



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας

ΠΜΣ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ & ΕΦΗΒΩΝ-ΣΧΟΛΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΟ ΕΤΟΣ 2019-2021

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διατροφικές συνήθειες και φυσική δραστηριότητα παιδιών μεταναστών ηλικίας 7 έως 12 ετών σε πρωτοβάθμια δομή Υγείας. Διερεύνηση της διατροφικής τους κατάστασης.

Υπό

ΚΑΜΠΙΑΡΔΙΑΔΟΥ ΕΛΙΣΣΑΒΕΤ

ΑΜ: MDY 19047

Επιβλέπουσα

Βασιλάκου Ναΐρ Τώνια

Αθήνα Μάρτιος, 2023



UNIVERSITY OF WEST ATTICA

SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Department of Public Health Policy

MSC IN PUBLIC HEALTH

DIRECTION: CHID & ADOLESCENT HEALTH PROMOTION-SCHOOL HYGIENE

2019-2021

DIPLOMA THESIS

Eating habits and physical activity of migrant children aged 7 to 12 years in a primary health facility. Investigation of their nutritional status.

KAMPARDIADOU ELISSAVET

REGISTRATION NUMBER: MDY19047

Supervisor: Nair Tonia Vassilakou

Athens March, 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας

ΠΜΣ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ & ΕΦΗΒΩΝ-ΣΧΟΛΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2019-2021

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διατροφικές συνήθειες και φυσική δραστηριότητα παιδιών μεταναστών ηλικίας 7 έως 12 ετών σε πρωτοβάθμια δομή Υγείας. Διερεύνηση της διατροφικής τους κατάστασης.

Μέλη εξεταστικής επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του επιβλέποντα

Η διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι εξεταστική επιτροπή:

A/A	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Βασιλάκου Ναΐρ Τώνια	Καθηγήτρια	
2	Τσόγκα Αρετή	Επίκουρη Καθηγήτρια	
3	Κοτροκόης Κωνσταντίνος	Επίκουρος Καθηγητής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Καμπαρδιάδου Ελισσάβητ του Αναστασίου, με αριθμό μητρώου MDY19047 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Προαγωγής Υγείας Παιδιών και Εφήβων-σχολική Υγιεινή του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 12 μήνες και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η δηλούσα

Καμπαρδιάδου Ελισσάβητ



Η Επιβλέπουσα


Βασιλάκου Ναϊρ-Τόνια

Copyright© Ελισσάβητ Καμπαρδιάδου, 2023

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Δημόσια Υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα Διπλωματική Εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή: 

ΚΑΜΠΑΡΔΙΑΔΟΥ ΕΛΙΣΣΑΒΕΤ

Ευχαριστίες

Παραδίδοντας την εργασία μου, οφείλω να ευχαριστήσω όσους αγκάλιασαν αυτήν μου την προσπάθεια και με βοήθησαν ποικιλοτρόπως στην πραγματοποίηση αυτής της μελέτης. Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την υπεύθυνη καθηγήτρια μου κυρία Βασιλάκου για τις πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφερε και την πολύτιμη επιστημονική καθοδήγηση, το προσωπικό του Κέντρου Υγείας για την άψογη συνεργασία και τις πολύωρες συζητήσεις, καθώς και την οικογένειά μου για την στήριξη που εισέπραξα στην διάρκεια αυτού του ταξιδιού.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η μετανάστευση πληθυσμών στις δυτικές κοινωνίες αυξάνει τον κίνδυνο διατροφικής ενσωμάτωσης, μείωσης της φυσικής δραστηριότητας, αύξησης του σωματικού βάρους και παχυσαρκίας λόγω των αλλαγών που βιώνουν στον τρόπο ζωής τους. Τα παιδιά πρόσφυγες και μετανάστες αποτελούν μια ομάδα ευάλωτη σε τέτοιου είδους αλλαγές. **Σκοπός:** Μελέτη των διατροφικών συνθηκών και της φυσικής δραστηριότητας παιδιών μεταναστών ηλικίας 7-12 ετών και η διερεύνηση της διατροφικής τους κατάστασης. **Μεθοδολογία:** Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 145 παιδιά-μετανάστες ηλικίας 7-12 ετών. Η συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε πρωτοβάθμια δομή υγείας. Συμπληρώθηκε από τα παιδιά ανώνυμο ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, με την σύμφωνη γραπτή έγκριση και βοήθεια των κηδεμόνων τους. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης SPSS 27. Χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικές δοκιμασίες T-test, και υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης Pearson και Spearman Rho. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%. **Αποτελέσματα:** Το 17,9% των παιδιών παρουσιάζει διαταραχές βάρους. Το 13,1% από αυτά είναι υπέρβαρα (13,1%), το 3,4% ελλιποβαρή και το 1,3% παχύσαρκα. Ο ΔΜΣ των παιδιών συσχετίστηκε θετικά με την διάρκεια παραμονής στην χώρα. Το 40,7% των παιδιών κατανάλωναν πρωινό, το 53,8% φρούτα και το 35,2% λαχανικά καθημερινά. Αυτές οι διατροφικές συνήθειες συσχετίστηκαν με τον ΔΜΣ των παιδιών. Σχεδόν τα μισά παιδιά κατανάλωναν γλυκά και αναψυκτικά 1-2 φορές την εβδομάδα, ενώ το 62,1% κατανάλωναν γρήγορο φαγητό. Το 35,2% συμμετείχε σε εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες, η ηλικία συσχετίστηκε αρνητικά με την συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες. Ο ελεύθερος χρόνος των παιδιών αφιερωνόταν κυρίως σε καθιστικές δραστηριότητες όπως τη παρακολούθηση τηλεόρασης, τη χρήση κινητού τηλεφώνου και τη χρήση υπολογιστή. Ο χρόνος που τα παιδιά δαπανούσαν μπροστά στην τηλεόραση συσχετίστηκε θετικά με τον ΔΜΣ. **Συμπεράσματα:** Οι διατροφικές συνήθειες των παιδιών-μεταναστών προσαρμόζονται στο δυτικό τρόπο διατροφής. Οι επαγγελματίες υγείας, σε συνεργασία με το σχολείο και την κοινότητα θα πρέπει να βοηθήσουν τα παιδιά και τις οικογένειές τους ώστε να διαμορφώσουν υγιεινά διατροφικά πρότυπα. **Λέξεις- κλειδιά:** παιδική παχυσαρκία, παιδιά, μετανάστες, Δείκτης Μάζας Σώματος, διατροφική ενσωμάτωση, υγεία, διατροφικές συνήθειες.

ABSTRACT

Introduction: The migration of populations in Western societies increases the risk of dietary acculturation, reduced physical activity, increased body weight and obesity due to the changes they experience in their lifestyles. Refugee and immigrant children are a group vulnerable to such changes. **Objective:** To study the eating habits and physical activity of immigrant children aged 7-12 and to investigate their nutritional status. **Material and methods:** The study sample consisted of 145 immigrant children aged 7-12 years. The cross-sectional study was carried out in a primary health facility. An anonymous food consumption frequency questionnaire was completed by the children, with the written consent and assistance of their guardians. Statistical analysis was performed with the SPSS 27 statistical analysis program. T-test statistical tests were used, and Pearson and Spearman Rho correlation coefficients were calculated. The level of statistical significance was set at 5%. **Results:** 17.9% of children have weight disorders, 13.1% of them are overweight, 3.4% underweight and 1.3% obese. Children's BMI was positively correlated with the length of stay in the country. 40.7% of children consumed breakfast, 53.8% fruit and 35.2% vegetables daily. These dietary habits were associated with children's BMI. Almost 50% of the children consumed sweets and soft drinks, while 62.1% consumed fast food 1-2 times a week. 35.2% participated in extracurricular sports activities. Age was negatively associated with participation in sports activities. Children's free time was mainly spent on sedentary activities such as watching TV, using a mobile phone and using a computer. The time children spent in front of the television was positively associated with BMI. **Conclusions:** The eating habits of immigrant children adapt to the western way of eating. Health professionals, in collaboration with the school and the community, should assist children and their families to develop healthy eating patterns.

Key words: childhood obesity, prevalence, Body Mass Index, nutritional culture, health, immigrants, eating habits.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	8
Κατάλογος Γραφημάτων.....	10
Κατάλογος Πινάκων	12
Κατάλογος Εικόνων/Φωτογραφιών.....	14
Κατάλογος Σχημάτων.....	15
Συντομογραφίες.....	16
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	17
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	18
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
<u>Κεφάλαιο 1: Διατροφή και παιδί</u>	
1.1 Η σημασία της σωστής διατροφής στην παιδική ηλικία.....	21
1.2 Η σημασία της φυσικής άσκησης στην παιδική ηλικία	31
1.3 Παιδική Παχυσαρκία.....	40
1.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών.....	53
<u>Κεφάλαιο 2: Μετανάστευση</u>	
2.1 Το παγκόσμιο φαινόμενο της μετανάστευσης.....	57
2.2 Το υγειονομικό προφίλ των μεταναστών.....	64
2.3 Προβλήματα υγείας παιδιών μεταναστών	67
<u>Κεφάλαιο 3: Μετανάστευση και Διατροφή</u>	
3.1 Επισιτιστική ανασφάλεια.....	68

3.2 Διατροφική ενσωμάτωση.....	70
3.3 Διατροφικές συνήθειες παιδιών μεταναστών.....	73
3.4 Δεδομένα φυσικής άσκησης των παιδιών μεταναστών.....	80

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4: Σκοποί και Στόχοι

4.1 Σκοποί και Στόχοι.....	83
----------------------------	----

Κεφάλαιο 5: Υλικό και Μέθοδος

5.1 Μεθοδολογία	84
5.1.1 Μεθοδολογία Δειγματοληψίας.....	84
5.1.2 Συμμετέχοντες Δείγμα.....	85
5.2 Ερευνητική Διαδικασία.....	85
5.3 Στατιστική ανάλυση.....	86
5.4 Ηθικές και δεοντολογικές διαστάσεις.....	87

Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα

6.1 Περιγραφική ανάλυση του δείγματος.....	88
--	----

Κεφάλαιο 7: Συζήτηση.....

<u>Κεφάλαιο 8: Συμπεράσματα/Προτάσεις.....</u>	130
--	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	133
------------------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

- 1.1** *Η Σωματική δραστηριότητα παιδιών σε σχέση με το φύλο.*
- 1.2.-1.** *3Δείκτες Μάζας Σώματος ανάλογα με την ηλικία και το φύλο του παιδιού.*
- 1.4** *Ο επιπολασμός του παιδικού υπέρβαρου και της παχυσαρκίας μεταξύ 1975 και 2016.*
- 1.4.1** *Υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά στην Ελλάδα.*
- 1.4.2** *Επιπολασμός παχυσαρκίας σε παιδιά ηλικίας 4-12 ετών στην Ελλάδα και στην Ευρώπη.*
- 1.5** *Στοιχεία παιδικής παχυσαρκίας στην Ευρώπη.*
- 1.6** *Η επίδραση του υπέρβαρου/παχύσαρκου στο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν το διάστημα 2020-2050.*
- 2.1** *Στοιχεία για τους πρόσφυγες και μετανάστες παγκοσμίως.*
- 6.1** *Η ηλικία σε σχέση με τον Δείκτη Μάζας Σώματος των παιδιών.*
- 6.2** *Διαμονή στο Σπίτι.*
- 6.3.1** *Εργασιακή Ιδιότητα γονέων.*
- 6.3.2** *Εργασιακή κατάσταση γονέων.*
- 6.4.1-6.4.2** *Ωράριο ύπνου των παιδιών.*
- 6.5** *Αλλεργικές αντιδράσεις παιδιών.*
- 6.6.1** *Συχνότητα κατανάλωσης γευμάτων.*
- 6.6.2** *Το πρωινό σε σχέση με τον ΔΜΣ των παιδιών.*
- 6.6.3** *Το βραδινό σε σχέση με τον ΔΜΣ των παιδιών.*
- 6.7** *Κατανάλωση γευμάτων μπροστά σε οθόνη.*
- 6.8** *Καθημερινές διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών.*
- 6.9** *Κατανάλωση γλυκών και ΔΜΣ.*
- 6.10** *Τρόπος μαγειρέματος φαγητού.*
- 6.11** *Το γεύμα που καταναλώνεται πιο τακτικά.*

6.12 Ψώνια σε καταστήματα με τοπικά προϊόντα.

6.13.1 Ενασχόληση παιδιών με αθλήματα.

6.13.2 Τα παιχνίδια που προτιμούν να παίζουν τα παιδιά εντός και εκτός σχολείου.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

- 1.1 Εκτιμώμενες ημερήσιες ανάγκες μακροθρεπτικών συστατικών από Διεθνείς Οργανισμούς Υγείας για παιδιά και εφήβους.*
- 1.2 Εκτιμώμενες ημερήσιες ανάγκες μικροθρεπτικών συστατικών από Διεθνείς Οργανισμούς Υγείας για παιδιά και εφήβους.*
- 1.3 Τιμές αναφοράς για τον Δείκτη Μάζας Σώματος στους ενήλικες.*
- 1.4 Τιμές αναφοράς σχετικά με τις καμπύλες ανάπτυξης των παιδιών.*
- 2.1 Αιτήσεις Διεθνούς προστασίας ανά εθνικότητα το 2021 στην Ελλάδα.*
- 6.1 Στοιχεία που αφορούν την ηλικία των παιδιών.*
- 6.2 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος.*
- 6.3 Δείκτης Μάζας Σώματος παιδιών.*
 - 6.3.1 Φύλο και ΔΜΣ.*
 - 6.3.2 Ηλικία και ΔΜΣ.*
 - 6.4.1 Συσχέτιση διάρκειας παραμονής και ΔΜΣ.*
 - 6.4.2 Διαταραχές βάρους σε σχέση με τον τόπο γέννησης και την διάρκεια παραμονής των παιδιών.*
 - 6.5.1 Συσχέτιση της κατανάλωσης πρωινού με τον ΔΜΣ.*
 - 6.5.2 Συσχέτιση της κατανάλωσης βραδινού με τον ΔΜΣ.*
- 6.6 Συσχέτιση της ηλικίας και της συχνότητας γεύματος μπροστά σε οθόνη.*
 - 6.7.1 Συχνότητα κατανάλωσης φρούτων.*
 - 6.7.2 Συχνότητα κατανάλωσης φρούτων σε σχέση με τον ΔΜΣ.*
 - 6.7.3 Συσχέτιση της κατανάλωσης φρούτων και του ΔΜΣ.*
- 6.8.1. Συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών.*
 - 6.8.2 Συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών σε σχέση με τον ΔΜΣ.*
 - 6.8.3. Συσχέτιση της κατανάλωσης λαχανικών και του ΔΜΣ.*
- 6.9 Συχνότητα κατανάλωσης γλυκών και σνακ σε σχέση με τον ΔΜΣ.*
 - 6.10.1 Κατανάλωση αναψυκτικών και ΔΜΣ.*

- 6.10.2** *Συσχέτιση κατανάλωσης αναψυκτικών και ΔΜΣ.*
- 6.11.1** *Ο τρόπος που μαγειρεύουν φαγητά σε σχέση με τον ΔΜΣ..*
- 6.11.2** *Συσχέτιση του τρόπου μαγειρέματος και της διάρκειας παραμονής.*
- 6.12.1** *Συσχέτιση συχνότητας κατανάλωσης έτοιμου φαγητού και ΔΜΣ.*
- 6.12.2** *Συσχέτιση αγοράς σνακ και παρακολούθησης τηλεόρασης.*
- 6.13** *Συσχέτιση της διάρκειας παραμονής και της συχνότητας αγοράς παραδοσιακών προϊόντων.*
- 6.14.1** *Συχνότητα κατανάλωσης παραδοσιακών φαγητών.*
- 6.14.2** *Συχνότητα κατανάλωσης παραδοσιακών φαγητών και ΔΜΣ.*
- 6.15.1** *Η ηλικία σε σχέση με τις εξωσχολικές δραστηριότητες-αθλήματα.*
- 6.15.2** *Εξωσχολικές δραστηριότητες παιδιών.*
- 6.16.1** *Συσχέτιση χρήσης τηλεφώνου- ηλικίας και ΔΜΣ των παιδιών.*
- 6.16.2** *Παρακολούθηση τηλεόρασης και ΔΜΣ*
- 6.16.3** *Συχνότητα φυσικών δραστηριοτήτων.*
- 6.16.4** *Μέρη που επιλέγουν τα παιδιά για παιχνίδι.*

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ/ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΩΝ

1.1 *Οι λειτουργίες των μακροθρεπτικών συστατικών στον οργανισμό.*

1.2 *Μικροθρεπτικά συστατικά και οι λειτουργίες τους στο οργανισμό.*

1.3.1 *Ο Δεκάλογος της Υγιεινής Διατροφής των παιδιών.*

1.3.2 *Μεσογειακή πυραμίδα Διατροφής.*

1.4 *Τα οφέλη της φυσικής άσκησης στην ζωή ενός παιδιού.*

1.5 *Η πυραμίδα της Φυσικής Δραστηριότητας των παιδιών.*

1.6 *Η φυσική δραστηριότητα στη ζωή ενός παιδιού.*

1.7 *Η παιδική παχυσαρκία στην Ευρώπη.*

1.8 *Τα πολυπαραγοντικά αίτια της παχυσαρκίας*

2.1 *Το φαινόμενο της μετανάστευσης.*

2.2 *Πρόσφυγες και μετανάστες, μια εννοιολογική προσέγγιση.*

2.3 *Στοιχεία για τους πρόσφυγες μετανάστες στην Ελλάδα.*

3.1 *Επισιτιστική Ανασφάλεια.*

3.2 *Διατροφική ενσωμάτωση.*

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

1.1 *Θρεπτικά Συστατικά.*

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

WHO: World Health Organization

EFSA: European Food Safety Authority

FAO: Food Agriculture Organization

NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey

NNR: Nordic Nutrition Recommendation Authority

SD: Standard Deviation

M: Mean

N: Noun

UNCHR: United Nations High Commissioners for Refugee

BMI: Body Mass Index

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

Gr: Μονάδα μέτρησης βάρους (γραμμάρια)

MJ: Μονάδα μέτρησης ενέργειας (MegaJoule)

ΕΠ: Ενεργειακή Πρόσληψη

ΛΟ: Λιπαρά Οξέα

ΔΜΣ : Δείκτης Μάζας Σώματος

ΟΟΣΑ : Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΔΟΜ : Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης

ΜΜΕ: Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

ΟΗΕ: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

ΜΜΝ: Μη Μεταδιδόμενα Νοσήματα

ΑΕΠ: Ακαθόριστο Εγχώριο Προϊόν

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η διατροφή αποτελεί βασικό κομμάτι της ζωής καθώς αντικατοπτρίζει την ταυτότητά μας και λειτουργεί αλληλένδετα πολιτιστικά και κοινωνικά βάσει της κουλτούρας και των θρησκευτικών αντιλήψεων του κάθε έθνους. Αποκαλύπτει πληθώρα πληροφοριών οι οποίες σχετίζονται άμεσα με τα βιώματα και τις εμπειρίες του καθενός είτε μεμονωμένα είτε ως σύνολο. Οι διατροφικές επιλογές αφηγούνται ιστορίες οικογενειών, μεταναστών, αφομοίωσης, διαφορετικότητας, δίνουν την δυνατότητα εμβάθυνσης στην ζωτικής σημασίας σχέση του ανθρώπου με τις τροφές. Οι άνθρωποι συνδέονται άρρηκτα με τα τρόφιμα καθώς από την παιδική ήδη ηλικία δημιουργούμε γευστικές μνήμες που μας ακολουθούν αργότερα και στην ενήλικη ζωή μας. Τα τρόφιμα διαθέτουν πέρα από τα θρεπτικά συστατικά που συμβάλλουν αναμφίβολα στην υγεία του ατόμου και συναισθηματικές συνδέσεις που συνδιαμορφώνουν τη διατροφική του συμπεριφορά. Σε περιπτώσεις όμως όπου διαταράσσεται η διατροφική ισορροπία προκαλούνται ποικίλα προβλήματα, με γνωστότερο όλων την παιδική παχυσαρκία, τα οποία έχουν πολλαπλές αρνητικές συνέπειες τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των παιδιών.

Τα τελευταία χρόνια στην χώρα μας οι πρόσφυγες και μετανάστες αποτελούν σημαντικό κομμάτι της κοινωνίας, χωρίς όμως η διατροφή των παιδιών μεταναστών να έχει αναλυθεί επαρκώς στη βιβλιογραφία, με τούτη τη διαπίστωση να είναι ένας από τους λόγους που η συγκεκριμένη εργασία μελετά το ζήτημα της διατροφής από την πλευρά των προσφύγων και μεταναστών καθώς καθίσταται αναγκαία η βαθύτερη γνώση της διατροφικής τους ταυτότητας και υγείας. Βασικό ερέθισμα υλοποίησης αυτής της μελέτης ήταν η άμεση επαφή μου με πρόσφυγες και μετανάστες στην πρωτοβάθμια δομή υγείας όπου εργάζομαι, σε συνδυασμό με την παιδαγωγική μου ιδιότητα. Σκοπός της εργασίας είναι να κατανοήσουμε τη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών, τα στοιχεία της γευστικής τους κουλτούρας, αλλά και τη συχνότητα της φυσικής τους άσκησης με σκοπό να αντιληφθούμε τον αντίκτυπο που οι συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας έχουν στην συνολική τους υγεία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην μακραίωνη παγκόσμια ιστορία, η διατροφή στην ζωή του ανθρώπου αποτελεί βασικό στοιχείο της υγείας του, έκφραση του πολιτισμού, της παράδοσης και της θρησκείας κάθε λαού. Ο πολιτισμός, η φυλή, και η εθνικότητα είναι πολύπλοκα συνδεδεμένες σημαντικές κοινωνικές ταυτότητες που επηρεάζουν τη διατροφική συμπεριφορά του ατόμου (D' Sylva&Beagan, 2011).

Οι Kittleretal (2011) αναφερόμενοι στον όρο διατροφικές συνήθειες προσπαθούν να περιγράψουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τα τρόφιμα και την πολιτιστική ταυτότητα που ενυπάρχει στις διατροφικές τους προτιμήσεις. Οι διατροφικές μας επιλογές ενσωματώνουν, το μορφωτικό επίπεδο, τη κοινωνική θέση, στοιχεία του πολιτισμού και της κοινωνίας που αλληλοεπηρεάζονται (Freedman, 2007). Η υγιεινή διατροφή στην παιδική ηλικία συντελεί στη διαμόρφωση μακροπρόθεσμων υγιεινών διατροφικών συνηθειών, καθώς ο τρόπος ζωής, διατροφής και συμπεριφοράς εδραιώνονται κατά το διάστημα αυτό χωρίς να παρουσιάζουν έντονες μεταβολές στη διάρκεια της ζωής του. Η υγιεινή διατροφή είναι το κλειδί για την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για Παιδιά και Εφήβους, 2014).

Τις τελευταίες δεκαετίες στον δυτικό κόσμο, ο επιπολασμός του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας μεταξύ των παιδιών έχει αυξηθεί δραματικά, σημειώνοντας στην χώρα μας τα υψηλότερα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας στην Ευρώπη (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2022). Η παχυσαρκία συνδέεται με προβλήματα υγείας στην παιδική ηλικία επηρεάζοντας αρνητικά την γνωσιακή, μυοσκελετική και σωματική ανάπτυξη του παιδιού και λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση ασθενειών στην ενήλικη ζωή καθώς συνδέεται άμεσα με καρδιακές και μεταβολικές διαταραχές που μπορούν να εξελιχτούν σε χρόνια νοσήματα (Maniosetal, 2022).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τα παιδιά προσφύγων και μεταναστών παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας καθώς σε σχετική έκθεσή του αναφέρει ότι φαίνεται να έχουν υψηλότερο επιπολασμό υπέρβαρου/παχυσαρκίας από τον πληθυσμό υποδοχής (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2018).

Στην σημερινή εποχή όπου η μετανάστευση βρίσκεται στο επίκεντρο του δημοσίου ενδιαφέροντος, η ανάγκη αυτή καθίσταται επιτακτική, καθώς τα παιδιά αυτά διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο νοσηρότητας που σχετίζεται με τη διατροφή λόγω πολύπλοκων μεταβλητών

όπως η επισιτιστική ανασφάλεια, οι πολιτισμικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, αλλά και κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες όπως η εθνικότητα, η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση και η εκπαίδευση. Ορισμένες από τις ασθένειες μεταξύ των προσφύγων σχετίζονται με τις κακές συνθήκες υγιεινής και με την κατανάλωση μολυσμένου νερού πριν ή κατά τη διάρκεια της μεταναστευτικής διαδικασίας. Επιπρόσθετα και η ψυχικής υγεία των παιδιών προσφύγων και μεταναστών φαίνεται να παρουσιάζει προβλήματα καθώς πολλά παιδιά εμφανίζουν άγχος και κατάθλιψη (Grimmetal., 2021).

Ειδικότερα η μετανάστευση στις δυτικές κοινωνίες φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας ως αποτέλεσμα του εγκλεισμού και των αλλαγών στον τρόπο ζωής τους, δεδομένου ότι τείνουν να εγκαταλείπουν τις παραδοσιακές διατροφικές τους συνήθειες και να υιοθετούν βαθμιαία διατροφικά πρότυπα δυτικού τύπου (Russo et al., 2014). Αντίθετα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία επικεντρώνεται στην αναζήτηση, επεξήγηση και καταγραφή της εικόνας του διατροφικού προφίλ των ομάδων αυτών, στην χώρα μας παρατηρήθηκε έλλειψη ερευνητικού υλικού σε σχέση με τις διατροφικές τους συνήθειες.

Διαμορφώνοντας τους ερευνητικούς στόχους της παρούσας εργασίας σκόπιμο θα είναι να μελετήσουμε τη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών προσφύγων και μεταναστών, τον τρόπο που αυτή εξελίσσεται μετά την άφιξή τους στην χώρα μας, καθώς και τα στοιχεία της γευστικής κουλτούρας τους που αυτά διατηρούν. Στο θεωρητικό σκέλος θα προσπαθήσουμε να προσεγγίσουμε την σημασία της διατροφής στην παιδική ηλικία, θα αναλύσουμε τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών με μεταναστευτικές εμπειρίες, αλλά και το πώς αυτές δημιουργούνται και διαμορφώνονται σε διατροφικές συμπεριφορές. Τέλος θα αναδείξουμε τη σχέση της φυσικής δραστηριότητας και τα οφέλη της στην ευεξία των παιδιών, καθώς και το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας και τις συνέπειές της.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙ

1.1 Η σημασία της σωστής διατροφής στην παιδική ηλικία

Η υγιεινή διατροφή είναι σημαντική σε όλα τα στάδια της ζωής καθορίζοντας την ολόπλευρη ανάπτυξη κι εξέλιξη του ατόμου (Vassilakou, 2021). Η παιδική ηλικία είναι ένα σημαντικό στάδιο στην ζωή του ατόμου κατά την διάρκεια του οποίου συντελούνται σημαντικές αλλαγές που αφορούν την ψυχική και σωματική ανάπτυξη και ωρίμανση του. Οι διατροφικές απαιτήσεις των παιδιών ποικίλουν ανάλογα με όλους εκείνους τους παράγοντες που επηρεάζουν τις βασικές τους ανάγκες (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για Παιδιά και Εφήβους, 2014).

Η διατροφή και η σωματική άσκηση είναι συνδεδεμένες όχι μόνο με την ανάπτυξη του παιδιού, αλλά επιπρόσθετα συμβάλλουν σημαντικά στη μακροβιότητα του ατόμου και στην πρόληψη της εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων στην ενήλικη ζωή. Συμφώνα με τα ευρήματα πολυάριθμων μελετών μείζονες συμπεριφορικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η διατροφή, η παχυσαρκία και η έλλειψη σωματικής άσκησης (Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για την Δημόσια Υγεία 2019-2022).

Ιδιαίτερα τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός ανθρώπου θεωρούνται τα πιο κρίσιμα αφού ο ρυθμός της ανάπτυξης είναι ταχύτερος από οποιαδήποτε άλλη περίοδο. Από την ηλικία των 5 έως 9 ετών ο οργανισμός βρίσκεται σε μία φάση σχετικής ύφεσης της αύξησης, επιβραδύνεται και ομαλοποιείται. Οι ενεργειακές απαιτήσεις κατά την παιδική ηλικία μειώνονται αισθητά σε σχέση με την βρεφική ηλικία και ο οργανισμός προετοιμάζεται λειτουργικά για την περίοδο της προεφηβικής και εφηβικής αναπτυξιακής έξαρσης. Ακολούθως από την ηλικία των 9 περίπου ετών τα παιδιά εισέρχονται σε μία φάση εντονότερης ανάπτυξης όπου ο οργανισμός προετοιμάζεται για την περίοδο της ολοκληρωτικής του ψυχοσωματικής ωρίμανσης κατά την εφηβεία (Ζαμπέλας, 2017).

Η ισορροπημένη διατροφή είναι εκείνη που παρέχει στον οργανισμό όλα τα συστατικά που χρειάζονται για την εύρυθμη λειτουργία και ανάπτυξή του (Sonnevile, 2018). Τα κύρια συστατικά των τροφών ανήκουν στις κατηγορίες των μακροθρεπτικών και μικροθρεπτικών συστατικών. Τα

βασικά θρεπτικά συστατικά της τροφής εξυπηρετούν πολυάριθμες λειτουργίες του οργανισμού (Thompson,etal.,2021; Ζαμπέλας,2017).

Σχήμα 1

Τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού.



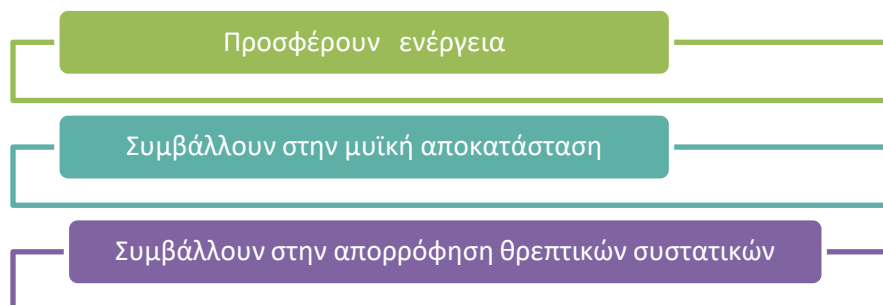
Πηγή: «Η επιστήμη της διατροφής».Thompsonetal., 2021

Μακροθρεπτικά Συστατικά

Τα μακροθρεπτικά συστατικά είναι τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται το σώμα μας σε μεγάλες ποσότητες και προσφέρουν ενέργεια. Οι υδατάνθρακες, οι πρωτεΐνες, το λίπος είναι μακροθρεπτικά συστατικά που συμβάλουν στην δομή της σύστασης του σώματος ενώ παράλληλα λειτουργούν ως καύσιμα για τις λειτουργίες του οργανισμού. Το νερό είναι επίσης ανόργανο μακροθρεπτικό συστατικό και θεωρείται το πιο σημαντικό συστατικό του σώματος, καθώς συνιστά το 60% του συνολικού σωματικού βάρους και η απώλεια του ακόμη και αν είναι σχετικά αμελητέα έχει σημαντικότερες επιπτώσεις (Thompson, etal., 2021; Ματάλα, 2015).

Εικόνα 1.1

Οι λειτουργίες των μακροθρεπτικών συστατικών στον οργανισμό.



Πηγή: Διατροφή στα στάδια της ζωής, Ζαμπέλας, 2017

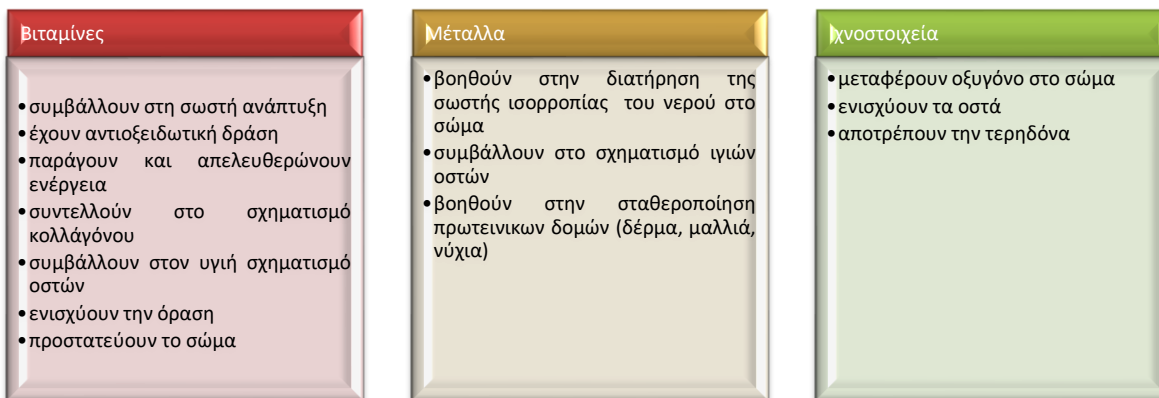
Μικροθρεπτικά Συστατικά

Τα μικροθρεπτικά συστατικά είναι απαραίτητα για τη λειτουργία του οργανισμού. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι βιταμίνες και τα ανόργανα στοιχεία. Οι βιταμίνες είναι οργανικές συνθέσεις που ρυθμίζουν διάφορες λειτουργίες του οργανισμού, ωστόσο ο αντίκτυπος τους στην υγεία του ατόμου είναι κρίσιμος αφού η ανεπάρκεια οποιουδήποτε από αυτά μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές. Έχουν ιδιαίτερη σημασία αφού δεν παράγονται από τον οργανισμό αλλά προσλαμβάνονται μέσω της διατροφής. Η ισορροπημένη διατροφή και η κατανάλωση κατάλληλων τροφών εξασφαλίζει στον οργανισμό την πρόσληψη των βιταμινών που χρειάζεται για την ομαλή του λειτουργία (Thompson, JaniceL, 2021; Ζαμπέλας ,2017).

Εικόνα 1.2

Τα μικροθρεπτικά συστατικά και οι λειτουργίες τους στον οργανισμό.

ΜΙΚΡΟΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ



Πηγή: «Διατροφή στα στάδια της ζωής», Ζαμπέλας, 2017

Μία ακόμη κατηγορία μικροθρεπτικών συστατικών που αν και προσλαμβάνεται σε μικρές ποσότητες είναι άκρως αναγκαία στον οργανισμό μας, είναι τα ανόργανα στοιχεία. Διακρίνονται στα κύρια ανόργανα στοιχεία, τα μέταλλα όπως το ασβέστιο, ο φώσφορος και τα χηνοστοιχεία όπως ο σίδηρος, ο ψευδάργυρος, το σελήνιο και το μαγγάνιο. Εκτελούν μια σειρά από λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένης της δυνατότητας του οργανισμού να παράγει ένζυμα, ορμόνες και άλλες ουσίες που απαιτούνται για την εύρυθμη ανάπτυξή του. οι ελλείψεις σε σίδηρο, βιταμίνη Α, ιώδιο είναι πιο συχνές σε παιδιά και έγκυες γυναίκες. Η διατροφή των παιδιών θα πρέπει να είναι πλήρης και να περιλαμβάνει το σύνολο των μικροθρεπτικών συστατικών για την ομαλή ανάπτυξη του (Κωσταρέλλη, 2006). Τόσο τα οργανικά όσο και τα ανόργανα στοιχεία είναι εξίσου σημαντικά για την διατήρηση της ζωής, αλλά διαφέρουν ως προς τη δομή, τις λειτουργίες και τις βασικές χημικές ιδιότητες.

Διεθνείς συστάσεις σχετικά με τη διατροφή των παιδιών

Παρακάτω θα αναφέρουμε τις εκτιμώμενες τιμές πρόσληψης των θρεπτικών συστατικών βάσει της ηλικίας του παιδιού καθώς και τις συνιστώμενες μερίδες τροφών ανά ηλικία, σύμφωνα με Διεθνείς Οργανισμούς, αποδεχόμενοι ότι δεν υπάρχει κάποια απόλυτη αναλογία μακροθρεπτικών συστατικών που να ευνοεί τη βέλτιστη πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, την ανάπτυξη, το ενεργειακό ισοζύγιο και την πρόληψη νοσημάτων στα παιδιά και τους ενήλικες. Κατά αυτόν τον τρόπο σύμφωνα με την European Food Safety Authority (EFSA) η ημερήσια πρόσληψη υδατανθράκων για παιδιά ηλικίας 4-18 ετών πρέπει να βρίσκεται στο 45-60% της ημερησίας ενεργειακής πρόσληψης. Οι πρωτεΐνες δεν πρέπει να ξεπερνούν τα 0,66γραμμ ανά κιλό βάρους ενώ το λίπος δεν πρέπει να υπερβαίνει το 35% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης. Τα κορεσμένα λιπαρά οξέα της διατροφής πρέπει να είναι όσο το δυνατόν λιγότερα όπως επίσης και τα transλιπαρά οξέα. Αντίθετα τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα ω-3 και ω-6 πρέπει να αποτελούν το 5-10% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για Παιδιά και Εφήβους, 2014).

Πίνακας 1

Εκτιμώμενες ημερήσιες ανάγκες μακροθρεπτικών συστατικών από Διεθνείς Οργανισμούς Υγείας για παιδιά και εφήβους.

Οργανισμός	Τιμές αναφοράς	Ηλικία	Υδατάνθρακες	Πρωτεΐνες	Λίπος
(EFSA, 2017)	Εύρος προσλήψεων αναφοράς	1-3	45-60 % ΕΠ	0,66γραμμ/κιλό σωματικού βάρους (από 6 μηνών)	35-40% ΕΠ
		4-18	Ενεργειακής Πρόσληψης εκ των οποίων φυτικές ίνες 2 gr/MJ		20-35% ΕΠ
(NNR, 2012)	Συνιστώμενες προσλήψεις	1-2	45-60% ΕΠ	10-15%	30-40% ΕΠ
		>2	45-60% ΕΠ Φυτικές ίνες: 2-3 gr/MJ Σάκχαρα: <10%	10-20%	25-40% ΕΠ Πολυακόρεστα ΛΟ :5-10% Ε εκ των οποίων το 1% Ω-3 Μονοακόρεστα ΛΟ: 10-20% Ε Κορεσμένα ΛΟ : <10 %

EFSA: European Food Safety Authority E: Ενεργειακή Πρόσληψη ΛΟ: Λιπαρά Οξέα gr: μονάδα μέτρησης βάρους / MJ: Μονάδα μέτρησης ενέργειας NNR: Nordic Nutrition Recommendation Authority.

Στα μικροθρεπτικά συστατικά επίσης καταγράφονται συστάσεις, ενδεικτικά αναφέρουμε κάποιες τιμές για τις βιταμίνες και τα ιχνοστοιχεία. Η βιταμίνη C ανήκει στην κατηγορία των υδατοδιαλυτών βιταμινών και είναι πολύ σημαντική για τον οργανισμό καθώς συντελεί στην καλύτερη απορρόφηση σιδήρου και στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος. Διαπιστώνεται ακόμα βάσει των συνιστώμενων τιμών πως η προσλαμβανόμενη ποσότητα πρέπει να αυξάνεται με την ηλικία. Για παιδιά ηλικίας 7-9 ετών ο Οργανισμός Τροφίμων και Γεωργίας (FAO) συστήνει την ημερησία πρόσληψη 35 mg/ημέρα, ενώ στις ηλικίες 10-18 ετών η συνιστώμενη πρόσληψη διαφοροποιείται σε 40 mg/ημέρα (EFSA, 2017). Η συνιστώμενη πρόσληψη σιδήρου φαίνεται επίσης, ότι αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία ώστε να καλύπτει τις ολόένα και μεγαλύτερες μεταβολικές ανάγκες του οργανισμού. Κατά την περίοδο της έντονης ανάπτυξης οι ανάγκες σε σίδηρο αυξάνονται κατά 2,9 και 1,1 mg ανά ημέρα στα αγόρια και στα κορίτσια αντίστοιχα. Στην προεφηβεία, οι απαιτήσεις αυξάνονται λόγω αύξησης της μυϊκής μάζας και του ολικού όγκου του αίματος. Για την κάλυψη των απαιτήσεων σε σίδηρο συστήνεται στα κορίτσια ηλικίας 11-14 ετών διαιτητική πρόσληψη σιδήρου 18mg/ημερησίως (EFSA,2017). Όσον αφορά την πρόσληψη ασβεστίου υπάρχουν μεγάλες διαφορές στην συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη μεταξύ των ατόμων. Οι συστάσεις για ασβέστιο αυξάνονται με βάση την ηλικία και ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 9 ετών έως και την εφηβεία όπου φτάνουν στις υψηλότερες συνιστώμενες ποσότητες. Σύμφωνα με πρόσφατα αποτελέσματα της μελέτης NHANES στις ΗΠΑ, φαίνεται ότι η πρόσληψη ασβεστίου αποτελεί πρόβλημα, ιδιαίτερα σε κορίτσια ηλικίας 9-18 ετών καθώς σε αρκετές ομάδες πληθυσμού παρατηρούνται ανεπάρκειες. Δεδομένα της χώρας μας δείχνουν πως η βασική πηγή ασβεστίου σε παιδιά ηλικίας 9-13 ετών είναι τα γαλακτοκομικά προϊόντα σε ποσοστό 65% ενώ αμέσως μετά ανευρίσκονται τα αμυλούχα τρόφιμα (Ζαμπέλας,2017).

Πίνακας 1.2

Εκτιμώμενες ημερήσιες ανάγκες μικροθρεπτικών συστατικών από Διεθνείς Οργανισμούς Υγείας
για παιδιά και εφήβους

Οργανισμός	Ηλικία	Φύλο	Βιταμίνη C mg/ ημέρα	Βιταμίνη D mg/ ημέρα	Ασβέστιο mg/ημέρα	Σίδηρος mg/ημέρα
(EFSA,2017) Συνιστώμενες ημερήσιες προσλήψεις	4-6	A &K	25	15	680	7
	7-10	A&K	40	15	800	11
	10-17	A	70	15	960	11
	11-14	K	60	15	1150	13
	15-17	A	80	15		
		K	75	15		
(NNR 2012)	1-2	A & K	25	10	600	8
	2-5	A & K	30	10	600	8
	6-9	A & K	40	10	700	9
	10-13	A	50	10	900	11
		K	50	10	900	11
	14-17	A	75	10	900	11
		K	75	10	900	15

FAO: Food and Agriculture Organization, NNR: Nordic Nutrition Recommendation A: Αγόρι/ K: Κορίτσι, mg: μονάδα μέτρησης βάρους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών στην Ελλάδα φαίνεται ότι η πρόσληψη ενέργειας των παιδιών και των προεφήβων είναι εντός των συστάσεων των διεθνών οργανισμών. Στοιχεία από μελέτη σχετικά με την πρόσληψη μακροθρεπτικών συστατικών σε σχέση με τις διεθνείς συστάσεις δείχνουν ότι τα παιδιά στην Ελλάδα φαίνεται να καλύπτουν τις ανάγκες τους σε πρωτεΐνες ενώ το ποσοστό συνεισφοράς των λιπαρών στην ενεργειακή πρόσληψη είναι πολύ υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό που παρατηρείται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, κυρίως λόγω της υψηλής πρόσληψης μονοακόρεστων λιπαρών. Ωστόσο, παρατηρείται ένα πολύ μεγάλο ποσοστό παιδιών που ξεπερνούν το συνιστώμενο όριο του 10% της ενεργειακής πρόσληψης από κορεσμένα λιπαρά με την πλειοψηφία να μην καλύπτει τις ανάγκες του οργανισμού τόσο σε πολυακόρεστα λιπαρά όσο και σε υδατάνθρακες. Σχετικά με την πρόσληψη πρόσθετων σακχάρων για το 44% των παιδιών η μέση ημερήσια πρόσληψη πρόσθετων σακχάρων ξεπερνά το 10% της ενεργειακής πρόσληψης (Farajian et al.,2013). Την τελευταία δεκαετία η συνεχώς αυξανόμενη πρόσληψη των

σακχάρων έχει απασχολήσει την ερευνητική κοινότητα καθώς έχει συσχετιστεί με την υποβάθμιση της διατροφής των παιδιών, την χαμηλότερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, καθώς και την εμφάνιση της τερηδόνας (Yosida & Simoes, 2018). Επίσης, ερευνάται η πιθανή επίδρασή τους στον κίνδυνο παχυσαρκίας και στην συσχέτιση τους με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Παράλληλα πάνω από το 50% των εφήβων παρουσιάζει ανεπαρκείς ποσότητες πρόσληψης βιταμινών και ιχνοστοιχείων (Klimis- Zacas et al., 2007).

Κάθε οργανισμός χρειάζεται επαρκείς ποσότητες από ποικιλία τροφών όπως φρούτα, λαχανικά, δημητριακά ολικής άλεσης, γάλα, γαλακτοκομικά προϊόντα, κρέας, ψάρι πουλερικά. Συστήνεται για τα παιδιά και τους εφήβους ο δεκάλογος της υγιεινής διατροφής ο οποίος περιλαμβάνει 3 κύρια γεύματα την ημέρα και τουλάχιστον ένα μικρό γεύμα ενώ τονίζει την σημασία του πρωινού και την καλή ενυδάτωση (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για Παιδιά και Εφήβους, 2014).

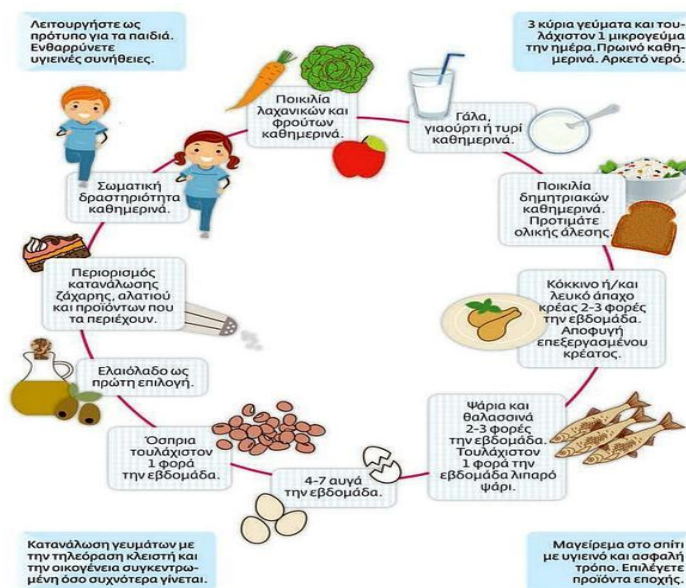
Το παιδί πρέπει να καταναλώνει ποικιλία φρούτων και λαχανικών καθημερινά και να συμπεριλαμβάνονται τα λαχανικά σε κάθε κύριο γεύμα του με την ηλικία να παίζει και εδώ σημαντικό ρόλο στις ποσότητες που πρέπει να καταναλώνονται. Ενδεικτικά για παιδιά ηλικίας 4-8 ετών η κατανάλωση λαχανικών πρέπει να είναι 1-2 μερίδες την ημέρα και σε παιδιά 9-13 ετών 2-3 μερίδες την ημέρα. Τα φρούτα και τα λαχανικά αποτελούν πρωταρχική πηγή βιταμίνης Α και βιταμίνης C, ενώ περιέχουν και άλλα θρεπτικά συστατικά όπως βιταμίνες του συμπλέγματος Β, ιχνοστοιχεία, αντιοξειδωτικά και φυτικές ίνες. Το ψωμί και τα δημητριακά αποτελούν εξαιρετική πηγή βιταμινών του συμπλέγματος Β και αναφέρονται ως βασική πηγή πρόσληψης φυτικών ινών και ιχνοστοιχείων όπως το μαγνήσιο. Συνίσταται από τους ειδικούς η μισή τουλάχιστον ποσότητα δημητριακών και ψωμιού που καταναλώνεται να είναι ολικής άλεσης.

