ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΛΟΝΤΟΣ, ΓΕΩΓΡΑΦΙΑΣ & ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ & ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ

Δημιουργία και Εφαρμογή Πιλοτικού Εκπαιδευτικού Προγράμματος Προώθησης Υγιεινής Διατροφής & Παρέμβασης στη Διατροφική Συμπεριφορά Παιδιών Νηπιαγωγείου,

μέσα από το Ελληνικό Παραδοσιακό Παραμύθι

Διπλωματική Εργασία

Λαρίση Γεωργία

Αθήνα, 2017

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΠΕΡΙΒΑΛΛΛΟΝΤΟΣ, ΓΕΩΓΡΑΦΙΑΣ & ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ & ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Κωσταρέλλη Βασιλική

Επίκουρη καθηγήτρια, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Γεωργιτσογιάννη Ευαγγελία

Καθηγήτρια, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας & Οικολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Σοφιανοπούλου Χρύσα

Επίκουρη καθηγήτρια, Τμήμα Πληροφορικής και Τηλεματικής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Η Λαρίση Γεωργία

δηλώνω υπεύθυνα ότι:

1) Είμαι ο κάτοχος των πνευματικών δικαιωμάτων της πρωτότυπης αυτής εργασίας και από όσο γνωρίζω η εργασία μου δε συκοφαντεί πρόσωπα, ούτε προσβάλει τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων.

2) Αποδέχομαι ότι η ΒΚΠ μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της εργασίας μου, να τη διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από τη ψηφιακή Βιβλιοθήκη της, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε μέσο ή/και σε οποιοδήποτε μορφότυπο καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.

στους γονείς μου

«Τα παραμύθια είναι κάτι

περισσότερο από την αλήθεια…

Όχι επειδή μας λένε

ότι οι δράκοι υπάρχουν,

αλλά επειδή μας λένε

ότι οι δράκοι μπορούν να νικηθούν»

(Neil Gaiman, *Coraline*)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Κωσταρέλλη Βασιλική, Επίκουρη Καθηγήτρια του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου, επιβλέπουσα της παρούσας διπλωματικής εργασίας, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, από την αρχή των μεταπτυχιακών μου σπουδών, ενθαρρύνοντας και καθοδηγώντας το ερευνητικό μου ενδιαφέρον στην αναζήτηση στοιχείων διατροφής στο ελληνικό παραδοσιακό παραμύθι - υλικό, το οποίο αποτέλεσε το «προζύμι» για τη δημιουργία του παρόντος πιλοτικού εκπαιδευτικού προγράμματος παρέμβασης στη διατροφική συμπεριφορά παιδιών νηπιαγωγείου. Την ευχαριστώ θερμά για την ανάθεση του συγκεκριμένου θέματος, την καθοδήγηση, την άψογη συνεργασία, την υπομονή και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας, καθώς και την εμπιστοσύνη και την παρότρυνση να δημοσιοποιήσω τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στην κα Γεωργιτσογιάννη Ευαγγελία, Καθηγήτρια του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου για το εξαιρετικό επίπεδο σπουδών της κατεύθυνσης «Εκπαίδευση και Πολιτισμός» και το προσωπικό της ενδιαφέρον να μου επικοινωνήσει τη βαθιά έννοια της Τέχνης και του Πολιτισμού, τόσο μέσα από τις διαλέξεις της, όσο και μέσα από τα βιωματικά σεμινάρια και τις πολιτισμικές δράσεις.

Αντίστοιχα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα Σοφιανοπούλου Χρύσα, Επίκουρη Καθηγήτρια του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου, για τη σημαντική καθοδήγηση, ως προς το σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων και τη δημιουργία εκπαιδευτικού υλικού, κατά τη διάρκεια του μαθήματός της, καθώς αποτέλεσαν τη βάση για το σχεδιασμό του παρόντος προγράμματος.

Θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω την κα Μίχου Μαρία, για την καθοδήγηση στη στατιστική ανάλυση, την υπεύθυνη προγραμμάτων Αγωγής Υγείας Ανατολικής Αττικής κα Κουρμούση Νάντια, καθώς και τη Σύμβουλο Προσχολικής Αγωγής κα Σαλαγιάννη Μαρία, για τις πολύτιμες συμβουλές τους σε ερευνητικό και παιδαγωγικό επίπεδο.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους συναδέλφους εκπαιδευτικούς, οι οποίοι βοήθησαν στη διεξαγωγή της έρευνας και στην υλοποίηση του προγράμματος, εμπλουτίζοντάς

το με τις ιδέες και τις προτάσεις τους, καθώς και τους γονείς και τους μικρούς μαθητές του 8ου Νηπιαγωγείου Γέρακα, κατά το σχολικό έτος 2016-17, για την αποδοχή και τον ενθουσιασμό που έδειξαν απέναντι στο πρόγραμμα διατροφικής παρέμβασης, ακολουθώντας το διατροφικό πρότυπο των ελληνικών παραμυθιών.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τους φίλους μου, που με στήριξαν και με στηρίζουν πάντα, σε κάθε δύσκολο ή εύκολο εγχείρημα και που ήταν όλοι δίπλα μου σε αυτό το όμορφο και δημιουργικό ταξίδι!

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη στα Ελληνικά ……10

Περίληψη στα Αγγλικά ……11

Κατάλογος Εικόνων ……12

Κατάλογος Πινάκων ……13

Κατάλογος Διαγραμμάτων ……15

Συντομογραφίες ……16

Εισαγωγή ……18

Α' Μέρος

Κεφ.1 Το ελληνικό παραδοσιακό παραμύθι ……21

Κεφ.2 Στοιχεία διατροφής στο ελληνικό παραδοσιακό παραμύθι ……27

Κεφ.3 Η Μεσογειακή Διατροφή ……36

Κεφ.4 Διατροφο-εξαρτώμενα νοσήματα στην παιδική ηλικία ……40

Κεφ.5 Ενεργειακό ισοζύγιο και παιδική παχυσαρκία ……45

Κεφ.6 Χαρακτηριστικά των τροφίμων και αντιλήψεις των παιδιών προσχολικής ηλικίας ……51

Κεφ.7 Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές προτιμήσεις στα παιδιά προσχολικής ηλικίας ……56

Κεφ. 8 Ο ρόλος των γονέων, των ΜΜΕ και των συνομηλίκων στις διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών προσχολικής ηλικίας ……60

Κεφ. 9 Τα σχολικά προγράμματα Αγωγής Υγείας ……66

Β' Μέρος

Κεφ.1 Θεωρητικό πλαίσιο του προγράμματος ……71

Κεφ.2 Εκπαιδευτικό υλικό του προγράμματος ……75

Κεφ.3 Μεθοδολογία της έρευνας ……81

Κεφ.4 Αποτελέσματα ……93

Κεφ.5 Συζήτηση ……129

Βιβλιογραφία ……135

Παράρτημα ……..152

Περίληψη

Έρευνες στην Ελλάδα, δείχνουν ότι το ποσοστό υπερβάλλοντος βάρους στο σχολικό πληθυσμό παραμένει υψηλό, ενώ ταυτόχρονα η προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή δεν είναι ικανοποιητική. Σύμφωνα με την UNESCO πολλά παραδοσιακά παραμύθια, αναδεικνύουν το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η δημιουργία, εφαρμογή και αξιολόγηση ενός πιλοτικού Προγράμματος Σχολικής Διατροφικής Παρέμβασης μέσα από το Ελληνικό Παραδοσιακό Παραμύθι, για τη βελτίωση της διατροφικής συμπεριφοράς, σε παιδιά νηπιαγωγείου. Το Πρόγραμμα περιελάβανε ενημέρωση εκπαιδευτικών, εφαρμογή εκπαιδευτικού οδηγού δραστηριοτήτων, ενημερωτικές επιστολές και εσπερίδα για γονείς, επικουρικές δράσεις σε χώρους τέχνης, πολιτισμού και αθλητισμού και δημιουργία σχολικού λαχανόκηπου. Η παρέμβαση είχε πιλοτικό χαρακτήρα και 3μηνη διάρκεια. Πραγματοποιήθηκε σε δύο νηπιαγωγεία, με συνολικό δείγμα 83 νηπίων ηλικίας 4,5 – 5,5 ετών (ομάδα παρέμβασης, n=62 και ομάδα ελέγχου, n=21). Στοιχεία για τα κοινωνικοδημογραφικά και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά γονέων και νηπίων, καθώς και για τον τρόπο ζωής, τις διατροφικές συνήθειες, την προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή (KIDMED), τη Διατροφική Συμπεριφορά (Child Eating Behaviour Questionnaire - CEBQ) των παιδιών και την επιρροή του προγράμματος, συγκεντρώθηκαν μέσω ερωτηματολογίου, το οποίο συμπληρώθηκε από τους γονείς πριν και μετά την παρέμβαση. Οι γονείς, επίσης, επισήμαναν τα σημαντικότερα προβλήματα διατροφικής συμπεριφοράς των παιδιών τους, εστιάζοντας στη χαμηλή κατανάλωση και ποικιλία φρούτων και λαχανικών, στην περιορισμένη αποδοχή και την αρνητική κριτική απέναντι στα νέα τρόφιμα. Όσον αφορά στα κυριότερα αποτελέσματα της έρευνας, παρατηρήθηκε ότι στην ομάδα παρέμβασης, βελτιώθηκε η συμπεριφορά των παιδιών ως προς τα παραπάνω προβλήματα, αυξήθηκε στατιστικά σημαντικά το συνολικό σκορ προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή, μειώθηκαν οι ώρες απασχόλησης σε οθόνη, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, ενώ ανά Τμήμα, μειώθηκε στατιστικά σημαντικά η κατανάλωση χυμών και αναψυκτικών, η Καθυστέρηση στο Φαγητό και η Συναισθηματική Υποφαγία.

Λέξεις κλειδιά: «Ελληνικό Παραδοσιακό Παραμύθι», «Μεσογειακή Διατροφή», «Παιδική Παχυσαρκία», «Νεοφοβία»

Abstract

There is good evidence that Greek children have high levels of obesity and poor adherence to the Mediterranean Diet (MD). UNESCO has identified that traditional fairytales include Mediterranean eating patterns. The purpose of the study was the creation, application and evaluation of a specifically designed, pilot, nursery school educational programme, aiming at encouraging health eating patterns through experiential learning, based on Greek traditional fairytales. The programme consisted of a teachers training session, a school activities package, parental educational material and activities, additional activities in areas related to art, culture and sport. A total of 83 children (intervention group n=62, control group n=21), 4,5-5,5 years old, from 2 nursery schools located in Attica, took part in the three month intervention study. Parents completed a specifically designed questionnaire, before and after the intervention, assessing sociodemographic and anthropometric characteristics, adherence to the Mediterranean Diet (MD) (KIDMED), Eating Behavior patterns (CEBQ) and sedentary behavior in children. The parents were also asked to identify possible problematic eating behaviors by their children. After the intervention, in the intervention group, there were improvement in all problematic eating behaviors the parents had identified, and also statistically significantly increased total score of adherence to the MD and reduced screen time. There were also statistically significant reduction in the consumption of soft drinks and fruit juices in 2 of the intervention classes and Slowness in Eating and Emotional Undereating in one of the intervention classes.

Keywords: “Greek folk fairytail”, “Medirannean Diet”, “Child Obesity”, “Neophobia”

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικ.1. Κινηματογραφημένες αντιδράσεις βρεφών μίας ημέρας χωρίς προηγούμενη εμπειρία τροφής σε υγρά με γλυκιά και πικρή γεύση (Ganchrow et al., 1983)……..σ.53

Εικ.2: Διάγραμμα εξέλιξης της Νεοφοβίας κατά τη διάρκεια της ζωής ……..σ.58

Εικ.3: Γονεϊκοί τύποι σύμφωνα με τους Baumrind και Maccoby & Martin ……..σ.61

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίν.1: Ερωτηματολόγιο προβλημάτων διατροφικής συμπεριφοράς νηπίων ……σ.86

Πίν.2: Ερωτηματολόγιο KIDMED ……σ.87

Πίν.3: Ερωτηματολόγιο Διατροφικής Συμπεριφοράς Παιδιών CEBQ ……σ.89

Πίν.4: Πλάνο παρέμβασης και υλοποίησης του εκπαιδευτικού υλικού ….....σ.92

Πίν.5: Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά γονέων Δείγματος πριν την παρέμβαση ……σ.95

Πίν.6: Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά νηπίων Δείγματος πριν την παρέμβαση ……σ.102

Πίν.7: Ποιότητα ζωής νηπίου πριν την παρέμβαση ……σ.104

Πίν.8: Διατροφικές συνήθειες νηπίου πριν την παρέμβαση ……σ.105

Πίν.9: Κατανάλωση νερού & αναψυκτικών/τυποποιημένων χυμών πριν την παρέμβαση …σ.106

Πίν.10: Προβλήματα διατροφικής συμπεριφοράς νηπίων πριν την παρέμβαση ……σ.109

Πίν.11: Βαθμός προσκόλλησης στη Μ.Δ. (KIDMED) και Διατροφική Συμπεριφορά (CEBQ) νηπίων πριν την παρέμβαση ……..σ.111

Πίν.12: KIDMED score και Κατηγορίες Παχυσαρκίας νηπίων πριν την παρέμβαση ……..σ.112

Πίν.13: Μεταβολές Δ ……σ.114

Πίν.14: Συγκρίσεις μεταβλητών μεταξύ Τμημάτων, ως προς το KIDMED, τις υποκατηγορίες του CEBQ πριν και μετά την παρέμβαση, το Δ_KIDMED, το Δ στις υποκατηγορίες του CEBQ …..σ.115

Πίν.15: KIDMED & Κατηγορίες Παχυσαρκίας Νηπίων, μετά την Παρέμβαση ……σ.115

Πίν.16: Δ_KIDMED & Κατηγορίες Παχυσαρκίας Νηπίων, μετά την Παρέμβαση ……..σ.116

Πίν.17: Συγκρίσεις μεταβλητών πριν και μετά την παρέμβαση, για την Ομάδα Παρέμβασης, στα νήπια ……..σ.117

Πίν.18: Συγκρίσεις μεταβλητών πριν και μετά την παρέμβαση, για την Ομάδα Ελέγχου, στα νήπια ……σ.118

Πίν.19: Συγκρίσεις ανά Τμήμα, πριν και μετά την παρέμβαση, σε ώρες φυσικής δραστηριότητας, οθόνης και ύπνου, κατανάλωσης σε νερό και χυμούς/ αναψυκτικά, συνολικό αποτέλεσμα στο KIDMED και συνολικό αποτέλεσμα στις υποκατηγορίες του CEBQ ……σ.120

Πίν.20: Συσχετίσεις Pearson πριν και μετά την παρέμβαση …….σ.122

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγρ.1: Μορφωτικό επίπεδο πατέρα ……σ.97

Διάγρ.2: Μορφωτικό επίπεδο μητέρας ……σ.98

Διάγρ.3: Επάγγελμα πατέρα ……σ.99

Διάγρ.4: Επάγγελμα μητέρας ……σ.100

Διάγρ.5: Προβλήματα διατροφικής συμπεριφοράς νηπίων πριν την παρέμβαση (n=83) ….σ.108

Διάγρ.6: Απαντήσεις γονέων Ομάδας Παρέμβασης σε ερώτημα που αφορά την αλλαγή σε 4 διατροφικές συμπεριφορές των παιδιών για τις οποίες πραγματοποιήθηκε παρέμβαση …σ.125

Διάγρ.7: Απαντήσεις γονέων Ομάδας Ελέγχου σε ερώτημα που αφορά την αλλαγή σε 4 διατροφικές συμπεριφορές των παιδιών για τις οποίες πραγματοποιήθηκε παρέμβαση …σ.126

Διάγρ.8: Επιρροή Προγράμματος Παρέμβασης στη Διατροφική Συμπεριφορά των Νήπιων……σ.127

Διάγρ.9: Επιρροή Προγράμματος Παρέμβασης στη Διατροφική Συμπεριφορά των αδελφών των νηπίων που συμμετείχαν στο Πρόγραμμα …….. σ.127

Διάγρ.10: Επιρροή Προγράμματος Παρέμβασης στη Διατροφική Συμπεριφορά των μητέρων των νηπίων που συμμετείχαν στο Πρόγραμμα ……σ.128

Διάγρ.11: Επιρροή Προγράμματος Παρέμβασης στη Διατροφική Συμπεριφορά των πατέρων των νηπίων που συμμετείχαν στο Πρόγραμμα ……σ.128

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Μ.Δ.	Μεσογειακή Διατροφή
Ο.Π.	Ομάδα Παρέμβασης
Ο.Ε.	Ομάδα Ελέγχου
Φ.Δ.	Φυσική Δραστηριότητα
Κ.Δ.	Καθιστική Δραστηριότητα
KIDMED	Βαθμός προσκόλλησης στη Μ.Δ. (Mediterranean Diet Quality Intex)
CEBQ	Ερωτηματολόγιο Διατροφικής Συμπεριφοράς Παιδιών (Child Eating Behavior Questionnaire)
ΜΜΕ	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
Χ.Π.	Χαρτογράφηση Παρέμβασης
ATU	Τυπολογικός Κατάλογος Παραμυθιών (Aarne – Thompson – Uther)
UNESCO	Εκπαιδευτικός, Επιστημονικός και Πολιτιστικός Οργανισμός των Ηνωμένων Εθνών (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization)
EFSA	Ευρωπαϊκή Αρχή Ασφαλείας Τροφίμων (European Food Safety Authority)
Π.Ο.Υ (WHO)	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization)
ΔΜΣ	Δείκτης Μάζας Σώματος
ESPGHAN	Ευρωπαϊκή Εταιρεία Παιδιατρική Γαστρεντερολογίας Ηπατολογίας και Διατροφής (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition)
AAP	Παιδιατρική Ακαδημία Αμερικής

	(American Academy of Pediatrics)
NASPE	Εθνική Ένωση Αθλητισμού και Φυσικής Αγωγής Αμερικής (National Association for Sport and Physical Education)
METs	Μεταβολικά Ισοδύναμα (Metabolic Equivalents)
NSF	Εθνικό Ίδρυμα Ύπνου (Αμερική) (National Sleep Foundation)
Ε.Π.	Ενεργειακή Πυκνότητα
Α.Π.Σ	Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών
ΔΕΠΠΣ	Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών
IOTF	Διεθνή Οργάνωση για την Παχυσαρκία (International Obesity Task Force)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία εξετάζει αρχικά τη σχέση μεταξύ δύο άυλων στοιχείων της πολιτισμικής μας κληρονομιάς, το Ελληνικό Παραδοσιακό Παραμύθι και τη Μεσογειακή Διατροφή (Μ.Δ.), εστιάζοντας στον τρόπο που συμπληρώνουν το ένα το άλλο, στο πέρασμά τους από την παράδοση, στις ανάγκες της σύγχρονης πραγματικότητας.

Η Μ.Δ. είναι ένα από τα πιο υγιεινά πρότυπα διατροφής που γνωρίζουμε σήμερα και τα οφέλη για την υγεία έχουν παρουσιαστεί σε πολλές μελέτες, που υποστηρίζουν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η προσκόλληση στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής, τόσο μειώνεται η γενική θνησιμότητα, αυξάνεται η μακροζωία και εμφανίζονται λιγότερα περιστατικά διατροφο-εξαρτώμενων νοσημάτων, ιδιαίτερα σε νεότερους ανθρώπους και παιδιά (Serra-Majem, Ribas, García, Pérez-Rodrigo, & Aranceta, 2003˙ Farajian et al., 2011˙ Lazarou, C., Panagiotakos, D., & Matalas, A., 2008). Το πρότυπο της Μ.Δ. έμεινε σταθερό στο χώρο και στο χρόνο, προωθεί την κοινωνική αλληλεπίδραση και έχει δημιουργήσει ένα σύνολο γνώσεων, τραγουδιών, αποφθεγμάτων, παραμυθιών και θρύλων (UNESCO, Απόφαση 5.COM/6.41). Σύντομη προηγούμενη μελέτη στα ελληνικά παραδοσιακά παραμύθια, υπογραμμίζει τον πλούτο των αναφορών στην πολυσήμαντη έννοια της «τροφής», καταλήγοντας στο ότι το ελληνικό παραδοσιακό παραμύθι, όχι μόνο αντανακλά τη μεσογειακή δίαιτα, αλλά παράλληλα δίνει πολλές πληροφορίες για το πλαίσιο - συμβολικό, μαγικό, κοινωνικό, συναισθηματικό, ηθικό - το οποίο διαμορφώνει τη διατροφική συμπεριφορά των ηρώων του.

Από την άλλη πλευρά, η αύξηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας και του υπερβολικού βάρους στα ελληνόπουλα τις τελευταίες δεκαετίες, με ποσοστά που αγγίζουν το 10,2% και 23,7% αντίστοιχα (Kotanidou et al., 2013) και η σταδιακή εγκατάλειψη της Μ.Δ. (Cabrera, Fernandez, Hernandez, Nissensohn, Roman-Vinas, & Serra-Majem, 2015˙ Farajian et al., 2011), καθιστά αναγκαίο το σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση παρεμβατικών προγραμμάτων από την προσχολική ακόμα ηλικία, που αποτελεί μια κρίσιμη περίοδο για τη διαμόρφωση υγιεινών διατροφικών συνηθειών, εφόσον σύμφωνα με την Α. Ματάλα (2008), το μεγαλύτερο μέρος των γνώσεων, των συμπεριφορών και της κουλτούρας γύρω από τα τρόφιμα ολοκληρώνεται στα πρώτα πέντε χρόνια της ζωής.

Στην παρούσα μελέτη το ελληνικό παραδοσιακό παραμύθι αποτέλεσε την αφετηρία δημιουργίας εκπαιδευτικού υλικού παρέμβασης στις διατροφικές συμπεριφορές παιδιών προσχολικής ηλικίας, με στόχο την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, την αύξηση της ποικιλίας στην καθημερινή διατροφή και τη μείωση της κριτικής απέναντι στα τρόφιμα. Οι παραπάνω συμπεριφορές αποτελούν έκφραση της νεοφοβίας των παιδιών απέναντι στα τρόφιμα και ιδιαίτερα απέναντι στα φρούτα και τα λαχανικά, που παρουσιάζεται εντονότερα στην ηλικία των 2-6 ετών (Benton, 2004˙ Dovey, Staples, Gibson, & Halford, 2008˙ Addessi et al., 2005˙ Moding & Stifter, 2016).

Η παρέμβαση είχε διάρκεια 3 μήνες (9/1/2017 – 7/4/2017) και υλοποιήθηκε σε 3 τμήματα νηπιαγωγείου, τα οποία αποτέλεσαν την Ομάδα Παρέμβασης (Ο.Π.) (n = 62 νήπια), ενώ 1 τμήμα νηπιαγωγείου αποτέλεσε την Ομάδα Ελέγχου (Ο.Ε.) (n=21 νήπια), η οποία δεν υλοποίησε το πρόγραμμα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω ερωτηματολογίου το οποίο διανεμήθηκε στους γονείς των νηπίων πριν και μετά την παρέμβαση, και έδινε πληροφορίες σχετικά με τα ανθρωπομετρικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων και των νηπίων του δείγματος και ως προς τον τρόπο ζωής, όπως τη Φυσική Δραστηριότητα (Φ.Δ.), την Καθιστική Δραστηριότητα (Κ.Δ), τον ύπνο και τις διατροφικές συνήθειες. Επίσης έδινε πληροφορίες για το Βαθμό Προσκόλλησης στη Μ.Δ. (KIDMED) και τη Διατροφική Συμπεριφορά των Παιδιών (CEBQ). Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, οι γονείς, επίσης, σημείωσαν 3 προβλήματα που συνδέονταν με τη διατροφική συμπεριφορά του παιδιού τους, τα οποία οι ίδιοι θεωρούσαν πολύ σημαντικά. Για τη στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό λογισμικό πακέτο IBM SPSS Statistics 21 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Η ακόλουθη διπλωματική μελέτη αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος παρουσιάζεται το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης και περιλαμβάνει στο 1ο κεφάλαιο στοιχεία για το Ελληνικό Παραδοσιακό Παραμύθι, όσον αφορά στην προέλευσή του, τα βασικά του χαρακτηριστικά, το σκοπό, την τυπολογική του κατάταξη και την παιδαγωγική του αξία. Το δεύτερο κεφάλαιο αποτελεί σύντομη ανασκόπηση προηγούμενης έρευνας για τα στοιχεία διατροφής στο ελληνικό παραδοσιακό παραμύθι, όσον αφορά το βαθμό αποτύπωσης που μεσογειακού διατροφικού προτύπου και τα πλαίσια μέσα στα οποία διαμορφώνονται οι διατροφικές συμπεριφορές των ηρώων του. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο πρότυπο της Μ.Δ., στις διατροφικές συστάσεις για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας και στο βαθμό προσκόλλησης των παιδιών στη Μ.Δ. σύμφωνα με έρευνες στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.

Στο 4ο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα διατροφοεξαρτώμενα νοσήματα στην παιδική ηλικία, όπως νοσήματα που συνδέονται με την έλλειψη συγκεκριμένων συστατικών, χρόνια νοσήματα που συνδέονται με τη διατροφή, με ιδιαίτερη αναφορά στην παιδική παχυσαρκία. Στο 5ο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο ενεργειακό ισοζύγιο και πιο συγκεκριμένα στις διατροφικές συνήθειες, στη Φ.Δ), στην Κ.Δ και στον Ύπνο, καθώς και στον τρόπο με τον οποίο συνδέονται με τον κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας στα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Στο 6ο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα χαρακτηριστικά των τροφίμων και στις αντιλήψεις των παιδιών για τα τρόφιμα. Στο 7ο κεφάλαιο αναπτύσσεται η εξέλιξη των διατροφικών προτιμήσεων στα μικρά παιδιά, ενώ επίσης αναλύεται το φαινόμενο της τροφικής νεοφοβίας και ο τρόπος αντιμετώπισης. Στο 8ο κεφάλαιο περιγράφεται ο ρόλος των γονέων, μέσα από τους γονεϊκούς τύπους και τις γονεϊκές πρακτικές σίτισης, καθώς και ο ρόλος τους ως διατροφικά πρότυπα. Επίσης περιγράφεται η επιρροή των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) και ιδιαίτερα των διαφημίσεων τροφίμων στην παιδική ηλικία, καθώς και ο ρόλος του σχολείου και των συνομηλίκων. Στο 9ο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα σχολικά προγράμματα Αγωγής Υγείας και ιδιαίτερα στα προγράμματα παρέμβασης και προώθησης των φρούτων και λαχανικών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Στο δεύτερο μέρος της μελέτης, περιγράφεται στο 1ο κεφάλαιο το θεωρητικό πλαίσιο του παρόντος προγράμματος, στο δεύτερο κεφάλαιο το εκπαιδευτικό υλικό του προγράμματος, στο 3ο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας, ο σκοπός, η πειραματική μέθοδος, το δείγμα, η μέθοδος δειγματοληψίας, η Χαρτογράφηση της Παρέμβασης (Χ.Π.), τα στάδια της έρευνας και το μέσο συλλογής δεδομένων - ερωτηματολόγιο της έρευνας, καθώς και το πλάνο παρέμβασης και υλοποίησης του εκπαιδευτικού υλικού. Στο 4ο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και στο 5ο κεφάλαιο ακολουθεί η συζήτηση των αποτελεσμάτων, με τα δυνατά σημεία και τους περιορισμούς της έρευνας, καθώς και συμπεράσματα και προτάσεις.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τις βιβλιογραφικές αναφορές και συμπληρώνεται με το Παράρτημα στο οποίο συμπεριλαμβάνεται η Ενημερωτική Επιστολή προς τους γονείς σχετικά με το σκοπό και το περιεχόμενο της έρευνας και το Έντυπο Συμμετοχής, καθώς επίσης το Ερωτηματολόγιο της έρευνας και τα Έντυπα Αξιολόγησης του προγράμματος από γονείς και εκπαιδευτικούς σχετικά με την αποτελεσματικότητά του.

Α' ΜΕΡΟΣ: ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΛΑΪΚΟ ΠΑΡΑΜΥΘΙ & ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΚΕΦ. 1: Το ελληνικό λαϊκό παραμύθι

1.1. Ετοιμολογία και ιστορική αναδρομή

Το «παραμύθι», αποτελεί στοιχείο της άυλης πολιτισμικής μας κληρονομιάς και έχει διατηρήσει τη ζωτικότητά του στο χώρο και στο χρόνο. Έχει τις ρίζες του στο «παραμύθιον» της ελληνικής αρχαιότητας, όπου ετοιμολογικά, με την πρόθεση «παρά» εκφράζει την προέλευση ή την παραγωγή και με τη λέξη «μύθιον», παραπέμπει σε μικρό μύθο. Σύμφωνα με τον Σακελλαρίου (1995), η σημασία της λέξης «παραμύθιον» τροποποιείται στο πέρασμα των αιώνων και κατά τον Πλάτωνα είναι λόγος που προτρέπει, παραινεί, παρακινεί, κατά τον Σοφοκλή γίνεται λόγος που κατευνάζει, καταπραΰνει, μετριάζει και κατά τον Θουκυδίδη αναφέρεται σε λόγο που παρηγορεί.

Ο Ελβετός λογοτέχνης και παραμυθολόγος Max Luthi, αναφέρεται στον Όμηρο ως πρωτεργάτη της βασικής αρχής του παραμυθιού, ο οποίος απέδιδε τις αφηρημένες έννοιες, ή ιδιότητες και χαρακτηριστικά των ηρώων, ως ενέργειες και δράσεις, μια τεχνική η οποία γλωσσικά ανήκει στην ποίηση και χαρακτηρίζεται από τον Ελβετό ποιητή Carl Spitteler (όπως αναφέρεται στο Καλλέργης, 1995, σσ. 37-38), ως «*ύπατος νόμος της επικής τέχνης*», ενώ αντίστοιχα ο Μ. Μερακλής (1995, σ. 25) αναφέρει ότι ο έμμετρος λόγος στο παραμύθι αποτελεί «*λείψανα επικού ποιήματος, εκ της αποσυνθέσεως του οποίου προήλθε το παραμύθι*».

Σύμφωνα με τον κλασικό φιλόλογο Ι.Θ. Κακριδή, τα έργα του Ομήρου είναι πλούσια από στοιχεία και αναφορές, που μας κατευθύνουν στον πυρήνα των αρχαιοελληνικών παραμυθιακών διηγήσεων, οι οποίες διατηρούνται στο νεοελληνικό παραμύθι, τονίζοντας τη «*θεματική, μοτιβολογική και υφολογική συγγένεια*» (Καλλέργης, 1995, σ. 38). Στην ίδια κατεύθυνση, υπογραμμίζοντας την ανθρωπολογική, εθνοτική και λαογραφική σημασία του παραμυθιού, βρίσκεται η θέση του Γερμανού κλασικού φιλόλογου, Erich Bethe ότι «*δεν υπάρχει τίποτα που να εκφράζει τόσο πιστά το χαρακτήρα ενός λαού, όσο το παραμύθι*» (Καλλέργης, 1995, σ. 39). Η συγκεκριμένη άποψη συμπληρώνεται από τον λαογράφο Δ. Λουκάτο, (όπως αναφέρεται στο Γεργατσούλης, 2007, σ. 162), υποστηρίζοντας ότι τα παραμύθια κάθε χώρας είναι παραλλαγές από τον μεγάλο κόσμο των παγκόσμιων

παραμυθιών, «*αλλά διατηρούν το εθνικό χρώμα τους, στη γλώσσα, στα στοιχεία της ζωής, στα πρόσθετα φανταστικά μοτίβα και στον τρόπο αφήγησης*».

1.2. Συλλογείς, δημιουργοί και μελετητές του παραμυθιού σε Ευρώπη, Αμερική και Ελλάδα

Το γεγονός ότι τα παραμύθια έχουν έναν διαχρονικό και διατοπικό χαρακτήρα, προκάλεσε από τον 18ο αιώνα ενδιαφέρον για την αναζήτηση της καταγωγής τους. Το νέο-ελληνικό λαϊκό παραμύθι αναπτύσσεται στα χρόνια της Τουρκοκρατίας και έχει τις ρίζες του στην ινδική και αιγυπτιακή παράδοση, ενώ την ίδια περίοδο, το παραμύθι στην Ευρώπη, παρουσιάζει τη φεουδαρχική δομή των κοινωνιών του Μεσαίωνα (Καπλάνογλου, 2014· Σακελαρίου, 1995).

Το λαϊκό παραμύθι αποτέλεσε πόλο έλξης για μελετητές από το χώρο κυρίως της εθνολογίας – λαογραφίας, φιλολογίας, αλλά και λογοτεχνίας, σε όλο τον κόσμο με γνωστότερους συλλογείς και μελετητές λαϊκών παραμυθιών τους Gianfrancesco Straparola, Gianbattista Basile, Charles Perrault, Jacob & Wilhelm Grimm και Alexander Afanasiev (Σακελλαρίου, 1995). Ο παγκόσμιος χαρακτήρας του λαϊκού παραμυθιού, παρακινεί το ενδιαφέρον σε μελετητές να καταγράψουν και να μελετήσουν τη γεωγραφική και τη χρονική του εξάπλωση, δημιουργώντας ένα σύστημα ένταξης, ταξινόμησης και ερμηνείας των παραμυθιών. Η πρώτη τυπολογική απόπειρα ξεκινάει το 1910 με τον A. Aarne και το έργο «*The Types of the Folktales*», το οποίο εμπλουτίζεται και επανεκδίδεται το 1961 από τον S. Thompson και αναθεωρείται το 2004 από τον H. J. Uther, διαμορφώνοντας ένα τελικό κατάλογο παραμυθιών σύμφωνα με την τυπολογία τους, ο οποίος παίρνει το όνομά του από τα αρχικά των δημιουργών του (ATU). Ο συγκεκριμένος κατάλογος, όχι μόνο συμβάλλει στην πολιτισμική αυτογνωσία των λαών, αλλά αποτελεί μια κοινή γλώσσα σε διεθνές επίπεδο μεταξύ των μελετητών του παραμυθιού (Καπλάνογλου, 2014).

Στην Ελλάδα, το ενδιαφέρον για τη συγκέντρωση των ελληνικών λαϊκών παραμυθιών ξεκίνησε από τον Αυστριακό διπλωμάτη J.G. vonHahn, το 1864 (Μερακλής, 2009), αλλά αποτέλεσε κυρίως, ερευνητικό αντικείμενο της νέας επιστήμης της λαογραφίας, με ιδρυτή τον Νικόλαο Πολίτη (Σακελλαρίου, 1995). Επίσης, σε επίπεδο συλλογών, τυπολογικών

ταξινομήσεων και μελετών ο λαογράφος Γεώργιος Μέγας, συνεχίζοντας το έργο του δασκάλου του, Ν. Πολίτη, διερεύνησε τη σχέση του ελληνικού λαϊκού παραμυθιού με τις ευρωπαϊκές και βαλκανικές παραδόσεις, αναζήτησε τις αρχαιοελληνικές και βυζαντινές ρίζες του και συνέταξε τον Εθνικό Κατάλογο των Ελληνικών Παραμυθιών, κατά το διεθνές πρότυπο ATU (Καπάνογλου, 2014· Μερακλής, 2009). Στον Ελληνικό κατάλογο παραμυθιών υπάρχουν 2.500 τύποι, οι οποίοι διαρκώς εμπλουτίζονται και χωρίζονται σύμφωνα με τον Γ. Μέγα, στις εξής κατηγορίες: α) 1 – 299 μύθοι ζώων, β) 300 – 1199 μαγικά παραμύθια, γ) 1200 – 1999 ευτράπελες διηγήσεις, δ) 2000 – 2399 κλιμακωτά παραμύθια με την επανάληψη ενός θέματος (Σακελαρίου, 1995). Η διάδοση ενός παραμυθιού στο ελληνικό χώρο δεν είναι ούτε ενιαία, ούτε ομοιόμορφη, αλλά εξαρτάται από παράγοντες, όπως η δημοτικότητα, η δυνατότητα κυκλοφορίας του, οι συνθήκες της αφηγηματικής διαδικασίας, η συμβολική και ηθική του διάσταση, το περιεχόμενο, η σύνδεση με την καθημερινή ζωή και άλλα στοιχεία του λαϊκού πολιτισμού (Καπλάνογλου, 2014).

Στην παρούσα εργασία, τα παραμύθια που αποτελούν τόσο αντικείμενο μελέτης, όσο και ερευνητικό εργαλείο, ανήκουν στη κατηγορία των μαγικών παραμυθιών, των οποίων τα χαρακτηριστικά, η μορφολογία και η δομή, αναλύονται στη συνέχεια.

1.3. Τα χαρακτηριστικά και η μορφολογία του μαγικού παραμυθιού

Ο σημαντικότερος μελετητής της μορφολογίας του παραμυθιού είναι ο Ρώσος λαογράφος καθηγητής Vladimir Propp (Σακελαρίου, 1995). Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά του παραμυθιού είναι ότι «*ανήκει σε ένα προλογικό στάδιο της νοητικής εξέλιξης της ανθρωπότητας*», καθώς απουσιάζει η αληθοφάνεια και οι φυσικοί νόμοι είναι ανύπαρκτοι ή ανίσχυροι (Σακελλαρίου, 1995, σ. 19). Ένα ακόμη σημαντικό χαρακτηριστικό του παραμυθιού είναι η αοριστία, καθώς δεν αναφέρεται σε συγκεκριμένο πρόσωπο, χώρο ή χρόνο, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι δε λαμβάνει υπόψη του την ισχύουσα φυσική και κοινωνική πραγματικότητα, καθώς σύμφωνα με την E. G. Linden (όπως αναφέρεται στο Σακελαρίου, 1995, σ. 23) «*το παραμύθι δεν μπορεί να κατανοηθεί έξω από το πολιτιστικό πλέγμα στο οποίο ανήκει*». Άλλα χαρακτηριστικά του παραμυθιού είναι: 1) η λιτότητα στο ύφος και στα εκφραστικά μέσα, όπου χρησιμοποιείται ο Ενεστώτας χρόνος με σύνταξη παρατακτική και

συχνά διατηρείται η ιδιωματική διατύπωση, η οποία αποδίδει έναν τοπικιστικό, δροσερό και άμεσο λόγο, 2) η παρατακτικότητα των επεισοδίων και η αναφορά μόνο σε ότι είναι σημαντικό για τη δράση, 3) η συμβολοποίηση, 4) η αποφυγή των ψυχολογικών περιγραφών, μετατρέποντας την εσωτερική κατάσταση του ήρωα σε εξωτερική δράση, εστιάζοντας στην προσωπική πορεία του ήρωα, και 5) η χρήση συγκεκριμένων αφηγηματικών κανόνων, οι οποίοι σύμφωνα με τον A. Olrik είναι α) η επανάληψη εκφραστικών μοτίβων στην αρχή και στο τέλος της αφήγησης, β) τα τρία πρόσωπα ή αντικείμενα, γ) η πόλωση των χαρακτήρων ως προς τη δράση και τη συμπεριφορά, οδηγώντας το παιδί να αναρωτηθεί με ποιον θα ήθελε να μοιάσει, δ) η διαδοχή έντασης- χαλάρωσης και η αποκορύφωση της πλοκής, μέσα από δοκιμασίες και εμπόδια (Ντοροπούλου, 2007˙ Σακελλαρίου, 1995).

Τέλος, βασικός σκοπός του παραμυθιού δεν είναι η διδαχή, αλλά η ευχαρίστηση και ανάμεσα στο κοινό και στον αφηγητή αναπτύσσεται μια άτυπη σύμβαση, η οποία δεν επιτρέπει στο ακροατήριο την αμφισβήτηση των όσων ιστορούνται (Σακελαρίου, 1995).

1.4. Η παιδαγωγική αξία του παραμυθιού

Αν και το άκουσμα της λέξης «παραμύθι» μας παραπέμπει αυτόματα στην παιδική ηλικία, το κοινό στο οποίο απευθύνονταν τα παραμύθια δεν ήταν πάντα τα παιδιά. Τα νήπια απολάμβαναν κυρίως σύντομες ιστορίες με κεντρικούς ήρωες ζώα, που είχαν ως στόχο να τα ηρεμίσουν και να τα αποκοιμίσουν. Αντίθετη ήταν η λειτουργία εκτενέστερων παραμυθιών με περισσότερα επεισόδια και πιο σύνθετες ιστορίες, τα οποία απευθύνονταν σε εργάτες με στόχο να τους κρατήσουν άγρυπνους (νυχτέρια) (Σακελλαρίου, 1995). Με το πέρασμα των χρόνων και την έντονη αστικοποίηση, το παραμύθι απομακρύνεται από την προφορική παράδοση της αγροτικής κοινότητας και γίνεται ένα λογοτεχνικό είδος, που απευθύνεται αποκλειστικά σε παιδιά. Το παραμύθι διευκολύνει την είσοδο του παιδιού στον πραγματικό κόσμο, μέσα από την ανάπτυξη της φαντασίας και της δημιουργικής σκέψης, που ενεργοποιούνται μέσα από τις φανταστικές ιστορίες που ακούει. Με το παραμύθι, το παιδί έχει τη δυνατότητα 1) να καλλιεργήσει και να αναπτύξει τη γλώσσα και την αισθητική του αντίληψη, 2) να έρθει σε επαφή με ένα μεγάλο και ποικίλο φάσμα γνώσεων συνδέοντας τες με τη ζωή και την εμπειρία του, 3) να ταυτιστεί με τους ήρωες - πρότυπα και να διαμορφώσει θετικές αξίες, στάσεις και συμπεριφορές, 4) να κατανοήσει και να έρθει σε επαφή με την

πολιτισμική του κληρονομιά (Παμουκτσόγλου, 2007). Σύμφωνα με την Β. Πάτσιου (όπως αναφέρεται στο Ντοροπούλου, 2007, σ. 215), το παραμύθι έχει για το παιδί μια διαχρονική αξία, καθώς «*λαμβάνει υπόψη του τον μεταβατικό και δυναμικό χαρακτήρα της παιδικής ηλικίας που βρίσκεται σταθερά προσανατολισμένος στην πορεία του προς το μέλλον*». Το παραμύθι βρίσκεται σε παράλληλη πορεία με την ψυχοπνευματική ανάπτυξη του παιδιού, υποστηρίζοντας την ανιμιστική αντίληψη του κόσμου, ως προ-λογικό στάδιο του ανθρώπου, χωρίς όμως να το εμποδίζει να σχηματίσει αργότερα μια λογική ερμηνεία του κόσμου, καθώς σύμφωνα με τον B. Bettelheim (όπως αναφέρεται στο Σακελλαρίου, 1995), οι ρεαλιστικές απαντήσεις δεν βοηθούν το παιδί να κατανοήσει τον κόσμο, επειδή δεν έχει ακόμα αναπτύξει την ικανότητα της αφαίρεσης, στερώντας του με αυτόν τον τρόπο το αίσθημα ασφάλειας, ενώ αντίθετα το μαγικό παραμύθι αποτελεί το «αλφαβητάρι», που βοηθάει το παιδί να «διαβάζει» τον κόσμο πριν φτάσει στην πνευματική ωριμότητα. Αντίστοιχη θέση για τον τρόπο που λειτουργεί το παραμύθι στην παιδική σκέψη, υποστήριξε και ο A. Eistein, απέναντι σε μητέρα που τον ρώτησε τι να διαβάζει το παιδί της για να γίνει επιστήμονας, επιμένοντας στη μονολεκτική απάντηση «Παραμύθια!» (Σακελλαρίου, 1995). Ο A. Baumgartner (όπως αναφέρεται στο Παπάς, 1995, σ. 137), υποστηρίζει ότι όταν το παραμύθι παρουσιάζεται με παιγνιώδη τρόπο, βοηθάει το παιδί να ζήσει πιο βιωματικά και να απολαύσει στο μέγιστο βαθμό τη γοητεία και τα οφέλη του παραμυθιού, αποδίδοντας στην ηλικία των 4 ως 9 ετών τον χαρακτηρισμό «*ηλικία του παραμυθιού*».

Σε έρευνα της Α. Γιαννικοπούλου (1995), σε ερώτηση για το αν είναι πραγματική η ύπαρξη των ηρώων του παραμυθιού, το 88% των παιδιών προσχολικής ηλικίας απάντησαν θετικά. Η πίστη των παιδιών τόσο στην ύπαρξη, όσο και στις δυνατότητες των ηρώων, ενισχύει την αξία του παραμυθιού ως παιδαγωγικό εργαλείο. Μέσα από το παραμύθι, τα παιδιά, μπορούν να αποκτήσουν γνώσεις και πληροφορίες, αλλά και να επηρεαστούν ως προς την υιοθέτηση προτύπων, αξιών και συμπεριφορών (Τσιλιμένη, 1995).

Σε έρευνα του Β. Αναγνωστόπουλου (1995) αναφέρεται ότι ενώ η επιθυμία των νηπίων για το παραμύθι αγγίζει υψηλά ποσοστά, παρατηρείται σταδιακή μείωση της αφήγησης παραμυθιών, η οποία είναι αντιστρόφως ανάλογη προς την ηλικία των παιδιών, ενώ το ελληνικό λαϊκό παραμύθι έχει γίνει πιο πραγματογνωστικό και ερμηνευτικό, καθώς αναγκάζεται να εξηγεί πράγματα που πριν λίγες δεκαετίες ήταν αυτονόητα για τα παιδιά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, σύμφωνα με τον Ε. Αυδίκο (2007), το λαϊκό παραμύθι να υποβαθμιστεί

σε «αρχειακό» είδος και να είναι είτε πολύ περιορισμένο, είτε ο μεγάλος απών στις σχολικές βιβλιοθήκες των δημοτικών σχολείων και των νηπιαγωγείων.

Στις σύγχρονες κοινωνίες παραμυθιακά θέματα έχουν μεταφερθεί στην όπερα, στο μπαλέτο, στην παιδική λογοτεχνία, στα κινούμενα σχέδια και τη διαφήμιση, επανεξετάζοντας το λαϊκό παραμύθι υπό το πρίσμα μια δευτερογενούς - περισσότερο οπτικοποιημένης και λιγότερο αφηγηματικής - παράδοσης, (Καπλάνογλου, 2014). Σε ότι αφορά στην οπτικοποίηση των μαγικών παραμυθιών, σύμφωνα με τον B. Bettelheim, η εικονογράφηση στα παραμύθια εμποδίζει το παιδί να βιώσει την ιστορία με το δικό του τρόπο, καθώς η φαντασία και τα νοήματα κατευθύνονται και το μαγικό παραμύθι χάνει μεγάλο μέρος από την αξία του. Αντίστοιχη θέση, υποστηρίζει και ο σύγχρονος παραμυθάς J.R. Tolkein (όπως αναφέρεται στο Σακελλαρίου, 1995, σ. 115), σχολιάζοντας, ότι «*όποια κι αν είναι η ποιότητά τους, οι εικονογραφήσεις δεν προσφέρουν τίποτε το καλό στα μαγικά παραμύθια*».

Τα τελευταία χρόνια, γίνεται προσπάθεια για την αναβίωση της τέχνης της αφήγησης σε βιβλιοθήκες, σχολεία και φεστιβάλ παραμυθιού, στα πλαίσια μιας προσπάθειας «παραδοσιοποίησης», η οποία σύμφωνα με τον D. Hymes, (όπως αναφέρεται στο Καπλάνογλου, 2014) αποτελεί μια διαδικασία, μέσω της οποίας η πολιτισμική κληρονομιά, αντί να γίνεται απλά αποδεκτή ως παρελθόν, αναδιαμορφώνεται στο παρόν μέσα από μια ενεργητική διαδικασία παραγωγής σημασιών και συμβόλων. Σύμφωνα με τον F. Braudel (2014, σ. 47) στο έργο «*Γραμματική των Πολιτισμών*» (1963) υπάρχουν ποικίλες μορφές του ιστορικού χρόνου, «*χρόνος γοργός των γεγονότων, χρόνος πιο αργός των επεισοδίων, χρόνος βραδύς, οκνός, των πολιτισμών*» και η μελέτη των παραμυθιών, σύμφωνα με την Καπλάνογλου (2007**,** σ. 73) ανήκει στην τελευταία περίπτωση, καθώς το ελληνικό λαϊκό παραμύθι δεν αποτελεί απομεινάρι του μακρινού παρελθόντος, αλλά αναπροσαρμόζεται διαρκώς με στοιχεία «*από την Ανατολή κι από τη Δύση, από την προφορικότητα και τη λογιοσύνη, από τη συλλογική αλλά και την ατομική μνήμη και φαντασία, από τον αγροτικό και αστικό κόσμο, από το παρελθόν και το εκάστοτε παρόν*».

Σε αυτό το νέο πλαίσιο η παρούσα εργασία θα εξετάσει τη σχέση του ελληνικού λαϊκού παραμυθιού με ένα άλλο στοιχείο της άυλης πολιτιστικής κληρονομιάς, τη Μ.Δ., εστιάζοντας στον τρόπο που συμπληρώνουν το ένα το άλλο και στο πέρασμά τους από την παράδοση, στις ανάγκες της σύγχρονης πραγματικότητας.

ΚΕΦ. 2: Στοιχεία διατροφής στο ελληνικό παραδοσιακό παραμύθι

2.1. Αποτελέσματα μελέτης μικρού αρχείου ελληνικών λαϊκών παραμυθιών

Η Μ.Δ. συμπεριλήφθηκε στον Κατάλογο Άυλης Πολιτιστικής Κληρονομιάς της UNESCO, το Νοέμβριο του 2010, ως μνημείο πολιτισμού της Ελλάδας, της Ιταλίας, της Ισπανίας και του Μαρόκο, με απόφαση της Επιτροπής (5.COM 6.41) (Cabrera et al, 2015˙ Farajian et al., 2011), η οποία χαρακτηριστικά αναφέρει ότι:

«Η μεσογειακή διατροφή αποτελεί ένα σύνολο δεξιοτήτων, γνώσεων, πρακτικών και παραδόσεων, που κυμαίνονται από το τοπίο ως το τραπέζι, συμπεριλαμβανομένων των καλλιεργειών, της συγκομιδής, της αλιείας, της διατήρησης, επεξεργασίας, προετοιμασίας και ιδιαίτερα της κατανάλωσης τροφίμων. Η Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζεται από ένα διατροφικό μοντέλο που παρέμεινε σταθερό στο χρόνο και στο χώρο, αποτελούμενο κυρίως από ελαιόλαδο, δημητριακά, φρέσκα ή αποξηραμένα φρούτα και λαχανικά, μέτρια ποσότητα ψαριών, γαλακτοκομικών προϊόντων και κρέατος και πολλά καρυκεύματα και μπαχαρικά, συνοδευόμενο από κρασί, πάντα με σεβασμό απέναντι στις πεποιθήσεις της κάθε κοινότητας. Ωστόσο, η μεσογειακή δίαιτα […] δεν περιλαμβάνει μόνο τρόφιμα. Προωθεί την κοινωνική αλληλεπίδραση, καθώς τα κοινά γεύματα αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο των κοινωνικών εθίμων και των εορταστικών γεγονότων και έχει δημιουργήσει ένα σημαντικό σύνολο γνώσεων, τραγουδιών, αποφθεγμάτων, παραμυθιών και θρύλων» (UNESCO, 2010).

Μικρή μελέτη αρχείου πραγματοποιήθηκε σε τρεις διαφορετικές συλλογές ελληνικών λαϊκών παραμυθιών, «*Δείπνο με μάγισσες και κολατσιό με δράκους*» (2000), επιμέλειας Ζ. Βαλάση, «*Παραμύθια του λαού μας*» (2008), επιμέλειας Γ. Ιωάννου και «*Ελληνικά Παραμύθια*» (2005), επιμέλειας Γ. Μέγα, αναζητώντας τα παραμύθια που αναφέρονται στην πολυσήμαντη έννοια της «τροφής», τόσο ως προς το βαθμό που αντανακλούν το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής, όσο και ως προς το πλαίσιο (συμβολικό, μαγικό, κοινωνικό, συναισθηματικό, ηθικό) που διαμορφώνει τη διατροφική συμπεριφορά των ηρώων. Τα κριτήρια επιλογής των παραμυθιών ήταν: 1) ο πλούτος των αναφορών σε θέματα διατροφής, τόσο από πλευράς υλικού, όσο κοινωνικού και πολιτισμικού περιεχομένου, 2) η κατανοητή

γλώσσα, 3) η καταγωγή, προκειμένου να καλύπτει όλο το εύρος του ελλαδικού χώρου, 4) η δημοτικότητα, 5) το μέγεθος και 6) ο τύπος (μαγικά παραμύθια).

Τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας είναι διαθέσιμα στην εργασία Α' Εξαμήνου, στο μάθημα «Διατροφή και Πολιτισμός» του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Εκπαίδευση και Πολιτισμός» του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου Αθηνών, κατά το ακαδημαϊκό έτος 2014-15.

2.1.1. Αποτελέσματα και Συμπεράσματα ως προς το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής

Η μελέτη αρχείου, περιορίστηκε σε 50 αντιπροσωπευτικότερα παραμύθια με στοιχεία διατροφής, στα οποία αποτυπώνεται καθαρά το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής, όπου την πρώτη θέση στις αναφορές κατέχουν τα δημητριακά με κυρίαρχο το ψωμί ή τα υλικά που το αποτελούν (17,8%), ακολουθεί η κατηγορία «φαγητά», τα οποία περιλαμβάνουν κυρίως πίτες (13,9%), πολλά φρούτα και λαχανικά (10,1%), ξηροί καρποί (10,1%), νερό (8,5%), μέτρια κατανάλωση σε άσπρο κρέας, πουλερικά, ψάρια και αυγά (7%), επίσης γαλακτοκομικά (5,4%) και κρασί (5,4%), ενώ ακολουθούν τα καρυκεύματα (4,6%), τα όσπρια (3,9%), τα γλυκά (3,9%), το κόκκινο κρέας (3,1%), το ελαιόλαδο (4%) και το μέλι (3,1%).

2.1.2. Αποτελέσματα και συμπεράσματα ως προς το πλαίσιο – συμβολικό, μαγικό, κοινωνικό, συναισθηματικό, ηθικό – διαμόρφωσης διατροφικής συμπεριφοράς των ηρώων

Μέσα από τη μελέτη των μαγικών παραμυθιών παρατηρούμε ότι το περιεχόμενό τους συχνά κατάγεται από πρωτόγονες δοξασίες, ή φυσιολατρικές αρχέτυπες θρησκείες, τη μαγεία και την πίστη στις υπερφυσικές δυνατότητες (Ιωάννου, 2008). Η δημιουργία του μύθου προκύπτει ως αντίδραση της συνείδησης απέναντι στο άγνωστο, χρησιμοποιώντας για την αναζήτηση της γνώσης, διπολικές έννοιες όπως, «λογικό – παράλογο», «σωστό – λάθος», «αλήθεια – ψέματα», «πραγματικό – φανταστικό», εκφράζοντας, μέσα από τις απαντήσεις

που δίνει, την αυτοεικόνα του κάθε λαού (Παγκάκης, 2001). Σε αυτό το πλαίσιο τοποθετούνται και οι ταξινομήσεις, σύμφωνα με την Mary Douglas, για το τι είναι επιτρεπτό ή απαγορευμένο, μιαρό ή καθαρό, εδώδιμο ή μη εδώδιμο, και σύμφωνα με τον C. Levi – Strauss το τι θεωρείται ωμό, μαγειρεμένο ή σάπιο (Καμινιώτης, 2012).

Στο λαϊκό παραμύθι η παρουσία της φύσης είναι πληθωρική και η σχέση του ανθρώπου με αυτή άλλες φορές δύσκολη και άλλες φορές βοηθητική, βρίσκεται σταθερά σε μια νομοτελειακή σχεδόν, αρμονία. Ο ήλιος, το φεγγάρι, τα αστέρια, εμφανίζονται συχνά να χαρίζουν στον ήρωα του παραμυθιού δώρα που θα τον βοηθήσουν στο προσωπικό του ταξίδι προς την ωριμότητα, δίνοντας πλάτος στο παραμύθι, σύμφωνα με τον Μερακλή (2007, σ. 19) «*το κοσμικό πλάτος του σύμπαντος*».

Το σημαντικότερο πρόσωπο – σύμβολο στο παραμύθι είναι η γυναίκα, καθώς τα παραμύθια σύμφωνα με τον Γ. Βασδέκη (1995, σ. 87) είναι ένας «*χώρος αναμνήσεων της μητριαρχίας*», όπου τα τρία γυναικεία πρόσωπα, κόρη, γυναίκα, γριά, αποτυπώνουν εκφράσεις της Μεγάλης Θεάς, που ελέγχει βασικές λειτουργίες όπως ο έρωτας, η γέννηση, η ανατροφή και ο θάνατος. Η Μεγάλη Θεά, ή αλλού η Μητέρα Γη, παρουσιάζεται σκοτεινή, μυστηριώδης, επικίνδυνη, επιθυμητή, ελκυστική - αλλού να τρέφει, αλλού να καταβροχθίζει - με απόλυτη κυριαρχία στη ζωή και στο θάνατο (Πολυμέρου –Καμηλάκη, 2008), παραπέμποντας σε θεότητα που λατρευόταν στην παλαιολιθική εποχή, πολύ πριν εμφανιστούν οι πατριαρχικοί μύθοι που αναφέρονται σε άντρα – θεό - δημιουργό (Κανατσούλη, 1995). Παράλληλα, η ανάγκη του ανθρώπου να επιστρέψει στην παραδεισιακή κατάσταση της αρμονικής συνύπαρξης ζώου και ανθρώπου (προ - κυνηγετικό στάδιο της ανθρωπότητας), παρουσιάζεται και για τα δύο φύλα, σύμφωνα με τη Μ. Κανατσούλη (1995), μέσα από τις μεταμορφώσεις των ανθρώπων σε ζώα, που είναι πολύ συχνές στα μαγικά παραμύθια.

Το φάσμα των στοιχείων της διατροφής μέσα στο ελληνικό λαϊκό παραμύθι είναι εξαιρετικά ευρύ και καλύπτει όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης ύπαρξης. Ο «κοσμολογικός υλισμός», ο «κοινωνικός ιδανισμός» και ο «ηθικός διαδακτισμός» εκφράζουν, άλλοτε με ήπια και άλλοτε με γκροτέσκα διάθεση, το φυσικό, κοινωνικό και αξιακό χώρο της ελληνικής κοινότητας (Μερακλής, 2012).

