



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΠΜΣ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**  
**ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ & ΕΦΗΒΩΝ –**  
**ΣΧΟΛΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ**  
**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2018-2020**

**Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία**

**Διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των διατροφικών συνηθειών  
και της συμμετοχής των Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης  
σε προγράμματα Διατροφικής Αγωγής στο σχολείο**

**Παπανικολάου Φωτεινή**

**ΑΜ: MDY18044**

**Επιβλέπουσα:**

**ΒΑΣΙΛΑΚΟΥ ΝΑΪΡ-ΤΩΝΙΑ**

**Αθήνα, Δεκέμβριος 2022**



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA**  
**SCHOOL OF PUBLIC HEALTH**  
**DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH POLICY**

**MSc in PUBLIC HEALTH**

**HEALTH PROMOTION OF CHILDREN & ADOLESCENTS – SCHOOL HYGIENE**

**2018-2020**

**Postgraduate Diploma Thesis**

**Investigation of the association between the dietary habits and the participation  
of Primary School Teachers in Nutrition Promotion Programs in schools**

**Papanikolaou Fotini**

**Registration Number: MDY 18044**

**Supervisor: Nair – Tonia Vassilakou**

**Athens, December 2022**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**  
**ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ & ΕΦΗΒΩΝ – ΣΧΟΛΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ**

**Διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των διατροφικών συνηθειών  
και της συμμετοχής των Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης  
σε προγράμματα Διατροφικής Αγωγής στο σχολείο**

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

<b>A/a</b>	<b>ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
1	Βασιλάκου Ναΐρ-Τώνια	Καθηγήτρια	
2	Κορνάρου Ελένη	Αναπλ. Καθηγήτρια	
3	Σεργεντάνης Θεόδωρος	Επικ. Καθηγητής	

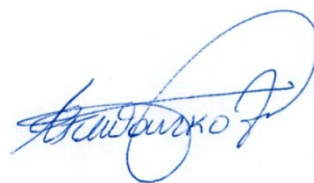
## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Παπανικολάου Φωτεινή του Ιωάννη, με αριθμό μητρώου MDY18044 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσιας Υγείας 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».

Η Δηλούσα  
Παπανικολάου Φωτεινή



(Υπογραφή)

[https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85\\_final.pdf](https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf)

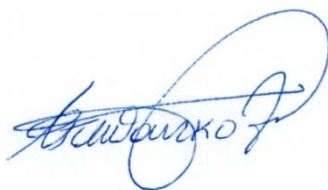
Copyright © Φωτεινή Παπανικολάου, 2022

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης στην Προαγωγή της Υγείας παιδιών και Εφήβων –Σχολική 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 της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

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:

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Ασπύρογλου', written in a cursive style.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους τους Καθηγητές μου στο ΠΜΣ Δημόσια Υγεία με Κατεύθυνση Προαγωγή της Υγείας παιδιών και Εφήβων –Σχολική Υγεία του τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της Σχολής Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, για τις πολύτιμες γνώσεις που μου πρόσφεραν. Ιδιαίτερα, ευχαριστώ την επιβλέπουσα Καθηγήτριά μου Βασιλάκου Ναΐρ-Τόνια, για την καθοδήγηση στο πλαίσιο της συγγραφής της παρούσας εργασίας.

Επιπροσθέτως, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου την οικογένειά μου για τη βοήθεια, την κατανόηση, την υπομονή και τη στήριξη που μου προσέφεραν προκειμένου να ολοκληρώσω τις μεταπτυχιακές μου σπουδές.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η υγιεινή διατροφή είναι ιδιαίτερα σημαντική για την σωματική υγεία και για την πνευματική ευεξία, καθώς προσφέρει τα αναγκαία θρεπτικά συστατικά για την άρτια σωματική και πνευματική εξέλιξη και ανάπτυξη. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να αποτελέσουν έναν από τους βασικότερους αρωγούς στην προσπάθεια των μαθητών για την υιοθέτηση της συνήθειας της υγιεινής διατροφής. **Σκοπός:** Η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και του βαθμού επίδρασης αυτών στη συμμετοχή τους σε προγράμματα διατροφικής αγωγής στο σχολείο. **Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με δείγμα 100 εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Για την επιλογή του δείγματος επιστρατεύτηκε η χρήση δειγματοληψία ευκολίας και τα δεδομένα συλλέχτηκαν με τη χρήση δυο ερωτηματολογίων. Η έρευνα διεξήχθη διαδικτυακά και το ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, από τον Απρίλιο έως και τον Ιούνιο 2021. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με το στατιστικό λογισμικό SPSS Statistics 21. **Αποτελέσματα:** Στην έρευνα συμμετείχαν 100 άτομα, εκ των οποίων 17% ήταν άνδρες και 83% γυναίκες. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος 39% ήταν μεταξύ 26-35 ετών. Επιπλέον, το 56% ήταν μόνιμοι εκπαιδευτικοί και το 68% υπηρετούσε στο γενικό σχολείο. Το 37% του δείγματος δήλωσε ότι ασκείτε 2-3 φορές την εβδομάδα και το 68% διαπιστώθηκε ότι έχει φυσιολογικό βάρος. Τέλος, η μέση τιμή του MedDietScore είναι 31,28 και η διάμεσος είναι 31,5. **Συμπεράσματα:** Οι εκπαιδευτικοί στην πλειοψηφία τους ακολουθούν τη μεσογειακή διατροφή, εμφανίζονται θετικοί ως προς τη συμμετοχή τους σε προγράμματα διατροφικών παρεμβάσεων και επαρκώς ενημερωμένοι σχετικά με τα προγράμματα διατροφικής παρέμβασης. Ωστόσο, τα κυριότερα εμπόδια που συναντούν οι εκπαιδευτικοί είναι η έλλειψη πληροφοριών και εκπαιδευτικού υλικού σχετικά με τα προγράμματα διατροφικής αγωγής.

**Λέξεις-κλειδιά:** Υγιεινή διατροφή, Διατροφικές συνήθειες, Δείκτης Μάζας Σώματος, Εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.



## **Abstract**

**Introduction:** Healthy diet is particularly important for physical health and mental well-being, as it offers the necessary nutrients for proper physical and mental development and growth. Teachers can be among the main assistants in the effort of students to adopt the habit of healthy eating. **Aim:** To explore the eating habits of primary school teachers and the extent of their impact on their participation in nutrition education programs at school. **Material and Method:** A quantitative research was conducted with a sample of 100 teachers of primary education. Convenience sampling was used to select the sample and the data was collected using two questionnaires. The survey was conducted online and the questionnaire was posted on social media between April and June 2021. The statistical processing was done with the statistical software SPSS Statistics 21.0. **Results:** The survey involved 100 people, of whom 17% were men and 83% women. The majority of the 39% sample was between 26-35 years old. Moreover, 56% were permanent teachers and 68% were serving in the general school. 37% of the sample reported exercising 2-3 times a week and 68% were found to be of normal weight. Finally, the mean MedDietScore is 31.28 and the median is 31.5. **Conclusions:** The majority of teachers follow the Mediterranean diet, are positive about their participation in nutritional intervention programs and are sufficiently informed about nutritional intervention programs. However, the main obstacles encountered by teachers are the lack of information and educational material on nutrition education programs.

**Keywords:** Healthy diet, Eating habits, Body Mass Index, Primary School Teachers.

# Περιεχόμενα

Abstract.....	vi
Κατάλογος Πινάκων.....	ix
Κατάλογος Γραφημάτων.....	xi
Κατάλογος Εικόνων.....	xii
Κατάλογος συντομογραφιών.....	xiii
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	1
Κεφάλαιο 1.....	2
Ο ρόλος της Διατροφής στην παιδική ηλικία.....	2
για την μακροπρόθεσμη διατήρηση της υγείας.....	2
1.1. Σχέση μεσογειακής διατροφής και υγείας.....	2
1.2 Διατροφικές συστάσεις για παιδιά.....	13
1.3 Προβλήματα στην παιδική ηλικία λόγω ανθυγιεινής διατροφής.....	27
Κεφάλαιο 2.....	35
Αγωγή Υγείας.....	35
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση Διατροφικής Αγωγής.....	35
2.2 Η Διατροφική Αγωγή στο σύγχρονο σχολείο και η μεθοδολογία της.....	37
2.3 Η προσέγγιση θεμάτων διατροφής στα Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών.....	42
2.4 Τα σχολικά προγράμματα Διατροφικής Αγωγής ως μέσο πρόληψης της παχυσαρκίας.....	44
2.5 Ανασκόπηση παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής ανά τον κόσμο.....	45
2.6 Ανασκόπηση παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής στην Ελλάδα.....	47
2.7 Υγιή σχολεία.....	54
Κεφάλαιο 3.....	57
Ο σύγχρονος εκπαιδευτικός της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και ο ρόλος του στην εκπαίδευση.....	57
3.1 Ο ρόλος του εκπαιδευτικού στην υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής υγείας/διατροφικής αγωγής.....	57
3.1.1 Ο εκπαιδευτικός ως φορέας διατροφικής αγωγής και γενικά της Αγωγής της Υγείας .....	57
3.1.2 Προϋποθέσεις υλοποίησης προγραμμάτων Διατροφικής Αγωγής από τον εκπαιδευτικό.....	59
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	63
Κεφάλαιο 4.....	64
Σκοπός και στόχοι.....	64
4.1 Σκοπός εργασίας.....	64
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....	64
Κεφάλαιο 5.....	65

Μεθοδολογία .....	65
5.1 Μέθοδος έρευνας και ερευνητικό εργαλείο .....	65
5.2 Δείγμα της έρευνας.....	66
5.3 Ηθική και Δεοντολογία .....	67
5.4 Στατιστική Ανάλυση.....	68
6.1 Περιγραφική Στατιστική .....	69
6.2 Επαγωγική Στατιστική.....	91
Κεφάλαιο 7 .....	109
Συζήτηση .....	109
7.1 Συζήτηση .....	109
7.2 Περιορισμοί της μελέτης .....	111
Κεφάλαιο 8 .....	112
Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	112
8.1 Συμπεράσματα.....	112
8.1 Προτάσεις .....	113
Βιβλιογραφία .....	116
Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο.....	133
Παράρτημα Β: Έντυπο Συγκατάθεσης.....	139
Παράρτημα Γ: Έντυπο Ενημέρωσης.....	141

## Κατάλογος Πινάκων

	Σελ.
Πίνακας 1.1: Περίληψη των μέσων απαιτήσεων και των πληθυσμιακών αναφορών πρόσληψης σε πρωτεΐνη	19
Πίνακας 1.2: Περίληψη από τα εύρη πρόσληψης αναφοράς σε συνολικό λίπος και υδατάνθρακες και αναφορά πρόσληψης του πληθυσμού σε λιπαρά οξέα, φυτικές ίνες και νερό	20
Πίνακας 1.3: Μέσες απαιτήσεις σε μέταλλα για τους άνδρες	20
Πίνακας 1.4: Πρόσληψη αναφοράς πληθυσμού και επαρκής ποσότητα πρόσληψης σε μέταλλα για τους άνδρες	21
Πίνακας 1.5: Μέσες απαιτήσεις σε μέταλλα για τις γυναίκες	21
Πίνακας 1.6: Πρόσληψη αναφοράς πληθυσμού και επαρκής ποσότητα πρόσληψης σε μέταλλα για τις γυναίκες	22
Πίνακας 1.7: Μέσες απαιτήσεις πρόσληψης σε βιταμίνες για τους άνδρες	22
Πίνακας 1.8: Πρόσληψη αναφοράς πληθυσμού και επαρκής ποσότητα πρόσληψης σε βιταμίνες για τους άνδρες	23
Πίνακας 1.9: Μέσες απαιτήσεις πρόσληψης σε βιταμίνες για τις γυναίκες	23
Πίνακας 1.10: Πρόσληψη αναφοράς πληθυσμού και επαρκής ποσότητα πρόσληψης σε βιταμίνες για τις γυναίκες	24
Πίνακας 1.11: Αιτίες παιδικής παχυσαρκίας	31
Πίνακας 1.12: Συνέπειες παιδικής παχυσαρκίας	34
Πίνακας 2.1: Διατροφο-εξαρτώμενα νοσήματα	40
Πίνακας 6.1: Φύλο των εκπαιδευτικών	71
Πίνακας 6.2: Ηλικία των εκπαιδευτικών	72
Πίνακας 6.3: Οικογενειακή κατάσταση των εκπαιδευτικών	73
Πίνακας 6.4: Εργασιακό καθεστώς των εκπαιδευτικών	74
Πίνακας 6.5: Εργασιακό περιβάλλον των εκπαιδευτικών	75
Πίνακας 6.6: Στατιστικά στοιχεία ετών προϋπηρεσίας των εκπαιδευτικών	76
Πίνακας 6.7: Καπνίζετε;	77
Πίνακας 6.8: Συχνότητα τουλάχιστον 30' σωματικής δραστηριότητας την ημέρα	78
Πίνακας 6.9: Δείκτης Μάζας Σώματος των εκπαιδευτικών	79
Πίνακας 6.10: Συχνότητα κατανάλωσης τροφών	81

Πίνακας 6.11: Συχνότητα κατανάλωσης τροφών στο σχολείο	83
Πίνακας 6.12: Πρόθεση εφαρμογής σχολικού προγράμματος σχετικό με τη διατροφή	85
Πίνακας 6.13: Εμπόδια στη διδασκαλία σχολικών προγραμμάτων αγωγής υγείας	87
Πίνακας 6.14: Συχνότητα διδασκαλίας θεμάτων σχετικά με τη διατροφή	88
Πίνακας 6.15: Ικανοποίηση των εκπαιδευτικών από τις γνώσεις σε θέματα διατροφής και υγείας	90
Πίνακας 6.16: Αναγκαιότητα υλοποίησης προγραμμάτων διατροφικής αγωγής	92
Πίνακας 6.17: Στατιστικά Med Diet Score	93
Πίνακας 6.18: Συσχέτιση δημογραφικών με συχνότητα κατανάλωσης τροφών	95
Πίνακας 6.19: Συσχέτιση δημογραφικών με συχνότητα κατανάλωσης τροφών	96
Πίνακας 6.20: Συσχέτιση υγείας, διατροφικών συνηθειών και επιπέδου άσκησης με συχνότητα καθημερινής άσκησης	97
Πίνακας 6.21: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με τα εμπόδια της διδασκαλίας της αγωγής υγείας	98
Πίνακας 6.22: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με τα εμπόδια της διδασκαλίας της αγωγής υγείας	100
Πίνακας 6.23: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με ερωτήσεις που αφορούν τη διατροφή	101
Πίνακας 6.24: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με ερωτήσεις που αφορούν τη διδασκαλία της αγωγής υγείας και της διατροφής	103
Πίνακας 6.25: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με την πρόθεση εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας ή διατροφικών συνηθειών στο σχολείο	104
Πίνακας 6.26: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με την πρόθεση εφαρμογής προγραμμάτων διατροφικών συνηθειών στο σχολείο	105
Πίνακας 6.27: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με ΔΜΣ και Med Diet Score	106
Πίνακας 6.28: Έλεγχος ανεξαρτησίας $\chi^2$	108
Πίνακας 6.29: Μέση τιμή, τυπική απόκλιση και έλεγχος ισότητας μέσω των τιμών για το ΔΜΣ	109
Πίνακας 6.30: Μέση τιμή, τυπική απόκλιση και έλεγχος ισότητας μέσω των τιμών για το Med Diet Score	110

## Κατάλογος Γραφημάτων

	Σελ.
Γράφημα 6.1: Φύλο των εκπαιδευτικών	72
Γράφημα 6.2: Ηλικία των εκπαιδευτικών	73
Γράφημα 6.3: Οικογενειακή κατάσταση των εκπαιδευτικών	74
Γράφημα 6.4: Εργασιακό καθεστώς των εκπαιδευτικών	75
Γράφημα 6.5: Εργασιακό περιβάλλον των εκπαιδευτικών	76
Γράφημα 6.6: Έτη προϋπηρεσίας των εκπαιδευτικών	77
Γράφημα 6.7: Καπνίζετε;	78
Γράφημα 6.8: Συχνότητα τουλάχιστον 30' σωματικής δραστηριότητας την ημέρα	79
Γράφημα 6.9: Δείκτης Μάζας Σώματος των εκπαιδευτικών	80
Γράφημα 6.10: Συχνότητα κατανάλωσης τροφών	82
Γράφημα 6.11: Συχνότητα κατανάλωσης τροφών στο σχολείο	84
Γράφημα 6.12: Πρόθεση εφαρμογής σχολικού προγράμματος σχετικό με τη διατροφή	86
Γράφημα 6.13: Εμπόδια στη διδασκαλία σχολικών προγραμμάτων αγωγής υγείας	88
Γράφημα 6.14: Συχνότητα διδασκαλίας θεμάτων σχετικά με τη διατροφή	89
Γράφημα 6.15: Ικανοποίηση των εκπαιδευτικών από τις γνώσεις σε θέματα διατροφής και υγείας	91
Γράφημα 6.16: Αναγκαιότητα υλοποίησης προγραμμάτων διατροφικής αγωγής	93
Γράφημα 6.17: Κατανομή τιμών Med Diet Score	94

## Κατάλογος Εικόνων

	Σελ.
Εικόνα1.1: Η Πυραμίδα της Μεσογειακής διατροφής	6
Εικόνα 1.2: Η διπλή πυραμίδα της Μεσογειακής διατροφής	12
Εικόνα 1.3(α): Αναλυτικοί πίνακες των προτεινόμενων μερίδων από τον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό για τα παιδιά και τους εφήβους	17
Εικόνα 1.3(β): Αναλυτικοί πίνακες των προτεινόμενων μερίδων από τον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό για τα παιδιά και τους εφήβους	18
Εικόνα1.4: Δεκάλογος σωστών διατροφικών επιλογών από τον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό	28

## Κατάλογος συντομογραφιών

Εθνικός Διατροφικός Οδηγός	ΕΔΟ
Ινσουλινόμορφος αυξητικός παράγοντας	IGF-1
Στόχος ραπαμκίνης	mTOR
Σακχαρώδη Διαβήτη	ΣΔ
Καλή χοληστερίνη	HDL
Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας	ΠΟΥ
Δείκτης Μάζας Σώματος	ΔΜΣ
Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας	ΔΕΠΥ
Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών	ΔΕΠΠΣ
Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών	ΑΠΣΣΗΕ
Ευρωπαϊκή Ένωση	ΕΕ
Προσωπική Κοινωνική και Υγειονομική Αγωγή	PSHE
Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση	SRE
Nutrition Education and Training Program	NETP
Vyronas Youth Regarding Obesity Nutrition and Attitudinal Styles	VYRONAS



## **A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# Κεφάλαιο 1

## Ο ρόλος της Διατροφής στην παιδική ηλικία για την μακροπρόθεσμη διατήρηση της υγείας

### 1.1. Σχέση μεσογειακής διατροφής και υγείας

Έχει αναζητηθεί επανειλημμένα από την επιστημονική κοινότητα η σχέση της διατροφής με την υγεία. Πιο αναλυτικά, έχει μελετηθεί η μεσογειακή διατροφή και τα πιθανά της οφέλη στην ανθρώπινη υγεία. Ιστορικά, αν αναζητήσει κανείς τις καταβολές της έννοιας της μεσογειακής διατροφής, φτάνει περίπου στη δεκαετία του 1950. Εκείνη την εποχή άρχισε να διεξάγεται μία μεγάλη μελέτη, η λεγόμενη «έρευνα των 7 χωρών», στην οποία διερευνήθηκε το σύνολο των διατροφικών συνηθειών των κατοίκων επτά χωρών, δηλαδή της Ολλανδίας και της Φινλανδίας, της Ελλάδας, της τότε Γιουγκοσλαβίας, των ΗΠΑ, της Ιαπωνίας και της Ιταλίας (Bonaccio et al., 2018). Η έρευνα αυτή διήρκεσε περίπου τριάντα χρόνια και σύμφωνα με τα ευρήματά της οι κάτοικοι της Κρήτης παρουσίαζαν το υψηλότερο προσδόκιμο όριο ζωής, αλλά και τη χαμηλότερη θνησιμότητα από μορφές καρκίνου και καρδιαγγειακές παθήσεις, συγκριτικά με τους κατοίκους των υπόλοιπων κρατών (Keys et al., 1986).

Μετά τη μελέτη των Επτά Χωρών του γιατρού Ancel Keys το 1947, όπως προαναφέρθηκε, η δεύτερη βασικότερη μελέτη για τα οφέλη της μεσογειακής διατροφής είναι η Lyon Diet Heart Study. Στη συγκεκριμένη μελέτη, έγινε η πρώτη επίσημη κλινική δοκιμή και διερευνήθηκε κατά πόσο τα τρόφιμα που απαρτίζουν την Μεσογειακή Διατροφή είναι πλούσια σε αντιοξειδωτικά και ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, ενώ παράλληλα μελετήθηκε και η συσχέτιση της μεσογειακής διατροφής, και κυρίως της κρητικής μεσογειακής διατροφής, με τις καρδιακές παθήσεις και τη θνησιμότητα από εμφράγματα του μυοκαρδίου, όταν είναι εμπλουτισμένη με α-λινολεϊκό έναντι μιας τυπικής διατροφής δυτικού τύπου (DeLorgeril et al., 1999). Αυτή η έρευνα, σε συνδυασμό και με μεταγενέστερες πάνω στο ζήτημα αυτό, έδειξαν ερευνητικά ότι η συγκεκριμένη διατροφή μπορεί δευτερογενώς να προλάβει την στεφανιαία νόσο (Τριχοπούλου, 2010). Παρακάτω παρατίθεται μία ακροθιγής αναφορά στις σημαντικότερες έρευνες της τελευταίας δεκαετίας σχετικά με τη μεσογειακή διατροφή και τα οφέλη της για την ανθρώπινη υγεία. Αρχικά, πρέπει να αναφερθεί ότι η μεσογειακή διατροφή προσφέρει τόσα οφέλη κυρίως

λόγω της αυξημένης κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και ελαιόλαδου, που είναι τροφές πλούσιες σε θρεπτικές ουσίες βιταμίνες και καλά λιπαρά (Τριχοπούλου, 2010).

Η έρευνα στο σύνολό της υποδεικνύει ότι η διατροφή αυτή μπορεί να συνεισφέρει συνολικά στην καλή υγεία στον άνθρωπο και ίσως μάλιστα να μπορεί να δράσει προστατευτικά έναντι διαφόρων προβλημάτων υγείας. Οι έρευνες ερευνητών στο πανεπιστήμιο του Harvard, με την συμμετοχή και Ελλήνων επιστημόνων, επιχείρησαν να κωδικοποιήσουν τους βασικούς κανόνες διατροφής των μεσογειακών λαών (Trichopoulou et al., 1995 a, c). Το αποτέλεσμα ήταν η γνωστή πυραμιδοειδής κατασκευή, η οποία ορίζει την ποσότητα και την συχνότητα της κάθε ομάδας τροφίμων. Η Μεσογειακή Διατροφή έχει αποδειχτεί από πολλές επιστημονικές μελέτες ότι παρουσιάζει σημαντικά οφέλη για την ευζωία και την μακροζωία και ότι συγκριτικά με άλλα πρότυπα διατροφής είναι η πιο υγιεινή (Trichopoulou et al., 1995 a, b).

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τα οφέλη της μεσογειακής διατροφής τα ερευνητικά δεδομένα έχουν αποδείξει ότι το πρότυπο αυτό, μέσω κυρίως των διατροφικών οδηγιών που δίνονται με την πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής, μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης των ασθενειών που σχετίζονται με τις διατροφικές επιλογές, όπως είναι κυρίως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η παχυσαρκία και ο διαβήτης (Davis et al., 2015). Σε άλλες έρευνες, οι οποίες θα αναλυθούν στο οικείο κεφάλαιο, η μεσογειακή διατροφή έχει συνδυαστεί με μείωση εμφάνισης καρκίνου, καρδιαγγειακών νοσημάτων και παθήσεων του εντέρου (Trichopoulou et al., 1994).

Όσον αφορά τα τρόφιμα τα οποία περιέχονται στην πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής, είναι χρήσιμο πρώτα να αναφερθεί και να αναλυθεί η δομή αυτού του κωνικού διαγράμματος. Πιο αναλυτικά, η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής διακρίνεται σε τρία επίπεδα, τα οποία σχετίζονται με την προτεινόμενη συχνότητα κατανάλωσης των τροφίμων που απεικονίζει το κάθε επίπεδο. Με άλλα λόγια, στη βάση της πυραμίδας τοποθετούνται τα τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνονται σε καθημερινή βάση, ενώ ανεβαίνοντας προς την κορυφή τοποθετούνται τα τρόφιμα που προτείνεται να καταναλώνονται σε εβδομαδιαία και σε μηνιαία βάση. Έτσι, στη βάση της πυραμίδας υπάρχουν τα τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνονται καθημερινά και σε μεγάλες ποσότητες, ενώ, προχωρώντας προς την κορυφή, τοποθετούνται οι τροφές που θα πρέπει να καταναλώνονται λιγότερο συχνά και σε μικρότερες ποσότητες (D'Alessandro & De Pergola, 2014).

Εκτός από την Πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής αντίστοιχες εθνικές διατροφικές συστάσεις περιλαμβάνονται και στον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό (Ε.Δ.Ο.) του

Ινστιτούτου Προληπτικής, Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής, *Prolepsis*, ο οποίος προσφέρει χρήσιμες συμβουλές διατροφής προσαρμοσμένες στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής. Παρατηρείται ότι πέραν της συχνότητας των γευμάτων, η μεσογειακή διατροφή αναφέρει συγκεκριμένα σε κάθε επίπεδο και το είδος των τροφίμων που θα πρέπει να καταναλώνονται. Όπως αναφέρεται και στον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό (Ε.Δ.Ο.), τα κυριότερα τρόφιμα των πρώτων επιπέδων (της βάσης της πυραμίδας) είναι τα φρούτα και τα λαχανικά, σε συνδυασμό με τα δημητριακά ολικής αλέσεως (Ε.Δ.Ο., 2014). Επίσης, προτείνονται τα γαλακτοκομικά προϊόντα σε καθημερινή βάση, καθώς και το ελαιόλαδο ως το κύριο λίπος της καθημερινής διατροφής. Παράλληλα, είναι χαρακτηριστικό ότι στο επίπεδο της εβδομαδιαίας συχνότητας κατανάλωσης τοποθετείται το λευκό κρέας, τα ψάρια, τα πουλερικά και τα όσπρια. Το κόκκινο κρέας περιορίζεται σε μηνιαία βάση. Είναι, λοιπόν, χαρακτηριστικό ότι στην πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής είναι εξίσου σημαντική η ποσότητα των τροφίμων ορισμένη ως μικρομερίδες, χωρίς να αναφέρονται τα αντίστοιχα γραμμάρια, η ποιότητα των τροφίμων, καθώς και η διατροφική ποικιλία (Davis et al., 2015).

Όσον αφορά τα θρεπτικά συστατικά των τροφίμων της μεσογειακής διατροφής, τα δημητριακά ολικής αλέσεως, όπως το ψωμί, τα ζυμαρικά και το ρύζι, τα οποία πρέπει να καταναλώνονται καθημερινά, καθώς περιέχουν σύνθετους υδατάνθρακες που προσφέρουν ενέργεια και πληρότητα κατά τη διάρκεια της ημέρας (D'Alessandro & DePergola, 2014). Μάλιστα, όπως προτείνεται και από τον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό, τα δημητριακά θα πρέπει να είναι ολικής αλέσεως, καθώς αυτά παρέχουν πολλές φυτικές ίνες, οι οποίες μειώνουν τα επίπεδα της LDL-χοληστερόλης και διευκολύνουν τη λειτουργία του εντέρου (Ε.Δ.Ο., 2014).

Τα φρούτα και τα λαχανικά, τα οποία προτείνεται από τον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό να καταναλώνονται καθημερινά, αποτελούν πολύ καλή πηγή αντιοξειδωτικών και πολλών βιταμινών, όπως είναι οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β, οι βιταμίνες Α και C, καθώς και ανόργανων στοιχείων, φυτικών ινών και αντιοξειδωτικών. Η κατανάλωση των φρούτων και των λαχανικών έχει συνδεθεί με προστασία κατά των καρδιαγγειακών νοσημάτων, αλλά και διαφόρων μορφών καρκίνου (Tosti et al., 2018).

Παράλληλα, κύριο στοιχείο της μεσογειακής διατροφής είναι το ελαιόλαδο, η κατανάλωση του οποίου έχει συνδεθεί με την προστασία κατά της στεφανιαίας νόσου και με τη μείωση της χοληστερόλης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το ελαιόλαδο περιέχει μονοακόρεστα λιπαρά οξέα και άλλες αντιοξειδωτικές ουσίες (Gorzynik-Debicka et al., 2018).

Η μεσογειακή διατροφή προτείνει επίσης την κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων σε καθημερινή βάση. Αυτά προτείνεται από τον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό να είναι χαμηλών λιπαρών και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για την υγεία του ανθρώπου, καθώς αποτελούν πηγή πρωτεϊνών υψηλής βιολογικής αξίας, και ανόργανων στοιχείων και βιταμινών, όπως είναι το ασβέστιο (Ε.Δ.Ο., 2014). Όπως είναι γνωστό, το ασβέστιο είναι το κύριο συστατικό των οστών κατά την ανάπτυξη του σώματος στην παιδική, εφηβική και νεανική ηλικία, αλλά και για τη διατήρηση της μέγιστης οστικής πυκνότητας κατά την ενήλικη ζωή. Παράλληλα, καθώς η εμμηνόπαυση επηρεάζει την οστική μάζα στις γυναίκες, το ασβέστιο είναι απαραίτητο για τη διατήρηση της οστικής υγείας. Επίσης, αξίζει να αναφερθεί ότι τα γαλακτοκομικά με χαμηλά λιπαρά είναι πλούσια σε όλα τα θρεπτικά συστατικά του γάλακτος, χωρίς όμως τα κορεσμένα λιπαρά, που έχουν επανειλημμένα συνδεθεί με καρδιαγγειακά και άλλα νοσήματα (Gotsis et al., 2015).

Επίσης, τα ψάρια, κυρίως τα λιπαρά, αποτελούν σημαντική πηγή ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, τα οποία θεωρείται ότι περιορίζουν σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου (Altomare et al., 2013). Παράλληλα, τα ψάρια, όπως και τα πουλερικά, παρέχουν στον οργανισμό σημαντικές ποσότητες πρωτεϊνών υψηλής διατροφικής αξίας και σίδηρο. Τέλος, τα αβγά παρέχουν σημαντικές ποσότητες πρωτεΐνης υψηλής βιολογικής αξίας, βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία (Ε.Δ.Ο., 2014).

Παράλληλα, τα όσπρια, οι ξηροί καρποί και οι ελιές αποτελούν μια ενιαία ομάδα στην Πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής, η οποία προτείνεται να καταναλώνεται σε εβδομαδιαία βάση (Ε.Δ.Ο., 2014). Τα μεν όσπρια προσφέρουν απορροφήσιμες φυτικές πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας, οι δε ξηροί καρποί παρέχουν φυτικές ίνες και βιταμίνες, όπως η Ε και μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, αντίστοιχα με αυτά του ελαιόλαδου, και έχουν συνδεθεί με μειωμένη χοληστερόλη. Έχουν όμως πολλές θερμίδες και η χρήση τους πρέπει να γίνεται με προσοχή (Rosi et al., 2019).

Τέλος, στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκονται τα τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνονται λίγες φορές το μήνα, όπως το κόκκινο κρέας και τα γλυκά. Το μεν πρώτο, ενώ παρέχει πρωτεΐνες, σίδηρο, ψευδάργυρο και βιταμίνες, που είναι απαραίτητα για τον οργανισμό, εντούτοις έχει συνδεθεί με καρδιαγγειακά νοσήματα και αυξημένη χοληστερόλη και καλό είναι να καταναλώνεται σπανίως (Ε.Δ.Ο., 2014). Από την άλλη, τα γλυκά περιέχουν συνήθως κορεσμένο λίπος και ζάχαρη, η οποία συνδέεται με ποικίλα προβλήματα, όπως η αύξηση βάρους και η τερηδόνα. Επομένως, η προτεινόμενη συχνότητα κατανάλωσης των δύο αυτών τύπων τροφίμων προτείνεται να είναι περιορισμένη (Gotsis et al., 2015).

Εικόνα 1.1: Η Πυραμίδα της Μεσογειακής διατροφής



Nutrimed, (χ.χ). (Διαθέσιμο στο

[http://www.nutrimed.gr/odhgos\\_diatrofhs/mesogeiaiki\\_diatrofi/metafraste\\_timesogeiaiki\\_puramida.html](http://www.nutrimed.gr/odhgos_diatrofhs/mesogeiaiki_diatrofi/metafraste_timesogeiaiki_puramida.html))

### 1.1.1 Συστάσεις του ΕΔΟ για κατανάλωση ομάδων τροφίμων για παιδιά-εφήβους και μικρομερίδες

Η μεσογειακή διατροφή έχει βρεθεί ότι έχει ευεργετικά οφέλη όσον αφορά στα καρδιαγγειακά νοσήματα, δεδομένου ότι είναι φτωχή σε κορεσμένα λιπαρά, που είναι οι βασικοί ενοχοποιητικοί παράγοντες για τέτοιου είδους παθήσεις, και πλούσια σε μονοακόρεστα λιπαρά, λόγω του ελαιόλαδου, που είναι βασικό στοιχείο της (Buckland et al., 2012). Παράλληλα, προκαταρκτικά στοιχεία του 2017, δείχνουν ότι η κατανάλωση ελαιόλαδου είναι δυνατόν να περιορίσει τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου 2 (Schwingshackl et al, 2017b).

Για να υπάρξει μια συνολική εικόνα της προστατευτικής δράσης της Μεσογειακής διατροφής, πλήθος ερευνών έχουν διεξαχθεί για να αντληθούν στοιχεία για το ρόλο των βασικότερων συστατικών της. Ειδικότερα, σε μια μετα-ανάλυση του 2014, βρέθηκε πως η επιλογή του ελαιόλαδου, ως βασικό έλαιο παρασκευής τροφίμων, μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην μείωση των πιθανοτήτων θνησιμότητας από υποκείμενα νοσήματα, όπως τα καρδιαγγειακά συμβάματα (Schwingshackl & Hoffmann, 2014).

Επιπρόσθετα, ένα από τα σημαντικότερα οφέλη της μεσογειακής διατροφής είναι και η συνεισφορά της στη επίτευξη της μακροβιότητας, στοιχείο που έχει βρεθεί επανειλημμένα σε πολλές επιδημιολογικές έρευνες, όμως το εύρημα αυτό δεν επιβεβαιώνεται από μελέτες παρέμβασης. Στην δημοσίευση των Τριχοπούλου και Μπενέτου το 2019, αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι η μεσογειακή διατροφή και η συσχέτισή της με την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη διάφορων νοσημάτων και τη μακροβιότητα αποδεικνύεται με σταθερότητα από τα διάφορα επιδημιολογικά δεδομένα και τα πολλαπλά διαχρονικά ερευνητικά προγράμματα (Trichopoulou & Benetou, 2019).

Τη σύνδεση της μεσογειακής διατροφής με τη μακροβιότητα έδειξε πρόσφατα και η μελέτη της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Harvard σε συνεργασία με τα Νοσοκομεία Brigham and Women's της Μασαχουσέτης. Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη αυτή συσχέτισε για πρώτη φορά τη μεσογειακή διατροφή με το αυξημένο μήκος των τελομερών (ή τελομεριδίων) των χρωμοσωμάτων, δηλαδή ενός από τους βασικότερους βιοδείκτες για το προσδόκιμο της ζωής, καθώς τα τελομερή αποτελούν εκείνα τα επαναλαμβανόμενα τμήματα του DNA στις άκρες των χρωμοσωμάτων, των οποίων το μήκος όσο διαιρούνται τα κύτταρα, με το πέρασμα του χρόνου, ελαττώνεται. Στην έρευνα αυτή αναλύθηκε δείγμα αίματος 4.700 υγιών γυναικών σε συνδυασμό με τις διατροφικές συνήθειές τους. Οι γυναίκες της έρευνας που ακολουθούσαν τη Μεσογειακή διατροφή, είχαν μακρύτερα τελομερή από τις υπόλοιπες (Crous-Bou et al, 2014).

Παράλληλα, σε έρευνα στην Σικελία, στην οποία ζει ένας από τους μακροβιότερους πληθυσμούς στον κόσμο, βρέθηκε ότι ο μεσογειακός τρόπος διατροφής, με την χαμηλή περιεκτικότητα σε ζωικές πρωτεΐνες και τον χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, στα χωριά της περιοχής, σε αντίθεση με τα μεγαλύτερα αστικά κέντρα, συμβάλλει στην άμεση τροποποίηση του ινσουλινόμορφου παράγοντα αύξησης – 1 (IGF-1) και των διόδων του στόχου ραπαμυκίνης στα θηλαστικά (mTOR), δύο παραγόντων που σχετίζονται με την γήρανση και τη μακροζωία. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με την έρευνα αυτή, η μειωμένη πρόσληψη της ζωικής πρωτεΐνης μπορεί να μειώσει σημαντικά τις συγκεντρώσεις του IGF-1 στον ορό και να αναστείλει τη δραστηριότητα των mTOR, με μειωμένη ρύθμιση του σήματος που οδηγεί στην ενεργοποίηση του γονιδιακού πολυμορφισμού FOXO3A και, κατά συνέπεια, να οδηγήσει στη μεταγραφή ομοιοστατικών γονιδίων που ευνοούν τη μακροζωία. Επίσης, η μειωμένη ρύθμιση τόσο του IGF-1 όσο και των mTORC1 παρατηρήθηκε ότι έχει αντιφλεγμονώδη δράση (Vastoetal, 2014).

Οι έρευνες αυτές σχετικά με τη μακροβιότητα και την συσχέτισή της με τη μεσογειακή διατροφή προστίθενται σε έναν μακροσκελή κατάλογο ερευνών ανά την υφήλιο, οι οποίες αναδεικνύουν τα πολλαπλά οφέλη της σε πολλούς τομείς της υγείας του ανθρώπου, από τα καρδιαγγειακά νοσήματα, το διαβήτη, τον καρκίνο έως και την γήρανση και τον πρόωρο θάνατο (Trichoroulou&Benetou, 2019).

Ο ρόλος που διαδραματίζει η διατροφή στον τομέα της υγιούς γήρανσης είναι αδιαμφισβήτητος και αναντίρρητα λειτουργεί θετικά όταν συνδυάζεται με συχνή φυσική δραστηριότητα. Πιο συγκεκριμένα, το μοντέλο της μεσογειακής διατροφής, ως παράγοντας που καταπολεμά τη γήρανση έχει αποτελέσει το αντικείμενο έρευνας πολλών δεκαετιών και αναμφίβολα τοποθετείται ως κεντρική έννοια στο ζήτημα της μακροζωίας και της ευμάρειας όσων ακολουθούν ευλαβικά τις διατροφικές συστάσεις της. Η πλειοψηφία των ερευνητικών πορισμάτων συσχετίζει την διατροφική ισορροπία που αυτή προσφέρει με την άμβλυνση των πιθανοτήτων για εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων και κακοήθων νεοπλασμάτων και θάνατο λόγω αυτών. Στο πέρασμα του χρόνου, και μετά από δεκαετίες μελετών σε διαφορετικά είδη πληθυσμών και γεωγραφικές περιοχές, η μεσογειακή διατροφή θεωρείται προστατευτικός παράγοντας ως προς την εμφάνιση διαβήτη τύπου 2, καταγμάτων στο ισχίο και άνοιας, ιατρικών περιστατικών που επηρεάζουν κυρίως τους ηλικιωμένους (Trichoroulouetal, 1995a). Η μεσογειακή διατροφή δρα προληπτικά και κατασταλτικά για τα ανωτέρω ιατρικά ζητήματα, δεδομένου ότι θεωρείται δικαιολογημένα ως μια προληπτική και θεραπευτική επιλογή υγείας για υγιείς και ασθενείς με συγγενείς καρδιοπάθειες, κάποιες μορφές καρκίνου, οστεοαρθρίτιδα ή ρευματοειδή αρθρίτιδα και περιπτώσεις διαβήτη. Κατά συνέπεια, η μεσογειακή διατροφή προσφέρει πολλαπλά οφέλη για τα άτομα, καθώς λειτουργεί ως προστατευτική ασπίδα απέναντι σε αρκετά προβλήματα υγείας που είναι σε θέση να απειλήσουν τις άμυνες του οργανισμού και την αυθυπαρξία του (Trichoroulou&Benetou, 2019).

Πέραν των ανωτέρω ωφελειών, όσον αφορά στον Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) σε δύο μετα-αναλύσεις του 2015 διαπιστώθηκε ότι το μεσογειακό μοντέλο διατροφής κρίθηκε ως σημαντικός παράγοντας μείωσης του κινδύνου για διαβήτη τύπου 2 (Schwingshackletal., 2015).

Αναφορικά με τον καρκίνο, διαπιστώθηκε σε μια μετα-ανάλυση του 2011 ότι τα ποσοστά εμφάνισής του παρουσίασαν μείωση της τάξεως του 6% σε άτομα που υιοθέτησαν το αυστηρό μεσογειακό πρότυπο (Norman, 2011), ενώ μια μετά-ανάλυση του 2017 κατέληξε στο αποτέλεσμα ότι η συμμόρφωση και η τήρηση των μεσογειακών



κανόνων διατροφής, θεωρείται ως ικανός παράγοντας για μειωμένο κίνδυνο θανάτου λόγω καρκίνου (Schwingshackl et al, 2017a).

Επίσης, με βάση τα δεδομένα μιας συστηματικής ανασκόπησης του 2013, άτομα που ακολουθούσαν τις αρχές της Μεσογειακής διατροφής, βρίσκονταν σε μικρότερο κίνδυνο διάγνωσης με νόσο Alzheimer και εμφάνιζαν βραδύτερη γνωσιακή έκπτωση (Lourida, 2013).

Αυτή η σχέση της μεσογειακής διατροφής με τις γνωσιακές λειτουργίες των ηλικιωμένων ατόμων μελετήθηκε από τους Δαρδιώτη Ε. και συν. στη μελέτη HELIAD(*Hellenic Longitudinal Investigation of Aging and Diet*), η οποία είναι η πρώτη, μεγάλης κλίμακας, επιδημιολογική μελέτη που αποσκοπεί στην εκτίμηση επιδημιολογικών δεδομένων σχετικά με την Άνοια, την Ήπια Νοητική Έκπτωση και άλλες νευροψυχιατρικές διαταραχές σχετιζόμενες με την τρίτη ηλικία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, η πιθανότητα εμφάνισης άνοιας μειώνεται όταν υιοθετείται το μεσογειακό μοντέλο διατροφής (Dardiotis et al, 2014).

Η δυνατότητα της μεσογειακής διατροφής να αποτρέψει τον νευροεκφυλισμό αποδίδεται από τους ερευνητές στην υψηλή κατανάλωση λαχανικών, φρούτων και ελαιολάδου, λόγω της υψηλής περιεκτικότητάς τους σε πολυφαινόλες, φυτοστερόλες, καροτενοειδή και θειούχες ενώσεις (Lange, 2019). Η πρόσφατη αυτή έρευνα υποστηρίζει ότι η μεσογειακή διατροφή συσχετίζεται με τον περιορισμό των εκφυλιστικών ασθενειών του νευρικού συστήματος, αλλά καταλήγει ότι απαιτούνται περισσότερα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τις συγκεκριμένες ποσότητες των ευεργετικών τροφίμων, προκειμένου να μπορέσει η διατροφή αυτή να «συνταγογραφείται» ως προληπτικό ή θεραπευτικό μέτρο για τη νόσο Alzheimer (Lange, 2019). Παράλληλα, άλλη έρευνα έδειξε ότι η Μεσογειακή Διατροφή είναι σε θέση να οδηγήσει στην αποτροπή του εκφυλισμού της μνήμης και της μεσοχρονικής ατροφίας, λόγω της μείωσης της αμυλοειδωσής και της παθολογίας tau (taupathology), γεγονός που διανοίγει νέο δρόμο μελλοντικής έρευνας προς αυτήν την κατεύθυνση (Ballarini et al, 2021).

Η μεσογειακή διατροφή, εκτός από τα οφέλη της σε επίπεδο θρεπτικής αξίας περιέχει και στοιχεία βιωσιμότητας, δεδομένου ότι οι βασικές της αρχές θεωρούνται ως συστάσεις με μικρές περιβαλλοντικές επιπτώσεις. Κατ' επέκταση, ως μορφή βιώσιμης διατροφής φαίνεται ότι είναι σε θέση να προασπίσει τον επισιτισμό των πολιτών βραχυπρόθεσμα, αλλά ταυτόχρονα, να διασφαλίσει και ότι οι μελλοντικές γενεές, ακολουθώντας τις αρχές της, θα διατηρήσουν έναν υγιεινό τρόπο διαβίωσης και

πρόσληψης θρεπτικών ουσιών που δεν θα επιβαρύνει το περιβάλλον (Trichoroulou&Benetou, 2019).

Για να γίνει εύκολα αντιληπτή η σημασία της ως βιώσιμος τρόπος διατροφής, κρίνεται σκόπιμο να αναζητηθούν οι προεκτάσεις που έχει το ζήτημα της επισιτιστικής ασφάλειας που κατορθώνει να εξασφαλίσει η μεσογειακή διατροφική καθημερινότητα. Πιο συγκεκριμένα, προκειμένου να αποφευχθεί το σενάριο μιας επισιτιστικής κρίσης, η μεσογειακή διατροφή πετυχαίνει να εξασφαλίσει το γεγονός ότι όλοι οι πολίτες, θα είναι σε θέση, σε οποιαδήποτε χρονικό διάστημα της ζωής τους, να έχουν πρόσβαση, φυσικά και κοινωνικοοικονομικά, στις ανάλογες προς τις διατροφικές τους ανάγκες και επιλογές, θρεπτικές και υγιεινές τροφές, σε συνδυασμό με μια καθημερινότητα πλήρη δραστηριοτήτων (Burlingame&Dernini, 2011).

Μάλιστα, η μεσογειακή διατροφή έχει αναγνωριστεί από την UNESCO ως στοιχείο της άυλης πολιτιστικής κληρονομιάς και από την επιστημονική κοινότητα ως διατροφή που ενισχύει τη μακροζωία και την πρόληψη ασθενειών, σε συνδυασμό με τη μείωση των περιβαλλοντικών επιπτώσεων από την παραγωγή και τη μεταφορά τροφίμων (Serra-Majem &Ortiz-Andrellucchi, 2018). Επίσης, σε πρόσφατη επιστημονική μελέτη προτάθηκε η ανανέωση της πυραμίδας της Μεσογειακή διατροφής για να προσαρμοστεί στις σύγχρονες περιβαλλοντικές απαιτήσεις με τη μείωση της κατανάλωσης του κόκκινου κρέατος, των γαλακτοκομικών προϊόντων και τη μεγαλύτερη κατανάλωση οσπρίων και τοπικών φυτικών τροφίμων (Serra-Majem et al, 2020).

Παράλληλα, στο πλαίσιο της κατίσχυσης της επισιτιστικής ασφάλειας, η μεσογειακή διατροφή φαίνεται ότι πληροί τις κυρίαρχες συνθήκες που αυτή θέτει. Αναζητώντας αυτές τις προεκτάσεις, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι τα δεδομένα για την μεσογειακή διατροφή επιβεβαιώνουν ότι στην κλίμακα των ωφελειών της σε συνάρτηση με τον χώρο και τον χρόνο που ακολουθείται από τους πολίτες, είναι εξαιρετικά χρήσιμη για την περιβαλλοντική βιωσιμότητα. Έτσι, η διατροφή αυτή κατορθώνει να εξασφαλίζει την διαθεσιμότητα και την οικονομική προσβασιμότητα σε προϊόντα και θρεπτικές τροφές σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ ταυτόχρονα, ο κάθε πολίτης, ατομικά να μπορεί να τα καταναλώσει με ασφάλεια (Trichoroulou & Benetou, 2019).

Επιπρόσθετα, πέρα από τον σεβασμό προς τις διατροφικές ανάγκες των πολιτών, όσον αφορά την επισιτιστική ασφάλεια που προσφέρει η μεσογειακή διατροφή, αυτή πραγματοποιείται και μέσα από την προστασία της εθνικής και περιφερειακής βιοποικιλότητας και οικονομίας. Αυτό συμβαίνει, δεδομένου ότι προσφέρει, σε συνδυασμό με την διατροφική πληρότητα και την προστασία της υγείας των

καταναλωτών, την μεγιστοποίηση και τη βιωσιμότητα των φυσικών και των ανθρώπινων πόρων, γεγονός που συχνά παραβλέπεται στην σύγχρονη παραγωγή τροφίμων, ως επίπτωση της βιομηχανίας, που ασχολείται με την παραγωγή των προϊόντων επισιτισμού. Για το τελικό διατροφικό αγαθό που φτάνει στα χέρια των καταναλωτών, δεν είναι απαραίτητο στη μεσογειακή διατροφή να αποτελέσουν αντικείμενο εκμετάλλευσης σημαντικές εκτάσεις καλλιεργήσιμης γης, πληθώρα πρώτων υλών και νερού και τεράστιες ποσότητες ενέργειας για την επεξεργασία των τροφίμων (Burlingame & Dernini, 2011).

Μάλιστα, η ανθυγιεινή διατροφή οδηγεί σε περισσότερες αρνητικές συνέπειες από τον συνδυασμό της κατανάλωσης αλκοόλ, ναρκωτικών και καπνού μαζί (Willett et al, 2019). Ταυτόχρονα, επειδή σημαντικό ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού τρέφεται ανεπαρκώς και η παραγωγή των τροφίμων στην σύγχρονη εποχή δεν λαμβάνει υπόψη τις αρνητικές περιβαλλοντικές συνέπειες, η επιτροπή EAT-Lancet Commission on Food, Planet, Health προτείνει έναν μετασχηματισμό του παγκόσμιου συστήματος παραγωγής και κατανάλωσης τροφίμων. Η Επιτροπή αυτή στην μελέτη της έδειξε ότι η σίτιση 10 δισεκατομμυρίων ανθρώπων με υγιεινή διατροφή σε συνδυασμό με ασφαλείς διαδικασίες παραγωγής μέχρι το 2050 είναι απαραίτητη, αλλά και εφικτή (Willett et al, 2019). Παράλληλα, έχει παρατηρηθεί ότι όσο μειώνεται το διαθέσιμο εισόδημα, τόσο περισσότερο εγκαταλείπεται η μεσογειακή διατροφή, γεγονός που οδηγεί σε κατανάλωση ενεργειακά πυκνών τροφίμων. Προτείνεται η προώθηση της μεσογειακής διατροφής, η οποία μπορεί να διασφαλίσει τόσο την επισιτιστική ασφάλεια όσο και την υγεία και την περιβαλλοντική ευημερία (Vassilakou et al, 2022; Grammatikopoulou et al, 2020).

Προκειμένου, λοιπόν, οι επιστήμονες να κατατάξουν έναν τρόπο διατροφής ανάμεσα σε εκείνους με το μικρότερο «περιβαλλοντικό αποτύπωμα», διαμόρφωσαν ένα σύστημα μέτρησης, με δύο κεντρικούς δείκτες. Από τη μία, λαμβάνεται υπόψη το αποτύπωμα της εκπομπής διοξειδίου του άνθρακα και των βλαβερών αερίων του φαινομένου του θερμοκηπίου στην ατμόσφαιρα. Αυτή η εκπομπή είναι το επακόλουθο του κύκλου ζωής που «ακολουθεί» μια τροφή από τη στιγμή της παραγωγής, επεξεργασίας, μεταφοράς και συντήρησης μέχρι την κατανάλωση από τους πολίτες. Από την άλλη, η παραπάνω ένδειξη του «carbonfootprint» συσχετίζεται και με το αποτύπωμα νερού («waterfootprint»), που χρειάζεται για την ανωτέρα διαδικασία. Με σεβασμό προς το οικοσύστημα, λοιπόν, η μεσογειακή διατροφή περιλαμβάνει, στην πυραμίδα της, τρόφιμα, που δίνουν περισσότερη έμφαση στην μείωση του περιβαλλοντικού αποτυπώματος που αφήνει η παραγωγή τους και στον περιορισμό των προϊόντων με υψηλό αποτύπωμα εκπομπής διοξειδίου του άνθρακα και κατανάλωσης νερού (Trichopoulou & Benetou, 2019).

Εικόνα 1.2: Η διπλή πυραμίδα της Μεσογειακής διατροφής



Πηγή: Barilla Center for Food and Nutrition, (2014) (Διαθέσιμο στο <https://www.barillacfn.com/m/publications/dp-2014-en.pdf>)

Σε πρακτικό, λοιπόν, επίπεδο, στο πλαίσιο της ισορροπημένης μεσογειακής διατροφής, η επισιτιστική ασφάλεια και η περιβαλλοντική βιωσιμότητα επιτυγχάνονται ακριβώς επειδή στη βάση της πυραμίδας, όπου συναντάται η συχνότερη κατανάλωση τροφών, κυριαρχούν τα είδη φυτικής προέλευσης, όπως είναι για παράδειγμα τα όσπρια, τα λαχανικά, αλλά και οι ξηροί καρποί. Ακόμη και στις ενδείξεις με την μεγαλύτερη κατανάλωση νερού, η παραγωγή των προϊόντων αυτών, φαίνεται ότι δεν επιβαρύνει το περιβάλλον σε τέτοιο βαθμό όπως συμβαίνει με τα τρόφιμα ζωικής προέλευσης, τα οποία αξίζει να σημειωθεί ότι στην μεσογειακή πυραμίδα βρίσκονται στην θέση μέτριας συχνότητας ή σπάνιας κατανάλωσης (Dernini et al, 2017).

Γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι η μεσογειακή διατροφή, πρωτοστατεί σε ζητήματα που αφορούν την περιβαλλοντική ασφάλεια και βιωσιμότητα, μιας και οι συστάσεις της για καθημερινή κατανάλωση προϊόντων φυτικής προέλευσης και περιορισμό των προϊόντων ζωικής προέλευσης προσανατολίζονται πλήρως στο όραμα για την προάσπιση του οικοσυστήματος και την βιώσιμη επιβίωση των ανθρώπων με τους καρπούς που αυτό μπορεί να τους προσφέρει (Dernini et al, 2017).

Κατά συνέπεια, η μεσογειακή διατροφή ενδείκνυται ως μια από τις διατροφικές προσεγγίσεις που είναι σε θέση να λειτουργήσει ως προστατευτικός μανδύας απέναντι σε πλήθος νοσημάτων, αλλά και να βελτιστοποιήσει την ποιότητα της ζωής όσων ακολουθούν τις επιταγές της. Οι προαναφερθείσες έρευνες επιβεβαίωσαν τα αποτελέσματα της πρώτης μελέτης και συνέδεσαν την ευζωία των Κρητικών με τη

λεγόμενη μεσογειακή διατροφή των Κρητικών εκείνης της εποχής (Trichoroulou et al, 1995a,b).

Η μεσογειακή διατροφή έχει ως βασικό χαρακτηριστικό την απλότητα και τη λιτότητα στα συστατικά και στις ποσότητες. Η μεσογειακή διατροφή, πιο συγκεκριμένα, αποτελείται κυρίως από φυτικά τρόφιμα, δηλαδή φρούτα και λαχανικά, μη επεξεργασμένα δημητριακά, ελαιόλαδο και μικρές ποσότητες κόκκινου κρασιού. Παράλληλα, η διατροφή αυτή συνδυάζεται στις περιοχές αυτές με έναν σχετικά έντονο φυσικό τρόπο ζωής, καθώς οι Κρητικοί εργάζονταν σε υπαίθριες δραστηριότητες κοντά στη γη, εξασφαλίζοντας άφθονη καθημερινή φυσική δραστηριότητα (Bonaccio et al, 2018).

## **1.2 Διατροφικές συστάσεις για παιδιά**

Όπως και στους ενήλικες, έτσι και στα παιδιά, το καθημερινό διαιτολόγιο θα πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 5-6 γεύματα ανά τακτά χρονικά διαστήματα κατά την διάρκεια της ημέρας, δηλαδή το πρωινό, το δεκατιανό, το μεσημεριανό γεύμα, το απογευματινό σνακ, το βραδινό γεύμα και προαιρετικά ένα μικρό γεύμα πριν τον ύπνο (Ε.Δ.Ο., 2014).

Πριν την εκτεταμένη αναφορά στις συμπληρωματικές της διατροφής υγιεινές συνήθειες, όπως είναι η κατανάλωση νερού και η ενσωμάτωση στο καθημερινό πρόγραμμα κάποιας μορφής φυσικής δραστηριότητας, κρίνεται αναγκαίο να επισημανθεί ένα φαινόμενο που παρατηρείται στο πρότυπο διατροφής των παιδιών, που είναι η συχνή παράλειψη του πρωινού γεύματος. Είναι εύκολα αντιληπτό, ότι μετά από την οκτάωρη «νηστεία» λόγω του ύπνου, ο οργανισμός έρχεται αντιμέτωπος με ένα δραστήριο σχολικό πρόγραμμα, το οποίο απαιτεί την ενεργητική παρουσία του παιδιού που μπορεί να επιτευχθεί μέσω της πρόσληψης θρεπτικών συστατικών στο πρωινό (Kaïmenopoulos et al., 2020). Για το λόγο αυτό, το συγκεκριμένο γεύμα δεν μπορεί να παραμελείται, μιας και αποτελεί τη βάση για την ενεργειακή απόδοση του παιδιού για όλη τη μέρα, και η υιοθέτηση ενός, σωστού πρωινού διατροφικού προγράμματος αποτελεί ίσως τη σημαντικότερη συνήθεια που θα διαμορφώσει διατροφικά και θα ακολουθήσει και στην ενήλικη ζωή του (Ε.Δ.Ο., 2014).

Ένα πολύ σημαντικό γεύμα για ένα παιδί είναι το πρωινό, δεδομένου ότι του προσφέρει την απαραίτητη ενέργεια για τις σχολικές τους δραστηριότητες και ενεργοποιεί το μεταβολισμό του παιδιού μετά τη βραδινή νηστεία. Επομένως, λόγω της κεφαλαιώδους

σημασίας του θα πρέπει να είναι πλούσιο σε πρωτεΐνη και σύνθετους υδατάνθρακες, καθώς και σε φρούτα (Ματσανιώτης & Καρπάθιος, 2010). Στο πρωινό περιλαμβάνονται λοιπόν τρόφιμα από τη βάση της μεσογειακής διατροφής. Σύμφωνα μάλιστα και με έρευνα του 2014, το πρωινό θεωρείται το πιο σημαντικό γεύμα της ημέρας, και είναι σε θέση, αν είναι πλούσιο και υγιεινό να αυξήσει και να βελτιστοποιήσει τις γνωσιακές ικανότητες των παιδιών (Μπρίκου, 2014). Παράλληλα, η συστηματική κατανάλωση επαρκούς πρωινού έχει συνδεθεί και με πρόληψη αύξησης του σωματικού βάρους ή/και με ταχύτερη και καλύτερη απώλεια βάρους σε συνδυασμό με φυσική δραστηριότητα (Arnaoutis et al, 2018).

Προτείνεται στα παιδιά να μην παραλείπουν το δεκατιανό γεύμα, καθώς αυτό αποδίδει τις απαραίτητες θερμίδες για τη συνέχιση της δραστήριας ημέρας ενός παιδιού. Όταν η επιλογή του δεκατιανού είναι υγιεινή, συνήθως περιλαμβάνει επιλογές τροφίμων όπως φρούτο, τوست χωρίς αλλαντικά, γάλα, γιαούρτι ή ξηρούς καρπούς και καταναλώνεται στα διαλείμματα ανάμεσα στα σχολικά μαθήματα μέχρι το μεσημεριανό γεύμα (Ε.Δ.Ο., 2014) Σύμφωνα με έρευνα του 2016, η μη κατανάλωση δεκατιανού από τα παιδιά σχολικής ηλικίας οδηγεί σε χαμηλότερη πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, καθώς και σε σημαντικά περιορισμένη ενέργεια στο σχολείο (Mathias et al, 2016). Από την άλλη το υγιεινό δεκατιανό πρέπει να περιλαμβάνει φρούτα, φρούτο και αυγό βραστό με ψωμί, φρυγανιές/παξιμάδια ολικής άλεσης με τυρί, γιαούρτι με μέλι και καρύδια ή άλλους ξηρούς καρπούς, σάντουιτς με ψωμί ολικής άλεσης, τυρί και λαχανικά (μαρούλι, ντομάτα κ.ά.) (Ε.Δ.Ο., 2014).

Το κυρίως γεύμα του παιδιού, θα πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις διατροφικές ομάδες της πυραμίδας της μεσογειακής διατροφής και να προσφέρει στο παιδί τις απαραίτητες πρωτεΐνες, τους υδατάνθρακες και τα καλά λιπαρά που χρειάζεται καθημερινά (Ε.Δ.Ο., 2014). Η κατανάλωση σωστού κυρίως γεύματος προσφέρει στο παιδί όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και του χαρίζει την απαιτούμενη ενέργεια και πνευματική διαύγεια για το απογευματινό του διάβασμα και τις εξωσχολικές δραστηριότητες. Παράλληλα, το υγιεινό μεσημεριανό γεύμα μακροπρόθεσμα περιορίζει την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων και διαβήτη (Ματσανιώτης & Καρπάθιος, 2010). Παράλληλα, αξίζει να αναφερθεί ότι πολύ σημαντική είναι η πρωτεΐνη, είτε φυτική είτε ζωική, καθώς προσφέρει την απαιτούμενη ενέργεια αλλά ταυτόχρονα συμβάλλει και στην υγιή ανάπτυξη του παιδιού. Φυτικές πρωτεΐνες βρίσκονται σε σημαντικές ποσότητες στα όσπρια και έχουν η βιολογική αξία τους βελτιώνεται με την ταυτόχρονη λήψη δημητριακών (Ε.Δ.Ο., 2014). Επίσης, απαραίτητη είναι και η

κατανάλωση πατάτας και άλλων υδατανθράκων, κυρίως ολικής αλέσεως, προκειμένου να προσλάβουν την απαιτούμενη ενέργεια και φυτικές ίνες. Ακολούθως, τα λαχανικά είναι απαραίτητο να βρίσκονται σε αφθονία στο παιδικό πιάτο, καθώς είναι πλούσια σε φυτικές ίνες και θρεπτικά συστατικά (Bach-Faig et al., 2011). Τέλος, το μεσημεριανό και το βραδινό γεύμα θα πρέπει να περιλαμβάνουν μία ποικιλία από όλες σχεδόν τις ομάδες τροφίμων, και να αποτελείται από λαχανικά (π.χ., ωμά ή/και βραστά λαχανικά, «λαδερό φαγητό»), δημητριακά (π.χ., ρύζι, ψωμί, μακαρόνια, πλιγούρι) και φρούτα. Σε κάθε περίπτωση στον Ε.Δ.Ο. προτείνεται ποικιλία και εποχικότητα όλων των συστατικών του φαγητού και κυρίως των φρέσκων (Ε.Δ.Ο.,2014).

Εν συνεχεία, το απογευματινό γεύμα είναι συνήθως μικρό και αναπληρώνει την ενέργεια που δαπανά το παιδί μέσα από τις δραστηριότητες του, δηλαδή τη μελέτη, την άσκηση και το παιχνίδι, λόγω εξάντλησης της γλυκόζης. Έτσι, για να μην ενεργοποιηθεί η διαδικασία της γλυκονεογένεσης και η χρήση του γλυκογόνου και προκειμένου να διατηρηθούν ικανοποιητικά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, το παιδί θα πρέπει να καταναλώσει κάποιο φρούτο ή κάποιο σύνθετο υδατάνθρακα (Idelson et al, 2017). Τέλος, το βραδινό είναι ένα γεύμα, το οποίο καταναλώνεται 2 ώρες πριν τον ύπνο και πρέπει να είναι ελαφρύ. Συνήθως θα πρέπει να αποτελείται από πρωτεΐνη και σύνθετους υδατάνθρακες, καθώς και από φρούτο ή λαχανικό προκειμένου το παιδί να μην βιώνει το αίσθημα της πείνας μέχρι το επόμενο πρωί (Ματσανιώτης & Καρπάθιος, 2010).

Έχοντας αναφερθεί στη σημασία της υγιεινούς διατροφής, θα ήταν παράλειψη να μην γίνει λόγος και για τη σημασία της κατανάλωσης επαρκούς ποσότητας νερού. Ακριβώς επειδή η παιδική ηλικία αποτελεί τον πλέον πρόσφορο ηλικιακά χρόνο για την εδραίωση ορθών διατροφικών συμπεριφορών για τη συνέχεια της ζωής τους, οι γονείς οφείλουν να διδάξουν στα παιδιά τους την αξία της μεσογειακής διατροφής, και να επιδείξουν τα οφέλη της επαρκούς πρόσληψης υγρών και της συστηματικής σωματικής δραστηριότητας (Ε.Δ.Ο., 2014). Ειδικότερα, η καθημερινή πρόσληψη ικανοποιητικής ποσότητας νερού συμβάλει στη διατήρηση της ομοιόστασης του οργανισμού, επομένως και στη διατήρηση σταθερούς θερμοκρασίας σώματος, ενώ ταυτόχρονα τα ανόργανα στοιχεία που περιλαμβάνει, όπως το ασβέστιο και το μαγνήσιο, συμμετέχουν στο σύνολο των σωματικών λειτουργιών. Με αυτόν τον τρόπο αποφεύγεται η αφυδάτωση που αποτελεί σημαντικό ενοχοποιητικό παράγοντα για τα μειωμένα όρια φυσικής αντοχής των παιδιών και την πτώση των νοητικών λειτουργιών και ειδικότερα της συγκέντρωσης στις σχολικές υποχρεώσεις (Agnoutis et al, 2018). Επίσης, ιδιαίτερα σημαντική είναι η

κατανάλωση άφθονου νερού, κυρίως από τη βρύση και η αποφυγή συσκευασμένων αναψυκτικών και χυμών με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη (Ε.Δ.Ο., 2014).

Πρέπει, τέλος, να επισημανθεί ότι η κατανάλωση αναψυκτικών ή ροφημάτων με καφεΐνη δεν αποτελεί υποκατάστατο του νερού, μιας και αυτά μπορεί να έχουν ανεπιθύμητες παρενέργειες, όπως είναι η υπερβολική πρόσληψη ζάχαρης, η υπερένταση, η αφυδάτωση ή η διατάραξη του προγράμματος του ύπνου (Ε.Δ.Ο., 2014).

Παρακάτω παρατίθενται οι αναλυτικοί πίνακες των προτεινόμενων μερίδων από τον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό για τα παιδιά και τους εφήβους. Πιο αναλυτικά:

Εικόνα 1.3(α): Αναλυτικοί πίνακες των προτεινόμενων μερίδων από τον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό για τα παιδιά και τους εφήβους

Ομάδα Τροφίμων	1-2 ετών	2-3 ετών	4-8 ετών	9-13 ετών	14-18 ετών
Λαχανικά	1 μερίδα/ημέρα	1 μερίδα/ημέρα	1-2 μερίδες/ημέρα	2-3 μερίδες/ημέρα	3-4 μερίδες/ημέρα
Φρούτα	1 μερίδα/ημέρα	1 μερίδα/ημέρα	1-2 μερίδες/ημέρα	2-3 μερίδες/ημέρα	3-4 μερίδες/ημέρα
Δημητριακά & πατάτες	2 μερίδες/ημέρα	3 μερίδες/ημέρα	4-5 μερίδες/ημέρα	5-6 μερίδες/ημέρα	6-8 μερίδες/ημέρα
Γαλακτοκομικά	2 μερίδες/ημέρα	2 μερίδες/ημέρα	2-3 μερίδες/ημέρα	3-4 μερίδες/ημέρα	3-4 μερίδες/ημέρα
Κόκκινο & λευκό κρέας	3-4 μερίδες/ημέρα	2-3 μερίδες/ημέρα	2-3 μερίδες/ημέρα	2-3 μερίδες/ημέρα	2-3 μερίδες/ημέρα
Αυγά	4-7 αυγά/εβδομάδα				
Ψάρια & Θαλασσινά	2 μερίδες/ημέρα	2 μερίδες/ημέρα	2-3 μερίδες/ημέρα	2-3 μερίδες/ημέρα	2-3 μερίδες/ημέρα
Όσπρια	1-2 μερίδες/ημέρα	Εως 3 μερίδες/ημέρα	3 μερίδες/ημέρα	>3 μερίδες/ημέρα	>3 μερίδες/ημέρα
Λίπη-έλαια, ελιές, ξηροί καρποί	1 μερίδα/ημέρα	1-2 μερίδες/ημέρα	2-3 μερίδες/ημέρα	3-4 μερίδες/ημέρα	4-5 μερίδες/ημέρα
Υγρά	5 ποτήρια (εκ των οποίων τα 3-4 να είναι νερό)	5 ποτήρια (εκ των οποίων τα 3-4 να είναι νερό)	6-7 ποτήρια (εκ των οποίων τα 4-5 να είναι νερό)	8-10 ποτήρια (εκ των οποίων τα 6-8 να είναι νερό)	10-12 ποτήρια (εκ των οποίων τα 8-10 να είναι νερό)

Πηγή: Εθνικός Διατροφικός Οδηγός

Όσον αφορά το αλάτι, η συνολική ημερήσια κατανάλωση θα πρέπει να περιορίζεται στα 2 γραμμάρια στις ηλικίες 1-3 ετών, στα 3 γραμμάρια στις ηλικίες 4-6 ετών και στα 5 γραμμάρια στις ηλικίες 7-18 ετών και στους ενήλικες (Ε.Δ.Ο., 2014).

Παρακάτω παρατίθενται οι πίνακες σχετικά με τις προτεινόμενες ποσότητες πρόσληψης ενέργειας και μικρο- και μακροθρεπτικών συστατικών των τροφίμων ανάλογα με την ηλικία και το φύλο από την Ευρωπαϊκή Αρχή για την Ασφάλεια των Τροφίμων (EFSA):



Πίνακας 1.1: Περίληψη των μέσων απαιτήσεων και των αναφορών πρόσληψης πληθυσμού σε πρωτεΐνη

Age <sup>(b)</sup>	AR for Energy (MJ <sup>(a)</sup> /d)									
			at PAL=1.4 <sup>(c)</sup>		at PAL=1.6 <sup>(c)</sup>		at PAL=1.8 <sup>(c)</sup>		at PAL=2.0 <sup>(c)</sup>	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
7 mo	2.7	2.4								
8 mo	2.8	2.5								
9 mo	2.9	2.6								
10 mo	3.0	2.7								
11 mo	3.1	2.8								
1 y			3.3	3.0						
2 y			4.3	4.0						
3 y			4.9	4.6						
4 y			5.3	4.9	6.0	5.6	6.8	6.3		
5 y			5.6	5.2	6.4	5.9	7.2	6.7		
6 y			5.9	5.5	6.7	6.3	7.6	7.1		
7 y			6.3	5.8	7.2	6.7	8.1	7.5		
8 y			6.7	6.2	7.6	7.1	8.6	7.9		
9 y			7.0	6.6	8.1	7.5	9.1	8.4		
10 y					8.1	7.6	9.1	8.6	10.1	9.5
11 y					8.5	8.0	9.6	9.0	10.7	10.0
12 y					9.1	8.4	10.2	9.4	11.4	10.5
13 y					9.8	8.8	11.0	9.9	12.2	11.0
14 y					10.5	9.1	11.8	10.2	13.1	11.4
15 y					11.3	9.3	12.7	10.5	14.1	11.7
16 y					11.9	9.5	13.4	10.6	14.9	11.8
17 y					12.3	9.5	13.8	10.7	15.4	11.9
18–29 y			9.8	7.9	11.2	9.0	12.6	10.1	14.0	11.2
30–39 y			9.5	7.6	10.8	8.7	12.2	9.8	13.5	10.8
40–49 y			9.3	7.5	10.7	8.6	12.0	9.7	13.4	10.7
50–59 y			9.2	7.5	10.5	8.5	11.9	9.6	13.2	10.7
60–69 y			8.4	6.8	9.6	7.8	10.9	8.8	12.1	9.7
70–79 y			8.3	6.8	9.5	7.7	10.7	8.7	11.9	9.6
<b>Pregnancy</b>										
1 <sup>st</sup> trimester	+ 0.29 <sup>(d)</sup>									
2 <sup>nd</sup> trimester	+ 1.1 <sup>(d)</sup>									
3 <sup>rd</sup> trimester	+ 2.1 <sup>(d)</sup>									
<b>Lactation</b>										
0-6 mo post partum	+ 2.1 <sup>(d)</sup>									

Πηγή: EFSA, (2017).

Πίνακας 1.2: Περίληψη από τα εύρη πρόσληψης αναφοράς σε συνολικό λίπος και υδατάνθρακες και αναφορά πρόσληψης του πληθυσμού σε λιπαρά οξέα, φυτικές ίνες και νερό

Age group (years)	Total carbohydrates (E%) <sup>(a)</sup>	Dietary fibre (g/d) <sup>(b)</sup>	Total fat (E%) <sup>(a)</sup>	SFA	LA (E%) <sup>(b)</sup>	ALA (E%) <sup>(b)</sup>	EPA+DHA (mg/d) <sup>(b)</sup>	DHA (mg/d) <sup>(b)</sup>	TFA	Age group (years)	Water (L/d) <sup>(b),(c)</sup>	
											M	F
7-11 <sup>(d)</sup>			40 <sup>(b)</sup>	ALAP	4	0.5		100	ALAP	6-12 mo	0.8-1.0	
1	45-60	10	35-40	ALAP	4	0.5		100	ALAP	1	1.1-1.2	
2-3	45-60	10	35-40	ALAP	4	0.5	250		ALAP	2-3	1.3	
4-6	45-60	14	20-35	ALAP	4	0.5	250		ALAP	4-8	1.6	
7-10	45-60	16	20-35	ALAP	4	0.5	250		ALAP	9-13	2.1	1.9
11-14	45-60	19	20-35	ALAP	4	0.5	250		ALAP	14-17	2.5	2.0
15-17	45-60	21	20-35	ALAP	4	0.5	250		ALAP			
≥ 18	45-60	25	20-35	ALAP	4	0.5	250		ALAP	≥ 18	2.5	2.0
<b>Pregnancy</b>												
			20-35	ALAP	4	0.5	250	+100-200 <sup>(e)</sup>	ALAP			2.3
<b>Lactation</b>												
			20-35	ALAP	4	0.5	250	+100-200 <sup>(e)</sup>	ALAP			2.7

ALA; α-linolenic acid; ALAP, as low as possible; d, day; DHA, docosahexaenoic acid; E% percentage of energy intake; EPA, eicosapentaenoic acid; F, female; L, liter; LA, linoleic acid; M, male; mo, months; SFA, saturated fatty acids; TFA, trans-fatty acids

(a): RI, reference intake range

(b): AI, adequate intake

(c): includes water from beverages of all kind, including drinking and mineral water, and from food moisture

(d): i.e. the second half of the first year of life (from the beginning of the 7<sup>th</sup> month to the 1<sup>st</sup> birthday)

(e): in addition to combined intakes of EPA and DHA of 250 mg/day

Πηγή: EFSA, (2017).

Πίνακας 1.3: Μέσες απαιτήσεις σε μέταλλα για τους άνδρες

Age group (years)	Calcium (mg/d)	Age group (years)	Iron (mg/d)	Zinc (mg/d)	
				LPI (mg/d)	
7-11 mo <sup>(a)</sup>	(b)	7-11 mo <sup>(a)</sup>	8	(c)	2.4
1-3	390	1-3	5	(c)	3.6
4-6	680	4-6	5	(c)	4.6
7-10	680	7-10	8	(c)	6.2
11-14	960	11-14	8	(c)	8.9
15-17	960	15-17	8	(c)	11.8
18-24	860	≥ 18	6	300	7.5
≥ 25	750			600	9.3
				900	11.0
				1,200	12.7

Πηγή: EFSA, (2017).

Πίνακας 1.4: Πρόσληψη αναφοράς πληθυσμού και επαρκής ποσότητα πρόσληψης σε μέταλλα για τους άνδρες

Age group (years)	Calcium (mg/d)	Age group (years)	Fluoride (mg/d)	Iodine (µg/d)	Manganese (mg/d)	Molybdenum (µg/d)	Phosphorus (mg/d)	Potassium (mg/d)	Selenium (µg/d)	Iron (mg/d)	Zinc (mg/d)		Age group (years)	Copper (mg/d)	Magnesium (mg/d)
											LPI (mg/d)				
7–11 mo <sup>(a)</sup>	280	7–11 mo <sup>(a)</sup>	0.4	70	0.02–0.5 <sup>(b)</sup>	10	160	750	15	11	(c)	2.9	7–11 mo <sup>(a)</sup>	0.4	80
1–3	450	1–3	0.6	90	0.5	15	250	800	15	7	(c)	4.3	1–2	0.7	170
4–6	800	4–6	1.0	90	1.0	20	440	1,100	20	7	(c)	5.5	3–9	1.0	230
7–10	800	7–10	1.5	90	1.5	30	440	1,800	35	11	(c)	7.4	10–17	1.3	300
11–14	1,150	11–14	2.2	120	2.0	45	640	2,700	55	11	(c)	10.7			
15–17	1,150	15–17	3.2	130	3.0	65	640	3,500	70	11	(c)	14.2			
18–24	1,000	≥ 18	3.4	150	3.0	65	550	3,500	70	11	300	9.4	≥ 18	1.6	350
≥ 25	950										600	11.7			
											900	14.0			
		1,200	16.3												

Πηγή: EFSA, (2017).

Πίνακας 1.5: Μέσες απαιτήσεις σε μέταλλα για τις γυναίκες

Age group (years)	Calcium (mg/d)	Age group (years)	Iron (mg/d)	Age group (years)	Zinc (mg/d)	
					LPI (mg/d)	
7–11 mo <sup>(a)</sup>	(b)	7–11 mo <sup>(a)</sup>	8	7–11 mo <sup>(a)</sup>	(c)	2.4
1–3	390	1–3	5	1–3	(c)	3.6
4–6	680	4–6	5	4–6	(c)	4.6
7–10	680	7–11	8	7–10	(c)	6.2
11–14	960	12–14	7	11–14	(c)	8.9
15–17	960	15–17	7	15–17	(c)	9.9
18–24	860	≥ 18 Premenopausal Postmenopausal	7 6	≥ 18	300	6.2
≥ 25	750				600	7.6
					900	8.9
					1,200	10.2
<b>Pregnancy</b>						
18–24	860		7			+1.3 <sup>(d)</sup>
≥ 25	750					
<b>Lactation</b>						
18–24	860		7			+2.4 <sup>(d)</sup>
≥ 25	750					

Πηγή: EFSA, (2017).

Πίνακας 1.6: Πρόσληψη αναφοράς πληθυσμού και επαρκής ποσότητα πρόσληψης σε μέταλλα για τις γυναίκες

Age group (years)	Calcium (mg/d)	Age group (years)	Fluoride (mg/d)	Iodine (µg/d)	Manganese (mg/d)	Molybdenum (µg/d)	Phosphorus (mg/d)	Potassium (mg/d)	Selenium (µg/d)	Zinc (mg/d)	
										LPI (mg/d)	
7–11 mo <sup>(a)</sup>	280	7–11 mo <sup>(a)</sup>	0.4	70	0.02–0.5 <sup>(b)</sup>	10	160	750	15	(c)	2.9
1–3	450	1–3	0.6	90	0.5	15	250	800	15	(c)	4.3
4–6	800	4–6	0.9	90	1.0	20	440	1,100	20	(c)	5.5
7–10	800	7–10	1.4	90	1.5	30	440	1,800	35	(c)	7.4
11–14	1,150	11–14	2.3	120	2.0	45	640	2,700	55	(c)	10.7
15–17	1,150	15–17	2.8	130	3.0	65	640	3,500	70	(c)	11.9
18–24	1,000	≥ 18	2.9	150	3.0	65	550	3,500	70	300	7.5
≥ 25	950									600	9.3
										900	11.0
										1,200	12.7
<b>Pregnancy</b>											
18–24	1,000		2.9	200	3.0	65	550	3,500	70		+1.6 <sup>(e)</sup>
≥ 25	950										
<b>Lactation</b>											
18–24	1,000		2.9	200	3.0	65	550	4,000	85		+2.9 <sup>(e)</sup>

Πηγή: EFSA, (2017).

Πίνακας 1.7: Μέσες απαιτήσεις πρόσληψης σε βιταμίνες για τους άνδρες

Age group (years)	Folate (µg DFE/day) <sup>(a)</sup>	Niacin (mg NE/MJ) <sup>(b)</sup>	Riboflavin (mg/d)	Thiamin (mg/MJ)	Vitamin A (µg/d) <sup>(c)</sup>	Vitamin B6 (mg/d)	Vitamin C (mg/d)
7–11 mo <sup>(d)</sup>		1.3		0.072	190		
1–3	90	1.3	0.5	0.072	205	0.5	15
4–6	110	1.3	0.6	0.072	245	0.6	25
7–10	160	1.3	0.8	0.072	320	0.9	40
11–14	210	1.3	1.1	0.072	480	1.2	60
15–17	250	1.3	1.4	0.072	580	1.5	85
≥ 18	250	1.3	1.3	0.072	570	1.5	90

Πηγή: EFSA, (2017).

Πίνακας 1.8: Πρόσληψη αναφοράς πληθυσμού και επαρκής ποσότητα πρόσληψης σε βιταμίνες για τους άνδρες

Age group (years)	α-Tocopherol (mg/d)		Age group (years)		Biotin (μg/d)	Choline (mg/d)	Cobalamin (μg/d)	Folate (μg DFE/d) <sup>(a)</sup>	Niacin (mg NE/MJ) <sup>(b)</sup>	Pantothenic acid (mg/day)	Riboflavin (mg/d)	Thiamin (mg/MJ)	Vitamin A (μg/d) <sup>(c)</sup>	Vitamin B6 (mg/d)	Vitamin C (mg/d)	Vitamin D (μg/d) <sup>(e)</sup>	Vitamin K (μg/d) <sup>(b)</sup>
7–11 mo <sup>(d)</sup>	5	7–11 mo <sup>(d)</sup>	6	160	1.5	80	1.6	3	0.4	0.1	250	0.3	20	10	10		
1–2	6	1–3	20	140	1.5	120	1.6	4	0.6	0.1	250	0.6	20	15 <sup>(f)</sup>	12		
3–9	9	4–6	25	170	1.5	140	1.6	4	0.7	0.1	300	0.7	30	15 <sup>(f)</sup>	20		
		7–10	25	250	2.5	200	1.6	4	1.0	0.1	400	1.0	45	15 <sup>(f)</sup>	30		
10–17	13	11–14	35	340	3.5	270	1.6	5	1.4	0.1	600	1.4	70	15 <sup>(f)</sup>	45		
		15–17	35	400	4.0	330	1.6	5	1.6	0.1	750	1.7	100	15 <sup>(f)</sup>	65		
≥ 18	13	≥ 18	40	400	4.0	330	1.6	5	1.6	0.1	750	1.7	110	15 <sup>(f)</sup>	70		

Πηγή: EFSA, (2017).

Πίνακας 1.9: Μέσες απαιτήσεις πρόσληψης σε βιταμίνες για τις γυναίκες

Age group (years)	Folate (μg DFE/day) <sup>(a)</sup>	Niacin (mg NE/MJ) <sup>(b)</sup>	Riboflavin (mg/d)	Thiamin (mg/MJ)	Vitamin A (μg/d) <sup>(c)</sup>	Vitamin B6 (mg/d)	Vitamin C (mg/d)
7–11 mo <sup>(d)</sup>	-	1.3	-	0.072	190	-	-
1–3	90	1.3	0.5	0.072	205	0.5	15
4–6	110	1.3	0.6	0.072	245	0.6	25
7–10	160	1.3	0.8	0.072	320	0.9	40
11–14	210	1.3	1.1	0.072	480	1.2	60
15–17	250	1.3	1.4	0.072	490	1.3	75
≥ 18	250	1.3	1.3	0.072	490	1.3	80
<b>Pregnancy</b>							
	-	1.3	1.5	0.072	540	1.5	-
<b>Lactation</b>							
	380	1.3	1.7	0.072	1,020	1.4	145

Πηγή: EFSA, (2017).

Πίνακας 1.10: Πρόσληψη αναφοράς πληθυσμού και επαρκής ποσότητα πρόσληψης σε βιταμίνες για τις γυναίκες

Age group (years)	$\alpha$ -Tocopherol (mg/d)	Age group (years)	Biotin ( $\mu$ g/d)	Choline (mg/d)	Cobalamin ( $\mu$ g/d)	Folate ( $\mu$ g DFE/d) <sup>(a)</sup>	Niacin (mg NE/MJ) <sup>(b)</sup>	Pantothenic acid (mg/day)	Riboflavin (mg/d)	Thiamin (mg/MJ)	Vitamin A ( $\mu$ g/d) <sup>(c)</sup>	Vitamin B6 (mg/d)	Vitamin C (mg/d)	Vitamin D ( $\mu$ g/d) <sup>(e)</sup>	Vitamin K ( $\mu$ g/d) <sup>(g)</sup>
7–11 mo <sup>(d)</sup>	5	7–11 mo <sup>(d)</sup>	6	160	1.5	80	<b>1.6</b>	3	0.4	<b>0.1</b>	250	0.3	20	10	10
1–2	6	1–3	20	140	1.5	<b>120</b>	<b>1.6</b>	4	<b>0.6</b>	<b>0.1</b>	250	<b>0.6</b>	<b>20</b>	15 <sup>(f)</sup>	12
3–9	9	4–6	25	170	1.5	<b>140</b>	<b>1.6</b>	4	<b>0.7</b>	<b>0.1</b>	300	<b>0.7</b>	<b>30</b>	15 <sup>(f)</sup>	20
		7–10	25	250	2.5	<b>200</b>	<b>1.6</b>	4	<b>1.0</b>	<b>0.1</b>	400	<b>1.0</b>	<b>45</b>	15 <sup>(f)</sup>	30
10–17	11	11–14	35	340	3.5	<b>270</b>	<b>1.6</b>	5	<b>1.4</b>	<b>0.1</b>	600	<b>1.4</b>	<b>70</b>	15 <sup>(f)</sup>	45
		15–17	35	400	4.0	<b>330</b>	<b>1.6</b>	5	<b>1.6</b>	<b>0.1</b>	650	<b>1.6</b>	<b>90</b>	15 <sup>(f)</sup>	65
$\geq 18$	11	$\geq 18$	40	400	4.0	<b>330</b>	<b>1.6</b>	5	<b>1.6</b>	<b>0.1</b>	650	<b>1.6</b>	<b>95</b>	15 <sup>(f)</sup>	70
<b>Pregnancy</b>															
	11		40	480	4.5	<b>600</b>	<b>1.6</b>	5	<b>1.9</b>	<b>0.1</b>	700	<b>1.8</b>	<b>105</b>	15 <sup>(f)</sup>	70
<b>Lactation</b>															
	11		45	520	5.0	<b>500</b>	<b>1.6</b>	7	<b>2.0</b>	<b>0.1</b>	1,300	<b>1.7</b>	<b>155</b>	15 <sup>(f)</sup>	70

d, day; MJ, megajoule; mo, months

PRIs are presented **in bold type** and AIs in ordinary type

- (a): DFE: dietary folate equivalents. For combined intakes of food folate and folic acid, DFEs can be computed as follows:  $\mu$ g DFE =  $\mu$ g food folate + (1.7 x  $\mu$ g folic acid)
- (b): NE: niacin equivalent (1 mg niacin = 1 niacin equivalent = 60 mg dietary tryptophan)
- (c): RE: retinol equivalent, 1  $\mu$ g RE equals 1  $\mu$ g of retinol, 6  $\mu$ g of  $\beta$ -carotene and 12  $\mu$ g of other provitamin A carotenoids
- (d): i.e. the second half of the first year of life (from the beginning of the 7<sup>th</sup> month to the 1<sup>st</sup> birthday)
- (e): for conversion between  $\mu$ g and International Units (IU) of vitamin D intake: 1  $\mu$ g = 40 IU and 0.025  $\mu$ g = 1 IU
- (f): under conditions of assumed minimal cutaneous vitamin D synthesis. In the presence of endogenous cutaneous vitamin D synthesis, the requirement for dietary vitamin D is lower or may be even zero.
- (g): based on phyloquinone only. The AI of 1  $\mu$ g phyloquinone/kg body weight set by SCF (1993) was multiplied by reference body weights of the European population (Table 17).

Πηγή: EFSA, (2017).

Η δεύτερη συνιστώσα της υιοθέτησης ενός υγιούς τρόπου διαβίωσης, πέρα από τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες, είναι η τακτική σωματική δραστηριότητα που θεωρείται ως ο καταλληλότερος τρόπος επίτευξης του μακροπρόθεσμου στόχου της ποιότητας ζωής και της ευεξίας (Ε.Δ.Ο., 2014). Όσον αφορά στα παιδιά, μέσω της φυσικής δραστηριότητας μπορούν να διατηρήσουν το φυσιολογικό για την ηλικία τους σωματικό βάρος, να αναπτύξουν υγιές μυοσκελετικό σύστημα και να αποφύγουν μακροπρόθεσμα την εμφάνιση μη μεταδοτικών νοσημάτων, όπως η υπέρταση ή ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. Τέλος, η σωματική δραστηριότητα μπορεί να συμβάλει καθοριστικά ώστε τα παιδιά να ενισχυθούν από άποψη αυτοπεποίθησης και αυτοεικόνας, να έχουν καλύτερη ψυχική και πνευματική υγεία και να κοινωνικοποιηθούν σε παρέες συνομηλίκων, αναπτύσσοντας το αίσθημα της συνεργατικότητας και της ομαδικότητας (Ματσανιώτης & Καρπάθιος, 2010). Άλλωστε, η καθιστική ζωή έχει συνδεθεί με κινδύνους για την υγεία τόσο των παιδιών όσο και των εφήβων, καθώς επηρεάζει αρνητικά το καρδιαγγειακό σύστημα, λόγω της αύξησης της εναπόθεσης ασβεστίου στις αρτηρίες της καρδιάς (ασβεστοποίηση των στεφανιαίων αγγείων), καθώς και των λιπαρών οξέων, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σχηματισμό θρόμβων στα αγγεία της καρδιάς (Κοντογιάννη,

2017).Επίσης, η καθιστική ζωή οδηγεί σε αύξηση της LDL-χοληστερίνης, μειώνοντας ταυτόχρονα την «καλής» (HDL), ενώ παράλληλα μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης (Parvin&Nath, 2020).

Επίσης, και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει στην τελευταία έκθεση ότι τα παιδιά και οι έφηβοι ηλικίας 5 έως 17 ετών θα πρέπει να υιοθετούν καθημερινά κατά μέσο όρο 60 λεπτά αερόβιας φυσικής δραστηριότητας μέτριας έως υψηλής έντασης (WHO, 2020). Η φυσική αυτή δραστηριότητα προτείνεται από τον ΠΟΥ για όλες τις ηλικιακές ομάδες και ορίζεται ότι το κατά το δυνατόν υψηλότερο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας συσχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία του ατόμου. Κατά τον ΠΟΥ, η άσκηση συμβάλλει σε υγιείς μυοσκελετικούς ιστούς, δηλαδή οστά, μύες και αρθρώσεις, υγιές καρδιαγγειακό σύστημα, δηλαδή καρδιά και πνεύμονες, νευρομυϊκή ευαισθητοποίηση, δηλαδή συντονισμό και έλεγχο κίνησης και διευκολύνει τη διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους. Τέλος, η σωματική δραστηριότητα έχει συσχετιστεί με ψυχολογικά οφέλη στα νεαρά άτομα, βελτιώνοντας τον έλεγχο των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης (WHO, 2020). Σε κάθε περίπτωση ο οδηγός αυτός του 2010, που ανανεώθηκε το 2020, επιβεβαιώνει τη βασική επιστημονική αρχή ότι ακόμη και λιγότερη σωματική δραστηριότητα από τις συστάσεις είναι καλύτερη από την μηδενική, ότι η αυξημένη σωματική δραστηριότητα είναι απαραίτητη για βέλτιστα αποτελέσματα υγείας, ενώ παρέχει μια νέα σύσταση για τη μείωση της καθιστικής συμπεριφοράς. Αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες υπογραμμίζουν τη σημασία της τακτικής ενασχόλησης με αεροβικές ασκήσεις και με δραστηριότητες μυϊκής ενδυνάμωσης, ευλυγισίας, ισορροπίας κλπ. (Charput et al,2020).

Η ενασχόληση με τον τομέα της διατροφής συνιστά μια διαδικασία συνεχή και πολυπρισματική προς την επίτευξη ενός σωστού διαιτολογίου του συνόλου των πολιτών. Είναι αναγκαίο να επισημανθεί ότι η υιοθέτηση ενός υγιεινού προγράμματος καθημερινής διατροφής των παιδιών από μικρή ηλικία, συνιστά έναν από τους καθοριστικότερους τρόπους αποφυγής ασθενειών κατά την ενήλικη ζωή (με ενοχοποιητικό παράγοντα τις ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες), όπως διαβήτης, άσθμα, διατροφικές αλλεργίες), γεγονός που συμβάλλει στην «αποσυμφόρηση» του μέλλοντος ιατρικού ιστορικού των ατόμων. Βέβαια, δεν πρέπει να παραγνωρίζεται το γεγονός ότι η προσεκτική αξιολόγηση της παιδικής διατροφής, δεν έχει ως πρώτιστο στόχο την τυπική απλώς διαδικασία σίτισης (το είδος και η ποσότητα των τροφών που προσλαμβάνει το παιδί), αλλά περιλαμβάνει και την σταδιακή εκμάθηση και κατάκτηση από μέρους των παιδιών συμπεριφορών που θα επιλέξουν συνειδητά να διατηρήσουν και στην ενήλικη ζωή τους (Idelson et al, 2017).

Λαμβάνοντας αυτά υπόψιν, από το πλήθος των μοντέλων διατροφής, το μεσογειακό πρότυπο διατροφής, όπως αναλύθηκε και παραπάνω, υπακούει στη βασική αρχή του «μέτρον άριστον», και της ισορροπημένης πρόληψης θρεπτικών συστατικών. Στρέφοντας, λοιπόν, το επίκεντρο της επιστημονικής προσοχής στην διαμόρφωση ενός ορθά δομημένου διατροφικού προγράμματος για τα παιδιά, ακολουθώντας πάντα τις αρχές της Μεσογειακής διατροφής, το διαιτολόγιο των παιδιών και των εφήβων είναι αναμφίβολο ότι πρέπει να περιλαμβάνει ποικιλία τροφών με ισορροπημένη συχνότητα κατανάλωσης αυτών(Ε.Δ.Ο., 2014).

Έτσι, με βάση τις αρχές της μεσογειακής διατροφής και όπως προτείνεται και από τον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό, τα παιδιά είναι απαραίτητο να καταναλώνουν στο κάθε γεύμα τους μια ικανοποιητική ποσότητα από λαχανικά είτε σε μορφή σαλάτας είτε ως μαγειρεμένα λαχανικά είτε ενσωματωμένα σε κάποια σούπα ή ως διακριτή μερίδα στο πιάτο (Ε.Δ.Ο., 2014). Τα θρεπτικά συστατικά που προσλαμβάνονται από τα λαχανικά είναι δύσκολο να προσληφθούν σε ικανοποιητικές ποσότητες από άλλες ομάδες τροφίμων και κατά συνέπεια σε περίπτωση περιορισμένης κατανάλωσης λαχανικών μπορεί να δημιουργηθούν ελλείψεις σε ιχνοστοιχεία, βιταμίνες και μέταλλα (Pereira-da-Silva et al, 2016).

Άλλωστε, η καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών αποτελεί τη βάση της υγιεινής διατροφής. Από τον εθνικό διατροφικό οδηγό, ειδικότερα, προτείνεται η καθημερινή κατανάλωσή τους και στα βασικά γεύματα (πρωινό, μεσημεριανό, βραδινό), αλλά και στα ενδιάμεσα, όπως το δεκατιανό, μιας και το τελευταίο οφείλει να περιλαμβάνει τροφές που να λειτουργούν υποβοηθητικά ως προς τις καθημερινές ενεργειακές ανάγκες των παιδιών συμπεριλαμβανομένης και της φυσικής δραστηριότητας στην οποία επιδίδονται (Ε.Δ.Ο., 2014).

Τα φρούτα και τα λαχανικά, λοιπόν, είναι απαραίτητο να πρωταγωνιστούν στα μικρογεύματα αυτά και να καταναλώνονται σε διάφορες μορφές, ούτως ώστε να κινούν το ενδιαφέρον των παιδιών και να γίνονται πιο ελκυστικά για εκείνα. Λαμβάνοντας αυτό υπόψη, συστήνεται από τον εθνικό διατροφικό οδηγό, η κατανάλωσή τους είτε σε ωμή είτε σε πολτοποιημένη μορφή, ως σπιτική κομπόστα, ή με μορφή χυμού, που είναι σε θέση να συγκαλύψει φρούτα και λαχανικά που δεν ανήκουν στα αγαπημένα των παιδιών. Προκειμένου να μην παραβλέπονται τα λαχανικά από τα παιδιά, συστήνεται να τοποθετούνται σε σημείο που να είναι ορατά προς αυτά και ορισμένα από αυτά να αποτελούν το κεντρικό συστατικό των μικρογευμάτων τους. Έτσι, ωμά λαχανικά όπως το καρότο, το αγγούρι και πλήθος άλλων, κομμένα σε διαφορετικά σχήματα, μπορούν να



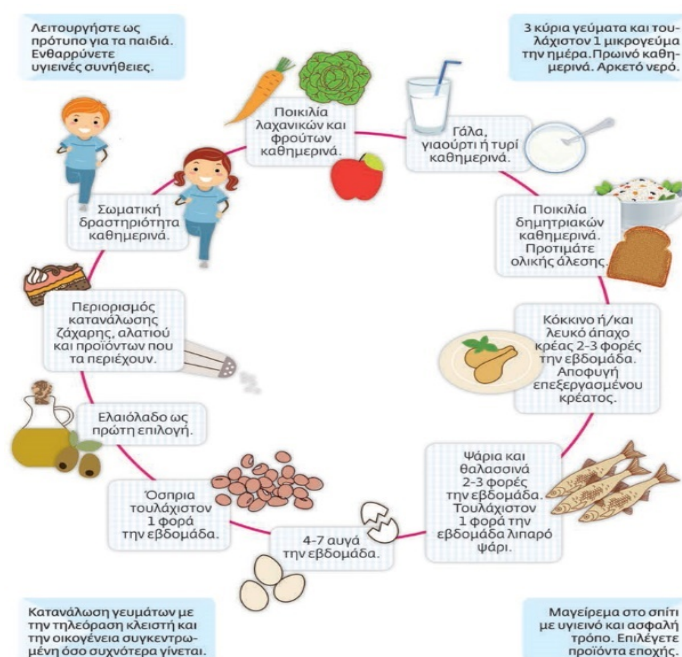
λειτουργήσουν ως συνοδευτικό κάποιων γευμάτων που αρέσουν στα παιδιά είτε ως «κρυφό» συστατικό που προστίθεται σε αυτά και δεν αλλοιώνει τη γεύση (Ματσανιώτης& Καρπάθιος, 2010). Με αυτόν τον τρόπο, αυξάνεται η θρεπτική αξία ορισμένων γευμάτων, όπως είναι το μεσημεριανό με νέες επιλογές, πχ μπιφτέκι με τρίμματα από καρότο ή κολοκυθάκι, φιλέτο κοτόπουλο με μαρούλι και ντομάτα. Είναι σημαντικό, όπως φαίνεται από τις συστάσεις του εθνικού διατροφικού οδηγού, να δοκιμάζονται διαφορετικοί τρόποι μαγειρέματος ή ενσωμάτωσης των λαχανικών στην διατροφή των παιδιών, ούτως ώστε να βρεθεί ο τρόπος που τα ελκύει περισσότερο προς αυτά. Έτσι, οι γονείς μπορούν να δοκιμάσουν να μαγειρέψουν σούπες με λαχανικά, να φτιάξουν χορτόπιτες, ακόμα και σουβλάκια ή πίτσες λαχανικών (Ε.Δ.Ο., 2014).

Όσον αφορά στα γαλακτοκομικά προϊόντα, προτείνεται να αποφεύγεται το τυποποιημένο γάλα με προσθήκη ζάχαρης και στη θέση του να προτιμώνται τυριά και γάλα με χαμηλά λιπαρά και αλάτι, όπως είναι η μυζήθρα, το κατίκι ή το ανθότυρο (Ε.Δ.Ο., 2014).

Τέλος, δεν πρέπει να παραβλέπεται ότι τα παιδιά πρέπει να καταναλώνουν ψάρια και όσπρια με την κάθε ομάδα να περιλαμβάνεται στο εβδομαδιαίο πρόγραμμα έως 2 φορές(Ε.Δ.Ο., 2014).Σημαντικό συστατικό για όλα τα μαγειρεμένα γεύματα της μεσογειακής διατροφής αποτελεί η χρήση του ελαιόλαδου, ενός ελαίου πλούσιου μονοακόρεστα λιπαρά οξέα που μειώνουν αποτελεσματικά την πιθανότητα εμφάνισης πληθώρας ασθενειών (Kaimenopoulouetal, 2020).

Στην κατωτέρω εικόνα αναλύονται σχηματικά οι σωστές διατροφικές επιλογές που προτείνονται και αναλύονται από τον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό:

Εικόνα 1.4: Δεκάλογος σωστών διατροφικών επιλογών από τον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό



Πηγή: Εθνικός Διατροφικός Οδηγός ( Διαθέσιμο <http://www.diatrofikoioidigoi.gr/?Page=institutoutoprolepsis>).

Η πρόοδος που έχει συντελεστεί στον τομέα της τεχνολογίας τροφίμων έχει ωθήσει τα άτομα να καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά, τα οποία δεν είναι εποχιακά, και μπορούν να τα προμηθεύονται καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου. Αυτή η συνεχής διαθεσιμότητα των φυσικών προϊόντων, ωστόσο επηρεάζει την διατροφική αξία τους, μιας και όταν τηρείται η εποχικότητά τους, οι καταναλωτές προσλαμβάνουν την μέγιστη δυνατή περιεκτικότητα σε αντιοξειδωτικές ουσίες που εγγενώς προϋπάρχουν στα εποχιακά φρούτα και λαχανικά (Slavin & Lloyd, 2012). Έτσι, τα άτομα που εντάσσουν στη διατροφή τους μόνο εποχιακά προϊόντα, είναι σε θέση να εξασφαλίσουν ποιοτική διατροφή, η οποία ξεχωρίζει για την πληρότητα, την φρεσκάδα και την μεστή γευστική της απόδοση. Ταυτόχρονα, εντοπίζεται και μείωση στον κίνδυνο της πρόσληψης χημικών ουσιών, όπως είναι τα φυτοφάρμακα και οι ορμόνες, τα οποία χρησιμοποιούν οι παραγωγοί, προκειμένου να συμβαδίσουν με τον συνεχή οικονομικό ανταγωνισμό από μεγάλες βιομηχανίες του πρωτογενούς τομέα που προσφέρουν στον καταναλωτή αγροτικά προϊόντα μη εποχιακά (Κοντογιάννη, 2017). Δεν πρέπει να λησμονείται το γεγονός ότι η εποχικότητα συμβάλει και στο οικονομικό και περιβαλλοντικό αποτύπωμα που αφήνουν οι καταναλωτές μέσα από τις διατροφικές τους επιλογές. Πιο συγκεκριμένα, όταν επιλέγονται εποχιακά προϊόντα, οι τοπικοί αγροτικοί συνεταιρισμοί προωθούνται, μιας και

οι καταναλωτές εμπιστεύονται την ποιότητα και την σωστή καλλιέργεια, θέτοντας αυτά ως διατροφική προτεραιότητά τους (Λουκίδου, Παυλή & Κυρίτση, 2011). Τέλος, και η περιβαλλοντική ρύπανση αμβλύνεται, δεδομένου ότι τα τρόφιμα παράγονται χωρίς την παρεμβολή τεχνητών μέσων και με σεβασμό προς τον κύκλο των αγροτικών φυσικών διεργασιών του εδάφους (Ε.Δ.Ο, 2014).

### **1.3 Προβλήματα στην παιδική ηλικία λόγω ανθυγιεινής διατροφής**

Η απουσία σωστών διατροφικών προσεγγίσεων είναι, δυστυχώς, σε θέση να οδηγήσει σε λάθος διατροφικές επιλογές και κατ'επέκταση σε νοσήματα. Έτσι, η απουσία μιας ισορροπημένης διατροφής συμβάλει στην εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος με αποτέλεσμα το παιδί να βρίσκεται σε μειονεκτική θέση, ευάλωτο, μπροστά σε πλήθος ιώσεων, που μπορεί να παρεισφρήσουν λόγω της απουσίας υγιεινών διατροφικών επιλογών (Kau et al, 2011).

Ταυτόχρονα, προβλήματα παρουσιάζονται και στο μυοσκελετικό σύστημα, αφού τα απαραίτητα συστατικά που πρέπει να προσλάβει ο οργανισμός για την ανάπτυξη, ελλείπουν, με αποτέλεσμα το μυϊκό σύστημα να μην αναπτύσσεται επαρκώς, και η πυκνότητα των οστών να μην φθάνει στο μέγιστο γενετικά προδιαγεγραμμένο επίπεδο, κάνοντας τα ευάλωτα στην εμφάνιση της οστεοπόρωσης στην περιεμμηνόπαυση και στην εμμηνόπαυση. Βέβαια, τα προβλήματα μπορούν να γίνουν αντιληπτά και εξωτερικά, αφού το δέρμα χάνει την ελαστικότητά του και τα σημάδια της γήρανσης εμφανίζονται (Heiman & Olenik-Shemesh, 2019).

Επιπρόσθετα, σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί σε επιστημονικά διατροφολογικά κέντρα της Νέας Ζηλανδίας, εντοπίστηκε αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ της ανθυγιεινής διατροφής και της πρόωρης εμφάνισης οφθαλμολογικών παθήσεων. Πιο συγκεκριμένα, η ανεπαρκής πρόσληψη βιταμινών, ως απότοκο της ανεπαρκούς διατροφής, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε σοβαρές παθήσεις των οφθαλμών που μπορεί να επιφέρουν ακόμα και την ολοκληρωτική απώλεια της όρασης. Με άλλα λόγια, η υιοθέτηση ενός μοντέλου διατροφής δυτικού τύπου, σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια θρεπτικών συστατικών και την υπερκατανάλωση κορεσμένων λιπαρών, μπορούν να επιφέρουν την αρτηριοσκλήρυνση των αγγείων του αμφιβληστροειδούς χιτώνα που κατ'επέκταση μπορεί να καταλήξει στην τύφλωση (Ahn et al, 2011).

