

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

**ΤΜΗΜΑ ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ ΙΧΘΥΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΥΔΑΤΙΝΟΥ
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΕΙΦΟΡΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Αναπαραστάσεις εκπαιδευτικών Α/θμιας Εκπαίδευσης για την
υγιεινή διατροφή και τη διατροφική αγωγή»**

Βόλκου Αναστασία

ΒΟΛΟΣ 2022

UNIVERSITY OF THESSALY

DEPARTMENT OF ICHTHYOLOGY AND AQUATIC ENVIRONMENT AND

DEPARTMENT OF SPECIAL EDUCATION



**JOINT POSTGRADUATE PROGRAMME
«EDUCATION FOR SUSTAINABILITY AND THE ENVIRONMENT»**

JOINT POSTGRADUATE MASTER'S THESIS

«Teacher's representations about healthy diet and nutrition education»

Volkou Anastasia

VOLOS 2022

© ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, Έτος (έτος ολοκλήρωσης της Μ.Δ.Ε.) Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία (Μ.Δ.Ε.), η οποία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών: Εκπαίδευση για την Αειφορία και το Περιβάλλον και τα λοιπά αποτελέσματα αυτής αποτελούν συνιδιοκτησία του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και του φοιτητή, ο καθένας από τους οποίους έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο και το συγγραφέα και το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, όπου εκπονήθηκε η Μ.Δ.Ε. καθώς και τον Επιβλέποντα Καθηγητή και την Επιτροπή Αξιολόγησης.

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Στέφανος Παρασκευόπουλος, Καθηγητής, Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής Π.Θ.
Επιβλέπων
2. Ελένη Ζυμβρακάκη, Δρ., ΕΔΠ, Σχολή Γεωπονικών Επιστημών ΑΠΘ, Συνεπιβλέπων
3. Ιωάννης Ρουσσάκης, Επίκουρος Καθηγητής, Παιδαγωγικό Τμήμα Δευτεροβάθμιας
Εκπαίδευσης, ΕΚΠΑ, Μέλος

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς και θερμές ευχαριστίες μου σε όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Πρώτα από όλα στον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Παρασκευόπουλο Στέφανο και στη συνεπιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κα. Ζυμβρακάκη Ελένη, οι οποίοι με τίμησαν με την εμπιστοσύνη τους, αναθέτοντάς μου την παρούσα εργασία. Σε όλο το διάστημα της εκπόνησής της, υπήρχε συνεχής καθοδήγηση, αμέριστη υποστήριξη, ουσιώδεις συμβουλές, αδιάκοπη συμπαράσταση και ενθάρρυνση.

Θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στη μητέρα μου Μαρία για την υποστήριξη και την εμπύχυσή της σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου και για τον αγώνα που έδινε και δίνει καθημερινά για να με βοηθήσει, όπως και στη γιαγιά μου για τη θετική της σκέψη. Εγκάρδιο ευχαριστώ στον σύντροφό μου Κωσταντίνο για την υπομονή και κατανόηση που έδειξε όλο αυτό το διάστημα, που στεκόταν δίπλα μου τις πολλές αυτές ώρες που απαιτούσε η συγγραφή της διπλωματικής εργασίας. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον πατέρα μου και τον παππού μου που μπορεί να έφυγαν νωρίς από κοντά μας, όμως αισθάνομαι ότι με βοηθούσαν και εξακολουθούν να με βοηθούν με τον δικό τους τρόπο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μεσογειακή διατροφή κερδίζει ολοένα και περισσότερο έδαφος παγκοσμίως καθώς είναι ο τύπος της διατροφής που μας εξασφαλίζει καλή υγεία και μας προστατεύει από χρόνια νοσήματα. Σκοπός της παρούσης έρευνας είναι η συλλογή πληροφοριών για τις αναπαραστάσεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας όσον αφορά στις γνώσεις τους για τα τρόφιμα και την υγεία, τις απόψεις τους για προγράμματα σχολικής παρέμβασης και τον ρόλο των ίδιων των εκπαιδευτικών σε θέματα που αφορούν στη διατροφική αγωγή. Το δείγμα αποτελούνταν από 182 εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας οι οποίοι έκριναν σημαντική τη σχέση της ιδιότητάς τους, σε συνδυασμό με προγράμματα επιμόρφωσης γεγονός που θα βελτιώσει και θα καθιερώσει διατροφικές δράσεις εντός σχολικής μονάδας και άτυπων περιβαλλόντων μάθησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των γυναικών έναντι των ανδρών ειδικότερα στο πεδίο της σχολικής παρέμβασης. Τα εμπόδια τα οποία κατέγραψαν οι εκπαιδευτικοί ήταν παράγοντες που αφορούν στη συνοχή και στη συνεργασία του προσωπικού, στην ανεπαρκή εκπαίδευση και στο ελλιπές πρόγραμμα σπουδών. Άλλοι παράγοντες προς μελέτη, οι οποίοι προτείνονται για μελλοντικές έρευνες, είναι η κατάρτιση των εκπαιδευτικών η οποία σχετίζεται με τη διατροφική αγωγή ή η μελέτη συνεργασίας αυτών με τις κατάλληλες ειδικότητες από τον χώρο της υγείας (π.χ. διατροφολόγους, διαιτολόγους).

ABSTRACT

The mediterranean diet is gaining more and more ground worldwide as it is the type of diet that ensures our good health and protects us from chronic diseases. The purpose of this study is to gather information on the representations of primary school teachers regarding their knowledge of food and health, their views on school intervention programs and the role of teachers themselves in matters related to nutrition education. The sample consisted of 182 primary school teachers who considered their role very important, concerning issues that will improve and establish nutritional activities within the school unit. The results showed a statistically significant difference between women and men especially in the field of school intervention. The obstacles that teachers identified were factors related to staff cohesion and cooperation, inadequate training and a lack of enrich school curriculum. Some pinpoints for future research, include the training of teachers related to nutrition education or the study of their cooperation with appropriate specialties in the field of health (eg nutritionists, dieticians).

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	11
1.1. Χαρακτηριστικά μεσογειακής διατροφής	11
1.2 Διατροφική πυραμίδα.....	14
1.3 Σπουδαιότητα διατροφής παιδικής ηλικίας.....	19
1.4. Παράγοντες διαμόρφωσης διατροφικών συνηθειών.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	27
2.1. Διατροφική αγωγή στο σχολείο.....	27
2.2. Έρευνες περί διατροφικής αγωγής	29
2.3 Ο ρόλος του εκπαιδευτικού σε θέματα διατροφικής αγωγής.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΤΡΟΦΙΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	36
3.1. Κοινωνικές αναπαραστάσεις.....	36
3.2. Αναπαραστάσεις εκπαιδευτικών	37
3.3. Εκπαιδευτικά προγράμματα	42
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	46
4.1 Σκοπός της έρευνας.....	46
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	46
4.5 Ανάλυση Δεδομένων.....	49
4.6 Αποτελέσματα.....	49
4.6.1 Περιγραφική στατιστική.....	49
4.6.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά εκπαιδευτικών	49
4.6.1.2 Απόψεις εκπαιδευτικών για τη διατροφική παρέμβαση	56
4.6.1.3 Απόψεις εκπαιδευτικών για το ρόλο τους στη διατροφική αγωγή.....	65
4.6.1.4 Γνώσεις εκπαιδευτικών για την υγιεινή διατροφή	73
4.6.2 Επαγωγική στατιστική	94
4.6.2.1 Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις απόψεις για τη διατροφική παρέμβαση	95

4.6.2.2 Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις απόψεις για το ρόλο του εκπαιδευτικού στη διατροφική αγωγή.....	105
4.6.2.3 Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις γνώσεις για την υγιεινή διατροφή.....	114
ΣΥΖΗΤΗΣΗ/ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	123
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	129
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	157

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα ερευνητική εργασία αποτελεί μελέτη στα πλαίσια του μεταπτυχιακού διπλώματος του διατμηματικού προγράμματος σπουδών «Εκπαίδευση για την Αειφορία και το Περιβάλλον». Στόχος είναι να μελετήσει τις αναπαραστάσεις των εκπαιδευτικών της Α΄ βάθμιας όσον αφορά σε θέματα τροφίμων, διατροφής και διατροφικής αγωγής.

Πιο συγκεκριμένα τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής, 1^ο ερευνητικό ερώτημα: Ποιες είναι οι απόψεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σε θέματα διατροφικής παρέμβασης; Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απόψεις και στα ατομικά χαρακτηριστικά τους (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο ...), 2^ο ερευνητικό ερώτημα: Ποιες είναι οι απόψεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τον ρόλο τους σε θέματα διατροφικής αγωγής; Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απόψεις και στα ατομικά χαρακτηριστικά τους (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο ...) και 3^ο ερευνητικό ερώτημα: Ποιες είναι απόψεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τα τρόφιμα και την ισορροπημένη διατροφή; Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απόψεις και στα ατομικά χαρακτηριστικά τους (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο ...).

Ο λόγος για τον οποίο κρίνεται ενδιαφέρουσα η παρούσα μελέτη είναι για να διερευνήσει τυχόν διαφορές που υπάρχουν στις απόψεις των εκπαιδευτικών και πώς διαμορφώνονται ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο (κάτοχοι πτυχίου, μεταπτυχιακού, διδακτορικού), την επιμόρφωσή τους και τη θέση εργασίας (μόνιμοι ή αναπληρωτές). Ακόμη, είναι σημαντικό να επισημανθούν αδυναμίες που υπάρχουν σε ήδη θεσπισμένα προγράμματα (εφόσον υπάρχουν) και να προταθούν μελλοντικές λύσεις σε θεσμικό επίπεδο στο πλαίσιο του σχολείου.

Οι έρευνες που ήδη υπάρχουν στο υπό διερεύνηση πεδίο είναι σχετικά περιορισμένες και ως εκ τούτου θεωρείται σημαντική και η συμβολή της παρούσας έρευνας.

Η διάρθρωση της εργασίας γίνεται με τον εξής τρόπο. Το θεωρητικό μέρος χωρίζεται σε τρία κεφάλαια. Το 1^ο αναλύει τη μεσογειακή διατροφή, τα χαρακτηριστικά και τη σπουδαιότητά της, το 2^ο περιγράφει τη διατροφική αγωγή στα σχολεία, τις έρευνες περί διατροφικής αγωγής καθώς και τον ρόλο και την ιδιότητα των εκπαιδευτικών σε θέματα διατροφικής σχολικής παρέμβασης και το 3^ο αναφέρεται στις κοινωνικές αναπαραστάσεις και στις αναπαραστάσεις των εκπαιδευτικών για τα τρόφιμα και την υγεία καθώς και στα εκπαιδευτικά προγράμματα στην Ελλάδα. Το ερευνητικό μέρος εμπεριέχει τη διεξαγωγή της έρευνας, δηλαδή το 4^ο κεφάλαιο και τα συμπεράσματα επισημαίνονται στο 5^ο κεφάλαιο που είναι και το τελευταίο. Η έρευνα περιγράφει αναλυτικά όλη τη διαδικασία, τα εργαλεία, τους περιορισμούς και μελλοντικές προτάσεις.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

1.1. Χαρακτηριστικά μεσογειακής διατροφής

Η μεσογειακή διατροφή αναγνωρίζεται παγκοσμίως ως μια από τις πιο δημοφιλείς και ως συνήθης τρόπος κατανάλωσης τροφών. Ορόσημο στην καθιέρωσή της αποτελεί η μελέτη των επτά χωρών, έρευνα η οποία διήρκησε περίπου 2 δεκαετίες. Κατά τη διάρκειά της, έγινε καταγραφή και ανάλυση των διατροφικών συνηθειών και συμπεριφορών των ατόμων που κατοικούν στις εξής χώρες: Ελλάδα (συγκεκριμένα Κρήτη και Κέρκυρα), Ιταλία, Γιουγκοσλαβία, Ολλανδία, Φινλανδία, ΗΠΑ και Ιαπωνία (Archerio et al., 2018).

Η μελέτη των επτά χωρών από Keys et al. (1986), αποτελεί την πρώτη απόδειξη ότι η μεσογειακή διατροφή συνδέεται με μειωμένα περιστατικά στεφανιαίας νόσου και χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας. Η επιδημιολογική παρατήρηση είχε ως στόχο να εντοπίσει εάν υπήρχε σύνδεση της αυξημένης χοληστερίνης με την κατανάλωση των κορεσμένων λιπαρών.

Οι μελετητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, παρόλο που υπήρχε σχετικά υψηλή πρόσληψη λιπαρών στο διατροφικό πλάνο των μεσήλικων ανδρών, τα ποσοστά εμφάνισης στεφανιαίας νόσου ήταν χαμηλά. Και τούτο γιατί η πρόσληψη λίπους και ελαίων βασιζόταν σε ακόρεστες πηγές φυτικής προέλευσης, όπως το ελαιόλαδο. Τα χαμηλότερα ποσοστά κατανάλωσης κορεσμένου λίπους τα παρουσίασαν οι Ιάπωνες με 3%, ενώ αμέσως μετά το χαμηλότερο ποσοστό το είχαν οι Έλληνες (7.5%) (Menotti, & Puddu, 2015).

Το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής, προσαρμοσμένο στις ανάγκες των παιδιών, αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα ισορροπημένης διατροφής και για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Η φυσική άσκηση, που συνδυάζεται με την υγιεινή διατροφή, βοηθάει τα παιδιά και τους ανθρώπους γενικά, να διατηρήσουν την καλή υγεία τους και να μειώσουν τον κίνδυνο χρόνιων ασθενειών (Montagnese et al., 2015). Όμως, έρευνα σε παιδιά Ελλήνων

(4211 δείγμα) έδειξε ότι οι προτιμήσεις τους αφορούν περισσότερο τρόφιμα που έχουν υψηλή θερμιδική αξία έναντι φρούτων και λαχανικών (Yanakouli et al., 2004). Σε πανευρωπαϊκό επίπεδο οι μαθητές καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες λιπαρών (40% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης) (Panagiotakos et al., 2008).

Παρόλο που η μεσογειακή διατροφή είναι ευεργετική, με την πάροδο των ετών οι κάτοικοι της Μεσογείου, ιδιαίτερα τα παιδιά και οι έφηβοι, σιγά σιγά αποκλίνουν από αυτό το διατροφικό μοντέλο και υιοθετούν τον «δυτικό τρόπο» διατροφής, που περιλαμβάνει τροφές πλούσιες σε κορεσμένα λιπαρά και επεξεργασμένα τρόφιμα (Tsakiraki, & Grammatikopoulou, 2011). Στην έρευνα της Λάζου (2016), αποδείχθηκε ότι η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ήταν μικρότερη στα παχύσαρκα παιδιά. Στα μη υπέρβαρα παιδιά παρατηρήθηκε ότι μεγαλύτερη ήταν η καθημερινή κατανάλωση φρέσκου χυμού (40,0%). Εν κατακλείδι, συνολικά διαπιστώνεται μειωμένη πρόσληψη θρεπτικών τροφών από τα παιδιά, ανεξάρτητα από το βάρος τους.

Αυτό το φαινόμενο έχει ονομαστεί «μετάβαση στη διατροφή» και είναι ένας από τους παράγοντες που οδηγούν στον υψηλό επιπολασμό της παχυσαρκίας σε περιοχές όπου οι άνθρωποι σταδιακά εγκατέλειψαν το παραδοσιακό πρότυπο της μεσογειακής διατροφής (Grosso, & Marventano, 2017). Ακόμη, έχει παρατηρηθεί ότι αυτές οι σύγχρονες αλλαγές συνοδεύονται από μειωμένη κατανάλωση των λαχανικών, μεγαλύτερη κατανάλωση ζωικής πρωτεΐνης και ελλιπή πρόσληψη δημητριακών και φυτικών ινών. Οι διαφοροποιήσεις αυτές έχουν αρνητική επίδραση στη διατροφική ρουτίνα, γιατί υπάρχει αυξημένη κατανάλωση αλατιού και ζάχαρης (κυρίως τεχνητών γλυκαντικών), που συντελεί σε επιβάρυνση της υγείας με πιο συχνό το φαινόμενο της παχυσαρκίας (Burlingame, Gitz, & Meybeck, 2015; Vitale et al., 2019).

Οι λόγοι που έχουν συντελέσει σε αυτό το φαινόμενο μεταξύ άλλων είναι η ευκολία στην κατανάλωση, η προσβασιμότητα, η δυνατότητα μεταφοράς, η χαμηλή τιμή και η

χρονική αντοχή ως προς την κατανάλωση των επεξεργασμένων τροφίμων (World Health Organization, 2018). Συμπεραίνει κανείς λοιπόν ότι υπάρχει μειωμένη εις βάθος γνώση, αναφορικά με τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες που πρέπει να ακολουθούν οι άνθρωποι (Russo et al., 2021). Οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες όπως η αστικοποίηση, η θέσπιση της σχολικής καντίνας, η παγκοσμιοποίηση του οικονομικού τομέα κ.ά. οδήγησαν στην υιοθέτηση του δυτικού διατροφικού προτύπου και την απεμπόληση του μεσογειακού τρόπου διατροφής (Serra-Majem et al., 2020).

Το διατροφικό πλάνο της μεσογειακής διατροφής βασίζεται σε υψηλή κατανάλωση ελαιολάδου, δημητριακών, οσπρίων, φρούτων, λαχανικών, ψαριών, κρέατος και γαλακτοκομικών (μέτρια ποσότητα) και περιορισμένης ποσότητας αλκοόλ (Godman, 2013). Επίσης, εμπεριέχονται μπαχαρικά, ξηροί καρποί, βότανα και σπόροι, είτε ως ανεξάρτητες μερίδες είτε στη δημιουργία γευμάτων (Russo et al., 2021).

Η μεσογειακή διατροφή περιλαμβάνει την ισορροπημένη κατανάλωση τροφίμων από όλες τις ομάδες των θρεπτικών συστατικών με μειωμένη κατανάλωση λίπους (<10% θερμίδων), ζάχαρης (<10% θερμίδων) και αλατιού (<2300 mg) (Piercy et al., 2018).

Η υιοθέτηση της μεσογειακής διατροφής έχει αποδειχθεί ότι αποτρέπει ή μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης γνωστικών εγκεφαλικών δυσλειτουργιών, άνοιας, ψυχολογικών μεταπτώσεων, ασθενειών που συνδέονται με τα οστά, οστεοαρθρίτιδας, κ.ά. (Corella et al., 2018; Dinu et al., 2018).

Επιπλέον, τα οφέλη της είναι πολυάριθμα, μεταξύ των οποίων η πρόληψη για Parkinson, για Alzheimer, για Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και για Μεταβολικό Σύνδρομο (De Lorgeril, & Salen, 2008; Salas-Salvadó et al., 2016).

Η αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (3-5 μερίδες ημερησίως) καλύπτει τις ανάγκες του οργανισμού σε βιταμίνες A, C και E που έχουν αντιοξειδωτική δράση καθώς επίσης και σε φυλλικό οξύ, φυτικές ίνες και κάλιο που μειώνουν την αρτηριακή πίεση, την

έκκριση ινσουλίνης και τη χοληστερόλη. Επιπλέον, προλαμβάνονται τα μεταβολικά νοσήματα, η γήρανση του δέρματος, των οργάνων και η εμφάνιση καρκίνου του παχέος εντέρου καθώς και η εμφάνιση καρκίνου στο συκώτι (Lanier, Bury, & Richardson, 2016).

Η μεσογειακή διατροφή αποδείχθηκε πιο αποτελεσματική από μια δίαιτα χαμηλών λιπαρών, καθώς τα αποτελέσματά της είναι μακροπρόθεσμα (π.χ. μείωση χοληστερόλης για την υγεία της καρδιάς) (Ajala, English, & Pinkey, 2013). Βασικό προτέρημά της, εκτός των άλλων, είναι και το οικολογικό της αντίκτυπο, μιας και συμβάλλει στα μειωμένα ποσοστά αποβλήτων, στη μείωση εκπομπής αερίων και ρύπων, στη χαμηλή κατανάλωση νερού και ενεργειακών απαιτήσεων (Berry, 2019). Λόγω της βιοποικιλότητας, των γεωφυσικών χαρακτηριστικών και της γαστρονομικής παράδοσης, που εμπεριέχει ντόπια τρόφιμα, η μεσογειακή διατροφή βραβεύτηκε από την UNESCO, το 2009, ως «η πολιτιστική κληρονομιά της ανθρωπότητας» (UNESCO, 2010). Άρα, μεταξύ άλλων, είναι ένα πολιτιστικό μοντέλο διεθνώς γνωστό που έχει τις ρίζες σε γεωγραφική τοποθεσία.

1.2 Διατροφική πυραμίδα

Η πρώτη γραφική απεικόνιση της διατροφικής πυραμίδας της μεσογειακής διατροφής δημιουργήθηκε το 1993 σε συνεργασία με το πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Willett, 1995). Αποτέλεσε ορόσημο από τους ειδικούς για τη διατροφική αγωγή των ανθρώπων, διότι παρείχε καθοδήγηση στην επιλογή των κατάλληλων τροφών ανάλογα με τις διατροφικές ανάγκες. Επιπρόσθετα όμως, είναι απλή και μπορεί να προσαρμοστεί σε διαφορετικές κουλτούρες, διαφορετικά κοινωνικο-οικονομικά υπόβαθρα και διαφορετικές ηλικιακές ομάδες (Bach-Faig et al., 2011)

Μέχρι και σήμερα το αρχικό μοντέλο έχει υποστεί διαφοροποιήσεις μέσα από συνέδρια, συζητήσεις και έρευνες. Το αποτέλεσμα είναι μια γραφική απεικόνιση, η οποία συμβαδίζει με τις ανάγκες του σύγχρονου ατόμου, την επιστήμη των τροφίμων, την

κοινωνική ανθρωπολογία και κοινωνιολογία, την κουλτούρα και κληρονομικότητα, την οικογένεια, τη διαθεσιμότητα των τροφίμων και τις περιβαλλοντικές συνθήκες της Μεσογείου (Serra-Majem et al., 2020).



Εικόνα 1. Γραφική απεικόνιση πυραμίδας μεσογειακής διατροφής (αναθεωρημένη) (Serra-Majem et al., 2020)

Σύμφωνα με την παραπάνω απεικόνιση της μεσογειακής διατροφής παρατηρούμε ότι η σύγχρονη τάση της μεσογειακής διατροφής δίνει ιδιαίτερη έμφαση στον τρόπο μαγειρέματος των τροφίμων και στην κατανάλωση πόσιμου νερού και αφεψημάτων. Παράλληλα, στο γράφημα ενσωματώνεται η φυσική δραστηριότητα και στοιχεία του τρόπου ζωής των λαών της Μεσογείου, όπως η ανάπαυση και η κοινωνικότητα κατά τη διάρκεια του γεύματος. Στη βάση της πυραμίδας, οι διατροφικές επιλογές είναι οι ίδιες που υπήρχαν και παλαιότερα και αποτελούνται από τρόφιμα φυτικής προέλευσης, τα οποία πρέπει να καταναλώνονται καθημερινά και σε μεγάλες ποσότητες. Προτείνεται η μεγαλύτερη κατανάλωση ποσοτήτων των τροφίμων αυτών σε γραμμάρια ανά ημέρα. Με βάση την πρώτη

γραμμή, θα πρέπει ο οργανισμός να παραμένει αρκετά ενυδατωμένος με καθαρό πόσιμο νερό και αφεψήματα από βότανα και τσάι. Εν συνεχεία, στη δεύτερη γραμμή παρουσιάζονται οι ποσότητες από φρέσκα ή μαγειρεμένα φρούτα και λαχανικά, υδατάνθρακες, ρύζι και μακαρόνια, τα οποία συνιστώνται καθημερινά σε κάθε γεύμα (π.χ. φρούτα 1-2 μερίδες, λαχανικά περισσότερες από 2 μερίδες, κ.τ.λ.). Η ζωική πρωτεΐνη προτείνεται για μικρότερες ποσότητες, από ότι ήταν σε παλαιότερα μοντέλα (πλέον το μέγιστο είναι 2 φορές την εβδομάδα). Τέλος, στην κορυφή της πυραμίδας παρατηρούμε ότι τα επεξεργασμένα φαγητά και τα γλυκά θα πρέπει να καταναλώνονται πολύ αραιά, με συχνότητα λιγότερη από 3 μερίδες την εβδομάδα.

Τα κυρίως γεύματα, καθημερινά, θα πρέπει να συνδυάζουν δημητριακά/σιτηρά, λαχανικά και φρούτα και μια μικρή ποσότητα οσπρίων (ή της αντίστοιχης κατηγορίας). Από την κατηγορία των ακολούθων: ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι (ή τα αντίστοιχά τους), κατά προτίμηση ολικής άλεσης, θα πρέπει να καταναλώνονται μια με δύο μερίδες με το φαγητό. Τα ολικής άλεσης υφίστανται επεξεργασία, η οποία τα επιτρέπει να διατηρούν τις ωφέλιμες φυτικές ίνες, βιταμίνες και μέταλλα (μαγνήσιο, σίδηρο, κ.τ.λ.). Τα λαχανικά θα πρέπει να καταναλώνονται σε συχνότητα δυο ή περισσότερες μερίδες ανά ημέρα, κατά προτίμηση ωμά, σε ένα από τα δύο γεύματα (μεσημεριανό και βραδινό). Τα φρούτα θα πρέπει να αποτελούν το επιδόρπιο κάθε γεύματος, μία με δύο μερίδες μετά το φαγητό. Τα λαχανικά είναι σημαντικό να ανήκουν σε όλες τις χρωματικές κατηγορίες και μαζί με τα φρούτα θα πρέπει να προσφέρουν στον οργανισμό όλες τις βιταμίνες και τα μικροθρεπτικά συστατικά τους (Serra-Majem et al., 2020). Όσο πιο μέτρια ψημένες είναι οι τροφές, τόσο μεγαλύτερη είναι η πρόσληψη και απορρόφηση των βιταμινών από τον οργανισμό, ενώ επίσης με αυτόν τον τρόπο οι ρύποι στο περιβάλλον μειώνονται, μιας και χρησιμοποιούνται μικρότερες ενεργειακές ποσότητες για την προετοιμασία των γευμάτων (Serra-Majem et al., 2019).

Τα γαλακτοκομικά προϊόντα θα πρέπει να καταναλώνονται περίπου σε συχνότητα 2 μερίδες ανά ημέρα, ενώ προτεραιότητα έχουν τα χαμηλά σε ποσότητα λιπαρά, γιαούρτι, τυρί ή άλλα ζυμωμένα γαλακτοκομικά προϊόντα (Dernini et al., 2012). Επίσης, όσο λιγότερη χημική επεξεργασία έχουν υποστεί, τόσο πιο ωφέλιμα είναι. Η πρωτεΐνη του ορού γάλακτος προσφέρει βελτίωση στο λιπιδαιμικό προφίλ, ρυθμίζει την αρτηριακή πίεση και αυξάνει την ινσουλινοευαισθησία. Επιπρόσθετα, το γάλα και τα παράγωγά του έχουν μέταλλα, ασβέστιο, κάλιο, μαγνήσιο καθώς και βιταμίνη D, που συνεισφέρει στην υγεία των οστών (Hernell et al., 2016).

Όσον αφορά το ελαιόλαδο, αποτελεί την κύρια πηγή πρόσληψης λιπιδίων και έχει αντοχή σε υψηλές θερμοκρασίες, χρησιμοποιείται τόσο στο μαγείρεμα όσο και ωμό στη σαλάτα (Serra-Majem et al., 2020). Ιστορικά η χρήση του ελαιολάδου ξεκίνησε 6000 χρόνια πριν στις περισσότερες περιοχές της Μεσογείου με τους Φοίνικες, Σύριους και Παλαιστίνιους να διαδίδουν τη χρήση του πέρα από αυτά τα γεωγραφικά όρια της Μεσογείου. Τα οφέλη από τα έλαια και η χρήση του ελαιολάδου, ωμού ή μαγειρεμένου, στην κατανάλωση λαχανικών ήταν γνωστή από τότε (Garcia Martínez et al., 2018).

Επιπρόσθετα, τα όσπρια και οι καρποί αποτελούσαν την πρώτη επιλογή τροφής από την προϊστορία με τη μορφή πουρέ ή χυλού. Και αυτό γιατί αυτή η κατηγορία τροφών μπορεί να διατηρηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς να αλλοιωθεί, ενώ μαγειρεύεται εύκολα (Serra-Majem et al., 2019). Ακόμη, το σκόρδο, το κρεμμύδι και τα μπαχαρικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να προσθέσουν ποικιλία στις γεύσεις, μειώνοντας ταυτόχρονα την ποσότητα του αλατιού. Με αυτόν τον τρόπο προστατεύεται η καρδιαγγειακή λειτουργία (Dernini et al., 2012).

Η μεσογειακή διατροφή πλαισιώνεται από τροφές με υψηλά ποσοστά αντιοξειδωτικών, φυτικών ινών και ακόρεστων λιπαρών. Η πρόσληψη ενέργειας γίνεται κατά ποσοστό περίπου 60% υπό τη μορφή υδατανθράκων, εκ των οποίων το 80% είναι σύνθετοι

υδατάνθρακες (ρύζι, ζυμαρικά, ψωμί), κατά 15% από λευκό κρέας (κοτόπουλο, ψάρι) και τέλος κατά περίπου 30% από κάποια μορφή λιπαρής ουσίας (Altomare et al., 2013).

Να σημειωθεί ότι ένα γραμμάριο υδατανθράκων ισοδυναμεί με 4 θερμίδες, ένα γραμμάριο πρωτεϊνών με 4 επίσης, ενώ 1 γραμμάριο λιπιδίων με 9 θερμίδες. Τα λίπη χρησιμοποιούνται ως συστατικό των κυτταρικών μεμβρανών και των ορμονών, ενώ συμβάλλουν στην απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών (ό.π.).

Τα λιπίδια είτε εμπεριέχονται στα τρόφιμα, ως φυσικό συστατικό (π.χ. αυγό, κρέας), είτε με προσθήκη (π.χ. ελαιόλαδο), διακρίνονται σε δυο κατηγορίες. Η πρώτη είναι τα μονοακόρεστα, που βρίσκονται σε τροφές φυτικής προέλευσης και ξηρούς καρπούς και σε μικρό βαθμό σε τρόφιμα ζωικής προέλευσης. Η δεύτερη κατηγορία είναι τα πολυακόρεστα, όπως τα ω-3, από τα ψάρια. Αν και οι δυο κατηγορίες είναι εξίσου ωφέλιμες για τον οργανισμό, υπάρχει και η κατηγορία των κορεσμένων λιπαρών, η οποία βρίσκεται σε τρόφιμα ζωικής προέλευσης όπως το κρέας, βούτυρο και γαλακτοκομικά και είναι επιβλαβής για τον οργανισμό (Bettelheim et al., 2010).

Οι βιταμίνες διακρίνονται σε υδατοδιαλυτές και λιποδιαλυτές. Η πρώτη κατηγορία εμπεριέχει τη βιταμίνη C, το σύμπλεγμα βιταμινών B και το παντοθενικό οξύ, ενώ οι λιποδιαλυτές είναι η βιταμίνη A, που ενισχύει το ήπαρ, τις θυρεοειδικές ορμόνες και τη λειτουργία του εντέρου, η βιταμίνη D, που ενδυναμώνει τα οστά και βρίσκεται στο γάλα και στο συκώτι, η βιταμίνη E και η βιταμίνη K, που βοηθάει στην πήξη του αίματος (Antoniadou et al., 2021). Οι βιταμίνες όπως η C, η E και το β-καροτένιο (πρόδρομος της βιταμίνης A), όπως και το μεταλλικό στοιχείο σελήνιο, έχουν αντιοξειδωτικές ιδιότητες. Αυτό σημαίνει ότι προστατεύουν τις πρωτεΐνες και τα λιπίδια στις μεμβράνες των κυττάρων και παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην παρεμπόδιση των ιδιαίτερα δραστικών ατόμων οξυγόνου («ελεύθερες ρίζες») (Στέφου, & Τσίντζηρα, 2015).

1.3 Σπουδαιότητα διατροφής παιδικής ηλικίας

Ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για μία καλή και υγιή ανάπτυξη των παιδιών. Από την άλλη πλευρά, η κατανάλωση του γρήγορου φαγητού (*fastfood*) με την ταυτόχρονη υψηλή θερμιδική πρόσληψη, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών, όπως καρδιαγγειακών νοσημάτων, καρκίνου, κ.τ.λ. (Lavdaniti, 2003; Avramika, 2009; Diktapanadiou, & Ziogou, 2011). Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών που διαμορφώνονται κατά τη σχολική ηλικία θα πρέπει να συμβάλλουν θετικά και προληπτικά στην υγεία τους, με την πρόσληψη ικανοποιητικών ποσοτήτων από βιταμίνες, σίδηρο, ασβέστιο, φρούτα και λαχανικά, κ.ά. (Tambalis et al., 2010).

Οι ενεργειακές ανάγκες στην παιδική ηλικία εξαρτώνται από τη μυϊκή μάζα του σώματος, το βάρος, το ύψος και τη φυσική δραστηριότητα. Τα παιδιά που έχουν έντονη φυσική δραστηριότητα έχουν και αντίστοιχα αυξημένες ενεργειακές απαιτήσεις. Επιπρόσθετα, ο ρυθμός ζωής συχνά εμπεριέχει πολλές ώρες μακριά από το σπίτι, σχολείο, φροντιστήριο και εξωσχολικές δραστηριότητες, γεγονός που συντελεί στη δύσκολη προσήλωση σε ένα καθημερινό πρόγραμμα ισορροπημένης διατροφής (Wyse et al., 2010).

Επίσης, όταν ο χρόνος παραμονής στο σπίτι είναι αυξημένος, η θερμιδική πρόσληψη μπορεί να οδηγήσει σε θετικό ισοζύγιο ενέργειας με αύξηση του σωματικού βάρους (Κουρκούτα, Ράρρα, & Αμπραχίμ, 2013). Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν, η κατανάλωση γευμάτων να είναι σταθερή και πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και χαμηλή σε λιπαρά. Με τον σύγχρονο τρόπο ζωής πολλές φορές παρατηρείται αυξημένη πρόσληψη του λίπους, τόσο των κορεσμένων όσο και των *trans* λιπαρών οξέων, της χοληστερόλης, του νατρίου, του σιδήρου και τέλος του ασβεστίου, κάτι το οποίο έχει μακροπρόθεσμα αρνητικές συνέπειες στην υγεία και μακροζωία (Bielemann et al., 2015).

Τα παιδιά κατά τα μαθητικά χρόνια, ιδιαίτερα του Δημοτικού, βρίσκονται στο πιο σημαντικό αναπτυξιακό στάδιο. Αναπτύσσονται τόσο οι νοητικές δεξιότητές τους όσο και οι

σωματικές. Στην ομαλή και φυσιολογική ανάπτυξη όλων συμβάλλει και το υγιεινό, εμπλουτισμένο διατροφικό καθημερινό πλάνο των παιδιών, με βιταμίνες, μέταλλα, ιχνοστοιχεία και όλα τα ωφέλιμα θρεπτικά συστατικά (Κουρκούτα και συν., 2013). Η παιδική ηλικία, επίσης, συντελεί στον σχηματισμό υγιών μυών και οστών, ώστε οι μεν μύες να είναι ικανοί να προστατεύονται σε μεταγενέστερη ηλικία από τραυματισμούς, τα δε οστά να μην είναι ευάλωτα σε σπασίματα. Για αυτόν τον λόγο, το γάλα και τα τυροκομικά συμβάλλουν θετικά στο γεγονός αυτό (Καραουλάνης, 2012).

Η διατροφή και τα θρεπτικά συστατικά έχουν σημαντικές επιδράσεις στην εγκεφαλική ανάπτυξη και γνωστική λειτουργία. Και τούτο, γιατί οι διεργασίες, που λαμβάνουν χώρα στην κυτταρική δομή μέσω νευροδιαβιβαστών, παρέχουν ενέργεια στον εγκέφαλο και έτσι διαμορφώνεται ανάλογα ο μεταβολισμός (Gage et al., 2017). Ένα ισορροπημένο διατροφικό πλάνο είναι εξίσου σημαντικό για την ανάπτυξη της φυσικής κατάστασης, της σχολικής επίδοσης, όσο και της ψυχικής υγείας, από την παιδική μέχρι την ενήλικη ζωή. Ακόμη και το μητρικό γάλα είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη των βρεφών. Οι μελέτες έχουν δείξει ότι μειώνει την παιδική θνησιμότητα, ενώ προστατεύει από παιδικές ασθένειες, νανισμό και παχυσαρκία (Harami, Mazarakou, & Tsoromokos, 2015).

Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, το οποίο υφίσταται τις τελευταίες δεκαετίες (το 2016 παρατηρήθηκε σε 18% του πληθυσμού παγκοσμίως) (World Health Organization, 2018). Πιο συγκεκριμένα, η παχυσαρκία εντοπίζεται σε συχνότητα 22,8% σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (2-5 ετών), 34,2% σχολικής ηλικίας (6-11 ετών), 34,5% εφηβικής ηλικίας (12-19 ετών) (Skinner, Perrin, & Skelton, 2016).

Η παχυσαρκία έχει συσχετιστεί με ενδοκρινολογικές διαταραχές (σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αντίσταση στην ινσουλίνη, δυσλιπιδαιμία, μη αλκοολική λιπώδη διήθηση του ήπατος, σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, διαταραχές), καρδιαγγειακές διαταραχές

(στεφανιαία νόσο, αρτηριακή υπέρταση), θρομβοεμβολικές διαταραχές (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, φλεβοθρόμβωση), αναπνευστικές διαταραχές (υπνική άπνοια), μυοσκελετικές διαταραχές (οστεοαρθρίτιδα), ψυχιατρικές διαταραχές (κατάθλιψη), ψυχολογικές διαταραχές (χαμηλή αυτοεκτίμηση, θλίψη, αισθήματα ενοχής), καθώς και με κακοήθειες (καρκίνος ενδομητρίου, παχέος εντέρου κ.ά.) (Mokdad et al., 2003).

Πολλές διατροφικές συνήθειες, όπως η παράλειψη του πρωινού, έχουν περιγραφεί και σχετιστεί με την εξέλιξη της παχυσαρκίας. Οι περισσότερες έρευνες, που διερευνούν την επιρροή των διατροφικών συνηθειών στην υγεία, έχουν επικεντρωθεί στην επίδραση των προτύπων διατροφής με τις αλλαγές του βάρους (Thivel et al., 2012; Καραβίδα και συν., 2017).

Το υπερβολικό βάρος κατά την παιδική ηλικία έχει συσχετιστεί με την αυξημένη θνησιμότητα των ενηλίκων, καθώς οι διατροφικές συνήθειες που καθιερώνονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας επηρεάζουν την ενήλικη ζωή (Trudy et al., 2014).

1.4. Παράγοντες διαμόρφωσης διατροφικών συνηθειών

Οι διατροφικές προτιμήσεις και επιλογές είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης κοινωνικών, βιολογικών, οικονομικών, ψυχολογικών και πολιτισμικών παραγόντων. Με την πάροδο των χρόνων έχουν τροποποιηθεί οι μέθοδοι παραγωγής τροφίμων. Τα τελευταία δέκα χρόνια πραγματοποιήθηκε μετάβαση από την παραδοσιακή αγροτική παραγωγή σε ένα εντατικοποιημένο και βιομηχανοποιημένο σύστημα παραγωγής τροφίμων. Επιπλέον, η ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας, η μαζική αστικοποίηση και η αλλαγή εισοδημάτων (Porkka, Kumm, Siebert, & Varis, 2013; Vandevijvere et al., 2015), εκτός των άλλων, αύξησε την αγοραστική δύναμη με αποτέλεσμα την αυξημένη κατανάλωση τροφίμων και κυρίως προϊόντων ζωικής προέλευσης. Με τη μεγαλύτερη αγοραστική δύναμη λοιπόν,

αυξάνεται η θερμιδική πρόσληψη, η οποία μάλιστα αποτελείται κατά κύριο λόγο από ζωικά προϊόντα (Αντωνίου, Νοταρά, & Παναγιωτάκος, 2018).

Τα ζωικής προέλευσης προϊόντα δεν αποκλείονται από ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο αλλά η υπερβολική κατανάλωση αυτών αποτελεί κίνδυνο για την υγεία του πληθυσμού. Ωστόσο, με βάση την πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής, συγκεκριμένη ποσότητα μπορεί να διασφαλίσει την κάλυψη των πρωτεϊνικών αναγκών του ατόμου και την παροχή όλων των απαραίτητων αμινοξέων (Górska-Warsewicz et al., 2018).

Οι διατροφικές επιλογές μπορεί να καθορίζονται κι από τις σχετικές διαφορές στο κόστος μεταξύ τροφίμων υψηλής ποιότητας και χαμηλής ποιότητας. Αυτή η παρατήρηση δεν περιορίζεται μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Παρόμοιες μελέτες έδειξαν τη σχέση μεταξύ υψηλότερων εισοδημάτων και διατροφής υψηλότερης ποιότητας, επίσης στον Καναδά, στη Γαλλία, στο Ηνωμένο Βασίλειο καθώς και σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (Darmon, & Drewnowski, 2008; Drewnowski, 2009).

Ένας σημαντικός παράγοντας, επομένως, που επηρεάζει τη διατροφική ρουτίνα των ατόμων, της οικογένειας και κατ' επέκταση των παιδιών είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Άτομα με ελλιπή μόρφωση και μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας καταναλώνουν περισσότερα τυποποιημένα τρόφιμα (De Deus Mendonç et al., 2015). Οικογένειες με χαμηλό εισόδημα δυσκολεύονται να παρέχουν ποιοτική επιλογή τροφών. Εναλλακτικά προσφέρουν μειωμένες μερίδες ή γεύματα, τα οποία αποτελούνται από προϊόντα χαμηλών αγοραστικών τιμών (Parnham, Laverly, Majeed, & Vamos, 2020; Dunn, Kenney, Fleischhacker, & Bleich, 2020; Mayurasakorn et al., 2020). Ταυτόχρονα εντοπίζεται μειωμένη κατανάλωση λαχανικών και γάλακτος, προτίμηση σε αλμυρά σνακ και τρόφιμα πλούσια σε λίπος ή ακόμη και παράλειψη του πρωινού από τα παιδιά (Djuregot et al., 2017).

Η συμπεριφορά των παιδιών καθορίζεται από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον, καθώς και από άτομα του κοινωνικού περίγυρου που συμμετέχουν στη φροντίδα και στην

ανατροφή τους (Van de Kolk et al., 2018). Η κατανάλωση ενός τροφίμου και η συχνότητα που οι γονείς παρουσιάζουν προσκόλληση σε μία υγιεινή (ή μη) διατροφή έχει αντίκτυπο στο παιδί. Αντίστοιχα, η διαθεσιμότητα τροφής στο σπίτι και η επίδραση αυτών στο σωματικό βάρος γονέων και παιδιών, είναι απόλυτα συνδεδεμένα. Η ενθάρρυνση και η συμπεριφορά των γονέων όμως, μπορεί να συνεισφέρει στην υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών, στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (Young, Fors, & Hayes, 2004; Yee, Lwin, & Ho, 2017).

Ως επί το πλείστον οι μητέρες που έχουν διατροφική γνώση προτιμούν υγιεινά τρόφιμα για τις ίδιες και για τα παιδιά τους. Άρα υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο (Samuel Johnson et al., 2017). Τα παιδιά των οποίων οι μητέρες έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο αποκτούν πιο υγιεινή διατροφική συμπεριφορά. Επίσης, αυτά τα παιδιά προτιμούν να πίνουν περισσότερο νερό, να καταναλώνουν περισσότερο ρύζι, ψωμί, λαχανικά, φρούτα, κρέας, ψάρι, κοτόπουλο, αυγό και γάλα σε αντίθεση με τα παιδιά των οποίων οι μητέρες έχουν μέτριο ή χαμηλό επίπεδο μόρφωσης (McPhie et al., 2012).

Το επάγγελμα των μητέρων και γενικότερα η κατάσταση των γονέων έχει επίδραση στη διαιτητική συμπεριφορά των παιδιών ως εξής. Υψηλότερη πρόσληψη υγιεινών τροφίμων όπως φρούτα, λαχανικά, μαύρο ψωμί, γάλα, νερό παρατηρήθηκε σε περιπτώσεις όπου το παιδί περνάει περισσότερο χρόνο με τη μητέρα και τους γονείς και σε περιπτώσεις όπου οι γονείς έχουν περάσει δυσκολίες πολέμων και κακουχίας. Αντίθετα, η χαμηλότερη πρόσληψη υγιεινών τροφίμων εντοπίστηκε σε περιπτώσεις όπου η μητέρα και οι γονείς εργάζονται αρκετές ώρες εκτός σπιτιού (Mori, Asakura, Sasaki, & Nishiwaki, 2021).

