαίες διατροφικές συνήθειες των μαθητών/τριων Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης της πρωινής ζώνης σε σχέση με τη μεσημεριανή.

Ηγ: Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο ερωτηματολόγιο διατροφής αλλαγής σταδίων των μαθητών/τριων Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης των ομάδων (πειραματικής-ελέγχου) πριν και μετά την παρέμβαση.

Ηο: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο ερωτηματολόγιο διατροφής αλλαγής σταδίων των μαθητών/τριών Ε΄ και ΣΤ΄ των ομάδων (πειραματικής-ελέγχου) πριν και μετά την παρέμβαση.

Περιορισμοί της έρευνας

- Η έρευνα διεξήχθη σε δύο χωριά του Ν. Μαγνησίας (Μακρυράχη - Ζαγορά)
- Συμμετείχαν 70 μαθητές/τριες (30 αγόρια και 40 κορίτσια), Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης δύο δημοτικών σχολείων, οι οποίοι δημιούργησαν δύο ομάδες, την ομάδα ελέγχου (πρωινή ζώνη) και την πειραματική ομάδα (μεσημεριανή ζώνη).

Λειτουργικοί ορισμοί

Αγωγή Υγείας: Είναι κάθε συνδυασμός μαθησιακών εμπειριών σχεδιασμένων έτσι, ώστε να διευκολύνουν ή να οδηγούν σε εκούσιες πράξεις που συμβάλλουν στην υγεία (Green & Kreuter, 1999).

Υγιεινή Διατροφή: Θεωρείται η ημερήσια κατανάλωση θρεπτικών συστατικών υδατανθράκων, πρωτεϊνών, λιπών, βιταμινών, ιχνοστοιχείων και νερού (η αναλογία κατανάλωσης είναι 50-60% υδατάνθρακες, 30-35% λίπη, και 10-15% πρωτεΐνες).

Ολοήμερο Σχολείο: Σχεδιάστηκε για να εξυπηρετήσει υψηλούς στόχους που διαμορφώνουν συνθήκες ανοιχτού παιδαγωγικού περιβάλλοντος και ελκυστικότερης μάθησης (ΥΠ.ΕΠ.Θ, 2000).

Α/βαθμια Εκπαίδευση: Εκπαίδευση είναι μορφή εξειδικευμένης κοινωνικοποίησης που ασκείται κατά κανόνα από φορείς που βρίσκονται έξω από την οικογένεια και έχει ως περιεχόμενό της την μετάδοση γνώσεων, δεξιοτήτων και μορφών ενέργειας ή συμπεριφοράς (εντός ειδικών ιδρυμάτων). Η Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση ιεραρχικά ανήκει στην πρώτη βαθμίδα και παρέχεται από το Νηπιαγωγείο που συνιστά την προσχολική εκπαίδευση και το Δημοτικό που συνιστά τον πρώτο κύκλο της υποχρεωτικής εκπαίδευσης (Τσαούσης, 1989).

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια δίνεται έμφαση στην ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα αγωγής υγείας μέσω διάφορων μαθημάτων ή σχετικών προγραμμάτων. Το σχολικό περιβάλλον είτε μέσω του συστήματος αρχών είτε μέσω του μαθήματος της φυσικής αγωγής μπορεί να διαδραματίσει ένα ουσιαστικό ρόλο στη διαμόρφωση ενός δια βίου υγιεινού τρόπου ζωής των μαθητών (Θεοδωράκης, 1990). Η συστηματική οργάνωση, γενίκευση ή επέκταση προγραμμάτων αγωγής υγείας βοηθάει στην κατεύθυνση αυτή. Βοηθητικά δρα επίσης και η ύπαρξη και, κυρίως, η εφαρμογή κανόνων και συγκεκριμένων συμπεριφορών μέσα στο σχολικό περιβάλλον που αφορούν μαθητές και εκπαιδευτικούς ταυτόχρονα. Ποιες αξίες μεταδίδονται στους μαθητές; Τι κανόνες, αποφάσεις ή συνήθειες ισχύουν σε ένα σχολικό συγκρότημα για καθηγητές, δασκάλους και μαθητές στα θέματα της καθαριότητας, του καπνίσματος, της διατροφής στα διαλείμματα ή των ειδών διατροφής που πουλάει το κυλικείο του σχολείου; Πού δίνει έμφαση το μάθημα της φυσικής αγωγής; Στη φυσική αγωγή εδώ και χρόνια έχει τονιστεί η ανάγκη αναπροσδιορισμού και ταυτόχρονα διεύρυνσης του ρόλου της στα σχολεία με ουσιαστική στροφή προς την προαγωγή της υγείας. Αυτό θα επιτευχθεί μέσα από την αλλαγή των προγραμμάτων και την ανάπτυξη της σχετικής θεωρίας πάνω στην υγιεινή άσκηση και την υιοθέτηση ενός αθλητικού τρόπου ζωής.

Στάσεις-γνώσεις για υγιεινή διατροφή

Τις στάσεις απέναντι στη διατροφή και το σωματικό βάρος μελέτησε η έρευνα του Danish (1997) σε δείγμα 966 εφήβων ηλικίας 11-16 ετών. Απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο με 60 θέματα που αφορούσαν 10 διαφορετικές ενότητες. Ουσιαστικά φάνηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Τα κορίτσια ενδιαφερόταν περισσότερο για το διαιτολόγιο τους, για το βάρος του σώματος τους, έδειχναν περισσότερο το φόβο μην παχύνουν και έδιναν μεγαλύτερη σημασία στην εικόνα του σώματός τους. Ενώ τα αγόρια είχαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην αίσθηση της πείνας, στη σημαντικότητα της τροφής να προσφέρει ευεξία, στη στάση

απέναντι στην παχυσαρκία και στην πίεση από τους γονείς να φάνε. Στη στάση απέναντι στον υγιεινό τρόπο ζωής δεν υπήρξαν διαφορές.

Οι συμπεριφορές και οι στάσεις των μαθητών τείνουν να ομαδοποιούνται είτε σε υγιεινές είτε σε ανθυγιεινές. Μαθητές που ακολουθούν έναν αθλητικό τρόπο ζωής, είναι συνήθως και αρνητικοί στο κάπνισμα, ενώ είναι συνήθως θετικοί στην υγιεινή διατροφή. Η ανάλυση αυτή δείχνει ότι η διαμόρφωση ενός υγιεινού τρόπου ζωής δεν καθορίζεται από μεμονωμένες συμπεριφορές, στάσεις και συνήθειες, αλλά από ένα ευρύτερο σύνολο συμπεριφορών. Η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες δεν είναι μια μεμονωμένη συμπεριφορά. Ο αθλητικός τρόπος ζωής μεταφέρει την αγωγή του και την επίδρασή του και σε άλλους τομείς της καθημερινής ζωής των μαθητών. Ανάλογη είναι η επίδραση του καπνίσματος και των άλλων ανθυγιεινών συμπεριφορών (Θεοδωράκης & Παπαϊωάννου, 2002).

Το σχολικό περιβάλλον περιλαμβάνει διάφορα χαρακτηριστικά που έχουν τη δυνατότητα να προωθήσουν τη διατροφική υγεία των παιδιών, συμπεριλαμβανομένου και τους κοινωνικούς κανόνες. Τα προγράμματα αγωγής υγείας σε συνεργασία με το σχολικό προσωπικό καλύπτουν τις διατροφικές ανάγκες των μαθητών, προωθώντας ταυτόχρονα ομάδες τροφών με λιγότερα λιπαρά και περισσότερες θρεπτικές αξίες. Σε αυτό το συμπέρασμα κατέληξαν ερευνητές (Nguyen & Kim, 2005; Fitzgerald, Angela, Veugelers & Paul, 2005) λαμβάνοντας υπόψη την αύξηση παιδικής παχυσαρκίας και την έλλειψη στοιχείων για την αποτελεσματικότητα των σχολικών προγραμμάτων. Σύμφωνα με τα πορίσματα, διαπιστώθηκε η σημαντικότητα των προγραμμάτων αυτών που θωρακίζουν την υγεία των παιδιών μέσα από τη σωστή διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα.

Η διατροφική αξία διαμορφώνεται στην παιδική ηλικία από τις προτιμήσεις των γονιών και τη διαθεσιμότητα των τροφίμων (Birch & Fisher, 1998). Στις μέρες μας, οι ομάδες τροφίμων που προωθούνται για κατανάλωση δεν καλύπτουν τις θρεπτικές ανάγκες της ηλικίας αυτής, αντίθετα, χαρακτηρίζονται από πάρα πολύ λίπος και ζάχαρη. Οι λανθασμένες προτιμήσεις τροφίμων και η ανθυγιεινή συμπεριφορά κατανάλωσης τους οδηγεί στην αλματώδη ανάπτυξη της παχυσαρκίας και των χρόνιων παθήσεων. Η ανάγκη για δημιουργία διατροφικών οδηγιών στα παιδιά συνεχώς αυξάνεται. Οι οδηγίες θα πρέπει να βασίζονται στα υγιή επιστημονικά στοιχεία της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας τόσο μέσα από τοπικά όσο και από εθνικά προγράμματα .

Τα παιδιά με βάση τις ενεργειακές τους ανάγκες και τις διατροφικές προτιμήσεις μπορούν να ρυθμίσουν την κατανάλωση τροφής στα γεύματα τους κατά τη διάρκεια της ημέρας (Birch, 1998; Johnson, McPhee & Birch, 1991). Πολλές φορές δείχνουν και την αποστροφή τους σε τροφές που περιέχουν σύνθετες ουσίες και πολλά συντηρητικά στοιχεία (Birch & Fisher, 1998). Τα τρόφιμα αυτά κατά τη διάρκεια της κατανάλωσης προκαλούν διάφορα οργανικά συμπτώματα (π.χ. τροφική δηλητηρίαση, ναυτία, εμετός) με αποτέλεσμα την έντονη δυσαρέσκεια των παιδιών και την απαγόρευση των γονιών. Η αποστροφή προς αυτά τα τρόφιμα περιορίζει και την κατανάλωση τους. Η αποδοχή τροφών, με λιγότερες θρεπτικές αξίες σε σχέση με τα συσκευασμένα τρόφιμα που περιέχουν τέτοιες ουσίες, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας.

Σχέση άσκησης και διατροφής

Η σχέση της άσκησης με την υγεία είναι αμφίδρομη και η ύπαρξη και των δύο κατά την παιδική ηλικία επηρεάζει την ύπαρξη τους κατά την ενήλικη ζωή (Blair, Clark, Cureton & Powell, 1989). Οι στρατηγικές για ευεξία και καλή φυσική κατάσταση, σύμφωνα με τον Krause (1998) είναι, η ανάπτυξη της καρδιοαναπνευστικής αντοχής, της μυϊκής δύναμης και αντοχής, της ευκαμψίας της γύμνασης με ασφάλεια, της παρακίνησης για άσκηση, καθώς επίσης της υγιεινής διατροφής, του ελέγχου του σωματικού βάρους, της διατήρησης του σωματικού βάρους, της διατήρησης του σώματος σε υγιή κατάσταση και του ελέγχου του στρες.

Τη σπουδαιότητα της σωματικής δραστηριότητας και του αθλητικού τρόπου ζωής, καθώς επίσης και τη θετική επίδραση αυτών σε άλλες καθημερινές συνήθειες, όπως η διατροφή, αναδεικνύει και η έρευνα των Μπεμπέτσου, Θεοδωράκη, Λαπαρίδη & Χρόνη (2000). Στη συγκεκριμένη μελέτη παρατηρήθηκε ότι όσο πιο θετικές είναι οι στάσεις των ατόμων, τόσο πιο θετικές είναι και οι στάσεις τους προς την υγιεινή διατροφή. Σύμφωνα με τον Michell (1994), τα άτομα που έχουν θετικές στάσεις, που νιώθουν περισσότερη αυτοπεποίθηση για τις στάσεις τους και τις προθέσεις τους για άσκηση και οι οποίοι έχουν ελεγχόμενη συμπεριφορά, είναι περισσότερο πιθανό να υιοθετήσουν ένα δραστήριο τρόπο ζωής.

Τη σχέση της φυσικής δραστηριότητας με άλλες συμπεριφορές που αφορούν την υγεία, όπως υγιεινή διατροφή, κάπνισμα, αλκοόλ, βίαιη συμπεριφορά και σεξουαλική δραστηριότητα εξετάστηκε σε σχετική μελέτη των Pate et al. (2000). Το δείγμα αποτέλεσαν 14.221 μαθητές/τριες γυμνασίου και τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν

ότι το 70% περίπου των αγοριών συμμετείχαν σε μια τουλάχιστον σχολική ομάδα. Τα αγόρια ασκούμενοι ανέφεραν συχνότερα την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, ενώ είχαν λιγότερες αναφορές για κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικά σε σχέση με τους μη ασκούμενους. Επίσης ανέφεραν προσπάθειες απώλειας βάρους. Τα κορίτσια που συμμετείχαν σε φυσικές δραστηριότητες είχαν περισσότερες αναφορές σε κατανάλωση λαχανικών από ότι τα κορίτσια που δεν συμμετείχαν.

Διατροφικές ανάγκες

Στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί, στις λίγες έρευνες που έχουν λάβει χώρα, το γεγονός τα παιδιά να εγκαταλείπουν την παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή και να υιοθετούν τον «Δυτικό τρόπο» διατροφής, ακολουθώντας μία μη ισορροπημένη διατροφή και αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης διαφόρων δυσλειτουργιών (Hassapidou & Bairaktari, 2001).

Πολλές έρευνες έχουν εξετάσει τη σχέση της διατροφής με την υγεία, επισημαίνοντας τις κύριες επιπτώσεις της μη ισορροπημένης διατροφής στην υγεία του ανθρώπου. Συγκεκριμένα, η υγιεινή διατροφή σχετίζεται με τη μείωση των παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών δυσλειτουργιών, την αύξηση της οστικής πυκνότητας, τη μη εμφάνιση κάποιων μορφών καρκίνου, την καταπολέμηση της αναιμίας και του διαβήτη και επιπλέον, η υγιεινή διατροφή επιδρά θετικά στις νοητικές ικανότητες και ψυχολογικές καταστάσεις του ατόμου (Hassapidou & Bairaktari, 2001). Η σωστή διατροφή κατά την παιδική ηλικία και ειδικότερα κατά την εφηβεία, όπου οι θρεπτικές ανάγκες είναι αρκετά υψηλές, είναι πολύ σημαντική για τη σωματική ανάπτυξη των εφήβων, τη μακροχρόνια προαγωγή της υγείας τους και την υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών και στάσεων απέναντι στις υγιεινές διατροφικές συνήθειες (ΔΣ), που τείνουν να διατηρηθούν στην υπόλοιπη ζωή τους. Ωστόσο, παρά τη θετική επίδραση της υγιεινής διατροφής στην υγεία των παιδιών και εφήβων, έχει βρεθεί ότι οι έφηβοι δεν καταναλώνουν τις μερίδες κατανάλωσης που προτείνει η Διατροφική Πυραμίδα (US Department of Agriculture, 1992).

