



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Διατροφικές συνήθειες νηπίων στο πρωινό”

ΚΑΜΙΝΙΩΤΗ ΦΩΤΕΙΝΗ
Σχολική Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Φωτουλάκη Μαρία Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδογαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ,
Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Καψωριτάκης Ανδρέας, Καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Ποταμιάνος Σπυρίδων, Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ



“Preschoolers dietary habits at breakfast”

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ξεκινώντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά πρώτα την επιβλέπουσα της παρούσας εργασίας κα Φωτουλάκη Μαρία για το θέμα που μου εμπιστεύτηκε, το χρόνο που μου αφιέρωσε και την ουσιαστική βοήθεια που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας μου. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις νηπιαγωγούς και τους γονείς των παιδιών του 7^{ου} νηπιαγωγείου Τρικάλων που με βοήθησαν στην πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας, καθώς και τα παιδιά που συμμετείχαν σε αυτή. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω και όλους τους καθηγητές και συμφοιτητές μου που με υποστήριζαν και με βοήθησαν όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μου.

Με εκτίμηση

Φωτεινή Καμινιώτη

ΑΦΙΕΡΩΜΕΝΗ

Στην οικογένεια μου, για την υπομονή και την πίστη που υπέδειξαν όλα αυτά τα έτη των σπουδών μου, και για την στήριξή τους καθ' όλη τη διάρκεια της προετοιμασίας και ολοκλήρωσης αυτής της εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
Πίνακας Πινάκων	6
Πίνακας Διαγραμμάτων	6
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
Α ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	12
1.1. Αγωγή Υγείας.....	12
1.2. Αγωγή Υγείας και Σχολείο	13
1.3. Ο Εκπαιδευτικός στη Σχολική Αγωγή Υγείας.....	14
1.4. Ο ρόλος της οικογένειας στη Σχολική Αγωγή Υγείας.....	15
1.5. Προγράμματα Αγωγής Υγείας που χρησιμοποιούνται στα σχολεία.....	16
1.6. Σύγχρονα προβλήματα υγείας παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας	17
1.6.1. Παχυσαρκία	17
1.6.2. Στοματική Υγιεινή	18
1.6.3. Σωματική άσκηση	19
1.6.4. Καρδιαγγειακά νοσήματα.....	19
1.6.5. Σακχαρώδης διαβήτης.....	20
1.6.6. Καρκίνος	21
1.7. Ποια από τα θέματα Αγωγής Υγείας ενδείκνυται να ακολουθηθεί στην προσχολική ηλικία 21	
1.7.1. Κυκλοφοριακή Αγωγή	21
1.7.2. Διατροφή.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	23
2.1. Οι σύγχρονες διατροφικές τάσεις στην Ελλάδα και στις άλλες χώρες	23
2.2. Τα θρεπτικά συστατικά και ο ρόλος τους	23
2.3. Η Μεσογειακή διατροφή	26
2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών	27
2.5. Το νηπιαγωγείο και η διατροφική αγωγή	28
2.6. Οι σκοποί και οι στόχοι των προγραμμάτων διατροφής.....	29
Β ΜΕΡΟΣ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ.....	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	30
3.1. Η ποσοτική έρευνα	30
3.2. Το δείγμα της έρευνας.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	42
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	43
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	Ι

Πίνακας Πινάκων

Πίνακας 2.0.1. Τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπη.....	24
Πίνακας 2.0.2 Οι σπουδαιότερες βιταμίνες.....	25
Πίνακας 4.1. Φύλο.....	32
Πίνακας 4.2. Ηλικία.....	32
Πίνακας 4.3. Βάρος.....	33
Πίνακας 4.4. Ύψος.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Πίνακας 4.5. Περιγραφικά στατιστικά βάρους - ύψους.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Πίνακας 4.6. Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI).....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Πίνακας 4.7. Οι γονείς εργάζονται και οι δύο.....	34
Πίνακας 4.8. Δουλειά πατέρα.....	34
Πίνακας 4.9. Δουλειά μητέρας.....	35
Πίνακας 4.10. Ο παππούς και η γιαγιά ζουν μαζί σας.....	36
Πίνακας 4.11. Τρώτε όλοι μαζί πρωινό.....	36
Πίνακας 4.12. Τρως πρωινό σπίτι.....	36
Πίνακας 4.13. Πρωινό.....	37
Πίνακας 4.14. Τι κάνεις την ώρα του πρωινού.....	38
Πίνακας 4.15. Τρως δεκατιανό στο σχολείο.....	38
Πίνακας 4.16. Είδος δεκατιανού.....	38
Πίνακας 4.17. Δεκατιανό.....	39
Πίνακας 4.18. Ασχολείσαι με κάποιο άθλημα.....	40
Πίνακας 4.19. Κοιμάσαι νωρίς το βράδυ.....	40
Πίνακας 4.20. Ξυπνάς νωρίς το πρωί.....	41

Πίνακας Διαγραμμάτων

Γράφημα 4.1. Σύγκριση φύλου με βάρος νηπίων.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Γράφημα 4.2. Σύγκριση φύλου με ύψος νηπίων.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στη διαμόρφωση της υγείας του ανθρώπου συμβάλλουν πολλοί παράγοντες, με την διατροφή να αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους. Για τη συντήρηση και την ανάπτυξη του οργανισμού, είναι αναγκαία η επαρκής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών.

Από την αρχαιότητα ακόμα, η συνάρτηση σωστής διατροφής και υγείας είναι δεδομένη. Ωστόσο, τον σύγχρονο κόσμο απασχολεί το ζήτημα της κακής διατροφής. Το συγκεκριμένο πρόβλημα, είναι διττό. Από τη μια πλευρά, αφορά τον τρίτο κόσμο, όπου εξακολουθούν να υφίστανται οι συνθήκες πείνας και εξαθλίωσης. Από την άλλη, στις ανεπτυγμένες χώρες μπορεί οι άνθρωποι να ζουν στην αφθονία, όμως οδηγούνται στον θάνατο λόγω του υπερβολικού ή ακατάλληλου φαγητού. Φαίνεται λοιπόν, πως και η ελλιπής και η πλεονάζουσα ποσότητα από θρεπτικά συστατικά που λαμβάνει ο οργανισμός, μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα ασθενειών. Οι ζωτικές λειτουργίες του σώματος δε μπορούν να διεξαχθούν ομαλά όταν λείπουν τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά, επιφέροντας επιπλοκές στην υγεία. Η περίπτωση χρόνιας έλλειψης θρεπτικών συστατικών, ονομάζεται υποσιτισμός. Αλλά και στην περίπτωση που ο οργανισμός λαμβάνει περισσότερη ενέργεια από όση χρειάζεται, μπορεί να προκληθούν αρνητικές επιδράσεις στην υγεία και σοβαρές ασθένειες όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης κ.α.

Στην Ελλάδα, έχει παρατηρηθεί μια απομάκρυνση των ανθρώπων από την παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή, κυρίως λόγω των δυτικών προτύπων που τείνουν να καθιερωθούν αλλάζοντας τις διατροφικές συνήθειες.

Ιδιαίτερη μέριμνα χρειάζεται να ληφθεί για το θέμα «Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών της προσχολικής ηλικίας», διότι στο διάστημα των πρώτων χρόνων της ζωής του ατόμου που αναπτύσσονται ακόμα οι συνήθειες και οι συμπεριφορές του, είναι πιο εύκολο να υιοθετηθούν νέες αντιλήψεις και στάσεις. Επιπλέον, ο τρόπος διατροφής στην προσχολική ηλικία επιδρά στη διαμόρφωση του νοσολογικού φάσματος και του προσδόκιμου επιβίωσης του ενήλικα, επηρεάζοντας την υγεία μακροπρόθεσμα,

Λέξεις-κλειδιά: Διατροφή, Αγωγή Υγείας, Προσχολική ηλικία, πρωινό νηπίων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένας εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας που επιδρά στην ανάπτυξη των παιδιών και στην υγεία τους εν γένει, είναι η διατροφή. Η συγκεκριμένη εργασία έχει ως στόχο τη διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών των παιδιών προσχολικής ηλικίας.

Στην έρευνα συμμετείχαν 76 νήπια από το 7^ο Νηπιαγωγείο Τρικάλων. Στην καθημερινή προτίμησή τους, βρίσκονται σε υψηλά ποσοστά τροφές με πολύ λίπος, ζάχαρη ή αλάτι, το ψωμί και τα δημητριακά. Παρατηρήθηκαν ωστόσο, σημαντικές διαφορές ως προς τα διατροφικά προφίλ των νηπίων.

Τέλος, όσον αφορά τους παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών των νηπίων, είναι τόσο η οικογένεια όσο και το κοινωνικό τους περιβάλλον. Ειδικότερα, από την συγκεκριμένη έρευνα, προκύπτει η ανάγκη παρέμβασης του νηπιαγωγείου για τη διαμόρφωση των κατάλληλων διατροφικών συνηθειών των παιδιών νηπιακής ηλικίας.

ABSTRACT

Nutrition is a very important factor that affects the development of children and their health in general. The purpose of this work is to investigate the eating habits of preschool children.

The participants of the study were 76 children from the 7th day Kindergarten in Trikala. In their daily diet, they are high in fat, sugar or salt foods, bread and cereals. However, significant differences were observed in infants' nutritional profiles.

Lastly, regarding the factors that influence infants' eating habits, it is their family and their social environment. In particular, this research shows the need for the kindergarten to intervene in the development of appropriate nutritional habits of toddlers.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καθ' όλη την πορεία της ζωής του ανθρώπου, θεμελιακός παράγοντας για την υγεία και ευεξία του αποτελεί η σωστή διατροφή. Το δίπολο κατάλληλη/ακατάλληλη διατροφή είναι συνδεδεμένο με την ιστορία του ανθρώπου. Η συμβολή ενός ισόρροπου και προσεγμένου διαιτολογίου στη μεγιστοποίηση του αυξητικού και αναπτυξιακού δυναμικού του ανθρώπου κατά την παιδική ηλικία είναι καθοριστική. Επιπλέον, προστατεύει και προάγει την υγεία, συμβάλλει στην πρόληψη και τη θεραπεία σε περίπτωση αρρώστιας.

Το ζήτημα της διατροφής πάντοτε απασχολούσε, πολύ περισσότερο στη σύγχρονη εποχή. Μάλιστα, οι ακραίες συνθήκες που έχουν δημιουργηθεί, η υπερκατανάλωση τροφίμων από τη μια και οι συνθήκες εξαθλίωσης και πείνας σε αρκετά σημεία του πλανήτη από την άλλη, απαιτούν την τοποθέτησή του σε νέες πρωτόγνωρες βάσεις. Έτσι, προωθούνται δραστήρια προγράμματα βελτίωσης της διατροφής του πληθυσμού από την Ευρωπαϊκή Ένωση, τις ΗΠΑ, την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) και από άλλες αναπτυγμένες χώρες.

Τα παιδιά, στη σημερινή εποχή, αντιμετωπίζουν δύο πολύ σοβαρά προβλήματα θρέψης, την υπερκατανάλωση θερμίδων και την υποθερψία. Η πρώτη περίπτωση, οδηγεί στην παχυσαρκία, στην υπερχοληστεριναιμία, στον σακχαρώδη διαβήτη και άλλα νοσήματα. Στην δεύτερη περίπτωση, ο υποσιτισμός εμποδίζει βρέφη και παιδιά να αναπτυχθούν επαρκώς σωματικά και νοητικά, προκαλεί συχνές λοιμώξεις και αυξάνει τα ποσοστά θανάτου (Καφάτος κ.ά., 1982).

Καθώς στη βρεφική και νηπιακή ηλικία αποκτιούνται και εδραιώνονται οι διατροφικές συνήθειες που συνοδεύουν το άτομο στην ενήλικη ζωή, κρίνεται απαραίτητο να διερευνηθούν οι παράγοντες που τις επηρεάζουν. Διερευνώντας την σχετική βιβλιογραφία, ελληνική και ξένη, προκύπτουν προβληματισμοί αναφορικά με τους παράγοντες και το βαθμό επηρεασμού των διατροφικών συνήθειων των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Φαίνεται λοιπόν, πως οι διαιτητικές προτιμήσεις των νεαρών ατόμων επηρεάζονται από το σπίτι και το οικογενειακό περιβάλλον συνολικά, το σχολείο και τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο, όπως και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Αναλυτικότερα:

Γονείς: Στην πορεία της κοινωνικοποίησης του ατόμου, διαμορφώνεται η συμπεριφορά σχετικά με την υγεία. Στο σπίτι ή στο στενό περιβάλλον του ατόμου, μέσω του παραδείγματος, της συζήτησης ή των παιχνιδιών ρόλων, επιτυγχάνεται η διευκρίνιση αξιών και συνηθειών, με τους γονείς να κατέχουν εξέχοντα ρόλο στην διαδικασία αυτή. Επομένως, ο πιο βασικός παράγοντας διαμόρφωσης των διατροφικών συνηθειών του παιδιού της προσχολικής ηλικίας, είναι η οικογένεια. Μέσα σε αυτή, μεταφέρονται γνώσεις διατροφής από τους γονείς, δίνονται πρότυπα προς μίμηση και διαμορφώνονται αναλόγως οι διατροφικές συνήθειες και επιλογές του. Ειδικότερα, ορισμένες

παράμετροι που επηρεάζουν αυτές τις συνήθειες είναι ο τύπος της οικογένειας, η οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση, οι παραδόσεις και οι κοινωνικές τους συνήθειες, το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο, η ενημέρωση και οι συνήθειες που έχουν οι γονείς σχετικά με τη διατροφή.

Συνομηλικοί: Ο επηρεασμός του παιδιού όσον αφορά τις διαιτητικές του επιλογές από τους συνομηλίκους του, είναι εμφανής από το είδος των τροφίμων που επιλέγει σε διάφορες περιστάσεις, όπως το σχολικό κυλικείο, παιδικές γιορτές κ.λ.π.

Σχολείο: Οι εκπαιδευτικοί, ως διαμεσολαβητές στη μαθησιακή διαδικασία των παιδιών, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση σωστής συμπεριφοράς και συνηθειών εν γένει. Ιδιαίτερα για τα παιδιά νηπιακής ηλικίας, αποτελούν πρόσωπα μεγάλης σπουδαιότητας και σημασίας και αποτελούν πρότυπα συμπεριφοράς. Έτσι, μέσα από συζητήσεις πάνω σε θέματα υγείας και διατροφής, απαντώνται απορίες και δίνονται συμβουλές. Επίσης, με το προσωπικό τους παράδειγμα και μέσω κατάλληλων βιωματικών δραστηριοτήτων, μπορούν να δώσουν στα παιδιά τις κατευθύνσεις εκείνες που θα τα βοηθήσουν να υιοθετήσουν σωστές διατροφικές συνήθειες.

Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης: Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, με κυρίαρχο την τηλεόραση, προβάλλοντας συγκεκριμένα τρόφιμα μέσα από διάφορα προγράμματα και διαφημίσεις, μεταφέρουν μηνύματα που αφορούν ένα αντίστοιχο μοντέλο διατροφής. Ακόμα, τις ώρες που τα παιδιά παρακολουθούν τηλεόραση, βρίσκονται σε αδράνεια και επιπλέον, καταναλώνουν τρόφιμα με χαμηλή θρεπτική, αλλά υψηλή θερμιδική αξία, καθώς περιέχουν πολύ ζάχαρη, αλάτι, λίπος. Θεωρείται λοιπόν, ένας παράγοντας προδιάθεσης της παιδικής παχυσαρκίας.

Είναι προφανές πως ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής προκαλεί παθολογικές διεργασίες, οδηγώντας σε νοσήματα φθοράς. Όμως, χάρη στην πρόωπη παρέμβαση είναι δυνατό αυτό να προληφθεί. Προκύπτει έτσι, η επιτακτική ανάγκη υιοθέτησης σωστών αντιλήψεων και στάσεων για τη διατροφή μέσω της δημιουργίας ενός κατάλληλου, υποστηρικτικού, κοινωνικού περιβάλλοντος από τους γονείς και δασκάλους, συμβάλλοντας στην προάσπιση και ενίσχυση της υγείας των παιδιών.

Με την παρούσα εργασία, διερευνώνται οι διατροφικές συνήθειες παιδιών νηπιακής ηλικίας, οι συνέπειες της κακής διατροφής, ενώ παρουσιάζονται και θέματα της Αγωγής Υγείας.

Α ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Αγωγή Υγείας

Το 1948, με την ίδρυση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (The World Health Organization -WHO), επιδιώχθηκε η παροχή καθοδήγησης σε παγκόσμια κλίμακα πάνω σε θέματα υγείας, η θέσπιση παγκόσμιων προτύπων για την υγεία, η συνεργασία με κυβερνήσεις για την ενίσχυση και βελτίωση των κατά τόπους εθνικών συστημάτων υγείας. Σύμφωνα με την σχετική διακήρυξή του, η Αγωγή της Υγείας ορίζεται *«ως μια εκπαιδευτική διαδικασία που επιδιώκει την διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία βελτιώνουν το επίπεδο υγείας των ανθρώπων»*. Με την σύγχρονη Αγωγή Υγείας λοιπόν, επιδιώκεται εκτός από το να μεταφερθούν γνώσεις σχετικές με την διατροφή, να διαμορφωθεί και μια σωστή διατροφική συμπεριφορά (Μπουκουβάλα 2012).

Στη διαμόρφωση των προτύπων συμπεριφοράς της υγείας επιδρά τόσο το φυσικό, όσο και το κοινωνικό περιβάλλον. Προκύπτει έτσι, μια έννοια παρεμφερής με την Αγωγή Υγείας, η Προαγωγή Υγείας. Το 1986, πραγματοποιήθηκε Διεθνές Συνέδριο για την Προαγωγή της Υγείας, όπου η έννοια της Προαγωγής της Υγείας ορίστηκε *«ως η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους»*. Η υγεία αναφέρεται όχι μόνο στην αποχή από οποιαδήποτε νόσο αλλά και στην κατάσταση της πλήρους σωματικής, πνευματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (WHO, 1986).

Συμπερασματικά, η Αγωγή Υγείας, ως εκπαιδευτική διαδικασία στοχεύει στην υιοθέτηση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα και το όριο ζωής των ανθρώπων. Μέσω εκπαιδευτικών και περιβαλλοντικών δράσεων, μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση της σωστής υγείας. Καθώς λοιπόν, αποτελεί μια παράμετρο αναγκαία για τη σύγχρονη κοινωνία και τη πρωτογενή πρόληψη, είναι απαραίτητη η ύπαρξή της από τα πρώτα χρόνια ζωής του ανθρώπου.

1.2. Αγωγή Υγείας και Σχολείο

Η Αγωγή Υγείας περιλαμβάνει μορφωτικές δραστηριότητες, οι οποίες απευθύνονται στα άτομα ή στις κοινότητες και αφορούν τα στοιχεία με τα οποία μπορούν να προληφθούν οι ασθένειες και να προασπιστεί η υγεία (Αθανασίου, 1995). Οι φορείς της είναι το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον, καθώς και το παράλληλο σχολείο.

Αρχικά, μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον το παιδί λαμβάνει την πρώτη του διαπαιδαγώγηση. Σταδιακά, περιορίζεται ο ρόλος της οικογένειας, με την ένταξη του παιδιού σε πιο οργανωμένα σχήματα, όπως το σχολείο, όπου κοινωνικοποιείται, μορφώνεται και εκπαιδεύεται, μέσα από συστηματικές και τυπικά διαρθρωμένες διαδικασίες αγωγής. Οι εμπειρίες των παιδιών από την καθημερινότητά τους και το σύνολο της κοινωνικής τους ζωής, αποτελούν στοιχεία του παράλληλου σχολείου.

Ανάμεσα στο σχολικό σύστημα και στην διαδικασία της Αγωγής Υγείας, υπάρχει στενή συνάφεια. Η ηλικία των παιδιών, όπου ακόμα διαμορφώνεται η προσωπικότητά τους, είναι κρίσιμη ώστε να αποκτηθεί η κατάλληλη ισορροπία για την υγεία, υιοθετώντας ανάλογες στάσεις και συμπεριφορές. Στο στάδιο αυτό, κατακτούν τη μάθηση κυρίως μέσω βιωμάτων. Αποτελεί λοιπόν, ευθύνη της Αγωγής Υγείας να ενισχύσει το παιδί στο να αντιληφθεί και να γνωρίσει τον εαυτό του και το σώμα του και να το βοηθήσει να αντιμετωπίσει τις επιδράσεις του περιβάλλοντός του. Εξίσου και η εκπαίδευση, οφείλει να βοηθήσει το παιδί στην κριτική αντιμετώπιση των αρνητικών επιδράσεων και στην υιοθέτηση θετικών στάσεων για την υγεία. Στα σχολεία, η Αγωγή Υγείας εστιάζει στην πρακτική εφαρμογή ώστε να αναπτυχθούν δεξιότητες σχετικές με την υγεία (Γκούβρα, Κυρίδης, Μαυρικάκη, 2001).

Ειδικότερα, στο σχολείο σκοπός της Αγωγής Υγείας είναι να αποκτήσουν οι μαθητές τις απαραίτητες ικανότητες και να υιοθετήσουν συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς, προκειμένου να εξελιχθούν σε υγιείς ενήλικες. Έτσι, αφορά όλα τα παιδιά οποιασδήποτε κοινωνικής τάξης ή πνευματικού επιπέδου των γονέων τους. Ακόμα, επιδιώκει να προλάβει την διαμόρφωση τυχόν αρνητικών συνηθειών, γι' αυτό απευθύνεται στα παιδιά από τις μικρές ηλικίες (Γκούβρα, Κυρίδης, Μαυρικάκη, 2001).

Στο περιβάλλον του σχολείου, η υλοποίηση της Αγωγής Υγείας μέσω των μαθημάτων ή άλλων προγραμμάτων αποσκοπεί να αποκτήσουν τα παιδιά τις ικανότητες να αντλούν και να αξιοποιούν αναλόγως πληροφορίες, να μπορούν να σχεδιάσουν μια έρευνα αξιολογώντας τα δεδομένα της. Επιδιώκεται ακόμα, η ικανότητά τους για επικοινωνία, για ορθές επιλογές, για ερμηνεία των σχέσεων

μεταξύ του φυσικού κόσμου και των ανθρώπων, για αναγνώριση των κινδύνων για την υγεία τους και προστασία τόσο της ατομικής τους υγείας όσο και των άλλων (Στάππα, 2000).

Συμπερασματικά, η Αγωγή Υγείας στα σχολεία μπορεί να οριστεί ως «η εκπαιδευτική διαδικασία διεπιστημονικού και διαθεματικού χαρακτήρα, η οποία συμβάλλει στην αναβάθμιση της σχολικής ζωής και στη σύνδεση του σχολείου με την κοινωνική πραγματικότητα. Σκοπός της Αγωγής Υγείας ορίζεται η προάσπιση, βελτίωση και η προαγωγή της ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής υγείας των μαθητών. Αφενός με την ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους και της κριτικής σκέψης τους και αφετέρου με την αναβάθμιση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντός τους» (Στάππα, 2010).

Επιπλέον, λοιπόν, επιδιώκεται με την Αγωγή Υγείας να αναβαθμιστεί το σχολείο και να συνδεθεί με την κοινωνική πραγματικότητα, να αναπτυχθούν κατάλληλες δεξιότητες ώστε να διαμορφωθούν άτομα με κριτική στάση, να μειωθεί η σχολική αποτυχία και η πρόωγη εγκατάλειψη της υποχρεωτικής εκπαίδευσης και να ενισχυθεί η ενσωμάτωση των νέων στην κοινωνία.

1.3. Ο Εκπαιδευτικός στη Σχολική Αγωγή Υγείας

Για την διδασκαλία της Αγωγής Υγείας, οι εκπαιδευτικοί μπορούν να ακολουθήσουν τρεις επιλογές. Η πρώτη επιλογή, η πιο εύκολη, είναι να αντιμετωπιστεί ως μια ακόμη ενότητα στο πλαίσιο των σχολικών μαθημάτων, εφόσον δεν προβλέπεται κάποια διαφορετική προσέγγιση από το αναλυτικό πρόγραμμα. Μια άλλη επιλογή αποτελεί η επικέντρωση της προσοχής των μαθητών στην Αγωγή Υγείας. Γι' αυτό, απαιτείται ένας πιο ενεργός ρόλος του δασκάλου, ο οποίος χρειάζεται να είναι ευαισθητοποιημένος και να τηρεί θετική στάση στο συγκεκριμένο ζήτημα. Τέλος, υπάρχει η επιλογή ανάπτυξης ειδικής μεθοδολογίας της Αγωγής Υγείας. Στην περίπτωση αυτή, απαιτούνται περισσότερα από όλους τους εμπλεκόμενους, ειδικότερα χρειάζεται μεγαλύτερη ανάμειξη των εκπαιδευτικών και περισσότερο χρόνο για την διδακτική προετοιμασία.

Λόγω της σπουδαιότητας της Αγωγής Υγείας, οι θυσίες που απαιτούνται από τον εκπαιδευτικό και από τους μαθητές, είναι αναγκαίες. Προκειμένου η ενασχόληση των εκπαιδευτικών με την Αγωγή Υγείας να είναι αποτελεσματική, χρειάζεται να έχουν τις ακόλουθες γνώσεις και δεξιότητες. Κατ' αρχήν, είναι απαραίτητη η οριοθέτηση ενός πλαισίου υγιεινών τρόπων ζωής και συνθηκών διαβίωσης και η αναγνώριση από μέρους τους, των πρωταρχικών ζητημάτων που θα ενταχθούν στην Αγωγή Υγείας. Όσον αφορά τις αντιλήψεις τους σχετικά με ζητήματα υγείας, πρέπει να έχουν κοινή αφετηρία με τα παιδιά και να συμβαδίζουν σε όλη την πορεία. Τέλος, η τεράστια

σημασία ενός ολιστικού σχολείου χρειάζεται να γίνει κατανοητή από όλους και να αναπτυχθούν μαθήματα της Αγωγής Υγείας στο σχολείο (Γκούβρα, Κυρίδης, Μαυρακακή, 2001).

Κατεξοχήν, ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι πολυεπίπεδος και λειτουργεί ως καθοδηγητής, ως οργανωτής, ως ερευνητής και ως φίλος. Η καθοδήγηση στον κόσμο της γνώσης, στις αξίες, στις σχέσεις αποτελούν στοιχεία αδιάσπαστα του ρόλου του εκπαιδευτικού. Όντας ο ηγέτης της κοινωνικής ομάδας της σχολικής τάξης, οργανώνει τον τρόπο διεξαγωγής των μαθημάτων σύμφωνα με τα πρότυπα του σχολικού συστήματος. Επίσης, έγκειται στον ίδιο η συλλογή πληροφοριών και η ανακάλυψη γνώσεων που θα διευκολύνουν τη διδασκαλία, αξιολογώντας τις επιστημονικά και παιδαγωγικά στους μαθητές του. Τέλος, λόγω της πλησιέστερης επαφής με τους μαθητές που αποκτά με την Αγωγή Υγείας, τον αισθάνονται ως φίλο και τον εμπιστεύονται, συμμετέχοντας έτσι πιο πρόθυμα στην εκπαιδευτική διαδικασία (Γκούβρα, Κυρίδης, Μαυρακακή, 2001).

1.4. Ο ρόλος της οικογένειας στη Σχολική Αγωγή Υγείας

Πέρα από τον αδιαμφισβήτητο σπουδαίο ρόλο του σχολείου στην Αγωγή Υγείας, ακόμα μεγαλύτερο ρόλο διαδραματίζει η οικογένεια, στηρίζοντας και καθοδηγώντας τα παιδιά με κάθε τρόπο. Ο ρόλος της διαμορφώνεται βάσει ορισμένων κοινωνικών παραγόντων, αναλόγως της μορφής της. Μπορεί οι ανάγκες κάθε παιδιού για αγάπη, φροντίδα και προστασία να παραμένουν ίδιες, όμως η μορφή της οικογένειας έχει αλλάξει. Εξαιτίας των οικονομικών συνθηκών κυρίως, έχει ελαττωθεί ο αριθμός των μελών της, αποκτώντας έτσι πυρηνική μορφή αποτελούμενη από τρία έως τέσσερα άτομα.

Όσον αφορά την κοινωνική, ψυχική, ηθική και πνευματική ανάπτυξη των παιδιών, αυτή είναι κατανοητή ανάμεσα στο σχολικό και το οικογενειακό περιβάλλον. Στα πλαίσια αυτά, η αρμονική συνεργασία σχολείου και οικογένειας, είναι απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου η Αγωγή Υγείας να αποδώσει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Στην επιτυχία των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας συμβάλλει καθοριστικά η συμμετοχή των γονέων -άμεση και έμμεση-, μιας και μόνο το σχολείο δεν επαρκεί για να εμποδισθούν πλήρως και να γίνουν βίωμα οι αξίες των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (Γκούβρα, Κυρίδης, Μαυρακακή, 2001).