Το πιο σύνηθες πρόβλημα με το οποίο έρχονται αντιμέτωποι οι διατροφολόγοι όσον αφορά στα μικρά παιδιά είναι η υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους εκείνων, λόγω ενός ανθυγιεινού διατροφικού μοντέλου και της μειωμένης φυσικής δραστηριότητας, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης παιδικής παχυσαρκίας. Ως παχυσαρκία νοείται η αυξημένη τιμή του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), ο οποίος ξεπερνά τον δείκτη του 30 στους ενήλικες, και μπορεί να συνοψιστεί ως η διαδικασία της υπερβολικής αποθήκευσης λίπους στο σώμα, ενώ στα παιδιά, κατανέμεται σε εκατοστιαίες θέσεις, ανάλογα με την ηλικία και το φύλο. Έτσι, αν ο ΔΜΣ του παιδιού είναι μεγαλύτερος από την 95η εκατοστιαία θέση, αυτό θεωρείται παχύσαρκο, ενώ αν είναι μεταξύ 85ης και 95ης θέσης, θεωρείται υπέρβαρο. Οι τιμές ύψους, βάρους και ΔΜΣ καταγράφονται από τον παιδίατρο και σημειώνονται πάνω στις καμπύλες με τις εκατοστιαίες θέσεις στα βιβλιάρια υγείας παιδιού (Καραβίδα κ.ά., 2017). Είναι απαραίτητο να επισημανθεί ότι τα άτομα που είναι παχύσαρκα παρουσιάζουν μεγαλύτερες ενεργειακές δαπάνες, δεδομένου ότι απαιτείται περισσότερη ενέργεια για να συντηρηθεί μία πιο αυξημένη μάζα σώματος (Sahoo et al, 2015). Η παχυσαρκία αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα νοσήματα του 21ου αιώνα, που αποδίδεται μερικώς στην ανεπαρκή ανάπτυξη ορθών διατροφικών συνηθειών και στην υιοθέτηση του δυτικού τρόπου διατροφής, πλούσιου σε trans λιπαρά που συχνά χαρακτηρίζεται από ανεπάρκεια θρεπτικών συστατικών στη διατροφική πρόσληψη των παιδιών. Η παχυσαρκία είναι μια πολυπαραγοντική νόσος, στην αιτιολογία της οποία εμπλέκονται γενετικά, ορμονικά, περιβαλλοντικά, ψυχοκοινωνικά αίτια, ενώ επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό και από τον τρόπο ζωής του ατόμου, μέσω της μειωμένης άσκησης και της ανθυγιεινής διατροφής (Wright & Aronne, 2012). Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα κυριότερα αίτια της παχυσαρκίας.

Πίνακας 1.11: Αιτίες παιδικής παχυσαρκίας

	<b>Αιτίες της παχυσαρκίας</b>
<b>Γενετικές</b>	<b>Κληρονομικότητα</b> Κληρονομείται μια τάση για παχυσαρκία που μπορεί να εκδηλωθεί εάν το επιτρέψει το περιβάλλον
<b>Περιβαλλοντικές</b>	Υπερφαγία-Ανθυγιεινή Διατροφή (Αφορά κυρίως τα ενδιάμεσα γεύματα)
<b>Μειωμένη Φυσική Δραστηριότητα</b>	Αύξηση της σωματικής αδράνειας (τηλεόραση, υπολογιστής)
<b>Ψυχοκοινωνικές</b>	Έλλειψη επικοινωνίας παιδιών με τους γονείς Αύξηση βάρους οδηγεί σε αρνητική εικόνα για το σώμα και αυτή με την σειρά της σε απομόνωση – κατάθλιψη Κοινωνικός στιγματισμός
<b>Ορμονικές</b>	Υποθυρεοειδισμός, Διαταραχές των επινεφριδίων, της υπόφυσης, του υποθαλάμου
<b>Βάρος κατά την γέννηση</b>	Τα χαμηλού βάρους νεογέννητα έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν διαβήτη και υπερλιπιδαιμία στο μέλλον

Πηγή: Διατροφή, Υγεία & Ευεξία, (2021)· Ταχτσόγλου & Ηλιάδης, (2015).

Όπως προαναφέρθηκε, η παιδική παχυσαρκία συνιστά μια πολυπαραγοντική νόσο, η οποία έχει λάβει πολύ σοβαρές διαστάσεις και στον ελλαδικό χώρο (Ματάλα & Γιαννακούλια, 2015).

Όσον αφορά τα λοιπά αίτια της παιδικής παχυσαρκίας, τα ενδογενή αίτια μπορεί να διακριθούν σε γενετικούς παράγοντες, σε υποθαλαμικά αίτια και σε ενδοκρινικά αίτια, ενώ τα εξωγενή διακρίνονται σε διαιτητικά αίτια, στη σωματική δραστηριότητα και σε φαρμακευτικά αίτια. Θα πρέπει να διερευνηθεί αν η παχυσαρκία μπορεί να αποδοθεί σε κληρονομικά αίτια και σε μια εκ γενετής προδιάθεση. Αν αποδοθεί σε γενετικά αίτια, δεν είναι πάντοτε εύκολο να διακριθεί αν πρόκειται αποκλειστικά για γενετική προδιάθεση ή για ταυτόχρονη υιοθέτηση από τα άτομα ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών. Έχει βρεθεί ότι τα παιδιά παχύσαρκων γονέων είναι κατά 25-30% (Wilding, 2001) πιο πιθανόν να

εξελιχθούν σε παχύσαρκους ενήλικες, χωρίς πάλι να είναι εύκολο να εξεταστεί αν αυτό είναι αποτέλεσμα μόνο γενετικής προδιάθεσης ή/και του τρόπου ζωής των γονέων τους οποίους μιμείται το παιδί (Ταχτσόγλου & Ηλιάδης, 2015).

Παρόλα αυτά, δεν έχει ανακαλυφθεί πλήρως ποια είναι η διαδικασία με την οποία το ανθρώπινο γονιδίωμα επηρεάζει και διαμορφώνει την εμφάνιση υπέρβαρου ή παχυσαρκίας, αφού η δράση ορισμένων γονιδίων είναι να επηρεάζουν την όρεξη και το αίσθημα πληρότητας, ενώ ορισμένων άλλων είναι να εμπλέκονται στο μηχανισμό του καταβολισμού των συστατικών των τροφών και της λειτουργικής αποθήκευσης των θρεπτικών συστατικών (Lobstein et al, 2015).

Στην εμφάνιση της παχυσαρκίας, εκτός από την μη ισορροπημένη διατροφή και την σωματική αδράνεια των παιδιών, μπορεί να συμβάλει και το ασταθές ωράριο ύπνου, που αυτά έχουν. Πιο συγκεκριμένα, η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, συστήνει ένα πλήρες πρόγραμμα ύπνου ανάλογα με τις ηλικίες των παιδιών (για τα παιδιά της σχολικής ηλικίας προτείνει από 8 μέχρι 12 ώρες ύπνου), προκειμένου τα παιδιά να είναι ξεκούραστα για τις ανάγκες της καθημερινότητάς τους (Knutson, 2012). Ωστόσο, όταν τα παιδιά δεν κοιμούνται όσες ώρες χρειάζονται, η διατροφή τους μπορεί να επηρεάζεται αρνητικά, μιας και παρουσιάζονται δυσαρμονίες στις ορμόνες που ελέγχουν την πείνα και τον κορεσμό (Λουκίδου, Παυλή & Κυρίτση, 2011). Τα παιδιά που στερούνται τον ύπνο, αναζητούν πιο εύκολες, και τις περισσότερες φορές, πιο θερμιδογόνες τροφές, προκειμένου να αντισταθμίσουν το έλλειμμα ενέργειας και την κόπωση που αισθάνονται (Matricciani et al, 2012). Είναι, λοιπόν, σημαντικό, να ακολουθείται ένα σταθερό πρόγραμμα ύπνου, προσαρμοσμένο στις ανάγκες των παιδιών, προκειμένου να περιοριστεί το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας που μπορεί να αποτελεί εν μέρει απότοκο των ανεπαρκών υπνικών συνηθειών (Morrissey et al, 2020).

Σε πρακτικό επίπεδο, η παχυσαρκία συνοδεύεται από πλήθος προβλημάτων και αρνητικών συνεπειών, ειδικότερα μάλιστα όταν η παχυσαρκία εμφανίζεται στην παιδική ηλικία. Τα παιδιά που αντιμετωπίζουν τη συγκεκριμένη παθολογία έχουν αυξημένες πιθανότητες να διαγνωσθούν με διαβήτη, ο οποίος είναι συνήθως ο τύπος 2 (Cameron & Wherrett, 2015). Ταυτόχρονα, τα παχύσαρκα παιδιά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για μελλοντικά καρδιακά συμβάντα ή εγκεφαλικά επεισόδια, μιας και τα επίπεδα της χοληστερόλης τους ή της αρτηριακής πίεσής τους συχνά είναι υψηλά, αλλά και για πρόωρο θάνατο λόγω διαφόρων νοσημάτων, τα συμπτώματα των οποίων οξύνονται όσο αυξάνεται ο ΔΜΣ (Umer et al, 2017). Επιπλέον, αρκετά συχνά τα παιδιά παραπονούνται για ενοχλήσεις στις αρθρώσεις και στην σπονδυλική στήλη τους, αφού λόγω του

αυξημένου βάρους, το παιδί εμφανίζει πιο γρήγορα συμπτώματα κόπωσης, ενώ είναι πιθανότερο, όταν αθλείται να τραυματιστεί πιο σοβαρά με διαστρέμματα και κακώσεις των κάτω άκρων του (Raj & Kumar, 2010).

Επιπρόσθετα, οι διαταραχές του ύπνου είναι ένα σύνηθες πρόβλημα στα παιδιά που έχουν αυξημένο δείκτη μάζας σώματος. Συνήθως, ο ύπνος τους δεν μπορεί να είναι ενιαίος και χαρακτηρίζεται από άστατα χρονικά διαστήματα μεταξύ ύπνου και ξύπνιου, γεγονός που επηρεάζει την απόδοση τους στις καθημερινές δραστηριότητες στο σχολείο και στην κοινωνική τους συναναστροφή. Παράλληλα, όσον αφορά στην κοινωνικότητά του, η παχυσαρκία επηρεάζει και τον εν λόγω τομέα, δεδομένου ότι το παιδί νιώθει ότι υστερεί σε σχέση με τους συνομηλίκους του με την αυτοπεποίθησή του να πέφτει δραματικά (Ng et al, 2014).

Τέλος, είναι χρήσιμο να αναφερθεί ότι η παχυσαρκία επιδρά αρνητικά και στην κοινωνική ανάπτυξη και την αυτοεικόνα του παιδιού. Στην σύγχρονη κοινωνία υφίσταται ακόμη στιγματισμό και περιθωριοποίηση των ατόμων με παχυσαρκία, παρόλο που πρόκειται για νόσο και ως τέτοια οφείλεται να αντιμετωπίζεται κοινωνικά, αλλά και ιατρικά. Μάλιστα, λόγω του στίγματος πολλοί παχύσαρκοι άνθρωποι δεν λαμβάνουν εγκαίρως την αναγκαία θεραπεία, με αποτέλεσμα να γίνεται πιο δύσκολη η αντιμετώπιση των νοσηρών συνεπειών της παχυσαρκίας (Puhl & Suh, 2015). Παράλληλα, το κοινωνικό στίγμα της παχυσαρκίας επηρεάζει αρνητικά και την ψυχική υγεία και την αυτοπεποίθηση του παιδιού, λόγω ανάπτυξης ενοχών, άγχους και αποστροφής για την εικόνα τους. Επίσης, είναι ιδιαίτερα συχνή και η εμφάνιση σχολικού εκφοβισμού με κριτήριο την εμφάνιση και το βάρος των παιδιών (Jackson, 2016).

Η ποιότητα της ζωής των παχύσαρκων παιδιών είναι ιδιαίτερα προβληματική, δεδομένου ότι επηρεάζονται και ψυχολογικά από το αυξημένο βάρος τους. Ακριβώς επειδή βρίσκονται ακόμα στο στάδιο διαμόρφωσης της αυτοεικόνας και της αυτοπεποίθησής τους, η σύγκριση, που αναπόφευκτα κάνουν με τους συνομηλίκους τους, τους ωθούν σε ψυχολογικές μεταπτώσεις, λόγω της εμφάνισης που δεν προσιδιάζει με αυτή των υπολοίπων και με την κοινωνικά επιθυμητή, επηρεάζοντας τελικά και την αυτοεκτίμησή τους (Rankin et al, 2016). Λόγω αυτού, συχνά, δεν έχουν κίνητρο για να βελτιώσουν τις διατροφικές τους επιλογές, αναζητώντας βραχυπρόθεσμες λύσεις που συνήθως δεν έχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα (Lakshman, Elks & Ong, 2012). Επιπλέον, η ποιότητα της ζωής τους είναι χαμηλή, ακριβώς επειδή εμφανίζουν, παρά το νεαρό της ηλικίας τους, έντονα σημάδια κόπωσης και αδιαθεσίας (Buttitta et al, 2014). Αυτό οδηγεί στην αύξηση του κινδύνου για μελλοντικά προβλήματα υγείας, με

αποτέλεσμα να ελλοχεύουν κίνδυνοι για την υγεία των παχύσαρκων παιδιών κατά την ενήλικη ζωή τους. Έτσι, η ποιότητα ζωής τους είναι μειωμένη και εντοπίζεται στο δίπτυχο των σωματικών και των ψυχολογικών συνεπειών (Buttitta et al, 2014).

Στον Πίνακα 1.12 ομαδοποιούνται και παρατίθενται οι σημαντικότερες συνέπειες της παιδικής παχυσαρκίας

Πίνακας 1.12: Συνέπειες παιδικής παχυσαρκίας

	<b>Συνέπειες παιδικής παχυσαρκίας</b>
<b>Καρδιαγγειακό Σύστημα</b>	Υπέρταση Αυξημένη τάση πήξης αίματος
<b>Ενδοκρινικό σύστημα</b>	Διαβήτης Τύπου 2 Διαταραχές περιόδου (Πολυκυστικές ωοθήκες, Πρώιμη έναρξη περιόδου)
<b>Μυοσκελετικό σύστημα</b>	Πόνος των ισχύων και των οστών
<b>Αναπνευστικό σύστημα</b>	Υπνική Άπνοια Μειωμένη αντοχή κατά την άσκηση Άσθμα
<b>Γαστρεντερικό σύστημα</b>	Πέτρες στην χολή Στεατοηπατίτιδα
<b>Νεφρικό σύστημα</b>	Σκλήρυνση σπειράματος
<b>Ψυχοκοινωνικές συνέπειες</b>	Υποτίμηση εαυτού Τάσεις απομόνωσης Διαταραχές Διατροφικής Συμπεριφοράς Άγχος Κατάθλιψη (Κυρίως στους εφήβους)
<b>Συνέπειες στην Ενήλικη Ζωή</b>	Ενήλικη παχυσαρκία Καρδιοπάθειες Διαβήτης
<b>Οικονομικές Συνέπειες</b>	Τα ιατρικά έξοδα πολλαπλασιάζονται λόγω της παχυσαρκίας

Πηγή: Διατροφή, Υγεία & Ευεξία, (2021); Gurnani et al, (2015).

Παράλληλα, πέραν της παχυσαρκίας, ένα άλλο πρόβλημα που σχετίζεται με την ανθυγιεινή διατροφή είναι η υποθρεψία στα παιδιά. Η σοβαρού βαθμού υποθρεψία κατά την παιδική ηλικία αναστέλλει τη φυσιολογική σωματική ανάπτυξη του παιδιού και οδηγεί σε εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματός του, καθιστώντας το πιο ευπαθές



σε λοιμώξεις (Κοντογιάννη, 2017). Επιπλέον, η έλλειψη βιταμινών, ιχνοστοιχείων, πρωτεϊνών, αλλά και λίπους, από το καθημερινό διαιτολόγιο του παιδιού μειώνει την πνευματική και γνωστική ανάπτυξη (Ματάλα & Γιαννακούλια, 2015). Έχει βρεθεί ότι ο μητρικός θηλασμός συμβάλλει στην αύξηση του δείκτη νοημοσύνης (IQ) στα παιδιά, αφού το μητρικό γάλα είναι πλούσιο σε θρεπτικά συστατικά υψηλής ποιότητας και βιοδιαθεσιμότητας (Tasnim, 2014). Συνεπώς, η υποθρεψία συσχετίζεται και με χαμηλή επίδοση στο σχολείο, χαμηλότερο IQ, προβλήματα συμπεριφοράς, φτωχότερη μνήμη και συναισθηματική αστάθεια (Blundenetal, 2011). Επίσης, η σοβαρή υποθρεψία τα πρώτα χρόνια της ζωής μπορεί να αποτελέσει μία από τις αιτίες του συνδρόμου ΔΕΠΥ (διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας) (Blunden et al, 2011).

Επιπλέον, η σιδηροπενική και η μεγαλοβλαστική αναιμία στα παιδιά συσχετίζονται συχνά με τις διατροφικές επιλογές. Η ελαττωμένη πρόσληψη σιδήρου, φυλλικού οξέος ή βιταμίνης B12 με το καθημερινό διαιτολόγιο των παιδιών μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση σιδηροπενικής ή μεγαλοβλαστικής αναιμίας αντίστοιχα (Naigamwalla, Webb & Giger, 2012). Το κόκκινο κρέας, το συκώτι, τα όσπρια και οι ξηροί καρποί είναι οι σπουδαιότερες πηγές σιδήρου. Η σιδηροπενική αναιμία αποτελεί συχνά δυσάρεστη πραγματικότητα σε παιδιά που προέρχονται από οικογένειες χαμηλού εισοδήματος ή οικογένειες με φτωχές διατροφικές επιλογές (Naigamwalla, Webb & Giger, 2012).

Επίσης, κάποιες τροφές πλούσιες σε σίδηρο, όπως είναι το κόκκινο κρέας και το συκώτι, δεν είναι πάντα αρεστές στα παιδιά (Κοντογιάννη, 2017). Η χαμηλή κατανάλωση φρέσκων φρούτων και λαχανικών από τα παιδιά και τους εφήβους είναι γεγονός και μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή πρόσληψη βιταμίνης C που είναι απαραίτητη για την καλή απορρόφηση του σιδήρου (Slavin & Lloyd, 2012). Εκτός από τα συμπτώματα της αναιμίας που είναι η εύκολη κόπωση, η αδυναμία και η ωχρότητα, η έλλειψη σιδήρου στον οργανισμό έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και πνευματική ανάπτυξη των παιδιών. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά με σιδηροπενία είναι συχνά ευερέθιστα και παρουσιάζουν μαθησιακά προβλήματα, διαταραχές μνήμης, συγκέντρωσης και συναισθηματική αστάθεια (Madan et al, 2011). Από την άλλη μεριά, η κύρια πηγή του φυλλικού οξέος είναι κυρίως τα φρούτα και λαχανικά, τα οποία ωστόσο δεν αρέσουν σε πολλά παιδιά (Slavin & Lloyd, 2012). Συνεπώς, η σωστή διατροφή όλων των παιδιών και εφήβων που θα περιλαμβάνει επαρκή πρόσληψη ενέργειας και όλων των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών είναι καίριας σημασίας για τη φυσιολογική σωματική και πνευματική ανάπτυξη των παιδιών (Allali et al, 2017).

Τέλος, όσον αφορά το σακχαρώδη διαβήτη στα παιδιά, υπάρχουν δύο τύποι σακχαρώδους διαβήτη, ο διαβήτης τύπου 1 και ο διαβήτης τύπου 2. Ο διαβήτης τύπου 1 εμφανίζεται σχεδόν αποκλειστικά σε παιδιά και εφήβους και οφείλεται σε αυτοάνοση καταστροφή των β παγκρεατικών κυττάρων, με αποτέλεσμα την απόλυτη ανεπάρκεια ινσουλίνης ή την πολύ ελαττωμένη έκκρισή της από το πάγκρεας. Ο διαβήτης τύπου 1 είναι σε μεγάλο ποσοστό γενετικά καθορισμένος και δεν φαίνεται να συσχετίζεται με την παχυσαρκία και τις διατροφικές συνήθειες. Πρόσφατα έχει αρχίσει να διερευνάται η πιθανότητα ύπαρξης σχέσης μεταξύ διατροφής και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (Craig et al, 2014).

Από την άλλη μεριά, ο διαβήτης τύπου 2 παρατηρείται συχνότερα σε παχύσαρκα και μεγαλύτερης ηλικίας άτομα. Στον τύπο αυτό υπάρχει διαταραχή στην έκκριση ινσουλίνης ή αντίσταση των ιστών στις δράσεις της ινσουλίνης. Τα τελευταία χρόνια ολοένα και αυξάνεται η επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στα παιδιά και τους εφήβους, λόγω της ανθυγιεινής διατροφής, της καθιστικής ζωής και της έλλειψης σωματικής δραστηριότητας που συχνά υιοθετούν οι σύγχρονοι νέοι, κυρίως όμως λόγω της παιδικής παχυσαρκίας. Τα συμπτώματα που παρατηρούνται και στους δυο τύπους διαβήτη είναι η πολουρία, η πολυδιψία και η απώλεια βάρους, ενώ στα παιδιά παρατηρείται συχνά εύκολη κόπωση και θόλωση της όρασης, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής των παιδιών (Xu & Verre, 2018). Έτσι, ο περιορισμός της υπερβολικής πρόσληψης τροφής στα παιδιά αποτελεί σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στην ομαλή μεταβολική λειτουργία τους (Cameron & Wherrett, 2015).

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι νόσος που μπορεί να εμφανίσει οξείες ή χρόνιες επιπλοκές. Οι κυριότερες οξείες επιπλοκές περιλαμβάνουν την υπογλυκαιμία, την υπεργλυκαιμία και τη διαβητική κετοξέωση. Η υπογλυκαιμία και η διαβητική κετοξέωση απαιτούν άμεση αναγνώριση και αντιμετώπιση, διότι εάν η θεραπεία καθυστερήσει, το παιδί ή ο έφηβος μπορεί να οδηγηθεί μέχρι και στο θάνατο. Οι χρόνιες επιπλοκές σχετίζονται κυρίως με την προσβολή των αγγείων από τη νόσο και παρατηρούνται σπανίως στην παιδική ή εφηβική ηλικία, καθώς αφορούν κυρίως μεσήλικες και ηλικιωμένους (Craig et al, 2014).

Κατά συνέπεια, μια ολοκληρωμένη διατροφική προσέγγιση που συνάδει με τις αρχές και τα οφέλη της μεσογειακής διατροφής μπορεί να συνδράμει καθοριστικά στην διασφάλιση της υγείας, της ποιότητας ζωής και της ευεξίας των παιδιών, ενθαρρύνοντας τα και στην κοινωνική τους ανάπτυξη (Raj & Kumar, 2010).

## Κεφάλαιο 2

### Αγωγή Υγείας

#### 2.1 Εννοιολογική προσέγγιση Διατροφικής Αγωγής

Η κατάκτηση της ευημερίας και η διατήρηση μιας καλής ποιότητας ζωής εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την επαρκή και κατάλληλη πρόσληψη θρεπτικών ουσιών, οι οποίες προέρχονται από τις τροφές που καταναλώνονται τακτικά. Προς την κατεύθυνση της εκπλήρωσης του παραπάνω στόχου, συνώνυμο της καλής υγείας οφείλει να αποτελέσει η κατίσχυση της υγιεινής διατροφής για το σύνολο των ανθρώπων μέσω της διατροφικής αγωγής. Για να γίνει εύκολα κατανοητό το μείζον ζήτημα της εγγραμματοσύνης στον τομέα της διατροφής, μέσω της αγωγής της υγείας, κρίνεται σκόπιμο να οριστεί η έννοια που την εμπεριέχει, που είναι η ίδια η υγεία. Πιο συγκεκριμένα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, σε μια προσπάθεια ανάλυσης της πολυπρισματικής αυτής έννοιας, δεν την περιορίζει στην απλή ερμηνεία της ως απουσία κάποιας ασθένειας αλλά την τοποθετεί ως έννοια - εφαλτήριο για την επίτευξη της ολοκληρωτικής φυσικής ευεξίας σε συνδυασμό με μια πλήρη κοινωνικο-νοητική ευημερία. Ο ορισμός της υγείας από τον ΠΟΥ, στην συντακτική πράξη ίδρυσής του, αναφέρει την υγεία ως *«Μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»* (WHO, 1948). Έτσι, πιο συνοπτικά, η αγωγή της υγείας μπορεί να θεωρηθεί ολιστικά ως το απότοκο της διαρκούς αλληλεπίδρασης του συνόλου των σωματικών και ψυχοκοινωνικών υπαρκτών όρων διαβίωσης (Χατζηνικόλα, 2021).

Από όλα τα παραπάνω προκύπτει αβίαστα το συμπέρασμα ότι η υγεία αποτελεί την κινητήριο δύναμη για το ζωτικό πρίσμα της ανθρώπινης ζωής και, λόγω της σπουδαιότητάς της, το βάρος της επίτευξής της, εναπόκειται στα ίδια τα κράτη, μέσω του σχεδιασμού του εθνικού δημοσίου συστήματος υγείας. Είναι εύκολα αντιληπτό ότι η δημόσια υγεία, ακριβώς επειδή περιλαμβάνει τη μέριμνα για το σύνολο των πολιτών, οφείλει να λειτουργεί τόσο προληπτικά όσο και θεραπευτικά, προκειμένου να δράσει ως προστατευτικός μανδύας για όλους. Έτσι, στις λειτουργικές αρμοδιότητες της δημόσιας υγείας εμπίπτει η ανάγκη για αποφυγή μεταδοτικών ασθενειών, το όραμα για επιμήκυνση του προσδόκιμου ορίου ζωής, της επίτευξης ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης και τέλος, της γενικότερης προαγωγής της κοινωνικής ζωής και ευημερίας των πολιτών μέσα

από την κατάκτηση των σημαντικότερων αρχών της σωματικής-ψυχικής υγείας τους (Φιλαλήθης κ.ά., 2020). Στο πλαίσιο όλων των ανωτέρω στόχων, όπως χαρακτηριστικά επεσήμανε ο Ιπποκράτης, *το προλαμβάνειν είναι καλύτερο του θεραπεύειν* (Porter et al, 2018).

Επομένως, το επίκεντρο της προσοχής στρέφεται στην λεγόμενη «προληπτική Ιατρική», που τριχοτομείται στην πρωτοβάθμια (προληπτικά μέτρα απεμπόλησης νοσηρών περιστατικών), δευτεροβάθμια (παρεμβατικός ρόλος μέσω της ανίχνευσης των συμπτωμάτων της νόσου) και τριτοβάθμια (κατασταλτικά μέτρα αφότου έχει εκδηλωθεί η νόσος (Τριχόπουλος κ.ά., 2000). Την ίδια στιγμή, αξίζει να επισημανθεί ότι στο πεδίο της διατροφικής αγωγής που αποτελεί το αντικείμενο της παρούσας εργασίας, η αγωγή υγείας, και πιο συγκεκριμένα η διατροφική αγωγή, σχετίζονται με την πρωτοβάθμια προληπτική αγωγή. Λαμβάνοντας υπόψη, λοιπόν, τα δεδομένα αυτά, είναι επιτακτική ανάγκη στοιχείο κάθε δημόσιου συστήματος υγείας να αποτελέσει η διαμόρφωση μιας πορείας κατάκτησης της εγγραμματοσύνης, για ζητήματα υγείας, προκειμένου μακροπρόθεσμα να προαχθεί η υγεία του συνόλου των πολιτών. Με άλλα λόγια, στόχος της αγωγής υγείας είναι τα άτομα μέσω της εκπαίδευσης πάνω σε θέματα υγείας να μπορέσουν να έχουν τον πρωταρχικά ενεργητικό ρόλο για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την σωματική και ψυχολογική τους διάπλαση (Χατζηνικόλα, 2021).

Παράλληλα, η διατροφική αγωγή που συνιστά τον επιμέρους άξονα της αγωγής υγείας που αποτελεί αντικείμενο της παρούσας διπλωματικής, διαμορφώνεται μέσω της σχεδίασης ενός κατάλληλου εκπαιδευτικού μοντέλου, που ασχολείται με ζητήματα διατροφής και διαμόρφωσης υγιών διαιτητικών συμπεριφορών, με απώτερο σκοπό της την άμβλυνση της παχυσαρκίας και άλλων ασθενειών που σχετίζονται με τη διατροφή. Έτσι, εμπερικλείοντας τον κομβικό ρόλο του κράτους στην επίτευξη του ανωτέρου στόχου, είναι αναγκαίο να ληφθούν μέτρα, προκειμένου η κρατούσα διατροφική πολιτική να εναρμονίζεται με τις υπαρκτές διατροφικές ανάγκες του πληθυσμού και ταυτόχρονα να επιβεβαιώνει την επίτευξη της σωματικής και ψυχικής ευεξίας με βάση τις υποδεικνυόμενες από τα επιστημονικά πορίσματα πρακτικές για την εξασφάλιση της υγείας (Φιλαλήθης κ.ά., 2020). Κατά συνέπεια, έχοντας μια εμπειριστατωμένη οπτική για τις βασικές, ακροθιγώς οριζόμενες, έννοιες που άπτονται της διατροφικής αγωγής, διευκολύνεται η εξέταση της μείζονος προβληματικής αναφορικά με την υλοποίηση αυτής στο πλαίσιο του σύγχρονου ελληνικού σχολείου (Φρούντα, 2014).

## 2.2 Η Διατροφική Αγωγή στο σύγχρονο σχολείο και η μεθοδολογία της

Η σημερινή εποχή, αν και εμφανίζει σημαντική πρόοδο στις θετικές επιστήμες και στις επιστήμες υγείας, ταυτόχρονα χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά σοβαρών διατροφο-εξαρτώμενων νοσημάτων, στοιχείο που διευρύνει την ανησυχία της επιστημονικής κοινότητας (Geissler & Powers, 2017). Ασθένειες, όπως οι καρδιοπάθειες, ο διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση είναι μερικά μόνο από τα παραδείγματα νοσημάτων, των οποίων τα αίτια μπορούν να ανιχνευθούν στις συμπεριφορές και τις συνήθειες που τα άτομα διαμορφώνουν κατά τα παιδικά και εν συνεχεία, εφηβικά χρόνια. Η πρόωμη αυτή ηλικιακή περίοδος συνιστά τα κύρια διαμορφωτικά στάδια για τις επιθυμητές ή ανεπιθύμητες στάσεις για τη διατροφή και την υγεία (Χατζηνικόλα, 2021). Με γνώμονα την παραπάνω θέση, και στο πλαίσιο της κρατικά οργανωμένης Διατροφικής Πολιτικής, τα παιδιά είναι απαραίτητο να εκπαιδευτούν στις κύριες αρχές της υγιεινής διατροφής, καθώς μέσω της κατανόησης των επιστημονικών δεδομένων και της αξιοποίησης αυτών των πληροφοριών, είναι σε θέση από τη μια να τις εντάξουν στο καθημερινό διαιτολόγιό τους, και από την άλλη να αποφύγουν διατροφο-εξαρτώμενες παθολογίες. Για να γίνει κατανοητή η σπουδαιότητα της διατροφικής εκπαίδευσης των νέων, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ένας ενδεικτικός κατάλογος των νοσημάτων που σχετίζονται με τις διατροφικές συνήθειες, τα οποία μπορούν να συνοψισθούν ακροθιγώς σε πρωτογενή νοσήματα, που προκαλούνται από την έλλειψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων, όπως είναι ενδεικτικά η σιδηροπενική αναιμία, σε χρόνια νοσήματα, όπως η υπερλιπιδαιμία, μεταδιδόμενα νοσήματα που σχετίζονται με κακές συνθήκες υγιεινής, όπως η σαλμονέλλωση (Hayes et al, 2018).

Στον παρακάτω πίνακα παρατίθεται σχηματικά μία λίστα με τα σημαντικότερα διατροφο-εξαρτώμενα νοσήματα:

Πίνακας 2.1: Διατροφο-εξαρτώμενα νοσήματα

- Υπερλιπιδαιμία (Αύξηση της χοληστερόλης στο αίμα)
- Σακχαρώδης Διαβήτης
- Καρδιαγγειακά νοσήματα
- Παχυσαρκία
- Δυσκοιλιότητα
- Αναιμία - Σιδηροπενία
- Υπερουριχαιμία (αυξημένο ουρικό οξύ)
- Αρτηριακή Υπέρταση
- Οστεοπόρωση
- Στεφανιαία καρδιακή νόσος
- Κίρρωση Ήπατος
- Μορφές Καρκίνου

Πηγή : Geissler&Powers, (2017).

Αξίζει, με άλλα λόγια, να αναφερθεί ότι η εκπαίδευση στην υγιεινή διατροφή πρέπει να αποτελέσει τμήμα του εκπαιδευτικού μοντέλου κάθε σύγχρονου κράτους. Η επίτευξη των στόχων αυτών μπορεί να γίνει στο πλαίσιο του σχολικού περιβάλλοντος, όπου τα παιδιά εκπαιδεύονται για το σύνολο της ανάπτυξής τους. Κατ'επέκταση, η υλοποίηση παρεμβάσεων διατροφικής Αγωγής στο σχολείο δικαιολογείται και από το γεγονός ότι αυτό, ως φορέας αγωγής και κοινωνικοποίησης με ένα σημαντικό μαθητικό ακροατήριο, επιδρά γόνιμα στην προσωπική και κοινωνική διαπαιδαγώγηση των νέων, επιμορφώνοντάς τους σε θέματα σωματικής και ψυχικής ευεξίας (Nelson & Breda, 2013). Παράλληλα, ακριβώς επειδή τα παιδιά περνούν ένα μεγάλο μέρος των παραγωγικών ωρών τους στις σχολικές μονάδες, με συνέπεια -σημαντικό ποσοστό των γευμάτων τους να καταναλώνεται μακριά από το τους γονείς, κρίνεται επιτακτικό οι δραστηριότητες διατροφικής αγωγής να λαμβάνουν χώρα στο σχολικό πλαίσιο, προκειμένου να υιοθετηθούν υγιεινές διαιτητικές συμπεριφορές με επίκεντρο την υγεία όλων. Η προώθηση, εν συνεχεία, των κανόνων της υγιεινής διατροφής μπορεί να υλοποιηθεί μέσω συντονισμένων υπηρεσιών υγείας στον σχολικό περίγυρο, σε συνεργασία με την τοπική κοινότητα, αλλά και μέσω της ενίσχυσης των ατομικών δεξιοτήτων υγείας των ιδίων των παιδιών (De Bourdeaudhuij et al, 2011).

Μία ακόμα σημαντική παράμετρος που πρέπει να εξετασθεί είναι πώς τα κυλικεία που προμηθεύουν τρόφιμα στα παιδιά κατά τη διάρκεια των διαλειμμάτων μπορούν να

συμβάλλουν έμπρακτα στην εφαρμογή των θεμάτων της διατροφικής αγωγής στο σχολείο. Η μεσογειακή διατροφή οφείλει να αποτελεί μέρος των διατροφικών επιλογών των παιδιών. Σε θεωρητικό επίπεδο τα παιδιά μπορούν να διδαχθούν τις βασικές αρχές της, μέσα από το αναλυτικό σχολικό πρόγραμμα. Ωστόσο, σε πρακτικό επίπεδο, η καθημερινή διατροφή τους πρέπει να ρυθμιστεί από τους ίδιους τους γονείς από τη μία, όσο εκείνα βρίσκονται και καταναλώνουν γεύματα στο σπίτι, όσο και νομοθετικά, όταν εκείνα αγοράζουν προϊόντα έξω από αυτό, όπως συμβαίνει στα σχολικά κυλικεία. Τα παιδιά οφείλουν να καταναλώνουν στα βασικά τους γεύματα τροφές που είναι σε θέση να τους εξασφαλίσουν μια δραστήρια καθημερινότητα, χωρίς το αίσθημα της πείνας και της ελλιπούς κατανάλωσης ενέργειας και θρεπτικών συστατικών. Έτσι, πρέπει καθημερινά να υπάρχουν στο διαιτολόγιο των παιδιών φρούτα, ωμά, με τη μορφή χυμού ή πολτοποιημένης κομπόστας, αλλά και η διαρκής και εμφανής παρουσία λαχανικών στην πλειοψηφία των γευμάτων (Ε.Δ.Ο., 2014).

Σύμφωνα με την υιοθέτηση της μεσογειακής διατροφής, όπως αναλύθηκε ανωτέρω, φαίνεται να είναι και η υπουργική απόφαση, Υ1γ/Γ.Π/οικ 81025/2013 - ΦΕΚ 2135/Β/29-8-2013, όπου επισημαίνονται οι κανόνες που πρέπει να ακολουθούν τα σχολικά κυλικεία. Πιο συγκεκριμένα, κρίνεται αναγκαίο τα δημόσια και τα ιδιωτικά σχολεία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης να διαθέτουν πληθώρα υγιεινών επιλογών που προσφέρουν στα κυλικεία τους. Έτσι, στην υπουργική απόφαση αναφέρεται ότι τα φρούτα που πωλούνται σε αυτά, οφείλουν να πρωτοστατούν και να υπάρχουν είτε ωμά και καλά καθαρισμένα είτε αποξηραμένα (χωρίς πρόσθετη ζάχαρη) είτε ως φρουτοσαλάτα είτε με τη μορφή φυσικού χυμού. Τα λαχανικά, επίσης, πρέπει να υπάρχουν ως διατροφική επιλογή των παιδιών, και να καταναλώνονται ως φρέσκια σαλάτα, χωρίς επιπλέον προσθήκη αλατιού, αλλά μόνο ελαιόλαδου ή λεμονιού είτε ως χυμού μαζί με φρούτα (Υ1γ/Γ.Π/οικ 81025/2013 - ΦΕΚ 2135/Β/29-8-2013).

Όσον αφορά στα γαλακτοκομικά προϊόντα, μπορούν να διατίθενται προς πώληση γάλα παστεριωμένο, σοκολατούχο με χαμηλά λιπαρά ή γιαούρτι σε ατομικές συσκευασίες, χωρίς επιπρόσθετη ζάχαρη. Απαγορεύεται, ωστόσο ρητά, η ύπαρξη ροφημάτων τα οποία δεν ακολουθούν τους παραπάνω κανόνες πχ με τη μορφή έτοιμης σκόνης και αραίωσης σε γαλακτοκομικό παρασκεύασμα.

Παράλληλα, για τα αρτοπαρασκευάσματα, επιτρέπονται τα κουλούρια, τα κριτσίνια, τα κράκερ και οι φρυγανιές είτε ολικής αλέσεως είτε λευκές, ενώ επιπλέον μπορούν να πωλούνται μπάρες δημητριακών, μουστοκούλουρα, σταφιδόψωμα, διάφορα είδη πιτών

(τυρόπιτα, σπανακόπιτα) με βασική προϋπόθεση η ζύμη να μην είναι σφολιάτα, αλλά να παρασκευάζεται με ελαιόλαδο (Υ1γ/Γ.Π/οικ 81025/2013 - ΦΕΚ 2135/Β/29-8-2013).

Πιο συγκεκριμένα, στο άρθρο 9 της Υπουργικής Απόφασης για τα «Επιτρεπόμενα προς πώληση προϊόντα στα σχολικά κυλικεία – καντίνες» τα «ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ: Γάλα τυποποιημένο, παστεριωμένο σε ατομική συσκευασία έως 500ml πλήρες και ημιαποβουτυρωμένο (1,5%-1,8% λιπαρά). Σοκολατούχο γάλα με χαμηλά λιπαρά (max.1,8%) σε συσκευασία έως 250ml. Γιαούρτι τυποποιημένο (έως 5% λιπαρά) χωρίς πρόσθετα σάκχαρα σε ατομική μερίδα έως 200 γραμμάρια. Ροφήματα από συνδυασμούς φρέσκου γάλακτος και φρέσκων φρούτων που θα παρασκευάζονται στο κυλικείο. Δεν επιτρέπεται η προσθήκη ζάχαρης. Απαγορεύεται η διάθεση άλλων τυποποιημένων αναλόγων ροφημάτων καθώς και η χρήση έτοιμης σκόνης για την παρασκευή τους. Τυριά πολύ σκληρά, σκληρά, ημίσκληρα, μαλακά τυριά. Συστήνονται τυριά παραδοσιακά και ελληνικά Προστατευόμενης Ονομασίας Προέλευσης. Εξαιρούνται τα ανακατεργασμένα τυριά ή τηγμένα τυριά και ανακατεργασμένα τυριά με αλειφώδη υφή» (Υ1γ/Γ.Π/οικ 81025/2013 - ΦΕΚ 2135/Β/29-8-2013).

Για τα «ΑΠΛΑ ΑΡΤΟΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ Ή ΑΡΤΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ: Κουλούρι σησαμένιο ολικής άλεσης πλούσιο σε φυτικές ίνες ή λευκό. Κριτσίνια ολικής άλεσης πλούσια σε φυτικές ίνες ή λευκά, σε ατομική συσκευασία έως 50γρ. Φρυγανιές ολικής άλεσης πλούσιες σε φυτικές ίνες ή λευκές, σε ατομική συσκευασία έως 50γρ. Κράκερς ολικής άλεσης πλούσια σε φυτικές ίνες ή λευκά, σε ατομική συσκευασία έως 50γρ

Τα παραπάνω απλά αρτοπαρασκευάσματα πρέπει να πληρούν τις ακόλουθες προδιαγραφές: Κορεσμένα λιπαρά έως 3%, τρανς λιπαρά έως 0,1 %, Νάτριο έως 0,5%. Για τα ΔΙΑΦΟΡΑ ΑΡΤΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ: Μουστοκούλουρα σε ατομική μερίδα έως 60γρ., Σταφιδόψωμο σε ατομική μερίδα έως 60γρ., Μπάρα δημητριακών ολικής άλεσης σε ατομική μερίδα έως 40γρ, η οποία να πληρεί τις ακόλουθες προδιαγραφές: Κορεσμένα λιπαρά έως 3% Τράνς λιπαρά έως 0,1% Νάτριο έως 0,5%.

Επιτρέπεται η διάθεση τυρόπιτας-πίτας λαχανικών σε ατομικές μερίδες των 120 γρ. και με συγκεκριμένες προδιαγραφές: Α) Η λιπαρή ύλη για τη ζύμη-φύλλο πρέπει να είναι αποκλειστικά ελαιόλαδο. Δεν επιτρέπεται η χρήση ζύμης σφολιάτας Β) Το τυρί που θα χρησιμοποιείται στις τυρόπιτες θα πρέπει να αποτελεί τουλάχιστον το 40% του συνολικού βάρους. Συστήνονται τυριά παραδοσιακά και ελληνικά Προστατευόμενης Ονομασίας Προέλευσης. Απαγορεύεται η χρήση τετηγμένων τυριών. • Πίτσα με τις παρακάτω προδιαγραφές: Για τη βάση τα επιτρεπόμενα υλικά είναι αλεύρι, αβγό, γιαούρτι, αλάτι και μρωδικά βότανα. Απαγορεύεται η χρήση ενισχυτικών γεύσης όπως το γλουταμινικό



μονονάτριο. Για τη γέμιση τα επιτρεπόμενα προϊόντα είναι τυρί, τομάτα, πιπεριές, μανιτάρια, κρεμμύδι, καλαμπόκι. Δεν επιτρέπεται η χρήση σάλτσας και αλλαντικών. Τα σάντουιτς/τοστ μπορούν να παρασκευάζονται με συνδυασμούς των τροφίμων των επόμενων παραγράφων. Μπορούν να είναι τυποποιημένα ή να παρασκευάζονται στο χώρο του κυλικείου-καντίνας αυθημερόν. Επιτρέπεται η χρήση όλων των ειδών ψωμιού, ολικής άλεσης πλούσιο σε φυτικές ίνες ή λευκό όπως ψωμάκι ατομικό, ψωμί για τοστ, μπαγκέτα, ελληνική πίτα, αραβική πίτα, σησαμένιο κουλούρι. Συστήνεται το ψωμί ολικής άλεσης. Δεν επιτρέπεται το μπριος, το κρουασάν η το πιροσκι. Η ελληνική πίτα δεν πρέπει να περιέχει γλυκουρονικό νάτριο» (Υ1γ/Γ.Π/οικ 81025/2013 - ΦΕΚ 2135/Β/29-8-2013).

Από την άλλη πλευρά, «Δεν επιτρέπεται η χρήση άλλων αλλαντικών, εκτός από βραστή γαλοπούλα με τις παρακάτω προδιαγραφές: α) Κορεσμένα λιπαρά έως 1 % β) Νάτριο έως 1 %, Λαχανικά όλων των ειδών, Ελιές χωρίς το κουκούτσι και πάστα ελιάς, Αβγό καλά βρασμένο, από λιπαρές ύλες επιτρέπεται μόνο η προσθήκη ελαιολάδου». (Υ1γ/Γ.Π/οικ 81025/2013 - ΦΕΚ 2135/Β/29-8-2013).

Για τα «ΓΛΥΚΙΣΜΑΤΑ Κρέμα και ρυζόγαλο σε ατομικές μερίδες των 150γρ. (με περιεκτικότητα σε λίπος γάλακτος έως 4%), Χαλβάς σε ατομική μερίδα έως 50 γρ., Παστέλι σε ατομική μερίδα έως 50γρ., Μέλι σε ατομική μερίδα, Σοκολάτα υγείας και γάλακτος σε ατομική μερίδα έως 30γρ., Δεν επιτρέπεται η διάθεση τσιχλών και καραμελών» (Υ1γ/Γ.Π/οικ 81025/2013 - ΦΕΚ 2135/Β/29-8-2013).

Οι ΞΗΡΟΙ ΚΑΡΠΟΙ: «Στα κυλικεία των σχολείων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης επιτρέπονται οι ξηροί καρποί όλων των ειδών χωρίς προσθήκη αλατιού ή ζάχαρης σε ατομική συσκευασία έως 50γρ. Δεν επιτρέπονται οι τηγανισμένοι ξηροί καρποί»(Υ1γ/Γ.Π/οικ 81025/2013 - ΦΕΚ 2135/Β/29-8-2013).

Επιπρόσθετα, οι επιλογές και οι ανάγκες των παιδιών καλύπτονται και με κρύα σάντουιτς- τοστ, μόνο με βραστή γαλοπούλα, ελαιόλαδο και κίτρινα και λευκά τυριά. Επιτρέπεται και η πώληση γλυκών σάντουιτς, με γέμιση μέλι ή ταχίνι. Σε ατομικές μερίδες δίνεται η δυνατότητα να πωλούνται γλυκίσματα, όπως το παστέλι, η σοκολάτα (υγείας ή γάλακτος), ο χαλβάς, το ρυζόγαλο και το μέλι, αλλά και κάθε είδος ξηρών καρπών χωρίς προσθήκη αλατιού ή ζάχαρης για όλες τις ηλικίες. Τέλος, επιτρέπεται να αγοράζεται από τα παιδιά από το κυλικείο εμφιαλωμένο νερό και κάποιας μορφής τσάι για όλες τις ηλικίες, ενώ απαγορεύονται τα αναψυκτικά και ο καφές για εκείνα (Υ1γ/Γ.Π/οικ 81025/2013 - ΦΕΚ 2135/Β/29-8-2013).

Ταυτόχρονα με τις δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διατροφή, τα παιδιά, στο πλαίσιο των σχολικών μαθημάτων, μπορούν να επιμορφωθούν σε ζητήματα διατροφής,

ώστε να είναι σε θέση να προσλαμβάνουν έγκυρες πληροφορίες για αυτά και να λαμβάνουν σωστότερες αποφάσεις. Σύμφωνα με τις σύγχρονες εκπαιδευτικές μεθόδους, αυτή η διαδικασία της κατάκτησης εμπειριστατωμένων γνώσεων είναι ευκταία, μέσω βιωματικών και ομαδο-συνεργατικών δραστηριοτήτων με γνώμονα την μαθητοκεντρική διδασκαλία (Nelson & Breda, 2013).

Πιο συγκεκριμένα, τα θέματα Αγωγής της Υγείας, αξιοποιώντας την αρχή της βιωματικότητας και έναν περισσότερο εμπειρικό-πρακτικό προσανατολισμό είναι δυνατόν να τοποθετήσουν ως επίκεντρο τον μαθητή, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις μεθόδους ενεργοποίησής του, προκειμένου να κατακτήσει γνώσεις και θετικά παραδείγματα για την ενίσχυση της διατροφικής του συνείδησης (Μανιός, 2007). Το εκπαιδευτικό υλικό παρουσιάζεται στους μαθητές μέσα από πλήθος δραστηριοτήτων, όπως είναι η μελέτη βιβλιογραφικών αναφορών σχετικά με την διατροφή, οι συζητήσεις και συνεντεύξεις από ειδικούς στο κρινόμενο ζήτημα, αλλά και η οργάνωση σχολικών ημερίδων με συζήτηση στη συνέχεια των εξαγομένων πορισμάτων (De Bourdeaudhuij et al, 2011).

Έτσι, τα παιδιά μπορούν να συλλέξουν τις αναγκαίες πληροφορίες για τα οφέλη της υγιεινής διατροφής και τις αρνητικές συνέπειες της υιοθέτησης ανθυγιεινών διατροφικών συμπεριφορών και εν τέλει έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν συνειδητά ποιες διατροφικές συνήθειες αξίζει να επιδοκιμάσουν και ποιες να απορρίψουν.

### **2.3 Η προσέγγιση θεμάτων διατροφής στα Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών**

Στη χώρα μας το σχολικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα μέχρι πρόσφατα δεν περιλάμβανε αυτοτελές μάθημα διατροφικής αγωγής, παρά τα διατροφο-εξαρτώμενα προβλήματα υγείας που καταγράφονται στον ελληνικό πληθυσμό και την πληθώρα των θετικών αποτελεσμάτων που θα μπορούσαν να προκύψουν (Geissler & Powers, 2017). Μόλις πριν από μια δεκαετία, το 2011, έγινε προσθήκη αυτού στο σχέδιο προγράμματος των ολοήμερων Δημοτικών Σχολείων. Έτσι, στο πλαίσιο του ευρύτερου μαθήματος της Ευέλικτης Ζώνης το μάθημα δηλαδή που επικεντρώνεται στις βιωματικές και συλλογικές δράσεις με γνώμονα την πνευματική ανάταση των μαθητών(το οποίο από 26/09/2021 αντικαταστάθηκε με το Εργαστήριο Δεξιοτήτων), εντάχθηκαν στο Ενιαίο Αναμορφωμένο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα (Ε.Α.Ε.Π.) διαθεματικά ζητήματα διατροφικής αγωγής και

γενικότερα αγωγής της υγείας (Φ.12/520/61575/Γ1/ΦΕΚ1327/τ. Β/16-06-2011) (Μανιός, 2007).

Έτσι, αρχικά βρέθηκε μια διδακτική ώρα από το πρόγραμμα της Πρώτης και της Δευτέρας τάξης του εξαταξίου δημοτικού σχολείου, για να αφιερωθεί σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες αναφορικά με την υγεία και τις διατροφικές προσεγγίσεις. Την ίδια στιγμή, όπως τονίστηκε και ανωτέρω, η αγωγή υγείας δεν περιορίζεται μόνο στην διατροφή, αλλά και στην γενικότερη καλλιέργεια της κοινωνικής συνείδησης των παιδιών, ένας στόχος που εντάχθηκε στον εκπαιδευτικό προσανατολισμό της Τρίτης δημοτικού με το μάθημα της κυκλοφοριακή αγωγής. Εκτός από τον προαναφερθέντα σχεδιασμό, ορισμένα μαθήματα του ωρολογίου προγράμματος εμμέσως ασχολούνται με ζητήματα διατροφής, όπως αυτό φαίνεται στα βιβλία Μελέτης του Περιβάλλοντος στις τέσσερις πρώτες τάξεις του δημοτικού, στο τεύχος Ερευνώ το φυσικό κόσμο της Πέμπτης και της Έκτης τάξης, αλλά και στο βιβλίο της Γλώσσας και των Μαθηματικών (Στάπα-Μουρτζίνη, 2010).

Από τα παραπάνω γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η διατροφή αποτελεί ένα αντικείμενο με πολλαπλές διεπιστημονικές προεκτάσεις. Για την εκπλήρωση των στόχων της σχετικής εκπαίδευσης απαιτείται η διεπιστημονική προσέγγισή του. Λόγω της παρούσας παραδοχής, και με αφορμή το όραμα του Διαθεματικού Ενιαίου Πλαισίου Προγραμμάτων Σπουδών (Δ.Ε.Π.Π.Σ.), επιχειρήθηκε μια ολιστική προσέγγιση του ζητήματος στα αναλυτικά σχολικά προγράμματα σπουδών (Α.Π.Σ.), χωρίς να γίνεται κατανομή σε υποσύνολα διδακτικής ύλης σε συγκεκριμένα μαθήματα και υπήρξε επικέντρωση στην αναγνώριση της σημασίας και στη μετάδοση των διατροφικών γνώσεων ως σύνολο, μια τακτική που ακολουθήθηκε και στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση σε πλήθος μαθημάτων και εκπαιδευτικών καινοτομιών (Στάπα-Μουρτζίνη, 2010).