Πρόσφατα, δημιουργήθηκε η νέα Διατροφική Πυραμίδα (US Department of Agriculture, 2005), με το όνομα «MyPyramid», η οποία αποτελεί μία αναθεώρηση της παλιάς Διατροφικής Πυραμίδας (US Department of Agriculture, 1992). Η νέα Διατροφική Πυραμίδα προτείνει τις απαραίτητες μερίδες κατανάλωσης των τροφών ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου, βασιζόμενη στην ηλικία, στο φύλο και στη συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες. Επίσης, η νέα Διατροφική Πυραμίδα

προτείνει την κατανάλωση των βασικών ομάδων τροφίμων (γαλακτοκομικά, δημητριακά, πρωτεϊνούχες τροφές, φρούτα και λαχανικά) ανάλογα με την ημερήσια ενεργειακή δαπάνη (Kcal) του κάθε ατόμου, όπως και ειδικά κριτήρια κατανάλωσης για κάποια είδη λαχανικών (Clark, Kovarik, Voigt, & Hayes, 2006; Guenther, Dodd, Reedy, & Krebs-Smith, 2006).

Σε έρευνα που διεξήχθη στις ΗΠΑ με συμμετοχή 3.307 παιδιών και εφήβων, βρέθηκε ότι το ποσοστό των νέων που καταναλώνει τις προτεινόμενες μερίδες γαλακτοκομικών, δημητριακών, πρωτεϊνούχων τροφών, φρούτων και λαχανικών κυμαίνεται περίπου από 30-36%, ενώ το 16% δεν καταναλώνει καμία προτεινόμενη μερίδα κατανάλωσης τροφίμων (Munoz, Krebs-Smith, Ballard-Barbash, & Cleveland, 1997).

Σύμφωνα με έρευνες, η κατανάλωση μιας χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά διατροφής κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας μπορεί να παρέχει ελάχιστο ή κανένα όφελος στον ανθρώπινο οργανισμό. Με βάση τα αποτελέσματα ενός ερευνητικού παρεμβατικού προγράμματος που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά, τα επίπεδα χοληστερόλης αίματος μειώθηκαν κατά λιγότερο από 2% στα παιδιά ηλικίας οκτώ έως δέκα έτη που κατανάλωσαν μια χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά διατροφή (28% των θερμίδων) για τρία έτη έναντι της συνηθισμένης ομάδας προσοχής που κατανάλωσε 33% των θερμίδων από το λίπος (Lichtenstein & Van Horn, 1998). Οι διαιτητικοί περιορισμοί νωρίς στη ζωή μπορούν να μην προκαλέσουν μια μακράς διάρκειας μείωση στα επίπεδα χοληστερόλης του αίματος στα παιδιά αλλά θα μειώσουν την περίπτωση εμφάνισης χρόνιων παθήσεων. Επιπλέον, η εισαγωγή μιας διατροφής με χαμηλή χοληστερόλη κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας μπορεί να μην παρέχει επαρκή ενέργεια αλλά προσφέρει θρεπτικές ουσίες όπως ο ψευδάργυρος, το ασβέστιο, ο σίδηρος, το μαγνήσιο και η βιταμίνη B12 (Obarzanek et al., 1997).

Η χαμηλή πρόσληψη τροφών σε ασβέστιο δημιουργεί, επίσης, ανησυχία σε πολλούς φορείς της σημερινής κοινωνίας (Jackman, Millane, Martin, Wood, McCabe, Peacock & Weaver, 1997). Το γάλα και άλλα γαλακτοκομικά τρόφιμα αποτελούν τη σημαντικότερη πηγή ασβεστίου για τον άνθρωπο. Οι ανάγκες σε ασβέστιο είναι υψηλές κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας για το σχηματισμό γερής οστικής μάζας. Η αποτυχία να καλυφθούν οι απαιτήσεις σε ασβέστιο κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας αυξάνει τον κίνδυνο για οστεοπόρωση στην ενηλικίωση.

Σε μια μελέτη που διεξήχθη σε χώρα της Ευρώπης και στην οποία συμμετείχαν 3.540 παιδιά και έφηβοι, διαπιστώθηκε ότι λιγότερο από το 50% αυτών καταναλώνει καθημερινά γαλακτοκομικά προϊόντα (Cavadini et al., 1999), γεγονός που οδηγεί στη μειωμένη πρόσληψη ασβεστίου (Johnson, 2000). Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι η κατανάλωση δημητριακών και πρωτεϊνούχων τροφών από τα παιδιά και τους εφήβους είναι κάτω από τα προτεινόμενα κριτήρια κατανάλωσης αυτών (Rockett, Berkey, Field, & Colditz, 2001; Xie, Gillilan, Li, & Rockett, 2003).

Τέλος, μειωμένη εμφανίστηκε και η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών αφού παρατηρήθηκε ότι το 51% των παιδιών και εφήβων καταναλώνει λιγότερο από μία μερίδα φρούτα την ημέρα και το 29% λιγότερο από μία μερίδα φρέσκα λαχανικά την ημέρα (US Department of Health and Human Services, 2000).

Είναι δε αξιοσημείωτο ότι η μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών από τους νέους συνοδεύεται με την αύξηση της κατανάλωσης ανθυγιεινών τροφών (Cavadini, Siega-Riz, & Popkin, 2000; Xie, et al., 2003), με αποτέλεσμα η διατροφή των νέων να είναι πλούσια σε λιπαρά και νάτριο και πτωχή σε σίδηρο, φολικό οξύ, ασβέστιο, μαγνήσιο, ψευδάργυρο και βιταμίνες (Burghardt, Devaney, & Gordon, 1995; Cavadini et al., 2000; Decarli, et al., 2000; Devaney, Gordon, & Burghardt, 1995).

Μοντέλα και Θεωρίες Αγωγής Υγείας

Το μοντέλο των Πιστεύω Υγείας (Health Believe Model), το μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής (Transtheoretical Model), η θεωρία της κοινωνικής συμπεριφοράς καθώς και οι θεωρίες αλλαγής στάσεων και θεωρίες στόχων χρησιμοποιήθηκαν ως θεωρητικά εργαλεία στην προσέγγιση του θέματος και το σχεδιασμό του προγράμματος παρέμβασης.

Συγκεκριμένα,

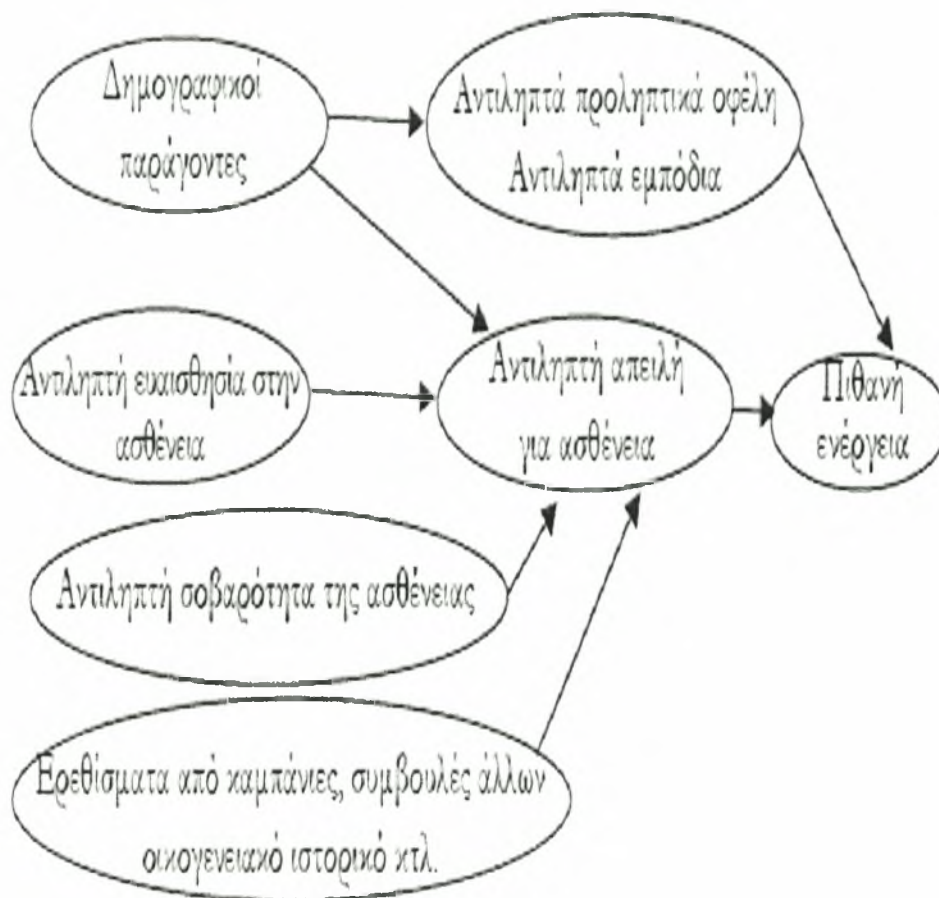
Το μοντέλο των Πιστεύω Υγείας

Σύμφωνα με τη θεωρία του Rosenstock, (1974) μια πιθανή ενέργεια για συμπεριφορά υγείας εξαρτάται από το πώς το άτομο αντιλαμβάνεται την απειλή για μια πιθανή ασθένεια, από το πώς αντιλαμβάνεται τα οφέλη από τη διαδικασία πρόληψης και τα πιθανά εμπόδια που θα συναντήσει. Οι δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν αυτήν τη διαδικασία. Η αντιληπτή απειλή για την ασθένεια επηρεάζεται

από την ευαισθησία του ατόμου στη συγκεκριμένη ασθένεια και το πόσο σοβαρή θεωρεί την ασθένεια. Ερεθίσματα από καμπάνιες, συμβουλές των άλλων, οικογενειακό ιστορικό και άλλες πληροφορίες διαμορφώνουν την άποψη του ατόμου.

Για να δοθεί ένα παράδειγμα, με βάση το παρακάτω σχήμα ένας νέος επηρεάζεται από διάφορους δημογραφικούς παράγοντες και κάποιες ασθένειες, όπως είναι οι καρδιοπάθειες, τις θεωρεί πολύ σοβαρές και είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος σε αυτές. Ταυτόχρονα, στην οικογένεια υπάρχει ιστορικό ανάλογων προβλημάτων υγείας, έχει ακούσει από άλλους, έχει διαβάσει, έχει δεχτεί ποικίλα ερεθίσματα. Στη συνέχεια, σκέφτεται την απειλή ή την πιθανότητα να του συμβεί και του ίδιου στο μέλλον μια ανάλογη ασθένεια. Εκτιμάει τα πιθανά οφέλη που θα έχει, αν λάβει κάποια προληπτικά μέτρα, όπως και τα εμπόδια που θα συναντήσει. Όλα αυτά τον οδηγούν σε κάποιες αποφάσεις και επιλογές. Για παράδειγμα, επιλέγει ότι πρέπει να προσέχει τη διατροφή του, να γυμνάζεται και να μην καπνίζει, έτσι ώστε να προλάβει ή να θωρακίσει τον εαυτό του από την πιθανότητα της ασθένειας. Ή στην αντίθετη περίπτωση, δε δέχεται τη σοβαρότητα της ασθένειας, έχει επηρεασθεί από ανάλογα ερεθίσματα, δε νιώθει ότι απειλείται το ίδιο, βρίσκει μπροστά του πολλά εμπόδια και επιλέγει στο τέλος ανθυγιεινές συμπεριφορές παρουσιάζεται στο παρακάτω σχήμα:

Σχήμα 1. Το μοντέλο των «Πιστεύω Υγείας» (πηγή: Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2006).



Παραδείγματα

Πώς μπορεί να χρησιμοποιήσει κανείς τις αρχές από τη θεωρία αυτή, για να ευαισθητοποιήσει τους μαθητές στην υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών; Στον παρακάτω πίνακα δίνονται μερικές ιδέες σχετικά με το πρόβλημα της παχυσαρκίας.

Πίνακας 1. Τρόποι υιοθέτησης υγιεινών συμπεριφορών.

<i>Σημεία εστιασμού της παρέμβασης</i>	<i>Στόχος</i>	<i>ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ παχυσαρκία Τι λέμε, τι προτείνουμε</i>
<i>Αντιληπτή σοβαρότητα</i>	<i>Ενημέρωση. Πόσο σοβαρή είναι μια ασθένεια;</i>	<i>Η παχυσαρκία είναι αιτία πολλών σοβαρών ασθενειών ή είναι και η ίδια ασθένεια.</i>
<i>Αντιληπτή απειλή</i>	<i>Οι ασθένειες συμβαίνουν σε όλους ή είναι θέμα τύχης; Τι ισχύει περισσότερο;</i>	<i>Όλοι όσοι έχουν πρόβλημα παχυσαρκίας κινδυνεύουν.</i>
<i>Αντιληπτά οφέλη</i>	<i>Καταγραφή ωφελειών από υγιεινές συνήθειες και σχολιασμός</i>	<i>Η ρύθμιση του βάρους είναι ένας από τους δείκτες καλής υγείας. Το άτομο λειτουργεί ευχάριστα και αποδοτικά και χαιρέται καλύτερα τη ζωή του.</i>
<i>Αντιληπτά εμπόδια</i>	<i>Καταγραφή πιθανών εμποδίων και αναζήτηση των τρόπων να ξεπεραστούν</i>	<i>Δεν υπάρχουν εμπόδια στη ρύθμιση του βάρους, όταν το πρόβλημα δεν είναι παθολογικό. Είναι απλά θέμα απόφασης και προγραμματισμένων διαιτητικών συνηθειών.</i>

Το μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής

Το μοντέλο αυτό δίνει έμφαση στους μηχανισμούς με τους οποίους τα άτομα αλλάζουν τις υγιεινές τους συνήθειες. Ονομάστηκε stages of change model ή transtheoretical model, γιατί αναπτύχθηκε από διαφορετικές ψυχολογικές θεωρίες, όπως κοινωνική γνωστική του Bandura και η θεωρία μάθησης του Skinner. Στο βιβλίο αυτό αποδίδεται ως μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής, ως πιο κατανοητή απόδοση στα ελληνικά. Σύμφωνα με τους Prochaska & DiClemente (1983) τα άτομα στη διαδικασία διαμόρφωσης ή αλλαγής μιας συμπεριφοράς βρίσκονται το καθένα ξεχωριστά σε διαφορετικό στάδιο αφετηρίας. Κάποια σκέφτονται να αλλάξουν μια συμπεριφορά τους, κάποια όχι. Κάποια έχουν κάνει κάποια βήματα και προσπάθειες, κάποια όχι. Έχουν δηλαδή διαφορετικό επίπεδο παρακίνησης για αλλαγή, από την πρόθεσή τους μέχρι την τελική τους συμπεριφορά. Τα άτομα διαφοροποιούνται και κινούνται μεταξύ διαφορετικών σταδίων στην προσπάθειά τους να αλλάξουν μια συμπεριφορά. Υπάρχουν 5 στάδια ετοιμότητας για αλλαγή:

Ας πάρουμε, για παράδειγμα, ένα άτομο που δεν τρέφεται υγιεινά. Δεν υπάρχει σκέψη για αλλαγή. Το πρώτο στάδιο είναι το στάδιο του προ- συλλογισμού. Το άτομο

δεν τρέφεται υγιεινά ούτε σκέφτεται να αλλάξει τη διατροφή του. Υπάρχει σκέψη για αλλαγή.