Συνοψίζοντας, το σχολείο οφείλει να αποτελεί ένα μέρος οικείο και φιλόξενο τόσο για τα παιδιά όσο και για τους γονείς τους, ενθαρρύνοντας τις επισκέψεις και τυχόν παρατηρήσεις τους. Έτσι, δημιουργείται στενότερη επικοινωνία και αποδοτικότερη συνεργασία, με στόχο πάντα την σωστή ανατροφή των παιδιών.

1.5. Προγράμματα Αγωγής Υγείας που χρησιμοποιούνται στα σχολεία

Σύμφωνα με το άρθρο 7 του Ν.2817, ορίζονται τα εξής σχετικά με την Αγωγή Υγείας στα σχολεία: «Στα σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης εφαρμόζονται προγράμματα Αγωγής Υγείας. Τα συγκεκριμένα προγράμματα αποτελούν τμήμα των ωρολογίων και αναλυτικών προγραμμάτων των σχολείων αυτών και περιλαμβάνουν τη διδασκόμενη αναλυτική ύλη και τις σχετικές δραστηριότητες» (άρθρο 7, ν.2817/ΦΕΚ78/14-3-2000 στο Στάππα 2000).

Στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, η Αγωγή Υγείας προσεγγίζεται και διερευνάται πολύπλευρα, αναβαθμίζοντας έτσι την σχολική ζωή και συνδέοντάς την με την κοινωνική πραγματικότητα. Τα σχετικά προγράμματα, αφορούν την σχέση της υγείας με το περιβάλλον, την φυσική άσκηση, τον εθελοντισμό, την σεξουαλική αγωγή, την κυκλοφοριακή αγωγή, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής εν γένει (ΔΕΠΠΣ: Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών (Αγωγή Υγείας).

Προκειμένου τα προγράμματα της Αγωγής Υγείας να πετύχουν τους στόχους τους, χρειάζεται οι εκπαιδευτικοί να κατανοήσουν σε βάθος τους σπουδαιότερους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ανθρώπου. Να γίνει δηλαδή, κατανοητός ο τρόπος που επιδρά στην υγεία ο παράγοντας της κληρονομικότητας, του περιβάλλοντος, του τρόπου ζωής και της γενικότερης στάσης και συμπεριφοράς του ατόμου. Επιπλέον, πρέπει οι εκπαιδευτικοί να είναι σε θέση να προχωρούν σε συσχετισμό των παραπάνω επιδράσεων με συγκεκριμένες απειλές για την υγεία, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, διάφορες μορφές καρκίνου κ.α. (Αθανασίου, 2004).

Εξίσου σημαντική είναι η αναγνώριση, από μέρους των εκπαιδευτικών, των κύριων συνιστωσών ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Οι βασικότεροι παράγοντες που διαμορφώνουν τον τρόπο ζωής του ατόμου είναι η διατροφή, το περιβάλλον και οι συνθήκες διαβίωσης, η φυσική δραστηριότητα και άσκηση, οι διαπροσωπικές σχέσεις, το στρες, η σεξουαλική συμπεριφορά, η χρήση και κατάχρηση ουσιών, η έκθεση σε τοξικούς παράγοντες και στην ηλιακή ακτινοβολία (Αθανασίου, 2004).

1.6. Σύγχρονα προβλήματα υγείας παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας

Τα προβλήματα που προκύπτουν στα παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας από μια ακατάλληλη διατροφή, οι συνέπειές τους και η σημασία της πρόληψής τους, αναλύονται στην ενότητα αυτή. Τα πιο συχνά προβλήματα που απειλούν τα παιδιά είναι η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης η στοματική υγιεινή, η έλλειψη σωματικής άσκησης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

1.6.1. Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία αναφέρεται στο παραπάνω σωματικό βάρος από το φυσιολογικό (National Institute of Health at all, 2010 αναφορά από το «National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. (2010), “Disease and conditions index: What are overweight and obesity? Bethesda, MD: National Institutes of Health.»).

Ο συνδυασμός χαμηλών επιπέδων σωματικής δραστηριότητας και υιοθέτησης ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών, έχει προκαλέσει μια δραματική αύξηση του φαινομένου της παχυσαρκίας, προκαλώντας έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον. Οι παράγοντες που προκαλούν την παχυσαρκία είναι πολλοί, είτε γενετικής και βιολογικής φύσεως είτε ψυχολογικής, περιβαλλοντικής και κοινωνικής (Αθανασίου, 2004). Επιπλέον, τα άτομα που πάσχουν από παχυσαρκία, έρχονται αρκετές φορές αντιμέτωπα με την αρνητική κριτική των συνομηλίκων τους, αποκλείονται ακόμα από διάφορες δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά και η αυτοεκτίμησή τους.

Λόγω της δυσκολίας αντικειμενικής εκτίμησης των περιπτώσεων παχυσαρκίας, χρησιμοποιούνται κάποιοι δείκτες που προσφέρουν έναν αντικειμενικό τρόπο εκτίμησης της κατάστασης. Ο πλέον αξιόπιστος και αποδεκτός δείκτης είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Σύμφωνα με το WHO, η παιδική και νεανική παχυσαρκία έχει περιγραφεί ως παγκόσμια επιδημία, λόγω των υψηλών ποσοστών παχύσαρκων ατόμων σε πολλές χώρες. Οι συνέπειες της παχυσαρκίας μακροπρόθεσμα, είναι εξαιρετικά σοβαρές καθώς αυξάνονται οι πιθανότητες για εμφάνιση διαβήτη τύπου II, για καρδιαγγειακές ασθένειες, υπέρταση, ακόμα και καρκίνο (WHO, 2006).

Σε φυσιολογικά επίπεδα, το λίπος είναι απαραίτητο συστατικό στην παιδική διατροφή. Λόγω των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών που περιέχει, συμβάλλει στην ομαλή ανάπτυξη και μπορεί να καταναλώνεται χωρίς περιορισμούς σε παιδιά ηλικίας μέχρι δύο ετών. Στα παιδιά προσχολικής

ηλικίας όμως, η κατανάλωση λιπαρών τροφών πρέπει να είναι περιορισμένη. Σε γενικές γραμμές, η κατανάλωση της τροφής δεν πρέπει να ξεπερνά σε ποσότητα τις καθημερινές τους ανάγκες. Σε περίπτωση κατανάλωσης επιπλέον ποσότητας ή όταν στην καθημερινότητα η διατροφή είναι πλούσια σε θερμίδες χωρίς κάποια σωματική άσκηση, δημιουργείται περίσσεια λίπους (Αθανασίου, 2004).

1.6.2. Στοματική Υγιεινή

Στην παιδική ηλικία, είναι συχνό το φαινόμενο της κακής στοματικής υγιεινής. Η σημαντικότερη αιτία αυτού του φαινομένου είναι η ζάχαρη που βρίσκεται σε πάρα πολλά τρόφιμα που καταναλώνονται καθημερινά, όπως είναι οι χυμοί, τα αναψυκτικά, τα μπισκότα κ.α. Λόγω της τόσο συχνής κατανάλωσης ζάχαρης, καθίσταται απαραίτητη η άμεση φροντίδα των δοντιών, καθώς τα εξωγενή και τα ενδογενή οξέα των τροφίμων αυξάνουν την οδοντική διάβρωση (WHO, 2006).

Από τις πιο διαδεδομένες νόσους του στόματος και πολύ συνηθισμένη στα παιδιά είναι η τερηδόνα, η οποία καταστρέφει την αδαμαντίνη των δοντιών. Επίσης, η τερηδόνα μπορεί να παρουσιαστεί ακόμα και στα βρέφη και στα νήπια, εάν χρησιμοποιείται παραπάνω από όσο πρέπει το μπιμπερό και η πιπίλα. Εξίσου συχνή είναι και η ουλίτιδα, προκαλώντας πρησμένα ούλα και πιθανή αιμορραγία, καθώς και η περιοδοντίτιδα, που μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια των δοντιών στους ενηλίκους. Συνίσταται λοιπόν, με την συμπλήρωση του πρώτου έτους, τα παιδιά να επισκέπτονται τον οδοντίατρο.

Η στοματική υγιεινή πρέπει να διδάσκεται από πολύ νωρίς στο σπίτι. Χρειάζεται οι γονείς να μάθουν στα παιδιά να φροντίζουν σωστά τα δόντια τους, να αποφεύγουν τα ενδιάμεσα γεύματα όταν γίνεται, ενώ όταν είναι απαραίτητο να προτιμούν κάποιο υγιεινό σνακ, όπως φρούτα ή λαχανικά και τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνη (Γκούβρα, Κυρίδης, Μαυρικάκη, 2001).

Όσον αφορά της αγωγή της στοματική υγείας στο σχολείο, αυτή θα πρέπει να είναι μια εκπαιδευτική διαδικασία και αναπόσπαστο μέρος της σχολικής Αγωγή Υγείας. Έχοντας εξασφαλίσει αρχικά την ενεργό συμμετοχή των μαθητών, ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να δίνει έμφαση στο βούρτσισμα των δοντιών σε καθημερινή βάση, σε διατροφικές συνήθειες που διατηρούν την υγεία του στόματος και να συστήνει τις τακτικές επισκέψεις στον οδοντίατρο (Γκούβρα, Κυρίδης, Μαυρικάκη, 2001).

1.6.3. Σωματική άσκηση

Άρρηκτα συνδεδεμένη με την πρόληψη ασθενειών είναι και η σωματική άσκηση. Επομένως, στο πλαίσιο υιοθέτησης συνηθειών που βελτιώνουν και προάγουν την υγεία, δε θα πρέπει να παραλείπεται η τακτική σωματική άσκηση αλλά να ενσωματώνεται στα προγράμματα της Αγωγής Υγείας στο σχολείο.

Η σωματική άσκηση παίζει καθοριστικό ρόλο στο βάρος των παιδιών. Η ανάγκη για παιχνίδι και κίνηση είναι ιδιαίτερα έντονη στα παιδιά κυρίως της νηπιακής ηλικίας. Όμως, τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μεγάλη έλλειψη σωματικής άσκησης σε παιδιά και εφήβους, είτε λόγω της καθιστικής ζωής που κυριαρχεί είτε λόγω των ηλεκτρονικών παιχνιδιών που προτιμούν τα παιδιά να παίζουν, αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα στο να εξελιχθούν σε υπέρβαρους και παχύσαρκους ενήλικες. Επίσης, η έλλειψη σωματικής άσκησης συνεπάγεται έλλειψη επαφής με το περιβάλλον, απομονώνοντας έτσι τα άτομα από τον κοινωνικό περίγυρο (WHO, 2006).

Από την άλλη, η σωματική άσκηση μπορεί να ωφελήσει τον οργανισμό με πολλούς τρόπους, βοηθώντας την καρδιά να λειτουργεί καλύτερα και άρα, μειώνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης πολλών σοβαρών ασθενειών. Επιπλέον, συμβάλλει στο να αυξηθεί η οστική μάζα και να διατηρηθούν τα οστά σε καλή. Για την διατήρηση λοιπόν, ενός υγιούς σωματικού βάρους των παιδιών και των εφήβων, χρειάζεται η πρόσληψη ενέργειας να βρίσκεται σε ισορροπία με την κατανάλωσή της.

1.6.4. Καρδιαγγειακά νοσήματα

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την δεύτερη αιτία πρώιμης θνησιμότητας στη χώρα μας. Για τον λόγο αυτό, καθίσταται αναγκαία η Αγωγή Υγείας στο σχολείο ώστε να προληφθούν τα νοσήματα αυτά, καθώς μάλιστα οι πρώτες βλάβες εντοπίζονται ήδη κατά την παιδική ηλικία (Αθανασίου, 2004).

Μέσω του κυκλοφορικού συστήματος μεταφέρεται οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά στα κύτταρα του σώματος, απομακρύνοντας συγχρόνως από αυτά το διοξείδιο του άνθρακα. Το αίμα διοχετεύεται από την καρδιά, κυκλοφορεί μέσω των αρτηριών και από τις φλέβες, επιστρέφει στην καρδιά. Είναι αναγκαίο λοιπόν, να παραμένουν ανοιχτές οι αρτηρίες για να είναι υγιή και ζωντανά τα κύτταρα του οργανισμού. Με το πέρασμα των χρόνων όμως, μπορεί να συμβεί σκλήρυνση των

αρτηριών των αγγείων με συνέπεια τη μειωμένη ροή του αίματος. Είναι η λεγόμενη αρτηριοσκληρώση. Η αρτηριοσκληρυντική απόφραξη των αρτηριών της καρδιάς, προκαλεί την στεφανιαία νόσο, ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας στην σύγχρονη εποχή. Αυτό που συμβαίνει στην ουσία είναι ότι μια περιοχή στην καρδιά τροφοδοτείται με λιγότερο αίμα, προκαλώντας σημαντικά προβλήματα. Η στεφανιαία νόσος προκαλείται κυρίως λόγω κληρονομικότητας, αλλά και λόγω ανθυγιεινού τρόπου ζωής (Αθανασίου, 2004).

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα μπορούν να προληφθούν με μια ισορροπημένη διατροφή και με κατάλληλη σωματική άσκηση. Απαραίτητη προϋπόθεση για να μπορέσει να ανακοπεί η επιδημία αυτή των καρδιαγγειακών νοσημάτων, αποτελεί η βελτίωση του τρόπου ζωής από τα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού. Αυτό συνεπάγεται επαναπροσδιορισμό της διατροφής και επιστροφή στο παραδοσιακό μοντέλο, καθώς και συχνή σωματική άσκηση, ώστε το σωματικό βάρος να ελέγχεται και να παραμένει εντός των φυσιολογικών ορίων (Αθανασίου, 2004).

1.6.5. Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης έχει δύο κλινικές μορφές. Η μία μορφή, γνωστή ως διαβήτης τύπου 2, είναι ήπια, εμφανίζεται στα ηλικιωμένα άτομα και με την κατάλληλη διατροφή μπορεί να ελεγχθεί. Αντίθετα, η άλλη μορφή είναι πολύ σοβαρή και παρουσιάζεται στα παιδιά ή στους εφήβους. Πρόκειται για τον διαβήτη τύπου 1, που για να ελεγχθεί είναι απαραίτητη η χορήγηση ινσουλίνης ισοβίως (Παταργιάς, Αλεπόρου, 2005).

Τα αίτια που προκαλούν τον σακχαρώδη διαβήτη ποικίλουν. Γενικά, ο κίνδυνος ανάπτυξης του είναι αυξημένος στα άτομα που πάσχουν από μυοτονική δυστροφία, ενώ μπορεί να εμφανιστεί και ως συνέπεια άλλων ασθενειών. Η γενετική προέλευσή του ισχύει σε ένα ποσοστό, γεγονός που αποδεικνύεται από την συχνή εμφάνισή του σε συγγενικά άτομα και με μελέτες που έχουν γίνει σε δίδυμα. Ωστόσο, πέρα από τους γενετικούς παράγοντες, η εμφάνιση του σακχαρώδους διαβήτη εξαρτάται και από το περιβάλλον (Παταργιάς, Αλεπόρου, 2005).