Επιπρόσθετα, η δομή της οικογένειας παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών στα παιδιά, καθώς η υιοθέτηση των υγιεινών συνηθειών ήταν υψηλότερη σε πολυμελείς οικογένειες, σε σύγκριση με τις μονογονεϊκές οικογένειες (Pratt et al., 2020).

Οι γονείς, επομένως, μπορεί να δημιουργούν ένα «παχυσαρκογόνο» περιβάλλον (υψηλής ενεργειακής αξίας διατροφή και καθιστική ζωή) τόσο για τους ίδιους όσο και για τα παιδιά τους (Καϊμενόπουλος και συν., 2020). Τα παιδιά των παχύσαρκων γονέων έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης παχυσαρκίας, που δικαιολογείται από περιβαλλοντικούς παράγοντες λόγω καταναλισκόμενης τροφής, τόσο σε ποσότητα όσο και ποιότητα, καθώς και από τις διαιτητικές συνήθειες όλης της οικογένειας (Fernandez Alvira et al., 2013).

Ένας άλλος παράγοντας που συνδράμει στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών των παιδιών είναι το σχολείο. Τα παιδιά στις ανεπτυγμένες χώρες μέχρι την ηλικία των 12 ετών τουλάχιστον, φοιτούν υποχρεωτικά σε κάποιο σχολείο, όπου περνούν περισσότερο από το ήμισυ της ημέρας τους. Διαμορφώνουν την προσωπικότητά τους μέσα σε αυτό το πλαίσιο, μαθαίνουν να λαμβάνουν αποφάσεις και δημιουργούν την προσωπική τους εικόνα. Το σχολικό πλαίσιο είναι εξίσου υπεύθυνο και για τη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών των παιδιών. Αυτό επιτυγχάνεται με εφαρμογή προγραμμάτων που ενισχύουν και προωθούν την αξία της υγείας (Frerichs et al, 2015). Η αλληλεπίδραση των παιδιών με τα διαφορετικά κοινωνικοπολιτισμικά πεδία και χωρικά πλαίσια επηρεάζει τις αντιλήψεις τους (Gifford, Steg, & Reser, 2011).

Επίσης, τα σχολικά κυλικεία προσφέρουν επιλογές που δεν προάγουν την καλή υγεία των παιδιών. Αυτό γίνεται διότι τα κυλικεία αναζητούν το κέρδος έναντι της ύπαρξης προϊόντων με διατροφική αξία (για αυτό τον λόγο πουλούν προϊόντα όπως τα κρουασάν, οι γρανίτες κ.ά.). Εάν όλα τα παιδιά μπορούν να έχουν εξίσου πρόσβαση σε συγκεκριμένες επιλογές τροφίμων στο κυλικείο, τότε μειώνεται ο κοινωνικός στιγματισμός και οι κατάλληλες επιλογές γίνονται παράδειγμα προς μίμηση (Dalma et al., 2015).

Σε ορισμένες χώρες υπάρχουν και θεσπισμένοι κανόνες, σύμφωνα με τους οποίους το σχολείο είναι υπεύθυνο για να εξετάζει και να προάγει εξατομικευμένα προγράμματα για τις διαφορετικές (θεραπευτικές) ανάγκες του κάθε μαθητή (Cervato-Mancuso et al., 2013).

Οι διατροφικές επιλογές των παιδιών επηρεάζονται και από τις τηλεοπτικές διαφημίσεις και τα ΜΜΕ. Τα περισσότερα τρόφιμα που διαφημίζονται έχουν υψηλό ποσοστό ζάχαρης ή νατρίου (αλάτι) ή κορεσμένων λιπαρών. Έτσι οι ανθυγιεινές διατροφικές συνθήκες και η ανάγκη για τα διαφημιζόμενα προϊόντα καλλιεργούνται με αποτέλεσμα τελικά να υπάρχει μια ροπή προς τις τροφές με περισσότερο λίπος και ζάχαρη (Kafatos et al., 2004; Yeonsoo et al., 2010).

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών είναι η γεύση, το χρώμα, η υφή και το μέγεθος. Συνεπώς η σωστή επιλογή και κατάλληλη προετοιμασία παίζουν σημαντικό ρόλο στις διατροφικές επιλογές των παιδιών (Pietraszewska, Postek-Stefańska, & Pczuk-Ryputa, 2021).

Έχει παρατηρηθεί ότι η διατροφική συμπεριφορά αλλάζει με την ηλικία (Currie et al., 2012). Πιο συγκεκριμένα, η αύξηση κατανάλωσης των γλυκών και ανθρακούχων ποτών με την ταυτόχρονη μείωση πρόσληψης θρεπτικών συστατικών είναι κακές συνήθειες που υιοθετούμε περισσότερο όσο αυξάνεται η ηλικία μας. Δηλαδή, η κατανάλωση των γλυκών κ.τ.λ. αυξάνεται κατά τη μετάβαση από την παιδική ηλικία στην εφηβεία (Vartanian, Schwartz, & Brownell, 2007).

Προσφάτως, σε παγκόσμιο επίπεδο, οι άνθρωποι διακινδύνεψαν τη ζωή τους λόγω πανδημίας (Covid-19). Οι συνέπειες που βίωσαν λόγω τέτοιων περιοριστικών μέτρων αποδεικνύουν ότι οι συμπεριφορές των ανθρώπων αλλάζουν. Πιο συγκεκριμένα, υπήρξε μείωση φυσικής δραστηριότητας (Elran-Barak & Mozeikou, 2020) αλλαγή διατροφικών συνηθειών και μεταβολές στο διαιτολόγιο (είτε θετικά είτε αρνητικά) (Brooks et al., 2020).

Οι κοινωνικές συναναστροφές των παιδιών μειώθηκαν κατά το χρονικό διάστημα αυτό και τα παιδιά λόγω παραμονής στο σπίτι, όσον αφορά στη διατροφή τους, ακολούθησαν το οικογενειακό διατροφικό πρότυπο (Hanson, & Connor, 2014). Παραδείγματος χάρη, υπήρξε αύξηση στην πρόσληψη δημητριακών και σιτηρών (DiRenzo et al., 2020), φρούτων

και λαχανικών (Jia et al., 2021), με μείωση των γλυκών/γλυκαντικών και αναψυκτικών (Gornicka et al., 2020).

Αν και αυτές αποτελούν αλλαγές με θετικό αντίκτυπο στη διατροφή και την υγεία, υπήρχαν και περιπτώσεις αντίθετες, με άτομα που αύξησαν τη χρήση του βουτύρου, της μαργαρίνης και γενικά των λιπαρών τροφών (DiRenzo et al., 2020), της σοκολάτας, των παγωτών και των αλμυρών σνακ (Gornicka et al., 2020). Τέλος, να σημειωθεί ότι η αύξηση των ζυμαρικών, των υδατανθράκων, του ψωμιού και του καφέ κατά τη διάρκεια της πανδημίας είναι αμφίβολο εάν επηρέασε θετικά ή αρνητικά την υγεία των ατόμων (DiRenzo et al., 2020).

Φυσικά υπήρξαν και περιπτώσεις, όπου τα παιδιά κατανάλωναν περισσότερα τσιπς πατάτας, κόκκινο κρέας και γλυκά (Pietrobelli et al., 2020) και γενικά, στην πλειονότητά τους, η ποιότητα της διατροφής τους κατά τη διάρκεια των περιοριστικών μέτρων διαμορφώθηκε αρνητικά.

Εν κατακλείδι, παρατηρεί κανείς ότι το διατροφικό πλάνο επηρεάζεται από την εντατικοποίηση παραγωγής τροφίμων, από το πλαίσιο του σχολείου (καντίνα, συναναστροφή, εκπαιδευτικοί), από τα ΜΜΕ, τις κοινωνικές συναναστροφές, καθώς και από το μορφωτικό επίπεδο και την οικονομική κατάσταση της οικογένειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

2.1. Διατροφική αγωγή στο σχολείο

Όπως κάθε άλλη συμπεριφορά έτσι και η διατροφική ρουτίνα ξεκινά από πολύ νωρίς στη ζωή ως αλληλεπίδραση μεταξύ προσωπικών, κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Οι διατροφικές συνήθειες που αποκτώνται στην παιδική ηλικία δύσκολα αλλάζουν στη μετέπειτα ζωή (Siega-Rizetal, 2010; Birch, & Doub, 2014; Scazzocchio et al., 2021).

Η αγωγή και ο γραμματισμός υγείας (*HealthLiteracy*) ορίζουν τον βαθμό στον οποίο τα άτομα μπορούν να αποκτήσουν, να επεξεργαστούν και να κατανοήσουν τις βασικές πληροφορίες και υπηρεσίες υγείας που απαιτείται ώστε να λάβουν τις κατάλληλες αποφάσεις (Broucke, 2014). Αποτελεί καθοριστικό παράγοντα καθώς ευνοεί την υιοθέτηση των υγιεινών συνθηκών διαβίωσης, την τήρηση των θεραπειών και την κατάλληλη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Rowlands et al., 2019). Επιπλέον, υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τον γραμματισμό τροφίμων (*Food Literacy*) που ορίζεται ως ένα σύνολο δεξιοτήτων και γνώσεων σχετικά με τα τρόφιμα, έτσι ώστε οι άνθρωποι να κάνουν συνειδητές επιλογές για τη διατροφή τους και τη βελτίωση της υγείας τους (Truman, Lane, & Elliott, 2017). Η μεγάλη πρόκληση είναι οι άνθρωποι να ξεκινούν από την παιδική ηλικία τα κατάλληλα εκπαιδευτικά προγράμματα για την ενθάρρυνση της υιοθέτησης των υγιεινών συνθηκών διαβίωσης.

Το σχολείο φαίνεται να είναι το πιο κατάλληλο περιβάλλον για την εφαρμογή στρατηγικών που στοχεύουν στη βελτίωση των διατροφικών επιλογών των μαθητών που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας (WHO, 2018). Σκοπός των προγραμμάτων υγείας στο σχολείο είναι η εκπαίδευση και υιοθέτηση των υγιεινών διατροφικών συνηθειών από τα παιδιά. Με αυτόν τον τρόπο προωθείται η προστασία και η

ενίσχυση της ψυχικής και σωματικής υγείας των μαθητών (Contento, & Koch, 2020). Η μονάδα Ινστιτούτου Ιατρικής των Εθνικών Ακαδημιών υποστήριξε ότι η διατροφική εκπαίδευση αποσκοπεί στη διόρθωση ακατάλληλων διατροφικών συμπεριφορών, στην προαγωγή της υγείας, στην ευαισθητοποίηση και στην ενίσχυση του κινήτρου για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής ενός ατόμου (Whang & Yan, 2020).

Η διατροφική αγωγή αποτελεί μέρος εκπαίδευσης το οποίο κατά επέκταση θα αποτελέσει θεσμό στα σχολικά ιδρύματα και τις κοινωνίες (Jourdan, 2011). Πιο ειδικά, τα προγράμματα διατροφικής αγωγής έχουν ως στόχο την κατανόηση της αξίας των τροφών, της επίδρασής τους στον οργανισμό, της προέλευσης και επεξεργασίας τους, αλλά και τις παραδόσεις (ήθη, έθιμα) που συνδέονται με αυτές (Sutter et al., 2019).

Η διατροφική αγωγή στο σχολείο ενισχύει τις απόψεις των μαθητών ώστε με κριτική διάθεση να κάνουν τις σωστές επιλογές και να επιδεικνύουν υπεύθυνη συμπεριφορά, όσον αφορά στη δική τους υγεία και των οικείων τους (Da Silva et al., 2017). Ακόμη, προτρέπει τους νέους ώστε να γίνουν ενεργοί και αποτελεσματικοί πολίτες. Οι στάσεις απέναντι στην υγεία που θεμελιώνονται από πολύ μικρή ηλικία (τόσο από το νηπιαγωγείο όσο και κατά την εφηβεία) διαμορφώνουν τον χαρακτήρα και την προσωπικότητα των μαθητών ώστε να υιοθετούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής (Turner, & Wilks, 2018).

Η διατροφική αγωγή απαιτεί μια διεπιστημονική προσέγγιση και ως εκ τούτου κρίνεται αναγκαία η συνεργασία των εκπαιδευτικών με ειδικούς επιστήμονες (γιατρούς, βιολόγους, ψυχολόγους, κοινωνιολόγους κλπ), ώστε όλοι μαζί να παρέχουν την κατάλληλη εκπαίδευση σε παιδιά και εφήβους. Επίσης η διατροφική αγωγή εκτός των άλλων, μέσα από την διεπιστημονικότητα και τη διαθεματικότητα συνδέει το σχολείο με την ευρύτερη κοινωνία και αναβαθμίζει τη σχολική ζωή (Lakka et al., 2019, Da Silva et al., 2017, Messenger, 2021, McCloat & Caraher, 2020).

Η συμμετοχή των μαθητών στα πιο υγιεινά σχολικά γεύματα φαίνεται ότι βελτιώνει και τις ακαδημαϊκές επιδόσεις των μαθητών (Bogart et al., 2016). Δεδομένου ότι ο κίνδυνος πολλών μη μεταδοτικών ασθενειών, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα ή ορισμένες μορφές καρκίνου, είναι στενά συνδεδεμένες με τη διατροφή, τα εκπαιδευτικά προγράμματα διατροφής στοχεύουν στην καθιέρωση υγιεινών διατροφικών συνηθειών σε μικρές ηλικίες, παγκοσμίως για την πρόληψη των προαναφερόμενων ασθενειών (Asakura, Todoriki, & Sasaki, 2017).

Εν κατακλείδι, τα σχολικά προγράμματα αγωγής υγείας προσφέρουν στους μαθητές την εκπαίδευση, την αναβάθμιση της κρίσης τους και την προστασία της υγείας τους. Παρόλο που το σχολικό πλαίσιο προσφέρει ορισμένες υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει υποχρεωτικά να συμπεριλαμβάνει τα ακόλουθα: κρατικό φορέα ελέγχου υγείας, που εξακριβώνει την κατάσταση της υγείας κάθε μαθητή, αξιολόγηση φαρμακευτικής αγωγής και φροντίδας των μαθητών και τέλος, υπηρεσίες που ασχολούνται με τις έκτακτες περιπτώσεις νοσηλείας από κάποιον ειδικό υγείας (π.χ. νοσηλευτή, γιατρό) (Austin et al., 2006).

2.2. Έρευνες περί διατροφικής αγωγής

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι μαθητές που δεν ενδιαφέρονται για το σχολείο και την επίδοσή τους, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμπλακούν σε επικίνδυνες για την υγεία τους συμπεριφορές όπως είναι η κακή διατροφή, το κάπνισμα, αποστροφή από τη σωματική άσκηση, ναρκωτικά, αλκοόλ, τραυματισμούς, βία, εκφοβισμό, σε αντίθεση με συνομήλικούς τους οι οποίοι ενδιαφέρονται και ασχολούνται με τις σχολικές δραστηριότητες (Dawson, & Guare, 2010; Jourdan, Pommier, & Quidu 2010).

Άλλη μελέτη, που πραγματοποιήθηκε σε μαθητές και εφήβους, έδειξε ότι η απόκτηση γνώσεων σχετικά με θέματα διατροφής οδηγεί τα παιδιά στην υιοθέτηση υγιεινών

διατροφικών επιλογών και στην απόκτηση καλύτερων διατροφικών συνηθειών (Grosso et al., 2013).

Οι έρευνες δείχνουν ότι η διατροφική αγωγή προσεγγίζει τους μαθητές ολιστικά, τόσο σε κανόνες συμπεριφοράς, όσο και σε θέματα υγείας/διατροφής. Η στρατηγική λοιπόν των εκπαιδευτικών προγραμμάτων θα πρέπει να εμπεριέχει θέματα που πλαισιώνουν όλες τις πλευρές της υγείας: διατροφή, ψυχοκοινωνικά θέματα, συμπεριφορές, γνώσεις, κ.ο.κ (Andrien, & Beghin, 1993; Lahlou, 1999; Lee, & Kotler, 2008).

Η απόκτηση γνώσεων για θέματα τροφίμων και διατροφής αφομοιώνεται καλύτερα από τα παιδιά όταν γίνεται με βιωματικές διαδικασίες μάθησης καθώς αυτός ο τρόπος διδασκαλίας και μάθησης παρέχει απόλαυση, διασκέδαση και το αίσθημα της κατάκτησης και του επιτεύγματος (Worsley et al., 2016) κατά τη μαθησιακή διαδικασία (Boddy, Booth, & Worsley, 2019).

Οι Sovyanhadi & Malcolm (2004), σε έρευνα των σχολείων στην Αμερική σε μαθητές Λυκείου, διαπίστωσαν ότι η πιο αποτελεσματική μέθοδος για την εκμάθηση της πυραμίδας της μεσογειακής διατροφής ήταν η προβολή οπτικού υλικού και μέσω παιχνιδιού ρόλων ενώ ο συνδυασμός όλων των μεθόδων μαζί (προβολή βίντεο, παιχνίδι ρόλων και επίσκεψη σε μαγαζί με πώληση τροφίμων) αποδίδει το μεγαλύτερο ποσοστό στη διδασκαλία και την επιμόρφωση σε θέματα διατροφικής αγωγής.

Οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια υποδεικνύουν ότι η πιο επιτυχημένη σχολική παρέμβαση διατροφικής εκπαίδευσης θα πρέπει να είναι εντατική και συστηματική, μακροχρόνια και ολοκληρωμένη, λαμβάνοντας όμως υπόψη τις περιβαλλοντικές αλλαγές, τη συμμετοχή και την υποστήριξη της οικογένειας. Θα πρέπει να βασίζεται στη θεωρία της μεσογειακής διατροφικής πυραμίδας και να ενσωματώνει τα κατάλληλα προγράμματα και δραστηριότητες (Liu et al., 2019).

Η συνεργασία με άτομα και προσωπικό που έχουν τεχνογνωσία σε θέματα διατροφής μπορεί να εμπλουτίσει το σχολικό πρόγραμμα σπουδών με δραστηριότητες κηπουρικής, περιβάλλοντος και αγροτικών επισκέψεων. Έτσι γίνεται συνδυασμός από μια πληθώρα πεδίων όπως κοινωνικών επιστημών, βιολογίας, ιατρικής με προγράμματα που ορίζονται σύμφωνα με την πολιτεία και το κράτος (Koch et al., 2020).

Στη σύγχρονη εποχή, η χρήση των νέων τεχνολογιών στην εκπαιδευτική διαδικασία παρέχει έναν εναλλακτικό τρόπο μάθησης και καλλιέργειας της κριτικής γνώσης σε κάθε τομέα (López-Belmonte, Moreno-Guerrero, López-Núñez, & Hinojo-Lucena, 2020). Έτσι, αυξάνεται η συμμετοχή και η συνεργασία μέσα και έξω από την τάξη με τους μαθητές να συνομιλούν και να σχολιάζουν μεταξύ τους για θέματα περί διατροφής και όχι μόνο (Chis et al., 2018). Η διδασκαλία με τη χρήση τεχνολογίας είναι πιο κοντά στα ενδιαφέροντα των μαθητών και μπορεί να κρατήσει το ενδιαφέρον τους, να αυξήσει την κοινωνικότητα, τη φαντασία και την ανταλλαγή απόψεων (Moreno-Guerrero et al., 2021).

Τα χαρακτηριστικά των μαθητών (ο τρόπος με τον οποίο μαθαίνουν, η σχέση τους με τη μάθηση και το σχολείο, οι δεξιότητές τους, η ατομική και συλλογική συμπεριφορά) και τα χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών (οι σκοποί και στόχοι, η γνώση και η τεχνογνωσία, οι αξίες και οι πεποιθήσεις, η εμπειρία και η εκπαίδευση, η κουλτούρα και το υπόβαθρο) σε σχέση με την εκπαίδευση των διατροφικών θεμάτων έχουν μια αλληλένδετη σχέση.

2.3 Ο ρόλος του εκπαιδευτικού σε θέματα διατροφικής αγωγής

Όσο πιο «πλούσιο» (με πληθώρα από ερεθίσματα, γνώσεις, κ.ά.) και υγιές είναι το περιβάλλον των παιδιών τόσο περισσότερα οφέλη προσφέρει στη ζωή τους. Οι γονείς πρέπει να παρέχουν υποστήριξη σε όλες τις πτυχές της ανάπτυξης του παιδιού (σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές). Επιβάλλεται επίσης, τα υπόλοιπα άτομα που τα πλαισιώνουν (εκπαιδευτικοί, βοηθοί, ειδικοί, κ.τ.λ.) να χαρακτηρίζονται από συναισθηματική

σταθερότητα και να καλύπτουν τις βασικές τους ανάγκες (ισορροπημένα γεύματα, σωματικές δραστηριότητες) (Laitinen, et al., 2021).

Η υγεία του παιδιού επηρεάζει τη συμπεριφορά του στο σχολείο και την ποιότητα της ακαδημαϊκής του επίδοσης. Οι δάσκαλοι δεν αναλαμβάνουν ποτέ την ιατρική ευθύνη, μπορούν να αναφέρουν όμως αν παρατηρούν κάποια αλλαγή ή κάποια μη συνηθισμένη επίδοση/συμπεριφορά. Οι πρώτοι είναι σε εγρήγορση για τα πρώιμα συμπτώματα της οξείας ασθένειας καθώς και για τα σημάδια που μπορεί να υποδεικνύουν ότι μπορεί να δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα υγείας (Young, & Valois, 2010; Alamari, 2020).

Τα σημερινά παιδιά είναι αυριανοί πολίτες. Κάθε πολίτης μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία μιας υγιούς κοινωνίας και οι δάσκαλοι είναι αυτοί που οφείλουν να εκπαιδεύουν τους μαθητές ώστε να υιοθετήσουν υγιή συμπεριφορά στην καθημερινή τους ζωή (Edberg, 2015).

Ο ρόλος του δασκάλου είναι ταυτόχρονα και ψυχαγωγικός. Θα πρέπει να δημιουργεί δραστηριότητες που βοηθούν τους μαθητές να χαλαρώσουν από τις ακαδημαϊκές ενασχολήσεις τους και να τους ανακουφίζουν από το άγχος ή από δυσάρεστα συναισθήματα που τυχόν δημιουργούνται με έμφαση σε διατροφικά θέματα αγωγής της υγείας (Jourdan, 2011). Επιπρόσθετα, θα πρέπει να αφιερώνει χρόνο με τους μαθητές, εκτός από τις ακαδημαϊκές δραστηριότητες, για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων ώστε να παρέχει κίνητρα για τις σωστές διατροφικές συνήθειες (Alamari, 2020).

Η σωστή συμπεριφορά, η υγιεινή, η καλή διατροφή, που προσέχει και σέβεται το σώμα και το «ευ ζην» ξεκινάει από τον σχολικό θεσμό και επεκτείνεται στο σπίτι και έπειτα σε όλη την κοινωνία. Σε αυτό το σημείο ο δάσκαλος θα πρέπει να παρακινεί τους μαθητές στην καλή συμπεριφορά και στα πλεονεκτήματα αυτής (Nanayakkara, Margerison, & Worsley, 2021).

Ο ρόλος του δασκάλου είναι να ενθαρρύνει τους μαθητές να αντιμετωπίζουν και να επιλύουν τα προβλήματά τους τόσο σε γενικά θέματα όσο και σε θέματα διατροφής (Alamari, 2020).

Ο δάσκαλος οφείλει να είναι ενήμερος για την υγεία του κάθε παιδιού και να είναι εξοικειωμένος με τις φυσιολογικές και ψυχολογικές διαφορές μεταξύ των παιδιών σε κάθε ηλικιακό επίπεδο (Nanayakkara et al., 2021).

Το εκπαιδευτικό ίδρυμα και οι απασχολούμενοι επαγγελματικά με την υγεία, πρέπει να κινητοποιηθούν ώστε να εφαρμοστούν επιτυχώς προγράμματα Αγωγής Υγείας, τα οποία θα προσφέρουν στήριξη τόσο στους εκπαιδευτικούς όσο και στους μαθητές (Joseph et al., 2021).

Σύμφωνα με τον μη κυβερνητικό παγκόσμιο οργανισμό (International Union for Health Promotion and Education, 2008) ο κάθε εκπαιδευτικός που έχει αναλάβει προγράμματα Αγωγής Υγείας θα πρέπει να είναι πιστός στις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, να έχει γνώσεις για την καλή υγεία των ανθρώπων, την ψυχική υγεία, τη διατροφή και να είναι σε θέση να παρέχει εκπαίδευση και ενημέρωση σχετικά με πρόληψη και εθισμό ουσιών. Επίσης, θα πρέπει να τοποθετεί την Αγωγή της Υγείας εξίσου στο σχολικό πρόγραμμα όπως και τα υπόλοιπα διδακτικά αντικείμενα. Πάντα το πρόγραμμα που ακολουθεί θα πρέπει να συμβαδίζει με το ηλικιακό επίπεδο και τις γνώσεις των παιδιών, έτσι ώστε να μεταδίδει έννοιες και γνώσεις σε θέματα σχετικά με την υγεία. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να αξιοποιεί τη σχέση με την οικογένεια και την κοινότητα στην υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών. Η αποδοχή όλων των διαφορετικών πολιτισμών και αντίστοιχα της κουλτούρας θα πρέπει να συγκαταλέγεται στις δράσεις του ούτως ώστε να μην απορρίπτει κανέναν από την προαγωγή των θεμάτων υγείας. Τέλος, υψίστης σημασίας αποτελεί η συνεργασία με ομάδες και συλλόγους προκειμένου να εφαρμόζονται πολιτικές σχετικές με θέματα υγείας.

Στα προγράμματα υγείας του σχολείου οι εκπαιδευτικοί διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στον εντοπισμό των ανησυχιών των μαθητών σχετικά με τη διαίτα και τον έλεγχο του βάρους τους. Για αυτό τον λόγο έχουν ρόλο συνδετικό μεταξύ παιδιού και γονέα. Οφείλουν να διατηρούν καλές σχέσεις έτσι ώστε και οι γονείς με τη σειρά τους, να έχουν επικοινωνιακή και επιτυχημένη επικοινωνία και εμπιστοσύνη για θέματα που σχετίζονται με την καλή σωματική υγεία και ευεξία των παιδιών τους. Είναι σημαντικό να συζητούνται δυνατά και αδύναμα σημεία των παιδιών τόσο στην τάξη όσο και σε θέματα διατροφής (Nanayakkara et al., 2021).

Σημαντικό χαρακτηριστικό των δασκάλων αποτελεί η ενασχόλησή τους και η συμμετοχή τους σε σεμινάρια για τα πιο διαδεδομένα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν τα παιδιά. Αυτά τα προγράμματα παρέχουν ενημέρωση σχετικά με τον εντοπισμό, την εξάπλωση και την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας στα παιδιά (Edberg, 2015). Είναι πολύ σημαντικό επίσης να παρακολουθούν τα εργαστήρια υγείας τα οποία εξειδικεύονται στην πρόληψη ασθενειών (Sharma, 2011). Με αυτόν τον τρόπο ενημερώνονται συνεχώς έτσι ώστε να είναι πετυχημένοι στις αρμοδιότητες που οφείλουν να έχουν προς τα παιδιά.

Ο ρόλος των εκπαιδευτικών είναι να προσπαθούν συνεχώς, να ανακαλύπτουν νέους τρόπους με τους οποίους να ενσωματώνουν τα θέματα της διατροφικής αγωγής στα διδακτικά γνωστικά αντικείμενα του προγράμματος. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να χρησιμοποιούν τρόπους να κινητοποιούν τους μαθητές σε ενεργές δράσεις και αποφάσεις σχετικά με την υγεία (Παπαθανασίου, 2009). Θα πρέπει να υπάρχει ενθάρρυνση κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και προτύπων που συμβαδίζουν με τη μεσογειακή διατροφή (Bonaccio et al., 2013).

Οι δάσκαλοι θα πρέπει να ευαισθητοποιούν τους μαθητές αναφορικά με την υγεία, την ποιότητα των τροφίμων και την αντίληψη των επεξεργασιών αυτών (Flowers, & Swan,

2012). Με τον τρόπο αυτό θα προκαλούν και την περιβαλλοντική ευαισθητοποίηση, η οποία δίνει έμφαση σε θέματα για τη σχέση μεταξύ της βιοποικιλότητας και της ασφάλειας των τροφίμων, με προτίμηση στα βιώσιμα αγροτικά προϊόντα (προϊόντα φιλικά προς το περιβάλλον). Ταυτόχρονα οι δάσκαλοι προβληματίζονται με θέματα βιομηχανικής γεωργίας που υπερεκμεταλλεύονται τα τρόφιμα και την οικολογία (Wight, & Killham, 2014).

Εν κατακλείδι, η προαγωγή της υγείας, από τους δασκάλους πρέπει να περιλαμβάνει πτυχές της σύγχρονης ολιστικής φύσης της υγείας, που αφορούν θέματα σωματικά, ψυχικά, συναισθηματικά και της ευημερίας (Soulmatou et al., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΤΡΟΦΙΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

3.1. Κοινωνικές αναπαραστάσεις

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις προσδιορίζονται από μία ομάδα που δίνει νόημα σε κάποιο ερέθισμα/φαινόμενο, το οποίο υφίσταται στην κοινωνία. Δημιουργείται έτσι μια κατάσταση στην οποία περιγράφονται οι συνθήκες και οι σχέσεις μεταξύ του φαινομένου και της ομάδας. Αυτό που συνεπάγεται λοιπόν, είναι να δημιουργείται μια επιστημονική θεωρία η οποία διερευνά τη διαδικασία και τον μηχανισμό που δημιουργούνται και περιγράφονται τα φαινόμενα μέσα από την αλληλεπίδραση των ανθρώπων στην κοινωνία (Moscovici, 2017). Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις βασίζονται σε γνωστικές και συναισθηματικές διεργασίες (Ferreira, Tura, Silva, & Ferreira, 2017).

Η υγεία και η ποιότητα της ζωής ερμηνεύεται από τους ανθρώπους ως ο τρόπος που δημιουργεί την αίσθηση ότι νιώθουν καλά όσον αφορά τη νοητική, τη σωματική και τη συναισθηματική τους κατάσταση (Dunsky, 2019; Machón, et al., 2017; Κονάϊκονά, et al., 2020).

Αναφορικά με τις κοινωνικές αναπαραστάσεις της υγείας, η Herzlich (1969) συνέλεξε δεδομένα τα οποία περιγράφουν ότι η υγεία είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων και ιδιαίτερα επηρεάζεται αρνητικά από τον απαιτητικό σύγχρονο τρόπο ζωής. Η ασθένεια μπορεί να οφείλεται σε παράγοντες εξωγενείς, όπως η επιβαλλόμενη καθημερινότητα.

Η Calvert (1987) ερεύνησε τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των παιδιών της εργατικής και μεσαίας τάξης. Από τα αποτελέσματά της μελέτης φαίνεται ότι οι πεποιθήσεις για την υγεία και ευεξία σχετίζονται με την αλληλεπίδραση των ατόμων στην ομάδα/τάξη την οποία βρίσκονται. Επομένως είναι πολύ σημαντικός και ο ρόλος των ΜΜΕ και των λαϊκών εντύπων στη δημιουργία ενοποιημένων αναπαραστάσεων. Αναφορικά με τη διατροφή επισημαίνει ότι η ιατρική έχει δώσει έμφαση και προωθεί την ισορροπημένη διαίτα

και τις μεθόδους παρασκευής και συντήρησης των τροφίμων παροτρύνοντας την περαιτέρω μελέτη του θέματος.

Οι Ντάβου & Χρηστάκης (1994) κατέγραψαν στην έρευνά τους πως τα παιδιά γνωρίζουν ότι η έλλειψη άσκησης οδηγεί σε παχυσαρκία, το οποίο συνεπάγεται κοινωνική απομόνωση και απειλή για τη σωματική τους υγεία, ενώ η σωστή διατροφή αποτελεί τον πρωταρχικό παράγοντα της καλής υγείας. Η σωστή διατροφή, κατά τα παιδιά, είναι συμβατή με το πρότυπο της μεσογειακής διατροφικής πυραμίδας.

Η μελέτη της Ζυμβρακάκη (1998:211) παρουσιάζει τα εξής: ο άνθρωπος αποδίδει τα καλά τρόφιμα στη φύση και τα βλαβερά στη χημική επεξεργασία. Έτσι, οι υγιεινές τροφές οι οποίες είναι αυτούσιες από τη γη και δεν έχουν υποστεί επεξεργασία είναι προτιμότερες. Ωστόσο, τονίζει ότι ο σύγχρονος τρόπος ζωής είναι παράγοντας που επηρεάζει τις ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες από τις οποίες είναι δύσκολο κάποιος να ξεφύγει.

Μολονότι οι έρευνες για τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των παιδιών αναφορικά με τη διατροφή και την υγεία είναι περιορισμένες, αυτές που υπάρχουν τονίζουν ότι τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τις απόψεις τους (Fischler et al., 1999; Lavallee et al., 2004).

3.2. Αναπαραστάσεις εκπαιδευτικών

Οι αναπαραστάσεις των εκπαιδευτικών όσον αφορά την υγεία και τη διατροφή εμπεριέχουν θέματα ευαισθητοποίησης, γνώσεις και πληροφορίες για τα τρόφιμα, το περιβάλλον και την κοινότητα/κοινωνία. Τονίζεται ιδιαίτερα η πρόθεση των εκπαιδευτικών να διδάξουν στα παιδιά θέματα που προάγουν υγιεινές διατροφικές συνήθειες (Whang, & Yan, 2020).

Άτομα που συμμετέχουν ήδη σε εκπαιδευτικά προγράμματα δίνουν έμφαση στο ότι υπάρχει ανάγκη διεξαγωγής πιο αναβαθμισμένων και ολιστικών προγραμμάτων για τη

σωστή διατροφή και το φαγητό που καταναλώνεται ακόμη και στο σχολείο, από τα παιδιά (Gallegos-Martínez & Reyes-Hernández, 2016). Μέσα από τη διδασκαλία καλών συνηθειών διατροφής (στην οικογένεια, στους εκπαιδευτικούς ή στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης) αναπτύσσεται ολοκληρωμένο πλάνο και πολιτική για τη λήψη σωστών διατροφικών αποφάσεων, οι οποίες είναι κατάλληλες για τις ατομικές ανάγκες των παιδιών, υποστηρίζουν οι εκπαιδευτικοί (Krick, Miller, & Enagonio, 2012).

Οι ίδιοι αναφέρουν ότι είναι πρωτίστης σημασίας η κυβέρνηση, σε συνεργασία με τα σχολεία, να δομήσει οργανωμένα τη διατροφική αγωγή με τα κατάλληλα προγράμματα. Προσθέτουν επίσης, πως η εκπαίδευση σε διατροφικά θέματα σχετίζεται με το μάθημα της Φυσικής Αγωγής, όπου οι δραστηριότητες συνδυάζονται με συζητήσεις για έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής (Boddy et al., 2019).

Ταυτόχρονα, οι εκπαιδευτικοί προτείνουν να αναδείξουν εκπαιδευτικές δράσεις κατάλληλες για τις ηλικίες των παιδιών με την έγκαιρη προετοιμασία, επιλογή και κατ' επέκταση αντιμετώπιση των «προβληματικών» διατροφικών συνηθειών των παιδιών (Gallegos-Martínez, & Reyes- Hernández, 2016).

Άρα γενικά, στην τυπική εκπαίδευση, το σχολικό περιβάλλον ξεχωρίζει ως θεσμός που είναι ο πιο κατάλληλος τόσο για την εφαρμογή και προώθηση των πιο υγιεινών προτύπων διατροφής, όσο για τη διατροφική εκπαίδευση, όπου εννοούνται οι παιδαγωγικές πρακτικές που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής. Οι εκπαιδευτικοί είναι υπέρ της άποψης για δράσεις οι οποίες συνδυάζουν πιο σύγχρονες τεχνικές διαπαιδαγώγησης, όπου ο κάθε μαθητής να παίρνει τον ρόλο του δασκάλου για ένα θέμα (διατροφικό) που αναλαμβάνει και να χτίζει διεπιστημονική γνώση κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Με αυτόν τον τρόπο παρέχει προβληματισμό, αναπτύσσει την ευαισθητοποίηση και τα κίνητρα στα παιδιά (Alicinez, Cleide, & Monica, 2013).

Η εις βάθος γνώση των εκπαιδευτικών, από την άλλη πλευρά, στα συγκεκριμένα ζητήματα είναι σημαντική και αναγκαία για την προώθηση των επιτυχημένων ιδεών αναφορικά με την υγιεινή διατροφή. Και για αυτό τον λόγο οι εκπαιδευτικοί ενδιαφέρονται να έχουν συνεργατική σχέση με διαιτολόγους (ό.π.). Ένα κατάλληλο διατροφικό πλάνο προλαμβάνει και προστατεύει από ασθένειες και διαταραχές της υγείας. Υπάρχουν τρόποι έτσι ώστε οι διατροφικές ρουτίνες να είναι κατάλληλες σε ποσότητα, ποιότητα, ποικιλία, διαθεσιμότητα και οικονομικά προσβάσιμες από όλους, σύμφωνα με τα τοπικά προϊόντα (Freire, 2005).

Από την άλλη πλευρά όμως έχουν παρατηρηθεί ελλείψεις και αδυναμίες στο εκπαιδευτικό σύστημα και τους συμμετέχοντες σε θέματα γνώσης και ένταξης νέων δραστηριοτήτων για τη διατροφή. Αυτό συνεπάγεται αβεβαιότητα, φόβο και ανασφάλεια για την υιοθέτηση κατάλληλων προγραμμάτων από τους δασκάλους (Alicinez et al., 2013).

Οι εκπαιδευτικοί τονίζουν ότι τόσο οι ίδιοι όσο και οι διευθυντές των σχολείων έχουν έλλειψη γνώσεων σχετικά με την υγιεινή διατροφή των μαθητών. Τις γνώσεις που έχουν τις απέκτησαν είτε από προσωπική αναζήτηση είτε από προσωπική εμπειρία και όχι από κρατική επιμόρφωση (Dalma et al., 2015).

Επιπρόσθετα, ο ρόλος της οικογένειας και η διαπαιδαγώγηση που υπάρχει στο σπίτι κατευθύνει τη διατροφή και τις απόψεις των παιδιών για την υγεία. Για αυτό τον λόγο κάποιοι εκπαιδευτικοί σχολίασαν την επίδραση που έχει ιδιαίτερα η μητέρα στη διατροφή των παιδιών (Dalma et al., 2015).

Η αντίληψη των εκπαιδευτικών για την εκπαίδευση και την προώθηση της υγιεινής διατροφής δεν είναι από όλους η ίδια. Πιο συγκεκριμένα, κάποιοι δάσκαλοι τονίζουν τη σημασία της ποιότητας της πρόσληψης της τροφής θεωρητικά, ενώ άλλοι στοχεύουν στο να διδάξουν πρακτικές δεξιότητες μαγειρικής και δια βίου υγιεινές διατροφικές συνήθειες (Boddy, Booth, & Worsley, 2019). Σύμφωνα, μάλιστα, και με διαχρονικές μελέτες,

υποστηρίζεται ότι η διδασκαλία μαγειρικών δεξιοτήτων έχει θετική επίδραση στην ποιότητα της διατροφής (Laska, Larson, Neumark-Sztainer, & Story 2012; Berge et al., 2016; Utter et al., 2018).

Οι εμπειρίες των δασκάλων προσφέρουν πληροφορίες για τις γνώσεις τους, τα κίνητρα, τις επιρροές και τις προτεραιότητές τους κατά τη διδασκαλία διατροφικών υγιεινών συνηθειών. Υπάρχουν όμως αντιπαραθέσεις όσον αφορά τη σχολική πολιτική και τα τρόφιμα που εμπεριέχονται στα κυλικεία. Για παράδειγμα, κάποια σχολεία έχουν πολιτική να προωθούν τη διαθεσιμότητα ζαχαρούχων ποτών και των εμπορικών προϊόντων με χαμηλή διατροφική αξία (Boddy et al., 2019). Σε αυτή την περίπτωση οι δάσκαλοι υποστηρίζουν ότι τα τρόφιμα του σχολείου δεν προάγουν την υγιεινή διατροφή (Ronto, Ball, Pendergast, & Harris, 2017).

Οι ίδιοι προτείνουν αλλαγές στο πρόγραμμα του σχολικού φαγητού (κυλικείο), όπως η κατανάλωση συγκεκριμένων τροφών από τα παιδιά π.χ. φρούτα, ποικιλία δημητριακών κ.ά.. Με αυτόν τον τρόπο γίνονται αποδεκτές νέες τροφές, οι οποίες τελικά ενσωματώνονται στο γενικό διαιτολόγιο αλλά και στις προτιμήσεις των παιδιών (Moding, & Stifter, 2016). Τονίζουν, επίσης, ότι η διαδικασία προετοιμασίας του φαγητού αποτελεί ιδανικό τρόπο μετάδοσης μηνυμάτων υγιεινής διατροφής και προώθησης της ανάπτυξης σημαντικών δεξιοτήτων ζωής. Αυτή η άποψη είναι στενά συνδεδεμένη με τις εμπειρίες και την επιρροή των προτύπων προς μίμηση (της οικογένειας, των παιδιών και των δασκάλων) (Boddy et al., 2019).

Οι εκπαιδευτικοί έχουν εκφράσει ανησυχίες σχετικά με την καταλληλότητα των μεθόδων εκπαίδευσης για την προαγωγή της υγείας (Aggleton, Daniel, Rivers, Turner, & Whitty, 1999). Στην Ελλάδα, οι δάσκαλοι έχουν δείξει προθυμία για εκπαίδευση και επιμόρφωση σε θέματα διατροφής, σε εθελοντική βάση, χωρίς αμοιβή (Tzamalouka, Soulatou, Kafatos, Markatzi, & Chliaoutakis, 2008).

Ωστόσο, έχουν τονίσει ότι τα χαρακτηριστικά του σχολείου εμφανίζουν εμπόδια στην εκπαίδευση για την υγεία. Ειδικότερα, το μέγεθος του σχολείου, το επίσημο πρόγραμμα σπουδών και οι κοινωνικές σχέσεις εντός σχολικού πλαισίου είναι παρεμποδιστικοί παράγοντες (Soultatou et al., 2009). Άλλα προβλήματα που παρουσιάζονται είναι η έλλειψη προϋπηρεσίας, κατάρτισης ή συνεργασίας με κάποιον υπεύθυνο ειδικά καταρτισμένο ειδικό της υγείας (μέντορα). Προωθείται η άτυπη εκπαίδευση σε θέματα υγείας αλλά αυτό γίνεται μόνο σε εθελοντική βάση (Σώκου, 2004).

Παρόμοιες αναπαραστάσεις σε αντίστοιχες έρευνες παρουσίασαν και σε νησιά των Κυκλάδων (Σώκου, 2004) που τόνισαν την έλλειψη επιμόρφωσης σε διατροφικά θέματα.

Οι δάσκαλοι γενικά σε σχολεία της Ελλάδας κρίνουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση του φύλου, της ηλικίας και της διδακτικής εμπειρίας τους σε θέματα διατροφικής εκπαίδευσης. Επιπρόσθετα, υποστηρίζουν ότι πρέπει να αποτελεί ξεχωριστό διδακτικό μάθημα (Λουμάκου, Σαραφίδου, Κορδούτης, & Μπαρμποπούλου, 2005).

Ο ποιοτικός τρόπος ζωής των δασκάλων προωθεί μία πιο θετική στάση στο μάθημα της διατροφικής αγωγής στα σχολεία. Ακόμη, η εμπειρία τους τους κινητοποιεί πιο πολύ για το μάθημα και την εκπαίδευση θεμάτων σχετικών με τη διατροφή, ενώ οι δάσκαλοι που υστερούν σε επιμόρφωση επί του θέματος είναι πρόθυμοι να δοκιμάσουν να ακολουθήσουν προτεινόμενες παρεμβάσεις (Fontana & Apostolidou, 2002).