Το δεύτερο είναι το στάδιο όπου το άτομο δε τρέφεται υγιεινά, αλλά σκέφτεται να αλλάξει τη διατροφή του. Αυτό είναι το στάδιο του συλλογισμού. Σκέφτεται σχετικά με την αλλαγή διατροφικών συνηθειών αλλά δεν έχει στην πραγματικότητα αρχίσει να τρέφεται υγιεινά. Γίνεται κάποια αλλαγή.

Το τρίτο στάδιο είναι το στάδιο της προπαρασκευής. Το άτομο αρχίζει να τρέφεται υγιεινά, αλλά όχι συστηματικά και όχι με βάση τα στάνταρ. Γίνεται αρκετή αλλαγή.

Το τέταρτο στάδιο είναι το στάδιο της ενεργοποίησης, της δράσης. Το άτομο κάνει υγιεινή διατροφή συστηματικά, όχι όμως για περισσότερο από 6 μήνες. Το στάδιο αυτό είναι κρίσιμο. Το άτομο μπορεί να μείνει στο επίπεδο αυτό, αλλά μπορεί και να μην μείνει. Η συμπεριφορά γίνεται συνήθεια.

Το πέμπτο στάδιο είναι το στάδιο της διατήρησης και είναι το επιθυμητό στάδιο. Το άτομο έχει κάνει τη συμπεριφορά συνήθεια και τρόπο ζωής για περισσότερο από 6 μήνες. Οι πιθανότητες για να μείνει στο στάδιο αυτό είναι πάρα πολλές (Buckworth & Dishman, 2002).

Σημειώνεται εδώ ότι ένα άτομο μπορεί να μετακινηθεί και προς τις δύο κατευθύνσεις των σταδίων. Σύμφωνα με το μοντέλο για τις διαδικασίες αλλαγής συμπεριφοράς των ατόμων προτείνεται μια σειρά τεχνικών και στρατηγικών. Τα στάδια αλλαγής εξηγούν πότε τα άτομα αλλάζουν και οι διαδικασίες αλλαγής περιγράφουν πώς τα άτομα αλλάζουν. Ο καθορισμός της συγκεκριμένης διαδικασίας αλλαγής εξαρτάται από το στάδιο που βρίσκεται κάθε άτομο. Οι διαδικασίες αλλαγής χωρίζονται σε δυο κατηγορίες, στις γνωστικές και τις συμπεριφορικές. Οι γνωστικές διαδικασίες αλλαγής σε συμπεριφορές υγείας περιλαμβάνουν: αύξηση γνώσεων, επίγνωση των κινδύνων, ενδιαφέρον για τις επιπτώσεις στους σημαντικούς άλλους, κατανόηση των οφελών, επίγνωση των ευκαιριών. Οι συμπεριφορικές διαδικασίες αλλαγής περιλαμβάνουν: αντικατάσταση των επιλογών, υποστήριξη από ένα άτομο, αυτοεπιβράβευση, δέσμευση και υπενθύμιση.

Για την εφαρμογή του μοντέλου των Σταδίων Αλλαγής στο σχεδιασμό προγραμμάτων αγωγής υγείας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι παρακάτω αρχές-οδηγίες:

- Το πρόγραμμα πρέπει να σχεδιάζεται με προοπτική βάθους χρόνου για την προαγωγή της υγείας.
- Το πρόγραμμα πρέπει να σέβεται τα δικαιώματα του ατόμου και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του.
- Το πρόγραμμα πρέπει να διαφοροποιείται, για να ανταποκρίνεται στις διαφορετικές ανάγκες συμμετεχόντων.
- Το πρόγραμμα πρέπει να είναι μακροχρόνιο και να επαναλαμβάνεται.

Θεωρίες Στάσεων και Συμπεριφοράς

Οι στάσεις εκφράζουν το πόσο θετικά ή αρνητικά αντιμετωπίζει το άτομο ένα θέμα και πιο σφαιρικά τις απόψεις, τις ιδέες ή τις κρίσεις του για το θέμα αυτό. Η στάση ορίζεται ως μια «προδιάθεση που μαθαίνεται και κάνει τα άτομα να αντιδράσουν θετικά ή αρνητικά σε ένα αντικείμενο» (Ajzen, 1988).

Οι στάσεις διαμορφώνονται μέσα από γνωστικές και συναισθηματικές διαδικασίες και μέσα από εμπειρίες και ανάλογες συμπεριφορές. Εκφράζουν αυτό που τα άτομα σκέφτονται, αυτό που αισθάνονται και τον τρόπο με τον οποίο σκοπεύουν να συμπεριφερθούν σε μια συγκεκριμένη κατάσταση. Μαθαίνονται και παγιώνονται στα άτομα είτε από άμεσες εμπειρίες είτε από την επίδραση που δέχονται από άλλους ανθρώπους, από πληροφορίες κτλ. Μιλώντας για στάσεις προς την υγεία, κάποια άτομα έχουν πιο θετικές στάσεις γενικά προς τις υγιεινές συνήθειες και την άσκηση, ενώ κάποια άλλα έχουν μια αποστροφή προς τις υγιεινές συνήθειες και την άσκηση. Κάποια άτομα δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στη σωστή διατροφή ή την εμφάνισή τους, έχουν δηλαδή θετικές στάσεις προς την προσεκτική διατροφή και το ωραίο σώμα, ενώ κάποια άλλα δε δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα σ' αυτά.

Μια θετική στάση συνεπάγεται συνήθως και μια ανάλογη συμπεριφορά. Όταν ένα παιδί βλέπει θετικά τη συμμετοχή του στο πρόγραμμα αγωγής υγείας-υγιεινής διατροφής στο σχολείο, λέμε ότι έχει θετικές στάσεις ως προς το πρόγραμμα και ακόμα προσδοκούμε από το παιδί αυτό να συμμετέχει με ενθουσιασμό στην ομάδα

που θα δημιουργηθεί κατά τη διάρκεια της παρέμβασης. Ταυτόχρονα, όσο πιο πολύ στην πορεία θα αγαπήσει το παιδί το μάθημα της αγωγής υγείας-υγιεινής διατροφής, τόσο πιο πολλές πιθανότητες υπάρχουν να ακολουθήσει το παιδί αυτό ένα δια βίου υγιεινό τρόπο διατροφής.

Η ψυχολογική θεωρία ξεχωρίζει τρία στοιχεία των στάσεων. Το *γνωστικό* στοιχείο, που εκφράζει «πιστεύω», ιδέες ή γνώση το ατόμου προς το αντικείμενο, το *συναισθηματικό* στοιχείο, που εκφράζει προτιμήσεις, εκτιμήσεις, επιθυμίες ή συναισθήματα του ατόμου προς το αντικείμενο και το στοιχείο της *συμπεριφοράς*, που περιέχει την προδιάθεση για δράση (Bootzin, Bower & Zajonc, 1986).

Στο χώρο της υγείας το συναισθηματικό στοιχείο εκφράζει τα συναισθήματα του ατόμου προς την υγιεινή συμπεριφορά, το γνωστικό στοιχείο εκφράζει τα «πιστεύω» του και τις γνώσεις που έχει για τα συγκεκριμένα θέματα και το στοιχείο της συμπεριφοράς εκφράζει την πρόθεσή του να συμπεριφερθεί ανάλογα. Ένα άτομο επηρεάζεται «συναισθηματικά» περισσότερο, όταν βλέπει ένα πρότυπο ή έναν σταρ του σινεμά να τρέφεται υγιεινά και θέλει να μιμηθεί το στυλ αυτού. Ένα άλλο άτομο επηρεάζεται «γνωστικά» περισσότερο, όταν διαβάζει σε ένα έντυπο ή όταν ακούει μια ομιλία για τις συνέπειες της ανθυγιεινής διατροφής στον οργανισμό και τους κινδύνους στην υγεία. Τέλος, ένα άλλο άτομο μιμείται τη «συμπεριφορά» ενός φίλου και όταν τρέφεται ανθυγιεινά θεωρεί ότι αυτή η «συμπεριφορά» του είναι ωραία και ευχάριστη και την επαναλαμβάνει.

Δεξιότητες ζωής

Οι δεξιότητες ζωής αναφέρονται σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών, γνωστικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων. Η σύγχρονη εκπαιδευτική έρευνα υποστηρίζει ότι τα παιδιά, για να είναι ικανά να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις από το περιβάλλον στο οποίο ζουν, θα πρέπει να έχουν αναπτύξει την ικανότητα επεξεργασίας πολλαπλών πληροφοριών, την ικανότητα επικοινωνίας και την ικανότητα προσαρμογής σε διαφορετικά εκπαιδευτικά και εργασιακά περιβάλλοντα. Για να επιτευχθούν τα παραπάνω, είναι σημαντικό να αποκτήσουν μια σειρά δεξιοτήτων.

Μερικά παραδείγματα δεξιοτήτων ζωής είναι :

- Να μπορούν να αποδίδουν ή να αποφασίζουν υπό πίεση.
- Να επιλύουν προβλήματα με αποτελεσματικό τρόπο.
- Να καθορίζουν στόχους και να ξεπερνούν τα εμπόδια για την επίτευξή τους.

- Να επικοινωνούν με αποτελεσματικότητα.
- Να αποδέχονται τις αξίες και τις πεποιθήσεις των άλλων.
- Να εκμεταλλεύονται τις δυνατότητές τους.
- Να γνωρίζουν τα όριά τους.
- Να αποδέχονται την ευθύνη για τις πράξεις τους και την αρνητική κριτική με στόχο τη βελτίωση.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα δεξιοτήτων ζωής σχεδιάζονται και εφαρμόζονται τόσο για την πρόληψη-παρεμπόδιση ανθυγιεινών συμπεριφορών (κάπνισμα, αλκοόλ, AIDS, χρήση ουσιών, εφηβική εγκυμοσύνη, διατροφή, βία), όσο και για την εκμάθηση δεξιοτήτων, οι οποίες είναι σε μεγάλη ζήτηση στη σημερινή αγορά εργασίας. Βασικές δεξιότητες είναι: ο καθορισμός στόχων, η λήψη αποφάσεων, η επίλυση προβλημάτων, η δημιουργική και κριτική σκέψη, η επικοινωνία και οι διαπροσωπικές σχέσεις, η αυτογνωσία, η συναισθηματική κατανόηση, ο αποτελεσματικός χειρισμός συναισθημάτων και η αντιμετώπιση του στρες (WHO,1999)

Τα πλάνα διδασκαλίας «Δεξιοτήτων Ζωής» που εφαρμόστηκαν στο παρεμβατικό πρόγραμμα ήταν:

Πλάνο Διδασκαλίας 5.0. Επίλυση προβλημάτων. Πως να λύνω τα προβλήματα.

Πλάνο Διδασκαλίας 5.1. Ημερολόγιο διατροφής και εντοπισμός σταδίου αλλαγής συμπεριφοράς.

Πλάνο Διδασκαλίας 5.2. Ξεπέρασμα εμποδίων. Εμπόδια ή δικαιολογίες;

Πλάνο Διδασκαλίας 5.3. Στόχοι. Στοχεύω σωστά;

Πλάνο Διδασκαλίας 5.4. Συμβόλαιο – δέσμευση για επίτευξη προσωπικού στόχου.

Συχνά, ενώ οι μαθητές θέλουν να υιοθετήσουν μια υγιεινή συμπεριφορά, βλέπουν πραγματικά ή υποθετικά εμπόδια μπροστά τους τα οποία τους αποθαρρύνουν. Έτσι, είναι απαραίτητο οι εκπαιδευτικοί που εφαρμόζουν ένα

πρόγραμμα αγωγής υγείας να εντοπίζουν μαζί με τους μαθητές αυτά τα εμπόδια και να τους βοηθούν να βρίσκουν τις κατάλληλες λύσεις για τη χωρίς εμπόδια εκδήλωση της υγιεινής συμπεριφοράς. Αυτό που πρέπει αρχικά να γίνει είναι να βοηθήσει ο εκπαιδευτικός να ξεχωρίσουν οι μαθητές τα πραγματικά εμπόδια από τις δικαιολογίες. Αφού λοιπόν εντοπιστούν τα πραγματικά εμπόδια οι μαθητές πρέπει να μάθουν να βρίσκουν τη λύση, εφαρμόζοντας την τεχνική της επίλυσης προβλημάτων. Με τον όρο επίλυση προβλημάτων εννοούμε το να σκέφτεται κανείς δημιουργικά για να βρει την πιο αποτελεσματική λύση που θα χρησιμοποιήσει, όταν προκύπτει κάποιο πρόβλημα. Ο εντοπισμός των πραγματικών εμποδίων και η επίλυση προβλημάτων είναι τεχνικές που έχουν εφαρμογές σε πολλούς τομείς της ζωής των μαθητών.

Η αντίδραση ενός ατόμου σε ένα γεγονός που συμβαίνει στην καθημερινή ζωή εξαρτάται από τις γνώσεις που έχει το άτομο για το γεγονός αυτό, από το βαθμό προετοιμασίας και από την προηγούμενη εμπειρία που διαθέτει από την αντιμετώπιση παρόμοιων καταστάσεων (Danish, Petitpas, Hale, 1992). Τα διάφορα γεγονότα που συμβαίνουν καθημερινά στη ζωή, δεν είναι ανεξάρτητα το ένα από το άλλο, αλλά έχουν πολλές ομοιότητες και κοινά σημεία. Έτσι, εκπαιδεύοντας τους μαθητές να λύνουν προβλήματα που εμφανίζονται κατά την εκπλήρωση στόχων που αφορούν σε συμπεριφορές υγείας, αυξάνουμε την πιθανότητα να χρησιμοποιήσει ο μαθητής την ίδια διαδικασία, για να λύσει προβλήματα σε παρόμοιες καταστάσεις εκτός προγράμματος.

Επίλυση προβλημάτων είναι η διαδικασία όπου το άτομο διαλέγει από μια σειρά εναλλακτικών λύσεων αυτή που θα οδηγήσει στο ζητούμενο αποτέλεσμα. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα μεταξύ των άλλων πρέπει να διδάσκουν στους μαθητές πώς να λύνουν προβλήματα. Προβλήματα που αφορούν όχι μόνο στα μαθηματικά και τη φυσική, αλλά και προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία, κοινωνικά και προσωπικά προβλήματα. Η επίλυση προβλημάτων είναι μια νοητική δεξιότητα που συνδυάζει μια σειρά από κανόνες (βήματα), τα οποία πρέπει να ακολουθήσει το παιδί, για να επιλύει διάφορες προβληματικές καταστάσεις.