Δεν πρέπει τέλος να παραβλεφθεί η μεθοδολογία κατάκτησης του γνωστικού αντικειμένου της διατροφής και στο πλαίσιο του μαθήματος της φυσικής αγωγής σε κάθε εκπαιδευτική βαθμίδα. Παρόλο που δεν γίνεται άμεση αναφορά στο ζήτημα της κατανάλωσης των τροφών, το βάρος της προσοχής επικεντρώνεται στην εξίσου σημαντική έννοια της σωματικής δραστηριότητας. Οι αρχαίοι Έλληνες, αντιλαμβάνονταν την σπουδαιότητα αυτής τοποθετώντας την σε ισάξια κλίμακα με την πνευματική καλλιέργεια («*νους υγιής εν σώματι υγιεί*»). Σε παρόμοια προσέγγιση, στη σημερινή εποχή το μάθημα της Φυσικής Αγωγής λειτουργεί ως παράγοντας εκκίνησης και προαγωγής της ανάπτυξης των κινητικών δεξιοτήτων, μέσα από τη συμμετοχή σε αθλοπαιδιές, συμβάλλοντας

καθοριστικά στην διαμόρφωση μιας γενικότερα θετικής αντίληψης σχετικά με την άσκηση και την αξία της για την σωματική ευεξία. Κατά συνέπεια, με την προσθήκη πιο εντατικής φυσικής δραστηριότητας στα σχολικά ωρολόγια προγράμματα, τα παιδιά είναι σε θέση να αναπτυχθούν σωματικά, να δραστηριοποιηθούν ενεργητικά και να βελτιώσουν την φυσική κατάστασή τους, ενδυναμώνοντας τους μύες και την αντοχή τους (ΑΠΣ Αγωγής Υγείας, χ.χ.).

Με αυτόν τον τρόπο, λοιπόν, η διατροφή γίνεται αναπόσπαστο τμήμα της σχολικής ενταξιακής δομής, εκπαιδύοντας τους νέους πάνω σε ζητήματα διατροφής και συστηματικής φυσικής δραστηριότητας, και στοχεύοντας στη μείωση προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με τις διατροφικές συμπεριφορές των μαθητών.

## **2.4 Τα σχολικά προγράμματα Διατροφικής Αγωγής ως μέσο πρόληψης της παχυσαρκίας**

Αναλύοντας το ζήτημα της Διατροφικής Αγωγής, θα ήταν παράλειψη να μην αναλυθεί το ζήτημα της παιδικής παχυσαρκίας που ταλανίζει σε επιδημιολογική κλίμακα τον παγκόσμιο πληθυσμό, με τους επιστήμονες να κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου στα κράτη για την ανάγκη καθιέρωσης συντονισμένης Διατροφικής εκπαίδευσης (Μανιός, 2007).

Η παρέμβαση αυτή του κρατικού μηχανισμού κρίνεται επιτακτική, δεδομένου ότι τα νοσήματα που βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με την παχυσαρκία, και ειδικότερα την παιδική παχυσαρκία, είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά, με ανυπολόγιστες υγειονομικές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες. Η κρισιμότητα του ζητήματος αναδεικνύεται και από το γεγονός ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), με δήλωσή του το 2006, επεσήμανε ότι η παχυσαρκία θα συνεχίσει να πιέζει τα εθνικά συστήματα υγείας, υπερτονίζοντας την αναγκαιότητα σχεδιασμού και ενιαίας εφαρμογής μιας πολιτικής δράσης διεθνούς βεληνεκούς (Μανιός, 2007).

Σε συνεργασία με τον Π.Ο.Υ, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο εξέδωσε κατευθυντήριες οδηγίες προς τα κράτη-μέλη, προκειμένου να τα ενθαρρύνει να συμπεριλάβουν στον σχεδιασμό των εκπαιδευτικών συστημάτων τους δράσεις αναφορικά με την υγεία, αναφέροντας πρώτιστα ότι η σχολική κοινότητα μπορεί να θεωρηθεί ως το πλέον κατάλληλο περιβάλλον για την εφαρμογή των διδαχών των προγραμμάτων της Διατροφικής Αγωγής και συνολικά της προαγωγής της Υγείας (Μανιός, 2007).

Ταυτόχρονα, η αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρκίας δεν μπορεί να γίνει με μοναδικό σύμμαχο το σχολείο. Η ενημέρωση των γονέων αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ανατροπής του αντίκτυπου της συγκεκριμένης παθολογίας, μέσω της επιμόρφωσής τους στο εν λόγω ζήτημα, για την ασφάλεια των παιδιών τους, προτρέποντας τους να προτιμούν τις υγιεινές διατροφικές επιλογές. Τέλος, από μεριάς της πρωτοβουλίας του ίδιου του κρατικού μηχανισμού, οφείλει να υπάρξει μέριμνα στο σχέδιο οικοδόμησης των αστικών κέντρων, ώστε να υπάρχει αρκετός χώρος για την κατασκευή του κατάλληλου περιβάλλοντος σε κάθε γειτονιά για αθλητικές δραστηριότητες (Van Cauwenberghe et al, 2010).

Κατά συνέπεια, η ενθάρρυνση της στροφής προς έναν πιο υγιεινό τρόπο διατροφής μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στη μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης προβλημάτων υγείας για τα οποία ενοχοποιείται η παχυσαρκία ως αποτέλεσμα των διατροφικών συμπεριφορών των πολιτών (Μανιός, 2007).

Για να είναι συνεπής η βιβλιογραφική θεώρηση του ζητήματος της διατροφικής αγωγής στον σχολικό προγραμματισμό, κρίθηκε σκόπιμο να γίνει στη συνέχεια αναφορά διαφόρων δράσεων ένταξης της στα σχολεία, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε παγκόσμια κλίμακα.

## **2.5 Ανασκόπηση παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής ανά τον κόσμο**

Στις Ηνωμένες πολιτείες της Αμερικής βρήκε εφαρμογή για πρώτη φορά το μοντέλο ενσωμάτωσης των διδαχών της διατροφικής αγωγής, όπου μεγάλο εγχείρημα θεωρείται το υλοποιημένο πρόγραμμα «Nutrition Education and Training Program» (NETP), το 1977, του οποίου οργανωτικός φορέας υπήρξε το Υπουργείο Γεωργίας. Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πειραματικά και σε άλλες χώρες, για να είναι πιο ποιοτικά και έγκυρα τα πορίσματά του (Pierre & Rezmovic, 1982). Βασικό στόχο του αποτελούσε η διδασκαλία σχετικών θεμάτων στις πρώτες τάξεις του Δημοτικού, με έμφαση στη σημασία της ισορροπημένης διατροφής για την υγεία του ατόμου. Για την υλοποίηση του στόχου, η διδασκαλία πραγματοποιήθηκε άμεσα, στο πλαίσιο της σχολικής αίθουσας, αλλά και έμμεσα κατά τη διάρκεια του γεύματος στο σχολικό εστιατόριο. Έχοντας συλλέξει αρκετό επιστημονικό υλικό για να είναι εμπειρισταωμένες οι θέσεις των ερευνητών, έπειτα από 2 χρόνια εμπειρικής παρατήρησης, από τη μία σημειώθηκε σημαντική βελτίωση των θεωρητικών γνώσεων των μαθητών, αναφορικά με την υγεία, ενώ από την άλλη δεν

υπήρξε κάποια βαρυσήμαντη τροποποίηση στις διατροφικές συνήθειες τους (Pierre et al, 1981). Αντίστοιχη επίτευξη των στόχων του σχετικά με την θεωρητική εκπαίδευση των παιδιών στο ζήτημα της διατροφής, πέτυχε και το πρόγραμμα «Nutritioninthe Changing World», του πανεπιστημίου της Πενσυλβάνια, που ως εργαλεία για την ευαισθητοποίησή τους, χρησιμοποίησε αφίσες με προωθητικά μηνύματα, χειροτεχνίες και ενίσχυση της διάδρασης, τόσο στην τάξη όσο και στο χώρο της σχολικής εστίασης (Meiklejohn et al, 2016).

Μετά τη δεκαετία του 1970, στις ΗΠΑ, στην Κοινοπολιτεία του Καναδά και στην Αυστραλία, το βάρος της προσοχής επικεντρώθηκε στην βελτιστοποίηση και την ένταξη της αγωγής υγείας στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής. Έτσι, στον Καναδά, στο πλαίσιο του προγράμματος «The Trois Rivières Study», προτάθηκε η αύξηση των ωρών που διδάσκεται το εν λόγω μάθημα στο σχολείο (Larouche et al, 2015). Η τετραετής εφαρμογή του προγράμματος έδειξε πως οι μαθητές που συμμετείχαν στην παρέμβαση είχαν καλύτερη αντοχή στην αερόβια καρδιοαναπνευστική άσκηση, όπως και αύξηση της μυϊκής μάζας (Larouche et al, 2012).

Τέλος, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, και ειδικότερα στα σχολεία της Σκωτίας, διαμορφώθηκε το μοντέλο ενασχόλησης με τη φυσική αγωγή, που ονομάστηκε «Developing at al concept of Physical Education». Απευθυνόταν σε παιδιά ηλικίας μεταξύ 9 και 11 ετών, και περιλάμβανε αύξηση του χρόνου φυσικής δραστηριότητας των παιδιών, επιφέροντας σημαντική βελτίωση των αθλητικών ενδιαφερόντων και δεξιοτήτων των εμπλεκόμενων παιδιών, τα οποία ταυτόχρονα, απέκτησαν μεγαλύτερη μυϊκή δύναμη, καλύτερη ισορροπία και βελτιωμένη ταχύτητα (Van Cauwenberghe et al, 2010).

Τέλος, το πρόγραμμα «Helena Study», αφορά μία προσπάθεια πολυεπίπεδης παρέμβασης που επικεντρώνεται στις πτυχές της διατροφικής πρόσληψης, των γνώσεων και των συμπεριφορών των Ευρωπαίων εφήβων σχετικά με τη διατροφική αγωγή. Επίσης, το πρόγραμμα επικεντρώθηκε στις επιλογές και τις προτιμήσεις φαγητού και την σύσταση του σώματος, την πρόσληψη των βιταμινών και την φυσική δραστηριότητα και φυσική κατάσταση των εφήβων (Ortega et al, 2011). Παράλληλα, ένα σημαντικό στοιχείο είναι και ο έλεγχος του γονοτύπου των εφήβων με σκοπό την ανάλυση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των γονιδίων και των προσλαμβανόμενων θρεπτικών συστατικών, καθώς και των γονιδίων και του περιβάλλοντος (Vanlancker et al, 2017). Τέλος, μέσω του προγράμματος ορίστηκαν με ακρίβεια οι απαιτήσεις για τρόφιμα που προάγουν την υγεία, καθώς και οι λόγοι για τους οποίους τα μηνύματα προώθησης της υγείας δεν αποδίδουν όσο αναμενόταν στον εφηβικό πληθυσμό, με παράλληλη πρόταση ρεαλιστικών στρατηγικών

παρέμβασης για την ενίσχυση του υγιεινού διατροφικού μοντέλου στους Ευρωπαίους εφήβους (Moreno et al, 2014).

Με βάση αυτό το αντιπροσωπευτικό αυτό δείγμα Ευρωπαίων εφήβων έχουν εξαχθεί ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τις τροφές, τα θρεπτικά συστατικά, και τις διατροφικές προτιμήσεις και επιλογές τους, αλλά και για την αύξηση των ποσοστών παχυσαρκίας, δυσλιπιδαιμίας, αντίστασης στην ινσουλίνη, την πρόσληψη βιταμινών και μετάλλων, τους ανοσολογικούς δείκτες, τις παραλλαγές της αλληλουχίας νουκλεοτιδίων σε επιλεγμένα γονίδια και τέλος τη σωματική δραστηριότητα και την φυσική κατάσταση των εφήβων (Vanlanckeretal, 2017).

## **2.6 Ανασκόπηση παρεμβάσεων Διατροφικής Αγωγής στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα, η έννοια της διατροφικής αγωγής έγινε περισσότερο γνωστή και συμπεριλήφθηκε στα σχολικά ωρολόγια προγράμματα, μόλις τη δεκαετία του 1990. Η Κρήτη αποτέλεσε τον πρωτοπόρο στον τομέα αυτό, με την μελέτη CATCH. Η εν λόγω παρέμβαση πραγματοποιήθηκε από το τμήμα της Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου της Κρήτης. Στο πρόγραμμα συμμετείχαν περίπου 4170 μαθητές των Δημοτικών σχολείων του Ηρακλείου και του Ρεθύμνου (ως ομάδα παρέμβασης), και άλλοι 1510 μαθητές από τα Χανιά (ως ομάδα ελέγχου). Απώτερος στόχος επίτευξης αποτελούσε, όπως και στα περισσότερα από αυτά τα προγράμματα, η διαπίστωση της ενθάρρυνσης των παιδιών του δημοτικού στην υιοθέτηση σωστότερων διατροφικών συνηθειών για καλύτερο, μακροπρόθεσμα, επίπεδο ποιότητας ζωής. Αφότου λήφθηκαν τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, όπως και οι αρχικές σωματομετρήσεις των παιδιών, ακολούθησαν συνεντεύξεις και συμπλήρωση ερωτηματολογίων από μέρους των παιδιών, όπως και πραγματοποίηση δραστηριοτήτων για την παρατήρηση της φυσικής αντοχής και της αρτηριακής πίεσής τους κατά τη διάρκεια έντονης σωματικής άσκησης (Μανιός, 2007).

Μετά από τρία χρόνια υλοποίησης του προγράμματος σημειώθηκαν αρκετά ενθαρρυντικές διαφοροποιήσεις στο σωματικό λίπος της ομάδας παρέμβασης, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Ύστερα από έξι χρόνια, διαπιστώθηκε πως η ομάδα παρέμβασης είχε διευρύνει τις γνώσεις της πάνω στο ζήτημα της υγείας, ενώ την ίδια στιγμή, η ομάδα ελέγχου είχε σημαντική αύξηση της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης. Επιπρόσθετα, στο ίδιο δείγμα μαθητών μία δεκαετία μετά από την έναρξη του προγράμματος μετά από

συγκριτική αξιολόγηση της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου, η πρώτη εμφάνισε βελτίωση σε όλες τις μετρήσεις που σχετίζονταν με τη διατροφή. Έτσι, παρατηρήθηκε μικρότερο ποσοστό αύξησης της αρτηριακής πίεσής τους, ενώ ταυτόχρονα ο Δείκτης Μάζας Σώματος μειώθηκε αισθητά. Η πρόσληψη και τα επίπεδα του καλίου και του μαγνησίου ήταν καλύτερα στην πρώτη ομάδα, ενώ ταυτόχρονα, η χοληστερόλη των παιδιών της πρώτης ομάδας μειώθηκε σημαντικά. Και σε πρακτικό επίπεδο, σημειώθηκε πρόοδος, αφού τα παιδιά της ομάδας παρέμβασης αύξησαν την ενασχόλησή τους με τη σωματική δραστηριότητα και σημείωσαν καλύτερες επιδόσεις στο τρέξιμο. Με βάση τα στοιχεία της μελέτης, εξήχθη το συμπέρασμα ότι τα παιδιά της πρώτης ομάδας εμφάνιζαν μικρότερο κίνδυνο να ξεκινήσουν το κάπνισμα σε μεγαλύτερη ηλικία (Μανιός, 2007).

Σε μια άλλη σημαντική μελέτη, το 2007, σχετικά με την αλληλεπίδραση των παιδιών με τις διατροφικές διδαχές, συμμετείχαν μαθητές της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Η έρευνα αυτή ονομάστηκε VYRONAS (ακρωνύμιο της φράσης Vyronas Youth Regarding Obesity Nutrition and Attitudinal Styles). Συντονιστικό ρόλο είχε το Κέντρο Υγείας της περιοχής του Βύρωνα, έχοντας ως επιστημονικό προσωπικό τους ερευνητές του τμήματος Επιστήμης της Διατροφής και Διαιτολογίας του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου, αλλά και το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Οι μαθητές που συμμετείχαν ήταν 191 άτομα, ηλικίας 12 - 13 ετών, που ζούσαν στην περιοχή του Βύρωνα, ένα προάστιο που θεωρήθηκε ως αντιπροσωπευτικό δείγμα της μεσοαστικής κοινωνικοοικονομικής θέσης του συνόλου των κατοίκων της πρωτεύουσας (Kosti et al, 2007).

Βασικό εργαλείο του σχεδιασμού του αποτέλεσε το πρόγραμμα «Know Your Body» του 1970 και η θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης (Resnicow et al, 1993). Στο πλαίσιο αυτού, θεωρήθηκε απαραίτητο να επιμορφωθούν οι εκπαιδευτικοί των σχολικών μονάδων σε θέματα Οικιακής Οικονομίας. Τα αποτελέσματα του προγράμματος ήταν ιδιαίτερα ενθαρρυντικά, δεδομένου ότι οι μετρήσεις των παιδιών της ομάδας παρέμβασης, που εξετάστηκαν στο κέντρο υγείας του Βύρωνα, εμφανίστηκαν βελτιωμένες σε σχέση με αυτό της ομάδας ελέγχου. Επίσης, υπήρξε σημαντική μείωση του σωματικού, λίπους, όπως και στην ημερήσια πρόσληψη ενέργειας και λίπους. Ταυτόχρονα, αυξήθηκε το ενδιαφέρον των παιδιών για την κατανάλωση φρούτων και δημητριακών, και μειώθηκε η εβδομαδιαία κατανάλωση μεγάλης ποσότητας κόκκινου κρέατος. Θετικό στοιχείο του εν λόγω επιστημονικού προγράμματος αποτέλεσε και το γεγονός ότι αυτό υλοποιήθηκε με την παρουσία και την ενθαρρυντική συμμετοχή των εκπαιδευτικών που ήταν οικεία πρόσωπα στους συμμετέχοντες (Kosti et al, 2007).



Επίσης, το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων, υλοποίησε το πρόγραμμα «EYZHN». Το συγκεκριμένο πρόγραμμα απευθύνθηκε σε μαθητές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας ανάπτυξης, αξιολογώντας τη σωματική διάπλαση, τη φυσική κατάσταση, τις διατροφικές συνήθειες και τη φυσική δραστηριότητα, με στόχο την υγιή ανάπτυξη των παιδιών μέσα από υγιεινές διατροφικές συνήθειες και σωματική δραστηριότητα. Καθοριστικό ρόλο στην επίτευξη των στόχων του προγράμματος διαδραμάτισε, εκτός από το σχολείο, η οικογένεια και η κοινωνία, δεδομένου ότι ήταν επιθυμητή η προώθηση ενός ισορροπημένου τρόπου ζωής. Βασική προτεραιότητα αποτέλεσε η έγκυρη καταγραφή των σωματομετρικών χαρακτηριστικών, της σωματικής δραστηριότητας και της φυσικής κατάστασης των μαθητών με σκοπό την προαγωγή της υγείας των παιδιών. Στο πλαίσιο του EYZHN διαμορφώθηκε ένα πρόγραμμα e-learning με σειρά διαλέξεων σχετικά με τη διατροφή, την σωματική δραστηριότητα και την ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων, αλλά και γενικότερα την ανθρώπινη διατροφή. Επίσης, διαμορφώθηκαν Φύλλα Εργασίας και εκπαιδευτικές δραστηριότητες για την Τάξη σχετικά με τις ομάδες τροφίμων, για τον μήνα της Διατροφής και εκπαιδευτικό υλικό: «Τρώω Φρούτα και Λαχανικά &Κινούμαι πιο Συχνά» (Για μαθητές Α΄ και Β΄ Δημοτικού), «Διατροφή, Άσκηση, Υγεία» (Για μαθητές Ε΄ και ΣΤ΄ Δημοτικού). Τέλος, οργανώθηκε και χριστουγεννιάτικη θεατρική παράσταση για τους μαθητές Δημοτικού, που ονομάστηκε «Η επανάσταση των φρούτων και των λαχανικών» (<https://eyzhn.edu.gr/>).

Στο πρόγραμμα αυτόργανώθηκε Βιντεοπαρουσίαση "Παιδί & Ανάπτυξη" με ηχογραφημένη παρουσίαση η οποία αποσκοπούσε στη βελτίωση των διατροφικών συνήθειων του παιδιού. Επίσης, η «Παρουσίαση EYZHN στο Σχολείο» ήταν μία παρουσίαση για το ίδιο το πρόγραμμα «EYZHN» η οποία ανέλυε χρήσιμες πληροφορίες για τον σκοπό, το περιεχόμενο και τις δράσεις του προγράμματος, για τις μετρήσεις στα σχολεία και για τις ατομικές αναφορές του μαθητή. Κατά την περίοδο του σχολικού έτους 2015-2016 στο πρόγραμμα συμμετείχαν συνολικά 36.208 μαθητές, από 632 σχολεία της χώρας. Κατά το σχολικό έτος 2014-15, συμμετείχαν περίπου 340.000 μαθητές από 4.000 σχολεία της Ελλάδας, ενώ το 2012-13 συμμετείχαν 360.000 μαθητές και το 2013-14 480.000 μαθητές (<https://eyzhn.edu.gr/>).

Το Ινστιτούτο Prolepsis σε συνεργασία με το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος υλοποιεί από το 2012 το πρόγραμμα ΔΙΑΤΡΟΦΗ με στόχο της ανάπτυξη υγιεινών διατροφικών συνηθειών, ιδιαίτερα σε παιδιά που προέρχονται από κοινωνικοοικονομικά ευπαθείς περιοχές. Οι μαθητές που συμμετέχουν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, αφενός

αντιμετωπίζουν την επισιτιστική ανασφάλεια που βιώνουν, αφετέρου ενισχύουν τις διατροφικές τους επιλογές με υγιεινά γεύματα πλούσια σε ενέργεια, πρωτεΐνες και άλλα θρεπτικά συστατικά. Επιπλέον, πραγματοποιούνται ομιλίες από ειδικούς, διοργανώνονται εκδηλώσεις, προωθούνται διατροφικά μηνύματα, παρέχονται ψυχαγωγικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες, ενισχύοντας τις διατροφικές επιλογές των παιδιών (<https://www.prolepsis.gr/gr/home>).

Από το 2012 έχουν διατεθεί σε ολόκληρη την επικράτεια 16 εκατομμύρια γεύματα, σε συνολικά 728 σχολεία και μαθητές που ξεπερνούν τους 112.700. Το εν λόγω πρόγραμμα είχε πλήθος θετικών αποτελεσμάτων, καθώς επισημάνθηκε η εμφανής μείωση της επισιτιστικής ανασφάλειας, και του αριθμού των ελλιποβαρών, παχύσαρκων και υπέρβαρων μαθητών, με παράλληλη αισθητή βελτίωση των διατροφικών συνηθειών τους. Επιπλέον, και από την οπτική των καθηγητών παρατηρήθηκε, από μέρους τους, η μείωση της σχολικής διαρροής, συμβάλλοντας και στην ενίσχυση της σχολικής κοινωνικής συνοχής (Prolepsis, 2018).

Επίσης, από τον Οργανισμό Προνοιακών Επιδομάτων & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΟΠΕΚΑ) υλοποιείται στην Ελλάδα το πρόγραμμα παροχής σχολικών γευμάτων. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε όλους τους μαθητές επιλεγμένων σχολείων ευπαθών περιοχών, ύστερα από υπεύθυνη δήλωση που συμπληρώνεται στην αρχή της χρονιάς από τους γονείς, στην οποία αναφέρονται η συναίνεση και τυχόν αλλεργίες του παιδιού. Το πρόγραμμα διατροφής είναι διαφορετικό κατά τους χειμερινούς και τους ανοιξιάτικους μήνες και αποστέλλεται στη διεύθυνση του σχολείου. Τα οφέλη του συγκεκριμένου προγράμματος είναι πολλαπλά, καθώς έχει θετική επίδραση και στην ανάπτυξη της πρωτογενούς εγχώριας παραγωγής, αφού οι πρώτες ύλες για την παρασκευή των γευμάτων επιλέγονται από τοπικούς παραγωγούς (ΟΠΕΚΑ, 2020). Την τρέχουσα σχολική χρονιά 2021-22 το πρόγραμμα αφορούσε 185.311 μαθητές Δημοτικών Σχολείων σε 1.353 σχολικές μονάδες, 74 Τμημάτων του Προγράμματος, στα οποία περιλαμβάνονται 90 Δήμοι και 4 Περιφερειακές Ενότητες της χώρας, όπως η Αθήνα, η Αιτωλοακαρνανία, η Θεσσαλονίκη, η Δράμα, η Αχαΐα, η Ηλεία κλπ..

Πέραν των προαναφερθέντων προγραμμάτων, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (ΙΥΠ) έχει διαμορφώσει το «*Εργαλείο για Σχολεία HEPS*». Πιο συγκεκριμένα, το πρόγραμμα αυτό αποτελεί ένα από τα εργαλεία του ευρωπαϊκού προγράμματος HEPS (*Healthy Eating and Physical Activity in Schools*), σε συνδυασμό με το δίκτυο SHE (*Schools for Health in Europe*), υπό την συντονιστική εποπτεία του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού στην Ελλάδα. Το συγκεκριμένο εργαλείο αποτελείται από έναν οδηγό που

συνδράμει τα σχολεία στην εφαρμογή σχολικών προγραμμάτων προαγωγής της υγιεινής διατροφής, καθώς και της φυσικής δραστηριότητας (Boonen et al, 2009).

Πιο αναλυτικά, το Εργαλείο για Σχολεία του HEPS έχει ως στόχο την προώθηση μίας ολιστικής μεθοδολογίας προκειμένου να βελτιωθεί η πολιτική του σχολείου σχετικά με την υγιεινή διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα. Για να επιτευχθεί αυτό, το πρόγραμμα προσφέρει τις αναγκαίες προτάσεις και τις κατευθυντήριες γραμμές, προκειμένου το κάθε σχολείο του προγράμματος να διαμορφώσει και να εφαρμόσει το κατάλληλο σχέδιο δράσης για την υγιεινή διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα, ως μέρος των γενικότερων εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων και των κοινωνικών δράσεων του σχολείου, σε αρμονία με τις ευρύτερες εθνικές πολιτικές και προτεραιότητες. Το πρόγραμμα αυτό δεν περιλαμβάνει συγκεκριμένες δραστηριότητες που προορίζονται για την σχολική τάξη. Αντιθέτως, προσφέρει οδηγίες και υποστήριξη στους εκπαιδευτικούς αναφορικά με τη μεθοδολογία της αγωγής υγείας και με τον τρόπο δημιουργίας ενός σχολικού περιβάλλοντος με επίκεντρο την υγιεινή διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα σε καθημερινή βάση. Με άλλα λόγια, παρουσιάζει και επεξηγεί τις βασικές έννοιες της υγείας και της υγιεινής διατροφής και για να επιτευχθεί αυτό, παρουσιάζει μία ολιστική μεθοδολογία προσέγγισης της αγωγής υγείας στα σχολεία. Τέλος, το πρόγραμμα αυτό έχει ως αποδέκτες τους διευθυντές των σχολείων, τους εκπαιδευτικούς και γενικότερα όποιον άλλον παράγοντα της σχολικής μονάδας ασχολείται με την προαγωγή της υγιεινής διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας (<https://ich.gr/>).

Στο πλαίσιο της καταγραφής των προγραμμάτων που μελετούν τις διατροφικές επιλογές των παιδιών και την κατανόηση γύρω από ζητήματα υγείας και πρόληψης στο πλαίσιο της κοινότητας, οργανώθηκε το πρόγραμμα ΠΑΙΔΕΙΑΤΡΟΦΗ by EPODE, έχοντας ως βασικό άξονά του την συμμετοχή όλων των μελών της κοινότητας. Έτσι, το εν λόγω πρόγραμμα συνέβαλε ώστε μεγαλύτερο μέρος των κηδεμόνων και των παιδιών να εξοικειωθούν με την έννοια και τις αρνητικές συνέπειες της παιδικής παχυσαρκίας σε εθνικό επίπεδο, αλλά και τις συστάσεις για μία πιο ολιστικά προσανατολισμένη υγιεινή διατροφή (Borgys et al, 2016).

Το εν λόγω πρόγραμμα, μέσα από τις δραστηριότητες που προσέφερε, επιχείρησε να δημιουργήσει ένα ασφαλές περιβάλλον, προκειμένου γονείς, παιδιά και εκπαιδευτικοί να πληροφορηθούν και να βιώσουν τα οφέλη της μεσογειακής διατροφής και να κάνουν συνειδητή επιλογή προς την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου διατροφής. Πιο συγκεκριμένα, ακριβώς επειδή η ζωή των πολιτών αναπτύσσεται στο πλαίσιο μικρών κοινοτήτων, όπως είναι οι δημοτικές ενότητες, στο πρόγραμμα ΠΑΙΔΕΙΑΤΡΟΦΗ by

EPODE, δόθηκε έμφαση ώστε στο τοπικό επίπεδο να εξασφαλισθεί, με ήπια μέσα, η μετάβαση σε διατροφικές επιλογές που στηρίζονται στις βασικές αξίες της μεσογειακής διατροφής. Κεντρική φιλοσοφία του, αποτέλεσε το γεγονός ότι η ενασχόληση με την υγιεινή διατροφή δεν μπορεί να γίνει με εξαναγκασμό και είναι καλό να προκύψει φυσικά από την ίδια την ανάγκη του ατόμου για αλλαγή των τροφίμων που καταναλώνει και την επίτευξη της διατροφικής ισορροπίας. Έτσι, σε αυτό, η τροφή δεν «δαιμονοποιείται», αλλά στην πραγματικότητα, ανυψώνεται ως βασική προϋπόθεση για την επίτευξη της καθημερινής ευημερίας και ενεργητικότητας. Προκειμένου, λοιπόν, να επιτύχει αυτούς τους στόχους, που είναι μακρόχρονοι και αξιώνουν συνεχή παρακολούθηση, το πρόγραμμα ΠΑΙΔΕΙΑΤΡΟΦΗ by EPODE κατόρθωσε να ενσωματώσει, ως βίωμα, τις συστάσεις του στην καθημερινή ζωή των συμμετεχόντων, χωρίς ωστόσο να παραγνωρίζει συνθήκες που μπορεί να επηρεάζουν τις επιλογές τους. Κατά συνέπεια, από το πλήθος των δεδομένων που συνέλεξε και των συμπερασμάτων που εξήγαγε, κατέληξε σε επιστημονικές παρατηρήσεις, κατακτώντας έτσι με την ανατροφοδότηση των συμμετεχόντων τους στόχους του. Το πρόγραμμα λειτουργούσε στην ελληνική επικράτεια, με 13 πόλεις από όλη την χώρα να συμμετέχουν ενεργά σε αυτό. Οι κοινότητες που έλαβαν μέρος ήταν της Αγίας Παρασκευής, της Άμφισσας, της Αναβύσσου, της Αργυρούπολης, του Γαλασίου, της Θήβας, της Κηφισιάς, της Κορίνθου, του Μαρουσίου, της Ν. Φιλαδέλφειας, του Παλαιού Φαλήρου, του Περάματος και της Σταυρούπολης της Θεσσαλονίκης (<https://www.eumedline.eu/post/TO-PAIDEIATROFH-STO-DIETHNES-DIKTYO-EPODE>).

Ένα ακόμα πρόγραμμα σχετικό με τη διατροφή και την υγεία των παιδιών είναι το πρόγραμμα Toy Box. Το πρόγραμμα αυτό είναι μία μελέτη, η οποία υλοποιήθηκε με την χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα έτη 2010-2014 και στόχευε στην ανάπτυξη, αξιολόγηση και εφαρμογή ενός επιστημονικού προγράμματος σχετικά με την πρόληψη της παχυσαρκίας σε παιδιά 4-6 ετών. Βασικός στόχος της μελέτης αυτής ήταν ο προσδιορισμός των συμπεριφορών που σχετίζονται με την παχυσαρκία κατά την προσχολική ηλικία, καθώς και των παραγόντων που οδηγούν στις συμπεριφορές αυτές. Οι ηλικίες αυτές έχουν ιδιαίτερη σημασία, καθώς η προσχολική ηλικία θεωρείται ιδιαίτερα κρίσιμη για την πρόληψη της παχυσαρκίας, λόγω της διαμόρφωσης καθοριστικών διατροφικών συμπεριφορών. Το πρόγραμμα αυτό διήρκεσε 24 εβδομάδες, από τον Οκτώβριο του 2012 έως και τον Απρίλιο του 2013 και υλοποιήθηκε σε έξι Ευρωπαϊκές χώρες, το Βέλγιο, τη Βουλγαρία, την Γερμανία, την Ελλάδα, την Πολωνία και την Ισπανία). Το πρόγραμμα είχε τέσσερα βασικά επίπεδα: Πρώτο, την αναδιαμόρφωση του

φυσικού περιβάλλοντος στα νηπιαγωγεία. Δεύτερο, την προώθηση των επιθυμητών συμπεριφορών υγείας στα παιδιά, όπως η κατανάλωση νερού και υγιεινών ενδιάμεσων γευμάτων και η φυσική δραστηριότητα στο νηπιαγωγείο. Τρίτο, την πραγματοποίηση διαδραστικών παιχνιδιών στην τάξη, όπως οι ιστορίες, τα πειράματα και τα παιχνίδια και τέταρτο, την ενεργή συμμετοχή των γονέων/ κηδεμόνων, καθώς θεωρείται αναγκαία και η αναδιαμόρφωση του φυσικού χώρου του σπιτιού και η εφαρμογή των υγιεινών συμπεριφορών και στο σπίτι του παιδιού (<http://www.toybox-study.eu/>).

Η παρέμβαση αυτή του προγράμματος έγινε σε απόλυτη αρμονία με τις πολιτισμικές και τις νομοθετικές διαφορές της κάθε χώρας. Επίσης, σκοπός ήταν να εκτιμηθούν τα συμπεριφορικά πρότυπα και οι εκπαιδευτικές πολιτικές που οδηγούν κατά κανόνα σε αλλαγή συμπεριφοράς στις ηλικιακές αυτές ομάδες και να αξιολογηθεί το νομοθετικό πλαίσιο που επηρεάζει την εφαρμογή προγραμμάτων υγιεινής διατροφής και υγείας κατά την προσχολική ηλικία. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν και τρία εκπαιδευτικά σεμινάρια με σκοπό την εξειδίκευση των νηπιαγωγών γύρω από το ζήτημα της εφαρμογής του προγράμματος αυτού στο νηπιαγωγείο (<http://www.toybox-study.eu/>).

Τέλος, υλοποιήθηκε και το πρόγραμμα «*Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία: Αποτύπωση, Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Παιδικής Παχυσαρκίας - Δράσεις για την Άσκηση και την Υγιεινή Διατροφή*», το οποίο συγχρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και από το Υπουργείο Υγείας. Βασικός στόχος του προγράμματος είναι η υλοποίηση δράσεων αγωγής και προαγωγής της υγείας στον παιδικό πληθυσμό σε όλη την ελληνική επικράτεια, με βάση τη μελέτη των παραγόντων του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος, οι οποίοι οδηγούν στην αύξηση του σωματικού βάρους των παιδιών (αναφ). Η παχυσαρκία θεωρείται, όπως προαναφέρθηκε, ως μία από τις βασικότερες απειλές για την υγεία των παιδιών σε όλες τις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, λαμβάνοντας σχεδόν διαστάσεις επιδημίας και απειλής κατά της δημόσιας υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Για τον λόγο αυτό η παχυσαρκία είναι απαραίτητο να παρακολουθείται με συγκεκριμένες μελέτες και προγράμματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης (Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, χ. χ.).

Το πρόγραμμα αυτό χωρίστηκε σε δύο φάσεις. Κατά την πρώτη φάση, πραγματοποιήθηκε σε πανελλαδικό επίπεδο μία επιδημιολογική μελέτη, για την καταγραφή του επιπολασμού της παιδικής παχυσαρκίας, και τη διερεύνηση της διαφοροποίησης του επιπολασμού ανάλογα με το φύλο, την ηλικιακή ομάδα ανά περιφέρεια της ελληνικής επικράτειας. Στη φάση αυτή, μετά από έγκριση από το Υπουργείο Παιδείας και την Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων,

πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις σε 278 σχολεία με 40000 μαθητές κατά το σχολικό έτος 2011-2012 και κατά το πρώτο τρίμηνο του σχολικού έτους 2012-2013. Κατά τη δεύτερη φάση, η οποία είχε εξάμηνη διάρκεια, πραγματοποιήθηκε μία παρέμβαση σε 85 σχολεία με δράσεις που αφορούσαν τη μεταβολή των στάσεων και των πεποιθήσεων των παιδιών, των γονέων και των εκπαιδευτικών σχετικά με την υγιεινή διατροφή και την φυσική δραστηριότητα. Το πρόγραμμα εστίασε κυρίως σε τέσσερις συμπεριφορές: το πρωινό, τα ενδιάμεσα γεύματα, την καθιστική συμπεριφορά και τη φυσική δραστηριότητα. Το βασικό μήνυμα περιλάμβανε τις τρεις λέξεις-μηνύματα: «Όλοι, Μπορώ, μου Αρέσει», το οποίο ενσωματώνει εν συντομία την όλη φιλοσοφία του προγράμματος γύρω από την συνεργατικότητα, την ανάπτυξη δεξιοτήτων και την ευχαρίστηση από τον υγιεινό τρόπο ζωής και την φυσική δραστηριότητα. Συνολικά, το πρόγραμμα και η παρέμβασή του στα σχολεία είχε τρία επίπεδα: Το πρώτο επίπεδο ήταν η αναδιαμόρφωση του σχολικού περιβάλλοντος και η υλοποίηση της επιθυμητής συμπεριφοράς, το δεύτερο, οι δραστηριότητες στο πλαίσιο της σχολικής τάξης και το τρίτο, η επικοινωνία με τους γονείς και η παρέμβαση για την αλλαγή των συνηθειών στο σπίτι των μαθητών (Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, χ.χ.).

## 2.7 Υγιή σχολεία

Το πρόγραμμα των Υγιών Σχολείων, ονομάζεται SHE και αποτελεί το ακρωνύμιο του Schools for Healthin Europe. Οι αξίες και οι πυλώνες του SHE σε ευρωπαϊκό επίπεδο, αφορούν την σχολική προσέγγιση που προάγει την υγεία. Πιο συγκεκριμένα, οι βασικές αξίες του προγράμματος αφορούσαν την ισότιμη συμμετοχή όλων, καθώς είναι αναγκαία η πρόσβαση όλων στην εκπαίδευση και την υγεία, στη βιωσιμότητα, καθώς υγεία, εκπαίδευση και ανάπτυξη είναι έννοιες αλληλένδετες, στην συμπερίληψη, καθώς τα σχολεία είναι κοινότητες μάθησης, όπου όλοι πρέπει να νιώθουν εμπιστοσύνη και σεβασμό, στην ενδυνάμωση, καθώς όλα τα μέλη της σχολικής κοινότητας πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στο πρόγραμμα και τέλος, στη δημοκρατία, καθώς τα σχολεία προαγωγής της υγείας βασίζονται σε δημοκρατικές αξίες (<https://www.schoolsforhealth.org/>).

Οι πυλώνες του προγράμματος αφορούσαν αρχικά την ολιστική προσέγγιση της προαγωγής της υγείας στο σχολείο, καθώς η αγωγή υγείας στα σχολεία διδάσκεται παράλληλα με την ανάπτυξη σχολικών πολιτικών, ικανοτήτων ζωής και την συμμετοχή

ολόκληρης της σχολικής κοινότητας. Επίσης, στους πυλώνες του προγράμματος ανήκε και η ποιότητα του σχολείου, δεδομένου ότι τα σχολεία που προάγουν την υγεία δημιουργούν καλύτερες διαδικασίες και αποτελέσματα διδασκαλίας και μάθησης. Τέλος, το πρόγραμμα και οι πρακτικές του στηρίζονταν στην υπάρχουσα και αναδυόμενη επιστημονική έρευνα, ενώ ταυτόχρονα το σχολείο προωθείτο στο πλαίσιο του προγράμματος ως ενεργός παράγοντας για την ανάπτυξη της κοινότητας (<https://www.schoolsforhealth.org/>).

Πέραν του ανωτέρω προγράμματος, η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει διαμορφώσει και υλοποιήσει ένα ακόμη πρόγραμμα για τα ευρωπαϊκά σχολεία, το οποίο βασίζεται στην διανομή φρούτων, λαχανικών, γάλακτος και ορισμένων γαλακτοκομικών προϊόντων στους μαθητές, από το νηπιαγωγείο έως το γυμνάσιο. Οι χώρες της ΕΕ μεμονωμένα στη συνέχεια θα εγκρίνουν έναν κατάλογο προϊόντων, τα οποία θα βοηθήσουν τα παιδιά να ακολουθήσουν μια υγιεινή διατροφή. Η εποχικότητα, η ποικιλία, η διαθεσιμότητα, η υγεία και οι περιβαλλοντικές πτυχές στηρίζουν την επιλογή των προϊόντων. Οι χώρες της ΕΕ μπορούν να ενθαρρύνουν τα τοπικά, βιολογικά και ποιοτικά προϊόντα, εάν το επιθυμούν. Αυτά που σε γενικές γραμμές συστήνεται να αποφεύγονται είναι προϊόντα με προσθήκη ζάχαρης, αλατιού, λιπαρών και γλυκαντικών ουσιών ή τεχνητών ενισχυτικών γεύσης, με εξαίρεση την προσθήκη πολύ περιορισμένων ποσοτήτων πρόσθετου αλατιού και λιπαρών ή ζάχαρης σε κάποια γαλακτοκομικά προϊόντα, εφόσον το επιτρέπουν οι εθνικές αρχές υγείας της κάθε χώρας (<https://schoolfruitscheme.opekepe.gr/>).

Επίσης, το πρόγραμμα υποστήριξε και συγκεκριμένες εκπαιδευτικές δράσεις, από μαθήματα, μέχρι και την χρηματοδότηση επισκέψεων σε αγροκτήματα, σχολικούς κήπους, εργαστήρια γευσιγνωσίας και μαγειρέματος, θεματικές ημέρες και παιχνίδια, προκειμένου να επανασυνδεθούν τα παιδιά με την γεωργία και τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες και επιλογές. Αυτές οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες μπορούσαν να περιλαμβάνουν ακόμη και τους δασκάλους και τους γονείς, καθώς αυτοί αποτελούν τα βασικότερα πρότυπα για τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής των παιδιών. Το πρόγραμμα βρίσκεται ακόμα σε εξέλιξη και έχει προσφέρει από το 2018 φρούτα, λαχανικά και γαλακτοκομικά σε πολλά σχολεία της Ευρώπης (<https://schoolfruitscheme.opekepe.gr/>).

Τέλος, το Εθνικό Πρόγραμμα Υγιών Σχολείων (NHSP) είναι μια σχολική παρέμβαση στα αγγλικά σχολεία, η οποία στοχεύει στην ευαισθητοποίηση και στην προώθηση προτύπων υγιεινών πρακτικών που σχετίζονται με την υγεία στα σχολεία και την ανάπτυξη των γνώσεων, των δεξιοτήτων και των συμπεριφορών των μαθητών. Πιο συγκεκριμένα, το πρόγραμμα ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 1999 από το Υπουργείο Υγείας και το Τμήμα για Παιδιά, Σχολεία και Οικογένειες (τότε Τμήμα Εκπαίδευσης και

Δεξιότητων) του Ηνωμένου Βασιλείου, έχει υποστεί μια σειρά βελτιώσεων ανά τα χρόνια, με σημαντικότερη την εξέλιξή του από ένα τοπικό πρόγραμμα σε ένα εθνικό πρόγραμμα. Οι στρατηγικοί του στόχοι είναι η υποστήριξη των παιδιών και των νέων στην ανάπτυξη υγιεινών συμπεριφορών σχετικά με τη διατροφή, η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία και η προώθηση της κοινωνικής ένταξης. Το πρόγραμμα αυτό προωθεί την ολιστική εξέλιξη των σχολείων με βάση 10 κριτήρια: την ηγεσία, τη διαχείριση αλλαγών, την ανάπτυξη πολιτικής, τον προγραμματισμό του προγράμματος σπουδών και των πόρων, συμπεριλαμβανομένης και της συνεργασίας με εξωτερικούς φορείς, τη μάθηση και τη διδασκαλία, την σχολική κουλτούρα και το περιβάλλον, την προσφορά στους μαθητές της δυνατότητας να έχουν τη δική τους φωνή, την παροχή υπηρεσιών υποστήριξης για παιδιά και νέους, την επαγγελματική ανάπτυξη και κάλυψη των αναγκών τους για υγεία και ευημερία, την ανάπτυξη υγιών συνεργασιών με τους γονείς και τις τοπικές κοινότητες και τέλος, την αξιολόγηση, την καταγραφή και την αναφορά των επιτευγμάτων των παιδιών (Warwicketal, 2009).

Παράλληλα, το πρόγραμμα έχει τέσσερις βασικούς πυλώνες που οδηγούν στην πιστοποίηση και βράβευση ενός σχολείου ως υγιούς. Αυτοί οι πυλώνες είναι η ενσωμάτωση στο σχολικό πρόγραμμα της Προσωπικής, Κοινωνικής και Υγειονομικής Αγωγής (PSHE), συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης για τις σχέσεις και τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση(SRE), τα ναρκωτικά, το αλκοόλ και το κάπνισμα, για την Διατροφή, τη Φυσική Δραστηριότητα και τη Συναισθηματική υγεία και ευεξία, συμπεριλαμβανομένου του σχολικού εκφοβισμού και πολλών άλλων τομέων της ζωής στο σχολείο. Το πρόγραμμα συνεχίζει να ελέγχει και να επιβραβεύει σχολεία στο Ηνωμένο Βασίλειο (UK Department for Education, 2019).



## Κεφάλαιο 3.

### Ο σύγχρονος εκπαιδευτικός της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και ο ρόλος του στην εκπαίδευση

#### 3.1 Ο ρόλος του εκπαιδευτικού στην υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής υγείας/διατροφικής αγωγής

Παρόλο που η οικογένεια αποτελεί τον πρωταρχικό φορέα αγωγής και κοινωνικοποίησης των παιδιών, εντούτοις ένα μεγάλο μέρος των γνώσεων που αποκτά ένα παιδί, καθώς και των συμπεριφορών που υιοθετεί διαμορφώνεται στο πλαίσιο του σχολικού περιβάλλοντος, με πρωταρχικό πρότυπό του τον ίδιο τον δάσκαλο. Κατά συνέπεια, ο ρόλος του τελευταίου στην προώθηση ορθών προτύπων και συνηθειών είναι πολυδιάστατος και πολυεπίπεδος και αποτελεί μέλημα των σύγχρονων εκπαιδευτικών συστημάτων. Η δυναμική και η σχέση συνεργασίας που αναπτύσσεται με τους μαθητές επιτάσσουν τον επιμέρους σχεδιασμό ενός νέου διδακτικού προτύπου στη βάση της επικοινωνίας και της συμβουλευτικής (Metosetal, 2019).

##### 3.1.1 Ο εκπαιδευτικός ως φορέας διατροφικής αγωγής και γενικά της Αγωγής της Υγείας

Ως μέρος της ευρύτερης αναμόρφωσης του εκπαιδευτικού συστήματος θα πρέπει να συμπεριληφθεί και η ένταξη της Διατροφικής Αγωγής και των αρχών της, προκειμένου ο δάσκαλος να επιτυγχάνει, στο πλαίσιο της υλοποίησης των εκπαιδευτικών στόχων του, την ενίσχυση της ευαισθητοποίησης και της κατανόησης των παιδιών σε ζητήματα υγείας. Μέσω της ενεργητικής μάθησης και αλληλεπίδρασης με τα παιδιά, ο εκπαιδευτικός μπορεί να πετύχει την διεύρυνση των οριζόντων τους πάνω σε διατροφικά ζητήματα, την κατάρριψη μύθων σχετικά με την διατροφή και εν τέλει την δημιουργία υπευθύνων πολιτών, ικανών να λάβουν τις κατάλληλες διατροφικές αποφάσεις μακροπρόθεσμα (Metos et al, 2019).

Αυτή η στάση συμπερίληψης και η πληροφοριακή μάθηση από μέρους των παιδιών μπορεί να συνοψιστεί σε τρία υπο-πρότυπα, εκκινώντας από το λιγότερο προς το

περισσότερο αποτελεσματικό ως προς το βαθμό προαγωγής της Διατροφικής Αγωγής στα σχολεία (Perera et al, 2015).

Ειδικότερα, το πρώτο μοντέλο περιλαμβάνει την πλήρη αντιστοίχιση των εκπαιδευτικών κινήσεων του δασκάλου με το Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών. Σε αυτήν την περίπτωση, όταν το σχολικό πρόγραμμα δεν περιέχει κάποιο εξειδικευμένο κεφάλαιο ή ώρες διδασκαλίας αποκλειστικά αφιερωμένες στο ζήτημα της αγωγής της υγείας, τότε η ενότητα αυτή συνήθως αντιμετωπίζεται τυπικά και πλήρως θεωρητικά, χωρίς να εγείρεται περαιτέρω συζήτηση για το εν λόγω θέμα. Έτσι, η απουσία έμφασης, αλλά και κάποιας πιο ειδικής διδακτικής προσέγγισης, αντικαθιστούν άγονα την οργανωμένη συζήτηση και την ενθάρρυνση διάνοιξης διαλόγου για ζητήματα που αφορούν τη διατροφή. Κατ' επέκταση τα παιδιά διδάσκονται σε αδρές γραμμές το θέμα μέσω της επιφανειακής κάλυψης της γνωστικής ύλης των διδασκόμενων σχολικών μαθημάτων. Δυστυχώς, αυτή η άγονη προσέγγιση του τομέα της διατροφής επί τη αφορμή των διδακτικών προδιαγραφών κάποιου μαθήματος συνιστά αντανάκλαση του ρόλου που υπέχει ο εκπαιδευτικός ως δημόσιος υπάλληλος, ο οποίος ακολουθεί απλώς τις εγκεκριμένες από το σχολικό γραφειοκρατικό μοντέλο διδακτικές προσεγγίσεις. Κατά συνέπεια, λοιπόν, η διατροφική αγωγή παραμένει μέρος του σχολικού ωρολογίου προγράμματος, μόνο αν οι εκπαιδευτικές αρχές δεν αμελήσουν το καθήκον τους για πολύπλευρη μόρφωση των νέων παιδιών (Perera et al, 2015).

Πιο συνεπής και αποτελεσματική στην διατροφική γαλούχηση των μαθητών συνιστά η δεύτερη μέθοδος επιμόρφωσης των τελευταίων. Αυτή προϋποθέτει την διδακτική πρωτοβουλία του ίδιου του εκπαιδευτικού προσωπικού, προκειμένου να διαμορφώσουν προσωπικότητες με σεβασμό στις αρχές της υγείας και ευαισθητοποίηση και θετική στάση σε ζητήματα διατροφής. Η αγωγή υγείας δεν γίνεται σε βάρος κάποιου άλλου μαθήματος, αλλά με σωστό προγραμματισμό ο δάσκαλος τείνει, όταν του το επιτρέπει η θεματολογία του γνωστικού αντικειμένου, να επιστήσει την προσοχή στην εν λόγω θεματική, υπερθεματίζοντας την διατροφική ορθότητα και την αξία της καλής υγείας. Στην προσπάθειά τους αυτή, ως διδακτικά εργαλεία αξιοποιούνται εκείνα που κρίνονται ως πιο πρόσφορα για να προσελκύσουν την προσοχή των μαθητών στο εν λόγω ζήτημα, εντείνοντας ταυτόχρονα τον βαθμό της ευαισθητοποίησής τους (Metos et al, 2019).

Ολοκληρώνοντας την διδακτική παρέμβαση του εκπαιδευτικού προς την κατάκτηση των γνώσεων της αγωγής υγείας, θα ήταν παράλειψη να μην επισημανθεί και μια τρίτη μέθοδος, που αξιώνει τον μεγαλύτερο βαθμό δημιουργικής εμπλοκής του εκπαιδευτικού στην προσπάθεια για υιοθέτηση σωστότερων διατροφικών προτύπων από μέρους των

παιδιών. Βέβαια, στο εγχείρημα αυτό απαιτείται η συνεισφορά και των μαθητών, οι οποίοι θα λειτουργούν ως ενεργητικοί αποδέκτες των παρεχόμενων εκπαιδευτικών μηνυμάτων. Πιο συγκεκριμένα, οι δύο πόλοι της μάθησης θα πρέπει να συνδιαλέγονται και εκτός των χωρο-χρονικών περιθωρίων που προσφέρει το Αναλυτικό Πρόγραμμα σπουδών, συμβάλλοντας σταδιακά στην κατίσχυση μιας νέας μορφής εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων για την μεταλαμπάδευση γνώσεων, που διαθέτει δικό της προγραμματισμό και μεθοδολογία (Perera et al, 2015). Η αφοσίωση των δασκάλων σε αυτά τα νέα μοντέλα επιμόρφωσης θα πρέπει να είναι ευλαβική, δεδομένου ότι η προετοιμασία αυτών χρειάζεται περισσότερο χρόνο προεργασίας συγκριτικά με την τυπική διδακτική προετοιμασία. Ταυτόχρονα, είναι αναγκαίο να ανακαλύψει και να ενθαρρύνει το κοινό του να παραχωρήσει οικειοθελώς μέρος του ελεύθερου χρόνου του σε αυτήν την νέα δημιουργική νόηση της μετάδοσης γνώσεων διατροφικού χαρακτήρα. Στην πραγματικότητα, τέλος, ο εκπαιδευτικός με την συγκεκριμένη παρέμβασή του, καθιστά πιο αποτελεσματική και πετυχημένη την κατάκτηση των πληροφοριών στον τομέα της υγείας, οδηγώντας τα παιδιά στο να αναλύσουν, να επεξεργαστούν και να προβληματιστούν πάνω στην εν λόγω θεματική, αποδεικνύοντας περίτρανα, και την πολυπραγμοσύνη- διεπιστημονικότητα του κλάδου του (Graziose et al, 2018).

### **3.1.2 Προϋποθέσεις υλοποίησης προγραμμάτων Διατροφικής Αγωγής από τον εκπαιδευτικό**

Ο τομέας της αγωγής υγείας και η ενθάρρυνση εμπλοκής στα σύνθετα ζητήματα που πηγάζουν από αυτόν αξιώνουν την πλήρη αφοσίωση των εκπαιδευτικών σε αυτό το καθοδηγητικό έργο τους. Οι ίδιοι, ως φορείς επιστημονικής γνώσης στην εν λόγω ειδικότητα οφείλουν να είναι εξοπλισμένοι με ένα ευρύ φάσμα δεξιοτήτων προκειμένου να προσελκύσουν το μαθησιακό κοινό για εμπλοκή στα ζητήματα διατροφής (Perera et al, 2015).