1.6.6. Καρκίνος

Μια από τις σοβαρότερες ασθένειες της εποχής μας, είναι ο καρκίνος. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, είναι υπεύθυνος για το 20% των θανάτων, ενώ σχεδόν το 1/3 του πληθυσμού έχει προσβληθεί από κάποια μορφή καρκίνου. Αν και συνήθως παρουσιάζεται στους ενήλικες, δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που εμφανίζεται και στα παιδιά. Μάλιστα, η εμφάνισή του σε νεαρά άτομα είναι συνυφασμένη με μεγαλύτερο βαθμό κακοήθειας (Παταργιάς, Αλεπόρου, 2005).

Στις περισσότερες περιπτώσεις των καρκίνων η κληρονομικότητα δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο. Οφείλεται κυρίως, σε γονιδιακές μεταλλάξεις. Δηλαδή, ορισμένοι παράγοντες προκαλούν μεταλλάξεις στα γονίδια που είναι υπεύθυνα για βασικές κυτταρικές λειτουργίες, προκαλώντας καρκινογένεση στον οργανισμό.

1.7. Ποια από τα θέματα Αγωγής Υγείας ενδείκνυται να ακολουθηθεί στην προσχολική ηλικία

Η διδασκαλία της Αγωγής Υγείας στο νηπιαγωγείο, γίνεται με πολύπλευρο τρόπο μέσω των τις δραστηριοτήτων που προβλέπονται από το πρόγραμμα σπουδών. «Οι μαθητές αντιλαμβάνονται ορισμένες αξίες που αφορούν τα ζητήματα υγείας ώστε να εφαρμόσουν τις σχετικές αρχές» (ΔΕΙ 111Σ (Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών), Αγωγή Υγείας). Βασικότερες θεματικές ενότητες της είναι *Φροντίζω τον εαυτό μου και Η σχέση μου με το περιβάλλον*. Αυτό που επιδιώκεται είναι η ανάπτυξη αυτοεκτίμησης των νηπίων, η καλλιέργεια των σχέσεων με τους άλλους, η προσαρμογή με το περιβάλλον του σχολείου και η απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων των βασικών κανόνων υγιεινής.

1.7.1. Κυκλοφοριακή Αγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες στη χώρα μας, η κυριότερη αιτία θανάτου των νέων είναι τα τροχαία ατυχήματα. Μάλιστα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατυχημάτων αφορούν παιδιά ηλικίας μέχρι πέντε χρονών. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην απουσία της κυκλοφοριακής αγωγής από το σχολείο. Ελάχιστες είναι οι περιπτώσεις που ορισμένοι εκπαιδευτικοί έχουν ασχοληθεί με αυτή, και πάλι

αποσπασματικά στα πλαίσια των προγραμμάτων Αγωγή Υγείας. Είναι επομένως, ολοφάνερη η ανάγκη εκπαίδευσης των παιδιών στους κανόνες οδικής κυκλοφορίας, ώστε να διαμορφώσουν από μικρή ηλικία κατάλληλη συμπεριφορά.

Στο νηπιαγωγείο, η κυκλοφοριακή αγωγή υλοποιείται μέσω δραστηριοτήτων σχετικών με την Μελέτη Περιβάλλοντος, αποσκοπώντας στην γνωριμία των παιδιών με τους βασικούς κανόνες κυκλοφοριακής αγωγής. *«Τα παιδιά μέσα από κατάλληλες δραστηριότητες και παιχνίδια, όπως τα αυτοκινητάκια και τα αυτοσχέδια σήματα μαθαίνουν κανόνες ασφαλείας και αναγνωρίζουν σύμβολα που χρησιμοποιούνται στην καθημερινότητα άλλα και σήματα κυκλοφορίας (για παράδειγμα το πράσινο και το κόκκινο στα φανάρια, πως να διασχίζουμε το δρόμο με ασφάλεια κ.α.)»* (Μελέτη περιβάλλοντος, γλώσσα) (ΔΕΠΠΣ (Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών), Αγωγή Υγείας).

1.7.2. Διατροφή

Μια εξαιρετικά σημαντική παράμετρος της ανάπτυξης των παιδιών αποτελεί η διατροφή. Είναι λοιπόν, απαραίτητο μέσω της διατροφής να λαμβάνει ο οργανισμός την αναγκαία ποσότητα τροφών, που είναι πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά. Η σύγχρονη διατροφή αναλύεται στην επόμενη ενότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

2.1. Οι σύγχρονες διατροφικές τάσεις στην Ελλάδα και στις άλλες χώρες

Η ισορροπημένη διατροφή, αποτελεί στις μέρες μας συχνό αντικείμενο προβληματισμού και συζητήσεων. Προκειμένου ένα διαιτολόγιο να θεωρείται ισορροπημένο, πρέπει να περιλαμβάνει σωστή αναλογία υδατανθράκων, πρωτεϊνών και λιπιδίων, καθώς και βιταμινών και ιχνοστοιχείων. Πρόκειται για τη λεγόμενη Μεσογειακή Διατροφή, η οποία περιλαμβάνει λίγο κρέας και αρκετό ψάρι και όσπρια, φρούτα και λαχανικά, ελαιόλαδο και ελιές, ζυμαρικά και μαύρο ψωμί (Αθανασίου, 2004).

Μετά την εκβιομηχάνιση όμως, αλλάζοντας οι συνθήκες διαβίωσης των ανθρώπων αλλάζανε και οι διατροφικές συνήθειές τους και επιλογές. Σύμφωνα με έρευνες, διαπιστώνονται οι εξής αλλαγές στο τυπικό Ελληνικό διαιτολόγιο: αύξηση των θερμίδων που προσλαμβάνονται καθημερινά, υπερβολική πρόσληψη πρωτεΐνης, λίπους και ζάχαρης. Τέλος, τα όσπρια, τα δημητριακά, τα φρούτα και λαχανικά καταναλώνονται ελάχιστα.

Ως συνέπεια αυτών των αλλαγών, προκύπτουν διάφορα προβλήματα υγείας, καρδιοπάθειες και στεφανιαία νόσος, που οδηγούν σε θνησιμότητα. Κρίνεται λοιπόν, αναγκαία η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής αλλάζοντας ριζικά τον τρόπο διατροφής.

2.2. Τα θρεπτικά συστατικά και ο ρόλος τους

Ο ανθρώπινος οργανισμός, για να είναι σε θέση να λειτουργεί και να αναπτύσσεται ομαλά, χρειάζεται τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά. Αυτά είναι οι υδατάνθρακες, οι πρωτεΐνες και τα λίπη, τα οποία προσφέρουν την απαιτούμενη ενέργεια στον οργανισμό.

Οι υδατάνθρακες αποτελούν την κύρια πηγή ενέργειας για τον ανθρώπινο οργανισμό, ενώ μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για παραγωγή ενέργειας αναερόβια. Σε αυτούς περιλαμβάνεται και η γλυκόζη, η οποία βρίσκεται στα φρούτα και αποτελεί την κύρια πηγή ενέργειας για το κεντρικό νευρικό σύστημα (Χασαπίδου, 2002). Οι πρωτεΐνες βρίσκονται ως επί το πλείστον σε ζωικές τροφές (κρέας, ψάρι, αυγό, γάλα), αλλά και σε πολλές φυτικές (όσπρια, ξηροί καρποί). Τα λίπη έχουν φυτική και ζωική προέλευση και διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες. Τα κορεσμένα, που βρίσκονται στα λίπη

των ζώων, τα πολυακόρεστα και τα μονοακόρεστα. Οι περισσότερες ομάδες τροφίμων περιλαμβάνουν λίπη, κορεσμένα και ακόρεστα (Αθανασίου, 2004).

Στον ακόλουθο πίνακα (2.1) απεικονίζονται τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε λίπη, κατηγοριοποιημένα σύμφωνα με το κυρίαρχο είδος λίπους που περιέχουν.

Πίνακας 2.0.1. Τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπη

Χαρακτηριστικά τρόφιμα	Κυρίαρχο είδος λίπους
Πολύ λιπαρά κομμάτια κόκκινου κρέατος (βοδινό, αρνίσιο, χοιρινό), πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα (όπως βούτυρο, τυρί, παγωτό, γάλα, κρέμα) φοινικέλαιο.	Κορεσμένα λιπαρά οξέα
Ελιές, ηλιόσποροι, σουσάμι, αβοκάντο, αμύγδαλα, φουντούκια	Μονοακόρεστα λιπαρά οξέα
Λιπαρά ψάρια (όπως σολομός, πέστροφα, καρύδια, σόγια).	Ω-3 πολυακόρεστα
Ηλιόσποροι, σουσάμι, καρύδια, σόγια, καλαμπόκι	Ω-6 πολυακόρεστα

Πηγή: EUFIC, 2015

Ο ρόλος των λιπών στον ανθρώπινο οργανισμό είναι να παράγουν και να αποθηκεύουν ενέργεια, αποτελώντας την πιο συγκεντρωμένη πηγή ενέργειας. Μάλιστα, η ενέργεια που προσφέρουν στον οργανισμό είναι διπλάσια σε σχέση με τους υδατάνθρακες. Ακόμα, συμμετέχουν στη σύνθεση της κυτταρικής μεμβράνης, αποτελούν τους φορείς των λιποδιαλυτών βιταμινών και είναι αναγκαία για ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού (Χασαπίδου, 2002).

Στα λίπη εντάσσονται και οι βιταμίνες, που βρίσκονται κυρίως σε φρούτα και λαχανικά και διακρίνονται σε υδατοδιαλυτές (B, C) και σε λιποδιαλυτές (Α, D, E, K) (Αθανασίου, 2004). Πληροφορίες για τις πιο σπουδαίες βιταμίνες, παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (2.2).

Πίνακας 2.0.2 Οι σπουδαιότερες βιταμίνες

Όνομασία βιταμίνης	Τροφές στις οποίες βρίσκεται	Παθήσεις που οφείλονται στην έλλειψή τους
Βιταμίνη Α (Καροτίνη) Αντιοξειδωτικός παράγοντας.	Νωπά πράσινα χόρτα- λαχανικά, γάλα-βούτυρο, μουρουνέλαιο, συκώτι.	Ξήρανση δέρματος και κερατοειδής χιτώνας στο μάτι (ξηροφθαλμία). Ασθενής όραση στο ημίφως.
Βιταμίνη Β1 (Θειαμίνη).	Μαγιά, Φύτρα, (Εμβρυα σιταριού).	Μπέρι-Μπέρι: μια απώλεια όρεξης, βάρους, πεπτικές διαταραχές, πρήξιμο ποδιών.
Σύμπλεγμα βιταμινών Β. Περιλαμβάνει 9 άλλες βιταμίνες με κύριο εκπρόσωπο το νικοτινικό οξύ.	Γάλα-κρέας και πράσινα λαχανικά.	Χαρακτηρίζεται από απώλεια βάρους, διάρροια, δερματίτιδα και διανοητική καθυστέρηση.
Βιταμίνη Ο (Ασκορβικό οξύ) αντιοξειδωτικός παράγοντας.	Εσπεριδοειδή (πορτοκάλια- λεμόνια). Νωπά λαχανικά , αβοκάντο.	Σκορβούτο: αδυναμία, μάτωμα στόματος-ούλων, αναιμία, ευαισθησία δέρματος.
ΒιταμίνηΕ (Τοκοφερόλη) Αντιοξειδωτικός παράγοντας.	Φύτρα σιταριού, ψωμί ολικής αλέσεως. Βούτυρο.	Προξενεί θάνατο του εμβρύου.
Βιταμίνη Κ	Λαχανικά κυρίως λάχανο και σπανάκι.	Συμπτώματα παρόμοια με το σκορβούτο.

Πηγή: Αθανασίου, 2004

2.3. Η Μεσογειακή διατροφή

Η Μεσογειακή Διατροφή είναι η διατροφή των λαών της Μεσογείου (Trichoroulou, 1995). Την χαρακτηρίζει η υψηλή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, δημητριακών και οσπρίων, η μέτρια κατανάλωση γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων, η χαμηλή κατανάλωση κρέατος, η αυξημένη κατανάλωση ψαριών και η χρήση του ελαιόλαδου αντί άλλων λιπαρών (Πιπεράκης, 2002). Οι τροφές που περιλαμβάνει η μεσογειακή διατροφή, συχνά κατηγοριοποιούνται και μορφοποιούνται σε μια πυραμίδα, σύμφωνα με την συχνότητα κατανάλωσής τους που συστήνεται.



Εικόνα 2.1: Η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής

Σύμφωνα με την πυραμίδα της διατροφής, από την έρευνα WHO nutrition (2006), τα τρόφιμα της ομάδας των δημητριακών, των ζυμαρικών, των φρούτων και λαχανικών, του ελαιόλαδου και των γαλακτοκομικών, πρέπει να καταναλώνονται καθημερινά. Το λευκό κρέας, τα αυγά και τα τρόφιμα που περιέχουν ζάχαρη, δεν πρέπει να ξεπερνούν τις 3-4 μερίδες την εβδομάδα και σε μικρές

ποσότητες, ενώ το κόκκινο κρέας να καταναλώνεται λίγες φορές το μήνα.

2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών

Η σπουδαιότητα διερεύνησης του ζητήματος της διατροφής μαζί με τους παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση των διατροφικών συνήθειων των παιδιών, υπαγορεύεται από πολλούς λόγους. Τις διατροφικές επιλογές διαμορφώνουν τόσο βιολογικοί παράγοντες όσο και κοινωνικοί και πολιτιστικοί. Είναι επομένως, απαραίτητο οι παράγοντες αυτοί να γίνουν κατανοητοί ούτως ώστε οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και τα προγράμματα Αγωγής Υγείας να μπορέσουν να επιτύχουν τους στόχους τους.

Τα νεαρά άτομα, επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες είτε με θετικό είτε με αρνητικό τρόπο. Εκτός από την οικογένεια, που έχει τον πρώτο ρόλο, μεγάλη επιρροή ασκεί και το σχολείο και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ενώ σημαντικός είναι και ο ρόλος της κληρονομικότητας. Όσον αφορά τις προτιμήσεις και συνήθειες των παιδιών σε θέματα διατροφής, σχετίζονται με εκείνες του οικογενειακού και κοινωνικού περιγύρου τους. Ένας σημαντικός παράγοντας για να επιλέξουν ή να απορρίψουν τα παιδιά ένα τρόφιμο είναι η γεύση του και ακολούθως τα άλλα χαρακτηριστικά του, όπως το χρώμα, η υφή και το μέγεθος, το άρωμα και η θερμοκρασία.