Οι εκπαιδευτικοί με υγιεινές διατροφικές συνήθειες έχουν περισσότερες πιθανότητες μετάδοσης συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία, όμως το βασικότερο πρόβλημα στην υλοποίηση δράσεων Αγωγής της υγείας είναι ο περιορισμένος χρόνος (Γιαννοπούλου, 2005).

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν και οι απόψεις των εκπαιδευτικών οι οποίες υποστηρίζουν ότι είναι επαρκώς καταρτισμένοι ήδη σε θέματα γνώσεων διατροφικής αγωγής και ότι μόνο οι εκπαιδευτικοί της Φυσικής αγωγής έχουν τη μεγαλύτερη συμμετοχή στην προαγωγή της υγείας (Βασταρδή, 2008).

Τέλος, οι εκπαιδευτικοί δίνουν έμφαση στη συνεργασία που θα πρέπει να υπάρχει μεταξύ του σχολικού φορέα και της συμμετοχής των γονέων με την ευρύτερη κοινωνία, ώστε να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση και η επιτυχία των σχολικών προγραμμάτων παρέμβασης (Sherman, & Muehlhoff, 2007).

3.3. Εκπαιδευτικά προγράμματα

Τα προγράμματα διατροφής στο σχολείο έχουν πολλαπλές θετικές συσχετίσεις, συμπεριλαμβανομένου της μείωσης του βάρους των παχύσαρκων παιδιών και τη βελτίωση στις διατροφικές συνήθειες των μαθητών (Doak, Visscher, Renders, & Seidell, 2006; Flodmark, Marcus, & Mona, 2006). Από την άλλη ενισχύουν την επικοινωνία και την εμπιστοσύνη μεταξύ των ενδιαφερόμενων φορέων της εκπαίδευσης (Rossi, Moreira, & Rauen, 2008).

Τα πρώτα σχολικά προγράμματα ξεκίνησαν να εφαρμόζονται στην Αμερική. Τα πιο γνωστά και μεγαλύτερα προγράμματα ήταν το “Nutrition Education Program” και το “Food...Your Choice”, τα οποία απευθύνονταν σε μαθητές όλης της πρωτοβάθμιας και συνεχιζόνταν μέχρι και το γυμνάσιο. Οι γνώσεις των μαθητών όσον αφορά την ισορροπημένη διατροφή βελτιώθηκαν και στα δύο προγράμματα αλλά βελτίωση των διατροφικών συνηθειών παρατηρήθηκε μόνο με το δεύτερο (Μάνιος, 2007).

Στη Φινλανδία, από το 1948 έχει θεσπιστεί μέσω κυβερνητικής απόφασης η παροχή ζεστών γευμάτων δωρεάν στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, καθώς τονίζεται ότι είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη των παιδιών, όσον αφορά τις σωματικές και νοητικές τους λειτουργίες. Επιπρόσθετα, η διατροφική αγωγή στο σχολείο μέσα από δραστηριότητες και προγράμματα είναι υψίστης σημασίας για την υγεία και τη

γενική ευημερία των παιδιών (The Basic Education Act, 628/1998; Laitinen, Tilles-Tirkkonen, Karhunen, & Talvia, 2021).

Από το 2013, η Ε.Ε. έχει προωθήσει ένα σχολικό πρόγραμμα για την ενθάρρυνση και ενίσχυση της κατανάλωσης φρούτων στα παιδιά με τη διανομή φρέσκων φρούτων στα δημοτικά σχολεία σύμφωνα με το «Πρόγραμμα φρούτων και λαχανικών στα σχολεία». Το σχέδιο υποδηλώνει επίσης την ανάγκη υιοθέτησης εκπαιδευτικών δράσεων, μέσω μαθημάτων, επισκέψεων σε αγροκτήματα, σχολικούς κήπους, γευσιγνωσία και μαγειρική. Παρόλα αυτά, υπάρχει περαιτέρω ανάγκη αξιοποίησης του δυναμικού της εκπαίδευσης για τα τρόφιμα και τη διατροφή (Wolfenden et al., 2017).

Όσον αφορά την Ελλάδα, την τελευταία δεκαετία έχει υποστεί οικονομική κρίση, η οποία έχει υπονομεύσει την υγεία των παιδιών, επηρεάζοντας δυσανάλογα τις οικογένειες των ευάλωτων ομάδων. Έχει αυξηθεί ο κίνδυνος υποσιτισμού (Kentikelenis et al., 2011; Anagnostopoulos & Soumaki, 2013; Huang et al., 2017). Σαν συνέπεια, η ελληνική κυβέρνηση εισήγαγε τα σχολικά γεύματα ως κρατική παρέμβαση το 2016, σε μια προσπάθεια να εξασφαλίσει πρόσβαση σε επαρκή θρεπτικά τρόφιμα για τα παιδιά που πλήττονται από την κρίση (Alderman, 2013). Το Εθνικό Σχολικό Πρόγραμμα Γεύματος (*National School Lunch Program*) αρχικά ξεκίνησε πιλοτικά μεταξύ των περιοχών υψηλής στέρησης και επεκτάθηκε το 2018 για να καλύψει 1.227 δημοτικά σχολεία σε όλη την Ελλάδα (Υπουργική Απόφαση για το 2018 Φ.14/ΦΜ/133730/Δ1/2018, ΦΕΚ 3508/Β/21-8-2018).

Το πρόγραμμα, το οποίο λειτουργεί μόνο σε δημόσια σχολεία, προσφέρει ένα ζεστό γεύμα (μεσημεριανό γεύμα) καθημερινά σε κάθε μαθητή, ακολουθώντας ένα διήμερο πρόγραμμα γευμάτων που σχεδιάστηκε από το Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών, σύμφωνα με τις αρχές της μεσογειακής διατροφής και των εθνικών οδηγιών για τα τρόφιμα (*National Food Based Guidelines*). Τα δημόσια σχολεία μπορούν να επιλέξουν να εγγραφούν στο

πρόγραμμα στην αρχή κάθε ακαδημαϊκού έτους με βάση τους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες της περιοχής, όπως της φτώχειας και της ανεργίας των γονέων. Για κάθε σχολείο που εγγράφεται στο πρόγραμμα, παρέχονται γεύματα σε όλα τα παιδιά ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του νοικοκυριού, εφόσον οι γονείς/κηδεμόνες έχουν δώσει γραπτή συγκατάθεση σχετικά με τροφικές αλλεργίες ή δυσανεξίες των παιδιών τους (Malisova et al., 2021).

Οι διατροφικές παρεμβάσεις σε σχολικό επίπεδο είναι σπάνιες στη χώρα, καθώς τα δημόσια σχολεία δεν περιλαμβάνουν καμία δομημένη παροχή τροφίμων, κατά τη διάρκεια της ημέρας, σε αντίθεση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η παρακολούθηση όμως και η αξιολόγηση αυτών των νέων εξελίξεων στη διατροφή και η πολιτική αυτών είναι σημαντική, ειδικά σε χώρες με μειωμένες δράσεις για τη διατροφική αγωγή (Chatzivagia et al., 2019).

Ωστόσο, παρατηρείται ένα κρίσιμο κενό στην παρακολούθηση και καλλιέργεια υγιεινών διατροφικών συνηθειών στα παιδιά σχολικής ηλικίας και προτείνεται ένα δομημένο και ευέλικτο πρόγραμμα που να προσεγγίζει την παροχή γευμάτων ως μέρος του σχολικού περιβάλλοντος (Malisova et al., 2021).

Το πρόγραμμα, το Coordinated Approach to Child Health (CATCH), στοχεύει να δραστηριοποιήσει τα παιδιά στην άσκηση, στην εκμάθηση και ενημέρωση για διατροφικά θέματα, ενώ παράλληλα προάγει την υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών. Εμπεριέχει διάφορες δραστηριότητες, όπως φυσικό παιχνίδι, συζήτηση, ατομική έρευνα για ποικίλα συσχετιζόμενα θέματα κ.ά.. Οι δραστηριότητες αλλάζουν για τις πρώτες τάξεις σε σχέση με τις μεγαλύτερες ηλικίες. Υπάρχει συνεργασία εκπαιδευτικών γονέων και παιδιών (Osganian, Parcel, & Stone, 2003).

Το πρόγραμμα TAKE 10! που συνδυάζει και αυτό άσκηση με διατροφή υποχρεώνει τα παιδιά να ακολουθούν ένα πλάνο φυσικής άσκησης για τουλάχιστον 10 λεπτά καθημερινά

και έπειτα να διεξάγονται ολιγόλεπτες διαλέξεις για τη διατροφή και τα οφέλη αυτής (Kibbe et al., 2011).

Το πρόγραμμα SPARK προάγει αλλαγές σε θέματα περιβάλλοντος σχολείου και συμπεριφορών των παιδιών. Για παράδειγμα, υπάρχουν ποικίλες δραστηριότητες σε συνεργασία με ειδικούς γιατρούς και διατροφολόγους ώστε να ενημερώνουν και να συμβουλεύουν κατάλληλα τους εκπαιδευτικούς, τους γονείς και τα παιδιά. Με βάση το SPARK, δημιουργείται κατάλληλο σχολικό περιβάλλον π.χ. κυλικείο, ιατρική φροντίδα και υποστήριξη του κάθε συμμετέχοντα (Dowda et al., 2005).

Το Πρόγραμμα «ΕΥ ΖΗΝ» που σημαίνει «Εθνική δράση Υγείας για τη Ζωή των Νέων» εφαρμόστηκε το 2012 και στοχεύει στην υγιή ανάπτυξη των παιδιών μέσα από την εφαρμογή υγιεινής διατροφής και καθημερινής άσκησης στο σχολικό περιβάλλον. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος, που εφαρμόζεται στα δημοτικά σχολεία και στα νηπιαγωγεία της χώρας, γίνεται καταγραφή των σωματομετρικών χαρακτηριστικών των μαθητών, αξιολόγηση της φυσικής κατάστασής τους καθώς και καταγραφή και συζήτηση για τις διατροφικές και αθλητικές συνήθειές τους (Παπαχατζή & Μεντής, 2021).

Οι εκπαιδευτικοί των σχολείων της Ελλάδας στην έρευνα που διεξήχθη από τους Dalma et al. (2015) αναφέρουν ότι στα δημοτικά σχολεία η υγιεινή διατροφή είναι μέρος του προγράμματος σπουδών, ενώ στα γυμνάσια είναι μέρος του μαθήματος «Οικιακή Οικονομία».

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

4.1 Σκοπός της έρευνας

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η καταγραφή των αναπαραστάσεων των εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, για τα τρόφιμα, τη διατροφή και τη σχέση τους με την υγεία. Μελετάται επίσης, το επίπεδο της επιμόρφωσής τους σε θέματα διατροφικής αγωγής καθώς και η υλοποίηση αντίστοιχων προγραμμάτων στο σχολείο.

Με βάση τα αποτελέσματα και συγκριτικά με παλαιότερες αντίστοιχες έρευνες, προκύπτουν συμπεράσματα, τα οποία μπορούν να διαφωτίσουν και να εμβαθύνουν στην ποιότητα και προώθηση διατροφικής αγωγής στα σχολεία. Ευρύτερα, σε κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο η παρούσα εργασία μπορεί να θέσει ζητήματα και ανάγκες που είναι ικανές να προβληματίσουν και να διαμορφώσουν ακόμη και αποφάσεις για τον θεσμό της διατροφικής αγωγής στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση καθώς και στα προγράμματα επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών.

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Για τον στόχο της έρευνας τα ερωτήματα που τέθηκαν ήταν τα εξής.

1^ο ερευνητικό ερώτημα: Ποιες είναι οι απόψεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σε θέματα διατροφικής παρέμβασης; Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απόψεις και στα ατομικά χαρακτηριστικά τους (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο ...);

2^ο ερευνητικό ερώτημα: Ποιες είναι οι απόψεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τον ρόλο τους σε θέματα διατροφικής αγωγής; Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απόψεις και στα ατομικά χαρακτηριστικά τους (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο ...);

3^ο ερευνητικό ερώτημα: Ποιες είναι απόψεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τα τρόφιμα και την ισορροπημένη διατροφή; Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απόψεις και στα ατομικά χαρακτηριστικά τους (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο ...);

4.3 Μεθοδολογία Έρευνας

Η έρευνα βασίστηκε σε ήδη υπάρχουσες μελέτες αναφορικά με την εκπαίδευση και τη διατροφική αγωγή και τα άρθρα που βρέθηκαν από βάσεις δεδομένων ελέγχθηκαν μέσα από αναζήτηση λέξεων κλειδιά όπως «διατροφική αγωγή», «αναπαραστάσεις αναπαραστάσεις εκπαιδευτικών για τα τρόφιμα και τη διατροφή», «προγράμματα διατροφική υγείας, σχολείο». Η βιβλιογραφική αναζήτηση έγινε μέσω του Ebscohost με περιορισμό σε πρόσφατες αναζητήσεις από το 2010 και έπειτα.

Για τη συλλογή δεδομένων και τη μετέπειτα αξιολόγηση των διατροφικών γνώσεων των εκπαιδευτικών χρησιμοποιήθηκε ως μέσο συλλογής δεδομένων ερωτηματολόγιο¹, το οποίο δημιουργήθηκε βασισμένο σε ερωτήσεις του ήδη υπάρχοντος «ερωτηματολογίου αξιολόγησης των διατροφικών γνώσεων για τους ενήλικες» (Nutrition Knowledge Questionnaire for Adults) (Parmenter, & Wardle, 1999).

Το ερωτηματολόγιο των Parmenter & Wardle περιέχει 44 ερωτήσεις για τις διατροφικές γνώσεις και την υγιεινή διατροφή. Χρησιμοποιήθηκαν αυτές που εμπεριέχονται στην τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου αυτής της έρευνας και συγκεκριμένα σχετίζονται με αντικειμενικές γνώσεις, όπως λόγου χάρι τι προτείνουν οι ειδικοί για τη διατροφή, ποιες τροφές εμπεριέχουν συγκεκριμένα συστατικά (λίπη, κ.τ.λ.) και ποιες ασθένειες σχετίζονται με λίπη, αλάτι και ζάχαρη.

¹ Βλ. παράρτημα

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου οι ερωτήσεις στοχεύουν στη συλλογή δεδομένων δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, μόρφωση, κ.τ.λ.) όπως σε κάθε έρευνα αυτού του τύπου. Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου οι ερωτήσεις της πρώτης ενότητας στοχεύουν στη διερεύνηση θεμάτων που αφορούν τη σχολική παρέμβαση σε θέματα διατροφικής αγωγής και στη δεύτερη ενότητα οι ερωτήσεις σχετίζονται με θέματα που αφορούν τον ρόλο που έχει ο εκπαιδευτικός σε θέματα διατροφικής παρέμβασης. Η τρίτη και τελευταία ενότητα εμπεριέχει ερωτήσεις για τα τρόφιμα, την ισορροπημένη διατροφή και τη σχέση τους με την υγεία.

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις κλίμακας με μια διαβάθμιση από το 1 έως το 5, καθώς και ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου. Η συλλογή των απαντήσεων από τους ερωτηθέντες επιτεύχθηκε ηλεκτρονικά, μέσω Google form αφού προηγήθηκε μια σύντομη ενημέρωση για τους σκοπούς και τις οδηγίες συμπλήρωσής τους.

4.4 Δείγμα

Το δείγμα αποτελείται από 182 (n=182) εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας, οι οποίοι είναι διορισμένοι σε διάφορα σημεία της Ελλάδας. Οι άνδρες είναι 35 (n=35) και οι γυναίκες 147 (n=147), με ποσοστό περίπου 20% άνδρες και 80% γυναίκες.

Οι ηλικίες των εκπαιδευτικών ποικίλουν με το μεγαλύτερο ποσοστό, δηλαδή 42.9% να αντιστοιχεί στην ηλικιακή ομάδα 30-39, το επόμενο 26.9% είναι ίσο ή άνω των 50 ετών, μέχρι 29 ετών είναι το 15.4% και 40-49 ετών είναι το μικρότερο ποσοστό, δηλαδή 14.8% του συνόλου των συμμετεχόντων.

Η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία με στόχο να διαπιστωθεί η γνώση τους γύρω από τα προγράμματα διατροφικής αγωγής που εφαρμόζονται ή έχουν εφαρμοστεί στα σχολεία.

4.5 Ανάλυση Δεδομένων

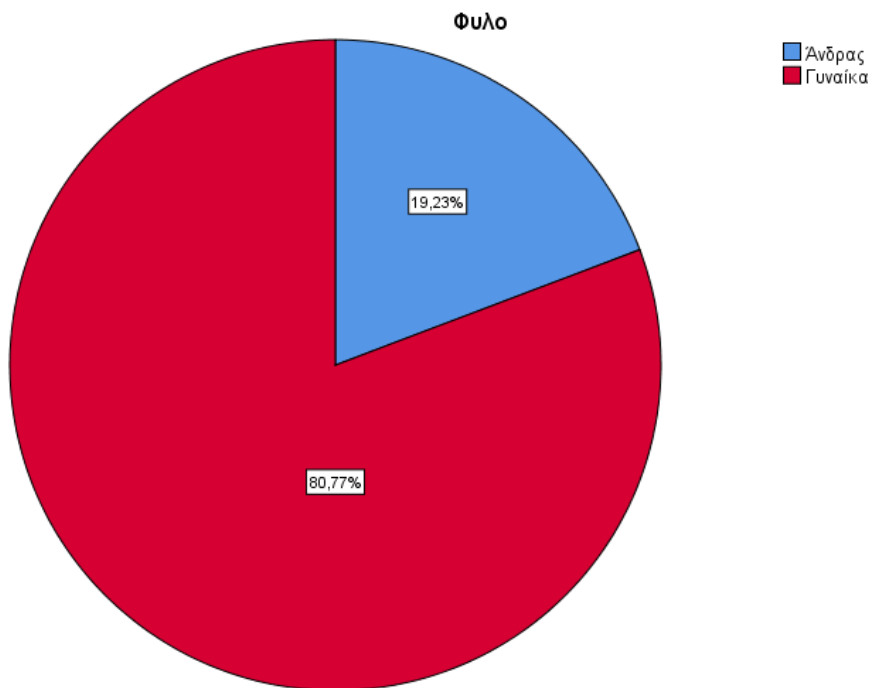
Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp. (IBM Corp. Released 2011). Υπολογίστηκαν αρχικά, οι συχνότητες όλων των μεταβλητών, φύλο, ηλικίες, κ.τ.λ. και έπειτα των πιο εξειδικευμένων που αφορούν τη διατροφική αγωγή. Όσον αφορά την επαγωγική στατιστική, πραγματοποιήθηκαν οι εξής στατιστικοί έλεγχοι: chi-square tests, independent t-tests, one-way Anova. Αναλυτικότερα, πραγματοποιήθηκαν chi-square tests σε περιπτώσεις όπου έγινε σύγκριση μεταξύ ονομαστικών και κατηγορικών μεταβλητών, independent t-tests σε περιπτώσεις όπου έγινε σύγκριση μιας ανεξάρτητης μεταβλητής με δυο ομάδες και οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν ποσοτικές, ενώ σε περιπτώσεις όπου έγινε σύγκριση μεταξύ ποσοτικών εξαρτημένων μεταβλητών και ανεξάρτητης μεταβλητής με τρεις ή παραπάνω ομάδες, πραγματοποιήθηκαν one-way Anova.

4.6 Αποτελέσματα

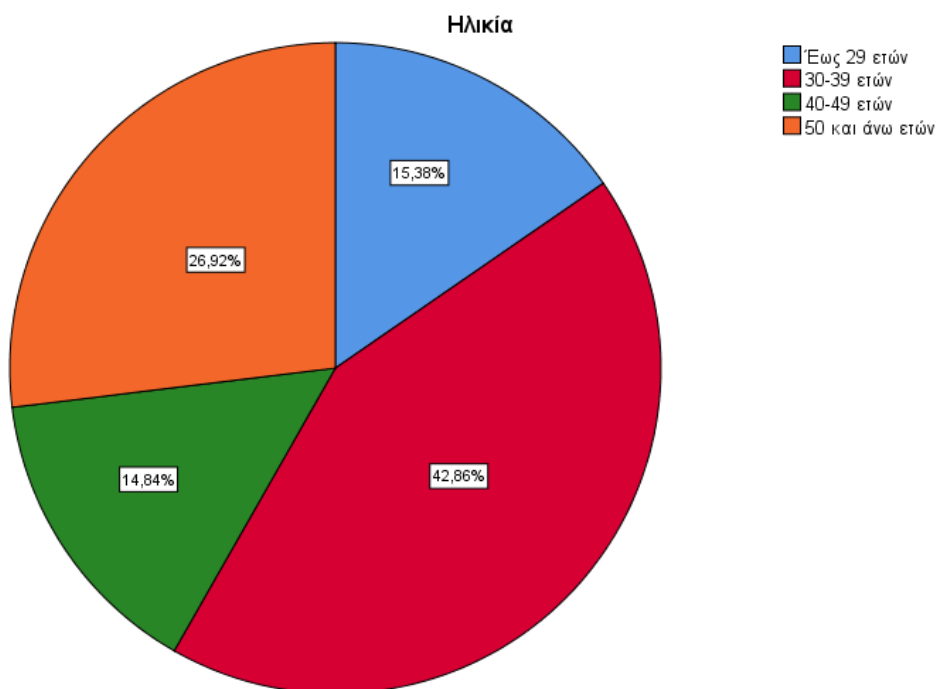
4.6.1 Περιγραφική στατιστική

4.6.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά εκπαιδευτικών

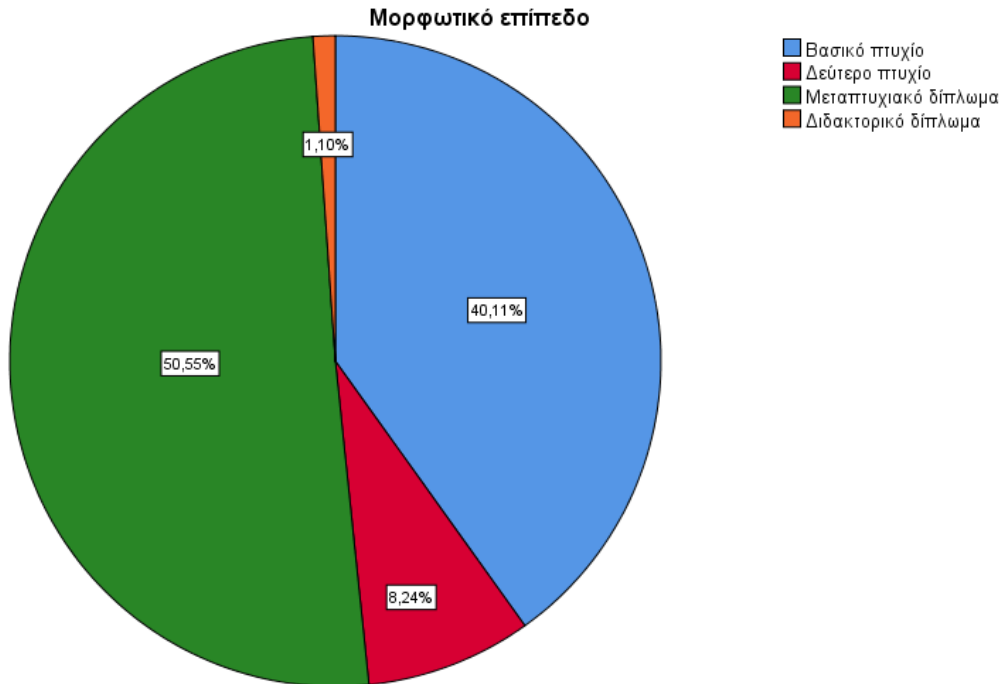
Στην έρευνα συμμετείχαν 182 εκπαιδευτικοί. Το 19,2% (n=35) ήταν άνδρες ενώ το 80,8% (n=147) ήταν γυναίκες (Εικόνα 1). Το 15,4% (n=28) ήταν μέχρι 29 ετών, ενώ το 42,9% (n=78) ήταν 30-39 ετών, το 14,8% (n=27) ήταν 40-49 ετών και το 26,9% (n=49) ήταν 50 ετών και άνω (Εικόνα 2). Επίσης, το 40,1% (n=73) είχαν το βασικό πτυχίο, το 8,2% (n=15) είχαν δεύτερο πτυχίο, το 50,5% (n=92) είχαν μεταπτυχιακό και το 1,1% (n=2) είχαν διδακτορικό (Εικόνα 3).



Εικόνα 1: Διάγραμμα για το φύλο

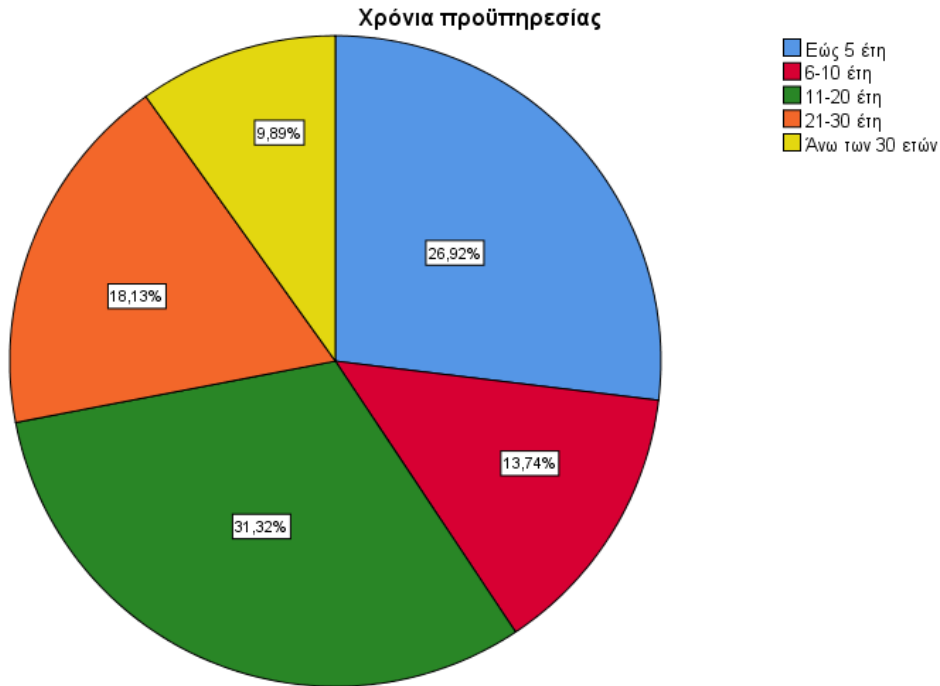


Εικόνα 2: Διάγραμμα για την ηλικία

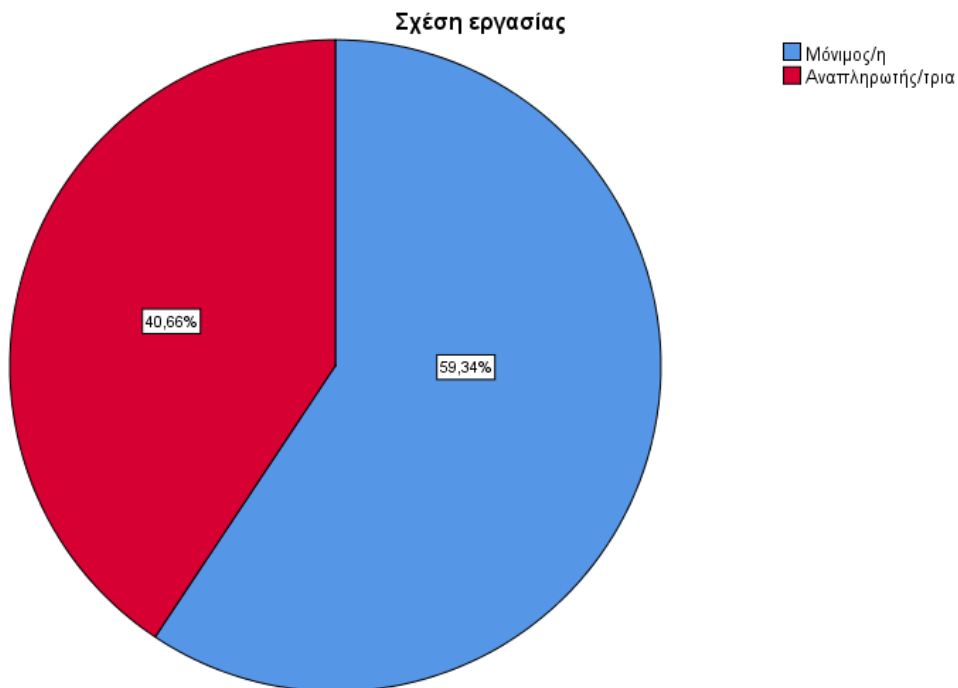


Εικόνα 3: Διάγραμμα για το μορφωτικό επίπεδο

Ακόμη, το 26,9% (n=49) είχαν μέχρι 5 έτη προϋπηρεσίας, το 13,7% (n=25) είχαν 6-10 έτη, το 31,3% (n=57) είχαν 11-20 έτη, το 18,1% (n=33) είχαν 21-30 έτη και το 9,9% (n=18) είχαν πάνω από 30 έτη (Εικόνα 4). Το 59,3% (n=108) ήταν μόνιμοι και το 40,7% (n=74) ήταν αναπληρωτές (Εικόνα 5).



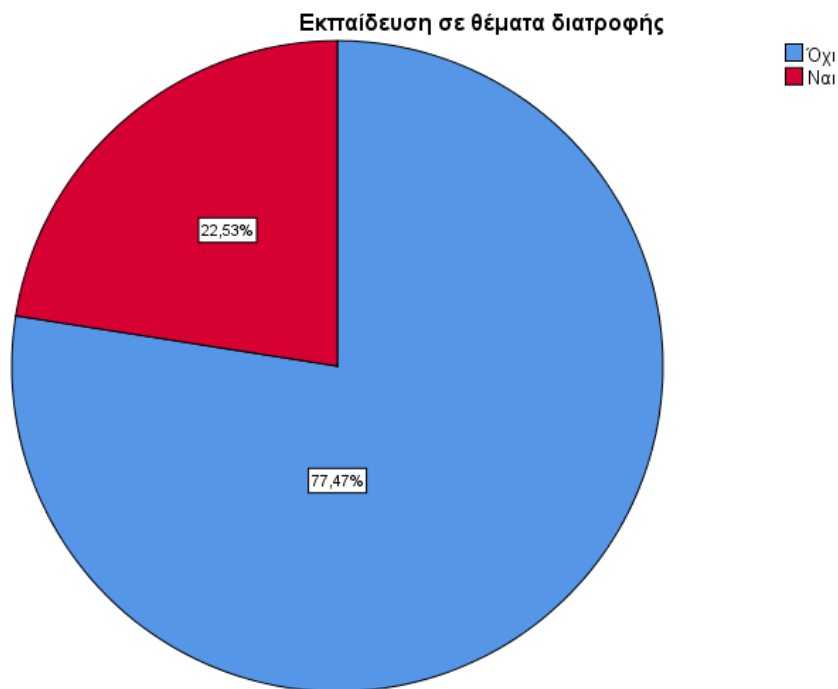
Εικόνα 4: Διάγραμμα για τα έτη προϋπηρεσίας



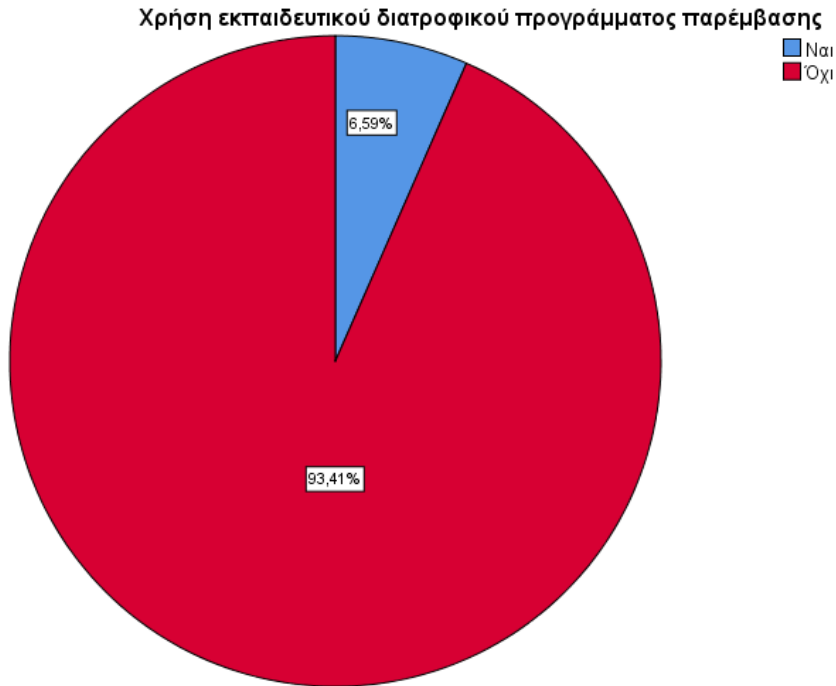
Εικόνα 5: Διάγραμμα για τη σχέση εργασίας

Μόνο το 22,5% (n=41) είχαν εκπαίδευση σε θέματα διατροφής (Εικόνα 6), ενώ μόλις το 6,6% (n=12) χρησιμοποιούσαν εκείνη τη στιγμή κάποιο εκπαιδευτικό διατροφικό πρόγραμμα

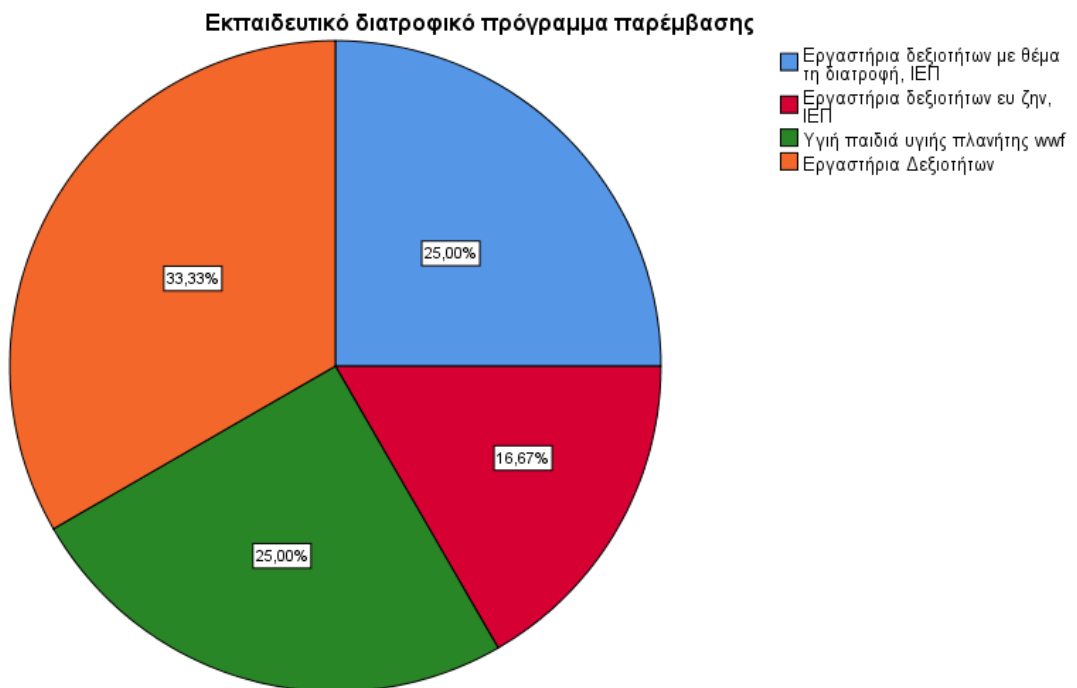
παρέμβασης (Εικόνα 7). Συγκεκριμένα, από τα 12 αυτά άτομα, το 25% (n=3) χρησιμοποιούσαν εργαστήρια δεξιοτήτων με θέμα τη διατροφή από το ΙΕΠ, το 16,7% (n=2) χρησιμοποιούσαν εργαστήρια δεξιοτήτων ευ ζην από το ΙΕΠ, το 25% (n=3) χρησιμοποιούσαν το πρόγραμμα «Υγιή παιδιά, υγιής πλανήτης» από το WWF, και το 33,3% (n=4) δήλωσαν πως χρησιμοποιούν εργαστήρια δεξιοτήτων (Εικόνα 8).



Εικόνα 6: Διάγραμμα για την εκπαίδευση σε θέματα διατροφής



Εικόνα 7: Διάγραμμα για τη χρήση κάποιου εκπαιδευτικού διατροφικού προγράμματος παρέμβασης



Εικόνα 8: Διάγραμμα για τα διατροφικά προγράμματα παρέμβασης

Στον κάτωθι Πίνακα 1 παρουσιάζονται συνοπτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών.

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

		Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο	Άνδρας	35	19,2
	Γυναίκα	147	80,8
Ηλικία	Έως 29 ετών	28	15,4
	30-39 ετών	78	42,9
	40-49 ετών	27	14,8
	50 και άνω ετών	49	26,9
Μορφωτικό επίπεδο	Βασικό πτυχίο	73	40,1
	Δεύτερο πτυχίο	15	8,2
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	92	50,5
	Διδακτορικό δίπλωμα	2	1,1
Χρόνια προϋπηρεσίας	Έως 5 έτη	49	26,9
	6-10 έτη	25	13,7
	11-20 έτη	57	31,3
	21-30 έτη	33	18,1
	Άνω των 30 ετών	18	9,9
Σχέση εργασίας	Μόνιμος/η	108	59,3
	Αναπληρωτής/τρια	74	40,7
Εκπαίδευση σε θέματα διατροφής	Όχι	141	77,5
	Ναι	41	22,5
Χρήση εκπαιδευτικού διατροφικού προγράμματος παρέμβασης	Ναι	12	6,6
	Όχι	170	93,4

Εκπαιδευτικό πρόγραμμα παρέμβασης	διατροφικό	Εργαστήρια δεξιοτήτων με θέμα τη διατροφή, ΙΕΠ	3	25,0
		Εργαστήρια δεξιοτήτων ευ ζην, ΙΕΠ	2	16,7
		Υγιή παιδιά υγής πλανήτης wwf	3	25,0
		Εργαστήρια Δεξιοτήτων	4	33,3

4.6.1.2 Απόψεις εκπαιδευτικών για τη διατροφική παρέμβαση

Όσον αφορά την προτίμηση φορέα για την υλοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων διατροφικής αγωγής, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών (80,8%, n=147) δήλωσαν τη συνεργασία κρατικών και ιδιωτικών φορέων (Εικόνα 9 και Πίνακας 2).



Εικόνα 9 : Διάγραμμα για την προτίμηση φορέα για την υλοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων διατροφικής αγωγής

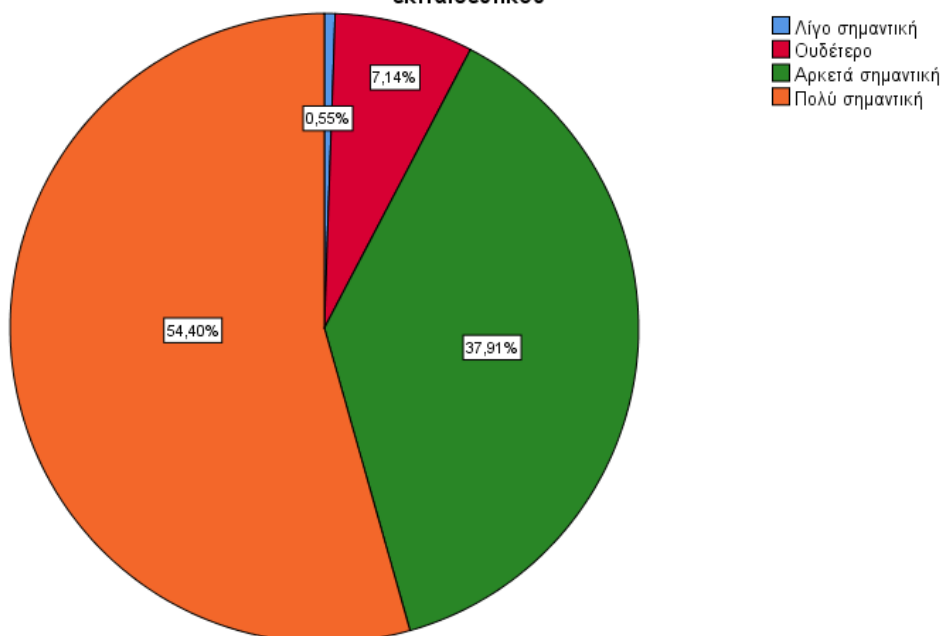
Πίνακας 2: Προτίμηση φορέα για υλοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων διατροφικής αγωγής

		Συχνότητα	Ποσοστό
Προτίμηση φορέα για υλοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων διατροφικής αγωγής	Κρατικούς φορείς	30	16,5
	Ιδιωτικούς φορείς	5	2,7
	Και από τους δύο σε συνεργασία	147	80,8

Παράλληλα, το 54,4% (n=9) θεωρούν πολύ σημαντική τη σχολική διατροφική παρέμβαση σε συνδυασμό με την προσωπική δράση/πρωτοβουλία του εκπαιδευτικού, και το 37,9% (n=69) τη θεωρούν αρκετά σημαντική (Εικόνα 10). Επίσης, 63,7% (n=116) θεωρούν πολύ σημαντική τη σχολική διατροφική παρέμβαση σε συνδυασμό με την εμπλοκή/συνεργασία των γονέων/κηδεμόνων (Εικόνα 11), και το 75,3% των εκπαιδευτικών (n=137) θεωρούν πολύ σημαντική τη σχολική διατροφική παρέμβαση στην πρόληψη ασθενειών (Εικόνα 12). Το 44% (n=80) θεωρούν αρκετά σημαντική τη σχολική διατροφική παρέμβαση στην

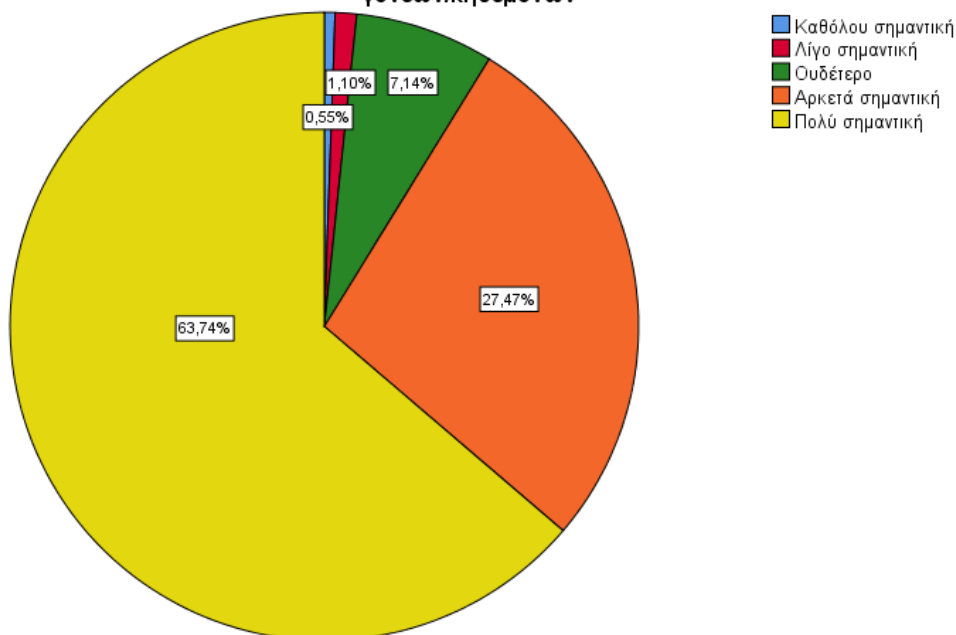
εκμάθηση γευσιγνωσίας των μαθητών, ενώ το 26,4% (n=48) το θεωρούν πολύ σημαντικό και το 22,5% (n=41) ουδέτερα σημαντικό (Εικόνα 13).

Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την προσωπική δράση/ πρωτοβουλία του εκπαιδευτικού



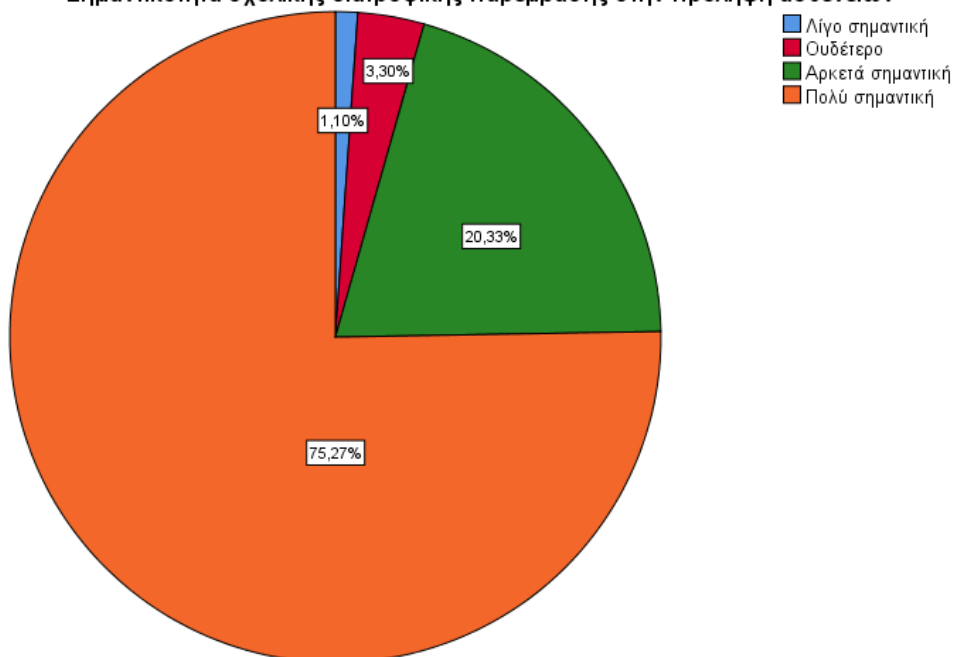
Εικόνα 10: Διάγραμμα για τη σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την προσωπική δράση/ πρωτοβουλία του εκπαιδευτικού

Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την εμπλοκή/ συνεργασία των γονέων/κηδεμόνων



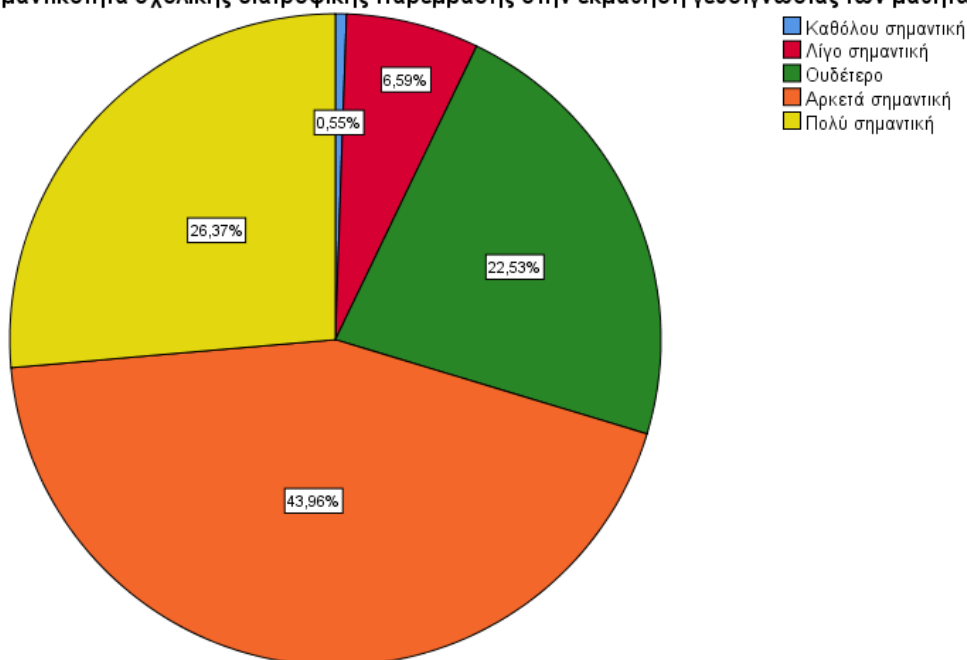
Εικόνα 11: Διάγραμμα για τη σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την εμπλοκή/ συνεργασία των γονέων/κηδεμόνων

Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην πρόληψη ασθενειών



Εικόνα 12: Διάγραμμα για τη σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην πρόληψη ασθενειών

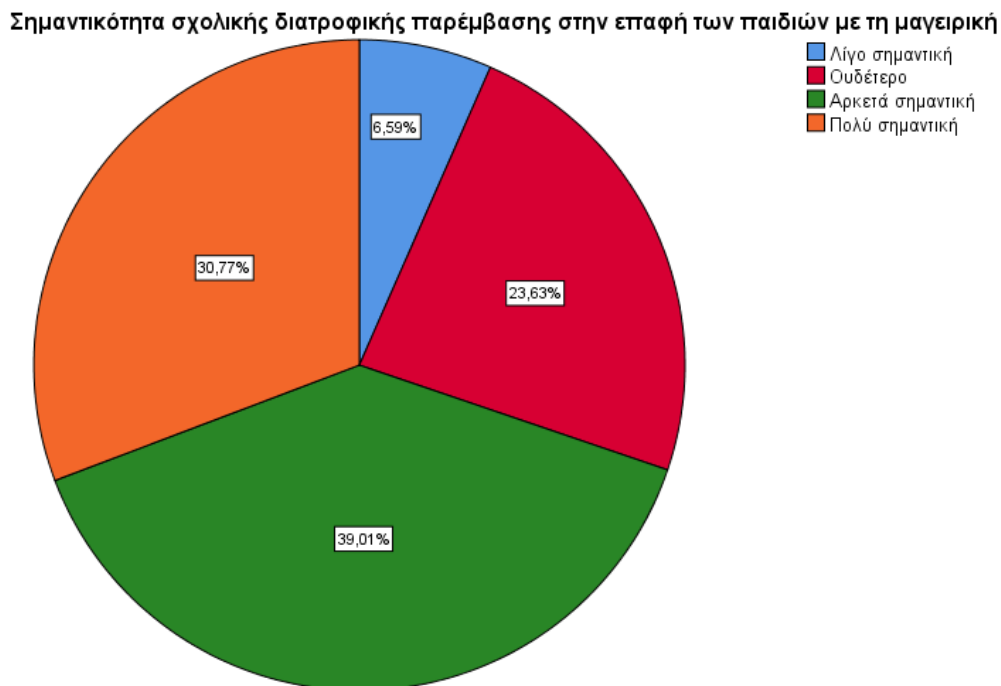
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην εκμάθηση γεωσιγνώσις των μαθητών



Εικόνα 13: Διάγραμμα για τη σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην εκμάθηση γεωσιγνώσις των μαθητών

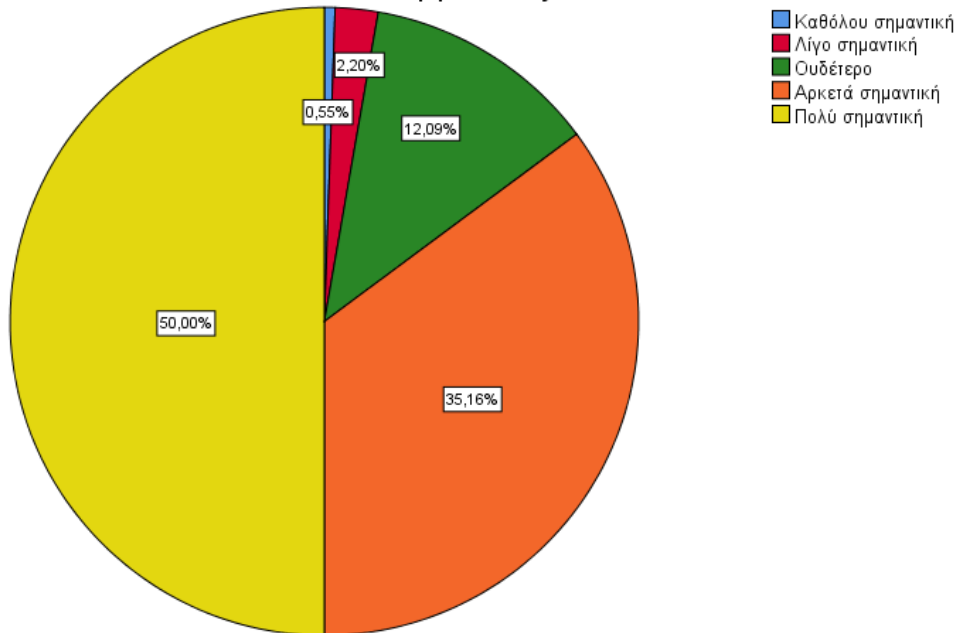
Επιπρόσθετα, το 6,6% (n=12) θεωρούν λίγο σημαντική τη σχολική διατροφική παρέμβαση στην επαφή των παιδιών με τη μαγειρική, ενώ το 23,6% (n=43) το θεωρούν ουδέτερα

σημαντικό, το 39% (n=71) αρκετά σημαντικό και το 30,8% (n=56) πολύ σημαντικό (Εικόνα 14). Ακόμη, το 50% των εκπαιδευτικών (n=91) θεωρούν πολύ σημαντική τη σχολική διατροφική παρέμβαση για την ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα περιβάλλοντος και το 35,2% (n=64) τη θεωρούν αρκετά σημαντική (Εικόνα 15). Επίσης, η συντριπτική πλειοψηφία (85,2%, n=155) θεωρεί ότι είναι πολύ σημαντική η σχολική διατροφική παρέμβαση για τη μείωση της παιδικής παχυσαρκίας (Εικόνα 16), και το 76,9% (n=140) τη θεωρεί πολύ σημαντική για την κατάλληλη επιλογή των υγιεινών γευμάτων από τα παιδιά (Εικόνα 17).



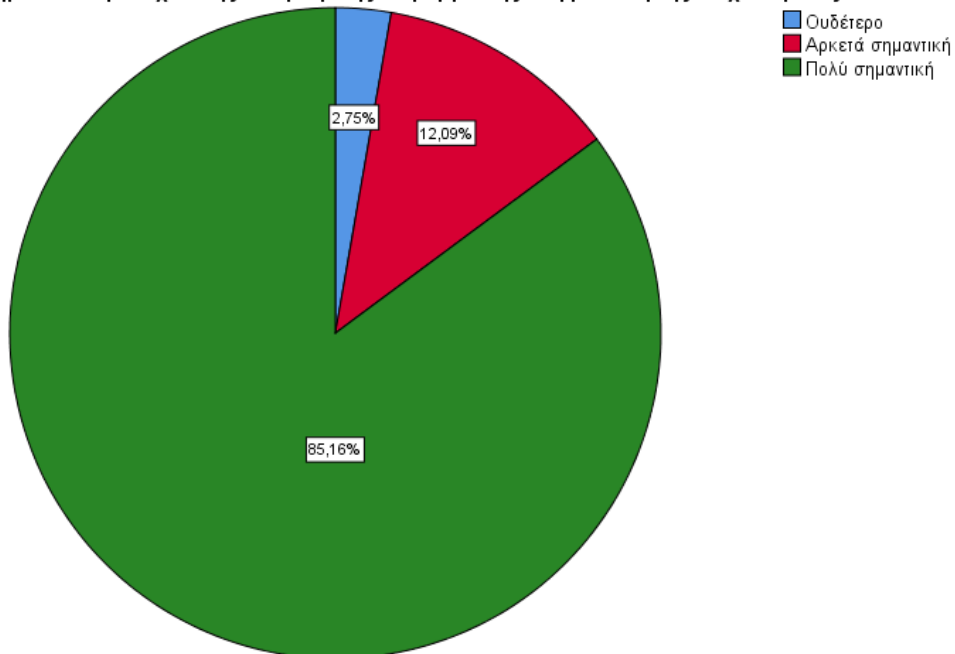
Εικόνα 14: Διάγραμμα για τη σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην επαφή των παιδιών με τη μαγειρική

Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα του περιβάλλοντος



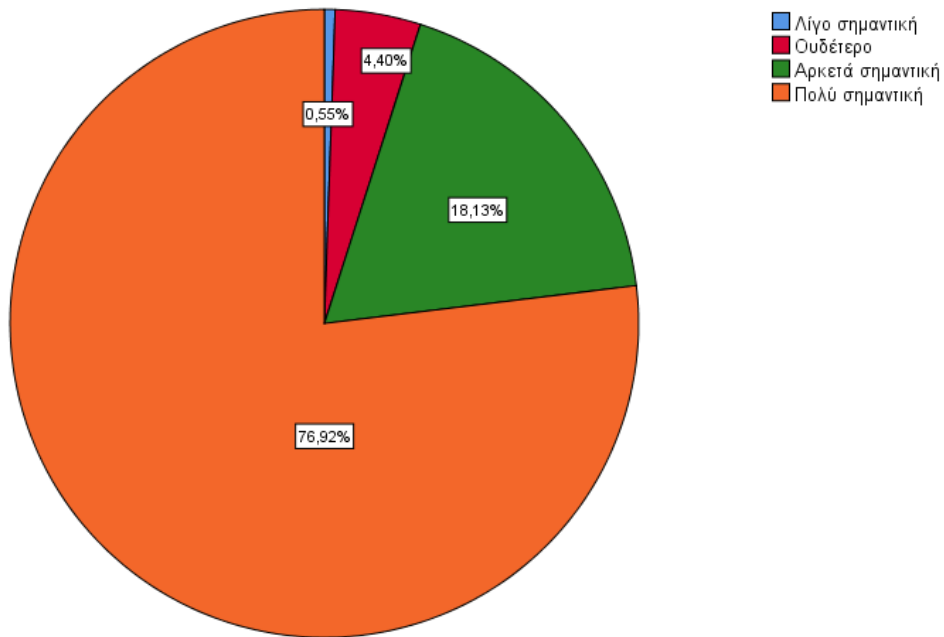
Εικόνα 15: Διάγραμμα για τη σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα του περιβάλλοντος

Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στη μείωση της παχυσαρκίας των παιδιών



Εικόνα 16: Διάγραμμα για τη σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στη μείωση της παχυσαρκίας των παιδιών

Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην κατάλληλη επιλογή των υγιεινών γευμάτων από τα παιδιά



Εικόνα 17: Διάγραμμα για τη σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην κατάλληλη επιλογή των υγιεινών γευμάτων από τα παιδιά

Στον κάτωθι Πίνακα 3 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απόψεις των εκπαιδευτικών του δείγματος για τη σημαντικότητα των σχολικών διατροφικών παρεμβάσεων.

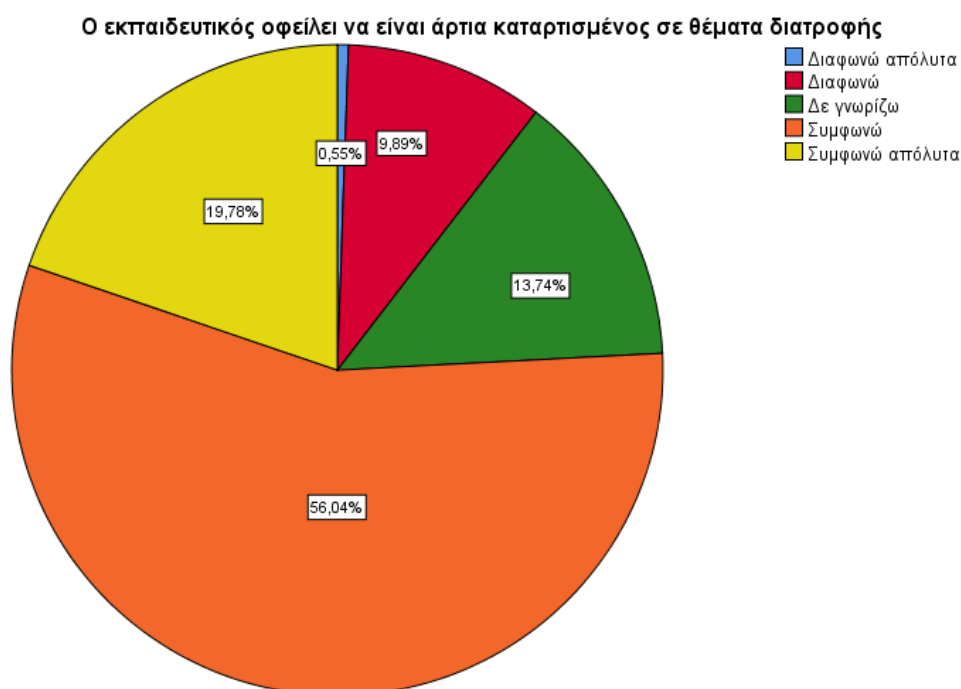
Πίνακας 3: Απόψεις των εκπαιδευτικών για τη σημαντικότητα των σχολικών διατροφικών παρεμβάσεων

Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης	Καθόλου σημαντική		Λίγο σημαντική		Ουδέτερα σημαντική		Αρκετά σημαντική		Πολύ σημαντική		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό		
σε συνδυασμό με την προσωπική δράση/ πρωτοβουλία του εκπαιδευτικού	0	0	1	0,5	13	7,1	69	37,9	99	54,4	4,46	0,653
σε συνδυασμό με την εμπλοκή/ συνεργασία των γονέων/κηδεμόνων	1	0,5	2	1,1	13	7,1	50	27,5	116	63,7	4,53	0,726
στην πρόληψη ασθενειών	0	0	2	1,1	6	3,3	37	20,3	137	75,3	4,70	0,587
στην εκμάθηση γευσιγνωσίας των μαθητών	1	0,5	12	6,6	41	22,5	80	44	48	26,4	3,89	0,891
στην επαφή των παιδιών με τη μαγειρική	0	0	12	6,6	43	23,6	71	39	56	30,8	3,94	0,899

στην ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα του περιβάλλοντος	1	0,5	4	2,2	22	12,1	64	35,2	91	50	4,32	0,813
στη μείωση της παχυσαρκίας των παιδιών	0	0	0	0	5	2,7	22	12,1	155	85,2	4,82	0,448
στην κατάλληλη επιλογή των υγιεινών γευμάτων από τα παιδιά	0	0	1	0,5	8	4,4	33	18,1	140	76,9	4,71	0,572

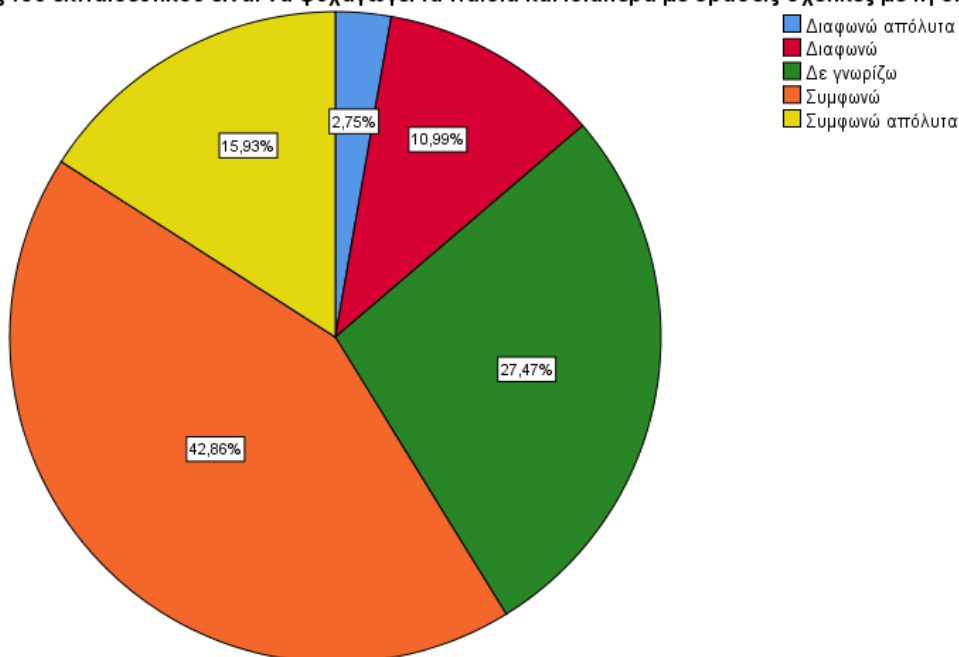
4.6.1.3 Απόψεις εκπαιδευτικών για το ρόλο τους στη διατροφική αγωγή

Το 56% των εκπαιδευτικών (n=102) συμφωνούν με την άποψη ότι ο εκπαιδευτικός οφείλει να είναι άρτια καταρτισμένος σε θέματα διατροφής. Το 19,8% (n=36) συμφωνούν απόλυτα, το 13,7% (n=25) δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν, ενώ το 9,9% (n=18) διαφωνούν και το 0,5% (n=1) διαφωνούν απόλυτα (Εικόνα 18). Παρόμοιες απαντήσεις διαπιστώθηκαν και σχετικά με την άποψη ότι ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να ψυχαγωγεί τα παιδιά και ιδιαίτερα με δράσεις σχετικές με τη διατροφή (Εικόνα 19) και ότι ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να είναι ενήμερος για θέματα ιατρικά που αφορούν τους μαθητές του, τα οποία συνδέονται με θέματα διατροφής (Εικόνα 20).



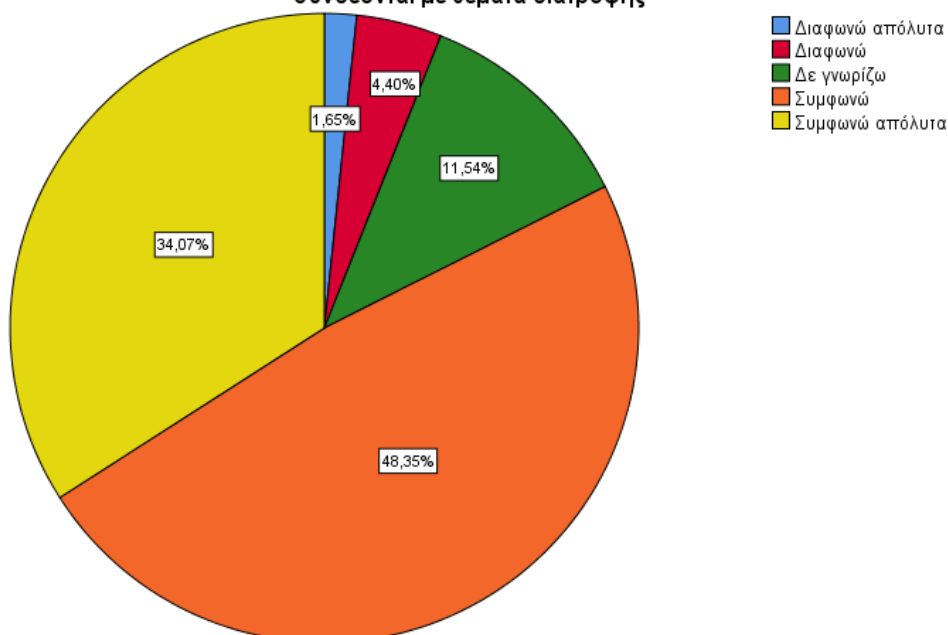
Εικόνα 18: Διάγραμμα για την άποψη ότι ο εκπαιδευτικός οφείλει να είναι άρτια καταρτισμένος σε θέματα διατροφής

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να ψυχαγωγεί τα παιδιά και ιδιαίτερα με δράσεις σχετικές με τη διατροφή



Εικόνα 19: Διάγραμμα για την άποψη ότι ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να ψυχαγωγεί τα παιδιά και ιδιαίτερα με δράσεις σχετικές με τη διατροφή

Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να είναι ενήμερος για θέματα ιατρικά που αφορούν τους μαθητές του, τα οποία συνδέονται με θέματα διατροφής

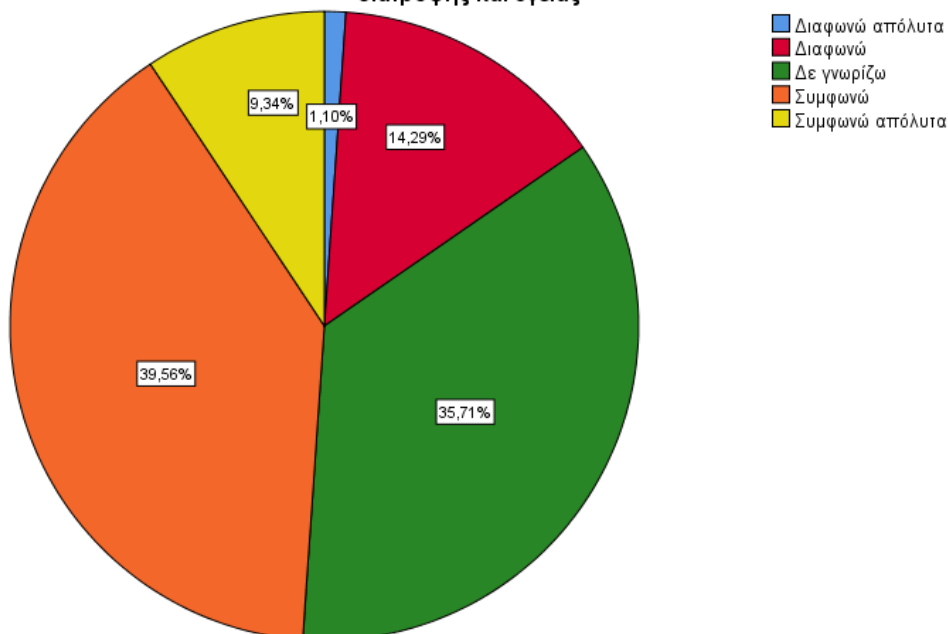


Εικόνα 20: Διάγραμμα για την άποψη ότι ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να είναι ενήμερος για θέματα ιατρικά που αφορούν τους μαθητές του, τα οποία συνδέονται με θέματα διατροφής

Παράλληλα, όσον αφορά την άποψη ότι είναι αρκετά κοντά στο ρόλο και τις απαιτήσεις που πρέπει να έχει ένας εκπαιδευτικός ώστε να διδάξει θέματα διατροφής και υγείας, το 1,1%

(n=2) διαφωνούν απόλυτα, το 14,3% (n=26) διαφωνούν, το 35,7% (n=65) δεν γνωρίζουν, το 39,6% (n=72) συμφωνούν και το 9,3% (n=17) συμφωνούν απόλυτα (Εικόνα 21).

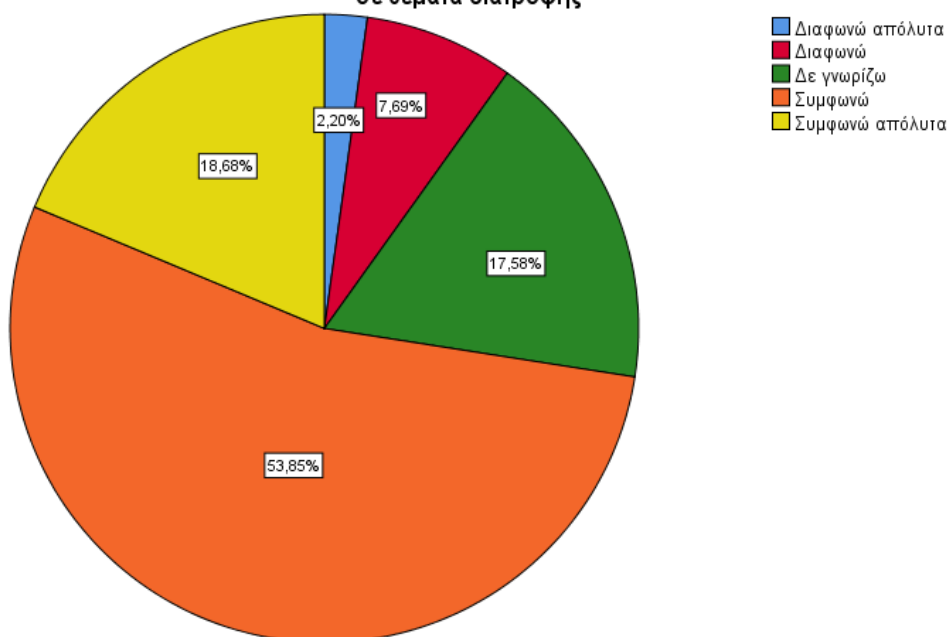
Είμαι αρκετά κοντά στο ρόλο και τις απαιτήσεις που πρέπει να έχει ένας εκπαιδευτικός ώστε να διδάξει θέματα διατροφής και υγείας



Εικόνα 21: Διάγραμμα για την άποψη ότι είναι αρκετά κοντά στο ρόλο και τις απαιτήσεις που πρέπει να έχει ένας εκπαιδευτικός ώστε να διδάξει θέματα διατροφής και υγείας

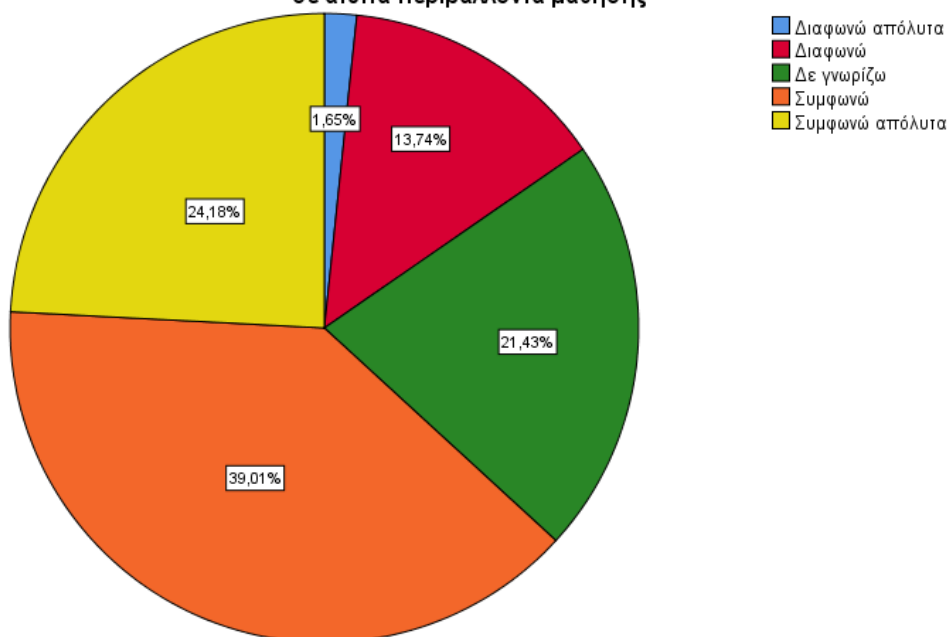
Επιπλέον, το 53,8% (n=98) συμφωνούν με την άποψη ότι είναι ικανοί να παίρνουν αφορμές στις διδακτικές ώρες και τα διαλείμματα και να ευαισθητοποιώ τους μαθητές σε θέματα διατροφής (Εικόνα 22). Από την άλλη, όσον αφορά την άποψη ότι ο ρόλος τους ως εκπαιδευτικοί είναι να προωθούν θέματα διατροφής όχι μόνο στο σχολικό πλαίσιο αλλά και σε άτυπα περιβάλλοντα μάθησης, το 1,6% (n=3) διαφωνούν απόλυτα, το 13,7% (n=25) διαφωνούν, το 21,4% (n=39) δεν γνωρίζουν, ενώ το 39% (n=71) συμφωνούν και το 24,2% (n=44) συμφωνούν απόλυτα (Εικόνα 23).

Είμαι ικανός να παίρνω αφορμές στις διδακτικές ώρες και τα διαλείμματα και να ευαισθητοποιώ τους μαθητές σε θέματα διατροφής



Εικόνα 22: Διάγραμμα για την άποψη ότι είναι ικανοί να παίρνουν αφορμές στις διδακτικές ώρες και τα διαλείμματα και να ευαισθητοποιούν τους μαθητές σε θέματα διατροφής

Ο ρόλος μου να προωθώ θέματα διατροφής δεν περιορίζεται μόνο στο σχολικό πλαίσιο αλλά διευρύνεται και σε άτυπα περιβάλλοντα μάθησης

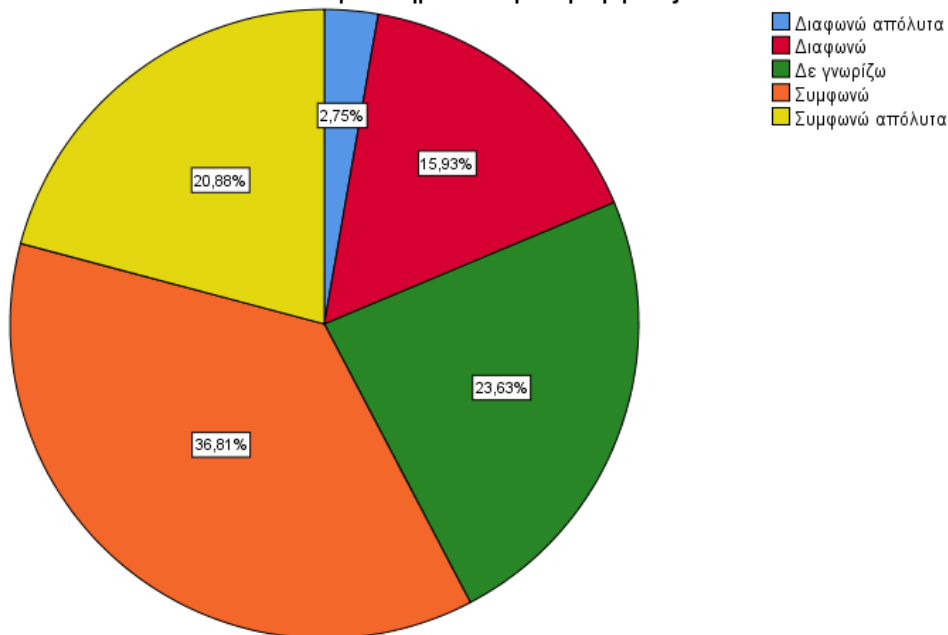


Εικόνα 23: Διάγραμμα για την άποψη ότι ο ρόλος τους να προωθούν θέματα διατροφής δεν περιορίζεται μόνο στο σχολικό πλαίσιο αλλά διευρύνεται και σε άτυπα περιβάλλοντα μάθησης

Επιπρόσθετα, όσον αφορά την άποψη ότι δεν προωθούν θέματα διατροφής μόνο στα παιδιά,

αλλά παρακινούν και τους γονείς να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι με τη διατροφή τους, το 2,7% (n=5) διαφωνούν απόλυτα, το 15,9% (n=29) διαφωνούν, το 23,6% (n=43) δεν γνωρίζουν, ενώ το 36,8% (n=67) συμφωνούν και το 20,9% (n=38) συμφωνούν απόλυτα (Εικόνα 24).

Δεν προωθώ θέματα διατροφής μόνο στα παιδιά αλλά παρακινώ και τους γονείς να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στη διατροφή τους



Εικόνα 24: Διάγραμμα για την άποψη ότι δεν προωθούν θέματα διατροφής μόνο στα παιδιά αλλά παρακινούν και τους γονείς να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στη διατροφή τους

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται συνοπτικά οι απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με το ρόλο τους στη διατροφική αγωγή.

Πίνακας 4: Απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με το ρόλο τους στη διατροφική αγωγή

	Διαφωνώ απόλυτα		Διαφωνώ		Δεν γνωρίζω		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό		
Ο εκπαιδευτικός οφείλει να είναι άρτια καταρτισμένος σε θέματα διατροφής	1	0,5	18	9,9	25	13,7	102	56	36	19,8	3,85	0,872
Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να ψυχαγωγεί τα παιδιά και ιδιαίτερα με δράσεις σχετικές με τη διατροφή	5	2,7	20	11	50	27,5	78	42,9	29	15,9	3,58	0,976
Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να είναι ενήμερος για θέματα ιατρικά που αφορούν τους μαθητές του, τα οποία συνδέονται	3	1,6	8	4,4	21	11,5	88	48,4	62	34,1	4,09	0,881

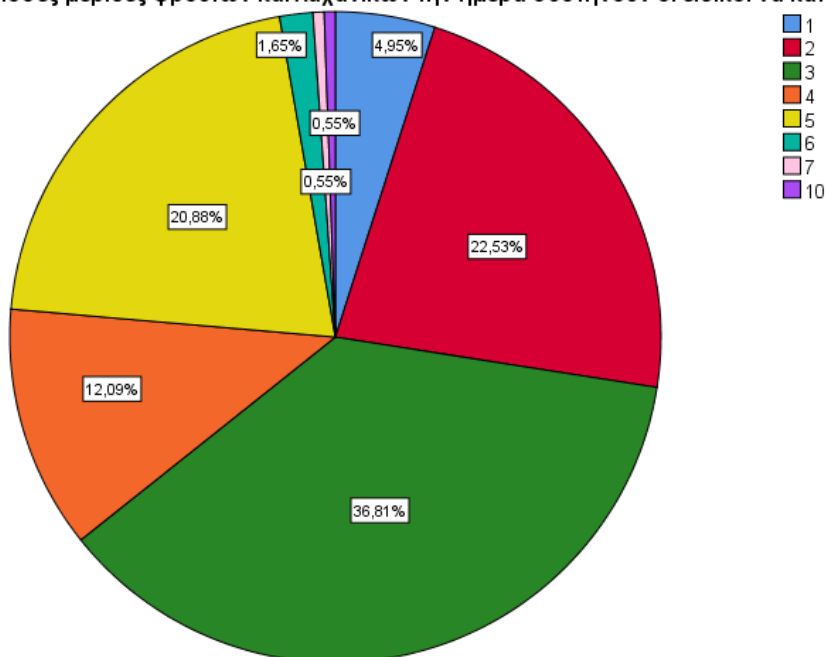
με θέματα διατροφής												
Είμαι αρκετά κοντά στο ρόλο και τις απαιτήσεις που πρέπει να έχει ένας εκπαιδευτικός ώστε να διδάξει θέματα διατροφής και υγείας	2	1,1	26	14,3	65	35,7	72	39,6	17	9,3	3,42	0,887
Είμαι ικανός να παίρνω αποφάσεις στις διδακτικές ώρες και τα διαλείμματα και να ευαισθητοποιώ τους μαθητές σε θέματα διατροφής	4	2,2	14	7,7	32	17,6	98	53,8	34	18,7	3,79	0,911
Ο ρόλος μου να προωθώ θέματα διατροφής δεν περιορίζεται μόνο	3	1,6	25	13,7	39	21,4	71	39	44	24,2	3,70	1,035

στο σχολικό πλαίσιο αλλά διευρύνεται και σε άτυπα περιβάλλοντα μάθησης												
Δεν προωθώ θέματα διατροφής μόνο στα παιδιά αλλά παρακινώ και τους γονείς να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στη διατροφή τους	5	2,7	29	15,9	43	23,6	67	36,8	38	20,9	3,57	1,073

4.6.1.4 Γνώσεις εκπαιδευτικών για την υγιεινή διατροφή

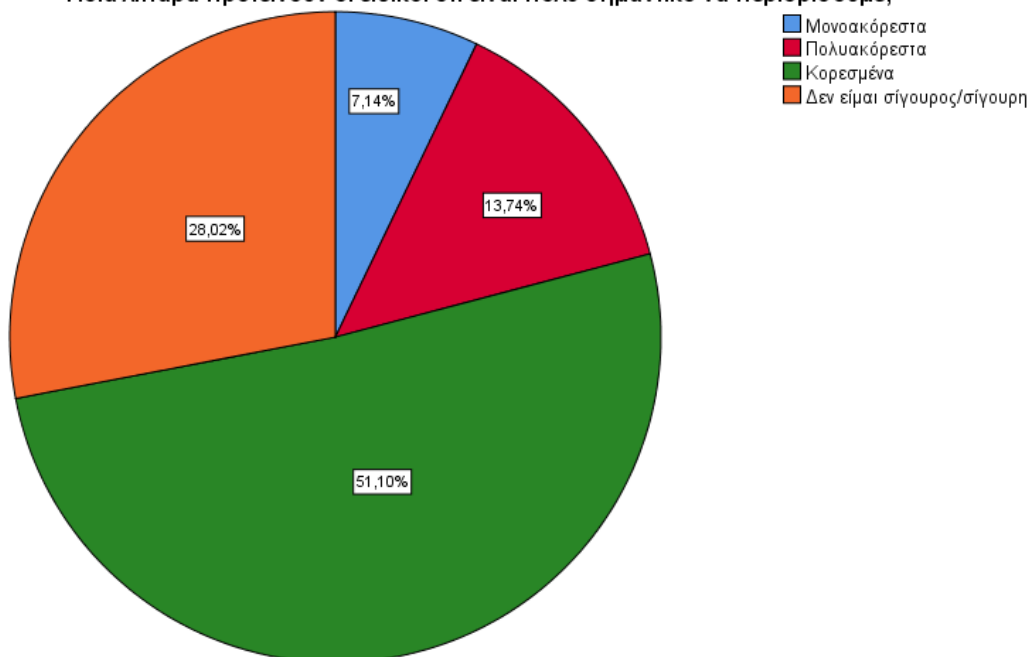
Το 22,5% (n=41) δήλωσαν πως πρέπει να καταναλώνουμε 2 μερίδες φρούτων και λαχανικών ημερησίως, ενώ το 36,8% (n=67) θεωρούν ότι πρέπει να καταναλώνουμε 3 μερίδες και το 20,9% (n=38) ότι πρέπει να καταναλώνουμε 5 μερίδες (Εικόνα 25). Οι μισοί εκπαιδευτικοί του δείγματος (51,1%, n=93) δήλωσαν πως πρέπει να περιορίζουμε την κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών (Εικόνα 26) και το 52,2% (n=95) δήλωσαν πως οι ειδικοί προτείνουν την κατανάλωση άπαχων γαλακτοκομικών προϊόντων (Εικόνα 27).