α) **Οι Συμβολικές Διαστάσεις της Διατροφής στο Ελληνικό Λαϊκό παραμύθι**

Ως σύμβολο ορίζεται «*ένα παραστατικό σημείο, έμψυχο ον ή αντικείμενο που αντιπροσωπεύει, κατά σύμβαση, ορισμένη έννοια, της οποίας αποτελεί την εικόνα, το χαρακτηριστικό γνώρισμα, ή το έμβλημα*» (Παγκάκης, 2001, σ. 127). Η λαογραφία αξιοποιεί τον συμβολισμό για να υποδηλώσει σημαντικές έννοιες που συνδέονται με τον κύκλο της ζωής και, κατά την άποψη της J.C. Cooper, τη μύηση και η μεταμόρφωση του ανθρώπου από θνητό σε αθάνατο μέσα από έναν αέναο κύκλο γέννησης – θανάτου - αναγέννησης, μέχρι να μπορέσει να κατακτήσει την ευτυχία, με τη συνδρομή δυνάμεων – συμβόλων της μεταμόρφωσης, όπως χρυσά μήλα, μαγικά καρύδια, φυλαχτά, νεράιδες, ζώα, φυτά (Κανιούρης & Βαφειόπουλος, 1995). Αντίστοιχα, σύμφωνα με τον R. Barthes (όπως αναφέρεται στο Garnsey, 1999, σσ. 7 – 8), «*κάθε συγκεκριμένο είδος τροφής, μπορεί να μεταφέρει ένα σύστημα συμβολικής σημασίας*».

Σχετικά με τις συμβολικές διαστάσεις της τροφής, στα ελληνικά λαϊκά παραμύθια που μελετήθηκαν, συναντάμε το *ψωμί*, ως βασική τροφή του σώματος και της ψυχής, σύμβολο ένωσης και δύναμης, καθώς αποτελείται από πολλούς σπόρους, τα *δημητριακά*, ως σύμβολα γονιμότητας της γης και αφθονίας, τα *φρούτα* όπως το μήλο, το κίτρο, το σύκο, ως σύμβολα γονιμότητας, έρωτος, χαράς, υγείας και αθανασίας, τους *καρπούς* και τα *όσπρια*, ως σύμβολα κρυμμένης σοφίας, αγνότητας, γονιμότητας και μακροζωίας, το *νερό*, ως πρώτη μορφή ύλης, σύμβολο γέννησης, αναζωογόνησης, ροής, αλλαγής, εξαγνισμού, το *αυγό*, ως σύμβολο της αρχής της ζωής, το *ψάρι*, ως σύμβολο γονιμότητας, αναπαραγωγής, αλλά και ανάστασης, το *γάλα*, ως πρωταρχικό σύμβολο μητρότητας, το *κρασί*, ως σύμβολο σοφίας, αποκάλυψης και ζωτικότητας, το *λάδι*, ως σύμβολο πνευματικής φώτισης, το *μέλι*, ως σύμβολο αθανασίας, μύησης, γονιμότητας (Κούπερ, 1992).

β) **Οι Μαγικές Διαστάσεις της Διατροφής στο Ελληνικό Λαϊκό παραμύθι**

Η μαγική διάσταση της διατροφής στο ελληνικό λαϊκό παραμύθι, είναι ιδιαίτερα αισθητή, καθώς μαγικές τροφές ή σκεύη, προσφέρουν, τη βοήθειά τους στους ήρωες με ενέργειες που ξεπερνούν τον κόσμο του φυσικού, όπως: 1) τα μαγικά μήλα, τα οποία είναι συνήθως χρυσά, χρησιμοποιούνται ως μέσα μετακίνησης ή μεταμόρφωσης του ήρωα, ή συμβολίζουν τη μοίρα, 2) το (αθάνατο) νερό, το οποίο συνδέεται με την αθανασία, όταν ο ήρωας είναι ζωντανός, ή την ανάστασή του όταν πεθαίνει, αποτυπώνοντας έθιμα και τελετουργίες της λαϊκής μας παράδοσης με μαγικό, αρχετυπικό χαρακτήρα (Μερακλής, 2009), 3) οι καρποί όπως το αμύγδαλο, το καρύδι, το κάστανο και το φουντούκι, τα οποία συνήθως

κρύβουν δώρα ή αντικείμενα με σκοπό να βοηθήσουν στην εξέλιξη της ιστορίας, 4) τα βότανα τεκνοποίησης (ειδικά αρρενογονίας), τα οποία κληροδοτούν τα χαρακτηριστικά τους στο παιδί που γεννιέται με τη μεσολάβησή τους, εκφράζοντας μέσα από το παραμύθι τη ζωντανή λαϊκή πίστη στο «ζήλεμα» της εγκύου για μια τροφή, η οποία όταν δεν μπορεί να καταναλωθεί, αποτυπώνεται σε κάποιο σημείο του δέρματος του παιδιού που θα γεννηθεί (Μερακλής, 2009), ενώ συχνά προϋπόθεση για την απόκτηση τους, είναι «*η υπόσχεσις παραδόσεως τέκνου*» σε εκείνον που προκάλεσε την τεκνοποίηση με μαγικό τρόπο (Μωραΐτη, 2008, σ. 237), 5) τα μαγικά φυτά ή ζώα μέσα στα οποία κρύβονται όμορφα νεαρά κορίτσια, τα οποία βγαίνουν για να μαγειρέψουν, αποτελώντας την προσωποποίηση της φύσης, ως γυναικεία μορφή, σύμφωνα με κοσμογονικούς και θρησκευτικούς μύθους, 6) το ζυμάρι, το οποίο άλλοτε παίρνει ανθρώπινη μορφή, αποσκοπώντας στην τεκνοποίηση ή στο γάμο και άλλοτε μεταφέρει μηνύματα, εμπεριέχοντας προσωπικά αντικείμενα, 7) τα ζώα που καταναλώνονται, τα οποία χαρίζουν ιδιότητες ανάλογες με το μέρος του σώματός τους που καταναλώνεται, 8) οι παράδοξοι σπόροι, όπως κόκκαλα και λέπια, από τα οποία φυτρώνουν δέντρα, ή στοιχειά, 9) οι τροφικές βρύσες ή πηγές, οι οποίες συμβολίζουν τις Μοίρες και αναβλύζουν νερό, γάλα και μέλι, με ροή ανάλογη με την καλή ή κακή τύχη του ήρωα, και τέλος 10) τα μαγικά σκεύη, τα οποία παρουσιάζονται ως αντικείμενα ή υπηρέτες δαιμονικών προσώπων και δραστηριοποιούνται στο σερβίρισμα του φαγητού, ενώ συχνά αντιδρούν ή συνομιλούν με τους ήρωες.

Ένα στοιχείο που εμφανίζεται πολύ συχνά στο ελληνικό λαϊκό παραμύθι και συνδέεται με την προετοιμασία τροφής είναι ο φούρνος, ο οποίος τοποθετείται έξω από την οικία, συνδέεται με τις θηλυκές μορφές των παραμυθιών, κυρίως μητέρες μυθικών προσώπων, οι οποίες χρησιμοποιούν τα υπερμεγέθη στήθη τους για να ετοιμάσουν τη φωτιά, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί έναν χώρο στον οποίο συντελούνται και άλλες οικιακές εργασίες. Ο φούρνος, τέλος, με την εξαγνιστική δύναμη της φωτιάς χρησιμοποιείται και ως μέσο μεταμόρφωσης, όπου η φωτιά γίνεται στοιχείο μαγείας λόγω της δύναμής της «να *διαλύει και να ανασυνθέτει, να καταλύει και να αναπλάθει, να καταστρέφει και να αναγεννά, τόσο σε πρακτικό, όσο και σε συμβολικό επίπεδο, δηλώνοντας την υπέρβαση και το μεταφυσικό*» (Ευγενικός, 2013, σ. 270).

Στο ελληνικό λαϊκό παραμύθι η μαγεία γίνεται αντιληπτή ως ένα είδος μαγειρικής, με στόχο την εξουσία ή την εκδίκηση, ανεξάρτητα από ηλικία ή κοινωνική θέση, ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις παρουσιάζεται ως μια καθαρά γυναικεία υπόθεση. Η κοινή

προέλευση της «μαγειρικής» και τη «μαγείας», αντικατοπτρίζεται στην ετοιμολογική συσχέτιση των λέξεων, την κοινή ρίζα «μαγ-» και το ρήμα «μάσσω» που σημαίνει εργάζομαι με το χέρι, ζυμώνω, είτε πρόκειται για ψωμί, είτε για μαγικό φίλτρο. Η μαγειρική και η μαγεία, έχουν κοινή δομή, ενώ το ρήμα «μαγειρεύω» έχει διπλή σημασία, καθώς στην κυριολεξία σημαίνει παρασκευάζω φαγητό, αλλά μεταφορικά μηχανορραφώ, ή κάνω μάγια (Καμινιώτης, 2012). Επίσης, σύμφωνα με τον Levi Strauss (1991), όλοι οι μύθοι για την προέλευση του μαγειρέματος συμπεριλαμβάνουν συμπεριφορές «αλαλίας», ή συμπεριφορές «κουφότητας», οι οποίες αποτελούν μεσιτεία μεταξύ αντίθετων σχέσεων και δυνάμεων, όπως ο ουρανός και η γη, η φύση και ο πολιτισμός, η ζωή και ο θάνατος, όπου σε αυτό το πλαίσιο το μαγείρεμα ή το μάγεμα απαιτούν τη σιωπή.

γ) Οι Κοινωνικές Διαστάσεις της Διατροφής στο Ελληνικό Λαϊκό Παραμύθι

Η σημειολογία του φαγητού αποτελεί βασικό κώδικα επικοινωνίας των ανθρώπων. Μελετώντας τις διαιτητικές συνήθειες κατανοούμε τις κοινωνικές δομές, την οικονομική πραγματικότητα, τις οικογενειακές και διαφυλικές σχέσεις (Ματάλα, 2008). Παράλληλα η προετοιμασία του φαγητού στο ελληνικό λαϊκό παραμύθι, μπορεί να είναι ατομική ή συλλογική, αφορά τρόπους και συμπεριφορές στο τραπέζι και αποδίδει τον κυρίαρχο ρόλο στη γυναίκα (Δημητρίου – Κοτσώνη, 2001).

Η οικονομική και κοινωνική κατάσταση των ηρώων, παρουσιάζεται μέσα από την περιγραφή των γευμάτων, όπου η επιδεικτική κατανάλωση αποτελεί δείκτη πλούτου, κύρους και δύναμης σε ένα κοινωνικό πλαίσιο όπου το φαγητό ήταν σχετικά σπάνιο, σημαντικό και άνισα κατανεμημένο (Garnsey, 1999), ή μέσα από την απουσία τροφής και την περιγραφή της εικόνας του σώματος των παιδιών.

Σε πολλές κοινωνίες, η κατανομή των τροφίμων είναι μια ηθική επιταγή, και η άρνηση της τροφής σε κάποιον που έχει ανάγκη, συμβολικά ισοδυναμεί με παρακράτηση της ίδιας της ζωής, και υπόκειται στις ισχυρότερες αρνητικές κυρώσεις (Freeman, 2003). Αντίστοιχα στην ελληνική κοινωνία και στο λαϊκό παραμύθι η παροχή ελεημοσύνης, σε νερό, τροφή, ή ρουχισμό, συναντάται πολύ συχνά και συνδέεται με την αρετή και την καλή τύχη εκείνου που θα δώσει από το υστέρημά του. Το μοίρασμα του φαγητού εντός της οικίας, με τη μορφή της φιλοξενίας και τα «φιλέματα» είναι πολύ βαθιά συνδεδεμένο με την ελληνική παράδοση και δε θα μπορούσε να λείπει από το ελληνικό παραμύθι, είτε πρόκειται για απλούς ανθρώπους είτε για δυνάμεις της φύσης, ενώ από την άλλη πλευρά, η άρνηση της προσφοράς αποτελεί

προσβολή για τον οικοδεσπότη. Στις παραδοσιακές κοινωνίες κάθε προσφορά τροφής δημιουργούσε φιλικές σχέσεις και ενεργοποιώντας το τρίπτυχο «παροχή – αποδοχή - ανταπόδοση», ιδιαίτερα αν η τροφή αυτή ήταν δυσεύρετη ή ακριβή και εξασφαλίζοντας τον αλυσιδωτό κύκλο της αμοιβαιότητας (Δημητρίου – Κοτσώνη, 2001˙ Καμινιώτης, 2012).

Η θέση στην οικογένεια αποτυπώνεται στο παραμύθι μέσα από περιγραφές που αφορούν, την παρασκευή και το μοίρασμα της τροφής, ως γυναικεία ευθύνη. Οι μερίδες δεν είναι όλα ίδιες σε περιεχόμενο, αλλά διαφέρουν ανάλογα με το πρόσωπο που προορίζονται και μόνο η νοικοκυρά γνωρίζει την αντιστοιχία μερίδας και προσώπου. Κατά συνέπεια το κάθε πιάτο δεν περιέχει απλώς τροφή, καθώς η τροφή δεν είναι ουδέτερη, αλλά εμπεριέχει σημασίες (Δημητρίου – Κοτσώνη, 2001). Στα περισσότερα παραμύθια στον πατέρα αντιστοιχεί η καλύτερη μερίδα, ενώ η μητέρα και τα παιδιά υποσιτίζονται, με εξαίρεση τα παιδιά να σιτίζονται καλύτερα στις περιπτώσεις όπου πρόκειται τα ίδια να αποτελέσουν το γεύμα κάποιου δράκου ή μάγισσας.

Σύμφωνα με τον Μ. Μερακλή (2009), η διευρυμένη ελληνική οικογένεια προέρχεται από μια μακραίωνη πατριαρχική παράδοση και κατά συνέπεια, η θέση της γυναίκας ήταν κατώτερη από τη θέση του άντρα και η νύφη ήταν υποταγμένη στην πεθερά, η οποία αποτελούσε ισχυρό πρόσωπο μέσα στο σχήμα της παράδοσης, στοιχεία που τοποθετούν τις γυναίκες να τρώνε χωριστά από τους άντρες και κατώτερης θρεπτικής αξίας τροφές, ενώ επίσης η θέση της νύφης μειονεκτεί σε σχέση με την πεθερά, στον έλεγχο ή στην κατανάλωση της τροφής.

Τέλος, η τροφή συνδέεται στο ελληνικό λαϊκό παραμύθι με κάθε σημαντικό γεγονός στη ζωή του ανθρώπου και κυρίως το γάμο, ο οποίος συχνά περιγράφεται τις περισσότερες φορές αναλυτικά, καθώς αποτελεί το αίσιο τέλος του παραμυθιού, που ακολουθεί την επιτυχή έκβαση των «δοκιμασιών του ήρωα», οι οποίες έχουν τις ρίζες τους στις «δοκιμασίες ενηλικίωσης» των πρωτόγονων πολιτισμών (Μερακλής, 2009).

δ) Οι Συναισθηματικές Διαστάσεις της Διατροφής στο Ελληνικό Λαϊκό Παραμύθι

Μέσα από στοιχεία διατροφής στο ελληνικό λαϊκό παραμύθι, εκφράζεται η διάθεση γενικότερα, αλλά και συγκεκριμένα βασικά συναισθήματα όπως ο φόβος, η αγάπη *και* ο θυμός. Επίσης, η συνεστίαση και η συζήτηση μετά το φαγητό δείχνει να λειτουργεί ψυχοθεραπευτικά για τους ήρωες του παραμυθιού.

ε) Οι Ηθικές Διαστάσεις της Διατροφής στο Ελληνικό Λαϊκό Παραμύθι

Ένα από τα ηθικά ζητήματα που διαπραγματεύονται τα ελληνικά λαϊκά παραμύθια είναι η καταστροφή ή ο πλεονασμός της τροφής, συμπεριφορές που επιφέρουν συμφορές και τιμωρίες στους ήρωες. Το πιο συχνό ζήτημα στην ηθική της διατροφής μέσα από το ελληνικό λαϊκό παραμύθι είναι το τι επιτρέπεται και τι όχι, να καταναλώνεται. Το μαγειρικό τρίγωνο του Levi Strauss (όπως αναφέρεται στο Καμινιώτης, 2012), διακρίνει τη μαγειρική σε τρεις εμπειρικές κατηγορίες, το ωμό, το μαγειρεμένο και το σάπιο. Επιπλέον, κάθε τρόφιμο που δεν επιτρέπεται να καταναλωθεί, αναγνωρίζεται από μια συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων, ως ταμπού και αποτελεί μέρος των αξιών της, καθώς βοηθά στη συνοχή και στη διατήρηση της ταυτότητά της (Meyer – Rochow, 2009).

Η ωμοφαγία, ζωοφαγία με σημαντικότερη την ανθρωποφαγία, αποτελούν τις πλέον αποτρόπαιες διατροφικές συνήθειες στο ελληνικό παραμύθι. Όταν συμβαίνουν από άνθρωπο, συνεπάγονται αυτόματα την υποβάθμισή του σε κατώτερο ον του υπερβατικού κόσμου επισείοντας σκληρή και παραδειγματική τιμωρία. Αντίθετα, η ανθρωποφαγία είναι περισσότερο ανεκτή στη συνείδηση του ελληνικού λαϊκού παραμυθιού, όταν συμβαίνει από ανώτερα όντα του υπερβατικού κόσμου, όπως στοιχεία της φύσης, τα οποία συμπεριλαμβάνουν το «ανθρώπινο κρέας» στο διατροφικό τους μενού, μόνο ως απειλή και με τη δικαιολογία της πείνας. Ο ανθρωπόμορφος και ανθρωποφάγος ήλιος του ελληνικού παραμυθιού, συνδέεται με την ιδεολογία της «πρωταρχικής μήτρας» από την οποία γεννιούνται οι άνθρωποι και σε αυτή καταλήγουν και η οποία ταυτίζεται αρχετυπικά με την εστία, τον ήλιο και τη γη (Μωραΐτη, 2008).

Επίσης, η ζωοφαγία και η ανθρωποφαγία είναι λιγότερο ειδεχθής όταν συνδέεται με σημαντική συμφωνία με θεριά τα οποία φυλάσσουν πηγές, όπου σε αυτή την περίπτωση, η ανθρώπινη ζωή ανταλλάσσεται με κάτι πολύτιμο, όπως το νερό. Το τι είναι εδώδιμο και τι όχι, καθώς και το ωμό και το ψημένο εξετάζονται αντίστοιχα στο ελληνικό λαϊκό παραμύθι. Συγκεκριμένα, οι άνθρωποι τρώνε την τροφή τους ψημένη, όταν πρόκειται για κρέας, σε αντίθεση με δαιμονικά στοιχεία που την προτιμούν ωμή. Επίσης, δίνεται η πληροφορία ότι το ψόφιο ζώο, ακόμα και στις πιο δύσκολες συνθήκες δεν είναι κατάλληλο για βρώση. Τέλος, η δηλητηριασμένη τροφή, η οποία παρασκευάζεται συνήθως από γυναίκα, υποδεικνύεται ως ακατάλληλη και επικίνδυνη στο ελληνικό παραδοσιακό παραμύθι.

Σύμφωνα με την Α. Ματάλα (2008), το μεγαλύτερο μέρος της παιδείας γύρω από τα τρόφιμα ολοκληρώνεται στα πρώτα πέντε χρόνια της ζωής, στα οποία το άτομο μαθαίνει να αποδέχεται και να χρησιμοποιεί όλα τα βασικά τρόφιμα της κουλτούρας του, ενώ η εξοικείωση με τα τρόφιμα και τις συνήθειες του φαγητού συνεχίζεται σε ολόκληρη τη ζωή.

Σε αυτό το πλαίσιο, το ελληνικό λαϊκό παραμύθι μπορεί να διαδραματίσει έναν κρίσιμο ρόλο, φέρνοντας το παιδί σε επαφή, τόσο με το μεσογειακό πρότυπο διατροφής, όσο και με τη διατροφική πολιτισμική του κουλτούρα, εγχείρημα που επιχειρείται μέσα από την παρούσα μελέτη.

ΚΕΦ. 3: Η Μεσογειακή Διατροφή

3.1. Η Μεσογειακή Διατροφή ως Διατροφικό Πρότυπο

Η Μ.Δ. είναι ένα από τα πιο υγιεινά πρότυπα διατροφής που γνωρίζουμε σήμερα και θα μπορούσε να συγκριθεί μόνο με κάποια ασιατικά πρότυπα, όπως της Ιαπωνίας (Serra-Majem et al, 2003). Αν και δεν αποτελεί ένα ομογενοποιημένο και αποκλειστικό διατροφικό πρότυπο, λόγω διαφορών στην κουλτούρα, στο έθνος, στη θρησκεία, την οικονομία και τη γεωργική παραγωγή (Pereira-da-Silva, Rego, & Pietrobelli, 2016), η Μ.Δ. είναι κοινή στις χώρες της λεκάνης της Μεσογείου και βασίζεται σε ένα σύνολο υγιεινών διατροφικών συμπεριφορών, οι οποίες συνδυάζουν συστατικά της τοπικής παραγωγής, συνταγές και παραδοσιακές μεθόδους μαγειρέματος, μαζί με μια συστηματική, μέτρια φυσική άσκηση (Cabrera et al., 2015˙ Pereira da Silva et al., 2016). Τα οφέλη για την υγεία, ακολουθώντας τη Μ.Δ. έχουν παρουσιαστεί σε πολλές μελέτες, με πιο σημαντική τη μελέτη του Ancel Keys το 1958 με τον τίτλο *«Μελέτη σε επτά χώρες»*, στην οποία αναφέρεται στην Ελλάδα, την Ιταλία, την Ισπανία, τη Νότιο Αφρική, την Ιαπωνία και τη Φινλανδία. Στη συγκεκριμένη μελέτη, ο Keys διατύπωσε ότι η παραδοσιακή διατροφή που ακολουθείται στην Κρήτη συνδέεται με χαμηλότερα ισχαιμικά επεισόδια, ενώ πολλές μελέτες παρουσίασαν ότι όσο μεγαλύτερη είναι η προσκόλληση στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής, τόσο μειώνεται η γενική θνησιμότητα, αυξάνεται η μακροζωία και εμφανίζονται λιγότερα περιστατικά διατροφο-εξαρτώμενων νοσημάτων, ιδιαίτερα σε νεότερους ανθρώπους και παιδιά (Farajian et al., 2011˙ Lazarou et al., 2008˙ Serra-Majem, et al., 2003).

Μια σειρά από έρευνες και εργαλεία σχεδιάστηκαν ώστε να μετρηθεί ο βαθμός προσκόλλησης στη Μ.Δ. και να αξιολογηθούν τα οφέλη της για τη δημόσια υγεία, ενώ αντίστοιχα σχεδιάστηκαν στρατηγικές που προωθούν το μεσογειακό διατροφικό πρότυπο (Serra-Majem et al., 2003), καθώς τα τελευταία σαράντα χρόνια παρατηρείται μια γρήγορη αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες στις μεσογειακές χώρες, ιδιαίτερα ανάμεσα σε νέους ανθρώπους, οι οποίοι υιοθετούν τα χαρακτηριστικά της διατροφής που ταιριάζει στο δυτικό τρόπο ζωής, όπως λιγότερος χρόνος και προσοχή στην προετοιμασία του γεύματος και υψηλή κατανάλωση ανθυγιεινών τροφίμων (Cabrera et al., 2015˙ Farajian et al., 2011).

3.2. Διατροφικές Συστάσεις για παιδιά προσχολικής ηλικίας

Η χώρα μας χρησιμοποιεί τις διατροφικές τιμές αναφοράς που προτείνονται από την Ευρωπαϊκή Αρχή Ασφαλείας Τροφίμων (EFSA) και οι συστάσεις για τη συνολική ενεργειακή πρόσληψη, ανάλογα με την ηλικία και το φύλο για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι για τα αγόρια 1-3 ετών και 3 – 9 ετών, 770 – 1180 και 1250 – 1900 θερμίδες αντίστοιχα, και για τα κορίτσια 1-3 ετών και 3 – 9 ετών, 700 – 1100 και 1150 – 1790 θερμίδες αντίστοιχα, ενώ επίσης, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (όπως αναφέρεται στο Εθνικός Διατροφικός Οδηγός, 2014), οι ημερήσιες συστάσεις σε επίπεδο ομάδων τροφίμων είναι:

- 5 μερίδες φρούτα και λαχανικά, λαμβάνοντας υπόψη την ποικιλία και την εποχικότητα
- 2 μερίδες κρέας, πουλερικά, ψάρια, θαλασσινά, αυγά και όσπρια, με εναλλαγή στην κατανάλωση των τροφίμων της ομάδας μέσα στην εβδομάδα, κατανάλωση άπαχου κόκκινου κρέατος και πουλερικών και αποφυγή κατανάλωσης επεξεργασμένων προϊόντων κρέατος
- 2-3 μερίδες γαλακτοκομικά προϊόντα, με χαμηλά λιπαρά από την ηλικία 2-3 ετών
- 4-6 μερίδες δημητριακά ολικής άλεσης
- λίπη και έλαια, κυρίως φυτικά, με χαρακτηριστικό το ελαιόλαδο στη Μ.Δ., ενώ αντίθετα προτείνεται η αποφυγή της κατανάλωσης ζωικού λίπους, κορεσμένων και trans λιπαρών οξέων
- ελεγχόμενη κατανάλωση σε σάκχαρα και αλάτι, και τροφίμων που τα περιέχουν σε μεγάλη ποσότητα
- νερό, υγρά και αφεψήματα, με εξαίρεση τις ΗΠΑ και την Ελβετία, δεν δίνονται συγκεκριμένες ποσοτικές συστάσεις ανάλογα με την ηλικία, αλλά προτείνεται η αντικατάσταση των ποτών που περιέχουν ζάχαρη με νερό.

3.3. Αξιολόγηση του βαθμού προσκόλλησης των παιδιών προσχολικής ηλικίας, στη Μεσογειακή Διατροφή μέσα από σχετικές έρευνες στην Ελλάδα και το εξωτερικό

Οι περισσότερες μελέτες που ερευνούν το βαθμό προσκόλλησης στη Μ.Δ. έχουν γίνει κυρίως σε παιδιά σχολικής ηλικίας, 10 – 12 ετών, ενώ για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας τα δεδομένα είναι ελάχιστα, με σημαντικότερη τη μελέτη GENESIS των Manios et al. (2008), σε παιδιά 1 – 5 ετών. Στα αποτελέσματα της μελέτης αναφέρεται ότι ο επιπολασμός των παιδιών που ήταν «σε κίνδυνο να γίνουν υπέρβαρα» και εκείνων που ήταν «υπέρβαρα», έφτασε σε ποσοστά 16,7% και 16,4% αντίστοιχα, τα οποία ξεπερνούν αντίστοιχο δείγμα παιδιών στην Αμερική, χωρίς να υπάρχουν διαφορές στο φύλο. Επίσης, η μέση ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη ξεπέρασε τις συστάσεις και η εμφάνισης της ευσαρκίας σε παιδιά 2-5 ετών δεν οφείλονταν στην αύξηση της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης, αλλά στα χαμηλά επίπεδα Φυσικής Δραστηριότητας. Σύμφωνα με τη μελέτη, παρατηρήθηκε υψηλό ποσοστό πρωτεΐνης και λίπους και χαμηλό ποσοστό υδατανθράκων στην ημερήσια πρόσληψη, ενώ όσον αφορά τις βιταμίνες και τα μέταλλα, στο μεγαλύτερο ποσοστό ακολουθούσαν τις συστάσεις (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός, 2014˙ Manios et al., 2008).

Η έρευνα των Kontogianni et al. (2008), σε αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών και εφήβων 3 – 18 ετών, σε αστικές και γεωργικές περιοχές, παρουσιάζει συνολικό αποτέλεσμα βαθμού προσκόλλησης στη Μ.Δ. (KIDMED) στα παιδιά 5,4 (±1,8), με «ιδανικό σκορ» σε ποσοστό 11,3% και «χαμηλό σκορ» σε ποσοστό 14,9%, χωρίς διαφοροποίηση στο φύλο. Επίσης στη συγκεκριμένη έρευνα τα παιδιά με το χαμηλότερο αποτέλεσμα περνούσαν περισσότερο χρόνο σε καθιστικές δραστηριότητες σε σχέση με τα παιδιά που είχαν μέσο ή υψηλό αποτέλεσμα και το μορφωτικό επίπεδο των γονιών τους ήταν χαμηλότερο, ενώ ακόμα, υπήρχαν συσχετίσεις ανάμεσα στο KIDMED και τον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) λαμβάνοντας υπόψη μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο και το χρόνο που περνούσαν στην τηλεόραση και σε σωματική άσκηση.

Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα στην έρευνα των Kourlaba, Kondaki, Grammatikaki, Roma-Giannikou και Manios (2009), όπου η εικόνα προσκόλλησης των παιδιών προσχολικής ηλικίας (2 – 5 ετών) στη Μ.Δ. δείχνει «ανάγκη βελτίωσης» σε ποσοστό 81,5%, «φτωχή διατροφή» σε ποσοστό 18,3% και «σωστή διατροφή» σε ποσοστό 0,2%. Σε έρευνα

των Karlen, Lowert, Chatziarsenis, Falth-Magnusson και Faresjo (2008), εξετάζοντας το μέσο όρο στο βαθμό προσκόλλησης στη Μ.Δ. σε παιδιά 1 – 13 ετών στη Νεάπολη Κρήτης και την περιοχή Kisa στη Σουηδία, βρέθηκε ότι για την Ελλάδα είναι 5,71, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά και κατά συνέπεια η ελληνική οικογένεια, απομακρύνονται από το διατροφικό πρότυπο της Μ.Δ. Στην ανασκόπηση των Cabrera et al. (2015), σε μελέτες με παιδιά και νέους από 2 – 25 ετών στην Ισπανία, τη Χιλή, την Ελλάδα, την Ιταλία, την Κύπρο και την Τουρκία, βρέθηκε ότι το 21% του πληθυσμού που συμμετείχε στην έρευνα είχε χαμηλή προσκόλληση στη Μ.Δ., σε αντίθεση με το 10% που είχε υψηλή προσκόλληση, ενώ οι μεγαλύτερες διαφορές βρέθηκαν σε σχέση με την ηλικία του δείγματος και καμία σημαντική διαφορά σε σχέση με το φύλο. Οι Pereira da Silva et al. (2016) σε πρόσφατη ανασκόπηση παρουσιάζοντας αποτελέσματα ευρωπαϊκών χωρών και συγκεκριμένα από τη Πορτογαλία, την Ισπανία, τη Γαλλία, την Ιταλία και την Ελλάδα (μελέτη GENESIS), σημειώνουν ότι η χαμηλή προσκόλληση στη Μ.Δ. συνδέεται με υψηλή εμφάνιση υπερβάλλοντος βάρους ή παχυσαρκίας στα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Αντίστοιχα, σύμφωνα με μελέτες στην Ελλάδα (GRECO) και στην Κύπρο (CYKIDS), το υψηλό επίπεδο προσκόλλησης στη Μ.Δ., συνδέεται με μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας και καρδιαγγειακών νοσημάτων σε παιδιά και εφήβους (Lazarou, Panagiotakos, & Matalas, 2009· Lydakis et al., 2012).

Ανεξάρτητα από τις διαφορές στα αποτελέσματα, όλες οι μελέτες καταλήγουν στο ότι η υψηλότερη προσήλωση στη Μ.Δ. σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα διατροφής στα παιδιά και το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο εκπαιδευτικό εργαλείο για την προώθηση των υγιεινών διατροφικών συνηθειών.

ΚΕΦ. 4: Διατροφο-εξαρτώμενα νοσήματα στην παιδική ηλικία

4.1. Νοσήματα που προκαλούνται από την έλλειψη διατροφικών συστατικών

Τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις αναπτυγμένες χώρες, εξακολουθούν να παρουσιάζονται σε μικρά παιδιά, ασθένειες που συνδέονται με την έλλειψη συγκεκριμένων διατροφικών συστατικών:

- η σιδηροπενία και σιδηροπενική αναιμία, η οποία προκαλείται από την έλλειψη σιδήρου και επηρεάζει τη γνωστική, κινητική, συναισθηματική και νευρολογική ανάπτυξη των παιδιών
- η ραχίτιδα, η οποία προκαλείται από την έλλειψη της βιταμίνης D, επηρεάζει την ανάπτυξη των οστών, προκαλεί μυϊκή αδυναμία, μικρό βάρος και οστικές παραμορφώσεις στα παιδιά προσχολικής ηλικίας
- η βρογχοκήλη, η οποία προκαλείται από την έλλειψη του ιωδίου, αλλά ο βαθμός εμφάνισής της στο γενικό πληθυσμό έχει μειωθεί σημαντικά λόγω του εμπλουτισμού του αλατιού, που συμπεριλαμβάνεται στη διατροφή μας, με ιώδιο (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός, 2014).

4.2. Χρόνια νοσήματα που συνδέονται με τη διατροφή

Οι διατροφικές συνήθεις και επιλογές κατά την παιδική ηλικία, σε αρκετές μελέτες δείχνουν ότι επηρεάζουν το προφίλ της υγείας, ή την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων, όπως η αρτηριακή υπέρταση, η αθηροσκλήρυνση και η παχυσαρκία κατά την ενήλικη ζωή, καθιστώντας την έγκαιρη παρέμβαση, μέσω της διατροφής, από την προσχολική ακόμα ηλικία, εξαιρετικά αναγκαία (Dietz, 1998˙ Law et al., 2000).

Άλλα νοσήματα που συνδέονται με τη διατροφή είναι η οστεοπόρωση, η οποία εξαρτάται από τη διάρκεια του θηλασμού και στη συνέχεια το επίπεδο πρόσληψης ασβεστίου μέσω της διατροφής και της σωματικής δραστηριότητας κατά την παιδική και εφηβική ηλικία και η τερηδόνα, η οποία αυξάνεται παγκοσμίως στον παιδικό πληθυσμό, λόγω της

περιορισμένης κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και της αντικατάστασή τους με υψηλά ενεργειακά τρόφιμα (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός, 2014).

4.3. Παιδική Παχυσαρκία

4.3.1. Παχυσαρκία και προβλήματα για τη σωματική και ψυχική υγεία στα παιδιά

Η παχυσαρκία ορίζεται ως το αποτέλεσμα μιας χρόνιας ανισορροπίας ενέργειας, όπου η πρόσληψη είναι συστηματικά μεγαλύτερη από την κατανάλωση, ενώ στην εμφάνιση και εξέλιξη του φαινομένου, συμβάλλουν κληρονομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Σύμφωνα με την Pulgaron (2013, σ. 18) *«οι ρίζες της παχυσαρκίας ανιχνεύονται στην εξέλιξη της παιδικής ηλικίας»*.

Η παχυσαρκία συνδέεται με όλα τα χρόνια διατροφο-εξαρτώμενα νοσήματα στα οποία η παρούσα μελέτη έχει ήδη αναφερθεί, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, οστεοπόρωση και τερηδόνα, καθώς επίσης και με κάποιες μορφές καρκίνου, άσθμα - περισσότερο στα αγόρια, προβλήματα στη διάρκεια και στην ποιότητα του ύπνου, ορμονικές διαταραχές και άλλα (Pulgaron, 2013).

Αντίστοιχα σημαντικός είναι και ο τρόπος που επιδρά η διατροφή στην ψυχική υγεία και τη συμπεριφορά των παιδιών, ενώ σύγχρονες μελέτες αναφέρονται σε αμφίδρομη σχέση βάρους – συμπεριφοράς (Dietz, 1998· Pulgaron, 2013). Ο W.H. Dietz (1998) σε μελέτη του για τις συνέπειες της παχυσαρκίας σε παιδιά και νέους, αναφέρει ότι τα παχύσαρκα παιδιά και ιδιαίτερα τα παχύσαρκα λευκά κορίτσια, γίνονται στόχοι διακρίσεων από την αρχή της ζωής τους, καθώς η εικόνα του λεπτού σώματος προβάλλεται ως ιδανική, ενώ ακόμα σημειώνει, ότι η αύξηση βάρους συχνά συνδέεται με πρόωρη ανάπτυξη, η οποία οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση τα παχύσαρκα παιδιά, τόσο επειδή διαφέρουν από τους συνομηλίκους τους, όσο και γιατί οι ενήλικες συχνά παρερμηνεύουν την ηλικία τους και έχουν υψηλότερες απαιτήσεις.

4.3.2. Η επιδημιολογία του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας στον αναπτυγμένο και τον αναπτυσσόμενο κόσμο

Τις τελευταίες δεκαετίες, η αύξηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας και του υπερβολικού βάρους στα παιδιά και τους εφήβους, σε συνδυασμό με τους κινδύνους για τη σωματική και ψυχική υγεία και με το γεγονός ότι η παχυσαρκία διατηρείται σε ποσοστό 50 - 80% και στην ενήλικη ζωή, καθιστά το συγκεκριμένο διατροφο-εξαρτώμενο νόσημα άξιο χαρακτηρισμού από τον Π.Ο.Υ., ως «παγκόσμια επιδημία» (Guo, Wu, Chumlea, & Roche, 2002), η οποία, σύμφωνα με τους Wahi, Parkin, Beyene, Uleryk και Birken (2011, σ. 979), αν δεν ληφθούν αποτελεσματικά μέτρα για την αντιμετώπισή της, «*θα οδηγήσει στο φαινόμενο για πρώτη φορά στην πρόσφατη ιστορία, τα παιδιά να ζήσουν λιγότερο από τους γονείς τους*».

Σε όλο τον κόσμο περισσότεροι από 1 δισεκατομμύριο ενήλικες είναι υπέρβαροί από τους οποίους περισσότεροι από 300 εκατομμύρια είναι κλινικά παχύσαρκοι (Tambalis et al., 2009). Επίσης, εκτιμάται ότι περίπου το 1 στα 10 παιδιά είναι υπέρβαρα (Antonogeorgos et al., 2011· Tambalis et al., 2009), ενώ 43 εκατομμύρια παιδιά ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα σε ηλικία μικρότερη των 5 ετών (De Craemer et al., 2015· Osei – Assibey et al., 2012). Στις αναπτυγμένες χώρες το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών κάτω από την ηλικία των 5 ετών αυξήθηκε από 7,9% το 1990 στο 11,7% το 2010, ενώ αναμένεται να αυξηθεί στο 14,1% το 2020 (De Craemer et al., 2015). Ακόμα, μελέτες στην Αμερική αναφέρουν ότι σχεδόν τα μισά παιδιά που ήταν παχύσαρκα στην 8η τάξη (13-14 ετών), ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα όταν ξεκίνησαν τη φοίτηση στο νηπιαγωγείο, υποστηρίζοντας ότι η κατάσταση του βάρους από την ηλικία των 5 ετών, διατηρείται στην παιδική ηλικία και συχνά την ενήλικη ζωή (Mazarello Paes, Ong, & Lakshman, 2014).

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αν δεν ληφθούν αποτελεσματικά μέτρα είναι πολύ πιθανό ο αριθμός των υπέρβαρων παιδιών να αυξάνεται κατά 1,3 εκατομμύρια το χρόνο, με περισσότερα από 300.000 από αυτά τα παιδιά να γίνονται παχύσαρκα κάθε χρόνο (Tambalis et al., 2009). Η Νότια Ευρώπη υποφέρει περισσότερο από αυτή την επιδημία σε σύγκριση με τη Βόρεια Ευρώπη και ιδιαίτερα στα παιδιά μεταξύ 8 και 11 ετών (Antonogeorgos et al., 2011· Cattaneo et al., 2010· Kotanidou et al., 2013). Σύμφωνα με τη Διεθνή Οργάνωση για την Παχυσαρκία (IOTF) (όπως αναφέρεται στο Εθνικός Διατροφικός Οδηγός, 2014), το ποσοστό

του επιπολασμού των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών, στην Ευρώπη, παρουσιάζει σταθερά ανοδική τάση από 9% το 1980, σε 24% το 2002, ενώ το 2010 το 33,2% των αγοριών και το 28% των κοριτσιών παρουσιάζονται να είναι υπέρβαρα και το 11,2% των αγοριών και το 9,7% των κοριτσιών να είναι παχύσαρκα.

Στην Ελλάδα τα αποτελέσματα από την έρευνα των Kotanidou et al. (2013), παρουσίασαν ότι το 10,2% των Ελληνόπαιδων ηλικίας 1 – 12 ετών ήταν παχύσαρκα, το 23,7% ήταν υπέρβαρα και η εμφάνιση και των δύο μαζί ήταν 34%. Επίσης στην ίδια έρευνα, τα αποτελέσματα σύμφωνα με το φύλο ήταν ότι το 11% των αγοριών και το 9% των κοριτσιών ήταν παχύσαρκα και το 24,1% των αγοριών και το 23,2% των κοριτσιών ήταν υπέρβαρα, ενώ η συνδυασμένη αύξηση στο βάρος (υπέρβαρα και παχύσαρκα) ήταν 35% για τα αγόρια και 32,7% για τα κορίτσια.

Το πρόβλημα της παχυσαρκίας στα παιδιά προσχολικής ηλικίας δεν αποτελεί αποκλειστικό φαινόμενο των αναπτυγμένων χωρών, καθώς τα τελευταία χρόνια ερευνάται η εμφάνισή του και στις αναπτυσσόμενες χώρες (Wang & Lim, 2012), οι οποίες αντιμετωπίζουν «*το διπλό επιδημικό φαινόμενο της υπερσίτισης και της υποσίτισης*» (Gupta, Goel, Shah, & Misra, 2012, σ. 50). Η έρευνα των de Onis et al. (όπως αναφέρεται στο Gupta et al., 2012), δείχνει ότι το ποσοστό παχυσαρκίας στα παιδιά προσχολικής ηλικίας στον αναπτυσσόμενο κόσμο αυξήθηκε από 4,2% το 1990, στο 6,7% το 2010 και αναμένεται να φτάσει το 9,1%, δηλαδή περίπου 60 εκατομμύρια το 2020.

Κοινωνικοοικονομικές διαφορές, οι οποίες επηρεάζουν τον τρόπο ζωής, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε τρόφιμα και σε πλαίσια φυσικής δραστηριότητας, φαίνονται στο παιδί ήδη από την ηλικία των 3ων ετών και επηρεάζουν το ΔΜΣ και την εμφάνιση παχυσαρκίας (Knai, Lobstein, Darmon, Rutter, & McKee, 2012). Σύμφωνα με τους Finkelstein και Strombotne (2010, σ. 1520), «*η οικονομία βρίσκεται στην καρδιά της επιδημίας παχυσαρκίας*», καθώς υπάρχει μια αντίστροφη σχέση μεταξύ τιμής και ποσότητας, με αποτέλεσμα η μείωση των τιμών των τροφίμων υψηλής ενεργειακής πρόσληψης, να οδηγήσει στην αύξηση της κατανάλωσης, ενώ ακριβώς το αντίθετο έχει συμβεί με τα τρόφιμα που προωθούν την υγεία. Η συγκεκριμένη τάση παρατηρείται, λόγω της οικονομικής κρίσης την τελευταία δεκαετία και στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, με αποτέλεσμα φτωχότερη διατροφή και αύξηση του ποσοστού παχυσαρκίας σε παιδιά 2 – 10 ετών (Pereira da Silva et al., 2016). Τέλος, η παχυσαρκία συνεπάγεται υψηλό οικονομικό κόστος για τη δημόσια υγεία (Goldfield,

Harvey, Grattan, & Adamo, 2012· Hodges, Smith, Tidwell, & Berry, 2013), ενώ τα προγράμματα πρόληψης ή παρέμβασης δεν είναι αποδεδειγμένο ότι είναι αποτελεσματικά σε σχέση με τα χρήματα που ξοδεύονται για να υλοποιηθούν και σε σχέση με τη διατήρηση των αποτελεσμάτων τους (Finkelstein & Strombotne, 2010).

Η πρόληψη κατά της παιδικής παχυσαρκίας αποτελεί πρόκληση, τόσο λόγω των αρνητικών συνεπειών για την υγεία, όσο και λόγω των σύνθετων γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που συνιστούν στην εμφάνιση του φαινομένου.

ΚΕΦ. 5: Ενεργειακό ισοζύγιο και παιδική παχυσαρκία

5.1. Παράγοντες που σχετίζονται με το ενεργειακό ισοζύγιο

Η αύξηση του βάρους προσδιορίζεται από τη μικρή ακόμη ηλικία, από α) την επίδραση των ανθυγιεινών συνηθειών στη Διατροφή, β) των χαμηλών επιπέδων Φ.Δ. και γ) των υψηλών επιπέδων Κ.Δ., επηρεάζοντας την ισορροπία μεταξύ ενεργειακής πρόσληψης και κατανάλωσης, ενώ η πρόληψη της παχυσαρκίας είναι πιο αποτελεσματική όταν εστιάζουμε σε όλους τους παραπάνω παράγοντες και όχι μόνο σε ένα στοιχείο, λόγω της συνύπαρξης και της αλληλεπίδρασης μεταξύ τους (De Craemer et al., 2015˙ Hesketh & Cambell, 2010˙ Mazarello Paes et al., 2014).

5.2. Διατροφή και Παιδική Παχυσαρκία

Σε ότι αφορά στα γεύματα, η εμφάνιση της παχυσαρκίας στα παιδιά συνδέεται με την κατανάλωση υψηλών ενεργειακά τροφίμων και ποτών, καθώς και την παράληψη του πρωινού γεύματος, συμπεριφορά που είναι αντίθετη με τις συστάσεις της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας Ηπατολογίας και Διατροφής (ESPGHAN) (όπως αναφέρεται στο Εθνικός Διατροφικός Οδηγός, 2014), όπου τα παιδιά άνω των 2 ετών πρέπει να καταναλώνουν τουλάχιστον 4 γεύματα την ημέρα και πρωινό καθημερινά.

Σύμφωνα με τους Kuhl, Clifford και Stark (2012), τα παιδιά προσχολικής ηλικίας καταναλώνουν κατά μέσο όρο 1558 - 1780 θερμίδες/ημέρα, που υπερβαίνουν κατά πολύ τις 1200 – 1400 που συστήνονται για την ηλικία τους. Επίσης, το 73% των νηπίων 2-3 ετών και το 86 – 90% των παιδιών 4 – 8 ετών δεν ακολουθούν τις διατροφικές συστάσεις των 5 μερίδων φρούτων και λαχανικών την ημέρα και τα ποσοστά θα ήταν μεγαλύτερα αν δεν συμπεριλαμβάνονταν οι φυσικοί χυμοί και τα τηγανισμένα λαχανικά όπως οι πατάτες. Ακόμη, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, τα ζυμαρικά, τα μπισκότα, το ψωμί και η πίτσα αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των θερμίδων των νηπίων, ενώ το 40% των νηπίων που προέρχονται από χαμηλό οικονομικό επίπεδο, καταναλώνουν κατά μέσο όρο 2,29 σνακ την ημέρα υψηλής θερμιδικής αξίας και περιεκτικότητας σε λίπος.

Η συχνότητα κατανάλωσης των γευμάτων συνδέεται με 22% μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης υπερβάλλοντος βάρους ή παχυσαρκίας και χαμηλότερο σωματικό βάρος στα αγόρια (Kaisari, Yannakoulia, & Panagiotakos, 2013) και ιδιαίτερα η κατανάλωση πρωινού γεύματος, συνδέεται με χαμηλότερο ΔΜΣ και μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας, με καλύτερα αποτελέσματα στις σχολικές επιδόσεις και καλύτερη ψυχική υγεία στα παιδιά (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός, 2014). Παρά τα παραπάνω οφέλη, τα αποτελέσματα της έρευνας των Te Velde et al. (2014), στα οποία δεν παρατηρούνται διαφοροποιήσεις, ως προς την ηλικία και το φύλο, αναφέρουν ότι στις περισσότερες οικογένειες δεν υπάρχουν κανόνες σχετικά με την κατανάλωση πρωινού γεύματος και στην Ελλάδα μόνο λίγα παιδιά καταναλώνουν πρωινό γεύμα με τους γονείς τους και μόνο λίγοι Έλληνες γονείς καταναλώνουν πρωινό.

Σχετικά με τα γεύματα με την οικογένεια, αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι μπορούν να δρουν ως προστατευτικός παράγοντας για πολλά διατροφικά προβλήματα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας, καθώς τα παιδιά και οι έφηβοι είχαν 12% λιγότερη πιθανότητα να είναι υπέρβαροι σε οικογένειες που πραγματοποιούσαν τουλάχιστον 3 οικογενειακά γεύματα την εβδομάδα και αύξησαν κατά 24% τις υγιεινές διατροφικές τους συνήθειες, ιδιαίτερα τα μικρότερα παιδιά, όπως η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και η λήψη του πρωινού γεύματος (Fiese, Hammons, & Grigsby-Toussaint, 2012˙ Hammons et al., 2011˙ Scaglioni, Arrizza, Vecchi, & Tedeschi, 2011). Επίσης, η συναισθηματική ατμόσφαιρα ενός γεύματος έχει βρεθεί ότι επηρεάζει την κατανάλωση, όπου η θετική ατμόσφαιρα σε συνδυασμό με την εμπλοκή του παιδιού στην προετοιμασία του γεύματος είχαν καλύτερα αποτελέσματα (Benton, 2004).

Σχετικά με τα ποτά υψηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη, όπως χυμοί και αναψυκτικά, οι έρευνες δείχνουν ότι συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση του βάρους και στην εμφάνιση της παχυσαρκίας (Perez-Morales, Bacardi-Gascon, & Jimenez-Cruz, 2013). Η μελέτη των Kuhl et al. (2012), έδειξε ότι περίπου το 50% των νηπίων καταναλώνουν 100% φυσικό χυμό καθημερινά, σε σχεδόν διπλάσια από τη συνιστώμενη ποσότητα, το 70% καταναλώνει επίσης αναψυκτικά και τυποποιημένους χυμούς και η πρόσληψη χυμών και αναψυκτικών στην ηλικία των 5 ετών συνδέεται με παχυσαρκία στην ηλικία των 5 – 15. Αντίστοιχα, μελέτες των Linardakis, Sarri, Pateraki, Sbokos και Kafatos (2008) στην Κρήτη σε παιδιά 4 – 7 ετών, βρέθηκε ότι τα παιδιά που κατανάλωναν περισσότερο από 250ml/ ημέρα, χυμούς και αναψυκτικά με προσθήκη ζάχαρης, είχαν δύο φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι υπέρβαρα ή

παχύσαρκα σε σχέση με τα παιδιά που κατανάλωναν λίγο ή καθόλου, ενώ στα ίδια συμπεράσματα κατέληξε και η έρευνα των Papandreou, Andreou, Heraclides και Rousso (2013), σε παιδιά και εφήβους.

Πιο αισιόδοξα είναι τα αποτελέσματα στην ανασκόπηση των De Craemer et al. (2015), η οποία τοποθετεί τα Ελληνόπουλα στα χαμηλότερα επίπεδα κατανάλωσης χυμών και αναψυκτικών, καθώς και ανθυγιεινών σνακ στην Ευρώπη, 13,2 ml και 53,3 gr την ημέρα, αντίστοιχα, ενώ η ημερήσια κατανάλωση νερού ήταν 659,6 ml και έφτανε το 72,5%, της ημερήσιας σύστασης σύμφωνα με τον Διατροφικό Οδηγό του Βελγίου.

5.3. Φυσική Δραστηριότητα και Παιδική Παχυσαρκία

Αν και δεν είναι ξεκάθαρο αν η παγκόσμια αύξηση του βάρους στα παιδιά είναι αποτέλεσμα αυξημένης ενεργειακής πρόσληψης ή μειωμένης ενεργειακής κατανάλωσης (Dollman, Norton & Norton, 2005), το σίγουρο είναι ότι η αύξηση της Φ.Δ., μπορεί να αποτελέσει ένα αντισταθμιστικό παράγοντα διατήρησης του ενεργειακού ισοζυγίου, λειτουργώντας προληπτικά για την παιδική παχυσαρκία ειδικά στα μικρά παιδιά, βελτιώνοντας το καρδιο-μεταβολικό τους προφίλ, ενισχύοντας το μυοσκελετικό και αναπνευστικό σύστημα, αλλά και τις κινητικές τους δεξιότητες, τη σωματική, συναισθηματική και κοινωνική τους ανάπτυξη μέσα από τη συμμετοχή τους σε αθλήματα, βελτιώνοντας την σχολική απόδοση και αναπτύσσοντας την αυτοεκτίμηση, μέσα από μια θετική εικόνα για το σώμα (Dunton, Kaplan, Wolch, Jerrett, & Reynolds, 2009· Goldfield et al., 2012).

Στην Αμερική σύμφωνα με την Παιδιατρική Ακαδημία (AAP) και την Εθνική Ένωση Αθλητισμού και Φυσικής Αγωγής (NASPE) (όπως αναφέρεται στο Hodges et al., 2013, σ. 5), ως Φ.Δ. ορίζεται *«το τρέξιμο, το κολύμπι, η πτώση, το πέταγμα και το πιάσιμο μπάλας, το περπάτημα και η συμμετοχή σε διαδραστικό παιχνίδι με τη χρήση ποικίλου εξοπλισμού»*. Η ημερήσια σύσταση Φ.Δ. στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, ορίζεται από τους περισσότερους Οργανισμούς στα 60 λεπτά ήπια προς μέτρια δραστηριότητα (Goldfield et al., 2012· Hodges et al., 2013), ενώ σε χώρες όπου παρατηρήθηκε αύξηση της Κ.Δ., όπως στην Αυστραλία, στον Καναδά, το Ηνωμένο Βασίλειο και το Βέλγιο, αναπτύχθηκε εθνική πολιτική και προγράμματα, ώστε οι συστάσεις να αυξηθούν στα 180 λεπτά Φ.Δ. (Cox, Skouteris, Dell'Aquilla, Hardy, & Rutherford, 2012· De Craemer et al., 2015· Goldfield et al., 2012). Στην Ελλάδα, σύμφωνα με

τον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό (2014), θεωρείται ικανοποιητική η εκπόνηση 60 λεπτών σωματικής δραστηριότητας, παρά τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών, που τοποθετούν τα Ελληνόπουλα προσχολικής ηλικίας στα χαμηλότερα επίπεδα Φ.Δ. την Ευρώπη (De Craemer et al., 2015).

Για το σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων είναι πολύ σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι παράγοντες που συνδέονται με τη Φ.Δ. των μικρών παιδιών (Hodges et al., 2013), όπως 1) η προσωπικότητα και κινητικές δεξιότητες του παιδιού, 2) οι πεποιθήσεις, αντιλήψεις και στάσεις των γονέων απέναντι στη Φ.Δ. και τον τρόπο που λειτουργούν ως πρότυπα (Goldfield et al., 2012· Kuhl et al., 2012· Pocock, Trivedi, Wills, Bunn, & Magnusson, 2009· Te Velde et al., 2014), 3) το φύλο, καθώς τα αγόρια δραστηριοποιούνται περισσότερο από τα κορίτσια (Kuhl et al., 2012· Stratton, Ridgers, Fairclough, & Richardson, 2006), 4) η ηλικία, 5) το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, 6) ο τύπος περιβάλλοντος διαμονής (αστική ή αγροτική περιοχή) (Tambalis et al., 2013) και 7) η καταλληλότητα του περιβάλλοντος της γειτονιάς, ως προς την ασφάλεια και τις υποδομές (Hodges et al., 2013· Dunton et al., 2009).

Επίσης, ο χώρος του νηπιαγωγείου αποτελεί ένα πολύ σημαντικό παράγοντα, καθώς τα δεδομένα δείχνουν ότι η μείωση της Φ.Δ. αρχίζει στην ηλικία των 4ων ετών (Goldfield et al., 2012). Παρά την αυξημένη σημασία του ρόλου της φυσικής δραστηριότητας, η εικόνα τόσο των σχολικών προγραμμάτων Φυσικής Αγωγής, όσο και της «ενεργής πρόσβασης» στο σχολείο με τα πόδια ή με το ποδήλατο, είναι για την ώρα αποθαρρυντική σε όλο σχεδόν το Δυτικό κόσμο (Dollman et al., 2005· Lu et al., 2014).

5.4. Καθιστική Δραστηριότητα και Παιδική Παχυσαρκία

Σύμφωνα με τους LeBlanc et al. (2012), και Saunders, Chaput και Tremblay (2014), η Κ.Δ. θεωρείται κάτι διαφορετικό από την έλλειψη Φ.Δ. και ορίζεται ως δραστηριότητα, κατά την οποία χωρίς να κοιμόμαστε, καταναλώνουμε ενέργεια μικρότερη ή ίση με 1,5 μεταβολικά ισοδύναμα (Metabolic Equivalents - METs) και βρισκόμαστε σε μια καθιστή ή ξαπλωμένη θέση. Η Κ.Δ. μπορεί να είναι παραγωγική, όπως το διάβασμα, η ζωγραφική, τα επιτραπέζια παιχνίδια, με πολλαπλά αναπτυξιακά οφέλη, ή μη παραγωγική, όπως οι δραστηριότητες που σχετίζονται με ηλεκτρονικά μέσα και οθόνη (De Craemer et al., 2015). Η μη παραγωγική Κ.Δ. για αρκετούς μελετητές συνδέεται με κίνδυνο παχυσαρκίας και μείωση της φυσικής

κατάστασης, της αυτοεκτίμησης, της κοινωνικής συμπεριφοράς και των ακαδημαϊκών επιτευγμάτων (LeBlanc et al., 2012), βλάπτοντας, όχι άμεσα, αλλά έμμεσα τα παιδιά, κλέβοντας χρόνο από το παιχνίδι, την ανάπτυξη της γλώσσας και την κοινωνική αλληλεπίδραση (Courage & Howe, 2010).

Οι συστάσεις για την Κ.Δ. σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, στις αναπτυγμένες χώρες συγκλίνουν στην πρόταση να μην ξεπερνάει τις 2 ώρες/ημέρα, με την Αυστραλία στον πρόσφατο οδηγό, να προτείνει για παιδιά 2-5 ετών 1 ώρα/ημέρα (Courage & Howe, 2010˙ Cox et al., 2012). Σύμφωνα με τους LeBlanc et al. (2012), τα παιδιά νηπιακής ηλικίας περνούν το 73% - 84% του χρόνου που δεν κοιμούνται, σε Κ.Δ. και από αυτές περισσότερο από 1 ώρα είναι μπροστά από οθόνη, ενώ αντίστοιχα ευρήματα δίνει και η ανασκόπηση των Kuhl et al. (2012), τόσο για το σπίτι (65% – 84%), όσο και για τον παιδικό σταθμό και το νηπιαγωγείο (50% – 89%).

Στη μελέτη των De Craemer et al. (2015), για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας στην Ελλάδα η Κ.Δ. αποτυπώνεται α) σε χρόνο τηλεόρασης με 88,5 λεπτά/καθημερινές και 133,5 λεπτά/Σαββατοκύριακο (στα υψηλότερα επίπεδα στην Ευρώπη), β) σε χρήση υπολογιστή με 17,5 λεπτά/καθημερινές και 29,5 λεπτά/Σαββατοκύριακο και γ) σε ήσυχο παιχνίδι με 86 λεπτά/καθημερινές και 114,8 λεπτά/Σαββατοκύριακο.