Η οικογένεια, ασφαλώς έχει καθοριστικό ρόλο στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών, αποτελώντας τον σημαντικότερο εξωτερικό παράγοντα. Εκτός από την ευθύνη για την υγεία του παιδιού, οι γονείς λειτουργούν και ως πρότυπα προς μίμηση. Επομένως, η συμπεριφορά των γονέων και οι επιλογές τους σε θέματα διατροφής, είναι που καθορίζουν τις συνήθειες διατροφής των παιδιών (WHO, 2013). Εν συνεχεία, στη διαμόρφωση των συνηθειών αυτών, επιδρά σημαντικά και το σχολικό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένων των συνομηλίκων, των εκπαιδευτικών και του σχολικού κυλικείου.

Σταδιακά, στη διαμόρφωση των προτιμήσεων των παιδιών επιδρούν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ιδιαίτερα η τηλεόραση. Μέσω του συγκεκριμένου μέσου, διαφημίζονται κυρίως αναψυκτικά, επεξεργασμένα τρόφιμα γλυκά και αλμυρά και fast-food. Είναι φανερό πως η θρεπτική αξία αυτών των γευμάτων είναι ιδιαίτερα χαμηλή. Σύμφωνα με έρευνα, διαπιστώθηκε ότι περισσότερες από τις μισές τηλεοπτικές διαφημίσεις, απευθύνονται στα παιδιά και αφορούν τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, ζάχαρη ή αλάτι (WHO, 2013). Λόγω της έλλειψης γνώσεων και κρίσης για το πιο ωφέλιμο για τα ίδια, τα παιδιά αποτελούν εύκολους στόχους των τηλεοπτικών

μηνυμάτων, διαμορφώνοντας πολλές φορές τις διατροφικές τους συνήθειες σύμφωνα με όσα προβάλλονται από τα Μ.Μ.Ε.

Μια άλλη έρευνα, το 2012, έδειξε ότι ο μέσος όρος παρακολούθησης τηλεόρασης από παιδιά και εφήβους στην Ευρώπη, είναι τουλάχιστον δύο ώρες (WHO, 2013). Μεγάλη ευθύνη για το θέμα της τηλεόρασης έχουν και οι γονείς. Είναι απαραίτητη η άσκηση κάποιου ελέγχου από μεριάς τους, σχετικά με τις ώρες παρακολούθησης και με τα πρότυπα που προβάλλονται (WHO, 2013).

Προκύπτει λοιπόν, η αναγκαιότητα προώθησης από το σχολείο της σωματικής άσκησης και μιας σωστής διατροφής, μέσα από τη διδασκαλία της Αγωγής Υγείας. Τα σχολεία οφείλουν να αναπτύξουν πρωτοβουλίες σχετικές με την υγιεινή διατροφή. Στο πλαίσιο αυτό, πρέπει να κινηθούν και τα σχολικά κυλικεία, τα οποία επιδρούν επίσης στη διαμόρφωση διαιτητικών επιλογών. Ωστόσο, αποτελεί γενική διαπίστωση η ύπαρξη τροφίμων σε αυτά, που είναι ανθυγιεινά και δεν επιτρέπονται, σύμφωνα με τη σχετική λίστα του Υπουργείου Παιδείας.

Βέβαια, προκειμένου να υλοποιηθούν επιτυχώς τα προγράμματα διατροφής, χρειάζεται ανάλογη επιμόρφωση των εκπαιδευτικών. Οι δάσκαλοι, λειτουργώντας και αυτοί ως πρότυπα μέσα στο σχολικό περιβάλλον, μπορούν να ενισχύσουν ή να αποδυναμώσουν συγκεκριμένες στάσεις και συμπεριφορές. Γι' αυτό, χρειάζεται να επιμορφωθούν και οι ίδιοι, ώστε να αποτελέσουν για τα παιδιά το καλύτερο δυνατό πρότυπο.

Τέλος, στις συνήθειες διατροφής των παιδιών επιδρά και η κληρονομικότητα, η οποία έχει καθοριστικό ρυθμιστικό ρόλο στα πρότυπα διατροφής. Ο όρος κληρονομικότητα αναφέρεται στην διαδικασία μεταβίβασης από γενιά σε γενιά ορισμένων δομικών, ανατομικών και συμπεριφορών χαρακτηριστικών. Ο συνδυασμός της κληρονομικότητας και των περιβαλλοντικών επιδράσεων, μπορεί να καθορίσει το μεταβολικό και γενετικό προφίλ του κάθε ατόμου.

2.5. Το νηπιαγωγείο και η διατροφική αγωγή

Η Διατροφική Αγωγή στα πλαίσια του νηπιαγωγείου, αφορά την προσωπική, κοινωνική και σωματική ανάπτυξη του παιδιού. Ο ρόλος κάθε εκπαιδευτικού ιδρύματος ανεξαρτήτως βαθμίδας, στην προαγωγή της υγείας και στην θεμελίωση ενός υγιεινού τρόπου ζωής είναι καταλυτικός, επηρεάζοντας και διαμορφώνοντας τις στάσεις και τις συμπεριφορές των μαθητών.

2.6. Οι σκοποί και οι στόχοι των προγραμμάτων διατροφής

Τα προγράμματα διατροφής στο νηπιαγωγείο επιδιώκουν να προάγουν την σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών, βοηθώντας τα να υιοθετήσουν υγιεινές διατροφικές συνήθειες. Μέσω αυτών των προγραμμάτων, προσφέρονται στα παιδιά οι κατάλληλες γνώσεις και κινητοποιούνται ώστε να αλλάξουν την διατροφική τους συμπεριφορά.

Τα προγράμματα διατροφής στοχεύουν στην κατανόηση από μέρους των μαθητών, της προέλευσης των τροφών, της αξίας και των επιδράσεών τους στην υγεία, όπως και στην καλλιέργεια της ικανότητας αξιολόγησης των πληροφοριών αυτών και στην συνειδητοποίηση των κινδύνων για την υγεία τους, υιοθετώντας υγιεινές συνήθειες και συμπεριφορές. Ακόμα, στους στόχους των προγραμμάτων περιλαμβάνεται η διερεύνηση της σχέσης του τόπου, του χρόνου, της θρησκείας, του πολιτισμού και την οικονομικής κατάστασης με τη διατροφή. Επιδιώκεται τέλος, η ανάπτυξη κριτικής σκέψης στα παιδιά, ώστε να μπορούν να αξιολογούν και να επεξεργάζονται αναλόγως τα διαφημιστικά μηνύματα που προβάλλονται (ΔΕΙ 111Σ (Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών) Αγωγή Υγείας).

Σύμφωνα με το αναλυτικό πρόγραμμα του νηπιαγωγείου, τα προγράμματα της διατροφής ενσωματώνονται στο «Παιδί και Περιβάλλον, Ανθρωπογενές Περιβάλλον και Αλληλεπίδραση» και στοχεύουν στην εκμάθηση βασικών κανόνων υγιεινής και προστασίας. *«Τα παιδιά έχουν καθημερινές ευκαιρίες να αντιληφθούν τη σημασία της καθαριότητας, της άσκησης και της υγιεινής διατροφής στη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας. Να γνωρίζουν και να μιλούν για βασικές υγιεινές συνήθειες (π.χ. φροντίδα των δοντιών). Να διακρίνουν υγιεινές και βλαβερές τροφές. Να αναγνωρίζουν και να ταξινομούν τις τροφές σε διάφορες ομάδες και να παρουσιάσουν εναλλακτικές προτάσεις για υγιεινό πρωινό αναζητώντας τα κατάλληλα γι' αυτό προϊόντα. Αποφασίζουν να περιορίσουν την κατανάλωση γλυκών και να αυξήσουν την κατανάλωση φρούτων για την επόμενη εβδομάδα, κολλούν σε πίνακα καταγραφής τα περιτυλίγματα από τα γλυκά και την φλούδια από τα φρούτα που τρώνε καθημερινά και συγκρίνουν»* (ΔΕΙ 111Σ (Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών) Αγωγή Υγείας).

Β ΜΕΡΟΣ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο παρόν κεφάλαιο, παρουσιάζεται η μεθοδολογική προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκε από την παρούσα μελέτη. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την τεχνική του ανώνυμου ερωτηματολογίου.

3.1. Η ποσοτική έρευνα

Οι ποσοτικές έρευνες διενεργούνται συνήθως με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων, στα οποία αποτυπώνεται το περιεχόμενο των προσωπικών συνεντεύξεων που λαμβάνονται επί τούτου. Έτσι και στην παρούσα εργασία, χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Η ποσοτική μέθοδος σε μια έρευνα, ενδείκνυται όταν αναζητούνται συγκεκριμένες και ακριβείς πληροφορίες. Τα δεδομένα που προκύπτουν, μπορούν να αναλυθούν στατιστικά και να οδηγήσουν σε αξιόπιστα αποτελέσματα, εφόσον το επιλεγμένο δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό. Η διερεύνηση των ποσοτικών μεταβλητών με τις στατιστικές μεθόδους, προσφέρει τη δυνατότητα να ομαδοποιηθούν, να ιεραρχηθούν, αλλά δίνει πληροφορίες για τις διαφορές μεταξύ τους.

Εφόσον στην παρούσα εργασία διερευνώνται οι συνήθειες των νηπίων σε θέματα διατροφής και οι τρόποι ενίσχυσης ενός θετικού μοντέλου διατροφής, δημιουργήθηκαν τέσσερις κατηγορίες, που αποτελούν τους βασικούς τομείς της έρευνας. Ορισμένες κατηγορίες περιέχουν υποερωτήματα με τη μορφή προτάσεων, θετικών και αρνητικών (να/όχι). Ειδικότερα, στην πρώτη κατηγορία εμφανίζονται τα δημογραφικά στοιχεία και στη συνέχεια διερευνώνται η επαγγελματική κατάσταση των γονέων και οι οικογενειακές συνήθειες σχετικά με το πρωινό, οι διατροφικές συνήθειες σχετικά με το πρωινό, οι διατροφικές συνήθειες στο σχολείο και τέλος οι φυσικές δραστηριότητες και ο ύπνος.

3.2. Το δείγμα της έρευνας.

Προκειμένου κάθε έρευνα που διεξάγεται να είναι έγκυρη, χρειάζεται το δείγμα στο οποίο βασίζεται να είναι αντιπροσωπευτικό και να διακρίνεται από ομοιογένεια, ούτως ώστε να δώσει αξιόπιστα αποτελέσματα. Αναλόγως του στόχου κάθε μελέτης και της φύσης του πληθυσμού που διερευνάται, είναι και το μέγεθος του δείγματος.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ακολουθήθηκε η μέθοδος της κατά στρώματα δειγματοληψίας, για την συλλογή του δείγματος. Η μέθοδος αυτή βασίζεται στην αρχή πως αν ο πληθυσμός διαιρεθεί σε ομοιογενή στρώματα (ομάδες) σε σχέση με το χαρακτηριστικό που διερευνάται, τότε ένα μικρό δείγμα από κάθε στρώμα θα είναι αρκετό για την εκτίμησή του. Ακολουθώς, ο συνδυασμός των εκτιμήσεων κάθε στρώματος, θα δώσει την συνολική εκτίμηση.

Το δείγμα της παρούσας έρευνας, αποτελείται από 75 μαθητές προσχολικής αγωγής, του 7^{ου} Νηπιαγωγείου Τρικάλων. Η δειγματοληψία έγινε τον Σεπτέμβριο και Οκτώβριο του 2019. Γραπτά ερωτηματολόγια, δόθηκαν και συμπληρώθηκαν ανώνυμα από τους γονείς των μαθητών, τα οποία και παρατίθεται στο παράρτημα της έρευνας. Με τρόπο αυτό, συλλέχθηκαν στοιχεία και προέκυψαν τα δεδομένα της έρευνας. Επιλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια έναντι της συνέντευξης, λόγω της μεγαλύτερης σαφήνειας αποκωδικοποίησή τους και της συντομότερης διεξαγωγής αποτελεσμάτων.

Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι οποίες καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα απόψεων και ενδείκνυνται για στατιστική ανάλυση λόγω της συντομίας και σαφήνιάς τους. Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου δίνονται διαφορά γενικά στοιχεία και ακολουθεί το κύριο μέρος.

Τα ερωτηματολόγια, μοιράστηκαν στους γονείς προσωπικά από μένα και σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς του Νηπιαγωγείου. Οι γονείς, αφού ενημερώθηκαν αναλυτικά για το σκοπό της έρευνας, χρειάστηκαν 10-20 λεπτά για να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, τα οποία αποτελούνταν από τρεις σελίδες. Προτιμήθηκε η προσωπική επαφή αντί της ταχυδρομικής αποστολής, για να αποφευχθούν τυχόν απώλειες. Το επίπεδο ανταπόκρισης ήταν υψηλό, καθώς δεν αντιμετωπίστηκε απροθυμία συμμετοχής ή άλλες ιδιαίτερες δυσκολίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Σε αυτή την ενότητα εμφανίζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων του ερωτηματολογίου, σε μορφή πινάκων και διαγραμμάτων, όπως εξήχθησαν μετά την ανάλυσή τους στο πρόγραμμα SPSS Statistics 25

Α. ΓΕΝΙΚΑ – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Πίνακας 4.1. Φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό %
ΑΓΟΡΙ	39	51,3
ΚΟΡΙΤΣΙ	37	48,7
Σύνολο	76	100,0

Το δείγμα της έρευνας σχεδόν μοιράζεται σε αγόρια και κορίτσια με πολύ μικρή διαφορά των αγοριών να ξεπερνά κατά 2 νήπια τα κορίτσια όπως φαίνεται και από τον πίνακα 4.1.

Πίνακας 4.2. Ηλικία

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Valid	4-5	31	40,8
	5-6	45	59,2
	Σύνολο	76	100,0

Οι ηλικίες των παιδιών ήταν ανάμεσα στα 4 με 5 και 5 με 6 ετών με μικρή διαφορά της δεύτερης κατηγορίας που κατέχει το 59,2% επί του συνόλου (πίνακας 4.2.)