Πόσες μερίδες φρούτων και λαχανικών την ημέρα συστήνουν οι ειδικοί να καταναλώνουμε;



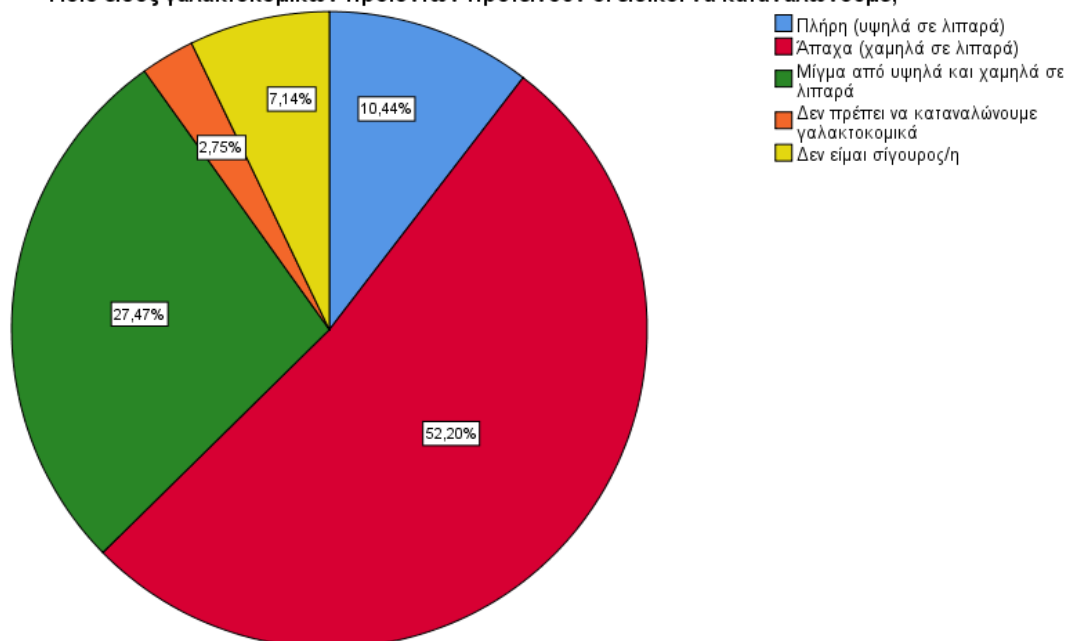
Εικόνα 25: Διάγραμμα για τις απόψεις σχετικά με τις μερίδες φρούτων και λαχανικών που πρέπει να καταναλώνουμε καθημερινά

Ποια λιπαρά προτείνουν οι ειδικοί ότι είναι πολύ σημαντικό να περιορίσουμε;



Εικόνα 26: Διάγραμμα για τα λιπαρά που πρέπει να περιορίζουμε

Ποιο είδος γαλακτοκομικών προϊόντων προτείνουν οι ειδικοί να καταναλώνουμε;



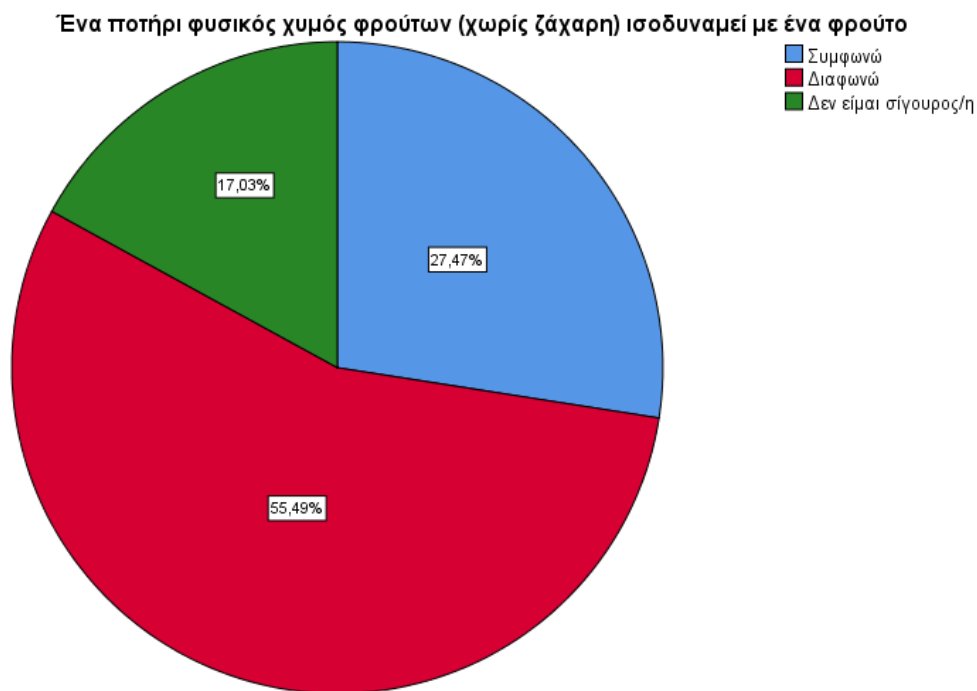
Εικόνα 27: Διάγραμμα για τα γαλακτοκομικά προϊόντα που πρέπει να προτιμώνται

Πίνακας 5: Γνώσεις σχετικά με τις συμβουλές που δίνουν οι ειδικοί

		Συχνότητα	Ποσοστό	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Πόσες μερίδες φρούτων και λαχανικών την ημέρα συστήνουν οι ειδικοί να καταναλώνουμε;	1	9	4,9	3,32	1,338
	2	41	22,5		
	3	67	36,8		
	4	22	12,1		
	5	38	20,9		
	6	3	1,6		
	7	1	,5		
	10	1	,5		
Ποια λιπαρά προτείνουν οι ειδικοί ότι είναι πολύ σημαντικό να περιορίσουμε;	Μονοακόρεστα	13	7,1	-	-
	Πολυακόρεστα	25	13,7		
	Κορεσμένα	93	51,1		
	Δεν είμαι σίγουρος/σίγουρη	51	28,0		
Ποιο είδος γαλακτοκομικών προϊόντων προτείνουν οι ειδικοί να καταναλώνουμε;	Πλήρη (υψηλά σε λιπαρά)	19	10,4	-	-
	Άπαχα (χαμηλά σε λιπαρά)	95	52,2		
	Μίγμα από υψηλά και χαμηλά σε λιπαρά	50	27,5		
	Δεν πρέπει να καταναλώνουμε γαλακτοκομικά	5	2,7		
	Δεν είμαι σίγουρος/η	13	7,1		

Το 55,5% (n=101) δήλωσαν πως ένα ποτήρι φυσικός χυμός φρούτων (χωρίς ζάχαρη) δεν ισοδυναμεί με ένα φρούτο, ενώ το 27,5% (n=50) δήλωσαν πως ισοδυναμεί και το 17%

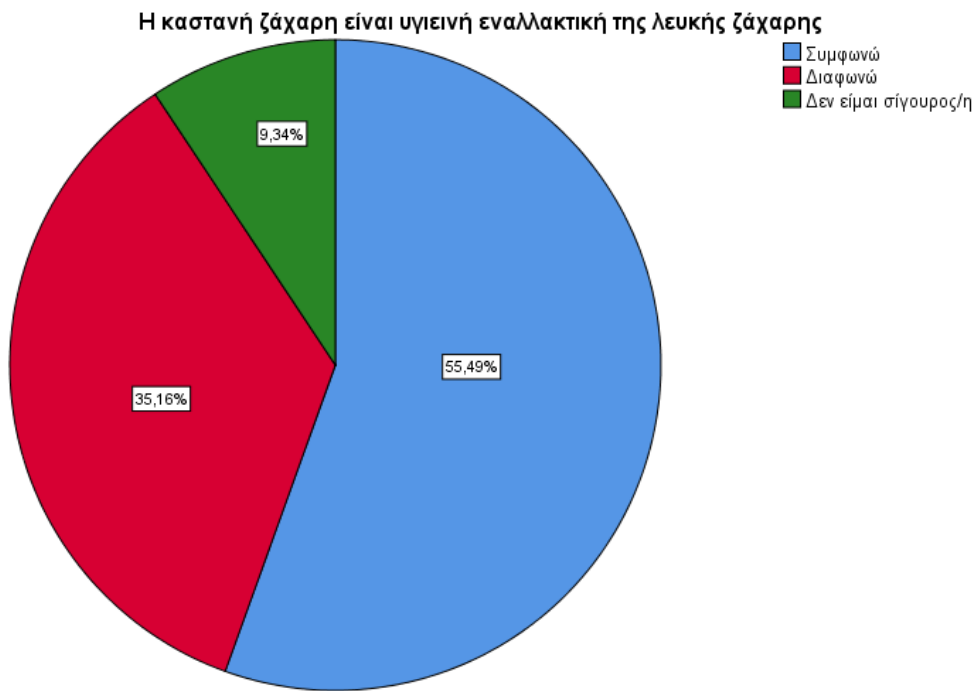
(n=21) δήλωσαν πως δεν είναι σίγουροι (Εικόνα 28). Επίσης, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών (34,1%, n=62) δήλωσαν πως τα κορεσμένα λιπαρά βρίσκονται και στα φυτικά έλαια και στα γαλακτοκομικά προϊόντα (Εικόνα 29). Το 55,5% (n=101) δήλωσαν πως η καστανή ζάχαρη είναι υγιεινή εναλλακτική της λευκής ζάχαρης. Ωστόσο, το 35,2% (n=64) διαφωνούν και τοι 9,3% (n=17) δεν ήταν σίγουροι (Εικόνα 30).



Εικόνα 28: Διάγραμμα για την άποψη ότι ένα ποτήρι φυσικός χυμός φρούτων (χωρίς ζάχαρη) ισοδυναμεί με ένα φρούτο



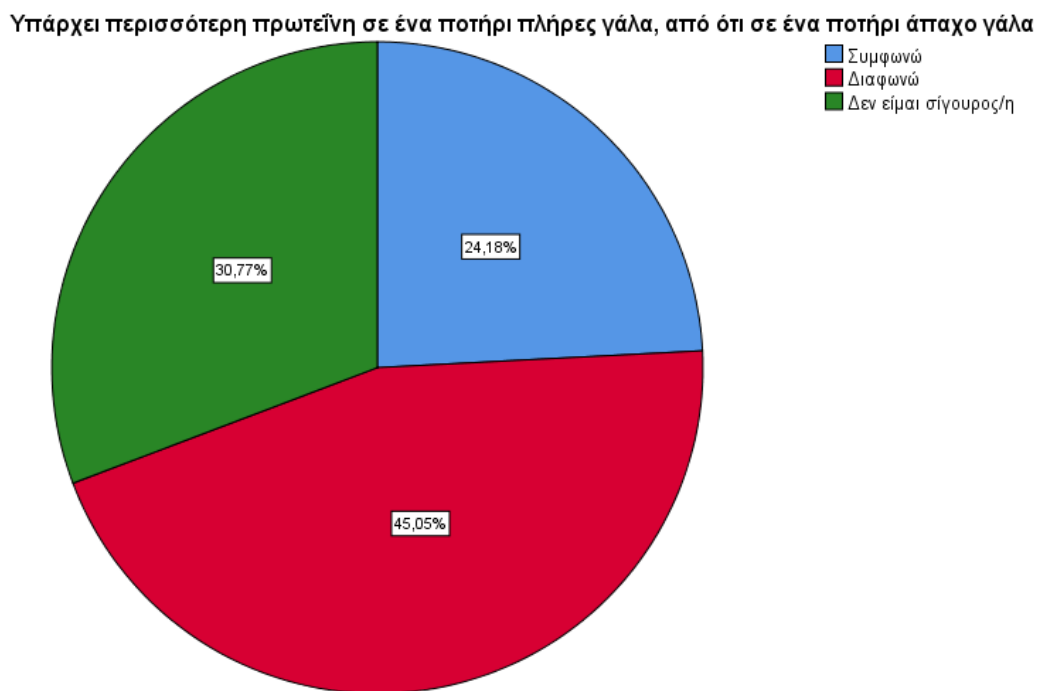
Εικόνα 29: Διάγραμμα για τις απαντήσεις σχετικά με το που βρίσκονται κυρίως τα κορεσμένα λιπαρά



Εικόνα 30: Διάγραμμα για την άποψη ότι η καστανή ζάχαρη είναι υγιεινή εναλλακτική της λευκής ζάχαρης

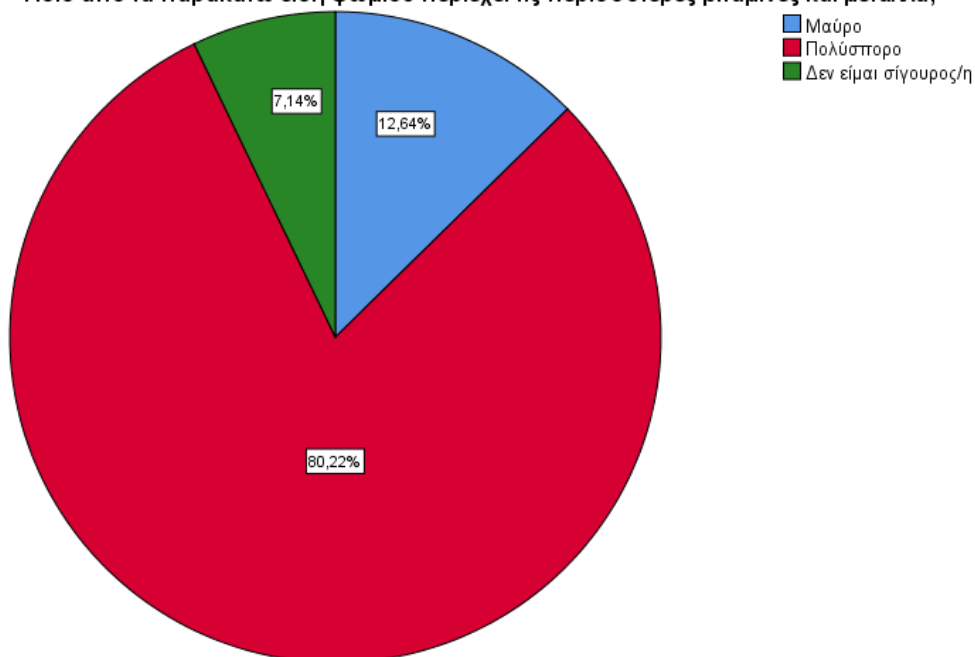
Επιπλέον, το 24,2% (n=44) θεωρούν ότι υπάρχει περισσότερη πρωτεΐνη σε ένα ποτήρι πλήρες γάλα, από ότι σε ένα ποτήρι άπαχο γάλα. Το 45,1% (n=82) διαφωνούν και το 30,8%

(n=56) δεν είναι σίγουροι (Εικόνα 31). Το 80,2% (n=146) δήλωσαν πως το πολύσπορο ψωμί έχει τις περισσότερες βιταμίνες και μέταλλα (Εικόνα 32). Ακόμη, το 37,4% (n=68) δεν είναι σίγουροι για το ποιο είδος λαδιού περιέχει κυρίως μονοακόρεστα λιπαρά. Το 9,9% (n=18) δήλωσαν το λάδι καρύδας, το 8,2% (n=15) το ηλιέλαιο, το 33,5% (n=61) το ελαιόλαδο και το 11% (n=20) το φοινικέλαιο (Εικόνα 33).



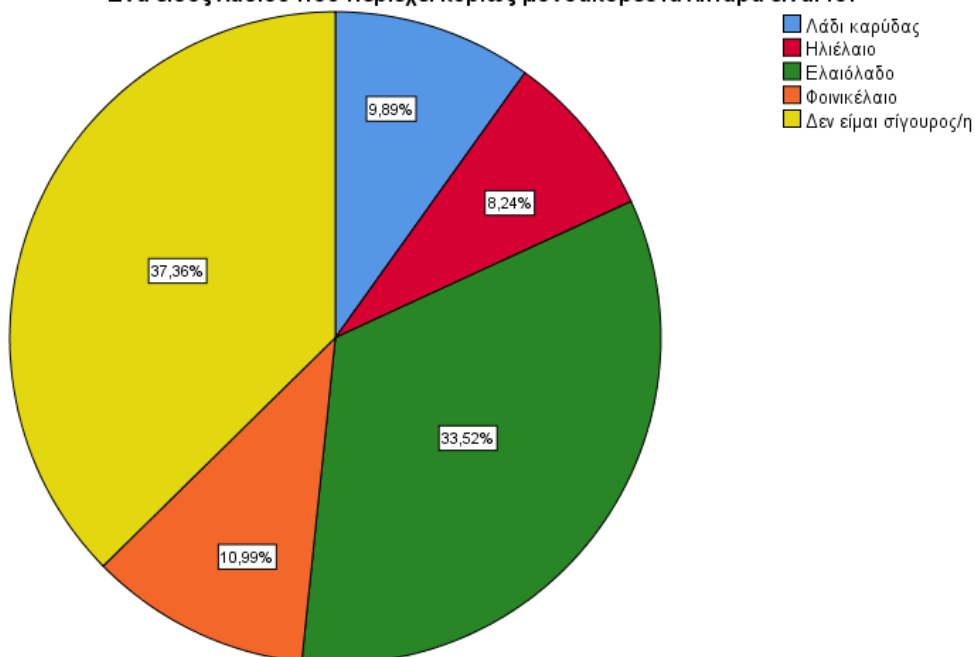
Εικόνα 31: Διάγραμμα για την άποψη ότι υπάρχει περισσότερη πρωτεΐνη σε ένα ποτήρι πλήρες γάλα, από ότι σε ένα ποτήρι άπαχο γάλα

Ποιο από τα παρακάτω είδη ψωμιού περιέχει τις περισσότερες βιταμίνες και μέταλλα;



Εικόνα 32: Διάγραμμα για τις απαντήσεις σχετικά με το ποιο είδος ψωμιού έχει τις περισσότερες βιταμίνες και μέταλλα

Ένα είδος λαδιού που περιέχει κυρίως μονοακόρεστα λιπαρά είναι το:

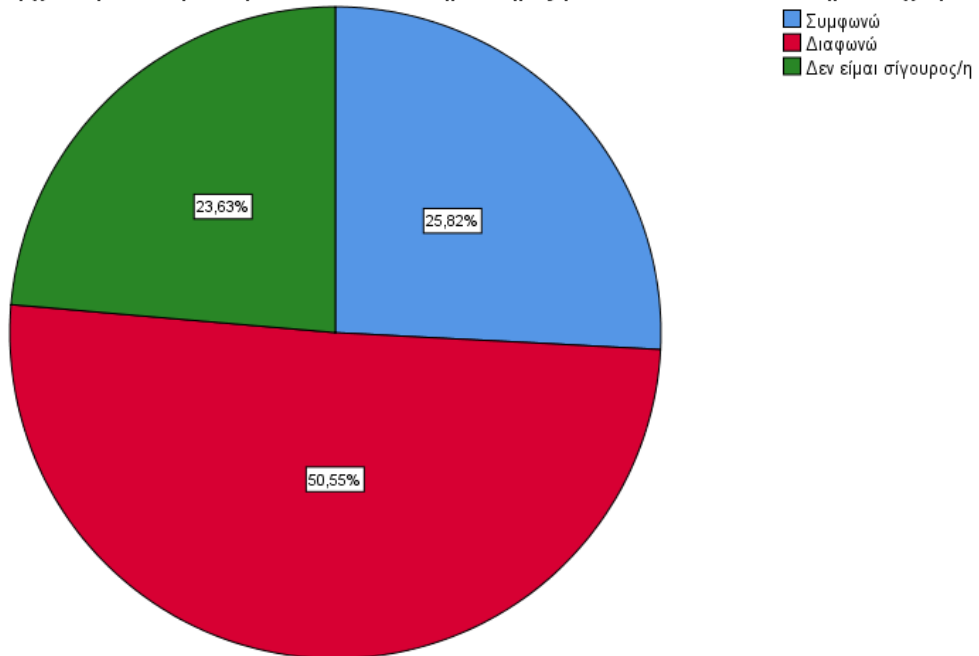


Εικόνα 33: Διάγραμμα για τις απαντήσεις σχετικά με το ποιο είδος λαδιού περιέχει κυρίως μονοακόρεστα λιπαρά

Ταυτόχρονα, οι μισοί εκπαιδευτικοί του δείγματος (50,5%, n=92) διαφωνούν με την άποψη ότι υπάρχει περισσότερο ασβέστιο σε ένα ποτήρι πλήρες γάλα από ότι σε ένα ποτήρι άπαχο

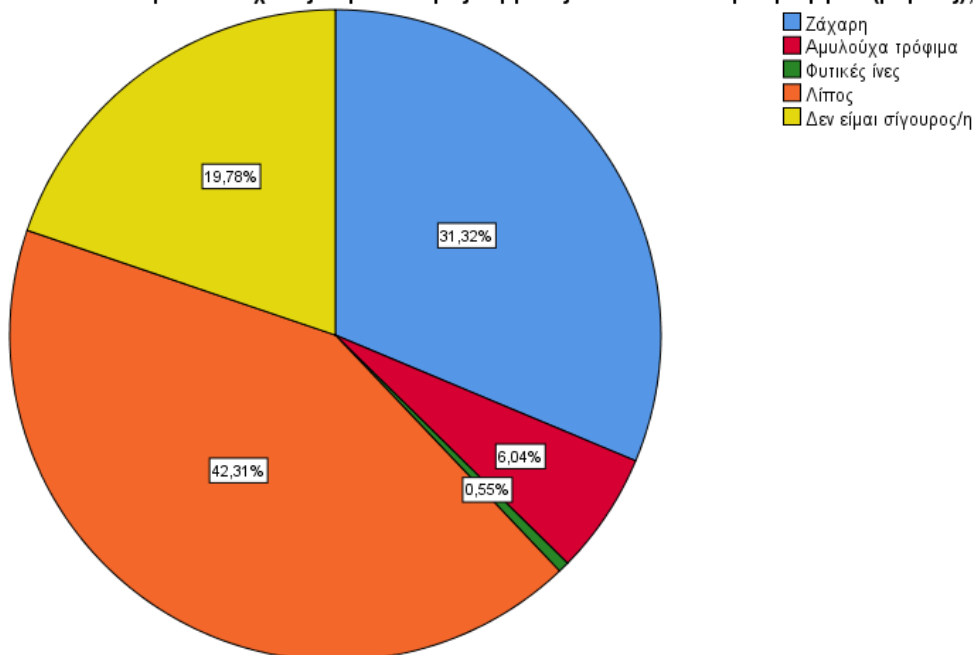
γάλα (Εικόνα 34). Το 31,% (n=57) θεωρούν ότι η ζάχαρη έχει τις περισσότερες θερμίδες σε ίδια ποσότητα τροφίμου, ενώ το 42,3% (n=77) δήλωσαν το λίπος (Εικόνα 35).

Υπάρχει περισσότερο ασβέστιο σε ένα ποτήρι πλήρες γάλα από ότι σε ένα ποτήρι άπαχο γάλα



Εικόνα 34: Διάγραμμα για την άποψη ότι υπάρχει περισσότερο ασβέστιο σε ένα ποτήρι πλήρες γάλα από ότι σε ένα ποτήρι άπαχο γάλα

Ποιο από τα παρακάτω έχει τις περισσότερες θερμίδες σε ίδια ποσότητα τροφίμου (βάρους);



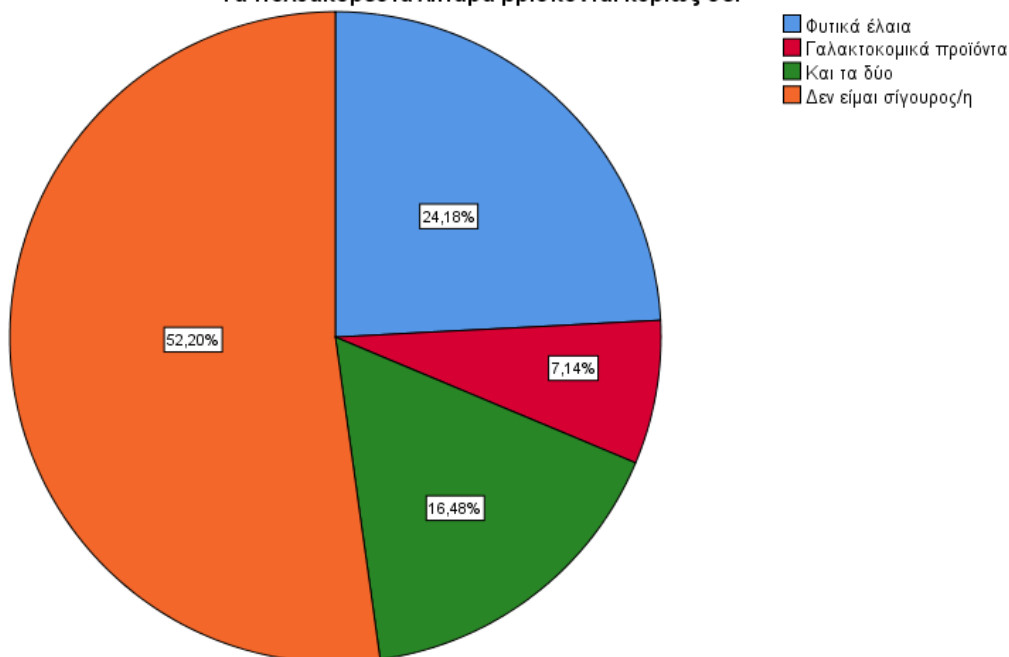
Εικόνα 35: Διάγραμμα για τις απαντήσεις σχετικά με το ποιο τρόφιμο έχει τις περισσότερες θερμίδες σε ίδια ποσότητα

Από την άλλη, οι μισοί εκπαιδευτικοί του δείγματος (50%, n=91) δεν είναι σίγουροι εάν τα σκληρά λίπη περιέχουν περισσότερα μονοακόρεστα, πολυακόρεστα ή κορεσμένα (Εικόνα 36). Επίσης, το 52,2% (n=95) δεν είναι σίγουροι για τα που βρίσκονται κυρίως τα πολυακόρεστα λιπαρά (Εικόνα 37).



Εικόνα 36: Διάγραμμα για τις απαντήσεις σχετικά με το τι περιέχουν τα σκληρά λίπη

Τα πολυακόρεστα λιπαρά βρίσκονται κυρίως σε:



Εικόνα 37: Διάγραμμα για τις απαντήσεις σχετικά με το που βρίσκονται κυρίως τα πολυακόρεστα λιπαρά

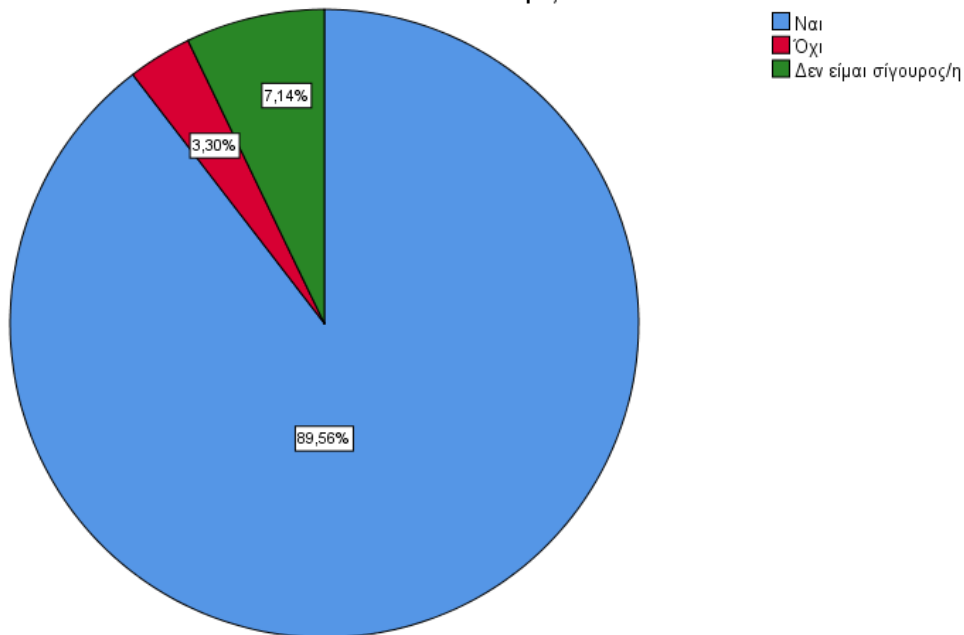
Πίνακας 6: Γνώσεις εκπαιδευτικών για τα τρόφιμα

		Συχνότητα	Ποσοστό
Ένα ποτήρι φυσικός χυμός φρούτων (χωρίς ζάχαρη) ισοδυναμεί με ένα φρούτο	Συμφωνώ	50	27,5
	Διαφωνώ	101	55,5
	Δεν είμαι σίγουρος/η	31	17,0
Τα κορεσμένα λιπαρά βρίσκονται κυρίως σε:	Φυτικά έλαια	36	19,8
	Γαλακτοκομικά προϊόντα	27	14,8
	Και τα 2 τα παραπάνω	62	34,1
	Δεν είμαι σίγουρος/η	57	31,3
Η καστανή ζάχαρη είναι υγιεινή εναλλακτική της λευκής ζάχαρης	Συμφωνώ	101	55,5
	Διαφωνώ	64	35,2
	Δεν είμαι σίγουρος/η	17	9,3
Υπάρχει περισσότερη πρωτεΐνη σε ένα ποτήρι	Συμφωνώ	44	24,2
	Διαφωνώ	82	45,1

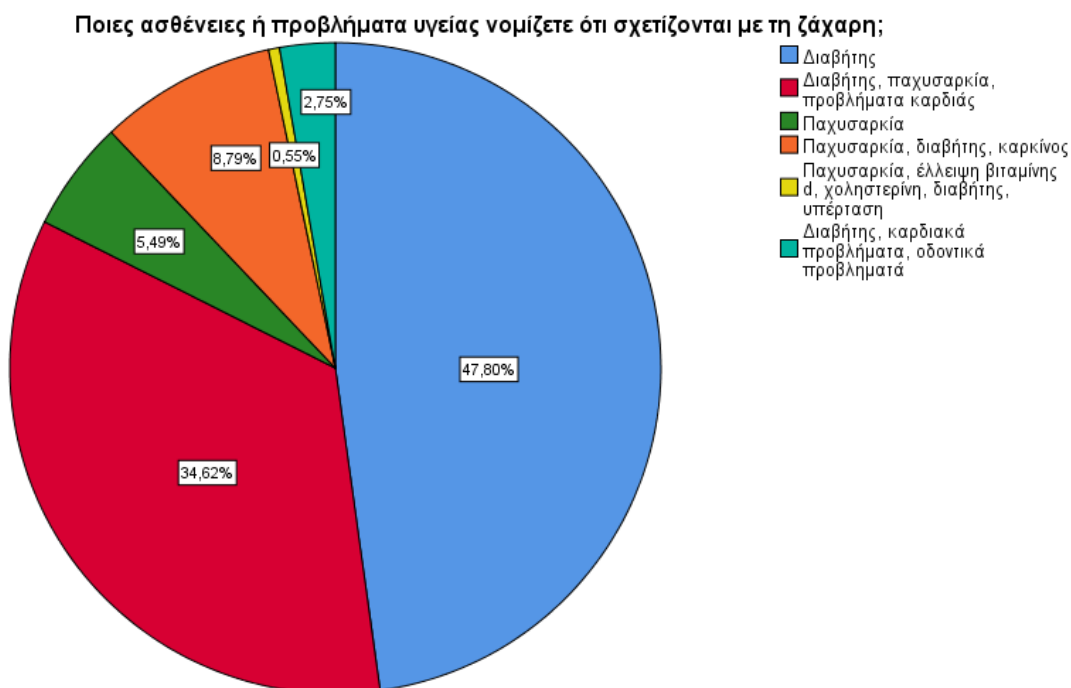
πλήρες γάλα, από ότι σε ένα ποτήρι άπαχο γάλα	Δεν είμαι σίγουρος/η	56	30,8
Ποιο από τα παρακάτω είδη ψωμιού περιέχει τις περισσότερες βιταμίνες και μέταλλα;	Μαύρο	23	12,6
	Πολύσπορο	146	80,2
	Δεν είμαι σίγουρος/η	13	7,1
Ένα είδος λαδιού που περιέχει κυρίως μονοακόρεστα λιπαρά είναι το:	Λάδι καρύδας	18	9,9
	Ηλιέλαιο	15	8,2
	Ελαιόλαδο	61	33,5
	Φοινικέλαιο	20	11,0
	Δεν είμαι σίγουρος/η	68	37,4
Υπάρχει περισσότερο ασβέστιο σε ένα ποτήρι πλήρες γάλα από ότι σε ένα ποτήρι άπαχο γάλα	Συμφωνώ	47	25,8
	Διαφωνώ	92	50,5
	Δεν είμαι σίγουρος/η	43	23,6
Ποιο από τα παρακάτω έχει τις περισσότερες θερμίδες σε ίδια ποσότητα τροφίμου (βάρους);	Ζάχαρη	57	31,3
	Αμυλούχα τρόφιμα	11	6,0
	Φυτικές ίνες	1	,5
	Λίπος	77	42,3
	Δεν είμαι σίγουρος/η	36	19,8
Τα σκληρά (στερεά) λίπη περιέχουν περισσότερα:	Μονοακόρεστα	8	4,4
	Πολυακόρεστα	24	13,2
	Κορεσμένα	59	32,4
	Δεν είμαι σίγουρος/η	91	50,0
Τα πολυακόρεστα λιπαρά βρίσκονται κυρίως σε:	Φυτικά έλαια	44	24,2
	Γαλακτοκομικά προϊόντα	13	7,1
	Και τα δύο	30	16,5
	Δεν είμαι σίγουρος/η	95	52,2

Ταυτόχρονα, το 89,6% των εκπαιδευτικών (n=163) γνώριζαν κάποια σοβαρά προβλήματα υγείας ή ασθένειες που σχετίζονται με την ποσότητα ζάχαρης που καταναλώνουμε (Εικόνα 39). Μάλιστα, το 47,8% (n=87) δήλωσαν το διαβήτη, και το 34,6% (n=63) το διαβήτη, την παχυσαρκία και τα προβλήματα καρδιάς (Εικόνα 40).

Γνωρίζετε κάποια σοβαρά προβλήματα υγείας ή ασθένειες που σχετίζονται με την ποσότητα ζάχαρης που καταναλώνουμε;



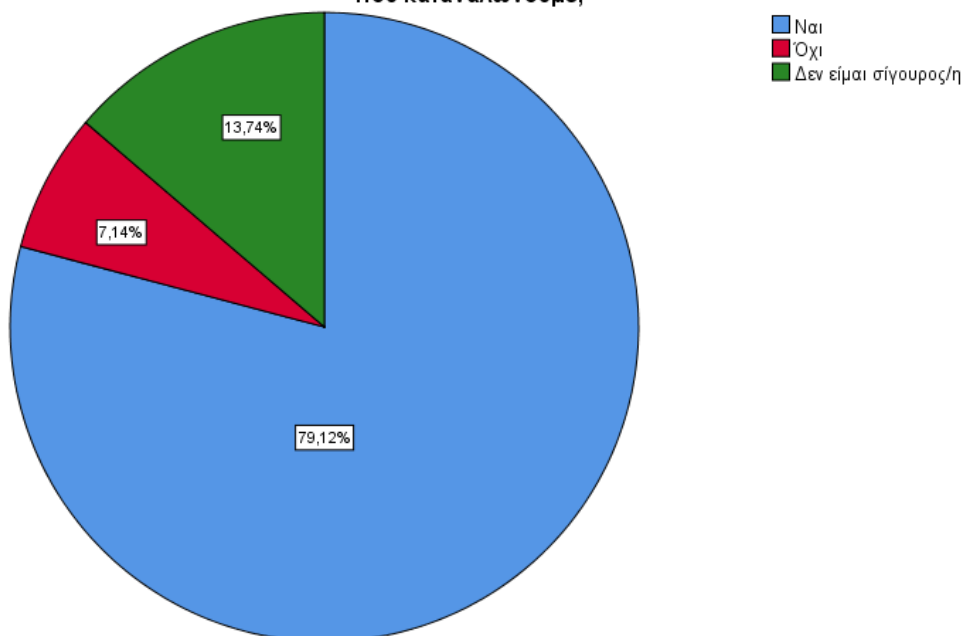
Εικόνα 38: Διάγραμμα για τις γνώσεις σοβαρών προβλημάτων υγείας ή ασθενειών που σχετίζονται με την ποσότητα ζάχαρης που καταναλώνουμε



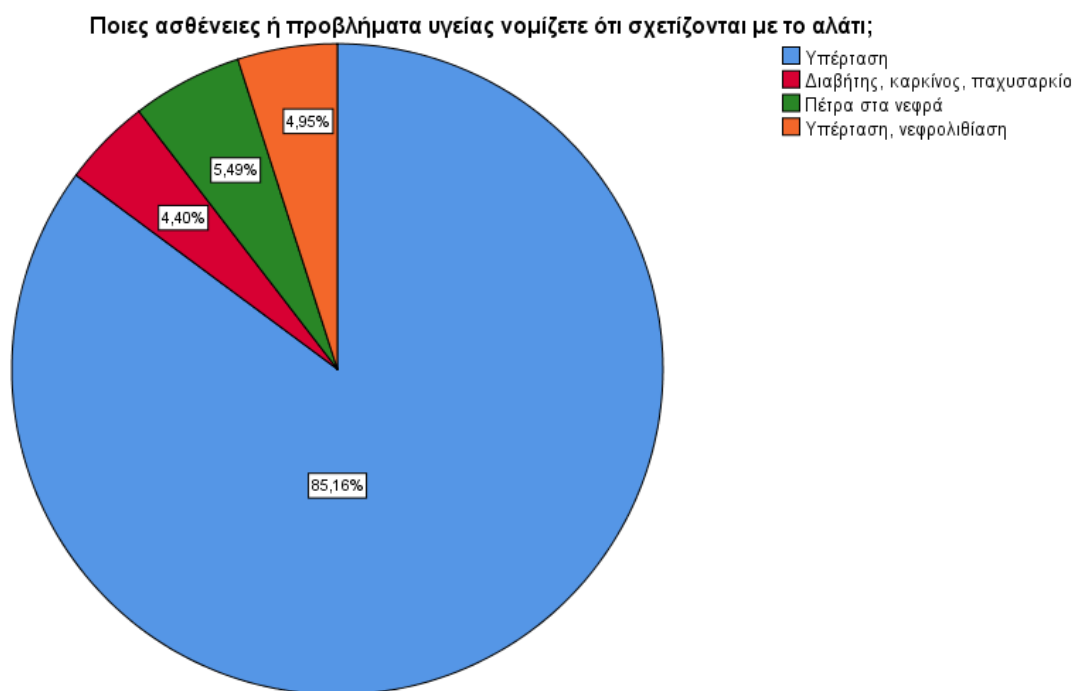
Εικόνα 39: Διάγραμμα για τις ασθένειες ή προβλήματα που σχετίζονται με τη ζάχαρη

Επίσης, 79,1% (n=144) των εκπαιδευτικών γνώριζαν κάποια σοβαρά προβλήματα υγείας ή ασθένειες που σχετίζονται με την ποσότητα αλατιού ή νατρίου που καταναλώνουμε (Εικόνα 41), και η συντριπτική πλειοψηφία (85,2%, n=155) δήλωσε την υπέρταση (Εικόνα 42).

Γνωρίζετε κάποια σοβαρά προβλήματα υγείας ή ασθένειες που σχετίζονται με την ποσότητα αλατιού ή νατρίου που καταναλώνουμε;



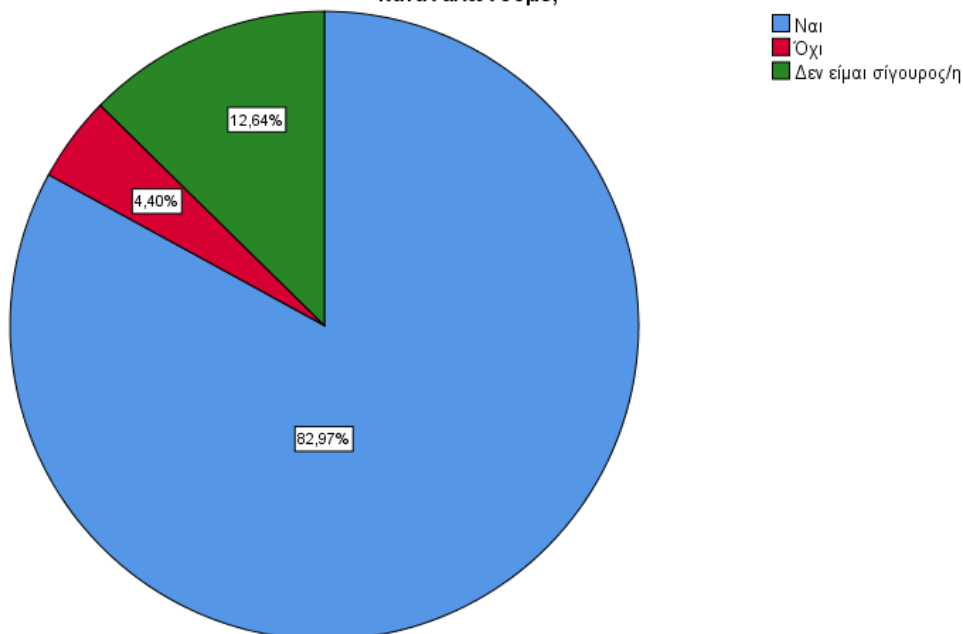
Εικόνα 40: Διάγραμμα για τις γνώσεις σοβαρών προβλημάτων υγείας ή ασθενειών που σχετίζονται με την ποσότητα αλατιού ή νατρίου που καταναλώνουμε



Εικόνα 41: Διάγραμμα για τις ασθένειες ή προβλήματα που σχετίζονται με το αλάτι

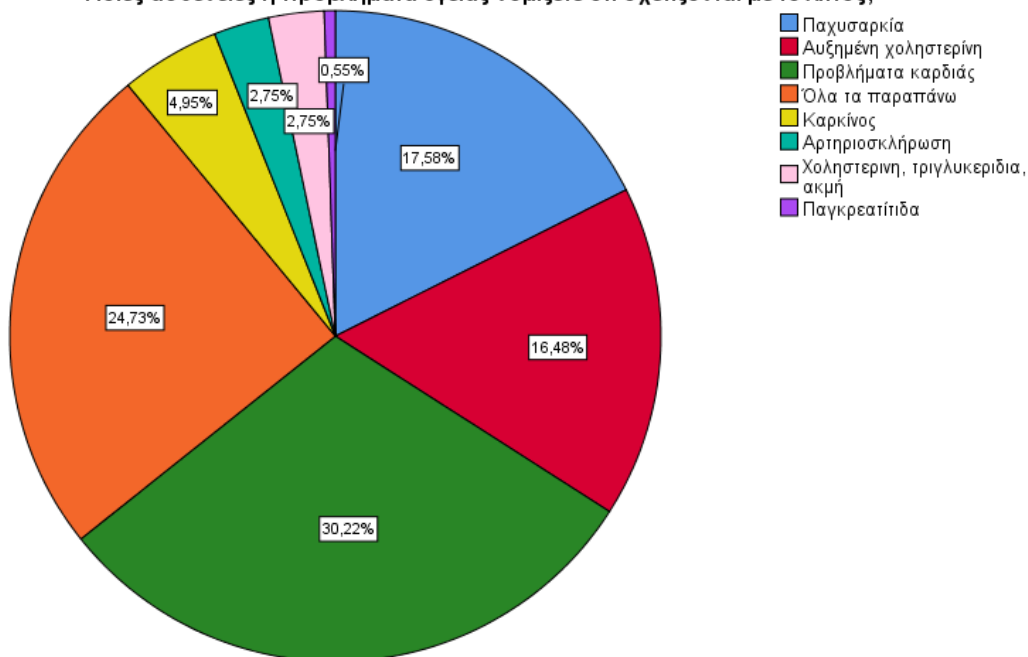
Επιπρόσθετα, το 83% των εκπαιδευτικών (n=151) δήλωσαν πως γνωρίζουν κάποια σοβαρά προβλήματα υγείας ή ασθένειες που σχετίζονται με την ποσότητα λίπους που καταναλώνουμε (Εικόνα 43). Συγκεκριμένα, το 17,6% (n=32) δήλωσαν την παχυσαρκία, το 16,5% (n=30) την αυξημένη χοληστερίνη, το 30,2% (n=55) τα καρδιακά προβλήματα, το 4,9% (n=9) τον καρκίνο, το 2,7% (n=5) την αρτηριοσκλήρωση, το 2,7% (n=5) την χοληστερίνη, τα τριγλυκερίδια και την ακμή, το 0,5% (n=1) την παγκρεατίτιδα και το 24,7% (n=45) όλα τα παραπάνω (Εικόνα 44).