Τα γαλακτοκομικά προϊόντα και ιδιαίτερα το γάλα παρέχουν στον οργανισμό πρωτεΐνη και αποτελούν πρωταρχική πηγή ασβεστίου και βιταμίνης D. Η ημερήσια κατανάλωση γάλακτος εξαρτάται από την ηλικία των παιδιών. Συστήνεται από τον Διατροφικό Οδηγό σε παιδιά ηλικίας 4-8 ετών να καταναλώνονται 2-3 μερίδες καθημερινά και σε παιδιά ηλικίας 9-13 ετών να καταναλώνονται 3-4 μερίδες καθημερινά. Τροφές από την ομάδα του κρέατος είναι επίσης καλές πηγές πρωτεΐνης, σιδήρου και ιχνοστοιχείων απαραίτητων στον οργανισμό όπως ο ψευδάργυρος και θα πρέπει να περιλαμβάνονται τουλάχιστον 2-3 μερίδες κρέατος σε εβδομαδιαία βάση. Τα όσπρια περιέχουν βιταμίνες μέταλλα και ιχνοστοιχεία απαραίτητα για τον οργανισμό και προτείνεται να καταναλώνονται τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Ακόμα, δεν θα πρέπει να

παραλείπεται η κατανάλωση αυγών με συνιστώμενη κατανάλωση τα 4 έως 7 αυγά την εβδομάδα. Ψάρια και θαλασσινά είναι τροφές πλούσιες σε ω-3 λιπαρά οξέα και πρέπει να περιλαμβάνονται στο διαιτολόγιο τουλάχιστον 2 έως 3 φορές την εβδομάδα. Στα λίπη και έλαια συστήνεται να προτιμάται το ελαιόλαδο τόσο στο μαγείρεμα όσο και στις σαλάτες και να περιορίζεται η κατανάλωση βουτύρου και διαφόρων προστιθέμενων λιπών ζωικής προέλευσης. Τέλος η κατανάλωση αλατιού και ζάχαρης οφείλει να είναι η ελάχιστη δυνατή σε αντίθεση με το νερό που πρέπει να είναι αρκετό κατά την διάρκεια της ημέρας. Συγκεκριμένα, συστήνεται στα παιδιά να καταναλώνουν 8 έως 10 ποτήρια την ημέρα ανάλογα και με την φυσική τους δραστηριότητα (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για Παιδιά και Εφήβους, 2014).

Εικόνα 1.3.1

Ο «Δεκάλογος» της Υγιεινής Διατροφής των παιδιών.



Πηγή: Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για παιδιά και εφήβους, 2014

Η μεσογειακή διατροφή αναφέρεται στον τρόπο διατροφής των λαών της Μεσογείου, και αποτελεί ένα από τα στοιχεία ενός υγιεινού τρόπου ζωής που εμπνεύστηκε από την ζωή των κατοίκων της Μεσογείου, δίνοντας έμφαση κυρίως στην κατανάλωση οσπρίων, φρούτων, λαχανικών, καθώς και του ελαιολάδου. Στο διεθνές συνέδριο σχετικά με την διατροφή στην Μεσόγειο το 1993

δημιουργήθηκε η πρώτη πυραμίδα «Μεσογειακής Διατροφής» προκειμένου να καταγραφεί για κάθε τρόφιμο η συνιστώμενη ποσότητα κατανάλωσής του σε μηνιαία, εβδομαδιαία και ημερήσια βάση. Η μεσογειακή πυραμίδα διατροφής στην βάση της περιλαμβάνει τις βασικές τροφές φυτικής προέλευσης όπως δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, όσπρια, καρπούς, ελιές τα οποία συστήνεται να καταναλώνονται σε μεγαλύτερη αναλογία και συχνότητα. Στο επόμενο επίπεδο βρίσκονται τροφές με σύσταση για μέτρια κατανάλωση όπως τα γαλακτοκομικά προϊόντα, αυγά και τα ψάρια. Ακολούθως στο ανώτερο επίπεδο της πυραμίδας περιλαμβάνονται τροφές με την μικρότερη συνιστώμενη κατανάλωση όπως το κρέας, οι τροφές πλούσιες σε σάκχαρα και το λίπος. Η μεσογειακή Διατροφή αποτελεί πρότυπο μοντέλο για την υγιεινή διατροφή καθώς συνδέεται με την μακροζωία και την μειωμένη εμφάνιση διαφόρων μη μεταδιδόμενων ασθενειών (Serra-Majem,2020).

Εικόνα 1.3.2

«Μεσογειακή πυραμίδα Διατροφής»



Πηγή: Serra -Majem, 2020

1.2 Η σημασία της φυσικής άσκησης στην παιδική ηλικία

Από την παιδική ηλικία η φυσική δραστηριότητα αποτελεί βασικό στοιχείο στην ζωή των παιδιών συμβάλλοντας στην πολύπλευρη ανάπτυξή τους (Sternberg, 2011). Η κινητική ανάπτυξη του παιδιού αποτελεί μια σύνθετη διεργασία η οποία περιλαμβάνει την αμφίδρομη σχέση της σωματικής και νοητικής ανάπτυξης. Το νήπιο αναπτύσσει και αποκτά τον έλεγχο των βασικών κινητικών δεξιοτήτων, ανακαλύπτοντας το περιβάλλον σε σχέση με το σώμα του. Αργότερα στην σχολική ηλικία τα παιδιά κατακτούν εξειδικευμένες κινήσεις και επιλέγουν κινητικές δραστηριότητες τις οποίες χρησιμοποιούν στην καθημερινότητά τους, είτε για να συναγωνιστούν, είτε για ψυχαγωγηθούν (Alves, 2019).

Ως φυσική δραστηριότητα ορίζουμε κάθε μορφή κινητικής δραστηριότητας στην οποία ενεργοποιούνται μεγάλες μυϊκές ομάδες του σώματος (WHO, 2020). Σύμφωνα με τους Ward, Saunders και Pate (2007), η φυσική δραστηριότητα αποτελεί σύνθετη συμπεριφορά, η οποία εκδηλώνεται με πολλούς τρόπους, σε αναρίθμητα περιβάλλοντα και για ποικίλους λόγους. Έτσι, οι αθλητικές δραστηριότητες και κάθε είδους σωματική άσκηση αποτελούν φυσικές δραστηριότητες, σε αυτή την κατηγορία συγκαταλέγονται ο περίπατος, οι μετακινήσεις με τα πόδια ή το ποδήλατο, οι εργασίες στο σπίτι ή στον κήπο, η σωματική εργασία σε διάφορα επαγγέλματα, καθώς και οι υπαίθριες δραστηριότητες ή σπορ αναψυχής (WHO, 2020). Η καθημερινότητα των παιδιών αποτελείται από διαφορετικά είδη φυσικής δραστηριότητας ανάλογα με την ηλικιακή περίοδο στην οποία βρίσκονται. Στην προσχολική ηλικία οι δραστηριότητες και οι ασχολίες των παιδιών περιλαμβάνουν την άσκηση δια μέσου του παιχνιδιού καθώς και άλλες δραστηριότητες, οι οποίες πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου (Crossati, 2016). Στην σχολική ηλικία μέσω της φυσικής δραστηριότητας, ενισχύεται η σωματική διάπλαση του παιδιού σε μια περίοδο σημαντική για τη βιολογική του ανάπτυξη. Τα παιδιά έχουν την ικανότητα να ελέγχουν επαρκώς την ισορροπία τους, να εκτελούν σύνθετες ασκήσεις και να μετέχουν σε ατομικές και ομαδικές δραστηριότητες με στόχο την ψυχαγωγία, τη μάθηση και την κοινωνικοποίηση τους (Δημητρίου, 2009).

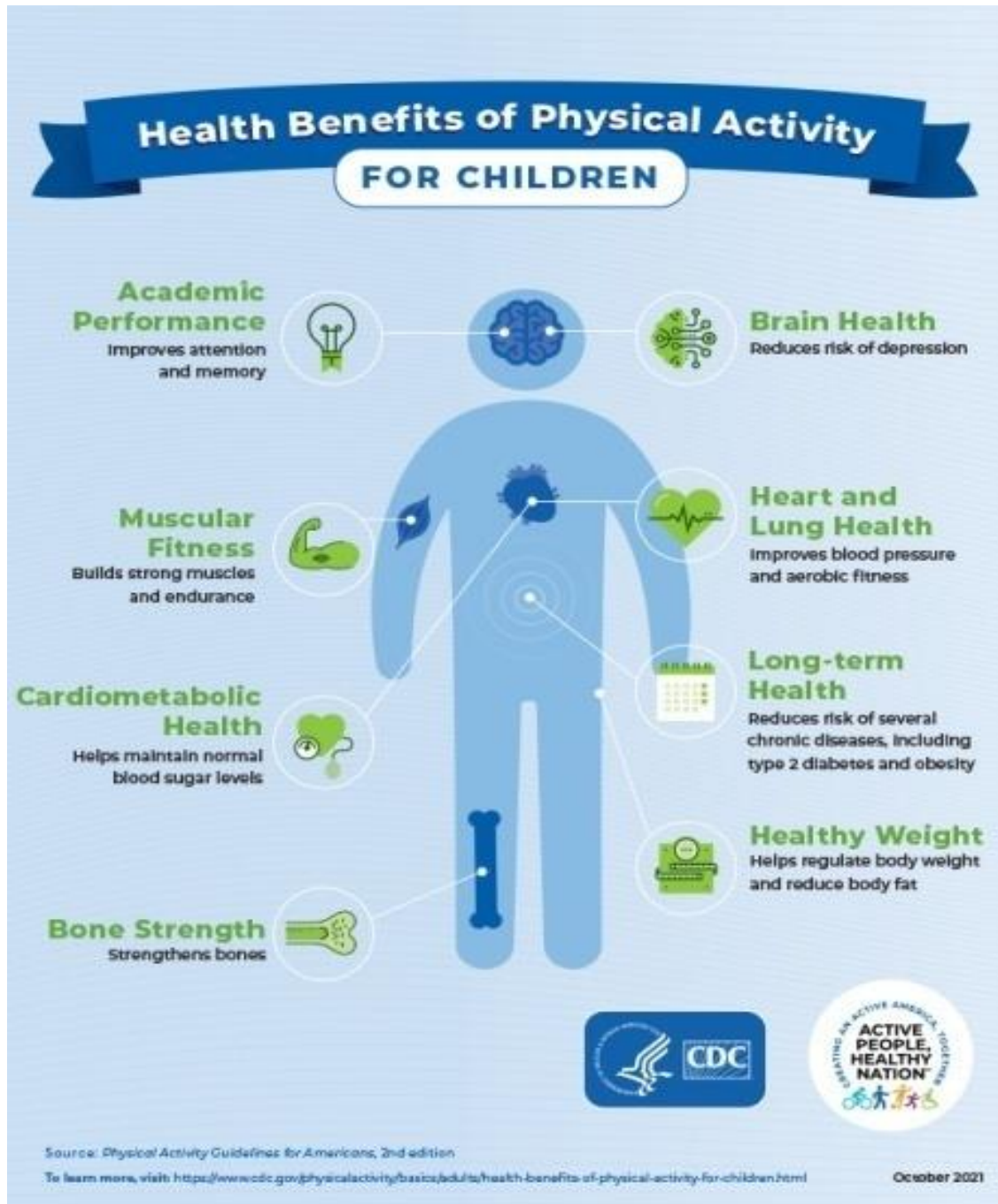
Τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας στο παιδί είναι πολλαπλά και αφορούν πολλούς τομείς της ζωής του, συνοδεύονται από πληθώρα θετικών επιδράσεων, οι οποίες σχετίζονται άμεσα με την σωματική και την ψυχολογική τους ευεξία (Warburton, 2016). Το παιδί αναπτύσσεται με το παιχνίδι και την άσκηση όχι μόνο σωματικά αλλά και νοητικά, κοινωνικο-συναισθηματικά και

ψυχοκινητικά (Δημητρίου, 2009). Μέσω της φυσικής δραστηριότητας, ενισχύεται η σωματική του διάπλαση, αναπτύσσει περισσότερο τις κινητικές του ικανότητες και μπορεί να ελέγξει καλύτερα το σώμα και τις κινήσεις του. Το σώμα μέσω της άσκησης καθίσταται πιο υγιές, αποκτά μεγαλύτερη δύναμη και φυσική αντοχή, ενώ βελτιώνεται η στάση του σώματος και η ισορροπία. Επιπλέον, ενισχύεται η καρδιομεταβολική λειτουργία του, βελτιώνεται η υγεία των οστών και ελέγχονται τα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος προστατεύοντας, σε συνδυασμό με την υγιεινή διατροφή από την παχυσαρκία (Miko et al., 2020).

Η άσκηση επηρεάζει την νοητική εξέλιξη του παιδιού μέσω της παρατήρησης, του πειραματισμού και της κριτικής σκέψης (Δημητρίου, 2009). Το γνωστικό κομμάτι και οι σχολικές επιδόσεις φαίνεται να επηρεάζονται εξίσου θετικά καθώς μέσα από την άσκηση αυξάνεται η ροή του αίματος και του οξυγόνου προς τον εγκέφαλο, οδηγώντας στη βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών (Hötting & Röder, 2013). Πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά ηλικίας 12 ετών αναφέρει ότι η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας κατά δύο ώρες ανά εβδομάδα συσχετίστηκε με διπλάσια πιθανότητα καλής απόδοσης των μαθητών σε σχέση με αυτούς που δεν μετείχαν της παρέμβασης. Επίσης, τα παιδιά αντιλαμβάνονται τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης και το ρόλο τους μέσα σε μια ομάδα, αναπτύσσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες και προσδιορίζονται μέσα σε ομάδες (Τζέτζης, Κακαμούκας, Γούδας, & Τσορμπατζούδης, 2005). Έτσι ανακαλύπτουν τον εαυτό του όσο και το φυσικό περιβάλλον στο οποίο κινούνται (Zachoroulou et al., 2006). Ακόμη με το παιχνίδι, και την φυσική δραστηριότητα δίνεται στο παιδί η ευκαιρία να αναπτύξει τη δημιουργικότητά του, την ατομικότητα, την αυτονομία του και την ικανότητα να θέτει στόχους (Hausenblas & Fallon, 2006). Η άσκηση δημιουργεί το κατάλληλο έδαφος για να ενδυναμώσουν τα παιδιά την αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμησή τους, να ελέγξουν το άγχος τους, να αυξήσουν την ψυχική τους αντοχή και την ικανότητα προσαρμογής τους σε νέες συνθήκες (Gonni et al., 2000; Hallal et al., 2006).

Εικόνα 1.4

Τα οφέλη της φυσικής άσκησης στην ζωή ενός παιδιού.



Πηγή: <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/adults/health-benefits-of-physical-activity-for-children.html>

Διεθνείς συστάσεις σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα

Το 2010, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) δημοσίευσε συστάσεις σχετικά με τη φυσική δραστηριότητα και υγεία. Η πρώτη περιλάμβανε κατευθυντήριες γραμμές δημόσιας υγείας για παιδιά και εφήβους, ενήλικες και άτομα τρίτης ηλικίας. Το 2019, ο ΠΟΥ δημοσίευσε νέες Οδηγίες που αναφέρονταν στη φυσική δραστηριότητα, στην καθιστική συμπεριφορά και στον ύπνο των παιδιών ηλικίας κάτω των 5 ετών με σκοπό τον τερματισμό της παιδικής παχυσαρκίας και την ενημέρωση των νέων σχετικά με τη σωματική δραστηριότητα και την υγεία (WHO, 2010 & 2019). Οι κατευθυντήριες γραμμές για το 2020 βασίστηκαν στις πιο πρόσφατες εξελίξεις. Σκοπός τους ήταν να παρέχουν συστάσεις που αφορούσαν την συχνότητα και το είδος της σωματικής άσκησης στον γενικό πληθυσμό και σε υπομάδες του πληθυσμού όπως οι έγκυες γυναίκες και άτομα με χρόνιες παθήσεις ή αναπηρία. Οι κατευθυντήριες γραμμές που αφορούν τα παιδιά και τους εφήβους, αναφέρουν πως η σωματική δραστηριότητα συνεισφέρει στην συνολική υγεία του ατόμου βελτιώνοντας την φυσική κατάσταση, την καρδιομεταβολική υγεία, την υγεία των οστών, ενώ επιφέρει θετικά αποτελέσματα, στην γνωστική λειτουργία, την ισορροπημένη ψυχική υγεία και την μείωση του κινδύνου εμφάνισης της παχυσαρκίας (WHO, 2020). Εντοπίζονται επίσης αξιοσημείωτες ανισότητες όσο αναφορά το φύλο με τα δεδομένα να δείχνουν ότι στις περισσότερες χώρες τα κορίτσια και οι γυναίκες είναι λιγότερα δραστήρια από τα αγόρια και τους άνδρες, ενώ παράλληλα υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας μεταξύ του υψηλότερου και χαμηλότερου οικονομικού επιπέδου (WHO, 2010).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η παρουσία της οποιαδήποτε σωματικής δραστηριότητας στο πρόγραμμα ενός ατόμου είναι προτιμότερη από την απουσία της. Έτσι ακόμα και επιλογές ήπιας φυσικής άσκησης, όπως το περπάτημα ή ένας περίπατος στο πάρκο, φαίνεται να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα. Συνιστάται στα παιδιά και τους εφήβους να παραμένουν δραστήρια καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας, και προτείνεται να κάνουν τουλάχιστον 60 λεπτά την ημέρα μέτριας έως έντονης έντασης, κυρίως αερόβια, σωματική δραστηριότητα. Επίσης, αερόβιες δραστηριότητες έντονης έντασης οι οποίες ενισχύουν τους μυς και τα οστά, πρέπει να ενσωματώνονται στο πρόγραμμα των παιδιών τουλάχιστον 3 ημέρες την εβδομάδα. Τα παιδιά και οι έφηβοι πρέπει να ξεκινούν κάνοντας σταδιακά από χαμηλό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας και σταδιακά να αυξάνουν τη συχνότητα, την ένταση και την διάρκεια. Σε αντιδιαστολή οφείλουν να περιορίζουν τον χρόνο που δαπανούν σε καθιστικές δραστηριότητες όπως είναι η ψυχαγωγία

μπροστά σε οθόνες. Τέλος, είναι σημαντικό να παρέχονται σε όλα τα παιδιά και τους εφήβους ασφαλείς και ισότιμες ευκαιρίες συμμετοχής σε σωματικές δραστηριότητες, που τους είναι ευχάριστες, και κατάλληλα επιλεγμένες για την ηλικία και τις ικανότητές τους (WHO, 2020).

Πυραμίδα φυσικής άσκηση των παιδιών

Ένας διαφορετικός τρόπος αποτύπωσης των συστάσεων για την φυσική δραστηριότητα είναι η πυραμίδα στη βάση της οποίας βρίσκονται δραστηριότητες που θα πρέπει να εκτελούνται σε καθημερινή βάση από τα παιδιά, και πραγματοποιούνται με σχετική ευκολία, όπως βόλτες με το ποδήλατο, δουλειές σπιτιού, η διαδρομή για το σχολείο, το ελεύθερο παιχνίδι σε υπαίθριους χώρους. Σε δεύτερο επίπεδο παρουσιάζονται δραστηριότητες και ομαδικά αθλήματα- παιχνίδια με τα οποία συστήνεται στα παιδιά να ασχολούνται 3 έως 5 ημέρες την εβδομάδα. Σε αυτές τις δραστηριότητες ανήκουν το τρέξιμο, η κολύμβηση, καθώς και όλα τα ομαδικά αθλήματα- παιχνίδια. Η ένταση τους συστήνεται να είναι μέτρια κλίμακας ούτως ώστε να προκαλείται στα παιδιά λαχάνιασμα, και η διάρκειά τους θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 20 συνεχόμενα λεπτά. Το αμέσως επόμενο επίπεδο, περιλαμβάνει ασκήσεις ενδυνάμωσης και ευλυγισίας. Για τη μεν ενδυνάμωση, οι ασκήσεις θα πρέπει να πραγματοποιούνται 2 έως 3 φορές την εβδομάδα, για τη δε ευλυγισία, θα πρέπει να εκτελούνται σχεδόν καθημερινά, λίγο πριν ή αμέσως μετά από το τέλος της βασικής φυσικής δραστηριότητας, με μέση διάρκεια άσκησης τουλάχιστον 20 δευτερόλεπτα. Τέλος, στην κορυφή της πυραμίδας συναντώνται οι καθιστικές δραστηριότητες, οι οποίες θα πρέπει να εντάσσονται στο πρόγραμμα του παιδιού όσο το δυνατό λιγότερο, ιδανικά μέχρι 1-2 ώρες ημερησίως. Σε αυτή την κατηγορία αναφέρονται δραστηριότητες που συντελούν στην αδράνεια του σώματος όπως η παρακολούθηση τηλεόρασης, τα βιντεοπαιχνίδια και η ενασχόληση με τον υπολογιστή.

Εικόνα 1.5

Η Πυραμίδα της Φυσικής Δραστηριότητας των παιδιών.



Πηγή: <https://eyzhn.edu.gr/the-pyramid-of-physical-activity/>

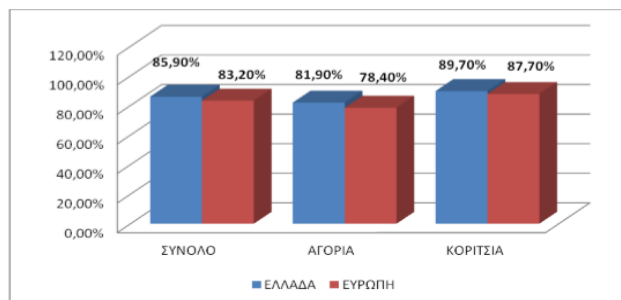
Την τελευταία δεκαετία ο σύγχρονος τρόπος ζωής δημιουργεί μια καθημερινότητα η οποία χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη σωματικής αδράνειας και καθιστικής ζωής. Παρόλα τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας στην ζωή μας, διαπιστώνεται σύμφωνα με παγκόσμιες εκτιμήσεις πως το 27,5% των ενηλίκων και το 81% των εφήβων δεν πληρούν τις συστάσεις που αφορούν τη φυσική δραστηριότητα ενώ πρόσφατες έρευνες της ευρωπαϊκής περιφέρειας δείχνουν ότι πάνω από το 50% του πληθυσμού δεν ασκείται. Σε έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ, παρατηρήθηκε ότι το μόνο 77% των παιδιών, ηλικίας 9-13 ετών, κατά τη διάρκεια της εβδομάδας συμμετείχαν στον ελεύθερο τους χρόνο σε κάποια φυσική δραστηριότητα, σε αντίθεση με το 25% των μαθητών γυμνασίου όπου δεν μετείχαν σε καμία έντονη φυσική δραστηριότητα (CDC, 2007).

Ένας από τους παράγοντες που συσχετίζεται με τη μείωση της συμμετοχής των παιδιών σε φυσικές δραστηριότητες αφορά την ηλικία. Έρευνες αναφέρουν ότι όσο τα παιδιά μεγαλώνουν μειώνεται και ο χρόνος συμμετοχής τους σε φυσικές δραστηριότητες. (CDC, 2007; Telema & Yang, 2000). Το 2010, αναφέρεται ότι το 85,9% των μαθητών ηλικίας 11 έως 17 ετών είχαν ανεπαρκή σωματική δραστηριότητα, ενώ τα κορίτσια της ίδιας ηλικιακής ομάδας παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά ανεπαρκούς σωματικής άσκησης σε σχέση με τα αγόρια, με τα ποσοστά να είναι 81,9% και 89,7% αντίστοιχα, ενισχύοντας την διαπίστωση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στα δυο φύλα (WHO, 2010).

Διάγραμμα 1

Η Σωματική δραστηριότητα των παιδιών σε σχέση με το φύλο.

Ποσοστό (%) των μαθητών ηλικίας 11 - 17 ετών που παρουσιάζουν ανεπαρκή σωματική δραστηριότητα σε καθημερινή βάση στην Ελλάδα και στην Ευρώπη (2010), συνολικά και ανάλογα με το φύλο.

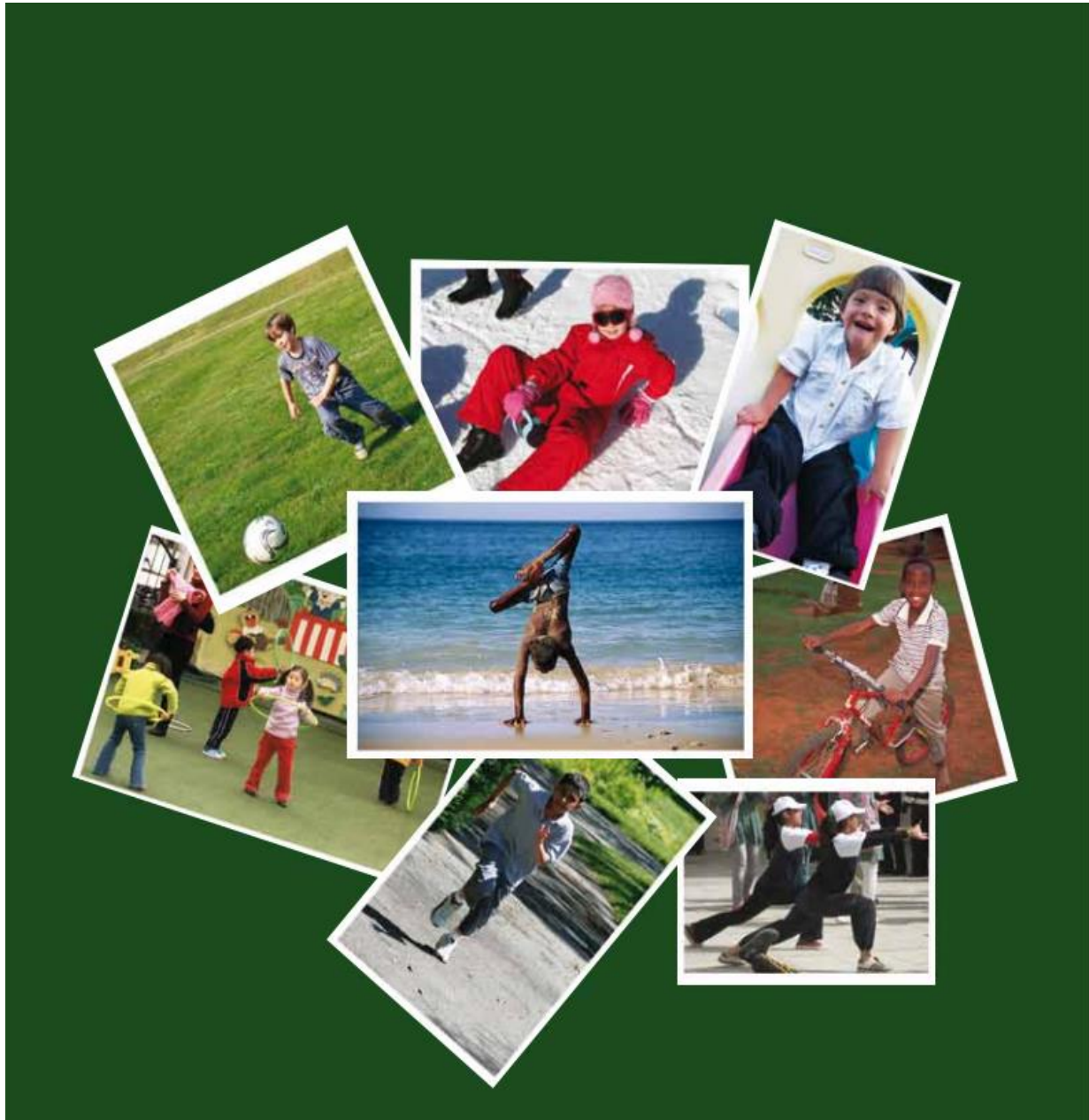


Πηγή: WHO (2013)

Ευρωπαϊκή έρευνα, στην οποία συμμετείχαν παιδιά ηλικίας 11,13 και 15 ετών σχετικά με την καθημερινή συμμετοχή σε μέτρια έως έντονη φυσική άσκηση, διαπίστωσε ότι το ποσοστό στην χώρα μας συμπεριλαμβανομένων και των τριών ηλικιακών ομάδων είναι χαμηλότερο τόσο στο σύνολο όσο και αναλογικά του φύλου σε αντιδιαστολή με τους αντίστοιχους μέσους όρους των άλλων χωρών. Βρέθηκε επίσης ότι μόνο 1 στους 3 έφηβους (36%) δραστηριοποιείται με μέση διάρκεια τη 1 ώρα τουλάχιστον 5 ημέρες την τελευταία εβδομάδα (ΕΠΠΥ, 2014). Ακόμα, σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε σε 5 ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, και είχε σκοπό να αξιολογήσει την φυσική δραστηριότητα και την καθιστική ζωή παιδιών ηλικίας 10-12 ετών κατά τη διάρκεια της σχολικής ημέρας, διαπιστώθηκε ότι το 63% των μαθητών στην χώρα μας δαπανούσαν το σχολικό τους χρόνο σε καθιστικές δραστηριότητες, τα κορίτσια εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά σωματικής αδράνειας από τα αγόρια, και συγκεκριμένα 66% έναντι 61% (Υπουργείο Υγείας- Αγωγή Υγείας, 2020). Επίσης, ο μέσος χρόνος που δαπανήθηκε για δραστηριότητες μέτριας προς υψηλής έντασης στο σχολικό περιβάλλον δεν ξεπερνούσαν τα 16 λεπτά την ημέρα. Το ποσοστό ενασχόλησής τους με τις συγκεκριμένες δραστηριότητες για τουλάχιστον 30 λεπτά ημερησίως, ήταν 6% για τα αγόρια και 4% για τα κορίτσια (Υπουργείο Υγείας- Αγωγή Υγείας, 2020). Οι περισσότερες μελέτες υποδεικνύουν ότι η σωματική άσκηση προστατεύει από την αύξηση του σωματικού βάρους και την παχυσαρκία (Doak et al, 2006). Σύμφωνα με τις μελέτες, η συμμόρφωση των παιδιών με τις προτεινόμενες συστάσεις σωματικής δραστηριότητας σε συνδυασμό με τη διατροφή, μειώνει κατά το ήμισυ της πιθανότητας εμφάνισης υπέρβαρου και παχυσαρκίας. (Kovacs et al., 2015). Αντίθετα ο καθιστικός τρόπος ζωής των παιδιών επιφέρει αρνητικές συνέπειες για την συνολική τους υγεία (WHO, 2020). Σε έρευνα στην οποία συμμετείχαν παιδιά ηλικίας 10-16 ετών από 34 χώρες βρέθηκε ότι το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητάς τους ήταν πολύ χαμηλότερο στα υπέρβαρα παιδιά ενώ οι ώρες τηλεθέασης και ενασχόλησης με μια οθόνη ήταν αυξημένες σε σχέση με αυτά που διατηρούσαν φυσιολογικό βάρος (Janssen et al.,2005).

Εικόνα 1.6

Η φυσική δραστηριότητα στη ζωή ενός παιδιού.



Πηγή: WHO, 2010

1.3 Παιδική Παχυσαρκία

Ορισμός

Η παιδική παχυσαρκία θεωρείται το βασικότερο παιδιατρικό πρόβλημα δημόσιας υγείας που παρατηρείται στα αναπτυγμένα κράτη και συσχετίζεται με σοβαρά κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα. Ως παχυσαρκία ορίζεται η αυξημένη συσσώρευση λίπους στο ανθρώπινο σώμα, που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία του ατόμου (WHO, 2015). Αναγνωρίστηκε ως νόσος πριν από περίπου μισό αιώνα και πλέον αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας παγκοσμίως. Ουσιαστικά η παχυσαρκία οφείλεται σε ένα μακροχρόνιο θετικό ενεργειακό ισοζύγιο που προκύπτει όταν η προσλαμβανόμενη από τον οργανισμό ενέργεια είναι περισσότερη από αυτή που καταναλώνεται απορρυθμίζοντας το ενεργειακό ισοζύγιο. Ως αποτέλεσμα η περίσσεια ενέργειας αποθηκεύεται με τη μορφή λίπους και η συστηματική συσσώρευσή του οδηγεί στην εμφάνιση της παχυσαρκίας (Gibney et al., 2013). Η εκτίμηση του βαθμού της παχυσαρκίας γίνεται σύμφωνα με το ΔΜΣ (Δείκτη Μάζας Σώματος), που μετρά το σωματικό βάρος σε σχέση με το ύψος εκτιμώντας έμμεσα τη ποσότητα λίπους στο σώμα (WHO, 2000).

Πίνακας 1.3

Τιμές αναφοράς για τον Δείκτη Μάζας Σώματος στους ενήλικες.

Τιμές αναφοράς δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) kg/m ²	Κατάταξη σωματικού βάρους
<18,5	Λιποβαρές
18,5-24,9	Φυσιολογικό
25-29,9	Υπέρβαρο
30-34,9	Παχυσαρκία 1 ^{ου} βαθμού
35-39,9	Παχυσαρκία 2 ^{ου} βαθμού
≥40	Παχυσαρκία 3 ^{ου} βαθμού

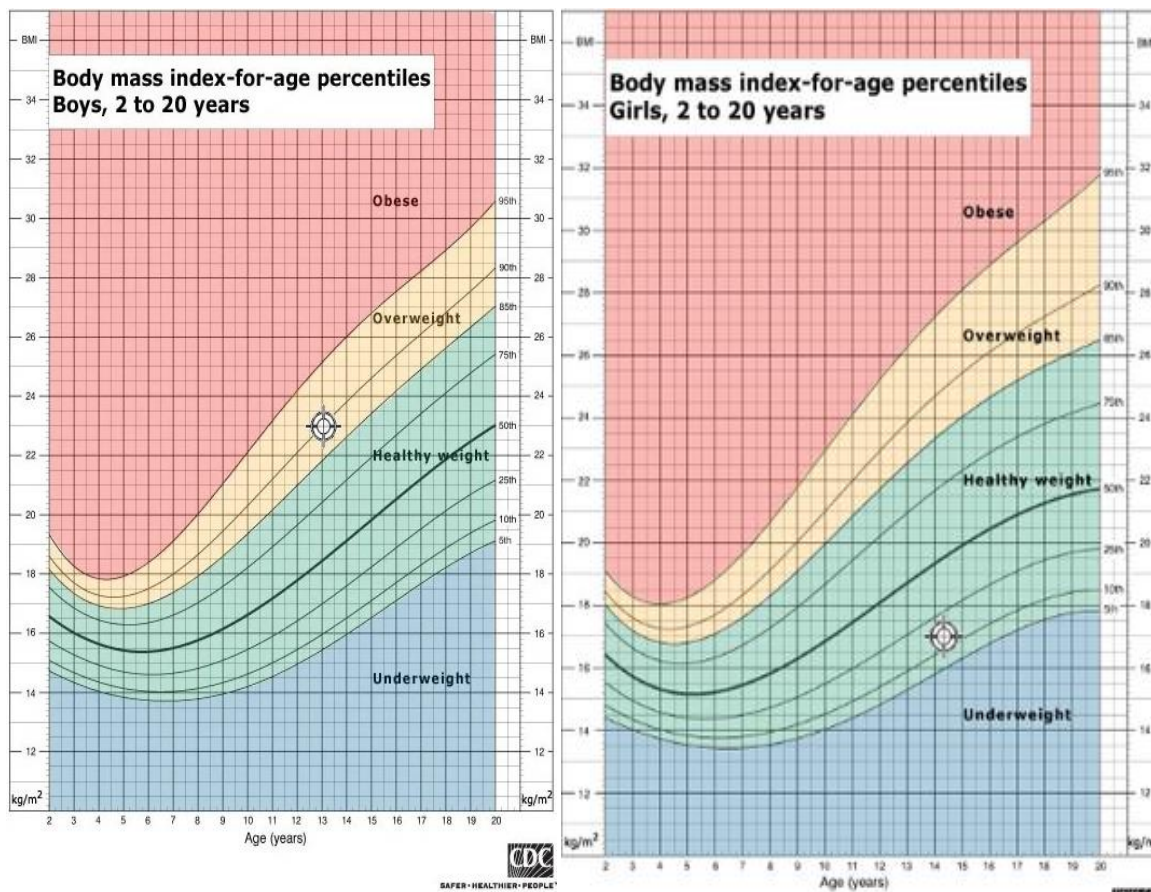
Πηγή :WHO, 2000

Στα παιδιά και στους εφήβους ο ΔΜΣ δεν μπορεί να λειτουργήσει ως ακριβές μέτρο για την εκτίμηση του βαθμού της παχυσαρκίας αφού αντικατοπτρίζει τόσο την άλυπη μάζα του σώματος όσο και το λιπώδη ιστό. Για την αξιολόγηση της παχυσαρκίας στα παιδιά χρησιμοποιούνται άλλες

κλίμακες οι τιμές των οποίων διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο και την ηλικία. Επιπλέον η μέτρηση της περιμέτρου της μέσης αποτελεί εύκολο τρόπο εκτίμησης της κεντρικής παχυσαρκίας χωρίς όμως να υπάρχουν σαφώς αποδεκτά όρια καθορισμού του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας ειδικά στα παιδιά και στους εφήβους (Cole & Lobstein, 2012). Παρακάτω παρουσιάζονται διαγράμματα ανάπτυξης που αποτυπώνουν το επίπεδο και τον ρυθμό ανάπτυξης των παιδιών και χαρακτηρίζουν ένα παιδί ως λιποβαρές, νορμοβαρές, υπέρβαρο ή παχύσαρκο. Καταγράφεται το σημείο στο οποίο αντιστοιχεί ο δείκτης μάζας σώματος του παιδιού σε σχέση με την ηλικία και το φύλο, στην συνέχεια διαπιστώνεται σε ποιο εκατοστημόριο και ανάλογα διαπιστώνεται η κατάσταση του βάρους του.

Διάγραμμα 1.2-1.3

Δείκτες Μάζας Σώματος ανάλογα με την ηλικία και το φύλο του παιδιού.



παχύσαρκος, **overweight:** υπέρβαρος, **healthyweight:** φυσιολογικό βάρος, **underweight:** λιποβαρές BMI: Δείκτης μάζας σώματος/ηλικία

Πηγή: [About Child & Teen BMI | Healthy Weight, Nutrition, and Physical Activity | CDC](https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi.html)

Πίνακας 1.4

Τιμές αναφοράς σχετικά με τις καμπύλες ανάπτυξης των παιδιών.

Κατηγορία κατάστασης βάρους	Εύρος εκατοστημορίου
Λιποβαρές	Κάτω από το 5 ^ο εκατοστημόριο
Φυσιολογικό βάρος	Μεταξύ 5 ^{ου} και 85 ^{ου} εκατοστημορίου
Υπέρβαρο	Μεταξύ 85 ^{ου} και 95 ^{ου} εκατοστημορίου
Παχύσαρκο	Ίσο ή και πάνω από το 95 ^ο εκατοστημόριο

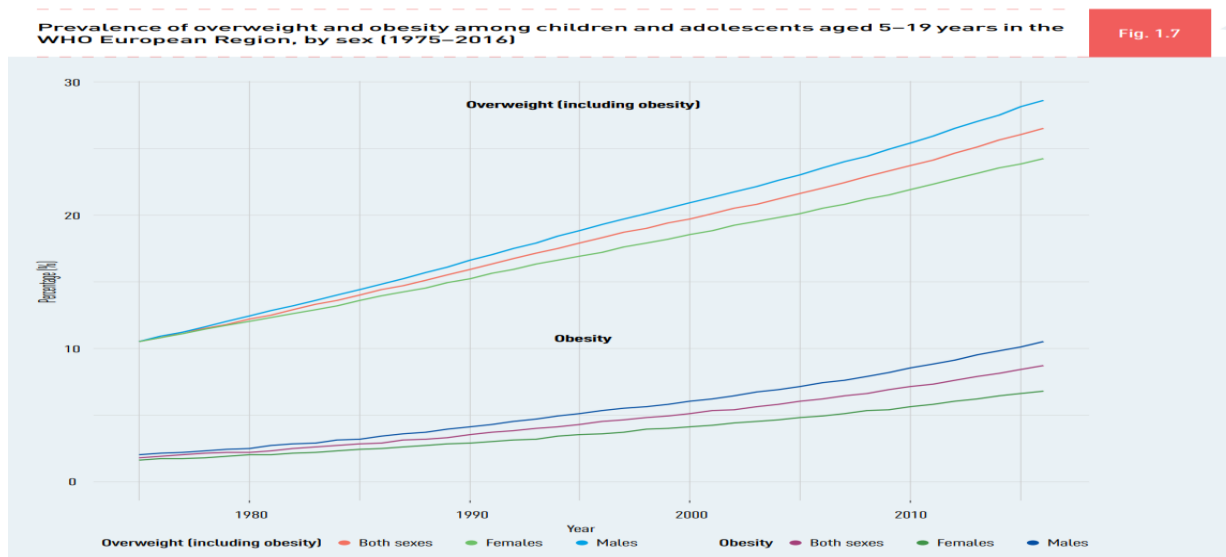
Πηγή : [About Child & Teen BMI | Healthy Weight, Nutrition, and Physical Activity | CDC](#)

Επιπολασμός παιδικής παχυσαρκίας

Ο επιπολασμός της παιδικής παχυσαρκίας είναι υψηλότερος στα αναπτυγμένα κράτη ενώ παρουσιάζεται με συνεχώς αυξανόμενη τάση στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μεταξύ 1975 και 2016, το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία μεταξύ των παιδιών ηλικίας 5 έως 19 ετών αυξήθηκε σχεδόν τριπλασιάστηκε στα αγόρια και υπερδιπλασιάστηκε στα κορίτσια (WHO, 2022).

Διάγραμμα 1.4

Ο επιπολασμός του παιδικού υπέρβαρου και της παχυσαρκίας μεταξύ 1975 και 2016.

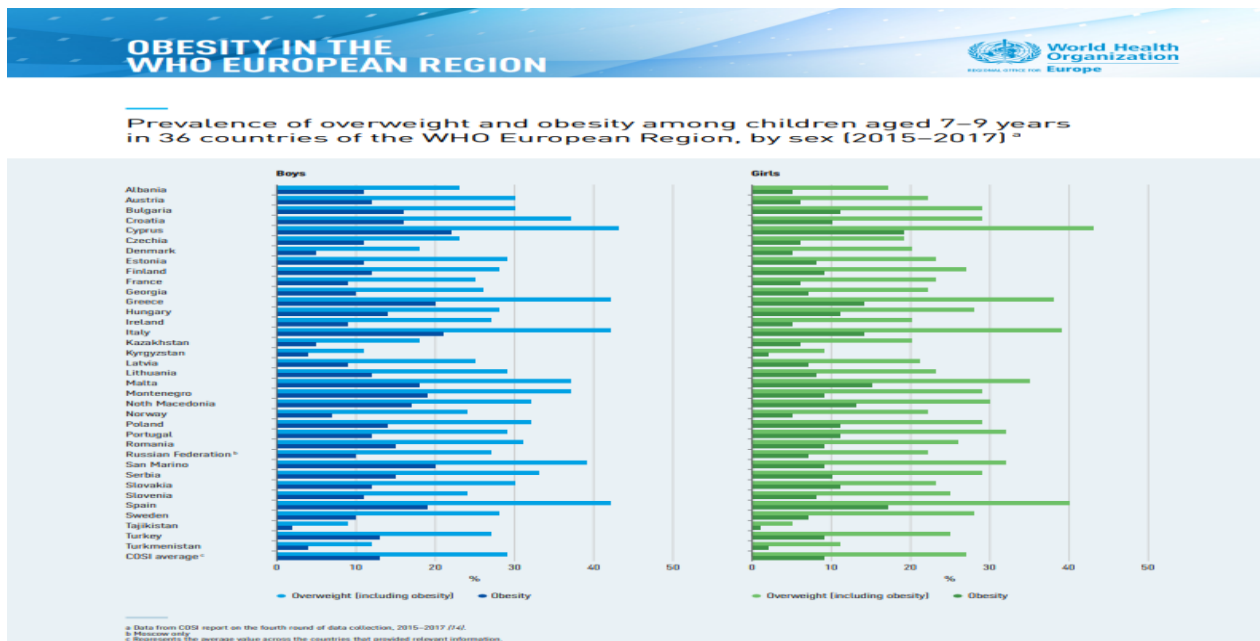


Πηγή : WHO,2022

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναφέρει πως στην Ευρώπη 1 στα 3 παιδιά σχολικής ηλικίας είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο. Ομοίως τα ποσοστά της παιδικής παχυσαρκίας συνεχώς αυξάνονται και εντοπίζονται περισσότερο στις χώρες της Μεσόγειου από ότι στις Βορειοευρωπαϊκές χώρες (Deghan, M., 2005; WHO, 2008). Ο επιπολασμός του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας στα παιδιά ηλικίας 7-9 ετών από 36 χώρες της ευρωπαϊκής περιφέρειας του ΠΟΥ, ανά φύλο (2015–2017) αναδεικνύει την διάσταση του προβλήματος, με την Ελλάδα την Ιταλία και την Κύπρο να εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά. (COSI, 2015-2017). Αιτία της αυξανόμενης τάσης όπως υπογραμμίζει η επικεφαλής του Γραφείου Πρόληψης και Ελέγχου των μη μεταδοτικών νοσημάτων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας Dr.J.Breda, μπορεί να είναι μεταξύ άλλων, η σταδιακή απομάκρυνση από την μεσογειακή διατροφή και η αυξημένη κατανάλωση ζάχαρης σε συνδυασμό με την μειωμένη φυσική άσκηση, αλλά και διάφοροι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που δρουν συνδυαστικά με αλλαγές στην κοινωνία και στις δομές της. (WHO,2022).

Διάγραμμα 1.5

Στοιχεία για την παιδική παχυσαρκία στην Ευρώπη (2015-2017).

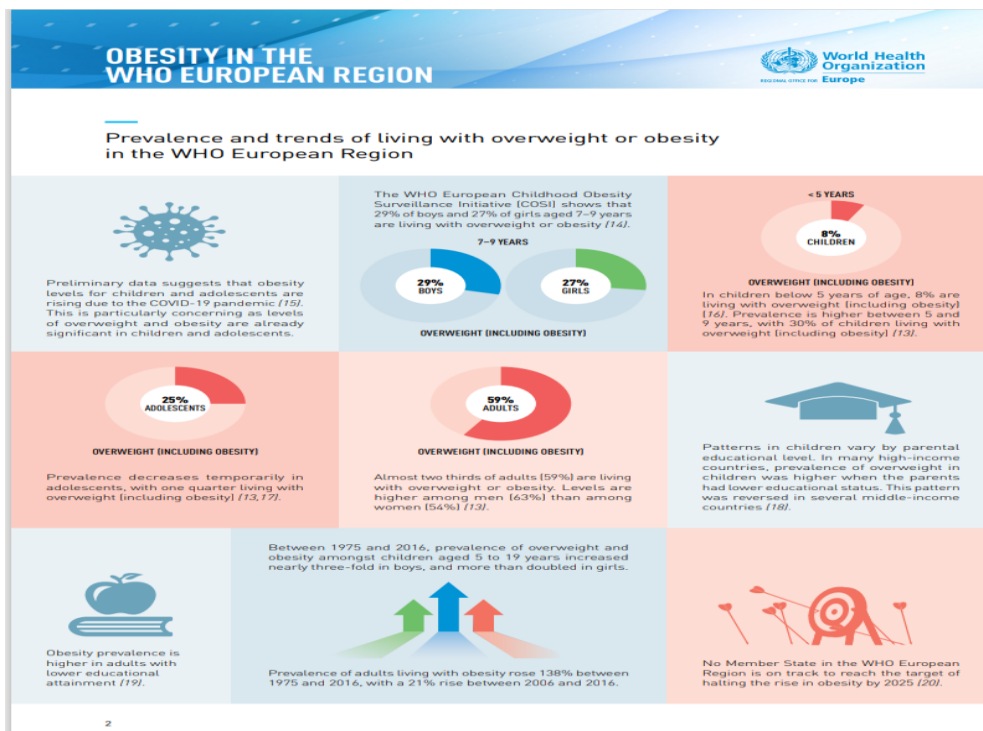


Πηγή :WHO, 2022

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία του ΠΟΥ 39 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα το 2020 ενώ πάνω από 340 εκατομμύρια παιδιά και έφηβοι ηλικία 5-19 ετών ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι το 2016 (WHO, 2022). Στην Ευρώπη σύμφωνα με στοιχεία του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας, ο επιπολασμός του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία. Έτσι στην ηλικιακή ομάδα 5 έως 9 ετών, 1 στα 8 παιδιά (11,6%) να είναι παχύσαρκο και σχεδόν 1 στα 3 παιδιά (29,5%) είναι υπέρβαρο (WHO, 2022). Ακόμα το 29% και το 27% των αγοριών και κοριτσιών αντίστοιχα ηλικίας 7-9 ετών είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα (WHO, 2022). Υπολογίζεται ότι το 8 % των παιδιών κάτω των 5 ετών είναι υπέρβαρα και παχύσαρκα, εντοπίζοντας τον υψηλό επιπολασμό στις ηλικιακές ομάδες παιδιών μεταξύ 5 και 9 ετών (WHO, 2022).