Πίνακας 4.3. Βάρος

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Βάρος σε κιλά (Kgr)	15,20	1	1,3
	17,00	2	2,6
	17,20	1	1,3
	17,40	1	1,3
	17,50	1	1,3
	18,00	5	6,6
	19,00	3	3,9
	20,00	8	10,5
	21,00	4	5,3
	22,00	6	7,9
	23,00	2	2,6
	23,50	2	2,6
	24,00	2	2,6
	25,00	4	5,3
	26,00	1	1,3
	30,00	4	5,3
	31,00	1	1,3
	32,00	1	1,3
	33,00	3	3,9
	34,00	2	2,6
35,00	5	6,6	
36,00	2	2,6	
37,00	1	1,3	
38,00	3	3,9	
40,00	1	1,3	

	42,00	1	1,3
	Σύνολο	67	88,2
Απώλειες Καταγραφής		9	11,8
Σύνολο		76	100,0

Στην ερώτηση που σχετίζεται με το βάρος των παιδιών θα πρέπει να επισημανθεί ότι το 11,8% δεν έδωσε καμία απάντηση, όπως φαίνεται αναλυτικά στον πίνακα 4.3. Τα περισσότερα νήπια (29) ανήκουν στη κατηγορία βάρους από 20 έως 30 κιλά και μετά ακολουθεί η κατηγορία 30 έως 40 κιλά (22) (πίνακας 4.3)

B. ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ

Πίνακας 4.4. Οι γονείς εργάζονται και οι δύο

		Συχνότητα	Ποσοστό %
ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ?	ΚΑΝΕΝΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΔΥΟ	2	2,6
	ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ	51	67,1
	ΜΟΝΟ Ο ΠΑΤΕΡΑΣ	20	26,3
	ΜΟΝΟ Η ΜΗΤΕΡΑ	3	3,9
	Σύνολο	76	100,0

Στο μεγαλύτερο ποσοστό σχετικά με την εργασία των γονέων εμφανίζεται σύμφωνα με τον πίνακα 4.4., ότι και οι δύο γονείς εργάζονται (67,1%), δεν είναι όμως και λίγες οι οικογένειες στις οποίες εργάζεται μόνο ο πατέρας (26,3%)

Πίνακας 4.5. Δουλειά πατέρα

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Valid	ΟΧΙ	4	5,3
	ΝΑΙ	72	94,7

ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ	6	7,9
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	25	32,9
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	19	25,0
Σύνολο	76	100,0

Το 94,7% των πατεράδων εργάζονται, σύμφωνα με τον πίνακα 4.5, περισσότερο στον ιδιωτικό τομέα και ένα ελάχιστο ποσοστό (5,3%) είναι άνεργοι

Πίνακας 4.6. Δουλειά μητέρας

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Valid	ΟΧΙ	21	27,6
	ΝΑΙ	55	72,4
	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ	6	7,9
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	19	25,0
	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	16	21,1
	Σύνολο	76	100,0

Επίσης μεγάλο είναι το ποσοστό των εργαζόμενων μαμάδων των νηπίων που πήραν μέρος στην έρευνα (72,4%). Οι μητέρες εργάζονται είτε στον ιδιωτικό είτε στον δημόσιον τομέα ενώ ελάχιστες (7,9%) εργάζονται περιστασιακά (πίνακας 4.6).

Πίνακας 4.7. Ο παππούς και η γιαγιά ζουν μαζί σας

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Valid	ΟΧΙ	56	73,7
	ΝΑΙ	13	17,1
	ΕΝΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΔΥΟ	7	9,2
	Σύνολο	76	100,0

Το 26,3% των οικογενειών, ζούνε μαζί με τον παππού και τη γιαγιά. (πίνακας 4.7)

Πίνακας 4.8. Τρώτε όλοι μαζί πρωινό

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Valid	ΟΧΙ	29	38,2
	ΝΑΙ	13	17,1
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	34	44,7
	Σύνολο	76	100,0

Συνήθως οι οικογένεια δεν τρώει όλη μαζί πρωινό, σύμφωνα με τον πίνακα 4.8.

Πίνακας 4.9. Τρως πρωινό σπίτι

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Valid	ΟΧΙ	3	3,9
	ΝΑΙ	53	69,7
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	20	26,3
	Σύνολο	76	100,0

Επίσης τα νήπια τις περισσότερες φορές τρώνε πρωινό στο σπίτι (πίνακας 4.9).

Πίνακας 4.10. Πρωινό

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Τι πρωινό τρως	ΑΥΓΟ	8	4,5%
	ΓΑΛΑ	40	22,3%
	ΓΑΛΑ ΜΕ ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΑ	36	20,1%
	ΦΥΣΙΚΟ ΧΥΜΟ/ΦΡΟΥΤΑ	7	3,9%
	ΤΟΣΤ	25	14,0%
	ΔΕΝ ΤΡΩΩ	2	1,1%
	ΚΕΙΚ	17	9,5%
	ΣΦΟΛΙΑΤΟΕΙΔΗ	4	2,2%
	ΨΩΜΙ/ΦΡΥΓΑΝΙΕΣ	15	8,4%
	ΧΥΜΟ ΣΥΣΚΕΥΑΣΜΕΝΟ	3	1,7%
	ΜΕΛΙ/ΜΑΡΜΕΛΑΔΑ	17	9,5%
	ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΟΥΡΝΟ	5	2,8%
	Σύνολο	179	100,0%

Το πρωινό που επιλέγουν συνήθως είναι γάλα (22,3%) ή γάλα μαζί με δημητριακά (20,1%), τوست (14 %) και κέικ ή μέλι/μαρμελάδα (9,5%) (πίνακας 4.10).

Πίνακας 4.11. Τι κάνεις την ώρα του πρωινού

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Valid	ΤΙΠΟΤΑ	22	28,9
	ΒΛΕΠΩ ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	40	52,6
	ΔΙΑΒΑΖΩ	0	0
	ΜΙΛΑΩ	14	18,4
	Σύνολο	76	100,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος, κατά την ώρα του πρωινού τους επιλέγουν να δούνε τηλεόραση (52,6%) (πίνακας 4.11).

Πίνακας 4.12. Τρώς δεκατιανό στο σχολείο

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Valid	ΝΑΙ	76	100,0

Επίσης όλα τα παιδάκια τρώνε δεκατιανό στο σχολείο τους (πίνακας 4.12).

Πίνακας 4.13. Είδος δεκατιανού

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Valid	ΦΟΥΡΝΟΥ/ΜΑΓΑΖΙ	20	26,3
	ΣΠΙΤΙΚΟ	55	72,4
	Σύνολο	75	98,7
Απώλειες	Καταγραφής	1	1,3
Σύνολο		76	100,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δεκατιανού που τρώνε τα παιδάκια είναι σπιτικό (72,4%), σύμφωνα με τον πίνακα 4.13.

Πίνακας 4.14. Δεκατιανό

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Τι είδους δεκατιανό τρως	ΤΟΣΤ	51	19,4%
	ΑΥΓΟ	14	5,3%
	ΓΙΑΟΥΡΤΙ	9	3,4%
	ΚΟΥΛΟΥΡΙ	29	11,0%
	ΦΥΣΙΚΟ ΧΥΜΟ	6	2,3%
	ΧΥΜΟ ΣΥΣΚΕΥΑΣΜΕΝΟ	19	7,2%
	ΚΡΟΥΑΣΑΝ	17	6,5%
	ΚΕΙΚ	34	12,9%
	ΚΑΣΕΡΙ	17	6,5%
	ΦΡΟΥΤΑ	18	6,8%
	ΣΦΟΛΙΑΤΟΕΙΔΗ	17	6,5%
	ΣΠΙΤΙΚΕΣ ΠΙΤΕΣ	19	7,2%
	ΜΠΑΡΕΣ ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΩΝ	13	4,9%
	ΔΕΝ ΤΡΩΩ	0	0
Σύνολο		263	100,0%

Σύμφωνα με τον πίνακα 4.14, μεγαλύτερη προτίμηση στο δεκατιανό δείχνουν στο τوست (19,4%), το κέικ (12,9%) και στο κουλούρι (11%)

Πίνακας 4.15. Ασχολείσαι με κάποιο άθλημα

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Valid	ΟΧΙ	37	48,7
	ΝΑΙ	25	32,9
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	12	15,8
	Σύνολο	74	97,4
Απώλειες	Καταγραφής	2	2,6
Σύνολο		76	100,0

Το μεγαλύτερο μέρος των παιδιών δεν ασχολείται με κάποια αθλητική δραστηριότητα (48,7%) ενώ κάποια ασχολούνται μερικές φορές (15,8%), ενώ μόλις το 32,9% έχουν ένα άθλημα ως μία από τις δραστηριότητές τους (πίνακας 4.15)

Πίνακας 4.16. Κοιμάσαι νωρίς το βράδυ

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Valid	ΟΧΙ	11	14,5
	ΝΑΙ	47	61,8
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	16	21,1
	Σύνολο	74	97,4
Απώλειες	Καταγραφής	2	2,6
Σύνολο		76	100,0

Τα περισσότερα παιδάκια κοιμούνται νωρίς το βράδυ (61,8%) (πίνακας 4.16)

Πίνακας 4.17. Ξυπνάς νωρίς το πρωί

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Valid	ΟΧΙ	9	11,8
	ΝΑΙ	44	57,9
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	21	27,6
	Σύνολο	74	97,4
Απώλειες	Καταγραφής	2	2,6
Σύνολο		76	100,0

Εφόσον τα περισσότερα παιδιά κοιμούνται νωρίς το βράδυ, θα ξυπνάνε και νωρίς το πρωί, όπως φαίνεται και στον πίνακα 4.17.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, μέσα από τη διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών των παιδιών προσχολικής ηλικίας, την εξέταση των παραγόντων που τις επηρεάζουν και τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, βλέπουμε πως το διατροφικό προφίλ των παιδιών είναι καλό. Παρόλο που οι μητέρες εργάζονται τα παιδιά τρέφονται σωστά και υγιεινά και στις περισσότερες περιπτώσεις το είδος του πρωινού και του δεκατιανού είναι σπιτικό. Μεγάλο ποσοστό τρώνε πρωινό που είναι σπιτικό, παίρνουν δεκατιανό μαζί τους, το οποίο είναι σπιτικό και δεν πίνουν έτοιμους χυμούς απ' έξω. Τα περισσότερα παιδιά τρώνε τα βασικά γεύματα και το είδος των τροφίμων που προτιμώνται στις περισσότερες περιπτώσεις είναι το πλέον κατάλληλο χωρίς να περιέχουν πολύ ζάχαρη, αλάτι ή λίπος. Όμως από την έρευνα παρατηρούμε μειωμένη φυσική δραστηριότητα που οδηγεί στην αύξηση βάρους, πράγμα που μας δείχνει πως μία καλή διατροφή μόνο δεν αρκεί.

Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνονται και ενισχύονται από άλλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα, όπως η έρευνα του Τμήματος Προληπτικής Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο Κρήτης, όπου φαίνεται ότι το ένα από τα τέσσερα παιδιά νηπιακής ηλικίας είναι είτε υπέρβαρο είτε παχύσαρκο. Μάλιστα, η Ελλάδα είναι μια από τις Ευρωπαϊκές χώρες με τα πιο υψηλά ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας και ειδικά στην προσχολική ηλικία, σύμφωνα με τη Διεθνή Ομάδα Δράσης κατά της Παχυσαρκίας. Επίσης, μια Πανευρωπαϊκή μελέτη που έγινε σε παιδιά προσχολικής ηλικίας καταδεικνύει τη σχέση των κακών διατροφικών συνηθειών των παιδιών με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας. Επίσης, σύμφωνα με άλλες έρευνες, τα παιδιά που ξεπερνούν τα φυσιολογικά επίπεδα βάρους στις ευρωπαϊκές χώρες φτάνουν τις 400.000 ετησίως και από αυτά, οι 85.000 είναι παχύσαρκα.

Ανακεφαλαιώνοντας, φαίνεται πως ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό παιδιών έχει ήδη διαμορφώσει τις διατροφικές του συνήθειες, οι οποίες τείνουν να είναι οι καταλληλότερες σε όλες τις περιπτώσεις. Δεδομένου του εύκολου επηρεασμού τους ακόμα, λόγω της ηλικίας τους, είναι δυνατόν οι ανθυγιεινές συνήθειες και προτιμήσεις τους να αλλάξουν. Αυτό βέβαια, προϋποθέτει την ουσιαστική συμμετοχή της οικογένειας πρωτίστως, όπως και του σχολικού περιβάλλοντος, ούτως ώστε να μπορέσουν τα νήπια να διαμορφώσουν τις κατάλληλες διατροφικές συνήθειες, που θα προάγουν την ανάπτυξη και την υγεία τους οδηγώντας σε μια όσο το δυνατόν πιο υγιή ενήλικη ζωή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Αθανασίου, Κ. (2004). *Αγωγή Υγείας*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Γκούβρα, Μ , Κυρίδης, Α, Μαυρικάκη, Ε. (2001). *Αγωγή Υγείας και Σχολείο: Βιολογική και Παιδαγωγική Προσέγγιση*. Αθήνα, Εκδόσεις ΤΥΠΩΘΗΤΩ.
- ΔΑΜΙΑΝΑΚΗ Δ, ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε, ΤΣΑΝΙΚΙΔΟΥ Σ, ΖΩΓΡΑΦΟΥ Π, ΚΟΥ- ΤΣΟΥΛΙΕΡΗ Λ, ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ, 34ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ, σελ.29ΒΑ.
- ΔΕΠΠΣ (Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών), Αγωγή Υγείας.
- ΔΕΠΠΣ (Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Σπουδών), Αγωγή Υγείας.
- Κάκουρος Ε, Μανιαδάκη Κ, Καπνίση Ε, Παιδική παχυσαρκία και η σχέση της με τις γονικές αντιλήψεις και διατροφικές συνήθειες, *Παιδιατρική*, 2005;68:45-51.
- Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών στο νηπιαγωγείο. *Πτυχιακή Εργασία από την φοιτητρία Κρεμμύδα Όλγα*.
- Παταργιάς, Θ , & Αλεπόρου, Β. (2005). *Γενετική Ανθρώπου*. Εκδόσεις Συμμετρία.
- Πιπεράκης, Σ. (2002). *Τροφή, Διατροφή, Ανατροφή: οι διατροφικές συνήθειες: Ενημέρωση- Εκπαίδευση- Τρόπος Ζωής*. Αθήνα.
- Στάπα-Μουρτζίνη, Μ. (2010). *Αγωγή Υγείας*. Αθήνα: Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων.
- Χασαπίδου, Μ , Φαχαντίδου, Α. (2002). *Διατροφή για Υγεία, Άσκηση και Αθλητισμό*. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών.