Γνωρίζετε κάποια σοβαρά προβλήματα υγείας ή ασθένειες που σχετίζονται με την ποσότητα λίπους που καταναλώνουμε;



Εικόνα 42: Διάγραμμα για τις γνώσεις σοβαρών προβλημάτων υγείας ή ασθενειών που σχετίζονται με την ποσότητα λίπους που καταναλώνουμε

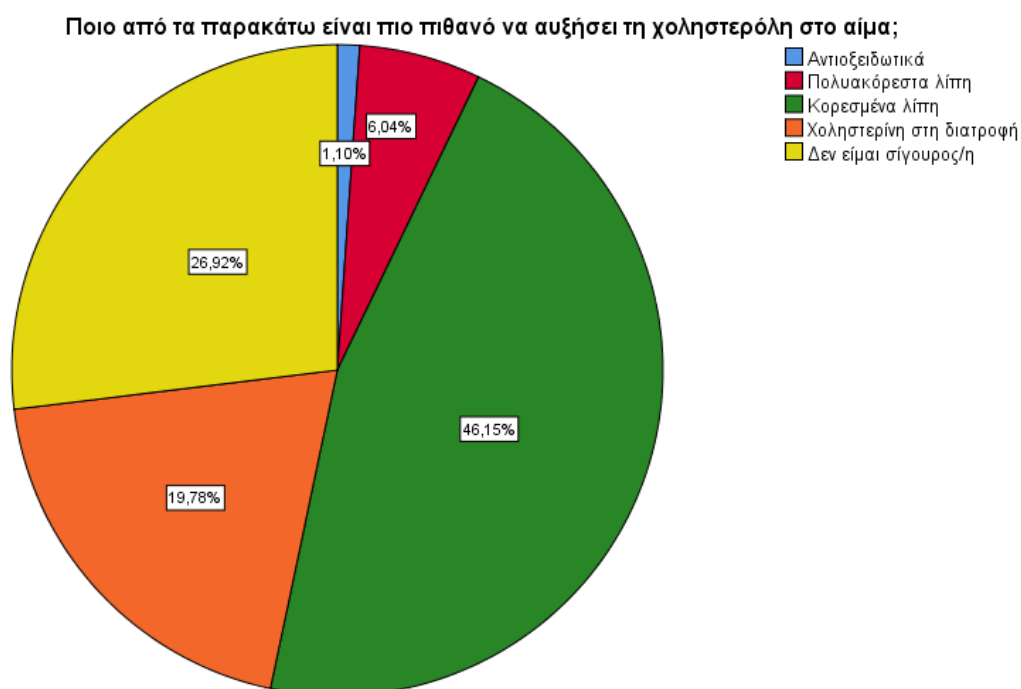
Ποιες ασθένειες ή προβλήματα υγείας νομίζετε ότι σχετίζονται με το λίπος;



Εικόνα 43: Διάγραμμα για τις ασθένειες ή προβλήματα που σχετίζονται με το λίπος

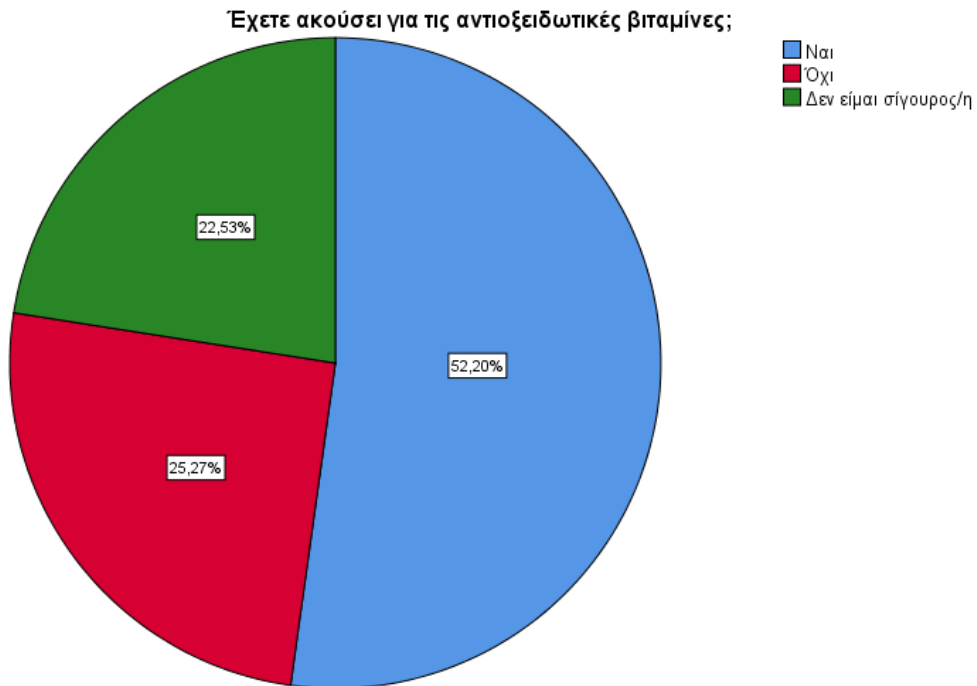
Επιπλέον, το 46,2% (n=84) δήλωσαν πως τα κορεσμένα λίπη αυξάνουν περισσότερο την χοληστερίνη στο αίμα. Το 19,8% (n=36) δήλωσαν τη χοληστερίνη στη διατροφή, το 26,9% (n=49) δεν ήταν σίγουροι, το 6% (n=11) δήλωσαν τα πολυακόρεστα λίπη, ενώ το 1,1% (n=2)

δήλωσαν τα αντιοξειδωτικά (Εικόνα 45).

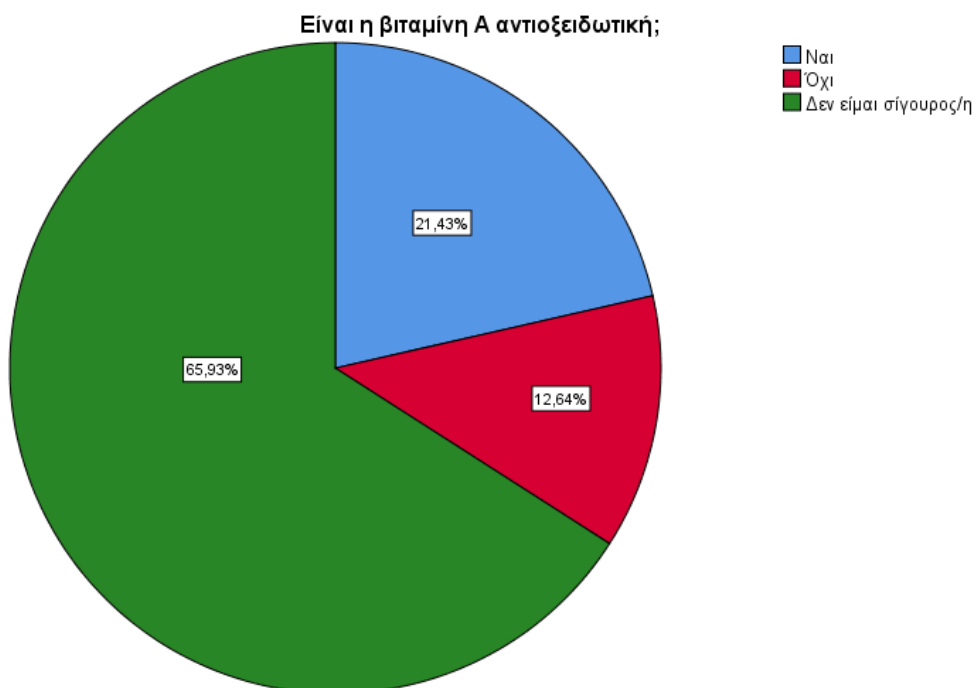


Εικόνα 44: Διάγραμμα για τις γνώσεις σχετικά με την αύξηση χοληστερόλης στο αίμα

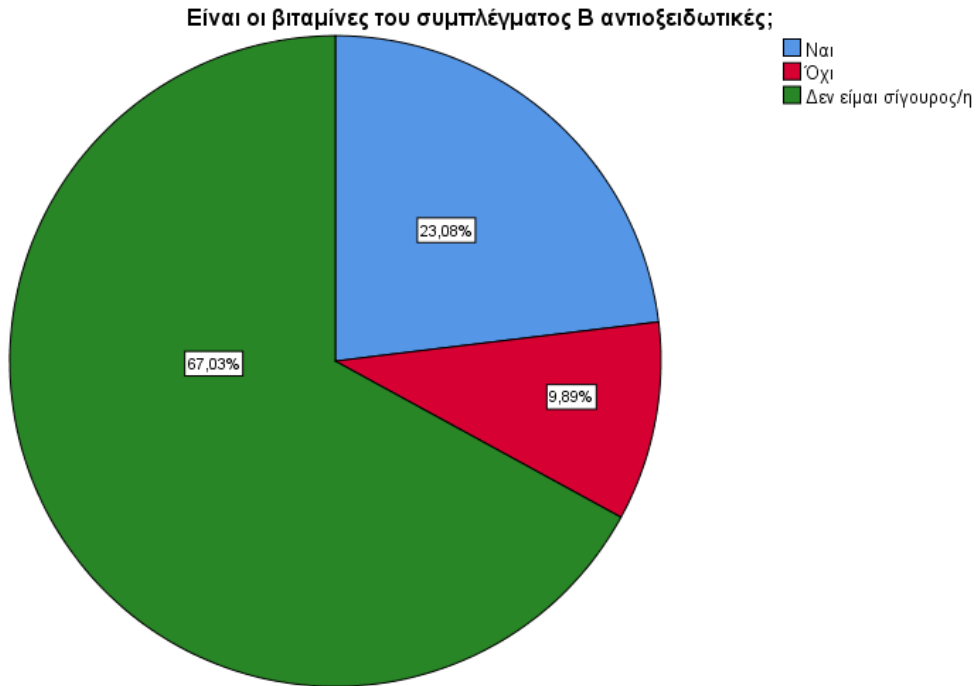
Ενδιαφέρον είναι και το εύρημα ότι το 52,2% (n=95) δήλωσαν πως έχουν ακούσει για τις αντιοξειδωτικές βιταμίνες, ενώ το 25,3% (n=46) δήλωσαν πως δεν τις έχουν ακούσει και το 22,5% (n=41) δήλωσαν πως δεν είναι σίγουροι (Εικόνα 46). Το 65,9% (n=120) και το 67% (n=122) δεν ήταν σίγουροι αν η βιταμίνη Α και οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β είναι αντιοξειδωτικές (Εικόνα 47 και 48). Το 51,6% (n=94) δήλωσαν πως η βιταμίνη C είναι αντιοξειδωτική, ενώ το 45,1% (n=82) δήλωσαν πως δεν γνωρίζουν και το 3,3% (n=6) δήλωσαν πως δεν είναι (Εικόνα 49). Επίσης, 57,7% (n=105) δεν ήταν σίγουροι αν η βιταμίνη D είναι αντιοξειδωτική, ενώ το 24,7% (n=45) δήλωσαν πως είναι και το 17,6% (n=32) δήλωσαν πως δεν είναι (Εικόνα 50). Ακόμη, το 63,7% (n=116) δεν ήταν σίγουροι αν η βιταμίνη E είναι αντιοξειδωτική (Εικόνα 51), και το 74,2% (n=135) δεν ήταν σίγουροι αν η βιταμίνη K είναι αντιοξειδωτική (Εικόνα 52).



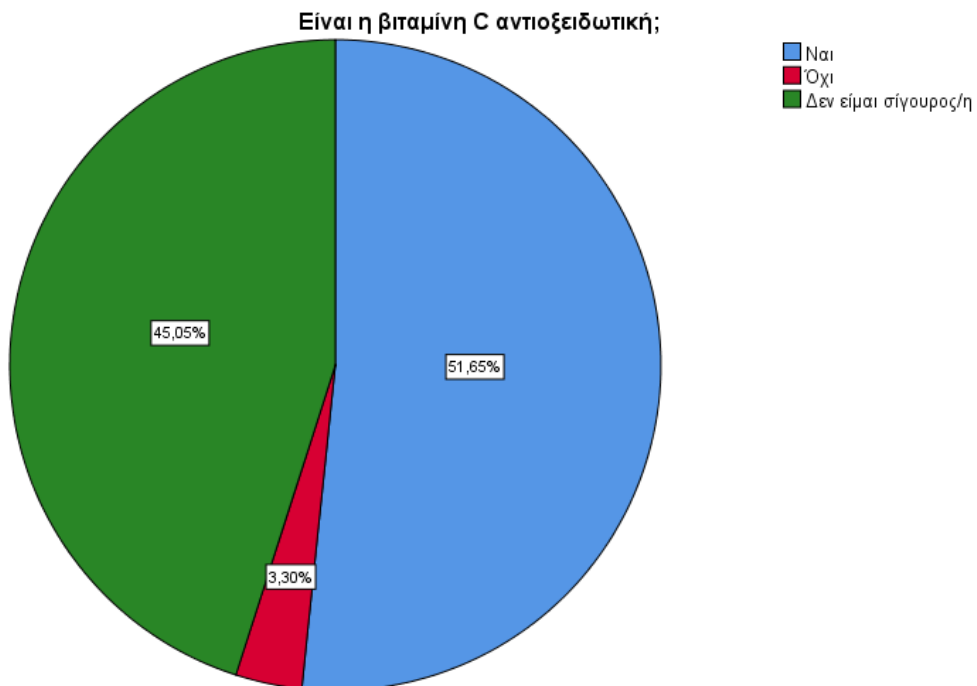
Εικόνα 45: Διάγραμμα για το εάν γνωρίζουν για τις αντιοξειδωτικές βιταμίνες



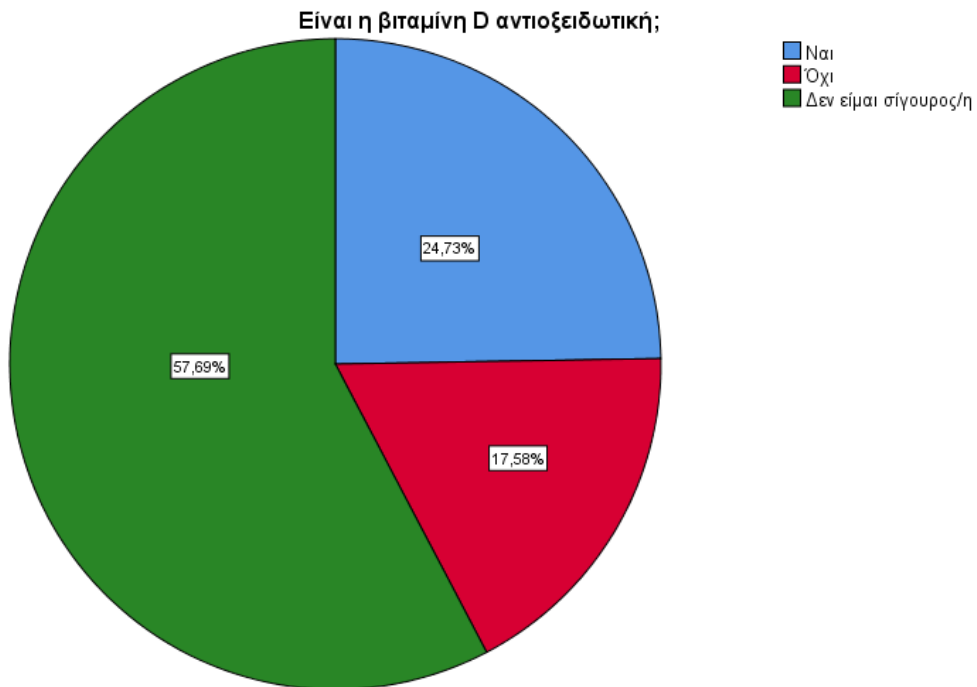
Εικόνα 46: Διάγραμμα για το εάν γνωρίζουν αν η βιταμίνη Α είναι αντιοξειδωτική



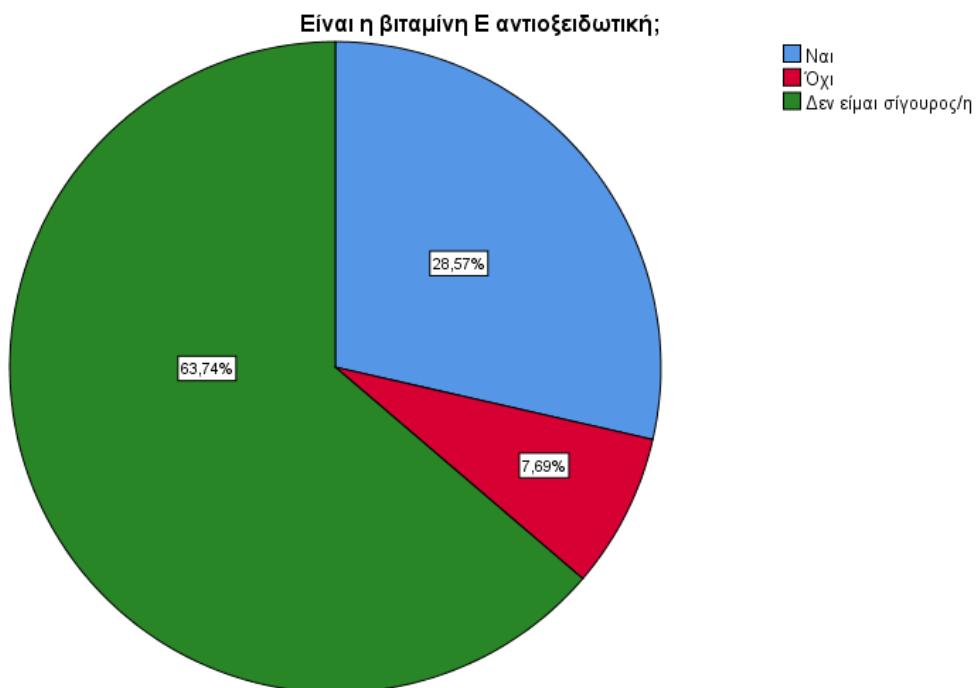
Εικόνα 47: Διάγραμμα για το εάν γνωρίζουν αν οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β είναι αντιοξειδωτικές



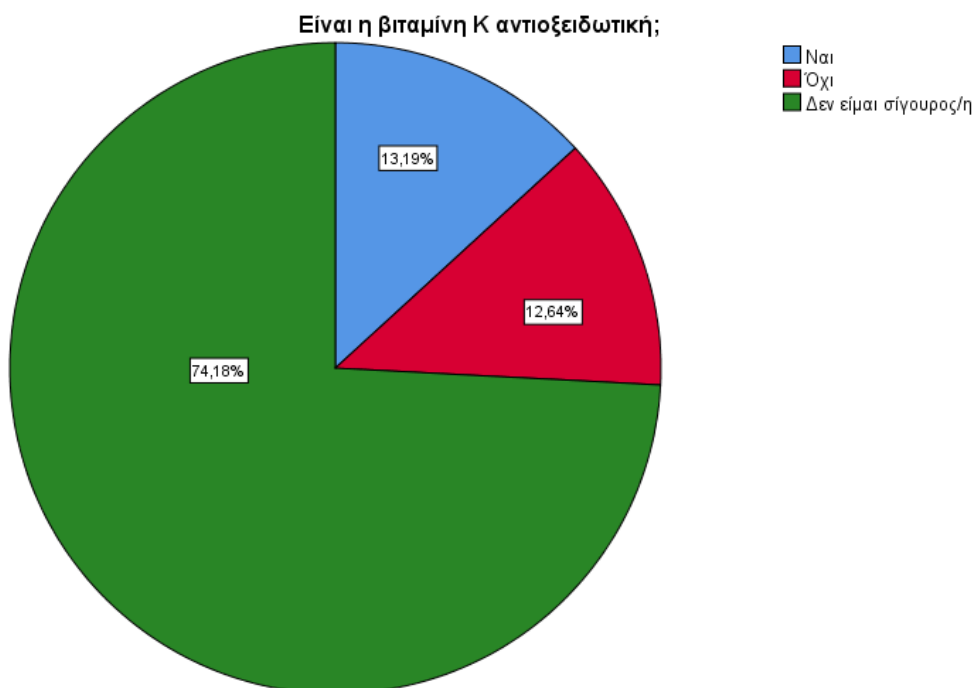
Εικόνα 48: Διάγραμμα για το εάν γνωρίζουν αν η βιταμίνη C είναι αντιοξειδωτική



Εικόνα 49: Διάγραμμα για το εάν γνωρίζουν αν η βιταμίνη D είναι αντιοξειδωτική



Εικόνα 50: Διάγραμμα για το εάν γνωρίζουν αν η βιταμίνη E είναι αντιοξειδωτική



Εικόνα 51: Διάγραμμα για το εάν γνωρίζουν αν η βιταμίνη Κ είναι αντιοξειδωτική

Πίνακας 7: Γνώσεις εκπαιδευτικών σχετικά με τα προβλήματα υγείας ή τις ασθένειες που σχετίζονται με τη διατροφή

		Συχνότητα	Ποσοστό
Γνωρίζετε κάποια σοβαρά προβλήματα υγείας ή ασθένειες που σχετίζονται με την ποσότητα ζάχαρης που καταναλώνουμε;	Ναι	163	89,6
	Όχι	6	3,3
	Δεν είμαι σίγουρος/η	13	7,1
Ποιες ασθένειες ή προβλήματα υγείας νομίζετε ότι σχετίζονται με τη ζάχαρη;	Διαβήτης	87	47,8
	Διαβήτης, παχυσαρκία, προβλήματα καρδιάς	63	34,6
	Παχυσαρκία	10	5,5
	Παχυσαρκία, διαβήτης, καρκίνος	16	8,8
	Παχυσαρκία, έλλειψη βιταμίνης d, χοληστερίνη, διαβήτης, υπέρταση	1	,5
	Διαβήτης, καρδιακά	5	2,7

	προβλήματα, οδοντικά προβλημάτα		
Γνωρίζετε κάποια σοβαρά προβλήματα υγείας ή ασθένειες που σχετίζονται με την ποσότητα αλατιού ή νατρίου που καταναλώνουμε;	Ναι	144	79,1
	Όχι	13	7,1
	Δεν είμαι σίγουρος/η	25	13,7
Ποιες ασθένειες ή προβλήματα υγείας νομίζετε ότι σχετίζονται με το αλάτι;	Υπέρταση	155	85,2
	Διαβήτης, καρκίνος, παχυσαρκία	8	4,4
	Πέτρα στα νεφρά	10	5,5
	Υπέρταση, νεφρολιθίαση	9	4,9
Γνωρίζετε κάποια σοβαρά προβλήματα υγείας ή ασθένειες που σχετίζονται με την ποσότητα λίπους που καταναλώνουμε;	Ναι	151	83,0
	Όχι	8	4,4
	Δεν είμαι σίγουρος/η	23	12,6
Ποιες ασθένειες ή προβλήματα υγείας νομίζετε ότι σχετίζονται με το λίπος;	Παχυσαρκία	32	17,6
	Αυξημένη χοληστερίνη	30	16,5
	Προβλήματα καρδιάς	55	30,2
	Όλα τα παραπάνω	45	24,7
	Καρκίνος	9	4,9
	Αρτηριοσκλήρωση	5	2,7
	Χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, ακμή	5	2,7
	Παγκρεατίτιδα	1	0,5
Ποιο από τα παρακάτω είναι πιο πιθανό να αυξήσει τη χοληστερόλη στο αίμα;	Αντιοξειδωτικά	2	1,1
	Πολυακόρεστα λίπη	11	6,0
	Κορεσμένα λίπη	84	46,2
	Χοληστερίνη στη διατροφή	36	19,8
	Δεν είμαι σίγουρος/η	49	26,9
Έχετε ακούσει για τις	Ναι	95	52,2

αντιοξειδωτικές βιταμίνες;	Όχι	46	25,3
	Δεν είμαι σίγουρος/η	41	22,5
Είναι η βιταμίνη A αντιοξειδωτική;	Ναι	39	21,4
	Όχι	23	12,6
	Δεν είμαι σίγουρος/η	120	65,9
Είναι οι βιταμίνες του συμπλέγματος B αντιοξειδωτικές;	Ναι	42	23,1
	Όχι	18	9,9
	Δεν είμαι σίγουρος/η	122	67,0
Είναι η βιταμίνη C αντιοξειδωτική;	Ναι	94	51,6
	Όχι	6	3,3
	Δεν είμαι σίγουρος/η	82	45,1
Είναι η βιταμίνη D αντιοξειδωτική;	Ναι	45	24,7
	Όχι	32	17,6
	Δεν είμαι σίγουρος/η	105	57,7
Είναι η βιταμίνη E αντιοξειδωτική;	Ναι	52	28,6
	Όχι	14	7,7
	Δεν είμαι σίγουρος/η	116	63,7
Είναι η βιταμίνη K αντιοξειδωτική;	Ναι	24	13,2
	Όχι	23	12,6
	Δεν είμαι σίγουρος/η	135	74,2

4.6.2 Επαγωγική στατιστική

Όσον αφορά την επαγωγική στατιστική, πραγματοποιήθηκαν οι εξής στατιστικοί έλεγχοι: chi-square tests, independent t-tests, one-way Anova. Αναλυτικότερα, πραγματοποιήθηκαν chi-square tests σε περιπτώσεις όπου έγινε σύγκριση μεταξύ ονομαστικών και κατηγορικών μεταβλητών, independent t-tests σε περιπτώσεις όπου έγινε σύγκριση μιας ανεξάρτητης μεταβλητής με δυο ομάδες και οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν ποσοτικές, ενώ σε περιπτώσεις όπου έγινε σύγκριση μεταξύ ποσοτικών εξαρτημένων μεταβλητών και ανεξάρτητης μεταβλητής με τρεις ή παραπάνω ομάδες, πραγματοποιήθηκαν one-way Anova.

4.6.2.1 Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις απόψεις για τη διατροφική παρέμβαση

Όσον αφορά το φύλο, διαπιστώθηκαν ορισμένες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Συγκεκριμένα, περισσότερες γυναίκες υποστήριζαν τη σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την προσωπική δράση/ πρωτοβουλία του εκπαιδευτικού ($\text{sig} = 0,018$). Επίσης, οι γυναίκες ($M=4,62$) υποστήριζαν περισσότερο από τους άνδρες ($M= 4,14$) τη σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την εμπλοκή/ συνεργασία των γονέων/κηδεμόνων ($\text{sig} = 0,000$). Ακόμη, οι γυναίκες ($M=3,97$) υποστήριζαν περισσότερο από τους άνδρες ($M= 3,54$) τη σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην εκμάθηση γευσιγνωσίας των μαθητών ($\text{sig} = 0,027$) (Πίνακας 8). Επιπρόσθετα, περισσότερες γυναίκες ($n=125$) υποστήριζαν ότι προτιμούν τη συνεργασία κρατικών και ιδιωτικών φορέων συγκριτικά με τους άνδρες ($n=22$) ($\text{sig} = 0,014$) (Πίνακας 9).

Πίνακας 8: Συσχετίσεις μεταξύ φύλου και απόψεων για τη διατροφική παρέμβαση

	Φύλο	Μέση τιμή (M)	Τυπική απόκλιση (SD)	Στατιστική σημαντικότητα (sig)*
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την προσωπική δράση/ πρωτοβουλία του εκπαιδευτικού	Άνδρας	4,23	,731	,018
	Γυναίκα	4,52	,623	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την εμπλοκή/ συνεργασία των γονέων/κηδεμόνων	Άνδρας	4,14	1,033	,000
	Γυναίκα	4,62	,601	
Σημαντικότητα σχολικής	Άνδρας	4,51	,818	,124

διατροφικής παρέμβασης στην πρόληψη ασθενειών	Γυναίκα	4,74	,511	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην εκμάθηση γευσιγνωσίας των μαθητών	Ανδρας	3,54	1,039	,027
	Γυναίκα	3,97	,835	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην επαφή των παιδιών με τη μαγειρική	Ανδρας	3,69	1,022	,099
	Γυναίκα	4,00	,860	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα του περιβάλλοντος	Ανδρας	4,09	1,067	,137
	Γυναίκα	4,37	,733	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στη μείωση της παχυσαρκίας των παιδιών	Ανδρας	4,71	,519	,107
	Γυναίκα	4,85	,428	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην κατάλληλη επιλογή των υγιεινών γευμάτων από τα παιδιά	Ανδρας	4,54	,780	,132
	Γυναίκα	4,76	,505	
* Independent t-tests				

Πίνακας 9: Συσχέτιση μεταξύ φύλου και προτίμησης φορέα για υλοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων διατροφικής αγωγής

		Κρατικούς φορείς	Ιδιωτικούς φορείς	Και από τους δύο σε συνεργασία	Στατιστική σημαντικότητα (sig)*
Φυλο	Ανδρας	11	2	22	,014
	Γυναίκα	19	3	125	
* Chi-square tests					

Ωστόσο, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την ηλικία (sig > 0,05)

(Πίνακας 10 και 11) αλλά ούτε με το μορφωτικό επίπεδο ($\text{sig} > 0,05$) (Πίνακας 12 και 13), ούτε με τη σχέση εργασίας (Πίνακας 14 και 15). Επίσης, βρέθηκε ότι ούτε τα χρόνια προϋπηρεσίας σχετίζονται με τις απόψεις για τη διατροφική παρέμβαση ($\text{sig} > 0,05$) (Πίνακας 16 και 17).

Πίνακας 10: Συσχετίσεις μεταξύ ηλικίας και απόψεων για τη διατροφική παρέμβαση

	Ηλικία	Μέση τιμή (M)	Τυπική απόκλιση (SD)	Στατιστική σημαντικότητα (sig)*
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την προσωπική δράση/ πρωτοβουλία του εκπαιδευτικού	Εως 29 ετών	4,54	,576	,449
	30-39 ετών	4,45	,677	
	40-49 ετών	4,30	,775	
	50 και άνω ετών	4,53	,581	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την εμπλοκή/ συνεργασία των γονέων/κηδεμόνων	Εως 29 ετών	4,46	,693	,779
	30-39 ετών	4,59	,692	
	40-49 ετών	4,52	,753	
	50 και άνω ετών	4,47	,793	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην πρόληψη ασθενειών	Εως 29 ετών	4,82	,476	,599
	30-39 ετών	4,67	,574	
	40-49 ετών	4,74	,656	
	50 και άνω ετών	4,65	,631	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην εκμάθηση γευσιγνωσίας των μαθητών	Εως 29 ετών	3,96	,881	,969
	30-39 ετών	3,88	,882	
	40-49 ετών	3,85	,818	
	50 και άνω ετών	3,88	,971	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην επαφή των παιδιών με τη μαγειρική	Εως 29 ετών	4,25	,799	,087
	30-39 ετών	3,94	,902	
	40-49 ετών	3,63	,926	
	50 και άνω ετών	3,94	,899	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα του περιβάλλοντος	Εως 29 ετών	4,54	,693	,288
	30-39 ετών	4,31	,795	
	40-49 ετών	4,11	,974	
	50 και άνω ετών	4,33	,801	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης	Εως 29 ετών	4,93	,378	,601
	30-39 ετών	4,79	,493	

στη μείωση της παχυσαρκίας των παιδιών	40-49 ετών	4,81	,483	,148	
	50 και άνω ετών	4,82	,391		
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην κατάλληλη επιλογή των υγιεινών γευμάτων από τα παιδιά	Έως 29 ετών	4,93	,262		
	30-39 ετών	4,69	,631		
	40-49 ετών	4,59	,694		
	50 και άνω ετών	4,69	,508		
* One-way Anova					

Πίνακας 11: Συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και προτίμησης φορέα για υλοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων διατροφικής αγωγής

		Κρατικούς φορείς	Ιδιωτικούς φορείς	Και από τους δύο σε συνεργασία	Στατιστική σημαντικότητα (sig)*
Ηλικία	Έως 29 ετών	2	2	24	,069
	30-39 ετών	9	1	68	
	40-49 ετών	3	0	24	
	50 και άνω ετών	16	2	31	
* Chi-square tests					

Πίνακας 12: Συσχετίσεις μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και απόψεων για τη διατροφική παρέμβαση

	Μορφωτικό επίπεδο	Μέση τιμή (M)	Τυπική απόκλιση (SD)	Στατιστική σημαντικότητα (sig)*
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την προσωπική δράση/ πρωτοβουλία του εκπαιδευτικού	Βασικό πτυχίο	4,45	,602	,713
	Δεύτερο πτυχίο	4,47	,516	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	4,46	,717	
	Διδακτορικό δίπλωμα	5,00	,000	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την εμπλοκή/ συνεργασία των γονέων/κηδεμόνων	Βασικό πτυχίο	4,55	,765	,715
	Δεύτερο πτυχίο	4,40	,632	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	4,52	,718	
	Διδακτορικό δίπλωμα	5,00	,000	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης	Βασικό πτυχίο	4,73	,559	,924
	Δεύτερο πτυχίο	4,67	,617	

στην πρόληψη ασθενειών	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	4,68	,610	
	Διδακτορικό δίπλωμα	4,50	,707	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην εκμάθηση γευσιγνωσίας των μαθητών	Βασικό πτυχίο	3,82	,962	,651
	Δεύτερο πτυχίο	4,00	,926	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	3,91	,834	
	Διδακτορικό δίπλωμα	4,50	,707	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην επαφή των παιδιών με τη μαγειρική	Βασικό πτυχίο	3,81	,908	,277
	Δεύτερο πτυχίο	4,20	,862	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	3,99	,896	
	Διδακτορικό δίπλωμα	4,50	,707	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα του περιβάλλοντος	Βασικό πτυχίο	4,30	,845	,509
	Δεύτερο πτυχίο	4,13	1,060	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	4,35	,748	
	Διδακτορικό δίπλωμα	5,00	,000	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στη μείωση της παχυσαρκίας των παιδιών	Βασικό πτυχίο	4,85	,397	,598
	Δεύτερο πτυχίο	4,73	,594	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	4,83	,460	
	Διδακτορικό δίπλωμα	4,50	,707	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στη κατάλληλη επιλογή των υγιεινών γευμάτων από τα παιδιά	Βασικό πτυχίο	4,66	,650	,408
	Δεύτερο πτυχίο	4,60	,737	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	4,78	,465	
	Διδακτορικό δίπλωμα	4,50	,707	
* One-way Anova				

Πίνακας 13: Συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και προτίμησης φορέα για υλοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων διατροφικής αγωγής

		Κρατικούς φορείς	Ιδιωτικούς φορείς	Και από τους δύο σε συνεργασία	Στατιστική σημαντικότητα (sig)
Μορφωτικό επίπεδο	Βασικό πτυχίο	13	1	59	,686
	Δεύτερο πτυχίο	3	0	12	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	13	4	75	
	Διδακτορικό δίπλωμα	1	0	1	
* Chi-square tests					

Πίνακας 14: Συσχετίσεις μεταξύ σχέσης εργασίας και απόψεων για τη διατροφική παρέμβαση

	Σχέση εργασίας	Μέση τιμή (M)	Τυπική απόκλιση (SD)	Στατιστική σημαντικότητα (sig)*
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την προσωπική δράση/ πρωτοβουλία του εκπαιδευτικού	Μόνιμος/η	4,50	,634	,339
	Αναπληρωτής /τρια	4,41	,681	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την εμπλοκή/ συνεργασία των γονέων/κηδεμόνων	Μόνιμος/η	4,52	,755	,841
	Αναπληρωτής /τρια	4,54	,686	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην πρόληψη ασθενειών	Μόνιμος/η	4,69	,558	,727
	Αναπληρωτής /τρια	4,72	,631	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην εκμάθηση γευσιγνωσίας των μαθητών	Μόνιμος/η	3,87	,918	,719
	Αναπληρωτής /τρια	3,92	,856	

Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην επαφή των παιδιών με τη μαγειρική	Μόνιμος/η	3,85	,925	,112
	Αναπληρωτής /τρια	4,07	,849	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα του περιβάλλοντος	Μόνιμος/η	4,28	,841	,414
	Αναπληρωτής /τρια	4,38	,771	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στη μείωση της παχυσαρκίας των παιδιών	Μόνιμος/η	4,81	,436	,735
	Αναπληρωτής /τρια	4,84	,469	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην κατάλληλη επιλογή των υγιεινών γευμάτων από τα παιδιά	Μόνιμος/η	4,67	,580	,175
	Αναπληρωτής /τρια	4,78	,556	
* Independent t-tests				

Πίνακας 15: Συσχέτιση μεταξύ σχέσης εργασίας και προτίμησης φορέα για υλοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων διατροφικής αγωγής

		Κρατικούς φορείς	Ιδιωτικούς φορείς	Και από τους δύο σε συνεργασία	Στατιστική σημαντικότητα (sig)*
Σχέση εργασίας	Μόνιμος/η	23	2	83	,082
	Αναπληρωτής/τρια	7	3	64	
* Chi-square tests					

Πίνακας 16: Συσχετίσεις μεταξύ χρόνων προϋπηρεσίας και απόψεων για τη διατροφική παρέμβαση

	Χρόνια προϋπηρεσίας	Μέση τιμή (M)	Τυπική απόκλιση (SD)	Στατιστική σημαντικότητα (sig)*
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την προσωπική δράση/ πρωτοβουλία του εκπαιδευτικού	Έως 5 έτη	4,37	,668	,490
	6-10 έτη	4,60	,645	
	11-20 έτη	4,44	,732	
	21-30 έτη	4,58	,502	
	Άνω των 30 ετών	4,39	,608	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την εμπλοκή/ συνεργασία των γονέων/κηδεμόνων	Έως 5 έτη	4,55	,679	,614
	6-10 έτη	4,52	,770	
	11-20 έτη	4,49	,848	
	21-30 έτη	4,67	,479	
	Άνω των 30 ετών	4,33	,767	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην πρόληψη ασθενειών	Έως 5 έτη	4,73	,605	,309
	6-10 έτη	4,64	,700	
	11-20 έτη	4,67	,607	
	21-30 έτη	4,85	,364	
	Άνω των 30 ετών	4,50	,618	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην εκμάθηση γευσιγνωσίας των μαθητών	Έως 5 έτη	3,96	,889	,968
	6-10 έτη	3,92	,759	
	11-20 έτη	3,84	,978	
	21-30 έτη	3,85	,870	
	Άνω των 30 ετών	3,89	,900	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην επαφή των παιδιών με τη μαγειρική	Έως 5 έτη	4,16	,800	,090
	6-10 έτη	3,88	,881	
	11-20 έτη	3,81	,972	
	21-30 έτη	3,73	,977	
	Άνω των 30 ετών	4,22	,647	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα του περιβάλλοντος	Έως 5 έτη	4,55	,647	,061
	6-10 έτη	4,08	,812	
	11-20 έτη	4,16	,996	
	21-30 έτη	4,45	,666	
	Άνω των 30 ετών	4,28	,669	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στη μείωση της παχυσαρκίας των παιδιών	Έως 5 έτη	4,90	,368	,541
	6-10 έτη	4,72	,614	
	11-20 έτη	4,79	,491	
	21-30 έτη	4,85	,364	
	Άνω των 30 ετών	4,83	,383	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης	Έως 5 έτη	4,78	,550	,752
	6-10 έτη	4,76	,597	

στην κατάλληλη επιλογή των υγιεινών γευμάτων από τα παιδιά	11-20 έτη	4,63	,672	
	21-30 έτη	4,73	,452	
	Άνω των 30 ετών	4,72	,461	
* One-way Anova				

Πίνακας 17: Συσχέτιση μεταξύ χρόνων προϋπηρεσίας και προτίμησης φορέα για υλοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων διατροφικής αγωγής

		Κρατικούς φορείς	Ιδιωτικούς φορείς	Και από τους δύο σε συνεργασία	Στατιστική σημαντικότητα (sig)*
Χρόνια προϋπηρεσίας	Εως 5 έτη	3	2	44	,251
	6-10 έτη	3	1	21	
	11-20 έτη	11	0	46	
	21-30 έτη	9	1	23	
	Άνω των 30 ετών	4	1	13	
* Chi-square tests					

Παρόλα αυτά, διαπιστώθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί που είχαν εκπαίδευση σε θέματα διατροφής υποστήριζαν περισσότερο τη σημαντικότητα της σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την προσωπική δράση/ πρωτοβουλία του εκπαιδευτικού (sig= 0,002), και σε συνδυασμό με την εμπλοκή/συνεργασία των γονέων/κηδεμόνων (sig= 0,005). Επίσης, οι εκπαιδευτικοί που είχαν εκπαίδευση σε θέματα διατροφής υποστήριζαν περισσότερο τη σημαντικότητα της σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην πρόληψη ασθενειών (sig=0,010) και στην εκμάθηση γευσιγνωσίας των μαθητών (sig= 0,022) (Πίνακας 18 και 19).

Πίνακας 18: Συσχετίσεις μεταξύ εκπαίδευσης σε θέματα διατροφής και απόψεων για τη διατροφική παρέμβαση

	Εκπαίδευση σε θέματα διατροφής	Μέση τιμή (M)	Τυπική απόκλιση (SD)	Στατιστική σημαντικότητα (sig)*
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την προσωπική δράση/ πρωτοβουλία του εκπαιδευτικού	Όχι	4,38	,651	,002
	Ναι	4,73	,593	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την εμπλοκή/ συνεργασία των γονέων/κηδεμόνων	Όχι	4,45	,779	,005
	Ναι	4,80	,401	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην πρόληψη ασθενειών	Όχι	4,65	,632	,010
	Ναι	4,85	,358	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην εκμάθηση γευσιγνωσίας των μαθητών	Όχι	3,81	,894	,022
	Ναι	4,17	,834	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην επαφή των παιδιών με τη μαγειρική	Όχι	3,89	,884	,202
	Ναι	4,10	,944	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα του περιβάλλοντος	Όχι	4,28	,814	,283
	Ναι	4,44	,808	
Σημαντικότητα σχολικής	Όχι	4,80	,466	,205

διατροφικής παρέμβασης στη μείωση της παχυσαρκίας των παιδιών	Ναι	4,90	,374	
Σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην κατάλληλη επιλογή των υγιεινών γευμάτων από τα παιδιά	Όχι	4,68	,601	,144
	Ναι	4,83	,442	
* Independent t-tests				

Πίνακας 19: Συσχέτιση μεταξύ εκπαίδευσης σε θέματα διατροφής και προτίμησης φορέα για υλοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων διατροφικής αγωγής

		Κρατικούς φορείς	Ιδιωτικούς φορείς	Και από τους δύο σε συνεργασία	Στατιστική σημαντικότητα (sig)*
Εκπαίδευση σε θέματα διατροφής	Όχι	23	3	115	,627
	Ναι	7	2	32	
* Chi-square tests					

4.6.2.2 Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις απόψεις για το ρόλο του εκπαιδευτικού στη διατροφική αγωγή

Όσον αφορά το φύλο, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες ($M=4,16$) υποστήριζαν περισσότερο από τους άνδρες ($M=3,77$) ότι ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να είναι ενήμερος για θέματα ιατρικά που αφορούν τους μαθητές του, τα οποία συνδέονται με θέματα διατροφής ($sig=0,018$). Επίσης, οι γυναίκες υποστήριζαν περισσότερο ότι είναι αρκετά κοντά στο ρόλο και τις απαιτήσεις που πρέπει να έχει ένας εκπαιδευτικός ώστε να διδάξει θέματα διατροφής και υγείας ($sig=0,007$), ότι είναι ικανές να παίρνουν αποφασίες στις διδακτικές ώρες και τα διαλείμματα και να ευαισθητοποιούν τους μαθητές σε θέματα διατροφής ($sig=0,045$), αλλά και ότι δεν προωθούν θέματα διατροφής μόνο στα παιδιά αλλά παρακινούν και τους γονείς

να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στη διατροφή τους (sig= 0,008) (Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Συσχετίσεις μεταξύ φύλου και απόψεων για το ρόλο του εκπαιδευτικού στη διατροφική αγωγή

	Φύλο	Μέση τιμή (M)	Τυπική απόκλιση (SD)	Στατιστική σημαντικότητα (sig) *
Ο εκπαιδευτικός οφείλει να είναι άρτια καταρτισμένος σε θέματα διατροφής	Ανδρας	3,69	,993	,227
	Γυναίκα	3,88	,840	
Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να ψυχαγωγεί τα παιδιά και ιδιαίτερα με δράσεις σχετικές με τη διατροφή	Ανδρας	3,40	1,006	,219
	Γυναίκα	3,63	,967	
Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να είναι ενήμερος για θέματα ιατρικά που αφορούν τους μαθητές του, τα οποία συνδέονται με θέματα διατροφής	Ανδρας	3,77	1,031	,018
	Γυναίκα	4,16	,828	
Είμαι αρκετά κοντά στο ρόλο και τις απαιτήσεις που πρέπει να έχει ένας εκπαιδευτικός ώστε να διδάξει θέματα διατροφής και υγείας	Ανδρας	3,06	,998	,007
	Γυναίκα	3,50	,839	
Είμαι ικανός να παίρνω αποφάσεις στις διδακτικές ώρες και τα διαλείμματα και να ευαισθητοποιώ τους μαθητές σε θέματα διατροφής	Ανδρας	3,51	,951	,045
	Γυναίκα	3,86	,891	
Ο ρόλος μου να προωθώ θέματα διατροφής δεν περιορίζεται μόνο στο σχολικό πλαίσιο αλλά διευρύνεται και σε άτυπα περιβάλλοντα μάθησης	Ανδρας	3,43	1,037	,081
	Γυναίκα	3,77	1,027	
Δεν προωθώ θέματα	Ανδρας	3,14	1,264	,008

διατροφής μόνο στα παιδιά αλλά παρακινώ και τους γονείς να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στη διατροφή τους	Γυναίκα	3,67	1,001	
* Independent t-tests				

Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι η ηλικία (Πίνακας 21) και το μορφωτικό επίπεδο (Πίνακας 22) δεν σχετίζονται με τις απόψεις για το ρόλο του εκπαιδευτικού στη διατροφική αγωγή (sig > 0,05).