Η παρακολούθηση τηλεόρασης αποτελεί τον προσφιλέστερο τύπο Κ.Δ. για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, τα οποία παρακολουθούν πολύ περισσότερο χρόνο τηλεόραση από ότι οι συνομήλικοί τους της προηγούμενης γενιάς, καθώς έχουν τηλεόραση στο δωμάτιό τους και υπάρχουν πολλά παιδικά κανάλια και παιδικά προγράμματα (Courage & Howe, 2010). Επίσης, οι ώρες που τα παιδιά παρακολουθούν τηλεόραση, σχετίζονται θετικά α) με την ηλικία, καθώς τα πιο μεγάλα παιδιά παρακολουθούν περισσότερη τηλεόραση, β) το να ανήκουν σε μια μειονοτική ομάδα, γ) το ΔΜΣ, δ) το χρόνο που η μητέρα παρακολουθεί τηλεόραση και ε) τις πεποίθηση της μητέρας σχετικά με τα οφέλη της τηλεθέασης (Duch, Fisher, Ensari, & Harrington, 2013).

Έρευνες έχουν δείξει ότι όταν οι γονείς παρακολουθούν αρκετές ώρες τηλεόραση, δεν είναι σε θέση ούτε να αξιολογήσουν ούτε να περιορίσουν το χρόνο τηλεθέασης των παιδιών τους (Pocock et al., 2009˙ Te Velde et al., 2014), ενώ αντίθετα, μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση της Κ.Δ., όταν α) οι ίδιοι γίνονται θετικά πρότυπα για τα παιδιά τους, β) ελέγχουν την τηλεθέαση ως προς τη διάρκεια, το περιεχόμενο και τον χώρο που βρίσκεται η

συσκευή, γ) προσφέρουν εναλλακτικές επιλογές για τον ελεύθερο χρόνο, δ) ενισχύουν την κινητική δραστηριότητα των παιδιών τους και ε) συζητούν τις τηλεοπτικές διαφημίσεις με τα παιδιά τους (Cox et al., 2012). Τέλος, σε ότι αφορά στην αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τη μείωση της Κ.Δ., σε διάφορες ηλικίες, παρατηρήθηκε ότι μόνο τα παιδιά προσχολικής ηλικίας παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα (Wahi et al., 2011).

5.5. Ύπνος και Παιδική Παχυσαρκία

Σύγχρονες μελέτες συνδέουν τον ανεπαρκή ύπνο με τον κίνδυνο εμφάνισης αυξημένου βάρους ή παχυσαρκίας στα παιδιά, ενώ αντίθετα, ένα σταθερό πρόγραμμα ύπνου και αφύπνισης, συνδυασμένο με ρουτίνες χαλάρωσης, βοηθάει στη ρύθμιση της αυξητικής ορμόνης και στην ανάπτυξη θετικών συνηθειών, ήδη από την ηλικία των πρώτων 6 – 9 εβδομάδων (Kuhl et al., 2012· Liu, Zhang, & Li, 2012).

Οι ημερήσιες συστάσεις για τον ύπνο, για παιδιά ηλικίας 2 – 3 ετών είναι 12 – 14 ώρες/ημέρα και για παιδιά 3 – 5 ετών είναι 11 – 13 ώρες/ημέρα (Kuhl et al., 2012), αλλά σύμφωνα με στοιχεία του National Sleep Foundation (NSF) (όπως αναφέρεται στο Liu et al., 2012), περίπου το 30% των παιδιών προσχολικής ηλικίας δεν τις ακολουθούν, 25% - 50% των νηπίων παρουσιάζουν ανεπάρκεια ύπνου και περισσότερα από 2 εκατομμύρια παιδιά υποφέρουν από διαταραχές ύπνου.

Σε έρευνα των Mullins et al. (2017), σε κορίτσια προσχολικής ηλικίας, στα οποία αξιολογήθηκε η διατροφική τους πρόληψη σε τρεις συνεχόμενες ημέρες σε σχέση με τη διάρκεια του ύπνου τους, παρατηρήθηκε ο μη ικανοποιητικός ύπνος στην παιδική ηλικία συνδέεται με φτωχή αυτό-ρύθμιση, υψηλή κατανάλωση πλούσιων σε ενέργεια τροφίμων και ραγδαία αύξηση βάρους. Επίσης, ο μειωμένος ύπνος στην ηλικία των 3-5 ετών, συνδέεται με υπερβάλλον βάρος στην ηλικία των 7 και των 9,5 ετών (Kuhl et al., 2012· Mullins et al., 2017).

ΚΕΦ. 6: Χαρακτηριστικά των τροφίμων και αντιλήψεις των παιδιών προσχολικής ηλικίας

6.1. Τα Χαρακτηριστικά των τροφίμων

Τα αισθητηριακά και εξωτερικά χαρακτηριστικά των τροφίμων, η γεύση, η υφή, το άρωμα, το χρώμα, το σχήμα, ακόμα και ο τρόπος μαγειρέματος ή το περιεχόμενο και το μέγεθος των μερίδων, λειτουργούν είτε ενισχυτικά είτε ως εμπόδια και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την αποδοχή, προτίμηση και κατανάλωση ενός τροφίμου (Krolner et al., 2011· Nicklaus, 2016· Wadhera & Capaldi-Phillips, 2014).

Η γεύση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της καταναλωτικής συμπεριφοράς του ανθρώπου σε όλη τη διάρκεια της ζωής του, ελέγχοντας μία από τις σημαντικότερες αποφάσεις: «*αν θα αποδεχθεί ή θα απορρίψει μια ξένη ουσία*» (Mennella, 2014, σ. 705). Τα βρέφη έχουν την ικανότητα να αναγνωρίζουν 4 βασικές γεύσεις: γλυκιά και αλμυρή, απέναντι στις οποίες εκφράζουν αρέσκεια και πικρή και ξινή, απέναντι στις οποίες εκφράζουν απέχθεια, ενώ η προτίμηση και η στάση απέναντι στις γεύσεις, συνεχίζει να αλλάζει κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας (Benton, 2004· Birch & Ventura, 2009· De Cosmi, Scaglioni, & Agostoni, 2017· Krolner et al., 2011· Mennella, 2014· Scaglioni, Salvioni, & Galimberti, 2008· Scaglioni et al., 2011· Schwartz, Scholtens, Lalanne, Weenen, & Nicklaus, 2011· Wardle & Cooke, 2008). Οι ομοιότητες στις διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών ξεπερνούν τις πολιτισμικές διαφορές, υποδηλώνοντας την έμφυτη προδιάθεση και προτίμηση για τη γεύση (Mennella, 2014· Scaglioni et al., 2008· Scaglioni et al., 2011· Wardle & Cooke, 2008), χαρακτηρίζοντας, σύμφωνα με τον K. Berridge στη μελέτη «*Pleasures of the brain*» (2003), (όπως αναφέρεται στο Mennella, 2014, σ. 705), την αλμυρή γεύση ως «*το αρχέγονο ναρκωτικό μας*» και τη γλυκιά γεύση ως «*την παλαιότερη ανταμοιβή μας*».

α. Η γλυκιά γεύση

Η προτίμηση για τη γλυκιά γεύση, είναι χαρακτηριστική από την αρχή της ζωής, καθώς τα νεογνά αναγνωρίζουν διάφορους βαθμούς γλυκύτητας, δείχνοντας με το πρόσωπό τους εκφράσεις χαλάρωσης, ακόμη και χαμόγελο (Beauchamp & Mennella, 2011· Mennella, 2014· Wardle & Cooke, 2008), ενώ αρκετές μελέτες σε θηλαστικά και μικρά παιδιά έχουν υποστηρίξει ακόμη και την ύπαρξη αναλγητικής ιδιότητας στη γλυκιά γεύση (Mennella, 2014).

Η προτίμηση της γλυκιάς γεύσης διατηρείται αυξημένη σε όλη την παιδική ηλικία και στην αρχή της εφηβείας και μειώνεται κατά την ενήλικη περίοδο, ενώ μέσα από την εξοικείωση με τα τρόφιμα, τα παιδιά αναπτύσσουν την αίσθηση του τι πρέπει ή δεν πρέπει να έχει γλυκιά γεύση (Mennella, 2014). Η σύνδεση της γλυκιάς γεύσης με τρόφιμα υψηλής Ενεργειακής Πυκνότητας (Ε.Π.) (θερμίδες/βάρος τροφής), καθώς και η υψηλή εκτίμηση σε αυτά, αποτελεί γενετική προδιάθεση, η οποία είναι απαραίτητη για την επιβίωση των βρεφών, ιδιαίτερα κατά τον πρώτο χρόνο (Birch & Ventura, 2009) και η οποία φαίνεται να είναι το αποτέλεσμα εξέλιξης χιλιάδων ετών, όταν τα τρόφιμα - ιδιαίτερα εκείνα με υψηλή Ε.Π. - ήταν δύσκολο να βρεθούν (Benton, 2004· De Cosmi et al., 2017· Scaglioni et al., 2008· Scaglioni et al., 2011· Wardle & Cooke, 2008). Τέλος, ενώ η προδιάθεση για την εκμάθηση γεύσης μέσα από το αποτέλεσμα, μπορεί να εξυπηρετούσε μια προσαρμοστική λειτουργία στα φτωχά διατροφικά περιβάλλοντα του μακρινού παρελθόντος, αυτό αυξάνει τον κίνδυνο παχυσαρκίας στα σύγχρονα περιβάλλοντα αφθονίας τροφίμων (Birch & Doub, 2014· Birch & Ventura, 2009· Wardle & Cooke, 2008).

β. Η αλμυρή γεύση

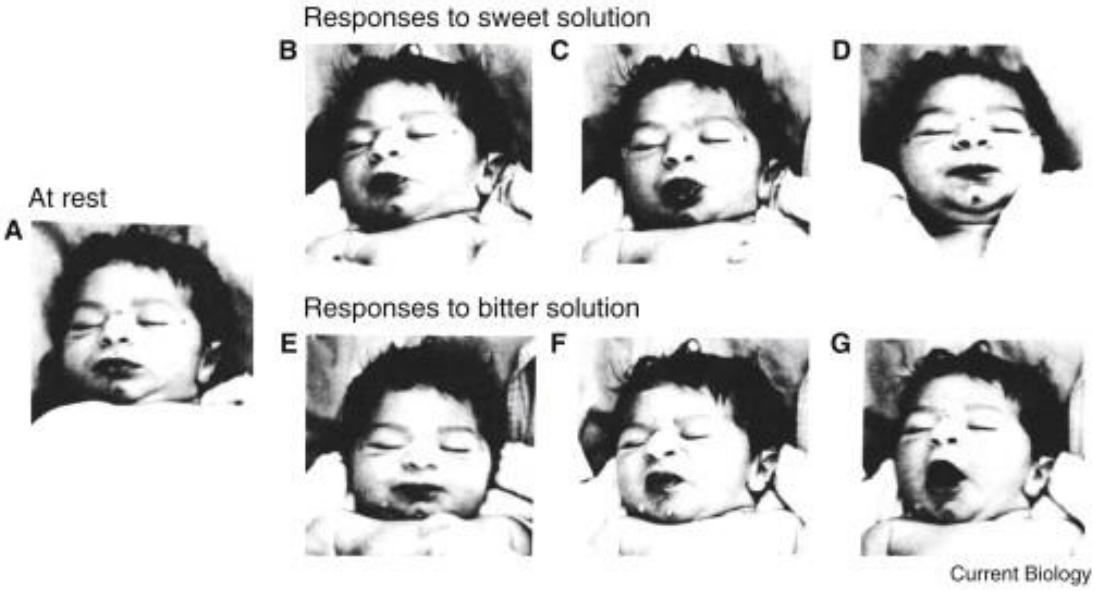
Τα νεογέννητα δεν έχουν έμφυτη προτίμηση στην αλμυρή γεύση, καθώς σε σχετικές έρευνες δείχνουν να αδιαφορούν ή να την απορρίπτουν. Η προτίμηση στην αλμυρή γεύση εμφανίζεται μεταξύ 2-6 μηνών και είναι πιο περίπλοκη και λιγότερο κατανοητή (Schwartz et al., 2011). Τα παιδιά δείχνουν μεγαλύτερη προτίμηση από τους ενήλικες στην αλμυρή γεύση, ενώ η αυξημένη έκθεση σε αυτή, ενισχύει την προτίμηση αργότερα στα αλμυρά τρόφιμα (Beauchamp & Mennella, 2011· Mennella, 2014· Schwartz et al., 2011).

γ. Η πικρή και η ξινή γεύση

Γενετικές διαφοροποιήσεις στους υποδοχείς γεύσεις συνεπάγονται ατομικές διαφορές στην ευαισθησία απέναντι στις ενώσεις πικρής γεύσης, που υπάρχουν σε κάποια πράσινα λαχανικά (Wardle & Cooke, 2008). Επίσης, η ευαισθησία στην πικρή γεύση είναι πιο έντονη στα παιδιά, γιατί διαθέτουν περισσότερους γευστικούς κάλυκες από τους ενήλικες και κατά συνέπεια, η ευαισθησία στην πικρή γεύση μπορεί να αλλάξει κατά τη διάρκεια της ζωής (Lafraire, Rioux, Giboreau, & Picard, 2016· Mennella, 2014). Για τον άνθρωπο η πικρή γεύση σηματοδοτεί την πιθανότητα παρουσίας τοξικών ενώσεων και τον κίνδυνο δηλητηρίασης και συνεπώς οι ουσίες που είναι πικρές αποφεύγονται (Scaglioni et al., 2011, Wardle & Cooke, 2008), όμως πολλά από τα πικρά τρόφιμα που προτιμούν οι άνθρωποι, όπως καφές, τσάι,

μπύρα, έχουν φαρμακολογικές ιδιότητες και οι άνθρωποι μαθαίνουν να τους αρέσουν γιατί τους βοηθούν (Beauchamp & Mennella, 2011).

Εικόνα 1. Κινηματογραφημένες αντιδράσεις βρεφών μίας ημέρας χωρίς προηγούμενη εμπειρία τροφής σε υγρά με γλυκιά και πικρή γεύση σε μελέτη των Ganchrow, Steiner και Daher (1983) (όπως αναφέρεται στο Ventura & Worobey, 2013).



Τέλος, εκτός από το χαρακτηριστικό της γεύσης, για την επιλογή ή απόρριψη ενός τροφίμου, πολλές φορές προηγείται για τη εκτίμηση του τροφίμου, ένας συνδυασμός όρασης, όσφρησης και αφής (Beauchamp & Mennella, 2011· Benton, 2004), που συνδέεται με το μηχανισμό διαμόρφωσης αντιλήψεων και στις νοητικές αναπαραστάσεις για τα τρόφιμα, επηρεάζοντας τελικά, περισσότερο από την γεύση, την τελική απόφαση για το τρόφιμο (Krolner et al., 2011· Lafraire et al., 2016).

Η υφή και η αίσθηση ενός τροφίμου στο στόμα αποτελεί έναν ακόμη σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την πρόσληψη και την ικανότητα να καταπιούν, ιδιαίτερα στα μικρά παιδιά, λόγω περιορισμένων στοματικών δυνατοτήτων (Nicklaus, 2016). Σε μελέτη των Krolner et al (2011) τα φρούτα χαρακτηρίζονται ως προς την υφή τους με πιο θετικά σχόλια σε σχέση με τα λαχανικά, ενώ επίσης, σύμφωνα με τη J. Mennella (2014), ο χρόνος που ένα βρέφος θα εκτεθεί για πρώτη φορά σε ποικίλες υφές τροφίμων μπορεί να επηρεάσει την αποδοχή ποικιλίας στην υφή των τροφίμων και γενικότερα τη διατροφική του συμπεριφορά.

Η ευχάριστη οσμή σε έρευνα των Krolner et al (2011), αναφέρθηκε ως σημαντικός παράγοντας για την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών από τα παιδιά, αν και τα παιδιά εστιάζουν περισσότερο στα οπτικά χαρακτηριστικά για τις διατροφικές τους επιλογές, σε σχέση με τους ενήλικες.

Το χρώμα αποτελεί το πιο σημαντικό οπτικό χαρακτηριστικό ενός τροφίμου και τα μικρά παιδιά συνηθίζουν να συνδέουν το χρώμα με τη γεύση, καθώς χρωματισμένα με κόκκινο χρώμα υγρά, αξιολογήθηκαν πιο γλυκά σε σχέση με αντίστοιχα υγρά αχρωμάτιστα ή χρωματισμένα με πράσινο χρώμα που αξιολογήθηκαν ως ξινά, υποδηλώνοντας ότι ο οπτικός τρόπος αναγνώρισης γεύσεων αποτελεί ενδεχομένως μια αυτόματη διαδικασία (Wadhera & Capaldi-Phillips, 2014), που μπορεί να επηρεάσει την κριτική και την αποδοχή ενός τροφίμου, καθώς οι διατροφικές επιλογές των παιδιών να εξαρτώνται αρκετά από τις προτιμήσεις τους για ορισμένα χρώματα (Lafraire et al., 2016). Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι τα πολλά διαφορετικά χρώματα στα τρόφιμα - όχι όμως ανακατεμένα στο πιάτο - ενισχύουν την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών από τα παιδιά (Krolner et al., 2011), ενώ ακόμα και το χρώμα του σκεύους στο οποίο σερβίρεται ένα τρόφιμο μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη για τη γεύση του και την απόφαση για πρόσληψη (Wadhera & Capaldi-Phillips, 2014).

Το σχήμα ενός τροφίμου, καθώς και το σχήμα και το μέγεθος του πιάτου είναι άλλος ένας οπτικός παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη για την ποσότητα του τροφίμου, αλλά και την αρέσκεια, καθώς τα παιδιά προτιμούν τα λαχανικά που είναι κομμένα σε σχήμα αστεριού σε σχέση με τα λαχανικά που είναι σε λωρίδες ή φέτες, ενώ όταν τα τρόφιμα σερβίρονται σε μεγάλα πιάτα, η ποσότητά τους εκτιμάται ως λιγότερη και το αντίθετο (Wadhera & Capaldi-Phillips, 2014). Τέλος, τα παιδιά αντιπαθούν τα τρόφιμα με σημάδια, τα οποία χαλούν την αναμενόμενη εικόνα του τροφίμου, ένα στοιχείο που χρησιμοποιείται στο marketing που απευθύνεται σε παιδιά (Wardle & Cooke, 2008).

Ο τρόπος προετοιμασίας ενός τροφίμου για κατανάλωση, είναι άλλος ένας σημαντικός παράγοντας, καθώς αρκετές μελέτες βρήκαν, ότι τα παιδιά προτιμούν τα λαχανικά που καταναλώνονται ωμά, σε σχέση με τα μαγειρεμένα (Krolner et al., 2011).

Το μέγεθος της μερίδας επηρεάζει την ενεργειακή πρόσληψη και κατά συνέπεια το ΔΜΣ, καθώς οι άνθρωποι τείνουν να καταναλώνουν περισσότερο όταν τους σερβίρονται μεγαλύτερες μερίδες (Wadhera & Capaldi-Phillips, 2014). Η μελέτη των Rolls et al (2000), έδειξε ότι τα παιδιά 5 ετών επηρεάζονται από εξωτερικούς, οπτικούς δείκτες κορεσμού, όπως

το άδειο πιάτο που σηματοδοτεί το τέλος του γεύματος, σε αντίθεση με τα παιδιά 3 ετών, τα οποία επηρεάζονται περισσότερο από εσωτερικούς δείκτες κορεσμού (Benton, 2004· Birch & Ventura, 2009· Osei – Assibey et al., 2012· Schwartz et al., 2011· Wadhera & Capaldi-Phillips, 2014). Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά παίρνουν μεγαλύτερες μπουκιές και τρώνε πιο γρήγορα, όταν έχουν μεγάλες μερίδες, εμποδίζοντας τη φυσιολογική ανάπτυξη του αισθήματος του κορεσμού, ενώ επίσης σε σχέση με το μέγεθος και τον αριθμό των κομματιών, έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά προτιμούν τα μεγαλύτερα κομμάτια και σε σχέση με τον αριθμό τα περισσότερα, ακόμα και όταν η ποσότητα είναι ίδια (Wadhera & Capaldi-Phillips, 2014).

ΚΕΦ. 7: Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές προτιμήσεις στα παιδιά προσχολικής ηλικίας

7.1. Η εξέλιξη των γευστικών προτιμήσεων

Οι έμφυτες γευστικές προτιμήσεις και συμπεριφορές αρχίζουν να τροποποιούνται από την εμπειρία, ώστε το βρέφος να αναγνωρίζει σταδιακά στα τρόφιμα τόσο φυσιολογικά όσο και κοινωνικά χαρακτηριστικά, αναπτύσσοντας πεποιθήσεις και στάσεις απέναντι στη διατροφή, οι οποίες μπορεί να διατηρηθούν μέχρι και στην ενήλικη ζωή (Benton, 2004, Scaglioni et al., 2011). Θεωρίες σχετικά με την διατροφική ανάπτυξη των παιδιών, υπογραμμίζουν την ύπαρξη περιόδων που είναι πιο πρόσφορες για αλλαγές, όπως η περίοδος πριν τη γέννηση, η περίοδος του θηλασμού και η περίοδος μετάβασης στη διατροφή των ενηλίκων (Anzman, Rollins, & Birch, 2010).

Ξεκινώντας από την περίοδο κύησης, και στη συνέχεια του θηλασμού, τόσο το αμνιακό υγρό, όσο και το μητρικό γάλα, το οποίο αποτελεί γέφυρα μεταξύ των εμπειριών γεύσεων στο αμνιακό υγρό και των στερεών τροφίμων, διαφοροποιούνται στις γεύσεις και στα αρώματα, ανάλογα με τις διατροφικές επιλογές της μητέρας επηρεάζοντας τη μετέπειτα προτίμηση και αποδοχή συγκεκριμένων τροφίμων (Anzman et al., 2010· Beauchamp & Mennella, 2011· Benton, 2004· Birch & Doub, 2014· Birch & Ventura, 2009· Mennella, 2014· Mennella, Jagnow, & Beauchamp, 2001). Όπως αποδείχθηκε σε σχετική έρευνα, η κατανάλωση χυμού καρότου από μητέρες κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ή τους δύο πρώτους μήνες του θηλασμού, είχε ως αποτέλεσμα υψηλότερη αποδοχή της συγκεκριμένης γεύσης από τα βρέφη τους κατά την εισαγωγή των στερεών τροφών (Mennella et al., 2001· Mennella, 2014). Επίσης, έρευνες έχουν δείξει ότι η διάρκεια θηλασμού (μέχρι 6 μήνες) συνδέεται, αργότερα στη ζωή, με υψηλότερη αποδοχή ποικιλίας γεύσεων, υιοθέτηση υγιεινών πρότυπων διατροφής, καλύτερες μασητικές δεξιότητες και καλύτερο έλεγχο της πρόσληψης από τα παιδιά (De Cosmi et al., 2017· Nicklaus, 2016). Αντίθετα, η πρόωρη γευστική εμπειρία των βρεφών που τρέφονται με βρεφικό γάλα εμπορίου, είναι πιο μονότονη, καθώς επηρεάζεται αποκλειστικά από τα αρώματα, τις γεύσεις και τον χρόνο έκθεσης στο βρεφικό γάλα που καταναλώνουν (Beauchamp & Mennella, 2011· Mennella, 2014· Nicklaus, 2016), το οποίο αντίστοιχα ενισχύει την προτίμηση σε συγκεκριμένα τρόφιμα (Beauchamp & Mennella, 2011· Benton, 2004), με την προϋπόθεση ότι τα τρόφιμα αυτά ανήκουν στις διατροφικές επιλογές της οικογένειας και

κυρίως της μητέρας (Mennella, 2014). Επίσης, το τάισμα με μπουκάλι ευνοεί τον έλεγχο της πρόσληψης από τη μητέρα και συνδέεται με διατροφικά προβλήματα στην ηλικία των 6 ετών (Nicklaus, 2016).

Η περίοδος του απογαλακτισμού και της εισαγωγής των στερεών τροφών, στο δεύτερο μισό του πρώτου έτους (Nicklaus, 2016) χαρακτηρίζεται από δραματικές και γρήγορες αλλαγές στα τρόφιμα που προσφέρονται στα παιδιά, φέρνοντάς τα σε επαφή, τόσο με τα χαρακτηριστικά των τροφίμων και διατροφική πρόσληψη σε ενέργεια (De Cosmi et al., 2017), όσο και με την οικογενειακή διατροφική κουλτούρα (Anzman et al., 2010). Μέχρι την ηλικία των 2 ετών είναι κατάλληλη περίοδος για να προωθηθεί η αποδοχή νέων τροφίμων, όπως τα φρούτα και τα λαχανικά, καθώς είναι πιθανότερο να γίνουν πιο αποδεκτά, σε σχέση με την ηλικία των 3-4 ετών, όπου οι διατροφικές συνήθειες παραμένουν σχετικά σταθερές. Παράλληλα, ο ρόλος των γονέων μέσα από τις πρακτικές σίτισης και τις αποφάσεις για το τι, πότε και πώς θα καταναλωθούν τα τρόφιμα, παίζει έναν κρίσιμο ρόλο στη σχηματοποίηση των διατροφικών προτιμήσεων και συμπεριφορών των παιδιών (Birch & Doub, 2014· Mennella, 2014· Schwartz et al., 2011).

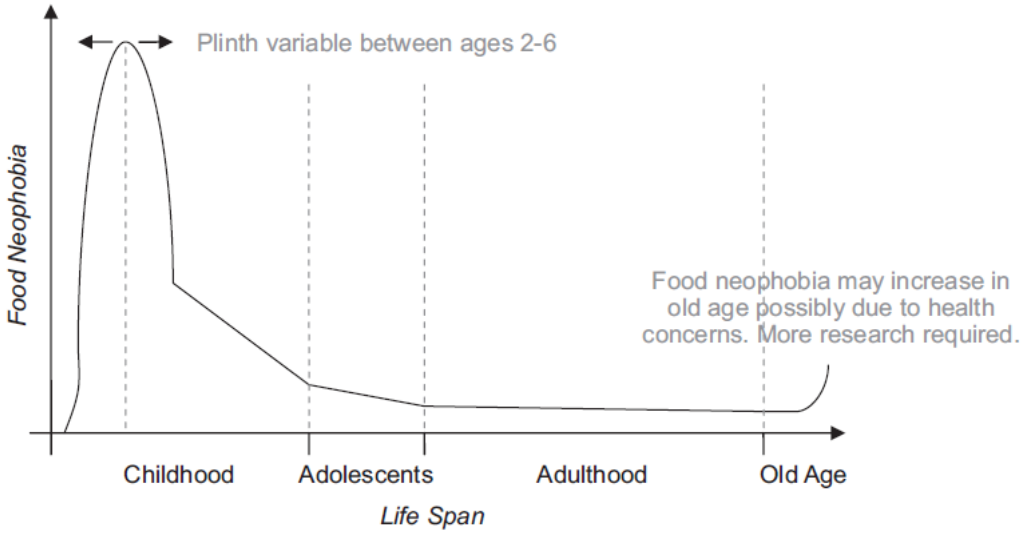
7.2. Η Νεοφοβία στα τρόφιμα

Ο όρος «Νεοφοβία» αναφέρεται στην απροθυμία, αποφυγή ή απόρριψη απέναντι στο νέο τρόφιμο, και προήλθε από μελέτη του P. Rozin «*Το Δίλημμα των Παμφάγων*» (1979), που χαρακτηρίζει τη νεοφοβία για τα τρόφιμα ως ωφέλιμο αναπτυξιακό μηχανισμό επιβίωσης, που βοηθάει τα παιδιά να αποφύγουν τη δηλητηρίαση από αντικείμενα που βρίσκονται στο περιβάλλον τους, αμέσως μόλις αρχίσουν να περπατούν και να τα φτάνουν με τα χέρια τους, μακριά από την επίβλεψη των γονιών τους (Cooke, Carnell, & Wardle, 2006· Dovey et al., 2008· Moding & Stifter, 2016· Zajonc, 1968).

Τα παιδιά δημιουργούν νοητικά σχήματα για το πώς ένα αποδεκτό τρόφιμο πρέπει να μοιάζει και η απόρριψη ή αποδοχή, γίνεται πριν τη γευστική δοκιμή, με βάση το οπτικό ερέθισμα (Dovey et al., 2008). Αν και ο γνωστικός μηχανισμός που υπάρχει πίσω από τη νεοφοβία δεν είναι απόλυτα κατανοητός (Cooke et al., 2006· Lafraire et al., 2016· Maratos & Staples, 2015), η εξέλιξη της νεοφοβίας στη ζωή του ανθρώπου παρουσιάζει διακυμάνσεις, καθώς είναι περιορισμένη κατά τη βρεφική ηλικία, εμφανίζεται μεταξύ 18-24 μηνών,

κορυφώνεται στην πρώτη παιδική ηλικία μεταξύ 2 – 6 ετών, ενώ στη συνέχεια μειώνεται σταδιακά, μέχρι την εφηβεία και την ενηλικίωση, όπου οι εμπειρίες με τα τρόφιμα είναι πιο συχνές και λιγότερα τρόφιμα είναι νέα, ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι εμφανίζεται ξανά σε πολύ ώριμη ηλικία, όταν οι ηλικιωμένοι άνθρωποι αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τις αισθήσεις τους (Addessi et al., 2005· Benton, 2004· Dovey et al., 2008· Moding & Stifter, 2016).

Εικόνα 2. Διάγραμμα εξέλιξης της Νεοφοβίας κατά τη διάρκεια της ζωής (Dovey, et al., 2008)



Επίσης, σύμφωνα με μελέτες, φαίνεται ότι η νεοφοβία εξαρτάται από χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας και ο βαθμός «εγγύτητας» ή «απομάκρυνσης» που εκφράζει το κάθε παιδί απέναντι σε κάθε νέο ερέθισμα (νέο πρόσωπο, αντικείμενο ή κατάσταση), σχετίζεται ανάλογα με το επίπεδο νεοφοβίας στα τρόφιμα (Dovey et al., 2008· Moding & Stifter, 2016). Ακόμα, τα κορίτσια να παρουσιάζονται ως περισσότερο νεοφοβικά, αλλά δεν υπάρχουν ακόμη ασφαλή συμπεράσματα, ενώ το κοινωνικό, οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο των γονέων, καθώς και ο βαθμός αστικοποίησης, φαίνεται να συνδέονται με τη νεοφοβία (Dovey et al., 2008· Maratos & Staples, 2015). Επίσης πρόσφατες μελέτες στη Φιλανδία και στο Ηνωμένο Βασίλειο, έδειξαν ισχυρή γενετική επιρροή στη νεοφοβία, με την κληρονομικότητα να βρίσκεται στο 78% (Wardle & Cooke, 2008). Τέλος, τα περισσότερα παιδιά είναι επιφυλακτικά απέναντι σε νέα τρόφιμα, αλλά το 20 – 30% των παιδιών είναι σημαντικά νεοφοβικά (Wardle & Cooke, 2008).

7.3. Η έκθεση

Σύμφωνα με τη θεωρία του Zajonc, η απλή έκθεση, αποτελεί μια αποτελεσματική στρατηγική εξοικείωσης με τα τρόφιμα, μειώνει το αρνητικό συναίσθημα και οδηγεί σε αύξηση της αποδοχής (Birch & Doub, 2014· Birch & Ventura, 2009· Zajonc, 1968). Η επίδραση της απλής έκθεσης ερευνήθηκε σε μελέτες για τη νεοφοβία, από τους Dovey et al (2008), υπογραμμίζοντάς την ως σημαντικό παράγοντα που επιδρά στις διατροφικές συμπεριφορές κατά την παιδική ηλικία (Maratos & Staples, 2015). Η εισαγωγή νέου τροφίμου στην περίοδο του απογαλακτισμού είναι σχετικά εύκολη, καθώς οι περισσότερες αντιδράσεις των παιδιών σε νέα τρόφιμα είναι σχετικά θετικές, ενώ σημαντική επίδραση στην αποδοχή έχει η ατμόσφαιρα και η στάση του προσώπου που προσφέρει το τρόφιμο (Dovey et al., 2008· Schwartz et al., 2011). Μελέτες σε παιδιά έχουν δείξει ότι υπάρχει μεγαλύτερη κατανάλωση και λιγότερη κριτική μετά από μια σειρά προτάσεις – έκθεσης στο τρόφιμο (περίπου 10), αλλά παρά τα θετικά αποτελέσματα αυτής της στρατηγικής οι γονείς δεν την επιχειρούν όσες φορές χρειάζεται (Benton, 2004· Birch & Doub, 2014· De Cosmi et al., 2017· Kuhl et al., 2012· Nicklaus, 2016). Εκτός από την απλή έκθεση, η εξοικείωση μέσα από το ζευγάρωμα μιας γνωστής γεύσης με μία νέα γεύση αποτελεί μια εξίσου αποτελεσματική στρατηγική (Benton, 2004· Birch & Doub, 2014· De Cosmi et al., 2017· Scaglioni et al., 2008· Scaglioni et al., 2011· Wardle & Cooke, 2008).

ΚΕΦ. 8: Ο ρόλος των γονέων, των ΜΜΕ και των συνομηλίκων στις διατροφικές προτιμήσεις των παιδιών προσχολικής ηλικίας

8.1. Ο ρόλος των γονέων

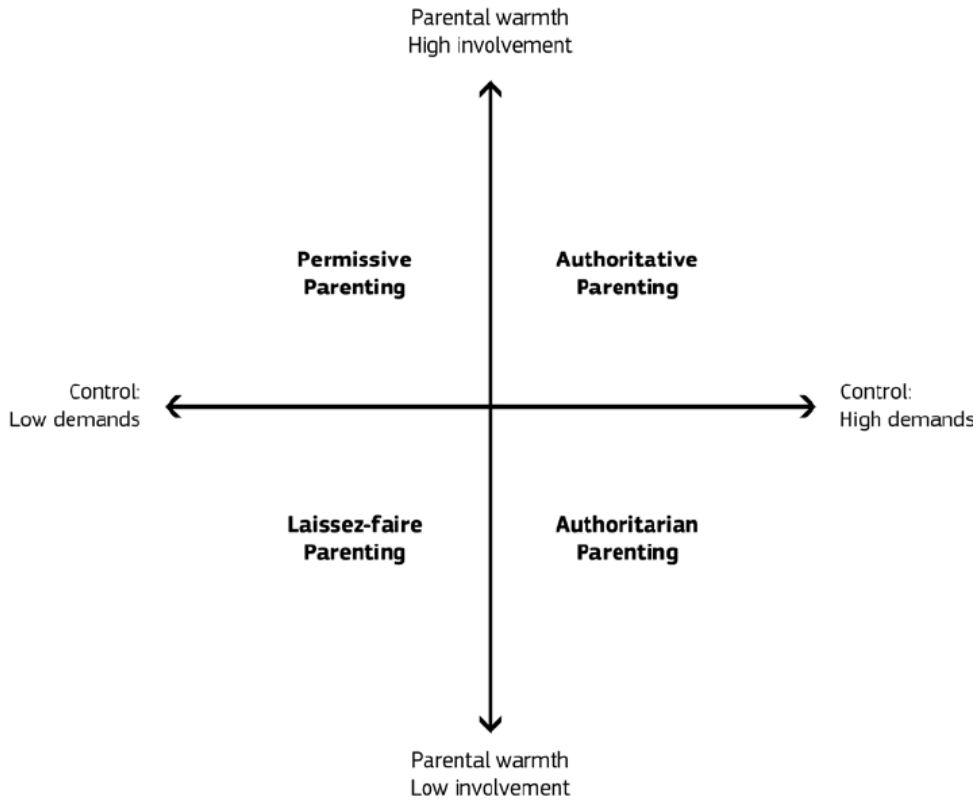
Σύμφωνα με τους Brich et al. (2014), οι γονείς δίνουν στα παιδιά τους γονίδια και περιβάλλον. Επίσης, οι γονείς λειτουργούν α) ως πάροχοι, επηρεάζοντας τη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών τους με τα τρόφιμα που επιλέγουν να έχουν διαθέσιμα, β) ως ελεγκτές, επηρεάζοντας τη διατροφική συμπεριφορά του παιδιού τους μέσα από τις πρακτικές σίτισης και το επίπεδο ελέγχου που τις χαρακτηρίζει και γ) ως πρότυπα, επηρεάζοντας τη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών τους μέσα από τη συμπεριφορά τους (Anzman et al., 2010· Birch & Doub, 2014· Scaglioni et al., 2008· Schwartz et al., 2011).

8.1.1 Οι γονεϊκοί τύποι (parental styles)

Σύμφωνα με τον Baumrind (1973) και τους Macoby και Martin (1983) (όπως αναφέρεται στο Schwartz et al., 2011· Vollmer et al., 2013), υπάρχουν 4 διαφορετικοί τύποι γονέων, οι οποίοι καθορίζουν τον τρόπο παιδαγωγικής προσέγγισης και διαμορφώνονται α) από το επίπεδο απαιτήσεων και β) το επίπεδο ανταπόκρισης των γονέων προς το παιδί:

- ο *αυστηρός* (με όρια) γονέας, ο οποίος χαρακτηρίζεται από υψηλή απαίτηση και υψηλή ανταπόκριση, έχει λογικές προσδοκίες από το παιδί του, ενισχύει την αυτονομία του, σέβεται τη γνώμη του και προσφέρει μια ζεστή επικοινωνιακή σχέση,
- ο *αυταρχικός* γονέας, ο οποίος χαρακτηρίζεται από υψηλές απαιτήσεις και χαμηλή ανταπόκριση, δεν δείχνει ευαισθησία απέναντι στη γνώμη του παιδιού και δεν λαμβάνει υπόψη τις δυνατότητες και το επίπεδο ωριμότητάς του,
- ο *ανεκτικός- επιεικής* γονέας, ο οποίος χαρακτηρίζεται από χαμηλές απαιτήσεις και υψηλή ανταπόκριση, χωρίς να μπορεί να θέσει όρια και τέλος,
- ο *απορριπτικός ή αδιάφορος* γονέας, ο οποίος χαρακτηρίζεται από χαμηλές απαιτήσεις και χαμηλή ανταπόκριση, χωρίς να ενδιαφέρεται να θέσει όρια, αδιαφορώντας παράλληλα για τη γνώμη του παιδιού του ή τις ανάγκες του.

Εικόνα 3. Γονεϊκοί τύποι σύμφωνα με τους Baumrind και Maccoby & Martin



8.1.2. Οι γονεϊκές πρακτικές σίτισης (parental practice)

Οι πρακτικές σίτισης όπως η πίεση, ο έλεγχος, οι περιορισμοί, η παρακολούθηση, η εμπλοκή, το πρότυπο, η επιβράβευση, η απλή έκθεση, η αύξηση της διαθεσιμότητας και της προσβασιμότητας στα τρόφιμα, αποτελούν στρατηγικές που υιοθετούν οι γονείς, για την επίτευξη ενός σκοπού, σχετικά με τον έλεγχο του «τι», «πότε» και «πώς» πρέπει να σιτίζεται το παιδί, οι οποίες στη συνέχεια επηρεάζουν τη σχέση των παιδιών με τα τρόφιμα και την ανάπτυξη της διατροφικής τους συμπεριφοράς (Benton, 2004· Kuhl et al., 2012· Scaglioni et al., 2011· Vollmer et al., 2013).

Οι παραδοσιακές πρακτικές σίτισης, όπου οι γονείς λειτουργούσαν ως πάροχοι και ως ελεγκτές, αναλάμβαναν για χιλιάδες χρόνια να προστατέψουν τα παιδιά στο πλαίσιο της έλλειψης τροφής, ώστε ένα παχουλό παιδί να είναι σημάδι υγείας και επιτυχούς γονικής μέριμνας (Birch & Doub, 2014· Birch & Ventura, 2009). Μελέτες που αναφέρονται σε αποτελέσματα από την εφαρμογή ελέγχου και πίεσης ως πρακτικές σίτισης, δείχνουν ότι 1) η κατανάλωση ανθυγιεινών σνακ συνδέεται με χαμηλότερη χρήση συγκαλυμμένου έλεγχου

και υψηλότερη χρήση πίεσης, 2) η νεοφοβία συνδέεται με υψηλότερη χρήση πίεσης και συγκαλυμμένου έλεγχου και 3) η υψηλότερη κατανάλωση σε φρούτα και λαχανικά συνδέεται με υψηλότερη χρήση φανερού και συγκαλυμμένου ελέγχου και χαμηλότερη χρήση πίεσης, ενώ επίσης τα νήπια καταναλώνουν περισσότερο σε συνθήκες χωρίς πίεση και κάνουν λιγότερα αρνητικά σχόλια για το φαγητό (Kuhl et al., 2012).

Εκτός από τον έλεγχο και την πίεση, η υπόσχεση μιας ανταμοιβής, αποτελεί μια κοινή στρατηγική για την ενθάρρυνση της κατανάλωσης υγιεινών τροφών στα μικρά παιδιά, η οποία παρουσιάστηκε σε όλες τις κουλτούρες και σε όλα τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα (Pocock et al., 2009). Όταν οι γονείς χρησιμοποιούν επιθυμητά από τα παιδιά τρόφιμα, συνήθως χαμηλής θρεπτικής αξίας, ως ανταμοιβή για την κατανάλωση ενός υγιεινού, αλλά λιγότερο αποδεκτού από τα παιδιά, τροφίμου, όπως τα λαχανικά, ενισχύεται η προτίμηση για το τρόφιμο που χρησιμοποιείται ως ανταμοιβή, ενώ μειώνεται ακόμη περισσότερο η προτίμηση για το τρόφιμο που δεν είναι αρεστό, καθώς έχει τοποθετηθεί σε ένα αρνητικό πλαίσιο (Benton, 2004˙ Birch & Doub, 2014). Το ζήτημα των ανταμοιβών ερεύνησαν και οι Wardle και Cooke (2008), καταλήγοντας αντίστοιχα, στο ότι η ανταμοιβή μπορεί να εξασθενήσει τη θετική επίδραση που έχει η έκθεση από μόνη της, σημειώνοντας όμως παράλληλα, ότι αν η υπόσχεση ενός χρυσού αστεριού ή αυτοκόλλητου έχει το απαιτούμενο κίνητρο για να ξεκινήσει η διαδικασία έκθεσης, μπορεί να είναι ένα απαραίτητο βήμα για τη βελτίωση της κατανάλωσης ενός παιδιού.

Σε μελέτες σε εφήβους, παιδιά σχολικής ηλικίας και παιδιά προσχολικής ηλικίας φαίνεται ότι το αυστηρό γονεϊκό στυλ (με όρια) συνδέεται με επιθυμητές συμπεριφορές όπως χαμηλότερη κατανάλωση σε τρόφιμα χαμηλής θρεπτικής αξίας, λίπη και έλαια, αύξηση στα φρούτα και τα λαχανικά, Φ.Δ. και μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης υπέρβαρου ή παχύσαρκου παιδιού, ενώ αντίθετα το επιεικές – επιτρεπτικό και το απορριπτικό – αδιάφορο γονεϊκό στυλ, φαίνονται να βάζουν τα παιδιά σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν υπερβολικό βάρος ή παχυσαρκία, καθώς δεν έχουν απαιτήσεις από τα παιδιά σε σχέση με το τι και πόσο να καταναλώνουν, με αποτέλεσμα ιδιαίτερα στην προσχολική ηλικία να ενισχυθεί η προτίμησή τους για γλυκά και αλμυρά, υψηλής θερμιδικής αξίας τρόφιμα. Τέλος, το αυταρχικό γονεϊκό στυλ, αν και για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας συνδέεται με θετικά αποτελέσματα, λόγω των υψηλών απαιτήσεων να καταναλώνει υγιεινά τρόφιμα, όπως φρούτα και λαχανικά, με αντίστοιχο έλεγχο απέναντι στα ανθυγιεινά τρόφιμα, όσο το παιδί μεγαλώνει, επιτάσσοντας στο παιδί «να αδειάσει το πιάτο του», περιορίζει την ικανότητα αυτορρύθμισης της

πρόσληψης, δηλαδή την ικανότητα του παιδιού να προσδιορίσει την ποσότητα που θα φάει σύμφωνα με το αίσθημα πείνας και κορεσμού και τις φυσιολογικές του ανάγκες για κατανάλωση (Birch & Doub, 2014· Kuhl et al., 2012· Scaglioni et al., 2011· Schwartz et al., 2011· Vollmer et al., 2013), ενισχύοντας τελικά την προτίμηση για τα απαγορευμένα τρόφιμα (Birch & Ventura, 2009), μειώνοντας τη συμπάθεια για τα υγιεινά (Anzman et al., 2010· Scaglioni et al., 2008) και αυξάνοντας τον κίνδυνο παχυσαρκίας στην ηλικία των 5 ετών (De Cosmi et al., 2017). Ακόμα, μελέτη έδειξε ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, μετά από μια άσκηση ρόλων 6 εβδομάδων μπορούν να αυτορρυθμίσουν την κατανάλωση (Benton, 2004), και η εκπαίδευσή τους σε τεχνικές αυτορρύθμισης, όπως η αυτοπαρατήρηση, η αυτοαξιολόγηση και η αυτοσυνέπεια, σε αντίθεση με τον εξωτερικό γονεϊκό έλεγχο, έχει καλύτερα αποτελέσματα στον περιορισμό της παχυσαρκίας, στα σύγχρονα περιβάλλοντα, όπου είναι ευκολότερο να καταναλώσουν χωρίς γονεϊκή επίβλεψη (Bathrelloy et al., 2010).

Η επίδραση του γονεϊκού προτύπου στην κατανάλωση των παιδιών έχει τεκμηριωθεί επανειλημμένα στη βιβλιογραφία. Πρόσφατη έρευνα σε 550 οικογένειες με παιδιά προσχολικής ηλικίας, για την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, έδειξε ότι οι γονείς αποτελούν τον ισχυρότερο παράγοντα επιρροής, καθώς τα παιδιά τείνουν να μιμούνται τη συμπεριφορά των σημαντικών άλλων, στη συγκεκριμένη ηλικία (Wardle & Cooke, 2008), όπου η παρότρυνση «κάνε όπως κάνω» λειτουργεί πιο αποτελεσματικά σε σχέση με το «κάνε όπως λέω» (Scaglioni et al., 2008). Από την άλλη πλευρά, το πρότυπο του γονέα είναι λιγότερο δυνατό στην ηλικία 2 – 5 ετών που τα παιδιά είναι πιο ευαίσθητα στις γεύσεις και στις μυρωδιές (Schwartz et al., 2011). Τέλος, οι μητέρες, δαπανούν σημαντικά περισσότερη άμεση αλληλεπίδραση με τα παιδιά τους σε σχέση με τους πατέρες (Scaglioni et al., 2008) και τόσο οι γνώσεις τους για τη διατροφή, οι στρατηγικές σίτισης που εφαρμόζουν και η εικόνα τους ως πρότυπα, επηρεάζουν καθοριστικά τη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών και ιδιαίτερα των κοριτσιών (Kuhl et al., 2012· Mazarello Paes et al., 2014· Scaglioni et al., 2011).

8.2. Ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Επικοινωνίας

Ο ρόλος των ΜΜΕ στη διαμόρφωση συμπεριφορών υγείας είναι εξαιρετικά σημαντικός, καθώς επιλέγουν το «τι», το «πώς», το «πότε» και το «πόσο» θα παρουσιάσουν μια πληροφορία, ενώ το επίπεδο κατανόησης της πληροφορίας είναι διαφορετικό για κάθε

κοινωνική ομάδα και οι πληροφορίες ή τα μηνύματα περιέχουν περισσότερα από ένα νοήματα και σε διαφορετικά επίπεδα, προφανή και μη (Καφάτου & Μανιός, 2007). Το παιδικό κοινό είναι ο μεγαλύτερος αποδέκτης διαφημίσεων, καθώς κατά μέσο όρο εκτίθεται σε 20.000 – 40.000 διαφημίσεις τον χρόνο, με την Ελλάδα να κατέχει τον υψηλότερο ρυθμό διαφημίσεων στις ώρες υψηλής τηλεθέασης για παιδιά (9 διαφημίσεις/1 ώρα/κανάλι), ενώ τα τρόφιμα που κυρίως προβάλλουν οι διαφημίσεις δεν προάγουν την υγεία (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός, 2014). Τα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στα μηνύματα, λόγω περιορισμένης ικανότητας επεξεργασίας της πληροφορίας και πρόσφατες μελέτες όπου διερευνήθηκε η επίδραση των τηλεοπτικών διαφημίσεων στις διατροφικές επιλογές των παιδιών προσχολικής ηλικίας, έδειξαν ότι ακόμη και η σύντομη έκθεση στις τηλεοπτικές διαφημίσεις, τροποποιούν τις διατροφικές τους προτιμήσεις (Osei – Assibey et al., 2012), αυξάνοντας την πρόσληψη και ιδιαίτερα την κατανάλωση πρόχειρων ανθυγιεινών γευμάτων (Kuhl et al., 2012· Manios et al., 2009), επιλέγοντας περισσότερο τα τρόφιμα που βλέπουν συχνότερα στις διαφημίσεις (Green & Reese, 2006), χωρίς να προηγείται το αίσθημα της πείνας (Cox et al., 2012).

Τέλος, τα ΜΜΕ, καθώς αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι του κοινωνικού περιβάλλοντος των παιδιών, δεν θα πρέπει να αγνοούνται κατά την αξιολόγηση και το σχεδιασμό προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, αλλά να χρησιμοποιούνται άμεσα ή έμμεσα για την προώθηση συμπεριφορών που προάγουν τη δημόσια υγεία (Καφάτου & Μανιός, 2007).

8.3. Ο ρόλος των συνομηλίκων

Η ανάγκη των παιδιών και περισσότερο των εφήβων να ανήκουν σε μία παρέα, συχνά τα καθιστά επιρρεπή ακόμα και στο διατροφικό πρότυπο των συνομηλίκων, το οποίο σπάνια είναι θετικό, καθώς σύμφωνα με τους Krolner et al (2011), παρατηρείται πίεση για την κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών, ενώ τα φρούτα και ιδιαίτερα τα λαχανικά χαρακτηρίζονται «μη δημοφιλή». Επίσης η αξιολόγηση της επιρροής των συνομηλίκων δεν είναι εύκολη στις έρευνες, καθώς η δυναμική και η άσκηση ελέγχου από τις ομάδες συνομηλίκων εμποδίζουν τα παιδιά να εκφράσουν ελεύθερα την άποψή τους, χωρίς τα ίδια να έχουν επίγνωση για το πόσο πολύ επηρεάζονται (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός, 2014· Krolner et al., 2011). Τέλος, το σχολικό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση

συμπεριφορών υγείας σε παιδιά και εφήβους, καθώς περνούν σε αυτό πολλές ώρες την ημέρα, για πολλά χρόνια της ζωής τους, ενώ επίσης έχει τη δυνατότητα να συνεργαστεί με άλλους φορείς, όπως την οικογένεια και την κοινότητα και να αναπτύξει διατροφική πολιτική μέσα από Προγράμματα Αγωγής Υγείας.

ΚΕΦ. 9: Τα σχολικά προγράμματα Αγωγής Υγείας

9.1. Σημαντικοί ορισμοί και έννοιες για τα Προγράμματα Αγωγής Υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) η «υγεία» ορίζεται ως κατάσταση πλήρους φυσικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας, αποτελεί μέσο για την καθημερινή ζωή, χωρίς να αποτελεί αυτοσκοπό. Αντίστοιχα ο όρος «Αγωγή Υγείας» περιγράφει τη σχεδιασμένη μαθησιακή διαδικασία, η οποία απευθύνεται σε άτομα ή ομάδες, με στόχο τη διαμόρφωση των συμπεριφορών που προάγουν την υγεία, ελέγχοντας τους παράγοντες που την επηρεάζουν, ενώ ο όρος «παρέμβαση» χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις που η διατήρηση, η ενίσχυση ή η διακοπή μιας συμπεριφοράς σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για ασθένεια, τραυματισμό, αναπηρία ή θάνατο (Μανιός, 2007α).

Σύμφωνα με τον Γ. Μανιό (2007β), η «γνώση» αποτελεί βασικό στάδιο για την αλλαγή της συμπεριφοράς αλλά από μόνη της δεν αρκεί. Η απόκτηση γνώσεων πρέπει να συνοδεύεται από την «εμπειρία» – μια βιωματική διαδικασία – η οποία δημιουργεί «αντιλήψεις», οι οποίες σε βάθος χρόνου αξιολογούνται και εξελίσσονται σε «στάσεις», οι οποίες όταν αποκτούν ηθική διάσταση διαμορφώνονται σε «αξίες». Για την αλλαγή μιας συμπεριφοράς είναι αναγκαίο να ακολουθηθεί η παραπάνω πορεία, όπως εξίσου σημαντικό είναι το άτομο να αποκτήσει «δεξιότητες», δηλαδή την ικανότητα να ανταποκριθεί αποτελεσματικά σε μια εργασία.

Σε αυτό το πλαίσιο ο Π.Ο.Υ συνδέει την Υγεία με την Εκπαίδευση, υπογραμμίζοντας ότι τα θέματα Αγωγής Υγείας θα πρέπει να προωθούνται μέσα από το Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών (Α.Π.Σ) του σχολείου, αλλά και μέσα από το κρυφό πρόγραμμα, το οποίο εκφράζει το ήθος και το περιβάλλον του σχολείου, εστιάζοντας στις αξίες, στις στάσεις και στις συμπεριφορές, με τη συνεργασία σχολείου οικογένειας και κοινότητας (Langford et al., 2015). Οι κίνδυνοι για την υγεία που συνδέονται με την παιδική παχυσαρκία και το γεγονός ότι διατηρείται κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή, καθιστούν την παιδική ηλικία μια σημαντική περίοδο για την υλοποίηση παρεμβάσεων, που συνδέονται με την ανάπτυξη κατάλληλων οδηγών και πολιτικών, όπως νομικό σύστημα, ρυθμιστικά μέτρα, δράσεις και προτεραιότητες, στα αναπτυγμένα κράτη (Sacks, Swinburn, & Lawrence, 2008).

Το σχολικό περιβάλλον έχει τη δυνατότητα να έχει μεγάλο αντίκτυπο στη διατροφή των παιδιών και των εφήβων, καθώς καταναλώνουν σε αυτό το 19% ως 50% των συνολικών ημερήσιων θερμίδων (Story, Nanney, & Schwartz, 2009), ενώ πλεονεκτήματα, όπως το πεδίο δράσης, ο μεγάλος αριθμός μαθητών που λαμβάνουν ταυτόχρονα το ίδιο ερέθισμα, η δυνατότητα συνέχειας των στρατηγικών στο χρόνο - καθώς τα παιδιά φοιτούν για αρκετά χρόνια - και η πιθανότητα για αλλαγές τόσο σε γνωστικό, όσο και σε συμπεριφοριστικό επίπεδο, το καθιστούν το σημαντικότερο πλαίσιο για την ανάπτυξη παρεμβάσεων σχετικά με τη Φ.Δ. και την υγιεινή διατροφή (Cauwenberghe et al., 2009˙ Guerra, da Silveira, & Salvador, 2016˙ Story et al., 2009).

Στο χώρο της προσχολικής αγωγής παρουσιάζονται καλύτερα αποτελέσματα, είτε στοχεύοντας με απλές παρεμβάσεις, για την ανάπτυξη των διατροφικών προτιμήσεων των παιδιών, μέσω της έκθεσης, ή την ανάπτυξη των διατροφικών γνώσεων, είτε με σύνθετες παρεμβάσεις, οι οποίες συνδυάζουν και τις δύο προσεγγίσεις (Hesketh & Cambell, 2010˙ Mikkelsen, Husby, Skov, & Perez-Cueto, 2014). Τα προγράμματα που σχεδιάζονται για την προσχολική εκπαίδευση, ακολουθούν μία ή περισσότερες εκπαιδευτικές στρατηγικές-προσεγγίσεις, όπως: 1) ειδικά προγράμματα Αγωγής Υγείας πέρα από το Α.Π.Σ., τα οποία υλοποιούν εκπαιδευτικοί ή ειδικοί, 2) διαθεματικές προσεγγίσεις, 3) γονεϊκή συμμετοχή, 4) προσεγγίσεις βιωματικής μάθησης, όπως σχολικός κήπος, μαγειρική και προετοιμασία γευμάτων, 5) προσέγγιση μέσω συμπληρωματικών ενισχύσεων συμπεριφοράς όπως βραβεία ή επαίνους για τους μαθητές, 6) προσέγγιση μέσα από την ανάγνωση ιστοριών, όπου ο ήρωας έχει μια θετική συμπεριφορά, 7) προσεγγίσεις που βασίζονται σε παιχνίδια σχεδιασμένα να προωθούν τη θετική συμπεριφορά και τη νέα γνώση και 8) προσεγγίσεις μέσα από τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές (Dudley, Cotton, & Peralta, 2015).

9.2. Ανασκόπηση σχολικών προγραμμάτων διατροφικής αγωγής στις ΗΠΑ

Στις ΗΠΑ στο τέλος της δεκαετίας του 1930, με αφορμή τα υψηλά ποσοστά αγροτικής παραγωγής, το Υπουργείο Γεωργίας, προκειμένου να ενισχύσει οικονομικά τους αγρότες και να ωφελήσει την υγεία των μαθητών, καθιέρωσε τη δωρεάν παροχή μεσημεριανού γεύματος στο σχολείο, σχεδιάζοντας και εφαρμόζοντας από το 1977 προγράμματα διατροφικής αγωγής

σε σχολεία, ενώ το παράδειγμά τους ακολούθησαν στη συνέχεια και άλλες αναπτυγμένες χώρες. Τα πρώτα προγράμματα που εφαρμόστηκαν εστίαζαν κυρίως στην απόκτηση γνώσεων, όπως τα «Nutrition Education and Training Programm - NETP», «Nutrition in the changing word» και «Food… Your choice», ενώ από τη δεκαετία του 1980 και μετά τα προγράμματα διατροφής προσανατολίζονται στην αλλαγή συμπεριφορών και στηρίζονται στη Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης, όπως τα «Go for Health», «Slice of Life», «Food service project» και «CV Risk Reduction». Στη συνέχεια σχεδιάζονται εκπαιδευτικά προγράμματα τα οποία εμπλέκουν σημαντικά και τους γονείς, όπως τα «San Diego Family Health Project», «Know your body», «Heart Smart» και «Children and Adolescent Trial for Cardiovascular Health - CATCH», ενώ το 1991,με το πρόγραμμα «5- A – Day for Better Health», ακολουθώντας το παράδειγμα της Φιλανδίας, εμπλέκουν και την ευρύτερη κοινότητα (Μανιός, 2007γ).