Ξενόγλωσση

- Agostoni C, Riva E, Scaglioni S, Marangoni F, Radaelli G, and Giovannini M, Dietary fats and cholesterol in Italian Infants and children, *Am J Clin Nutr* 2000;72(suppl):1384S-91S.
- Ajzen I, Fishbein M, Attitudinal and normative variables as predictors of specific behaviors, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1973, v27, n1:41 -57.
- Alexy U, Sichert Hellert W, Kersting M, Fifteen-year trends in energy and macronutrient intake in German children and adolescents: results of the DONALD study, *British Journal of Nutrition*, 2002 Jun, 87(6):595-604.
- Alexy U, Sichert-Hellert W, Kersting M, Manz F, The foods most consumed by German children and adolescents : results of the DONALD Study. Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Design, *Annals of nutrition and metabolism* 2001, 45(3):128-34
- American Academy of Pediatrics, National Cholesterol Education Program, Report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents, *Pediatrics*, 1992;89 (Suppl):S 525 - 584.
- American Dietetic Association, Position of the American Dietetic Association, Society for Nutrition Education, and American School Food Service Association - Nutrition services: An essential component of comprehensive school health programs, *J Am Diet Assoc*. 2003 ;103: 505 - 514.
- American Dietetic Association, Position of the American Dietetic Association: Child and adolescent food and nutrition programs, *J Am Diet Assoc*, 2003 ;103:887 - 893.
- Anderson G H, Zlotkin S H, Developing and implementing food-based dietary guidance for fat in the diets of children, *Am J Clin Nutr* 2000;72 (suppl):1404S-9S.

- Arifeen S E, Black R E, Caulfield L E, Antelman G, Baqui A H, Nahar Q, Alamgir S, and Mahmud H, Infant growth patterns in the slums of Dhaka in relation to birth weight, intrauterine growth retardation, and prematurity, *Am J Clin Nutr* 2000;72:1010-7.
- Atkin L-M, Davies P, Diet composition and body composition in preschool children, *Am j Clin Nutr* 2000;72 :15-21.
- Ballesteros-Pomar M D, Rubio-Herrera M A, Gutierrez-Fuentes J A, Gomez-Gerique J A, Gomez de la Camara A, Pascual O, Garate I, Montero R, Campina S , Dietary habits and cardiovascular risk in the Spanish population: the DRECE study (I).Diet and Cardiovascular Events Risk in Spain, *Annals of nutrition and metabolism*, 2000, 44(3) :108-14.
- Bandura A, Self - efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 1977, v84, n2:191-215.
- Barlow SE, Dietz WH, Obesity evaluation and treatment : Expert committee recommendations, *Pediatrics* 1998; 102: e29.
- Bellizzi M C, Dietz W H, Workshop on childhood obesity: summary of the discussion, *Am J Clin Nutr* 1999;70 (suppl):173S-5S.
- Bentley M E, Dietary Diversity and Food Waste in a Rural Connecticut Daycare, Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Nutrition Education, Boston July 1982.
- BIGGE MORRIS, ΘΕΩΡΙΕΣ ΜΑΘΗΣΗΣ ΓΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΤΑΚΗ, ΑΘΗΝΑ 1990.
- Birch L L, Fisher J O, Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight, *Am J Clin Nutr* 2000;71:1054-61.
- BORRA S, KELLY L, SHIRREFFS M, NEVILLE K, GEIGER C, Developing health messages: Qualitative studies with children, parents, and teachers help identify communications opportunities for healthful lifestyles and the prevention of obesity, *J Am Diet Assoc.*2003;103:721-728.
- Breslow J, Pediatrics aspects of hyperlipidemia, *Pediatrics* 1978;62:510.
- BRUSS M B, MORRIS J, DANNISON L, Prevention of childhood obesity: Sociocultural and familial factors, *J Am Diet Assoc.*2003;103:1042-1045.
- Bundred P, Kitchiner D, Buchan I, Prevalence of overweight and obese children between 1989 and 1998: population based series of cross sectional studies, *BMJ*, 2001;322:326-328.
- Butte N F, Fat intake of children in relation to energy requirements, *Am J Clin Nutr* 2000;72(suppl):1246S-52S.
- Chadriani P, Shatenstein B, Nutrient patterns, nutritional adequacy, and comparisons with nutrition recommendations among French-Canadian adults in Montreal, *Journal of the American College of Nutrition* 1996 Jun, 15(3):255-63.
- Chauliac M, and others, Nutrition Education, International Children's Centre, Paris(France) 1991.
- Chunming C, Fat intake and nutritional status of children in China, *Am J Clin Nutr* 2000;72 (suppl) :1368S-72S.
- Cook J T, Sherman L P, Brown J L, Impact of Food Stamps on the Dietary Adequacy of Poor Children, Center on Hunger, Poverty and Nutrition Policy, Tufts University School of Nutrition, Medford 1995.
- Cook J T, Martin K S, Differences in Nutrient Adequacy among Poor and Non-Poor Children, Center on Hunger, Poverty and Nutrition Policy, Tufts University 1995.
- Crews C N, Effects of Food Products on Behavior, Learning Abilities, and Social Relationships in Preschool and Elementary School Children, Paper presented at the Research Colloquia, «Issues in Education» Kentucky, August 1989.

- Curhan GC, Willett EC, Rimm EB, Spiegelman D, Ascherio AL, Stampfer MJ, Birth weight and adult hypertension, diabetes mellitus, and obesity in US men, *Circulation* 1996;94:3246-3250.
- Cutting T M, Fisher J O, Grimm-Thomas K, and Birch L L, Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers dietary disinhibition, *Am J Clin Nutr* 1999;69:608-13.
- Davis S M, Going S B, Helitzer D L, Teufel N I, Snyder P, Gittelsohn J, Metcalfe L, Arviso V, Evans M, Smyth M, Brice R, and Altaha J, Pathways: a culturally appropriate obesity-prevention program for American Indian schoolchildren, *Am J Clin Nutr* 1999; 69(suppl):796S-802S.
- De Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Memelle N, Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction, *Circulation* 1999; 99:779-85.
- Demayer E M, Xerophthalmia and Blindness of Nutritional Origin in the Third World, International Children's Centre, Paris (France), 1986.
- De Onis M, Blossner M, Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries, *Am J Clin Nutr* 2000;72 :1032-9.
- Dietz WH, Periods of risk in childhood for the development of adult obesity - What do we need to learn ? *J Nutr* 1997; 127: 1884s - 1886s.
- Dietz WH, Childhood weight affects adult morbidity and mortality, *J Nutr* 1998; 128:411S-414S.
- Dietz WH, The obesity epidemic in young children, *British Medical Journal* 2001, 10 February ; 313 - 314.
- Dietz WH, Bellizzi M C, Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children, *Am J Clin Nutr* 1999; 70(suppl):123S-5S.
- Draijer J, Williams T, School Health Education and Promotion in the Member States of the European Community, The Commission of the European Communities, 1991.
- European Food Information Council Newsletter, Μετάφρ. Π. Πλιτζανοπούλου, Πρόσθετα τροφίμων. Τα χρειαζόμαστε; ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑ 1998, ΠΕΡΙΟΔΟΣ Β, 2 (1-2), 36-37.
- Evans S K, Nutrition Education Materials and Audiovisuals for Grades Preschool through 6.Special Reference Briefs, National Agricultural Library, Beltsville, MD 1994.
- Evans S K, Nutrition Education Materials and Audiovisuals for Grades Preschool through 6.Special Reference Briefs Series, Food and Nutrition Information Center, Beltsville, MD 1997.
- Fisher J O, Rolls B J, and Birch L L, Children's bite size and intake of an entree are greater with large portions than with age-appropriate or self-selected portions, *Am J Clin Nutr* 2003;77:1164-70.
- FRIEDRICH L et STEIN A H, Επιθετικά και κοινωνικά τηλεοπτικά προγράμματα και η συμπεριφορά των παιδιών της προσχολικής ηλικίας ,στο ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ, Βοσνιάδου Στ. (επιμέλεια), ΚΕΙΜΕΝΑ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ Γ ΤΟΜΟΣ, ΑΘΗΝΑ GUTENBERG 1992.
- Garza C, De Onis M, A new international growth reference for young children, *Am J Clin Nutr* 1999;70 (suppl):169S-72S.
- Gillman MW, Cupples LA, Gagnon D et al, Protective effect of fruits and vegetables on development of stoke in men, *JAMA* 1995, 273: 1113-1117.
- Gittelsohn J, Evans M, Story M, Davis S, Metcalfe L, Helitzer D L, and Clay T E, Multisite formative assessment for the Pathways study to prevent obesity in American Indian schoolchildren, *Am J Clin Nutr* 1999, 69(suppl):767S-72S.

- Going S B, Levin S, Harrell J, Stewart D, Kushi L, Cornell C E, Hunsberger S, Corbin C and Sallis J, Physical activity assessment in American Indian schoolchildren in the Pathways study, *Am J Clin Nutr* 1999;69 (suppl):788S-95S.
- Goran M I, Measurement issues related to studies of childhood obesity: Assessment of body composition, body fat distribution, physical activity and food intake, *Pediatrics*, 1998: Mar; 101:505-18.
- Goran M I, Gower B A, Relation between visceral fat and disease risk in children and adolescents, *Am J Clin Nutr* 1999;70(suppl):149S-56S.
- Gorelick M C, Clark E. A, Establishing Nutritious Food Practices in Early Childhood .Final Report, September 1979-September 1981, California State Univ., Northridge. Preschool Lab. 1981.
- Gracey M, Historical, cultural, political, and social influences on dietary patterns and nutrition in Australian Aboriginal children, *Am J Clin Nutr* 2000;72 (suppl):1361S-7S.
- Grawford M A, Diupy P and Slevens P, The role of dietary fats in the preparation for pregnancy, for foetal and neonate development. Proceedings of the third international Congress on the biological value of olive oil. Έκδοση I.Y.E. Χανίων σε συνεργασία με το Διεθνές Συμβούλιο Ελαιολάδου, Χανιά - Κρήτης, 1980, 8-12 Σεπτεμβρίου.
- Grundy S, Μετάφρ. Κωνσταντινίδου Μ, Η πολυπαραγοντική αιτιολογία της παχυσαρκίας, ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑ 1999, ΠΕΡΙΟΔΟΣ Β, 3, (3-4), 78-99.
- Guerra A, Feldl F, Koletzko B, *Ann Nutr Metab* 2001, 45:78-81.
- Guillaume M, Defining obesity in childhood: current practice, *Am J Clin Nutr* 1999;70(suppl):126S-30S.
- Guo S S, Chumlea W C, Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood, *Am J Clin Nutr* 1999;70 (suppl):145S-8S.
- Guo S S, Roche A F, Chumlea W C, The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35 y, *Am J Clin Nutr*, 1994 ;59: 810-819.
- Haines J A, Sigman-Grant M, Brown J L, Healthful Menus and Recipes for Children Over Two Years of Age in the Child and Adult Care Food Program, Pennsylvania State Dept. of Education, Division of Food and Nutrition, Harrisburg 1996.
- Hanley A JG, Harris S B, Gittelsohn J, Wolever T MS, Saksvig B, and Zinman B, Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: prevalence and associated factors, *Am J Clin Nutr* 2000;71:693-700.
- HARNACK L, WALTERS S-A H, JACOBS D R, Dietary intake and food sources of whole grains among US children and adolescents: Data from the 1994-1996 Continuing Survey of Food Intakes by Individuals, *J Am Diet Assoc.*2003; 103:1015-1019.
- Hebbelink M, Clarys P, and De Malsche A, Growth, development, and physical fitness of Flemish vegetarian children, adolescents, and young adults, *Am J Clin Nutr* 1999;70(suppl):579S-85S.
- Hediger M L, Overpeck M D, Ruan W J, and Troendle J F, Early infant feeding and growth status of US-born infants and children aged 4-71 mo: analyses from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994, *Am J Clin Nutr* 2000;72 :159-67.
- Helitzer D L, Davis S M, Gittelsohn J, Going S B, Murray D M, Snyder P, and Steckler A B, Process evaluation in a multisite, primary obesity-prevention trial in American Indian schoolchildren, *Am J Clin Nutr* 1999;69(suppl):816S-24S.
- Herrinton L, and Husson G, Relation of Childhood Height and Later Risk of Breast Cancer, *Am J Epidemiol* 2001;154:618-23.
- Hertzler A A, and others, Food Guide Pyramid Menus for Preschoolers- Adequacy of Selected Nutrients, *Journal of Family and Consumer Sciences*, 1996 v88 n4 p63-65.

- Hitchings E, Moynihan P, (Translation: Plitzanopoulou P), Affect of television advertisements on food choices of school age children, *Nutrition - Dietetics* 2000, Series B, 4 (1-2):38-43.
- Hosseini M, Carpenter RG, Mohammad K, Jones ME, Standardized percentile curves of body mass index of Iranian children compared to the US population reference, *Int J Obes* 1999; 23:783-787.
- Hubert H B, Feinleb M, McNamara P M, Castelli W P, Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: A 26 - year follow - up of participants in the Framingham Heart Study, *Circulation* 1983, 67:968-977.
- Hupkens C L, Knibbe R A, Van Otterloo A H, Drop M J, Class differences in the food rules mothers impose on their children: a cross-national study, *Social science and medicine*, 1998 Nov, 47(9):1331-9.
- Hurley R S, Individual and Social Factors. *Nutrition in Health Promotion Series*, Number 17, Ohio State Univ., Columbus. Dept. of Family Medicine 1985.
- Javeau C, Η ΕΡΕΥΝΑ ΜΕ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ, ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΤΖΑΝΝΟΝΕ-ΤΖΩΠΤΖΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ τυπωθήτω, ΑΘΗΝΑ, 1996.
- Jeppesen J, Schaaf P, Jones C et al, Effects of low - fat high - carbohydrate diets on risk factors for ischemic heart disease in postmenopausal women, *Am J Clin Nutr* 1997,65:1027-1033.
- Katsouyanni K, Trichopoulos D, Boyle P, Xirouchaki E, Trichopoulou A, Lisseos B, Vasilaros S, Mac Mahon B, Diet and breast cancer: a case-control study in Crece, 1986 Dec 15;38(6):815-20.
- Key T J A, Thorogood M, Appleby P N et al, Dietary habits and mortality in 11,000 vegetarians and health conscious people: results of a 17 year follow, *Br Med J* 1996, 313:775-779.
- Keys A, Coronary heart disease in seven countries, *Circulation* 1970, 41(Suppl 1):1- 211.
- Keys A, Menotti A, Karvonen MJ, Aravanis C, Blackburn H, Buzina R, Djordjevic B.S, Dontas AS, Fidanza F, Keys M. The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *Am J Epidemiol* 1986, 124 (6):903-915.
- Kleinman R, Hall S, Green H, Korzec- Ramirez D, Patton K, Pagano M, Diet, breakfast, and academic performance in children, *Ann Nutr Metab*, 2002;46 (1 Suppl):S 24- S 30.
- Knehans A W, Childhood obesity:why is this happening to our children? *Journal Oklahoma State Medical Association* 2002 Aug 95(8):539-44.
- Knekt P, Reunanen A, Javinen R et al, Antioxidant vitamin intake and coronary mortality in longitudinal population study, *Am J Epidemiol* 1994, 139:1180-1189.
- Koletzko B, Dokoupil K, Reitmayr S, Weimert-Harendza B, Keller E, Dietary fat intakes in infants and primary school children in Germany, *Am J Clin Nutr* 2000;72 (suppl) :1392S-8S.
- Kotch J, Shackelford J, The Nutritional Status of Low-Income, Preschool Children in the United States: A Review of the Literature, Food Research and Action Center, Washington, 1989.
- Krauss RM, Deckelbaum RJ, Ernst N et al, Dietary guidelines for healthy American adults: a statement for health professionals from the Nutrition Committee, American Heart Association, *Circulation* 1996, 94:1795-1800.
- Kuczmariski RJ, Ogden CL et al, CDC Growth charts: United States advance data from vital and health statistics N° 314, National Center for Health Statistics, Atlanta 2000.
- Kumanyika S, Jeffery R W, Morabia A, Ritehbaugh C, Antipatis V J, Public health approaches to the prevention of obesity. Working group of the international obesity taskforce. Obesity prevention: the case for action, *Int J Obes* 2002, 26:425-436.
- Kushi L H, Meyer K A, Jacobs Jr D, Cereals, legumes, and chronic disease risk reduction: evidence from epidemiologic studies, *Am J Clin Nutr* 1999;70 (suppl):451S-8S.