Στην ουσία πρόκειται για εσωτερικές λειτουργίες ελέγχου, σύμφωνα με τις οποίες το άτομο διευθετεί και κατευθύνει τις εσωτερικές διαδικασίες της μάθησης, δηλαδή την προσοχή, τη μνήμη και τη σκέψη του για την επίλυση καταστάσεων – προβλημάτων. Με τη χρήση της γνωστικής στρατηγικής, ο μαθητής μπορεί να μάθει να επιλύει προβλήματα, να μάθει να κατανοεί νοητικές και κινητικές δεξιότητες και να διευθετεί τις εσωτερικές διαδικασίες μάθησης, δηλαδή να μάθει πώς να μαθαίνει.

Τα προγράμματα αγωγής υγείας μπορούν να παρέχουν ευκαιρίες και να δημιουργούν ευνοϊκές συνθήκες, οι οποίες θα διευκολύνουν το μαθητή ή τη μαθήτριά να σκεφτεί δημιουργικά και να αναπτύξει δεξιότητες, όπως αυτή της επίλυσης προβλημάτων. Οι παραπάνω δραστηριότητες βοηθούν τους μαθητές να εξοικειωθούν με τις διαδικασίες επίλυσης προβλημάτων και ξεπεράσματος εμποδίων.

Παρεμβατικά προγράμματα

Το πρόβλημα της παχυσαρκίας ξεκινάει από την παιδική ηλικία και εντείνεται κατά την περίοδο της εφηβείας, όπου συμβαίνουν σωματικές αλλαγές, που συνοδεύονται από υψηλές ενεργειακές απαιτήσεις, καθώς και αλλαγές ψυχικές και συμπεριφοράς. Για τους λόγους αυτούς θα πρέπει να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν προγράμματα παρέμβασης με στόχο να αυξηθούν οι γνώσεις των παιδιών σχετικά με τη διατροφή και την υγεία και να υιοθετηθούν θετικές συμπεριφορές απέναντι στη σωστή διατροφή από τη μικρή ακόμα ηλικία. Για την επιτυχή εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων και την αύξηση της αποτελεσματικότητάς τους, είναι ανάγκη κατά αρχή να αξιολογηθούν οι διατροφικές συνήθειες των εφήβων, να ελεγχθεί η καταλληλότητα της διατροφής τους και να ανιχνευτούν οι παράγοντες εκείνοι που μπορούν να επιδράσουν πάνω στη συμπεριφορά τους και απέναντι στην υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή.

Τέτοια παρεμβατικά προγράμματα προαγωγής υγείας έχουν λάβει χώρα ανά τον κόσμο σύμφωνα με τον Slear (1997) σε μια προσπάθεια επίδρασης αυτών στις γνώσεις, προτιμήσεις, και συνήθειες στο σχολείο και στην οικογένεια. Τέτοια προγράμματα είναι:

«Προγράμματα για την υγεία»: Με μια πολυδιάστατη προσέγγιση η διετής αυτή παρέμβαση επεδίωξε την οργάνωση και την αλλαγή της συμπεριφοράς των μαθητών σε ατομικό επίπεδο. Η παρέμβαση αυτή αφορούσε στην υγιεινή διατροφή μέσα στο σχολικό γεύμα, στην ανάπτυξη προγραμμάτων φυσικής δραστηριότητας και στην επίτευξη γνώσεων σε θέματα υγείας, διατροφής καθώς και στην επίτευξη δεξιοτήτων αυτοπεποίθησης. Θετική επίδραση παρατηρήθηκε ως προς τις γνώσεις και τις δεξιότητες αυτοπεποίθησης (Parcel et al. 1987).

«Γνώρισε το σώμα σου»: Το πρόγραμμα αυτό άρχισε να εφαρμόζεται στην Αμερική από το 1975, με σκοπό τη μείωση των επικίνδυνων παραγόντων για καρδιοπάθειες και μορφές καρκίνου. Είχε τρεις συνιστώσες, την εκπαίδευση των μαθητών σε θέματα διατροφής, φυσικής δραστηριότητας και καπνίσματος, με

παρέμβαση δύο ωρών την εβδομάδα κάθε χρόνο, την εμπλοκή των γονέων και σωματομετρικές και βιοχημικές εξετάσεις. Τα αποτελέσματα από αυτή τη παρέμβαση ήταν ιδιαίτερα σημαντικά τόσο σε γνώσεις όσο σε και στην αντιμετώπιση του καπνίσματος και της διατροφής, ακόμα και στα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα (Walter, 1989).

«Καρδιαγγειακή υγεία για παιδιά και εφήβους»: Η έμφαση και σε αυτό το πρόγραμμα δίνεται σε δραστηριότητες που προάγουν την υγιεινή διατροφή, τη φυσική δραστηριότητα και την αποφυγή του καπνίσματος. Το αξιοσημείωτο σε αυτό το πρόγραμμα ήταν το μοντέλο αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκε. Έτσι στη διαδικασία αξιολόγησης εξετάστηκαν, η επάρκεια του προγράμματος, τα χαρακτηριστικά των εργαζομένων του σχολείου, η εκπαίδευση και υποστήριξη του προσωπικού, οι επιπτώσεις, η συμμετοχή των μαθητών και τα χαρακτηριστικά αυτών. Ο τρόπος αξιολόγησης έγινε με ανάλογες μετρήσεις ψυχολογικών και συμπεριφορικών παραγόντων όπως τεστ και ερωτηματολόγια. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε σύμφωνα με συγκεκριμένα στάνταρ. Το πρόγραμμα αυτό είχε διάρκεια τρία έτη και προσέφερε πολύτιμες πληροφορίες στον τρόπο προαγωγής ενός δραστήριου στυλ ζωής στα παιδιά (McGraw et al. 1994).

«Η βάση της καρδιάς»: Το παρεμβατικό αυτό πρόγραμμα εξελίχθηκε στην Αυστραλία, όπου οι καρδιοπάθειες ευθύνονται για το 50% των θανάτων του πληθυσμού και αποτελούν αιτία για ποικίλες ασθένειες και ανικανότητα χιλιάδων ατόμων. Περιλάμβανε προγράμματα σχετικά με την καρδιά, το κάπνισμα, τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα, εμπλέκοντας εξίσου τους μαθητές και ολόκληρη την οικογένεια. Ωστόσο η αποτελεσματικότητα αυτών έχει περισσότερο διαπιστωθεί σε θεωρητική βάση κάνοντας έτσι αναγκαία την εκτενέστερη μελέτη του θέματος (National Heart Foundation of Australia, 1995).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Στην έρευνα συμμετείχαν 70 μαθητές/τριες (30 αγόρια και 40 κορίτσια) Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης δημοτικών σχολείων. Η επιλογή των ηλικιακών αυτών ομάδων στηρίχθηκε στο γεγονός ότι οι ηλικίες αυτές χαρακτηρίζονται ως «κρίσιμες» για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς των παιδιών για την υπόλοιπη ζωή τους (Harter, 1988). Επιπλέον τα παιδιά ηλικίας 11 χρονών και άνω είναι ικανά να ανακαλέσουν και να περιγράψουν με ακρίβεια πληροφορίες που σχετίζονται με τις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων που δόθηκαν στα πλαίσια της παρούσας έρευνας (Harter, 1988). Οι μαθητές/τριες προέρχονταν από δύο διαφορετικά δημοτικά σχολεία του Ν. Μαγνησίας. Την πειραματική ομάδα αποτέλεσαν οι 35 μαθητές/τριες της μεσημεριανής ζώνης των σχολείων και την ομάδα ελέγχου οι υπόλοιποι 35 μαθητές/τριες της πρωινής ζώνης.

Όργανα μέτρησης

Τα όργανα μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν για την διεξαγωγή της έρευνας τόσο στην αρχική όσο και στην τελική μέτρηση και στις δύο ομάδες (ελέγχου και πειραματική) ήταν το *ερωτηματολόγιο διατροφής αλλαγής σταδίων* και το *ημερολόγιο καταγραφής διατροφικών συνηθειών*.

Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο διατροφής αξιολογούσε το στάδιο αλλαγής της διατροφικής συμπεριφοράς σύμφωνα με το *Διαθεωρητικό Μοντέλο Αλλαγής Σταδίων* (Transtheoretical model: Prochaska & Velicer, 1997). Χρησιμοποιήθηκαν 5 προτάσεις η κάθε μία από τις οποίες αξιολογούσε ένα στάδιο. Οι μαθητές έπρεπε να επιλέξουν μία από τις 5 προτάσεις σχετικά με τις διατροφικές τους συνήθειες.

Ενώ, στο ημερολόγιο καταγραφής διατροφικών συνηθειών, τόσο η πειραματική ομάδα όσο και η ομάδα ελέγχου έπρεπε για μια εβδομάδα, κάθε μέρα, να καταγράφουν τι έφαγαν στα γεύματα τους (πρωινό, μεσημεριανό, βραδινό και τα ενδιάμεσα).

Περιγραφή Παρεμβατικού Προγράμματος

Η ανάπτυξη του προγράμματος της διατροφής βασίστηκε σε ένα νέο μοντέλο Σχεδιασμού Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, μέσα από το οποίο μπορεί να οργανώσει κανείς σχετικά προγράμματα αγωγής υγείας σε μαθητές ή ομάδες ατόμων που θα ενδιαφέρονταν να εκπαιδευτούν ή να ευαισθητοποιηθούν. Το μοντέλο προέκυψε μετά από επεξεργασία ευρημάτων από προηγούμενες σχετικές έρευνες και ψυχοκοινωνικές θεωρίες σχετικά με την κατανόηση και ερμηνεία των σκέψεων, των επιλογών, των προθέσεων για υγιεινές ή ανθυγιεινές συμπεριφορές των ατόμων. Η θεωρία της κοινωνικής συμπεριφοράς, το μοντέλο των Πιστεύω Υγείας (Health Believe Model), το μοντέλο των Σταδίων Αλλαγής (Transtheoretical Model), θεωρίες αλλαγής στάσεων και θεωρίες στόχων χρησιμοποιήθηκαν ως θεωρητικά εργαλεία στην προσέγγιση του θέματος και το σχεδιασμό του προγράμματος παρέμβασης. Το μοντέλο υποδεικνύει τις διαδικασίες ενημέρωσης, πληροφόρησης, ευαισθητοποίησης και βιωματικές δραστηριότητες για την προσέγγιση των θεμάτων αγωγής υγείας. Το πρόγραμμα της διατροφής περιλάμβανε ασκήσεις και δραστηριότητες από δεξιότητες ζωής που ήταν αναγκαίες και χρήσιμες για το πρόγραμμα. Το υλικό στηρίχτηκε στην πολύχρονη ερευνητική δουλειά, πειραματικές εφαρμογές, εφαρμογές σε σχολεία και σεμινάρια σε εκπαιδευτικούς (Θεοδωράκης & Χασάνδρα, 2006).

Διαδικασία μέτρησης

Οι μαθητές ενημερώθηκαν αρχικά για τη διαδικασία και τονίστηκε η εθελοντική συμμετοχή τους στη διεξαγωγή της έρευνας. Διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο των απαντήσεών τους, σχετικά με τα όργανα μέτρησης (ερωτηματολόγιο διατροφής αλλαγής σταδίων και ημερολόγιο διατροφής) του προγράμματος, καθώς αυτά θα χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά και μόνο στα πλαίσια της έρευνας. Οι μαθητές χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Τα παιδιά της πρωινής ζώνης αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου και της μεσημεριανής την πειραματική ομάδα. Στην αρχική μέτρηση της έρευνας και οι δύο ομάδες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο διατροφής αλλαγής σταδίων που αφορούσε τις διατροφικές τους συνήθειες ως προς το πρόγραμμα. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν κατά τη διάρκεια μιας διδακτικής ώρας εφόσον δόθηκαν οι αναγκαίες οδηγίες για την σωστή και ολοκληρωμένη συμπλήρωσή τους. Επίσης, πριν την έναρξη του παρεμβατικού προγράμματος και οι δύο ομάδες κατέγραψαν σε ένα εβδομαδιαίο ημερολόγιο τις διατροφικές τους συνήθειες. Η διάρκεια αυτής της παρέμβασης ήταν για ένα μήνα και περιλάμβανε δύο διδακτικές

ώρες την εβδομάδα. Οι διδακτικές αυτές ώρες γινόταν κατά τη διάρκεια του μαθήματος της φυσικής αγωγής στη μεσημεριανή ζώνη. Κατά τη διάρκεια της έρευνας, οι μαθητές/τριες της πειραματικής ομάδας, παρακολούθησαν το παρεμβατικό πρόγραμμα αγωγής υγείας το οποίο περιλάμβανε δραστηριότητες από δεξιότητες ζωής και αρκετές διατροφικές ασκήσεις οι οποίες ήταν αναγκαίες και χρήσιμες στο πρόγραμμα. Στην τελική μέτρηση, το ίδιο ερωτηματολόγιο και ημερολόγιο διανεμήθηκαν και στις δύο ομάδες για να εξεταστεί εάν οι διατροφικές συνήθειες της πειραματικής ομάδας έχουν μεταβληθεί τόσο σε σχέση με την αρχική μέτρηση όσο και σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η όλη συλλογή των δεδομένων απ' τα σχολεία διήρκεσε τρεις μήνες.

Σχεδιασμός της έρευνας

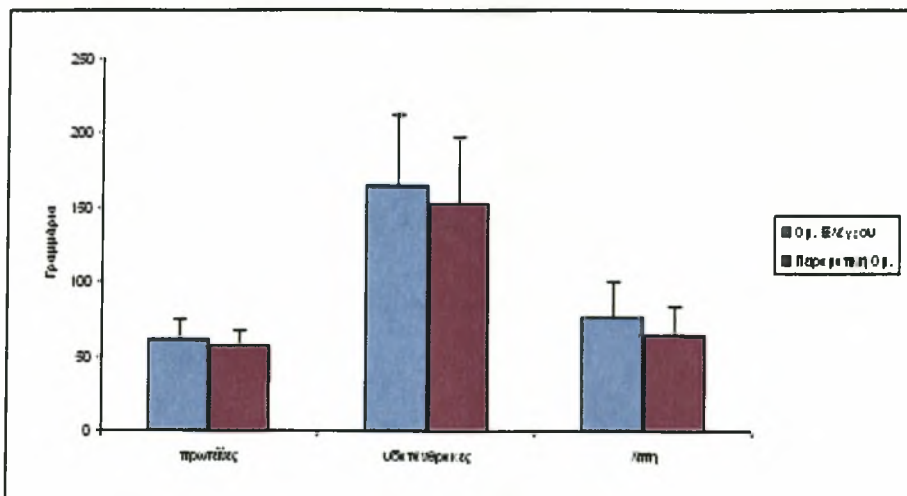
Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική (μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις) για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου. Ενώ, για τον έλεγχο των υποθέσεων εφαρμόστηκε η ανάλυση διακύμανσης με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις έχοντας ως *εξαρτημένες μεταβλητές*, τις διατροφικές συνήθειες ενώ ως *ανεξάρτητες*, τις ομάδες (ελέγχου και πειραματική) και το χρόνο (πριν και μετά το παρεμβατικό πρόγραμμα).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον πίνακα 2. παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής (μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις) των εβδομαδιαίων διατροφικών συνηθειών των μαθητών/τριών των δημοτικών σχολείων (Ζαγοράς-Μακρυράχης) του Ν. Μαγνησίας. Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις δεν φάνηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση κατά τη διάρκεια της παρέμβασης στη μεσημεριανή ζώνη μεταξύ του παράγοντα πρωτεΐνη $F_{(68,1)}=11,73$, $p=.67$, υδατάνθρακες $F_{(68,1)}=43,16$, $p=.57$, και λίπη $F_{(68,1)}=18,36$, $p=.58$.