Πιο συγκεκριμένα, είναι αδήριτη ανάγκη οι ίδιοι να αντιληφθούν ότι η διατροφική εκπαίδευση και η προαγωγή της υγείας μπορεί να γίνουν πραγματικότητα, εφόσον κινητοποιηθούν και ανανεωθούν οι επίσημες πολιτικές των επιμέρους σχολικών μονάδων και κληθεί προς δράση το ευρύ πλέγμα από τις σχολικές συνιστώσες και τους συμπαράγοντες, όπως είναι οι διευθυντικές αρχές, ο σύλλογος γονέων και κηδεμόνων, το

Υπουργείο Παιδείας, επιτυγχάνοντας έτσι μια γόνιμη διασύνδεση και ανταλλαγή ερεθισμάτων με το σύνολο της τοπικής κοινότητας (Graziose et al, 2018).

Ταυτόχρονα, πέρα από τα οργανωτικά ζητήματα της συμπερίληψης της διατροφικής αγωγής στα σχολικά ωρολόγια προγράμματα, εστιάζοντας στο ίδιο το υλικό γνώσεων που θα πρέπει να διδαχθεί, η ευθύνη ανεύρεσης των απαραίτητων επιστημονικών κειμένων με αντικείμενο τη διατροφή επιρρίπτεται εκ νέου στους εκπαιδευτικούς. Οι ίδιοι οφείλουν πρωτίστως να επιμορφωθούν επί των καίριων ζητημάτων της διατροφικής συμπεριφοράς, προκειμένου, εν συνεχεία, να ανακαλύψουν τον ελκυστικότερο τρόπο πρόκλησης του ενδιαφέροντος των παιδιών για τα αντίστοιχα θέματα και εν τέλει να διαμορφώσουν άτομα με έντονη παρουσία και γνώμη σε ζητήματα υγείας, αλλά και πολίτες με αυξημένα αντανακλαστικά, όσον αφορά τα υγιή διατροφικά πλαίσια και την προσπάθεια για καλύτερες συνθήκες διαβίωσης σε βάθος χρόνου (Graziose et al, 2018).

Διατρέχοντας την ηλεκτρονική σελίδα του Υπουργείου Υγείας, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι στο ζήτημα της Διατροφικής Αγωγής έχουν αντληθεί γνώσεις από τους ειδικούς επιστήμονες, προκειμένου να δοθούν σωστές συμβουλές προς το σύνολο των ενδιαφερόμενων. Πιο συγκεκριμένα, έχουν δημιουργηθεί παρουσιάσεις και έχουν παρατεθεί συστάσεις εξειδικευμένα για μαθητές του νηπιαγωγείου, του δημοτικού, του γυμνασίου και του λυκείου, που βασίζονται στις διατροφικές ανάγκες του νηπίου, του παιδιού στη σχολική του καθημερινότητα, και του εφήβου. Με αυτόν τον τρόπο, το Υπουργείο επιχειρεί να διαμορφώσει κατευθυντήριες γραμμές για το σύνολο των προγραμμάτων διατροφικής αγωγής που πρόκειται να εφαρμοστούν στα σχολεία, ώστε οι μαθητές και οι εκπαιδευτικοί να λαμβάνουν αξιόπιστο και ποιοτικό υλικό πληροφόρησης, αποφεύγοντας παρανοήσεις που υπάρχουν στο πεδίο των διατροφικών συνηθειών. Έτσι, στα προγράμματα αυτά που ανανεώθηκαν το 2019 περιλαμβάνονται παρουσιάσεις για όλες τις τάξεις του σχολείου, ενώ για τους μικρότερους μαθητές υπάρχουν και βιωματικές δράσεις και δραστηριότητες (Υπουργείο Υγείας, 2019).

Σε αυτό το πλαίσιο, το μάθημα πρέπει να γίνεται με σεβασμό στις ιδιαιτερότητες των μαθητών και να αποφεύγεται η δασκαλοκεντρική προσέγγιση της γνώσης. Η επιμόρφωση, με άλλα λόγια, δεν μπορεί να εκκινεί από το επίπεδο των κατακτημένων γνώσεων, που έχει επιτύχει σε προσωπικό επίπεδο ο εκπαιδευτικός, αλλά θα πρέπει το πρόγραμμα να υλοποιείται με βάση τους άξονες γνώσεων, αντιλήψεων και στάσεων που γενικά έχουν τα παιδιά αναφορικά με κεντρικά θέματα της υγείας. Με αυτόν τον τρόπο, η γνώση γίνεται εργαλείο στα χέρια των δασκάλων και συνιστάσα διεύρυνσης των πνευματικών οριζόντων

για τους μαθητές, μεθοδεύοντας, έτσι, ένα μοντέλο ανατροφοδότησης και απεμπόλησης λαθεμένων διατροφικών συμπεριφορών (Perera et al, 2015).

Τελικός στόχος κατάκτησης θα πρέπει να είναι πάντοτε για το σύνολο των εμπλεκόμενων εκπαιδευτικών, η οικοδόμηση ενός ολιστικού σχολείου, που να είναι γνωστικά πιο ανθεκτικό και θετικά προσκείμενο στον εμπλουτισμό του αναλυτικού προγράμματος σπουδών με μαθήματα που σχετίζονται με σημαντικές πτυχές της ανθρώπινης ζωής και ευημερίας, όπως είναι η σωστή σχέση με τη διατροφή και γενικότερα με την Αγωγή Υγείας. Ένα πλέγμα νέου πληροφοριακού υλικού οφείλει να αναδυθεί, με πρωτοστάτες τους δασκάλους που έχουν ήδη μνηθεί σε αυτή τη νέα διάδραση για διαμόρφωση πολυεπίπεδων μαθητικών προσωπικοτήτων με περισσότερη κοινωνική ευαισθητοποίηση. Βέβαια, αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα παραγκωνισμό των παραδοσιακών διδακτικών αντικειμένων στο βωμό της υπερβολικής έμφασης στα νέα γνωστικά αντικείμενα, αλλά, στην πραγματικότητα, οι καθηγητές οφείλουν να αναζητήσουν τα σημεία σύγκλισης των ανωτέρω προς μια δημιουργική ενσωμάτωση όλων στο εκπαιδευτικό σύστημα (McCaughy et al, 2015).

Σε μια προσπάθεια ανακεφαλαίωσης των δεξιοτήτων, που ο ίδιος ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να έχει, προκειμένου να φέρει εις πέρας τη διατροφική εκπαίδευση στο πλαίσιο του σχολικού περιβάλλοντος, η λίστα αυτών υποδεικνύει ότι ο δάσκαλος πρέπει να συγκεντρώνει πληθώρα χαρακτηριστικών. Σε πρώτο επίπεδο, είναι απαραίτητο να αναγνωρίζει το ρόλο του ως παιδαγωγός, μια παραδοχή που οφείλει να λειτουργεί περισσότερο ως αυτοσκοπός του. Έτσι, στόχος είναι να λειτουργήσει επιμορφωτικά για την πνευματική ανάταση των μαθητών, αποφεύγοντας την στείρα αναπαραγωγή των προδιαγεγραμμένων από το αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών γνώσεων. Ο ίδιος, ως διεπιστημονικός ερευνητής του αντικειμένου της υγείας πρέπει να ενθαρρύνει τον ειλικρινή και πολιτισμένο διάλογο, χωρίς να απορρίπτει άκριτα τις απόψεις των μαθητών, αλλά αντιλαμβανόμενος το οικογενειακό και κοινωνικό υπόβαθρο, από το οποίο προέρχονται τα παιδιά, να επιχειρεί να «ανταγωνίζεται» εποικοδομητικά το περιεχόμενο των γνώσεων και των στάσεων τους απέναντι στη υγεία, διορθώνοντας τα κακώς κείμενα που μπορεί να έχουν παρεισφρήσει στις καθημερινές τους διατροφικές συνήθειες. Αυτές οι πνευματικές δραστηριότητες για την ενθάρρυνση υιοθέτησης αλλαγών στις στάσεις ζωής των νέων, δεν μπορεί να συνιστά μόνο ένα θεωρητικό νόημα, αλλά πρέπει να υλοποιείται πρακτικά. Έτσι, η θέση του εκπαιδευτή είναι να ενσκήπτει κριτικά επί του συνόλου του πληροφοριακού υλικού αναφορικά με την αγωγή υγείας, και αξιολογώντας το επιστημονικά και παιδαγωγικά να εντάσσει και τους μαθητές στην εν λόγω «βιοματική»

μάθηση, ενθαρρύνοντας τους εν συνεχεία, να δημιουργήσουν δικές τους ερευνητικές εργασίες και οπτικοακουστικό υλικό για την διέγερση του ενδιαφέροντος και των υπολοίπων για την προαγωγή της υγείας και της υγιεινής διατροφής (Mc Caughtry et al, 2015).

Ταυτόχρονα, ως καθοδηγητής του συνόλου της πνευματικής διεργασίας πρέπει να απεμπολήσει το ρόλο της αυθεντίας, και ταυτόχρονα να καταστεί ισότιμο μέλος της ομάδας, πλησιάζοντας τους μαθητές και δημιουργώντας ένα κλίμα εμπιστοσύνης, προκειμένου τα παιδιά να νιώσουν άνετα να εκφράσουν τις εμπειρίες τους και τις απορίες τους χωρίς φόβο. Μόνο αν ακολουθηθεί ένα μοντέλο ευελιξίας και αναπροσαρμογής των μεθόδων εκμάθησης στις ανάγκες των μαθητών και του γνωστικού επιπέδου τους στο αντικείμενο της υγείας, θα μπορέσει να σχεδιασθεί ένα πρόγραμμα αποτελεσματικής επιμόρφωσης για αυτή, ένα έργο βέβαια που απαιτεί την πλήρη εναρμόνιση των ηγετικών γνωρισμάτων πρωτοβουλίας και του ίδιου του εκπαιδευτικού (Kupolati et al, 2019).

Παράλληλα, δεν θα πρέπει να λησμονείται το γεγονός ότι η αγωγή υγείας δεν μπορεί να νοηθεί μόνο ως μια θεωρητική επισκόπηση του θέματος, αλλά απαιτείται ουσιαστική παράθεση λύσεων για τα ακανθώδη ζητήματα της διατροφής. Για αυτόν τον σκοπό, ο ίδιος πρέπει να αναλάβει, ανάμεσα στους υπόλοιπους ρόλους του, και τη θέση του εμπυχωτή, δεδομένου ότι τα παιδιά χρειάζονται δίπλα τους έναν σύμμαχο- συμπαραστάτη, που γνωρίζουν ότι δεν θα τους κρίνει για τις όποιες λανθασμένες επιλογές τους (Kupolati et al, 2019). Γίνεται εύκολα κατανοητό ότι όταν το πρόβλημα δεν αποδίδεται με ιατρική ορολογία (όπως το ζήτημα της παιδικής παχυσαρκίας ή του παιδικού διαβήτη), το στίγμα που ακολουθεί τα παιδιά δυστυχώς τα κατατρέχει και τα αποθαρρύνει από προσπάθειες άμβλυνσης των αρνητικών συνεπειών και εδραίωσης νέων ορθότερων στάσεων ζωής. Όταν, επομένως τα επίπεδα ενθάρρυνσης και κινήτρων των παιδιών βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα, ο ίδιος ο εκπαιδευτικός, με φιλική διάθεση μπορεί να τα συμβουλεύει κατάλληλα και να τα ενθαρρύνει για να συνεχίσουν το ταξίδι τους προς την κατάκτηση της καλής υγείας και της σωματικής ευεξίας (Mc Caughtry et al, 2015).

Από όλα τα παραπάνω γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η αγωγή της υγείας και η εκμάθηση των διατροφικών αρχών αξιώνει την δημιουργία εκπαιδευτικών, άρτια εξοπλισμένων με επιστημονικές γνώσεις επί του θέματος και αυξημένα κοινωνικά και εκπαιδευτικά αντανεκλαστικά, προκειμένου οι ίδιοι να λάβουν διδακτικές πρωτοβουλίες για την διεύρυνση του φάσματος των μαθητικών γνώσεων και την ανανέωση και αναπροσαρμογή των στάσεων που έχουν αποκρυσταλλωθεί συνολικά στην κοινωνία για το θέμα της καλής υγείας και της σωματικής και ψυχικής ευημερίας.

## **B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **Κεφάλαιο 4**

### **Σκοπός και στόχοι**

#### **4.1 Σκοπός εργασίας**

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στη διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και του βαθμού επίδρασης αυτών στη συμμετοχή τους σε προγράμματα διατροφικής αγωγής στο σχολείο.

#### **4.2 Ερευνητικά ερωτήματα**

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι :

- Ποια είναι τα κυριότερα χαρακτηριστικά των διατροφικών συνηθειών των εκπαιδευτικών;
- Οι διατροφικές συνήθειες των εκπαιδευτικών συνάδουν με το Μεσογειακό πρότυπο διατροφής;
- Ποια είναι η κατανομή του Δείκτη Μάζας Σώματος των εκπαιδευτικών που συμμετέχουν στη μελέτη;
- Σε ποιο βαθμό ενδιαφέρονται οι εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης να συμμετέχουν για προγράμματα διατροφικών παρεμβάσεων;
- Πόσο ικανοποιητικές είναι οι γνώσεις των εκπαιδευτικών για τα προγράμματα διατροφικής παρέμβασης;
- Σε ποιο βαθμό θεωρούν οι δάσκαλοι αναγκαία την υλοποίηση προγραμμάτων διατροφικής παρέμβασης στο σχολείο;
- Ποια είναι τα κυριότερα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευτικοί στην υλοποίηση προγραμμάτων διατροφικής αγωγής;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των Δείκτη Μάζας Σώματος των εκπαιδευτικών και της συμμετοχής τους σε προγράμματα Διατροφικής Αγωγής;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των διατροφικών συνηθειών των εκπαιδευτικών και της συμμετοχής τους σε προγράμματα διατροφικής αγωγής;



# Κεφάλαιο 5

## Μεθοδολογία

### 5.1 Μέθοδος έρευνας και ερευνητικό εργαλείο

Η έρευνα είναι ποσοτική διότι, όπως προκύπτει από το σκοπό και τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα, επιδιώκεται η μέτρηση των μεγεθών, δηλαδή η ποσοτικοποίηση των δεδομένων που αφορούν τις απόψεις των εκπαιδευτικών για τις διατροφικές συνήθειες

Από τα πιο συνηθισμένα εργαλεία στην ποσοτική έρευνα για τη συλλογή πληροφοριών οι οποίες δεν είναι άμεσα παρατηρήσιμες είναι τα ερωτηματολόγια με ερωτήσεις κλειστού τύπου (Gall, Borg & Gall, 2014).

Για την παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δυο ερωτηματολόγια. Το πρώτο ερωτηματολόγιο είναι της Περίκου (2015) και χρησιμοποιήθηκε για την άντληση των δεδομένων που αφορούν την Β ενότητα. Το δεύτερο ερωτηματολόγιο είναι των Panagiotakos, Pitsavos & Stafanadis (2006) και χρησιμοποιήθηκε για την άντληση των δεδομένων που αφορούν την Γ ενότητα. Και για τα δυο ερωτηματολόγια ζητήθηκε άδεια από τους δημιουργούς.

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αναλυτικά για τους σκοπούς της μελέτης και στη συνέχεια έδωσαν γραπτά τη συγκατάθεση τους. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν ηλεκτρονικά μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας Google Forms. Πιο συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε και προωθήθηκε στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, από τον Απρίλιο έως και τον Ιούνιο 2021.

Αναλυτικά, το συνολικό ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρεις ενότητες:

- στην Α Ενότητα (Ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων), οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, την ηλικία, το βάρος, το ύψος, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των τέκνων, την ειδικότητα, το εργασιακό καθεστώς, το εργασιακό περιβάλλον, την περιοχή που εδρεύει το σχολείο, τα έτη προϋπηρεσίας, τις σπουδές, το μηνιαίο εισόδημα, τις καπνιστικές συνήθειες.
- στην Β Ενότητα Διατροφικές συνήθειες των εκπαιδευτικών, συμμετοχή και γνώσεις τους για προγράμματα διατροφικής παρέμβασης) αξιολογείται η συνολική αποτίμηση της υγείας, οι συνήθειες διατροφής και φυσικής δραστηριότητας, οι απόψεις για την εκπαίδευση σε θέματα διατροφής στο σχολικό περιβάλλον, οι απόψεις και οι στάσεις για

την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας και διατροφής, η αποτελεσματικότητα, η πρόθεση και η ετοιμότητα για προγράμματα αγωγής υγείας και διατροφής.

- στην Γ Ενότητα (Συμμόρφωση των εκπαιδευτικών στο Μεσογειακό πρότυπο διατροφής) διερευνάται η συμμόρφωση των συμμετεχόντων στο Πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής μέσω του Med Diet Score (MDS). (Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα Α).

## 5.2 Δείγμα της έρευνας

Η έρευνα απευθύνθηκε σε εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, δηλαδή τον υπό μελέτη πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν οι δάσκαλοι όλης της χώρας. Καθώς δεν είναι δυνατόν ο ερευνητής να μελετήσει κάθε άτομο στον υπό μελέτη πληθυσμό, πρέπει να επιλέξει ένα δείγμα του πληθυσμού αυτού.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν οι εκπαιδευτικοί της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και για την επιλογή επιστρατεύτηκε η δειγματοληψία ευκολίας. Στη δειγματοληψία ευκολίας ο ερευνητής επιλέγει ένα δείγμα που να ταιριάζει στους στόχους της μελέτης και που είναι εύκολα προσβάσιμο σε εκείνον. Αν και είναι επιθυμητό ένα δείγμα που έχει επιλεγεί με τυχαίο τρόπο, είναι συνήθως καλύτερο να πραγματοποιείται μια μελέτη με ένα δείγμα ευκολίας από το να μην γίνεται καθόλου, υπό την προϋπόθεση ότι το δείγμα ικανοποιεί τους σκοπούς της έρευνας (Gall, Borg&Gall, 2014).

Η δειγματοληψία ευκολίας επιτρέπει στον ερευνητή να αξιοποιήσει το διαδίκτυο και τα κοινωνικά δίκτυα. Ως εκ τούτου, η έρευνα διεξήχθη διαδικτυακά και το ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, από τον Απρίλιο έως και τον Ιούνιο 2021.

Τέλος, κριτήρια αποκλεισμού αποτελούσαν η ηλικία (συμμετείχαν μόνο ενήλικες), η ειδικότητα (συμμετέχουν μόνο εκπαιδευτικοί), η βαθμίδα εκπαίδευσης στην οποία διδάσκουν (δε συμμετείχαν εκπαιδευτικοί άλλων βαθμίδων εκπαίδευσης πλην της πρωτοβάθμιας) και η αδυναμία παροχής πληροφοριών (π.χ. άτομα ΑΜΕΑ, άτομα που δε διαβάζουν ελληνικά).

### 5.3 Ηθική και Δεοντολογία

Η ηθική και δεοντολογία αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της έρευνας. Η μελέτη υλοποιήθηκε σύμφωνα με τις αρχές της διακήρυξης του Ελσίνκι. Πριν την πραγματοποίηση της έρευνας, η μελέτη εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (ΕΗΔΕ) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (34268/16-04-2021). Η έγκριση της μελέτης από την ΕΗΔΕ περιλαμβάνεται στο Παράρτημα.

Για να εξασφαλιστούν τα ζητήματα που άπτονται της ηθικής και δεοντολογίας στην παρούσα έρευνα δημιουργήθηκαν έντυπα ενημέρωσης και συγκατάθεσης.

Σε ό,τι αφορά την ενημέρωση, γνωστοποιήθηκε στους ερωτώμενους ότι τα προσωπικά στοιχεία τους δεν μπορούν να προσδιοριστούν ή να γίνουν γνωστά στον ερευνητή, σε καμία φάση της ερευνητικής διαδικασίας (μη ταυτοποιήσιμα προσωπικά δεδομένα – μη αναγνωρίσιμα ανώνυμα δεδομένα), άρα η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γίνεται ανώνυμα. Μέσω της πλατφόρμας Google Forms τα IPaddresses των συμμετεχόντων δεν είναι ταυτοποιήσιμα. Τα στοιχεία αυτά αποθηκεύτηκαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή της κύριας ερευνήτριας για το χρονικό διάστημα που απαιτούνται για την ολοκλήρωση των ακαδημαϊκών υποχρεώσεών της και των επιστημονικών δημοσιεύσεων που πιθανώς θα προκύψουν. Πρόσβαση σε αυτά είχε μόνο η κύρια ερευνήτρια και η επιβλέπουσα της διπλωματικής εργασίας.

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για την ταυτότητα του προγράμματος και των ερευνητών, καθώς επίσης και για τα στοιχεία επικοινωνίας (τηλέφωνα/email), μέσω των οποίων θα μπορούσαν να έλθουν σε επαφή για οποιοδήποτε λόγο (διευκρινίσεις, υποβολή παραπόνων κλπ).

Σε ό,τι αφορά τη συγκατάθεση των συμμετεχόντων δημιουργήθηκε έντυπο (Παράρτημα Β), το οποίο αναρτήθηκε μαζί με το έντυπο ενημέρωσης (Παράρτημα Γ) και το ερωτηματολόγιο. Η δήλωση ότι οι ερωτώμενοι συμφωνούν με τη συμμετοχή τους στη μελέτη, αποτέλεσε προϋπόθεση για τη συνέχιση στο κύριο τμήμα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

## 5.4 Στατιστική Ανάλυση

Τα δεδομένα καταχωρήθηκαν κωδικοποιημένα σε Η/Υ και η στατιστική επεξεργασία τους πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό λογισμικό IBM SPSS Statistics v21.0. Η στατιστική ανάλυση αποτελείται από την Περιγραφική και την Επαγωγική Στατιστική.

Η Περιγραφική στατιστική είναι ο κλάδος της στατιστικής που ασχολείται με την οργάνωση, την παρουσίαση και την περιγραφή ποσοτικών πληροφοριών, είτε σε μορφή πίνακα είτε σε μορφή γραφικής παράστασης (Χαλικιάς, Μανωλέσου & Λάλου, 2015). Στην προκειμένη περίπτωση πραγματοποιήθηκε Περιγραφική στατιστική για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος μόνο; και τα αποτελέσματά της αποτυπώθηκαν με την παρουσίαση πινάκων των σχετικών συχνοτήτων.

Η Επαγωγική στατιστική, από την άλλη πλευρά, είναι ο κλάδος της στατιστικής που ασχολείται με την εξαγωγή συμπερασμάτων για ολόκληρους πληθυσμούς με βάση τα δεδομένα μιας μικρότερης ομάδας ατόμων (ενός δείγματος) (Χαλικιάς, Μανωλέσου & Λάλου, 2015).

Στην επαγωγική στατιστική χρησιμοποιήθηκαν:

- το μη παραμετρικό test ανεξαρτησίας  $X^2$  (Chi-Square), όταν και οι 2 μεταβλητές ήταν ποιοτικές,
- ο συντελεστής συσχέτισης Kendall's tau<sub>b</sub>, όταν και οι 2 μεταβλητές ήταν διατάξιμες,
- ο συντελεστής συσχέτισης Pearson, όταν και οι 2 μεταβλητές ήταν ποσοτικές,
- ο έλεγχος ισότητας μέσω των τιμών ANOVA.

Για όλους τους ελέγχους υποθέσεων χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $\alpha=0,05$ . Αυτό σημαίνει ότι, όταν  $p\text{-value}<0,05$ :

α) στο μη παραμετρικό test Chi-Square υπάρχει εξάρτηση,

β) στο συντελεστή συσχέτισης Kendall's tau<sub>b</sub> και Pearson υπάρχει συσχέτιση

γ) στον έλεγχο ισότητας μέσω των τιμών ANOVA, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

## Κεφάλαιο 6

### Αποτελέσματα έρευνας

#### 6.1 Περιγραφική Στατιστική

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά 100 εκπαιδευτικοί πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Αρχικά θα παρουσιαστούν τα ευρήματα που προέκυψαν από την καταγραφή των απαντήσεων των ερωτηματολογίων με τη βοήθεια της περιγραφικής στατιστικής (πίνακες συχνότητας, γραφήματα), τα οποία δίνουν μια πρώτη εικόνα σχετικά τον βαθμό στον οποίο οι διατροφικές συνήθειες των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης συσχετίζονται με τη συμμετοχή τους σε προγράμματα διατροφικής αγωγής στο σχολείο.

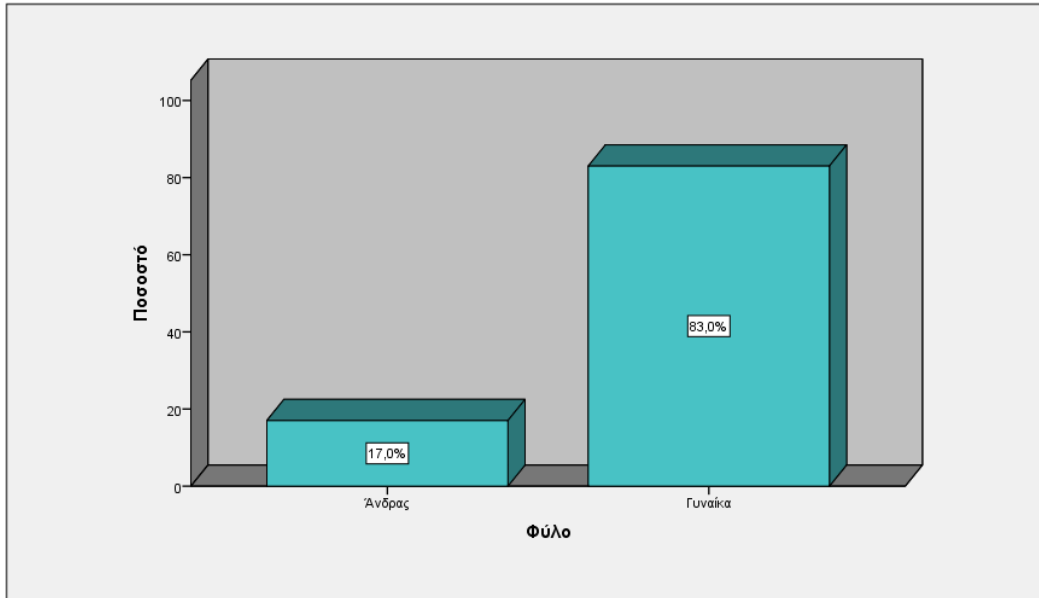
Ο πίνακας 6.1 που ακολουθεί παρουσιάζει την κατανομή συχνότητας των συμμετεχόντων ως προς το φύλο τους.

Πίνακας 6.1: Φύλο των εκπαιδευτικών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Άνδρας	17	17,0
Γυναίκα	83	83,0
Σύνολο	100	100,0

Από τον πίνακα προκύπτει ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, ποσοστό 83%, είναι γυναίκες, ενώ μόλις το 17% των συμμετεχόντων είναι άνδρες. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.

Γράφημα 6.1: Φύλο των εκπαιδευτικών



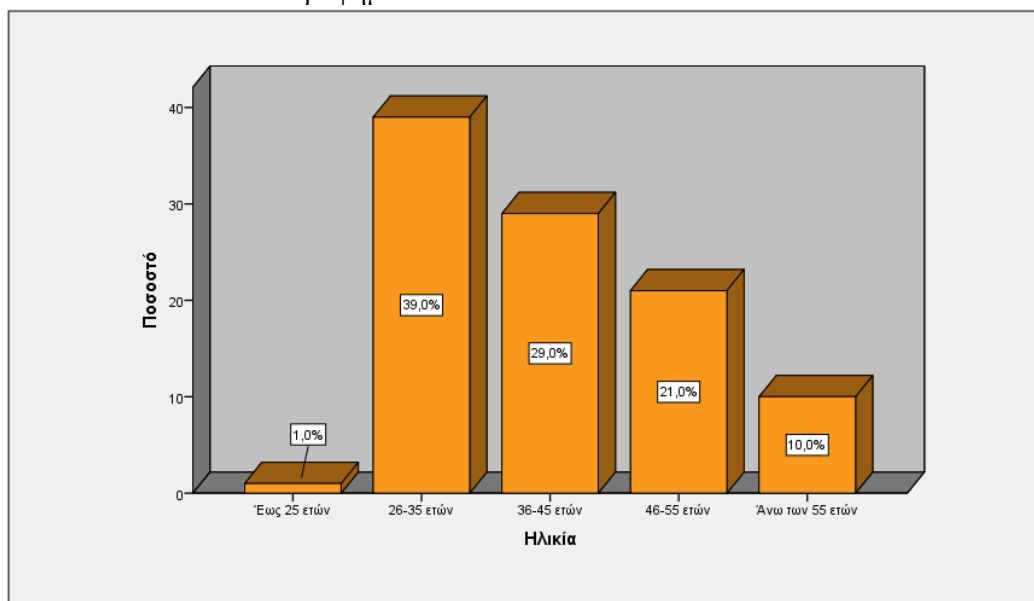
Ο επόμενος πίνακας 6.2 αφορά την κατανομή των συμμετεχόντων με βάση την ηλικιακή κατηγορία στην οποία ανήκουν.

Πίνακας 6.2: Ηλικία των εκπαιδευτικών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έως 25 ετών	1	1,0
26-35 ετών	39	39,0
36-45 ετών	29	29,0
46-55 ετών	21	21,0
Άνω των 55 ετών	10	10,0
Σύνολο	100	100,0

Από τον πίνακα 6.2 προκύπτει ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, ποσοστό 39%, ήταν άτομα ηλικίας από 26 μέχρι 35 ετών, ενώ σχεδόν 3 στους 10 συμμετέχοντες, ποσοστό 29%, ήταν ηλικίας 36 έως 45 ετών. Επιπλέον, σχεδόν 1 στους 5 εκπαιδευτικούς που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ηλικίας 46 έως 55 ετών, ενώ 1 στους 10, ποσοστό 10%, ήταν άνω των 55 ετών. Τέλος, υπάρχει και ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 1% που αφορά εκπαιδευτικούς νεότερους από 25 ετών. Στο γράφημα 6.2 που ακολουθεί γίνεται φανερόπως κατανέμονται οι εκπαιδευτικοί με βάση την ηλικία τους.

Γράφημα 6.2: Ηλικία των εκπαιδευτικών



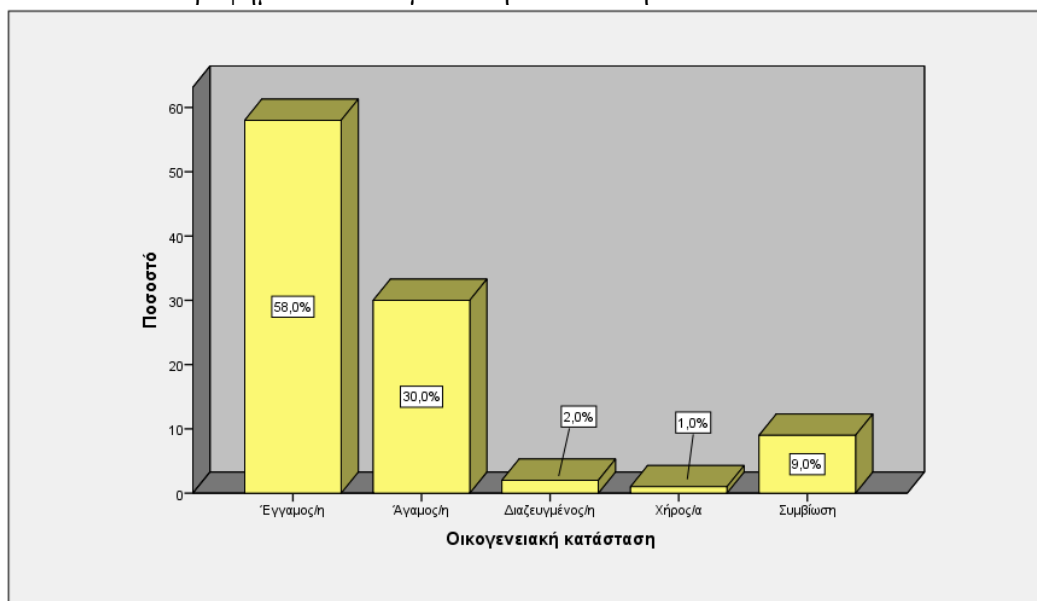
Στη συνέχεια παρουσιάζεται ο πίνακας κατανομής συχνοτήτων της οικογενειακής κατάστασης των εκπαιδευτικών που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα.

Πίνακας 6.3: Οικογενειακή κατάσταση των εκπαιδευτικών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έγγαμος/η	58	58,0
Άγαμος/η	30	30,0
Διαζευγμένος/η	2	2,0
Χήρος/α	1	1,0
Συμβίωση	9	9,0
Σύνολο	100	100,0

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών, ποσοστό 58%, είναι έγγαμοι, ενώ 3 στους 10, ποσοστό 30%, είναι άγαμοι. Επιπρόσθετα, σχεδόν 1 στους 10 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 9%, δηλώνει ότι συμβιώνει με κάποιον/α σύντροφο, ενώ πολύ χαμηλά ποσοστά εμφανίζουν οι κατηγορίες διαζευγμένος/η (2%) και χήρος/α (1%). Στο γράφημα που ακολουθεί γίνεται εμφανές πως κατανέμονται οι συμμετέχοντες στην έρευνα με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση.

Γράφημα 6.3: Οικογενειακή κατάσταση των εκπαιδευτικών



Ακολουθεί ο πίνακας κατανομής συχνοτήτων με βάση το εργασιακό καθεστώς των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

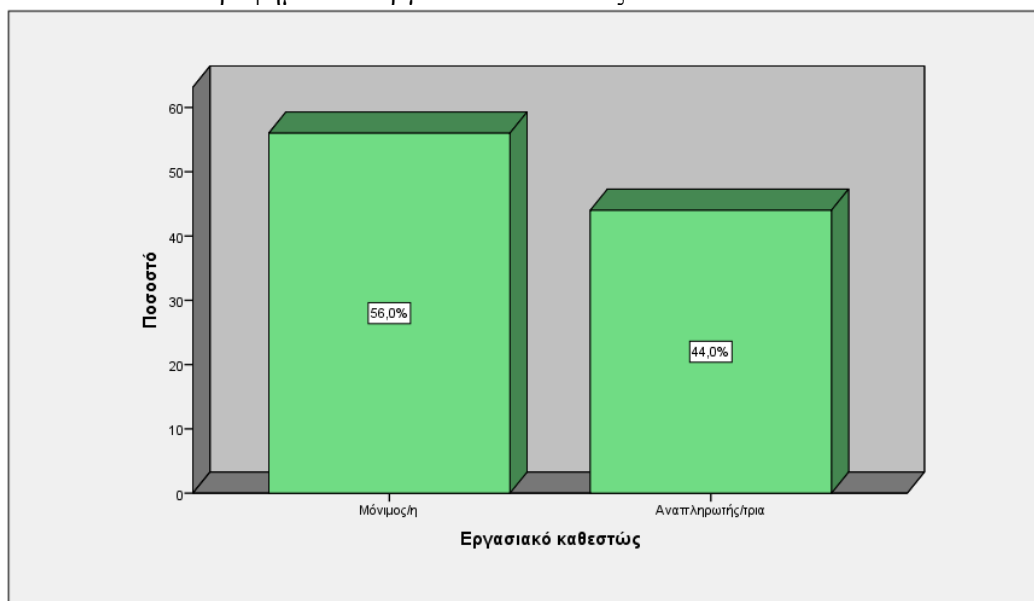
Πίνακας 6.4: Εργασιακό καθεστώς των εκπαιδευτικών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Μόνιμος/η	56	56,0
Αναπληρωτής/τρια	44	44,0
Σύνολο	100	100,0

Όπως προκύπτει από τον πίνακα, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών, ποσοστό 56%, είναι μόνιμοι εκπαιδευτικοί, ενώ το 44% είναι αναπληρωτές. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



Γράφημα 6.4: Εργασιακό καθεστώς των εκπαιδευτικών



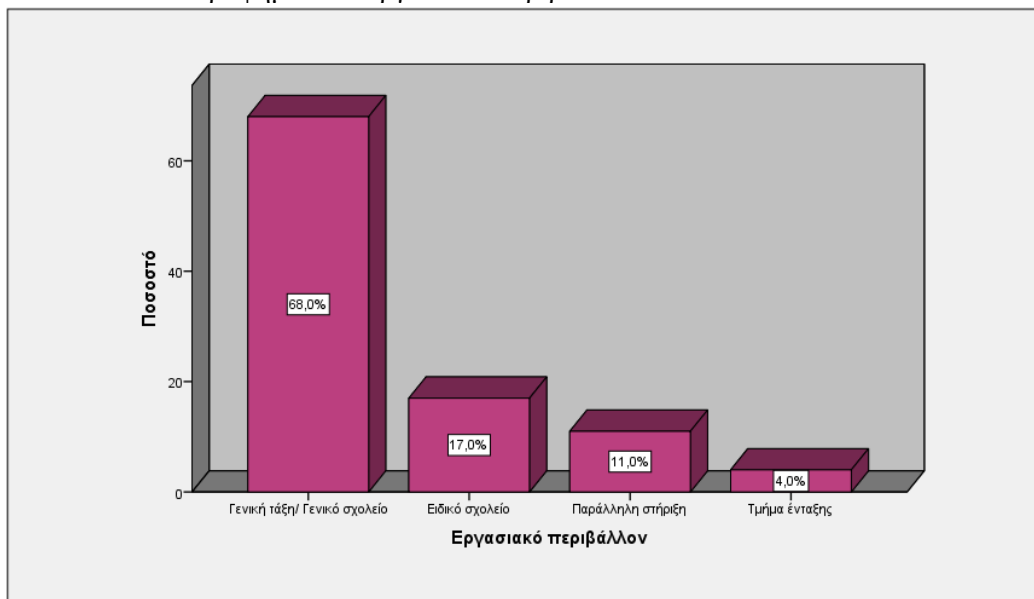
Το εργασιακό περιβάλλον των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα αποτυπώνεται στον πίνακα κατανομής συχνοτήτων που ακολουθεί.

Πίνακας 6.5: Εργασιακό περιβάλλον των εκπαιδευτικών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Γενική τάξη/ Γενικό σχολείο	68	68,0
Ειδικό σχολείο	17	17,0
Παράλληλη στήριξη	11	11,0
Τμήμα ένταξης	4	4,0
Σύνολο	100	100,0

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών, ποσοστό 68%, διδάσκουν σε γενική τάξη/γενικό σχολείο, ενώ το 17% διδάσκει σε ειδικό σχολείο. Επιπλέον, σχεδόν 1 στους 10 εκπαιδευτικούς που συμμετείχαν στην έρευνα κάνει παράλληλη στήριξη, ενώ μόλις το 4% διδάσκει σε τμήμα ένταξης. Η κατανομή των εκπαιδευτικών με βάση το εργασιακό τους περιβάλλον αποτυπώνεται στο γράφημα που ακολουθεί.

Γράφημα 6.5: Εργασιακό περιβάλλον των εκπαιδευτικών



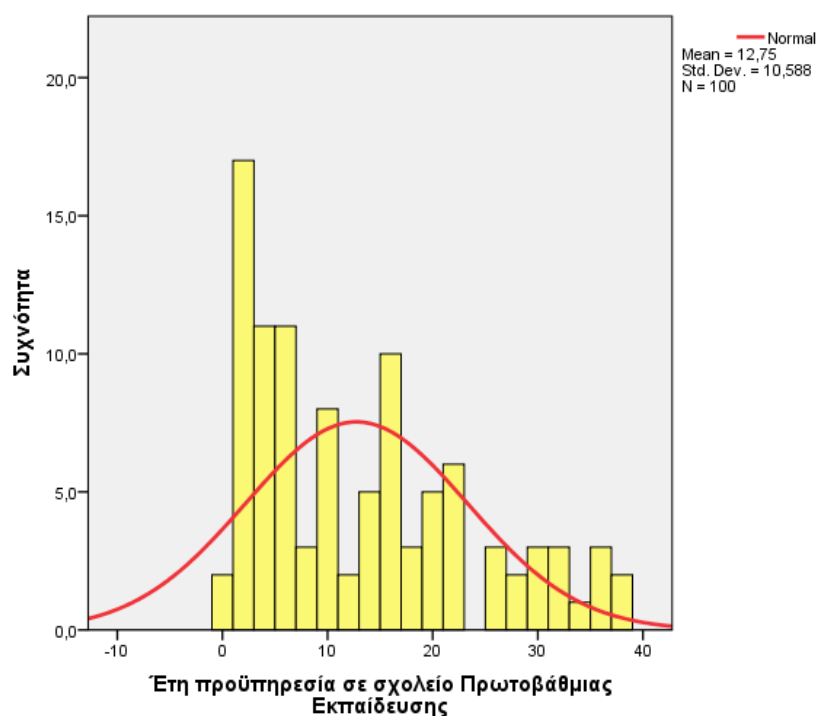
Ο πίνακας 6.6 που ακολουθεί περιέχει πληροφορίες σχετικά με τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων εκπαιδευτικών.

Πίνακας 6.6: Στατιστικά στοιχεία ετών προϋπηρεσίας των εκπαιδευτικών

Έτη προϋπηρεσίας σε σχολείο Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης	
Πλήθος	100
Ελάχιστο	0
Μέγιστο	38
Μέσος όρος	12,8
Τυπική Απόκλιση	10,6
Διακύμανση	112,1

Όπως προκύπτει από τον πίνακα, η μέση τιμή των χρόνων προϋπηρεσίας των εκπαιδευτικών είναι 12,8 έτη, ενώ η τυπική απόκλιση είναι 10,6. Επίσης, εμφανίζεται ως ελάχιστη τιμή το 0, κάτι που φανερώνει ότι υπάρχει στο δείγμα εκπαιδευτικός που εργάζεται για πρώτη χρονιά, ενώ η μεγαλύτερη τιμή είναι τα 38 έτη. Από το ιστόγραμμα που ακολουθεί γίνεται εμφανές πως κατανέμονται οι εκπαιδευτικοί με βάση τα χρόνια προϋπηρεσίας τους.

Γράφημα 6.6: Έτη προϋπηρεσίας των εκπαιδευτικών



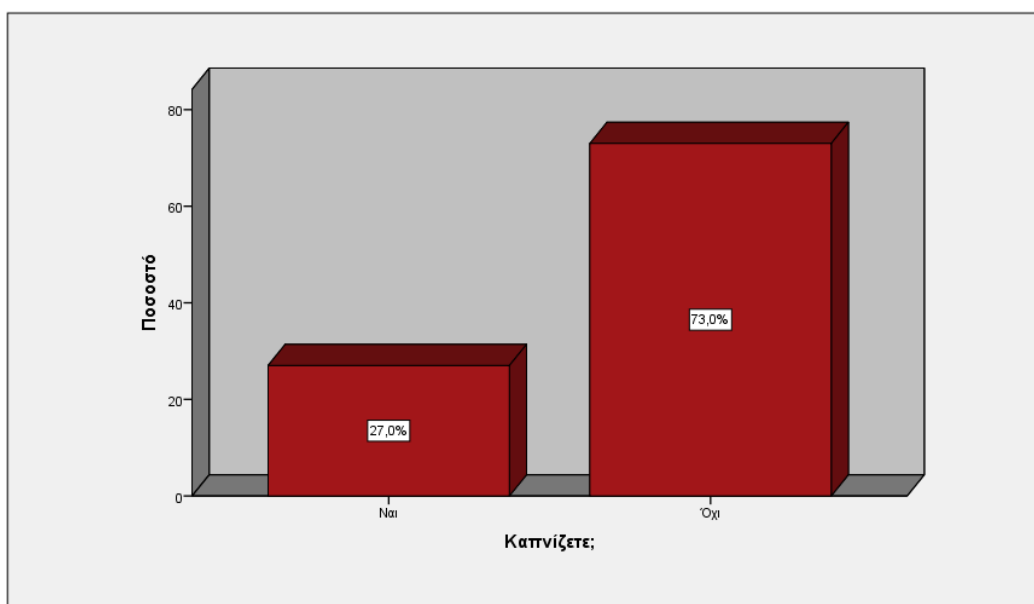
Στη συνέχεια του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν αν καπνίζουν. Οι απαντήσεις που έδωσαν παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 6.7: Καπνίζετε;

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ναι	27	27,0
Όχι	73	73,0
Σύνολο	100	100,0

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, ποσοστό 73%, δηλώνουν ότι δεν είναι καπνιστές, ενώ το 27% δηλώνει ότι καπνίζει. Γενικότερα 1 στους 4 εκπαιδευτικούς είναι καπνιστής, όπως φαίνεται και από το γράφημα που ακολουθεί.

Γράφημα 6.7: Καπνίζετε;



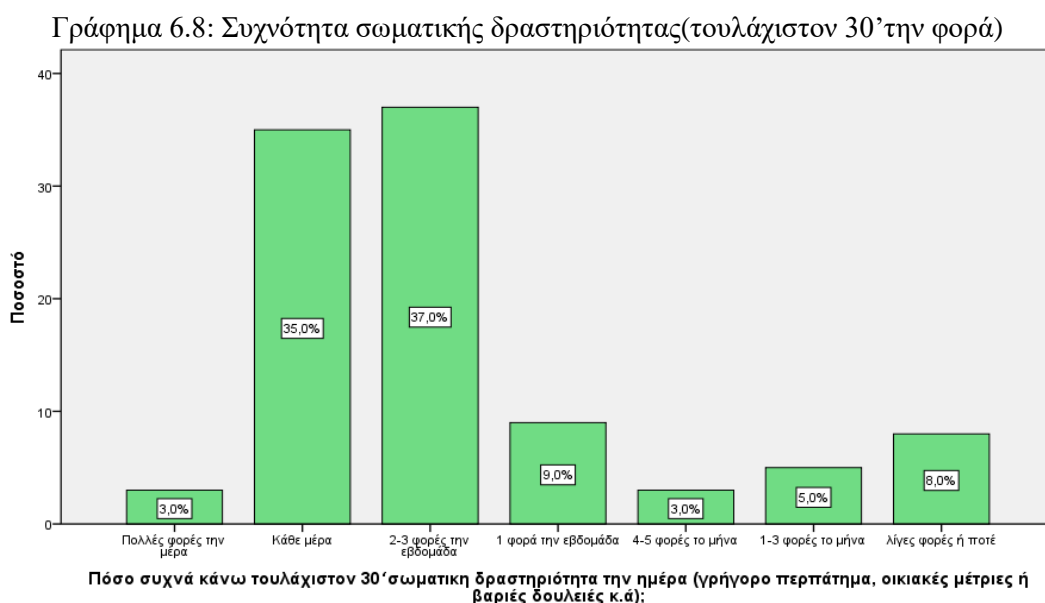
Ο πίνακας 6.8 παρουσιάζει την κατανομή των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα, με βάση την συχνότητα άσκησης επί τουλάχιστον 30' την φορά.

Πίνακας 6.8: Συχνότητα σωματικής δραστηριότητας (τουλάχιστον 30' την φορά)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πολλές φορές την μέρα	3	3,0
Κάθε μέρα	35	35,0
2-3 φορές την εβδομάδα	37	37,0
1 φορά την εβδομάδα	9	9,0
4-5 φορές το μήνα	3	3,0
1-3 φορές το μήνα	5	5,0
λίγες φορές ή ποτέ	8	8,0
Σύνολο	100	100,0

Από τον πίνακα προκύπτει ότι ποσοστό 37% των εκπαιδευτικών, κάνουν τουλάχιστον 30' σωματική δραστηριότητα (γρήγορο περπάτημα, οικιακές εργασίας μέτριας ή μεγάλης έντασης κ.α.) 2 έως 3 φορές την εβδομάδα, ενώ περίπου 1 στους 3 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 35%, γυμνάζεται καθημερινά. Επιπρόσθετα, σχεδόν 1 στους 10 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 9%, κάνει τουλάχιστον 30' σωματική δραστηριότητα 1 φορά την

εβδομάδα, ενώ το 8% δηλώνει ότι γυμνάζεται λίγες μόνο φορές ή ποτέ. Στον αντίποδα βρίσκεται μόλις το 3% των εκπαιδευτικών που δηλώνει ότι γυμνάζεται πολλές φορές την ημέρα, ενώ με το ίδιο ποσοστό εμφανίζονται και όσοι εκπαιδευτικοί γυμνάζονται 4 έως 5 φορές το μήνα. Τέλος, το 5% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι γυμνάζεται μόνο 1 έως 3 φορές το μήνα. Το γράφημα που ακολουθεί δείχνει πόσο συχνά οι εκπαιδευτικοί κάνουν τουλάχιστον 30' σωματική δραστηριότητα.



Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) των συμμετεχόντων υπολογίστηκε με βάση το ύψος και το βάρος των εκπαιδευτικών, τα οποία τους ζητήθηκαν στην αρχή του ερωτηματολογίου. Η μέση τιμή του ΔΜΣ των συμμετεχόντων είναι 24,16 και η τυπική απόκλιση είναι 5,2.

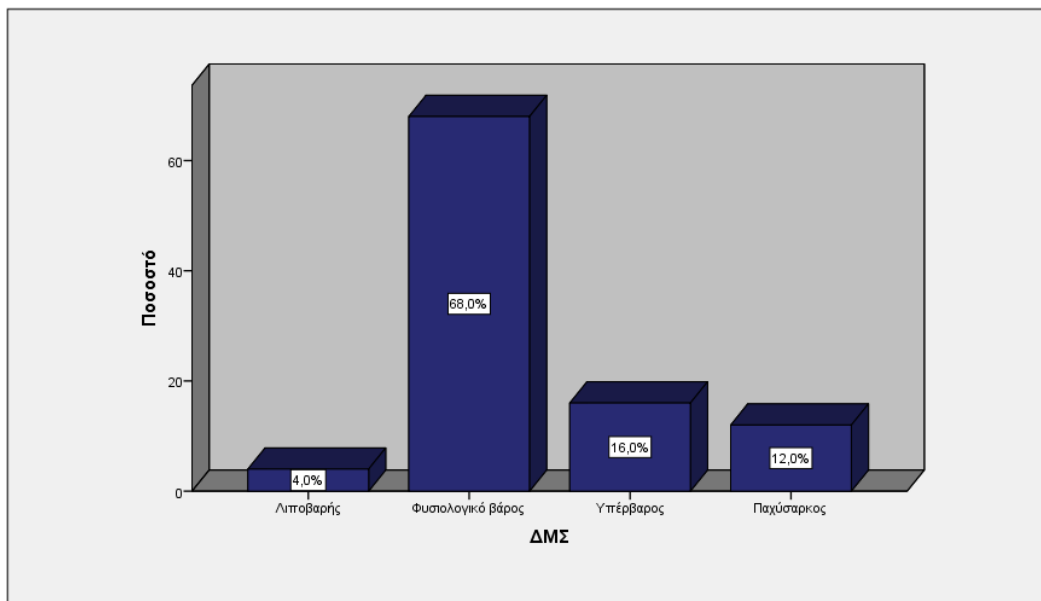
Στον Πίνακα 6.9 παρουσιάζεται η κατάταξη των εκπαιδευτικών με βάση τον δείκτη μάζας σώματος που δήλωσαν.

Πίνακας 6.9: Κατάταξη των εκπαιδευτικών ανάλογα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Λιποβαρείς	4	4,0
Φυσιολογικού βάρους	68	68,0
Υπέρβαροι	16	16,0
Παχύσαρκοι	12	12,0
Σύνολο	100	100,0

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών, ποσοστό 68%, έχουν φυσιολογικό βάρος, ενώ μόλις το 4% των εκπαιδευτικών είναι λιποβαρείς. Επίσης, το 16% των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα είναι υπέρβαροι, ενώ περισσότεροι από 1 στους 10, ποσοστό 12%, είναι παχύσαρκοι. Η κατανομή των συμμετεχόντων με βάση το ΔΜΣ αποτυπώνεται και στο γράφημα που ακολουθεί.