Εικόνα 1.7

Η παιδική παχυσαρκία στην Ευρώπη.



Πηγή: WHO,2022

Η έκταση του προβλήματος στην Ελλάδα

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι το 2019 στην Ελλάδα το 37,9% των ενηλίκων είναι υπέρβαροι και το 24,9% είναι παχύσαρκοι, με τα δυο φύλα να εμφανίζουν τα ίδια ποσοστά παχυσαρκίας (WHO, 2022). Σε πρόσφατη έρευνα που εξετάζει τη συχνότητα της παχυσαρκίας στην χώρα μας διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι από τους μισούς ενήλικες είναι παχύσαρκοι ή υπέρβαροι (Manios et al., 2022). Στην Ελλάδα έχουν δημοσιευτεί την τελευταία δεκαετία μελέτες που επιβεβαιώνουν τις σημαντικές διαστάσεις του προβλήματος. Συγκεκριμένα, σε μια ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε το 2010 η Ελλάδα παρουσίασε τον υψηλότερο επιπολασμό υπέρβαρου και παχυσαρκίας μεταξύ παιδιών ηλικίας 7 και 9 ετών (WHO, 2016). Επιπρόσθετες μετρήσεις που έγιναν από την Healthy Growth Study το 2007 και με την μελέτη Greco Study το 2009-2010 επιβεβαιώνουν την αυξητική τάση του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας στα παιδιά και στους προεφήβους, αναφέροντας ποσοστά περί το 29,5% και 11,7%, αντίστοιχα (Farajian et al., 2016; Healthy Growth Study, 2007; GRECO, 2009-2010). Σύμφωνα με την Έκθεση Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), το 2015 αναφέρεται ότι το 44% των αγοριών και το 38% των κοριτσιών σχολικής ηλικίας στην Ελλάδα ήταν παχύσαρκα (ΟΟΣΑ, 2015).

Διάγραμμα 1.4.1

Υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά στην Ελλάδα.



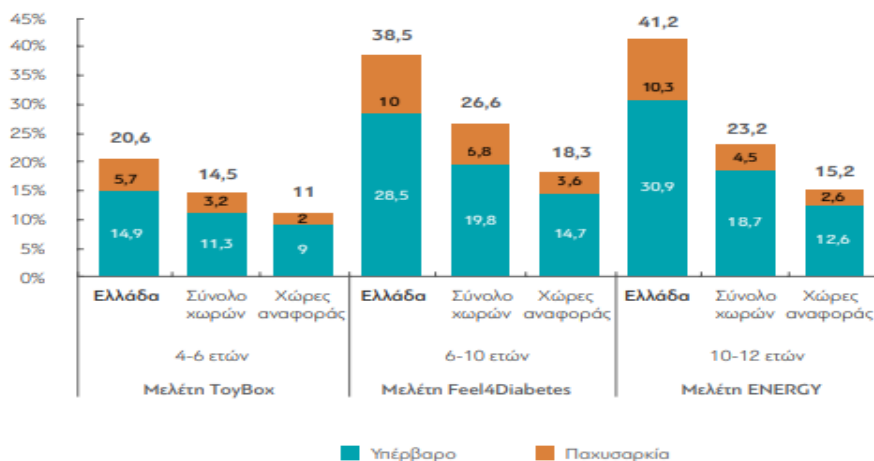
Πηγή: Manios et al., 2022

Αναλυτικότερα, το ποσοστό των παιδιών ηλικίας 4-6 ετών που είναι παχύσαρκα ή υπέρβαρα είναι 20,6%. Στα παιδιά ηλικίας 6-10 ετών το αντίστοιχο ποσοστό ανεβαίνει στο 38,5% και στα παιδιά

ηλικίας 10-12 ετών φθάνει το 41,2%, με αξιοσημείωτο γεγονός ότι στα επαρχιακά προάστια της χώρας τα ποσοστά υπέρβαρου και παχυσαρκίας στα παιδιά είναι μεγαλύτερα από ότι στις αστικές περιοχές (Manios et al., 2020). Όμως, και εντός των πόλεων εμφανίζονται σημαντικές διαφορές, για παράδειγμα μόνο το 2,7 % των παιδιών στο Χαλάνδρι είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα σε αντίθεση με το Κερατσίνι, όπου το ποσοστό αγγίζει το 20,3% (Manios et al., 2020). Ωστόσο, τα ποσοστά των υπέρβαρων είναι παρόμοια παντού, στοιχεία αποκαλύπτουν πως 1 στα 3 παιδιά στις περισσότερες περιοχές της Ελλάδας είναι υπέρβαρα. Παραθέτοντας αυτά τα στοιχεία, γίνεται εύκολα αντιληπτό πως στη χώρα μας η συχνότητα της παχυσαρκίας συνεχώς αυξάνεται με ταχύτατους ρυθμούς (Manios et al., 2022).

Γράφημα 1.4.2

Επιπολασμός παχυσαρκίας σε παιδιά ηλικίας 4-12 ετών στην Ελλάδα και στην Ευρώπη.



Σημείωση: Ο υπολογισμός του επιπολασμού του υπέρβαρου/παχυσαρκίας στην κάθε μελέτη βασίστηκε σε μετρήσεις σωματικού βάρους και ύψους που διενεργήθηκαν από ειδικά εκπαιδευμένους ερευνητές, με τον κατάλληλο εξοπλισμό, κοινό πρωτόκολλο και κοινή περίοδο μετρήσεων, ενώ για τον ορισμό του υπέρβαρου/παχυσαρκίας χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια της Διεθνούς Ομάδας Δράσης για την Παχυσαρκία (Cole and Lobstein, 2012). Χώρες αναφοράς: Είναι οι χώρες με τις καλύτερες συμπεριφορές και δείκτες υγείας ανάμεσα στις χώρες που συμμετείχαν στην εκάστοτε μελέτη και συγκεκριμένα αναφέρονται σε Βέλγιο/Γερμανία (Μελέτη ToyBox), Βέλγιο/Φινλανδία (Μελέτη Feel4Diabetes) και Βέλγιο/Νορβηγία/Ολλανδία (Μελέτη ENERGY).

Πηγή: Manios et al., 2022

Συνέπειες της παιδικής παχυσαρκίας

Επιπλέον η παχυσαρκία συνδέεται με μια σειρά από καρδιαγγειακές και μεταβολικές διαταραχές οι οποίες μπορεί να εξελιχτούν σε χρόνια νοσήματα. Οι επιπτώσεις της στην υγεία σηματοδοτούν πιθανότητα εμφάνισης διαφόρων προβλημάτων υγείας, όπως σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, επιβάρυνση του μυοσκελετικού συστήματος, οστεοπόρωση, εμφάνιση καρδιαγγειακών προβλημάτων καθώς επίσης νεφρολογικών, ενδοκρινολογικών και αναπνευστικών διαταραχών (Xue et al., 2021). Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 σε ποσοστό 80-85% αποδίδεται στην παχυσαρκία (Manios et al., 2022). Σημειώνεται πώς για κάθε αύξηση του ΔΜΣ (BMI) κατά 5 μονάδες ο κίνδυνος εμφάνισης στεφανιαίας νόσου αυξάνεται κατά 27% και ο κίνδυνος εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου κατά 18% (Lu et al., 2014). Η οστεοαρθρίτιδα, οι χολολιθιάσεις, οι διαταραχές του ύπνου, συμπληρώνουν τις συνέπειες της παχυσαρκίας στον οργανισμό. Υπάρχουν όμως και ευρύτερες επιπτώσεις όπως αυτές στην ψυχική υγεία, ο κοινωνικός αντίκτυπος, και το οικονομικό κόστος.

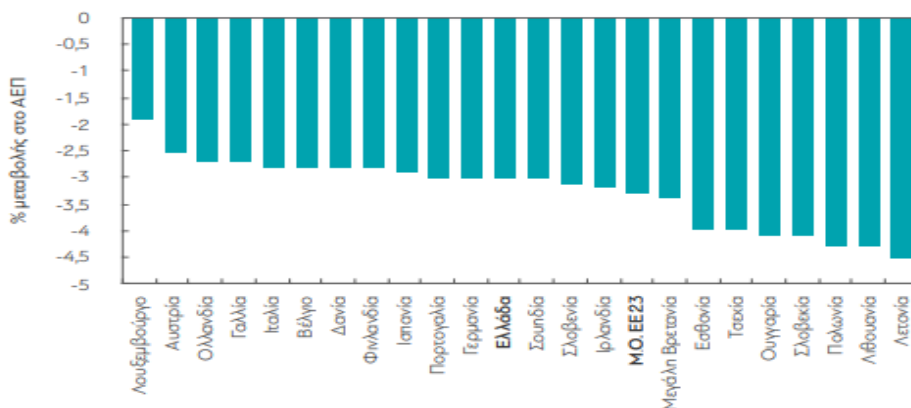
Στα παιδιά οι πιθανές επιπτώσεις στην υγεία τους πριν την ενηλικίωση είναι αυξημένες. Η παχυσαρκία συνδέεται με την σιδηροπενία και την υποβιταμίνωση D οι οποίες μπορεί να επηρεάζουν αρνητικά την γνωσιακή, μυοσκελετική και σωματική ανάπτυξη των παιδιών (Zhao et al., 2015; Fiamenghi & Mello, 2020). Επίσης εμφανίζουν αυξημένες πιθανότητες αναπνευστικών ή ορθοπεδικών προβλημάτων και στα κορίτσια εντοπίζονται διαταραχές στην έμμηνο ρήση (ACOG, 2017; CDC, 2021). Τα παιδιά που είναι παχύσαρκα έχουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν παθολογικές καταστάσεις από την παιδική ή εφηβική ηλικία που εντοπίζονται κατά κανόνα στην ενήλικη ζωή όπως σακχαρώδη διαβήτη και υπέρταση. Μετά από έρευνες διαπιστώθηκε πως τα μισά παιδιά περίπου σχολικής ηλικίας με παχυσαρκία έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης αυξημένης αρτηριακής πίεσης (Lobstein & Jackson-Leach, 2006). Μία ακόμη αρνητική συνέπεια της παχυσαρκίας είναι η κακή ψυχική υγεία του παιδιού με συνέπεια τις αρνητικές επιδόσεις στο σχολείο, αφού τα παιδιά απουσιάζουν συχνότερα από το σχολείο και για μεγαλύτερα διαστήματα (WHO, 2016a; Caird et al., 2011). Τα παραπάνω αποτελούν τις άμεσες συνέπειες του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας. Όμως υπάρχουν και ευρύτερες επιπτώσεις που αγγίζουν ολόκληρη την κοινωνία, καλύπτοντας όλες τις διαστάσεις, κοινωνικές, ψυχολογικές, οικονομικές και πολιτικές (Barriuso et al., 2015; Weng et al., 2012).

Δεν είναι δυνατόν να παραβλεφθούν και οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας με τις προκαταλήψεις να οδηγούν σε κοινωνικό στιγματισμό που με τη σειρά του οδηγεί στην εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης (Bray et al., 2017). Μελέτη που παρουσιάστηκε στο ευρωπαϊκό συνέδριο κατά της παχυσαρκίας στην Πορτογαλία δείχνει ότι υπάρχουν ορισμένοι υποκείμενοι μηχανισμοί οι οποίοι πηγάζουν από την παιδική ηλικία και συνδέουν το περιττό βάρος ή την παχυσαρκία με την κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η παχυσαρκία σε παιδιά ηλικίας 8-13 ετών συσχετίζεται με τετραπλάσιο κίνδυνο μείζονος κατάθλιψης συγκριτικά με το φυσιολογικό σωματικό βάρος ή την εμφάνιση παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή τους (Gipson-Smith et al., 2020).

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το 2019, στην παχυσαρκία οφείλεται το 9% των ετήσιων δαπανών υγείας στην χώρα μας, ενώ στην ίδια μελέτη αναφέρεται πως το ετήσιο ΑΕΠ κατά την περίοδο 2020-2050 θα είναι μικρότερο από ότι θα ήταν εάν δεν υπήρχαν οι οικονομικές επιπτώσεις της παχυσαρκίας (OECD, 2019). Γίνεται συνεπώς αντιληπτό ότι το πρόβλημα της παχυσαρκίας είναι πολυδιάστατο και σύνθετο επομένως μια μονόπλευρη απόδοση των ευθυνών είτε σε επίπεδο ατομικών επιλογών είναι μια μονομερής απλουστευτική και αποσπασματική προσέγγιση.

Γράφημα 1.6

Η επίδραση του υπέρβαρου/παχύσαρκου στο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) το διάστημα 2020-2050



Πηγή: OECD,2019

Αιτίες Παιδικής Παχυσαρκίας

Η αιτιολογία της παχυσαρκίας είναι πολυπαραγοντική. Ένας από τους καθοριστικότερους γενετικούς παράγοντες είναι η κληρονομικότητα με έρευνες να δείχνουν ότι οι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται κατά 80% περίπου για την προδιάθεση του ατόμου να εμφανίσει παχυσαρκία (Weng et al., 2012). Ορισμένοι ακόμη περιγεννητικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της νόσου εστιάζουν στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, στην κατάσταση της μητέρας και στον θηλασμό. (Weng et al., 2012). Ένα παιδί είναι 2.6 φορές πιθανότερο να γίνει παχύσαρκο όταν η μητέρα του είναι παχύσαρκη πριν την εγκυμοσύνη, η πιθανότητα εμφάνισης παχυσαρκίας κατά τη σχολική ηλικία ήταν 6,3 φορές μεγαλύτερη σε σύγκριση με παιδιά των οποίων η μητέρα είχε φυσιολογικό σωματικό βάρος (Heslehurst et al., 2019; Birbilis et al., 2013). Η επίδραση των περιγεννητικών παραγόντων δεν σταματά κατά τη γέννηση, αλλά συνεχίζει να επιδρά στην πορεία ζωής του ατόμου κυρίως τα δυο πρώτα χρόνια, αφορά δε κυρίως τον θηλασμό και την υπερβολική αύξηση του βάρους κατά την βρεφική ηλικία. Τα βρέφη που θηλάζουν φαίνεται να έχουν μειωμένες πιθανότητες εμφάνισης της νόσου (Oken et al., 2017) ενώ παιδιά που αυξάνουν το σωματικό τους βάρος υπερβολικά γρήγορα τα πρώτα δυο έτη ζωής παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης της παχυσαρκίας στα επόμενα στάδια ζωής τους (Zheng et al., 2018; Rito et al., 2019). Είναι αποδεδειγμένο ότι τα παιδιά παχύσαρκων γονέων έχουν 25-30% περισσότερες πιθανότητες να γίνουν και αυτά παχύσαρκα (Bray et al., 2019; Herrera&Lindgren, 2010) αυτό όμως μπορεί να μην οφείλεται μόνο σε γενετικούς παράγοντες, αλλά και στο γεγονός ότι τα παιδιά διαμορφώνουν την διατροφική τους συμπεριφορά βιώνοντας τις διατροφικές συνήθειες της οικογένειας καθώς και στο πλήθος των κοινών περιβαλλοντικών παραγόντων με τους οποίους αλληλεπιδρούν καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους (Hill et al., 2012, Bray et al., 2019). Οι γονείς αποτελούν τον πρώτο πυλώνα της αλληλεπίδρασης του παιδιού αφού είναι οι βασικοί υπεύθυνοι για την προμήθεια των τροφίμων και ποτών, την διαθεσιμότητά τους αλλά και την προετοιμασία του φαγητού. Η παχυσαρκία των γονέων έχει συσχετιστεί σημαντικά με την παχυσαρκία των παιδιών, με τη συσχέτιση αυτή να είναι ισχυρότερη όταν και οι δύο γονείς είναι παχύσαρκοι απ' ότι όταν μόνο ο ένας από τους δύο γονείς είναι παχύσαρκος (Wang et al., 2017). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας GRECO, όταν ένας από τους δυο γονείς είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος τότε η πιθανότητα παχυσαρκίας του παιδιού αυξάνεται κατά 1,9 φορές ενώ όταν και οι δυο γονείς είναι παχύσαρκοι τότε αυξάνεται κατά 4,1 φορές (Farajian et al., 2013; Ζαμπέλας, 2017). Η σχέση αυτή μπορεί να οφείλεται εν μέρει σε γενετική προδιάθεση των παιδιών αφού

συμπεραίνεται ότι οι γενετικοί παράγοντες φαίνεται να έχουν μια μεγαλύτερη επίδραση στην αύξηση του λιπώδους ιστού (Ταχτσόγλου & Ηλιάδης, 2015).

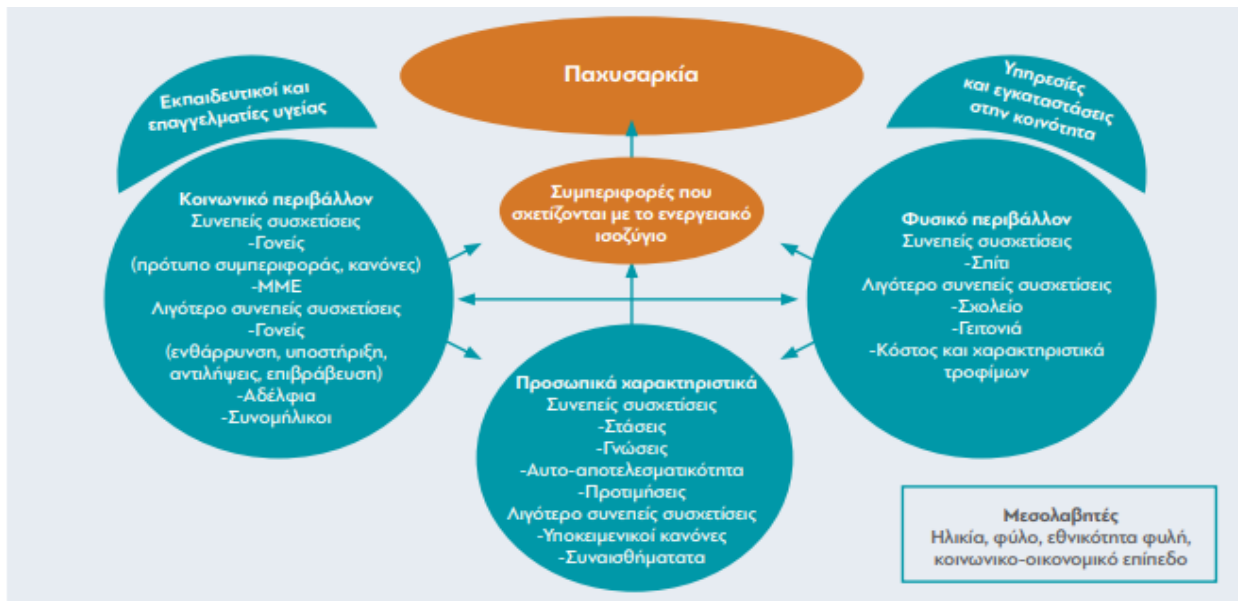
Χαρακτηριστικό παράδειγμα της θετικής επίδρασης των γονέων στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών είναι η προστατευτική επίδραση των οικογενειακών γευμάτων στην πιθανότητα εμφάνισης παιδικής παχυσαρκίας. Τα αποτελέσματα της μελέτης GRECO δείχνουν πως η συνήθεια των οικογενειακών γευμάτων 5 φορές την εβδομάδα μειώνει τον κίνδυνο υπέρβαρου κατά 14% (Farajian et al., 2013). Επίσης, διαπιστώνεται πως η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μειώνει τον κίνδυνο παχυσαρκίας (Folkvord et al., 2021). Ωστόσο, μόνο το 25% των ενηλίκων καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά στις ποσότητες που συστήνονται και μόνο το 8% γνωρίζουν τις συστάσεις για την υγιεινή διατροφή (Manios et al., 2022).

Μία ακόμη σημαντική παράμετρος για τον έλεγχο του σωματικού βάρους και της υγείας των παιδιών συνολικά είναι η συστηματική κατανάλωση πρωινού. Σύμφωνα με συγχρονικές μελέτες τα παιδιά και οι έφηβοι που καταναλώνουν συστηματικά πρωινό γεύμα έχουν έως και 40% χαμηλότερη πιθανότητα εμφάνισης παχυσαρκίας (Hoyland et al., 2009; Szajewska & Rusczyński, 2010). Αιτία αυτής της διαπίστωσης είναι το γεγονός ότι τα παιδιά που δεν καταναλώνουν πρωινό συνήθως προσλαμβάνουν περισσότερη ενέργεια από τις τροφές κατά την διάρκεια των ενδιάμεσων γευμάτων ή του κυρίως γεύματος και συχνά καταφεύγουν σε επιλογές τροφίμων που είναι πλούσιες σε θερμίδες και φτωχές σε θρεπτικά συστατικά (Niemeier, et al., 2006; Rampersaud et al., 2005). Επιπρόσθετοι παράγοντες εξίσου σημαντικοί που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής των παιδιών και των ενηλίκων και συνεπικουρούν στην αύξηση του κινδύνου εμφάνισης της παχυσαρκίας είναι η αυξημένη συχνότητα κατανάλωσης έτοιμου φαγητού εκτός σπιτιού (Ζαμπέλας, 2017). Ευρωπαϊκές μελέτες δείχνουν ότι η προετοιμασία σπιτικού φαγητού μειώνεται, με συνέπεια τα έτοιμα φαγητά εκτός σπιτιού να αυξάνονται. Βασικό χαρακτηριστικό των έτοιμων γευμάτων είναι η υψηλή ενεργειακή τους απόδοση και περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά, απλά σάκχαρα και αλάτι και η χαμηλή περιεκτικότητά τους σε βιταμίνες μέταλλα και ιχνοστοιχεία (Poorejala et al., 2020). Τέλος ακόμη ένα σοβαρό αλλά ελάχιστα γνωστό πρόβλημα είναι η υποεκτίμηση του βάρους των παιδιών από τους γονείς (Tompkins et al 2015; Ludhal et al., 2014). Το 88% των γονέων παιδιών προσχολικής ηλικίας που είναι υπέρβαρα και το 55,8% των γονέων παιδιών που είναι παχύσαρκα, δεν αντιλαμβάνονται το πρόβλημα, θεωρώντας το σωματικό τους βάρος φυσιολογικό (Manios et al., 2009).

Όσον αφορά το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον των παιδιών, αυτό παίζει επίσης πολύ σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της παχυσαρκίας και των διαφόρων άλλων προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν από αυτό (Moschonis, 2015). Ακόμη, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, ο τόπος διαμονής, το οικογενειακό εισόδημα μπορεί να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την πιθανότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας (Lee et al., 2019). Σε γενικές γραμμές διαπιστώνεται ότι στις ανεπτυγμένες χώρες το υπερβάλλον βάρος παρατηρείται συχνά σε πληθυσμιακές ομάδες χαμηλότερου κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου (Roblin, 2007). Το είδος των τροφίμων που υπάρχουν στο σπίτι, οι επιρροές από το εκπαιδευτικό περιβάλλον και τον κοινωνικό περίγυρο/συνομήλικους, η έκθεση στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, και τις διαφημίσεις τροφίμων, η δυνατότητα φυσικής άσκησης σε υπαίθριους χώρους, η εγγύτητα σε ανοιχτούς χώρους παιχνιδιού και άθλησης και η σωστή ενημέρωση συμπληρώνουν τους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση παχυσαρκίας (Gurnani et al., 2015).

Εικόνα 1.8

Τα πολυπαραγοντικά αίτια της παχυσαρκίας.



Πηγή: Manios et al., 2022

Επομένως, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι το πρόβλημα της παχυσαρκίας το οποίο τελικά εκφράζεται με την διαταραχή του ενεργειακού ισοζυγίου είναι πολυδιάστατο και ιδιαίτερος

σύνθετο. Πρόβλημα δεν αποτελεί μόνο η αύξηση της ενεργειακής πρόσληψης μέσω της κατανάλωσης τροφής, αλλά και η μειωμένη δαπάνη της μέσω της σωματικής άσκησης. Η συστηματική άσκηση προσφέρει οφέλη στην συνολική υγεία και ευεξία και αποτρέπει την εμφάνιση της παχυσαρκίας, ενώ ταυτόχρονα βελτιώνει την κοινωνικοποίηση των παιδιών και αυξάνει τις νοητικές τους λειτουργίες (Baranowski, 1997; Moore, 2003).

1.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών.

Γενικά

Όσον αφορά την διατροφή, οι συνήθειες, οι αρέσκειες και οι αποστροφές δημιουργούνται και εγκαθίστανται συνήθως στην παιδική ηλικία, ακολουθώντας το άτομο και στην ενήλικη ζωή του (Ζαμπέλας, 2017). Οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν ότι καταναλώνουν ότι επιθυμούν με βάση τις γευστικές «αρέσκειες και αποστροφές», στην πραγματικότητα όμως η επιλογή της τροφής αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία που δεν επηρεάζεται μόνο από τις διαιτητικές του ανάγκες, αλλά και από άλλες παραμέτρους όπως αυτές των γευστικών προτιμήσεων και της κουλτούρας (Shepherd, 1999). Επομένως, πέρα από τους βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τις διατροφικές μας προτιμήσεις, διάφορες κοινωνικοοικονομικές και κοινωνικοπολιτισμικές αιτίες διαμορφώνουν τη διαιτητική συμπεριφορά των ανθρώπων (Moschonis et al., 2015; Hendy, 2002).

Γενετικοί/ Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν την προτίμηση στην γλυκιά γεύση και την αποστροφή στην πικρή γεύση, καθώς αυτές εμφανίζονται από τις πρώτες ώρες ζωής (Mennella, 2003; Mennella et al, 2005). Παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας ανέφεραν ότι η γεύση είναι ο πιο καθοριστικός παράγοντας των διατροφικών επιλογών τους, άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τις προτιμήσεις των παιδιών εκτός από την γεύση, είναι το χρώμα, η υφή, το μέγεθος, το άρωμα και η θερμοκρασία των τροφίμων (Mennella et al, 2005). Οι παραπάνω παράγοντες συμβάλουν στον καθορισμό των γευστικών προτιμήσεων, ενώ συνδέονται εμπειρικά και βιωματικά με γεγονότα του παρελθόντος που δημιουργούν τα παιδιά κατά την βρεφική και νηπιακή ηλικία, παρατηρώντας τους γονείς τους. Σε παλαιότερη έρευνα (Gibson et al, 1998), παιδιά ηλικίας 9-11 ετών στην Αγγλία ανέφεραν πως η γλυκιά γεύση αποτελούσε τον

σημαντικότερο παράγοντα επιλογής των τροφίμων. Σε παρόμοιες έρευνες (Sutcliffe et al., 2003), όπου συμμετείχαν παιδιά ηλικίας 8 έως 10 ετών, αυτά φαίνεται να προτιμώνται φρούτα από τα λαχανικά, ενώ δήλωσαν ότι η επιλογή των λαχανικών πραγματοποιείται με βάση το μέγεθος, το χρώμα, τη γεύση και την υφή τους. Εκτός όμως από τους γενετικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την επιλογή των τροφίμων σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, το άτομο επηρεάζεται και από το περιβάλλον (Ashraf et al., 2018). Μια προσεκτική ανάλυση της τροφικής επιλογής αποκαλύπτει ότι η ταξινόμηση των τροφίμων είναι σύνθετη. Για να τύχει ένα τρόφιμο της επιλογής του ατόμου, πρέπει να είναι διαθέσιμο στο ευρύτερο φυσικό περιβάλλον. Η διαθεσιμότητα των τροφίμων επηρεάζεται από μια αλυσίδα παραμέτρων που αφορούν τη γεωμορφολογία ενός τόπου, το κλίμα, την εμπορία των τροφίμων και τον τρόπο μεταφοράς τους, την βιομηχανία, την πολιτική και την οικονομία μιας χώρας (Almerigo, 2014). Από όλα τα τρόφιμα που είναι διαθέσιμα, το άτομο επιλέγει στη διατροφή του τρόφιμα ανάλογα με την επίδραση θρησκευτικών κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων (Almerigo, 2014). Κάθε άτομο έχει μια πολιτισμική ταυτότητα, αποτελεί δηλαδή μέλος μιας κοινότητας που διαθέτει ήθη συγκεκριμένα έθιμα και πολύ συχνά οι διατροφικές του επιλογές συμβαδίζουν με αυτήν. Αντίστοιχα, κάθε θρησκεία επηρεάζει τα ήθη και τα έθιμα ενός τόπου, με βάση τη δική της φιλοσοφία, μέρος της οποίας είναι και η διατροφή. Οι διατροφικές συνήθειες αποτελούν τμήμα της κουλτούρας και «υιοθετούνται» μαζί με τα άλλα πολιτισμικά στοιχεία. Ο μηχανισμός εκμάθησης της επιλογής της τροφής βασίζεται στην κοινωνική συναναστροφή και στην επαφή με τις συμπεριφορές των άλλων, εντάσσοντας τη τροφή σε ένα πολιτισμικό σύστημα αξιολόγησης. Είναι φανερό πως μια τέτοια είδους αξιολόγηση είναι ευμετάβλητη, καθώς η κοινωνία παρακολουθεί τις αλλαγές των κοινωνικών αναγκών και πολιτισμικών προτύπων κάθε εποχής. Ο τρόπος ζωής, οι κοινωνικές αξίες και ο ρυθμός της καθημερινότητας επηρεάζουν άμεσα τη διατροφή, τον χρόνο που διαθέτουμε στο φαγητό και την προετοιμασία του, αλλά και τη σημασία που δίνουμε στην διατροφή μας (Reddy, VanDam, 2020).

Οικογενειακό περιβάλλον

Η οικογένεια αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην διαμόρφωση της διατροφικής συμπεριφοράς ενός παιδιού. Οι γονείς και τα αδέρφια έχουν την μεγαλύτερη επιρροή στην διατροφική συμπεριφορά του παιδιού (Fries et al., 2017; Μανιός, 2007) και έχει βρεθεί ότι μεγαλύτερη ποσότητα τροφής

καταναλώνεται με την οικογένειά και τους φίλους, παρά όταν τρώμε μόνοι μας. Επίσης, έχει βρεθεί ότι η ποσότητα της τροφής αυξάνεται αναλογικά με τον αριθμό των ατόμων που παρευρίσκονται στο τραπέζι (De Castro, 1997).

Οι συμπεριφορές και εν γένει η κουλτούρα που διαμορφώνουν οι γονείς επηρεάζουν τις διατροφικές αρέσκειες και αποστροφές του παιδιού, δημιουργώντας το διατροφικό περιβάλλον στο σπίτι, αφού εκείνοι κατά κύριο λόγο καθορίζουν την διαθεσιμότητα των τροφών και τον χρόνο που αυτά καταναλώνονται (Laskarzewski et al., 1980; Scaglioni et al., 2018). Σε διάφορες πολιτισμούς οι γονείς τρέφουν υπερβολικά τα παιδιά τους και μαθαίνουν να καλλιεργούν τις κοινωνικές τους σχέσεις γύρω από το τραπέζι (Ματάλα, 1997), ενισχύοντας τη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, όπου παχύσαρκοι γονείς ενθαρρύνουν στα παιδιά τους την δική τους συμπεριφορά σε σχέση με το φαγητό (Arlin, 1992). Μελέτη σε παιδιά ηλικίας 9-14 ετών βρήκε θετική συσχέτιση μεταξύ του οικογενειακού δείπνου και της ποιότητας της διατροφής. Τα παιδιά που έτρωγαν μαζί με την οικογένειά τους είχαν υψηλότερη ενεργειακή πρόσληψη και υψηλότερη πρόσληψη θρεπτικών συστατικών όπως φυτικές ίνες, σίδηρο ασβέστιο, βιταμίνες, με τα ίδια παιδιά να αναφέρουν ότι τρώνε περισσότερα φρούτα και λαχανικά, λιγότερα τηγανητά και έχουν μειωμένη κατανάλωση αναψυκτικών (Ζαμπέλας, 2017; Hammons, Fiese, 2011). Αξίζει να σημειωθεί ότι όσο αυξάνεται η ηλικία των παιδιών, τόσο μειώνεται το ποσοστό συμμετοχής τους στο οικογενειακό δείπνο, αφού όσο μεγαλώνουν περνούν περισσότερες ώρες εκτός σπιτιού και οι γονείς δεν αποτελούν το μόνο τους ερέθισμα, δεδομένου ότι ο κοινωνικός τους περίγυρος διευρύνεται συνεχώς κυρίως μέσω του σχολικού τους περιβάλλοντος (Molla, 2014). Στην σχολική ηλικία η ανάπτυξη του παιδιού συντελείται σε αργό αλλά σταθερό ρυθμό, με τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα να διαφοροποιούνται, αφού πλέον η καθημερινότητα του παιδιού τοποθετείται σε ένα ευρύτερο κύκλο με βασικό χώρο το σχολείο, επηρεαζόμενος από συνομήλικούς του, από άτομα του κοινωνικού του περιβάλλοντος, αλλά και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (Ζαμπέλας, 2017).

Κοινωνικός περίγυρος

Το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον με τις παρέες των συνομηλίκων, συμβάλλουν στην κοινωνικοποίηση του ατόμου, προσφέρουν εμπειρίες και πρότυπα διαμορφώνοντας καταναλωτικές συμπεριφορές (Τούντας, 2021). Η πρόσληψη τροφής αποκτά κοινωνικό

χαρακτήρα καθώς ασκείται επίδραση από ένα ή δύο άτομα στην καταναλωτική συμπεριφορά άλλων, είτε άμεσα είτε έμμεσα, είτε συνειδητά είτε υποσυνείδητα. Αποτέλεσμα αυτού, ακόμα και στην περίπτωση που τρώμε μοναχικά, οι διατροφικές μας επιλογές να διαμορφώνονται μέσω της αλληλεπίδρασης μας με τους άλλους (Feunekes et al, 1998).

Μέσα μαζικής ενημέρωσης

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και ο ενεργός ρόλος της διαφήμισης μας καθιστά ευάλωτους ως προς τη διατροφικές μας επιλογές. Σε έναν κόσμο που συνεχώς αλλάζει και εξελίσσεται, όπως αυτός των παιδιών, τα ΜΜΕ ασκούν με την σειρά τους τεράστια επιρροή. Κάθε χρόνο εταιρείες τροφίμων δαπανούν υπέρογκα ποσά για διαφημιστικούς σκοπούς με στόχο τους ενήλικες αλλά και τα παιδιά, προωθώντας τρόφιμα, με την πλειοψηφία τους να είναι χαμηλής θρεπτικής αξίας. Μελέτη που κατέγραψε τις διαφημίσεις της παιδικής ζώνης του Σαββάτου σε αμερικανικό δίκτυο έδειξε ότι το 49% αυτών αφορούσε σε τρόφιμα, εκ των οποίων το 91% αφορούσε σε τρόφιμα και ροφήματα με υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος, αλάτι, ζάχαρη χαμηλής θρεπτικής αξίας. (Veugelers & Fitzgerald, 2005). Σε έρευνα που αφορούσε τους έφηβους στην Ελλάδα διαπιστώθηκε μεταξύ άλλων ότι η τηλεθέαση σχετίζεται θετικά με την κατανάλωση αναψυκτικών, γλυκών και σνακ (Yiannakoulia et al., 2014).

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

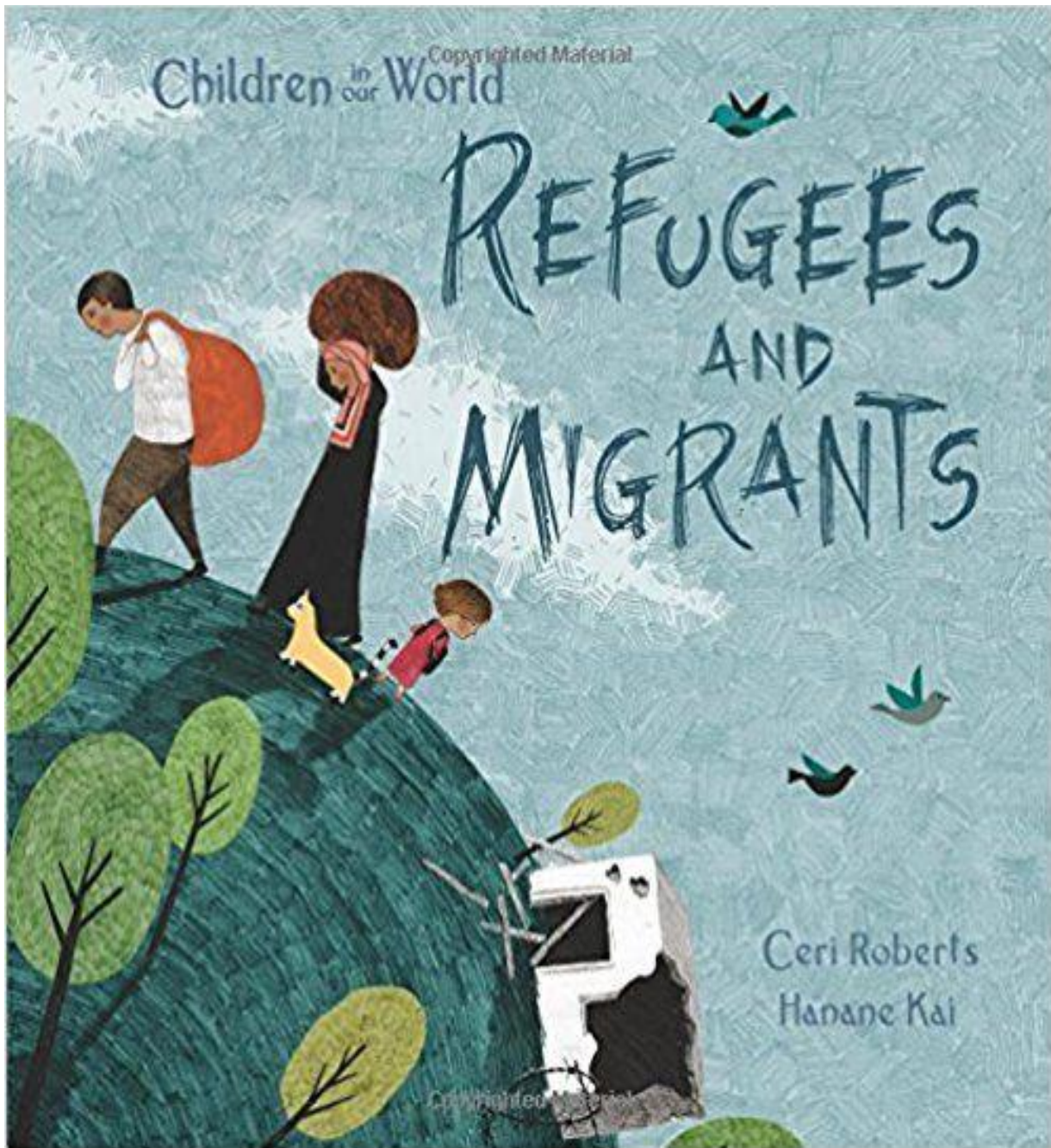
2.1 Το παγκόσμιο φαινόμενο της μετανάστευσης

Η μετανάστευση είναι φαινόμενο πολύπλευρο, συσχετιζόμενο με πολυποίκιλους παράγοντες και αποτελεί αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημών. Η μετανάστευση αποτελεί μία σημαίνουσα πτυχή της ανθρώπινης ιστορίας αλλάζοντας τον ρου της νεότερης παγκόσμιας ιστορίας, ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (ΔΟΜ) ορίζει ως μετανάστευση τη μόνιμη ή προσωρινή μεταβολή του τόπου εγκατάστασης ενός ατόμου, μιας ομάδας ή ενός κοινωνικού συνόλου, εξαιτίας κοινωνικών μεταβολών, οικονομικών και πολιτικών κρίσεων, επαναστάσεων και πολέμων, της ασύμμετρης κατανομής του παγκόσμιου πλούτου, της απορρύθμισης της αγοράς εργασίας και των ανθρωπογενών καταστροφών, ανεξαρτήτως της νομικής κατάστασης του ατόμου· του λόγου μετακίνησης εκούσια ή ακούσια, των αιτιών ή της διάρκειας παραμονής του (WHO, 2018; United Nations High Commissioners for Refugee-UNCHR, 2015).

Η αναζήτηση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης, η οικονομική άνεση, η οικογενειακή επανένωση, η αναζήτηση ενός ασφαλούς μέρους μακριά από εμπόλεμες καταστάσεις, αυταρχικά καθεστώτα αποτελούν κύριες αίτιες μετανάστευσης (UNCHR, 2015).

Εικόνα 2.1

Το φαινόμενο της μετανάστευσης.



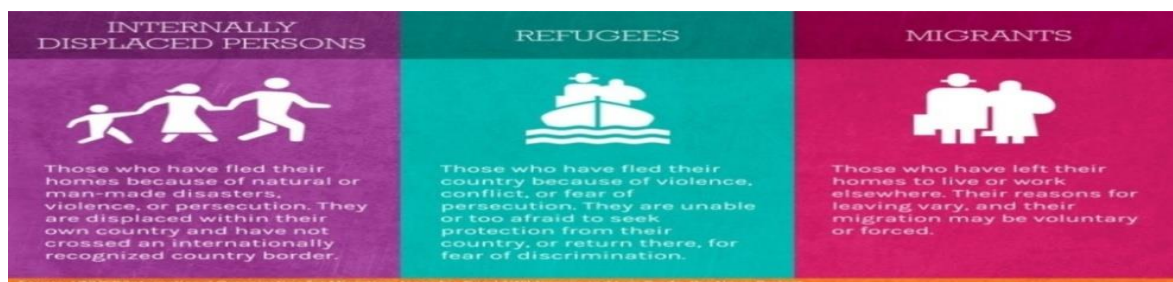
Πηγή: [Children in Our World: Refugees and Migrants by Ceri Roberts - Books - Hachette Australia](#)

Η αποσαφήνιση του όρου πρόσφυγας και μετανάστης έγκειται κυρίως στην αιτία της εκούσιας ή ακούσιας μετακίνησής τους. Κατά αυτόν τον τρόπο οι πρόσφυγες είναι άτομα τα οποία διαφεύγουν από ένοπλες συρράξεις ή διώξεις, με σκοπό να εξασφαλίσουν ασφάλεια διαβίωσης σε γειτονικές χώρες (Paradimitriou et al., 2021). Η σύμβαση της Γενεύης του 1951, το Πρωτόκολλο του 1967, καθώς και άλλα νομικά κείμενα παραμένουν ακρογωνιαίοι λίθοι για την προστασία των προσφύγων μέχρι και σήμερα (Παπαθεοδώρου, 2015; Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής-ΥΜΕΠΟ, 2018). Οι μετανάστες επιλέγουν να μετακινηθούν, με σκοπό να βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσής τους, αναζητώντας καλύτερες εργασιακές συνθήκες ή για να ενωθούν με μέλη της οικογένειάς τους που βρίσκονται ήδη στο εξωτερικό. Μια ακόμα ειδοποιός διαφορά εντοπίζεται στην δυνατότητα επαναπατριsmού των μεταναστών σε αντιδιαστολή με τους πρόσφυγες που δεν δύναται να επιστρέψουν στην χώρα καταγωγής τους (UNCHR, 2015).

Για τη κάθε χώρα αυτή η διάκριση είναι σημαντική διότι σύμφωνα με αυτήν τα κράτη αντιμετωπίζουν τους μετανάστες με βάση εσωτερικούς νόμους και διαδικασίες της πολιτείας, αντίθετα οι πρόσφυγες αντιμετωπίζονται μέσα από διεθνείς κανόνες και πρωτόκολλα, που καθορίζονται τόσο στο πλαίσιο της εθνικής νομοθεσίας όσο και του διεθνούς δικαίου. (O'Donnell, 2018; UNCHR, 2009).

Εικόνα 2.2

Πρόσφυγες και μετανάστες, μια εννοιολογική προσέγγιση.



Πηγή: [Refugee, Migrant, IDP: What's the difference? | ConcernWorldwide](#)

Η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ αναφέρει ότι σε παγκόσμιο επίπεδο 82,4 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν αναγκαστεί να εγκαταλείψουν τις εστίες τους, στον αριθμό αυτό περιλαμβάνονται 26,4

εκατομμύρια πρόσφυγες μισοί εκ των οποίων είναι παιδιά (UNCHR, 2020). Υπολογίζεται πως το 2020, στην Ευρώπη υπήρχαν περισσότεροι από 90 εκατομμύρια διεθνείς μετανάστες που ανέρχονται σχεδόν στο 10% του συνολικού πληθυσμού της και στο 35% των παγκόσμιων διεθνών μεταναστών (UNCHR, 2020). Στην Ευρώπη το 1/3 των προσφύγων και μεταναστών είναι παιδιά, εκ των οποίων ένα τεράστιο ποσοστό ταξιδεύουν ασυνόδευτα (UNCHR, 2022). Το 2021, ο αριθμός των Σύριων προσφύγων που αιτήθηκαν άσυλο για πρώτη φορά στην ΕΕ αυξήθηκε σε 98.300 ανθρώπους μια αύξηση που αναλύεται ποσοστιαία από το 15,2% έως και 18,4% (Eurostat, 2022). Οι Αφγανοί επίσης αντιπροσώπευαν για την ίδια χρονική περίοδο το 15,6% του συνόλου ενώ οι Ιρακινοί το 4,9%, αντίστοιχα (Eurostat, 2022). Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι πάνω από τα τρία τέταρτα (80%) αυτών ήταν κάτω των 35 ετών ενώ οι ηλικίες 18-34 ετών αντιπροσώπευαν περίπου το ήμισυ του πληθυσμού (50,2%) και σχεδόν το ένα τρίτο (31,20%) του συνόλου ήταν ανήλικοι κάτω των 18 ετών (Eurostat, 2022).