Πίνακας 21: Συσχετίσεις μεταξύ ηλικίας και απόψεων για το ρόλο του εκπαιδευτικού στη διατροφική αγωγή

	Ηλικία	Μέση τιμή (M)	Τυπική απόκλιση (SD)	Στατιστική σημαντικότητα (sig) *
Ο εκπαιδευτικός οφείλει να είναι άρτια καταρτισμένος σε θέματα διατροφής	Έως 29 ετών	4,04	,793	,090
	30-39 ετών	3,91	,825	
	40-49 ετών	3,48	,935	
	50 και άνω ετών	3,84	,921	
Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να ψυχαγωγεί τα παιδιά και ιδιαίτερα με δράσεις σχετικές με τη διατροφή	Έως 29 ετών	3,75	,967	,547
	30-39 ετών	3,60	,985	
	40-49 ετών	3,37	1,182	
	50 και άνω ετών	3,57	,842	
Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να είναι ενήμερος για θέματα ιατρικά που αφορούν τους μαθητές του, τα οποία συνδέονται με θέματα διατροφής	Έως 29 ετών	4,36	,731	,107
	30-39 ετών	4,12	,897	
	40-49 ετών	3,78	,974	
	50 και άνω ετών	4,06	,852	
Είμαι αρκετά κοντά στο ρόλο και τις απαιτήσεις που πρέπει να έχει ένας εκπαιδευτικός ώστε να διδάξει θέματα διατροφής και υγείας	Έως 29 ετών	3,39	,994	,946
	30-39 ετών	3,40	,762	
	40-49 ετών	3,48	1,014	
	50 και άνω ετών	3,43	,957	

Είμαι ικανός να παίρνω αποφασίες στις διδακτικές ώρες και τα διαλείμματα και να ευαισθητοποιώ τους μαθητές σε θέματα διατροφής	Εως 29 ετών	3,71	1,049	,576
	30-39 ετών	3,73	,801	
	40-49 ετών	4,00	,832	
	50 και άνω ετών	3,82	1,034	
Ο ρόλος μου να προωθώ θέματα διατροφής δεν περιορίζεται μόνο στο σχολικό πλαίσιο αλλά διευρύνεται και σε άτυπα περιβάλλοντα μάθησης	Εως 29 ετών	3,96	,962	,318
	30-39 ετών	3,73	1,040	
	40-49 ετών	3,70	1,103	
	50 και άνω ετών	3,51	1,023	
Δεν προωθώ θέματα διατροφής μόνο στα παιδιά αλλά παρακινώ και τους γονείς να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στη διατροφή τους	Εως 29 ετών	4,04	,881	,078
	30-39 ετών	3,55	,976	
	40-49 ετών	3,44	1,155	
	50 και άνω ετών	3,41	1,223	
* One-way Anova				

Πίνακας 22: Συσχετίσεις μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και απόψεων για το ρόλο του εκπαιδευτικού στη διατροφική αγωγή

	Μορφωτικό επίπεδο	Μέση τιμή (M)	Τυπική απόκλιση (SD)	Στατιστική σημαντικότητα (sig) *
Ο εκπαιδευτικός οφείλει να είναι άρτια καταρτισμένος σε θέματα διατροφής	Βασικό πτυχίο	3,78	,917	,253
	Δεύτερο πτυχίο	3,80	,862	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	3,88	,837	
	Διδακτορικό δίπλωμα	5,00	,000	
Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να ψυχαγωγεί τα παιδιά και ιδιαίτερα με δράσεις σχετικές με τη διατροφή	Βασικό πτυχίο	3,51	,930	,462
	Δεύτερο πτυχίο	3,73	,884	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	3,60	1,028	
	Διδακτορικό δίπλωμα	4,50	,707	
Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να είναι ενήμερος για θέματα ιατρικά που αφορούν τους	Βασικό πτυχίο	3,89	,936	,061
	Δεύτερο πτυχίο	4,20	1,082	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	4,21	,778	

μαθητές του, τα οποία συνδέονται με θέματα διατροφής	Διδακτορικό δίπλωμα	5,00	,000	
Είμαι αρκετά κοντά στο ρόλο και τις απαιτήσεις που πρέπει να έχει ένας εκπαιδευτικός ώστε να διδάξει θέματα διατροφής και υγείας	Βασικό πτυχίο	3,41	,879	,866
	Δεύτερο πτυχίο	3,60	1,056	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	3,39	,877	
	Διδακτορικό δίπλωμα	3,50	,707	
Είμαι ικανός να παίρνω αποφασίες στις διδακτικές ώρες και τα διαλείμματα και να ευαισθητοποιώ τους μαθητές σε θέματα διατροφής	Βασικό πτυχίο	3,75	,925	,638
	Δεύτερο πτυχίο	3,93	,961	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	3,78	,900	
	Διδακτορικό δίπλωμα	4,50	,707	
Ο ρόλος μου να προωθώ θέματα διατροφής δεν περιορίζεται μόνο στο σχολικό πλαίσιο αλλά διευρύνεται και σε άτυπα περιβάλλοντα μάθησης	Βασικό πτυχίο	3,58	,999	,564
	Δεύτερο πτυχίο	3,87	1,125	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	3,77	1,049	
	Διδακτορικό δίπλωμα	4,00	1,414	
Δεν προωθώ θέματα διατροφής μόνο στα παιδιά αλλά παρακινώ και τους γονείς να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στη διατροφή τους	Βασικό πτυχίο	3,44	1,118	,593
	Δεύτερο πτυχίο	3,67	1,234	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	3,66	1,019	
	Διδακτορικό δίπλωμα	3,50	,707	
* One-way Anova				

Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας δεν σχετίζονται με τις απόψεις για το ρόλο του εκπαιδευτικού στη διατροφική αγωγή ($\text{sig} > 0,05$) (Πίνακας 23), ούτε η σχέση εργασίας σχετίζεται με τις απόψεις για το ρόλο του εκπαιδευτικού στη διατροφική αγωγή ($\text{sig} > 0,05$) (Πίνακας 24).

Πίνακας 23: Συσχετίσεις μεταξύ χρόνων προϋπηρεσίας και απόψεων για το ρόλο του εκπαιδευτικού στη διατροφική αγωγή

	Χρόνια προϋπηρεσίας	Μέση τιμή (M)	Τυπική απόκλιση (SD)	Στατιστική σημαντικότητα (sig) *
Ο εκπαιδευτικός οφείλει να είναι άρτια καταρτισμένος σε θέματα διατροφής	Εως 5 έτη	3,90	,918	,741
	6-10 έτη	3,92	,640	
	11-20 έτη	3,81	,972	
	21-30 έτη	3,70	,883	
	Άνω των 30 ετών	4,00	,686	
Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να ψυχαγωγεί τα παιδιά και ιδιαίτερα με δράσεις σχετικές με τη διατροφή	Εως 5 έτη	3,63	,994	,896
	6-10 έτη	3,60	,816	
	11-20 έτη	3,56	1,118	
	21-30 έτη	3,45	,971	
	Άνω των 30 ετών	3,72	,669	
Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να είναι ενήμερος για θέματα ιατρικά που αφορούν τους μαθητές του, τα οποία συνδέονται με θέματα διατροφής	Εως 5 έτη	4,16	,746	,195
	6-10 έτη	4,36	,700	
	11-20 έτη	3,88	1,087	
	21-30 έτη	4,12	,781	
	Άνω των 30 ετών	4,11	,832	
Είμαι αρκετά κοντά στο ρόλο και τις απαιτήσεις που πρέπει να έχει ένας εκπαιδευτικός ώστε να διδάξει θέματα διατροφής και υγείας	Εως 5 έτη	3,37	,929	,838
	6-10 έτη	3,56	,712	
	11-20 έτη	3,40	,979	
	21-30 έτη	3,48	,755	
	Άνω των 30 ετών	3,28	,958	
Είμαι ικανός να παίρνω αποφάσεις στις διδακτικές ώρες και τα διαλείμματα και να ευαισθητοποιώ τους μαθητές σε θέματα διατροφής	Εως 5 έτη	3,69	,918	,477
	6-10 έτη	3,72	,891	
	11-20 έτη	3,89	,900	
	21-30 έτη	3,94	,788	
	Άνω των 30 ετών	3,56	1,149	
Ο ρόλος μου να	Εως 5 έτη	3,86	,913	,444

προωθώ θέματα διατροφής δεν περιορίζεται μόνο στο σχολικό πλαίσιο αλλά διευρύνεται και σε άτυπα περιβάλλοντα μάθησης	6-10 έτη	3,64	1,114	
	11-20 έτη	3,75	1,154	
	21-30 έτη	3,64	,859	
	Άνω των 30 ετών	3,33	1,138	
Δεν προωθώ θέματα διατροφής μόνο στα παιδιά αλλά παρακινώ και τους γονείς να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στη διατροφή τους	Εως 5 έτη	3,82	,905	,229
	6-10 έτη	3,76	1,012	
	11-20 έτη	3,40	1,147	
	21-30 έτη	3,45	1,092	
	Άνω των 30 ετών	3,39	1,243	
* One-way Anova				

Πίνακας 24: Συσχετίσεις μεταξύ σχέσης εργασίας και απόψεων για το ρόλο του εκπαιδευτικού στη διατροφική αγωγή

	Σχέση εργασίας	Μέση τιμή (M)	Τυπική απόκλιση (SD)	Στατιστική σημαντικότητα (sig) *
Ο εκπαιδευτικός οφείλει να είναι άρτια καταρτισμένος σε θέματα διατροφής	Μόνιμος/η	3,81	,908	,560
	Αναπληρωτής/τρια	3,89	,820	
Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να ψυχαγωγεί τα παιδιά και ιδιαίτερα με δράσεις σχετικές με τη διατροφή	Μόνιμος/η	3,53	1,009	,363
	Αναπληρωτής/τρια	3,66	,926	
Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να είναι ενήμερος για θέματα ιατρικά που αφορούν τους μαθητές του, τα οποία συνδέονται με θέματα διατροφής	Μόνιμος/η	4,01	,922	,146
	Αναπληρωτής/τρια	4,20	,811	
Είμαι αρκετά κοντά στο	Μόνιμος/η	3,43	,878	,879

ρόλο και τις απαιτήσεις που πρέπει να έχει ένας εκπαιδευτικός ώστε να διδάξει θέματα διατροφής και υγείας	Αναπληρωτής/τρια	3,41	,905	
Είμαι ικανός να παίρνω αφορμές στις διδακτικές ώρες και τα διαλείμματα και να ευαισθητοποιώ τους μαθητές σε θέματα διατροφής	Μόνιμος/η	3,84	,909	,359
	Αναπληρωτής/τρια	3,72	,914	
Ο ρόλος μου να προωθώ θέματα διατροφής δεν περιορίζεται μόνο στο σχολικό πλαίσιο αλλά διευρύνεται και σε άτυπα περιβάλλοντα μάθησης	Μόνιμος/η	3,62	1,074	,193
	Αναπληρωτής/τρια	3,82	,970	
Δεν προωθώ θέματα διατροφής μόνο στα παιδιά αλλά παρακινώ και τους γονείς να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στη διατροφή τους	Μόνιμος/η	3,48	1,148	,173
	Αναπληρωτής/τρια	3,70	,947	
* Independent t-tests				

Από την άλλη, διαπιστώθηκαν ορισμένες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την εκπαίδευση σε θέματα διατροφής. Οι εκπαιδευτικοί με εκπαίδευση σε θέματα διατροφής ($M=3,80$) υποστήριξαν περισσότερο από τους εκπαιδευτικούς χωρίς εκπαίδευση σε θέματα διατροφής ($M=3,30$) ότι είναι αρκετά κοντά στο ρόλο και τις απαιτήσεις που πρέπει να έχει ένας εκπαιδευτικός ώστε να διδάξει θέματα διατροφής και υγείας ($sig=0,001$). Επίσης, οι εκπαιδευτικοί με εκπαίδευση σε θέματα διατροφής ($M=4,15$) υποστήριξαν περισσότερο από τους εκπαιδευτικούς χωρίς εκπαίδευση σε θέματα διατροφής ($M=3,69$) ότι είναι ικανοί να παίρνουν αφορμές στις διδακτικές ώρες και τα διαλείμματα και να ευαισθητοποιούν τους

μαθητές σε θέματα διατροφής ($\text{sig}=0,004$). Ακόμη, οι εκπαιδευτικοί με εκπαίδευση σε θέματα διατροφής ($M=3,98$) υποστήριξαν περισσότερο από τους εκπαιδευτικούς χωρίς εκπαίδευση σε θέματα διατροφής ($M=3,62$) ότι ο ρόλος τους να προωθούν θέματα διατροφής δεν περιορίζεται μόνο στο σχολικό πλαίσιο αλλά διευρύνεται και σε άτυπα περιβάλλοντα μάθησης ($\text{sig}=0,043$) (Πίνακας 25).

Πίνακας 25: Συσχετίσεις μεταξύ εκπαίδευσης σε θέματα διατροφής και απόψεων για το ρόλο του εκπαιδευτικού στη διατροφική αγωγή

	Εκπαίδευση σε θέματα διατροφής	Μέση τιμή (M)	Τυπική απόκλιση (SD)	Στατιστική σημαντικότητα (sig) *
Ο εκπαιδευτικός οφείλει να είναι άρτια καταρτισμένος σε θέματα διατροφής	Όχι	3,81	,869	,281
	Ναι	3,98	,880	
Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να ψυχαγωγεί τα παιδιά και ιδιαίτερα με δράσεις σχετικές με τη διατροφή	Όχι	3,52	,946	,140
	Ναι	3,78	1,061	
Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να είναι ενήμερος για θέματα ιατρικά που αφορούν τους μαθητές του, τα οποία συνδέονται με θέματα διατροφής	Όχι	4,06	,847	,496
	Ναι	4,17	,998	
Είμαι αρκετά κοντά στο ρόλο και τις απαιτήσεις που πρέπει να έχει ένας εκπαιδευτικός ώστε να διδάξει θέματα διατροφής και υγείας	Όχι	3,30	,878	,001
	Ναι	3,80	,813	
Είμαι ικανός να παίρνω	Όχι	3,69	,942	,004

αφορμές στις διδακτικές ώρες και τα διαλείμματα και να ευαισθητοποιώ τους μαθητές σε θέματα διατροφής	Ναι	4,15	,691	
Ο ρόλος μου να προωθώ θέματα διατροφής δεν περιορίζεται μόνο στο σχολικό πλαίσιο αλλά διευρύνεται και σε άτυπα περιβάλλοντα μάθησης	Όχι	3,62	1,052	,043
	Ναι	3,98	,935	
Δεν προωθώ θέματα διατροφής μόνο στα παιδιά αλλά παρακινώ και τους γονείς να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στη διατροφή τους	Όχι	3,50	1,086	,070
	Ναι	3,83	,998	
* Independent t-tests				

4.6.2.3 Σύγκριση δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις γνώσεις για την υγιεινή διατροφή

Όσον αφορά το φύλο, διαπιστώθηκε μόνο μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Συγκεκριμένα, οι περισσότερες γυναίκες (n=70) υποστήριξαν ότι δεν υπάρχει περισσότερη πρωτεΐνη σε ένα ποτήρι πλήρες γάλα, από ότι σε ένα ποτήρι άπαχο γάλα, ενώ οι περισσότεροι άνδρες (n=16) υποστήριξαν ότι υπάρχει (sig = 0,004) (Πίνακας 26).

Πίνακας 26 : Συσχέτιση μεταξύ φύλου και της άποψης ότι υπάρχει περισσότερη πρωτεΐνη σε ένα ποτήρι πλήρες γάλα από ότι σε ένα ποτήρι άπαχο γάλα

		Υπάρχει περισσότερη πρωτεΐνη σε ένα ποτήρι πλήρες γάλα, από ότι σε ένα ποτήρι άπαχο γάλα			Στατιστική σημαντικότητα (sig) *
		Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	
Φύλο	Ανδρας	16	12	7	,004
	Γυναίκα	28	70	49	

* Chi-square tests

Όσον αφορά τη ηλικία, διαπιστώθηκαν 3 στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Συγκεκριμένα, περισσότεροι εκπαιδευτικοί 50 ετών και άνω (n=35) υποστήριζαν ότι η βιταμίνη C είναι αντιοξειδωτική (sig= 0,000) (Πίνακας 27). Επίσης, οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί 30-39 ετών (n=55) δεν ήξεραν αν η βιταμίνη D είναι αντιοξειδωτική (sig= 0,040) (Πίνακας 28). Ακόμη, οι εκπαιδευτικοί 50 ετών και άνω (n=55) γνώριζαν περισσότερο ότι η βιταμίνη E είναι αντιοξειδωτική (Πίνακας 29).

Πίνακας 27: Συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και γνώσης του εάν η βιταμίνη C είναι αντιοξειδωτική

		Είναι η βιταμίνη C αντιοξειδωτική;			Στατιστική σημαντικότητα (sig) *
		Ναι	Όχι	Δεν είμαι σίγουρος/η	
Ηλικία	Εως 29 ετών	12	0	16	,000
	30-39 ετών	27	3	48	
	40-49 ετών	20	1	6	
	50 και άνω ετών	35	2	12	

* Chi-square tests

Πίνακας 28: Συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και γνώσης του εάν η βιταμίνη D είναι αντιοξειδωτική

		Είναι η βιταμίνη D αντιοξειδωτική;			Στατιστική σημαντικότητα (sig) *
		Ναι	Όχι	Δεν είμαι σίγουρος/η	
Ηλικία	Εως 29 ετών	8	3	17	,040
	30-39 ετών	12	11	55	
	40-49 ετών	10	6	11	
	50 και άνω ετών	15	12	22	
* Chi-square tests					

Πίνακας 29: Συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και γνώσης του εάν η βιταμίνη E είναι αντιοξειδωτική

		Είναι η βιταμίνη E αντιοξειδωτική;			Στατιστική σημαντικότητα (sig) *
		Ναι	Όχι	Δεν είμαι σίγουρος/η	
Ηλικία	Εως 29 ετών	4	2	22	,040
	30-39 ετών	17	9	52	
	40-49 ετών	13	1	13	
	50 και άνω ετών	18	2	29	
* Chi-square tests					

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, διαπιστώθηκε μόνο μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί με βασικό πτυχίο (n=33) και μεταπτυχιακό (n=63) δεν ήξεραν αν η βιταμίνη D είναι αντιοξειδωτική (sig = 0,031) (Πίνακας 30).

Πίνακας 30: Συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και γνώσης του εάν η βιταμίνη D είναι αντιοξειδωτική

		Είναι η βιταμίνη D αντιοξειδωτική;			Στατιστική σημαντικότητα (sig) *
		Ναι	Όχι	Δεν είμαι σίγουρος/η	
Μορφωτικό επίπεδο	Βασικό πτυχίο	23	17	33	,031
	Δεύτερο πτυχίο	2	4	9	
	Μεταπτυχιακό δίπλωμα	19	10	63	
	Διδακτορικό δίπλωμα	1	1	0	

* Chi-square tests

Όσον αφορά τα χρόνια προϋπηρεσίας, διαπιστώθηκε μόνο μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί με 11-20 χρόνια προϋπηρεσίας (n=30) υποστήριζαν περισσότερο ότι ένα ποτήρι φυσικός χυμός φρούτων (χωρίς ζάχαρη) δεν ισοδυναμεί με ένα φρούτο (sig = 0,028) (Πίνακας 31).

Πίνακας 31: Συσχέτιση μεταξύ χρόνων προϋπηρεσίας και της άποψης ότι ένα ποτήρι φυσικός χυμός φρούτων (χωρίς ζάχαρη) ισοδυναμεί με ένα φρούτο

		Ένα ποτήρι φυσικός χυμός φρούτων (χωρίς ζάχαρη) ισοδυναμεί με ένα φρούτο			Στατιστική σημαντικότητα (sig) *
		Συμφωνώ	Διαφωνώ	Δεν είμαι σίγουρος/η	
Χρόνια προϋπηρεσίας	Έως 5 έτη	6	28	15	,028
	6-10 έτη	8	17	0	
	11-20 έτη	18	30	9	
	21-30 έτη	11	18	4	
	Άνω των 30 ετών	7	8	3	

* Chi-square tests

Επίσης, μια συσχέτιση βρέθηκε όσον αφορά τη σχέση εργασίας. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι περισσότεροι μόνιμοι εκπαιδευτικοί (n=38) ήξεραν ότι η βιταμίνη E είναι αντιοξειδωτική εν αντιθέσει με τους αναπληρωτές (n=14) (sig=0,050) (Πίνακας 32).

Πίνακας 32: Συσχέτιση σχέσης εργασίας με την γνώση του εάν η βιταμίνη E είναι αντιοξειδωτική

		Είναι η βιταμίνη E αντιοξειδωτική;			Στατιστική σημαντικότητα (sig) *
		Ναι	Όχι	Δεν είμαι σίγουρος/η	
Σχέση εργασίας	Μόνιμος/η	38	7	63	,050
	Αναπληρωτής/τρια	14	7	53	
* Chi-square tests					

Τέλος, όσον αφορά την εκπαίδευση σε θέματα διατροφής, διαπιστώθηκαν δυο συσχετίσεις. Η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών χωρίς εκπαίδευση σε θέματα διατροφής δεν ήξερε αν η βιταμίνη A είναι αντιοξειδωτική (n=101, sig=0,004) (Πίνακας 33) και εάν η βιταμίνη D είναι αντιοξειδωτική (n=90, sig=0,006) (Πίνακας 34).

Στον Πίνακα 35 παρουσιάζονται συνοπτικά όλες οι συγκρίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και γνώσεων για την υγιεινή διατροφή.

Πίνακας 33: Συσχέτιση της εκπαίδευσης σε θέματα διατροφής με τη γνώση εάν η βιταμίνη Α είναι αντιοξειδωτική

		Είναι η βιταμίνη Α αντιοξειδωτική;			Στατιστική σημαντικότητα (sig) *
		Ναι	Όχι	Δεν είμαι σίγουρος/η	
Εκπαίδευση σε θέματα διατροφής	Όχι	23	17	101	,004
	Ναι	16	6	19	
* Chi-square tests					

Πίνακας 34: Συσχέτιση της εκπαίδευσης σε θέματα διατροφής με τη γνώση εάν η βιταμίνη D είναι αντιοξειδωτική

		Είναι η βιταμίνη D αντιοξειδωτική;			Στατιστική σημαντικότητα (sig) *
		Ναι	Όχι	Δεν είμαι σίγουρος/η	
Εκπαίδευση σε θέματα διατροφής	Όχι	11	20	90	,006
	Ναι	14	12	15	
* Chi-square tests					

Πίνακας 35: Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και γνώσεων για την υγιεινή διατροφή

	Στατιστική σημαντικότητα (sig) *					
	<i>Φύλο</i>	<i>Ηλικία</i>	<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	<i>Χρόνια προϋπηρεσίας</i>	<i>Σχέση εργασίας (μόνιμος/αναπληρωτής)</i>	<i>Εκπαίδευση σε θέματα διατροφής</i>
Πόσες μερίδες φρούτων και λαχανικών την ημέρα συστήνουν οι ειδικοί να καταναλώνουμε;	,081	,733	,187	,937	,737	,407
Ποια λιπαρά προτείνουν οι ειδικοί ότι είναι πολύ σημαντικό να περιορίσουμε;	,824	,062	,192	,116	,210	,148
Ποιο είδος γαλακτοκομικών προϊόντων προτείνουν οι ειδικοί να καταναλώνουμε;	,373	,152	,584	,718	,813	,801
Ένα ποτήρι φυσικός χυμός φρούτων (χωρίς ζάχαρη) ισοδυναμεί με ένα φρούτο	,342	,123	,230	,028	,125	,428
Τα κορεσμένα λιπαρά βρίσκονται κυρίως σε:	,237	,137	,154	,148	,417	,097
Η καστανή ζάχαρη είναι υγιεινή εναλλακτική της λευκής ζάχαρης	,601	,463	,292	,152	,073	,595
Υπάρχει περισσότερη πρωτεΐνη σε ένα ποτήρι	,004	,406	,487	,303	,858	,220

πλήρες γάλα, από ότι σε ένα ποτήρι άπαχο γάλα						
Ποιο από τα παρακάτω είδη ψωμιού περιέχει τις περισσότερες βιταμίνες και μέταλλα;	,648	,586	,243	,256	,483	,396
Ένα είδος λαδιού που περιέχει κυρίως μονοακόρεστα λιπαρά είναι το:	,463	,440	,423	,065	,149	,091
Υπάρχει περισσότερο ασβέστιο σε ένα ποτήρι πλήρες γάλα από ότι σε ένα ποτήρι άπαχο γάλα	,951	,320	,229	,423	,350	,778
Ποιο από τα παρακάτω έχει τις περισσότερες θερμίδες σε ίδια ποσότητα τροφίμου (βάρους);	,064	,274	,120	,758	,168	,633
Τα σκληρά (στερεά) λίπη περιέχουν περισσότερα:	,174	,211	,146	,135	,064	,182
Τα πολυακόρεστα λιπαρά βρίσκονται κυρίως σε:	,670	,766	,705	,141	,946	,121
Γνωρίζετε κάποια σοβαρά προβλήματα υγείας ή ασθένειες που σχετίζονται με την ποσότητα ζάχαρης που καταναλώνουμε;	,179	,670	,364	,712	,778	,315
Ποιες ασθένειες ή προβλήματα υγείας νομίζετε ότι σχετίζονται με τη ζάχαρη;	,246	,473	,092	,187	,300	,517
Γνωρίζετε κάποια σοβαρά προβλήματα υγείας	,768	,850	,906	,188	,769	,252

ή ασθένειες που σχετίζονται με την ποσότητα αλατιού ή νατρίου που καταναλώνουμε;						
Ποιες ασθένειες ή προβλήματα υγείας νομίζετε ότι σχετίζονται με το αλάτι;	,564	,164	,941	,113	,795	,123
Γνωρίζετε κάποια σοβαρά προβλήματα υγείας ή ασθένειες που σχετίζονται με την ποσότητα λίπους που καταναλώνουμε;	,866	,607	,643	,814	,833	,289
Ποιες ασθένειες ή προβλήματα υγείας νομίζετε ότι σχετίζονται με το λίπος;	,599	,507	,125	,246	,256	,105
Ποιο από τα παρακάτω είναι πιο πιθανό να αυξήσει τη χοληστερόλη στο αίμα;	,551	,555	,307	,542	,603	,948
Έχετε ακούσει για τις αντιοξειδωτικές βιταμίνες;	,710	,726	,080	,380	,706	,387
Είναι η βιταμίνη Α αντιοξειδωτική;	,746	,544	,561	,378	,576	,004
Είναι οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β αντιοξειδωτικές;	,452	,226	,065	,733	,925	,080
Είναι η βιταμίνη C αντιοξειδωτική;	,747	,000	,198	,061	,060	,162
Είναι η βιταμίνη D αντιοξειδωτική;	,734	,040	,031	,399	,126	,006
Είναι η βιταμίνη Ε αντιοξειδωτική;	,161	,040	,086	,090	,050	,164
Είναι η βιταμίνη Κ αντιοξειδωτική;	,219	,172	,110	,133	,068	,382

* Chi-square tests

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ/ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σχολική διατροφική παρέμβαση στοχεύει στο να διαμορφώσει κατάλληλες συμπεριφορές και να καθοδηγήσει τα παιδιά ώστε να υιοθετήσουν υγιεινές διατροφικές συνήθειες. Είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος των εκπαιδευτικών της Α΄βάθμιας καθώς θέτει τη βάση και τα θεμέλια για τη διαμόρφωση συνηθειών που θα συνεχίσουν και στη μετέπειτα ζωή τους. Το σχολικό πλαίσιο και οι εκπαιδευτικοί πιο συγκεκριμένα έχουν επιρροή στους μαθητές τόσο στην προσωπική τους εξέλιξη όσο και στην αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους και την ευρύτερη κοινωνία.

Αν και έχουν εφαρμοστεί διάφορα διατροφικά προγράμματα αγωγής στα σχολεία της Ελλάδας, δυστυχώς οι μελέτες που καταγράφουν και αξιολογούν τις αναπαραστάσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τα προγράμματα διατροφικής και αγωγής της υγείας είναι περιορισμένα.

Στόχος της παρούσης έρευνας ήταν να μελετήσει τις αναπαραστάσεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας, όσον αφορά τις απόψεις τους για τα προγράμματα διατροφικής αγωγής, τον ρόλο που διαδραματίζουν οι δάσκαλοι και τέλος να διερευνήσει τις γνώσεις των ερωτηθέντων σε θέματα υγιεινής διατροφής. Το δείγμα ήταν 182 εκπαιδευτικοί οι οποίοι αποτελούνταν σε μεγαλύτερο ποσοστό από γυναίκες.

Από την ανάλυση λοιπόν προέκυψε ότι, υπάρχει περιορισμένη επιμόρφωση σε θέματα διατροφικής αγωγής και ελάχιστοι είναι αυτοί που έχουν χρησιμοποιήσει ή εφαρμόζουν κάποιο πρόγραμμα αγωγής της υγείας στο σχολείο. Επιπρόσθετα, οι εκπαιδευτικοί προτείνουν τα προγράμματα να υλοποιούνται συνδυαστικά με τον κρατικό και ιδιωτικό φορέα.

Όσον αφορά το 1^ο ερευνητικό ερώτημα, η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι θεωρεί τη σχολική διατροφική παρέμβαση σημαντική σε συνεργασία με παράγοντες όπως η προσωπική πρωτοβουλία του εκπαιδευτικού, η εμπλοκή των γονέων, η πρόληψη ασθενειών, η εκμάθηση μαγειρικής, γευσιγνωσίας, η ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα περιβάλλοντος, η μείωση της παιδικής παχυσαρκίας και η κατάλληλη επιλογή των υγιεινών γευμάτων από τα παιδιά. Ωστόσο, με βάση τους στατιστικούς ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν, διαπιστώθηκαν πολύ λίγες συσχετίσεις με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες επεσήμαναν περισσότερο από τους άνδρες τη σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την προσωπική δράση/ πρωτοβουλία του εκπαιδευτικού και σε συνδυασμό με την εμπλοκή/ συνεργασία των γονέων/κηδεμόνων. Ακόμη, οι γυναίκες υποστήριξαν περισσότερο από τους άνδρες τη σημαντικότητα σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην εκμάθηση γευσιγνωσίας των μαθητών. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί που είχαν εκπαίδευση σε θέματα διατροφής υποστήριξαν περισσότερο τη σημαντικότητα της σχολικής διατροφικής παρέμβασης σε συνδυασμό με την προσωπική δράση/ πρωτοβουλία του εκπαιδευτικού και σε συνδυασμό με την εμπλοκή/συνεργασία των γονέων/κηδεμόνων και υποστήριξαν περισσότερο τη σημαντικότητα της σχολικής διατροφικής παρέμβασης στην πρόληψη ασθενειών και στην εκμάθηση γευσιγνωσίας των μαθητών. Παρόλα αυτά, δε βρέθηκαν διαφορές στις απόψεις για τη διατροφική παρέμβαση ανάλογα την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το είδος εργασίας (μόνιμοι/αναπληρωτές) και τα χρόνια προϋπηρεσίας. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και με προηγούμενη μελέτη (Λουμάκου, Σαραφίδου, Κορδούτης, & Μπαρμποπούλου, 2005).

Όσον αφορά το 2ο ερευνητικό ερώτημα, βρέθηκαν επίσης πολύ λίγες συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστιών με τις απόψεις για τον ρόλο του εκπαιδευτικού στη διατροφή αγωγή. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες υποστήριζαν περισσότερο από τους άνδρες ότι ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να είναι ενήμερος για θέματα ιατρικά που αφορούν τους μαθητές του, τα οποία συνδέονται με θέματα διατροφής, ότι είναι αρκετά κοντά στον ρόλο και τις απαιτήσεις που πρέπει να έχει ένας εκπαιδευτικός ώστε να διδάξει θέματα διατροφής και υγείας, ότι είναι ικανές να παίρνουν αφορμές στις διδακτικές ώρες και τα διαλείμματα και να ευαισθητοποιούν τους μαθητές σε θέματα διατροφής, αλλά και ότι δεν προωθούν θέματα διατροφής μόνο στα παιδιά αλλά παρακινούν και τους γονείς να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στη διατροφή τους. Ακόμη, αν και δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απόψεις των εκπαιδευτικών ανάλογα την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το είδος εργασίας και τα έτη προϋπηρεσίας, διαπιστώθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί με εκπαίδευση σε θέματα διατροφής θεωρούσαν περισσότερο σημαντικό τον ρόλο του εκπαιδευτικού σε θέματα διατροφής, συγκριτικά με εκείνους χωρίς εκπαίδευση.

Όσον αφορά το 3ο ερευνητικό ερώτημα, διαπιστώθηκαν και εδώ πολύ λίγες συσχετίσεις. Συγκεκριμένα, περισσότερες γυναίκες υποστήριζαν ότι δεν υπάρχει περισσότερη πρωτεΐνη σε ένα ποτήρι πλήρες γάλα, από ότι σε ένα ποτήρι άπαχο γάλα, περισσότεροι εκπαιδευτικοί 50 ετών και άνω υποστήριζαν ότι η βιταμίνη C και η βιταμίνη E είναι αντιοξειδωτικές, περισσότεροι εκπαιδευτικοί 30-39 ετών με βασικό πτυχίο και μεταπτυχιακό δεν ήξεραν αν η βιταμίνη D είναι αντιοξειδωτική, περισσότεροι εκπαιδευτικοί με 11-20 χρόνια προϋπηρεσίας υποστήριζαν περισσότερο ότι ένα ποτήρι φυσικός χυμός φρούτων (χωρίς ζάχαρη) δεν ισοδυναμεί με ένα φρούτο, και περισσότεροι μόνιμοι εκπαιδευτικοί ήξεραν ότι η βιταμίνη E είναι αντιοξειδωτική.

Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός, ότι το δείγμα εντοπίζει τις αδυναμίες της διατροφικής παρέμβασης στα σχολεία τόσο σε επίπεδο ατομικής επιμόρφωσης όσο και σε επίπεδο κρατικών προγραμμάτων. Κατά συνέπεια τα ευρήματα συμφωνούν με παλαιότερες έρευνες όπως των Whang, & Yan (2020) και των Gallegos-Martínez & Reyes-Hernández (2016) που περιέγραψαν την ανάγκη διεξαγωγής πιο αναβαθμισμένων και ολιστικών προγραμμάτων για τη σωστή διατροφή και το φαγητό στο σχολείο.

Η συνεργασία με γονείς, ειδικούς υγείας, κ.τ.λ. είναι σημαντική και αναγκαία ώστε να προλάβει και να προστατέψει από φαινόμενα και καταστάσεις όπως παιδική παχυσαρκία, ασθένειες και διαταραχές της υγείας. Γεγονός που έχει ήδη καταγραφεί και σε παλαιότερες μελέτες (Freire, 2005; Sherman, & Muehlhoff, 2007).

Ο ρόλος των εκπαιδευτικών είναι καταλυτικός και σημαντικός ενώ οφείλει να άρτια καταρτισμένος, να ψυχαγωγεί με δράσεις σχετικές με τη διατροφή και θέματα υγείας των μαθητών. Η πλειοψηφία του δείγματος συμφωνεί στα παραπάνω και ακόμη περισσότερο να διευρύνεται η ευαισθητοποίησή του σε άτυπα περιβάλλοντα μάθησης. Όλα αυτά συμφωνούν με άλλες έρευνες σε δασκάλους (Alicinez et al., 2013; Dalma et al., 2015).

Τα εμπόδια τα οποία κατέγραψαν οι εκπαιδευτικοί και γενικότερα στην έρευνα, ήταν παράγοντες που αφορούν τη συνοχή και συνεργασία του προσωπικού, την ανεπαρκή εκπαίδευση και το ελλιπές πρόγραμμα σπουδών κάτι που έχει καταγραφεί και σε άλλη έρευνα (Soulatou et al., 2009). Άλλοι παράγοντες προς μελέτη οι οποίοι προτείνονται για μελλοντικές έρευνες είναι η έλλειψη επαγγελματικού προσανατολισμού, προϋπηρεσίας, κατάρτισης ή η μελέτη συνεργασίας με κάποιον υπεύθυνο ειδικά καταρτισμένο καθοδηγητή υγείας.

Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε λίγες απαντήσεις των εκπαιδευτικών οι οποίοι δεν έχουν λάβει κάποια εκπαιδευτική επιμόρφωση σε θέματα διατροφικής αγωγής και σε αυτούς που έχουν παρακολουθήσει κάποιο πρόγραμμα κάτι το οποίο δε φαίνεται να συμφωνεί με την έρευνα της Γιαννοπούλου (2005). Αυτό μπορεί να οφείλεται σε παράγοντες που αλλοιώνουν τα αποτελέσματα όπως μικρό δείγμα, διαφορετικές ώρες συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, χρήση ηλεκτρονικής φόρμας με ενδεχόμενη αναζήτηση των σωστών απαντήσεων στο διαδίκτυο και ανεπάρκεια στην επιτήρηση των ερωτηθέντων.

Μελλοντικά λοιπόν, προτείνεται η διεξαγωγή ερευνών με μεγαλύτερο δείγμα ή στοχευμένα σε μια γεωγραφική τοποθεσία, πόλη ή νομό, δια ζώσης συλλογή απαντήσεων των ερωτηματολογίων, ενώ σε επίπεδο εκπαίδευσης και σχολικής παρέμβασης προτείνονται δράσεις από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς ώστε να ευαισθητοποιήσουν, να εκπαιδεύσουν και να ενσωματώσουν στην καθημερινότητα του σχολείου προγράμματα διατροφικής αγωγής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ανδρικόπουλος, Ν. (2015). *Τροφογνωσία*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/4696>, 10-20.

Αντωνίου, Ε., Νοταρά, Β., & Παναγιωτάκος, Δ. (2018). Κατανάλωση Τροφίμων και Τυποποιημένων Προϊόντων Υψηλής Περιεκτικότητας σε Λίπος από τους Γονείς και η Επίδρασή της στην Εκδήλωση Παχυσαρκίας σε Παιδιά. *Hellenic Journal of Nutrition & Dietetics*, 10(2), 81–91.

Ζυμβρακάκη, Ε. (1998). *Αναπαραστάσεις μαθητών/τριών και εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης για τα τρόφιμα και την υγεία: μια μελέτη αγωγής υγείας*. Διδακτορική διατριβή. Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Καϊμενόπουλος, Φ., Κουκουλάρης, Δ., Δαρκαδάκη, Α., & Πετροπούλου, Χ. (2020). Παιδική Παχυσαρκία και Προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή. *Νοσηλευτική*, 59(4), 377–389.

Καραουλάνης, Γ. (2012). *Σωστή διατροφή και υγεία. Δίαιτα, νηστεία*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Καραβίδα, Β. Πέσχος, Δ., Βρυώνης, Γ., & Ευαγγέλου, Α. (2017) Ο ρόλος των διατροφικών συνηθειών στην παιδική παχυσαρκία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(1), 27-31.

Κουρκούτα, Λ., Ράρρα, Α., & Αμπραχίμ, Σ.Ε. (2013). Η διατροφή των παιδιών στη σχολική ηλικία. *Επιστημονικά Χρονικά*, 18(2), 78-82.

Λάζου, Ε. (2016). *Συσχέτιση μεταξύ του βάρους σώματος και της διατροφικής συμπεριφοράς ως προς την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών σε δείγμα παιδιών 8-12 ετών στην Κρήτη* (Πτυχιακή εργασία). Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Σχολή Τεχνολογίας Γεωπονίας & Τεχνολογίας Τροφίμων, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας. Ανακτήθηκε από: <http://hdl.handle.net/11713/7578> (ανάκτηση 16/7/2021)

Λουμάκου, Μ., Σαραφίδου, Ε., Κορδούτης, Π. & Μπαρμποπούλου, Δ. (2005). Στάσεις δασκάλων και διατροφική αγωγή στο σχολείο, *Μέντορας*, 12, 43-59.

Μανιός, Γ. (2007). *Διατροφική Αγωγή: Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής & Προαγωγής της Υγείας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Παπαθανασίου, Β. (2009). Αγωγή και προαγωγή υγείας στο σχολικό περιβάλλον: Βασικές αρχές και μεθοδολογία, *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών θεμάτων*, 6, 47-61.

Παπαχατζή, Ε., & Μεντής, Α.Φ.Α. (2021). Προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας στο σχολικό περιβάλλον Προς μια εφαρμογή στα ελληνικά σχολεία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(3), 313-320.

Στέφου, Ε., & Τσίντζηρα, Λ., (2015). *Εκτίμηση διατροφικής πρόσληψης αντιοξειδωτικών βιταμινών Α, C, E και λυκοπενίου στην Κατερίνη* (Πτυχιακή εργασία). Σχολή Τεχνολογίας Γεωπονίας- Τεχνολογίας Τροφίμων και Διατροφής, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας. ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης.

Σώκου, Κ. (2004). Η προαγωγή της ψυχικής υγείας στη σχολική κοινότητα των Νοτιανατολικών Κυκλάδων. Η επίδραση της παρέμβασης με τα λόγια των εκπαιδευτικών και των μαθητών. *Κλίμακα*, 14-17.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aggleton, P., Daniel, S., Rivers, K., Turner, P., & Whitty, G. (1999). *Professional Preparation and Development of Health Promotion Specialists*. London: Health Education Authority.

Ajala, O., English, P., & Pinkey, J. (2013). Systematic review and meta-analysis of different dietary approaches to the management of type 2 diabetes. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 97, 505-516.

Alamari, H. (2020). Prevalence of health problems among children and the role of health education in promotion of healthy habits. *Health Education*, 120(5/6), 265-273.

Alderman, L. (2013). More Children in Greece Are Going Hungry. *TheNewYorkTimes*. Ανακτήθηκε από:

<https://www.nytimes.com/2013/04/18/world/europe/more-children-in-greece-start-to-go-hungry.html> (ανάκτηση 18/8/2021).

Alicinez, G., Cleide, M., & Monica, M. (2013). Knowledge of educators and dieticians on food and nutrition education in the school environment *Rev. Nutr., Campinas*, 26(3), 291-300.

Altomare, R., Cacciabauda, F., Damiano, G., Palumbo, B.V., Gioviale, M.C., Bellavia, M., Tomasello, G., & Lo Monte, A.I. (2013). The Mediterranean diet: a history of health, *Iranian Journal of Public Health*, 42(5), 449-457.

Anagnostopoulos, D.C., & Soumaki, E. (2013). The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: A brief report. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 22, 131–134.

Andrien, M., & Beghin, I. (1994). Education nutritionnelle ou gestion de la communication sociale en nutrition. *Promotion & Education*, 1(4), 25-32.

Antoniadou, F., Papamitsou, T., Kavvadas, D., Kapoukranidou, D., Sioga, A., & Papaliagkas, V. (2021). Vitamins and antioxidants for use against dementia: A

literature analysis. *Archives of Hellenic Medicine / Arheia Ellenikes Iatrikes*, 38(1), 18–27.

Archerio, F., Ricotti, R., Solito, A., Carrera, D., Civello, F., & DiBella, R. (2018). Adherence to the Mediterranean Diet among School Children and Adolescents Living in Northern Italy and Unhealthy Food Behaviors Associated to Overweight. *Nutrients*, 10, 1322.

Asakura, K., Todoriki, H., & Sasaki, S. (2017). Relationship between nutrition knowledge and dietary intake among primary school children in Japan: Combined effect of children's and their guardians' knowledge. *J Epidemiol*, 27, 483-91.

Austin S, Fung T, Cohen-Bearak A, Wardle K, Cheung L. (2006) Facilitating change in school health: a qualitative study of schools' experiences using the School Health Index. *Preventing Chronic Disease*, 3(2), A35.

Avramika, M. (2009). *Social-Psychological interventions in patients with cancer of the larynx. Doctorate thesis*. Department of Medicine University of Alexandroypolis.

Bach-Faig, A., Berry, E.M., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., Medina, F.X., Battino, M., Belahsen, R., & Miranda, G.(2011) Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutr*, 14, 2274–2284

Berge, J.M., MacLehose, R.F., Larson, N., Laska, M., & Neumark-Sztainer, & D. (2016). Family food preparation and its effects on adolescent dietary quality and eating patterns. *Journal of Adolescent Health, 59*(5), 530-536.

Berry, E.M. (2019). Sustainable food systems and the mediterranean diet. *Nutrients, 11*(9), 2229.

Bettelheim, F.A., Brown, W.H., Campbell, M.K, & Farrell S.O. (2010). *Introduction to Organic and Biochemistry (7th Ed.)*. United Kingdom: Cengage Learning.

Bielemann, R.M., Santos Motta, J.V., Minten, G.C., Horta, B.L., & Gigante, D.P. (2015). Consumption of ultra-processed foods and their impact on the diet of young adults. *Rev Saúde Pública, 49*, 28.

Birch, L.L., & Doub, A.E. (2014). Learning to eat: Birth to age 2 years. *Am. J. Clin. Nutr., 99*, 723S–728S.

Boddy, G., Booth, A., & Worsley, A. (2019). What does healthy eating mean? Australian teachers' perceptions of healthy eating in secondary school curricula. *Health Education, 119*(4), 277-290.

Bogart, L.M., Elliott, M.N., Cowgill, B.O., Klein, D.J., Hawes-Dawson, J., Uyeda, K., & Schustra, M.A. (2016). Two-Year BMI Outcomes from a School-Based Intervention for Nutrition and Exercise: A Randomized Trial. *Pediatrics, 137*, e20152493.