Γράφημα 6.9: Κατάταξη των εκπαιδευτικών ανάλογα με τον Δείκτη Μάζας Σώματος



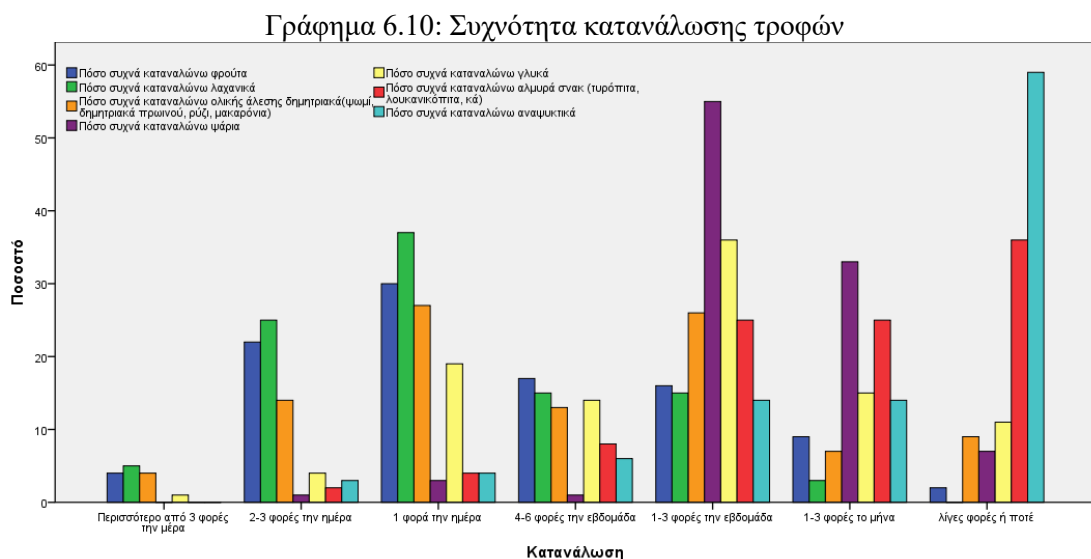
Στον Πίνακα 6.10 παρουσιάζεται η συχνότητα κατανάλωσης τροφών, όπως αυτή προέκυψε από τις σχετικές απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Πίνακας 6.10: Συχνότητα κατανάλωσης τροφών

	Περισσότερο από 3 φορές την ημέρα	2-3 φορές την ημέρα	1 φορά την ημέρα	4-6 φορές την εβδομάδα	1-3 φορές την εβδομάδα	1-3 φορές το μήνα	λίγες φορές ή ποτέ
Πόσο συχνά καταναλώνω φρούτα	4,0%	22,0%	30,0%	17,0%	16,0%	9,0%	2,0%
Πόσο συχνά καταναλώνω λαχανικά	5,0%	25,0%	37,0%	15,0%	15,0%	3,0%	0,0%
Πόσο συχνά καταναλώνω ολικής άλεσης δημητριακά (ψωμί, δημητριακά πρωινού, ρύζι, μακαρόνια)	4,0%	14,0%	27,0%	13,0%	26,0%	7,0%	9,0%
Πόσο συχνά καταναλώνω ψάρια	0,0%	1,0%	3,0%	1,0%	55,0%	33,0%	7,0%
Πόσο συχνά καταναλώνω γλυκά	1,0%	4,0%	19,0%	14,0%	36,0%	15,0%	11,0%
Πόσο συχνά καταναλώνω αλμυρά σνακ (τυρόπιτα, λουκανικόπιτα, κá)	0,0%	2,0%	4,0%	8,0%	25,0%	25,0%	36,0%
Πόσο συχνά καταναλώνω αναψυκτικά	0,0%	3,0%	4,0%	6,0%	14,0%	14,0%	59,0%

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι 3 στους 10 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 30%, καταναλώνουν φρούτα 1 φορά την ημέρα, ενώ περισσότεροι από 1 στους 5, ποσοστό 22%, καταναλώνουν φρούτα 2 έως 3 φορές την ημέρα. Επιπλέον, το 17% καταναλώνει φρούτα 4 έως 6 φορές την εβδομάδα. Σε ό,τι αφορά τα λαχανικά, ποσοστό 37% των εκπαιδευτικών, τα καταναλώνουν 1 φορά την ημέρα, ενώ 1 στους 4 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 25%, 2 έως 3 φορές την ημέρα. Επίσης, το 15% των εκπαιδευτικών καταναλώνει λαχανικά 4 έως 6 φορές την εβδομάδα, ενώ με το ίδιο ποσοστό εμφανίζονται και όσοι καταναλώνουν λαχανικά 1 έως 3 φορές την εβδομάδα. Σχετικά με την κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης (ψωμί, δημητριακά πρωινού, ρύζι, μακαρόνια), 1 στους 4 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 26%, τα καταναλώνει 1 έως 3 φορές την εβδομάδα, ενώ το 27% 1 φορά την ημέρα. Σε ό,τι αφορά την κατανάλωση ψαριών, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών, ποσοστό 55%, τα καταναλώνει 1 έως 3 φορές την εβδομάδα, ενώ 1 στους

3, ποσοστό 33%, 1 έως 3 φορές το μήνα. Αντίθετα, η κατανάλωση γλυκών είναι συχνή. Έτσι, 1 στους 5 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 19%, καταναλώνει γλυκά 1 φορά την ημέρα, ενώ το 36% καταναλώνει γλυκά 4 έως 6 φορές την εβδομάδα. Επιπλέον, και η κατανάλωση αλμυρών σνακς (τυρόπιτες, λουκανικόπιτες, κá) γίνεται 1 έως 3 φορές την εβδομάδα από το 25% των εκπαιδευτικών, ενώ 1 στους 4 εκπαιδευτικούς, καταναλώνουν αλμυρά σνακς 1 έως 3 φορές το μήνα. Αξίζει να σημειωθεί ότι ποσοστό 36% των εκπαιδευτικών δηλώνει ότι καταναλώνει αλμυρά σνακς λίγες φορές ή ποτέ. Τέλος, σε ό,τι αφορά την κατανάλωση αναψυκτικών, 2 στους 3 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 59%, δηλώνουν ότι τα καταναλώνουν λίγες φορές ή ποτέ, ενώ το 14% 1 έως 3 φορές το μήνα. Με το ίδιο ποσοστό 14% εμφανίζονται και όσοι εκπαιδευτικοί καταναλώνουν αναψυκτικά 1 έως 3 φορές την εβδομάδα. Τα παραπάνω αποτελέσματα συνοψίζονται και στο γράφημα που ακολουθεί.



Στη συνέχεια παρουσιάζεται η συχνότητα κατανάλωσης τροφών στο σχολείο, όπως αυτή προέκυψε από τις σχετικές απαντήσεις των συμμετεχόντων.



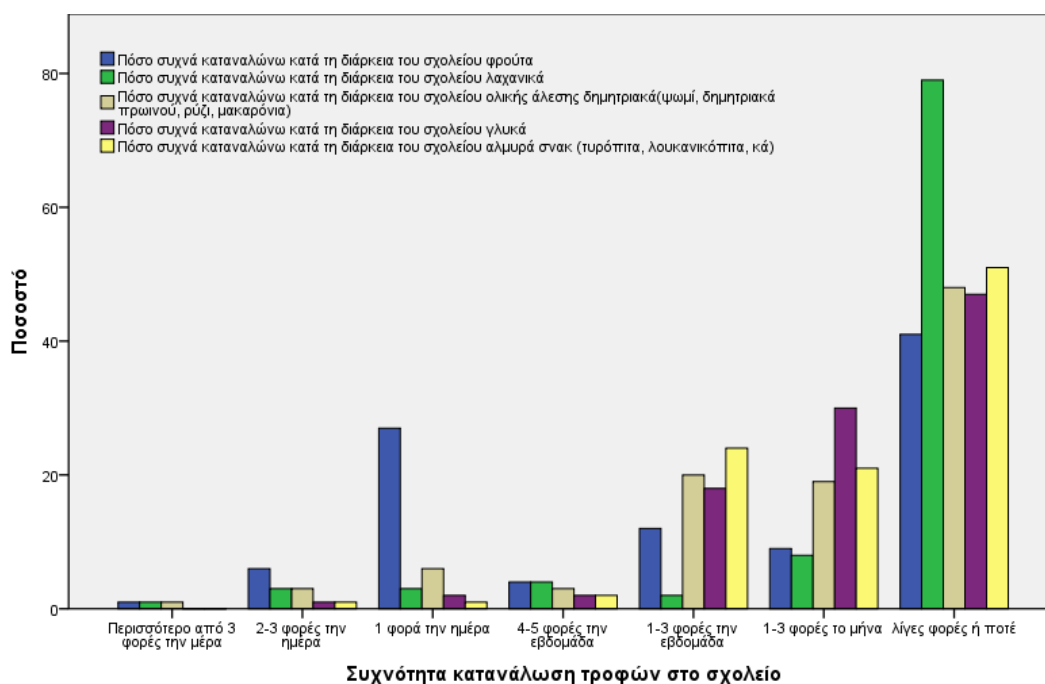
Πίνακας 6.11: Συχνότητα κατανάλωσης τροφών στο σχολείο

	Περισσότερο από 3 φορές την ημέρα	2-3 φορές την ημέρα	1 φορά την ημέρα	4-5 φορές την εβδομάδα	1-3 φορές την εβδομάδα	1-3 φορές το μήνα	λίγες φορές ή ποτέ
Πόσο συχνά καταναλώνω κατά τη διάρκεια του σχολείου φρούτα	1,0%	6,0%	27,0%	4,0%	12,0%	9,0%	41,0%
Πόσο συχνά καταναλώνω κατά τη διάρκεια του σχολείου λαχανικά	1,0%	3,0%	3,0%	4,0%	2,0%	8,0%	79,0%
Πόσο συχνά καταναλώνω κατά τη διάρκεια του σχολείου ολικής άλεσης δημητριακά(ψωμί, δημητριακά πρωινού, ρύζι, μακαρόνια)	1,0%	3,0%	6,0%	3,0%	20,0%	19,0%	48,0%
Πόσο συχνά καταναλώνω κατά τη διάρκεια του σχολείου γλυκά	0,0%	1,0%	2,0%	2,0%	18,0%	30,0%	47,0%
Πόσο συχνά καταναλώνω κατά τη διάρκεια του σχολείου αμυρά σνακ (τυρόπιτα, λουκανικόπιτα, κά)	0,0%	1,0%	1,0%	2,0%	24,0%	21,0%	51,0%

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι περισσότεροι από 1 στους 4 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 27%, καταναλώνουν φρούτα στο σχολείο 1 φορά την ημέρα, ενώ μόλις το 6% καταναλώνει φρούτα στο σχολείο 2 έως 3 φορές την ημέρα. Επιπλέον, μόλις το 12% καταναλώνει φρούτα στο σχολείο 1 με 3 φορές την εβδομάδα, ενώ ποσοστό 41% των εκπαιδευτικών δηλώνει ότι δεν καταναλώνει ποτέ φρούτα στο σχολείο ή το κάνει λίγες μόνο φορές. Σε ό,τι αφορά τα λαχανικά, η μεγάλη πλειοψηφία των εκπαιδευτικών, ποσοστό 79%, δηλώνει ότι δεν καταναλώνει ποτέ λαχανικά στο σχολείο ή το κάνει λίγες μόνο φορές, ενώ σχεδόν 1 στους 10, ποσοστό 8%, τα καταναλώνει 1 έως 3 φορές το μήνα. Σχετικά με την κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης (ψωμί, δημητριακά πρωινού, ρύζι, μακαρόνια), σχεδόν 1 στους 2 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 48%, δεν καταναλώνει ποτέ δημητριακά ολικής άλεσης στο σχολείο ή τα καταναλώνει λίγες μόνο φορές, ενώ 1 στους 5 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 19%, 1 έως 3 φορές το μήνα. Επίσης, 1 στους 5 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 20%, δηλώνει ότι καταναλώνει δημητριακά ολικής άλεσης στο σχολείο 1 έως 3 φορές την εβδομάδα. Αντίθετα, η κατανάλωση γλυκών στο σχολείο είναι πιο συχνή. Σχεδόν 1 στους 2 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 47%, καταναλώνουν γλυκά στο

σχολείο λίγες μόνο φορές ή ποτέ, ενώ 3 στους 10, ποσοστό 30%, καταναλώνουν γλυκά 1 έως 3 φορές το μήνα. Επίσης, το 18% των εκπαιδευτικών που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι καταναλώνουν γλυκά στο σχολείο με συχνότητα που φτάνει μέχρι και τις 3 φορές την εβδομάδα. Τέλος, σε ό,τι αφορά την κατανάλωση αλμυρών σνακς (τυρόπιτες, λουκανικόπιτες, κ.ά) στο σχολείο, αυτή δεν γίνεται ποτέ ή γίνεται λίγες μόνο φορές από τους μισούς εκπαιδευτικούς, ποσοστό 51%, ενώ 1 στους 5, ποσοστό 21%, καταναλώνει αλμυρά σνακς στο σχολείο 1 έως 3 φορές το μήνα. Επιπρόσθετα, 1 στους 4 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 24%, δηλώνει ότι καταναλώνει αλμυρά σνακς στο σχολείο 1 έως 3 φορές την εβδομάδα. Τα παραπάνω αποτελέσματα συνοψίζονται και στο γράφημα που ακολουθεί.

Γράφημα 6.11: Συχνότητα κατανάλωσης τροφών στο σχολείο



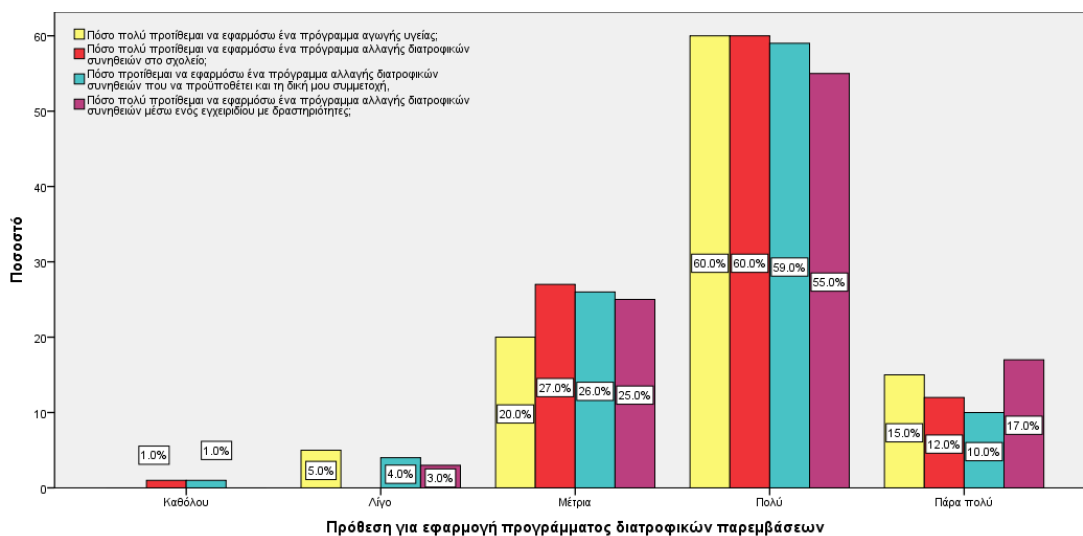
Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την πρόθεσή τους για την υλοποίηση σχολικών προγραμμάτων σχετικά με τη διατροφή.

Πίνακας 6.12: Πρόθεση εφαρμογής σχολικού προγράμματος σχετικού με τη διατροφή

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Πόσο πολύ προτίθεμαι να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας;	0,0%	5,0%	20,0%	60,0%	15,0%
Πόσο πολύ προτίθεμαι να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών στο σχολείο;	1,0%	0,0%	27,0%	60,0%	12,0%
Πόσο προτίθεμαι να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών που να προϋποθέτει και τη δική μου συμμετοχή;	1,0%	4,0%	26,0%	59,0%	10,0%
Πόσο πολύ προτίθεμαι να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών μέσω ενός εγχειριδίου με δραστηριότητες;	0,0%	3,0%	25,0%	55,0%	17,0%

Από τον πίνακα προκύπτει ότι το 3 στους 4 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 75%, προτίθενται πολύ ή πάρα πολύ στον να εφαρμόσουν ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας σχετικό με τη διατροφή, ενώ ανάλογο είναι το ποσοστό των εκπαιδευτικών που προτίθενται πολύ ή πάρα πολύ να εφαρμόσουν ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών στο σχολείο, με το ποσοστό αυτό να φτάνει το 72%. Επιπλέον, το ποσοστό των εκπαιδευτικών που προτίθενται πολύ ή πάρα πολύ να εφαρμόσουν ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών που θα προϋποθέτει και τη δική τους συμμετοχή αγγίζει το 69%. Τέλος, οι εκπαιδευτικοί που προτίθενται να εφαρμόσουν ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών μέσω ενός εγχειριδίου με δραστηριότητες φτάνουν το 72%. Γενικότερα, όπως προκύπτει και από το γράφημα που ακολουθεί, οι εκπαιδευτικοί είναι διατεθειμένοι σε μεγάλο βαθμό να εφαρμόσουν ένα σχολικό πρόγραμμα σχετικό με τη διατροφή με ή χωρίς τη δική τους συμμετοχή, όπως προκύπτει από τις ερωτήσεις «Πόσο πολύ προτίθεμαι να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών στο σχολείο;» και «Πόσο προτίθεμαι να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών που να προϋποθέτει και τη δική μου συμμετοχή;»

Γράφημα 6.12: Πρόθεση εφαρμογής σχολικού προγράμματος σχετικού με τη διατροφή

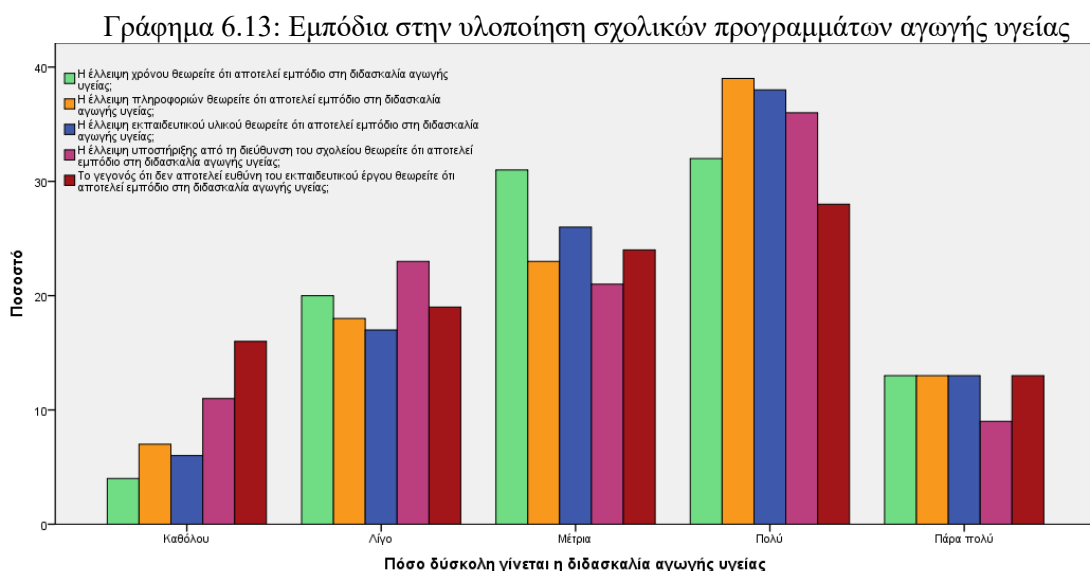


Ο επόμενος πίνακας αφορά τα εμπόδια που συναντούν οι εκπαιδευτικοί κατά την υλοποίηση σχολικών προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Πίνακας 6.13: Εμπόδια στην υλοποίηση σχολικών προγραμμάτων αγωγής υγείας

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Η έλλειψη χρόνου θεωρείτε ότι αποτελεί εμπόδιο στη διδασκαλία αγωγής υγείας;	4,0%	20,0%	31,0%	32,0%	13,0%
Η έλλειψη πληροφοριών θεωρείτε ότι αποτελεί εμπόδιο στη διδασκαλία αγωγής υγείας;	7,0%	18,0%	23,0%	39,0%	13,0%
Η έλλειψη εκπαιδευτικού υλικού θεωρείτε ότι αποτελεί εμπόδιο στη διδασκαλία αγωγής υγείας;	6,0%	17,0%	26,0%	38,0%	13,0%
Η έλλειψη υποστήριξης από τη διεύθυνση του σχολείου θεωρείτε ότι αποτελεί εμπόδιο στη διδασκαλία αγωγής υγείας;	11,0%	23,0%	21,0%	36,0%	9,0%
Το γεγονός ότι δεν αποτελεί ευθύνη του εκπαιδευτικού έργου θεωρείτε ότι αποτελεί εμπόδιο στη διδασκαλία αγωγής υγείας;	16,0%	19,0%	24,0%	28,0%	13,0%

Από τον πίνακα προκύπτει ότι η πλειονότητα των εκπαιδευτικών, ποσοστό 45%, θεωρεί ότι η έλλειψη χρόνου αποτελεί σε μεγάλο ή πολύ μεγάλο βαθμό εμπόδιο στην υλοποίηση ενός προγράμματος αγωγής υγείας, ενώ 3 στους 10 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 31%, ότι αυτό συμβαίνει σε μέτριο βαθμό. Σε ό,τι αφορά την έλλειψη πληροφοριών ως εμπόδιο για την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, το 52% των εκπαιδευτικών πιστεύει ότι κάτι τέτοιο ισχύει σε πολύ ή πολύ μεγάλο βαθμό, ενώ σχεδόν 1 στους 4 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 23%, πιστεύει ότι κάτι τέτοιο ισχύει σε μέτριο βαθμό. Ανάλογα είναι τα ποσοστά και σε ό,τι αφορά την έλλειψη εκπαιδευτικού υλικού ως εμπόδιο για την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, με τους μισούς εκπαιδευτικούς, ποσοστό 51%, να πιστεύουν ότι κάτι τέτοιο ισχύει σε μεγάλο ή πολύ μεγάλο βαθμό. Η έλλειψη υποστήριξης από τη διεύθυνση του σχολείου ως εμπόδιο για την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, βρίσκει σύμφωνους σε μεγάλο ή πολύ μεγάλο βαθμό το 45% των εκπαιδευτικών, ενώ 1 στους 4 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 23% ,θεωρεί ότι κάτι τέτοιο ισχύει σε μικρό βαθμό. Τέλος, σε ό,τι αφορά το γεγονός ότι δεν αποτελεί ευθύνη του εκπαιδευτικού έργου η υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, 1 στους 4 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 24%, θεωρεί ότι αυτό αποτελεί εμπόδιο σε μέτριο βαθμό, ενώ το 41% θεωρεί ότι αποτελεί εμπόδιο σε μεγάλο ή πολύ μεγάλο βαθμό. Όπως προκύπτει και από το γράφημα που ακολουθεί όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω θεωρούνται εμπόδια από τους εκπαιδευτικούς σε σχετικά μεγάλο βαθμό.



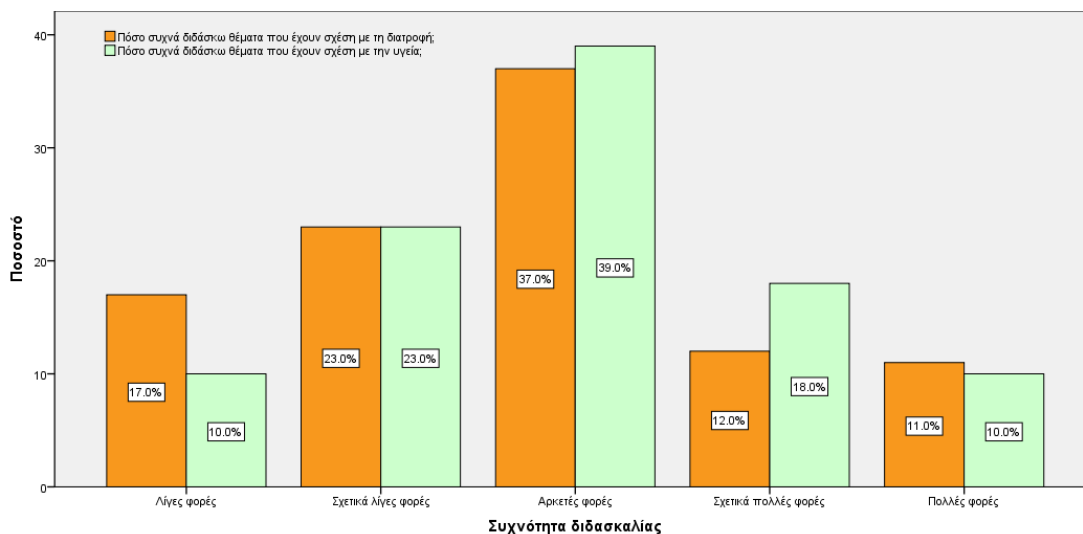
Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τη συχνότητα με την οποία οι εκπαιδευτικοί διδάσκουν θέματα σχετικά με τη διατροφή.

Πίνακας 6.14: Συχνότητα διδασκαλίας θεμάτων σχετικά με τη διατροφή

	Λίγες φορές	Σχετικά λίγες φορές	Αρκετές φορές	Σχετικά πολλές φορές	Πολλές φορές
Πόσο συχνά διδάσκω θέματα που έχουν σχέση με τη διατροφή;	17,0%	23,0%	37,0%	12,0%	11,0%
Πόσο συχνά διδάσκω θέματα που έχουν σχέση με την υγεία;	10,0%	23,0%	39,0%	18,0%	10,0%

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι ποσοστό 37% των εκπαιδευτικών διδάσκει θέματα σχετικά με τη διατροφή αρκετές φορές, ενώ το 23% το κάνει σχετικά πολλές ή πολλές φορές. Ακόμα, σχεδόν 1 στους 4 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 23%, διδάσκει σχετικά λίγες φορές θέματα σχετικά με τη διατροφή. Σε ό,τι αφορά την συχνότητα με την οποία οι εκπαιδευτικοί διδάσκουν θέματα σχετικά με την υγεία, σε ποσοστό 39% δηλώνουν ότι τα διδάσκουν αρκετές φορές, ενώ σχεδόν 1 στους 5, ποσοστό 18%, τα διδάσκει σχετικά πολλές φορές. Επιπλέον, σχεδόν 1 στους 4 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 23%, δηλώνει ότι διδάσκει θέματα σχετικά με την υγεία σχετικά λίγες φορές. Συμπερασματικά, όπως προκύπτει και από το γράφημα που ακολουθεί, οι εκπαιδευτικοί διδάσκουν αρκετά συχνά θέματα σχετικά με τη διατροφή, αλλά και με την υγεία.

Γράφημα 6.14: Συχνότητα διδασκαλίας θεμάτων σχετικά με τη διατροφή και την υγεία



Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα στοιχεία σχετικά με την ικανοποίηση των εκπαιδευτικών από τις γνώσεις τους σε θέματα διατροφής και υγείας.

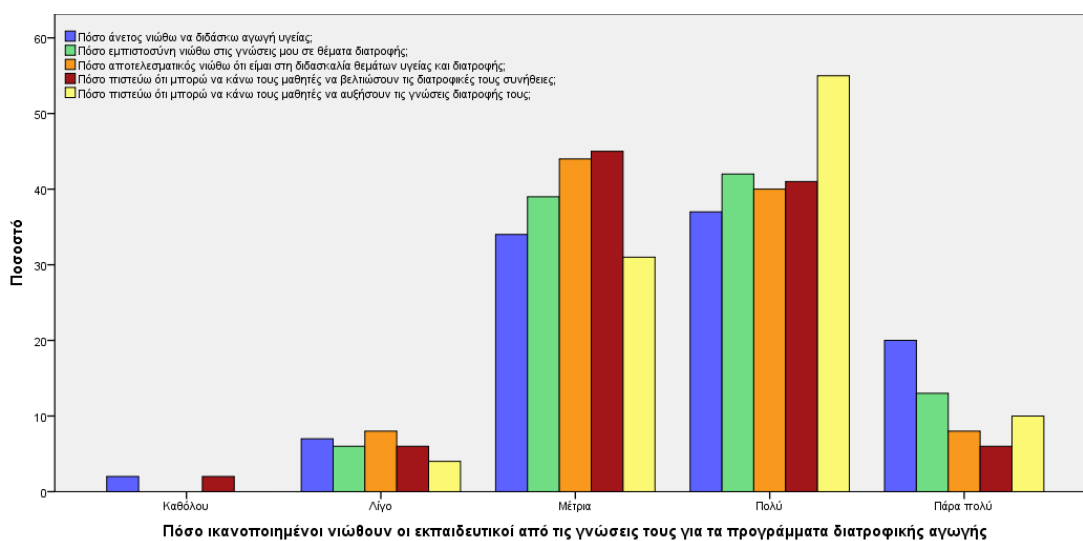
Πίνακας 6.15: Ικανοποίηση των εκπαιδευτικών από τις γνώσεις σε θέματα διατροφής και υγείας

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Πόσο άνετος νιώθω να διδάσκω αγωγή υγείας;	2,0%	7,0%	34,0%	37,0%	20,0%
Πόσο εμπιστοσύνη νιώθω στις γνώσεις μου σε θέματα διατροφής;	0,0%	6,0%	39,0%	42,0%	13,0%
Πόσο αποτελεσματικός νιώθω ότι είμαι στη διδασκαλία θεμάτων υγείας και διατροφής;	0,0%	8,0%	44,0%	40,0%	8,0%
Πόσο πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τους μαθητές να βελτιώσουν τις διατροφικές τους συνήθειες;	2,0%	6,0%	45,0%	41,0%	6,0%
Πόσο πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τους μαθητές να αυξήσουν τις γνώσεις διατροφής τους;	0,0%	4,0%	31,0%	55,0%	10,0%

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι το 57% των εκπαιδευτικών νιώθει πολύ ή πάρα πολύ άνετα να διδάσκει θέματα αγωγής υγείας, ενώ 1 στους 3, ποσοστό 34%, νιώθει

μέτρια σχετικά με αυτό. Επίσης, το 55% των ερωτηθέντων εμπιστεύονται πολύ ή πάρα πολύ τις γνώσεις τους σε θέματα διατροφής, ενώ 2 στους 5, ποσοστό 39%, δηλώνουν πως είναι μέτρια ικανοποιημένοι σχετικά με αυτές. Σε ό,τι αφορά το πόσο αποτελεσματικοί νιώθουν οι εκπαιδευτικοί στη διδασκαλία θεμάτων διατροφής και υγείας, το 48% δηλώνουν ότι νιώθουν πολύ ή πάρα πολύ αποτελεσματικοί, ενώ το 44% δηλώνει ότι νιώθει μέτρια αποτελεσματικό. Επιπλέον, το 47% των εκπαιδευτικών πιστεύει πολύ ή πάρα πολύ ότι μπορεί να κάνει τους μαθητές να βελτιώσουν τις διατροφικές τους συνήθειες, ενώ το 45% θεωρεί ότι κάτι τέτοιο μπορεί να το εφαρμόσει σε μέτριο βαθμό. Τέλος, το 65% των εκπαιδευτικών πιστεύει πολύ ή πάρα πολύ ότι μπορεί να κάνει τους μαθητές να αυξήσουν τις γνώσεις διατροφής τους, ενώ 3 στους 10, ποσοστό 31%, πιστεύει ότι μπορεί να κάνει κάτι τέτοιο σε μέτριο βαθμό. Γενικότερα, όπως προκύπτει και από το γράφημα που ακολουθεί, οι εκπαιδευτικοί είναι ικανοποιημένοι σε σημαντικό βαθμό από τις γνώσεις τους σε θέματα διατροφής και υγείας.

Γράφημα 6.15: Ικανοποίηση των εκπαιδευτικών από τις γνώσεις σε θέματα διατροφής και υγείας



Ο πίνακας 6.16 που ακολουθεί παρουσιάζει τα ποσοστά των εκπαιδευτικών σε σχέση με την άποψή τους σχετικά με την αναγκαιότητα υλοποίησης σχολικών προγραμμάτων διατροφικής αγωγής.

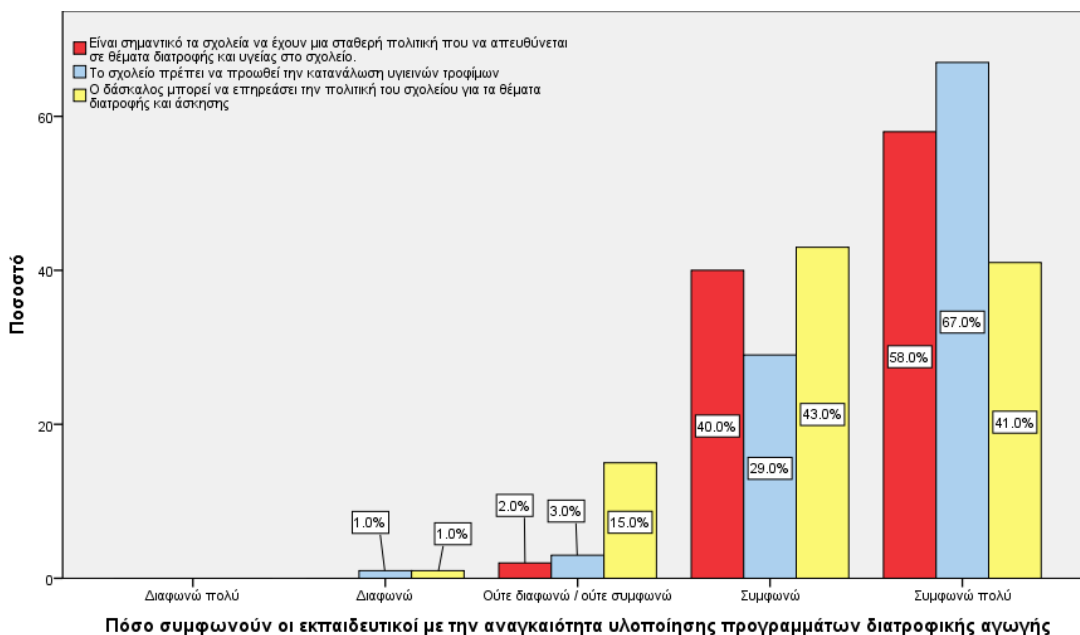


Πίνακας 6.16: Αναγκαιότητα υλοποίησης προγραμμάτων διατροφικής αγωγής

	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ / ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ
Είναι σημαντικό τα σχολεία να έχουν μια σταθερή πολιτική που να απευθύνεται σε θέματα διατροφής και υγείας στο σχολείο.	0,0%	0,0%	2,0%	40,0%	58,0%
Το σχολείο πρέπει να προωθεί την κατανάλωση υγιεινών τροφίμων	0,0%	1,0%	3,0%	29,0%	67,0%
Ο δάσκαλος μπορεί να επηρεάσει την πολιτική του σχολείου για τα θέματα διατροφής και άσκησης	0,0%	1,0%	15,0%	43,0%	41,0%

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών, ποσοστό 58%, συμφωνεί απόλυτα με την άποψη ότι είναι σημαντικό τα σχολεία να έχουν μια σταθερή πολιτική σε θέματα διατροφής και υγείας στο σχολείο, ενώ 2 στους 5, ποσοστό 40%, δηλώνουν ότι συμφωνούν με αυτή την άποψη. Επιπρόσθετα, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών, ποσοστό 67%, δηλώνει ότι συμφωνεί απόλυτα με την προώθηση της κατανάλωσης υγιεινών τροφίμων από το σχολείο, ενώ 3 στους 10, ποσοστό 29%, δηλώνουν ότι συμφωνούν με τη συγκεκριμένη πρόταση. Τέλος, 2 στους 5 εκπαιδευτικούς, ποσοστό 41%, δηλώνουν ότι συμφωνούν απόλυτα με την δυνατότητα επιρροής του δασκάλου στην πολιτική του σχολείου για θέματα διατροφής και άσκησης, ενώ το 43% δηλώνει ότι συμφωνεί με κάτι τέτοιο. Αξίζει να σημειωθεί πως υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξης του 15% που διατηρεί μια πιο ουδέτερη στάση και δηλώνει ότι ούτε συμφωνεί αλλά ούτε διαφωνεί με τη συγκεκριμένη άποψη. Όπως προκύπτει και από το γράφημα που ακολουθεί, οι εκπαιδευτικοί συμφωνούν με την αναγκαιότητα υλοποίησης προγραμμάτων διατροφικής αγωγής στο σχολείο.

Γράφημα 6.16: Αναγκαιότητα υλοποίησης προγραμμάτων διατροφικής αγωγής



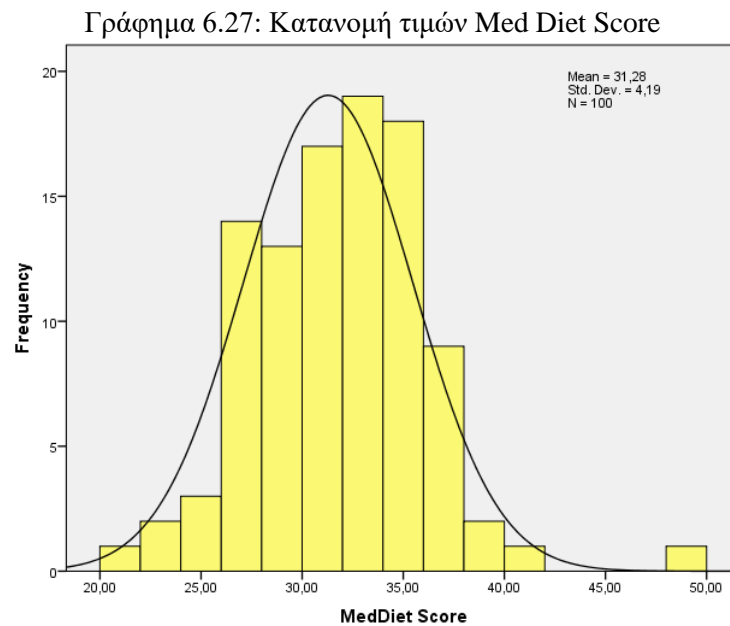
Στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου, οι εκπαιδευτικοί που συμμετείχαν κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με τον αριθμό των μερίδων βασικών ομάδων τροφίμων που καταναλώνουν σε εβδομαδιαία βάση. Από το τμήμα αυτό του ερωτηματολογίου υπολογίζεται ο δείκτης MedDietScore. Τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν το συγκεκριμένο δείκτη παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 6.17: Στατιστικά MedDiet Score

Μέση τιμή	31,28
Διάμεσος	31,50
Επικρατούσα τιμή	32,00
Τυπική Απόκλιση	4,19
Διασπορά	17,56
Στρέβλωση	0,43
Κύρτωση	1,58
Ελάχιστο	21,00
Μέγιστο	48,00

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι η μέση τιμή του Med Diet Score είναι 31,28 (τυπική απόκλιση 17,56), ενώ η διάμεσος είναι 31,5. Επομένως, με βάση τη βαθμολογία του Med Diet Score, προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες ακολουθούν σε γενικές γραμμές τις διατροφικές οδηγίες της μεσογειακής διατροφής, καθώς στην εργασία της Κεχαγιά (2009) αναφέρεται ότι «Οι τιμές του συνολικού σκορ είναι 0-55. Υψηλότερες τιμές

του διατροφικού δείκτη (*Med Diet Score*) συνεπάγονται μεγαλύτερο βαθμό υιοθέτησης της *Μεσογειακής Διατροφής*». Επίσης, η μεγαλύτερη τιμή που εμφανίστηκε είναι 48 (μέγιστη δυνατή τιμή 55), ενώ η μικρότερη είναι 21 (ελάχιστη δυνατή τιμή 0). Τέλος ο συντελεστής κύρτωσης είναι 1,584 ( $< 3$ ), δηλαδή η κατανομή είναι πλατύκυρτη, ενώ ο συντελεστής στρέβλωσης είναι 0,429 ( $> 0$ ), επομένως οι περισσότερες τιμές του *Med Diet Score* συγκεντρώνονται στη δεξιά πλευρά της κατανομής, όπως φαίνεται και από το ιστόγραμμα που ακολουθεί.



## 6.2 Επαγωγική Στατιστική

Στη συνέχεια της ανάλυσης, διερευνήθηκαν μία σειρά από συσχετίσεις, αλλά παρουσιάζονται μόνο όσες βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικές. Αρχικά θα εξεταστούν οι συσχετίσεις που αφορούν την κατανάλωση τροφίμων από τους συμμετέχοντες και τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Πίνακας 6.18: Συσχέτιση δημογραφικών με συχνότητα κατανάλωσης τροφών

Kendall's tau_b		Πόσο συχνά καταναλώνω		
		φρούτα	λαχανικά	δημητριακά ολικής άλεσης
Ηλικία	r <sub>b</sub>		-,202	
	p value		,045	
Οικογενειακή κατάσταση	r <sub>b</sub>	,244	,280	
	p value	,015	,005	
Αριθμός τέκνων	r <sub>b</sub>	-,212	-,202	
	p value	,026	,033	
Μηνιαίο εισόδημα	r <sub>b</sub>	-,245	-,258	
	p value	,012	,008	
Είμαι ευχαριστημένος/η με τις διατροφικές μου συνήθειες	r <sub>b</sub>	-,296	-,315	
	p value	,002	,001	
Είμαι ευχαριστημένος/η με το επίπεδο σωματικής δραστηριότητάς μου	r <sub>b</sub>	,305	,235	,242
	p value	,002	,020	,016

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι η ηλικία συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά με την κατανάλωση λαχανικών (συντελεστής Kendall = -0,202 και p = 0,045), δηλαδή όσο αυξάνεται η ηλικία των συμμετεχόντων, μειώνεται η κατανάλωση λαχανικών, ενώ η οικογενειακή κατάσταση συσχετίζεται ασθενώς θετικά με την κατανάλωση φρούτων (συντελεστής Kendall = 0,244 και p = 0,015), και με την κατανάλωση λαχανικών (συντελεστής Kendall = 0,280 και p = 0,005). Επίσης, ο αριθμός των παιδιών συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά τόσο με την κατανάλωση φρούτων (συντελεστής Kendall = -0,212 και p = 0,026), όσο και με την κατανάλωση λαχανικών (συντελεστής Kendall = -0,202 και p = 0,033). Αντίστοιχο είναι και το αποτέλεσμα σε ό,τι αφορά το μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων, το οποίο συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά τόσο με την κατανάλωση φρούτων (συντελεστής Kendall = -0,245 και p = 0,012) όσο και με την κατανάλωση λαχανικών (συντελεστής Kendall = -0,258 και p = 0,008). Σε ό,τι αφορά την ικανοποίηση των εκπαιδευτικών σχετικά με τις διατροφικές τους συνήθειες, αυτή συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά με την κατανάλωση φρούτων (συντελεστής Kendall = -0,296 και p = 0,002), ενώ συσχετίζεται μέτρια αρνητικά με την κατανάλωση λαχανικών (συντελεστής Kendall = -0,315 και p = 0,001). Τέλος, η ικανοποίηση των εκπαιδευτικών από το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητας, συσχετίζεται μέτρια θετικά με την κατανάλωση φρούτων (συντελεστής Kendall = 0,305 και p = 0,002), ενώ συσχετίζεται ασθενώς θετικά τόσο με την κατανάλωση λαχανικών (συντελεστής Kendall = 0,235 και p = 0,020), όσο και με την κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης (συντελεστής Kendall = 0,242 και p = 0,016).

Ο επόμενος πίνακας παρουσιάζει τις συσχετίσεις των υπόλοιπων δημογραφικών στοιχείων με τις υπόλοιπες κατηγορίες τροφών.

Πίνακας 6.19: Συσχέτιση δημογραφικών με συχνότητα κατανάλωσης τροφών

Kendall's tau_b		Πόσο συχνά καταναλώνω		
		γλυκά	αλμυρά σνακ	αναψυκτικά
Μηνιαίο εισόδημα	$r_b$		,242	
	p value		,014	
Καπνίζετε;	$r_b$			,234
	p value			,020
Είμαι ευχαριστημένος/η με τις διατροφικές μου συνήθειες	$r_b$	,311	,250	,190
	p value	,001	,007	,041
ΔΜΣ	$r_b$			-,223
	p value			,027

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι το μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην έρευνα συσχετίζεται θετικά ασθενώς με την κατανάλωση αλμυρών σνακ (συντελεστής Kendall = 0,242 και  $p = 0,014$ ). Επιπλέον, το κάπνισμα σχετίζεται ασθενώς θετικά με την κατανάλωση αναψυκτικών (συντελεστής Kendall = 0,234 και  $p = 0,020$ ). Σε ό,τι αφορά η ικανοποίηση των εκπαιδευτικών από τις διατροφικές τους συνήθειες, συσχετίζεται μέτρια θετικά με την κατανάλωση γλυκών (συντελεστής Kendall = 0,311 και  $p = 0,001$ ), ενώ συσχετίζεται ασθενώς θετικά τόσο με την κατανάλωση αλμυρών σνακ (συντελεστής Kendall = 0,250 και  $p = 0,007$ ), όσο και με την κατανάλωση αναψυκτικών (συντελεστής Kendall = 0,190 και  $p = 0,041$ ). Τέλος, ο ΔΜΣ συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά μόνο με την κατανάλωση αναψυκτικών (συντελεστής Kendall = -0,223 και  $p = 0,027$ ).

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ της αυτοαξιολόγησης της υγείας, της ικανοποίησης από τις διατροφικές συνήθειες και την ικανοποίηση από το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων σε σχέση με την συχνότητα σωματικής δραστηριότητας.

Πίνακας 6.20: Συσχέτιση αυτοαξιολόγησης της υγείας, ικανοποίησης από τις διατροφικές συνήθειες και το επίπεδο άσκησης με την συχνότητα της άσκησης

Kendall's tau_b		Πόσο συχνά κάνω τουλάχιστον 30' σωματική δραστηριότητα την φορά (γρήγορο περπάτημα, οικιακές μέτριες ή βαριές δουλειές κ.ά);
Βρίσκομαι σε καλή υγεία	$r_b$	-,190
	p value	,028
Είμαι ευχαριστημένος/η με τις διατροφικές μου συνήθειες	$r_b$	-,270
	p value	,002
Είμαι ευχαριστημένος/η με το επίπεδο σωματικής δραστηριότητάς μου	$r_b$	,404
	p value	<,001

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι η αυτοαξιολόγηση της υγείας των συμμετεχόντων συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά με τη συχνότητα πραγματοποίησης τουλάχιστον 30' σωματικής δραστηριότητας την φορά (συντελεστής Kendall = -0,190 και  $p = 0,028$ ), ενώ την ίδια συσχέτιση εμφανίζει και με την ικανοποίηση των εκπαιδευτικών με τις διατροφικές τους/της συνήθειες (συντελεστής Kendall = -0,270 και  $p = 0,002$ ). Τέλος, η ικανοποίηση των εκπαιδευτικών από το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητας συσχετίζεται μέτρια θετικά με τη συχνότητα τουλάχιστον 30' σωματικής δραστηριότητας την φορά (συντελεστής Kendall = 0,404 και  $p < 0,001$ ).

Ο επόμενος πίνακας αφορά τις συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων και των εμποδίων που οι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι υπάρχουν σε ό,τι αφορά την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Πίνακας 6.21: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με τα εμπόδια στην υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας

Kendall's tau_b		Η έλλειψη πληροφοριών θεωρείτε ότι αποτελεί εμπόδιο στη διδασκαλία αγωγής υγείας;	Η έλλειψη εκπαιδευτικού υλικού θεωρείτε ότι αποτελεί εμπόδιο στη διδασκαλία αγωγής υγείας;	Η έλλειψη υποστήριξης από τη διεύθυνση του σχολείου θεωρείτε ότι αποτελεί εμπόδιο στη διδασκαλία αγωγής υγείας;
Ηλικία	r <sub>b</sub>	-,360	-,234	
	p value	< ,001	,014	
ΔΜΣ	r <sub>b</sub>	-,236		
	p value	,013		
Οικογενειακή κατάσταση	r <sub>b</sub>	,228		
	p value	,017		
Αριθμός τέκνων	r <sub>b</sub>	-,198	-,205	
	p value	,029	,023	
Εργασιακό καθεστώς	r <sub>b</sub>	,353	,291	,239
	p value	<,001	,002	,012
Περιοχή που εδρεύει το σχολείο	r <sub>b</sub>	-,197		
	p value	,030		
Έτη προϋπηρεσία σε σχολείο Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης	r <sub>b</sub>	-,253	-,181	
	p value	,005	,046	

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι η άποψη ότι η έλλειψη πληροφοριών αποτελεί εμπόδιο για την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας συσχετίζεται μέτρια αρνητικά με την ηλικία των συμμετεχόντων (συντελεστής Kendall = -0,360 και  $p < 0,001$ ), ενώ συσχετίζεται μέτρια θετικά με το εργασιακό καθεστώς (συντελεστής Kendall = 0,353 και  $p < 0,001$ ). Επιπλέον, η άποψη ότι η έλλειψη πληροφοριών αποτελεί εμπόδιο στην υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά με το ΔΜΣ των συμμετεχόντων (συντελεστής Kendall = -0,236 και  $p = 0,013$ ), με τον αριθμό παιδιών (συντελεστής Kendall = -0,198 και  $p = 0,017$ ), αλλά και με την περιοχή που εδρεύει το σχολείο (συντελεστής Kendall = -0,253 και  $p = 0,005$ ). Τέλος, η άποψη ότι η έλλειψη πληροφοριών αποτελεί εμπόδιο στην υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, συσχετίζεται ασθενώς θετικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων (συντελεστής Kendall = 0,228 και  $p = 0,017$ ). Σε ό,τι αφορά την άποψη ότι η έλλειψη εκπαιδευτικού υλικού αποτελεί εμπόδιο στη υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, αυτή συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά με την ηλικία των συμμετεχόντων (συντελεστής

Kendall = -0,234 και  $p = 0,014$ ), με τον αριθμό των παιδιών (συντελεστής Kendall = -0,205 και  $p = 0,023$ ), και με τα έτη προϋπηρεσίας σε σχολείο της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (συντελεστής Kendall = -0,181 και  $p = 0,046$ ). Τέλος, η άποψη ότι η έλλειψη εκπαιδευτικού υλικού αποτελεί εμπόδιο στην υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας συσχετίζεται ασθενώς θετικά με το εργασιακό καθεστώς των συμμετεχόντων (συντελεστής Kendall = 0,291 και  $p = 0,002$ ). Σε ό,τι αφορά την άποψη ότι η έλλειψη υποστήριξης από τη διεύθυνση του σχολείου αποτελεί εμπόδιο στην υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, αυτή συσχετίζεται ασθενώς θετικά μόνο με το εργασιακό καθεστώς των συμμετεχόντων (συντελεστής Kendall = 0,239 και  $p = 0,012$ ).

Ο επόμενος πίνακας αφορά τις συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και των υπόλοιπων ερωτήσεων που αφορούν τις απόψεις σχετικά με τα εμπόδια που οι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι υπάρχουν σχετικά με την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Πίνακας 6.22: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με τα εμπόδια της διδασκαλίας της αγωγής υγείας

		Το σχολείο πρέπει να προωθεί την κατανάλωση υγιεινών τροφίμων	Ο δάσκαλος μπορεί να επηρεάσει την πολιτική του σχολείου για τα θέματα διατροφής και άσκησης	Η έλλειψη υποστήριξης από τη διεύθυνση του σχολείου θεωρείται ότι αποτελεί εμπόδιο στη διδασκαλία αγωγής υγείας;	Το γεγονός ότι δεν αποτελεί ευθύνη του εκπαιδευτικού έργου θεωρείται ότι αποτελεί εμπόδιο στη διδασκαλία αγωγής υγείας;
Kendall's tau_b	$r_b$				
	p value				
Μηνιαίο εισόδημα	$r_b$			-,187	-,276*
	p value			,044	,003
Είναι σημαντικό τα σχολεία να έχουν μια σταθερή πολιτική που να απευθύνεται σε θέματα διατροφής και υγείας στο σχολείο.	$r_b$	,690	,322		
	p value	<,001	,001		

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι το μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά με την άποψη τόσο ότι η έλλειψη υποστήριξης από τη



διεύθυνση του σχολείου αποτελεί εμπόδιο στην υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας (συντελεστής Kendall = -0,187 και  $p = 0,044$ ), όσο και με την άποψη ότι το γεγονός ότι δεν αποτελεί ευθύνη του εκπαιδευτικού έργου συνιστά εμπόδιο για την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας (συντελεστής Kendall = -0,276 και  $p = 0,003$ ). Τέλος, η άποψη ότι είναι σημαντικό τα σχολεία να έχουν μία σταθερή πολιτική που αφορά θέματα διατροφής και υγείας στο σχολείο, συσχετίζεται ισχυρά θετικά με την άποψη ότι το σχολείο πρέπει να προωθεί την κατανάλωση υγιεινών τροφίμων (συντελεστής Kendall = 0,690 και  $p = < ,001$ ), ενώ συσχετίζεται μέτρια θετικά με την άποψη ότι ο δάσκαλος μπορεί να επηρεάσει την πολιτική του σχολείου για τα θέματα διατροφής και άσκησης (συντελεστής Kendall = 0,322 και  $p = 0,001$ ).

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων και ερωτήσεων που αφορούν θέματα διατροφής.