- Lai M K, Shimabukuro S K, A Statewide Nutrient Analysis of Children's Diets, Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, New York, 1982.
- Law M, Dietary fat and adult diseases and the implications for childhood nutrition: an epidemiologic approach, *Am J Clin Nutr* 2000;72 (suppl):1291S-6S.
- Law MR, Morris JK, By how much does fruit and vegetable consumption reduce the risk of ischaemic heart disease? *Eur J Clin Nutr* 1998, 52:549-556.
- Lehingue Y, The European Childhood Obesity Group (ECOG) project : the European collaborative study on the prevalence of obesity in children, *Am J Clin Nutr* 1999;70 (suppl) :166S-8S.
- Leung S, Lee W TK, Lui S SH, Ng M-Y, Peng X-H, Luo H-Y, Lam C WK, Davies D DP, Fat intake in Hong Kong Chinese children, *Am J Clin Nutr* 2002;72 (suppl) :1373S-8S.
- Liu S, Sesso H , Manson J, Willet W and Buring J, Is intake of breakfast cereals related to total and cause - specific mortality in men? *American Journal of Clinical Nutrition* 2003; 77:594 - 599.
- Livingstone B, Epidemiology of childhood obesity in Europe, *Eur J Pediatr*, 2000 Sep; 159 Suppl 1 S:14-34.
- Luciano A, Bressan F, Zoppi G, Body Mass Index reference curves for children aged 3 - 19 years from Verona, Italy, *Eur J Clin Nutr* 1997; 51:6 -10.
- LUNETTE FRIEDRICH et ALETHA H. STEIN, Επιθετικά και κοινωνικά τηλεοπτικά προγράμματα και η συμπεριφορά των παιδιών της προσχολικής ηλικίας, στο ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ, Βοσνιάδου Στ. (επιμέλεια). ΚΕΙΜΕΝΑ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ, Γ ΤΟΜΟΣ, ΑΘΗΝΑ GUTENBERG 1992.
- Maiman L A, Becker M H, The Health Belief Model : Origins and Correlates in Psychological Theory, *Health Education Monographs*, 1974, v2, n4:336 - 353.
- Maffeis C, Zaffanello M, Schutz Y, Relationship between physical inactivity and adiposity in prepubertal boys, *J Pediatr* 1997; 131:288-92.
- Malina R M, Katzmarzyk P T, Validity of the body mass index as an indicator of the risk and presence of overweight in adolescents, *Am J Clin Nutr*, 1999; 70 (suppl):131-6.
- Mamalakis G, Kafatos A, Prevalence of obesity in Greece, *Int J Obes Relat Metab Disord*, 1996;20:488-492.
- Mamalakis G, Kafatos A, Manios Y, Anagnostopoulou T, Apostolaki I, Obesity indices in a cohort of primary school children in Crete: a six year prospective study, *Int J Obes Relat Metab Disord*, 2000;24;765-771.
- Martin R M, McCarthy A, Smith G D, Davies D P, Ben-Shlomo Y, Infant nutrition and blood pressure in early adulthood : the Barry Caerphilly Growth study, *Am J Clin Nutr* 2003;77:1489-97.
- Maynard M, Gunnell D, Emmett P, Frankel S and G Davey Smith, Fruit, vegetables, and antioxidants in childhood and risk of adult cancer: the Boyd Orr cohort, *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:218-225.
- Mei Z, Scanlon KS, Grummer-Strawn LM, Freedman DS, Yip R, Trowbridge FL, Increasing prevalence of overweight among US low-income preschool children: The Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance, 1983 to 1995, *Pediatrics* 1998;101:e12.
- Mercedes de Onis and Monica Blossner, Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries, *Am J Clin Nutr* 2000; 72:1032-9.
- Messina M J, Legumes and soybeans: overview of their nutritional profiles and health effects, *Am J Clin Nutr* 1999;70 (suppl):439S-50S.

- Micucci S, Thomas H, Vohra J, The effectiveness of school - based strategies for the primary prevention of obesity and for promoting physical activity and / or nutrition. The major modifiable risk factors for type 2 diabetes: a review of reviews. Public health research, education and development programme. Effective Public Health Practice Project, Hamilton, Ontario 2000.
- Moreno L A, Sarria A, Lasaro A, Bueno M, Dietary fat intake and body mass index in Spanish children, *Am J Clin Nutr* 2000;72 (suppl) :1399S-403S.
- Murata M, Secular trends in growth and changes in eating patterns of Japanese children, *Am J Clin Nutr* 2000;72 (suppl) :1379S-83S.
- Nader P R, and others, Ethnic and Gender Trends for Cardiovascular Risk Behaviors in Anglo and Mexican American Children, Ages Four to Seven, *Journal of Health Education*, 1995 v26 n2 ps27-35.
- Nicklas T A, Baranowski T, Baranowski J C, Cullen K, Rittenberry La Troy, Olvera N, Family and Child-care Provider Influences on Preschool Children's Fruit, Juice, and Vegetable Consumption, *Nutrition Reviews*, July 2001, Vol 59, N° 7:224-235.
- Nonkin Avchen R, Scott K G, and Mason C A, Birth Weight and School-age Disabilities: A Population-based Study, *Am J Clin Nutr* 2001;154 :859-901.
- Perry C L, Story M, Lytle L A, Promoting Healthy Dietary Behaviors, in *Enhancing Children's Wellness. Healthy Children 2010. Issues in Children's and Families Lives*, 1997 Vol 8.
- Position of the American Dietetic Association :Child and adolescent food and nutrition programs, *J Am Diet Assoc* 2003;103:887-893.
- Position of the American Dietetic Association, Society for Nutrition Education, and American School Food Service Association-Nutrition services: An essential component of comprehensive school health programs, *J A Diet Assoc* 2003;103:505-514.
- Preston A M, Rodriguez C, Rivera C E, and Sahai H, Influence of environmental tobacco smoke on vitamin C status in children, *Am J Clin Nutr* 2003;77 :167-72.
- Richardson J A, Hoadley M, The Proceedings of the Annual Meeting of the Central District of the American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance (Des Moines, IA, April 29-May 3, 1992) American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance. Central District 1992.
- Rich-Edwards JW, Stampfer MJ, Manson JAE, Rosner B, Hankinson SE, Colditz GA, Willett WC, Hennekens CH, Birth weight and risk of cardiovascular disease in a cohort of women followed up since 1976, *BMJ* 1997;315:396-400.
- Rimm E B, Ascherio A, Giovannucci E et al, Vegetable, fruit and cereal fiber intake and risk of coronary heart disease among men, *JAMA* 1996, 275: 447-451.
- Roberts S B, Dallal G E, The New Childhood Growth, *Nutrition Reviews* 2001, Vol 59, N°2 :31-36.
- Rogers E M, Diffusion of innovations, The Free Press, 1983.
- Rogol A D, Clark P A, and Roemmich J N, Growth and pubertal development in children and adolescents: effects of diet and physical activity, *Am J Clin Nutr* 2000;72 (suppl) :521S-8S.
- Rolls B J, Bell E A, Thorwart M L, Water incorporated into a food but not served with a food decreases energy intake in lean women, *Am J Clin Nutr* 1999, 70:448-455.
- Rosenstock I M, Historical Origins of the Health Belief Model, *Health Education Monographs*, 1974, v2, n4 :328 - 335.
- Rosner B, and Gore R, Measurement Error Correction in Nutritional Epidemiology based on Individual Foods, with Application to the Relation of Diet to Breast Cancer, *Am J Epidemiol* 2001;154:827-35.

- Seidel J C, Time trends in Obesity: An epidemiological perspective, *Horm Metab Res*, 1997, 29:155-158.
- Serra-Majem L, Garcia-Closas R, Ribas L, Perez-Rodrigo C, Aranceta J, Food patterns of Spanish schoolchildren and adolescents : The enKid Study, *Public-Health- Nutrition* 2001 Dec; 4(6A):1433-8.
- SHILS M E, OLSON J A, SHIKE M, NATIONAL NUTRITION OBJECTIVES FOR THE YEAR 2000, *MODERN NUTRITION in health and disease, USA*, 1994 eighth edition (I).
- Simopoulos and Salem, N-3 fatty acids in eggs from range-fed Greek chickens. *New England Journal of Medicine*, 1989:1412.
- Snyder P, Anliker J, Cunningham-Sabo L, Dixon L B, Altaba J, Chamberlain A, Davis S, Evans M, Hurley J, and Weber J L, The Pathways study: a model for lowering the fat in school meals, *Am J Clin Nutr* 1999;69 (suppl):810S-5S.
- Stunkard A, Wadden T, Psychological aspects of severe obesity, *Am J Clin Nutr*, 1992;55 (Suppl 2): S 524 - S 532.
- Stettler N, Kumanyika S K, Katz S H, Zemel B S, and Stallings V A, Rapid weight gain during infancy and obesity in young adulthood in a cohort of African Americans, *Am J Clin Nutr* 2003;77 :1374-8.
- Stevens J, Cornell C E, Story M, French S A, Levin S, Becenti A, Gittelsohn J, Going S B and Reid R, Development of a questionnaire to assess knowledge, attitudes, and behaviors in American Indian children, *Am J Clin Nutr* 1999;69(suppl):773S-81S.
- Stitzel K, School nutrition programs: A legislative perspective. *J Am Diet Assoc*. 2003;103:439-440.
- Story M, Evans M, Fabsitz R R, Clay T E, Rock B H, and Broussard B, The epidemic of obesity in American Indian communities and the need for childhood obesity- prevention programs, *Am J Clin Nutr* 1999;69(suppl):747S-54S.

Αρθρα

- Consumers International*. (2011). Manual for monitoring food marketing to children. *London*.
- WHO* (1986). Country Profiles on oral health in Europe. *WHO publication*.
- WHO* (2006). Food and Nutrition Policy for schools. *Copenhagen*.
- WHO* (2013). Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children: update 2012-2013. *Copenhagen*.
- WHO* (2015). The European health report-2015. Targets and beyond-reaching new frontiers in evidence. *Copenhagen*.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

2. ΗΛΙΚΙΑ
4-5 5-6 9-10 10-11

3. ΒΑΡΟΣ ΥΨΟΣ

4. ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ
ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ
ΜΟΝΟ Ο ΠΑΤΕΡΑΣ
ΜΟΝΟ Η ΜΗΤΕΡΑ
ΚΑΝΕΝΑΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΔΥΟ

5. Ο ΠΑΤΕΡΑΣ ΔΟΥΛΕΥΕΙ
ΝΑΙ
ΟΧΙ
ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

6. Η ΜΗΤΕΡΑ ΔΟΥΛΕΥΕΙ
ΝΑΙ
ΟΧΙ
ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΑ
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

7. Ο ΠΑΠΠΟΥΣ ΚΑΙ Η ΓΙΑΓΙΑ ΖΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ

ΝΑΙ
ΟΧΙ
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

10. ΤΙ ΠΡΩΙΝΟ ΤΡΩΣ ✓

ΑΥΓΟ
ΓΑΛΛΑ
ΓΑΛΛΑ ΜΕ ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΗ
ΦΥΣΙΚΟ ΧΥΜΟ/ ΦΡΟΥΤΑ
ΤΟΣΤ
ΔΕΝ ΤΡΩΩ

ΚΕΙΚ
ΣΦΟΛΙΑΤΟΕΙΔΗ
ΨΩΜΙ/ ΦΡΥΓΑΝΙΕΣ
ΣΥΣΚΕΥΑΣΜΕΝΟ ΧΥΜΟ
ΜΕΛΙ/ ΜΑΡΜΕΛΑΔΑ
ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΟΥΡΝΟ

11. ΤΙ ΚΑΝΕΙΣ ΤΗΝ ΩΡΑ ΠΟΥ ΤΡΩΣ ΠΡΩΙΝΟ ✓

ΒΛΕΠΩ ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ
ΔΙΑΒΑΖΩ
ΜΙΛΩ
ΤΙΠΟΤΑ

12. ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ΤΡΩΣ ΔΕΚΑΤΙΑΝΟ

ΝΑΙ
ΟΧΙ
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

13. ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΕΚΑΤΙΑΝΟ

ΣΠΙΤΙΚΟ
ΦΟΥΡΝΟ/ ΜΑΓΑΖΙ

14. ΤΙ ΔΕΚΑΤΙΑΝΟ ΤΡΩΣ ✓

ΔΕΝ ΤΡΩΩ
ΤΟΣΤ

ΚΡΟΥΑΣΑΝ
ΚΕΙΚ

15. ΑΣΧΟΛΕΙΣΑΙ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΑΘΛΗΜΑ/ΑΘΛΕΙΣΑΙ

ΝΑΙ
ΟΧΙ
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

16. ΚΟΙΜΑΣΑΙ ΝΩΡΙΣ ΤΟ ΒΡΑΔΥ

ΝΑΙ
ΟΧΙ
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

17. ΞΥΠΝΑΣ ΝΩΡΙΣ ΤΟ ΠΡΩΙ ΝΑ ΦΑΣ ΠΡΩΙΝΟ

ΝΑΙ
ΟΧΙ
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