Πίνακας 2.1

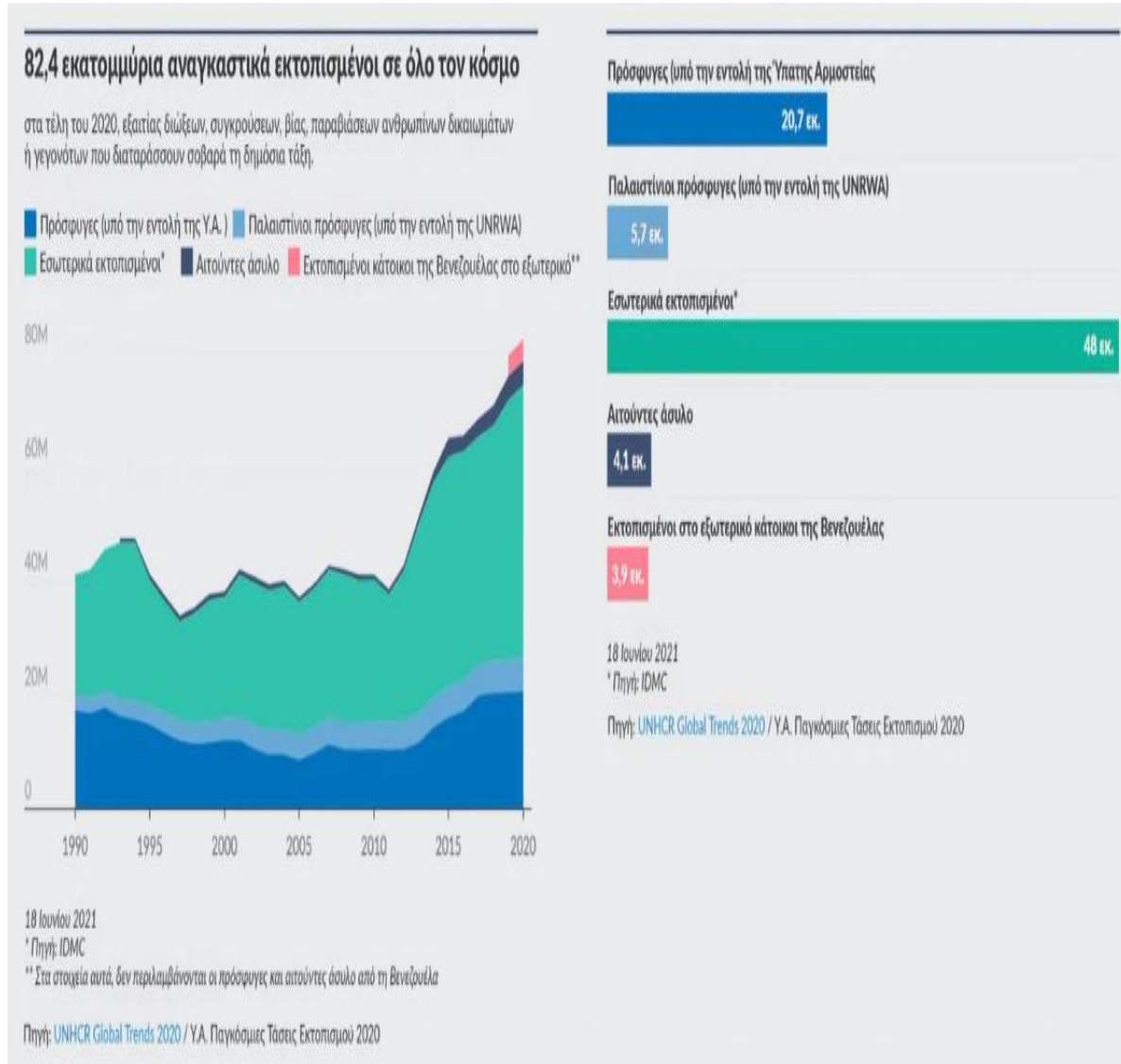
«Αιτήσεις Διεθνούς προστασίας ανά εθνικότητα το 2021 στην Ελλάδα».

Nationality	Applications for international protection	Percentage
Afghanistan	4,618	16%
Pakistan	4,273	15%
Syria	3,870	14%
Bangladesh	2,731	10%
Turkey	1923	7%
Iraq	1,622	6%
Somalia	1,541	5%
Albania	1,467	5%
Egypt	900	3%
Congo	821	3%
Other	4,554	16%
Total	28,320	100%

Πηγή: Υπουργείο Μεταναστευτικής πολιτικής, 2021α

Διάγραμμα 2.1

Στοιχεία για τους πρόσφυγες και μετανάστες παγκοσμίως.



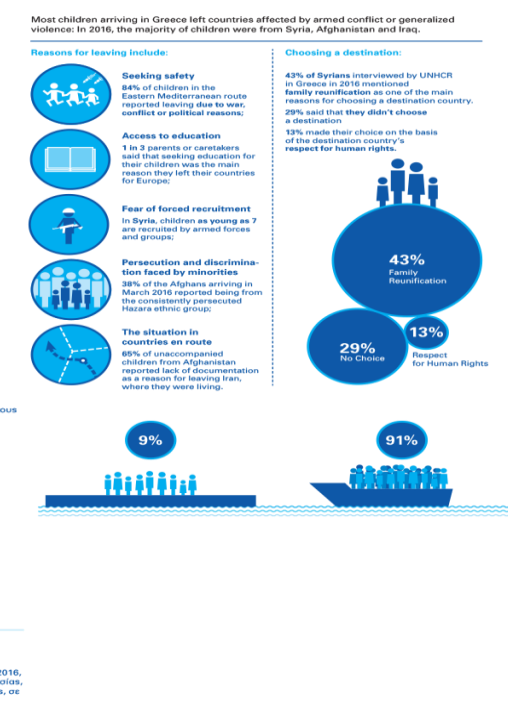
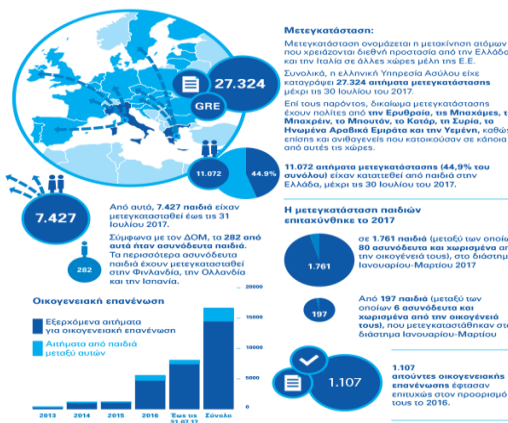
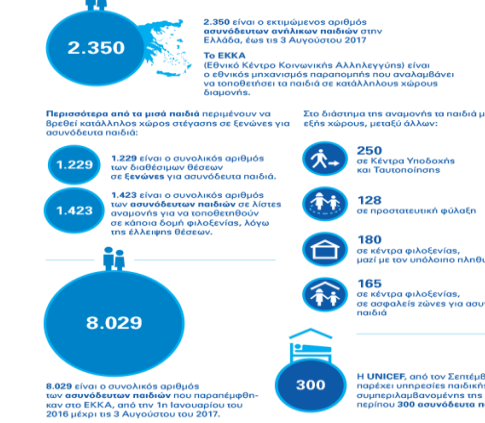
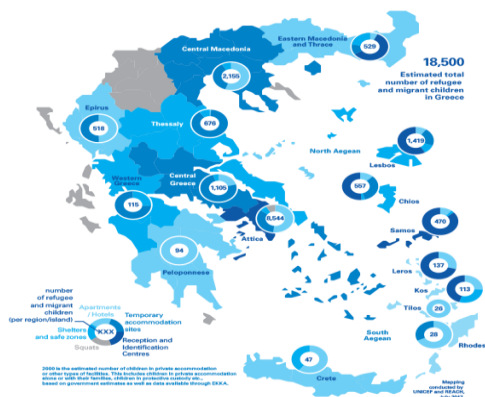
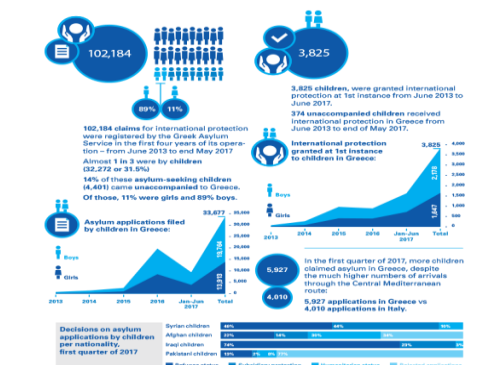
Πηγή: UNCHR, 2020

Στην Ελλάδα μεταξύ 2015 και 2017, οι εισερχόμενοι πρόσφυγες ήταν κυρίως από τη Συρία. Οι τρέχουσες μεταναστευτικές ροές είναι μικτές, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών, των αιτούντων άσυλο και των προσφύγων (Φούσκας 2021α, 2021β· Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής, 2021α, 2021β). Στις 31 Δεκεμβρίου 2021, υπήρχαν 693.517 υπήκοοι από Τρίτες Χώρες

που διέμεναν νόμιμα στην Ελλάδα, 59.216 δικαιούχοι διεθνούς προστασίας, 213.016 πολίτες της ΕΕ, συνολικά 965.749 νόμιμοι μετανάστες. Μόνο τους πρώτους μήνες του 2022 την χώρα καταγράφηκαν 1.977 αφίξεις από τις οποίες οι 1.068 ήταν δια θαλάσσης. Σύμφωνα με την Υπηρεσία Ασύλου το 2020, ο αριθμός των αιτούντων άσυλου από υπηκόους τρίτων χωρών στην χώρα μας ήταν 40.502 (Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής., 2021α). Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του 2021, υπολογίζεται πως το 28,5 % των προσφύγων και μεταναστών ήταν παιδιά. Σύμφωνα με στοιχεία της UNICEF τα περισσότερα παιδιά που φτάνουν στην Ελλάδα έχουν αναγκαστεί να φύγουν από εμπόλεμες περιοχές ή καταστάσεις γενικευμένης βίας (UNICEF, 2019). Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ο εκτιμώμενος αριθμός των ασυνόδευτων ανηλίκων το 2022 ανήλθε σε 2.209 εκ των οποίων το 92% ήταν αγόρια και το 8% κάτω των 14 ετών. Το 2016 η πλειονότητα των παιδιών ήταν από την Συρία, το Αφγανιστάν και το Ιράκ με το 43% των Σύριων γονέων να απαντούν πως βασική αιτία μετακίνησης τους ήταν η οικογενειακή επανένωση. Το 2017 στην Ελλάδα ένα στους τρεις αφιχθέντες δια θαλάσσης ήταν παιδί ενώ το ίδιο έτος υπολογίστηκε ότι εγκαταστάθηκαν 18.500 παιδιά πρόσφυγες και μετανάστες εκ των οποίων τα 2.350 ήταν ασυνόδευτα (UNICEF, 2017). Κάποια άλλα στατιστικά στοιχεία που τονίζουν το πρόβλημα και υπενθυμίζουν πόσο ευάλωτη είναι η συγκριμένη πληθυσμιακή ομάδα αναφέρουν πως το 30% των παιδιών ηλικίας 14-17 ετών πιθανώς έχουν υποστεί κάποιου είδους βίας και εκμετάλλευσης πριν αλλά και κατά την διάρκεια του ταξιδιού τους (UNICEF, 2017). Επιπρόσθετα, με βάση εκτιμώμενα στοιχεία του 2019 υπολογίζεται πως 3.564 ασυνόδευτα παιδιά βρίσκονται στην χώρα μας εκ των οποίων τα 2.443 εξακολουθούν να χρειάζονται στέγαση. Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία αυτά, διαπιστώνουμε την διάσταση τους ζητήματος της μετανάστευσης αναφορικά με τον ευάλωτο πληθυσμό των παιδιών (UNICEF, 2019).

Εικόνα 2.3

Στοιχεία για τους πρόσφυγες μετανάστες στην Ελλάδα.



Πηγή: UNICEF, 2017



2.2 Το υγειονομικό προφίλ των μεταναστών

Η υγεία των προσφύγων και των μεταναστών αποτελεί ακόμη ένα εξαιρετικά περίπλοκο θέμα και τα ευρήματα συχνά δεν μπορούν να γενικευθούν. Οι επιπτώσεις της μεταναστευτικής διαδικασίας, οι οικονομικοί και οι υγειονομικοί παράγοντες, η επαναλαμβανόμενη έκθεσή τους σε καταστάσεις ανασφάλειας και κινδύνου αλληλεπιδρούν με βιολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες για να δημιουργήσουν διαφορετικά αποτελέσματα για την υγεία τους (Lebano et al., 2020). Οι τεράστιες ανισότητες που υπάρχουν αντικατοπτρίζονται στην υγεία του πληθυσμού και στα διάφορα συστήματα υγείας. Οι εκτιμήσεις της θνησιμότητας τείνουν να είναι χαμηλότερες στους πρόσφυγες και τους μετανάστες από ότι στον ευρωπαϊκό πληθυσμό υποδοχής, καθώς οι μετανάστες είναι συγκριτικά συχνά πιο υγιείς αν και το προφίλ της υγείας τους δεν είναι ξεκάθαρα κατανοητό (Pavli & Maltezos, 2017). Σε έρευνά του ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει πως οι ομάδες αυτές φαίνεται να είναι ευάλωτες σε μολυσματικές ασθένειες είτε λόγω έλλειψης υγειονομικής περίθαλψης ή διακοπής της περίθαλψης στη χώρα καταγωγής, είτε λόγω έκθεσης σε λοιμώξεις και έλλειψης φροντίδας κατά τη διάρκεια του ταξιδιού, καθώς και στις συνθήκες διαβίωσης στη χώρα προορισμού (WHO, 2019; WHO, 2020). Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει πολύ χαμηλός κίνδυνος μετάδοσης μεταδοτικών ασθενειών από τον πληθυσμό των προσφύγων και μεταναστών στον πληθυσμό υποδοχής (Eiset & Wejse., 2017; Pavli & Maltezos., 2017; Hammer, 2017). Η διάρκεια παραμονής τους στη χώρα υποδοχής μπορεί να συσχετιστεί θετικά με αύξηση του κινδύνου για μη μεταδιδόμενα Νοσήματα (MMN), όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, εγκεφαλικό επεισόδιο ή καρκίνο (Gimeno et al., 2017; Jalbout et al., 2020). Αν και, γενικά, υπάρχει υψηλότερος κίνδυνος ισχαιμικής καρδιοπάθειας και εγκεφαλικού στον προσφυγικό και μεταναστευτικό πληθυσμό, δεν υπάρχει σαφές πρότυπο για καρδιαγγειακά νοσήματα, με τον επιπολασμό να συνδέεται άμεσα τόσο με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες όσο και με ειδικούς για την μετανάστευση παράγοντες (Norredam et al., 2014). Άλλες έρευνες οι οποίες μελετούν το προφίλ υγείας των ομάδων αυτών αναφέρουν πως βρίσκονται σε χαμηλότερο κίνδυνο για όλα τα νεοπλάσματα (Fedeli et al., 2015) εκτός από εκείνα που συνδέονται με μολυσματικές ασθένειες όπως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και τα οποία είναι πιο πιθανό να διαγνωστούν σε μεταγενέστερο στάδιο της ασθένειάς τους από τους πληθυσμούς υποδοχής

(Arnold et al., 2010). Γενικά, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες έχουν υψηλότερη επίπτωση, επιπολασμό και ποσοστό θνησιμότητας λόγω διαβήτη από τον πληθυσμό υποδοχής (Stirbu et al., 2006; Addo et al., 2017; Choukem et al., 2014). Τα συχνότερα αυτοαναφερόμενα προβλήματα υγείας τους ήταν πονοκέφαλοι/ημικρανίες, προβλήματα ψυχικής υγείας όπως άγχος, διαταραχές ύπνου και μυοσκελετικές παθήσεις (Riza et al., 2017).

Οι ψυχικές διαταραχές σε αυτές τις ομάδες παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις (Priebe et al., 2016). Παράγοντες κινδύνου για προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να εμφανιστούν σε όλες τις φάσεις της μεταναστευτικής διαδικασίας και κατά την εγκατάσταση στη χώρα υποδοχής (Riva et al., 2018; Giacco et al., 2018). Η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), οι διαταραχές της διάθεσης και η κατάθλιψη είναι τα συχνότερα αναφερόμενα προβλήματα ψυχικής υγείας μεταξύ των διεθνών μεταναστών, κυρίως των προσφύγων και των προσφάτως αφιχθέντων αιτούντων άσυλο (Schock et al., 2015; Porter & Haslam, 2005; Chilunga et al., 2019). Ωστόσο, τα στοιχεία δεν είναι πειστικά και υπάρχει μεγάλο εύρος στον αναφερόμενο επιπολασμό. Για παράδειγμα, αναφορικά με την κατάθλιψη στους πρόσφυγες το ποσοστό κυμαίνεται από 5% έως 44%, σε σύγκριση με επιπολασμό 8-12% στο γενικό πληθυσμό (Close et al., 2016). Οι κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και η απομόνωση, συνδέονται με αυξημένα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης, τα οποία επίσης αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ψυχική κατάσταση των παιδιών (Vozikis, Fouskas & Sidiropoulos, 2021).

2.3 Προβλήματα υγείας παιδιών μεταναστών

Τα παιδιά με προσφυγικές και μεταναστευτικές εμπειρίες αντιπροσωπεύουν μια ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα που κινδυνεύει από ποικίλα προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας που σχετίζονται άμεσα με την περιορισμένη πρόσβασή τους σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, τις δύσκολες συνθήκες διαβίωσης στην χώρα καταγωγής και την ύπαρξη μη βέλτιστων συνθηκών κατά την διάρκεια τους ταξιδιού τους (Grimm et al., 2021; Konstantopoulos et al., 2022). Εμφανίζουν προβλήματα υποσιτισμού, δευτερογενείς ασθένειες που σχετίζονται με διατροφικές ανεπάρκειες, υψηλό ποσοστό αναιμίας, υψηλό ποσοστό έλλειψης βιταμίνης D, δηλητηρίαση από μόλυβδο, διάφορες εντερικές μολύνσεις, διατροφικά προβλήματα που σχετίζονται με ελλιπές βάρος σε σχέση με το ύψος και χαμηλό ύψος σε σχέση με την ηλικία. (Baauw et al., 2019).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΠΟΥ, ο υποσιτισμός ήταν η αιτία του 45% των θανάτων στα παιδιά κάτω των 5 ετών το 2015 (ΠΟΥ, 2022). Σχεδόν το 20% των νεογνών στην περιοχή της Ανατολικής Μεσογείου ήταν λιποβαρή. Επιπλέον, μελέτες σε παιδιά πρόσφυγες έχουν αναδείξει τη διπλή επιβάρυνση της δυσθρεψίας, με την ταυτόχρονη παρουσία του υποσιτισμού και υπερσιτισμού. Σε μια πρόσφατη μελέτη σε παιδιά και εφήβους που διαμένουν σε δύο προσφυγικά κέντρα στη βόρεια Ελλάδα, το 7,8% των παιδιών ήταν λιποβαρής, το 4,6% ήταν ισχνά, το 7,3% καχεκτικά. Το 13% παρουσίασε τουλάχιστον μία μορφή δυσθρεψίας, ενώ η δυσθρεψία στα κορίτσια ήταν υψηλότερη σε σχέση με τα αγόρια. (Grammatikopoulou et al., 2019). Τα αποτελέσματα παρόμοιας μελέτης αναφέρουν πως τα παιδιά των προσφύγων που φθάνουν στην χώρα μας έχουν σε ποσοστό 79,3% άγνωστη εμβολιαστική κάλυψη, ενώ το 21,3% παρουσιάζει οδοντιατρικά προβλήματα και το 7,3% πρόσθετα κλινικά προβλήματα όπως λοιμώξεις του αναπνευστικού και ουρογεννητικού συστήματος, παθήσεις του δέρματος, νόσο του θυρεοειδούς, κατάγματα οστών, σκελετικές ανωμαλίες και προβλήματα ακοής. Εντοπίστηκαν υψηλά ποσοστά αναιμίας (13,7%) και χαμηλής φερριτίνης (17,3%,) (Baww et al., 2019).

Παιδιά σε ποσοστό 30,6% με κύρια χώρα καταγωγής την Ασία (Αφγανιστάν, Μπαγκλαντές και Πακιστάν) εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα μολύβδου στο αίμα, με τα περισσότερα από αυτά να ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 1 έως 5 ετών. Βρέθηκε επίσης ότι η μετανάστευση αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ψυχική υγεία των παιδιών, με τα ασυνόδευτα ανήλικα

παιδιά να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και συμπτώματα PTSD σε σύγκριση με άλλες ομάδες προσφύγων και μεταναστών (Pavloroulou et al., 2017; Hassapidou et al., 2009).

Μελέτες ανασκόπησης αναδεικνύουν την ισχυρή συσχέτιση παχυσαρκίας και μετανάστευσης αλλά και διαφόρων άλλων μεταβολικών διαταραχών που μπορούν να προκαλέσουν προοδευτικά σημαντικά προβλήματα υγείας (Pavloroulou et al., 2017). Η επισιτιστική ανασφάλεια και οι πολιτισμικές καταβολές βρέθηκαν να είναι σημαντικοί κοινωνικοί παράγοντες που ενδεχομένως επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες και συμβάλλουν στην ανάπτυξη ασθενειών (Gimm et al., 2021). Η δυσθρεψία σε όλες τις μορφές του (υποσιτισμός, κρυφή πείνα, υπερβολικό βάρος και παχυσαρκία) επηρεάζει την υγεία του πληθυσμού της περιοχής και ιδιαίτερα την ικανοποιητική ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων. Ταυτόχρονα, η παχυσαρκία γίνεται σοβαρό πρόβλημα, καθώς το 53% των γυναικών και το 8% των παιδιών σχολικής ηλικίας που ζουν στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι υπέρβαροι (WHO, 2022). Ανθυγιεινές δίαιτες, καθώς και έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, συμβάλλουν στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας και των Μη Μεταδιδόμενων Νοσημάτων. Η μετάβαση στα ανθυγιεινά διατροφικά πρότυπα και ο καθιστικός τρόπος ζωής έχουν διαφορετικό αντίκτυπο σε αυτές τις χώρες, όσον αφορά τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα (WHO,2019; Περιφερειακό Γραφείο Ανατολικής Μεσογείου,2019). Έρευνες δείχνουν πως μετανάστες που προέρχονται από αναπτυσσόμενες χώρες πιθανώς λόγω της πολιτισμικής τους κουλτούρας επιδιώκουν ευμεγέθη σωματικά πρότυπα θεωρώντας ότι ισοδυναμούν με την υγεία, τον πλούτο και την ευρωστία (Williams et al., 1998). Τα παιδιά προσφύγων και μεταναστών φαίνεται ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης υπέρβαρου και παχυσαρκίας καθώς και οδοντιατρικά προβλήματα (Moncho et al., 2022; Alshubi et al., 2020; Konstantopoulou et al., 2022). Σε έρευνες αναφορικά με παιδιά μεταναστών διαπιστώνεται πως από την ηλικία των 2 έως 5 ετών παρουσίαζαν μεγαλύτερο ποσοστό υπέρβαρου και παχυσαρκίας σε σύγκριση με τα γηγενή παιδιά της χώρας υποδοχής (de Hoog et al., 2011; Veldhuis et al., 2013; Kahanolkar et al., 2013). Τα αίτια για την εμφάνιση του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας στα παιδιά των μεταναστών αφορούν στην αλληλεπίδραση βιολογικών, πολιτιστικών, κοινωνικοοικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που θα αναλύσουμε διεξοδικά στα παρακάτω κεφαλαία προσπαθώντας να αναδείξουμε τις διαστάσεις του προβλήματος .

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Μετανάστευση και Διατροφή

3.1 Επισιτιστική ανασφάλεια

Οι πρόσφυγες και μετανάστες βιώνουν δραστικές αλλαγές στις διατροφικές τους συνήθειες τόσο κατά την διάρκεια της μετακίνησή τους όσο και μετά την άφιξή τους στην χώρα υποδοχής (IOM, 2019). Η έλλειψη επαρκούς τροφής σχετίζεται άμεσα με τη μεταναστευτική διαδικασία, καθώς αποτελεί κοινή εμπειρία και αφορά το μεγαλύτερο κομμάτι των νεοαφιχθέντων προσφύγων και μεταναστών (FAO, 2020). Μελέτες αναφέρουν ότι πάνω από τους μισούς μετανάστες οι οποίοι μετακινήθηκαν από το Μεξικό προς τις ΗΠΑ εμφάνισαν μειωμένη πρόσληψη τροφής, ενώ το 20% ανέφεραν ότι παρέμειναν επί δύο ή περισσότερες μέρες νηστικοί (Stoessle et al., 2020; Aragon et al., 2020).

Η επισιτιστική ανασφάλεια αποτελεί σημαντικό πρόβλημα της εποχής μας, παρά την γενική αφθονία παραγωγής τροφίμων. Στην Ευρώπη, το 18% των νοικοκυριών αντιμετωπίζει μέτρια ως σοβαρή αδυναμία πρόσβασης σε τρόφιμα, ενώ το 20% αναφέρει ότι δεν υπάρχουν αρκετά χρήματα για την σίτισή τους. Οι μετανάστες αποτελούν ευπαθή ομάδα που έρχεται πολύ συχνά αντιμέτωποι με το ζήτημα της επισιτιστικής ανασφάλειας. Μια από τις αιτίες του προβλήματος εντοπίζεται στην απώλεια της πρόσβασης σε είδη τροφίμων που ήταν παλαιότερα γνωστά και στα ήδη γνώριμα, με τα οποία έχουν πολιτιστική και παραδοσιακή σχέση. Ο παράγοντας αυτός σε συνδυασμό με τις φτωχές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και την έλλειψη γνώσης σχετικά με την διατροφική αξία των τροφίμων που διατίθενται στη χώρα υποδοχής ενδέχεται να συνεπικουρεί στον βαθμό του προβλήματος (Dondi et al., 2020). Η έλλειψη βασικών αγαθών συμπεριλαμβανόμενης της τροφής επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό τη συνολική σωματική και ψυχολογική ευημερία των ομάδων αυτών μέρος της οποίας είναι και η διατροφική τους συμπεριφορά. Η μειωμένη πρόσληψη θρεπτικών συστατικών μπορεί να οδηγήσει σε ασθένειες όπως η ραχίτιδα και η αναιμία (Thacher et al., 2016; Grammatikopoulou., et al 2019). Επίσης, συμβάλει στην φτωχότερη συναισθηματική υγεία συμπεριλαμβανόμενου του στρες, επηρεάζοντας αρνητικά κυρίως την ανάπτυξη και τη συμπεριφορά των παιδιών και των εφήβων και αυξάνοντας τον κίνδυνο για διαταραχές της ψυχικής τους υγείας. Η μετανάστευση πληθυσμών χαμηλού κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου σε αναπτυγμένες χώρες μπορεί επίσης να

αποτελέσει παράγοντα επισιτιστικής ανασφάλειας χωρίς όμως σε αυτήν την περίπτωση να προδιαγράφεται απαραίτητα η ύπαρξη πείνας, καθώς οικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντας θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε διατροφικές διαφοροποιήσεις με υπερκατανάλωση προϊόντων φτωχών σε θρεπτικά συστατικά, πλούσιων σε ζάχαρη και λιπαρά, χαμηλού οικονομικού κόστους, πρόχειρων γευμάτων τα οποία συνδέονται άμεσα με τη παχυσαρκία, τις μεταβολικές διαταραχές, τις καρδιαγγειακές παθήσεις και την τερηδόνα (Yoshida & Simoes, 2018). Μια ύστερη συνέπεια της επισιτιστικής ανασφάλειας μπορεί να συσχετιστεί με τη διατροφή και τη ψυχολογία του ατόμου και αναφέρεται σε επίμονα προβλήματα που σχετίζονται με τη τροφή όπως λαχτάρα για φαγητό, υπερβολική αποθήκευση τροφίμων καθώς και δυσκολία απόρριψης φαγητού (Alaimo et al., 2001).

Εικόνα 3.1

Επισιτιστική Ανασφάλεια



Source: Adapted from the USDA Economic Research Service.

Πηγή: [Food Insecurity Program - Office of Student Life - Santa Clara University \(scu.edu\)](https://www.scu.edu/foodinsecurity/)

3.2 Διατροφική ενσωμάτωση

Η εικόνα της διατροφής των μεταναστών διαφοροποιείται σύμφωνα με πολυποίκιλους παράγοντες που σχετίζονται με τη χώρα προέλευσης, με κοινωνικοοικονομικά και πολιτιστικά χαρακτηριστικά καθώς και με τις συνθήκες διαβίωσης τους στην χώρα υποδοχής (Franzen&Smith, 2010). Η διαδικασία κατά την οποία οι μετανάστες υιοθετούν τις διατροφικές συνήθειες και επιλογές του νέου περιβάλλοντος ονομάζεται διεθνώς διατροφική ενσωμάτωση (dietary acculturation). Πρόκειται για μια διαδικασία σύνθετη και πολυδιάστατη, στην οποία η συμμετοχή των παραπάνω παραγόντων προβλέπει κατά πόσο οι νεοαφιχθέντες μετανάστες θα τροποποιήσουν τη στάση και τη συμπεριφορά τους ως προς τις διατροφικές τους επιλογές, τις γευστικές τους προτιμήσεις, την αγορά και τον τρόπο μαγειρέματος των τροφών (Satia-Abouta et al., 2002; McDermott, 2009). Τα παιδιά καταναλώνουν συνήθως τα ίδια τρόφιμα με εκείνα των υπολοίπων μελών του νοικοκυριού, ωστόσο δεν βιώνουν τις διατροφικές αλλαγές με τον ίδιο τρόπο. Σε ένα άρθρο ανασκόπησης αναφέρεται ότι η ηλικία και η γενιά των μεταναστών θεωρούνται οι κυριότεροι παράγοντες που οδηγούν σε αλλαγή της διατροφικής τους συμπεριφοράς (Gilbert&Khokhar, 2008). Μελέτη της επίδρασης της διατροφικής ενσωμάτωσης σε παιδιά πρώτης και δεύτερης γενιάς κινέζων μεταναστών στον Καναδά, αναφέρει ότι η δεύτερη γενιά παιδιών και εκείνα με την καλύτερη χρήση της αγγλικής γλώσσας, είχαν αντιλήψεις για τη διατροφή παρόμοιες με εκείνες των παιδιών του Καναδά (Hrboticky & Kronl, 1984). Παρόμοια παλαιότερη έρευνα στην Αγγλία που αφορούσε οικογένειες Πακιστανών μεταναστών αναφέρει ότι η κατανάλωση παραδοσιακών γευμάτων πραγματοποιείται κυρίως από τους γονείς ενώ οι γευστικές προτιμήσεις των παιδιών πλησίαζαν περισσότερο εκείνης των Άγγλων συνομηλίκων τους (Jamal, 1998).

Το διατροφικό περιβάλλον διαμορφώνεται σύμφωνα με την κτηθείσα διατροφική συμπεριφορά η οποία αποτελεί έναν συνδυασμό της διατροφικής κουλτούρας που διαθέτουν και των διατροφικών συνηθειών που υιοθετούν στην χώρα υποδοχής. Οι μετανάστες μπορεί να ακολουθήσουν πλήρως το διατροφικό μοντέλο της χώρας υποδοχής, να διατηρήσουν τις διατροφικές τους συνήθειες ή και να ενσωματώσουν καινούργια διατροφικά πρότυπα στο διαιτολόγιό τους διατηρώντας ορισμένες παραδοσιακές διατροφικές τους συνήθειες (Δρούγια, 2010). Σε αντίστοιχη μελέτη μεταξύ Πακιστανών μεταναστών στην Νορβηγία βρέθηκε παρόμοια πρόσληψη δημητριακών με εκείνη του γενικού πληθυσμού της χώρας. Μάλιστα ένα μεγάλο μέρος

της πρόσληψης των δημητριακών που καταναλώναν ανήκε στο νορβηγικό ψωμί του εμπορίου (Natland et al., 2006).

Η θεώρηση της διατροφής με βάση την κοινωνική της διάσταση μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση της διαδικασίας της διατροφικής ενσωμάτωσης. Έρευνες δείχνουν πως η αυξανόμενη έκθεση των μεταναστών στην κυρίαρχη κουλτούρα της χώρας υποδοχής καθορίζεται από τον χρόνο παραμονής, τη χρήση νέας γλώσσας και τη ένταξή τους μέσα στην κοινωνία (Gilbert&Khokhar, 2008; Franzen&Smith, 2010). Ωστόσο, η διατροφική τους συμπεριφορά σχετίζεται με τη διαθεσιμότητα παραδοσιακών προϊόντων, την ύπαρξη οικονομικών περιορισμών και περιορισμένου χρόνου καθώς και την αδυναμία ή δυσκολία επικοινωνίας. Η αλλαγή του διατροφικού τους περιβάλλοντος δεν είναι γραμμική, ούτε αποκλειστικά ωφέλιμη ή επιβλαβής την υγεία τους (Lane et al., 2019). Πρόσφατη μελέτη έδειξε την αρνητική επίδραση της διατροφικής ενσωμάτωσης στην διατροφή των Λατίνων μεταναστών που ζούσαν στις ΗΠΑ. Μάλιστα η αλλαγή αυτή αφορούσε κυρίως τα παιδιά, με μεταβολή των πρακτικών σίτισής τους καθώς και του σωματικού τους βάρους (Ayala et al., 2008). Σε ορισμένες ομάδες μεταναστών έχει καταγραφεί υψηλή κατανάλωση τροφών υψηλής επεξεργασίας και προϊόντα υψηλής περιεκτικότητας σε γλυκαντικές ουσίες. Συγκριτική σουηδική μελέτη που αναφερόταν στις διατροφικές συνήθειες παιδιών μεταναστών και γηγενών ηλικίας 6 ετών έδειξε περισσότερες ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες μεταξύ των μεταναστών, με συχνότερη κατανάλωση γλυκών και αναψυκτικών σε σχέση με τα γηγενή παιδιά τα οποία καταναλώναν συχνότερα λαχανικά (Säfsten et al., 2016). Παρόμοια παλαιότερη μελέτη διαιτητικής πρόσληψης που αφορούσε παιδιά σχολικής ηλικίας στην Κοπεγχάγη έδειξε ότι τα παιδιά των μεταναστών είχαν χειρότερες διατροφικές συνήθειες από εκείνες των γηγενών κυρίως λόγω της αυξημένης κατανάλωσης γλυκών και των ελλιπών διατροφικών γνώσεων (Osler & Hansen, 1993). Επομένως η διεργασία διατροφικής ενσωμάτωσης είναι μια δυναμική διαδικασία κατά την οποία πρέπει να διατηρηθούν όλες οι θετικές πλευρές της παραδοσιακής διατροφής των μειονοτικών ομάδων, παράλληλα όμως είναι σκόπιμο να υιοθετηθούν τα θετικά στοιχεία του διατροφικού πολιτισμού της χώρας υποδοχής. Η συμπεριφορά του ατόμου σε σχέση με την πρόσληψη τροφής είναι εξαιρετικά περίπλοκη στην ερμηνεία της. Ο όρος «προτίμηση» υποδηλώνει την ελευθερία επιλογής του ατόμου ανάμεσα σε δυο ή και παραπάνω τροφές, ενώ η «αρέσκεια» αναφέρεται στην συναισθηματική απόκριση των ανθρώπων απέναντι στα τρόφιμα, δημιουργώντας ένα κύκλο μέσα στον οποίο οι άνθρωποι τείνουν να καταναλώνουν τα είδη που προτιμούν και προτιμούν τα είδη

που τους αρέσουν. Επομένως η «αρέσκεια» αποτελεί βασικό παράγοντα επιλογής, αλλά όχι τον μοναδικό, αφού οι διατροφικές μας συνήθειες συνδέονται στενά με προσωπικές στάσεις, κοινωνικές παραμέτρους και πολιτισμικές καταβολές. Οι γενετικοί και πολιτισμικοί παράγοντες των γονέων συμβάλλουν επίσης στην διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών των παιδιών (De Cosmi et al., 2017). Σε έρευνα που έγινε διαπιστώθηκε πως ανάμεσα στους πολλούς παράγοντες που συσχετίζονται με το υπερβολικό βάρος ο δείκτης μάζας σώματος της μητέρας πριν από την εγκυμοσύνη φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με τον αυξημένο δείκτη μάζας σώματος του βρέφους (Scalgioni et al., 2018; De Cosmi et al., 2017). Σε Ολλανδική μελέτη, τα μαροκινά βρέφη όλων των ηλικιών είχαν υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος σε σύγκριση με τα γηγενή και οι γυναίκες από εθνοτικές μειονοτικές ομάδες παρουσίαζαν υψηλότερο επιπολασμό υπερβολικού βάρους, με τον δείκτη μάζας σώματος πριν την εγκυμοσύνη να αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα και για το βάρος των παιδιών αντίστοιχα (HofMHP et al., 2011).

Εικόνα 3.2

Διατροφική ενσωμάτωση



Πηγή: <https://www.clickatlife.gr/geusi/story/63319>.

3.3 Διατροφικές συνήθειες παιδιών μεταναστών

Οι γενετικοί παράγοντες που μεταβιβάζονται από τη μητέρα στο παιδί θα μπορούσαν να έχουν επίδραση στη παιδική παχυσαρκία. Η αύξηση του βάρους της μητέρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέεται με την αύξηση του βάρους στην πρώτη περίοδο ζωής του παιδιού (Heslehurst et al., 2019). Ο μητρικός θηλασμός επίσης φαίνεται να παίζει προστατευτικό ρόλο όσο αναφορά στην εμφάνιση της παχυσαρκίας (Marseglia et al., 2014; Ortega-Garcia., 2018). Η μετανάστευση επιδρά και στη σίτιση των βρεφών. Στοιχεία συγκριτικής μελέτης των Kocturk και Zetterstrom αναφορικά με την διατροφή μητέρων μεταναστριών από την Τουρκία στην Στοκχόλμη και του αντίστοιχου δείγματος μητέρων που ζούσαν στην Κωνσταντινούπολη ανέδειξε τη γρήγορη διακοπή του μητρικού θηλασμού στην ομάδα των μεταναστριών με το 23% των μητέρων να διακόπτει το θηλασμό τον 1ο μήνα, ενώ αντίθετα για τις γυναίκες που ζούσαν στην Κωνσταντινούπολη το αντίστοιχο ποσοστό έφτανε στο 6% (Kocturk & Zetterstrom, 1986).

Εκτός από τους γενετικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τις διατροφικές συνήθειες, οι διατροφικές επιλογές του ατόμου επηρεάζονται και από το περιβάλλον (Ashraful et al., 2018). Μια προσεκτική ανάλυση των τροφικών επιλογών αποκαλύπτει ότι η ταξινόμησή τους είναι πιο σύνθετη. Από όλα τα τρόφιμα που είναι διαθέσιμα, το άτομο επιλέγει στη διατροφή του τρόφιμα ανάλογα με την επίδραση θρησκευτικών κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων (Almerigo, 2014; Ματάλα, 2015c).

Οι προτιμήσεις αναπτύσσονται σταδιακά ανάλογα με τις εμπειρίες του κάθε παιδιού που διαμορφώνονται μέσα στην οικογένεια. Οι γονείς αποτελούν το κύριο διατροφικό πρότυπο και μαζί με τα αδέρφια έχουν την μεγαλύτερη επιρροή στην διατροφική συμπεριφορά του παιδιού (Hill, 2002; Μανιός, 2007). Οι συμπεριφορές και εν γένει η κουλτούρα που διαμορφώνουν οι γονείς επηρεάζουν τις διατροφικές αρέσκειες και αποστροφές του παιδιού δημιουργώντας το διατροφικό περιβάλλον στο σπίτι αφού κατά κύριο λόγο καθορίζουν την διαθεσιμότητα των τροφών και τον χρόνο που αυτά καταναλώνονται. Οι μετανάστες που προέρχονται από αναπτυσσόμενες χώρες, λόγω της πολιτισμικής τους κουλτούρα προτιμούν μεγαλύτερα μεγέθη σώματος, θεωρώντας ότι αποτελούν σημάδια γενικής ευμάρειας και υγείας. Με αυτόν τον τρόπο οι διατροφικές τους συνήθειες επηρεάζονται από τη λαθεμένη εικόνα των γονέων σε σχέση με το βάρος των παιδιών. Οι Williams και συν. (2014) αναφέρουν πως οι λαϊκές παραδόσεις διατροφής μπορεί να ευνοούν την παχυσαρκία ενώ οι Gualnti Rousseau και συν (2012) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ του αντιληπτού μεγέθους σώματος, των τιμών του ΔΜΣ και της αντίληψης των ατόμων

για το σώμα τους διαπιστώνοντας πως μόνο λίγες μειονοτικές εθνικές ομάδες αναφέρουν ανησυχία περί το βάρος τους (Rouseau et al., 2012; Williams et al., 2014). Η μελέτη αυτή είναι σε συμφωνία με αυτή των Toseli και συν. (2014) που κατέδειξε ότι οι υπέρβαροι Αφρικανοί και των δύο φύλων είχαν λανθασμένη αντίληψη του σώματος τους, θεωρώντας ότι λεπτότεροι από ότι στην πραγματικότητα (Toseli et al., 2014).

Η μετάδοση των μαγειρικών δεξιοτήτων ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας ευνοεί την κατανάλωση παραδοσιακών γευμάτων. Ωστόσο, πολλά παιδιά προσέρχονται ασυνόδευτα στον προορισμό τους με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ο πυρήνας της οικογένειας που αποτελεί τον κύριο φροντιστή των παιδιών αλλά και βασικό φορέα της πολιτισμικής κουλτούρας (Patil et al., 2009). Ανασταλτικός παράγοντας στην διατήρηση παραδοσιακών συνηθειών και στην διαμόρφωση διαφορετικών διατροφικών προτύπων είναι η αδυναμία επικοινωνίας των γονέων στο καινούργιο περιβάλλον λόγω έλλειψης της γνώσης της βασικής ομιλούμενης γλώσσας, δημιουργώντας προβλήματα επικοινωνίας με αποτέλεσμα να είναι δύσκολη η εύρεση αγορά προϊόντων (Franzen & Smith., 2010). Σε έρευνες διαπιστώνεται ότι τα παιδιά γονέων με φτωχότερες γλωσσικές δεξιότητες της βασικής ομιλούμενης γλώσσας κατανάλωναν περισσότερα αναψυκτικά, αλμυρά και σνακς (Lane et al., 2019). Φαίνεται πως και ο τρόπος ζωής των μεταναστών συμβάλει προς αυτήν την κατεύθυνση. Συγκεκριμένα, ο χρονικός περιορισμός λόγω φόρτου εργασίας των γονέων και η συχνή έλλειψη μεταφορικού μέσου μπορούν να επηρεάσουν την καταναλωτική και αγοραστική συμπεριφορά τους (Ebenegger et al., 2010).

Επίσης το μορφωτικό επίπεδο των γονέων παίζει καθοριστικό τρόπο στις διατροφικές συνήθειες των παιδιών. Σύμφωνα με την πρόσφατη βιβλιογραφία το χαμηλό επίπεδο γονικής εκπαίδευσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση υπέρβαρου και παχυσαρκίας. Έρευνες δείχνουν ότι παιδιά μεταναστών με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο είχαν υψηλότερο επιπολασμό υπερβολικού βάρους σε σχέση με γονείς που ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση (Snoek., 2007). Οι Ebenegger και συν. διαπίστωσαν ότι η κατάσταση των γονέων μεταναστών και το χαμηλό μορφωτικό τους επίπεδο συσχετίζονται με την εμφάνιση υψηλότερου ΔΜΣ. Στην έρευνα συμμετείχαν παιδιά προσχολικής ηλικίας γονέων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο τα οποία παρουσίασαν λιγότερες υγιεινές συνήθειες, μεγαλύτερη κατανάλωση λιπαρών τροφών και μικρότερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών σε σύγκριση με τους μετανάστες μεσαίου ή υψηλού μορφωτικού επιπέδου (Ebenegger et al., 2010). Σε έρευνα όπου έλαβαν μέρος γονείς

παιδιών μεταναστών ανέφεραν ότι ο ρυθμός και ο νέος τρόπος ζωής άλλαζε και τη διατροφή τους. Ορισμένοι μετανάστες από χώρες υψηλού εισοδήματος φάνηκε να είναι πιο ευπροσάρμοστοι στα καινούργια διατροφικά πρότυπα και καλύτερα προετοιμασμένοι να διαχειριστούν τέτοιου είδους προκλήσεις, ίσως λόγω των διατροφικών γνώσεων που διαθέτουν ήδη από την χώρα καταγωγής τους (Lane et al., 2019).

Οι απότομες αλλαγές στην κοινωνική και περιβαλλοντική δομή συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης χρόνου, της έλλειψης κοινωνικών σχέσεων, του περισσότερου άγχους, της διατροφικής ανασφάλειας και της αδυναμίας πρόσβασης σε παραδοσιακά τρόφιμα οδηγεί τις ομάδες αυτές σε έναν λιγότερα υγιεινό τρόπο ζωής (Popronic-Lipovac & Strasser, 2015). Από την άλλη πλευρά η αυξημένη διαθεσιμότητα ανθυγιεινών τροφών, η ύπαρξη προϊόντων φτωχών σε θρεπτικά συστατικά (Congdom, 2019; Rose & Bodor, 2010), χαμηλού κόστους, καθώς και η υπερπροσφορά γρήγορου φαγητού είναι ορισμένοι από τους λόγους που συμβάλλουν στην μη υγιεινή διατροφική συμπεριφορά των μεταναστών. (Giskes et al., 2011; Mezuk et al., 2016). Η πρόσβαση στα τρόφιμα είναι μια πολύπλοκη δυναμική διαδικασία, στην οποία η διαθεσιμότητα, η προσβασιμότητα και η απόσταση που υπάρχει ανάμεσα στις κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες της χώρας υποδοχής σε σχέση με αυτές του τόπου καταγωγής τους διαμορφώνουν τη νέα διατροφική τους καθημερινότητα (Giskes et al., 2007; Gaspi et al., 2012). Επιπλέον, η ευκολία πρόσβασης βρέθηκε ότι συσχετίζεται περισσότερο με τη διατροφική συμπεριφορά παρά με την αντικειμενική απόσταση που χωρίζει τα άτομα από τα καταστήματα που διαθέτουν τοπικά προϊόντα της χώρας καταγωγής τους (Nakamura et al., 2019; Giskes et al., 2007). Ωστόσο η πρόσβαση σε τέτοιου είδους καταστήματα παρουσιάζει έντονες διαφορές με αποτέλεσμα τα μεγάλα σούπερ μάρκετ να γίνουν βάση για τις περισσότερες αγορές των μεταναστών. Έρευνες δείχνουν πως περιοχές με υψηλό ποσοστό μεταναστών, έχουν μεγαλύτερη παρουσία εθνοτικών καταστημάτων (Moffat et al., 2017; Lofink, 2012), ενώ από αναφορές μεταναστών προκύπτει ότι κάποιιοι έπρεπε να διανύουν μεγάλες αποστάσεις είτε για να έχουν πρόσβαση σε αυτά τα καταστήματα είτε για να βρουν μεγαλύτερη ποικιλία ή και χαμηλότερες τιμές (Munger et al., 2015; Terragni et al., 2014). Γενικά, σε μελέτες φαίνεται ότι οι μετανάστες που ζουν σε αστικές περιοχές έχουν καλύτερη πρόσβαση σε καταστήματα παραδοσιακών προϊόντων, καθώς και σε παραδοσιακά τρόφιμα, σε σχέση με τον πληθυσμό της υπαίθρου (Vatanparast et al 2020; Pineros-Leano et al., 2019). Σε μελέτη αναφέρθηκε από τις ίδιους τους μετανάστες πως η υγιεινή διατροφή που βασίζεται σε φρέσκα τρόφιμα φάνταζε «ουτοπική», καθώς επικρατούσε η αντικειμενική

δυσκολία της πρόσβασης, ιδιαίτερα σε περιοχές που εξαρτιόνταν από εποχιακά προϊόντα (Pineros- Leano et al., 2019) ενώ από την άλλη υπήρχε πληθώρα καταστημάτων που παρείχαν ανθυγιεινές επιλογές (Park et al., 2011; Pare et al., 2019). Ωστόσο, παράλληλα με τα παραπάνω έχει παρατηρηθεί ότι γειτονίες με υψηλή μεταναστευτική πυκνότητα διαθέτουν προστατευτικούς μηχανισμούς έναντι των διατροφικών αλλαγών που προκύπτουν μέσω της μετανάστευσης (Zhang et al., 2015).