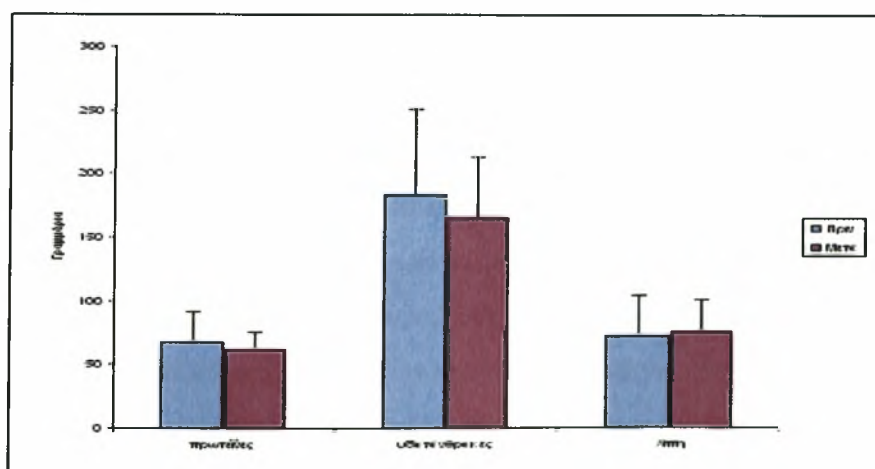
Πίνακας 2. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των εβδομαδιαίων διατροφικών συνηθειών των ομάδων (ελέγχου-πειραματικής) των δύο δημοτικών σχολείων.

	Αρχική Μέτρηση ΜΟ±ΤΑ	Τελική Μέτρηση ΜΟ±ΤΑ
Ομάδα Ελέγχου		
<i>πρωτεΐνες</i>	67,19±23,92	61,65±13,75
<i>υδατάνθρακες</i>	183,13±67,48	165,30±47,90
<i>λίπη</i>	72,64±31,50	76,03±24,51
Πειραματική Ομάδα		
<i>πρωτεΐνες</i>	55,78±20,24	56,24±11,73
<i>υδατάνθρακες</i>	162,61±60,33	153,25±43,16
<i>λίπη</i>	61,45±23,10	64,87±18,36



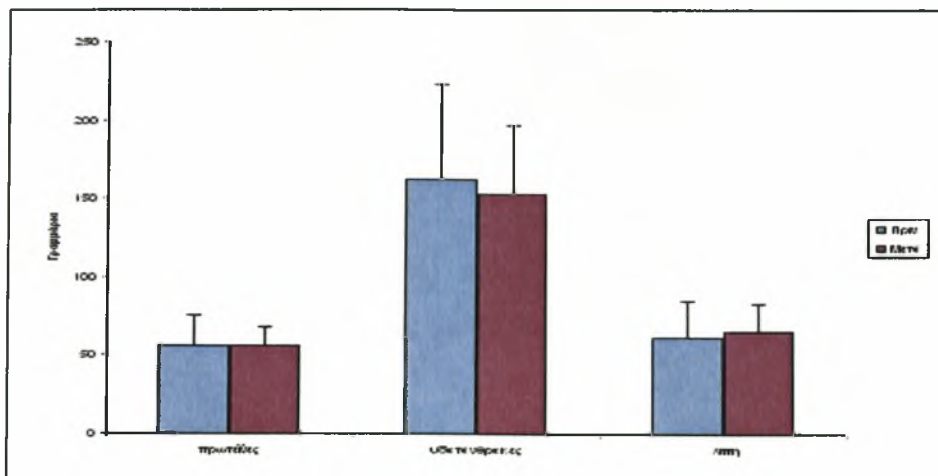
Σχήμα 2. Μέσοι όροι της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας μετά την παρέμβαση του προγράμματος αγωγής υγείας-υγιεινής διατροφής.

Στο σχήμα 2. φαίνονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για τις τιμές σε γραμμάρια της προσλαμβανόμενης πρωτεΐνης και των προσλαμβανόμενων υδατανθράκων και λιπών μετά την εφαρμογή του προγράμματος. Οι μαθητές/τριες της μεσημεριανής ζώνης των δημοτικών σχολείων δεν είχαν μεγάλες διαφοροποιήσεις στις τιμές των πρωτεϊνών ($MO \pm TA = 56,2 \pm 11,7$) των υδατανθράκων ($MO \pm TA = 153,2 \pm 43,1$) και των λιπών ($MO \pm TA = 64,8 \pm 18,3$) σε σχέση με τις τιμές των πρωτεϊνών $MO \pm TA = 61,6 \pm 13,7$, υδατανθράκων $MO \pm TA = 165,3 \pm 47,9$, και λιπών $MO \pm TA = 76,0 \pm 24,5$ της πρωινής ζώνης στην τελική μέτρηση.



Σχήμα 3. Μέσοι όροι της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την παρέμβαση του προγράμματος αγωγής υγείας-υγιεινής διατροφής.

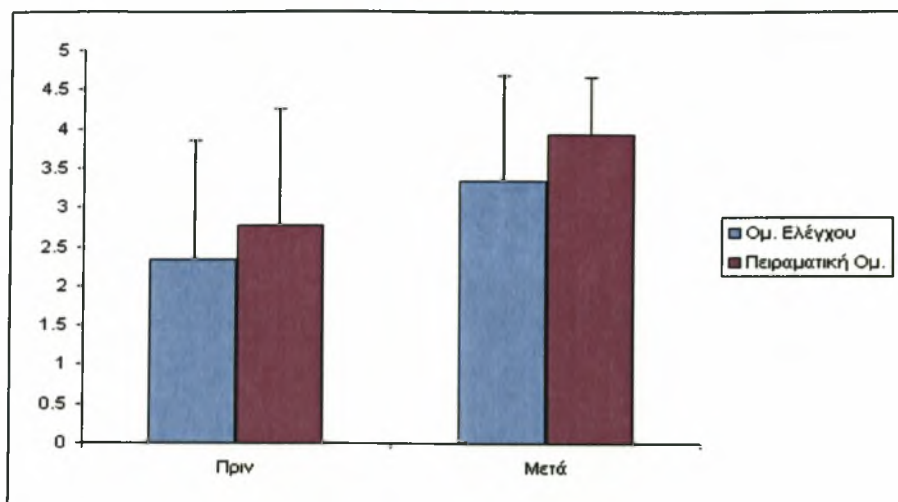
Συγκεκριμένα, στην ομάδα ελέγχου οι τιμές των πρωτεϊνών ($MO \pm TA = 61,6 \pm 13,7$) των υδατανθράκων ($MO \pm TA = 165,3 \pm 47,9$) και των λιπών ($MO \pm TA = 76,0 \pm 24,5$) στην τελική μέτρηση δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά σε σχέση με την αρχική μέτρηση των πρωτεϊνών ($MO \pm TA = 67,1 \pm 23,9$) των υδατανθράκων ($MO \pm TA = 183,1 \pm 67,4$) και των λιπών ($MO \pm TA = 72,6 \pm 31,5$).



Σχήμα 4. Μέσοι όροι της πειραματικής ομάδας πριν και μετά την παρέμβαση του προγράμματος αγωγής υγείας- υγιεινής διατροφής.

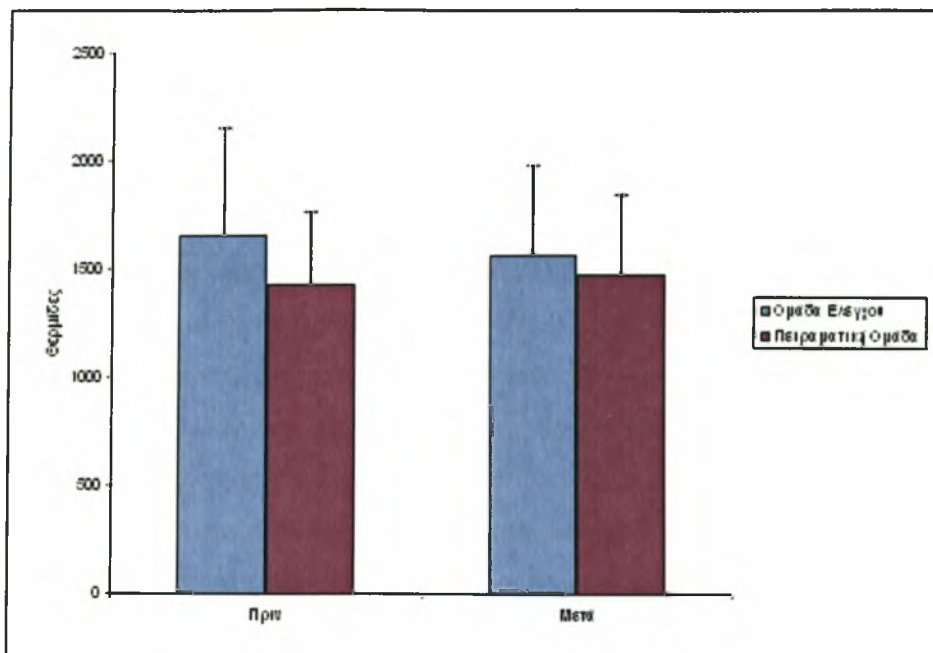
Και στην πειραματική ομάδα οι τιμές των πρωτεϊνών ($MO \pm TA = 56,2 \pm 11,7$) των υδατανθράκων ($MO \pm TA = 153,2 \pm 43,1$) και των λιπών ($MO \pm TA = 64,8 \pm 18,3$) στην τελική μέτρηση δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά σε σχέση με την αρχική μέτρηση των πρωτεϊνών ($MO \pm TA = 55,7 \pm 20,2$) των υδατανθράκων ($MO \pm TA = 162,6 \pm 60,3$) και των λιπών ($MO \pm TA = 61,4 \pm 23,1$).

Στο ερωτηματολόγιο διατροφής αλλαγής σταδίων παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μεταβολή ($p < .05$). Συγκεκριμένα, στις ερωτήσεις του (1. Δεν έχω σκεφτεί ως τώρα ότι πρέπει να προσέχω τη διατροφή μου 2. Σκέφτομαι να αλλάξω τη διατροφή μου μέσα στον επόμενο μήνα 3. Τον προηγούμενο μήνα έκανα κάποιες προσπάθειες να αλλάξω τη διατροφή μου 4. Τον τελευταίο μήνα προσέχω τη διατροφή μου 5. Τους τελευταίους 6 μήνες προσέχω πολύ τη διατροφή μου) οι μαθητές/τριες και των δύο ομάδων ανταποκρίθηκαν θετικά στην αλλαγή των διατροφικών τους συνηθειών.



Σχήμα 5. Συχνότητες εμφάνισης των ομάδων (ελέγχου-πειραματικής) στο ερωτηματολόγιο διατροφής αλλαγής σταδίων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από την ανάλυση διακύμανσης με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις τόσο η πειραματική ομάδα $F_{(1,175)}=3,93$, $p<.002$ όσο και η ομάδα ελέγχου $F_{(1,175)}=3,33$, $p<.003$ εμφάνισαν στατιστικά σημαντική μεταβολή. Συγκεκριμένα, και οι δύο ομάδες επιλέγοντας σε μεγάλο ποσοστό την ερώτηση 4. του ερωτηματολογίου διατροφής αλλαγής σταδίων μετά την μηνιαία παρέμβαση απέδειξαν την προσπάθεια τους να στραφούν σε μια πιο υγιεινή διατροφή μελλοντικά (Σχήμα 5).



Σχήμα 6. Μέσοι όροι κατανάλωσης θερμίδων των δύο ομάδων (ελέγχου-πειραματικής) πριν και μετά την παρέμβαση του προγράμματος αγωγής υγείας-υγιεινής διατροφής.

Η κατανάλωση θερμίδων και στις δύο ομάδες δε διαφοροποιήθηκε σημαντικά μετά την παρέμβαση του προγράμματος. Αν και οι μέσοι όροι δε μεταβλήθηκαν σημαντικά, ωστόσο η πρόσληψη τόσο των υδατανθράκων και των πρωτεϊνών όσο και των λιπών δεν ήταν υψηλή σε σχέση με την ποσοστιαία πρόσληψη (Λίπη 30%-40%, Πρωτεΐνες 10-20%, Υδατάνθρακες 50-55%) που θα πρέπει να παίρνουν οι μαθητές/τριες της ηλικιακής αυτής κατηγορίας. Συγκεκριμένα, στην ομάδα ελέγχου, η ενεργειακή πρόσληψη σε εβδομαδιαία βάση αρχικά ήταν 1653,64 Kcal ενώ μετά την μέτρηση μεταβλήθηκε σε 1561,73 Kcal. Ενώ, στην πειραματική ομάδα η εβδομαδιαία ενεργειακή τους πρόσληψη ήταν 1426,53 Kcal ενώ μετά μεταβλήθηκε σε 1476,96 Kcal (Σχήμα 6.)

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να αξιολογηθεί η παρέμβαση του προγράμματος αγωγής υγείας-υγιεινής διατροφής με στόχο τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των μαθητών/τριων Ε΄ και Στ΄ τάξης των ολόημερων δημοτικών σχολείων Ζαγοράς - Μακρυράχης του Ν. Μαγνησίας.

Οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν ήταν εάν ο παράγοντας διατροφικές συνήθειες παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά: α) στην μεσημεριανή ζώνη σε σχέση με την πρωινή μετά την παρέμβαση β) στην ομάδα της μεσημεριανής ζώνης πριν και ιδιαίτερα μετά την παρέμβαση γ) σε σχέση με το ημερολόγιο διατροφής και το ερωτηματολόγιο αλλαγής σταδίων και στις δυο ομάδες πριν και μετά την παρέμβαση.

Με βάση τα στοιχεία που προέκυψαν από την ανάλυση διακύμανσης με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις στην καταγραφή των εβδομαδιαίων διατροφικών συνηθειών δε φάνηκε να έχει θετική επίδραση η παρέμβαση του συγκεκριμένου προγράμματος αγωγής-υγείας κυρίως στην μεσημεριανή ζώνη. Αντίθετα, στο ερωτηματολόγιο διατροφής αλλαγής σταδίων και οι δύο ομάδες παρουσίασαν στατιστικά σημαντική μεταβολή μετά την παρέμβαση του προγράμματος αποδεικνύοντας την προσπάθειά τους για μια πιο υγιεινή διατροφή μελλοντικά.