Bonaccio M , Augusto Di Castelnuovo, Costanzo S., Francesca De Lucia , Olivieri M., Donati, M.B., Giovanni, G., Licia I., & Bonanni A. (2013). Nutrition knowledge is associated with higher adherence to Mediterranean diet and lower prevalence of obesity. *Results from the Moli-sani study*, 68(1), 139-146

Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912–20.

Broucke, S.V.D. (2014). Health literacy: A critical concept for public health. *Arch. Public Health*, 72, 1–10.

Burlingame, B., Gitz, V. Meybeck, A. (2015). Mediterranean food consumption patterns: diet, environment, society, economy and health. Publisher: Food of Agriculture, Rome, 76.

Campbell, K.J., Crawford, D.A., Salmon, J., Carver, A., Garnett, S.P., Baur, & L.A. (2007). Associations Between the Home Food Environment and Obesity-promoting Eating Behaviors in Adolescence. *Obesity (Silver Spring)*, 15, 719–730.

Cervato-Mancuso, A.M., Westphal, M.F., Araki, E.L., & Bógus, C.M. (2013). School feeding programs' role in forming eating habits / El rol de la alimentación escolar en la formación de los hábitos alimentares / O papel da alimentação escolar na formação dos hábitos alimentares. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(3), 324–330.

Chatzivagia, E., Pepa, A., Vlassopoulos, A., Malisova, O., Filippou, K., & Kapsokefalou, M. (2019). Nutrition Transition in the PostEconomic Crisis of Greece: Assessing the Nutritional Gap of Food-Insecure Individuals. A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 11, 2914.

Chis, A., Moldovan, A., Murphy, L., Pathak, P., & Muntean, C. (2018). Investigating Flipped Classroom and Problem-based Learning in a Programming Module for Computing Conversion Course. *Educational Technology & Society*, 21(4), 232-247.

Corella, D., Coltell, O., Macian, F., Ordovás, J.M., (2018). Advances in understanding the molecular basis of the Mediterranean diet effect. *Annu. Rev. Food Sci. Technol.* 9, 227–249.

Contento, I.R., & Koch, P.A. (2020). Nutrition education for today's complex world. In P.A. Koch (Ed.), *Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice* (pp. 105-16) Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Da Silva, M.X., de Oliveira Brandão, B. C., Accioly, E., da Rocha Pierucci, A.P.T., & Pedrosa, C. (2017). Can food education in public schools improve knowledge about food and promote the acceptance of meals planned by the National School Feeding Program? *Demetra: Food, Nutrition & Health / Alimentação, Nutrição & Saúde*, 12(4), 865–879.

Dalma, A., Veloudaki, A., Petralias, A., Mitraka, K., Zota, D., Kastorini, C., Yannakouli, M., & Linos, A. (2015). A School Based Intervention for Combating Food Insecurity and Promoting Healthy Nutrition in a Developed Country Undergoing Economic Crisis: A Qualitative Study. Ανακτήθηκε από: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1091515.pdf> (ανάκτηση: 1/9/2021)

Darmon, N., & Drewnowski, A. (2008). Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr*, 87, 1071.

Dawson, P., & Guare, R. (2010). *Executive Skills in Children and Adolescents: A Practical Guide to Assessment and Intervention*. New York: Guilford Press.

De Deus Mendonça R., Horta P.M., dos Santos L.C., & Lopes, A.C.S. (2015). The dietary profile of socially vulnerable participants in health promotion programs in a Brazilian metropolis. *Rev Bras Epidemiol*, 18, 454-465.

De Lorgeril M, & Salen P. (2008) The Mediterranean diet: rationale and evidence for its benefit. *Curr Atheroscler Rep.*, 10(6), 518-22.

Di Renzo L., Gualtieri, P., Pivari, F., et al. (2020). Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *J Transl Med*, 18(1), 229.

Diktapanadiou, S., & Ziogou, T. (2011). Breast cancer in the women and health promotion. *Prog. Health Sci.*, 1(2), 165-170.

Dinu, M., Pagliai, G., Casini, A., & Sofi, F., (2018) Mediterranean diet and multiple health outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies and randomised trials. *Eur. J. Clin. Nutr.* 72, 30–43.

Djupegot, I.L., Nenseth, C.B., Bere, E., Bjornara, H., Helland, S., Overby, N., Torstveit, M., & Stea, T. (2017). The association between time scarcity, sociodemographic correlates and consumption of ultra-processed foods among parents in Norway: a crosssectional study. *BMC Public Health*, 17, 447.

Doak, C.M., Visscher, T.L.S., Renders, C.M., & Seidell, J.C. (2006). The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obesity reviews*, 7(1), 111-136.

Dowda, M., James, F., Sallis, J., Mckenzie, T.I., Rosengard, P., Kohl, H. (2005). Evaluating the sustainability of SPARK physical education: A case study of translating research into practice. *Res Q Exerc Sport*, 76, 11–19.

Drewnowski, A. (2009). Obesity, diets, and social inequalities. *Nutr Rev*, 67, S36–39 33.

Dunn, C.G., Kenney E., Fleischhacker, S.E., & Bleich, S.N. (2020). Feeding lowincome children during the Covid-19 pandemic. *N Engl J Med.*, 382(18), e40-53.

Edberg, M. (2015). *Essentials of Health Behavior: Social and Behavioral Theory in Public Health, 2nd ed.* Burlington, MA.: Jones & Barlet Learning.

Elran-Barak, R. & Mozeikov, M. (2020). One month into the reinforcement of social distancing due to the COVID-19 outbreak: subjective health, health behaviors, and loneliness among people with chronic medical conditions. *Int J Environ Res Public Health*, 17(15), 5403-5446.

Fernandez Alvira, J.M., Te Velde, S.J., De Bourdeaudhuij, I., Bere, E., Manios, Y., Kovacs, E., Jan, N., Brug, J. & Moreno, L. (2013). Parental education associations with children's body composition: Mediation effects of energy balance-related behaviors within the Energy-project. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 10, 80-96.

Fischler, C., Rozin, P., Imada, S., & Sarubin, A. (1999). Attitudes to Food and the Role of Food in Life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: Possible Implications for the Diet–Health Debate. *Appetite*, 33, 163-180.

Flodmark, C.E., Marcus C., & Mona B. (2012). Interventions to prevent obesity in children and adolescents: a systematic literature review. *International journal of obesity*, 30(4), 579- 589.

Flowers, R. & Swan, E. (2012). Pedagogies of doing good: Problematisations, authorities, technologies and teleologies in food activism. *Australian Journal of Adult Learning*, 52(3), 532–572.

Fontana, D. & Apostolidou, M. (2002), A survey of teachers' health lifestyles in Cyprus, *Health Education Journal*, 61 (1), 70-77.

Freire, P. (2005). *Pedagogia do oprimido*. 48^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Frerichs, L., Brittin, J., Sorensen, D., et al. (2015). Influence of architecture and design on healthy eating: a review of the evidence. *Am J Public Health*, 105(4), e46-e57.

Gage, H., Egan, B., Williams, P., Brands, B., Györei, E., López-Robles, J., et al., (2017). Importance of mental performance in parental choice of food for children age 4–10 years: A study in four European countries. *Public Health Nutrition*, 20(6), 992-1000.

Gallegos-Martínez, J., & Reyes- Hernández, J. (2016). Representations by Caregivers, Teachers, and Children on Food, Nutrition, Health, and School Breakfast *Invest. Educ. Enferm*, 34(2), 368-377.

Garcia-Martinez, O., Ruiz, C., Gutierrez-Ibanez, A., Illescas-Montes, R., MelguizoRodriguez, L., (2018) Benefits of olive oil phenolic compounds in disease prevention. *Endocr. Metab. Immune Disord. - Drug Targets*, 18(4), 333–340

Gifford, R., Steg, L., & Reser, J.P. (2011). Environmental psychology. In: P. Martin, F. Cheung, M. Kyrios, L. Littlefield, M. Knowles, J.B. Overmeir et

al.(Eds), *IAAP Handbook of Applied Psychology* (pp. 440-470). Chichester Sussex, UK: John Wiley & Sons.

Godman, H. (2013). *Adopt a Mediterranean diet now for better health later*. Boston: Harvard Health Publications.

Gornicka, M., Drywien, M.E., Zielinska, M.A., & Hamulka, J. (2020). Dietary and lifestyle changes during COVID-19 and the subsequent lockdowns among Polish adults: a cross-sectional online survey PLifeCOVID-19 study. *Nutrients*, 12(8), 30-48.

Górska-Warsewicz, H., Laskowski, W., Kulykovets, O., KudlińskaChylak, A., Czczotko, M., Rejman, K. (2018). Food Products as Sources of Protein and Amino Acids—The Case of Poland. *Nutrients*, 10, 1977-1987.

[Grabovschi, C.](#) and [N. Campos, M.](#) (2014), "Social representations of healthy and unhealthy food built by Romanian and Canadian children", [British Food Journal](#), 116(12), 1931-1941.

Grosso, G., & Marventano, S. (2017). A comprehensive meta-analysis on evidence of Mediterranean diet and cardiovascular disease: Are individual components equal? *Crit Rev Food Sci Nutr*, 57, 3218–3232.

Grosso, G., Mistretta, A., Turconi, G., Cena, H., Roggi, C., & Galvano, F. (2013). Nutrition knowledge and other determinants of food intake and lifestyle habits

in children and young adolescents living in a rural area of Sicily, South Italy. *Public Health Nutr.*, 16, 1827-36.

Han, S.S., & Weiss B. (2005) Substainability of Teacher Implementation of School-based Mental Health Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*vol. 33(6), 665-679.

Harami, E., Mazarakou, H., & Tsoromokos, D. (2015). The effects of breast feeding on the mental health of infants. *Archives of Hellenic Medicine*, 32(2), 245–249.

Hernell, O., Timby, N., Domellöf, M., & Lönnerdal, B. (2016). Clinical Benefits of Milk Fat Globule Membranes for Infants and Children. *The Journal of Pediatrics*, 173, 60–65.

Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale [Health and illness: Analysis of a social representation]*. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

Huang, Z., Gao, R., Bawuerjiang, N., Zhang, Y., Huang, X., & Cai, M. (2017). Food and Nutrients Intake in the School Lunch Program among School Children in Shanghai, China. *Nutrients*, 9, 582-599.

International Union for Health Promotion and Education. (2008) *Achieving health promoting schools: Guidelines for promoting health in schools*. Version 2 of the document 'Protocols and guidelines for health promoting schools'. International

Union for Health Promotion and Education, 2008. Ημερομηνία πρόσβασης [1-12-2021] από

http://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/HPSGuidelines_ENG.pdf

Jia, P., Liu, L., Xie, X., Yuan, C., Chen, X., Guo, B., Zhou, J., & Yang, S. (2021). Changes in dietary patterns among youths in China during COVID-19 epidemic: the COVID-19 impact on lifestyle change survey (COINLICS). *Appetite*, 158, 105015.

Joseph, N., Mahato, V., Pandey, A., Mishra, S., Prakash, G., & Gandhi, R. (2021). Experiences and perception towards reproductive health education among secondary school teachers in South India. *Reproductive Health*, 18(1), 175

Jourdan D, Pommier J, Quidu F. (2010) Practices and representations of health education among primary school teachers. *Scand J Public Health*, 38(1), 86-94.

Jourdan, D. (2011). *Health education in schools: The challenge of teacher training*. France: Santeen Action.

Jukes, M.C., Drake L.J., & Donald, A.P. (2008). *School health, nutrition and education for all: levelling the playing field*. United Kingdom: CABI.

Kafatos I, Peponaras A, Linardakis M., & Kafatos A. (2004). Nutrition education and Mediterranean diet: exploring the teaching process of a school-based nutrition and media education project in Cretan primary schools. *Public Health Nutr.*, (7), 969-75

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2011). Health Effects of Financial Crisis: Omens of a Greek Tragedy. *Lancet*, 378, 1457–1458.

Keys, A., Menotti, A., Karvonen MJ, Aravanis H., Blackburn H., Buzina R, Djordjevic A. (1986). The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *Am J Epidemiol.*, 124, 903–915.

Kibbe, D.L., Hackett, J., Hurley, M., Mcfarland, A., Schubert, K., Schultz, A., & Harris, S. (2011). Ten Years of TAKE 10!®: Integrating physical activity with academic concepts in elementary school classrooms. *Prev Med*, 52(1), S43–S50.

Koch, P., McCarthy, J., Raffel, C., Gray, H.L., & Guerra, L. (2020). Expanding and Enhancing Food and Nutrition Education in New York City Public Schools: An Examination of Program Characteristics and Distribution. *Nutrients*, 12, 1-16.

Krick, J., Miller, P., & Enagonio, L. (2012). Growth. In: J. DeVore & A. Shotton(Eds.), *Pocket guide to children with special health care and nutritional needs* (pp.123-145). Chicago: Academy of Nutrition and Dietetics- Eat Right.

Lahlou, S. (1999). Penser manger. Alimentation et representations sociales. *Swiss Journal of Psychology*, 58(3), 239.

Laitinen, A., Tilles-Tirkkonen, T., Karhunen, & Talvia, S. (2021). Food education in Finnish primary education – defining themes and learning objectives using the Delphi technique. *British Food Journal*, 123(13), 404–427.

Lakka, T.A., Talvia, S., Saakslanti, A. & Haapala, E. (2019). Physical activity and nutrition in promoting children's health - aiming of obesity, type 2 diabetes and arterial disease prevention [in Finnish]. In A. Pietila & A. Terkamo-Moisio (Eds), *Views of Health and Health Promotion* (pp. 133-166). Helsinki: Publications of the University of Eastern Finland.

Lanier, J.B., Bury, D.C., & Richardson, S.W. (2016). Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention. *American family physician*, 93(11), 919–924.

Laska, M.N., Larson, N.I., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2012). Does involvement in food preparation track from adolescence to young adulthood and is it associated with better dietary quality? Findings from a 10-year longitudinal study. *Public Health Nutrition*, 15(7), 1150-1158.

Lavdaniti, M. (2003). *The fatigue in women with breast cancer submitted to radiotherapy. Doctorate thesis.* Department of Nursing. Kapodistrias University of Athens.

Lee, N. & Kotler, P. (2008). *Social marketing: influencing behaviors for good*. Los Angeles: Sage Publications.

Linda, M., Philip, H. & Randy, P. (2007). *Comprehensive School Health Education: Totally Awesome Strategies for Teaching Health, 5th ed.*. New York: The McGraw-Hill.

Liu, Z., Li, Q., Maddison, R., Ni Mhurchu, C., Jiang, Y., Wei, D.M., Cheng, L., Cheng, Y., Wang, D., & Wang, H.J. (2019). A School-Based Comprehensive Intervention for Childhood Obesity in China: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Child. Obes.* 15, 105–115.

López-Belmonte, J., Moreno-Guerrero, A.J., LópezNúñez, J.A., & Hinojo-Lucena, F.J. (2020). Augmented Reality in education. A scientific mapping in Web of Science. *Interactive learning environments*, 1-15.

Malisova, O., Vlassopoulos, A., Kandyliari, A., Panagodimou, E., & Kapsokefalou, M. (2021). Dietary Intake and Lifestyle Habits of Children Aged 10–12 Years Enrolled in the School Lunch Program in Greece: A Cross Sectional Analysis. *Nutrients*, 13, 493-529.

Mayurasakorn, K., Pinsawas, B., Mongkolsucharitkul, P., Sranacharoenpong, K., & Damapong, S. (2020). School closure, COVID19 and lunch programme: unprecedented undernutrition crisis in low-middle income countries. *J Paediatr Child Health*, 56(7), 1013–1017.

McCloat, A., & Caraher, M. (2020). An international review of second-level food education curriculum policy. *Cambridge Journal of Education*, 50(3), 303–324.

McPhie, S., Skouteris, H., Fuller-Tyszkiewicz, M., McCabe, M., Ricciardelli, L. A., Milgrom, J., Baur, L. A., & Dell'Aquila, D. (2012). Maternal Predictors of Preschool Child-Eating Behaviours, Food Intake and Body Mass Index: A Prospective Study. *Early Child Development and Care*, 182(8), 999–1014.

Menotti A, Puddu PE. (2015) How the Seven Countries Study did contribute to the definition and development of the Mediterranean diet concept: a 50-year journey. *Nutr Metabol Cardiovasc Dis*, 25, 2445-52.

Messenger, J. (2021). Food Education and Food Technology in School Curricula: International Perspectives. *Design & Technology Education*, 26(3), 163–171.

Moding, K.J.&Stifter, C.A. (2016). Stability of food neophobia from infancy through early childhood. *Appetite*, 97, 72-78.

Mokdad, A., Ford, E., Bowman, B., Dietz, W., Vinicor, F., Bales, V. (2003). Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. *JAMA*, 289, 76–79.

Montagnese C, Santarpia L, Buonifacio M, Nardelli A, Caldara AR, Silvestri E, et al. (2015) European food-based dietary guidelines: a comparison and update. *Nutrition*, 31, 908-15.

Moreno-Guerrero, A., Soler-Costa, R., Marín-Marín, J., & López-Belmonte, J. (2021). Flipped learning and good teaching practices in secondary education. *Comunicar*, 68, 107-117.

Mori, S., Asakura, K., Sasaki, S., & Nishiwaki, Y. (2021). Relationship between maternal employment status and children's food intake in Japan. *Environmental Health & Preventive Medicine*, 26(1), 1–10.

Nanayakkara, J., Margerison, C. & Worsley, A. (2021). Teachers' self-efficacy beliefs in teaching food and nutrition subjects in Australian secondary schools. *Health Education*. 121(3), 311-321

Osganian, S., Parcel, G., & Stone, E. (2003). Institutionalization of a school health promotion program: Background and rationale of the CATCH-ON study. *Health Educ Behav*, 30, 410–417.

Panagiotakos, D.B., Antonogeorgos, G., Papadimitriou, A., Anthracopoulos, M.B., & Nicolaidou, P. (2008). Breakfast cereal is associated with a lower prevalence of obesity among 10-12-year-old children: the PANACEA study. *Epub*, 18(9), 606-612.

Parnham, J.C., Lavery, A.A., Majeed, A., & Vamos, E.P. (2020). Half of children entitled to free school meals did not have access to the scheme during COVID-19 lockdown in the UK. *Public Health*, 187, 161–164.

Piercy K., Troiano R., Ballard R., Carlson S., et al. (2018). The physical activity guidelines for Americans. *J Am Med Assoc*, 320, 2020-8

Perez-Rodrigo, C. & Aranceta, J. (2003). Nutrition education in schools: experiences and challenges, *European Journal of Clinical Nutrition*, 57 (1), S82-S85.

Pietraszewska, D., Postek-Stefańska, L., & Ilczuk-Rypuła, D. (2021). Oral Health Condition, Status of Hygiene and Food Habits in Children Undergoing Anticancer Therapy. *Journal of Stomatology*, 74(3), 166–171.

Pietrobelli, A., Pecoraro, L., Ferruzzi, A., Heo, M., Faith, M., Zoller, T., Antoniazzi, F., Piacentini, G., Fearnbach, S.N., & Heymsfield, S.B. (2020). Effects of COVID-19 lockdown on lifestyle behaviors in children with obesity living in Verona, Italy: a longitudinal study. *Obesity*, 28(8), 1382–1385.

Porkka, M., Kummu, M., Siebert, S., & Varis, O. (2013). From Food Insufficiency towards Trade Dependency: A Historical Analysis of Global Food Availability. *PLoS ONE*, 18(12), e82714.

Pratt, K. J., Ferriby, M., Noria, S., Skelton, J., Taylor, C., & Needleman, B. (2020). Perceived Child Weight Status, Family Structure and Functioning, and Support for

Health Behaviors in a Sample of Bariatric Surgery Patients. *Families, Systems & Health*, 38(3), 300.

Ronto, R., Ball, L., Pendergast, D. and Harris, N. (2017). Environmental factors of food literacy in Australian high schools: views of home economics teachers. *International Journal of Consumer Studies*, 41(1), 19-27.

Rossi, A., Moreira, E., & Rauen, M. (2008). Determinants of eating behavior: a review focusing on the family. *Revista de Nutrição*, 21(6), 739-748.

Rowlands, G., Trezona, A., Russell, S., Lopatina, M., Pelikan, J., Paasche-Orlow, M., Drapkina, O., Kontsevaya, A., Sørensen, K. (2019). *What Is the Evidence on the Methods, Frameworks and Indicators Used to Evaluate Health Literacy Policies, Programmes and Interventions at the Regional, National and Organizational Levels?* Geneva, Switzerland: WHO.

Russo, G., Siani, A., Fogliano, V., Geleijnse, J., et al (2021). The Mediterranean diet from past to future: Key concepts from the second “Ancel Keys” International Seminar, *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 31(3), 717-732.

Salas-Salvadó J, Guasch-Ferré M, Lee CH, Estruch R, Clish CB, & Ros E. (2016) Protective Effects of the Mediterranean Diet on Type 2 Diabetes and Metabolic Syndrome. *J Nutr.*, 146(4), 920–927.

Samuel Johnson, A. K., Abraham, S. B., Muthukumar, T., Bazroy, J., Purty, A. J., & Singh, Z. (2017). Knowledge of food groups among mothers of preschool Children in a rural area of Villupuram district, Tamilnadu. *Journal of Comprehensive Health*, 5(2), 67–71.

Sandro D., Elliot M. Berry, Bach-Faig, A., Reikia B., Lorenzo, M., Lairon, D., Lluís Serra-Majem & Cannella, C. (2012). A dietary model constructed by scientists. F. Mombiola. In: CIHEAM Secretary-General (Eds.), *Mediterra* (pp. 71-82). SCIENCESPO Les Presses.

Scazzocchio, B., Vari, R., d'Amore, A., Chiarotti, F., Del Papa, S., Silenzi, A., Gimigliano, A., Giovannini, C., & Masella, R. (2021). Promoting Health and Food Literacy through Nutrition Education at Schools: The Italian Experience with MaestraNatura Program. *Nutrients*, 13, 1547.

Serra-Majem, L., Ortiz-Andrellucchi, A., Sánchez-Villegas, A., (2019) *Mediterranean diet*. In: Ferranti, P., Berry, E.M., Anderson, J.R. (Eds.), *Encyclopedia of Food Security and Sustainability* (pp. 292–301). Amsterdam: Elsevier.

Serra-Majem, L., Tomaino, L., Dernini, S., Berry, E. M., Lairon, D., Ngo de la Cruz, J., Bach-Faig, A., et al. (2020). Updating the Mediterranean Diet Pyramid towards Sustainability: Focus on Environmental Concerns. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8758.

Sharma, M. (2011). Dietary education in school-based childhood obesity prevention programs, *Adv Nutrition*, 2(2), 207s-16s.

Siega-Riz, A.M., Deming, D.M., Reidy, K.C., Fox, M.K., Condon, E., & Briefel, R.R. (2010). Food Consumption Patterns of Infants and Toddlers: Where Are We Now? *J. Am. Diet. Assoc.* 110, S38–S51.

Skinner, A.C., Perrin, E.M., & Skelton, J.A. (2016). Prevalence of obesity and severe obesity in US children, 1999-2014. *Obesity (Silver Spring)*, 24, 1116–1123.

Soulatou, P., Tzamalouka, G., Markatzi, I., Kafatos, A. & Chliaoutakos, J. (2009). Fostering voluntary informal health mentoring in primary school: what are teachers' barriers? *International of Evidence Based Coaching and Mentoring*, 7(1), 172-180.

Sovyanhadi, M. & Malcolm, C. (2004). Effectiveness of various nutrition education teaching methods for high school students: a case study in Alabama, United States. *Mal J Nutr*, 10(1), 31-37.

Sutter, C., Metcalfe, J.J., Tucker, L., Lohrmann, D.K., Koch, P.A., Allegrante, J.P. & Desorbo-Quinn, A. (2019). Defining food education standards through consensus: the pilot light food education summit. *The Journal of School Health*, 89(12), 994-1003.

Tambalis, K., Panagiotakos D., Kavouras S., Kallistratos, A.A., Moraiti, I.P., & Douvis, S.J. (2010). Eleven-year prevalence trends of obesity in Greek children: First

evidence that prevalence of obesity is leveling off. *Obesity (Silver Spring)*, 18, 161–166.

The Basic Education Act (628/1998), Laws of Finland.

Truman, E., Lane, D., & Elliott, C. (2017). Defining food literacy: A scoping review. *Appetite*, 116, 365–371.

Tsakiraki, M. & Grammatikopoulou, M.G. (2011). Nutrition transition and health status of Cretan women: Evidence from two generations. *PublicHealthNutr*, 14, 793–800.

Thivel, D., Aucouturier J , Isacco L , Lazaar N , Ratel S , Doré E, Meyer M , & Duché P. (2012). Are eating habits associated with physical fitness in primary school children? *Eating Behaviors*, 14(1), 83–86.

Trudy, M.A., Wijnhoven, Joop MA van Raaij, Agneta Sjöberg, Nazih Eldin, Agneta Yngve, et al. (2014) WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: School Nutrition Environment and Body Mass Index in Primary Schools. *Int J Environ Res Public Health*, 11(11), 11261–11285.

Turner, A., & Wilks, J. (2018). A place for food in Australian schools: a socio-historical review of food education. *International Journal of Technology & Design Education*, 28(1), 53–66.

Tzamalouka, G., Soulatou, P., Kafatos, A., Markatzi, I., & Chliaoutakis, J. (2008). The association of primary schoolteachers' profile and health behaviours with choosing health-related instruction (In Greek), *Vima ton Koinonikon Epistimon* (In Press), vol. 53.

UNESCO, (2010). *Nairobi. Evaluation of nominations for inscription in 2010 on the representative list of the intangible cultural heritage of humanity.*

Utter, J., Larson, N., Laska, M.N., Winkler, M. & Neumark-Sztainer, D. (2018). Self-perceived cooking skills in emerging adulthood predict better dietary behaviors and intake 10 years later: a longitudinal study, *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 50(5), 494-500.

Van de Kolk, I., Goossens, A., Gerards, S., Kremers, S., Manders, R., & Gubbels, J. (2018). Healthy Nutrition and Physical Activity in Childcare: View from Childcare Managers, Childcare Workers and Parents on Influential Factors. *Int J Environ Res Public Health*, 15, 2909.

Vandevijvere, S., Chow, C.C., Hall, K.D., Umali, E., & Swinburn, B.A. (2015). Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis. *Bull World Health Organ* 93, 446-456.

Vartanian, L., Schwartz, M., & Brownell, K. (2007). Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 97(4), 667-75.

Vitale M, Racca E, Izzo A, Giacco A, Parente E, & Riccardi G., (2019). Adherence to the traditional Mediterranean diet in a population of South of Italy: factors involved and proposal of an educational field-based survey tool. *Int J Food Sci Nutr*, 70, 195-201.

Whang, N.Y., & Yan, L.F. (2020). Development of School Food Education: Teachers' Teaching Interventions in Urban Middle Schools of Northern Taiwan. *Education and Urban Society*, 52(9), 1330–1350.

Wight, R.A., & Killham, J. (2014). Food mapping: A psychogeographical method for raising food consciousness. *Journal of Geography in Higher Education*, 38, 314–321.

Willett, W.C., Sacks, F., Trichopoulou, A., Drescher, G., Ferro-Luzzi, A., Helsing, E., & Trichopoulos, D. (1995) Mediterranean diet pyramid: A cultural model for healthy eating. *Am. J. Clin. Nutr.* 61(6), 1402–1406.

WHO-Life Skills Education School Handbook—Noncommunicable Diseases: Introduction (2020). Ανακτήθηκε από: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/97-8924-000484-9> (ανάκτηση 1-6- 2021).

Wolfenden, L., Nathan, N.K., Sutherland, R., Yoong, S.L., Hodder, R.K., Wyse, R.J., Delaney, T., Grady, A., Fielding, A., & Tzelepis, F. (2017). Strategies for enhancing the implementation of school-based policies or practices targeting risk factors for chronic disease. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 11, CD011677.

World Health Organization (2015). Vitamin and Mineral Nutrition Information System, Geneva, Switzerland: WHO.

World Health Organization (2018). Fact sheet on obesity and overweight. Ανακτήθηκε από: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (ανάκτηση: 20/7/2021)

Worsley, A., Wang, W.C., Yeatman, H., Byrne, S. & Wijayarathne, P. (2016). Does school health and home economics education influence adults' food knowledge. *Health Promotion International*, 31 (4), 925-935.

Wyse, R.J., Wolfe den L., Campbell, E., Brennan, L., Campbell, K.J., Fletcher, A., Bowman, J., & Heard, T. (2010). A cluster randomized trial of a telephone based intervention for parents to increase fruit and vegetable consumption in their 3- to 5-year-old children: Study protocol. *BMC Public Health*, 10, 216.

Yanakoulia, M., Karayiannis, D., Terzidou, M., Kokkevi, A., Sidossis, L.S. (2004). Nutritional related habits of Greek adolescents. *Eur Jour CL Nutr.*, 58, 580-586.

Yee, A.Z., Lwin, M.O., & Ho, S.S. (2017). The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr and Phys Act*, 14, 47.

Yeonsoo K., Jin Young P., Sung Byuk K., In-Kyung J., Yun Sook L. and JungHyun K. (2010) The effects of Internet addiction on the lifestyle and dietary behavior of Korean Adolescents. *Nutrition Research and Practice (Nutr Res Pract)*, 4(1):51-57.

Young, E.M., Fors, S.W., & Hayes, D.M. (2004) Associations between Perceived Parent Behaviors and Middle School Student Fruit and Vegetable Consumption. *J Nutr Educ Behav*, 36, 2–8.

Young, M. & Valois, R.F. (2010). Magic, morals, and health *American Journal of Health Education*, 41 (1), 18-19.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο

Αγαπητές/οι εκπαιδευτικοί ΠΕ70 (Δασκάλων)

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε το παρόν ερωτηματολόγιο, σκοπός του οποίου είναι η διερεύνηση των αναπαραστάσεων εκπαιδευτικών Α/θμιας εκπαίδευσης για την υγιεινή διατροφή και τη διατροφική αγωγή. Η παρούσα επιστημονική έρευνα αναπτύχθηκε στο πλαίσιο εκπόνησης της Διπλωματικής μου Εργασίας στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Εκπαίδευση για την Αειφορία και το Περιβάλλον» που διοργανώνεται από κοινού από το Τμήμα Γεωπονίας, Ιχθυολογίας & Υδάτινου Περιβάλλοντος και το Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα εν λόγω δεδομένα θα αξιοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους επιστημονικούς σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας. Οι ερευνητές δεσμεύονται σύμφωνα με τον Κανονισμό 2016/679 Ε.Ε. (Γενικός Κανονισμός Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων / GDPR), να διατηρούν ασφαλή τα προσωπικά δεδομένα, τα οποία δε θα δημοσιεύονται χωρίς την εκ των προτέρων άδεια των συμμετεχόντων.

Η διάρκειά του ερωτηματολογίου είναι περίπου 10-12 λεπτά. Η συμβολή σας στην υλοποίηση της έρευνας είναι πολύτιμη.

Παραμένω στη διάθεση σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση. Σας ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο σας.

Με εκτίμηση,

Βόλκου Αναστασία

Εκπαιδευτικός ΠΕ70

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Δ.Π.Μ.Σ. «Εκπαίδευση για την Αειφορία & το Περιβάλλον»

anasvolk3@hotmail.gr

Γενικές Ερωτήσεις/περιγραφικές

1. Σημειώστε το φύλο σας
2. Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε (≤ 29 , 30-39, 40-49, ≥ 50)
3. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο (κάτοχος βασικού πτυχίου, δεύτερου πτυχίου, μεταπτυχιακού, διδακτορικού)
4. Πόσα χρόνια εργάζεστε ως εκπαιδευτικός; (εώς 5 έτη, 6-10 έτη, 11-20 έτη, 21-30 έτη, άνω των 30 ετών)
5. Σχέση εργασίας (μόνιμος ή αναπληρωτής)
6. Ποια είναι η εκπαίδευση που έχετε παρακολουθήσει σε θέματα διατροφής
 - Καμία,
 - Πρόγραμμα ...διάρκεια... φορέας...
7. Ακολουθεί το σχολείο που είστε κάποια διατροφικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα (Ναι όχι ,ποιο....)

Διατροφική παρέμβαση

8. Για την υλοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων διατροφικής αγωγής θεωρείτε ότι είναι σημαντικό να γίνονται από
 - α. Κρατικούς φορείς
 - β. Ιδιωτικούς φορείς
 - γ. Και από τους δύο σε συνεργασία

Θεωρείτε ότι η σχολική διατροφική παρέμβαση είναι:					
	Καθόλου σημαντική	Λίγο σημαντική	Ουδέτερο	Αρκετά σημαντική	Πολύ σημαντική
9. σε συνδυασμό με την προσωπική δράση/ πρωτοβουλία του εκπαιδευτικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. σε συνδυασμό με την εμπλοκή/ συνεργασία των γονέων/κηδεμόνων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. στην πρόληψη ασθενειών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. στην εκμάθηση γευσιγνωσίας των μαθητών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. στην επαφή των	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

παιδιών με τη μαγειρική	σημαντική <input type="checkbox"/>	σημαντική <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	σημαντική <input type="checkbox"/>	σημαντική <input type="checkbox"/>
14. στην ευαισθητοποίηση των μαθητών σε θέματα του περιβάλλοντος	Καθόλου σημαντική <input type="checkbox"/>	Λίγο σημαντική <input type="checkbox"/>	Ουδέτερο <input type="checkbox"/>	Αρκετά σημαντική <input type="checkbox"/>	Πολύ σημαντική <input type="checkbox"/>
15. στη μείωση της παχυσαρκίας των παιδιών	Καθόλου σημαντική <input type="checkbox"/>	Λίγο σημαντική <input type="checkbox"/>	Ουδέτερο <input type="checkbox"/>	Αρκετά σημαντική <input type="checkbox"/>	Πολύ σημαντική <input type="checkbox"/>
16. στην κατάλληλη επιλογή των υγιεινών γευμάτων από τα παιδιά;	Καθόλου σημαντική <input type="checkbox"/>	Λίγο σημαντική <input type="checkbox"/>	Ουδέτερο <input type="checkbox"/>	Αρκετά σημαντική <input type="checkbox"/>	Πολύ σημαντική <input type="checkbox"/>

Ρόλος του εκπαιδευτικού

Παρακαλώ επιλέξτε πόσο συμφωνείτε με τις ακόλουθες προτάσεις

17. Ο εκπαιδευτικός οφείλει να είναι άρτια καταρτισμένος σε θέματα διατροφής.	Διαφωνώ απόλυτα <input type="checkbox"/>	Διαφωνώ <input type="checkbox"/>	Δε γνωρίζω <input type="checkbox"/>	Συμφωνώ <input type="checkbox"/>	Συμφωνώ απόλυτα <input type="checkbox"/>
18. Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να ψυχαγωγεί τα παιδιά και ιδιαίτερα με δράσεις σχετικές με τη διατροφή.	Διαφωνώ απόλυτα <input type="checkbox"/>	Διαφωνώ <input type="checkbox"/>	Δε γνωρίζω <input type="checkbox"/>	Συμφωνώ <input type="checkbox"/>	Συμφωνώ απόλυτα <input type="checkbox"/>
19. Ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι να είναι ενήμερος για θέματα ιατρικά που αφορούν τους μαθητές του, τα οποία συνδέονται με θέματα διατροφής.	Διαφωνώ απόλυτα <input type="checkbox"/>	Διαφωνώ <input type="checkbox"/>	Δε γνωρίζω <input type="checkbox"/>	Συμφωνώ <input type="checkbox"/>	Συμφωνώ απόλυτα <input type="checkbox"/>
20. Είμαι αρκετά κοντά στον ρόλο και τις απαιτήσεις που θα πρέπει να έχει ένας εκπαιδευτικός ώστε να διδάξει θέματα διατροφής και υγείας στα παιδιά.	Διαφωνώ απόλυτα <input type="checkbox"/>	Διαφωνώ <input type="checkbox"/>	Δε γνωρίζω <input type="checkbox"/>	Συμφωνώ <input type="checkbox"/>	Συμφωνώ απόλυτα <input type="checkbox"/>
21. Είμαι ικανός/ή να παίρνω αποφάσεις	Διαφωνώ απόλυτα <input type="checkbox"/>	Διαφωνώ <input type="checkbox"/>	Δε γνωρίζω <input type="checkbox"/>	Συμφωνώ <input type="checkbox"/>	Συμφωνώ απόλυτα <input type="checkbox"/>

κατά τη διάρκεια της διδακτικής ώρας και των διαλειμμάτων και να ευαισθητοποιώ τους μαθητές σε θέματα διατροφής.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
22. Ο ρόλος μου να προωθώ θέματα διατροφής δεν περιορίζεται μόνο μέσα στο σχολικό πλαίσιο αλλά διευρύνεται και σε άτυπα περιβάλλοντα μάθησης.	Διαφωνώ απόλυτα <input type="checkbox"/>	Διαφωνώ <input type="checkbox"/>	Δε γνωρίζω <input type="checkbox"/>	Συμφωνώ <input type="checkbox"/>	Συμφωνώ απόλυτα <input type="checkbox"/>
23. Ο ρόλος μου ως εκπαιδευτικός δεν περιορίζεται στην προώθηση θεμάτων διατροφής μόνο προς τα παιδιά, αλλά παρακινώ και τους γονείς να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι στη διατροφή τους.	Διαφωνώ απόλυτα <input type="checkbox"/>	Διαφωνώ <input type="checkbox"/>	Δε γνωρίζω <input type="checkbox"/>	Συμφωνώ <input type="checkbox"/>	Συμφωνώ απόλυτα <input type="checkbox"/>

Υγιεινή διατροφή/Γνώσεις

Συμβουλές που κρίνετε ότι μας δίνουν οι ειδικοί/ διατροφολόγοι:

24. Πόσες μερίδες φρούτων και λαχανικών την ημέρα συστήνουν οι ειδικοί να καταναλώνουμε; (Μια μερίδα θα μπορούσε να είναι για παράδειγμα ένα μήλο ή ένα καρότο).....
25. Ποια λιπαρά προτείνουν οι ειδικοί ότι είναι πολύ σημαντικό να περιορίσουμε; (Σημειώστε με ✓ την απάντησή σας)
- Μονοακόρεστα
 - Πολυακόρεστα
 - Κορεσμένα
 - Δεν είμαι σίγουρος/η
26. Ποιο είδος γαλακτοκομικών προϊόντων προτείνουν οι ειδικοί να καταναλώνουμε;
- Πλήρη (υψηλά σε λιπαρά)
 - Άπαχα (χαμηλά σε λιπαρά)
 - Μίγμα από πλήρη και χαμηλά σε λιπαρά
 - Κανένα, δεν πρέπει να καταναλώνουμε γαλακτοκομικά προϊόντα

- Δεν είμαι σίγουρος/η

Οι ειδικοί χωρίζουν τα τρόφιμα σε κατηγορίες. Στις επόμενες ερωτήσεις απαντήστε αναφορικά με αυτό που πιστεύετε ότι ισχύει.

27. Ένα ποτήρι φυσικός χυμός φρούτων (χωρίς ζάχαρη) ισοδυναμεί με ένα φρούτο (Σημειώστε με ✓)
- Συμφωνώ
 Διαφωνώ,
 Δεν είμαι σίγουρος/η
28. Τα κορεσμένα λιπαρά βρίσκονται κυρίως σε: (Σημειώστε με ✓)
- Φυτικά έλαια
 Γαλακτοκομικά προϊόντα
 Και τα 2 τα παραπάνω
 Δεν είμαι σίγουρος/η
29. Η καστανή ζάχαρη είναι υγιεινή εναλλακτική της λευκής ζάχαρης (Σημειώστε με ✓)
- Συμφωνώ
 Διαφωνώ
 Δεν είμαι σίγουρος/η
30. Υπάρχει περισσότερη πρωτεΐνη σε ένα ποτήρι πλήρες γάλα, από ότι σε ένα ποτήρι άπαχο γάλα (Σημειώστε με ✓)
- Συμφωνώ
 Διαφωνώ
 Δεν είμαι σίγουρος/η
31. Ποιο από τα παρακάτω είδη ψωμιού περιέχει τις περισσότερες βιταμίνες και μέταλλα; (Σημειώστε με ✓):
- Άσπρο
 Μαύρο
 Πολύσπορο
 Δεν είμαι σίγουρος/η
32. Ένα είδος λαδιού που περιέχει κυρίως μονοακόρεστα λιπαρά είναι το (Σημειώστε με ✓)
- Λάδι καρύδας
 Ηλιέλαιο
 Ελαιόλαδο
 Φοινικέλαιο
 Δεν είμαι σίγουρος/η
33. Υπάρχει περισσότερο ασβέστιο σε ένα ποτήρι πλήρες γάλα από ότι σε ένα ποτήρι άπαχο γάλα (Σημειώστε με ✓)
- Συμφωνώ
 Διαφωνώ
 Δεν είμαι σίγουρος/η

34. Ποιο από τα παρακάτω έχει τις περισσότερες θερμίδες σε ίδια ποσότητα τροφίμου (βάρους); (Σημειώστε με ✓)
- Ζάχαρη
 - Αμυλούχα τρόφιμα
 - Φυτικές ίνες
 - Λίπος
 - Δεν είμαι σίγουρος/η
35. Τα σκληρά (στερεά) λίπη περιέχουν περισσότερα: (Σημειώστε με ✓)
- Μονοακόρεστα
 - Πολυακόρεστα
 - Κορεσμένα
 - Δεν είμαι σίγουρος/η
36. Τα πολυακόρεστα λιπαρά βρίσκονται κυρίως σε: (Σημειώστε με ✓)
- Φυτικά έλαια
 - Γαλακτοκομικά προϊόντα
 - Και τα δύο
 - Δεν είμαι σίγουρος/η

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν ενότητες σχετικές με προβλήματα υγείας ή ασθένειες

37. Γνωρίζετε κάποια σοβαρά προβλήματα υγείας ή ασθένειες που σχετίζονται με την ποσότητα ζάχαρης που καταναλώνουμε; (Σημειώστε με ✓)
- Ναι
 - Όχι
 - Δεν είμαι σίγουρος/η
38. Εάν ναι, ποιες ασθένειες ή προβλήματα υγείας νομίζετε ότι σχετίζονται με τη ζάχαρη;.....
39. Γνωρίζετε κάποια σοβαρά προβλήματα υγείας ή ασθένειες που σχετίζονται με την ποσότητα αλατιού ή νατρίου που καταναλώνουμε; (Σημειώστε με ✓)
- Ναι
 - Όχι
 - Δεν είμαι σίγουρος/η
40. Εάν ναι, ποιες ασθένειες ή προβλήματα υγείας νομίζετε ότι σχετίζονται με το αλάτι;.....
41. Γνωρίζετε κάποια σοβαρά προβλήματα υγείας ή ασθένειες που σχετίζονται με την ποσότητα λίπους που καταναλώνουμε; (Σημειώστε με ✓)
- Ναι
 - Όχι
 - Δεν είμαι σίγουρος/η
42. Εάν ναι, ποιες ασθένειες ή προβλήματα υγείας νομίζετε ότι σχετίζονται με το αλάτι;.....

43. Ποιο από τα παρακάτω είναι πιο πιθανό να αυξήσει τη χοληστερόλη στο αίμα;

- Αντιοξειδωτικά
- Πολυακόρεστα λίπη
- Κορεσμένα λίπη
- Χοληστερίνη στη διατροφή
- Δεν είμαι σίγουρος/η

44. Έχετε ακούσει για τις αντιοξειδωτικές βιταμίνες;

- Ναι
- Όχι
- Δεν είμαι σίγουρος/η

45. Οι παρακάτω είναι αντιοξειδωτικές βιταμίνες; (Σημειώστε με ✓)

Βιταμίνη Α	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	Δεν είμαι σίγουρος/η <input type="checkbox"/>
Βιταμίνες του συμπλέγματος Β	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	Δεν είμαι σίγουρος/η <input type="checkbox"/>
Βιταμίνη C	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	Δεν είμαι σίγουρος/η <input type="checkbox"/>
Βιταμίνη D	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	Δεν είμαι σίγουρος/η <input type="checkbox"/>
Βιταμίνη E	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	Δεν είμαι σίγουρος/η <input type="checkbox"/>
49. Βιταμίνη K	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>	Δεν είμαι σίγουρος/η <input type="checkbox"/>