Εκτός όμως από την κοινωνία και το ευρύτερο περιβάλλον των ομάδων αυτών, οι οικονομικοί περιορισμοί επίσης ασκούν σημαντική επίδραση στην αγοραστική συμπεριφορά των γονέων των παιδιών- μεταναστών. Το υψηλό κόστος των παραδοσιακών προϊόντων οδηγεί σε μείωση της κατανάλωσής τους, αφού τείνουν να αγοράζουν τρόφιμα με χαμηλό κόστος που ανταποκρίνονται στην οικονομική τους δυνατότητα. Σε μια μελέτη με πρόσφυγες από τη Λιβερία, αναφέρεται πως η ελλιπής τροφή των παιδιών ήταν πολύ πιθανόν να σχετίζεται με τις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν οι μητέρες σε σχέση με την ανεύρεση και την κατανόηση του αμερικανικού διατροφικού περιβάλλοντος (Berggreen et al., 2021). Επιπλέον, το 63% των προσφύγων ανέφερε ότι αγνοούσαν τον τρόπο που μαγειρεύονται τα αμερικανικά φαγητά και το 40% ανέφερε δυσκολίες στην εύρεση καταστημάτων με τα επιθυμητά παραδοσιακά προϊόντα (Patil et al., 2009). Στις γειτονίες χαμηλού εισοδήματος των ΗΠΑ υπήρχε εύκολη πρόσβαση σε καταστήματα γρήγορου φαγητού και ανθυγιεινών τροφίμων (Bennet et al., 2011). Έρευνες δείχνουν πως το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σε υποβαθμισμένες γειτονίες συσχετίζεται σταθερά με παχυσαρκόγνο διατροφική συμπεριφορά καθώς και με υψηλότερα ποσοστά μη μεταδοτικών ασθενειών που σχετίζονται με τη διατροφή (Bennet et al., 2011; Giskes et al., 2011).

Ο κοινωνικός περίγυρος των παιδιών, αποτελείται κυρίως από το περιβάλλον των συνομηλίκων και συμβάλλει στην κοινωνικοποίηση του ατόμου καθώς διαμέσου των εμπειριών και της αλληλεπίδρασης διαμορφώνονται οι στάσεις και αντιλήψεις του μέσα στην κοινωνία (Τούντας, 2021). Τα παιδιά, καθημερινά, επηρεάζονται από τους φίλους τους, τόσο στο σχολείο όσο και σε άλλους χώρους των δραστηριοτήτων τους, με αποτέλεσμα πολύ συχνά οι επιλογές και οι συνήθειές τους να προσαρμόζονται βάσει των επιλογών των φίλων τους, με σκοπό την αποδοχή από την ομάδα.

Το σχολικό περιβάλλον αποτελεί σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης των διατροφικών συνηθειών των παιδιών και των εφήβων, καθώς τα παιδιά περνούν μεγάλο μέρος της

καθημερινότητάς τους στο σχολείο, ο κύκλος κοινωνικοποίησης που δημιουργείται με συνεχείς αλληλεπιδράσεις μεταξύ των παιδιών και των εκπαιδευτικών και των παιδιών μεταξύ τους, οδηγεί στην διαμόρφωση διατροφικών επιλογών (WHO, 2006; Van Cauwenberghe et al., 2010).

Η ανασκόπηση των Broussard και συν για τη διατροφή και υγεία των μεταναστών στην Ολλανδία περιγράφει τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών και διαπιστώνει πως παιδιά μεταναστών από το Σουρινάμ και τις Αντίλλες έτρωγαν συχνότερα γαλακτοκομικά, κρέας, πατάτες, γλυκά και σνακς ενώ τα παιδιά από το Μαρόκο και την Τουρκία κατανάλωναν πιο συχνά αυγά όσπρια, ψάρι, ρύζι/μακαρόνια και σπανιότερα γαλακτοκομικά, κρέας και αναψυκτικά συγκριτικά με τα παιδιά της Ολλανδίας (Brussard et al., 2001). Σε ολλανδική έρευνα παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των παιδιών που παραλείπουν το πρωινό τους είναι υψηλότερο μεταξύ των μεταναστών από ότι μεταξύ των παιδιών της Ολλανδίας. Μάλιστα το 6% των αγοριών από την Τουρκία δεν έτρωγαν ποτέ πρωινό ενώ για τα κορίτσια το ποσοστό ανέβαινε στο 14% (Brussard et al., 2001).

Οι παραδοσιακές δίαιτες οικογενειών μεταναστών συχνά περιλαμβάνουν μεγάλες ποσότητες οσπρίων ενώ η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ποικίλει και υπόκεινται σε εποχιακές διακυμάνσεις (Popkin, 2009). Χαρακτηριστικά στην Ινδία η μέση κατανάλωση φρούτων και λαχανικών είναι πολύ χαμηλότερη από τις διατροφικές συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ενώ η πρόσληψη ψαριού, κρέατος και γαλακτοκομικών ποικίλει ανάλογα με την γεωγραφική περιοχή (WHO, 2008; Gupta et al., 2006). Οι διατροφικές τάσεις μετά τη μετανάστευση παρουσιάζουν σημαντική αύξηση της πρόσληψης ενέργειας και λίπους με ταυτόχρονη μείωση της πρόσληψης των υδατανθράκων μέσω της μετάβασης από τα δημητριακά ολικής άλεσης και τα όσπρια σε άλλου είδους πηγές υδατανθράκων με αποτέλεσμα τη χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών. Τα στοιχεία δείχνουν αύξηση στην κατανάλωση κρέατος και γαλακτοκομικών, ενώ ορισμένες ομάδες μεταναστών μειώνουν και την κατανάλωση λαχανικών (Gilbert & Khokhar, 2008). Σε μια μελέτη στο Όσλο το 45% των Πακιστανών και το 63% των μεταναστών από την Σρι Λάνκα ανέφεραν ότι αύξησαν τη κατανάλωση κρέατος και γαλακτοκομικών προϊόντων ενώ αναφέρουν επίσης ότι μείωσαν την πρόσληψη φασολιών και φακής. Οι ίδιοι μετανάστες δήλωσαν πως μετά τη μετανάστευση αύξησαν την κατανάλωση προϊόντων πλούσιων σε λιπαρά (Wandel et al., 2008). Μάλιστα σε άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Δανία αναφέρεται ότι τα παιδιά σχολικής ηλικίας 12-14 ετών κατανάλωναν μεγαλύτερες ποσότητες ζάχαρης από τα αντίστοιχα παιδιά γηγενών της Δανίας

(Osler & Hansen, 1993). Αντίθετα, μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Όσλο σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες εφήβων μεταναστών από τη νότια Ασία διαπίστωσε ότι οι έφηβοι κατανάλωναν περισσότερα γλυκά και αναψυκτικά με ζάχαρη από του γηγενείς αλλά και από άλλες εθνικές μεταναστευτικές ομάδες που προέρχονταν από χώρες υψηλού εισοδήματος (Kumar et al., 2004). Σε μελέτες που αφορούσαν πρόσφυγες και μετανάστες στις ΗΠΑ αναφέρθηκε πως τα τρόφιμα με αυξημένη κατανάλωση ήταν το κρέας, τα αυγά, το λίπος, και προϊόντα με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά (Dharod, 2015; Cuffe et al., 2012). Οικογένειες από το Σουδάν με σοβαρή επισιτιστική ανασφάλεια κατανάλωναν συχνότερα οικονομικά προσιτό φρέσκο κρέας από ότι άλλα θρεπτικά τρόφιμα όπως τα γαλακτοκομικά προϊόντα σε σχέση με νοικοκυριά που ήταν επισιτιστικά ασφαλή (Anderson et al., 2014). Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών διέφερε σε όλες τις μελέτες. Πρόσφυγες από τη Λιβερία, Σομαλία και τη Καμπότζη ανέφεραν πως αύξησαν την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, καθώς και δημητριακών ολικής αλέσεως στις χώρες μετεγκατάστασής τους (Peterman et al., 2011; Patil et al., 2009; Story&Harris, 1998). Επιπλέον αναφέρθηκε πως η αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών από τα παιδιά της ομάδας αυτής συσχετίστηκε με το χρόνο παραμονής τους στην χώρα μετεγκατάστασής τους (Patil et al., 2009).

Οι οικογένειες προσφύγων της Νοτίου Ασίας, της Βιρμανίας της Καμπότζης και του Βιετνάμ τόνισαν τους ισχυρούς δεσμούς με την παραδοσιακή τους κουζίνα και την διάθεση τους να καταναλώνουν οι ίδιοι και τα παιδιά τους παραδοσιακά τρόφιμα των χωρών τους, με σκοπό της διατήρηση της πολιτισμικής κουλτούρας (Vue et al., 2011). Ωστόσο, οι διατροφικές προτιμήσεις των εφήβων φαίνεται να επηρεάζονται έντονα από τους συνομηλίκους τους, με αποτέλεσμα οι ενήλικες να προτιμούν την παραδοσιακή διατροφή της χώρας τους, ενώ τα παιδιά και οι έφηβοι να διαφοροποιούν τις διατροφικές του συνήθειες σε ένα συνδυασμό τοπικής και παραδοσιακής κουζίνας (Peterman et al., 2013; Haley, 2014; Story & Harris, 1998).

Τέλος, έχει παρατηρηθεί πως αυτό που μεταβάλλεται αρχικά στην διατροφή τους είναι η σύσταση του πρωινού και ακολουθεί το μεσημεριανό γεύμα, ενώ η κατανάλωση παραδοσιακών γευμάτων είθισται να διατηρείται στο βραδινό γεύμα στις αργίες και τις γιορτές (Landman&Cruickshank, 2001). Άρθρα ανασκόπησης δείχνουν ότι οι αλλαγές στις διατροφικές επιλογές συμβαίνουν πρώτα στις «επιμέρους τροφές» όπως τα γλυκά τα αναψυκτικά, διάφορα σνακς, ακολουθούν με τη σειρά οι συμπληρωματικές τροφές όπως τα γαλακτοκομικά προϊόντα, το κρέας, το ψάρι, τα λαχανικά, ενώ τελευταία κατηγορία τροφίμων που επιδέχεται διαφοροποίησης είναι οι βασικές τροφές όπως

τα παράγωγα σίτου, το ρύζι, οι πατάτες, και τα όσπρια. Οι μετανάστες φαίνεται να προσθέτουν στο διαιτολόγιο τους ευκολότερα τις επιμέρους και συμπληρωματικές τροφές της χώρας υποδοχής που ανήκουν στην κατηγορία των «γευστικών» τροφών κι έπειτα να ενσωματώνουν τις βασικές τροφές (Kocturk, 1996; Landman & Cruickshnk, 2001).

3.4 Δεδομένα για τη φυσική άσκηση των παιδιών μεταναστών

Σύμφωνα με τις μελέτες, οι καθιστικές δραστηριότητες και ο καθιστικός τρόπος ζωής συσχετίζεται άμεσα με την αύξηση της παχυσαρκίας τις τελευταίες δεκαετίες. Οι περισσότερες μελέτες υποδεικνύουν ότι η σωματική άσκηση προστατεύει από την αύξηση του σωματικού βάρους και την παχυσαρκία (Doak et al, 2006). Η μετανάστευση στις δυτικές κοινωνίες αυξάνει το κίνδυνο για την αύξηση σωματικού βάρους, ως αποτέλεσμα του αυξημένου χρόνου παραμονής σε εσωτερικούς χώρους και των αλλαγών στον τρόπο ζωής. Οι μετανάστες τείνουν να εγκαταλείπουν τις παραδοσιακές συνήθειες για να υιοθετήσουν πρότυπα του σύγχρονου δυτικού τρόπου ζωής. Μια επιπρόσθετη πτυχή που σχετίζεται για την αυξανόμενη παιδική παχυσαρκία είναι η υψηλή έκθεση στα μέσα μαζικής ενημέρωσης η οποία εκθέτει τα παιδιά σε διαφημιστικά μηνύματα που σχετίζονται με υπερεπεξεργασμένα τρόφιμα. Επίσης ο χρόνος που αφιερώνουν τα παιδιά σε καθιστικές δραστηριότητες είναι όλο και μεγαλύτερος καθώς η κυρία απασχόληση των παιδιών είναι πλέον η παρακολούθηση τηλεόρασης και η γενικότερη ενασχόληση με τις οθόνες (Gualdi- Russo et al., 2022). Έρευνες δείχνουν πως η παρακολούθηση τηλεόρασης ήταν πιο διαδεδομένη στα παιδιά των μεταναστών και των γονέων χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Οι Veldhuis και συν διαπίστωσαν ότι τα παιδιά μαροκινής καταγωγής από την ηλικία των 5 ετών αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας λόγω του αυξημένου γονικού βάρους, της τακτικής παρακολούθησης τηλεόρασης και της παράλειψης πρωινού (Veldhuis et al., 2013).

Έρευνες σχετικά με τη σχέση μεταξύ εθνικότητας και φυσικής δραστηριότητας παιδιών αποφέρουν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Τα παιδιά μιας εθνοτικής μειονότητας είναι μερικές φορές πιο ενεργά ή εξίσου ενεργά ή λιγότερο ενεργά από τα παιδιά της χώρας υποδοχής. Στην Σουηδία έρευνα έδειξε πως οι έφηβοι φοιτητές με καταγωγή από άλλες χώρες είχαν ελάχιστη φυσική δραστηριότητα σε σχέση με τους μαθητές με σουηδική καταγωγή (Kahlin et al., 2009). Άλλη έρευνα στην Γερμανία διαπίστωσε πως τα παιδιά με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό

υπόβαθρο ήταν λιγότερο σωματικά ενεργά, αν και στην Δανία τα παιδιά μεταναστών ηλικίας 6-7 ετών βρέθηκε να έχουν σημαντικά χαμηλότερη συμμετοχή σε οργανωμένα αθλήματα, αθροιστικά η καθημερινή φυσική δραστηριότητα δεν φάνηκε να διαφέρει από τα παιδιά των Δανών, επειδή εξισορροπήθηκε με το ελεύθερο παιχνίδι των παιδιών αυτών (Nielsen et al., 2013). Στην Νορβηγία έφηβοι ηλικίας 15-17 ετών από τη μέση Ανατολή και τη βόρεια Αφρική παρακολουθούσαν τηλεόραση/βίντεο σε ποσοστό 64,1 %, χρησιμοποιούσαν υπολογιστή για περισσότερο από 3 ώρες την ημέρα έως το 68,7 % και γενικά ήταν ανενεργοί το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, με λιγότερο από 1 ώρα την εβδομάδα φυσικής δραστηριότητας εκτός σχολείου (Kumar et al.,2004).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4.1 Σκοποί και στόχοι

Σκοπός της διπλωματικής έρευνας είναι η μελέτη των διατροφικών συνηθειών και της φυσικής δραστηριότητας παιδιών μεταναστών ηλικίας 7-12 ετών σε δομή πρωτοβάθμιας υγείας και η διερεύνηση της διατροφικής τους κατάστασης.

Επιμέρους στόχοι και ερευνητικές υποθέσεις:

- Καταγραφή των διατροφικών συνηθειών παιδιών μεταναστών ηλικίας 7-12 ετών στο κέντρο της Αθήνας.
- Διερεύνηση των προτύπων και διατροφικών συνηθειών που υιοθετούν τα παιδιά στην χώρα μας.
- Διερεύνηση του τρόπου πολιτισμικής σύνδεσης των καταναλισκόμενων τροφίμων με την χώρα καταγωγής τους.
- Καταγραφή των τροφών που τα παιδιά προτιμούν στο διαιτολόγιό τους.
- Διερεύνηση της φυσικής δραστηριότητας των παιδιών.
- Διερεύνηση της σχέσης του Δείκτη Μάζας Σώματος των παιδιών με την διατροφή και την φυσική άσκηση.

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Υλικό και Μέθοδος

5.1 Μεθοδολογία

Η ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με το Κέντρο Υγείας Πατησίων κατόπιν ενημέρωσης και έγκρισης των αρμόδιων φορέων του Κέντρου Υγείας αλλά και της Επιτροπής Ηθικής και δεοντολογίας για την υλοποίησή της. Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε είναι συγχρονική (cross-sectional study). Το είδος αυτό της μελέτης είναι εύκολα πραγματοποιήσιμο και επιλέχθηκε με σκοπό να παρέχει πολύτιμες πληροφορίες που στόχο έχουν την διαπίστωση συσχετίσεων μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών. Επιπρόσθετα, το είδος της συγκεκριμένης έρευνας μπορεί να συμβάλει στον σχεδιασμό προληπτικών παρεμβάσεων, οι οποίες θα στοχεύουν σε συγκεκριμένες ευάλωτες υποομάδες του πληθυσμού, καθώς και στις υπηρεσίες υγείας.

5.1.1 Μέθοδος δειγματοληψίας

Για την υλοποίηση της συγκριμένης μελέτης κρίθηκε σκόπιμη η εφαρμογή της δειγματοληψίας ευκολίας, καθώς συμμετέχουν σε αυτήν όσα άτομα το επιθυμούν. Η ερευνητική χρησιμότητα σχετίζεται με πιλοτικές έρευνες καθώς δεν ενδείκνυται για την εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων, καθώς δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις αντιπροσωπευτικότητας του πληθυσμού. Ένα δείγμα ευκολίας επίσης έχει το πλεονέκτημα διεξαγωγής της έρευνας με μηδενικό κόστος καθώς χρησιμοποιείται ο πληθυσμός που είναι ήδη διαθέσιμος. Επίσης, η χρονική διάρκεια αποτελεί ένα επιπλέον πλεονέκτημα διότι επιτρέπει την διεξαγωγή της έρευνας στην πορεία της καθημερινής ζωής του ερευνητή.

5.1.2 Συμμετέχοντες - δείγμα

Στην μελέτη έλαβαν μέρος συνολικά 145 παιδιά μεταναστών ηλικίας 7-12 ετών σε συγκεκριμένη Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Κέντρο Υγείας Πατησίων. Το ερευνητικό υλικό συλλέχθηκε δια ζώσης, με προσωπική διανομή των ερωτηματολογίων στο Τμήμα του Κέντρου Μάνας και Παιδιού, καθώς και στο Παιδιατρικό Τμήμα της Δομής. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τα παιδιά με τη σύμφωνη γνώμη των γονέων και την επικουρική τους βοήθεια σε σχέση με την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, όπου αυτή ήταν αναγκαία. Το υλικό είχε μεταφραστεί στα αγγλικά για την καλύτερη κατανόηση και την βέλτιστη συμπλήρωσή του.

Προϋποθέσεις συμμετοχής για την συμμετοχή των παιδιών αποτέλεσε η καλή νοητική λειτουργία, η δυνατότητα επικοινωνίας και η γνώση της ελληνικής/αγγλικής γλώσσας. Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν η ηλικία (ενήλικες και παιδιά ηλικίας κάτω των 7 ετών ή άνω των 12 ετών), η εθνικότητα (ελληνική), η ιδιότητα (μη μετανάστες) και η αδυναμία παροχής πληροφοριών (πχ άτομα Α-ΜΕΑ, άτομα που δεν διαβάζουν ελληνικά/αγγλικά).

Κατά την διάρκεια της έρευνας 20 παιδιά δεν ολοκλήρωσαν την διαδικασία λόγω χρονικών περιορισμών, ενώ 10 παιδιά δεν κατάφεραν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο λόγω απουσία διάθεσης συνεργασίας.

5.2.Ερευνητική διαδικασία

Γι τους σκοπούς της έρευνας σχεδιάστηκε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και σύντομης απάντησης. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια και βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών Food Frequency Questionnaire (FFQ) το οποίο δίνει την δυνατότητα να καταγράψουμε τη συχνότητα κατανάλωσης όσο το δυνατόν περισσότερων τροφών με σχετική ευκολία. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο IPAQσυνετέλεσε στην δημιουργία ερωτήσεων που αφορούσαν την φυσική δραστηριότητα των παιδιών. Τέλος, οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν σε τέσσερις θεματικές ενότητες:

- γενικές ερωτήσεις στις οποίες συμπεριελήφθησαν ανθρωπομετρικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιών όπως φύλο, ηλικία, εθνικότητα, τόπος διαμονής κτλ.
- ερωτήσεις που αφορούσαν γενικές ερωτήσεις που σχετίζονταν με τις συνθήκες ζωής και τη δομή της οικογένειας όπως τα μέλη οικογένειας, την εργασία των γονέων, το ωράριο ύπνου κ.α.
- ερωτήσεις σχετικές με τις διατροφικές τους συνήθειες των παιδιών, όπως η κατανάλωση πρωινού, οι προτιμήσεις τους σε συγκεκριμένες τροφές κ.α.
- ερωτήσεις που αφορούσαν τη φυσική άσκηση και τις δραστηριότητες των παιδιών.

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως σχετικά με την διασφάλιση της ανωνυμίας τους και την εθελοντική συμμετοχή τους. Η διανομή-συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε αποκλειστικά από την ερευνήτρια ακολούθησε η κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων και η αποθήκευση τους σε ασφαλές σημείο, για το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την ολοκλήρωση των ακαδημαϊκών υποχρεώσεων. Τέλος, τα ηλεκτρονικά αρχεία μαζί με τα έντυπα αρχεία θα καταστραφούν με τους ενδεδειγμένους τρόπους μετά το πέρας του χρόνου.

5.3 Στατιστική ανάλυση

Για την επεξεργασία των δεδομένων έγινε χρήση του IBM SPSS v. 27.0. Στην περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιούνται συνεχείς μεταβλητές όπως η μέση τιμή (Mean, M) και τυπική απόκλιση (Standard Deviation, SD), ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως συχνότητα (N) και σχετική συχνότητα (N%). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής εφαρμόστηκε ο έλεγχος (student's t-test). Για την διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson correlation, ενώ σε περιπτώσεις που οι μεταβλητές δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή έγινε χρήση του μη παραμετρικού συντελεστή συσχέτισης Spearman Rho. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, p-value, ορίστηκε στο 5% ($p < 0,05$).

5.4 Ηθικές και δεοντολογικές διαστάσεις

Το πρωτόκολλο της έρευνας εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής με αριθμό πρωτοκόλλου (103014/18-11-2021). Η συμμετοχή των παιδιών στην έρευνα πραγματοποιήθηκε μετά από γραπτή ενημέρωση και έγκριση των γονέων και κηδεμόνων τους, στην οποία αναφέρεται η σημασία της συμμετοχής, ο σκοπός της μελέτης, η τήρηση των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας με την τήρηση της ανωνυμίας τους καθώς και την εξασφάλιση της προστασίας των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Επίσης, οι συμμετέχοντες είχαν την δυνατότητα να αποσυρθούν οποιαδήποτε στιγμή από την ερευνητική διαδικασία, τονίζοντας της εθελοντική συμμετοχή τους. Όλα τα δεδομένα που συλλέχθηκαν φυλάσσονται σε ασφαλή χώρο και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας, αποκλειστικά από την ερευνητική ομάδα. Οι ενέργειες και οι διαδικασίες υλοποίησης της μελέτης πραγματοποιήθηκαν σύμφωνα τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας.

6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Περιγραφική ανάλυση

Γενικά στοιχεία

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 145 παιδιά ηλικίας 7 έως 12 ετών (Πίνακας 6.1), εκ των οποίων τα 79 είναι αγόρια και τα 66 κορίτσια. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (51,7%) ανήκει στην ηλικία των 9-10 ετών.

Πίνακας 6.1

Στοιχεία που αφορούν την ηλικία των παιδιών

Στατιστικά στοιχεία ηλικίας	ΗΛΙΚΙΑ
Έγκυρες απαντήσεις	145
Δεν απάντησαν	0
Μέση Τιμή	9,66
Διάμεσος	10,00
Τυπική Απόκλιση	1,45
Ελάχιστη Τιμή	7,00
Μέγιστη Τιμή	12,00

Η έρευνα αφορά παιδιά προσφύγων και μεταναστών πρώτης και δεύτερης γενιάς. Οι εθνικότητες των παιδιών ήταν πολυποίκιλες με τον μεγαλύτερο αριθμό παιδιών να κατάγεται από την Αλβανία (27,6%), αμέσως μετά ακολουθούν η Συρία, η Αίγυπτος, η Ρουμανία και η Ρωσία με ποσοστά 11,7%, 6,9%, 7,6% και 6,9% αντίστοιχα. Υπολογίζεται ότι 6 στα 10 είναι παιδιά δεύτερης γενιάς μεταναστών, ενώ παιδιά πρώτης γενιάς προέρχονται κυρίως από χώρες τη Συρία και την Αίγυπτο (Πίνακας 6.2). Σχεδόν το 20% των ερωτηθέντων παιδιών πρώτης γενιάς διέμεναν στην Ελλάδα τα τελευταία 3-6 χρόνια, με τα περισσότερα από αυτά να φτάνουν στην χώρα είτε ακτοπλοϊκά είτε

αεροπορικά. Στην ερώτηση που αφορά την διαμονή τους δεν βρέθηκε κάποιο παιδί που να μένει σε χώρους φιλοξενίας.

Πίνακας 6.2

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος

Αριθμός παιδιών (%)

Φύλο	<u>Κορίτσι</u>	66	<u>45,5</u>
	<u>Αγόρι</u>	79	<u>54,5</u>
Ηλικία (έτη)	7	11	7,6
	8	20	13,8
	9	37	25,5
	10	38	26,2
	11	17	11,7
	12	22	15,2
Εθνικότητα	Αλβανία	40	27,6
	Σύρια	17	11,7
	Ρουμανία	11	7,6
	Αίγυπτος	10	6,9
	Ρωσία	10	6,9
	Ουκρανία	8	5,5
	Αφγανιστάν	7	4,8
Βουλγαρία	7	4,8	
Διάρκεια παραμονής(έτη)	1-2	4	2,8
	3-4	26	17,9
	5-6	16	11
	7-8	5	3,5
	9-10	4	2,8

Ακολούθως σύμφωνα με το βάρος, το ύψος, την ηλικία και το φύλο του κάθε παιδιού υπολογίσαμε μαζί με το ιατρικό προσωπικό τον Δείκτη Μάζας Σώματος. Ο μαθηματικός τύπος του ΔΜΣ προκύπτει από το βάρος προς το ύψος του παιδιού στο τετράγωνο, ενώ για την κατάταξη του παιδιού στις κατηγορίες του ΔΜΣ, λαμβάνονταν υπόψη η ηλικία και το φύλο. Στην συνέχεια

διαπιστώσαμε τη εκατοστιαία θέση στην οποία βρίσκεται με την βοήθεια του πίνακα καμπύλης ανάπτυξης.

Συνολικά αναφέρεται πώς το 17,9% του πληθυσμού της έρευνας παρουσιάζει διαταραχές βάρους, (Πίνακας 6.3) καθώς από το σύνολο των 145 παιδιών τα 19 από αυτά είναι υπέρβαρα (13,1%), ενώ εντοπίστηκαν 5 ελλιποβαρή (3,4%) και 2 παχύσαρκα (1,3%) (Πίνακας 6.3).

Πίνακας 6.3
Δείκτης Μάζας Σώματος παιδιών

	Αριθμός Παιδιών	Ποσοστό
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	119	82
ΛΙΠΟΒΑΡΗΣ	5	3,4
ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ	19	13,1
ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΣ	2	1,4

Αναφορικά με το φύλο από τα 19 υπέρβαρα παιδιά τα 13 ήταν αγόρια και τα 6 κορίτσια. Στα ελλιποβαρή άτομα εντοπίστηκαν 3 κορίτσια και 2 αγόρια ενώ τα παχύσαρκα παιδιά εμφάνισαν ίδια συχνότητα όσον αφορά το φύλο. (Πίνακας 6.3.1)

Πίνακας 6.3.1

Φύλο και ΔΜΣ

Φύλο	Φυσιολογικός	Υπέρβαρος	Παχύσαρκος	Ελλιποβαρής
Αριθμός Αγοριών	63	13	1	2
Αριθμός Κοριτσιών	56	6	1	3
Σύνολο	119	19	2	5

Αναφορικά με την ηλικία τα 19 υπέρβαρα παιδιά είχαν διάμεση ηλικία τα 10 έτη. Τα ελλιποβαρή άτομα είχαν διάμεση ηλικία τα 10 έτη, ενώ τα παχύσαρκα ήταν μεταξύ 8-9 ετών αντίστοιχα (Πίνακας 6.3.2-Γράφημα 6.1).

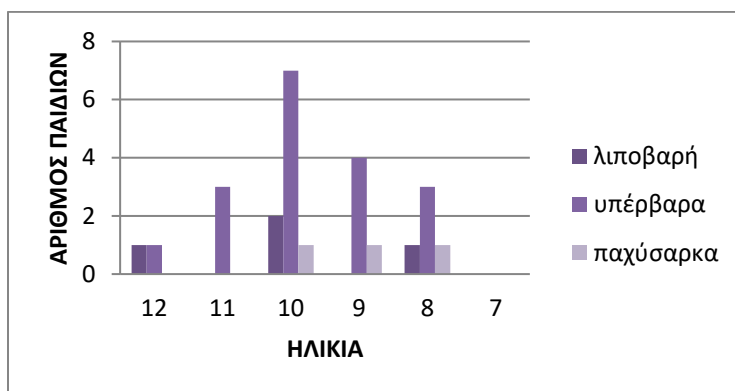
Πίνακας 6.3.2

Ηλικία και ΔΜΣ

ΔΜΣ	Αριθμός Παιδιών	Διάμεση ηλικία (έτη)
Φυσιολογικά	119	9.6
Υπέρβαρα	19	9.7
Παχύσαρκα	2	8.5
Ελλιποβαρή	5	10.8

Γράφημα 6.1

Η ηλικία σε σχέση με τον Δείκτη Μάζας Σώματος των παιδιών



Σε σχέση με την διάρκεια παραμονής των παιδιών στην χώρα μας, εφαρμόζοντας τη δοκιμασία του Pearson που αφορά ποσοτικές μεταβλητές διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας παραμονής και του ΔΜΣ με ($r= 0,422$, $p= 0,001$) (Πίνακας 6.4.1).

Πίνακας 6.4.1

Συσχέτιση διάρκειας παραμονής και ΔΜΣ

		ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ	ΔΜΣ (Kg/m ²)
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ	Pearson Correlation	1	,422
	Sig. (2- tailed)		,001
	N	54	54
ΔΜΣ ΤΙΜΕΣ	Pearson Correlation	,422	1
	Sig. (2- tailed)	,001	
	N	54	145

Αναλυτικότερα, από τα 26 παιδιά που εμφανίζουν διαταραχές βάρους το 23,1% ανήκει σε παιδιά πρώτης γενιάς μεταναστών, όπου η ελάχιστη και μέγιστη διάρκεια παραμονής τους είναι τα 4 και 9 έτη αντίστοιχα, ενώ το 69,2% αποτελείται από παιδιά μεταναστών δεύτερης γενιάς τα οποία έχουν γεννηθεί στην Ελλάδα. Στον παρακάτω πίνακα 6.4.2 παρουσιάζονται η ηλικία, ο τόπος γέννησης και η διάρκεια παραμονής των παιδιών που εμφανίζουν διαταραχές βάρους.

Πίνακας 6.4.2

Διαταραχές βάρους σε σχέση με τον τόπο γέννησης και την διάρκεια παραμονής των παιδιών.

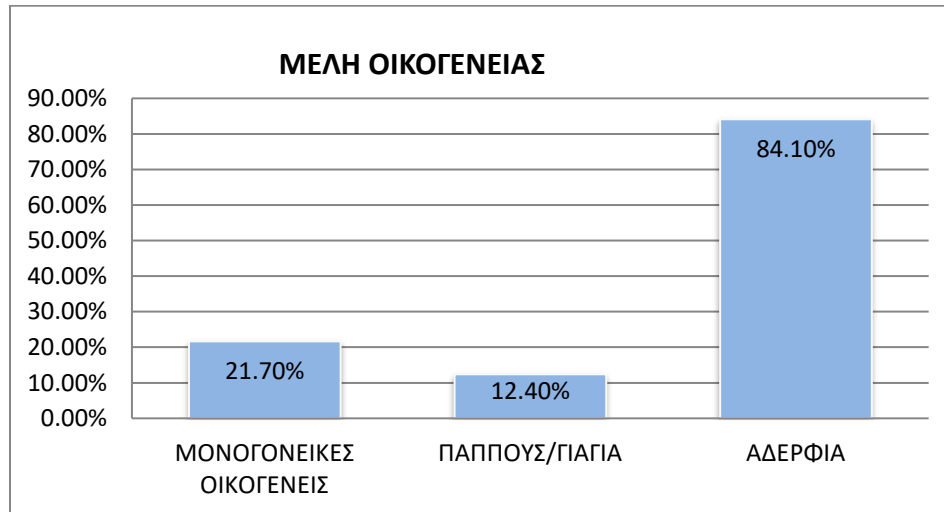
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΒΑΡΟΥΣ	ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ (Έτη)	P- value
ΛΙΠΟΒΑΡΗ	ΕΛΛΑΔΑ	3	-	0,001
	ΜΑΡΟΚΟ	1	6	
	ΑΛΒΑΝΙΑ	1	4	
	ΣΥΝΟΛΟ	5		
ΥΠΕΡΒΑΡΑ	ΕΛΛΑΔΑ	16	-	
	ΑΦΓΑΝΙΣΤΑΝ	1	6	
	ΡΟΥΜΑΝΙΑ	2	7	
	ΣΥΝΟΛΟ	19		
ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ	ΡΩΣΙΑ	1	8	
	ΜΠΑΓΚΛΑΝΤΕΣ	1	9	

Συνθήκες διαβίωσης της οικογένειας

Στην ενότητα του ερωτηματολογίου που αφορούσε πληροφορίες σχετικές με την οικογενειακή κατάσταση και τις συνθήκες διαβίωσης των παιδιών, διαπιστώθηκε ότι αρχικά το 21,4% προέρχεται από μονογονεϊκές οικογένειες και το 81% των παιδιών έχει αδέρφια. Επίσης, ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι το 12,4% διαμένει στο σπίτι και με άλλους συγγενείς όπως τον παππού τους ή τη γιαγιά τους (Γράφημα 6.3).

Γράφημα 6.3

Διαμονή στο σπίτι

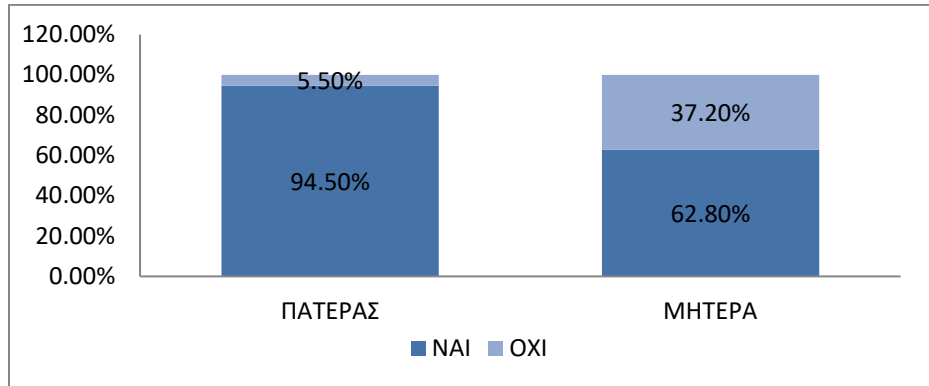


Επιπλέον, 143 παιδιά φοιτούν σε δημόσια σχολεία, με τα περισσότερα από αυτά να βρίσκονται στις τάξεις της Τρίτης (Γ') και Τετάρτης (Δ') Δημοτικού σε ποσοστό 26,9% και 32,4% αντίστοιχα. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των μαθητών, διαπιστώνεται ότι το 94,5% φτάνουν στο σχολείο με τα πόδια ενώ κάποια παιδιά μετακινούνται με το λεωφορείο (6,9%). Όσον αφορά την

επαγγελματική δραστηριότητα των γονέων διαπιστώθηκε πως το 94,5% των πατέρων και το 62,7% των μητέρων ήταν εργασιακά ενεργοί (Γράφημα 6.3.1).

Γράφημα 6.3.1

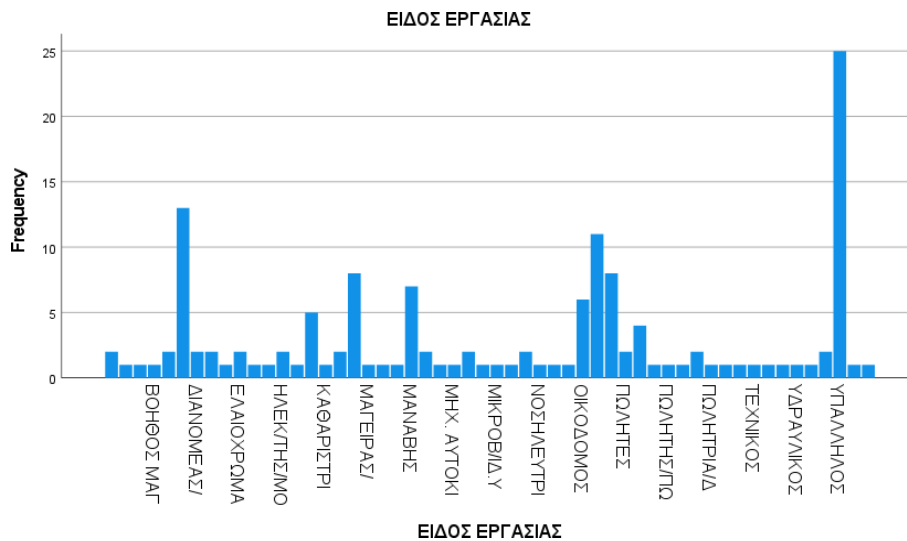
Εργασιακή Δραστηριότητα γονέων



Η εργασιακή τους δραστηριότητα διαφοροποιείται μερικώς, με το μεγαλύτερο πλήθος να εργάζεται σε τομείς που σχετίζονται με τεχνικές εργασίες όπως οικοδόμοι, καθαριστές, βοηθοί μαγειρών, διανομείς κτλ (Γράφημα 6.3.2).

Γράφημα 6.3.2

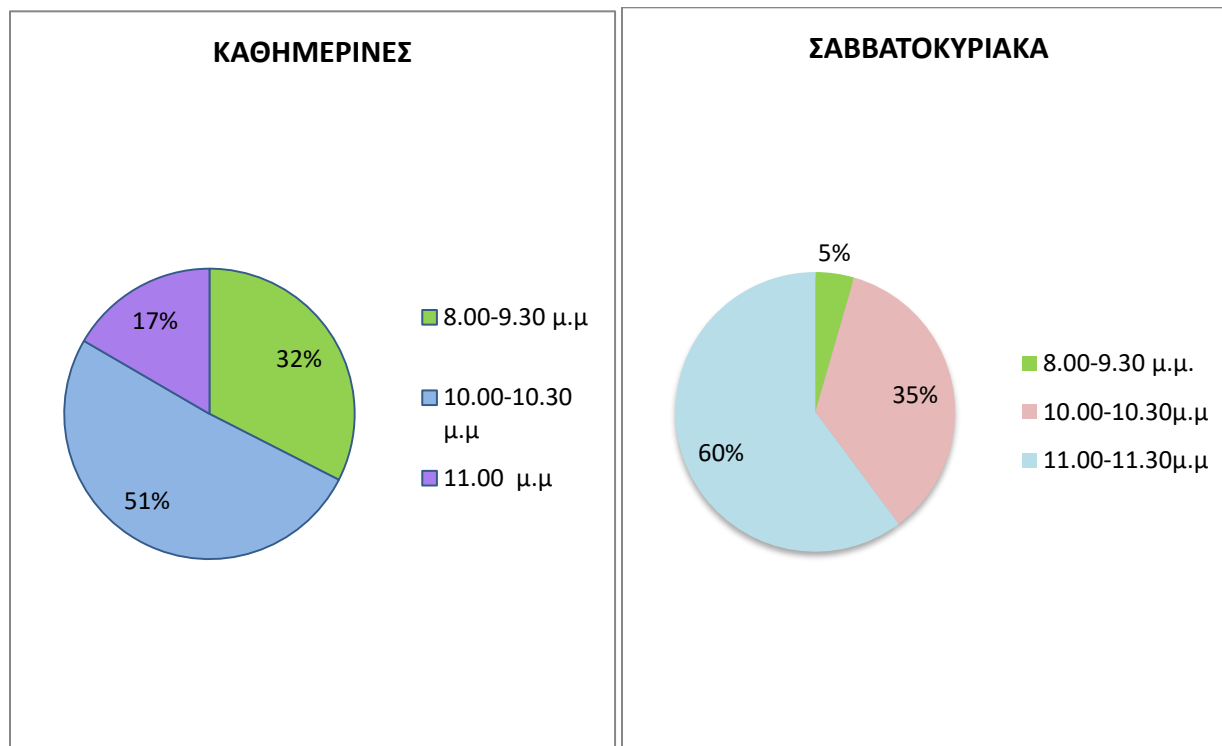
Εργασιακή κατάσταση γονέων



Στην ερώτηση εάν έχουν δικό τους υπνοδωμάτιο τα περισσότερα παιδιά (ποσοστό 75,9%) δήλωσαν πως μοιράζονται το υπνοδωμάτιό τους, ενώ παρουσιάζεται αυξημένο το ποσοστό των παιδιών που έχουν στο υπνοδωμάτιο τους τηλεόραση (35,2%). Επίσης, διαπιστώθηκε ότι από τα 48 παιδιά που έχουν στο δωμάτιό τους τηλεόραση τα 13 παιδιά κοιμούνται τις καθημερινές μετά τις 11.00μ.μ. Το ωράριο ύπνου των παιδιών φαίνεται να σημειώνει αλλαγές σε σχέση με την ηλικία των παιδιών. Διαπιστώνεται πως κανένα παιδί ηλικίας 11 έως 12 ετών δεν κοιμάται πριν τις 10 μ.μ. τις καθημερινές, ενώ μόλις 8 παιδιά ηλικίας 10 ετών κοιμούνται μεταξύ 9-9.30μ.μ. Το 49% δήλωσαν ότι κοιμούνται τις καθημερινές στις 10.00-10.30μ.μ, ενώ το 31,3% των παιδιών πηγαίνει για ύπνο μεταξύ 8.00-8.30μ.μ. Τα σαββατοκύριακα το 47% των παιδιών κοιμούνται στις 11.00-11.30, ενώ μόλις 5 παιδιά ανέφεραν ότι κοιμούνται στις 8.00-9.00μ.μ. (Γράφημα 6.4.1-6.4.2).

Γραφήματα 6.4.1-6.4.2

Ωράριο ύπνου των παιδιών



Διατροφικές συνήθειες των παιδιών.

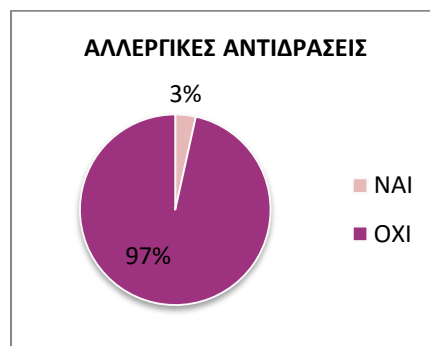
Τα αποτελέσματα που αφορούν τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών απαρτίζονται από ένα σύνολο στοιχείων που σχετίζονται με τη παραδοσιακή κουζίνα τους, αλλά και με την συχνότητα κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφών.

Παρακάτω παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με τις διατροφικές προτιμήσεις τους, αλλά και με τη παραδοσιακή κουζίνα τους, προσπαθώντας να διαπιστώσουμε τον βαθμό του διατροφικού τους ενσωμάτωσης, κατά πόσο δηλαδή έχουν ενσωματωθεί πλήρως στα πρότυπα της χώρας που τους φιλοξενεί ή διατηρούν στοιχεία της παραδοσιακής τους διατροφής. Εξετάζουμε τις διατροφικές τους προτιμήσεις σε συγκεκριμένες τροφές, την συχνότητα επαφής τους με την παραδοσιακή κουζίνα και τα παραδοσιακά προϊόντα της περιοχής από όπου κατάγονται, την συχνότητα που μαγειρεύονται τα φαγητά αυτά στην καθημερινότητά τους, τις επιλέγουν όταν αγοράζουν τρόφιμα, αλλά και τον τρόπο που επιλέγουν να μαγειρεύουν το φαγητό τους. Τα δεδομένα αυτά διερευνώνται ως προς την συσχέτισή τους με τον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) τους και άλλες μεταβλητές της έρευνας.

Ελάχιστα παιδιά (ποσοστό 3,4% του δείγματος) είχαν κάποια γνωστή αλλεργία σε οποιαδήποτε τροφή, ενώ 3 παιδιά δεν απάντησαν στην σχετική ερώτηση και τα υπόλοιπα παιδιά του δείγματος απάντησαν ότι δεν έχουν υπάρχουν γνωστές αλλεργίες σε κάποια τροφή (Γράφημα 6.5).

Γράφημα 6.5

Αλλεργικές αντιδράσεις παιδιών

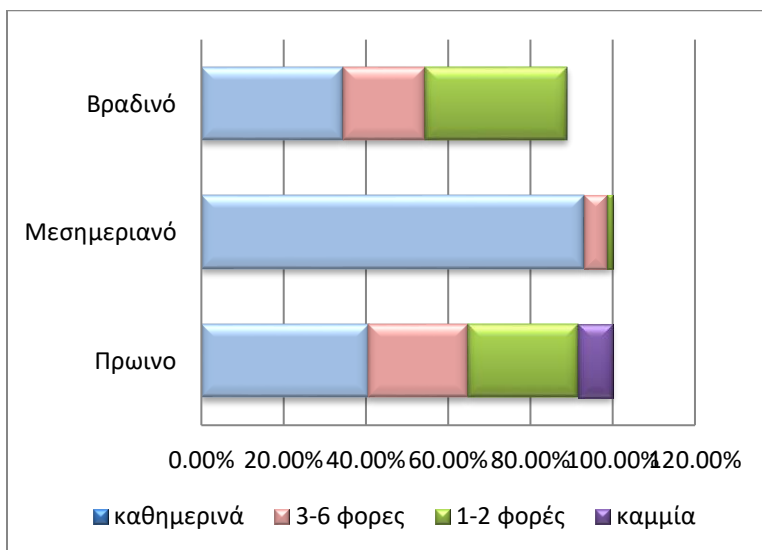


Η κατανάλωση των απαραίτητων γευμάτων ήταν από τα καθοριστικά ερωτήματα της έρευνας, με το πρωινό να καταναλώνεται καθημερινά σε ποσοστό 40,7% και σχεδόν στο σύνολο τους τα παιδιά

να απαντούν θετικά στην καθημερινή κατανάλωση του μεσημεριανού γεύματος (93,1%), ενώ το βραδινό γεύμα βρέθηκε ότι καταναλώνεται σε καθημερινή βάση από το 34,5% των παιδιών. Ποσοστό 8,3% δεν λαμβάνουν πρωινό μέσα στην εβδομάδα και το 34,5% καταναλώνουν βραδινό 1-2 φορές την εβδομάδα (Γράφημα 6.6.1).

Γράφημα 6.6.1

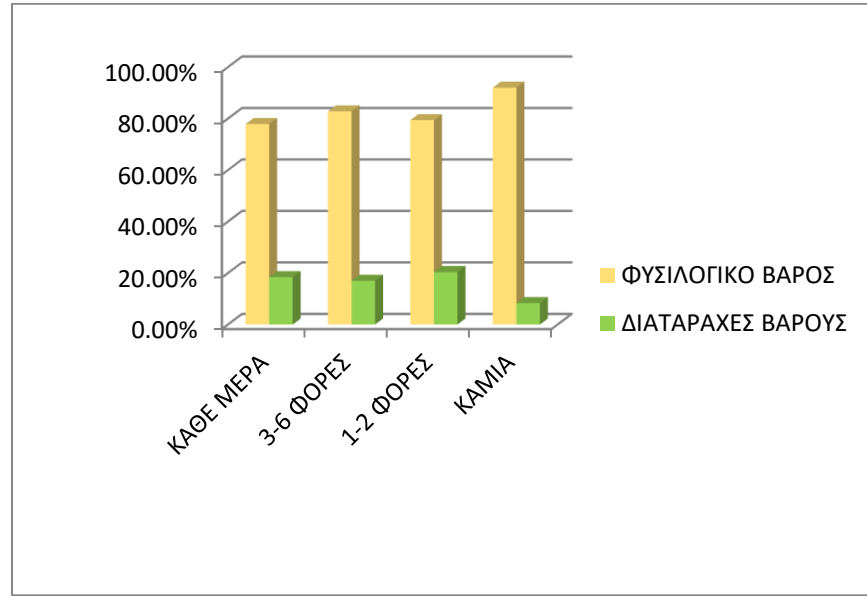
Συχνότητα κατανάλωσης γευμάτων



Όπως φαίνεται και στο παρακάτω γράφημα 6.6.2, διαπιστώθηκε ότι από το 40,6% των παιδιών που καταλάωναν καθημερινά πρωινό, το 78% είχε φυσιολογικό βάρος και το 10% ήταν υπέρβαρο ενώ από το 26,8% των παιδιών που καταλάωναν 1-2 φορές την εβδομάδα πρωινό, φυσιολογικό βάρος είχε το 82,8% και το 17,9% ήταν υπέρβαρο.