9.3. Προγράμματα παρέμβασης που προωθούν την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών στις αναπτυγμένες χώρες

Στον αναπτυγμένο κόσμο, τα προγράμματα διατροφικής παρέμβασης γίνονται κυρίως από την κυβέρνηση, τη βιομηχανία και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς:

- στην Αυστραλία το 2008, δημιουργήθηκε από την κυβέρνηση η καμπάνια «Get set for life – habits for healthy kids», η οποία έδινε πρακτικές συμβουλές σε γονείς για την προώθηση του υγιεινού τρόπου ζωής στα παιδιά
- στις ΗΠΑ από το 1991 ως το 2006 υπήρχε το πρόγραμμα «5 A Day» για την αύξηση φρούτων και λαχανικών, υπό την αιγίδα του Εθνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου, το οποίο αντικαταστάθηκε από το πρόγραμμα «Fruits & Veggies – More Matters» το 2007, όταν άλλαξαν οι διατροφικές συστάσεις για τα φρούτα και τα λαχανικά, πετυχαίνοντας αύξηση της κατανάλωσης για παιδιά μικρότερα των 6 ετών και μεταξύ 6 – 12 ετών κατά 7% και 5% αντίστοιχα
- στη Δανία υπήρξε το 5ετές πρόγραμμα «6 a day», ένα από τα πιο πετυχημένα προγράμματα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, που προωθούσε την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, πετυχαίνοντας αύξηση στην κατανάλωση σε παιδιά 4 – 10 ετών κατά 58% και 29%, αντίστοιχα

- στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2009, υπήρξε το πετυχημένο πρόγραμμα «Food Dudes», το οποίο βασιζόταν στο πρότυπο και την επιβράβευση μέσα από σειρά περιπετειών ηρώων σε DVD, παρουσιάζοντας 60% – 200% αύξηση στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και μείωση ανθυγιεινών τροφών 20% – 100%, στο σχολείο και στο σπίτι, σε ηλικίες 2 – 11 ετών
- στη Νέα Ζηλανδία, το 1994 υπήρξε το πρόγραμμα «5+ a day» για την κατανάλωση 5 και περισσότερων φρούτων και λαχανικών την ημέρα, το οποίο είχε πολύ θετικά αποτελέσματα σταδιακά ως προς το ποσοστό των παιδιών που ακολουθούσαν τις συστάσεις (από 46% το 1997 στο 60,4% το 2011) (Rekhy, & McConchie, 2014).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι οι διαφορές μεταξύ φρούτων και λαχανικών - τόσο ως προς τα οφέλη τους για την υγεία, όσο και ως προς τα επίπεδα κατανάλωσης χωριστά - απαιτούν διαφορετικές προσεγγίσεις στις στρατηγικές παρέμβασης. Όμως το γεγονός ότι ο Π.Ο.Υ. αναφέρει στις συστάσεις και τους δύο τύπους μαζί, έχει ως αποτέλεσμα οι περισσότερες παρεμβάσεις να αφορούν τα φρούτα που είναι πιο εύκολος στόχος (Appleton et al., 2016).

9.4. Συμπεράσματα από την αξιολόγηση σχολικών προγραμμάτων Αγωγής Υγείας

Τα περισσότερα σχολικά προγράμματα παρέμβασης στηρίζονται σε προγράμματα της Αμερικής (Sharma, 2006), αλλά παρουσιάζεται σημαντικός βαθμός απουσίας θεωρητικής βάσης στο σχεδιασμό, την εκτέλεση και την αξιολόγηση των παρεμβάσεων, ενώ στις περιπτώσεις που υπάρχει θεωρητικό πλαίσιο, χρησιμοποιείται συχνότερα η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης, ενώ ακολουθούν η Γνωστική Θεωρία, η Θεωρία των Πολλαπλών Τύπων Νοημοσύνης και η Θεωρία της Έκθεσης (Guerra et al., 2016˙ Mikkelsen et al., 2014˙ Sharma, 2006), προωθώντας παράλληλα τη Βιωματική Μάθηση και την ενεργητική συμμετοχή των παιδιών (Dazeley, Houston-Price, & Hill, 2012).

Οι περισσότερες παρεμβάσεις είχαν διαμορφώσει ένα Α.Π.Σ (curricular) το οποίο υλοποιήθηκε από εκπαιδευτικούς με τη συμμετοχή των γονέων, ενώ τα προγράμματα παρέμβασης που συμμετείχε η κοινότητα, παρουσίαζαν καλύτερα αποτελέσματα

(Cauwenberghe et al., 2009· Guerra et al., 2016· Hesketh & Cambell, 2010· Sharma, 2006· Wofford, 2008). Επίσης τα κορίτσια και τα αγόρια ανταποκρίνονται καλύτερα σε διαφορετικού τύπου παρεμβάσεις, καθώς οι διαρθρωτικές παρεμβάσεις (structural), όπως τα περιβαλλοντικά προγράμματα που παρέχουν περισσότερη ευκαιρία για κίνηση έχουν καλύτερα αποτελέσματα στα αγόρια, ενώ οι συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις (behavioral), όπως προγράμματα που στηρίζονται στη θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης έχουν βαθύτερες αλλαγές στα κορίτσια (Amini, Djazayery, Majdzadeh, Taghdisi, & Jazayeri, 2015· Guerra et al., 2016).

Η διάρκεια των παρεμβάσεων είναι ένα καθοριστικό στοιχείο για την επιτυχία τους, καθώς όταν είναι μεγαλύτερη από 6 μήνες έχουμε καλύτερη ενοποίηση των συμπεριφορών υγείας, ενώ συστήνεται οι διατροφικές σχολικές παρεμβάσεις να ξεπερνούν το 1 έτος (Guerra et al., 2016).

Όσον αφορά στα αποτελέσματα των σχολικών παρεμβάσεων, δεν δείχνουν σημαντική μείωση του ΔΜΣ, έχουν όμως θετική επίδραση στον τρόπο ζωής (πχ. κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, κατανάλωσης αναψυκτικών κ.α) (Guerra et al., 2016). Επίσης, ένα πρόγραμμα παρέμβασης, εκτός από τον έλεγχο αποτελεσματικότητας, είναι καλό να περιλαμβάνει έλεγχο της σταθεροποίησης της συμπεριφοράς στο χρόνο, της ακεραιότητας του πλαισίου και της σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας (Cauwenberghe et al., 2009· Osei – Assibey et al., 2012), στοιχεία που στα περισσότερα προγράμματα είτε απουσιάζουν εντελώς, είτε παρουσιάζονται ελλιπώς (Doring, Mayer, Rasmussen & Sonntag, 2016).

Β’ ΜΕΡΟΣ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

ΚΕΦ. 1: Θεωρητικό πλαίσιο του προγράμματος

1.1. Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών (Δ.Ε.Π.Π.Σ) για το Νηπιαγωγείο και Αγωγή Υγείας

Η Αγωγή Υγείας στο ελληνικό σχολείο θεσμοθετήθηκε από το Υπουργείο παιδείας το 1992, και λειτουργεί ως προαιρετική διαθεματική δραστηριότητα. Ο βασικός σκοπός της Αγωγής Υγείας είναι «*η προάσπιση, η βελτίωση και η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας των μαθητών*» (ΔΕΠΠΣ, 2001, σ. 624˙ Ευσταθίου & Μανιός, 2007, σ. 211). Το 2001, η Αγωγή Υγείας ενσωματώνεται στο Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών (ΔΕΠΠΣ) για το Νηπιαγωγείο (Αρ.φυλ. 1366, τ. Β’ 18 – 10 – 2001, άρθρο 1), όπου σε συνδυασμό με γνωστικά αντικείμενα του Αναλυτικού Προγράμματος, 1) Παιδί και Γλώσσα, 2) Παιδί και Μαθηματικά, 3) Παιδί και Φυσικό και Ανθρωπογενές Περιβάλλον, 4) Παιδί και Τέχνη, 5) Παιδί και Πληροφορική, προωθεί θεμελιώδεις έννοιες της Διαθεματικής Προσέγγισης, όπως: Αλληλεπίδραση, Ανάπτυξη, Άτομο, Αυτογνωσία Αυτοεκτίμηση, Αυτονόμηση, Αυτοπροστασία, Γνώση, Ενέργεια, Ενημέρωση, Εξάρτηση, Εξέλιξη, Επικοινωνία, Ισορροπία, Κοινωνία, Οικονομία, Ομοιότητα – διαφορά, Οργάνωση, Παράδοση, Πολιτισμός, Προστασία, Σύστημα, Ταξινόμηση, Υπευθυνότητα, Χρόνος, Χώρος και άλλες (ΔΕΠΠΣ, 2001). Επίσης, σύμφωνα με το ΔΕΠΠΣ (2001, σ.631), το περιεχόμενο ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας θα πρέπει «*να διαπνέεται από ένα πνεύμα το οποίο δεν θα εκφοβίζει τους μαθητές ούτε θα κινδυνολογεί, δεν θα απαγορεύει ούτε θα απορρίπτει, δεν θα διδάσκει αλλά θα διαπαιδαγωγεί*», εξοικειώνοντας το μαθητή με ποικίλες καταστάσεις της πραγματικής ζωής και βοηθώντας τον να αποκτήσει τις κατάλληλες δεξιότητες ώστε να μπορεί να υιοθετεί θετικές στάσεις και συμπεριφορές. Τα προγράμματα για την ενίσχυση των θετικών διατροφικών στάσεων και συμπεριφορών, διαρκούν συνήθως 3 μήνες για τις μικρές τάξεις, εμπλέκοντας την εκπαιδευτική κοινότητα, τους γονείς, αλλά και την ευρύτερη κοινωνία, στο σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγησή τους (ΔΕΠΠΣ, 2001˙ Ευσταθιου & Μανιός, 2007).

1.2. Θεωρίες Μάθησης και Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας

Σύμφωνα με τον R. Gagne (όπως αναφέρεται στο Κασσωτάκης & Φλουρής, 2001, σ. 17), η μάθηση είναι μια διαδικασία που υποβοηθά τους ζωντανούς οργανισμούς «*να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους μέσα σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα και με μόνιμο τρόπο, έτσι ώστε η ίδια η τροποποίηση να μη χρειαστεί να συμβεί ξανά και ξανά σε κάθε νέα ανάλογη περίπτωση*». Επίσης, η διδακτική πράξη προσεγγίζεται με διαφορετικό τρόπο από τις διάφορες θεωρίες μάθησης, καθώς άλλες δίνουν έμφαση στις γνώσεις, άλλες στην ανάπτυξη στρατηγικών μάθησης, άλλες στην καλλιέργεια δεξιοτήτων και άλλες στην τροποποίηση της συμπεριφοράς και στην κοινωνική αλληλεπίδραση στο σχολικό περιβάλλον (Κασσωτάκης & Φλουρής, 2001). Κατά συνέπεια θεωρείται αναγκαία η διαμόρφωση ενός σύνθετου θεωρητικού πλαισίου εκπαιδευτικού προγράμματος διατροφικής παρέμβασης, το οποίο 1) θα χρησιμοποιεί στις στρατηγικές του προγράμματος, τις βασικές αρχές της Θεωρίας της Κοινωνικής Μάθησης του Bandura και της Θεωρίας της Έκθεσης του Zajonc, 2) θα λαμβάνει υπόψη τα χαρακτηριστικά της νοητικής ανάπτυξης των παιδιών προσχολικής ηλικίας, σύμφωνα με τη Γνωστική Θεωρία του Piaget και τους διαφορετικούς τρόπους που μαθαίνουν τα παιδιά, σύμφωνα με τη Θεωρία Πολλαπλών Τύπων Νοημοσύνης του Gardner και 3) θα επιλέγει ως βασική μέθοδο διδασκαλίας τη Βιωματική Μάθηση, μέσα από τη δραματοποίηση των παραμυθιών, το παιχνίδι και την αισθητηριακή εμπειρία σε χώρους τέχνης, αθλητισμού και πολιτισμού, φέρνοντας σε επαφή τη σχολική κοινότητα με την ευρύτερη κοινωνία.

1.2.1. Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης

Η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης (1977) του Καναδού κοινωνικού ψυχολόγου A. Bandura, υποστηρίζει ότι η μάθηση δεν είναι μόνο ένα γνωστικό φαινόμενο, αλλά τα άτομα που ζουν σε ομάδες, μαθαίνουν μέσα από την παρατήρηση και τη μίμηση των άλλων, ενώ τα μοντέλα συμπεριφοράς (πρότυπα) προσελκύουν την προσοχή του ατόμου, λόγω της συχνότητας εμφάνισής τους και ανάλογα με τις αξίες που καλλιεργούνται στην κοινωνική ομάδα (Κασσωτάκης & Φλουρής, 2001). Στα προγράμματα Αγωγής Υγείας η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης εισάγει αρχές όπως: αλληλεπίδραση συμπεριφοράς με ατομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, αντικειμενική αντίληψη παραγόντων (εσωτερικών και

εξωτερικών) που επηρεάζουν τη μάθηση και τη συμπεριφορά, απόκτηση δεξιοτήτων, κίνητρα και προσδοκίες των ατόμων, αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς, μάθηση μέσω παρατήρησης προτύπων, ενίσχυση (εσωτερική ή εξωτερική), αυτοαποτελεσματικότητα μέσα από την επανάληψη, ρύθμιση των συναισθημάτων (Μανιός & Γραμματικάκη, 2007).

1.2.2. Θεωρία της Απλής Έκθεσης του Zajonc

Με αφορμή παρατηρήσεις αντιδράσεων ατόμων από πρωτόγονες φυλές απέναντι σε αντικείμενα που έβλεπαν για πρώτη φορά, ο R. Zajonc (1968) κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι η έκθεση σε ένα νέο ερέθισμα προκαλεί αρχικά μια αντίδραση φόβου και αποφυγής, η οποία συνδέεται με μηχανισμούς επιβίωσης. Στη συνέχεια με μία σειρά εργαστηριακών πειραμάτων, εξέτασε και επιβεβαίωσε την υπόθεση ότι η απλή επαναλαμβανόμενη έκθεση ενός ατόμου σε ένα αντικείμενο, αυξάνει την αρέσκεια προς αυτό.

1.2.3. Γνωστική Θεωρία του Piaget

Ο αναπτυξιακός ψυχολόγος J. Piaget, ασχολήθηκε με τον τρόπο που τα παιδιά αντιλαμβάνονται προοδευτικά τον κόσμο, μέσα από την ποιοτική αλλαγή στη δομή της σκέψης, διανύοντας 4 στάδια νοητικής ανάπτυξης, με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Η έννοια του «γνωστικού σχήματος» είναι βασική στη γνωστική θεωρία, καθώς αποτελεί το κύριο στοιχείο της νοητικής δομής και εξελίσσεται σταδιακά από πολύ απλούς σε πιο πολύπλοκους νοητικούς συλλογισμούς (Κασσωτάκης & Φλουρής, 2001· Κουτσουβάνου, 1994). Τα στάδια νοητικής ανάπτυξης στη θεωρία του Piaget είναι: 1) το αισθησιοκινητικό στάδιο (0 – 2 ετών), η οποία χαρακτηρίζεται από την απουσία χρήσης συμβόλων, 2) το στάδιο της προλογικής σκέψης (2 – 7 ετών), με χαρακτηριστικά: τη συμβολική λειτουργία της σκέψης, τον μεταγωγικό συλλογισμό, την απουσία της αντιστρεψιμότητας, τη συγκέντρωση σε μία μόνο διάσταση ή χαρακτηριστικό, τον εγωκεντρισμό, τον ανιμισμό, τον ανθρωπομορφισμό και τη μαγεία, 3) το στάδιο των συγκεκριμένων λογικών πράξεων (7 – 11 ετών), όπου η σκέψη είναι επαγωγική και 4)το στάδιο των τυπικών λογικών πράξεων (11 – 15 ετών), όπου η σκέψη είναι υποθετικο –

απαγωγική και το παιδί αποκτά την ικανότητα της αφηρημένης σκέψης (Κασσωτάκης & Φλουρής, 2001˙ Κουτσουβάνου, 1994).

1.2.4. Θεωρία των Πολλαπλών Τύπων Νοημοσύνης του Gardner

Η θεωρία του Gardner (1983) υποστηρίζει ότι η νοημοσύνη δεν αποτελεί μία ενιαία και σταθερή ικανότητα, αλλά από ένα σύνολο διαφορετικών ικανοτήτων - μορφών νοημοσύνης, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι να αντιλαμβάνονται τον κόσμο με 8 διαφορετικούς, αλλά εξίσου σημαντικούς τρόπους: 1) τη γλωσσική ή λεκτική νοημοσύνη (ικανότητα χρήσης της γλώσσας), 2) τη μουσική νοημοσύνη (παραγωγή ρυθμού και μουσική έκφραση), 3) τη λογικομαθηματική νοημοσύνη (ικανότητα επίλυσης προβλήματος), 4) τη χωρική νοημοσύνη (αντίληψη του χώρου), 5) την κιναισθητική νοημοσύνη (έλεγχος κινήσεων του σώματος), 6) τη διαπροσωπική νοημοσύνη (επικοινωνία και συνεργασία με τους άλλους), 7) την ενδοπροσωπική νοημοσύνη (αυτογνωσία) και 8) τη νατουραλιστική νοημοσύνη (αντίληψη των φυσικών αντικειμένων) (Κασσωτάκης & Φλουρής, 2001˙ Ντολιοπούλου, 1999).

1.2.5. Βιωματική – Ενεργητική Μάθηση

Η βιωματική προσέγγιση της μάθησης, έχει τις ρίζες της στο έργο των ψυχολόγων και επιστημόνων τη Αγωγής Dewey, Kilpatrick, Bruner, Vygotsky και Piaget (Ντολιοπούλου, 1999). Σε αντίθεση με την παραδοσιακή διδασκαλία, η βιωματική μάθηση προσεγγίζει τη γνώση μέσα από βιωματικές καταστάσεις και την αλληλεπίδραση με το περιβάλλον (Χρυσαφίδης, 1994). Οι βασικές αρχές της Βιωματικής Διδασκαλίας είναι 1) ο συσχετισμός του διδακτέου με την καθημερινή ζωή, 2) η πρόσκτηση γνώσεων, μέσα από την ενεργό δράση, 3) η δημιουργική σκέψη και η ανάπτυξη δεξιότητας επίλυσης προβλημάτων, 4) η συνεργατικότητα, 5) η διαφοροποιημένη διδασκαλία, όπου οι μαθητές αναλαμβάνουν τις εργασίες που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους, 6) η διεπιστημονικότητα και 8) η ένταξη της σχολικής ζωής στην κοινωνία (Χρυσαφίδης, 1994).

ΚΕΦ. 2: Εκπαιδευτικό υλικό του προγράμματος

2.1. Το εκπαιδευτικό Υλικό

Το εκπαιδευτικό υλικό του προγράμματος, δημιουργήθηκε ειδικά για την παρέμβαση και περιλάμβανε 1) οδηγό δραστηριοτήτων για εκπαιδευτικούς σε μορφή Α.Π.Σ. (curricular) και συνοδευτικό εποπτικό υλικό, 2) συλλογή διασκευασμένων ελληνικών παραδοσιακών παραμυθιών, 3) φύλλα εργασίας για παιδιά στο νηπιαγωγείο, 4) ασκήσεις για παιδιά και γονείς στο σπίτι, 5) ενημερωτικές επιστολές για γονείς.

2.1.1. Οδηγός Δραστηριοτήτων για Εκπαιδευτικούς

Ο Οδηγός Δραστηριοτήτων για Εκπαιδευτικούς, αποτελείται από 10 ενότητες και χωρίζεται σε δύο μέρη. Το Α' Μέρος (ενότητες 1-7) εστιάζει στην παροχή γνώσεων και πληροφοριών σχετικά με 1) την προέλευση των τροφών, 2) τις ομάδες των τροφών, 3) τα θρεπτικά συστατικά, 4) την πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής, 5) τη φυσική δραστηριότητα, 6) τα σκεύη του φαγητού και 7) τη διαφήμιση. Το Β' Μέρος (ενότητες 8 – 10) αναφέρεται στο σχεδιασμό παρέμβασης για 1) την αύξηση της κατανάλωσης σε φρούτα και λαχανικά, 2) την αύξηση της ποικιλίας στην καθημερινή διατροφή και 3) τη μείωση της ιδιοτροπίας (κριτική) απέναντι στα τρόφιμα. Επίσης υπάρχει συμπληρωματικά, μία ενότητα ανατροφοδότησης, η οποία περιλαμβάνει δραστηριότητες που πραγματοποιούνται σε συγκεκριμένα εκθέματα στην Εθνική Γλυπτοθήκη. Οι Δραστηριότητες του Προγράμματος είναι συνολικά 60.

Οι Δραστηριότητες που παρουσιάζονται σε κάθε ενότητα, ξεκινούν με τη δραματοποιημένη αφήγηση του παραμυθιού της ενότητας και επεκτείνονται σε προτάσεις για ομαδικά κινητικά παιχνίδια, επιτραπέζια και επιδαπέδια παιχνίδια με κάρτες, παιχνίδια στον υπολογιστή, παιχνίδια ρόλων με γαντόκουκλες, κατασκευές και πραγματοποίηση δράσεων, όπως δημιουργία γευμάτων στο σχολείο, δημιουργία και κοινοποίηση video, δημιουργία μικρών εκθέσεων και παρουσιάσεις σε μορφή project, συμμετοχή σε αθλητικές και μουσειακές δράσεις, δημιουργία «συμβολαίων» και καταγραφή διατροφικών συμπεριφορών σε πίνακες αξιολόγησης, απονομή επαίνων και βραβείων.

Η δομή της παρουσίασης των Δραστηριοτήτων ξεκινά αναφέροντας τις συνδέσεις με το ΔΕΠΠΣ για το Νηπιαγωγείο (Τομείς και Θεμελιώδεις Διαθεματικές Έννοιες) και τις συνδέσεις με τους Τύπους Πολλαπλής Νοημοσύνης (Gardner). Στη συνέχεια περιγράφονται οι στόχοι ως προς τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τις στάσεις και τις συμπεριφορές και ακολουθεί ο τίτλος, η χρονική διάρκεια, η περιγραφή και τα υλικά της δραστηριότητας.

2.1.2. Συλλογή διασκευασμένων ελληνικών παραδοσιακών παραμυθιών

Η επιλογή των παραμυθιών για τη δημιουργία της συλλογής, έγινε με κριτήριο το βαθμό «συνάντησης» των παραμυθιών με το εκάστοτε διατροφικό ζήτημα και στη συνέχεια διασκευάστηκαν για τις ανάγκες του Προγράμματος, εστιάζοντας στα παρακάτω σημεία:

1. τη δημιουργία σταθερού, τυπικού τρόπου έναρξης των παραμυθιών, α) μέσα από το λόγο, όπου τα παιδιά επαναλαμβάνουν τα λόγια έναρξης *«Κόκκινη κλωστή δεμένη στην Κουτάλα τυλιγμένη, γέμισέ την με Τροφή Παραμύθι να σου πει» και* β) μέσα από τη διαδικασία, όπου τα παιδιά τυλίγουν μια χοντρή κόκκινη κλωστή γύρω από την κουτάλα – αφηγήτρια του παραμυθιού, προκειμένου να ορίζεται χρονικά η έναρξη, αλλά και να ενισχύεται η επιθυμία για το παραμύθι που θα ακολουθήσει
2. την ενίσχυση του εκάστοτε διατροφικού μηνύματος, ή γνώσεων για την τροφή, εμπλουτίζοντας τις αρχικές πληροφορίες του παραμυθιού
3. την ανάδειξη της διατροφικής συμπεριφοράς των ηρώων, είτε ως θετικά (ήρωες), είτε ως αρνητικά διατροφικά πρότυπα (αντί - ήρωες)
4. την απλούστευση της πλοκής του παραμυθιού, ώστε να μην αποσπάται η προσοχή των νηπίων από το βασικό διατροφικό μήνυμα
5. τη διατήρηση του λιτού και άμεσου ύφους του παραμυθιού και τη δημιουργία ισορροπίας στην έκφραση του τοπικού γλωσσικού ιδιώματος, συμπληρώνοντας διευκρινιστικές πληροφορίες, όπου ήταν απαραίτητο, ώστε να είναι κατανοητοί από τα νήπια, ιδιωματισμοί και εκφράσεις που περιγράφουν τρόφιμα, σκεύη, ή συμπεριφορές των ηρώων
6. την αύξηση των διαλογικών μερών, ώστε να ενισχύεται η θεατρικότητα του κειμένου και η μίμηση προτύπου

7. την ενσωμάτωση ερωτήσεων, οι οποίες απευθύνονται στα νήπια, με στόχο τόσο την κατανόηση των διατροφικών συμπεριφορών των ηρώων και την επανάληψη βασικών διατροφικών μηνυμάτων και πληροφοριών, όσο και την ενίσχυση της προσοχής, του ενδιαφέροντος και της συμμετοχής των νηπίων

8. την ενσωμάτωση κινητικών παιχνιδιών και μιμήσεων με όλο το σώμα

9. την ενίσχυση των ευχάριστων και χιουμοριστικών επεισοδίων που συνδέονται με την τροφή

10. την παρουσίαση των βασικών διατροφικών γνώσεων, χρησιμοποιώντας έμμετρο λόγο και ρυθμικές επαναλήψεις, τα οποία αρέσουν στα παιδιά προσχολικής ηλικίας και ενισχύουν τη δυνατότητα διατήρησης και ανάκλησης των πληροφοριών.

Τα παραμύθια της συλλογής είναι:

1. «*Η Μαρούλα*», διασκευή ομώνυμου παραμυθιού από τη συλλογή του Γεωργίου Μέγα, Ελληνικά Παραμύθια, Α΄ Τόμος, για την εισαγωγή στην 1η ενότητα: Η προέλευση των τροφών.

2. «*Η Χελώνα ή Η Γυναίκα του Ψαρά*», διασκευή του παραμυθιού «*Η Χελώνα κι ο Ρεβιθάκης*», από τη συλλογή του Γεωργίου Μέγα, Ελληνικά Παραμύθια, Α΄ Τόμος, για την εισαγωγή στη 2η, 3η και 4η ενότητα: Οι ομάδες των τροφών, Τα θρεπτικά συστατικά και Η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής.

3. «*Το πιο Γλυκό Ψωμί*», διασκευή του ομώνυμου παραμυθιού, από τη συλλογή Νεοελληνικά Λαογραφικά Κείμενα, επιμέλειας Δημήτρη Λουκάτου, για την εισαγωγή στην 5η ενότητα: Η φυσική δραστηριότητα

4. «*Ο Μαγικός Μύλος*», διασκευή του ομώνυμου παραμυθιού από τη συλλογή της Ζωής Βαλάση, Δείπνο με Μάγισσες και Κολατσιό με Δράκους, για την εισαγωγή στην 6η ενότητα: Τα σκεύη του φαγητού.

5. «*Το Παιδί και το Ψαράκι*», διασκευή του ομώνυμου παραμυθιού από τη συλλογή του Γεωργίου Μέγα, Ελληνικά Παραμύθια, Β΄ Τόμος, για την εισαγωγή στην 7η ενότητα: Η Διαφήμιση.

6. «*Ο Ζαχαράκης*», διακειμενική σύνθεση του ομώνυμου παραμυθιού από τη συλλογή της Ζωής Βαλάση, Δείπνο με Μάγισσες και Κολατσιό με Δράκους, και του παραμυθιού «*Ο κυρ Σιμιγδαλένιος*» από τη συλλογή του Γεωργίου Μέγα, Ελληνικά Παραμύθια, Β΄ Τόμος, για την εισαγωγή στην 8η ενότητα και παρέμβαση στη διατροφική συμπεριφορά: Η αύξηση της κατανάλωσης σε φρούτα και λαχανικά.

7. «*Ο Δράκος και η Βασιλοπούλα*», διακειμενική σύνθεση του παραμυθιού «*Η Μηλιά του Βασιλιά*» από τη συλλογή του Γεωργίου Μέγα, Ελληνικά Παραμύθια, Α΄ Τόμος και λαϊκές δοξασίες, θρύλους και δημοτικά τραγούδια, τα οποία αναφέρονται στο Θεριό (Δράκος) της Βρύσης, για την εισαγωγή στην 9η ενότητα και παρέμβαση στη διατροφική συμπεριφορά: Η αύξηση της ποικιλίας στην καθημερινή διατροφή.

8. «*Οι Δώδεκα Μήνες*», διασκευή του ομώνυμου παραμυθιού από τη συλλογή του Γεωργίου Μέγα, Ελληνικά Παραμύθια, Α΄ Τόμος, για την εισαγωγή στη 10η ενότητα και παρέμβαση στη διατροφική συμπεριφορά: Η μείωση της ιδιοτροπίας (κριτική) απέναντι στα τρόφιμα.

2.1.3. Φύλλα Εργασίας για παιδιά στο Νηπιαγωγείο

Τα Φύλλα Εργασίας που απευθύνονται στα νήπια μέσα από το Πρόγραμμα, είναι κατάλληλα σχεδιασμένα για το αντιληπτικό επίπεδο και το επίπεδο δεξιοτήτων της ηλικίας τους. Χαρακτηρίζονται από απλές και σαφείς οδηγίες, συνδέονται με το παραμύθι και τις δραστηριότητες που το συνοδεύουν και μπορούν να αξιοποιηθούν για την αξιολόγηση της γνώσης, ή την τροποποίηση της συμπεριφοράς σε κάθε ενότητα.

2.1.4. Ασκήσεις για Παιδιά και Γονείς στο Σπίτι

Οι Ασκήσεις για Παιδιά και Γονείς στο Σπίτι, έχουν προαιρετικό χαρακτήρα, σχεδιάστηκαν με στόχο την εμπλοκή γονιών και νηπίων στο πρόγραμμα. Συνήθως προτείνουν μια από κοινού δράση, όπως υλοποίηση αγορών στο supermarket, παρακολούθηση και ανάπτυξη της κριτικής στάσης απέναντι στις τηλεοπτικές διαφημίσεις τροφίμων, συμπλήρωση πινάκων εκτίμησης διατροφικής συμπεριφοράς νηπίων και εστιάζουν γενικότερα στη συνεργασία νηπίων, γονιών και σχολείου και στην ανατροφοδότηση της γνώσης.

2.1.5. Ενημερωτικές Επιστολές για Γονείς

Οι Ενημερωτικές Επιστολές απευθύνονται στους γονείς και αποτελούνται από την Εισαγωγική Επιστολή του Προγράμματος (1), στην οποία παρουσιάζεται η φιλοσοφία, ο σκοπός, οι στόχοι και η δομή του Προγράμματος, τις Επιστολές Ενοτήτων (10), στις οποίες παρουσιάζονται πληροφορίες και προτάσεις προς τους γονείς σχετικά με το Διατροφικό Ζήτημα που εξετάζεται και διανέμονται μετά την ολοκλήρωση της κάθε Ενότητας, την Επιστολή για το Τέλος του Προγράμματος (1), στην οποία παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του Προγράμματος και σημειώνεται η σημασία της συμμετοχής των γονέων σε αυτό.

2.2. Επικουρικές Δράσεις

Στα πλαίσια ενίσχυσης του Προγράμματος Αγωγής Υγείας σχεδιάστηκαν μια σειρά από επικουρικές δράσεις, οι οποίες υλοποιήθηκαν την περίοδο μεταξύ Νοεμβρίου 2016 και Απριλίου 2017, αναδεικνύουν τη σύνδεση του σχολείου και της οικογένειας με την ευρύτερη κοινότητα και προωθούν τη γνώση.

Δημιουργία λαχανόκηπου στην αυλή του σχολείου (Νοέμβριος 2016), ο οποίος λειτούργησε ως «*εξωτερικό εργαστήριο μάθησης*» (Story et al., 2009, σ. 81), με στόχο να βοηθήσει τα παιδιά να συνειδητοποιήσουν τις συνδέσεις μεταξύ τροφίμων και περιβάλλοντος, μέσα από βιωματικές δραστηριότητες καλλιέργειας, συγκομιδής και κατανάλωσης, αυξάνοντας την πρόσβαση και μειώνοντας την αντίσταση να δοκιμάσουν νέα φρούτα και λαχανικά (Dazeley et al., 2012· Dudley et al., 2015).

Παρακολούθηση θεατρικών παραστάσεων, στο χώρο του Νηπιαγωγείου (Ομάδα Μικρός Νότος, παράσταση «Ο Κουκουμπλής», Νοέμβριος 2016) και σε θέατρο (*Το τρένο στο Ρουφ*, παράσταση «Δυο ξεροκέφαλες κουτάλες», Ιανουάριος 2017), με θέμα τη διατροφή, ενισχύοντας το ενδιαφέρον των παιδιών για συμμετοχή σε παιχνίδια ρόλων, δραματοποίησης και βιωματικής μάθησης, καλλιεργώντας τη δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων, παρουσιάζοντάς τα με έναν απλό θεατρικό τρόπο, όπου τους επιτρέπει να ζήσουν μια πραγματική κατάσταση (Κοντογιάννη, 2000).

Οργάνωση δραστηριοτήτων όπου τα παιδιά αναλάμβαναν τα ίδια δράσεις για την υγεία τους, όπως η συμμετοχή σε αθλητικό πρόγραμμα δραστηριοτήτων στο Αθλητικό Κέντρο της γειτονιάς τους (Φεβρουάριος, 2017).

Οργάνωση ενημερωτικής εσπερίδα γονέων, με ειδικό σε θέματα Διατροφής στην Παιδική Ηλικία (Φεβρουάριος 2017).

Οργάνωση μουσειακών δράσεων, όπως έκθεση με αγαπημένα μαγειρικά σκεύη των παιδιών στο χώρο του Νηπιαγωγείου με τίτλο: «Από τα μαγειρικά σκεύη της κουζίνας, στα μαγικά σκεύη των παραμυθιών» (Φεβρουάριος 2017), επίσκεψη στην παραδοσιακή κατοικία του Μουσείου Βορρέ (Μάρτιος 2017) και στην Εθνική Πινακοθήκη/ Γλυπτοθήκη (Απρίλιος 2017), με ειδικά σχεδιασμένες για το πρόγραμμα μουσειοπαιδαγωγικές δραστηριότητες.

2.3. Αξιολόγηση του Προγράμματος και του Εκπαιδευτικού Υλικού

Οι γονείς, μέσα από τη συμπλήρωση του Ερωτηματολόγιου Β' Φάσης, το οποίο διατηρεί τις ίδιες ερωτήσεις με το Ερωτηματολόγιο Α΄ Φάσης, έδωσαν τη δυνατότητα να αξιολογηθούν οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και τη διατροφική συμπεριφορά των νηπίων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, καθώς και άλλων μελών της οικογένειας (βλπ. Παράρτημα, σσ.155 -173).

Οι εκπαιδευτικοί που συμμετείχαν στο Πρόγραμμα, αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα τόσο του εκπαιδευτικού υλικού όσο και της μεθοδολογίας που προτείνεται στο πρόγραμμα και άλλων παραγόντων που συνέβαλλαν ή εμπόδισαν στη βελτίωση των διατροφικών γνώσεων και συμπεριφορών των νηπίων που συμμετείχαν, α) μέσα από τη συμπλήρωση ειδικά σχεδιασμένου Φύλλου Αξιολόγησης ανά Ενότητα και β) μέσα από Ερωτηματολόγιο Τελικής Αξιολόγησης, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.

ΚΕΦ. 3: Μεθοδολογία της έρευνας

3.1. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η δημιουργία, εφαρμογή και αξιολόγηση ενός πιλοτικού Προγράμματος Διατροφικής Παρέμβασης μέσα από το Ελληνικό Παραδοσιακό Παραμύθι, για τη βελτίωση της διατροφικής συμπεριφοράς σε παιδιά νηπιαγωγείου. Παράλληλα σκοπός της έρευνας είναι να μελετήσει τις διαφορές στη διατροφική συμπεριφορά των παιδιών της ομάδας παρέμβασης πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος, καθώς και τις διαφορές μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου πριν και μετά την παρέμβαση. Ο σκοπός της έρευνας βρίσκεται σε αντιστοιχία με το γενικό σκοπό των Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας για τη διατροφή, στο Νηπιαγωγείο, που είναι η προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και η υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών από τα νήπια (ΔΕΠΠΣ, 2001).

3.2. Μεθοδολογία της έρευνας

3.2.1. Η πειραματική μέθοδος

Για τη διεξαγωγή της έρευνας ακολουθήθηκε η πειραματική μέθοδος ελέγχου – σύγκρισης, χρησιμοποιώντας ένα πληθυσμό όπου εφαρμόστηκε το πρόγραμμα παρέμβασης κι έναν πληθυσμό με παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά με τον πληθυσμό στόχο, ο οποίος δεν συμμετείχε στο πρόγραμμα παρέμβασης, ενώ περιοδικά γινόταν συλλογή στοιχείων για σκοπούς σύγκρισης (Μανιός & Κώνστα, 2007).

3.2.2. Η Χαρτογράφηση της Παρέμβασης (Χ.Π.) – Στάδια της έρευνας

Για την επιτυχία μιας παρέμβασης απαιτείται τόσο η βαθιά γνώση του προβλήματος, όσο και η εξοικείωση με τον πληθυσμό στόχο (Μανιός, Ντετοπούλου & Ρίσβας, 2007). Η εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού στόχου, δηλαδή των παιδιών προσχολικής ηλικίας, στην παρούσα μελέτη έγινε με ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και συλλογή δεδομένων, μέσω

ειδικά σχεδιασμένου ερωτηματολογίου, το οποίο συμπληρώθηκε από τους γονείς των νηπίων πριν την παρέμβαση. Στη συνέχεια καθορίστηκε ο σκοπός και τα αντικείμενα της μελέτης, λαμβάνοντας υπόψη θεωρίες αλλαγής της συμπεριφοράς και επιλέγοντας συγκεκριμένες μεθόδους και στρατηγικές. Με τη μέθοδο της Χ.Π. αρχικά εξετάστηκαν εσωτερικές μεταβλητές, όπως γνώσεις, δεξιότητες, αυτοαποτελεσματικότητα, αυτοαξιολόγηση, αντιλήψεις και στάσεις και εξωτερικές μεταβλητές, όπως πρότυπα συμπεριφοράς, ενίσχυση, διαθεσιμότητα, πρόσβαση και κανόνες, που καθορίζουν τις διατροφικές συμπεριφορές, για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Στη συνέχεια επιλέχθηκαν οι μέθοδοι, όπως βιωματική προσέγγιση, συζήτηση, χρήση εποπτικού υλικού (για την ανάπτυξη των γνώσεων), έκθεση σε πρότυπες συμπεριφορές, καθοδηγούμενη εξάσκηση, διαχείριση καταστάσεων (για την ανάπτυξη δεξιοτήτων και αυτοαποτελεσματικότητας), θέσπιση στόχων, επίλυση προβλημάτων και μετάδοση πληροφοριών (για την αυτοαξιολόγηση), μέσα από στρατηγικές, όπως παραμύθια, παιχνίδια και δράσεις, που μεταδίδουν ένα συγκεκριμένο μήνυμα και οδηγούν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς. Ακολούθησε ο σχεδιασμός και η οργάνωση του εκπαιδευτικού υλικού παρέμβασης, ενώ στη συνέχεια συζητήθηκε το πλάνο της παρέμβασης με τους εκπαιδευτικούς που θα υλοποιούσαν το πρόγραμμα. Τέλος, διαμορφώθηκε ένα σχέδιο αξιολόγησης, τόσο κατά τη διάρκεια υλοποίησης της παρέμβασης, όσο και ως προς την τελική αξιολόγηση της τροποποίησης των γνώσεων, των στάσεων και των συμπεριφορών (Μανιός, Ντετοπούλου & Ρίσβας, 2007).

Ακολουθεί το χρονοδιάγραμμα της παρέμβασης, το οποίο με εξαίρεση το στάδιο της υλοποίησης του προγράμματος - το οποίο αφορούσε μόνο την Ο.Π. - λάμβανε υπόψη της όλο το δείγμα:

- Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (1 – 15/10/ 2016), σχετικά με το «Ελληνικό Παραδοσιακό παραμύθι», τη «Μεσογειακή Διατροφή», την «παιδική παχυσαρκία», τον «τρόπο ζωής» και τη «διατροφική συμπεριφορά» των παιδιών «προσχολικής ηλικίας», μέσα από αντίστοιχες λέξεις – κλειδιά, σε μελέτες δημοσιευμένες την τελευταία δεκαετία στο pubmed και το scopus
- Σχεδιασμός Ερευνητικού Εργαλείου – Ερωτηματολόγιο (15 – 31/10/2016)
- Σχεδιασμός Ερευνητικού Πρωτοκόλλου και Αίτηση Έγκρισης αυτού από την Επιτροπή Βιοηθικής Χαροκόπειου Πανεπιστημίου Αθηνών (1- 7/11/2016)

- Συλλογή δεδομένων πριν την παρέμβαση, για την εκτίμηση των αναγκών του πληθυσμού στόχου - Διαμοιρασμός, συμπλήρωση και συγκέντρωση Ερωτηματολογίων (14 – 21/11/2016)
- Στατιστική ανάλυση των δεδομένων πριν την παρέμβαση και εκτίμηση των απαντήσεων των γονέων, ως προς τα σημαντικότερα προβλήματα διατροφικής συμπεριφοράς των παιδιών τους (21 – 30/11/2016)
- Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα συγκεκριμένα προβλήματα διατροφικής συμπεριφοράς, με λέξεις - κλειδιά «φρούτα και λαχανικά», «νεοφοβία», «σχολικά προγράμματα παρέμβασης» (6 /12/2016 – 8/1/2017)
- Δημιουργία Εκπαιδευτικού Υλικού (6 /12/2016 – 8/1/2017)
- Υλοποίηση της παρέμβασης (9/1/2017 – 7/4/2017), μόνο για την Ο.Π., σύμφωνα με το Πλάνο Παρέμβασης (ΠΙΝΑΚΑΣ 4).
- Συλλογή δεδομένων μετά την παρέμβαση από όλο το δείγμα - Διαμοιρασμός, συμπλήρωση και συγκέντρωση Ερωτηματολογίων (3 – 7/4/2017)
- Στατιστική ανάλυση των δεδομένων μετά την παρέμβαση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων στη διατροφική συμπεριφορά των δύο ομάδων πριν και μετά την παρέμβαση (10/4/2017 – 30/6/2017)

3.2.3. Ανεξάρτητες και εξαρτημένες μεταβλητές της έρευνας

Στην παρούσα μελέτη ως ανεξάρτητες μεταβλητές θεωρήθηκαν οι μεταβλητές που σχετίζονται με τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, ΔΜΣ) και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (εθνικότητα, μορφωτικό επίπεδο, εργασία γονέων, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών στην οικογένεια) των νηπίων και των γονέων του δείγματος, καθώς και μεταβλητές που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των νηπίων (Φ.Δ., Κ.Δ., διάρκεια ύπνου, διατροφικές συνήθειες). Αντίστοιχα σε σχέση με το σκοπό της έρευνας, ως εξαρτημένη μεταβλητή θεωρήθηκε η διατροφική συμπεριφορά των παιδιών ως προς το επίπεδο κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, την αποδοχή μεγαλύτερης ποικιλίας και την εμφάνιση ιδιοτροπίας (κριτική) απέναντι στα τρόφιμα, πριν και μετά την εφαρμογή του Προγράμματος Αγωγής Υγείας και του αντίστοιχου Εκπαιδευτικού Υλικού και σε σχέση με την ομάδα που δεν υλοποίησε το πρόγραμμα.

3.2.4. Υποθέσεις της έρευνας

Μηδενική Υπόθεση H_0: Το Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας και το αντίστοιχο Εκπαιδευτικό Υλικό για τη Διατροφή μέσα από το ελληνικό παραδοσιακό παραμύθι, **δεν** επηρεάζει τη διατροφική συμπεριφορά στα παιδιά προσχολικής ηλικίας

Εναλλακτική Υπόθεση H_1: Το Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας και το αντίστοιχο Εκπαιδευτικό Υλικό για τη Διατροφή μέσα από το ελληνικό παραδοσιακό παραμύθι, επηρεάζει τη διατροφική συμπεριφορά, στα παιδιά προσχολικής ηλικίας

3.2.5. Δείγμα της έρευνας και μέθοδος δειγματοληψίας

Το δείγμα της έρευνας, το οποίο πήρε μέρος στην παρέμβαση, αποτελείται από 83 νήπια, πρώτης και δεύτερης ηλικίας, 4 – 6 ετών, τα οποία φοιτούν σε τέσσερα (4) τμήματα, δύο Δημόσιων Νηπιαγωγείων στο Γέρακα Αττικής, από τα οποία τα τρία (3) τμήματα, συνολικά 62 νήπια, αποτέλεσαν την Ο.Π. (8ο Νηπιαγωγείο Γέρακα) και ένα (1) τμήμα, συνολικά 21 νήπια, αποτέλεσε την Ο.Ε. (1ο Νηπιαγωγείο Γέρακα). Επίσης, οι γονείς των νηπίων οι οποίοι συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, αποτέλεσαν το δείγμα που αξιολόγησε την παρέμβαση.

Ως προς τη μέθοδο δειγματοληψίας, τα νήπια της ομάδας παρέμβασης επιλέχθηκαν με κριτήριο τη σχέση τους με τον ερευνητή, που διεξάγει την παρούσα μελέτη, ο οποίος ανήκει στο εκπαιδευτικό προσωπικό του νηπιαγωγείου που υλοποιείται το Πρόγραμμα, ενώ τα νήπια της Ο.Ε., επιλέχθηκαν με κριτήριο α) τη φοίτησή τους σε γειτονικό νηπιαγωγείο της ίδια περιοχής, ώστε να έχουν κοινά με την Ο.Ε., ανθρωπομετρικά, κοινωνικά, δημογραφικά χαρακτηριστικά και κοινές στάσεις και συμπεριφορές που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους και β) τη δέσμευση ότι δεν θα υλοποιείτο κανένα Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας με θέμα τη Διατροφή στο νηπιαγωγείο τους, κατά τη σχολική χρονιά που θα διεξάγονταν η μελέτη.

Για τη συμμετοχή των νηπίων της Ο.Π. στην έρευνα ζητήθηκε η γραπτή συγκατάθεση των γονέων. Στάλθηκαν συνολικά 62 Ενημερωτικές Επιστολές για το Πρόγραμμα και αντίστοιχες Δηλώσεις Συγκατάθεσης και συμμετοχής στην έρευνα, όπου αναφέρονταν αναλυτικά το περιεχόμενο και ο σκοπός της παρούσας μελέτης και οι οποίες συνόδευαν το

Ερωτηματολόγιο της έρευνας (βλπ. Παράρτημα, σσ.152 - 154) και επεστράφησαν αντίστοιχα όλα τα έντυπα (ποσοστό απόκρισης 100%).

Για τη συμμετοχή των νηπίων της Ο.Ε. δεν ζητήθηκε γραπτή συγκατάθεση των γονέων, αλλά δόθηκαν μόνο η Ενημερωτική Επιστολή και το Ερωτηματολόγιο της έρευνας, καθώς τα νήπια της ομάδας ελέγχου δεν θα υλοποιούσαν το Πρόγραμμα. Στάλθηκαν συνολικά 26 Ερωτηματολόγια και επεστράφησαν 21 (ποσοστό απόκρισης 80,8%).

Από τα 62 νήπια που αρχικά συμμετείχαν στην Ο.Π., ένα (1) αγόρι νήπιο δεν ανήκε στην ηλικιακή ομάδα των 4 – 6 ετών, λόγω επαναφοίτησης, αλλά διατηρήθηκε στο σώμα του δείγματος, καθώς κρίθηκε ότι το κοινωνικό και νοητικό του επίπεδο αντιστοιχεί στην ηλικιακή ομάδα της έρευνας και δύο (2) αγόρια νήπια, τα οποία παρουσίαζαν διαγνωσμένη Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή, αλλά παρακολούθησαν το Πρόγραμμα με τη βοήθεια ειδικού παιδαγωγού, διατηρήθηκαν επίσης στο σώμα του δείγματος, καθώς κρίθηκε ότι λόγω του μικρού αριθμού τους, δεν επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά τα αποτελέσματα.

3.2.6. Μέσα συλλογής δεδομένων της έρευνας

Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας διαμοιράστηκε σε όλους τους γονείς των νηπίων του δείγματος, Ερωτηματολόγιο, το οποίο απευθύνονταν στον γονέα που ασχολείτο περισσότερο με τη σίτιση του παιδιού και αποτελούνταν από τέσσερα (4) τμήματα:

α. Γενικές ερωτήσεις για τους γονείς και την οικογένεια (9 ερωτήσεις), οι οποίες συνέλεγαν δεδομένα για τα:

- Ανθρωπομετρικά Χαρακτηριστικά (ηλικία, βάρος, ύψος γονέων),
- Δημογραφικά Χαρακτηριστικά (εθνικότητα, βαθμίδα εκπαίδευσης, απασχόληση, οικογενειακή κατάσταση)

β. Γενικές ερωτήσεις που αφορούν στο παιδί, το οποίο θα πάρει μέρος στο πρόγραμμα (15 ερωτήσεις), οι οποίες συνέλεγαν δεδομένα για

τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά του παιδιού, όπως :

- το φύλο

- την ηλικία
- το ύψος
- το βάρος

την ποιότητα ζωής του παιδιού, όπως:

- αν το παιδί ζει και με τους δύο γονείς
- αν υπάρχουν άλλα παιδιά στην οικογένεια
- τη διάρκεια της αθλητικής/φυσικής δραστηριότητας (μέσα στο 24ωρο)
- τη διάρκεια απασχόλησης μπροστά από οθόνη (μέσα στο 24ωρο)
- τη διάρκεια του ύπνου (μέσα στο 24ωρο)

τη διατροφή του παιδιού, όπως:

- πόσα γεύματα τρώει καθημερινά
- σε ποια από τα γεύματα τρώει μαζί με άλλο άτομο
- την ημερήσια κατανάλωση νερού
- τη συχνότητα κατανάλωσης τυποποιημένων χυμών ή αναψυκτικών

Τέλος, ακολουθούσαν 16 προτάσεις, οι οποίες αναφέρονταν σε προβλήματα διατροφικής συμπεριφοράς των νηπίων (Πίνακας 1), από τις οποίες οι γονείς καλούνταν να επιλέξουν τρεις διατροφικές συμπεριφορές, οι οποίες αφορούσαν περισσότερο το δικό τους παιδί. Στόχος της συγκεκριμένης ερώτησης ήταν να εκτιμηθούν τα επικρατέστερα προβλήματα διατροφικής συμπεριφοράς, σύμφωνα με τις απόψεις των γονέων της παρούσης ομάδας παρέμβασης, επάνω στα οποία δημιουργήθηκε στη συνέχεια το εκπαιδευτικό υλικό της παρέμβασης.

Πίνακας. 1. Ερωτηματολόγιο προβλημάτων διατροφικής συμπεριφοράς Νηπίων

1.	Το παιδί μου είναι ελλιποβαρές
2.	Το παιδί μου είναι υπέρβαρο
3.	Το παιδί μου τρώει λίγα φρούτα και λαχανικά
4.	Το παιδί μου δεν τρώει ποικιλία τροφίμων
5.	Το παιδί μου δεν δοκιμάζει νέα τρόφιμα
6.	Το παιδί μου δεν τρώει ψάρι
7.	Το παιδί μου καταναλώνει πολύ ζάχαρη (γλυκά, αναψυκτικά)
8.	Το παιδί μου δεν πίνει αρκετό νερό
9.	Το παιδί μου επιλέγει ανθυγιεινά σνακ
10.	Το παιδί μου αρνείται να φάει

11.	Το παιδί μου τρώει πολύ γρήγορα
12.	Το παιδί μου τρώει πολύ αργά
13.	Το παιδί μου χρησιμοποιεί κόλπα για να με πείσει ότι έφαγε (κρύβει το φαγητό του, το δίνει στο κατοικίδιο, το απλώνει στο πιάτο)
14.	Το παιδί μου κρίνει το φαγητό (δεν το τρώει λόγω εμφάνισης, χρώματος, σχήματος, μυρωδιάς)
15.	Το παιδί μου έχει φτωχούς τρόπους στο τραπέζι (τρώει ακατάστατα, παίζει με το φαγητό του, είναι ανήσυχο στην καρέκλα, δεν χρησιμοποιεί τα σκεύη, κάνει αγενείς θορύβους, μιλάει με το στόμα γεμάτο)
16.	Άλλο

γ. Ερωτηματολόγιο Προσκόλλησης στη Μ.Δ. - KIDMED (16 ερωτήσεις)

Το ερωτηματολόγιο KIDMED αναπτύχθηκε από τους Sera-Majem et al. (2004) προκειμένου να εκτιμήσει το βαθμό προσκόλλησης παιδιών και εφήβων στη Μ.Δ. και έχει χρησιμοποιηθεί σε αντίστοιχες έρευνες στην Ελλάδα. Αποτελείται από 16 ερωτήσεις θετικής ή αρνητικής απάντησης, οι οποίες αξιολογούν τη συχνότητα κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών, ψαριών, οσπρίων, δημητριακών, ξηρών καρπών, ελαιόλαδου, γιαουρτιού ή και τυριού, γρήγορου φαγητού και γλυκών, καθώς και την παράλειψη του πρωινού γεύματος, ή αντίθετα την ποιότητά του (Πίνακας 2). Οι ερωτήσεις βαθμολογούνται με τιμές +1 ή -1, ανάλογα με το αν επιλέγονται οι απαντήσεις που είναι σύμφωνες με τη Μ.Δ. ή όχι. Ο βαθμός προσκόλλησης στη Μ.Δ. υπολογίζεται από το συνολικό άθροισμα των βαθμών των απαντήσεων, διαμορφώνοντας τον προσωπικό δείκτη για το κάθε νήπιο, ο οποίος κυμαίνεται από -4 ως +12 βαθμούς (Kontogianni et al., 2008). Όταν ο δείκτης είναι ίσος ή υψηλότερος των 8 βαθμών, εκφράζει υψηλό βαθμό προσκόλλησης στη Μ.Δ. και άριστες διατροφικές συνήθειες. Όταν ο δείκτης είναι μεταξύ 4 ως και 7 βαθμών, εκφράζει μέτριο βαθμό προσκόλλησης στη Μ.Δ. και μέτριες διατροφικές συμπεριφορές. Όταν ο δείκτης είναι ίσος ή χαμηλότερος των 3 βαθμών, εκφράζει χαμηλό βαθμό προσκόλλησης στη Μ.Δ. και χαμηλής ποιότητας διατροφικές συμπεριφορές (Cabrera et al., 2015˙ Kontogianni et al., 2008˙ Serra-Majem et al., 2003).

Πίνακας 2. Ερωτηματολόγιο KIDMED

1.	Το παιδί σας καταναλώνει ένα φρούτο ή φυσικό χυμό φρούτων κάθε ημέρα;	Ναι ☐	Όχι ☐	+1
2.	Το παιδί σας καταναλώνει ένα δεύτερο φρούτο κάθε ημέρα;	Ναι ☐	Όχι ☐	+1
3.	Το παιδί σας καταναλώνει λαχανικά μία φορά την ημέρα;	Ναι ☐	Όχι ☐	+1
4.	Το παιδί σας καταναλώνει λαχανικά περισσότερο από μία	Ναι ☐	Όχι ☐	+1

φορά την ημέρα;		
5. Το παιδί σας καταναλώνει ψάρι τακτικά (τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα);	Ναι ☐ Όχι ☐	+1
6. Το παιδί σας καταναλώνει πρόχειρο φαγητό περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα (τύπου fast food κλπ);	Ναι ☐ Όχι ☐	-1
7. Το παιδί σας καταναλώνει όσπρια περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα;	Ναι ☐ Όχι ☐	+1
8. Το παιδί σας καταναλώνει ψωμί, ζυμαρικά ή ρύζι σχεδόν κάθε ημέρα (5 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα);	Ναι ☐ Όχι ☐	+1
9. Το παιδί σας για πρωινό τρώει συνήθως δημητριακά (τύπου corn flakes), ή ψωμί ή φρυγανιές ή αρτοσκευάσματα;	Ναι ☐ Όχι ☐	+1
10. Το παιδί σας καταναλώνει ξηρούς καρπούς τακτικά (τουλάχιστον 2- 3 φορές την εβδομάδα);	Ναι ☐ Όχι ☐	+1
11. Το παιδί σας καταναλώνει ελαιόλαδο (είτε σε σαλάτα, είτε σε φαγητό);	Ναι ☐ Όχι ☐	+1
12. Το παιδί σας συνήθως παραλείπει το πρωινό;	Ναι ☐ Όχι ☐	-1
13. Το παιδί σας για πρωινό συνήθως τρώει ή πίνει ένα γαλακτοκομικό προϊόν, όπως γάλα, γιαούρτι κ.α;	Ναι ☐ Όχι ☐	+1
14. Το παιδί σας για πρωινό τρώει συνήθως γλυκά;	Ναι ☐ Όχι ☐	-1
15. Το παιδί σας καταναλώνει δύο γιαούρτια ή και λίγο τυρί (δηλαδή περίπου 40 γραμμάρια) ημερησίως;	Ναι ☐ Όχι ☐	+1
16. Το παιδί σας καταναλώνει γλυκά κάθε μέρα;	Ναι ☐ Όχι ☐	-1

δ. Ερωτηματολόγιο Διατροφικής Συμπεριφοράς Παιδιών – CEBQ (35 ερωτήσεις)

Το Ερωτηματολόγιο Διατροφικής Συμπεριφοράς Παιδιών - CEBQ αναπτύχθηκε από τους Wardle, Guthrie, Sanderson και Rapoport (2001), για να καλύψει τις ανάγκες μελέτης της διατροφικής συμπεριφοράς των παιδιών, καθώς έρευνες αναδείκνυαν ότι οι ατομικές διαφορές στις διατροφικές συμπεριφορές, συνέβαλαν στην εμφάνιση προβλημάτων βάρους σε παιδιά και ενήλικες. Το CEBQ σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει το βαθμό εμφάνισης 8 συγκεκριμένων διατροφικών συμπεριφορών σε παιδιά:

1) την ανταπόκριση απέναντι στα τρόφιμα (Food Responsiveness – FR)
2) τη συναισθηματική υπερκατανάλωση τροφής (Emotional Over Eating – EOE)
3) την απόλαυση του φαγητού (Enjoyment of Food – EF)
4) την επιθυμία να καταναλώνουν υγρά (Desire to Drink – DD)
5) την ανταπόκριση στον κορεσμό (Satiety Responsiveness – SR)
6) τη βραδύτητα στην κατανάλωση του γεύματος (Slowness in Eating – SE)
7) τη συναισθηματική υποφαγία (Emotional Under Eating – EUE)

8) τις ιδιοτροπίες στο φαγητό (Food Fussiness – FF)

Στο CEBQ (Πίνακας 3), οι γονείς συμπληρώνουν σε κλίμακα Likert που κυμαίνεται από τους βαθμούς 1-5 και περιγραφικά από τις λέξεις «ποτέ» ως «πάντα», το βαθμό εμφάνισης 35 προτάσεων που συνδέονται με τις παραπάνω διατροφικές συμπεριφορές. Το συνολικό άθροισμα για κάθε διατροφική συμπεριφορά διαιρείται δια τον αριθμό των ερωτήσεων της κάθε υποκατηγορίας του CEBQ και όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ, τόσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός εμφάνισης της συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Πρόκειται για ένα ιδανικό ερευνητικό εργαλείο, κατάλληλο για τη διερεύνηση των πρώτων εκδηλώσεων διατροφικών διαταραχών και της παχυσαρκίας (Wardle et al., 2001). Ιδιαίτερα η νεοφοβία στα τρόφιμα, που απασχολεί την παρούσα μελέτη, εκφράζεται μέσα από την υψηλή ιδιορρυθμία/ιδιοτροπία απέναντι στο φαγητό (Food Fussiness – FF), τη βραδύτητα στην κατανάλωση (Slowness on Eating – SE) και την υψηλή ανταπόκριση στο κορεσμό (Satiety Responsiveness – SR), σε συνδυασμό με χαμηλή απόλαυση από το φαγητό (Enjoyment of Food – EF) και χαμηλή ανταπόκριση από την κατανάλωση των τροφίμων (Food Responsiveness – FR) (Cooke et al., 2006˙ Taylor, Wernimont, Northstone, & Emmett, 2015˙ Wardle & Cooke, 2008).