Πίνακας 6.23: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με ερωτήσεις που αφορούν τη διατροφή

Kendall's tau_b		Πόσο εμπιστοσύνη νιώθω στις γνώσεις μου σε θέματα διατροφής;	Πόσο αποτελεσματικός νιώθω ότι είμαι στη διδασκαλία θεμάτων υγείας και διατροφής;	Πόσο πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τους μαθητές να βελτιώσουν τις διατροφικές τους συνήθειες;
Ηλικία	r <sub>b</sub>		,269*	
	p value		,006	
Οικογενειακή κατάσταση	r <sub>b</sub>	-,273	-,206	
	p value	,005	,035	
Εργασιακό καθεστώς	r <sub>b</sub>		-,222	
	p value		,023	
Εργασιακό περιβάλλον	r <sub>b</sub>		-,302	
	p value		,002	
Έτη προϋπηρεσία σε σχολείο Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης	r <sub>b</sub>		,349	
	p value		<,001	
Μηνιαίο εισόδημα	r <sub>b</sub>		,273	
	p value		,004	
Καπνίζετε;	r <sub>b</sub>		-,321	-,232
	p value		,001	,017
Βρίσκομαι σε καλή υγεία	r <sub>b</sub>	,183		
	p value	,047		
Είμαι ευχαριστημένος/η με τις διατροφικές μου συνήθειες	r <sub>b</sub>	,222	,266	,242
	p value	,015	,003	,007
Είμαι ευχαριστημένος/η με το επίπεδο σωματικής δραστηριότητάς μου	r <sub>b</sub>		-,220	
	p value		,024	

Από τον πίνακα προκύπτει ότι η εμπιστοσύνη που νιώθουν οι εκπαιδευτικοί στις γνώσεις τους σε θέματα διατροφής συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά με την οικογενειακή τους κατάσταση (συντελεστής Kendall = -0,273 και p = 0,005). Επίσης, συσχετίζεται ασθενώς θετικά τόσο με την αυτοαξιολόγηση της υγείας (συντελεστής Kendall = 0,183 και p = 0,047), όσο και με την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις διατροφικές τους συνήθειες (συντελεστής Kendall = 0,222 και p = 0,015). Σε ό,τι αφορά την άποψη ότι οι εκπαιδευτικοί μπορούν να βοηθήσουν τους μαθητές να βελτιώσουν τις διατροφικές τους συνήθειες, αυτή συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά με το κάπνισμα (συντελεστής Kendall = -0,232 και p = 0,017), ενώ συσχετίζεται ασθενώς θετικά με την ικανοποίηση με τις

διατροφικές τους συνήθειες (συντελεστής Kendall = 0,242 και  $p = 0,007$ ). Τέλος, σε ό,τι αφορά την πεποίθηση για την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών στη διδασκαλία θεμάτων υγείας και διατροφής, αυτή συσχετίζεται σχεδόν με όλα τα δημογραφικά στοιχεία. Έτσι, συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά με την οικογενειακή κατάσταση (συντελεστής Kendall = -0,206 και  $p = 0,035$ ), το εργασιακό καθεστώς (συντελεστής Kendall = -0,222 και  $p = 0,023$ ) και την ικανοποίηση από το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητας (συντελεστής Kendall = -0,220 και  $p = 0,024$ ). Επιπλέον, συσχετίζεται ασθενώς θετικά με την ηλικία (συντελεστής Kendall = 0,269 και  $p = 0,006$ ), το μηνιαίο εισόδημα (συντελεστής Kendall = 0,273 και  $p = 0,004$ ) και την ικανοποίηση από τις διατροφικές τους συνήθειες (συντελεστής Kendall = 0,266 και  $p = 0,003$ ). Τέλος, η πεποίθηση για την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών στη διδασκαλία θεμάτων υγείας και διατροφής συσχετίζεται οριακά μέτρια αρνητικά με το εργασιακό περιβάλλον (συντελεστής Kendall = -0,302 και  $p = 0,002$ ), ενώ συσχετίζεται μέτρια αρνητικά με το κάπνισμα (συντελεστής Kendall = -0,321 και  $p = 0,001$ ). Η πιο ισχυρή συσχέτιση αφορά στην πεποίθηση για την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών στην διδασκαλία θεμάτων υγείας και διατροφής, η οποία συσχετίζεται μέτρια θετικά με τα έτη προϋπηρεσίας σε σχολείο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (συντελεστής Kendall = 0,349 και  $p = <0,001$ ).

Στο πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συσχετίσεις που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων με ερωτήσεις που σχετίζονται με την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας και διατροφής.

Πίνακας 6.24: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με ερωτήσεις που αφορούν την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας και διατροφής

		Πόσο συχνά διδάσκω θέματα έχουν σχέση με τη διατροφή;	Πόσο συχνά διδάσκω θέματα έχουν σχέση με την υγεία;	Πόσο άνετος νιώθω να διδάσκω αγωγή υγείας;
Kendall's tau_b				
Ηλικία	$r_b$	,268		
	p value	,005		
Οικογενειακή κατάσταση	$r_b$	-,209		-,286
	p value	,028		,003
Εργασιακό καθεστώς	$r_b$	-,295	-,215	
	p value	,002	,024	
Έτη προϋπηρεσίας σε σχολείο Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης	$r_b$	,357	,251	
	p value	<,001	,005	
Είμαι ευχαριστημένος/η με τις διατροφικές μου συνήθειες	$r_b$	,271	,302	
	p value	,002	,001	
Είμαι ευχαριστημένος/η με το επίπεδο σωματικής δραστηριότητάς μου	$r_b$	-,245	-,269	
	p value	,010	,005	

Από τον πίνακα προκύπτει ότι η συχνότητα διδασκαλίας θεμάτων διατροφής συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά τόσο με την οικογενειακή κατάσταση (συντελεστής Kendall = -0,209 και  $p = 0,028$ ), όσο και με το εργασιακό καθεστώς των εκπαιδευτικών (συντελεστής Kendall = -0,295 και  $p = 0,002$ ). Επίσης, συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά με την ικανοποίηση των εκπαιδευτικών από το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητας (συντελεστής Kendall = -0,245 και  $p = 0,010$ ), ενώ συσχετίζεται ασθενώς θετικά με την ηλικία (συντελεστής Kendall = 0,268 και  $p = 0,005$ ), αλλά και με την ικανοποίηση από τις διατροφικές τους συνήθειες (συντελεστής Kendall = 0,271 και  $p = 0,002$ ). Τέλος, η συχνότητα διδασκαλίας θεμάτων διατροφής, συσχετίζεται μέτρια θετικά με τα έτη προϋπηρεσίας των εκπαιδευτικών σε σχολείο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (συντελεστής Kendall = 0,357 και  $p < 0,001$ ). Σε ό,τι αφορά την συχνότητα διδασκαλίας θεμάτων που έχουν σχέση με την υγεία, αυτή συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά με το εργασιακό καθεστώς (συντελεστής Kendall = 0,215 και  $p = 0,024$ ), και με την ικανοποίηση των εκπαιδευτικών από το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητας (συντελεστής Kendall = -0,269 και  $p = 0,005$ ), ενώ συσχετίζεται ασθενώς θετικά με τα έτη

προϋπηρεσίας σε σχολείο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (συντελεστής Kendall = 0,251 και  $p = 0,005$ ). Τέλος, βρέθηκε μία οριακά μέτρια θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τις διατροφικές τους συνήθειες (συντελεστής Kendall = 0,302 και  $p = 0,001$ ). Σε ό,τι αφορά την άνεση των εκπαιδευτικών σε σχέση με την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, αυτή συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά μόνο με την οικογενειακή κατάσταση (συντελεστής Kendall = -0,286 και  $p = 0,003$ ).

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων και της πρόθεσής τους να εφαρμόσουν προγράμματα αγωγής υγείας ή διατροφικής αγωγής στο σχολείο.

Πίνακας 6.25: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με την πρόθεση εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας ή διατροφικών συνηθειών στο σχολείο

Kendall's tau_b		Πόσο πολύ προτίθεμαι να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών στο σχολείο;	Πόσο πολύ προτίθεμαι να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών μέσω ενός εγχειριδίου με δραστηριότητες;	Σκοπεύω να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας;
ΔΜΣ	$r_b$	-,248		
	p value	,013		
Αριθμός τέκνων	$r_b$		,203	
	p value		,031	
Περιοχή που εδρεύει το σχολείο	$r_b$		,255	
	p value		,007	
Είμαι ευχαριστημένος/η με τις διατροφικές μου συνήθειες	$r_b$			,260
	p value			,004

Από τον πίνακα προκύπτει ότι η πρόθεση των εκπαιδευτικών να εφαρμόσουν ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών στο σχολείο συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά με το ΔΜΣ τους (συντελεστής Kendall = -0,248 και  $p = 0,013$ ). Επίσης, η πρόθεση να εφαρμόσουν ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών μέσω ενός εγχειριδίου με δραστηριότητες συσχετίζεται ασθενώς θετικά τόσο με τον αριθμό των παιδιών τους (συντελεστής Kendall = 0,203 και  $p = 0,031$ ), όσο και με την περιοχή που εδρεύει το σχολείο όπου εργάζονται (συντελεστής Kendall = 0,255 και  $p = 0,007$ ). Τέλος, σε ό,τι αφορά την εφαρμογή ενός προγράμματος αγωγής υγείας, αυτό συσχετίζεται ασθενώς

θετικά με την ικανοποίηση από τις διατροφικές τους συνήθειες (συντελεστής Kendall = 0,260 και  $p = 0,004$ ).

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων και της πρόθεσής τους να εφαρμόσουν προγράμματα αλλαγής διατροφικών συνηθειών στο σχολείο.

Πίνακας 6.26: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με την πρόθεση εφαρμογής προγραμμάτων διατροφικών συνηθειών στο σχολείο

		Σκοπεύω να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών στο σχολείο;	Σκοπεύω να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών που να προϋποθέτει και τη δική μου συμμετοχή	Σκοπεύω να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών μέσω ενός εγχειριδίου με δραστηριότητες;
Kendall's tau_b				
	Περιοχή που εδρεύει το σχολείο	$r_b$	,203	
		$p$ value	,026	
Βρίσκομαι σε καλή υγεία	$r_b$	,212		
	$p$ value	,020		
Είμαι ευχαριστημένος/η με τις διατροφικές μου συνήθειες	$r_b$	,229	,179	,247
	$p$ value	,011	,047	,006
Είμαι ευχαριστημένος/η με το επίπεδο σωματικής δραστηριότητάς μου	$r_b$	-,347	-,217	-,246
	$p$ value	<,001	,026	,011

Από τον πίνακα προκύπτει ότι η πρόθεση εφαρμογής ενός προγράμματος αλλαγής διατροφικών συνηθειών στο σχολείο συσχετίζεται ασθενώς θετικά με την περιοχή που εδρεύει το σχολείο όπου εργάζονται οι εκπαιδευτικοί (συντελεστής Kendall = 0,203 και  $p = 0,026$ ), με την αυτοαξιολόγηση της υγείας τους (συντελεστής Kendall = 0,212 και  $p = 0,020$ ), καθώς και με την ικανοποίηση από τις διατροφικές τους συνήθειες (συντελεστής Kendall = 0,229 και  $p = 0,011$ ). Επιπλέον, η πρόθεση εφαρμογής ενός προγράμματος αλλαγής διατροφικών συνηθειών στο σχολείο συσχετίζεται μέτρια αρνητικά με την ικανοποίηση από το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητας (συντελεστής Kendall = -0,347 και  $p < 0,001$ ). Σε ό,τι αφορά την πρόθεση εφαρμογής ενός προγράμματος αλλαγής διατροφικών συνηθειών που να προϋποθέτει και τη δική τους συμμετοχή, κάτι τέτοιο συσχετίζεται ασθενώς θετικά με την ικανοποίηση από τις διατροφικές τους συνήθειες

(συντελεστής Kendall = 0,179 και  $p = 0,047$ ) και ασθενώς αρνητικά με την ικανοποίηση από το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητας (συντελεστής Kendall = -0,217 και  $p = 0,026$ ). Τέλος, η πρόθεση εφαρμογής ενός προγράμματος αλλαγής διατροφικών συνηθειών μέσω ενός εγχειριδίου με δραστηριότητες συσχετίζεται ασθενώς θετικά με την ικανοποίηση από τις διατροφικές τους συνήθειες (συντελεστής Kendall = 0,247 και  $p = 0,006$ ) και ασθενώς αρνητικά με την ικανοποίηση από το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητας (συντελεστής Kendall = --0,246 και  $p = 0,011$ ).

Ο επόμενος πίνακας συσχέτισεων αφορά τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων σε σχέση με το ΔΜΣ και το Med Diet Score.

Πίνακας 6.27: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με ΔΜΣ και MedDietScore

Συντελεστής συσχέτισης Pearson		ΔΜΣ	Med Diet Score
Ηλικία	$r_p$	,327	
	p value	,001	
Οικογενειακή κατάσταση	$r_p$		-,226
	p value		,024
Αριθμός τέκνων	$r_p$		,204
	p value		,042
Βρίσκομαι σε καλή υγεία	$r_p$	-,273	
	p value	,006	
Είμαι ευχαριστημένος/η με τις διατροφικές μου συνήθειες	$r_p$	-,303	,216
	p value	,002	,031
Είμαι ευχαριστημένος/η με το επίπεδο σωματικής δραστηριότητάς μου	$r_p$	,224	-,313
	p value	,025	,002

Από τον πίνακα προκύπτει ότι ο ΔΜΣ συσχετίζεται μέτρια θετικά με την ηλικία (συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r_p = 0,327$  και  $p = 0,001$ ), ενώ συσχετίζεται μέτρια αρνητικά με την ικανοποίηση των εκπαιδευτικών από τις διατροφικές τους συνήθειες ( $r_p = -0,303$  και  $p = 0,002$ ). Επίσης, ο ΔΜΣ συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά με την αυτοαξιολόγηση της υγείας τους ( $r_p = -0,273$  και  $p = 0,006$ ), ενώ συσχετίζεται ασθενώς θετικά με την ικανοποίηση από το επίπεδο σωματικής τους δραστηριότητας ( $r_p = 0,224$  και  $p = 0,025$ ). Σε ό,τι αφορά το Med Diet Score, αυτό συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά με την οικογενειακή κατάσταση ( $r_p = -0,226$  και  $p = 0,024$ ), ενώ συσχετίζεται ασθενώς θετικά τόσο με τον αριθμό των παιδιών ( $r_p = 0,204$  και  $p = 0,042$ ), όσο και με την ικανοποίηση από τις διατροφικές τους συνήθειες ( $r_p = 0,216$  και  $p = 0,031$ ). Τέλος, το MedDietScore

συσχετίζεται μέτρια αρνητικά με την ικανοποίηση των εκπαιδευτικών από το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητας (συντελεστής Kendall = -0,313 και  $p = 0,002$ ).

Στον πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι έλεγχοι ανεξαρτησίας μεταξύ των ερωτήσεων που εμφάνισαν μέτρια συσχέτιση (θετική ή αρνητική).

Πίνακας 6.28: Έλεγχος ανεξαρτησίας  $X^2$

	Τεστ $X^2$	p value
Είμαι ευχαριστημένος/η με το επίπεδο σωματικής δραστηριότητάς μου		
Πόσο συχνά καταναλώνω φρούτα	9,28	,002
Πόσο συχνά κάνω τουλάχιστον 30' σωματική δραστηριότητα την ημέρα (γρήγορο περπάτημα, οικιακές μέτριες ή βαριές δουλειές κ.ά);	19,85	,003
Σκοπεύω να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών στο σχολείο;	12,95	,002
Είμαι ευχαριστημένος/η με τις διατροφικές μου συνήθειες		
Πόσο συχνά καταναλώνω λαχανικά	13,78	,008
Πόσο συχνά καταναλώνω γλυκά	13,13	,011
Πόσο συχνά διδάσκω θέματα που έχουν σχέση με την υγεία;	21,64	,006
Είναι σημαντικό τα σχολεία να έχουν μια σταθερή πολιτική που να απευθύνεται σε θέματα διατροφής και υγείας στο σχολείο.		
Το σχολείο πρέπει να προωθεί την κατανάλωση υγιεινών τροφίμων	65,99	<,001
Ο δάσκαλος μπορεί να επηρεάσει την πολιτική του σχολείου για τα θέματα διατροφής και άσκησης	11,56	,003
Η έλλειψη πληροφοριών θεωρείτε ότι αποτελεί εμπόδιο στη διδασκαλία αγωγής υγείας;		
Ηλικία	14,64	,001
Εργασιακό καθεστώς	14,05	,001
Πόσο αποτελεσματικός νιώθω ότι είμαι στη διδασκαλία θεμάτων υγείας και διατροφής;		
Έτη προϋπηρεσία σε σχολείο	17,61	,001
Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης		
Καπνίζετε;	10,94	,004
Εργασιακό περιβάλλον	6,22	,045
Πόσο συχνά διδάσκω θέματα που έχουν σχέση με τη διατροφή;		
Έτη προϋπηρεσία σε σχολείο	21,43	<,001
Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης		

Όπως προκύπτει από τον πίνακα, όλα τα υπό εξέταση ζεύγη ερωτήσεων παρουσιάζουν σημαντικότητα στο τεστ ανεξαρτησίας  $X^2$  μικρότερη του 0,05, επομένως το



λάθος που θα προκύψει αν απορριφθεί η μηδενική υπόθεση ανεξαρτησίας είναι μικρό και επομένως αυτή απορρίπτεται. Άρα, όλα τα υπό εξέταση ζεύγη ερωτήσεων είναι εξαρτημένα μεταξύ τους.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και ο έλεγχος ισότητας των μέσων τιμών για το ΔΜΣ σε σχέση με τις ερωτήσεις/μεταβλητές με τις οποίες εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση (θετική ή αρνητική).

Πίνακας 6.29: Μέση τιμή, τυπική απόκλιση και έλεγχος ισότητας μέσων τιμών για το ΔΜΣ

		ΔΜΣ			
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	F	p value
Ηλικία	Έως 35 ετών	22,16	2,89	10,95	,001
	Άνω των 35 ετών	25,50	5,94		
Βρίσκομαι σε καλή υγεία	Διαφωνώ πολύ	22,76	0,000	3,47	,011
	Διαφωνώ	28,99	7,41		
	Ούτε διαφωνώ / ούτε συμφωνώ	26,94	7,61		
	Συμφωνώ	23,92	4,51		
Είμαι ευχαριστημένος/η με τις διατροφικές μου συνήθειες	Συμφωνώ πολύ	22,13	3,08	3,72	,007
	Διαφωνώ πολύ	26,71	7,86		
	Διαφωνώ	27,95	7,72		
	Ούτε διαφωνώ / ούτε συμφωνώ	22,85	3,35		
Είμαι ευχαριστημένος/η με το επίπεδο δραστηριότητάς μου	Ναι	23,02	4,97	2,64	,107
	Όχι	24,78	5,26		

Από τον παραπάνω πίνακα και σε ό,τι αφορά την ηλικία των συμμετεχόντων προκύπτει ότι τα άτομα ηλικίας άνω των 35 ετών εμφανίζουν υψηλότερη μέση τιμή ΔΜΣ (μέση τιμή 22,16 και τυπική απόκλιση 2,89) από ότι τα άτομα κάτω των 35 ετών (μέση τιμή 25,50 και τυπική απόκλιση 5,94). Όπως προκύπτει από τον έλεγχο ισότητας μέσων τιμών, η σημαντικότητα του τεστ είναι  $p = 0,001$ , επομένως η διαφορά αυτή που παρουσιάζεται είναι στατιστικά σημαντική. Σε ό,τι αφορά την αυτοαξιολόγηση της υγείας των συμμετεχόντων, προκύπτει ότι όσοι την αξιολογούν θετικά (μέση τιμή 23,92 και τυπική απόκλιση 4,51) ή πολύ θετικά (μέση τιμή 22,13 και τυπική απόκλιση 3,08) εμφανίζουν χαμηλότερη μέση τιμή ΔΜΣ από αυτούς που την αξιολογούν αρνητικά (μέση τιμή 28,99 και τυπική απόκλιση 7,41) ή ουδέτερα (μέση τιμή 26,94 και τυπική απόκλιση

7,61). Από τον έλεγχο ισότητας των μέσων τιμών προκύπτει ότι η σημαντικότητα του τεστ είναι  $p = 0,011 < 0,05$ , άρα οι διαφορές που εμφανίζονται είναι στατιστικά σημαντικές. Σε ό,τι αφορά την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις διατροφικές τους συνήθειες, προκύπτει ότι όσοι είναι πολύ ικανοποιημένοι (μέση τιμή 22,13 και τυπική απόκλιση 3,94) έχουν μικρότερη μέση τιμή ΔΜΣ από αυτούς που δηλώνουν μη ικανοποιημένοι (μέση τιμή 26,71 και τυπική απόκλιση 7,86). Και σε αυτή την περίπτωση οι διαφορές που εμφανίζονται σε κάθε κατηγορία είναι στατιστικά σημαντικές, δεδομένης της σημαντικότητας του τεστ ισότητας μέσων τιμών που είναι  $p = 0,007 < 0,05$ . Τέλος, η ικανοποίηση από το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας δεν συσχετίζεται με διαφορά στο ΔΜΣ, καθώς στην περίπτωση αυτή η σημαντικότητα του τεστ ισότητας μέσων τιμών είναι  $p = 0,107 > 0,05$ .

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες τιμές, οι τυπικές αποκλίσεις και ο έλεγχος ισότητας μέσων τιμών για το Med Diet Score σε σχέση με τις ερωτήσεις/μεταβλητές με τις οποίες εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση (θετική ή αρνητική).

Πίνακας 6.30: Μέση τιμή, τυπική απόκλιση και έλεγχος ισότητας μέσω των τιμών για το Med Diet Score

		Med Diet Score			
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	F	p value
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	31,94	4,05	5,26	,024
	Άγαμος/η	29,94	4,21		
Αριθμός τέκνων	0	30,14	4,27	3,58	,017
	1	32,92	2,15		
	2	32,67	4,23		
	3	29,60	3,44		
Είμαι ευχαριστημένος/η με τις διατροφικές μου συνήθειες	Διαφωνώ πολύ	32,00	9,90	2,62	,040
	Διαφωνώ	30,39	5,49		
	Ούτε διαφωνώ / ούτε συμφωνώ	29,80	3,75		
	Συμφωνώ	31,25	3,67		
Είμαι ευχαριστημένος/η με το επίπεδο σωματικής δραστηριότητάς μου	Συμφωνώ πολύ	34,50	2,32	10,63	,002
	Ναι	33,06	3,07		
	Όχι	30,32	4,42		

Από τον παραπάνω πίνακα και σε ό,τι αφορά την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, προκύπτει ότι οι έγγαμοι εμφανίζουν υψηλότερη μέση τιμή Med Diet Score (μέση τιμή 31,94 και τυπική απόκλιση 4,05) από ότι οι άγαμοι (μέση τιμή 29,94 και τυπική απόκλιση 4,21). Όπως προκύπτει από τον έλεγχο ισότητας μέσω των τιμών, η σημαντικότητα του τεστ είναι  $p = 0,024$ , επομένως η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική. Σε ό,τι αφορά τον αριθμό των τέκνων, προκύπτει ότι όσοι έχουν ένα παιδί (μέση τιμή 32,92 και τυπική απόκλιση 2,15) ή δύο παιδιά (μέση τιμή 32,67 και τυπική απόκλιση 4,23) εμφανίζουν υψηλότερη μέση τιμή Med Diet Score από αυτούς που έχουν τρία παιδιά (μέση τιμή 29,60 και τυπική απόκλιση 3,44) ή κανένα παιδί (μέση τιμή 30,14 και τυπική απόκλιση 4,27). Από τον έλεγχο ισότητας των μέσω των τιμών προκύπτει ότι η σημαντικότητα του τεστ είναι  $p = 0,017 < 0,05$ , άρα οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές. Σε ό,τι αφορά την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις διατροφικές τους συνήθειες, προκύπτει ότι όσοι είναι πολύ ικανοποιημένοι (μέση τιμή 34,50 και τυπική απόκλιση 2,32) έχουν μεγαλύτερη μέση τιμή Med Diet Score από αυτούς που είναι πολύ δυσαρεστημένοι (μέση τιμή 32,00 και τυπική απόκλιση 9,90). Και σε αυτή την περίπτωση οι διαφορές που εμφανίζονται σε κάθε κατηγορία είναι στατιστικά σημαντικές, δεδομένης

της σημαντικότητας του τεστ ισότητας μέσω των τιμών που είναι  $p = 0,040 < 0,05$ . Τέλος, τα άτομα με μεγαλύτερη ικανοποίηση από το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας (μέση τιμή 33,06 και τυπική απόκλιση 3,07) εμφανίζουν υψηλότερη μέση τιμή Med Diet Score από τα άτομα που δεν είναι ευχαριστημένα με το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας (μέση τιμή 30,32 και τυπική απόκλιση 4,42). Η σημαντικότητα του τεστ ισότητας μέσω των τιμών είναι  $p = 0,002$ , και ως εκ τούτου οι διαφορές που παρουσιάζονται είναι στατιστικά σημαντικές.

## Κεφάλαιο 7

### Συζήτηση

#### 7.1 Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και ο βαθμός συσχέτισης αυτών με τη συμμετοχή τους σε προγράμματα διατροφικής αγωγής στο σχολείο. Στην έρευνα συμμετείχαν 100 εκπαιδευτικοί της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, εκ των οποίων το 17% ήταν άντρες και το 83% ήταν γυναίκες.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συνιστούν βασικό εργαλείο για την εξέταση της διατροφικής εμπειρίας των εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και του τρόπου με τον οποίον οι επιλογές τους συσχετίζονται με τον τρόπο σκέψης τους αναφορικά με την διατροφή. Από το σύνολο των ευρημάτων προκύπτει άμεσα ότι οι εκπαιδευτικοί ακολουθούν σε μέτριο βαθμό τη μεσογειακή διατροφή και στην πλειοψηφία τους έχουν φυσιολογικό σωματικό βάρος, γεγονός που αναπόδραστα δημιουργεί ευόμιανες προϋποθέσεις για την ύπαρξη διατροφικά συνειδητοποιημένων διδασκάλων που μπορούν να δώσουν εμπειριστατωμένες συμβουλές στους μαθητές τους, στο πλαίσιο των διατροφικών συνηθειών.

Στο πλαίσιο της μελέτης παρατηρήθηκε, επίσης, ότι οι εκπαιδευτικοί εμφανίζονταν ιδιαίτερα πρόθυμοι ως προς την συμμετοχή τους σε προγράμματα διατροφικών παρεμβάσεων. Η θετική στάση των εκπαιδευτικών επισημαίνεται και στη μελέτη των Wiradnyani et al (2021), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι διάφορες έρευνες έχουν επιβεβαιώσει ότι οι δάσκαλοι αναγνωρίζουν τη σημασία της διατροφικής εκπαίδευσης και θέλουν να βοηθήσουν τα παιδιά και τους εφήβους να κάνουν πιο υγιεινές επιλογές διατροφής. Το γεγονός αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό, καθώς σύμφωνα με τους Καλόγηρο & Κολοβελώνη (2007), το σχολείο αποτελεί ιδανικό πεδίο για τη διαμόρφωση θετικών στάσεων και αντιλήψεων στους μαθητές για την υγιεινή διατροφή. Η προσπάθεια αυτή γίνεται ακόμα πιο αποτελεσματική, όταν οι πρακτικές υγιεινής διατροφής που διδάσκονται στο σχολείο μεταφέρονται από τους μαθητές και στο σπίτι εμπλέκοντας έτσι στην όλη διαδικασία και τους γονείς (Καλόγηρος & Κολοβελώνης, 2007).

Ωστόσο, όπως εντοπίστηκε και καταγράφηκε και βιβλιογραφικά είναι μεγάλης σπουδαιότητας η επαρκής ενημέρωση και επιμόρφωσή των εκπαιδευτικών αναφορικά με

τις παραμέτρους και τις προεκτάσεις των παρόντων προγραμμάτων, δεδομένου ότι ο ρόλος τους αφορά στην εξεύρεση ενός τρόπου προσέλευσης του ενδιαφέροντος των παιδιών για τα αντίστοιχα θέματα. Με αυτόν τον τρόπο οι εκπαιδευτικοί επωμίζονται και το καθήκον της δημιουργίας ατόμων με σταθερές και σθεναρές απόψεις και επιλογές σε ζητήματα υγείας και διατροφής, και πολιτών με αυξημένα αντανακλαστικά, όσον αφορά στα υγιή διατροφικά πλαίσια και στην προσπάθεια για καλύτερες συνθήκες διαβίωσης μακροπρόθεσμα. Η σημασία της κατάρτισης των εκπαιδευτικών εντοπίζεται και στη μελέτη των Wiradnyani et al (2021), οι οποίοι υπογραμμίζουν ότι διάφορες μελέτες για τη διατροφική εκπαίδευση στο σχολείο τονίζουν την κατάρτιση των δασκάλων για να βελτιώσουν την κατανόησή τους για τα θέματα διατροφής και να τονώσουν την αυτοπεποίθησή τους.

Περαιτέρω, το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί θεωρούν σημαντική την υλοποίηση προγραμμάτων, ενώ παράλληλα πιστεύουν ότι το σχολείο πρέπει να προωθεί την κατανάλωση υγιεινών τροφίμων είναι μία παράμετρος η οποία εντοπίστηκε κατά τη βιβλιογραφική επισκόπηση. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Hayes et al, (2018), στο πλαίσιο της κρατικά οργανωμένης Διατροφικής Πολιτικής, τα παιδιά είναι απαραίτητο να εκπαιδεύονται στις κύριες αρχές της υγιεινής διατροφής, καθώς μέσω της κατανόησης των επιστημονικών δεδομένων και της αξιοποίησης αυτών των πληροφοριών, είναι σε θέση, από τη μια, να τις εντάξουν στο καθημερινό διαιτολόγιό τους, και από την άλλη, να αποφύγουν μελλοντικές διατροφο-εξαρτώμενες παθολογίες.

Ωστόσο, παρά τον θετικό αντίκτυπο που έχει η συνειδητοποιημένη εκπαιδευτική πολιτική σε ζητήματα υγείας και διατροφικών επιλογών, αλλά και η συμμετοχή σε διατροφικά προγράμματα, οι δάσκαλοι έρχονται συχνά αντιμέτωποι με ένα σύνολο δυσκολιών που δυναμιτίζουν την παγίωση της Διατροφικής Πολιτικής στο πλαίσιο των σχολικών τάξεων. Είναι συχνό φαινόμενο οι εκπαιδευτικοί να αδυνατούν να βρουν το κατάλληλο εκπαιδευτικό και πληροφοριακό υλικό που αφορά τις πτυχές του διατροφικού ζητήματος, ώστε να προσφέρουν στους μαθητές ασφαλείς απαντήσεις αναφορικά με μύθους και παρανοήσεις γύρω από αυτό. Για το σκοπό αυτό, οι ίδιοι αναζητούν την συνδρομή της διεύθυνσης του σχολείου, χωρίς να λαμβάνουν συχνά την αναγκαία ανταπόκριση, με αποτέλεσμα να αναλώνουν πολύτιμο προσωπικό χρόνο για να κατορθώσουν να προσφέρουν μια σωστή εμπειρία στους μαθητές γύρω από το ζήτημα της διατροφής φέρνοντας εις πέρας τα τρέχοντα προγράμματα διατροφικής αγωγής.

Παρά το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί υποστηρίζουν ότι αυτά τα εμπόδια είναι ανασταλτικοί παράγοντες, εντούτοις τα τελευταία χρόνια έχουν συντελεστεί σημαντικά

βήματα προόδου από τις αρμόδιες αρχές του Υπουργείου Υγείας. Έτσι, διατρέχοντας την επίσημη ιστοσελίδα του, παρατηρείται ότι έχει δημιουργηθεί εκπαιδευτικό υλικό από ειδικούς στο αντικείμενο της διατροφής, προκειμένου να δοθούν σωστές πληροφορίες προς το σύνολο των ενδιαφερόμενων. Πιο συγκεκριμένα, έχουν δημιουργηθεί παρουσιάσεις και έχουν παρατεθεί συστάσεις και διατροφικές συμβουλές, οι οποίες λαμβάνουν υπόψη και το ηλιακό επίπεδο των αναγνωστών, προκειμένου τα όσα αναλύονται σε αυτές να μην εκφεύγουν των ημερησίων συνιστώμενων ποσοτήτων. Επομένως, το Υπουργείο επιχειρεί να παραθέσει τις επιστημονικές κρίσεις αναφορικά με το ζήτημα της διατροφικής αγωγής στο σχολικό περιβάλλον, ώστε οι μαθητές και οι εκπαιδευτικοί να λαμβάνουν αξιόπιστο και ποιοτικό υλικό πληροφόρησης, αποφεύγοντας παρανοήσεις που υπάρχουν στο πεδίο των διατροφικών συνηθειών.

## 7.2 Περιορισμοί της μελέτης

Βασικός περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι ότι η μελέτη είναι συγχρονική (cross-sectional), επομένως δεν είναι δυνατή η διατύπωση συμπερασμάτων για σχέσεις αιτιότητας μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών, παρά μόνο η διερεύνηση της ύπαρξης συσχετίσεων μεταξύ τους. Η διερεύνηση της ύπαρξης σχέσεων αιτιότητας μεταξύ των μεταβλητών απαιτεί άλλον ερευνητικό σχεδιασμό π.χ. τη διενέργεια προοπτικής μελέτης, κάτι το οποίο δεν είναι εφικτό στο πλαίσιο μιας διπλωματικής εργασίας. Επίσης, η έρευνα απευθύνθηκε μόνο σε εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και για τη συλλογή του δείγματος επιστρατεύτηκε η δειγματοληψία ευκολίας και όχι η απλή τυχαία δειγματοληψία, όπου κάθε στοιχείο του δείγματος έχει την ίδια πιθανότητα επιλογής. Επιπλέον, άλλοι περιορισμοί αποτελούν: α) το γεγονός ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε διαδικτυακά, επομένως συμμετείχαν μόνο οι πιο εξοικειωμένοι με τους Η/Υ, β) το γεγονός ότι υπήρχαν αυτοδηλούμενα στοιχεία, όπως βάρος, ύψος και γ) για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας δεν χρησιμοποιήθηκαν πολυπαραγοντικά μοντέλα.

## Κεφάλαιο 8

### Συμπεράσματα – Προτάσεις

#### 8.1 Συμπεράσματα

Από τα ευρήματα της έρευνας και σε συνδυασμό με τα ερευνητικά ερωτήματα προκύπτει ότι:

- Οι εκπαιδευτικοί ακολουθούν σε μέτριο βαθμό τη μεσογειακή διατροφή, έχοντας εντάξει στην διατροφή τους φρούτα και λαχανικά, ψάρια και κρέας, καθώς και δημητριακά ολικής άλεσης, ενώ εμφανίζονται επιφυλακτικοί στην κατανάλωση γλυκών, σνακς και αναψυκτικών.
- 7 στους 10 εκπαιδευτικούς εμφανίζουν φυσιολογικό βάρος ενώ 1 στους 10 είναι παχύσαρκοι.
- Οι εκπαιδευτικοί εμφανίζονται θετικοί ως προς τη συμμετοχή τους σε προγράμματα διατροφικών παρεμβάσεων, ενώ ακόμα και οι αυτοί που δεν έχουν πραγματοποιήσει κάποιο αντίστοιχο πρόγραμμα, θέλουν να συμμετέχουν στο άμεσο μέλλον.
- Οι εκπαιδευτικοί εμφανίζονται επαρκώς ενημερωμένοι σχετικά με τα προγράμματα διατροφικής παρέμβασης, ωστόσο ζητούν περισσότερη επιμόρφωση σχετικά με τα διατροφικά προγράμματα, καθώς και περισσότερο αντίστοιχο εκπαιδευτικό υλικό. Επίσης, η στήριξη του διευθυντή/τριας του σχολείου αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην υλοποίηση ενός τέτοιου προγράμματος από τους εκπαιδευτικούς.
- Οι εκπαιδευτικοί θεωρούν εξαιρετικά σημαντική την υλοποίηση προγραμμάτων διατροφικής παρέμβασης, ενώ παράλληλα θεωρούν ότι το σχολείο πρέπει να προωθεί την κατανάλωση υγιεινών τροφίμων.
- Η έλλειψη πληροφοριών, καθώς και η έλλειψη εκπαιδευτικού υλικού σχετικά με τα προγράμματα διατροφικής αγωγής, είναι τα κυριότερα εμπόδια που συναντούν οι εκπαιδευτικοί. Επιπρόσθετα, η έλλειψη στήριξης από τη διεύθυνση του σχολείου σε συνδυασμό με την έλλειψη χρόνου αποτελούν εξίσου σημαντικά εμπόδια στην υλοποίηση προγραμμάτων διατροφικής αγωγής.
- Ο ΔΜΣ του εκπαιδευτικού συσχετίζεται ασθενώς αρνητικά με τη συμμετοχή τους σε προγράμματα διατροφικής αγωγής, με τους εκπαιδευτικούς που έχουν υψηλότερο ΔΜΣ να είναι πιο διστακτικοί στην συμμετοχή τους σε τέτοια



προγράμματα.

- Οι διατροφικές συνήθειες των εκπαιδευτικών δεν αποτελούν τροχοπέδη στη συμμετοχή τους σε προγράμματα διατροφικής αγωγής. Ωστόσο, οι εκπαιδευτικοί που δεν ακολουθούν το μεσογειακό πρότυπο διατροφής εμφανίζονται πιο διστακτικοί στο να συμμετέχουν σε ανάλογα προγράμματα.

## 8.1 Προτάσεις

Με βάση την βιβλιογραφική ανασκόπηση, η υγιεινή διατροφή είναι ιδιαίτερα σημαντική για την σωματική υγεία και την πνευματική ευεξία, καθώς προσφέρει τα αναγκαία θρεπτικά συστατικά για την άρτια σωματική και πνευματική εξέλιξη και ανάπτυξη.

Προς αυτή την κατεύθυνση οι εκπαιδευτικοί μπορούν να αποτελέσουν έναν από τους βασικότερους αρωγούς στην προσπάθεια των μαθητών για την υιοθέτηση της υγιεινής διατροφής. Οι εκπαιδευτικοί λειτουργούν ως πρότυπα για τους μαθητές και τα διδάγματά τους στα σχολικά μαθήματα συμβάλλουν καθοριστικά στη διαμόρφωση μίας γενικής κατανόησης της ζωής και της καθημερινότητας. Επομένως είναι αδιαμφισβήτητη η επιρροή τους και στη διατροφική παιδεία και την υιοθέτηση υγιών προτύπων διατροφής. Ως εκ τούτου, οι εκπαιδευτικοί, μπορούν να εφαρμόζουν δραστηριότητες διατροφικής εκπαίδευσης με τους μαθητές, άλλοτε εντός της τάξης, άλλοτε υπαίθρια, αλλά και συνεργατικές δραστηριότητες που απαιτούν την συμμετοχή και άλλων μερών, όπως για παράδειγμα τους γονείς. Επιπλέον, επειδή σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια αυτή κατέχει και η οικογένεια, θα πρέπει οι γονείς να βοηθήσουν το παιδί να αποκτήσει διατροφική διαπαιδαγώγηση την οποία, θα εξελίξει αργότερα στο σχολικό περιβάλλον.

Επιπρόσθετα, το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί στην παρούσα έρευνα παρουσιάζονται αρκετά πρόθυμοι να ακολουθήσουν τη μεσογειακή και την υγιεινή διατροφή εν γένει και εμφανίζονται θετικοί στην συμμετοχή σε προγράμματα διατροφικών παρεμβάσεων, είτε έχουν συμμετάσχει στο παρελθόν σε κάποιο πρόγραμμα είτε όχι, είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τη μελλοντική εκπαιδευτική διαδικασία και ενθαρρυντικό στοιχείο για την εκπαιδευτική κοινότητα, η οποία φαίνεται να μη μένει στάσιμη, αλλά να επιθυμεί να ενημερώνεται για τις σύγχρονες εξελίξεις στη διατροφή και να είναι έτοιμη να τις εφαρμόσει. Προς αυτή την κατεύθυνση κρίνεται απαραίτητη η σημασία σύγχρονων

προγραμμάτων κατάρτισης για τους εκπαιδευτικούς. Η κατάρτιση θα πρέπει να διευκολύνει τους εκπαιδευτικούς να έχουν πρόσβαση σε σχετικούς πόρους/εργαλεία και υποστήριξη από τις σχολικές αρχές για την εφαρμογή της διατροφικής εκπαίδευσης. Θα πρέπει, επίσης, να παρέχει ευκαιρίες για να ενθαρρύνουν τους δασκάλους να καθιερώσουν συνηθισμένες δραστηριότητες διατροφικής εκπαίδευσης που να ευθυγραμμίζονται με την ενεργό συμμετοχή των μαθητών, τη συμμετοχή των γονέων και την ενίσχυση της σχολικής πολιτικής.

Δεδομένης της ετοιμότητας των εκπαιδευτικών για την εφαρμογή των υγιεινών προτύπων διατροφής, είναι απαραίτητο να ξεπεραστούν άμεσα τα εμπόδια που συναντούν στην πορεία τους. Σε κάθε περίπτωση είναι ενθαρρυντικό το γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί είναι πρόθυμοι να επιμορφωθούν και να εμβαθύνουν τις γνώσεις τους πάνω στο ζήτημα της υγιεινής διατροφής, ενώ ταυτόχρονα κρίνεται αναγκαίο να αναλάβει η Πολιτεία, μέσω των αρμόδιων υπουργείων, την αναγκαία δράση, ώστε να επιλυθούν άμεσα τα προβλήματα που πιθανόν να ανακύψουν και να υποστηριχθούν οι εκπαιδευτικοί στο έργο τους.

Επίσης, η διεύθυνση του κάθε σχολείου κατέχει σημαντικό ρόλο. Προκειμένου να διαμορφωθεί μια πολιτική για την υγιεινή διατροφή και την άσκηση στο πλαίσιο του σχολείου θα πρέπει να υπάρχει υποστήριξη και δέσμευση από την πλευρά της διεύθυνσης προς πάσα κατεύθυνση (εκπαιδευτικοί, γονείς, παιδιά). Η καλλιέργεια θετικής στάσης και συμφωνίας καθιστούν δυνατή την επιτυχή εφαρμογή της πολιτικής του κάθε σχολείου ως προς το θέμα αυτό. Για παράδειγμα, η διεύθυνση του κάθε σχολείου μπορεί να προωθεί και να παρέχει συγκεκριμένες πολιτικές που περιλαμβάνουν τη διατροφική εκπαίδευση στο σχολικό πρόγραμμα με σαφείς οδηγίες για τους δασκάλους, τους κανονισμούς των κυλικείων, την ανάθεση της διατροφικής εκπαίδευσης σε αναγνωρισμένες και καταρτισμένες ομάδες για, ενθαρρύνοντας παράλληλα την ενεργό συμμετοχή από όλες τις σχολικές κοινότητες. Ακόμα, η διεύθυνση του σχολείου θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να απευθυνθεί και να υποστηριχτεί από αξιόπιστες πηγές, όπως οι υπηρεσίες τοπικής αυτοδιοίκησης.

Συνοψίζοντας τα ανωτέρω η επιτυχής διατροφική εκπαίδευση στο σχολείο απαιτεί εντατική, ολοκληρωμένη, μακροπρόθεσμη συμμετοχή δασκάλων και γονέων και συμπερίληψη σχολικών κανονισμών για την προώθηση ενός υγιούς σχολικού διατροφικού περιβάλλοντος. Διότι, η εισαγωγή κατάλληλα σχεδιασμένων προγραμμάτων με στόχο την προώθηση της υγιεινής διατροφής μπορεί να οδηγήσει στη διαμόρφωση θετικών στάσεων

στους μαθητές αναφορικά με την υγιεινή διατροφή και με τον τρόπο αυτό να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

## Βιβλιογραφία

### Ξερόγλωσση

- Ahn, M. J., Frederikson, L., Borman, B. & Bednarek, R. (2011). Eye health in New Zealand. *Health Education*. Retrieved March 15, 2021 from <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09654281111108562/full/html>
- Allali, S., Brousse, V., Sacri, A. S., Chalumeau, M. & de Montalembert, M. (2017). Anemia in children: prevalence, causes, diagnostic work-up, and long-term consequences. *Expert review of hematology*, 10(11), 1023-1028.
- Altomare, R., Cacciabaudo, F., Damiano, G., Palumbo, V. D., Gioviale, M. C., Bellavia, M., ... & Monte, A. I. L. (2013). The mediterranean diet: a history of health. *Iranian journal of public health*, 42(5), 449. Retrieved March 30, 2021 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3684452/>
- Arnaoutis, G., Georgoulis, M. & Psarra, G. (2018). Association of anthropometric and lifestyle parameters with fitness levels in greek schoolchildren : results from the EYZYN program. *Frontiers in Nutrition*. doi:10.3389/fnut.2018.00010
- Bach-Faig A., Berry E., Lairon D., Reguant J., Trichopoulou A., Dernini S., Medina X., Battino M., Belahsen R., Miranda G. & Serra-Majem L. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition 14(12A): 2274–2284*. Retrieved March 15, 2021 from <http://ciiscam.org/files/download/pubblicazioni/phn%20new%20md%20pyramid.pdf>
- Ballarini, T., van Lent, D. M., Brunner, J., Schröder, A., Wolfsgruber, S., Altenstein, S., ... & DELCODE Study Group. (2021). Mediterranean Diet, Alzheimer Disease Biomarkers, and Brain Atrophy in Old Age. *Neurology*, 96(24), e2920-e2932. DOI:10.1212/WNL.00000000000012067
- Barilla Center for Food & Nutrition. (2014). *Double Pyramid 2014. Fifth Edition: Diet and Environmental Impact*. Parma: BCFN. Retrieved September, 17, 2021 from <https://www.barillacfn.com/m/publications/dp-2014-en.pdf>
- Blunden, S. L., Milte, C. M., & Sinn, N. (2011). Diet and sleep in children with attention deficit hyperactivity disorder: Preliminary data in Australian children. *Journal of Child Health Care*, 15(1), 14-24. Retrieved September, 17, 2021 from <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1367493510385020>
- Bonaccio, M., Di Castelnuovo, A., Costanzo, S., Gialluisi, A., Persichillo, M., Cerletti, C., ... Iacoviello, L. (2018). Mediterranean diet and mortality in the elderly: A prospective

- cohort study and a meta-analysis. *British Journal of Nutrition*, 120(8), 841-854. doi:10.1017/S0007114518002179
- Boonen A., de Vries, N., de Ruiter S., Bowker S. & Buijs, G. (2009). *Κατευθυντήριες οδηγίες για την προαγωγή της υγιεινής διατροφής και της φυσικής άσκησης στα σχολεία*. Retrieved September, 17, 2021 from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://ichddsp.gr/sites/default/files/SH\_E\_3.pdf
- Borys, J. M., Richard, P., duPlessis, H. R., Harper, P. & Levy, E. (2016). Tackling health inequities and reducing obesity prevalence: the EPODE community-based approach. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 68(Suppl. 2), 35-38. doi:https://doi.org/10.1159/000446223
- Buckland, G., Mayén, A. L., Agudo, A., Travier, N., Navarro, C., Huerta, J. M., Chirlaque, M. D., Barricarte, A., Ardanaz, E., Moreno-Iribas, C., Marin, P., Quirós, J. R., Redondo, M. L., Amiano, P., Dorronsoro, M., Arriola, L., Molina, E., Sanchez, M. J. & Gonzalez, C. A. (2012). Olive oil intake and mortality within the Spanish population (EPIC-Spain). *The American journal of clinical nutrition*, 96(1), 142–149. https://doi.org/10.3945/ajcn.111.024216
- Burlingame, B. & Dernini, S. (2011). Sustainable diets: the Mediterranean diet as an example. *Public health nutrition*, 14(12A), 2285-2287. Retrieved September, 17, 2021 from https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09637486.2014.945152
- Buttitta, M., Iliescu, C., Rousseau, A. & Guerrien, A. (2014). Quality of life in overweight and obese children and adolescents: a literature review. *Quality of life research*, 23(4), 1117-1139. DOI: https://doi.org/10.1007/s11136-013-0568-5
- Gall, D.M., Borg R.W. & Gall, P.J. (2014). *Εκπαιδευτική έρευνα. Βασικές αρχές: Πασχαλίδης, Nicosia*
- Cameron, F. J. & Wherrett, D. K. (2015). Care of diabetes in children and adolescents: controversies, changes, and consensus. *The Lancet*, 385(9982), 2096-2106. Retrieved September, 17, 2021 from https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673615609710
- Chaput, J. P., Willumsen, J., Bull, F., Chou, R., Ekelund, U., Firth, J., Jago, R., Ortega, F. B. & Katzmarzyk, P. T. (2020). 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5-17 years: summary of the evidence. *The international journal of behavioural nutrition and physical activity*, 17(1), 141. DOI: https://doi.org/10.1186/s12966-020-01037-z

- Craig, M. E., Jefferies, C., Dabelea, D., Balde, N., Seth, A. & Donaghue, K. C. (2014). Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatric diabetes*, 15(S20), 4-17. Retrieved September, 17, 2021 from [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/52287571/CPCG\\_2014\\_CHAP\\_1](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/52287571/CPCG_2014_CHAP_1)
- Crous-Bou, M., Fung, T. T., Prescott, J., Julin, B., Du, M., Sun, Q., ... & De Vivo, I. (2014). Mediterranean diet and telomere length in Nurses' Health Study: population-based cohort study. *BMJ*, 349. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g6674>
- D'Alessandro, A., & De Pergola, G. (2014). Mediterranean diet pyramid: a proposal for Italian people. *Nutrients*, 6(10), 4302-4316. Retrieved March 21, 2021 from <https://www.mdpi.com/2072-6643/6/10/4302>
- Dardiotis, E., Kosmidis, M. H., Yannakoulia, M., Hadjigeorgiou, G. M. & Scarmeas, N. (2014). The Hellenic Longitudinal Investigation of Aging and Diet (HELIAD): rationale, study design, and cohort description. *Neuroepidemiology*, 43(1), 9-14. DOI: 10.1159/000362723
- Davis, C., Bryan, J., Hodgson, J. & Murphy, K. (2015). Definition of the Mediterranean Diet; a Literature Review. *Nutrients*, 7(11), 9139-9153. <https://doi.org/10.3390/nu7115459>
- De Bourdeaudhuij, I., Van Cauwenberghe, E., Spittaels, H., Opper, J., Rostami, C., Brug, J. & Van Lenthe, F. (2011). School-based interventions promoting both physical activity and healthy eating in Europe: a systematic review within the HOPE Project. *Obesity Reviews*, 12(3), 205-216. Retrieved March 15, 2021 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20122137/>
- De Lorgeril, M., Salen, P., Martin, J. L., Monjaud, I., Delaye, J. & Mamelle, N. (1999). Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation*, 99(6), 779-785. Retrieved September, 17, 2021 from <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/01.CIR.99.6.779>
- Department for Education. (2019). *Guidance Healthy schools rating scheme*. Retrieved September, 17, 2021 from <https://www.gov.uk/government/publications/healthy-schools-rating-scheme>
- Dernini, S., Berry, E. M., Serra-Majem, L., La Vecchia, C., Capone, R., Medina, F. X., ... & Trichopoulou, A. (2017). Med Diet 4.0: the Mediterranean diet with four sustainable benefits. *Public Health Nutrition*, 20(7), 1322-1330. Retrieved September, 17, 2021 from <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/med-diet-40->

the-mediterranean-diet-with-four-sustainable-  
benefits/624955F8260F54B3DF1B57AF655A0ED3

- EFSA. (2017). *Overview on Dietary Reference Values for the EU population as derived by the EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA)*. Retrieved September, 17,2021 from [https://www.efsa.europa.eu/sites/default/files/assets/DRV\\_Summary\\_tables\\_jan\\_17.pdf](https://www.efsa.europa.eu/sites/default/files/assets/DRV_Summary_tables_jan_17.pdf)
- Farajian, P., Risvas, G., Karasouli, K., Pounis, G. D., Kastorini, C. M., Panagiotakos, D. B. &Zampelas, A. (2011). Very high childhood obesity prevalence and low adherence rates to the Mediterranean diet in Greek children: the GRECO study. *Atherosclerosis*,217(2), 525-530. Retrieved September, 17,2021 from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0021915011003443>
- Geissler, C., & Powers, H. J. (Eds.). (2017). *Human nutrition*. Oxford University Press.
- Gorzynik-Debicka, M., Przychodzen, P., Cappello, F., Kuban-Jankowska, A., Marino Gammazza, A., Knap, N., ... &Gorska-Ponikowska, M. (2018). Potential health benefits of olive oil and plant polyphenols.*International journal of molecular sciences*,19(3), 686.
- Gotsis, E., Anagnostis, P., Mariolis, A., Vlachou, A., Katsiki, N. &Karagiannis, A. (2015). Health benefits of the Mediterranean diet: an update of research over the last 5 years.*Angiology*,66(4), 304-318. Retrieved March 30,2021 from <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0003319714532169>
- Grammatikopoulou, M. G., Gkiouras, K., Tranidou, A. & Goulis, D. G. (2020). Food security and adherence to the Mediterranean diet: an interplay of socio-demographic characteristics. In*The Mediterranean Diet*(pp. 79-87). Academic Press. Retrieved September, 17,2021 from <https://academic.oup.com/advances/article/5/5/615S/4565781?login=truehttps://doi.org/10.1016/B978-0-12-818649-7.00008-4>
- Graziose, M. M., Downs, S. M., O'Brien, Q., &Fanzo, J. (2018). Systematic review of the design, implementation and effectiveness of mass media and nutrition education interventions for infant and young child feeding.*Public Health Nutrition*,21(2), 273-287. Retrieved March 30,2021 from <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/systematic-review-of-the-design-implementation-and-effectiveness-of-mass-media-and-nutrition-education-interventions-for-infant-and-young-child-feeding/8F35F151D28593B2950A7632B11A67BA>

- Gurnani, M., Birken, C. & Hamilton, J. (2015). Childhood obesity: causes, consequences, and management. *Pediatric Clinics*, 62(4), 821-840. DOI: 10.1016/j.pcl.2015.04.001
- Hayes, D., Contento, I. R. & Weekly, C. (2018). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics, Society for Nutrition Education and Behavior, and School Nutrition Association: comprehensive nutrition programs and services in schools. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 118(5), 913-919. Retrieved March 15, 2021. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2212267218302958>
- Heiman, T., & Olenik-Shemesh, D. (2019). Perceived body appearance and eating habits: The voice of young and adult students attending higher education. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 451. Retrieved March 15, 2021 from <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/3/451>
- Idelson, P. I., Scafi, L. & Valerio, G. (2017). Adherence to the Mediterranean Diet in children and adolescents: A systematic review. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 27(4), 283-299. Retrieved March 15, 2021 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0939475317300030>
- Jackson, S. E. (2016). Obesity, weight stigma and discrimination. *Journal of Obesity and Eating Disorders*, 2(3). Retrieved September, 17, 2021 from <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1503577/>
- Kaimenopoulos, F., Koukoularis, D., Darkadaki, A., Petropoulou, C., Kasnaktsoglou, G., Stamou, A., ... & Koutelekos, I. (2020). Παιδική Παχυσαρκία και Προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή. *Nosileftiki*, 59(4). Retrieved March 15, 2021 from <https://web.b.ebscohost.com/abstract>
- Kau, A. L., Ahern, P. P., Griffin, N. W., Goodman, A. L. & Gordon, J. I. (2011). Human nutrition, the gut microbiome and the immune system. *Nature*, 474(7351), 327-336. Retrieved March 15, 2021 from <https://www.nature.com/articles/nature10213>
- Keys, A., Mienotti, A., Karvonen, M. J., Aravanis, C., Blackburn, H., Buzina, R., ... & Toshima, H. (1986). The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *American Journal of Epidemiology*, 124(6), 903-915. [doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a114480](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a114480)
- Knutson, K. L. (2012). Does inadequate sleep play a role in vulnerability to obesity? *American Journal of Human Biology*. 24(3): 361. DOI: <https://doi.org/10.1002/ajhb.22219>
- Lakshman, R., Elks, C. E. & Ong, K. K. (2012). Childhood obesity. *Circulation*, 126(14), 1770-1779. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.047738>