Γράφημα 6.6.2

Κατανάλωση Πρωινού και ΔΜΣ



Διαπιστώθηκε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της συχνότητας λήψης πρωινού και του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) των παιδιών ($r=0,114$, $p=0,172$) (Πίνακας 6.5.1).

Πίνακας 6.5.1

Συσχέτιση της κατανάλωσης πρωινού με τον ΔΜΣ

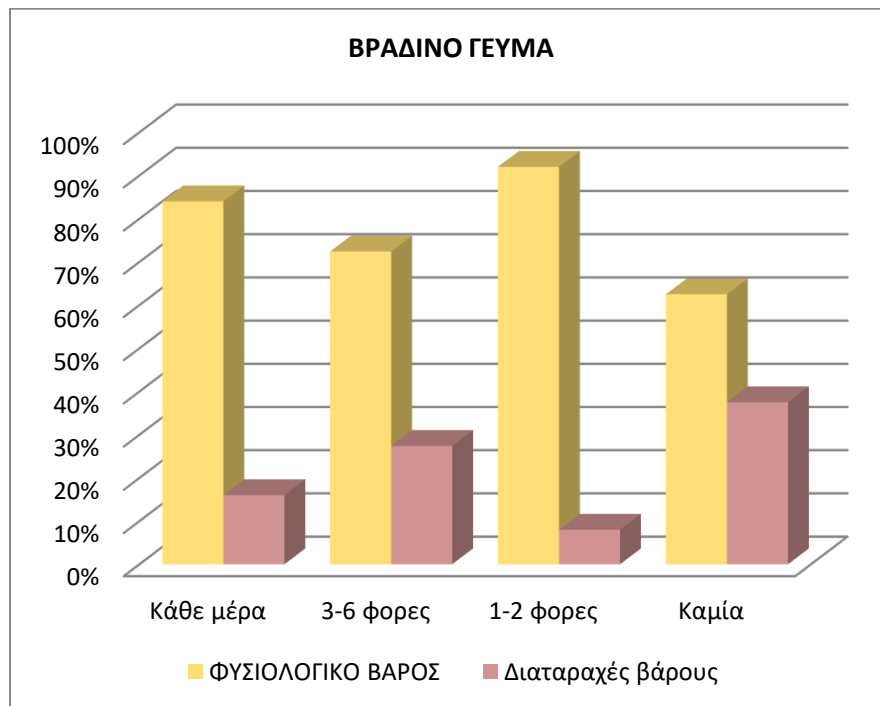
		ΣΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΤΡΩΣ ΠΡΩΙΝΟ	ΔΜΣ TIMEΣ
ΣΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΤΡΩΣ ΠΡΩΙΝΟ	Pearson Correlation	1	,114
	Sig. (2- tailed)		,172
	N	145	145
ΔΜΣ TIMEΣ	Pearson Correlation	,114	1
	Sig. (2- tailed)	,172	
	N	145	145

Στην πλειονότητά τους οι προτιμήσεις των παιδιών για το πρωινό περιλάμβαναν το γάλα (67,6%) και τα δημητριακά (31%), ενώ τα αυγά, το ψωμί με μέλι ή μαρμελάδα και το τοστ φαίνεται να μην ξεπερνούν το 30%.

Στην κατανάλωση βραδινού γεύματος αντίστοιχα από τις 50 απαντήσεις των παιδιών που έτρωγαν καθημερινά βραδινό γεύμα, το 84% αντιστοιχούσε σε παιδιά με φυσιολογικό βάρος και το 16% σε παιδιά με διαταραχές βάρους ενώ από τις 16 απαντήσεις των παιδιών που παρέλειπαν το βραδινό τους. Το 62,5% είχε φυσιολογικό βάρος σε αντίθεση με το υπόλοιπο 37,5% που παρουσίαζε διαταραχές (Γράφημα 6.6.3). Ο συντελεστής συσχέτισης δεν υποδεικνύει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών ($r = -0,095$ και $p = 0,225$).

Γράφημα 6.6.3

Κατανάλωση βραδινού σε σχέση με τον ΔΜΣ των παιδιών



Πίνακας 6.5.2

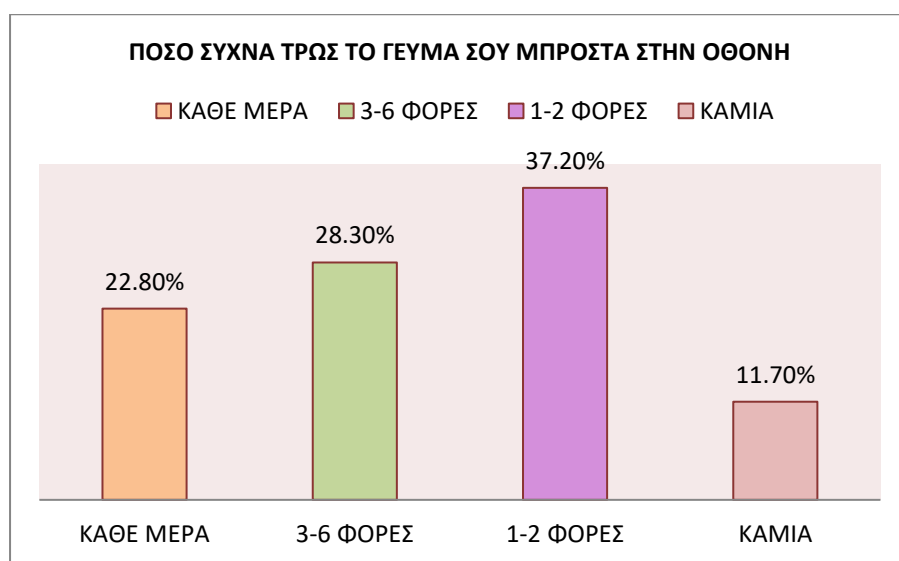
Συσχέτιση της κατανάλωσης βραδινού με τον ΔΜΣ

		ΣΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΤΡΩΣ ΒΡΑΔΙΝΟ	ΔΜΣ TIMEΣ
ΣΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΤΡΩΣ ΒΡΑΔΙΝΟ	Pearson Correlation	1	-,095
	Sig. (2- tailed)		,255
	N	145	145
ΔΜΣ TIMEΣ	Pearson Correlation	-,095	1
	Sig. (2- tailed)	,255	
	N	145	145

Στην συνέχεια αναφέρεται η συχνότητα με την οποία τα παιδιά βρίσκονται μπροστά σε οθόνες κατά την διάρκεια του γεύματος τους με το 22,8% να απαντά θετικά και σε καθημερινή βάση, το 28,3% 3-6 φορές την εβδομάδα ενώ το 37,2% απάντησε 1-2 φορές την εβδομάδα (Γράφημα 6.7).

Γράφημα 6.7

Κατανάλωση γευμάτων μπροστά σε οθόνη



Η μεταβλητή αυτή συσχετίστηκε ασθενώς θετικά με την ηλικία των παιδιών ($r=0,195$, $p=0,019$), με τα μεγαλύτερα παιδιά να γευματίζουν πιο συχνά μπροστά σε οθόνες, καθώς από τα δεδομένα φαίνεται πως σχεδόν όλα τα παιδιά ηλικίας 12 ετών πλην ενός απάντησαν πως καταναλώνουν το γεύμα τους τουλάχιστον 1-2 φορές την εβδομάδα μπροστά σε οθόνες (Πίνακας 6.6).

Πίνακας 6.6

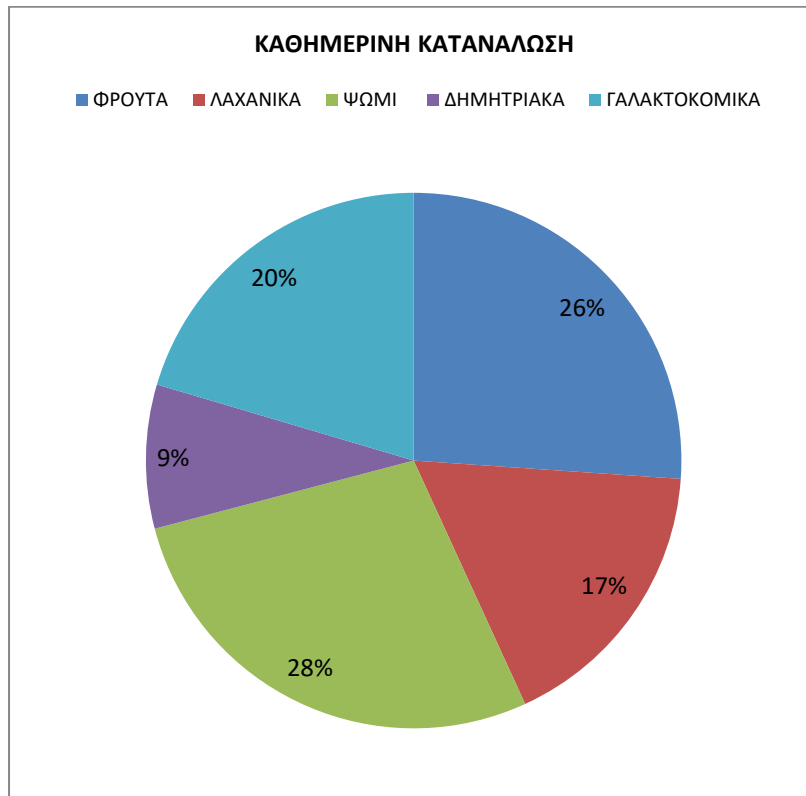
Συσχέτιση της ηλικίας και της συχνότητας γεύματος μπροστά στην οθόνη

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΓΕΥΜΑΤΟΣ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΤΗΝ ΟΘΟΝΗ	ΗΛΙΚΙΑ
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΓΕΥΜΑΤΟΣ ΜΠΡΟΣΤΑ ΣΤΗΝ ΟΘΟΝΗ	Pearson Correlation	1	,195
	Sig. (2- tailed)		,019
	N	145	145
ΗΛΙΚΙΑ	Pearson Correlation	,195	1
	Sig. (2- tailed)	,019	
	N	145	145

Στην συνέχεια έγινε καταγραφή των διατροφικών προτιμήσεων των παιδιών και διερευνήθηκαν τυχόν συσχετίσεις με τον ΔΜΣ τους. Σύμφωνα με τα παρακάτω γραφήματα, τα παιδιά προτιμούσαν να καταναλώνουν φρούτα παρά λαχανικά, με το 53,8% των παιδιών να τρώνε καθημερινά φρούτα, ενώ μόλις το 35,2% να εντάσσει τα λαχανικά στην καθημερινή του διατροφή. Το ψωμί καταναλωνόταν καθημερινά σε ποσοστό 57,2% και τα δημητριακά καταναλώνονταν σε ποσοστό 17,9%. Το 42,1% των παιδιών περιλάμβαναν στην καθημερινότητά τους τα γαλακτοκομικά προϊόντα, ενώ το 1,4% των παιδιών δεν καταλάωναν καθόλου γαλακτοκομικά μέσα στην εβδομάδα (Γράφημα 6.8).

Γράφημα 6.8

Καθημερινές διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών



Στο Γράφημα 6.9 παρουσιάζονται όλες οι ομάδες τροφών και η συχνότητα κατανάλωσής τους, τα ζυμαρικά είναι δημοφιλής επιλογή αρκετών παιδιών, καθώς καταναλώνονταν 3-6 φορές την εβδομάδα από το 44,8% ενώ τα όσπρια εντάσσονται στην διατροφή τους με την ίδια συχνότητα κατανάλωσης σε ποσοστό που φτάνει το 32,4%.

Οι πατάτες αναφέρονταν στις προτιμήσεις των παιδιών 1-2 φορές την εβδομάδα σε ποσοστό που ξεπερνά το 65% όπως και η κατανάλωση ρυζιού στο 55%.

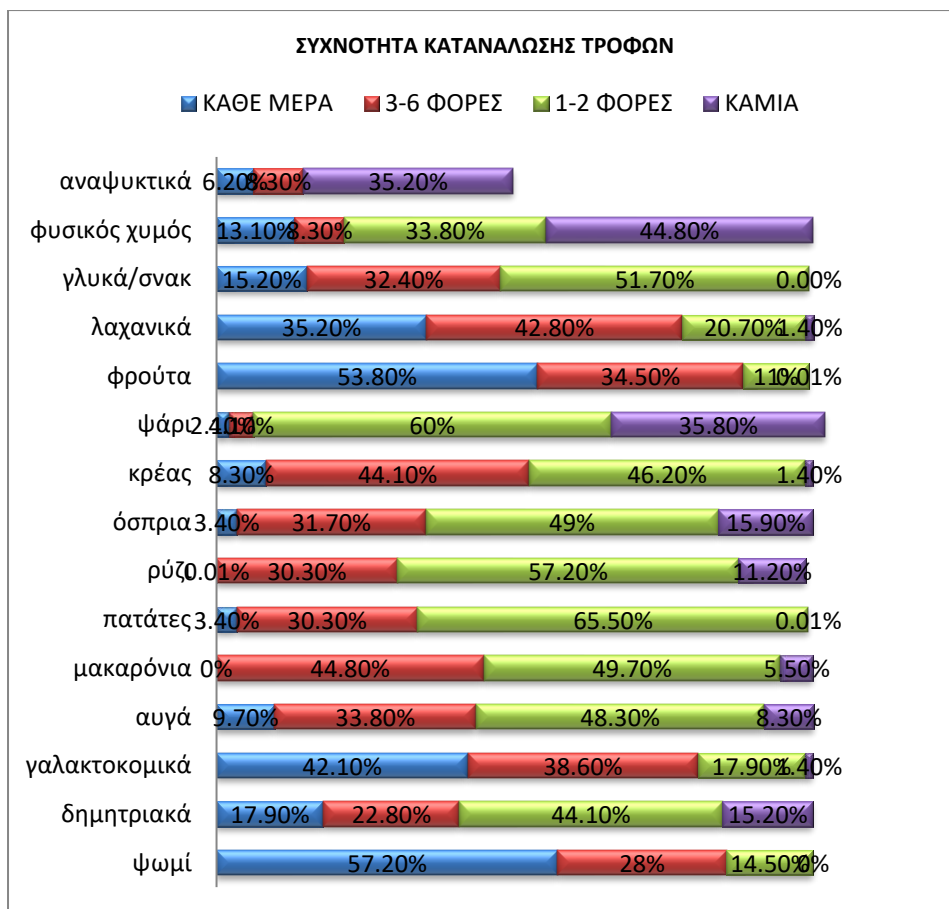
Η πλειονότητα των παιδιών καταναλώνει κρέας 1-2 φορές την εβδομάδα σε ποσοστό 46,2% και 3-6 φορές την εβδομάδα σε παρόμοιο ποσοστό της τάξης του 44,1%. Αντίθετα, η κατανάλωση ψαριών ήταν πολύ μικρή, καθώς το 35,8% των παιδιών δεν καταναλώναν ψάρια σε εβδομαδιαία βάση.

Τα γλυκά και τα σνακ καταναλώνονταν 1-2 φορές την εβδομάδα από τον μεγαλύτερο αριθμό παιδιών (51,7%). με το ποσοστό που τα κατανάλωνε καθημερινά να ξεπερνά το 15%.Επιπλέον καταναλώνονταν από όλα τα παιδιά σε εβδομαδιαία βάση.

Στην κατανάλωση φυσικών χυμών τα παιδιά απαντούσαν ότι τα κατανάλωναν 1-2 φορές την εβδομάδα σε ποσοστό 33,8%, ενώ τα αναψυκτικά καταναλώνονταν 1-2 φορές την εβδομάδα από το 50,8%.

Γράφημα 6.9

Διατροφικές προτιμήσεις παιδιών



Σχετικά με την προτίμησή τους στα φρούτα και λαχανικά, από τα 76 παιδιά που καθημερινά περιλάμβαναν τα φρούτα στο διαιτολόγιό τους, το 82,8 % είχαν φυσιολογικό βάρος ενώ το 18,3% εμφάνιζαν διαταραχές βάρους (Πίνακας 6.7.2).

Πίνακας 6.7.1

Συχνότητα κατανάλωσης φρούτων

ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (N)	ΠΟΣΟΣΤΑ(%)
ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	76	52.4
3-6 ΦΟΡΕΣ	52	35.9
1-2 ΦΟΡΕΣ	16	11
ΚΑΜΙΑ	1	0.7
ΣΥΝΟΛΟ	145	100

Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα στα 16 παιδιά που καταλάωναν φρούτα 1-2 φορές την εβδομάδα, καθώς το 81,2% είχαν φυσιολογικό βάρος, ενώ το 18,7% ήταν υπέρβαρα (Πίνακας 6.7.2).

Πίνακας 6.7.2

Συχνότητα κατανάλωσης φρούτων σε σχέση με το ΔΜΣ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΦΡΟΥΤΩΝ						
	ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	3-6 ΦΟΡΕΣ/ΕΒΔ	1-2 ΦΟΡΕΣ/ΕΒΔ	ΚΑΜΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ	
ΔΜΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	62	43	13	1	119
	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ	9	7	3	0	19
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΣ	1	1	0	0	2
	ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΗΣ	4	1	0	0	5
ΣΥΝΟΛΟ	76	52	16	1	145	

Μετά από στατιστική ανάλυση διαπιστώθηκε πως η μεταβλητή της κατανάλωσης φρούτων δεν παρουσιάζει σημαντική στατιστική συσχέτιση με το ΔΜΣ των παιδιών ($r=-0,071$ και $p=0,3$) (Πίνακας 6.7.3).

Πίνακας 6.7.3

Συσχέτιση της κατανάλωσης φρούτων και του ΔΜΣ

		ΔΜΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΦΡΟΥΤΩΝ
ΔΜΣ	Pearson Correlation	1	-,071
	Sig. (2- tailed)		0,393
	N	145	145
ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΤΡΩΣ ΦΡΟΥΤΑ	Pearson Correlation	-0,71	1
	Sig. (2- tailed)	0,393	
	N	145	145

Όσον αφορά την κατηγορία των λαχανικών, το 33,1% των παιδιών απάντησαν ότι κατανάλωναν κάθε μέρα λαχανικά. Από αυτά, το 85,4% είχαν φυσιολογικό βάρος και το 16,5% εμφάνιζαν διαταραχές βάρους. Στον παρακάτω πίνακα 6.8.1 παρουσιάζεται η εβδομαδιαία συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών από το σύνολο των παιδιών. Το 33,1% του δείγματος δήλωσε ότι καταναλώνει λαχανικά κάθε μέρα, ενώ το 21,4 τα κατανάλωνε 1-2 φορές την εβδομάδα.

Πίνακας 6.8.1

Συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών

ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (N)	ΠΟΣΟΣΤΑ (%)
ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	48	33.1
3-6 ΦΟΡΕΣ	64	44.1
1-2 ΦΟΡΕΣ	31	21.4
ΚΑΜΙΑ	2	1.4
ΣΥΝΟΛΟ	145	100

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος των παιδιών φαίνεται να απαντά στην κατανάλωση λαχανικών 3-6 φορές την εβδομάδα σε ποσοστό 44,1%. Από αυτά το 84,3% είχαν φυσιολογικό βάρος, ενώ το 14,5% παρουσίαζαν διαταραχές βάρους. Από το 21,4% του δείγματος που

απάντησαν ότι καταναλώναν λαχανικά 1-2 φορές την εβδομάδα, το 77,4% είχαν φυσιολογικό βάρος και το 22,5% ήταν υπέρβαρα (Πίνακας 6.8.2).

Πίνακας 6.8.2

Συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών σε σχέση με το ΔΜΣ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΛΑΧΑΝΙΚΩΝ						
		ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	3-6 ΦΟΡΕΣ/ΕΒΔ	1-2 ΦΟΡΕΣ/ΕΒΔ	ΚΑΜΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΜΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	37	54	26	2	119
	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ	6	8	5	0	19
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΣ	1	1	0	0	2
	ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΗΣ	4	1	0	0	5
ΣΥΝΟΛΟ		48	64	31	2	145

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών ($r=-0,159$ και το $p=0,056>0,05$) (Πίνακας 6.8.3).

Πίνακας 6.8.3

Συσχέτιση της κατανάλωσης λαχανικών και του ΔΜΣ

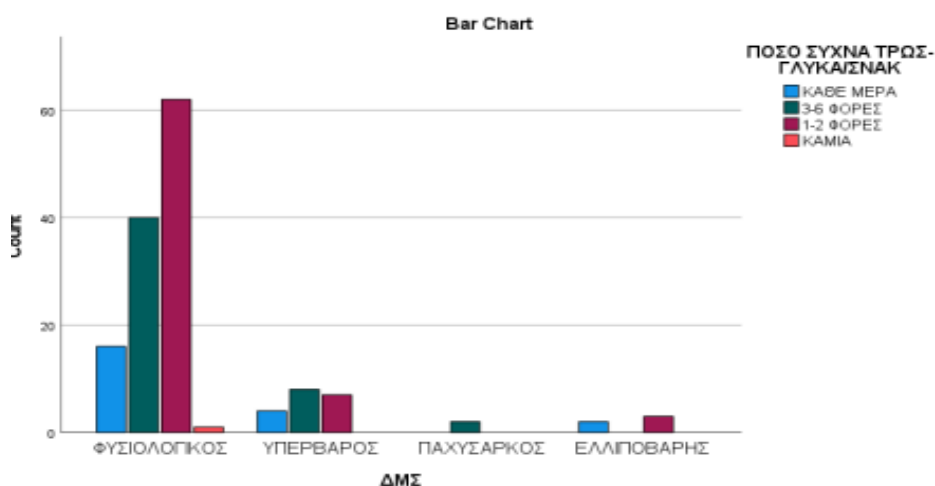
		ΔΜΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΛΑΧΑΝΙΚΩΝ
ΔΜΣ	Pearson Correlation	1	-,159
	Sig. (2- tailed)		,056
	N	145	145
ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΤΡΩΣ ΛΑΧΑΝΙΚΑ	Pearson Correlation	-,159	1
	Sig. (2- tailed)	,056	
	N	145	145

Όσον αφορά την κατανάλωση γλυκών και αναψυκτικών, από τις 22 απαντήσεις που αφορούν την καθημερινή κατανάλωση γλυκών και σνακς, το 36,3% των παιδιών είχαν φυσιολογικό βάρος, το

22,7% ήταν υπέρβαρα, και το 13,6% ήταν ελλιποβαρή. Από τα 72 παιδιά που απάντησαν πως τρώνε γλυκά 1-2 φορές την εβδομάδα διαπιστώθηκε πως το 90,2% είχαν φυσιολογικό βάρος (Γράφημα 6.9.1). Βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την κατανάλωση γλυκών και σνακς ($p=,044$) (Πίνακας 6.9).

Γράφημα 6.9.1

Κατανάλωση γλυκών-σνακς σε σχέση με τον ΔΜΣ



Πίνακας 6.9

Συχνότητα κατανάλωσης γλυκών και σνακς σε σχέση με το ΔΜΣ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΓΛΥΚΩΝ						p-Value	
	ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	3-6 ΦΟΡΕΣ/ΕΒΔ	1-2 ΦΟΡΕΣ/ΕΒΔ	ΚΑΜΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ		
ΔΜΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ	16	40	62	1	119	p=,044
	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ	4	8	7	0	19	
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΣ	0	2	0	0	2	
	ΕΛΛΙΠΟΒΑΡΗΣ	2	0	3	0	5	
ΣΥΝΟΛΟ	22	50	72	1	145		

Αναφορικά με την κατανάλωση αναψυκτικών, από το 50,3% του δείγματος που τα κατανάλωναν 1-2 φορές την εβδομάδα, το 78% είχαν φυσιολογικό βάρος και το 21,8% είχαν διαταραχές βάρους. Από τα 12 παιδιά που κατανάλωναν 3-6 φορές την εβδομάδα αναψυκτικά, το 16,6% ήταν υπέρβαρα. στο σύνολο των 9 παιδιών που κατανάλωναν καθημερινά αναψυκτικά, το 56% είχαν διαταραχές βάρους Τέλος από τις 51 απαντήσεις που σημειώθηκαν χωρίς καμία κατανάλωση αναψυκτικού εκ των οποίων το 94,1% των παιδιών είχαν φυσιολογικό βάρος και το 5,8% ήταν ελλιποβαρή (Πίνακας 6.10.1). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση αναδεικνύεται και ανάμεσα στην κατανάλωση αναψυκτικών και τον ΔΜΣ ($p=0,035$) (Πίνακας 6.10.2).

Πίνακας 6.10.1

Κατανάλωση αναψυκτικών και ΔΜΣ

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΩΝ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΒΑΡΟΣ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΒΑΡΟΥΣ	p-Value
ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ (N=9)	4	5	,035
3-6 ΦΟΡΕΣ/ΕΒΔ (N=12)	10	2	
1-2 ΦΟΡΕΣ/ΕΒΔ (N= 73)	57	16	
ΚΑΜΙΑ (N=51)	48	3	

Πίνακας 6.10.2

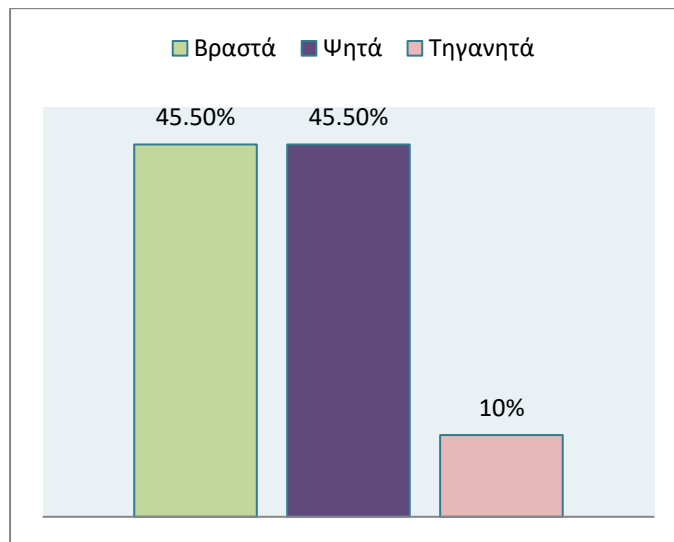
Συσχέτιση κατανάλωσης αναψυκτικών και ΔΜΣ

		ΔΜΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΩΝ
ΔΜΣ	Pearson Correlation	1	,175
	Sig. (2- tailed)		,035
	N	145	145
	Pearson Correlation	,175	1
ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΠΙΝΕΙΣ ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ	Sig. (2- tailed)	,035	
	N	145	145

Στην ερώτηση που αφορά το πρόσωπο που είναι υπεύθυνο για το μαγείρεμα, το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων καταλαμβάνει η μητέρα (79,3%) ενώ φαίνεται να μετέχει και ο πατέρας σε μικρότερο ποσοστό (11,2%). Ακολούθως όταν ρωτήθηκαν σχετικά με τον τρόπο μαγειρέματος του φαγητού, το 45,5% απάντησε ότι τα περισσότερα φαγητά στο σπίτι μαγειρεύονται βραστά, το 45% απάντησε ψητά και το 10% απάντησε τηγανητά (Γράφημα 6.11).

Γράφημα 6.11

Τρόπος μαγειρέματος φαγητού



Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας παραμονής και του τρόπου μαγειρέματος ($p=0,364$) (Πίνακας 6.11.1). Αντίθετα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σε συσχέτιση του τρόπου μαγειρέματος με τον ΔΜΣ των παιδιών ($p=0,023$) (Πίνακας 6.11.2).

Πίνακας 6.11.1

Ο τρόπος που μαγειρεύονται τα φαγητά σε σχέση με τον ΔΜΣ

		ΕΙΔΗ ΦΑΓΗΤΟΥ	ΔΜΣ ΤΙΜΕΣ
ΕΙΔΗ ΦΑΓΗΤΟΥ	Pearson Correlation	1	,166
	Sig. (2- tailed)		,023
	N	145	145
ΔΜΣ ΤΙΜΕΣ	Pearson Correlation	,166	1
	Sig. (2- tailed)	,023	
	N	54	145

Πίνακας 6.11.2

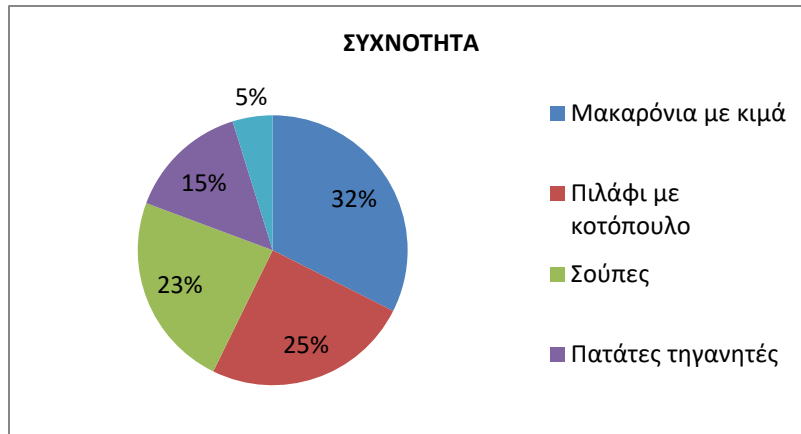
Συσχέτιση του τρόπου μαγειρέματος με την διάρκεια παραμονής

		ΕΙΔΗ ΦΑΓΗΤΟΥ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ
ΕΙΔΗ ΦΑΓΗΤΟΥ	Pearson Correlation	1	,048
	Sig. (2- tailed)		,364
	N	145	145
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ	Pearson Correlation	,048	1
	Sig. (2- tailed)	,364	
	N	54	145

Το πιο κοινό φαγητό που καταναλώναν τα παιδιά είναι τα μακαρόνια με κιμά σε ποσοστό 32,4%, ενώ αμέσως μετά ακολουθεί το πλάφι με κοτόπουλο με ποσοστό 24,5% (Γράφημα 6.12).

Γράφημα 6.12

Το γεύμα που καταναλώνεται πιο τακτικά



Τα παιδιά από την Αίγυπτο, το Ιράν, το Ιράκ και τη Συρία φαίνεται να προτιμούν το πιλάφι με κοτόπουλο, παιδιά από τη Ρουμανία, τη Ρωσία και τη Μολδαβία προτιμούν τις σούπες, ενώ εκείνα που προέρχονται από την Αλβανία και αποτελούν κατά κύριο λόγο μετανάστες δεύτερης γενιάς πλησιάζουν περισσότερο στα διατροφικά πρότυπα της χώρας υποδοχής.

Σχετικά με την συχνότητα κατανάλωσης γρήγορου φαγητού, τα παιδιά στο μεγαλύτερο ποσοστό τους απάντησαν πως τρώνε έτοιμο φαγητό (από έξω) 1-2 φορές την εβδομάδα (62,1%).

Βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της συχνότητας κατανάλωσης γρήγορου φαγητού με τον ΔΜΣ των παιδιών ($p=0,04$) (Πίνακας 6.12.1).

Πίνακας 6.12.1

Συσχέτιση συχνότητας κατανάλωσης έτοιμου φαγητού και ΔΜΣ

		ΕΤΟΙΜΟ ΦΑΓΗΤΟ	ΔΜΣ
ΕΤΟΙΜΟ ΦΑΓΗΤΟ	Pearson Correlation	1	,142
	Sig. (2- tailed)		,044
	N	145	145
ΔΜΣ	Pearson Correlation	,142	1
	Sig. (2- tailed)	,044	
	N	145	145

Συμπληρωματικά, εξετάστηκε και η συχνότητα κατανάλωσης κάποιου σνακ, όπου το 68,3% των παιδιών απάντησε ότι καταναλώνει σνακς 1-2 φορές την εβδομάδα, ενώ το 26,2% δήλωσε ότι τα καταναλώνει 3-6 φορές την εβδομάδα. Το σνακ επιλογής των περισσότερων παιδιών ήταν τα πατατάκια σε ποσοστό 51%. Το σνακ επιλογής των περισσότερων παιδιών ήταν τα πατατάκια σε ποσοστό 51%. Δεν βρέθηκε σημαντικά στατιστική συσχέτιση της συχνότητας κατανάλωσης σνακς με τις ώρες μπροστά στην οθόνη της τηλεόρασης ($p=,196$) (Πίνακας 6.12.2)

Πίνακας 6.12.2

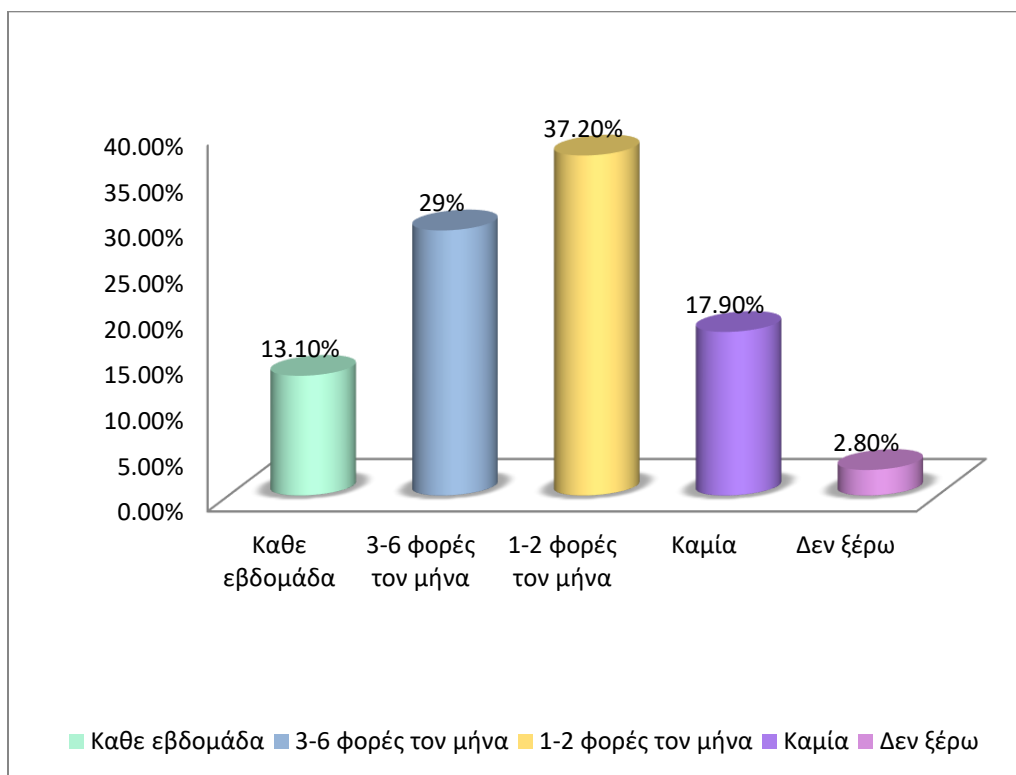
Συσχέτιση αγοράς σνακ και παρακολούθησης τηλεόρασης

		Πόσο συχνά αγοράζεις κάποιο σνακ	Παρακολούθηση τηλεόρασης
Πόσο συχνά αγοράζεις κάποιο σνακ	Pearson Correlation	1	-,072
	Sig. (2- tailed)		,196
	N	145	145
Παρακολούθηση τηλεόρασης	Pearson Correlation	-,072	1
	Sig. (2- tailed)	,196	
	N	145	145

Από τα αποτελέσματα που αφορούν την διατροφική τους κουλτούρα, διαπιστώνεται ότι το 89% των παιδιών πηγαίνουν για αγορές τροφίμων μαζί με τους γονείς τους, ενώ το 37,2% ψωνίζουν σε έθνικ παντοπωλεία 1-2 φορές τον μήνα και το 29% 3-6 φορές τον μήνα (Γράφημα 6.13).

Γράφημα 6.13

Ψώνια σε καταστήματα με τοπικά προϊόντα



Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της συχνότητας αγοράς τροφίμων σε καταστήματα με τοπικά προϊόντα και της διάρκειας παραμονής ($r=-,204$, $p= 0,70$) (Πίνακας 6.13).

Πίνακας 6.13

Συσχέτιση της διάρκειας παραμονής και της αγοράς παραδοσιακών προϊόντων

		ΑΓΟΡΕΣ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΙΟΝΤΑ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ
ΨΩΝΙΑ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΟΠΙΚΑ ΠΡΟΙΟΝΤΑ	Pearson Correlation	1	-,204
	Sig. (2- tailed)		,070
	N	145	54
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ	Pearson Correlation	-,204	1
	Sig. (2- tailed)	,070	
	N	145	54

Τα πιο κοινά τρόφιμα που αγόραζαν ήταν το γάλα σε ποσοστό 59,3% τα φρούτα και τα λαχανικά σε ποσοστό 56,6%, το κρέας σε ποσοστό 46,9% και τέλος τα σνακς και τα γλυκά σε ποσοστό 44,1%.

Στην ερώτηση που αφορούσε την συχνότητα κατανάλωσης φαγητών της τοπικής κουζίνας τους, το 59,4% δήλωσε ότι μαγειρεύει φαγητά της τοπικής κουζίνας 1-2 φορές την εβδομάδα, το 28% 3-6 φορές την εβδομάδα, ενώ βρέθηκε πολύ μικρό ποσοστό (4,1%) νοικοκυριών που ανέφερε ότι μαγειρεύει τοπικά φαγητά καθημερινά (Πίνακας 6.14.1). Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της συχνότητας κατανάλωσης τοπικών φαγητών με τον ΔΜΣ των παιδιών $p=,213$ (Πίνακας 6.14.2).

Πίνακας 6.14.1

Συχνότητα κατανάλωσης παραδοσιακών φαγητών

ΤΟΠΙΚΗ ΚΟΥΖΙΝΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	3.4
3-6 ΦΟΡΕΣ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	28
1-2 ΦΟΡΕΣ/ΕΒΔΟΜΑΔΑ	60
ΚΑΜΙΑ	7

Πίνακας 6.14.2

Συχνότητα κατανάλωσης παραδοσιακών φαγητών και ΔΜΣ

		ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΑ ΦΑΓΗΤΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ	ΔΜΣ
ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΑ ΦΑΓΗΤΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ	Pearson Correlation	1	,067
	Sig. (2- tailed)		,213
	N	143	143
ΔΜΣ	Pearson Correlation	,067	1
	Sig. (2- tailed)	,213	
	N	143	54

Φυσική άσκηση και Ελεύθερος χρόνος

Όσον αφορά τη φυσική τους άσκηση και δραστηριότητα, το 64,1% δεν ανέφεραν καμία εξωσχολική δραστηριότητα/άθλημα και ένα ποσοστό της τάξης του 35,2% δήλωσαν ότι συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες εκτός σχολείου (Γράφημα 6.14.1).

Γράφημα 6.14.1

Ενασχόληση παιδιών με αθλήματα



Βρέθηκε στατιστική συσχέτιση μεταξύ της ενασχόλησης με εξωσχολικές δραστηριότητες/αθλήματα και της ηλικίας ($p=0,03$) (Πίνακας 6.15.1).

Πίνακας 6.15.1

Η ηλικία σε σχέση με τις εξωσχολικές δραστηριότητες

		ΗΛΙΚΙΑ	ΑΘΛΗΜΑΤΑ
ΗΛΙΚΙΑ	Spearman's Rho	1	-,232
	Sig. (2- tailed)		,003
	N	145	144
ΑΘΛΗΜΑΤΑ	Spearman's Rho	-,232	1
	Sig. (2- tailed)	,003	
	N	145	144

Τα πιο συνηθισμένα αθλήματα στα οποία συμμετείχαν τα παιδιά ήταν το ποδόσφαιρο με (12,3%), ο χορός (4,8%) και το μπάσκετ με παρόμοια ποσοστά (Πίνακας 6.15.2).

Από το 35,2% των παιδιών που μετείχαν σε κάποια εξωσχολική αθλητική δραστηριότητα μόνο το 13,6% εμφάνιζαν διαταραχές βάρους, σε αντίθεση με το ποσοστό των παιδιών που δεν συμμετείχαν, όπου το 20% των παιδιών εμφάνιζαν διαταραχές βάρους και τα υπέρβαρα άτομα έφταναν το 15,9%.

Πίνακας 6.15.2

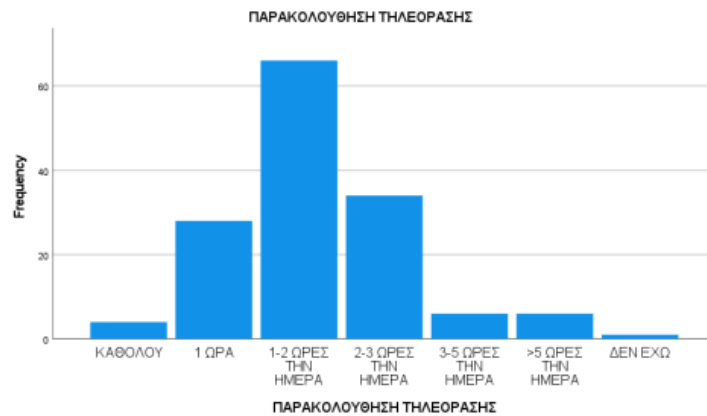
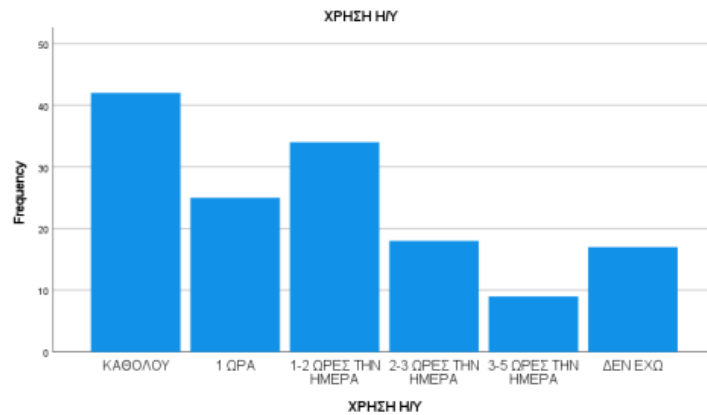
Εξωσχολικές δραστηριότητες παιδιών

ΑΘΛΗΜΑΤΑ	N	N%
ΚΟΛΥΜΒΗΤΗΡΙΟ	6	4,2%
ΜΠΑΛΕΤΟ	3	2,1%
ΜΠΑΣΚΕΤ	8	4,1%
ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΟ	18	12,4%
TENNIS	2	1,4%
ΤΡΕΞΙΜΟ	1	0,7%
ΧΟΡΟ	7	4,8%
ΤΑΕΚWODO	5	3,4%
YOGA	1	0,7%

Τα περισσότερα παιδιά δαπανούν τον ελεύθερό τους χρόνο σε καθιστικές δραστηριότητες, όπως η παρακολούθηση τηλεόρασης 1-2 ώρες την ημέρα σε ποσοστό 45,5%, η ενασχόληση με το κινητό τηλέφωνο 2-3 ώρες την ημέρα σε ποσοστό 40%, ενώ σε φθίνουσα σειρά τοποθετείται η χρήση υπολογιστή 1-2 ώρες την ημέρα (23,4%), το επιτραπέζιο παιχνίδι 1 ώρα την ημέρα σε ποσοστό 31,7% και το διάβασμα εξωσχολικού βιβλίου 1 ώρα την ημέρα σε ποσοστό 19,3% (Γράφημα 6.14.2-6.14.3).

Γραφήματα 6.14.2-6.14.3

Συχνότητα χρήσης Η/Υ και παρακολούθηση τηλεόρασης



Από το 40% των παιδιών που δαπανούν τον ελεύθερο τους χρόνο στην χρήση κινητού τηλεφώνου για 2-3 ώρες την ημέρα, το 82,7% παρουσίαζαν φυσιολογικό βάρος και το 17,2% ήταν υπέρβαροι, ενώ από τα 11 παιδιά που απάντησαν πως ασχολούνται με το κινητό για πάνω από 5 ώρες το 27,2% ήταν υπέρβαρα. Η χρήση κινητού τηλεφώνου δεν φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με το ΔΜΣ των παιδιών ($p=0,157$) αλλά ούτε με την ηλικία ($p=0,237$). Αντίθετα η παρακολούθηση τηλεόρασης φαίνεται να σχετίζεται ελάχιστα με την παρακολούθηση τηλεόρασης $p=0,054$ (Πίνακας 6.16.1-6.16.2).

Πίνακας 6.16.1

Συσχέτιση χρήσης τηλεφώνου, ηλικίας και ΔΜΣ των παιδιών

		ΗΛΙΚΙΑ	ΧΡΗΣΗ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ
ΔΜΣ	Pearson Correlation	1	-0,84
	Sig. (2- tailed)		,157
	N	145	145
ΧΡΗΣΗ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ	Pearson Correlation	-0,84	1
	Sig. (2- tailed)	,157	
	N	145	145
ΗΛΙΚΙΑ	Pearson Correlation	,108	,060
	Sig. (2- tailed)	,098	,237
	N	145	145

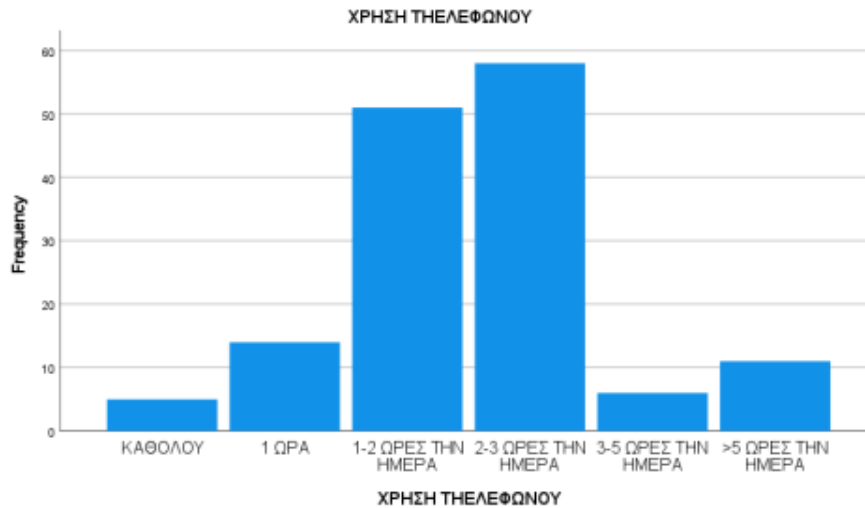
Πίνακας 6.16.2

Παρακολούθηση τηλεόρασης και ΔΜΣ

		ΔΜΣ	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΛΕΟΡΑΣΗΣ
ΔΜΣ	Pearson Correlation	1	0,36
	Sig. (2- tailed)		,054
	N	145	145
ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΛΕΟΡΑΣΗΣ	Pearson Correlation	,036	1
	Sig.(2-tailed)	,054	
	N	145	145

Γράφημα 6.15

Η συχνότητα χρήσης τηλεφώνου



Όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα των παιδιών και τις ώρες παιχνιδιού εκτός σπιτιού αναλύθηκαν συμπεραίνοντας πως το 39,3% των ερωτηθέντων έβγαινε καθημερινά για παιχνίδι, το 33,1% πήγαινε 3-6 φορές την εβδομάδα, και το 23,4% 1-2 φορές την εβδομάδα (Πίνακας 6.16.3).

Πίνακας 6.16.3

Συχνότητα Φυσικών δραστηριοτήτων

ΩΡΕΣ ΠΑΙΧΝΙΔΙΟΥ ΕΞΩ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ	N	Ποσοστό (%)
ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	57	39,3
3-6 ΦΟΡΕΣ	48	33,1
1-2 ΦΟΡΕΣ	34	23,4
ΚΑΜΙΑ	6	4,1
ΣΥΝΟΛΟ	145	100

Τα μέρη που δήλωσαν ότι επιλέγουν για παιχνίδι είναι οι πλατείες (49,7%), τα πάρκα (26,2%), το σπίτι και τα γήπεδα με παρόμοια ποσοστά (8,3%), ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό (7,6%) πηγαιναν στην παιδική χαρά (6.16.4).