Πίνακας 3. Ερωτηματολόγιο Διατροφικής Συμπεριφοράς Παιδιών CEBQ

	Ποτέ	**Σπάνια**	**Μερικές φορές**	**Συχνά**	**Πάντα**	**Κατ/ρία**
1. Στο παιδί μου αρέσει το φαγητό.	☐	☐	☐	☐	☐	EF
2. Το παιδί μου τρώει περισσότερο όταν είναι ανήσυχο.	☐	☐	☐	☐	☐	EOE
3. Το παιδί μου έχει μεγάλη όρεξη.	☐	☐	☐	☐	☐	SR*
4. Το παιδί μου τελειώνει το γεύμα του γρήγορα.	☐	☐	☐	☐	☐	SE*
5. Το παιδί μου δείχνει ενδιαφέρον για το φαγητό.	☐	☐	☐	☐	☐	EF
6. Το παιδί μου πάντα ζητάει κάτι να πιεί.	☐	☐	☐	☐	☐	DD
7. Το παιδί μου αρνείται αρχικά να δοκιμάσει νέα τρόφιμα.	☐	☐	☐	☐	☐	FF
8. Το παιδί μου τρώει αργά.	☐	☐	☐	☐	☐	SE
9. Το παιδί μου τρώει λιγότερο όταν είναι θυμωμένο.	☐	☐	☐	☐	☐	EUE
10. Το παιδί μου απολαμβάνει να δοκιμάζει νέα τρόφιμα.	☐	☐	☐	☐	☐	FF*

11. Το παιδί μου τρώει λιγότερο όταν είναι κουρασμένο.	☐	☐	☐	☐	☐	EUE
12. Το παιδί μου πάντα ζητάει φαγητό.	☐	☐	☐	☐	☐	FR
13. Το παιδί μου τρώει περισσότερο όταν είναι ενοχλημένο από κάτι.	☐	☐	☐	☐	☐	EOE
14. Εάν του επιτραπεί, το παιδί μου θα φάει πολύ μεγάλη ποσότητα φαγητού.	☐	☐	☐	☐	☐	FR
15. Το παιδί μου τρώει περισσότερο όταν είναι αγχωμένο.	☐	☐	☐	☐	☐	EOE
16. Στο παιδί μου αρέσει να τρώει μεγάλη ποικιλία τροφίμων.	☐	☐	☐	☐	☐	FF*
17. Το παιδί μου αφήνει φαγητό στο πιάτο του στο τέλος του γεύματος.	☐	☐	☐	☐	☐	SR
18. Το παιδί μου χρειάζεται περισσότερο από 30 λεπτά για να τελειώσει το γεύμα του.	☐	☐	☐	☐	☐	SE
19. Εάν είχε επιλογή, το παιδί μου θα έτρωγε συνεχώς.	☐	☐	☐	☐	☐	FR
20. Το παιδί μου περιμένει με ενθουσιασμό την ώρα του γεύματος ή του φαγητού.	☐	☐	☐	☐	☐	EF
21. Το παιδί μου χορταίνει πριν τελειώσει το γεύμα του.	☐	☐	☐	☐	☐	SR
22. Το παιδί μου απολαμβάνει το φαγητό.	☐	☐	☐	☐	☐	EF
23. Το παιδί μου τρώει περισσότερο όταν είναι ευτυχισμένο/ χαρούμενο.	☐	☐	☐	☐	☐	EUE
24. Το παιδί μου είναι δύσκολο να ικανοποιηθεί με το φαγητό που καταναλώνει στα γεύματα.	☐	☐	☐	☐	☐	FF
25. Το παιδί μου τρώει λιγότερο όταν είναι στενοχωρημένο/ όταν δεν έχει καλή διάθεση.	☐	☐	☐	☐	☐	EUE
26. Το παιδί μου χορταίνει εύκολα.	☐	☐	☐	☐	☐	SR
27. Το παιδί μου τρώει περισσότερο όταν δεν έχει τίποτα άλλο να κάνει.	☐	☐	☐	☐	☐	EOE
28. Ακόμα και όταν το παιδί μου έχει χορτάσει μπορεί να καταναλώσει το αγαπημένο του τρόφιμο.	☐	☐	☐	☐	☐	FR
29. Εάν είχε την ευκαιρία, το παιδί μου θα έπινε κάτι συνεχώς καθ'όλη τη διάρκεια της ημέρας.	☐	☐	☐	☐	☐	DD
30. Το παιδί μου δεν μπορεί να φάει το γεύμα του εάν προηγουμένως έχει καταναλώσει ένα σνακ.	☐	☐	☐	☐	☐	SR
31. Εάν είχε την ευκαιρία το παιδί μου συνέχεια θα έπινε κάτι.	☐	☐	☐	☐	☐	DD

32. Το παιδί μου ενδιαφέρεται να δοκιμάζει τρόφιμα που δεν έχει δοκιμάσει στο παρελθόν.	☐	☐	☐	☐	☐	FF*
33. Το παιδί μου αποφασίζει ότι δεν του αρέσει ένα τρόφιμο ακόμα και εάν δεν το έχει δοκιμάσει.	☐	☐	☐	☐	☐	FF
34. Εάν είχε την ευκαιρία το παιδί μου θα είχε συνέχεια φαγητό στο στόμα του.	☐	☐	☐	☐	☐	FR
35. Το παιδί μου τρώει όλο και πιο αργά κατά την διάρκεια ενός γεύματος.	☐	☐	☐	☐	☐	SE

*Στις ερωτήσεις 3, 4, 10, 16, 32, οι βαθμοί στην κλίμακα Likert αντιστρέφονται

Το τελικό Ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας, διατέθηκε ως ένα ενιαίο πακέτο ερωτήσεων, το οποίο αποτελείτο συνολικά από 75 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 59 ήταν κλειστού τύπου, οι 8 ανοιχτού τύπου, και οι 6 ανοιχτού και κλειστού τύπου (με δυνατότητα ελεύθερης συμπλήρωσης). Ο χρόνος συμπλήρωσής του συνολικά δεν ξεπερνούσε τα 15 λεπτά.

Τέλος, το Ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη ήταν προσαρμοσμένο στην ελληνική πραγματικότητα, το μεγαλύτερο μέρος του είχε χρησιμοποιηθεί ξανά σε αντίστοιχες έρευνες και θεωρήθηκε κατάλληλο να μετρήσει τις διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές στη συγκεκριμένη ηλικία.

3.3. Έγκριση της έρευνας

Λήφθηκε έγκριση για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας από την Επιτροπή Βιοηθικής του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου, η οποία συμπεριλήφθηκε στα πρακτικά της συνεδρίασης 7/11/2016 του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου.

Πίνακας 4. Πλάνο παρέμβασης και υλοποίησης του εκπαιδευτικού υλικού

ΕΝΟΤΗΤΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ **Από τον οδηγό δραστηριοτήτων**	**ΠΑΡΑΜΥΘΙΑ** **Από τη συλλογή παραμυθιών**	**ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ**
1. Η προέλευση των τροφών (9-15/1/2017)	«Η Μαρούλα» (διασκευή από το ομώνυμο παραμύθι, συλλογή Γ. Μέγα Α' Τόμος, σελ 42 - 50)	• Οργάνωση της «γωνιάς»: «Παντοπωλείο της τάξης μας»
2. Οι ομάδες των τροφών (16 – 22/1/2017)	«Η Χελώνα» (διασκευή από το παραμύθι «Η Χελώνα κι ο Ρεβιθάκης», συλλογή Γ. Μέγα Α' Τόμος, σελ 92 - 98)	• Παρακολούθηση θεατρικής παράστασης: «Δυο ξεροκέφαλες κουτάλες» στο θέατρο Τρένο στο Ρούφ
3. Τα θρεπτικά συστατικά (16 – 22/1/2017)	«Η Χελώνα» (διασκευή από το παραμύθι «Η Χελώνα κι ο Ρεβιθάκης», συλλογή Γ. Μέγα Α' Τόμος, σελ 92 - 98)	
4. Η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής (23 – 29/1/2017)	«Η Χελώνα» (διασκευή από το παραμύθι «Η Χελώνα κι ο Ρεβιθάκης», συλλογή Γ. Μέγα Α' Τόμος, σελ 92 - 98)	• Προετοιμασία πρωινού γεύματος στο σχολείο
5. Η φυσική δραστηριότητα (30/1 – 5/2/2017)	«Το πιο γλυκό ψωμί» (διασκευή από το ομώνυμο παραμύθι, Νεοελληνικά λαογραφικά κείμενα, επιμ. Δ. Λουκάτος, Βασική Βιβλιοθήκη, Ζαχαρόπουλος, αρ.48, σελ160-162	• Εσπερίδα γονέων με ειδικό σε θέματα παιδικής διατροφής • Επίσκεψη στο Αθλητικό Κέντρο Γέρακα και συμμετοχή σε πρόγραμμα αθλητικών δραστηριοτήτων
6. Τα σκεύη του φαγητού (6 – 12/2/2017)	«Ο Μαγικός Μύλος» (διασκευή από το ομώνυμο παραμύθι, συλλογή Ζ. Βαλάση, σελ 169 – 176)	• Δημιουργία έκθεσης με τίτλο: «Κόκκινη κλωστή δεμένη… στην κουτάλα τυλιγμένη: Από τα μαγειρικά σκεύη της κουζίνας…. στα μαγικά σκεύη των παραμυθιών»
7. Η διαφήμιση (6 – 12/2/2017)	«Το παιδί και το ψαράκι» (διασκευή από το ομώνυμο παραμύθι, συλλογή Γ. Μέγα Β' Τόμος, σελ 33 – 35)	• Δημιουργία και κοινοποίηση διαφημιστικών spot και αφισών για υγιεινά τρόφιμα που δεν διαφημίζονται
8. 1η Παρέμβαση στη διατροφική συμπεριφορά: Αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών (13 – 26/2/2017)	«Ο Ζαχαράκης» (διασκευή από το ομώνυμο, συλλογή Ζωής Βαλάση, σελ 105- 113 και το παραμύθι «Ο κυρ Σιμιγδαλένιος», συλλογή Γ. Μέγα, Β' Τόμος, σελ 115 - 121)	• Προετοιμασία και κατανάλωση σαλάτας από τον λαχανόκηπο του σχολείου
9. 2η Παρέμβαση στη διατροφική συμπεριφορά: Αύξηση της ποικιλίας στην καθημερινή διατροφή (νεοφοβία) και συμπληρωματικά αύξηση της ενυδάτωσης (27/2 – 12/3/2017)	«Ο Δράκος και η Βασιλοπούλα» (μέρος από το παραμύθι «Η Μηλιά του Βασιλιά», συλλογή Γ. Μέγα Α' Τόμος, σελ 128 – 136)	• Επίσκεψη στο παραδοσιακό σπίτι και στους κήπους του Μουσείου Βορρέ (10/3/2017)
10. 3η Παρέμβαση στη διατροφική συμπεριφορά: Μείωση της κριτικής απέναντι στα τρόφιμα (νεοφοβία) (13 – 26/3/2017)	«Οι Δώδεκα Μήνες» (διασκευή από το ομώνυμο, συλλογή Γ. Μέγα Α' Τόμος, σελ 66 - 74)	
11. Ανατροφοδότηση σχετικά με γνώσεις, στάσεις, αξίες και συμπεριφορές, μέσα από πρόγραμμα Μουσειακής Αγωγής (27/3 – 7/4/2017)		• Επίσκεψη στην Εθνική Πινακοθήκη – Γλυπτοθήκη και υλοποίηση προγράμματος Διατροφικής Αγωγής (6/4/2017)

ΚΕΦ. 4: Αποτελέσματα της έρευνας

4.1. Στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων

Για τη στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό λογισμικό πακέτο IBM SPSS Statistics 21 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια πριν και μετά την παρέμβαση, αποτυπώθηκαν στη Βάση Δεδομένων του στατιστικού προγράμματος, ως ποσοτικές μεταβλητές (ηλικία, βάρος, ύψος, ΔΜΣ, χρόνο συμμετοχής σε Φ.Δ., χρόνο απασχόλησης μπροστά από οθόνη, διάρκεια ύπνου, scores από το KIDMED Test και το CEBQ Test - ανά υποκατηγορία), οι οποίες παρουσιάζονται ως προ τις αρχικές και τελικές μετρήσεις των δύο ομάδων ως μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις.

Τα υπόλοιπα δεδομένα, όπως η εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, η εργασία και η οικογενειακή κατάσταση των γονέων, το φύλο του νηπίου, τα γεύματα που καταναλώνει, τα γεύματα που καταναλώνει με παρέα, το επίπεδο ενυδάτωσης, η συχνότητα κατανάλωσης αναψυκτικών και τυποποιημένων χυμών, τα προβλήματα διατροφικής συμπεριφοράς ων νηπίων που οι γονείς θεωρούν ως σημαντικά για να γίνει παρέμβαση και το επίπεδο προσκόλλησης στη Μ.Δ. αποτελούν κατηγορικές μεταβλητές και παρουσιάζονται ως προς τις αρχικές και τις τελικές μετρήσεις των δύο ομάδων ως απόλυτες τιμές και ποσοστά επί τις εκατό.

Για τις συγκρίσεις των μεταβολών των μέσων τιμών μεταξύ των ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney U και των ποσοστών ο έλεγχος x^2.

Για την σύγκριση των μέσων τιμών στην κάθε ομάδα πριν και μετά την παρέμβαση χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon.

Για τη σύγκριση μεταβολών μέσων τιμών και ποσοστών στην κάθε ομάδα πριν και μετά την παρέμβαση, χρησιμοποιήθηκε ANOVA και ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal – Wallis.

Για τη διερεύνηση συχνοτήτων μεταξύ KIDMED και CEBQ Test και μεταβλητών σχετικά με την ποιότητα ζωής των νηπίων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson.

4.2. Αποτελέσματα περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής πριν την παρέμβαση

Η μητέρα είναι το πρόσωπο που ασχολείται περισσότερο με τη σίτιση του παιδιού, τόσο στο σύνολο των γονέων του δείγματος, όσο και στην Ο.Π. και Ο.Ε. σε ποσοστό 88%, 88,7% και 85,7% αντίστοιχα.

Α. Ως προς τα ανθρωπομετρικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων του δείγματος:

Ο ΔΜΣ για τους γονείς, υπολογίστηκε διαιρώντας το βάρος (σε κιλά) με το τετράγωνο του ύψους (σε μέτρα) και στη συνέχεια κατηγοριοποιήθηκε σε 4 κατηγορίες παχυσαρκίας: Ελλιποβαρής (ΔΜΣ < 18,5), Φυσιολογικός/η (ΔΜΣ 18,5 – 24,9), Υπέρβαρος/η (ΔΜΣ 25 – 29,9) και Παχύσαρκος/η (ΔΜΣ ≥ 30). Μεταξύ των Ο.Π. και Ο.Ε., εφαρμόζοντας Μη Παραμετρικό Έλεγχο Mann-Whitney και Chi – Square Test, με p–value <0,05, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο βάρος (p–value = 0,001), στο ΔΜΣ (p–value = 0,002) και όλες τις κατηγορίες παχυσαρκίας για τον πατέρα, με τους πατεράδες της Ο.Π. να παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά φυσιολογικού βάρους (16,1%) και υψηλότερα ποσοστά υπερβάλλοντος βάρους (56,5%) και παχυσαρκίας (25,8%) σε σχέση με τους πατεράδες στην Ο.Ε. (47,6%, 38,1% και 9,5%, αντίστοιχα), όπως φαίνεται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5. Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των γονέων του Δείγματος πριν την παρέμβαση

	ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ n = 62		**ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ n = 21**		**ΣΥΝΟΛΟ n = 83**	
	Πατέρας n = 62 Mean (SD)	**Μητέρα n = 62 Mean (SD)**	**Πατέρας n = 21 Mean (SD)**	**Μητέρα n = 21 Mean (SD)**	**Πατέρας n = 83 Mean (SD)**	**Μητέρα n = 83 Mean (SD)**
Ηλικία Γονέων (σε έτη)	n = 61 41,25 (±5,88)	n = 62 37,15 (±5,18)	n = 20 40,30 (±3,76)	n = 21 38,62 (±4,65)	n = 81 41,01 (±5,43)	n = 83 37,52 (±5,06)
Βάρος Γονέων (σε κιλά)	n = 61 92,64 (±16,28)*	n = 62 64,01 (±12,42)	n = 20 80,6 (±8,5)	n = 21 65,38 (±12,92)	n = 81 89,67 (±15,6)	n = 83 64,36 (±12,49)
Ύψος Γονέων (σε μέτρα)	n = 61 1,80 (±0,06)	n = 62 1,67 (±0,07)	n = 20 1,78 (±0,09)	n = 21 1,66 (±0,07)	n = 81 1,79 (±0,07)	n = 83 1,67 (±0,07)
ΔΜΣ Γονέων (κιλά/μέτρα^2)	n = 61 28,53 (±4,89)*	n = 62 22,85 (±4,13)	n = 20 25,43 (±2,49)	n = 21 23,7 (±4,29)	n = 81 27,76 (±4,6)	n = 83 23,06 (±4,16)
Κατηγορία Παχυσαρκίας Γονέων	**n = 62 n (%)** n = 61	**n = 62 n (%)** n = 62	**n = 21 n (%)** n = 20	**n = 21 n (%)** n = 21	**n = 83 n (%)** n = 81	**n = 83 n (%)** n= 83
Λιπόβαρος/η	-	3 (4,8%)	-	1 (4,8%)	-	4 (4,8%)
Φυσιολογικός/η	10 (16,1%)*	44 (71%)	10 (47,6%)	13 (61,9%)	20 (24,1%)	57 (68,7%)
Υπέρβαρος/η	35 (56,5%)*	10 (16,1%)	8 (38,1%)	6 (28,6%)	43 (51,8%)	16 (19,3%)
Παχύσαρκος/η	16 (25,8%)*	5 (8,1%)	2 (9,5%)	1 (4,8%)	18 (21,7%)	6 (7,2%)
Δεν απάντησαν	1 (1,6%)	-	1 (4,8%)	-	2 (2,4%)	-

***Μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney,** με **p–value <0,05**

*** Μη παραμετρικός έλεγχος Chi – Square**, με **p–value <0,05**

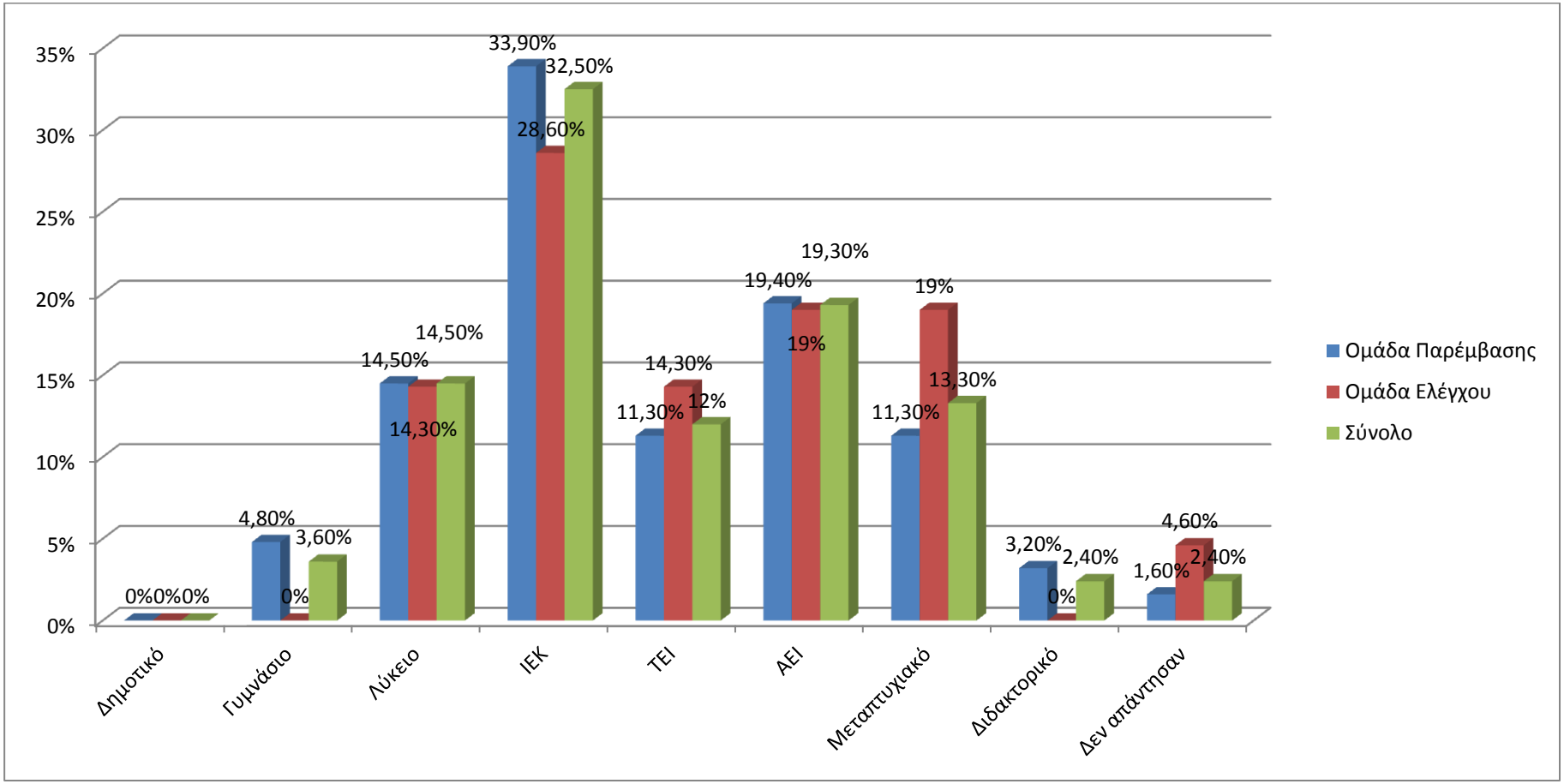
Η εθνικότητα του πατέρα στο Σύνολο των γονέων του δείγματος, στην Ο.Π και στην Ο.Ε. είναι Ελληνική σε ποσοστό 92,8%, 93,5% και 90,5% αντίστοιχα, ενώ ως άλλη εθνικότητα αναφέρεται μόνο η Αλβανική. Αντίστοιχα η εθνικότητα της μητέρας στο Σύνολο, στην Ο.Π. και στην Ο.Ε. είναι Ελληνική σε ποσοστό 86,7%, 83,9% και 95,2%, ενώ ως άλλες εθνικότητες αναφέρονται: Αλβανική (n=5), Λιθουανική (n=4), Ουκρανική (n=1), Βουλγαρική (n=1), Ουγγρική (n=1) και Ινδική (n=1).

Το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα των γονιών, κινούνται σε κοντινά ποσοστά σε όλες τις κατηγορίες και για τις δύο ομάδες και λόγω του μικρού δείγματος, με σχετικά κοινά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, όπως παρουσιάζονται στα Διαγράμματα 1 - 4.

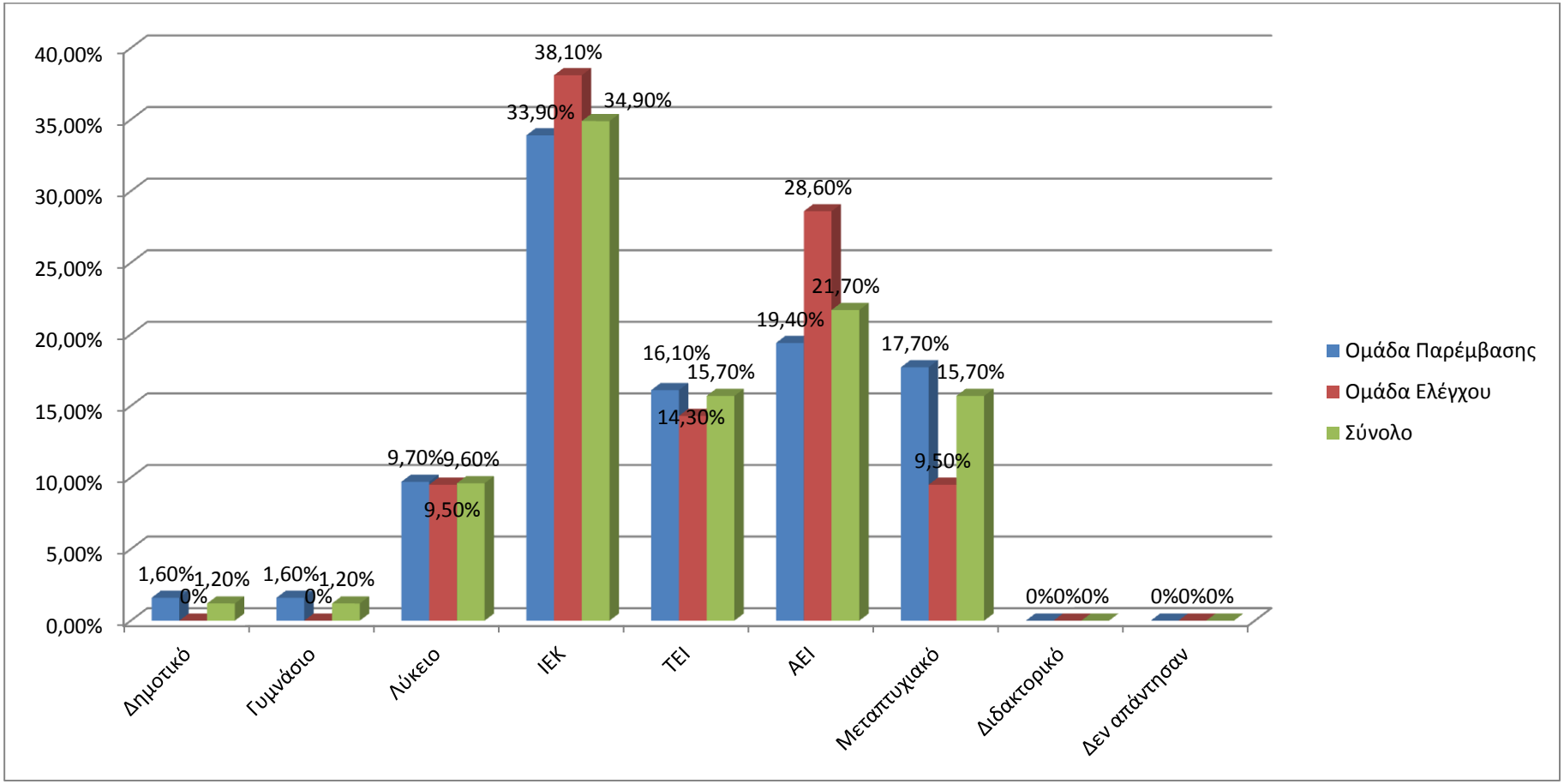
Ο τύπος επαγγελματικής απασχόλησης του πατέρα για το σύνολο των γονέων του δείγματος, για την Ο.Π. και Ο.Ε. είναι κυρίως πλήρης απασχόληση σε ποσοστό 92,8%, 91,9% και 95,2%% αντίστοιχα, ενώ στις υπόλοιπες κατηγορίες στο σύνολο είναι: μερική απασχόληση σε ποσοστό 2,4% και άνεργοι σε ποσοστό 2,4%. Αντίστοιχα ο τύπος επαγγελματικής απασχόλησης της μητέρας για το Σύνολο των γονέων του δείγματος, για την Ο.Π. και Ο.Ε. είναι κυρίως πλήρης απασχόληση σε ποσοστό 65,1%, 64,5% και 66,7%, ενώ στις υπόλοιπες κατηγορίες στο σύνολο είναι: μερική απασχόληση σε ποσοστό 15,7% και άνεργοι σε ποσοστό 18,1%.

Τέλος, η οικογενειακή κατάσταση των γονέων για το Σύνολο των γονέων του δείγματος, στην Ο.Π. και Ο.Ε. είναι κυρίως Έγγαμοι σε ποσοστό 89,2%, 87,1% και 95,2%, αντίστοιχα, ενώ στις υπόλοιπες κατηγορίες στο Σύνολο, είναι Άγαμοι, διαζευγμένοι και σε συμβίωση σε ποσοστό 4,8%, 4,8% και 1,2% αντίστοιχα.

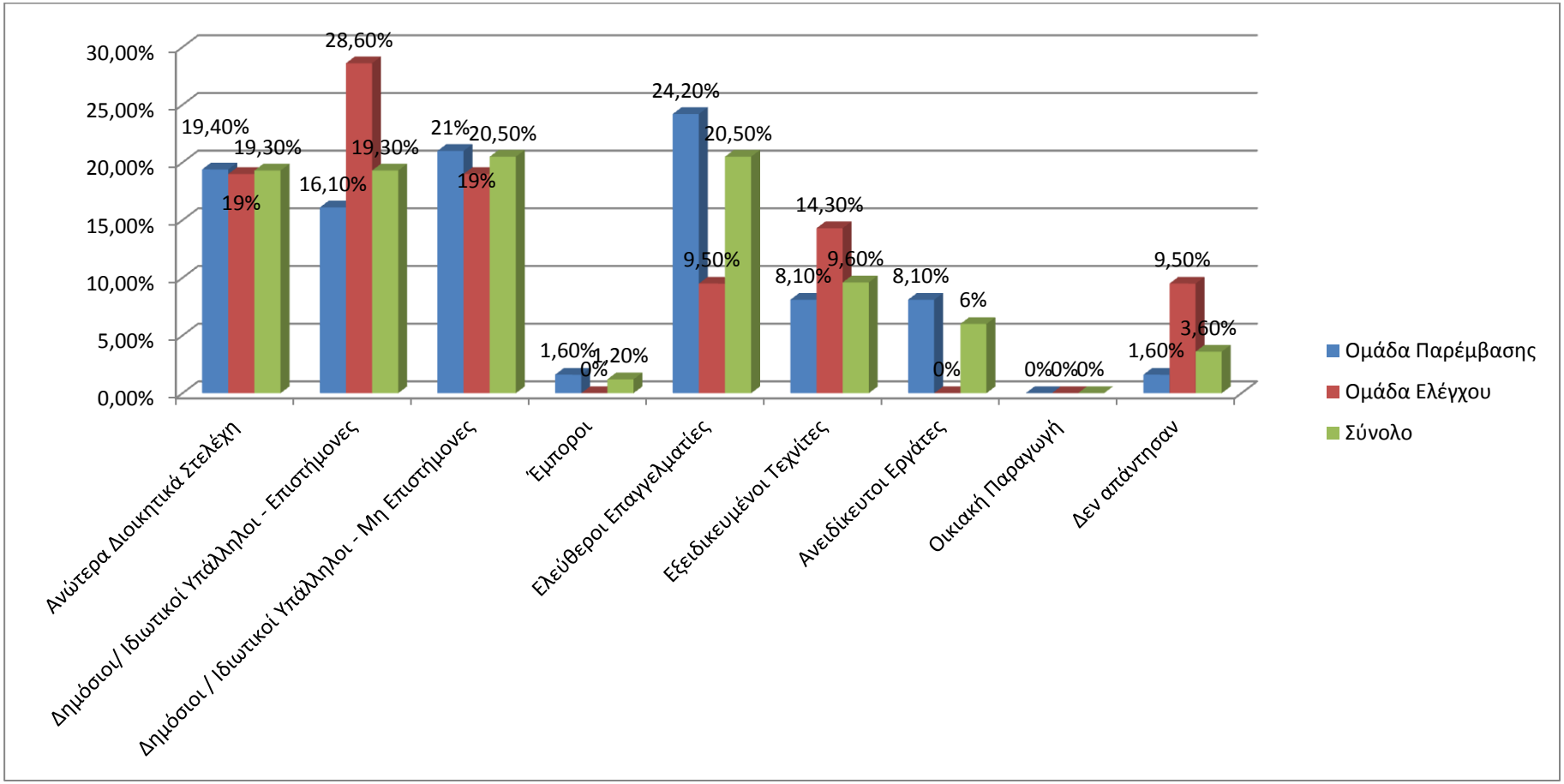
Διάγραμμα 1. Μορφωτικό επίπεδο πατέρα



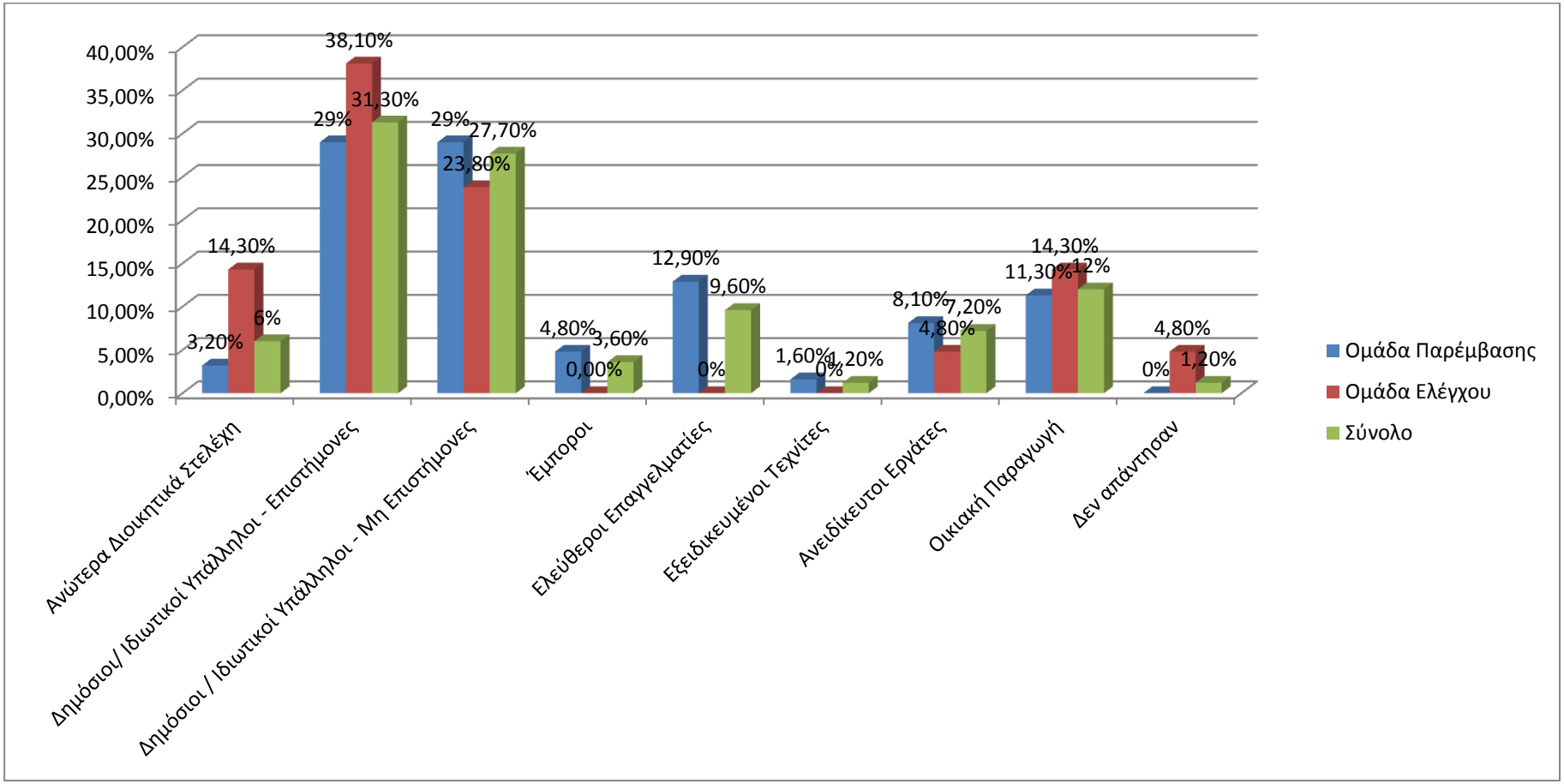
Διάγραμμα 2. Μορφωτικό επίπεδο μητέρας



Διάγραμμα 3. Επάγγελμα πατέρα



Διάγραμμα 4. Επάγγελμα μητέρας



Β. Ως προς τα δημογραφικά και τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των νηπίων του δείγματος

Τα νήπια που ζουν και με τους δύο γονείς και τα νήπια που ζουν με τον έναν γονιό, για το σύνολο των νηπίων του δείγματος, την Ο.Π. και Ο.Ε. είναι σε ποσοστό 95,2% και 4,8% αντίστοιχα. Επίσης τα νήπια που έχουν αδέλφια στο σύνολο των νηπίων του δείγματος, στην Ο.Π. και Ο.Ε. είναι σε ποσοστό 81,9%, 95,2% και 95,2%, αντίστοιχα.

Ο ΔΜΣ των νηπίων υπολογίστηκε διαιρώντας το βάρος (σε κιλά) με το τετράγωνο του ύψους (σε μέτρα), λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη το φύλο και την ηλικία (σε μήνες), σύμφωνα με τα διεθνή όρια για παιδιά ηλικίας 2-18 ετών (Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000), τα οποία είναι αποδεκτά από την IOTF και δημιουργήθηκαν κατόπιν διεθνούς επισκόπησης 6 εθνικών αντιπροσωπευτικών μελετών για την ανάπτυξη, στη Βραζιλία, το Ηνωμένο Βασίλειο, το Χονγκ Κόνγκ, την Ολλανδία, τη Σιγκαπούρη και τις Ηνωμένες Πολιτείες, με στόχο να προσφέρουν διεθνώς συγκρινόμενες μετρήσεις σε παιδιά που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα (Gupta et al., 2012).

Εφαρμόζοντας μη παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney και Chi – Square, με p–value <0,05, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στο βάρος, το ΔΜΣ και τις κατηγορίες παχυσαρκίας νηπίων μεταξύ των δύο ομάδων, αλλά παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά, μεταξύ των δύο ομάδων, στο ύψος των αγοριών στην Ο.Π. (p – value = 0,043), όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6. Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά των νηπίων του Δείγματος πριν την παρέμβαση

	ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ n = 62			**ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ n = 21**			**ΣΥΝΟΛΟ n = 83**		
	Αγόρια n = 36 Mean (SD)	**Κορίτσια n = 26 Mean (SD)**	**Σύνολο n = 62 Mean (SD)**	**Αγόρια n = 15 Mean (SD)**	**Κορίτσια n = 6 Mean (SD)**	**Σύνολο n = 21 Mean (SD)**	**Αγόρια n = 51 Mean (SD)**	**Κορίτσια n = 32 Mean (SD)**	**Σύνολο n = 83 Mean (SD)**
Ηλικία Νηπίων (σε μήνες)	n = 36 62,31 (±5,38)	n = 26 59,42 (±5,01)	n = 62 61,1 (±5,38)	n = 15 60,73 (±7,2)	n = 6 59,33 (±5,32)	n = 21 60,33 (±6,61)	n= 51 61,84 (±5,94)	n= 32 59,41 (±4,98)	n = 83 60,9 (±5,69)
Βάρος Νηπίων (σε κιλά)	n = 36 20,51 (±3,9)	n = 26 19,23 (±3,17)	n = 62 19,97 (±3,64)	n = 15 19,53 (±3,58)	n = 6 18,33 (±1,37)	n = 21 19,19 (±3,13)	n= 51 20,22 (±3,8)	n= 32 19,06 (±2,92)	n = 83 19,77 (±3,52)
Ύψος Νηπίων (σε εκατοστά)	n = 36 114,22 (±6,13)*	n = 26 110,46 (±3,74)	n = 62 112,65 (±5,55)	n = 15 111,13 (±5,5)	n = 6 109,67 (±6,683)	n = 21 110,71 (±5,73)	n= 51 113,31 (±6,07)	n= 32 110,31 (±4,31)	n = 83 112,16 (±5,62)
ΔΜΣ Νηπίων (κιλά/μέτρα^2)	n = 36 15,65 (±2,25)	n = 26 15,82 (±2,6)	n = 62 15,72 (±2,39)	n = 15 15,62 (±1,6)	n = 6 15,66 (±1,52)	n = 21 15,63 (±1,54)	n= 51 15,64 (±2,06)	n= 32 15,79 (±2,42)	n = 83 15,7 (±2,19)
Κατηγορία Παχυσαρκίας Νηπίων (ΔΜΣ)	**n = 36 n (%)**	**n = 26 n (%)**	**n = 62 n (%)**	**n = 15 n (%)**	**n = 6 n (%)**	**n = 21 n (%)**	**n = 51 n (%)**	**n = 32 n (%)**	**n = 83 n (%)**
Λιπόβαρο	8 (22,2%)	5 (19,2%)	13 (21%)	1 (6,7%)	1 (16,7%)	2 (9,5%)	9 (17,6%)	6 (18,8%)	15 (18,1%)
Φυσιολογικό	21 (58,3%)	14 (53,8%)	35 (56,5%)	12 (80%)	4 (66,7%)	16 (76,2%)	33 (64,7%)	18 (56,3%)	51 (61,4%)
Υπέρβαρο	5 (13,9%)	3 (11,5%)	8 (12,9%)	2 (13,3%)	1 (16,7%)	3 (14,3%)	7 (13,7%)	4 (12,5%)	11 (13,3%)
Παχύσαρκο	2 (5,6%)	4 (15,4%)	6 (9,7%)	-	-	-	2 (3,9%)	3 (12,5%)	6 (7,2%)

***Μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney,** με **p–value <0,05**

Γ. Ως προς την ποιότητα ζωής του νηπίου (ώρες ύπνου, ώρες απασχόλησης σε φυσική ή αθλητική δραστηριότητα, ώρες απασχόλησης σε οθόνη, διατροφικές συνήθειες)

Η διάρκεια της Φ.Δ. για παιδιά προσχολικής ηλικίας συνιστάται στη 1 ώρα τουλάχιστον ημερησίως (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός, 2014) και κατηγοριοποιήθηκε σε: Χαμηλή δραστηριότητα (<1 ώρα) και Συνιστώμενη δραστηριότητα (≥ 1 ώρα). Αντίστοιχα η διάρκεια απασχόλησης μπροστά από οθόνη, για παιδιά προσχολικής ηλικίας συνιστάται να μην υπερβαίνει τη 1 ώρα ημερησίως (Courage & Howe, 2010) και κατηγοριοποιήθηκε σε: Επιτρεπόμενη διάρκεια (≤ 1 ώρα) και Υψηλή διάρκεια (> 1 ώρα). Τέλος, η συνιστώμενη διάρκεια του ύπνου για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, σύμφωνα με το NSF (2004α) είναι 10 – 13 ώρες την ημέρα και κατηγοριοποιήθηκε σε Χαμηλή (< 10 ώρες), Συνιστώμενη (10 – 13 ώρες) και Υψηλή (>13 ώρες) διάρκεια.

Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων των νηπίων πριν την παρέμβαση, παρατηρήθηκε ότι υπάρχει οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά για το Σύνολο των Νηπίων της Ο.Π., στην κατηγορία Φ.Δ (p-value = 0,051), όπου παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά σε σχέση με την Ο.Ε και στατιστικά σημαντική διαφορά στην κατηγορία απασχόλησης σε οθόνη (p-value = 0,028), όπου παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με την Ο.Ε.μ, όπως φαίνεται στον Πίνακα 7.

Όσον αφορά στις διατροφικές συνήθεις, όπως τα γεύματα που καταναλώνει το νήπιο, τα γεύματα που καταναλώνει με παρέα (Πίνακας 8), το επίπεδο ενυδάτωσης και την κατανάλωση τυποποιημένων χυμών και αναψυκτικών (Πίνακας 9), δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, αλλά παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο Μεσημεριανό γεύμα μαζί με Άλλους, για τα Κορίτσια του Δείγματος (p-value = 0,03), τα οποία το καταναλώνουν πιο συχνά μόνα τους σε σχέση με τα αγόρια του Δείγματος.

Πίνακας 7. Ποιότητα ζωής του νηπίου πριν την παρέμβαση

	ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ n = 62			ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ n = 21			ΣΥΝΟΛΟ n = 83		
	Αγόρια n = 36 Mean (SD)	**Κορίτσια n = 26 Mean (SD)**	**Σύνολο n = 62 Mean (SD)**	**Αγόρια n = 15 Mean (SD)**	**Κορίτσια n = 6 Mean (SD)**	**Σύνολο n = 21 Mean (SD)**	**Αγόρια n = 51 Mean (SD)**	**Κορίτσια n = 32 Mean (SD)**	**Σύνολο n = 83 Mean (SD)**
Φυσική Δραστηριότητα (σε ώρες/ ημέρα)	n = 36 2,26 (±2,41)	n = 26 1,84 (±2,81)	n = 62 2,08 (±2,57)	n = 15 1,46 (±1,09)	n = 6 1,5 (±0,84)	n = 21 1,47 (±1,02)	n = 51 2,02 (±2,13)	n = 32 1,78 (±2,55)	n = 83 1,93 (±2,29)
Απασχόληση σε Οθόνη (σε ώρες/ ημέρα)	n = 36 2,3 (±1,44)	n = 26 1,5 (±0,96)	n = 62 1,96 (±1,31)	n = 15 1,73 (±0,7)	n = 6 1,25 (±0,61)	n = 21 1,59 (±0,7)	n = 51 2,13 (±1,29)	n = 32 1,45 (±0,9)	n = 83 1,87 (±1,2)
Διάρκεια Ύπνου (σε ώρες/ ημέρα)	n = 36 9,61 (±1,34)	n = 26 10 (±1,1)	n = 62 9,77 (±1,25)	n = 15 9,46 (±0,74)	n = 6 9,33 (±1,21)	n = 21 9,42 (±0,87)	n = 51 9,56 (±1,19)	n = 32 9,87 (±1,13)	n = 83 9,68 (±1,17)
Κατηγορία Φυσικής Δραστηριότητας[1]	**n = 36 n (%)**	**n = 26 n (%)**	**n = 62 n (%)**	**n = 15 n (%)**	**n = 6 n (%)**	**n = 21 n (%)**	**n = 51 n (%)**	**n = 32 n (%)**	**n = 83 n (%)**
Χαμηλή Φ.Δ. (<1 ώρα)	2 (5,6%)	8 (30,8%)	10 (16,1%)*	2 (13,3%)	-	2 (9,5%)	4 (7,8%)	8 (25%)	12 (14,5%)
Συνιστώμενη Φ.Δ. (≥1 ώρα)	34 (94,4%)	18 (69,2%)	52 (83,9%)*	13 (86,7%)	6 (100%)	19 (90,5%)	47 (92,2%)	24 (75%)	71 (85,5%)
Κατηγορία Απασχόλησης σε Οθόνη[2]									
Επιτρεπόμενη Διάρκεια Απασχόλησης (≤1 ώρα)	9 (25%)	14 (53,8%)	23 (37,1%)*	6 (40%)	4 (66,7%)	10 (47,6%)	15 (29,4%)	18 (56,3%)	33 (39,8%)
Υψηλή Διάρκεια Απασχόλησης (>1 ώρα)	27 (75%)	12 (46,2%)	39 (62,9%)*	9 (60%)	2 (33,3%)	11 (52,4%)	36 (70,6%)	14 (43,8%)	50 (60,2%)
Κατηγορία Διάρκειας Ύπνου[3]									
Χαμηλή Διάρκεια (<10 ώρες)	16 (44,4%)	10 (38,5%)	26 (41,9%)	6 (40%)	3 (50%)	9 (42,9%)	22 (43,1%)	13 (40,6%)	35 (42,2%)
Συνιστώμενη Διάρκεια (10 - 13 ώρες)	20 (55,6%)	16 (61,5%)	36 (58,1%)	9 (60%)	3 (50%)	12 (57,1%)	29 (56,9%)	19 (59,4%)	48 (57,8%)
Υψηλή Διάρκεια (>13 ώρες)	-	-	-	-	-	-	-		-

***Μη παραμετρικός έλεγχος Chi – Square, με p – value <0,05**

[1]Εθνικός Διατροφικός Οδηγός, για Βρέφη, Παιδιά και Εφήβους, 2014, [2]Courage & Howe, 2010, [3]National Sleep Foundation (2004α)

Πίνακας 8. Διατροφικές συνήθειες του νηπίου πριν την παρέμβαση

		ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ n = 62			ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ n = 21			ΣΥΝΟΛΟ n = 83		
Γεύματα που καταναλώνει το Νήπιο		**Αγόρια n = 36 n (%)**	**Κορίτσια n = 26 n (%)**	**Σύνολο n = 62 n (%)**	**Αγόρια n = 15 n (%)**	**Κορίτσια n = 6 n (%)**	**Σύνολο n = 21 n (%)**	**Αγόρια n = 51 n (%)**	**Κορίτσια n = 32 n (%)**	**Σύνολο n = 83 n (%)**
Πρωινό	**ΟΧΙ**	2 (5,6%)	4 (15,4%)	6 (9,7%)	-	-	-	2 (3,9%)	4 (12,5%)	6 (7,2%)
	ΝΑΙ	34 (94,4%)	22 (84,6%)	56 (90,3%)	15 (100%)	6 (100%)	21 (100%)	49 (96,1%)	28 (87,5%)	77 (92,8%)
Δεκατιανό	**ΟΧΙ**	4 (11,1%)	1 (3,8%)	5 (8,1%)	4 (26,7%)	-	4 (19%)	8 (15,7%)	1 (3,1%)	9 (10,8%)
	ΝΑΙ	32 (88,9%)	25 (96,2%)	57 (91,9%)	11 (73,3%)	6 (100%)	17 (81%)	43 (84,3%)	31 (96,9%)	74 (89,2%)
Μεσημεριανό	**ΟΧΙ**	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ΝΑΙ	36 (100%)	26 (100%)	62 (100%)	15 (100%)	6 (100%)	21 (100%)	51 (100%)	32 (100%)	83 (100%)
Απογευματινό	**ΟΧΙ**	6 (16,7%)	2 (7,7%)	8 (12,9%)	2 (13,3%)	1 (16,7%)	3 (14,3%)	8 (15,7%)	3 (9,4%)	11 (13,3%)
	ΝΑΙ	30 (83,3%)	24 (92,3%)	54 (87,1%)	13 (86,7%)	5 (83,3%)	18 (85,7%)	43 (84,3%)	29 (90,6%)	72 (86,7%)
Βραδινό	**ΟΧΙ**	3 (8,3%)	1 (3,8%)	4 (6,5%)	3 (20%)	2 (33,3%)	5 (23,8%)	6 (11,8%)	3 (9,4%)	9 (10,8%)
	ΝΑΙ	33 (91,7%)	25 (96,2%)	58 (93,5%)	12 (80%)	4 (66,7%)	16 (76,2%)	45 (88,2%)	29 (90,6%)	74 (89,2%)
Γεύματα μαζί με άλλο μέλος της οικογένειας		**n = 36 n (%)**	**n = 26 n (%)**	**n = 62 n (%)**	**n = 15 n (%)**	**n = 6 n (%)**	**n = 21 n (%)**	**n = 51 n (%)**	**n = 32 n (%)**	**n = 83 n (%)**
Πρωινό	**ΟΧΙ**	11 (30,6%)	8 (30,8%)	19 (30,6%)	3 (20%)	4 (66,7%)	7 (33,3%)	14 (27,5%)	12 (37,5%)	26 (31,3%)
	ΝΑΙ	25 (69,4%)	18 (69,2%)	43 (69,4%)	12 (80%)	2 (33,3%)	14 (66,7%)	37 (72,5%)	20 (62,5%)	57 (68,7%)
Δεκατιανό	**ΟΧΙ**	7 (19,4%)	1 (3,8%)	8 (12,9%)	5 (33,3%)	1 (16,7%)	6 (28,6%)	12 (23,5%)	2 (6,3%)	14 (16,9%)
	ΝΑΙ	29 (80,6%)	25 (96,2%)	54 (87,1%)	10 (66,7%)	5 (83,3%)	15 (71,4%)	39 (76,5%)	30 (93,8%)	69 (83,1%)
Μεσημεριανό	**ΟΧΙ**	-	-	-	1 (6,7%)	2 (33,3%)	3 (14,3%)	1 (2%)	2 (6,3%)*	3 (3,6%)
	ΝΑΙ	36 (100%)	26 (100%)	62 (100%)	14 (93,3%)	4 (66,7%)	18 (85,7%)	50 (98%)	30 (93,8%)*	80 (96,4%)
Απογευματινό	**ΟΧΙ**	17 (47,2%)	10 (38,5%)	27 (43,5%)	5 (33,3%)	3 (50%)	8 (38,1%)	22 (43,1%)	13 (40,6%)	35 (42,2%)
	ΝΑΙ	19 (52,8%)	16 (61,5%)	35 (56,5%)	10 (66,7%)	3 (50%)	13 (61,9%)	29 (56,9%)	19 (59,4%)	48 (57,6%)
Βραδινό	**ΟΧΙ**	6 (16,7%)	7 (26,9%)	13 (21%)	5 (33,3%)	3 (50%)	8 (38,1%)	11 (21,6%)	10 (31,3%)	21 (25,3%)
	ΝΑΙ	30 (83,3%)	19 (73,1%)	49 (79%)	10 (66,7%)	3 (50%)	13 (61,9%)	40 (78,4%)	22 (68,8%)	62 (74,7%)

***Μη παραμετρικός έλεγχος Chi – Square**, με **p – value <0,05**

Πίνακας 9. Κατανάλωση νερού και αναψυκτικών/ τυποποιημένων χυμών πριν την παρέμβαση

	ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ n = 62			ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ n = 21			ΣΥΝΟΛΟ N = 83		
Κατανάλωση Νερού	**Αγόρια n = 36 Mean (SD)**	**Κορίτσια n = 26 Mean (SD)**	**Σύνολο n = 62 Mean (SD)**	**Αγόρια n = 15 Mean (SD)**	**Κορίτσια n = 6 Mean (SD)**	**Σύνολο n = 21 Mean (SD)**	**Αγόρια n = 51 Mean (SD)**	**Κορίτσια n = 32 Mean (SD)**	**Σύνολο n = 83 Mean (SD)**
	4,19 (±1,98)	4,65 (±1,85)	4,39 (±1,92)	3,87 (±1,6)	5,17 (±1,72)	4,24 (±1,7)	4,1 (±1,87)	4,75 (±1,81)	4,35 (±1,86)
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
Ένα ποτήρι	1 (2,8%)	1 (3,8%)	2 (3,2%)	-	-	-	1 (2%)	1 (3,1%)	2 (2,4%)
Δύο ποτήρια	6 (16,7%)	-	6 (9,7%)	4 (26,7%)	-	4 (19%)	10 (19,6%)	-	10 (12%)
Τρία ποτήρια	8 (22,2%)	5 (19,2%)	13 (21%)	3 (20%)	1 (16,7%)	4 (19 %)	11 (21,6%)	6 (18,8%)	17 (20,5%)
Τέσσερα ποτήρια	6 (16,7%)	10 (38,5%)	16 (25,8%)	2 (13,3%)	1 (16,7%)	3 (14,3%)	8 (15,7%)	11 (34,4%)	19 (22,9%)
Πέντε ποτήρια	10 (27,8%)	3 (11,5%)	13 (21%)	4 (26,7%)	2 (33,3%)	6 (28,6%0	14 (27,5%)	5 (15,6%)	19 (22,9%)
Έξι ποτήρια	1 (2,8%)	3 (11,5%)	4 (6,5%)	1 (6,7%)	1 (16,7%)	2 (9,5%)	2 (3,9%)	4 (12,5%)	6 (7,2%)
Εφτά ποτήρια	1 (2,8%)	2 (7,7%)	3 (4,8%)	1 (6,7%)	-	1 (4,8%)	2 (3,9%)	2 (6,3%)	4 (4,8%)
Οχτώ ποτήρια	-	-	-	-	1 (16,7%)	1 (4,8%)	-	1 (3,1%)	1 (1,2%)
> οχτώ ποτήρια	3 (8,3%)	2 (7,7%)	5 (8,1%)	-	-	-	3 (5,9%)	2 (6,3%)	5 (6%)
Κατανάλωση Αναψυκτικών/ Τυποποιημένων Χυμών	**n = 36 Mean (SD)**	**n = 26 Mean (SD)**	**n = 62 Mean (SD)**	**n = 15 Mean (SD)**	**n = 6 Mean (SD)**	**n = 21 Mean (SD)**	**n = 51 Mean (SD)**	**n = 32 Mean (SD)**	**n = 83 Mean (SD)**
	3,08 (±1,44)	2,69 (±1,19)	2,92 (±1,35)	3 (±1,6)	2,33 (±1,21)	2,81 (±1,5)	3,06 (±1,48)	2,63 (±1,19)	2,89 (±1,38)
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
Καθόλου	6 (16,7%)	5 (19,2%)	11 (17,7%)	3 (20%)	2 (33,3%)	5 (23,8%)	9 (17,6%)	7 (21,9%)	16 (19,3%)
1 - 3 φορές το μήνα	6 (16,7%)	7 (26,9%)	13 (21%)	3 (20%)	1 (16,7%)	4 (19%)	9 (17,6%)	8 (25%)	17 (20,5%)
1 φορά την εβδομάδα	10 (27,8%)	6 (23,1%)	16 (25,8%)	3 (20%)	2 (33,3%)	5 (23,8%)	13 (25,5%)	8 (25%)	21 (25,3%)
2-4 φορές την εβδομάδα	10 (27,8%)	7 (26,9%0	17 (27,4%)	5 (33,3%)	1 (16,7%)	6 (28,6%)	15 (29,4%)	8 (25%)	23 (27,7%)
5-6 φορές την εβδομάδα	2 (5,6%)	1 (3,8%)	3 (4,8%)	-	-	-	2 (3,9%)	1 (3,1%)	3 (3,6%)
1 φορά την ημέρα	1 (2,8%)	-	1 (1,6%)	-	-	-	1 (2%)	-	1 (1,2%)
2-3 φορές την ημέρα	1 (2,8%)	-	1 (1,6%)	1 (6,7%)	-	1 (4,8%)	2 (3,9%)	-	2 (2,4%)
4-5 φορές την ημέρα	-	-	-	-	-	-	-	-	-
> 6 φορές την ημέρα	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Μη Παραμετρικός Έλεγχος Mann Whitney Test, με **p – value <0,05**

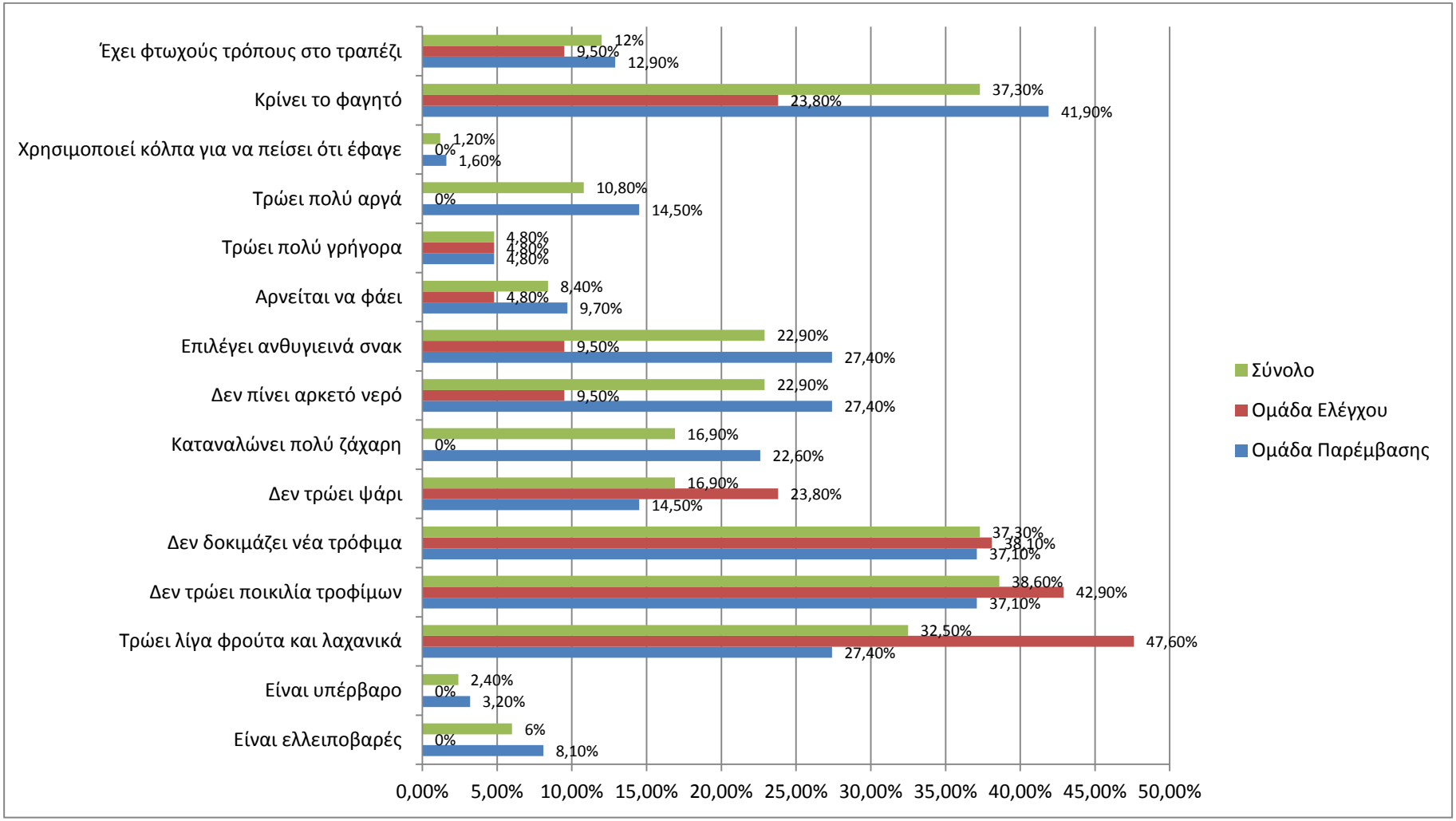
Τα προβλήματα διατροφικής συμπεριφοράς των νηπίων, τα οποία υπέδειξαν οι γονείς του δείγματος ως πιο σημαντικά, αφορούν στο σύνολο των νηπίων: την έλλειψη ποικιλίας στη διατροφή τους (38,6%), την κριτική απέναντι στα τρόφιμα (37,3%) και την άρνηση να δοκιμάσουν νέα τρόφιμα (37,3%), καθώς και τη χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (32,5%), όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 5.