Η εξέλιξη της έρευνας είναι λογική καθώς η αποτελεσματικότητα τέτοιων ερευνητικών προγραμμάτων έχει σχέση με τη διάρκεια της παρέμβασης. Υπολογίζεται, ότι αν το συγκεκριμένο παρεμβατικό πρόγραμμα είχε μεγαλύτερη διάρκεια πέραν του ενός μηνός, που εφαρμόστηκε, το αποτέλεσμα θα ήταν θετικότερο.

Αλλά και η επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι καθοριστική στις υγιεινές ή ανθυγιεινές συνήθειες των παιδιών. Αρκετές έρευνες έδειξαν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της στάσης της μητέρας έναντι του φαγητού και των αντιλήψεων που παρουσιάζει το παιδί της (Hill & Lissau, 2002). Η επιρροή, λοιπόν, των γονέων στο βάρος των παιδιών τους και στις διαιτητικές επιλογές τους είναι καλά διατυπωμένη, ιδίως μέσω της λειτουργίας τους ως πρότυπα του ελέγχου της διαθεσιμότητας και

πρόσβασης στην τροφή και της εφαρμογής πρακτικών σίτισης (Birch & Fisher 2000). Και αυτό φάνηκε στην καταγραφή των εβδομαδιαίων διατροφικών τους συνηθειών. Καθώς τόσο η ελλιπής ενημέρωση των γονέων για υγιεινή διατροφή όσο και η δυσκολία στην αλλαγή του εβδομαδιαίου διατροφικού τους προγράμματος έφερε το ανάλογο αποτέλεσμα.

Με βάση τις έρευνες, λοιπόν, τέτοια παρεμβατικά προγράμματα εξειδικευμένα στη διατροφική εκπαίδευση μεγαλύτερης χρονικής διάρκειας, φάνηκαν να είναι ιδιαίτερα αποδοτικά και χρήσιμα στους μαθητές/τριες (Unicef, 2003). Θα μπορούσαν να ενταχθούν με επιτυχία στο σχολικό περιβάλλον προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι που προσανατολίζονται στην προαγωγή της υγείας. Άλλωστε το μάθημα της Φυσικής Αγωγής αποτελεί ιδανικό χώρο για παρέμβαση.

Ο εμπλουτισμός της Φυσικής Αγωγής με τέτοια προγράμματα κρίνεται αναγκαίος προς όφελος της ποιότητας ζωής των μαθητών/τριων στη συγκεκριμένη ηλικιακή φάση που επηρεάζει σημαντικά τις στάσεις και στην ενήλικη ζωή τους. Είναι αλήθεια ότι η διατροφική αξία διαμορφώνεται στην παιδική ηλικία από τις προτιμήσεις των γονιών και τη διαθεσιμότητα των τροφίμων (Birch & Fisher, 1998). Στις μέρες μας, οι ομάδες τροφίμων που προωθούνται για κατανάλωση δεν καλύπτουν τις θρεπτικές ανάγκες της ηλικίας αυτής. Αντίθετα, χαρακτηρίζονται από πάρα πολύ λίπος και ζάχαρη. Οι λανθασμένες προτιμήσεις τροφίμων και η ανθυγιεινή συμπεριφορά κατανάλωσής τους οδηγεί στην αλματώδη ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Διαιτητικοί περιορισμοί σε ανθυγιεινές συνήθειες νωρίς στη ζωή θα μειώσουν την περίπτωση εμφάνισης χρόνιων παθήσεων

Η ανάγκη για δημιουργία διατροφικών οδηγιών στα παιδιά συνεχώς αυξάνεται. Οι διατροφικές οδηγίες θα πρέπει να βασίζονται στα υγιή επιστημονικά στοιχεία της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας τόσο μέσα από τοπικά όσο και από εθνικά προγράμματα. Οι αρμόδιοι φορείς (σχολείο, οικογένεια, κράτος) μπορούν να διαδραματίσουν βασικό ρόλο στην παιδική μέριμνα αποτελώντας πρότυπα υγιούς συμπεριφοράς επηρεάζοντας θετικά τις υγιεινές συνήθειες των παιδιών.

Το σχολείο αποτελεί ίσως το πιο αποτελεσματικό περιβάλλον για την προαγωγή της υγιεινής διατροφής και της φυσικής αγωγής (Johnson & Deshpande, 2000). Για αυτό, ένας αριθμός από προγράμματα παρέμβασης έχουν υλοποιηθεί διεθνώς στο σχολείο με στόχο την προώθηση ενός πιο δραστήριου και υγιεινού τρόπου ζωής. Τα προγράμματα αυτά αφορούσαν όλο το φάσμα της εκπαίδευσης και βασίστηκαν σε διάφορα θεωρητικά μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς (Mann, Peterson, Marek, &

Kealy, 2000). Ωστόσο, φαίνεται ότι αυτά δεν επιτυγχάνουν τις περισσότερες φορές τα επιθυμητά επίπεδα αλλαγής συμπεριφοράς, πιθανά επειδή οι επίκαιρες θεωρίες έχουν αρκετές αδυναμίες και οι παρεμβάσεις δεν είναι ικανές να επιδράσουν ουσιαστικά στις μεταβλητές που διαμεσολαβούν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς (Baranowski, Anderson, & Carmack, 1998). Η επίλυση λοιπόν αυτών των ζητημάτων αποτελεί σήμερα έναν προκλητικό τομέα στην έρευνα με στόχο την δημιουργία καλύτερων και αποτελεσματικότερων προγραμμάτων παρέμβασης (Stone, McKenzie, Welk, & Booth, 1998; Hosman, 2000).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών της σχολικής ηλικίας (6-12) έχουν ήδη διαμορφωθεί από τα προηγούμενα χρόνια. Σε αυτήν την ηλικία οι διατροφικές αλλαγές είναι μία δύσκολη υπόθεση. Το παιδί πρέπει ήδη να έχει συνηθίσει να τρώει πρωινό και αυτό θα γίνει μόνο εάν και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας κάνουν το ίδιο. Το πρωινό και το πρόγευμα πρέπει να περιέχουν πλήρες γάλα ή γιαούρτι, δημητριακά ή ψωμί, φρούτα και τυρί. Ο συνδυασμός αυτών των τροφών ασκεί ευεργετική επίδραση στην εξασφάλιση ευεξίας και πνευματικής διαύγειας, ενώ παράλληλα προσφέρει την απαιτούμενη ενέργεια. Η αποφυγή αυτών των δύο γευμάτων αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη παχυσαρκίας. Μελέτες απέδειξαν πως η έλλειψη του πρωινού και οι μειωμένες ώρες ύπνου επηρεάζουν τη νοητική λειτουργία των παιδιών. Όσον αφορά τα υπόλοιπα γεύματα, αυτά πρέπει να περιέχουν τρόφιμα και από τις 4 ομάδες τροφίμων. Η αποκλειστική χρήση ελαιόλαδου, η μειωμένη χρήση αλατιού και ζάχαρης, η τήρηση των γευμάτων και η καθημερινή σωματική άσκηση θα βοηθήσουν τα παιδιά της σχολικής ηλικίας να περάσουν με ασφάλεια στην εφηβεία.

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών των μαθητών είναι σημαντικός και ακολουθεί σε βαρύτητα το ρόλο της οικογένειας. Εκπαιδευτικοί και γονείς μπορούν εξίσου να συμβάλλουν στη βελτίωση των διαιτητικών συνηθειών των μαθητών και να προάγουν την υγεία τους, καθώς η σωστή διατροφή είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ψυχοσωματική και πνευματική τους ευεξία. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την επινόηση μεθόδων, που θα πείσουν τα παιδιά να εφαρμόσουν σε καθημερινή βάση τις αρχές της υγιεινής, διατροφής.

Στο πλαίσιο αυτό, κινήθηκε και το πρόγραμμα αγωγής υγείας-υγιεινής διατροφής που υλοποιήθηκε στα δύο δημοτικά σχολεία του Ν. Μαγνησίας (Μακρυράχης - Ζαγοράς) σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης Νομού Μαγνησίας και με τη στήριξη των διευθυντών των σχολείων.

Η επίδραση του παρεμβατικού προγράμματος στατιστικά φάνηκε μόνο στο ερωτηματολόγιο διατροφής αλλαγής σταδίων. Αντίθετα, στην καταγραφή των

εβδομαδιαίων διατροφικών συνηθειών οι τιμές δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά και αυτό έχει να κάνει με την ποιότητα εφαρμογής της παρέμβασης. Πιο συγκεκριμένα η αποτελεσματικότητα τέτοιων ερευνητικών προγραμμάτων έχει σχέση με τη διάρκεια της παρέμβασης. Υπολογίζεται, ότι αν το συγκεκριμένο παρεμβατικό πρόγραμμα είχε μεγαλύτερη διάρκεια πέραν του ενός μηνός, που εφαρμόστηκε, το αποτέλεσμα θα ήταν θετικότερο. Οι λόγοι που οδήγησαν στη σχετικά μικρή διάρκειας παρέμβαση, ήταν και λειτουργικοί καθώς όπως διαπιστώθηκε στην πορεία ήταν δύσκολο για τον ερευνητή να εφαρμόσει επί μακρόν το πρόγραμμα αφού έκτακτα γεγονότα τον έβγαζαν εκτός προγράμματος. Χαρακτηριστικά αναφέρονται, εκδρομές, επιμορφωτικές επισκέψεις σε διάφορους χώρους, ακατάλληλες καιρικές συνθήκες. Αξίζει να σημειωθεί ότι η εφαρμογή και ολοκλήρωση του συγκεκριμένου προγράμματος οφείλεται κύρια στη θετική στάση και το ενδιαφέρον των διδασκόντων καθώς επίσης και των διευθυντών των σχολείων, που φρόντισαν να πραγματοποιηθεί το συγκεκριμένο παρεμβατικό πρόγραμμα.

Τέτοια παρεμβατικά προγράμματα κρίνεται ότι είναι αποδοτικότερα και αποτελεσματικότερα όταν τύχουν εφαρμογής από τον ίδιο τον Καθηγητή Φυσικής Αγωγής του κάθε σχολείου. Το γεγονός ότι είναι γνώστης τόσο των ενδιαφερόντων των μαθητών όσο και των ιδιομορφιών του σχολικού ωραρίου καθιστά την εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων στο καταλληλότερο χρονικό διάστημα και στην ομαλότερη ένταξη αυτών στο σχολικό πρόγραμμα στα πλαίσια του μαθήματος της Φυσικής Αγωγής. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι το θετικό κλίμα διδασκαλίας καθώς και η φιλική προσέγγιση του διδάσκοντα είναι ένα από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση των μαθητών απέναντι σε κάθε υγιεινή συμπεριφορά (Shropshire, Carroll & Yim, 1997). Ο Κ.Φ.Α που έχει υιοθετήσει αυτό το κλίμα στην τάξη του καθ όλη τη διάρκεια της χρονιάς μπορεί να επηρεάσει τις στάσεις των μαθητών απέναντι στις υγιεινές συμπεριφορές.

Ένας άλλος εξίσου σημαντικός παράγοντας που επηρέασε σημαντικά το αποτέλεσμα εφαρμογής αυτού του προγράμματος ήταν τα όργανα μέτρησης. Η καταγραφή των εβδομαδιαίων διατροφικών συνηθειών στο εβδομαδιαίο ημερολόγιο πριν και μετά την παρέμβαση παρόλο που αντικατόπτριζε την αποτελεσματικότερη μέτρηση των μεταβλητών που εξετάζε η έρευνα, αποδείχτηκε ιδιαίτερα κουραστικό ιδίως μετά την παρέμβαση σε αυτές τις ηλικίες.

Θέμα ακαταλληλότητας του περιεχομένου και της ποιότητας του παρεμβατικού προγράμματος δεν τίθεται. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα συντάχτηκε σύμφωνα με

τους κανόνες και τις αρχές που διέπουν ένα ωριαίο μάθημα, δημιουργώντας θετικό και ευχάριστο περιβάλλον μάθησης. Έτυχε της καθολικής αποδοχής των μαθητών και το αμείωτο ενδιαφέρον τους διατηρήθηκε μέχρι το πέρας αυτού. Η θετική αντιμετώπιση και η ενθουσιώδης συμμετοχή των μαθητών σε όλη τη διάρκεια εφαρμογής του παρεμβατικού προγράμματος είχε θετικά αποτελέσματα στο ερωτηματολόγιο της διατροφής αλλά όχι στην καταγραφή των εβδομαδιαίων διατροφικών συνηθειών όπως έδειξαν οι επαναλαμβανόμενες μετρήσεις.

Ο εμπλουτισμός των αναλυτικών προγραμμάτων με προγράμματα αγωγής υγείας κρίνεται αναγκαίος στις μέρες μας. Για να είναι, όμως, επιτυχής η εφαρμογή τους θα πρέπει να υλοποιούνται σε ιδανικά περιβάλλοντα σχολείων με ιδανικές συνθήκες, καθώς οι παρεμβάσεις απαιτούν υψηλό οικονομικό προϋπολογισμό ο οποίος τις περισσότερες φορές δεν είναι διαθέσιμος για το τυπικό δημόσιο σχολείο. Σχεδόν όλες οι μελέτες που ανασκοπήθηκαν αποδείχθηκαν επιτυχείς σε σχέση με τους στόχους που αρχικά τέθηκαν, ένα κριτήριο για την ευρύτερη εφαρμογή τους πρέπει να αφορά στο συνολικό κόστος και στις προϋποθέσεις σε σχέση με τον απαιτούμενο χρόνο στο αναλυτικό πρόγραμμα μαθημάτων, στις αλλαγές που πρέπει να γίνουν στο σχολικό περιβάλλον και στην υποστήριξη του προσωπικού που θα εμπλακεί για την υλοποίησή τους.

Προτάσεις για πρακτική εφαρμογή



Σχήμα 7. «Διατροφική Πυραμίδα»

Εξίσου, σημαντικό στα προγράμματα αγωγής υγείας-υγιεινής διατροφής, είναι να υιοθετήσουν οι μαθητες/τριες στο καθημερινό τους διαιτολόγιο και τις παραδοσιακές διατροφικές συνήθειες της κάθε περιοχής. Η διατήρηση της Μεσογειακής Διατροφής είναι πολύ σημαντική καθώς οι σύγχρονες καταναλωτικές συνήθειες ήρθαν να εκτοπίσουν πολλά από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ελληνικής κουζίνας.

Οι κυριότερες διατροφικές συνήθειες που προσδιορίζουν τη Μεσογειακή Διατροφή είναι η συχνή κατανάλωση ελαιόλαδου, φρούτων, λαχανικών και δημητριακών, ο περιορισμός της κατανάλωσης κρέατος, η μέτρια κατανάλωση αυγών και γαλακτοκομικών και η είσοδος στο διαιτολόγιο των ψαριών.

Η υιοθέτηση ενός τέτοιου μοντέλου διατροφής, όχι μόνο θα βελτιώνει την ποιότητα ζωής μας αλλά θα αποτελούσε μια πραγματική παρακαταθήκη μακροζωίας, αφού θα μας προστάτευε από ασθένειες που ευθύνονται για το μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων στις ανεπτυγμένες χώρες, όπως ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές νόσους.

Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Για τη διεξαγωγή θετικότερων αποτελεσμάτων στα προγράμματα αγωγής υγείας-υγιεινής διατροφής, μελλοντικές έρευνες μπορούν να συμπεριλάβουν μια σειρά από δράσεις όπως:

1. Θεωρητική κατάρτιση των μαθητών/τριων μέσω του διαδικτύου σχετικά με το θέμα του παρεμβατικού προγράμματος αγωγής υγείας -υγιεινής διατροφής.
2. Διαλέξεις από σχετικούς ιατρούς – διατροφολόγους.
3. Εκπαιδευτικές επισκέψεις σε χώρους παρασκευής εδεσμάτων της κάθε περιοχής.
4. Εκδήλωση στο τέλος του σχολικού έτους με σκοπό την παρουσίαση των αποτελεσμάτων του προγράμματος αγωγής υγείας και των δραστηριοτήτων των μαθητών/τριων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Bristol: Open University Press.
- Baranowski, T., Anderson, C., & Carmack, C.(1998). Mediating variable framework in physical activity interventions. How are we doing? How Might we do better? *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 266-315.
- Baranowski, T., & Stables, G.C.(2000). Process evaluations of the 5-a-day projects. *Health education and Behavior*, 27, 157-166.
- Birch LL, Fisher JO.(1998). Development of eating behaviours among children and adolescents. *Pediatrics*, 101, 539–549.
- Birch LL.(1998). Psychological influences on the childhood diet. *J Nutr* ,128,407–410.
- Birch LL., Fisher J.O.(2000). Mothers' child –feeding practices influence daughters' eating and weight. *Am J Clin Nutr* ,71,1054-1061.
- Blair S.N, Clark D.G, Cureton, K.J. & Powell, K.E. (1989). Exercise and fitness in childhood:Implications for a lifetime of health. In *Perspectives in Exercise and Sports Medicine, Youth Exercise and Sport* (edited by C.V Gisolfi and D.R Lamb),401-430.New York: McGraw-Hill.
- Bootzin, R., Bower, G.H., & Zajonc, R.B.(1986). *Psychology Today*. New York: Random House.
- Buckworth, J., & Dishman, R.(2002). *Exercise Psychology*. Champaign, IL. Human Kinetics.
- Burghardt, J. A., Devaney, B. L., & Gordon, A. R.(1995). The school nutrition dietary assessment study: Summary and discussion. *American Journal of Clinical Nutrition*, 61, 252-257.

- Cavadini, C., Decarli, B., Dirren, H., Cauderay, M., Narring, F., & Michaud, P. A.(1999). Assessment of adolescent food habits in Switzerland. *Appetite*, 32, 97-106.
- Cavadini, C., Siega-Riz, A., & Popkin, B. M.(2000). US adolescent food intake trends from 1965 to1996. *Archives of Disease in Childhood*, 83, 18-24.
- Clark, A., Kovarik, S., Voigt, M., & Hayes, J.(2006). Using the MyPyramid.gov website as a tool for diabetes self-management education. *Diabetes Spectrum*, 19, 122-126.
- Crockett, S. J., Mullis, R.M., & Perry, C.L.(1988). Parent nutrition education: a conceptual model. *Journal of School Health*, 58, 53-7.
- Danish, S.J., Petitpas, A., & Hale, B.(1992). A developmental education intervention model of sport psychology. *The Sport Psychologist*, 4, 403-415.
- Danish, S.J. (1997). Going for the goal: A life skills program for adolescents. In G. Albee. & T. Gullota (Eds.).*Primary prevention works* (291-312). Thousand Oaks, CA: Sage
- Decarli, B., Cavadini, C., Grin, J., Blondel-Lubrano, A., Narring, F., & Michaud, P.(2000). Food and nutrient intakes in a group of 11 to 16 year old Swiss teenagers. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*, 70, 139-147.
- Devaney, B. L., Gordon, A. R., & Burghardt, J. A.(1995). Dietary intakes of students. *American Journal of Clinical Nutrition*, 61, 205-212.
- Fitzgerald, Angela L, Veugelers, Paul J.(2005). Effectiveness of School Programs in Preventing Childhood. *American Journal of Public Health*, 432-435, 4, 2.
- Francis, M.(1999). Child nutrition and growth: butterfly effects; *British Journal of Nutrition*, 99.
- Goldberg JP.(2000). Nutrition communication in the 21st century: what are the challenges and how can we meet them? *Nutrition*, 16, 644-646.

- Guenther, P. M., Dodd, K. W., Reedy, J., & Krebs-Smith, S. M.(2006). Most Americans eat much less than recommended amounts of fruits and vegetables. *Journal of the American Dietetic Association, 106*, 1371-1379.
- Green, L. W., Kreuter, M. W.(1999). Health promotion planning: An educational and ecological approach (3rd ed.). Mountain View, CA: Mayfield.
- Giovannini, M. Agosini C., Gianni M., Bernardo L., Rina E.(2000). Adolescence: macronutrient needs. *Eur J Clin Nutr, 54*,57-150.
- Hassapidou, M. N., & Bairaktari, M.(2001). Dietary intake of pre-adolescent children in Greece. *Nutrition & Food Science, 31*, 136-140.
- Harter, S.(1988). *Manual for the self-perception profile for adolescents*. Denver: University of Denver.
- Hill AJ., Lissau I. (2002). Developmental issues in attitudes to food and diet. *Proceedings of the Nutrition Society, 61*, 259-266.
- Hosman, C.H.M.(2000). Prevention and health promotion on the international scene: the need for a more effective and comprehensive approach. *Addictive Behaviours, 25*,943-954.
- Jackman LA, Millane SS, Martin BR, Wood OB, McCabe GP, Peacock M, Weaver CM. (1997). Calcium retention in relation to calcium intake and postmenarcheal age in adolescent females. *Am J Clin Nutr, 66*, 327–333.
- Johnson SL, McPhee, L, Birch, LL.(1991). Conditioned preferences: young children prefer flavors associated with high dietary fat. *Physiol Behavior, 50*,1245-1251.
- Johnson, R. K.(2000). Changing eating and physical activity patterns of US children. *Proceedings of the Nutrition Society, 59*, 295-301.

- Johnson, J., & Deshpande, C.(2000). Health education and physical education: Disciplines preparing students as productive, healthy citizens of the challenge of the 21st century. *Journal of School Health*, 70, 66-68.
- Krause JA.(1994). Krause's Food. Nutrition and Diet Therapy: Saunders WB Co.,933
- Klein S.(2000). The Truth About the Atkins Diet. Nutrition at the Washington University. *Circulation*, 102, 2284.
- Lichtenstein AH, Van Horn L.(1998). Very low fat diets for the Nutrition Committee. *Circulation*, 935-939, 19.
- Lois D. McBean, MS, RD and Gregory D. Miller.(1999). Enhancing the Nutrition of America's Youth. *Journal of the American College of Nutrition*, 18, 6, 563-571.
- Mann, S. L., Peterson, A. V., Marek, P. M., & Kealy, K. A.(2000). The Hutchinson smoking prevention project trial. Design and baseline characteristics. *Preventive Medicine*, 30, 485-495.
- Manios Y., Moschandreas J., Hatzis, C. Kafatos A.(2002). Health and nutrition education in primary schools of Crete: changes in chronic disease risk factors following a 6-year intervention programme. *The British Journal of Nutrition*, 88, 315-324.
- McGraw KJ., Stoehr AM., Nolan Pm., Hill GE.(1994). Plumage redness, breeding onset and reproductive success in the house finch: a validation of Darwin's theory. *J Avian Biol.*
- Michell, L.(1994). *Smoking prevention programs for adolescents: A literature review.* Anglia & Oxford RHA.
- Μπεμπέτσου, Ε., Θεοδωράκης, Γ., Λαπαρίδης, Κ. & Χρόνη, Σ.(2000). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα μιας κλίμακας αυτοπεποίθησης για την υγιεινή διατροφή. *Αθλητική Απόδοση και Υγεία*, 2, 191-203.

- Munoz, 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.
- National Health Foundation of Australia. Proceedings of the Nutrition Society of Australia. Ημερομηνία ανάκτησης: 19-1-1995 .<http://www.apjcn.nhri.org.tw/server/APJCN/ProcNutSoc>.
- Nguyen, Kim P.(2005). The Effects of a Family Fitness Program on the Physical Activity and Nutrition Behaviors of Third-Grade Children. *Research Quarterly for Exercise & Sport*, *76*, 2, 130-139.
- Noble C., Corney M., Eves A., Kipps M., & Lumbers M.(2000). Food choice and secondary school meals: the nutritional implications of choices based on preference rather than perceived healthiness. *International Journal of Hospitality Management*, *22*, 2, 197-215.
- Obarzanek E, Hunsberger SA, Van Horn L, Hartmuller VV, Barton BA, Stevens VJ, Kwiterovich PO, Franklin FA, Kimm SYS, Lasser NL, Simons-Morton DG, Lauer RM. (1997). *Safety of a fat-reduced diet: The Dietary Intervention Study in Children (DISC)*. *Pediatrics*, *100*, 51-59.
- Parcel, G.S., Simons –Morton, B., O’Hara, N.M, Baranowski, T., & Wilson, B.(1989). School promotion of healthful diet and physical activity: Impact on learning outcomes and self-reported behaviour. *Health Education Quarterly*, *16*, 181-199.
- Pate RR., Trost SG., Mullis R., Sallis JF., Wechsler H., Brown DR.(2000). Community interventions to promote proper Nutrition and Physical activity among youth. *Prev Med*, *31*(2), 138, 5149.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C.(1983). The stages and processes of self-change in smoking : Towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 390-395.

- Prochaska, J.O., Velicer WF (1997). The transtheoretical model on health behavior change. *Am J of health Promotion*, 21, 471-86.
- Rockett, H. R., Berkey, C. S., Field, A. E., & Colditz, G. A.(2001). Cross-sectional measurement of nutrient intake among adolescents in 1996. *Preventive Medicine*, 33, 27-37.
- Rodham, K., Hawton, K., Evans, E., & Weatherall, R.(2005). Ethnic and gender differences in drinking, smoking and drug among adolescents in England: a self-report school-based survey of 15 and 16 years olds. *Journal of Adolescence*, 28, 63-73.
- Rosenstock, I.M.(1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Shropshire, J.,Carroll B., & Yim S.(1997). Primary school children's attitudes to physical education: Gender differences. *European. Journal of Physical Education*, 2,23-28.
- Sleap, M.(1997).Promoting active lifestyles among childrens. *Social sciences in Health*,3,232-243.
- Stead, M., Hastings, G. & Tudor-Smith C.(1996). Preventing adolescent smoking: a review of options. *Health Education Journal*, 55, 31-54.
- Stone, E.J., McKenzie, T.L., Welk, G.J., & Booth, M.(1998). Pre-school to college age physical activity intervention studies: review and synthesis. *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 4, 298-315.
- Taylor, S. E.(1999). *Health psychology*. McGraw, Hill. Boston.
- Theodorakis, Y., Papaioannou, A., Chatzigeorgiadis, A., & Papadimitriou, E.(2005). The profile of children's healthy and unhealthy behaviors: family and peer influences. *Hellenic Journal of Psychology (in press)*.
- Τσαούσης Δ. Γ. (1989). *Χρηστικό Λεξικό Κοινωνιολογίας*. Αθήνα: Gutenberg.

- Θεοδωράκης, Ι. (1990). Άσκηση και υγεία. Πώς η φυσική αγωγή θα μας πείσει για ένα αθλητικό τρόπο ζωής; *Αθλητική ψυχολογία*, 37-54.
- Θεοδωράκης, Γ., Παπαϊωάννου Α.(2002). Το προφίλ μαθητών με βάση υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές: Σχέσεις με τον αθλητισμό. *Ψυχολογία*, 9, 547-562.
- Θεοδωράκης, Γ. & Χασάνδρα, Μ.(2006). *Σχεδιασμός προγραμμάτων αγωγής υγείας*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.
- ΥΠ.ΕΠ.Θ. (2000). Διατροφή και υγεία. *Οδηγός για εκπαιδευτικούς Α/βαθμιας και Β/βαθμιας Εκπαίδευσης*. Βιβλίο δραστηριοτήτων και πληροφοριών, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Unicef. (2003). How does life skills-based education contribute to UNISEF's goal of quality education? <http://www.unicef.org/programme>.
- U.S. Department of Agriculture. (1992). *The food Guide Pyramid*. Washington, DC: US GPO.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Promoting Lifelong Healthy Eating.
- U.S. Department of Agriculture. My Pyramid. Ημερομηνία ανάκτησης: 5-11-2006.<http://www.MyPyramid.gov>.
- Walter HJ. (1989). Primary prevention of chronic disease among children: The school-based " Know your body " intervention trials. *Health Educ Q*,16(2), 201-214.
- Wechsler, H., Devereaux, R.S., Davis, M., & Collins, J.(2000). Using the school environment to promote physical activity and healthy eating. *Preventive Medicine*, 31, 121-137.
- World Health Organization.(1999). *Improving health through schools nationals and internationals strategies*. The Global School Health Initiative Department of Health

Promotion World Health Organization, Geneva and Health and Human Development Programs Education. Development Center, Inc. Newton, MA USA.

Xatzis C., Kafatos A., Manios Y., Moschandreas J.(2002). Health and nutrition education in primary schools of Crete: changes in chronic disease risk factors following a 6-year intervention programme, *Br J Nutr*, 88(3), 219.

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.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Πλάνα διδασκαλίας «Δεξιότητων ζωής»

Πλάνο Διδασκαλίας 5.0. Επίλυση προβλημάτων. Πως να λύνω τα προβλήματα

Πλάνο Διδασκαλίας 5.1. Ημερολόγιο διατροφής και εντοπισμός σταδίου αλλαγής συμπεριφοράς.

Πλάνο Διδασκαλίας 5.2. Ξεπέραςμα εμποδίων. Εμπόδια ή δικαιολογίες;

Πλάνο Διδασκαλίας 5.3. Στόχοι. Στοχεύω σωστά;

Πλάνο Διδασκαλίας 5.4. Συμβόλαιο – δέσμευση για επίτευξη προσωπικού στόχου.

Πλάνο διδασκαλίας 5.0: Επίλυση προβλημάτων. Πως να λύνω τα προβλήματα.