Πίνακας 6.16.4

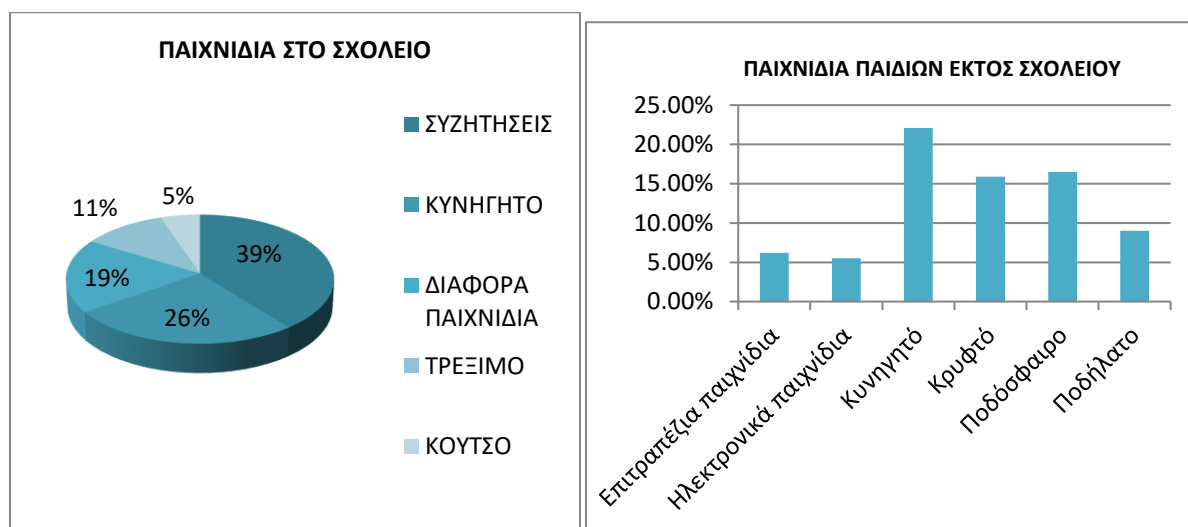
Μέρη που επιλέγουν τα παιδιά για παιχνίδι

ΠΟΥ ΣΥΝΑΝΤΗΣΑΙ ΜΕ ΤΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ	N	Ποσοστό (%)
ΣΠΙΤΙ	12	8,3
ΓΗΠΕΔΟ	12	8,3
ΠΑΡΚΟ	38	26,2
ΠΛΑΤΕΙΑ	72	49,7
ΠΑΙΔΙΚΗ ΧΑΡΑ	11	7,6
ΣΥΝΟΛΟ	145	100

Στα διαλείμματα του σχολείου τα παιδιά απάντησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό (36,6%) πως συζητούν, το (24,1 %) απάντησε πως παίζουν κυνηγητό, ενώ το (17,2 %) ανέφερε διάφορα παιχνίδια (Γράφημα 6.14.2).

Γράφημα 6.14.2

Τα παιχνίδια που προτιμούν να παίζουν τα παιδιά εντός και εκτός σχολείου



Τέλος, τα παιχνίδια που παίζουν με τους φίλους τους εκτός σχολείου είναι συνήθως κυνηγητό (22,1%), ποδόσφαιρο (16,5%), κρυφτό (15,9%). Τα κορίτσια φαίνεται να προτιμούν το κρυφτό, το ποδήλατο και το περπάτημα ενώ τα αγόρια παίζουν συνήθως κυνηγητό, ποδόσφαιρο και κρυφτό.

7^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παιδική παχυσαρκία αναγνωρίζεται ως μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις της δημόσιας υγείας παγκοσμίως, λόγω του υψηλού επιπολασμού και των αρνητικών επιπτώσεών της στην υγεία του πληθυσμού. Στην Ευρώπη 1 στα 3 παιδιά είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα, αντιμετωπίζοντας προβλήματα υγείας που σχετίζονται με το αυξημένο σωματικό βάρος τόσο στην παιδική όσο και στην μετέπειτα ενήλικη ζωή τους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2017, αναφέρει σε έκθεσή του ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας ανέρχεται σε πάνω από 38 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών (WHO, 2017).

Τα παιδιά μετανάστες φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης υπερβολικού βάρους. Στην παρούσα έρευνα διαπιστώνεται πως το 17,9% των παιδιών - μεταναστών ηλικίας 7-12 ετών αντιμετωπίζουν διαταραχές βάρους, με το 13,1% να είναι υπέρβαρα, το 3,4% ελλιποβαρή και το 1,4% παχύσαρκα. Σε ευρωπαϊκή βιβλιογραφική ανασκόπηση σε σχέση με τα ποσοστά υπέρβαρου και παχυσαρκίας στα παιδιά μεταναστών καταγράφεται πως ο επιπολασμός του υπέρβαρου κυμαινόταν από 8,9 έως 37,5%, ενώ της παχυσαρκίας από 1,2% έως 15,4% (Labree et al., 2010). Παράλληλα σύμφωνα με τα αποτελέσματα γερμανικής μελέτης σχετικά με τις διαφορές της παχυσαρκίας μεταξύ των γηγενών και των μεταναστών, διαπιστώνεται ότι τα παιδιά - μετανάστες είχαν υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) σε σχέση με το γηγενή πληθυσμό (Kobel et al., 2017). Επιπρόσθετα, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Γερμανία και αφορούσε παιδιά πρώτης σχολικής ηλικίας διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά υπέρβαρου και παχυσαρκίας ήταν υψηλότερα για τα παιδιά των μεταναστών 14,7% και 3,1% από εκείνα των γηγενών παιδιών 9,1% και 1,9% (Will et al., 2005). Αντίθετα, αντίστοιχη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο παρελθόν στην Βόρεια Ελλάδα αναφέρει πως το μόλις το 10% και το 3,3% των παιδιών-μεταναστών εμφάνιζαν διαταραχές βάρους σε σχέση με το 25,8% και το 12,7% του γηγενή πληθυσμού (Hassapidou et al., 2009).

Ένα επιπλέον στοιχείο που προκύπτει από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αφορά την θετική συσχέτιση τον δείκτη μάζας σώματος των παιδιών με την διάρκεια παραμονής τους στην χώρα. Μελέτες δείχνουν ότι η αυξανόμενη έκθεση των μεταναστών στην κυρίαρχη κουλτούρα

της χώρας υποδοχής συντελείται ανάλογα με τον χρόνο παραμονής τους και συμβάλλει στην διατροφική ενσωμάτωση των μεταναστών (Lane et al., 2019). Σε μελέτη που έγινε στην Αμερική, παιδιά από το Λάος και την Ταϊλάνδη που γεννηθήκαν στις ΗΠΑ είχαν υψηλότερο ΔΜΣ και καταναλώναν μεγαλύτερες ποσότητες κορεσμένων λιπαρών οξέων από ότι τα παιδιά που γεννηθήκαν στην χώρα καταγωγής τους και ζούσαν στην Αμερική για λιγότερο από 5 έτη. Τα παιδιά που γεννήθηκαν στις ΗΠΑ είχαν υιοθετήσει την κουλτούρα της χώρας υποδοχής και είχαν ενσωματώσει τα καινούργια διατροφικά πρότυπα, εμφανίζοντας υψηλότερο ΔΜΣ και καταναλώνοντας μεγαλύτερες ποσότητες κορεσμένων λιπαρών οξέων και ζάχαρης (Pokhriyal et al., 2012). Σε αντίστοιχη μελέτη που έγινε στην Αμερική σχετικά με την διάρκεια παραμονής των μεταναστών στην χώρα υποδοχής και τα επακόλουθα αυτής αναφορικά με το σωματικό βάρος τους, διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός υπέρβαρου ή παχύσαρκου ήταν μικρότερος στα παιδιά που είχαν γεννηθεί στο εξωτερικό και διέμεναν στην Αμερική για λιγότερο από 1 χρόνο σε σχέση με τους γεννημένους στην Αμερική. Μάλιστα φαίνεται να σημειώνεται αυξητική τάση στα παιδιά που διέμεναν στην χώρα για μεγαλύτερο διάστημα (Tsujimoto et al., 2016).

Σε ένα επόμενο ερώτημα που αφορούσε την σχέση ανάμεσα στην παρουσία τηλεόρασης στο υπνοδωμάτιο με τις ώρες ύπνου και τον δείκτη μάζας σώματος των παιδιών, από το 35,2% των παιδιών που έχουν τηλεόραση στο υπνοδωμάτιό τους, ένα μεγάλο ποσοστό κοιμόταν τις καθημερινές μετά τις 11.00 μ.μ. Ερευνητές αναφέρουν ότι η παρουσία τηλεόρασης στο υπνοδωμάτιο συσχετίζεται με αυξημένα προβλήματα ύπνου. Σε μελέτη αναφορικά με τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι τα παιδιά με τηλεόραση στο υπνοδωμάτιό τους τείνουν να έχουν μη ποιοτικό ύπνο, να κοιμούνται πιο αργά το βράδυ και να βλέπουν τηλεοπτικά προγράμματα που αφορούν ενήλικες συγκριτικά με τα παιδιά που δεν διαθέτουν τηλεόραση στο υπνοδωμάτιό τους (Helm & Spencer., 2019; Brockmann et al., 2016). Σε σχέση με τον δείκτη μάζας σώματος, αν και δεν βρέθηκε στην παρούσα μελέτη στατιστικά συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών, ωστόσο άλλη ερευνητική μελέτη που έγινε σε παιδιά ηλικίας 5 ετών αναφέρει πως ο περιορισμός παρακολούθησης τηλεόρασης συσχετίστηκε με μειωμένο ΔΜΣ (Neshteruk et al., 2021), ενώ σε παρόμοια μελέτη που έγινε στην Νορβηγία και αφορούσε παιδιά ηλικίας 6-15 ετών αναφέρεται ότι ο αυξημένος χρόνος μπροστά σε οθόνη, όπως και η παρουσία τηλεόρασης στο υπνοδωμάτιό τους, συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο υπέρβαρου (Kristiansen et al., 2012).

Σε σχέση με την κατανάλωση πρωινού και βραδινού γεύματος, φαίνεται πως λιγότερα από τα μισά παιδιά καταναλώνουν σε καθημερινή βάση πρωινό (40,6%), ενώ μόλις το 34,5% τρώει βραδινό γεύμα. Σε ολλανδική μελέτη το 93% παιδιών ολλανδικής καταγωγής έτρωγαν πρωινό σε σύγκριση με το 83% των παιδιών από το Σουρινάμ και το 81% των παιδιών από την Τουρκία και το Μαρόκο (Brusaard et al., 2010). Στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ΔΜΣ και της παράλειψης πρωινού και βραδινού γεύματος. Ωστόσο, άλλες μελέτες δείχνουν την σημασία αυτών των γευμάτων όσον αφορά στην πρόληψη της αύξησης του σωματικού βάρους. Σε μελέτη παρέμβασης, στην οποία μαθητές σχολείου συμμετείχαν σε πρόγραμμα παροχής σχολικού πρωινού, σε βάθος χρόνου ο επιπολασμός υπέρβαρου ήταν χαμηλότερος στα σχολεία όπου είχε γίνει η παρέμβαση σε σχέση με τα σχολεία ελέγχου (Polonsky et al., 2019). Επιπρόσθετα, μελέτη που αφορούσε την παιδική παχυσαρκία μεταναστών από την Ιταλία που κατοικούσαν σε περιοχή της νότιας Βραζιλίας αναδεικνύει την προστατευτική σχέση της κατανάλωσης πρωινού αναφορικά με τον δείκτη μάζας σώματος, ενώ η παράλειψή του συσχετίζεται με αύξηση του σωματικού βάρους (Geremia et al., 2015). Τέλος, αποτελέσματα διαχρονικών αναλύσεων δείχνουν πως τα παιδιά που παραλείπουν το πρωινό τους παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες υπέρβαρου σε σχέση με τα παιδιά που λαμβάνουν πρωινό (Wang et al., 2016).

Όσον αφορά τις διατροφικές επιλογές τους, τα παιδιά δείχνουν μεγαλύτερη προτίμηση στα φρούτα από ότι στα λαχανικά, με καθημερινή κατανάλωσή τους σε ποσοστό 53,8% και 35,2%, αντίστοιχα. Επίσης, το 42,1% καταναλώνει καθημερινά γαλακτοκομικά προϊόντα, ενώ η πλειονότητα των παιδιών καταναλώνει 1-2 φορές την εβδομάδα κρέας (46,2%). Η κατανάλωση ψαριού απουσιάζει από το διαιτολόγιο των παιδιών, ενώ τα όσπρια καταναλώνονται 3-6 φορές την εβδομάδα από το 32,4%. και τα γλυκά και τα σνακς καταναλώνονται 1-2 φορές την εβδομάδα από το 51,7% των παιδιών. Σε μελέτη αναφορικά με παιδιά μεταναστών από την Ιταλία φαίνεται ότι αυτά καταναλώναν φρούτα και λαχανικά λιγότερο από 4 φορές την εβδομάδα σε ποσοστό 49% και 36,8%, αντίστοιχα, ενώ καταναλώναν αναψυκτικά, γλυκά και σνακ περισσότερο από 4 φορές την εβδομάδα σε ποσοστό 71%, 70,3% και 42,7%, αντίστοιχα (Geremia et al., 2015). Σε βρετανική έρευνα βρέθηκε ότι μετανάστες δεύτερης γενιάς τείνουν να έχουν αυξημένη κατανάλωση λίπους με μειωμένη κατανάλωση λαχανικών, φρούτων και οσπρίων σε σχέση με τους μετανάστες πρώτης γενιάς (Landman.& Cruickshank., 2001). Στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και του ΔΜΣ των

παιδιών, σε αντίθεση με την κατανάλωση γλυκών και αναψυκτικών που φαίνεται να συσχετίζεται με το βάρος των παιδιών. Ο ΠΟΥ αναφέρει ότι παιδιά με υψηλότερη κατανάλωση προϊόντων πλουσίων σε σάκχαρα, έχουν περισσότερες πιθανότητες αύξησης του βάρους τους. Μελέτη που έγινε σε παιδιά ηλικίας 5 έως 19 ετών αναφορικά με συμπεριφορικούς παράγοντες που συνδέονται με την παιδική παχυσαρκία, αναφέρει μεταξύ άλλων και συσχετίζει σημαντικά την αύξηση βάρους με την κατανάλωση γλυκών >3 φορές την εβδομάδα (Jalal et al., 2020). Συγκεκριμένα, σε έρευνες διαπιστώθηκε ότι άτομα που καταναλώνουν τέτοιου είδους προϊόντα έχουν 55% υψηλότερο κίνδυνο να γίνουν υπέρβαρα ή παχύσαρκα σε σχέση με εκείνα με την χαμηλότερη πρόσληψη (WHO, 2015). Μια διαχρονική πολυκεντρική μελέτη διερεύνησε τις συσχετίσεις μεταξύ της κατανάλωσης ζαχαρούχων ποτών και αναψυκτικών και των συνεπειών που έχουν στην παιδική και εφηβική ηλικία, καθώς και των επακόλουθων αλλαγών στο σωματικό λίπος στην πρώιμη ενήλικη ζωή, και διαπίστωσε πως τα άτομα ηλικίας 15 ετών που καταναλώναν πάνω από >1 μερίδα ζαχαρούχων ποτών την ημέρα παρουσίαζαν αυξημένο ΔΜΣ και περίμετρο μέσης τα επόμενα 6 χρόνια σε σχέση με αυτούς που δεν περιλάμβαναν τέτοιους είδους προϊόντα στην διατροφή τους. Επίσης, παιδιά που αύξησαν την κατανάλωση τέτοιου είδους προϊόντων στην ηλικία μεταξύ 9-15 ετών εμφάνισαν αύξηση του ΔΜΣ στην ηλικία των 15-21 ετών σε σχέση με εκείνα που δεν άλλαξαν την κατανάλωσή τους (Zheng et al., 2014).

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώνεται η πιθανή σχέση του ΔΜΣ των παιδιών και της συχνότητας κατανάλωσης γρήγορου φαγητού. Αντίστοιχες μελέτες δείχνουν ότι η αύξηση κατανάλωσης γρήγορου φαγητού στα παιδιά μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του βάρους τους. Μελέτη που διεξήχθη στην Τουρκία, με σκοπό να εξετάσει τον ρόλο που παίζουν τα “junk foods” στην καθημερινότητα των παιδιών, διαπίστωσε ότι η ενεργειακή πρόσληψη στα παχύσαρκα παιδιά με προερχόταν σε μεγαλύτερο βαθμό από την κατανάλωση “junk foods” σε σχέση με εκείνα που είχαν φυσιολογικό βάρος. Επίσης, φάνηκε ότι όσοι καταναλώναν “junk foods” καταναλώναν παράλληλα μεγάλες ποσότητες γαλακτοκομικών προϊόντων, τρόφιμα πλούσια σε πρωτεΐνες και λίγα φρούτα και λαχανικά (Given & Oncu, 2022). Επιπλέον, το γρήγορο φαγητό φαίνεται να είναι το πιο δημοφιλές μεταξύ των παιδιών και των εφήβων λόγω της εύκολης διαθεσιμότητας, της ευχάριστης γεύσης και των στρατηγικών μάρκετινγκ. Χαρακτηριστικά, ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι το γρήγορο φαγητό μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένες πιθανότητες υπέρβαρου και παχυσαρκίας στα παιδιά και στους εφήβους (Jia et al., 2017). Δεδομένα έρευνας του 2015 στην Αυστραλία μεταξύ μαθητών ηλικίας 5-15 ετών έδειξαν ότι παιδιά που είχαν υψηλή κοινωνικο-

οικονομική θέση καταναλώναν λιγότερο γρήγορο φαγητό σε σχέση με τα χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. Τα παιδιά από την Μέση Ανατολή είχαν μεγαλύτερη κατανάλωση πρόχειρου φαγητού από τους υπόλοιπους (Boylan et al., 2017).

Η πρόσβαση στα τρόφιμα είναι μια πολύπλοκη δυναμική διαδικασία που αφορά σε μεγάλο βαθμό την διατροφή των μεταναστών. Μελέτες δείχνουν ότι η διαθεσιμότητα, οι χρονικοί περιορισμοί, καθώς και οικονομικοί περιορισμοί, μπορούν να επηρεάσουν την αγοραστική συμπεριφορά των μεταναστών, αναφορικά με τα παραδοσιακά τρόφιμα (Lane, Nisbet, Vatanparast, 2019). Μάλιστα μετανάστες που διαμένουν σε επαρχιακές ή δυσπρόσιτες περιοχές αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες εύρεσης τοπικών προϊόντων σε σχέση με εκείνους που μένουν στα μεγάλα αστικά κέντρα (Kaufman, 1999). Αν και στην παρούσα εργασία δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην συχνότητα αγορών τροφίμων σε έθνικ παντοπωλεία και στην διάρκεια παραμονής τους στην χώρα, άλλες μελέτες δείχνουν ότι οι οικονομικοί περιορισμοί φαίνεται να παίζουν κύριο ρόλο στην επιλογή των τροφίμων, αφού αναφέρεται ότι μετανάστες αναγνώριζαν ως πρόβλημα το υψηλό κόστος των παραδοσιακών προϊόντων, με αποτέλεσμα την περιορισμένη αγορά τους. Επιπρόσθετα, μεταξύ άλλων, ποσοστό 40% προσφύγων από τη Λιβερία αναφέρει ότι οι διατροφικές τους συνήθειες διαμορφώθηκαν από την έλλειψη γνώσης για τον τρόπο μαγειρέματος εναλλακτικών φαγητών στη χώρα υποδοχής (Patil, Handley, Nahayo, 2009). Στην παρούσα μελέτη διαπιστώνεται πως το 59,4% των παιδιών αναφέρουν πως καταναλώνουν 1-2 φορές την εβδομάδα φαγητά της τοπικής τους κουζίνας, καθώς οι διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών-μεταναστών επηρεάζονται από την έκθεσή τους στα νέα τρόφιμα της χώρας υποδοχής είτε στο σχολείο είτε στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τα κοινωνικά δίκτυα. Σύμφωνα με προαναφερθείσα μελέτη, το 75% των προσφύγων που προέρχονται από την Λιβερία και τη Σομαλία αναφέρουν ότι, αν και θεωρούν σημαντικό τα παιδιά τους να έρχονται σε επαφή με την παραδοσιακή κουζίνα, παρόλο αυτά συμμορφώνονται στις απαιτήσεις των παιδιών τους, τα οποία στρέφονται σε τρόφιμα δυτικού τύπου (Patil, Handley & Nahayo, 2009). Μάλιστα, μετανάστες στην Αμερική αναφέρουν ότι αγόραζαν αμερικανικά τρόφιμα για τα παιδιά τους και παραδοσιακά τρόφιμα για τους ίδιους (Franzen&Smith., 2010).

Μέσα από πρόσφατες έρευνες, αναδεικνύεται η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της παχυσαρκίας και της μειωμένης σωματικής δραστηριότητας. Ο ΠΟΥ, μεταξύ άλλων, αναφέρει ότι η σωματική άσκηση αλληλεπιδρά θετικά με την βελτίωση της διατροφής, ενώ παράλληλα αποθαρρύνει την

απόκτηση επιβλαβών συνηθειών, και προωθεί την κοινωνική αλληλεπίδραση (WHO,2003).Η φυσική δραστηριότητα των μεταναστών αποτελεί διαφορούμενο ζήτημα, αφού τα αποτελέσματα είναι διαφορετικά με τα παιδιά μεταναστών να φαίνονται άλλοτε ότι είναι πιο ενεργά (Hassapidou et al., 2009), άλλοτε εξίσου ενεργά (Sagatun et al.,2008) και άλλοτε λιγότερο ενεργά από εκείνα του γηγενούς πληθυσμού (Kobel et al., 2019). Στην παρούσα έρευνα το 35,2% των παιδιών συμμετέχουν σε κάποια οργανωμένη εξωσχολική δραστηριότητα, ενώ το 39,3% ασχολούνται με ελεύθερο παιχνίδι εκτός σπιτιού καθημερινά. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Δανία διαπιστώνεται ότι τα παιδιά μετανάστες ηλικίας 6-7 ετών έχουν σημαντικά χαμηλότερη συμμετοχή σε οργανωμένα αθλήματα από ότι τα υπόλοιπα (Nielsen et al., 2013). Σε παρόμοια μελέτη στην Ολλανδία διαπιστώνεται ότι το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας των παιδιών μεταναστών είναι πολύ χαμηλότερο σε σχέση με τα παιδιά του γηγενούς πληθυσμού (Labree et al., 2014). Το ίδιο αναφέρεται και σε γερμανική μελέτη όπου τα παιδιά μεταναστών και τα παιδιά με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο ήταν λιγότερο σωματικά ενεργά (Lammle et al., 2012).

Η σχέση μεταξύ της ηλικίας των παιδιών και της ενασχόλησής τους με εξωσχολικές κινητικές δραστηριότητες στην παρούσα μελέτη φαίνεται να είναι αντιστρόφως ανάλογη, αφού παρατηρείται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνεται η συμμετοχή των παιδιών σε τέτοιου είδους δραστηριότητες. Αναφέρεται στην βιβλιογραφία ότι τα παιδιά και οι έφηβοι δεν γνωρίζουν τα οφέλη και τον ρόλο που έχει η φυσική άσκηση στην πρόληψη της παχυσαρκίας, ενώ από διάφορες μελέτες φαίνεται ότι τα αγόρια είναι πιο ενεργά σε σχέση με τα κορίτσια. Μελέτη δείχνει ότι η έλλειψη φυσικής άσκησης φαίνεται να είναι πιο διάχυτη στα κορίτσια Αφρικανικής καταγωγής, καθώς μόνο το 14% των κοριτσιών ανέφερε πως θεωρεί τον αθλητισμό ως μέσο για την διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους σε σύγκριση με το 27% των αγοριών (Russo et al., 2014; Kanter & Cabarello, 2012). Σε αντίστοιχη έρευνα φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας των παιδιών – μεταναστών και των γηγενών, σε σχέση με τις συνιστώμενες ώρες που ορίζουν οι αρμόδιοι φορείς (Besharat et al., 2014).

Όσον αφορά τις καθιστικές δραστηριότητες, το 40% των παιδιών δαπανούν 2-3 ώρες την ημέρα ασχολούμενοι με το κινητό τηλέφωνο, ενώ το 45,5% παρακολουθούν 1-2 ώρες την ημέρα τηλεόραση. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του ΔΜΣ των παιδιών και των ωρών που παρακολουθούσαν τηλεόραση. Αντίστοιχα αποτελέσματα

βρέθηκαν και σε αντίστοιχη σουηδική μελέτη που αφορούσε παιδιά ηλικίας 11-12 ετών και στα οποία παρατηρήθηκε ότι το 35% περνούσε πάνω από 3 ώρες την ημέρα βλέποντας τηλεόραση ή χρησιμοποιώντας τον υπολογιστή. Επίσης, στην ίδια μελέτη μόνο τα μισά από τα παιδιά πίστευαν ότι ο συγκεκριμένος τρόπος ζωής θα επηρεάσει την υγεία τους (Magnusson et al.,2005).

Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που αφορούν το σχεδιασμό της έρευνας, την δειγματοληπτική μέθοδο και διαδικασία. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας με αποτέλεσμα το δείγμα να αποτελείται αποκλειστικά από παιδιά μεταναστών ηλικίας 7-12 ετών που προσέρχονταν στην συγκεκριμένη δομή, και το δείγμα να μην είναι αντιπροσωπευτικό, ώστε να μπορεί να γίνει γενίκευση των ευρημάτων στο σύνολο του μεταναστευτικού πληθυσμού που ερευνάται. Η παρούσα μελέτη είναι συγχρονική, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να τεκμηριωθεί σχέση αιτιότητας μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών. Επιπρόσθετα, μια ακόμα παράμετρος που επηρέασε το μέγεθος του δείγματος προκύπτει από τις συνθήκες της πανδημίας COVID-19 που επικράτησαν στην χώρα μας τα τελευταία 2 χρόνια και δυσκόλευαν την προσέλευση των μεταναστών στη δομή. Ένα επιπλέον στοιχείο που ενδέχεται να επηρέασε την ακρίβεια των αποτελεσμάτων έγκειται στο νεαρό της ηλικίας του δείγματος, καθώς παράγοντες όπως οι γνωστικές ικανότητες των παιδιών, οι ικανότητες ανάκλησης της μνήμης, η αντίληψη του χρονικού πλαισίου καλής γνώσης της γλώσσας λόγω της μεταναστευτικής τους ιδιότητας, καθιστούν πολύπλοκη την διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε από τα ίδια τα παιδιά με την βοήθεια του κηδεμόνα ή του ερευνητή, όπου αυτή χρειαζόταν. Η διαδικασία αυτή απαιτούσε περισσότερο χρόνο λόγω της ηλικίας των παιδιών, η οποία μετριάστηκε με την παρουσία του κηδεμόνα και του ερευνητή, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να αποτέλεσε περιοριστικό παράγοντα ειλικρινείας στις απαντήσεις των παιδιών.

Ισχυρά σημεία της μελέτης

Η μελέτη αφορά τις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο διαβίωσης παιδιών μεταναστών, ένα θέμα το οποίο δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς. Η μελέτη αυτή στοχεύει να συνεισφέρει στην επιστημονική γνώση στον συγκεκριμένο τομέα, με απώτερο στόχο την προαγωγή της υγιεινής διατροφής και φυσικής δραστηριότητας των παιδιών μεταναστών και την πρόληψη της εμφάνισης υπέρβαρου και παχυσαρκίας και μη μεταδοτικών νοσημάτων μετέπειτα στη ζωή τους.

Όσον αφορά το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου, ο τύπος των ερωτήσεων ήταν διαμορφωμένος με απλό και κατανοητό τρόπο, ενώ παράλληλα η χρήση ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων αποτέλεσε κατάλληλη επιλογή για την επίτευξη του σκοπού και των στόχων της έρευνας. Υπήρχε μεγάλο ενδιαφέρον από τα παιδιά ως προς την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, καθώς ένα μεγάλο μέρος των υποθέσεων της έρευνας κατάφερε και να καταγραφεί και να αξιολογηθεί.

8^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η έκβαση μιας επιτυχούς παρέμβασης σχετίζεται με βαθύτερη γνώση του προβλήματος. Όμως το κλειδί της επιτυχίας βρίσκεται στη εξοικείωση της ομάδας- στόχου με το πρόβλημα. Το Εθνικό Συμβούλιο Έρευνας που συστάθηκε στις ΗΠΑ το 1943 αναφέρει ότι η αρχή της παρέμβασης τοποθετείται στις επιστημονικές γνώσεις που συνθέτουν την υγιεινή διατροφή, υπάρχει όμως και ένα δεύτερο εξίσου μεγάλο βήμα που αφορά τους τρόπους και τα μέσα που χρειάζονται να τεθούν προκειμένου να υπάρχει η «κινητοποίηση» των ανθρώπων να κάνουν το βέλτιστο για την υγεία τους.

Δεδομένου ότι τα παιδιά μεταναστών βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας παγκοσμίως, είναι σημαντικό να στοχεύσουμε σε αυτές τις ομάδες με μηνύματα προαγωγής υγείας και δράσεις παρέμβασης στον τρόπο ζωής τους, με σκοπό την προώθηση της υγιεινής διατροφής, της φυσικής δραστηριότητας και την πρόληψη του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας.

Η παρούσα μελέτη αναφέρεται σε δείγμα 145 παιδιών με μεταναστών ηλικίας 7-12 ετών, των οποίων οι εθνικότητες είναι πολυποίκιλες. Συνολικά διαπιστώθηκε πως το 17,9% του πληθυσμού της έρευνας παρουσιάζει διαταραχές βάρους, το 13,1% από αυτά είναι υπέρβαρα, ενώ το 3,4% είναι ελλιποβαρή και το 1,3% παχύσαρκα. Ο ΔΜΣ των παιδιών φάνηκε να συσχετίζεται με την διάρκεια παραμονής τους στην χώρα. Σχετικά με τις διατροφικές τους συνήθειες αναφέρεται ότι το 40,7% των παιδιών καταναλώνουν το πρωινό τους, το 53,8% φρούτα και το 35,2% λαχανικά καθημερινά, ενώ σχεδόν τα μισά παιδιά καταναλώνουν γλυκά και αναψυκτικά 1-2 φορές την εβδομάδα. Ο ΔΜΣ βρέθηκε να συσχετίζεται με την κατανάλωση των γλυκών και αναψυκτικών και με την συχνότητα κατανάλωσης έτοιμου φαγητού. Το 59,4% καταναλώνουν 1-2 φορές την εβδομάδα παραδοσιακό φαγητό, ενώ το 37,2% αγοράζουν προϊόντα της τοπικής τους κουζίνας.

Σχετικά με την φυσική δραστηριότητα, το 35,2% συμμετέχει σε κάποια εξωσχολική αθλητική δραστηριότητα, με τα πιο συνηθισμένα αθλήματα να είναι το ποδόσφαιρο και ο χορός. Το 39,3% των παιδιών βγαίνει καθημερινά για παιχνίδι με φίλους και το παιχνίδι που παίζουν εκτός σχολείου

είναι συνήθως κυνηγητό. Αντίθετα, ο χρόνος που δαπανούν σε καθιστικές δραστηριότητες υπερβαίνει κατά πολύ τις συνιστώμενες ώρες που ορίζονται από τους αρμόδιους φορείς. Αναλυτικότερα, παρακολουθούν τηλεόραση 1-2 ώρες την ημέρα σε ποσοστό 45,5%, ασχολούνται με το κινητό τηλέφωνο 2-3 ώρες την ημέρα σε ποσοστό που φτάνει το 40%, και χρησιμοποιούν ηλεκτρονικό υπολογιστή 1-2 ώρες την ημέρα σε ποσοστό 23,4%. Επιπλέον, ο χρόνος που τα παιδιά δαπανούν μπροστά στην τηλεόραση συσχετίστηκε με αυξημένο ΔΜΣ, ενώ η ηλικία συσχετίστηκε αρνητικά με την συμμετοχή στην οργανωμένη άθληση, δηλαδή βρέθηκε πως όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο μειώνεται η ενασχόληση με οργανωμένες αθλητικές δραστηριότητες.

Η εφαρμογή κατάλληλων προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας, στα οποία θα συμμετέχουν διάφοροι φορείς με κατάλληλες δράσεις ενημέρωσης και βιωματικές παρεμβάσεις σχετικά με την υγιεινή διατροφή και την σωματική άσκηση των παιδιών, θα αποτελέσουν σημαντικό βήμα για την πρόληψη της παχυσαρκίας και τη μείωση της καθιστικής ζωής. Η ισότιμη πρόσβαση των μεταναστών στο σύστημα υγείας στοχεύει στην ένταξή τους στην κοινωνία, στην πρόληψη των ανισοτήτων, αλλά και στη διασφάλιση της δημόσιας υγείας. Οι πρωτοβάθμιες δομές Υγείας θα πρέπει να απευθύνονται σε γονείς και παιδιά με σκοπό την κατάλληλη ενημέρωσή τους σχετικά με την ισορροπημένη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα.

Το σχολείο επίσης μπορεί να στοιχειοθετήσει ένα πολύ ευνοϊκό περιβάλλον για να βοηθήσει τα παιδιά να στραφούν σε ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής, επηρεάζοντας τις αντιλήψεις και τις διατροφικές τους συμπεριφορές, δημιουργώντας και οργανώνοντας προγράμματα όχι μόνο σε θεωρητικό επίπεδο αλλά και βιωματικό επίπεδο. Οι γονείς θα πρέπει να ενημερώνονται εξίσου και να συμμετέχουν σε διάφορες δράσεις είτε από το σχολείο είτε από την κοινότητα σχετικά με την υγιεινή διατροφή και την άσκηση, συμμετέχοντας σε δράσεις που σχετίζονται με τις κουζίνες του κόσμου, ώστε να ενταθούν με τον βέλτιστο τρόπο στο καινούργιο περιβάλλον. Επίσης, είναι σημαντικό να οργανώνονται συμμετοχικές δράσεις, δραστηριότητες ενημέρωσης και αθλητικές δραστηριότητες, στις οποίες μπορούν να συμμετέχουν οι γονείς μαζί με τα παιδιά, προάγοντας με αυτό τον τρόπο τον ολοκληρωμένο υγιεινό τρόπο ζωής.

Τέλος, αυτές τις δράσεις θα πρέπει να συνεπικουρούνται από την πολιτεία, η οποία θα πρέπει να προωθεί και να δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την προσιτή κατανάλωση υγιεινών τροφίμων. Επίσης, η πολιτεία θα πρέπει να μεριμνήσει οι δομές για άσκηση και ελεύθερο παιχνίδι των

παιδιών να είναι εύκολα προσεγγίσιμες και ασφαλείς, με σκοπό την προώθηση της σωματικής δραστηριότητας και της ευεξίας των παιδιών.

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Ινστιτούτο Προληπτικής, Περιβαλλοντολογικής και Εργασιακής Ιατρικής Πρόληψης (2014). Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για βρέφη, παιδιά και εφήβους (2007-2013), 6:80-87.
2. Βασιλείου Κ. (2021). «Παιδική παχυσαρκία στην Ευρώπη την τελευταία δεκαετία, ποσοστά αιτίες και μέτρα αντιμετώπισης». Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly 10/01/2023 19:24:11 EET - 94.71.4.145 σελ.33-46
3. Βασιλούδης Ι. & Κωσταρέλλη Β. (2018). «Σχολική Επίδοση και Διατροφικές Συνήθειες Παιδιών και Εφήβων: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση». Hellenic J Nutr Diet 2018, 5(1):1-14
4. Γεμιντζή, Φ. (2021). «Διατροφικές συνήθειες παιδιών δημοτικού σχολείου και η συσχέτιση τους με τον δείκτη μάζας σώματος σε αστικές και ημιαστικές περιοχές του νομού Θεσσαλονίκης». ΙΚΕΕ / Aristotle University of Thessaloniki - Library [Διαδίκτυο] διαθέσιμο στο: <https://ikee.lib.auth.gr/record/332083/files> [Πρόσβαση 5/9/2022]
5. Γιαννακούλα Μ. & Μωρογιάννης, Φ. (2003) « Η Διατροφή στην Εφηβική ηλικία. Στο Ζαμπέλας Α. « Η διατροφή στα στάδια της ζωής». Αθήνα : Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.
6. Δημητρίου Μ. (2009). «Φυσική δραστηριότητα, ο αριθμός των βημάτων και οι φυσικές ικανότητες των παιδιών που συμμετέχουν σε προγράμματα οργανωμένης άθλησης.». Κομοτηνή Institutional Repository - Library & Information Centre - University of Thessaly 10/01/2023 17:10:45 EET - 94.71.4.145 [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο <https://ir.lib.uth.gr/xmlui/>. [Πρόσβαση 25/6/2021]
7. Δρούγια, Α. (2010). Διατροφικές συνήθειες παιδιών μεταναστών που ζουν στην Ήπειρο. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Σχολή Ιατρική. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Υγείας του Παιδιού. Κλινική Παιδιατρική. Διαθέσιμο στο doi :10.12681/eadd/24382.
8. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία: Αποτύπωση, Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Παιδικής Παχυσαρκίας- δράσεις για την Άσκηση και την Υγιεινή Διατροφή των παιδιών [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο:<http://www.paidiaskisidiatrofi.gr> [Πρόσβαση 5/10/2021]
9. Εθνικός οργανισμός Δημόσια Υγείας, Υπουργείο Υγείας., (2022). Θεματικός άξονας: *Άσκηση- Δραστηριότητες- Παιχνίδι στην ζωή του παιδιού και του εφήβου. Μαθητές δημοτικού- Γυμνασίου και Λυκείου*. Αγωγή Υγείας, Αθήνα, 2020
10. Εμμανουηλίδου, Κ. (2011). «Ψυχολογία της διατροφής- Πως οι διατροφικές συνήθειες αντανακλούν το συναισθηματικό μας κόσμο». Αθήνα: Μεταίχμιο
11. Ζαμπέλας, Α. (2017). «Η διατροφή στα στάδια της ζωής». Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.
12. Καφάτος, Γ., Χουρδάκη, Μ., Φλουρή, Σ., Μάνιος, Γ., Χατζής Χρ., Σαρρή Κ.& Μαρκατζή Ε. (2000) ΥΠΕΠΘ/Εθνικό Ίδρυμα Νεότητας, Διατροφή και Υγεία. Κλινική και προληπτικής Ιατρικής και Διατροφής στο Πανεπιστήμιο Κρήτης.

13. Κοκκεβη Α, Ξανθάκη, Μ, Φωτίου, Α & Καναβού, Ε. (2012). Οι έφηβοι στην Ελλάδα σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους στις χώρες της έρευνας HBSC. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ). Αθήνα 2012 [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο: http://www.epipsi.gr/pdf/2011/11_HBSC_2010_EPIPSI_2012.pdf [Πρόσβαση στις 28/5/2021]
14. Κουρκούτα Α., Ράρρα, Σ., Αμπραχίμ, Σ.Ε. (2013). «*Η διατροφή των παιδιών στην σχολική ηλικία*». Επιστημονικά χρονικά,18(2): 78-82. [Διαδίκτυο] διαθέσιμο στο <https://www.mednet.gr/archives/2017-1/pdf/27.pdf>[Πρόσβαση 30 Απριλίου 2021]
15. Κρουστάλλη, Δ. (2018). «Διατροφικές συνήθειες παιδιών ηλικίας δέκα έως δώδεκα ετών». ΠΜΣ Κλινική Παιδιατρική και Νοσηλευτική- Έρευνα. Βιβλιοθήκη Επιστημών Υγείας. Διαθέσιμο στο: <https://pergamon.lib.uoa.gr/uoa/dl/object/2775906/file.pdf>[Πρόσβαση 10/10/2022].
16. Μάνιος Γ. (2006). Διατροφική Αξιολόγηση: Διαιτολογικό και Ιατρικό ιστορικό, Σωματομετρικοί, κλινικοί και Βιοχημικοί δείκτες. Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη.
17. Μανιος, Ι., Μοσχωνης, Γ., Ανδρούτσος, Ο., Μαυρογιάννη, Χ., Μαλακού, Ε. (2022). Παχυσαρκία και συνοδά καρδιομεταβολικά νοσήματα: Αιτίες- Συνέπειες- Λύσεις. *ΔιαΝεοσις*, Οργανισμός έρευνας και ανάλυσης.
18. Ματάλα Α. (2015). «*Βιοπολιτισμικές προσεγγίσεις της επιλογής της τροφής*». Αθήνα, Kallipros, Open Academic Editions, [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο Σύνδεσμο Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο. [Πρόσβαση στις 30/5/2021]
19. Ματάλα Α. (2015). «*Διατροφή και πολιτισμός*». Ελληνικά Ακαδημαϊκά Συγγράμματα και Βοηθήματα. [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο E-book/e-pub.
20. Ταχτσόγλου, Κ., Ηλιάδης, Χ., (2015). «Αίτια εμφάνισης παχυσαρκίας». Επιστημονικά Χρονικά 2015;20(1): 54-63
21. Τζέτζης Ι., Κακαμούκας, Β., Γούδας, Μ & Τσορμπατζούδη, Χ., (2005). «Σύγκριση της Φυσικής Δραστηριότητας και της Σωματικής Αυτοαντίληψης Παχύσαρκων και μη Παχύσαρκων Παιδιών». Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό τόμος 3 (1), 29 – 39 2005
22. Τούντας, Γ., (2021). «Υγεία, η Επίδραση του Φυσικού και Κοινωνικού Περιβάλλοντος των Θεσμών και της Ανθρώπινης Συμπεριφοράς». Αθήνα, εκδόσεις Επίκεντρο
23. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης., 2008. «*Εθνικό σχέδιο Δράσης για την Διατροφή 2008-2012*».Αθήνα,σελ.5-92. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/nutrition-exercise/drasesis-drasthriotites/391-ethniko-sxedio-drashs-gia-th-diatrofi-kai-tis-diatrofikes-diataraxes-2008-2012>[Πρόσβαση στις 5 Ιουνίου 2021]
24. Φαχαντίδου, Α., Χασαπίδου, Μ. (2002). «*Διατροφή Υγεία Άθληση και Αθλητισμός*». Θεσσαλονίκη, University Studio Press.

Διεθνής Βιβλιογραφία

1. Almerico, G. (2014). Food and identity: Food studies, cultural, and personal identity. *Journal of International Business and Cultural Studies* Volume 8- June, 2014. Διαθέσιμο στο doi:10.13140/RG.2.2.26973.05608
2. Alves, J G B., Alves, G V.(2018). Effects of physical activity on children's growth. *J Petiatr*, 1:72-78. Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.jpmed.2018.11.003.
3. Ardeshirlarijani, E., Namazi, N., Jabbari, M., Zeinali, M., Gerami, H., Jalili, R., Larijani, B., Azadbakht, L. (2019). The link between breakfast skipping and overweigh/obesity in children and adolescents: a meta-analysis of observational studies. *J Diabetes Metab Disord*, 28;18(2):657-664. Διαθέσιμο στο doi: 10.1007/s40200-019-00446-7.
4. Baauw, A., Kist-van Holthe, J., Slattery, B., Heymans, M., Chinapaw, M., Van Goudoever, H. (2019). Health needs of refugee children identified on arrival in reception countries: a systematic review and metanalysis. *BMJ Paediatr Open*, 3(1): e000516. Διαθέσιμο στο doi: 10.1136/bmjpo-2019-000516. eCollection 2019.
5. Bach-Faig, A., Berry, EM., Lairon, D., Reguant, J., Trichopoulou, A., Dernini, S., et al. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Pub Health Nutr*, 14(12A):2274-84.
6. Barriuso, L., Miqueleiz, E., Albaladejo, R., Villanueva, R., Santos, J M., Regidor, E. (2015). Socioeconomic position and childhood-adolescent weight status in rich countries: a systematic review, 1990-2013. *BMC Pediatr*, 15:129. Διαθέσιμο στο doi: 10.1186/s12887-015-0443-3.
7. Baww, A., Kist-van Holthe, J., Slattery, B., Heymans, M., Chinapaw, M., van Goudoever, H. (2019). Health needs of refugee children identified on arrival in reception countries: a systematic review and metaanalysis. *PMJ Paediatr Open* 3, e000516. Διαθέσιμο στο doi: 10.1136/bmjpo-2019-000516. eCollection 2019.
8. Berggreen-Clausen, A., Hseing Pha, S., Mölsted Alvesson, H., Andersson, A., Daivadanam M. (2022). Food environment interactions after migration: a scoping review on low and middle-income country immigrants in high-income countries. *Public Health Nutr*, 25(1):136-158. Διαθέσιμο στο doi: 10.1017/S1368980021003943.
9. Besharat, Pour M., Bergström A., Bottai M., Kull I., Wickman M., Håkansson N., Wolk, A., Moradi, T. (2014). Effect of parental migration background on childhood nutrition, physical

- activity and body mass index. *J Obes*, 406529. Διαθέσιμο στο doi: 10.1155/2014/406529. Epub 2014 Jun 1.
10. Boylan S., Hardy, L L., Drayton B A., Grunsei,t A., Mihrshahi, S.(2017). Accessing food consumption among Australian children. Trends and associated characteristics from cross sectional study. *BMC Public Health*, 17(1):299. Διαθέσιμο στο doi: 10.1186/s12889-017-4207-x.
 11. Bray, L., Appleton, V., Sharpe, A. (2019). The information needs of children having clinical procedures in hospital: Will it hurt? Will I feel scared? What can I do to stay calm? *Child Care Health Dev*,45(5):737-743. Διαθέσιμο στο doi: 10.1111/cch.12692. Epub 2019 Jul 18.
 12. Bray, G A., Kim, K K., H Wilding, J P., World Obesity Federation. (2017). Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation.*Obes Rev*,18(7):715-723. Διαθέσιμο στο doi: 10.1111/obr.12551. Epub 2017 May 10.
 13. Brockmann P., Diaz, B., Diamani, F., Villarroel, L., Núñez, F., Bruni, O. (2016). Impact of television on the quality of sleep in preschool children. *Sleep Med*, 20:140-4. Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.sleep.2015.06.0
 14. Brussaard, J H., Van Erp-Baart, M A., Brants, H A., Hulshof, K F., Löwik, M R. (2001). Nutrition and Health among migrants in the Netherlands. *Public Health Nutr*, (2B):659-64. Διαθέσιμο στο doi: 10.1079/phn2001149.
 15. Caird, J., Kavanagh, J., Oliver, K., Oliver, S., O'Mara, A; Stansfield, C., Thomas, J. (2011) Childhood obesity and educational attainment: A systematic review. EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London: London.
 16. Choukem, S P., Fabreguettes, C., Akwo, E., Porcher, R., Nguewa, J L., Bouche, C F., Kaze, F., Kengne, A P., Vexiau, P., Mbanya, J C., Sobngwi, E., Gautier J-F. (2014). Influence of migration on characteristics of type 2 diabetes in sub-Saharan Africans. *Diabetes Metab*,40(1):56-60. Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.diabet.2013.07.004. Epub 2013 Sep 26.
 17. Close, C., Kouvonen, A., Bosqui, T., Patel, K., O'Reilly, D., Donnelly, M. (2016).The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. *Global Health*, 12(1):47. Διαθέσιμο στο doi: 10.1186/s12992-016-0187-3.
 18. Cody N., Tripicchio G., Lobaugh S., Vaughn A., Courtney T Luecking., Mazzucca S., Ward D. (2021). Screen Time Parenting Practices and Associations with Preschool Children's TV Viewing and Weight-Related Outcomes.*Int J Environ Res Public Health*, 18(14):7359 Διαθέσιμο στο: doi: 10.3390/ijerph18147359.