Επίσης, μετά από μη παραμετρικό έλεγχο Chi – Square, με p – value <0,05, παρατηρήθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο Διατροφικό Πρόβλημα: Το παιδί μου καταναλώνει πολύ ζάχαρη (γλυκά, αναψυκτικά), για τα Αγόρια του Δείγματος (p-value = 0,024), τα οποία παρουσιάζουν χαμηλότερη κατανάλωση σε σχέση με τα κορίτσια, όπως φαίνεται στον Πίνακα 10.

Σε ότι αφορά στο βαθμό προσκόλλησης στη Μ.Δ. (KIDMED), δεν παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων πριν την παρέμβαση. Ελέγχοντας τις υποκατηγορίες του CEBQ, με μη παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney με p-value< 0,05, παρατηρήθηκε ότι παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά, στο συνολικό αποτέλεσμα Ανταπόκρισης στο Φαγητό (Food Responsiveness_FR) των Αγοριών της Ο.Π. (p-value = 0,037), τα οποία παρουσιάζουν μεγαλύτερη ανταπόκριση σε σχέση με τα αγόρια της Ο.Ε. και στο συνολικό αποτέλεσμα Συναισθηματικής Υποφαγίας (Emotional Unter Eating_EUE) των Κοριτσιών της Ο.Π. (p – value = 0,01), τα οποία παρουσιάζουν μεγαλύτερη Συναισθηματική Υποφαγία σε σχέση με τα κορίτσια της Ο.Ε., όπως φαίνεται στον Πίνακα 11.

Επίσης παρατηρήθηκε μετά από παραμετρικό έλεγχο ANOVA ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε Κατηγορίες Παχυσαρκίας και KIDMED score πριν την παρέμβαση, όπως φαίνεται στον Πίνακα 12.

Διάγραμμα 5. Προβλήματα διατροφικής συμπεριφοράς νηπίων πριν την παρέμβαση (n=83)



Πίνακας 10. Προβλήματα διατροφικής συμπεριφοράς νηπίων πριν την παρέμβαση

		ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ n = 62			ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ n = 21			ΣΥΝΟΛΟ n = 83		
Προβλήματα Διατροφικής Συμπεριφοράς		**Αγόρια n = 36 n (%)**	**Κορίτσια n = 26 n (%)**	**Σύνολο n = 62 n (%)**	**Αγόρια n = 15 n (%)**	**Κορίτσια n = 6 n (%)**	**Σύνολο n = 21 n (%)**	**Αγόρια n = 51 n (%)**	**Κορίτσια n = 32 n (%)**	**Σύνολο n = 83 n (%)**
1. Το παιδί μου είναι Λιποβαρές	**ΟΧΙ**	32 (88,9%)	25 (96,2%)	57 (91,9%)	15 (100%)	6 (100%)	21 (100%)	47 (92,2%)	31 (96,9%)	78 (94%)
	ΝΑΙ	4 (11,1%)	1 (3,8%)	5 (8,1%)	-		-	4 (7,8%)	1 (3,1%)	5 (6%)
2. Το παιδί μου είναι υπέρβαρο	**ΟΧΙ**	36 (100%)	24 (92,3%)	60 (96,8%)	15 (100%)	6 (100%)	21 (100%)	51 (100%)	30 (93,8%)	81 (97,6%)
	ΝΑΙ	-	2 (7,7%)	2 (3,2%)	-		-	-	2 (6,3%)	2 (2,4%)
3. Το παιδί μου τρώει λίγα φρούτα και λαχανικά	**ΟΧΙ**	22 (61,1%)	23 (88,5%)	45 (72,6%)	8 (53,3%)	3 (50%)	11 (52,4%)	30 (58,8%)	26 (81,3%)	56 (67,5%)
	ΝΑΙ	14 (38,9%)	3 (11,5%)	17 (27,4%)	7 (46,7%)	3 (50%)	10 (47,6%)	21 (41,2%)	6 (18,8%)	27 (32,5%)
4. Το παιδί μου δεν τρώει ποικιλία τροφίμων	**ΟΧΙ**	24 (66,7%)	15 (57,7%)	39 (62,9%)	9 (60%)	3 (50%)	12 (57,1%)	33 (64,7%)	18 (56,3%)	51 (61,4%)
	ΝΑΙ	12 (33,3%)	11 (42,3%)	23 (37,1%)	6 (40%)	3 (50%)	9 (42,9%)	18 (35,3%)	14 (43,8%)	32 (38,6%)
5. Το παιδί μου δεν δοκιμάζει νέα τρόφιμα	**ΟΧΙ**	25 (69,4%)	14 (53,8%)	39 (62,9%)	9 (60%)	4 (66,7%)	13 (61,9%)	34 (66,7%)	18 (56,3%)	52 (62,7%)
	ΝΑΙ	11 (30,6%)	12 (46,2%)	23 (37,1%)	6 (40%)	2 (33,3%)	8 (38,1%)	17 (33,3%)	14 (43,8%)	31 (37,3%)
6. Το παιδί μου δεν τρώει ψάρι	**ΟΧΙ**	32 (88,9%)	21 (80,8%)	53 (85,5%)	11 (73,3%)	5 (83,3%)	16 (76,2%)	43 (84,3%)	26 (81,3%)	69 (83,1%)
	ΝΑΙ	4 (11,1%)	5 (19, 2%)	9 (14,5%)	4 (26,7%)	1 (16,7%)	5 (23,8%)	8 (15,7%)	6 (18,8%)	14 (16,9%)
7. Το παιδί μου καταναλώνει πολύ ζάχαρη	**ΟΧΙ**	26 (72,2%)	22 (84,6%)	48 (77,4%)	15 (100%)	6 (100%)	21 (100%)	41 (80,4%)*	28 (87,5%)	69 (83,1%)
	ΝΑΙ	10 (27,8%)	4 (15,4%)	14 (22,6%)	-	-		10 (19,6%)*	4 (12,5%)	14 (16,9%)
8. Το παιδί μου δεν πίνει αρκετό νερό	**ΟΧΙ**	27 (75%)	18 (69,2%)	45 (72,6%)	13 (86,7%)	6 (100%)	19 (90,5%)	40 (78,4%)	24 (75%)	64 (77,1%0
	ΝΑΙ	9 (25%)	8 (30,8%)	17 (27,4%)	2 (13,3%)	-	2 (9,5%)	11 (21,6%)	8 (25%)	19 (22,9%)
9. Το παιδί μου επιλέγει ανθυγιεινά σνακ	**ΟΧΙ**	26 (72,2%)	19 (73,1%)	45 (72,6%)	14 (93,3%)	5 (83,3%)	19 (90,5%)	40 (78,4%)	24 (75%)	64 (77,1%0
	ΝΑΙ	10 (27,8%)	7 (26,9%)	17 (27,4%)	1 (6,7%)	1 (16,7%)	2 (9,5%)	11 (21,6%)	8 (25%)	19 (22,9%)
10. Το παιδί μου αρνείται να φάει	**ΟΧΙ**	31 (86,1%)	25 (96,2%)	56 (90,3%)	14 (93,3%)	6 (100%)	20 (95,2%)	45 (88,2%)	31 (96,9%)	76 (91,6%)
	ΝΑΙ	5 (13,9%)	1 (3,8%)	6 (9,7%)	1 (6,7%)	-	1 (4,8%)	6 (11,8%)	1 (3,1%)	7 (8,4%)
11. Το παιδί μου τρώει πολύ γρήγορα	**ΟΧΙ**	33 (91,7%)	26 (100%)	59 (95,2%)	14 (93,3%)	6 (100%)	20 (95,2%)	47 (92,2%)	32 (100%)	79 (95,2%)
	ΝΑΙ	3 (8,3%)	-	3 (4,8%)	1 (6,7%)	-	1 (4,8%)	4 (7,8%)	-	4 (4,8%)
12. Το παιδί μου τρώει πολύ αργά	**ΟΧΙ**	30 (83,3%)	23 (88,5%)	53 (85,5%)	15 (100%)	6 (100%)	21 (100%)	45 (88,2%)	29 (90,6%)	74 (89,2%)
	ΝΑΙ	6 (16,7%)	3 (11,5%)	9 (14,5%)	-	-	-	6 (11,8%)	3 (9,4%)	9 (10,8%)

13. Το παιδί μου χρησιμοποιεί κόλπα για να με πείσει ότι έφαγε	**ΟΧΙ**	35 (97,2%)	26 (100%)	61 (98,4%)	15 (100%)	6 (100%)	21 (100%)	50 (98%)	32 (100%)	82 (98,8%)
	ΝΑΙ	1 (2,8%)	-	1 (1,6%)	-	-	-	1 (2%)	-	1 (1,2%)
14. Το παιδί μου κρίνει το φαγητό	**ΟΧΙ**	22 (61,1%)	14 (53,8%)	36 (58,1%)	12 (80%)	4 (66,7%)	16 (76,2%)	34 (66,7%)	18 (56,3%)	52 (62,7%)
	ΝΑΙ	14 (38,9%)	12 (46,2%)	26 (41,9%)	3 (20%)	2 (33,3%)	5 (23,8%)	17 (33,3%)	14 (43,8%)	31 (37,3%)
15. Το παιδί μου έχει φτωχούς τρόπους στο τραπέζι	**ΟΧΙ**	30 (83,3%)	24 (92,3%)	54 (87,1%)	14 (93,3%)	5 (83,3%)	19 (90,5%)	44 (86,3%)	29 (90,6%)	73 (88%)
	ΝΑΙ	6 (16,7%)	2 (7,7%)	8 (12,9%)	1 (6,7%)	1 (16,7%)	2 (9,5%)	7 (13,7%)	3 (9,4%)	10 (12%)
16. Άλλο	**ΟΧΙ**	31 (86,1%)	22 (84,6%)	53 (85,5%	13 (86,7%)	5 (83,3%)	18 (85,7%)	44 (86,3%)	27 (84,4%)	71 (85,5%)
	ΝΑΙ	5 (13,9%)	4 (15,4%)	9 (14,5%)	2 (13,3%)	1 (16,7%)	3 (14,3%)	7 (13,7%)	5 (15,6%)	12 (14,5%)
17. Κανένα από τα παραπάνω	**ΟΧΙ**	34 (94,4%)	24 (92,3%)	58 (93,5%)	13 (86,7%)	5 (83,3%)	18 (85,7%)	47 (92,2%)	29 (90,6%0	76 (91,6%)
	ΝΑΙ	2 (5,6%)	2 (7,7%)	4 (6,5%)	2 (13,3%)	1 (16,7%)	3 (14,3%)	4 (7,8%)	3 (9,4%)	2 (8,4%)

***Μη – Παραμετρικός Έλεγχος Chi – Square**, με **p – value <0,05**

Πίνακας 11. Βαθμός προσκόλλησης στη Μ. Δ. (KIDMED) και Διατροφική Συμπεριφορά (CEBQ TEST) νηπίων πριν την παρέμβαση

	ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ, n = 62			ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ, n = 21			ΣΥΝΟΛΟ, n = 83		
	Αγόρια n = 36 Mean (SD)	**Κορίτσια n = 26 Mean (SD)**	**Σύνολο n = 62 Mean (SD)**	**Αγόρια n = 15 Mean (SD)**	**Κορίτσια n = 6 Mean (SD)**	**Σύνολο n = 21 Mean (SD)**	**Αγόρια n = 51 Mean (SD)**	**Κορίτσια n = 32 Mean (SD)**	**Σύνολο n = 83 Mean (SD)**
Συνολικό score KIDMED TEST	n = 36 2,94 (±5,09)	n = 26 4,42 (±4,77)	n = 62 3,56 (±4,97)	n = 15 3,2 (±2,7)	n = 6 5,33 (±3,72)	n = 21 3,81 (±3,09)	n = 51 3,02 (±4,5)	n = 32 4,59 (±4,55)	n = 83 3,63 (±4,56)
Κατηγορία Προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή	**n = 36 n (%)**	**n = 26 n (%)**	**n = 62 n (%)**	**n = 15 n (%)**	**n = 6 n (%)**	**n = 21 n (%)**	**n = 51 n (%)**	**n = 32 n (%)**	**n = 83 n (%)**
Χαμηλή Προσκόλληση στη Μ.Δ (KIDMED Score ≤ 3)	19 (52,8%)	11 (42,3%)	30 (48,4%)	9 (60%)	2 (33,3%)	11 (52,4%)	28 (54,9%)	13 (40,6%)	41 (49,4%)
Μέτρια Προσκόλληση στη Μ.Δ (KIDMED Score 4 – 7)	8 (22,2%)	7 (26,9%)	15 (24,2%)	5 (33,3%)	3 (50%)	8 (38,1%)	13 (25,5%)	10 (31,3%)	23 (27,7%)
Υψηλή Προσκόλληση στη Μ.Δ. (KIDMED Score ≥8)	9 (25%)	8 (30,8%)	17 (27,4%)	1 (6,7%)	1 (16,7%)	2 (9,5%)	10 (19,6%)	9 (28,1%)	19 (22,9%)
Συνολικό score στις υποκατηγορίες του CEBQ TEST	**n = 36 Mean (SD)**	**n = 26 Mean (SD)**	**n = 62 Mean (SD)**	**n = 15 Mean (SD)**	**n = 6 Mean (SD)**	**n = 21 Mean (SD)**	**n = 51 Mean (SD)**	**n = 32 Mean (SD)**	**n = 83 Mean (SD)**
Ανταπόκριση στο Φαγητό (Food Responsiveness_FR)	n = 36 2,44 (±0,87)*	n = 26 2,4 (±1,017)	n = 62 2,42 (±0,93)	n = 15 1,92 (±0,78)	n = 6 2,2 (±0,38)	n = 21 2 (±0,69)	n = 51 2,29 (±0,87)	n = 32 2,36 (±0,93)	n = 83 2,32 (±0,89)
Συναισθηματική Υπερφαγία (Emotional Over Eating_EOE)	n = 36 1,63 (±0,52)	n = 26 1,69 (±0,59)	n = 62 1,65 (±0,55)	n = 15 1,4 (±0,52)	n = 6 1,75 (±0,74)	n = 21 1,5 (±0,6)	n = 51 1,56 (±0,53)	n = 32 1,7 (±0,61)	n = 83 1,61 (±0,56)
Απόλαυση από το Φαγητό (Enjoyment of Food_EF)	n = 36 3,8 (±1,77)	n = 26 3,59 (±0,87)	n = 62 3,71 (±1,46)	n = 15 3,35 (±0,99)	n = 6 3,79 (±0,29)	n = 21 3,48 (±0,87)	n = 51 3,67 (±1,58)	n = 32 3,63 (±0,8)	n = 83 3,65 (±1,33)
Επιθυμία για Ποτό (Desire to Drink_DD)	n = 36 2,53 (±1,03)	n = 26 2,64 (±1,2)	n = 62 2,57 (±1,1)	n = 15 2,22 (±0,6)	n = 6 2,39 (±1,14)	n = 21 2,27 (±0,76)	n = 51 2,43 (±0,93)	n = 32 2,59 (±1,18)	n = 83 2,5 (±1,03)
Ανταπόκριση στον Κορεσμό (Satiety Responsivennes_SR)	n = 36 3,19 (±0,67)	n = 26 3,25 (±0,62)	n = 62 3,21 (±0,65)	n = 15 3,15 (±0,97)	n = 6 2,9 (±0,64)	n = 21 3,08 (±0,88)	n = 51 3,18 (±0,76)	n = 32 3,18 (±0,63)	n = 83 3,18 (±0,71)
Καθυστέρηση στο Φαγητό (Slowness in Eating_SE)	n = 36 2,77 (±0,91)	n = 26 2,92 (±0,79)	n = 62 2,83 (±0,86)	n = 15 2,87 (±0,98)	n = 6 2,63 (±0,74)	n = 21 2,8 (±0,91)	n = 51 2,8 (±0,92)	n = 32 2,87 (±0,78)	n = 83 2,83 (±0,86)
Συναισθηματική Υποφαγία (Emotional Under Eating_EUE)	n = 36 3 (±0,99)	n = 26 2,95 (±0,79)*	n = 62 2,98 (±0,91)	n = 15 2,48 (±0,79)	n = 6 2,03 (±0,55)	n = 21 2,35 (±0,75)	n = 51 2,85 (±0,96)	n = 32 2,78 (±0,83)	n = 83 2,82 (±0,91)
Ιδιοτροπία με το φαγητό (Food Fussiness_FF)	n = 36 3,16 (±0,77)	n = 26 3,14 (±1,02)	n = 62 3,15 (±0,87)	n = 15 3,49 (±0,78)	n = 6 2,94 (±1,22)	n = 21 3,33 (±0,93)	n = 51 3,25 (±0,78)	n = 32 3,1 (±1,04)	n = 83 3,19 (±0,89)

***Μη Παραμετρικός Έλεγχος Mann-Whitney**, με **p-value < 0,05**

Πίνακας 12. KIDMED score και Κατηγορίες Παχυσαρκίας νηπίων πριν την παρέμβαση

Κατηγορίες Παχυσαρκίας	ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ n = 62 Mean (SD)	p - value	ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ n = 21 Mean (SD)	p - value
Ελλειποβαρές	2,92 (±5,01)	0,424	8 (±5,66)	0,347
Φυσιολογικό	3,09 (±5,41)		3,38 (±2,71)	
Υπέρβαρο	6 (±4)		3,33 (±2,31)	
Παχύσαρκο	4,5 (±2,67)		-	

Παραμετρικός Έλεγχος ANOVA

4.3. Αποτελέσματα περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής μετά την παρέμβαση

Συγκρίνοντας με μη παραμετρικό έλεγχο Wilcoxon με p-value < 0,05, τις διαφορές στις μεταβλητές πριν και μετά την παρέμβαση (Μεταβολές Δ), μεταξύ των δύο ομάδων, παρατηρήθηκε ότι παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά, στο επίπεδο 0,05, στις ώρες που απασχολούνται τα νήπια σε οθόνη (p – value = 0,01), στο συνολικό αποτέλεσμα του KIDMED (p- value = 0,001), στο συνολικό αποτέλεσμα Ανταπόκρισης στο Φαγητό – CEBQ TEST (p – value = 0,008) και στο συνολικό αποτέλεσμα Συναισθηματικής Υποφαγίας – CEBQ TEST (p – value = 0,01), όπως φαίνεται στον Πίνακα 13.

Επίσης, μετά από μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal Wallis, με p-value < 0,05, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τμημάτων, στο συνολικό αποτέλεσμα του KIDMED μετά την παρέμβαση (p–value = 0,006), στο συνολικό αποτέλεσμα Συναισθηματικής Υποφαγίας πριν την Παρέμβαση (p–value = 0,028), στη Μεταβολή Δ_KIDMED (p–value = 0,003), στη Μεταβολή του Συνολικού αποτελέσματος Ανταπόκρισης στο Φαγητό Δ_FR (p–value = 0,028) και στη Μεταβολή του Συνολικού αποτελέσματος Συναισθηματικής Υποφαγίας Δ_EUE (p-value = 0,003), όπως φαίνεται στον Πίνακα 14.

Ενώ, μετά από παραμετρικό έλεγχο ANOVA με p-value < 0,05, παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ, τμήματος 2 (Ο.Π.) και τμήματος 4 (Ο.Ε), ως προς τη Μεταβολή Δ_KIDMED (p-value = 0,0005) και τμήματος 3 (Ο.Π.) και τμήματος 4 (Ο.Ε.), ως προς τη Μεταβολή στο συνολικό αποτέλεσμα Συναισθηματικής Υποφαγίας Δ_EUE (p-value = 0,004).

Επίσης ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis, με p-value < 0,05, έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα σε Κατηγορίες Παχυσαρκίας και KIDMED score (Πίνακας 15), όπως αντίστοιχα και μεταξύ Μεταβολών Δ στις Κατηγορίες Παχυσαρκίας και Μεταβολών Δ στο σκορ του KIDMED (Πίνακας 16), μετά την παρέμβαση.

Πίνακας 13. Μεταβολές Δ

	ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ n = 62 Mean (SD)	ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ n = 21 Mean (SD)	p-value
Δ_ΔΜΣ_ΠΑΤΕΡΑ	n = 61 -0,09 (±1,47)	n = 20 0,17 (±1,28)	0,933
Δ_ΒΑΡΟΣ_ΠΑΤΕΡΑ	n = 61 -0,38 (±5,12)	n = 20 0,6 (±4)	0,902
Δ_ΔΜΣ_ΜΗΤΕΡΑΣ	n = 62 0,18 (±0,91)	n = 21 0,35 (±1,36)	0,717
Δ_ΒΑΡΟΣ_ΜΗΤΕΡΑΣ	n = 62 0,43 (±2,67)	n = 21 0,95 (±3,93)	0,663
Δ_ΔΜΣ_ΝΗΠΙΟΥ	n = 62 -0,035 (±1,36)	n = 21 -0,29 (±1,37)	0,288
Δ_ΒΑΡΟΣ_ΝΗΠΙΟΥ	n = 62 0,8 (±1,28)	n = 21 0,31 (±1,09)	0,108
Δ_ΩΡΕΣ_ΦΥΣΙΚΗΣ_ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	n = 60 0,09 (±2,79)	n = 21 0,02 (±1,18)	0,431
Δ_ΩΡΕΣ_ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ_ΣΕ_ΟΘΟΝΗ	n = 60 -0,46 (±1,04)	n = 21 0,1 (±0,85)	**0,010***
Δ_ΩΡΕΣ_ΥΠΝΟΥ	n = 62 0,13 (±1)	n = 21 0,29 (±0,78)	0,552
Δ_ΝΕΡΟ	n = 62 -0.05 (±1.76)	n = 21 -0.14 (±1.24)	0,649
Δ_ΧΥΜΟΙ	n = 62 -0.44 (±0.88)	n = 21 -0.14 (±0.65)	0,163
Δ_KIDMED	n = 62 3,31 (±3,8)	n = 21 0,48 (±1,99)	**0,001***
Δ_FR Συνολικό Αποτέλεσμα Ανταπόκρισης στο Φαγητό	n = 62 -0,1 (±0,62)	n = 21 0,13 (±0,41)	**0,008***
Δ_EOE Συνολικό Αποτέλεσμα Συναισθηματικής Υπερφαγίας	n = 62 0,00 (±0,44)	n = 21 0,2 (±0,45)	0,157
Δ_EF Συνολικό Αποτέλεσμα Απόλαυσης από το Φαγητό	n = 62 -0,16 (±1,26)	n = 21 0,1 (±0,48)	0,313
Δ_DD Συνολικό Αποτέλεσμα Επιθυμίας για Ποτό	n = 62 0,08 (±0,77)	n = 21 0,17 (±0,75)	0,590
Δ_SR Συνολικό Αποτέλεσμα Ανταπόκρισης στον Κορεσμό	n = 62 -0,05 (±0,58)	n = 21 -0,04 (±0,52)	0,689
Δ_SE Συνολικό Αποτέλεσμα Καθυστέρησης στο Φαγητό	n = 62 -0,00 (±0,73)	n = 21 -0,13 (±0,68)	0,541
Δ_EUE Συνολικό Αποτέλεσμα Συναισθηματικής Υποφαγίας	n = 62 -0,09 (±0,8)	n = 21 0,31 (±0,65)	**0,010***
Δ_FF Συνολικό Αποτέλεσμα Ιδιοτροπίας στο φαγητό	n = 62 -0,13 (±0,68)	n = 21 0,01 (±0,38)	0,481

Μη Παραμετρικός Έλεγχος Wilcoxon, με p-value < 0,05

Πίνακας 14. Συγκρίσεις μεταβλητών μεταξύ των τμημάτων, ως προς το KIDMED score, τις υποκατηγορίες του CEBQ Test πριν και μετά την παρέμβαση, το Δ_KIDMED, το Δ στις υποκατηγορίες του CEBQ

	p-value			p-value
	ΠΡΙΝ	ΜΕΤΑ		
Συνολικό Αποτέλεσμα KIDMED	0,5	**0,006***	**Δ_KIDMED**	**0,003***
Συνολικό Αποτέλεσμα Ανταπόκρισης στο Φαγητό FR	0,239	0,688	**Δ_FR**	**0,028***
Συνολικό Αποτέλεσμα Συναισθηματικής Υπερφαγίας EOE	0,373	0,763	**Δ_EOE**	0,523
Συνολικό Αποτέλεσμα Απόλαυσης από το Φαγητό EF	0,896	0,898	**Δ_EF**	0,259
Συνολικό Αποτέλεσμα Επιθυμίας για Ποτό DD	0,722	0,917	**Δ_DD**	0,832
Συνολικό Αποτέλεσμα Ανταπόκρισης στον Κορεσμό SR	0,537	0,898	**Δ_SR**	0,716
Συνολικό Αποτέλεσμα Καθυστέρησης στο Φαγητό SE	0,617	0,715	**Δ_SE**	0,079
Συνολικό Αποτέλεσμα Συναισθηματικής Υποφαγίας EUE	**0,028***	0,299	**Δ_EUE**	**0,003***
Συνολικό Αποτέλεσμα Ιδιοτροπίας στο Φαγητό FF	0,387	0,139	**Δ_FF**	0,869

***Μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis, με p-value < 0,05**

***Παραμετρικός έλεγχος ANOVA, με p-value < 0,05**

Πίνακας 15. KIDMED score και Κατηγορίες Παχυσαρκίας Νηπίων, μετά την Παρέμβαση

Κατηγορίες Παχυσαρκίας	**ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ n = 62**	**p - value**	**ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ n = 21**	**p - value**
Ελλειποβαρές	7,8 (±4,47)	0,799	4 (±5,83)	0,838
Φυσιολογικό	6,97 (±4,25)		4,43 (±2,1)	
Υπέρβαρο	6,4 (±3,37)		4 (±2,83)	
Παχύσαρκο	4 (±7,21)		-	

***Μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis, με p-value < 0,05**

Πίνακας 16. Δ_KIDMED score και Κατηγορίες Παχυσαρκίας Νηπίων, μετά την Παρέμβαση

Κατηγορίες Παχυσαρκίας	ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ n = 62	p - value	ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ n = 21	p - value
Ελλειποβαρές	4,2 (±3,05)	0,107	-1,2 (±3,03)	0,088
Φυσιολογικό	3,85 (±3,41)		1,14 (±1,29)	
Υπέρβαρο	2,1 (±3,78)		0 (±0)	
Παχύσαρκο	-2,67 (±6,43)		-	

***Μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis, με p-value < 0,05**

Κατά τη σύγκριση μεταβλητών πριν και μετά την παρέμβαση, στην Ο.Π., εφαρμόστηκε μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon, με p–value <0,05 και παρατηρήθηκε για τα αγόρια στατιστικά σημαντική μείωση στις ώρες απασχόλησης σε οθόνη (p–value = 0,027), αύξηση στο συνολικό αποτέλεσμα του KIDMED (p – value = 0,000) και οριακά στατιστικά σημαντική μείωση στην Ανταπόκριση στο Φαγητό (p – value = 0,057). Επίσης, παρατηρήθηκε για τα κορίτσια στατιστικά σημαντική μείωση στις ώρες απασχόλησης σε οθόνη (p – value = 0,019), και αύξηση στο συνολικό αποτέλεσμα του KIDMED (p – value = 0,001). Ενώ ακόμα παρατηρείται στο Σύνολο των νηπίων στατιστικά σημαντική μείωση στις ώρες απασχόλησης σε οθόνη (p – value = 0,002) και αύξηση στο συνολικό αποτέλεσμα του KIDMED (p – value = 0,000), όπως φαίνεται στον Πίνακα 17.

Κατά τη σύγκριση μεταβλητών πριν και μετά την παρέμβαση, στην Ο.Ε., εφαρμόστηκε, αντίστοιχα, μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon, με p–value <0,05 και παρατηρήθηκε για τα αγόρια στατιστικά σημαντική αύξηση στην Ανταπόκριση στο Φαγητό (p – value = 0,017), στη Συναισθηματική Υπερφαγία (p – value = 0,05), στην Απόλαυση από το Φαγητό (p – value = 0,047) και στην Επιθυμία για Ποτό (p – value = 0,036). Επίσης στο Σύνολο των νηπίων παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αύξηση στην Ανταπόκριση στο Φαγητό (p – value = 0,048) και στη Συναισθηματική Υποφαγία (p – value = 0,034), όπως φαίνεται στον Πίνακα 18.

Πίνακας 17. Συγκρίσεις μεταβλητών πριν και μετά την παρέμβαση, για την Ομάδα Παρέμβασης, στα νήπια

	ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ n = 62								
	Αγόρια Πριν n = 36 Mean (SD)	**Αγόρια Μετά n = 36 Mean (SD)**	**p-value**	**Κορίτσια Πριν n = 26 Mean (SD)**	**Κορίτσια Μετά n = 26 Mean (SD)**	**p-value**	**Σύνολο Πριν n = 62 Mean (SD)**	**Σύνολο Μετά n = 62 Mean (SD)**	**p-value**
ΔΜΣ Νηπίων (κιλά/μέτρα^2)	n = 36 15,65 (±2,25)	n = 36 15,71 (±1,99)	0,347	n = 26 15,82 (±2,6)	n = 26 15,64 (±1,82)	0,925	n = 62 15,72 (±2,39)	n = 62 15,68 (±1,9)	0,429
Ώρες Φυσικής Δραστηριότητας	n = 36 2,26 (±2,41)	n = 35 2,52 (±2,28)	0,27	n = 26 1,84 (±2,81)	n = 25 1,82 (±1,45)	0,171	n = 62 2,08 (±2,57)	n = 60 2,23 (±1,99)	0,115
Ώρες Απασχόλησης σε Οθόνη	n = 36 2,3 (±1,44)	n = 35 1,8 (±1,31)	**0,027***	n = 26 1,5 (±0,96)	n = 25 1,12 (±0,82)	**0,019***	n = 62 1,96 (±1,31)	n = 60 1,51 (±1,18)	**0,002***
Ώρες Ύπνου	n = 36 9,61 (±1,34)	n = 36 9,83 (±1,28)	0,12	n = 26 10 (±1,1)	n = 26 10 (±0,75)	1	n = 62 9,77 (±1,25)	n = 62 9,9 (±1,08)	0,287
KIDMED	n = 36 2,94 (±5,09)	n = 36 6,44 (±4,03)	**0,000***	n = 26 4,42 (±4,77)	n = 26 7,46 (±4,58)	**0,001***	n = 62 3,56 (±4,97)	n = 62 6,87 (±4,26)	**0,000***
Ανταπόκριση στο Φαγητό (FR)	n = 36 2,44 (±0,87)	n = 36 2,32 (±0,88)	**0,057**	n = 26 2,4 (±1,02)	n = 26 2,32 (±0,81)	0,819	n = 62 2,42 (±0,93)	n = 62 2,32 (±0,84)	0,094
Συναισθηματική Υπερφαγία (EOE)	n = 36 1,63 (±0,52)	n = 36 1,61 (±0,58)	0,865	n = 26 1,69 (±0,59)	n = 26 1,72 (±0,59)	0,7	n = 62 1,65 (±0,55)	n = 62 1,66 (±0,59)	0,942
Απόλαυση από το Φαγητό (EF)	n = 36 3,8 (±1,77)	n = 36 3,48 (±0,78)	0,258	n = 26 3,59 (±0,87)	n = 26 3,65 (±0,71)	0,487	n = 62 3,71 (±1,46)	n = 62 3,55 (±0,75)	0,664
Επιθυμία για Ποτό (DD)	n = 36 2,53 (±1,03)	n = 36 2,57 (±1,05)	0,819	n = 26 2,64 (±1,2)	n = 26 2,77 (±0,94)	0,374	n = 62 2,57 (±1,1)	n = 62 2,65 (±1)	0,485
Ανταπόκριση στον Κορεσμό (SR)	n = 36 3,19 (±0,67)	n = 36 3,12 (±0,66)	0,333	n = 26 3,25 (±0,62)	n = 26 3,21 (±0,64)	0,667	n = 62 3,21 (±0,65)	n = 62 3,16 (±0,65)	0,349
Καθυστέρηση στο Φαγητό (SE)	n = 36 2,77 (±0,91)	n = 36 2,85 (±1)	0,583	n = 26 2,92 (±0,79)	n = 26 2,8 (±0,87)	0,221	n = 62 2,83 (±0,86)	n = 62 2,83 (±0,94)	0,688
Συναισθηματική Υποφαγία (EUE)	n = 36 3 (±0,99)	n = 36 2,96 (±1)	0,471	n = 26 2,95 (±0,79)	n = 26 2,79 (±0,92)	0,383	n = 62 2,98 (±0,91)	n = 62 2,89 (±0,96)	0,284
Ιδιοτροπία με το φαγητό (FF)	n = 36 3,16 (±0,77)	n = 36 3,02 (±0,87)	0,448	n = 26 3,14 (±1,02)	n = 26 3,02 (±0,8)	0,467	n = 62 3,15 (±0,87)	n = 62 3,02 (±0,83)	0,247

***Μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon, με p–value <0,05**

Πίνακας 18. Συγκρίσεις μεταβλητών πριν και μετά την παρέμβαση, για την Ομάδα Ελέγχου, στα νήπια

	ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ n = 21								
	Αγόρια Πριν n = 15 Mean (SD)	**Αγόρια Μετά n = 15 Mean (SD)**	**p-value**	**Κορίτσια Πριν n = 6 Mean (SD)**	**Κορίτσια Μετά n = 6 Mean (SD)**	**p-value**	**Σύνολο Πριν n = 21 Mean (SD)**	**Σύνολο Μετά n = 21 Mean (SD)**	**p-value**
ΔΜΣ Νηπίων (κιλά/μέτρα2)	n = 15 15,62 (±1,6)	n = 15 15,36 (±1,4)	0,426	n = 6 15,66(±1,52)	n = 6 15,3 (±1,68)	0,686	n = 21 15,63 (±1,54)	n = 21 15,34 (±1,44)	0,411
Ώρες Φυσικής Δραστηριότητας	n = 15 1,46 (±1,09)	n = 15 1,36 (±0,72)	0,959	n = 6 1,5 (±0,84)	n = 6 1,83 (±1,17)	0,157	n = 21 1,47 (±1,02)	n = 21 1,5 (±0,87)	0,63
Ώρες Απασχόλησης σε Οθόνη	n = 15 1,73 (±0,7)	n = 15 1,66 (±0,79)	0,829	n = 6 1,25 (±0,61)	n = 6 1,83 (±0,75)	0,109	n = 21 1,59 (±0,7)	n = 21 1,71 (±0,77)	0,496
Ώρες Ύπνου	n = 15 9,46 (±0,74)	n = 15 9,86 (±0,83)	0,083	n = 6 9,33 (±1,21)	n = 6 9,33 (±1,21)	1	n = 21 9,42 (±0,87)	n = 21 9,71 (±0,96)	0,109
KIDMED	n = 15 3,2 (±2,7)	n = 15 3,73 (±2,82)	0,166	n = 6 5,33 (±3,72)	n = 6 5,67 (±3,88)	0,564	n = 21 3,81 (±3,09)	n = 21 4,29 (±3,18)	0,134
Ανταπόκριση στο Φαγητό (FR)	n = 15 1,92 (±0,78)	n = 15 2,09 (±0,77)	**0,017***	n = 6 2,2 (±0,38)	n = 6 2,23 (±0,89)	0,713	n = 21 2 (±0,69)	n = 21 2,13 (±0,79)	**0,048***
Συναισθηματική Υπερφαγία (EOE)	n = 15 1,4 (±0,52)	n = 15 1,65 (±0,61)	**0,05***	n = 6 1,75 (±0,74)	n = 6 1,83 (±0,66)	0,655	n = 21 1,5 (±0,6)	n = 21 1,7 (±0,62)	0,063
Απόλαυση από το Φαγητό (EF)	n = 15 3,35 (±0,99)	n = 15 3,58 (±0,79)	**0,047***	n = 6 3,79 (±0,29)	n = 6 3,54 (±0,29)	0,197	n = 21 3,48 (±0,87)	n = 21 3,57 (±0,68)	0,29
Επιθυμία για Ποτό (DD)	n = 15 2,22 (±0,6)	n = 15 2,6 (±0,81)	**0,036***	n = 6 2,39 (±1,14)	n = 6 2,05 (±0,68)	0,414	n = 21 2,27 (±0,76)	n = 21 2,44 (±0,8)	0,16
Ανταπόκριση στον Κορεσμό (SR)	n = 15 3,15 (±0,97)	n = 15 3,04 (±0,9)	0,407	n = 6 2,9 (±0,64)	n = 6 3,03 (±0,41)	0,498	n = 21 3,08 (±0,88)	n = 21 3,04 (±0,78)	0,775
Καθυστέρηση στο Φαγητό (SE)	n = 15 2,87 (±0,98)	n = 15 2,65 (±0,6)	0,179	n = 6 2,63 (±0,74)	n = 6 2,71 (±0,62)	0,705	n = 21 2,8 (±0,91)	n = 21 2,67 (±0,59)	0,314
Συναισθηματική Υποφαγία (EUE)	n = 15 2,48 (±0,79)	n = 15 2,95 (±1,02)	0,018	n = 6 2,03 (±0,55)	n = 6 1,96 (±0,81)	1	n = 21 2,35 (±0,75)	n = 21 2,67 (±1,05)	**0,034***
Ιδιοτροπία με το φαγητό (FF)	n = 15 3,49 (±0,78)	n = 15 3,47 (±0,93)	0,719	n = 6 2,94 (±1,22)	n = 6 3 (±1,1)	0,713	n = 21 3,33 (±0,93)	n = 21 3,34 (±0,98)	0,86

***Μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon, με p–value <0,05**

Κατά τη σύγκριση μεταβλητών πριν και μετά την παρέμβαση, για το κάθε τμήμα, εφαρμόστηκε μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon, με p–value <0,05 και παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση στις ώρες οθόνης για το Τμήμα 2 της Ο.Π. (p – value = 0,001), μείωση στην κατανάλωση Αναψυκτικών και χυμών για το Τμήμα 1 και Τμήμα 2 της Ο.Π. (p – value =0,012 και p – value = 0,015, αντίστοιχα), αύξηση στο συνολικό αποτέλεσμα του KIDMED για όλα τα Τμήματα της Ο.Π, Τμήμα 1, Τμήμα 2, Τμήμα 3 (p – value =0,007, p – value < 0,0005, p – value =0,005, αντίστοιχα), αύξηση στο συνολικό αποτέλεσμα Ανταπόκρισης στο Φαγητό για την Ο.Ε., Τμήμα 4 (p – value =0,048), μείωση στο συνολικό αποτέλεσμα Καθυστέρησης στο Φαγητό για το Τμήμα 3 της Ο.Π. (p – value =0,029), μείωση στο συνολικό αποτέλεσμα Συναισθηματικής Υποφαγίας για το Τμήμα 3 της Ο.Π., ενώ αντίθετα υπήρξε αύξηση για το Τμήμα 4 της Ο.Ε. (p – value = 0,016 και p – value =0,034, αντίστοιχα), όπως φαίνεται στον Πίνακα 19.

Τέλος, για τη διερεύνηση συχνοτήτων μεταξύ KIDMED, CEBQ και αριθμητικών μεταβλητών σχετικά με την ποιότητα ζωής των νηπίων, όπως ώρες Φ.Δ., ώρες Κ.Δ. και ώρες ύπνου, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson, όπου τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 20.

Πίνακας 19. Συγκρίσεις ανά Τμήμα, πριν και μετά την παρέμβαση, σε ώρες φυσικής δραστηριότητας, οθόνης και ύπνου, κατανάλωσης σε νερό και χυμούς/ αναψυκτικά, συνολικό αποτέλεσμα στο KIDMED και συνολικό αποτέλεσμα στις υποκατηγορίες του CEBQ

	Ομάδα Παρέμβασης			Ομάδα Ελέγχου		
	Πριν	Μετά	p-value	Πριν	Μετά	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		Mean (SD)	Mean (SD)	
Ώρες Φυσικής Δραστηριότητας						
Τμήμα 1	1,52 (±1,3)	2 (±2)	0,113			
Τμήμα 2	3,05 (±3,78)	2,45 (±2,25)	0,86			
Τμήμα 3	1,63 (±1,47)	2,27 (±1,66)	0,112			
Τμήμα 4				1,48 (±1,02)	1,5 (±0,87)	0,63
Ώρες οθόνης						
Τμήμα 1	1,62 (±0,81)	1,52 (±1,11)	0,718			
Τμήμα 2	2,57 (±1,73)	1,55 (±1,36)	**0,001***			
Τμήμα 3	1,67 (±1,01)	1,47 (±1,04)	0,187			
Τμήμα 4				1,6 (±0,7)	1,71 (±0,77)	0,496
Ώρες Ύπνου						
Τμήμα 1	9,76 (±1,42)	9,96 (±1,31)	0,398			
Τμήμα 2	9,86 (±1,17)	10,04 (±1)	0,331			
Τμήμα 3	9,67 (±1,11)	9,6 (±0,74)	1			
Τμήμα 4				9,43 (±0,87)	9,71 (±0,96)	0,109
Νερό						
Τμήμα 1	4,8 (±2,1)	5 (±1,68)	0,529			
Τμήμα 2	4,27 (±1,96)	4,14 (±1,55)	0,916			
Τμήμα 3	3,87 (±1,51)	3,53 (±1,19)	0,319			
Τμήμα 4				4,24 (±1,7)	4,1 (±1,38)	0,623
Αναψυκτικά και χυμοί						
Τμήμα 1	2,76 (±1,09)	2,24 (±0,88)	**0,012***			
Τμήμα 2	3,23 (±1,48)	2,64 (±1,43)	**0,015***			
Τμήμα 3	2,73 (±1,53)	2,67 (±1,45)	0,564			
Τμήμα 4				2,81 (±1,5)	2,67 (±1,5)	0,317
KIDMED score						
Τμήμα 1	3,69 (±4,92)	6,56 (±3,68)	**0,007***	-	-	-
Τμήμα 2	4,09 (±5,18)	8,45 (±4,45)	**< 0,0005***	-	-	-
Τμήμα 3	2,13 (±4,81)	5,07 (±4,33)	**0,005***	-	-	-
Τμήμα 4	-	-	-	3,81 (±3,09)	4,29 (±3,18)	0,134

Συνολικό Αποτέλεσμα Ανταπόκρισης στο Φαγητό FR						
Τμήμα 1	2,44 (±0,9)	2,3 (±0,73)	0,073			
Τμήμα 2	2,55 (±1,06)	2,43 (±0,98)	0,33			
Τμήμα 3	2,2 (±0,8)	2,19 (±0,85)	0,821			
Τμήμα 4				2 (±0,69)	2,13 (±0,79)	**0,048***
Συνολικό Αποτέλεσμα Συναισθηματικής Υπερφαγίας EOE						
Τμήμα 1	1,73 (±0,56)	1,7 (±0,54)	0,734			
Τμήμα 2	1,66 (±0,56)	1,7 (±0,68)	0,589			
Τμήμα 3	1,52 (±0,51)	1,52 (±0,54)	0,927			
Τμήμα 4				1,5 (±0,6)	1,7 (±0,62)	0,063
Συνολικό Αποτέλεσμα Απόλαυσης από το Φαγητό EF						
Τμήμα 1	3,9 (±2,07)	3,44 (±0,72)	0,151			
Τμήμα 2	3,66 (±0,86)	3,67 (±0,73)	0,886			
Τμήμα 3	3,47 (±0,78)	3,57 (±0,87)	0,352			
Τμήμα 4				3,48 (±0,87)	3,57 (±0,68)	0,29
Συνολικό Αποτέλεσμα Επιθυμίας για Ποτό DD						
Τμήμα 1	2,61 (±1,03)	2,68 (±0,94)	0,576			
Τμήμα 2	2,48 (±1,2)	2,63 (±1,16)	0,394			
Τμήμα 3	2,64 (±1,12)	2,64 (±0,91)	0,968			
Τμήμα 4				2,27 (±0,76)	2,44 (±0,8)	0,16
Συνολικό Αποτέλεσμα Ανταπόκρισης στον Κορεσμό SR						
Τμήμα 1	3,3 (±0,61)	3,16 (±0,53)	0,231			
Τμήμα 2	3,08 (±0,6)	3,15 (±0,7)	0,734			
Τμήμα 3	3,27 (±0,77)	3,16 (±0,77)	0,459			
Τμήμα 4				3,08 (±0,88)	3,04 (±0,78)	0,775
Συνολικό Αποτέλεσμα Καθυστέρησης στο Φαγητό SE						
Τμήμα 1	2,69 (±0,82)	2,79 (±0,91)	0,538			
Τμήμα 2	2,82 (±0,93)	2,99 (±1,09)	0,49			
Τμήμα 3	3,1 (±0,8)	2,67(±0,78)	**0,029***			
Τμήμα 4				2,8 (±0,91)	2,67 (±0,59)	0,314
Συνολικό Αποτέλεσμα Συναισθηματικής Υποφαγίας EUE						
Τμήμα 1	3,1 (±0,92)	3,02 (±0,78)	0,598			
Τμήμα 2	2,77 (±0,97)	2,95 (±1,2)	0,374			
Τμήμα 3	3,08 (±0,79)	2,57 (±0,83)	**0,016***			
Τμήμα 4				2,35 (±0,75)	2,67 (±1,05)	**0,034***
Συνολικό Αποτέλεσμα Ιδιοτροπίας στο Φαγητό FF						
Τμήμα 1	3,11 (±0,95)	3 (±0,89)	0,428			

Τμήμα 2	2,99 (±0,86)	2,84 (±0,85)	0,614			
Τμήμα 3	3,45 (±0,74)	3,32 (±0,65)	0,27			
Τμήμα 4				3,33 (±0,93)	3,34 (±0,98)	0,86

***Μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon, με p–value <0,05**

Πίνακας 20. Συσχετίσεις Pearson πριν και μετά την παρέμβαση (όπου Χ δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών)

	ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ		**ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**	
Α/Α	**KIDMED**	**CEBQ**	**KIDMED**	**CEBQ**
ΩΡΕΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	**x**	**Θετική Συσχέτιση/** **Επιθυμίας των Νηπίων για Ποτό** σε όλο το Δείγμα, r= 0,267, στο επίπεδο 0,05 στην Ο.Π. , r= 0,281, στο επίπεδο 0,05	**X**	**Αρνητική Συσχέτιση/** **Ανταπόκρισης των Νηπίων στον Κορεσμό** σε όλο το Δείγμα, r = -0,227, στο επίπεδο 0,05 στην Ο.Π., r = -0,340, στο επίπεδο 0,01
ΩΡΕΣ ΟΘΟΝΗΣ	**x**	**x**	**X**	**X**
ΩΡΕΣ ΥΠΝΟΥ	**x**	**Αρνητική Συσχέτιση/** **Ιδιοτροπίας Νηπίων με το φαγητό** σε όλο το Δείγμα r = -0,230, στο επίπεδο 0,05	**X**	**Αρνητική Συσχέτιση/** **Επιθυμίας Νηπίων για Ποτό** σε όλο το Δείγμα, r = -0,245, στο επίπεδο 0,05 στην Ο.Π., r = -0,293, στο επίπεδο 0,05
KIDMED		**Θετική Συσχέτιση/** **Συναισθηματικής Υπερφαγίας Νηπίων** σε όλο το Δείγμα, r= 0,290, στο επίπεδο 0,01 στην Ο.Π., r = 0,378, στο επίπεδο 0,01 **Επιθυμίας των Νηπίων για Ποτό** σε όλο το Δείγμα, r= 0,326 , στο επίπεδο 0,01 στην Ο.Π. , r= 0,328, στο επίπεδο 0,01 **Αρνητική Συσχέτιση/** **Ιδιοτροπίας των Νηπίων στο Φαγητό** σε όλο το Δείγμα, r = -0,280, στο επίπεδο 0,05 στην Ο.Π. r = -0,285, στο επίπεδο 0,05		**Θετική Συσχέτιση/** **Επιθυμίας των Νηπίων για Ποτό** σε όλο το Δείγμα, r = 0,317, στο επίπεδο 0,01 στην Ο.Π., r = 0,342, στο επίπεδο 0,01 **Αρνητική Συσχέτιση/** **Ιδιοτροπίας των Νηπίων στο Φαγητό** σε όλο το Δείγμα, r = -0,483, στο επίπεδο 0,01 στην Ο.Π., r = -0,459, στο επίπεδο 0,01 στην Ο.Ε., r = -0,515, στο επίπεδο 0,05
CEBQ				

Όσον αφορά τη βελτίωση της διατροφικής συμπεριφοράς των νηπίων στα προβλήματα που είχαν υποδείξει οι γονείς, η Ο.Π., μετά την εφαρμογή του προγράμματος, παρουσίασε:

- ως προς την ποσότητα στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, συνολικά βελτίωση (μικρή – σημαντική) σε ποσοστό 91,9%, καμία αλλαγή σε ποσοστό 8,1%, ενώ δεν υπήρξε χειροτέρευση ως προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά
- ως προς την ποικιλία στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, συνολικά βελτίωση σε ποσοστό 88,7%, καμία αλλαγή σε ποσοστό 11,3%, ενώ δεν υπήρξε χειροτέρευση ως προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά
- ως προς την αποδοχή νέου τροφίμου, συνολικά βελτίωση σε ποσοστό 95,2%, καμία αλλαγή σε ποσοστό 4,8%, ενώ δεν υπήρξε χειροτέρευση ως προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά
- ως προς την αρνητική κριτική απέναντι στο φαγητό, συνολικά βελτίωση σε ποσοστό 77,4%, καμία αλλαγή σε ποσοστό 22,6%, ενώ δεν υπήρξε χειροτέρευση ως προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 6.

Η Ο.Ε. η οποία δεν υλοποίησε το πρόγραμμα, παρουσίασε:

- ως προς την ποσότητα στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, συνολικά βελτίωση σε ποσοστό 28,6%, καμία αλλαγή σε ποσοστό 66,7%, ενώ δεν υπήρξε χειροτέρευση ως προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά
- ως προς την ποικιλία στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, συνολικά βελτίωση σε ποσοστό 23,8%, καμία αλλαγή σε ποσοστό 76,2%, ενώ δεν υπήρξε χειροτέρευση ως προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά
- ως προς την αποδοχή νέου τροφίμου, συνολικά βελτίωση σε ποσοστό 38,1%, καμία αλλαγή σε ποσοστό 61,9%, ενώ δεν υπήρξε χειροτέρευση ως προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά
- ως προς την αρνητική κριτική απέναντι στο φαγητό, συνολικά βελτίωση σε ποσοστό 23,8%, καμία αλλαγή σε ποσοστό 61,9%, ενώ υπήρξε χειροτέρευση ως προς τη συγκεκριμένη συμπεριφορά σε ποσοστό 14,3%, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 7.

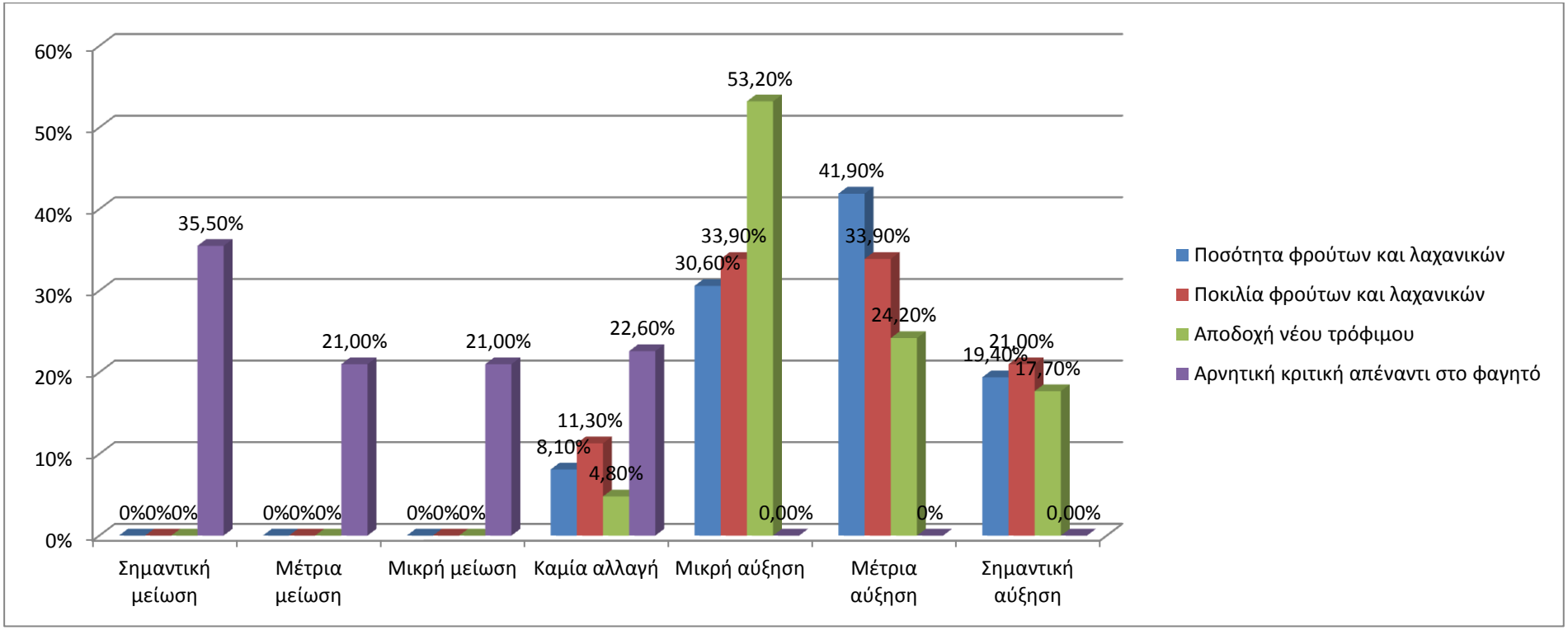
Η επιρροή του προγράμματος στη διατροφική συμπεριφορά του συνόλου των νηπίων της ομάδας παρέμβασης που υλοποίησε το πρόγραμμα ήταν θετική σε ποσοστό 88,7%, ενώ σε

ποσοστό 11,3% δεν επηρεάστηκε καθόλου. Επίσης τα κορίτσια επηρεάστηκαν περισσότερο από τα αγόρια, σε ποσοστό 96,2% και 83,3% αντίστοιχα, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 8.