Δεξιότητα ζωής:	Πώς να λύνω τα προβλήματα.
Επίλυση προβλημάτων	
Τάξη:	Περιγραφή:
Ε΄ Δημοτικού έως και Λύκειο	Διδάξετε στους μαθητές την τεχνική με την οποία πρέπει να σκέφτονται, όταν πρέπει να αντιμετωπίσουν ένα πρόβλημα. Αυτή η τεχνική έχει πολλές εφαρμογές και στην καθημερινή τους ζωή π.χ. στις σχέσεις τους με άλλα άτομα, την επίδοσή τους στο σχολείο, τον αθλητισμό και την καθημερινή τους ζωή γενικότερα.
Στόχοι:	
Να μάθουν την τεχνική της επίλυσης προβλημάτων	Κάντε μία φορά την άσκηση με θέμα μια ανθυγιεινή συμπεριφορά. Δώστε σε όλους τους μαθητές από ένα αντίγραφο (Έντυπο 5.1) «Λύση προβλήματος» και ακολουθήστε τη σειρά των ερωτήσεων, αφήνοντας λίγο χρόνο σε κάθε ερώτηση, για να συμπληρώσουν την απάντηση. Ζητήστε από όποιο μαθητή θέλει να διαβάσει τις απαντήσεις του στους άλλους για ανατροφοδότηση.
Υλικά:	Καθήκοντα εκτός τάξης:
Μολύβι, αντίγραφα της σελίδας «Λύση προβλήματος»	Παροτρύνετε τους μαθητές να ξανακάνουν την ίδια άσκηση με ένα άλλο πρόβλημα που τους απασχολεί, για να τη δοκιμάσουν σε κάποιον άλλο τομέα της ζωής τους.

Έντυπο 5.0 Λύση προβλήματος

Το πρόβλημα που πρέπει να λύσω είναι:

Βασικά στοιχεία που σχετίζονται με το πρόβλημα για να με βοηθήσουν να βρω μια λύση:

Οι πιθανές λύσεις είναι:

Τα πλεονεκτήματα της κάθε λύσης είναι:

Τα μειονεκτήματα της κάθε λύσης είναι:

Η καλύτερη λύση είναι:

Θα την εφαρμόσω (πότε;)

Η λύση που επέλεξα. Πέτυχε _____ Δεν πέτυχε _____

Αν η παραπάνω λύση που επέλεξα αποτύχει, η επόμενη καλύτερη είναι:

Πλάνο διδασκαλίας 5.1: Ημερολόγιο διατροφής και εντοπισμός σταδίου αλλαγής συμπεριφοράς.

Ευαισθητοποίηση	Ημερολόγιο διατροφής και εντοπισμός σταδίου αλλαγής συμπεριφοράς.
Τάξη: Ε΄ Δημοτικού έως και Λύκειο	Περιγραφή: <u>Βήμα 1.</u> Προτρέψτε τους μαθητές να καταγράψουν τις διατροφικές συνήθειές τους για μία εβδομάδα σε ένα ημερολόγιο. Ετοιμάστε 4 – 5 ερωτήσεις που να καταγράφουν τι και πόσο τρώνε για μια εβδομάδα ή χρησιμοποιήστε τη σελίδα «Ημερολόγιο διατροφής» που προτείνεται.
Στόχοι: <ul style="list-style-type: none"> ❑ Να αξιολογηθούν οι διατροφικές συνήθειες. ❑ Να εντοπιστεί για κάθε παιδί το στάδιο ετοιμότητας αλλαγής προς υγιεινή συμπεριφορά. 	<p>Τα στοιχεία αυτά θα βοηθήσουν τόσο εσάς, όσο και τους μαθητές σε όλη την διάρκεια του προγράμματος αγωγής υγείας. Μελετήστε τα ημερολόγια και μετά κρατήστε τα σε φάκελο μαζί με τα υπόλοιπα αρχεία που θα συλλέγει η κάθε ομάδα εργασίας.</p> <p><u>Βήμα 2:</u> Για να αξιολογήσετε το πόσο έτοιμοι είναι οι μαθητές μιας τάξης να εφαρμόσουν το πρόγραμμα αγωγής υγείας διατροφής χρησιμοποιήστε το ερωτηματολόγιο «Εγώ και η διατροφή μου». Αυτή η αξιολόγηση είναι σημαντική, γιατί ανάλογα με το πόσο οι μαθητές θέλουν να υιοθετήσουν μια υγιεινή συμπεριφορά, η προσέγγιση για να τα βοηθήσετε διαφέρει.</p> <p>Πριν δώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο, δώστε πρώτα στους μαθητές έναν ορισμό για το τι εννοείτε όταν λέτε «υγιεινή διατροφή», έτσι ώστε να είστε σίγουροι ότι οι απαντήσεις τους έχουν κοινό σημείο αναφοράς.</p>
Υλικά: Αντίγραφο της σελίδας: «Ημερολόγιο διατροφής». Αντίγραφο της σελίδας: «Εγώ και η διατροφή μου».	Καθήκοντα εκτός τάξης: Κάθε βράδυ οι μαθητές να συμπληρώνουν στη σελίδα «Ημερολόγιο διατροφής» ανάλογα με το τι έφαγαν την αντίστοιχη μέρα.

Έντυπο 5.1.1 Ημερολόγιο καταγραφής διατροφικών συνηθειών

Δευτέρα	
Τρίτη	
Τετάρτη	
Πέμπτη	
Παρασκευή	
Σάββατο	
Κυριακή	

Έντυπο 5.1.2 Ερωτηματολόγιο “Εγώ και η διατροφή μου”.

Είσαι ευχαριστημένος/η από τις διατροφικές σου συνήθειες; Νομίζεις ότι τρέφεται σωστά; Είσαι ευχαριστημένος από τα κιλά σου; Σκέφτεσαι ότι κάτι πρέπει να αλλάξεις;

Επιλέξτε μία από τις παρακάτω προτάσεις, αυτή που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

	Δεν έχω σκεφτεί ως τώρα ότι πρέπει να προσέχω τη διατροφή μου.
	Σκέφτομαι να αλλάξω τη διατροφή μου μέσα στον επόμενο μήνα.
	Τον προηγούμενο μήνα έκανα κάποιες προσπάθειες να αλλάξω τη διατροφή μου.
	Τον τελευταίο μήνα προσέχω πολύ τη διατροφή μου.
	Τους τελευταίους 6 μήνες προσέχω πολύ τη διατροφή μου.

Όνομα: _____

Ύψος: _____


Βάρος: _____

Ηλικία: _____

Φύλο: Αγόρι _____ Κορίτσι _____

Ολοήμερο: Ναι _____ Όχι _____


Πλάνο διδασκαλίας 5.2: Ξεπέρασμα εμποδίων. Εμπόδια ή δικαιολογίες;

<p>Δεξιότητα ζωής:</p> <p>Ξεπέρασμα εμποδίων</p>	<p>Εμπόδια ή δικαιολογίες;</p>
<p>Τάξη:</p> <p>Ε΄ δημοτικού έως και το Λύκειο</p>	<p>Περιγραφή:</p> <p>Προτρέψτε τους μαθητές να γράψουν σε ένα χαρτί ποια είναι τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν και με ποιον τρόπο τους εμποδίζουν να εκδηλώσουν την επιθυμητή συμπεριφορά.</p>
<p>Στόχοι:</p> <p>Να μάθουν να διαχωρίζουν τα πραγματικά εμπόδια για την εκδήλωση της επιθυμητής υγιεινής συμπεριφοράς από τις δικαιολογίες.</p> <p>Να μάθουν να αντιμετωπίζουν τα εμπόδια</p>	<p>Συζητήστε λίγο με τους μαθητές ποια από αυτά τα εμπόδια είναι πραγματικά και ποια είναι δικαιολογίες.</p> <p>Στη συνέχεια, ενθαρρύνετε τους να σκεφτούν και να καταγράψουν μια σειρά από πιθανές λύσεις. Συζητάτε λίγο πάνω σε αυτές και προσπαθείτε να σκεφτείτε πώς κάθε μία από αυτές θα μπορούσαν να λειτουργήσουν αν εφαρμοστούν. Εντοπίζετε τα θετικά και αρνητικά της κάθε λύσης. Μετά βοηθήστε τους να επιλέξουν μία από αυτές, αυτήν που θεωρούν πιο ρεαλιστική και εφικτή.</p> <p>Προτρέψτε τους να την εφαρμόσουν και στη συνέχεια επανέρχαστε, για να συζητήσετε για το αν η λύση που επέλεξαν, δούλεψε όπως αναμενόταν.</p> <p>Είναι σημαντικό να κατανοήσουν οι μαθητές ότι δεν πρέπει να αποθαρρύνονται, όταν η λύση που επέλεξαν απέτυχε. Προτρέψτε τους να κάνουν μια νέα επιλογή και να ξαναπροσπαθήσουν (Έντυπο 5.2).</p> <p>Προτείνετε στους μαθητές να ανακαλύπτουν εναλλακτικές λύσεις σε κάθε πιθανό πρόβλημα. Να έχουν, όμως, από πριν εντοπίσει και το πρόβλημα και το εμπόδιο και τη λύση (έντυπο 5.3).</p>
<p>Υλικά:</p> <p>Χαρτί και μολύβι</p>	<p>Καθήκοντα εκτός τάξης:</p> <p>Να προσπαθήσουν να εφαρμόσουν στην καθημερινή ζωή τους τη λύση που επέλεξαν.</p> 

Έντυπο 5.2 Ξεπέρασμα εμποδίων

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ:					
Τα εμπόδια που νομίζω ότι θα συναντήσω είναι:	Είναι εμπόδιο ή δικαιολογία;	Στοιχεία που σχετίζονται με τη λύση:	Πιθανές λύσεις είναι οι παρακάτω:	Οι καλύτερες λύσεις είναι:	Μετά από μερικές ημέρες η λύση που βρήκα ήταν:

Πλάνο διδασκαλίας 5.3: Στόχοι. Στοχεύω σωστά;

Δεξιότητα ζωής	Στοχεύω σωστά;
<p>Στόχοι:</p> <p>Να μάθουν να βάζουν σωστούς στόχους</p>	<p>Περιγραφή:</p> <p>Βάλτε τους μαθητές να καταγράψουν το στόχο τους σχετικά με την υγιεινή συμπεριφορά που θέλουν να αποκτήσουν ή να σταθεροποιήσουν στο έντυπο που ακολουθεί (5.3).</p>
<p>Τάξη:</p> <p>Ε΄ δημοτικού έως και το Λύκειο</p>	<p>Στη συνέχεια κάντε τους τις παρακάτω ερωτήσεις:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Είναι ο στόχος σου συγκεκριμένος; <input type="checkbox"/> Έχει συγκεκριμένα χρονικά περιθώρια; (Τι θα κάνεις αύριο, για να τον πετύχεις, τι θα κάνεις αυτήν την εβδομάδα, για να φτάσεις πιο κοντά στο στόχο σου κτλ.). <input type="checkbox"/> Ελέγχεται από εσένα; <input type="checkbox"/> Μήπως είναι πολύ δύσκολος ή πολύ εύκολος; <input type="checkbox"/> Πώς θα ξέρεις αν προχωράς σωστά για να τον πετύχεις; <p>Πείτε τους να κάνουν διορθώσεις στο στόχο που αρχικά είχαν γράψει έτσι ώστε να εκπληρώνει τις παραπάνω προϋποθέσεις.</p> <p>Μάθετε στους μαθητές την τεχνική των στόχων, έτσι ώστε να την εφαρμόζουν και στην καθημερινή τους ζωή. Χρησιμοποιήστε διάφορα παραδείγματα από την καθημερινή τους ζωή, π.χ. για την επίδοσή τους σε μαθήματα του σχολείου ή την απόδοσή τους σε αθλητικές δραστηριότητες. Η τεχνική βοηθάει τους μαθητές να έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες και να σχεδιάζουν βήμα - βήμα τις ενέργειές τους ώστε να μπορούν να πετύχουν αυτά που θέλουν και σε άλλους τομείς της ζωής τους.</p>
<p>Υλικά:</p> <p>Χαρτί και μολύβι</p>	<p>Καθήκοντα εκτός τάξης:</p> <p>Ο κάθε μαθητής να τοιχοκολλήσει το στόχο του στο δωμάτιό του.</p> 

Έντυπο 5.3 Ελέγξτε τους στόχους σας.

Στην πρώτη στήλη γράψτε τους στόχους σας. Στη συνέχεια, σκεφτείτε αν αυτό που γράψατε είναι ρεαλιστικό, συγκεκριμένο, βραχυπρόθεσμο-δηλαδή θα υλοποιηθεί μέσα σε μια εβδομάδα ή το πολύ ένα μήνα. Κυρίως, αυτό που γράψατε πρέπει να εξαρτάται από εσάς. Αν σε όλες τις ερωτήσεις αυτές οι απαντήσεις είναι ΝΑΙ, τότε προχωράτε σωστά. Αν όχι, τότε ο στόχος σας δεν είναι σωστός και πρέπει να αναζητήσετε άλλον, πιο έξυπνο.

Γράψτε τους στόχους σας για το πρόγραμμα ή την υγιεινή συμπεριφορά	Είναι ρεαλιστικός;	Είναι συγκεκριμένος;	Είναι βραχυπρόθεσμος;	Είναι σαφώς χρονικά	Εξαρτάται από εσάς;
Πχ.					
Πχ.					
Πχ.					
Πχ.					

Πλάνο Διδασκαλίας 5.4: Συμβόλαιο – δέσμευση για επίτευξη προσωπικού στόχου

<p>Δεξιότητα ζωής:</p> <p>Συμβόλαιο – δέσμευση για επίτευξη προσωπικού στόχου</p>	<p>Ο δικός μου στόχος.</p>
<p>Τάξη:</p> <p>Ε΄ δημοτικού έως και το Λύκειο</p>	<p>Περιγραφή:</p> <p>Δώσε αντίτυπα της σελίδας «συμβόλαιο με τον εαυτό μου» στους μαθητές για να τα συμπληρώσουν, σχετικά με τους προσωπικούς τους στόχους για θέματα υγείας.</p>
<p>Στόχοι:</p> <p>Να μάθουν να βάζουν σωστούς στόχους</p>	<p>Πείτε τους να το συμπληρώσει ο καθένας μόνος του με ειλικρίνεια και ρεαλιστικά.</p> <p>Μετά να το βάλουν σε φάκελο και να το κλείσουν – σφραγίσουν, γράφοντας επάνω όνομα και ημερομηνία και να σας τους δώσουν.</p> <p>Στο τέλος του προγράμματος ή της χρονιάς επιστρέφετε τους φακέλους τους (χωρίς φυσικά να τους έχετε ανοίξει) για να ελέγξουν αν έχουν εκπληρώσει τις υποσχέσεις που έδωσαν στον εαυτό τους.</p>
<p>Υλικά:</p> <p>Μολύβια, αντίγραφα της σελίδας «Συμβόλαιο με τον εαυτό μου», φάκελοι.</p>	<p>Καθήκοντα εκτός τάξης:</p> <p>Τα αντίγραφα μπορούν να τα συμπληρώσουν και στο σπίτι και να τα επιστρέψουν την επόμενη μέρα.</p>

Έντυπο 5.4 Συμβόλαιο με τον εαυτό μου

1. Ποιες από τις συμπεριφορές σου που σχετίζονται με την υγεία σου θα ήθελες να αλλάξεις; Γράψε συγκεκριμένες συμπεριφορές.

2. Τι θα σου κόστιζε για να κάνεις αυτές τις αλλαγές;

3. Με ποιους τρόπους θα ήθελες να αλλάξεις αυτές τις συμπεριφορές;

4. Τι χρονικά περιθώρια δίνεις στον εαυτό σου για να πετύχεις αυτούς τους στόχους σου;