19. Cole, T J & Lobstein, T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes*, 7(4):284-94. Διαθέσιμο στο doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x. Epub 2012 Jun 19.
20. Cole, T.J., Flegal, K.M., Nicholls, D., Jackson, A.A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ*, vol. 335 pg. 194
21. Cole, T., Lobstein, T. (2012). Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes*, 7(4):284-94. Διαθέσιμο στο doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00064.x.
22. Coppinger, T., Jeanes, Y M., J Hardwick, S Reeves. (2012). Body Mass, frequency of eating and breakfast consumption in 9-13 years old. *J Hum Nutr Diet*, 25(1):43-9. Διαθέσιμο στο doi: 10.1111/j.1365-277X.2011.01184.x. Epub 2011 Jun 8.
23. Crossati, S & Oliveira, A R. (2016). Physical activity of preschool children: A Review. *Journal of physiotherapy and physical rehabilitation*. Διαθέσιμο στο doi: 10.4172/2573-0312.1000111
24. De Hoog, M.L., van Eijsden, M., Stronks, K., et al. (2011). Overweight at age two years in a multi-ethnic cohort (ABCD study): the role of prenatal factors, birth outcomes and postnatal factors, *BMC Public Health*, vol. 11 pg. 611
25. De Hoog, M, Van Eijsden, M., Stronks, K., Gemke, R., Vrijkotte, T. (2011). Overweight at age two years in a multi-ethnic cohort (ABCD study): the role of prenatal factors, birth outcomes and postnatal factors. *BMC Public Health*, 11:611. Διαθέσιμο στο doi: 10.1186/1471-2458-11-611.
26. de Wilde, J.A., van Dommelen, P., Middelkoop, B.J., Verkerk, P.H. (2009). Trends in overweight and obesity prevalence in Dutch, Turkish, Moroccan and Surinamese South Asian children in the Netherlands, *Arch Dis Child*, vol. 94 (pg. 795-800)
27. Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N., Merchant, A T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutr J*, 4:24. Διαθέσιμο στο doi: 10.1186/1475-2891-4-24.
28. Ebenegger, V., Marques-Vidal P., Barral J., Kriemler S., Puder J., Nydegger A. (2010). Eating habits of preschool children with high immigrant status in Switzerland according to a new food frequency questionnaire. Volume 30, Issue 2, February 2010, Pages 104-109.
29. Ebenegger, V., Marques-Vidal, P., Barral, J., et al (2010). Eating habits of preschool children with high migrant status in Switzerland according to a new food frequency questionnaire. *Nutr Res*, vol. 30 (pg. 104-9)
30. Eurostat (2021). First-time asylum applicants down by a third in 2020. Luxembourg: Eurostat First-time asylum applicants down by a third in 2020 - Products Eurostat News - Eurostat (europa.eu).

31. Eurostat (2022). Annual asylum statistics. Luxemburg: Annual asylum statistics - Statistics Explained (europa.eu).
32. Farajian, P., Panagiotakos, D., Risvas, G., Karasouli, K., Bountziouka, V., Voutzourakis, V., Zampelas, A. (2013). Socio-economic and demographic determinants of childhood obesity prevalence in Greece: the GRECO (Greek Childhood Obesity study). *Public Health Nutr*, 16(2):240-7. Διαθέσιμο στο doi: 10.1017/S1368980012002625. Epub 2012 May 25.
33. Fedeli, U., Ferroni, E., Pigato, M., Avossa, F., Saugo, M. (2015). Causes of mortality across different immigrant groups in Northeastern Italy. *Peer J*, 21;3:e975. Διαθέσιμο στο doi:10.7717/peerj.975. eCollection 2015.
34. Fitzgibbon, M L., Blackman, L R., Avellone M E. (2000). The relationship between body image discrepancy and body mass index across ethnic groups. *Obes Res*, 8(8):582-9. Διαθέσιμο στο doi: 10.1038/oby.2000.75.
35. Freedman, P. (2007). Food: The History of taste. Berkeley, *University of California Press*.
36. Garermo, M., Arvidsson Lenner, R., Strandvik, B. (2006). Swedish pre-school children eat too much junk food and sucrose. Volume 96, Issue2. February 2007, Pg 266-272.
37. Geremia, R., Cimadon, H.M. Speranza., Brasil de Souza, W., Campos Pellanda, L. (2015). Childhood overweight and obesity in a region of Italian immigration in southern Brazil. A cross sectional study. *Ital J Pediatr*, 41:28. Διαθέσιμο στο doi: 10.1186/s13052-015-01266.
38. Gibson L., Byrne SM., Davis EA., Blair E., Jacoby P., Zubrick SR. (2007). The role of family and material factors in childhood obesity. *Med J*, 186(11):591-5. Διαθέσιμο στο doi: 10.5694/j.1326-5377.2007.tb01061.x.PMID: 17547550
39. Gibson-Smith, D., Bot, M., Brouwer, I A., Visser, M., Giltay, E., W J H Penninx, B.. Association of food groups with depression and anxiety disorders. *Eur J Nutr*, 59(2):767-778. Διαθέσιμο στο doi: 10.1007/s00394-019-01943-4. Epub 2019 Apr 3.
40. Gilbert, PA & Khokhar S. (2008). Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health, *Nutr Rev*. vol. 66 (pg. 203-15)
41. Giskes, K., Van Lenthe, F., Avendano-Pabon, M., Brug, J.(2011). A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments? *ObesRev*, 12(5):e95-e106. Διαθέσιμο στο doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00769.x.
42. Grammatikopoulou, I., Gkiouras, K., Theodoridis, X., Tsimiri, M., et al. (2019). Food insecurity increases malnutrition among community-dwelling older adults. *Maturitas*, 119:8-13 Διαθέσιμο στο doi:10.1016/j. Maturitas.2018.10.009. Epub 2018 Oct 28.

43. Gray L., Hernandez Alava M., Kelly M. & Campbell M., (2018). Family lifestyle dynamics and childhood obesity: evidence from the millennium cohort study. *MC Public Health*, 18(1):500. Διαθέσιμο στο doi: 10.1186/s12889-018-5398-5.
44. Gualdi-Russo, E., Zaccagni, L., Manzon, VS., Masotti, S., Rinaldo, N., Khyatti M. (2014). Obesity and physical activity in children of immigrants. *Eur J Public Health*, 24 Suppl 1:40-6. Διαθέσιμο στο doi: 10.1093/eurpub/cku111.
45. Gualdi-Russo, E., Rinaldo, N., Zaccagni L. (2022). Physical Activity and Body Image Perception in Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 19(20):13190. Διαθέσιμο στο doi: 10.3390/ijerph192013190.
46. Gualdi-Russo, E., Toselli, S., Masotti, S., Marzouk, D., Sundquist, K., Sundquist, J. (2014). Health, growth and psychosocial adaptation of immigrant children. *Medicine, European journal of public health*. Διαθέσιμο στο doi :10.1093/eurpub/cku107
47. Gualdi-Russo, E., Manzon, V M., Masotti, S., Toselli, S., Albertini, A., Celenza, F., Zaccagni, L. (2012). Weight status and perception of body image in children: the effect of maternal immigrant status.
48. Gurnani M., Birken, C., Hamilton, J. (2015). Childhood Obesity: Causes, Consequences, and Management. *Pediatr Clin North Am*, 62(4):821-40. Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.pcl.2015.04.001. Epub 2015 May 23.
49. Güven, Y. & Öncü, E. (2022) The relationship about junk food consumption, healthy nutrition and obesity among children aged 7-8 years old in Mersin. Turkey. *Nutr Res*, 103:1-10. Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.nutres.2022.03.004. Epub 2022 Mar 14.
50. Hallal, Victora, C., Azevedo, M., Wells, J.(2006). Adolescent physical activity and Health. *Sports Medicin*, 36, pages1019–1030 Διαθέσιμο στο doi:10.2165/00007256-200636120-00003
51. Hammer, K. (2017). They speak what language to whom?! Acculturation and language use for communicative domains in bilinguals. *Language & Communication*, 56, 42-54. First published online on 3 May 2017. Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.langcom.2017.04.004.
52. Hassapidou M., Papadopoulou, S., Frossinis, A., Kaklamanos, A., Tzotzas T. (2009). Socialdemographic, ethnic and dietary factors associated with childhood obesity in Thessaloniki, northern Greece. *Hormones*, vol.8 (pg 53-9). Διαθέσιμο στο doi: 10.14310/horm.2002.1222.
53. Hassapidou, M., Daskalou, E., Tsofliou, F., et al. (2015). Prevalence of overweight and obesity in preschool children in Thessaloniki. *Greece. Hormones*, 14(4):615-22. Διαθέσιμο στο: doi: 10.14310/horm.2002.1601.
54. Hausenblas , H A. & Fallon E A. (2006). Exercise and body image: a meta-analysis. February 2006. *Psychology and Health* 21(1):33-47. Διαθέσιμο στο doi:10.1080/14768320500105270

55. Helm AF., Spencer RMC.(2019). Television use and its effects on sleep in early childhood. *Sleep Health*. 2019 Jun;5(3):241-247. Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.sleh.2019.02.009.
56. Heslehurst, N., Vieira, R., Akhter, Z., Bailey, H., Slack, E., Ngongalah, L., et al. (2019). The association between maternal body mass index and child obesity: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. Διαθέσιμο στο doi: 10.1371/journal.pmed.1002817. eCollection 2019 Jun.
57. Hof MHP., van Dijk, AE., van Eijsden, M., et al. (2011). Comparison of growth between native and immigrant infants between 0-3 years from the Dutch ABCD cohort, *Ann Hum Biol*, vol. 38 (pg. 544-55)
58. Hötting, K & Röder, B. (2013). Beneficial effects of physical exercise on neuroplasticity and cognition. *Neurosci Biobehav Rev*, 37(9 Pt B):2243-57. Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.04.005. Epub 2013 Apr 25.
59. Indicatti Fiamenghi, V & Daniel de Mello, E. (2021). Vitamin D deficiency in children and adolescents with obesity: a meta-analysis. *J Pediatr (Rio J)*,97(3):273-279.Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.jpmed.2020.08.006.
60. International Organization of Migration (IOM). World Migration Report 2019.
61. Jamal, A. (1998). Food consumption among ethnic minorities: the case of British-Pakistanis in Bratford, UK. *British FJournal*. Διαθέσιμο στο doi:10.1108/00070709810221436
62. Jia, P., Cheng, X., Xue, H., Wang Y.(2017). Application of geographic information systems (GIS) data and method in obesity-related research. *Obes Rev*, 18(4):400-411. Διαθέσιμο στο doi: 10.1111/obr.12495.
63. Jia, P., Luo, M., Li, Y., Zheng J., Xiao, Q Luo, J. (2019). Fast- Food restaurant, unhealthy eating and childhood obesity. A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*, 22 Suppl 1(Suppl 1):e12944. Διαθέσιμο στο doi: 10.1111/obr.12944.
64. Kabir, A., Miah, S., Islam, A. (2018). Factors influencing eating behavior and dietary intake among resident students in a public university in Bangladesh: A qualitative study. *PLoS One*,13(6):e0198801. Διαθέσιμο στο doi:10.1371/journal.pone.0198801. eCollection 2018.
65. Kahlin Y., Werner, S., Romild, U., Alricsson M (2009). Self-related Health, Physical Activity, BMI and musculoskeletal complaints: a comparison between foreign and Swedish high school students. *Int J Adolesc Med Health*, 21(3):327-41. Διαθέσιμο στο doi: 10.1515/ijamh.2009.21.3.327.
66. Khanolkar, AR., Sovio, U., Bartlett, JW., et al. (2013). Socioeconomic and early-life factors and risk of being overweight or obese in children of Swedish and foreign-born parents. *Pediatr Res*, vol. 74 (pg. 356-63)

67. Kittler, P., Sucher, K., Nelms, N.(2012). Food and culture. *Belmont CA: Wandsworth Διαθέσιμο στο*<https://doi.org/10.4324/9780203079751>
68. Klimis-Zacas D J.,Kalea A Z., Yannakoulia M.,Matalas, A L., Vassilakou, T., Papoutsakis-Tsarouhas, C., Yiannakouris, N., Polychronopoulos, E., Passos, M. (2007). Dietary intakes of Greek urban adolescents do not meet the recommendatios. *Volume 27, Issue 1, January 2007, Pages 18-26.*
69. Kobel, S., Kettner ,L., Hermeling, J., Dreyhaupt., Steinacker, J M. (2019). Objectively assessed physical activity and weight status of primary school children in Germany with and without migration backgrounds. *Public Health, 173:75-82.* Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.puhe.2019.05.009.
70. Konstantopoulou S, Vassilakou T, Kontele I, Fouskas T. Looking Arabs in the Teeth: Unveiling the Relation between Oral Health and Nutrition of Arabs in Greece στη σειρά βιβλίων Advances in Health and Disease (Duncan LT, ed) No. 58, Nova Sciences Publishers. New York, USA, 2022, pages 49-89
71. Kristiansen H., Júlíusson, P., Eide, G., Roelants, M., Bjerknes, R.(2013). TV viewing and obesity among Norwegian children. The importance of parental education. *Acta Paediatr, 102(2):199-205.* Διαθέσιμο στο doi: 10.1111/apa.12066.
72. Kumar, V., Sachdev, H P S., Khalil, A. (2004). Non –invasive evaluation of endophelial function and arterial mechanics in overweight adolescents. *Indian Pediatr,41(11):1105-14.*
73. Kwon, S., Menezes, A M B., Ekelund, U., Wehrmeister F C., Gonçalves, H., Gonçalves C da Silva, B., Janz, K J. (2022). Longitudinal change in physical activity and adiposity in the transition from adolescence to early adulthood: the 1993 Pelotas cohort study. *Int J Behav Nutr Phys Act, 19(1):83.* Διαθέσιμο στοdoi: 10.1186/s12966-022-01321-0.
74. Labree, LJ., van de Mheen, H., Rutten, FF., Foets, M. (2011).Differences in overweight and obesity among children from migrant and native origin: a systematic review of the European literature, *Obes Rev, vol. 12 (pg. e535-e547).*
75. Landman, J & Cruickshank, J K. (2001). A review of ethnicity, health and nutrition-related diseases in relation to migration in the United Kingdom. *Public Health Nutr, 4(2B):647-57.*Διαθέσιμο στο doi: 10.1079/phn2001148.
76. Lane, G., Nisbet, C. & Vatanparast, H. (2019). Dietary habits of newcomer children in Canada. *Public Health Nutr, 22(17):3151-3162.* doi: 10.1017/S1368980019001964.

77. Lanigan, J., Barber, S & Singhal, A. (2010). Management of obesity. Prevention of obesity in preschool children. MRC Childhood Research Center, University College London, Institute of child Health. *Nutrition society*, 69;204-210.
78. Laskarsewski, P., Morisson, JA., Khoury, P., Kelly, K., et al. (1980). Parent child Nutrient Intake international ships in school children ages 6-19: The Princeton school. District Study. *Am J Clin Nutr*, 33 (11):2350-5. Διαθέσιμο στο doi:10.1093/ajcn/33.11.2350.
79. Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis E., Garcés-Ferrer J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D., Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*, 20(1):1039. Διαθέσιμο στο doi: 10.1186/s12889-020-08749-8.
80. Lobstein, T & Jackson-Leach, R. (2006). Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. *Int J Pediatr Obes*, 1(1):33-41. Διαθέσιμο στο doi: 10.1080/17477160600586689.
81. Lofink H E. (2012). The worst of the Bangladeshi and the worst of the British': exploring eating patterns and practices among British Bangladeshi adolescents in east London. *Ethn Health*, 17(4):385-401. Διαθέσιμο στο doi: 10.1080/13557858.2011.645154. Epub 2012 Jan 9.
82. Mackenzie Brewer & Tolbert Kimbro, R. (2014). Neighborhood context and immigrant children's physical activity. *Soc Sci Med*, 2014 Sep; 116:1-9. Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.socscimed.2014.06.022. Epub 2014 Jun 13.
83. Magnusson M B., Hulthén, L., Kjellgren, K I. (2005). Obesity, dietary pattern and physical activity among children in suburb with a high proportion of immigrants. *J Hum Nutr Diet*, 18(3):187-94. Διαθέσιμο στο doi: 10.1111/j.1365-277X.2005.00604.x.
84. Manios, Y., Grammatikaki, E., Kondaki, K., Ioannou, E., Anastasiadou, A. (2009). The effect of maternal obesity on initiation and duration of breast-feeding in Greece: the GENESIS study. *Public Health Nutr*. Διαθέσιμο στο doi: 10.1017/S1368980008002838. Epub 2008 Jun 12.
85. Manios, Y., Kondaki, K., Kourlaba, G., Grammatikaki, E., Birbilis, M. (2009). Television viewing and food habits in toddlers and preschoolers in Greece: the GENESIS study. *Eur J Pediatr*, 168(7):801-8. Διαθέσιμο στο doi: 10.1007/s00431-008-0838-3.
86. Manios, Y., Kourlaba, G., Kondaki, K., Grammatikaki, E., Anastasiadou, A., Roma-Giannikou, E. (2009). Obesity and television watching in preschoolers in Greece: the GENESIS study. *Obesity (Silver Spring)* 17(11):2047-53. Διαθέσιμο στο doi: 10.1038/oby.2009.50. Epub 2009 Mar 12.

87. Mazur, R E., Marquis, G S., Jensen, H. (2003). Diet and food insufficiency among Hispanic youths: acculturation and socioeconomic factors in the third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Clin Nutr.* Διαθέσιμο στο doi: 10.1093/ajcn/78.6.1120.
88. Miko, H C., Zillmann, N., Ring- Dimitriou, S., Dorener, T E., et al. (2020). Effect of Physical Activity on Health. *Gesundheitswesen*,82(S 03):S184-S195. Διαθέσιμο στο doi: 10.1055/a-1217-0549
89. Mireault, A., Mann, L., Blotnicky, K., . Rossiter, M S (2023). Evaluation of snacks consumed by young children in child care and home settings. *International Journal of Child Care and Education Policy* volume 17, Article number:1
90. Mokhtar, N., Elati, J., Chabir, R., et al. (2001). Diet culture and obesity in northern Africa, *J Nutr*, vol. 131 (pg. 887S-92S)
91. Mokhtar, N., Elati, J., Chabir, R., Bour, A., Elkari, K., Schlossman, N P., Caballero, B., Aguenau, H. (2001).Diet culture and obesity in Northern Africa. *J Nutr*, 131(3):887S-892S. Διαθέσιμο στο doi:10.1093/jn/131.3.887S.
92. Munger, A L., D S Lloyd, T., Speirs, K E., Riera, K C., Grutzmacher S K. (2015). More than Just Not Enough: Experiences of Food Insecurity for Latino Immigrants. *J Immigr Minor Health*,17(5):1548-56. Διαθέσιμο στο doi: 10.1007/s10903-014-0124-6.
93. Nakamura, M & Sadoshima, J. (2020). Cardiomyopathy in obesity, insulin resistance and diabetes. *J Physiol*,598(14):2977-2993. Διαθέσιμο στο doi : 10.1113/JP276747.
94. Nielsen , G Hermansen, B, Bugge, A., Dencker, M., Andersen, L.(2011).Daily physical activity and sport participation among children from ethnic minorities in Denmark. *Eur J Sport Sci*, 13(3):321-31. Διαθέσιμο στο doi: 10.1080/17461391.2011.635697. Epub 2011 Dec 12.
95. Nielsen, G., Hermansen, B., Bugge, A., et al.(2013). Daily physical activity and sports participation among children from ethnic minorities in Denmark, *Eur J Sport Sci*, vol. 13 (pg. 321-31)
96. Niemeier, H M., Raynor, H A., Lloyd-Richardson, E E., Rogers, M L.,Wing, R R. (2006). Fast food consumption and breakfast skipping: predictors of weight gain from adolescence to adulthood in a nationally representative sample. *J Adolesc Health*,39(6):842. Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.07.001.
97. Norredam, M., Agyemang, C., Hoejbjerg Hansen, O., Petersen, J H., Byberg, S., Krasnik, A., Kunst A E.(2014). Duration of residence and disease occurrence among refugees and family reunited immigrants: test of the 'healthy migrant effect' hypothesis. *Trop Med Int Health*, 19(8):958-67. Διαθέσιμο στο doi: 10.1111/tmi.12340.

98. Oh, M., Zhang, D., Whitaker, K M., Letuchy, E M., Janz , K F., Levy S M. ().Moderate-to-vigorous intensity physical activity trajectories during adolescence and young adulthood predict adiposity in young adulthood: The Iowa Bone Development Study.*J Behav Med*,44(2):231-240. Διαθέσιμο στο doi: 10.1007/s10865-020-00190-x.
99. Orjuela-Grimm, M., Deschak, C., Gama, A., Bhatt Carreño, S., Hoyos, L., Mundo, V., Bojorquez I., Carpio, K., Quero, Y., Xicotencatl, A., Infante S. (2021). Migrants on the move and Food Insecurity: A call for Research. *J Immigr Minor Health*, 24(5):1318-1327. Διαθέσιμο στο doi: 10.1007/s10903-021-01276-7.
100. Ottesen & Wandel. (2012). Changes in dietary habits after migration and consequences for health: a focus on South Asians in Europe. *Food Nutr Res*, 56. Διαθέσιμο στο doi: 10.3402/fnr.v56i0.18891.
101. Pavli, A & Maltezou, H. (2017). Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J Travel Med*, 24(4). Διαθέσιμο στο doi: 10.1093/jtm/tax016.
102. Pavlopoulou, I D., Tanaka, M., Dikalioti, S., Samoli, E., Nisianakis, P., Boleti, O D., Tsoumakas, K. (2017). Clinical and laboratory evaluation of new immigrant and refugee children arriving in Greece. *BMC Pediatr*, 2017 May 26;17(1):132. Διαθέσιμο στο doi: 10.1186/s12887-017-0888-7.
103. Pineros-Leano, M., Tabb, K., Liechty, J., Castañeda, Y., Williams, M. (2019). Feeding decision-making among first generation Latinas living in non-metropolitan and small metro areas. *PLoS One*, 14(3):e0213442.
104. Polonsky, Heather M., Bauer, Katherine W., Fisher, Jennifer O., Davey, A., Sherman, S., Abel, Michelle L., Hanlon, A., Ruth Karen J., Dale, Lauren C., Foster, Gary D. (2019). Effect of a Breakfast in the classroom initiative on obesity in Urban school- aged children. A cluster Randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*, 173(4):326-333. Διαθέσιμο στο: doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.5531.
105. Poorolajal et al. (2020). Behavioral factor influencing childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Res Clin Pract*; 14(2):109-11
106. Priebe, S., Domenico Giacco, D., El-Nagib, R. (2016). Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. Διαθέσιμο στο :[WHO Health Evidence Network Synthesis Reports](#).

107. Reddy G., Van Dam Rob M., 2020. Food, culture, and identity in multicultural societies: Insights from Singapore. *Appetite* 149 [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο 10.1016/j.appet.2020.104633. [Πρόσβαση 18/8/2021].
108. Reilly, J. (2008). Physical activity, sedentary behavior and energy balance in the preschool child: opportunities for early obesity prevention. *Nutrition Society* (2008),67, 317-325. Διαθέσιμο στο doi: 10.1017/S0029665108008604.
109. Rito, A., Buoncristiano, M., Spinelli, A., Salanave, B., Kunešová, M., Hejgaard, T., Marta García Solano, M G., et al. (2019). Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI 2015/2017. *Obes Facts*, 12(2):226-243. Διαθέσιμο στο doi: 10.1159/000500425.
110. Riza, E., Karnaki, P., Gil-Salmerón, A., Zota, K., Ho, M., Petropoulou, M., Katsas, K., Garcés-Ferrer, J., Linos, A. (2020). Determinants of refugee and Migrant Health Status in 10 European Countries: The mig Health Care Project. *Int J Environ Res Public Health*, 17(17):6353. Διαθέσιμο στο doi: 10.3390/ijerph17176353.
111. S Wang, M B Schwartz, F M Shebl, M Read, K E Henderson, J R Ickovics.(2017). School breakfast and body mass index a longitudinal observe study of middle school students. *Pediatr Obes*, 12(3):213-220. Διαθέσιμο στο doi: 10.1111/ijpo.12127.
112. Sagatun A., Kalle, E., Anderssen, SA., Thoresen, M., Sjøgaard, AJ. (2008). Three-year- follow up of physical activity in Norwegian youth from two ethnic groups: associations with socio-demographic factors. *BMC Public Health*, 8:419. Διαθέσιμο στο doi: 10.1186/1471-2458-8-419.
113. Saker, M., Merzouk, H., Merzouk, S., Ahmed, S., Narc, M. (2011). Predictive factors of obesity and their relationship to dietary intake in schoolchildren in western Algeria. *Maedica (Bucur)*. 2011 Apr;6(2):90-9.
114. Scaglioni, S., De Cosmi, V., Ciappolino, V., Parazzini, F., Brambilla, P., Agostoni, C. (2018). Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*, 10(6):706. Διαθέσιμο στο doi: 10.3390/nu10060706.
115. Snoek, HM., van Strien, T., Janssens, JM., Engels, RC. (2007). Emotional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents, *Scand J Psychol* vol. 48 (pg. 23-32)
116. Sonnevile, K & Lipson. (2018). Disparities in eating disorder diagnosis and treatment according to weight status, race/ethnicity, socioeconomic background and sex among college students. *Inter J Eat Disord*, 51(6): 518-526. Διαθέσιμο στο doi:10.1002/eat.22846
117. Telama, R & Yang, X. (2000). Decline of physical activity from youth to young adulthood in Finland. *Med Sci Sports Exerc*, 32(9):1617-22. Διαθέσιμο στο doi: 10.1097/00005768-200009000-00015.

118. Theofanidis, D. & Fountouki, A.(2019). Refugees and Migrants in Greece: An Ethnographic Reflective Case Study. *J Transcult Nurs*, 30(1):26-31. Διαθέσιμο στο doi: 10.1177/1043659618781699. Epub 2018 Jun 25.
119. Thomson, J., Manore, M., Vaughan, L. (2020). The science of Nutrition. 5th Edition.
120. Toselli, S., Zaccagni, L., Celenza, F., Albertini, A., Gualdi-Russo, E. (2015).Risk factors of overweight and obesity among preschool children with different ethnic background. *Endocrine*, 49(3):717-25. Διαθέσιμο στο doi: 10.1007/s12020-014-0479-4. Epub 2014 Nov 25.
121. Tsujimoto, T., Kajio, H., Sugiyama, T.,(2016). Obesity diabetes and length time in the United States: Analysis of national Health and Nutrition Examination Survey 1999-2012. *Medicine (Baltimore)*, 95(35):e4578. Διαθέσιμο στο doi: 10.1097/MD.0000000000004578.
122. Vassilakou T.(2021). Childhood malnutrition: Time for Action. *Children* 2021, 8(2), 103; Διαθέσιμο στο <https://doi.org/10.3390/children8020103>.
123. Veldhuis L., van Dooremaal, M., Kroeze, W., Renders, C M., Hirasing, R A., Raat, H. (2013). Ethnic background and overweight among 5- years old children: be active, eat right. *ISRN Pediatr*, 2013:861246. doi: 10.1155/2013/861246. eCollection 2013.
124. Veldhuis, L., van Dooremaal, M., Kroeze, W., et al. (2013). Ethnic background and overweight among 5-year-old children: the “be active, eat right” study, *ISRN Pediatr*, vol. 2013 pg. 861246
125. Veugelers, P J & Fitzgerald. A L. (2013). Prevalence of and risk factors for childhood overweight and obesity. *CMAJ*, 173 (6) 607-613. Διαθέσιμο στο doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.050445>
126. Vosikis, A., Fouskas, T., & Sidiropoulos, S.(2021). No One Left Behind?: Migrant and Refugee Health in the COVID-19: Crisis in Greece. In P Manolitzas, C. Zopounidis, M. Talias, E. Grigoroudis & N.Matsatsinis. *Interdisciplinary Perspectives on Operations Management and service Evaluation*. IGI Global, 270-289.
127. Ward, D S., Saunders, R., Pate, R R. (2007). Physical activity intervention in children and adolescents. Champaign. *Human Kinetics*.
128. Warburton, D., Bredin, S. (2016). Reflections on Physical Activity and Health: What Should We Recommend? *Can J Cardiol*, 32(4):495-504. Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.cjca.2016.01.024
129. Whiting, S., Buoncristiano, M., Gelius, P., Abu-Omar, K., Pattison, M., Hyska, J., Duleva, V., Musić Milanović, S., Zamrazilová H., et al. (2021). Physical Activity, Screen Time, and Sleep Duration of Children Aged 6-9 Years in 25 Countries: An Analysis within the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) 2015-2017. *Obes Facts*. Διαθέσιμο στο doi: 10.1159/000511263. Epub 2020 Dec 22.

130. Wood, Lisa G., Lagleva, M., Shah, S., Berthon B., Galbraith, S., Henry, R., Kepreotes H., Gibson, Peter G. (2015). Dietary changes in migrant adolescents with increasing length of stay in Australia and associated risk of wheeze a retrospective, cross sectional study. *BMC Pediatr*, 15:102. Διαθέσιμο στο doi: 10.1186/s12887-015-0420-x
131. World Health Organization (WHO). (2003). Global strategy on diet, physical activity and Health. Διαθέσιμο στο: Google scholar, World Health Organization - 2004 - apps.who.int [Πρόσβαση 24/11/2022].
132. World Health Organization. (2004). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health – 2004 Διαθέσιμο στο [Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health - 2004 \(who.int\)](#) . [Πρόσβαση 2/7/2022]
133. World Health Organization. (2015). Guidelines sugars Intakes for adults and children. Geneva, Switzerland 2015 [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο pubmed PMID: 25905159; Free books and documents. ISBN -13: 978-92-4-154902-8 [Πρόσβαση 18/10/2022]
134. World Health Organization. (2015). Obesity and Overweight. Fact Sheet N°311. [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο [Πρόσβαση στις 23/5/2022]
135. World Health Organization. (2018). Obesity and Overweight, Fact Sheet.[Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight [Πρόσβαση 23/5/2022]
136. World Health Organization. (2019). Annual Review and Report. Health for all. Lebanon, 2019. [Διαδίκτυο]. Διαθέσιμο στο 9789290223214-eng.pdf (who.int) [Πρόσβαση 12/7/2022]
137. World Health Organization. (2020). Guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance.25 November 2020. [Διαδίκτυο]. Διαθέσιμο στο : WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. [Πρόσβαση 23/7/2022]
138. World Health Organization. (2022). WHO European Regional Obesity Report [Διαδίκτυο]. Διαθέσιμο στο:WHO European Regional Obesity Report 2022.
139. Zachopoulou, E., Trevlas, E., Konstadinidou, E. (2006). The design and implementation of a physical education program to promote children’s creativity in the early years. *International Journal of Early Years Education*, v14 n3 p27. Διαθέσιμο στο doi:10.1080/09669760600880043
140. Zhao, L., Zhang, X., Shen, Y., Fang, X., Wang, Y., Wang, F. (2015). Obesity and iron deficiency: a quantitative meta-analysis. *Obes Rev*,16(12):1081-93. Διαθέσιμο στο doi: 10.1111/obr.12323. Epub 2015 Sep 23.
141. Zheng et al. (2014). Sugar-sweetened beverages consumption in relation to changes in body fatness over 6 and 12 years among 9-year-old children: the European Youth Heart Study. *Eur J Clin Nutr*. [Διαδίκτυο] Διαθέσιμο στο doi:. 10.1038/ejcn.2013.243 [Πρόσβαση 25/06/2022].

Διαδικτυακές Πηγές

1. Εθνική Δράση Υγείας για τη ζωή των νέων.(2016) διαθέσιμο στο <https://www.eyzhn.edu.gr/>: Η Πυραμίδα της Φυσικής Δραστηριότητας - EYZHN (eyzhn.edu.gr). [Πρόσβαση στις 20/9/2022]
2. UNCHR. Forced displacement in 2020. Global report 2020. (2020) Διαθέσιμο στο <https://www.unhcr.org/global-report-2020/>: [UNHCR Global Report 2020 - UNHCR Flagship Reports](https://www.unhcr.org/global-report-2020/). [Πρόσβαση 10/10/2022]
3. UNICEF Annual Report (2017). *In 2017, UNICEF closed one chapter and prepared to open another*. United Nations Children’s Fund. (2018, June 18) Διαθέσιμο στο <https://www.unicef.org/annual-report-2017/>: [UNICEF Annual Report 2017](https://www.unicef.org/annual-report-2017/). [Πρόσβαση 10/10/2022]
4. UNICEF. (2017). Refugee and migrant children in Greece. [Διαδίκτυο]. Διαθέσιμο στο <https://www.unicef.org/greece/refugee-migrant-children>: Refugee and migrant children | UNICEF.
5. ΥΜΕΠΟ. (2018). [Διαδίκτυο]. Διαθέσιμο στο : Πρόσφυγες και Μετανάστες | refugeeobservatory.aegean.gr [Πρόσβαση στις 5/3/2022]
6. Government of Canada. (2016, January 22). Children and Physical Activity. Διαθέσιμο στο <https://www150.gc.ca/children-physical-activity>: [Children and physical activity - Canada.ca](https://www150.gc.ca/children-physical-activity). [Πρόσβαση 22/11/2022]
7. Υπουργείο Υγείας.(2019, Μάιος 31). Εθνικό στρατηγικό σχέδιο δράσης για την Δημόσια Υγεία 2019-2022. Διαθέσιμο στο <https://www.whomindbank.gr/>: WHOMiNDbank - Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2019-2022 (NationalStrategicPlanforPublicHealth 2019-2022). [Πρόσβαση 7/12/2022]
8. UNICEF Annual Report For Every Child, Reimagine. (2019, June). Διαθέσιμο στο <https://www.unicef.org/annual-report-2019/>: [UNICEF Annual Report 2019](https://www.unicef.org/annual-report-2019/).
9. World Health Organization. (2021, June 9). *Breastfeeding* Διαθέσιμο στο <https://www.who.int/breastfeeding>: [Breastfeeding \(who.int\)](https://www.who.int/breastfeeding). [Πρόσβαση 25/10/2022].
10. Central of Disease Control and Prevention. (2021, November 9). Διαθέσιμο στο <https://www.cdc.gov/physical-activity-basics/>: [Health Benefits of Physical Activity for Adults | Adults | Physical Activity Basics | DNPAO | CDC](https://www.cdc.gov/physical-activity-basics/). [Πρόσβαση 20/11/2021]
11. World Health Organization (2022, October 5). Physical Activity. Διαθέσιμο στο <https://www.who.int/physical-activity>: [Physical activity \(who.int\)](https://www.who.int/physical-activity). [Πρόσβαση 13/11/2022].
12. World Health Organization. (2022, October 16) Διαθέσιμο στο <https://www.who.int/whs-online-program>: [WHS Online Program \(worldhealthsummit.org\)](https://www.who.int/whs-online-program) [Πρόσβαση 25/10/2022]

13. World Health Organization (2022 November 8). Report on the fifth round of data collection, 2018–2020: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). [https://: WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative \(COSI\)](https://www.euro.who.int/en/health-topics/obesity/preventing-obesity/surveillance/initiatives/european-childhood-obesity-surveillance-initiative) [Πρόσβαση 20/10/2022]

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Έντυπο Έγκρισης της ΕΗΔΕ

ΠΑ.Δ.Α. - ΑΡ.ΠΡΩΤ: 103014 - 18/11/2021 Αιγάλεω



ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΛΕΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ

Ταχ. Δ/ση: Αγ. Σπυρίδωνος, Αιγάλεω ΤΚ 12243

Τηλέφωνο: 2105387294

e-mail: ethics@uniwa.gr

Πληροφορίες: Ευαγγελία Καπουτσή

Αιγάλεω: 15/11/2021

ΘΕΜΑ: Απάντηση σε αίτησή σας

ΠΡΟΣ: κ. Βασιλάκου Ναΐρ-Τώνια

ΚΟΙΝ: κ. Καμπαρδιάδου Ελισσάβητ

Έγκριση της πρότασης

Σας γνωρίζουμε ότι η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α.), στην 36η/15-11-2021 συνεδρίασή της, μέσω τηλεδιάσκεψης, εξέτασε το περιεχόμενο του ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο «**Διατροφικές συνήθειες και φυσική δραστηριότητα παιδιών μεταναστών ηλικίας 7 έως 12 ετών σε πρωτοβάθμια δομή Υγείας. Διερεύνηση της διατροφικής τους κατάστασης σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους**», με αριθμό πρωτοκόλλου 102244/12-11-2021 και Επιστημονικά Υπεύθυνη την κ. Βασιλάκου Ναΐρ-Τώνια.

Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Το έντυπο υποβολής της αίτησης
2. Το ερευνητικό πρωτόκολλο
3. Το έντυπο συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα

Η Επιτροπή έκρινε ότι δεν αντιβαίνει στην κείμενη νομοθεσία και συνάδει με γενικά παραδεδεγμένους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας και ερευνητικής ακεραιότητας ως προς το περιεχόμενο και τον τρόπο διεξαγωγής του ερευνητικού έργου. Επισημαίνεται ότι σε περίπτωση που προκύψει οποιαδήποτε τροποποίηση στο πρωτόκολλο της μελέτης θα πρέπει να επανυποβληθεί στην ΕΗΔΕ για επικαιροποίηση της έγκρισης.

Η Πρόεδρος της Ε.Η.Δ.Ε.

Δρ Άννα Δελτσίδου
Καθηγήτρια

ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΔΟΜΗΣ

1η ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΤΗΣΙΩΝ
ΧΑΛΚΙΔΟΣ 15-17, ΑΘΗΝΑ

Κατόπιν αιτήματος της κας Καμπαρδιάδου Ελισσάβητ

στα πλαίσια της διπλωματικής της εργασίας με θέμα " Διατροφικές συνήθειες και φυσική δραστηριότητα παιδιών μεταναστών ηλικίας 7 έως 12 ετών σε Πρωτοβάθμια Δομή Υγείας. Διερεύνηση της διατροφικής τους κατάστασης σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους, η συμπλήρωση των ανώνυμων ερωτηματολογίων θα πραγματοποιηθεί στο χώρο του **Κέντρου Υγείας Πατησίων**, στο τμήμα του κέντρου μάνας και παιδιού καθώς και στο παιδιατρικό τμήμα του κέντρου. Η λεπτομερής ενημέρωση και η σύμφωνη έγκριση των κηδεμόνων των παιδιών, είναι απαραίτητη, διατηρώντας πάντα το εθελοντικό και ανώνυμο χαρακτήρα της συμμετοχής τους. Η διαδικασία οφείλει να διέπεται από τους αντίστοιχους ηθικούς και δεοντολογικούς κανόνες, σεβόμενη πάντα την εθελοντική συμμετοχή των προσώπων και την εύρυθμη λειτουργία του τμήματος.

Ημερομηνία

12/11/2021

Ο Διευθυντής του
Κέντρου Υγείας

Υπογραφή

ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ - ΠΑΤΗΣΙΑ
ΚΑΤΙΝΗΣ Ε ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΚΕΝΤΡΟΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΕΛΕΓΧΗΣ
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ - ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΣΥ
ΔΕΛΤΑ 15-17-2017-2019 ΤΕΛΕΥΤ. 70913

Scanned by TapScanner

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Διατροφικές συνήθειες και φυσική δραστηριότητα παιδιών μεταναστών
ηλικίας 7 έως 12 ετών

σε πρωτοβάθμια δομή Υγείας.

Διερεύνηση της διατροφικής τους κατάστασης σε σχέση με την
ποιότητα ζωής τους.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Για να συμπληρώσεις το ερωτηματολόγιο, προτείνουμε να διαβάσεις τις παρακάτω οδηγίες.

Σκοπός μας είναι να συλλέξουμε πληροφορίες σχετικά με τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητά των παιδιών. Παράλληλα εξετάζουμε τις διατροφικές συνήθειες σε σχέση με τη ποιότητα ζωής τους. **Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι εθελοντική και ανώνυμη, οι απαντήσεις θα βοηθήσουν στην έρευνα μας και σε ενδεχόμενες δράσεις που έχουν να κάνουν με την διατροφή των παιδιών.**

Θα θέλαμε να σε ενημερώσουμε πως έχεις όσο χρόνο χρειαστείς για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και μπορείς να χρησιμοποιήσεις τη βοήθεια μας για οποιαδήποτε απορία και ερώτηση.

Στη τελευταία σελίδα του ερωτηματολογίου μπορείς να μοιραστείς μαζί μας οποιοδήποτε σχόλιο σου!

Επιπλέον οδηγίες

- Χρησιμοποίησε μολύβι για τις απαντήσεις σου.
- Συμπλήρωσε τα κουτάκια στα κενάμε ✓
- Φρόντισε οι απαντήσεις σου να φαίνονται καθαρά.

Γενικές ερωτήσεις

ΚΩΔΙΚΟΣ	ΗΜ/ΜΗΝΑΣ/ΕΤΟΣ ---/---/---
ΦΥΛΟ:	ΑΓΟΡΙ ΚΟΡΙΤΣΙ
ΗΛΙΚΙΑ: <input type="checkbox"/> ετών <input type="checkbox"/>
ΒΑΡΟΣ: κιλά
ΥΨΟΣ: εκατοστά
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ:	
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:	
ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ	
ΤΑΞΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ ΣΧΟΛΕΙΟΥ	
ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΓΝΩΣΤΕΣ ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΤΡΟΦΗ	

Ερωτήσεις που αφορούν εσένα και την οικογένειά σου.



Σημείωσε με τα κουτάκια της επιλογής σου

1. Με ποιο τρόπο έφτασες στην χώρα;

Με πλοίο με αεροπλάνο με τρένο με αυτοκίνητο με ταπόδια

2. Το σπίτι όπου μένεις είναι

Χώρος φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών Διαμέρισμα

3. Ποια μέλη της οικογένειάς σου μένουν μαζί σου στο σπίτι;

Μαμά Μπαμπάς Αδέρφια Παππούς/Γιαγιά

4. Εργάζεται ο πατέρας σου;

Ναι
Όχι

5. Εργάζεται η μητέρα σου;

Ναι
Όχι

Αν ναι ποια είναι η εργασία τους;

.....
.....

6. Πηγαίνεις σχολείο;

Ναι

Όχι

7. Πως μετακινείσαι για το σχολείο;

μεταπόδια

μελεωφορείο/ μετρό

με αυτοκίνητο

με ποδήλατο

8. Στο δωμάτιο σου κοιμάσαι μόνος σου;

Ναι

Όχι

9. Έχεις στο δωμάτιο σου τηλεόραση ή ηλεκτρονικό υπολογιστή;

Ναι

Όχι

10. Ποιο είναι το ωράριο του ύπνου σου;

Ποιο είναι το ωράριο ύπνου σου τις καθημερινές;	Τα Σαββατοκύριακα;
Από.....μ.μ. μέχρι.....π.μ.	Από.....μ.μ. μέχρι.....π.μ.



Ερωτήσεις που αφορούν τις διατροφικές σου συνήθειες.

Σημείωσε με ✓ τα κουτάκια της επιλογής σου και κύκλωσε τις απαντήσεις που σου ταιριάζουν. Μπορείς να κυκλώσεις παραπάνω από μια απάντηση.

1. Στην διάρκεια της εβδομάδας πόσο συχνά τρως τα παρακάτω γεύματα

	ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	3-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	1-2 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	ΚΑΜΙΑ
Πρωινό				
Μεσημεριανό				
Βραδινό				

2. Τι περιλαμβάνει το πρωινό σου;

α) τοστ β) γάλα γ) ψωμί με βούτυρο μέλι/ μαρμελάδα δ) αυγά ε) δημητριακά

3. Ποια από τα παρακάτω φαγητά τρώτε πιο συχνά στο σπίτι;

α) σούπα β) μακαρόνια με κιμά γ) πιλάφι με κοτόπουλο δ) πατάτες τηγανητές

4. Τα φαγητά που τρώτε στο σπίτι συνήθως είναι:

α) βραστά (στην κατσαρόλα) β) ψητά(στο φούρνο) γ) τηγανητά

5 . Στην διάρκεια της εβδομάδας πόσο συχνά τρως το γεύμα σου μπροστά στην τηλεόραση ή τον υπολογιστή;

ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	3-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	1-2 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	ΚΑΜΙΑ

6. Στην διάρκεια της εβδομάδας πόσο συχνά τρως απέξω

ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	3-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	1-2 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	ΚΑΜΙΑ

7. Πηγαίνεις με τους γονείς σου για ψώνια;

Ναι

Όχι

8. Ποια προϊόντα αγοράζετε συνήθως όταν πηγαίνετε για ψώνια;

γάλα β) κρέας γ) φρούτα/λαχανικά δ) μακαρόνια ε) μπισλστ) αλλο

πόσο συχνά ψωνίζετε σε έθνικ παντοπωλεία;

ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	3-6 ΦΟΡΕΣ ΤΟΝ ΜΗΝΑ	1-2 ΦΟΡΕΣ ΤΟΝ ΜΗΝΑ	ΚΑΜΙΑ

Σημείωσε με ✓ τα κουτάκια της επιλογής σου.

ΤΡΟΦΕΣ	ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	3-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	1-2 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	ΚΑΜΙΑ
ΨΩΜΙ				
ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΑ				
ΑΥΓΑ				
ΓΑΛΑΚΤΟΜΙΚΑ (γάλα, γιαούρτι, τυρί)				
ΤΟΣΤ				
ΠΑΤΑΤΕΣ				
ΜΑΚΑΡΟΝΙΑ				
ΡΥΖΙ				
ΟΣΠΡΙΑ				
ΚΡΕΑΣ(χοιρινό, μοσχάρι, αρνί κοτόπουλο, γαλοπούλα)				
ΨΑΡΙ				
ΛΑΧΑΝΙΚΑ (καρότα, αρακάς, πιπεριά, μελιτζάνα, κολοκύθια)				
ΦΡΟΥΤΑ				
ΦΥΣΙΚΟ ΧΥΜΟ				
ΓΛΥΚΑ/ΣΝΑΚ (σοκολάτες, κρουασάν, παγωτά, καραμέλες, πατατάκια)				
ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ				

Απάντησε στις παρακάτω ερωτήσεις με λίγα λόγια.

1. Τρως κολατσιό στο σχολείο; Ναι

Όχι

Αν ναι, ποιο είναι αυτό;

.....

2. Ποιος μαγειρεύει στο σπίτι;

.....

3. Πόσο συχνά τρως σπιτικό φαγητό, και ποιο είναι το αγαπημένο σου;

.....

4. Πόσο συχνά αγοράζεις κάποιο σνακ απέξω και ποιο είναι;

.....

5. Πόσο συχνά μαγειρεύετε παραδοσιακά φαγητά της χώρας σας και ποια είναι αυτά;

.....



Ερωτήσεις για την φυσική άσκηση και τις δραστηριότητες.

Σημείωσε με ✓ τα κουτάκια και απάντησε με λίγα λόγια στις ερωτήσεις όπου χρειάζεται.

1. Έχεις κάποια εξωσχολική δραστηριότητα –άθλημα; Ναι

Όχι

Αν ναι, ποια είναι και πόσο συχνά;

.....

2. Με τι ασχολείσαι στο σπίτι τον ελεύθερο σου χρόνο;

Πόσες ώρες την ημέρα ασχολείσαι με:	0-1 ώρα	1-2 ώρες	2-3 ώρες	3-5 ώρες	πάνω από 5 ώρες
Διάβασμα εξωσχολικού βιβλίου					
Επιτραπέζιο παιχνίδι					
Χρήση κινητού τηλεφώνου					
Χρήση Η/Υ					
Τηλεόραση					

3. Στην διάρκεια της εβδομάδας πόσο συχνά βγαίνεις έξω από το σπίτι σου για παιχνίδι;

ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ	3-6 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	1-2 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	ΚΑΜΙΑ

4. Συναντιέσαι με τους φίλους σου σε κάποιο σπίτι ή έξω (πλατεία, παιδική χαρά, γήπεδο)

.....

5. Τι παιχνίδια προτιμάς να παίζεις με τους φίλους σου;

.....

6. Τι κάνεις συνήθως την ώρα του διαλείμματος στο σχολείο;

.....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ!!

Εδώ μπορείς να γράψεις το σχόλιο σου με όποιο τρόπο θέλεις ακόμα και με μια μικρή ζωγραφιά