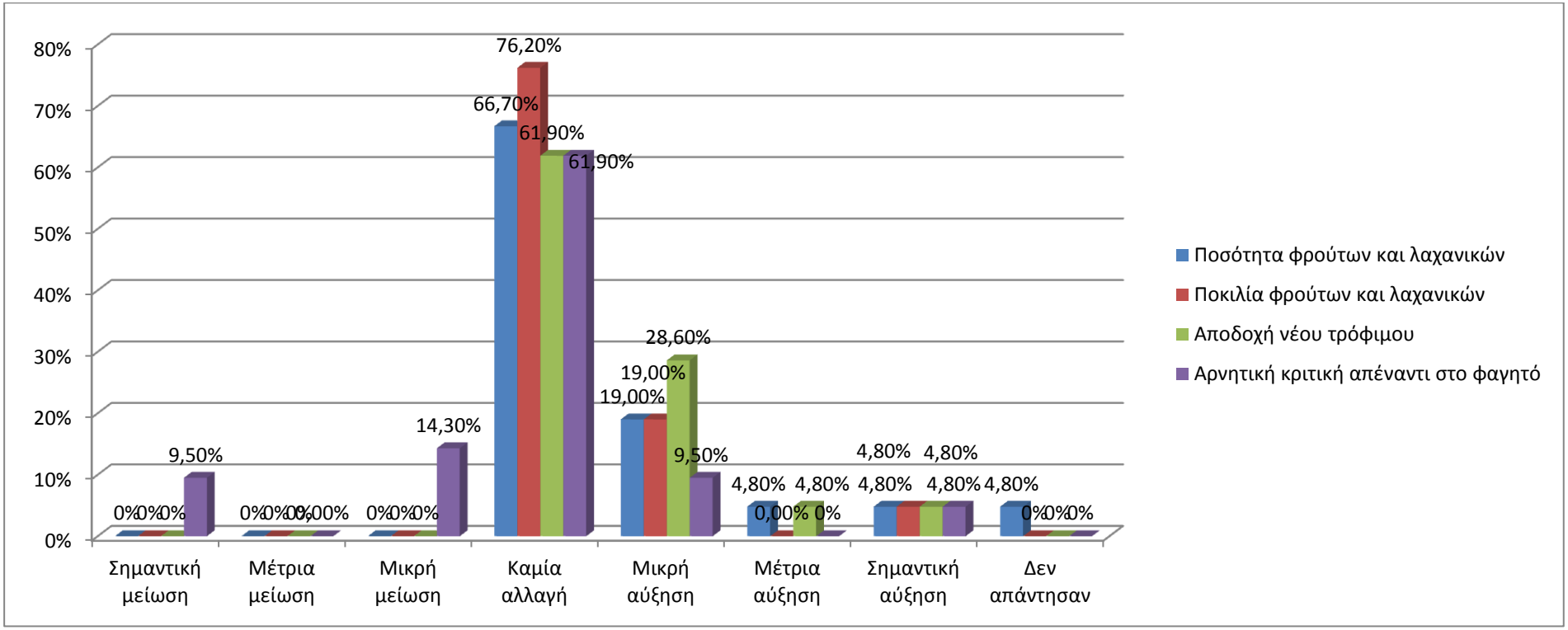
Ακόμα η επιρροή του προγράμματος ήταν θετική και για άλλα μέλη της οικογένειας των νηπίων που υλοποίησαν το πρόγραμμα, όπου περισσότερο φαίνεται να επηρεάστηκαν τα αδέλφια σε ποσοστό 55,8% (Διάγραμμα 9), ακολούθησαν οι μητέρες σε ποσοστό 48,4% (Διάγραμμα 10), ενώ οι πατέρες των νηπίων φαίνονται να έχουν τη μικρότερη επιρροή από το πρόγραμμα σε ποσοστό 24,2% (Διάγραμμα 11).

Τέλος, δεν υπήρξε καμία αναφορά για αρνητική επιρροή του προγράμματος.

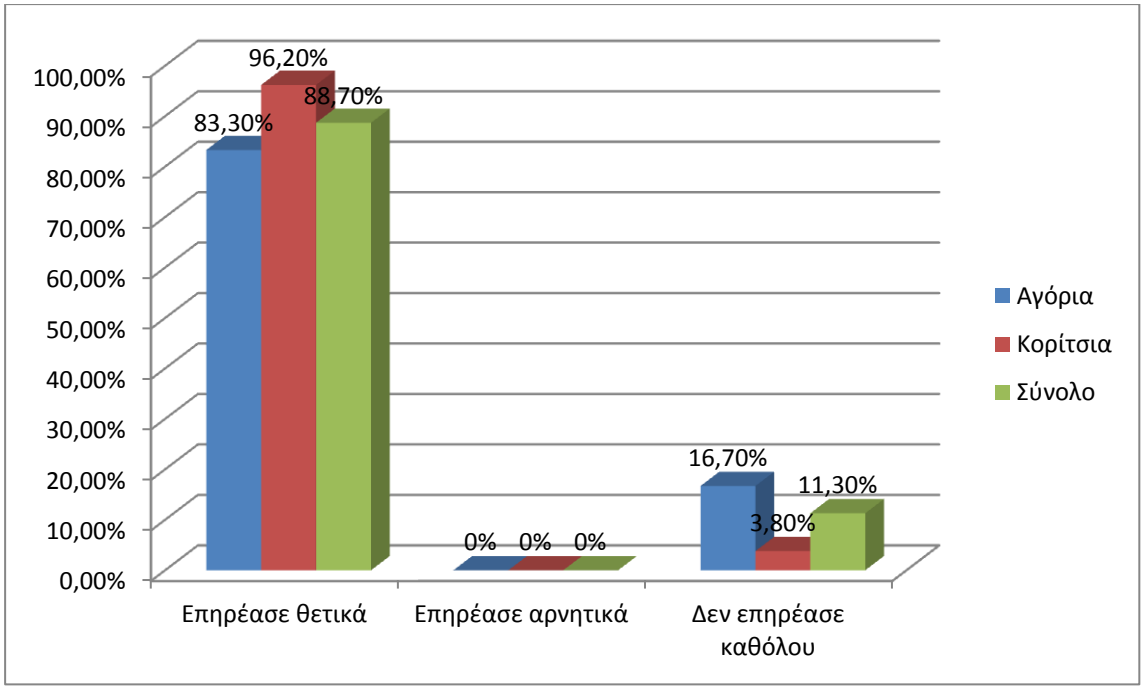
Διάγραμμα 6. Απαντήσεις των γονέων Ομάδας Παρέμβασης (σε ποιοτική κλίμακα αξιολόγησης: σημαντική/μέτρια/μικρή μείωση, καμία αλλαγή, μικρή/μέτρια/σημαντική αύξηση) **σε ερώτημα που αφορά την αλλαγή σε 4 διατροφικές συμπεριφορές των παιδιών για τις οποίες πραγματοποιήθηκε παρέμβαση** (1. ως προς την ποσότητα στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, 2. ως προς την ποικιλία στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, 3. ως προς την αποδοχή νέου τροφίμου, 4. ως προς την αρνητική κριτική απέναντι στο φαγητό)



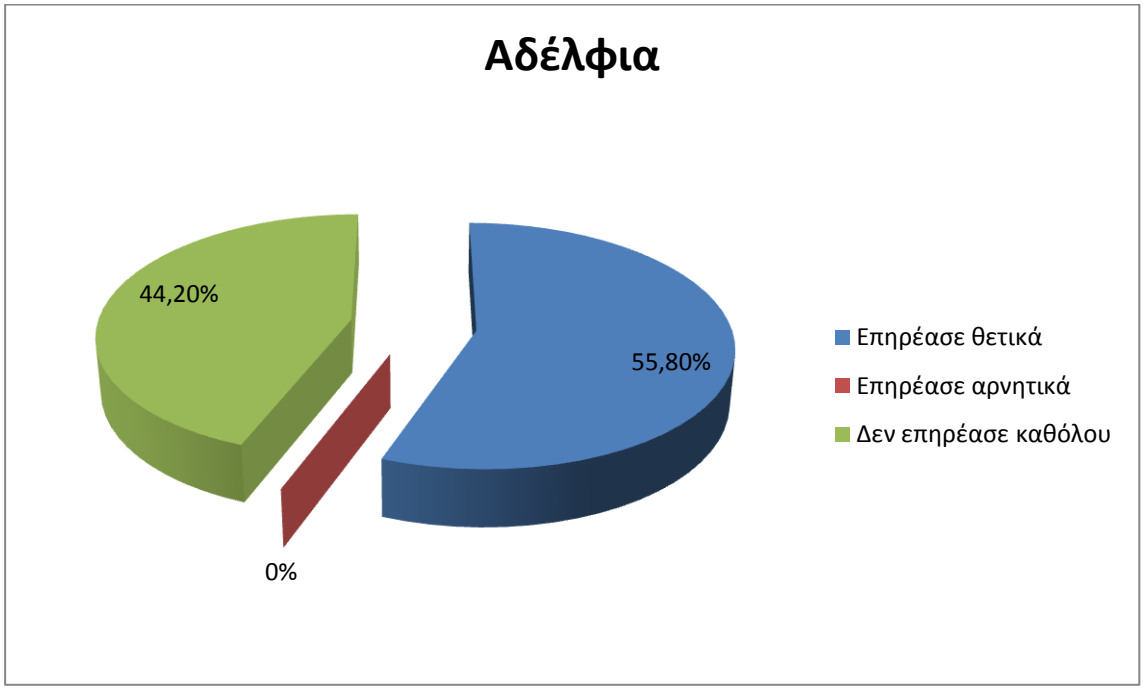
Διάγραμμα 7. Απαντήσεις των γονέων Ομάδας Ελέγχου (σε ποιοτική κλίμακα αξιολόγησης: σημαντική/μέτρια/μικρή μείωση, καμία αλλαγή, μικρή/μέτρια/σημαντική αύξηση) **σε ερώτημα που αφορά την αλλαγή σε 4 διατροφικές συμπεριφορές των παιδιών για τις οποίες πραγματοποιήθηκε παρέμβαση** (1. ως προς την ποσότητα στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, 2. ως προς την ποικιλία στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, 3. ως προς την αποδοχή νέου τροφίμου, 4. ως προς την αρνητική κριτική απέναντι στο φαγητό)



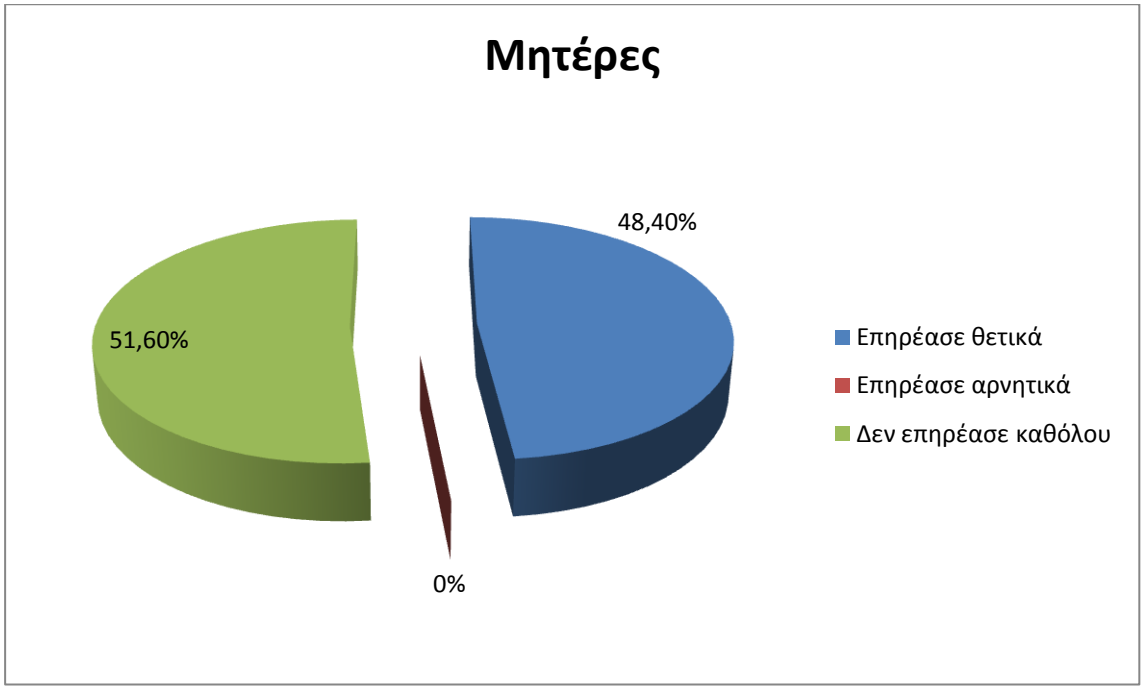
Διάγραμμα 8. Επιρροή του Προγράμματος Παρέμβασης στη Διατροφική Συμπεριφορά των Νήπιων



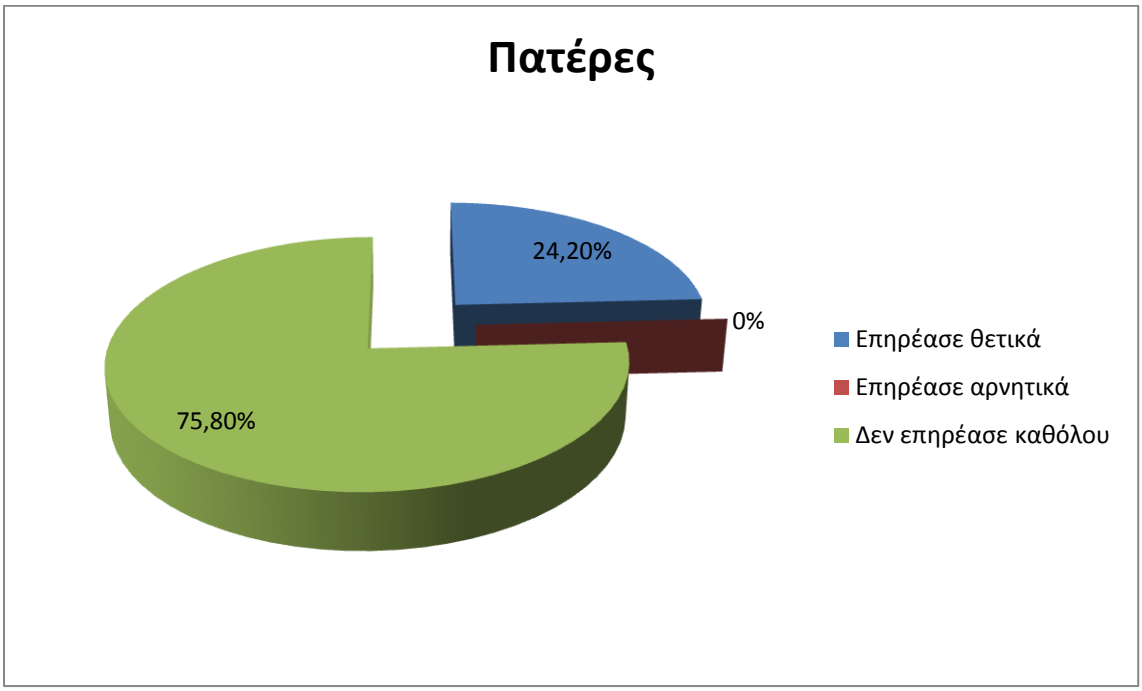
Διάγραμμα 9. Επιρροή του Προγράμματος Παρέμβασης στη Διατροφική Συμπεριφορά των αδελφών των νηπίων που συμμετείχαν στο Πρόγραμμα



Διάγραμμα 10. Επιρροή του Προγράμματος Παρέμβασης στη Διατροφική Συμπεριφορά των μητέρων των νηπίων που συμμετείχαν στο Πρόγραμμα



Διάγραμμα 11. Επιρροή του Προγράμματος Παρέμβασης στη Διατροφική Συμπεριφορά των πατέρων των νηπίων που συμμετείχαν στο Πρόγραμμα



ΚΕΦ. 5: Συζήτηση

5.1. Συζήτηση αποτελεσμάτων

Η Μ.Δ. είναι ένα από τα πιο υγιεινά πρότυπα διατροφής που γνωρίζουμε σήμερα και τα οφέλη για την υγεία έχουν παρουσιαστεί σε πολλές μελέτες (Farajian et al., 2011· Serra-Majem et al., 2003). Σύμφωνα με την UNESCO (2010) το παραδοσιακό παραμύθι αποτυπώνει το πρότυπο της μεσογειακής δίαιτας. Σύντομη έρευνα σε συλλογές ελληνικών παραμυθιών αποτέλεσε αφορμή για το σχεδιασμό ενός πρωτότυπου εκπαιδευτικού υλικού με σκοπό τη δημιουργία, εφαρμογή και αξιολόγηση πιλοτικού προγράμματος 3μηνης παρέμβασης (9/1/2017 – 7/4/2017), για τη βελτίωση της διατροφικής συμπεριφοράς παιδιών προσχολικής ηλικίας. Το δείγμα της παρέμβασης, στην παρούσα μελέτη αποτελείτο συνολικά από 83 νήπια (4,5 – 5,5 ετών), από τα οποία τα 62 συνιστούσαν την Ο.Π. και τα 21 την Ο.Ε., ενώ οι γονείς τους αποτέλεσαν το δείγμα που αξιολόγησε μέσω των απαντήσεών τους στα ερωτηματολόγια τα αποτελέσματα της παρέμβασης. Τα αποτελέσματα της έρευνας, εξαρτώνται τόσο από το σχεδιασμό και την υλοποίηση του προγράμματος και του σχετικού εκπαιδευτικού υλικού, όσο και από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των παιδιών, τις διατροφικές προτιμήσεις, αντιλήψεις και συμπεριφορές, καθώς και από τις γνώσεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές γονέων και εκπαιδευτικών, που μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των ομάδων και των τμημάτων.

Συγκρίνοντας με άλλες μελέτες το άθροισμα του υπερβάλλοντος βάρους από τις κατηγορίες «υπέρβαρο» και παχύσαρκο», το οποίο αγγίζει το 20,5%, παρατηρούμε ότι είναι κατά 6 μονάδες μεγαλύτερο από το ποσοστό (14,1%), που αναμένεται να εμφανιστεί στην Ευρώπη το 2020, σε παιδιά κάτω από την ηλικία των 5 ετών, σύμφωνα με ανασκόπηση των De Craemer et al. (2015) και κατά 3 μονάδες μεγαλύτερο από το αντίστοιχο ποσοστό (16,4%) στη μελέτη GENESIS των Manios et al. (2008), γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη παρέμβασης στη διατροφική συμπεριφορά από την προσχολική ακόμα ηλικία. Σύμφωνα με μελέτες, ο ΔΜΣ δεν αλλάζει σημαντικά στις σχολικές παρεμβάσεις μεταβάλλονται όμως θετικά ο τρόπος ζωής και οι διατροφικές συνήθειες (Guerra et al., 2016), αποτελέσματα με τα οποία συμφωνεί και η παρούσα έρευνα.

Σχετικά με τη Φ.Δ., αν και τα περισσότερα νήπια της έρευνας φαίνεται να ακολουθούν την ημερήσια σύσταση, παράλληλα παρουσιάζουν αυξημένη Κ.Δ., ως χρόνο απασχόλησης σε

οθόνη, ενώ το γεγονός ότι οι γονείς αντιλαμβάνονται και αναφέρουν μόνο το 1/3 του χρόνου που τα παιδιά τους περνούν σε Κ.Δ. (Saunders et al., 2014), συνεπάγεται ότι ο πραγματικός χρόνος ενδέχεται να είναι ακόμη μεγαλύτερος**.** Τα αποτελέσματα τις παρούσας έρευνας πριν την παρέμβαση, είναι σύμφωνα με αντίστοιχα ευρήματα σε μελέτη των LeBlanc et al. (2012), όπου τα παιδιά νηπιακής ηλικίας περνούν περισσότερο από 1 ώρα μπροστά από οθόνη και τα ευρήματα των De Craemer et al. (2015), όπου ο χρόνος μπροστά από τηλεόραση και υπολογιστή, για τα Ελληνόπουλα, είναι συνολικά 106 λεπτά τις καθημερινές και 163 λεπτά το Σαββατοκύριακο. Η παραπάνω εικόνα, του χρόνου απασχόλησης σε οθόνη, φαίνεται να είναι χειρότερη για τα νήπια της Ο.Π., πριν την παρέμβαση, σε σχέση με την Ο.Ε., ενώ μετά την υλοποίηση του προγράμματος, η εικόνα αντιστρέφεται, καθώς σημειώνεται στατιστικά σημαντική μείωση σε σχέση με πριν, σε σχέση με την Ο.Ε. και ειδικότερα για το Τμήμα 2 σε σχέση με τα υπόλοιπα τμήματα. Τέλος, όσον αφορά στη διάρκεια του ύπνου, τα νήπια της έρευνας σε ποσοστό 42, 2% δεν ακολουθούσαν την ημερήσια σύσταση, ξεπερνώντας κατά πολύ το αντίστοιχο ποσοστό του 30%, που αναφέρεται στα στοιχεία του NSF και ενδεχομένως ένα μέρος των ανθυγιεινών διατροφικών τους επιλογών να συνδέεται με την έλλειψη ύπνου, όπως έδειξε η έρευνα των Mullins et al. (2017). Όσον αφορά στις διατροφικές συνήθειες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας πριν την παρέμβαση, το μόνο γεύμα, το οποίο οι γονείς φροντίζουν να μην παραλείπεται από όλα τα νήπια είναι το μεσημεριανό γεύμα (100%), το οποίο τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια του δείγματος καταναλώνουν πιο συχνά μόνα τους. Επίσης, η παράληψη του πρωινού και του δεκατιανού γεύματος (7,2% και 10,8% αντίστοιχα), σε συνδυασμό με το χαμηλό ποσοστό κατανάλωσης αυτών των γευμάτων με την οικογένεια (31,3%), συμφωνεί με τα αποτελέσματα της μελέτης των Te Velde et al. (2014), ότι στην Ελλάδα μόνο λίγα παιδιά καταναλώνουν πρωινό γεύμα με τους γονείς τους και μόνο λίγοι Έλληνες γονείς καταναλώνουν πρωινό. Όσον αφορά στην κατανάλωση τυποποιημένων χυμών/αναψυκτικών, πριν την παρέμβαση, η συχνότητα ήταν περίπου 3/εβδομάδα, ευρήματα υψηλότερα από της ανασκόπησης των De Craemer et al. (2015), στην οποία τα Ελληνόπουλα καταναλώνουν λιγότερο από 1/εβδομάδα, εικόνα η οποία ανατρέπεται μετά την υλοποίηση του προγράμματος στα Τμήματα 1 και 2 της ομάδας παρέμβασης.

Τα προβλήματα διατροφικής συμπεριφοράς των νηπίων που υπέδειξαν οι γονείς του δείγματος ως πιο σημαντικά: ποσότητα και ποικιλία στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, αρνητική κριτική και αποδοχή νέου τροφίμου, συνδέονται με τη νεοφοβική συμπεριφορά των παιδιών απέναντι στα τρόφιμα, στη συγκεκριμένη ηλικία (Cooke et al.,

2006) και παρουσίασαν «βελτίωση» (μεγαλύτερη ή μικρότερη) σύμφωνα τους γονείς της Ο.Π. (77,4% - 91,9%), σε αντίθεση με τους γονείς της Ο.Ε., οι οποίοι δήλωσαν κυρίως ότι δεν σημειώθηκε «καμία αλλαγή» (61,9% - 76,2%), ενώ ακόμη ανέφεραν ότι παρουσιάστηκε «χειροτέρευση» (14,3%) ως προς την αρνητική κριτική απέναντι στα τρόφιμα - ζήτημα το οποίο και στις δύο ομάδες παρουσίασε τη μικρότερη βελτίωση σε σχέση με τα υπόλοιπα διατροφικά προβλήματα – γεγονός που επισημαίνει την ιδιαίτερη δυσκολία της συγκεκριμένης νεοφοβικής συμπεριφοράς, η οποία αν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα μπορεί να χειροτερεύσει. Επίσης το γεγονός ότι τα κορίτσια επηρεάστηκαν περισσότερο από τα αγόρια (96,2% και 83,3% αντίστοιχα), ως προς τη βελτίωση της διατροφικής τους συμπεριφοράς, οφείλεται ενδεχομένως στον συμπεριφοριστικό τύπο της παρέμβασης, ο οποίος σύμφωνα με τους Guerra et al. (2016) και Amini et al. (2015), παρουσιάζει βαθύτερες αλλαγές στα κορίτσια.

Σε ότι αφορά στο βαθμό προσκόλλησης στη Μ.Δ. (KIDMED), πριν την παρέμβαση, τα αποτελέσματα - «Μέση Τιμή» 3,63, «χαμηλή προσκόλληση» 49,4%, «μέτρια προσκόλληση» 27,7% και «υψηλή προσκόλληση» - παρουσιάζουν ότι ακολουθείται λιγότερο το μεσογειακό πρότυπο διατροφής, συγκρινόμενα με τις έρευνες α) των Kontogianni et al. (2008), με «Μέση Τιμή» 5,4, «ιδανικό σκορ» 11,3% και «χαμηλό σκορ» 14,9%, β) των Karlen et al. (2008), με Μέση Τιμή 5,71, γ) των Kourlaba et al. (2009) με «μέτρια προσκόλληση» 81,5%, «χαμηλή προσκόλληση» 18,3% και «υψηλή προσκόλληση» 0,2% και δ) την ανασκόπηση των Cabrera et al. (2015) με «χαμηλή προσκόλληση» 21% και «υψηλή προσκόλληση» 10%, ενώ όλες οι έρευνες συμφωνούν ως προς την απουσία διαφοροποίησης στο φύλο. Αντίθετα, μετά την παρέμβαση, σημειώνεται στατιστικά σημαντική αύξηση στο συνολικό αποτέλεσμα προσκόλλησης στη Μ.Δ. (KIDMED) για την Ο.Π. και στα τρία τμήματα, τόσο σε σχέση με πριν την υλοποίηση του προγράμματος, όσο και σε σχέση με την Ο.Ε.

Σε ότι αφορά στις υποκατηγορίες της διατροφικής συμπεριφοράς των νηπίων (CEBQ), η Ο.Π. αν και ξεκίνησε με στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη Συναισθηματική Υποφαγία στα κορίτσια, παρουσίασε καλύτερα αποτελέσματα, μετά την υλοποίηση του προγράμματος, μόνο στο Τμήμα 3, το οποίο παρουσίασε επίσης βελτίωση στην Καθυστέρηση στο Φαγητό, ενώ η Συναισθηματική Υποφαγία αυξήθηκε ως συμπεριφορά σε όλα τα νήπια της Ο.Ε., τα οποία δεν υλοποίησαν το πρόγραμμα. Από την άλλη πλευρά, αν και η Ανταπόκριση στο φαγητό, ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στα αγόρια της Ο.Π., η υλοποίηση του προγράμματος δεν ευνόησε τη διατήρηση ή βελτίωση του αποτελέσματος, ενώ στη συνέχεια η Ο.Ε. παρουσίασε καλύτερη εικόνα, ως προς την Ανταπόκριση στο Φαγητό και την Επιθυμία για Ποτό. Οι

παραπάνω διαφορές εκφράζουν την περιορισμένη αποτελεσματικότητα του προγράμματος - μόνο σε ένα τμήμα της Ο.Π. και μόνο σε δύο υποκατηγορίες (Συναισθηματική Υποφαγία, Καθυστέρηση στο Φαγητό) και υπογραμμίζουν τη δυσκολία να αλλάξουν οι διατροφικές συμπεριφορές. Επίσης το γεγονός ότι η μη εφαρμογή του προγράμματος συνδέεται τόσο με χειρότερα (Συναισθηματική Υποφαγία), όσο και με καλύτερα (Ανταπόκριση στο Φαγητό, Επιθυμία για Ποτό) αποτελέσματα, επισημαίνει ότι άλλοι παράγοντες ατομικοί – γενετικοί και περιβαλλοντικοί, όπως οι προτιμήσεις και οι αντιλήψεις των νηπίων για τα τρόφιμα και οι γονεϊκές πρακτικές σίτισης, ενδεχομένως να παίζουν σημαντικότερο ρόλο. Επίσης, μετά την παρέμβαση, παρατηρήθηκε σε όλα τα νήπια, ότι α) η Επιθυμία για Ποτό αυξάνεται όσο βελτιώνονται οι διατροφικές συνήθειες (KIDMED) και όσο μειώνονται οι ώρες ύπνου, β) η Ιδιοτροπία στο Φαγητό μειώνεται όσο βελτιώνονται οι διατροφικές συνήθειες (KIDMED) και γ) η Ανταπόκριση στον Κορεσμό μειώνεται όσο αυξάνεται η Φ.Δ., στοιχεία που αποδεικνύουν τη σχέση υγιεινής διατροφής, συστηματικής άσκησης και επαρκούς ύπνου με καλύτερη διατροφική συμπεριφορά στα παιδιά.

5.2. Τα δυνατά σημεία και οι περιορισμοί της έρευνας

Τα δυνατά σημεία της έρευνας, όσον αφορά στην υλοποίηση του προγράμματος, είναι 1) το πρωτότυπο εκπαιδευτικό υλικό, το οποίο είναι ευχάριστο, προωθεί με έμμεσο τρόπο τις διατροφικές έννοιες και ευνοεί την ταύτιση των παιδιών με θετικά πρότυπα, 2) ο σχεδιασμός του προγράμματος, ο οποίος εστιάζει τόσο στις γνώσεις, όσο και στην τροποποίηση της συμπεριφοράς, μέσα από βιωματικές δραστηριότητες εντός και εκτός σχολικής τάξης, εμπλέκοντας τους γονείς και ενθαρρύνοντας τη συνεργασία με την ευρύτερη κοινότητα, 3) η δυνατότητα άμεσης συνεργασίας του ερευνητή που σχεδίασε το πρόγραμμα, με τους εκπαιδευτικούς που το υλοποίησαν και με τους γονείς των νηπίων, ώστε να δίνονται οδηγίες, να επιλύονται άμεσα τα προβλήματα και να γίνονται συναντήσεις ανατροφοδότησης, 4) η χρονική περίοδος υλοποίησης του προγράμματος, χωρίς μεγάλα διαλείμματα ή περιόδους διακοπών, 5) η μορφή και η δομή του προγράμματος (curricular), η οποία επιτρέπει τη σύνδεση με το Αναλυτικό Πρόγραμμα.

Αντίστοιχα, τόσο κατά το σχεδιασμό, όσο και στην πορεία της έρευνας υπήρξαν περιορισμοί. Συγκεκριμένα, το γεγονός ότι η έρευνα ήταν πιλοτική και αφορούσε ένα πολύ μικρό δείγμα, με άνιση κατανομή ως προς το φύλο (αγόρια 58,1%), ιδιαίτερα στην Ο.Ε. (αγόρια 71,4%), συνεπάγεται την αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Ένας ακόμα

περιοριστικός παράγοντας ήταν η διάρκεια της παρέμβασης, καθώς τα καλύτερα αποτελέσματα στα σχολικά προγράμματα διατροφής σημειώνονται σε αυτά που ξεπερνούν τον 1 χρόνο (Guerra et al., 2016). Μια πρόσθετη δυσκολία ήταν το γεγονός ότι οι έρευνες που αφορούν στη διατροφική συμπεριφορά στην προσχολική ηλικία είναι ελάχιστες, λόγω των δυσκολιών στη μέτρηση του συγκεκριμένου δείγματος (Pulgaron, 2013), ενώ επίσης η ετερογένεια στα διαθέσιμα στοιχεία, λόγω διαφορετικών ορίων παχυσαρκίας και εύρους προσχολικής ηλικίας σε κάθε μελέτη, έχει σαν αποτέλεσμα να μην είναι εύκολα συγκρίσιμα μεταξύ τους (Cattaneo et al., 2010). Ένας ακόμα πολύ σημαντικός περιορισμός ήταν οι γονεϊκές αναφορές, οι οποίες μπορεί να εμπεριέχουν σφάλμα μεροληψίας και οι έμμεσες μετρήσεις στα ερωτηματολόγια σχετικά με την ποιότητα ζωής των νηπίων, τα οποία μπορούν να πλήξουν την αξιοπιστία της έρευνας (Dollman et al., 2005· Ridley & Olds, 2008). Το περιορισμένο ενδιαφέρον των γονέων για ενημέρωση σε θέματα διατροφής, όσο τα παιδιά μεγαλώνουν (Pereira da Silva et al., 2016), αλλά και η διατροφική κουλτούρα μικρής μερίδας γονέων, είχε σαν αποτέλεσμα ασυνέπεια απέναντι στις οδηγίες του προγράμματος. Επίσης, το διαφορετικό επίπεδο εμπειρίας και γνώσεων, αλλά οι προσωπικές στάσεις και πεποιθήσεις σχετικά με την αξία των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στους εκπαιδευτικούς που υλοποίησαν το πρόγραμμα, επηρέασαν τα αποτελέσματα για κάθε Τμήμα. Τέλος, η έλλειψη ελέγχου διατήρησης της συμπεριφοράς των παιδιών μακροπρόθεσμα, καθώς και η έλλειψη εκτίμησης κόστους - αποτελεσματικότητας του προγράμματος, αποτελούν σημαντικούς περιορισμούς (Doring et al., 2016).

5.3. Συμπεράσματα και προτάσεις

Παρά τους περιορισμούς της έρευνας, τα οφέλη από την υλοποίηση του προγράμματος είναι σημαντικά, σε επίπεδο διατροφικών συνηθειών, προσκόλλησης στη Μ.Δ., βελτίωσης του τρόπου ζωής και της διατροφικής συμπεριφοράς των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Κατά συνέπεια, το ελληνικό λαϊκό παραμύθι, μέσα από ένα κατάλληλα σχεδιασμένο πρόγραμμα διατροφικής παρέμβασης είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο Αγωγής Υγείας. Αντίστοιχα, το σχολικό περιβάλλον παίζει έναν αδιαμφισβήτητα σημαντικό ρόλο, όπου σε συνεργασία με τους γονείς και την ευρύτερη κοινότητα, μπορεί να ενισχύσει την ανάπτυξη συμπεριφορών υγείας και να συμβάλλει στην καλλιέργεια της διατροφικής κουλτούρας.

Θα είχε ενδιαφέρον το συγκεκριμένο υλικό παρέμβασης, να διευρυνθεί ως προς τους στόχους και τη διάρκειά του, προκειμένου να προσεγγίζει περισσότερα προβλήματα διατροφικής συμπεριφοράς των παιδιών προσχολικής ηλικίας και να δοκιμαστεί ως προς την αποτελεσματικότητά του μακροπρόθεσμα και σε ένα μεγαλύτερο δείγμα νηπίων. Επίσης θα ήταν πολύ σημαντικό να διερευνηθούν οι γνώσεις, οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των γονέων και των εκπαιδευτικών σχετικά με τις διατροφικές ανάγκες και συμπεριφορές των παιδιών προσχολικής ηλικίας και να ικανοποιηθούν οι ανάγκες τους για επιμόρφωση, μετατοπίζοντας σταδιακά τα προγράμματα Αγωγής Υγείας από τα χαμηλά ποσοστά της προαιρετικής συμμετοχής, σε ένα πιο διευρυμένο υποχρεωτικό πλαίσιο, ιδιαίτερα για την προσχολική Αγωγή, όπου εδραιώνονται οι διατροφικές συμπεριφορές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Amini, M., Djazayery, A., Majdzadeh, R., Taghdisi, M.H., & Jazayeri, S. (2015). Effect of school-based interventions to control childhood obesity: A review of reviews. *International Journal of Preventive Medicine*, *6,* 68 - 79. Doi:10.4103/2008-7802.162059.

Antonogeorgos, G., Panagiotakos, D.B., Papadimitriou, A., Priftis, K.N., Anthracopoulos, M., & Nicolaidou, P. (2011). Breakfast consumption and meal frequency interaction with childhood obesity. *Pediatric Obesity, 7*(1), 65 - 72. Doi:10.1111/j.2047-6310.2011.00006.x.

Anzman, S.L., Rollins, B.Y., & Birch, L.L. (2010). Parental influence on children's early eating environments and obesity risk: implications for prevention. *International Journal of Obesity, 43*, 1116 – 1124. Doi:10.1038/ijo.2010.43.

Appleton, K.M., Hemingway, A., Saulais, L., Dinnella, C., Monteleone, E., Depezay, L., ... Hartwell, H. (2016). Increasing vegetable intakes: rationale and systematic review of published interventions. *European Journal of Nutrition*, *55*(3), 869 – 896. Doi:10.1007/s00394-015-1130-8.

Bathrelloy, E., Yannakoulia, M., Papanikolaou, K., Pehlivanidis, A., Pervanidou, P., Kanaka-Gantenbein, C., … Sidossis, L.S. (2010). Parental involvement does not augment the effectiveness of an intense behavioral program for the treatment of childhood obesity. *Hormones, 9*(2), 171 – 175. Ανακτημένο από http://www.hormones.gr/~osenia62/pdf/171-175.pdf.

Beauchamp, G.K., & Mennella, J.A. (2011). Flavor Perception in Human Infants: Development and Functional Significance. *Digestion, 83*(1), 1 – 6. Doi:10.1159/000323397.

Benton, D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity and Related Disorders, 28*(7), 858–869. Doi:10.1038/sj.ijo.0802532.

Birch, L.L., & Doub, A.E. (2014). Learning to eat: birth to age 2 y. *The American Journal of Clinical Nutrition, 99*(3), 723-728. Doi:10.3945/ajcn.113.069047.

Birch, L.L., & Ventura, A.K. (2009). Preventing childhood obesity: what works? *International Journal of Obesity, 33*(1), 74 – 81. Doi:10.1038/ijo.2009.22.

Braudel, F. (2014). *Γραμματική των πολιτισμών*. Αθήνα: Μορφωτικό Ίδρυμα Εθνικής Τραπέζης.

Cabrera, S. G., Fernandez, H., Hernandez, C. R., Nissensohn, M., Roman-Vinas, B., & Serra-Majem, L. (2015). KIDMED test; prevalence of low adherence to the Mediterranean Diet in children and young a systematic review. *Nutrition Hospitalaria, 32*(6), 2390 – 2399. Doi: 10.3305/nh.2015.32.6.9828.

Cattaneo, A., Monasta, L., Stamatakis, E., Lioret, S., Castetbon, K., Frenken, F., … Brug, J. (2010). Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data. *Obesity Reviews, 11*(5), 389 - 98. Doi:10.1111/j.1467-789X.2009.00639.x.

Cauwenberghe, E.V., Maes, L., Spittaels, H., van Lenthe, F.J., Brug , J., Oppert, J.M., & De Bourdeaudhuij, I. (2009). Effectiveness of school- based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and "grey" literature. *British Journal of Nutrition, 103*(6), 781 – 797. Doi: 10.1017/S0007114509993370.

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., & Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal, 320*(7244), 1240 - 1243. Doi:https://doi.org/10.1136/bmj.320.7244.1240.

Cooke, L., Carnell, S., & Wardle, J. (2006). Food neophobia and mealtime food consumption in 4–5 year old children. I*nternational Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *3*, 14 - 19. Doi:10.1186/1479-5868-3-14.

Courage, M.L., & Howe, M.L. (2010). To watch or not to watch: Infants and toddlers in a brave new electronic world. *Developmental Review, 30*(2), 101 - 115. Ανακτημένο από https://doi.org/10.1016/j.dr.2010.03.002.

Cox, R., Skouteris, H., Dell'Aquilla, D., Hardy, L.L, & Rutherford, L. (2012). Television viewing behavior among pre-schoolers: Implications for public health recommendations. *Journal of Pediatrics and Child Health, 49* (2), 108 – 111. Doi:10.1111/jpc.12041.

Dazeley, P., Houston-Price, C., & Hill, C. (2012). Should healthy eating programmes incorporate interaction with foods in different sensory modalities? A review of the evidence. *British Journal of Nutrition, 108*(5), 769 – 777. Doi: https://doi.org/10.1017/S0007114511007343.

De Cosmi, V., Scaglioni, S., & Agostoni, C. (2017). Early taste experiences and later food choices. *Nutrients, 9*(2), 107 – 115. Doi:10.3390/nu9020107.

De Craemer, M., Lateva, M., Iotova, V., De Decker, E., Verloigne, M., De Bourdeaudhuij, I., … Cardon, G. (2015). Differences in energy balance-related behaviours in European preschool children: The ToyBox-Study. *PLoS One, 10*(3), e0118303. Doi:10.1371/journal.pone.0118303.

Dietz, W.H. (1998). Health Consequences of Obesity in Youth: Childhood Predictors of Adult Disease. *Pediatrics, 101*(2), 518 - 525. Ανακτημένο από http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/101/Supplement_2/518.full.pdf.

Dollman, J., Norton, K., & Norton, L. (2005). Evidence for secular trends in children's physical activity behavior. *British Journal of Sports and Medicine, 39*(12), 892 – 897. Doi:10.1136/bjsm.2004.016675.

Doring, N., Mayer, S., Rasmussen, F., & Sonntag, D. (2016). Economic evaluation of obesity prevention in early childhood: methods, limitations and recommendations. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 13*(9), 911 - 922. Doi:10.3390/ijerph13090911.

Dovey, T.M., Staples' P.A., Gibson, E.L., & Halford' J.C.G.(2008). Food neophobia and "picky/fussy "eating in children: A review. *Appetite, 50*(2-3), 181 – 193. Doi:10.1016/j.appet.2007.09.009.

Duch, H., Fisher, E.M., Ensari, I., & Harrington, A. (2013). Screen time use in children under 3 years old: a systematic review of correlates. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 10*, 102 – 111. Doi: 10.1186/1479-5868-10-102.

Dudley, D.A., Cotton′ W.G., & Peralta, L.R. (2015). Teaching approaches and strategies that promote healthy eating in primary school children: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 12*, 28 – 53. Doi:10.1186/s12966-015-0182-8.

Dunton, G.F., Kaplan, J., Wolch, J., Jerrett, M., & Reynolds, K.D. (2009). Physical environmental correlates of childhood obesity: A systematic review. *Obesity reviews, 10*(4), 393 – 402. Doi: 10.1111/j.1467-789X.2009.00572.x.

Farajian, P., Risvas, G., Karasouli, K., Pounis, G.D., Kastorini, C. M., Panagiotakos, D. B., & Zampelas, A. (2011). Very high childhood prevalence and low adherence rates to the Mediterranean diet in Greek children: The GRECO study. *Atherosclerosis, 217*(2), 525 – 530. Doi:10.1016/j.atherosclerosis.2011.04.003.

Fiese B.H., Hammons, A., & Grigsby-Toussaint, D. (2012). Family mealtimes: a contextual approach to understanding childhood obesity. *Economics and Human Biology, 10*(4), 365 – 374. Doi: 10.1016/j.ehb.2012.04.004.

Finkelstein. E.A., & Strombotne, K.L. (2010). The economics of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition, 91*, 1520 – 1524. Doi:10.3945/ajcn.2010.28701E.

Freeman, M.R. (2003). *Food for Thought (and Other Important Considerations). Paper presented at the Conference of Indigenous Peoples' Contributions to Understanding Global Environmental Change*. Montreal: McGill University.

Garnsey, P. (1999). *Food and Society in Classical Antiquity*. Cambridge: Cambridge University Press.

Goldfield, G., S., Harvey, A., Grattan, K., & Adamo, K.B. (2012). Physical activity promotion in the preschool years: A critical period to intervene. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 9*(4), 1326 – 1342. Doi:10.3390/ijerph9041326.

Green, G., & Reese, S.A. (2006). Childhood obesity: A growing phenomenon for physical educators. *Education, 127*(1), 121 – 124. Ανακτημένο απόhttp://eyzin.minedu.gov.gr/Documents/Physical%20Education%20programmes-obesity.pdf.

Guerra P.H., da Silveira J.A. C., & Salvador, E.P. (2016). Physical activity and nutrition education at the school environment aimed at preventing childhood obesity: evidence from systematic reviews. *Journal de Pediatria, 92*, 15 – 23. Doi:10.1016/j.jped.2015.06.005.

Guo, S.S, Wu, W., Chumlea, W.C, & Roche, A.F. (2002). Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *The American Journal of Clinical Nutrition, 76*(3), 653 - 658. Ανακτημένο από http://ajcn.nutrition.org/content/76/3/653.long.

Gupta, N., Goel, K., Shah, P., & Misra, A. (2012). Childhood obesity in developing countries: epidemiology, determinants, and prevention. *Endocrine Reviews,_33*(1), 48 - 70. Doi: 10.1210/er.2010-0028.

Hammons, A.J., & Fiese, B.H. (2011). Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *PEDIATRICS, 127*(6), 1565 – 1574. Doi:10.1542/peds.2010-1440.

Hesketh, K.D., & Cambell, K.J. (2010). Interventions to prevent obesity in 0 – 5 year olds: An updated systematic review of the literature. *Obesity, 18*(1), 27 - 35. Doi: 10.1038/oby.2009.429.

Hodges, E.A., Smith, C., Tidwell, S., & Berry, D. (2013). Promoting Physical Activity in Preschoolers to Prevent Obesity: A review of the Literature. *Journal of Pediatric Nursing, 28*(1), 3 – 19. Doi:10.1016/j.pedn.2012.01.002.

Kaisari, P., Yannakoulia, M., & Panagiotakos, D. (2013). Eating Frequency and overweight and obesity in children and adolescents: A Meta – analysis. *Pediatrics, 131*(5), 958 – 967. Doi:10.1542/peds.2012-3241.

Karlen, J., Lowert, Y., Chatziarsenis, M., Falth-Magnusson, K., & Faresjo, T. (2009). Are children from Crete abandoning a Mediterranean diet? *Rural Remote Health, 8* (4), 1034. Ανακτημένο από http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_1034.pdf.

Knai, C., Lobstein, T., Darmon, N., Rutter, H., & McKee, M.(2012). Socioeconomic Patterning of childhood overweight status in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 9*(4), 1472 – 1489. Doi: 10.3390/ijerph9041472.

Kontogianni, M. D., Vidra, N., Farmaki, A., Koinaki, S., Belogianni, K., Sofrona, S., … Yannakoulia, M. (2008). Adherence Rates to the Mediterranean Diet Are Low in a Representative Sample of Greek Children and Adolescents. *The Journal of Nutrition, 138*(10), 1951 - 1956. Ανακτημένο από http://jn.nutrition.org/content/138/10/1951.long.

Kotanidou, E.P., Grammatikopoulou, M.G., Spiliotis, B.E., Kanaka-Gantenbein, C., Tsigga, M., & Galli-Tsinopoulou, A. (2013). Ten –Year obesity and overweight prevalence in Greek children: A systematic review and meta-analysis of 2001 – 2010 data. *HORMONES, 12*(4), 537 – 549. Doi**:** 10.14310/horm.2002.1442.

Kourlaba, G., Kondaki, K., Grammatikaki, E., Roma-Giannikou, E., & Manios, Y. (2009). Diet quality of preschool children and maternal perceptions/misperceptions: the GENESIS study. *Public Health, 123*(11), 738 - 742. Doi: 10.1016/j.puhe.2009.10.005.

Krolner, R., Rasmussen, M., Brug, J., Klepp, K.I., Wind, M., & Due, P. (2011). Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part II: Qualitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 8*, 112 – 149. Doi:10.1186/1479-5868-8-112.

Kuhl, E. S., Clifford, L. M. & Stark, L. J. (2012). Obesity in Preschoolers: Behavioral Correlates and Directions for Treatment. *Obesity, 20*(1), 3 – 29. Doi:10.1038/oby.2011.201.

Κασσωτάκης, Μ., Φλουρής, Γ. (2001). *Μάθηση και Διδασκαλία, Σύγχρονες απόψεις για τις διαδικασίες της μάθησης και τη μεθοδολογία της διδασκαλίας*, Τόμος Α’. Αθήνα: Ιδίων.

Lafraire, J., Rioux, C., Giboreau, A., & Picard, D. (2016). Food rejections in children: Cognitive and social/ environmental factors involved in food neophobia and picky/ fussy eating behavior. *Appetite, 96*, 347 - 357. Doi:10.1016/j.appet.2015.09.008.

Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Pouliou, T., Murphy, S., Waters, E., … Campbell, R. (2015). The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health, 15*, 130 – 144. Doi: 10.1186/s12889-015-1360-y.

Law, M. (2000). Dietary fat and adult diseases and the implications for childhood nutrition: an epidemiologic approach. *The American Journal of Clinical Nutrition, 72*(5), 1291 - 1296**.** Ανακτημένο από http://ajcn.nutrition.org/content/72/5/1291s.full.

Lazarou, C., Panagiotakos, D., & Matalas, A. (2008). Level of adherence to the Mediterranean diet among children from Cyprus: The CYKIDS study. *Public Health Nutrition, 12*(7), 991-1000. Doi:10.1017/S1368980008003431.

LeBlanc, A.G., Spence, J.C., Carson, V., Connor Gorber, S., Dillman, C., Janssen, I., … Tremblay, M.S. (2012). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0 – 4 years). *Applied Physiology Nutrition and Metabolism, 37*(4), 753 – 772. Doi: 10.1139/h2012-063.

Levi – Strauss, C. 1991. *Ανθρωπολογία και Μύθος* (Μέρος Β'). Αθήνα: Καρδαμίτσα.

Linardakis, M., Sarri, K., Pateraki, M.S., Sbokos, M., & Kafatos, A. (2008). Sugar-added beverages consumption among kindergarten children of Crete: effects on nutritional status and risk of obesity, *BMC Public Health*, *8*, 279. Doi:10.1186/1471-2458-8-279.

Liu, J., Zhang, A., & Li, L. (2012). Sleep duration and overweight/obesity in children: Review and implications for pediatric nursing. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 17*(3), 193 – 204. Doi: 10.1111/j.1744-6155.2012.00332.x.

Lu, W., McKyer, E.L., Lee, C., Goodson, P., Ory, M.G., & Wang, S. (2014). Perceived barriers to children's active commuting to school: a systematic review of empirical, methodological and theoretical evidence. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 18*(11), 140. Doi: 10.1186/s12966-014-0140-x.

Lydakis, C., Stefanaki, E., Stefanaki, S., Thalassinos, E., Kavousanaki, M., & Lydaki, D. (2012). Correlation of blood pressure, obesity, and adherence to the Mediterranean diet with indices of arterial stiffness in children. *European Journal of Pediatrics, 171*(9), 1373 - 1382. Doi: 10.1007/s00431-012-1735-3.

Manios, Y., Grammatikaki, E., Papoutsou, S., Liarigkovinos, T., Kondaki, K., Moschonis, G. (2008). Nutrient intakes of toddlers and preschoolers in Greece: the GENESIS study. *Journal of the American Dietic Association, 10* (2), 357 - 361. Doi: 10.1016/j.jada.2007.10.042.

Manios, Y., Kondaki, K., Kourlaba, G., Grammatikaki, E., Birbilis, M., & Ioannou, E. (2009). Television viewing and food habits in toddlers and preschoolers in Greece: The GENESIS study. *European Journal of Pediatrics, 168*(7), 801 – 808. Doi: 10.1007/s00431-008-0838-3.

Maratos, F.A, & Staples, P. (2015). Attentional biases towards familiar and unfamiliar foods in children. The role of food neophobia. *Appetite, 91*, 220 – 225. Doi: 10.1016/j.appet.2015.04.003.

Mazarello Paes, V., Ong, K.K., & Lakshman, R. (2015). Factors influencing obesogenic dietary intake in young children (0 - 6 years): systematic review of qualitative evidence. *BMJ Open, 5*(9), e007396. Doi:10.1136/bmjopen-2014-007396.

Mennella, J.A. (2014). Ontogeny of taste preferences: Basic biology and implications for health. *American Journal of Clinical Nutrition, 99*(3), 704 – 711. Doi: 10.3945/ajcn.113.067694.

Mennella, J.A., Jagnow, C.P., & Beauchamp, G.K. (2001). Prenatal and Postnatal Flavor Learning by Human Infants. *Pediatrics, 107*(6), e88. Doi:10.1542/peds.107.6.e88.

Meyer – Rochow, V.B. (2009). Food taboos: Their origins and purposes. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine, 5*, 18. Doi:10.1186/1746-4269-5-18

Mikkelsen, M.V., Husby, S., Skov, L.R., & Perez-Cueto, F.J. (2014). A systematic review of types of healthy eating interventions in preschools. *Nutrition Journal,* 13, 56 – 74. Doi: 10.1186/1475-2891-13-56.

Moding, K., & Stifer, C.A. (2016).Temperamental approach/withdrawal and food neophobia in early childhood: Concurrent and longitudinal associations. *Appetite, 107*, 654 – 662. Doi: 10.1016/j.appet.2016.09.013.

Mullins, E.N., Miller, A.L., Cherian, S.S., Lumeng, J.C., Wrightjr, K.P., Kurth, S., & Lebourgeois, M.K. (2017). Acute sleep restriction increases dietary intake in preschool – age children. *Journal of Sleep Research, 26*, 48-54. Doi:10.1111/jsr.12450.

National Sleep Foundation. (2004α). *Children and Sleep*. Ανακτήθηκε από https://sleepfoundation.org/sleep-topics/children-and-sleep/page/0/2.

National Sleep Foundation. (2004β). *2004 Sleep in America Poll*. Ανακτήθηκε από https://sleepfoundation.org/sites/default/files/FINAL%20SOF%202004.pdf.

Nicklaus, S. (2016). Complementary feeding strageties to facilitate acceptance of fruits and vegetables: A narrative review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 13*(11), 1160 – 1169. Doi: 10.3390/ijerph13111160.

Osei-Assibey, G., Dick, S., Macdiarmid, J., Semple, S., Reilly, J.J., Ellaway, A., … McNeill, G. (2012). The influence of the food environment on overweight and obesity in young children: a systematic review. *BMJ Open, 2*(6), e001538. Doi:10.1136/bmjopen-2012-001538.

Papandreou, D., Andreou, E., Heraclides, A., & Rousso, I. (2013). Is beverage intake related to overweight and obesity in school children? *HIPPOKRATIA, 17*(1), 42 – 46. Ανακτημένο από https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3738277/

Pereira-da-Silva, L., Rego, 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 – 591. Doi:10.3390/ijerph13060572.

Perez-Morales, E., Bacardi-Gascon, M., & Jimenez-Cruz, A. (2013). Sugar-sweetened beverage intake before 6 years of age and weight or BMI status among older children;

Systematic review of prospective studies. *Nutrition Hospitalaria, 28*(1), 47 – 51. Doi: 10.3305/nh.2013.28.1.6247.

Pocock, M., Trivedi, D., Wills, W., Bunn, F., & Magnusson, J. (2009). Parental perceptions regarding healthy behaviours for preventing overweight and obesity in young children: A systematic review of qualitative studies. *Obesity Reviews, 11*(5), 338 – 353. Doi: 10.1111/j.1467-789X.2009.00648.x.

Pulgaron, E.R. (2013). Childhood Obesity: A Review of Increased Risk for Physical and Psychological Co-morbidities. *Clinical Therapeutics, 35*(1), 18–32. Doi:10.1016/j.clinthera.2012.12.014.

Rekhy, R., & McConchie, R. (2014). Promoting consumption of fruits and vegetables for better health. Have campaigns delivered on the goals? *Appetite, 79*, 113 – 123. Doi: 10.1016/j.appet.2014.04.012.

Ridley, K., & Olds, T.S. (2008). Assigning energy costs to activities in children: A review and synthesis. *Official Journal of the American College of Sports Medicine, 40*(8), 1439-1446. Doi: 10.1249/MSS.0b013e31817279ef.

Sacks, G., Swinburn, B., & Lawrence, M. (2008). Obesity policy action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obesity Reviews, 10* (1), 76 – 86. Doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00524.x

Saunders, T.J., Chaput, J.P., & Tremblay, M.S. (2014). Sedentary behavior as an emerging risk factor for cardiometabolic diseases in children and youth. *Canadian Journal of Diabetes, 38*(1), 53-61. Doi: 10.1016/j.jcjd.2013.08.266.

Scaglioni, S., Arrizza, C., Vecchi, F., & Tedeschi, S. (2011). Determinants of children's eating behavior. *American Journal of Clinical Nutrition, 94*(6), 2006- 2011. Doi: 10.3945/ ajcn.110.001685.

Scaglioni, S., Salvioni, M., & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behavior. *British Journal of Nutrition, 99*(1), 22–25. Doi: 10.1017/S0007114508892471.

Schwartz, C., Scholtens, P.A., Lalanne, A., Weenen, H., & Nicklaus, S. (2011). Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite, 57*(3), 796 – 807. Doi:10.1016/j.appet.2011.05.316.

Serra-Majem, L., Ribas, L., García, A., Pérez-Rodrigo, C., & Aranceta, J. (2003). Nutritient adequacy and Mediterranean Diet in Spanish school children and adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition, 57*(1), 35 – 39. Doi:10.1038/sj.ejcn.16018.

Sharma, M. (2006). International school-based interventions for preventing obesity in children. *Obesity Reviews, 8*(2), 155-167. Doi:10.1111/j.1467-789X.2006.00268.x.

Story, M., Nanney, M.S., & Schwartz, M.B. (2009). Schools and obesity prevention: Creating school environments and policies to promote healthy eating and physical activity. *Milbank Q, 87*(1), 71-100. Doi: 10.1111/j.1468-0009.2009.00548.x.

Stratton, G., Ridgers, N.D., Fairclough, S.J., & Richardson, D.J. (2006). Physical activity levels of normal – weight and overweight girls and boys during primary school recess. *Obesity, 15*(6), 1513 – 1519. Doi:10.1038/oby.2007.179.

Tambalis, K., Panagiotakos, D.B., Kavouras, S.A., Kallistratos, A.A., Moraiti, I.P., Douvis, S.J., … Sidossis, L.S. (2009). Eleven-year Prevalence Trends of Obesity in Greek Children: First Evidence that Prevalence of Obesity is Leveling Off. *Obesity, 18*(1), 161 - 166. Doi:10.1038/oby.2009.188.

Tambalis, K.D, Panagiotakos, D.B., Kavouras, S.A., Papoutsakis, S., & Sidossis, L.S. (2013). Higher prevalence of obesity in Greek children living in rural areas despite increased levels of physical activity. *Journal of Paediatrics and Child Health, 49*(9), 769- 774. Doi:10.1111/jpc.12253.

Taylor, C.M., Wernimont, S.M., Northstone, K., & Emmett, P.M. (2015). Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite, 95*, 349 – 359. Doi:10.1016/j.appet.2015.07.026.

Te Velde, S.J., Singh, A., Chinapaw, M., De Bourdeaudhuij, I., Jan, N., Kovacs, E., … Brug, J. (2014). Energy balance related behaviour: Personal, home and friend related

factors among schoolchildren in Europe studied in the ENERGY - PROJECT. *PLOS ONE, 9*(11), e111775. Doi:10.1371/journal.pone.0111775.