- Larouche, R., Laurencelle, L., Shephard, R. J. & Trudeau, F. (2012). Life transitions in the waning of physical activity from childhood to adult life in the Trois-Rivières study. *Journal of Physical Activity and Health*, 9(4), 516-524. Retrieved September, 17, 2021 from <https://journals.humankinetics.com/view/journals/jpah/9/4/article-p516.xml>
- Larouche, R., Laurencelle, L., Shephard, R. J. & Trudeau, F. (2015). Daily physical education in primary school and physical activity in midlife: the Trois-Rivières study. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 55(5), 527-534. Retrieved September, 17, 2021 from <https://europepmc.org/article/med/26068327>
- Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M. L., Hall, K. D., Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., ... & McPherson, K. (2015). Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *The Lancet*, 385(9986), 2510-2520. Retrieved March 15, 2021 from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673614617463>
- Kosti, R. I., Panagiotakos, D. B., Mihas, C. C., Alevizos, A., Zampelas, A., Mariolis, A. & Tountas, Y. (2007). Dietary habits, physical activity and prevalence of overweight/obesity among adolescents in Greece: the Vyronas study. *Medical Science Monitor*, 13(10), CR437-CR444.
- Kupolati, M. D., MacIntyre, U. E., Gericke, G. J. & Becker, P. (2019). A contextual nutrition education program improves nutrition knowledge and attitudes of South African teachers and learners. *Frontiers in Public Health*, 7, 258. Retrieved March 15, 2021 from <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2019.00258/full>
- Lange, K. W. (2019). Mediterranean diet and Alzheimer's disease. *Movement and Nutrition in Health and Disease*, 3. DOI: <https://doi.org/10.5283/mnhd.13>
- Lourida, I., Soni, M., Thompson-Coon, J., Purandare, N., Lang, I. A., Ukoumunne, O. C. & Llewellyn, D. J. (2013). Mediterranean diet, cognitive function, and dementia: a systematic review. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 24(4), 479-489. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3182944410>
- Mathias K., Jacquier E. & Eldridge, A. (2016), Missing Lunch Is Associated with Lower Intakes of Micronutrients from Foods and Beverages among Children and Adolescents in the United States. *Academy of Nutrition and Dietetics*, 116, 667-676. Retrieved March 15, 2021 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26899193/>
- Madan, N., Rusia, U., Sikka, M., Sharma, S. & Shankar, N. (2011). Developmental and neurophysiologic deficits in iron deficiency in children. *The Indian Journal of*

- Pediatrics*,78(1), 58-64. Retrieved September, 17,2021 from <https://link.springer.com/article/10.1007/s12098-010-0192-0>
- Matricciani, L. A., Olds, T. S., Blunden, S., Rigney, G. & Williams, M. T. (2012). Never enough sleep: a brief history of sleep recommendations for children.*Pediatrics*,129(3), 548-556. DOI:<https://doi.org/10.1542/peds.2011-2039>
- McCaughy, N., Martin, J. J., Fahlman, M. & Shen, B. (2012). Urban health educators' perspectives and practices regarding school nutrition education policies.*Health Education Research*,27(1), 69-80.
- Meiklejohn, S., Ryan, L. & Palermo, C. (2016). A systematic review of the impact of multi-strategy nutrition education programs on health and nutrition of adolescents.*Journal of Nutrition Education and Behavior*,48(9), 631-646.
- Metos, J. M., Sarnoff, K. & Jordan, K. C. (2019). Teachers' perceived and desired roles in nutrition education.*Journal of School Health*,89(1), 68-76. Retrieved March 15,2021 from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/josh.12712>.
- Moreno, L. A., Gottrand, F., Huybrechts, I., Ruiz, J. R., González-Gross, M., DeHenauw, S. & HELENA Study Group. (2014). Nutrition and lifestyle in european adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) study.*Advances in Nutrition*,5(5), 615S-623S. Retrieved September, 17,2021 from <https://academic.oup.com/advances/article/5/5/615S/4565781?login=true>
- Morrissey, B., Taveras, E., Allender, S. & Strugnell, C. (2020). Sleep and obesity among children: a systematic review of multiple sleep dimensions.*Pediatric obesity*,15(4), e12619
- Naigamwalla, D. Z., Webb, J. A. & Giger, U. (2012). Iron deficiency anemia. *The Canadian Veterinary Journal*,53(3), 250. Retrieved 26 July, 2022 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3280776/>
- Nelson, M. & Breda, J. (2013). School food research: building the evidence base for policy. *Public Health Nut.*;16(6):958-67. Retrieved March 15, 2021 from <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/school-food-research-building-the-evidence-base-for-policy/9E566C8B437D138C68CDAFD720C2F002>
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., Mullany, E. C., Biryukov, S., Abbafati, C., Abera, S. F., Abraham, J. P., Abu-Rmeileh, N. M., Achoki, T., AlBuhairan, F. S., Alemu, Z. A., Alfonso, R., Ali, M. K., Ali, R., Guzman, N. A., Ammar, W., ... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of

- overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet (London, England)*, 384(9945), 766–781. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)
- Nordmann AJ, Suter-Zimmermann K, Bucher HC, Shai I, Tuttle KR, Estruch R, & Briel M. (2011). Metaanalysis comparing Mediterranean to low-fat diets for modification of cardiovascular risk factors. *Am J Med*. Retrieved March 15, 2021 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21854893/>
- Ortega, F. B., Artero, E. G., Ruiz, J. R., España-Romero, V., Jiménez-Pavón, D., Vicente-Rodríguez, G., ... & Castillo, M. J. (2011). Physical fitness levels among European adolescents: the HELENA study. *British Journal of Sports Medicine*, 45(1), 20-29. Retrieved September, 17, 2021 from <https://bjsm.bmj.com/content/45/1/20.short>
- Parvin, N. & Nath, M. C. (2020). Comparison of cardiovascular risk factors between sedentary and non sedentary Workers in Rajshahi Metropolitan Area. *J Dent Med Scie*, 19(2), 41-46. Retrieved September, 17, 2021 from [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/62497612/G190218414620200327-1086-k0bwar-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1631866761&Signature=LI5FkiUkCb4fIyKeyycc2r0jTKvvl~yGu6Gl6W11Pt-EEW9BZvhpt0iPvKSp4kpY6kIr7sEIBjbipFKFPAc8btKcqU6MDijICVY-nB0m3kSXb3HA95I~h6CzGRYUuIuEhdKSHCARuLmE4bJByp4nI4DU4KGZZk72vc4Y7CINIBDxCpwBhLogdicSMbGAIxEa4j1uqRzdHdzp2rk4AqH3oP7j8m4RiT-WruSMXVSzDhkgrdXl3qezTbW83Ivbhikv0Qnj9b3p05dK2eKnIo6kMZ07VRb1oJDHb2qTrVqGWjzB4JoD7M7sGp9sjlR7-nNQ-Chyd~wLy2xioKWYB3sFodA\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/62497612/G190218414620200327-1086-k0bwar-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1631866761&Signature=LI5FkiUkCb4fIyKeyycc2r0jTKvvl~yGu6Gl6W11Pt-EEW9BZvhpt0iPvKSp4kpY6kIr7sEIBjbipFKFPAc8btKcqU6MDijICVY-nB0m3kSXb3HA95I~h6CzGRYUuIuEhdKSHCARuLmE4bJByp4nI4DU4KGZZk72vc4Y7CINIBDxCpwBhLogdicSMbGAIxEa4j1uqRzdHdzp2rk4AqH3oP7j8m4RiT-WruSMXVSzDhkgrdXl3qezTbW83Ivbhikv0Qnj9b3p05dK2eKnIo6kMZ07VRb1oJDHb2qTrVqGWjzB4JoD7M7sGp9sjlR7-nNQ-Chyd~wLy2xioKWYB3sFodA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
- Pereira-da-Silva, L., Rêgo, C. & Pietrobelli, A. (2016). The Diet of Preschool Children in the Mediterranean Countries of the European Union: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(6), 572. <https://doi.org/10.3390/ijerph13060572>
- Perera, T., Frei, S., Frei, B., Wong, S. S. & Bobe, G. (2015). Improving Nutrition Education in US Elementary Schools: Challenges and Opportunities. *Journal of Education and Practice*, 6(30), 41-50. Retrieved March 15, 2021 from <https://eric.ed.gov/?id=EJ1081364>
- PH Wilding, J. (2001). Causes of obesity. *Practical Diabetes International*, 18(8), 288-292. Retrieved September, 17, 2021 from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pdi.277>

- Pierre, R. G. S., Cook, T. D., & Straw, R. B. (1981). An evaluation of the nutrition education and training program: Findings from Nebraska. *Evaluation and Program Planning*, 4(3-4), 335-344. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(81\)90032-X](https://doi.org/10.1016/0149-7189(81)90032-X)
- Pierre, R. G. S. & Rezmovic, V. (1982). An overview of the national nutrition education and training program evaluation. *Journal of Nutrition Education*, 14(2), 61-66. [doi.org/10.1016/S0022-3182\(82\)80018-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3182(82)80018-6)
- Ping, L. (2020). Guiding children towards healthy dietary habits based on nutrition education. In *E3S Web of Conferences* (Vol. 189, p. 02002). EDP Sciences. Retrieved March 15, 2021 from [https://www.e3s-conferences.org/articles/e3sconf/abs/2020/49/e3sconf\\_astfe2020\\_02002/e3sconf\\_astfe2020\\_02002.html](https://www.e3s-conferences.org/articles/e3sconf/abs/2020/49/e3sconf_astfe2020_02002/e3sconf_astfe2020_02002.html)
- Porter, K. J., Koch, P. A. & Contento, I. R. (2018). Why and how schools make nutrition education programs “work”. *Journal of School Health*, 88(1), 23-33.
- Puhl, R., & Suh, Y. (2015). Health consequences of weight stigma: implications for obesity prevention and treatment. *Current obesity reports*, 4(2), 182-190. Retrieved September, 17, 2021 from <https://link.springer.com/article/10.1007/s13679-015-0153-z>
- Rankin, J., Matthews, L., Cobley, S., Han, A., Sanders, R., Wiltshire, H. D. & Baker, J. S. (2016). Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 7, 125. doi: 10.2147/AHMT.S101631
- Resnicow, K., Cross, D. & Wynder, E. (1993). The Know Your Body program: a review of evaluation studies. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 70(3), 188–207. Retrieved September, 17, 2021 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359238/>
- Rosi, A., Paoletta, G., Biasini, B., Scazzina, F., Alicante, P., De Blasio, F., ... & Strazzullo, P. (2019). Dietary habits of adolescents living in North America, Europe or Oceania: A review on fruit, vegetable and legume consumption, sodium intake, and adherence to the Mediterranean Diet. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 29(6), 544-560. Retrieved March 15, 2021 from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0939475319300857>
- Raj, M. & Kumar, R. K. (2010). Obesity in children & adolescents. *The Indian Journal of Medical Research*, 132(5), 598. Retrieved March 15, 2021 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3028965/>

- Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A. K., Sofi, N. Y., Kumar, R. & Bhadoria, A. S. (2015). Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(2), 187. Retrieved March 15, 2021 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4408699/>
- Serra-Majem, L. & Ortiz-Andrellucchi, A. (2018). The Mediterranean diet as an example of food and nutrition sustainability: A multidisciplinary approach. *Nutricion Hospitalaria*, 35(Spec No4), 96-101. DOI: 10.20960/nh.2133
- Serra-Majem, L., Tomaino, L., Dernini, S., Berry, E. M., Lairon, D., Ngo de la Cruz, J., ... & Trichopoulou, A. (2020). Updating the Mediterranean diet pyramid towards sustainability: Focus on environmental concerns. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8758.
- Schuiling, K. D., Robinia, K. & Nye, R. (2011). Osteoporosis update. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(6), 615-627. Retrieved March 15, 2021 from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1542-2011.2011.00135.x>
- Schwingshackl, L. & Hoffmann, G. (2014). Monounsaturated fatty acids, olive oil and health status: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Lipids in Health and Disease*, 13(1), 1-15. Retrieved March 15, 2021 from <https://link.springer.com/article/10.1186/1476-511X-13-154>
- Schwingshackl, L., Missbach, B., König, J. & Hoffmann, G. (2015). Adherence to a Mediterranean diet and risk of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Public health nutrition*, 18(7), 1292-1299. Retrieved March 15, 2021 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25145972/>
- Schwingshackl, L., Schwedhelm, C., Galbete, C. & Hoffmann, G. (2017a). Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Nutrients*, 9(10), 1063. Retrieved March 15, 2021 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28954418/>
- Schwingshackl, L., Hoffmann, G., Lampousi, A. M., Knüppel, S., Iqbal, K., Schwedhelm, C., ... & Boeing, H. (2017b). Food groups and risk of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European journal of epidemiology*, 32(5), 363-375. Retrieved March 15, 2021 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28397016/>
- SHE. ( $\chi.\chi$ ). *SHE values*. Retrieved September, 17, 2021 from <https://www.schoolsforhealth.org/concepts>

- Slavin, J. L. & Lloyd, B. (2012). Health benefits of fruits and vegetables. *Advances in Nutrition*,3(4), 506-516. DOI: <https://doi.org/10.3945/an.112.002154>
- Tasnim, S. (2014). Effect of breast feeding on child development: At birth and beyond. *South East Asia Journal of Public Health*,4(1), 4-8. Retrieved September, 17,2021 from <https://www.banglajol.info/index.php/SEAJPH/article/view/21831>
- Tosti, V., Bertozzi, B. & Fontana, L. (2018). Health benefits of the Mediterranean diet: metabolic and molecular mechanisms. *The Journals of Gerontology: Series A*,73(3), 318-326. Retrieved March 15,2021 from <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/73/3/318/4736301?login=true>
- TOYBOX. (χ.χ.). *ToyBox – Μια Ευρωπαϊκή πολυκεντρική μελέτη, με στόχο τη δημιουργία ενός προγράμματος πρόληψης της παχυσαρκίας, ειδικά σχεδιασμένου για παιδιά προσχολικής ηλικίας*. Retrieved March 15,2021 from <http://www.toybox-study.eu/?q=el/node/111>
- Trichopoulou, A. & Benetou, V. (2019). Impact of Mediterranean diet on longevity. *Centenarians* 161-168). Springer, Cham.
- Trichopoulou, A., Katsouyanni, K., Stuver S., Tzala, L., Gnardellis, Ch., Rimm E. & Trichopoulos, D. (1995a). Consumption of olive oil and specific food groups in relation to breast cancer risk in Greece. *J Natl Cancer Inst* 87:110-116. DOI: 10.1093/jnci/87.2.110
- Trichopoulou, A., Kouris-Blazos, A., Vassilakou, T., Gnardellis, Ch., Polychronopoulos, E., Venizelos, M., Lagiou, P., Wahlqvist, ML. & Trichopoulos, D. (1995b). The diet and survival of elderly Greeks; a link to the past. *American Journal of Clinical Nutrition* 61:1346S-50S. DOI:10.1079/096582197388554
- Trichopoulou A, Kouris-Blazos A, Wahlqvist ML, Gnardellis Ch, Lagiou P, Polychronopoulos E, Vassilakou T & Trichopoulos D. Diet and overall survival in elderly people (1995c). *British Medical Journal* 311:1457-1460. DOI: 10.1093/jnci/87.2.110
- Trichopoulou A, Lagiou P & Trichopoulos D (1994). Traditional Greek diet and coronary heart disease. *Journal of Cardiovascular Risk*, 1:9-15. Retrieved September, 17,2021 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7614424/>
- Umer, A., Kelley, G. A., Cottrell, L. E., Giacobbi, P., Innes, K. E., & Lilly, C. L. (2017). Childhood obesity and adult cardiovascular disease risk factors: a systematic review with meta-analysis. *BMC Public Health*,17(1), 1-24. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4691-z>

- Van Cauwenberghe, E., Maes, L., Spittaels, H., Van Lenthe, F.J., Brug, J., Oppert, J.M. & De Bourdeaudhuij I. (2010). Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and ‘grey’ literature. *Br J Nutr.*;103(6):781-97. Retrieved March 15,2021 from <https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-nutrition/article/effectiveness-of-schoolbased-interventions-in-europe-to-promote-healthy-nutrition-in-children-and-adolescents-systematic-review-of-published-and-grey-literature/395946DD3390CC8E036DBBCEEA492A9B>
- Vanlancker, T., Schaubroeck, E., Vyncke, K., Cadenas-Sanchez, C., Breidenassel, C., González-Gross, M., ... & Huybrechts, I. (2017). Comparison of definitions for the metabolic syndrome in adolescents. The HELENA study. *European Journal of Pediatrics*,176(2), 241-252. Retrieved September, 17,2021 from <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00431-016-2831-6>
- Vassilakou, T.; Grammatikopoulou, M.G.; Gkiouras, K.; Lampropoulou, M.A.; Pepa, A.; Katsaridis, S.; Alexandropoulou, I.; Bobora, D.; Bati, Z.; Vamvakis, A.; et al. Practical Sustainable Nutrition Guide for Young People: Shifting Our Dietary Habits from Animal, to Plant-Based Foods; WWF World Wild Fund: Athens, Greece, 2022.
- Vasto, S., Buscemi, S., Barera, A., Di Carlo, M., Accardi, G. & Caruso, C. (2014). Mediterranean diet and healthy ageing: a Sicilian perspective. *Gerontology*,60(6), 508-518. DOI:10.1155/2019/9481390
- Warwick, I., Mooney, A. & Oliver, C. (2009). National Healthy Schools Programme: developing the evidence base. Retrieved September, 17,2021 from [https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10004195/1/Warwick2009HlthySchlEvBase\\_FinRep.pdf](https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10004195/1/Warwick2009HlthySchlEvBase_FinRep.pdf)
- WHO. (2011). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Retrieved September, 17,2021 from <https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-5-17years.pdf>
- WHO. (1948). *Constitution*. Retrieved September, 17,2021 from <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M., Lang, T., Vermeulen, S., ... & Murray, C. J. (2019). Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. *The Lancet*,393(10170), 447-492. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31788-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4)

- Wiradnyani, A., Kekalih, A., Anggraini R. &Februhartanty, J. (2021), Teachers' experiences with nutrition education activities and their perceived key factors to an effective nutrition education. *The Southeast Asian journal of Tropical Medicine and Public Health*, 52(1), 141-159. Retrieved October 05, 2022 from [https://www.researchgate.net/publication/358573264\\_TEACHERS'\\_EXPERIENCES\\_WITH\\_NUTRITION\\_EDUCATION\\_ACTIVITIES\\_AND\\_THEIR\\_PERCEIVED\\_KEY\\_FACTORS\\_TO\\_AN\\_EFFECTIVE\\_NUTRITION\\_EDUCATION](https://www.researchgate.net/publication/358573264_TEACHERS'_EXPERIENCES_WITH_NUTRITION_EDUCATION_ACTIVITIES_AND_THEIR_PERCEIVED_KEY_FACTORS_TO_AN_EFFECTIVE_NUTRITION_EDUCATION)
- Wright, S. M. &Aronne, L. J. (2012). Causes of obesity.*Abdominal Radiology*,37(5), 730-732. Retrieved September, 17,2021 from <https://link.springer.com/article/10.1007/s00261-012-9862-x>
- Xu, H. &Verre, M. C. (2018). Type 2 diabetes mellitus in children.*American Family Physician*,98(9), 590-594. Retrieved 21 January, 2022 from <https://www.aafp.org/afp/2018/1101/p590.html>
- Yarnell, J. W. G., & Evans, A. E. (2000). The Mediterranean diet revisited—towards resolving the French paradox.*QJM*,93(12), 783-785. Retrieved March 15,2021 from <https://academic.oup.com/qjmed/article/93/12/783/1548570?login=true>



## Ελληνόγλωσση

- ΑΠΣ Αγωγής Υγείας. (χ.χ.)Ανάκτηση στις 20/04/2021 από: [http://www.pi-schools.gr/download/programs/depps/29deppsaps\\_AgogiYgias.pdf](http://www.pi-schools.gr/download/programs/depps/29deppsaps_AgogiYgias.pdf)
- Διατροφή, Υγεία & Ευεξία. (2021). *Παιδική παχυσαρκία: Αίτια και αντιμετώπιση*. Ανακτήθηκε 18 Σεπτεμβρίου, 2021 από <https://www.diatrofi.gr/diatrofi-kai-zoi/paidiki-paxysarkia/>
- Ινστιτούτο Prolepsis. ΔΙΑΤΡΟΦΗ (χ.χ.). Ανακτήθηκε 18 Σεπτεμβρίου, 2021 από <http://diatrofi.prolepsis.gr/el/>
- Εθνικός Διατροφικός Οδηγός. (χ.χ.). Ανακτήθηκε 18 Σεπτεμβρίου, 2021 από <http://www.diatrofikoiodigoi.gr/?Page=institouto-prolepsis>
- Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. (χ.χ.). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία: Αποτύπωση, Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Παιδικής Παχυσαρκίας - Δράσεις για την Άσκηση και την Υγιεινή Διατροφή*. Ανακτήθηκε 18 Σεπτεμβρίου, 2021 από <http://www.apalab.phed.uoa.gr/index.php/el/erevna/erevnitika-programmata/24-ethniko-sxedio-drasis-gia-ti-dimosia-ygeia-apytyposi-prolipsi-kai-antimetopisi-tis-paidikis-paxysarkias-draseis-gia-tin-askisi-kai-tin-ygieini-diatrofi>
- ΕΥΖΗΝ (χ.χ.). *Εθνική δράση υγείας για τη ζωή των νέων*. Ανακτήθηκε 18 Σεπτεμβρίου, 2021, από <https://eyzhn.edu.gr/>
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (χ.χ.). *Πρόγραμμα για την προώθηση της κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών και γάλακτος στα σχολεία*. Ανακτήθηκε 18 Σεπτεμβρίου, 2021 από [https://ec.europa.eu/info/food-farming-fisheries/key-policies/common-agricultural-policy/market-measures/school-fruit-vegetables-and-milk-scheme/school-scheme-explained\\_el](https://ec.europa.eu/info/food-farming-fisheries/key-policies/common-agricultural-policy/market-measures/school-fruit-vegetables-and-milk-scheme/school-scheme-explained_el)
- Ολογράφως ΙΕΠ. *ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΒΔΟΜΑΔΑ 2018 – 2019 "Δημοκρατική Συνύπαρξη και Ανθρώπινα Δικαιώματα"*. Ανακτήθηκε 18 Σεπτεμβρίου, 2021, από <http://iep.edu.gr/el/thematiki-evdomada-category/content/129-thematiki-evdomada-2018-2019>
- Καλόγηρος, Σ. & Κολοβελώνης, Α. (2007). Η επίδραση ενός προγράμματος αγωγής και υγείας στις διατροφικές στάσεις και αντιλήψεις μαθητών δημοτικού σχολείου. *Επιστημονικό Βήμα*, Τεύχος 8. Ανακτήθηκε 15 Σεπτεμβρίου, 2022, από [https://www.researchgate.net/publication/256014324\\_E\\_epidrase\\_enos\\_programmatos\\_agoges\\_ygeias\\_stis\\_diatrophikes\\_staseis\\_kai\\_antilepseis\\_matheton\\_demotikou\\_scholeiou](https://www.researchgate.net/publication/256014324_E_epidrase_enos_programmatos_agoges_ygeias_stis_diatrophikes_staseis_kai_antilepseis_matheton_demotikou_scholeiou)

- Καραβίδα, Β., Πέσχος, Δ., Βρυώνης, Γ., & Ευαγγέλου, Α. (2017). Ο ρόλος των διατροφικών συνηθειών στην παιδική παχυσαρκία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(1), 27-31. Ανακτήθηκε 18 Σεπτεμβρίου, 2021, από <http://www.mednet.gr/archives/2017-1/27per.html>
- Κεχαγιά Ι. (2009). Διαγνωστική Ακρίβεια του Διατροφικού Δείκτη MedDietScore στην Εμφάνιση Συστολικής Δυσλειτουργίας της Αριστερής Κοιλίας σε Ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο. Διπλωματική εργασία, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
- Κοντογιάννη, Μ. (Επιμ.). (2017). *Κλινική διατροφή στην πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου
- Λουκίδου, Ε., Παυλή, Α. & Κυρίτση, Κ. (2011). *Παιδική παχυσαρκία*. Αθήνα: Εκδόσεις Εντός
- Μανιός, Γ. (2007). Διατροφική Αγωγή: Θεωρίες και μοντέλα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας. *Αθήνα: ΠΧ Πασχαλίδης*.
- Ματάλα, Α. & Γιαννακούλια, Μ. (Επιμ.). (2015) *Εισαγωγή στη διατροφή του ανθρώπου*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου
- Ματσανιώτης, Ν. & Καρπάθιος, Θ. (2010). *Επίτομη Παιδιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Μπρίκου, Θ. (2014). Ο ρόλος του πρωινού γεύματος στην υγεία. *Hellenic Journal of Nutrition & Dietetics*. 4(1): 33-47. Ανάκτηση 15 Μαρτίου 2021 από <http://www.hjnutrdiet.gr/o-rolos-toy-proinouy-geymatos-stin-ygeia/>
- Nutrimed. (χ.χ). *Μεταφράστε τη Μεσογειακή Πυραμίδα*. Retrieved March 15, 2021 from [http://www.nutrimed.gr/odhgos\\_diatrofhs/mesogeiaki\\_diatrofi/metafraste\\_ti\\_mesogeiaki\\_puramida.html](http://www.nutrimed.gr/odhgos_diatrofhs/mesogeiaki_diatrofi/metafraste_ti_mesogeiaki_puramida.html)
- ΟΠΕΚΑ (2020). *Σχολικά Γεύματα*. Ανακτήθηκε 18 Σεπτεμβρίου, 2021, από <https://opeka.gr/oikogeneies/scholika-gevματα/>
- Παιδειατροφή(χ.χ). *Πρόγραμμα Παιδειατροφή*. Ανακτήθηκε 18 Σεπτεμβρίου, 2021, από <http://www.paideiatrofi.org/>
- Σταμπουλής, Θ., Λεοντσίνη, Δ., Αυλωνίτη, Α., Χατζηνικολάου, Α., Καμπάς, Α., & Φατούρος, Ι. (2019). Διερεύνηση της Σχέσης της Φυσικής Δραστηριότητας, Προσήλωσης στη Μεσογειακή Διατροφή και Σωματομετρικών Χαρακτηριστικών σε Παιδιά Πρώτης Σχολικής Ηλικίας. *Inquiries in Sport & Physical Education*, 17(3).
- Στάππα-Μουρτζίνη, Μ. (2010). *Αγωγή Υγείας: Βασικές αρχές-Σχεδιασμός προγράμματος-Εγχειρίδιο για εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης*.

- Ανάκτηση στις 20/04/2021 από: [http://www.pi-schools.gr/download/programs/depps/29deppsaps\\_AgogiYgias.pdf](http://www.pi-schools.gr/download/programs/depps/29deppsaps_AgogiYgias.pdf)
- Τριχοπούλου, Α. (2010). Άρθρο Σύνταξης: Μεσογειακή διατροφή, παραδοσιακά μεσογειακά τρόφιμα και υγεία.*Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας και Διατροφής*,1(1), 13-15.
- Ταχτσόγλου, Κ., & Ηλιάδης, Χ. (2015). Αίτια εμφάνισης παχυσαρκίας.*Επιστημονικά Χρονικά*, 20(1), 54-63. Ανακτήθηκε 18 Σεπτεμβρίου, 2021, από [http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika\\_xronika/p15-1-5.pdf](http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p15-1-5.pdf)
- Τριχόπουλος, Δ., Καλαποθάκη, Β. & Πετρίδου, Ε. (2000). *Προληπτική Ιατρική και Δημόσια Υγεία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα.
- Υπουργείο Υγείας. (2019).*Διατροφική Αγωγή*. Ανακτήθηκε 26 Ιουνίου, 2022, από <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/draseis-kai-programmata-agwghs-ygeias/agwgh-ygeias/draseis-kai-parembaseis-eyaisthhtopoihshs-kai-enhmerwshs-toy-mathhtikoy-plhthysmoy/diatrofikh-agwgh/6566-diatrofikh-agwgh>
- Υπουργείο Υγείας, Υπουργική απόφαση Υ1γ/Γ.Π/οικ 81025/2013 - ΦΕΚ 2135/Β/29-8-2013
- Φιλαλήθης, Α., Φωτόπουλος, Α. & Τρομπούκης, Κ. (2020). Δημόσια Υγεία-Κοινωνική Ιατρική: Η ιστορία και η σημειολογία του όρου.*Archives of Hellenic Medicine*, 37(3). Ανακτήθηκε 18 Σεπτεμβρίου, 2021, από [https://www.researchgate.net/profile/Angelos-Kyriacou/publication/342078131\\_Archives\\_hellenic\\_medicine\\_June\\_2020\\_pg\\_431-432/links/5ee0e62ba6fdcc4768945cb9/Archives-hellenic-medicine-June-2020-pg-431-432.pdf#page=108](https://www.researchgate.net/profile/Angelos-Kyriacou/publication/342078131_Archives_hellenic_medicine_June_2020_pg_431-432/links/5ee0e62ba6fdcc4768945cb9/Archives-hellenic-medicine-June-2020-pg-431-432.pdf#page=108)
- Φρούντα, Μ. (2014). *Διερευνώντας τη σχέση μεταξύ των εννοιών υγεία-αγωγή υγείας και προαγωγή υγείας: συνεισφορά στην αποτελεσματικότερη ανάπτυξη των προγραμμάτων αγωγής υγείας στο σχολείο*. Ανακτήθηκε 4 Απριλίου, 2021, από: <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/bitstream/123456789/5849/1/%ce%94%ce%b9%ce%b5%cf%81%ce%b5%cf%85%ce%bd%cf%8e%ce%bd%cf%84%ce%b1%cf%82%20%cf%84%ce%b7%20%cf%83%cf%87%ce%ad%cf%83%ce%b7%20%ce%bc%ce%b5%cf%84%ce%b1%ce%be%cf%8d%20%20%cf%84%cf%89%ce%bd%20%ce%b5%ce%bd%ce%bd%ce%bf%ce%b9%cf%8e%ce%bd.pdf>
- Χαλικιάς, Μ., Μανωλέσσου, Α. & Λάλου, Π. (2015). *Μεθοδολογία Έρευνας και Εισαγωγή στη Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων με το IBM SPSS STATISTICS*. Ελληνικά

Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα. Ανακτήθηκε 20 Ιουλίου 2022, από [http://ntst-aegean.teipir.gr/sites/default/files/forum/spss\\_book.pdf](http://ntst-aegean.teipir.gr/sites/default/files/forum/spss_book.pdf)

- Χατζηνικόλα, Χ. (2021). Συμβουλευτική διατροφής και αγωγή υγείας. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 69. Ανακτήθηκε 18 Σεπτεμβρίου, 2021 από <https://195.251.214.125/index.php/paidagogiki/article/view/9679>
- Ψαρουδάκη, Α. (2014). Διατροφικές Συνήθειες-Διατροφική Αγωγή. *Πανεπιστημιακές σημειώσεις*.

# Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο




## ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Φύλο : Άνδρας  Γυναίκα
2. Ηλικία ερωτώμενου : Έως 25 ετών  26-35 ετών  36-45 ετών   
46-55 ετών  Άνω των 55 ετών
3. Βάρος (σε kg) : .....
4. Ύψος (σε m) : .....
5. Οικογενειακή κατάσταση : Έγγαμος/η  Άγαμος/η  Διαζευγμένος  Χήρος/α   
Συμβίωση
6. Αριθμός τέκνων : 0  1  2  3  περισσότερα από 3
7. Ειδικότητα : .....
8. Εργασιακό καθεστώς : Μόνιμος  Αναπληρωτής
9. Εργασιακό περιβάλλον : Γενική τάξη/ Γενικό σχολείο  Ειδικό σχολείο  Παράλληλη στήριξη   
Τμήμα ένταξης
10. Περιοχή που εδρεύει το σχολείο : Αστική  Ημιαστική  Αγροτική
11. Έτη προδιηρησίας σε σχολείο Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης : .....
12. Σημειώστε αν διαθέτετε (περισσότερες από μία απαντήσεις):  
Δεύτερο πτυχίο στη Διατολογία – Διατροφολογία   
Άλλο Δεύτερο Πτυχίο   
Μεταπτυχιακό στη Διατολογία – Διατροφολογία   
Άλλος Μεταπτυχιακός Τίτλος   
Διδακτορικό στη Διατολογία – Διατροφολογία   
Άλλος Διδακτορικός Τίτλος   
Σεμινάριο Επιμόρφωσης στη Διατολογία – Διατροφολογία   
Άλλο Σεμινάριο Επιμόρφωσης   
Τίποτα από τα παραπάνω
13. Μηνιαίο εισόδημα : έως 900 ευρώ  900-1300  1300 ευρώ και άνω
14. Καπνίζετε ; ΝΑΙ  ΟΧΙ
15. Εάν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίζετε καθημερινά ;  
Λιγότερο από 10 τσιγάρα την ημέρα  Μισό πακέτο την ημέρα  Έως ένα πακέτο την ημέρα  Πάνω από ένα πακέτο την ημέρα

**ΕΝΟΤΗΤΑ Β**  
**Ερωτηματολόγιο Διατροφικής Αγωγής**

**Συνολική αποτίμηση υγείας**

	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>Διαφωνώ πολύ</span>  <span>Συμφωνώ πολύ</span> </div>						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Βρίσκομαι σε καλή υγεία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Είμαι ευχαριστημένος/η με τις διατροφικές μου συνήθειες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Είμαι ευχαριστημένος/η με το επίπεδο σωματικής δραστηριότητάς μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Συνήθειες διατροφής και φυσικής δραστηριότητας**

Πόσο συχνά καταναλώνω κατά τη διάρκεια όλης της ημέρας	Περισσότερο από 3 φορές την ημέρα	2-3 φορές την ημέρα	1 φορά την ημέρα	4-6 φορές την εβδομάδα	1-3 φορές την εβδομάδα	1-3 φορές τον μήνα	λίγες φορές ή ποτέ
Φρούτα	•	•	•	•	•	•	•
Λαχανικά	•	•	•	•	•	•	•
Ολικής άλεσης δημητριακά (ψωμί, δημητριακά πρωινού, ρύζι, μακαρόνια)	•	•	•	•	•	•	•
Ψάρια	•	•	•	•	•	•	•
Γλυκά	•	•	•	•	•	•	•
Αλμυρά σνακ (τυρόπιττα, λουκανικόπιτα, κλπ)	•	•	•	•	•	•	•
Αναψυκτικά	•	•	•	•	•	•	•

Πόσο συχνά καταναλώνω κατά τη διάρκεια του σχολείου	Περισσότερο από 3	2-3 φορές την ημέρα	1 φορά την ημέρα	4-5 φορές την εβδομάδα	1-3 φορές την εβδομάδα	1-3 φορές τον μήνα	λίγες φορές ή ποτέ

	φορές την ημέρα			εβδομάδ α			ποτ έ
Φρούτα	•	•	•	•	•	•	•
Λαχανικά	•	•	•	•	•	•	•
Ολικής άλεσης δημητριακά	•	•	•	•	•	•	•
Γλυκά	•	•	•	•	•	•	•
Αλμυρά σνακ (τυρόπιττα, λουκανικόπιτα, κ.ά)	•	•	•	•	•	•	•


	Πολλές φορές την ημέρα	Κάθε μέρα	2-3 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομ άδα	4-5 φορές τον μήνα	1-3 φορές τον μήνα	λίγες φορές ή ποτέ
Πόσο συχνά κάνω τουλάχιστον 30' σωματική δραστηριότητα την ημέρα (γρήγορο περπάτημα, οικιακές μέτριες ή βαριές δουλειές, οργανωμένη άσκηση, κ.ά):	•	•	•	•	•	•	•

#### Απόψεις για το σχολικό περιβάλλον και την εκπαίδευση σε θέματα υγείας και διατροφής


	1	2	3	4	5	6	7
1. Είναι σημαντικό τα σχολεία να έχουν μια σταθερή πολιτική που να απευθύνεται σε θέματα διατροφής και υγείας στο σχολείο.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Το σχολείο πρέπει να προωθεί την κατανάλωση υγιεινών τροφίμων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ο δάσκαλος μπορεί να επηρεάσει την πολιτική του σχολείου για τα θέματα διατροφής και άσκησης.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Απόψεις/Στάσεις για την εφαρμογή θεμάτων αγωγής υγείας και διατροφής

	1	2	3	4	5	6	7
1. Κατά πόσο θεωρώ ότι τα παρακάτω αποτελούν εμπόδια στη διδασκαλία							

αγωγής υγείας;								
A. Έλλειψη χρόνου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Έλλειψη πληροφοριών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ. Έλλειψη εκπαιδευτικού υλικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ. Έλλειψη υποστήριξης από τη διεύθυνση του σχολείου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Το γεγονός ότι δεν αποτελεί ευθύνη του εκπαιδευτικού έργου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z. Άλλο (διευκρινίστε):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Λίγες φορές</b>						<b>Πολλές φορές</b>	
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	
1. Πόσο συχνά διδάσκω θέματα που έχουν σχέση με τη διατροφή;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Πόσο συχνά διδάσκω θέματα που έχουν σχέση με την υγεία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Αυτοαποτελεσματικότητα – Γνώσεις

	<b>Καθόλου</b>					<b>Πάρα πολύ</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
1. Πόσο άνετος νιώθω να διδάσκω αγωγή υγείας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Πόσο εμπιστοσύνη νιώθω στις γνώσεις μου σε θέματα διατροφής;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Πόσο αποτελεσματικός νιώθω ότι είμαι στη διδασκαλία θεμάτων υγείας και διατροφής;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Πόσο πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τους μαθητές να βελτιώσουν τις διατροφικές τους συνήθειες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Πόσο πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τους μαθητές να αυξήσουν τις γνώσεις διατροφής τους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Πρόθεση - Ετοιμότητα**

*Ήαρά*



	1	2	3	4	5	6
1. Πόσο πολύ προτίθεμαι να εφαρμόσω Ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Πόσο πολύ προτίθεμαι να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών στο σχολείο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Πόσο προτίθεμαι να εφαρμόσω Ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών Συνηθειών που να προϋποθέτει τη δική μου συμμετοχή, μέσω αλλαγής των δικών μου διατροφικών συνηθειών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Πόσο πολύ προτίθεμαι να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών μέσω ενός εγχειριδίου με δραστηριότητες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Δεν σκοπεύω να το κάνω</b>	<b>Σκέφτομαι να το κάνω αλλά δεν είμαι σίγουρος/η πότε θα το αρχίσω</b>	<b>Θα το κάνω άμεσα – μέσα στον επόμενο μήνα</b>	<b>Το κάνω ήδη, τη φετινή χρονιά</b>	<b>Το κάνω το έκανα</b>	
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>		
1. Σκοπεύω να εφαρμόσω ένα Πρόγραμμα αγωγής υγείας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Σκοπεύω να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών στο σχολείο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Σκοπεύω να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών που να προϋποθέτει τη δική μου συμμετοχή, μέσω αλλαγής των δικών μου διατροφικών συνηθειών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Σκοπεύω να εφαρμόσω ένα πρόγραμμα αλλαγής διατροφικών συνηθειών μέσω ενός εγχειριδίου με δραστηριότητες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

*Περίκκου, Α., 2015*

**ΕΝΟΤΗΤΑ Γ**  
Ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών

Ομάδες Τροφίμων	Συχνότητα Κατανάλωσης (μερίδες/εβδομάδα)						
	Ποτέ	1-6	7-12	13-18	19-31	>32	
1. Δημητριακά Ολικής Αλέσεως (π.χ. ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι)	Ποτέ	1-6	7-12	13-18	19-31	>32	
2. Πατάτες	Ποτέ	1-4	5-8	9-12	13-18	>18	
3. Φρούτα και Χυμοί	Ποτέ	1-4	5-8	9-15	16-21	>22	
4. Λαχανικά και Σαλάτες	Ποτέ	1-6	7-12	13-20	21-32	>33	
5. Όσπρια	Ποτέ	<1	1-2	3-4	5-6	>6	
6. Ψάρι και Σούπες	Ποτέ	<1	1-2	3-4	5-6	>6	
7. Κόκκινο Κρέας και Προϊόντα του	≤1	2-3	4-5	6-7	8-10	>10	
8. Πουλερικά	≤3	4-5	5-6	7-8	9-10	>10	
9. Γαλακτοκομικά Πλήρη σε Λιπαρά	≤10	11-15	16-20	21-28	29-30	>30	
10. Ελαιόλαδο (κύριο προσπιθέμενο λίπος στα τρόφιμα)	Ποτέ	Σπάνια	<1	1-3	3-5	καθημερινά	
11. Αλκοολούχα Ποτά (ml/ημέρα, 100ml=1 ποτήρι 12%)	<300	300	400	500	600	>700 ή 0	

*Panagiotakos DB et al, 2006*

## Παράρτημα Β: Έντυπο Συγκατάθεσης



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Τίτλος Ερευνητικής Μελέτης:** Διερευνώντας τον βαθμό στον οποίο οι διατροφικές συνήθειες των Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης επηρεάζουν τη συμμετοχή τους σε προγράμματα Διατροφικής Αγωγής στο σχολείο

**ΑΕΙ / Σχολή/ Τμήμα:** Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής/ Σχολή Δημόσιας Υγείας / Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας

**Υπεύθυνος ερευνητής:** Παπανικολάου Φωτεινή, email : [foteinipapan89@gmail.com](mailto:foteinipapan89@gmail.com), τηλ. επικοινωνίας : 6970 206099

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια :** Βασιλάκου Ναΐρ – Τώνια email : [tvasilakou@uniwa.gr](mailto:tvasilakou@uniwa.gr), τηλ. Επικοινωνίας : 213 2010 283

Αγαπητοί/ές συνάδελφοι,

Σας καλούμε να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο, καθώς η ιδιότητά σας ως εκπαιδευτικός πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης θα συμβάλει στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των διατροφικών συνηθειών των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και του βαθμού επίδρασης αυτών στη συμμετοχή τους σε προγράμματα διατροφικής αγωγής στο σχολείο

Η συμμετοχή σας στη μελέτη θα είναι απολύτως εμπιστευτική και ανώνυμη. Δεν θα χρειαστεί να δηλώσετε στοιχεία της ταυτότητάς σας σε οποιοδήποτε στάδιο της έρευνας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν θα διαρκέσει περισσότερο από 15 λεπτά. Για την πληρέστερη εξαγωγή συμπερασμάτων, οι ερωτήσεις είναι υποχρεωτικές Μπορείτε να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας και να διακόψετε τη συμμετοχή σας στην έρευνα οποιαδήποτε στιγμή. Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν κατά τη διάρκεια της έρευνας θα παραμείνουν απόρρητες κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της έρευνας.

Η πρόσβαση στα δεδομένα περιορίζεται στην ερευνήτρια και στην επιστημονικά υπεύθυνη και τα δεδομένα θα φυλάσσονται με δική τους ευθύνη για όσο χρόνο χρειάζεται για την ολοκλήρωση των ακαδημαϊκών υποχρεώσεων της κύριας ερευνήτριας και την ενδεχόμενη δημοσίευση των στοιχείων της μελέτης. Σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιαστούν σε συνέδρια ή/και δημοσιευτούν σε επιστημονικά περιοδικά, δεν θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που θα αποκαλύπτουν την ταυτότητά σας. Μετά το πέρας της μελέτης θα μπορείτε, εάν επιθυμείτε, να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της μελέτης, ύστερα από επικοινωνία με την κύρια ερευνήτρια.

Για να προχωρήσετε στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, θα πρέπει να έχετε δηλώσει ότι συμφωνείτε με τη συμμετοχή σας σε αυτήν

Μετά την ολοκλήρωση συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και για να αποθηκευτούν τα στοιχεία, επιλέξτε την επιλογή του πεδίου "ΥΠΟΒΟΛΗ" που εμφανίζεται στο τέλος του

ερωτηματολογίου. Όλα τα δεδομένα που θα συλλεχθούν, θα χρησιμοποιηθούν για στατιστική επεξεργασία και εξαγωγή των αποτελεσμάτων της μελέτης.

Αν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις, επιθυμείτε πρόσθετες πληροφορίες ή έχετε κάποιο παράπονο σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια Παπανικολάου Φωτεινή στο email: [foteinipapan89@gmail.com](mailto:foteinipapan89@gmail.com) ή να τηλεφωνήσετε στο 6970 206099.

Βεβαιώνω ότι **έχω ενημερωθεί** και κατάλαβα πλήρως τους σκοπούς και τη διαδικασία της επιστημονικής έρευνας και **συμφωνώ** να συμμετέχω σε αυτήν



## Παράρτημα Γ: Έντυπο Ενημέρωσης



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

### ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

**Τίτλος Ερευνητικής Μελέτης:** Διερευνώντας τον βαθμό στον οποίο οι διατροφικές συνήθειες των Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης επηρεάζουν τη συμμετοχή τους σε προγράμματα Διατροφικής Αγωγής στο σχολείο

**ΑΕΙ/ Σχολή/ Τμήμα:** Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας

**Υπεύθυνος ερευνητής :** Παπανικολάου Φωτεινή, email : [foteinipapan89@gmail.com](mailto:foteinipapan89@gmail.com), τηλ. επικοινωνίας : 6970206099

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια :** Βασιλάκου Ναΐρ – Τόνια email: [toniavass@gmail.com](mailto:toniavass@gmail.com), τηλ. επικοινωνίας : 2132010 283

*Καλείστε να λάβετε μέρος στην ερευνητική μας μελέτη. Πριν αποφασίσετε αν θέλετε να συμμετέχετε είναι σημαντικό να διαβάσετε τις παρακάτω πληροφορίες για να καταλάβετε γιατί πραγματοποιούμε την ερευνητική αυτή μελέτη και τι θα περιλαμβάνει. Μπορείτε να επικοινωνήσετε για οποιαδήποτε διευκρίνηση ή απορία. Σας ευχαριστούμε για τον χρόνο που αφιερώνετε για να διαβάσετε αυτό το έντυπο ενημέρωσης.*

#### **Ποιος είναι ο σκοπός της μελέτης;**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σε θέματα διατροφής και του βαθμού επίδρασης αυτών στη συμμετοχή των εκπαιδευτικών σε προγράμματα παρέμβασης με θέμα τη διατροφή στο σχολείο.

**Ποιος είναι ο τύπος της ερευνητικής παρέμβασης σε αυτή την έρευνα;**

Η συμμετοχή σας στην έρευνα περιλαμβάνει την ολιγόλεπτη ηλεκτρονική συμπλήρωση ερωτηματολογίου.

**Γιατί έχετε επιλεγεί;**

Σας καλούμε να συμμετάσχετε στη συγκεκριμένη έρευνα, γιατί αισθανόμαστε ότι η ιδιότητά σας ως εκπαιδευτικός Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης θα συμβάλει στα αποτελέσματα της έρευνας.

**Είναι υποχρεωτικό να λάβω μέρος;**

Η συμμετοχή στη μελέτη είναι απόλυτα εθελοντική. Αν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, θα υπογράψετε παρακάτω ένα έντυπο συγκατάθεσης. Έχετε πάντα το δικαίωμα να αποσυρθείτε από την έρευνα, ακόμα και μετά την υπογραφή σας, χωρίς να δώσετε κάποια εξήγηση.

**Είμαι υποχρεωμένος να απαντήσω σε όλες τις ερωτήσεις;**

Μπορείτε επίσης να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιοδήποτε ερωτήσεις δεν επιθυμείτε να απαντήσετε και να παραμείνετε στην έρευνα.

**Μπορώ να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή από την έρευνα;**

Μπορείτε να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή και να διακόψετε τη συμμετοχή σας χωρίς να υποστείτε καμία κύρωση.

**Προβλέπεται κάποιο κόστος για τη συμμετοχή μου στην έρευνα αυτή;**

Δεν υπάρχει κάποιο κόστος για τη συμμετοχή σας στην έρευνα.

**Θα λάβω χρήματα για τη συμμετοχή μου στην έρευνα;**

Δεν θα έχετε κάποιο οικονομικό όφελος από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα.

**Ποια είναι τα πιθανά μειονεκτήματα/κίνδυνοι από τη συμμετοχή μου;**

Δεν υπάρχουν κίνδυνοι που να προκύπτουν από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα. Εάν αισθανθείτε δυσφορία κατά την απάντησή σας σε συγκεκριμένη ερώτηση, παρακαλούμε μη διστάσετε να παραλείψετε την ερώτηση και να προχωρήσετε στην επόμενη.

**Ποια είναι τα πιθανά οφέλη από τη συμμετοχή μου;**

Δε θα υπάρξει κάποιο άμεσο όφελος για εσάς, αλλά ως εκπαιδευτικός πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης θα συντελέσετε στη συλλογή των δεδομένων και στη διερεύνηση του βαθμού που οι διατροφικές σας συνήθειες και απόψεις επηρεάζουν τη συμμετοχή σας σε Προγράμματα Διατροφικής Αγωγής.

**Θα παραμείνει η συμμετοχή μου σε αυτή τη μελέτη απόρρητη;**

Η συμμετοχή σας στη μελέτη θα είναι απολύτως εμπιστευτική. Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν κατά τη διάρκεια της έρευνας θα παραμείνουν απόρρητες κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της έρευνας. Η πρόσβαση στα δεδομένα περιορίζεται στον ερευνητή και στην επιστημονικά υπεύθυνη και θα φυλάσσονται με δική τους ευθύνη. Σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιευτούν ή παρουσιαστούν σε συνέδρια δεν θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που θα αποκαλύπτουν την ταυτότητά σας.

**Τι θα συμβεί με τα αποτελέσματα της ερευνητικής μελέτης;**

Τα αποτελέσματα της μελέτης θα χρησιμοποιηθούν για τη διπλωματική εργασία της κύριας ερευνήτριας και για επιστημονικούς σκοπούς και μόνο. Εάν τα αποτελέσματα χρησιμοποιηθούν στο μέλλον σε ανακοινώσεις συνεδρίων ή/και δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά, εσείς θα διατηρήσετε την ανωνυμία σας. Μετά την ολοκλήρωση της μελέτης θα μπορείτε, εάν επιθυμείτε, να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της μελέτης.

Αν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις , επιθυμείτε πρόσθετες πληροφορίες ή έχετε παράπονα σχετικά με τη διεξαγωγή της έρευνας μπορείτε να επικοινωνήσετε με: Παπανικολάου Φωτεινή – τηλέφωνο επικοινωνίας 6970 206099.

Ενημερώθηκα για τους σκοπούς και για τη διαδικασία της έρευνας.

ΝΑΙ                       ΟΧΙ

# Παράρτημα Δ: Έγκριση μελέτης από ΕΗΔΕ

ΠΑΔΑ - ΕΕ: 34953 - 20/04/2021



ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΛΕΞΟΥ ΠΟΛΙΤΕΩ

Ταχ. Δ/ση: Αγ. Σπυρίδωνος, Αργάνεια,

ΤΚ 12243

Τηλέφωνο: 2105387294

e-mail: ethics@uniwa.gr

Πληροφορίες: Ευαγγελία Καπουτσά

Αγώνας: 19/04/2021

ΘΕΜΑ: Απάντηση σε αίτησή σας

ΠΡΟΣ: κ. Βασιλάκου Ναΐρ Τόνια

ΚΟΙΝ: κ. Παπανικολάου Φωτεινή

## Έγκριση της πρότασης

Εας γνωρίζουμε ότι η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑΔ.Α.), στην 13η/19-04-2021 συνεδρίασή της, μέσω τηλεδιάσκεψης, εξέτασε το περιεχόμενο του ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο «Διερευνώντας τον βαθμό στον οποίο οι διατροφικές συνήθειες των Εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης επηρεάζουν τη συμμετοχή τους σε προγράμματα Διατροφικής Αγωγής στα σχολεία» με αριθμό πρωτοκόλλου 34268/16-04-2021 και Επιστημονικά Υπεύθυνη την κ. Βασιλάκου Ναΐρ Τόνια.

Λαμβάνοντας υπόψη:

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

Η Επιτροπή έκρινε ότι δεν αντιβαίνει στην κείμενη νομοθεσία και συνάδει με γενικά παραδεχόμενους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας και ερευνητικής ακεραιότητας ως προς το περιεχόμενο και τον τρόπο διεξαγωγής του ερευνητικού έργου με την επισήμανση ότι θα πρέπει να ληφθεί υπόψη της ερευνητικής ομάδας ότι ο τρόπος αποθήκευσης των δεδομένων σε USB δεν αποτελεί ασφαλή μέθοδο για την διατήρηση των ερευνητικών δεδομένων.

Η Πρόεδρος της Ε.Η.Δ.Ε

Anna Deltsidou  
Τηλεφωνικό αριθμό Anna  
Deltsidou  
Email: 2021.04.19.23.16.59-48700