UNESCO. (2010). *Decision of the Intergovernmental Committee: 5.COM 6.41*. Ανακτήθηκε από το https://ich.unesco.org/en/decisions/5.COM/6.41

Ventura A.K., & Worobey, J. (2013). Early Influences on the Development of Food Preferences. *Current Biology, 23*(9), 401 – 408. Doi:10.1016/j.cub.2013.02.037.

Vollmer, R. L., & Mobley, A.R. (2013). Parenting styles, feeding styles, and their influence on child obesogenic behaviors and body weight. A review. *Appetite, 71*, 232 – 241. Doi:10.1016/j.appet.2013.08.015.

Wadhera, D., & Capaldi-Phillips, E.D. (2014). A review of visual cues associated with food on food acceptance. *Eating Behaviors, 15*(1), 132-143. Doi:10.1016/j.eatbeh.2013.11.003.

Wahi, G., Parkin, P.C, Beyene. J., Uleryk, E.M, & Birken, C.S. (2011). Effectiveness of interventions aimed at reducing screen time in children: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 165*(11), 979 - 986. Doi:10.1001/archpediatrics.2011.122.

Wang, Y., & Lim, H. (2012). The global childhood obesity epidemic and the association between socio-economic status and childhood obesity. *International Review of Psychiatry, 24*(3), 176 - 188. Doi:10.3109/09540261.2012.688195.

Wardle, J., & Cooke, L. (2008). Genetic and environmental determinants of children's food preferences. *British Journal of Nutrition, 99*(1), 15 - 21. Doi:10.1017/S000711450889246X.

Wardle, J., Guthrie, C.A, Sanderson, S., & Rapoport, L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(7), 963-970. Doi:10.1111/1469-7610.00792.

Wofford, L.G. (2008). Systematic Review of childhood obesity prevention. *Journal of Pediatric Nursing, 23*(1), 5 - 19. Doi:10.1016/j.pedn.2007.07.006.

Zajonc, R.B. (1968). Attitudinal effects of mere exposure. *Journal of Personality and Social Psychology*, *9*(2), 1–27. Doi:10.1037/h0025848.

Αναγνωστόπουλος, Β.Δ. (1995). Η αφήγηση του παραμυθιού στο σπίτι. Στο Β.Δ. Αναγνωστόπουλος, & Κ. Λιάπης (Επιμ.), *Λαϊκό παραμύθι και παραμυθάδες στην Ελλάδα* (σσ.105 – 126). Αθήνα: Καστανιώτη.

Αυδίκος, Ε. (2007). Παραμύθι, αφηγηματική κοινότητα και ετερότητα. Στο Σ.Γ. Κούτρας & Κ.Δ. Μαλαφάντης (Επιμ.), *Η Παιδαγωγική και Διδακτική Αξιοποίηση του Παραμυθιού* (σσ. 25 – 39). Αθήνα: Γρηγόρης.

Βαλάση, Ζ. (2000). *Δείπνο με μάγισσες και κολατσιό με δράκους: Μια γαστριμαργική περιπλάνηση στα λαϊκά παραμύθια*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Βασδέκης, Γ. (1995). Το παλιό και το νέο στο λαϊκό παραμύθι. Στο Β.Δ. Αναγνωστόπουλος, & Κ. Λιάπης (Επιμ.), *Λαϊκό παραμύθι και παραμυθάδες στην Ελλάδα* (σσ. 87 – 92). Αθήνα: Καστανιώτη.

Γεργατσούλης, Β. (2007). Η αφομοιωτική δύναμη του λαϊκού παραμυθιού, ο μετασχηματισμός και η επανασταθεροποίησή του: Μια μελέτη βασισμένη σε υλικό επιτόπιας έρευνας. Στο Σ.Γ. Κούτρας & Κ.Δ. Μαλαφάντης (Επιμ.), *Η Παιδαγωγική και Διδακτική Αξιοποίηση του Παραμυθιού* (σσ. 161 – 199). Αθήνα: Γρηγόρης.

Γιαννικοπούλου, Α. (1995). Πώς βλέπουν τα νήπια τους ήρωες των παραδοσιακών παραμυθιών. Στο Β.Δ. Αναγνωστόπουλος, & Κ. Λιάπης (Επιμ.), *Λαϊκό παραμύθι και παραμυθάδες στην Ελλάδα* (σσ. 147 – 158). Αθήνα: Καστανιώτη.

Δημητρίου – Κοτσώνη, Σ. (2001). Το τραπέζι του φαγητού: Συμβολικός Διάλογος, Πρακτική και Επιτέλεση. Στο Σ. Δημητρίου (Επιμ.), *Ανθρωπολογία των Φύλων* (σσ. 97 – 137). Αθήνα: Σαββάλας.

Διαθεματικό Ενιαίο Πλαίσιο Προγραμμάτων Σπουδών (ΔΕΠΠΣ). (2001). Ανάκτηση από http://www.pi-schools.gr/programs/depps/

Εθνικός Διατροφικός Οδηγός. (2014). Ανάκτηση από http://www.diatrofikoiodigoi.gr/?page=diatrofikoi-odigoi-paidia

Ευγενικός, Γ. (2013). Η φωτιά ως γενεσιουργός αιτία ανάπτυξης της λαϊκής προφορικής παράδοσης. Στο Μ. Αυγούλη, Ε. Ρωμαίου-Καρασταμάτη & Γ. Σπέης (Επιμ.), *Η φωτιά πηγή Ζωής, Δύναμης και Καθαρμού* (σσ. 269 – 272). Πρακτικά Επιστημονικής Συνάντησης. Αθήνα: Μουσείο Ελληνικής Λαϊκής Τέχνης, Υπουργείο Πολιτισμού και Αθλητισμού.

Ευσταθίου, Ν., & Μανιός, Γ. (2007). Εφαρμογή σχολικών προγραμμάτων Αγωγής Υγείας στην Ελλάδα. Στο Γ. Μανιός (Επιμ.), *Διατροφική Αγωγή: Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής & Προαγωγής της Υγείας* (σσ. 211 – 220). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Ιωάννου, Γ. (2008). *Παραμύθια του τόπου μας*. Αθήνα: Ερμής.

Ιωάννου, Γ. (2008). *Παραμύθια του τόπου μας*. Αθήνα: Ερμής.

Καλλέργης, Η. (1995). Αρχαιοελληνικές απηχήσεις στο νεοελληνικό λαϊκό παραμύθι. Στο Β.Δ. Αναγνωστόπουλος, & Κ. Λιάπης (Επιμ.), *Λαϊκό παραμύθι και παραμυθάδες στην Ελλάδα* (27 – 40). Αθήνα: Καστανιώτη.

Καμινιώτης, Β. (2012). Η διατροφή υπό μια σύγχρονη λαογραφική θεώρηση. Στο Μ. Βαρβούνης (Επιμ.), *Ελληνική Λαογραφία: Ιστορικά, Θεωρητικά, Μεθοδολογικά, Θεματικές* (Τόμος Α’), (σσ.981 - 1003). Αθήνα: Ηρόδοτος.

Κανατσούλη, Μ. (1995). Το υπερφυσικό στοιχείο στη γυναίκα των ελληνικών λαϊκών παραμυθιών. Στο Β.Δ. Αναγνωστόπουλος, & Κ. Λιάπης (Επιμ.), *Λαϊκό παραμύθι και παραμυθάδες στην Ελλάδα* (σσ. 179 – 188). Αθήνα: Καστανιώτη.

Κανιούρης, Μ., & Βαφειόπουλος, Φ. (1995). Τα παραμύθια και η εσωτερική πορεία προς την ωριμότητα. Στο Β.Δ. Αναγνωστόπουλος, & Κ. Λιάπης (Επιμ.), *Λαϊκό παραμύθι και παραμυθάδες στην Ελλάδα* (σσ. 211 – 214). Αθήνα: Καστανιώτη.

Καπλάνογλου, Μ. (2007). Λαϊκός πολιτισμός και διαφήμιση. Στο Σ.Γ. Κούτρας & Κ.Δ. Μαλαφάντης (Επιμ.), *Η Παιδαγωγική και Διδακτική Αξιοποίηση του Παραμυθιού* (σσ. 61 - 78). Αθήνα: Γρηγόρης.

Καπλάνογλου, Μ. (2014). Η λαογραφική έρευνα για το Παραμύθι και ο Κατάλογος των Ελληνικών Μαγικών Παραμυθιών. *Κείμενα,* 18 http://keimena.ece.uth.gr/main/t18/01-kaplanoglou.pdf

Καφάτου, Ε., & Μανιός, Γ. (2007). Μοντέλο κοινωνικού μάρκετινγκ. Στο Γ. Μανιός (Επιμ.), *Διατροφική Αγωγή: Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής & Προαγωγής της Υγείας* (σσ. 87 - 98). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Κοντογιάννη, Α. (2000). *Η Δραματική Τέχνη στην Εκπαίδευση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κούπερ, Τ. (1992). *Λεξικό Παραδοσιακών Συμβόλων*. Αθήνα: Πύρινος Κόσμος.

Κουτσουβάνου, Ε. (1994). *Η θεωρία του Piaget και παιδαγωγικές εφαρμογές στην προσχολική εκπαίδευση*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Μανιός, Γ. (2007α). Εισαγωγή. Στο Γ. Μανιός (Επιμ.), *Διατροφική Αγωγή: Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής & Προαγωγής της Υγείας* (χ.σ.). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Μανιός, Γ. (2007β). Μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία. Στο Γ. Μανιός (Επιμ.), *Διατροφική Αγωγή: Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής & Προαγωγής της Υγείας* (σσ. 21 – 25). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Μανιός, Γ. (2007γ). Ανασκόπηση προγραμμάτων διατροφικής αγωγής και προαγωγής της υγείας στο σχολείο και την κοινότητα. Στο Γ. Μανιός (Επιμ.), *Διατροφική Αγωγή: Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής & Προαγωγής της Υγείας* (σσ. 183 – 210). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Μανιός, Γ., & Γραμματικάκη, Ε. (2007). Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης. Στο Γ. Μανιός (Επιμ.), *Διατροφική Αγωγή: Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής & Προαγωγής της Υγείας* (σσ. 57 – 61). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Μανιός, Γ., & Κώνστα, Ο. (2007). Διοικητική και πολιτειακή αξιολόγηση: Στροφή από τον σχεδιασμό στην εφαρμογή. Στο Γ. Μανιός (Επιμ.), *Διατροφική Αγωγή: Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής & Προαγωγής της Υγείας* (σσ. 167 – 176). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Μανιός, Γ., Ντετοπούλου, Β. & Ρίσβας, Γ. (2007). Ανάπτυξη μιας παρέμβασης Διατροφικής Αγωγής – Η χαρτογράφηση της παρέμβασης. Στο Γ. Μανιός (Επιμ.),

Διατροφική Αγωγή: Θεωρίες και Μοντέλα Αγωγής & Προαγωγής της Υγείας (σσ. 103 – 116). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Ματάλα, Α. (2008). *Ανθρωπολογία της Διατροφής*. Αθήνα: Παπαζήση.

Μέγας Γ.Α. (2005). *Ελληνικά παραμύθια* (σειρά Β'). Αθήνα: Εστία.

Μερακλής, Μ.Γ. (1995). Η κοινωνία του παραμυθιού. Στο Β.Δ. Αναγνωστόπουλος, & Κ. Λιάπης (Επιμ.), *Λαϊκό παραμύθι και παραμυθάδες στην Ελλάδα* (σσ. 19 – 26). Αθήνα: Καστανιώτη.

Μερακλής, Μ.Γ. (2007). Έξοχη αφήγηση ή σκάνδαλο; Στο Σ.Γ. Κούτρας & Κ.Δ. Μαλαφάντης (Επιμ.), *Η Παιδαγωγική και Διδακτική Αξιοποίηση του Παραμυθιού* (σσ. 9 - 23). Αθήνα: Γρηγόρης.

Μερακλής, Μ.Γ. (2009). *Ελληνική Λαογραφία: Κοινωνική Συγκρότηση, Ήθη και Έθιμα, Λαϊκή Τέχνη*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Μερακλής, Μ.Γ. (2012). *Για το λαϊκό παραμύθι: Διδακτικές προτάσεις για νηπιαγωγούς και δασκάλους*. Αθήνα: Διάδραση.

Μωραΐτη, Τ. (2008). Το ταξίδι των ηρώων του παραμυθιού από τη μήτρα- γη στο υπερβατικό: όταν οι ανθρώπινες ανάγκες φτάνουν μέχρι τον ήλιο. Στο Ε. Δάφνη (Επιμ.), *Η Γη – Μήτρα ζωής και Δημιουργίας* (σσ. 325 - 330). Πρακτικά Επιστημονικής Συνάντησης. Αθήνα: Μουσείο Ελληνικής Λαϊκής Τέχνης, Υπουργείο Πολιτισμού και Αθλητισμού.

Ντολιοπούλου, Ε. (1999). *Σύγχρονες τάσεις της Προσχολικής Αγωγής*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Ντοροπούλου, Μ. (2007). Παραμύθι: πολυδύναμο διδακτικό μέσο. Στο Σ.Γ. Κούτρας & Κ.Δ. Μαλαφάντης (Επιμ.), *Η Παιδαγωγική και Διδακτική Αξιοποίηση του Παραμυθιού* (σσ. 201 - 219). Αθήνα: Γρηγόρης.

Παγκάκης, Γ.Λ. (2001). *Κοινωνική Ανθρωπολογία*. Αθήνα: Σαββάλας.

Παμουκτσόγλου, Α. (2007). Αξιοποίηση του παραμυθιού: Η περίπτωση της διαθεματικής προσέγγισης στην εκπαίδευση. Στο Σ.Γ. Κούτρας & Κ.Δ. Μαλαφάντης (Επιμ.),

Η Παιδαγωγική και Διδακτική Αξιοποίηση του Παραμυθιού (σσ. 119 - 125). Αθήνα: Γρηγόρης.

Παπάς, Α. (1995). Η διδακτική του παραμυθιού. Στο Β.Δ. Αναγνωστόπουλος, & Κ. Λιάπης (Επιμ.), *Λαϊκό παραμύθι και παραμυθάδες στην Ελλάδα* (σσ. 129 – 146). Αθήνα: Καστανιώτη.

Πολυμέρου – Καμηλάκη, Α. (2008). Προσωποποίηση της γης: Γη- Γυναίκα. Στο Ε. Δάφνη (Επιμ.), *Η Γη – Μήτρα ζωής και Δημιουργίας* (σσ.227 – 231). Πρακτικά Επιστημονικής Συνάντησης. Αθήνα: Μουσείο Ελληνικής Λαϊκής Τέχνης, Υπουργείο Πολιτισμού και Αθλητισμού.

Σακελλαρίου, Χ. (1995). *Το παραμύθι χτες και σήμερα*. Αθήνα: Πατάκη.

Τσιλιμένη, Τ. (1995). Το λαϊκό παραμύθι στο νηπιαγωγείο. Στο Β.Δ. Αναγνωστόπουλος, & Κ. Λιάπης (Επιμ.), *Λαϊκό παραμύθι και παραμυθάδες στην Ελλάδα* (σσ. 159 – 164). Αθήνα: Καστανιώτη.

Χρυσαφίδης, Κ. (1994). *Βιωματική – Επικοινωνιακή Διδασκαλία*. Αθήνα: Gutenberg.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ: «ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ»

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟΥ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΤΙΤΛΟ:

Δημιουργία και Εφαρμογή Πιλοτικού Εκπαιδευτικού Προγράμματος Προώθησης της Υγιεινής Διατροφής και Παρέμβασης στη Διατροφική Συμπεριφορά Παιδιών Νηπιαγωγείου, μέσα από το Ελληνικό Παραδοσιακό Παραμύθι

Αγαπητοί γονείς

Η υγιεινή διατροφή είναι αναμφίβολα πολύ σημαντική σε όλα τα στάδια της ζωής. Ο ρόλος της, όμως είναι καθοριστικός στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού, καθώς επιδρά στη σωματική, νοητική και κοινωνική του ανάπτυξη. Σύγχρονες έρευνες έχουν αποδείξει ότι η παιδική ηλικία αποτελεί την καταλληλότερη περίοδο για τη διαμόρφωση υγιεινών διατροφικών συνηθειών - καθώς ο τρόπος ζωής, διατροφής και συμπεριφοράς εδραιώνονται κατά το διάστημα αυτό - υπογραμμίζοντας παράλληλα το ρόλο της οικογένειας, του σχολείου και του κοινωνικού περιβάλλοντος, ως προς τη διαμόρφωση αυτών των συνηθειών. Από τη δεκαετία του 1960, η έννοια «υγιεινή διατροφή» θεωρείται συνώνυμη της ελληνικής παραδοσιακής διατροφής, η οποία αποτελεί ένα από τα γνωστότερα υγιεινά διατροφικά πρότυπα παγκοσμίως.

Ένα αγαπητό και εύκολα κατανοητό για τα παιδιά του νηπιαγωγείου, πλαίσιο αναφοράς για την **ελληνική παραδοσιακή διατροφή**, αποτελεί το **ελληνικό παραδοσιακό παραμύθι**, το οποίο αναδεικνύει τόσο την υλική, όσο και την πολιτισμική διάσταση της τροφής στη χώρα μας. Η παρούσα μελέτη, εκφράζει και υπογραμμίζει την ανάγκη της συνεργασίας, των δύο σημαντικότερων φορέων κοινωνικοποίησης του παιδιού, του σχολείου και της οικογένειας, με στόχο τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και συμπεριφορών των παιδιών, μέσα από την πιλοτική εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού υλικού διατροφικής παρέμβασης, με αφορμή το ελληνικό παραδοσιακό παραμύθι, το οποίο θα έχει διάρκεια περίπου 3 μήνες.

Στόχος του Προγράμματος είναι **να γνωρίσουν τα παιδιά τα βασικά χαρακτηριστικά της ελληνικής παραδοσιακής διατροφής, μέσα από τα παραμύθια του τόπου που ζουν**, ενώ στη συνέχεια θα επιχειρήσουμε, με ειδικά σχεδιασμένες δραστηριότητες, **να βελτιώσουν τις διατροφικές τους συνήθειες**. Παράλληλα, στόχο του συγκεκριμένου προγράμματος, αποτελεί και η **ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ατόμων που είναι υπεύθυνα για τη διατροφή και την υγεία των παιδιών** και σε αυτό το πλαίσιο, θα σας απευθύνουμε ενημερωτικές επιστολές - σχετικές με το διατροφικό ζήτημα,

το οποίο θα επεξεργαζόμαστε με τα παιδιά στην τάξη ή σε άλλους χώρους πολιτισμού - και θα σας προτείνουμε 3 προαιρετικές ασκήσεις, σε μορφή παιχνιδιού, για το σπίτι.

Η συμμετοχή σας σε αυτή την έρευνα είναι πολύτιμη, καθώς είστε οι μόνοι που μπορείτε να μας ενημερώσετε για το διατροφικό προφίλ και τα προβλήματα που σας απασχολούν σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών σας, με τη συμπλήρωση ενός σύντομου ερωτηματολόγιου, προκειμένου στη συνέχεια, να διαμορφώσουμε το κατάλληλο εκπαιδευτικό υλικό. Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, θα σας ζητηθεί να επαναλάβετε τη συμπλήρωση του αρχικού ερωτηματολογίου, με σκοπό να σημειωθεί, αν υπάρχουν αλλαγές στις συνήθειες και στη διατροφική συμπεριφορά του παιδιού σας.

Υπογραμμίζουμε ότι οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα είναι αυστηρά εμπιστευτικές, σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων. Επίσης, όλες οι δραστηριότητες θα πραγματοποιηθούν στα πλαίσια Καινοτόμων Δράσεων, οι οποίες εντάσσονται στο Ημερήσιο Πρόγραμμα του Νηπιαγωγείου και είναι σύμφωνες με τους στόχους του Αναλυτικού Προγράμματος.

Κλείνοντας αυτή την επιστολή, θα θέλαμε να επισημάνουμε ότι τελευταία στοιχεία από έρευνες, δείχνουν ότι τα παιδιά έχουν απομακρυνθεί από την ελληνική παραδοσιακή διατροφή και έχουν υιοθετήσει διατροφικές συνήθειες δυτικού τύπου, με αποτέλεσμα την έκρηξη της παχυσαρκίας. Το παρόν πρόγραμμα, με οδηγό το ελληνικό παραδοσιακό παραμύθι, φιλοδοξούμε να αποκαταστήσει σε κάποιο βαθμό τη σχέση του παιδιού με τις βασικές αξίες της ελληνικής παραδοσιακής διατροφής και θα ήταν μεγάλη μας χαρά να σας έχουμε συνοδοιπόρους σε αυτό το ταξίδι… των γαστριμαργικών και αφηγηματικών περιπλανήσεων!

Για περισσότερες πληροφορίες, μη διστάσετε να έρθετε σε επαφή μαζί μας:

Υπεύθυνη Έρευνας: Λαρίση Γεωργία, e-mail: georgia_larisi@yahoo.gr, τηλ. 6948870075

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Κωσταρέλλη Βασιλική, e- mail: costar@hua.gr, τηλ 2109549368

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την πολύτιμη συνεργασία σας!

Με εκτίμηση,

Κωσταρέλλη Βασιλική

Λαρίση Γεωργία

ΕΝΤΥΠΟ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

(Παρακαλούμε να συμπληρωθεί από τον γονέα ή κηδεμόνα, που ασχολείται περισσότερο με τη διατροφή του παιδιού)

Εγώ, ο/η ……

αφού διάβασα και κατανοώ την Ενημερωτική Επιστολή του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου Αθηνών για τη μελέτη με τίτλο: **Δημιουργία και Εφαρμογή Πιλοτικού Εκπαιδευτικού Προγράμματος Προώθησης της Υγιεινής Διατροφής και Παρέμβασης στη Διατροφική Συμπεριφορά Παιδιών Νηπιαγωγείου, μέσα από το Ελληνικό Παραδοσιακό Παραμύθι**, η οποία στοχεύει στη γνωριμία των παιδιών του νηπιαγωγείου με τα βασικά χαρακτηριστικά της ελληνικής παραδοσιακής διατροφής και τη βελτίωση των διατροφικών τους συνηθειών, μέσα από το ελληνικό παραδοσιακό παραμύθι, **συμφωνώ να συμμετέχει το παιδί μου στην παρούσα μελέτη**.

Η σημερινή ημερομηνία είναι: ……/……./20……

Υπογραφή

(όνομα και υπογραφή)

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία, τα οποία δεσμευόμαστε ότι θα είναι εμπιστευτικά:

- Τηλέφωνο κατοικίας: ……
- Κινητό τηλέφωνο: ……
- Τηλέφωνο εργασίας: ……
- Διεύθυνση κατοικίας: ……..
- E-mail: …….

8ο ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ ΓΕΡΑΚΑ	Α' ΤΜΗΜΑ			
ΚΩΔΙΚΟΣ ΝΗΠΙΟΥ				

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 70, 176 71 ΑΘΗΝΑ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ»

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ (Α')

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο, δημιουργήθηκε στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας κατά τη διάρκεια Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών με στόχο να εξυπηρετήσει έρευνα σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές των παιδιών της ηλικίας του νηπιαγωγείου (4-6 ετών). Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται στους γονείς των νηπίων και θα ήταν επιθυμητό να συμπληρωθεί, εάν υπάρχει η δυνατότητα, από το γονέα ή κηδεμόνα, που ασχολείται περισσότερο με τη σίτιση του παιδιού.

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί αποτελείται από τέσσερα τμήματα:

Α. Γενικές ερωτήσεις για εσάς και την οικογένειά σας

Β. Γενικές ερωτήσεις για το παιδί σας

Γ. Ερωτήσεις για τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού σας

Δ. Ερωτήσεις για τη διατροφική συμπεριφορά του παιδιού σας

Για περισσότερες πληροφορίες, μη διστάσετε να έρθετε σε επαφή μαζί μας

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία!

Υπεύθυνη Έρευνας *Λαρίση Γεωργία* *email: georgia_larisi@yahoo.gr* *τηλ.6948870075*

Επιβλέπουσα καθηγήτρια *Κωσταρέλλη Βασιλική* *email: costarv@hua.gr* *τηλ. 210 9549368*

1. **Το παρόν ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται από:**

Τη μητέρα του νηπίου ☐ Τον πατέρα του νηπίου ☐ Άλλον (προσδιορίστε) ……

<u>Παρακαλούμε στις ερωτήσεις 2, 3, 4, 5, 6, 7 και 8 να απαντήσετε και για τον/την σύντροφό σας</u>

Α. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΣΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ

Ι. ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Παρακαλούμε σημειώστε:

	Πατέρα	**Μητέρας**
2. Ηλικία (σε έτη)		
3. Βάρος (σε κιλά)		
4. Ύψος (σε μέτρα)		

ΙΙ. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Παρακαλούμε σημειώστε:

	Πατέρα	**Μητέρας**
5. Εθνικότητα		

6. **Ποια είναι η υψηλότερη βαθμίδα εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει; Σημειώστε με ένα Χ στον παρακάτω πίνακα.**

	Πατέρας	**Μητέρα**
Δημοτικό σχολείο	☐	☐
Γυμνάσιο	☐	☐
Λύκειο	☐	☐
Τεχνικές σχολές/ Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ)	☐	☐
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΤΕΙ)	☐	☐
Πανεπιστήμιο (ΑΕΙ)	☐	☐
Μεταπτυχιακές σπουδές	☐	☐
Άλλο (παρακαλούμε προσδιορίστε)	……	……

7. **Ποια είναι η κύρια απασχόλησή σας; Σε περίπτωση παύσης εργασίας (συνταξιοδότηση ή ανεργία) σημειώνετε την απασχόλησή σας πριν από την παύση.**

Σημειώστε με ένα Χ στον παρακάτω πίνακα.

	Πατέρας	**Μητέρα**
Ανώτερα διοικητικά στελέχη (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα)	☐	☐
Δημόσιοι - Ιδιωτικοί Υπάλληλοι (επιστήμονες)	☐	☐
Δημόσιοι - Ιδιωτικοί Υπάλληλοι (υπάλληλοι γραφείου – μη επιστήμονες)	☐	☐
Έμποροι	☐	☐
Ελεύθεροι επαγγελματίες	☐	☐
Εξειδικευμένοι τεχνίτες	☐	☐
Ανειδίκευτοι εργάτες	☐	☐
Οικιακή παραγωγή (Οικιακά)	☐	☐
Άλλο (παρακαλούμε προσδιορίστε)	……	……

8. **Σημειώστε αν τα επαγγέλματά σας απαιτούν πλήρη (full time) ή μερική (part time) απασχόληση.**
   Σημειώστε με ένα Χ στον παρακάτω πίνακα.

	Πατέρας	**Μητέρα**
Πλήρης απασχόληση	☐	☐
Μερική απασχόληση	☐	☐
Δεν εργάζομαι αυτό το διάστημα	☐	☐

9. **Οικογενειακή κατάσταση ερωτώμενου.**
   Σημειώστε με ένα Χ στον παρακάτω πίνακα.

Άγαμη/ος	☐
Έγγαμη/ος	☐
Διαζευγμένη/ος	☐
Εν διαστάσει	☐
Χήρα/ος	☐
Σε συμβίωση	☐

Β. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ

Οι ερωτήσεις αφορούν το παιδί που παίρνει μέρος στο πρόγραμμα

10. **Σημειώστε αν το παιδί ζει και με τους δύο γονείς:** **Ναι** ☐ **Όχι** ☐

11. **Σημειώστε το φύλο του παιδιού σας:** **Αγόρι** ☐ **Κορίτσι** ☐

12. **Σημειώστε την ηλικία του παιδιού σας σε έτη και μήνες:** **…….**

13. **Σημειώστε αν υπάρχουν άλλα παιδιά στην οικογένεια:** **Ναι** ☐ **Όχι** ☐
    Στην περίπτωση που υπάρχουν συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα:

		Φύλο	**Ηλικία σε έτη**
Αδέλφια παιδιού	**1**	Αγόρι ☐ Κορίτσι ☐	
	2	Αγόρι ☐ Κορίτσι ☐	
	3	Αγόρι ☐ Κορίτσι ☐	
	4	Αγόρι ☐ Κορίτσι ☐	
	5	Αγόρι ☐ Κορίτσι ☐	

14. **Σημειώστε το ύψος του παιδιού σας σε εκατοστά:** **…….**

15. **Σημειώστε το βάρος του παιδιού σας σε κιλά:** **……..**

Παρακαλούμε σημειώστε, κατά τη διάρκεια ενός 24ώρου:

16. **Περίπου πόσες ώρες το παιδί σας απασχολείται σε κάποια φυσική ή αθλητική δραστηριότητα (οργανωμένη ή μη)**	
17. **Περίπου πόσες ώρες το παιδί σας απασχολείται μπροστά από οθόνη (τηλεόραση, υπολογιστή, tablet)**	
18. **Περίπου πόσες ώρες το παιδί σας κοιμάται**	

19. **Παρακαλούμε σημειώστε Χ σε όσα από τα παρακάτω γεύματα το παιδί σας τρώει καθημερινά**

Πρωινό	☐
Δεκατιανό	☐
Μεσημεριανό	☐
Απογευματινό	☐
Βραδινό	☐

20. **Παρακαλούμε σημειώστε ποια από τα παρακάτω γεύματα το παιδί σας τρώει μαζί με άλλο/ άλλα άτομα (οικογένεια, φίλοι, συμμαθητές)**

Πρωινό	☐
Δεκατιανό	☐
Μεσημεριανό	☐
Απογευματινό	☐
Βραδινό	☐
Κανένα από τα παραπάνω	☐

21. Παρακαλούμε σημειώστε περίπου πόσα ποτήρια νερό πίνει <u>την ημέρα</u>.

Ένα ποτήρι	☐
Δύο ποτήρια	☐
Τρία ποτήρια	☐
Τέσσερα ποτήρια	☐
Πέντε ποτήρια	☐
Έξι ποτήρια	☐
Εφτά ποτήρια	☐
Οχτώ ποτήρια	☐
Περισσότερα από ποτήρια	☐

22. Παρακαλούμε σημειώστε πόσο συχνά καταναλώνει αναψυκτικά ή τυποποιημένους χυμούς

Καθόλου	☐
1 – 3 φορές το μήνα	☐
1 φορά την εβδομάδα	☐
2 – 4 φορές την εβδομάδα	☐
5 – 6 φορές την εβδομάδα	☐
1 φορά την ημέρα	☐
2 – 3 φορές την ημέρα	☐
4 – 5 φορές την ημέρα	☐
Περισσότερες από 6 φορές την ημέρα	☐

23. Παρακαλούμε <u>επιλέξτε τρείς</u> από τις παρακάτω (15) προτάσεις, τις οποίες αναγνωρίζετε ως πρόβλημα στη διατροφική συμπεριφορά του παιδιού σας

17. Το παιδί μου είναι ελλειποβαρές	☐
18. Το παιδί μου είναι υπέρβαρο	☐
19. Το παιδί μου τρώει λίγα φρούτα και λαχανικά	☐
20. Το παιδί μου δεν τρώει ποικιλία τροφίμων	☐
21. Το παιδί μου δεν δοκιμάζει νέα τρόφιμα	☐
22. Το παιδί μου δεν τρώει ψάρι	☐
23. Το παιδί μου καταναλώνει πολύ ζάχαρη (γλυκά, αναψυκτικά)	☐
24. Το παιδί μου δεν πίνει αρκετό νερό	☐

25. Το παιδί μου επιλέγει ανθυγιεινά σνακ	☐
26. Το παιδί μου αρνείται να φάει	☐
27. Το παιδί μου τρώει πολύ γρήγορα	☐
28. Το παιδί μου τρώει πολύ αργά	☐
29. Το παιδί μου χρησιμοποιεί κόλπα για να με πείσει ότι έφαγε (κρύβει το φαγητό του, το δίνει στο κατοικίδιο, το απλώνει στο πιάτο)	☐
30. Το παιδί μου κρίνει το φαγητό (δεν το τρώει λόγω εμφάνισης, χρώματος, σχήματος, μυρωδιάς)	☐
31. Το παιδί μου έχει φτωχούς τρόπους στο τραπέζι (τρώει ακατάστατα, παίζει με το φαγητό του, είναι ανήσυχο στην καρέκλα, δεν χρησιμοποιεί τα σκεύη, κάνει αγενείς θορύβους, μιλάει με το στόμα γεμάτο)	☐
Κάτι άλλο (προσδιορίστε) …… …… …… ……	

24. Σημειώστε αν το παιδί σας έχει κάποια αλλεργία σε τρόφιμα: Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, παρακαλούμε να αναφέρετε τα τρόφιμα στα οποία έχει αλλεργία το παιδί σας:

……
……
……
……
……

Γ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ (KIDMED)

Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις με Ναι ή Όχι:

17. Το παιδί σας καταναλώνει ένα φρούτο ή φυσικό χυμό φρούτων κάθε ημέρα;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
18. Το παιδί σας καταναλώνει ένα δεύτερο φρούτο κάθε ημέρα;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
19. Το παιδί σας καταναλώνει λαχανικά μία φορά την ημέρα;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
20. Το παιδί σας καταναλώνει λαχανικά περισσότερο από μία φορά την ημέρα;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
21. Το παιδί σας καταναλώνει ψάρι τακτικά (τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα);	**Ναι ☐ Όχι ☐**
22. Το παιδί σας καταναλώνει πρόχειρο φαγητό περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα (τύπου fast food κλπ);	**Ναι ☐ Όχι ☐**
23. Το παιδί σας καταναλώνει όσπρια περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
24. Το παιδί σας καταναλώνει ψωμί, ζυμαρικά ή ρύζι σχεδόν κάθε ημέρα (5 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα);	**Ναι ☐ Όχι ☐**
25. Το παιδί σας για πρωινό τρώει συνήθως δημητριακά (τύπου corn flakes), ή ψωμί ή φρυγανιές ή αρτοσκευάσματα;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
26. Το παιδί σας καταναλώνει ξηρούς καρπούς τακτικά (τουλάχιστον 2- 3 φορές την εβδομάδα);	**Ναι ☐ Όχι ☐**
27. Το παιδί σας καταναλώνει ελαιόλαδο (είτε σε σαλάτα, είτε σε φαγητό);	**Ναι ☐ Όχι ☐**
28. Το παιδί σας συνήθως παραλείπει το πρωινό;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
29. Το παιδί σας για πρωινό συνήθως τρώει ή πίνει ένα γαλακτοκομικό προϊόν, όπως γάλα, γιαούρτι κ.α;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
30. Το παιδί σας για πρωινό τρώει συνήθως γλυκά;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
31. Το παιδί σας καταναλώνει δύο γιαούρτια ή και λίγο τυρί (δηλαδή περίπου 40 γραμμάρια) ημερησίως;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
32. Το παιδί σας καταναλώνει γλυκά κάθε μέρα;	**Ναι ☐ Όχι ☐**

Δ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (CEBQ)

Παρακαλούμε διαβάσετε προσεκτικά τις παρακάτω προτάσεις και σημειώσετε στα κουτάκια την επιλογή που ταιριάζει περισσότερο στη διατροφική συμπεριφορά του παιδιού σας.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
36. Στο παιδί μου αρέσει το φαγητό.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Το παιδί μου τρώει περισσότερο όταν είναι ανήσυχο.	☐	☐	☐	☐	☐
38. Το παιδί μου έχει μεγάλη όρεξη.	☐	☐	☐	☐	☐
39. Το παιδί μου τελειώνει το γεύμα του γρήγορα.	☐	☐	☐	☐	☐
40. Το παιδί μου δείχνει ενδιαφέρον για το φαγητό.	☐	☐	☐	☐	☐
41. Το παιδί μου πάντα ζητάει κάτι να πιεί.	☐	☐	☐	☐	☐
42. Το παιδί μου αρνείται αρχικά να δοκιμάσει νέα τρόφιμα.	☐	☐	☐	☐	☐
43. Το παιδί μου τρώει αργά.	☐	☐	☐	☐	☐
44. Το παιδί μου τρώει λιγότερο όταν είναι θυμωμένο.	☐	☐	☐	☐	☐
45. Το παιδί μου απολαμβάνει να δοκιμάζει νέα τρόφιμα.	☐	☐	☐	☐	☐
46. Το παιδί μου τρώει λιγότερο όταν είναι κουρασμένο.	☐	☐	☐	☐	☐
47. Το παιδί μου πάντα ζητάει φαγητό.	☐	☐	☐	☐	☐
48. Το παιδί μου τρώει περισσότερο όταν είναι ενοχλημένο από κάτι.	☐	☐	☐	☐	☐
49. Εάν του επιτραπεί, το παιδί μου θα φάει πολύ μεγάλη ποσότητα φαγητού.	☐	☐	☐	☐	☐
50. Το παιδί μου τρώει περισσότερο όταν είναι αγχωμένο.	☐	☐	☐	☐	☐
51. Στο παιδί μου αρέσει να τρώει μεγάλη ποικιλία τροφίμων.	☐	☐	☐	☐	☐
52. Το παιδί μου αφήνει φαγητό στο πιάτο του στο τέλος του γεύματος.	☐	☐	☐	☐	☐
53. Το παιδί μου χρειάζεται περισσότερο από 30 λεπτά για να τελειώσει το γεύμα του.	☐	☐	☐	☐	☐
54. Εάν είχε επιλογή, το παιδί μου θα έτρωγε συνεχώς.	☐	☐	☐	☐	☐
55. Το παιδί μου περιμένει με ενθουσιασμό την ώρα του γεύματος ή του φαγητού.	☐	☐	☐	☐	☐

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
56. Το παιδί μου χορταίνει πριν τελειώσει το γεύμα του.	☐	☐	☐	☐	☐
57. Το παιδί μου απολαμβάνει το φαγητό.	☐	☐	☐	☐	☐
58. Το παιδί μου τρώει περισσότερο όταν είναι ευτυχισμένο/ χαρούμενο.	☐	☐	☐	☐	☐
59. Το παιδί μου είναι δύσκολο να ικανοποιηθεί με το φαγητό που καταναλώνει στα γεύματα.	☐	☐	☐	☐	☐
60. Το παιδί μου τρώει λιγότερο όταν είναι στενοχωρημένο/ όταν δεν έχει καλή διάθεση.	☐	☐	☐	☐	☐
61. Το παιδί μου χορταίνει εύκολα.	☐	☐	☐	☐	☐
62. Το παιδί μου τρώει περισσότερο όταν δεν έχει τίποτα άλλο να κάνει.	☐	☐	☐	☐	☐
63. Ακόμα και όταν το παιδί μου έχει χορτάσει μπορεί να καταναλώσει το αγαπημένο του τρόφιμο.	☐	☐	☐	☐	☐
64. Εάν είχε την ευκαιρία, το παιδί μου θα έπινε κάτι συνεχώς καθ'όλη τη διάρκεια της ημέρας.	☐	☐	☐	☐	☐
65. Το παιδί μου δεν μπορεί να φάει το γεύμα του εάν προηγουμένως έχει καταναλώσει ένα σνακ.	☐	☐	☐	☐	☐
66. Εάν είχε την ευκαιρία το παιδί μου συνέχεια θα έπινε κάτι.	☐	☐	☐	☐	☐
67. Το παιδί μου ενδιαφέρεται να δοκιμάζει τρόφιμα που δεν έχει δοκιμάσει στο παρελθόν.	☐	☐	☐	☐	☐
68. Το παιδί μου αποφασίζει ότι δεν του αρέσει ένα τρόφιμο ακόμα και εάν δεν το έχει δοκιμάσει.	☐	☐	☐	☐	☐
69. Εάν είχε την ευκαιρία το παιδί μου θα είχε συνέχεια φαγητό στο στόμα του.	☐	☐	☐	☐	☐
70. Το παιδί μου τρώει όλο και πιο αργά κατά την διάρκεια ενός γεύματος.	☐	☐	☐	☐	☐

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας στην έρευνα.
Η βοήθειά σας είναι πολύτιμη!

1ο ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ ΓΕΡΑΚΑ	Α’ ΤΜΗΜΑ			
ΚΩΔΙΚΟΣ ΝΗΠΙΟΥ				

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 70, 176 71 ΑΘΗΝΑ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ»

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ (Β’)

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο, δημιουργήθηκε στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας κατά τη διάρκεια Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών με στόχο να εξυπηρετήσει έρευνα σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες και συμπεριφορές των παιδιών της ηλικίας του νηπιαγωγείου (4-6 ετών). Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται στους γονείς των νηπίων και θα ήταν επιθυμητό να συμπληρωθεί, εάν υπάρχει η δυνατότητα, από το γονέα ή κηδεμόνα, που ασχολείται περισσότερο με τη σίτιση του παιδιού.

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί αποτελείται από τέσσερα τμήματα:

Α. Γενικές ερωτήσεις για εσάς και την οικογένειά σας

Β. Γενικές ερωτήσεις για το παιδί σας

Γ. Ερωτήσεις για τις διατροφικές συνήθειες του παιδιού σας

Δ. Ερωτήσεις για τη διατροφική συμπεριφορά του παιδιού σας

Για περισσότερες πληροφορίες, μη διστάσετε να έρθετε σε επαφή μαζί μας

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία!

Υπεύθυνη Έρευνας *Λαρίση Γεωργία* *email: georgia_larisi@yahoo.gr* *τηλ.6948870075*

Επιβλέπουσα καθηγήτρια *Κωσταρέλλη Βασιλική* *email: costarv@hua.gr* *τηλ. 210 9549368*

1. **Το παρόν ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται από:**

Τη μητέρα του νηπίου ☐ Τον πατέρα του νηπίου ☐ Άλλον (προσδιορίστε) ……

<u>Παρακαλούμε στις ερωτήσεις 2, 3, 4, 5, 6, 7 και 8 να απαντήσετε και για τον/την σύντροφό σας</u>

Α. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΣΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ

Ι. ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Παρακαλούμε σημειώστε:

	Πατέρα	**Μητέρας**
2. Ηλικία (σε έτη)		
3. Βάρος (σε κιλά)		
4. Ύψος (σε μέτρα)		

ΙΙ. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Παρακαλούμε σημειώστε:

	Πατέρα	**Μητέρας**
5. Εθνικότητα		

6. **Ποια είναι η υψηλότερη βαθμίδα εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει; Σημειώστε με ένα Χ στον παρακάτω πίνακα.**

	Πατέρας	**Μητέρα**
Δημοτικό σχολείο	☐	☐
Γυμνάσιο	☐	☐
Λύκειο	☐	☐
Τεχνικές σχολές/ Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ)	☐	☐
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (ΤΕΙ)	☐	☐
Πανεπιστήμιο (ΑΕΙ)	☐	☐
Μεταπτυχιακές σπουδές	☐	☐
Άλλο (παρακαλούμε προσδιορίστε)	……	……

7. **Ποια είναι η κύρια απασχόλησή σας; Σε περίπτωση παύσης εργασίας (συνταξιοδότηση ή ανεργία) σημειώνετε την απασχόλησή σας πριν από την παύση.**

Σημειώστε με ένα Χ στον παρακάτω πίνακα.

	Πατέρας	Μητέρα
Ανώτερα διοικητικά στελέχη (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα)	☐	☐
Δημόσιοι - Ιδιωτικοί Υπάλληλοι (επιστήμονες)	☐	☐
Δημόσιοι - Ιδιωτικοί Υπάλληλοι (υπάλληλοι γραφείου – μη επιστήμονες)	☐	☐
Έμποροι	☐	☐
Ελεύθεροι επαγγελματίες	☐	☐
Εξειδικευμένοι τεχνίτες	☐	☐
Ανειδίκευτοι εργάτες	☐	☐
Οικιακή παραγωγή (Οικιακά)	☐	☐
Άλλο (παρακαλούμε προσδιορίστε)	……	……

8. **Σημειώστε αν τα επαγγέλματά σας απαιτούν πλήρη (full time) ή μερική (part time) απασχόληση.**
   Σημειώστε με ένα Χ στον παρακάτω πίνακα.

	Πατέρας	Μητέρα
Πλήρης απασχόληση	☐	☐
Μερική απασχόληση	☐	☐
Δεν εργάζομαι αυτό το διάστημα	☐	☐

9. **Οικογενειακή κατάσταση ερωτώμενου.**
   Σημειώστε με ένα Χ στον παρακάτω πίνακα.

Άγαμη/ος	☐
Έγγαμη/ος	☐
Διαζευγμένη/ος	☐
Εν διαστάσει	☐
Χήρα/ος	☐
Σε συμβίωση	☐

Β. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ

<u>Οι ερωτήσεις αφορούν το παιδί που παίρνει μέρος στο πρόγραμμα</u>

10. **Σημειώστε αν το παιδί ζει και με τους δύο γονείς:** **Ναι** ☐ **Όχι** ☐

11. **Σημειώστε το φύλο του παιδιού σας:** **Αγόρι** ☐ **Κορίτσι** ☐

12. **Σημειώστε την ηλικία του παιδιού σας <u>σε έτη και μήνες</u>:** **…….**

13. **Σημειώστε αν υπάρχουν άλλα παιδιά στην οικογένεια:** **Ναι** ☐ **Όχι** ☐
    <u>Στην περίπτωση που υπάρχουν</u> συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα:

		Φύλο	**Ηλικία σε έτη**
Αδέλφια παιδιού	**1**	Αγόρι ☐ Κορίτσι ☐	
	2	Αγόρι ☐ Κορίτσι ☐	
	3	Αγόρι ☐ Κορίτσι ☐	
	4	Αγόρι ☐ Κορίτσι ☐	
	5	Αγόρι ☐ Κορίτσι ☐	

14. **Σημειώστε το ύψος του παιδιού σας <u>σε εκατοστά</u>:** **…….**

15. **Σημειώστε το βάρος του παιδιού σας <u>σε κιλά</u>:** **……..**

Παρακαλούμε σημειώστε, <u>κατά τη διάρκεια ενός 24ώρου</u>:

16. Περίπου πόσες ώρες το παιδί σας απασχολείται σε κάποια φυσική ή αθλητική δραστηριότητα (οργανωμένη ή μη)	
17. Περίπου πόσες ώρες το παιδί σας απασχολείται μπροστά από οθόνη (τηλεόραση, υπολογιστή, tablet)	
18. Περίπου πόσες ώρες το παιδί σας κοιμάται	

19. **Παρακαλούμε σημειώστε Χ σε όσα από τα παρακάτω γεύματα το παιδί σας τρώει καθημερινά**

Πρωινό	☐
Δεκατιανό	☐
Μεσημεριανό	☐
Απογευματινό	☐
Βραδινό	☐

20. **Παρακαλούμε σημειώστε ποια από τα παρακάτω γεύματα το παιδί σας τρώει μαζί με άλλο/ άλλα άτομα (οικογένεια, φίλοι, συμμαθητές)**

Πρωινό	☐
Δεκατιανό	☐
Μεσημεριανό	☐
Απογευματινό	☐
Βραδινό	☐
Κανένα από τα παραπάνω	☐

21. Παρακαλούμε σημειώστε περίπου πόσα ποτήρια νερό πίνει <u>την ημέρα</u>.

Ένα ποτήρι	☐
Δύο ποτήρια	☐
Τρία ποτήρια	☐
Τέσσερα ποτήρια	☐
Πέντε ποτήρια	☐
Έξι ποτήρια	☐
Εφτά ποτήρια	☐
Οχτώ ποτήρια	☐
Περισσότερα από ποτήρια	☐

22. Παρακαλούμε σημειώστε πόσο συχνά καταναλώνει αναψυκτικά ή τυποποιημένους χυμούς

Καθόλου	☐
1 – 3 φορές το μήνα	☐
1 φορά την εβδομάδα	☐
2 – 4 φορές την εβδομάδα	☐
5 – 6 φορές την εβδομάδα	☐
1 φορά την ημέρα	☐
2 – 3 φορές την ημέρα	☐
4 – 5 φορές την ημέρα	☐
Περισσότερες από 6 φορές την ημέρα	☐

23. Σε σχέση με τις παρακάτω διατροφικές συμπεριφορές των παιδιών, <u>για τις οποίες πραγματοποιήθηκε παρέμβαση</u>, παρακαλούμε <u>σημειώστε με Χ την πρόταση που εκφράζει περισσότερο τη συμπεριφορά του παιδιού σας:</u>

α. Ως προς την **<u>ποσότητα</u> στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών,** παρατήρησα στο παιδί μου:

Σημαντική αύξηση	Μέτρια αύξηση	Μικρή αύξηση	Καμία αλλαγή	Μικρή μείωση	Μέτρια μείωση	Σημαντική μείωση
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

β. Ως προς την **<u>ποικιλία</u> στην κατανάλωση φρούτων και τα λαχανικών,** παρατήρησα στο παιδί μου:

Σημαντική αύξηση	Μέτρια αύξηση	Μικρή αύξηση	Καμία αλλαγή	Μικρή μείωση	Μέτρια μείωση	Σημαντική μείωση
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

γ. Ως προς την **αποδοχή νέου/ων τροφίμου/ων,** παρατήρησα στο παιδί μου:

Σημαντική αύξηση	Μέτρια αύξηση	Μικρή αύξηση	Καμία αλλαγή	Μικρή μείωση	Μέτρια μείωση	Σημαντική μείωση
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

δ. Ως προς τη **συμπεριφορά κατά τη διάρκεια του γεύματος (γενικά),** παρατήρησα στο παιδί μου:

Σημαντική βελτίωση	Μέτρια βελτίωση	Μικρή βελτίωση	Καμία αλλαγή	Μικρή χειροτέρευση	Μέτρια χειροτέρευση	Σημαντική χειροτέρευση
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ε. Ως προς την **αρνητική κριτική απέναντι στο φαγητό,** παρατήρησα στο παιδί μου:

Σημαντική μείωση	Μέτρια μείωση	Μικρή μείωση	Καμία αλλαγή	Μικρή αύξηση	Μέτρια αύξηση	Σημαντική αύξηση
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

24. Σημειώστε αν το παιδί σας έχει κάποια αλλεργία σε τρόφιμα: Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, παρακαλούμε να αναφέρετε τα τρόφιμα στα οποία έχει αλλεργία το παιδί σας:

……
……

Γ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ (KIDMED)

Παρακαλούμε απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις με Ναι ή Όχι:

33. Το παιδί σας καταναλώνει ένα φρούτο ή φυσικό χυμό φρούτων κάθε ημέρα;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
34. Το παιδί σας καταναλώνει ένα δεύτερο φρούτο κάθε ημέρα;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
35. Το παιδί σας καταναλώνει λαχανικά μία φορά την ημέρα;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
36. Το παιδί σας καταναλώνει λαχανικά περισσότερο από μία φορά την ημέρα;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
37. Το παιδί σας καταναλώνει ψάρι τακτικά (τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα);	**Ναι ☐ Όχι ☐**
38. Το παιδί σας καταναλώνει πρόχειρο φαγητό περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα (τύπου fast food κλπ);	**Ναι ☐ Όχι ☐**
39. Το παιδί σας καταναλώνει όσπρια περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
40. Το παιδί σας καταναλώνει ψωμί, ζυμαρικά ή ρύζι σχεδόν κάθε ημέρα (5 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα);	**Ναι ☐ Όχι ☐**
41. Το παιδί σας για πρωινό τρώει συνήθως δημητριακά (τύπου corn flakes), ή ψωμί ή φρυγανιές ή αρτοσκευάσματα;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
42. Το παιδί σας καταναλώνει ξηρούς καρπούς τακτικά (τουλάχιστον 2- 3 φορές την εβδομάδα);	**Ναι ☐ Όχι ☐**
43. Το παιδί σας καταναλώνει ελαιόλαδο (είτε σε σαλάτα, είτε σε φαγητό);	**Ναι ☐ Όχι ☐**
44. Το παιδί σας συνήθως παραλείπει το πρωινό;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
45. Το παιδί σας για πρωινό συνήθως τρώει ή πίνει ένα γαλακτοκομικό προϊόν, όπως γάλα, γιαούρτι κ.α;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
46. Το παιδί σας για πρωινό τρώει συνήθως γλυκά;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
47. Το παιδί σας καταναλώνει δύο γιαούρτια ή και λίγο τυρί (δηλαδή περίπου 40 γραμμάρια) ημερησίως;	**Ναι ☐ Όχι ☐**
48. Το παιδί σας καταναλώνει γλυκά κάθε μέρα;	**Ναι ☐ Όχι ☐**

Δ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (CEBQ)

Παρακαλούμε διαβάσετε προσεκτικά τις παρακάτω προτάσεις και σημειώσετε στα κουτάκια την επιλογή που ταιριάζει περισσότερο στη διατροφική συμπεριφορά του παιδιού σας.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
25. Στο παιδί μου αρέσει το φαγητό.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Το παιδί μου τρώει περισσότερο όταν είναι ανήσυχο.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Το παιδί μου έχει μεγάλη όρεξη.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Το παιδί μου τελειώνει το γεύμα του γρήγορα.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Το παιδί μου δείχνει ενδιαφέρον για το φαγητό.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Το παιδί μου πάντα ζητάει κάτι να πιεί.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Το παιδί μου αρνείται αρχικά να δοκιμάσει νέα τρόφιμα.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Το παιδί μου τρώει αργά.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Το παιδί μου τρώει λιγότερο όταν είναι θυμωμένο.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Το παιδί μου απολαμβάνει να δοκιμάζει νέα τρόφιμα.	☐	☐	☐	☐	☐
35. Το παιδί μου τρώει λιγότερο όταν είναι κουρασμένο.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Το παιδί μου πάντα ζητάει φαγητό.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Το παιδί μου τρώει περισσότερο όταν είναι ενοχλημένο από κάτι.	☐	☐	☐	☐	☐
38. Εάν του επιτραπεί, το παιδί μου θα φάει πολύ μεγάλη ποσότητα φαγητού.	☐	☐	☐	☐	☐
39. Το παιδί μου τρώει περισσότερο όταν είναι αγχωμένο.	☐	☐	☐	☐	☐
40. Στο παιδί μου αρέσει να τρώει μεγάλη ποικιλία τροφίμων.	☐	☐	☐	☐	☐
41. Το παιδί μου αφήνει φαγητό στο πιάτο του στο τέλος του γεύματος.	☐	☐	☐	☐	☐
42. Το παιδί μου χρειάζεται περισσότερο από 30 λεπτά για να τελειώσει το γεύμα του.	☐	☐	☐	☐	☐
43. Εάν είχε επιλογή, το παιδί μου θα έτρωγε συνεχώς.	☐	☐	☐	☐	☐
44. Το παιδί μου περιμένει με ενθουσιασμό την ώρα του γεύματος ή του φαγητού.	☐	☐	☐	☐	☐

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
45. Το παιδί μου χορταίνει πριν τελειώσει το γεύμα του.	☐	☐	☐	☐	☐
46. Το παιδί μου απολαμβάνει το φαγητό.	☐	☐	☐	☐	☐
47. Το παιδί μου τρώει περισσότερο όταν είναι ευτυχισμένο/ χαρούμενο.	☐	☐	☐	☐	☐
48. Το παιδί μου είναι δύσκολο να ικανοποιηθεί με το φαγητό που καταναλώνει στα γεύματα.	☐	☐	☐	☐	☐
49. Το παιδί μου τρώει λιγότερο όταν είναι στενοχωρημένο/ όταν δεν έχει καλή διάθεση.	☐	☐	☐	☐	☐
50. Το παιδί μου χορταίνει εύκολα.	☐	☐	☐	☐	☐
51. Το παιδί μου τρώει περισσότερο όταν δεν έχει τίποτα άλλο να κάνει.	☐	☐	☐	☐	☐
52. Ακόμα και όταν το παιδί μου έχει χορτάσει μπορεί να καταναλώσει το αγαπημένο του τρόφιμο.	☐	☐	☐	☐	☐
53. Εάν είχε την ευκαιρία, το παιδί μου θα έπινε κάτι συνεχώς καθ'όλη τη διάρκεια της ημέρας.	☐	☐	☐	☐	☐
54. Το παιδί μου δεν μπορεί να φάει το γεύμα του εάν προηγουμένως έχει καταναλώσει ένα σνακ.	☐	☐	☐	☐	☐
55. Εάν είχε την ευκαιρία το παιδί μου συνέχεια θα έπινε κάτι.	☐	☐	☐	☐	☐
56. Το παιδί μου ενδιαφέρεται να δοκιμάζει τρόφιμα που δεν έχει δοκιμάσει στο παρελθόν.	☐	☐	☐	☐	☐
57. Το παιδί μου αποφασίζει ότι δεν του αρέσει ένα τρόφιμο ακόμα και εάν δεν το έχει δοκιμάσει.	☐	☐	☐	☐	☐
58. Εάν είχε την ευκαιρία το παιδί μου θα είχε συνέχεια φαγητό στο στόμα του.	☐	☐	☐	☐	☐
59. Το παιδί μου τρώει όλο και πιο αργά κατά την διάρκεια ενός γεύματος.	☐	☐	☐	☐	☐

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕ ΘΕΜΑ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟ ΠΑΡΑΜΥΘΙ

Παρακαλούμε σημειώστε την άποψή σας ως προς την αποτελεσματικότητα του Προγράμματος

1. **Σε σχέση με το παιδί** που το παρακολούθησε:

Το συγκεκριμένο Πρόγραμμα **επηρέασε** τη διατροφική συμπεριφορά του παιδιού μου Ναι ☐ Όχι ☐ **Αν ναι, παρακαλούμε σημειώστε:**	
Το συγκεκριμένο Πρόγραμμα **επηρέασε θετικά** τη διατροφική συμπεριφορά του παιδιού μου	☐
Το συγκεκριμένο Πρόγραμμα **επηρέασε αρνητικά** τη διατροφική συμπεριφορά του παιδιού μου	☐

2. **Σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας**:

Το συγκεκριμένο Πρόγραμμα **επηρέασε** τη διατροφική συμπεριφορά άλλων μελών της οικογένειας Ναι ☐ Όχι ☐ **Αν ναι, παρακαλούμε σημειώστε:**
Το συγκεκριμένο Πρόγραμμα **επηρέασε θετικά** τη διατροφική συμπεριφορά άλλων μελών της οικογένειας. Σημειώστε με Χ τα μέλη που επηρέασε: Μητέρα ☐ Πατέρας ☐ Αδέλφια ☐
Το συγκεκριμένο Πρόγραμμα **επηρέασε αρνητικά** τη διατροφική συμπεριφορά άλλων μελών της οικογένειας. Σημειώστε με Χ τα μέλη που επηρέασε: Μητέρα ☐ Πατέρας ☐ Αδέλφια ☐

3. **Χώρος για σχόλια και παρατηρήσεις σε σχέση με το Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας με θέμα τη Διατροφή μέσα από το Ελληνικό Παραδοσιακό Παραμύθι, που υλοποιήθηκε στο νηπιαγωγείο του παιδιού σας**

……

……

……

……

……

……

……

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας στην έρευνα.
Η βοήθειά σας είναι πολύτιμη!